



2018

NATIONAL REPORT

НАЦИОНАЛЬНЫЙ ОТЧЁТ

ON DRUG

О НАРКО-

SITUATION

СИТУАЦИИ

IN THE REPUBLIC OF

В РЕСПУБЛИКЕ

KAZAKHSTAN

КАЗАХСТАН

2018



2018

NATIONAL REPORT

НАЦИОНАЛЬНЫЙ ОТЧЁТ

ON DRUG

О НАРКО-

SITUATION

СИТУАЦИИ

IN THE REPUBLIC OF

В РЕСПУБЛИКЕ

KAZAKHSTAN

КАЗАХСТАН

2018

LANGUAGE VERSIONS

English	2
Русский	86
Қазақша	180

Disclaimer:

This report was prepared within the framework of the Central Asia Drug Action Programme– Phase 6 (CADAP 6) in the component “National Focal Points” (NFP). It uses the 2017 data.

The review includes information provided by ministries, agencies, and public and nongovernmental organisations involved in the prevention of drug addiction and HIV/AIDS, as well as in counteracting illicit drug trafficking, the state of the art with regard to the implementation of existing national programmes, issues related to coordination and interagency cooperation, and a study of the situation in this field.

Taking into account the system of statistical reporting on drug supply and demand indicators that exists in Kazakhstan, the standards for key epidemiological indicators and guidelines for the preparation of national reviews developed by the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction were followed.

The content of this summary does not reflect the official opinions of the European Union and its Member States or the official opinion of the Government of Kazakhstan and should be seen solely as product of CADAP 6.

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 the websites **www.cadap-eu.org**, **www.mcadkz.org** and **www.resad.cz**.

Authors:

Yussopov Oleg, Kazakov Vladimir, Prilutskaya Mariya, Kisina Marzhan, Zhumataeva Gulnar (Public Foundation “Monitoring Center on Alcohol and Drugs” <http://www.mcadkz.org>)

Editors:

Oleg Yussopov (national expert) and Tomáš Zábranský (international expert CADAP 6)

Translation: Eduard Hrustalev

This publication did not undergo language revisions of the English translation.

Design & layout:

Missing Element Prague (www.missing-element.com)

Published by © ResAd, 2019

Опубликовано © ResAd, 2019

Жарияланды © ResAd, 2019

ISBN 978-80-907417-1-3

EN

2018

NATIONAL REPORT

**ON DRUG
SITUATION**

IN THE REPUBLIC OF

KAZAKHSTAN

CONTENTS

LANGUAGE VERSIONS	2
SUMMARY	6
1. KEY TRENDS AND DEVELOPMENTS	11
1.1. INTRODUCTION	11
1.2. DRUG POLICY: LEGISLATION, STRATEGIES AND ECONOMIC ANALYSIS	11
1.2.1. Legal framework	11
1.2.2. Implementation of the legislation in 2017	12
1.2.3. Budget and funding issues	13
1.3. NATIONAL STRATEGY AND COORDINATION IN THE FIELD OF THE FIGHT AGAINST DRUGS	14
1.3.1. National Strategy	14
1.3.2. Coordination	14
1.3.3. International cooperation in the field of combating drug abuse and drug trafficking	15
2. DRUG USE AMONG POPULATION AND AMONG SPECIFIC TARGET GROUPS	17
2.1. INTRODUCTION	17
2.2. DRUG USE AMONG POPULATION	18
2.3. NARCOLOGICAL REGISTER	19
2.4. DRUG USE AMONG YOUNG PEOPLE	21
2.5. DRUG USE AMONG OTHER TARGET GROUPS	23
3. PREVENTION	24
3.1. INTRODUCTION	24
3.2. UNIVERSAL PREVENTION	24
3.2.1. Prevention at schools	24
3.2.2. Out-of-school youth programs	25
3.2.3. Prevention in the community	26
3.3. SELECTIVE PREVENTION IN RISK GROUPS	26
3.4. MEDIA CAMPAIGNS	28
4. PROBLEM DRUG USE	29
4.1. INTRODUCTION	29
4.2. ESTIMATES OF THE PREVALENCE OF PROBLEM DRUG USE	30
4.3. INFORMATION ON PROBLEM DRUG USE FROM NON-MEDICAL SOURCES	32
4.4. NEW FORMS OF PROBLEM DRUG USE	32
5. DRUG TREATMENT	34
5.1. INTRODUCTION	34
5.2. TREATMENT SYSTEM	35
5.2.1. Organisation	35
5.2.2. Personnel	36
5.2.3. Quality Assurance	36
5.2.4. Approaches and new developments	37
5.3. PWUD APPLYING FOR TREATMENT	39
5.3.1. Outpatient treatment	39
5.3.2. Treatment in the therapeutic communities	40
5.3.3. Key characteristics of the treated clients	41
5.3.4. Tendencies among clients and in drug treatment provision	44
6. INTERRELATION BETWEEN HEALTH AND THE CONSEQUENCES OF DRUG ADDICTION	46
6.1. INTRODUCTION	46
6.2. DRUG RELATED INFECTIOUS DISEASES	47
6.2.1. HIV	47
6.2.2. Viral hepatitis C	48
6.3. OTHER DRUG RELATED DISEASES	49
6.3.1. Sexually transmitted diseases - syphilis and gonorrhea	49
6.3.2. Other health consequences related to drug use	49
6.3.3. Drug-related deaths and mortality rates among PWUD	50

7. RESPONSES TO HEALTH CONSEQUENCES OF DRUG USE	55
7.1. INTRODUCTION	55
7.2. PREVENTION OF OVERDOSES AND DRUG RELATED DEATHS	56
7.3. PREVENTION AND TREATMENT OF DRUG RELATED INFECTIONS	56
8. SOCIAL INTERRELATION AND SOCIAL REINTEGRATION	58
9. DRUG RELATED CRIMES	59
9.1. INTRODUCTION	59
9.2. CRIMES	59
9.3. PREVENTION OF DRUG RELATED CRIMES	61
9.4. ALTERNATIVES TO IMPRISONMENT FOR DRUG-DEPENDENT OFFENDERS	62
9.5. ASSISTANCE TO PWUD IN PRISONS	63
10. DRUG MARKETS	65
10.1. INTRODUCTION	65
10.2. DRUG SUPPLY AND AVAILABILITY	65
10.3. SEIZURES	67
10.4. PRICE AND PURITY OF DRUGS	68
11. NEW PSYCHOACTIVE SUBSTANCES IN THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN	70
11.1. DEFINITION OF NEW PSYCHOACTIVE SUBSTANCES IN RK	70
11.2. LEGAL REGULATION OF NEW PSYCHACTIVE SUBSTANCES	70
11.3. ILLICIT TRAFFICKING IN NEW PSYCHOACTIVE SUBSTANCES IN RK	72
11.4. NEW PSYCHOACTIVE SUBSTANCES MARKET IN RK	73
11.5. DEMAND FOR NEW PSYCHOACTIVE SUBSTANCES IN RK	74
12. LIST OF FULL REFERENCES FOR NORMATIVE DOCUMENTS	77
LIST OF RELEVANT INTERNET ADDRESSES	81
LIST OF ABBREVIATIONS	82
REFERENCES	84

SUMMARY

In the Republic of Kazakhstan, the issue of drug abuse and illicit drug trafficking is considered one of the threats to the national security and one of the priority areas of the government activities and was repeatedly underscored by the President of the Republic of Kazakhstan and the Government. In view of this, the Government is taking consistent response measures at the national and international levels; and combating drug trafficking is among the main priorities of the domestic politics and foreign policy. The Head of State and the Government of the Republic of Kazakhstan have tasked the government bodies to adequately respond to the changes in the drug situation, take urgent measures on the improvement of the countermeasures against the spread of drug abuse and drug trafficking.

In the field of countermeasures against drug abuse and drug trafficking, a gradual transition from the prosecution of PWUD for minor crimes towards the suppression of the organized crime groups controlling drug trafficking and a wide market network is being implemented. The revised Criminal Code and Criminal Procedure Code of the Republic of Kazakhstan have been in effect since January 2015. A new system of pre-trial investigation was introduced. It is aimed at strengthening the guarantees of the rights of participants of the process, increasing efficiency of the judicial proceedings, and enhancing public prosecutor's supervision and judicial control. Trafficking in the analogues of drugs and psychotropic substances has been criminalized. In recent years, punishments for the crimes related to drug trafficking have become much more severe. Currently, within the framework of the Interdepartmental Working Group under the Presidential Administration of RK, the respective proposals are being developed to amend the drug law, which provide for liability for trafficking in new synthetic drugs, which in recent years has become a new challenge for the country.

The fundamental document regulating the legal basis for the state policy in the field of drug trafficking and establishing measures to counter their trafficking is the Law of the Republic of Kazakhstan "On narcotic substances, psychotropic substances, their analogues and precursors and countermeasures against their illicit trafficking and abuse".

Although currently there is no unified document that would define the strategy and action plan of the Government in the field of substance abuse prevention and treatment, and the fight against illicit drug trafficking, there is still a number of documents reflecting the government policy in these areas. Currently, the main strategic measures of the anti-drug activities of all involved government bodies are included in the National Security Strategy for 2016–2020, which has a classified status. A number of the demand and harm reduction measures were integrated in the "Densaulyk" State Health Development Program for 2016–2020, the Strategic Plans of the relevant government bodies and in the regional development programs.

In the Republic of Kazakhstan, the Ministry of Internal Affairs represented by the Department on countering drug abuse and drug trafficking is a coordinating body in the field of countering drug abuse and drug trafficking. In order to improve the quality of work of the government bodies in the field of drug countering, by the order of the Prime Minister of the Republic of Kazakhstan, an Interdepartmental Headquarters was set up to coordinate the activities of the government bodies aimed at countering drug abuse and drug trafficking. The Headquarters is a standing interdepartmental working body under the Ministry of Internal Affairs for coordinating the activities of government bodies in the prevention of drug abuse and enhancing the effectiveness of the implementation of the program documents.

Kazakhstan has a strong commitment to the international and regional cooperation aimed at ensuring regional stability. The Government is fully supporting the activities of the international and regional organizations, including the Conference on Interaction and Confidence-Building Measures in Asia, the Economic Cooperation Organization, the Shanghai Cooperation Organization, the United Nations Office on Drugs and Crime, the Commonwealth of Independent States, the Collective Security Treaty Organization, the European Union Programs.

Certainly, like in most countries of the world, the drug situation in the Republic of Kazakhstan has changed significantly because of the shrinkage of the opioid market and the spread of new synthetic psychoactive substances. However, a previous nation-wide study was conducted by the Republican Scientific and Practical Center for Medical and Social Problems of Drug Addiction back in 2001. The study was conducted 17 years ago, since then there have not been epidemiological studies in the country that would reflect the current situation related to the use of various drugs among the country's population.

The main source of information on the drug use among the general population for assessing the situation in the Republic of Kazakhstan is the data of the narcological register, which are used by various organizations for evaluation and planning of the prevention and treatment programs. As of December 31, 2017, according to the official statistics, 24,883 people who use drugs (PWUD) were registered with narcology organizations. In the last seven years the number of newly registered PWUD as a tendency to decrease, and the number

of people removed from the narcological register during this period has a tendency to increase. In the last eight years, there has been a tendency of decreasing of the number of people with disorders caused by the use of opioids, and the disorders caused by the use of stimulants among all registered persons. However, the number of people with disorders caused by the combined use of psychoactive substances has been growing in the last several years.

According to the data received during the study of the prevalence of the substance use and involvement in non-chemical addictions among children and young people, conducted by the the Republican Scientific and Practical Center for Medical and Social Problems of Drug Addiction (RSPC MSPDA) in 2012, 16.1% of students aged 16–22 used some narcotic substances during their lifetime. The most frequently consumed drugs among children and young people are cannabis, inhalants, stimulants and sedatives.

In some regions of the country, children under 18 use various available substances, the consumption of which is not reflected in the official statistics or the national studies (in Temirtau it is toluene; in the South-Kazakhstan oblast - belladonna; in the West-Kazakhstan oblast - castor). Currently there is no reliable data on how widely the use of these substances is spread in the problem and neighboring regions, and this problem requires additional studies to assess their prevalence and potential risks.

Injecting drug use has been the main part of the problem drug use for many years in the Republic of Kazakhstan. Once every two years the Republican AIDS Center makes an estimate of the number of people who inject drugs, and also assesses the number of injecting PWUD among commercial sex workers and men who have sex with men. As of December 31, 2016, the estimated number of people who used drugs by injecting during the last 12 months was 120,500. In the Republic of Kazakhstan the proportion of injecting PWUD to the number of people older 15 is 1%. The most frequently used drugs in the last 12 months among this group are heroin (77%), poppy (37,4%), desomorphine, raw opium, and other.

According to the study conducted by the Republican AIDS Center within the epidemiological surveillance, the proportion of commercial sex workers who reported using injecting drugs ever was 4.7% in 2017. Also, in the course of this study, it was found that 1.1% of men who have sex with men had experience of injecting drug use at least once in the last 12 months.

In recent years, the issues related to the manufacture and use of synthetic drugs and their analogues, and home-made drugs are becoming more challenging. The most problem substances include synthetic opioids and cannabinoids, desomorphine made from the available drugs containing codeine, tropicamide - the eye drops, when consumed in a certain way, cause strong hallucinations with concomitant severe toxic poisoning. Also, in some areas of the country, the cases of the use of a mixture made from food poppy by injecting PWUD, have become more frequent.

Since 2013, the use of synthetic drugs has significantly increased, which causes great concern among the country's population. The issues of the spread of synthetic drugs were discussed at almost every meeting of the Interdepartmental Headquarters for Coordination of the Activities of Government Agencies in 2017. However, because of the lack of quality and reliable data, it is difficult to estimate the spread of consumption of these substances among young people, because the narcology register does not reflect the changes of the situation in the use of these drugs, and no respective studies were conducted.

Awareness campaigns are widely used as a prevention measure in the Republic of Kazakhstan, the consistent measures are taken to prevent the use of drugs through fitness and sports activities, a special attention is paid to the development of the youth sports as an alternative to the use of drugs and alcohol among young people. The state awareness policy includes a thematic direction "Coverage of the fight against drug abuse and drug trafficking, the counternarcotics propaganda".

Educational institutions are the main social organizations, where most of the prevention activities take place. The projects of the World Health Organization such as Health Promoting Schools and Health Promoting Universities are in place. In 2010, Self-Awareness lessons for students of the 1-11 grades were introduced into the curricula of all schools of the country. Self-Awareness subject has special topics on the development of the skills of regulating one's behavior, forming a positive attitude and disposition, preventing the early signs of anxiety or aggression. One of the actively developed areas of the prevention activities in the educational institutions is involvement of children and young people in the alternative types of activities.

The National Centre for Forming Healthy Lifestyles, which has branches in all regions of the Republic of Kazakhstan, and specialized non-governmental organizations play an active role in the prevention of drug addiction and other diseases. The Youth Health Centers are functioning in the country with the support of the National Centre for Forming Healthy Lifestyles, which provide comprehensive medical and psycho-social services on the youth –friendly basis. The services also include counseling, assistance and support for people with drug problems. In addition, the family health centers, the departments of prevention and social and psychological assistance have been established in all regions. Positions of social workers and

psychologists were added to the staff lists of the primary health care. One month campaigns dedicated to the International Day Against Drug Abuse are held annually nation-wide (June 26). During this period, the sports and art contests, anti-drug activities, round tables, trainings are being actively conducted.

In the country, a Unified Database of Single Register of Minors in difficulties was set up to implement systematic and targeted prevention activities among vulnerable groups. The youth adaptation centers and family support services under the Ministry of Education of the Republic of Kazakhstan are available for children with deviant behavior and homeless children. Non-governmental organizations carry out the biggest part of the prevention work with the children and adolescents having the signs of maladaptation, including the children with drug use experience. This work includes medical, psychological and social support based on a friendly attitude to children, and involvement of children and adolescents in the alternative activities.

Drug treatment is carried out mainly in the state-run specialized organizations free of charge for the population of the country. Provision of the drug treatment services to PWUD by the private sector, in comparison with the public one, remains low. A system of provision of drug treatment in the health care sector of the Republic of Kazakhstan is represented by the following institutions: narcological institutions of the Ministry of Health and Social Development; narcological institutions of the private sector; narcological facilities and structures of the system of the Ministry of Internal Affairs of the Republic of Kazakhstan. In 2014, the Standard of drug treatment of the population of the Republic of Kazakhstan was approved, which provides for the following stages of drug treatment: 1) a stage of primary prophylactic narcology assistance; 2) a stage of primary narcology aid (motivation counseling, motivational information, narcology counseling); 3) a stage of outpatient check-up, treatment and rehabilitation; 4) a stage of inpatient treatment and rehabilitation; 5) a stage of relapse prevention (maintenance) therapy.

In 13 cities of the country, the opioid agonist programs with the use of methadone are being carried out (buprenorphine and other medicines are not currently used for medicated treatment in the country).

The availability of qualified specialists in the drug treatment service of the country is considered satisfactory, but in rural areas the availability of drug treatment services is limited because of a shortage of qualified specialists.

Most of the treatment cases in the country are related to mental and behavioral disorders caused by the consumption of opioids and the combined use of psychoactive substances. Opioids are still the most problem drugs among patients who have received treatment. In 2017, 5,163 applications (3,083 patients) were submitted for inpatient treatment.

The annual remission rate among the treated patients is used to assess the effectiveness of narcological services. In 2017, the remission rate from 1 to 2 years among patients registered with narcological organizations was 14.0%, over 2 years - 12.7%.

Since an injecting drug use is the main type of the problem drug use in the country, the harm reduction strategy is implemented in the Republic of Kazakhstan within the framework of the government programs and remains one of the top priority tasks. One of the most comprehensive sources of data on the relationship between the health and the consequences of drug use is the epidemiological surveillance of HIV prevalence, implemented by the regional AIDS centers under coordination and direction of the Republican Center on Prevention and Control of AIDS.

Injecting drug use is still a driving factor for the HIV and hepatitis C epidemics. Cumulatively, as of the end of 2017, 51,6 % of people contracted HIV through injecting drug use, among those identified in 2017 at the time of detection of HIV infection - 29,2%. According to the epidemiological surveillance of the prevalence of infections among injecting PWUD, HIV prevalence in 2016 was 9.3%, the prevalence of viral hepatitis C - 68.7%, the prevalence of syphilis - 8.9%.

Harm reduction programs have been effectively implemented in Kazakhstan since 1997. The strategy of reduction of the harm caused by drugs is one of the most important areas of HIV prevention. The most effective way of its implementation is to regularly cover PWUD with the services of the fixed and mobile trust points, and the outreach work. A work with the vulnerable groups of the population is carried out in all regions of the Republic of Kazakhstan for free, based on the principles of voluntariness, confidentiality and anonymity. A non-governmental sector is actively involved in the implementation of the prevention programs among vulnerable groups of the population. Totally, in 2017, 47% of the estimated number of injecting PWUD have applied for harm reduction programs.

Another important indicator for assessing the consequences of substance use is the number of poisonings and mortality. In the period from 2013 to 2017, the rate of poisoning with drugs and psychotropic substances per 1,000 population decreased by 30% among the total population in the Republic of Kazakhstan. The data demonstrate that most deaths from poisoning with drugs are the cases involving the use of opioids, of which heroin is the most common one, followed by sedative and other medicinal psychotropic substances. The

standardized death rates in the last three years convincingly demonstrate that the relative death risk among PWUD increases every year in comparison with the expected death rate among the general population. The consequences of the use of psychoactive substances – the somatic and mental disorders, overdoses, criminal behavior, infectious diseases, AIDS, suicides, traffic accidents are increasing, directly or indirectly, the risk of death for a person who uses narcotic substances, averagely 3.6 times higher than for general population; for men, this figure is 3.1 times higher, for women - 4.4 times.

Naloxone being frequently used for the overdose prevention is available in the health care facilities and included in the list of essential medicines. Naloxone is used in the emergency medical settings, in the hospitals and in the intensive care units, however, this medicine is not available in the pharmacies, which significantly limits its availability. In the regions of the country, the overdose prevention does not go beyond the awareness campaigns and educational activities among PWUD. These activities are conducted by drug treatment organizations, AIDS Centers and specialized nongovernmental organizations. Of course, it requires special attention to study the drug market in the country, the structure of the crimes related to illegal and legal drug trafficking. According to the statistics of the Committee on Legal Statistics and Special Records of the General Prosecutor's Office of the Republic of Kazakhstan for 2017, the law enforcement agencies of the Republic of Kazakhstan registered 8,490 criminal offences related to trafficking in narcotic drugs, psychotropic substances and precursors, including 3,340 drug-related crimes and 5,150 criminal misdemeanors. In 2017, 5,902 people were held liable for drug trafficking, of whom 3,772 people for illegal handling of narcotic substances without the purpose of sale (except very large amounts). The structure of the drug crimes is dominated by the crimes stipulated by Article 297 of the Criminal Code "Illegal manufacture, processing, purchase, storage, transportation for the purpose of selling, sending or trading in narcotic drugs, psychotropic substances, their analogues", 2,000 of such crimes were registered in 2017.

Kazakhstan is one of the countries along the so-called "Northern route" of the Afghan heroin. It can be assumed that in recent years, the volumes of heroin passing through the Northern route has decreased, and the main volumes of this substance from Afghanistan pass along the so-called "Balkan route". The market of strong drugs in the country is almost fully replenished through their import from the neighbouring countries and beyond. Smuggled deliveries of various synthetic drugs to the Republic of Kazakhstan mainly come from the European countries and China. In recent years, there has been a spread of synthetic drugs exclusively of foreign origin, coming mainly from the South-East Asia: China, Myanmar, Thailand, Laos, as well as Russia, the Netherlands, Germany, Poland, the Baltic States.

An equally important factor determining the drug situation in Kazakhstan is the availability of its own raw base of drugs of the cannabis group - marijuana and hashish. Koknar operation is an effective tool for shutting off the channels of the export of drugs from the regions where the wild or cultivated cannabis grows (the operation is conducted May through October). However, due to the increased control in the Chui Valley, the drug manufacturers attempted to arrange production of strong narcotic plants in other regions as well. In 2015, during the activities conducted in the Kyzylorda oblast, 32 plantations of the "Indian" hemp of a total area of over 50 hectares were discovered and destroyed. Besides the Koknar operation, a number of other operations are regularly carried out in the country as the effective ways to counter the drug business, such as: Doping, Channel Patrol, Boundary, etc.

In 2017, as a result of the measures taken by the law enforcement agencies, 40,636 kg of drugs were seized from illicit trafficking. Most of the drugs seized are cannabinoids (40,356 kg). It is because there is a large area of the wild cannabis growing in the country. In the past three years, the drug market has become more diverse. In 2017, 32 names of various substances were seized, and the weight of other substances seized (excluding opioids, cannabis) amounted to almost 13 kilograms, while until 2015, the seizures of these substances did not exceed 2 kilograms. The main volume of other substances seized includes dimethyltryptamine, MDMA, methamphetamine (Pervitin), pirolerone and cocaine. Analysis of the illegal drug market shows a significant increase in both wholesale and retail prices for heroin by several times in the last ten years, while the prices for marijuana remain about the same. In the period from 2015 to 2017, the prices for heroin also stabilized and remain high.

Summarizing the review on the drug situation in the Republic of Kazakhstan, the following conclusions could be made. In recent years, the country has made significant progress in combating illicit drug trafficking and in bringing this sphere in compliance with the international standards.

In general, however, the drug policy in the Republic of Kazakhstan requires a more balanced and coordinated approach in various programs: supply reduction, demand reduction and harm reduction. On the one hand, one of the important achievements of the country is that the country's range of services for treatment and harm reduction has been significantly extended in recent years, and is fully supported by the government from the budget funds. On the other hand, the coverage of the target populations and the quality of the services require further improvement in accordance with the international standards and the evidence-based best practices. In the field of substance abuse prevention, it is also necessary to shift the focus from the

awareness campaigns to the selective and targeted prevention activities, pay special attention to families and vulnerable groups, and work to strengthen protective factors for various population groups (with proven effectiveness).

