

## **Комисија о опојним дрогама**

Педесет и седма седница

Беч, 13-21 март, 2014.

Тачка 9. оквирног дневног реда\*

**Имплементација политичке декларације и Плана**

**Акције за међународну сарадњу у правцу**

**Интегрисане и уравнотежене стратегије за светску борбу против**

**проблема дроге: подсећање на преглед високог нивоа од стране**

**Комисије о опојним дрогама, с обзиром на специјално**

**заседање Генералне скупштине о светском**

**проблему о дрогама, које ће се одржати у 2016. години.**

## **Одредбе политике према дрогама од стране Конвенција за интернационалну контролу дрога**

Интернационални систем за контролу дрога је заснован на три Конвенције. Прва, „Јединствена Конвенција о Опојним Дрогама“ из 1961. допуњена је са „Протоколом из 1972. који је изменио Јединствену Конвенцију о Опојним Дрогама из 1961.“ (у овом документу се назива Конвенција из 1961.), у великој мери је утврдио систем, док су Конвенцијом о Психотропним Супстанцама из 1971. (у овом документу се назива Конвенција из 1971.) додате психотропне супстанце на листу дрога чија употреба мора бити лимитирана на медицинске и научне сврхе. Коначно, „Конвенција Уједињених Нација против незаконите трговине опојним дрогама и психотропним супстанцама из 1988“ (која се назива „Конвенција из 1988“) установила је детаљнији систем контроле трговине незаконитим дрогама обраћајући посебну пажњу на диверзију претходника и прање новца. Овај документ ће разматрати импликације три Конвенције за политику према дрогама.

### **I. Да ли Конвенције о дрогама обавезују владе да спроводе прохибиционистички режим?**

*Иако Конвенције ограничавају употребу контролисаних дрога на употребу у медицинске и научне сврхе, ово ограничење не би требало да се сматра оправдањем за репресивни „прохибиционистички“ режим, већ темељем система контроле дроге, који штити здравље људи од неприкладне употребе опојних дрога и психотропних супстанци. Конвенција указује да би контролисане супстанце требале бити употребљаване уз одговорност лекара или лиценцираног здравственог професионалца, да би се избегли знатни здравствени и безбедносни изазови појединаца и заједнице.*

Конвенције из 1961. и 1971. су засноване на бризи за благостање човечанства и наговештавају да опојне дроге и психотропне супстанце под контролом, требају бити доступне једино у медицинске у научне сврхе, захтевајући од држава потписница да гарантују адекватне законске одредбе у те сврхе<sup>1</sup>. Из ове перспективе, контролисане опојне дроге и психотропне супстанце нису забрањене, али (осим изузетка сачињеног у Конвенцији) њихова производња, извоз, увоз, дистрибуција, замена, употреба и поседовање морају бити ограничени искључиво на употребу у медицинске и научне сврхе<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Преамбула Конвенције из 1961. године, други пасус; преамбула Конвенције из 1971. године, пети пасус.

<sup>2</sup> Члан 4 Конвенције из 1961. Члан 5 Конвенције из 1971. године.

Приступ усвојен од стране три конвенције је усмерен на здравље. Намера је да основни лекови постану доступни за ослобађање од бола и ублажење патње, уз заштиту људи, нарочито најрањивијих, од потенцијално опасних ефеката ових контролисаних дрога. Преамбула Конвенције из 1961. указује да је главни разлог за сматрање ових дрога опасним, њихов капацитет да изазову „зависност“<sup>3</sup>. Аутори Конвенције из 1961. су били свесни ризика ових контролисаних дрога на оболеле и, наизменично, социјалне и економске опасности, који су повезани са адиктивним понашањем. Пронађено је да зависност, компулсивно понашање повезано са добро познатим неуробиолошким и психолошким механизмима, подрива лични и социјални живот, тражећи од појединца да усмери своје ресурсе на саму дрогу, упркос негативним последицама које проистичу.

Због њиховог фармаколошког профила, контролисане опојне дроге и психотропне супстанце, могу да утичу на здравље и људску безбедност, ако се користе изван структуре здраве медицинске праксе, то јест без медицинског рецепта, погрешним дозирањем, неодговарајуће дуго и изван клиничких околности. Као последица, Конвенција из 1961. позива на успостављање „система контроле дроге“ којим би се државе потписнице обавезале на исправно и одговорно управљање овим супстанцама<sup>4</sup>.

Медицински рецепт је обично неопходан за добављање лека из апотеке за не-психоактивне дроге, као што су антибиотици или не-контролисане психоактивне дроге, као што су антидепресанти или стабилизатори расположења. У сваком регулационом оквиру, савршено је разумно да коришћење дрога које изазива значајне психоактивне ефекте, могуће оштећење здравља и носи висок ризик за психолошку/физичку зависност, треба да буде ограничено на управљање од стране здравствених професионалаца и да не допушта да буде под контролом неквалификованих појединаца, кроз непроверену дистрибуцију. Контролисане опојне дроге и психотропне супстанце, осим што су једноставно забрањене, налазе се под контролом система, налазе се под контролом система како би се избегао опасан ефекат који може резултирати из не-медицинске употребе. Овај контролни систем би такође требао да превенира епидемију „адиктивних“ поремећаја.

Неколико држава је заиста користило затворску казну и жестоке казне, као санкције за нарушавање неких одредби Конвенције. Многи су чак укључили жестоке казне и санкције за поседовање малих количина контролисаних дрога за личну употребу, доприносећи популарном дискурсу изједначавања контроле дроге са чисто „репресивним режимом“ и ограничавање на употребу у медицинске и научне сврхе са „забраном“. Ово није визија Конвенција, које циљају на заштиту јавног здравља, пружајући законодавни и нормативни оквир који се односи на употребу контролисаних опојних дрога и психотропних супстанци кроз квалификоване клиничке интервенције.

