



МЕЖДУНАРОДНЫЙ КОМИТЕТ ПО КОНТРОЛЮ НАД НАРКОТИКАМИ



Наличие психоактивных средств,  
находящихся под международным контролем:  
**обеспечение надлежащего доступа  
для медицинских и научных целей**

*Необходимость, соответствующее наличие  
и отсутствие чрезмерных ограничений*



ОРГАНИЗАЦИЯ  
ОБЪЕДИНЕННЫХ НАЦИЙ

## **Доклады Международного комитета по контролю над наркотиками, опубликованные в 2015 году**

*Доклад Международного комитета по контролю над наркотиками за 2015 год (E/INCB/2015/1) дополняется следующими докладами:*

*Доклад Международного комитета по контролю над наркотиками “Наличие психоактивных средств, находящихся под международным контролем: обеспечение надлежащего доступа для медицинских и научных целей” (E/INCB/2015/1/Supp.1)*

*Narcotic Drugs: Estimated World Requirements for 2016 – Statistics for 2014 (E/INCB/2015/2)*

*Psychotropic Substances: Statistics for 2014 – Assessments of Annual Medical and Scientific Requirements for Substances in Schedules II, III and IV of the Convention on Psychotropic Substances of 1971 (E/INCB/2015/3)*

*Прекурсоры и химические вещества, часто используемые при незаконном изготовлении наркотических средств и психотропных веществ: доклад Международного комитета по контролю над наркотиками за 2015 год о выполнении статьи 12 Конвенции Организации Объединенных Наций о борьбе против незаконного оборота наркотических средств и психотропных веществ 1988 года (E/INCB/2015/4)*

Обновленные перечни веществ, находящихся под международным контролем, включающие наркотические средства, психотропные вещества и вещества, часто используемые при незаконном изготовлении наркотических средств и психотропных веществ, содержатся в последних изданиях приложений к статистическим бланкам (“Желтый перечень”, “Зеленый список” и “Красный список”), которые также публикуются Комитетом.

### **Контактная информация Международного комитета по контролю над наркотиками**

В секретариат Комитета можно обратиться по следующему адресу:

Vienna International Centre  
Room E-1339  
P.O. Box 500  
1400 Vienna  
Austria

Кроме того, с секретариатом можно связаться по следующим каналам:

Телефон: (+43-1) 26060  
Факс: (+43-1) 26060-5867 или 26060-5868  
Эл. почта: [secretariat@incb.org](mailto:secretariat@incb.org)

С текстом настоящего доклада можно также ознакомиться на веб-сайте Комитета ([www.incb.org](http://www.incb.org)).



МЕЖДУНАРОДНЫЙ КОМИТЕТ ПО КОНТРОЛЮ НАД НАРКОТИКАМИ

Наличие психоактивных средств,  
находящихся под международным контролем:  
обеспечение надлежащего доступа  
для медицинских и научных целей

*Необходимость, соответствующее наличие  
и отсутствие чрезмерных ограничений*



ОРГАНИЗАЦИЯ ОБЪЕДИНЕННЫХ НАЦИЙ  
Нью-Йорк, 2016 год

E/INCB/2015/1/Supp. 1

UNITED NATIONS PUBLICATION  
eISBN: 978-92-1-057770-0

# Предисловие

Несколько десятилетий назад международное сообщество взяло на себя торжественное обязательство в рамках Единой конвенции о наркотических средствах 1961 года с поправками, внесенными в нее в соответствии с Протоколом 1972 года<sup>1</sup>, и Конвенции о психотропных веществах 1971 года<sup>2</sup> обеспечить, не допуская чрезмерного ограничения, наличие лекарственных средств, считающихся незаменимыми для медицинских и научных целей. В последние десятилетия это обещание не было выполнено в полном объеме. Слишком много людей все еще страдают от боли или умирают, не имея доступа к необходимым лекарственным средствам. Ненужные страдания по причине отсутствия надлежащих лекарственных средств вследствие бездействия и избыточных административных требований являются позорным фактом для всех нас.

Около 5,5 млрд. человек по-прежнему имеют лишь ограниченный доступ или вовсе не имеют доступа к лекарствам, содержащим наркотические средства, такие как кодеин или морфин, в результате чего 75 процентов мирового населения не имеют доступа к надлежащему лечению для облегчения боли. Около 92 процентов морфина, используемого в мире, потребляется в странах, население которых составляет лишь 17 процентов мирового населения: главным образом в Соединенных Штатах Америки, Канаде, Западной Европе, Австралии и Новой Зеландии. Ненадлежащий доступ противоречит положениям статьи 25 Всеобщей декларации прав человека<sup>3</sup>, в том числе праву на медицинскую помощь, которое также касается паллиативного лечения.

Особое беспокойство вызывает несбалансированность наличия опиоидных анальгетиков, поскольку последние данные свидетельствуют о распространенности и росте числа заболеваний, требующих устранения боли (в частности, таких, как рак), в странах с низким и средним уровнями дохода<sup>4</sup>. В то же время в последние годы наблюдается расширение масштабов злоупотребления лекарственными средствами рецептурного отпуска и рост соответствующих случаев смерти в результате передозировки в странах с высокими уровнями потребления опиоидных анальгетиков на душу населения.

Помимо помощи, необходимой при раке, обезболивание необходимо и в случае многих других заболеваний. В нескольких регионах мира болеутоляющие лекарственные средства обычно не прописываются. Другие находящиеся под международным контролем лекарственные средства, например такие, как метадон и бупренорфин, применяются для лечения наркозависимости, однако их использование в ряде стран также ограничено несмотря на значительную распространенность злоупотребления героином.

Помимо наркотических средств в настоящем докладе также рассмотрены вопросы наличия психотропных веществ, подлежащих контролю согласно Конвенции 1971 года. Потребление и доступность таких веществ, необходимых для лечения ряда серьезных заболеваний, вызывают серьезное беспокойство. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), психическими расстройствами страдают сотни миллионов человек и членов их семей, однако ресурсов, имеющихся в большинстве стран для лечения этих заболеваний, недостаточно. Подавляющее большинство стран выделяют менее 2 процентов своих бюджетов здравоохранения на нужды больных психическими расстройствами, что оставляет более 75 процентов населения в странах с низким и средним уровнями дохода без доступа к такому лечению. Этой проблеме уделяется недостаточное внимание. Уровни потребления психотропных веществ, используемых для лечения психических и неврологических расстройств, например

<sup>1</sup>United Nations, Treaty Series, vol. 976, No. 14152.

<sup>2</sup>Ibid., vol. 1019, No. 14956.

<sup>3</sup>Резолюция 217 А (III) Генеральной Ассамблеи.

<sup>4</sup>Всемирная организация здравоохранения и Всемирный альянс паллиативной помощи, *Всемирный атлас паллиативной помощи в конце жизни* (Всемирный альянс паллиативной помощи, 2014 год).

таких, как тревожные состояния, бессонница и эпилепсия, по-прежнему существенно различаются по странам и регионам. С одной стороны, это объясняется многообразием применяемых методов лечения и соответствующими различиями в подходах к назначению лекарственных средств, а с другой – отсутствием точных данных (как количественных, так и качественных) об уровне потребления таких веществ.

Решение вопроса несбалансированности наличия наркотических средств и психотропных веществ для медицинских и научных целей является одним из обязательств правительств, принятых в соответствии с международными конвенциями о контроле над наркотиками. В 1961 году международное сообщество взяло на себя обязательство обеспечить наличие наркотических средств для облегчения боли и страданий. Вместе с тем участники Конвенции признали существование такой проблемы, как наркомания. Оба этих аспекта нашли свое отражение в преамбуле к Единой конвенции. Такая двойная ответственность находится в центре внимания в рамках дискуссий, проходящих в настоящее время среди государств-членов по вопросам достигнутых результатов и будущих перспектив международной системы контроля над наркотиками.

Аналогичным образом, стороны Конвенции 1971 года, выражая решимость предотвращать злоупотребление психотропными веществами и их незаконный оборот и бороться против них, признали, что использование таких веществ для медицинских и научных целей необходимо, а их доступность для таких целей не должна чрезмерно ограничиваться.

В прошлом Комитет неоднократно поднимал вопрос наличия. Специальные доклады Комитета были посвящены этому вопросу в 1989, 1995 и 2010 годах. В докладе 2010 года<sup>5</sup> содержался ряд рекомендаций на основе информации, предоставленной государствами-членами. Основное внимание в этих рекомендациях уделялось вопросам наличия наркотических средств и психотропных веществ, их надлежащего использования, национальных систем контроля и предупреждения утечки, а также злоупотребления.

Неравноправное использование опиоидных анальгетиков, как представляется, не связано с нехваткой сырья. Мировой объем производства опиатного сырья превышал спрос на мировом рынке на протяжении многих лет. В результате запасы сырья растут несмотря на определенные колебания. За последние 20 лет мировое потребление опиоидов возросло более чем в три раза. Имеющиеся данные свидетельствуют о том, что объемов опиатного сырья, доступного для производства наркотических средств с целью облегчения боли, более чем достаточно для удовлетворения текущего уровня спроса (по оценкам правительств). Что касается психотропных веществ, то вопрос их предложения является более сложным. Этот вопрос подробно рассмотрен в главе, посвященной данным веществам.

Среди препятствий и барьеров, оказывающих неблагоприятное влияние на наличие, можно отметить такие факторы, как несовершенство нормативно-правовой базы, общественное предубеждение, недостаток знаний, экономические трудности и проблемы снабжения. В 2010 году чаще всего страны указывали на такие ограничивающие факторы, как обеспокоенность вероятностью формирования зависимости, нежелание прописывать или хранить препараты, а также недостаточная подготовка медицинских специалистов. По мнению большинства правительств, наличие опиоидов в значительной степени ограничивается также из-за неоправданных законодательных ограничений и обременительных административных процедур. Некоторые правительства указали, что основными препятствиями для обеспечения наличия достаточного количества опиоидов являются проблемы в сфере распределения и снабжения, а также высокая стоимость опиоидов.

---

<sup>5</sup> Доклад Международного комитета по контролю над наркотиками о наличии психоактивных средств, находящегося под международным контролем: обеспечение надлежащего доступа для медицинских и научных целей (E/INCB/2010/1/Supp.1).

С целью оказания помощи правительствам МККН принял решение подготовить настоящий доклад о наличии через пять лет после опубликования доклада 2010 года. Доклад был подготовлен при участии различных заинтересованных сторон. Государства-члены получили вопросник в 2014 году, и более 100 стран ответили на вопросы, тем самым предоставив ценную информацию о политике и практике на национальном уровне. Были проведены консультации с такими межправительственными организациями, как ВОЗ, Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС) и Управление Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности (УНП ООН), которыми были предложены соответствующие данные и информация в дополнение к данным и информации, имеющимся у МККН. Различные организации гражданского общества, представляющие интересы пациентов, членов их семей, медицинских работников и других заинтересованных сторон, также предоставили данные, информацию и свои мнения. Кроме того, ряд исследователей провели соответствующие анализы и представили свое понимание.

Анализ последних данных о потреблении наркотических средств показывает, что, несмотря на наличие существенного неравенства, отмечается значительный прогресс в плане доступности опиоидных анальгетиков для медицинских целей. Эти данные свидетельствуют о заметном росте среднего уровня потребления опиоидных анальгетиков за период 2011–2013 годов по сравнению с 2000–2003 годами. Кроме того, по результатам сравнения ответов, представленных государствами-членами в ходе проведенных в 1995, 2010 и 2014 годах исследований, выяснилось, что беспокойство по поводу риска развития зависимости и законодательных ограничительных факторов становится все менее актуальным и что, по мнению стран, необходимо учитывать другие ключевые ограничительные факторы, включая отсутствие подготовки и образования, оптимизацию снабжения, стоимость и ограниченные финансовые ресурсы.

Эти данные подтверждают, что в рамках международных конвенций имеется возможность улучшить положение в области наличия находящихся под международным контролем лекарственных средств. Для достижения этой цели важно принять надлежащее и эффективное национальное законодательство, которое обеспечивало бы наличие лекарственных средств для пациентов и защищало их здоровье, а также обеспечивало бы подготовку медицинских работников по вопросам ответственного и рационального прописывания лекарственных средств на основе информации о рисках, связанных с прописыванием избыточного количества препаратов и злоупотреблением ими.

Данные о психотропных веществах свидетельствуют о наличии диспропорций между странами и регионами в отношении уровней потребления этих веществ. Нехватка необходимой медицинской помощи и низкий уровень доступа к ней, равно как и переизбыток и неправильное с медицинской точки зрения потребление психотропных веществ, сопряжены с проблемами в отношении их контроля и использования.

Комитет подготовил настоящий специальный доклад для государств-членов в надежде на то, что представленные в нем анализ и рекомендации помогут им в разработке национальной политики и систем контроля, способных достичь целей международных конвенций о контроле над наркотиками, связанных с обеспечением наличия наркотических средств и психотропных веществ. Государства-члены уже неоднократно подчеркивали важность этого вопроса в различных резолюциях и политических декларациях, принятых Комиссией по наркотическим средствам. Они также упоминали этот вопрос в Политической декларации, принятой в ходе совещания высокого уровня Генеральной Ассамблеи по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними<sup>6</sup>, и в резолюции WHA67.19 Всемирной ассамблеи здравоохранения по вопросам укрепления паллиативной медицинской помощи в качестве одного из компонентов комплексного лечения на протяжении всего жизненного цикла<sup>7</sup>.

<sup>6</sup> Резолюция 66/2 Генеральной Ассамблеи.

<sup>7</sup> Имеется по адресу: [http://apps.who.int/gb/e/e\\_wha67.html](http://apps.who.int/gb/e/e_wha67.html).

Кроме того, настоящий доклад предлагается международному сообществу в преддверии специальной сессии Генеральной Ассамблеи по мировой проблеме наркотиков, которая будет проведена в 2016 году, и Комитет надеется, что настоящий доклад окажется полезным для государств-членов в их дискуссиях. В то время когда страны обсуждают успехи, достигнутые международной системой контроля над наркотиками, Комитет хотел бы напомнить о том, что главной целью конвенций о международном контроле над наркотиками является наличие четко функционирующей национальной и международной системы управления снабжением наркотическими средствами и психотропными веществами путем обеспечения надежной и эффективной доставки наиболее доступных лекарственных средств нуждающимся в них больным при одновременном предотвращении их утечки с целью злоупотребления ими.



Вернер Зипп  
Председатель  
Международного комитета  
по контролю над наркотиками



# Содержание

	<i>Стр.</i>
Предисловие .....	iii
Резюме .....	viii
Выражение признательности .....	xi
<i>Глава</i>	
I. Введение .....	1
A. Роль международных конвенций о контроле над наркотиками .....	1
B. Наличие и доступ к находящимся под международным контролем лекарственным средствам как право на здоровье и одно из прав человека .....	2
C. Меры, принимаемые Комитетом для обеспечения наличия достаточного количества лекарственных средств .....	5
D. Методика .....	7
II. Наркотические средства .....	9
A. Предложение и спрос на опиатное сырье и опиоиды .....	9
B. Наличие опиоидных анальгетиков .....	11
C. Ограничительные факторы, влияющие на наличие наркотических средств .....	28
III. Психотропные вещества .....	37
A. Предложение психотропных веществ, находящихся под контролем в соответствии с Конвенцией 1971 года .....	37
B. Наличие психотропных веществ .....	42
C. Ограничительные факторы, влияющие на наличие психотропных веществ .....	63
IV. Наличие находящихся под международным контролем лекарственных средств для лечения опиоидной зависимости .....	69
V. Обеспечение наличия находящихся под международным контролем лекарственных средств в чрезвычайных ситуациях .....	75
VI. Заключение и рекомендации .....	77
A. Законодательство и системы регулирования .....	77
B. Система здравоохранения .....	78
C. Доступность .....	78
D. Подготовка медицинских работников .....	79
E. Обучение и повышение уровня осведомленности .....	79
F. Исчисления, оценки и отчетность .....	80
G. Контрольные показатели потребления веществ, находящихся под международным контролем .....	80
H. Международное сообщество .....	80
<i>Приложение*</i>	
Вопросник, направленный в 2014 году национальным компетентным органам государств-членов, в отношении наличия контролируемых на международном уровне веществ для медицинских и научных целей .....	81

\* Приложение не включено в печатный вариант настоящего доклада, но имеется на веб-сайте Международного комитета по контролю над наркотиками ([www.incb.org](http://www.incb.org)).

## Резюме

Необходимость и соответствующее наличие для медицинских и научных целей. Эти два фундаментальных принципа были изложены в Единой конвенции о наркотических средствах 1961 года с поправками, внесенными в нее в соответствии с Протоколом 1972 года. Позднее психотропные вещества были также признаны необходимыми для медицинских и научных целей. Стороны Конвенции о психотропных веществах 1971 года также признали, что доступность таких веществ не должна чрезмерно ограничиваться.

В настоящем дополнении к ежегодному докладу Международного комитета по контролю над наркотиками (МККН) за 2015 год проанализирован глобальный доступ к наркотическим средствам и психотропным веществам. В нем также рассмотрены особенности и тенденции потребления, а также предоставленная государствами-членами информация о политике, практике и проблемах на страновом уровне относительно обеспечения наличия таких контролируемых веществ.

Принятие Конвенций 1961 и 1971 годов свидетельствует о значительной заинтересованности международного сообщества в охране здоровья и благополучия человечества путем обеспечения наличия достаточного количества этих необходимых веществ для медицинских и научных целей и одновременного предотвращения их утечки или злоупотребления ими. Предусмотренный этими конвенциями режим контроля служит данной двойной цели. По прошествии нескольких десятилетий с момента вступления в силу этот важнейший компонент конвенций все еще далек от достижения в общемировом масштабе. Важность обеспечения этими веществами всех нуждающихся также подчеркнута в международных документах по правам человека и в серии резолюций Комиссии по наркотическим средствам, Всемирной ассамблеи здравоохранения и региональных межправительственных организаций.

Уже не первый год МККН указывает государствам-членам на важность этого существенного аспекта международной системы контроля над наркотиками. В 2010 году МККН подготовил доклад под названием "Наличие психоактивных средств, находящихся под международным контролем: обеспечение надлежащего доступа для медицинских и научных целей", в котором проанализировано положение с потреблением находящихся под международным контролем веществ в мире. Аналогичные доклады были подготовлены в 1989 и 1995 годах. В 2010 году в доклад в качестве предмета исследования были включены психотропные вещества. По прошествии пяти лет Комитет анализирует положение и предоставляет государствам-членам и международному сообществу обновленную информацию и ряд рекомендаций по решению проблемы наличия наркотических средств и психотропных веществ.

## Наркотические средства

Опиоидные анальгетики, такие как морфин, необходимы в качестве обезболивающих средств при раке, ВИЧ/СПИДе, сердечно-сосудистых заболеваниях, хронических респираторных заболеваниях, диабете, родах, проведении хирургических операций, при травмах и в других условиях или ситуациях. МККН установил, что 92 процента морфина потребляется в странах, в которых проживают только 17 процентов мирового населения (Соединенные Штаты, Канада, страны Западной Европы, Австралия и Новая Зеландия). При этом 75 процентов мирового населения (в основном в странах с низким уровнем дохода) не имеют доступа или имеют лишь ограниченный доступ к надлежащему лечению для облегчения боли. Рост мирового потребления опиоидных анальгетиков с 1991 года приходится главным образом на Северную Америку, Европу, Австралию и Новую Зеландию, где растет обеспокоенность по поводу злоупотребления лекарственными средствами рецептурного отпуска.

Низкие уровни потребления опиоидных анальгетиков в некоторых странах и регионах не связаны с недостаточным предложением опиатного сырья и опиоидов. Данные, имеющиеся в распоряжении МККН, указывают на то, что мировой спрос полностью удовлетворен – и, судя по предоставленным расчетам, будет по-прежнему удовлетворен – благодаря мировому производству опиатного сырья, росту производства наркотических средств, а также увеличению запасов.

Несмотря на определенный прогресс, уровень потребления остается низким в Африке, Азии, Центральной Америке и Карибском бассейне, а также в некоторых регионах Южной Америки,

Восточной и Юго-Восточной Европы и некоторых малых островных государств в Океании. Из анализа распространенности заболеваний, требующих паллиативного лечения, очевидно, что надлежащий уровень лечения опиоидами и развития инфраструктуры паллиативного лечения не соответствует широкому распространению таких заболеваний. Сравнение потребления опиоидных анальгетиков и показателей распространенности рака указывает, что уровень потребления в регионах Африки, Азии, Центральной Америки и Карибского бассейна, а также в Восточной и Юго-Восточной Европе и некоторых малых островных государствах в Океании явно недостаточен. Ограниченная доступность опиоидов для обезболивания при СПИДе особенно ярко выражена в странах Африки к югу от Сахары и в странах Азии. Кроме того, даже при наличии высоких уровней национального потребления доступ некоторых секторов (сельских и бедных общин) может быть затруднен вследствие ограниченности услуг по оказанию паллиативной помощи.

Чаще всего среди факторов, ограничивающих наличие, государства-члены отмечали низкий уровень подготовки/осведомленности среди медицинских работников, страх развития зависимости, ограниченность финансовых ресурсов, проблемы, связанные с поставками, культурные особенности и страх утечки. Сравнение с данными по итогам предыдущих исследований МККН показало, что число упоминаний в качестве барьеров страха развития зависимости и обременительного регулирования в качестве барьеров с 1995 года существенно уменьшилось.

Недостаточный уровень осведомленности и подготовки медицинских работников по вопросам боли и обезболивания, рационального прописывания и безопасного использования опиоидных анальгетиков может приводить к недостаточному прописыванию и применению этих веществ. Страх развития зависимости, по-видимому, связан с низким уровнем осведомленности и подготовки, а также с культурными особенностями. Доступ определяется не только физическим наличием и практической доступностью, но и доступностью в финансовом отношении. Ограниченность ресурсов может ослаблять потенциал правительств в плане обеспечения или субсидирования лекарственных средств, а также ограничивать потенциал пациентов в плане приобретения таких средств. Цены на лекарственные средства также могут быть высокими вследствие издержек в связи с регулированием, лицензированием, налогообложением, импортом, малоэффективными системами распределения, отсутствием системы государственного возмещения расходов и недостаточной доступностью недорогих препаратов. Производители и импортеры/экспортеры могут отказываться от изготовления или поставок доступных в финансовом отношении находящихся под международным контролем лекарственных средств, если полагают, что такие средства являются недостаточно прибыльными. Наконец, к дефициту могут приводить ненадлежащие оценки, затяжные и обременительные регулятивные требования, а также задержки, связанные с цепью поставок.

Доступ к находящимся под международным контролем веществам также может оказываться чрезмерно ограниченным в силу страха утечки таких веществ по незаконным каналам, а также страха преследований или санкций. В условиях нечеткого, предвзятого законодательства, недостаточного уровня правовых знаний у медицинских работников или строгих санкций в случае непреднамеренных нарушений эта ситуация может усугубляться в еще большей степени. Среди положений, выходящих за рамки положений договоров о контроле над наркотиками, которые могут препятствовать прописыванию, выдаче и использованию наркотических средств, можно назвать следующие: короткие сроки действия рецептов, специальные рецепты в нескольких экземплярах, обременительные требования к ведению документации, а также чрезмерно ограниченный доступ к рецептам лицам, осуществляющим прописывание/выдачу, а также наркотическим средствам (зачастую такой доступ особенно ограничен в сельских регионах). Кроме того, в большинстве стран или территорий действуют запреты на прописывание наркотических средств медицинскими сестрами и на пополнение запасов без нового рецепта. Такие положения могут ограничивать доступ в регионах с недостаточно развитой медицинской инфраструктурой.

## Психотропные вещества

Недостаточный или ненадлежащий доступ к психотропным веществам особенно четко выражен в странах с низким и средним уровнями дохода, в которых, согласно оценкам, необходимое лечение не получают четверо из пяти человек, нуждающихся в лечении психических

или неврологических расстройств либо наркозависимости. В отношении предложения и потребления веществ, находящихся под контролем в соответствии с Конвенцией 1971 года, которые отнесены Всемирной организацией здравоохранения к основным лекарственным средствам (бупренорфин, диазепам, лоразепам, мидазолам и фенобарбитал), отмечаются самые разнообразные тенденции. На протяжении последнего десятилетия зафиксированные и расчетные уровни мирового производства и потребления бупренорфина, применяемого для обезболивания и лечения опиоидной зависимости, значительно возросли. В то время как в некоторых странах (особенно в Европе) отмечены высокие уровни потребления, расчетные уровни потребления в большинстве стран и регионов по-прежнему остаются на уровне ниже 0,1 СУСД<sup>8</sup> на 1000 человек в сутки, что свидетельствует о недостаточном доступе к этому лекарственному средству.

В 2004–2013 годах зафиксированный уровень производства бензодиазепинов колебался в отношении седативно-снотворного мидазолама и диазепама анксиолитического действия, но оставался относительно стабильным в отношении лоразепама анксиолитического действия. За этот период среднемировой уровень потребления диазепама, лоразепама и мидазолама сократился соответственно на 20, 13,4 и 0,4 процента, при этом в случае лоразепама и мидазолама в Африке, Азии и Океании отмечался уровень потребления ниже среднемирового значения. Зафиксированный уровень производства фенобарбитала противоэпилептического действия колебался в течение 2004–2013 годов, а к концу указанного периода резко сократился. Общемировой уровень потребления фенобарбитала сократился на 12 процентов, при этом Европа, Северная и Южная Америка остаются регионами с наивысшим средним уровнем потребления, а в Азии, Африке и Океании были отмечены уровни потребления ниже среднемирового значения.

Как и в случае наркотических средств, государства-члены отметили низкий уровень осведомленности и подготовки в качестве основного фактора, ограничивающего наличие психотропных средств. Связанные с поставками проблемы, страх утечки и страх преследований или санкций были отмечены в качестве барьеров относительно чаще в связи с психотропными веществами, чем в связи с наркотическими средствами. Лица, ответственные за формирование политики, могут не уделять необходимого внимания вопросам психиатрической медицинской помощи, особенно в условиях ограниченных ресурсов и стигматизации, связанной с психическими расстройствами и сопутствующим применением психотропных веществ. Кроме того, некоторые страны отметили финансовые вопросы в качестве ограничительных факторов, влияющих на наличие психотропных веществ. Чрезмерно обременительное регулирование также может ненадлежащим образом ограничивать наличие таких веществ.

## Наличие находящихся под международным контролем лекарственных средств для лечения опиоидной зависимости

Анализ уровней потребления метадона и бупренорфина, а также опиоидной заместительной терапии показывает, что доступ к таким формам медицинской помощи либо отсутствует, либо является недостаточным во всех странах, в которых отмечается значительная распространенность лиц, употребляющих наркотики путем инъекций. Это может происходить по причине непризнания эффективности такой помощи, культурных особенностей, отсутствия экономического или структурного потенциала и/или вследствие политического бездействия.

## Обеспечение наличия находящихся под международным контролем лекарственных средств в чрезвычайных ситуациях

Большинство наркотических средств и большое число психотропных веществ, подлежащих контролю в соответствии с международными договорами, незаменимы в медицинской практике. Для международного снабжения находящимися под международным контролем лекарственными средствами в целях оказания неотложной медицинской помощи разработан

<sup>8</sup>Статистические условные суточные дозы.

упрощенный порядок контроля. Национальные компетентные органы могут разрешать вывоз находящихся под международным контролем веществ в пострадавшие страны даже при отсутствии разрешений на ввоз или исчисленных потребностей в таких веществах.

## Рекомендации

Недостаточный или ненадлежащий доступ к находящимся под международным контролем веществам является результатом низкого уровня подготовки и осведомленности медицинских работников, лиц, отвечающих за формирование политики, и населения в целом (что проявляется в форме недостаточного использования, страха и избыточного регулирования), проблем, связанных с поставками, ограниченности ресурсов и ненадлежащей инфраструктуры. Обеспечение доступа не означает рост злоупотребления и утечки, однако необходимо соблюдать баланс между контролем, с одной стороны, и наличием и доступностью – с другой.

В этих целях необходимы международное сотрудничество и содействие, участие всего сообщества и приверженность правительств и организаций. МККН рекомендует пересмотреть законодательство и регулятивные системы с целью устранения неоправданных законодательных ограничений при одновременном предотвращении утечек и облегчении доступа, например посредством предоставления, по мере необходимости, полномочий для прописывания лекарственных средств, содержащих находящиеся под международным контролем вещества, более широкому кругу медицинских работников. Надлежащая и обеспеченная ресурсами инфраструктура призвана обеспечить поставку и распределение наркотических средств и психотропных веществ, в том числе в сельских районах. Государственное финансирование и механизмы возмещения стоимости, а также предложение фармацевтическими компаниями доступных в финансовом отношении лекарственных средств могут помочь в преодолении финансовых барьеров. Улучшение подготовки медицинских работников и повышение уровня осведомленности помогут преодолеть страх, заблуждения, стигматизацию и предрасудки, препятствующие доступу к находящимся под международным контролем веществам и их использованию при одновременном предупреждении утечки и злоупотребления. Наконец, для надлежащей оценки и прогнозирования потребности в таких веществах также необходимо развивать и укреплять потенциал национальных компетентных органов.

## Выражение признательности

Настоящий доклад является результатом труда многих людей. Международный комитет по контролю над наркотиками выражает глубокую признательность всем, кто внес свой вклад и поделился своими предложениями, идеями, информацией и данными, что позволило Комитету получить более четкое представление о ситуации.

Комитет хотел бы выразить признательность следующим лицам и организациям за их вклад в подготовку к докладу:

Стефано Бергереме, Беата Гамон, Джулиана Эрталь, Левент Кантурк, Набиль Катхуда, Фрэнсис Шацхур, Джони Томас, Жанна Шреста и Мина Балуж, Секция по контролю над наркотиками и исчислениям секретариата МККН. Вера Скрузни и Сара Фельнер, интерны данной Секции;

Эва Фернандес-Сантис, Ханифа Реббани, Ха Фын Килла Нг, Дамен Джумадиль, Парамита Дубек и Лилиан Сандук, Секция по контролю над психотропными веществами секретариата МККН. Даниэла Эттехад и Стефано Риччи, интерны данной Секции;

Управление Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности: Секция по ВИЧ/СПИДу, Сектор по профилактике наркомании и охране здоровья; Секция профилактики, лечения и реабилитации, Сектор по профилактике наркомании и охране здоровья; и Секция статистики и обзоров, Сектор исследований и анализа тенденций;

Всемирная организация здравоохранения: Кластер по неинфекционным болезням и психическому здоровью; Отдел психического здоровья и зависимости от психоактивных

веществ; Департамент ВОЗ по основным лекарственным средствам и политике в области фармацевтической деятельности; и Международное агентство по изучению рака;

Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу;

Международный союз борьбы с раком, Всемирный альянс паллиативной помощи, Международная ассоциация по предоставлению приюта и паллиативной помощи, Центр МакКейба по вопросам права и онкологических заболеваний, Группа изучения проблем боли и политики, международная правозащитная организация “Хьюман райтс вотч”.

Комитет хотел бы также выразить признательность бывшим членам Комитета, которые нашли время и силы для участия в подготовке настоящего доклада: доктору Галине Корчагиной, доктору Лочан Найду и доктору Раджат Рай.

В настоящее время членами Комитета являются:

Вернер Зипп, Председатель

Шри Сурьявати, первый заместитель Председателя

Джагджит Павадия, второй заместитель Председателя и Председатель Постоянного комитета по оценкам

Бернар Леруа, докладчик

Александр Моар Бетанкурт, заместитель Председателя Постоянного комитета по оценкам

Реймонд Янс, Председатель Комитета по административно-финансовым вопросам

Хао Вэй, член Постоянного комитета по оценкам и член Комитета по административно-финансовым вопросам

Ричард Ф. Мэттик, член Постоянного комитета по оценкам

Ахмед Камаль эд-Дин Самак, член Постоянного комитета по оценкам

Вирот Сумьяй, член Постоянного комитета по оценкам

Джаллал Туфик, член Постоянного комитета по оценкам

Дэвид Т. Джонсон, член Комитета по административно-финансовым вопросам

Франциско Э. Туми, член Комитета по административно-финансовым вопросам

# Глава I

## Введение

1. “Фармакон” – древнегреческое слово, означающее “лекарство”. Это слово часто переводится как “средство от болезни” или “яд”<sup>9</sup>, хотя оно имеет и другие значения, не вполне соответствующие этим двум вариантам.

2. Двойное значение этого слова четко отражает проблему в отношении лекарственных средств, с которой сталкивались и сталкиваются многие культуры и общества на протяжении своей истории. Некоторые вещества, встречающиеся в природе или синтезированные в недавнее время из натуральных веществ либо произведенные искусственным путем, могут излечивать определенные заболевания или облегчать состояние больного. По этой причине они находят широкое применение. Тем не менее, если использовать эти вещества бесконтрольно, они могут оказать отрицательное воздействие и нанести вред принимающим их людям. Кроме того, они могут навредить семьям таких людей и более широкому сообществу.

3. Обеспечение надлежащего баланса между “средством от болезни” и “ядом” является многолетней проблемой многих обществ. Это соображение лежало в основе процесса создания международной системы контроля над наркотиками, что отмечено в Единой конвенции о наркотических средствах 1961 года с поправками, внесенными в нее в соответствии с Протоколом 1972 года<sup>10</sup>, а также в Конвенции о психотропных веществах 1971 года<sup>11</sup>. В преамбуле к этим конвенциям их стороны отметили заинтересованность международного сообщества в охране здоровья и благополучия человечества путем обеспечения наличия достаточного количества этих необходимых веществ для медицинских и научных целей и одновременного

предотвращения их утечки или злоупотребления ими. Предусмотренный конвенциями режим контроля и служит этой двойной цели.

### А. Роль международных конвенций о контроле над наркотиками

4. В частности, стороны Конвенции 1961 года, признав тот факт, что наркозависимость является серьезным злом для отдельных лиц и чревата социальной и экономической опасностью для человечества, также признали, “что применение наркотических средств в медицине продолжает быть необходимым для облегчения боли и страданий и что для удовлетворения потребностей в наркотических средствах для таких целей должны быть приняты надлежащие меры”.

5. Аналогичным образом, стороны Конвенции 1971 года, с беспокойством отмечая наличие проблемы для здоровья населения и социальной проблемы, возникающих в результате злоупотребления некоторыми психотропными веществами, а также выражая решимость предотвращать злоупотребление психотропными веществами и их незаконный оборот и бороться против них, признали, “что использование таких веществ для медицинских и научных целей необходимо, а их доступность для таких целей не должна чрезмерно ограничиваться”.

6. С момента вступления в силу международных конвенций о контроле над наркотиками<sup>12</sup> вышеука-

<sup>9</sup> Michael Rinella, *Pharmakon: Plato, Drug Culture, and Identity in Ancient Athens* (Lexington Books, 2010).

<sup>10</sup> United Nations, *Treaty Series*, vol. 976, No. 14152.

<sup>11</sup> *Ibid.*, vol. 1019, No. 14956.

<sup>12</sup> Включая Конвенцию Организации Объединенных Наций о борьбе против незаконного оборота наркотических средств и психотропных веществ 1988 года (United Nations, *Treaty Series*, vol. 1582, No. 27627), в которой предусмотрены дополнительные меры, связанные с незаконным оборотом.

занные принципы неоднократно подчеркивались в различных резолюциях, принимаемых Комиссией по наркотическим средствам, а затем и Экономическим и Социальным Советом. Позднее Комиссия приняла резолюции 53/4 и 54/6<sup>13</sup> в целях обеспечения наличия достаточного количества находящихся под международным контролем веществ для медицинских и научных целей при одновременном предотвращении их утечки или злоупотребления ими. В своей резолюции 53/4 Комиссия в числе прочего приняла решение предусмотреть специальный пункт повестки дня для изучения ограничительных факторов, препятствующих обеспечению достаточного наличия, а также для принятия мер по предотвращению утечки или злоупотребления наркотическими средствами и психотропными веществами.

7. Важность обеспечения наличия находящихся под международным контролем лекарственных средств для медицинских и научных целей также отмечена в Политической декларации и Плана действий по налаживанию международного сотрудничества в целях выработки комплексной и сбалансированной стратегии борьбы с мировой проблемой наркотиков 2009 года<sup>14</sup> и в Совместном заявлении министров по итогам проведенного Комиссией по наркотическим средствам в 2014 году на высоком уровне обзора хода осуществления государствами-членами Политической декларации и Плана действий по налаживанию международного сотрудничества в целях выработки комплексной и сбалансированной стратегии борьбы с мировой проблемой наркотиков<sup>15</sup>.

## **В. Наличие и доступ к находящимся под международным контролем лекарственным средствам как право на здоровье и одно из прав человека**

8. Необходимость в доступе к основным лекарственным средствам также отмечена в других международно-правовых документах<sup>16</sup> в рамках концепции, предусматривающей право на охрану здоровья, которая содержится в статье 25 Всеобщей декларации прав человека<sup>17</sup>:

<sup>13</sup>См. E/2010/28-E/CN.7/2018, глава I, раздел С; и E/2011/28-E/CN.7/2011/15, глава I, раздел С, соответственно.

<sup>14</sup>См. *Официальные отчеты Экономического и Социального Совета, 2009 год, Приложение № 8 (E/2009/28)*, глава I, раздел С.

<sup>15</sup>Там же, 2014 год, Приложение № 8 (E/2014/28), глава I, раздел С.

<sup>16</sup>Christopher Hallam, "The international drug control regime and access to controlled medicines", Series on Legislative Reform of Drug Policies No. 26, Transnational Institute and International Drug Policy Consortium (December 2014).

<sup>17</sup>Резолюция 217 А (III) Генеральной Ассамблеи.

Каждый человек имеет право на такой жизненный уровень, включая пищу, одежду, жилище, медицинский уход и необходимое социальное обслуживание, который необходим для поддержания здоровья и благосостояния его самого и его семьи, и право на обеспечение на случай безработицы, болезни, инвалидности, вдовства, наступления старости или иного случая утраты средств к существованию по не зависящим от него обстоятельствам.

9. В преамбуле к Всеобщей декларации прав человека также отмечена необходимость "признания достоинства, присущего всем членам человеческой семьи, и равных и неотъемлемых прав их". Более ранняя формулировка права на охрану здоровья как неотъемлемой части прав человека была впервые изложена в Уставе (Конституции) Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) 1946 года, в преамбуле к которой приведено следующее определение здоровья: "состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов". Кроме того, в преамбуле также сказано:

Обладание наивысшим достижимым уровнем здоровья является одним из основных прав всякого человека без различия расы, религии, политических убеждений, экономического или социального положения.

10. Кроме того, право на охрану здоровья признано в качестве одного из прав человека в Международном пакте об экономических, социальных и культурных правах 1966 года<sup>18</sup>.

11. В своем докладе Совету по правам человека на его седьмой сессии Специальный докладчик по вопросу о пытках и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видах обращения и наказания заявил:

Фактический отказ в доступе к обезболивающим средствам, если это причиняет острую боль и страдания, является жестоким, бесчеловечным или унижающим достоинство обращением или наказанием.

Затем Специальный докладчик добавил:

Учитывая то, что отсутствие доступа к обезболивающим и опиоидным анальгетикам у нуждающихся в этом пациентов может быть равносильно жестокому, бесчеловечному и унижающему обращению, следует принять все меры для обеспечения полного доступа к этим средствам и преодолеть существующие препятствия нормативного, воспитательного и

<sup>18</sup>Резолюция 2200 А (XXI) Генеральной Ассамблеи, приложение.



мировоззренческого характера для предоставления полного доступа к паллиативной помощи<sup>19</sup>.

12. Аналогичным образом, в докладе, опубликованном в 2011 году<sup>20</sup>, международная правозащитная организация “Хьюман райтс вотч” отметила, что согласно международному праву в области прав человека “правительства всего мира обязаны решать проблему широко распространенных ненужных страданий вследствие низкого уровня доступности паллиативной помощи”.

13. В дополнение к международным конвенциям о контроле над наркотиками и международным документам по правам человека международное сообщество разработало ряд правовых документов в рамках Всемирной ассамблеи здравоохранения.

14. Кроме того, ВОЗ подготовила перечень основных лекарственных средств, “удовлетворяющих приоритетным потребностям населения в области здравоохранения”, которые отбираются “с учетом распространенности болезней, доказательств действенности и безопасности и сравнительной эффективности по стоимости”<sup>21</sup>. Некоторые из наркотических средств и психотропных веществ, находящихся под международным контролем, входят в данный перечень и в силу этого относятся к основным лекарственным средствам, удовлетворяющим приоритетным потребностям населения в области здравоохранения.

15. В своей резолюции WHA55.14 2002 года об обеспечении доступности основных лекарственных средств Всемирная ассамблея здравоохранения призвала государства-члены:

вновь подтвердить свою приверженность расширению доступа к лекарственным средствам и отразить эту приверженность в конкретных правилах в странах, в частности путем принятия национальной политики в области лекарственных средств, составления перечней основных лекарственных средств на основе фактических данных и с учетом Примерного перечня ВОЗ, и в работе по активизации политики в области лекарственных средств в рамках национальных систем здравоохранения, доступа к этим лекарственным средствам и их качества и рационального использования, [а также] вновь подтвердить в рамках национальной политики в области лекарственных средств концепцию ВОЗ основных лекарственных средств в качестве тех средств, которые удовлетворяют приоритетные

потребности населения в медико-санитарной помощи, с отражением также наличия, качества, цены и практической осуществимости поставок и с дополнительным акцентом на фактическую базу, требуемую для национальных дискуссий.

16. В этой резолюции Всемирная ассамблея здравоохранения также предложила Генеральному директору ВОЗ “продолжить использование всех дипломатических и политических возможностей в целях преодоления барьеров, препятствующих доступу к основным лекарственным средствам, сотрудничая с государствами-членами в целях обеспечения физической и финансовой доступности этих лекарственных средств для всех людей, которые в них нуждаются”.

17. В своей резолюции WHA58.22 2005 года о профилактике рака и борьбе с ним Всемирная ассамблея здравоохранения призвала государства-члены “обеспечить доступность использования в медицинских целях опиоидных анальгетиков в соответствии с международными договорами и рекомендациями ВОЗ и Международного комитета по контролю над наркотиками и при условии обеспечения эффективной системы мониторинга и контроля”. Кроме того, ВАЗ предложила Генеральному директору ВОЗ “совместно с Международным комитетом по контролю над наркотиками оценить возможность создания механизма оказания помощи, который способствовал бы надлежащему применению опиоидных анальгетиков в обезболивании”.

18. Недавно (24 мая 2014 года) Всемирная ассамблея здравоохранения приняла резолюцию WHA67.19 об укреплении паллиативной медицинской помощи в качестве одного из компонентов комплексного лечения на протяжении всего жизненного цикла<sup>22</sup>. В данной резолюции подчеркивалось, что потребность в паллиативной медицинской помощи продолжит расти, отчасти вследствие роста уровня распространенности неинфекционных заболеваний и повсеместного старения населения.

19. В отношении паллиативной медицинской помощи правозащитная организация “Хьюман райтс вотч” отметила в своем докладе *Global State of Pain Treatment* (“Глобальное состояние в области обезбоживания”):

В соответствии с международным правом в области прав человека правительства обязаны обеспечить равный доступ к праву на охрану

<sup>19</sup> A/HRC/10/44, пункты 72 и 74 e).

<sup>20</sup> Human Rights Watch, *Global State of Pain Treatment: Access to Palliative Care as a Human Right* (2011).

<sup>21</sup> Всемирная организация здравоохранения, определение основных лекарственных средств. Имеется по адресу: [www.who.int/medicines/services/essmedicines\\_def](http://www.who.int/medicines/services/essmedicines_def) (доступно с 22 сентября 2014 года).

<sup>22</sup> В соответствии с определением Всемирной организации здравоохранения паллиативная помощь представляет собой “подход, который способствует улучшению качества жизни пациентов и их семей, сталкивающихся с проблемами, связанными с угрожающей жизни болезнью, благодаря предупреждению и облегчению страданий посредством раннего выявления, точной оценки и лечения боли и прочих страданий – физических, психосоциальных и духовных”. Имеется по адресу: [www.who.int/cancer/palliative/definition](http://www.who.int/cancer/palliative/definition) (доступно с 22 сентября 2014 года).

здоровья и принять разумные меры для защиты от любого бесчеловечного и унижающего достоинство обращения. Это должно означать, что политика в области здравоохранения должна отвечать потребностям людей, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи; что медицинские работники обладают по крайней мере базовыми знаниями и навыками в области оказания паллиативной медицинской помощи; что такие лекарства, как морфин, доступны повсюду в стране; и что положения о лекарственных препаратах не препятствуют доступу пациентов, страдающих от острой боли, к надлежащему лечению. Если такие меры не будут приняты, это приведет к нарушению права на охрану здоровья.

20. Кроме того, в Глобальном плане действий ВОЗ по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними на 2013–2020 годы, утвержденном Всемирной ассамблеей здравоохранения в мае 2013 года, паллиативная медицинская помощь входит в состав вариантов политики, предложенных государствам-членам, в качестве средства уменьшения страданий, вызванных неинфекционными заболеваниями.

21. Всемирная декларация по борьбе с раком 2013 года, разработанная глобальным сообществом по борьбе с раком под руководством Международного союза борьбы с раком и основанная на Глобальном плане действий, нацелена на существенное снижение преждевременной смертности от рака, а также на улучшение качества жизни и повышение уровня выживаемости. В Декларации предусмотрено девять целей, которые должны быть достигнуты к 2025 году. Одной из них является всеобщее обеспечение эффективного обезболивания и облегчения страданий.

22. В этой Декларации также определен ряд действий для всех заинтересованных сторон, в частности правительств, которые направлены на ускорение прогресса в достижении поставленных целей. В Декларации содержится призыв к правительствам:

- принять меры для устранения множества барьеров, препятствующих оптимальному обезболиванию;
- сотрудничать со всеми заинтересованными сторонами, включая правительства, гражданское общество и соответствующих представителей частного сектора, для решения проблем, связанных с избыточным регулированием обезболивающих средств;
- сотрудничать с международными учреждениями, включая ВОЗ, Управление Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности (УНП ООН) и Международный комитет по контролю над

наркотиками, с целью обеспечения надлежащего баланса между обеспечением наличия обезболивающих средств для больных раком и предупреждением злоупотреблений такими средствами в соответствии с международными конвенциями о контроле над наркотиками на глобальном уровне.

23. Ряд региональных организаций также подчеркивают важность обеспечения наличия достаточного количества контролируемых на международном уровне лекарственных средств для использования в медицинских целях. В Стратегии Европейского союза в отношении наркотиков на период 2013–2020 годов подчеркнута необходимость обеспечения и улучшения доступа к прописываемым лекарственным средствам, находящимся под международным контролем, что является одной из проблем, которые были выявлены за последние годы<sup>23</sup>. В 2012 году Конференция министров Африканского союза по контролю над наркотиками приняла общеафриканскую позицию по отношению к находящимся под контролем веществам и доступу к обезболивающим препаратам. На основе этой позиции был составлен План действий Африканского союза по контролю над наркотиками (2013–2017 годы), к основным целям которого относится наращивание потенциала для облегчения законного перемещения наркотических средств и психотропных веществ для медицинских и научных целей. В Планах действий также описан ряд задач, связанных с достижением этой цели, включая ликвидацию барьеров, ограничивающих наличие находящихся под международным контролем лекарственных средств для медицинских и научных целей<sup>24</sup>. Межамериканская комиссия по борьбе со злоупотреблением наркотическими средствами Организации американских государств приняла на своей сорок седьмой сессии стратегию борьбы с наркотиками в Западном полушарии, в которой указано следующее:

Меры по контролю, призванные ограничить применение наркотических средств исключительно медицинскими и научными целями, не должны препятствовать обеспечению достаточных запасов таких средств. Наличие определяется достаточным количеством имеющихся в распоряжении средств, доступных к использованию в соответствии с международными договорами<sup>25</sup>.

<sup>23</sup>Стратегия Европейского союза в отношении наркотиков на период 2013–2020 годов, *Official Journal of the European Union*, С 402/1, 29 December 2012.

<sup>24</sup>План действий Африканского союза по контролю над наркотиками (2013–2017 годы), представленный на рассмотрение Конференцией министров Африканского союза по контролю над наркотиками на своей пятой сессии.

<sup>25</sup>Межамериканская комиссия по борьбе со злоупотреблением наркотическими средствами Организации американских государств, стратегия борьбы с наркотиками в Западном полушарии (принята 3 мая 2009 года), пункт 37.

### С. Меры, принимаемые Комитетом для обеспечения наличия достаточного количества лекарственных средств

24. Деятельность по достижению цели, направленной на обеспечение (без чрезмерного ограничения) наличия достаточного количества контролируемых на международном уровне лекарственных средств для медицинских целей, осуществляется уже свыше 50 лет. Необходимо признать, что не всем странам, осуществляющим положения Конвенций 1961 и 1971 годов на национальном уровне, удалось обеспечить разработку политики и административных процедур распределения наркотических средств и психотропных веществ на основе этой основополагающей цели.

25. Присоединившись к международным конвенциям о контроле над наркотиками, правительства взяли на себя обязательство отразить положения этих международных договоров в своем национальном законодательстве и обеспечить их выполнение. Международный комитет по контролю над наркотиками (МККН) учрежден в соответствии с Конвенцией 1961 года в качестве органа, который обязан следить за соблюдением правительствами международных договоров о контроле над наркотиками и оказывать им в этом деле необходимое содействие.

26. Согласно статье 9 Конвенции 1961 года Комитет обязан обеспечивать наличие наркотических средств для медицинских и научных целей. Комитет занимает уникальное положение, которое позволяет ему контролировать выращивание, сбор, производство, импорт, экспорт и потребление наркотических средств и психотропных веществ.

27. За прошедшие годы Комитет неоднократно напоминал правительствам об их обязательствах в этой связи. Комитет неоднократно выражал обеспокоенность по поводу того, что не все страны мира имеют равный и надлежащий доступ к контролируемым веществам для использования в медицинских и научных целях. Он неоднократно поднимал этот вопрос в своих ежегодных докладах и посвятил этой теме ряд специальных докладов.

28. Экономический и Социальный Совет в своей резолюции 1989/15 от 22 мая 1989 года предложил Международному комитету по контролю над наркотиками «оценить законные потребности в опиатах в различных регионах мира, до сих пор не удовлетворенные в силу неразвитости здравоохранения, тяжелых экономических или других условий». В соответствии с данной резолюцией МККН подготовил специальный доклад, озаглавленный «Спрос и предложение опиатов для медицинских и научных целей»<sup>26</sup>.

29. В своем докладе Комитет пришел к выводу о том, что медицинские потребности в опиатах, в частности для снятия боли у онкологических больных, удовлетворяются не полностью. Кроме того, в докладе было рекомендовано правительствам:

- критически оценить свои методы оценки внутренних медицинских потребностей в опиатах, а также методы сбора и анализа данных для отражения в таких оценках своих фактических потребностей;
- определить, в какой степени их системы здравоохранения, законы и инструкции допускают использование опиатов в медицинских целях;
- выявить препятствия к такому применению;
- разработать планы действий с целью облегчить снабжение опиатами и обеспечить их наличие во всех соответствующих случаях.

30. Экономический и Социальный Совет в своих резолюциях 1990/31 и 1991/43 предложил Комитету уделить первоочередное внимание вопросам мониторинга и осуществления этих рекомендаций. В 1994 году Комитет проанализировал эффективность международных договоров о контроле над наркотиками в приложении к своему ежегодному докладу, озаглавленному *Effectiveness of the International Drug Control Treaties* («Эффективность международных договоров о контроле над наркотиками»)<sup>27</sup>. В рамках данного исследования Комитет пришел к выводу, что цель международных договоров, состоящая в обеспечении достаточного предложения наркотических средств, прежде всего опиатов, для медицинских целей, достигнута далеко не везде.

31. В 1995 году Комитет подготовил еще один специальный доклад под названием *Availability of Opiates for Medical Needs* («Наличие опиатов для использования в медицинских целях»)<sup>28</sup>. В этом докладе Комитет отметил, что большинство правительств не ответили на вопросы анкеты, составленной для оценки хода осуществления вышеуказанных рекомендаций, однако был сделан вывод о том, что процесс выполнения рекомендаций 1989 года далек от завершения несмотря на усилия некоторых правительств. Комитет предоставил ряд новых рекомендаций для рассмотрения правительствами; Программой Организации Объединенных Наций по международному контролю над наркотиками; Комиссией по наркотическим средствам; ВОЗ; международными и региональными организациями по контролю над наркотиками, проблемам здравоохранения и гуманитарным вопросам; и образовательными учреждениями, а также неправи-

<sup>26</sup>E/INCB/1989/1/Supp.

<sup>27</sup>E/INCB/1994/1/Supp. 1.

<sup>28</sup>E/INCB/1995/Supp. 1.

тельственными организациями в области здравоохранения, в том числе Международной ассоциацией по изучению проблемы боли, и другими представителями сектора здравоохранения.

32. Вопросу наличия наркотических анальгетиков была посвящена также глава I годового доклада Комитета за 1999 год. Поскольку в некоторых странах наблюдалось чрезмерное потребление находящихся под международным контролем лекарственных средств, в результате чего отмечались злоупотребление лекарственными средствами рецептурного отпуска и другие смежные проблемы, Комитет посвятил этой теме первую главу своего годового доклада за 2000 год и рекомендовал придерживаться сбалансированного подхода в вопросе использования таких лекарственных средств.

33. Одним из способов определения того, повышают ли страны уровень наличия наркотических средств или хотя бы имеют ли они представление о данной проблеме и демонстрируют ли намерение исправить ситуацию, является анализ годовых исчислений потребностей в наркотических средствах, представляемых Комитету всеми странами. С целью обеспечения наличия достаточного количества опиоидов для облегчения или устранения боли Комитет поддерживает регулярную связь со странами, которые не представляют исчисления потребностей в наркотических средствах или потребности которых кажутся заниженными. Такая практика сложилась в ноябре 1999 года, когда Комитет впервые начал выделять отдельные группы стран с низким уровнем потребления опиоидных анальгетиков (главным образом морфина) и с общими особенностями. Данный вопрос неоднократно доводился до сведения правительств как в циркулярах, рассылавшихся всем странам, так и в письмах, адресованных отдельным государствам. В августе 2001 года всем координаторам-резидентам системы Организации Объединенных Наций на страновом уровне было разослано совместное письмо Председателя Комитета и Председателя Группы Организации Объединенных Наций по вопросам развития, в котором настоятельно рекомендовалось уделять пристальное внимание, в частности, проблеме недостаточно широкого применения и отсутствия лекарственных средств для снятия сильной боли во многих развивающихся странах.