The issue of conducting researches in the field of substance abuse and response measures remains on top-of-the-agenda in order to provide the Government of the Republic of Kazakhstan with the reliable data for making weighed and effective policy decisions. The following areas of the strategic and political interest monitored by all supranational and international organizations with the help of various means and methods, require certain improvement in the Republic of Kazakhstan: drug use among the general population and in the target groups (based on the epidemiological studies); treatment demand (qualitative data on persons who received treatment); drug-related morbidity and mortality; economic costs associated with drug use; information on the availability and drug markets; evaluation of the effectiveness of the prevention and treatment programs.

TABLE 1: SUMMARY TABLE OF THE MAIN INDICATORS ON THE DRUG SITUATION IN RK, 2016-2017

Indicator	As of December 31, 2016	As of December 31, 2017
Estimated number of persons who inject drugs (IDU)	127,800	120,500 ¹
Number of persons under preventive and dispensary observation (of them, registered for the first time that year)	31,046 (5,345)	24,883 (3901)
Number of persons registered with the narcological register who died that year	336	141
Number of persons who received inpatient drug treatment	3,236	3,083
Prevalence of HIV among IDU	8.2%	9.3%
Prevalence of hepatitis C among IDU	70.7%	68.7%
Prevalence of syphilis among IDU	10.3%	9.7%
Number of distributed needles/syringes among IDU	273	285
(per 1 IDU, involved in the prevention programs)	285	275
Weight of the seized marijuana (kg)	34,316	34,107
Weight of the seized hashish (kg)	311	790
Weight of the seized heroin (kg)	464	146
Weight of the seized opium (kg)	4	95
Number of crimes related to drug trafficking	3,513	3,340
Number of criminal misdemeanors related to drug trafficking	6,036	5,150
Number of persons prosecuted for drug trafficking (including for illegal use without the purpose of sale, except particularly large sizes)	5,660 (3,827)	5,902 (3,772)
Average street price for heroin (per 1 gram)	33 USD	33 USD
Average street price for opium (per 1 gram)	no data	no data
Average street price for marijuana (per 1 gram)	2 USD	2 USD

¹ The findings of the studies on the number of IDUs, prevalence of HIV, hepatitis and sexually transmitted infections among IDUs, conducted in 2014 and 2016 are currently available.

1. KEY TRENDS AND DEVELOPMENTS

1.1. INTRODUCTION

The Government of the Republic of Kazakhstan focuses on the problems of the drug abuse and illicit trafficking, especially in its organized forms, and carries out consistent responses at the national and international level. Combating drug trafficking is among the main priorities of domestic and foreign policy.

The Head of State and the Government of the Republic of Kazakhstan set a task to the law enforcement agencies to adequately respond to the changes happening in the drug situation, to take urgent measures for improving the countermeasures against the spread of drug addiction and drug business.

Kazakhstan has ratified all major conventions of the United Nations in the anti-drug sphere (1961, 1971 and 1988), which provides the appropriate mechanisms for integrating into the international system of combating illicit drug trafficking.

In the sphere of countering drug addiction and drug business, a gradual transition from prosecution of PWUD committing minor crimes to the disruption of the organized criminal groups controlling drug trafficking and extensive drug market networks is ensured.

In addition to the activities on interdicting the activities of criminal groups, the emphasis is placed on the demand reduction and formation of the anti-drug public immunity. The prevention measures involve the media, the representatives of the civil society and government agencies that work in various areas, ranging from the rehabilitation of drug dependent people to the promotion of a healthy lifestyle.

In general, it should be noted that the Government of the Republic of Kazakhstan sets the tasks to all involved structures and organizations to bring the system of combating drug business, the prevention system and drug treatment in line with the international standards and obligations.

1.2. DRUG POLICY: LEGISLATION, STRATEGIES AND ECONOMIC ANALYSIS

1.2.1. Legal framework

The fundamental document governing the legal basis of the state policy in the sphere of drug trafficking and establishing measures of countering their illegal trafficking is the Law of the Republic of Kazakhstan "On narcotic drugs, psychotropic substances, their analogues and precursors and measures to counter their illegal trafficking and abuse".

In 2008, the national criminal law was amended to provide tougher penalties, including life imprisonment for smuggling and drug trafficking, and for involving minors in the trafficking of narcotic drugs.

In January 2015, the revised Criminal and Criminal Procedure Codes of the Republic of Kazakhstan went into effect. A new system of the pre-trial investigation was introduced, aimed at strengthening the guarantees of the rights of participants of the process, speeding up the proceedings, as well as strengthening prosecutorial oversight and judicial control.

The stages of initiation of criminal proceedings and initial inquiry were excluded. Filing of the complaint and reporting about a crime, or the first urgent investigative action preceding the registration is the beginning of the investigation. Taking into account the international experience, a two-tiered system of criminal offences, consisting not only of crimes, but also of misdemeanors is introduced.

A system of criminal penalties has been thoroughly revised. The focus is made on a wider use of the alternative measures to imprisonment, mainly in the form of significant fines, involvement in the community works, which will reduce the index of the so-called "prison population".

In January 2018, a new Criminal Procedure Code of the Republic of Kazakhstan was put into effect. The changes in the Code are aimed at further modernization of the procedural bases of the law enforcement activities - strengthening the guarantees of the rights of the participants of the process, the speed of the judicial proceedings and the expansion of judicial control:

- Time limits for the detention of suspected persons before the court sanction have been changed (without the court sanction, a person can be detained for no longer than 48 hours, a minor is no longer than 24 hours, in the exceptional cases, no longer than 72 hours).
- Judicial control is extended - the powers of the prosecutor to authorize a number of investigative actions were transferred to the court.
- Authorities of the lawyers are expanded through empowering them to conduct an independent interview of witnesses and eyewitnesses of the crime with the subsequent inclusion in the criminal case file.
- Procedure for investigating criminal offences has been revised, and it is as close as possible to the legal proceedings on administrative offences.
- An electronic format for conducting criminal proceedings has been introduced.

Commission of any acts (storage, sale, etc.) related to a particularly large amount of a narcotic drug is the basis for prosecution of the person. At the same time, criminal liability for the sale of narcotic drugs or psychotropic substances, their analogues, occurs regardless of their size.

Drug use is not criminally punishable in Kazakhstan, it is a misdemeanour and incurs a fine or arrest of up to 45 days. Administrative liability is provided for commission of such offences as the failure to take measures to destroy wild-growing cannabis, the failure to take measures to stop the sale and the use of drugs, their propaganda and illegal advertising, the violation of the licensing rules, etc.

In the country, the measures of compulsory treatment for persons dependent on psychoactive substances are stipulated in the legislation. According to the Code «On public health and the health care system», measures of compulsory medical intervention are applied by the court's decision to persons, who committed a crime, and recognized as persons who need treatment for alcoholism, drug addiction or toxicomania, and avoid voluntary treatment.

According to the Decree of the Government of the Republic of Kazakhstan No. 2015 of December 4, 2009 "On approval of the list of medical psychiatric contraindications for implementation of certain types of professional activities, as well as work associated with a source of increased danger", the persons who actively consume psychoactive substances are banned from performing any types of work related to the occupational hazards and sources of increased danger, including vehicle driving. Persons who are in a state of remission are allowed to execute some types of work, including driving vehicles.

1.2.2. Implementation of the legislation in 2017

In November 2015, Agreement on the procedure for transferring drug samples was ratified (Law of RK No. 386-V dated 02.11.2015), which establishes the procedure for transferring samples of drugs seized from illicit trafficking, for the implementation of operational search activities, to ensure the conduct of comparative forensic investigations between the competent authorities of the States members of the Commonwealth of Independent States.

Control in the sphere of legal trafficking of narcotic drugs, psychotropic substances and precursors is carried out in accordance with international commitments. As part of the implementation of the concept of improving the licensing system in the Republic of Kazakhstan, in October 2011, a full transition to the electronic format of licensing of the entities engaged in drug turnover was made. It allowed excluding corruption factors and removing administrative barriers to businesses.

The International Narcotics Control Board of the United Nations annually approves a state quota for the Republic of Kazakhstan on narcotic drugs, psychotropic substances and precursors, which, by the relevant decision of the Government, is distributed among the government agencies and legal entities involved in business.

In order to strengthen control over a legal drug turnover, the «PEN Online»² system for prior notification of the export of narcotic drugs, psychotropic substances, and precursors, and the online Pisk system for reporting precursor cases were launched with the assistance of the Office for Drugs and Crime (UNODC). These two systems are used in all drug-related export-import operations.

² <https://pen.incb.org/>

The Commercial Code was amended by the norms (entered into force on 01.01.16.) establishing a ban on the activities in the field of trafficking in narcotic drugs, psychotropic substances and precursors without forming a legal entity (individual entrepreneurs, small businesses).

Taking into account the dynamics of replenishment of the market of narcotic drugs with new types of synthetic drugs, the country is actively exploring the issues of improving the legislative measures to counter their illicit trafficking. A relevant draft law is developed to establish an effective state control over the new psychoactive substances through the approval of their lists at the sublaw level. Currently, the draft law is under consideration in the Majilis of the Parliament of Kazakhstan. To regulate the procedure and the mechanism for classifying new substances as the analogues of narcotic and psychotropic substances, the draft law proposes introducing a concept of substituents of the hydrogen atoms in the formulas of narcotic and psychotropic substances, with the help of which new psychoactive substances are synthesized.

1.2.3. Budget and funding issues

All narcological organizations in the regions are funded through municipal budgets within the following budget programs: 010.015.14 «Provision of the outpatient care to the population with the exception of medical care provided from the republican budget», 09.015.149 and 009.011.149 «Provision of medical care to people suffering from tuberculosis, infectious diseases, mental disorders and behavioral disorders, including the ones related to the use of psychoactive substances». The Republican Scientific and Pactical Center for Mental Health (RSPC MH) is funded through the republican budget for the following republican budget programs: 036 «Provision of guaranteed free medical care», and 131 «Provision of the basic funding for the entities of scientific, and (or) scientific-technical activities» (RSPC MH, 2017).

TABLE 2: GOVERNMENT EXPENSES FOR PROVISION OF SPECIALIZED DRUG TREATMENT, 2017 (RSPC MH)

Region	Costs for the provision of specialized medical drug treatment ³		The costs for provision of specialized medical drug treatment per one citizen	
	in millions of KZT	in thousands of EUR ⁴	KZT	EUR
Akmola oblast	478.2	1129.4	649.2	1.5
Aktube oblast	312.5	784.8	366.9	0.9
Almaty oblast	752.2	1889.0	375.9	0.9
Atyrau oblast	236.3	593.4	384.8	0.9
East-Kazakhstan oblast	701.9	1762.6	506.2	1.3
Zhambyl oblast	376.9	946.5	337.6	0.9
West-Kazakhstan oblast	464.4	1166.2	720.9	1.8
Karaganda oblast	755.1	1896.2	546.6	1.4
Kostanay oblast	468.2	1175.7	533.7	1.3
Kyzylorda oblast	651.0	1634.8	836.6	2.1
Mangistau oblast	449.7	1129.3	690.2	1.7
Pavlodar oblast	527.1	1323.7	697.3	1.7
North-Kazakhstan oblast	524.8	1317.9	935.7	2.3
South-Kazakhstan oblast	358.5	900.3	123.5	0.3
City of Almaty	840.3	2110.2	473	1.2
City of Astana	575.8	1446.2	574.3	1.4
RSPC MSPDA	256.2	565.3	-	-
Republic of Kazakhstan	8729.1	21771.5	420.5	1.1

On the average, in the Republic of Kazakhstan, the funding for narcology service per person in 2017 was 420.5 KZT.

The lowest funding per person in 2017 was in the South-Kazakhstan oblast (123,5 KZT per person a year), the highest funding– in the North-Kazakhstan oblast (935,7 KZT per person a year).

³ Specialized drug treatment is financed depending on the number of bed-days of the persons who received treatment in the regional drug treatment organizations and in the consulting and diagnostic services. Tariffs are approved by the authorized body.

⁴ The Euro exchange rate to the Kazakh tenge according to the National Bank of Kazakhstan of December 31, 2017 was 1 EURO = 398.2 KZT.

1.3. NATIONAL STRATEGY AND COORDINATION IN THE FIELD OF THE FIGHT AGAINST DRUGS

1.3.1. National Strategy

Since the moment the General Assembly adopted its Political Declaration at the twentieth special session in 1998, Kazakhstan has made significant progress in addressing the problems of the illicit trafficking, demand and supply of drugs. Kazakhstan has integrated into the international drug control system. In 1998, Parliament of the Republic of Kazakhstan ratified all three UN Conventions in the field of drug control.

The country has been conducting a stable state anti-drug policy based on the long-term development strategy "Kazakhstan - 2050", and a number of government programs and extensive international cooperation. The fight against drug addiction and drug trafficking is one of the priority tasks of the Government.

In previous years, the implementation of the state policy in the field of combating drug abuse and drug trafficking is reflected in the form of specific measures included in the Strategy against drug abuse and drug trafficking of the Republic of Kazakhstan. The main goal of the Strategy was to ensure the implementation of a unified and balanced state policy that allows establishing effective state and social control over the development of the drug situation in the country, achieving its stabilization and limit its negative impact on the internal and external security of Kazakhstan, the health and well-being of the people. In accordance with the Decree of the President of the Republic of Kazakhstan No. 922, dated February 1, 2010 "On Strategic Development Plan of the Republic of Kazakhstan until 2020", the Government has approved a sectoral program for combating drug addiction and drug business in Kazakhstan for 2012–2016. In 2015, the State Planning System of Kazakhstan was amended again, as a result of which the program on combating drug addiction and drug business for 2012 - 2016 was put on loss (Decree of the Government of the Republic of Kazakhstan No. 1136, dated 12.30.2015).

In order to increase the level of the counter-narcotics work of all government bodies involved, the main indicators of the Program are included in the National Security Strategy for 2016–2020, and have a closed status. Most of the transferred indicators are aimed at reducing the supply. In addition, the indicators and measurements of the Program are integrated into the Densaulyk State Health Development Program for 2016–2020, and in the strategic plans of the respective government agencies and the regional development programs.

In the Densaulyk State Health Development Program for 2016-2020, reduction of the the consumption of alcohol, tobacco, narcotics and psychotropic drugs is included in the main directions of the program implementation; however, the methods and measures for the implementation of this direction were not clearly indicated. The main indicator for assessing the implementation of this task is the number of people registered with the narcological register. The program proposes continuing the introduction of the advanced technologies proven as highly effective, for providing medical assistance to patients with tuberculosis, HIV/AIDS, mental and substance abuse disorders. However, a list of activities of the program includes measures of questionable effectiveness, such as: training of the juvenile inspectors in the methods of early detection of the risk of the groups of drug profile among children and adolescents; training the employees of MIA to determine the degree of intoxication; conducting regional events dedicated to the International Day against Drug Abuse; holding awareness campaigns on the prevention of behavioral risk factors using modern information technologies.

1.3.2. Coordination

In the Republic of Kazakhstan, a coordinating body in the fight against drug abuse and drug trafficking is the Ministry of Internal Affairs represented by its Counter-Narcotics Department.

In order to improve the quality of the anti-drug work of the government agencies, the Inter-departmental Anti-Drug Headquarters on the coordination of the fight against drug addiction and drug trade was set up by Decree of the Prime Minister of the Republic of Kazakhstan (September 15, 2011 No. 129-p). The Headquarters includes representatives of 12 government agencies.

The Headquarters is a permanent interdepartmental working body for coordinating the activities of the government agencies on the prevention of drug addiction, increasing the efficiency of the implementation of the program documents under MIA.

The Headquarters is cooperating with international organizations, non-governmental organizations and public associations whose activities are related to countering the spread of drug addiction and drug trafficking.

The main goals of the Headquarters are:

- 1) coordinate the activities of state bodies aimed at preventing drug abuse and disrupting the drug crimes;
- 2) improve the interaction among state bodies in countering drug addiction and drug business;
- 3) develop new approaches, conceptual provisions and programs on combating drug addiction and drug business, the plans for prevention and disruption of drug-related crimes and drug addiction;
- 4) develop proposals for improvement of the legislation in the field of combating drug addiction and drug business.

In 2016-2017, seven meetings of the Interdepartmental Anti-Drug Headquarters were held, within which the current issues of combating drug trafficking and drug abuse prevention were considered. The main topic discussed at the meetings in 2017 was the spread of synthetic drugs in the country and the methods of combating it.

The National Coordination Council on Health Protection under the Government of the Republic of Kazakhstan is working in the field of treatment and prevention of substance abuse. In 2016-2017, no meetings that would address the issues of treatment and prevention of substance abuse were held within the Council.

Under the Government of the Republic of Kazakhstan, an Interdepartmental Commission on the Affairs of Minors and Protection of Their Rights (IDC) was established, and has been active since 2007. In 2017, 21 meetings of IDC were held, where 65 issues were considered (crime prevention, neglect and homelessness of minors, the activities of school police inspectors, the centers for adaptation of minors, development of the juvenile justice system, prevention of violence and abuse against children, etc.).

1.3.3. International cooperation in the field of combating drug abuse and drug trafficking

Kazakhstan is firmly committed to the international and regional cooperation aimed at ensuring regional stability. The government is fully supporting the relevant activities of the international and regional organizations, including the Conference on Confidence Building Measures in Asia, the Economic Cooperation Organization, the Shanghai Cooperation Organization (SCO), the United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), the Commonwealth of Independent States (CIS), the United Nations Collective Security (CSTO), European Union Programs.

A cooperation with the law enforcement agencies of the foreign countries is carried out on the basis of more than 50 intergovernmental and interdepartmental agreements. In 2015-2017, five international treaties were signed. 39 meetings, consultations and negotiations with the representatives of the diplomatic corps, international organizations, foreign law enforcement agencies were held.

In cooperation with the law enforcement agencies of the overseas countries, the mechanisms created in a multilateral format, primarily in the framework of CSTO, UN and SCO are being actively used, through which the cooperation, operational activities and information exchange are provided.

Coordination Council of the Heads of Competent Authorities for Combating Illicit Drug Trafficking of the CSTO Member States is considered an effective platform for cooperation in combating drug trafficking. The international operation "Channel" conducted at least twice a year in the territory of the CSTO member states, allows establishing and strengthening practical contacts, implementing joint activities and conducting large-scale operations to disrupt drug trafficking.

In 2015, the program of the UN Office on Drugs and Crime for Central Asia for 2015-2019 was launched. The purpose of this program is to strengthen cooperation between the countries of Central Asia in the fight against illicit trafficking in drugs, psychotropic substances and precursors. The implementation of a number of the UN projects is ensured in the country, among them are the prevention and treatment programs, information sharing, controlled deliveries, as well as the Regional Program for Afghanistan and neighboring countries. The UNODC program for Central Asian states was jointly developed together with the experts from the countries of the region, for the countries of the region and with assistance of the donor community, representatives of the regional structures and other UN agencies through a carefully planned consultation process. It reflects the areas, which the Central Asian states consider problematic, and also it provides resources, which the countries view as a necessary condition for provision of technical assistance. The

program is based on the previous experience of UNODC in the field of assistance in the region and is aimed not at implementating the individually selected projects, but at ensuring an integrated and comprehensive approach. The program is coordinated by the UNODC Regional Office in Tashkent, the technical assistance will be provided through the UNODC program offices (UNODC Regional Office for Central Asia, 2015).

Central Asia Drug Control Program (CADAP) has been implemented in Kazakhstan for a long time. It represents the continuity of the European Union (EU) policy, and the evidence of the long-term cooperation with partners of Central Asia. This program contributes to further strengthening the national drug demand reduction policies, and to the development of the information systems in the countries of Central Asia. All CADAP program activities focus on the capacity building, both at the national and regional levels, by providing policy advice, as well as technical assistance, monitoring of the drug situation, the prevention, drug treatment and harm reduction.

2. DRUG USE AMONG POPULATION AND AMONG SPECIFIC TARGET GROUPS

2.1. INTRODUCTION

No studies on drug use among the general population were conducted in the country in 2017.

The last national study was conducted in 2001 by the Republican Scientific and Practical Center for Medical and Social Problems of Drug Addiction (RSPC MSPDA). The purpose of this study was aimed at learning the attitudes of the population of the cities of Kazakhstan to the problem of drug addiction and monitoring the main directions of social activity that most effectively block the spread of drug addiction among the population of Kazakhstan. Estimation of the number of people with symptoms of dependence on narcotic substances was also a goal of the study.

The residents of the large cities of Kazakhstan (with a population of 150,000 people and more) aged 7-55 were a population group of the study. The sample used in the study consisted of 7,029 people. The survey was carried out by means of the respondents personally completing the questionnaires, except for those groups of respondents who, because of their physical and psychological condition, could not fill in the questionnaire by themselves, as well as children aged 7-11 with whom the interviews were held (RSPC MSPDA, 2004).

In the country, once every two years, the Republican AIDS Center evaluates the number of people who inject drugs, and the use of injecting drugs among sex workers and men who have sex with men.

The registration system for people with the substance use disorders is functioning in the country on the basis of Decree No. 814 of the Minister of Health of the Republic of Kazakhstan dated December 2, 2009. It includes two types of narcological registration: preventive and dispensary.

Preventive observation is organized for persons who apply for medical treatment by themselves or directed to treatment by the public associations, medical organizations, or law enforcement agencies, and whose consumption of substances is not accompanied by clinical symptoms of disease (risk group).

Residential dispensary registration and medical monitoring in the outpatient drug treatment facilities shall be applied to persons with mental and behavioral disorders caused by the use of substances, whose diagnoses were made by a narcologist or forensic expert.

Dispensary registration of patients with mental and behavioral disorders resulting from the consumption of psychoactive substances, and the preventive observation of patients of the risk group is conducted in the drug treatment organizations.

If a patient follows all requirements in the course of treatment, complies with the terms of treatment in the narcological organization, and reaches a stable, objectively confirmed remission after completion of the treatment, then the persons with mental and behavioral disorders caused by the use of substances (except alcohol) are placed under the residential prevention registration for 5 years. The period of the preventive observation of persons consuming psychoactive substances for non-medical purposes, but without developed dependency is 1 year. Persons of the risk group receive medical treatment in the process of preventive observation, mainly on the outpatient basis.

Removal from the dispensary registration is carried out based on: a) lasting remission (recovery); b) a change of permanent place of residence with the departure from the territory serviced by the local narcological organization, as well as in connection with the transfer to another drug treatment organization for dispensary observation; c) when a narcological organization cannot examine a patient within 1 year despite all measures taken, the patient is removed from the dispensary registration (a decision to remove the person from the register in such cases is also made by the medical advisory committee (MAC) of the organization where the patient was registered); d) imprisonment for a term exceeding 1 year; e) because of the death.

Amendments were made to the Rules of registration, observation and treatment of persons recognized as suffering from alcoholism, drug addiction and taxicomania, approved by the Order of the Acting of the Minister of Health of the Republic of Kazakhstan of December 2, 2009 No. 814, as of December 31, 2015, according to which the term of "anonymous registration" was eliminated.

Notwithstanding the registers of the narcological organizations and law enforcement agencies provide certain opportunities for the indirect estimates of the population using psychoactive substances in the coun-

try, this source of information has not been properly used for the studies conducted at the national level. Additionally, the findings of the audit conducted by the Prosecutor's Office of the Republic of Kazakhstan, revealed the flaws in the current register system of PWUD, as well as violations in their registration. The registration of substance dependent persons, as well as their removal from the register are almost chaotic and are exposed to various manipulations, because of which the data of the register files do not reflect an objective picture of the registered contingent (CLSSR GPO RK, 2016).

As part of the Densaulyk State Health Development Program for 2016-2020, the country is monitoring and evaluating a drug situation in the penitentiary system of the Republic of Kazakhstan.

