



2013

REGIONAL REPORT

РЕГИОНАЛЬНЫЙ ОБЗОР

ON DRUG

О НАРКО-

SITUATION

СИТУАЦИИ

IN CENTRAL

В ЦЕНТРАЛЬНОЙ

ASIA

АЗИИ

2013



THIS PROJECT IS FUNDED
BY THE EUROPEAN UNION

Central Asia Drug
CADAP
Action Programme



EN

2013

REGIONAL REPORT

ON DRUG

SITUATION

IN CENTRAL

ASIA

TABLE OF CONTENTS

1.	INTRODUCTION	7
1.1	The CADAP programme and its background	7
1.2	About this report	8
2.	LIST OF ABBREVIATIONS	9
3.	EXECUTIVE SUMMARY	10
4.	REGIONAL OVERVIEW	12
4.1	Drug use in the general population and young people	12
4.2	Problem drug use	19
4.3	Treatment	21
4.4	Drug-related infectious diseases	23
4.5	Drug-related deaths and mortality of drug users	27
4.6	Harm-reduction measures	29
4.7	Drug supply indicators	31
4.8	Anti-drug policy developments	34
4.9	References	35
4.10	List of tables	36
4.11	List of figures	37
5.	NATIONAL OVERVIEW – KAZAKHSTAN	
5.1	Key figures	39
5.2	Drug use among the general population and young people	39
5.3	Prevention	39
5.4	Problem drug use	40
5.5	Treatment demand	40
5.6	Drug-related infectious diseases	41
5.7	Drug-related deaths and mortality of drug users	41
5.8	Treatment responses	41
5.9	Harm reduction responses	42
5.10	Drug markets and drug-related crime	42
5.11	National drug laws	43
5.12	National drug strategy	44
5.13	Coordination mechanisms in the field of drugs	45
5.14	References	45
6.	NATIONAL OVERVIEW – KYRGYZSTAN	
6.1	Key figures	47
6.2	Drug use among the general population and young people	47
6.3	Prevention	48
6.4	Problem drug use	49
6.5	Treatment demand	49
6.6	Drug-related infectious diseases	50
6.7	Drug-related deaths and mortality of drug users	51
6.8	Treatment responses	52
6.9	Harm reduction responses	53
6.10	Drug markets and drug-related crime	54
6.11	National drug laws	55
6.12	National drug strategy	56
6.13	Coordination mechanisms in the field of drugs	56
6.14	References	57

7. NATIONAL OVERVIEW – TAJIKISTAN	
7.1 Key figures	59
7.2 Drug use among the general population and young people.	59
7.3 Prevention	59
7.4 Problem drug use	60
7.5 Treatment demand.	60
7.6 Drug-related infectious diseases	60
7.7 Drug-related deaths and mortality of drug users.	61
7.8 Treatment responses	61
7.9 Harm reduction responses	61
7.10 Drug markets and drug-related crime	63
7.11 National drug laws.	64
7.12 National drug strategy.	64
7.13 Coordination mechanism in the field of drugs	65
7.14 References	65
8. NATIONAL OVERVIEW – UZBEKISTAN	
8.1 Key figures	67
8.2 Drug use among the general population and young people.	67
8.3 Prevention	68
8.4 Problem drug use	69
8.5 Treatment demand.	70
8.6 Drug-related infectious diseases	70
8.7 Drug-related deaths and mortality of drug users.	71
8.8 Treatment responses	71
8.9 Harm reduction responses	72
8.10 Drug markets and drug-related crime	72
8.11 National drug laws.	73
8.12 National drug strategy.	73
8.13 Coordination mechanism in the field of drugs	74
8.14 References	75

DISCLAIMER:

This summary was prepared within the framework of the Central Asia Drug Action Programme (CADAP) – Phase 5 in the Component DAMOS. It uses the data as of 1st January 2012 and where data are available and important, newer ones.

The content of this summary does not necessarily reflect either the official opinions of the European Union and its Member States or the official opinion of any national government and should be seen solely as a product of CADAP 5.

All comments, proposals, and ideas for improvements should be sent to kancelar@resad.cz.

The electronic version of this report can be downloaded free of charge from www.cadap.eu and from www.resad.cz.

Design & layout: Missing Element, www.mel.cz

TABLE OF CONTENTS

1. Introduction.....	5
1.1 The CADAP programme and its background.....	5
1.2 About this report.....	6
2. List of Abbreviations.....	7
3. Executive Summary.....	8
4. Regional Overview.....	10
4.1 Drug use in the general population and young people.....	10
4.1.1 Narcological register.....	11
4.2 Problem drug use.....	17
4.3 Treatment.....	19
4.4 Drug-related infectious diseases.....	21
4.5 Drug-related deaths and mortality of drug users.....	25
4.6 Harm-reduction measures.....	27
4.7 Drug supply indicators.....	29
4.8 Anti-drug policy developments.....	32
4.9 References.....	33
4.10 List of tables.....	34
4.11 List of figures.....	35
5. National overview – Kazakhstan.....	36
5.1 Key figures.....	37
5.2 Drug use among the general population and young people.....	37
5.3 Prevention.....	37
5.4 Problem drug use.....	38
5.5 Treatment demand.....	38
5.6 Drug-related infectious diseases.....	39
5.7 Drug-related deaths and mortality of drug users.....	39
5.8 Treatment responses.....	39
5.9 Harm reduction responses.....	40
5.10 Drug markets and drug-related crime.....	40
5.11 National drug laws.....	41
5.12 National drug strategy.....	42
5.13 Coordination mechanisms in the field of drugs.....	43
5.14 References.....	43
6. National overview – Kyrgyzstan.....	44
6.1 Key figures.....	45
6.2 Drug use among the general population and young people.....	45
6.3 Prevention.....	46
6.4 Problem drug use.....	47
6.5 Treatment demand.....	47
6.6 Drug-related infectious diseases.....	48
6.7 Drug-related deaths and mortality of drug users.....	49
6.8 Treatment responses.....	50
6.9 Harm reduction responses.....	51
6.10 Drug markets and drug-related crime.....	52
6.11 National drug laws.....	53
6.12 National drug strategy.....	54
6.13 Coordination mechanisms in the field of drugs.....	54
6.14 References.....	55
7. National overview – Tajikistan.....	56
7.1 Key figures.....	57
7.2 Drug use among the general population and young people.....	57
7.3 Prevention.....	57

7.4 Problem drug use	58
7.5 Treatment demand	58
7.6 Drug-related infectious diseases	58
7.7 Drug-related deaths and mortality of drug users	59
7.8 Treatment responses	59
7.9 Harm reduction responses	59
7.10 Drug markets and drug-related crime	61
7.11 National drug laws	62
7.12 National drug strategy	62
7.13 Coordination mechanism in the field of drugs	63
7.14 REFERENCES	63
8. National overview – Uzbekistan	64
8.1 Key figures	65
8.2 Drug use among the general population and young people	65
8.3 Prevention	66
8.4 Problem drug use	67
8.5 Treatment demand	68
8.6 Drug-related infectious diseases	68
8.7 Drug-related deaths and mortality of drug users	69
8.8 Treatment responses	69
8.9 Harm reduction responses	70
8.10 Drug markets and drug-related crime	70
8.11 National drug laws	71
8.12 National drug strategy	71
8.13 Coordination mechanism in the field of drugs	72
8.14 References	73

THE REGIONAL REPORT ON THE DRUG SITUATION IN CENTRAL ASIA

Prepared within the framework of the DAMOS regional working group:

Ernestas Jasaitis – DAMOS scientific coach for Kyrgyzstan

Alan Lodwick – DAMOS scientific coach for Turkmenistan

Viktor Mravcik – DAMOS Senior Scientist, scientific coach for Uzbekistan

Ave Talu – DAMOS scientific coach for Tajikistan

Tomas Zabransky – DAMOS Component Leader, scientific coach for Kazakhstan

Aidin Kubatov – Head of DAMOS Core Group in Kyrgyzstan

Khushbakht Khasanov – Head of DAMOS Core Group in Tajikistan

Andrey Mokiy – Head of DAMOS Core Group in Uzbekistan

Oleg Yussopov – Head of DAMOS Core Group in Kazakhstan

Editors: Tomas Zabransky, Viktor Mravcik

Recommended citation:

DAMOS /CADAP 5. (2013). *The Regional Report on the Drug Situation in Central Asia [Региональный обзор о наркоситуации в Центральной Азии]* (T. Zabransky & V. Mravcik Eds. 1st ed.). Prague: ResAd.

1. INTRODUCTION

1.1 THE CADAP PROGRAMME AND ITS BACKGROUND

FIGURE 1-1: Orthographic projection of the five countries of Central Asia.



Source: Wikimedia under the GNU Licence.

Central Asia includes five independent countries with rather heterogeneous geography, demographics, and economics, which were part of the Soviet Union formerly (see Table 1-1). With its historic tradition of the production and (mostly socially controlled) use of opium (Latypov, 2011, Latypov et al., 2008) and its geographic and ethnic proximity to Afghanistan – the biggest global producer of opium and heroin (UNODC, 2013) – it experienced its first encounter with heroin and the related addiction and other negative phenomena in the late 1980^s as a consequence of the return of veterans of the Soviet Army from Afghanistan (Zabransky et al., 2012).

TABLE 1-1: Area, population, and GDP of the Central Asian countries

Country	Area	Population	2013 GDP per capita, current prices*
Kazakhstan	2,724,900 km ²	16,990,000 ^{a)}	9,740 €
Kyrgyzstan	199,900 km ²	5,550,000 ^{b)}	982 €
Tajikistan	143,100 km ²	8,000,000 ^{c)}	803 €
Turkmenistan	491,210 km ²	5,125,693 ^{d)}	5,405 €
Uzbekistan	447,400 km ²	29,993,500 ^{e)}	1,452 €

* The USD prices retrieved from the International Monetary Fund (2013) were recalculated into Euro using the UN rate as of 28 June 2013

a) Agency of Statistics of the Republic of Kazakhstan (2013)

b) State Statistical Committee of the Kyrgyz Republic (2013)

c) Central Intelligence Agency (2013)

d) Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat (2012)

e) Государственный комитет Республики Узбекистан по статистике [State Statistical Committee of the Republic of Uzbekistan] (2013)

In the mid-1990s, the newly established trafficking routes of heroin from Afghanistan through Central Asian countries and further to Russia and Northern Europe (Cornell, 2006) caused an epidemic of heroin use in the CA countries, accompanied by the negative consequences arising from risky patterns of use – HIV and other blood-borne diseases (Mathers et al., 2008), and fatal overdoses – both largely underestimated as the data-gathering system was rather insufficient until very recently (Degenhardt et al., 2011, Ataiants et al., 2011). The other important effect was that of threatening public security in the young Central Asian countries and introducing the negative phenomena of corruption and organised crime (Cornell, 2006).

Responding to the drug-related threats that have never had only a national or regional dimension in the recent globalised world, the European Union launched its Central Asian Drug Action Programme (CADAP) in 2003, aiming to support the Central Asian countries in their anti-drug policies.

The current fifth phase of the implementation of CADAP started in July 2010 and unlike the previous phases, it is implemented by a consortium of EU Member States, coordinated by GIZ (Deutsche Gesellschaft für die Internationale Zusammenarbeit) and bringing together and directly transferring the EU's best expertise to Kazakhstan, Kyrgyzstan, Tajikistan, Turkmenistan, and Uzbekistan.

In the face of the expected withdrawal of the *International Security Assistance Force* from Afghanistan and the resulting uncertainty regarding the consequences for opium and heroin production and trafficking in the region, the importance of a well-informed, evidence-based drug policy using modern interventions in both drug demand and drug supply reduction is of the utmost importance – and probably more so than ever before.

CADAP 5 is funded by the European Union and has one coordinative (OCAN) component led by GIZ and three executive components:

- MEDISSA, translating evidence-based effective prevention methods into the regional, national, and local cultural context, led by the Polish National Bureau for Drug Prevention (KBPN),
- TREAT, with its focus on training medical and non-medical treatment professionals in innovative treatment methods in the field, led by the German Centre for Interdisciplinary Addiction Research (ZIS), and
- DAMOS, establishing and enhancing national capacity for monitoring, analysing, and reporting the national drug situation using exclusively non-confidential, non-personal, non-operative data, led by the Czech institute ResAd (Research and Development in Drug Research, Monitoring, and Policy).

1.2 ABOUT THIS REPORT

This Regional Summary of the Drug Situation in Central Asia was prepared within the DAMOS (Drug Information Systems) component of the CADAP 5 programme (the fifth phase of the *Central Asia Drug Action Programme*).

DAMOS builds on an internationally standardised methodology as defined by the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addictions (EMCDDA), which, inter alia, helps countries to plan and introduce effective anti-drug measures based on scientific evidence, and to report to the UN organisations (such as the United Nations Office for Drugs and Crime (UNODC)) in a format and quality that is obligatory for signatories of the international treaties on drugs. The necessity for countries to improve and systematise the monitoring and reporting of their drug situation (using the system DAMOS introduces) was clearly expressed in the *Political Declaration and Plan of Action on International Cooperation towards an Integrated and Balanced Strategy to Counter the World Drug Problem*, adopted at the high-level segment of the UN Commission on Narcotic Drugs in 2009.

This *Regional Summary of the Drug Situation in Central Asia* is the main reporting output of DAMOS in CADAP 5 for 2013. It starts with an executive summary, followed by a comprehensive regional analytical section that covers the Central Asian region, places the data of individual countries into a regional context, and highlights common trends and/or divergences. The national summaries referring to the drug situation in each individual country using a uniform structure compose the country-specific section of this publication.

The *Regional Summary of the Drug Situation in Central Asia* uses data as of 1st January 2012, or, where appropriate, pertaining to more recent developments in the drug situation. Unfortunately, Turkmenistan is not represented in this product as its active participation in DAMOS within CADAP5 did not commence until January 2013 and it was not possible to assemble the required data within the remaining time available.

The reporting systems and outputs stem from UNODC and EMCDDA data collection and data reporting standards and formats. Specifically, they cover “five key harmonised indicators of drug epidemiology” as developed by the EMCDDA, and the 10 key areas of the monitoring of the drug situation defined by the 2001 *Lisbon Consensus* as crucial for UN Member States.

2. LIST OF ABBREVIATIONS

ARV	anti-retroviral therapy	HCV	hepatitis C virus
BBS	bio-behavioural (surveillance) survey	HIV	human immunodeficiency virus
CA	Central Asia	HR	harm reduction
CADAP	Central Asia Drug Action Programme	IDU	injecting drug user
CARHAP	Central Asian Regional HIV/AIDS Project	ICD-10	10 th revision of the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
CARICC	Central Asian Regional Information and Coordination Centre for Combating Illicit Trafficking of Narcotic Drugs, Psychotropic Substances and their Precursors	MoH	Ministry of Health
CC	criminal code	MoI	Ministry of Interior
CDC	Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, USA	MM	multiplier method
CI	confidence interval	MT	methadone therapy
CRM	capture-recapture method	n.a.	not available; not applicable
CSTO	Collective Security Treaty Organization	NSP	needle and syringe programme (needle exchange programme)
DCA	Drug Control Agency	NGO	non-governmental organisation
DFID	Department for International Development (United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland)	OST	opioid substitution therapy
EU	European Union	PDU	problem drug use (or user or users)
€	Euro (EU monetary unit)	PEPFAR	The U.S. President's Emergency Plan for AIDS Relief
FMC	Family Medicine Centre	PHC	primary health care
GDP	gross domestic product	PLHIV	persons (people) living with HIV
GFATM	Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria	RSPC MSPDA	Republican Scientific and Practical Centre of Medical and Social Problems of Drug Abuse (in Kazakhstan)
GPO	General Prosecutor's Office	SDCS	State Service on Drug Control (in Kyrgyzstan)
HBV	hepatitis B virus	SMR	Standardised Mortality Ratio
		UN	United Nations
		UNODC	the United Nations Office on Drugs and Crime
		USD	United States dollar

3. EXECUTIVE SUMMARY

The drug situation in four¹ countries of Central Asia (Kazakhstan, Kyrgyzstan, Tajikistan, and Uzbekistan) is assessed using the best available data with acceptable reliability and validity.

Similarly to the general global situation, the most widely available illegal drug (the drug of which the population has the most common experience) is cannabis, followed by abused solvents. The use of opium and similar raw opiate drugs is only marginal when compared to (mostly injected) heroin, which is by far the most prevalent primary drug in problem drug users in Central Asia. The intensive use of cocaine or meth/amphetamine use is almost non-existent in Central Asia, and the appearance of new synthetic drugs (synthetic cannabinoids and cathinons) is reported only scarcely, and exclusively from Kazakhstan.

Whereas the lifetime prevalence of any illegal drug use is substantially lower in all four Central Asian countries that succeeded in delivering data (henceforth referred to as CA countries) when compared to developed countries, the reported prevalence of more risky patterns of drug use – injecting drug use in particular – is comparable with that of the EU countries.

Roughly, there is a general trend towards the stabilisation (except Kyrgyzstan, where it is growing) of the number of registered heroin users and an increase (except Tajikistan, where it is decreasing) in the number of registered cannabis users in Central Asia.

Medical help to drug users is based on the “narcological” system inherited from Soviet times and developed further only to a limited extent (and differently in each CA country). The data on medically treated persons come from so-called “narcological registers” – another Soviet inheritance that provides more information on the level of control of identified drug users than on the type, frequency, and quality of medical or other help provided to them. The available data show, however, that in comparison with EU countries, the availability of medical help to persons suffering from disorders related to illegal drugs is extremely low in all CA countries, no matter if it is compared relative to the number of people in the general population or to the number of problem/injecting (i.e. mostly addicted) drug users. The availability of medically assisted treatment (aka opiate substitution treatment, OST), which is seen as essential for countries with a prevailing problem of opiate use by UN and EU scientific organisations and expert bodies,² is very low (albeit slowly increasing) in Kazakhstan and Tajikistan, somewhat higher in Kyrgyzstan, and non-existent in Uzbekistan, where the OST pilot programme was closed in 2009.

The prevalence of HIV in injecting drug users (IDUs) is high in Central Asia, though relatively low and rather stable in Kazakhstan. The previously reported high prevalence of HIV in injecting drug users in Tajikistan and Uzbekistan has decreased substantially in the last few years (from 23.5% in 2006 to 13.5% in 2011 and from 17.0% in 2005 to 8.5% in 2011, respectively), which represents an unprecedented development and still seeks awaits further research. Interestingly, the seroprevalence of hepatitis C virus antibodies (anti-HCV) in drug users is highest in (HIV-low) Kazakhstan, which would suggest a persistence of risky patterns of injecting drug use, i.e. sharing and other unsafe practices related to paraphernalia in the country and thus presenting the risk of an HIV outbreak. In Kyrgyzstan, the prevalence of HIV in IDUs has been increasing recently (from 6.8% in 2008 to 14.6% in 2010). In Uzbekistan, anti-HCV seroprevalence has decreased in parallel with HIV (from 54% to 21% in 7 years). A decrease in viral hepatitis C in IDUs is reported from Tajikistan as well, whereas Kyrgyzstan reports a stable situation.

Needle and syringe programmes (NSPs) exist in all four CA countries and their number has been rather stable in recent years. The highest number of NSP sites is in Uzbekistan, which nevertheless reports the lowest number of paraphernalia exchanged/distributed per site, and also per drug user – a situation that suggests a need to look into the effectiveness of these numerous programmes. Kazakhstan and Kyrgyzstan distribute paraphernalia in numbers close to the estimated limit for effective HIV prevention in IDUs,³ while the other two countries do not.

The reporting of drug overdose deaths in the CA countries is unreliable because of a combination of factors: the lack of proper equipment and/or laboratory standards in the medical toxicology laboratories, an insufficient system for gathering data, and cultural⁴ and religious factors,⁵ which are especially important

¹ The fifth CADAP country – Turkmenistan – is not included in this report as the country did not actively participate in the DAMOS component of CADAP 5 until the final few months of the programme. A national working group was established in January 2013 and met on a number of occasions with support from CADAP. However, in the limited time available, it was not possible to report data and other information to the internationally comparable standards achieved under CADAP by the other four Central Asian countries. It is hoped, however, that the progress made so far in Turkmenistan can be built upon in the next phase of the CADAP programme.

² See e.g. WHO, UNODC, and UNAIDS (2008, 2009); World Health Organisation (2009), and others.

³ The WHO (2004) estimates that 200 needles/syringes per user per year represents a threshold for effective HIV prevention in IDUs.

⁴ Families seek to hide a drug-related death, which is seen as shameful.

⁵ According to Islam, the dead body should be buried by dusk on the day of the death, which complicates autopsies and other examinations.

in rural areas. According to studies performed within the framework of DAMOS, the probability of death (for any cause) is substantially higher for people that were registered in the narcological register than for people that were not, e.g. approx. 7 times higher in Uzbekistan.

The reporting of seizures of drugs is somehow unsystematic, aggregating drugs seized within sophisticated intelligence operations and customs seizures with wild poppy and wild cannabis plants destroyed in the domestic “agricultural” police operations that are conducted routinely on an annual basis. However, it is obvious that the seizures of heroin and opium are high compared to those in developed countries, which is to a large extent a consequence of the proximity to Afghanistan and the policing priorities. Heroin prices are lower than in EU countries, although they have gone up substantially in recent years (while purity has decreased), which suggests decreasing availability that still awaits an explanation, as the crop data from Afghanistan would suggest otherwise.

The number of people investigated for drug crimes relative to the number of population is an order of magnitude lower compared to the EU average, with the reasons probably being multiple: fewer resources, a different cultural environment/more rural population, and less general drug use in the population being the most straightforward.

TABLE 3-1: Key indicators of drug situation in the CA countries in comparison with EU average

Indicator / Country	Kazakhstan	Kyrgyzstan	Tajikistan	Uzbekistan	EU 27 average
Lifetime prevalence of drug use in school population 15–16 (latest year available)	15.6% (2012)	11.2% (2012)	0.4% (2007)	0.5% (2006)	17% (ESPAD 2011)
Problem drug use prevalence per 1,000 inhabitants (all ages)	7.0 (2012)	3.5 (2010)	3.2 (2009)	2.7 (2006)	2.8 (2011)
HIV prevalence in problem drug users in 2011	3.8%	14.6% (2010)	13.5%	8.5%	5.3%
Newly reported cases of HIV in IDUs in 2011 per 1 million inhabitants	52.5	64.9	52.8	15.7	3.0
Anti-VHC sero-prevalence in IDUs in 2011	61.2%	4.7%	17.3%	20.9%	45%**
Mortality in drug users (multiplier of probability to die for drug user relative to non-user) in 2011	3.8	1.3	n.a.	6.8 (2010)	10–20
Drug users treated per 10,000 inhabitants in 2011	1.8	5.9	1.5	1.6	8.8 (2010)
Percentage of problem drug users undergoing treatment in 2011	1.6%	17.1%	4.7%	4.0%	22.5%
Percentage of patients treated using opiate agonists (methadone or buprenorphine) of all estimated opioid users in 2011	0.1%	7.5%	0.7%	0%	50%
Number of items of injecting equipment exchanged/distributed per estimated injecting drug user	163	232	88	33	127
Number of drug-related offences investigated per 10,000 inhabitants in 2011	2.6	3.5	1.2	3.4	24
Seizures of opium and heroin combined (total kg in 2011)	317.3	97.0	999.3	1,606.2	223
Average price of 1 gram of street heroin	36 €	10 €	35 €	22 €	45 €

4. REGIONAL OVERVIEW

TABLE 4-1: Essential information about countries

Indicator / Country	Kazakhstan	Kyrgyzstan	Tajikistan	Uzbekistan
Surface area (square kilometres)	2,724,900	199,900	143,100	447,400
Population size	16,675,000	5,514,754	7,800,000	29,559,100
GDP per capita in Purchasing Power Standards (€)	8,685	1,010	430	1,452
Inequality of income distribution (Gini coefficient)	0.289	0.362	0.326	0.368
Unemployment rate (%)	5.4	8.6	2.4	0.2
Prison population rate (per 100 thousand inhabitants)	260	179	103	152
Population below poverty line (%)	5.3	33.7	68	26

4.1 DRUG USE IN THE GENERAL POPULATION AND YOUNG PEOPLE

Data on drug use in the adult population are scarce in the region as the only general population survey focusing on the use of drugs in the region was conducted in Kazakhstan in 2001, and neither its coverage nor the quality corresponded with international standards.

Several surveys among young adults and in the school population are available, though. Consistently for all of them, the reported prevalence rates among males are approximately two times higher than among females.

The highest prevalence rates of the use of any illicit drugs in the region were reported from Kazakhstan and, recently, from Kyrgyzstan.

Where the trend data are available, an increasing trend in the experience of the general population with illicit drugs can be drawn.

Data for individual drugs are mostly unavailable because of the low level of standardisation of data collection and/or analysis in population surveys in the region. However, the available data suggest that cannabis and volatile substances are the most prevalent drugs in the school population in all the countries.

TABLE 4-2: Illicit drug use in the general population in different age groups: methodological information about the studies and lifetime prevalence (%)

Country	Year	Age range	Sample size	Geographical coverage	Males	Females	Total
Kazakhstan	2012	15–22	4,000	Cities: Astana, Almaty	22.9	11.3	16.3
		15–16	1,415 (subsample)	Administrative areas: Zhymbylsk area, West Kazakhstan, Karaganda, Haragadi, Kostan, Pavlodar areas, and South Kazakhstan	20.4	11.6	15.8
	2009	15–16	334	3 cities: Pavlodar, Uralsk, Ustj-Kamenogorsk	10.1	4.1	7.2
	2006	14–15	4,992	Cities: Almaty, Astana Administrative areas: Pavlodar, Karaganda, Kostanay areas, and South Kazakhstan	n.a.	n.a.	12.6
	2001	07–65	7,500	National (in cities larger than 150,000 only)	n.a.	n.a.	10.0
Kyrgyzstan	2012	12–14	1,562	n.a.	n.a.	n.a.	11.2
	2007	12–17	3,500	n.a.	1.0	0.1	n.a.
Tajikistan	2007	15–16	5,003	Capital city Dushanbe Administrative areas: Sodjisk area, Hatlonsk a., Gorno-Badakshan autonomous areas	0.5	0.3	0.4
Uzbekistan	2006	15–16	5,851	Capital city Tashkent Administrative areas: Tashkent, Samarkand, Andzhan, Bukhara and Surkhadarinsk areas	n.a.	n.a.	0.5

TABLE 4-3: Drug use in school population aged 15–16 in Kazakhstan in 2012

Drug	Lifetime prevalence (%)			Last-year prevalence (%)		
	Males	Females	Total	Males	Females	Total
Any illicit drug	20.4	11.6	15.8	n.a.	n.a.	n.a.
Opiates	1.9	0.4	1.1	1.2	0.3	0.7
Cannabis	12.8	4.0	8.2	8.9	1.6	5.1
Cocaine	1.9	0.4	1.1	n.a.	n.a.	n.a.
Ecstasy	3.4	1.2	2.3	1.9	0.5	1.2
Amphetamines (Captagon*)	1.8	0.5	1.1	n.a.	n.a.	n.a.
Volatile substances	8.5	7.0	7.7	4.2	1.7	2.9
Sedatives	2.4	1.6	2.0	n.a.	n.a.	n.a.
IDU	1.6	0.1	0.8	n.a.	n.a.	n.a.

* Captagon (the brand name of a medication discontinued in 1986) was containing synthetic stimulant phenethylamine. Counterfeit Captagon containing various synthetic stimulants has been illegally available mainly in Middle East.

4.1.1 NARCOLOGICAL REGISTER

In all Central Asian (CA) countries, the system of registration of (known) drug users was inherited from the narcological⁶ registers of the former USSR.

Although in different CA countries the narcological registers have been enhanced technically to different extents, the very philosophy of the registers and the rules for the non-anonymous registration and possible de-registration of all drug users known to the medical or police authorities have not changed substantially. The registers in all CA countries include databases of so-called “dispensary registration” and databases of “prophylactic observation” of drug users. Persons who use psychoactive substances on a non-medical basis should

- apply voluntarily, or
- be directed by the law enforcement bodies, or
- be directed by any medical facility that identifies the drug use, to the narcological facilities for examination.

⁶ “Narcology” is the artificially created Soviet label for addiction medicine that was seen as a branch of (neuro)psychiatry and as such, was strictly biologically/medically oriented and focused on the control of the “pathological” phenomena of drug use and addiction in society.

If drug addiction (based on the ICD-10 criteria) is diagnosed, the person is subjected to dispensary registration and so-called “observation” within the narcological system. The decision concerning dispensary registration is made by the commission of the narcological facility or a certified narcologist. An exemption from the otherwise obligatory registration can apply to persons who pay for their treatment from their own resources; in such cases the treatment is “fully anonymous” and dispensary observation is not performed, even if the person is recorded as a number.

The narcological registers are used as a control tool and a filter for applicants for posts in the school system, law enforcement, and military and state service in general, and for applicants for a driver’s licence or firearms licence; nobody who is registered in the narcological register is eligible.

According to the rules applicable in all four CA countries that are the subject of this report, the persons who are registered should be examined regularly in outpatient facilities. During the dispensary observation period the addicts should receive qualified medical assistance that should lead to long-term remission from their drug use. Removal from dispensary observation is subject to the decision of the (commission of) narcologists who decide if the person has been abstaining from illegal drugs for several years (e.g. 5 years in Kazakhstan, or 3 in Uzbekistan).

In cases of drug use without clinical signs of addiction, the drug users are subject to prophylactic observation. The declared purpose of prophylactic observation is to prevent the development of drug addiction. The duration of preventive observation is usually shorter than that of dispensary registration, but in the event of a continuation of drug use and the development of drug addiction syndrome, the patient’s record is transferred to the dispensary register and the respective procedures are applied.

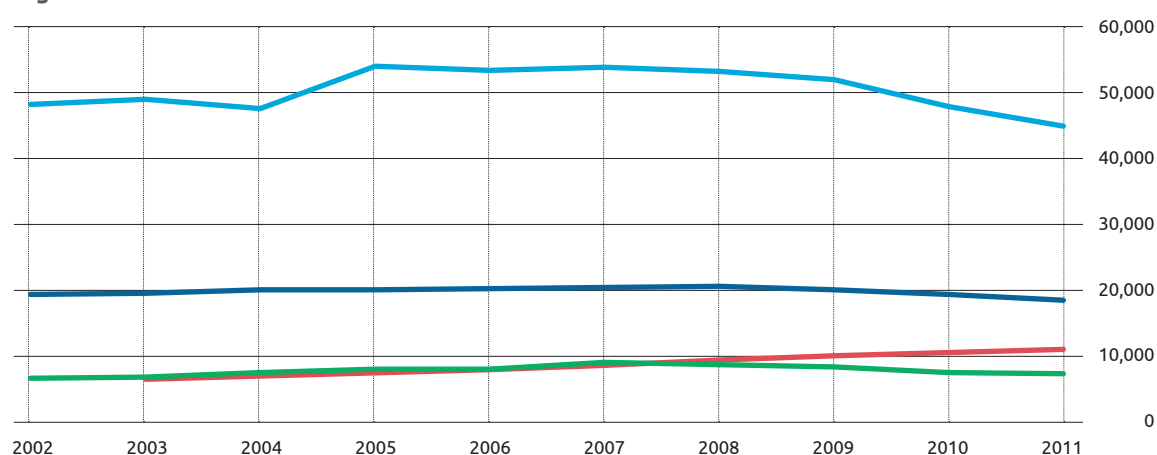
The highest prevalence of registered drug and alcohol addicts is reported from Kazakhstan – approx. 50 thousand and more than 200 thousand persons in 2011, respectively (54.2 and 134.7 per 10 thousand inhabitants, respectively). The lowest rate for illicit drugs was reported from Uzbekistan (6.2) and for alcohol from Tajikistan (6.4). During the last 5 years for which reports are available, a decreasing trend in the number of registered users can be observed in Kazakhstan, Tajikistan, and Uzbekistan, while an increasing trend has been reported from Kyrgyzstan.

Opiates are the most frequent primary drug of registered persons in all four CA countries (approx. 60–90%), followed by cannabis. The proportion of opiates as the primary drug of registrants is decreasing in Kazakhstan and Uzbekistan, increasing in Kyrgyzstan, and remains rather stable in Tajikistan. This, however, might not always reflect only the trends in drug use in the field, but also the administrative focus on the specific problems in the given years, and the availability of resources for the operations of the system that feeds the registers.

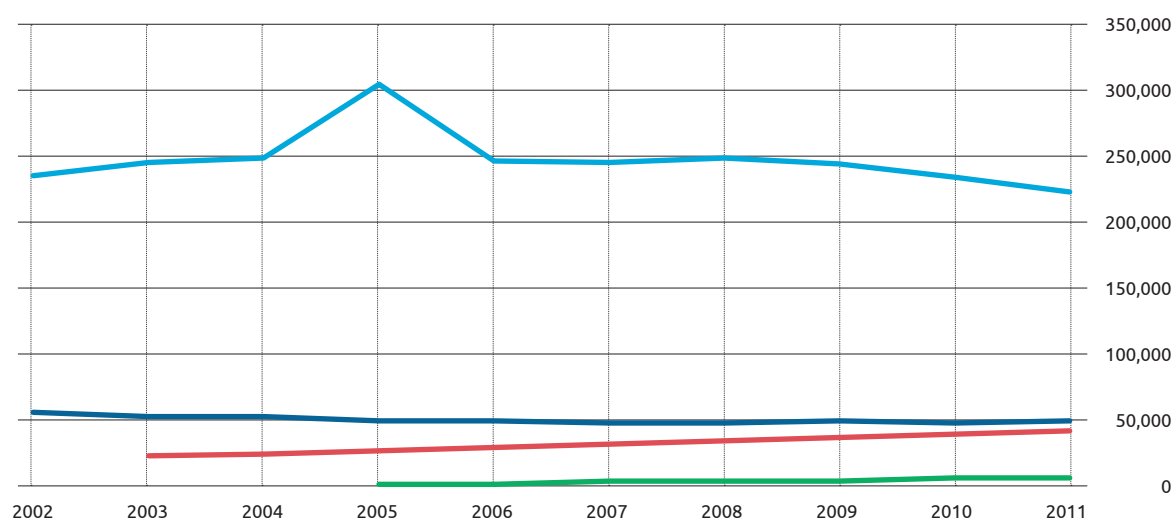
Cannabis users represent approx. 20–30% of all registered persons in Kazakhstan, Kyrgyzstan, and Uzbekistan, and only 5–10% in Tajikistan. A largely inverse trend as compared to opiates can be observed in the proportion of registered users who have cannabis as their primary drug; it is increasing in Kazakhstan and Uzbekistan, decreasing in Kyrgyzstan, and negligible in Tajikistan.

The proportion of females among registered users has been decreasing recently (except Kyrgyzstan, where it is rather stable), varying from 3.3% (Tajikistan) to 8.3% (Kazakhstan) in 2011.

The proportion of minors (under 15) among those registered in the narcological register is 0% (Tajikistan) and well below 1% in the other countries. The proportion of young adults (aged 15–34) is decreasing and the proportion of older adults (35 and older) is increasing as a long-term trend, except in Tajikistan, where the proportion is rather stable; however, in Tajikistan, the registered population is older than in other CA countries (the proportion of the population older than 35 is 67%); the youngest population of registered users is in Kazakhstan (the proportion of the population older than 35 is only 43%).

FIGURE 4-1: Number of persons with diagnosed drug addiction (toxicomania) subjected to dispensary registration in 2002–2011

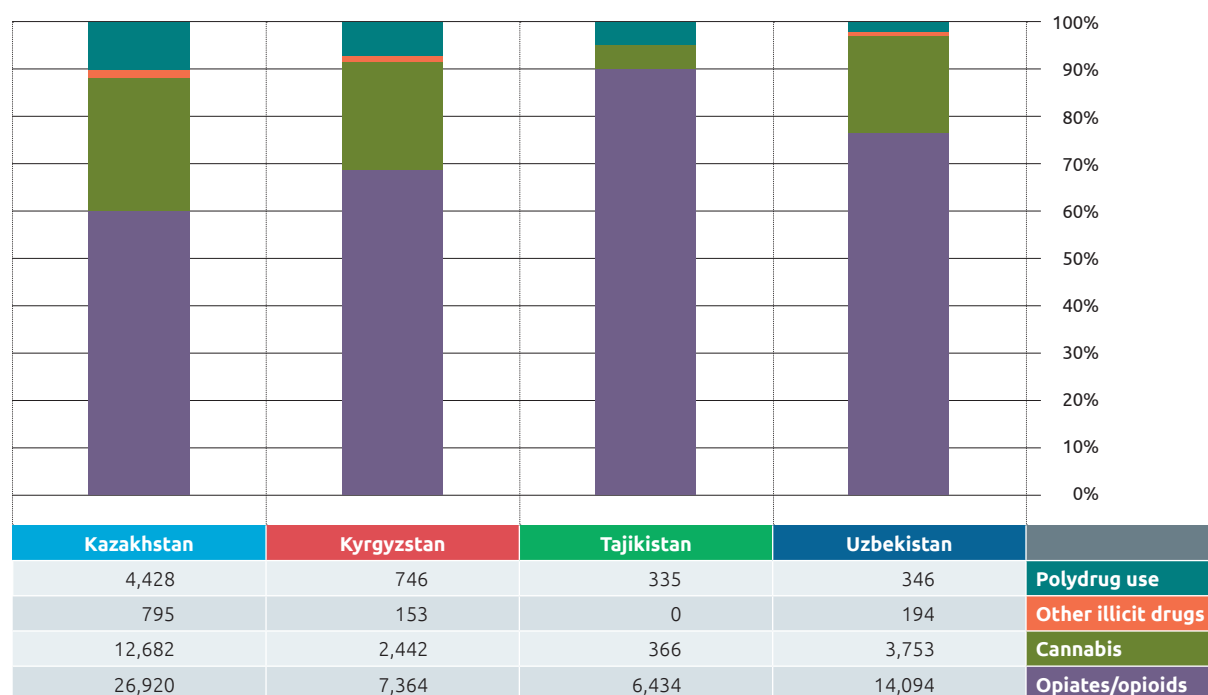
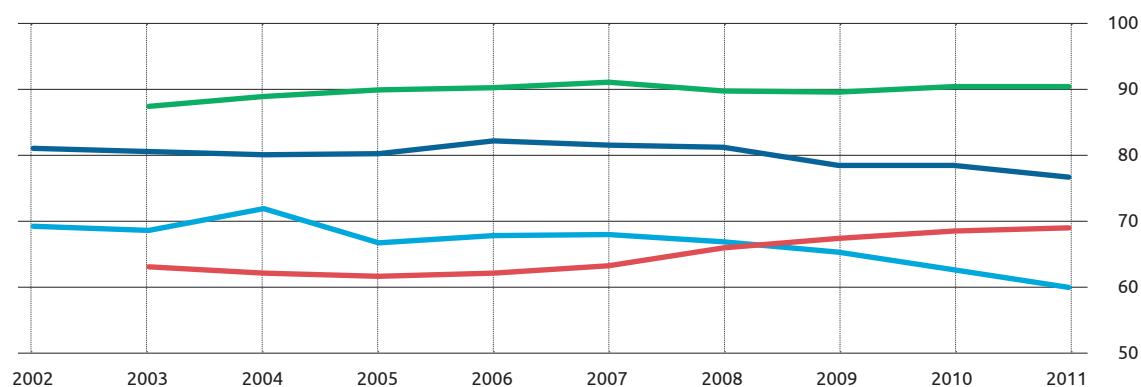
Country	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2007	2008	2009	2010
Kazakhstan	48,043	48,860	47,536	53,682	53,172	53,607	52,891	51,736	47,756	44,825
Kyrgyzstan	-	6,350	6,865	7,290	7,842	8,464	9,172	9,730	10,171	10,705
Tajikistan	6,496	6,759	7,275	7,732	7,841	8,744	8,372	8,018	7,398	7,135
Uzbekistan	19,236	19,386	19,844	19,868	19,964	20,122	20,320	19,737	19,134	18,387

FIGURE 4-2: Number of persons with diagnosed alcohol addiction subjected to dispensary registration in 2002–2011

Country	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Kazakhstan	235,895	245,864	248,928	303,157	246,862	245,715	249,006	244,833	235,416	224,694
Kyrgyzstan	-	24,267	26,051	27,982	30,395	32,668	34,777	37,086	39,182	41,091
Tajikistan	-	-	-	3,290	3,309	4,215	3,823	3,866	5,217	4,966
Uzbekistan	55,035	52,966	52,343	50,809	50,907	49,697	49,700	50,263	49,969	50,188

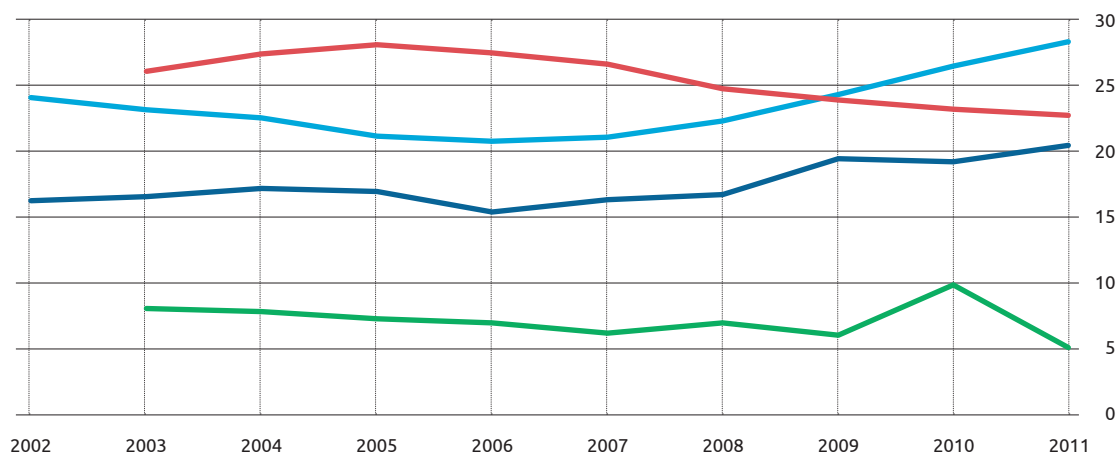
TABLE 4-4: Prevalence of registered drug and alcohol addicts subjected to dispensary registration in 2011 per 10 thousand inhabitants

Country	Drug addicts		Alcohol addicts	
	Total	Per 10 thousand inhabitants	Total	Per 10 thousand inhabitants
Kazakhstan	44,825	26.9	224,694	134.7
Kyrgyzstan	10,705	19.4	41,091	74.5
Tajikistan	7,135	9.1	4,966	6.4
Uzbekistan	18,387	6.2	50,188	17.0

FIGURE 4-3: Number and proportion of registered patients by drugs in 2011**FIGURE 4-4: Trend in proportion of opiates in registered patients (%)**

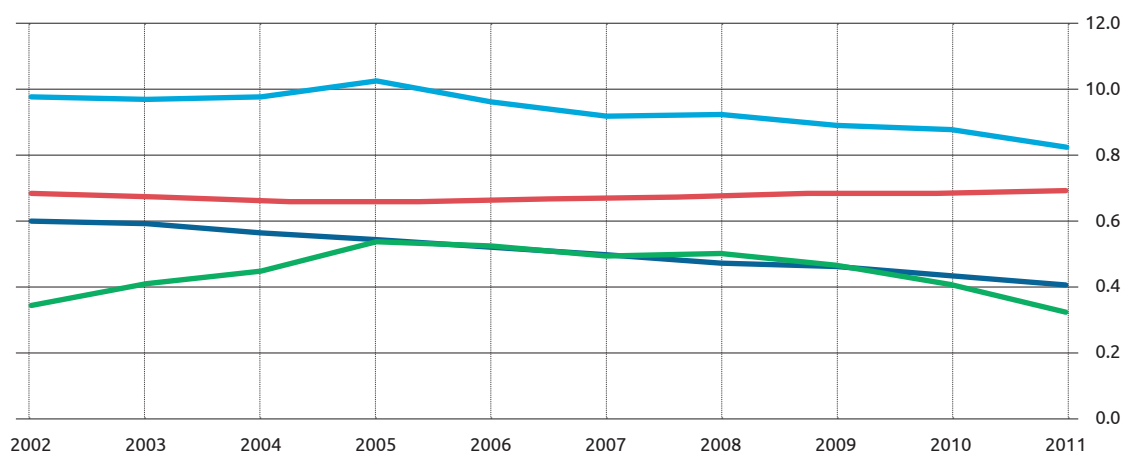
Country	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Kazakhstan	69.0	68.5	71.7	66.6	67.7	67.9	66.8	65.2	62.7	60.1
Kyrgyzstan	-	63.1	62.1	61.8	62.2	63.3	65.8	67.2	68.3	68.8
Tajikistan	-	87.4	88.7	89.7	90.0	90.8	89.5	89.4	90.2	90.2
Uzbekistan	80.8	80.4	79.9	80.1	81.9	81.3	80.9	78.3	78.4	76.7

FIGURE 4-5: Trend in proportion of cannabis in registered patients (%)



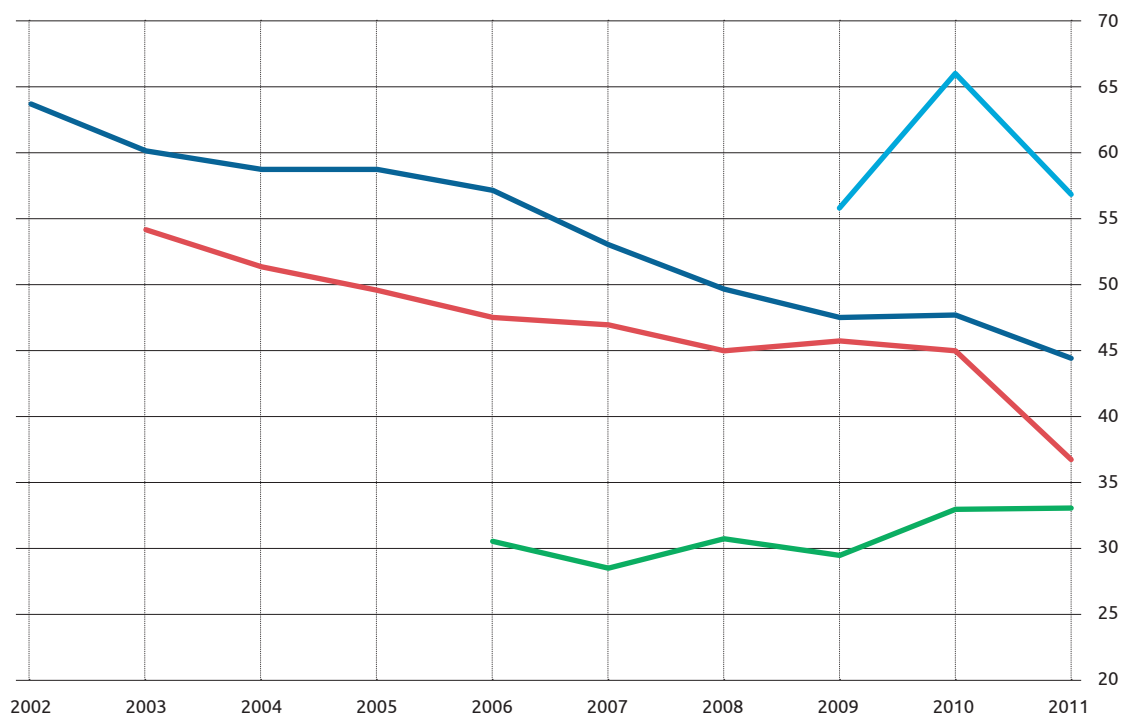
Country	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Kazakhstan	24.2	23.2	22.6	21.2	20.9	21.2	22.4	24.4	26.5	28.3
Kyrgyzstan	-	26.1	27.4	28.1	27.5	26.6	24.8	24.0	23.3	22.8
Tajikistan	-	8.0	7.8	7.2	6.9	6.2	6.9	6.0	9.8	5.1
Uzbekistan	16.3	16.6	17.2	17.0	15.5	16.4	16.8	19.4	19.2	20.4

FIGURE 4-6: Proportion of females among registered drug addicts (%)



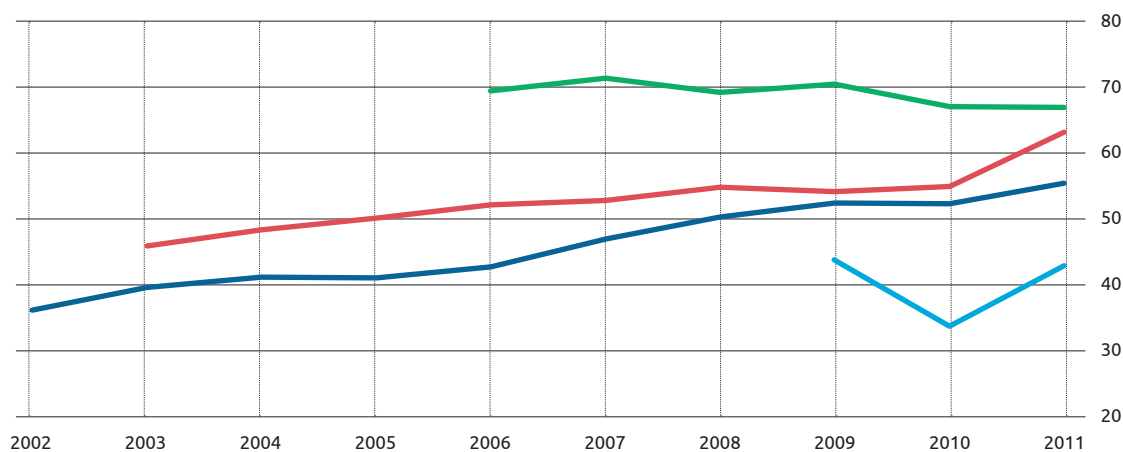
Country	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Kazakhstan	9.8	9.7	9.8	10.3	9.6	9.2	9.3	8.9	8.8	8.3
Kyrgyzstan	-	6.9	6.8	6.7	6.7	6.7	6.8	6.9	6.9	7.0
Tajikistan	3.5	4.1	4.5	5.4	5.3	5.0	5.1	4.7	4.1	3.3
Uzbekistan	6.0	5.9	5.7	5.5	5.2	5.0	4.8	4.7	4.4	4.1

FIGURE 4-7: Proportion of young adults (15–34) among registered drug addicts (%)



Country	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	
Kazakhstan 15–34	-	-	-	-	-	-	-	-	55.9	65.9	56.9
Kyrgyzstan 15–34	-	54.0	51.2	49.5	47.5	46.9	45.0	45.7	44.9	36.8	
Tajikistan 15–34	-	-	-	-	30.5	28.6	30.7	29.5	32.8	33.0	
Uzbekistan 15–34	63.6	60.1	58.7	58.7	57.1	53.0	49.7	47.5	47.7	44.5	

FIGURE 4-8: Proportion of older adults (35 and older) among registered drug addicts (%)



Country	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	
Kazakhstan 35+	-	-	-	-	-	-	-	-	43.8	33.8	42.9
Kyrgyzstan 35+	-	46.0	48.5	50.2	52.2	52.8	54.8	54.1	54.9	63.1	
Tajikistan 35+	-	-	-	-	69.5	71.4	69.3	70.5	67.2	67.0	
Uzbekistan 35+	36.2	39.7	41.2	41.1	42.7	46.9	50.3	52.4	52.3	55.4	

4.2 PROBLEM DRUG USE

Opiates in general and, of these, mostly heroin, are the main problem drug in Central Asia. Drug injecting in the region is almost exclusively limited to opiate drugs.

Heroin is the main opiate drug in Central Asia, where it replaced the traditional use of opium, which was described as prevalent as recently as in the early 1990s (Zabransky et al., 2012). Nowadays, heroin can be found as the primary drug in 85–90% of opiate users in narcological registers and its proportion is increasing in the long term. The proportion of other opiates – opium, khanka,⁷ vtoryak,⁸ and others – is decreasing. Amphetamine-type drugs or cocaine are very rare among intensive users.

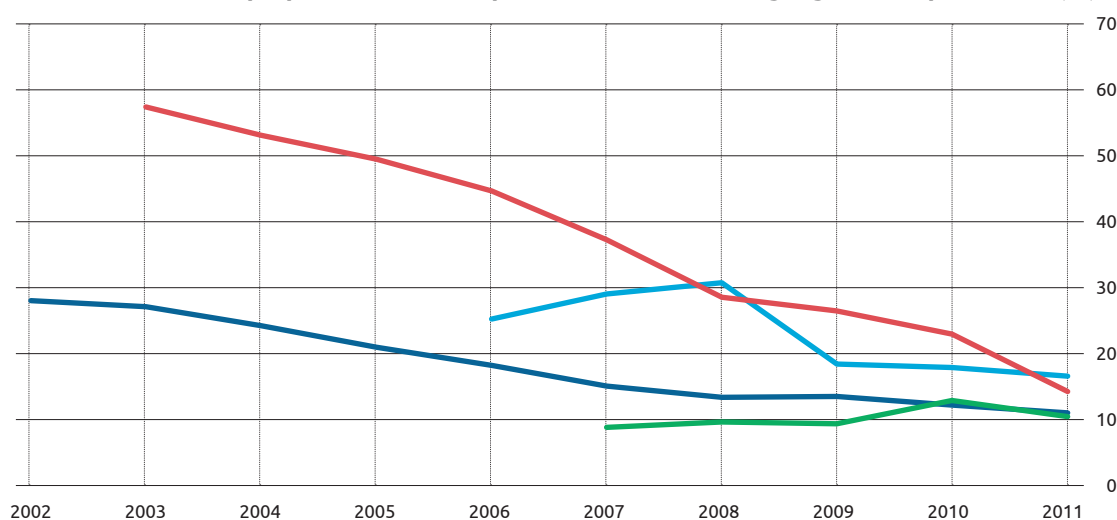
Problem drug users in Central Asia are usually defined as injecting drug users (IDUs).

The proportion of IDUs among registered drug users varies from 50% (Uzbekistan) to 70% (Kazakhstan) and in those two countries is rather stable in the long term, whereas in Tajikistan it increased from 36% in 2002 to 65% in 2011.

Recent central estimates of the number of IDUs reach approx. 120 thousand persons in Kazakhstan, 25 thousand in Tajikistan, and 19 thousand in Kyrgyzstan. The most recent available estimate from Uzbekistan, 80 thousand IDUs in 2006, raises doubts among country specialists as being overestimated (the results of the estimation of the numbers of IDUs in Uzbekistan in 2012 has not been published yet).

The prevalence of IDUs relative to the size of the population in 2011 reached 3.4 and 3.2 persons, respectively, per 1,000 inhabitants in Kyrgyzstan and Tajikistan. In Kazakhstan, the estimate is about twice as high, indicating a central estimate of 7.0 IDUs per 1,000 inhabitants. In Uzbekistan, the UNODC 2006 estimate (which is seen as being too high by Uzbek experts and authorities) indicates a prevalence of 2.7 IDUs per 1,000 inhabitants, which is, anyway, the lowest estimate from the four CA countries that are covered.

FIGURE 4-9: Trend in proportion of other opiates than heroin among registered opioid users (%)

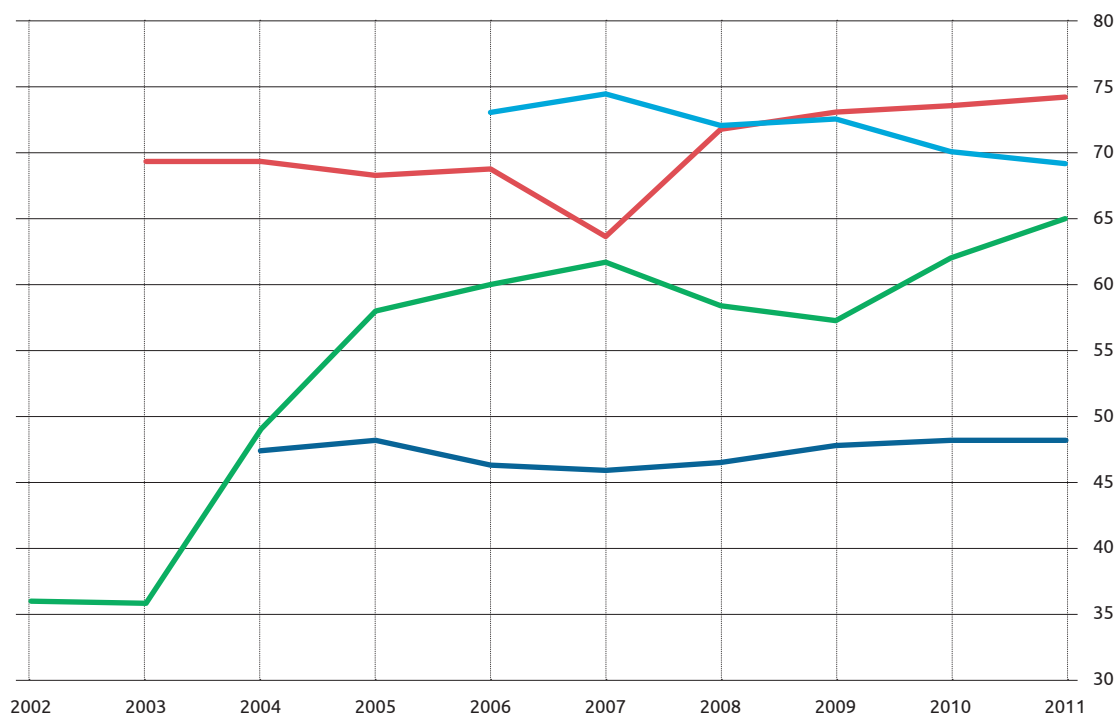


Country	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Kazakhstan	-	-	-	-	25.3	29.1	30.8	18.6	18.1	16.8
Kyrgyzstan	-	57.5	53.3	49.6	44.8	37.4	28.7	26.7	23.2	14.4
Tajikistan	-	-	-	-	-	9.1	9.8	9.6	12.9	10.6
Uzbekistan	28.2	27.2	24.3	21.1	18.4	15.3	13.6	13.7	12.4	11.3

⁷ Khanka – fixed milk sap collected from poppy capsules, as well as the solution obtained from this milk sap.

⁸ Vtoryak – poppy straw or any other drug containing semi-product for the production of a drug from which the most part of the alkaloids it contained had already been extracted, i.e. a drug obtained through repeated extraction from the raw materials that had been treated once.

FIGURE 4-10: Proportion of IDUs among registered drug users (%)



Country	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Kazakhstan	-	-	-	-	73.0	74.3	72.0	72.5	70.1	69.2
Kyrgyzstan	-	69.3	69.2	68.2	68.7	63.6	71.7	73.0	73.5	74.1
Tajikistan	35.9	35.8	49.0	57.9	59.9	61.6	58.3	57.2	61.9	64.8
Uzbekistan	-	-	47.3	47.9	46.4	46.1	46.5	47.6	47.9	47.9

TABLE 4-5: Overview of available estimates of problem drug users (IDUs) in Central Asia

Country	Year	Definition	Method	Central estimate	Low range	High range	Central per 1,000 inhabitants
Kazakhstan	2012	IDUs	MM* CRM**	116,840	100,000	150,000	7.0
	2011	IDUs	MM* CRM**	123,640	100,000	150,000	7.4
Kyrgyzstan	2010	IDUs	MM	19,000	-	-	3.4
	2006	PDU	MM	26,000	-	-	4.7
	2006	IDUs	MM	25,000	-	-	4.5
Tajikistan	2009	IDUs	MM	25,000	-	-	3.2
Uzbekistan	2006	IDUs	MM	80,000	-	-	2.7

Note: MM – multiplier method, CRM – capture-recapture method, * national estimate; ** sum of regional estimates

4.3 TREATMENT

Drug treatment in CA is provided almost exclusively within the narcological service, which is part of the national medical system. It consists of outpatient and inpatient units of various types. Substitution treatment is not available in Uzbekistan, where the pilot project that was conducted in one unit with 142 patients (Latypov et al., 2010) was terminated in 2009. In Kazakhstan and Tajikistan, the availability of substitution treatment is significantly limited (6 units in 2012 and 3 units in 2011, respectively). In Kyrgyzstan, substitution treatment was provided in 20 centres in 2011; 3 of them were based in prisons.

During the preparation of this paper, the national experts were asked to assess the availability/coverage of different types of treatment. Even if the estimation can be subjective and the rating incomparable among countries, it indicates the substantially higher accessibility of detoxification/narcological treatment as compared to opioid substitution, psychosocial interventions, or social rehabilitation in Central Asia.

The numbers of medically treated users of illicit drugs range between 1.5 and 1.8 per 10 thousand inhabitants in Kazakhstan, Tajikistan, and Uzbekistan. In Kyrgyzstan, the number of drug addicts who are treated is relatively higher – 5.9 per 10 thousand inhabitants.

Opiates are the most frequent primary drugs among the clients who are treated, ranging from 63% in Kazakhstan to 99% in Kyrgyzstan. Heroin is the main opiate in the clients who are treated – 100%, 96%, and 99% of opiate patients used heroin as their primary drug in Kyrgyzstan, Tajikistan, and Uzbekistan respectively.

TABLE 4-6: Number of treatment units and treatment capacity

Indicator/Country	Kazakhstan	Kyrgyzstan	Tajikistan	Uzbekistan
Narcological dispensaries	22	0	5	16
Narcological rooms in total	176	39	68	174
– of which narcological rooms for adolescents	24	2	n.a.	34
Narcological in-patient units	31	2	10	3
Narcological beds	4,726	305	290	1,812
Other drug treatment units – NGOs	0	n.a.	n.a.	0
Other drug treatment units – private	3 clinics 27 narcological rooms	n.a.	n.a.	14

TABLE 4-7: Number of units and number of persons in substitution treatment

Year	Number of units providing substitution treatment				Number of persons in substitution treatment			
	Kazakhstan*	Kyrgyzstan	Tajikistan	Uzbekistan	Kazakhstan*	Kyrgyzstan	Tajikistan	Uzbekistan
2002	0	2	0	0	0	121	0	0
2003	0	2	0	0	0	223	0	0
2004	0	2	0	0	0	221	0	0
2005	0	2	0	0	0	151	0	0
2006	0	2	0	1	0	361	0	n.a.
2007	0	6	0	1	0	669	0	n.a.
2008	1	11	0	1	16	1,158	0	n.a.
2009	2	15	n.a.	1	48	1,195	n.a.	142
2010	3	20	2	0	95	1,609	82	0
2011	3	20	3	0	115	1,428	198**	0
2012	6	n.a.	n.a.	0	207	n.a.	n.a.	0

Note: *By 31. December of the given year, ** 2010 plus 2011

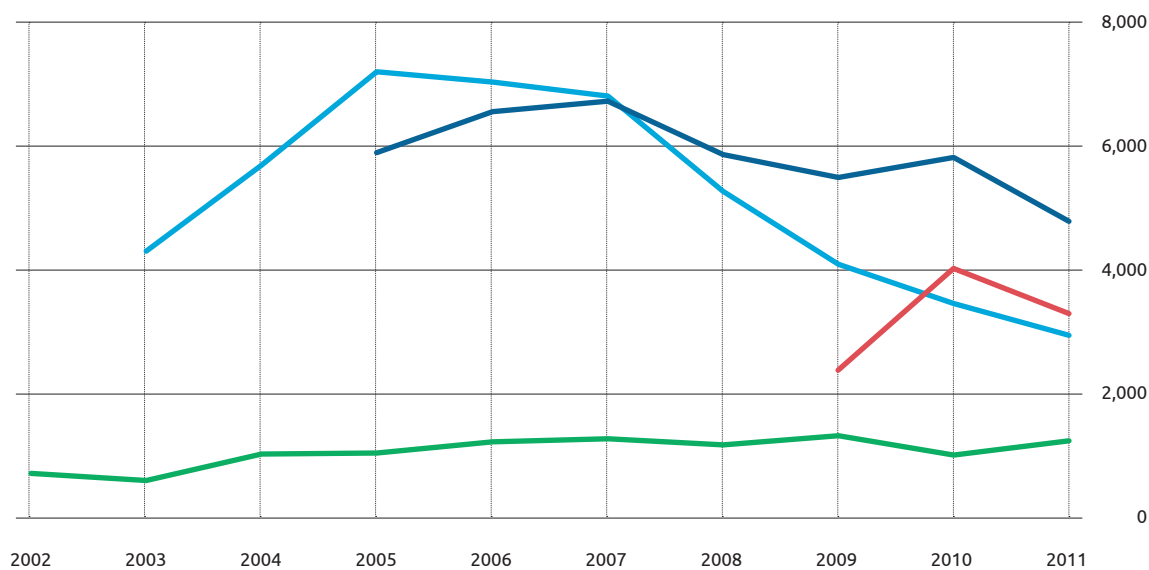
TABLE 4-8: Availability of various treatment modalities in 2013 as estimated by the national experts

Modality	Kazakhstan*	Kyrgyzstan	Tajikistan	Uzbekistan
Detoxification	full	full	moderate	full
Outpatient drug-free medical treatment	full	moderate	moderate	full
Inpatient drug-free medical treatment	moderate	moderate	moderate	full
Opioid substitution treatment	rare	moderate	moderate	unavailable
Psychological support and therapy	moderate	moderate	moderate	full
Social rehabilitation	rare	rare	moderate	moderate

Note: full (available for all users in all territory of the country) – moderate (available for some users and/or in some part of the country) – rare (almost unavailable and/or available at very limited geographical area) – unavailable. Source of the data is an expert estimate of DAMOS/CADAP 5 national working groups at the beginning of 2013.