34. Эта рекомендация была повторно изложена в следующем совместном письме Председателя Комитета и Председателя Группы Организации Объединенных Наций по вопросам развития, разосланном в феврале 2005 года. В апреле 2006 года Председатель Комитета направил всем странам еще одно письмо, в котором он обратил особое внимание на ограниченность доступа нуждающихся больных к наркотическим средствам и психотропным веществам и рекомендовал правительствам проследить за тем, чтобы в учебную программу медицинских

факультетов была включена тема рационального применения психоактивных средств.

35. В 2010 году МККН опубликовал доклад под названием “Наличие психоактивных средств, находящихся под международным контролем: обеспечение надлежащего доступа для медицинских и научных целей”, в котором было проанализировано положение с потреблением находящихся под международным контролем веществ в мире, причем сфера охвата доклада была расширена благодаря включению в него психотропных веществ.

36. В докладе 2010 года были вновь определены основные ограничительные факторы, препятствующие обеспечению наличия достаточного количества, а также представлены подробные рекомендации для различных заинтересованных сторон. МККН отмечает, что в ответ на ранее вынесенные рекомендации относительно обеспечения наличия наркотических средств многие правительства увеличили свои годовые исчисления в целях удовлетворения медицинских потребностей, приняли национальные стратегии усовершенствования порядка использования наркотических средств в медицинских целях, обеспечили поддержку образовательных программ и изучили свои системы здравоохранения, законодательство и нормативную базу на предмет выявления сдерживающих факторов.

37. Комитет отметил, что во многих странах некоторые наркотические средства и психотропные вещества стали более доступными, однако выразил обеспокоенность по поводу того, что в других странах улучшений достичь не удалось. Наиболее заметные положительные сдвиги произошли в высокоразвитых странах, тогда как отставание наблюдалось в основном в тех регионах, в которых отмечался наибольший дефицит контролируемых на международном уровне веществ. В докладе был сделан вывод о том, что, несмотря на прогресс в деле достижения целей международных договоров, надлежащие системы лекарственного обеспечения и действующие механизмы обеспечения достоверных оценок на основе реальных потребностей, общей доступности лекарств и рентабельности существуют лишь в некоторых странах мира.

38. В докладе были отмечены недостатки в системе лекарственного обеспечения, которые по-прежнему обусловлены нехваткой финансовых ресурсов, несовершенством инфраструктуры, пренебрежением нуждами здравоохранения, слабостью государственной власти, неадекватностью системы образования и профессиональной подготовки, а также отсутствием современных знаний, что в совокупности сказывается на наличии не только контролируемых психоактивных средств, но и всех лекарств.

39. В 2012 году было опубликовано Руководство по исчислению потребностей в веществах, находящихся

под международным контролем<sup>29</sup> в целях предоставления национальным компетентным органам конкретных инструментов для улучшения оценки их национальных потребностей.

40. На своей 108-й сессии в ноябре 2013 года Комитет принял решение о подготовке специального доклада для публикации в 2016 году в качестве дополнения к ежегодному докладу МККН за 2015 год. Согласно мнению Комитета, основное внимание в докладе должно быть уделено вопросам осуществления правительствами рекомендаций, содержащихся в докладе Комитета за 2010 год “Наличие психоактивных средств, находящихся под международным контролем: обеспечение надлежащего доступа для медицинских и научных целей”.

41. В соответствии с принятым решением настоящий доклад является обновленной версией обзора ситуации в отношении наличия наркотических средств и психотропных веществ для медицинских и научных целей по сравнению с ситуацией 2010 года.

## D. Методика

### 1. Данные о потреблении

42. Данные, представленные странами МККН, указывают на один из аспектов вопроса, связанного с наличием, то есть на количества, которые были оценены и сообщены национальными компетентными органами как потребленные количества. Эта информация за несколько лет доступна для большого числа стран. Тем не менее, поскольку качество отчетности в разных странах варьируется, такая информация не всегда надежна, даже если МККН имеет возможность проверить отчетные данные о потреблении с использованием данных уведомлений об экспорте и импорте. Для подтверждения прописывания избыточного или недостаточного количества препаратов Комитет оценивает данные о потреблении в пересчете на “статистические условные суточные дозы”.

43. Понятие “статистическая условная суточная доза” (СУСД) используется вместо термина “условная суточная доза”, ранее использовавшегося Комитетом. Понятие статистической условной суточной дозы используется МККН в качестве технической единицы измерения для целей статистического анализа и не представляет собой рекомендуемую дозу приема. Это определение, которое не лишено некоторой произвольности, применяется с учетом того, что согласованные на международном уровне стандартные дозы наркотических средств и психотропных веществ

<sup>29</sup>Международный комитет по контролю над наркотиками и Всемирная организация здравоохранения, *Руководство по исчислению потребностей в веществах, находящихся под международным контролем* (Нью-Йорк, 2012 год).

отсутствуют, что они используются в некоторых странах для различных схем лечения или в соответствии с различной медицинской практикой и что по этой причине СУСД рассматривается в качестве ориентировочного показателя в целях сравнения уровня потребления в разных странах. Что касается наркотических средств, их уровни потребления, выраженные в СУСД на миллион человек в сутки, рассчитываются при помощи следующей формулы: годовое потребление за вычетом производства препаратов, включенных в Список III Конвенции 1961 года, разделенное на 365 дней. Затем полученный результат делят на численность населения страны или региона (в миллионах) за соответствующий год, а затем на определенную суточную дозу каждого вещества<sup>30</sup>.

44. Поскольку в Конвенции 1971 года не предусмотрено требование относительно представления Комитету отчетности об уровне потребления психотропных веществ, показатели потребления рассчитываются Комитетом ежегодно на основе сообщаемых правительствами статистических данных о показателях производства, промышленного использования, запасах и международной торговле. Суточный показатель потребления психотропных веществ измеряют в СУСД на 1000 человек. Кроме того, в целях настоящего доклада применяются усредненные данные за трехлетний период для учета случаев нерегулярного представления ежегодных статистических данных и ввиду практики некоторых правительств, связанной с попеременным производством и импортом психотропных веществ, когда запасы покрывают внутренний спрос на период несколько лет.

45. Анализ наличия психотропных веществ, содержащийся в настоящем докладе, основан на уровнях потребления групп психотропных веществ. Уровни потребления психотропных веществ, выраженные в СУСД, рассчитываются с помощью следующей формулы: производство плюс импорт плюс запасы по состоянию на конец предыдущего года минус экспорт минус количество, использованное в промышленных целях, минус запасы по состоянию на конец текущего года, разделенное на 365 дней. Затем полученный результат делят на численность населения страны или региона (в тысячах) за соответствующий год, а затем – на определенную суточную дозу. В некоторых случаях высокие расчетные показатели применения психотропных веществ могут быть связаны с ростом производства на экспорт, возможным отсутствием данных об экспорте и/или отсутствием данных о

<sup>30</sup>Для некоторых стран показатели СУСД, рассчитанные за период 2001–2003 годов, могут быть выше, чем за последующие периоды, что связано с имевшимися в то время трудностями с разграничением количества опиоидов, потребленных в целях обезболивания, и количества опиоидов, использованных для изготовления препаратов, включенных в Список III Конвенции 1961 года.

производственных запасах и/или с высоким уровнем запасов, накопленных в оптовой торговле.

46. Комитет определил, какой уровень потребления, по его мнению, является недостаточным (суточное потребление опиоидных анальгетиков в количестве от 100 до 200 СУСД на миллион человек) и крайне недостаточным (суточное потребление опиоидных анальгетиков в количестве, не превышающем 100 СУСД на миллион человек). Тем не менее Комитет еще не определил в отношении психотропных веществ сопоставимые уровни достаточного или недостаточного потребления.

47. Комитет не включил метадон и бупренорфин в анализ уровня потребления опиоидных анальгетиков, выраженного в СУСД, поскольку не представляется возможным провести различие между их использованием в качестве болеутоляющих средств и для лечения наркозависимости.

## 2. Исследование, проведенное государствами-членами

48. Летом 2014 года Комитет разослал национальным компетентным органам вопросники относительно наличия находящихся под международным контролем лекарственных средств для медицинских и научных целей. Один вопросник касался наркотических средств, а другой – психотропных веществ. Ответы с важной информацией, рассматриваемой в настоящем докладе, представили в общей сложности 107 стран и территорий<sup>31</sup> с населением, составляющим 75 процентов мирового населения.

<sup>31</sup>Австралия, Австрия, Азербайджан, Алжир, Армения, Бахрейн, Беларусь, Белиз, Бельгия, Бенин, Болгария, Боливия (Многонациональное Государство), Босния и Герцеговина, Бразилия, Бруней-Даруссалам, Бурунди, Бутан, Вануату, Венгрия, Венесуэла (Боливарианская Республика), Гаити, Гана, Гватемала, Гвинея-Бисау, Германия, Гондурас, Грузия, Дания, Доминика, Египет, Зимбабве, Индия, Индонезия, Иордания, Ирак, Иран (Исламская Республика), Ирландия, Испания, Кабо-Верде, Казахстан, Канада, Катар, Кипр, Китай, Колумбия, Республика Корея, Коста-Рика, Кот д'Ивуар, Кувейт, Кыргызстан, Латвия, Либерия, Ливан, Литва, Малайзия, Мальта, Марокко, Мексика, Микронезия (Федеративные Штаты), Республика Молдова, Мьянма, Намибия, Нидерланды, Никарагуа, Новая Зеландия, Оман, Палау, Перу, Польша, Российская Федерация, Сальвадор, Свазиленд, Сенегал, Сент-Люсия, Сербия, Сирийская Арабская Республика, Словакия, Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии, Соединенные Штаты Америки, Сьерра-Леоне, Таджикистан, Того, Тунис, Туркменистан, Турция, Уганда, Узбекистан, Украина, Филиппины, Финляндия, Франция, Хорватия, Чешская Республика, Чили, Швейцария, Швеция, Эквадор, Эстония, Южно-Африканская Республика и Ямайка, а также Бермудские острова, Гонконг (Китай), Макао (Китай), Монтсеррат, Новая Каледония и Остров Святой Елены.

## 3. Другие источники информации

49. В то время как данные МККН важны для измерения (посредством СУСД) показателей стран по обеспечению наличия контролируемых на международном уровне лекарственных средств для медицинских целей, для оценки положения важно также учитывать и другие источники информации. В этой связи Комитет также проанализировал информацию о заболеваниях, для которых необходимы контролируемые на международном уровне лекарственные средства, с тем чтобы провести сравнение отчетных данных о потреблении и о распространенности определенных заболеваний.

50. Всемирная организация здравоохранения и Всемирный альянс паллиативной помощи предоставили информацию о заболеваниях, требующих паллиативной медицины, и об уровне развития паллиативной помощи. Международное агентство ВОЗ по изучению рака предоставило базовую информацию о распространенности рака, полученную с помощью базы данных GLOBOCAN. Информация о распространенности СПИДа была предоставлена Объединенной программой Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС). Управление Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности предоставило информацию о численности лиц, употребляющих наркотики путем инъекций, которую использовали для определения наличия конкретных контролируемых на международном уровне лекарственных средств (метадон и бупренорфин), используемых для лечения опиоидной зависимости, относительно численности лиц, нуждающихся в таком лечении.

51. Кроме того, данные, информацию и свои мнения представили также различные организации гражданского общества, представляющие пациентов, семьи, работников здравоохранения, и другие заинтересованные стороны. Ряд исследователей представили свои аналитические материалы и наработки.

# Глава II

## Наркотические средства

### А. Предложение и спрос на опиатное сырье и опиоиды

52. Ненадлежащее распределение уровней потребления опиоидных анальгетиков не является результатом недостаточности предложения опиатного сырья и опиоидов. Напротив, Комитет выразил обеспокоенность в связи с ростом производства таких веществ без соответствующего роста их потребления, что привело к существенному увеличению запасов.

53. Опиаты, принимаемые больными в лечебных целях, производятся из опиатного сырья (опия, маковой соломы и концентрата из маковой соломы). Таким образом, непременным условием наличия достаточного количества опиатов для медицинских и научных целей является достаточное количество сырья, из которого они производятся.

54. Во исполнение Конвенции 1961 года, а также соответствующих резолюций Комиссии по наркотическим средствам и Экономического и Социального Совета Комитет на регулярной основе изучает события, которые влияют на предложение опиатного сырья и спрос на него. В сотрудничестве с правительствами Комитет стремится поддерживать устойчивое равновесие между спросом и предложением. Общемировых запасов опиатного сырья должно быть достаточно для покрытия общемирового спроса в течение примерно одного года, с тем чтобы

обеспечить наличие опиатов для медицинских и научных целей в случае непредвиденного сокращения производства, например вследствие неблагоприятных погодных условий в странах-производителях<sup>32</sup>.

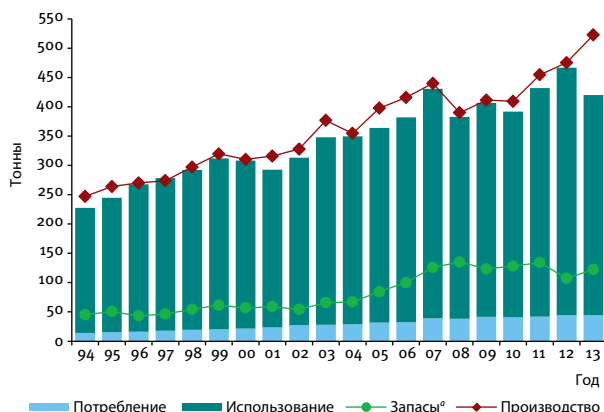
55. На конец 2013 года общемировых запасов опиатного сырья с высоким содержанием морфина было достаточно для покрытия общемирового спроса в течение 14 месяцев. Общемировых запасов опиатного сырья с высоким содержанием тебаина было достаточно для покрытия общемирового спроса в течение 12 месяцев. В 2014 году в мире было произведено больше опиатного сырья с высоким содержанием морфина, чем было использовано. Совокупный объем предложения опиатного сырья с высоким содержанием морфина (запасы и производство) был вполне достаточным для удовлетворения мирового спроса.

56. На рисунке 1 представлены данные о производстве, запасах, потреблении и использовании<sup>33</sup> морфина за период 1994–2013 годов. Мировой объем производства морфина за указанный двадцатилетний период удвоился, причем рост составил от примерно 247,1 тонны в 1994 году до 522,6 тонны в 2013 году, превысив объем производства, составлявший 475,3 тонны в 2012 году. Около 70 процентов произведенного в мире морфина перерабатывается в другие наркотические средства или вещества, не охваченные Конвенцией 1961 года. Остальное количество морфина используется непосредственно для медицинских целей.

<sup>32</sup>Доклад Международного комитета по контролю над наркотиками за 2014 год (E/INCB/2014/1), пункт 90.

<sup>33</sup>Данные о “потреблении” указывают на количество наркотического средства, потребленного непосредственно в медицинских или научных целях, а данные об “использовании” указывают на количество наркотического средства, которое будет использоваться при изготовлении других наркотических средств, препаратов, включенных в Список III Конвенции 1961 года, или веществ, не охватываемых Конвенцией 1961 года.

Рисунок 1. Морфин: мировой объем производства, запасы, потребление и использование, 1994–2013 годы

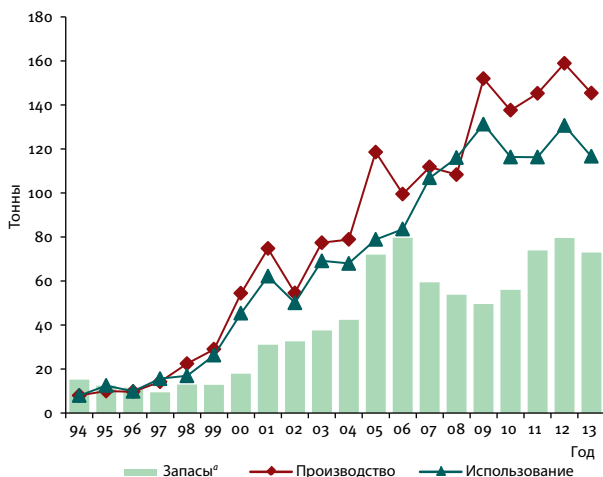


Источник: Международный комитет по контролю над наркотиками.

<sup>а</sup> Запасы по состоянию на 31 декабря каждого года.

57. До 1990-х годов тебаин (еще один основной алкалоид, получаемый из опийного мака) производили в основном из опия; с 1999 года его получают главным образом из маковой соломы. Тебаин также можно получать посредством преобразования орипавина или из таких полусинтетических опиоидов, как гидрокодон. Тебаин сам по себе не используется в терапевтических целях, однако является важным сырьевым материалом для производства ряда опиоидов, в основном кодеина, дигидрокодеина, эторфина, гидрокодона, оксикодона и оксиморфона (все они относятся к веществам, находящимся под контролем в соответствии с Конвенцией 1961 года) и бупренорфина (который находится под контролем в соответствии с Конвенцией 1971 года). Мировой объем производства тебаина резко увеличился с конца 1990-х годов в результате роста спроса на оксикодон и другие лекарственные средства и вещества, которые могут быть произведены на его основе (см. рисунок 2).

Рисунок 2. Тебаин: мировой объем производства, использование и запасы, 1994–2013 годы



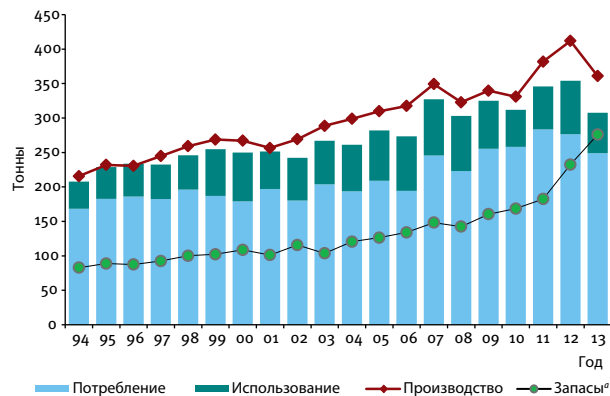
Источник: Международный комитет по контролю над наркотиками.

<sup>а</sup> Запасы по состоянию на 31 декабря каждого года.

58. По имеющимся у Комитета сведениям, мировой объем производства опиатного сырья с высоким содержанием тебаина в 2014 году превысил объем мирового спроса. Совокупных складских запасов опиатного сырья с высоким содержанием тебаина хватало для покрытия мирового спроса в течение примерно одного года. Согласно планам стран-производителей мировой объем производства опиатного сырья с высоким содержанием тебаина в 2015 году будет немного меньше мирового спроса. Следовательно, совокупные складские запасы опиатного сырья с высоким содержанием тебаина должны сократиться. Мировой объем предложения опиатного сырья с высоким содержанием тебаина (запасы и производство) будет по-прежнему полностью покрывать мировой спрос.

59. Кодеин является натуральным алкалоидом, который получают из опийного мака, однако в настоящее время большую часть кодеина производят из морфина путем полусинтетического процесса. Отмечается рост культивации разновидности опийного мака с высоким содержанием кодеина и производства концентрата маковой соломы с высоким содержанием кодеина, который используют для получения кодеина. Уровень использования концентрата маковой соломы с высоким содержанием кодеина в мире составил 24,6 тонны в 2013 году, что составляет лишь часть уровня использования морфина. Кодеин в основном используют для производства препаратов, включенных в Список III Конвенции 1961 года, в то время как небольшое его количество используют для производства других наркотических средств, например таких, как дигидрокодеин и гидрокодон. На рисунке 3 представлены тенденции относительно мирового производства, потребления, использования и запасов кодеина за период 1994–2013 годов.

Рисунок 3. Кодеин: мировой объем производства, запасы, потребление и использование, 1994–2013 годы



Источник: Международный комитет по контролю над наркотиками.

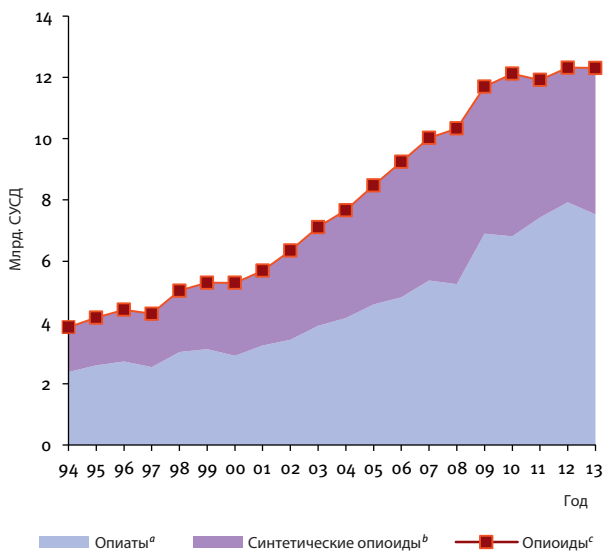
<sup>а</sup> Запасы по состоянию на 31 декабря каждого года.

60. По прогнозам, мировой спрос на опиатное сырье с высоким содержанием морфина и тебаина в



дальнейшем будет увеличиваться. Также ожидается дальнейший рост мирового спроса на опиаты и опиатное сырье. На рисунке 4 представлен мировой уровень потребления опиатов и синтетических опиоидов, в том числе бупренорфина и пентазоцина, которые являются опиоидами, находящимися под контролем в соответствии с Конвенцией 1971 года, за двадцатилетний период с 1994 по 2013 год. В целях агрегирования данных о потреблении веществ, обладающих разной силой действия, уровни потребления выражены в миллиардах СУСД.

**Рисунок 4. Мировой уровень потребления опиоидов, 1994–2013 годы**



Источник: Международный комитет по контролю над наркотиками.

<sup>a</sup> Включая бупренорфин, опиат, находящийся под контролем в соответствии с Конвенцией 1971 года.

<sup>b</sup> Включая пентазоцин, синтетический опиоид, находящийся под контролем в соответствии с Конвенцией 1971 года.

<sup>c</sup> Включая опиаты и синтетические опиоиды.

61. За последние 20 лет мировое потребление опиоидов возросло более чем в три раза. Уровень потребления опиатов, выраженный в процентах от общего уровня потребления опиоидов, варьируется в пределах от 62 процентов в 1994 году до 52 процентов в 2006 году, а в 2013 году он снова вырос, достигнув 61 процента. В результате доля синтетических опиоидов, используемых для тех же целей, что и опиаты, увеличилась с 38 процентов в 1994 году до 48 процентов в 2008 году, однако снизилась до 39 процентов в 2013 году. В период с 2010 по 2013 год соотношение между потреблением опиатов и синтетических опиоидов стабилизировалось на уровне около 60 процентов для опиатов и 40 процентов для синтетических опиоидов. За этот период объем предложения опиатного сырья для получения опиатов был вполне достаточным для удовлетворения растущего спроса. Ожидается, что спрос на опиаты будет расти и в будущем, при этом возможно снижение их доли в общем потреблении опиоидов вследствие предполагаемого роста потребления синтетических опиоидов.

62. В общем, как показывают имеющиеся данные, объема опиатного сырья для производства наркотических средств, предназначенных для обезболивания, более чем достаточно, согласно оценкам правительств, для удовлетворения текущего спроса. Кроме того, уровни как производства, так и запасов продолжают расти.

## В. Наличие опиоидных анальгетиков

63. Опиоидные анальгетики являются основными лекарственными средствами для паллиативной терапии<sup>34</sup>. В основном их прописывают в случае рака, однако паллиативная терапия необходима и в других ситуациях, требующих обезболивания (например, в хирургии и родовспоможении), а также в случае таких хронических заболеваний, как сердечно-сосудистые заболевания, хронические респираторные заболевания, ВИЧ/СПИД и диабет.

64. Ежегодно около 5,5 млн. больных раком на последних стадиях заболевания, 1 млн. пациентов на заключительной стадии ВИЧ/СПИДа и 800 тыс. пациентов с летальными травмами, полученными в результате аварий или насилия, а также пациенты, страдающие хроническими заболеваниями, пациенты, восстанавливающиеся после хирургических операций, роженицы и педиатрические пациенты страдают от нелеченной или недолеченной боли умеренной и сильной степени. В целом, согласно оценкам ВОЗ, ежегодно десятки миллионов людей страдают от ненадлежащего лечения<sup>35</sup>.

65. По оценкам, из 20 млн. человек, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи в конце жизни, около 80 процентов проживают в странах с низким или средним уровнем дохода<sup>36</sup>. По данным Всемирного альянса паллиативной помощи, ежегодно не менее 100 млн. человек во всем мире может требоваться паллиативная медицинская помощь; однако доступ к паллиативной медицинской помощи имеют менее 8 процентов нуждающихся в ней людей. По данным Гарвардской глобальной инициативы по обеспечению справедливости (HGEI) и Комиссии журнала Lancet (“Ланцет”) по обеспечению всеобщего доступа к обезболиванию и паллиативной помощи, “отсутствие

<sup>34</sup> Всемирная организация здравоохранения, 19-й Примерный перечень основных лекарственных средств (апрель 2015 года, с изменениями, внесенными в июне 2015 года). Имеется по адресу: [www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines](http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines).

<sup>35</sup> Всемирная организация здравоохранения, *Обеспечение сбалансированности национальной политики в отношении контролируемых веществ: рекомендации по обеспечению наличия и доступности контролируемых лекарственных средств* (Женева, 2011 год).

<sup>36</sup> Доклад секретариата Всемирной организации здравоохранения об укреплении паллиативной медицинской помощи в качестве одного из компонентов комплексного лечения на протяжении всего жизненного цикла.

паллиативной медицинской помощи также ставит под угрозу усилия, направленные на улучшение благополучия человека, а также сводит на нет целый ряд мер, направленных на уменьшение человеческих страданий и укрепление систем здравоохранения<sup>37</sup>.

66. Во многих странах, особенно в менее развитых регионах, возможности для профилактики, лечения и излечения рака на ранних стадиях весьма ограничены наличием ряда факторов, включая отсутствие политики ранней диагностики и профилактики, а также наличием ограничений, связанных с системой здравоохранения. Во многих случаях паллиативная терапия может являться единственным из доступных вариантов, учитывая растущее число случаев заболевания.

67. В целях обезболивания могут применяться и другие контролируемые на международном уровне лекарственные средства, например метадон и бупренорфин (опиоидный анальгетик, находящийся под контролем в соответствии с Конвенцией 1971 года, роль которого для заместительной терапии продолжает возрастать), однако они используются в основном для лечения наркозависимости. Вместе с тем их использование в некоторых странах также ограничено несмотря на широкое распространение злоупотребления героином.

68. В условиях широкого распространения вышеуказанных состояний во всех регионах обезболивающие лекарственные средства отсутствуют в достаточном количестве, их трудно получить в силу чрезмерно ограничительных процедур, и их не прописывают вследствие низкого уровня подготовки и ограниченных возможностей медицинских работников либо из страха развития зависимости, что препятствует медицинским работникам прописывать такие препараты.

69. Следовательно, острая боль часто остается без лечения, хотя медицинские работники в большинстве случаев имеют возможность облегчить такую боль. Нелеченная боль снижает качество жизни пациентов, их семей, их друзей и их сообществ, а также может приводить к более тяжким потерям для общества<sup>38</sup>.

<sup>37</sup>F. Knauth and others, "Closing the divide: the Harvard Global Equity Initiative-Lancet Commission on Global Access to Pain Control and Palliative Care", *The Lancet* (8 March 2015).

<sup>38</sup>N.I. Cherny and others, "The Global Opioid Policy Initiative (GOPI) project to evaluate the availability and accessibility of opioids for the management of cancer pain in Africa, Asia, Latin America and the Caribbean, and the Middle East: introduction and methodology", *Annals of Oncology*, Vol. 24, Suppl. No. 11 (2013), pp. xi7-xi13.

## 1. Глобальные особенности потребления опиоидных анальгетиков

### а) Ограниченный доступ

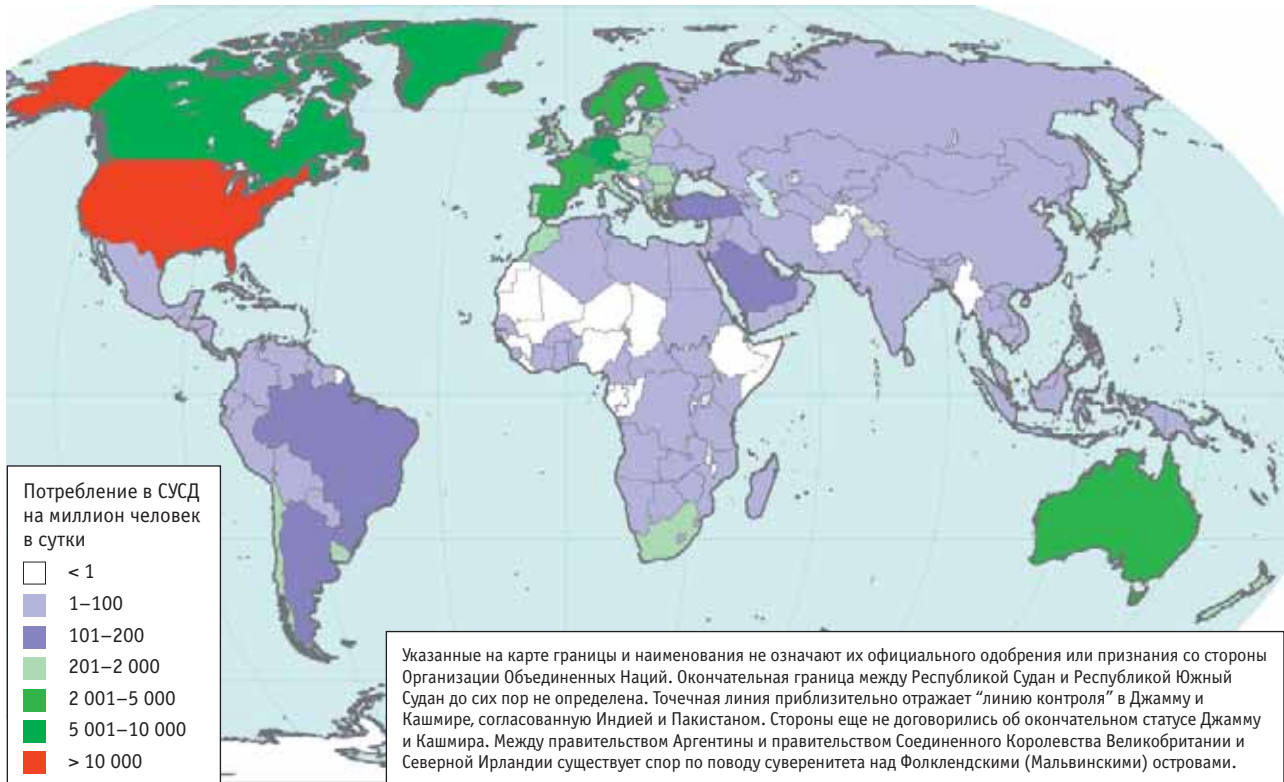
70. По имеющимся у МККН данным, в 2011–2013 годах наблюдался рост уровня потребления в единицах СУСД по сравнению с периодом 2001–2003 годов (см. карты 1 и 2). В частности, отмечается заметный прогресс в отношении наличия в Латинской Америке и на Ближнем Востоке. В Латинской Америке потребление опиоидных анальгетиков может быть даже выше зарегистрированного уровня в силу того, что в данном регионе метадон (который не включен в общемировой расчет СУСД, учитывая его частое использование в опиатной заместительной терапии) чаще используется для облегчения боли, чем в других регионах. Опиоидные анальгетики редко применяются для лечения наркозависимости, поскольку уровень распространенности злоупотребления героином является относительно низким, и по этой причине опиатная заместительная терапия используется достаточно редко.

71. Отмечен ряд незначительных улучшений в Российской Федерации и в некоторых странах Центральной Азии. Тем не менее положение в большинстве стран Африки и некоторых частях Азии остается сложным.

72. В Соединенных Штатах, Канаде, Австралии и некоторых странах Западной Европы уровень потребления вырос, превысив 10 тыс. СУСД на миллион человек в сутки. В некоторых из этих стран отмечен существенный рост злоупотребления лекарственными средствами рецептурного отпуска, и правительства этих стран приняли меры по его снижению без ограничения доступа к обезболивающим препаратам для нуждающихся.

73. В целом отмечен обнадеживающий прогресс в отношении обеспечения наличия и расширения доступа к опиоидным анальгетикам, однако существенному числу стран по-прежнему еще далеко до достижения намеченной цели.

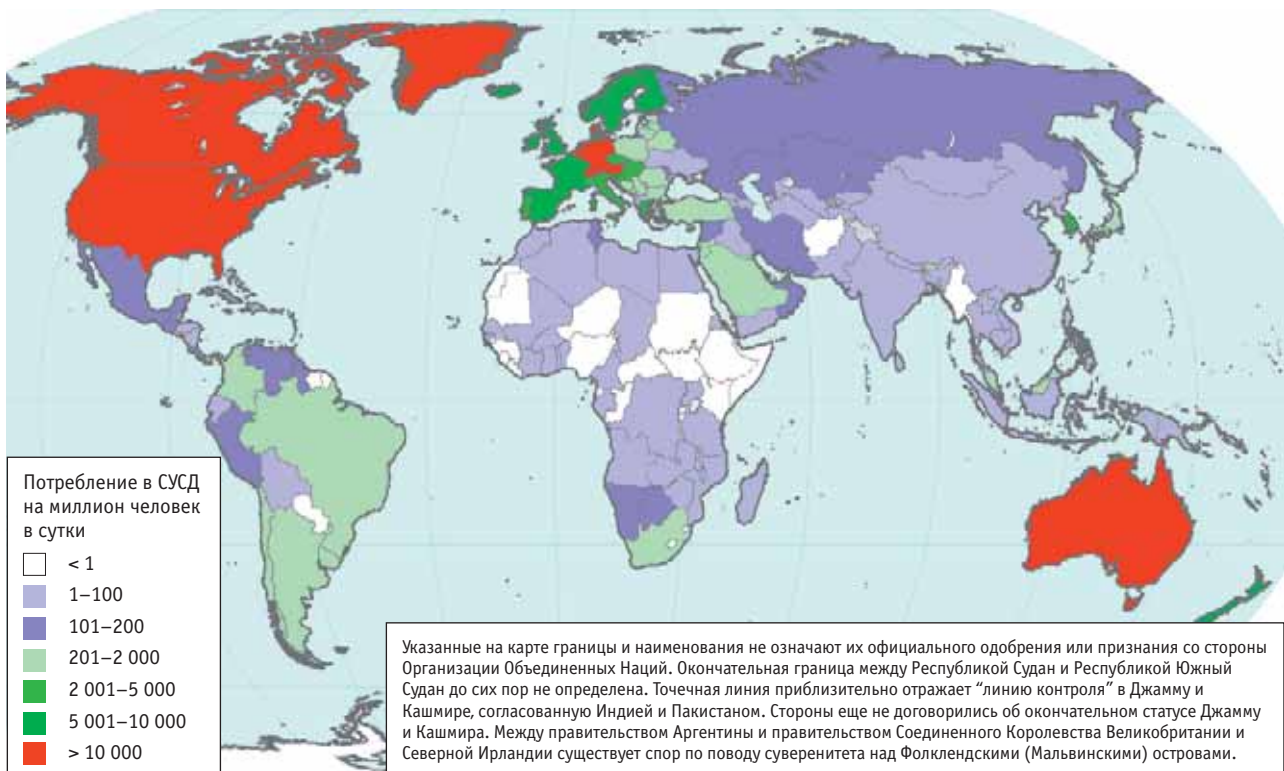
Карта 1. Наличие опиоидов для обезболивания, 2001–2003 годы, в среднем



Источник: Международный комитет по контролю над наркотиками.

Примечание: опиоиды включают кодеин, декстропропоксифен, дигидрокодеин, фентанил, гидрокодон, гидроморфон, кетобемидон, морфин, оксикодон, петидин, тилидин и тримеперидин.

Карта 2. Наличие опиоидов для обезболивания, 2011–2013 годы, в среднем



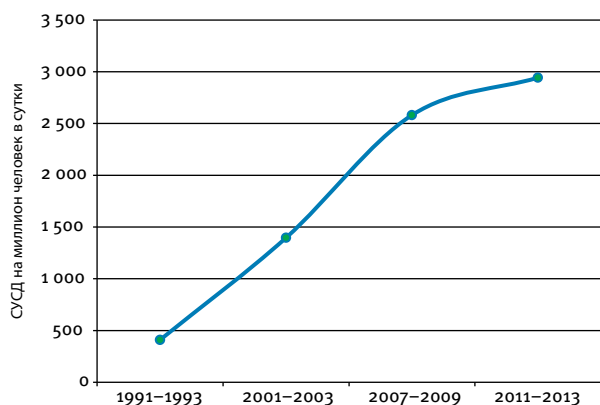
Источник: Международный комитет по контролю над наркотиками.

Примечание: к опиоидам относятся кодеин, декстропропоксифен, дигидрокодеин, фентанил, гидрокодон, гидроморфон, кетобемидон, морфин, оксикодон, петидин, тилидин и тримеперидин.

## б) Изменение уровня потребления опиоидных анальгетиков с течением времени

74. В последние два десятилетия мировое потребление опиоидных анальгетиков в эквиваленте СУСД существенно возросло. Долгосрочная тенденция свидетельствует об общем росте на 618 процентов в период с 1991–1993 по 2011–2013 годы (см. рисунок 5). Эта тенденция была особенно выражена в первые годы: с 1991–1993 по 2001–2003 годы, когда был отмечен рост на 240 процентов по сравнению с ростом на 84 процента в период с 2001–2003 по 2007–2009 годы. Темпы роста сократились еще на 14 процентов в период с 2007–2009 по 2011–2013 годы. Рост уровня потребления в основном является результатом роста уровня потребления фентанила и, в ограниченной степени, морфина. Мировой уровень потребления кодеина и петидина для обезболивания снизился.

**Рисунок 5. Тенденции мирового потребления опиоидных анальгетиков, 1991–1993, 2001–2003, 2007–2009 и 2011–2013 годы, в среднем**



Источник: Международный комитет по контролю над наркотиками.

75. В различных регионах с 1991 года наблюдался неравномерный рост уровня потребления опиоидных анальгетиков. Этот рост обеспечивался в основном за счет Северной Америки, а также Европы и Океании – трех основных регионов-потребителей (см. рисунки 6–17).

76. В Азии картина смешанная. Здесь в большинстве стран за последнее десятилетие был отмечен

рост потребления, хотя и с различными тенденциями на субрегиональном уровне. В Восточной, Юго-Восточной и Западной Азии наблюдался умеренный рост, а в Южной Азии было отмечено снижение уровня потребления, которое остается наименьшим в мире. Вероятно, такое снижение объясняется существенным снижением уровня потребления опиоидных анальгетиков в Индии вследствие введенных в прошлом законодательных ограничений. Недавно эти ограничения были отменены, однако для восполнения пробела в потреблении должно пройти еще некоторое время.

77. Положение в Африке сложное, а уровень потребления продолжает оставаться крайне низким несмотря на прогресс, достигнутый в нескольких странах. Особенности потребления существенно варьировались в странах как с высокими, так и с низкими уровнями потребления. Вероятно, такая ситуация сложилась вследствие неспособности национальных компетентных органов правильно оценить свои национальные потребности.

78. В Центральной Америке и Карибском бассейне общая тенденция свидетельствует о росте потребления, однако в различных странах были отмечены существенные различия. Потребление в странах Центральной Америки и Карибского бассейна по-прежнему оставалось на недостаточном уровне. В Южной Америке в большинстве стран уровень потребления в 2011–2013 годах вырос, несмотря на то что в некоторых из них ранее отмечался определенный спад потребления. Данные, относящиеся к этим двум субрегионам, особенно к Южной Америке, имеют определенные ограничения, поскольку метадон применяется в некоторых странах этого региона в качестве обезболивающего препарата, а не в качестве заместительной терапии, так как в данном регионе злоупотребление героином встречается редко, и поэтому он исключен из расчета СУСД на глобальном уровне.

79. В Европе в целом был отмечен рост с определенной стабилизацией в отношении некоторых стран.

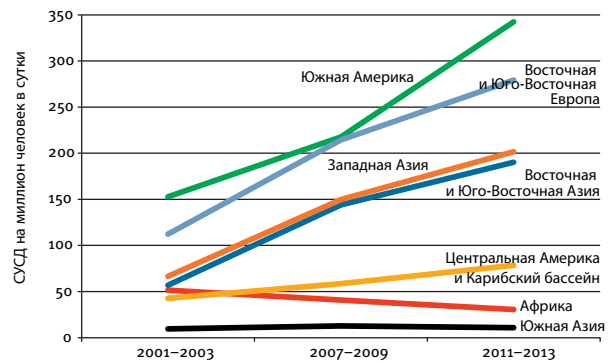
80. В Австралии и Новой Зеландии уровень потребления вырос, что повлияло на тенденцию в регионе в целом.

Рисунок 6. Тенденции потребления по регионам, 2001–2013 годы



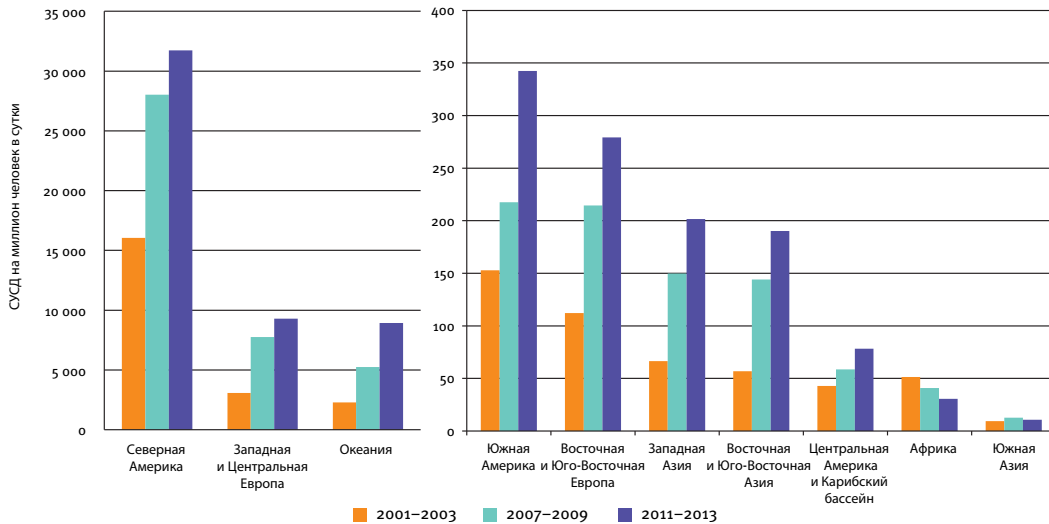
Источник: Международный комитет по контролю над наркотиками.

Рисунок 7. Тенденции потребления для отдельных субрегионов, 2001–2013 годы



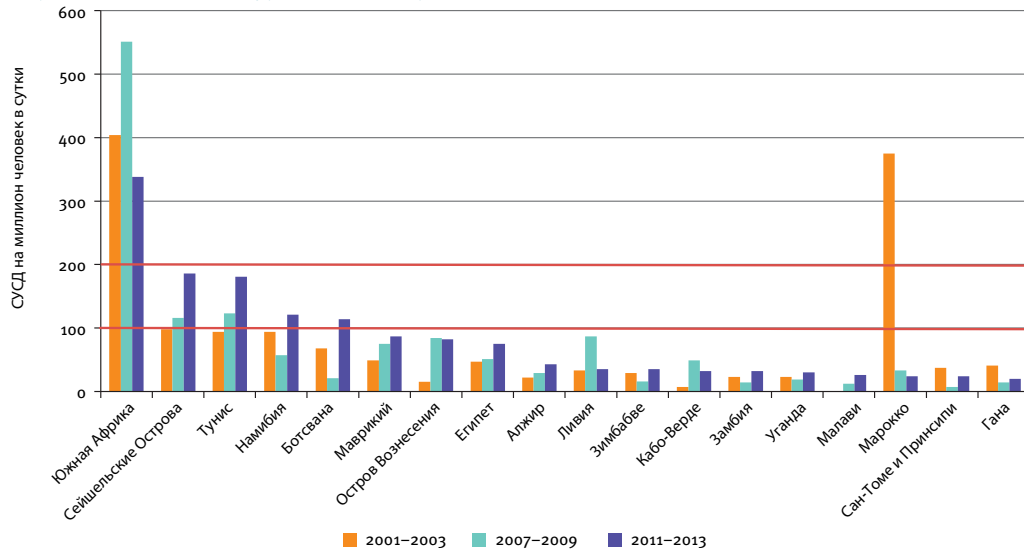
Источник: Международный комитет по контролю над наркотиками.

Рисунок 8. Средний уровень потребления опиоидных анальгетиков (все регионы), 2001–2003, 2007–2009 и 2011–2013 годы



Источник: Международный комитет по контролю над наркотиками.

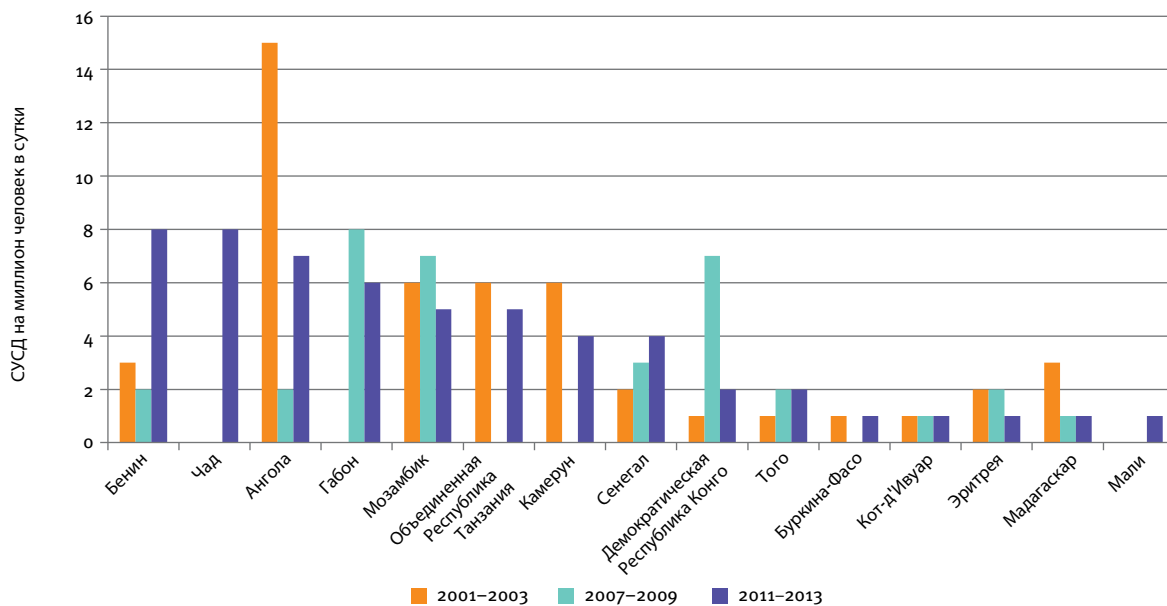
Рисунок 9. Средний уровень потребления опиоидных анальгетиков в странах Африки и на территориях с высокими уровнями потребления, 2001–2003, 2007–2009 и 2011–2013 годы



Источник: Международный комитет по контролю над наркотиками.

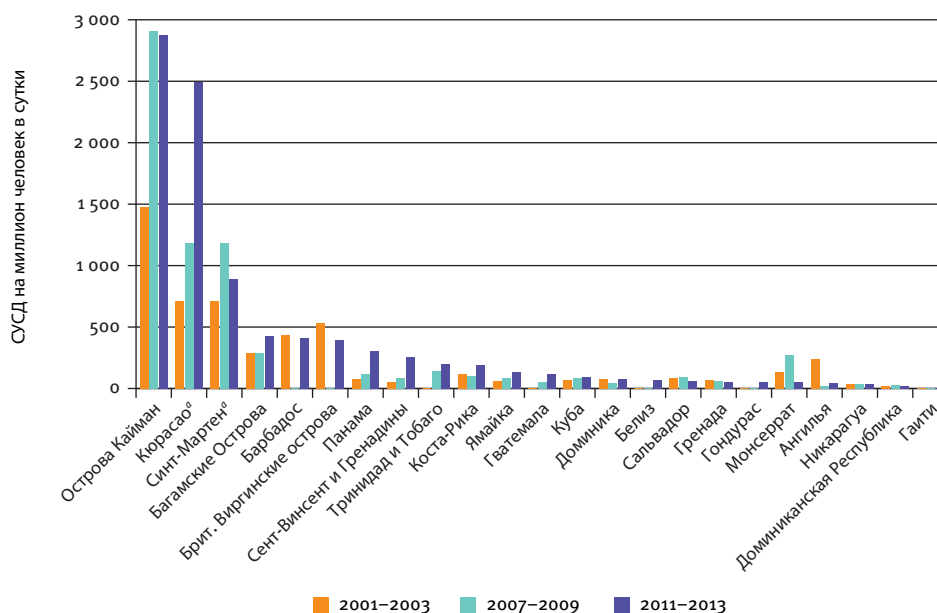
Примечание: красные линии: уровни менее 200 СУСД считаются недостаточными; уровни менее 100 СУСД считаются крайне недостаточными. Более подробная информация о недостаточных и крайне недостаточных уровнях потребления, как они определены Комитетом, представлена в пункте 46 выше.

Рисунок 10. Средний уровень потребления опиоидных анальгетиков в странах Африки с низкими уровнями потребления, 2001–2003, 2007–2009 и 2011–2013 годы



Источник: Международный комитет по контролю над наркотиками.

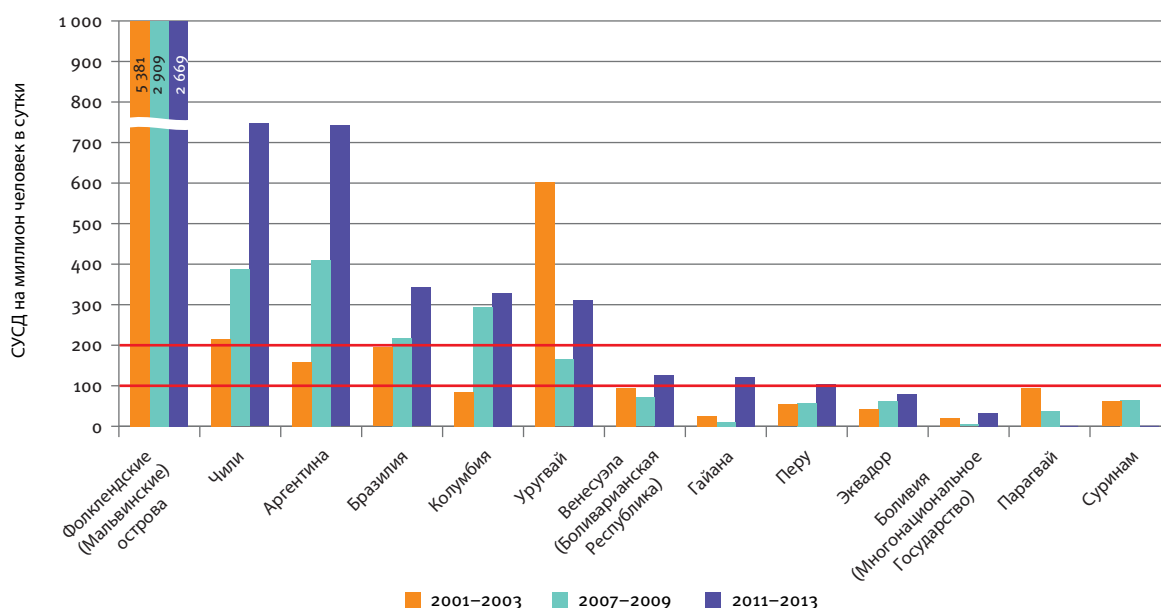
Рисунок 11. Средний уровень потребления опиоидных анальгетиков в Центральной Америке и Карибском бассейне, 2001–2003, 2007–2009 и 2011–2013 годы



Источник: Международный комитет по контролю над наркотиками.

<sup>а</sup> Нидерландские Антильские острова прекратили существование 10 октября 2010 года, в результате чего образовались два новых субъекта: Кюрасао и Синт-Мартен.

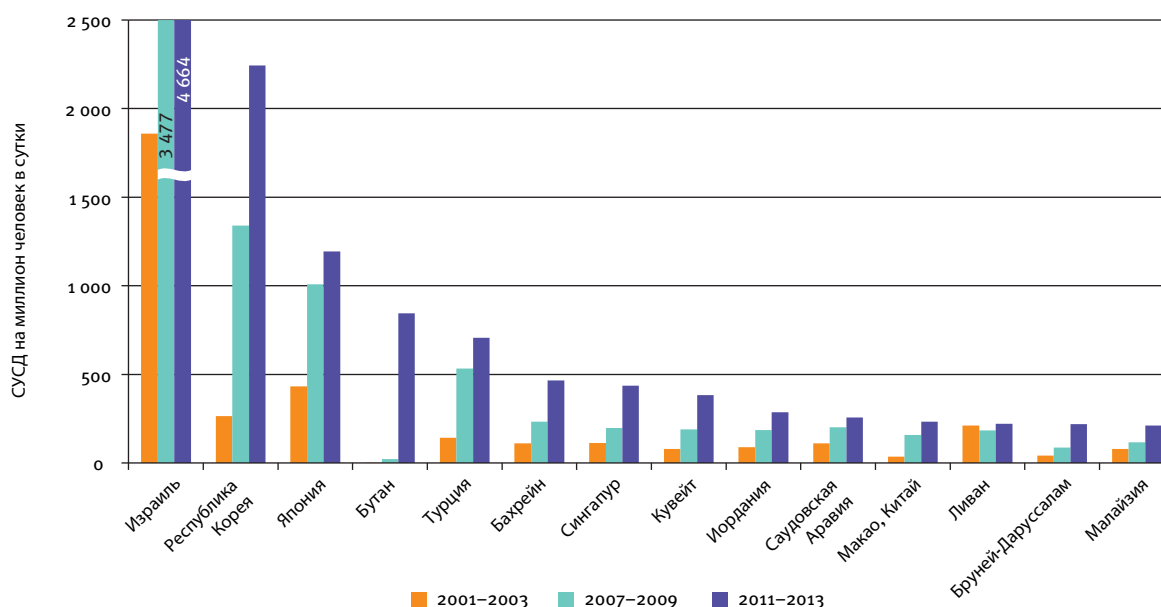
Рисунок 12. Средний уровень потребления опиоидных анальгетиков в Южной Америке, 2001–2003, 2007–2009 и 2011–2013 годы



Источник: Международный комитет по контролю над наркотиками.