## **II. Да ли Конвенција омета доступност контролисаних дрога у медицинске сврхе?**

*Један од првих циљева Конвенције је да гарантује доступност основних дрога за медицинске интервенције, као „неопходне“ алатке за лечење различитих медицинских стања, нарочито бола и многих психијатријских и неуролошких стања, док се спречава употреба која није у медицинске или научне сврхе.*

Контролне одредбе Конвенције су намењене да (а) осигурају да контролисане опојне дроге и психотропне супстанце буду доступне и преписане за медицинске сврхе и да безбедно дођу до пацијената кроз контролисан ланац дистрибуције и (б) се боре са незаконитим активностима као што су неовлашћена производња, замена и дистрибуција ових контролисаних дрога.

Ове одредбе су намењене да обезбеде оно што је Интернационални одбор за контролу дрога (INCB) описао као уопштени циљ „националног и интернационалног система који добро функционише, за обезбеђивање доступности опојних дрога и психотропних супстанци, наиме „да обезбеди олакшање од

<sup>3</sup> Преамбула Конвенције из 1961. године, трети параграф.

<sup>4</sup> Преамбула Конвенције из 1961. године, осми параграф.

бола и патње, тако што ће осигурати безбедну испоруку најприступачнијих дрога оним пацијентима којима су потребне и, у исто време, да превенира злоупотребу лекова<sup>5</sup>.

Контрола дроге не би требало да утиче на доступност лекова који су означени као „неопходни“ од стране Конвенције из 1961. Доступност и приступ основним лековима за људе којима су потребни су примарни циљ интернационалног система контроле лекова<sup>6</sup>.

Како је наведено од стране Светске здравствене организације, рационална употреба контролисаних лекова – или лекови контролисани интернационалним уговорима о дрогама – је круцијална за здравље. Њихов прикладан медицински рецепт и администрација су основни аспекти добре медицинске праксе за лечење бола и других медицинских интервенција.<sup>7</sup>

Иако Државе нису искључене из усвајања мера које су рестриктивније од оних које су биле обавезне у Конвенцији из 1961. када их сматрају неопходним или пожељним да заштите јавно здравље или благостање<sup>8</sup>, напори да се ограничи употреба опојних дрога и психотропних супстанци само на употребу у медицинске и научне сврхе „не смеју негативно утицати на њихову доступност у такве сврхе“.<sup>9</sup> Скорашње истраживање које је спровео INCB показало је да национални закони и регулације који су били неправедно рестриктивни или оптерећујући, обично су били доживљени као значајно ограничење доступности.<sup>10</sup>

Неки делови Плана И Конвенције из 1961. могу бити описани као тешки за руковање због њиховог фармаколошког профила. Након што су условно били употребљавани у терапеутске сврхе и у неким случајевима комерцијализовани од стране фармацеутских компанија, пре много година, неке од тих супстанци су уклоњене са тржишта због својих физичких/бихејвиоралних нежељених ефеката и њихових неподесних адиктивних својстава. Међутим, за оне лекове из Плана I, Конвенције из 1961. са признатом фармаколошком ефикасношћу у медицинској пракси, као што је морфин, Конвенција из 1961. никада није забранила употребу у медицинске сврхе, и једино захтева да се користе уз медицинску интервенцију.

Планови II и III, Конвенције из 1961. наводе супстанце које су широко признате у медицинске сврхе. Када се узимају без медицинских консултација, и/или погрешно дозирање, или без одговарајуће дијагнозе, ове психоактивне супстанце могу да изазову опасне реакције, које могу да утичу на понашање и здравље, нарочито ментално здравље, што поново указује на неопходност одговорних медицинских прописа.

Укратко, државе потписнице би требале да прате одредбе Конвенција из 1961. и 1971. да би се заштитило јавно здравље и благостање и напори држава да се ограничи употреба опојних дрога и психотропних супстанци у медицинске и научне сврхе не би требало да направи баријеру за њихово прикладно клинично коришћење.

### **III. Да ли Конвенције третирају кориснике дрога као криминалце којима је потребна казна?**

*Конвенција 1961. препознаје да је нездраво окружење примарни фактор који доприноси осетљивости појединаца на употребу контролисаних дрога изван намењене или преписане медицинске сврхе. Конвенције у више наврата праве разлику између дилера дрогом, који управљају нелегалном*

<sup>5</sup> Пара. 132 у INCB (2011), “Report of the International Narcotics Control Board on the availability of internationally controlled drugs: ensuring adequate access for medical and scientific purposes”. New York 2011.

<sup>6</sup> Преамбула Конвенције из 1961. године и из 1971. године.

<sup>7</sup> Страна 10 у ЗСО (2011), “Ensuring balance in national policies on controlled substances: guidance for availability and accessibility of controlled medicines”, World Health Organisation, Geneva, Switzerland.

<sup>8</sup> Члан 39 Конвенције из 1961. године.

<sup>9</sup> Пара. 131 у INCB (2011), “Report of the International Narcotics Control Board on the availability of internationally controlled drugs: ensuring adequate access for medical and scientific purposes”. New York 2011.

<sup>10</sup> Пара. 97 у INCB (2011), “Report of the International Narcotics Control Board on the availability of internationally controlled drugs: ensuring adequate access for medical and scientific purposes”. New York 2011.

*дистрибуцијом контролисаних дрога и људи који под утицајем друштвених и здравствених проблема, користе дроге. Многе државе које примењују Конвенције о контроли дроге деле мишљење да је намера Конвенција била да заштити рањиве групе, као што су деца и адолесценти у ризику, маргинализоване особе, друштвено искључени појединци или особе са инвалидитетом или особе са историјом емоционалних траума, психолошким проблемим или пратећим поремећајима менталног здравља. Већа је шанса да ће ове рањиве популације и популације у ризику експериментисати са дрогама у покушају да се носе са тешким стањима и налазе се у повећаном ризику да развију поремећаје везане за употребу дрога (злоупотребу и зависност).*

Још 1972. протокол који је унео допуне у Конвенцију из 1961. препознао је чињеницу да „је зависност од дрога често резултат нездраве друштвене околине у којој живе они који су најизложенији опасности од злоупотребе дрога“.<sup>11</sup> Аутори су узели у обзир штетне факторе околине, који чине појединце рањивијим на употребу дрога и зависност. Нездрава околина у ствари, упућује на услове штетне за физичко, психолошко и морално благостање појединца пре изложености дрогама, повећавајући ризик за злоупотребу супстанци и подривајући прилагодљивост појединца.