In 2012, in the framework of the scientific and technical program of the Republican Scientific and Practical Center for Medical and Social Problems of Drug Addiction (Pavlodar) and with assistance of the BRIF Research Group (Almaty), a study was conducted on the prevalence of the involvement of the organized youth groups (pupils, students) in using substances and various forms of non-chemical addiction (Baykenov E. B., 2013). The study was conducted with the use the method of self-completion of structured questionnaires, where questions related to the substance consumption were partially borrowed from the Russian version of the ESPAD questionnaire (The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs, 2011).

The study covered the following regions and cities: Astana, Almaty, the Zhambyl, West-Kazakhstan, Karaganda, Kostanay, Pavlodar, South-Kazakhstan oblasts (8 from 16). In every studied region of RK, three strata were distinguished: a regional center, a city with a population of up to 100,000, and a village. The total sample size was 4,000 people (500 people in each region). This study covered three age groups: pupils and students aged 15–16, 18–19, and 21–22.

2.2. DRUG USE AMONG POPULATION

According to the data found during the national study of RSPC MSPDA in 2001, the number of PWUD in the Republic of Kazakhstan was 1.7% of the total population (RSPC MSPDA, 2004). Of them, 31.6% are people dependent on opioids (mainly heroin), 81.3% - on cannabinoids, 15.5% - on other drugs. (Table 3). 10% of respondents used drugs at least once in their lifetime, but the types of substances were not specified in the study.

TABLE 3: ESTIMATED NUMBER OF THE PWUD BY THE TYPE OF DRUGS, 2001 (RSPC MSPDA)

Parameters	Persons dependent on opioids	Persons dependent on cannabinoids	Persons dependent on other drugs
Proportion of the total number of dependent persons	31.6%	81.3%	15.5%
Absolute number of dependent persons (% of the population aged 7-55)	80,328 (1.17%)	206,667 (3.02%)	39,402 (0.58%)

Among PWUD, the main group was aged 17-45 (69.8%), with a low income (unemployed with irregular work) (92.6%), with a secondary education (68.1%).

Given that the above-mentioned study was conducted seventeen years ago, currently there are no epidemiological studies in the country that would reveal a nowadays situation related to the use of various drugs among the country's population.

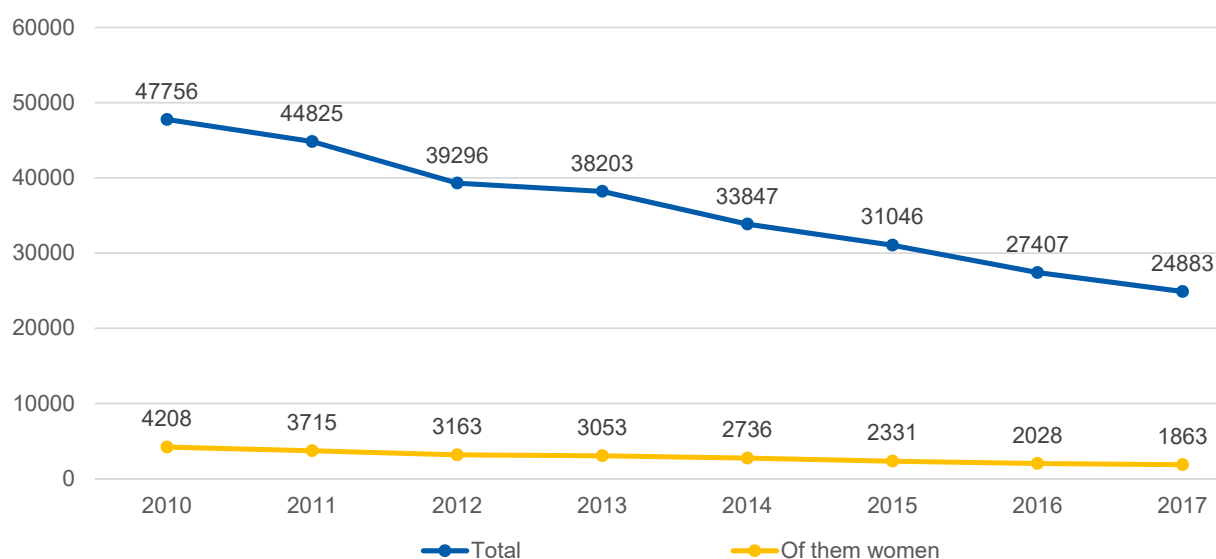
In the years 2015-16, the Ministry of Health was planing to condut a study of the prevalence and characteristics of the use of various psychoactive substances including illegal substances and the abuse of legal substances among the general population; however it has not been conducted yet.

2.3. NARCOLOGICAL REGISTER

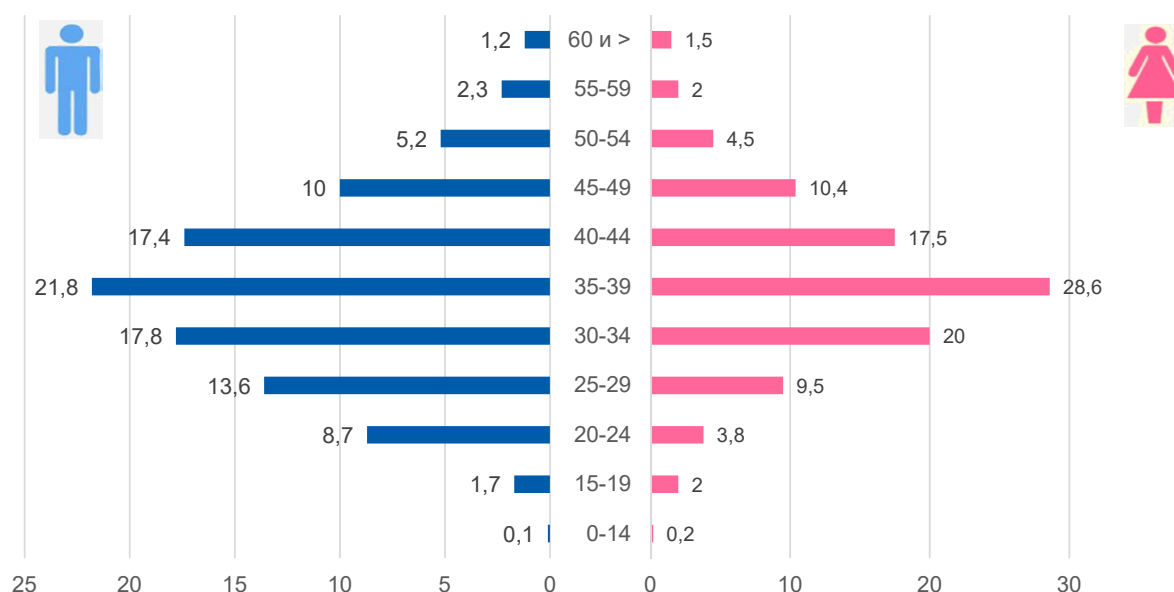
As of December 31, 2017, according to the official statistics, 24,883 PWUD were registered with the narcological organizations (in 2014 – 33,847, in 2015 – 31,046, in 2016 – 27,407,) of them 16,142 - injecting PWUD, or 65% of the total number of people registered with the narcological register (in 2014 – 22,323 (66%), in 2015 – 18,906 (60,9%), in 2016 – 17,367 (63,4%). The proportion of injecting drug users (IDUs) among the total number of people with mental and behavioral disorders caused by the use of psychoactive substances (except alcohol and tobacco) who are under dispensary and preventive observation has decreased in the last 5 years. In 2017, the proportion of IDUs among the female contingent was 92.2%, among minors - 15.7%, among the youth - 27%.

Below, Diagram 1 presents data on the number of persons registered with the narcological service of the Republic of Kazakhstan for the period from 2010 to 2017 (RSPC MH, 2017).

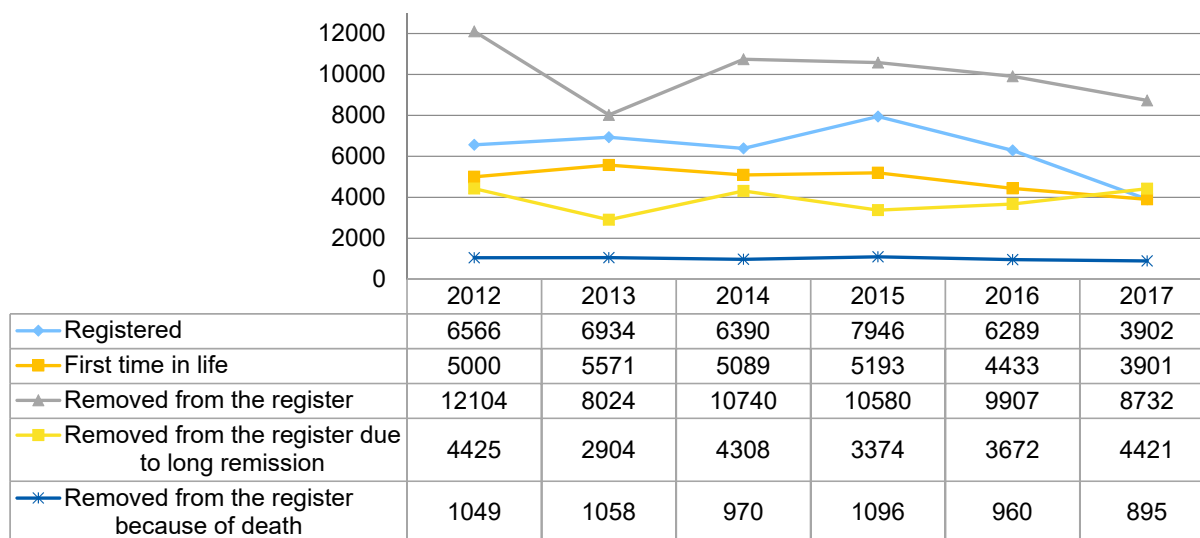
DIAGRAM 1: NUMBER OF PERSONS REGISTERED WITH THE NARCOLOGICAL SERVICE OF THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN IN 2009-2015. (RSPC MH)



As shown in Diagram 1, the number of registered PWUD by 2017 had a tendency to decrease. The maximum number of the registered persons, both among men and women, falls on the group aged 35-39 (Diagram 2).

DIAGRAM 2: PERSONS REGISTERED WITH NARCOLOGICAL SERVICE IN 2017 (GENDER AND AGE, %)
(RSPC MH)

In 2017, the number of the registered people was almost halved compared to 2015 and 2016, but it was for the first time in recent years, that almost 100% of people who were registered with the narcological register were registered for the first time in their lifetime. The change in the number of registered individuals by years is illustrated in Diagram 3. Also, in recent years, there has been a tendency that the number of people removed from the register exceeds the number of those registered, which is one of the reasons of the general decline in the number of the registered PWUD in the country.

DIAGRAM 3: NUMBER OF PERSONS REGISTERED AND REMOVED FROM NARCOLOGICAL REGISTER IN 2012-2017. (RSPC MH)

All persons registered in the drug treatment facilities of the country are mainly diagnosed with diseases codified in the International Classification of Diseases (ICD-10) of the World Health Organization, as: F11 «Mental and behavioral disorders caused by the use of opioids», F12 «Mental and behavioral disorders caused by the use of cannabinoids», and F19 «Mental and behavioral disorders caused by the simultaneous use of several drugs and the use of other psychoactive substances» (Table 4).

The primary prevalence of the opioid-induced disorders in 2017 was 4.8 per 100,000, a similar indicator in 2016 was 4.2 per 100,000. The primary prevalence of the cannabinoid-induced disorders has decreased from

17.8 in 2016 to 14.7 per 100,000 in 2017. The primary prevalence of mental and behavioral disorders caused by the use of other psychoactive substances in 2017 decreased from 26.0 per 100,000 to 22.6 per 100,000 compared with 2016 (RSPC MH, 2017).

TABLE 4: PERSONS REGISTERED WITH NARCOLOGICAL SERVICE BY ICD-10 DIAGNOSIS IN 2008 - 2017 (RSPC MH)

Diagnosis by ICD-10	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
F11	35333	33739	29928	26920	22948	21432	18174	15449	12700	11453
F12	11842	12606	12634	12682	11263	11579	10417	10215	9778	8483
F13	81	75	97	85	64	83	77	55	34	29
F14	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
F15	139	101	89	72	40	35	19	4	8	40
F16	24	21	11	23	22	22	10	10	4	1
F18	1512	1131	876	615	509	423	353	311	262	259
F19	3960	4063	4121	4428	4450	4628	4797	5005	4621	4618
Total	52891	51936	47756	44825	39296	38203	33847	31049	27407	24883

In the last eight years, there has been a tendency of decline of the proportion of people with the opioids-induced disorders, and with disorders caused by the use of stimulants, among all registered individuals. On the other hand, the proportion of people with disorders related to the combined use of psychoactive substances continued to increase during the considered period.

2.4. DRUG USE AMONG YOUNG PEOPLE

According to the data found during the study of the prevalence of psychoactive substances and involvement in non-chemical addictions among children and young people, conducted by RSPC MSPDA in 2012, 15,8% ($\pm 1,9$) of pupils aged 16 used certain narcotic substances during their lifetime (Table 5). The greatest prevalence of the current drug use and the use of drugs at some time in life is found among young people aged 22 and among males (Baykenov E. B., 2013).

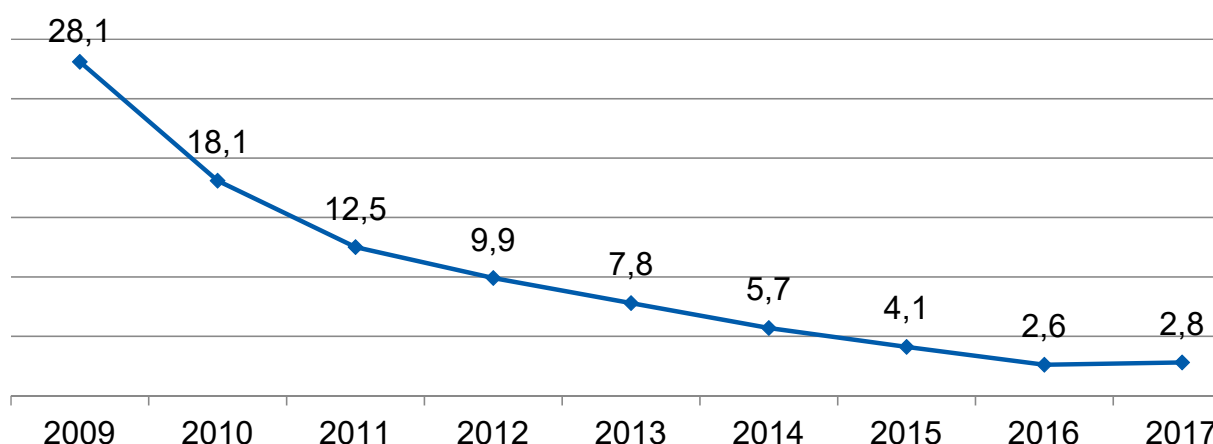
TABLE 5: INDICATORS OF THE DRUG USE AMONG CHILDREN AND YOUTH IN RK 2012 (RSPC MSPDA)

Indicator	Total (n=4000)	Men (n=1731)	Women (n=2269)	16 (n=1415)	19 (n=1824)	22 (n=761)
Drug use during lifetime	16.1% (± 1.1)	22.6% (± 2)	11.1% (± 1.3)	15.8% (± 1.9)	15.1% (± 1.6)	19.1% (± 2.8)
Drug use in the last 12 months	8.2% (± 0.9)	13% (± 1.2)	4.5% (± 0.9)	7.3% (± 1.4)	4.7% (± 1)	5.3% (± 1.6)
Drug use in the last 30 days	4.6% (± 0.7)	7.6% (± 1.6)	2.4% (± 0.6)	4.2% (± 1)	8.4% (± 1.3)	9.2% (± 2.1)

The most consumed narcotic substances during lifetime among children and young people are: cannabis - 11,2% (± 1), inhalants - 5,4% ($\pm 0,6$), stimulants - 2,3% ($\pm 0,5$) and sedatives - 1,5% ($\pm 0,4$). 0.9% (± 0.3) of respondents indicated opiate consumption during their lifetime, 0.6% (± 0.2) during the last year, 0.4% (± 0.2) of respondents in the last 30 days.

When comparing the current consumption of narcotic substances among the selected age groups, there is a tendency of the rise in the number of cannabis users with age. The number of the users of opiates and ecstasy remains at about the same level, the use of inhalants is assumed to decrease with age (Baykenov E. B., 2013).

According to the data of the narcological register, the number of the registered PWUD under 18 (Diagram 4) has a pronounced tendency to decrease in the last 5 years. (RSPC MH, 2017).

DIAGRAM 4: NUMBER OF PERSONS, REGISTERED WITH THE NARCOLOGICAL SERVICE OF RK, UNDER 18 PER 100, 000 OF THE RESPECTIVE POPULATION IN 2009-2017. (RSPC MH)

The major part of persons under 18 registered with the narcological register are the ones who use volatile organic compounds (VOC), and cannabinoids (Table 6). By the year 2013, the number of people using VOC had almost halved compared to 2010, but from 2015 this indicator was increasing, and in 2017 it reached its maximum values in the period 2009-2017. The proportion of injecting PWUD among the registered minors in 2017 was 11,5% (RSPC MH, 2017).

In 2017, the proportion of people under 18 who consume opioids, stimulants, VOC, increased compared to the previous years. The number of persons consuming cannabinoids and hallucinogens in the dynamics by years is decreasing.

Since 2013, the use of synthetic drugs has been spreading in the country. More information on the use of synthetic drugs among the population is presented in a separate section of this report "NEW PSYCHOACTIVE SUBSTANCES IN THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN".

TABLE 6: PROPORTION (%) OF THE CONSUMED DRUGS AMONG REGISTERED PERSONS UNDER 18 (RSPC MH)

Drugs	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Opioids	2.2	2.3	0.8	1.6	1.7	2.8	2.8	2.1	3.2
Cannabinoids	43.2	43.1	52.8	60.4	64.8	55.8	55.8	52.2	40.3
Sedatives	0.8	2.9	4.1	2.8	4.5	0.5	0.5	0.6	0
Stimulants	0.5	0.9	0.5	0	0.0	0	0	0	1.9
Hallucinogens	0.9	0.8	3.1	4.0	4.8	3.3	3.2	0.6	0.6
VOC	46.5	45.0	31.1	25.9	21.6	30.2	30.2	32	48.7
Combined consumption	6.0	5.0	7.6	5.2	2.6	7.4	7.4	8.1	5.1
Injecting consumption	8.9	10.5	9.9	7.2	3.6	2.8	2.8	5.6	11.5

In some regions of the country, various available substances are consumed among children under 18, the consumption of which is reflected neither in the official statistics, nor in the national studies. Also, there is no data on how widely the consumption of these substances is spread in the problem and neighboring regions, which requires additional studies to evaluate their prevalence and potential risks.

In the West-Kazakhstan oblast there were cases when children used castor seeds. All parts of the plant contain ricin protein and ricinin alkaloid, which are toxic to humans and animals. (LD50 about 500 mcg). The harm to health is irremediable because ricin irreversibly destroys proteins in human tissues. Inhibition of the protein synthesis leads to the destruction of the synthesis of enzymes, cell membrane proteins and proteins involved in the body's immune defense, metabolic processes and physiological functions of the body. Most likely, the hallucinations that occur as a result of the severe intoxication, contribute to the consumption of the seeds of this plant among children in the region.

In the South-Kazakhstan oblast, among children under 18, another plant was used - atropa (Belladonna). All parts of the plant contain tropane alkaloids: atropine, hyoscyamine, scopolamine (hyoscine), apoatropin, as well as flavonoids and oxycoumarins. The signs of mild intoxication at consuming belladonna appear after

10-20 minutes: the dryness and burning of the mouth and throat, the difficulty in swallowing and speaking, an increased heartbeat (tachycardia). In the cases of strong intoxications, complete loss of orientation, sharp motor and mental agitation, and sometimes convulsions occur. A specific complication of the atropine intoxication is trophic disorders - significant edema of the subcutaneous tissue of the face, in the forearm and crus area.

For many years, in the city of Temirtau of the Karaganda oblast, toluene – methylbenzene, a colorless liquid with specific odor has been used among children. The toluene vapors can penetrate through undamaged skin and respiratory organs, cause damage to the nervous system (psychic inhibition and disturbances in the functioning of the vestibular apparatus), including the irreversible ones. In general, toluene, like other homologues of benzene, is very toxic; at high concentrations, the vapors act as narcotic, causing strong hallucinations and a dissociative state. In very high dosages (with prolonged continuous inhalations), hallucinatory psychosensory experiences associated with a sense of balance may occur. Hallucinations are increasing, mental manifestations are uncontrollable, complete dissociation and the disintegration of the integrity of the personality occur.

2.5. DRUG USE AMONG OTHER TARGET GROUPS

As of December 31, 2017, there were totally 3,602 people dependent on psychoactive substances in the penitentiary system of the Republic of Kazakhstan. The rate per 1,000 convicted persons is 117.1. 1,491 people undergo compulsory treatment for psychoactive substances (48,5 per 1,000 convicted persons). The percentage of injecting PWUD (IDUs), among all persons dependent on psychoactive substances in the institutions of the penitentiary system of the Republic of Kazakhstan is 82,5% (in 2016 – 82,5%).

In the penitentiaries of the Republic of Kazakhstan as of December 31, 2017, there are 155 registered women dependent on alcohol (9% of all persons registered with alcohol dependence, in 2016 - 6,3%), and 185 women dependent on other psychoactive substances (10%, in 2016 – 8,3%).

In the penitentiaries there was not a single minor with mental and behavioral disorders caused by the use of psychoactive substances. The largest proportion of people registered with drug dependence in the penitentiary institutions is in the age group of 30-39 (41.1%), followed by people aged 40-49 (25.2%).

Comparison of the data of the registered PWUD in the civilian health care sector of the Republic of Kazakhstan and in the penitentiary system allows to determine that the indicator of the number of people over 14 dependent on psychoactive substances per 1,000 population in the penitentiary system is 14 times higher than in the civilian sector (indicator of the number of persons with alcohol dependence is 9 times higher, with dependence on other psychoactive substances - 41 times).

As of December 31, 2017, in the penitentiary facilities of the Republic of Kazakhstan, there were 1,532 people convicted under Article 296 of the Criminal Code of the Republic of Kazakhstan for illegal possession of drugs without marketing purposes, which is 4.9% of the total prison population of the country. Of them, 863 (56.3%) people are dependent on opioids, 45 (3%) - on cannabinoids.

The number of persons convicted under Article 297 of the Criminal Code (CC) of the Republic of Kazakhstan for illegal possession of drugs with a purpose to sell is 1,906 people (6% of the total prison population of the country). Of them, 935 (49%) people are dependent on opioids, 78 (5.1%) - on cannabinoids.

According to a study conducted in the framework of the epidemiological surveillance by the Republican AIDS Center, the percentage of sex workers who reported having ever had an experience of injecting drug use was 5.2% in 2017 (in 2013-4.3%). 71% of the commercial sex workers who have ever injected drugs reported the use of injecting drugs in the past 12 months (in 2013 – 65,1 %). In 2017, the most preferred substance in this group was heroin (68% among all injecting PWUD in the last 12 months), followed by poppy (62.7% among all injecting PWUD in the last 12 months). The average duration of using injecting drugs among sex workers was 7.8 years (minimum - 6 months, maximum - 26 years). Also in the course of this study, it was found that 1.1% of men who had sex with men, had injected drugs at least once in the last 12 months.

3. PREVENTION

3.1. INTRODUCTION

Currently, there is no single document in the country, which would define the main directions of the activities for the prevention of drug use. A number of prevention measures are specified in the National Security Strategy for 2016–2020. In addition, as part of Densaulyk State Health Development Program of the Republic of Kazakhstan for 2016–2019, certain measures have been planned to prevent drug addiction and organize a healthy lifestyle (HLS).

In the country, one of the top-priority approaches to the prevention of drug use is the involvement of the population in the fitness and sports activities. Educational institutions organize various events under the slogans “Sport against drugs”, “Tourism against drugs”. According to the Ministry of Tourism and Sports, special attention is paid to the development of the youth sports, as an alternative to the use of drugs and alcohol among young people.