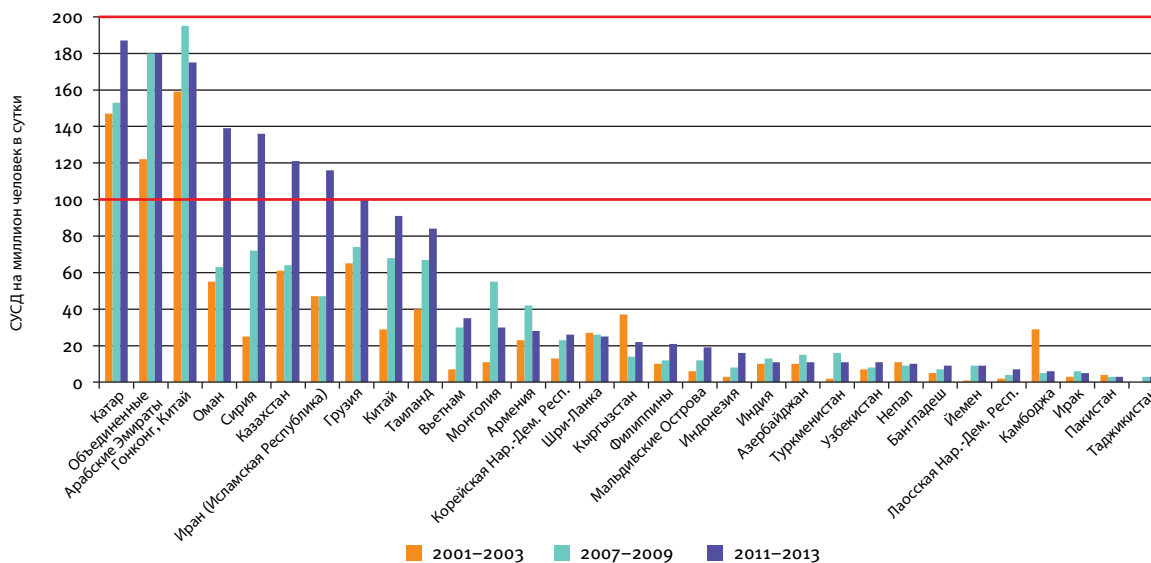
Примечание: красные линии: уровни менее 200 СУСД считаются недостаточными; уровни менее 100 СУСД считаются крайне недостаточными. Более подробная информация о недостаточных и крайне недостаточных уровнях потребления, как они определены Комитетом, представлена в пункте 46 выше.

Рисунок 13. Средний уровень потребления опиоидных анальгетиков в странах Азии и на территориях с высокими уровнями потребления, 2001–2003, 2007–2009 и 2011–2013 годы



Источник: Международный комитет по контролю над наркотиками.

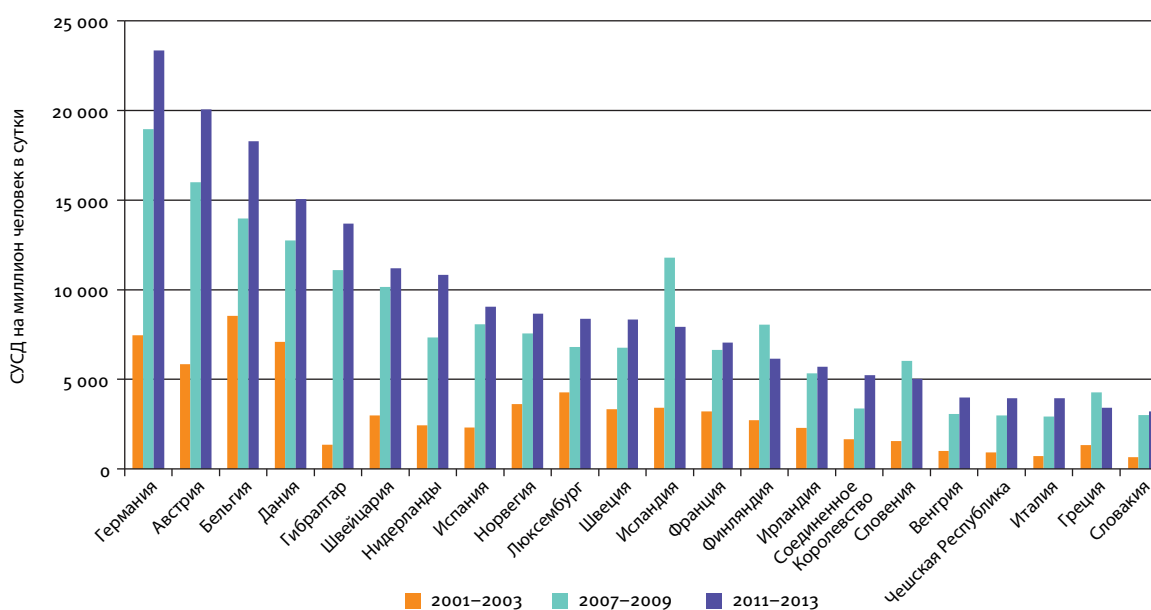
Рисунок 14. Средний уровень потребления опиоидных анальгетиков в странах Азии и на территориях с низкими уровнями потребления, 2001–2003, 2007–2009 и 2011–2013 годы



Источник: Международный комитет по контролю над наркотиками.

Примечание: красные линии: уровни менее 200 СУСД считаются недостаточными; уровни менее 100 СУСД считаются крайне недостаточными. Более подробная информация о недостаточных и крайне недостаточных уровнях потребления, как они определены Комитетом, представлена в пункте 46 выше.

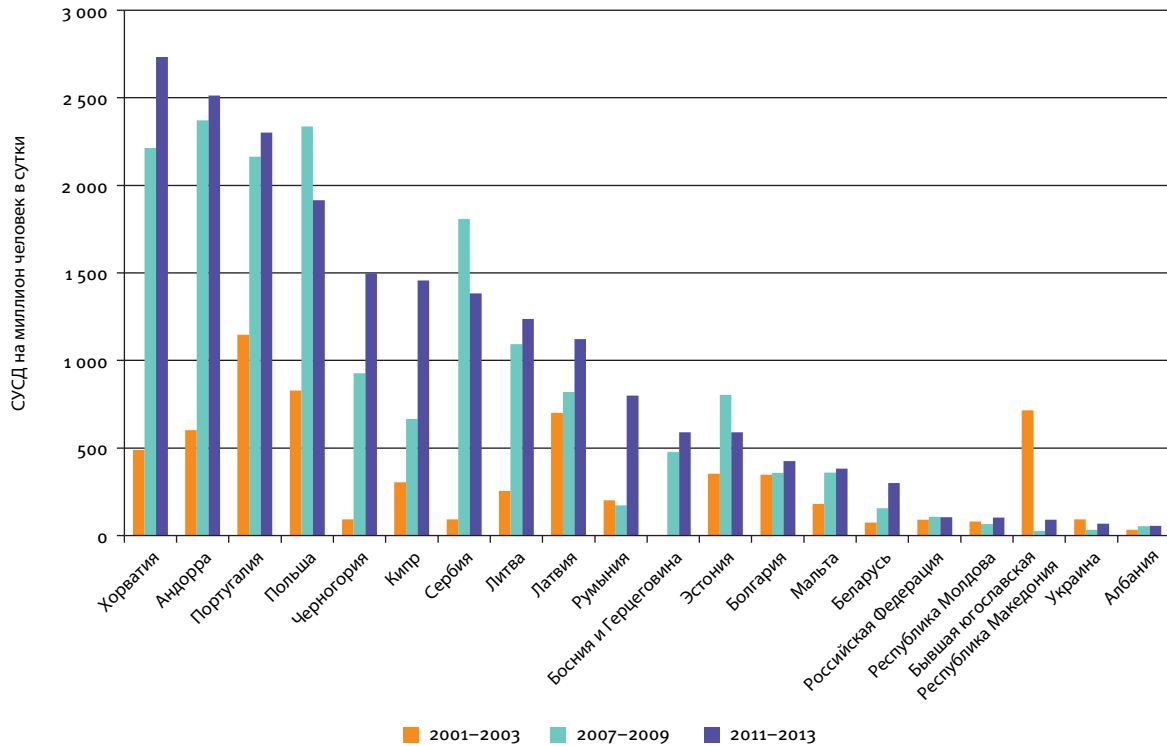
Рисунок 15. Средний уровень потребления опиоидных анальгетиков в странах Европы и на территориях с высокими уровнями потребления, 2001–2003, 2007–2009 и 2011–2013 годы



Источник: Международный комитет по контролю над наркотиками.

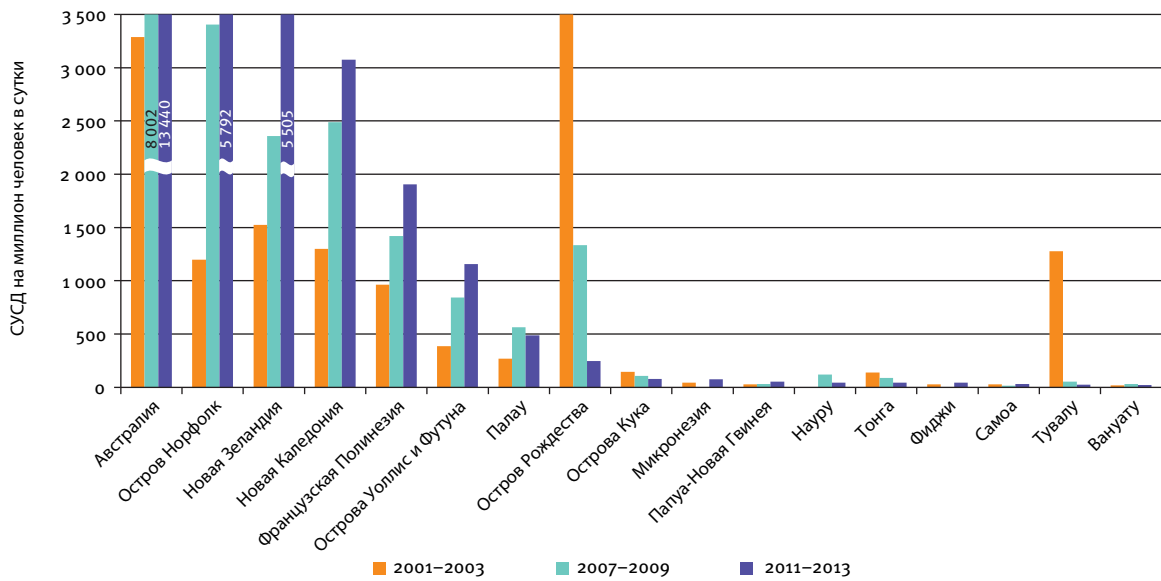


Рисунок 16. Средний уровень потребления опиоидных анальгетиков в странах Европы с низкими уровнями потребления, 2001–2003, 2007–2009 и 2011–2013 годы



Источник: Международный комитет по контролю над наркотиками.

Рисунок 17. Средний уровень потребления опиоидных анальгетиков в Океании, 2001–2003, 2007–2009 и 2011–2013 годы



Источник: Международный комитет по контролю над наркотиками.

### с) Чрезмерное потребление и злоупотребление лекарственными средствами рецептурного отпуска

81. Несмотря на то что недостаточный доступ к опиоидным анальгетикам в некоторых регионах вызывает беспокойство, важно также учитывать, что в регионах с высокими уровнями потребления растет обеспокоенность в сфере общественного здравоохранения в связи со злоупотреблением лекарственными средствами рецептурного отпуска, уровень распространенности которого в некоторых странах превзошел уровень злоупотребления запрещенными наркотическими средствами.

82. Развитие такой ситуации обусловлено множеством факторов, главными из которых являются широкая доступность лекарственных средств рецептурного отпуска и ошибочное представление о том, что такие средства обладают меньшим наркоманическим потенциалом, чем запрещенные наркотические средства. Обострило эту проблему и использование лекарственных средств рецептурного отпуска без назначения врача в целях самолечения.

83. Сравнительный анализ потребления опиоидных анальгетиков и уровня распространенности злоупотреб-

ления такими анальгетиками, проведенный УНП ООН<sup>39</sup>, свидетельствует о том, что в некоторых странах высока распространенность злоупотребления опиоидами. Эти данные предоставлены странами с высоким уровнем дохода<sup>40</sup>, например Австралией, Канадой и Соединенными Штатами, а также такими странами со средним и низким уровнями дохода, как Нигерия и Пакистан, где отмечается самый низкий уровень потребления опиоидов для медицинских целей на душу населения (см. рисунки 18 и 19)<sup>41</sup>. По данным УНП ООН, злоупотребление опиоидами рецептурного отпуска не обязательно является следствием доступности или наличия опиоидов для медицинских целей<sup>42</sup>.

<sup>39</sup>Всемирный доклад о наркотиках за 2014 год, публикация Организации Объединенных Наций, в продаже под № R.14.XI.7.

<sup>40</sup>На основе классификаций уровней дохода и развития Всемирного банка.

<sup>41</sup>Ежегодная распространенность злоупотребления опиоидами рецептурного отпуска такова: Австралия – 3,1 процента, Канада – 1 процент, Нигерия – 3,6 процента, Пакистан – 1,5 процента и Соединенные Штаты – 5,2 процента.

<sup>42</sup>Всемирный доклад о наркотиках за 2014 год.

Рисунок 18. Потребление опиоидных анальгетиков на душу населения, 2011 год

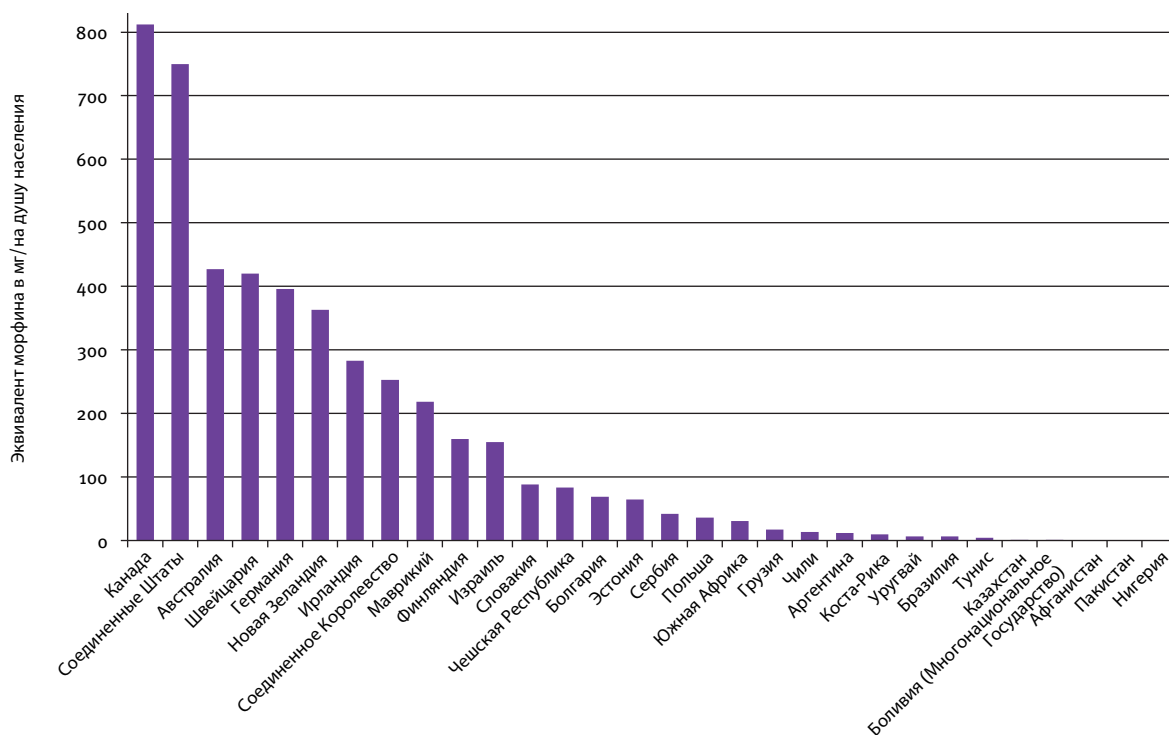
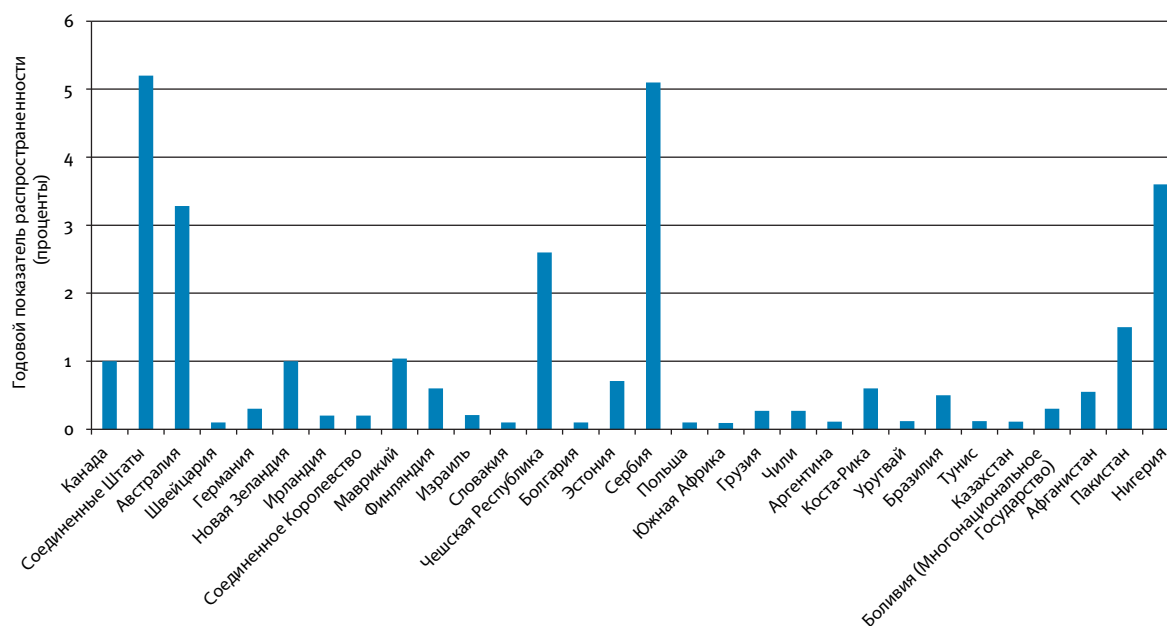


Рисунок 19. Распространенность злоупотребления опиоидами рецептурного отпуска среди населения в целом, данные за 2013 год или позднее



Источник: УНП ООН.

84. С целью решения этой проблемы странам необходимо разработать всеобъемлющую стратегию, нацеленную на устранение коренных причин излишне широкого предложения лекарственных средств рецептурного отпуска, включая прописывание чрезмерного количества лекарственных средств медицинскими работниками, обращение за рецептом сразу к нескольким врачам и недостаточно строгий контроль за выдачей и выписыванием рецептов. Кроме того, должностными лицами системы общественного здравоохранения было выявлено, что одним из основных источников лекарственных средств рецептурного отпуска законного происхождения, которые становятся предметом злоупотребления, являются домашние аптечки, содержащие такие лекарственные средства, которые больше не нужны или не используются в медицинских целях. Проведенные в ряде стран обследования распространенности злоупотребления показали, что значительная часть лиц, злоупотребляющих лекарственными средствами рецептурного отпуска, впервые получали эти средства от друга или члена семьи, которые, в свою очередь, приобретали их на законных основаниях.

85. К числу мер, все чаще применяемых для борьбы с этой проблемой, относятся механизмы, обеспечивающие безопасный возврат и утилизацию лекарственных препаратов, обладающих психоактивными свойствами, в частности тех из них, которые содержат наркотические средства или психотропные вещества, в том числе в рамках специальных дней возврата лекарственных средств рецептурного отпуска. Организация таких инициатив во многих юрисдикциях принесла ощутимые результаты при относительно низком уровне расходов.

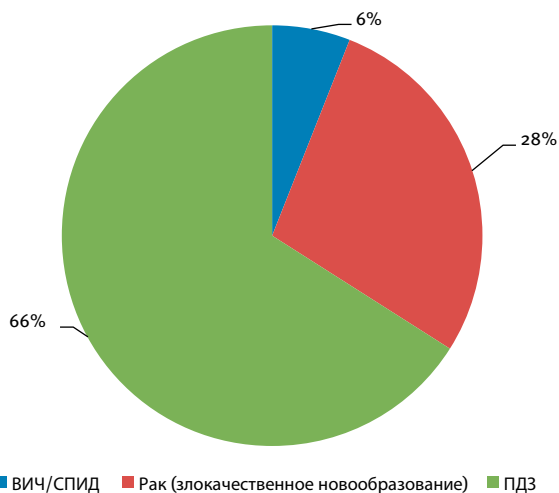
86. Важность этих мер была признана международным сообществом, в том числе Комиссией по наркотическим средствам. Соответственно, в марте 2013 года Комиссия приняла резолюцию 56/8 о поддержке инициатив по обеспечению безопасного возврата лекарственных средств рецептурного отпуска, в частности содержащих находящиеся под международным контролем наркотические средства и психотропные вещества, с целью их уничтожения.

87. В этой резолюции Комиссия призвала государства-члены рассмотреть вопрос о принятии различных программ действий по решению проблемы злоупотребления лекарственными средствами рецептурного отпуска в сотрудничестве с различными заинтересованными сторонами, например должностными лицами системы общественного здравоохранения, фармацевтами, производителями и продавцами фармацевтической продукции, врачами, обществами защиты прав потребителей и правоохранительными органами, в целях содействия повышению осведомленности о рисках, связанных с немедицинским использованием лекарственных средств рецептурного отпуска, в частности содержащих наркотические средства или психотропные вещества.

#### d) Потребление опиоидных анальгетиков и необходимость в паллиативной медицинской помощи

88. Особенности потребления опиоидных анальгетиков, выраженного в СУСД, или в миллиграммах на душу населения, не позволяют увидеть всю картину. Для определения того, является ли уровень потребле-

Рисунок 20. Смертность от заболеваний, требующих паллиативной медицинской помощи в конце жизни (по видам заболеваний), 2011 год



Источник: Всемирная организация здравоохранения и Всемирный альянс паллиативной помощи, *Всемирный атлас паллиативной помощи в конце жизни* (Всемирный альянс паллиативной помощи, 2014 год).

ния надлежащим, важно измерить его по отношению к уровню распространенности медицинских состояний, требующих паллиативной помощи, к которым относятся не только рак, но и другие состояния. Также следует учитывать, что если потребление опиоидных анальгетиков сконцентрировано в нескольких странах, то состояния, требующие их применения, распространены гораздо шире.

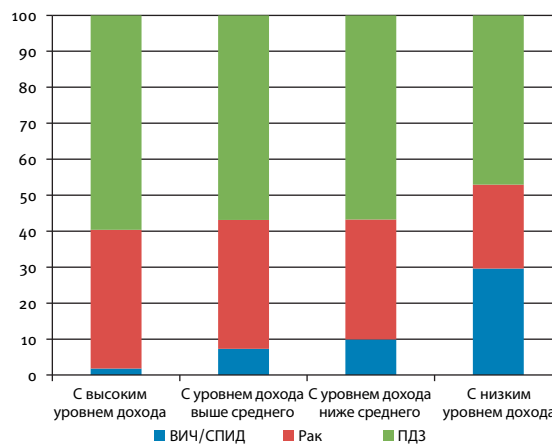
89. По данным Всемирного атласа паллиативной помощи в конце жизни<sup>43</sup>, подготовленного ВОЗ и Всемирным альянсом паллиативной помощи, на смерть от рака приходится 28 процентов случаев смерти среди взрослых, нуждающихся в паллиативной помощи. Большинство (66 процентов) случаев смерти, при которых возникала необходимость в такой помощи, связано с прогрессирующими доброкачественными заболеваниями (ПДЗ)<sup>44</sup>. Остальные 6 процентов приходятся на СПИД (см. рисунок 20).

90. Во всех странах, за исключением стран с низким уровнем дохода, доля взрослых, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи при раке, остается более или менее постоянной на уровне около 33–38 процентов; эта доля в странах с низким

<sup>43</sup>Всемирная организация здравоохранения и Всемирный альянс паллиативной помощи, *Всемирный атлас паллиативной помощи в конце жизни* (Всемирный альянс паллиативной помощи, 2014 год).

<sup>44</sup>К прогрессирующим доброкачественным заболеваниям среди взрослых относятся болезнь Альцгеймера и другие виды слабоумия, сердечно-сосудистые заболевания (за исключением случаев внезапной смерти), хронические обструктивные заболевания легких, цирроз печени, сахарный диабет, рассеянный склероз, болезни почек, болезнь Паркинсона, ревматоидный артрит и туберкулез (только туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью и туберкулез с широкой лекарственной устойчивостью).

Рисунок 21. Распределение взрослых, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи в конце жизни (по уровням дохода и категориям заболеваний), 2011 год



Источник: Всемирная организация здравоохранения и Всемирный альянс паллиативной помощи, *Всемирный атлас паллиативной помощи в конце жизни* (Всемирный альянс паллиативной помощи, 2014 год).

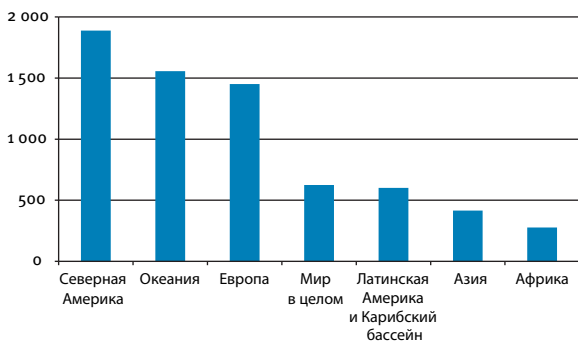
уровнем дохода составляет около 23 процентов (см. рисунок 21). Прогрессирующие доброкачественные заболевания по-прежнему составляют большинство случаев во всех регионах. Необходимость в паллиативной медицинской помощи при СПИДе составляет треть случаев оказания паллиативной медицинской помощи в странах с низким уровнем дохода, но сохраняется на уровне ниже 10 процентов в странах с высоким уровнем дохода.

91. Согласно последним данным, предоставленным Международным агентством по изучению рака (специализированным ведомством ВОЗ по вопросам исследования раковых заболеваний), глобальное бремя рака увеличилось в 2012 году до 14,1 млн. новых случаев и 8,2 млн. случаев смерти от рака по сравнению с 12,7 млн. новых случаев и 7,6 млн. случаев смерти в 2008 году. Оценки распространенности за 2012 год свидетельствуют о наличии 32,6 млн. оставшихся в живых людей и людей в возрасте старше 15 лет, у которых за предыдущие пять лет был диагностирован рак (см. рисунок 22). Согласно прогнозам, основанным на оценках за 2012 год, которые получены по итогам проекта GLOBOCAN, к 2025 году ожидается существенный рост новых случаев рака – до 19,3 млн. случаев – в связи с ожидаемым увеличением и старением мирового населения.

92. В 2012 году на долю менее развитых регионов мира пришлось более половины всех случаев рака (56,8 процента) и случаев смерти от рака (64,9 процента). Эта доля возрастет в еще большей степени к 2025 году. Рак часто считают заболеванием состоятельных или более развитых слоев населения. Факт же заключается в том, что более 70 процентов случаев смерти от рака приходится на страны с низким

и средним уровнями дохода. По прогнозам, уровень заболеваемости раком в странах с низким и средним уровнями дохода будет расти и далее до 2030 года, если не будут предприняты последовательные действия. Раком болеют во всем мире, однако в наибольшей степени затронутыми оказываются страны, в которых отсутствует медицинская инфраструктура, позволяющая обеспечивать лечение все возрастающего числа людей, страдающих от этого заболевания.

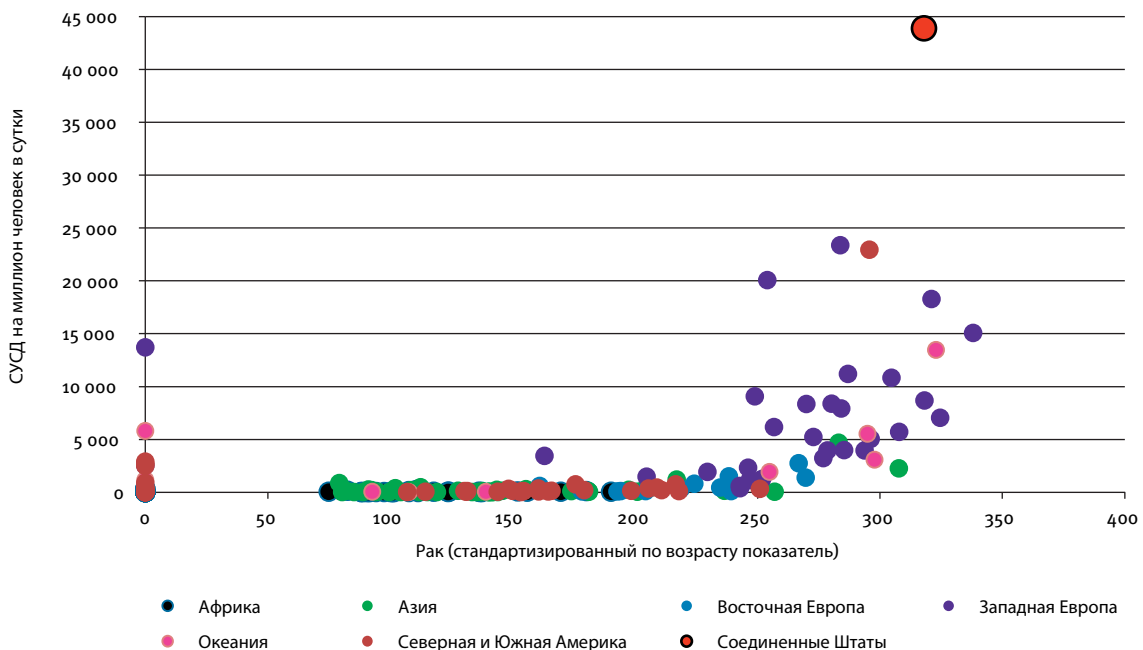
**Рисунок 22. Распространенность рака, диагностированного за предыдущие пять лет (на 100 000 населения), 2012 год**



Источник: база данных GLOBOCAN.

93. В странах с низким и средним уровнями дохода, имеющих ограниченный потенциал в плане профилактики и раннего выявления рака, это заболевание чаще всего диагностируется уже на запущенной стадии. На такой стадии пациентам доступны лишь некоторые варианты лечения и паллиативная помощь. Следовательно, опиоидные анальгетики незаменимы для лечения рака в этих странах.

**Рисунок 23. Связь между заболеваемостью раком (2012 год) и уровнем потребления наркотических средств (2011–2013 годы)**



Источник: база данных GLOBOCAN и Международный комитет по контролю над наркотиками.

94. График уровня потребления опиоидных анальгетиков, построенный на основе стандартизированного по возрасту показателя заболеваемости раком<sup>45</sup>, подтверждает наличие диспропорций в уровне потребления таких веществ в мире, при этом в Соединенных Штатах, Канаде, Австралии, Новой Зеландии и в странах Западной и Центральной Европы отмечаются высокие уровни потребления при соответствующем высоком стандартизированном по возрасту показателе заболеваемости раком. Глобальное сравнение сопряжено с трудностями, учитывая тот факт, что большинство стран сосредоточены вокруг нижних уровней в силу высокого уровня потребления в нескольких странах (см. рисунок 23). При детальном анализе особенностей, характерных для каждого региона, можно получить более точное представление о вариациях на глобальном уровне.

<sup>45</sup>В базе данных GLOBOCAN данные о раке представлены в виде стандартизированного по возрасту показателя, который является сводным показателем для определенной популяции при наличии стандартизированной по возрасту структуры. Стандартизация необходима при сравнении нескольких популяций, отличающихся по возрасту, поскольку возраст оказывает большое влияние на риск заболевания раком. Стандартизированный по возрасту показатель является средневзвешенным значением по возрасту показателей; значения весового коэффициента рассчитываются на основе распределения популяции среди стандартного населения. Чаще всего используется стандартное население мира. Расчетный коэффициент заболеваемости или смертности называют стандартизированным по возрасту показателем заболеваемости или смертности (в мире) из расчета на 100 000 населения. Стандартизированный по возрасту показатель рассчитывается с использованием 10 возрастных групп (0–14, 15–39, 40–44, 45–49, 50–54, 55–59, 60–64, 65–69, 70–74 и 75 и старше). Результат может немного отличаться от рассчитанного на основе тех же данных, но с разбивкой на традиционные пятилетние возрастные диапазоны.

95. В североамериканском регионе отмечается заметный разрыв между Мексикой, с одной стороны, и Соединенными Штатами и Канадой, с другой стороны (см. рисунок 24).

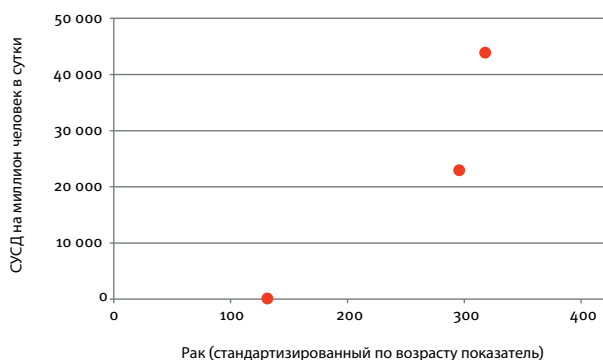
96. В Центральной и Южной Америке и в Карибском бассейне распределение стран свидетельствует о повышении уровня потребления опиоидных анальгетиков в южноамериканских странах, что является результатом роста уровня заболеваемости раком (см. рисунок 25). В Центральной Америке и в Карибском бассейне имеются страны с относительно более высокими показателями заболеваемости раком, однако потребление наркотических средств в целях паллиативной помощи в этих странах находится ниже надлежащего уровня.

97. В Африке сосредоточены страны со стандартизованным по возрасту показателем заболеваемости раком на уровне 100, при этом в ряде стран отмеча-

ется даже более высокий показатель, в то время как потребление опиоидных анальгетиков сохраняется на уровне гораздо ниже 200 СУСД на миллион человек в сутки (см. рисунок 26).

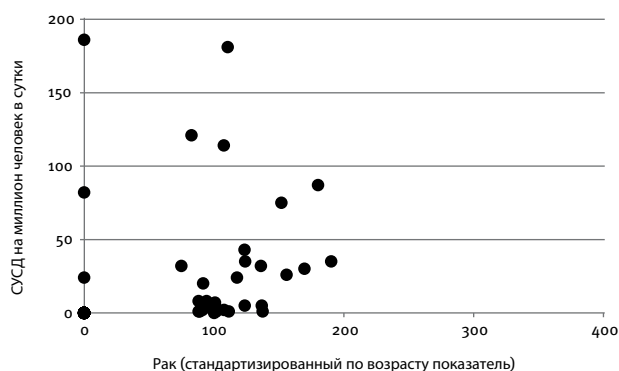
98. В Азии отмечен более высокий уровень потребления, выраженный в СУСД на миллион человек в сутки, однако этот уровень соответствует более высоким показателям заболеваемости раком. В Западной Европе отмечается высокий уровень потребления, который соответствует уровню распространенности рака. В Восточной и Юго-Восточной Европе показатели заболеваемости раком сходны с показателями, отмеченными в Западной Европе, однако уровень потребления обезболивающих лекарственных средств существенно ниже. В Австралии и Новой Зеландии наблюдаются крайне высокие уровни потребления, в то время как в других менее крупных странах Океании отмечаются гораздо более низкие уровни (см. рисунки 27–30).

Рисунок 24. Связь между стандартизованным по возрасту показателем заболеваемости раком (2012 год) и уровнем потребления наркотических средств (2011–2013 годы), Северная Америка



Источник: база данных GLOBOCAN и Международный комитет по контролю над наркотиками.

Рисунок 26. Связь между заболеваемостью раком (2012 год) и уровнем потребления наркотических средств (2011–2013 годы), Африка



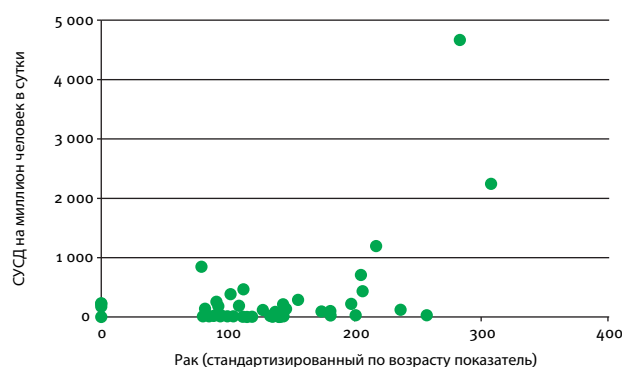
Источник: база данных GLOBOCAN и Международный комитет по контролю над наркотиками.

Рисунок 25. Связь между стандартизованным по возрасту показателем заболеваемости раком (2012 год) и уровнем потребления наркотических средств (2011–2013 годы), Центральная и Южная Америка и Карибский бассейн



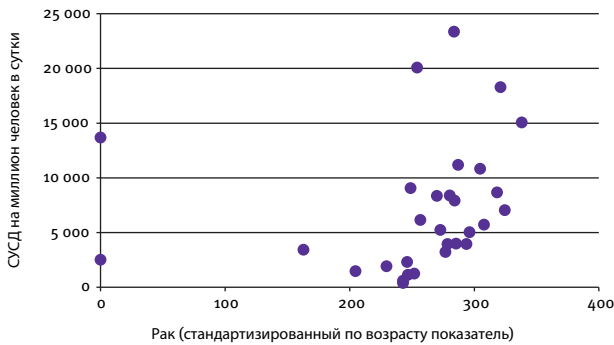
Источник: база данных GLOBOCAN и Международный комитет по контролю над наркотиками.

Рисунок 27. Связь между заболеваемостью раком (2012 год) и уровнем потребления наркотических средств (2011–2013 годы), Азия



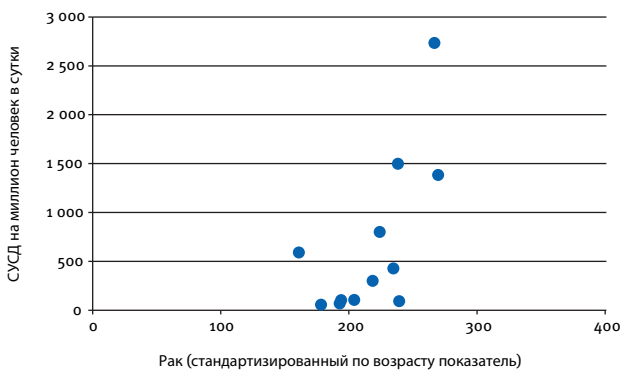
Источник: база данных GLOBOCAN и Международный комитет по контролю над наркотиками.

**Рисунок 28.** Связь между заболеваемостью раком (2012 год) и уровнем потребления наркотических средств (2011–2013 годы), Западная Европа



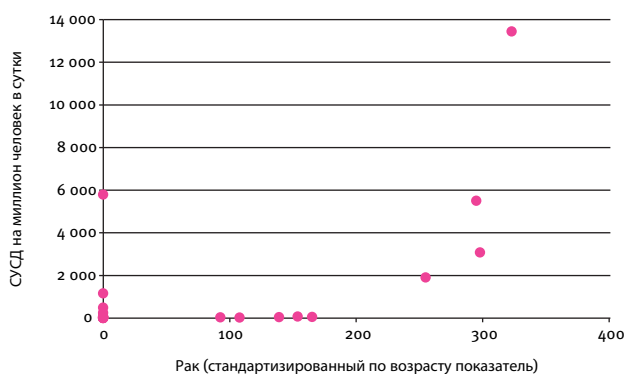
Источник: база данных GLOBOCAN и Международный комитет по контролю над наркотиками.

**Рисунок 29.** Связь между заболеваемостью раком (2012 год) и уровнем потребления наркотических средств (2011–2013 годы), Восточная и Юго-Восточная Европа



Источник: база данных GLOBOCAN и Международный комитет по контролю над наркотиками.

**Рисунок 30.** Связь между заболеваемостью раком (2012 год) и уровнем потребления наркотических средств (2011–2013 годы), Океания



Источник: база данных GLOBOCAN и Международный комитет по контролю над наркотиками.

99. Паллиативная медицинская помощь также необходима при СПИДе. Сравнение различных регионов ВОЗ во Всемирном атласе паллиативной помощи в конце жизни свидетельствует о том, что доля взрослых, нуждающихся в паллиативной помощи в связи со СПИДом, выше в странах с низким уровнем дохода, особенно в Африке, нежели в странах из групп с другими уровнями дохода. Расширение доступа к антиретровирусной терапии и снижение распространенности ВИЧ-инфекции привели к резкому уменьшению числа взрослых и детей в мире, умирающих по связанным с ВИЧ причинам. Снижение смертности от ВИЧ особенно явно выражено в регионах с максимальным бременем ВИЧ-инфекции, в том числе в Африканском регионе, где в 2013 году примерно трое из четырех людей умерли по связанным с ВИЧ причинам. Тем не менее уровень распространенности ВИЧ и СПИДа в странах с низким уровнем дохода остается высоким, а доступность антиретровирусной терапии по-прежнему низка, несмотря на усилия в этой связи со стороны ЮНЭЙДС и международного сообщества в целом. Нехватка опиоидных анальгетиков для снятия боли при СПИДе является одной из основных проблем для еще большей доли населения в странах с низким уровнем дохода.

100. При сравнении ориентировочного числа случаев смерти от СПИДа в 2013 году<sup>46</sup> и уровня потребления опиоидных анальгетиков, выраженного в СУСД на миллион человек в сутки, было установлено, что страны с максимальными показателями смертности и минимальными уровнями потребления находятся в Африке к югу от Сахары, а также в Азии (см. таблицу 1). Нигерия, где в 2013 году было отмечено ориентировочное число случаев смерти от СПИДа на уровне 210 тыс., не представила МККН данные о потреблении опиоидных анальгетиков. В Индии ориентировочное число случаев смерти от СПИДа составило 130 тыс. при уровне потребления 11 СУСД на миллион человек в сутки. В Мозамбике при уровне потребления лишь 5 СУСД на миллион человек в сутки ориентировочное число случаев смерти составило в 2013 году 82 тыс. В Объединенной Республике Танзания при аналогичном уровне СУСД было зафиксировано 78 тыс. случаев смерти. В Зимбабве ориентировочное число случаев смерти составило 64 тыс. при 35 СУСД. В Уганде при 30 СУСД ориентировочное число случаев смерти от СПИДа составляет 63 тыс. Число СУСД в Южной Африке составило 338, однако ориентировочное число случаев смерти от СПИДа составило 200 тыс.

<sup>46</sup>Всемирная организация здравоохранения, Глобальная обсерватория здравоохранения.

Таблица 1. Ориентировочное число случаев смерти от СПИДа (2013 год) в сравнении с уровнем потребления опиоидных анальгетиков (2011–2013 годы)

Страна	Ориентировочное число случаев смерти от СПИДа в 2013 году	СУСД на миллион человек в сутки, 2011–2013 годы
Нигерия	210 000	0
Южная Африка	200 000	338
Индия	130 000	11
Мозамбик	82 000	5
Объединенная Республика Танзания	78 000	5
Зимбабве	64 000	35
Уганда	63 000	30
Кения	58 000	0
Малави	48 000	26
Эфиопия	45 000	0
Камерун	44 000	4
Демократическая Республика Конго	30 000	2
Индонезия	29 000	16
Кот-д'Ивуар	28 000	1
Замбия	27 000	32

Источник: Международный комитет по контролю над наркотиками и Глобальная обсерватория здравоохранения ВОЗ.

101. Несмотря на то что, как видно из приведенной выше таблицы, СПИД является одним из основных заболеваний, требующих паллиативной помощи, болезни, отнесенные к прогрессирующим доброкачественным заболеваниям, являются основной причиной потребности в паллиативной помощи во всех регионах. Тем не менее отсутствуют надежные показатели распространенности таких заболеваний на общемировом уровне, что делает невозможным сравнение таких показателей с уровнями потребления опиоидных анальгетиков.

#### е) Потребление опиоидных анальгетиков и уровень развития паллиативной медицинской помощи

102. Важным аспектом наличия опиоидных анальгетиков является потенциал систем здравоохранения в плане назначения и распределения таких веществ в рамках надлежащих систем оказания паллиативной

медицинской помощи. По уровню развития систем паллиативной медицинской помощи ВОЗ и Всемирный альянс паллиативной помощи в своем Всемирном атласе паллиативной помощи в конце жизни классифицируют страны по следующим шести категориям:

- уровень 1: информация о соответствующей деятельности отсутствует;
- уровень 2: деятельность, направленная на наращивание потенциала;
- уровень 3а: отдельные случаи распределения;
- уровень 3b: широкое распределение;
- уровень 4а: предварительный уровень интеграции в систему здравоохранения;
- уровень 4b: продвинутый уровень интеграции в систему здравоохранения.

103. Из карты, на которой проиллюстрированы различные уровни систем паллиативной медицинской помощи (см. карту 3), и по итогам ее сравнения с картой, на которой приведены уровни потребления опиоидных анальгетиков, выраженные в СУСД (см. карту 4), следует, что, несмотря на наличие в целом положительной связи между высокими уровнями потребления и высокими уровнями развития систем паллиативной медицинской помощи, есть и некоторые несоответствия.

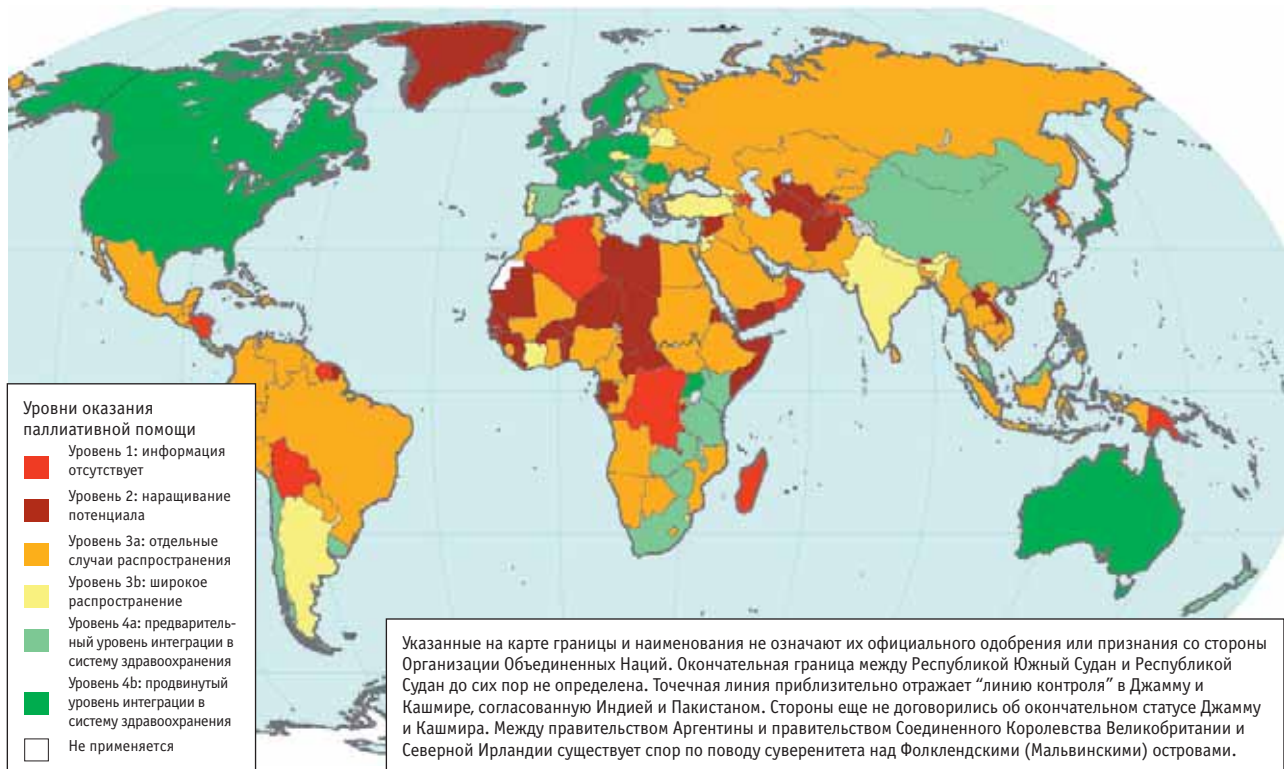
104. Например, в Восточной и Южной Африке имеется ряд стран, отнесенных к уровню 4а (Замбия, Зимбабве, Кения, Малави, Объединенная Республика Танзания и Южная Африка) или к уровню 4b (Уганда), однако во всех этих странах (за исключением Южной Африки) отмеченные уровни потребления опиоидных анальгетиков остаются довольно низкими.

105. В Южной Америке (за исключением Уругвая и Чили, которые отнесены к уровню 4а, и Аргентины, которая отнесена к уровню 3b) большинство стран отнесено к уровню 3а (Бразилия, Гайана, Колумбия, Парагвай, Перу и Эквадор) или к уровню 2 (Боливия (Многонациональное Государство) и Суринам). Тем не менее уровни потребления в регионе являются относительно высокими. Явное несоответствие уровню систем паллиативной медицинской помощи можно объяснить тем фактом, что потребление может быть высоким, но при этом сконцентрировано в ограниченных или привилегированных регионах.

106. Уровень развития систем паллиативной медицинской помощи может обеспечивать эффективное и рациональное назначение опиоидных анальгетиков в случае их наличия.

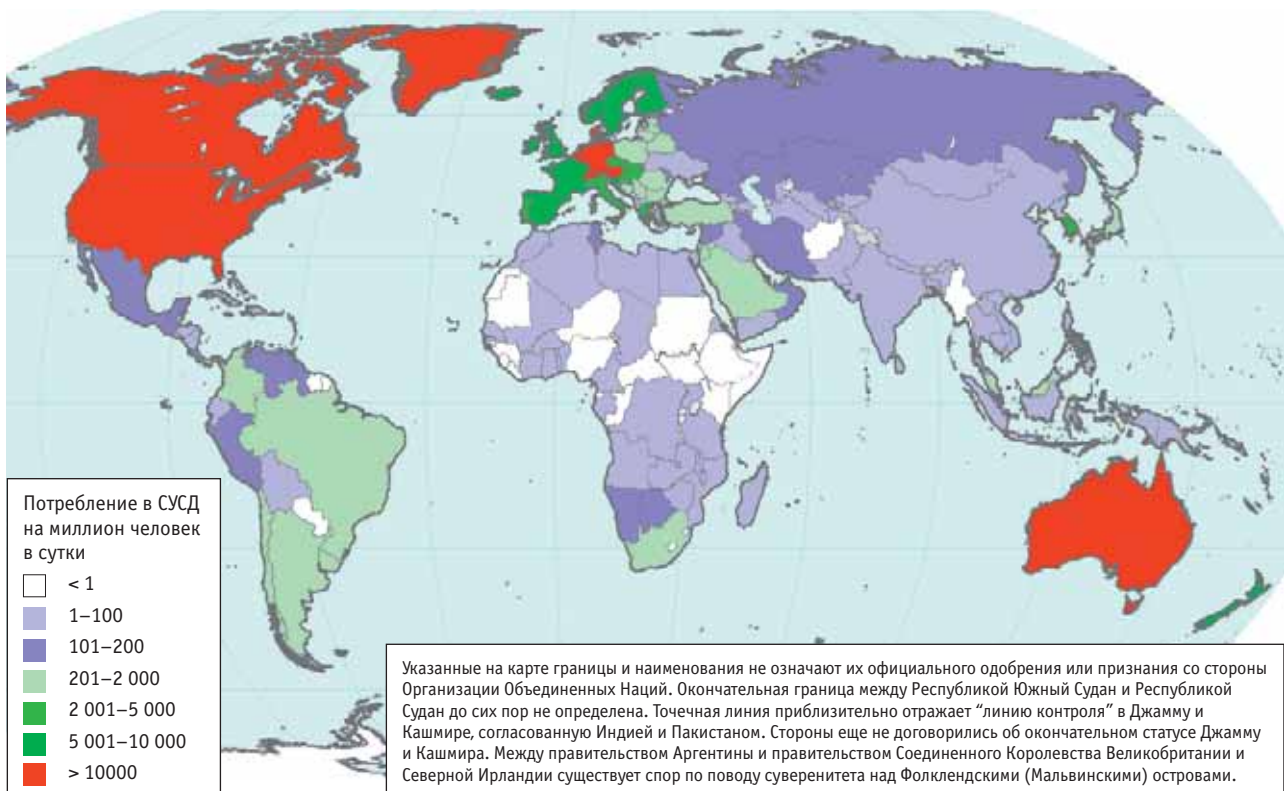


Карта 3. Глобальные уровни паллиативной помощи, 2014 год



Источник: Всемирная организация здравоохранения и Всемирный альянс паллиативной помощи, *Всемирный атлас паллиативной помощи в конце жизни* (Всемирный альянс паллиативной помощи, 2014 год).