Актуелни научни докази много година након што је усвојена Конвенција из 1961. показују да су експериментисање са дрогама, злоупотреба психотропних лекова или злоупотреба алкохола у раним годинама живота, резултат узајамног дејства генетских предиспозиција и срединских фактора. Трпљење занемаривања или злостављања, одрастање у угроженим заједницама, под утицајем раних психолошких проблема, бити жртва насиља и нестабилности, искусити лоше родитељство или друштвено искључење, све доприноси осетљивости на почетак употребе дроге, са потенцијалним напредовањем ка развоју адиктивног/компулсивног понашања. Све је више доказа да почетак употребе дроге и развој зависности не могу бити сматрани изолованим избором појединца, већ експресијом понашања комплексног сета психобиолошких рањивости и стања.<sup>12</sup>

Нарочито, наука сматра да је зависност од дрога мултифакторска хронична болест, која утиче на мозак. Три димензије доприносе патогенези адиктивних болести: (1) изложеност дрогама које утичу на функционисање мозга; (2) генетска предиспозиција која утиче на темперамент и личне особине и (3) штетна животна искуства. Сваки од ових фактора доприноси перманентним променама у функционисању мозга који представља неуробиолошке основе за развој адиктивног понашања.<sup>13</sup>

Што се тиче поступања, супротно одредбама Конвенције из 1961. године, које треба размотрити као кажњива дела, чл. 36, ст. 1. б) Конвенције из 1961. јасно каже да "када корисници дрога почине таква

---

<sup>11</sup> Оперативни параграф 1. Резолуција III, 1972 амандмани Конвенције из 1961.

<sup>12</sup> Ezard, N. (2012). Substance use among populations displaced by conflict: a literature review. *Disasters*, 36, 533-557; Pechtel, P., & Pizzagalli, D.A. (2011). Effects of early life stress on cognitive and affective function: an integrated review of human literature. *Psychopharmacology (Berl)*. 214(1):55-70; National Research Council & Institute of Medicine (2009). Preventing mental, emotional, and behavioral disorders among young people: progress and possibilities. Committee on Prevention of Mental Disorders and Substance Abuse Among Children, Youth, and Young Adults: Research Advances and Promising Interventions. Washington, DC: The National Academies Press; Chermack, S., Stoltenberg, S. F., Fuller, B. E., & Blow, F. C. (2000). Gender Differences in the Development of Substance-Related Problems: The Impact of Family History of Alcoholism, Family History of Violence and Childhood Conduct Problems. *Journal of Studies on Alcohol*, 61, 845-852; Feinstein, E. C., Richter, L., & Foster, S. E. (2012). Addressing the critical health problem of adolescent substance use through health care, research, and public policy. *Journal of Adolescent Health*, 50, 431-436; Shonkoff, J. P. & Phillips, D. A. (2000). From neurons to neighborhoods: The science of early childhood development. Washington, DC: National Academy Press; The National Center on Addiction and Substance Abuse (CASA) at Columbia University. (2011). Adolescent substance use: America's #1 public health problem. CASA, New York; Winstanley, E. L., Steinwachs, D. M., Ensminger, M. E., Latkin, C. A., Stitzer, M. L., & Olsen, Y. (2008). The association of self-reported neighborhood disorganization and social capital with adolescent alcohol and drug use, dependence, and access to treatment. *Drug and Alcohol Dependence*, 92, 173-182; Yoshikawa, H., Aber, J. L., & Beardslee, W. R. (2012). The effects of poverty on the mental, emotional, and behavioral health of children and youth: Implications for prevention. *American Psychologist*, 67, 272-284.

<sup>13</sup> Costello EJ, Eaves L, Sullivan P, Kennedy M, Conway K, Adkins DE, Angold A, Clark SL, Erkanli A, McClay JL, Copeland W, Maes HH, Liu Y, Patkar AA, Silberg J, van den Oord E. Genes, environments, and developmental research: methods for a multi-site study of early substance abuse. *Twin Res Hum Genet*. 2013 Apr;16(2):505-15. doi: 10.1017/thg.2013.6. Epub 2013 Mar 6; Agrawal A, Lynskey MT. Are there genetic influences on addiction: evidence from family, adoption and twin studies. *Addiction*. 2008 Jul;103(7):1069-81. doi: 10.1111/j.1360-0443.2008.02213.x. Epub 2008 May 20; Rhee SH, Hewitt JK, Young SE, Corley RP, Crowley TJ, Stallings MC. Genetic and environmental influences on substance initiation, use, and problem use in adolescents. *Arch Gen Psychiatry*. 2003 Dec;60(12):1256-64; Feng J, Nestler EJ. Epigenetic mechanisms of drug addiction. *Curr Opin Neurobiol*. 2013 Aug;23(4):521-8. doi: 10.1016/j.conb.2013.01.001. Epub 2013 Jan 29; Wong CC, Mill J, Fernandes C. Drugs and addiction: an introduction to epigenetics. *Addiction*. 2011 Mar;106(3):480-9. doi: 10.1111/j.1360-0443.2010.03321.x.

кривична дела, уговорне стране могу обезбедити, као алтернативу осуде или кажњавања или поред осуде или казне, да се такви корисници подвргну мерама лечења, образовања, рехабилитације и социјалне реинтеграције". Слична одредба је укључена у чл. 22, ст. 1. б) Конвенције из 1971. године.

Конвенције више пута позивају на социјалну кохезију и реинтеграцију корисника дрога, а не третирању илегалних корисника и зависних појединца као злочинаца који би требало бити маргинализовани. Конвенције нуде могућност за рехабилитацију и реинтеграцију у друштво, не одражавајући казни став. Овај оквир служи како би се државе чланице фокусирали на друштвену реинтеграцију корисника дрога, а споразуми наглашавају да људима под утицајем дрога, посебно пацијентима зависним од лекова, не треба казна, већ социјална и здравствена заштита, као и солидарност заједнице.<sup>14</sup>

У конвенцијама, на проблем се више пута скреће пажња, кроз мере против злоупотребе опојних дрога и психотропних супстанци, и нуди листа интервенција, односно раног откривања, лечења, накнадне неге, рехабилитацију и социјалну интеграцију зависних лица. Конвенције такође захтевају да државе потписнице координирају своје напоре у смеру развоја здравственог приступа, који треба да је фокусиран на социјалну кохезију.