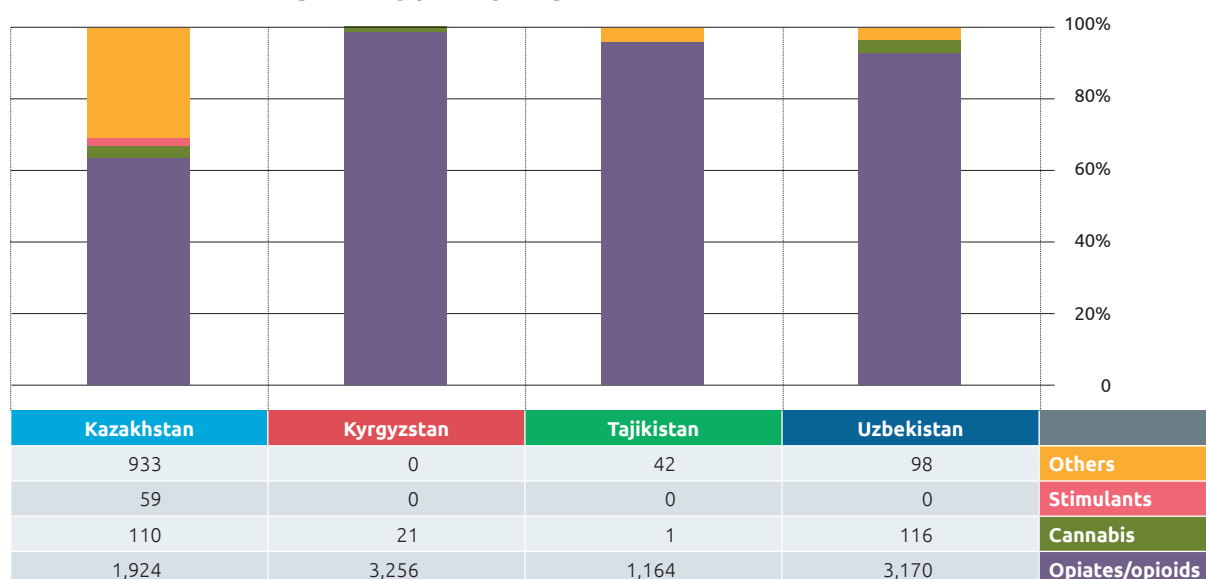
TABLE 4-9: Number of treated drug addicts (illicit drugs) and treatment rate per population size in 2011

Country	Number of inhabitants	Number of drug users treated	Treated drug users per 10 thousands inhabitants
Kazakhstan	16,675,000	2,972	1.8
Kyrgyzstan	5,514,754	3,277	5.9
Tajikistan	7,800,000	1,207	1.5
Uzbekistan	29,559,100	4,816	1.6

FIGURE 4-11: Number of treated users of illicit drugs in narcological treatment

Country	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Kazakhstan	-	4,307	5,675	7,142	6,991	6,771	5,255	4,105	3,482	2,972
Kyrgyzstan	-	-	-	-	-	-	-	2,408	3,979	3,277
Tajikistan	743	637	1,015	1,040	1,192	1,245	1,152	1,286	1,007	1,207
Uzbekistan	-	-	-	5,873	6,517	6,676	5,842	5,497	5,805	4,816

Note: In Uzbekistan, only in-patient treatment is included.

FIGURE 4-12: Treated drug users by primary drug in 2011

4.4 DRUG-RELATED INFECTIOUS DISEASES

Recently, the incidence of newly diagnosed cases of HIV infection among IDUs has been decreasing in Kazakhstan and Uzbekistan, and increasing in Kyrgyzstan and Tajikistan. In 2011, the relative annual incidence of known HIV cases in IDUs (per 1 million inhabitants) was highest in Kyrgyzstan (64.9) and lowest in Uzbekistan (15.7).

The proportion of IDUs among all those infected with HIV is decreasing from the long-term perspective, from 61–82% in all the countries in 2002 to 42–60% in 2011, except Uzbekistan, where the proportion of IDUs in newly detected cases of HIV in IDUs reportedly fell to 13% in 2011.

In the last decade, bio/sero-behavioural surveillance surveys (BBSs) in samples of high-risk populations, including IDUs, have been performed periodically in the four CA countries; the serological testing includes HIV, HCV, and syphilis. Respondent-driven sampling is applied, and the geographical coverage of the BBSs is gradually increasing.

However, recent methodological reviews conducted by the ICAP at Columbia University in Central Asia and funded by PEPFAR⁹ and CDC¹⁰ have shown several methodological shortcomings in the BBSs in the four Central Asian countries (Deryabina et al., 2012c, Deryabina et al., 2012a, Deryabina et al., 2012b). Thus, a certain level of caution in interpreting the data is recommended.

The reported national prevalence of HIV in IDUs ranges between 3.8% (Kazakhstan) and 14.6% (Kyrgyzstan). Whereas in Tajikistan and Uzbekistan, which had the highest HIV prevalence in 2005 (above 15%), a decreasing trend can be observed, in Kyrgyzstan the prevalence of HIV in IDUs has been growing recently. The prevalence of HIV in Kazakhstan seems rather stable in the long term.

The prevalence of HCV among IDUs is on a sustained high level in Kazakhstan (approx. 60%) and Kyrgyzstan (approx. 50%), indicating the ongoing current transmission of the virus among IDUs and thus the risk of an HIV outbreak among IDUs, including in Kazakhstan, with its present relatively low levels of HIV. The prevalence of HCV in IDUs in Tajikistan and Uzbekistan is decreasing in parallel with the decrease in the prevalence of HIV.

The seroprevalence of syphilis in IDUs is between 5% and 10%, with a slightly decreasing trend in all countries.

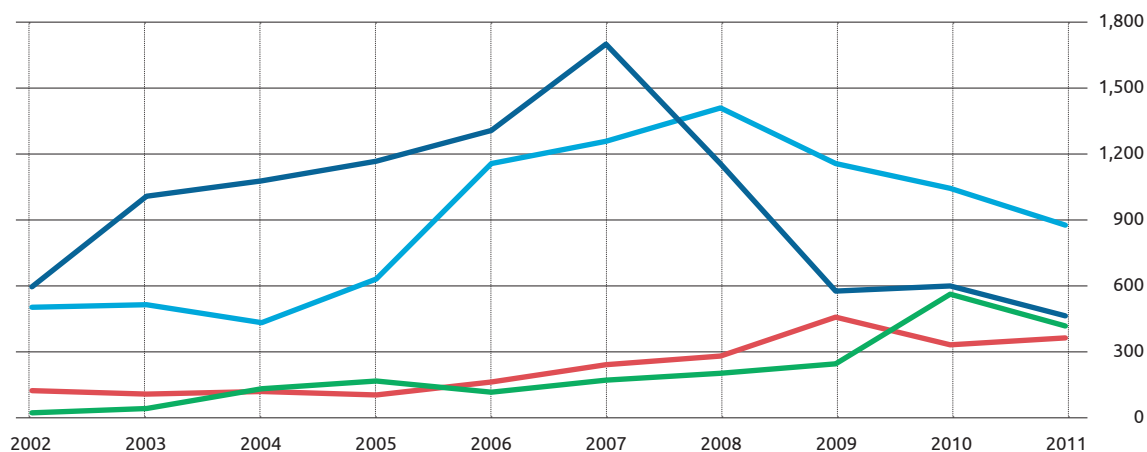
Disaggregated data on HIV, HCV, and the seroprevalence of syphilis are available for Kazakhstan and Uzbekistan. Disaggregation by age and duration of injecting career shows a lower and further decreasing seroprevalence in younger and less experienced IDUs in those two countries. Especially in Uzbekistan, a decreasing trend of infection rates in younger IDUs is apparent, indicating a decreasing incidence of the infections being surveyed, which supports data on a decreasing trend in prevalence rates.

⁹ (US) President's Emergency Plan for AIDS relief;

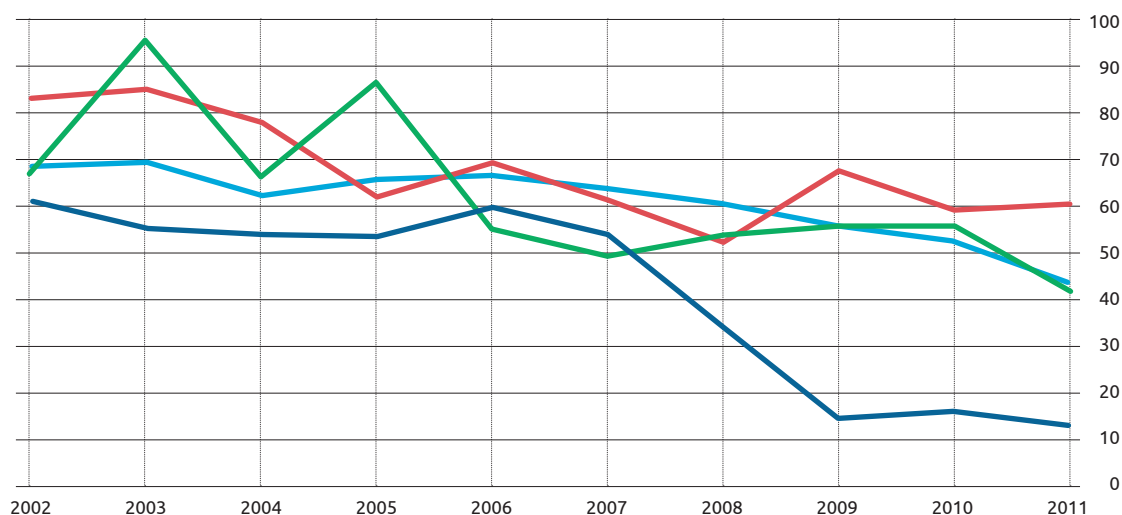
¹⁰ Center for Disease Control, Atlanta, USA;

TABLE 4-10: Number of newly reported HIV infected IDUs in 2011

Country	Newly reported HIV infected IDUs	Number per 1 million inhabitants
Kazakhstan	876	52.5
Kyrgyzstan	358	64.9
Tajikistan	412	52.8
Uzbekistan	465	15.7

FIGURE 4-13: Trend in newly diagnosed cases of HIV infection in IDUs in 2002–2011

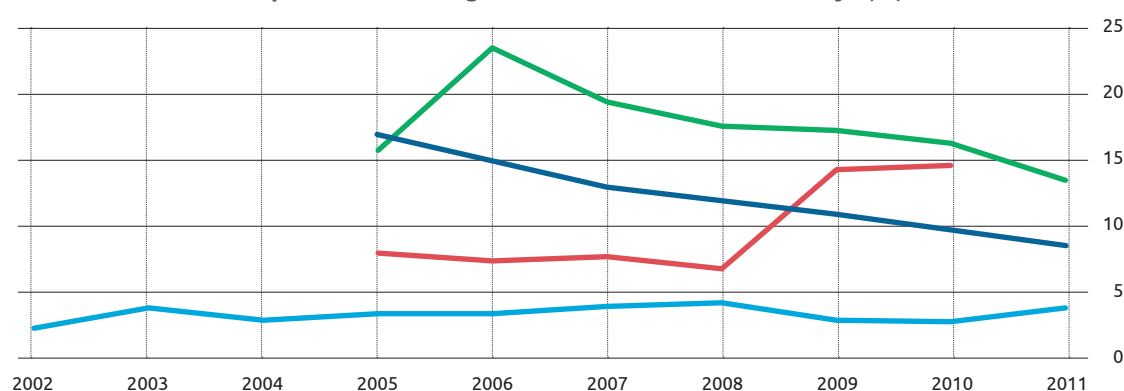
Country	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Kazakhstan	501	515	433	632	1,156	1,258	1,410	1,155	1,043	876
Kyrgyzstan	121	106	119	102	161	237	277	452	327	358
Tajikistan	22	40	131	163	112	167	200	240	558	412
Uzbekistan	596	1,009	1,080	1,168	1,309	1,699	1,158	577	600	465

FIGURE 4-14: Trend in proportion of IDUs among newly diagnosed cases of HIV infection in 2002–2011 (%)

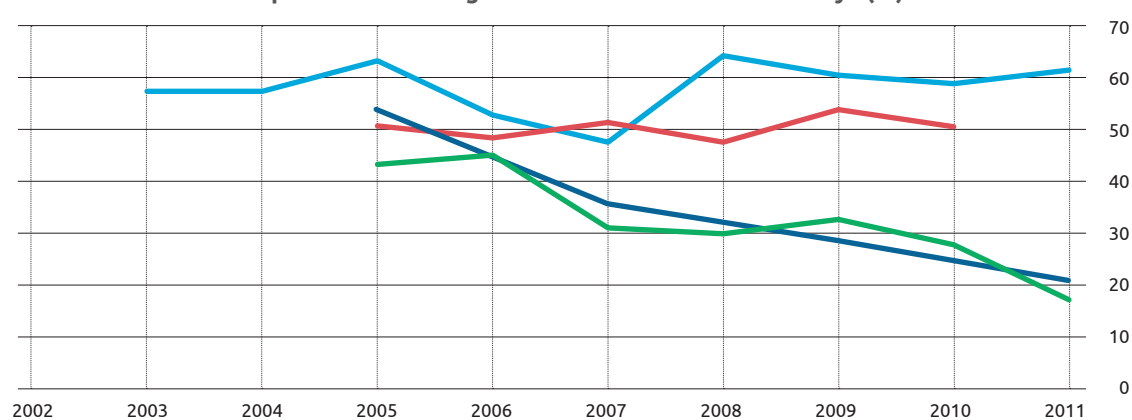
Country	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Kazakhstan 15–34	68.2	69.0	61.9	65.6	66.2	63.6	60.4	55.5	52.5	43.7
Kyrgyzstan 15–34	82.9	84.8	77.8	61.8	69.1	61.1	52.1	67.4	59.0	60.3
Tajikistan 15–34	66.7	95.2	66.2	86.2	54.9	49.3	53.6	55.7	55.6	41.7
Uzbekistan 15–34	60.8	55.0	53.6	53.1	59.4	53.6	34.0	14.4	15.8	13.0

TABLE 4-11: Sample size and geographical coverage of samples in sero-behavioural surveys in 2005 –2011

Year	Kazakhstan		Kyrgyzstan		Tajikistan		Uzbekistan	
	Sample size	Geographical coverage	Sample size	Geographical coverage	Sample size	Geographical coverage	Sample size	Geographical coverage
2005	4,679	21 sites (national)	500	2 sites	600	2 sites	1,956	n.a.
2006	4,553	22 sites (national)	500	2 sites	600	2 sites	n.a.	n.a.
2007	4,902	22 sites (national)	800	5 sites	1,355	6 sites	3,743	5 sites
2008	4,868	22 sites (national)	648	5 sites	1,355	6 sites	n.a.	n.a.
2009	4,860	22 sites (national)	900	8 sites	1,657	8 sites	4,098	14 sites in 14 regions (national)
2010	4,950	22 sites (national)	930	8 sites	1,655	8 sites	n.a.	n.a.
2011	4,830	22 sites (national)	n.a.	n.a.	2,000	10 sites out of 68 regions	5,600	14 sites in 14 regions (national)

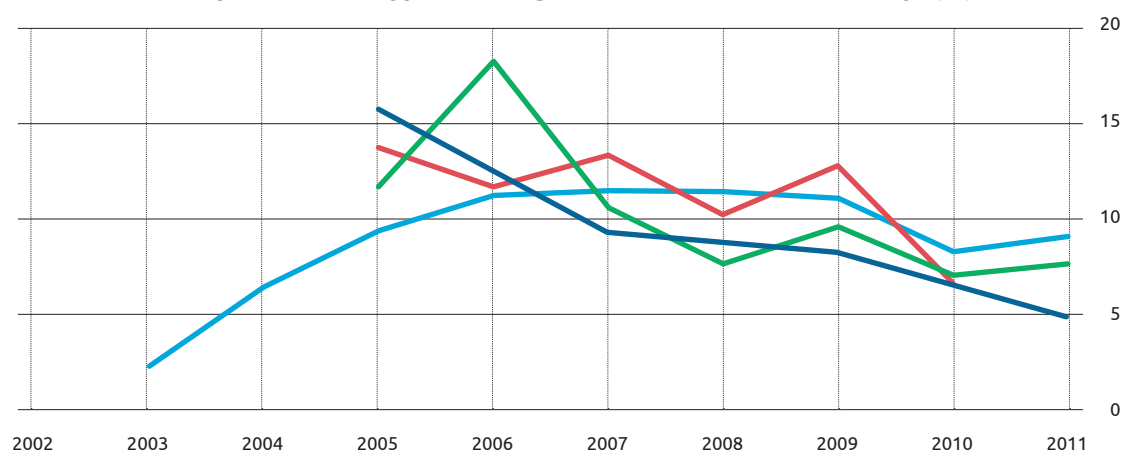
FIGURE 4-15: HIV sero-prevalence among IDUs in sero-behavioural surveys (%)

Country	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Kazakhstan	2.3	3.8	2.9	3.4	3.4	3.9	4.2	2.9	2.8	3.8
Kyrgyzstan	-	-	-	8.0	7.4	7.8	6.8	14.3	14.6	-
Tajikistan	-	-	-	15.8	23.5	19.4	17.6	17.3	16.3	13.5
Uzbekistan	-	-	-	17.0	-	12.9	-	10.9	-	8.5

FIGURE 4-16: HCV seroprevalence among IDUs in sero-behavioural surveys (%)

Country	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Kazakhstan	-	57.2	57.2	63.1	52.6	47.6	64.1	60.3	58.7	61.2
Kyrgyzstan	-	-	-	50.6	48.4	51.3	47.5	53.7	50.4	-
Tajikistan	-	-	-	43.1	45.0	31.1	29.9	32.6	27.8	17.3
Uzbekistan	-	-	-	53.7	-	35.5	-	28.5	-	20.9

FIGURE 4-17: Seroprevalence of syphilis among IDUs in sero-behavioural surveys (%)



Country	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Kazakhstan	-	2.3	6.4	9.3	11.1	11.4	11.3	10.9	8.2	9.0
Kyrgyzstan	-	-	-	13.6	11.6	13.3	10.2	12.7	6.7	-
Tajikistan	-	-	-	11.7	18.2	10.6	7.7	9.6	7.1	7.7
Uzbekistan	-	-	-	15.6	-	9.3	-	8.3	-	4.9

TABLE 4-12a: Trend in sero-prevalence of HIV, hepatitis C and syphilis among IDUs in sero-behavioural surveys in Uzbekistan by age and time since the first injection (%)

Indicator	HIV			VHC			Syphilis		
	2007	2009	2011	2007	2009	2011	2007	2009	2011
Age									
IDUs aged <25	11.2	7.2	5.6	22.7	19.8	8.2	8.2	6.4	2.5
IDUs aged 25–34	14.1	8.6	6.6	35.7	23.5	13.5	9.4	6.7	3.8
IDUs aged >34	12.2	14.0	10.2	38.0	35.1	20.4	9.4	10.0	5.8
Number of years since first drug injecting									
<2 years since the first injection (new IDUs)	10.0	6.4	6.1	24.1	19.1	10.8	7.6	5.1	4.6
Used drugs by injecting for from 2 to <5 years	10.5	8.9	5.3	29.9	22.6	12.8	8.7	7.1	4.8
From 5 to <10 years since the first injection	14.4	12.6	9.4	40.4	30.8	17.1	10.0	8.7	4.6
10 or more years since the first injection	19.1	15.7	17.7	53.8	43.0	29.2	11.4	11.9	6.2

TABLE 4-12b: Trend in sero-prevalence of HIV, hepatitis C and syphilis among IDUs in sero-behavioural surveys in Kazakhstan by age and time since the first injection (%)

Indicator	HIV		VHC		Syphilis	
	2011	2012	2011	2012	2011	2012
Age						
IDUs aged <25	3.9	2.6	43.5	46.4	4.4	5.5
IDUs aged 25–34	4.1	4.6	62.7	64.2	8.6	8.9
IDUs aged >34	3.4	3.6	64.1	65.6	10.7	9.6
Number of years since first drug injecting						
<2 years since the first injection (new IDUs)	4.4	1.7	43.5	41.5	7.4	6.6
Used drugs by injecting for from 2 to <5 years	2.3	3.5	47.4	52.0	7.4	9.0
From 5 to <10 years since the first injection	3.6	3.6	59.6	63.8	9.2	9.2
10 or more years since the first injection	4.6	5.0	74.5	73.9	10.2	9.0

4.5 DRUG-RELATED DEATHS AND MORTALITY OF DRUG USERS

The number of fatal drug overdoses is decreasing in Kazakhstan and in Uzbekistan in the long term, whereas in Kyrgyzstan and Tajikistan the indicator is rather stable in the long run, with some indices of a decrease in recent years.

An analysis of the mortality rate among drug users removed from dispensary registration because of death and indirect standardisation and subsequent computation of the Standardised Mortality Ratio (SMR) comparing the mortality in registered drug users with that in the general population was performed; in other words, saying “how many times higher the probability of death is for a drug user compared to a person of the same age and gender who is not using drugs in the given country”.

The exercise found that the data for Kyrgyzstan and especially Tajikistan possessed very low reliability regarding the registration of deaths in narcological registers.

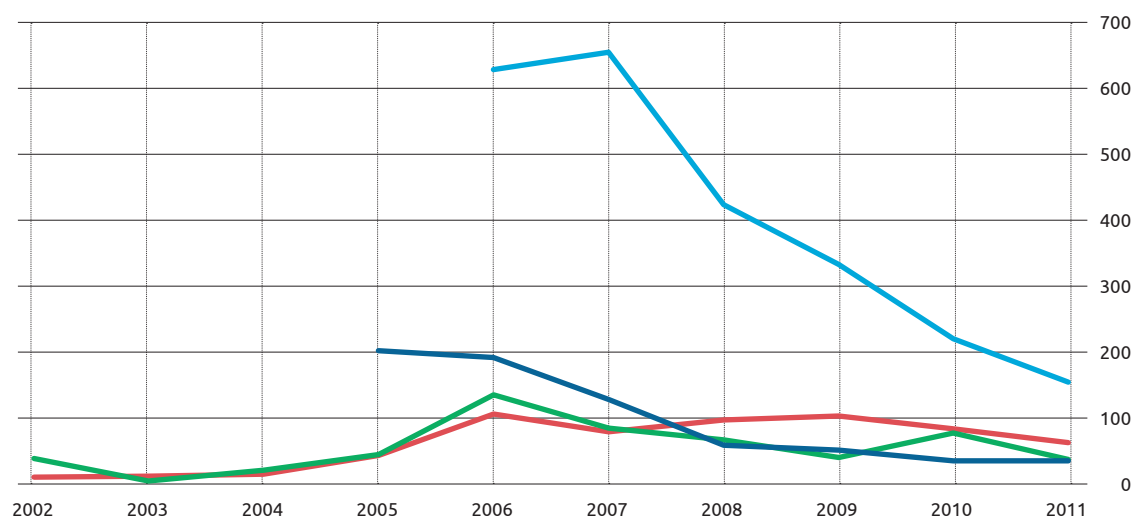
The crude mortality rates per 1,000 registered drug users were calculated as being as high as 23.0 in Kazakhstan, 12.1 in Kyrgyzstan in 2011, and 17.8 and 29.3 per 1,000 registered in Uzbekistan in 2009 and 2010 respectively.

The total SMR was 3.8 (95% CI: 3.5–4.0) in Kazakhstan, 1.3 (95% CI: 1.1–1.5) in Kyrgyzstan and 6.4 (95% CI: 5.9–7.0) and 6.8 (95% CI: 6.3–7.4) in Uzbekistan, which shows an excess of mortality among IDUs in all countries and the highest in Uzbekistan.

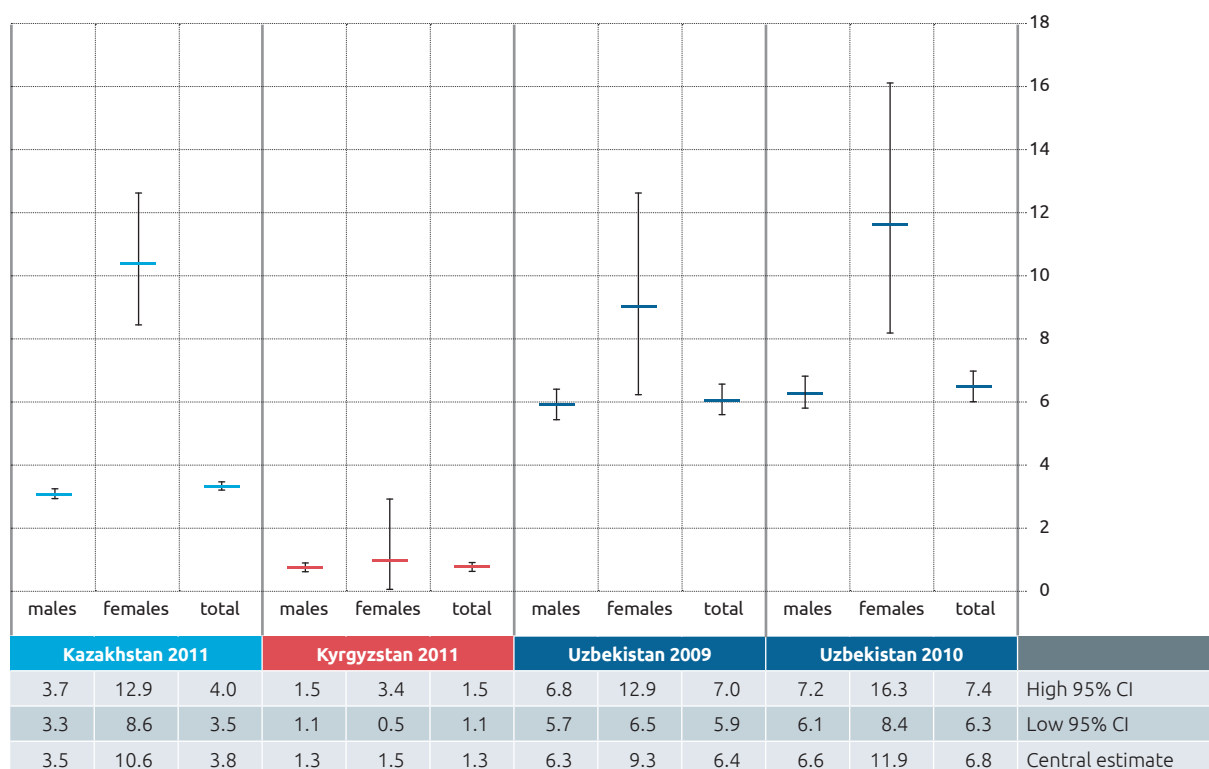
In Kazakhstan and Uzbekistan both the crude mortality rates and SMR for female registered drug users were remarkably higher than in males. The peak SMR in both genders in Uzbekistan was in the 30–34 and, especially, 35–39 age groups. In Kazakhstan, the highest SMR was observed in the 18–34 age group. From 2009 to 2010, the SMR in both genders in Uzbekistan increased in the age groups up to 34 years and decreased in older age groups.

Information on the structure of the mortality of drug users is not available. Limited data on the underlying causes of deaths are available only in Uzbekistan, where fatal drug overdoses can be extracted from the overall mortality data. According to such extraction, the proportion of fatal overdoses in all deaths of registered drug users decreased from 18% in 2005 to 3% in 2011.

FIGURE 4-18: Number of fatal overdoses on illicit drugs



Country	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Kazakhstan	-	-	-	-	627	652	424	333	222	156
Kyrgyzstan	13	14	17	45	106	80	97	103	84	64
Tajikistan	40	7	23	46	135	85	68	42	78	39
Uzbekistan	-	-	-	201	191	129	60	54	38	37

FIGURE 4-19: Standardised mortality ratio of registered drug users as compared with general population**TABLE 4-13: Standardised mortality ratio (SMR) and 95% CI of SMR of subjects registered with the narcological system in Uzbekistan in 2009 and 2010 by gender and age**

Age	2009			2010		
	Male	Female	Total	Male	Female	Total
0-14	0.0	-	0.0	0.0	-	0.0
15-19	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
20-24	0.7 (0.0-3.9)	0.0	0.7 (0.0-3.8)	5.0 (2.0-10.3)	23.9 (0.3-132.8)	5.5 (2.4-10.9)
25-29	3.5 (2.0-5.7)	12.6 (1.4-45.6)	3.8 (2.3-6.0)	6.3 (4.1-9.1)	46.0 (14.8-107.4)	7.2 (5.0-10.2)
30-34	9.6 (7.6-11.9)	18.0 (4.8-46.1)	9.8 (7.8-12.1)	10.4 (8.3-12.9)	28.1 (9.0-65.5)	10.8 (8.7-13.3)
35-39	12.7 (10.6-15.0)	43.3 (21.6-77.4)	13.4 (11.3-15.7)	11.7 (9.8-14.0)	19.5 (6.3-45.5)	11.9 (9.9-14.2)
40-64	5.7 (5.0-6.4)	10.5 (5.6-18.0)	5.8 (5.1-6.5)	5.3 (4.7-6.1)	6.8 (3.1-13.0)	5.4 (4.8-6.1)
65+	1.9 (1.2-2.9)	3.1 (1.1-6.7)	2.1 (1.4-3.0)	4.2 (2.9-5.9)	10.0 (5.3-17.2)	5.0 (3.7-6.7)
Total	6.3 (5.7-6.8)	9.3 (6.5-12.9)	6.4 (5.9-7.0)	6.6 (6.1-7.2)	11.9 (8.4-16.3)	6.8 (6.3-7.4)

TABLE 4-14: Standardised mortality ratio (SMR) and 95% CI of SMR of subjects registered with the narcological system in Kazakhstan in 2011 by gender and age

Age-group	Male	Female	Total
0-14	0.0	0.0	0.0
15-17	0.3 (0.0-1.8)	0.0	0.3 (0.0-1.6)
18-34	4.8 (4.3-5.4)	25.5 (18.8-33.8)	5.4 (4.8-6.0)
35-60	3.2 (3.0-3.5)	7.3 (5.4-9.7)	3.4 (3.1-3.6)
>60	2.4 (1.6-3.5)	11.8 (3.2-30.3)	2.7 (1.9-3.8)
Total	3.5 (3.3-3.7)	10.6 (8.6-12.9)	3.8 (3.5-4.0)

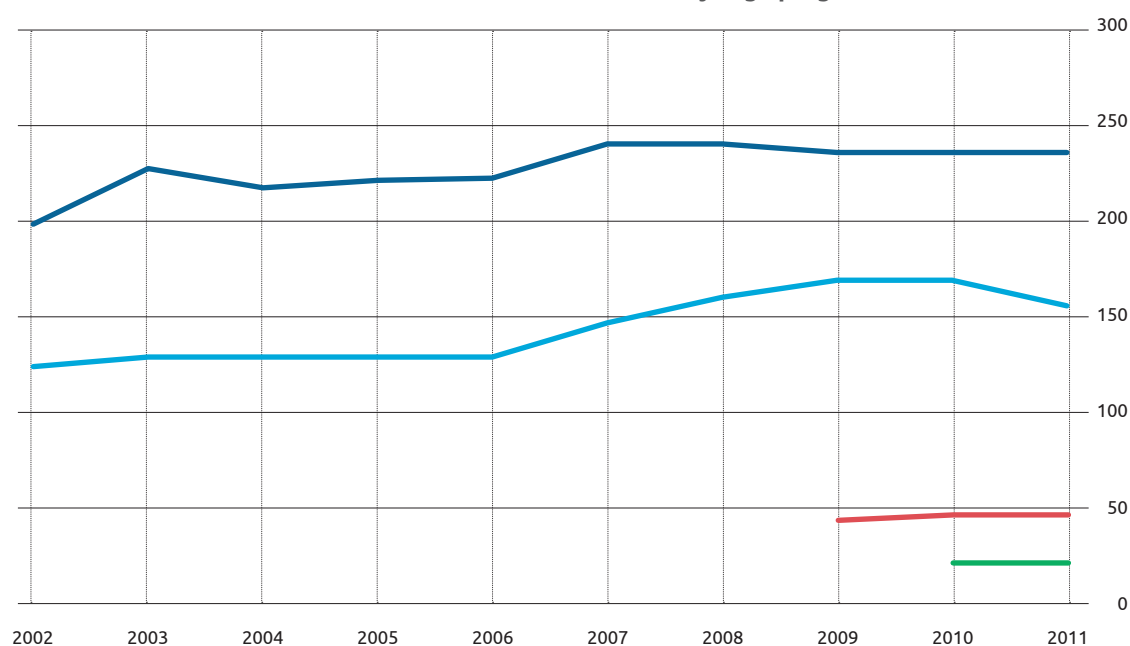
TABLE 4-15: Structure of mortality of drug users in Uzbekistan

Year (by the end of year)	Number of registered drug addicts	Number of deaths			Proportion of overdoses (%)
		Overdoses	Other	Total	
2005	19,868	78	365	443	17.6
2006	19,964	73	419	492	14.8
2007	20,100	52	485	537	9.7
2008	20,302	38	404	442	8.6
2009	19,737	43	506	549	7.8
2010	19,134	25	535	560	4.5
2011	18,387	16	516	532	3.0

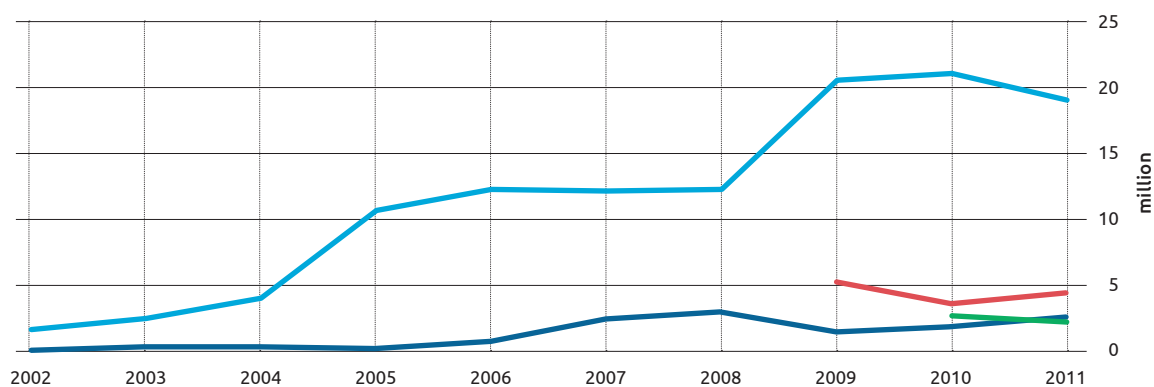
4.6 HARM-REDUCTION MEASURES

Needle and syringe programmes exist in all four countries. The number of needle and syringe programmes has remained rather stable in recent years. The number of contacts with IDUs and the number of syringes distributed have increased in the long term in Kazakhstan and Uzbekistan, the two countries for which data are available for as long as since 2002.

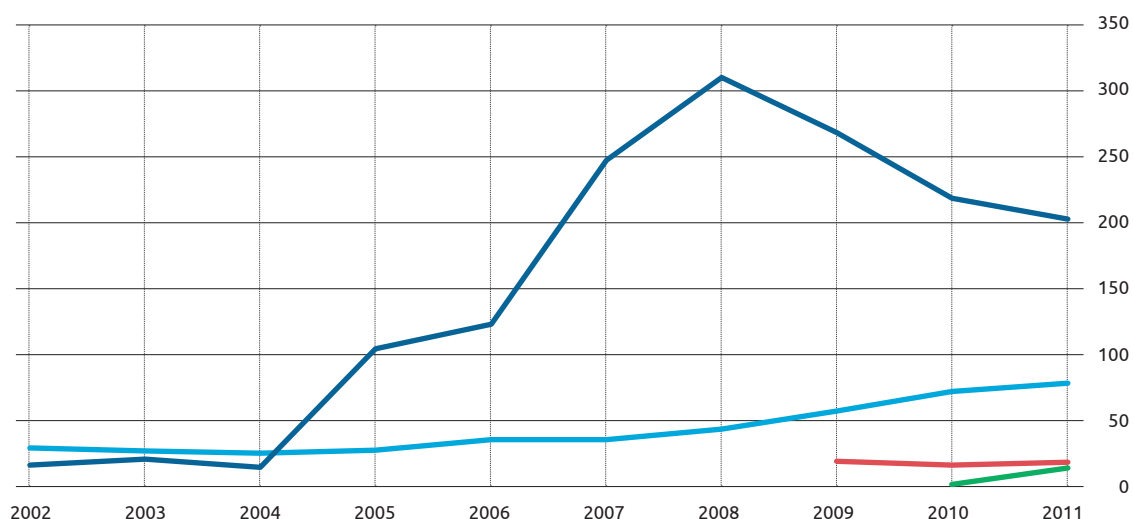
Although Uzbekistan reports the highest number of places where the distribution of sterile injecting equipment is available, it has the lowest number of syringes exchanged relative to the number of IDUs in contact with harm reduction programmes or estimated number of IDUs.

FIGURE 4-20: Number of harm-reduction units – needle and syringe programmes

Country	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Kazakhstan	124	129	129	129	129	146	159	168	168	155
Kyrgyzstan	-	-	-	-	-	-	-	44	45	45
Tajikistan	-	-	-	-	-	-	-	-	21	21
Uzbekistan	199	227	217	221	222	239	239	235	235	235

FIGURE 4-21: Number of syringes distributed in harm-reduction units (in millions)

Country	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Kazakhstan	1.63	2.46	3.99	10.65	12.22	12.12	12.22	20.51	21.02	19.00
Kyrgyzstan	-	-	-	-	-	-	-	5.27	3.56	4.41
Tajikistan	-	-	-	-	-	-	-	-	2.69	2.20
Uzbekistan	0.07	0.33	0.33	0.22	0.74	2.39	3.00	1.46	1.81	2.60

FIGURE 4-22: Number of individual IDUs (Kazakhstan) and contacts with IDUs (Kyrgyzstan, Tajikistan and Uzbekistan) in harm-reduction units (in thousands)

Country	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Kazakhstan	31.1	29.2	27.4	29.9	37.4	37.3	45.5	58.8	73.3	79.6
Kyrgyzstan	-	-	-	-	-	-	-	20.8	18.6	20.1
Tajikistan	-	-	-	-	-	-	-	-	4.0	15.9
Uzbekistan	18.6	22.9	17.0	106.2	124.7	248.1	310.6	269.1	219.7	203.7

TABLE 4-16: Syringes distributed per IDUs in contact and per estimated IDUs

Country	Number of distributed syringes	Number of IDUs in contact with HR programmes	Number of estimated IDUs	Number of syringes per 1 IDU in contact	Number of syringes per 1 estimated IDU
Kazakhstan	18,999,014	79,579	116,840	238.7	163.0
Kyrgyzstan	3,563,915	9,120	19,000	390.8	187.6
Tajikistan	2,200,000	6,133	25,000	358.7	88.0
Uzbekistan	2,601,516	n.a.	80,000	n.a.	32.5

Note: 2011 data were used except data on number of syringes and drug users in contact in Kyrgyzstan, which are from 2010 and IDUs estimates, which are from 2010 in Kyrgyzstan, 2009 in Tajikistan and 2006 in Uzbekistan.

4.7 DRUG SUPPLY INDICATORS

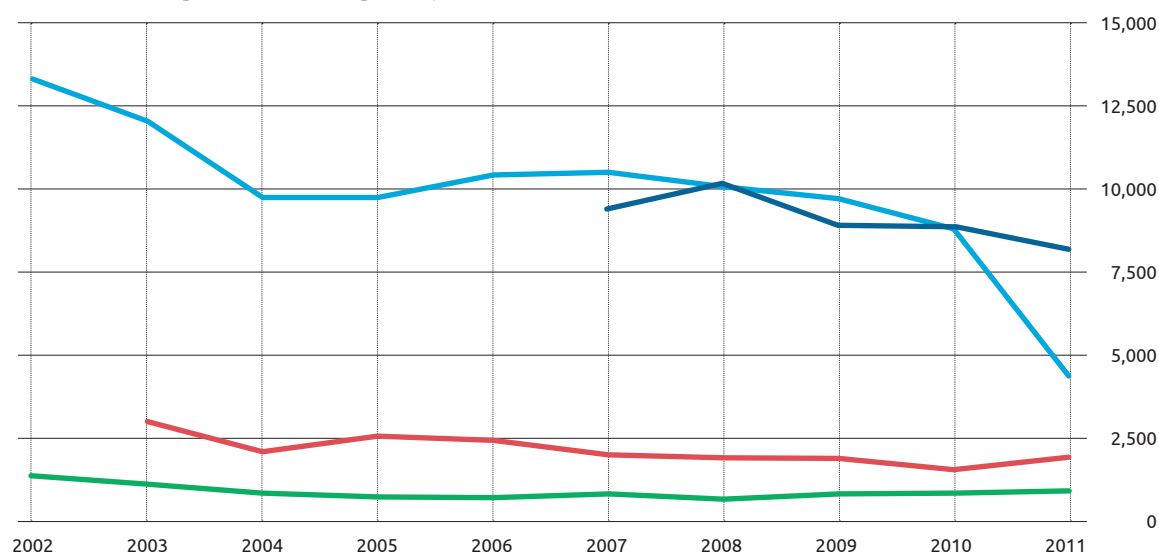
Drug-related criminal offences are a reflection of drug use and the drug market, as well as a reflection of the activity of law enforcement bodies. Thus, the interpretation of trends in this field is difficult and complex. The highest relative number of detected drug-related criminal offences in 2011 was reported in Kyrgyzstan (3.5 per 10 thousand inhabitants) and the lowest in Tajikistan (1.2).

To interpret the trends in seizures of drugs is even more complex and difficult; comparison in this field is further complicated by the different reporting practices and formats of reports on seizures. However, the data on seizures of heroin and opium indicate a peak in seizures in 2008 and a decline since then, whereas the data on seizures of cannabis indicate a rather steady increase.

Data on the prices of drugs are not available for Uzbekistan. Street prices of heroin range from €8 (11 USD) for 1 gram in Uzbekistan to approx. €35 (50 USD) in Kazakhstan and Uzbekistan. Street prices of cannabis range from €0.3 (0.5 USD) to €12 (17 USD) for 1 gram.

Data on the purity of drugs are available only from Kazakhstan and Kyrgyzstan. In Kazakhstan, the mean purity of heroin was 14%, whereas in 2010 the purity of heroin in Kyrgyzstan was reported as being in a wide range from 20% to 85%.

FIGURE 4-23: Drug crimes investigated by police (includes people arrested because of drug crimes investigation)



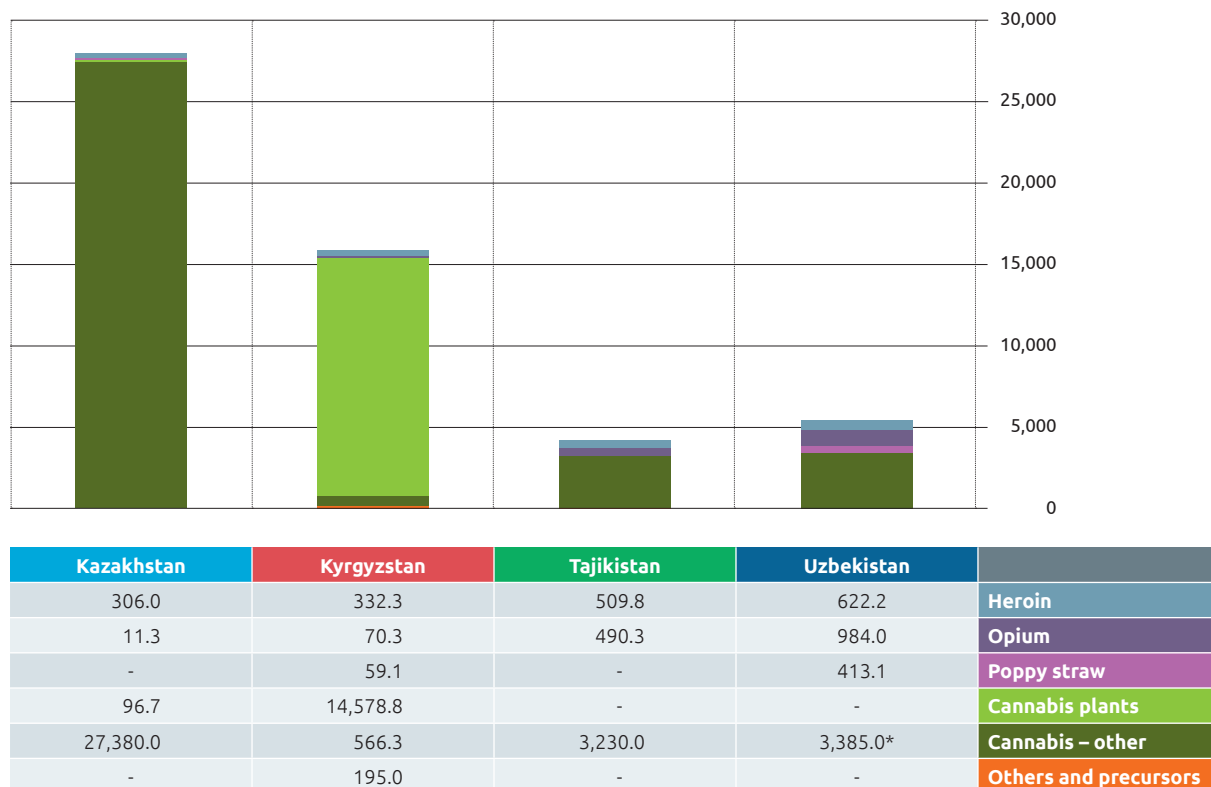
Country	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Kazakhstan	13,313	12,039	9,748	9,741	10,423	10,502	10,065	9,705	8,795	4,360
Kyrgyzstan	-	3,106	2,090	2,565	2,437	1,996	1,905	1,887	1,543	1,924
Tajikistan	1,403	1,118	864	763	726	775	687	796	816	927
Uzbekistan	-	-	-	-	-	9,394	10,174	8,901	8,854	8,171

Note: Recent reduction in registered drug-related crime offences in Kazakhstan can be attributed to the decriminalization of offences for personal purposes, which are considered as administrative offenses from January 2011.

TABLE 4-17: Reported drug criminal offences in 2011

Country	Number of inhabitants	Number of criminal offences	Per 10 thousand inhabitants
Kazakhstan	16,675,000	4,360	2.6
Kyrgyzstan	5,514,754	1,924	3.5
Tajikistan	7,800,000	927	1.2
Uzbekistan	29,559,100	8,171	2.8

FIGURE 4-24: Quantity of drugs seized (kg) in 2011



* Note: In Uzbekistan, this figure includes herbal cannabis, cannabis resin as well as cannabis plants.

FIGURE 4-25: Quantity of heroin seized (kg)

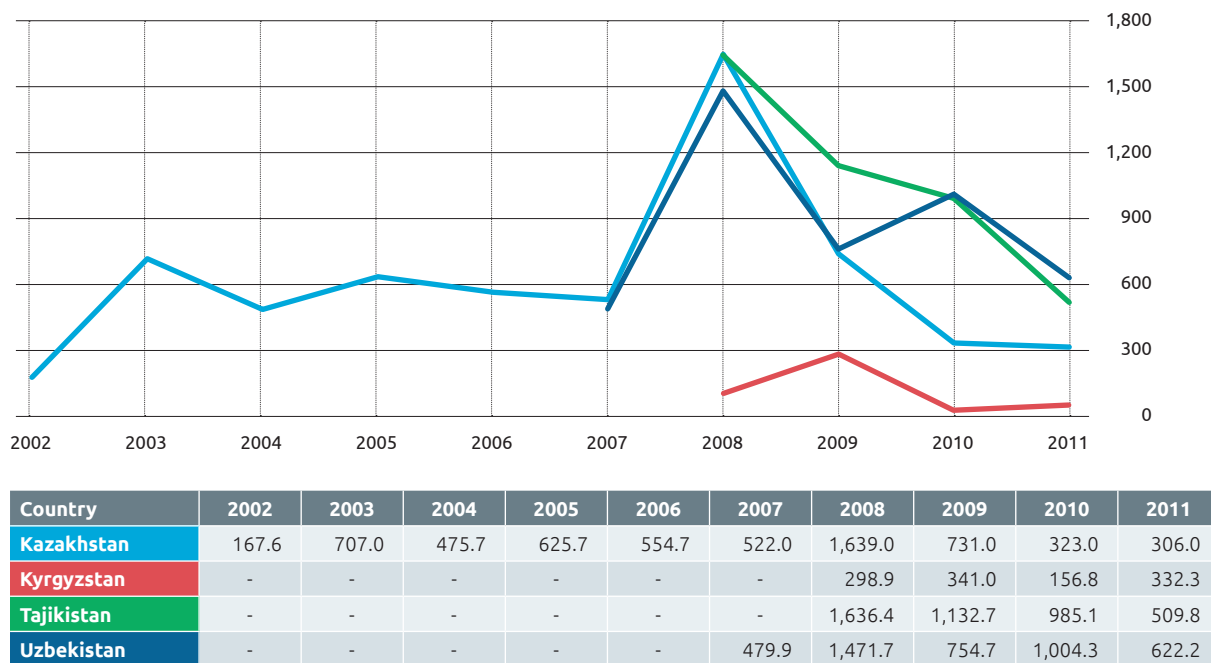
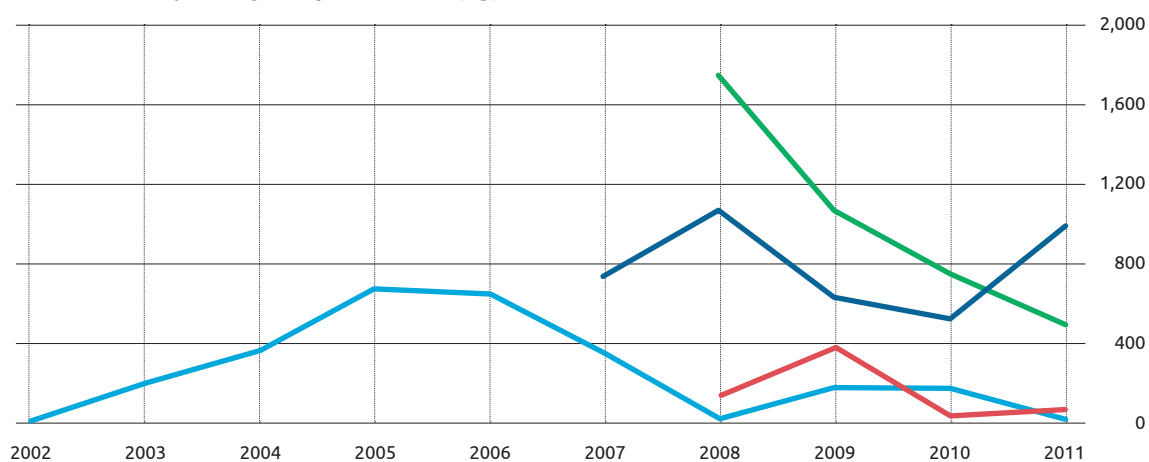
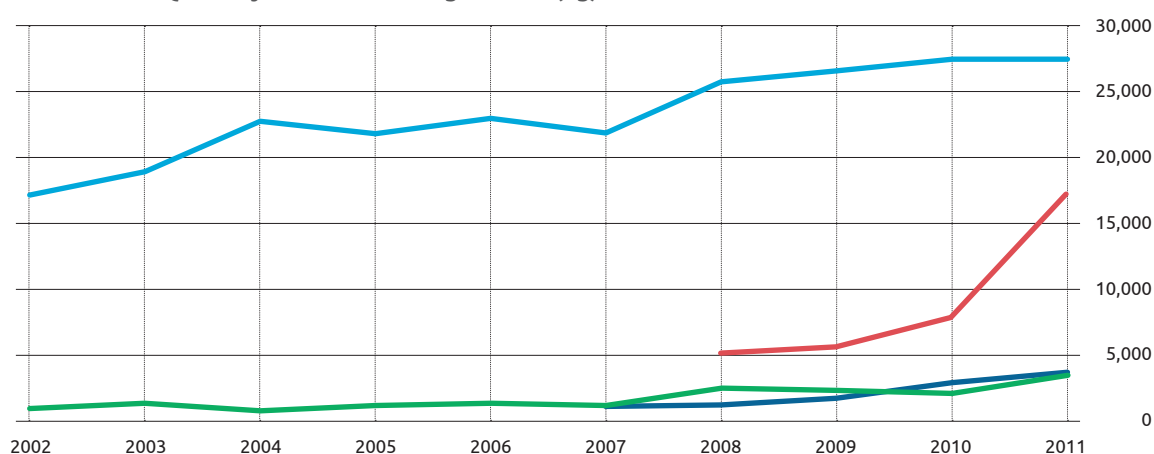


FIGURE 4-26: Quantity of opium seized (kg)



Country	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Kazakhstan	13.2	192.6	352.8	668.8	636.7	335.5	16.7	171.8	168.3	11.3
Kyrgyzstan	-	-	-	-	-	-	140.1	376.1	38.8	70.3
Tajikistan	-	-	-	-	-	-	1,746.1	1,066.2	744.4	490.3
Uzbekistan	-	-	-	-	-	730.9	1,062.3	625.8	519.1	984.0

FIGURE 4-27: Quantity of cannabis drugs seized (kg)



Country	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Kazakhstan	17,017.0	18,829.0	22,690.0	21,733.0	22,868.0	21,793.0	25,656.0	26,486.0	27,417.0	27,380.0
Kyrgyzstan	-	-	-	-	-	-	5,198.1	5,697.2	7,895.3	17,145.1
Tajikistan	999.0	1,424.9	930.0	1,164.4	1,305.5	1,174.1	2,691.0	2,372.8	2,173.2	3,230.0
Uzbekistan	-	-	-	-	-	850.0	948.2	1,420.7	2,627.9	3,385.0

TABLE 4-18: Reported whole-sale and street prices (usual/central) of heroin and cannabis in 2011 (in €)

Country	Heroin		Cannabis	
	Whole-sale (kg)	Street (g)	Whole-sale (kg)	Street (g)
Kazakhstan	13,500	36.0	420	6.00
Kyrgyzstan	4,885	10.4	28	0.27
Tajikistan	2,970–3,755	31–40	270–310	n.a.
Uzbekistan	5,700–35,700	08–35	350–2,800	0.70–12.00

4.8 ANTI-DRUG POLICY DEVELOPMENTS

All the Central Asian countries are signatories of all three UN Treaties and Conventions on narcotic and psychotropic substances (1961, 1971, 1988) and all have developed a national framework and mechanisms for the implementation and coordination of drug policies.

Drug strategies and/or action plans have been developed in all CA countries, setting up policy targets and defining the responsibilities for national administrations. Only in Kyrgyz Republic the National Drug Strategy is not approved as it is being consulted with UNODC recently; after the consultations are finalised, a swift adoption is expected.

Coordination mechanisms exist in all the countries; the most common pattern is a high-level political commission accompanied by an administrative day-to-day coordination body, usually with defined administrative implementation functions in the system of drug policy and drug control, e.g. a national drug control agency or national drug coordination and analytical centre.

The analytical function is often a part of the coordination body, together with monitoring of the drug situation; this is the case, for example, in Uzbekistan, where a special unit for drug situation monitoring exists within the coordination body. In Tajikistan, a specific drug situation body following the EMCDDA model was established within the Ministry of Health; Kazakhstan and Kyrgyzstan are still debating the options for the structure and institutional framework of their drug situation monitoring bodies.

Afghanistan is a very strong external factor influencing situation and policy in CA countries, placing an emphasis on the supply reduction side of the drug policy. Thus “control” is a priority of the system and the demand reduction part of the drug policy has (traditionally) adopted part of this control function (see, for example, the narcological registries in all the countries).

Nevertheless, coordination mechanisms and bodies also have strong jurisdiction in the coordination of the demand side of drug policy – prevention, harm reduction, and treatment.

An interesting development towards the “decriminalisation” of drug use and possession types of drug crimes can be observed in Kazakhstan, where drug possession for personal purposes has recently been defined as an administrative offence – a change reflecting the priorities of law enforcement in fighting organised groups and drug dealing in general, and the understanding of drug use as primarily a health and public health problem.

The 2009–2013 Action Plan on Drugs between the EU and Central Asian States and the Central Asia Drug Action Programme (CADAP) plays an important role in supporting the development and implementation of anti-drug policies in the Central Asian countries, and in the promotion of the EU principles of a balanced, rational drug policy based on high-quality information and scientific evidence, and reflecting human rights. It also supports a regional approach and cooperation between CA countries in this field.

4.9 REFERENCES

1. AGENCY OF STATISTICS OF THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN. 2013. *Latest data* [Online]. Astana: Agency of Statistics of the Republic of Kazakhstan. Available: <http://www.eng.stat.kz/Pages/default.aspx> [Accessed 2 July, 2013].
2. ATAINTS, J., LATYPOV, A. & OCHERET, D. 2011. Передозировка: Обзор ситуации и ответные меры в 12 странах Восточной Европы и Центральной Азии [Overdose: Summary of the situation in 12 countries of Eastern Europe and Central Asia]. 1st ed. Vilnius: EEHRN.
3. CENTRAL INTELLIGENCE AGENCY 2013. *The World Factbook*. 2013 ed. Washington, DC: CIA.
4. CORNELL, S. E. 2006. The Narcotics Threat in Greater Central Asia: From Crime-Terror Nexus to State Infiltration? *China and Eurasia Forum Quarterly*, 4, 36–67.
5. DEGENHARDT, L., BUCELLO, C., MATHERS, B., BRIEGLER, C., ALI, H., HICKMAN, M. & MCLAREN, J. 2011. Mortality among regular or dependent users of heroin and other opioids: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Addiction*, 106, 32–51.
6. DERYABINA, A., DOORONBEKOVA, A., GWYNN, C. & MCFARLAND, W. 2012a. Evaluation of the HIV Integrated Biobehavioral Surveillance System in the Republic of Kyrgyzstan. 1st ed. Almaty: International Centers for AIDS Care and Treatment Programs (ICAP) in Central Asia.
7. DERYABINA, A., DOORONBEKOVA, A., IKRANBEGIIN, R., KRYUKOVA, V., GWYNN, C. & MCFARLAND, W. 2012b. Evaluation of the HIV Integrated Biobehavioral Surveillance System in the Republic of Uzbekistan. 1st ed. Almaty: International Centers for AIDS Care and Treatment Programs (ICAP) in Central Asia.
8. DERYABINA, A., KRYUKOVA, V., GWYNN, C., BAURZHAN, Z. & MCFARLAND, W. 2012c. Evaluation of the HIV Integrated Biobehavioral Surveillance System in the Republic of Kazakhstan. 1st ed. Almaty: International Centers for AIDS Care and Treatment Programs (ICAP) in Central Asia.
9. INTERNATIONAL MONETARY FUND 2013. *World Economic Outlook Database*. Washington DC: International Monetary Fund.
10. LATYPOV, A. 2011. *The administration of addiction: the politics of medicine and opiate use in Soviet Tajikistan, 1924–1958*.
11. LATYPOV, A., OTIASHVILI, D., AIZBERG, O. & BOLTAEV, A. 2010. Opioid substitution therapy in Central Asia: towards diverse and effective treatment. Vilnius: EHRN.
12. LATYPOV, A., WELLCOME TRUST CENTRE FOR THE HISTORY OF MEDICINE AT, U. C. L. & UNIVERSITY OF, L. 2008. *Medicine, culture and empire : European encounters with the opium consumer in Russian central Asia, 1867–1917* [London, the author].
13. MATHERS, B. M., DEGENHARDT, L., PHILLIPS, B., WIESSING, L., HICKMAN, M., STRATHDEE, S. A., WODAK, A., PANDA, S., TYNDALL, M., TOUFIK, A. & MATTICK, R. P. 2008. Global epidemiology of injecting drug use and HIV among people who inject drugs: a systematic review. *Lancet*, 372, 1733–45.
14. POPULATION DIVISION OF THE DEPARTMENT OF ECONOMIC AND SOCIAL AFFAIRS OF THE UNITED NATIONS SECRETARIAT. 2012. *World Population Prospects: The 2012 Revision* [Online]. Available: <http://esa.un.org/unpd/wpp/index.htm>.
15. UNODC 2013. *World Drug Report 2013*. 1st ed. Vienna: United Nations Publications.
16. WHO, UNODC, & UNAIDS 2008. Principles of Drug Dependence Treatment. *Discussion Papers*. 1st ed. Vienna: UNODC.
17. WHO, UNODC, & UNAIDS 2009. *Technical Guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users*. Geneva: WHO.
18. WHO, WODAK, A., & COONEY, A. 2004. *Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV/AIDS among injecting drug users*. Geneva: World Health Organisation.
19. WORLD HEALTH ORGANIZATION 2009. *Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence*. Geneva: WHO.
20. ZABRANSKY, T., GRUND, J. P., LATYPOV, A., OTIASHVILI, D., STUIKYTE, R., SCUTELNICIUC, O., & SMYRNOV, P. 2012. Harm reduction in Central and Eastern Europe. In: PATES, R. & RILEY, D. (eds.) *Harm Reduction in Substance Use and High-Risk Behaviour*. Southern Gate, Chichester: John Wiley & Sons.
21. ГОСУДАРСТВЕННЫЙ КОМИТЕТ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН ПО СТАТИСТИКЕ [STATE STATISTICAL COMMITTEE OF THE REPUBLIC OF UZBEKISTAN]. 2013. *Демографические данные [Demographic data]* [Online]. Tashkent: State Statistical Committee of the Republic of Uzbekistan. Available: <http://www.stat.uz/demographic/> [Accessed 28 June, 2013].
22. ПЦН 2011. Отчёт ПЦН МЗ КР [Report of the Republican Centre of Narcology of the Ministry of Health of the Republic of Kyrgyzstan]. Бишкек [Bishkek].

4.10 LIST OF TABLES

TABLE 1-1:	Area, population, and GDP of the Central Asian countries	7
TABLE 3-1:	Key indicators of drug situation in the CA countries in comparison with EU average	11
TABLE 4-1:	Essential information about countries.	12
TABLE 4-2:	Illicit drug use in the general population in different age groups: methodological information about the studies and lifetime prevalence (%)	13
TABLE 4-3:	Drug use in school population aged 15–16 in Kazakhstan in 2012	13
TABLE 4-4:	Prevalence of registered drug and alcohol addicts subjected to dispensary registration in 2011 per 10 thousand inhabitants	16
TABLE 4-5:	Overview of available estimates of problem drug users (IDUs) in Central Asia	20
TABLE 4-6:	Number of treatment units and treatment capacity	21
TABLE 4-7:	Number of units and number of persons in substitution treatment.	21
TABLE 4-8:	Availability of various treatment modalities in 2013 as estimated by the national experts.	22
TABLE 4-9:	Number of treated drug addicts (illicit drugs) and treatment rate per population size in 2011.	22
TABLE 4-10:	Number of newly reported HIV infected IDUs in 2011	24
TABLE 4-11:	Sample size and geographical coverage of samples in sero-behavioural surveys in 2005 –2011.	25
TABLE 4-12a:	Trend in sero-prevalence of HIV, hepatitis C and syphilis among IDUs in sero-behavioural surveys in Uzbekistan by age and time since the first injection (%)	26
TABLE 4-12b:	Trend in sero-prevalence of HIV, hepatitis C and syphilis among IDUs in sero-behavioural surveys in Kazakhstan by age and time since the first injection (%)	26
TABLE 4-13:	Standardised mortality ratio (SMR) and 95% CI of SMR of subjects registered in narcology in Uzbekistan in 2009 and 2010 by gender and age	28
TABLE 4-14:	Standardised mortality ratio (SMR) and 95% CI of SMR of subjects registered in narcology in Kazakhstan in 2011 by gender and age	28
TABLE 4-15:	Structure of mortality of drug users in Uzbekistan	29
TABLE 4-16:	Syringes distributed per IDUs in contact and per estimated IDUs	30
TABLE 4-17:	Reported drug criminal offences in 2011	31
TABLE 4-18:	Reported whole-sale and street prices (usual/central) of heroin and cannabis in 2011 (in €).	33

4.11 LIST OF FIGURES

FIGURE 1-1: Orthographic projection of the five countries of Central Asia	7
FIGURE 4-1: Number of persons with diagnosed drug addiction (toxicomania) subjected to dispensary registration in 2002–2011	15
FIGURE 4-2: Number of persons with diagnosed alcohol addiction subjected to dispensary registration in 2002–2011	15
FIGURE 4-3: Number and proportion of registered patients by drugs in 2011	16
FIGURE 4-4: Trend in proportion of opiates in registered patients (%)	16
FIGURE 4-5: Trend in proportion of cannabis in registered patients (%)	17
FIGURE 4-6: Proportion of females among registered drug addicts (%)	17
FIGURE 4-7: Proportion of young adults (15–34) among registered drug addicts (%)	18
FIGURE 4-8: Proportion of older adults (35 and older) among registered drug addicts (%)	18
FIGURE 4-9: Trend in proportion of other opiates than heroin among registered opioid users (%)	19
FIGURE 4-10: Proportion of IDUs among registered drug users (%)	20
FIGURE 4-11: Number of treated users of illicit drugs in narcological treatment	22
FIGURE 4-12: Treated drug users by primary drug in 2011	23
FIGURE 4-13: Trend in newly diagnosed cases of HIV infection in IDUs in 2002–2011	24
FIGURE 4-14: Trend in proportion of IDUs among newly diagnosed cases of HIV infection in 2002–2011 (%)	24
FIGURE 4-15: HIV sero-prevalence among IDUs in sero-behavioural surveys (%)	25
FIGURE 4-16: HCV seroprevalence among IDUs in sero-behavioural surveys (%)	25
FIGURE 4-17: Seroprevalence of syphilis among IDUs in sero-behavioural surveys (%)	26
FIGURE 4-18: Number of fatal overdoses on illicit drugs	27
FIGURE 4-19: Standardised mortality ratio of registered drug users as compared with general population	28
FIGURE 4-20: Number of harm-reduction units – needle and syringe programmes	29
FIGURE 4-21: Number of syringes distributed in harm-reduction units (in millions)	30
FIGURE 4-22: Number of individual IDUs (Kazakhstan) and contacts with IDUs (Kyrgyzstan, Tajikistan and Uzbekistan) in harm-reduction units (in thousands)	30
FIGURE 4-23: Drug crimes investigated by police (includes people arrested because of drug crimes investigation)	31
FIGURE 4-24: Quantity of drugs seized (kg) in 2011	32
FIGURE 4-25: Quantity of heroin seized (kg)	32
FIGURE 4-26: Quantity of opium seized (kg)	33
FIGURE 4-27: Quantity of cannabis drugs seized (kg)	33

5.