Карта 4. Потребление опиоидов для обезболивания, 2011–2013 годы



Источник: Международный комитет по контролю над наркотиками.

Примечание: к опиоидам относятся кодеин, декстропропоксифен, дигидрокодеин, фентанил, гидрокодон, гидроморфон, кетобемидон, морфин, оксикодон, петидин, тилидин и тримеперидин.

### С. Ограничительные факторы, влияющие на наличие наркотических средств

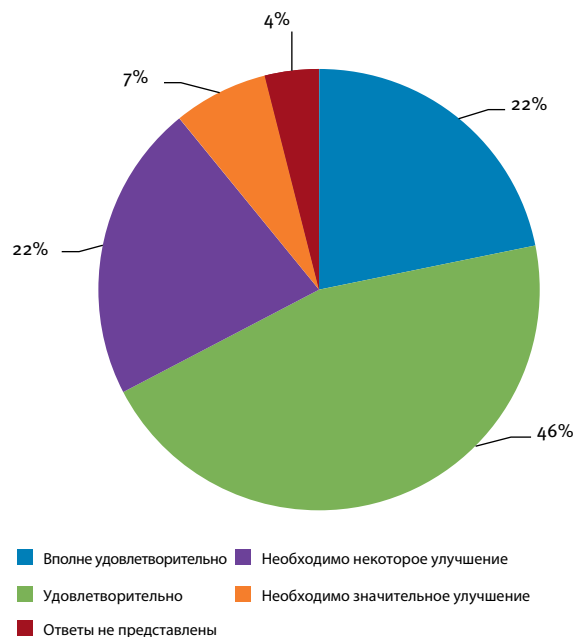
107. В 2014 году МККН провел исследование, в рамках которого страны представили информацию о политике и практике на национальном уровне по осуществлению положений Конвенции 1961 года, призванных обеспечить наличие наркотических средств для медицинских и научных целей. Комитет получил ответы от 107 стран. В следующих пунктах приведен анализ полученных ответов, при этом особое внимание уделено влияющим на наличие ограничительным факторам, которые были выявлены национальными компетентными органами<sup>47</sup>.

108. Анализ ответов свидетельствует о том, что в последние годы государства-члены приняли меры для обеспечения наличия. Вероятно, такие меры привели к увеличению уровня потребления опиоидных анальгетиков, выраженного в СУСД на миллион человек в сутки, о чем говорилось выше. Ответы на вопросник свидетельствуют о том, что большому числу стран, уделяющих внимание вопросам наличия и принявших меры для преодоления законодательных, административных и прочих ограничительных факторов, удалось повысить уровень доступа к наркотическим средствам для медицинских целей и улучшить качество жизни людей, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи.

109. Этот вывод вытекает из анализа особенностей потребления, рассмотренных в предыдущих главах, однако он также следует и из результатов оценки странами своих показателей в отношении наличия наркотических средств. Как показано на рисунке 31, две трети стран считают такую ситуацию удовлетворительной или вполне удовлетворительной (46 и 22 процента соответственно), в то время как другие страны отметили, что ситуация в отношении наличия наркотических средств требует некоторого (22 процента) или значительного (7 процентов) улучшения. Очевидно, что такие самооценки нуждаются в проверке для получения представления о реальной ситуации, однако позволяют получить представление о том, каким образом страны оценивают свои показатели и рассматривают ли они необходимость принятия каких-либо мер.

<sup>47</sup>Приведенные численные результаты основаны на ответах, представленных МККН государствами-членами в анкетах, посвященных вопросам наличия. Число ответов, принятых во внимание в целях расчета процентных значений, связано с общим числом действительных ответов на каждый вопрос и по этой причине может меняться. Сумма всех процентных значений для некоторых показателей может не быть равной 100, поскольку странам была предоставлена возможность выбора одного или нескольких вариантов ответов в вопросах, предусматривающих несколько вариантов.

Рисунок 31. Наличие наркотических средств по оценке самих стран, 2014 год

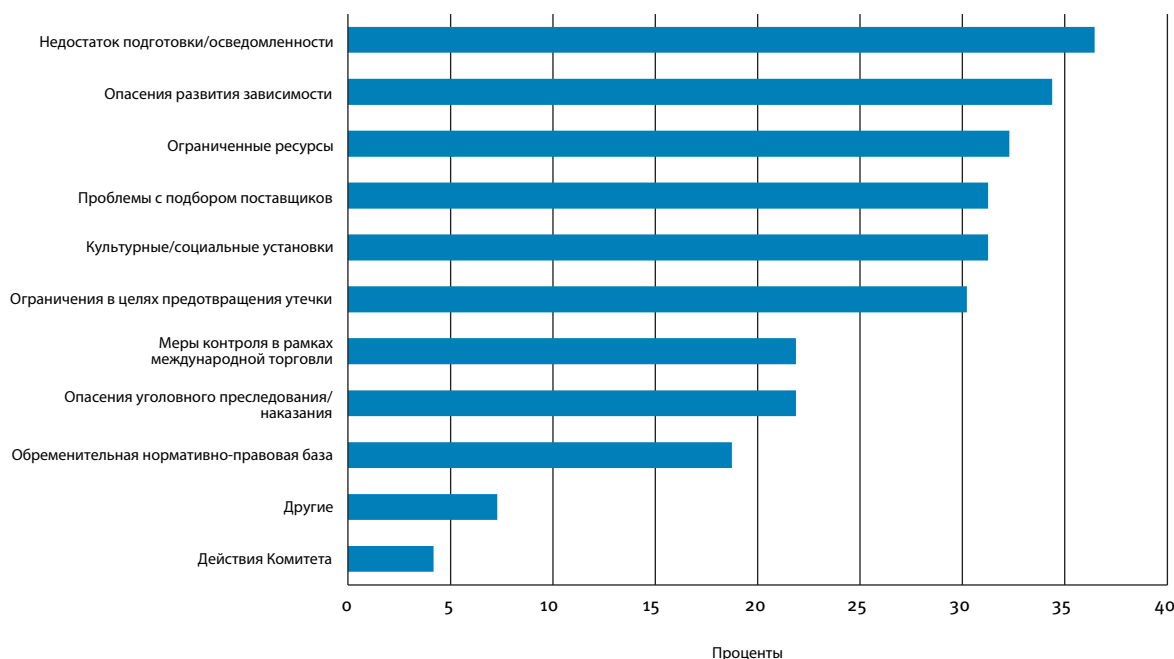


Источник: исследование Международного комитета по контролю над наркотиками 2014 года.

110. Государства-члены сообщили Комитету об основных факторах, приводящих к чрезмерным ограничениям в плане наличия наркотических средств для медицинских и научных целей (см. рисунок 32). Из 96 достоверных ответов на этот конкретный вопрос 36 процентов стран указали в качестве одного из основных ограничительных факторов низкий уровень подготовки или осведомленности медицинских работников относительно использования наркотических средств. Затем следуют страх развития зависимости (34 процента) и ограниченность финансовых ресурсов (32 процента).

111. Комитет также проанализировал ограничительные факторы, выявленные исследователями и организациями гражданского общества, которые занимаются проблемами здравоохранения и оказания паллиативной медицинской помощи. В некоторых случаях ограничительные факторы и их приоритетность, выявленные данными заинтересованными сторонами, не в полной мере соответствовали тем, которые были определены национальными компетентными органами. Представители гражданского общества и научных кругов зачастую рассматривали обременительное регулирование, жесткие меры контроля в области торговли и проблемы, связанные с поставками, в качестве причин ограниченного доступа к обезболивающим препаратам. Однако страны, ответившие на вопросник, подчеркнули, что к основным проблемам относятся низкий уровень подготовки/осведомленности, а также страх развития зависимости.

Рисунок 32. Ограничительные факторы, влияющие на наличие наркотических средств



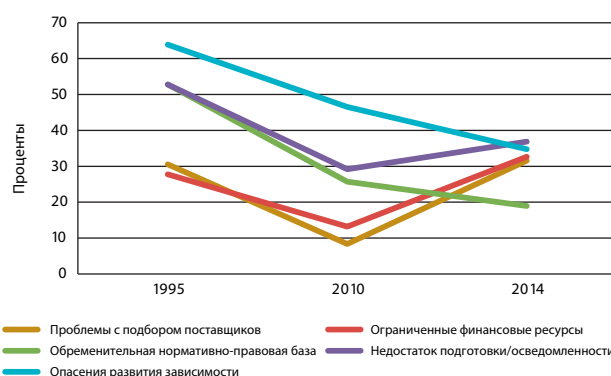
Источник: исследование Международного комитета по контролю над наркотиками 2014 года.

112. В отношении некоторых из этих факторов можно провести сравнение с данными, полученными по результатам проведенных Комитетом в 1995 и 2010 годах исследований. Например, в 1995 году страх развития зависимости был указан в качестве одного из ограничительных факторов 64 процентами стран, а в 2010 году – 47 процентами стран; согласно самому последнему исследованию этот показатель снизился в еще большей степени, достигнув 34 процентов. Аналогичным образом, как видно из рисунка 33, существенно уменьшилось число упоминаний обременительного регулирования и законодательных ограничений.

113. Число упоминаний низкого уровня подготовки/осведомленности среди медицинских работников как одного из ограничительных факторов уменьшилось в период с 1995 по 2010 год, однако затем вновь увеличилось. По данным исследования 2014 года, этот ограничительный фактор упоминался чаще всего (36 процентов стран). Аналогичная тенденция была отмечена в отношении таких показателей, как проблемы, связанные с поставками, а также ограниченность предложения. Число их упоминаний уменьшилось с 31 процента в 1995 году до 8 процентов в 2010 году, однако вновь возросло до 31 процента в 2014 году.

114. Аналогичные колебания могут быть отмечены в отношении ответов, касающихся стоимости лекарственных средств или нехватки финансовых ресурсов: с 28 процентов в 1995 году до 32 процентов в 2014 году, в то время как в 2010 году был отмечен спад до 13 процентов.

Рисунок 33. Ограничительные факторы, влияющие на наличие, 1995–2014 годы



Источник: исследования Международного комитета по контролю над наркотиками 1995, 2010 и 2014 годов.

115. В следующих пунктах приведен анализ представленных странами ответов на вопросы исследования 2014 года. Выявленные ограничительные факторы рассматриваются в порядке уменьшения частоты их упоминания.

### 1. Низкий уровень подготовки или осведомленности медицинских работников

116. Среди ответов, полученных от государств-членов, в качестве ограничительного фактора чаще всего упоминался низкий уровень подготовки и осведомленности медицинских работников. Это подтверждается рядом проведенных исследований и анализов данной проблемы. В некоторых странах медицинские

работники не обладают достаточными профессиональными знаниями о боли и способах обезболивания. Может иметь место излишняя обеспокоенность в связи с побочными эффектами опиоидов и вероятностью развития зависимости у пациентов. Врачи могут проявлять недоверие к сообщениям пациентов об уровне болевых ощущений или уделять недостаточное внимание вопросам обезболивания. Возможным объяснением сложившейся ситуации может являться недостаточное внимание вопросам паллиативной помощи в рамках учебных программ медицинских учебных заведений. В других случаях врачи неохотно назначают опиоидные анальгетики, поскольку не верят, что пациенты и их семьи могут пользоваться ими безопасным образом.

117. Учитывая недостаточный уровень образования и подготовки по вопросам паллиативной медицинской помощи, врачи порой недооценивают тот обезболивающий эффект, который может быть достигнут благодаря надлежащему лечению, а также степень недолеченности болевых ощущений. Врачи также могут недооценивать потребность в использовании таких сильнодействующих опиоидов, как морфин, для лечения острой боли и назначают менее эффективные лекарственные средства. Некоторые врачи также не могут или не склонны устанавливать межличностные отношения, способные помочь в определении надлежащей лекарственной терапии и обеспечить индивидуальный подход к процессу назначения лекарственных средств с учетом потребностей пациента и текущего состояния его здоровья.

118. Кроме того, в некоторых странах медицинские сестры имеют ненадлежащий уровень подготовки по вопросам обезболивания и помощи пациентам и могут иметь заблуждения и предубеждения в отношении опиоидных препаратов, аналогичные заблуждениям и предубеждениям со стороны врачей, о чем говорилось выше. В некоторых случаях медицинские сестры могут вводить более низкие дозы, чем это необходимо, или вовсе не вводить необходимое лекарственное средство либо пытаться убедить пациента подождать и потерпеть без введения необходимого обезболивающего средства.

119. Согласно исследованию 2014 года 70 стран сообщили о том, что в учебных планах подготовки медицинских работников предусмотрены дисциплины, касающиеся рационального назначения и применения наркотических средств. В 73 процентах случаев (51 страна) был отмечен рост потребления на душу населения в периоды 2007–2009 и 2011–2013 годов.

120. Из 61 страны, сообщившей об осуществлении мер по повышению уровня осведомленности медицинских работников в целях получения ими более глубоких знаний в области ответственного прописывания наркотических средств, в 45 странах (74 процента) был отмечен рост показателей СУСД на миллион

человек в сутки. К таким мерам относятся организация семинаров-практикумов, специальные тренинги и меры контроля, распространение информационных материалов, а также создание рабочих групп с участием фармацевтов, представителей фармацевтической промышленности и медицинских ассоциаций.

## 2. Страх развития зависимости

121. По данным исследования 2014 года, 33 страны (34 процента) сообщили о таком ограничительном факторе, препятствующем наличию, как страх развития зависимости, который является вторым по частоте упоминания ограничительным фактором. Из этих стран в 18 (55 процентов) сохраняются уровни потребления ниже минимальных.

122. По данным организации “Хьюман райтс вотч”, нежелание медицинских работников прописывать опиоидные анальгетики может быть связано в большей степени со страхом развития у пациентов зависимости или дыхательной недостаточности, чем со страхом преследования или санкций<sup>48</sup>. Такой же вывод вытекает из исследования 2014 года, в ходе которого страх развития зависимости был отмечен в качестве ограничительного фактора 33 странами, а страх преследования или санкций – 21 процентом стран.

123. Вероятно, страх развития зависимости связан с низким уровнем осведомленности и подготовки, а также с культурными особенностями. Пациенты и медицинские работники могут сомневаться в необходимости применения и прописывания наркотических средств вследствие низкого уровня знаний о свойствах и способах безопасного назначения этих средств, а также вследствие предрассудков, связанных с применением таких веществ.

## 3. Ограниченность финансовых ресурсов

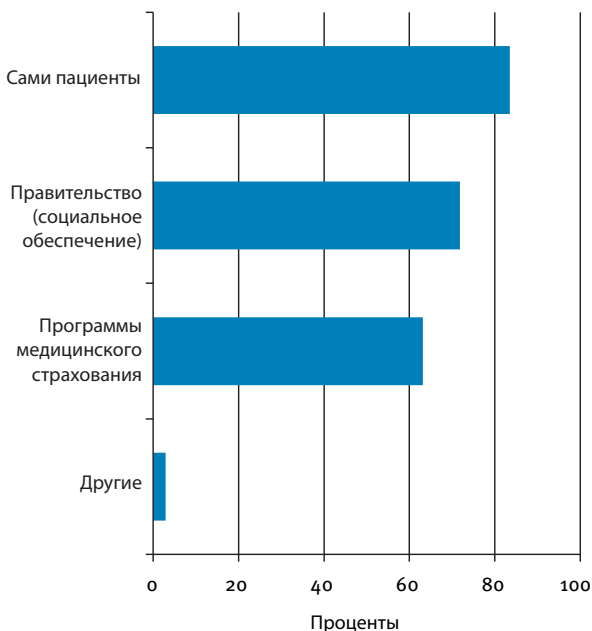
124. Финансовые вопросы были отмечены в качестве ограничительного фактора, влияющего на наличие наркотических средств, 31 страной (32 процента). Нехватка ресурсов может проявляться особенно явно при высоких ценах на наркотические средства. В то время как некоторые лекарственные формы, например пероральный морфин, стоят достаточно дешево, цены на наркотические средства могут расти в связи с государственной политикой в области регулирования, лицензирования и налогообложения, а также, помимо прочего, по причине низкой эффективности систем распределения (например, необходимости в дорогостоящих и длительных поездках для получения лекарственных средств)<sup>49</sup>. Например, Латиноамериканские

<sup>48</sup>Human Rights Watch, *Global State of Pain Treatment: Access to Palliative Care as a Human Right* (2011), chap. II.

<sup>49</sup>Ibid.

риканская ассоциация паллиативной медицинской помощи сообщила, что в одной стране в Центральной Америке стоимость одномесячного курса лечения инъекционным морфином более чем вдвое превышает минимальную ежемесячную заработную плату. В таких условиях наличие определяется способностью пациентов приобрести прописанные наркотические средства. Следовательно, важно учитывать, могут ли пациенты понести все или большую часть расходов на такие препараты и предусмотрена ли финансовая помощь в рамках системы социального обеспечения или национальных программ медицинского страхования. В ответах на вопрос о том, кто платит за прописываемые наркотические средства (см. рисунок 34), чаще всего упоминались пациенты (83 процента), затем – правительство (72 процента) и программы медицинского страхования (63 процента).

**Рисунок 34. Кто оплачивает стоимость прописанных наркотических средств? (2014 год)**



Источник: исследование Международного комитета по контролю над наркотиками 2014 года.

125. По данным перекрестного исследования, проведенного в 2014 году, дополнительные расходы, связанные с регулятивными требованиями, могут покрываться самими пациентами, в частности в странах с ограниченными ресурсами, не имеющих возможности осуществлять программы субсидирования или возмещения стоимости опиоидных анальгетиков. Это исследование также показало, что цена твердой лекарственной формы морфина с быстрым высвобождением для перорального приема в 5,8 раза выше в странах с низким и средним уровнями дохода, чем в странах с высоким уровнем дохода. Такой разброс цен реализации может быть связан с искусственным снижением цены на другие более дорогостоящие лекарственные формы (фентанил) по причине значительных субсидий, что в свою очередь наносит эко-

номический ущерб производителям твердой лекарственной формы морфина с быстрым высвобождением для перорального приема<sup>50</sup>.

126. Таким образом, ограничительные факторы, препятствующие финансовой доступности наркотических средств, могут возникать вследствие нехватки ресурсов, высоких цен в связи с ограничительными национальными нормами и мерами контроля в области международной торговли, а также неблагоприятной политики, включая отсутствие механизмов возмещения стоимости в сфере здравоохранения.

#### 4. Проблемы в связи с поставками в отрасли промышленности или в сфере импорта

127. Во многих ответах говорится о проблемах в связи с поставками. Некоторые лекарственные формы наркотических средств, например пероральный морфин, могут быть недоступными в достаточном количестве, поскольку производители и импортеры/экспортеры могут предпочитать производить и продавать только более дорогие лекарственные формы, особенно в случае небольшой численности населения и/или низкого рыночного спроса. Особенности сбыта таких лекарственных форм в сочетании с субсидиями, выделяемыми для конкретных продуктов (например, фентанила), могут служить причиной того, что в результате анализа данных о потреблении был выявлен резкий рост потребления фентанила по сравнению с морфином.

128. В некоторых странах местные фармацевтические компании теряют интерес к производству пероральной формы морфина отчасти в силу того, что возможности врачей в плане прописывания опиоидов слишком ограничены, а спрос со стороны больниц низок для обеспечения экономической эффективности производственного процесса. В некоторых развивающихся странах доступен только морфин, импортируемый международными фармацевтическими компаниями, цены на который являются непомерными как для правительства, так и для населения. Наконец, некоторые местные фармацевтические компании не заинтересованы в производстве опиоидных лекарственных средств, учитывая расходы на обеспечение безопасности и правовые риски, связанные с такого рода продукцией.

129. Помимо отсутствия местного производства еще одним препятствием для обеспечения наличия наркотических средств являются сложности, связанные с импортными поставками. Некоторые страны указали, что дефицит лекарственных средств

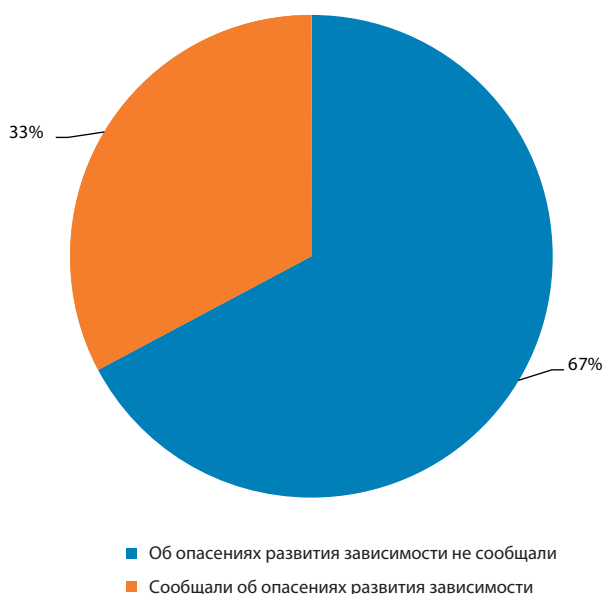
<sup>50</sup>Liliana De Lima and others, "Cross-sectional pilot study to monitor the availability, dispensed prices, and affordability of opioids around the globe", *Journal of Pain and Symptom Management*, vol. 48, No. 4 (October 2014).

является результатом задержек в цепи поставок вследствие затяжных и обременительных регулятивных требований (например, лицензирования импорта/экспорта). Также был установлен низкий уровень предложения наркотических средств, ограниченный вследствие ненадлежащих национальных оценок, затратных по времени требований к отчетности и сложностей в плане обращения с наркотическими средствами.

## 5. Социальные и культурные установки в отношении обезболивания

130. К ограничительным факторам, связанным с установками и познаниями, которые выявлены в 31 проценте стран, относятся убеждения врачей, пациентов и членов их семей, а также лиц, отвечающих за формирование политики. Иногда пациенты сами отказываются от обезболивания в силу нежелания сообщать о болевых ощущениях или по причине неприятия самой мысли о необходимости приема опиоидов. Некоторые пациенты и/или члены их семей могут быть обеспокоены побочными эффектами опиоидов и в силу этого могут пытаться уменьшить дозу. Их также может беспокоить стигматизация, связанная с использованием опиатов или обезболивающих средств. Некоторые пациенты могут избегать приема опиоидов вследствие седативного эффекта, поскольку желают оставаться в сознании, особенно пациенты на конечных стадиях заболевания, которые могут бояться утратить связь со своими семьями.

Рисунок 35. Сообщения о страхе развития зависимости в странах и на территориях, осуществивших меры по повышению уровня осведомленности, 2014 год



Источник: исследование Международного комитета по контролю над наркотиками 2014 года.

131. Из 61 страны, в которой были осуществлены меры, направленные на повышение уровня осведомленности среди медицинских работников, большая доля стран (67 процентов) не указали страх развития зависимости в качестве одного из ограничительных факторов, препятствующих наличию (см. рисунок 35). Это может свидетельствовать о том, что финансовые вложения в целях углубления познаний в области ответственного прописывания наркотических средств среди медицинских работников могут способствовать преодолению ограничительных факторов, связанных со страхом развития зависимости и другими предрассудками в отношении опиоидных анальгетиков и обезболивания.

## 6. Страх утечки в незаконные каналы

132. Из 96 стран, представивших свои ответы, 29 (30 процентов) сообщили о страхе утечки как об одном из ограничительных факторов, препятствующих наличию. В 20 из таких стран (69 процентов) были отмечены уровни потребления менее 200 СУСД на миллион человек в сутки, которые считаются Комитетом недостаточными.

133. Страх утечки может появляться на основе опыта тех стран, в которых возникли нерегулируемые параллельные рынки наркотических средств. Среди стран, сообщивших о страхе утечки как об одном из ограничительных факторов, 41 процент также сообщили о проблемах, связанных с параллельными рынками. Одна страна заявила, что ограниченность наличия стала результатом более строгих регулятивных мер, принятых в ответ на использование Интернета для приобретения и сбыта опиоидных анальгетиков без рецепта.

## 7. Страх преследования или санкций

134. Из 99 стран, представивших свои ответы, 81 страна (82 процента) сообщила о наличии санкций в случае ненадлежащего ведения отчетности. Предусмотренные санкции варьируются от денежных штрафов и отзыва лицензии до тюремного заключения. Согласно докладам в рамках проекта «Доступ к опиоидным лекарственным средствам в Европе»<sup>51</sup> и сообщениям правозащитной организации «Хьюман райтс вотч»<sup>52</sup> страх санкций может возникать в условиях нечеткого, зачастую стигматизированного законодательства, отсутствия правовых знаний у медицинских работников и наличия суровых санкций, включая штрафы в случае непреднамеренных нарушений. Согласно вышеупомянутому исследованию из

<sup>51</sup>Доступ к опиоидным лекарственным средствам в Европе, итоговый доклад и рекомендации для министерств здравоохранения, Lukas Radbruch и др., под редакцией (Бонн, Германия, Pallia Med Verlag, ноябрь 2014 года).

<sup>52</sup>Global State of Pain Treatment, chap. II.

21 страны, сообщившей о страхе преследования/санкций в качестве одного из ограничительных факторов, почти все указали на существование наказаний, а у трех четвертей этих стран отмечены ненадлежащие уровни СУСД, то есть менее 200 СУСД на миллион человек в сутки.

## 8. Меры контроля в области международной торговли

135. МККН установил практику, правила и нормы для контроля за производством, импортом и экспортом находящихся под контролем веществ и осуществляет их мониторинг на международном уровне. В некоторых странах меры по оценке необходимого количества находящихся под контролем лекарственных средств могут выходить за рамки имеющегося потенциала и ресурсов, поэтому такие страны могут нуждаться в технической и материально-технической поддержке.

136. Страны сообщали о трудностях, связанных с выдачей разрешений на ввоз/вывоз, а также с другими мерами контроля в области международной торговли, требующих затяжных и обременительных процедур, которые могут приводить к задержкам и дефициту.

## 9. Обременительное регулирование

137. Из 53 стран, сообщивших о принятии за последние 10 лет законодательных или регулятивных мер, направленных на повышение доступности наркотических средств для медицинских целей, в 37 странах (70 процентов) был отмечен рост показателей СУСД за период 2007–2009 годов. Страны сообщили о следующих законодательных или регулятивных мерах: упрощение процесса назначения и распределения наркотических средств, включая отказ от обязательного использования врачами блока рецептурных бланков и продление сроков действия рецептов; разрешение медицинским сестрам и акушеркам назначать и вводить наркотические средства; упрощение доступа пациентов к лечению; упрощение системы отчетности; а также распространение информационных листов об использовании, побочных эффектах, предупреждениях и мерах предосторожности, связанных с наркотическими лекарственными средствами.

138. На национальном уровне некоторые страны, опасаясь утечки и риска развития зависимости, разработали регулятивные системы, выходящие за рамки предусмотренных в договорах о контроле над наркотиками требований, при этом были введены ненужные ограничительные факторы, которые не в полной мере учитывают рекомендации ВОЗ и МККН.

139. Меры регулирования, ограничивающие механизмы прописывания опиоидов, включают: требова-

ние особых разрешений для пациентов; ограничение полномочий врачей в отношении прописывания опиоидов даже онкологическим больным, страдающим от сильной боли; ограничения в отношении возможности изменять дозу в зависимости от индивидуальных потребностей пациента; краткие сроки действия рецепта; ограничение распространения опиоидов, что затрудняет пациентам доступ к таким препаратам; усиление бюрократического бремени вследствие использования сложных или труднодоступных рецептурных бланков или усложнения отчетных требований; а также введение несоразмерных правовых санкций, что приводит к запугиванию медицинских работников и фармацевтов.

140. В некоторых странах действующие нормы не позволяют врачам прописывать необходимые вещества в достаточных дозах, поэтому пациентам приходится чаще посещать врача, например ввиду того, что они не могут получить рецепт на морфин сроком более чем на 7 или 10 дней. Только в 21 проценте всех стран, представивших ответы, разрешается пополнять запасы при определенных обстоятельствах без необходимости получать новый рецепт.

141. Лишь ограниченное число врачей имеют возможность назначать морфин и другие сильнодействующие опиоиды (особенно в странах с низким уровнем дохода), при этом таким врачам необходимо пройти специальную процедуру регистрации. В некоторых случаях даже специалисты по заболеваниям, требующим паллиативной медицинской помощи, не имеют самостоятельных полномочий для прописывания опиоидов.

142. Еще одним примером регулятивных ограничительных факторов являются специальные бланки, которые подлежат заполнению врачами в трех экземплярах, которые сложно получить и за которые врачам во многих случаях приходится платить. По данным ВОЗ, требования к заполнению специальных рецептов в нескольких экземплярах, как правило, «снижают возможности для прописывания соответствующих лекарственных средств на 50 процентов или более»<sup>53</sup>.

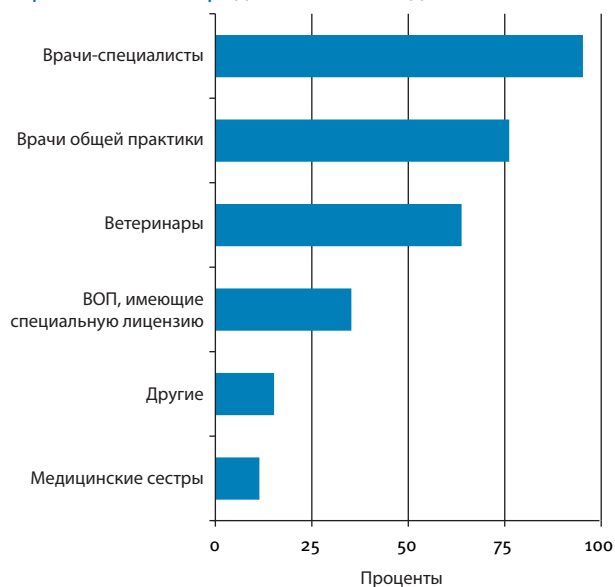
143. Из представивших ответы 102 стран 75 процентов предусмотрели законодательные требования к врачам о ведении отчетности в случае прописывания наркотических средств. Такие требования могут ограничивать запасы опиоидных анальгетиков вследствие соответствующих расходов и затратных по времени процедур, а также ввиду страха возможного преследования и санкций. Разумеется, вполне возможно найти такой способ ведения отчетности, чтобы это

<sup>53</sup>Всемирная организация здравоохранения, *Обезболивание при раке с описанием системы обеспечения больных опиоидными препаратами*, 2-е изд. (1996 год), часть 2.

базовое требование не стало чрезмерно обременительным для выписывающих рецепты врачей.

144. Как показано на рисунке 36, медицинским сестрам разрешается прописывать наркотические средства лишь в редких случаях. Это также может препятствовать доступности, особенно в странах, сталкивающихся с проблемами в системе и инфраструктуре здравоохранения.

Рисунок 36. Лица, прописывающие наркотические средства, 2014 год



Источник: исследование Международного комитета по контролю над наркотиками 2014 года.

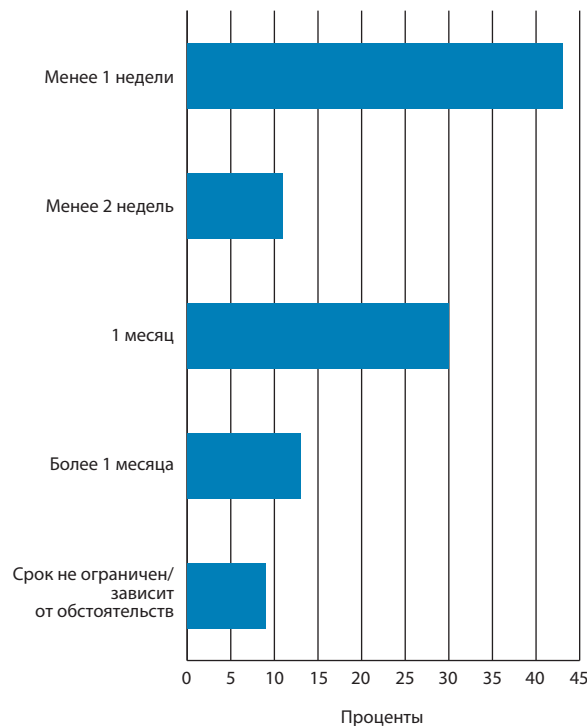
145. Некоторые страны, где удалось существенно увеличить уровень потребления в СУСД на миллион человек в сутки за последние два десятилетия лет, сообщили о том, что медицинским сестрам также разрешается прописывать наркотические средства. Вопрос, связанный с болью при родах, часто остается без внимания при соответствующих обсуждениях, хотя это явление распространено повсеместно и требует принятия мер для обеспечения надлежащего ведения родов, в том числе использования наркотических средств.

146. В разных странах сроки действия рецептов варьируются в широких диапазонах (см. рисунок 37). В 43 процентах стран рецепты действительны в течение семи дней. На втором месте по частоте упоминаний находится срок действия от двух недель до одного месяца (30 процентов стран).

147. Централизованные системы могут препятствовать надлежащему распределению, поскольку опиоиды часто доступны в больших городах и не поставляются в сельские районы. Иногда врачам и пациентам приходится ездить в большие города за медикаментами и даже за бланками рецептов. В некоторых

странах сроки доставки опиоидных лекарственных средств из городских центров в провинции и сельские районы могут превышать месяц.

Рисунок 37. Максимальный срок действия рецептов на наркотические средства, 2014 год



Источник: исследование Международного комитета по контролю над наркотиками 2014 года.

148. Государства-члены сообщили о том, что отпуск наркотических средств осуществляется в основном в лицензированных больничных аптеках (75 процентов государств). Чуть более половины стран, представивших свои ответы (54 процента), сообщили о том, что наркотические средства могут отпускаться и в обычных аптеках (см. рисунок 38).

149. Ограничения относительно числа аптек, которым разрешается осуществлять отпуск находящихся под контролем веществ, также могут сокращать их доступность. Дополнительным фактором является административная нагрузка на аптеки. В некоторых странах аптеки должны собирать стандартный набор информации: имя, адрес и дата рождения пациента; отпущенное лекарственное средство, а также дата отпуска, количество и доза; число дней поставки и число пополнений; и медицинское учреждение пациента. Аптеки также обязаны в течение нескольких лет хранить эти сведения в центральной базе данных. Эти меры обуславливают необходимость привлечения людских ресурсов, требуют времени и доступа к специальным технологиям в целях мониторинга и сбора данных. О существовании правовых требований к лицам, осуществляющим отпуск, в плане



ведения отчетности сообщила 101 (98 процентов) из 103 представивших свои ответы стран.

**Рисунок 38. Учреждения, в которых осуществляется отпуск прописанных наркотических средств, 2014 год**



Источник: исследование Международного комитета по контролю над наркотиками 2014 года.

150. Во многих странах разрешается хранить запасы опиоидных лекарственных средств только одному учреждению или нескольким аптекам. Для этого они должны получить разрешение национальных органов наркоконтроля в рамках длительной процедуры. Даже в больницах неотложной помощи морфин может отсутствовать в списке лекарственных средств на случай чрезвычайных ситуаций. Кроме того, некоторые аптеки расположены в небезопасных местах, и их персонал опасается продавать опиоиды из-за риска ограбления.

## 10. Другие ограничительные факторы

151. Другие ограничительные факторы, выделенные небольшим числом стран (7), включают ограниченность предложения вследствие дефицита определенных лекарственных форм опиоидов, непредвиденного роста спроса на отдельное лекарственное средство или коммерческих решений, принимаемых производителями и импортерами наркотических средств. Кроме того, были упомянуты низкий уро-

вень осведомленности среди пациентов, ненадлежащие оценки и отчетность, а также существование незаконных рынков.

## 11. Меры, принимаемые Комитетом

152. В ходе упомянутого исследования страны также могли сообщить, какие меры, принимаемые Комитетом, явились ограничительными факторами. Такую информацию предоставили только четыре страны.

153. Кроме того, странам было предложено указать меры, которые Комитет мог бы принять с целью увеличения доступности наркотических средств для медицинских и научных целей. Большинство стран упомянули положение о подготовке и об информации для органов власти и заинтересованных сторон по нескольким вопросам: преимущества, рациональное прописывание и использование наркотических средств; управление наркотическими средствами, их распределение и контроль за ними; исчисления и оценки; а также информационно-просветительские программы, призванные рассеять связанные с прописыванием и распределением наркотиков опасения.

154. Другие страны указали на необходимость упрощения процедуры поставок наркотических средств посредством быстрой и гибкой процедуры утверждения Комитетом оценок и дополнительных оценок, а также на необходимость внедрения онлайн-программного обеспечения в целях получения импортных и экспортных лицензий. Кроме того, МККН было предложено играть более активную роль в вопросах обеспечения доставки производителями необходимых лекарственных средств в срок, обращения к правительствам с просьбой о выделении необходимых людских и финансовых ресурсов, а также обеспечения наличия ограниченных количеств препаратов в целях тестирования и в качестве эталонных стандартов. Несколько стран указали на необходимость проведения дополнительного изучения доступности, разработки рекомендаций по улучшению доступа и учреждения лаборатории для контроля качества наркотических средств.

155. В странах, представивших свои ответы, были отмечены высокий уровень осведомленности о процедурах представления оценок и дополнительных оценок (97 процентов), а также об учебных материалах МККН (82 процента) и совместных руководствах МККН/ВОЗ (87 процентов) в отношении подготовки к проведению оценок.



# Глава III

## Психотропные вещества

156. В соответствии с Конвенцией 1971 года в настоящее время под международным контролем находятся 125 психотропных веществ<sup>54</sup>. Большинство из них входят в состав фармацевтических препаратов, оказывающих воздействие на центральную нервную систему, которые включают стимуляторы, депрессанты, анальгетики и антидепрессанты.

157. Психотропные вещества сгруппированы в четыре списка в соответствии с их терапевтической пользой, вероятностью развития зависимости, а также предрасположенностью к злоупотреблению и риском для общественного здравоохранения. В Конвенции 1971 года предусмотрены разные режимы контроля в отношении каждого списка. Сфера охвата контроля, применяемого к веществам, которые содержатся в этих четырех списках, зависит от уровня их опасности или риска, связанного с их применением.

158. Пять психотропных веществ<sup>55</sup>, в настоящее время находящиеся под международным контролем, включены в последнюю версию Примерного перечня основных лекарственных средств ВОЗ<sup>56</sup>. Перечень состоит из основного и дополнительного перечней.

159. В соответствии с определением Всемирной организации здравоохранения основной Примерный перечень представляет собой перечень минимального набора лекарственных средств, необходимых для базовой системы здравоохранения. Этот перечень включает наиболее действенные, безопасные и эффективные с точки зрения затрат лекарственные средства для лечения приоритетных заболеваний, выбранные на основе их текущей или ожидаемой в будущем

актуальности для общественного здравоохранения, а также потенциала для безопасного и эффективного с точки зрения затрат лечения. Диазепам, лоразепам, мидазолам и фенобарбитал включены в основной перечень. Кроме того, в дополнительном перечне указаны основные лекарственные средства для лечения приоритетных заболеваний, в отношении которых необходимы специализированные диагностические или мониторинговые учреждения и/или подготовка специалистов. Бупренорфин включен в дополнительный перечень.

160. Механизм контроля, установления которого требует от правительств Конвенция 1971 года, направлен на защиту интересов общественного здравоохранения и благополучия людей. Приняв Конвенцию, международное сообщество признало, что злоупотребление психотропными веществами представляет собой серьезную угрозу для здоровья людей и подрывает социально-экономический уклад повседневной жизни. Только скоординированными усилиями на национальном и международном уровнях можно преодолеть опасности, связанные с наркозависимостью и незаконным оборотом наркотиков. По-прежнему между различными странами и регионами существуют диспропорции в отношении уровней потребления психотропных веществ. Нехватка необходимой медицинской помощи и низкий уровень доступа к ней, равно как и переизбыток и неправильное с медицинской точки зрения потребление психотропных веществ, сопряжены с угрозами в плане контроля и использования таких веществ.

### **А. Предложение психотропных веществ, находящихся под контролем в соответствии с Конвенцией 1971 года**

161. В определении рационального использования лекарственных средств Всемирной организации здравоохранения подчеркивается, что пациенты должны

<sup>54</sup>Девять веществ были поставлены под контроль (Списки I и II Конвенции 1971 года) на пятьдесят девятой сессии Комиссии по наркотическим средствам, состоявшейся в марте 2015 года.

<sup>55</sup>Бупренорфин, диазепам, лоразепам, мидазолам и фенобарбитал.

<sup>56</sup>Всемирная организация здравоохранения, 19-й Примерный перечень основных лекарственных средств (апрель 2015 года, с изменениями, внесенными в июне 2015 года). Имеется по адресу: [www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines](http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines).

“получать медикаменты согласно клиническим показаниям, в дозах, соответствующих индивидуальным потребностям пациента, на протяжении адекватного периода времени и по минимальной цене для больного и общества”. Согласно данному определению нерациональное использование лекарственных средств может включать отсутствие доступа к основным лекарственным средствам или ненадлежащее использование доступных и имеющихся в наличии лекарственных средств. Оказание медицинской помощи в значительной степени зависит от национальных систем здравоохранения и наличия достаточных ресурсов. По данным ВОЗ, 14 процентов глобального бремени заболеваний относятся к психическим и неврологическим расстройствам, а также расстройствам, связанным с употреблением психоактивных веществ, при этом почти три четверти этого бремени приходится на страны с низким и средним уровнем дохода. В этих странах примерно четверо из пяти человек, нуждающихся в соответствующих услугах, не получают их. Имеющихся ресурсов недостаточно.

162. В то же время риск избыточного предложения и переизбытка психотропных веществ, находящихся под международным контролем, в сочетании с неэффективными и/или ненадлежащими мерами регулятивного контроля может приводить к ненадлежащему использованию таких веществ и злоупотреблению ими. Переизбыток психотропных веществ в результате бесконтрольного предложения, а также ненадлежащее и неправильное с медицинской точки зрения потребление находящихся под контролем лекарственных средств вызывают такую же обеспокоенность Комитета, как и их недостаточное предложение.

163. В частности, целенаправленные маркетинговые стратегии и массированные рекламные кампании, проводимые определенными компаниями и фармацевтической отраслью в целом, наряду с появлением на рынке более конкурентоспособной продукции (непатентованных лекарственных средств – дженериков) могут способствовать избыточному предложению и наличию психотропных веществ. Такая ситуация складывается в основном в развитых странах, но может наблюдаться также и в развивающихся странах. Избыточное наличие зачастую приводит к чрезмерному потреблению, которое в свою очередь приводит к развитию зависимости и незаконному обороту этих веществ.

164. Нехватка ресурсов и опыта, необходимых для оценки медицинских потребностей и регулирования предложения лекарственных средств с учетом таких потребностей, ставит под угрозу баланс между наличием и потреблением. Кроме того, опыт показывает, что во многих развитых странах фактическое наличие лекарственных средств стремится к опережению потребностей в лекарственных средствах. В таких странах социальные, культурные и мировоззренческие факторы, влияющие на потребление, приводят к искажениям в восприятии и оценке реальных медицинских потребностей.

## 1. Предложение анальгетиков

165. В соответствии с Конвенцией 1971 года контролю подлежат следующие анальгетики: бупренорфин, лефетамин и пентазоцин. Мировой объем производства бупренорфина (опиоидного анальгетика, включенного в Список III Конвенции 1971 года) начал постепенно расти в конце 1990-х годов по мере того, как это вещество стало применяться в более высоких дозах для обезболивания и лечения опиоидной зависимости. В 2013 году мировой объем производства достиг нового рекорда, составив, по данным девяти стран, почти 9 тонн (1,1 млрд. СУСД). Объем международной торговли также увеличился, и в 2013 году импортировали это вещество свыше 60 стран.

166. Объемы производства и сбыта пентазоцина были более низкими. Мировой объем производства этого вещества варьировался в течение последнего десятилетия от своего максимального уровня (8 тонн в год) до минимального (1 тонна в год). Устойчивый рост производства и сбыта этого вещества не наблюдался.

167. Лефетамин является одновременно и стимулятором, и анальгетиком, а его действие аналогично действию кодеина. В 1990-х годах была установлена более низкая эффективность лефетамина по сравнению с бупренорфином для детоксикации пациентов, принимающих метадон. Соответственно, изготовление и потребление лефетамина в 1990-х годах были прекращены.

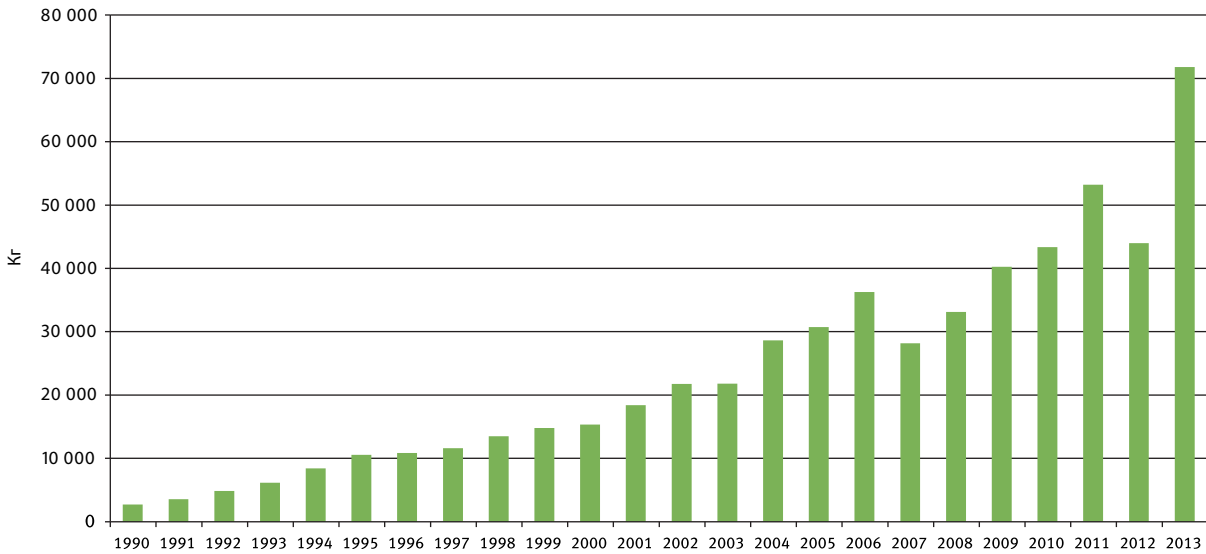
## 2. Предложение стимуляторов

168. В отличие от некоторых других психотропных веществ, ни один из стимуляторов центральной нервной системы, находящихся под контролем в соответствии с Конвенцией 1971 года, не признан ВОЗ в качестве части минимальных требований в отношении базовой системы здравоохранения; следовательно, ни один из них не включен в Примерный перечень основных лекарственных средств ВОЗ. Этим объясняется практически полное отсутствие данных веществ на рынке стран с низким уровнем дохода и развивающихся стран.

169. Амфетамины и метилфенидат являются единственными включенными в Список II стимуляторами, которые производятся и продаются в больших количествах. В частности, они производятся в очень больших количествах в Соединенных Штатах и в некоторых европейских странах. Эти вещества применяются в основном при лечении синдрома дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ), а амфетамины – и в промышленных процессах. В последние 20 лет отмечается постоянный и существенный рост производства этих трех основных веществ данной группы, а именно амфетамина, дексамфетамина и метилфенидата.

170. В то время как Соединенные Штаты всегда были ведущим производителем этой группы веществ, рост производства для удовлетворения растущих

Рисунок 39. Объем мирового производства метилфенидата, 1990–2013 годы



Источник: Международный комитет по контролю над наркотиками.

национальных потребностей наблюдается сейчас и в некоторых европейских странах, включая Францию, Венгрию, Германию и Соединенное Королевство. В 2013 году объем производства амфетаминов составил 47 тонн, при этом 88 процентов мирового импорта приходилось на три страны (Соединенные Штаты, Канада и Австралия).

171. Как показано на рисунке 39, мировой объем производства метилфенидата за последние 20 лет постепенно увеличивался. В 2013 году мировой объем производства этого вещества достиг примерно 72 тонн. Число стран, импортировавших метилфенидат в течение последнего десятилетия, оставалось постоянным, при этом около 100 стран сообщили об импорте этого вещества в количестве от нескольких граммов до нескольких тонн. В 2013 году на семь стран<sup>57</sup> Европы и Северной и Южной Америки приходилось более 70 процентов мирового импорта.

172. Мировой объем производства стимуляторов из Списка IV, используемых в основном в качестве анорексигенных средств при лечении ожирения, последние 10 лет оставался стабильным и составлял в среднем 90 тонн в год. В течение этого же периода совокупный объем импорта составил в среднем 21 тонну в год. В 2013 году на пять стран, расположенных в трех регионах (Северная и Южная Америка, Европа и Океания), пришлось более 80 процентов мирового объема импорта.

### 3. Предложение бензодиазепинов

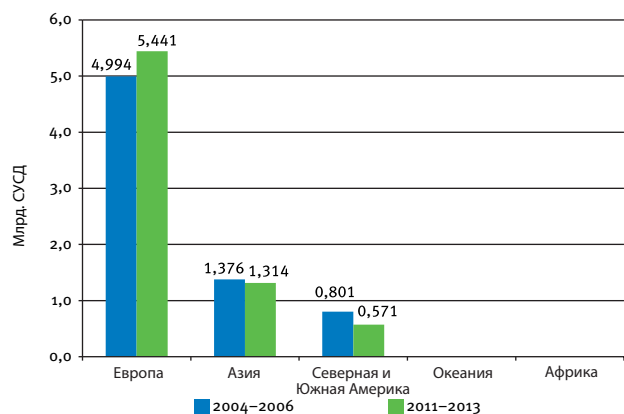
173. В настоящее время под международным контролем находятся 35 бензодиазепинов, отнесенных к препаратам анксиолитического и седативно-снотворного действия, которые применяются в медицинской

практике для краткосрочного лечения бессонницы и в целях премедикации и введения общей анестезии.

#### а) Предложение бензодиазепинов седативно-снотворного действия

174. В последние 10 лет о производстве бензодиазепинов седативно-снотворного действия сообщали от 11 до 16 стран, в основном в Европе (Германия, Италия и Швейцария, на общую долю которых в 2013 году приходилось две трети мировых запасов), в то время как совокупное предложение стран в Азии (Китай, Индия и Япония) и в Северной и Южной Америке (Бразилия, Канада и Соединенные Штаты) составило четверть мирового объема производства. На рисунке 40 показано, что в последние 10 лет выросла доля этой группы веществ, произведенных в Европе, в то время как доля Азии и Северной и Южной Америки сократилась. Страны в Африке и Океании в течение указанного периода не производили бензодиазепины седативно-снотворного

Рисунок 40. Совокупный зафиксированный объем производства бензодиазепинов седативно-снотворного действия (по регионам), 2004–2006 и 2011–2013 годы



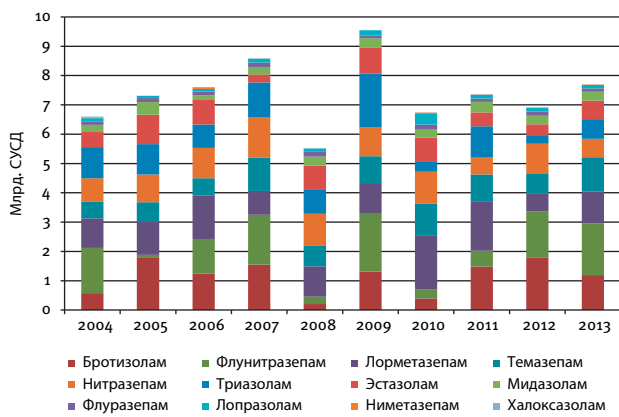
Источник: Международный комитет по контролю над наркотиками.

<sup>57</sup>Швейцария, Германия, Испания, Канада, Бразилия, Нидерланды и Соединенное Королевство (в порядке убывания объемов импорта).

действия (за исключением 6 кг нитразепама, произведенного в 2012 году в Новой Зеландии).

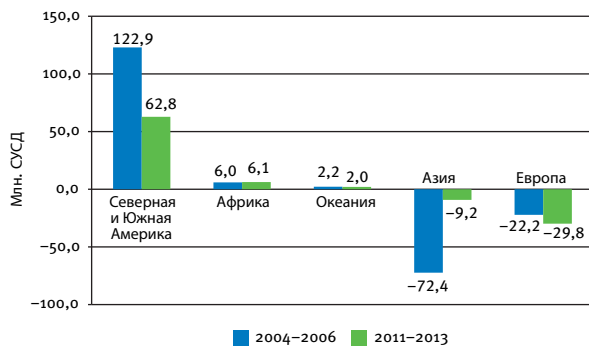
175. В последние 10 лет зафиксированный мировой объем производства бензодиазепинов седативно-снотворного действия колебался вокруг среднего значения 7,4 млрд. СУСД (см. рисунок 41). Из 12 веществ этой группы (бротизолам, эстазолам, флунифразепам, флуразепам, халоксазолам, лопразолам, лорметазепам, мидазолам, ниметазепам, нитразепам, темазепам и триазолам) только мидазолам включен в Примерный перечень основных лекарственных средств ВОЗ. Хотя на долю мидазолама в 2013 году приходилось всего 4 процента совокупного объема предложения этой группы веществ (см. рисунок 42), торговля этим лекарственным средством осуществляется в широких масштабах, и в географическом плане оно относится к наиболее широко распространенным веществам, поскольку о его импорте сообщили 134 страны. Как

Рисунок 41. Совокупный зафиксированный объем производства бензодиазепинов седативно-снотворного действия (по веществам), 2004–2013 годы



Источник: Международный комитет по контролю над наркотиками.

Рисунок 43. Среднегодовой чистый импорт мидазолама (по регионам), 2004–2006 и 2011–2013 годы



Источник: Международный комитет по контролю над наркотиками.

показано на рисунке 43, Европа и Азия остаются основными поставщиками мидазолама.

**б) Предложение бензодиазепинов анксиолитического действия**

176. В последние 10 лет от 16 до 20 стран сообщили о производстве бензодиазепинов анксиолитического действия. Аналогично бензодиазепинам седативно-снотворного действия, предложение этой группы веществ исходит из стран Европы, Азии и Северной и Южной Америки (см. рисунок 44), при этом Италия остается основным производителем, и на ее долю в 2013 году пришлось 44 процента мирового объема производства.