The major part of prevention measures in the country is supported by non-governmental (non-commercial) organizations (NGOs). In recent years, “Measures to Counter Drug Addiction” project was implemented, as part of which a database of the specialized NGOs in Kazakhstan and the CIS countries was created, including addresses, contact numbers and hotlines.

The National Center of Public Health (NCPH) is playing an active role in the prevention of drug addiction and other diseases; it has offices in all regions of the Republic of Kazakhstan. With support of NCPH, the Youth Health Centers (YHC) is working in the country. They provide comprehensive medical and psycho-social services on the youth-friendly basis. The services also include provision of advice, assistance and support for people with drug problems.

Educational institutions remain the main social institutions, where most of the prevention measures take place. In 2011, for the first time ever, with the support of the Office for Drugs and Crime (UNODC), prevention programs in educational institutions were evaluated.

When analyzing the financial costs of the prevention activities in the framework of the government programs, most of the expenses are related to holding various types of information campaigns. At the moment, it is difficult to aggregate data on the prevention of drug use in the Republic of Kazakhstan in accordance with the international recommendations and standards. On the one hand, in the country there is neither appropriate system for monitoring of the prevention programs, nor a system for evaluating the effectiveness of prevention programs; on the other hand, a model of the differentiated prevention of the World Health Organization (WHO) is not being used in the development of the policies and implementation of the prevention programs, in which depending on the target audience, prevention is defined as universal, selective, indicative.

3.2. UNIVERSAL PREVENTION

3.2.1. Prevention at schools

In Kazakhstan, education is carried out in the daytime secondary schools, the private and international schools, the Nazarbayev Intellectual Schools, and in the specialized schools for the students with disabilities. Evening schools are available for persons who experience permanent or temporary difficulties in getting secondary education because of the health or socio-economic factors, and they are available in the correctional institutions as well. In the country, there are also schools for children with deviant behavior.

Kazakhstan is also actively developing a system of inclusive education. Special conditions are created for receiving pre-school and secondary education, correcting the developmental disorders and social adaptation, ensuring equal access to quality education for all categories of children, including those with health problems; those who have difficulties in social adaptation to society (with deviant behavior, with low socio-economic and socio-psychological status).

In the system of general secondary education, about 7,000 deputy directors on educational process, 8,000 psychologists, 4,000 social teachers, 4,000 senior youth leaders, 2,000 school police inspectors work. (Committee on the Rights of the Child MES RK, 2017). 7,563 school committees, 143,593 parental committees and 3,259 school boards have been set up in order to improve the educational process.

A new section on the drug use and prevention was included in the programs of the advanced training courses of the Republican Institute of Advanced Training for the Management and Scientific-Pedagogical Staff of the Educational System, and the Interregional Centers of Technical and Vocational Educational Institutions in order to protect the health of teachers and improve the quality of education.

In 2010, in all schools of the country, the subject "Self-awareness" was introduced into the curricula for 1-11 graders. The subject «Self-awareness» includes special sections on the formation of skills to regulate behavior, develop a positive attitude and world view, curb the early signs of anxiety or aggression.

One of the actively developed areas of prevention is the involvement of children and young people in the alternative activities. According to the Ministry of Education and Science, in 2017 the total coverage with additional education, taking into account children attending school circles/sections, out-of-school organizations of the system of education, culture and sports, is 70.7%. Additional education for children of the system of continuous education is aimed at forming and developing children's creative abilities, meeting their individual needs for intellectual, moral, physical improvement, and also is aimed at organizing their free time. Among other things, one of the goals of the activities of the system of additional education is to expand educational opportunities of the schools, and prevent the deviant behavior through solving the issue of children's occupation (Committee on the Rights of the Child MES RK, 2017).

In the 2014-2015 school year, the number of the Sports Schools for Children and Youth was 435, covering more than 294,000 children and teenagers (13% of the total number of pupils in the institutions of general education), including 123,300 in the villages. In addition to the Sports Schools, the Sports Clubs for Children and Youth play an important role. Currently, there are 569 Sports Clubs for Children and 105 Sports Clubs for Youth.

3.2.2. Out-of-school youth programs

In the city of Almaty, there is the National round-the-clock hotline (150) for teenagers and young people, organized by the NCPH and the Union of Crisis Centers. In 2014, 253,284 persons received services through this telephone service, a psychological support and assistance was provided in 89.6% cases. The country has created a mechanism for complaints available for children and parents, and for all citizens: "74-25-28" hotline of the Committee on the Rights of the Child (CRC), working for provision of fast advice and psychological support to children in the difficult life situations, «111» a single call center of the emergency services of the Ombudsman for Children's Rights, "150" the national free round-the clock hotline, and there are also more than 200 helplines in the regions, the government websites, the blogs of supervisors, children's public reception rooms in all regions.

Since 2008, a helpline has been operating in the Committee on the Rights of the Child to provide psychological assistance to children and parents who are in a difficult life situation. Similar helpline services operate in the departments of education in the regions and cities of Astana and Almaty. Currently, there are more than 220 hotlines in the regions of the republic.

To further strengthen the health of people, including the maternal, child and adolescent health, in 2011, the Ministry of Health of the Republic of Kazakhstan created family health centers, youth health centers (YHC), departments of prevention and socio-psychological assistance at the level of primary health care organizations in all regions; positions of social workers and psychologists are included in the staff schedule of PHC. For provision of medical, psychological, legal and social assistance to adolescents and young people on the principles of voluntariness, accessibility, goodwill, confidentiality and trust, 85 YHC are functioning in Kazakhstan. The country has 2,054 social workers and 815 psychologists who provide counseling, monitoring and home care services (care and social support), and counseling through a helpline.

According to the reporting data of the regional centers of NCPH, the total number of people who applied to the YHC specialists in 2015 was over 604,000 people, of whom 248,943 men and 355,930 women. In the Youth Health Centers, the following specialists are available: gynecologists, urologists, dermatovenerologists, psychologists, social workers, lawyers; there are computer classes, gyms, a helpline, a leisure room on the interests of young people (Committee on the Rights of the Child MES RK, 2017).

"Health Promoting Schools" are working within the projects of the World Health Organization (WHO). In 2015, in the country, this WHO project was implemented in 981 secondary schools. Another WHO project "Health

Promoting Universities” in the Republic of Kazakhstan is being implemented in 62 higher education institutions.

3.2.3. Prevention in the community

For the purposes of interdepartmental cooperation and strengthening prevention work, the National Coordination Council for Health Protection under the Government of the Republic of Kazakhstan is working in the republic. In 2017, at the meetings of the Council, among other issues, the following issues were discussed: an interdepartmental cooperation on the early detection of the suicide attempts, a rehabilitation of the people with incompleting suicides, the development of a comprehensive system of school medicine, the prevention of morbidity, and the problems of mental health.

During the reporting period, the information materials on the drug abuse prevention were released, social advertising posters were distributed in the public places and in the places of mass recreation for young people on the issues of drug abuse prevention and promotion of the healthy lifestyles, with the provision of the phone numbers of the hotlines of the relevant government agencies; in the cinemas of the city, before the movies, the anti-drug social videos were demonstrated; the city bicycle races and trainings among adolescents registered with the internal affairs bodies were held.

Traditionally, a republican one-month campaign, dedicated to the International Day against Drug Abuse (June 26) was conducted. The sports and creative contests, the anti-drug cultural events were organized.

In the city of Astana, in pursuance of the «Astana - a city without drugs» plan of activities on March 15-16, the staff of the Counter Narcotics Department of the Ministry of Interior in the city of Astana with the support of Department of the Youth Policy of the Akim's Office, together with NGO PF «Ules 2020» held a sports event under the slogan: «Being healthy is in trend!». On September 30, an anti-drug event was held in Astana at the Zhastar Palace under the slogan “Make your life wonderful”, the goal of which was to draw attention of young people to the threat of new types of synthetic drugs (smoking mixtures, spices, salt, etc.) and to formation of the healthy life style. More than a thousand students from 77 secondary schools and 12 special educational institutions took part in the activity.

In order to limit and prevent tobacco smoking, alcoholism and drug addiction, the legislative framework was amended. The amendments prohibit the sale of cigarettes to persons under 18, alcoholic beverages to persons under 21, the sale of cigarettes by the piece, smoking in certain public places, and require a mandatory warning of the dangers of smoking in the places of selling tobacco products. On December 31, 2011, a ban was imposed on the outdoor advertising and advertising in the print media, TV and radio, on drinking alcoholic beverages in public places; and measures of punishment were toughened for driving while intoxicated.

Since 2015, several activities have been held in the framework of the Interdepartmental Action Plan of the Ministry of Education and Science of RK, the Ministry of Health and Social Development of RK, the Ministry of Investment and Development RK, the Ministry of Culture and Sports of RK, the Ministry of Interior of RK on the prevention of crimes against sexual inviolability of minors for 2015-2017. Within the framework of this plan, the measures were developed to improve legislation and interdepartmental coordination, prevent social orphanhood, and work with dysfunctional families; post-boarding school adaptation and socialization of the graduates of orphanages; the measures were approved to prevent social orphanhood, cruel treatment of children, suicidal behavior, and form a healthy lifestyle.

3.3. SELECTIVE PREVENTION IN RISK GROUPS

An integrated database of single registration of minors in difficult life situations has been created in the Republic of Kazakhstan. The data base includes information about children who miss classes for disrespectful reasons in schools, who are in the special educational institutions, the victims of abuse and violence, from dysfunctional families, homeless, street kids taken to the adaptation centers for minors.

As of October 1, 2016, the number of children under 18 is 5.3 million, more than 144,000 children with special educational needs, more than 28,000 orphans and children left without parental care, more than 11,000 children with deviant behavior. In 2016, over 4,000 street children were identified. At the beginning of the 4th quarter of 2017, 27,274 children left without parental care were registered in Kazakhstan, which is 49 people per 100,000 of the child population aged 0-17 years. In terms of 100,000 children, there is a tendency

of reduction of the number of children left without parental care. Thus, in 2010, there were 80 orphans per 100,000 children, in 2017 - 49.

One of the main tasks of the educational system of the Republic of Kazakhstan is to create conditions for the inclusion of children with special educational needs in the general education process. In the 2016-2017 school year, the conditions for inclusive education were created in 3,873 institutions (Committee on the Rights of the Child MES RK, 2017). The special conditions created in the educational organizations, as well as the expansion of the network of special educational organizations providing correctional and pedagogical support to children with special educational needs can play a positive role in this process. Currently, there are 66 psychological, medical and pedagogical consultation centers, 162 offices of psychological and educational correction, the number of rehabilitation centers has not changed (13) (Table 7).

TABLE 7: ORGANIZATIONS THAT PROVIDE SPECIAL SERVICES IN THE SYSTEM OF EDUCATION (CRC MES RK, 2017)

	2016-2017	2017-2018
Special educational organizations	97	98
Special kindergartens	42	43
Psychological, medical and educational counseling centers	58	66
Rehabilitation centers in the education system	13	13
Psychological and pedagogical correction rooms	149	162
Logopedic rooms	1227	1293
Special groups at special kindergartens	312	340
General pre-school organizations with special groups	193	201
- among them groups	435	469

In the 2016-2017 school year, the total number of children with special educational needs was 144,783, of whom 96,555 are of the school age and 48,228 are of the preschool age. 133,782 children, or 92.4% are covered with the educational programs, education and correctional and pedagogical support provided by the private and public educational, healthcare and social protection organizations.

The issue of social orphanhood is still acute, the number of social orphans (children left without parental care) in 2017 was 16,218 children (60% of the total number of children left without parental care).

The main contingent of social orphans is the children whose parents are deprived of the parental rights, in the penitentiary facilities, on the wanted list, on long-term treatment, restricted in their rights, abandoned children, but the main reasons are deprivation of parental rights, relinquishment of parental rights.

In the country as a whole, the main work with children and adolescents with the signs of estrangement, including children with drug use experience, is carried out by the non-governmental organizations. This work includes medical, psychological and social support on a child-friendly basis, as well as the involvement of children and adolescents in the alternative activities.

For street children and children with deviant behaviors in the country, there are Centers for Adaptation of Minors (CAM) under the Ministry of Education of the Republic of Kazakhstan. The aim of the centres is to provide timely psychological assistance to children in difficult situations. Social teachers, psychologists, educators, NGO representatives, volunteers are working with the children. In the Centers for Adaptation of Minors there are rooms for plays and recreational activities, libraries, and the clubs and sports sections are available. The representatives of NGOs take an active part in the activities of CAM in the regions (Committee on the Rights of the Child MES RK, 2017).

In 2017, there were 20 Centers for Adaptation of Minors with 7,539 minors. They were brought to CAM for the following reasons: 937 (12,4%) - left without parental care, 6,306 (83,6%) - homeless and street minors, 207 (2,7%) - those who were referred to the special educational institutions of special custodial regime for children with deviant behavior, 89 (1,1%) - minors who are in difficult life situation.

As a result of the activities conducted by CAM, 7,231 of minors were settled in, of them 6,274 minors were returned to families, 578 were sent to organizations for orphans and children left without parental care (LWPC), 124 were placed in custody, 21 were sent to patronage, 21 were sent to special schools 132, transferred to the Center for Adaptation of Minor of other regions - 41, sent to organizations of CAM type of other countries - 13, and to the guest families - 48.

Also in the country the activities of the family support services are carried out in CAM. There are mobile groups at the family support service where inspectors of the Juvenile Affairs Inspectorate (JAI), employees of the Center for Social Adaptation and Rehabilitation for Women with Children, Social Volunteer Center and others are working. Mobile groups carry out social work for families at home. This practice allows the staff of CAM to monitor the effectiveness of the family support services, and provide timely assistance in case of the crisis situations in the family. Monitoring of the activities of the family support services shows that in the 12 months of 2017, they assisted 140 parents and 152 minors in preparing documents, provided advice to 162 parents and 204 children, visited 53 families, 43 educational institutions and 37 organizations for orphans (Committee on the Rights of the Child MES RK, 2017).

So as to increase the level of social, psychological and legal assistance to the families in difficult life situations, MES approved the Rules for the Activity of Child Support Centers for Children in Difficult Life Situations (Order No. 248 of May 25, 2017). In accordance with the above rules, the Centers provide special social services to children from disadvantaged families, children in the unfavorable family conditions, which threaten their health and development, abused children, orphans and children left without parental care. Special social services include the social, social-medical, socio-psychological, socio-pedagogical, social-labor, socio-cultural, socio-economic services regulated by the Standard for provision of special social services in the field of education, approved by the order of MES No 17, dated January 19, 2015.

For the purpose of early crime prevention, children and adolescents from disadvantaged and poor families are engaged in various useful activities at their spare time.

3.4. MEDIA CAMPAIGNS

The government information policy includes a thematic area "Coverage of the fight against drug business and drug addiction, anti-drug propaganda".

The issues of prevention of drug abuse and the formation of public anti-drug immunity are regularly being raised in a cycle of the television programs: «Biz», «Arnayy Khabar», «Bureau of Investigation», «Zheti Kun», «Ortalyk Khabar», «Iske Sat», «Ult Aulygy», «Professional» programs are aired on the «Khabar» national channel; «Zhanalyktar», «Apta.kz», «Kylmys pen zhaza» programs, and the talk shows «Alak», «Aituga onai ...» are broadcast on the «Kazakhstan» TV channel.

The local executive bodies work within the allocated funding on placing social advertising on the anti-drug topics on the streets and in public places: they hang billboards, banners in the public places and streets; put up advertisements on the information boards with slogans "For a healthy lifestyle", "Life without drugs"; distribute brochures, leaflets, booklets with information about the dangers of drugs, smoking, and the stickers with the "Life without drugs" slogans.

In 2013-15, the disks with the anti-alcohol and anti-drug prevention programs (video tutorials) "Beer Alcoholism", "Marijuana" were replicated, and recommendations on the use of video tutorials were published. All regions of the Republic of Kazakhstan (2014, Ministry of Health of the Republic of Kazakhstan, 2014) are provided with these video manuals and methodological recommendations.

Traditionally, in the country the Republican one-month campaigns, dedicated to the International Day against Drug Abuse (June 26) are being held. During this period, the sports and art contests, cultural anti-drug events, round tables, trainings, etc. are actively held.

4. PROBLEM DRUG USE

4.1. INTRODUCTION

According to the international definition, in the Republic of Kazakhstan the main part of the problem drug use is the consumption of drugs by means of injecting.

No reliable data on the consumption of cocaine, amphetamines and methamphetamines in Kazakhstan are available. It should be noted that the high cost of these drugs in the country significantly limits their availability, most of the seizures of these substances were made in the cities of Astana and Almaty. In recent years, the Republic of Kazakhstan, there has been a growing market of new psychoactive substances, which have a relatively low cost and high availability. However, the number of studies on the prevalence and characteristics of the use of these substances in the country is not enough for assessing the situation with the use of new substances among the population. More information on this issue is presented below in a separate section of this report "NEW PSYCHOACTIVE SUBSTANCES IN THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN".

In the last several years, the issues concerning the use of handmade substances of the available codeine-containing drugs, as well as the use of food poppy and tropicamide are still high on the agenda.

In the country, the opium poppy is cultivated, which in most cases is used in the form of koknar - an infusion of the crushed opium poppy heads - or khanka (dried and hardened opium poppy juice) consumed mainly through injection.

The estimation of the number of injecting PWUD (IDUs) in the Republic of Kazakhstan, was conducted based on the Methodological Recommendations of the Republican Center for the Prevention and Control of AIDS (RC AIDS) of 2004 "Rapid estimate of the number of vulnerable populations (injecting PWUD, commercial sex workers and men having sex with men) (BOS)". In 2013, the protocols for conducting an epidemiological surveillance of HIV prevalence, and the "Estimation of the number of vulnerable groups" as an annex to the protocols were developed in order to upgrade the national system of the epidemiological surveillance over the HIV prevalence and improve the quality of the estimates of the number of key groups. This document was developed in compliance with the modern international recommendations for assessing vulnerable populations.

Since 2014, the estimate of the number of IDUs has been conducted according to the improved methodology in compliance with the Annex No. 19, «Estimation of the number of vulnerable groups of the population» of the methodological recommendations «Monitoring HIV prevalence in vulnerable groups of population», approved by the Republican AIDS Center. A method of the multiplier (coefficient) is used as the main method for estimating the number of IDUs. The sources of data are the latest research data of the epidemiological surveillance of the HIV prevalence, the surveillance data of the implementation of the prevention programs among IDUs, the official statistics of the AIDS and the narcological services. For extrapolation of the data for the oblast and the country as a whole, the data of the statistical departments on the number of population of oblasts are used.

The standard methodology for the estimate has been integrated into the national epidemiological surveillance system (SES), and clear criteria have been developed for the population under estimation: the use of injecting drugs at least once in the last 12 months, living in a certain area, the age of 18 and over. The number of multipliers has increased to 7, the sampling has become more representative (a respondent-driven sampling has been introduced into the epidemiological surveillance of prevalence (SES), the sources of statistical data have changed when assessing by double coverage (the internal affairs departments were replaced with friendly rooms). The final value of the assessment was determined by the median, and not by the arithmetic average value. For the first time ever, the extrapolation of the estimated data of each sentinel site for the territory of the entire region, and the analysis of the respondent driven sampling were conducted in the RDS-Analyst program.

In 2014, the SES among IDUs in all sentinel sites of the country was conducted in accordance with the new methodology approved by the ethics committee of the Higher School of Public Health of the Republic of Kazakhstan on 12.12.2013. (#IRB-A042). Since 2014, the estimate of the number is carried out once every two years, and the period of the assessment coincides with the SES period, including the preparatory stage and the formative study.

4.2. ESTIMATES OF THE PREVALENCE OF PROBLEM DRUG USE

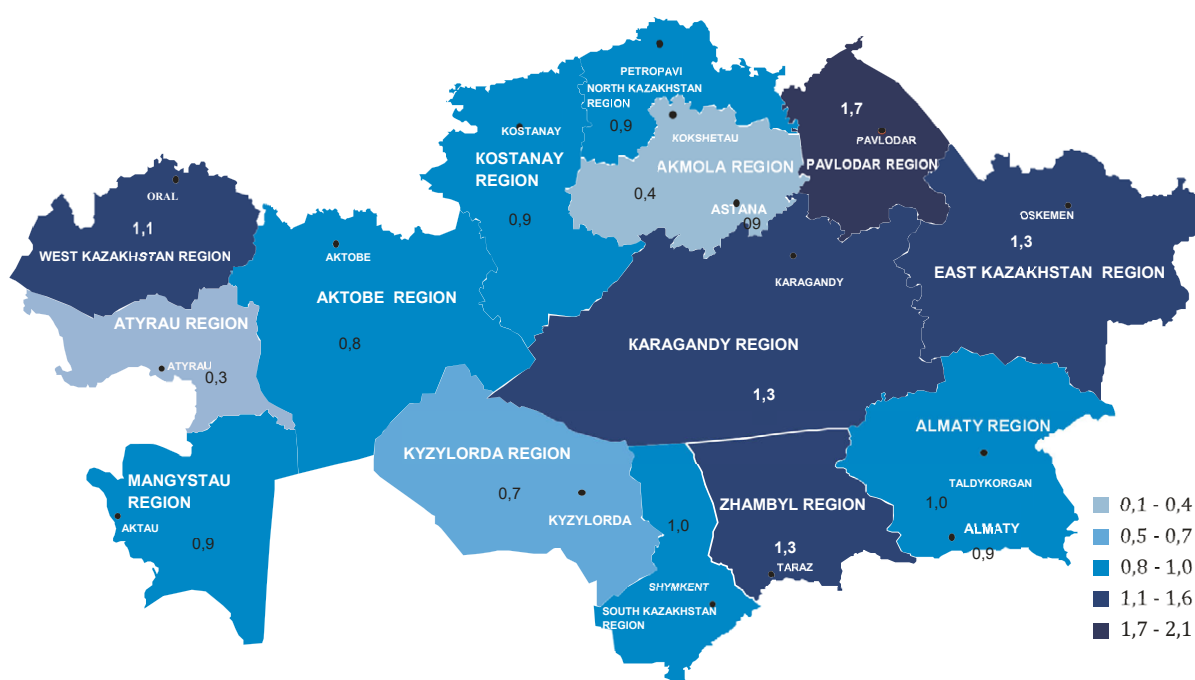
As of December 31, 2016, the estimated number of people who used drugs by injecting in the last 12 months was 120,500 (in 2014-127, 800 people) (RC AIDS, 2016).

The ratio of injecting PWUD to the population size aged over 15 in the Republic of Kazakhstan is 1%.

The highest prevalence of injecting drug use is observed in the Pavlodar region (1.7%), the lowest in the Atyrau region (0.3%) (Map 1). At the same time, compared with the results of the previous assessment (2014) in five regions, the estimated number of injecting PWUD decreased (Atyrau, Mangystau, Pavlodar, South-Kazakhstan oblast and the city of Astana), in the Akmola oblast it remained the same, in other regions, it increased. The most significant increase occurred in the Almaty, Zhambyl and East-Kazakhstan oblasts.

According to SES, in 2016, 14.8% of the estimated number of injecting PWUD are registered with the Narcological Register (RC AIDS, 2016).

MAP 1: PROPORTION OF INJECTING PWUD (%) TO THE POPULATION OVER 15 BY REGION, 2016 (RC AIDS)



Based on the data found during the estimates of the population size of injecting PWUD, the following generalized socio-demographic portrait of a person who injects drugs is made: it is a man aged 35, Russian, has a secondary or specialized secondary education, works is not married (Table 8).