KAZAKHSTAN

National overview



5.1 KEY FIGURES

Indicator	Year	Value	Source
Surface area (km ²)	2011	2,724,900	Agency of the Republic of Kazakhstan on Statistics
Population	2011	16,675,000	Agency of the Republic of Kazakhstan on Statistics
GDP per capita ¹ (€)	2011	8,685 (i.e. USD 11,220)	Agency of the Republic of Kazakhstan on Statistics
Inequality of income distribution (Gini coefficient)	2011	0.289	Agency of the Republic of Kazakhstan on Statistics
Unemployment rate (%)	2011	5.4	Agency of the Republic of Kazakhstan on Statistics
Prison population rate (per 100 thousand inhabitants)	2011	260.4	Committee of penal system of the Ministry of Interior of the Republic of Kazakhstan
Population below poverty line (%)	2011	5.3	Agency of the Republic of Kazakhstan on Statistics
Income per capita or consumption in percentage share ² (%)	2011	the lowest – 9.0 the highest – 38.7	Agency of the Republic of Kazakhstan on Statistics

5.2 DRUG USE AMONG THE GENERAL POPULATION AND YOUNG PEOPLE

The latest study of the prevalence of drug abuse among the general population on a nationwide scale was conducted in 2001 by the Republican Scientific and Practical Centre of Medical and Social Problems of Drug Abuse (RSPC MSPDA).

According to the data obtained in the above-mentioned study, the number of people dependent on drugs in the Republic of Kazakhstan was 1.7% of the total population. Of these, 31.6% were individuals dependent on opioids (mainly heroin addiction), 81.3% were individuals dependent on cannabis, and 15.5% individuals dependent on other drugs. 10% of the respondents had used drugs at least once in their lifetime (1).

In 2006, the United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) in Central Asia, with the assistance of the Regional Representative of the UNODC, carried out a national school survey on alcohol and drugs in six regions of the country. The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD) questionnaire, adapted to local conditions, was used, and the age of the respondents was changed from 15–16 years (which is applied in ESPAD) to 14–15 years because of the nature of school education in the countries of Central Asia (2).

According to the results of this study, 4.8% of the respondents had used drugs at least once in their lifetime, 2.7% had used marijuana in the past 12 months, and 0.1% had used heroin by injecting.

In view of the fact that the above study was conducted many years ago, currently, there are no epidemiological studies that reflect the actual situation associated with drug use among the population.

5.3 PREVENTION

Key measures for the prevention of drug use are identified in the Resolution of the Government of the Republic of Kazakhstan № 784, dated May 27, 2009, “On the Programme of Drug Addiction and Drug Trafficking in the Republic of Kazakhstan for 2009–2011”. In addition, each region approved regional programmes to combat drug abuse and drug trafficking. The performance of the programmes is reviewed annually. Regional programmes, like the national programme, are the basic instruments in the field of drug prevention and drug use among different population groups.

In total, during the implementation of the Action Plan Programme for the years 2009–2011, more than 23 thousand measures were organised, aimed at the primary prevention of drug abuse among young people and with a total coverage of over 1 million people.

Events under the mottoes “Sport Against Drugs” and “Tourism against drugs” are systematically held in schools. According to the Ministry of Tourism and Sports, particular attention is paid to the development of youth sports as alternatives to drug and alcohol use among young people. About 30% of schoolchildren and about 20% of all students attend sports facilities each year (3).

1 Exchange Rates on 31 December, 2011 by the National Bank of Kazakhstan: 1 Euro – 191.72 KZT 1 USD – 148.40 tenge.

2 Income distribution by quintile groups (20 percentile groups of population).

An active role in the prevention of drug addiction and other diseases is performed by the Republican Centre for Healthy Lifestyles, which has branches in all the regions of Kazakhstan. There are 17 youth health centres in the country, supported by the Republican Centre for Healthy Lifestyles, that provide comprehensive medical and psychosocial services on the basis of a friendly manner towards young people. For those with a drug problem, the services also include consultation, assistance, and support (3).

Educational institutions still remain the major social institutions where most of the preventive measures take place. In 2011, with the support of the United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), the evaluation of preventive programmes in educational institutions took place in the country for the first time (4).

Since 2010, beginning with pre-school education and up till higher education institutions, a new subject – Self-knowledge and the moral and spiritual development of the individual – has been introduced. This routine programme is carried out throughout the school year in each school. Some of the interactive sessions of this programme are devoted to the prevention of drug use and the development of life skills.

5.4 PROBLEM DRUG USE

In accordance with the international definition, the problem of drug use (PDU) in the Republic of Kazakhstan is attributed primarily to injecting drug use (IDU).

There are no reliable data on the use of cocaine, amphetamines, and methamphetamines among the population of Kazakhstan. It should be noted that the high cost of these drugs in the country significantly limits their availability; most of the substances seized were attributed to the cities of Astana and Almaty.

Recently, the problem related to the emergence of desomorphine in the country has become relevant. It is a home-made product that is manufactured from available codeine medications. Additionally, in 2011, in some regions of Kazakhstan there were some reports indicating the abuse of tropicamide, which is used by drug users.

On the territory of the Republic of Kazakhstan the estimation of the number of injecting drug users (IDUs) is conducted on the basis of the methodological recommendations of the National Centre for the Prevention and Control of AIDS for 2004, "Rapid estimation of the number of vulnerable groups (injecting drug users, sex workers, and men who have sex with men)". The methodology for the estimation of the number of IDUs has remained unchanged since 2004 (5).

By the end of 2011, the estimated number of injecting drug users in the past 12 months was 123,640 people (in 2010 it was 119,100 people). In the Republic of Kazakhstan the proportion of injecting drug users in the population aged 15 years and older was 1% (5).

5.5 TREATMENT DEMAND

In 2011, there were 4,361 demands for inpatient care stemming from drug dependence, including 2,972 people who were seeking drug treatment for the first time in their life. The treatment demand indicator data collection covered 77.8% (3,393 people) of all the clients who were treated in public hospitals, out of whom 32.1% (1,091 people) sought treatment for the first time in their life (6).

In the past three years, the number of patients treated in state drug dispensaries has tended to decrease. At the same time, the number of people who apply for drug treatment for the first time has had a tendency to increase in the last three years.

For most of the cases, the treatment in the country is related to mental and behavioural disorders caused by the consumption of opioids (F11 in ICD-10, 1994), and the combined consumption of psychoactive substances (F19 in ICD-10, 1994). Opioids have been the most problematic drug among patients treated since 1999. In 2011, opioids were the primary drug for 87.74% of all the drug-dependent clients who were treated (6).

According to the demographic characteristics, the largest number of patients treated in 2011 belonged to the male sex (89.9%). The average age of the patients was 34.1 years. 54.5% of all the patients lived with their families (with parents or with a partner/children) and 0.1% were homeless. 69.4% of all the patients were unemployed.

50% of those who received drug treatment before 2011 had between 2 and 5 previous episodes of treatment in the drug dispensaries of the country. The average number of hospitalisations among individuals who had been treated previously was 4.1 times.

5.6 DRUG-RELATED INFECTIOUS DISEASES

In 2011, the total number of HIV-positive persons in Kazakhstan amounted to 17,763, among whom 63.4% (11,265 persons) were injecting drug users and that was their main route of infection. In recent years, the proportion of injecting drug users among newly diagnosed HIV infections has been decreasing, while the sexual transmission of HIV infection is increasing (5).

According to a repeated sentinel bio-behavioural surveillance survey (BBS), the prevalence of HIV infection among injecting drug users was 3.8% in 2011. An increase in the prevalence of HIV infection in IDUs from 2010 (2.8%) to 2011 can be observed (1.4-fold) (5).

The prevalence of hepatitis C (HCV) in 2011 among IDUs was 61.3% (in 2010 it was 58.7%). During 7 years, the national HCV prevalence rate was around 60% on average. The prevalence of HCV was higher in persons over the age of 25 (63.4%) than among IDUs aged under 25 (43.6%) (5).

The prevalence of syphilis among IDUs in 2011 was 10.9%. Over five years the prevalence of syphilis in IDUs was within the range 8.2%–11.5% (5).

5.7 DRUG-RELATED DEATHS AND MORTALITY OF DRUG USERS

In the Republic of Kazakhstan a forensic medical examination is carried out in accordance with the law for all deaths related to poisoning, including overdoses on narcotics and psychotropic substances.

The rate of overdoses on drugs and psychotropic substances per 1,000 inhabitants fell more than 2 times from 2007 (0.14) to 2011 (0.06). The proportion of overdoses among young people of the total number of poisonings with narcotic drugs and psychotropic substances increased from 4.8% in 2007 to 11.9% in 2011. During this period, the proportion of women among the total number of overdoses on narcotic drugs and psychotropic substances also increased, from 23.1% to 47.2% (6).

A comparison between the overall mortality rate in the population of the Republic of Kazakhstan in 2011 and the mortality rate in 2011 among users of drugs (except alcohol and tobacco) was made and the relative risk of death in the population of drug users as compared with mortality in the general population was calculated (Standardised Mortality Ratio – SMR).

The SMR for men was 2.3 (CI 95: 2.1–2.5) and that for women 6.8 (95% CI: 5.3–8.7). The total SMR, including men and women, was 2.4 (95% CI: 2.6–2.3).

5.8 TREATMENT RESPONSES

The main providers of addiction treatment in the country are drug treatment clinics, which cover about 90% of all cases of treatment for drug dependence in the country. The availability of a budget for outpatient treatment in some regions of the country (especially in rural areas) may be limited by the lack of primary health care (PHC) and lack of professionals in addiction treatment. Moreover, budgetary limitations on inpatient treatment result in the low accessibility of treatment for persons from remote areas and villages.

In the public sector, the hospital treatment of patients with drug and alcohol addiction is provided by 22 drug treatment clinics, 5 psychiatric hospitals, and 9 addiction clinics for compulsory drug treatment (6).

Treatment in therapeutic communities with public support is carried out in two organisations in the country: the “Centre for the Socio-psychological rehabilitation of drug addicts” of the Committee on Narcotics and Drug Control of the Ministry of the Interior of Kazakhstan, with 30 beds (in the village of Razdolnoe, Akmola region), and the Department of Social Rehabilitation of the RSPC MSPDA clinic, with 40 beds (in the village of Michurino, Pavlodar region).

Outpatient drug treatment in 2011 was assisted in cities by the dispensary departments of urban and regional drug treatment clinics (22 organisations), in small towns by the dispensary departments of psychiatric dispensaries (5 companies), and in rural areas by 176 drug advisory spots in PHC organisations (6).

The bulk of the help provided in outpatient substance abuse treatment is performed by public health organisations; the help provided by private medical surgeries accounts for about 4% of the volume of outpatient drug treatment.

Opioid substitution therapy (OST) is provided in three cities in the country as a pilot project which is funded by the Global Fund. This therapy was implemented in the country in October 2008.

Since the start of the OST project, 249 persons have attended it. 137 persons dropped out of the project, out of whom 29 men (21%) dropped out with a gradual reduction of the dose until the cessation of the use of the drug. 23 men (31%) left the project voluntarily. During the period of the project not a single case of death from ingestion or overdose has been identified.

Since 2005, the RSPC MSPDA has gathered information annually to determine the percentage of the annual remission among patients treated in the RSPC MSPDA clinic. According to the results of the 2011 catamnesis, 33.5% of the patients who completed the programmes of medical and social rehabilitation of the RSPC MSPDA clinic in 2010 were in remission within a year (6).

Regional drug treatment clinics conduct annual monitoring of the proportion of patients in remission among all the patients of the dispensary who are registered as drug users. On 31 December of the year, the remission rate in the country among patients of 1 to 2 years' standing who were registered as drug users with the diagnoses F11–F16, F18, or F19 (ICD-10, 1994) was 17.2%; among those who had been patients for more than two years it was 12.6% (6).

5.9 HARM REDUCTION RESPONSES

One of the largest and most effective responses to the consequences related to injecting drug use in the country is the network of harm reduction facilities, the so-called trust points.

The purpose of the trust points is the provision of safe injecting equipment and the promotion of safe sexual behaviour among IDUs.

In 2011, 14,365 IDUs independently attended trust points, which is 11.6% of the estimated number of IDUs. 79,579 IDUs received preventive services at least once. The direct coverage of prevention programmes of IDUs was 64.4% of the estimated number of IDUs. In 2011, the systematic coverage of IDUs by prevention programmes (at least once per month) was equal to 46.6% of the estimated number of IDUs (7).

In 2011, 52.7% of the estimated number of IDUs received services in field conditions (through outreach workers or mobile trust points)(7).

154 syringes were handed out per IDU out of their estimated number, and 194 distributed per IDU who was attracted to preventive programmes (7).

About 65% of the estimated number of IDUs were receiving psychosocial counselling services. In 2011, advice from medical professionals was received by about 20% of IDUs, and 7% of the estimated number of IDUs was treated in treatment institutions (7).

Overdose prevention in the country is limited primarily to information and educational activities among drug users. These events are run by drug treatment organisations, AIDS centres, and specialised NGOs.

The medication naloxone, which is often used in the prevention of overdoses among consumers, is available in health care facilities and has been added to the list of essential medicines in the country. Naloxone is used at ambulance stations and in emergency rooms in hospitals and intensive care units. However, the drug is not available in pharmacies.

5.10 DRUG MARKETS AND DRUG-RELATED CRIME

The main proportion of drug seizures are of cannabinoids, which is caused by the presence of large areas of the wild growth of cannabis in the country. In the past four years, the volume seized from illegal drug trafficking has remained stable. In 2011, the total quantity of drugs seized was 33 tons 998 kilograms (8).

On the basis of the operational data of the Anti-Narcotics Committee of the Ministry of the Interior of Kazakhstan, both wholesale and retail prices for all kinds of drugs increased significantly during 2005–2010. In 2011, compared with 2010, prices remained at a similar level. In 2011, the retail price of heroin ranged from 2,000 tenge to 15,000 tenge (€10–75) for one gram; on the market 1 gram of marijuana costs from 500 to 2000 tenge (€3–10).

According to the results of examinations conducted by the national laboratory for the legal and scientific support of state control of trafficking in drugs, psychotropic substances and precursors, it was found that the content of tetrahydrocannabinol in the marijuana that was seized ranged from 0.02% to 4.23% (an average of 1.59%) and in hashish from 0.51% to 6.73% (an average of 3.31%). The purity of heroin varies from 1.04% to 39.9% (mean 14.3%). During preparation for sale, diphenhydramine, citramon, analgin, aspirin, paracetamol, and acetylsalicylic acid are added, while in some cases, chloramphenicol, streptocid, sugar, baking soda, and citric acid are used as cutting agents.

In recent years, the country has experienced a so-called “pharmacy drug addiction.” In particular, desomorphine or “crocodile” is currently the second most popular illegal drug after heroin in the Russian Federation (it takes more than a quarter of the market), and this also extends to the territory of the Republic of Kazakhstan. 18 types of medicines containing codeine (which is the raw substance for the preparation of desomorphine) are registered in the Republic of Kazakhstan. Of the reported drugs containing codeine, 7 items are controlled and 11 drugs have been withdrawn from sale. Since 2011, codeine medication such as Solpadein, Yunispaz, Pentalgin-P, or Antispazm has been available only by prescription. This measure is due to the fact that the number of cases of the abuse of these drugs increased sharply (8).

The proportion of registered crimes related to drug trafficking in the total number of registered crimes in the country is approx. 2%.

According to the statistics of the Committee on Legal Statistics and Special Records of the General Prosecutor of the Republic of Kazakhstan, the law enforcement authorities of the Republic of Kazakhstan registered 4,360 crimes related to illicit trafficking in narcotic drugs, psychotropic substances, and precursors in 2011, as compared with 8,795 in 2010, which represents a decrease of 50.4% (9).

The reduction in registered drug-related offences can be attributed to the decriminalisation, which took place in January 2011, of Part 1 of Article 259 of the Criminal Code of the Republic of Kazakhstan (CC RK), “Illegal purchase, trafficking, or storage without the purpose of selling of narcotics or psychotropic substances on a large scale” and its transfer to the category of administrative offences (p. 320 CoAO RK).

Crime offences under Article 259 of the Criminal Code are still represented mainly by offences related to “Illegal manufacture, acquisition, possession, transportation, transfer, or sale of narcotic drugs or psychotropic substances”. The proportion of crimes under Article 259 of the Criminal Code of the total number of registered drug-related crimes was 92.5% (9).

5.11 NATIONAL DRUG LAWS

The basic document governing the legal basis of state policy in the field of narcotic drugs, psychotropic substances, and precursors and establishing measures to counter illicit trafficking is Law № 279 of the Republic of Kazakhstan, dated July 10, 1998, “On narcotic drugs, psychotropic substances, and precursors and measures to counter their trafficking and abuse”.

The commission of any acts (storage, distribution, etc.) associated with a large amount of a drug is the basis for bringing a person to justice.

Criminal liability for the sale of narcotic drugs or psychotropic substances is irrespective of the amount involved.

Drug abuse is not a criminal offence in Kazakhstan. In accordance with Article 336-2 of the Code of Administrative Responsibility, “Non-medical use of drugs in public places” is an administrative offence and is punishable by a fine. The same acts repeated within a year involve a higher fine. Administrative detention is provided for a person who was arrested twice within a year for this act.

The country has legislated measures for the compulsory treatment of drug addicts.

In order to implement the Concept of Legal Policy of the Republic of Kazakhstan (RK) till 2020 in the humanisation of criminal legislation, Law № 393-IV of the Republic of Kazakhstan, dated January 18, 2011, “On amendments and additions to some legislative acts of the Republic of Kazakhstan on the further humanisation of criminal legislation and strengthening the guarantees of legality in criminal proceedings” was passed.

Under this Act, Part 1 of Article 259 of the Criminal Code of the Republic of Kazakhstan (CC RK) was decriminalised. It provides criminal penalties for the illegal purchase, transportation, or storage without the purpose of selling of narcotics or psychotropic substances in large quantities. Since 2011, administrative responsibility has been stipulated for the commission of this act (Part 1-1 p. 320 Code of Administrative Offences of the Republic of Kazakhstan).

5.12 NATIONAL DRUG STRATEGY

In 2011, the implementation of the government programme to combat drug abuse and drug trafficking in 2009–2011 was completed. The aim of the programme was to block and reverse the development of socially dangerous trends in the increase in the distribution of psychoactive substances among the country's population.

30% of the programme's activities were earmarked for the development and improvement of the system of monitoring, coordination, and international cooperation. The activities were distributed in the following way: for the system of prevention of drug use among the population, 24%; for the system of treatment and rehabilitation of drug addicts, 14%, and for the system for combating drug dealing and drug trafficking, 32%. Activities that aimed at preventing the consequences/harms associated with drug use were not provided as part of the programme.

The main directions of the national drug strategy – a reduction in the demand for drugs, drug supply reduction, the reduction of consumption, and harm reduction – are in line with international practices in drug policy.

On the basis of Decree № 922 of the President of the Republic of Kazakhstan, dated February 1, 2010, "On the Strategic Development Plan of the Republic of Kazakhstan up to 2020", in 2012 the Government of the Republic of Kazakhstan approved a specialised programme to combat drug abuse and drug trafficking in the Republic of Kazakhstan in 2012–2016. The main objective of the programme is the further improvement of the system of effective government and public opposition to drug addiction and drug trafficking. The activities of the programme involve the implementation of a number of legislative initiatives that, in general, follow the direction of the previous programmes: the introduction of alternative forms of punishment, which is provided for drug addicts who have committed minor offences, and alternatives to criminal sanctions (imprisonment) in the form of compulsory treatment of drug addiction.

Additionally, on the basis of Decree № 922 of the President of the Republic of Kazakhstan, dated February 1, 2010, "On the Strategic Development Plan of the Republic of Kazakhstan till 2020", the National Programme for the Development of the Public Health of the Republic of Kazakhstan, "Salamatty Kazakhstan", for 2011–2015 was developed and implemented. In 2011, about 12% of the activities envisaged under the "Salamatty Kazakhstan" programme were directly aimed at the development and improvement of the prevention of drug abuse and its consequences, as well as the development of the treatment of drug addicts. Of these events, 42% of the activities are aimed at developing and improvement of the monitoring, coordination, and development of human resources, 33% at the prevention of drug use among the population, and 4% at the development and improvement of the treatment and rehabilitation of drug addicts (this only includes the expansion of opioid substitution therapy), while 21% of the events are directed towards the prevention of health effects associated with the consumption of drugs.

5.13 COORDINATION MECHANISMS IN THE FIELD OF DRUGS

In September 2011, an Inter-agency Committee was formed at the level of the Government of the Republic of Kazakhstan to coordinate the activities of state bodies aimed at combating drug abuse and drug trafficking. The staff was composed of representatives of 12 ministries and agencies: the Ministry of the Interior (MoI), the Agency for Fighting Economic Crimes, the National Security Committee, the Ministry of Foreign Affairs, the Ministry of Education and Science (MES), the Ministry of Culture, the Ministry of Communications and Information, the Ministry of Finance, the General Prosecutor's Office (GPO), the Ministry of Health (MoH), the Ministry of Defence, and the Ministry of Tourism and Sports.

The country continues an active policy of integration and cooperation with international partners and other countries, strengthening the international legal framework in the fight against drug trafficking.

In 2011, the enforcement of the Anti-drug Strategy of the Shanghai Cooperation Organisation (SCO) for a 5-year period and the programme for its implementation were ensured (it was approved on June 15, 2011 by the decision of the Council of the Heads of States of the Shanghai Cooperation Organisation (SCO) in Astana during the anniversary summit of the Shanghai Cooperation Organisation). This strategy sets out the general direction for improving the system against illicit drug trafficking, the prevention of drug abuse, and the treatment and rehabilitation of drug addicts.

Activities on a number of joint projects aimed at the improvement of the measures taken by governmental bodies to combat drug abuse and drug trafficking were performed. This type of cooperation was established with various departments of the United Nations and the European Union (EU) within the framework of the "Central Asia Drug Action Programme (CADAP)", the Collective Security Treaty Organisation (CSTO), and the Central Asian Regional Information and Coordination Centre for Combating the Illicit Trafficking of Narcotic Drugs, Psychotropic Substances and their Precursors (CARICC).

5.14 REFERENCES

1. RSPC MSPDA. Multi-level study of drug problems in the Republic of Kazakhstan in 2001-2003. Pavlodar: Republican Scientific and Practical Centre of Medical and Social Problems of Drug Abuse, 2004.
2. Lavrentyev O.V. The National School of Studies on Alcohol and Drugs in the Republic of Kazakhstan. Pavlodar: RSPC MSPDA, 2007.
3. The Committee on the Protection of Children's Rights of the Ministry of Education and Science of the Republic of Kazakhstan. Report on the situation of children in the Republic of Kazakhstan. Astana: Ministry of Education of the Republic of Kazakhstan, 2011.
4. Espenova M., Kerimi N., Omarov J. Evaluation of drug prevention in the schools of Kazakhstan. Astana: UNODC, 2011.
5. The Republican AIDS Centre. The results of sentinel surveillance of HIV in Kazakhstan. Pavlodar: Republican Scientific Practical Centre of Medical and Social Problems of Drug Abuse, 2012.
6. RSPC MSPDA. Monitoring the drug situation in the Republic of Kazakhstan in 2011. Pavlodar: Republican Scientific Practical Centre of Medical and Social Problems of Drug Abuse, 2012.
7. The Republican AIDS centre. The analysis of regional and city AIDS centres in the organisation of work with injecting drug users in drop-in centres, on the results of monitoring in 2011. Almaty: Republican AIDS Centre, 2012.
8. Ministry of the Interior of Kazakhstan. Analytical information on the drug situation in the Republic of Kazakhstan for 2011. Astana: Ministry of the Interior of the Republic of Kazakhstan, 2012.
9. Committee on Legal Statistics and Special Records of the General Prosecutor of the Republic of Kazakhstan. The collection of statistical data on crimes and offences related to illicit trafficking in narcotic drugs, psychotropic or toxic substances, precursors and persons who use them during the year 2011. Astana Committee on Legal Statistics and Special Records of the General Prosecutor of the Republic of Kazakhstan, 2012.

6.1 KEY FIGURES

Indicator	Year	Value	Source
Surface area (km ²)	2011	199,900	State Statistical Committee of the Kyrgyz Republic
Population	2011	5,514,754	State Statistical Committee of the Kyrgyz Republic
GDP per capita (stable prices) (€)	2011	1,010	State Statistical Committee of the Kyrgyz Republic
Inequality of income distribution (Gini coefficient) (%)	2011	0.362	The World Bank
Unemployment rate (%)	2011	8.6	State Statistical Committee of the Kyrgyz Republic
Prison population rate (per 100 thousand inhabitants)	2011	179	The State Prison Service under the Government of Kyrgyz Republic
Population below poverty line (%)	2011	33.7	The World Bank
Income per capita or consumption in percentage share (USD)	2011	880	The World bank "Gross national income per capita 2011, Atlas method"

6.2 DRUG USE AMONG THE GENERAL POPULATION AND YOUNG PEOPLE

In 2011, no studies to determine the prevalence of drug use among the population were conducted.

In 2009 the Mentor Foundation (England) assessed the effectiveness of "Your Choice" programme, which aimed at the prevention of the use of drugs by minors in the Kyrgyz Republic, Lithuania, Russia, Romania, and Croatia. The study involved 123 schools from five countries, including 25 schools from the Kyrgyz Republic. The number of participating students from Kyrgyzstan was 1,562 persons in total, out of whom 46.6% were boys, whose mean age was 13.4 years. The study found that 39% of the schoolchildren had used alcohol, 19% cigarettes, indicated about 11.2% any illicit drug, and 1.2% cannabis at least once in their lifetime (1).

In 2007, on the initiative of UNICEF (the United Nations Children's Fund), a national survey was carried out in order to identify the knowledge, attitudes, and skills of young people concerning HIV/AIDS, drug abuse, smoking, alcoholism, and sexual behaviour among adolescents and young adults in all the regions of the country. Among the schoolchildren in the 5th–7th classes, 0.3% had used drugs (5 persons out of 15 thousand). The number of high school students who used drugs was 1.3% (26 persons out of 2 thousand). Among the students of professional schools the proportion was 6 persons out of 200 (3%). On average, the first drug use is reported at the age of 10–14 years.

A study conducted in 2006 in schools in the Bishkek, Jalal-Abad, Osh, and Issyk-Kul regions by means of an anonymous survey (questionnaire) using the adapted questionnaire of the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD) among students aged 15–16 years found that 2.4% of the respondents had used cannabis at least once and 3.7% inhalants, and the regular consumption of marijuana (more than 40 times) was observed in 0.5% of the respondents. It was noted that 15.2% of the students had drunk alcohol at least once, 2.6% used alcohol almost on a daily basis, and 1.8% reported that they had used strong alcoholic beverages when under the age of 11 years. It was also revealed that 12.7% of the students had smoked tobacco (cigarettes) at least once in their lifetime, 2.6% are systematic cigarette smokers, and 0.4% regularly use nasvay.¹

1 A chewing product based on nicotine, produced from tobacco, caustic lime, and the ash of various herbs.

6.3 PREVENTION

The process of the formation of the life skills of responsible behaviour among adolescents and young people in the country is entrusted to the Ministry of Education and Science, the Ministry of Health, and the Ministry of Youth, which, together with non-governmental organisations (henceforth NGOs), implement the National Programme of the Kyrgyz Republic to combat drug abuse and illicit drug trafficking and state programme for the prevention of HIV infection and its socio-economic consequences in the Kyrgyz Republic for 2006–2011. Moreover, comprehensive measures aimed at the prevention of HIV infection and drug use among adolescents and young people were carried out (2).

The Ministry of Education and Science of the Kyrgyz Republic has implemented the “Healthy Generation” project with the support of international organisations. In 2011, the project conducted 3 training seminars for teachers of secondary schools and institutions of higher education in order to train them in the techniques of forming and maintaining a healthy way of life for adolescents and young adults. A summer camp was held for students of pedagogical institutions of higher education in order to teach them the innovative technologies and interactive methods of training on the prevention of HIV infection and drug addiction (3). An electronic interactive course on “Improving knowledge on HIV and AIDS” for education specialists was designed and 1,000 copies were printed.

Within the framework of the UNODC (United Nations Office on Drugs and Crime) FAST “Family and School Together” programme, the Ministry of Education and Science of the Kyrgyz Republic developed a National Concept of the “prevention of drug abuse, HIV, AIDS, and crime among young people through training in family life skills programmes”.

Together with the Ministry of Health and the Ministry of Education, a Kyrgyz-Finnish pilot project for the prevention of tobacco use among school students was implemented in the schools of the Chui oblast.

Since 2009, the Ministry of Education of the Kyrgyz Republic, in collaboration with UNFPA (United Nations Fund for Population) and the “White Crane” NGO with the support of Mentor (England), has implemented a curriculum for the prevention of drug use, “Your Choice”, which consisted of 12 lessons and was based on the development of life skills and social impacts and was focused on students aged 12–14 years.

In 2011, the governmental, international, and non-governmental organisations conducted mass events and activities aimed at raising awareness among adolescents and young people about the negative consequences of drug use, developing the life skills of responsible behaviour, and promoting a healthy lifestyle:

- Information tours “HIV: act responsibly”;
- programme “Security route”;
- photographic exhibition “Drug-killer”;
- event “Dance for life”.
- For the students of the Academy of the Ministry of Internal Affairs, a training course was introduced on the legal aspects of overcoming HIV infection, drug issues, and reduction of the harm resulting from drug use, for which a teaching manual, “The legal basis of the theory and practice of harm reduction”, was developed.
- In 2011 a month of the World Day against Drug Abuse and Illicit Trafficking was held.

The program of the month was organised and held as follows:

- parliamentary hearings on “Legal Issues in Drug Policy and HIV in the Kyrgyz Republic”;
- educational seminars and training sessions for inspectors of the MDIA (Main Department of Internal Affairs) in Bishkek concerning work with children from risk groups;
- informational and educational activities (lectures, discussions, workshops) to promote a healthy lifestyle for teachers, parents, and students of higher educational institutions;
- events “No Drugs”, “I choose life”, sports events, concerts, KVN (Club of Cheerful and Witty People), including institutions of the penal system of the State Penitentiary Service of the Kyrgyz Republic.

The Ministry of Health, represented by the National Addiction Centre and together with the Ministry of Education of the Kyrgyz Republic, has a number of preventive measures in the format of seminars, lectures, workshops, meetings, discussions, and events among students and school activists, in secondary and higher educational institutions, with the teaching staff of educational institutions, including health care workers working with the population, with employees of the House Committee, municipal governments, among educators, social care, justice, and law enforcement officers, and the judicial department and local authorities, including police officers, teachers, health workers, and psychologists working at the Centre for Rehabilitation and Adaptation.

6.4 PROBLEM DRUG USE

In the Kyrgyz Republic, problem drug use is defined as the use of drugs (opiates) by injecting or the long-term and regular use of opiates.

In 2010–2011, no studies on the prevalence of problem drug use in the population were conducted.

According to a study by UNODC (2006), which used a multiplier method, the number of problem drug users (PDUs) in the Kyrgyz Republic is 26 thousand persons (495 per 100 thousand of the total population), including 25,000 IDUs (476 per 100 thousand of the total population). According to the study, the age at which the first injection took place was 22 years on average. 74.8% of the respondents had shared paraphernalia in the last 6 months; 46.4% of the respondents had shared a syringe/needle. According to the results, 24.0% of IDUs are in Bishkek (747.6 per 100 thousand inhabitants), 12.0% (397.6 per 100 thousand persons) in the Chui oblast, and 12.4% (302.9 per 100 thousand inhabitants) in the Osh and Jalal-Abad regions; the remaining 51.6% is distributed among the other regions of the country (799.7 per 100 thousand inhabitants).

The estimated number of injecting drug users in Kyrgyzstan, according to estimates based on the bio-behavioural surveillance survey (BBS), was 18,934 persons in 2010 and 30,083 persons in 2009.

6.5 TREATMENT DEMAND

In 2011, the total number of patients receiving treatment was 3,277 persons (59.4 per 100 thousand inhabitants) (patients receiving compulsory treatment and visitors to trust points are not included), which is 17.6% less than in 2010 (3,979 persons) and 36% more than in 2009 (2,408 persons). The total number of persons admitted for treatment for the first time in their life was 1,841 persons (56.2% of all persons who received treatment in 2011). Of these, 579 were treated in hospital; 167 persons received outpatient treatment; 1,428 patients participated in the methadone substitution treatment, and 1,103 patients participated in rehabilitation programmes.

Among the 579 persons (10.5 per 100 thousand inhabitants) who received inpatient treatment in 2011 (in 2010 it was 450 persons), the proportion of women was 10.5%; the main drugs consumed were opiates (98.9%), while the remaining 1.1% were patients with a dependence on inhalants (glue, gasoline).

528 patients were treated for the first time in their life (9.6 per 100 thousand inhabitants), which amounted to 91.2%. It is 23.7% more than in the previous year (427); presumably, it is related to the fact that detoxification therapy was conducted with methadone in 2011 (UNODC project “Drug treatment and its health effects”).

Among the patients who received inpatient care, two teenagers (0.3%) aged between 14 and 18 years were reported. The predominant age groups were aged between 25 and 34 years (45.7%) or 35 years and older (45%).

Outpatient treatment (other than substitution treatment) was provided to 167 persons in 2011 (in 2010 it was 295 persons), which represents 3.0 per 100 thousand inhabitants, including 9 women. On an outpatient basis, patients received detox therapy and short-term psychotherapy. 91.0% of the patients were outpatient opiate users, while 9.0% were patients with a dependence on narcotic substances (glue, petrol, diphenhydramine, and benzodiazepine).

In 2011, 1,428 persons were treated in substitution therapy programmes (25.9 per 100 thousand inhabitants), of whom 180 were women (12.6%). As of April 2012 methadone substitution therapy programmes were implemented in 20 facilities.

The total number of patients admitted to the methadone maintenance treatment programme in 2002–2011 amounted to 3,559 persons, i.e. 14.2% of the estimated number of injecting drug users (25 thousand persons). In 2011, those who received substitution therapy (1,428 persons) represented 43.6% of all the patients treated in all forms of addiction treatment (3,277 persons).

Currently, methadone therapy (MT) is fully funded by grants from the Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis, and Malaria (GFATM).

In 2011, in the programmes of medical and social rehabilitation there were only 1,103 persons, of whom 183 were women (in 2010 it was 1,625 persons, including 98 women), including those who received outpatient treatment – 124 persons, of whom 10 were women.

In the study of underage patients in 2011, 112 persons with problematic use of psychoactive substances received medical consultations. Psychological examinations were undergone by 388 underage patients, of

whom 376 persons had problems connected with drug use. Psychological counselling was carried out with 56 teenagers. During the year, the Department for the Prevention of Drug Consumption by Minors participated in the meetings of the regional and city commissions for minors in Bishkek; 31 meetings were held in 2011.

In a survey conducted among patients treated in the cities of Bishkek and Osh (within the framework of the Global Assessment Programme on Drug Abuse) it was found that 730 persons were treated in Bishkek in 2011, while 136 persons were treated in Osh. The analysis of the age of the patients who were treated showed that the average age of the patients was 33.3 years in the cities that were monitored during 2011; the main drug consumed was heroin (an average of more than 98%), and the dominant type of narcotic substance and manner of consumption of the narcotic substance was injecting (97% of the patients). The age of first use of the primary drug in Osh was 23.6 years, in Bishkek 33 years (4).

At the end of 2011 369 drug addicts were receiving compulsory treatment in the Addiction Centre of the Central Hospital in institution № 47 of the correctional system; 288 patients were admitted and 301 discharged in 2011.

In the “Atlantis” rehabilitation centres in penitentiary institutions the rehabilitation of people addicted to alcohol and drugs was conducted on the basis of self-help work and “peer-to-peer” mutual aid. There were 107 patients in the above centres at the beginning of 2011. During 2011, 202 contracts were made with patients; 218 patients dropped out, 138 completed the treatment. By the end of 2011, the number of patients was 91.

At the same time, there were 31 patients in the Centre for Rehabilitation and Social Adaptation at establishment № 31, “Clean Zone”, at the beginning of 2011. 28 contracts with patients were conducted in 2011 and 25 patients dropped out during the year. At the end of 2011 the number of patients was 34.

According to Order № 16 of the Ministry of Health, dated February 21, 2002, there is compulsory registration of people suffering from selected types of substance abuse disorders where the major trends in the demand for treatment (narcological registration) are performed. There was an increase in the number of newly diagnosed persons who were dependent on narcotic and non-narcotic substances in 2011 compared to the previous year by 8.8% (774 vs. 711). With regard to the type of drug consumption among the new cases (774), 80.2% were opiate users (621), 18.2% were consumers of cannabis derivatives (141), 1.3% had used several types of drugs and other psychoactive substances (10), and 0.3% were drug inhalers (2). It should be noted that, as in the case of the incidence of opiate dependence in 2009, the proportion of people with a newly diagnosed dependence on opiates (particularly heroin) tends to increase within a year. The proportion of women among the newly diagnosed people with a drug addiction was like the previous year’s level, 7.3%, but in absolute terms it amounted to 57 and 63 respectively. As in the past year, the proportion of people under 18 years of age in 2010 was 0.3%. The predominance of injecting drug use (79.7%) was noted; smoking and inhalation methods were practised by 19.2% and combined consumption by 1.1% of persons.

6.6 DRUG-RELATED INFECTIOUS DISEASES

In recent years, there has been a rapid growth in the number of new cases of HIV infection and, according to the estimates of the WHO/UNAIDS, Kyrgyzstan is one of the seven countries with the highest rates of growth of the epidemic in the world. The number of officially registered cases of HIV infection increased from 2,718 cases in 2009 to 3,887 in 2011 (by 43%). Of the reported cases of HIV infection in the republic, 64.5% belong to the parenteral route of infection.

There were 3,887 cases of HIV infection registered as of 1 January, 2012, including 3,709 among citizens of Kyrgyzstan (cumulatively). Injecting drug users represented a total of 2,530, including citizens of the Kyrgyz Republic, who numbered 2,394 (64.5%). The number of patients with AIDS was 437. 539 HIV-infected persons died, 194 of them during the stage of AIDS.

At the end of 2011 there were 288 persons living with HIV (PLHIV) in the prison system of the Kyrgyz Republic, accounting for 2.9% of the total prison population. It must be noted that the number of PLHIV is increasing every year: 238 in 2010, 218 in 2009, 148 in 2008, 137 in 2007, 102 in 2006, 131 in 2005, 124 in 2004.

Analysis of the prevalence of HIV by regions shows the highest registration of HIV cases noted in the Chui oblast – 29.4% (1093), in the city of Osh – 20.3% (754), and in the Osh oblast – 19.1% (712). The smallest proportion of cases occurs in the northern regions of the country.

In 2011, the country registered 599 new cases of HIV infection (414 in men, 180 in women), among whom 594 were citizens of the country, including those with AIDS, who numbered 95 (21 women, 74 men); there were 5 foreign nationals (3 females, 2 males). IDUs represented 362 cases (60.4%), including 358 citizens of the Republic (59.7%).

The main component of the treatment and care of HIV infection is active antiretroviral therapy (ART). In the Republic ART has been conducted since March 2005. Antiretroviral therapy was assigned to 776 patients as of 1 January, 2012, among whom 510 received the therapy, including 340 adults (201 men, 139 women), and 170 children (115 males, 55 females). The number of persons who refused to undergo treatment was 137; 116 died while receiving the treatment, and 13 were intolerant to medication.

HIV testing of IDUs is carried out in accordance with the orders of the Ministry of Health of the Kyrgyz Republic at the time of admission to drug treatment clinics, prisons, and other institutions of law enforcement and public health (in drop-in centres, friendly clinics, centres for the prevention and control of AIDS, and others), together with pre-test counselling and the informed consent of the patient. Each population group has its own code for testing. There are more than 50 codes (according to the approved N4 reporting form); injecting drug users are tested under the code 102. In 2011, the number of tests for HIV in the Kyrgyz Republic increased, while the proportion of those surveyed under the code 102 (IDUs) decreased from 1.2% in 2005 (1,909 IDUs) to 0.5% in 2011 (1,886 IDUs). However, injecting drug users can get tested for HIV under other codes, such as 112.1 (injecting drug users who are in detention or prisons of the Ministry of Internal Affairs), etc., so the above percentage is not an indication of the real scope of the testing of IDUs.

Since 2004 in the Republic of Kyrgyzstan a bio-behavioural surveillance survey (BBS) has been conducted among vulnerable groups. Since 2007, the BBS among IDUs has been conducted on five sites. In 2010, surveys were conducted among IDUs on 8 sites. In 2011 and in 2012, serological studies were not performed.

Of the total number of IDUs reached by the BBS in 2010 (930), the prevalence of HIV infection was 14.6% (136 IDUs), that of HCV 50.4% (469 IDUs), and that of syphilis 6.7% (62 IDUs).

According to the Republican AIDS Centre, the number of people tested for HBV in the general population was 80,828, of whom 4,051 had a positive result (5%); for HCV the figure is 79,984 persons, of whom 2,638 had positive results (3%) in 2011. Surveys of the prevalence of HBV among IDUs are not carried out.

According to the BBS in 2010, the prevalence of HCV among injecting drug users was 50.4% in total; it was 53.8% in males and 33.8% in females. The prevalence of HIV co-infection among IDUs infected with HCV was 23%.

10 persons with viral hepatitis were identified in the penitentiary system of the Kyrgyz Republic at the end of 2011, which is 0.1% of the total prison population, while in previous years the numbers of detected cases were as follows: in 2010 it was 3 cases, 2009 33, 2008 12, 2007 25, 2006 21, 2005 19, and in 2004 38. The prevalence of viral hepatitis in the prison system of the Kyrgyz Republic is not known as a result of the absence of seroprevalence studies in this setting.

According to the BBS, a decrease in the proportion of IDUs infected with syphilis from 13.6% in 2005 to 6.6% in 2010 can be observed. On 1 January 2012, 673 PLHIV infected with tuberculosis (TB) were on the dispensary record. In 2011, the number of new HIV-positive cases infected with TB was 153. By 1 January 2012, 625 PLHIV had been treated for TB. 48 PLHIV did not get TB treatment for various reasons. 263 died, including 197 from tuberculosis and 66 for other reasons. The treatment of tuberculosis among HIV-positive people who inject drugs, as well as replacement therapy, is conducted in accordance with the joint order of the Ministry of Health and SPS at the Government of the Kyrgyz Republic "On the improvement of measures to deal with co-infected HIV+TB in the Kyrgyz Republic" (5).

6.7 DRUG-RELATED DEATHS AND MORTALITY OF DRUG USERS

The current system of registration of deaths related to drugs has significant drawbacks that do not allow any conclusions to be drawn about the situation on a national scale. However, according to the official figures of the National Health Information Centre of the Ministry of Health of the Kyrgyz Republic, the number of deaths resulting from drug overdoses decreased by 23% in 2010–2011. In 2011, 64 fatal overdoses were registered (84 in 2010), including 4 women (6.2%). In most cases of death, the cause of the overdose was an unspecified type of drug (71.9%).

According to the National Health Information Centre, 130 deceased persons were removed from dispensary registration in 2011 (139 in 2010), which accounted for 1.2% of the total mortality among registered drug addicts at the end of 2011. Analysis comparing the mortality rate among drug users removed from dispensary registration because of death with the mortality of the general population of the same gender and age (Standardised Mortality Ratio – SMR) found a death rate among drug users that was 1.3 times higher. Among male drug users the death records are 4 times higher in the 20–24-year-old age group compared with the same age group in the general population. In women drug users the highest SMR (3.1 and 3.5) was found in the 35–39 and 40–44 age groups.

6.8 TREATMENT RESPONSES

The system of addiction treatment in the Kyrgyz Republic consists of secondary and tertiary prevention, as an early, comprehensive, and integrated implementation of remedial measures (narcological treatment), improvement of the patient's social situation, and the application of educational measures in the community and families, as well as preventing the progression of disease and its complications. These programmes are implemented in both outpatient and inpatient settings, with different scopes. Outpatient programmes are mainly oriented towards motivation and continuation of treatment and the prevention of relapse. The main objectives of drug-free inpatient treatment programmes are to achieve stable remission or complete abstinence from drug use.

For the comprehensive treatment of drug addiction and its health consequences the following standards were approved: standards for the provision of health care services for injecting drug users (a standard for the detoxification therapy of withdrawal from opioids in the inpatient department of the Republican Addiction Centre of the Ministry of Health of the Kyrgyz Republic, a standard for the prevention of overdoses on opioids using naloxone, and a standard for rehabilitation measures for people with opioid dependence) (6).

Additionally, by an order of the Ministry of Health (MoH), the clinical protocols for MT during the syndrome of opioid dependence were approved (7).

Currently, the following types of treatment and services are suggested to patients in the country:

1. detoxification, on an inpatient and outpatient basis, is conducted in all public institutions, which are located in 42 regional FMC drug clinics, in 3 clinics in Bishkek, Osh, and Jalal-Abad, and in 5 combined regional hospitals;
2. inpatient medical and psychological rehabilitation and outpatient rehabilitation programmes through 12-step systems in the RCA and Inter-regional Centre of Addiction in Osh (IRCAO);
3. the programme of substitution therapy with methadone in the RCA and IRCAO and in the narcological cabinets of the Family Medicine Centre (FMC in Chui and the Osh, Jalal-Abad, and Batken oblasts);
4. motivation for access to and continuation of treatment and the prevention of relapse and overdoses on an outpatient basis;
5. the implementation of syringe exchange programmes.

At the beginning of 2011, a clinic for the detoxification of people with an addiction to the opiate drug methadone was opened.

Since 2006, under the aegis of the National Centre for Drug Abuse, the Centre for the Prevention of the Consumption of Psychoactive Substances Among Minors started to function. The centre provides assistance to minors in the area of the treatment, rehabilitation, and prevention of the use of psychoactive substances.

MT was introduced in the Kyrgyz Republic in 2002. Since then, the programme of substitution therapy has been expanded and by 1 January 2012 it was being realised at 20 facilities which are located in the Republican Centre of Addiction and in 3 centres of primary health care in Bishkek, in the cities of Tokmok, Kant, and Kara-Balt, the Alamedinsk, Sokuluk, and Moscow regions of the Chui area, at 2 facilities in Osh, Kara-Suysk, Uzgensk regions of the Osh area, Dzhahal Abad, Kyzyl Kia Batken areas.

MT is also successfully implemented in 3 penitentiary institutions: penal colony number 47, detention centre number 1 (Bishkek), and detention centre number 5 (Osh). By January 1, 2012, the programme involved 105 patients. Additionally, motivational and psychosocial counselling, HIV testing and testing for infections, including sexually transmitted infections, and pre-test and post-test counselling are provided in prisons. In the Bureau of Social Support, services of social support are provided to the individuals in prison who are living with HIV and drug addicts and legal, psychological, and social assistance for preparation for release and transfer to the civilian sector are provided.

6.9 HARM REDUCTION RESPONSES

In the Kyrgyz Republic, harm reduction is a drug strategy priority and it serves as an integral part of the state policy in the field of HIV/AIDS among injecting drug users. Strategy and harm reduction programmes started to be implemented in Kyrgyzstan in 2000.

Harm reduction programmes include the following components:

- distribution of needles and syringes (NSPs) and other protection, and the work of streetworkers;
- methadone substitution therapy;
- outreach and educational activities;
- consultation with specialists;
- somatic health care;
- advocacy for drug addicts;
- detoxification for drug addicts. The regulatory framework for detoxification treatment with methadone in hospital was set up in 2010. During 2011, the department for the detoxification of people with a dependence on the opiate drug methadone started functioning;
- provision of medical care and an enhanced package of services in large NGOs, with the inclusion of social services, psychological orientation, and consultation with experts of specialised agencies (infectious diseases, tuberculosis specialist, surgeon, venerology, and others).

The syringe exchange programmes are implemented by the specialists of public health services, as well as by the non-governmental sector in the Offices of Needle Exchange (ONE). In 2011, in Bishkek, Jalal-Abad, and Osh, and in areas of the Chui, Jalal-Abad and Osh oblasts 46 ONEs were operating, including 15 for syringe exchange in prisons (10 in correctional facilities and 2 in detention centres).

The structure of the clients in 23 ONEs (11 – with FMC Bishkek, 11 – FMC and FGP of the Chui oblast, and 1 – Osh, with 2 mobile offices) is as follows: coverage – 9,192 IDUs (540 at Osh), of whom 7,220 IDUs received services at least once in 3 months. In the Chui oblast, the male population is predominant (91.3%), and the majority of clients are in the 26–35 age range. 36% of the clients are of Russian nationality, the largest group of clients (37%) are of other nationalities, and 27% are from the indigenous population. The ONEs in Bishkek also report a majority of men (74%), most frequently in the 26–45 age group; the largest group is of Russian nationality, 46%, about 28% are people from other ethnic groups, and 26% are persons from the indigenous population.

The non-governmental sector, with the support of international organisations, has taken an active part in the implementation of harm reduction programmes in the Kyrgyz Republic. In 2011 the “Partner Network” Association programme of the Kyrgyz Republic continued to work actively on harm reduction, bringing together non-governmental organisations with a view to consolidating and coordinating activities in the field of harm reduction and the Association of NGOs’ “Harm Reduction Network”, bringing together representatives of the community on informational and educational activities in the drug sphere, and strengthening the capacity of the members of the network – NGOs, training programmes for harm reduction, and advocacy of harm reduction programmes and the development of initiative groups of drug addicts. The year 2011 was a transitional period for the GFATM in the Kyrgyz Republic, which was associated with the 7th and 10th rounds. Issues such as a change in the principal recipient of the grant transfer from the old to the new principal recipient took several months and resulted in problems with the continuity of funding, the timely supply of medical products to syringe exchange points, and the supply of food and soap detergent to social institutions.

This affected both the coverage and the number of instruments and paraphernalia distributed to injecting drug users. For example, from 1 January to 31 August, 2011, NSPs and social programmes reached 10,908 clients, while from September to December 2011 this number dropped to 7,749 IDUs. But in spite of this, the number of IDUs covered by preventive activities in 2011 amounted to 10,908 persons; 44% of the clients were in the age group aged 30–39 years, 24% aged 20–29, 25.6% in the 40–49 group, 4.8% aged from 50 to 59 years old, and 0.4% were 60 and over. Men represent the majority of clients (82.2%).

With the financial support of the Global Fund, NSPs were realised by the following non-governmental organisations: “Rance plus” (Chui, Alamedin district), “Right to Life” (Chui, Sokuluk district), “Ayandelta” (Chui, Tokmok) “Parents Against AIDS and Drugs – CADMIR” (Bishkek), “Antistigma” (Issyk-Ata district, Kant), “Parents Against Drugs” (Osh oblast, Osh and Kara-Suu), and “Healthy Generation” (Jalal-Abad region, Jalal-Abad). Social programmes were realized by NGOs “Ranar”, “Mutanazzif”, “Matrix 2005”, “Asteria”, “Musaada”, “Plus centre”, “Ak-Deer” NGOs in Bishkek and Osh, and also in the Chui, Osh and Jalal-Abad oblasts.

The GFATM “Friendly Pharmacy Service” programme for IDUs was not supported in 2011 because of a lack of funding.

In 2011, with the support of the GFATM, a twenty-four-hour free helpline for drug addicts and their families continued to work in the “Socium” public association. The total number of clients to use the telephone hotline was 1,720 persons. The largest number of helpline customers belonged to the age group aged 26–35 years. The gender composition was 957 women and 763 men.

6.10 DRUG MARKETS AND DRUG-RELATED CRIME

The Kyrgyz Republic borders with the Republic of Tajikistan, the total length of the boundaries being around one thousand kilometres, and Tajikistan, in turn, has a common border with Afghanistan. Most of the border is a mountain range with numerous horse trails. For now, there is an awareness of the many mountain passes through which drugs are smuggled into the territory of the Kyrgyz Republic and the further countries of the Commonwealth of Independent States and Europe. Drug traffickers use all types of transport for drug delivery, from horse-drawn transport in the border areas and ending with air transportation. In 2011, the drug situation in the country was characterised by the intensification of international drug groups using the country as a drug transit corridor to Russia and the countries of the European Union. The trafficking of Afghan drugs and their transit through the territory of Tajikistan continue to be a major focus of drug abuse in the country.

During 2011 all the law enforcement agencies of the Kyrgyz Republic uncovered 1,924 drug-related crimes, which is 381 or 24.6% less than in 2010 (1,543). In 2011, the combined law enforcement agencies of the Kyrgyz Republic seized 45 tons 729 kilograms of narcotic drugs, psychotropic substances, and precursors from illicit traffickers.

Furthermore, the drugs of the cannabis group have their own raw material base in the Kyrgyz Republic. About 10,000 hectares of land in Issyk-Kul, Jalal-Abad, Talas, Chui, and Naryn are clogged with wild hemp. From it the local population makes marijuana and hashish, which are distributed both locally and regionally through illegal markets.

Ephedra grows on the territory of the republic; this is the raw material for the manufacture of the amphetamine-type stimulant methcathinone (ephedrone). According to the UNODC AD/RER/C32 project (8), the total area that is affected by the thickets of this plant is more than 55 thousand hectares.

Drug prices have remained stable over the past three years and there have been almost no changes in the retail component. For example, the retail price for 1 gram of opium is fixed at around USD 1.1–2.2, heroin at USD 12.8–14.9 for 1 gram, herbal cannabis at USD 6.4–8.5 for 1 cup containing 200 grams, and cannabis resin at USD 42.5–53.2 for 1 box containing 20 grams.

According to the legislation of the Kyrgyz Republic, no chemical analysis of the purity of drugs seized in the country is performed. The composition of a narcotic substance is not analysed, and therefore data on the composition and purity of drugs seized in criminal cases are not available. Accordingly, court decisions in criminal cases do not depend on a qualitative analysis of the purity of the drugs seized.

6.11 NATIONAL DRUG LAWS

1. The Law of the Kyrgyz Republic “On narcotic drugs, psychotropic, substances and precursors” (9);
2. the Criminal Code of the Kyrgyz Republic (10);
3. the Administrative Code of the Kyrgyz Republic (11);
4. Resolution of the Government of the Kyrgyz Republic “On approval of the state control of narcotic drugs, psychotropic substances, and precursors” (12);
5. Resolution of the Government of the Kyrgyz Republic “On narcotic drugs, psychotropic substances, and precursors subject to control in Kyrgyz Republic” (13);
6. Resolution of the Government of the Kyrgyz Republic “On the procedure of registration, storage, and use of narcotic drugs, psychotropic substances, and precursors in the Kyrgyz Republic” (14).

Currently, the legislation concerning drugs in the Kyrgyz Republic is contained in 11 articles of the Criminal Code and two articles of the Administrative Code of the Kyrgyz Republic.

Possession (storage) is an offence, depending on its quantity during the arrest of the suspect. For example, if the detention of a suspect is accompanied by a seizure of heroin weighing less than 1 gram, it is an administrative offence, and if the quantity is 1 gram or more, then it is subject to criminal prosecution.

In accordance with Article 246 of the Criminal Code of the Kyrgyz Republic, the illegal manufacture, acquisition, possession, transportation, or shipment of narcotic drugs or psychotropic substances in small amounts without intent to sell, committed within one year after the application of administrative penalties for the same act, is punishable by community service for from one hundred to two hundred and forty hours, or a fine of up to fifty calculation units,² the restraint of liberty for a term not exceeding two years, or imprisonment. The same act committed by a person who has previously committed any other drug-related offence is punishable by a fine of up to one hundred calculation units, correctional labour for up to two years, the restraint of liberty for a term not exceeding three years, or imprisonment for a term of from one to three years.

Under the national law, a person who commits an offence under this Article and voluntarily surrenders narcotic drugs, psychotropic substances, or their analogues and actively contributes to the disclosure or suppression of crimes related to illicit trafficking in narcotic drugs, psychotropic substances, or their analogues, the exposure of the persons who committed these crimes, or the discovery of property obtained by criminal means, is exempted from criminal responsibility for the crime.

In accordance with Article 247 of the Criminal Code of the Kyrgyz Republic, the illegal manufacture, acquisition, possession, transportation, transfer with intent to sell, and illicit production or distribution of narcotic drugs, psychotropic substances, or their analogues or precursors shall be punished by imprisonment for a term of four to eight years.

In addition, according to the list of narcotic drugs, psychotropic substances, and precursors subjected to control in the Kyrgyz Republic, hashish or cannabis resin (separated resin, treated or untreated, or a mixture of resin and crushed particles of cannabis plants) are subject to control on the territory of the Kyrgyz Republic and their trafficking implies unconditional administrative or criminal liability identical to that for other illicit drugs.

² A calculation unit is determined by the legislation of the Kyrgyz Republic each year; it has remained unchanged at 100 KGS (1.48 Euro) since 2007.

6.12 NATIONAL DRUG STRATEGY

In 2010–2011 the State Service of the Kyrgyz Republic on Drug Control, as the coordinator of the national anti-drug policy, together with the ministries and departments of the republic and experts from non-governmental and international organisations, developed a policy document – the concept of the anti-drug policy of the Kyrgyz Republic and the plan for its implementation till 2015.

The matrix of measures for the implementation of the anti-drug concept is structured into 61 points with specification of activities, actors, and the timing of the expected results. Structurally, the data points are divided into 7 main sections:

1. conducting targeted prevention of drug abuse and related offences;
2. the introduction of new methods and treatment, as well as the medical and psycho-social rehabilitation of drug addicts;
3. reducing the availability of drugs;
4. the concentration of law enforcement efforts on combating illicit drug trafficking;
5. international cooperation in the fight against drug trafficking;
6. harm reduction;
7. a reduction in the number of drug-related deaths.

This anti-drug concept of the Kyrgyz Republic aims at establishing effective government and social control over the drug situation in the country, reducing the drug-using population and drug-related crime, ensuring the mobilisation and coordination of the anti-drug activities of state authorities, local authorities, and voluntary organisations, and improving the legal framework to combat drug use and drug trafficking. It reflects the tasks of a strategic and tactical nature, the key areas of public policy of drug prevention, reduction in the demand for drugs, and the fight against illicit drug production.

6.13 COORDINATION MECHANISMS IN THE FIELD OF DRUGS

The main coordinating body of the Kyrgyz Republic in the field of combating the illicit trafficking of narcotic drugs, psychotropic substances, precursors is the State Service on Drug Control (SDCS) of the Kyrgyz Republic, which is the law enforcement and executive body of the Kyrgyz Republic, which conducts the joint policy in the field of the trafficking of narcotic drugs and psychotropic substances and precursors, countering illicit trafficking, and coordinating the activities of other executive bodies of the Kyrgyz Republic in this field (including the provision of treatment for prevention and harm reduction).

In 2011, the Government of the Kyrgyz Republic adopted a resolution, “Establishment of SDCS at the Government of the Kyrgyz Republic” (15), where it approved the position of the SDCS of the Government of the Kyrgyz Republic, the Regulation on service in the SDCS of the Government of Kyrgyz Republic, Disciplinary Regulations and control scheme for the SDCS of the Government of the Kyrgyz Republic. The Government also adopted a resolution, “On additional measures to combat illicit trafficking in narcotic drugs, psychotropic substances, and precursors”, which approved the composition of the State Coordination Committee for the control of narcotic drugs, psychotropic substances, and precursors.

In addition, a national information network on the drug information and monitoring system (DAMOS) was established in 2006 to collect non-confidential information on drugs and drug addiction in the Ministry of Health, Ministry of Internal Affairs, the State Penitentiary Service, and the Civil Service of the Kyrgyz Republic drug control. The role of the national coordination centre for the collection of non-confidential information on drugs and drug addiction is played by the Headquarters of the SDCS of the Kyrgyz Republic.

6.14 REFERENCES

1. Mentor Unplugged | Funded by the IKEA Social Initiative | A 5 Country School Based Programme for Drug Abuse Prevention in Croatia, Kyrgyzstan, Lithuania, Romania and Russia Undertaken by the Mentor Foundation (International). Final Report. 2010.
2. Country Report “Implementation of Declaration on commitment to fight against HIV/AIDS” (January 2008–December 2009). Bishkek: Country Report, HIV 2010.
3. Report of the Ministry of Education and Science of the Kyrgyz Republic at the regional conference on HIV prevention and health promotion in the educational environment. Almaty: REPORT Ministry of Health of the Kyrgyz Republic, 2011.
4. Report of the Republican Centre of Narcology of the Ministry of Health of the Kyrgyz Republic. Bishkek: 2011.
5. Order № 145 of the Ministry of Health of the Kyrgyz Republic and the State Penalty Execution Service under the Government of the Kyrgyz Republic “On the improvement of measures to combat co-infected TB/HIV in the Kyrgyz Republic”, dated March 17, 2010 (Order of the Ministry of Health of the Kyrgyz Republic, and State Penitentiary Service № 145, 2010).
6. Order of the Ministry of Health of the Kyrgyz Republic “Standard of opioid overdose prevention with the use of naloxone”(Order of the Ministry of Health of the Kyrgyz Republic № 494, 2010).
7. Order of the Ministry of Health of the Kyrgyz Republic “On the conditions and procedures for substitution treatment for people with substance abuse in the Kyrgyz Republic”, February 15, 2001, registered in the list of regulatory acts of the Ministry of Justice of the Kyrgyz Republic as No. 55, April 6, 2001 (Order of the Ministry of Health of the Kyrgyz Republic № 41, 2001).
8. GSDC. UNODC AD/RER/C32 project “Mapping the areas of illicit drug cultivation”. Bishkek, 1998–1999: 2012.
9. Law of the Kyrgyz Republic “On narcotic drugs, psychotropic substances, and precursors” № 66, May 22, 1998 (Law of the Kyrgyz Republic, 1998).
10. Criminal Code of the Kyrgyz Republic, October 1, 1997 (CC of KR, 1997.).
11. Administrative Code of the Kyrgyz Republic, April 8, 1998 (CoAR of KR, 1998).
12. Decree of the Government of the Kyrgyz Republic “On the approval of state control over the circulation of drugs, psychotropic substances, and precursors in the Kyrgyz Republic” № 466, June 22, 2004 (Decree of KR № 466, 2004).
13. Decree № 543 of the Government of the Kyrgyz Republic “On narcotic drugs, psychotropic, substances and precursors subject to control in the Kyrgyz Republic”, November 09, 2007 (DECREE OF THE GOVERNMENT OF THE KYRGYZ REPUBLIC № 543, 2007).
14. Decree № 54 of the Government of the Kyrgyz Republic “On the order of registration, storage, and use of narcotic drugs, psychotropic substances, and precursors in the Kyrgyz Republic”, February 18, 2011 (DECREE OF THE GOVERNMENT OF THE KYRGYZ REPUBLIC № 54, 2011).
15. Decree № 132 of the Government of the Kyrgyz Republic “Issues of the State Drugs Control Service under the Government of the Kyrgyz Republic”, February 20, 2012 (DECREE OF THE GOVERNMENT OF THE KYRGYZ REPUBLIC № 132, 2012).

7.1 KEY FIGURES

Indicator	Year	Value	Source
Surface area (km ²)	2011	143,100	[Statistics department under the President of the Republic of Tajikistan]
Population	2011	7,800,000	[Statistics department under the President of the Republic of Tajikistan]
GDP per capita in Purchasing Power Standards (€)	2011	430 (USD 540)	[Statistics department under the President of the Republic of Tajikistan]
Inequality of income distribution (Gini coefficient) (%)	2011	0,0032–0,252	[Statistics department under the President of the Republic of Tajikistan]
Unemployment rate (%)	2011	2.4	[Statistics department under the President of the Republic of Tajikistan]
Prison population rate (per 100 thousand inhabitants)	2011	103	[Statistics department under the President of the Republic of Tajikistan]
Population below poverty line (%)	2011	68	[Statistics department under the President of the Republic of Tajikistan]
Income per capita or consumption in percentage share	2011	n.a.	[Statistics department under the President of the Republic of Tajikistan]

7.2 DRUG USE AMONG THE GENERAL POPULATION AND YOUNG PEOPLE

Studies on the prevalence of drug use among the population of Tajikistan were not carried out in 2011. The last survey was conducted in 2007 (UNODC) in three regions of the country – in the Gorno-Badakhshan Autonomous Region, in Sughd, in Khatlon, and in the capital – the city of Dushanbe. During the study, the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD) methodology and questionnaire for respondents aged 15–16 years old (children in the 8th–10th grades) were used. In total, 5,003 respondents were interviewed. Among them, 2,369 were males (47.4%) and 2,634 were females (52.6%). The study found that the awareness of the girls about the existence of drugs was slightly higher than that of the boys. The list of substances consisted of the 11 most common drugs and the imaginary drug relevelin. 46.9% of the girls and 39.5% of boys responded that they know about marijuana. In second and third places came cocaine, with 31.2%, and heroin, with 31.0% of the respondents knowing about it. Just 26.4% of the students were aware of opium. When asked how difficult it would be to get a narcotic substance if they wanted, 96% of the respondents answered “very easy”. 1.2% of the boys and 1.0% of the girls expressed an intention to try drugs. The survey results showed that 45.1% of the boys and 48.1% of the girls said they would have admitted drug use, particularly marijuana or hashish. On the contrary, 34.4% of the students said they would not have admitted drug use.

To the question about drug use, 0.5% responded that they had tried drugs once or twice in their lifetime. 0.5% of the boys and 0.3% of the girls reported that they had tried drugs once. The consumption of inhalants was the most prevalent. According to the responses, 1.9% of the boys and 1.2% of the girls had tried inhalants at least once in their lifetime. The use of marijuana or hashish was in second place; it was reported to have been tried by 0.5% of all the respondents. The study showed that the first experience with drugs most often took place at the age of 16 and, usually, it was marijuana, amphetamines, or tranquillisers.

7.3 PREVENTION

Prevention in the area of drugs was conducted by the relevant ministries and government agencies, including the Ministry of Health of the Republic of Tajikistan, the Agency for Drug Control under the President of Tajikistan, the Ministry of Internal Affairs, the Ministry of Education of the Republic of Tajikistan, the Ministry of Culture of the Republic of Tajikistan, the Committee on Women and Family Affairs under the Government, the Committee of Youth and Sports and Tourism of the Government of the Republic of Tajikistan, and the Committee for Television and Radio Broadcasting of the Government of the Republic of Tajikistan, as well as by public organisations.

In 2011, a series of educational, sports, and cultural events aimed at promoting a healthy lifestyle were conducted. Prevention of drug abuse and HIV/AIDS was provided at schools, high schools, colleges, universities, health centres, and in some localities, where participants were informed about the problems

of drug abuse in modern society and its consequences. Health bulletins were issued and health corners prepared both in the Tajik and Russian languages. Articles were published in newspapers and magazines and awareness was raised on three TV channels (Channel One, Safina, and Jahonnamo) and the Republican radio. Anti-drug events are organised annually on the international day of the struggle against drugs, which is celebrated on June 26.