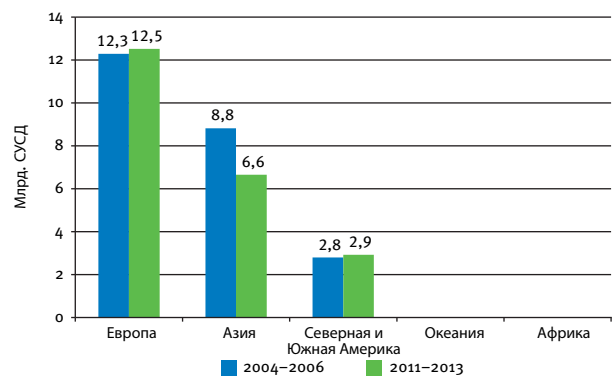
177. В последние 10 лет зафиксированный мировой объем производства бензодиазепинов анксиолитического действия варьировался от 18,3 млрд. до 29,9 млрд. СУСД со средним значением 22 млрд.

Рисунок 42. Доля совокупного зафиксированного объема производства бензодиазепинов седативно-снотворного действия (по веществам), 2013 год



Источник: Международный комитет по контролю над наркотиками.

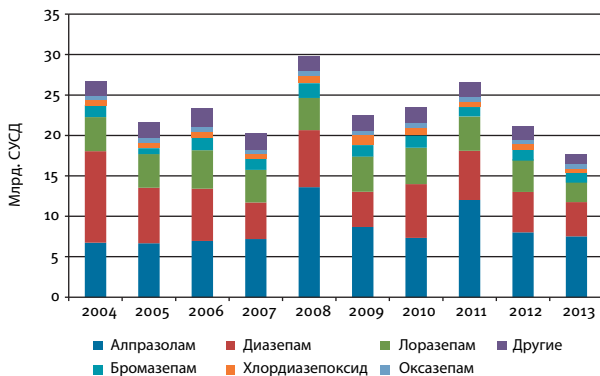
Рисунок 44. Совокупный зафиксированный объем производства бензодиазепинов анксиолитического действия (по регионам), 2004–2006 и 2011–2013 годы



Источник: Международный комитет по контролю над наркотиками.

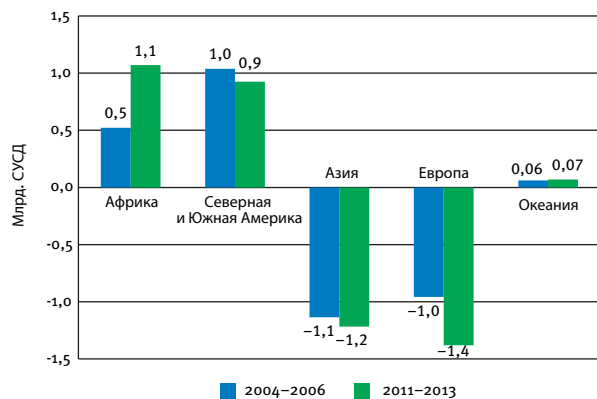
(см. рисунок 45). К бензодиазепинам анксиолитического действия относятся 22 вещества; два из них (диазепам и лоразепам) включены в Примерный перечень основных лекарственных средств ВОЗ. В период 2004–2013 годов на диазепам и лоразепам приходилось соответственно 26 и 18 процентов мирового объема предложения веществ этой группы. Доли совокупного зафиксированного объема производства в 2013 году представлены на рисунке 46. Диазепам, алпразолам и лоразепам относятся к наиболее широко распространенным веществам этой группы, поскольку 137, 118 и 102 страны соответственно сообщили об импорте этих веществ. Изменения объемов чистого импорта (импорт за вычетом экспорта) диазепама и лоразепама представлены на рисунках 47 и 48. Страны Европы и Азии являются основными поставщиками этих двух веществ. К основным изменениям за минувшее десятилетие относятся заметный рост чистого импорта диазепама африканскими странами и рост объемов чистого импорта лоразепама странами Северной и Южной Америки.

**Рисунок 45.** Совокупный зафиксированный объем производства бензодиазепинов анксиолитического действия (по веществам), 2004–2013 годы



Источник: Международный комитет по контролю над наркотиками.

**Рисунок 47.** Среднегодовой чистый импорт диазепама (по регионам), 2004–2006 и 2011–2013 годы



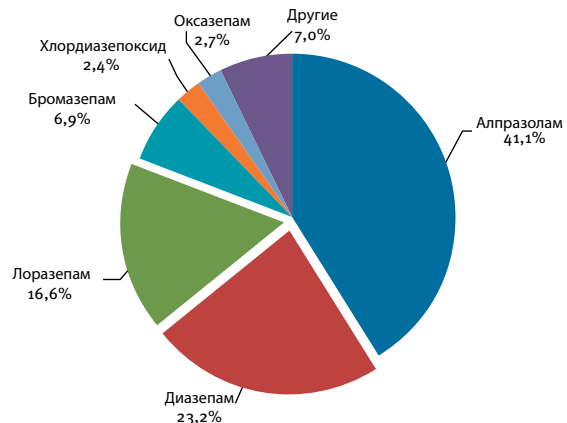
Источник: Международный комитет по контролю над наркотиками.

#### 4. Предложение противоэпилептических средств

178. В последние 10 лет наблюдались различные тенденции в отношении производства и сбыта противоэпилептических барбитуратов (фенобарбитала и метилфенобарбитала) и противоэпилептических бензодиазепинов (клоназепама), включенных в Список IV. Фенобарбитал включен в Примерный перечень основных лекарственных средств ВОЗ.

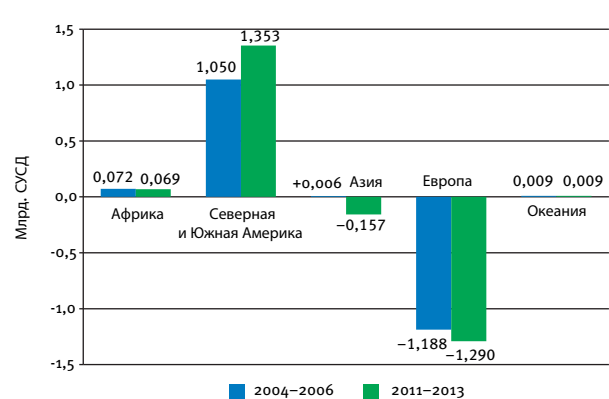
179. Мировой объем производства фенобарбитала в период 2004–2012 годов варьировался в пределах от 7,1 млрд. до 9,7 млрд. СУСД, а в 2013 году уменьшился до рекордно низкого уровня – 3,0 млрд. СУСД. Такое снижение можно отнести на счет существенного спада объемов производства в Китае, мировом лидере в области производства фенобарбитала. Кроме того, отсутствие производства и данных об объемах производства в Венгрии и Индии за 2013 год (обе страны относятся к крупным производителям)

**Рисунок 46.** Доля совокупного зафиксированного объема производства бензодиазепинов анксиолитического действия (по веществам), 2013 год



Источник: Международный комитет по контролю над наркотиками.

**Рисунок 48.** Среднегодовой чистый импорт лоразепама (по регионам), 2004–2006 и 2011–2013 годы



Источник: Международный комитет по контролю над наркотиками.

также способствовало снижению зафиксированного мирового объема предложения. Торговля этим психотропным веществом осуществляется в широких масштабах, и в торговле фенобарбиталом ежегодно принимают участие в среднем 140 стран. В 2013 году на долю Китая, Венгрии, Индии и Швейцарии (в порядке убывания) приходилось 89 процентов общего объема экспорта, в то время как свыше 120 стран сообщили об импорте. К основным импортерам относятся Российская Федерация, Украина и Соединенные Штаты.

180. Объемы производства метилфенобарбитала по сравнению с фенобарбиталом оставались относительно ограниченными. В период 2004–2012 годов мировой объем производства метилфенобарбитала варьировался в широких пределах – от 0,2 млн. до 438 млн. СУСД, главным образом в связи с существенными изменениями объемов производства, зафиксированных в Индии, Швейцарии и Соединенных Штатах. В 2013 году данные о производстве этого вещества не сообщались, а общий объем международной торговли оставался стабильным (28,2 млн. СУСД).

181. Объемы производства и сбыта клоназепама (бензодиазепина, применяемого в основном в качестве противоэпилептического средства) за последние 10 лет также продемонстрировали тенденции роста. Мировой объем производства клоназепама вырос с 1,3 млрд. СУСД в 2004 году до рекордно высокого уровня 3,4 млрд. СУСД в 2012 году, но затем снизился до 2,2 млрд. СУСД в 2013 году. Такой спад был отнесен в основном на счет Индии, которая не представила данные об объемах производства за 2013 год и которая традиционно является одним из крупнейших производителей этого вещества. В последние 20 лет вплоть до 2010 года Швейцария являлась мировым лидером в области производства клоназепама, однако в 2011 и 2012 годах вырвалась вперед Италия. В 2013 году Бразилия стала крупнейшим производителем этого вещества, второе место занимает Италия и третье – Швейцария. Около 120 стран сообщили в 2013 году об импорте клоназепама.

## **В. Наличие психотропных веществ**

182. К выводам на основе расчетных данных о потреблении психотропных веществ нужно подходить с осторожностью, поскольку представленные правительствами данные о производстве, промышленном применении, запасах и торговле ими могут быть неполными или охватывать не все вещества. Тем не менее высокие уровни потребления свидетельствуют о прописывании избыточного количества веществ и/или об их утечке по незаконным каналам. Предусмотренная в Конвенции 1971 года система контроля в основном базируется на системе, разработанной для наркотических средств в соответствии

с Конвенцией 1961 года. Меры контроля и обязательства, установленные в Конвенции 1971 года, обеспечивают минимальный уровень контроля, который правительства должны осуществлять и поддерживать.

183. Уровень наличия психотропных веществ оценивается в настоящем докладе на основе расчетного потребления отдельных веществ и групп веществ. В Конвенции 1971 года не предусмотрены требования в отношении представления Комитету отчетности о потреблении психотропных веществ. Следовательно, Комитет ежегодно рассчитывает показатели потребления, измеряемые в СУСД на 1000 человек в сутки, на основе представленных правительствами статистических данных об объемах производства, промышленного применения, запасах и объемах международной торговли. В целях настоящего доклада применяются усредненные данные за трехлетний период для учета случаев нерегулярного представления ежегодных статистических данных и с учетом практики некоторых правительств, связанной с попеременным производством и импортом психотропных веществ, когда запасы покрывают внутренний спрос на несколько лет.

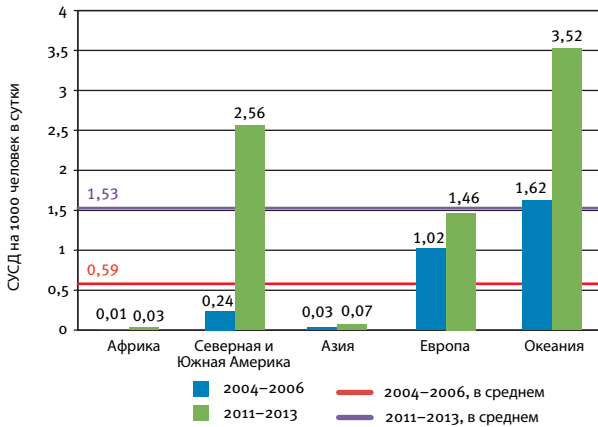
184. Кроме того, в некоторых случаях высокие расчетные показатели применения психотропных веществ могут быть связаны с ростом производства на экспорт, возможным отсутствием данных об экспорте и/или отсутствием данных о производственных запасах и/или высоким уровнем запасов, накопленных в оптовой торговле.

185. В соответствии с резолюциями 53/4 и 54/6 Комиссии по наркотическим средствам о содействии обеспечению наличия достаточного количества контролируемых на международном уровне наркотических средств и психотропных веществ для использования в медицинских и научных целях и мерах по предупреждению их утечки и злоупотребления ими государствам-членам настоятельно рекомендуется представлять Комитету на добровольной основе данные о потреблении психотропных веществ таким же образом, как и в отношении наркотических средств. Эти данные важны для проведения Комитетом более точного анализа тенденций, связанных с потреблением психотропных веществ, и в конечном счете с целью обеспечения наличия достаточного количества таких веществ для медицинских и научных целей при одновременном предотвращении их утечки или злоупотребления ими.

186. С принятием вышеупомянутых резолюций стало расти число правительств, представляющих Комитету данные о потреблении психотропных веществ. Тем не менее общее число правительств, представляющих необходимую информацию, по-прежнему остается слишком малым для использования таких данных о потреблении вместо данных, рассчитанных Комитетом.



Рисунок 49. Средний уровень потребления опиоидных анальгетиков (по регионам), 2004–2006 и 2011–2013 годы



Источник: Международный комитет по контролю над наркотиками.

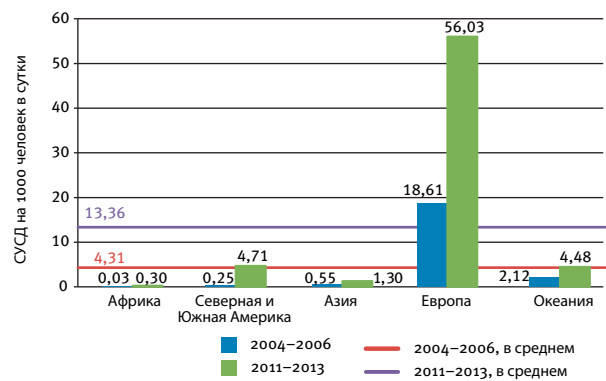
### 1. Наличие опиоидов, находящихся под контролем в соответствии с Конвенцией 1971 года

187. Число стран и территорий, в которых используется один или несколько анальгетиков, находящихся с 2004 года под контролем в соответствии с Конвенцией 1971 года (бупренорфин, лефетамин<sup>58</sup> и пентазоцин), остается стабильным на уровне около 100. Напротив, в период с 2004 по 2013 год объем потребления этих опиоидов вырос во всех регионах мира (см. рисунок 49). В период 2004–2006 годов в Европе и Океании отмечались максимальные уровни потребления (высокий уровень потребления в Океании является результатом производства и расчетных данных о потреблении в Австралии). В то время как в Европе в период 2011–2013 годов сохранились заметные темпы роста потребления, уровень потребления в Северной и Южной Америке увеличился более чем в десять раз, а в Африке – почти в шесть раз, хотя и с крайне низкого уровня.

188. На картах 5 и 6 представлены данные о национальном уровне потребления опиоидов, находящихся под контролем в соответствии с Конвенцией 1971 года, на душу населения в 2004–2006 и в 2011–2013 годах. Как можно видеть, в большинстве стран и территорий показатели потребления остаются на уровне ниже 0,1 СУСД на 1000 человек в сутки. Однако в последние 10 лет был отмечен явный рост максимального уровня потребления – более 1 СУСД на 1000 человек в сутки. Хотя в период 2004–2006 годов уровень потребления на душу населения превышал 1 СУСД на 1000 человек в сутки только в четырех странах, в 2011–2013 годах этого уровня достигли 16 стран.

<sup>58</sup>Изготовление и потребление лефетамина было прекращено с 1990-х годов (см. пункт 167).

Рисунок 50. Средний уровень потребления бупренорфина (по регионам), 2004–2006 и 2011–2013 годы



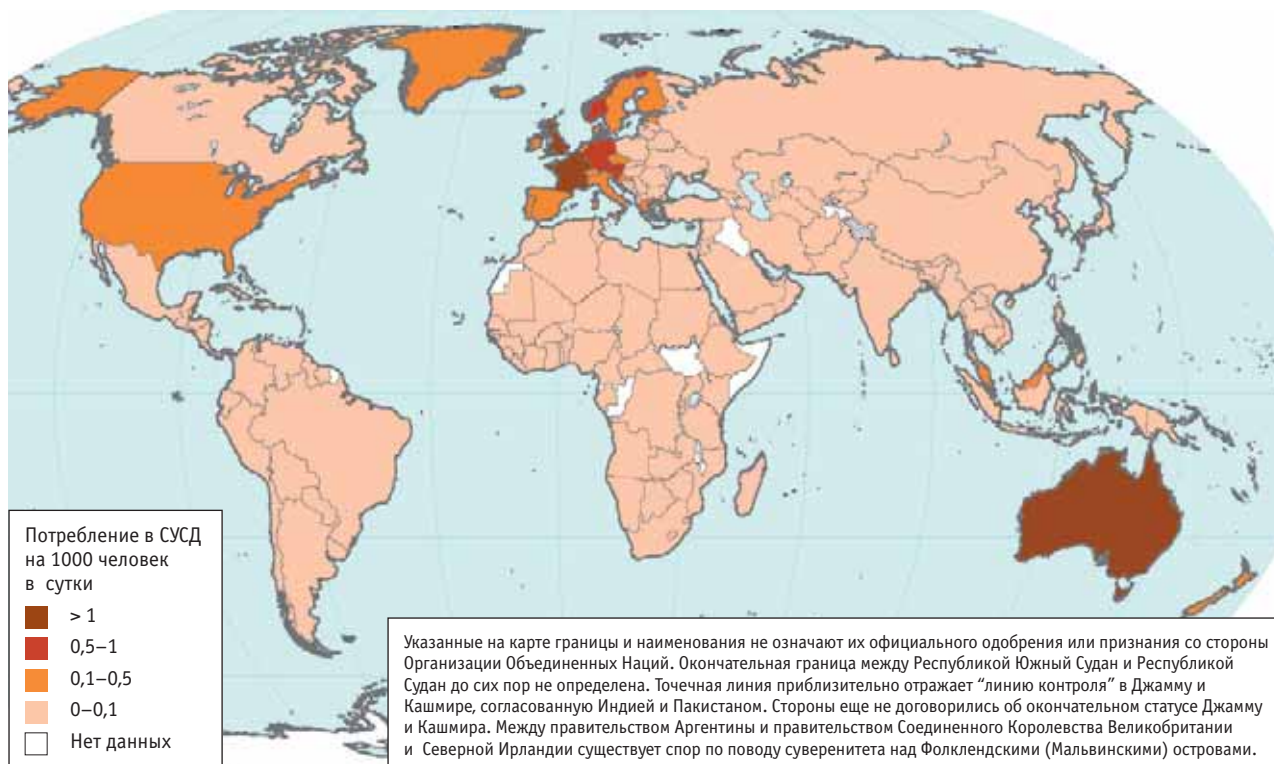
Источник: Международный комитет по контролю над наркотиками.

189. Уровень потребления бупренорфина, включенного в Примерный перечень основных лекарственных средств ВОЗ (дополнительный перечень), составил в период 2009–2013 годов в среднем 97 процентов мирового объема потребления опиоидных анальгетиков, находящихся под контролем в соответствии с Конвенцией 1971 года. Остальной уровень потребления приходится на пентазоцин, который по свойствам и сфере применения близок к морфину.

190. Расчетный мировой объем потребления бупренорфина после 2000 года неуклонно рос – от менее 1 тонны (100 млн. СУСД) до рекордно высокого уровня 10 тонн (1,2 млрд. СУСД) в 2013 году. В 1990-х годах бупренорфин применялся не более чем в 20 странах мира, а в период 2011–2013 годов он уже применялся примерно в 90 странах и территориях во всех регионах мира, или в 40 процентах всех стран и территорий. Такой рост потребления бупренорфина в основном связан с расширением использования лекарственных форм с высоким содержанием бупренорфина в качестве болеутоляющих средств, а также для проведения детоксикации и в рамках заместительной терапии при лечении опиоидной зависимости. К странам с наивысшими уровнями потребления бупренорфина в период 2011–2013 годов относятся (в порядке убывания) Исландия, Бельгия, Швейцария, Соединенные Штаты и Соединенное Королевство (см. рисунок 50 и карты 7 и 8).

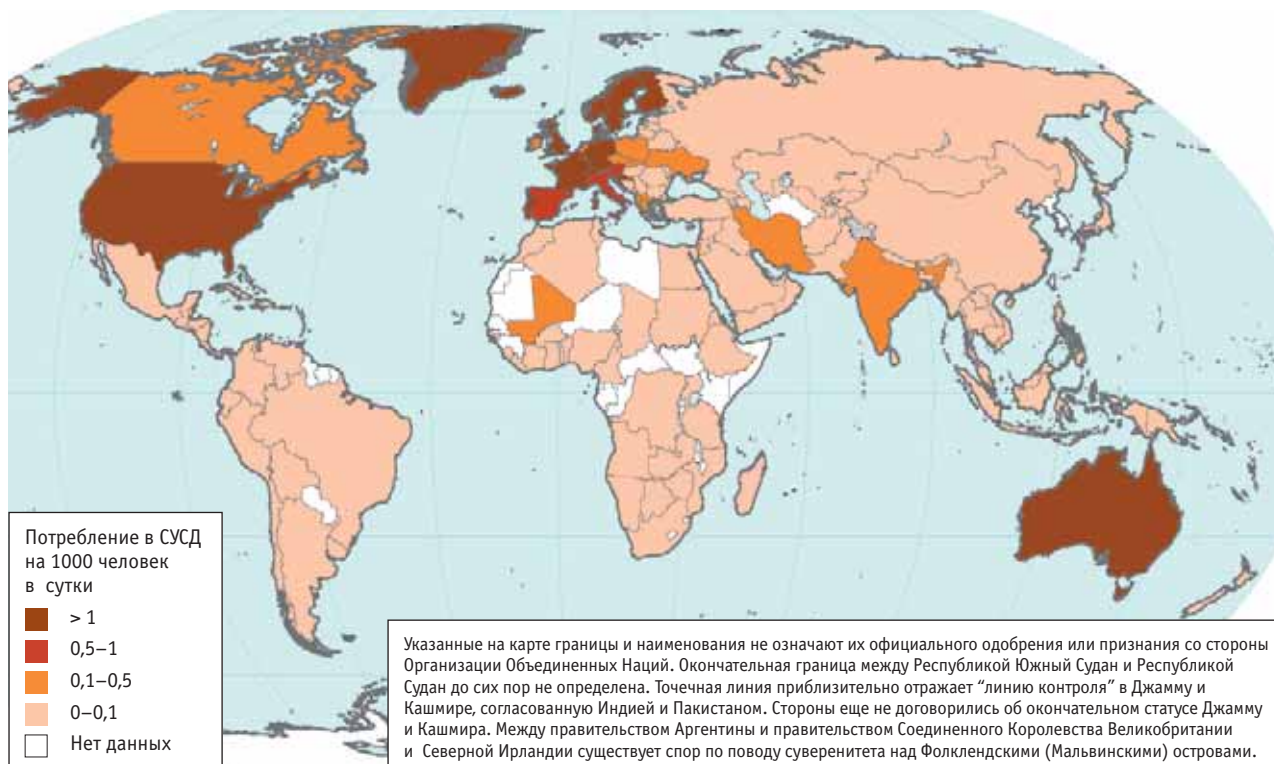
191. В последнее десятилетие мировой уровень потребления пентазоцина достиг в среднем 5 тонн в год. Это вещество применяется примерно в 50 странах и территориях. В отличие от бупренорфина, пентазоцин не получил такого широкого распространения в других странах. С 2004 года пентазоцин применяется в тех же 50 странах, включая Индию, Нигерию, Пакистан и Соединенные Штаты, на которые в период 2011–2013 годов приходилось в общей сложности 87 процентов мирового потребления.

Карта 5. Средний национальный уровень потребления опиоидных анальгетиков, 2004–2006 годы



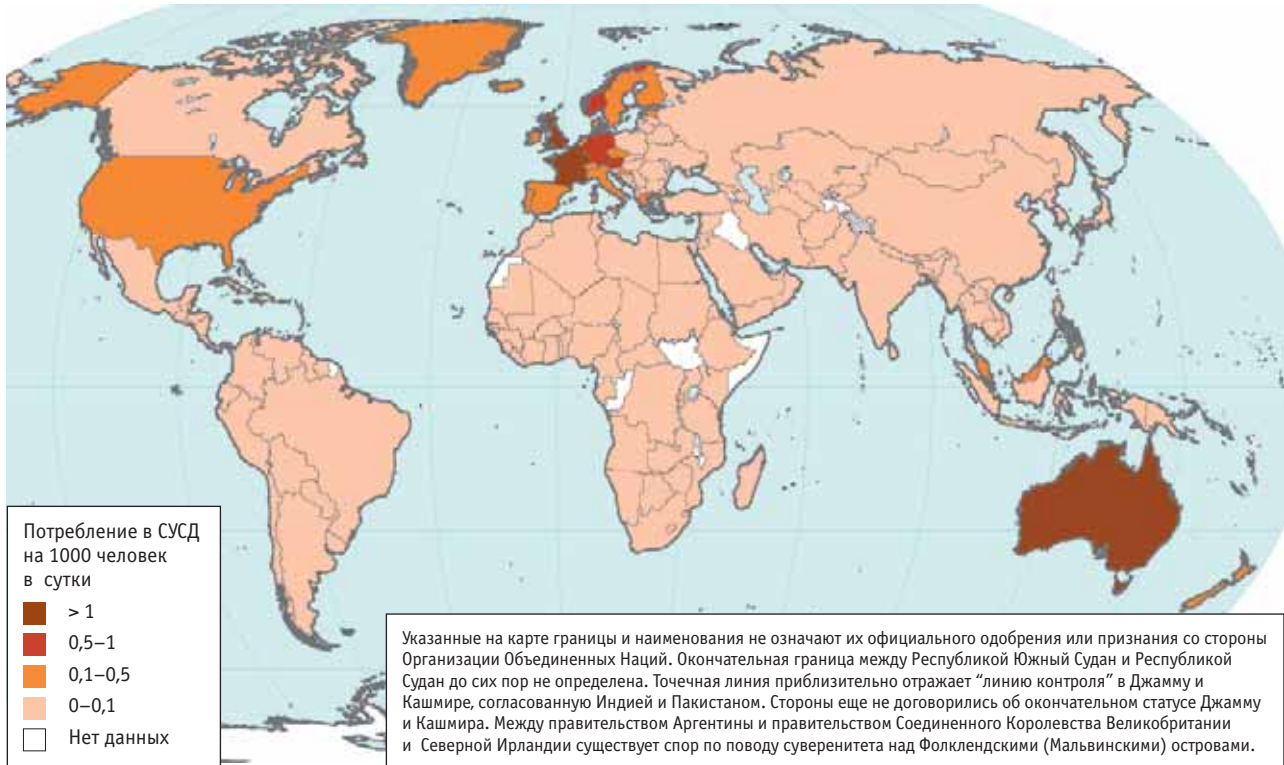
Источник: Международный комитет по контролю над наркотиками.

Карта 6. Средний национальный уровень потребления опиоидных анальгетиков, 2011–2013 годы



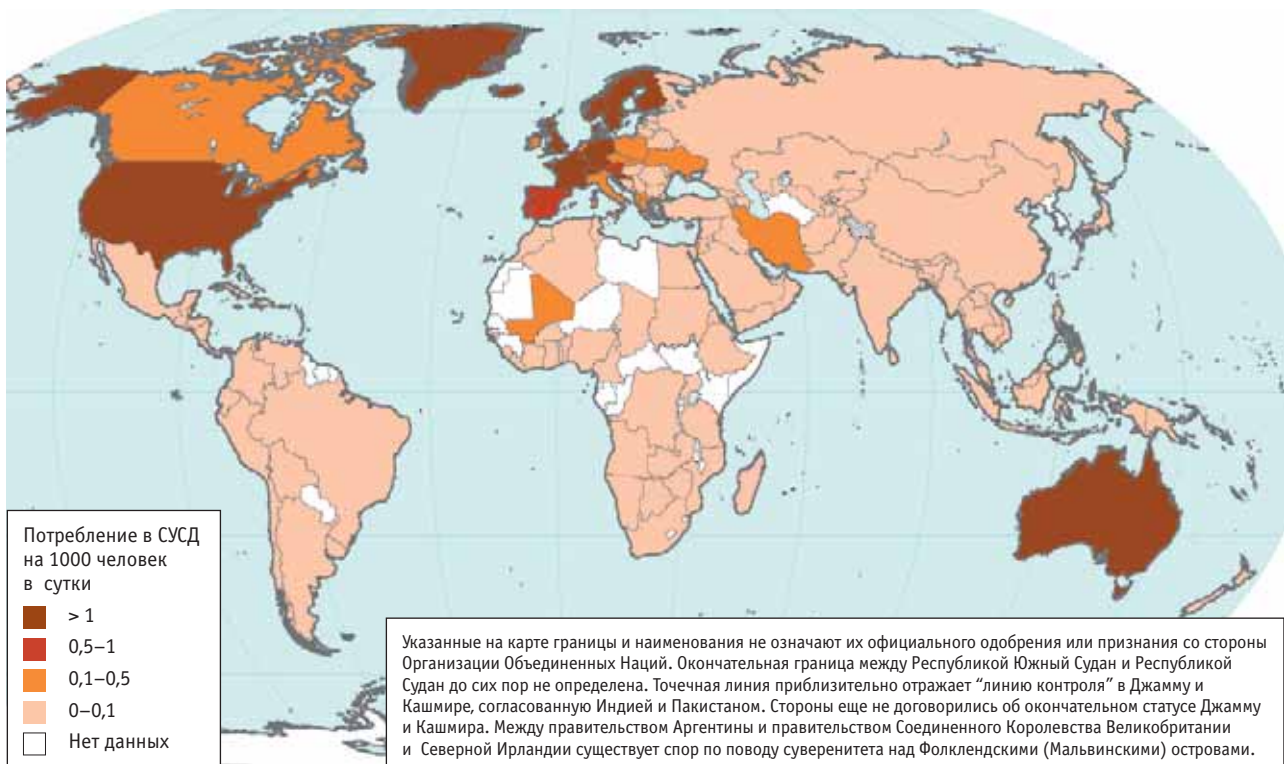
Источник: Международный комитет по контролю над наркотиками.

Карта 7. Средний национальный уровень потребления бупренорфина, 2004–2006 годы



Источник: Международный комитет по контролю над наркотиками.

Карта 8. Средний национальный уровень потребления бупренорфина, 2011–2013 годы



Источник: Международный комитет по контролю над наркотиками.

## 2. Наличие стимуляторов центральной нервной системы

192. Как отмечалось в пункте 168 выше, ни один из стимуляторов центральной нервной системы, находящихся под контролем в соответствии с Конвенцией 1971 года, не включен в Примерный перечень основных лекарственных средств ВОЗ. Этим объясняется практически полное отсутствие данных веществ на рынках стран с низким уровнем дохода и развивающихся стран.

193. С начала 1990-х годов наиболее высокий показатель потребления амфетаминов традиционно наблюдался в Северной и Южной Америке. Соединенные Штаты являются основным потребителем этих веществ, в основном для лечения СДВГ и нарколепсии. Столь высокие уровни потребления продолжают неуклонно расти, а в конце 2000-х годов соответствующие показатели увеличились в семь раз по сравнению с 1990-ми годами.

194. Эта группа веществ крайне редко применяется в Азии<sup>59</sup> и практически отсутствует в Африке.

<sup>59</sup>Япония является единственной страной Азиатско-Тихоокеанского региона, в которой зарегистрированы значительные показатели применения этого вещества.

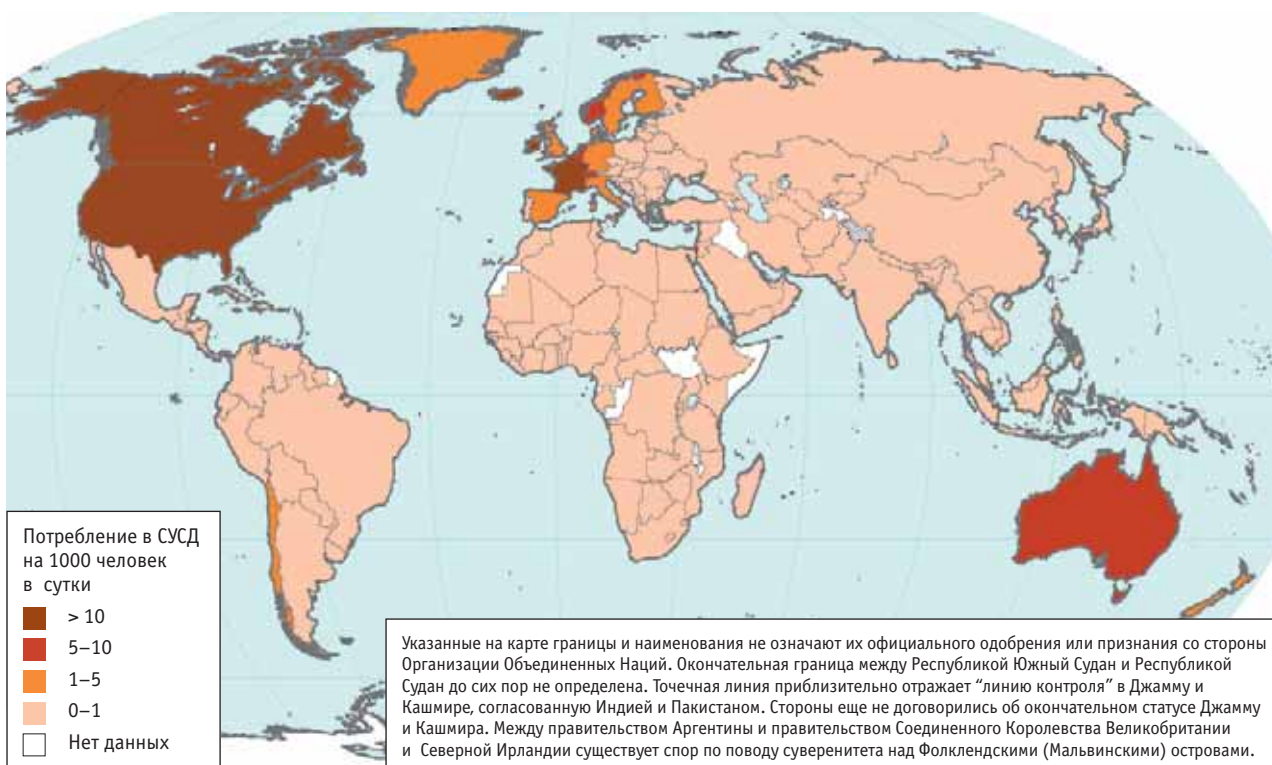
В Океании показатели потребления выросли с 0,03 СУСД на 1000 человек в сутки в среднем в 1988–1990 годах до 1,31 СУСД в период 2011–2013 годов, главным образом за счет роста применения дексамфетамина в Австралии.

195. В Европе уровни потребления отличаются крайней неравномерностью. К основным странам-потребителям в течение последнего десятилетия относились Германия, Венгрия и Швейцария. Венгрия являлась потребителем этих веществ в существенных объемах вплоть до 2002 года, после чего уровень потребления значительно снизился.

196. Страны, являвшиеся основными потребителями стимуляторов из Списка II в период 2004–2006 годов, сохранили максимальные уровни потребления и в период 2011–2013 годов. В некоторых странах наблюдался выраженный рост (в основном в Европе и Северной и Южной Америке), в то время как в подавляющем большинстве стран и территорий показатели потребления остались на уровне ниже 1 СУСД на 1000 человек в сутки (см. карты 9 и 10).

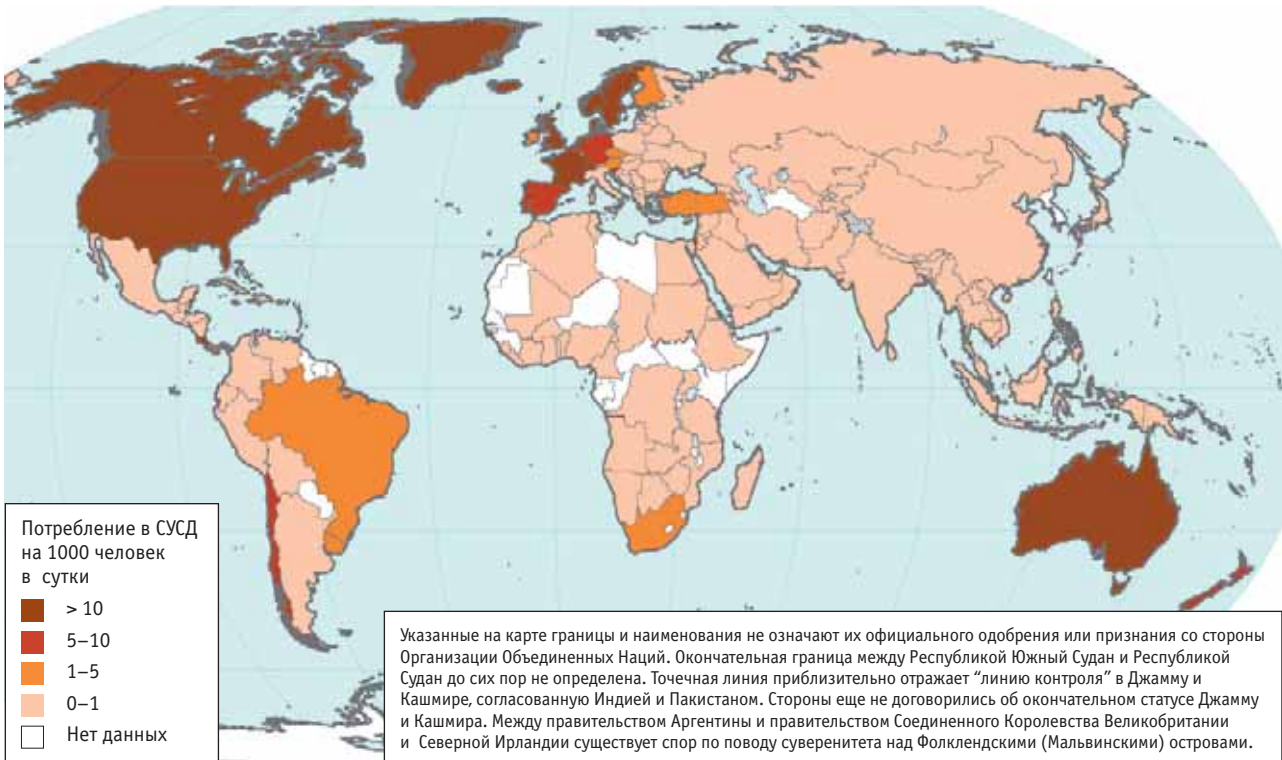
197. Метилфенидат применяется для лечения различных психических расстройств и расстройств поведения, в частности СДВГ (в основном у детей) и нарколепсии (расстройства сна). Использование

Карта 9. Средний национальный уровень потребления стимуляторов из Списка II, 2004–2006 годы



Источник: Международный комитет по контролю над наркотиками.

Карта 10. Средний национальный уровень потребления стимуляторов из Списка II, 2011–2013 годы



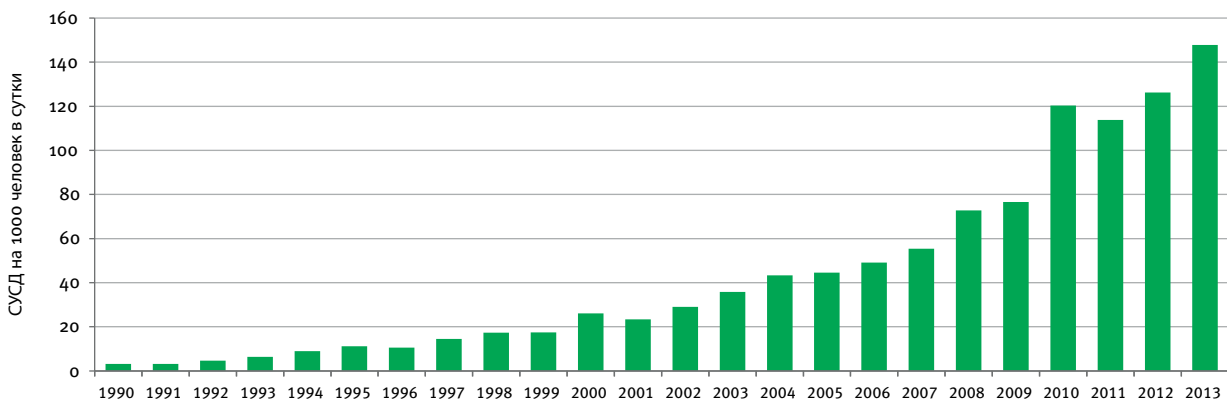
Источник: Международный комитет по контролю над наркотиками.

метилфенидата начало заметно расти в начале 1990-х годов (см. рисунок 51). Например, в 1994 году показатели мирового потребления более чем в пять раз превысили соответствующий уровень потребления по состоянию на начало 1980-х годов. Такая динамика обусловлена главным образом увеличением потребления метилфенидата в Соединенных Штатах, хотя рост уровней потребления наблюдался также и в ряде других стран и регионов мира.

198. Хотя на долю Соединенных Штатов по-прежнему приходится свыше 80 процентов расчетного общемирового потребления метилфенидата,

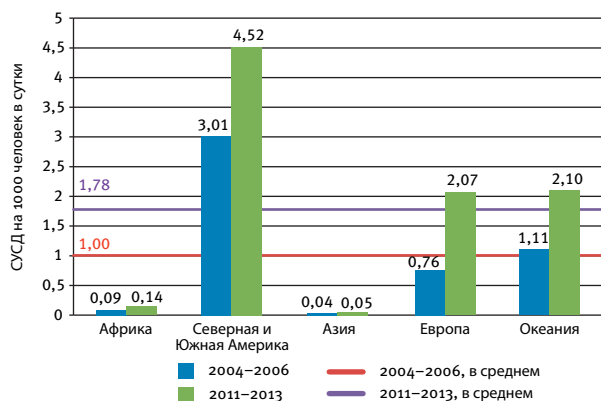
применение этого вещества для лечения СДВГ также значительно возросло и в других странах, в частности в странах Океании и Европы (см. рисунок 52). Однако объем назначения в большинстве этих стран по-прежнему остается низким по сравнению с Соединенными Штатами. С тех пор мировое потребление метилфенидата по-прежнему растет. В 2013 году был достигнут новый рекордный уровень потребления – 2 млрд. СУСД, при этом на долю менее чем 20 стран пришлось почти 85 процентов общего потребления. О значительном росте потребления метилфенидата сообщили такие страны, как Исландия, в которой зарегистрирован наивысший уровень потребления

Рисунок 51. Мировой уровень потребления метилфенидата на 1000 человек в сутки, 1990–2013 годы



Источник: Международный комитет по контролю над наркотиками.

Рисунок 52. Уровень потребления метилфенидата (все регионы), 2004–2006 и 2011–2013 годы



Источник: Международный комитет по контролю над наркотиками.

данного вещества в мире на душу населения за последние несколько лет, а также Австралия, Германия, Израиль, Испания, Канада, Норвегия, Соединенное Королевство и Швеция. Вместе с тем Комитет также обеспокоен проблемой прописывания метилфенидата в недостаточном количестве, что приводит к низкому уровню потребления этого вещества в других странах.

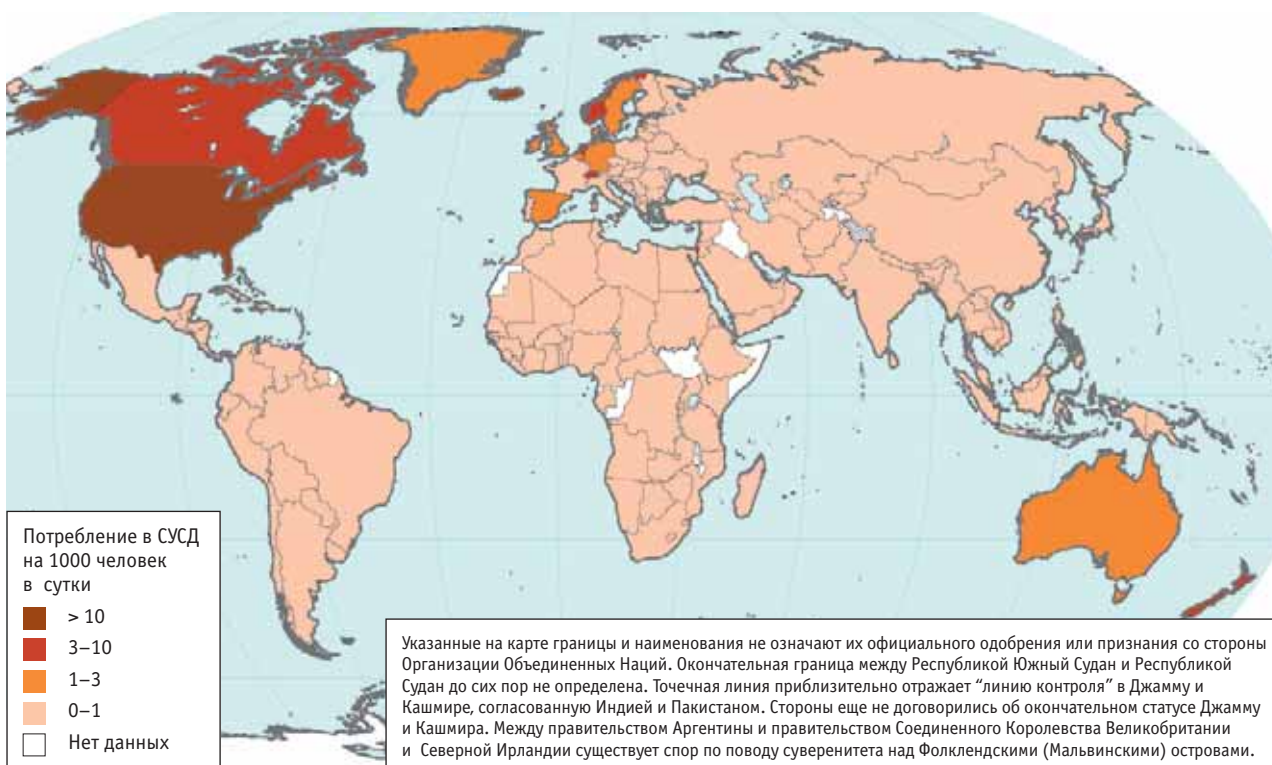
199. На картах 11 и 12 представлены данные об ориентировочных национальных уровнях потребления метилфенидата в 2004–2006 и в 2011–2013 годах, подготовленные на основе показателей среднегодового расчетного потребления (в СУСД на 1000 человек в

сутки). Как видно, в большинстве стран и территорий показатели потребления остались на уровне ниже 1 СУСД на 1000 человек в сутки, в то время как большинство стран сохранили свои позиции в качестве основных потребителей этого вещества, при этом в период 2011–2013 годов был отмечен выраженный рост в некоторых странах Северной и Южной Америки, Европы и Океании. Хотя в период 2004–2006 годов уровень потребления на душу населения превышал 5 СУСД на 1000 человек в сутки только в пяти странах, к 2011–2013 годам перешагнули этот высокий порог 17 стран, включая девять стран, в которых уровень потребления превысил 10 СУСД на 1000 человек в сутки.

200. Комитет неоднократно выражал беспокойство в связи с вероятной гипердиагностикой СДВГ и прописыванием метилфенидата в избыточном количестве. В 2009 году Комитет высказался против проведения рекламных кампаний этого вещества, включая рекламу, целевой аудиторией которой являются потенциальные потребители. Позднее в своем ежегодном докладе за 2014 год Комитет рассмотрел применение метилфенидата в рамках отдельной темы.

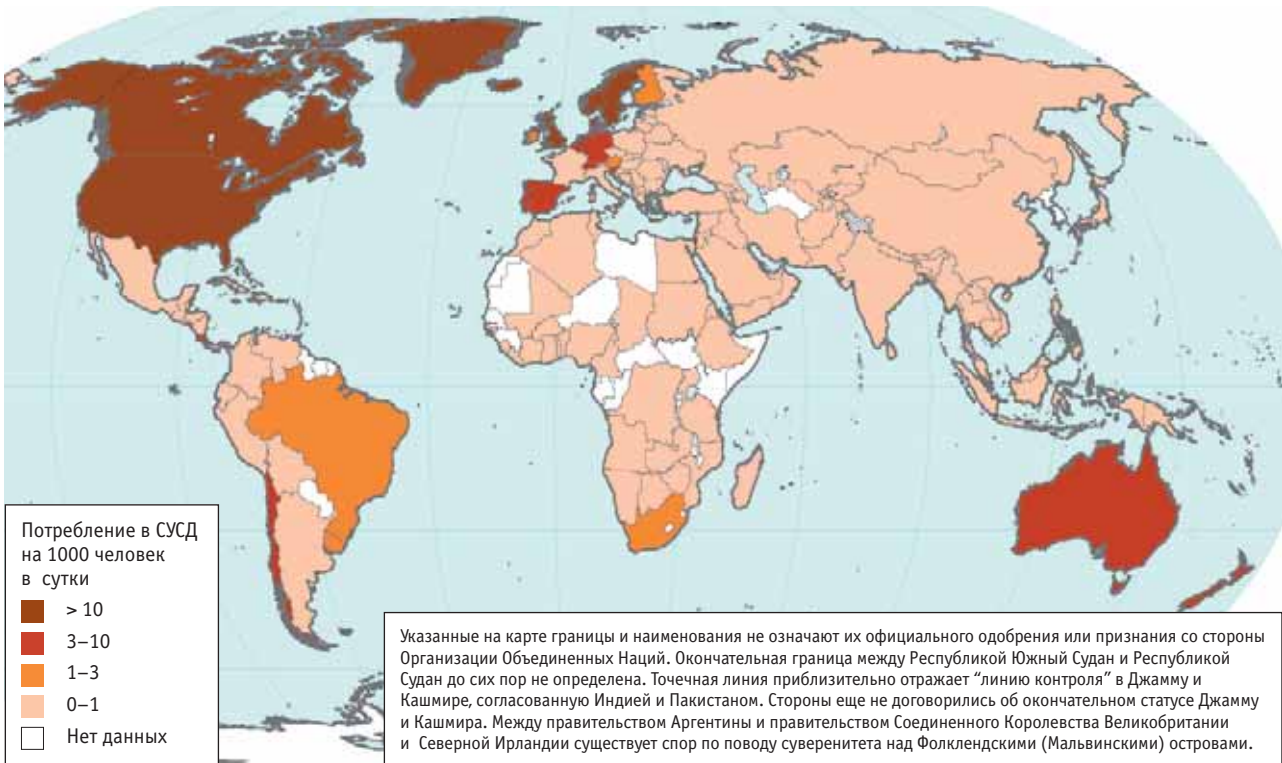
201. Стимуляторы, входящие в Список IV Конвенции 1971 года, используются в качестве анорексигенных средств и в меньшей степени – для лечения СДВГ. С конца 1980-х годов мировое потребление стимуляторов неуклонно растет. Такой рост отчасти объясняется высоким уровнем потребления в некоторых

Карта 11. Средний национальный уровень потребления метилфенидата, 2004–2006 годы



Источник: Международный комитет по контролю над наркотиками.

Карта 12. Средний национальный уровень потребления метилфенидата, 2011–2013 годы



Источник: Международный комитет по контролю над наркотиками.

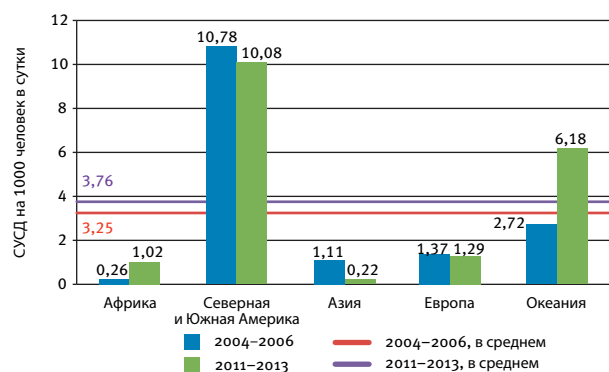
странах Латинской Америки (Аргентина, Бразилия и Чили), в Соединенных Штатах и в некоторых странах и территориях Азии (Республика Корея, Сингапур и Гонконг, Китай).

202. После начала 1990-х годов наиболее высокий показатель потребления стимуляторов, входящих в Список IV, традиционно наблюдался в Северной и Южной Америке. Спад использования фентермина после пикового уровня, отмеченного в 1996 году в Соединенных Штатах, а также принятие мер по борьбе с ненадлежащим использованием определенных стимуляторов в некоторых странах Латинской Америки, например в Бразилии, привели к снижению уровня потребления. Тем не менее уровни потребления в этом регионе остаются высокими по сравнению с другими регионами, за исключением некоторых стран Азии.

203. Среди стимуляторов, включенных в Список IV Конвенции 1971 года, фентермин традиционно был веществом, составлявшим основную долю производства и потребления, которая варьируется от одной четверти до двух третей. В 2013 году доля фентермина в мировом потреблении достигла примерно 86 процентов. Доклады о злоупотреблении анорексигенными средствами были получены из нескольких стран во всех регионах мира. В последние годы наблюдался рост уровня потребления в Африке и Океании в связи с ростом расчетного показателя потребления в Южной Африке и Австралии (см. рисунок 53).