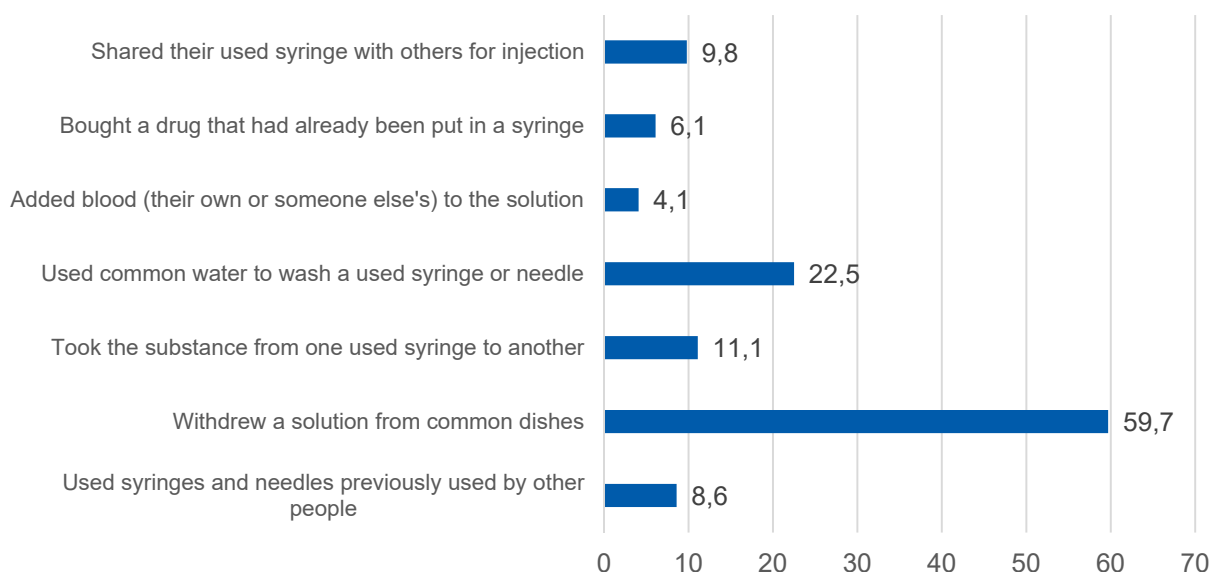
TABLE 8: SOCIO-DEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS OF INJECTING PWUD, 2016 (RC AIDS)

AGE	
Mean value	35.1
Median	34.5
Median in men	35
Median in women	34
<25	6.2%
25>	93.8%
GENDER	
Men	83.2%
Women	16.8%
ETHNICITY	
Kazakhs	27.2%
Russians	52.6%
Tatars	5.3%
Uzbeks	1.6%
Germans	2.9%
Koreans	1.3%
Other	9.1%
EDUCATION	
Primary	8.6%
Secondary	80.8%
Higher	10.2%
Uneducated	0.2%
No answer	0.2%
OCCUPATION	
Study	0.5%
Work	62.4%
Work and study	2.3%
Not working and not studying	34.4%
Other	0.4%
MARITAL STATUS	
Single	40.3%
Divorced	24.2%
Widower/widow	3.1%
Married	32%
No answer	0.5%

In almost all sites covered by the study, the primary drug used was heroin, in 7 sites only heroin was used (Balkhash, Zhezkazgan, Kostanay, Petropavlovsk, Taraz, Temirtau, Shymkent), in 6 sites (Aktau, Astana, Almaty, Atyrau, Karaganda, Kyzylorda, Taldykorgan), the respondents noted that in addition to heroin they also use "crocodile", desomorphine, "khanka" and other drugs. Heroin is often mixed with diphenhydramine and tropicamide to enhance the effect. Poppy seeds are used in the cities of Aksu, Aktobe, Kokshetau, Pavlodar, Semey, Uralsk, Ust-Kamenogorsk, Ekibastuz. In these cities, the respondents indicated that they use poppy seeds because of the poor quality of heroin and the fear of being caught by law enforcement agencies.

In general, 23.3% of respondents indicated the use of poppy («seeds» or «varka»), heroin - 91.8%, desomorphine («crocodile») - 4.2%, «khanka» («tayana») - 2.4%, other types of drugs - 2.5%. The most frequently used drugs in the last 12 months is as follows: heroin - 83.6%, poppy - 13%, desomorphine - 2.5%, other types - 0.5%, "khanka" - 0.3 %.

The proportion of IDUs who reported the use of sterile injecting instruments only in the last month was 35.1% in 2016 (1,336 of 3,807 surveyed respondents who injected drugs in the last 30 days). The distribution by the risky injection practice is shown below. (Diagram 5).

DIAGRAM 5: RISKY INJECTION PRACTICED BY IDU IN THE LAST 30 DAYS IN 2016 (RC AIDS)

327 IDUs who reported using someone else's syringes in the last 30 days, the number of their use ranged from 1 to 30 (mean – 3,3, median – 2). The number of other people with whom non-sterile instruments were shared with each other when using drugs was from 1 to 30 people (mean – 3,1, median – 2).

4.3. INFORMATION ON PROBLEM DRUG USE FROM NON-MEDICAL SOURCES

Since there is no publicly available data on this section for 2017, the data at the end of 2012 is presented below.

According to the data of the sentinel epidemiological surveillance (SES) in the penitentiary facilities, the prevalence of the practice of using shared syringes and improvised means is widespread, because there is no access to sterile injecting equipment. The results of the sentinel epidemiological surveillance show that convicted persons continue to use drugs in prisons. The practice of using shared syringes when injecting drugs increased from 21.7% in 2011 to 47.9% in 2012.

Less than 20% use disinfectant solutions to clean syringes. The provision of information materials, disinfectants and educational components to convicts is currently the only prevention interventions among IDUs in penitentiaries. (RC AIDS, 2013).

4.4. NEW FORMS OF PROBLEM DRUG USE

In recent years, the issues related to the manufacture and use of synthetic drugs and their analogues, as well as handmade drugs, are increasingly challenging.

Desomorphine is one of the most problem substances used by PWUD in the country. It is made of the available drugs containing codeine, tropicamide – the eye drops, which, in a certain mode of consumption, cause strong hallucinations accompanied with heavy intoxication. Also in recent years, the mixture made from the food poppy has been increasingly used by IDUs.

An indicator of the spread of opioids made of medicines and food poppy in the country is the increase in the proportion of users of other opiates among patients who are registered for using opioids for the first time in their lifetime (F11.X by ICD-10), over the past five years from 9,5% to 30,3% (Table 9). This conclusion is also confirmed by the results of SES, the use of poppy was reported by 13%, desomorphine by 2.5%, and other types by 0.5% of the IDUs in the last 12 months.

TABLE 9: DISTRIBUTION OF PATIENTS REGISTERED WITH NARCOLOGICAL REGISTER FOR THE FIRST TIME IN LIFETIME BY THE USED OPIOIDS IN 2011-2017 (RSPC MH)

Opioids	2013		2014		2015		2016		2017	
	Abs	%	Abs	%	Abs	%	Abs	%	Abs	%
Heroin	1413	88.1	973	92.5	894	90.4	486	64.4	374	58.0
Raw opium	39	2.4	10	1.0	14	1.5	100	13.2	76	11.7
Other opiates	152	9.5	68	6.5	8.0	8.1	169	22.4	196	30.3
TOTAL	1604	100	1051	100	1604	100	755	100	646	100

The method of preparation of the drug from the food poppy implies a group use (3-4 doses can be made from 1 kg), the use of common utensils, or the withdrawal from a common syringe into syringes of a smaller volume. The use of food poppy can be boosted by its lower price than of heroin and the availability of ingredients on the market and in pharmacies (RC AIDS, 2014).

In 2015, the European Scientific Journal published an articles by the Kazakhstani scientists on the non-medical use of tropicamide among people dependent on psychoactive substances (Prilutskaya M., 2015). Since for preparing the majority of the homemade drugs, a person must perform a number of intermediate chemical reactions at home, which require the use of certain precursors, this fact to some extent reduces the spread of the use of desomorphine, codeine and ephedrine among IDUs. Tropicamide, unlike other drugs, remains easily accessible to persons who use drugs. Besides, the tropicamide is often used with the traditional drugs such as heroin or other opiates, which effectively compensate for the negative vegetative effects of tropicamide. An increase in the use of tropicamide is evidenced by the fact that in the first three quarters of 2013, the retail sales of this drug in the Republic of Kazakhstan increased by 226 percent in the amount of the units sold, compared to the same period in 2012. The use of tropicamide among people addicted to psychoactive substances is most often caused by the need to replace the narcotic effect caused by heroin, the availability of which has been significantly limited in the country in recent years. The clinical characteristics of tropicamide abuse identified in this study indicate a malignant course of the disease of dependence (a rapid development of the dependency syndrome, severe toxicity and a high level of complications) (Prilutskaya M., 2015).

5. DRUG TREATMENT

5.1. INTRODUCTION

Drug treatment in Kazakhstan is a structured intervention with the prescription of medicines and/or using psycho-social technologies aimed at reducing the use of an illegal drug or refraining from taking it. In the Republic of Kazakhstan, a significant proportion of the interventions are aimed at abstaining from taking an illegal drug. The opioid agonist maintenance treatment program with the use of methadone is being implemented in 13 cities of the country (buprenorphine and other drugs for maintenance treatment are not currently used in the country).

Treatment is provided in the following forms: an inpatient treatment (detoxification, medical and social rehabilitation, therapeutic communities), an inpatient-replacement treatment (day hospitals for the maintenance and anti-relapse treatment), an outpatient treatment (the maintenance and anti-relapse treatment, the opioid substitution therapy), including harm reduction programs (low threshold programs). Drug treatment is carried out mainly in the specialized state organizations free of charge for the population of the Republic of Kazakhstan; provision of the drug services by the private sector remains low, in comparison with the public sector.

No special studies were conducted among people who applied for treatment, with the goal to determine the trends and effectiveness of the treatment programs (the opioid agonist maintenance program with methadone is an exception). The main source of data on the patients who applied for drug treatment, and the trends and models of substance use among patients is the Inpatient Electronic Health Record (IEHR) (hereinafter – IEHR), developed by the Republic Center of Electronic Healthcare (a state enterprise on the right of economic use). The IEHR portal is designed to automate the process of collecting data on the cases of the treated hospital and hospital replacement assistance. Data is collected from the statistical cards of the persons discharged from the in-patient clinics, and health records. The main objective of the portal is to resolve the issues of financing of the hospital and hospital-replacing treatment at the expense of the republican budget and obtaining statistical reports on the activities of the hospitals, and the structure of the treated people.

The source of data on the cases of treatment of patients in an inpatient drug treatment organization is a statistical registration form No. 066-1/y "Statistical health records of the patient discharged from a drug treatment organization", approved by the order No. 907 of the Acting Minister of Health of the Republic of Kazakhstan of November 23, 2010. In 2015, for the first time ever, the national reports used the data on patients who underwent inpatient treatment in all narcological organizations of the Republic of Kazakhstan with diagnoses: F11, F12, F13, F14, F15, F16, F18 and F19 by the ICD-10, received from the IEHR portal, which had been submitted to the RCEH Center. However, since the quality of completion of the statistical records remains low, at the moment it is very difficult to use this resource for assessing treatment demand and the characteristics of the treated population.

The quarterly and annual reports of medical organizations are also a source of statistical (non-personalized) data, which are summarized at the oblast level in the regional drug treatment clinics and then at the national level (RSPC MH, 2017).

By Decree of the Government of the Republic of Kazakhstan No. 880 dated December 28, 2016 "On the reorganization of individual enterprises of the Ministry of Health and Social Development RK", the state-owned enterprise "Republican Scientific and Practical Center for Medical and Social Problems of Drug Addiction" was merged with the state enterprise on the right of economic management «Republican Scientific and Practical Center for Psychiatry, Psychotherapy and Narcology» (RSEREM), which is currently transformed to the «Republican Scientific and Practical Center for Mental Health» (RSEREM) of the Ministry of Health of RK. In the coming years, it is planned to unite narcological and psychiatric services in the regions. Since January 2018, the outpatient polyclinic psychiatric and narcological services have been transferring to the city polyclinics.

5.2. TREATMENT SYSTEM

5.2.1. Organisation

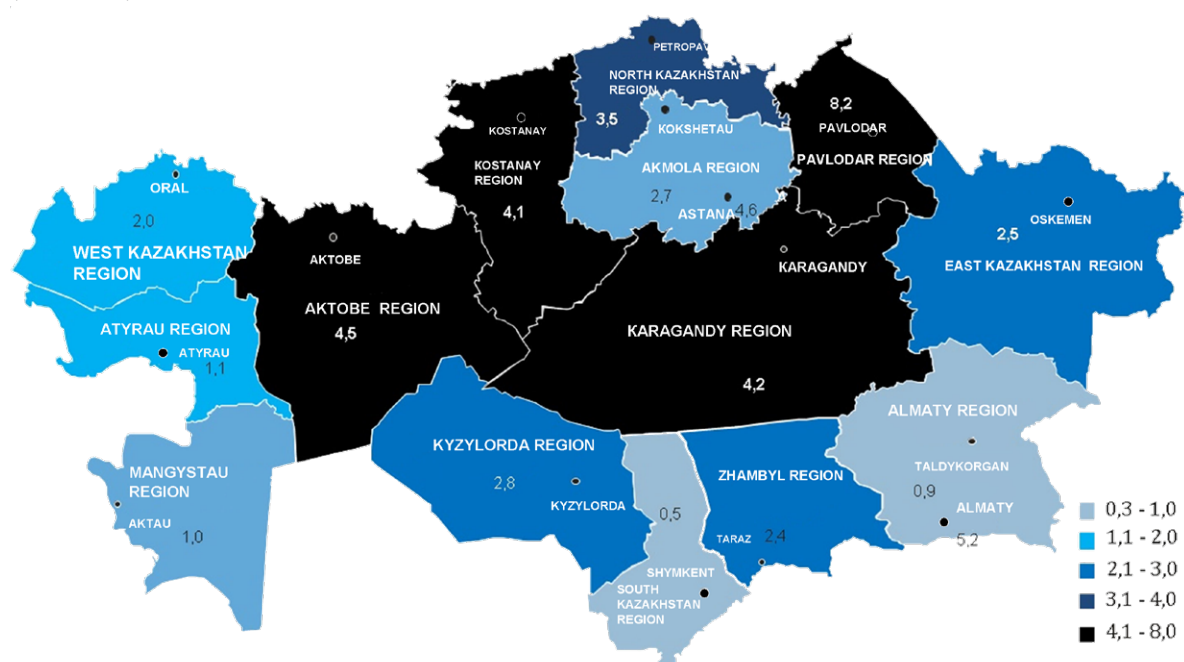
A system of narcological assistance in the healthcare sector of the Republic of Kazakhstan is represented by: narcological institutions of the public sector of the Ministry of Health of the Republic of Kazakhstan; narcological institutions in the private sector; narcological institutions and structures in the system of the Ministry of Internal Affairs of the Republic of Kazakhstan (social adaptation center, penitentiary institutions).

In 2017, the main providers of drug treatment in the country were narcological dispensaries, which cover more than 90% of all people being treated for drug dependence in the country. The availability of the budget-funded outpatient treatment in some regions of the country (especially in rural areas) can be limited because of the lack of narcologists in the primary health care organizations (PHCs), and the limitations in the provision of the budget-funded inpatient treatment is caused by the remoteness of the narcological dispensaries (it mainly concerns rural areas).

Most treatment cases are related to the mental and behavioral disorders caused by the use of opioids (F11 - ICD-10,1994) and the combined substance use (F19 - ICD-10, 1994). Opioids have remained the most problem drugs among treated patients since 1999. In 2017, according to the official statistics, opioids were the main problem drug for 54.5% of all people who received treatment, the combined use was registered in 42.1% of people who received drug treatment. The main route of administration of opioids is intravenous. Accordingly, the services in drug treatment facilities are aimed mainly at treating the opioids use. (RSPC MH, 2017).

The main burden of ensuring prevention, diagnostics, treatment and rehabilitation of persons who use psychoactive substances in the regions is placed on the regional and city narcological dispensaries. In recent years, their number has fallen from 20 to 18. It occurred because of merging of the independent center of medical and social rehabilitation in the city of Uralsk with the regional drug treatment center of the West-Kazakhstan oblast into a single regional narcological dispensary. Also, the city narcological dispensaries in Balkhash, Temirtau, Zhezkazgan, Ekibastuz are currently the branches of the relevant regional narcological organizations. Besides, a regional narcological dispensary was opened in the city of Talgar in the Almaty oblast by separating the narcological service from the regional mental health center. In general, an inpatient treatment of patients with dependence on psychoactive substances at the expense of the budget in 2017 was provided by 18 narcological dispensaries, 6 psychiatric hospitals and 2 narcological clinics for compulsory treatment with a total capacity of 4,344 beds. Provision with beds in 2017 amounted to 2.4 per 10,000 population of the country (Map 2).

MAP 2: AVAILABILITY OF NARCOLOGICAL BEDS FOR 10,000 POPULATION BY THE REGIONS, 2017 (RSPC MH)



Narcological beds for compulsory treatment exist only in the state narcology organizations. The number of beds for compulsory treatment is 2,305, which accounts for 55% of the total capacity of the narcology network. In the clinics for compulsory treatment, the patients are treated mainly for alcohol-dependence (89.4%), the number of drug addicted among people who received compulsory treatment is about 10.86%.

In 2017, there are 111 narcological beds in the private health sector of the Republic of Kazakhstan, but the contribution of private narcological organizations to the total amount of medical care for people with disorders caused by drug use remains extremely low. For example, in the private narcological clinics, a total of about 250 people dependent on drugs and psychotropic substances were treated in 2017, while in the public narcological facilities 3,083 people with similar disorders were treated for the same year. Private inpatient care covers about 5% of requests for inpatient narcological care in the country (RSPC MH, 2017).

5.2.2. Personnel

In the Republic of Kazakhstan only a specialist, a person with higher medical education, certified as a «Narcologist» is entitled to make a diagnosis of drug addiction. Certificate of Specialist is a document of the standard form, which gives an individual the right to practice medical activity in a particular specialization. Only medical organizations licensed for this type of medical activity have the right to provide narcological treatment services. The local healthcare authorities issue licenses. The state-run narcological organizations, private clinics and rooms can get a license. In Kazakhstan, not a single non-governmental organization has a license to provide narcological assistance.

TABLE 10: SPECIALISTS OF THE NARCOLOGICAL PROFILE HAVING RELEVANT CERTIFICATES (PUBLIC HEALTH CARE SYSTEM AND PRIVATE ORGANIZATIONS) (MH RK)

Specialists	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2015
Narcologists	583	579	611	619	608	624	619
Children Narcologists	19	10	8	9	10	6	9
Psychotherapists	22	20	17	14	17	15	14
Medical psychologists	11	8	7	8	8	2	8
Psychologists *	83	85	99	94	96	109	94
Social workers *	37	42	75	52	40	35	52

* these specialists are not subject to mandatory certification procedure

The availability of certified narcologists in the cities of the country is satisfactory (Table 5-1), but in the rural areas the availability of narcological assistance is limited because of the lack of qualified specialists.

5.2.3. Quality Assurance

Since 2005, the clinic of the RSPC MSPDA has been collecting follow-up information annually in order to determine the percentage of remission among the patients treated in the clinic of RSPC MSPDA. The follow-up information is collected by the clinic staff within 12 months after the patient is discharged from the clinic through telephone interviewing with the persons themselves or with their relatives. If it is not possible to contact the person or the relatives, then in such a case an official request is sent to the regional narcological dispensary. Moreover, in case of impossibility to obtain data about a person, it is assumed that they are not in remission. According to the results of the follow-up of 2016, 23.5% of patients who completed a full course of medical and social rehabilitation program in the RSPC MSPDA clinic in 2015 and were in remissions during the year. In 2017, after the reorganization of the RSPC MSPDA, the activity on collecting follow-up information was suspended.

The regional narcological dispensaries also annually monitor the proportion of patients in a state of remission among all patients registered with the narcological dispensary in the region. According to the rules of the register, observation and treatment of persons recognized as suffering from alcoholism, drug addiction and toxicomania, approved by the order No. 814 of the Minister of Health of December 2, 2009, the patients registered with the narcology register shall be examined by an attending narcologist in the outpatient settings once every 3-4 months. The data of these examinations are entered into the case file of the patient and

in the dispensary observation card. Based on this information, as of December 31, 2017, in the country, the remission rate from 1 to 2 years among patients registered with the narcology register with the diagnoses F11-F16, F18, F19 (ICD-10, 1994) was 14%, over 2 years - 12.7%. The remission rate which is higher than the national one, from 1 to 2 years is in Astana (34.5%), in Almaty (31%) and in the Aktyube oblast (19.1%); the remission over 2 years is in the East-Kazakhstan oblast (23.8%), Pavlodar oblast (20.7%), Akmola oblast (20.5%), West-Kazakhstan oblast (16.4) and in the city of Almaty (15.5%).

5.2.4. Approaches and new developments

The Standard for organization of the provision of narcological aid to the population of the Republic of Kazakhstan was approved by the Order of the Minister of Health of the Republic of Kazakhstan No. 188 of April 15, 2014, providing for the following stages of narcological treatment: 1) the phase of primary preventive narcology assistance; 2) the phase of narcology assistance (motivational counseling, motivational information, narcological consulting); 3) the phase of outpatient observation, treatment and rehabilitation; 4) the stage of inpatient treatment and rehabilitation; 5) the phase of anti-relapse (maintenance) therapy.

So far, of the 5 phases indicated in the system of narcological assistance, the Ministry of Health of the Republic of Kazakhstan has only four, the second phase is missing and the fifth is partially represented, which can negatively affect the coverage of people who use psychoactive substances with relevant narcological services, and also indicators of duration and quality remission.

In ten cities of the country, the opiate agonist maintenance treatment program is conducted using methadone as part of a pilot project funded by the Global Fund. This program has been implemented in the country since October 2008. (Table 11).

In 2012, an independent international examination of the pilot projects of the opioid maintenance therapy in the Republic of Kazakhstan for the period 2008-2011, was conducted by experts of the Assistance ICAP Project in Central Asia (Boltaev A. et al., 2012). The main results of the project evaluation indicate the feasibility and effectiveness of the use of methadone for treatment of the opioid addiction in the country, and the legislation of the Republic of Kazakhstan allows introducing this type of therapy as a standard treatment for the opioid addiction. However, the volume and quality of the provision of organizational and methodological assistance to the institutions running this type of treatment in the Republic of Kazakhstan are not sufficient to expand and support the provision of high-quality opioid maintenance therapy across the country.

The absence of a centralized mechanism for methadone procurement and the lack of registration of methadone in the Republic of Kazakhstan results in the interruptions of supply and an overpriced cost of the drug, and also prevented a further increase in the number of methadone maintenance sites in the country. The provision of this therapy is often interrupted when a patient has to undergo inpatient treatment in other medical institutions or change the place of residence, where he receives treatment. The legislation of the Republic of Kazakhstan does not allow prescribing medicines outside the institution, which is directly providing a maintenance therapy (Azizbek Boltaev, 2012).

TABLE 11: COVERAGE OF POPULATION WITH SPECIALIZED MAINTENANCE THERAPY PROGRAM IN 2012-2017.

Organizations	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Regional Center for Prevention and Treatment of Diseases related to dependency (Pavlodar)	56	43	58	68	63	67
Department of Karaganda Oblast Narcological Dispensary (Temirtau)	48	32	28	25	12	21
East-Kazakhstan Regional narcological Dispensary (Ust-Kamenogorsk)	56	33	30	37	39	55
Aktube Regional narcological dispensary (Aktube)	13	20	17	28	25	28
Zhambyl Oblast narcological dispensary (Taraz)	6	12	18	25	20	14
Kostanay regional narcological dispensary (Kostanai)	5	18	21	28	32	25
City narcological dispensary (Semey)	–	13	11	27	25	39
Regional Narcological dispensary of the West -Kazakhstan oblast (Uralsk)	–	17	19	21	27	21
Ekibastuz branch of the Pavlodar regional center for the prevention and treatment of dependent diseases	–	16	17	21	17	20
Karaganda Regional Narcological Dispensary (Karaganda)	–	7	11	15	27	39
City Narcological Center for Medical and Social Correction (Almaty)	–	–	–	–	–	15
Regional Narcological Dispensary of Atyrau oblast	–	–	–	–	–	6
Regional Narcological Center of Kyzylorda oblast	–	–	–	–	–	4
Total	184	211	230	295	287	354

Taking into account the evaluation data and pursuant to the order of the Minister of Health No. 691 of 04/10/12 «On expanding the availability of opioid substitution therapy in the Republic of Kazakhstan» in 2012-2013», the implementation of the opioid substitution therapy program was launched as a pilot project in 7 more cities: Aktyube, Taraz, Kostanay, Uralsk, Ekibastuz, Semey and Karaganda. As of December 31, 2015, there were 295 clients in the maintenance therapy program. On April 13, 2015, the order of MHSD RK No. 259 was issued "On delivery of anti-tuberculosis and antiretroviral drugs to persons with opioid dependence, living with HIV infection and to patients with tuberculosis, receiving maintenance therapy by "Single Window".