7.4 PROBLEM DRUG USE

Studies to determine the distribution of opiate users, including injecting drug users (IDUs), was carried out in 2011. According to the research of the AIDS Project Management Group conducted using the Factor and Delphi methods in 2009, the number of injecting drug users in Tajikistan was estimated to be 25,000, with a possible range of 20,000–30,000.

7.5 TREATMENT DEMAND

Drug treatment is carried out in the Republic of Tajikistan in specialised drug treatment facilities. The State guarantees anonymous drug treatment. In total, the Drug Treatment Service of the Ministry of Health of the Republic of Tajikistan has 290 beds.

In 2011, 1,207 persons across the country received inpatient treatment in substance abuse treatment centres. 80.7% of these patients received a diagnosis of heroin addiction (F11.2 according to the International Classification of patients (ICD-10). The number of drug addicts who received hospital treatment in 2011 increased by 200 patients (19.86%) compared to 2010.

7.6 DRUG-RELATED INFECTIOUS DISEASES

In 2010, the programme to counteract HIV/AIDS was adopted for the period from 2011–2015. The main strategic focus of this programme was to establish a legal framework conducive to ensuring universal access to prevention, treatment, and care and support the implementation of preventive programmes and access to HIV services for all groups, especially for the most vulnerable; ARV therapy, treatment of opportunistic diseases such as tuberculosis; palliative care, treatment and care for people living with HIV (PLHIV), the integration of services for the treatment of HIV infection in the structure of primary health care (PHC) to improve access and the quality of care and reduce stigma, provision of social support for PLHIV, improving surveillance systems, the monitoring and evaluation of preventive measures, and the improvement of the bio-behavioural surveillance survey (BBS) of the spread of HIV infection.

As of December 31, 2011, the country had 3,846 officially registered HIV cases (cumulative number), of which 77.7% of the infections occurred among men and 22.3% among women. The spread of HIV was 43.4 persons per 100,000 inhabitants. HIV cases are registered in 66 of the 68 districts of the country. The number of deaths among the total number of HIV-infected patients was 552 (14.4%). The average estimated number of HIV-positive persons in the country ranges between 6,800 and 10,000. Moreover, in recent years, the number of newly reported HIV cases among women has increased almost 2.3 times. Thus, in 2005, the number of new cases among women was 8.5% and in 2011 20.2%.

In 2011, out of the total number of registered HIV cases, 52.6% of the people were infected through transmission by injecting, 29.8% through unprotected sex, 1.5% were subject to vertical transmission, and for 15.7% the route of transmission is not yet known. The prevalence of HIV infection among the groups at highest risk, particularly among injecting drug users, has exceeded 5% during the last few years. This fact confirms that Tajikistan is going through a concentrated HIV epidemic.

In 2011, the country registered 989 new cases of HIV infection, 77.7% of them men and 22.3% of women. Among the newly registered HIV cases, 423 persons (42.7%) were injecting drug users.

In 2011, according to the official data of the Centre for Health Statistics of the Ministry of Health of Tajikistan, there were 368 cases of hepatitis B virus (HBV) infection in the general population, representing a 30% increase compared to the reported cases of HBV B in 2010 (282 cases).

The number of reported cases of hepatitis C (HCV) in 2011 was 84. According to the BBS, in 2011, the highest prevalence of HCV among IDUs was recorded in Dushanbe, where it was 36.2%, and Khorog, with 21.4%, while the lowest percentage was detected in Istaravshan, where it was 2.7%.

According to the Centre for Health Statistics of the Ministry of Health of Tajikistan, in 2011 there were 273 cases of syphilis infection among the general population, including 159 men and 114 women. According to BBS in 2011, the highest prevalence rate among IDUs was observed in the cities of Tursunzoda, with 16.5%, and Vahdat, with 16.4%. The lowest prevalence of syphilis among IDUs was in the cities of Istaravshan, with 2%, and Kulyab, with 2.3%.

7.7 DRUG-RELATED DEATHS AND MORTALITY OF DRUG USERS

The official data from Tajikistan provide very limited information on the number of deaths related to drug use. According to the National Centre of Forensic Medical Examination under the Ministry of Health, in 2011, there were 39 deaths associated with an overdose on heroin. This figure most probably does not reflect the true picture, as in Tajikistan, autopsies are only conducted in 7% of deaths, and taking into account the fact that the consumption of drugs in Tajikistan is related to huge stigma (families try to claim any cause of death but not drug abuse).

7.8 TREATMENT RESPONSES

Announced in 2007, “The united target programme of drug prevention and combating drug trafficking in the Republic of Tajikistan for 2008–2012” provides for educational outreach activities aimed at families whose children are treated for drug addiction at the treatment clinics of the country.

In the Republic of Tajikistan, drug treatment is carried out at specialised drug treatment facilities. The State guarantees anonymous drug treatment. Services provided by specialised drug treatment agencies in the country include inpatient and outpatient care, anti-relapse therapy, rehabilitation programmes, work with drug addicts, and efforts to prevent substance abuse.

Treatment of drug dependence in the Republic of Tajikistan is conducted mainly at public drug treatment facilities, which include:

- the National Clinical Centre of Addiction in Dushanbe (100 beds)
- Regional Drug Treatment Centre GBAO Khorog, (30 beds)
- Sughd Regional Drug Treatment Centre: (Khujand 40 beds, mental hospital of the town of Isfara – 10 beds, mental hospital of the town of Kanibadama – 10 beds, mental hospital of the town of Pendzhikenta – 10 beds, drug treatment clinic of the town of Istaravshan – 10 beds, CRH Chkalovsk medical ward – 20 beds)
- in Khatlon – 50 beds, including the regional drug treatment centre № 1 Kurgan-Tube – 20 beds, the Regional Centre for Addictive Disorders Kulob № 2 – 20 beds, and the mental hospital in Nurek – 10 beds.
- in the regions of Republican Subordination in CRB Gissarsk – 10 beds.

The availability of substance abuse treatment beds in the Republic is 4 per 100 thousand inhabitants.

7.9 HARM REDUCTION RESPONSES

In order to minimise the consequences of drug use in the country, several harm reduction programmes have been implemented. The first prevention programmes in the framework of the strategy of harm reduction (HR) in Tajikistan started in 1999 and were funded by UNAIDS (2 programmes). Later, the main activity in the development of harm reduction programmes was supported by the Soros Foundation (Open Society Institute – Tajikistan). Since 2005, the implementation of harm reduction (HR) has been carried out at the expense of the Global Fund, and since 2006 at the expense of the Central Asian Regional Harm Reduction Program (CARHAP¹), Drug Demand Reduction Program (DDRP²), AIDS Foundation East-West (AFEW) projects and Operation Mercy. HR programmes cover almost the entire country.

¹ CARHAP is funded by UKaid from the Department for International Development (DFID) of the United Kingdom, and administered by Soros Foundation.

² The USAID-funded Drug Demand Reduction Program (DDRP) aims to address social problems among vulnerable populations involved in or at risk of involvement in drug use in Central Asia.

The main forms of work with IDUs as part of HR programmes in Tajikistan are:

- opioid substitution therapy;
- needle and syringe programmes (NSPs);
- social support;
- drop-in centres;
- referrals for medical care;
- outreach;
- provision of information and educational materials;
- overdose prevention by providing IDUs with naloxone;
- voluntary counselling and referrals for HIV testing.

In 2009, the Government of the Republic of Tajikistan considered and used the letter of the Ministry of Health of the Republic of Tajikistan on the pilot implementation of a programme of opioid substitution therapy (OST). In accordance with the resolution of the Government, the work on the practical implementation started. In June 2010, the Ministry of Health, with the support of the Global Fund and UNODC, opened the first centre for the provision of OST in Dushanbe, at the Prof. M. Gulyamova Republican Clinical Centre of Addiction, where, by the end of 2011, 102 patients had received opioid substitution therapy. A second OST centre was opened in Khujand in the Sughd region in December 2010, where OST was given to 52 patients. A third OST centre was opened in Khorog in May 2011, where, at the end of 2011, 44 patients had received opioid substitution therapy.

On June 1, 2011 the “SPIN Plus” public organisation, which implements projects in Dushanbe and Vahdat, opened a Crisis Centre of available services for women with day care for IDUs, the first gender-sensitive project in the Republic of Tajikistan. By the end of 2011, this project had reached 296 clients, of whom 55% (162) were women under the age of 30. In the Crisis Centre, both low-threshold services (laundry, showers, communication, leisure, food, sanitary napkins) and legal advice and redirection to doctors were provided. As part of the organisation’s programs the “SPIN Plus” rehabilitation centre for IDUs with the support of the AIDS Foundation East-West was also functioning. In this centre, 62 were re-adaptation clients, 40 of whom abstained during the reported period; 2 patients were forwarded for further rehabilitation to the “Tangai” Republican Rehabilitation Centre.

The staff of the “SPIN PLUS” public organisation have assisted 29 clients with IDU overdoses on heroin using the opioid antagonist naloxone. Under the aegis of the “SPIN Plus” public organisation, a self-help group was organised, consisting of 60 clients receiving methadone therapy. These clients received low-threshold services and advice at the drop-in centre.

As a part of the USAID Dialogue on HIV and TB (tuberculosis), educational activities (mini-sessions, training, individual group discussions) covered 1,122 IDUs, including 981 men and 141 women. 500 motivational packages were given to the most active clients.

Considering the rate of prevalence of HIV infection in the country and the main way it is distributed (injecting drug use), and taking into account international experience in reducing the spread of HIV among vulnerable groups through the widespread introduction of harm reduction programmes in the country, the government began to organise harm reduction units called trust points to provide services to IDUs. The first harm reduction programmes in the Republic of Tajikistan began to be introduced in 1998, in Dushanbe, Khujand, and Khorog, mainly in the form of needle exchange programmes and the distribution of information materials. Later, the programme of NEPs was introduced in the cities of Tursunzoda Vahdat and Kurgan-Tube, and other districts of the Sughd and Khatlon regions.

In Kulyab, a 24-hour drop-in centre for drug users was opened by the “Anis” NGO.

In the projects of the “Volunteer” NGO, which implemented the programme in the Gorno-Badakhshan Autonomous Oblast (GBAO), services were provided 9,001 times during the reporting period, including 1,231 instances of social support services, 2,057 of prevention services, 2,078 of health care services, 1,984 of information and counselling services, 326 of services for psychological care and support, 966 of legal services, and 359 of social services. The Social Bureau covered 1,163 clients (324 people injecting drugs, 9 sex workers, -24 people living with HIV, 89 people with tuberculosis, -52 ex-prisoners with viral hepatitis B and 15 with viral hepatitis C, -1 minor at risk, and 649 vulnerable women). A client satisfaction poll on the services provided by the Social Bureau showed the following results: 1,197 clients’ experiences were rated “excellent”, 72 “good”, and 159 satisfactory, and only 2 clients rated the service as “unsatisfactory”.

The “RAS” NGO is implementing a harm reduction project in Dushanbe. As part of its organisation, 1 mobile trust point and 4 NSPs were functioning; they were located on the premises of the National Tuberculosis Hospital in urban health centres № 2, № 12, and № 14. During the reporting period, the “RAS” NGO served 1,417 clients. The exchange of 198,150 syringes and distribution of 23,040 condoms were performed. In January and February 2011, the “DomRAN” drop-in centre provided 3,217 services, including medication for 26 clients.

According to the UNDP report on the implementation of Global Fund grants for 2011, a cumulative number of 15,871 IDUs were covered by the programme of harm reduction, including needle and syringe exchange, which accounted for about 63% of the total estimated number of injecting drug users in the country. In particular, the programme reached 5,700 customers through its needle and syringe exchange, accounting for about 22% of the average estimated number of injecting drug users (25,000), with the distribution of an average of 88 syringes per customer per year.

During the reported period, 21 trust points for IDUs were functioning in health care facilities in the country, supported by UNDP through the implementation of Global Fund grants, 28 trust points in NGOs, supported by a grant from the Global Fund and the CARHAP/DFID projects, PSI, OSI, and the Red Crescent Society, which implemented a programme for the exchange of needles and syringes.

7.10 DRUG MARKETS AND DRUG-RELATED CRIME

In 2011, 4,237.8 kg of drugs were seized, which is 8.6% more than in 2010 (3,902.7 kg) (DCA, 2012). The steady increase in seizures of cannabis, primarily hashish, continued in 2011, amounting to cannabis representing 76.2% of the entire quantity of drugs that were seized, which is 20.5% more than in 2010, while the proportion of opiates seized was reduced. This significant change in seizures of drugs in Tajikistan happened as a result of an increase in the areas sown with cannabis in Afghanistan in recent years.

According to chemical analysis, the purity of the heroin seized in 2011 ranged from 20% to 85%. The impurities in the samples of heroin that were seized were found to be from the manufacturing process – 6-monoacetylmorphine and acetylcodeine – and cutting agents of extrinsic origin – caffeine, acetaminophen, and dextromethorphan.

No extrinsic substances were found in the narcotic opium seized in 2011. Starch-containing substances were found in just a few samples.

The appearance of the cannabis resin that was seized was either in the form of a rod or material compressed into rectangular tiles. The dimensions of tiles vary within the following ranges: width 14–16 cm, length 21–23 cm, thickness 2–3 cm.

Drug prices in Tajikistan increase in proportion to the distance from the state border. Thus, the price of one kg of high-quality heroin in 2011 was €3,278 in Badakhshan, from €2,608 to €2,831 in the Khatlon region, from €2,980 to €3,353 in the city of Dushanbe, and from €3,353 to €4,470 in Sughd. The price of one kg of opium was €149–373 in Badakhshan, €261–298 in the Khatlon region, €596–745 in Sughd, and €410–447 in Dushanbe. The price of one kg of cannabis drugs was €75–127 in Badakhshan, €90–112 in the Khatlon region, €298–447 in Sughd, and €164–187 in Dushanbe.

7.11 NATIONAL DRUG LAWS

The legislation of the Republic of Tajikistan in the field of drug control is based on the rules and recommendations of the United Nations' Drug Treaties and Conventions (1961, 1971, 1988), of which Tajikistan became a signatory in 1995 and 1996.

The main purpose of Law № 873 of the Republic of Tajikistan “On narcotic drugs, psychotropic substances, and precursors” dated December 10, 1999, is the implementation of public policies and international agreements in the field of the legal circulation of narcotic drugs, psychotropic substances, and precursors aimed to counter illicit trafficking, prevent drug and substance abuse, and provide drug treatment services to people suffering from addiction and substance abuse.

Law № 67 “On drug treatment”, dated December 8, 2003, is aimed at providing people suffering from narcotic drug abuse and addiction with health and social care, prophylactics, and the prevention of narcotic drug abuse. The main objectives of the law are the protection of the rights and legitimate interests of people suffering from substance abuse and addiction, establishing bases and procedures for the provision of substance abuse treatment, and the protection and security of professionals providing drug treatment services. Article 6 of the Constitution guarantees the following types of drug treatment and social protection:

- emergency drug treatment;
- anonymous drug treatment in specialised drug treatment institutions;
- consultative-diagnostic, therapeutic, and preventive care and medical rehabilitation in the community and hospitals;
- all types of drug testing, identification of temporary disability;
- legal advice and other legal assistance;
- consultations regarding legal matters and other legal aid.
- social amenities for disabled and aged people who suffer from narcotic drug abuse diseases.

Chapter 22 of the Criminal Code of the Republic of Tajikistan (effective from 1 September 1998) stipulates responsibility for the following violations of the law related to drug issues:

- illicit trafficking of narcotic drugs or psychotropic substances for the purpose of sale (Article 200 of the Criminal Code); illegal handling of narcotic drugs or psychotropic substances (without intent to sell) (Article 201 of the Criminal Code);
- theft of narcotic drugs or psychotropic substances (Article 202 of the Criminal Code);
- illegal production, manufacture, processing, purchase, storage, transport, or shipment of precursors (Article 2021 of the Criminal Code);
- theft of precursors (Article 2022 of the Criminal Code);
- involvement in the use of narcotic drugs or psychotropic substances (Article 203 of the Criminal Code);
- illicit cultivation of illicit crop plants containing narcotic substances (Article 204 of the Criminal Code);
- the organisation or maintenance of dens for the use of narcotic drugs or psychotropic substances (Article 205 of the Criminal Code);
- selling and buying of illicit or poisonous substances with intent to sell (Article 206 of the Criminal Code);
- violation of the rules for handling narcotic drugs, psychotropic substances and precursors, or poisonous substances (Article 2061 of the Criminal Code).

7.12 NATIONAL DRUG STRATEGY

The National Strategy of the Republic of Tajikistan in the field of the control of narcotic drugs is aimed at preventing the use of the territory of the state by transnational organised drug traffickers to smuggle narcotics, international commitments and the establishment of strict control over the licit movement of narcotic drugs, ensuring the effective fight against drug trafficking, guaranteeing the medical care of patients with drug addiction, and increased international cooperation in this area.

In December 2010, the ministries and departments of the republic summed up the first year of the implementation of the relevant paragraphs of the “United target programme of drug prevention and combating drug trafficking in the Republic of Tajikistan for 2008–2012” and that information was forwarded to the Government of the Republic of Tajikistan.

The main goals and objectives of the programme are:

- reduction of the demand for drugs;
- improvement of the system of law enforcement and other government agencies;
- consistent implementation of targeted prevention and eradication of the causes of drug addiction;
- strengthening the drug service;
- improvement of the legislation on the control of narcotic drugs, psychotropic substances, and precursors;
- promotion of international cooperation.

Key strategies and activities to reduce the demand for drugs were identified in the “Programme for the prevention of the spread of drug addiction and the improvement of drug treatment in the Republic of Tajikistan for the period 2005–2010”, which shows the regulatory, controlling and organisational, informational, educational, structural, technological and personnel directions during the period of the implementation of the programme. It also summed up the programme for the development of the health of young people in the Republic of Tajikistan for 2006–2010, the main purpose of which was to improve the health of young people through the reduction of risky behaviour such as casual sex and drug use, and to reduce the spread of infections, sexually transmitted diseases, and HIV/AIDS.

7.13 COORDINATION MECHANISM IN THE FIELD OF DRUGS

One of the measures taken by the Government of the Republic of Tajikistan in the field of drug control is the coordination of bodies at all levels of society in order to coordinate the activities of law enforcement agencies in the fight against drug trafficking, as well as the relevant ministries and agencies in the control of drug trafficking, psychotropic substances and precursors, and drug prevention. The main body of the coordination of the ministries, departments and organisations, regardless of their form of ownership, in the prevention of drug abuse, is the Coordinating Council on the prevention of drug abuse, approved by Decree № 1310 of the President of the Republic of Tajikistan, dated April 3, 2004.

According to the decree, regional, city, and district councils for the coordination of drug prevention activities were established under republican subordination in the Gorno-Badakhshan Autonomous Oblast, Sughd and Khatlon regions, the city of Dushanbe, and other cities and districts. The Coordinating Council is recognised as the supervisory body of the interaction of ministries, departments, and state bodies in the conduct of activities aimed at the prevention of the non-medical use of narcotic drugs and psychotropic and other drugs.

7.14 REFERENCES

1. AIDS Projects Management Group (2009), ‘Project report: Support for national response to AIDS by strengthening of HIV prevention and care services in Tajikistan’.
2. CIA (n.d.), The World Fact Book: Tajikistan, CIA (<http://www.cia.gov/cia/publications/factbook/geos/ti.html>, accessed July 2006).
3. Combating HIV/AIDS in Eastern Europe and Central Asia (2005), ‘Global HIV/AIDS programme of action’, Human Development Department, Europe and Central Asia, World Bank.
4. DCA (Drug Control Agency under the President of the Republic of Tajikistan) (2012), ‘An overview of the drug situation in Tajikistan in 2011. Dushanbe: the Drug Control Agency under the President of the Republic of Tajikistan.’
5. Republican Clinical Centre of Forensic Medical Examination (2011), ‘Report on Dushanbe’, Republican Clinical Centre of Forensic Medical Examination, Dushanbe.
6. RCAIDS (Republican Centre for the Prevention of AIDS) (2010), ‘SES (Sentinel Epidemiological Surveillance)’, RCAIDS, Dushanbe.
7. Republican Clinical Narcological Centre (2010), ‘Report on Dushanbe’, Republican Clinical Narcological Centre, Dushanbe
8. UNODC (2010) World Drug Report, UNODC, Vienna.
9. USAID CAR (n.d.), ‘Universal access to HIV prevention in Central Asia: A technical working paper on reaching high coverage among vulnerable populations’, USAID, Washington, DC.

8.1 KEY FIGURES

Indicator	Year	Value	Source
Surface area (km ²)	2011	447,400	The Governmental portal of the Republic of Uzbekistan
Population	2011	29,559,100	www.gov.uz
GDP per capita in Purchasing Power Standards (€)	2011	1,452	UN
Inequality of income distribution (Gini coefficient)	2011	0.368	www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/rankorder/2172rank.html
Unemployment rate (%)	2011	0.2	knoema.com/atlas/Uzbekistan/Unemployment-rate
Prison population rate (per 100 thousand inhabitants)	2011	152	www.prisonstudies.org/info/worldbrief/wpbc_country.php?country=116
Population below poverty line (%)	2011	26	www.indexmundi.com/g/r.aspx?v=69

8.2 DRUG USE AMONG THE GENERAL POPULATION AND YOUNG PEOPLE

No study on the prevalence of drug use among the general population has been conducted in the country.

The latest study to assess the extent of alcohol, tobacco, and drug use among young people (students of the 9th grade at schools) in the Republic of Uzbekistan was performed under the auspices of UNODC using the methodology developed by the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD) in 2006 (1).

For the study, 100 schools were randomly selected according to their geographical location in the city of Tashkent and in the Tashkent, Samarkand, Andijan, Bukhara, and Surkhandarya regions. Altogether, 5,851 children born in 1990 (2,766 boys and 3,085 girls) were interviewed.

In this age group of students of the pilot regions levels of drug use were low. In general, among the respondents, the number of people who had consumed a narcotic drug (cannabis, inhalants) 1–2 times in their life was 0.5%. All these cases were sporadic, and did not turn into regular use.

The register of substance abuse (narcological register) includes a dispensary register and preventive registration of drug users and is based on the regulations approved by Order № 278 of the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan, dated 15 July, 2005.

According to this normative document, those cases of the non-medical use of psychoactive substances turn voluntarily or are directed by the law enforcement authorities or medical facilities to drug treatment centres run as part of the public health system for medical examination.

In the event of a diagnosis of drug dependence, they are subject to regular medical checking and dynamic observation in outpatient substance abuse treatment units. The diagnosis can be performed in both outpatient and inpatient conditions, but only by narcologists and on the basis of a thorough examination.

In the event of disagreement with the diagnosis of drug dependence, a citizen can make a complaint to the higher health authorities or in court.

The decision on inclusion into dispensary registration is taken by the medical advisory committee of drug treatment facilities. Dispensary registration is carried out at the place of residence of a drug user in the territorial drug treatment facility.

Exclusions apply to people who apply voluntarily for anonymous drug treatment. In these cases, the dispensary registration of patients is not performed.

Patients whose addiction continues without remission and those who first applied for drug treatment in the outpatient setting are inspected at least once per month. During follow-up, patients should receive adequate medical care leading to prolonged remission. In the event of a sustained remission period, dispensary registration with a duration of 3 years is stipulated. In the first year of remission, the patient is examined once per month; in the second year of remission once in 2 months, and in the third year once every 3 months.

Clinical registration is terminated for the following reasons:

- remission (3 years of total abstinence from all psychoactive substances, including alcohol);
- change of residence with departure from the territory served by drug treatment centres;
- a sentence of imprisonment for a term exceeding one year;
- death.

Removal from dispensary registration in connection with stable remission takes place on the basis of the opinion of the medical advisory committee and drug treatment facility where the patient is observed.

In cases of drug use without clinical signs of dependence, drug users are subject to prophylactic registration. The purpose of prophylactic registration is to prevent the formation of drug dependence. Inspections of drug users on preventive supervision are held at least once per month. Full abstinence from drug use and the absence of signs of dependence limit the proactive monitoring period to 1 year. In the event of continued drug use and the formation of drug dependence syndrome, the patient is transferred to dispensary registration (2).

The total number of people registered in the medical (preventive and dispensary) treatment institutions in the country in 2010 was 20,457 (20,829 in 2009). The number of drug addicts on dispensary registration was 18,939 (19,555).

In 2,159 (2,272) persons, the addiction was diagnosed for the first time in their lives in 2010.

The national prevalence rate of those registered with the narcological system decreased to 7.6 (8.2) per 100 thousand inhabitants.

In the structure of addictions, the proportion of the opiates/opioids is 79.1% (79.0%); the proportion of heroin users is 69.4% (68.2%) (Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan, 2012).

8.3 PREVENTION

Health education in schools, including drug prevention lessons, was carried out within the framework of the subject called Healthy Lifestyles:

1. “lessons of health” for grades 1–4;
2. “Basics of Healthy Generation” for grades 5–9.

Each section receives 17 hours of training per year.

In colleges, students are trained in the “Fundamentals of a healthy lifestyle and family” programme.

All children’s summer camps organised pavement art contests, “Fun Starts”, more than 3 million “round tables” and an evening of questions and answers, as well as other preventive measures.

The Ministry of Education, with the financial support of the OSCE, issued a teaching aid, “Primary prevention of drug abuse among secondary school students” in the Uzbek and Russian languages.

The Ministry of Higher and Secondary Special Education performed a survey of college students in Fergana, Syrdarya, Andijan, and Kashkadarya to study the effectiveness of preventive measures. The results showed that 95.5% of the young people from the more than 1.2 million respondents are aware of the negative consequences of drug use.

The Tashkent city drug clinic, in conjunction with the Department of Addiction of the Tashkent Institute of Advanced Medical Education, prepared an 18-hour programme for teachers about the prevention and early detection of drug addiction in children and adolescents.

The programme of seminars for schoolteachers includes training in the signs of the use of certain drugs, the medical and social consequences of abuse, and identification of “groups at risk” in schools. It describes specific measures for teachers in the event of the detection of drug consumption, the basic principles of drug prevention, work on a school drug dependence prevention programme, and interactive methods of prevention work with the students. It highlights the role of schools and families in the prevention of drug dependence, working with the parent audience. Role training (simulation of a meeting with the parents) is provided.

Additionally, an 18-hour programme of seminars was developed for medical doctors working in primary care for the early detection and prevention of alcoholism, drug addiction, and drug abuse.

There is a similar 6-hour training programme for Mahalla activists on the prevention and early detection of drug abuse.

The Department of Valeology at TUDI has prepared a 144-hour training programme “Valeological principles and behavioural problems” for valeologists and physicians of all specialisations.

The Medical Association of Uzbekistan implemented a project called “Awareness of college and higher education institution students on the harmful effects of drugs”. At the National University and several colleges in Tashkent, preventive education against drug abuse was conducted by trained facilitators, together with representatives from the Department of Addiction of TUDI. This event was attended by 1,150 students.

The “Camelot” Public Youth Movement is working within the framework of the project “Scaling up coverage, increasing the quality and comprehensiveness of HIV prevention services for the most vulnerable groups of the population of the Republic of Uzbekistan”, financed by the Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis, and Malaria.

Training for 14 regional coordinators and 28 trainers was conducted to improve their knowledge about HIV/AIDS, sexually transmitted diseases, and drug addiction, and to teach them the principles of the peer-to-peer approach and to conduct preventive work among peers. Preventive activities reached 31.7 thousand young people from all the regions of the country.

Narcologists conducted 8,552 lectures and 1,713 seminars for different groups of the population and performed 675 media events.

There is 24-hour advisory assistance on the helpline, which has already provided 3,160 consultations.

From 1 February 1 to 1 March 2011, the country held a special event for the prevention of drug abuse among young people, to identify those involved in drug trafficking, the involvement of young people into drug addiction and dealers.

During the month dedicated against drug abuse, meetings and discussions were organised at higher education institutions and their branches, colleges, and secondary schools, which were attended by more than 3.6 million students. In addition, meetings and discussions were held at 2.5 thousand institutions, organisations, and enterprises where the bulk of workers are young people.

Within the month dedicated against drug abuse, on the International Day against Drug Abuse over 1.2 million meetings were held in academic lyceums and professional colleges. Moreover, debates on the topic of “Combating drug abuse – the duty of everyone” and “The road to the abyss”, about 500 theatrical performances, and the screening of a film with the participation of more than 1.2 million students took place.

Posters with a social message were placed on the main streets of the regional centres.

The national and local press released about 500 special articles. In addition, this topic was widely covered by the National Television and Radio Company in the central and regional channels, through TV and radio programmes, news reports, art films, and documentaries.

8.4 PROBLEM DRUG USE

In this country summary, problem drug use should be understood as injecting drug use.

The last study that estimated the prevalence of problem drug use in Uzbekistan was held under the auspices of UNODC in 2006. On the basis of the information gathered during the evaluation, the number of injecting (problematic) drug users in 2006 could reach 0.5% of the adult population, or 80,000. Such a large estimated number of injecting drug users in the country is doubted by drug treatment specialists and more reliable analysis is required using standard scientific epidemiological methods.

The average age at which the drug was first injected was 25.8 years. In 95.9% of cases of injecting, heroin was used. In the past 6 months, most IDUs (64%) had used the drug daily. This pattern is much more common among men (66.6%) than among women (45.2%). 21.3% admitted injecting drugs with a non-sterile syringe after its use by another drug user; 21.9% had allowed their non-sterile syringe to be used by other injecting drug users (3).

According to the Ministry of Health, the number of injecting drug users registered in the narcological register was 8,711 in 2011 (in 2010 it was 9,077). The number of injecting heroin users was 8,085 – 92.8% of all IDUs (8,493 in 2010). The proportion of injecting opium users in all IDUs was 7.2% (4).

8.5 TREATMENT DEMAND

In 2011, the number of patients treated in drug treatment facilities was 4,816 (5,805 in 2010), of whom 4,596 or 95.4% were men.

71.2% of the patients treated were aged 20–39 years.

Most of the patients treated were heroin addicts, 4,011 or 83.3%.

Among the individuals who were treated no users of amphetamines, ecstasy, and cocaine were registered.

The number of patients who sought hospital care was 3,384 (4,533), including 899 persons for the first time ever (26.5%).

The proportion of patients treated in hospital was 70.3% (78.1%), with a simultaneous increase in outpatient settings 27.1% (19.4%).

The number of patients who applied for treatment anonymously was 2,581.

In 2011, 595 drug addicts (692) were compulsorily treated (4).

8.6 DRUG-RELATED INFECTIOUS DISEASES

The Republican Centre for AIDS keeps personalised registration of HIV/AIDS patients.

In 2011, 3,584 new HIV cases were identified (in 2010 it was 3795), of whom 465 (600) were injecting drug users (5).

It should be noted that the proportion of HIV-infected IDUs decreased from 80.7% in 2001 to 12.9% in 2011.

Among the registered persons living with HIV (18,758 in 2010 and 21,542 in 2011), the number and proportion of HIV-infected drug users were reduced from 6,804 (36.3%) in 2010 to 6,258 (29.0%).

In recent years, a bio-behavioural surveillance survey (BBS) has been conducted in Uzbekistan to assess the epidemiological situation in infectious diseases in IDUs and other risk groups. BBS is a repeated cross-sectional study in selected populations and selected places. The survey is repeated at least once every two years.

The purpose of BBS is the systematic and regular collection of information aimed at the study of the dynamics, factors in the spread of HIV infection in combination with the monitoring of risk behaviour in risk groups (injecting drug users, commercial sex workers, men who have sex with men, etc.) and in the general population for the development and implementation of preventive programmes and effective control over their execution.

The BBS methodology is based on the representative sampling of individual groups of the population and is less costly in comparison with studies in the general population. BBS uses a standard case definition, a standard research protocol, which is performed under standard conditions during the implementation of BBS in all survey centres to ensure the comparability of the data.

The sampling design is respondent-driven sampling (RDS). The calculation of the sample size is determined separately for each sentinel site, depending on the assessment of the prevalence of HIV among injecting drug users, the size of the accepted sampling error, and the number of injecting drug users using the Epi-Info 3.5 software. The collected data were processed in RDSAT 5.6 for the weighted population estimates to be used in multi-parameter analysis in Epi-Info 3.5.

BBS does not change the known types of surveillance, such as the current national system, unlinked anonymous and other forms of surveillance, but complements them.

The case definition of HIV for BBS purposes is based on the following laboratory criteria: a positive result of the analysis of the specimen in the screening test for HIV antibodies followed by positive test results in confirmation tests. The specimen can be whole blood, serum, or dried blood.

BBS was conducted throughout the territory of the Republic in 2011 among 5,600 IDUs; the number of men was 4,974 (88.8%) and that of women 626 (11.2%). The regions where the survey was performed were randomly selected by the Republican Centre for AIDS (5).

According to BBS conducted in 2011, the prevalence of HIV among injecting drug users was 8.5% (2009 – 10.9%), HCV 20.9% (28.5%), and syphilis 4.9% (8.3%).

8.7 DRUG-RELATED DEATHS AND MORTALITY OF DRUG USERS

The source of data on drug-related deaths is the registration of the deaths caused by drugs found in the body fluids and/or tissues.

In pursuance of the instructions and rules approved by the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan № 551, from 1992, all cases of violent death or suspected of it should be investigated in one of the 15 forensic medical institutions. The institution responsible for the collection of data on drug-related deaths in the country is the Central Bureau of Forensic Medicine of the Ministry of Health of Uzbekistan. Data by gender, age, and geographical region are sent once every six months to the Monitoring Centre of the Ministry of Health.

According to the Central Bureau of Forensic Medicine of the Ministry of Health, the number of deaths from drug overdoses was 37 in 2011 (38 in 2010), or 0.13 per 100 thousand inhabitants, while in 2005, 201 overdoses were reported.

The number of drug addicts removed from dispensary registration in drug treatment facilities in 2011 as a result of death was 532 (574), accounting for 2.9% of the total number of registered drug addicts at the end of 2011, which represents 1.9 per 100 thousand of the total population (the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan, 2012).

The overall mortality of drug users was found to be 6.8 times higher (Standardised Mortality Ratio – SMR) than in the general population of the same age and gender.

8.8 TREATMENT RESPONSES

The country has a network of specialised drug treatment facilities represented by the Republican Drug Treatment Centre, 16 drug dispensaries (13 of which have inpatient units), 3 substance abuse hospitals, and 11 drug treatment offices within the system of psychiatric hospitals. On the ground, at the central drug treatment clinics there are 174 narcological rooms. There are 34 functioning juvenile narcological cabinets. The republic possesses 1,812 beds for the treatment of substance abuse patients (4).

There are also private drug treatment clinics in existence in the country. According to the Ministry of Health, 18 private clinics received a licence to provide drug addiction treatment in 2001.

The Department of Addiction and Adolescent Psychopathology of the Tashkent Institute of Advanced Medical Education acts as the leading agency with a methodological function in substance abuse treatment.

In accordance with Article 45 of the Law “On narcotic drugs and psychotropic substances”, methods that are not prohibited by the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan can be applied for the treatment of drug addicts.

When organising drug treatment, the following guidelines should be followed:

- providing access to drug addiction treatment (inpatient, outpatient, day hospital, rehabilitation centres, etc.);
- equal opportunities for access to quality health care;
- guaranteed anonymous treatment (anonymity, confidentiality);
- multi-level organisation of drug treatment;
- business expertise;
- advisory functions, etc.

Along with the pharmacological treatment, psychological counselling, psychotherapy, or complex medico-social rehabilitation can be used.

In the practice of drug treatment facilities, a model for providing drug treatment based on a holistic approach to meeting the needs of drug addicts for medical, psychological, and social services was implemented, to ensure the quality and efficiency of therapeutic interventions, the expansion of the list of services, and increased access for drug users to treatment and prevention programmes. The components of the model are detoxification, pharmacological treatment of withdrawal symptoms, inpatient and outpatient rehabilitation, and preventive treatment. Interventions are implemented in a strict sequence, with the gradual transfer of the patient from inpatient to outpatient treatment. The goal of the treatment is the patient’s psychological adaptation to a life without drugs and his reintegration into society.

There is also compulsory treatment of drug addicts in the country, which is regulated by Law № 753-XII of the Republic of Uzbekistan, “On compulsory treatment of alcoholism, drug addiction or substance abuse”, dated December 9, 1992, as amended in accordance with Law № 175 – II of the Republic of Uzbekistan, dated December 15, 2000.

A medical report on the need for compulsory treatment is issued after the examination of the patient by a specialised medical board for drug examinations organised within the narcological service.

Compulsory treatment is stipulated by the court only for those patients who disturbed public order and the rights of others or presented a health, moral, or safety threat (especially physical violence to others),

Compulsory treatment is carried out in specialised medical institutions of the Ministry of Health of Uzbekistan. Order № 679 of the Ministry of Health of Uzbekistan, dated December 31, 1993, provides for full treatment, including medical and social rehabilitation. Compulsory treatment is carried out in accordance with the standard for diagnosis, treatment, and medical and social rehabilitation of drug patients, approved by the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan in December 2006.

The duration of compulsory medical treatment is determined by the commission of specialised medical institutions within 5 days from the date of the patient being placed on compulsory treatment. In determining the period of compulsory treatment, clinical parameters (duration of the disease, severity of clinical manifestations of the syndrome according to the severity of personality disorder) and the level of social pathology are taken into account.

Re-examination with a view to extending the compulsory treatment is carried out only in the event of insufficient recovery or good performance of the patient after the initial term of the treatment (2,6).

8.9 HARM REDUCTION RESPONSES

In order to reduce the rate of HIV infection, trust points within the public health facilities were organised in 2000. In 2001 the number of trust points was 114; currently, there are 235 trust points (their number and location depends on the situation in the region). Trust points provide free access of the target group to free anonymous and confidential help.

In 2011, 203,600 visits by IDUs were reported. Through trust points, 11,000 information and educational materials were spread (more than 7.2 million booklets and leaflets, 3800 brochures) and more than 2.3 million condoms were distributed. Additionally, IDUs received more than 2.6 (2001 – 0.013) million syringes (the average needle return rate was 69.8%).

Those who asked for HIV tests received anonymous pre- and post-test consultation. Moreover, those people were counselled on HIV, sexually transmitted infections, the consequences of drug abuse, etc. More than 105.9 thousand referred persons were redirected to specialists (narcologists, obstetrician-gynaecologists, dendrologists, therapists, psychologists, etc.).

Additionally, there were 31 friendly rooms (for the provision of services to vulnerable groups) for the treatment of sexually transmitted infections (STIs), which used approaches that are internationally recognised in the processes of patients' management.

8.10 DRUG MARKETS AND DRUG-RELATED CRIME

In 2011 the law enforcement agencies of the Republic of Uzbekistan uncovered 8,171 (2010 – 8,854), drug-related crimes, including selling (4,271), trafficking (522), storage (1,698), cultivation (1,511), and maintenance of a drug den (169).

In 2011 the judicial authorities of the Republic investigated 3,922 (4,472) criminal cases of drug trafficking, which resulted in criminal charges being brought against 5,248 (5,828) persons.

5,404 tons (4,717 tons in 2010) of drugs were seized, including cannabinoids, which accounted for 62%, and opiates for 38%.

The analysis of the social situation of people who committed drug crimes showed that 48.3% were unemployed, and 26.5% had committed crimes previously. Persons in the age group aged 18–30 years accounted for 17% of the total number of people who committed crimes.

The police uncovered 3,587 (3,820) drug-related crimes within the framework of the comprehensive preventive operation "Black Poppy – 2011", and 3.1 (2.4) tons of drugs were seized; it resulted in 1,261 (1,231) criminal cases (7).

8.11 NATIONAL DRUG LAWS

The Republic of Uzbekistan is a party to several international conventions, agreements, and treaties, including the Single Convention on Narcotic Drugs of 1961, the Convention on Psychotropic Substances of 1971, and the Convention against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances of 1988.

The main legal documents in the field of drug control are:

1. Law of the Republic of Uzbekistan “Health Protection” (1996).
2. Law of the Republic of Uzbekistan “On Narcotic Drugs and Psychotropic Substances” (1999).
3. Law of the Republic of Uzbekistan “On prevention of the diseases caused by the human immunodeficiency virus (HIV)” (1999).
4. Law of the Republic of Uzbekistan “On compulsory treatment of alcohol or drug abuse” (1992).
5. The Criminal Code of the Republic of Uzbekistan (1994).
6. The Criminal Procedure Code of the Republic of Uzbekistan (1994).
7. Code of the Republic of Uzbekistan on administrative responsibility (1994).

The activities of drug and AIDS services are governed by departmental and inter-departmental regulations.

In 2011, the regulatory framework of the narcological service was improved.

The Ministry of Health developed and approved the Regulation “On the procedure for the identification, registration, examination, and medical and social rehabilitation of juveniles who abuse alcohol, narcotic, psychotropic, and other substances acting on the intellectual and volitional functions.”

Ministry of Health approved several orders on the regulation on drug treatment of stationary unit and the new “Standards for the diagnosis, treatment, medical and social rehabilitation of drug patients”.

Attempts are being made to improve the legal and regulatory framework governing the activities of trust points and centres for AIDS, representing services to reduce drug-related harm.

By order of the Ministry of Health, work with patients’ motivation to stop their drug use and to refer them to narcological treatment was included in the list of standard services provided by trust points.

An order “On improving the effectiveness of trust points” was developed by the Ministry of Health.

8.12 NATIONAL DRUG STRATEGY

The national drug strategy was formed in 1994 with the establishment of the the State Commission on Drug Control of the Republic of Uzbekistan and its executive staff – the National Research and Information Centre on Drug Control under the Cabinet of Ministers of the Republic of Uzbekistan.

In January 2000, the Law of the Republic of Uzbekistan “On Narcotic Drugs and Psychotropic Substances” came into effect. It regulates measures in the field of narcotic drugs, psychotropic substances, and precursors, and is intended to counter illicit trafficking, protect the health of citizens, and ensure national security.

In order to further implement comprehensive measures against drug abuse and illicit drug trafficking, to improve health care, and to provide organisational, institutional, and regulatory support to anti-drug activities, the Programme of comprehensive measures against drug abuse and illicit trafficking for 2011–2015 (8) was adopted by Decree N° 11/11 of the State Committee of the Republic of Uzbekistan for Drug Control, dated June 8, 2011.

The main goals and objectives of the Programme are:

- improvement of the mechanism and efficiency of measures to combat illicit trafficking in narcotic drugs, psychotropic substances, and precursors;
- further strengthening of the material-technical and human resource capacity of the authorised bodies specialising in the fight against drug trafficking and drug prevention and treatment;
- permanent control of the prevalence of illicit drug use in the Republic of Uzbekistan;
- modernisation and development of the narcological treatment of the population and the further introduction and use of modern methods for the prevention, diagnosis, treatment, and rehabilitation of drug addiction;
- conducting targeted prevention of drug abuse and related offences;
- the improvement and expansion of international and inter-agency cooperation in combating drug abuse and illicit trafficking;
- improvement of the legislative framework.

8.13 COORDINATION MECHANISM IN THE FIELD OF DRUGS

The State Commission of Uzbekistan for Drug Control, which was formed under Resolution № 229 of the Cabinet of Ministers, dated 30 April 30 1994, is the interagency body that coordinates the fight against the illicit trafficking of narcotic drugs, the development and implementation of effective measures to prevent the spread of drugs, both on the national and regional levels, and the implementation of international commitments in the field of drugs.

The State Commission is guided by the laws of the Republic of Uzbekistan, decrees, orders, decrees of the President of the Republic of Uzbekistan, decrees and orders of the Cabinet of Ministers, and the rules of international law on drug control.

All state bodies, enterprises, institutions, and organisations, regardless of ownership, and voluntary associations of citizens are obliged to assist the State Commission on Drug Control in solving the tasks assigned to it.

The head of the State Commission on Drug Control is the Prime Minister of the Republic of Uzbekistan.

The main tasks of the National Information and Analytical Centre on Drug Control under the Cabinet of Ministers of the Republic of Uzbekistan are:

- the development of strategies and implementation of the state policy of the Republic of Uzbekistan in the field of drug control and drug prevention;
- the preparation of analyses and proposals for the Cabinet of Ministers and the State Commission on the drug situation to improve the measures against drug trafficking at both the national and international levels;
- collection, information processing, and the formation of a database on the drug situation in the republic, its synthesis and analysis, and the provision of relevant information to the relevant ministries, agencies, and organisations, including international ones;
- the preparation of reports to the UN on the implementation of the international conventions on drug control in the Republic of Uzbekistan (9).

8.14 REFERENCES

1. The Ministry of Education of the Republic of Uzbekistan, 2006. Country Report “The National School of Studies on Alcohol and Drugs”. Tashkent: Ministry of Education.
2. Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan, 2011. The collection of legal documents regulating the activities of drug service of the Republic of Uzbekistan. Tashkent: Ministry of Health.
3. Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan, 2007. Country Report “National survey on the prevalence of problem drug use in the Republic of Uzbekistan”. Tashkent: Ministry of Health.
4. Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan, 2012a. Analytical and statistical information of the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan for the years 2010–2011. Tashkent: Ministry of Health.
5. Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan, 2012b. National Report “The results of sentinel surveillance of HIV infection among injecting drug users in 2011”. Tashkent: Ministry of Health.
6. Ministry of Justice of the Republic of Uzbekistan, 2001. The Criminal Code of the Republic of Uzbekistan. Tashkent.
7. Law enforcement of the Republic of Uzbekistan, 2012. Analytical and statistical information, law enforcement bodies of the Republic of Uzbekistan in 2010–2011. Tashkent: The law enforcement agencies.
8. State commission of the Republic of Uzbekistan for drug control, 2011. Decree number 11/11, dated June 8, 2011. “On approval of the comprehensive measures against drug abuse and illicit trafficking in 2011–2015”. Tashkent.
9. Cabinet of Ministers, 1996. Decree number 382, dated November 7, 1996, “On the establishment of the National Information and Analytical Centre on Drug Control under the Cabinet of Ministers of the Republic of Uzbekistan”. Tashkent.



2013

REGIONAL REPORT

РЕГИОНАЛЬНЫЙ ОБЗОР

ON DRUG

О НАРКО-

SITUATION

СИТУАЦИИ

IN CENTRAL

В ЦЕНТРАЛЬНОЙ

ASIA

АЗИИ

2013



РУС

РЕГИОНАЛЬНЫЙ ОБЗОР

**О НАРКО-
СИТУАЦИИ**

В ЦЕНТРАЛЬНОЙ

АЗИИ

2013

СОДЕРЖАНИЕ

1.	ВВЕДЕНИЕ	90
1.1	Программа «CADAP» и ЕЕ основы	90
1.2	О настоящем докладе	91
2.	СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ	92
3.	СВОДНАЯ ИНФОРМАЦИЯ	93
4.	РЕГИОНАЛЬНЫЙ ОБЗОР	95
4.1	Употребление наркотиков среди населения в целом и среди молодежи	95
4.2	Проблемное употребление наркотиков	102
4.3	Лечение	104
4.4	Инфекционные заболевания, связанные с употреблением наркотиков	106
4.5	Смерти, связанные с наркотиками, и смертность потребителей наркотиков	111
4.6	Меры по снижению вреда	113
4.7	Показатели, касающиеся сокращения предложения наркотиков	115
4.8	Развитие политики противодействия наркотикам	118
4.9	Библиография	119
4.10	Список таблиц	120
4.11	Список диаграмм	121
5.	СТРАНОВОЙ ОБЗОР – КАЗАХСТАН	
5.1	Основные данные	123
5.2	Потребление наркотиков среди общего населения и молодежи	123
5.3	Профилактика	123
5.4	Проблемное потребление наркотиков	124
5.5	Спрос на лечение	124
5.6	Инфекционные заболевания, связанные с наркотиками	125
5.7	Смерти, связанные с наркотиками и смертность среди потребителей наркотиков	125
5.8	Ответные лечебные меры	126
5.9	Ответные меры по снижению вреда	126
5.10	Рынки наркотиков и преступления, связанные с наркотиками	127
5.11	Национальное законодательство по наркотикам	128
5.12	Национальная стратегия по наркотикам	128
5.13	Координационные механизмы в области наркотиков	129
5.14	Библиография	130
6.	СТРАНОВОЙ ОБЗОР – КЫРГЫЗСТАН	
6.1	Основные данные	132
6.2	Потребление наркотиков среди общего населения и молодежи	132
6.3	Профилактика	133
6.4	Проблемное потребление наркотиков	134
6.5	Спрос на лечение	134
6.6	Инфекционные заболевания, связанные с наркотиками	136
6.7	Смерти, связанные с наркотиками и смертность среди потребителей наркотиков	137
6.8	Ответные лечебные меры	137
6.9	Ответные меры по снижению вреда	138
6.10	Рынки наркотиков и преступления, связанные с наркотиками	140
6.11	Национальное законодательство по наркотикам	140
6.12	Национальная стратегия по наркотикам	141
6.13	Координационные механизмы в области наркотиков	142
6.14	Библиография	142

7. СТРАНОВОЙ ОБЗОР – ТАДЖИКИСТАН	
7.1 Основные данные	145
7.2 Потребление наркотиков среди общего населения и молодежи	145
7.3 Профилактика	145
7.4 Проблемное потребление наркотиков	146
7.5 Спрос на лечение, связанное с наркотиками	146
7.6 Инфекционные заболевания, связанные с наркотиками	146
7.7 Смерти, связанные с наркотиками и смертность среди потребителей наркотиков	147
7.8 Ответные лечебные меры	147
7.9 Ответные меры по снижению вреда	148
7.10 Рынки наркотиков и преступления, связанные с наркотиками	149
7.11 Национальное законодательство по наркотикам	150
7.12 Национальная стратегия по наркотикам	151
7.13 Координационные механизмы в области наркотиков	151
7.14 Библиография	152
8. СТРАНОВОЙ ОБЗОР – УЗБЕКИСТАН	
8.1 Основные данные	154
8.2 Потребление наркотиков среди общего населения и молодежи	154
8.3 Профилактика	155
8.4 Проблемное потребление наркотиков	157
8.5 Спрос на лечение, связанное с наркотиками	157
8.6 Инфекционные заболевания, связанные с наркопотреблением	157
8.7 Смерти, связанные с наркотиками и смертность среди потребителей наркотиков	158
8.8 Ответные лечебные меры	159
8.9 Ответные меры по снижению вреда	160
8.10 Рынки наркотиков и преступления, связанные с наркотиками	160
8.11 Национальное законодательство по наркотикам	161
8.12 Национальная стратегия по наркотикам	161
8.13 Координационные механизмы в области наркотиков	162
8.14 Библиография	163

Настоящий обзор был подготовлен в рамках Программы по предотвращению распространения наркотиков в Центральной Азии (CADAP) – Фаза 5 в компоненте DAMOS. Он использует данные по состоянию на 1 января 2012 года и – как исключение – новые (когда они являются доступными и важными для анализа).

Данный обзор был подготовлен при поддержке Европейского Союза. Содержание данной публикации является исключительной ответственностью программы CADAP 5 и ни в коей мере рассматриваться в качестве отражающего взгляды Европейского Союза и стран-членов ЕС.

Все замечания, предложения и идеи, относящиеся к данному докладу должны быть направлены в ofis@resad.cz.

Электронную версию этого отчета можно скачать бесплатно с www.cadap.eu и www.resad.cz/cadap.

Дизайн: Missing Element, www.mel.cz

РЕГИОНАЛЬНЫЙ ОБЗОР О НАРКОСИТУАЦИИ В ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ

Подготовлено в рамках региональной рабочей группы DAMOS:

Ернестас Ясаитис – научный тренер DAMOS-а для Кыргызстана

Алан Лодвик – научный тренер DAMOS-а для Туркменистана

Виктор Мравчик – старший учёный DAMOS-а и научный тренер DAMOS-а для Узбекистана

Аве Талу – научный тренер DAMOS-а для Таджикистана

Томаш Забрански – руководитель компонента DAMOS и научный тренер DAMOS-а для Казахстана

Айдин Кубатов – руководитель рабочей группы DAMOS в Кыргызстане

Хушбахт Хасанов – руководитель рабочей группы DAMOS в Таджикистане

Андрей Мокий – руководитель рабочей группы DAMOS в Узбекистане

Олег Юсупов – руководитель рабочей группы DAMOS в Казахстане

Редакторы: Томаш Забрански, Виктор Мравчик

Recommended citation:

DAMOS / CADAP 5. (2013). *The Regional Report on the Drug Situation in Central Asia [Региональный обзор о наркоситуации в Центральной Азии]* (T. Zabransky & V. Mravcik Eds. 1st ed.). Prague: ResAd.

1. ВВЕДЕНИЕ

1.1 ПРОГРАММА «САДАР» И ЕЁ ОСНОВЫ

ДИАГРАММА 1-1: Ортографическая проекция пяти стран Средней Азии.



Источник: Викимедиа, на основании лицензии GNU.

Средняя Азия включает пять независимых государств с относительно разнородной географией, демографическим состоянием и экономикой, входящие ранее в состав Советского Союза (см. Таблица 1-1). Благодаря своей исторической традиции производства и (обществом более менее контролируемого) употребления опия (Laturov, 2011, Laturov et al., 2008), а также благодаря своей географической и этнической близости с Афганистаном – крупнейшим мировым производителем опия и героина (UNODC, 2013), Средняя Азия впервые столкнулась с героином, наркозависимостью и другими отрицательными явлениями, связанными с наркотиками, в конце 80-ых годов вследствие возвращения ветеранов Советской армии из Афганистана (Zabransky et al., 2012).

ТАБЛИЦА 1-1: Площадь, население и ВВП стран Средней Азии

Страна	Площадь	Население	ВВП на душу населения за 2013 г.; настоящие цены*
Казахстан	2 724 900 кв.км	16 990 000 ^{a)}	9 740 €
Кыргызстан	199 900 кв.км	5 550 000 ^{b)}	982 €
Таджикистан	143 100 кв.км	8 000 000 ^{c)}	803 €
Туркменистан	491 210 кв.км	5 125 693 ^{d)}	5 405 €
Узбекистан	447 400 кв.км	29 993 500 ^{e)}	1 452 €

* Цены в амер. долларах по данным Международного валютного фонда в пересчете на евро с использованием курса ООН от 28 июня 2013 г.

a) Agency of Statistics of the Republic of Kazakhstan (2013)

b) State Statistical Committee of the Kyrgyz Republic (2013) – Государственный комитет Республики Кыргызстан по статистике

c) Central Intelligence Agency (2013)

d) Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat (2012)

e) Государственный комитет Республики Узбекистан по статистике [State Statistical Committee of the Republic of Uzbekistan] (2013)

В середине 90-х годов заново открытые трассы нелегальной торговли героином из Афганистана через страны Средней Азии, следующие далее в Россию и Северную Европу (Cornell, 2006), вызвали в странах Средней Азии эпидемию употребления героина, сопровождаемую отрицательными последствиями, вытекающими из способа его употребления – распространение ВИЧ-инфекции и иных заболеваний, передаваемых В середине 90-х годов (Mathers et al., 2008), а также смертельные передозировки. Все это по большей части недооценивали, так как система сбора данных до недавнего времени была несовершенной (Degenhardt et al., 2011, Ataiants et al., 2011).

Следующим важным последствием была угроза общественной безопасности, а также появление негативного явления коррупции и организованной преступности в молодых странах Средней Азии (Cornell, 2006).

В реакции на угрозы, связанные с наркотиками, которые в настоящем глобальном мире никогда не носят лишь национальный или региональный характер, Европейский Союз в 2003-ем году инициировал свою программу помощи странам Средней Азии – Central Asian Drug Action Programme (CADAP = Программа по предотвращению распространения наркотиков в Центральной Азии), целью которой стало оказание поддержки странам Средней Азии в разработке и внедрении их национальных политик по борьбе с наркотиками.

Настоящий, пятый этап реализации программы CADAP начался в июле 2010 г. и, в отличие от предыдущих этапов, его реализует консорциум стран-членов ЕС при координации со стороны GIZ (Deutsche Gesellschaft für die Internationale Zusammenarbeit), который объединяет и напрямую передает лучшие экспертные знания ЕС Казахстану, Кыргызстану, Таджикистану, Туркменистану и Узбекистану.

В ожидании вывода Международных сил содействия безопасности (*International Security Assistance Force – ISAF*) из Афганистана и в связи с неуверенностью, связанной с данным шагом в смысле его возможного влияния на производство и незаконную торговлю опиумом и героином в регионе, приобретает чрезвычайно важную роль хорошо обоснованная политика борьбы с наркотиками, основывающаяся на фактах и использующая современные методы вмешательства, направленные как на снижение спроса, так и на снижение поставок. В настоящее время, наверняка, это более важно, чем когда-либо раньше.

CADAP 5 финансируется Европейским Союзом и состоит из одного координирующего компонента (OCAN), во главе которого стоит GIZ, и трех исполнительных компонентов:

- MEDISSA – преобразование эффективных профилактических методов, основывающихся на фактах, в региональный, национальный и местный культурный контекст под руководством Польского национального бюро по профилактике употребления наркотиков (KBPN),
- TREAT – сосредотачивающийся на обучении профессионалов в области обучения медицинского и немедицинского персонала инновационным методам лечения под руководством Немецкого центра междисциплинарного исследования зависимости (ZIS),
- DAMOS – устанавливающий и укрепляющий национальную способность мониторинга, анализа и составления обзоров относительно национальной наркоситуации при использовании исключительно не конфиденциальных, не персональных, не оперативных данных под руководством чешского института ResAd (Исследование и разработки в области изучения и мониторинга наркотиков и политики борьбы с наркотиками).

1.2 О НАСТОЯЩЕМ ДОКЛАДЕ

Настоящий региональный доклад о наркоситуации в Средней Азии разработан в рамках DAMOS (Drug Information Systems) программы CADAP 5 (пятый этап Программы помощи странам Средней Азии).

DAMOS исходит из международной стандартизированной методики Европейского мониторингового центра по наркотикам и наркозависимости (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addictions – EMCDDA), который, помимо прочего, помогает странам планировать и внедрять эффективные меры по противодействию наркотикам на основании научных знаний, а также передавать организациям ООН (напр. Управлению Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности – УНП ООН (UNODC)) информацию в формате и качестве, обязательном для стран, подписавших международные конвенции по противодействию наркотикам. Необходимость улучшить и систематизировать мониторинг и отчетность стран относительно их наркоситуации (при использовании систем, которые внедряет DAMOS) четко выражена в *Политической декларации и плане действий по налаживанию международного сотрудничества в целях выработки комплексной и сбалансированной стратегии борьбы с мировой проблемой наркотиков*, принятой на заседании высокого уровня Комиссии ООН по наркотическим средствам в 2009 году.

Настоящий *Региональный доклад о наркоситуации в Средней Азии* является главным отчетом проекта «DAMOS» в рамках программы «CADAP 5» за 2013 год. После сводной информации следует обширный региональный, аналитический доклад, охватывающий весь регион Средней Азии, представляющий данные по конкретным странам в региональном контексте и обозначающий общие тенденции и/или расхождения. Национальные доклады о наркоситуации в отдельных странах, использующие единую структуру, составляют часть публикации, посвященную отдельным странам.

Региональный доклад о наркоситуации в Средней Азии использует данные с 1-го января 2012 г., или же (где это целесообразно) относительно недавнюю информацию в области наркотиков. К сожалению, Туркменистан

в настоящем докладе не представлен, так как до января 2013 г. в проекте «DAMOS» в рамках программы «CADAP 5» не принимал активное участие, и собрать необходимые данные в оставшееся время, которое имелось в распоряжении, было невозможным.

Системы отчетности и их результаты исходят из стандартов и форматов сбора данных по методике UNODC и EMCDDA. В частности, они охватывают «пять ключевых гармонизированных показателей эпидемии наркотиков» по методике EMCDDA и 10 ключевых областей мониторинга наркоситуации, определенных в качестве решающих областей для стран-членов ООН Лиссабонским Консенсусом в 2011 г.

2. СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

BBS	bio-behavioural (surveillance) survey = био/серо-бихевиоральное исследование	MM	multiplier method = метод множителя
CADAP	Central Asia Drug Action Programme = Программа по предотвращению распространения наркотиков в Центральной Азии	MT	methadone therapy = заместительная терапия метадонам
CARHAP	Central Asian Regional HIV/IDS Project = Центрально-азиатская региональная программа по ВИЧ/СПИДу	НПО	неправительственные организации
CARICC	Central Asian Regional Information and Coordination Centre for Combatting Illicit Trafficking of Narcotic Drugs, Psychotropic Substances, and the Precursors = Центральноазиатский региональный информационный координационный центр по борьбе с незаконным оборотом наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров	OST	opioid substitution therapy = ЗТО заместительная терапия опиатами
CDC	Center for Disease Control and Prevention, Atlanta, USA = Центр по контролю заболеваемости, Атланта, США	PDU	problem drug use (or user or users) = проблемное употребление наркотиков, проблемный наркопотребитель, проблемные наркопотребители
CI	confidence interval = доверительный интервал	PEPFAR	The U.S. President's Emergency Plan for AIDS Relief = Президентский аварийный план помощи борьбе со СПИДом, США
CRM	capture-recapture method = метод двойного охвата	PLHIV	persons (people) living with HIV = ЛЖВС – люди [живущие] с ВИЧ/СПИДом
DFID	Department for International Development (United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland) = Министерство международного развития, Великобритания	RSPC MSPDA	Republican Scientific and Practical Centre of Medical and Social Problems of Drug Abuse (in Kazakhstan) = Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании Министерства здравоохранения, Казахстан
ЕС	Европейский Союз (Евросоюз)	SDCS	State Service on Drug Control (in Kyrgyzstan) = Государственная служба Кыргызской Республики по контролю наркотиков
€	евро (валюта Евросоюза)	SMR	Standardised Mortality Ratio = Стандартизированный показатель смертности
ВВП	валовой внутренний продукт	UN	United Nations = ООН – Организация Объединенных Наций
HBV	hepatitis B virus = вирус гепатита типа «В»	UNODC	the United Nations Office on Drugs and Crime = Управление Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности – УНП ООН
HCV	hepatitis C virus = вирус гепатита типа «С»	USD	United States dollar = амер. доллар
HIV	human immunodeficiency virus = ВИЧ – вирус иммунодефицита человека		
ПИН	потребитель инъекционных наркотиков		
ICD-10	10 th revision of the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems = Международная классификация болезней десятого пересмотра		

3. СВОДНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Оценка наркоситуации в четырех¹ странах Средней Азии (Казахстан, Кыргызстан, Таджикистан и Узбекистан) проведена при использовании данных удовлетворительной надежности и достоверности, имеющихся в распоряжении.

Так же, как и во всем мире, наиболее распространенным запрещенным наркотиком (наркотиком, который чаще всего потребляется среди населения) является каннабис/конопля, за которым следует злоупотребление ингалянтами. Потребление опия и подобных сырых опиатных наркотиков незначительно по сравнению с героином (используемым прежде всего инъекционным способом), который является наиболее распространенным наркотиком среди проблемных наркопотребителей в Средней Азии. Интенсивное употребление кокаина или мет/амфетамина в Средней Азии почти не существует и появление новых синтетических наркотиков (синтетических каннабиноидов и катинонов) отмечается лишь в редких случаях, и исключительно в Казахстане.

Несмотря на то, что распространенность употребления какого-нибудь запрещенного наркотика в течение жизни во всех четырех странах Средней Азии, предоставивших информацию (далее приводится лишь как «страны Средней Азии»), значительно ниже по сравнению с развитыми странами, распространенность более рискованных способов применения наркотиков (в частности, употребление наркотиков инъекционным путем) сравнима с уровнем стран Европейского Союза.

В целом, в Средней Азии проявляется общая тенденция стабилизации числа зарегистрированных потребителей героина (за исключением Кыргызстана, где их число растёт) и повышения числа зарегистрированных потребителей каннабиса (за исключением Таджикистана, где их число понижается).

Медицинская помощь наркопотребителям основывается на «наркологической» системе, унаследованной с советских времен, и далее разработанной лишь в ограниченной мере (и разным образом в отдельных странах Средней Азии). Данные о лицах, проходящих медицинское лечение, поступают от так называемых «наркологических реестров» – ещё одно наследие с советских времен, которое предоставляет больше информации об уровне контроля за выявленными наркопотребителями, чем о типе, частоте и качестве медицинской или иной помощи им предоставляемой. Однако, доступные данные показывают, что по сравнению со странами ЕС доступность медицинской помощи лицам, страдающим различными расстройствами в связи с употреблением запрещенных наркотиков, чрезвычайно низка во всех странах Средней Азии, при этом не имеет значения сравнивают ее с общим числом населения или с числом проблемных наркопотребителей/ПИНов (т.е. наркозависимых). Доступность медицинского поддерживающего лечения (*известного также под названием* заместительная терапия опиатами, ЗТО), которое научные организации и экспертные органы² ООН и ЕС считают основной формой противодействия для стран с преобладающим употреблением опиатов, очень низка (хотя и медленно повышается) в Казахстане и Таджикистане, немного выше в Кыргызстане, и совсем не существует в Узбекистане, где пилотная программа ЗТ была прекращена в 2009 году.

Распространенность ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков (ПИН) в Средней Азии высокая, хотя относительно низка и стабильна в Казахстане. Ранее приводимая высокая распространенность ВИЧ-инфекции среди ПИНов в Таджикистане и Узбекистане за последние несколько лет существенно понизилась (с 23,5% в 2006 г. до 13,5% в 2011 г. в первом случае и с 17,0% в 2005 г. до 8,5% в 2011 г. во втором), что представляет собой беспрецедентный прогресс и требует дальнейшего исследования. Интересно то, что по данным серологического скрининга распространенность антител вируса гепатита «С» (anti-HCV) среди наркопотребителей выше в Казахстане (с низким уровнем ВИЧ-инфекции). Это могло бы указывать на неизменность и продолжительность применения в стране рискованных моделей инъекционного употребления наркотиков, т.е. пользование одним шприцем и другие опасные практики связанные с приспособлениями для употребления наркотиков, что представляет собой риск вспышки эпидемии ВИЧ-инфекции. В Кыргызстане распространенность ВИЧ-инфекции среди ПИНов недавно повысилась (с 6,8% в 2008 г. до 14,6% в 2010г.). В Узбекистане распространенность «anti-HCV» понизилась параллельно с распространенностью ВИЧ-инфекции (с 54% до 21% за 7 лет). Понижение вирусного гепатита типа «С» среди ПИНов отмечается также в Таджикистане, а в Кыргызстане отмечается стабильная ситуация.