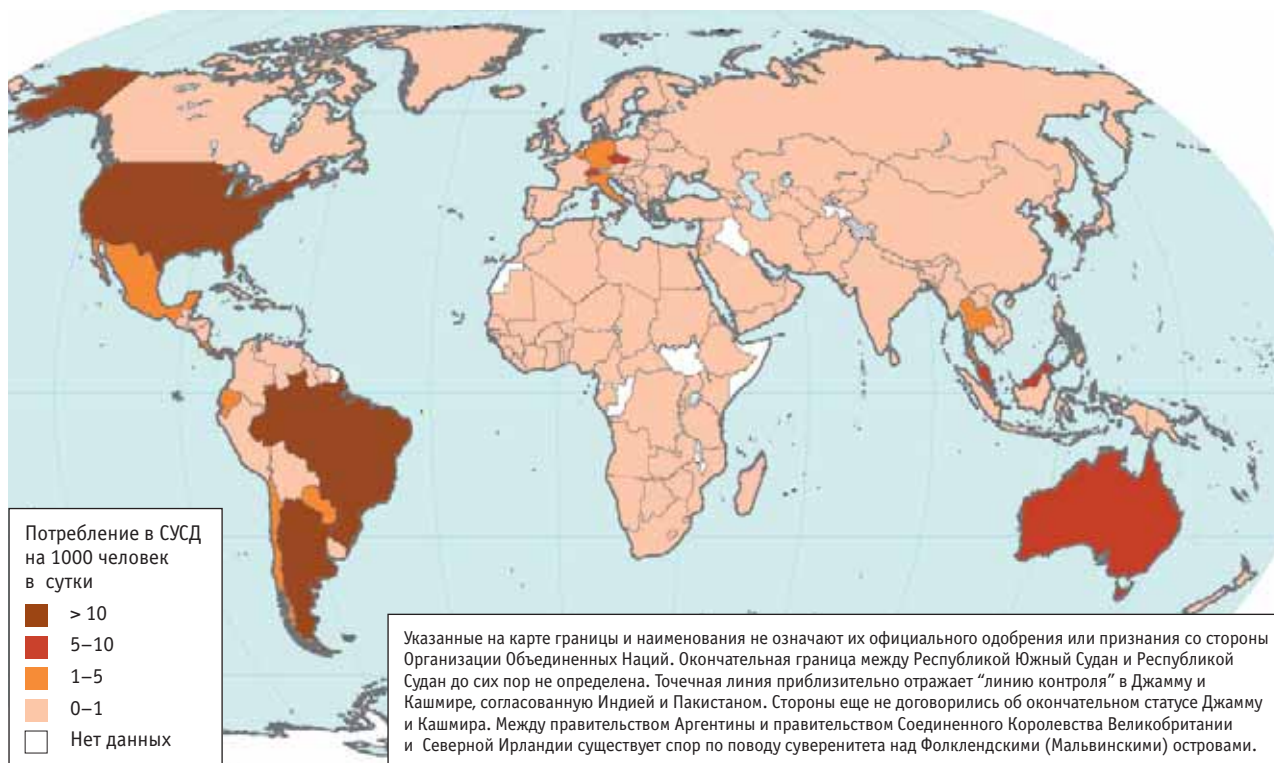
204. В ряде стран были введены строгие ограничения в отношении применения анорексигенных средств, а также более суровая политика в отношении их использования в медицинских целях, что привело к успешному ограничению их ненадлежащего использования, позволив ограничить нерациональное применение и злоупотребление ими. На картах 13 и 14 представлены тенденции в плане потребления стимуляторов, входящих в Список IV, в разных странах на основе данных о расчетных среднегодовых уровнях потребления в 2004–2006 и 2011–2013 годах (в СУСД на 1000 человек в сутки).

Рисунок 53. Уровень потребления стимуляторов, входящих в Список IV (все регионы), 2004–2006 и 2011–2013 годы



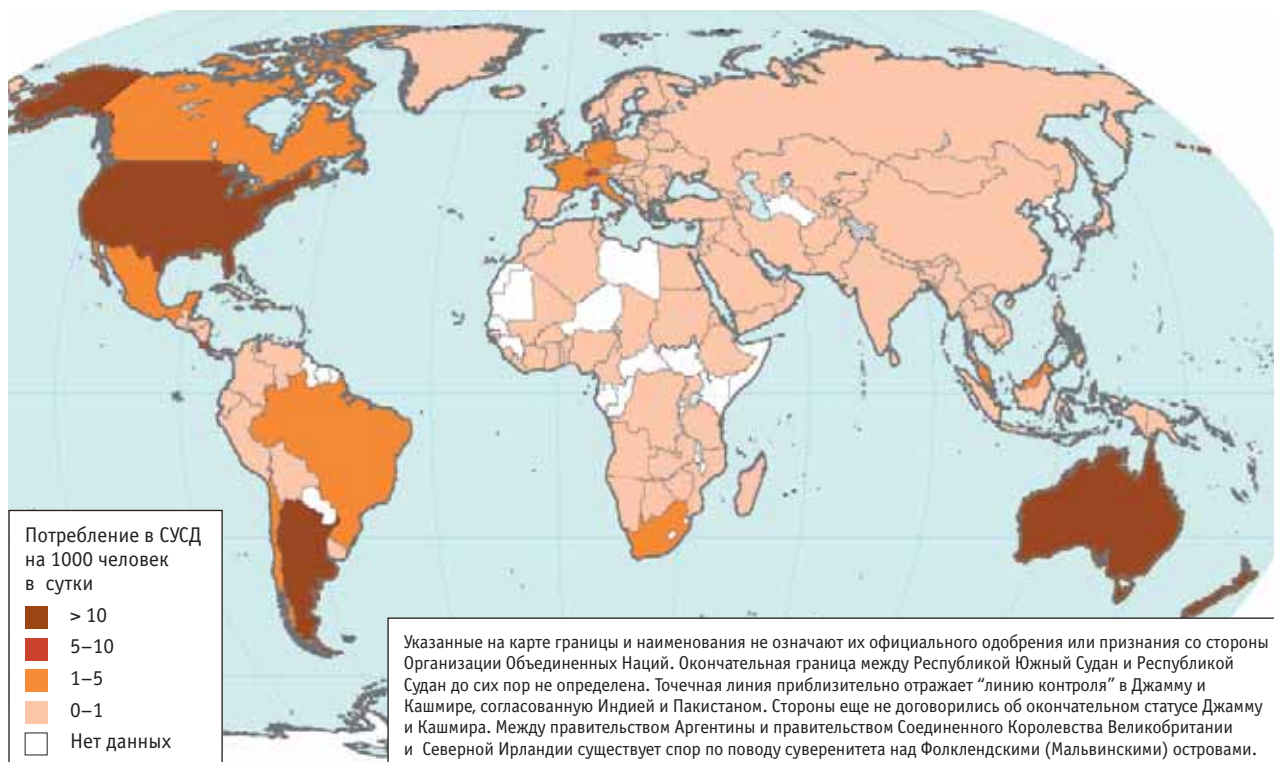
Источник: Международный комитет по контролю над наркотиками.

Карта 13. Средний национальный уровень потребления стимуляторов, входящих в Список IV, 2004–2006 годы



Источник: Международный комитет по контролю над наркотиками.

Карта 14. Средний национальный уровень потребления стимуляторов, входящих в Список IV, 2011–2013 годы



Источник: Международный комитет по контролю над наркотиками.



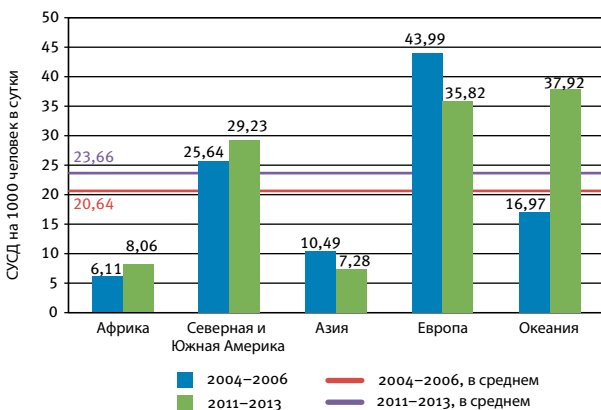
### 3. Наличие бензодиазепинов

205. В отношении двух групп бензодиазепинов (анксиолитического и седативно-снотворного действия) в период 2004–2013 годов расчетные мировые показатели среднегодового потребления отличаются характерными особенностями. В то время как мировые показатели среднегодового потребления бензодиазепинов анксиолитического действия продемонстрировали тенденцию к росту, расчетные мировые показатели среднегодового потребления бензодиазепинов седативно-снотворного действия сократились. За это время практически все страны и территории, представившие МККН отчетность, производили, продавали или приобретали бензодиазепины, а на основе представленных статистических данных Комитет рассчитал показатели потребления более чем для 190 стран и территорий. В 2013 году в качестве анксиолитических средств чаще всего применялись алпразолам и диазепам (9,2 и 4,4 млрд. СУСД соответственно), в то время как лорметазепам и бротизолам чаще всего использовались в качестве седативно-снотворного средства (1,4 и 1,3 млрд. СУСД соответственно).

#### а) Бензодиазепины анксиолитического действия

206. В период 2004–2013 годов среднегодовое потребление бензодиазепинов анксиолитического действия на душу населения в мире несколько увеличилось – с 20,6 до 23,7 СУСД на 1000 человек в сутки. Как видно из рисунка 54, в начале этого периода в странах Европы, а также в Северной и Южной Америке наблюдались наиболее высокие показатели среднегодового потребления веществ этой группы, что можно объяснить тем обстоятельством, что в данных регионах бензодиазепины часто назначаются многочисленной группе людей преклонного возраста. Ближе к концу десятилетия максимальный рост показателей

Рисунок 54. Среднегодовое потребление бензодиазепинов анксиолитического действия, 2004–2006 и 2011–2013 годы



Источник: Международный комитет по контролю над наркотиками.

среднегодового потребления был отмечен в Океании (123 процента) и Африке (32 процента). Показатели потребления в Африке и Азии оставались на уровне ниже среднемирового.

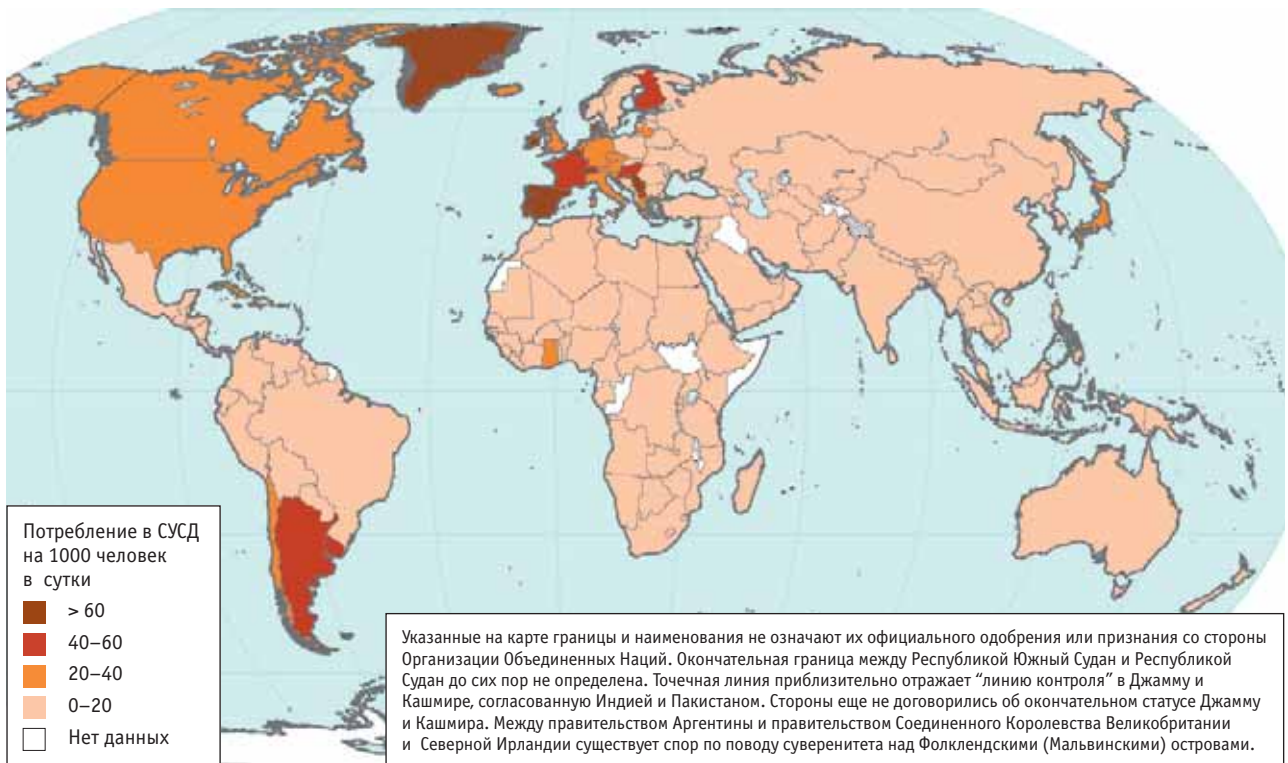
207. За последнее десятилетие среднегодовой уровень потребления в Европе снизился с 43,99 до 35,82 СУСД на 1000 человек в сутки, хотя рост потребления наблюдался в 23 странах из 41 страны в этом регионе, представившей данные, в частности в Финляндии, где был отмечен рост на 517 процентов. Максимальный спад потребления был отмечен в Дании (на 84 процента – с 77 до 13 СУСД на 1000 человек в сутки) и Швейцарии (на 73 процента – с 266 до 72 СУСД на 1000 человек в сутки). В период 2011–2013 годов расчетные показатели потребления превысили среднерегиональный уровень в 15 странах; в шести странах уровни потребления превысили среднемировой уровень, составляющий 23,7 СУСД на 1000 человек в сутки. Среди европейских стран со средними уровнями потребления ниже среднемирового были такие страны, как Исландия, Чешская Республика, Нидерланды, Латвия, Норвегия, Эстония, Германия, Швеция, Дания, Польша, Албания, Греция, Румыния, Соединенное Королевство, Болгария, Республика Молдова, Российская Федерация, Беларусь, Украина и Кипр (в порядке убывания).

208. В период 2011–2013 годов уровень потребления этой группы анксиолитических средств в Северной и Южной Америке составил в среднем 29,2 СУСД на 1000 человек в сутки. Только в четырех странах уровень потребления превысил средний по региону: Уругвае (67,9 СУСД), Аргентине (60,1 СУСД), Канаде (55,8 СУСД) и Соединенных Штатах (42,2 СУСД). Кроме того, в Северной и Южной Америке наблюдались существенные диспропорции в отношении уровней потребления анксиолитических средств в различных субрегионах, при этом в период 2011–2013 годов максимальные показатели потребления на душу населения были отмечены в Северной Америке, за которой следуют Южная Америка, Центральная Америка и Карибский бассейн (см. карты 15 и 16).

209. Хотя среднерегиональный уровень в Океании (37,9 СУСД на 1000 человек в сутки) существенно превысил среднемировой уровень (23,7 СУСД на 1000 человек в сутки), в основном он был обусловлен уровнем потребления в Австралии, которая является единственной страной региона с расчетным уровнем потребления, превысившим в период 2011–2013 годов среднемировой уровень. Показатели потребления увеличились во всех странах региона, за исключением Новой Зеландии, в которой был отмечен спад на 8 процентов – с 5,1 до 4,6 СУСД на 1000 человек в сутки.

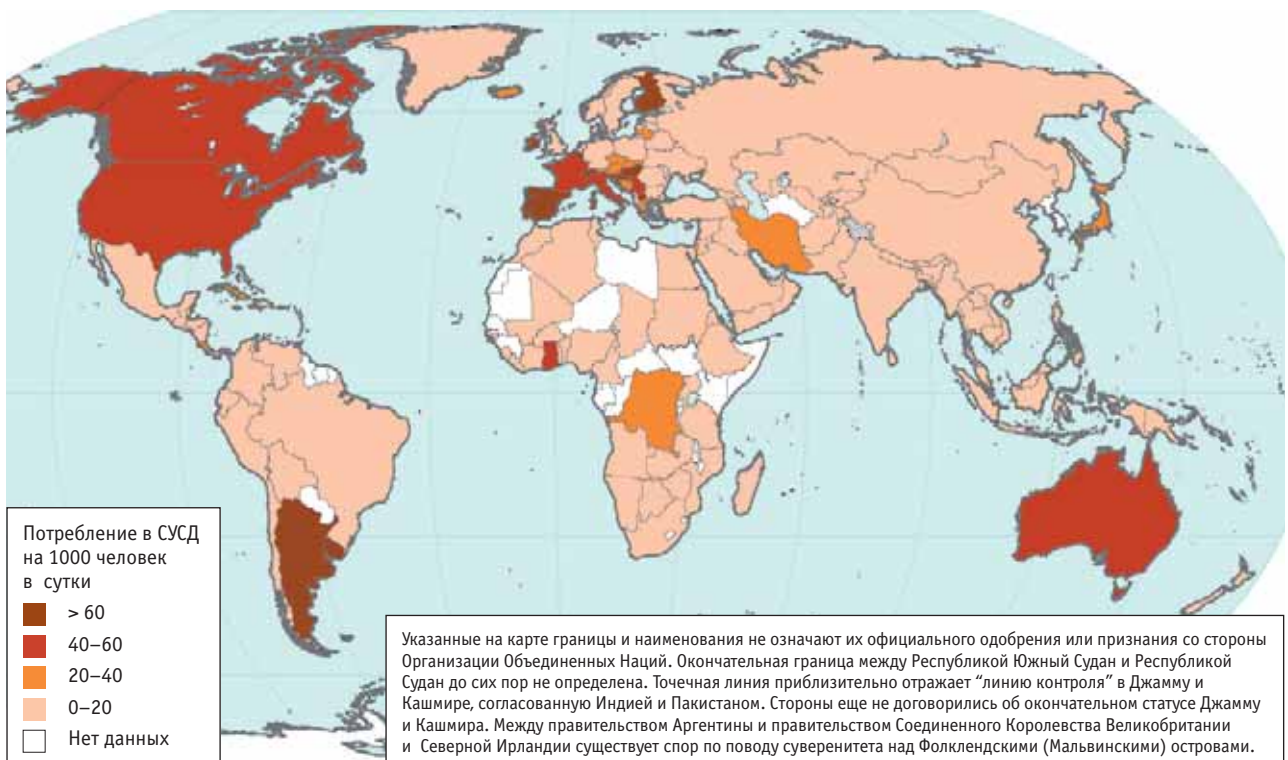
210. В Азии во всех странах из 48, представивших данные (кроме одной), были отмечены уровни потребления ниже среднемирового. В период 2011–2013 годов в Израиле (27,9 СУСД на 1000 человек в сутки), Иране (Исламской Республике) (22,3 СУСД),

Карта 15. Средний национальный уровень потребления бензодиазепинов анксиолитического действия, 2004–2006 годы



Источник: Международный комитет по контролю над наркотиками.

Карта 16. Средний национальный уровень потребления бензодиазепинов анксиолитического действия, 2011–2013 годы



Источник: Международный комитет по контролю над наркотиками.

Японии (21,1 СУСД) и еще в трех странах (Иордании, Ливане и Таиланде) расчетные показатели потребления превысили среднерегиональный уровень 7,3 СУСД на 1000 человек в сутки.

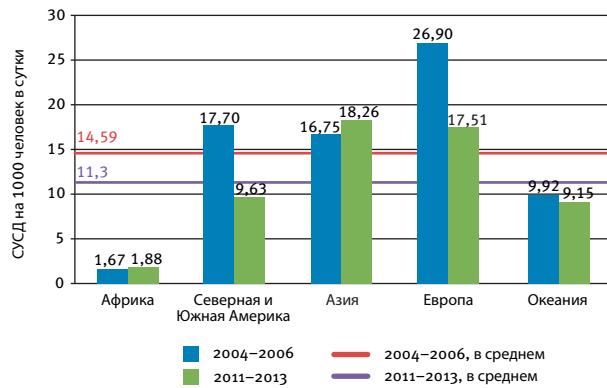
211. В Африке среднегодовой уровень потребления бензодиазепинов анксиолитического действия увеличился с 6,1 до 8,6 СУСД на 1000 человек в сутки в период с 2004–2006 по 2011–2013 годы. Средний расчетный уровень потребления увеличился в 19 странах или территориях Африки, особенно заметно на Острове Святой Елены (почти в семь раз – с 1,3 до 9 СУСД на 1000 человек в сутки), в Намибии и Демократической Республике Конго (в обеих странах – более чем в 4,5 раза: с 4,9 до 22,5 СУСД). Гана сохранила свои позиции страны с максимальным уровнем потребления в регионе (17-е место в мире), причем в период между 2004–2006 и 2011–2013 годами уровень потребления здесь вырос на 146 процентов – с 21,3 до 52,3 СУСД. Далее следует Демократическая Республика Конго с показателем 22,5 СУСД на 1000 человек в сутки, что ненамного ниже среднемирового уровня 23,7 СУСД. Однако в более чем 16 странах потребление остается на уровне ниже 1 СУСД на 1000 человек в сутки в течение 2011–2013 годов, а в более чем 10 странах был отмечен спад уровня потребления. Наибольший спад расчетного среднегодового уровня потребления был отмечен в Кабо-Верде (с 6,5 до 0,7 СУСД), Сьерра-Леоне (с 0,6 до 0,1 СУСД), Эритрее (с 0,1 до 0,02 СУСД), Объединенной Республике Танзания (с 2 до 0,7 СУСД) и Ботсване (с 1,4 до 0,7 СУСД).

### б) Бензодиазепины седативно-снотворного действия

212. В период 2004–2006 и 2011–2013 годов расчетный среднегодовой уровень потребления бензодиазепинов седативно-снотворного действия в мире в показателях СУСД на 1000 человек в сутки снизился более чем на 22 процента – с 14,6 до 11,3 СУСД на 1000 человек в сутки. Уровень потребления в Европе занимает неизменно высокие позиции, в то время как в Северной и Южной Америке, Европе и Океании наблюдался спад, а в странах Африки и Азии был отмечен рост (см. рисунок 55).

213. В период с 2004–2006 по 2011–2013 годы в Европе расчетный среднегодовой уровень потребления снизился на 35 процентов – с 26,9 до 17,5 СУСД на 1000 человек в сутки. Снижение показателей потребления наблюдалось в 29 странах региона, включая Кипр (с 20,5 СУСД на 1000 человек в сутки почти до нуля), Республику Молдову (с 0,15 до 0,003 СУСД), Соединенное Королевство (с 47,3 до 4 СУСД) и Швейцарию (с 42,6 до 11,4 СУСД), что может отражать вероятную смену вида бензодиазепинов, прописываемого в медицинской практике. Рост отмечен в 12 странах: прежде всего в Андорре

Рисунок 55. Среднегодовое потребление бензодиазепинов седативно-снотворного действия, 2004–2006 и 2011–2013 годы



Источник: Международный комитет по контролю над наркотиками.

(365 процентов), Хорватии (300 процентов) и Словакии (244 процента). В период 2011–2013 годов в пяти странах среднегодовые показатели потребления превысили среднерегиональный уровень 17,5 СУСД на 1000 человек в сутки, а в шести других странах показатели потребления превысили среднемировой уровень 11,3 СУСД.

214. В период с 2004–2006 по 2011–2013 годы среднегодовой уровень потребления бензодиазепинов седативно-снотворного действия также снизился в Океании – с 9,9 до 9,1 СУСД на 1000 человек в сутки. Несмотря на снижение уровней потребления на 20 и 22 процента соответственно, Австралия и Новая Зеландия оставались двумя странами региона с максимальными средними расчетными показателями потребления. В Микронезии (Федеративных Штатах), Новой Каледонии и на Островах Уоллис и Футуна был отмечен рост среднегодовых показателей потребления несмотря на его низкие уровни. За исключением Австралии, Новой Зеландии, Новой Каледонии и Французской Полинезии, во всех странах и территориях региона среднегодовые показатели потребления этой группы веществ составили менее 0,1 СУСД на 1000 человек в сутки.

215. В период с 2004–2006 по 2011–2013 годы в Северной и Южной Америке расчетный среднегодовой уровень потребления снизился на 45 процентов – с 17,7 до 9,8 СУСД на 1000 человек в сутки. Однако между различными субрегионами были отмечены существенные диспропорции. При росте показателей потребления в странах Северной и Центральной Америки и в Карибском бассейне соответствующие показатели в Южной Америке снизились. Только в трех странах Северной и Южной Америки показатели потребления превысили региональный средний уровень 9,8 СУСД на 1000 человек в сутки: на Кубе (30,1 СУСД), в Уругвае (23,3 СУСД) и Канаде (14,6 СУСД). Показатели потребления в 33 странах и территориях были ниже среднемиро-

вого уровня, включая 24 страны, в которых показатели составили менее 1 СУСД, и 11 стран с показателями ниже 0,1 СУСД на 1000 человек в сутки.

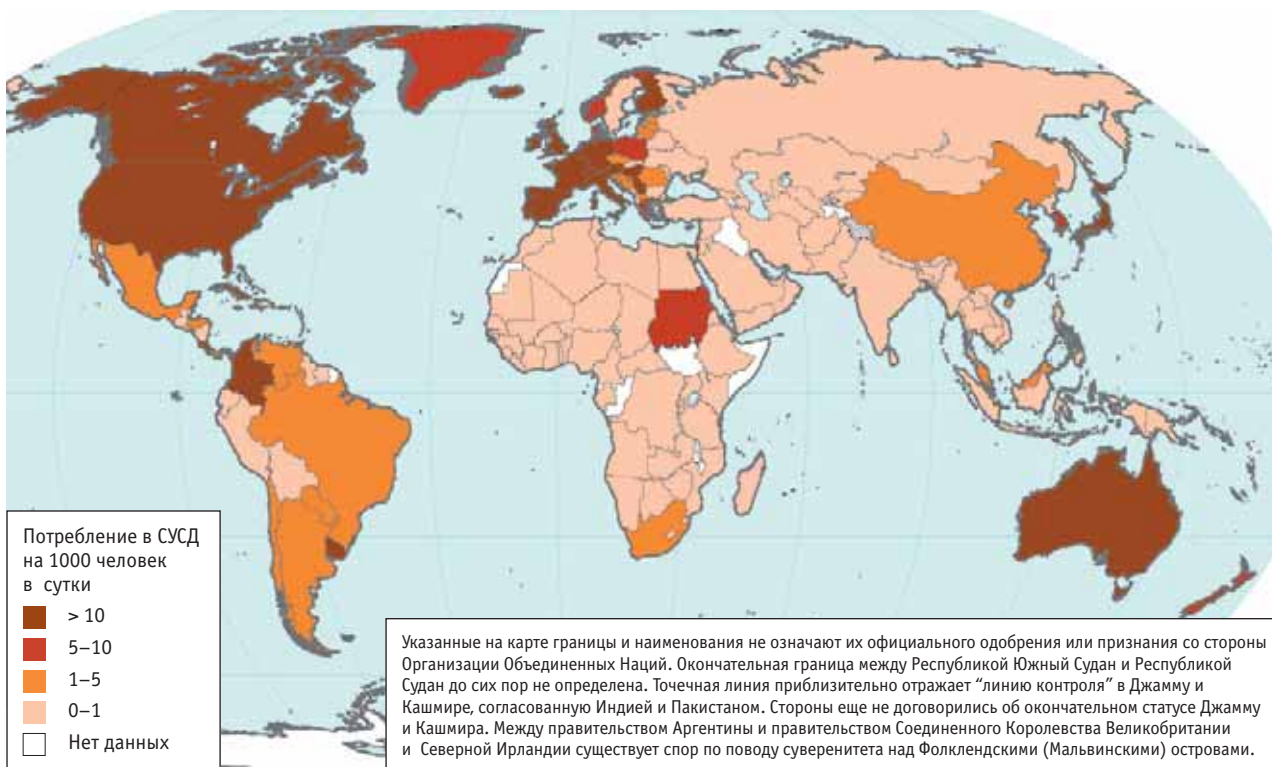
216. В Азии показатели потребления бензодиазепинов седативно-снотворного действия выросли от среднегодового показателя на уровне 16,8 СУСД на 1000 человек в сутки в период 2004–2006 годов до 18,3 СУСД на 1000 человек в сутки в период 2011–2013 годов. В период 2011–2013 годов Япония (54,2 СУСД), Израиль (9,5 СУСД), Макао (Китай) (2,6 СУСД), Гонконг (Китай) (1,3 СУСД) и Бангладеш (1,2 СУСД) были единственными странами или территориями с расчетными среднегодовыми показателями потребления выше 1 СУСД на 1000 человек в сутки. Высокие показатели потребления в Японии и Израиле традиционно связаны с большой численностью населения преклонного возраста. В период 2011–2013 годов в 37 странах Азии среднегодовые показатели потребления бензодиазепинов седативно-

снотворного действия составляли менее 1 СУСД на 1000 человек в сутки, включая 22 страны с показателями потребления ниже 0,1 СУСД.

217. На Африканском континенте в период 2011–2013 годов только в Южной Африке (2 СУСД) был отмечен расчетный среднегодовой уровень потребления, превысивший средний показатель по региону на уровне 1,9 СУСД на 1000 человек в сутки. За этой страной следуют Нигерия (1,1 СУСД) и Намибия (0,6 СУСД). В 21 стране показатели потребления составили менее 0,1 СУСД, включая 14 стран с показателями менее 0,01 СУСД.

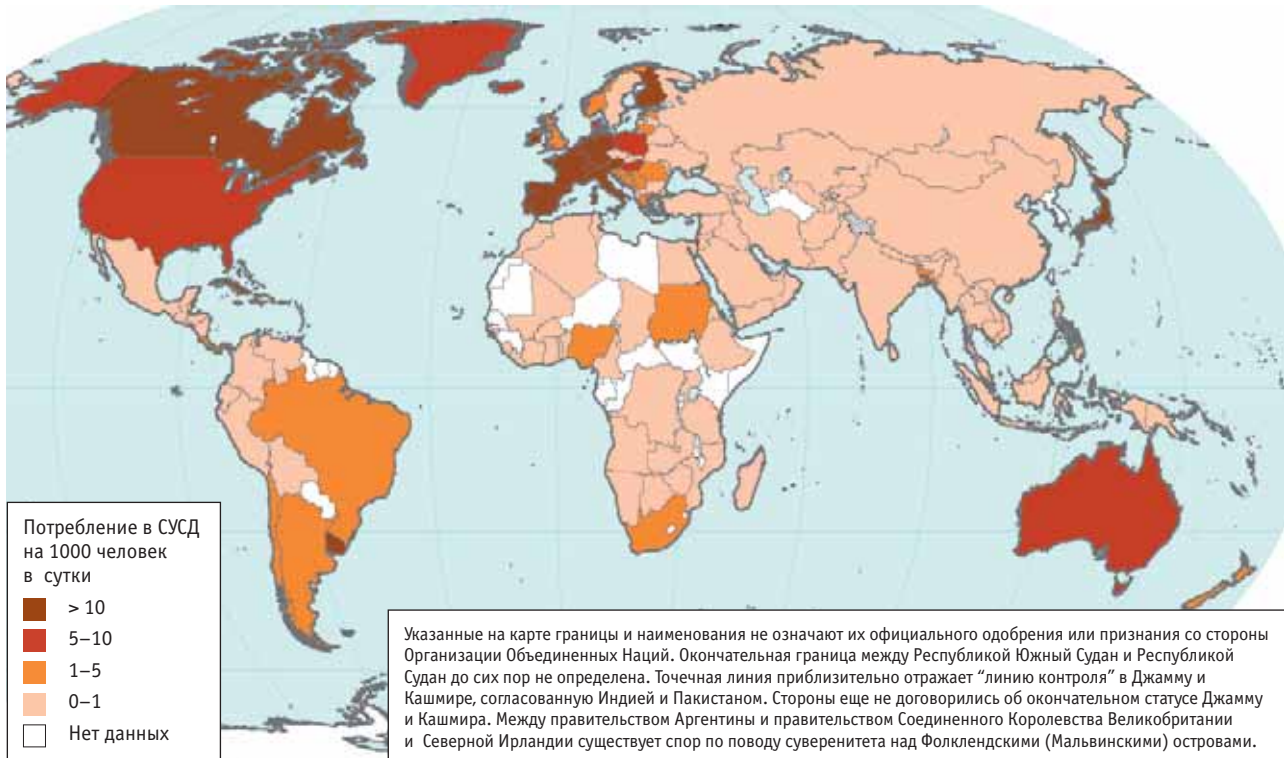
218. На картах 17 и 18 представлены тенденции в плане потребления бензодиазепинов седативно-снотворного действия по странам на основе данных о расчетных среднегодовых уровнях потребления (в СУСД на 1000 человек в сутки) в 2004–2006 и 2011–2013 годах.

Карта 17. Средний национальный уровень потребления бензодиазепинов седативно-снотворного действия, 2004–2006 годы



Источник: Международный комитет по контролю над наркотиками.

Карта 18. Средний национальный уровень потребления бензодиазепинов седативно-снотворного действия, 2011–2013 годы



Источник: Международный комитет по контролю над наркотиками.

### с) Основные лекарственные средства, содержащие бензодиазепины

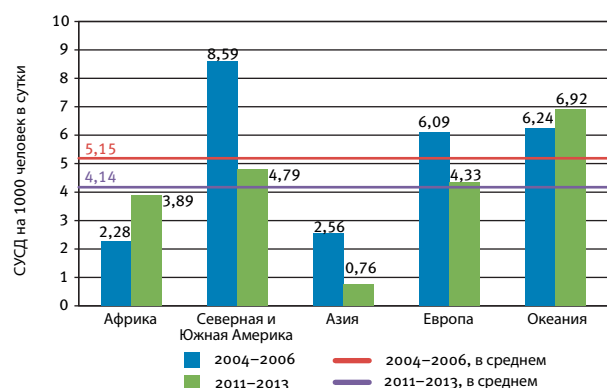
219. В Примерный перечень основных лекарственных средств ВОЗ включены три бензодиазепина: диазепам, лоразепам (анксиолитического действия) и мидазолам (седативно-снотворного действия).

#### Диазепам

220. В период с 2004–2006 по 2011–2013 годы среднегодовой уровень потребления диазепاما в мире снизился на 20 процентов – с 5,2 до 4,1 СУСД на 1000 человек в сутки (см. рисунок 56). Наибольший спад средних показателей потребления был отмечен в Азии (70 процентов) и в Северной и Южной Америке (44 процента). Напротив, в некоторых регионах Африки и Океании был отмечен рост среднегодового уровня потребления (на 70 и 11 процентов соответственно). Существенный рост в Африке стал в основном результатом роста расчетного уровня потребления в Демократической Республике Конго и в Гане. В мировом масштабе в период 2011–2013 годов из 164 стран, представивших данные, уровни потребления в 37 странах превысили среднемировой

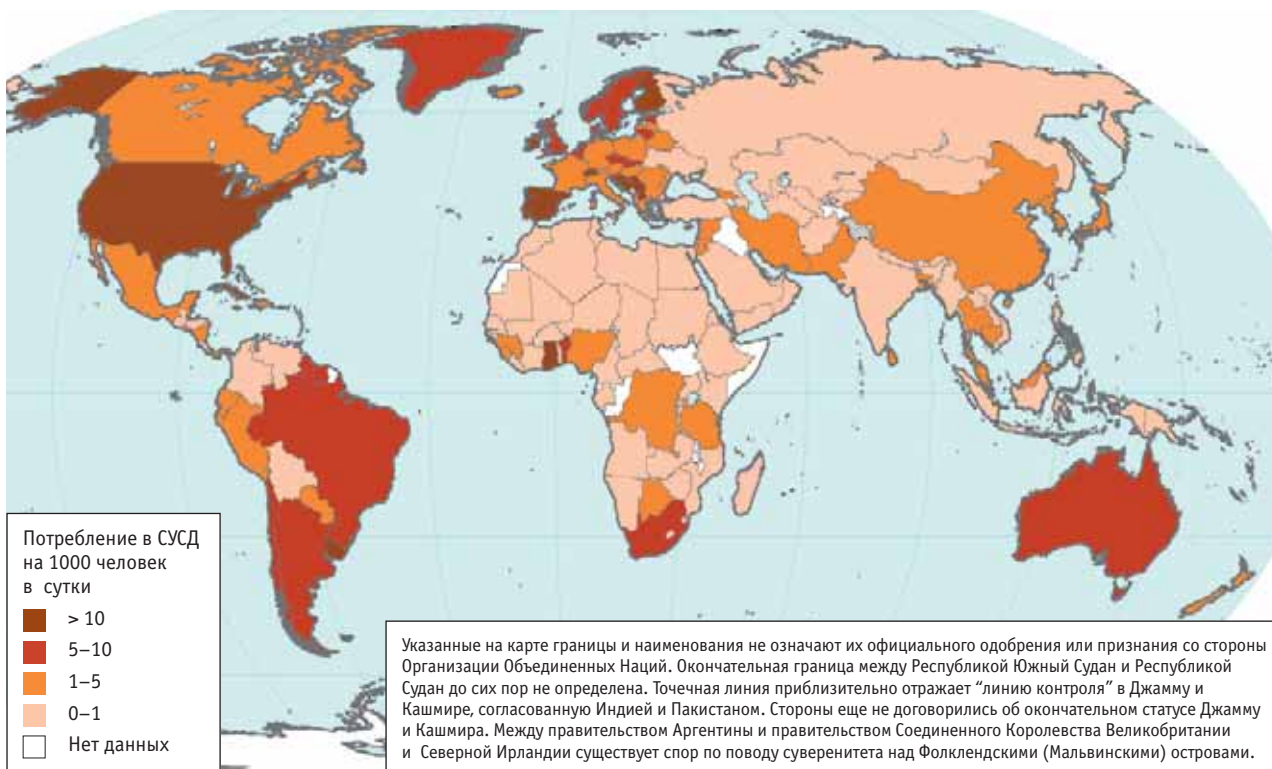
уровень, при этом в Гане (50,5 СУСД), бывшей югославской Республике Македония (26,1 СУСД) и Хорватии (25,9 СУСД) были отмечены максимальные показатели. С другой стороны, примерно в 90 странах показатели потребления были ниже 1 СУСД на 1000 человек в сутки, а в 22 странах уровень потребления был ниже 0,1 СУСД (см. карты 19 и 20).

Рисунок 56. Среднегодовой уровень потребления диазепاما, 2004–2006 и 2011–2013 годы



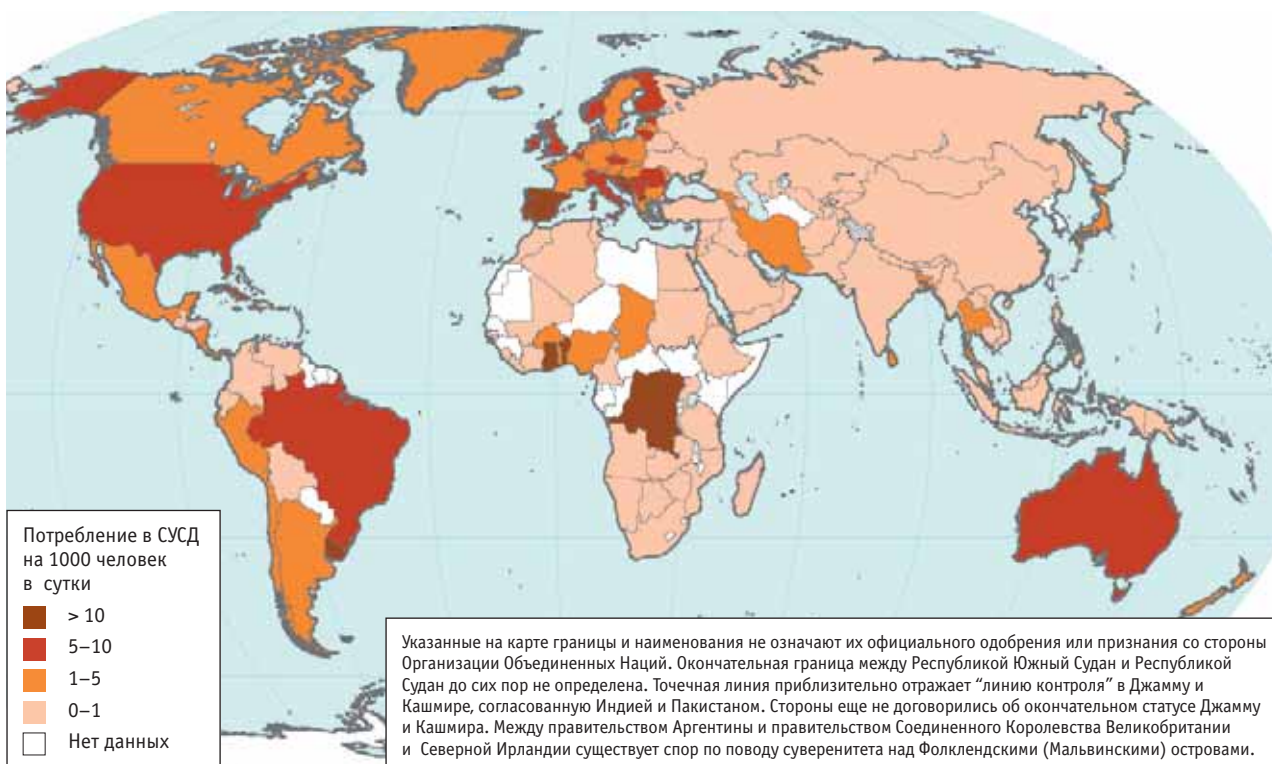
Источник: Международный комитет по контролю над наркотиками.

Карта 19. Средний национальный уровень потребления диазепама, 2004–2006 годы



Источник: Международный комитет по контролю над наркотиками.

Карта 20. Средний национальный уровень потребления диазепама, 2011–2013 годы

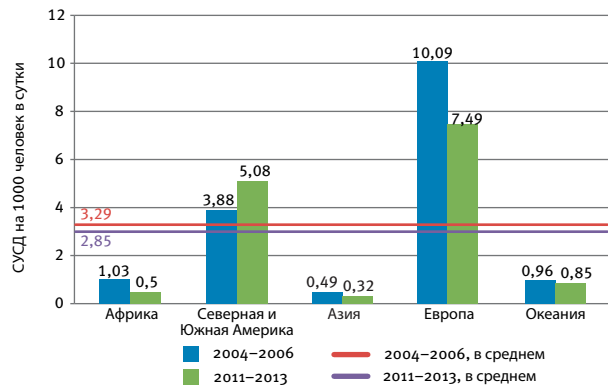


Источник: Международный комитет по контролю над наркотиками.

**Лоразепам**

221. Как показано на рисунке 57, в период с 2004–2006 по 2011–2013 годы среднегодовой уровень потребления лоразепама в мире также снизился – с 3,3 до 2,8 СУСД на 1000 человек в сутки. Однако такой относительно небольшой спад (на 13,4 процента) стал результатом существенной волатильности в различных регионах. За этот период среднегодовые показатели потребления выросли в Северной и Южной Америке на 31 процент на фоне сокращения во всех других регионах, при этом максимальный спад был отмечен в Африке (51,4 процента), Азии (34,5 процента) и Европе (25,8 процента). Из 134 стран, представивших статистические данные за период 2011–2013 годов, в 31 стране расчетные среднегодовые показатели потребления превысили среднемировой уровень. Максимальные показатели отмечены в Европе с Ирландией на первом месте (85,9 СУСД), за которой следуют Португалия (27,7 СУСД) и Испания (27,2 СУСД). В 83 странах среднегодовые показатели потребления были ниже 1 СУСД на 1000 человек в сутки, включая 44 страны

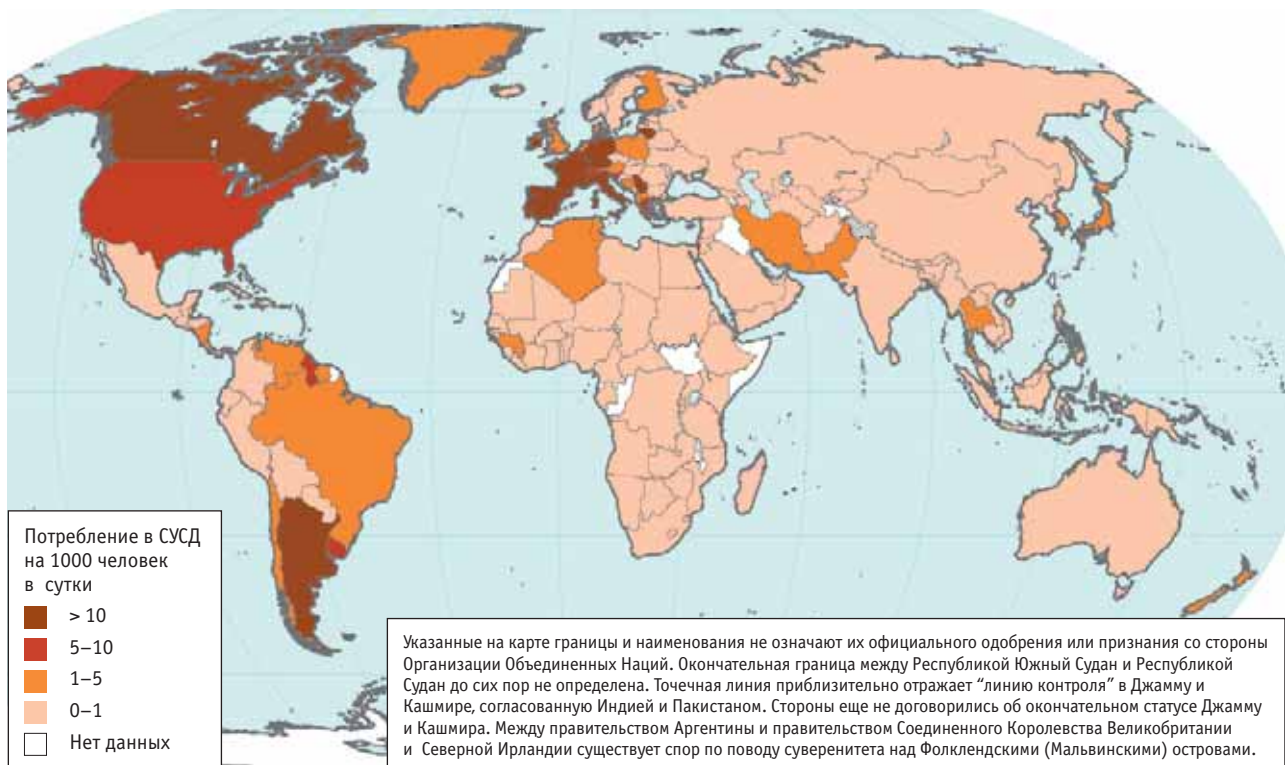
**Рисунок 57. Среднегодовой уровень потребления лоразепама, 2004–2006 и 2011–2013 годы**



Источник: Международный комитет по контролю над наркотиками.

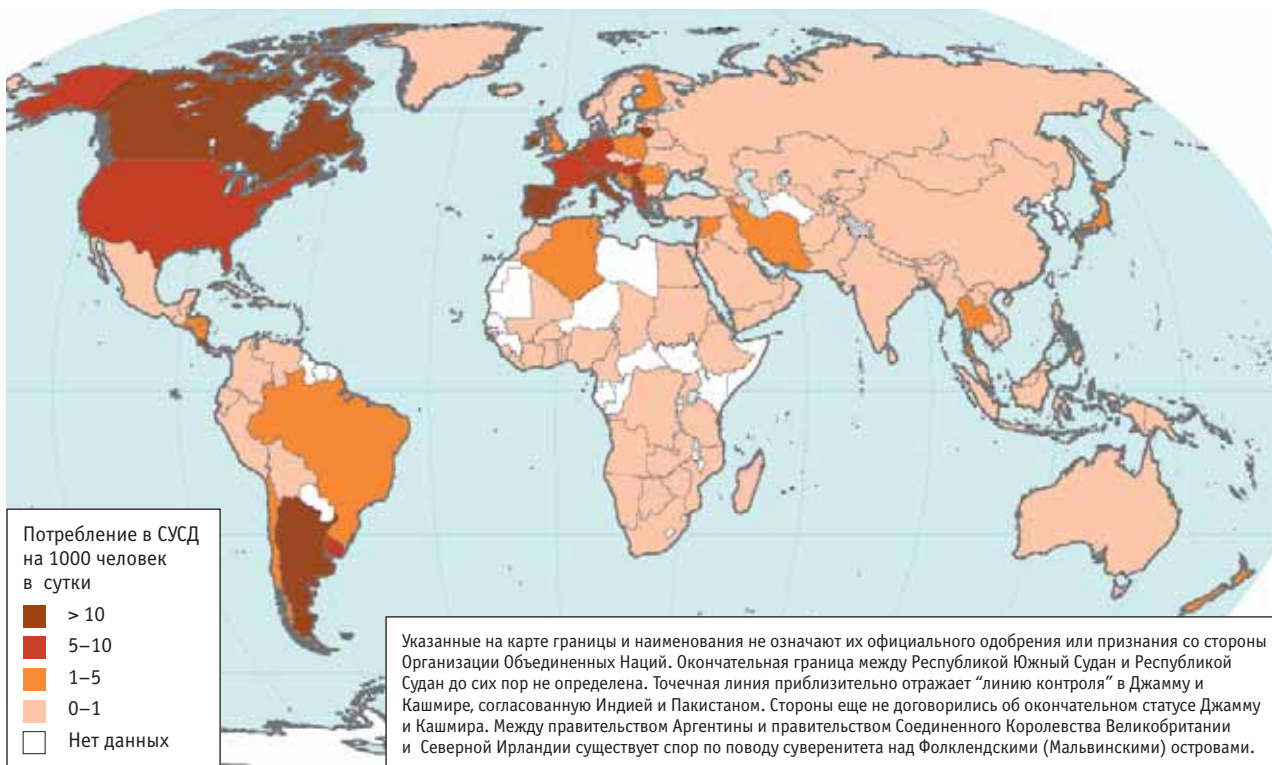
с уровнем потребления ниже 0,1 СУСД, среди которых можно отметить Бутан, Чад и Папуа-Новую Гвинею, где показатели ниже 0,02 СУСД. Динамика изменений в плане потребления лоразепама по странам представлена на картах 21 и 22 ниже.

**Карта 21. Средний национальный уровень потребления лоразепама, 2004–2006 годы**



Источник: Международный комитет по контролю над наркотиками.

Карта 22. Средний национальный уровень потребления лоразепама, 2011–2013 годы



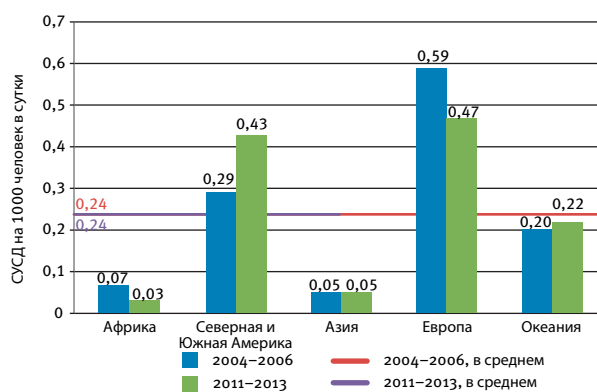
Источник: Международный комитет по контролю над наркотиками.

### Мидазолам

222. В период с 2004–2006 по 2011–2013 годы мировые показатели среднегодового потребления мидазолама снизились на 0,4 процента – с 0,238 до 0,237 СУСД на 1000 человек в сутки (см. рисунок 58). Европа и Северная и Южная Америка традиционно характеризуются наиболее высокими показателями потребления мидазолама. За последнее десятилетие наиболее заметный рост средних показателей потребления был отмечен в Северной и Южной Америке (47,2 процента). Вместе с тем показатели потребления снизились в Африке (на 56 процентов), Европе (20 процентов) и Азии (10 процентов). В период 2011–2013 годов только в восьми странах и территориях расчетные среднегодовые показатели потребления превысили 1 СУСД на 1000 человек в сутки: Швейцарии (5 СУСД), Сен-Мартене (2,7), Португалии (1,9), Кюрасао (1,6), Уругвае (1,5), Венгрии (1,4), Коста-Рике (1,1) и Соединенном Королевстве (1), в то время как в 37 странах и территориях показатели потребления были выше среднемирового уровня 0,237 СУСД. Среди стран и территорий с показателями потребления ниже среднемирового уровня в 89

были отмечены показатели менее 0,1 СУСД, включая 51 страну и территорию с показателями менее 0,01 СУСД. Динамика изменений в плане потребления мидазолама по странам в период 2004–2006 и 2011–2013 годов представлена на картах 23 и 24.

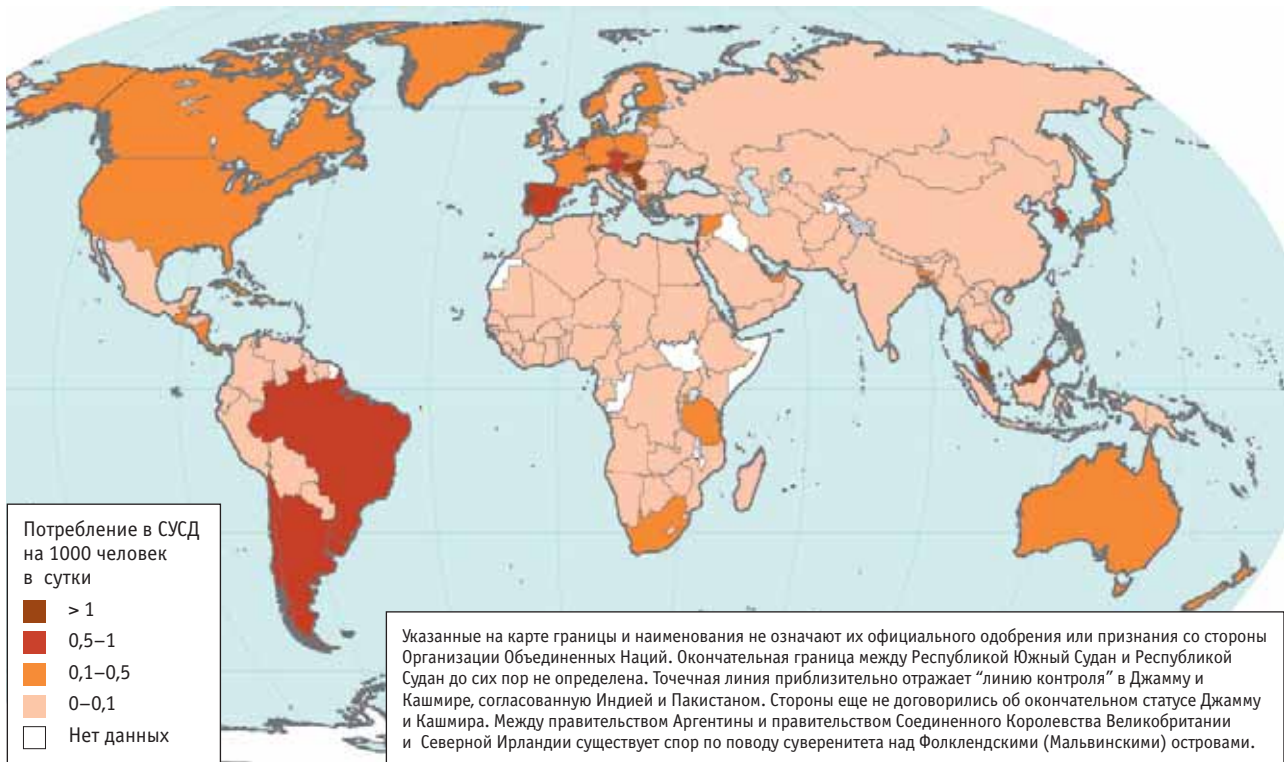
Рисунок 58. Среднегодовой уровень потребления мидазолама, 2004–2006 и 2011–2013 годы



Источник: Международный комитет по контролю над наркотиками.