Што се тиче поседовања, набавке или гајења контролисаних дрога за личну употребу, односно не за медицинске или научне сврхе, Конвенција из 1988. одређује да ће ови поступци бити схваћени као кривична дела. Међутим, ова обавеза подлеже уставним принципима и основама правних система сваке државе потписнице.<sup>15</sup> Иста Конвенција такође указује да државе потписнице могу да обезбеде мере лечења, образовања и даљу бригу, рехабилитацију или социјалну реинтеграцију као алтернативе за осуде или казне.<sup>16</sup> Дакле, Конвенције не захтевају апсолутно кажњавање поседовања, куповине или гајења за личну употребу. Зато је, према конвенцијама, некажњавање за поседовање, куповину или гајење контролисаних дрога за личну употребу могуће, под одређеним околностима. Треба напоменути да некажњавање не подразумева декриминализацију: поседовање дроге за личну употребу и се и даље препознаје као нелегално (кажњиво дело), али акција предузета као одговор на ово кривично дело не мора да доведе до казне. У ствари, алтернативне казне као социјална заштита и детоксикација, здравство, лечење зависности и реинтеграције у друштво могу бити много ефикасније.

У том смислу, уговори имају намеру да обесхрабре неовлашћено поседовање и коришћење контролисаних лекова који, без рецепта и ван лекарског надзора, могу бити знатно опаснији за појединца, његове / њене породице, заједницу, а може да угрози и здравље људи. Указујући да је акција или понашање нелегално, а може представљати кривично дело, има важну улогу у смислу комуникације. Намера је да се заштити здравље, баш као и код других понашања која се сматрају незаконитим радњама: Вожња аутомобила без поштовања правила, поседовање оружја без дозволе, одбацивање контаминираног материјала или управљање експлозивом без одговарајућег овлашћења и процедуре за заштиту јавног здравља.

Поред тога, Конвенција из 1988. показује да би у случајевима фокусирања на продавце дроге, законодавство требало да идентификује и разликује случајеве мањег прекршаја од кривичног правосудног система. На пример, као што је већ случај у многим земљама, појединци који продају малу количину дроге са намером да добију новац за одржавање своје навике као корисници, не добијају исти институционални одговор као онај дат лицима који управљају тржиштем дрога као недозвољеним и профитабилним бизнисом. Из тих разлога, чл. Став 3. 4. (ц) Конвенције из 1988. године наводи да "у одговарајућим случајевима мањег прекршаја", уговорне стране могу пружити "као алтернативу пресуди, или кажњавању" мере као што су образовање, рехабилитацију и социјалну реинтеграцију, као и лечење и даљу бригу о њима.

---

<sup>14</sup> Арт. 38, пара.1 Конвенције из 1961. године; Арт. 20, пара. 1 Конвенције из 1971. године.

<sup>15</sup> Арт 3, пара. 2 Конвенције из 1988. године.

<sup>16</sup> Арт. 3, пара. 4 (d) Конвенције из 1988. године

Лечење, као алтернатива за затвор, помиње се у многим одредбама Конвенције, јасно указујући да појединци погођени поремећајима у вези са употребом дрога не треба кривично бити осуђивани.<sup>17</sup>

#### **IV. Да ли Конвенције подржавају неквалификоване интервенције превенције употребе дрога и третмана зависности?**

*Конвенција из 1961. године позива на коришћење адекватних мера превенције коришћења дрога и лечење зависности од дрога, и неопходност да се обуче квалификовани стручњаци у области смањења потражње дрога. Ово наглашава потребу да државе потписнице усвоје приступ заснован на науци у превенцији и лечењу.*

Конвенције обавезују државе потписнице да "преузму све практичне мере" у циљу превенције злоупотребе контролисаних опојних дрога и психотропних супстанци, њихове ране идентификације, лечења, едукације, рехабилитације и социјалне реинтеграције укључених особа, као и да координирају напоре према овим потребама. Конвенције такође препознају неопходност обучавања професионалаца у овим областима<sup>18</sup>, чиме би се нагласило да превенција илегалног коришћења дрога и лечења зависности од дрога не треба да се поуздају у спонтане и неквалификоване иницијативе. Превенција илегалног коришћења дрога и лечење зависности од дрога мора бити засновано на одговарајућим научним методама, интервенцијама заснованим на доказима које су исплативе, као и добрим праксама индикованим институционалним смерницама које су резултат научних сазнања.

У равни са одредбама Конвенција, Политичка Декларација из 2009.<sup>19</sup> понавља посвећеност унапређењу и развоју примарне превенције, ране интервенције, лечења, неге, рехабилитације, социјалне реинтеграције и сродних услуга подршке, у циљу промовисања здравља и социјалног благостања међу појединцима, породицама и заједницама и смањење штетних последица злоупотребе дрога, са интервенцијама заснованим на научним доказима.<sup>20</sup> Повећање броја научних доказа везаним за зависност у медицини дозвољава државама потписницама да имплементирају методе лечења које су научно доказане као ефикасне и исплативе, које прате исти критеријуми, индикатори и стандарди квалитета, као и за сваку другу хроничну болест.

Квалификоване и интервенције засноване на научним истраживањима, испоручене од стране добро истренираних здравствених и социјалних професионалаца, као што се тражи у Конвенцијама, су основа за ригорозну евалуацију примењену на превентивне и програмелечења. Недостатак мерљивих резултата или немогућност поређења резултата због неквалификованих и спонтаних иницијатива у превенцији и лечењу су смањиле поверење политичара и доносиоца одлука у области смањења потражње дрога, и за узврат негативно утицале на ресурсе који су и м доступни за и од стране држава потписница у овој области.