In June 2015, the Electronic register of the patients of the substitution maintenance therapy (ERPSMT) was introduced. This register is an electronic system for collecting, storing, transmitting and processing data on all patients in the OST programs. The system provides complete, accurate and timely information about the patients receiving OST, as well as information on the prescribed doses and the omissions of methadone, the use of psychoactive substances; testing for HIV infection and tuberculosis, making a diagnosis of HIV infection and tuberculosis, received services, etc.

On December 11, 2015, methadone was officially registered as a medicine in Kazakhstan.

In order to raise public awareness on maintenance therapy, the implementation of the "Action Plan for Advocacy of the Maintenance Therapy Program in the Republic of Kazakhstan for 2014–2016", PF "Aman-Saulyk" together with the Ministry of Health and Social Development of the Republic of Kazakhstan held public hearings on drugs and crime in all cities of the country since 2014, with participation of medical workers, deputies of the regional maslikhat, representatives of the "Patient Council", NGOs, the media, clients of the OST program and their relatives.

In 2016, UNODC evaluated the opioid maintenance treatment programs in the Republic of Kazakhstan and prepared a report. The results of this assessment confirmed the feasibility and effectiveness of the use of methadone for treatment of the opioid dependence in the civilian health sector of the republic. Experts also mentioned the cost-effectiveness of the maintenance therapy programs in comparison with the costs of inpatient treatment.

Among the new developments of the treatment is the project "Treatnet II–Drug Addiction Treatment and Health Effects" implemented in Pavlodar as part of the joint UNODC-WHO program for treatment of the drug addicted (See <http://www.unodc.org/treatment/>). This project assists the Member States in enhancing and strengthening technical capacity to provide the comprehensive and effective treatment and rehabilitation services for PWUD in various regions.

In the period 2010 to 2014, in the city of Pavlodar, the Republican Scientific and Practical Center for Medical and Social Problems of Drug Addiction successfully introduced a cyclic model of services as part of the

Treatnet project. Screenings and short-term interventions, the anti-relapse therapy and social support for treated people were launched in the healthcare institutions of the city of Pavlodar. A medical network for provision of all treatment and preventive services has been created.

In the Pavlodar oblast, integrated and cyclical services for PWUD on an outpatient basis were introduced at the RSPC MSPD (using the main documents and services of Treatnet). A range of services was also expanded by the overdose prevention service among injecting PWUD, making diagnosis and treatment of concomitant somatic and mental disorders, as well as by expanding the package of social services (introducing the “half-way home” service). In October 2014, a detailed report on the implementation of the Treatnet project in the Republic of Kazakhstan was published.

5.3. PWUD APPLYING FOR TREATMENT

5.3.1. Outpatient treatment

Outpatient narcological assistance in 2017 was provided in the cities by the dispensary departments of the regional and city narcological dispensaries (18 organizations with branches), dispensary departments of the psychiatric dispensaries of small towns (5 organizations in Talgar, Rudnyi, Stepnogorsk, Zyryanovsk and Ridder) and in the rural areas - 123 Primary Health Care (central district polyclinics) (Table 12). In the outpatient units of the narcological organizations there are 11 day-care clinics with 309 beds, but mainly people with alcohol dependence are treated there.

The number of private drug treatment institutions working in the Republic of Kazakhstan is constantly increasing. In general, these are narcological rooms, psychotherapeutic rooms of a narcological profile, specialized outpatient facilities, narcological clinics and rehabilitation centers. In the private sector of the health care of the Republic of Kazakhstan in 2017, 29 drug treatment rooms were registered: 1 room per each oblast in the Almaty, Zhambyl, Karaganda and North-Kazakhstan oblasts; 2 rooms per each oblast in the Aktyube, South-Kazakhstan, Pavlodar oblast; 3 rooms per each oblast in the Akmola, West-Kazakhstan, and South-Kazakhstan oblasts; 5 rooms per each oblast in the Kostanay and Mangistau oblasts.

Private clinics are located in five regions of the country (East-Kazakhstan, Zhambyl, Karagandy, South-Kazakhstan oblasts and the city of Almaty), where in 2017 there were 64 cases of treatment of 37 patients. An average stay in bed was 10 days, which means that the main program of inpatient treatment in the private clinics is detoxification. Of all treatment cases, 52 cases were related to the opioid dependence, 2 cases to sedatives, and 10 cases to the combined consumption of psychoactive substances.

TABLE 12: TREATMENT PROGRAMS PROVIDING SERVICES TO DRUG DEPENDENT PERSONS 2017 (RSPC MH)

Type of program		Number of organizations	Capacity (beds)	Use (* - including alcohol and tobacco)
State budget programs				
Detoxification departments		28	-	1, 244 patients
Outpatient facilities	dispensary departments of the narcological and psychiatric dispensaries	26	-	456,816* visits
	narcology rooms within the PHC organizations	183	-	66,871* visits
Day patient department		11	309	7,663* patients
Specialized substitution therapy centers		13	400	354 patients
Narcological departments in psychiatric hospitals		4	47	300 patients
Children's narcological departments		-	29	18 patients
Medical and social rehabilitation		17	730	2,921 patients
Detoxification departments in prisons		1	30	90 patients
Outpatient treatment in prisons		94 institutions	-	798 patients completed treatment
Low threshold services (trust points) - direct coverage		144	-	60,705 patients
Private narcological sector				
Private narcological clinics		8	111	250 patients
Private narcological rooms		29	-	14.806* visits

* For these types of programs, only the number of visits is registered.

5.3.2. Treatment in the therapeutic communities

Treatment in the therapeutic communities with governmental support is carried out in two organizations of the country: the state-run institution «Center for Social and Psychological Rehabilitation of Drug Addicted» under the Counter Narcotics Department with 30 beds (in the village of Razdolnoye, Akmola oblast); Social Rehabilitation Department of the RSPC MSPDA clinic with 40 beds (Michurino village, the Pavlodar oblast). In accordance with the Decree of the Government of the Republic of Kazakhstan dated February 19, 2014 No. 114 "On approval of the state standard for the network of health organizations of the Republic of Kazakhstan", the Center for Social and Psychological Rehabilitation of Drug-Addicted Persons was transferred to the Health Department of the Akmola oblast. The fact that the Center for Social and Psychological Rehabilitation is located in the territory of the Akmola oblast helped solving the problem.

The table below presents some of the characteristics of the patients of the therapeutic community of the social rehabilitation department of the RSPC MSPDA Clinic. In 2017, 40% of the people treated in the social rehabilitation department were addicted to heroin, 11% of people were treated in connection with the combined use of psychoactive substances, the rest - in connection with the alcohol abuse.

TABLE 13: CHARACTERISTICS OF THE PATIENTS OF THE DEPARTMENT OF SOCIAL REHABILITATION OF RSPC MSPDA 2011-2017 (RSPC MH)

Indicator	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Capacity (number of beds)	40	40	40	40	40	40	40
Number of discharged clients	291	189	245	223	169	232	189
- injecting drug use	154	84	126	113	89	95	92
- heroin consumption	91	55	99	89	63	71	49
- combined use of substances	63	29	27	24	16	25	37
- alcohol consumption	137	104	119	110	84	136	102
The average length of treatment (days)	65	73	74	56.2	64.5	40.2	63.3

The country also offers rehabilitation programs built on the principles of the therapeutic community by the private, religious and non-profit organizations: the Minnesota Model Program (See <http://lechenie-narkomani.jimdo.com/>) in the city of Almaty; Help Center «Free People» (<http://freepeople.kz/nashi-czentryi.html>) in the city of Almaty; Gypsy-Evangelical Community «Life and Light» in Almaty; Religious united Christian

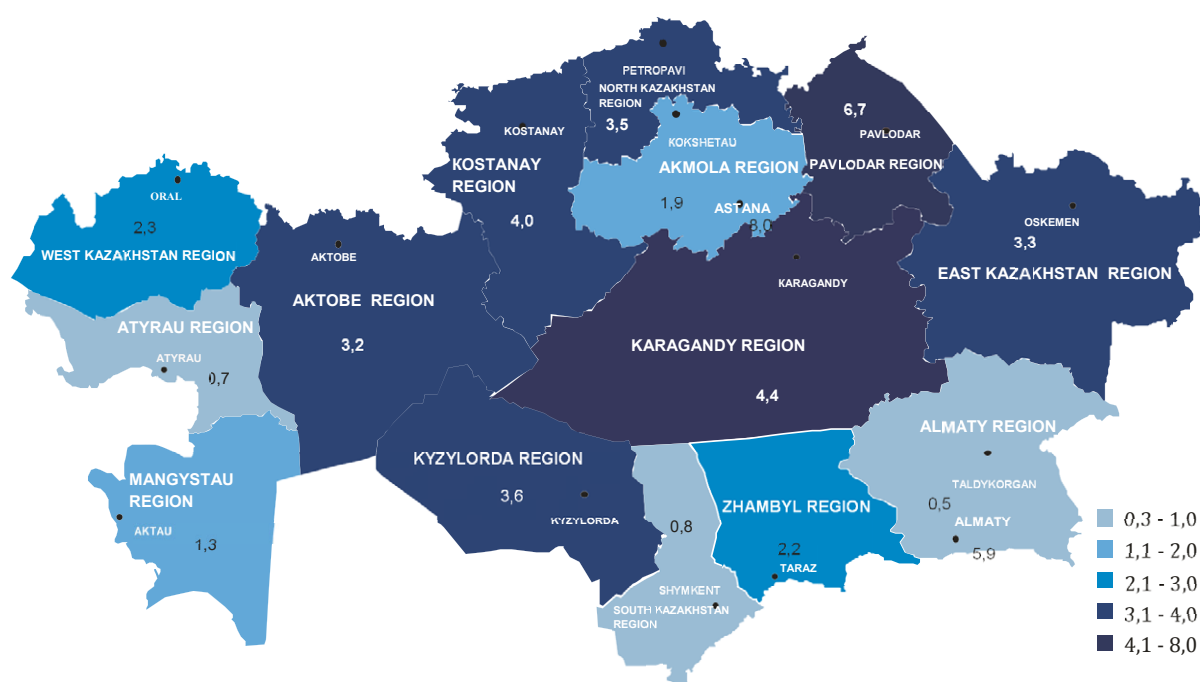
center «Hope» in Almaty; Rehabilitation Center «Teen Challenge» in Almaty; NGO «Spiritual Center for rehabilitation of the drug and alcoholic dependent» in the Karaganda oblast.

Currently, in the private sector it is difficult to estimate the exact number of organizations providing rehabilitation services based on the principles of the therapeutic community. In the non-governmental sector, as a rule, in such programs, the versions of the 12-step program or spontaneously formed religious and spiritual practices are used.

5.3.3. Key characteristics of the treated clients

In 2017, 5,163 (3,083 patients) sought for inpatient treatment in the state narcological organizations. The national rate of seeking treatment for drug dependence per 10,000 population in 2017 was 1.5. The largest number of people who received drug dependence treatment per 10,000 of the region's population was registered in the Pavlodar Oblast (8.2) and in the city of Almaty (5.2), as well as in the Karaganda and Kostanay oblasts and in the city of Astana. (Map 3).

MAP 3: APPLICATION FOR DRUG TREATMENT PER 10,000 POPULATION, 2017 (RSPC MSPDA)



Most of the newly treated clients have a final diagnosis of mental and behavioral disorders caused by the use of opioids. (F11 - ICD-10, 1994). The final diagnosis of mental and behavioral disorders as a result of the combined use of psychoactive substances (F19 - ICD-10, 1994) was reported in 40% of the newly treated clients.

Since there are no detailed and qualitative data on the demand for treatment, the main indicators at the end of 2016 are given below. Because of the lack of data on the demographic characteristics of persons undergoing treatment in the narcological service for 2016–2017, the data available for the period until 2015 are presented.

Opioids were the main problem substance for 54.5% of all clients treated in 2016 in the Republic of Kazakhstan (in 2015 - 64%). Heroin was the main problem drug for 40.2% of the total number of people treated in connection with the disorders caused by drug use. In 2015-2016, the proportion of the treated people who reported "other opiates" as the primary problem substance, because of the use of which they had applied for treatment, has significantly increased. On the other hand, the proportion of individuals reporting heroin as a problem substance has steadily declined in the last five years. (Table 14).

TABLE 14: PRIMARY PROBLEM SUBSTANCES AMONG TREATED PATIENTS, 2013-2016 (RSPC MH)

Substances	First psychoactive substances			
	2013	2014	2015	2016
	%	%	%	%
Opioids	79.3	72.8	64.0	54.5
Heroin	72.4	60.4	51.6	40.2
Opium	2.3	9.0	4.1	4.0
Other opioids	4.6	3.4	8.3	11.3
Sedatives and soporific	1.4	1.2	0.3	2.7
Volatile organic compounds	0.7	0.9	0.5	0.3
Cannabis	4.6	10.5	2.5	8.6
Other psychoactive substances	2.0	1.2	0.3	1.3

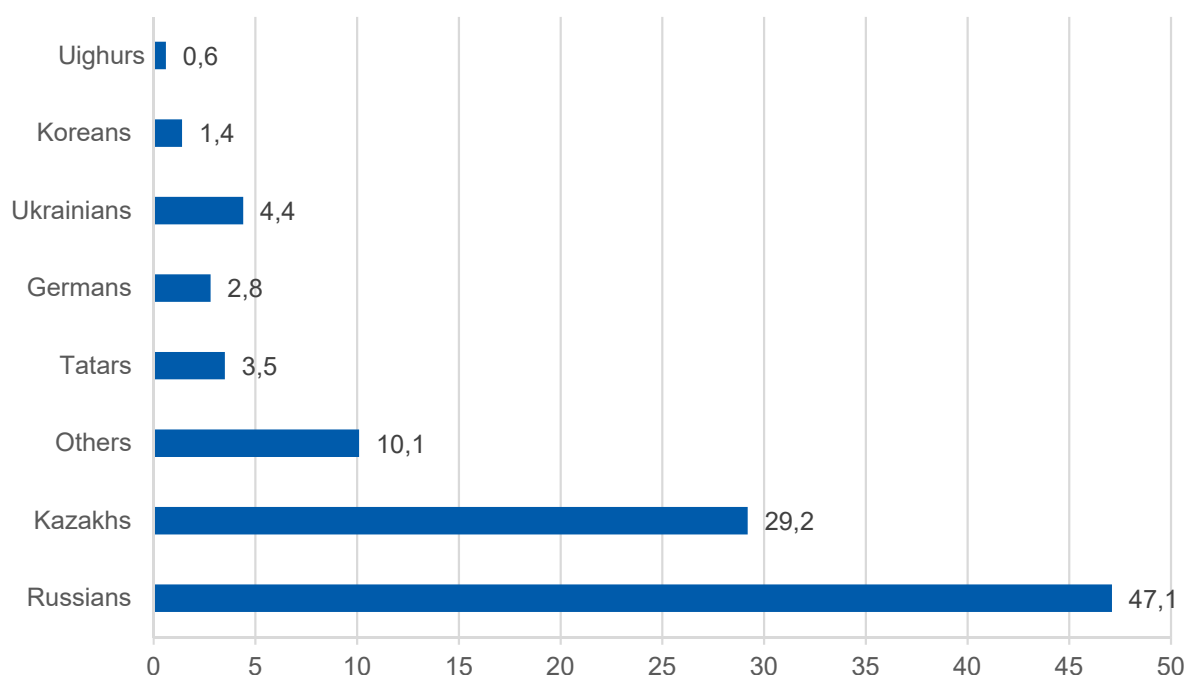
According to the demographic characteristics, the largest number of persons treated in 2015 are males (88.2%). The average age of patients registered with drug treatment organizations was 35.0 years. (Table 15).

TABLE 15: DEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS OF THE TREATED PATIENTS, 2015 (RSPC MSPDA)

Area	All patients					First treated				
	% men	% women	proportion by gender	Average age	Age <25	% men	% women	Correlation by gender	Average age	Age <25
Akmola	95.7	4.3	22.2	34.8	20.2	90.8	9.2	10.6	34.0	5.71
Aktyube	85.8	14.2	6.04	35.7	5.88	86.0	14.0	6.1	35.1	9.0
Almaty	91.1	8.9	10.2	36.4	48.9	92.1	7.9	11.6	36.1	7.39
Atyrau	100	0	-	33.3	25.9	100	0	-	-	50.0
EKO	88.7	11.3	7.8	35.2	6.64	89.1	10.9	8.2	34.9	10.1
Zhambyl	93.4	6.6	14.2	37.2	5.83	94.8	5.2	18.2	36.7	8.24
WKO	86.5	13.5	6.4	33.1	17.9	85.1	14.9	5.7	32.2	27.6
Karaganda	87.5	12.5	7.0	35.0	7.88	84.9	15.1	5.6	34.5	10.3
Kostanay	87.2	12.8	6.8	32.6	13.6	89.1	10.9	8.2	31.4	21.6
Kyzylorda	100	0	-	41.6	21.5	100	0	-	40.6	7.5
Mangistau	92.8	7.2	13.0	34.9	7.14	88.8	11.2	7.9		22.2
Pavlodar	86.3	13.7	6.3	34.6	5.11	86.5	13.5	6.4	34.4	5.62
NKO	92.3	7.7	12.0	32.8	9.55	90.5	9.5	9.5	32.7	13.5
SKO	87.8	12.2	7.2	37.4	5.3	90.6	9.4	9.6	35.3	11.6
Almaty	87.4	12.6	6.9	36.7	3.92	91.9	8.1	11.3	36.6	7.07
Астана	89.1	10.9	8.2	34.6	4.52	88.8	11.2	7.9	33.3	8.54
RSPC MSPDA	95.2	4.8	19.8	33.1	6.66	96.2	3.8	25.3	23.3	9.25
RK	88.2	11.7	8.1	35.1	0.73	88.8	11.1	8.3	35.1	10.2

Most of the patients treated in 2015 for drug addiction are Russians and Kazakhs by ethnicity (Diagram 6). In terms of 1,000 of the population of the same nationality, the highest rate of people seeking for drug addiction is determined among Koreans, Tatars and Russians.

DIAGRAM 6: DISTRIBUTION BY ETHNICITY (%) OF PERSONS WHO RECEIVED TREATMENT IN NARCOLOGICAL ORGANIZATIONS OF RK, 2015 (RSPC MSPDA)



35.7% of all patients treated in 2015 lived with their families (with parents or with partner / children) , 0.2% of patients were homeless (Table 16).

TABLE 16: SOCIAL CHARACTERISTICS OF THE TREATED CLIENTS, 2012-2015 (RSPC MSPDA)

Parameters	2012	2013	2014	2015
Living status				
With a family	51.7	56.0	51.6	35.7
With relatives	38.8	33.1	37.0	35.7
With partner	2.3	2.4	2.2	2.4
Single	6.5	6.8	8.7	4.5
Homeless	0.2	0.2	0.4	0
Unknown	0.4	1.5	0.1	21.7
Employment status				
Irregular employment	2.2	2.4	1.5	0
Regular work	3.0	3.0	4.2	2.6
Student	0.4	0.9	0.4	1.1
Unemployed	76.7	75.6	84.3	90.9
Invalid, retirement pension	0.3	0.2	1.2	0.4
Dependents	1.2	2.0	2.4	1.2
Other	16.2	15.8	6.1	4.9
Education				
Never studied	0.5	0.8	-	-
Special needs school	0.1	0.1	-	-
Elementary education	0.6	0.9	-	-
Secondary education	79.9	80.9	-	-
Higher education	11.8	12.5	-	-

Of all persons treated in 2015, 90.9% were unemployed, other types of employment and support, including support from relatives and friends, were noted among 4.9% of persons.

In 2015, the majority of clients were directed to treatment by the healthcare organizations that provide consultative and diagnostic care (47.7%) and by the primary health care organizations (23.1%). While, the repeat-

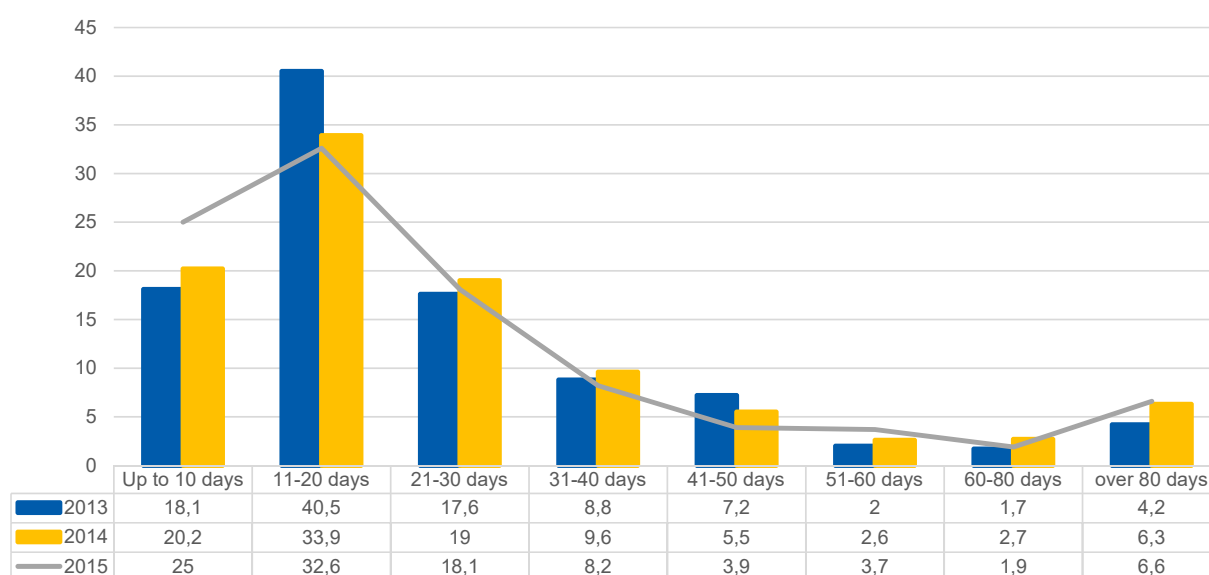
ed patients were referred to treatment more often by a narcologist than by the PHC organizations. According to the list of guaranteed free medical care, approved by the Government of the Republic of Kazakhstan of December 15, 2009 No. 2136, the diagnostics and medical services by referral are provided at the expense of the budget funds. 9.6% of all treated patients applied for treatment voluntarily.

The standards of the voluntary treatment of drug dependence in the Republic of Kazakhstan stipulate that the first stage of treatment is detoxification lasting 10-20 days. At this stage, clients receive treatment services for withdrawal symptoms and the motivational interviewing and psychological counseling. The second stage is a stage of psychological rehabilitation, lasting 40-60 days, includes the intensive group and individual psychotherapy sessions, the group and individual consultations, and psychosocial trainings. The third stage is a social rehabilitation lasting 60-180 days, which includes rehabilitation in the therapeutic communities, additional vocational training, participation in the volunteer activities in the field of prevention and treatment of drug addiction, and a work therapy or labor training.

Hospitalization less than 20 days lasted for 57.6% of all clients who received treatment in 2015, hospitalization longer than 60 days was for 8.5% of all clients (Diagram 7).