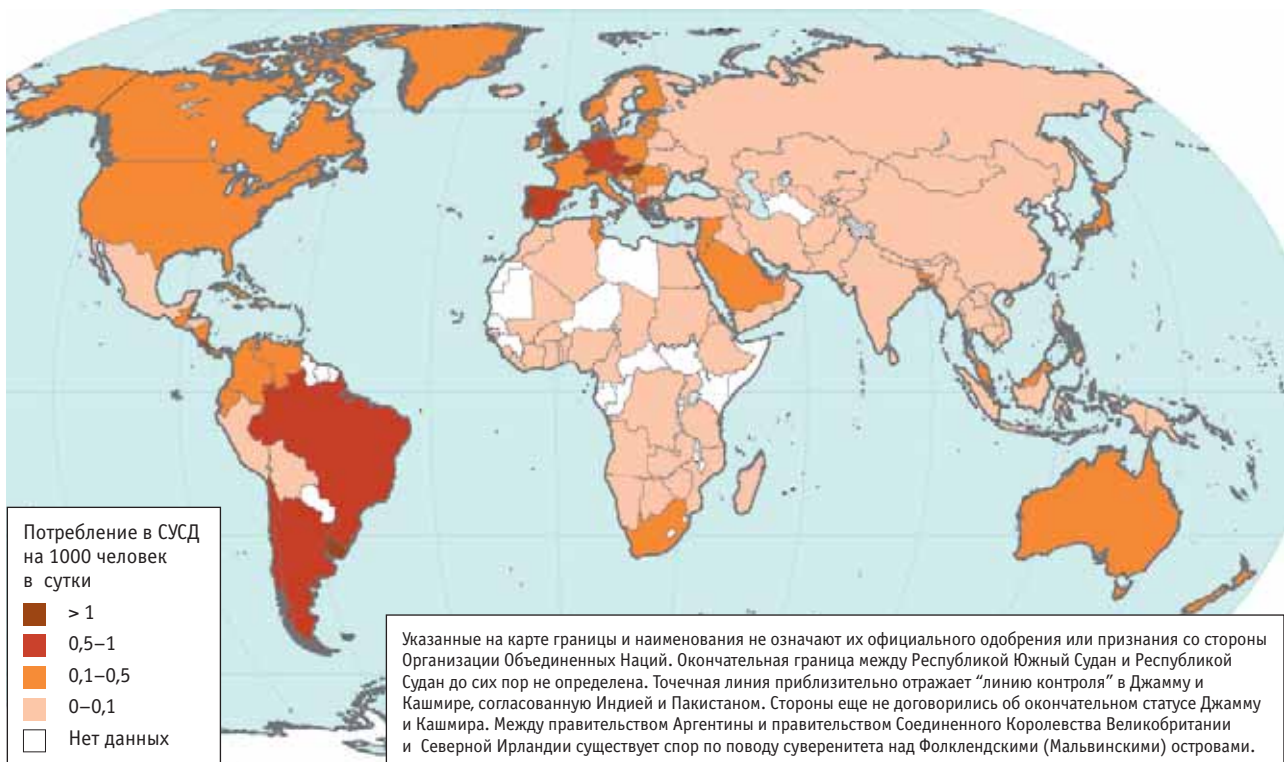


Карта 23. Средний национальный уровень потребления мидазолама, 2004–2006 годы



Источник: Международный комитет по контролю над наркотиками.

Карта 24. Средний национальный уровень потребления мидазолама, 2011–2013 годы



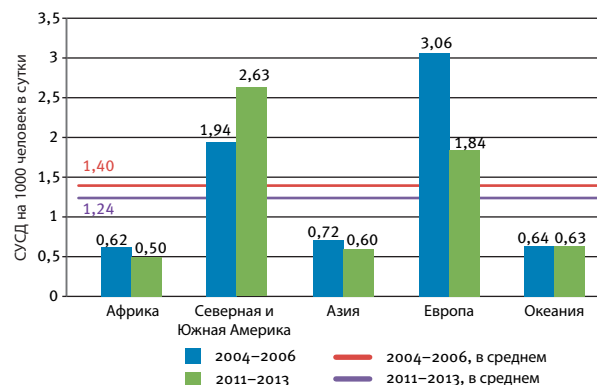
Источник: Международный комитет по контролю над наркотиками.

## d) Наличие противоэпилептических средств

223. Оба вида противоэпилептических барбитуратов (фенобарбитал и метилфенобарбитал) и противоэпилептических бензодиазепинов (клоназепам) включены в Список IV Конвенции 1971 года. Данные вещества применяются не только для лечения эпилепсии, но и в качестве снотворных средств. В качестве одного из веществ, включенных в Примерный перечень основных лекарственных средств ВОЗ, на фенобарбитал в период 2004–2013 годов приходился почти весь объем мирового потребления противоэпилептических средств.

224. За этот период показатели мирового потребления противоэпилептических средств сократились во всех регионах, за исключением Северной и Южной Америки. В частности, в наибольшей степени показатели потребления снизились в Европе (40 процентов), Африке (20 процентов) и Азии (16 процентов). В то же время показатели потребления противоэпилептических средств в Океании практически не изменились, однако в Северной и Южной Америке они

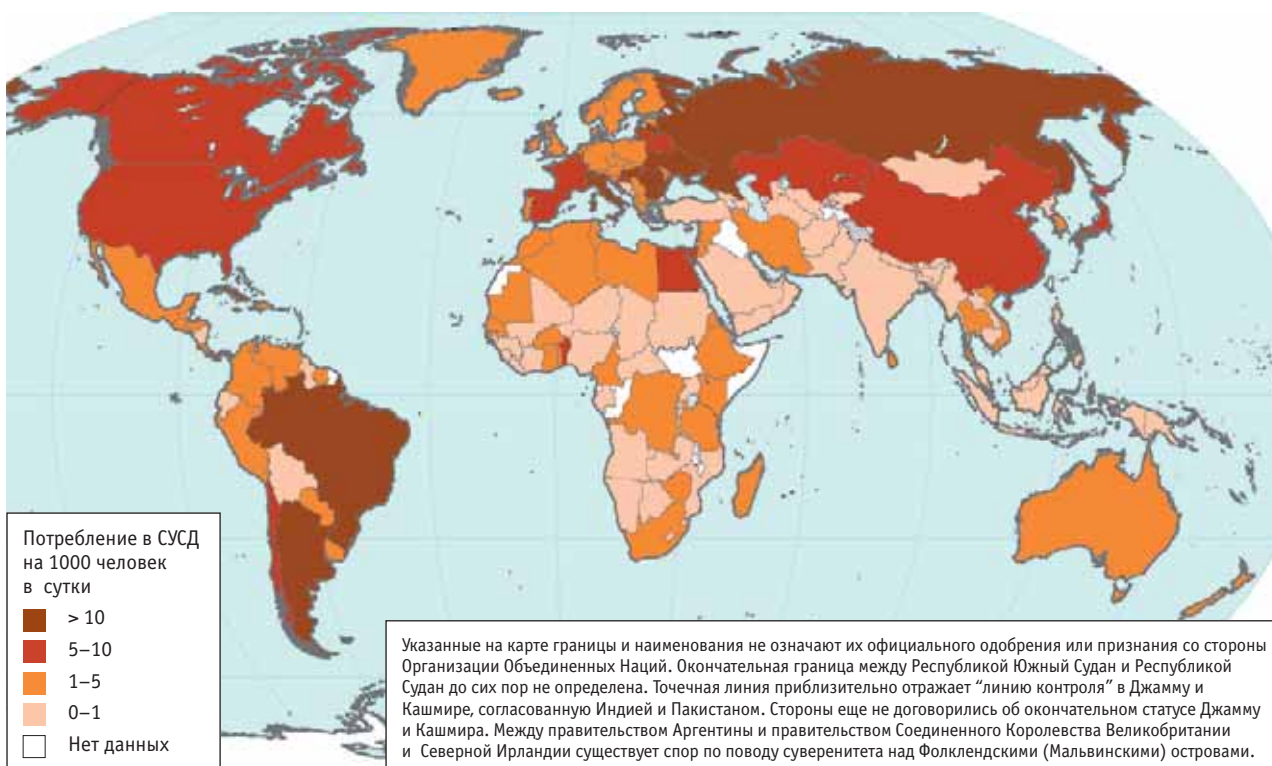
Рисунок 59. Уровень потребления противоэпилептических средств (все регионы), 2004–2006 и 2011–2013 годы



Источник: Международный комитет по контролю над наркотиками.

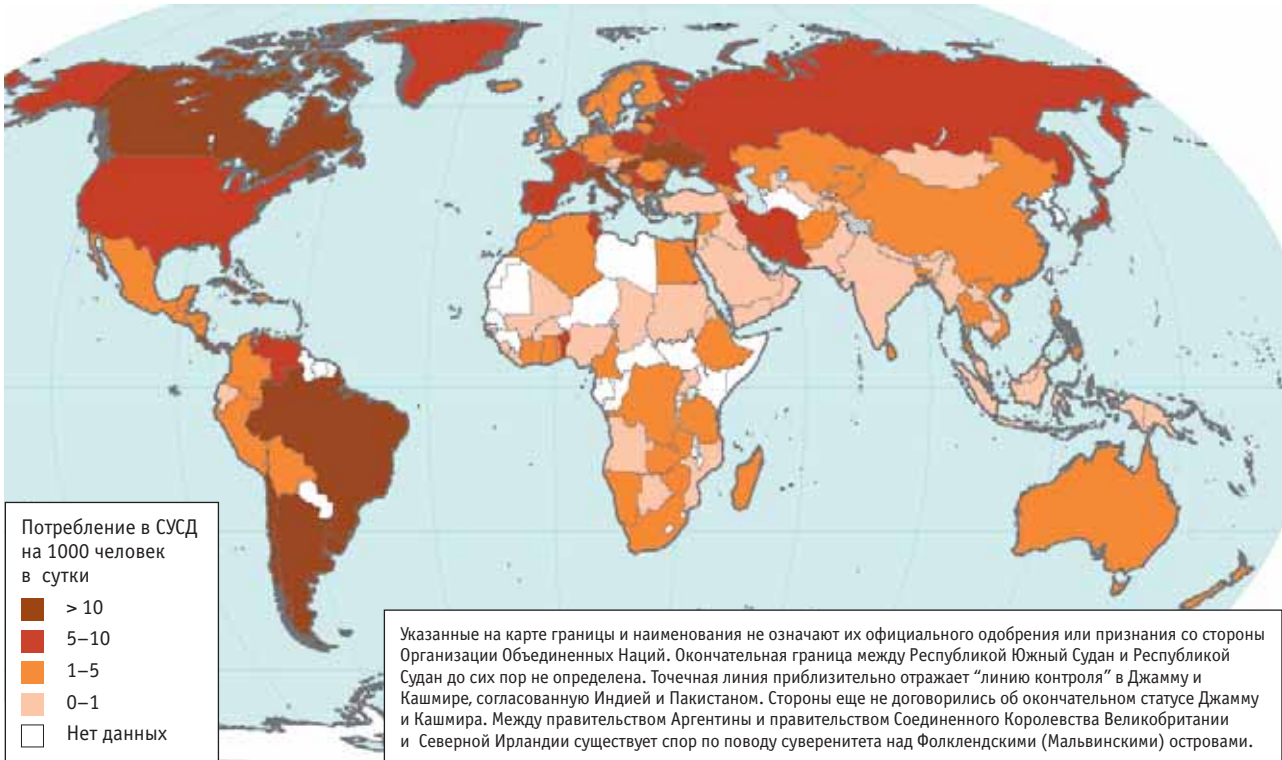
выросли на 35 процентов (см. рисунок 59). Динамика изменений в плане потребления противоэпилептических средств по странам представлена на картах 25 и 26 ниже.

Карта 25. Средний национальный уровень потребления противоэпилептических средств, 2004–2006 годы



Источник: Международный комитет по контролю над наркотиками.

Карта 26. Средний национальный уровень потребления противосудорожных средств, 2011–2013 годы



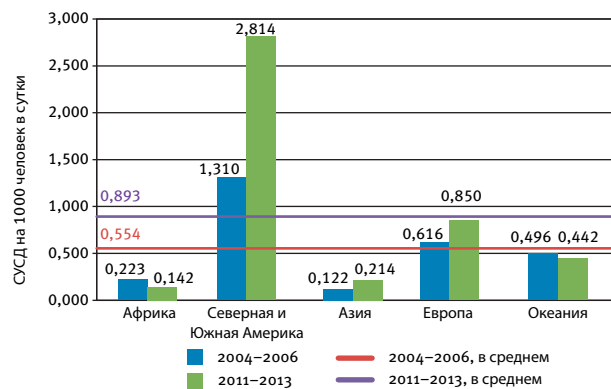
Источник: Международный комитет по контролю над наркотиками.

е) Противосудорожные бензодиазепины (клоназепам)

225. Существенный рост потребления противосудорожных средств в Северной и Южной Америке в основном обусловлен более высоким уровнем потребления противосудорожных бензодиазепинов (клоназепам) в Бразилии, Коста-Рике, Никарагуа и Панаме. В отличие от общей тенденции потребления противосудорожных средств, уровень потребления противосудорожных бензодиазепинов (клоназепам) в период 2004–2013 годов увеличился в большинстве регионов мира (см. рисунок 60). Наибольший рост был отмечен в Северной и Южной Америке (115 процентов), Азии (75 процентов) и Европе (38 процентов). Вместе с тем уровень потребления клоназепамы немного снизился в Африке и Океании (на 36 и 11 процентов соответственно). Независимо от изменений, отмеченных в различных регионах, региональное распределение потребления клоназепамы осталось прежним с наивысшими

уровнями потребления в Северной и Южной Америке, за которыми следуют Европа, Океания, Азия и Африка.

Рисунок 60. Уровень потребления клоназепамы (все регионы), 2004–2006 и 2011–2013 годы



Источник: Международный комитет по контролю над наркотиками.

## f) Противозепилептические барбитураты

226. Мировой уровень потребления противозепилептических барбитуратов (фенобарбитала и метилфенобарбитала) в период 2004–2013 годов существенно снизился. В то время как потребление этих веществ в Европе уменьшилось на 95 процентов, уровень их потребления в Азии и Африке также сократился (на 33 и 20 процентов соответственно). Региональные особенности потребления противозепилептических барбитуратов остались прежними, причем наивысшие уровни потребления были отмечены в Северной и Южной Америке, за которыми следуют Азия, Африка и Океания. Поскольку на фенобарбитал приходится практически весь объем мирового потребления противозепилептических бензодиазепинов, тенденции в плане потребления этих противозепилептических средств аналогичны тенденциям потребления фенобарбитала.

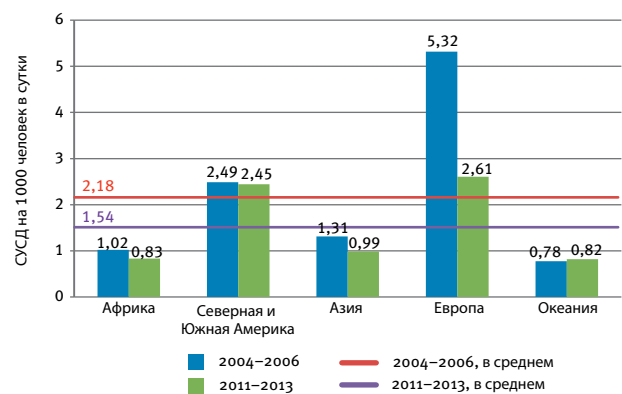
### Фенобарбитал

227. В период с 2004 по 2013 год мировой уровень потребления фенобарбитала из расчета в СУСД на 1000 человек в сутки снизился примерно на 30 процентов<sup>60</sup>, при этом был отмечен ряд существенных региональных различий (см. рисунок 61). Несмотря на то что уровень потребления как в Европе, так и в

<sup>60</sup>Расчет основан на сравнении средних значений за трехлетние периоды 2004–2006 и 2011–2013 годов.

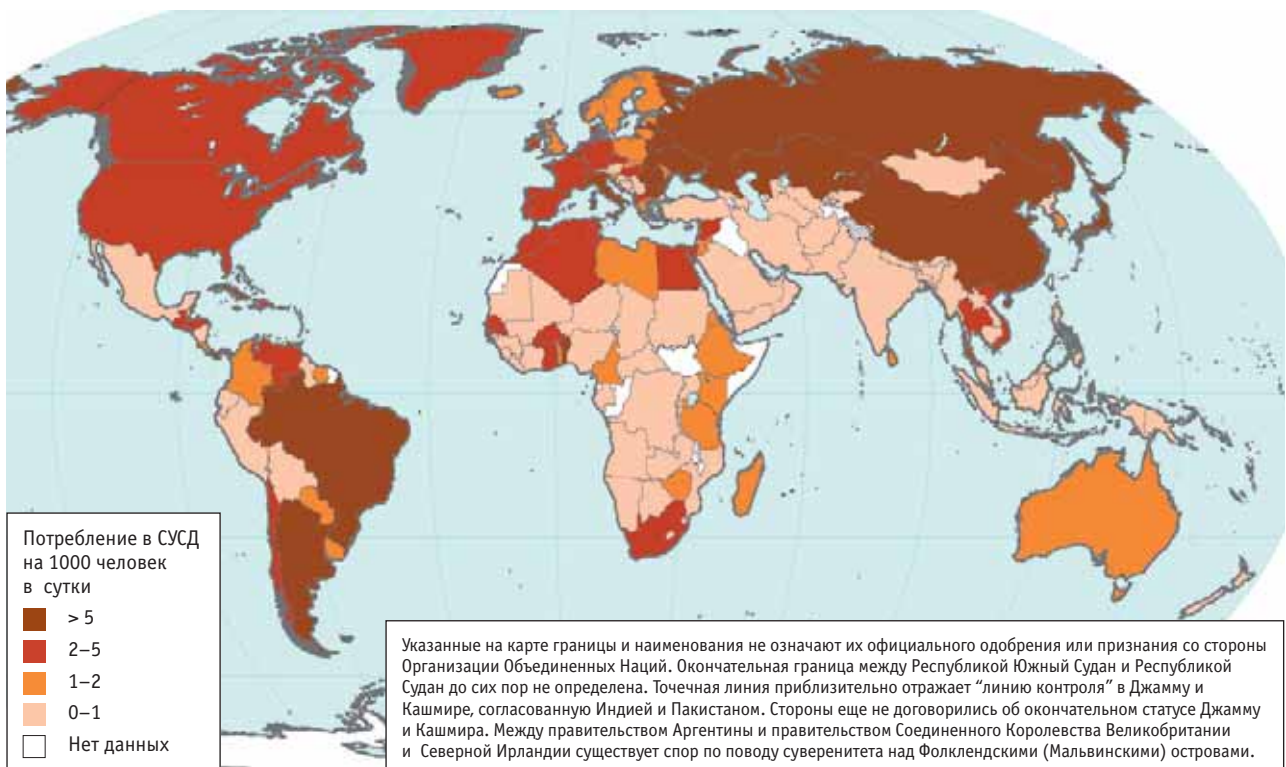
Северной и Южной Америке выше, чем в других регионах, потребление фенобарбитала в Европе сократилось на 51 процент, а в Северной и Южной Америке – лишь на 2 процента. Среди всех европейских стран наибольшее снижение было отмечено в Литве, Венгрии и Греции (в указанном порядке). Вместе с тем уровень потребления фенобарбитала в Азии и Африке также снизился (на 25 и 18 процентов соответственно), в то время как в Океании он вырос на 6 процентов. Несмотря на различные тенденции изменений, региональное распределение мирового уровня потребления фенобарбитала в

Рисунок 61. Уровень потребления фенобарбитала (все регионы), 2004–2006 и 2011–2013 годы



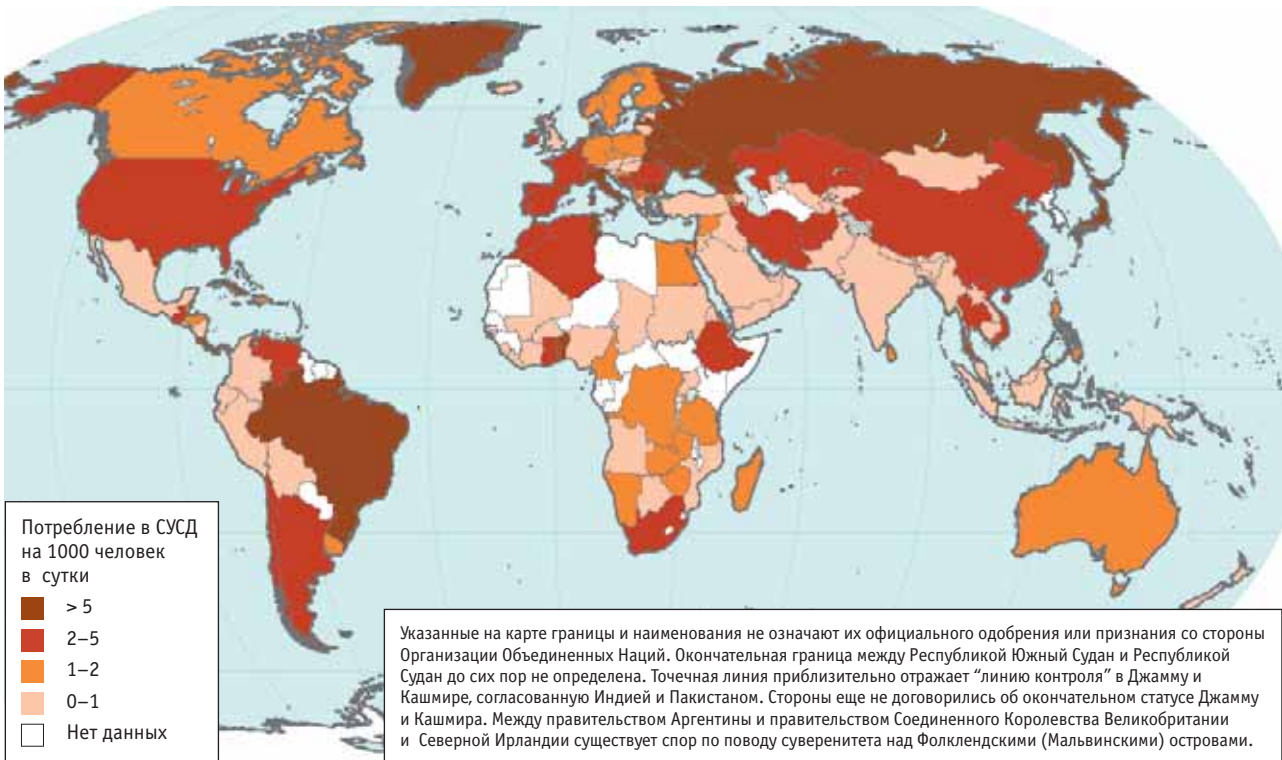
Источник: Международный комитет по контролю над наркотиками.

Карта 27. Средний национальный уровень потребления фенобарбитала, 2004–2006 годы



Источник: Международный комитет по контролю над наркотиками.

Карта 28. Средний национальный уровень потребления фенобарбитала, 2011–2013 годы



Источник: Международный комитет по контролю над наркотиками.

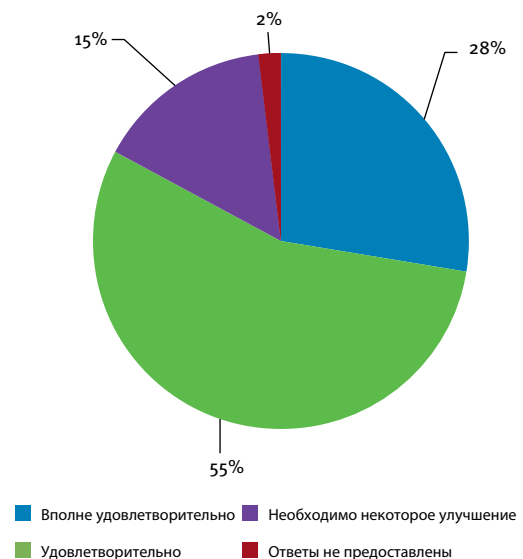
период 2004–2013 годов осталось прежним: к двум регионам с наивысшими средними уровнями потребления относятся Европа и Северная и Южная Америка, за которыми следуют Азия, Африка и Океания. На картах 27 и 28 ниже представлены тенденции в плане потребления фенобарбитала по странам на основе данных о расчетных среднегодовых уровнях потребления (в СУСД на 1000 человек в сутки) в 2004–2006 и 2011–2013 годах.

### С. Ограничительные факторы, влияющие на наличие психотропных веществ

228. На наличие психотропных веществ оказывают влияние различные социально-экономические факторы, в том числе: а) структура и потенциал систем здравоохранения; б) степень приоритетности для органов власти проблемы избавления от боли и страданий; и с) отношение общества к здравоохранению и медицинской помощи, а также к соответствующим законам и нормам. Действительно, факт наличия находящихся под контролем веществ не означает, что они доступны всем нуждающимся в них пациентам. На самом деле доступность лекарственных средств зависит от других критериев и условий, влияющих на оказание помощи пациентам.

229. Согласно данным проведенного Комитетом в 2014 году второго исследования наличия контролируемых веществ, на вопросы которого ответили 107 стран, подавляющее большинство правительств оценивают ситуацию в своих странах как удовлетворительную. Как показано на рисунке 62, более

Рисунок 62. Наличие психотропных веществ по оценке самих стран, 2014 год



Источник: исследование Международного комитета по контролю над наркотиками 2014 года.

Рисунок 63. Ограничительные факторы, влияющие на наличие психотропных веществ, 2014 год



Источник: исследование Международного комитета по контролю над наркотиками 2014 года.

трех четвертей стран считают ситуацию в отношении психотропных веществ удовлетворительной или вполне удовлетворительной (55 и 28 процентов соответственно), в то время как другие страны (15 процентов) отметили, что ситуация с доступностью этих веществ в странах требует некоторого улучшения. Тем не менее Комитет относится к такой оценке с определенной осторожностью.

230. Кроме того, наличие в той или иной стране находящихся под контролем веществ не всегда является релевантным фактором, свидетельствующим о доступности таких веществ. Для обеспечения справедливого и сбалансированного распределения по всей географической территории страны и среди всего населения необходимо учитывать многие аспекты и решать ряд проблем.

231. Масштабы медицинского использования лекарственных средств зависят от множества факторов. Например, выписывающие рецепты врачи выбирают варианты лечения в соответствии с установленной терапевтической эффективностью лекарственных средств, их наличием и, что не менее важно, устойчивостью их предложения, что требует надлежащего уровня осведомленности и знаний о рыночной конъюнктуре. Наличие и доступность психотропных веществ оказывают непосредственное влияние на уровень потребления этих веществ, однако не обеспечивают автоматически наличие такого уровня потребления, учитывая то, что

выписывающие рецепты врачи могут выбрать другие схемы лечения, что приводит к прописыванию других веществ (например, не находящихся под контролем или более дешевых). В таких случаях доступ пациентов к лечению обеспечивается, однако он не связан с находящимися под контролем веществами, что может приводить к искусственно заниженному наличию таких веществ.

232. Как видно из рисунка 63, по итогам исследования наличия находящихся под контролем веществ, проведенного Комитетом в 2014 году, были выявлены основные ограничительные факторы, препятствующие, по мнению правительств, наличию таких находящихся под международным контролем веществ.

233. За исключением страха утечки, который чаще упоминался в связи с наркотическими средствами, нежели с психотропными веществами, основным ограничительным фактором, препятствующим наличию психотропных веществ, как и в случае наркотических средств, является низкий уровень знаний и осведомленности среди медицинских работников в области рационального применения таких средств. Кроме того, исследование также показало, что среди ограничительных факторов, которые реже всего упоминались странами-респондентами, были названы меры, принимаемые Комитетом в отношении наличия наркотических средств и психотропных веществ. Этот положительный и внушающий оптимизм результат свидетельствует о том, что Комитет не

воспринимается в качестве стороны, способствующей введению чрезмерных ограничений для обеспечения наличия находящихся под контролем веществ.

234. Препятствовать доступу к лечению могут условия жизни пациента, например если необходимые медицинские структуры (больницы, клиники или аптеки) отсутствуют в определенном районе страны или, как это, к сожалению, часто бывает в сельских сообществах некоторых развивающихся стран, ближайшие медицинские учреждения находятся слишком далеко в плане доступа к ним. Потенциал систем здравоохранения по обслуживанию пациентов оказывает воздействие на доступность находящихся под контролем веществ, не влияя на их наличие (если в отдаленных районах имеются достаточные запасы). При появлении параллельных рынков и контрафактной продукции, учитывая ее опасность для здоровья, невозможно обеспечить надлежащий и своевременный доступ к безопасным лекарственным средствам.

235. В развивающихся странах, в которых наличие лекарственных средств зависит от экономических факторов, а не от реальных медицинских потребностей, вопросам психиатрической помощи может не уделяться то надлежащее внимание, которого они требуют. Кроме того, в качестве ограничительных факторов, препятствующих потреблению психотропных веществ, были также указаны культурные особенности, связанные с отношением к психическим заболеваниям и состояниям, а также страх развития зависимости. Низкий уровень прописывания психотропных веществ медицинскими работниками также препятствует их производству/импорту.

236. В некоторых случаях неверная информация и предубеждения, связанные с находящимися под контролем веществами, в сочетании со страхом преследования за хранение таких веществ зачастую заставляют дистрибьюторов воздерживаться от хранения больших запасов.

237. Среди ограничительных факторов чаще всего упоминался низкий уровень осведомленности медицинских работников в отношении рационального использования психотропных веществ. Такой ограничительный фактор может быть следствием отсутствия надлежащей подготовки и знаний по этому вопросу, что в значительной мере способствует низкому уровню прописывания таких веществ.

238. В ряде стран отсутствие соответствующих знаний у медицинских работников может приводить к появлению необоснованных опасений в отношении прописывания, использования и возникновения зависимости от таких веществ. Как и в случае наркотических средств, недостаточное внимание к рациональному прописыванию и применению

психотропных веществ в учебных программах медицинских учебных заведений также может способствовать появлению такой ситуации. Соответственно, врачи могут прописывать только те вещества, которые им более известны, в частности вещества, которые не находятся под международным контролем.

239. В соответствии с ответами на вопросы исследования Комитета дисциплины, касающиеся рационального прописывания и применения психотропных веществ, предусмотрены в учебных планах подготовки медицинских работников в 66 странах. Кроме того, 58 стран сообщили о принятии мер в целях повышения уровня осведомленности медицинских работников в отношении практики прописывания психотропных веществ.

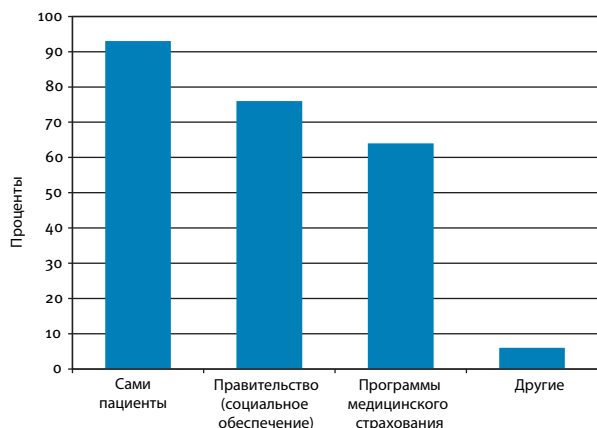
240. Кроме того, 39 процентов представивших свои ответы стран (29 стран) сообщили о таком ограничительном факторе, препятствующем наличию психотропных веществ, как страх развития зависимости, который, как показало исследование 2014 года, стал одним из наиболее часто упоминавшихся ограничительных факторов.

241. Как было отмечено в отношении наркотических средств, страх развития зависимости от психотропных веществ связан с низким уровнем осведомленности и подготовки медицинских работников, а также с культурными особенностями и предрассудками в отношении психотропных веществ.

242. Очевидно, что одним из ограничительных факторов, препятствующих доступу к определенному медицинскому лечению, является стоимость лечения; следовательно, такое лечение может иметься в наличии, но быть недоступным для тех, кто нуждается в нем в большей степени. Кроме того, доступ к лекарственным средствам, при условии их наличия, может зависеть от других факторов, таких как структура самой системы здравоохранения. Финансовые вопросы были отмечены в качестве ограничительного фактора, влияющего на наличие психотропных веществ, 28 странами (37 процентов). Действительно, ограниченные финансовые ресурсы могут оказывать влияние на выбор приобретаемых лекарственных средств, при этом приоритет может отдаваться веществам, считающимся основными (например, таким, как антибиотики).

243. Кроме того, наличие психотропных веществ также зависит от их финансовой доступности для пациентов. В связи с этим важную роль играет наличие системы социального обеспечения или национальных программ медицинского страхования. В ответах на вопрос о том, кто платит за медицинское лечение с использованием прописываемых психотропных веществ, чаще всего упоминались

Рисунок 64. Кто оплачивает стоимость прописанных психотропных веществ? (2014 год)



Источник: исследование Международного комитета по контролю над наркотиками 2014 года.

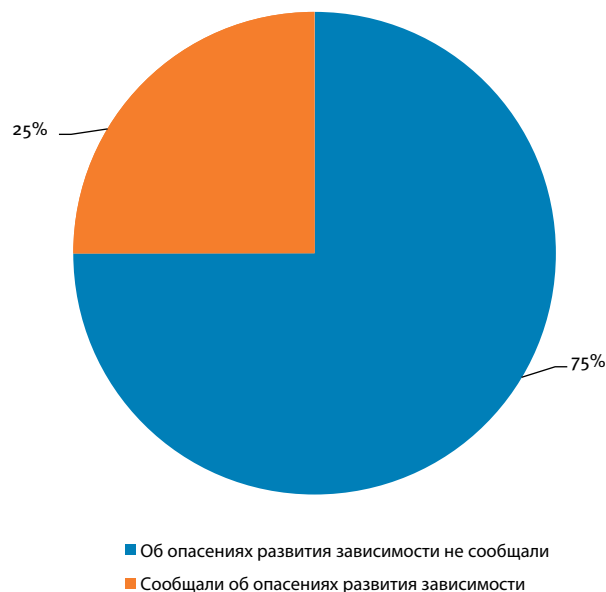
пациенты (89 процентов), затем правительство (73 процента) и программы медицинского страхования (62 процента) (см. рисунок 64).

244. Культурные и социальные особенности, связанные с отношением к психотропным веществам, также были признаны играющими большую роль в качестве ограничительных факторов, препятствующих потреблению таких веществ.

245. Повышение уровня осведомленности медицинских работников о рациональном использовании и прописывании психотропных веществ может играть решающую роль для преодоления связанных с использованием ограничений, которые возникают из страха развития зависимости. Проведенное Комитетом исследование показало, что из 58 стран, принявших меры по повышению уровня осведомленности медицинских работников, большинство (75 процентов) не указали страх развития зависимости в качестве одного из ограничительных факторов, препятствующих наличию психотропных веществ (см. рисунок 65).

246. Страны могут воздерживаться от производства и/или импорта находящихся под контролем веществ во избежание их утечки в целях незаконного оборота и злоупотребления. Из 75 стран, представивших свои ответы, 26 сообщили о страхе утечки психотропных веществ как об одном из ограничительных факторов, препятствующих наличию таких веществ. Кроме того, появление нерегулируемых и параллельных рынков психотропных веществ также может способствовать возникновению страха утечки. В некоторых случаях пациенты могут отказываться от лечения с использованием психотропных веществ из страха побочных эффектов и стигматизации, связанной с применением таких веществ.

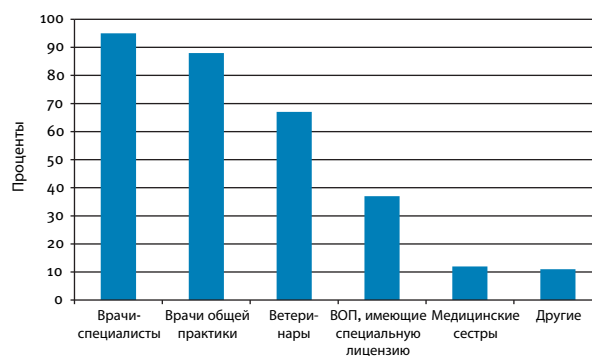
Рисунок 65. Сообщения о страхе развития зависимости в странах, осуществивших меры по повышению уровня осведомленности, 2014 год



Источник: исследование Международного комитета по контролю над наркотиками 2014 года.

247. К другим основным ограничительным факторам, названным странами, относятся бремя со стороны некоторых внутренних административных механизмов регулирования применения находящихся под контролем веществ и различные правила и нормы в сфере международной торговли такими веществами, а также страх преследования и/или санкций, связанный с работой с находящимися под контролем веществами. Такие меры могут быть связаны с международной торговлей психотропными веществами и национальными сетями распространения (прописывания и отпуска). В результате исследования было установлено, что из 37 стран, которые сообщили за последние 10 лет о принятии законодательных или регулятивных мер, направленных на увеличение наличия психотропных веществ для медицинских целей, в 35 странах был отмечен рост потребления в показа-

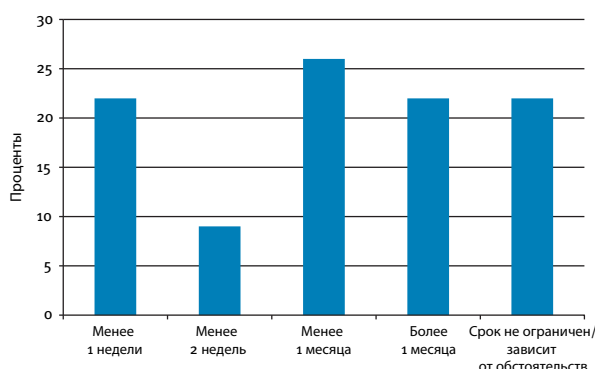
Рисунок 66. Лица, прописывающие психотропные вещества, 2014 год



Источник: исследование Международного комитета по контролю над наркотиками 2014 года.



Рисунок 67. Максимальный срок действия медицинских рецептов на лекарственные средства, содержащие психотропные вещества, 2014 год



Источник: исследование Международного комитета по контролю над наркотиками 2014 года.

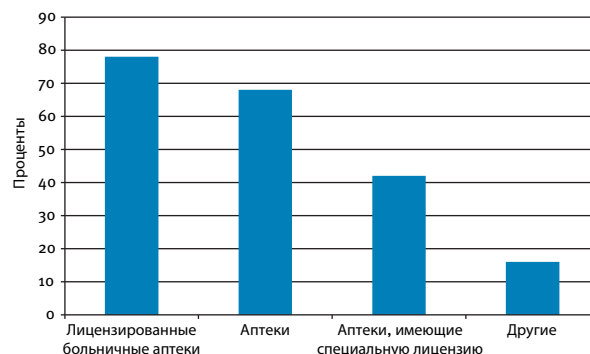
телях СУСД за период 2007–2009 годов. Однако из 83 стран, представивших свои ответы, 75 сообщили о существовании санкций в случае ненадлежащего ведения отчетности.

248. Из 102 стран, представивших свои ответы, в 66 процентах стран предусмотрены законодательные требования в отношении лиц, прописывающих психотропные вещества, которые предусматривают ведение учета рецептов. Такие требования могут ограничивать формирование запасов таких веществ вследствие соответствующих расходов и затратных по времени процедур, а также ввиду страха возможного преследования и санкций.

249. Как показано на рисунке 66, врачи общей практики и врачи-специалисты имеют приблизительно идентичные полномочия в отношении прописывания психотропных веществ. Среди стран, представивших свои ответы, в большинстве из них медицинские сестры не имеют права прописывать психотропные вещества, что также может препятствовать наличию, особенно в сельских районах, в которых имеются базовые системы здравоохранения и соответствующая инфраструктура.

250. Правила чрезмерно ограничительного характера в отношении сетей распространения и протоколов отпуска также могут способствовать снижению уровня доступа к психотропным веществам. Определенную роль могут играть и сроки действия медицинских рецептов на содержащие психотропные вещества препараты, а также ограничения или отсутствие гибкости в отношении пополнения запасов, особенно учитывая тот факт, что лечение с использованием психотропных веществ зачастую продолжается на протяжении многих лет. В связи с этим

Рисунок 68. Учреждения, в которых осуществляется отпуск прописанных психотропных веществ, 2014 год



Источник: исследование Международного комитета по контролю над наркотиками 2014 года.

26 процентов стран сообщили о том, что рецепты действительно в течение одного месяца или менее. Второй по частоте упоминания срок действия составлял примерно одну неделю (22 процента стран) (см. рисунок 67).

251. Государства-члены сообщили о том, что отпуск психотропных веществ осуществляется в основном в лицензированных больничных аптеках или в обычных аптеках. Чуть менее половины стран, представивших свои ответы, сообщили о том, что психотропные вещества могут отпускаться в аптеках, имеющих специальные лицензии (см. рисунок 68).

252. Ограничения в отношении числа аптек, которым разрешается осуществлять отпуск психотропных веществ, являются не такими строгими, как ограничения в отношении наркотических средств, но также могут сокращать наличие таких веществ.

253. Наконец, только одна страна указала на меры со стороны Комитета как на препятствие для наличия психотропных веществ. Хотя подавляющее большинство стран (98 процентов) знакомы с процедурами, связанными с учреждением, представлением и изменением оценок своих медицинских требований в отношении психотропных веществ, а более чем 80 процентов представивших свои ответы стран пользуются учебными материалами МККН и совместными руководствами МККН/ВОЗ о подготовке к проведению оценок, некоторые респонденты предложили меры, которые могут быть приняты Комитетом и которые могут способствовать увеличению наличия психотропных веществ, включая меры по профессиональной подготовке и представление информации национальным компетентным органам.

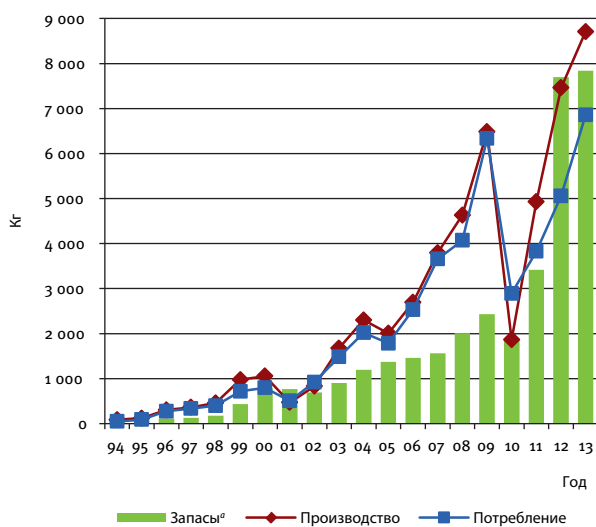


## Глава IV

# Наличие находящихся под международным контролем лекарственных средств для лечения опиоидной зависимости

254. Метадон и бупренорфин применяются для обезболивания, однако также находят широкое применение для лечения опиоидной зависимости. В некоторых странах для лечения опиоидной зависимости используются другие находящиеся под контролем вещества, такие как опиум, спиртовая настойка опия, героин и морфин. В данных, представленных странами МККН, цель использования не указывается, однако оценки в отношении метадона и бупренорфина представляются в основном в отношении программ лечения опиоидной зависимости.

Рисунок 69. Зафиксированный объем производства и запасы бупренорфина, 1994–2013 годы

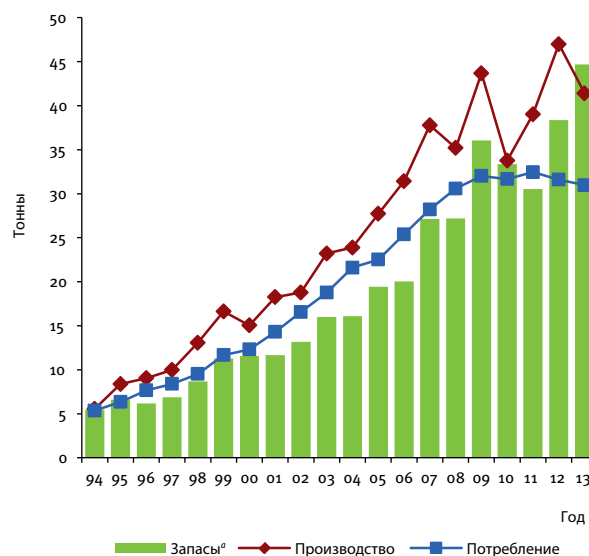


Источник: Международный комитет по контролю над наркотиками.  
Примечание: среднее расчетное значение объема мирового потребления, определенное на основе представленных правительствами статистических данных.

<sup>а</sup> Запасы по состоянию на 31 декабря каждого года; данные представлены на добровольной основе и, следовательно, могут быть неполными.

255. Анализ тенденций в связи с потреблением, производством и запасами этих двух веществ свидетельствует об устойчивом росте за последние 20 лет. Мировой объем производства бупренорфина неуклонно растет (за исключением 2010 года, когда наблюдался резкий спад), достигнув в 2013 году своего максимального уровня 8,7 тонны. Аналогичным образом, в указанный период также был отмечен устойчивый рост мирового объема производства метадона несмотря на некоторые колебания, а в 2013 году был зафиксирован небольшой спад до 41,4 тонны (на 5,5 тонны меньше, чем в 2012 году) (см. рисунки 69 и 70). Как отмечалось в отношении других опиоидных анальгетиков, какие-либо проблемы в связи с предложением этих веществ отсутствуют.

Рисунок 70. Мировой объем производства, потребления и запасы метадона, 1994–2013 годы



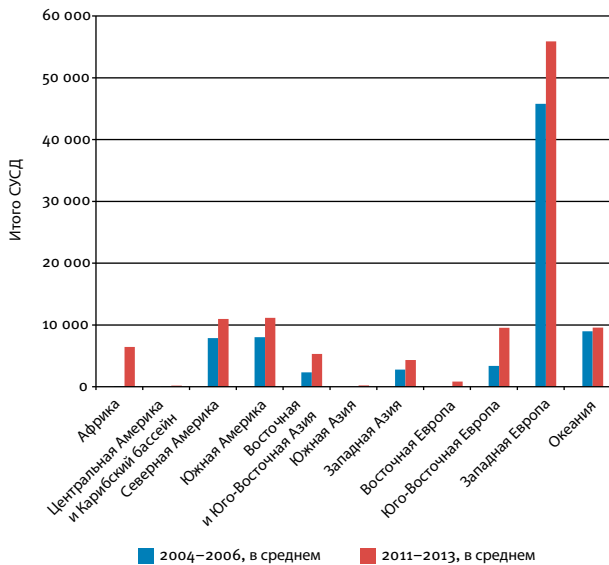
Источник: Международный комитет по контролю над наркотиками.

<sup>а</sup> Запасы по состоянию на 31 декабря каждого года.

256. Вместе с тем имеются существенные различия в отношении особенностей потребления на глобальном уровне, которые показаны на картах 29–33. В некоторых случаях различия в уровне потребления (выраженном в СУСД, см. рисунки 71 и 72) связаны с наличием или отсутствием лиц, употребляющих наркотики путем инъекций. В других случаях,

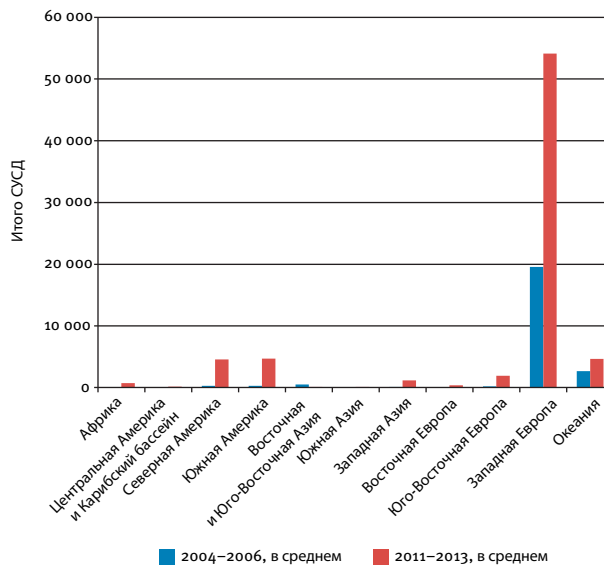
несмотря на факт существования (в большей или меньшей степени) этого явления, потребление метадона и бупренорфина, а также опиатная заместительная терапия ограничены или отсутствуют. Иногда это объясняется государственной политикой, которая не признает эффективности такой терапии опиоидной зависимости, политическим и культурным

Рисунок 71. Изменения в потреблении метадона в период между 2004–2006 и 2011–2013 годами



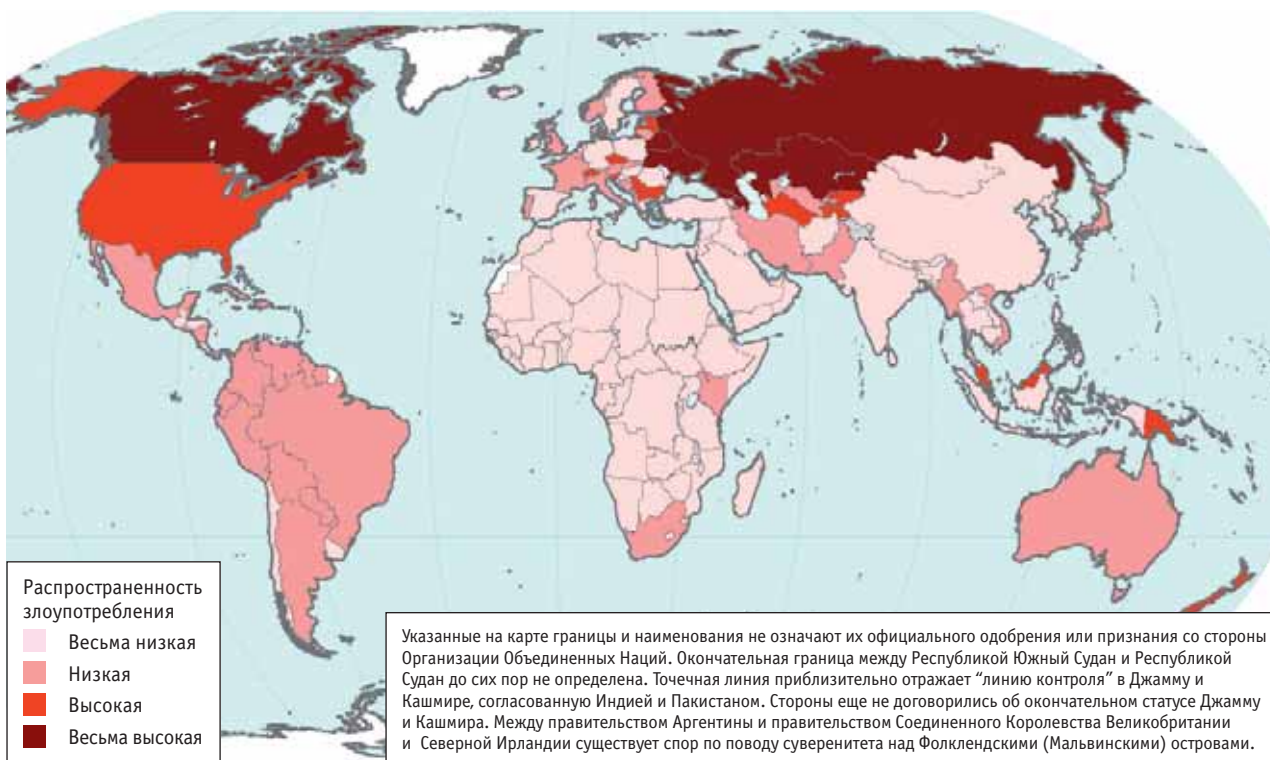
Источник: Международный комитет по контролю над наркотиками.

Рисунок 72. Изменения в потреблении бупренорфина в период между 2004–2006 и 2011–2013 годами



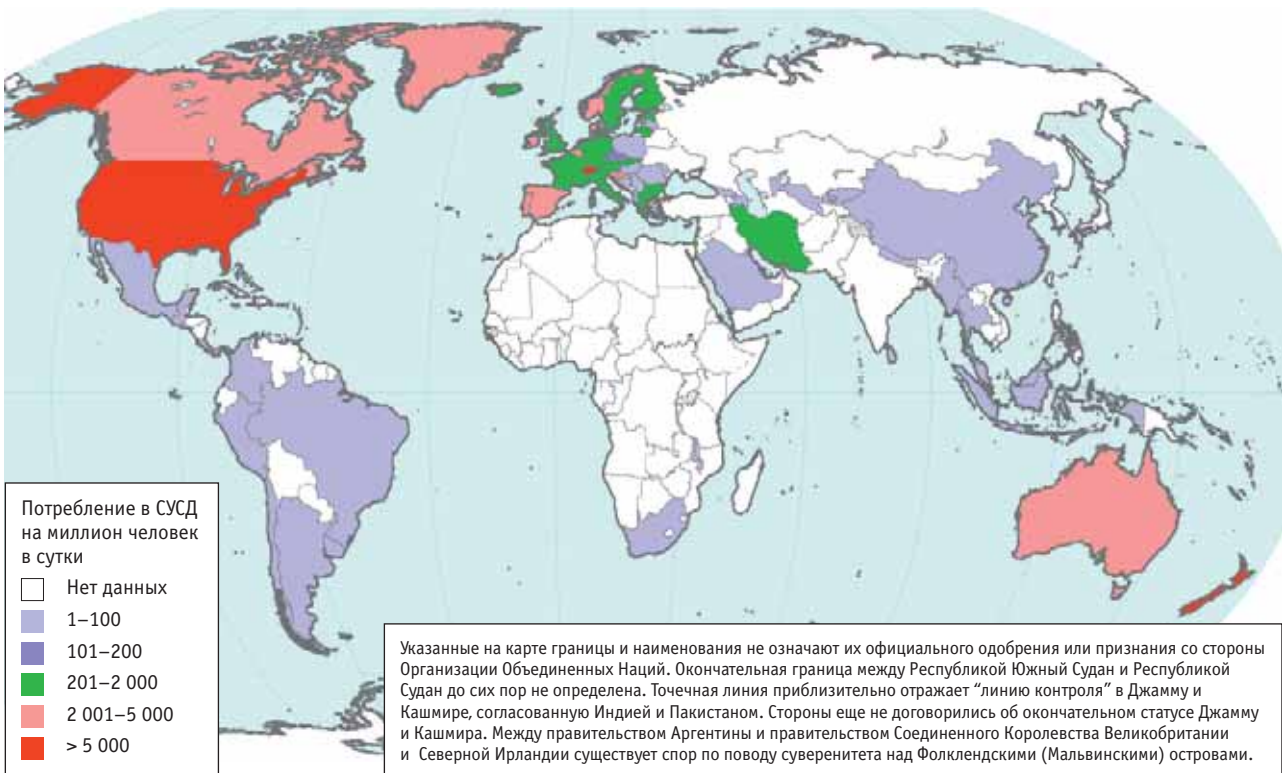
Источник: Международный комитет по контролю над наркотиками.