Программы обмена игл и шприцов (NSPs) существуют во всех четырёх странах Средней Азии и их количество в последние годы относительно постоянно. Наибольшее количество мест/пунктов обмена в Узбекистане, который (несмотря на это) отмечает низшее количество материалов обмененных/розданных на один пункт, а также на одного потребителя наркотиков – ситуация, которая свидетельствует о необходимости заниматься вопросом эффективности

¹ Пятая страна в рамках CADAP – Туркменистан – не включена в настоящий отчет, так как ее участие в компоненте DAMOS CADAP 5 не было активным за исключением нескольких последних месяцев программы. Национальная рабочая группа была создана только в январе 2013 года и за это время было проведено много встреч при поддержке CADAP. К сожалению, в это ограниченное время, не было возможно собрать данные и другую информацию с последующим отчетом для сопоставимых на международном уровне стандартов. Можно надеяться, однако, что прогресс, достигнутый на сегодняшний день в Туркменистане, можно будет улучшить на следующем этапе программы CADAP.

² См. например, Всемирная организация здравоохранения – WHO, Управление Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности – UNODC, и Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИД или ЮНЭЙДС, – UNAIDS (2008, 2009); Всемирная организация здравоохранения (2009), и другие.

существующих программ. Казахстан и Кыргызстан раздают материалы для применения наркотиков в количестве, приближающемся к предполагаемому лимитному уровню для эффективной профилактики распространения ВИЧ-инфекции среди ПИНов³. Оставшиеся две страны отстают.

Отчетность о смертности в результате передозировки в странах Средней Азии недостоверна в результате комбинации различных факторов: недостаток соответствующего оборудования и/или лабораторных стандартов в медицинских токсикологических лабораториях, недостаточная система сбора данных, а также культурные⁴ и религиозные факторы⁵, играющие особенно важную роль в сельской местности. Согласно результатам исследований, проводимых в рамках проекта «DAMOS», вероятность смерти (по любым причинам) существенно выше у лиц, зарегистрированных в наркологических реестрах, чем у не зарегистрированных; например, в Узбекистане приблизительно 7 раз выше.

Отчетность по изъятию наркотиков не систематична. Она объединяет наркотики, изъятые в рамках сложных операций и изъятия, осуществленные таможенной службой, с акциями по уничтожению урожая дикого мака и дикой конопли в рамках местных «сельскохозяйственных» операций полиции, проводимых регулярно каждый год. Однако очевидно, что количество изъятых героина и опия высокое по сравнению с развитыми странами, что в значительной мере вызвано близостью Афганистана, а также приоритетами полиции. Цена героина ниже чем в странах ЕС, несмотря на то, что за последние годы она существенно возросла (хотя чистота понизилась), что свидетельствует о снижении доступности наркотиков. Данный факт необходимо объяснить, так как данные об урожае в Афганистане указывают на противоположное.

Численность лиц, преследуемых из-за преступлений связанных с наркотиками, в сопоставлении с общим населением на разряд ниже по сравнению со средним уровнем в ЕС, что вероятно вызвано многими причинами: меньше ресурсов, отличающаяся культурная среда / больше сельского населения, и вообще меньшее употребление наркотиков среди населения – это наиболее непосредственные причины.

ТАБЛИЦА 3-1: Ключевые показатели наркоситуации в странах Средней Азии в сопоставлении со странами Европейского Союза в среднем

Показатель / Страна	Казахстан	Кыргызстан	Таджикистан	Узбекистан	ЕС 27 в среднем
Распространенность употребления наркотиков в течение жизни среди населения школьного возраста 15–16 лет (последний год, за кот. есть данные)	15,6% (2012)	11,2% (2012)	0,4% (2007)	0,5% (2006)	17% (2011)
Количество проблемных наркопотребителей на 1 000 жителей (все возрастные категории)	7,0 (2012)	3,5 (2010)	3,2 (2009)	2,7 (2006)	2,8 (2011)
Распространенность ВИЧ среди проблемных наркопотребителей в 2011 г.	3,8%	14,6% (2010)	13,5%	8,5%	5,3%
Ранее зарегистрированные случаи ВИЧ-инфекции среди ПИНов в 2011 г. на 1 мил. жителей	52,5	64,9	52,8	15,7	3,0
Распространенность «anti-HCV» среди ПИНов в 2011 г. по данным серологического скрининга	61,2%	4,7%	17,3%	20,9%	45%**
Смертность наркопотребителей (Стандартизованный показатель смертности: чрезмерная вероятность смерти наркопотребителя в сопоставлении с лицами, не употребляющими наркотики) в 2011 г.	3,8	1,3	нет данных	6,8 (2010)	10–20
Число наркопотребителей, проходящих лечение в 2011 г., на 10 000 лиц	1,8	5,9	1,5	1,6	8,8 (2010)
Процент проблемных наркопотребителей, проходящих лечение в 2011 г.	1,6%	17,1%	4,7%	4,0%	22,5%
Процент пациентов, проходящих лечение при использовании агонистов опиатов (метадон или бупренорфин), из всех предполагаемых потребителей опиатов в 2011 г.	0,1%	7,5%	0,7%	0%	50%
Количество предметов инъекционного употребления замененных/розданных на одного предполагаемого ПИНа	163	232	88	33	127
Количество преступлений, связанных с наркопотреблением, расследованных на 10 000 жителей в 2011 г.	2,6	3,5	1,2	3,4	24
Изъятие опия и героина вместе (всего килограммов в 2011 г.)	317,3	97,0	999,3	1 606,2	223
Средняя цена 1 грамма героина на улице	€36	€10	€35	€22	€45

³ ВОЗ (2004) предполагает, что 200 игл/шприцов на одного наркопотребителя в год представляет лимитный уровень эффективной профилактики распространения ВИЧ-инфекции среди ПИНов.

⁴ Родственники стараются скрывать причины смерти, связанные с употреблением наркотиков, которое считается позорным.

⁵ По мусульманской вере, труп умершего должны похоронить до сумрака дня смерти, что усложняет возможность аутопсии и иных расследований.

4. РЕГИОНАЛЬНЫЙ ОБЗОР

ТАБЛИЦА 4-1: Основная информация о странах (Источник: национальные справочники, ООН и др. приведенные международные источники)

Показатель / Страна	Казахстан	Кыргызстан	Таджикистан	Узбекистан
Площадь (квадратных километров)	2 724 900	199 900	143 100	447 400
Численность населения	16 675 000	5 514 754	7 800 000	29 559 100
ВВП на душу населения по стандартам покупательной способности (в евро)	8 685	1 010	430	1 452
Неравенство в распределении дохода (Коэффициент Джини)	0,289	0,362	0,326	0,368
Мера безработицы (%)	5,4	8,6	2,4	0,2
Число заключенных (на 100 тысяч жителей)	260	179	103	152
Население за чертой бедности (%)	5,3	33,7	68	26

4.1 УПОТРЕБЛЕНИЕ НАРКОТИКОВ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ В ЦЕЛОМ И СРЕДИ МОЛОДЕЖИ

Данные о употреблении наркотиков среди взрослого населения в регионе скудны так, как единственный опрос населения, касающийся употребления наркотиков в регионе, проводился в Казахстане в 2001 году, и его охват и качество не соответствовали международным стандартам.

Имеются результаты нескольких опросов среди молодежи и детей школьного возраста. Из всех вытекает, что распространенность наркотиков среди мужчин приблизительно в два раза выше, чем среди женщин.

Высшая распространенность употребления запрещенных наркотиков отмечается в Казахстане, в последнее время также в Кыргызстане.

Там, где имеются данные относительно тенденций, можно сделать вывод о нарастающем опыте с запрещенными наркотиками среди населения в целом.

Данные о конкретных наркотиках в большинстве случаев отсутствуют из-за низкого уровня стандартизации сбора данных и/или анализов, проводимых в рамках опросов населения в регионе. Однако доступные данные указывают, что наиболее распространенным наркотиком среди населения школьного возраста во всех странах является каннабис и летучие вещества.

ТАБЛИЦА 4-2: Употребление запрещенных наркотиков среди населения по отдельным возрастным группам: методическая информация об исследованиях и распространенности в течение жизни (%)

Страна	Год	Возрастн. группа	Размер выборки	Географическое покрытие	Мужчины	Женщины	Всего
Казахстан	2012	15–22	4 000	Города: Астана, Алматы	22,9	11,3	16,3
		15–16	1 415 (подгруппа в выборке)	Административные области: Жамбылская, Западно-Казахстанская, Карагандинская, Костанайская, Павлодарская и Южно-Казахстанская	20,4	11,6	15,8
	2009	15–16	334	3 города: Павлодар, Уральск, Усть-Каменогорск	10,1	4,1	7,2
	2006	14–15	4 992	Города: Алматы, Астана Административные области: Павлодарская, Карагандинская, Костанайская, и Южно-Казахстанская	нет данных	нет данных	12,6
	2001	07–65	7 500	Национальное (только в городах со 150 000 жителей и выше)	нет данных	нет данных	10,0
Кыргызстан	2012	12–14	1 562	нет данных	нет данных	нет данных	11,2
	2007	12–17	3 500	нет данных.	1,0	0,1	нет данных
Таджикистан	2007	15–16	5 003	Столица Душанбе Административные области: Согдийская, Хатлонская, Горно-Бадахшанская автономные области	0,5	0,3	0,4
Узбекистан	2006	15–16	5 851	Столица Ташкент Административные области: Ташкентская, Самаркандская, Андижанская, Бухарская и Сурхандарьинская области	нет данных	нет данных	0,5

ТАБЛИЦА 4-3: Употребление наркотиков среди населения школьного возраста 15–16 лет в Казахстане в 2012 г.

Наркотик	Распространенность в течение жизни (%)			Распространенность в прошлом году (%)		
	Мужчины	Женщины	Всего	Мужчины	Женщины	Всего
Любые наркотики	20,4	11,6	15,8	нет данных	нет данных	нет данных
Опиаты	1,9	0,4	1,1	1,2	0,3	0,7
Каннабис	12,8	4,0	8,2	8,9	1,6	5,1
Кокаин	1,9	0,4	1,1	нет данных	нет данных	нет данных
«Экстази» (МДМА)	3,4	1,2	2,3	1,9	0,5	1,2
Амфетамины (Каптагон*)	1,8	0,5	1,1	нет данных	нет данных	нет данных
Летучие вещества	8,5	7,0	7,7	4,2	1,7	2,9
Успокаивающие средства	2,4	1,6	2,0	нет данных	нет данных	нет данных
Употребление наркотиков инъекционным путем	1,6	0,1	0,8	нет данных	нет данных	нет данных

* Каптагон (торговая марка лекарственного средства, продажа которого была закончена в 1986 г.) содержал синтетическое стимулирующее вещество фенетилин. Поддельный Каптагон, содержащий различные синтетические стимулирующие вещества, и впредь продается незаконно, в частности, на Ближнем Востоке.

4.1.1 НАРКОЛОГИЧЕСКИЙ УЧЕТ

Во всех странах Средней Азии от наркологических⁶ реестров бывшего Советского Союза унаследована система регистрации (известных) наркопотребителей.

Несмотря на то, что в отдельных странах Средней Азии наркологические центры в разной мере технологически усовершенствованы, сама философия реестров и правила «неанонимной» регистрации (поименной регистрации) и возможность снятия с учета наркопотребителей известных медицинским или полицейским органам существенно не изменились. Реестры всех стран Средней Азии содержат базы данных так наз. «диспансерной регистрации» и базы данных «профилактического наблюдения» за наркопотребителями. Лица, употребляющие психотропные вещества не назначенные врачом, должны

- регистрироваться добровольно, или
- направлены на обследование в наркологических заведения правоохранительными органами или
- любым медицинским учреждением.

Если установлен диагноз наркозависимости (на основании критериев Международной классификации болезней десятого пересмотра ICD-10), лицо в обязательном порядке подлежит диспансерной регистрации и так наз. «наблюдению» в рамках наркологической системы. Решение о диспансерной регистрации принимает комиссия наркологического учреждения или сертифицированный нарколог. Исключение из обязательной регистрации может быть применено только в отношении лиц, которые свое лечение полностью оплачивают за свой собственный счет; в таких случаях лечение «полностью анонимно» и диспансерное наблюдение не осуществляется, даже если лицо зарегистрировано под определенным номером.

Наркологические реестры используются в качестве контрольного инструмента и фильтрации при подаче заявлений на учебу, на работу в правоохранительных органах, военную или государственную службу и при подаче заявлений о выдаче водительских прав или лицензии на хранение огнестрельного оружия. Лица, зарегистрированные в наркологическом реестре, во всех этих случаях получают отказ.

В соответствии с правилами, применяемыми во всех четырех странах Средней Азии, которых касается настоящий доклад, зарегистрированные лица должны проходить регулярный осмотр в центрах обслуживания амбулаторных больных/поликлиниках. В течение периода диспансерного наблюдения наркозависимым оказывается квалифицированная медицинская помощь, которая ставит себе цель привести их к долгосрочному отказу от употребления наркотиков. Снятие с учета и диспансерного наблюдения подлежит решению комиссии наркологов, которые принимают такое решение, если данное лицо воздерживается от употребления запрещенных наркотиков в течение нескольких лет (напр. 5 лет в Казахстане, 3 года в Узбекистане).

В случае употребления наркотиков без клинических признаков зависимости, наркопотребитель проходит профилактическое наблюдение. Декларированная цель профилактического наблюдения – предотвращение развития наркозависимости. Продолжительность профилактического наблюдения обычно короче, чем у диспансерной регистрации, но в случае продолжающегося употребления наркотиков и развития синдромов наркозависимости, данные пациента перенаправляются в диспансерный реестр и соответствующие процедуры применяются.

Высшую распространенность зарегистрированной наркозависимости и алкоголизма докладывает Казахстан – припл. 50 тысяч и свыше 200 тысяч лиц, соответственно, в 2011 году (54,2 и 134,7 на 10 тысяч жителей). Низший уровень запрещенных наркотиков докладывает Узбекистан (6,2) и в отношении алкоголя – Таджикистан (6,4). За последние 5 лет, за которые имеются обзоры, можно наблюдать тенденцию понижения числа зарегистрированных потребителей в Казахстане, Таджикистане и Узбекистане, в то время так тенденция повышения отмечена в Кыргызстане.

Опиаты являются наиболее частым первичным наркотиком среди зарегистрированных лиц во всех четырех странах Средней Азии (припл. 60–90%), за ними следует каннабис. Доля опиатов как первичного наркотика среди зарегистрированных лиц снижается в Казахстане и Узбекистане, повышается в Кыргызстане и остается стабильной в Таджикистане. Однако это может отражать не только тенденции в употреблении наркотиков на улице, но также фокус административных органов на специфические проблемы в указанные годы, а также доступность ресурсов для действий системы, которая пополняет реестры.

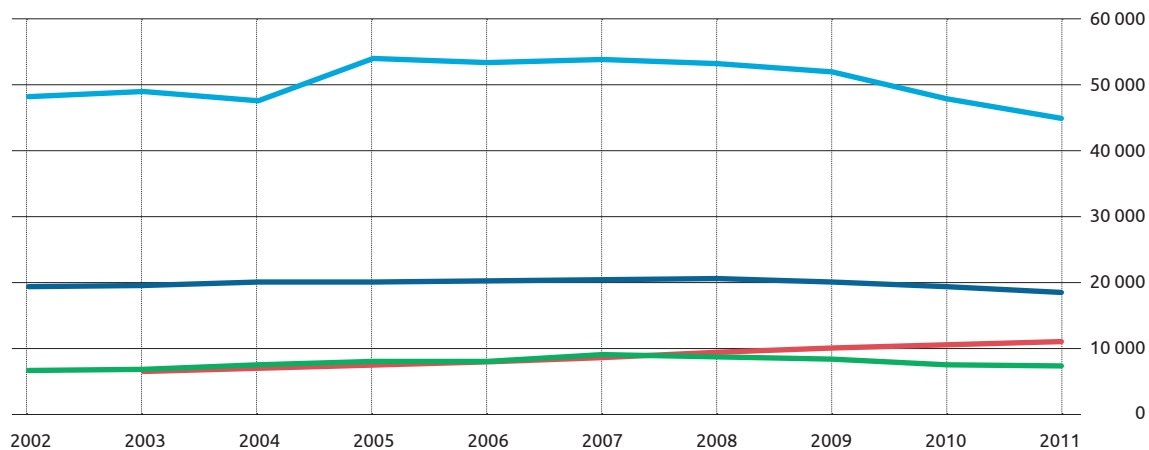
Потребители каннабиса представляют припл. 20–30% всех зарегистрированных лиц в Казахстане, Кыргызстане и Узбекистане и всего 5–10% в Таджикистане. Существенно противоположные тенденции, по сравнению с опиатами, наблюдаются в доле зарегистрированных наркопотребителей, для которых представляет первичный наркотик каннабис; их доля повышается в Казахстане и Узбекистане, снижается в Кыргызстане и незначительна в Таджикистане.

⁶ «Наркология» – это искусственно созданное советское название для аддиктивной медицины, которую воспринимали как раздел (невро)психиатрии, и которая сосредотачивалась чисто на биологическое/медицинское направление и регулирование «патологического» явления наркопотребления и наркозависимости в обществе.

Доля женщин среди зарегистрированных потребителей в последнее время снижается (за исключением Кыргызстана, где остается стабильной), и в 2011 г. варьировала от 3,3% (Таджикистан) до 8,3% (Казахстан).

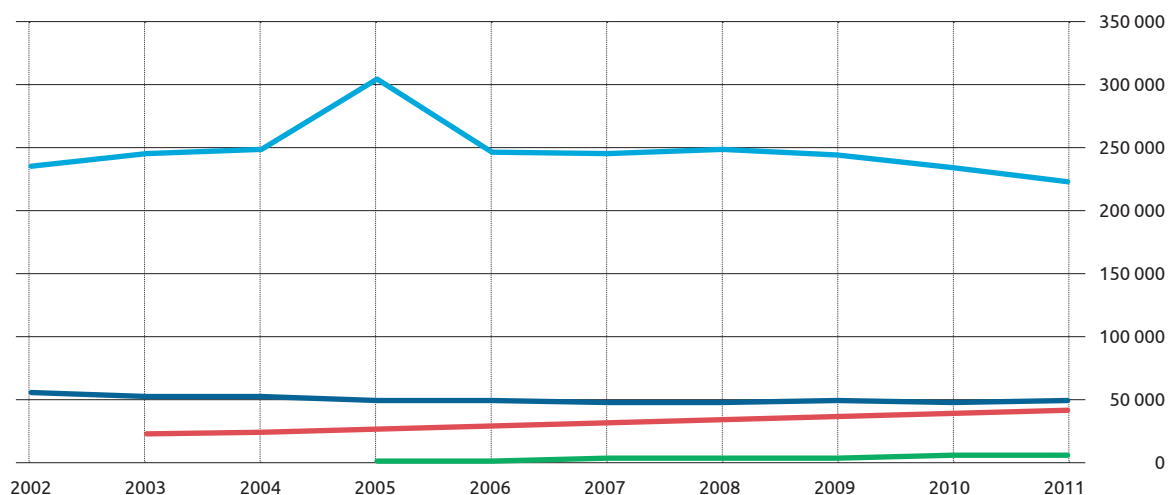
Доля несовершеннолетних (до 15 лет) среди лиц зарегистрированных наркологическими реестрами – 0% (Таджикистан) и ниже 1% в остальных странах. Доля молодых взрослых (в возрасте 15–34) понижается, а доля старших взрослых (35 и выше) повышается – это долгосрочная тенденция, за исключением Таджикистана, где данная доля относительно стабильна; однако, в Таджикистане зарегистрированные потребители старше по сравнению с остальными странами Средней Азии (доля потребителей в возрасте свыше 35 лет равна 67%); наиболее молодых наркопотребителей докладывает Казахстан (доля наркопотребителей в возрасте свыше 35 лет представляет лишь 43%).

ДИАГРАММА 4-1: Численность лиц с диагнозом наркозависимости (токсикомании), подлежащих диспансерной регистрации в 2002–2011 гг.



Страна	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2007	2008	2009	2010
Казахстан	48 043	48 860	47 536	53 682	53 172	53 607	52 891	51 736	47 756	44 825
Кыргызстан	-	6 350	6 865	7 290	7 842	8 464	9 172	9 730	10 171	10 705
Таджикистан	6 496	6 759	7 275	7 732	7 841	8 744	8 372	8 018	7 398	7 135
Узбекистан	19 236	19 386	19 844	19 868	19 964	20 122	20 320	19 737	19 134	18 387

ДИАГРАММА 4-2: Численность лиц с диагнозом алкоголизма, подлежащих диспансерной регистрации в 2002–2011 гг.



Страна	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Казахстан	235 895	245 864	248 928	303 157	246 862	245 715	249 006	244 833	235 416	224 694
Кыргызстан	-	24 267	26 051	27 982	30 395	32 668	34 777	37 086	39 182	41 091
Таджикистан	-	-	-	3 290	3 309	4 215	3 823	3 866	5 217	4 966
Узбекистан	55 035	52 966	52 343	50 809	50 907	49 697	49 700	50 263	49 969	50 188

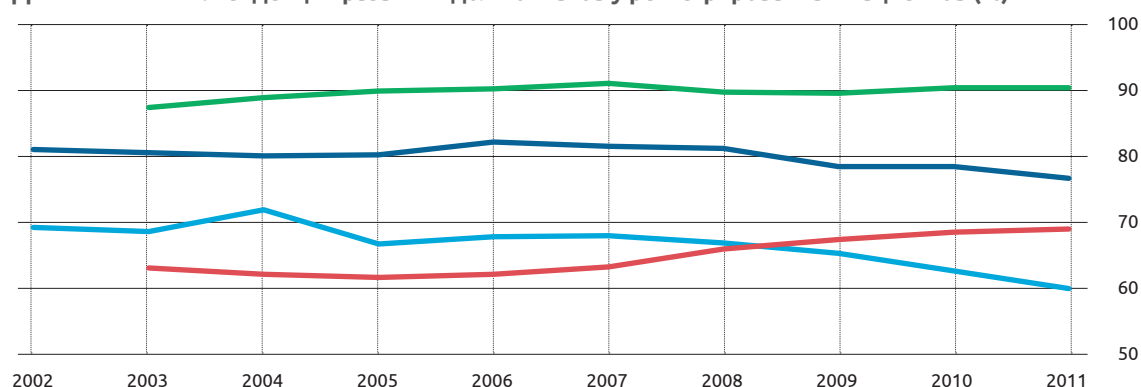
ТАБЛИЦА 4-4: Распространенность зарегистрированных наркопотребителей и алкоголиков в 2011 г. на 10 тысяч жителей

Страна	Наркоманы		Алкоголики	
	Всего	На 10 тысяч жителей	Всего	На 10 тысяч жителей
Казахстан	44 825	26,9	224 694	134,7
Кыргызстан	10 705	19,4	41 091	74,5
Таджикистан	7 135	9,1	4 966	6,4
Узбекистан	18 387	6,2	50 188	17,0

ДИАГРАММА 4-3: Численность зарегистрированных пациентов и доли наркотиков в разбивке по видам наркотиков в 2011 г.

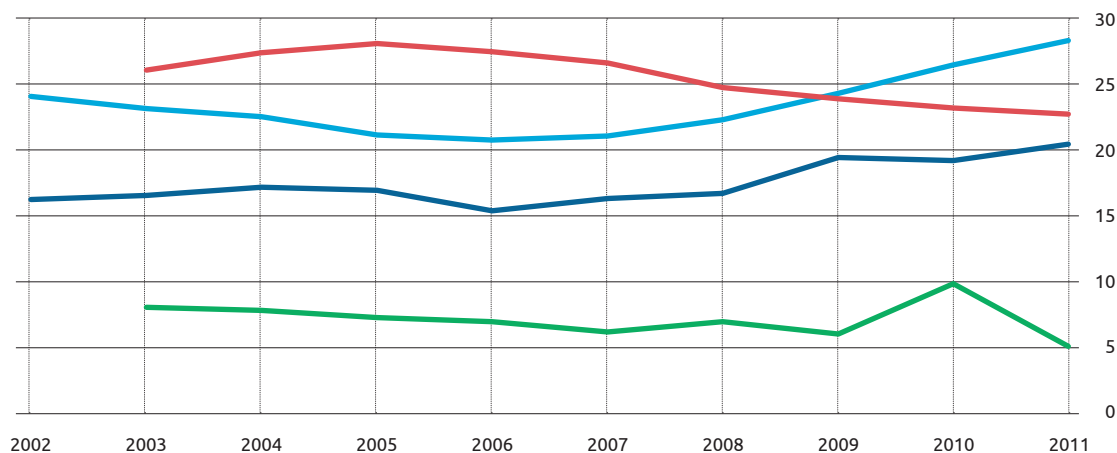


ДИАГРАММА 4-4: Тенденции развития доли опиатов у зарегистрированных пациентов (%)



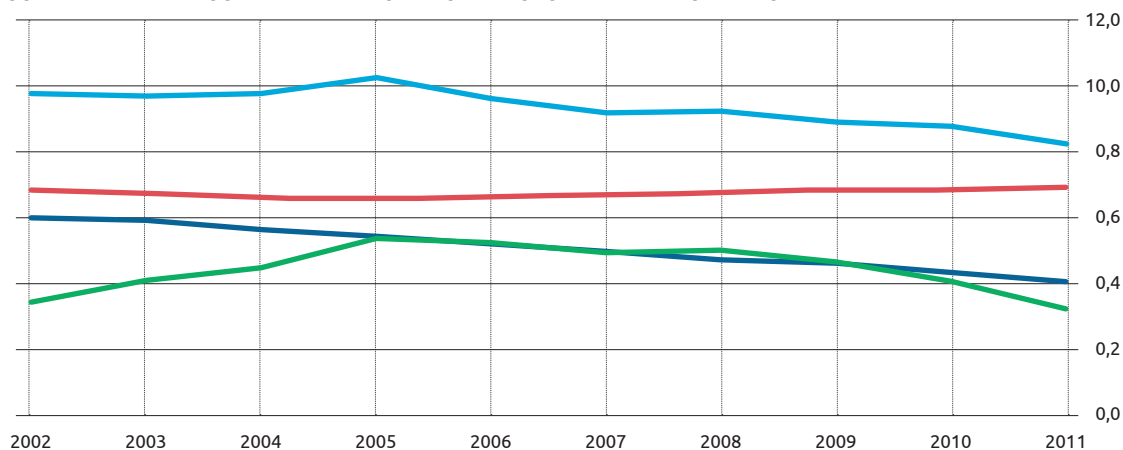
Страна	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Казахстан	69,0	68,5	71,7	66,6	67,7	67,9	66,8	65,2	62,7	60,1
Кыргызстан	-	63,1	62,1	61,8	62,2	63,3	65,8	67,2	68,3	68,8
Таджикистан	-	87,4	88,7	89,7	90,0	90,8	89,5	89,4	90,2	90,2
Узбекистан	80,8	80,4	79,9	80,1	81,9	81,3	80,9	78,3	78,4	76,7

ДИАГРАММА 4-5: Тенденции развития доли каннабиса у зарегистрированных пациентов

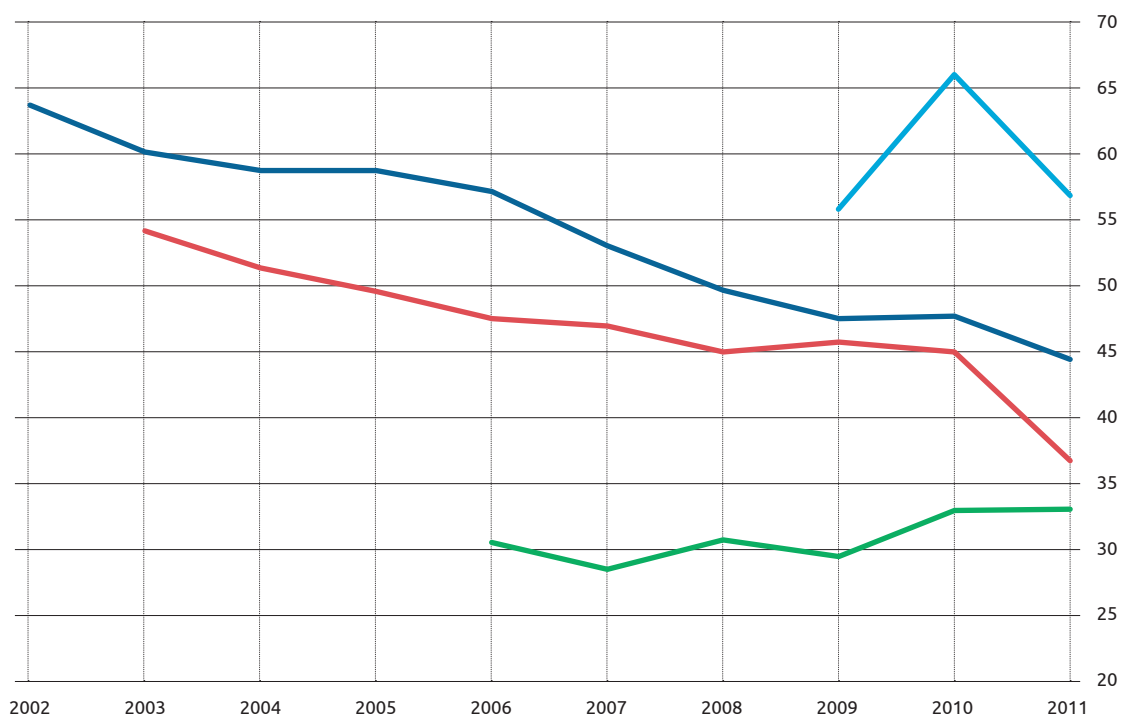


Страна	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Казахстан	24,2	23,2	22,6	21,2	20,9	21,2	22,4	24,4	26,5	28,3
Кыргызстан	-	26,1	27,4	28,1	27,5	26,6	24,8	24,0	23,3	22,8
Таджикистан	-	8,0	7,8	7,2	6,9	6,2	6,9	6,0	9,8	5,1
Узбекистан	16,3	16,6	17,2	17,0	15,5	16,4	16,8	19,4	19,2	20,4

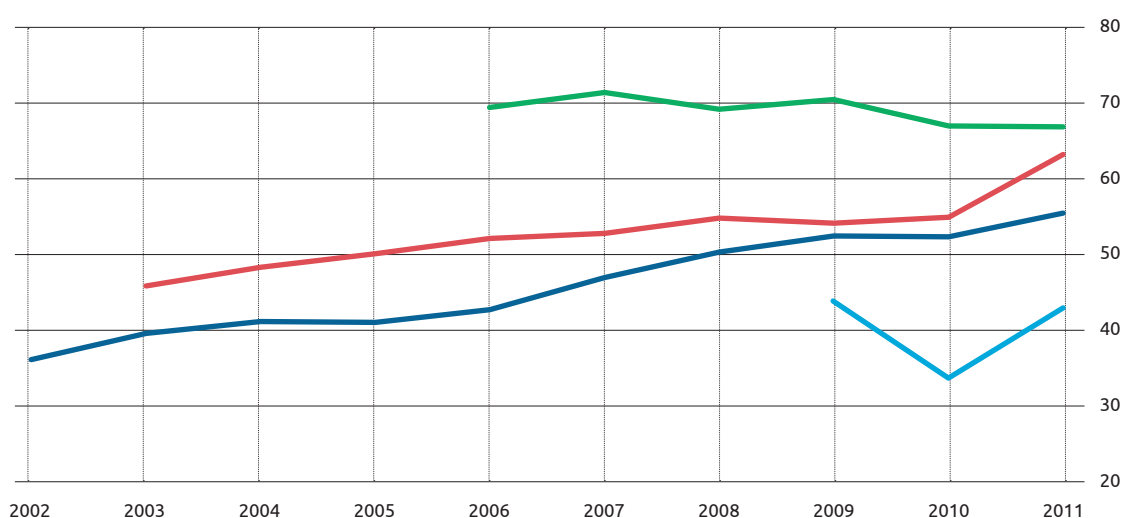
ДИАГРАММА 4-6: Доля женщин среди зарегистрированных наркопотребителей



Страна	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Казахстан	9,8	9,7	9,8	10,3	9,6	9,2	9,3	8,9	8,8	8,3
Кыргызстан	-	6,9	6,8	6,7	6,7	6,7	6,8	6,9	6,9	7,0
Таджикистан	3,5	4,1	4,5	5,4	5,3	5,0	5,1	4,7	4,1	3,3
Узбекистан	6,0	5,9	5,7	5,5	5,2	5,0	4,8	4,7	4,4	4,1

ДИАГРАММА 4-7: Доля молодых взрослых (15–34) среди зарегистрированных наркпотребителей (%)


Страна	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Казахстан 15–34	-	-	-	-	-	-	-	55,9	65,9	56,9
Кыргызстан 15–34	-	54,0	51,2	49,5	47,5	46,9	45,0	45,7	44,9	36,8
Таджикистан 15–34	-	-	-	-	30,5	28,6	30,7	29,5	32,8	33,0
Узбекистан 15–34	63,6	60,1	58,7	58,7	57,1	53,0	49,7	47,5	47,7	44,5

ДИАГРАММА 4-8: Доля старших взрослых (35 и выше) среди зарегистрированных наркпотребителей (%)


Страна	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Казахстан 35+	-	-	-	-	-	-	-	43,8	33,8	42,9
Кыргызстан 35+	-	46,0	48,5	50,2	52,2	52,8	54,8	54,1	54,9	63,1
Таджикистан 35+	-	-	-	-	69,5	71,4	69,3	70,5	67,2	67,0
Узбекистан 35+	36,2	39,7	41,2	41,1	42,7	46,9	50,3	52,4	52,3	55,4

4.2 ПРОБЛЕМНОЕ УПОТРЕБЛЕНИЕ НАРКОТИКОВ

Опиаты вообще, а из них прежде всего героин, являются наиболее проблематичным наркотиком в Средней Азии. Употребление наркотиков инъекционным путем в регионе ограничивается почти исключительно опиатами.

Героин в Средней Азии представляет главный опиат и заменил традиционное применение опия, которое преобладало в начале 90-ых годов (Zabransky et al., 2012). В последнее время можно найти героин как первичный наркотик у 85–90% потребителей опиатов, стоящих на учете в наркологических реестрах, и его доля долговременно возрастает. Доля остальных опиатов – опиум, «ханка»,⁷ «вторяк»,⁸ и другие – понижается. Наркотики амфетаминового ряда или кокаин у интенсивных потребителей появляются редко.

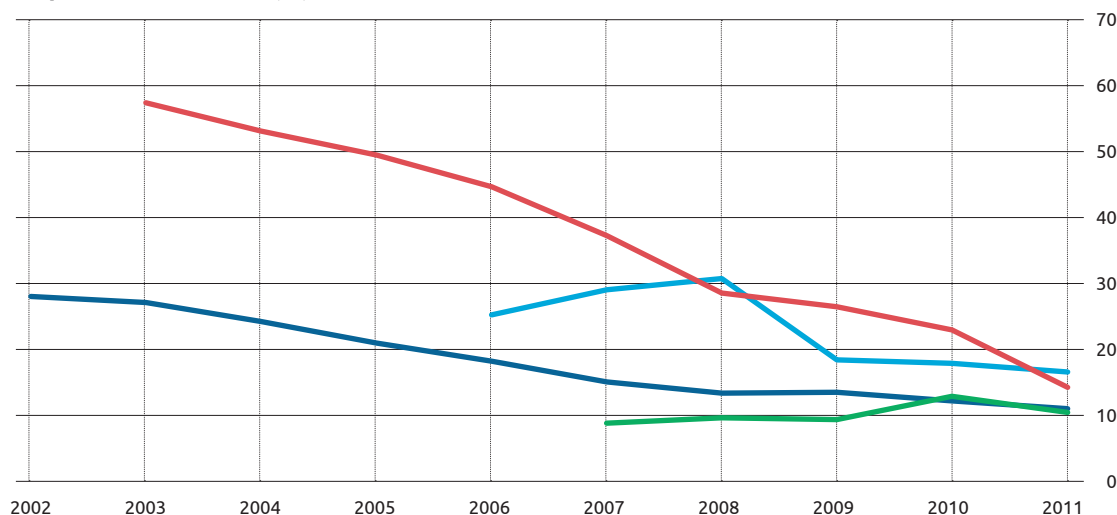
Проблемных наркопотребителей в Средней Азии обычно определяют как потребителей инъекционных наркотиков (ПИНов).

Доля ПИНов среди зарегистрированных наркопотребителей варьирует от 50% (Узбекистан) до 70% (Казахстан) и в указанных двух странах относительно стабильна уже длительное время, в отличие от Таджикистана, где возросла с 36% в 2002 г. до 65% в 2011 г.

Недавние международные оценки числа ПИНов приводят приibl. 120 тысяч человек в Казахстане, 25 тысяч в Таджикистане и 19 тысяч в Кыргызстане. Последние доступные предположения относительно Узбекистана (80 тысяч ПИНов в 2006 г.) вызывают сомнения среди специалистов страны, которые считают их преувеличенными (результаты оценки количества ПИНов в Узбекистане за 2012 г. не были пока опубликованы).

Доля ПИНов в общем числе населения достигла в 2011 г. 3,4 человека в Кыргызстане и 3,2 человека в Таджикистане на тысячу жителей. В Казахстане предположение в два раза выше – указывает 7 ПИНов на тысячу жителей. В Узбекистане предположение Управления ООН по наркотикам и преступности с 2006 года (которое узбекские эксперты и органы считают преувеличенным) указывает 2,7 ПИНов на тысячу жителей, что в любом случае является низшим числом из всех четырех стран Средней Азии охваченных проектом.

ДИАГРАММА 4-9: Тенденция употребления опиатов, иных чем героин, у зарегистрированных потребителей опиатов (%)

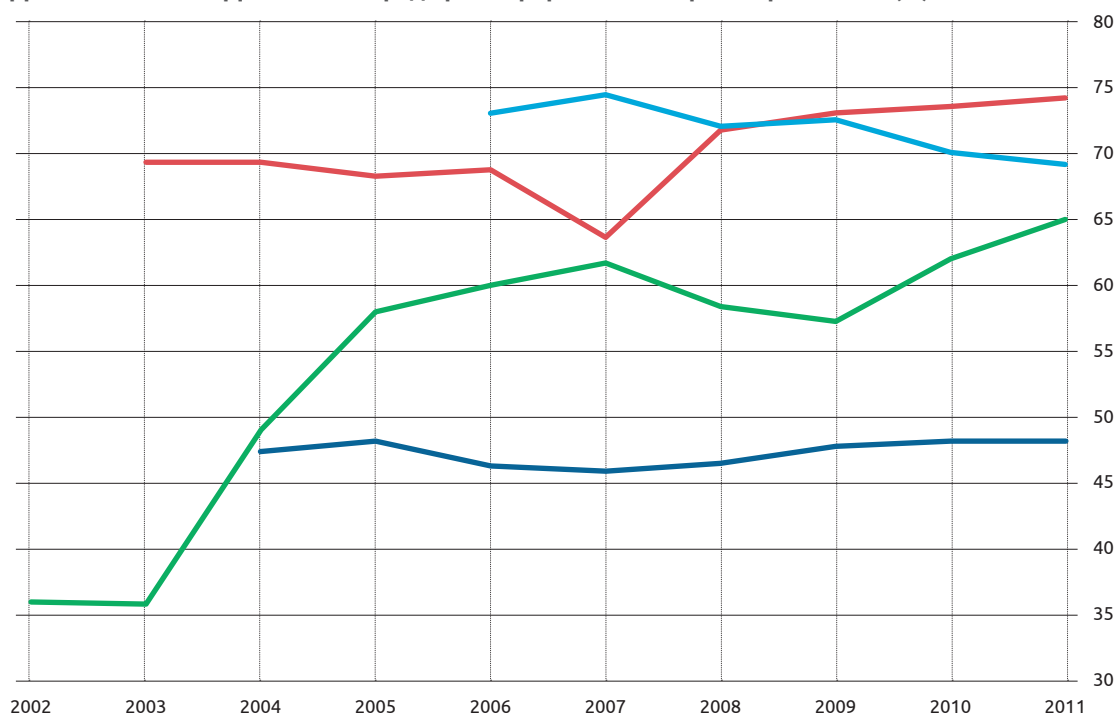


Страна	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Казахстан	-	-	-	-	25,3	29,1	30,8	18,6	18,1	16,8
Кыргызстан	-	57,5	53,3	49,6	44,8	37,4	28,7	26,7	23,2	14,4
Таджикистан	-	-	-	-	-	9,1	9,8	9,6	12,9	10,6
Узбекистан	28,2	27,2	24,3	21,1	18,4	15,3	13,6	13,7	12,4	11,3

⁷ Ханка – укрепленный молочный сок, собранный из семенных коробочек мака, а также раствор полученный из указанного молочного сока.

⁸ Вторяк – маковая соломка или любое иное наркотическое вещество, содержащее полупродукт для производства наркотика, из которого большинство алкалоидов было уже извлечено в ходе повторного экстрагирования из сырьевого материала, который был уже ранее обработан.

ДИАГРАММА 4-10: Доля ПИНов среди зарегистрированных наркопотребителей (%)



Страна	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Казахстан	-	-	-	-	73,0	74,3	72,0	72,5	70,1	69,2
Кыргызстан	-	69,3	69,2	68,2	68,7	63,6	71,7	73,0	73,5	74,1
Таджикистан	35,9	35,8	49,0	57,9	59,9	61,6	58,3	57,2	61,9	64,8
Узбекистан	-	-	47,3	47,9	46,4	46,1	46,5	47,6	47,9	47,9

ТАБЛИЦА 4-5: Обзор доступных оценок проблемных наркопотребителей (ПИНов) в Средней Азии

Страна	Год	Определе-ние	Метод	Центральная оценка	Низкий диапазон	Высокий диапазон	Централь.на 1 000 жителей
Казахстан	2012	ПИНЫ	ММ* CRM**	116 840	100 000	150 000	7,0
	2011	ПИНЫ	ММ* CRM**	123 640	100 000	150 000	7,4
Кыргызстан	2010	ПИНЫ	ММ	19 000	-	-	3,4
	2006	проблемные потребители	ММ	26 000	-	-	4,7
	2006	ПИНЫ	ММ	25 000	-	-	4,5
Таджикистан	2009	ПИНЫ	ММ	25 000	-	-	3,2
Узбекистан	2006	ПИНЫ	ММ	80 000	-	-	2,7

Пояснения: ММ – multiplier method = метод множителя, CRM – capture-recapture method = метод двойного охвата,
* национальная оценка; ** сумма региональных оценок

4.3 ЛЕЧЕНИЕ

Лечение наркозависимости в Средней Азии проходит исключительно в рамках наркологи-ческой службы, являющейся составной частью национальной системы здравоохранения. Она состоит из амбулаторных и стационарных учреждений различного рода. Заместительная терапия не существует в Узбекистане, где пилотный проект, реализованный в одном учреждении со 142 пациентами (Latypov et al., 2010), был прекращен в 2009 году. В Казахстане и Таджикистане доступность заместительной терапии существенно ограничена (6 учреждений в 2012 г. в Казахстане и 3 учреждения в 2011 в Таджикистане). В Кыргызстане в 2011 г. предоставляли заместительную терапию в 20 центрах; три из них находились в тюрьмах.

В ходе подготовки настоящего документа национальных экспертов попросили дать оценку доступности/покрытию различных видов терапии. Несмотря на то, что данная оценка может носить субъективный характер и не представлять сравнение между отдельными странами, она свидетельствует о том, что в Средней Азии, по сравнению с заменой опиатов, психосоциальной интервенцией или социальной реабилитацией, детоксикация/ наркологическое лечение на много более доступно.

Количество потребителей запрещенных наркотиков проходящих лечение варьирует между 1,5 и 1,8 чел. на 10 тысяч жителей в Казахстане, Таджикистане и Узбекистане. В Кыргызстане число наркозависимых, проходящих лечение, относительно выше – 5,9 чел. на 10 тысяч жителей.

Опиаты являются наиболее частым первичным наркотиком клиентов, проходящих лечение, и варьируют от 63% в Казахстане до 99% в Кыргызстане. Героин является главным опиатом клиентов, которые проходят лечение – 100%, 96%, и 99% пациентов, употребляющих опиум, употребляли героин в качестве первичного наркотика в Кыргызстане, Таджикистане и Узбекистане, в указанном порядке.

ТАБЛИЦА 4-6: Количество лечебных заведений и их вместимость

Показатель / страна	Казахстан	Кыргызстан	Таджикистан	Узбекистан
Наркологические диспансеры	22	0	5	16
Наркологические помещения всего	176	39	68	174
– из них наркологические помещения для подростков	24	2	нет данных	34
Наркологические стационарные отделения	31	2	10	3
Наркологические койки	4 726	305	290	1 812
Иные учреждения для лечения наркозависимости – НПО	0	нет данных	нет данных	0
Иные учреждения для лечения наркозависимости – частные	3 клиники 27 наркологичес- ких помещений	нет данных	нет данных	14

ТАБЛИЦА 4-7: Количество учреждений и количество лиц, проходящих заместительную терапию

Год	Количество учреждений, предоставляющих заместительную терапию				Количество лиц, проходящих заместительную терапию			
	Казахстан*	Кыргызстан	Таджикистан	Узбекистан	Казахстан*	Кыргызстан	Таджикистан	Узбекистан
2002	0	2	0	0	0	121	0	0
2003	0	2	0	0	0	223	0	0
2004	0	2	0	0	0	221	0	0
2005	0	2	0	0	0	151	0	0
2006	0	2	0	1	0	361	0	нет данных
2007	0	6	0	1	0	669	0	нет данных
2008	1	11	0	1	16	1 158	0	нет данных
2009	2	15	нет данных	1	48	1 195	нет данных	142
2010	3	20	2	0	95	1 609	82	0
2011	3	20	3	0	115	1 428	198**	0
2012	6	нет данных	нет данных	0	207	нет данных	нет данных	0

Пояснение: *К 31-му декабрю текущего года; ** 2010 плюс 2011

ТАБЛИЦА 4-8: Доступность различных форм терапии в 2013 по оценке национальных экспертов

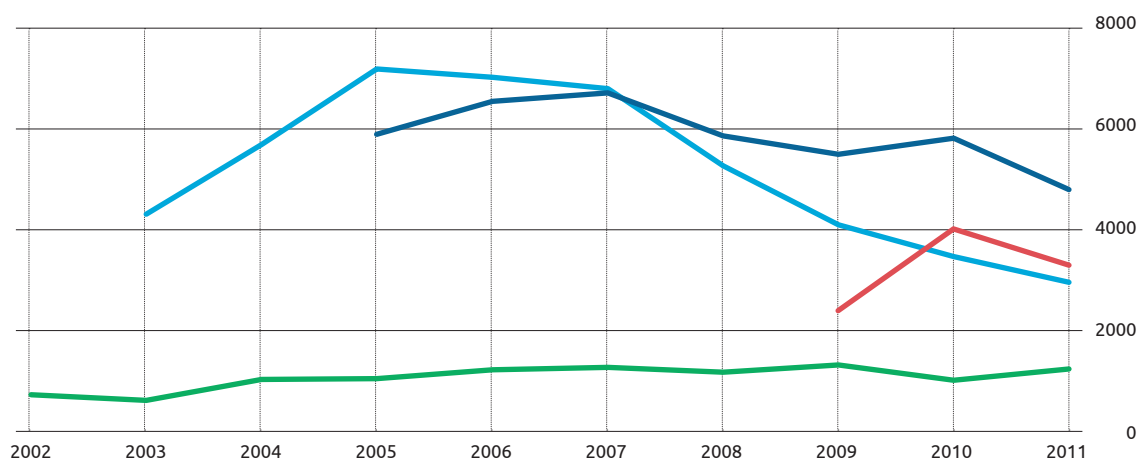
Форма терапии	Казахстан	Кыргызстан	Таджикистан	Узбекистан
Детоксикация	полная	полная	умеренная	полная
Амбулаторная анти-наркотическая медицинская терапия	полная	умеренная	умеренная	полная
Стационарная анти-наркотическая медицинская терапия	умеренная	умеренная	умеренная	полная
Заместительная терапия	ограниченная	умеренная	умеренная	отсутствует
Психологическая поддержка и терапия	умеренная	умеренная	умеренная	полная
Социальная реабилитация	ограниченная	ограниченная	умеренная	умеренная

Пояснение: полная (доступная всем потребителям на всей территории страны) – умеренная (доступная некоторым потребителям и/или в некоторых регионах страны) – ограниченная (почти не доступна и/или доступная лишь на географически очень ограниченных территориях) – отсутствует. Источник данных – экспертная оценка национальной рабочей группы DAMOS/CADAP 5 в начале 2013 г.

ТАБЛИЦА 4-9: Количество наркозависимых, проходящих лечение, и объемы лечения в сопоставлении с численностью населения в 2011 г.

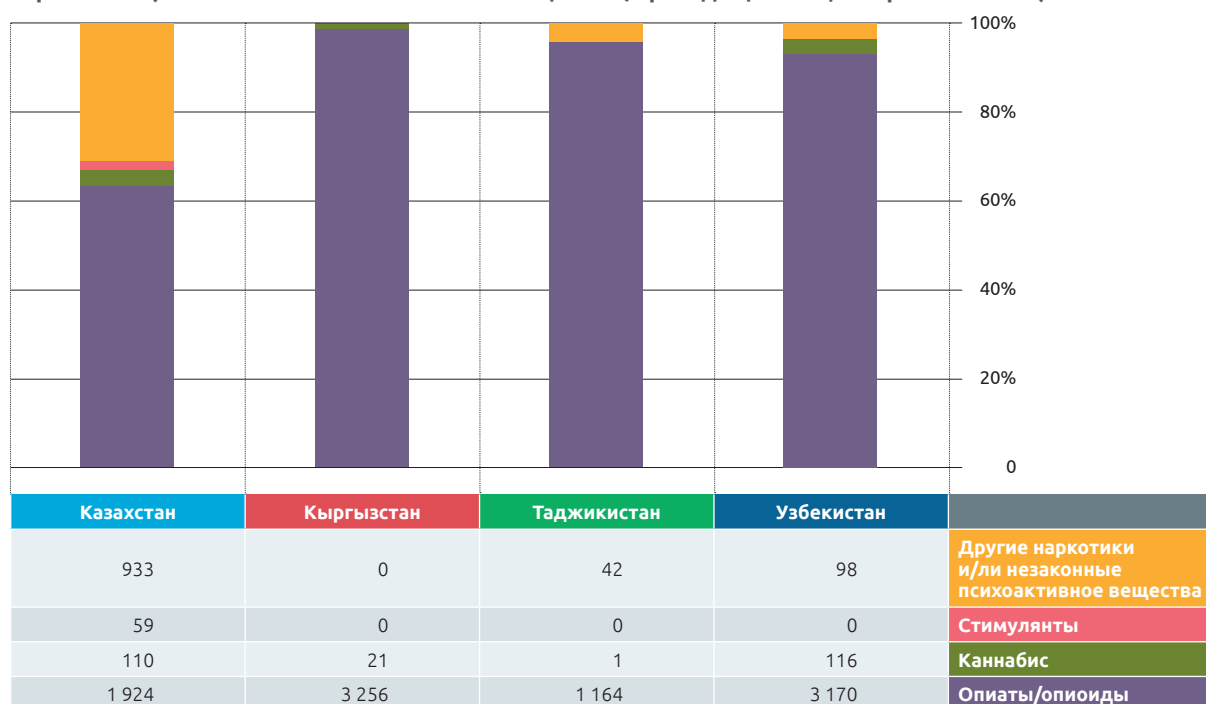
Страна	Численность населения	Количество наркопотребителей, проходящих лечение	Наркопотребители, проходящие лечение на 10 тысяч жителей
Казахстан	16 675 000	2 972	1,8
Кыргызстан	5 514 754	3 277	5,9
Таджикистан	7 800 000	1 207	1,5
Узбекистан	29 559 100	4 816	1,6

ДИАГРАММА 4-11: Количество наркозависимых, проходящих лечение, и объемы лечения в сопоставлении с численностью населения в 2011 г.



Страна	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Казахстан	-	4 307	5 675	7 142	6 991	6 771	5 255	4 105	3 482	2 972
Кыргызстан	-	-	-	-	-	-	-	2 408	3 979	3 277
Таджикистан	743	637	1 015	1 040	1 192	1 245	1 152	1 286	1 007	1 207
Узбекистан	-	-	-	5 873	6 517	6 676	5 842	5 497	5 805	4 816

В Узбекистане включены лишь пациенты, проходящие стационарное лечение.

ДИАГРАММА 4-12: Наркопотребители, проходящие лечение в 2011 г., в разбивке по первичным наркотикам (в Узбекистане включены лишь пациенты, проходящие стационарное лечение)

4.4 ИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, СВЯЗАННЫЕ С УПОТРЕБЛЕНИЕМ НАРКОТИКОВ

В последнее время количество новых выявленных случаев ВИЧ-инфекции среди ПИНов понизилось в Казахстане и Узбекистане, но повысилось в Кыргызстане и Таджикистане. В 2011 г. относительная годовая заболеваемость ВИЧ-инфекцией у ПИНов (на 1 миллион жителей) была высшей в Кыргызстане (64,9) и низшей в Узбекистане (15,7).

Доля ПИНов среди всех лиц, инфицированных ВИЧ-инфекцией, в долгосрочной перспективе понизилась – с 61–82% во всех странах в 2002 г. до 42–60% в 2011 г., за исключением Узбекистана, где доля ПИНов среди новых выявленных случаев ВИЧ-инфекции снизилась до 13% в 2011 г.

За последнее десятилетие во всех четырех странах Средней Азии проводилось периодическое биологическое/серо-поведенческое исследование (BBSs) выборки высоко-рискованного населения, включающего ПИНов, в целях надзора; серологическое тестирование включает ВИЧ, гепатит типа «С» и сифилис. Применяется отбор образцов на основании ответов ответчиков, географическое покрытие биологического/серо-поведенческого надзора постепенно расширяется.

Однако, недавние проверки, проводимые в Средней Азии Международным центром программ по борьбе со СПИДом Колумбийского Университета (ICAP) при финансовой поддержке со стороны PEPFAR⁹ и CDC¹⁰, выявили несколько методических недостатков в «BBSs» во всех четырех странах Средней Азии (Deryabina et al., 2012c, Deryabina et al., 2012a, Deryabina et al., 2012b). Поэтому при толковании полученных данных необходима определенная осторожность.

Долженная распространенность ВИЧ-инфекции среди ПИНов варьирует между 3,8% (Казахстан) и 14,6% (Кыргызстан). В то время как в Таджикистане и Узбекистане, где в 2005 г. была наивысшая распространенность ВИЧ-инфекции (свыше 15%), наблюдается тенденция понижения, в Кыргызстане в последнее время распространенность ВИЧ-инфекции среди ПИНов возросла. Распространенность ВИЧ-инфекции в Казахстане кажется долгосрочно стабильной.

Распространенность гепатита типа «С» среди ПИНов постоянно высокая в Казахстане (прибл. 60%) и Кыргызстане (прибл. 50%), что указывает на продолжающуюся передачу вируса между ПИНами и на опасность вспышки

9 (США) Президентский аварийный план помощи борьбе со СПИДом (President's Emergency Plan for AIDS relief);

10 Центр по контролю заболеваемости, Атланта США (Center for Disease Control, Atlanta, USA);

эпидемии ВИЧ-инфекции среди ПИНов, в том числе и в Казахстане с его настоящим относительно низким уровнем распространения ВИЧ-инфекции. Распространенность гепатита типа «С» среди ПИНов в Таджикистане и Узбекистане снижается пропорционально к снижению распространенности ВИЧ-инфекции.

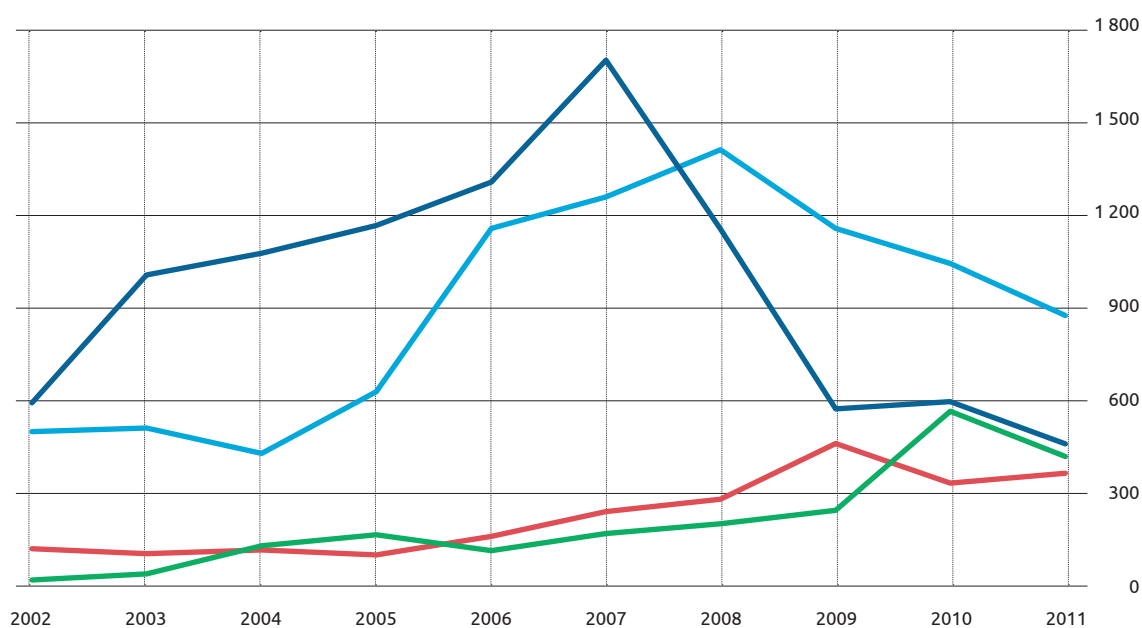
По данным серологического скрининга распространенность сифилиса среди ПИНов достигает от 5 до 10%, с тенденцией небольшого понижения во всех странах.

Детализированные данные по распространенности ВИЧ-инфекции, гепатита типа «С» и сифилиса доступны в Казахстане и Узбекистане. Детализированная информация по возрасту и продолжительности инъекционного применения наркотиков в приведенных двух странах указывает на низкий уровень распространенности, который и впредь снижается, у молодых и менее опытных ПИНов. Особенно в Узбекистане очевидна тенденция понижения меры зараженности среди молодых ПИНов, что указывает на понижающуюся заболеваемость инфекциями, за которыми ведется наблюдение, и свидетельствует о понижающейся тенденции в мере их распространенности.

ТАБЛИЦА 4-10: Количество новых случаев ВИЧ-инфекции у ПИНов в 2011 г.

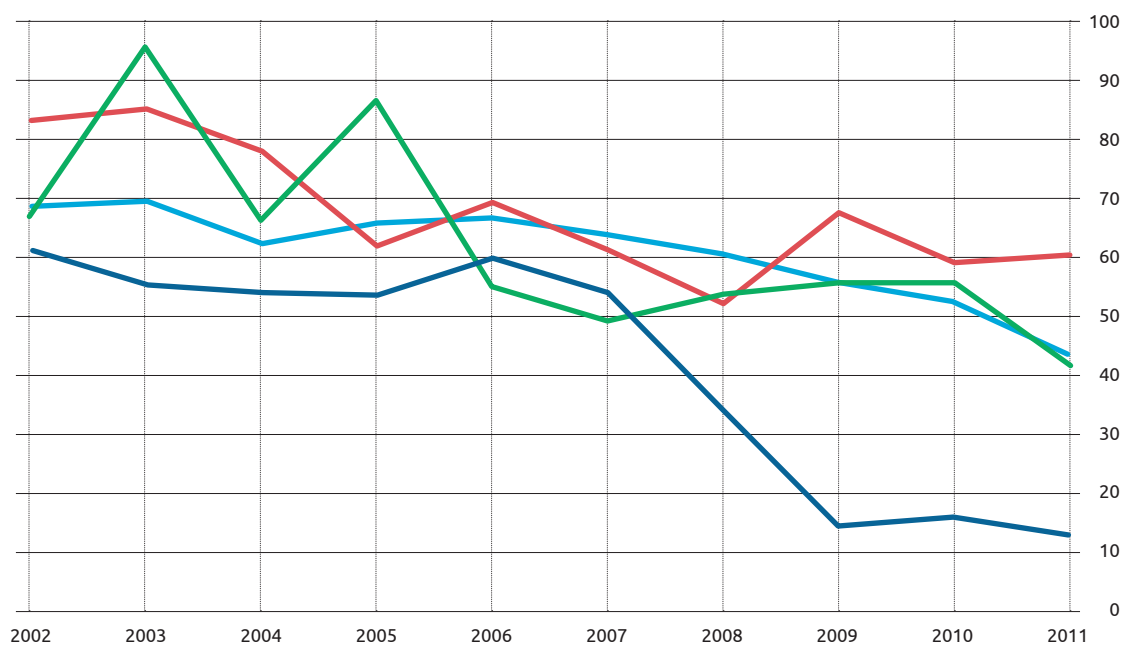
Страна	Новые ВИЧ-инфекции у ПИНов	
	Количество	На 1 миллион жителей
Казахстан	876	52,5
Кыргызстан	358	64,9
Таджикистан	412	52,8
Узбекистан	465	15,7

ДИАГРАММА 4-13: Тенденции в новых выявленных случаях ВИЧ-инфекции у ПИНов за 2002–2011 гг.



Страна	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Казахстан	501	515	433	632	1 156	1 258	1 410	1 155	1 043	876
Кыргызстан	121	106	119	102	161	237	277	452	327	358
Таджикистан	22	40	131	163	112	167	200	240	558	412
Узбекистан	596	1 009	1 080	1 168	1 309	1 699	1 158	577	600	465

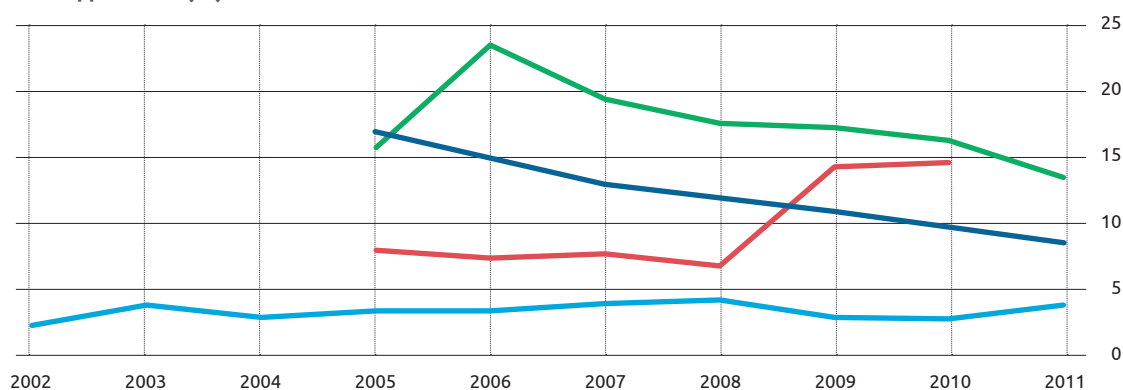
ДИАГРАММА 4-14: Тенденции в доле ПИНов среди новых выявленных ВИЧ-инфекций в 2002–2011 гг.



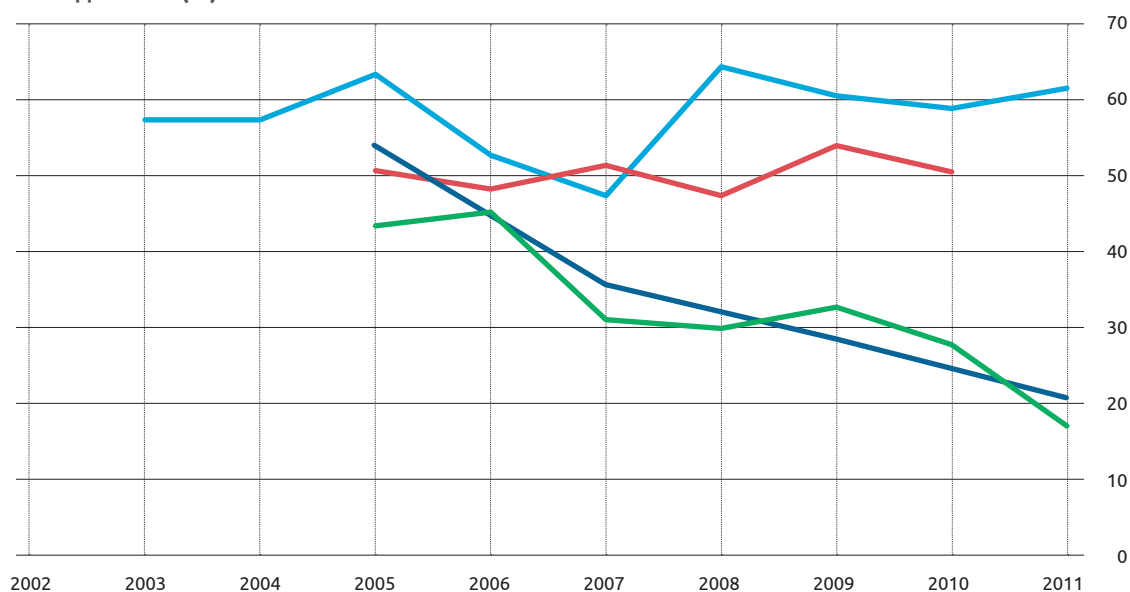
Страна	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Казахстан 15–34	68,2	69,0	61,9	65,6	66,2	63,6	60,4	55,5	52,5	43,7
Кыргызстан 15–34	82,9	84,8	77,8	61,8	69,1	61,1	52,1	67,4	59,0	60,3
Таджикистан 15–34	66,7	95,2	66,2	86,2	54,9	49,3	53,6	55,7	55,6	41,7
Узбекистан 15–34	60,8	55,0	53,6	53,1	59,4	53,6	34,0	14,4	15,8	13,0

ТАБЛИЦА 4-11: Размер выборки и географическое покрытие выборки серо-поведенческих исследований в 2005–2011 гг.