The average age of the first use of primary problem drugs among the treated clients was 22.6 years, the median was 20.1 years, the minimum age was 5 years, the maximum age was 65 years (abuse of sleeping pills and sedatives). Among all those treated, 66.7% began to use the primary problem substance before the age of 25 years.

DIAGRAM 7: DURATION OF DRUG TREATMENT IN HOSPITALS OF RK 2013-2015 (RSPC MSPDA)



59.7% (in 2013 - 81.4%) of all treated patients used drugs daily before admission to treatment. However, because the data on the frequency of the use in 33.7% of the cases is unknown, it is extremely difficult to make any conclusions about the changes in the characteristics of the use among people applying for drug treatment.

Injection intravenous administration, as the main route of drug use, was registered in 63% of all treated patients. An oral administration of substances (through food or liquid) among the treated individuals and in 2015 amounted to 1.2%, intranasal route - 0.7% and smoking - 2.6%.

5.3.4. Tendencies among clients and in drug treatment provision

According to the official statistics of the last five years, the number of patients who applied for drug treatment has a tendency to decrease. Comparing the data on the number of patients applying for inpatient drug treatment in 2011 and 2017, there is a decrease in the number of the treated patients. Calculated per patient a year, the number of applications for inpatient treatment varies from 1.1 to 1.3 over the past 5 years.

In the period from 2011 to 2017, there was a tendency of decreasing the number of persons diagnosed with F11 according to ICD-10 in the structure of all treated patients. In 2017, the proportion of persons with this diagnosis was 50.3% among all treated people. At the same time, the proportion of patients with a final F19 diagnosis increased. (Table 17). The combined use of substances among people applying for drug treatment in 2017 increased almost six times compared with 2011.

Because of the lack of the fresh high-quality and reliable data on the social characteristics of clients seeking treatment, it is currently difficult to make any conclusions regarding the trends and a social portrait of the treated patients.

TABLE 17: DISTRIBUTION OF PATIENTS BY THE FINAL DIAGNOSIS IN PERCENTS 2011 - 2017 (RSPC MH, RCEH)

Year	Code of Diagnosis by ICD-10							
	F11	F12	F13	F15	F16	F17	F18	F19
2006	84.6%	1.5%	0.1%	0.1%	0.02%	1.3%	4.9%	7.6%
2008	82.9%	3.2%	0.2%	0.1%	0%	0.6%	1.1%	11.9%
2010	76.9%	2.1%	0.4%	0.2%	0%	0%	0.8%	19.7%
2011	84.6%	1.5%	0.1%	0.1%	0.02%	1.3%	4.9%	7.6%
2012	66.1%	2%	1.4%	0.2%	0.1%	0.6%	0.8%	28.8%
2013	70.1%	2.1%	1.0%	0.0%	0.1%	0.1%	0.6%	26.0%
2014	63.1%	3.1%	1.0%	0.1%	0.0%	0.0%	0.8%	31.9%
2015	64.3%	2.5%	0.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.5%	32.4%
2016	52%	2.8%	0.1%	0.2%	0.0%	0.0%	0.9%	44%
2017	50.3%	2.6%	0.3%	1.1%	0.0%	0.0%	0.7%	45%

Among the major reasons, which explain the low level of application for medical treatment by people with disorders caused by the use of psychoactive substances, there could be: the belief that treatment is not required; caution and fear of being registered with narcological register; concern about possible problems with the police; fear of stigmatization; distrust to public institutions and skepticism regarding the effectiveness of the treatment (Rosenkranz M, Kerimi N, Takenova M, et al., 2016).

6. INTERRELATION BETWEEN HEALTH AND THE CONSEQUENCES OF DRUG ADDICTION

6.1. INTRODUCTION

One of the most comprehensive sources of data on the interrelation between health and the consequences of drug consumption in the country is Sentinel Epidemiological Surveillance (SES), implemented by the regional AIDS centers with the coordination and control of the Republican Center for Prevention and Control of AIDS (Ganina L.Yu., 2016).

Reduction of the spread of the HIV epidemic is one of the priorities of the country's health care system. Being one of the most significant tasks in the policy related to public health, the harm reduction strategy is implemented in the Republic of Kazakhstan within the framework of the government programs. HIV testing strategy is reflected in the plan of actions of the Densaulyk State Program for Development of Healthcare of the Republic of Kazakhstan for 2016-2019, which noted the need to ensure access to quality counseling and HIV testing, and rapid diagnosis of HIV infection in the friendly rooms and trust points. The government guarantees HIV testing and counseling on HIV issues for citizens of the Republic of Kazakhstan free of charge (confidentially, anonymously), as specified in the Code of the Republic of Kazakhstan No. 193-IV LRK dated September 18, 2009. "On the health of the people and the health care system" (Chapter 19, Article 115).

Epidemiological surveillance of HIV infection is a system of collection, analysis and dissemination of the epidemiological information on HIV prevalence, which is required to plan, implement and monitor prevention programs. One of the main methods of epidemiological surveillance is the registration of the HIV cases identified during testing of certain population groups for HIV antibodies, which is carried out according to epidemiological, clinical and other reasons. In Kazakhstan, over 2 million blood samples are tested annually for HIV infection, which is about 10% of the country's population.

With a predominant concentration of the HIV epidemic among the key populations, the most effective tool for the epidemiological control of its prevalence is the epidemiological surveillance of prevalence (SES), which provides an opportunity to study the risk behavior and prevalence of the antibodies to HIV, viral hepatitis C (VHC) and syphilis, depending on the socio-demographic and behavioral peculiarities. Kazakhstan has many years of experience in conducting SES at the national level annually (since 2005), since 2007, SES has been funded through the state budget (targeted transfers from the republican budget and local budget funds). The basis for conducting SES is Order No. 634 of the Ministry of Health of the Republic of Kazakhstan dated 23.12.2005 "On the organisation and conduct of the sentinel epidemiological surveillance of HIV infection in the Republic of Kazakhstan".

SES among IDUs is carried out by specialists of the AIDS Centers in 22 cities of the country every two years (currently, the data of SES held in 2016 is available). When conducting SES among IDUs, the selection of respondents is carried out using a respondent-driven sampling (RDS) in all sites of the country.

Also in the country, the data on medical examination among IDUs conducted on a regular basis, is available. According to the rules of compulsory confidential HIV testing because of the clinical and epidemiological reasons, people who inject drugs are subject to mandatory HIV testing when registering with the narcological service and then once every 6 months.

6.2. DRUG RELATED INFECTIOUS DISEASES

6.2.1. HIV

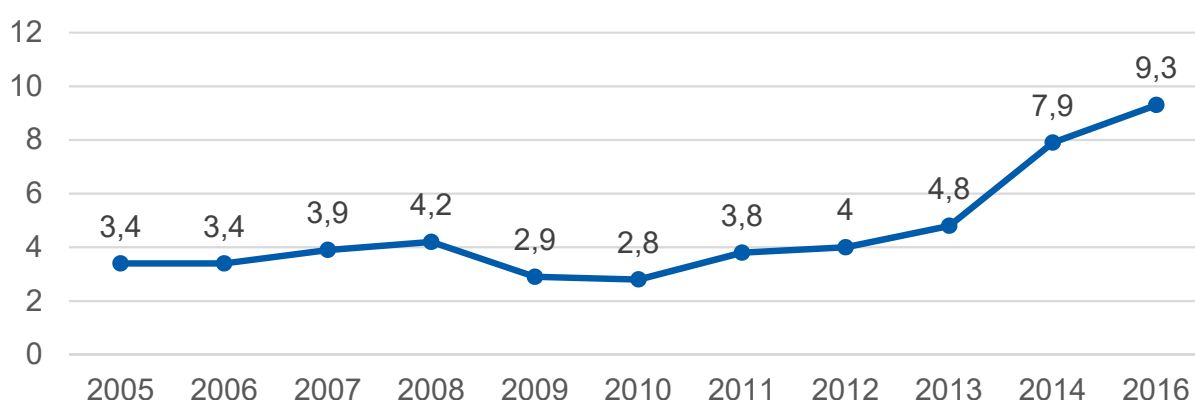
The development of the epidemic process of the spread of HIV infection in Kazakhstan is at a concentrated stage, indicating the spread of HIV infection mainly in the certain groups of population exposed to the greatest risk of HIV infection. In Kazakhstan, prevalence in the age group of 15 - 49 does not exceed 0.2%, among the general population - 0.1%, while in the key population groups, including IDU, SW, MSM and prisoners, prevalence is significantly higher. For example, HIV prevalence among IDUs in 2016 amounted to 9.3%, in 2017 among SW - 1.9%, among prisoners - 3.5%, among MSM - 6.1%.

Injecting drug use is still one of the driving factor for the epidemic. At the end of 2017, cumulatively in the country, 53.7% of people were infected with HIV through injecting drug use, among those identified in 2017 at the time of detection of HIV infection - 33% (Republican Center for Prevention and Control of AIDS, 2018).

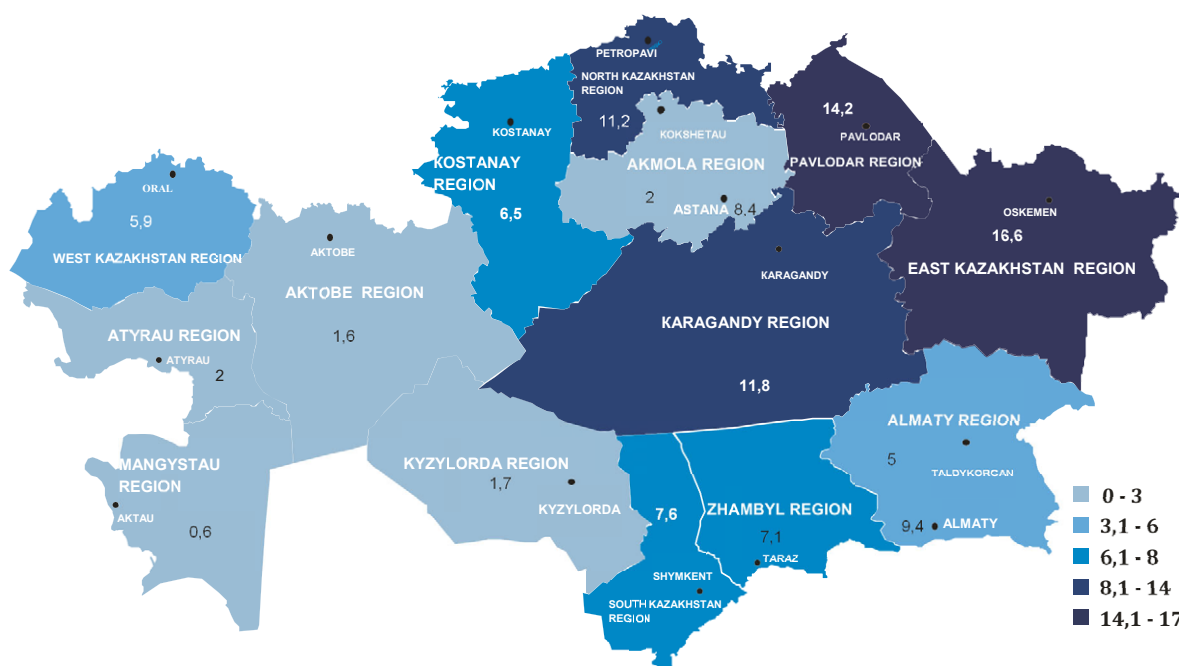
In the dynamics by years, there has been a decrease in the registration of infections caused by injecting drug use, with a simultaneous increase in the sexual route of HIV transmission. The proportion of HIV-infected women, who are mainly infected by their sexual partners injecting drugs, is also increasing.

According to SES, HIV prevalence among IDUs in 2016 was 9.3% (Diagram 8). One of the reasons for the rise of the indicator in recent years may be caused by the fact that in 2014, the changes were made to the SES methodology and, accordingly, because of this, a more random sample of research was obtained with deeper penetration into the IDU population. (Ganina L.Yu., 2016).

DIAGRAM 8: PREVALENCE OF HIV INFECTION (%) AMONG IDU, 2005-2016, (RC AIDS)



By regions, HIV prevalence among IDUs varies from 0.65% in the Mangistau Oblast to 16.6% in the East-Kazakhstan oblast. An unfavorable situation among the IDU population is in Karaganda (11.8%), Pavlodar (14.2%), North-Kazakhstan (11.2%) oblasts, in the cities of Astana (8.4%) and Almaty (9.4%). HIV prevalence differs at the sentinel sites depending on gender. The weighted average value among women in the country is 14.8%, the maximum is 40%. The weighted average value among men of Kazakhstan is 8.1%, the maximum is 15.7%. Prevalence among women is higher than among men in 11 of 16 regions (Map 4).

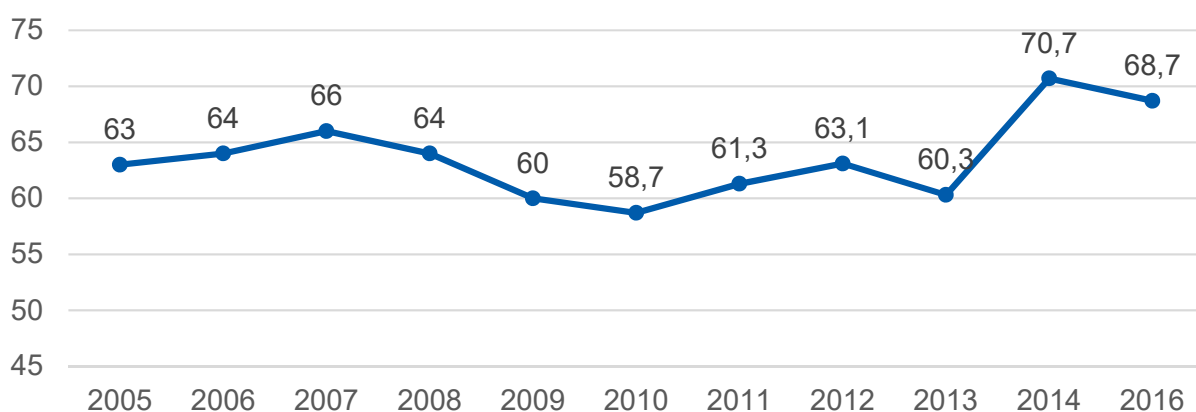
MAP 4: PREVALENCE OF HIV INFECTION (%) AMONG IDU BY REGIONS, 2016 (RC AIDS)

Among the HIV-positive IDUs in SES 2016, the median age was 36, ranging 18 - 68. Among the IDUs living with HIV in the Republic of Kazakhstan, among those registered in the e-tracking system on December 31, 2017 (9,160 cases), the median age is 32, the minimum age is 18, and the maximum is 72.

According to the e-tracking of RC AIDS, the parenteral route remains the main route of infection for men and persons aged 20 - 29. The weighted rate of safe injecting practices among injecting PWUD was 53.8% in 2016.

6.2.2. Viral hepatitis C

Prevalence of viral hepatitis C (VHC) among IDUs in the country increased from 60.3% in 2013 to 68.7% in 2016 (Diagram 9). In 2016, VHC was detected in 82% of people with HIV-positive status (CI: 78.3% –85.3%) and in 67.4% of people with HIV-negative status (CI: 66% –68.7 %) (Ganina L.Yu., 2016).

DIAGRAM 9: VHS PREVALENCE (%) AMONG IDU IN DYNAMICS BY YEARS (RC AIDS)

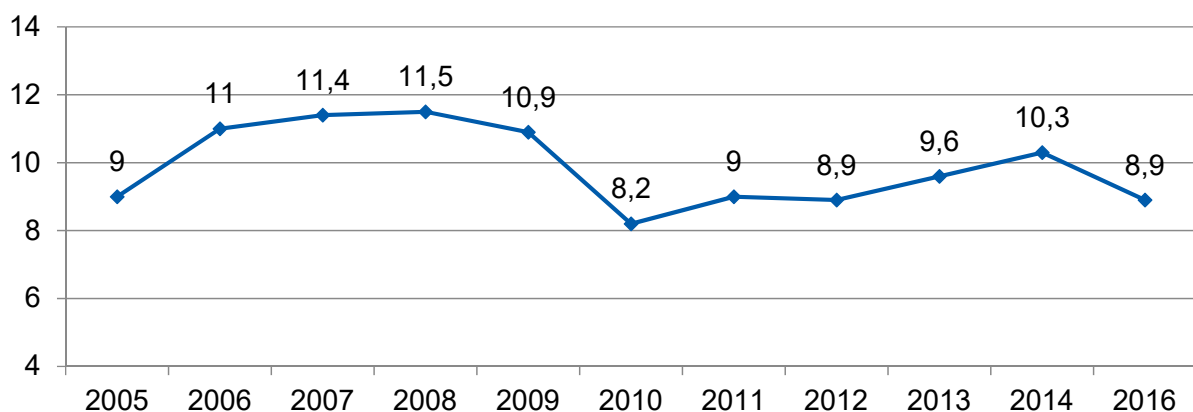
In 2016, the maximum prevalence of VHC in the country sample was in Aktyube (91.9% with HIV prevalence - 1.63%), the minimum - in Almaty (45% with HIV prevalence - 9.38%). VHC prevalence among men in 2016 was 70.5%, and among women 60.3%. (Ganina L.Yu., 2016).

6.3. OTHER DRUG RELATED DISEASES

6.3.1. Sexually transmitted diseases - syphilis and gonorrhea

Prevalence of syphilis among injecting PWUD was 8.9% in 2016. In the last 9 years, prevalence of syphilis was within 8-11.5% (Diagram 10).

DIAGRAM 10: PREVALENCE OF SYPHILIS (%) AMONG IDU IN DINAMICS FOR YEARS (RC AIDS)



In 2016, the highest prevalence rate of syphilis was in the Zhambyl region (27.1%), the lowest (9 times less) in the Almaty region (3%). Prevalence of syphilis among men in 2016 was 8.1%, and among women - 12.7%. Prevalence of symptoms of sexually transmitted infections (STIs) is 9.8%. It is higher among women (17.6%) and among people under 25 (12.6%).

6.3.2. Other health consequences related to drug use

Comprehensive studies on the prevalence of comorbid somatic disorders among people who use psychoactive substances were conducted in 2005 and 2007 on the basis of RSPC MSPDA.

In 2007, the results of the study were published, which contained the analysis of the structure and dynamics of the prevalence of co-occurring disorders among people dependent on opioids, who receive treatment in the narcological dispensaries (Katkov a.l., Pakeev S.O., 2007). In this study, it was shown that in the period of 2003–2006 in the Republic of Kazakhstan, viral hepatitis C is the first in terms of prevalence among treated people dependent on opioids, with a steadily increasing trend, up to 89.9%. Respiratory diseases are in the second place. Here, there is also a tendency of the increase of this indicator - up to 43.7%. In the third place there are diseases of the cardiovascular system with an unbalanced dynamics of the prevalence indicator (at average 9% -10%). Prevalence of chronic pyelonephritis was up to 10.1%. As for toxic hepatitis, it should be noted that a regular use of psychoactive substances is accompanied by this pathology in one form or another in almost every case. While relevant clinical diagnosis is made if there are clear and clinical indications of the toxic damage to the liver (the pain, hepatomegalia, changes in the laboratory analysis, etc.). The proportion of this pathology ranged from 1.6% to 3.4% with an unbalanced indicator of the dynamics of its prevalence.

In another study conducted in 2005, prevalence of the specific disorders of a mature personality was studied among the treated persons dependent on psychoactive substances. (Semke V.Yu., 2005). Prevalence of such

disorders (dissocial, hysterical, emotionally unstable, and cyclothymia) among the total number of people addicted to opioids, who applied for medical assistance to the narcological institutions was 28.4% on average ($\pm 8.5\%$).

The results of the study of depressive disorders among IDUs and their partners, conducted in 2015-2016, emphasized the need to pay attention to the mental health services for IDUs in Kazakhstan (Shaw, et al 2016). The study concluded that the higher rates of depression observed among women are indicating the need to use specialized prevention, gender-preventive and medical services, taking into account potential barriers for receiving the services (discrimination, stigma, need for childcare and financial needs). Researchers noted that it is necessary to study how the cultural and political factors, including a social capital, stigma, the attitudes of service providers, and drug policies are impacting depressive disorders and the access to services among IDUs in RK. The relationship between drug use, mental health, and socio-economic needs suggests depression can be incorporated in the existing strategies, including the treatment of HIV and dependencies on psychoactive substances, and in the primary health care. (Shaw, et al 2016).

The following are the data found during monitoring of persons treated in the inpatient drug treatment facilities in the period of 2012-2013 (RSPC MSPDA, 2014).

Of concomitant diseases, most often, infectious diseases are diagnosed among clients of the drug treatment clinics. In 2012, infectious diseases were diagnosed in 39.9% of the treated people, in 2013 this figure was 37.8% among all those who received inpatient treatment. Further by frequency, the analyzed population has diseases of the digestive system, respiratory diseases, diseases of the genitourinary system and circulatory system diseases. (Table 18).

TABLE 18: DISTRIBUTION OF CONCURRENT DISEASES AMONG THE TREATED PWUD (DATA 2012 - 2013) (RSPC MSPDA)

Name	2012		2013	
	Total (%)	First treated (%)	Total (%)	First treated (%)
Infections	39.9	32.0	37.8	29.4
Blood diseases	1.6	1.4	1.2	1.2
Endocrinological diseases	0.3	0.1	0.2	0.0
Mental disorders	0.3	0.5	0.1	0.1
Ear diseases	0.2	0.1	0.1	0,1
Circulatory system diseases	2.9	3.5	2.7	2.8
Respiratory diseases	5.3	5,2	5.2	4.8
Diseases of the digestive system	17.3	17.9	20.4	20.9
Skin diseases	0.3	0.2	0.03	0.1
Diseases of the musculoskeletal system	0.8	1.0	0.6	0.8
Diseases of the genitourinary system	2.5	2.6	3.4	0.3
Injuries, poisoning	0.8	1.5	0.7	0.6

As for prevalence of tuberculosis among the treated PWUD, it was determined that 11.6% of the people treated are registered with the tuberculosis dispensaries (12.4% men, 7.8% women).

Among other diseases that are most commonly reported among the treated PWUD are toxic encephalopathy, alcoholic liver damage, cardiomyopathy, and chronic bronchitis. Most of these diseases are mainly related to the toxic effects of psychoactive substances consumed. (RSPC MSPDA, 2014).

One of the major challenges of the public healthcare is overdose among people who use drugs. Besides lethal overdoses, which are the indicators of the extreme harm, non-lethal overdoses can significantly contribute to the increase in morbidity. According to SES conducted among IDUs in 2016, 17% of respondents reported having overdose in the last 12 months. The number of overdoses among IDUs varied from 1 to 34, on average - 1.9 per one IDU, the median was 1 overdose per one IDU in the last 12 months (Ganina L. Yu., 2016).

6.3.3. Drug-related deaths and mortality rates among PWUD

In accordance with the current legislation, in the Republic of Kazakhstan, a forensic examination is conducted in all cases of deaths related to poisonings, including the ones caused by narcotic, psychotropic

substances. The republican state-owned enterprise “Center of Forensic Examination” of the Ministry of Justice of the Republic of Kazakhstan and its branches examine biological samples for the presence of narcotic substances in all cases of poisoning, deaths of the unknown etiology, and violent deaths.

At the end of 2013, the management of the Center of Forensic Medicine (now the Center of Forensic Examination) provided chemical toxicological laboratories of the Republic of Kazakhstan with a sufficient number of the standard samples of narcotic and psychotropic substances necessary for a more precise identification of the types of toxic substances that caused one or another poisoning. This fact has significantly influenced the efficiency of the laboratories of the Centers of Forensic Examination.

During a chemical-toxicological examination, the laboratories of the Center for Forensic Examination are using an immuno-assay technology (immunochromatographic analysis - ICA) for the initial screening of samples. If the immuneassay result is positive, a confirmatory analysis is conducted using a method based on another chemical or physical principle, for example, thin-layer chromatography (TLC), high-performance liquid chromatography (HPLC), or gas chromatography (GC).