Карта 29. Распространенность лиц, употребляющих наркотики путем инъекций, 2013 год



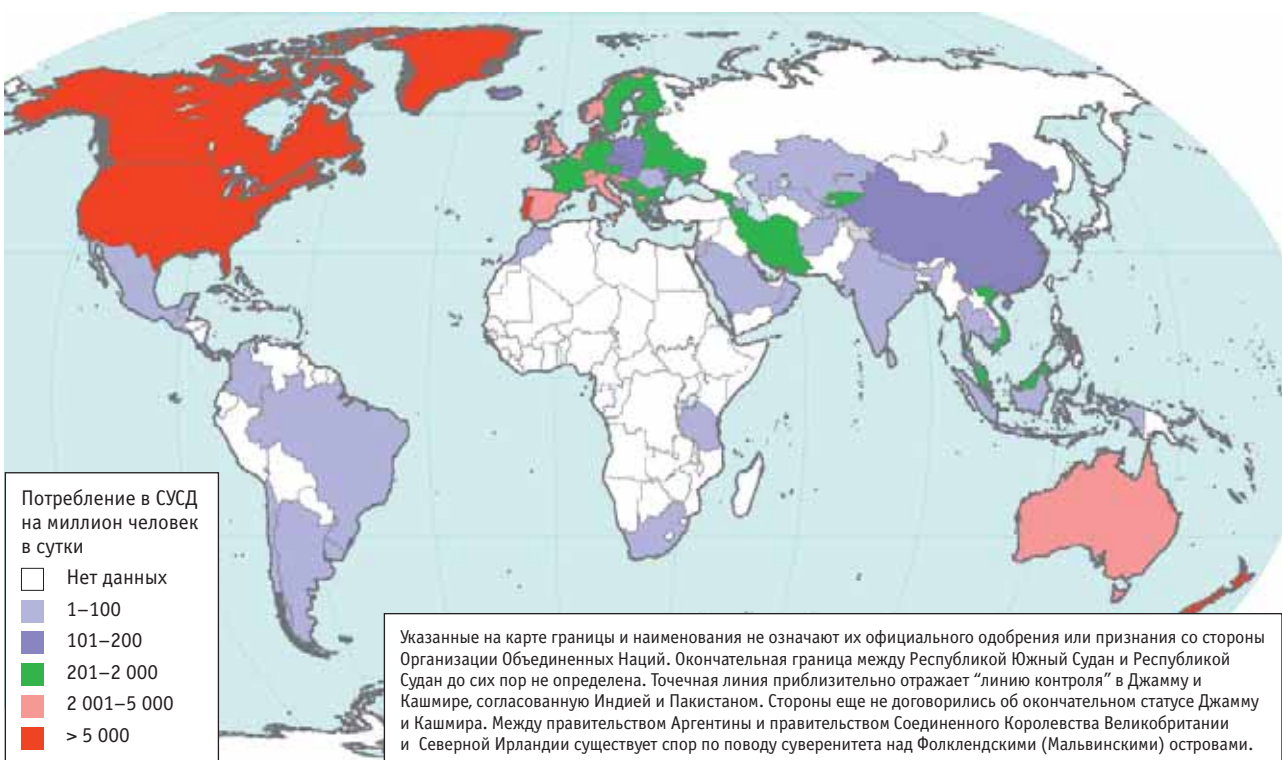
Источник: УНП ООН.

Карта 30. Потребление метадона, 2004–2006 годы



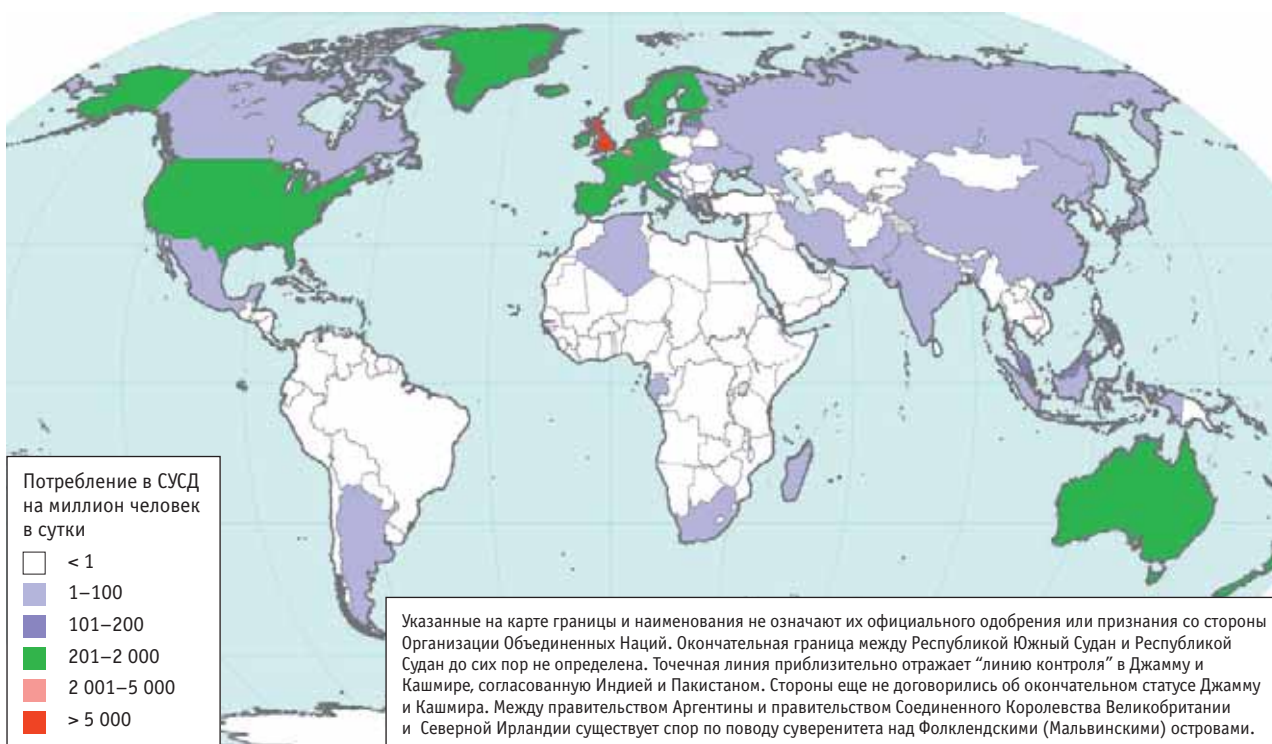
Источник: Международный комитет по контролю над наркотиками.

Карта 31. Потребление метадона, 2011–2013 годы



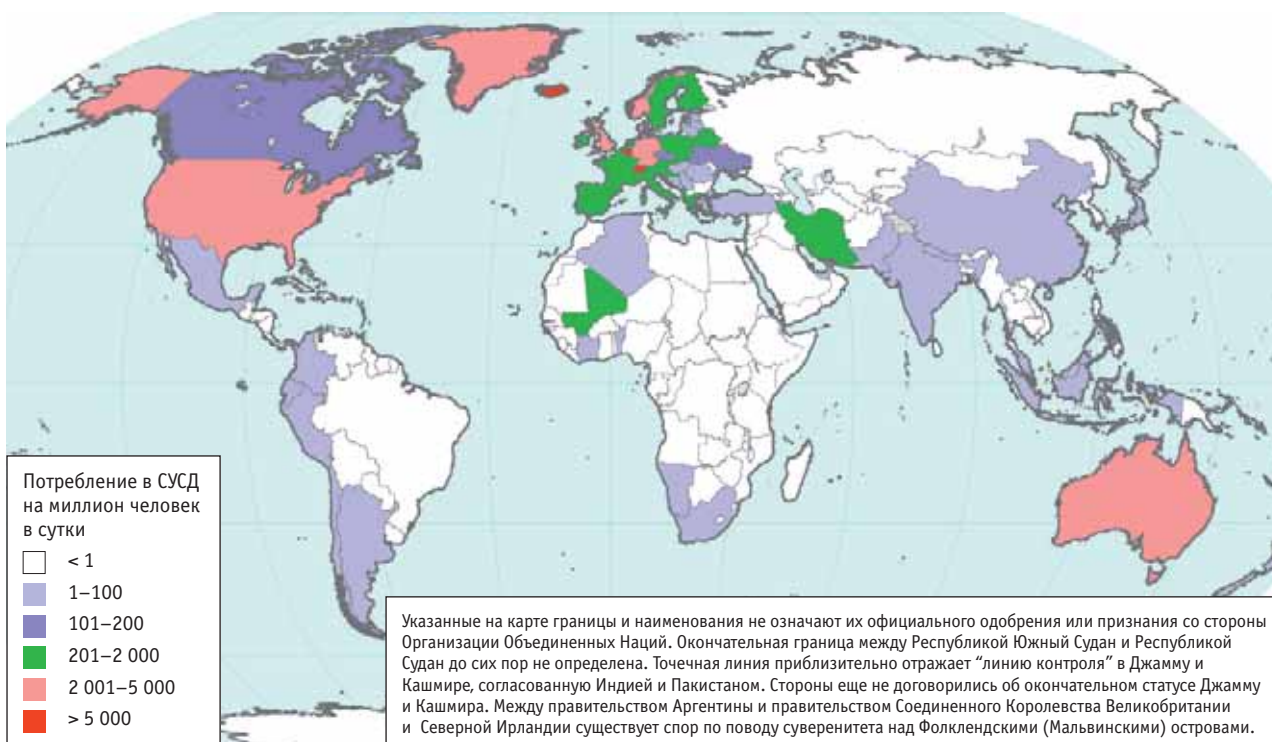
Источник: Международный комитет по контролю над наркотиками.

Карта 32. Потребление бупренорфина, 2004–2006 годы



Источник: Международный комитет по контролю над наркотиками.

Карта 33. Потребление бупренорфина, 2011–2013 годы



Источник: Международный комитет по контролю над наркотиками.

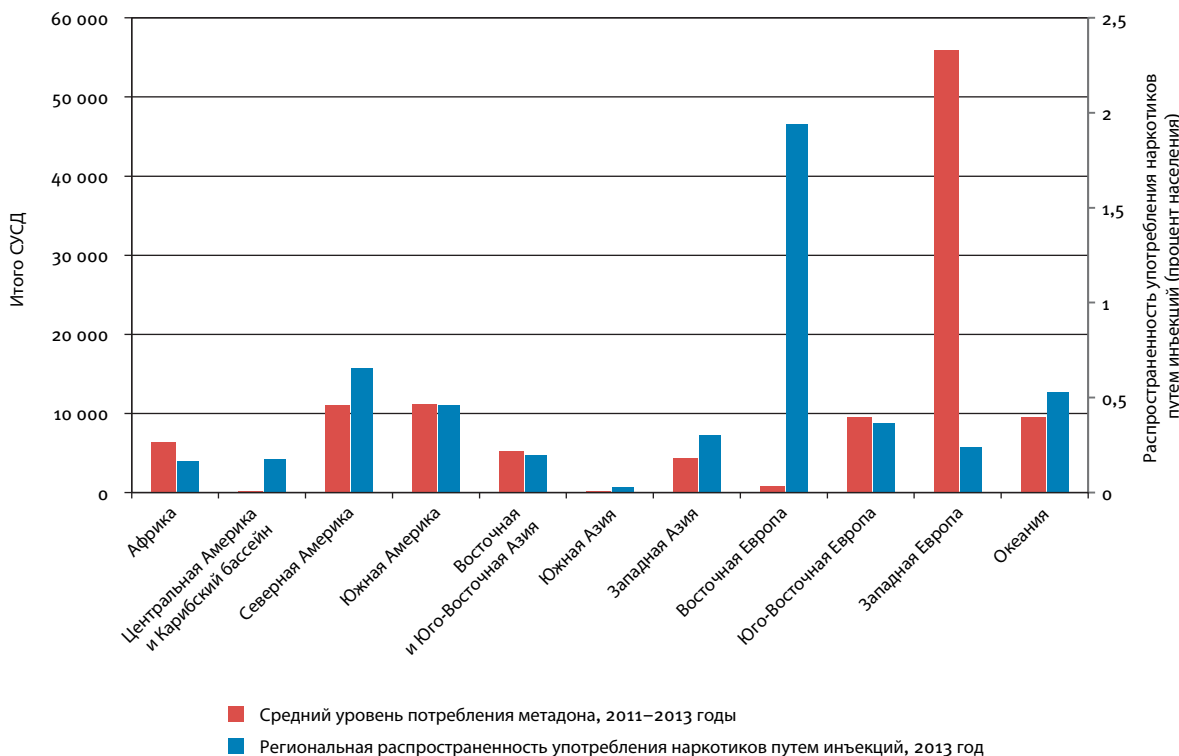
противодействием либо просто бездействием со стороны ответственных органов или их неспособностью признать существование проблемы. В ходе исследования, проведенного Комитетом в 2014 году, 67 процентов стран указали, что у них применяются наркотические средства для лечения наркозависимости в рамках заместительной терапии.

257. В отношении метадона важно отметить рост потребления в Африке и Юго-Восточной Европе, что соответствует распространению в некоторых странах этих регионов опиатной заместительной терапии. Был отмечен существенный рост потребления бупренорфина в Западной Европе. Рост потребления бупренорфина, зарегистрированный в некоторых регионах, может являться результатом различных факторов: агрессивного маркетинга со стороны компаний-производителей; упрощения доступа вследствие менее строгого режима контроля в соответствии с требованиями Конвенции 1971 года по сравнению с требованиями Конвенции 1961 года (в соответствии с которой метадон относится к веществам, находя-

щимся под контролем); а также роста использования в целях обезболивания. В Центральной и Южной Америке метадон применяется для обезболивания и не используется в рамках опиатной заместительной терапии, поскольку распространенность лиц, употребляющих наркотики путем инъекций, в этом регионе относительно невысока.

258. Сравнение уровня потребления метадона и уровня распространенности лиц, употребляющих наркотики путем инъекций, в различных регионах свидетельствует о наличии диспропорций в этом отношении в Восточной Европе (см. рисунок 73). Как отмечалось выше, применение метадона не признается в некоторых странах этого региона. В Западной Европе отмечен достаточно высокий уровень потребления метадона несмотря на более низкую распространенность лиц, употребляющих наркотики путем инъекций. Это может быть обусловлено тем фактом, что опиатная заместительная терапия в данном регионе охватывает большое число лиц, употребляющих наркотики путем инъекций.

Рисунок 73. Сравнение уровня потребления метадона (2011–2013 годы) и распространенности лиц, употребляющих наркотики путем инъекций (2013 год)



Источник: Международный комитет по контролю над наркотиками и УНП ООН.





## Глава V

### Обеспечение наличия находящихся под международным контролем лекарственных средств в чрезвычайных ситуациях

259. Большинство наркотических средств и большое число психотропных веществ, подлежащих контролю в соответствии с международными договорами, незаменимы в медицинской практике. Для международного снабжения находящимися под международным контролем лекарственными средствами в целях оказания неотложной медицинской помощи разработан упрощенный порядок контроля. Чрезвычайные ситуации определяются следующим образом:

Любая острая ситуация (например, землетрясения, наводнения, ураганы, эпидемии, конфликты, перемещение населения), которая создает серьезную опасность для здоровья какой-либо группы людей, если только не будут приняты срочные и надлежащие меры, и которая требует экстренного реагирования и осуществления мероприятий исключительного характера<sup>61</sup>.

260. В 1996 году Комитет совместно с ВОЗ разработал упрощенный порядок контроля для экспорта, транспортировки и импорта контролируемых лекарственных средств в целях оказания медицинской помощи в чрезвычайных ситуациях. В соответствии с этими упрощенными правилами получение разрешения на ввоз не требуется, при условии что ввоз и доставка осуществляются под руководством авторитетных международных, государственных и/или неправительственных организаций по оказанию гуманитарной помощи в области здравоохранения, признаваемых контролирующими органами стран-экспортеров. Эти упрощенные правила доступны для всех государств в публикации "Руководящие принципы международного

<sup>61</sup>Всемирная организация здравоохранения, Руководящие принципы международного снабжения контролируемыми лекарственными средствами в целях оказания неотложной медицинской помощи.

снабжения контролируемыми лекарственными средствами в целях оказания неотложной медицинской помощи".

261. Чрезвычайные ситуации возникают вследствие стихийных бедствий и антропогенных катастроф, после которых появляется потребность в обеспечении лечения для множества пострадавших, что приводит к внезапной потребности в лекарственных средствах и их острой нехватке. Многие из этих лекарственных средств содержат такие наркотические средства, как морфин, и такие психотропные вещества, как пентазоцин, которые находятся под международным контролем. В обычных условиях ввоз и транспортировка этих лекарственных средств подпадают под действие строгих нормативных требований. Однако в катастрофических ситуациях соблюдение этих требований может замедлить срочную доставку лекарственных средств для оказания экстренной гуманитарной помощи, поскольку национальные органы могут оказаться не в состоянии принять необходимые административные меры.

262. В ответ на гуманитарные кризисы Комитет предпринимает шаги для ускорения поставки контролируемых лекарственных средств, напоминая всем странам-экспортерам о существовании четких руководящих принципов международного снабжения контролируемыми лекарственными средствами в целях оказания неотложной медицинской помощи и о том, что такие страны могут применять этот упрощенный порядок контроля для ускорения поставки срочно необходимых лекарственных средств. Комитет также информирует организации, предоставляющие гуманитарную помощь, об этих упрощенных правилах.

263. Национальные компетентные органы могут разрешать вывоз находящихся под международным контролем веществ в пострадавшие страны даже в

отсутствие разрешений на ввоз или исчисленных потребностей в таких веществах. Экстренные поставки не требуется включать в исчисления страны-получателя, а правительства стран-экспортеров, возможно, пожелают использовать для этой цели часть своих специальных складских запасов наркотических средств и психотропных веществ.

264. Эта возможность существует уже в течение многих лет. Комитет предлагает правительствам и организациям, занимающимся оказанием гуманитарной помощи, сообщать ему о любых проблемах, возни-

кающих при доставке контролируемых лекарственных средств в условиях чрезвычайных ситуаций.

265. Кроме того, Комитет напоминает всем государствам о том, что в соответствии с международным гуманитарным правом участники вооруженных конфликтов обязаны не препятствовать предоставлению медицинской помощи гражданскому населению на территориях, находящихся под их эффективным контролем. Это также относится к обеспечению доступа к необходимым наркотическим средствам и психотропным веществам.

# Глава VI

## Заключения и рекомендации

266. Обеспечение наличия находящихся под международным контролем веществ для использования в медицинских и научных целях при одновременном предотвращении их незаконного оборота и злоупотребления ими является одной из функций системы контроля, установленной в соответствии с международными конвенциями о контроле над наркотиками. Эффективная и успешная система контроля над наркотиками, обеспечивающая такой баланс, требует участия всего общества, равно как и решимости со стороны правительств.

267. Обеспечение наличия наркотических средств и психотропных веществ для медицинских целей является сложным вопросом. В предыдущих главах были рассмотрены вопросы неравного распределения таких средств, а также были проанализированы препятствия и ограничительные факторы, обуславливающие такое неравенство. Помимо данных о потреблении и распространенности состояний здоровья, требующих паллиативной медицинской помощи, а также информации, предоставленной государствами-членами, Комитет также рассмотрел информацию, предоставленную международными организациями (ВОЗ, УНП ООН и ЮНЭЙДС), представителями научных кругов, исследовательскими центрами и организациями гражданского общества. Анализ всего массива информации позволяет предположить, что имеются определенные основные области, требующие принятия мер на национальном и международном уровнях.

### А. Законодательство и системы регулирования

268. Необходимо проанализировать механизм регулирования, установленный странами для осуществле-

ния положений международных конвенций о контроле над наркотиками. Большинство исследований и анализов свидетельствуют о том, что некоторые страны при разработке законопроектов и норм были в большей степени обеспокоены вопросами предотвращения утечки и злоупотреблений, чем вопросами обеспечения наличия и принятия соответствующих мер в этих целях. Действительно, опасения, связанные с риском развития зависимости, по-прежнему остаются, по мнению стран, одним из основных ограничительных факторов. Тем не менее, согласно трем исследованиям, проведенным Комитетом за последние 20 лет, доля стран, сообщавших об этом как об одном из ограничительных факторов, сократилась с 70 процентов в 1995 году до 34 процентов в 2014 году. Такое несбалансированное или несимметричное представление о конвенциях привело к созданию в ряде стран регулятивных систем, которые затрудняют нуждающимся доступ к опиоидным анальгетикам или делают его практически невозможным.

269. В прошлом Комитет выражал обеспокоенность в этом отношении и выпускал рекомендации. Как представляется, некоторые страны приняли соответствующие меры, однако другим странам по-прежнему необходимо решить эту проблему. Комитет рекомендует им принять следующие меры:

- пересмотреть национальное законодательство, регулятивные и административные механизмы, а также процедуры, включая каналы внутреннего распределения, с целью упрощения и ускорения этих процессов, а также устранить чрезмерно ограничительные нормы и сдерживающие факторы с целью обеспечения доступа с одновременным поддержанием надлежащих контрольных систем;
- расширить круг медицинских работников (включая прошедших соответствующую

- подготовку врачей общей практики, медицинских сестер и других медицинских работников по мере необходимости), имеющих право прописывать опиоиды, с целью повышения наличия, особенно в отдаленных или сельских районах;
- принять меры для недопущения появления нерегулируемых рынков и незаконного или контрафактного производства наркотических средств и психотропных веществ;
  - обеспечить принятие надлежащей политики в области прописывания, в том числе, при необходимости, посредством увеличения срока действия рецептов, для предоставления пациентам возможности получать лекарственные средства по мере необходимости;
  - упразднить правовые санкции за непреднамеренные ошибки при обращении с опиоидами;
  - расширить межведомственное и межминистерское сотрудничество и координацию деятельности на национальном уровне, в частности между органами здравоохранения и ведомствами по контролю над наркотиками;
  - предоставлять медицинскому и фармацевтическому сообществу обновленную информацию обо всех новых законодательных и административных мерах, принимаемых в связи с находящимися под контролем веществами, а также о способах распространения и прописывания психотропных веществ для обеспечения и поддержания устойчивого наличия таких лекарственных средств при одновременном удовлетворении требований к их количеству и качеству.

## В. Система здравоохранения

270. Сам по себе факт наличия обезболивающих лекарственных средств не решит проблему обезболивания или лечения психических заболеваний. Был достигнут широкий консенсус в отношении того, что для стран важно уделять надлежащее внимание усовершенствованию систем здравоохранения. В связи с этим Комитет рекомендует странам:

- осуществить рекомендации, содержащиеся в резолюции WHA67.19 “Укрепление паллиативной медицинской помощи в качестве одного из компонентов комплексного лечения на протяжении всего жизненного цикла”, принятой на шестьдесят седьмой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения 24 мая 2014 года;
- создать надлежащую и обладающую достаточными ресурсами медицинскую инфраструктуру, которая не только обеспечивает наличие опиоидных анальгетиков, но и способствует обеспечению такого наличия в условиях оказания паллиативной медицинской помощи в более широких масштабах;
- рассмотреть (в тех случаях, когда это целесообразно) возможность оказания недорогой паллиативной медицинской помощи на дому;
- усовершенствовать систему распределения опиоидных анальгетиков и психотропных веществ по всем районам страны, в том числе сельским.

## С. Доступность

271. Еще одним важным аспектом обеспечения наличия является финансовая доступность опиоидных анальгетиков. В связи с этим Комитет рекомендует странам:

- улучшить доступ к основным лекарственным средствам в целом и к опиоидным анальгетикам в частности;
- обеспечить финансирование для приобретения опиоидных анальгетиков;
- создать и усовершенствовать программы медицинского страхования и механизмы возмещения стоимости, обеспечивающие доступ к лекарственным средствам.

272. Важную роль в обеспечении финансовой доступности играют фармацевтические компании. Комитет будет проводить консультации по вопросам нехватки находящихся под контролем лекарственных средств во многих регионах – в рамках непрерывных усилий, направленных на улучшение этой ситуации, – с группами фармацевтической промышленности и при участии соответствующих международных организаций (например, ВОЗ и соответствующих международных профессиональных групп) и заинтересованных правительств, уделяя особое внимание наличию и обеспечению финансово доступных эффективных монотерапий, например морфина для обезболивания (особенно при раковых заболеваниях), в развивающихся странах. Комитет рекомендует фармацевтической промышленности:

- производить высококачественные опиоидные препараты, которые были бы более доступными по цене;
- производить непатентованные фармацевтические препараты, являющиеся биоэквивалентными и экономически эффективными.

## D. Подготовка медицинских работников

273. Пациенты имеют право на лечение и получение рациональным образом прописанных лекарственных средств. Низкий уровень подготовки или осведомленности медицинских работников в отношении рационального прописывания наркотических средств и психотропных веществ и, как следствие, низкие уровни прописывания ограничивают использование таких веществ. Кроме того, ограничительными факторами, препятствующими использованию наркотических средств и психотропных веществ, являются определенные культурные особенности, связанные с отношением к лечению психических заболеваний и паллиативной помощи. В связи с этим необходимо обеспечивать надлежащее обучение и профессиональную подготовку медицинских работников. Странам рекомендуется:

- включить вопросы оказания паллиативной помощи в учебные программы медицинских учебных заведений и в обязательный курс подготовки всех медицинских работников;
- обеспечить непрерывное обучение, подготовку и предоставление информации о паллиативной медицинской помощи медицинским работникам, в том числе по вопросам рационального использования и снижения уровня злоупотребления лекарственными средствами рецептурного отпуска;
- обеспечить обучение и профессиональную подготовку врачей и других медицинских работников по вопросам рационального использования психоактивных веществ, учитывая первоочередную важность этих вопросов для профилактики злоупотребления такими лекарственными средствами. Органам здравоохранения необходимо проявлять бдительность во избежание неверной диагностики и ненадлежащего прописывания;
- обеспечить прописывание психотропных веществ в соответствии с надлежащей медицинской практикой, предусмотренной в Конвенции 1971 года (пункт 2 статьи 9), пропагандировать рациональное прописывание таких веществ и принимать необходимые меры по ограничению их использования реальными медицинскими требованиями.

## E. Обучение и повышение уровня осведомленности

274. В отношении опиоидных анальгетиков и паллиативной медицинской помощи в некоторых

странах также существуют ограничения, связанные с социальными и культурными нормами. В некоторых обществах и культурах наблюдается устойчивое неприятие в отношении вопросов, связанных с концом жизни или со страхом развития зависимости. Использование психотропных веществ также сопряжено со значительным противодействием в связи со стигматизацией в отношении психических состояний здоровья, при которых может требоваться применение таких веществ. Комитет рекомендует правительствам в сотрудничестве с гражданским обществом:

- разработать и осуществить образовательные программы для населения в целом и фармацевтического сообщества при участии национальных компетентных органов, заинтересованных групп (например, профессиональных и потребительских ассоциаций) и средств массовой информации;
- организовывать семинары для распространения информации о паллиативной медицинской помощи для преодоления культурного противодействия в отношении такой помощи;
- рекомендовать учебным заведениям включить вопросы оказания паллиативной помощи в свои учебные программы;
- привлечь организации гражданского общества, представляющие интересы пациентов, их семей и других соответствующих групп, для пропаганды паллиативной медицинской помощи и допустимости использования опиоидных анальгетиков в медицинских целях;
- просвещать население в целях борьбы со стигматизацией и необоснованным страхом развития зависимости;
- бороться с массированным маркетингом со стороны промышленности и повышать уровень осведомленности потребителей;
- пропагандировать среди врачей и фармацевтических компаний этичное обращение в сочетании с соответствующими информационными кампаниями для населения в целом и обеспечивать непрерывное обучение и подготовку медицинских работников с целью поощрения обоснованного и рационального применения психотропных веществ;
- поддерживать кампании и усилия по предотвращению потребления психотропных веществ в иных целях, помимо медицинских, а также поощрять активное участие медицинского и фармацевтического сообщества во всех мерах, связанных с рациональным использованием находящихся под контролем лекарственных средств.

## Ф. Исчисления, оценки и отчетность

275. Одной из проблем, отмеченных Комитетом за последние несколько лет, является тот факт, что некоторые страны не могут надлежащим образом исчислять свои потребности в опиоидных анальгетиках и осуществлять мониторинг потребления таких веществ. Кроме того, многим странам по-прежнему сложно определять свои фактические потребности в психотропных веществах. Соответственно, они не в состоянии получить и представить Комитету достоверные оценки для законного использования. Кроме того, в своих резолюциях 53/4 и 54/6 Комиссия по наркотическим средствам предложила правительствам предоставлять Комитету информацию о потреблении психотропных веществ таким же образом, как и в отношении наркотических средств. Наконец, представление докладов на регулярной основе и обеспечение их полноты и надежности являются важными аспектами сотрудничества любого правительства с МККН. Комитет рекомендует странам:

- усовершенствовать методы оценки своих потребностей с помощью Руководства по исчислению потребностей в веществах, находящегося под международным контролем, подготовленного в 2012 году МККН и ВОЗ для использования национальными компетентными органами;
- предоставлять надлежащие и реалистичные исчисления с учетом возможных изменений спроса;
- создать надлежащие и целесообразные механизмы мониторинга на национальном уровне и использовать усовершенствованные технические системы, например электронную международную систему разрешений на ввоз и вывоз (I2ES) для контроля наркотических средств и психотропных веществ, которая была разработана МККН в тесном сотрудничестве с УНП ООН;
- разработать процедуру и создать механизмы, обеспечивающие национальным компетентным органам возможность осуществлять более точную оценку фактических требований к психотропным веществам и предоставлять такие данные Комитету;
- разработать надлежащие системы, позволяющие осуществлять сбор достоверных данных, которые играют существенную роль в обеспечении более оптимального анализа Комитетом тенденций, связанных с потреблением психотропных веществ, и в конечном счете в содействии наличию достаточного количества таких веществ для медицинских и научных целей при одновременном предотвращении их утечки или злоупотребления ими.

## Г. Контрольные показатели потребления веществ, находящихся под международным контролем

276. Результаты анализа представленных МККН данных о наличии и потреблении, а также ответы на вопросник о наличии, представленные правительствами, показывают сложность такого анализа. В частности, уровни потребления психотропных веществ, рассчитанные Комитетом на основе статистических данных об объемах производства и торговли, представленных Комитету правительствами, неточно отражают уровни потребления таких веществ.

277. Кроме того, в отсутствие пороговых значений потребления на душу населения в СУСД Комитет не имеет возможности исчислить и рассчитать уровни потребления психотропных веществ и, следовательно, не может оценить, каким является уровень потребления таких веществ в некоторых странах или регионах – надлежащим, слишком высоким или слишком низким. Комитет рекомендует наладить сотрудничество между ВОЗ и МККН с целью:

- определения контрольных показателей потребления психотропных веществ.

Такие стандарты внесут большой вклад в работу МККН и правительств, поскольку могут служить показателями для оценки наличия психотропных веществ в законных медицинских и научных целях. Этого можно добиться лишь при использовании достоверных данных о заболеваемости и показателей распространенности, включая географическое распределение, а также данных о медицинской практике в отношении отдельных психотропных веществ при соответствующих медицинских показаниях.

## Н. Международное сообщество

278. Некоторые правительства не могут самостоятельно осуществить приведенные выше рекомендации. Они нуждаются в советах, профессиональной подготовке и ресурсах для преодоления ограничений, имеющихся в их системах. В связи с этим свою роль должно сыграть международное сообщество. Комитет считает, что международному сообществу следует:

- развивать сотрудничество между правительствами, международными организациями (в том числе МККН, ВОЗ, УНП ООН, ЮНЭЙДС и ПРООН), донорским сообществом и организациями гражданского общества для обмена опытом, скоординированного выделения ресурсов и обеспечения технического содействия странам, нуждающимся в помощи.

# Приложение

Вопросник, направленный в 2014 году национальным компетентным органам государств-членов, в отношении наличия контролируемых на международном уровне веществ для медицинских и научных целей

**Вопросник для национальных компетентных органов в отношении наличия контролируемых на международном уровне веществ для медицинских и научных целей**

## Часть 1. Наркотические средства

Просьба представить вопросник к 31 октября 2014 года по адресу:

INCB Secretariat  
Vienna International Centre  
P.O. Box 500  
1400 Vienna  
Austria

Факс: (+43-1) 26060-5867  
Тел.: (+43-1) 26060-4933  
Эл. почта: secretariat@incb.org

**Укажите название представляющего органа:**

Страна: .....

Орган: .....

Контактное лицо: .....

Тел.: ..... Факс: ..... Эл. почта: .....

Укажите название органов и имена контактных лиц, которые, возможно, могут предоставить в случае необходимости дополнительную информацию:

Органы: .....

Контактные лица: .....

Тел.: ..... Факс: ..... Эл. почта: .....

### **Инструкция по заполнению вопросника**

Настоящий вопросник состоит из двух частей.

**Часть 1** касается наличия наркотических средств, подпадающих под международный контроль согласно Единой конвенции о наркотических средствах 1961 года.

**Часть 2** касается наличия психотропных веществ, подпадающих под международный контроль согласно Конвенции о психотропных веществах 1971 года.

В зависимости от действующих в каждом государстве нормативно-правовых рамок эти вещества могут находиться в ведении одного компетентного органа или контролироваться двумя разными ведомствами. В любом случае каждая часть вопросника должна надлежащим образом заполняться соответствующей стороной, и сведенный воедино вопросник, содержащий обе части, должен быть представлен секретариату МККН к установленному сроку с использованием контактных данных, указанных на титульном листе.

По соображениям целесообразности рекомендуется представлять заполненный вопросник в электронном виде.



# Часть 1. Наркотические средства

## A. Наличие наркотических средств

1. Как вы можете охарактеризовать ситуацию с наличием опиоидных анальгетиков для использования в медицинских и научных целях в вашей стране?

- Вполне удовлетворительная
- Удовлетворительная
- Требуется некоторое улучшение
- Требуется значительное улучшение

2. Какие факторы учитываются вашим национальным компетентным органом в процессе оценки потребностей вашей страны в наркотических средствах? (выберите все подходящие ответы)

- Характер потребления в предыдущие годы
- Наличие специализированных лечебных служб (например, онкологии, паллиативной помощи, опиоидной заместительной терапии)
- Информация о планируемом производстве, представленная промышленностью
- Эпидемиологические данные, включая показатели распространенности обычных заболеваний
- Другое (поясните):

3. Опишите методологию исчисления потребностей, связанных с потреблением наркотических средств в медицинских и научных целях, которая применяется вашими национальными компетентными органами:

4. Знаете ли вы о процедуре представления МККН дополнительных исчислений в отношении наркотических средств для удовлетворения неожиданно возросших потребностей или в связи с непредвиденными обстоятельствами (например, стихийными бедствиями, эпидемиями)?

- Да
- Нет

5. Известно ли вам об учебных материалах МККН, опубликованных Комитетом для оказания государствам помощи в подготовке исчислений потребностей в наркотических средствах для представления Комитету, которые размещены по адресу: [http://www.incb.org/documents/Narcotic-Drugs/Training-Materials/English/NAR\\_2\\_English\\_2005.pdf](http://www.incb.org/documents/Narcotic-Drugs/Training-Materials/English/NAR_2_English_2005.pdf)?

- Да
- Нет

6. Известно ли вам о совместной публикации ВОЗ/МККН “Руководство по исчислению потребностей в веществах, находящихся под международным контролем”, которая размещена по адресу: [http://www.incb.org/documents/Narcotic-Drugs/Guidelines/estimating\\_requirements/NAR\\_Guide\\_on\\_Estimating\\_EN\\_Ebook.pdf](http://www.incb.org/documents/Narcotic-Drugs/Guidelines/estimating_requirements/NAR_Guide_on_Estimating_EN_Ebook.pdf)?

- Да
- Нет

## **В. Надлежащее использование наркотических средств**

7. Ограничено ли использование наркотических средств в вашей стране конкретными медицинскими показаниями, включая их применение в рамках паллиативной помощи?

- Да
- Нет

В случае утвердительного ответа просьба представить подробные сведения о видах показаний, при которых допускается использование наркотических средств:

8. Применяются ли наркотические средства в вашей стране для лечения наркозависимости (например, в рамках заместительной терапии)?

- Да
- Нет

В случае утвердительного ответа просьба представить подробные сведения:

## С. Нормативно-правовые рамки, регулирующие прописывание наркотических средств

9. Какие из перечисленных ниже категорий специалистов имеют право прописывать наркотические средства для применения в лечебной практике в соответствии с законодательными и нормативно-правовыми рамками вашей страны?

- Врачи общей практики
- Врачи общей практики, имеющие лицензию на прописывание наркотических средств
- Врачи-специалисты (например, психиатры, онкологи, хирурги, стоматологи)
- Медсестры (включая практикующих медсестер)
- Ветеринары
- Другие (поясните):

10. Является ли наличие подтверждающего мнения другого врача необходимым условием для прописывания наркотических средств?

- Да
- Нет

В случае утвердительного ответа просьба представить подробные сведения:

11. В течение какого срока с момента выписки рецепт на наркотические средства остается действительным?

Связана ли выписка рецептов на наркотические средства с необходимостью соблюдения каких-либо особых нормативно-правовых требований по сравнению с другими лекарственными средствами рецептурного отпуска (например, получением дополнительного разрешения, более коротким сроком действия рецепта)?

- Да
- Нет

В случае утвердительного ответа просьба представить подробные сведения:

12. Может ли один рецепт на наркотические средства применяться в течение всего курса лечения или его действие ограничено по времени?

- Да
- Нет

В случае отрицательного ответа просьба представить подробные сведения:

13. Имеются ли какие-либо обстоятельства, при которых рецепт на наркотические средства может считаться многократным?

- Да
- Нет

В случае утвердительного ответа просьба представить подробные сведения:

## **D. Нормативно-правовые рамки, регулирующие отпуск наркотических средств**

14. Производится ли отпуск наркотических средств через:

- лицензированные больничные аптеки
- аптеки, имеющие специальную лицензию
- аптеки
- другие (поясните):

---

<sup>9</sup>Под «многократным» рецептом понимается рецепт, не требующий последующего врачебного подтверждения.

## **Е. Учет и контроль за лекарственными средствами рецептурного отпуска**

15. Должны ли по закону лица, прописывающие наркотические средства, вести учет выданных рецептов?

- Да  
 Нет

В случае утвердительного ответа просьба представить подробные сведения, в том числе о сроке хранения таких учетных записей:

16. Должны ли по закону учреждения, отпускающие наркотические средства (см. вопрос 14), вести учет выданных рецептов на наркотические средства?

- Да  
 Нет

В случае утвердительного ответа просьба представить подробные сведения, в том числе о сроке хранения таких учетных записей:

17. Предусмотрены ли законодательными/нормативно-правовыми рамками вашей страны какие-либо меры наказания за ненадлежащее ведение учета?

- Да  
 Нет

В случае утвердительного ответа просьба представить подробные сведения:

## **F. Меры, направленные на содействие обеспечению наличия достаточного количества и рационального использования наркотических средств**

18. Кто оплачивает прописываемые наркотические средства?

- Правительство (социальное обеспечение)
- Сами пациенты
- Программы медицинского страхования
- Другие

19. Включает ли программа подготовки медицинских специалистов в вашей стране какой-либо курс, касающийся рационального прописывания и использования наркотических средств рецептурного отпуска?

- Да
- Нет

В случае утвердительного ответа просьба представить подробные сведения:

20. Принимались ли властями вашей страны какие-либо информационно-разъяснительные меры для обеспечения более глубокого осознания медицинскими специалистами необходимости ответственного отношения к прописыванию наркотических средств?

- Да
- Нет

В случае утвердительного ответа просьба представить подробные сведения:

21. Принимало ли ваше правительство в течение последних 10 лет какие-либо законодательные или нормативно-правовые меры для повышения уровня доступности наркотических средств для медицинских целей?

- Да
- Нет

В случае утвердительного ответа просьба представить подробные сведения:

## Г. Факторы, ограничивающие наличие наркотических средств

22. Приводят ли какие-либо из перечисленных ниже факторов в вашей стране к необоснованному ограничению наличия наркотических средств, требующихся для медицинских или научных целей? (отметьте все подходящие факторы)

- Ограниченность финансовых ресурсов
- Трудности получения от производителей/импортеров
- Опасения утечки в незаконные каналы
- Опасения уголовного преследования/наказания
- Недостаток осведомленности/подготовки по вопросам рационального использования наркотических средств среди медицинских работников
- Обременительная нормативно-правовая база для прописывания наркотических средств для использования в медицинских целях
- Опасения развития зависимости
- Традиционные установки в отношении обезболивания
- Меры контроля в области международной торговли, такие как требование получения разрешений на ввоз/вывоз
- Действия Комитета
- Другие

При необходимости просьба изложить более подробно:

23. Что, по вашему мнению, является наиболее серьезным препятствием для обеспечения наличия наркотических средств в вашей стране для удовлетворения медицинских и научных потребностей?

24. Принимаются ли в вашей стране какие-либо конкретные меры для обеспечения наличия наркотических средств в сельских или отдаленных районах для использования в медицинских целях?

- Да
- Нет

В случае утвердительного ответа просьба представить подробные сведения:

25. Может ли МККН принять какие-либо дополнительные меры для повышения уровня доступности наркотических средств в вашей стране для медицинских и научных целей?

## **Н. Чрезмерно частое прописывание наркотических средств**

26. Сталкивается ли ваша страна со следующими проблемами, касающимися наркотических средств:

- чрезмерно частое прописывание
- “хождение по врачам”<sup>b</sup>
- самолечение
- параллельные нерегулируемые рынки
- подделка наркотических средств рецептурного отпуска

Просьба представить подробные сведения при необходимости:

## **Дополнительная информация (при необходимости):**

---

<sup>b</sup>Под “хождением по врачам” понимается практика обращения больного за помощью к нескольким врачам, зачастую одновременно, когда он не пытается согласовывать оказываемую помощь или информировать врачей об обращении к нескольким специалистам.



## Вопросник для национальных компетентных органов в отношении наличия контролируемых на международном уровне веществ для медицинских и научных целей

### Часть 2. Психотропные вещества

Просьба представить вопросник к 31 октября 2014 года по адресу:

INCB Secretariat  
Vienna International Centre  
P.O. Box 500  
1400 Vienna  
Austria

Факс: (+43-1) 26060-5867  
Тел.: (+43-1) 26060-4933  
Эл. почта: secretariat@incb.org

#### Укажите название представляющего органа:

Страна: .....

Орган: .....

Контактное лицо: .....

Тел.: ..... Факс: ..... Эл. почта: .....

Укажите название органов и имена контактных лиц, которые, возможно, могут предоставить в случае необходимости дополнительную информацию:

Органы: .....

Контактные лица: .....

Тел.: ..... Факс: ..... Эл. почта: .....

#### Инструкция по заполнению вопросника

Настоящий вопросник состоит из двух частей.

**Часть 1** касается наличия наркотических средств, подпадающих под международный контроль согласно Единой конвенции о наркотических средствах 1961 года.

**Часть 2** касается наличия психотропных веществ, подпадающих под международный контроль согласно Конвенции о психотропных веществах 1971 года.

В зависимости от действующих в каждом государстве нормативно-правовых рамок эти вещества могут находиться в ведении одного компетентного органа или контролироваться двумя разными ведомствами. В любом случае каждая часть вопросника должна надлежащим образом заполняться соответствующей стороной, и сведенный воедино вопросник, содержащий обе части, должен быть представлен секретариату МККН к установленному сроку с использованием контактных данных, указанных на титульном листе.

По соображениям целесообразности рекомендуется представлять заполненный вопросник в электронном виде.

## Часть 2. Психотропные вещества

### A. Наличие психотропных веществ

27. Как вы можете охарактеризовать ситуацию с наличием психотропных веществ для использования в медицинских и научных целях в вашей стране?
- Вполне удовлетворительная
  - Удовлетворительная
  - Требуется некоторое улучшение
  - Требуется значительного улучшения
28. Какие факторы учитываются вашим национальным компетентным органом в процессе оценки потребностей вашей страны в психотропных веществах? (выберите все подходящие ответы)
- Характер потребления в предыдущие годы
  - Наличие специализированных лечебных служб (например, специализированных психиатрических служб, паллиативной помощи, опиоидной заместительной терапии)
  - Информация о планируемом производстве, представленная промышленностью
  - Эпидемиологические данные, включая показатели распространенности психических расстройств
  - Другое (поясните):
29. Опишите методологию исчисления потребностей в психотропных веществах для медицинских и научных целей, которая применяется вашими национальными органами:
30. Знаете ли вы о процедуре представления МККН дополнительных исчислений в отношении психотропных веществ для удовлетворения неожиданно возросших потребностей или в связи с непредвиденными обстоятельствами (например, стихийными бедствиями, эпидемиями)?
- Да
  - Нет

31. Известно ли вам об учебных материалах МККН, опубликованных Комитетом для оказания государствам помощи в подготовке исчислений потребностей в психотропных веществах для представления Комитету, которые размещены по адресу: <http://www.incb.org/documents/Psychotropics/training-materials/training-material-eng-2013-86360.pdf>?

Да

Нет

32. Известно ли вам о совместной публикации ВОЗ/МККН “Руководство по исчислению потребностей в веществах, находящихся под международным контролем”, которая размещена по адресу: [http://www.incb.org/documents/Narcotic-Drugs/Guidelines/estimating\\_requirements/NAR\\_Guide\\_on\\_Estimating\\_EN\\_Ebook.pdf](http://www.incb.org/documents/Narcotic-Drugs/Guidelines/estimating_requirements/NAR_Guide_on_Estimating_EN_Ebook.pdf)?

Да

Нет

## **В. Надлежащее использование психотропных веществ**

33. Ограничено ли использование психотропных веществ в вашей стране конкретными психическими расстройствами, включая СДВГ, бессонницу, тревожные состояния, паллиативную помощь?

Да

Нет

В случае утвердительного ответа просьба представить подробные сведения:

34. Применяются ли психотропные вещества в вашей стране для лечения наркозависимости (например, в рамках заместительной терапии)?

Да

Нет

В случае утвердительного ответа просьба представить подробные сведения:

## С. Нормативно-правовые рамки, регулирующие прописывание психотропных веществ

35. Какие из перечисленных ниже категорий специалистов имеют право прописывать психотропные вещества для применения в лечебной практике в соответствии с законодательными и нормативно-правовыми рамками вашей страны?

- Врачи общей практики
- Врачи общей практики, имеющие лицензию на прописывание психотропных веществ
- Врачи-специалисты (например, психиатры, онкологи, хирурги, стоматологи)
- Медсестры (включая практикующих медсестер)
- Ветеринары
- Другие (поясните):

36. Является ли наличие подтверждающего мнения другого врача необходимым условием для прописывания психотропных веществ?

- Да
- Нет

В случае утвердительного ответа просьба представить подробные сведения:

37. В течение какого срока с момента выписки рецепт на психотропные вещества остается действительным?

Связана ли выписка рецептов на психотропные вещества с необходимостью соблюдения каких-либо особых нормативно-правовых требований по сравнению с другими лекарственными средствами рецептурного отпуска (например, получением дополнительного разрешения, более коротким сроком действия рецепта)?

- Да
- Нет

В случае утвердительного ответа просьба представить подробные сведения:

38. Может ли один рецепт на психотропные вещества применяться в течение всего курса лечения или его действие ограничено по времени?

Да

Нет

В случае отрицательного ответа просьба представить подробные сведения:

39. Имеются ли какие-либо обстоятельства, при которых рецепт на психотропные вещества может считаться многоразовым<sup>с</sup>?

Да

Нет

В случае утвердительного ответа просьба представить подробные сведения:

#### **D. Нормативно-правовые рамки, регулирующие отпуск психотропных веществ**

40. Производится ли отпуск психотропных веществ через:

лицензированные больничные аптеки

аптеки, имеющие специальную лицензию

аптеки

другие (поясните):

---

<sup>с</sup>Под «многоразовым» рецептом понимается рецепт, не требующий последующего врачебного подтверждения.

## **Е. Учет и контроль за лекарственными средствами рецептурного отпуска**

41. Должны ли по закону лица, прописывающие психотропные вещества, вести учет выданных рецептов?

Да

Нет

В случае утвердительного ответа просьба представить подробные сведения, в том числе о сроке хранения таких учетных записей:

42. Должны ли по закону учреждения, отпускающие психотропные вещества (см. вопрос 40), вести учет выданных рецептов на психотропные вещества?

Да

Нет

В случае утвердительного ответа просьба представить подробные сведения, в том числе о сроке хранения таких учетных записей:

43. Предусмотрены ли законодательными/нормативно-правовыми рамками вашей страны какие-либо меры наказания за ненадлежащее ведение учета?

Да

Нет

В случае утвердительного ответа просьба представить подробные сведения:

## **F. Меры, направленные на содействие обеспечению наличия достаточного количества и рационального использования психотропных веществ**

44. Кто оплачивает прописываемые психотропные вещества?

- Правительство (социальное обеспечение)
- Сами пациенты
- Программы медицинского страхования
- Другие

45. Включает ли программа подготовки медицинских специалистов в вашей стране какой-либо курс, касающийся рационального прописывания и использования психотропных веществ?

- Да
- Нет

В случае утвердительного ответа просьба представить подробные сведения:

46. Принимались ли властями вашей страны какие-либо информационно-разъяснительные меры для обеспечения более глубокого осознания медицинскими специалистами необходимости ответственного отношения к прописыванию психотропных веществ?

- Да
- Нет

В случае утвердительного ответа просьба представить подробные сведения:

47. Принимало ли ваше правительство в течение последних 10 лет какие-либо законодательные или нормативно-правовые меры для повышения уровня доступности психотропных веществ для медицинских целей?

- Да
- Нет

В случае утвердительного ответа просьба представить подробные сведения:

## Г. Факторы, ограничивающие наличие психотропных веществ

48. Приводят ли какие-либо из перечисленных ниже факторов в вашей стране к необоснованному ограничению наличия психотропных веществ, требующихся для медицинских или научных целей? (отметьте все подходящие факторы)
- Ограниченность финансовых ресурсов
  - Трудности получения от производителей/импортеров
  - Опасения утечки в незаконные каналы
  - Опасения уголовного преследования/наказания
  - Недостаток осведомленности/подготовки по вопросам рационального использования психотропных веществ среди медицинских работников
  - Обременительная нормативно-правовая база для прописывания психотропных веществ для использования в медицинских целях
  - Опасения развития зависимости
  - Традиционные взгляды на лечение психических расстройств
  - Меры контроля в области международной торговли, такие как требование получения разрешений на ввоз/вывоз
  - Действия Комитета
  - Другие:

При необходимости просьба изложить более подробно:

49. Что, по вашему мнению, является наиболее серьезным препятствием для обеспечения наличия психотропных веществ в вашей стране для удовлетворения медицинских и научных потребностей?

50. Принимаются ли в вашей стране какие-либо конкретные меры для обеспечения наличия психотропных веществ в сельских или отдаленных районах для использования в медицинских целях?

- Да
- Нет

В случае утвердительного ответа просьба представить подробные сведения:



51. Может ли МККН принять какие-либо дополнительные меры для повышения уровня доступности психотропных веществ в вашей стране для медицинских и научных целей?

## Н. Чрезмерно частое прописывание психотропных веществ

52. Сталкивается ли ваша страна со следующими проблемами, касающимися психотропных веществ:

- чрезмерно частое прописывание
- “хождение по врачам”<sup>d</sup>
- самолечение
- параллельные нерегулируемые рынки
- подделка лекарственных средств рецептурного отпуска, содержащих психотропные вещества

Просьба представить подробные сведения при необходимости:

53. Разрешено ли в вашей стране рекламирование психотропных веществ среди населения?

- Да
- Нет

В случае утвердительного ответа просьба представить подробные сведения:

## Дополнительная информация (при необходимости):

<sup>d</sup>Под “хождением по врачам” понимается практика обращения больного за помощью к нескольким врачам, зачастую одновременно, когда он не пытается согласовывать оказываемую помощь или информировать врачей об обращении к нескольким специалистам.



**Система Организации Объединенных Наций,  
органы контроля над наркотиками и их секретариат**





## МЕЖДУНАРОДНЫЙ КОМИТЕТ ПО КОНТРОЛЮ НАД НАРКОТИКАМИ

Международный комитет по контролю над наркотиками (МККН) является независимым органом, осуществляющим мониторинг международных конвенций о контроле над наркотиками Организации Объединенных Наций. Он был создан в 1968 году в соответствии с Единой конвенцией о наркотических средствах 1961 года. Он является преемником в соответствии с прежними договорами о контроле над наркотиками еще со времен Лиги Наций.

На основе результатов своей деятельности МККН публикует ежегодный доклад, который представляется в Экономический и Социальный Совет Организации Объединенных Наций в рамках Комиссии по наркотическим средствам. В докладе содержится всесторонний обзор положения в области контроля над наркотиками в различных частях мира. Являясь независимым органом, МККН пытается определять и прогнозировать опасные тенденции и предлагает необходимые меры.