Конвенције позивају државе потписнице да шире разумевање о дрогама, њиховој злоупотреби и њиховој превенцији свим групама професионалаца, као и јавном мњењу, опет са препоруком о смањењу игнорантности и дељењу већег знања у овој области.<sup>21</sup> Конвенција из 1961. године, препознаје да су многе професионалне групе укључене у активности које одговарају проблемима злоупотребе психоактивних супстанци, укључујући не само области које се односе на здравље и друштво, већ и на систем кривичне правде, организације спровођења закона, систем кажњавања, приватни сектор и медије.

<sup>17</sup> Арт. 36, пара.1. (б) Конвенције из 1961. године; Арт. 22, пара. 2 (б) Конвенције из 1971.године; Арт.3, пара. 4. (б) Конвенције из 1988. године.

<sup>18</sup> Арт. 38, пара.2 Конвенције из 1961. године; Арт. 22, пара. 2. Конвенције из 1971. године.

<sup>19</sup> Political Declaration and Plan of Action on International Cooperation towards an Integrated and Balanced Strategy to Counter the World Drug Problem, as adopted by the Commission on Narcotic Drugs at the high-level segment of its fifty-second session on 2 March 2009 and by the General Assembly in its resolution A/RES/64/182 (hereinafter referred to as '2009 Political Declaration'), Official Records of the Economic and Social Council, 2009, Supplement No. 8 (E/2009/28), chap. I, sect. C ; see also A/64/92 - E/2009/98, sect. II .A

<sup>20</sup> Пара. 21 политичке Декларације из 2009.

<sup>21</sup> Арт. 38, пара.3 Конвенције из 1961. године; Арт. 20, пара. 3 Конвенције из 1971. године

Аутори нацрта Конвенција показали су напредно мишљење и визију у решавању мултифакторних и комплексних здравствених проблема, као што је злоупотреба психоактивних супстанци, имплицитно признавајући значај мултидисциплинарних и свеобухватних приступа уз укључење заједнице и доносиоца одлука у добро координиране, квалификоване интервенције. То се посебно односи на однос ширења разумевања о дрогама и болести зависности свим групама професионалаца, и неопходности превазилажења стигме, дискриминације, и погрешних ставова о илегалним дрогама и њеним корисницима, као и да је пресудно подстаћи друштвену кохезију и подршку сервисима подршке и рехабилитације.

Ова визија, подржана новим сазнањима о коришћењу психоактивних супстанци и болести зависност који су нам доступни кроз научна истраживања могу прогресивно побољшати потребу за активностима усмереним на смањење потражње дрога, и тиме скренути одговор на ове проблеме са система кривичне правде на системе здравствене неге и креирати приступе који су оријентисани на здравље уместо на кажњавање.

## V. Да ли Конвенције подржавају третмане обавезног лечења?

*Конвенције не помињу и не подржавају “обавезно лечење”*

Конвенција из 1961. године нигде не спомиње обавезно лечење. Она наговештава да земље потписнице могу пружити третмане лечења, едукацију, негу, рехабилитацију или социјалну интеграцију као додатак “пресуди и казни” или “као алтернативе пресуди или казни која је пресуђена”<sup>22</sup>.

Конвенција из 1961. године никада и нигде не наводи да осуда или казна треба бити понуђена као третман. У том смислу, презентовање центара за притвор за кориснике дрога и зависнике о дрогама као едукацију, лечење и рехабилитацију је неодговарајуће. Уз то, многи центри за притвор користе застареле методе и не – научне праксе, које јасно нису у равни са одредбама Конвенција, које захтевају интервенције које би требало бити пружене од стране професионалног особља.

Едукација, лечење, рехабилитација и друштвена реинтеграција би требали бити понуђени корисницима дрога и људима који пате од болести зависности као прилике и алтернативе затвору. Ове интервенције не би смеле бити наметнуте. Очигледно је да корисницима дрога који чине злочине, могућност подвргавања третману лечења и присуство програмима детоксикације као алтернатива затвору, укључује и избор пацијента, и није наметнуто одредбама Конвенције. Пацијенти који су зависни од психоактивних супстанци и који су проглашени кривим за злочин требали би имати могућност да присуствују програмима лечења као алтернативи за казну затвора, на основу њиховог слободног избора.

Законодавство у многим државама потписницама и међународним медицинским стандардима захтевају да сви медицински третмани могу бити обезбеђени уз слободну “сагласност” пацијента. Само у посебним случајевима који се односе на акутне и опасне услове, укључујући и пацијента у животном ризику и безбедност (психотичне кризе, предозирања, ризик од насиља, покушаја самоубиства), лечење се може применити као обавезно на неколико сати или најдаље неколико дана. После овог кратког периода, пацијент ће бити у стању да буде аутономан и има капацитет да се договори или одбије третмане лечења болести зависности.<sup>23</sup>

Формулације као што су “рехабилитација” или “друштвена реинтеграција”, које Конвенције користе интензивно, такође дају до знања да циљеви детоксикације и процеса опоравка нису социјално искључивање и сегрегација у центрима за притвор. Уместо тога циљеви Конвенција су да врате осећај

<sup>22</sup> Арт. 36, пара.1. (б) Конвенције из 1961. године; Арт. 22, пара. 1. (б) Конвенције из 1971. године; Арт.3, пара. 4. (б) оф Конвенције из 1988. године

<sup>23</sup> Принцип 11. у “Consent to Treatment”. United Nations Principles for the Protection of Persons with Mental Illness and the Improvement of Mental Health Care, GA 46/119, 1991. World Health Organization (2005b) WHO Resource Book on Mental Health, Human Rights and Legislation. Geneva, World Health Organization.

припадности и оснаживање, као и јачање социјалне кохезије и промовисање осећаја везивања за заједницу.

Терапијски процес у лечењу болести зависности, као и стратегија за рехабилитацију и исход опоравка, заснивају се на успостављању савеза између пацијента и терапеута. То није другачије од било ког лечења хроничних болести. Кроз ову терапеутску сарадњу прогресивни преговори дозвољавају пацијенту да се потпуно укључи у процес постављања циљева и рада у смеру постизања тих циљева у процесу лечења. Кораци рехабилитације не би требало бити наметнути пацијенту, а процес захтева стрпљење и дугорочну посвећеност. Професионалци у области болести зависности су посведени пуном спектру сервиса за опоравак, укључујући и праћење пацијената који могу искусити повратак понашању везаним за коришћење дрога.