Год	Казахстан		Кыргызстан		Таджикистан		Узбекистан	
	Размер выборки	Географическое покрытие	Размер выборки	Географическое покрытие	Размер выборки	Географическое покрытие	Размер выборки	Географическое покрытие
2005	4 679	21 город (национальное)	500	2 города	600	2 города	1 956	нет данных
2006	4 553	22 город (национальное)	500	2 города	600	2 города	нет данных	нет данных
2007	4 902	22 город (национальное)	800	5 города	1 355	6 города	3 743	5 города
2008	4 868	22 город (национальное)	648	5 города	1 355	6 города	нет данных	нет данных
2009	4 860	22 город (национальное)	900	8 города	1 657	8 города	4 098	14 городов 14 регионах (национальное)
2010	4 950	22 город (национальное)	930	8 города	1 655	8 города	нет данных	нет данных
2011	4 830	22 город (национальное)	нет данных	нет данных	2 000	10 городов из 68 регионов	5 600	14 городов 14 регионах (национальное)

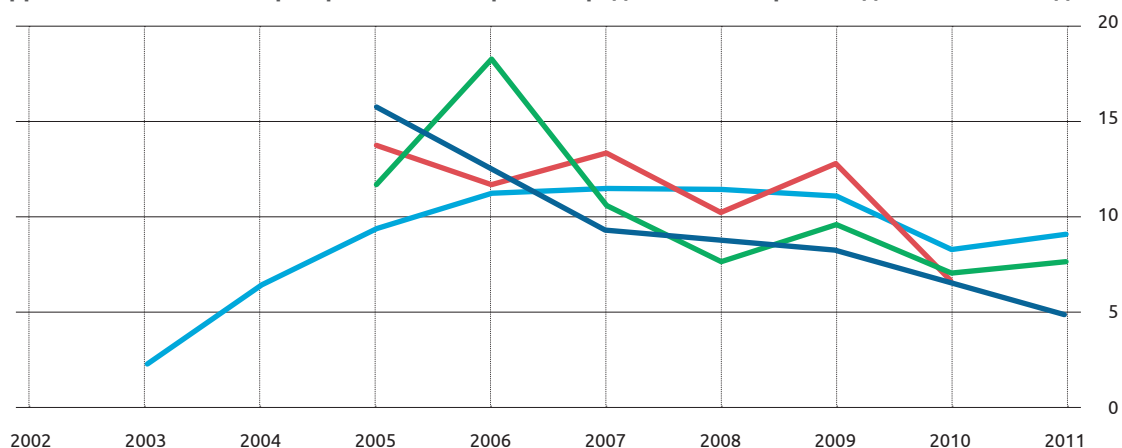
ДИАГРАММА 4-15: Распространенность ВИЧ-инфекции среди ПИНов в серо-поведенческом исследовании (%)

Страна	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Казахстан	2,3	3,8	2,9	3,4	3,4	3,9	4,2	2,9	2,8	3,8
Кыргызстан	-	-	-	8,0	7,4	7,8	6,8	14,3	14,6	-
Таджикистан	-	-	-	15,8	23,5	19,4	17,6	17,3	16,3	13,5
Узбекистан	-	-	-	17,0	-	12,9	-	10,9	-	8,5

ДИАГРАММА 4-16: Распространенность гепатита типа «С» среди ПИНов в серо-поведенческом исследовании (%)

Страна	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Казахстан	-	57,2	57,2	63,1	52,6	47,6	64,1	60,3	58,7	61,2
Кыргызстан	-	-	-	50,6	48,4	51,3	47,5	53,7	50,4	-
Таджикистан	-	-	-	43,1	45,0	31,1	29,9	32,6	27,8	17,3
Узбекистан	-	-	-	53,7	-	35,5	-	28,5	-	20,9

ДИАГРАММА 4-17: Распространенность сифилиса среди ПИНов в серо-поведенческом исследовании (%)



Страна	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Казахстан	-	2,3	6,4	9,3	11,1	11,4	11,3	10,9	8,2	9,0
Кыргызстан	-	-	-	13,6	11,6	13,3	10,2	12,7	6,7	-
Таджикистан	-	-	-	11,7	18,2	10,6	7,7	9,6	7,1	7,7
Узбекистан	-	-	-	15,6	-	9,3	-	8,3	-	4,9

ТАБЛИЦА 4-12а: Тенденции распространения ВИЧ-инфекции, гепатита типа «С» и сифилиса среди ПИНов в серо-поведенческих исследованиях в Узбекистане в разбивке по возрастным группам и времени от первого инъекционного употребления наркотика (%)

Показатель	ВИЧ			VHC			Сифилис		
	2007	2009	2011	2007	2009	2011	2007	2009	2011
ПИНЫ в возрасте до 25 лет	11,2	7,2	5,6	22,7	19,8	8,2	8,2	6,4	2,5
ПИНЫ в возрасте 25–34 лет	14,1	8,6	6,6	35,7	23,5	13,5	9,4	6,7	3,8
ПИНЫ в возрасте >34 лет	12,2	14,0	10,2	38,0	35,1	20,4	9,4	10,0	5,8
Количество лет от первого инъекционного употребления наркотика									
<2 года от первого инъекционного употребления наркотика (новые ПИНЫ)	10,0	6,4	6,1	24,1	19,1	10,8	7,6	5,1	4,6
Инъекционное употребление наркотиков от 2 до <5 лет	10,5	8,9	5,3	29,9	22,6	12,8	8,7	7,1	4,8
от 5 до <10 лет от первого инъекционного употребления наркотика	14,4	12,6	9,4	40,4	30,8	17,1	10,0	8,7	4,6
10 и больше лет от первого инъекционного употребления наркотика	19,1	15,7	17,7	53,8	43,0	29,2	11,4	11,9	6,2

ТАБЛИЦА 4-12b: Тенденции распространения ВИЧ-инфекции, гепатита типа «С» и сифилиса среди ПИНов в серо-поведенческих исследованиях и Казахстане в разбивке по возрастным группам и времени от первого инъекционного употребления наркотика (%)

Показатель	ВИЧ		VHC		Сифилис	
	2011	2012	2011	2012	2011	2012
ПИНЫ в возрасте до 25 лет	3,9	2,6	43,5	46,4	4,4	5,5
ПИНЫ в возрасте 25–34 лет	4,1	4,6	62,7	64,2	8,6	8,9
ПИНЫ в возрасте >34 лет	3,4	3,6	64,1	65,6	10,7	9,6
Количество лет от первого инъекционного употребления наркотика						
<2 года от первого инъекционного употребления наркотика (новые ПИНЫ)	4,4	1,7	43,5	41,5	7,4	6,6
Инъекционное употребление наркотиков от 2 до <5 лет	2,3	3,5	47,4	52,0	7,4	9,0
от 5 до <10 лет от первого инъекционного употребления наркотика	3,6	3,6	59,6	63,8	9,2	9,2
10 и больше лет от первого инъекционного употребления наркотика	4,6	5,0	74,5	73,9	10,2	9,0

4.5 СМЕРТИ, СВЯЗАННЫЕ С НАРКОТИКАМИ, И СМЕРТНОСТЬ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ НАРКОТИКОВ

Количество смертельных передозировок наркотиками долгосрочно понижается в Казахстане и в Узбекистане, в то время как в Кыргызстане и Таджикистане данный показатель относительно стабилен с некоторыми признаками снижения в последние годы.

Был проведен анализ смертности наркопотребителей снятых с диспансерной регистрации по причине смерти, а также косвенная стандартизация и последующие подсчеты Стандартизированного показателя смертности (SMR), сопоставляющего смертность зарегистрированных наркопотребителей со смертностью среди общего населения, т.е. «насколько в данной стране выше вероятность смерти в случае потребления наркотиков по сравнению с человеком того же возраста, который наркотики не потребляет».

Результат показывает, что данные Кыргызстана, и особенно Таджикистана, отличаются очень низкой надежностью с точки зрения регистрации смерти в наркологических реестрах.

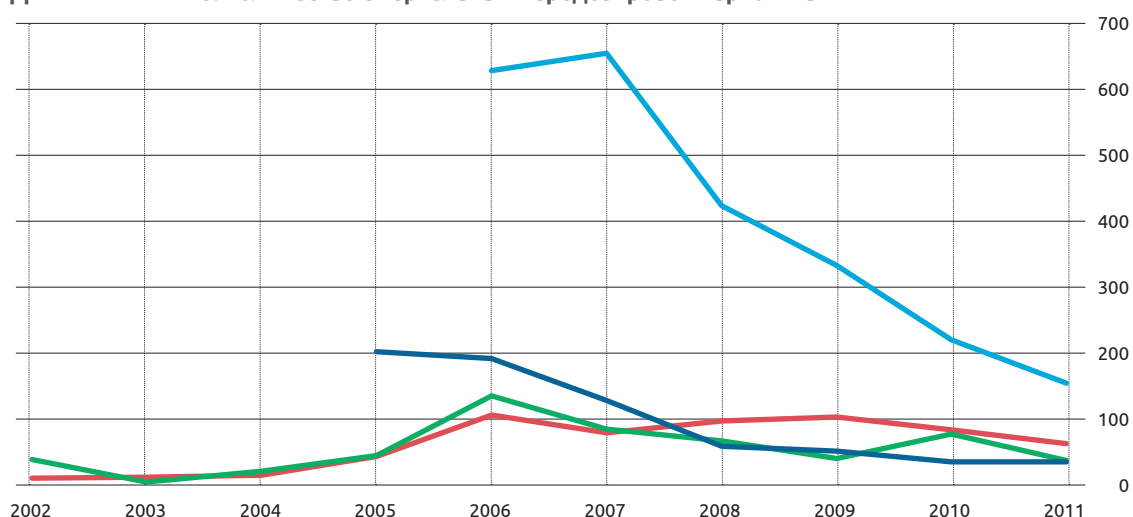
Общий коэффициент смертности на 1000 зарегистрированных наркопотребителей был подсчитан на уровне 23,0 в Казахстане и 12,1 в Кыргызстане в 2011 г., а в Узбекистане в 2009 г. и 2010 г. на уровне 17,8 и 29,3 (в указанном порядке) на 1000 зарегистрированных наркопотребителей.

Стандартизированный показатель смертности (SMR) был 3,8 (95% CI: 3,5–4,0) в Казахстане; 1,3 (95% CI: 1,1–1,5) в Кыргызстане; 6,4 (95% CI: 5,9–7,0) и 6,8 (95% CI: 6,3–7,4) в Узбекистане, что свидетельствует о чрезмерной смертности ПИНов во всех странах, а наивысшей в Узбекистане.

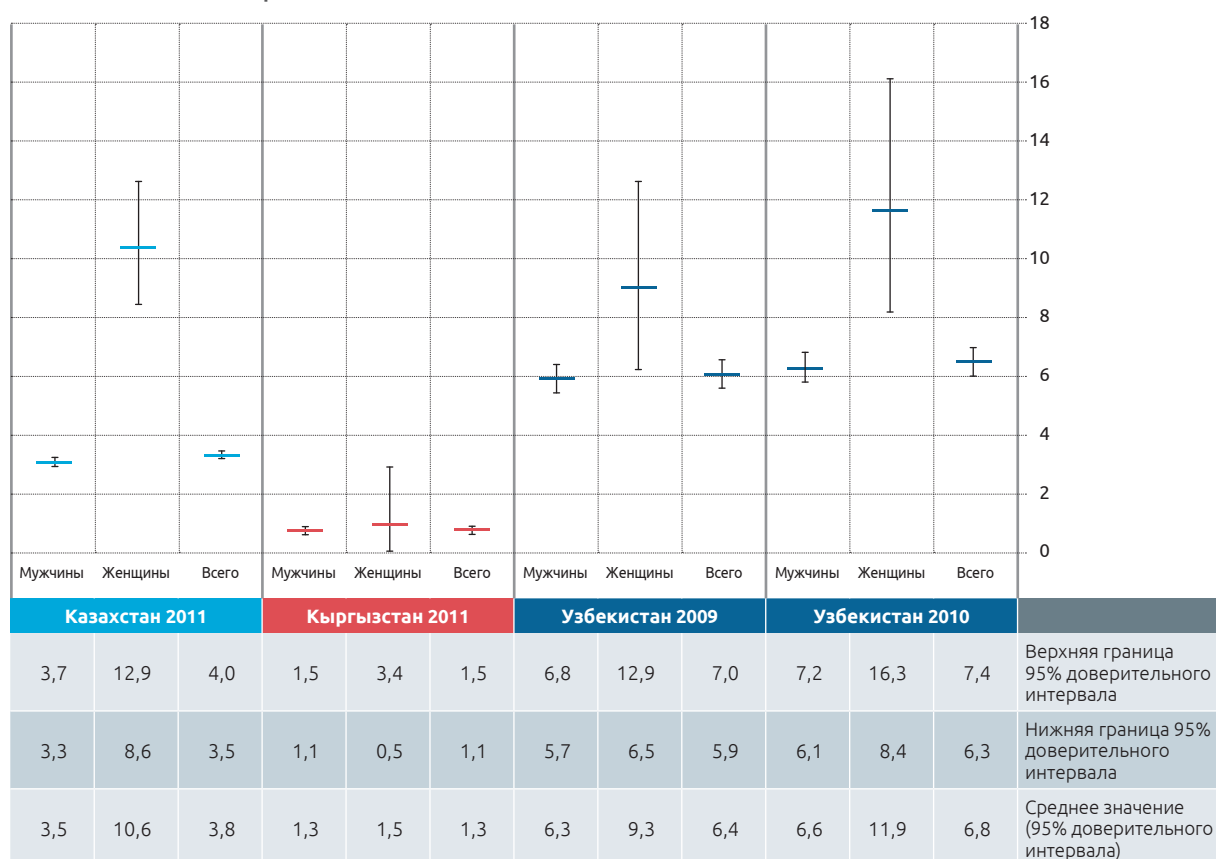
В Казахстане и в Узбекистане как общий коэффициент смертности, так и «SMR» в случае зарегистрированных наркопотребителей-женщин были существенно выше чем у мужчин. В Узбекистане высший уровень «SMR» у обоих полов наблюдался в возрастных группах 30–34 лет, и особенно 35–39 лет. В Казахстане высший «SMR» наблюдался в возрастной группе 18–34 лет. С 2009 по 2010 гг. в Узбекистане у обоих полов повысился «SMR» в возрастных группах до 34 лет, а понизился у старших возрастных групп.

Информация о структуре смертности наркопотребителей не имеется. Ограниченные данные относительно первопричин смерти доступны только в Узбекистане, где из данных о смертности можно выделить случаи смертельной передозировки. Согласно такому выделению, доля смертельных передозировок зарегистрированных наркопотребителей понизилась с 18% в 2005 г. до 3% в 2011 г.

ДИАГРАММА 4-18: Количество смертельных передозировок наркотиками



Страна	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Казахстан	-	-	-	-	627	652	424	333	222	156
Кыргызстан	13	14	17	45	106	80	97	103	84	64
Таджикистан	40	7	23	46	135	85	68	42	78	39
Узбекистан	-	-	-	201	191	129	60	54	38	37

ДИАГРАММА 4-19: Стандартизированный показатель смертности зарегистрированных наркопотребителей в сопоставлении с общим населением**ТАБЛИЦА 4-13: Стандартизированный показатель смертности (SMR) и 95% CI от SMR лиц, зарегистрированных в наркологической системе Узбекистана в 2009 и 2010 гг. в разбивке по возрастным группам и по полам**

Возраст	2009			2010		
	Мужчины	Женщины	Всего	Мужчины	Женщины	Всего
0-14	0,0	-	0,0	0,0	-	0,0
15-19	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
20-24	0,7 (0,0-3,9)	0,0	0,7 (0,0-3,8)	5,0 (2,0-10,3)	23,9 (0,3-132,8)	5,5 (2,4-10,9)
25-29	3,5 (2,0-5,7)	12,6 (1,4-45,6)	3,8 (2,3-6,0)	6,3 (4,1-9,1)	46,0 (14,8-107,4)	7,2 (5,0-10,2)
30-34	9,6 (7,6-11,9)	18,0 (4,8-46,1)	9,8 (7,8-12,1)	10,4 (8,3-12,9)	28,1 (9,0-65,5)	10,8 (8,7-13,3)
35-39	12,7 (10,6-15,0)	43,3 (21,6-77,4)	13,4 (11,3-15,7)	11,7 (9,8-14,0)	19,5 (6,3-45,5)	11,9 (9,9-14,2)
40-64	5,7 (5,0-6,4)	10,5 (5,6-18,0)	5,8 (5,1-6,5)	5,3 (4,7-6,1)	6,8 (3,1-13,0)	5,4 (4,8-6,1)
65+	1,9 (1,2-2,9)	3,1 (1,1-6,7)	2,1 (1,4-3,0)	4,2 (2,9-5,9)	10,0 (5,3-17,2)	5,0 (3,7-6,7)
Всего	6,3 (5,7-6,8)	9,3 (6,5-12,9)	6,4 (5,9-7,0)	6,6 (6,1-7,2)	11,9 (8,4-16,3)	6,8 (6,3-7,4)

ТАБЛИЦА 4-14: Стандартизированный показатель смертности (SMR) и 95% CI от SMR лиц, зарегистрированных в наркологической системе Казахстана в 2011 г. в разбивке по возрастным группам и по полам

Возрастная группа	Мужчины	Женщины	Всего
0-14	0,0	0,0	0,0
15-17	0,3 (0,0-1,8)	0,0	0,3 (0,0-1,6)
18-34	4,8 (4,3-5,4)	25,5 (18,8-33,8)	5,4 (4,8-6,0)
35-60	3,2 (3,0-3,5)	7,3 (5,4-9,7)	3,4 (3,1-3,6)
>60	2,4 (1,6-3,5)	11,8 (3,2-30,3)	2,7 (1,9-3,8)
Всего	3,5 (3,3-3,7)	10,6 (8,6-12,9)	3,8 (3,5-4,0)

ТАБЛИЦА 4-15: Структура смертности наркопотребителей в Узбекистане

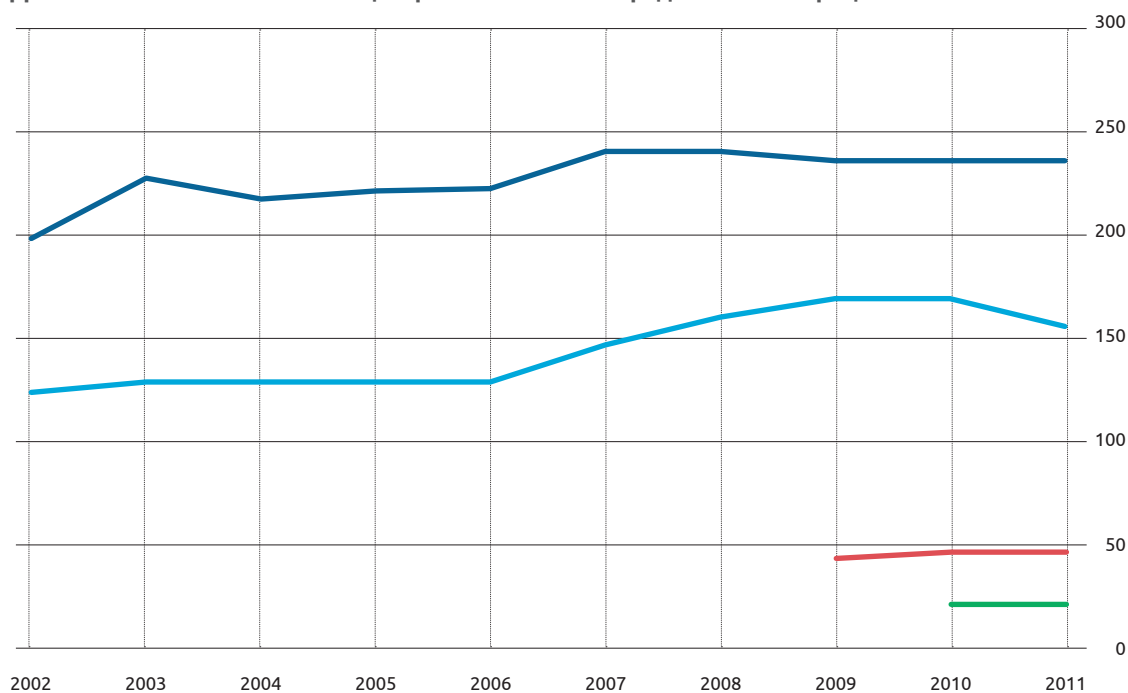
Год (к концу года)	Количество зарегистрированных наркозависимых	Количество смертельных исходов			Доля передозировок (%)
		Передозировки	Другое	Всего	
2005	19 868	78	365	443	17,6
2006	19 964	73	419	492	14,8
2007	20 100	52	485	537	9,7
2008	20 302	38	404	442	8,6
2009	19 737	43	506	549	7,8
2010	19 134	25	535	560	4,5
2011	18 387	16	516	532	3,0

4.6 МЕРЫ ПО СНИЖЕНИЮ ВРЕДА

Программы обмена шприцев и игл существуют во всех четырех странах. Количество программ в последние годы относительно стабильно. Долгосрочно повысилось количество контактов с ПИНами, а также количество розданных шприцев в Казахстане и Узбекистане – в двух странах, в отношении которых имеются данные уже с 2002 г.

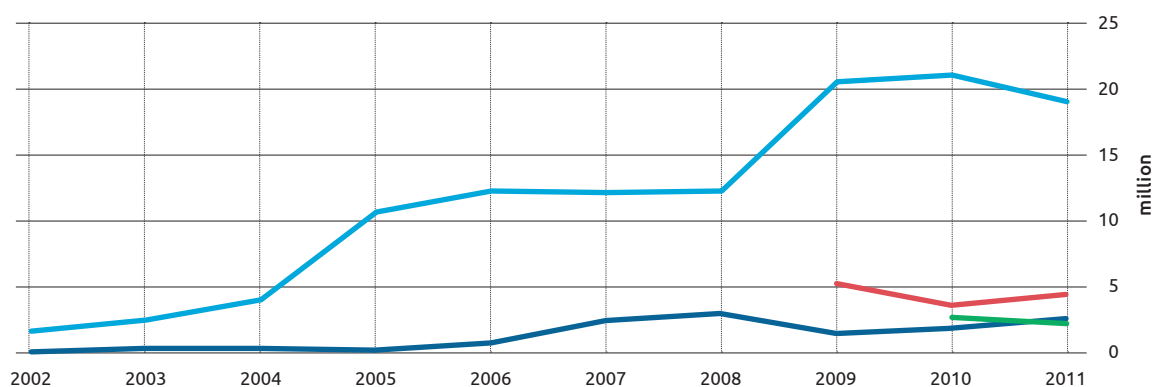
Несмотря на то, что Узбекистан докладывает высшее количество мест, где можно получить стерильные инъекционные материалы, здесь ниже количество обменянных шприцев на количество ПИНов, у которых есть контакт с программами по снижению вреда, а также на предполагаемое общее число ПИНов в стране.

ДИАГРАММА 4-20: Количество центров по снижению вреда – обмен шприцев и игл



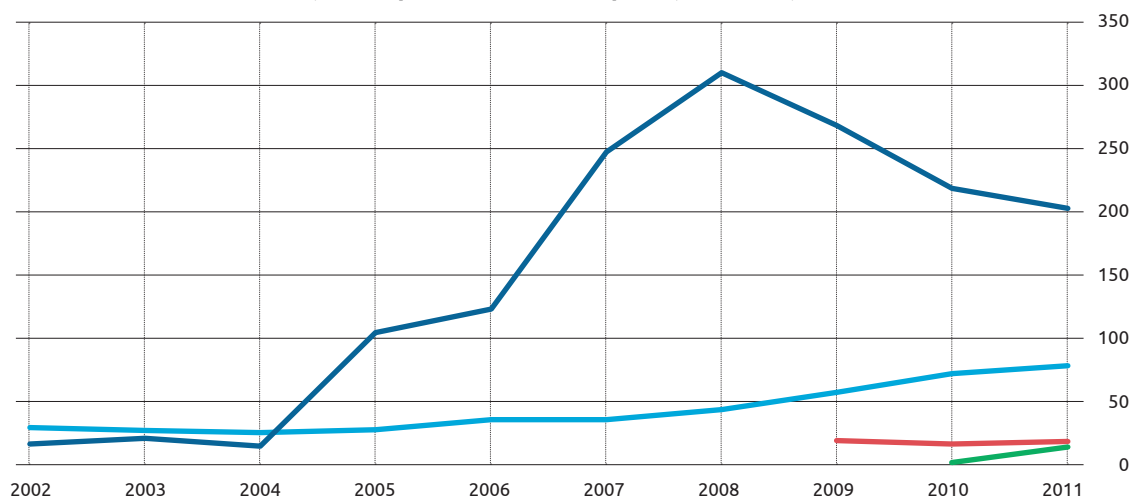
Страна	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Казахстан	124	129	129	129	129	146	159	168	168	155
Кыргызстан	-	-	-	-	-	-	-	44	45	45
Таджикистан	-	-	-	-	-	-	-	-	21	21
Узбекистан	199	227	217	221	222	239	239	235	235	235

ДИАГРАММА 4-21: Количество шприцев розданных в центрах по снижению вреда (в миллионах)



Страна	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Казахстан	1,63	2,46	3,99	10,65	12,22	12,12	12,22	20,51	21,02	19,00
Кыргызстан	-	-	-	-	-	-	-	5,27	3,56	4,41
Таджикистан	-	-	-	-	-	-	-	-	2,69	2,20
Узбекистан	0,07	0,33	0,33	0,22	0,74	2,39	3,00	1,46	1,81	2,60

ДИАГРАММА 4-22: Количество ПИНов (Казахстан) и количество контактов с ПИНами (Кыргызстан, Таджикистан и Узбекистан) в центрах по снижению вреда (в тысячах)



Страна	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Казахстан	31,1	29,2	27,4	29,9	37,4	37,3	45,5	58,8	73,3	79,6
Кыргызстан	-	-	-	-	-	-	-	20,8	18,6	20,1
Таджикистан	-	-	-	-	-	-	-	-	4,0	15,9
Узбекистан	18,6	22,9	17,0	106,2	124,7	248,1	310,6	269,1	219,7	203,7

ТАБЛИЦА 4-16: Количество розданных шприцев на одного ПИНа в контакте и предполагаемое общее число ПИНов

Страна	Количество розданных шприцев	Количество ПИНов в контакте с программами по снижению вреда	Предполагаемое количество ПИНов	Количество шприцев на 1 ПИНа в контакте	Количество шприцев на одного ПИНа из предполагаемых
Казахстан	18 999 014	79 579	116 840	238,7	163,0
Кыргызстан	3 563 915	9 120	19 000	390,8	187,6
Таджикистан	2 200 000	6 133	25 000	358,7	88,0
Узбекистан	2 601 516	нет данных	80 000	нет данных	32,5

Пояснение: Используются данные 2011 г., за исключением данных о количестве шприцев и наркопотребителей в контакте в Кыргызстане, которые за 2010 г., и предполагаемого числа ПИНов в Кыргызстане за 2010 г., в Таджикистане за 2009 г. и в Узбекистане за 2006 г.

4.7 ПОКАЗАТЕЛИ, КАСАЮЩИЕСЯ СОКРАЩЕНИЯ ПРЕДЛОЖЕНИЯ НАРКОТИКОВ

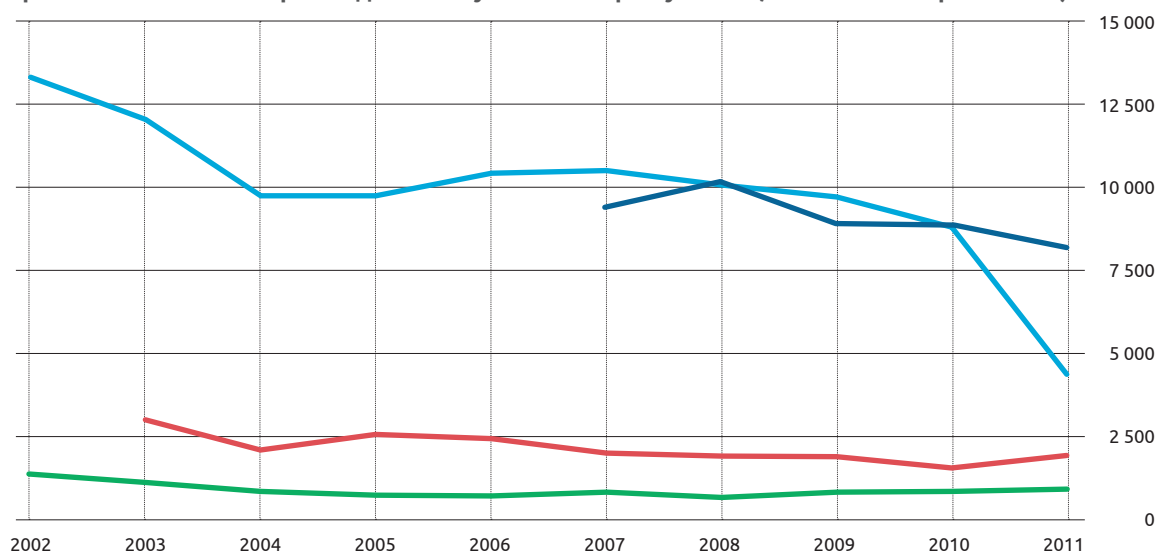
Уголовные преступления, связанные с наркотиками, являются отражением употребления наркотиков и рынка наркотиками, а также отражают деятельность правоохранительных органов. Поэтому толковать тенденции в указанной сфере сложно. Наиболее высокое число выявленных уголовных преступлений, имеющих отношение к наркотикам, в 2011 г. докладывает Киргизстан (3,5 на 10 тысяч жителей), а низшее Таджикистан (1,2).

Толковать данные тенденции посредством изъятых наркотиков еще более сложно; сопоставление в этой области еще больше усложняет различная практика отчетности и форматов отчетов об изъятиях. Однако, данные об изъятии героина и опия показывают пик в 2008 г. и понижение в последующих годах. Данные об изъятии каннабиса свидетельствуют об относительно постоянном росте.

Данные об уровне цены наркотиков не имеются за Узбекистан. Цена героина на улице варьирует от 8 евро (11 амер. долларов) за 1 грамм в Узбекистане до прикл. 35 евро (50 амер. долларов) в Казахстане и Узбекистане. Цена каннабиса на улице варьирует от 0,3 евро (0,5 амер. долларов) до 12 евро (17 амер. долларов) за 1 грамм.

Данные о чистоте наркотиков имеются только от Казахстана и Кыргызстана. В Казахстане средняя чистота героина в 2010 г. была на уровне 14%, в то время как в Кыргызстане за 2010 г. докладывали чистоту героина от 20% до 85%.

ДИАГРАММА 4-23: Преступления, связанные с наркотиками, расследуемые полицией (включает лица, арестованные в связи с расследованием уголовных преступлений, связанных с наркотиками)



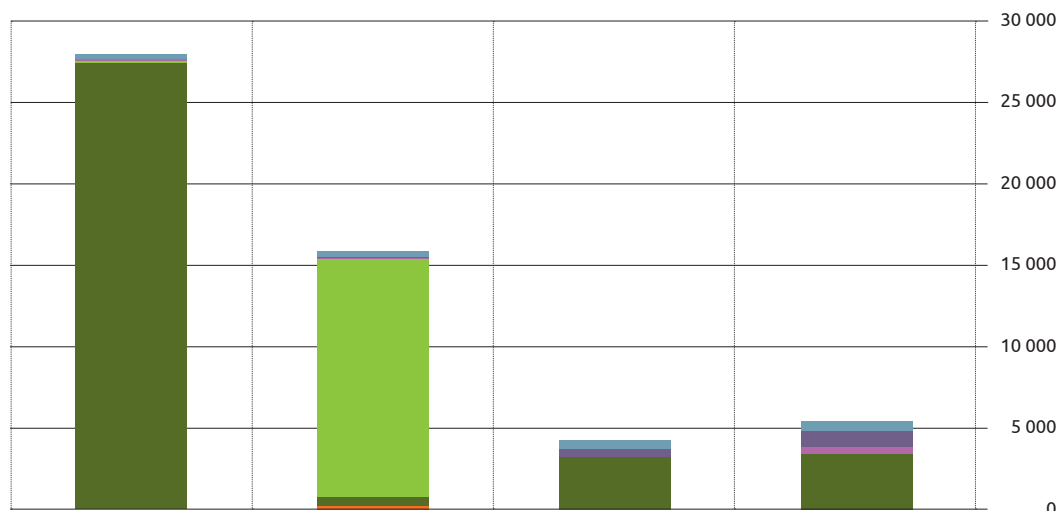
Страна	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Казахстан	13 313	12 039	9 748	9 741	10 423	10 502	10 065	9 705	8 795	4 360
Кыргызстан	-	3 106	2 090	2 565	2 437	1 996	1 905	1 887	1 543	1 924
Таджикистан	1 403	1 118	864	763	726	775	687	796	816	927
Узбекистан	-	-	-	-	-	9 394	10 174	8 901	8 854	8 171

Пояснение: Недавнее снижение количества уголовных преступлений, связанных с наркотиками, в Казахстане можно объяснить декриминализацией владения наркотиками для личных нужд, что с января 2011 г. считается лишь административным правонарушением.

ТАБЛИЦА 4-17: Уголовные преступления, связанные с наркотиками, в 2011 г.

Страна	Численность населения	Количество уголовных преступлений	На 10 тысяч жителей
Казахстан	16 675 000	4 360	2,6
Кыргызстан	5 514 754	1 924	3,5
Таджикистан	7 800 000	927	1,2
Узбекистан	29 559 100	8 171	2,8

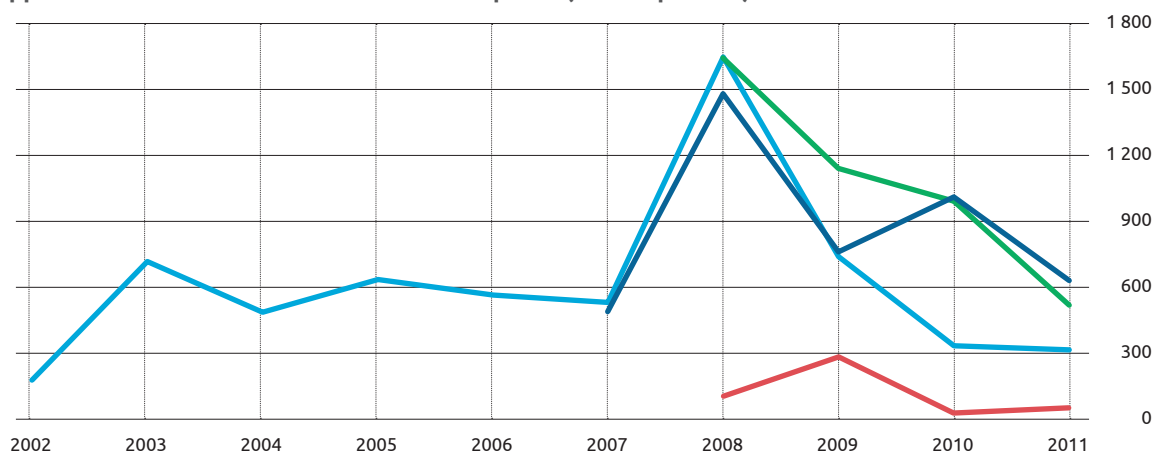
ДИАГРАММА 4-24: Количество изъятых наркотиков (в килограммах) в 2011 г.



Казахстан	Кыргызстан	Таджикистан	Узбекистан	
306,0	332,3	509,8	622,2	Героин
11,3	70,3	490,3	984,0	Опий
-	59,1	-	413,1	Маковая солома
96,7	14 578,8	-	-	Растение каннабиса
27 380,0	566,3	3 230,0	3 385,0*	Каннабис обработанный
-	195,0	-	-	Другие незаконные вещества и прекурсоры

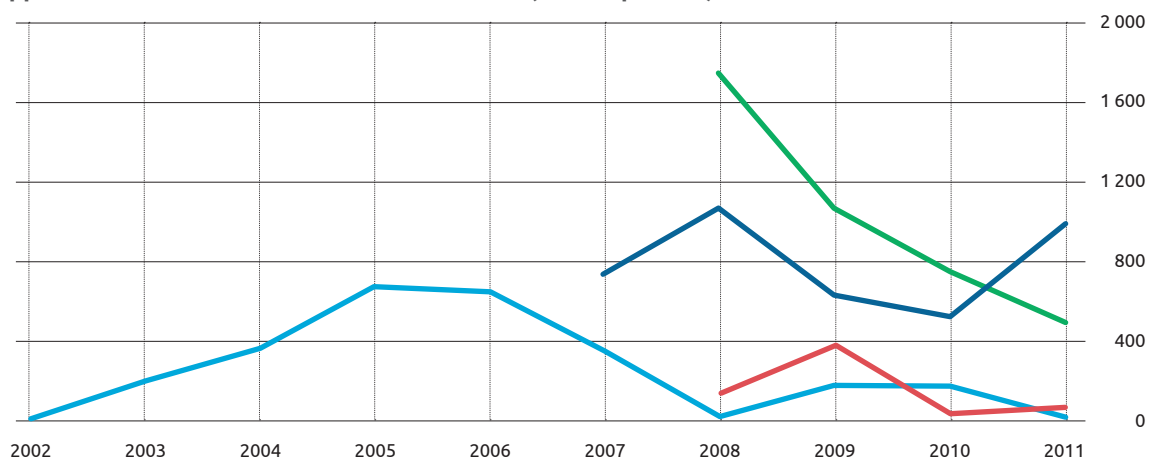
* Пояснение: в Узбекистане эта цифра включает как обработанный каннабис, так и само растение.

ДИАГРАММА 4-25: Количество изъятого героина (в килограммах)



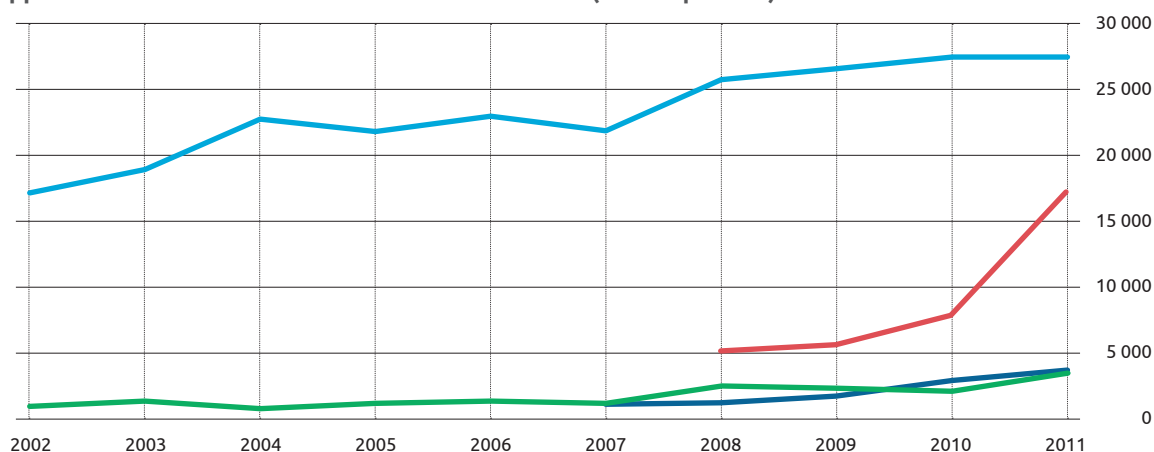
Страна	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Казахстан	167,6	707,0	475,7	625,7	554,7	522,0	1 639,0	731,0	323,0	306,0
Кыргызстан	-	-	-	-	-	-	298,9	341,0	156,8	332,3
Таджикистан	-	-	-	-	-	-	1 636,4	1 132,7	985,1	509,8
Узбекистан	-	-	-	-	-	479,9	1 471,7	754,7	1 004,3	622,2

ДИАГРАММА 4-26: Количество изъятого опиума (в килограммах)



Страна	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Казахстан	13,2	192,6	352,8	668,8	636,7	335,5	16,7	171,8	168,3	11,3
Кыргызстан	-	-	-	-	-	-	140,1	376,1	38,8	70,3
Таджикистан	-	-	-	-	-	-	1 746,1	1 066,2	744,4	490,3
Узбекистан	-	-	-	-	-	730,9	1 062,3	625,8	519,1	984,0

ДИАГРАММА 4-27: Количество изъятого каннабиса (в килограммах)



Страна	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Казахстан	17 017,0	18 829,0	22 690,0	21 733,0	22 868,0	21 793,0	25 656,0	26 486,0	27 417,0	27 380,0
Кыргызстан	-	-	-	-	-	-	5 198,1	5 697,2	7 895,3	17 145,1
Таджикистан	999,0	1 424,9	930,0	1 164,4	1 305,5	1 174,1	2 691,0	2 372,8	2 173,2	3 230,0
Узбекистан	-	-	-	-	-	850,0	948,2	1 420,7	2 627,9	3 385,0

ТАБЛИЦА 4-18: Доложенные цены героина и каннабиса в 2011 г. – в оптовой продаже и на улице (в евро)

Страна	Героин		Каннабис	
	оптовая продажа (кг)	на улице (г)	оптовая продажа (кг)	на улице (г)
Казахстан	13 500	36,0	420	6,00
Кыргызстан	4 885	10,4	28	0,27
Таджикистан	2 970–3 755	31–40	270–310	нет данных
Узбекистан	5 700–35 700	08–35	350–2 800	0,70–12,00

4.8 РАЗВИТИЕ ПОЛИТИКИ ПРОТИВОДЕЙСТВИЯ НАРКОТИКАМ

Все страны Средней Азии подписали все три Конвенции ООН о наркотических средствах и психотропных веществах (1961, 1971, 1988) и все разработали национальные меры и механизмы для внедрения и координации политики противодействия наркотикам.

Стратегии противодействия наркотикам и/или планы действий, определяющие цели стратегии и ответственность национальных органов, разработаны во всех странах Средней Азии. Только Национальная стратегия противодействия наркотикам Республики Кыргызстан пока еще не была одобрена, так как в настоящее время проходит процессом консультирования в УНП ООН; после завершения процесса консультаций ожидается ее ускоренное утверждение.

Координационные механизмы существуют во всех четырех странах; наиболее общей схемой является политическая комиссия на высоком уровне, сопровождаемая административным органом, осуществляющим повседневную координацию, часто с определенными административными и исполнительными функциями в системе наркополитики и наркоконтроля, напр. национальное агентство по контролю за наркотиками или аналитический и координационный центр по наркотикам.

Аналитическая функция зачастую является составной частью координационного органа вместе с мониторингом наркоситуации. Так, например, в Узбекистане действует в рамках координационного органа специальное отделение по мониторингу наркоситуации. В Таджикистане специальный орган по мониторингу наркоситуации, соответствующий модели EMCDDA, учрежден в рамках Министерства здравоохранения. Казахстан и Кыргызстан в настоящее время рассматривают варианты структурных и институциональных рамок их органов по мониторингу наркоситуации.

Афганистан – это очень сильный внешний фактор, оказывающий влияние на ситуацию и политику в странах Средней Азии и акцентирующий значение снижения уровня поставок наркотиков в рамках наркополитики. «Контроль» является приоритетом системы и решение снижения спроса в рамках наркополитики (традиционно) включает в себя и такую контрольную функцию (например, наркологические реестры во всех странах).

Тем не менее, координационные механизмы и органы располагают также важными полномочиями в области координации наркополитики в области спроса – в области профилактики, мер по снижению вреда и лечения.

Интересный прогресс по направлению к «декриминализации» уголовного преступления употребления наркотиков и хранения наркотиков наблюдается в Казахстане, где хранение наркотиков для личных нужд недавно было переклассифицировано как административное правонарушение. Данный подход отражает приоритеты правозащитных органов в борьбе против организованных групп и торговли наркотиками вообще, а также понимание / восприятие употребления наркотиков как проблемы здоровья и народного здравоохранения.

План действий по наркотикам между ЕС и странами Средней Азии на 2009–2013 гг. и Программа по предотвращению распространения наркотиков в Центральной Азии (CADAP) играют важную роль в оказании поддержки разработкам и внедрению политики противодействия наркотикам в странах Средней Азии, а также в продвижении принципов ЕС в отношении сбалансированной, рациональной политики борьбы с наркотиками на основе высококачественной информации и научных познаний при одновременном соблюдении прав человека. Также оказывают поддержку межрегиональному сотрудничеству стран Средней Азии и совместной разработке общего регионального подхода в данной области.

4.9 БИБЛИОГРАФИЯ

1. AGENCY OF STATISTICS OF THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN. 2013. *Latest data* [Online]. Astana: Agency of Statistics of the Republic of Kazakhstan. Available: <http://www.eng.stat.kz/Pages/default.aspx> [Accessed 2 July, 2013].
2. ATAINTS, J., LATYPOV, A. & OCHERET, D. 2011. Передозировка: Обзор ситуации и ответные меры в 12 странах Восточной Европы и Центральной Азии [Overdose: Summary of the situation in 12 countries of Eastern Europe and Central Asia]. 1st ed. Vilnius: EEHRN.
3. CENTRAL INTELLIGENCE AGENCY 2013. *The World Factbook*. 2013 ed. Washington, DC: CIA.
4. CORNELL, S. E. 2006. The Narcotics Threat in Greater Central Asia: From Crime-Terror Nexus to State Infiltration? *China and Eurasia Forum Quarterly*, 4, 36–67.
5. DEGENHARDT, L., BUCELLO, C., MATHERS, B., BRIEGLEB, C., ALI, H., HICKMAN, M. & MCLAREN, J. 2011. Mortality among regular or dependent users of heroin and other opioids: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Addiction*, 106, 32–51.
6. DERYABINA, A., DOORONBEKOVA, A., GWYNN, C. & MCFARLAND, W. 2012a. Evaluation of the HIV Integrated Biobehavioral Surveillance System in the Republic of Kyrgyzstan. 1st ed. Almaty: International Centers for AIDS Care and Treatment Programs (ICAP) in Central Asia.
7. DERYABINA, A., DOORONBEKOVA, A., IKRANBEGIIN, R., KRYUKOVA, V., GWYNN, C. & MCFARLAND, W. 2012b. Evaluation of the HIV Integrated Biobehavioral Surveillance System in the Republic of Uzbekistan. 1st ed. Almaty: International Centers for AIDS Care and Treatment Programs (ICAP) in Central Asia.
8. DERYABINA, A., KRYUKOVA, V., GWYNN, C., BAURZHAN, Z. & MCFARLAND, W. 2012c. Evaluation of the HIV Integrated Biobehavioral Surveillance System in the Republic of Kazakhstan. 1st ed. Almaty: International Centers for AIDS Care and Treatment Programs (ICAP) in Central Asia.
9. INTERNATIONAL MONETARY FUND 2013. *World Economic Outlook Database*. Washington DC: International Monetary Fund.
10. LATYPOV, A. 2011. *The administration of addiction: the politics of medicine and opiate use in Soviet Tajikistan, 1924–1958*.
11. LATYPOV, A., OTIASHVILI, D., AIZBERG, O. & BOLTAEV, A. 2010. Opioid substitution therapy in Central Asia: towards diverse and effective treatment. Vilnius: EHRN.
12. LATYPOV, A., WELLCOME TRUST CENTRE FOR THE HISTORY OF MEDICINE AT, U. C. L. & UNIVERSITY OF, L. 2008. *Medicine, culture and empire : European encounters with the opium consumer in Russian central Asia, 1867–1917* [London, the author].
13. MATHERS, B. M., DEGENHARDT, L., PHILLIPS, B., WIESSING, L., HICKMAN, M., STRATHDEE, S. A., WODAK, A., PANDA, S., TYNDALL, M., TOUFIK, A. & MATTICK, R. P. 2008. Global epidemiology of injecting drug use and HIV among people who inject drugs: a systematic review. *Lancet*, 372, 1733–45.
14. POPULATION DIVISION OF THE DEPARTMENT OF ECONOMIC AND SOCIAL AFFAIRS OF THE UNITED NATIONS SECRETARIAT. 2012. *World Population Prospects: The 2012 Revision* [Online]. Available: <http://esa.un.org/unpd/wpp/index.htm>.
15. UNODC 2013. *World Drug Report 2013*. 1st ed. Vienna: United Nations Publications.
16. WHO, UNODC, & UNAIDS 2008. Principles of Drug Dependence Treatment. *Discussion Papers*. 1st ed. Vienna: UNODC.
17. WHO, UNODC, & UNAIDS 2009. *Technical Guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users*. Geneva: WHO.
18. WHO, WODAK, A., & COONEY, A. 2004. *Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV/AIDS among injecting drug users*. Geneva: World Health Organisation.
19. WORLD HEALTH ORGANIZATION 2009. *Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence*. Geneva: WHO.
20. ZABRANSKY, T., GRUND, J. P., LATYPOV, A., OTIASHVILI, D., STUIKYTE, R., SCUTELNICIUC, O., & SMYRNOV, P. 2012. Harm reduction in Central and Eastern Europe. In: PATES, R. & RILEY, D. (eds.) *Harm Reduction in Substance Use and High-Risk Behaviour*. Southern Gate, Chichester: John Wiley & Sons.
21. ГОСУДАРСТВЕННЫЙ КОМИТЕТ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН ПО СТАТИСТИКЕ [STATE STATISTICAL COMMITTEE OF THE REPUBLIC OF UZBEKISTAN]. 2013. *Демографические данные [Demographic data]* [Online]. Tashkent: State Statistical Committee of the Republic of Uzbekistan. Available: <http://www.stat.uz/demographic/> [Accessed 28 June, 2013].
22. ПЦН 2011. Отчёт ПЦН МЗ КР [Report of the Republican Centre of Narcology of the Ministry of Health of the Republic of Kyrgyzstan]. Бишкек [Bishkek].

4.10 СПИСОК ТАБЛИЦ

ТАБЛИЦА 1-1:	Площадь, население и ВВП стран Средней Азии	91
ТАБЛИЦА 3-1:	Ключевые показатели наркоситуации в странах Средней Азии в сопоставлении со странами Европейского Союза в среднем	95
ТАБЛИЦА 4-1:	Основная информация о странах (Источник: национальные справочники, ООН и др. приведенные международные источники)	96
ТАБЛИЦА 4-2:	Употребление запрещенных наркотиков среди населения по отдельным возрастным группам: методическая информация об исследованиях и распространенности в течение жизни (%)	97
ТАБЛИЦА 4-3:	Употребление наркотиков среди населения школьного возраста 15–16 лет в Казахстане в 2012 г.	97
ТАБЛИЦА 4-4:	Распространенность зарегистрированных наркопотребителей и алкоголиков в 2011 г. на 10 тысяч жителей	100
ТАБЛИЦА 4-5:	Обзор доступных оценок проблемных наркопотребителей (ПИНов) в Средней Азии	104
ТАБЛИЦА 4-6:	Количество лечебных заведений и их вместимость	105
ТАБЛИЦА 4-7:	Количество учреждений и количество лиц, проходящих заместительную терапию	105
ТАБЛИЦА 4-8:	Доступность различных форм терапии в 2013 по оценке национальных экспертов.	106
ТАБЛИЦА 4-9:	Количество наркозависимых, проходящих лечение, и объемы лечения в сопоставлении с численностью населения в 2011 г.	106
ТАБЛИЦА 4-10:	Количество новых случаев ВИЧ-инфекции у ПИНов в 2011 г.	108
ТАБЛИЦА 4-11:	Размер выборки и географическое покрытие выборки серо-поведенческих исследований в 2005–2011 гг.	109
ТАБЛИЦА 4-12а:	Тенденции распространения ВИЧ-инфекции, гепатита типа «С» и сифилиса среди ПИНов в серо-поведенческих исследованиях в Узбекистане в разбивке по возрастным группам и времени от первого инъекционного употребления наркотика (%)	111
ТАБЛИЦА 4-12б:	Тенденции распространения ВИЧ-инфекции, гепатита типа «С» и сифилиса среди ПИНов в серо-поведенческих исследованиях и Казахстане в разбивке по возрастным группам и времени от первого инъекционного употребления наркотика (%)	111
ТАБЛИЦА 4-13:	Стандартизированный показатель смертности (SMR) и 95% CI от SMR лиц, зарегистрированных в наркологической системе Узбекистана в 2009 и 2010 гг. в разбивке по возрастным группам и по полам.	113
ТАБЛИЦА 4-14:	Стандартизированный показатель смертности (SMR) и 95% CI от SMR лиц, зарегистрированных в наркологической системе Казахстана в 2011 г. в разбивке по возрастным группам и по полам.	113
ТАБЛИЦА 4-15:	Структура смертности наркопотребителей в Узбекистане	114
ТАБЛИЦА 4-16:	Количество розданных шприцов на одного ПИНа в контакте и предполагаемое общее число ПИНов.	115
ТАБЛИЦА 4-17:	Уголовные преступления, связанные с наркотиками, в 2011 г.	116
ТАБЛИЦА 4-18:	Доложенные цены героина и каннабиса в 2011 г. – в оптовой продаже и на улице (в евро).	118

4.11 СПИСОК ДИАГРАММ

ДИАГРАММА 1-1:	Ортографическая проекция пяти стран Средней Азии.	91
ДИАГРАММА 4-1:	Численность лиц с диагнозом наркозависимости (токсикомании), подлежащих диспансерной регистрации в 2002–2011 гг.	99
ДИАГРАММА 4-2:	Численность лиц с диагнозом алкоголизма, подлежащих диспансерной регистрации в 2002–2011 гг.	99
ДИАГРАММА 4-3:	Численность зарегистрированных пациентов и доли наркотиков в разбивке по видам наркотиков в 2011 г.	100
ДИАГРАММА 4-4:	Тенденции развития доли опиатов у зарегистрированных пациентов (%).....	100
ДИАГРАММА 4-5:	Тенденции развития доли каннабиса у зарегистрированных пациентов.....	101
ДИАГРАММА 4-6:	Доля женщин среди зарегистрированных наркопотребителей	101
ДИАГРАММА 4-7:	Доля молодых взрослых (15–34) среди зарегистрированных наркопотребителей (%).	102
ДИАГРАММА 4-8:	Доля старших взрослых (35 и выше) среди зарегистрированных наркопотребителей (%)	102
ДИАГРАММА 4-9:	Тенденция употребления опиатов, иных чем героин, у зарегистрированных потребителей опиатов (%)	103
ДИАГРАММА 4-10:	Доля ПИНов среди зарегистрированных наркопотребителей (%)	104
ДИАГРАММА 4-11:	Количество наркозависимых, проходящих лечение, и объемы лечения в сопоставлении с численностью населения в 2011 г.	106
ДИАГРАММА 4-12:	Наркопотребители, проходящие лечение в 2011 г., в разбивке по первичным наркотикам (в Узбекистане включены лишь пациенты, проходящие стационарное лечение)	107
ДИАГРАММА 4-13:	Тенденции в новых выявленных случаях ВИЧ-инфекции у ПИНов за 2002–2011 гг.	108
ДИАГРАММА 4-14:	Тенденции в доле ПИНов среди новых выявленных ВИЧ-инфекций в 2002–2011 гг.	109
ДИАГРАММА 4-15:	Распространенность ВИЧ-инфекции среди ПИНов в серо-поведенческом исследовании (%)	110
ДИАГРАММА 4-16:	Распространенность гепатита типа «С» среди ПИНов в серо-поведенческом исследовании (%)	110
ДИАГРАММА 4-17:	Распространенность сифилиса среди ПИНов в серо-поведенческом исследовании (%)	111
ДИАГРАММА 4-18:	Количество смертельных передозировок наркотиками	112
ДИАГРАММА 4-19:	Стандартизированный показатель смертности зарегистрированных наркопотребителей в сопоставлении с общим населением	113
ДИАГРАММА 4-20:	Количество центров по снижению вреда – обмен шприцев и игл	114
ДИАГРАММА 4-21:	Количество шприцев розданных в центрах по снижению вреда (в миллионах).....	115
ДИАГРАММА 4-22:	Количество ПИНов (Казахстан) и количество контактов с ПИНами (Кыргызстан, Таджикистан и Узбекистан) в центрах по снижению вреда (в тысячах)	115
ДИАГРАММА 4-23:	Преступления, связанные с наркотиками, расследуемые полицией (включает лица, арестованные в связи с расследованием уголовных преступлений, связанных с наркотиками)	116
ДИАГРАММА 4-24:	Количество изъятых наркотиков (в килограммах) в 2011 г.	117
ДИАГРАММА 4-25:	Количество изъятого героина (в килограммах)	117
ДИАГРАММА 4-26:	Количество изъятого опия (в килограммах)	118
ДИАГРАММА 4-27:	Количество изъятого каннабиса (в килограммах).....	118

5.

КАЗАХСТАН

Страновой обзор



5.1 ОСНОВНЫЕ ДАННЫЕ

Наименование	Год	Величина	Источник
Территория (кв. км)	2011	2 724 900	Агентство Республики Казахстан по статистике
Население	2011	16 675 000	Агентство Республики Казахстан по статистике
Валовой внутренний продукт на душу населения ¹ (€)	2011	8 685 т.е. \$11 220	Агентство Республики Казахстан по статистике
Неравномерность распределения доходов (коэффициент Джини)	2011	0,289	Агентство Республики Казахстан по статистике
Уровень безработицы (%)	2011	5,4	Агентство Республики Казахстан по статистике
Тюремное население (на 100 000 населения)	2011	260,4	Комитет уголовно-исполнительной системы Министерства внутренних дел Республики Казахстан
Доля населения, имеющего доходы ниже прожиточного минимума (%)	2011	5,3	Агентство Республики Казахстан по статистике
Доход на душу населения или потребление в долях процента ² (%)	2011	самый низкий – 9,0 самый высокий – 38,7	Агентство Республики Казахстан по статистике

5.2 ПОТРЕБЛЕНИЕ НАРКОТИКОВ СРЕДИ ОБЩЕГО НАСЕЛЕНИЯ И МОЛОДЕЖИ

Последнее исследование распространенности потребления наркотиков среди общего населения в национальном масштабе было проведено в 2001 году Республиканским научно-практическим центром медико-социальных проблем наркомании (РНПЦ МСПН).

Согласно данным, полученным в ходе выше названного исследования, количество лиц зависимых от наркотиков, в Республике Казахстан составляло 1,7% населения страны. Из них 31,6% – это лица, зависимые от опиоидов (в основном – героиновая зависимость), 81,3% – лица, зависимые от каннабиноидов, 15,5% – лица, зависимые от других наркотических веществ. Хотя бы раз в течение жизни пробовали наркотики 10% респондентов (1).

В 2006 году при содействии Регионального представительства Управления по наркотикам и преступности ООН (УНП ООН) в Центральной Азии было проведено национальное школьное исследование по алкоголю и наркотикам в 6 регионах страны. При проведении исследования использовался метод интервью и анкетирования с помощью вопросника ESPAD. Анкета респондентов была адаптирована к местным условиям, а также были сделаны отклонения от стандартной выборки лиц в возрасте 15–16 лет на 14–15 лет в связи с особенностями школьного образования в странах Центральной Азии (2).

По результатам данного исследования 4,8% респондентов хотя бы раз в жизни употребляли наркотики, 2,7% употребляли марихуану в последние 12 месяцев, 0,1% инъекционно принимали героин.

В виду того, что вышеназванные исследования проводилось десять и шесть лет назад, на данный момент в стране нет каких-либо эпидемиологических исследований, отражающих актуальную ситуацию, связанную с потреблением наркотиков среди всего населения страны.

5.3 ПРОФИЛАКТИКА

Основные направления деятельности по профилактике потребления наркотиков обозначены в Постановлении Правительства Республики Казахстан от 27 мая 2009 года № 784 «О Программе борьбы с наркоманией и наркобизнесом в Республике Казахстан на 2009–2011 годы». Кроме того, в каждом регионе утверждены региональные Программы по борьбе с наркоманией и наркобизнесом. Данные Программы пересматриваются ежегодно. Как Национальная Программа, так и региональные Программы являются основополагающими документами в области профилактики наркозависимости и потребления наркотиков среди различных слоев населения.

¹ Курсы обмена валют на 31 декабря 2011 г., установленные Национальным Банком Казахстана:
1 Евро – 191,72 тенге, 1 Доллар США – 148,40 тенге.

² Распределение доходов населения по квинтильным группам (20-ти процентным группам населения).

В общей сложности за период реализации плана мероприятий Программы на 2009–2011 годы организовано свыше 23 тыс. мероприятий, направленных на первичную профилактику наркомании среди молодежи с общим охватом более 1 млн. человек.

В учебных заведениях на системной основе проводятся мероприятия под девизами «Спорт против наркотиков», «Туризм против наркотиков». По данным Министерства туризма и спорта, особое внимание уделяется развитию детско-юношеского спорта, как альтернативы потреблению наркотиков и алкоголя среди молодежи. Около 30% населения и около 20% всех учащихся посещают спортивные учреждения ежегодно (3).

Активную роль в области профилактики наркомании и других заболеваний принимает Республиканский Центр здорового образа жизни (РЦ ЗОЖ), который имеет филиалы во всех регионах РК. При поддержке РЦ ЗОЖ в стране функционируют 17 Молодежных центров здоровья, которые оказывают комплексные медико-психосоциальные услуги на дружественной к молодежи основе. Услуги также включают консультацию, помощь и поддержку для лиц, имеющих проблемы с наркотиками (3).

Образовательные учреждения, по-прежнему, остаются основными социальными институтами, где разворачивается большинство профилактических мероприятий. В 2011 году впервые в стране при поддержке Управления по наркотикам и преступности (УНП ООН) проведена оценка профилактических программ в образовательных учреждениях (4).

С 2010 года начиная с дошкольного образования и заканчивая высшими учебными заведениями (ВУЗ) внедряется новая учебная дисциплина: самопознание, нравственно-духовное развитие личности. Данная стандартная программа проводится в каждом учебном заведении в течение всего учебного года. В рассматриваемой программе часть интерактивных занятий посвящена профилактике потребления наркотиков и развитию жизненных навыков.

5.4 ПРОБЛЕМНОЕ ПОТРЕБЛЕНИЕ НАРКОТИКОВ

В соответствии с международным определением, основную часть проблемного потребления наркотиков в Республике Казахстан составляет инъекционное потребление наркотиков.

Достоверных данных в отношении потребления кокаина, амфетаминов и метамфетаминов среди населения в Казахстане нет. Следует отметить, что высокая стоимость данных наркотиков в стране значительно ограничивает их доступность, большинство имеющихся изъятий этих веществ было осуществлено в городах Астана, Алматы.

В последнее время все более актуальными становятся вопросы, касающиеся появления на территории страны дезоморфина, кустарно изготавливаемого из доступных кодеинсодержащих лекарственных препаратов. Также в 2011 году в отдельных регионах Казахстана были зарегистрированы обращения в наркологические организации лиц с острыми отравлениями тропикамидом³, который используется наркопотребителями.

На территории Республики Казахстан оценка численности потребителей инъекционных наркотиков (ПИН) проводится на основании Методических рекомендаций Республиканского центра по профилактике и борьбе со СПИД (РЦ СПИД) от 2004 года «Быстрая оценка численности уязвимых групп населения (потребителей инъекционных наркотиков, работниц коммерческого секса и мужчин, вступающих в сексуальные отношения мужчинами) (БОС)». Методика проведения оценки численности ПИН оставалась неизменной с 2004 года (5).

По состоянию на конец 2011 года оценочная численность лиц, употребляющих инъекционные наркотики, в течение последних 12 месяцев, составляет 123 640 человек (в 2010 г. – 119 100 чел.). Доля потребителей инъекционных наркотиков в соотношении с численностью населения в возрасте от 15 лет и старше в Республике Казахстан составляет 1% (5).

5.5 СПРОС НА ЛЕЧЕНИЕ

В 2011 году имело место 4361 обращение за стационарной помощью по поводу наркотической зависимости, включая 2972 обращения за наркологическим лечением впервые в жизни. Мониторингом по индикатору спроса на лечение охвачено 77,8% (3 393 человек) всех клиентов, пролеченных в условиях государственных стационаров, из которых 32,1% (1091 человек) обратились за лечением впервые в жизни (6).

³ Тропикамид – глазные капли, которые при определенном способе потребления вызывают сильные галлюцинации с сопутствующим тяжелым токсическим отравлением.

В течение последних трех лет количество пролеченных пациентов в государственных наркологических диспансерах имеет тенденцию к уменьшению. В то же время количество лиц, впервые обратившихся за наркологическим лечением, имеет тенденцию к увеличению за последние три года.

Большинство случаев лечения в стране связано с психическими и поведенческими расстройствами, вызванными потреблением опиоидов (F11 по МКБ-10, 1994) и сочетанным потреблением психоактивных веществ (F19 по МКБ-10, 1994). Опиоиды остаются наиболее проблемным наркотиком среди пролеченных пациентов с 1999 года. В 2011 опиоиды являются первичным наркотиком для 87,74% всех пролеченных по поводу наркозависимости клиентов (6).

По демографическим характеристикам наибольшее число пациентов, пролеченных в 2011 году, принадлежат к мужскому полу (89,9%). Средний возраст пациентов составил 34,1 лет. Проживали со своими семьями (с родителями или с партнером /детьми) 54,5% всех пациентов, 0,1% пациентов были бездомными. Являлись безработными 69,4% всех пациентов.

Среди лиц, ранее – до 2011 года – получавших наркологическое лечение, 50% имели от 2 до 5 предыдущих эпизодов лечения в наркологических диспансерах страны. Среднее количество госпитализаций среди ранее пролеченных лиц составляет 4,1 раза.

5.6 ИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, СВЯЗАННЫЕ С НАРКОТИКАМИ

В 2011 общее количество ВИЧ позитивных лиц в РК составило 17763 чел., среди которых основным путем инфицирования в 63,4% (11265 чел.) случаев явилось потребление инъекционных наркотиков. В течение последних лет доля потребителей инъекционных наркотиков среди вновь выявленных случаев ВИЧ снижается, в то время как сексуальный путь передачи ВИЧ-инфекции возрастает (5).

По данным дозорного эпиднадзора, распространенность ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков в 2011 году составила 3,8%. В 2011 году, при сравнении с 2010 годом (2,8%), в популяции ПИН произошло увеличение распространенности ВИЧ – инфекции в 1,4 раза (5).