Циљеви процеса социјалне реинтеграције, као и циљеви едукације, не могу бити достигнути имплементирањем метода и програмима обавезног лечења за пацијенте. Супротно томе, приступ подршке мора бити усвојен, и интерактивно когнитивно-бихејвиоралне методе морају бити примењене, чинећи кориснике психоактивних супстанци, пацијенте који болују од болести зависности, активним учесницима у стратегији њиховог опоравка.

## VI. Да ли су Конвенције против стратегија смањења штете?

*Конвенције нису против стратегија смањења штете уколико оне нису спроведене у изолацији или као алтернативе потребном смањењу.*

У време настајање Конвенција, мере превенције здравствених и друштвених последица зависности од дрога нису биле развијене као у скорашњим декадама. Стога, Конвенције из 1961. и 1971. године спомињу једино “лечење, едукацију, негу, рехабилитацију или друштвену реинтеграцију”<sup>24</sup> Конвенција из 1988. године позива државе потписнице да усвоје адекватне мере са освртом на “смањење људске патње”, заснованом на препорукама Уједињених Нација и Светске Здравствене Организације.<sup>25</sup> Коментаришући овај члан, INCB је истакао да је крајњи циљ Конвенција смањење штете.<sup>26</sup>

Даље, изричито наведен разлог постојања Конвенције из 1961. године, посебно смањења потражње дрога, је брига о здрављу и благостању човечанства у односу на питања везаним за контролисане опојне дроге и психотропне супстанце.<sup>27</sup> У складу са овим погледом, државе потписнице вед су се 1988.године сложиле да “Политика смањења потражње: (I) за циљ има спречавање употребе дрога и смањење штетних последица злоупотребе дрога”.<sup>28</sup>

2009. године, државе потписнице једногласно су подржале став да је заштита здравља корисника дрога и пружање прве линије социјалне помоћи, нарочито када пацијент није мотивисан да учествује у третману лечења или када је пацијент рецидивирао након лечења, неопходна обавеза сваке од држава потписница. Језик који је усвојен политичком Декларацијом из 2009. године обухвата мере смањења штете, као концепт са различитим дефиницијама и политичким конотацијама, као резултат одлука донетим од стране Високог тела сегмента Комисије о опојним дрогама умањују штетне последице по здравље и социјалне последице злоупотребе дрога.<sup>29</sup>

Не постоји конфликт између “мера за смањење последица злоупотребе психоактивних супстанци по здравље и друштво” и “смањење потражње дрога”<sup>30</sup>. Мере смањења штете треба сматрати делом, или клиничким сегментом, шире континуиране бригае. Мере смањења негативних последица злоупотребе дрога по здравље и друштво требало би да укључе пакет од девет интервенција како би утицали на превенцију ХИВ-а, које су заједнички публиковане од стране UNODC, UNAIDS и СЗО, као и

<sup>24</sup> Арт. 36, пара.1 (б) Конвенција из 1961. године; Арт. 22, пара. 1. (б) Конвенција из 1971. године.

<sup>25</sup> Арт. 14, пара. 4 Конвенција из 1988. Године.

<sup>26</sup> INCB Годишњи извештај 2003.

<sup>27</sup> Преамбуле Конвенције из 1961. године и Конвенција из 1988. године

<sup>28</sup> Пара. 8.(b), Declaration on the Guiding Principles of Drug Demand Reduction (A/RES/S-20/3).

<sup>29</sup> Пара.20 из 2009. политичка Декларација.

<sup>30</sup> Preface, UNODC (2009), Reducing the adverse health and social consequences of drug abuse: a comprehensive approach, United Nations Office on Drugs and Crime, Vienna, Austria.



интервенције у превенцији предозирања, превенцији вожње под утицајем психоактивних супстанци, хигијенских мера и прве линије социјалне помоћи.<sup>31</sup>

У многим земљама, од краја 1980-тих, Владе су увеле програме замене игала или дистрибуцију игала и шприцева за кориснике дрога, да би ограничиле ширење ХИВ/АИДС-а. INCB и даље одржава позицију изражену 1987. године, да Владе треба да усвоје мере које могу да доведу до смањења дељења хиподермичких игала међу ињектирајудим корисницима дрога како би ограничили ширење ХИВ/АИДС-а, у исто време избегавајући промоцију злоупотребе дрога таквим мерама.<sup>32</sup> У овом контексту, постоје поједина истраживања која демонстрирају да програм замене игала не поведавају коришћење дрога у окружењу у ком су такви програм имплементирани.<sup>33</sup>

INCB је поновио свој став и 2000. године, прихватајући да “концепт смањење штете има своју улогу у стратегијама терцијарне превенције...”, то јест у заштити здравља корисника дрога. По упутствима INCB-ја, иако се програми смањења штете не могу сматрати заменом за програме смањења потражње, ове интервенције може се сматрати имају улогу у свеобухватној здравственој и стратегији смањења потражње.<sup>34</sup> У овом оквиру, интервенције смањења штете требало би бити сагледане у равни са, а не против, Конвенција.

## **VII. Да ли су Конвенције против употребе контролисаних опојних дрога у третманима лечења болести зависности?**

*Конвенција из 1961. године, Конвенција о психотропним супстанцама и Конвенција против трафикинга, нису против употребе контролисаних опојних дрога у лечењу болести зависности када су опојне дроге и психотропне супстанце коришћене у медицинске сврхе и под медицинских надзором. Одредбе Конвенција се не изјашњавају о клиничким изборима везаним за лечење болести зависности, нарочито, не индикују који лекови би требало бити коришћени за фармаколошке терапије.*

Медицинска употреба опојних дрога је Конвенцијом из 1961. године дефинисана као незаменљива у смањењу бола и патње. Текст преамбуле Конвенције из 1961. године<sup>35</sup> дозвољава медицинску употребу контролисаних опојних дрога и психотропних супстанци како би ублажила симптоме патње, укључујући и ону везану за симптоме апстиненције и везаних за условљено компулсивно понашање зависника дрога.