Распространенность вирусного гепатита С (ВГС) в 2011г. среди ПИН составила 61,3% (в 2010 г. – 58,7%). На протяжении 7 лет средне-республиканский показатель распространенности ВГС находится в пределах 60%. Распространенность ВГС выше у лиц в возрасте старше 25 лет (63,4%), чем у ПИН в возрасте моложе 25 лет (43,6%)(5).

Распространенность сифилиса среди ПИН в 2011 году составила 10,9%. В течение 5 лет распространенность сифилиса в данной группе находится в пределах 8,2%–11,5% (5).

5.7 СМЕРТИ, СВЯЗАННЫЕ С НАРКОТИКАМИ И СМЕРТНОСТЬ СРЕДИ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ НАРКОТИКОВ

В Республике Казахстан в соответствии с действующим законодательством по всем случаям смерти, связанным с отравлением, в том числе и отравлениями наркотическими, психотропными веществами, проводится судебно-медицинская экспертиза.

Показатель отравлений наркотиками и психотропными веществами на 1000 населения по РК с 2007 (0,14) по 2011 (0,06) год снизился в более чем в 2 раза среди всего населения. Доля отравлений среди несовершеннолетних лиц в общем числе отравлений наркотиками и психотропными веществами (абсолютные цифры) возросла с 4,8% в 2007 году до 11,9% в 2011 году, доля отравлений женщин в общем числе отравлений наркотиками и психотропными веществами (абсолютные цифры) тоже за этот период возросла с 23,1% до 47,2%(6).

При сравнении и анализе статистических показателей общей смертности среди общего населения Республики Казахстан в 2011 году и показателей смертности в 2011 году среди потребителей ПАВ (кроме алкоголя и табака), состоящих на наркологическом учете, были рассчитаны показатели относительного риска смерти в популяции потребителей ПАВ (кроме алкоголя и табака) относительно популяции общего населения.

Итоговый показатель относительного риска смерти для мужчин составил 2,3 (ДИ 95: 2,1–2,5) в сравнении с ожидаемой смертностью среди общего населения. Итоговый показатель для женщин, хронически употребляющих ПАВ (кроме алкоголя и табака), составил 6,8 (ДИ 95: 5,3–8,7). Итоговый показатель относительного риска смерти для потребителей ПАВ (кроме алкоголя), включая мужчин и женщин, составляет 2,4 (ДИ 95:2,3–2,6).

5.8 ОТВЕТНЫЕ ЛЕЧЕБНЫЕ МЕРЫ

Основными поставщиками услуг по лечению наркозависимости в стране являются наркологические диспансеры, которые охватывают в стране около 90% всех случаев лечения по поводу зависимости от наркотиков. Доступность бюджетного амбулаторного лечения в некоторых регионах страны (особенно в сельской местности) может быть ограничена отсутствием в организациях первичной медико-санитарной помощи (ПМСП), специалистов врачей-наркологов, а ограничения в предоставлении бюджетного стационарного лечения – отдаленностью от наркологических стационаров (в основном это тоже касается сельских жителей).

Стационарное лечение больных с зависимостью от ПАВ в государственном секторе предоставляют 22 наркологических диспансера, 5 психиатрических больниц и 9 наркологических больниц для принудительного лечения (6).

Лечение в терапевтических сообществах при государственной поддержке осуществляется в двух организациях страны: ГУ «Центр социально – психологической реабилитации наркозависимых лиц» при Комитете по борьбе с наркобизнесом и контролю за оборотом наркотиков МВД РК на 30 коек (село Раздольное, Акмолинская область); отделение социальной реабилитации клиники РНПЦ МСПН на 40 коек (село Мичурино, Павлодарская область).

Амбулаторную наркологическую помощь в 2011 году оказывали в городах – диспансерные отделения областных и городских наркологических диспансеров (22 организации), диспансерные отделения психиатрических диспансеров небольших городов (5 организаций) и в сельской местности – 176 наркологических кабинетов при организациях ПМСП (6).

Основной объем амбулаторной наркологической помощи оказывается государственными медицинскими организациями, на частные медицинские кабинеты приходится около 4% объем амбулаторной наркологической помощи.

В трех городах страны проводится опиоидная заместительная терапия (ОЗТ) в рамках пилотного проекта, финансируемого Глобальным фондом. Данная терапия реализуется в стране с октября 2008 года.

С начала реализации проекта ОЗТ в нем приняли участие 249 человек. Выбыло из проекта 137 человек, из них 29 человек (21%) выбыли с постепенным снижением дозы до полного прекращения употребления препарата. Вышли из проекта добровольно 23 человека (31%). В период реализации проекта не зафиксировано не одного случая смерти от приема препарата или передозировки.

С 2005 года ежегодно РНПЦ МСПН проводится сбор катamnестической информации для определения процента годовой ремиссии среди пролеченных пациентов в клинике РНПЦ МСПН. По результатам катamnеза 2011 года в ремиссии в течение года находились 33,5% пациентов, вышедших из программы медико-социальной реабилитации клиники РНПЦ МСПН в 2010 году (6).

Региональные наркологические диспансеры также ежегодно отслеживают долю пациентов, находящихся в ремиссии, среди всех пациентов, состоящих на диспансерном наркологическом учете. На 31 декабря отчетного года показатель ремиссии от 1 до 2 лет среди пациентов, состоящих на наркологическом учете с диагнозами F11–F16, F18, F19 (по МКБ-10, 1994), по стране составил 17,2%, свыше 2 лет – 12,6%(6).

5.9 ОТВЕТНЫЕ МЕРЫ ПО СНИЖЕНИЮ ВРЕДА

Одним из самых масштабных и эффективных ответов на последствия, связанные с потреблением инъекционных наркотиков в стране является деятельность пунктов доверия (ПД).

Цель работы ПД состоит в обеспечении безопасного инъекционного и полового поведения ПИН.

В 2011 году в ПД самостоятельно обратились 14 365 ПИН, что составляет 11,6% от их оценочной численности. Получили профилактические услуги хотя бы один раз 79 579 ПИН. Прямой охват профилактическими программами ПИН равен 64,4% от оценочного количества ПИН. Систематический охват ПИН профилактическими программами (не реже одного раза в месяц) в 2011 года равен 46,6% от оценочного количества ПИН (7).

В 2011 году в полевых условиях (через аутрич-работников или передвижные ПД) обслуживалось 52,7% оценочного количества ПИН (7).

На одного ПИН от их оценочного количества было роздано 154 шприца, и 194 шприца роздано на 1 ПИН, привлеченного в профилактические программы (7).

Около 65% оценочного количества ПИН были охвачены услугами психосоциального консультирования. В 2011 году консультации у специалистов медиков получили около 20% ПИН, пролечено в лечебно-профилактических около 7% оценочного количества ПИН (7).

Профилактика передозировок в стране ограничивается, в основном, информационно-образовательными мероприятиями среди потребителей наркотиков. Данные мероприятия проводятся наркологическими организациями, Центрами СПИД и профильными НПО.

Препарат Налоксон, часто используемый для профилактики передозировок среди потребителей, в стране доступен в учреждениях здравоохранения и внесен в список жизненно важных лекарств. Используется налоксон на станциях скорой медицинской помощи, приемных покоях больниц и в реанимационных отделениях. Однако препарат не доступен в аптеках.

5.10 РЫНКИ НАРКОТИКОВ И ПРЕСТУПЛЕНИЯ, СВЯЗАННЫЕ С НАРКОТИКАМИ

Основная доля изымаемых наркотиков приходится на каннабиноиды, что обусловлено наличием в стране большой территории произрастания дикорастущей конопли. В течение последних четырех лет количество объемов, изымаемых из незаконного оборота наркотиков, остается стабильным. В 2011 году общий вес изымаемых наркотиков составил 33 тонны 998 килограммов (8).

Согласно сведениям, представленным на основе оперативных данных Комитета по борьбе с наркобизнесом МВД РК, как оптовые, так и розничные цены на все виды наркотиков значительно выросли в течение 2005–2010 годов. В 2011 году, по сравнению с 2010 годом, цены остались примерно на одинаковом уровне. В 2011 году розничная цена героина варьировала от 2000 тенге до 15 000 тенге за один грамм, 1 грамм марихуаны на рынке сбыта стоили от 500 до 2 000 тенге.

По результатам экспертиз, проведенных Национальной лабораторией по проблемам правового и научного обеспечения государственного контроля над оборотом наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров, установлено, что содержание тетрагидроканнабинола в изъятой марихуане варьирует от 0,02% до 4,23% (в среднем составляет 1,59%), в гашише от 0,51% до 6,73% (в среднем составляет 3,31%). Чистота героина варьирует от 1,04% до 39,9% (в среднем 14,3%). При подготовке к реализации добавляют димедрол, цитрамон, анальгин, аспирин, парацетамол, ацетилсалициловую кислоту, в некоторых случаях используются левомецетин, стрептоцид, сахар, сода и лимонная кислота.

В последние годы в стране отмечается так называемая «аптечная наркомания». В частности, в настоящее время дезоморфин или «крокодил» является в Российской Федерации вторым по популярности нелегальным наркотиком после героина (занимает более четверти рынка), который также распространяется и на территории Республики Казахстан. В Республике Казахстан зарегистрировано 18 наименований лекарственных средств, содержащих в составе кодеин. Из зарегистрированных кодеиносодержащих лекарственных средств 7 наименований находятся под контролем, 11 препаратов выведены из-под контроля. С 2011 года кодеиносодержащие препараты, такие как Солпадеин, Юниспаз, Пенталгин-П, Антиспазм, отпускаются только по рецептам врача. Данная мера обусловлена тем, что увеличилось число случаев злоупотребления данными препаратами (8).

Удельный вес зарегистрированных преступлений, связанных с незаконным оборотом наркотиков, в общем объеме зарегистрированных в стране преступлений, составил 2%.

Согласно статистическим данным Комитета по правовой статистике и специальным учетам Генеральной Прокуратуры Республики Казахстан (КПСиСУГП) за 2011 год, правоохранительными органами Республики Казахстан зарегистрировано 4360 преступлений, связанных с незаконным оборотом наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров (далее – наркотики), против 8795 преступлений за аналогичный период 2010 года, что меньше на 50,4% (9).

Снижение зарегистрированных наркопреступлений связано с проведенной в январе 2011 года декриминализацией части 1 статьи 259 Уголовного кодекса Республики Казахстан (УК РК) «Незаконное приобретение, перевозка или хранение без цели сбыта наркотических средств или психотропных веществ в крупном размере» и переводом ее в разряд административных правонарушений (ст.320 КоАП РК).

В структуре наркопреступности, по-прежнему, преобладают преступления, предусмотренные статьей 259 УК РК «Незаконное изготовление, приобретение, хранение, перевозка, пересылка либо сбыт наркотических средств или психотропных веществ». Удельный вес преступлений, предусмотренных статьей 259 УК РК, в общем количестве зарегистрированных наркопреступлений составил 92,5%(9).

5.11 НАЦИОНАЛЬНОЕ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВО ПО НАРКОТИКАМ

Основополагающим документом, регулирующим правовые основы государственной политики в сфере оборота наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров и устанавливающим меры противодействия их незаконному обороту, является Закон Республики Казахстан №279 от 10 июля 1998 года «О наркотических средствах, психотропных веществах, прекурсорах и мерах противодействия их незаконному обороту и злоупотреблению ими».

Совершение любых деяний (хранение, сбыт и т.д.), связанных с особо крупным размером наркотического средства, является основанием для привлечения лица к уголовной ответственности.

Уголовная ответственность за сбыт наркотических средств или психотропных веществ наступает независимо от их размера.

Употребление наркотических средств в Казахстане не является уголовно наказуемым. Согласно статье 336-2 Кодекса об административной ответственности «Немедицинское потребление наркотических средств в общественных местах» является административным правонарушением и влечет наложение штрафа. Те же действия, совершенные в течение года, повторно влекут более высокий штраф. В отношении лица, которое дважды в течение года было привлечено за данное деяние, предусматривается административный арест.

В стране законодательно закреплены меры принудительного лечения наркозависимых лиц.

В целях реализации Концепции правовой политики Республики Казахстан (РК) до 2020 года в части гуманизации уголовного законодательства в январе 2011 года принят Закон Республики Казахстан № 393-IV от 18 января 2011 года «О внесении изменений и дополнений в некоторые законодательные акты Республики Казахстан по вопросам дальнейшей гуманизации уголовного законодательства и усиления гарантий законности в уголовном процессе».

В рамках данного Закона декриминализована часть 1 статьи 259 Уголовного Кодекса РК (УК РК), предусматривавшая уголовную ответственность за незаконные приобретение, перевозку или хранение без цели сбыта наркотических средств или психотропных веществ в крупном размере. С 2011 года за совершение указанного деяния предусмотрена административная ответственность (часть 1-1 ст.320 Кодекса об административных правонарушениях РК).

5.12 НАЦИОНАЛЬНАЯ СТРАТЕГИЯ ПО НАРКОТИКАМ

В 2011 году завершена реализация правительственной Программы борьбы с наркоманией и наркобизнесом на 2009–2011 годы. Целью Программы было блокирование и обратное развитие социально-опасных тенденций роста распространения зависимости от психоактивных веществ среди населения страны.

На развитие и совершенствование системы мониторинга, координации и международное сотрудничество были направлены 30% мероприятий Программы, на систему профилактики наркомании среди населения – 24%, на систему лечения и реабилитации наркозависимых лиц – 14%, на системы противодействия наркобизнесу и незаконному обороту наркотиков – 32% мероприятий Программы. В рамках данной Программы мероприятий направленных на профилактику последствий/программы снижения вреда, связанных с потреблением наркотиков предусмотрено не было.

Основные используемые стратегии в стране – это снижение спроса на наркотические средства; снижение предложения наркотических средств; снижение потребления; снижение вреда здоровью – соответствуют международной практике борьбы с распространением наркотической зависимости.

На основании Указа Президента Республики Казахстан от 1 февраля 2010 года № 922 «О Стратегическом плане развития Республики Казахстана до 2020 года» Правительство Республики Казахстан в 2012 утвердило Отраслевую программу борьбы с наркоманией и наркобизнесом в Республике Казахстан на 2012–2016 годы.

Основной целью Программы является дальнейшее совершенствование системы эффективного государственного и общественного противодействия наркомании и незаконному обороту наркотиков. Мероприятия Программы, которые в основном продолжают направления предыдущей Программы, также предусматривают реализацию ряда законодательных инициатив: введение альтернативных форм наказания, предусматривающих для наркозависимых лиц, совершивших преступления небольшой тяжести, альтернативу уголовному наказанию (лишению свободы) в виде принудительного лечения наркологических заболеваний.

Также на основании Указа Президента Республики Казахстан от 1 февраля 2010 года № 922 «О Стратегическом плане развития Республики Казахстан до 2020 года» в стране разработана и внедрена Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011–2015 годы. В 2011 году около 12% мероприятий, предусмотренных в рамках программы «Саламатты Қазақстан», прямо направлены на развитие и совершенствование системы профилактики наркомании и её последствий, а также на развитие системы лечения наркозависимых лиц. Из указанных мероприятий 42% мероприятий направлены на развитие и совершенствование системы мониторинга, координации и развитие кадрового потенциала, 33% – на профилактику наркомании среди населения, 4% на развитие и совершенствование системы лечения и реабилитации наркозависимых (включает только расширение опиоидной заместительной терапии), на профилактику последствий для здоровья, связанных с потреблением наркотиков направлен 21% мероприятий.

5.13 КООРДИНАЦИОННЫЕ МЕХАНИЗМЫ В ОБЛАСТИ НАРКОТИКОВ

В сентябре 2011 года на уровне Правительства РК сформирован Межведомственный штаб по координации деятельности государственных органов, направленной на противодействие наркомании и наркобизнесу. В штаб вошли представители 12-ти министерств и ведомств (Министерство внутренних дел (МВД), Агентство по борьбе с экономической преступностью (АБЭКП), Комитет национальной безопасности (КНБ), Министерство иностранных дел (МИД), Министерство образования и науки (МОН), Министерство культуры (МК), Министерство связи и информации (МСИ), Министерство финансов (МФ), Генеральной прокуратуры (ГП), Министерство здравоохранения (МЗ), Министерство обороны (МО), Министерство туризма и спорта (МТС).

В стране продолжается активная политика по интеграции и взаимодействию с международными партнерами и другими государствами, укрепляется международно-правовая база в сфере борьбы с наркобизнесом.

В 2011 году обеспечено принятие Антинаркотической стратегии государств-членов Шанхайской организации сотрудничества (ШОС) на 5-летний период и Программы по ее реализации (Утверждены 15 июня 2011 года Решением Совета глав государств-членов Шанхайской организации сотрудничества (ШОС) в г. Астане в ходе проведения Юбилейного саммита Шанхайской организации сотрудничества). Данная стратегия определяет общие направления по совершенствованию системы противодействия незаконному обороту наркотиков, профилактики наркомании, лечения и реабилитации наркозависимых лиц.

Продолжены мероприятия по реализации ряда совместных проектов, направленных на совершенствование деятельности государственных органов страны по борьбе с наркоманией и наркобизнесом. Такое сотрудничество налажено с различными управлениями ООН, с Европейским Союзом (ЕС) в рамках «Программы предотвращения распространения наркотиков в Центральной Азии (CADAP)», Организацией Договора о коллективной безопасности (ОДКБ), а также Центрально-азиатским региональным информационным координационным центром по борьбе с незаконным оборотом наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров (ЦАРИКЦ).

5.14 БИБЛИОГРАФИЯ

1. РНПЦ МСПН. Многоуровневое исследование проблем наркозависимости в Республике Казахстан в 2001–2003 годах. Павлодар: Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании, 2004.
2. ЛАВРЕНТЬЕВ О.В. Национальное школьное исследование по алкоголю и наркотикам в Республике Казахстан. Павлодар: РНПЦ МСПН, 2007.
3. КОМИТЕТ ПО ЗАЩИТЕ ПРАВ РЕБЕНКА МОН РК. Доклад о положении детей в Республике Казахстан. Астана: Министерство образования Республики Казахстан, 2011.
4. ЕСПЕНОВА М., КЕРИМИ Н., ОМАРОВА Ж. ОЦЕНКА программ по профилактике злоупотребления наркотиками в школах Казахстана. Астана: UNODC, 2011.
5. РЦ СПИД. Результаты дозорного эпидемиологического надзора за ВИЧ в Казахстане [The results of sentinel surveillance of HIV in Kazakhstan]. Алматы: Республиканский Центр СПИД, 2012.
6. РНПЦ МСПН. Мониторинг наркологической ситуации в Республике Казахстан в 2011 году [Monitoring the drug situation in the Republic of Kazakhstan in 2011]. Павлодар: Республиканский научно-практический Центр медико-социальных проблем наркомании, 2012.
7. РЦ СПИД. Анализ деятельности областных и городских центров СПИД по организации работы с потребителями инъекционных наркотиков в пунктах доверия по итогам мониторинга за 2011 год. Алматы: Республиканский Центр СПИД, 2012.
8. МВД РК. Аналитическая справка о наркоситуации в Республике Казахстан за 2011 год. Астана: Министерство внутренних дел Республики Казахстан, 2012.
9. КПСиСУГП. Сборник статистических данных о преступлениях и правонарушениях, связанных с незаконным оборотом наркотических средств, психотропных или ядовитых веществ, прекурсоров и лицах, их употребляющих за 2011 год. Астана: КПСиСУГП, 2012.

6.

КЫРГЫЗСТАН

Страновой обзор



6.1 ОСНОВНЫЕ ДАННЫЕ

Наименование	Год	Величина	Источник
Территория (кв.км)	2011	199 900	Национальный статистический комитет Кыргызской Республики
Население	2011	5 514 754	Национальный статистический комитет Кыргызской Республики
Валовой внутренний продукт на душу населения по стандарту покупательной способности (€)	2011	1 010	Национальный статистический комитет Кыргызской Республики
Неравномерность распределения доходов (коэффициент Джини)	2009	0,362	The World bank (URL: http://data.worldbank.org/indicator/SI.POV.GINI)
Уровень безработицы (%)	2011	8,6	Национальный статистический комитет Кыргызской Республики
Тюремное население (на 100 000 населения)	2011	179	Государственная служба исполнения наказаний при Правительстве Кыргызской Республики
Население ниже черты бедности (%)	2010	33,7	The World bank (URL: http://data.worldbank.org/country/kyrgyz-republic)
Доход на душу населения или потребление в долях процента (US \$)	2011	880	The World bank «Gross national income per capita 2011, Atlas method» (URL: http://databank.worldbank.org/databank/download/GNIPC.pdf)

6.2 ПОТРЕБЛЕНИЕ НАРКОТИКОВ СРЕДИ ОБЩЕГО НАСЕЛЕНИЯ И МОЛОДЕЖИ

В 2011 году исследований по определению масштабов распространенности потребления наркотиков среди общего населения не проводилось.

Фондом Ментора (Англия) в 2009 году была проведена оценка эффективности программы «Твой выбор», направленной на превенцию употребления психоактивных веществ (далее – ПАВ) несовершеннолетними в Кыргызской Республике, Литве, России, Румынии и Хорватии. В исследовании принимали участие 123 школы из 5 стран, в т.ч. 25 школ из Кыргызской Республики. Число принимавших участие из Кыргызстана школьников составило 1 562 человек, из них 46,6% мальчики, средний возраст 13,4 лет. По итогам исследования было выявлено, что 39% употребляли алкоголь хотя бы один раз в жизни, сигареты – 19%, на употребление всех видов наркотика указали 11,2%, каннабис – 1,2% школьников (1).

В 2007 году по инициативе ЮНИСЕФ (Детский Фонд Организации Объединенных Наций) во всех регионах страны проведено национальное исследование по выявлению знаний, отношений и навыков молодежи по вопросам ВИЧ/СПИДа, наркомании, табакокурения, алкоголизма и сексуального поведения среди подростков и молодежи. Среди учащихся 5–7 классов наркотики пробовали 0,3% от общего числа (5 человек из 15 тыс. чел.). Число старшеклассников, пробовавших наркотик составило 1,3% (26 человек из 2 тыс. чел.). Среди учащихся профессиональных училищ доля таких составила 3% или 6 человек из 200 человек. В среднем первые пробы наркотиков отмечены в возрасте от 10–14 лет.

Проведенное в 2006 году в школах г.Бишкек, Джалал-Абадской, Ошской и Иссык-Кульской областей анонимное исследование (анкетирование) с использованием скорректированного вопросника ESPAD (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs) среди школьников 15–16 лет выявило, что хотя бы один раз препараты марихуаны пробовали 2,4% респондентов, ингалянтов – 3,7% респондентов, а регулярное потребление марихуаны (более 40 раз) – было отмечено у 0,5% опрошенных. Отмечено, что 15,2% школьников хотя бы раз употребляли алкоголь, 2,6% опрошенных школьников употребляют алкогольные напитки практически ежедневно и 1,8% ответили, что употребляли крепкие алкогольные напитки в возрасте до 11 лет. Также было выявлено, что пробовали курить сигареты в течение жизни хотя бы один раз 12,7% учащихся, 2,6% являются систематическими курильщиками сигарет и 0,4% регулярно употребляют насвай¹.

¹ Психоактивное вещество, готовится из махорочных сортов табака, смешанных с известью, золой различных растений и водой. Представляет собой маленькие зеленые шарики со специфическим запахом и вкусом. Небольшое количество насвая закладывается между нижней губой и десной. При его употреблении наблюдаются признаки отравления никотином: легкое жжение во рту, небольшая головная боль.

6.3 ПРОФИЛАКТИКА

Процесс формирования жизненных навыков ответственного поведения подростков и молодежи в республике возложен на Министерство образования и науки, Министерство здравоохранения, Министерство по делам молодежи, которые совместно с неправительственными организациями (далее – НПО), выполняя Национальную программу Кыргызской Республики по противодействию наркомании и незаконному обороту наркотиков и Государственную программу по предотвращению эпидемии ВИЧ-инфекции и ее социально-экономических последствий в Кыргызской Республике на 2006–2011 г.г., проводили комплексные мероприятия, направленные на профилактику ВИЧ-инфекции и наркомании среди подростков и молодежи (2).

Министерством образования и науки Кыргызской Республики при поддержке международных организаций реализуется проект «Здоровое поколение». В 2011 году проектом было проведено 3 семинара-тренинга для учителей общеобразовательных школ, высших учебных заведений по обучению введений и педагогов в формировании здорового образа жизни подростков и молодых людей. Проведен летний лагерь для студентов педагогических специальностей вузов республики по обучению инновационным технологиям и интерактивным методам проведения занятий по профилактике ВИЧ-инфекции и наркомании (3). Разработан и тиражирован в количестве 1000 экземпляров электронный интерактивный курс «Улучшение знаний по ВИЧ и СПИДу» для специалистов системы образования.

Министерством образования и науки Кыргызской Республики в рамках программы ЮНОДК (Управление ООН по наркотикам и преступности) FAST «Семья и школа вместе» разработана Национальная концепция «Профилактика злоупотребления ПАВ, ВИЧ, СПИДа и преступности среди молодежи с помощью программ обучения навыкам жизни в семье».

Совместно с Министерством здравоохранения и Министерством образования в школах Чуйской области реализуется Кыргызско-Финский пилотный проект по профилактике табакокурения среди школьников.

С 2009 года в Кыргызской Республике Министерством образования совместно с ЮНФПА (Фонд Организации Объединенных Наций в Области Народонаселения) и ОО «Белый журавль» при поддержке Фонда Ментора (Англия) реализуется школьная программа по профилактике наркопотребления «ТВОЙ ВЫБОР», состоящая из 12 занятий и основанная на развитии жизненных навыков и социальном воздействии, ориентированная на школьников 12–14 лет.

В 2011 году государственными, международными и общественными организациями проводились массовые мероприятия и акции, направленные на повышение информированности подростков и молодежи о негативных последствиях употребления ПАВ, формирования жизненных навыков ответственного поведения, пропаганду здорового образа жизни:

- Информационные туры «ВИЧ: действуй ответственно»,
- включающий «Маршрут безопасности»,
- фотовыставку «Наркотик-убийца»,
- акцию «Данс фор лайф (Танцуй ради жизни)».

Для курсантов Академии МВД КР введен учебный курс по правовым аспектам преодоления ВИЧ-инфекции, по вопросам наркомании и снижения вреда от потребления наркотиков для которого разработано учебно-методическое пособие «Правовые основы теории и практики снижения вреда»

В 2011 году был проведен месячник к Всемирному Дню борьбы со злоупотреблением наркотических средств и их незаконным оборотом.

В программе месячника были организованы и проведены:

- Парламентские слушания «Вопросы законодательства в области наркополитики и ВИЧ-инфекции в Кыргызской Республике»;
- Обучающие семинары-тренинги для инспекторов по делам несовершеннолетних ГУВД (Главное управление внутренних дел) г.Бишкек по работе с детьми группы риска,
- Информационно-образовательные мероприятия (лекции, беседы, тренинги) по пропаганде здорового образа жизни для педагогов, родителей и учащихся ВУЗов;
- Акции «Нет наркотикам», «Я выбираю жизнь», спортивные соревнования, концертные программы, КВН (Клуб Весёлых и Находчивых), в т.ч. и в учреждениях уголовно-исполнительной системы Государственной службы исполнения наказаний при Правительстве Кыргызской Республики.

Министерство здравоохранения в лице Республиканского центра наркологии совместно с Министерством образования КР осуществляет ряд профилактических мероприятий в формате семинаров, лекций, тренингов, встреч, бесед, акций среди учащихся и активистов школ, средних и высших учебных заведений, с преподавательским составом учебных заведений, среди медицинских работников, работающих с общим населением, с работниками домкомов, квартальных Муниципального управления, среди работников системы просвещения, социальной помощи, правосудия, правоохранительных органов, представителей судебного департамента и органов местного самоуправления, среди сотрудников милиции, воспитателей, медработников, психологов работающих в Центре реабилитации и адаптации.

6.4 ПРОБЛЕМНОЕ ПОТРЕБЛЕНИЕ НАРКОТИКОВ

В Кыргызской Республике под проблемным потреблением наркотиков понимается употребление наркотиков (опиатов) путем инъекций или длительное и регулярное потребление опиатов.

В 2010–2011 году исследований по определению масштабов распространенности проблемного потребления наркотиков среди населения не проводилось.

Согласно исследованию ЮНОДК (2006 г.) (использован метод множительных коэффициентов (опорных показателей), количество проблемных потребителей наркотиков (далее – ППН) в Кыргызской Республике составило 26 тысяч человек, (495 на 100 тыс. общего населения), из них потребители инъекционных наркотиков (далее – ПИН) – 25 тысяч человек (476 на 100 тыс. общего населения). По результатам исследования, возраст первой инъекции в среднем составил 22 года. 74,8%, практиковали в течение последних 6 месяцев рискованное поведение в форме использования общей посуды, 46,4% респондентов совместного использования шприца/иглы. Согласно полученным результатам 24,0% ПИН находятся в г.Бишкек (747,6 на 100 тыс. чел) 12,0% (397,6 на 100 тыс. чел.) – в Чуйской области, 12,4% (302,9 на 100 тыс. населения) – в Ошской и Джалал-Абадской областях, остальные 51,6% распределены по другим регионам республики (799,7 на 100 тыс. населения).

Оценочное число ПИН в КР по данным дозорного эпидемиологического надзора (далее – ДЭН), за 2010 г. – 18 934 человек, за 2009 г. составило 30 083 человек.

6.5 СПРОС НА ЛЕЧЕНИЕ

В 2011 г. общее количество пациентов, получивших лечение, составило 3 277 (59,4 на 100 тыс. населения) человек (сюда не вошли пациенты, получившие принудительное лечение и посетители пунктов доверия), что на 17,6% меньше, чем в 2010 году (3 979) и на 36% больше, чем в 2009 г. (2 408 человек). Общее количество лиц, поступивших на лечение впервые в жизни, составило 1841 человек (56,2% от всех лиц, получивших лечение в 2011 г.). Из них в стационаре лечились 579 человек, амбулаторно – 167 человек, принимавших участие в программах ЗТМ – 1428 пациентов, в программах реабилитации – 1 103 пациентов.

Среди 579 человек (10,5 на 100 тыс. населения), получивших стационарное лечение в 2011 г. (в 2010 г. – 450 человек), удельный вес женщин составил 10,5%, основными потребляемыми наркотиками были опиаты (98,9%), остальные 1,1% составили пациенты с зависимостью от ингалянтов (клей, бензин).

Впервые в жизни получивших лечение, оказалось 528 человек (9,6 на 100 тыс. населения), что составило 91,2%. 528 пациентов получили лечение впервые в жизни и это на 23,7% больше чем в прошлом году (427), по видимому это связано, что с 2011 года на базе РЦН проводилось детоксикационная терапия метадоном при содействии (UNODC-проект «Лечение наркозависимости и ее последствий для здоровья»).

Среди пролеченных стационарно зарегистрировано два подростка (0,3%) в возрасте от 14 до 18 лет. Преобладающей возрастной группой были лица в возрасте 25–34 лет (45,7%), 35 лет и старше (45%).

Амбулаторное лечение (кроме заместительной терапии) получили в 2011 году 167 человек (в 2010 году – 295 человек), или 3,0 на 100 тыс. населения, из них 9 женщин. На амбулаторном уровне пациенты получали детокс-терапию и краткосрочную психотерапевтическую помощь. 91,0% пациентов амбулаторного звена были потребителями опиатов, 9,0% явились пациенты с зависимостью от ненаркотических веществ (клей, бензин, димедрол, бензидиазепины).

В 2011 г. в программах заместительной терапии получили лечение 1 428 человек (25,9 на 100 тыс. населения), из них 180 женщин (12,6%). По состоянию на апрель 2012 г. программы Заместительная терапия метадонном реализуются на 20 пунктах.

Общее количество всех случаев приема пациентов в программы заместительной терапии метадонном за 2002–2011 г.г. составило 3 559 человек или 14,2% человек, относительно оценочного количества потребителей инъекционных наркотиков (25 тыс. человек). В 2011 году по отношению ко всем пролеченным (3277 человек) в течение года лица, получившие заместительную терапию (1428 человек) составляют 43,6%.

В настоящее время ЗТМ полностью финансируется из грантовых средств Глобальным фондом по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией (ГФСТМ).

В 2011 году в программах медико-социальной реабилитации всего прошли 1103 человек из них женщин 183 (в 2010 г. – 1 625 человек, из них женщин 98), в том числе стационарно прошли 124 человек, из них 10 женщин.

В кабинете для несовершеннолетних пациентов в 2011 году получило Медико-консультативную помощь 112 человек с проблемным потреблением психоактивных веществ. Психологическое обследование прошли 388 несовершеннолетних, из них с пробами на предмет употребления ПАВ 376 человек. Проведена психокоррекционная работа 56 подростками. В течение года специалисты отдела профилактики потребления ПАВ несовершеннолетними принимают постоянное участие в заседаниях районных и городских комиссий по делам несовершеннолетних г. Бишкек, так в 2011 году проведено 31 заседание.

По результатам опроса, проведенного среди пролеченных пациентов в городах Бишкек и Ош (в рамках «Глобальной программы по оценке масштабов злоупотребления наркотиками») установлено, что в 2011 г. в г. Бишкек было пролечено 730 человек, в Оше – 136 человек. Анализ возраста пролеченных больных показал, что в мониторируемых городах в 2011 году средний возраст пациентов составил 33,3 лет, основным потребляемым наркотиком во всех мониторируемых городах явился героин (в среднем свыше 98%) и соответственно доминирующему виду наркотического вещества и способ потребления наркотического вещества оказался инъекционным – 97%. Возраст первого употребления основного наркотика оказался в г.Ош (23,6 лет), в г.Бишкек (33 года) (4).

На базе Наркологического центра Центральной больницы учреждения № 47 уголовно-исполнительной системы на конец 2011 года содержалось 369 наркозависимых лиц, в течение 2011 года поступило для получения курса терапии 288 пациента, выписано 301, в отношении которых судом назначены меры медицинского характера по поводу зависимости от психоактивных веществ.

В реабилитационных центрах пенитенциарных учреждений «Атлантис» проводится реабилитация лиц, зависимых от алкоголя и наркотиков по принципу работы групп само- и взаимопомощи «равный – равному». В вышеуказанных центрах на начало 2011 года было 107 пациентов, в течение года было составлено контрактов с 202 пациентами, выбыло в течение года 218 пациентов, из них закончили лечение 138 человек. На 31.12.2011 года количество пациентов составляло 91 человек.

Вместе с тем, в Центре реабилитации и социальной адаптации при учреждении №31 «Чистая зона» на начало 2011 года было 31 пациент, в течение года составлено контрактов с 28 пациентами, выбыло в течение года 25 пациентов. На конец 2011 года количество пациентов составляло 34 пациента.

Ниже представлена информация из анализа данных наркологического учета, согласно приказу МЗ КР № 16 от 21.01.2002 г. «Обязательный учёт лиц, страдающих определенными видами наркологических расстройств» и видны основные тенденции. Так в 2011 г., отмечается повышение впервые выявленных лиц с зависимостью от наркотических и ненаркотических веществ по сравнению с прошлым годом на 8,8% (774 против 711). По виду потребляемого наркотика среди впервые выявленных больных (774), 80,2% составили потребители опиатов (621), 18,2% потребители производных каннабиса (141), 1,3% употребляли несколько видов наркотических и других ПАВ (10), 0,3% являлись потребителями ингалянтов (2). Следует отметить, что, как и в случае с распространенностью зависимости от опиатов в 2009 году доля лиц с впервые установленным диагнозом в течение года с зависимостью от опиатов (в частности от героина) имеет тенденцию увеличения. Удельный вес женщин среди впервые выявленных лиц с зависимостью от наркотических и ненаркотических ПАВ составляет, как и в прошлом году 7,3%, но в абсолютных цифрах составило 57 и 63 соответственно. Удельный вес лиц, не достигших 18-летнего возраста в 2010 году составил 0,3%, как в прошлом году. Отмечено доминирование инъекционного способа потребления наркотиков (79,7%), курение и ингаляционный способы практиковали 19,2%, сочетаемое потребление – 1,1% лиц.

6.6 ИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, СВЯЗАННЫЕ С НАРКОТИКАМИ

В последние годы в стране отмечается быстрый рост числа новых случаев ВИЧ-инфекции и по оценкам ВОЗ/ЮНЭЙДС, Кыргызстан входит в число 7 стран с наиболее высокими темпами роста эпидемии в мире. Количество официально зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции увеличилось на 43% с 2718 случаев в 2009 году до 3887 в 2011 году. Из зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции по республике на парентеральный путь заражения приходится 64,5%.

На 01.01.2012 года зарегистрировано 3887 случая ВИЧ-инфекции, в т. ч. 3709 среди граждан Кыргызстана (кумулятивно). Потребителей инъекционных наркотиков зарегистрировано всего 2530, в том числе среди граждан КР – 2394 (64,5%). Больных СПИД – 437. Умерло 539 ВИЧ-инфицированных, из них 194 на стадии СПИД.

На конец 2011 года в пенитенциарной системе КР находились 288 людей, живущих с ВИЧ/СПИД, что составляет 2,9% от общего количества тюремного населения, при этом необходимо отметить, что численность людей, живущих с ВИЧ/СПИД с каждым годом растет, о чем свидетельствуют следующие данные по людям, живущих с ВИЧ/СПИД за предыдущие годы: 2010 г. – 238 человек, 2009 – 218, 2008 г. – 148, 2007 г. – 137, 2006 г. – 102, 2005 г. – 131, 2004 г. – 124.

Анализ распространенности ВИЧ-инфекции по регионам: наибольшая регистрация случаев ВИЧ-инфекции отмечается в Чуйской области – 29,4 (1093); г.Ош – 20,3% (754); Ошской области – 19,1% (712); Наименьшая доля случаев приходится на северные регионы страны.

В 2011 году в республике зарегистрировано 599 новых случаев ВИЧ-инфекции, из них граждан страны – 594 (мужчин – 414, женщин – 180), в т. ч. СПИДа – 95 (женщин – 21, мужчин – 74), иностранных граждан 5 (женщин – 3, мужчин-2). ПИН -362 (60,4%), в т.ч. граждан республики – 358 (59,7%).

Основным компонентом лечения и помощи при ВИЧ-инфекции является антиретровирусная терапия (АРТ). В республике АРТ проводится с марта 2005года. На 01.01.2012 г. антиретровирусная терапия назначена – 776 пациентам, получают-510, в том числе: взрослые – 340 (мужчин – 201, женщин – 139), дети – 170 (мужчин – 115, дети – 55). Отказ от лечения – 137, умершие получая лечение – 116, непереносимость – 13.

Тестирование на ВИЧ-инфекцию ПИН осуществляется в соответствии с приказами Министерства здравоохранения Кыргызской Республики при поступлении в наркологические диспансеры, в местах лишения свободы и других учреждениях правоохранительной системы и здравоохранения (в пунктах доверия, дружественных клиниках, в центрах по профилактике и борьбе со СПИДом и др.) после проведения до тестового консультирования и получения информированного согласия пациента. Каждая группа населения имеет свой код для тестирования. Имеется более 50 кодов (согласно утвержденной форме N4), потребители инъекционных наркотиков тестируются под кодом 102. В 2011 году количество тестирования на ВИЧ-инфекцию в Кыргызской Республике увеличилось, а доля обследованных по коду 102 (ПИН) уменьшилась с 1,2% в 2005 году (1909 ПИН) до 0,5% в 2011 г. (1886). Но, потребители инъекционных наркотиков могут пройти тестирование на ВИЧ-инфекцию и по другим кодом, например: 112.1 (инъекционные наркоманы, находящиеся в спецучреждениях МВД) и др., поэтому вышеуказанная доля не является показателем реального охвата тестированием ПИН.

В республике с 2004 года проводится серологических исследования (ДЭН) среди уязвимых групп населения. Начиная с 2007 года ДЭН среди ПИН проводится в пяти сайтах. В 2010 году проводилось анкетирование в 8 сайтах среди ПИН. В 2011 и в 2012 году серологические исследования не проводились.

Из общего количества охваченных ДЭН ПИН (930), распространенность ВИЧ-инфекции составила 14,6% (136 ПИН), вирусного гепатита – 50,4% (469 ПИН) и сифилиса – 6,7% (62 ПИН).

По данным РЦ «СПИД» в 2011 году по республике количество обследованных лиц на вирусный гепатит «В» составило 80828 человек, из них с положительным результатом 4051 (5%), на вирусный гепатит «С» 79984 человек, из них с положительным результатом 2638 (3%). Обследования распространенности ВГ «В» среди ПИН не проводится.

По данным ДЭН в 2010 году распространенность ВГС среди ПИН составляет 50,4% (469). Распределение по возрасту: мужчин – 53,8%, женщин – 33,8%. Распространенность ВИЧ-инфекции среди ПИН с положительным результатом на ВГС составила 23%.

На конец 2011 года в пенитенциарной системе КР было выявлено 10 человек с вирусными гепатитами, что составляет 0,1% от общего количества тюремного населения, при этом выявляемость данного вида инфекционного заболевания различна, о чем свидетельствуют следующие соответствующие данные за предыдущие годы:

2010 г. – 3 случая, 2009 – 33, 2008 г. – 12, 2007 г. – 25, 2006 г. – 21, 2005 г. – 19, 2004 г. – 38. Статистика общего числа лиц с вирусными гепатитами в пенитенциарной системе КР не вводится ввиду сложности проведения масштабного исследования с проведением соответствующих анализов.

По ДЭН, увеличение доли ПИН зараженных сифилисом наблюдалось в 2005 году (13,6%), снижение было в 2010 году (6,6%). На 01.01.2012 года на диспансерном учете состоят 673 человек живущих с ВИЧ+туберкулез. За 2011 год новых случаев с ВИЧ+туберкулез – 153. На 01.01.2012г. получают лечение на туберкулез 625 людей, живущих с ВИЧ/СПИД. Не получают по разным причинам 48 людей, живущих с ВИЧ/СПИД. Умерло 263, в том числе от туберкулеза 197, по другим причинам 66. Работа по лечению туберкулеза у лиц, потребляющих инъекционные наркотики, а также по заместительной терапии ведется согласно совместному приказу МЗ КР и ГСИН при Правительстве КР «О совершенствовании мер по борьбе с сочетанной инфекцией ВИЧ+ туберкулез в Кыргызской Республике» (5).

6.7 СМЕРТИ, СВЯЗАННЫЕ С НАРКОТИКАМИ И СМЕРТНОСТЬ СРЕДИ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ НАРКОТИКОВ

Существующая система регистрации смертности, связанной с наркотиками, имеет существенные недостатки, которые не позволяют сделать какие-либо заключения о ситуации в национальном масштабе. Однако, согласно официальным данным РМИЦ МЗ КР (Республиканский медико-информационный центр Министерство здравоохранения Кыргызской Республики), данные по общей смертности и смертности от передозировки наркотиками в общем разрезе и разделении по полу в КР за 2010–2011 годы имеют тенденцию к снижению на 23%. В 2011 году зарегистрировано 64 случая смерти (в 2010 году – 84) от передозировки наркотиками, из них 4 женщины (6,2%). В большинстве случаев причиной смертей явились отравления не уточненными видами наркотиков (71,9%).

По данным РЦН МЗ КР, больных наркоманией снятых в 2011 году с диспансерного учёта в наркологических учреждениях в связи со смертью – 130 (в 2010 году – 139), что составило 1,2% от общего числа зарегистрированных наркозависимых под конец 2011 года. При проведении оценки по индикатору смертности за 2011 год среди наркопотребителей, снятых с диспансерного учета в связи со смертью в сравнении с общей смертностью в популяции², выявлено, что общая смертность среди наркопотребителей приблизительно в 1,3 раза выше, чем смертность среди общего населения того же пола и возраста (стандартизованный индекс смертности – SMR). Среди мужчин-наркопотребителей в 4 раза выше зафиксированы смертельные случаи в возрастной категории 20–24 лет в сравнении с той же возрастной категорией среди общей популяции. У женщин-наркопотребителей наиболее высокий SMR (3,1 и 3,5) отмечен в возрастной группе 35–39 лет и 40–44 лет.

6.8 ОТВЕТНЫЕ ЛЕЧЕБНЫЕ МЕРЫ

В системе лечения зависимости в Кыргызской Республике отражены элементы вторичной и третичной профилактики, как раннее, полное и комплексное осуществление лечебных мероприятий (наркологическая помощь), оздоровление социальной почвы, применение мер воспитательного воздействия в коллективе и семье. А также предупреждение прогрессирования заболеваний и его осложнения. Эти программы реализуются в стационарных и амбулаторных условиях и, соответственно, имеют различные задачи. Амбулаторные программы ориентированы, главным образом, на мотивирование на получение и продолжение лечения, а также профилактику рецидивов. Основными задачами стационарных лечебных программ «без наркотиков» являются достижение стойкой ремиссии или полного воздержания от приема наркотиков после завершения лечебной программы.

В целях комплексного лечения наркотической зависимости и ее последствий для здоровья утверждены стандарты по предоставлению медицинских услуг для потребителей инъекционных наркотиков (стандарт проведения детоксикационной терапии состояния отмены от опиоидов в стационарном отделении Республиканского центра наркологии Министерство здравоохранения Кыргызской Республики (далее – РЦН), стандарт профилактики передозировок от опиоидов с применением налоксона, стандарт проведения реабилитационных мероприятий, лицам с зависимостью от опиоидов) (6). Также приказом Министерство здравоохранения Кыргызской Республики (МЗ КР) утверждены клиническое руководство и протокол по ЗТМ при синдроме зависимости от опиоидов (7).

² Настоящий анализ не имеет структуру детального исследования смертности, основанного на наблюдениях за всеми индивидами выборки.

В настоящее время пациентам в стране предлагаются следующие виды лечения и услуг:

1. Детоксификация на стационарном и амбулаторном уровнях во всех государственных наркологических учреждениях расположенных в 42-х наркологических кабинетах районных ЦСМ, и в 3 учреждениях городов Бишкек Ош, Джалал-Абад, а также 5 пунктах областных объединенных больниц.
2. Стационарная медико-психологическая реабилитация и программы амбулаторной реабилитации по 12-ти шаговой системе в РЦН и Ошском межобластном центре наркологии (ОМОЦН);
3. Программа заместительной поддерживающей терапии метадонном в РЦН и ОМОЦН, а также в наркокабинетах Центра семейной медицины (ЦСМ Чуйской и Ошской, Джалал-Абадской, Баткенской областей);
4. Мотивирование на получение и продолжение лечения, профилактика рецидивов и передозировок – на амбулаторном уровне.
5. Реализация программ пунктов обмена шприцев.

С начала 2011 года открыто отделение для проведения детоксификации лиц с зависимостью от опиатов препаратом метадон.

С 2006 года на базе Республиканского центра наркологии функционирует Центр профилактики потребления ПАВ среди несовершеннолетних. Данный центр предоставляет помощь несовершеннолетним в сфере лечения, реабилитации и профилактики потребления психоактивных веществ.

В Кыргызской Республике ЗТМ внедрена с 2002 года. С того времени, программа заместительной терапии расширена и на 01.01.2012 г. реализуется в 20 пунктах, которые расположены в Республиканском центре наркологии в 3 центрах первичной медицинской помощи г. Бишкек, г.г.Токмок, Кант, Кара-Балта, Аламединский, Сокулукский и Московский районы Чуйской области, в 2-х пунктах г.Ош, Кара-Суйского, Узгенского районов Ошской области, г.Джалал-Абад, г.Кызыл-Кия Баткенской области.

Также ЗТМ успешно реализуется на базе 3-х пенитенциарных учреждений: исправительная колония № 47 и следственный изолятор № 1 (г. Бишкек), следственный изолятор № 5 (г.Ош). На 01.01.2012 г. в программе участвовало 105 пациента. Также в исправительных учреждениях проводится мотивационное, психосоциальное консультирование, тестирование на ВИЧ, инфекции, передающиеся половым путём, дотестовое и послетестовое консультирование. В Бюро социального сопровождения предоставляются услуги по социальному сопровождению осужденных с ориентиром на лиц, живущих с ВИЧ и наркозависимых, где предоставляются юридическая, психологическая и социальная помощь, проводится подготовка заключенных к освобождению и передача в гражданский сектор.

6.9 ОТВЕТНЫЕ МЕРЫ ПО СНИЖЕНИЮ ВРЕДА

В Кыргызской Республике стратегия снижения вреда является одной из приоритетных стратегий противодействия наркотизму и незаконному обороту наркотиков и неотъемлемой частью Государственной политики в области профилактики ВИЧ/СПИДа среди инъекционных потребителей наркотиков. Стратегия и программы снижения вреда начали внедряться в Кыргызстане с 2000 года.

Программы снижения вреда включают следующие компоненты:

- Обмен шприцев/игл и других средств защиты, работа уличных работников;
- Заместительная терапия метадонном;
- Информационно-просветительская работа и образовательная деятельность;
- Консультации специалистов;
- Соматическая медицинская помощь;
- Адвокация наркозависимых;
- Детокс-терапия для наркозависимых (в 2010 году подготовлена нормативная база по проведению детокс-терапии метадонном в стационарных условиях. В течение 2011 года успешно функционировало отделение детоксификации лиц с зависимостью от опиатов препаратом метадон);
- Предоставление медицинской помощи и расширенного пакета услуг при крупных НПО с включением услуг социальной, психологической направленности и консультаций специалистов специализированных учреждений (инфекциониста, фтизиатра, хирурга, венеролога и других).

В 2011 г. в городах Бишкек, Джалал-Абад, Ош, а также в районах Чуйской, Джалал-Абадской, Ошской областях всего функционируют 46 пунктов обмена шприцев (ПОШ), включая 15 пунктов обмена шприцев в пенитенциарной системе (10 исправительных колониях и 2 следственных изоляторах).

Программы Пунктов обмена шприцев реализуются как специалистами государственных служб, так и неправительственным сектором ниже представлены статистические данные по ПОШ, которые курируются МЗ КР: Структура клиентов в 23 (11 – с ЦСМ г.Бишкек, 11 – ЦСМ и ГСВ Чуйской области и 1 – г.Ош + 2 мобильных пункта) ПОШ гражданского здравоохранения выглядит следующим образом: охват – 9192 ПИН (540 по г.Ош), из них 7220 ПИН хотя бы раз получили услуги в течении 3 месяцев. По гендерному различию преобладает мужское население по Чуйской области – 91,3% (м), – 8,7% (ж). По возрастному цензу преобладают в основном люди 26–35 лет, по национальному составу идет преобладание людей других национальностей 37%, затем люди русской национальности 36%, коренное население 27%. По г.Бишкек преобладают также в основном мужчины – 74%, женщины – 26%, по возрасту преобладают в основном люди 26–45 лет, по национальному составу идет преобладание людей русской национальности 46%, примерно 28% людей других национальностей и коренное население – 26%.

Неправительственный сектор, при поддержке международных организаций, принимал активное участие в реализации Программы Снижения вреда в Кыргызской Республике.

В 2011 году продолжали активно свою работу Ассоциация программ снижения вреда «Партнерская сеть» Кыргызской Республики, объединившая неправительственные организации с целью консолидации и координации деятельности в области снижения вреда от наркотиков и Ассоциация неправительственных организаций «Сеть снижения вреда», объединившая представителей сообщества наркозависимых по информационно-образовательной работе, усилению потенциала членов сети – НПО, подготовке кадров для программ Снижения вреда, а также адвокации программ снижения вреда и развитию инициативных групп наркозависимых лиц.

2011 год явился переходным периодом для грантов ГФСТМ в Кыргызской Республике, который был связан с объединением 7 и 10 раундов. Такие вопросы, как смена принципиального реципиента, передача гранта от старого принципиального реципиента к новому заняли несколько месяцев и повлекли за собой проблемы с непрерывностью финансирования, своевременной поставкой изделий медицинского назначения пунктам обмена шприцев, поставкой продуктов питания и мыло-моющих средств в социальные учреждения.

Это повлияло как на охват, так и на количество розданного ИМН для ПИН. Например, если с 1 января по 31 августа ПОШ и социальными учреждениями было охвачено 10 908 клиентов, то с сентября по декабрь 2011 года данное число снизилось до 7 749 ПИН. Но, несмотря на это фактический охват ПИН профилактическими мероприятиями за 2011 год составил 10908 ПИН. Возрастная категория клиентов: 44% приходится на возраст 30–39 лет, 24% на 20–29 лет, 25,6% на 40–49 лет, 4,8% на возраст 50–59 лет, 0,4% 60 и более. Основной подгруппой клиентов являются мужчины, которые составляют 82,2%, тогда как женщины составляют 17,8%.

При финансовой поддержке ГФСТМ программа обмена игл и шприцев осуществлялись следующими неправительственными организациями: «Ранс плюс» (Чуйская область, Аламединский район), «Право на жизнь» (Чуйская область, Сокулукский район), «Аяндельта» (Чуйская область, г.Токмок), «Родители против СПИДа и наркотиков – ЦАДМИР» (г.Бишкек), «Антистигма» (Иссык-Атинский район, г.Кант), «Родители против наркотиков» (Ошская область, г.г.Ош и Кара-Суу), «Здоровое поколение» (Джалал-Абадская область, г.Джалал-Абад). Социальные учреждения реализовались НПО «Ранар», «Мутаназиф», «Матрица 2005», «Астерия», «Мусаада», «Плюс центр», «Ак-Дээр» в г.г.Бишкек и Ош, а также Чуйской, Ошской и Джалал-Абадской областях республики.

2011 г. из-за отсутствия финансирования ГФСТМ программа «Дружественный фармацевтический сервис» для ПИН не была поддержана.

2011 г. при поддержке ГФСТМ в общественном объединении «Социум» продолжает работать бесплатный круглосуточный телефон доверия для наркозависимых и их родственников. Общее количество обратившихся клиентов на телефон доверия составило 1720 человек. По возрастным категориям клиентов телефона доверия наибольшее количество составляют представители возрастной группы 26–35 лет. Половой состав: женщины – 957 человек, мужчины – 763 человек.

6.10 РЫНКИ НАРКОТИКОВ И ПРЕСТУПЛЕНИЯ, СВЯЗАННЫЕ С НАРКОТИКАМИ

Кыргызская Республика граничит с Республикой Таджикистан с общей протяженностью границ около одной тысячи километров, а Таджикистан, в свою очередь, имеет общую границу с Афганистаном. Большая часть границы – это горная гряда с бесчисленными конно-пешими тропами. На сегодняшний момент известно о многочисленных перевалах, через которые наркотики контрабандным путем доставляются на территорию Кыргызской Республики и далее в страны СНГ и Европы. Для доставки наркотиков дельцами наркобизнеса используются практически все виды транспорта – начиная от гужевого транспорта в приграничных районах и заканчивая авиатранспортом. В 2011 году наркоситуация в республике характеризовалась активизацией деятельности международных наркосообществ по использованию территории страны в качестве наркотранзитного коридора в Россию и страны Евросоюза. Афганский наркотрафик и его транзит через территорию Таджикистана продолжают оставаться основным очагом распространения наркомании в республике.

За 2011 год всеми правоохранительными органами КР выявлено 1 924 наркопреступления, что на 381 факт или на 24,6% меньше, чем в 2010 году (1 543). В 2011 году из незаконного оборота всеми правоохранительными органами Кыргызской Республики было изъято 45 тонн 729 килограммов наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров.

Кроме того, наркотики каннабисной группы имеют в КР свою сырьевую базу. Так, примерно 10 тысяч гектаров площадей в Иссык-Кульской, Джалал-Абадской, Таласской, Чуйской и Нарынской областях засорены дикорастущей коноплей. Из нее местное население изготавливает марихуану и гашиш, которые распространяются как на местном, так и на региональном незаконном рынках.

На территории республики произрастает и эфедра хвощевая, являющаяся сырьем для изготовления стимулятора амфетаминового ряда «меткатинона»/«эфедрона». По данным проекта UNODC AD/RER/C32 (8), в КР общая площадь пораженная зарослями данного растения составляет свыше 55 тыс. га.

Цены на наркотики за последние три года стабильны и изменений в розничной составляющей почти не было. Так, розничная цена за 1 грамм опия зафиксирована на отметке 1,1–2,2 \$, героина – 12,8–14,9 \$ (1 гр.), марихуаны (1 стакан 200 гр.) – 6,4–8,5 \$, гашиша (1 коробка 20 гр.) – 42,5–53,2 \$.

Согласно законодательству КР, проведение химического анализа на чистоту изъятых наркотиков в республике не предусмотрено. Состав наркотического вещества лабораторно не анализируется, потому и данные о составе и чистоте изымаемых наркотиков по уголовным делам отсутствуют. Соответственно, вынесение судебного решения (приговора суда) не зависит от качественного анализа чистоты наркотиков, изымаемых в рамках уголовных дел.

6.11 НАЦИОНАЛЬНОЕ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВО ПО НАРКОТИКАМ

1. Закон Кыргызской Республики «О наркотических средствах, психотропных веществах и прекурсорах» (9);
2. Уголовный Кодекс Кыргызской Республики (10);
3. Административный Кодекс Кыргызской Республики (11);
4. Постановление Правительства Кыргызской Республики «Об утверждении правил государственного контроля за оборотом наркотических средств, психотропных веществ, и прекурсоров» (12);
5. Постановление Правительства Кыргызской Республики «О наркотических средствах, психотропных веществах и прекурсорах, подлежащих контролю в Кыргызской Республике» (13);
6. Постановление Правительства Кыргызской Республики «О порядке учета, хранения и использования наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров в Кыргызской Республике» (14);

В настоящее время наркозаконодательство Кыргызской Республики содержит 11 статей Уголовного Кодекса и две статьи Административного Кодекса Кыргызской Республики.

Обладание (хранение) наркотиком является уголовным преступлением в зависимости от его веса при задержании подозреваемого. К примеру, если при задержании у подозреваемого изъяли героин весом меньше 1 грамма, то это является административным правонарушением, а если вес был 1 грамм или больше, то это уже подлежит уголовной ответственности.

В соответствии со статьёй 246 Уголовного Кодекса Кыргызской Республики, незаконные изготовление, приобретение, хранение, перевозка или пересылка наркотических средств либо психотропных веществ в небольших размерах без цели сбыта, совершенные в течение года после применения мер административного взыскания за те же действия наказываются привлечением к общественным работам от ста до двухсот сорока часов или штрафом в размере до пятидесяти расчетных показателей³ либо ограничением свободы на срок до двух лет, либо лишением свободы на срок до двух лет. Те же деяния, совершенные лицом, ранее совершившим любое преступление, связанное с наркотиками наказываются штрафом в размере до ста расчетных показателей или исправительными работами на срок до двух лет, или ограничением свободы на срок до трех лет либо лишением свободы на срок от одного года до трех лет.

Согласно национальному законодательству, лицо, совершившее преступление, предусмотренное настоящей статьёй, добровольно сдавшее наркотические средства, психотропные вещества или их аналоги и активно способствовавшее раскрытию или пресечению преступлений, связанных с незаконным оборотом наркотических средств, психотропных веществ или их аналогов, изобличению лиц, их совершивших, обнаружению имущества, добытого преступным путем, освобождается от уголовной ответственности за данное преступление.

В соответствии со статьёй 247 Уголовного Кодекса Кыргызской Республики, незаконные изготовление, приобретение, хранение, перевозка, пересылка с целью сбыта, а равно незаконные производство или сбыт наркотических средств, психотропных веществ, их аналогов либо прекурсоров наказываются лишением свободы на срок от четырех до восьми лет.

Кроме этого, согласно списку наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров, подлежащих контролю в Кыргызской Республике, гашиш или смола каннабиса (отделённая смола, очищенная или неочищенная, или смесь смолы и измельчённые частицы растений каннабисной группы), подлежат контролю на территории Кыргызской Республики и их незаконный оборот влечёт безусловную административную или уголовную ответственность, идентичную другим незаконным наркотикам.

Расчётный показатель, ежегодно определяемый законодательством Кыргызской Республики, с 2007 года остаётся неизменным и составляет 100 кыргызских сомов (1,48 Euro).

6.12 НАЦИОНАЛЬНАЯ СТРАТЕГИЯ ПО НАРКОТИКАМ

Государственная служба Кыргызской Республики по контролю наркотиков (далее – ГСКН КР), как координатором национальной антинаркотической политики, совместно с министерствами и ведомствами республики, экспертами от неправительственных и международных организаций, в 2010–2011 году разработан программный документ – Концепция антинаркотической политики Кыргызской Республики и План ее реализации на период до 2015 года.

Матрица мероприятий по реализации данной антинаркотической концепции структурно состоит из 61 пункта с указанием содержания мероприятий, исполнителей, сроков выполнения и ожидаемых результатов. Структурно данные пункты разбиты на 7 основных блоков:

1. Проведение целенаправленной работы по профилактике распространения наркомании и связанных с ней правонарушений;
2. Внедрение новых методов и средств лечения, а также медицинской и социально-психологической реабилитации наркозависимых лиц;
3. Снижение доступности наркотиков;
4. Концентрация усилий правоохранительных органов на борьбе с незаконным оборотом наркотиков;
5. Международное сотрудничество в борьбе с незаконным оборотом наркотиков;
6. Снижение вреда;
7. Снижение смертности от злоупотребления наркотиками.

Данная антинаркотическая Концепция Кыргызской Республики преследует цели установления эффективного государственного и социального контроля над наркоситуацией в стране, снижения уровня наркозависимости населения и связанной с ней преступности, обеспечения мобилизации и координации антинаркотической деятельности государственных органов управления, местного самоуправления, общественных организаций, совершенствования нормативно-правовой основы противодействия распространению наркомании и незаконному обороту наркотиков. В ней нашли свое отражение задачи стратегического и тактического характера, ключевые направления государственной политики предупреждения наркотизма, сокращения спроса на наркотические средства, борьбы с незаконным производством.

³ Расчётный показатель, ежегодно определяемый законодательством Кыргызской Республики, с 2007 года остаётся неизменным и составляет 100 кыргызских сомов (1,48 Euro).

6.13 **КООРДИНАЦИОННЫЕ МЕХАНИЗМЫ В ОБЛАСТИ НАРКОТИКОВ**

Основным координирующим органом Кыргызской Республики в сфере противодействия незаконному обороту наркотических веществ, психотропных средств и прекурсоров является Государственная служба Кыргызской Республики по контролю наркотиков (ГСКН), которая представляет собой правоохранительный, исполнительный орган Кыргызской Республики, проводящий единую политику в области оборота наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров, противодействия их незаконному обороту, а также координирующий деятельность иных органов (включая предоставляющих лечение, занимающихся профилактикой и снижением вреда) исполнительной власти Кыргызской Республики в этой сфере.

В 2011 году принято постановление Правительства КР «Вопросы ГСКН при Правительстве КР» (15), где утверждены: Положение о ГСКН при Правительстве КР; Положение о прохождении службы в ГСКН при Правительстве КР; Дисциплинарный устав и схема управления ГСКН при Правительстве КР. А также принято постановление Правительства КР «О дополнительных мерах по противодействию незаконному обороту наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров», где утверждён состав Государственного координационного комитета по контролю наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров.

Кроме того, в 2006 году в стране создана республиканская информационная сеть «Дамос» по сбору неконфиденциальной информации по наркотикам и наркомании при Министерстве здравоохранения, Министерстве внутренних дел, Государственной службе исполнения наказаний и Государственной службе Кыргызской Республики по контролю наркотиков. При этом роль республиканского фокусного и координирующего центра по сбору неконфиденциальной информации по наркотикам и наркомании исполняет Штаб ГСКН КР.

6.14 **БИБЛИОГРАФИЯ**

1. MENTOR FOUNDATION. Mentor Unplugged, финансируемый социальной инициативой ИКЕА, школьная программа по профилактике наркомании в 5 странах: Хорватия, Кыргызстан, Литва, Румыния и Россия, реализуемая Фондом Ментора (международным). Итоговый отчёт. [Mentor Unplugged | Funded by the IKEA Social Initiative | A 5 Country School Based Programme for Drug Abuse Prevention in Croatia, Kyrgyzstan, Lithuania, Romania and Russia Undertaken by the Mentor Foundation (International). Final Report.]. 2010.
2. Страновой отчет «Выполнение Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом» (январь 2008–декабрь 2009 г.). [Country Report «Implementation of Declaration on commitment to fight against HIV/AIDS» (January 2008–December 2009)]. Бишкек [Bishkek]: Страновой отчет ВИЧ, 2010.
3. Отчет Министерства образования и науки Кыргызской Республики на региональной конференции по профилактике ВИЧ и формированию здорового образа жизни в образовательной среде [Report of the Ministry of Education and Science Kyrgyz Republic at the regional conference on HIV prevention and health promotion in the educational environment]. Алматы: ОТЧЁТ МЗ КР, 2011.
4. РЦН. Отчёт РЦН МЗ КР [Report of the Republican Centre of Narcology of the Ministry of Health of the KR]. Бишкек [Bishkek]: 2011.
5. Приказ Министерства здравоохранения Кыргызской Республики и Государственной службы исполнения наказаний при Правительстве Кыргызской Республики «О совершенствовании мер по борьбе с сочетанной инфекцией ВИЧ/ТБ в Кыргызской Республике» № 145 от 17.03.2010 г. [Order of the Ministry of Health of the Kyrgyz Republic and the State Penalty Execution Service under the Government of the Kyrgyz Republic «On improvement of measures to combat co-infected TB / HIV in the Kyrgyz Republic» № 145, 2010.03.17], (ПРИКАЗ МЗ КР и ГСИН КР № 145, 2010).
6. Приказ Министерства здравоохранения Кыргызской Республики № 494 от 08.10.2010 г. «Стандарт профилактики передозировок от опиоидов с применением препарата налоксон» [Order of the Ministry of Health of the Kyrgyz Republic «Standard of opioid overdose prevention with the use of naloxone»], (ПРИКАЗ МЗ КР № 494, 2010).