Неке опојне дроге и психотропне супстанце показале су се ефикасним у третману лечења медицинско-бихејвиоралног стања и менталних поремедаја, захтевајући мере и посебну пажњу како би избегли злоупотребе и диверзије.

Међу лековима за лечење зависности, многе студије су документовале безбедност, ефикасност и ефективност опиоида који делују дуго, као што су метадон и бупренорфин (контролисане супстанце), у лечењу зависности од хероина. Употребе ових лекова су описане у публикацијама UNODC и ЗСО.<sup>36</sup> Зато политичка Декларација из 2009. године наводи да земље потписнице треба да размотре развој свеобухватног система лечења нудеди широк спектар фармаколошки интегрисаних (као што су детоксикација и терапија одржавања опиоидним аналгетцима) и психосоцијалних (као што су саветовање, когнитивна бихејвиорална терапија и социјална подршка) интервенције засноване на научним доказима, са фокусом на процес рехабилитације, опоравка и реинтеграције.<sup>37</sup>

<sup>31</sup> WHO (2009), WHO, UNODC, UNAIDS technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users, World Health Organisation, Geneva, Switzerland.

<sup>32</sup> Пара. 2 поглавља I. Overview in INCB (1987), Report of the International Narcotics Control Board for 1987, International Narcotics Control Board, Vienna, Austria.

<sup>33</sup> Guldish J et al. Evaluating needle exchange: are there negative effects? AIDS, 1993, 7:871-876. Hartgers C et al. The impact of the needle and syringe-exchange programme in Amsterdam on injecting risk behaviour. AIDS, 1989, 3(9):571-6. Van Ameijden EJ & Coutinho RA. Large decline in injecting drug use in Amsterdam, 1986-1998: explanatory mechanisms and determinants of injecting transitions. Journal of Epidemiology & Community Health, 2001, 55(5):356-63.

<sup>34</sup> Пара. 445 in INCB (2000), Report of the International Narcotics Control Board for 2000, International Narcotics Control Board, Vienna, Austria.

<sup>35</sup> Преамбула Конвенције из 1961. године.

<sup>36</sup> UNODC (2009), Principles of Drug Dependence Treatment - UNODC/WHO Discussion Paper, United Nations Office on Drugs and Crime, Vienna, Austria. WHO (2009), Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence, Department of Mental Health & Substance Abuse, World Health Organization, Geneva, Switzerland.

<sup>37</sup> Para.4 (h) of the Plan of Action of the 2009 Political Declaration.

Коришћење језика који се односи на метадон и бупренорфин као “супституционе терапије” може бити погрешно протумачен и контрапродуктиван. Употреба терминима “супституција”, који се односи на чињеницу да метадон или бупренорфин замењују хероин у вези са рецепторима за опиоиде у мозгу, била је генерализована и у том смислу допринела томе да се сматра заменом за уличне дроге. Ова погрешна генерализација допринела је широко распрострањеном неразумевању овог приступа лечења. Иако су метадон и бупренорфин опиоиди, као и хероин или морфијум, њихове фармаколошке карактеристике (њихово дуго трајање за везивање рецептора у мозгу – 36 – 48 сати – и њихови специфични унутрашњи ефекти) чине их потпуно другачијим супстанцама, а не заменом једних за друге.

Прво и најважније, метадон и бупренорфин нису награђивања, као хероин или други краткотрајући опиоидни аналгетици. Друго, метадон и бупренорфин су дугог трајања. То јест, њихови ефекти трају дуже и спречавају појаву симптома апстиненције. Ови фактори чине их битним инструментима за лечење зависности од хероина. Одговарајуће дозе метадона и бупренорфина поништавају ефекат награде који се јавља употребом хероина и дозвољавају фармаколошку контролу адиктивне навике, посебно прекидом награда/кајање компулзивног круга зависности.

Као подршку овим интерпретацијама, INCB је 2003. године изјавио да су многе Владе одлучиле у корист супституционих терапија и третмана одржавања као једним од облика медицинског лечења зависника од дрога, али са нижим степеном ризика, преписаним од стране лекара за специфично лечење. Иако резултати зависе од много фактора, њихова имплементација не садржи кршење одредби тог уговора, која год се супстанца може користити у таквом лечењу у равни са вед постојећом устаљеном лекарском праксом.<sup>38</sup> Као што је случај са концептом медицинског коришћења, лечење није дефинисано уговором. Конвенције нису против употребе контролисаних опојних дрога и психотропних супстанци у лечењу болести зависности.

## VIII. Да ли су Конвенције против људских права?

*Циљ Конвенција је да заштити људска права вулнерабилних популација од опасних ефеката контролисаних супстанци, од здравствених и социјалних последица поремедаја коришћења психоактивних супстанци и контрола криминалних организација које доминирају на илегалном тржишту дрога. Систем контроле дрога који је захтеван од стране Конвенција никад не би требало да захтева кршење људских права.*

Конвенције су инструмент развијен од стране држава потписница, кроз Економски и Социјални Савет Генералне Скупштине, тела Уједињених Нација основан од стране Повеље, у равни са основном сврхом промоције и подстицања поштовања људских права и основних слобода. У ствари, Конвенција из 1988. године посебно се осврнула на потребу за поштовање људских права у контексту борбе против илегалног узгајања биљака од којих се добијају контролисане супстанце.<sup>39</sup> Недавно, државе чланице Уједињених Нација једногласно су препознале у Конвенцији из 1988. године и политичкој Декларацији из 2009 године, да одговор на светски проблем са дрогама захтева интегрисани и уравнотежен приступ, у потпуној сагласности са циљевима и принципима Повеље Уједињених Нација и међународног права и посебно са свим људским правима и основним слободама.<sup>40</sup>

Конвенције имају за циљ да заштите људска права вулнерабилних популација од опасних ефеката контролисаних опојних дрога, од здравствених и социјалних последица поремећаја употребе дрога и контроле криминалних организација које управљају илегалним тржиштем дрога. Достојанство људских бида и њихова права на слободу, посебно право на здравље<sup>41</sup> су основни елементи система контролехрога, посебно заштита права деце, адолесцената и других вулнерабилних група.<sup>42</sup>

<sup>38</sup> Пара. 222, INCB (2003), Report of the International Drugs Control Board for 2003, International Drugs Control Board, Vienna, Austria.

<sup>39</sup> Арт. 14, пара. 2 Конвенције из 1998.

<sup>40</sup> Para. 2 of the Political Declaration adopted by General Assembly Resolution A/RES/S-20/2 (hereby referred to as ‘1998 Political Declaration’ and para. 1 of the 2009 Political Declaration

<sup>41</sup> See the preamble of the 1946 Constitution of the World Health Organization, first and second paragraph; the 1965 International Convention on the Elimination of All Forms of Racial Discrimination, Art. 5 (e)(iv); the 1966 International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, Art. 12; the 1979 Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women, Arts. 11 (1)(f), 12 and 14 (2)(b); the 1989 Convention on the Rights of the Child, Art. 24; the 1990 International Convention on the Protection of the Rights of All Migrant Workers and Members of Their Families, Arts. 28, 43 (e) and 45 (c); and the 2006 Convention on the Rights of Persons with Disabilities, Art. 25.

<sup>42</sup> Paras. 13-14 of the Plan of Action of the 2009 Political Declaration. See also Art. 33 of the Convention on the Rights of the Child.

Употреба дрога не поведава капацитете и могућности. Не отвара перспективе за побољшање квалитета живота сиромашних људи и не доприноси успешној путањи и ефективним предностима пообразовање деце. Напротив, употреба дрога подрива лични и социјални развој, инхибира критичко размишљање, и спречава аутономију и креативне иницијативе. У реалности, људи постају зависни од дрога, робови дилера дроге, изоловани од заједнице, лишен менталног здравља и когнитивних афективних способности. То није у складу са људским правима. Ово се посебно односи на појединце који су најподложнији употреби дрога и зависности од дрога, који су у највећем броју случајева вед доживели историју хендикепа. Њихово право на здравље је посебно важно.

Када су у питању последице имплементације система контроле дрога, Конвенција из 1961 године пружа могућност некажњавања оних корисника дрога који је поседују за личну употребу.<sup>43</sup> У пракси, то значи померање институционалног одговора у односу на ове вулнерабилне популације са система кривичног правосуђа на систем здравствене заштите. У Конвенцијама ништа не оправдава кажњавање и друге активност директно у контрасту са људским правима, као што је мучење, понижавање током лечења, које су у неким случајевима примењене од стране земаља чланица у име контроле дрога. Овај приступ је контрадикторан са одредбама Конвенција и погрешно тумачи њихов циљ и значај.

Право на лечење поремедаја везаних за дроге, бег стигматизације и дискриминације је исто што и право на лечење било које хроничне болести у здравственом систему. Ово је недавно истакнуто од стране UNODC - СЗО Програма лечења зависности од дрога и неге. У складу са тим, заједнички чланак “Принципи лечења зависности од дрога”, издат од стране UNODC-ја и СЗО 2009. године препоручује поштовање људских права корисника дрога и подржава приступ лечењу методама заснованим на научним истраживањима, без дискриминације, и примењеним уз сагласност пацијента у условима који не деградирају појединце који примају сам третман.

Такође, програм за борбу против илегалног гајења не би требало да угрожавају људска права фармера и њихових заједница. У ту сврху, развој алтернативних мера одрживог побољшања животног стандарда, активностима које ојачавају заједнице, инфраструктуре, здравствену заштиту и образовне институције, и безбедносних мера требало би бити комплементарне са и имплементирани паралелно са мерама искорењивања.

Државне институције посебно би требало да штите ове популације, заједнице које зависе од пољопривреде, од притиска и насиља криминалних организација са намером да их укључе у илегалну производњу опојних дрога и контролисаних супстанци, чиме уништавају економску зависност на које се ослања илегално тржиште.

## **IX. Да ли Конвенције подржавају смртну казну за злочине везане за дроге?**

Конвенције никада нису подржале смртну казну за злочине везане за дроге.

Конвенције никада не спомињу смртну казну. У случају дела тешке природ, Конвенције позивају на ствљање у затвор или друге форме лишења слободе, новчане казне и конфискације.<sup>44</sup> Штавише, када корисници почине таква дела, у одговарајућим случајевима лаке природе и у поседовања, куповине или узгајања за личну употребу, државе чланице могу понудити лечење и рехабилитационе сервисе као алтернативе на осуђивање и кажњавање (то јест кривично правне санкције).<sup>45</sup>

У складу са политикама Уједињених Нација, UNODC заговара за укидање смртне казне. Недавне резолуције Генералне Скупштине Уједињених Нација 2007. 2008. и 2010. године<sup>46</sup>, подржан је од поведаног броја држава чланица, у потрази за доношењем међународног мораторијума на спровођење смртне казне у правцу укидања смртне казне. Ове вежне резолуције позивају све државе које и даље примењују смртну казну да прогресивно забране примену смртне казне, смање број прекршаја за које може бити пресуђена, као и да донесе мораторијум на погубљења, у правцу укидања смртне казне.

<sup>43</sup> See question III above.

<sup>44</sup> Art. 36, para. 1 (a) of the 1961 Convention; Art. 22, para. 1 (a) of the 1971 Convention; Art. 3, para. 4 (a) of the 1988 Convention.

<sup>45</sup> See question III above.

<sup>46</sup> A/RES/62/149, A/RES/63/168, A/RES/65/206.

Резолуције позивају државе чланице да прате међународне стандаре, као што је Међународни пакт о грађанским и политичким правима који наводи да у земљама које нису укинуле смртну казну, та казна може бити спроведена само за “најозбиљније злочине” која генерално не препознају прекршаје везане за дроге.<sup>47</sup>

---

<sup>47</sup> Drug control, crime prevention and criminal justice: A Human Rights perspective. Note by the Executive Director: E/CN.7/2010/CRP.6-E/CN.15/2010/CRP.1.