7. Приказ Министерства здравоохранения Кыргызской Республики № 41 от 15.02.2001 г. «Об условиях и порядке проведения заместительной терапии лицам с наркотической зависимостью в Кыргызской Республике», зарегистрирован в реестре нормативных актов Министерства юстиции Кыргызской Республики за № 55 от 06.04.2001 г. [Order of the Ministry of Health of the Kyrgyz Republic «On the conditions and procedures for substitution treatment for people with substance abuse in the Kyrgyz Republic» 2001.02.15, registered in the list of regulatory acts of the Ministry of Justice of the Kyrgyz Republic with No. 55, 2001.04.06], (ПРИКАЗ МЗ КР № 41, 2001).
8. ГСКН. UNODC AD/RER/C32 project «Картирование районов нелегального выращивания наркотиков». Bishkek, 1998–1999: 2012.
9. Закон Кыргызской Республики «О наркотических средствах, психотропных веществах и прекурсорах» № 66 от 22.05.1998 г. [Law of the Kyrgyz Republic «On narcotic drugs, psychotropic substances and precursors» № 66, 1998.05.22], (ЗАКОН КР, 1998).
10. Уголовный кодекс Кыргызской Республики от 01.10.1997 г. [Criminal Code of the Kyrgyz Republic, 1997.10.01], (УК КР, 1997.).
11. Кодекс об административной ответственности Кыргызской Республики от 04.08.1998 г. [Administrative Code of the Kyrgyz Republic, 1998.08.04], (КоАО КР, 1998).
12. Постановление Правительства Кыргызской Республики № 466 от 22.06.2004 г. «Об утверждении Правил осуществления государственного контроля над оборотом наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров в Кыргызской Республике» [Decree of the Government of the Kyrgyz Republic «On approval of the state control over the circulation of drugs, psychotropic substances and precursors in the Kyrgyz Republic» № 466, 2004.06.22], (ПОСТАНОВЛЕНИЕ КР № 466, 2004).
13. Постановление Правительства Кыргызской Республики № 543 от 09.11.2007 г. «О наркотических средствах, психотропных веществах и прекурсорах, подлежащих контролю в Кыргызской Республике» [Decree of the Government of the Kyrgyz Republic «On narcotic drugs, psychotropic substances and precursors subject to control in the Kyrgyz Republic» № 543, 2007.11.09], (ПОСТАНОВЛЕНИЕ ПРАВИТЕЛЬСТВА КР № 543, 2007).
14. Постановление Правительства Кыргызской Республики № 54 от 18.02.2011 г. «О порядке учета, хранения и использования наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров в Кыргызской Республике» [Decree of the Government of the Kyrgyz Republic «On the order of registration, storage and use of narcotic drugs, psychotropic substances and precursors in the Kyrgyz Republic» № 54, 2011.02.18], (ПОСТАНОВЛЕНИЕ ПРАВИТЕЛЬСТВА КР № 54, 2011).
15. Постановление Правительства Кыргызской Республики № 132 от 20.02.2012 г. «Вопросы Государственной службы по контролю наркотиков при Правительстве Кыргызской Республики» [Decree of the Government of the Kyrgyz Republic «Issues of the State Drugs Control Service under the Government of the Kyrgyz Republic» № 132, 2012.02.20], (ПОСТАНОВЛЕНИЕ ПРАВИТЕЛЬСТВА КР № 132, 2012).

7.

ТАДЖИКИСТАН

Страновой обзор



7.1 ОСНОВНЫЕ ДАННЫЕ

Наименование	Год	Величина	Источник
Территория (кв. км)	2011	143 100	[Управление статистики при президенте Республики Таджикистан]
Население	2011	7 800 000	[Управление статистики при президенте Республики Таджикистан]
Валовой внутренний продукт на душу населения по стандарту покупательной способности (€)	2011	430, т.е. 540 \$	[Управление статистики при президенте Республики Таджикистан]
Неравномерность распределения доходов (коэффициент Джини) (%)	2011	0,0032–0,252	[Управление статистики при президенте Республики Таджикистан]
Уровень безработицы (%)	2011	2,4	[Управление статистики при президенте Республики Таджикистан]
Тюремное население	2011	7,3% на 1000 человек	[Управление статистики при президенте Республики Таджикистан]
Население ниже черты бедности (%)	2011	68	[Управление статистики при президенте Республики Таджикистан]
Доход на душу населения или потребление в долях процента	2011	Нет данных	[Управление статистики при президенте Республики Таджикистан]

7.2 ПОТРЕБЛЕНИЕ НАРКОТИКОВ СРЕДИ ОБЩЕГО НАСЕЛЕНИЯ И МОЛОДЕЖИ

Исследований по распространенности употребления наркотиков среди всего населения Таджикистана в 2011 году не проводилось. Последнее исследование проводилось в 2007 году (УНП ООН). Исследование было проведено в трех регионах республики – в Горно-Бадахшанской Автономной области, в Согдийской области, в Хатлонской области, а также в столице республики в городе Душанбе. При исследовании использовалась методология опроса респондентов по вопроснику ESPAD среди респондентов в возрасте 15–16 лет (учащиеся 8–10 классов). Всего было опрошено 5 003 респондента. Среди них 2 369 мальчиков (47,4%) и 2 634 девочек (52,6%). Исследование показало, что информированность школьников о существовании наркотических веществ чуть выше, чем у школьников. Из списка, в который были включены 11 наиболее распространенных наркотических веществ, включая одно вымышленное название – «релевин», 46,9 процента девочек и 39,5 процента мальчиков отметили, что знают о марихуане. На втором месте стоял кокаин, о котором знали 31,2 процента респондентов, и на третьем месте – героин – 31 процент. Так же 26,4 процента учеников знали об опиуме. На вопрос насколько сложно при желании достать наркотическое вещество в среднем 96 процентов респондентов ответили «довольно просто». Желание попробовать наркотики выразили 1,2 процента мальчиков и 1 процент девочек. Результаты анкетирования показали, что 45,1 процента мальчиков и 48,1 процента девочек ответили, что признались бы в употреблении наркотиков, в частности в употреблении марихуаны или гашиша. В то же время 34,4 процента учеников ответили, что не признались бы в употреблении наркотиков.

Среди опрошенных респондентов на вопрос об употреблении наркотических веществ 0,5 процента ответили, что в течение жизни 1–2 раза пробовали наркотическое вещество. Сообщили о пробах одного раза в течение жизни 0,5 процента мальчиков и 0,3 процента девочек. Наиболее широко было распространено потребление ингалянтов. Согласно ответам, в течение жизни хотя бы один раз пробовали ингалянты 1,9 процента мальчиков и 1,2 процента девочек. На втором месте идет употребление, марихуаны или гашиша, о котором сообщили 0,5 процентов из всех опрошенных. Исследование показало, что первая проба наркотических веществ чаще всего осуществлялась в возрасте 16 лет и, как правило, это были марихуана, амфетамины и транквилизаторы.

7.3 ПРОФИЛАКТИКА

Профилактические мероприятия в области наркотиков проводятся заинтересованными министерствами и государственными структурами включая Министерство Здравоохранения РТ, Агентство по контролю за наркотиками при Президенте РТ, Министерство внутренних дел РТ, Министерство образования РТ, Министерство культуры РТ, Комитет по делам женщин и семьи при Правительстве РТ, Комитет по делам молодежи и спорта и туризма при Правительстве РТ, Комитет по телевидению и радиовещанию при Правительстве РТ, а также общественными организациями.

В 2011 году были проведены целый ряд образовательных, спортивных и культурно – массовых мероприятий, направленных на пропаганду здорового образа жизни. Проводилась санитарно-просветительная работа по ведению здорового образа жизни, профилактики наркомании, ВИЧ/СПИД в школах, колледжах, лицеях, институтах, университетах, Центрах здоровья и в ряде населенных пунктов, в ходе которых участникам была предоставлена информация о проблеме распространения наркомании в современном обществе и её последствиях. Были выпущены санитарные бюллетени и подготовлены уголки здоровья на таджикском и русском языках. Опубликованы статьи в газетах и журналах, проведены выступления по телевидению на трёх каналах (Первый канал, Сафина и Джахоннамо) и республиканскому радио. Ежегодно организуются антинаркотические мероприятия, посвященные международному дню борьбы с наркотиками, который отмечается 26 июня.

7.4 ПРОБЛЕМНОЕ ПОТРЕБЛЕНИЕ НАРКОТИКОВ

Исследования по определению распространения потребителей опиатов включая потребителей инъекционных наркотиков (ПИН) в 2011 году не проводилось. Согласно оценке группы Управления проектами СПИД (ARMG) проведенной методом множителя и ДЭЛЬФЫ в 2009 году, количество ПИН в Таджикистане было оценено как 25000, с возможным диапазоном 20000–30000.

7.5 СПРОС НА ЛЕЧЕНИЕ, СВЯЗАННОЕ С НАРКОТИКАМИ

Лечение наркозависимости в Республике Таджикистан проводится в специализированных наркологических учреждениях. Государством гарантируется анонимная наркологическая помощь. В целом, наркологическая служба Министерства здравоохранения Республики Таджикистан располагает 290 койками.

В 2011 году 1207 граждан по всей стране прошли стационарное лечение в наркологических центрах. 80,7% этих пациентов получили диагноз героиновая наркомания (F11.2 согласно Международной классификации болезней (МКБ 10). Количество наркозависимых, получивших стационарное лечение в 2011 г. увеличилось на 200 пациентов (19,86%) по сравнению с 2010 годом.

7.6 ИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, СВЯЗАННЫЕ С НАРКОТИКАМИ

2015 годы. Главными стратегическими направлениями этой Программы являются: создание правового поля, способствующего обеспечению универсального доступа к услугам профилактики, лечения, ухода и поддержки; реализация профилактических программ и обеспечение доступа к услугам по ВИЧ для всех групп, в первую очередь, для особо уязвимых; проведение АРВ-терапии, лечение оппортунистических заболеваний, таких как туберкулез; оказание паллиативной помощи, лечение и уход за лицами, живущими с ВИЧ (ЛЖВ); интеграция услуг по лечению ВИЧ-инфекции в структуре оказания первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) с целью улучшения доступа, снижения уровня стигматизации и улучшения качества оказания медицинской помощи; обеспечение социальной поддержки ЛЖВ; совершенствование системы эпидемиологического надзора, мониторинга и оценки профилактических мероприятий, и улучшение системы дозорного эпидемиологического надзора (ДЭН) за распространением ВИЧ инфекции.

По состоянию на 31 декабря 2011 г., в стране официально зарегистрировано кумулятивно 3846 случаев ВИЧ-инфекции, из которых в 77,7% случаях заражение происходило среди мужчин и в 22,3% случаях среди женщин. Распространенность ВИЧ составляет 43,4 на 100 000 населения. Случаи ВИЧ зарегистрированы в 66 из 68 районов страны. Количество умерших от общего числа ВИЧ-инфицированных составило 552 (14,4%). Среднее оценочное число ВИЧ-инфицированных в стране составляет от 6 800–10 000. Более того, в течение последних лет количество вновь зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции среди женщин увеличилось почти в 2,3 раза. Так, в 2005г. количество новых случаев среди женщин составило – 8,5%, а в 2011 г. – 20,2%.

В 2011 году из общего числа зарегистрированных случаев ВИЧ 52,6% составляли случаи заражения инъекционным путем передачи, 29,8% случаев заражения через незащищенные половые контакты, 1,5% составляли вертикальный путь передачи и 15,7% – путь передачи не выяснен. Распространенность ВИЧ-инфекции среди

групп, подверженных наиболее высокому риску заражения, в частности, среди ПИН в течение нескольких лет превышает 5%. Этот факт подтверждает, что Таджикистан находится в стадии концентрированной эпидемии ВИЧ.

В 2011 году в республике зарегистрировано 989 новых случаев ВИЧ – инфекции, в том числе 77,7% случаев среди мужчин и 22,3% случаев среди женщин. Среди вновь зарегистрированных случаев ВИЧ, 423 случая (42,7%) составляли потребители инъекционных наркотиков.

В 2011 году по официальным данным Центра медицинской статистики Министерства здравоохранения РТ, было зарегистрировано 368 случаев вирусного гепатита В (ВГВ) среди общего населения, что составляло на 30% больше, по сравнению с зарегистрированными случаями ВГВ в 2010 г. (282 случая).

Количество зарегистрированных случаев вирусного гепатита С в 2011 году составляло 84. По данным ДЭН за 2011 год самая высокая распространенность ВГС среди ПИН отмечена в городах Душанбе – 36,2% и Хорог – 21,4%, а самый низкий процент выявлен в городе Истаравшане – 2,7%.

Согласно данным Центра медицинской статистики Министерства здравоохранения РТ, в 2011 году было зарегистрировано 273 случая инфицирования сифилисом среди общего населения, в том числе 159 – среди мужчин и 114 – среди женщин. Согласно результатам ДЭН за 2011 год, самая высокая распространенность сифилиса среди ПИН была выявлена в городах Турсунзаде – 16,5% и Вахдат – 16,4%. Наиболее низкие уровни распространенности сифилиса среди ПИН были выявлены в городах Истаравшан – 2% и Куляб – 2,3%.

7.7 СМЕРТИ, СВЯЗАННЫЕ С НАРКОТИКАМИ И СМЕРТНОСТЬ СРЕДИ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ НАРКОТИКОВ

Официальные данные Таджикистана предоставляют очень ограниченную информацию относительно количества смертей, связанных с употреблением наркотиков. По данным Республиканского центра судебно-медицинской экспертизы МЗ РТ, в 2011 году было зарегистрировано 39 случаев смерти, связанных с передозировкой героином. Эта цифра вероятнее всего не отражает реальную картину, так как в Таджикистане только в 7% случаев наступления смерти проводится аутопсия, в связи с тем, что потребление наркотиков в Таджикистане связано с огромной стигмой и национальной устоями (семьи стараются называть любые причины смерти, только не злоупотребление наркотиками).

7.8 ОТВЕТНЫЕ ЛЕЧЕБНЫЕ МЕРЫ

В принятой в 2007 году «Единой государственной целевой программе профилактики наркомании и противодействия незаконному обороту наркотиков в Республике Таджикистан на 2008–2012 годы» предусмотрена организация информационно-образовательных мероприятий, направленных на семьи, дети которых проходят лечение от наркозависимости в наркологических диспансерах страны.

Лечение наркозависимости в Республике Таджикистан проводится в специализированных наркологических учреждениях. Государством гарантируется анонимная наркологическая помощь. Услуги, оказываемые специализированными наркологическими учреждениями страны, предусматривают стационарное и амбулаторное лечение, противорецидивную терапию, реабилитационные программы, работу с наркозависимыми, проведение профилактических мероприятий по предупреждению наркологических заболеваний.

Лечением наркотической зависимости в Республики Таджикистан занимаются, главным образом, государственные наркологические учреждения, в число которых входят:

- Республиканский клинический центр наркологии г. Душанбе (100 коек)
- Областной наркологический центр ГБАО г. Хорога, (30 коек)
- Согдийский областной наркологический центр: (г. Худжанде 40 коек, при психоневрологическом диспансере г. Исфара 10 коек, при психоневрологическом диспансере г. Канибадама 10 коек, при психоневрологическом диспансере г. Пенджикента 10 коек, в наркологическом диспансере г. Истаравшан 10 коек, при терапевтическом отделении ЦРБ г. Чкаловска 20 коек)
- По Хатлонской области – 50 коек, в том числе в Областном наркологическом Центре №1 г. Курган-Тюбе – 20 коек, Областном наркологическом Центре №2 г. Куляба – 20 коек, при психоневрологическом диспансере города Нурек 10 коек.
- По районам республиканского подчинения при ЦРБ Гиссарского района – 10 коек.

Обеспеченность населения Республики наркологическими койками составляет 4 на 100 тыс. населения.

7.9 ОТВЕТНЫЕ МЕРЫ ПО СНИЖЕНИЮ ВРЕДА

В качестве ответных мер, направленных на минимизацию последствий наркопотребления, в республике реализуются программы снижения вреда. Первые профилактические программы в рамках стратегии Снижения вреда (СВ) в Таджикистане были начаты в 1999 году и финансировались UNAIDS (2 программы). В дальнейшем основная активность по развитию программ Снижения вреда поддерживалась Фондом Сороса (Институт открытого общества – Таджикистан). С 2005 года реализация программ снижения вреда (СВ) осуществляется за счет средств Глобального Фонда, а с 2006 года также и за счет проектов CARHAP, DDRP, AFEW, Оперейшн Мерси (KADA). География программы СВ охватывает почти всю территорию страны.

Основными формами работы с ИПН (инъекционные потребители наркотиков) в рамках программ СВ в РТ являются:

- Опиоидная заместительная терапия;
- Программы обмена шприцев (ПОШ);
- Программа социального сопровождения;
- DROP-IN центры;
- Направление к врачам для получения медицинской помощи;
- Аутрич-работа;
- Предоставление информационно-образовательных материалов просветительного характера;
- Профилактика передозировок путем снабжения ПИН налоксоном;
- Добровольное консультирование и направление на тестирование на ВИЧ.

В 2009 году Правительство РТ рассмотрело и поддержало письмо Министерства здравоохранения Республики Таджикистан по вопросу пилотного внедрения программы заместительной терапии. В соответствии с резолюцией Правительства начата работа по практическому воплощению данной идеи. В июне 2010 года Министерством здравоохранения при поддержке Глобального фонда и УНПООН был открыт первый центр по предоставлению опиоидной заместительной терапии (ОЗТ) в г. Душанбе при Республиканском клиническом центре наркологии им. проф. М.Гулямова, где к концу 2011 года 102 пациента получали опиоидную заместительную терапию. Второй центр ОЗТ был открыт в г. Худжанде Согдийской области в декабре 2010 года, где опиоидную заместительную терапию получали 52 пациента. Третий центр ОЗТ был открыт в г. Хороге в мае 2011 года, где на конец 2011 года получали опиоидную заместительную терапию 44 пациентов.

Общественная Организация «СПИН ПЛЮС», которая реализует проекты в г. Душанбе и в г. Вахдате, 1 июня 2011 года открыла Кризисный центр доступных услуг для женщин – ПИН с дневным пребыванием – первый гендерчувствительный проект в Республике Таджикистан. В рамках данного проекта к концу 2011 года было охвачено 296 клиентов, из которых 55% (162) составляли женщины в возрасте до 30 лет. В Кризисном центре предоставлялись как низкопороговые услуги (стирка, душ, общение, досуг, питание, гигиенические пакеты), так и консультации юриста и перенаправление к врачам. В рамках программ организации «СПИН ПЛЮС» также функционировал центр реадaptации для ПИН при поддержке Спид-Фонда Восток-Запад. В данном центре в течение отчетного периода прошли реадaptацию 62 клиента, 40 из которых остаются привержанными трезвости. 2 клиента переправлены для последующей реабилитации в Республиканский реабилитационный центр «Тангаи».

Сотрудниками ОО «СПИН ПЛЮС» была оказана помощь 29 клиентам ПИН с передозировкой от героина при помощи препарата Налоксон. При ОО «СПИН ПЛЮС» организована группа взаимопомощи, состоящая из 60 клиентов, получающих заместительную терапию метадонном. Эти клиенты получают низкопороговые услуги и консультативную помощь в дроп-ин-центре.

В рамках программы USAID Диалог по ВИЧ и ТБ (туберкулез) образовательными мероприятиями (минисессии, тренинги, индивидуальные групповые беседы), было охвачено 1122 ПИН, в том числе 981 мужчин и 141 женщин. Наиболее активным клиентам были розданы 500 мотивационных пакетов.

Учитывая темпы распространенности эпидемии ВИЧ инфекции в республике и основной путь его распространения (инъекционное потребление наркотиков), с учётом международного опыта по снижению темпов распространения ВИЧ среди уязвимых групп посредством широкого внедрения программ снижения вреда, в республике началась организация пунктов доверия для предоставления услуг ПИН. Первые программы Снижения вреда в Республике Таджикистан начали внедряться с 1998г. в городах Душанбе, Худжанд и Хороге, главным образом, в виде программ обмена шприцев и раздачи информационных материалов. В дальнейшем, программы ПОШ были внедрены в городах Турсунзаде, Вахдат, Курган-Тюбе, и других районах Согдийской и Хатлонской областей.

В г. Кулябе при ОО «Анис» был открыт круглосуточный Дроп-ин центр для ПИН.

В рамках проектов ОО «Волонтер», который реализует программы в Горно Бадахшанской автономной области (ГБАО), за отчетный период было оказано 9001 видов услуг, в том числе: 1231 услуг по социальному

сопровождению, 2057 профилактических услуг, 2078 медицинских услуг, 1984 услу по информированию и консультированию, 326 услуг по оказанию психологической помощи и поддержке, 966 юридических услуг и 359 социальных услуг. Социальное бюро охватывало 1163 клиентов (ПИН-324, СР-9, ЛЖВ-24, ТБ-89, бывших заключенных-52, больных Гепатитом В и С-15, молодежь из группы риска-1, уязвимых женщины-649). Оценка удовлетворенности клиентов услугами, предоставляемыми Социальным Бюро показала следующие результаты: 1197 клиентов оценили услуги «отлично», 72 клиента – «хорошо», 159 – удовлетворительно и только 2 клиента оценили услуги «неудовлетворительно».

ОО «РАН» реализует проект по снижению вреда в г. Душанбе. В рамках программы организации функционировали 1 мобильный пункт доверия (ПД) и 4 ПОШ, которые расположены на территории Республиканской туберкулёзной больницы, при Городских центрах здоровья (ГЦЗ) №2, №12 и №14. За отчетный период в рамках проектов ОО «РАН» было охвачено 1417 клиентов. Произведён обмен 198150 шприцов, роздано 23040 презервативов. За январь, февраль месяц 2011 года друп-ин-центром «ДомРАН» предоставлено 3217 услуг включая немедикаментный детокс для 26 клиентов

Согласно отчету ПРООН по внедрению грантов Глобального Фонда за 2011г., кумулятивно 15 871 ПИН охвачены программой по снижению вреда, включая программу обмена игл и шприцев, что составляет около 63% от общего оценочного числа ПИН в стране. В частности, 5700 клиентов охвачено программой обмена игл и шприцев, что составляет примерно 22% от среднего оценочного числа ПИН (25 000) с распределением в среднем 88 шприцев на одного клиента в год.

За отчетный период в стране функционировали 21 пунктов доверия для ПИН при лечебно-профилактических учреждениях, поддерживаемых ПРООН в рамках внедрения грантов Глобального Фонда, 28 пунктов доверия – на базе ОО, поддерживаемых как из грантов Глобального Фонда, так и проектами CARHAP/DFID, PSI, OSI, Общества Красного Полумесяца, где выполнялись программы по обмену игл и шприцев.

7.10 РЫНКИ НАРКОТИКОВ И ПРЕСТУПЛЕНИЯ, СВЯЗАННЫЕ С НАРКОТИКАМИ

В 2011 году было изъято 4 т 237 кг 798 гр. наркотических средств, на 8,6% больше чем в 2010 году (3т.902кг.716гр) (АКН, 2012). Продолжавшаяся в последние годы тенденция увеличения изъятий наркотиков каннабисной группы, в первую очередь гашиша, наблюдалась и в 2011 году, составив 76,2%, что на 20,5% больше, чем в 2010 году, а доля изъятых наркотиков опийной группы сократилась. Такое значительное изменение соотношений изъятых наркотиков в Республике Таджикистан объясняется тем, что на протяжении последних лет в Афганистане увеличивались площади с посевами каннабиса.

В результате химических исследований установлено, что степень чистоты героина, изъятого в 2011 году, составляла от 20% до 85%. В качестве примесей в пробах изъятого героина обнаруживались: производственные примеси – 6-моноацетилморфин и ацетилкодеин; инородные примеси фармакологического происхождения – кофеин, парацетамол, декстрометорфан.

В партиях наркотического средства опия, изъятых в 2011г., не было отмечено образцов опия, содержащего инородные примеси. Лишь в отдельных незначительных по количеству изъятиях опия, наблюдались примеси крахмалсодержащего вещества.

Внешний вид изъятого гашиша представлял собой либо палочкообразное вещество, либо вещество, спрессованное в плитки прямоугольной формы. Размеры плиток колеблются в следующих пределах: ширина – 14–16см, длина 21–23см, толщина 2–3см.

Стоимость наркотиков на территории Таджикистана повышается по мере удаленности от линии государственной границы. Так, цена одного килограмма героина высокой пробы на 1 января 2011 года в ГБАО составляла 3278 ЕВРО, в Хатлонской области – от 2608 до 2831 ЕВРО, на территории города Душанбе и районах республиканского подчинения (РРП) – от 2980 до 3353 ЕВРО, в Согдийской области – от 3353 до 4470 ЕВРО. Цена одного килограмма опия составляла в ГБАО 149–373 ЕВРО, в Хатлонской области – 261–298 ЕВРО, в Согде – 596–745 ЕВРО и в Душанбе – 410–447 ЕВРО. Цена одного килограмма наркотиков каннабисной группы составляла в ГБАО 75–127 ЕВРО, в Хатлонской области 90–112 ЕВРО, в Согде 298–447 ЕВРО и в Душанбе 164–187 ЕВРО.

7.11 НАЦИОНАЛЬНОЕ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВО ПО НАРКОТИКАМ

Законодательство Республики Таджикистан в области контроля за наркотиками основывается на нормах и рекомендациях международных антинаркотических конвенций ООН (1961, 1971, 1988 г.г.), к которым Таджикистан присоединился в 1995 и 1996 годах.

Основной целью закона Республики Таджикистан «О наркотических средствах, психотропных веществах и прекурсорах» от 10 декабря 1999 г. за № 873, является реализация государственной политики и международных договоров в области законного оборота наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров, противодействия их незаконному обороту, профилактики наркомании и токсикомании, а также оказания наркологической помощи лицам, страдающим наркоманией и токсикоманией.

Закон «О наркологической помощи» от 8 декабря 2003 года за № 67 направлен на обеспечение граждан, страдающих наркологическими заболеваниями, медицинской и социальной помощью, профилактику и предупреждение наркологических заболеваний. Основными задачами закона являются охрана прав и законных интересов лиц, страдающих наркологическими заболеваниями, установление оснований и порядка оказания наркологической помощи, а также охрана прав медицинских и других работников, оказывающих наркологическую помощь. Согласно статье 6 данного закона государством гарантируются следующие виды наркологической помощи и социальной защиты:

- неотложная наркологическая помощь;
- анонимная наркологическая помощь в специализированных наркологических;
- учреждениях;
- консультативно-диагностическая, лечебно-профилактическая помощь и медицинская
- реабилитация во внебольничных и стационарных условиях;
- все виды наркологической экспертизы, определение временной нетрудоспособности;
- консультации по правовым вопросам и другие виды юридической помощи;
- социально-бытовое устройство инвалидов и престарелых, страдающих наркологическими заболеваниями.

Глава 22 Уголовного Кодекса РТ (введен в действие с 1 сентября 1998 года) предусматривает

- ответственность за следующие нарушения закона, связанные с наркотиками;
- незаконный оборот наркотических средств или психотропных веществ с целью сбыта (статья 200 УК РТ); незаконное обращение с наркотическими средствами или психотропными веществами (без цели сбыта) (статья 201 УК РТ);
- хищение наркотических средств или психотропных веществ (статья 202 УК РТ);
- незаконное производство, изготовление, переработка, приобретение, хранение, транспортировка или пересылка прекурсоров (статья 202¹ УК РТ);
- хищение прекурсоров (статья 202² УК РТ);
- вовлечение в потребление наркотических средств или психотропных веществ (статья 203 УК РТ);
- незаконное культивирование запрещенных к возделыванию растений, содержащих наркотические вещества (статья 204 УК РТ);
- организация или содержание притонов для потребления наркотических средств или психотропных веществ (статья 205 УК РТ);
- незаконный оборот сильнодействующих или ядовитых веществ с целью сбыта (статья 206 УК РТ);
- нарушение правил обращения с наркотическими средствами, психотропными веществами или прекурсорами, сильнодействующими или ядовитыми веществами (статья 206¹ УК РТ).

7.12 НАЦИОНАЛЬНАЯ СТРАТЕГИЯ ПО НАРКОТИКАМ

Государственная стратегия Республики Таджикистан в области контроля за оборотом наркотических средств направлена на предотвращение использования территории государства со стороны транснациональных организованных наркогруппировок для контрабанды наркотических средств, выполнение международных обязательств и установление строгого контроля над законным оборотом наркотических средств, обеспечение эффективной борьбы против незаконного оборота наркотиков, гарантированной медицинской помощи пациентам с наркотической зависимостью, а также расширение международного сотрудничества в этой области.

В декабре 2010 года заинтересованными министерствами и ведомствами республики были подведены итоги первого года реализации соответствующих пунктов «Единой государственной целевой программы профилактики наркомании и противодействия незаконному обороту наркотиков в Республике Таджикистан на 2008–2012 годы» и информация об этом была направлена в Правительство Республики Таджикистан.

Основными целями и задачами программы являются:

- сокращение спроса на наркотики;
- совершенствование системы правоохранительных и других государственных органов;
- последовательное проведение целенаправленной работы по профилактике и искоренению причин распространения наркомании;
- укрепление наркологической службы;
- совершенствование законодательства в области контроля за оборотом наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров;
- активизация международного сотрудничества;

Основные стратегии и направления деятельности по сокращению спроса на наркотики были обозначены в «Программе по профилактике распространения наркозависимости и совершенствованию наркологической помощи в Республике Таджикистан на период 2005–2010 годов», в которой были указаны нормативно-правовое, контрольно-организационное, научно-информационное, образовательное, структурное, технологическое и кадровое. Направления на период реализации программы.

Были также подведены итоги программы развития здоровья молодежи в Республике Таджикистан на 2006–2010 годы, основной целью которой являлось улучшение состояния здоровья молодых людей путем снижения уровня рискованного поведения, таких, как случайные сексуальные отношения и наркопотребление, а также снижения уровня распространения инфекций, передающихся половым путем и ВИЧ/СПИД.

7.13 КООРДИНАЦИОННЫЕ МЕХАНИЗМЫ В ОБЛАСТИ НАРКОТИКОВ

Одной из мер принятых Правительством Республики Таджикистан в области контроля за наркотиками, является создание координационных органов на всех уровнях общества с целью координации деятельности правоохранительных органов республики в сфере борьбы с незаконным оборотом наркотиков, а также соответствующих министерств и ведомств в области контроля за оборотом наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров, и профилактики наркомании. Основным органом координации деятельности министерств, ведомств и организаций, независимо от форм собственности, в области профилактики злоупотребления наркотиками, является Координационный совет по профилактике злоупотребления наркотиками, утвержденный Указом Президента Республики Таджикистан от 3 апреля 2004 года за № 1310.

Согласно данному Указу в Горно-Бадахшанской автономной области, Согдийской и Хатлонской областях, в городе Душанбе, городах и районах республиканского подчинения были образованы областные, городские и районные советы по координации профилактики злоупотребления наркотиками. Координационный совет призван координировать взаимодействия министерств, ведомств, органов государственной власти на местах в проведении мероприятий, направленных на предупреждение немедицинского потребления наркотических средств, психотропных и других одурманивающих веществ.

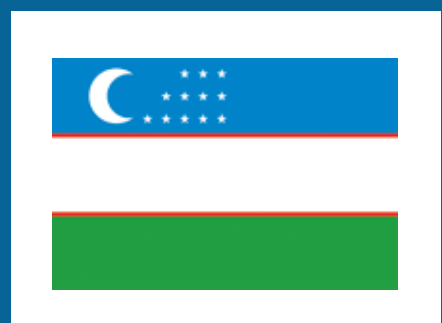
7.14 БИБЛИОГРАФИЯ

1. AIDS Projects Management Group (2009), 'Project report: Support to national response to AIDS by strengthening of HIV prevention and care services in Tajikistan'.
2. CIA (n.d.), *The World Fact Book: Tajikistan*, CIA (<http://www.cia.gov/cia/publications/factbook/geos/ti.html>, accessed July 2006).
3. Combating HIV/AIDS in Eastern Europe and Central Asia (2005), 'Global HIV/AIDS program of action', Human Development Department, Europe and Central Asia, World Bank.
4. DCA (Drug Control Agency under the President of the Republic of Tajikistan) (2012), 'An overview of the drug situation in Tajikistan in 2011. Dushanbe: the Drug Control Agency under the President of the Republic of Tajikistan.
5. RC FM (Republican Clinical Centre of Forensic Medical Examination) (2011), 'Report on Dushanbe', RC FM, Dushanbe.
6. RCAIDS (Republican Centre for Prevention of AIDS) (2010), 'SES (Sentinel Epidemiological Surveillance)', RCAIDS, Dushanbe.
7. RCNC (Republican Clinical Narcology Centre) (2010), 'Report on Dushanbe', RCNC, Dushanbe
8. UNODC (2010) *World Drug Report*, UNODC, Vienna.
9. USAID CAR (n.d.), 'Universal access to HIV prevention in Central Asia: A technical working paper on reaching high coverage among vulnerable populations', USAID, Washington, DC.

8.

УЗБЕКИСТАН

Страновой обзор



8.1 ОСНОВНЫЕ ДАННЫЕ

Наименование	Год	Величина	Источник
Общая площадь (кв. км)	2011	447 400	Правительственный портал Республики Узбекистан
Население	2011	29 559 100	www.gov.uz
Валовой внутренний продукт на душу населения (€) ¹	2011	1 452	UN
Неравномерность распределения доходов (коэффициент Джини) (%)	2011	0,368	www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/rankorder/2172rank.html
Уровень безработицы (%)	2011	0,2	knoema.com/atlas/Uzbekistan/Unemployment-rate
Тюремное население (на 100 000 населения)	2011	152	www.prisonstudies.org/info/worldbrief/wpb_country.php?country=116
Население ниже черты бедности (%)	2011	26	www.indexmundi.com/g/r.aspx?v=69

8.2 ПОТРЕБЛЕНИЕ НАРКОТИКОВ СРЕДИ ОБЩЕГО НАСЕЛЕНИЯ И МОЛОДЕЖИ

В республике исследований по оценке распространённости употребления наркотиков среди общего населения не проводилось.

Последнее исследование по оценке масштабов употребления алкоголя, табака и наркотиков среди молодёжи (учащихся 9-х классов общеобразовательных школ) в Республике Узбекистан проведено под эгидой УНП ООН в 2006 году по методике, разработанной Европейским проектом обследования школ по проблеме алкоголя и наркотиков – ЭСПАД (Министерство народного образования РУз, 2006).

Для исследования были отобраны методом случайной выборки 100 общеобразовательных школ г.Ташкента, Ташкентской, Самаркандской, Андижанской, Бухарской и Сурхандарьинской областей, с учётом их географического расположения. Всего было опрошено 5851 детей 1990 года рождения (2766 мальчиков и 3085 девочек).

В указанной возрастной группе учащихся пилотных регионов, отмечен низкий уровень употребления наркотиков. В целом среди опрошенных респондентов количество лиц, употреблявших 1–2 раза наркотическое средство (каннабис, ингалянты) в течение всей жизни, составило 0,5%. Всё это эпизодические случаи, не переходящие в систематическое употребление.

Система наркологического учёта (the narcology register)

Система наркологического учёта включает диспансерный учёт и профилактическое наблюдение наркопотребителей, порядок которых осуществляется в соответствии с Инструкцией, утвержденной приказом МЗ РУз №278 от 15.07.2005 г.

Согласно нормативному документу, лица, допускающие немедицинское потребление психоактивных веществ, обращаются добровольно или направляются судебно-следственными органами, а также медицинскими учреждениями в наркологические учреждения государственной системы здравоохранения для медицинского освидетельствования.

В случае установления диагноза наркотической зависимости они подлежат *диспансерному учету* и динамическому наблюдению в амбулаторных наркологических подразделениях. Диагноз может быть установлен как в амбулаторных, так и в стационарных условиях только врачом-наркологом на основании тщательного обследования.

В случае несогласия с диагнозом наркотической зависимости гражданин может обратиться с жалобой в вышестоящие органы здравоохранения или в суд.

Решение о постановке на диспансерный учет принимается врачебно-консультативной комиссией наркологического учреждения. Диспансерный учет осуществляется по месту жительства наркопотребителя в территориальном наркологическом учреждении.

Исключение составляют лица, добровольно обратившиеся за наркологической помощью в кабинеты анонимного лечения. В этих случаях диспансерное наблюдение за пациентами не проводится.

¹ Курсы обмена валют на 31 декабря 2011 г., установленные Национальным Банком Казахстана: 1 Евро – 191,72 тенге, 1 Доллар США – 148,40 тенге.

Пациенты с течением заболевания без ремиссии и лица, впервые обратившиеся за наркологической помощью, в амбулаторных условиях осматриваются не реже 1 раза в месяц. За время диспансерного наблюдения пациенты должны получить квалифицированную медицинскую помощь, обеспечивающую состояние длительной ремиссии. В случае наступления стойкой ремиссии устанавливается срок диспансерного учета продолжительностью 3 года. На первом году ремиссии пациент осматривается 1 раз в месяц, на втором году ремиссии – 1 раз в 2 месяца, на третьем году – 1 раз в 3 месяца.

Диспансерный учет прекращается по следующим причинам:

- стойкая ремиссия (3 года полного воздержания от любых психоактивных веществ, включая алкоголь);
- изменение места жительства с выездом за пределы территории, обслуживаемой наркологическим учреждением;
- осуждение с лишением свободы на срок более 1 года;
- смерть.

Снятие с диспансерного учета в связи со стойкой ремиссией производится на основании заключения врачебно-консультативной комиссии наркологического учреждения, в котором наблюдался пациент.

В случаях употребления наркотиков без клинических признаков зависимости, наркопотребители подлежат *профилактическому наблюдению*. Целью профилактического наблюдения является предупреждение формирования наркотической зависимости. Осмотры наркопотребителей, состоящих на профилактическом учете, производятся не реже 1 раза в месяц. При полном отказе от употребления наркотиков и отсутствии признаков зависимости срок профилактического наблюдения ограничивается 1 годом. В случае продолжения наркопотребления и формирования синдрома зависимости от наркотика пациент переводится на *диспансерный учет* (Министерство здравоохранения РУз, 2011).

Общее число лиц, состоящих на медицинском (диспансерном и профилактическом) учёте в наркологических учреждениях республики в 2010 году составило 20457 (2009 год – 20829). Количество больных наркоманией, состоящих на диспансерном учёте 18939 (19555).

У 2159 (2272) выявленных и поставленных на учёт лиц в 2010 году, диагноз наркомания установлен впервые в жизни.

Средне-республиканский показатель первичной заболеваемости² наркоманией снизился до 7,6 (8,2) на 100 тыс. населения.

В структуре наркоманий доля зависимости от препаратов опиоидной группы – 79,1% (79,0%), удельный вес потребителей героина – 69,4% (68,2%) (Министерство здравоохранения РУз, 2012а).

8.3 ПРОФИЛАКТИКА

Организация медико-просветительской работы в учебных заведениях, в том числе по профилактике наркомании осуществляется в рамках уроков «Здоровый образ жизни»:

1. «Уроки здоровья» для 1–4 классов,
2. «Основы здорового поколения» для 5–9 классов.

На каждый раздел выделено 17 учебных часов в год.

В колледжах учащиеся обучаются по программе «Основы здорового образа жизни и семья».

Во всех летних детских оздоровительных лагерях проведены конкурсы рисунков на асфальте, «весёлые старты», свыше 3 тыс. «круглых столов» и вечеров вопросов и ответов, а также других профилактических мероприятий.

Министерством здравоохранения при финансовой поддержке ОБСЕ выпущено учебно-методическое пособие «Первичная профилактика наркозависимости среди учащихся общеобразовательных школ» на узбекском и русском языках.

Министерством высшего и среднего специального образования среди учащихся колледжей Ферганской, Сырдарьинской, Андижанской и Кашкадарьинской областей осуществлён социологический опрос с целью изучения эффективности проводимых профилактических мер. Результаты показали, что 95,5% молодых людей из более чем 1,2 млн. опрошенных, осведомлены о негативных последствиях наркопотребления.

² Показатель первичной заболеваемости это отношение числа лиц с впервые в жизни установленным диагнозом наркомания в отчётном году к среднегодовой численности населения, помноженное на 100 тыс.

Ташкентским городским наркодиспансером совместно с кафедрой наркологии Ташкентского института усовершенствования врачей подготовлена 18-часовая программа для педагогов по вопросам профилактики и раннего выявления зависимости от ПАВ у детей и подростков.

Программа семинаров для учителей общеобразовательных школ включает ознакомление с признаками употребления отдельных ПАВ, медицинскими и социальными последствиями злоупотребления ими, выявлением «группы риска» в учебных заведениях. Описываются конкретные действия учителя в случаях выявления потребления ПАВ, основные принципы профилактики наркомании, работа над школьной программой профилактики зависимости от наркотиков, интерактивные методы профилактической работы с учащимися. Освещается роль школы и семьи в профилактике зависимостей от ПАВ роль, работа с родительской аудиторией. Проводится ролевой тренинг (имитация встречи с родителями).

Также, разработана 18-часовая программа семинаров для врачей первичного звена здравоохранения по вопросам раннего выявления и профилактики алкоголизма, наркомании и токсикомании.

Имеется аналогичная 6-часовая программа обучения активистов махаллей по вопросам профилактики и раннего выявления наркомании.

Кафедрой валеологии ТашИУВ подготовлена 144-часовая учебная программа «Валеологические принципы и проблемы поведения» для валеологов и врачей всех специальностей.

Ассоциацией врачей Узбекистана реализован проект «Осведомлённость студентов колледжей и высших учебных заведений о пагубных воздействиях наркомании». В Национальном Университете и ряде колледжей г.Ташкента обученными модераторами с участием представителя кафедры наркологии ТашИУВ проведены просветительские мероприятия по профилактике распространения наркомании, на которых приняли участие 1150 учащихся.

Общественное движение молодёжи «Камолот» проводило работу в рамках проекта «Расширение масштабов охвата, увеличение качества и полноты услуг по профилактике ВИЧ для наиболее уязвимых групп населения Республики Узбекистан», финансируемого Глобальным фондом для борьбы со СПИДом, туберкулёзом и малярией.

Проведены тренинги для 14 региональных координаторов и 28 тренеров по повышению знаний в вопросах ВИЧ/СПИД, ЗППП, наркомании, а также обучению их принципам работы по методу «равный-равному» и ведению профилактических работ среди сверстников. Профилактическими мероприятиями было охвачено 31,7 тыс. молодых людей всех регионов республики.

Врачами-наркологами в различных группах населения прочитано 8552 лекций, проведено семинаров – 1713, осуществлено 675 выходов в средства массовой информации.

Во всех областях осуществлялась круглосуточная консультативная помощь населению по «телефонам доверия», которыми даны 3160 консультаций.

С 1 февраля по 1 марта 2011 года в республике проведено специальное мероприятие по предупреждению наркомании среди молодёжи, выявлению лиц, занимающихся распространением наркотиков, вовлечением в наркоманию молодёжи и их организаторов.

В ходе месячника организованы встречи и беседы антинаркотической тематики в высших учебных заведениях, их филиалах, колледжах и общеобразовательных школах, на которых приняли участие более 3,6 млн. учащихся и студентов. Кроме того проведены встречи и беседы в 2,5 тыс. учреждениях, организациях и предприятиях, где основную часть работников составляет молодёжь.

В рамках месячника борьбы с наркоманией, посвященного Международному дню борьбы с наркоманией в академических лицеях и профессиональных колледжах осуществлено свыше 1,2 тыс. встреч, бесед на тему «Противодействие наркомании – долг каждого», «Дорога в бездну», около 500 театрализованных представлений, показов кинофильмов с участием свыше 1,2 млн. учащихся.

На центральных улицах областных центров размещены баннеры социальной рекламы.

В республиканской и местной прессе выпущено около 500 специальных материалов. Кроме того, данная тематика широко освещалась Национальной телерадиокомпанией на центральных и региональных каналах, путём выпуска телерадиопередач, информационных репортажей и показа художественных и документальных фильмов.

8.4 ПРОБЛЕМНОЕ ПОТРЕБЛЕНИЕ НАРКОТИКОВ

В настоящем разделе под проблемным потреблением наркотиков следует понимать инъекционное потребление наркотиков.

Последнее исследование оценки распространённости проблемной наркомании в Узбекистане проведено под эгидой УНП ООН в 2006 году. Исходя из информации собранной в ходе оценки число инъекционных (проблемных) потребителей наркотиков в 2006 году может достигать 0,5% взрослого населения или 80000. Такое большое оценочное количество ПИН в республике вызывает сомнение у специалистов наркологов и требует уточнения путём научной организации эпидемиологических исследований.

Средний возраст первой инъекции наркотика составил 25,8 лет. В 95,9% случаев инъекционного потребления использовался героин. В течение последних 6 месяцев большинство ПИНов (64%) прибегали к ежедневному введению наркотиков. Такой ритм наркотизации значительно чаще встречался среди мужчин (66,6%), чем среди женщин (45,2%). 21,3% допускали инъекции наркотиков нестерильным шприцем после его использования другим наркопотребителем, 21,9% – пользование своим нестерильным шприцем другими потребителями инъекционных наркотиков (Министерство здравоохранения РУз, 2007).

По данным Министерства здравоохранения, среди общего количества наркозависимых лиц, употребляющих наркотики инъекционным путём в 2011 году – 8711 (2010 г. – 9077), доля инъекционных потребителей героина составила 8085 (8493) или 92,8%. Соответственно, доля инъекционных потребителей опия 7,2% (Министерство здравоохранения РУз, 2012а).

8.5 СПРОС НА ЛЕЧЕНИЕ, СВЯЗАННОЕ С НАРКОТИКАМИ

В 2011 году количество больных, пролеченных в наркологических учреждениях республики составило 4816 (5805), из них 4596 или 95,4% – мужчины.

71,2% больных, прошедших лечение – лица в возрасте 20–39 лет.

Большинство больных, пролеченных являлись зависимыми от героина 4011 или 83,3%.

Среди лиц, прошедших лечение не зарегистрировано потребителей амфетаминов, экстази и кокаина.

Число больных, обратившихся за стационарной помощью составило 3 384 (4 533), из них впервые в жизни 899 (26,5%).

Уменьшилась доля больных, пролеченных в стационаре – 70,3% (78,1%), при одновременном увеличении в амбулаторных условиях – 27,1% (19,4%).

Число больных обратившихся за анонимным лечением – 2 581.

В 2011 году принудительно было пролечено 595 (692) больных наркоманией (Министерство здравоохранения РУз, 2012а).

8.6 ИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, СВЯЗАННЫЕ С НАРКОПОТРЕБЛЕНИЕМ

Республиканским Центром по борьбе со СПИД ведётся персонифицированный учет больных ВИЧ/СПИД.

В 2011 году выявлено 3 584 (2010 г. – 3 795) новых случаев ВИЧ-инфицирования, из них 465 (600) среди потребителей инъекционных наркотиков (Министерство здравоохранения РУз, 2012а).

Следует отметить, что доля ВИЧ-инфицированных ПИН снизилась с 80,7% в 2001 г. до 12,9% в 2011 г.

Среди 21 542 (18758) зарегистрированных людей живущих с ВИЧ уменьшилась доля ВИЧ-инфицированных наркопотребителей 6 258 (6 804) или 29,0% (36,3%).

В Узбекистане на протяжении последних лет для оценки эпидемиологической ситуации распространённости инфекционных болезней, связанных с наркотиками в целевых группах и составления представления о популяции в целом проводится Дозорный эпидемиологический надзор (ДЭН). ДЭН – это повторное проведение перекрестных исследований в отобранных группах населения и выбранных местах. Кратность проведения надзора не реже одного раза в два года.

Целью ДЭН является систематический и регулярный сбор информации, направленный на изучение динамики, факторов распространения ВИЧ-инфекции в сочетании с мониторингом моделей поведения в группах поведенческого риска (ПИН, работники коммерческого секса, мужчины, имеющие сексуальные отношения с мужчинами и др.) и среди населения в целом для разработки и внедрения профилактических программ и эффективных мер контроля за их исполнением.

Методические приемы ДЭН основаны на использовании репрезентативной выборки отдельных групп населения и являются менее дорогостоящими в сравнении с исследованиями широких слоев населения. При проведении ДЭН необходимо использование стандартного определения случая, стандартного протокола исследования, который выполняется в стандартных условиях в течение всего времени проведения ДЭН и на всех выбранных территориях для обеспечения сопоставимости данных.

Дизайн выборки – выборка, построенная самими респондентами (RDS). Расчёт размеров выборки определяется отдельно для каждой дозорной территории в зависимости от оценки уровня распространённости ВИЧ среди ПИН, размера допустимой ошибки, количества ПИН с помощью компьютерной программы Epi-Info 3.5.

Полученные данные обрабатывались с применением программы RDSAT 5.6 для получения взвешенных популяционных оценок, для многопараметрических анализов использовалась программа Epi-Info 3.5.

ДЭН не отменяет, а дополняет известные виды надзора, такие как существующая национальная система, несвязанная анонимная и другие формы надзора.

Определение случая ВИЧ-инфекции для целей ДЭН основывается на следующих лабораторных критериях: положительный результат исследования биоматериалов в скрининговом тесте на антитела к ВИЧ с последующим подтверждением положительных результатов в экспертных тест-системах. Биоматериалами могут являться цельная кровь, сыворотка крови, сухая капля крови.

По данным дозорного эпиднадзора, проведенного в 2011 году во всех административных территориях республики среди 5 600 респондентов из числа ПИН (лица, получавшие услуги в пунктах доверия), доля мужчин составила 4 974 (88,8%), женщин – 626 (11,2%). Следует отметить, что регионы, где проводился дозорный эпиднадзор, были отобраны Республиканским Центром по борьбе со СПИД методом случайной выборки (Министерство здравоохранения РУз, 2012b).

По данным дозорного эпиднадзора, проведенного в 2011 году распространённость ВИЧ среди инъекционных потребителей наркотиков составила 8,5% (2009 г. – 10,9%), гепатита С – 20,9% (28,5%), льюис – 4,9% (8,3%).

8.7 СМЕРТИ, СВЯЗАННЫЕ С НАРКОТИКАМИ И СМЕРТНОСТЬ СРЕДИ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ НАРКОТИКОВ

Источником данных является регистрация умершего, причиной смерти которого стали обнаруженные в жидкостях/ тканях тела наркотические вещества.

Во исполнение инструкции и правил, утвержденных приказом МЗ РУз №551 от 1992 г. все случаи насильственной смерти или с подозрением на нее должны быть исследованы в одном из 15 бюро судебно-медицинской экспертизы. Ответственным учреждением за сбор данных по стране является Главное бюро судебно-медицинской экспертизы МЗ РУз, которым ведется мониторинг уровня смертности, напрямую связанной с потреблением наркотиков. Данные, содержащие информацию по полу, возрасту, территориальному признаку направляются 1 раз в полугодие в Мониторинговый центр Минздрава.

По данным Главного бюро судебно-медицинской экспертизы Министерства здравоохранения количество летальных исходов от передозировки наркотическими средствами в 2011 году составило 37 (2010 г. – 38) или 0,13 на 100 тыс. населения, в то время как в 2005 году данный показатель составлял 201.

Число больных наркоманией снятых в 2011 году с диспансерного учёта в наркологических учреждениях в связи со смертью – 532 (574), что составило 2,9% от общего числа зарегистрированных наркозависимых под конец 2011 года или 1,9 на 100 тыс. общего населения (Министерство здравоохранения РУз, 2012a).

Общая смертность наркопотребителей в 6,8 раз выше, чем смертность среди общего населения того же пола и возраста.

8.8 ОТВЕТНЫЕ ЛЕЧЕБНЫЕ МЕРЫ

В республике функционирует сеть специализированных наркологических учреждений, представленных Республиканским наркологическим центром, 16 наркологическими диспансерами (13 из них имеют стационарные отделения), 3 наркологическими стационарами, 11 наркологическими отделениями в составе психиатрических больниц. На местах при центральных поликлиниках развернуто 174 наркологических кабинетов. Функционируют 34 подростковых кабинетов. В республике развернуто 1812 коек для лечения наркологических больных (Министерство здравоохранения РУз, 2012а).

Также, наркологическую помощь населению оказывают клиники с частной формой собственности. По данным Лицензионного управления Министерства здравоохранения с 2001 года по настоящее время получили лицензию на оказание наркологической помощи 18 частных клиник.

В качестве головного учреждения специализированной наркологической службы выступает кафедра наркологии и подростковой психопатологии Ташкентского института усовершенствования врачей (ТашИУВ), осуществляющее методическое управление в службах наркологической помощи.

В соответствии со статьей 45 Закона «О наркотических средствах и психотропных веществах», для лечения больных наркоманией применяются средства и методы, не запрещенные министерством здравоохранения Республики Узбекистан.

При организации наркологической помощи соблюдаются её основные принципы:

- доступность оказания наркологической помощи (стационарная, амбулаторная, в условиях дневного стационара, в реабилитационных центрах и др.);
- равные возможности доступа к получению квалифицированной медицинской помощи;
- гарантированный анонимный учёт (анонимность, конфиденциальность);
- многоуровневость организации наркологической помощи;
- экспертная деятельность;
- консультативные функции и др.

Наряду с медикаментозными методами лечения наркозависимости используются психологическое консультирование, психотерапевтическая коррекция, комплексная медико-социальная реабилитация.

В практику наркологических учреждений внедряется модель оказания наркологической помощи, основанная на целостном подходе к удовлетворению потребностей наркозависимых в медицинских, психологических и социальных услугах, и должна обеспечить повышение качества и эффективности терапевтических мероприятий, расширение перечня услуг, увеличение доступа наркопотребителей к лечебно-профилактическим программам. Составными элементами модели являются детоксикация, медикаментозное купирование постабстинентных расстройств, стационарная и амбулаторная реабилитация и противорецидивная терапия. Вмешательства реализуются в строго определенной последовательности, с постепенным переводом пациента со стационарного на амбулаторный этап лечения. Конечная цель – психологическая адаптация пациента к жизни без наркотиков и его реинтеграция в общество.

Также, в республике осуществляется принудительное лечение наркозависимых, которое регламентируется Законом Республики Узбекистан «О принудительном лечении больных хроническим алкоголизмом, наркоманией или токсикоманией» №753 –XII от 9 декабря 1992 года с изменениями и дополнениями в соответствии с законом РУз №175 – II от 15 декабря 2000 года.

Медицинское заключение о необходимости принудительного лечения выдается после освидетельствования больного специализированной медицинской комиссией для проведения наркологических экспертиз, организованных в наркологических учреждениях системы МЗ РУз.

Принудительное лечение назначается судом только тем больным, которые нарушают общественный порядок и права других лиц, создают угрозу безопасности (в частности физического насилия для окружающих), здоровью и нравственности населения.

Принудительное лечение проводится в специализированных лечебно-профилактических учреждениях (СЛПУ) системы МЗ РУз. В них приказом МЗ РУз № 679 от 31 декабря 1993 года закреплено оказание наркологической помощи в полном объеме, включая медико-социальную реабилитацию. Принудительное лечение осуществляется в соответствии со стандартами диагностики, лечения и медико-социальной реабилитации наркологических больных, утвержденными МЗ РУз в декабре 2006 года.

Продолжительность принудительного лечения определяется врачебной комиссией СЛПУ в течение 5 дней со дня помещения больного на принудительное лечение. При определении срока принудительного лечения учитываются клинические показатели (длительность заболевания, тяжесть клинических проявлений синдрома зависимости, степень изменения личности) и уровень социальной дезадаптации больного.

Переосвидетельствование на предмет продления срока принудительного лечения проводится только в случае недостаточного восстановления личности или трудовых навыков больного после окончания первоначально установленного срока лечения (Министерство здравоохранения РУз, 2011, Министерство юстиции РУз, 2001).

8.9 ОТВЕТНЫЕ МЕРЫ ПО СНИЖЕНИЮ ВРЕДА

В республике в целях снижения темпов распространения ВИЧ-инфекции в 2000 году при лечебно-профилактических учреждениях были организованы пункты доверия. В 2001 году количество пунктов доверия составляло 114, в настоящее время функционируют 235 пунктов доверия (их количество и дислокация зависит от ситуации в регионе). Пункты доверия обеспечивают свободный доступ представителей целевой группы к получению бесплатной анонимной и конфиденциальной помощи.

За 2011 год в действующие Кабинеты Доверия ПИНами было осуществлено 203,6 тысяч обращений. Через Кабинеты доверия было распространено более 11 тысяч информационно-образовательных материалов (более 7,2 тыс. буклетов и памяток, 3,8 тысяч брошюр) и более 2,3 млн. презервативов. Также, ПИНам были розданы более 2,6 (2001 г. – 0,013) млн. одноразовых шприцев (процент возврата шприцев в среднем по республике составил 69,8%).

Обратившимся было оказано анонимное до и послетестовое консультирование, проведены беседы по вопросам профилактики ВИЧ, ИППП, о последствиях наркомании и т.д. Более 105,9 тыс. раз обратившиеся перенаправлены к узким специалистам (наркологам, акушер-гинекологам, кожновенерологам, терапевтам, психологам и т.д.).

Также, развернуто 31 дружественных кабинетов (для предоставления услуг представителям уязвимых групп) по лечению инфекций передающихся половым путем (ИППП), которые используют признанные на международном уровне подходы к ведению больных.

8.10 РЫНКИ НАРКОТИКОВ И ПРЕСТУПЛЕНИЯ, СВЯЗАННЫЕ С НАРКОТИКАМИ

Правоохранительными органами Республики Узбекистан за 2011 год выявлено 8 171 (2010 г. – 8854) наркопреступлений, из них сбыт – 4 271, контрабанда – 522, хранение – 1 698, посев – 1511, притоносодержание – 169.

Судебными органами республики в 2011 году по фактам незаконного оборота наркотиков рассмотрены 3 922 (4 472) уголовных дел, по итогам которых к уголовной ответственности привлечено 5248 (5828) лиц.

Из незаконного оборота изъято 5 тн 404 кг (4 тн 717 кг) наркотиков, из которых каннабиноиды составили 62%, опиаты – 38%.

Изучение социального положения лиц, совершивших преступления связанные с незаконным оборотом наркотиков показало, что 48,3% являлись безработными, 26,5% ранее совершали преступления. Лица в возрастной категории 18–30 лет составили 17% от общего количества лиц, совершивших преступления.

В рамках комплексной оперативно-профилактической операции «Чёрный мак – 2011» выявлено 3 587 (3 820) наркопреступлений, из незаконного оборота изъято 3,1 (2,4) тн наркотических средств. Возбуждено 1 261 (1 231) уголовных дел (Правоохранительные органы РУз, 2012).

8.11 НАЦИОНАЛЬНОЕ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВО ПО НАРКОТИКАМ

Республика Узбекистан является участником ряда международных конвенций, соглашений и договоров, включая Единую конвенцию о наркотических средствах 1961 года, конвенции о психотропных веществах 1971 года и о борьбе против незаконного оборота наркотических средств и психотропных веществ 1988 года.

Основными нормативно-правовыми документами в сфере контроля за наркотиками являются:

1. Закон Республики Узбекистан (далее «РУз») «Об охране здоровья граждан» (1996г.).
2. Закон РУз «О наркотических средствах и психотропных веществах» (1999г.).
3. Закон Республики Узбекистан «О профилактике заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)» (1999г.).
4. Закон РУз «О принудительном лечении больных хроническим алкоголизмом или наркоманией» (1992г.).
5. Уголовный Кодекс Республики Узбекистан (1994г.).
6. Уголовно-процессуальный Кодекс Республики Узбекистан (1994г.).
7. Кодекс Республики Узбекистан об административной ответственности (1994г.).

Деятельность наркологической и СПИД службы регулируется соответствующими ведомственными и межведомственными нормативно-правовыми актами.

В 2011 году проводилась работа по совершенствованию нормативно-правовой базы, регулирующей деятельность наркологической службы.

Министерством здравоохранения разработано и утверждено Положение «О порядке выявления, учёта, обследования и медико-социальной реабилитации несовершеннолетних, злоупотребляющих спиртными напитками, наркотическими, психотропными и другими веществами, действующими на интеллектуально-волевую сферу».

Приказами Минздрава утверждены Положение о наркологическом стационарном отделении и новые «Стандарты диагностики, лечения и медико-социальной реабилитации наркологических больных».

Также, совершенствована нормативно-правовая база, регулирующая деятельность «пунктов доверия» центров по борьбе со СПИДом, представляющих услуги по снижению вреда от наркотиков.

Приказом Минздрава в перечень стандартов услуг «пунктов доверия» включена работа по мотивированию больных на прекращение потребления наркотиков и за обращаемостью в наркологические учреждения.

Разработан приказ Минздрава «О повышении эффективности деятельности «пунктов доверия»».

8.12 НАЦИОНАЛЬНАЯ СТРАТЕГИЯ ПО НАРКОТИКАМ

Национальная антинаркотическая стратегия начала формироваться с 1994 года, когда были созданы Государственная комиссия Республики Узбекистан по контролю за наркотиками и её исполнительный аппарат – Национальный информационно-аналитический центр по контролю за наркотиками при Кабинете Министров Республики Узбекистан.

С января 2000 года введён в действие Закон Республики Узбекистан «О наркотических средствах и психотропных веществах», который регулирует общественные отношения в сфере оборота наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров и имеет целью противодействие их незаконному обороту, охрану здоровья граждан и обеспечение государственной безопасности.

В целях дальнейшей реализации комплексных мер противодействия злоупотреблению наркотиками и их незаконному обороту, совершенствования системы оказания наркологической медицинской помощи, организационного, нормативно-правового и ресурсного обеспечения антинаркотической деятельности постановлением Государственной комиссии Республики Узбекистан по контролю за наркотиками №11/11 от 8.06.2011г. утверждена Программа комплексных мер противодействия злоупотреблению наркотиками и их незаконному обороту на 2011–2015 годы (Государственная комиссия Республики Узбекистан по контролю за наркотиками, 2011).

Основными целями и задачами Программы являются:

- совершенствование механизма и повышение эффективности мер по противодействию незаконному обороту наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров;
- дальнейшее укрепление материально-технического и кадрового потенциала уполномоченных органов, специализирующихся в сфере борьбы с наркобизнесом, профилактики и лечения наркомании;
- осуществление постоянного контроля масштабов распространения и незаконного потребления наркотиков в Республике Узбекистан;
- модернизацию и развитие системы оказания наркологической помощи населению, дальнейшее внедрение и использование современных технологий профилактики, диагностики, лечения и реабилитации больных наркоманией;
- проведение целенаправленной работы по профилактике распространения наркомании и связанных с ней правонарушений;
- совершенствование и расширение международного и межведомственного сотрудничества в области противодействия злоупотреблению наркотиками и их незаконному обороту;
- совершенствование законодательной базы.

8.13 КООРДИНАЦИОННЫЕ МЕХАНИЗМЫ В ОБЛАСТИ НАРКОТИКОВ

Межведомственным органом по вопросам координации борьбы с незаконным оборотом наркотических средств, разработки и реализации эффективных мер по пресечению распространения наркотиков, как на национальном, так и на региональных уровнях, выполнения международных обязательств по контролю за наркотиками является Государственная комиссия Республики Узбекистан по контролю за наркотиками, образованная Постановлением Кабинета Министров №229 от 30.04.1994 г.

Госкомиссия в своей деятельности руководствуется законами Республики Узбекистан, постановлениями, распоряжениями, указами Президента Республики Узбекистан, постановлениями и распоряжениями Кабинета Министров, международно-правовыми нормами по контролю за наркотиками.

Все государственные органы, предприятия, учреждения организации, независимо от форм собственности, общественные объединения граждан обязаны оказывать содействие Госкомиссии по контролю за наркотиками в решении возложенных на нее задач.

Возглавляет Госкомиссию по контролю за наркотиками Премьер-министр Республики Узбекистан.

Основными задачами Национального информационно-аналитического центра по контролю за наркотиками при Кабинете Министров Республики Узбекистан являются:

- разработка стратегии и реализация государственной политики Республики Узбекистан в сфере контроля за оборотом наркотиков и профилактики наркомании;
- подготовка аналитических материалов и предложений для Кабинета Министров и Госкомиссии по вопросам наркотической ситуации, совершенствования организации борьбы с незаконным оборотом наркотиков как на национальном, так и международном уровнях;
- сбор, обработка информации и формирование банка данных о наркоманийной ситуации в республике, её обобщение и анализ, а также представление соответствующей информации заинтересованным министерствам, ведомствам и организациям, в том числе и международным;
- подготовка докладов в ООН по выполнению Республикой Узбекистан положений конвенций, регулирующих международную деятельность по контролю за наркотиками (Кабинет Министров РУз., 1996).

8.14 БИБЛИОГРАФИЯ

1. ГОСУДАРСТВЕННАЯ КОМИССИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН ПО КОНТРОЛЮ ЗА НАРКОТИКАМИ 2011. Постановление №11/11 от 8.06.2011г. «Об утверждении Программы комплексных мер противодействия злоупотреблению наркотиками и их незаконному обороту на 2011–2015 годы». г.Ташкент.
2. КАБИНЕТ МИНИСТРОВ РУЗ. 1996. Постановление № 382 от 7.11.1996 г. «О создании Национального информационно-аналитического центра по контролю за наркотиками при Кабинете Министров Республики Узбекистан». г.Ташкент.
3. МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РУЗ 2011. Сборник нормативно-правовых документов, регламентирующих деятельность наркологической службы Республики Узбекистан. г.Ташкент.
4. МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РУЗ 2012а. Аналитико-статистические сведения Министерства здравоохранения Республики Узбекистан за 2010–2011 годы. г.Ташкент: Министерство здравоохранения.
5. МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РУЗ 2012b. Национальный отчет «Результаты Дозорного эпидемиологического надзора за ВИЧ инфекцией среди потребителей наркотиков инъекционным путем в 2011 году». г.Ташкент.
6. МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РУЗ, У. О. 2007. Страновой отчет «Национальное исследование по оценке распространённости проблемной наркомании в Республике Узбекистан». г.Ташкент: Минздрав.
7. МИНИСТЕРСТВО НАРОДНОГО ОБРАЗОВАНИЯ РУЗ, У. О. 2006. Страновой отчет «Национальное школьное исследование по алкоголю и наркотикам». г.Ташкент: Министерство народного образования.
8. МИНИСТЕРСТВО ЮСТИЦИИ РУЗ 2001. Уголовный кодекс Республики Узбекистан. г.Ташкент.
9. ПРАВООХРАНИТЕЛЬНЫЕ ОРГАНЫ РУЗ 2012. Аналитико-статистические сведения правоохранительных органов Республики Узбекистан за 2010–2011 гг. г.Ташкент: Правоохранительные органы.