There are still certain difficulties in defining the types of new psychoactive substances. These difficulties are associated with the need to determine a formula and the name of new synthetic substances that have a toxic effect on the human body. These are new substances that have a stimulating or depressing effect on the central nervous system, causing hallucinations, significant changes in the motor function, thinking or behavior of a human.

Forensic examination with determination of the final cause of the death and the presence of narcotic and other psychotropic substances in the body for all types of deaths is ready after completion the laboratory research methods (chemical-toxicological, forensic histological), which take a long time to implement. While deaths are registered by relevant authorities (departments of civil registration), when receiving a civilian death certificate necessary for the burial and other procedures, based on a medical death certificates with a provisional diagnosis. This situation leads to the fact that the mortality rates provided by the Center for Forensic Examination, the civil registry offices and narcological services that monitor deaths associated with the use of narcotic substances have discrepancies.

Also in the Republic of Kazakhstan, narcological medical organizations are monitoring the cases of fatal and non-fatal poisonings by psychoactive substances in all regions of the country, regardless whether the person was registered with the narcological register or not, and sends the information to the RSPC MH on a quarterly basis.

It should also be noted that the diagnosis of drug poisoning can only be made by forensic experts of the forensic bodies. Deaths from other reasons and chronic diseases of the registered PWUD can be determined without conducting a forensic medical examination of the corpse, if they occurred in a medical institution, and a diagnosis was confirmed by pathoanatomical services.

RSPC MH keeps records of the deaths associated with the use of narcotic substances and analyzes the obtained data in combination with the data of the Center of Forensic Examination.

From 2012 to 2017, the indicator of poisonings by drugs and psychotropic substances per 1,000 of the population in the RK has an unbalanced dynamics, and in 2017 it was 0.07 poisoning per 1,000 of the total population. Among women and among the children under 14, this indicator in 2017 tended to decrease (0.05 and 0.004, respectively). Among children aged 15-17, the mortality rate per 1,000 of the relevant population has an unbalanced dynamics and in 2017 was 0.05 (Table 19).

TABLE 19: SUBSTANCE POISONINGS IN THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN, 2010-2017 (RSPC MH)

Years	Total number of intoxication with psychoactive substances (per 1000 total population)	Specifically		
		Women Absolute number (per 1000)	Children under 14 Absolute number (per 1000)	Children 15-17 Absolute number (per 1000)
2010	1263 (0.08)	426 (0.06)	31 (0.01)	42 (0.05)
2011	1000 (0.06)	472 (0.06)	36 (0.01)	83 (0.1)
2012	1059 (0.06)	481 (0.06)	47(0.01)	24 (0.03)
2013	1743 (0.10)	590 (0.07)	33 (0.01)	37 (0.05)
2014	1833 (0.11)	577 (0.06)	24 (0.005)	34 (0.05)
2015	1241 (0.07)	383 (0.04)	5 (0.001)	9 (0.01)
2016	1630 (0.06)	804(0.06)	30 (0.01)	28 (0.03)
2017	1297 (0.07)	496 (0.05)	21 (0.004)	36 (0.05)

The proportion of poisonings of minors in the total number of poisonings by drugs and psychotropic substances in 2017 was 4.4%. The proportion of poisonings of women in the total number of poisonings by drugs and psychotropic substances has increased in the last few years, and in 2017 amounted to 38.2%.

According to the monitoring of the cases of fatal and non-fatal poisonings by psychoactive substances, conducted by the narcological organizations of RK, the mortality rate related to the poisonings by psychoactive substances per 1,000 of the total population in the period from 2012 to 2016 was within 0.009-0.02. In 2017 this figure was 0.007. Among adolescents, the deaths caused by poisoning by psychoactive substances in 2017 were not registered, the percentage of the female deaths in the total number of deaths caused by poisoning by drugs and psychotropic substances in 2017 was 14.9% (Table 20).

TABLE 20: DEATHS CAUSED BY POISONING BY PSYCHOACTIVE SUBSTANCES IN THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN, 2010-2017. (RSPC MH)

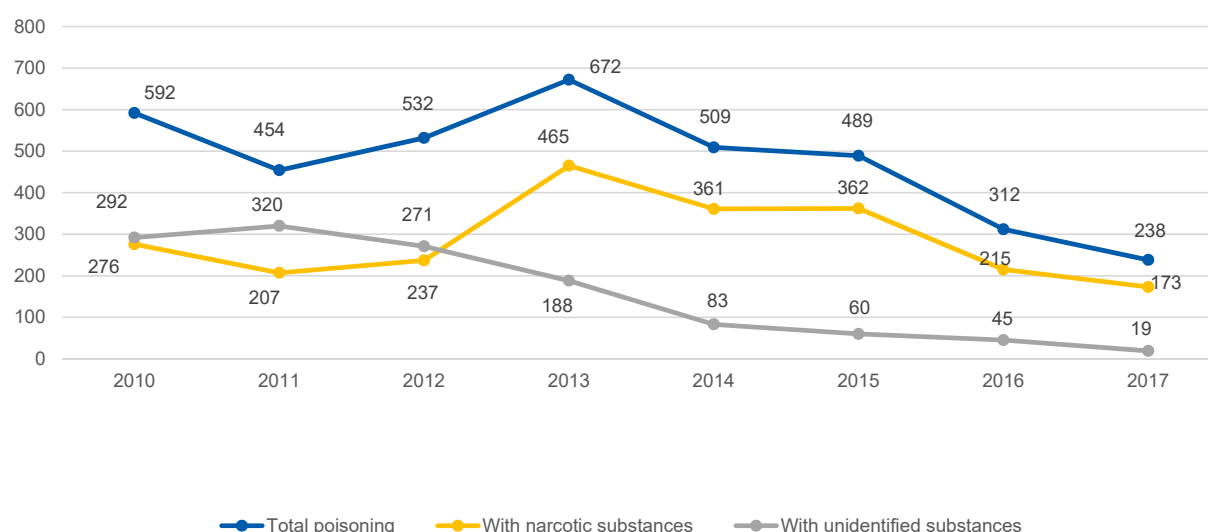
Years	Total number of poisoning with psychoactive substances (per 1000 total population)	Specifically		
		Women Absolute number (per 1000)	Children under 14 Absolute number (per 1000)	Children 15-17 Absolute number (per 1000)
2010	222 (0.014)	7 (0.001)	0	0
2011	156 (0.009)	18 (0.002)	0	0
2012	155 (0.009)	16(0.002)	0	0
2013	343 (0.02)	34 (0.004)	0	2 (0.003)
2014	323 (0.02)	27 (0.003)	0	0
2015	336 (0.01)	45 (0.004)	1 (0.0002)	0
2016	222 (0.01)	35(0.003)	0	0
2017	141 (0.007)	21 (0.002)	0	0

On the average, among PWUD, the highest death rates are registered in the age groups of 30-34 (20.0%), 35-39 (24.9%) and 40-44 (19.5%). In the country, about 65% of all deaths among PWUD fall on these age groups. Analyzing the above data on the number of fatal and non-fatal intoxications, it may be concluded that in every tenth case, drug intoxication is fatal.

Since 2009, the annual reports of the Center of Forensic Medicine (now the Center of Forensic Examination) of the Republic of Kazakhstan and its branches in the regions, have the data on the number of the performed autopsies during which, narcotic substances were found in the organs and tissues of the corpse. According to the reports of the forensics organizations, the rate of deaths caused by intoxication with narcotic and psychotropic substances has increased in the republic from 2011 to 2013, but from 2014 to 2017, the number of cases of intoxication with narcotic substances has decreased (Diagram 11).

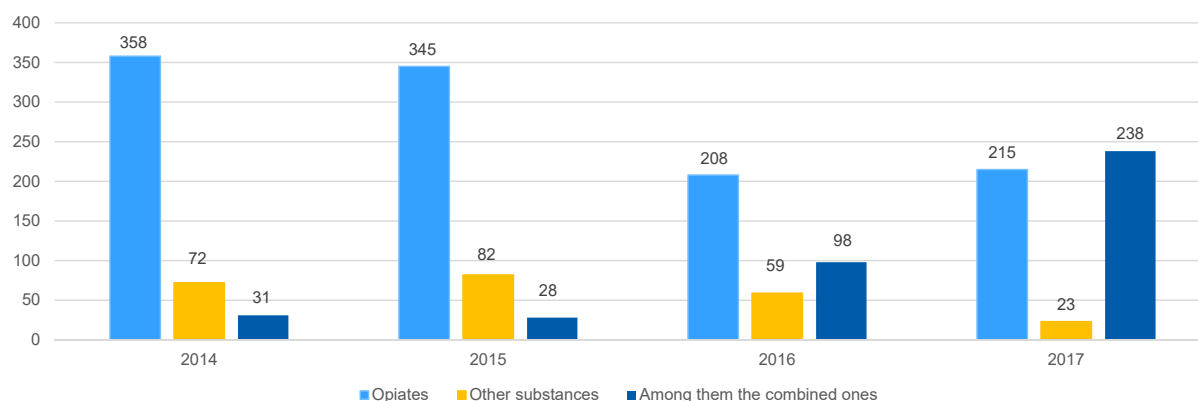
The decrease in the indicator of deaths by the unknown type of toxic substances became possible because forensic toxicological laboratories have been equipped with the standard samples required to establish a type of narcotic substances. However, at the moment, there are still certain difficulties in determining new psychoactive substances, having a toxic effect on the human body, as well as their formulas and name.

Analysis of the data shows that the bulk of deaths associated with drug use are the cases of the use of opioids. Among them, heroin is the most common. In addition, in 2017, there were identified either the cases of inoxtication or the use of ephedron, tramadol, amphetamine and fentanyl shortly before death.

DIAGRAM 11: DYNAMICS OF FATAL INTOXICATIONS BY NARCOTIC AND PSYCHOTROPIC SUBSTANCES IN THE PERIOD OF 2010 - 2017 (CFE)

By 2017, there was a tendency of increasing in the number of cases in which autopsies reveal the use of several substances at the same time. The largest part of them is caused by the simultaneous use of drugs and alcohol - 77.6%, by the use of several types of drugs - 16.3%, by the use of drugs and drugs that have an effect on the central nervous system - 6.1% (Diagram 12).

Among medications, besides narcotic substance, such substances as (further by frequency of their detection) phenobarbital, tropicamide, diphenhydramine, ephedrine, barbital, zopiclone, anaprilin, substances of the phenothiazine group, benzodiazepines were found.

DIAGRAM 12: RATIO OF DETECTED PSYCHOACTIVE SUBSTANCES IN THE CONDUCTED AUTOPSIA (FSC)

In 2016, the presence of narcotic substances was found in 19 cases of the violent deaths (mechanical asphyxia - 7, craniocerebral injuries - 4, hypothermia - 2, traffic accidents - 2, knife wound -1, drowning -1, carbon monoxide-poisoning -1, high temperature impact -1).

RSPC MSPDA experts compared and analyzed statistical indicators of the total mortality among the general population of the Republic of Kazakhstan in 2015, and the indicators of mortality in 2015 among consumers of psychoactive substances (except alcohol and tobacco) who were registered with the narcological register, the indicators of the relative risk of deaths in the population of consumers of psychoactive substances, against the general population were calculated, and the following peculiarities were revealed.

TABLE 21: RELATIVE RISK OF DEATH AMONG THE POPULATION OF CONSUMERS OF PSYCHOACTIVE SUBSTANCES TO THE EXPECTED NUMBER OF DEATHS AMONG THE GENERAL POPULATION IN 2015

Age	Men		Women		Total	
	SMR ⁵	CI ⁶	SMR	CI	SMR	CI
< 14	0.0	-	0.0	-	0.0	-
15-19	2.1	0.0-11.7	0.0	-	2.5	0.0-13.7
20-24	4.3	2.5-6.8	0.0	-	6.0	3.5-9.6
25-29	5.7	4.2-7.4	43.4	18.7-85.6	9.5	7.2-12.1
30-34	7.6	6.4-9.0	43.4	28.3-63.5	12.4	10.6-14.4
35-39	6.2	5.5-7.0	18.8	12.1-27.7	9.4	8.3-10.5
40-44	7.1	6.2-8.1	15.0	8.2-25.1	10.5	9.2-11.9
45-49	5.2	4.3-6.3	7.1	2.3-16.7	7.4	6.1-8.9
50-54	5.3	4.3-6.5	7.1	1.4-20.7	7.7	6.2-9.5
55-59	4.1	3.0-5.5	10.8	2.2-31.4	6.1	4.5-8.1
60+	5.6	4.5-7.0	3.6	0.7-10.5	6.6	5.2-8.2
TOTAL	3.1	2.9-3.3	4.4	3.5-5.4	3.6	3.3-3.8

In 2015, the final indicator of the relative mortality risk for men was 3,1 (CI 95: 2,9-3,3) in comparison with the expected mortality among the general population. The final indicator for women who abuse psychoactive substances (except alcohol and tobacco) was 4,4 (CI 95: 3,5-5,4). The final indicator of the relative mortality risk for consumers of psychoactive substances (other than alcohol), for both men and women, is 3,6 (CI 95: 3,3 - 3,8). In general, indicators of the relative mortality risk among consumers of psychoactive substances are the highest for the 30-34 – 12,4 (CI 95: 10,6-14,40) and for the age group of 40-44 – 10,5 (CI 95: 9,2-11,9).

Standardized mortality rates (SMR) in the period 2013 to 2015 convincingly show that the relative mortality risk for consumers of psychoactive substances (except alcohol and tobacco) increases year by year in comparison with the expected mortality among the general population.

Thus, the consequences of the use of narcotic drugs, the somatic and mental disorders, overdosing, criminal behavior, infectious diseases, HIV, suicides, traffic accidents - increase the risk of death on the average by 3,6 times for people who use these substances, directly or indirectly, in comparison with the general population; for men, this indicator is 3.1 times, for women - 4.4 times.

⁵ SMR - Standardized Mortality Ratio (SMR).

⁶ CI – Confidence Interval.

7. RESPONSES TO HEALTH CONSEQUENCES OF DRUG USE

7.1. INTRODUCTION

Since 1997, harm reduction programs have been effectively implemented in Kazakhstan. The strategy of the reduction of drug harm is one of the most important areas of the HIV prevention. The most effective way for its implementation is to regularly cover people who use drugs with the services of the stationary and mobile trust points and outreach work. The necessary components of the prevention work among IDUs are reflected in the paragraph 98 of the action plan of the «Salamatty Kazakhstan» State Healthcare Development Program of RK for 2011-2015, approved by Decree of Government of RK No. 41 of January 29, 2011: "Providing vulnerable population groups with syringe exchange programs and condoms in the stationary and mobile trust points and friendly rooms."

In 2013, the Ministry of Health of the RK developed and approved the order on trust points No. 115 of February 28, 2013, "On amendments to the order of the Minister of Health of the Republic of Kazakhstan No. 228 of 9 March 2004 "On approval of the regulations on trust points for injecting PWUD", which regulates the standards of the distribution of syringes, condoms and informational and educational materials in the trust points, the work load for 1 stationary trust point and outreach workers, provision of equipment to the stationary and mobile trust points. Currently, the work of outreach workers is financed mainly by the Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria (GFATM), and only a small number of workers are paid as with-in the implementation of the state social order through the country's budget. According to the Regulations on the activities of the AIDS centers and the order on the staff structure of the centers (No. 355, No. 238), the trust points are subdivisions of the territorial AIDS centers. The AIDS Centers keep a "Database of individual records of clients of the prevention program". It has been significantly improved in recent years. In 2017, in RK, prevention measures were carried out based on 137 trust points (114 stationary and 23 mobile).

The work with vulnerable groups of the population is carried out in all areas of RK free of charge, in line with the principles of voluntariness, confidentiality and anonymity (using a 7-digit personal code).

The indoor trust points carry out the following activities: distribute syringes and condoms; advise IDUs on various issues; organize HIV testing, including a rapid method; dispose the used syringes; refer and accompany the IDUs for medical assistance; provide information on the existing governmental and non-governmental organizations in the region that provide preventive and other assistance to IDUs; train outreach workers; keep registration records.

The mobile trust points are ambulance vehicles for taking employees of the AIDS Centers or NGOs to the places of gathering of IDUs for holding prevention measures. Field trips take place in accordance with the schedule of the planned routes of the IDUs places of gathering. In Kazakhstan based on the order of the Ministry of Health of the Republic of Kazakhstan No. 295 dated March 29, 2004, «On the approval of the regulations on the organization of the activities of friendly rooms», friendly clinics were organized to assist vulnerable groups who have the symptoms of sexually transmitted infections (STIs).

Friendly rooms were organized to provide STI treatment to the vulnerable groups on a free and anonymous basis; give information about HIV infection, STIs, behaviors that reduce the risk of HIV infection, the contraceptive methods, HIV testing; hand out condoms and information materials; give a psychosocial assistance and consult on HIV/AIDS before and after testing.

Specialists of the friendly clinics refer clients to the dermatovenerologic dispensaries and other medical organizations for specialized and qualified medical care; and also provide information on the government and non-governmental organizations that exist in the region, providing preventive and other assistance to the vulnerable groups.

The non-governmental sector is actively involved in the implementation of the prevention programs among vulnerable groups of the population. About 70 AIDS-service NGOs are working in the republic. The work of NGOs is ensured through the provision of grants from GFATM, and with the government support in a number of the areas. The activities of these organizations are focused on the prevention work with injecting PWUD on an peer-to-peer basis.

The vulnerable groups of the population can receive full information on the problem of the HIV infection and behaviors that reduce the risk of HIV infection from the NGOs. Prevention services are provided both

in the offices of NGOs and through the outreach workers in the field. Funded by GFATM, the NGOs hand out syringes, condoms and lubricants. Additionally, the vulnerable groups can receive social services, such as registration of the place of residence, assistance in getting a job, retraining, legal advice. Some NGOs provide shelter, food, household services.

The criteria adopted by GFATM for providing financial assistance, based on the level of the country's income, assume a significant reduction in the activities of GFATM in the HIV infection prevention in the territory of RK. Currently, GFATM mainly is funding the activities of NGOs through grants. Accordingly, an issue of the government support to NGOs within a state social order, is currently under consideration.

Each year, the Republican AIDS Center conducts monitoring and analysis of the activities of the regional and city AIDS centers in organizing the work with injecting PWUD in the trust points.

In accordance with the «Salamatty Kazakhstan» State Healthcare Development Program of RK for 2011-2015, "Electronic tracking of the HIV and AIDS cases" program was introduced in the AIDS service in 2012. Standardization of the approaches of the data collection has improved the quality of the information collected for each identified case, improved the operational data exchange between the AIDS centers and its quality, as well as the ability to conduct simple and fast computer analysis of the individual, rather than the aggregated data.

7.2. PREVENTION OF OVERDOSES AND DRUG RELATED DEATHS

While opioids are the main problem drug in the country, none of the state programs (Salamatty Kazakhstan, the Program on combating drug addiction and drug trade, the Program on combating HIV/AIDS) specifies the indicator on the reduction of fatal overdoses.

«Naloxone», often used to prevent overdose among consumers, is available in the health care facilities of the country and is listed as an essential medicines. Naloxone is used at ambulance stations, emergency rooms of hospitals and in the intensive care units. However, this medicine is not available in the pharmacies. Naloxone is recommended for prevention of the overdoses caused by the use of the opioid drugs, as it has sufficient evidence of its clinical and cost effectiveness.

Emergency hospitalization for poisoning (overdosing) with psychoactive substances in RK is carried out in the toxicological departments of the city and regional multi-purpose hospitals or, in the absence of a toxicological department in the region, in the intensive care units. This type of medical intervention, similarly to the assistance rendered on the basis of the emergency indications, is included in the "List of Guaranteed Free Medical Assistance".

The first comprehensive programs of the overdose prevention among consumers of psychoactive substances in Kazakhstan started in 2009. Naloxone was acquired through the Global Health Research Center in Central Asia under the auspices of the Columbia University and transferred to the AIDS centers, where the medicine is stored and distributed. A naloxon package is given based on a voucher after consultation at the AIDS center. Within the "Renaissance project" (city of Almaty), the naloxone package is given only to the project participants. Another nongovernmental organization, the "Trust" Social Bureau (city of Almaty), offered naloxone to all injecting PWUD (Ataiants J., 2011).

In 2014, in the framework of the Treatnet project in Pavlodar, injecting PWUD received an access to the naloxone packages, and a number of joint activities were conducted with the healthcare institutions and NGOs on the overdose prevention (RSPC MSPDA, 2014).

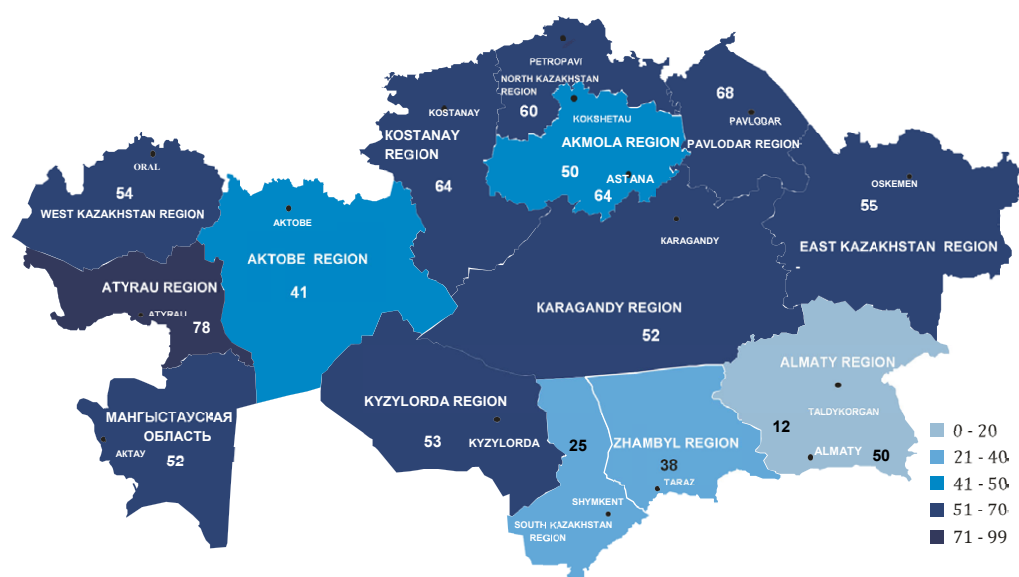
In the regions of the country, the prevention of overdoses is limited mainly to informational and educational activities among PWUD. These activities are conducted by drug treatment organizations, AIDS Centers and specialized NGOs.

7.3. PREVENTION AND TREATMENT OF DRUG RELATED INFECTIONS

In total, in 2017, 46.8% of the injecting PWUD applied to the harm reduction programs, which represents their estimated number.

Direct coverage of IDUs with preventive interventions implies at least a one-time receipt of a set of preventive services during the last year: syringes, condoms and educational materials, and is calculated as a share of the estimated number of IDUs. In 2017, this indicator was 47% of the estimated number of IDUs in the country, which is 18.1% lower than the level of 2016 (65.1%). The minimum indicator of direct coverage in 2017 was in the Almaty oblast (11.9%), the maximum (77.8%) was in the Atyrau oblast (Map 5).

MAP 5: REGIONAL FEATURES OF DIRECT COVERAGE OF IDU WITH PREVENTION PROGRAMS (% OF THE IDU ESTIMATES IN THE REGION), 2017 (RC AIDS)



The main reasons of the reduction in the coverage of IDUs with the prevention programs in 2017 were: the changes in the calculation method of the indicator (instead of the receipt of one service during a year, the receipt of at least 3 services was taken in account, and the termination of the GFATM funding in most areas for outreach workers covering 70% of IDUs, and for conducting NGO projects among IDUs.

A systematic coverage of IDUs involves provision of prevention services at least once a month. In 2017, this indicator was 28.9%, which is significantly lower than in previous years. A systematic coverage of IDUs was lower than the average national level in the Almaty, East-Kazakhstan, West-Kazakhstan, South-Kazakhstan, North-Kazakhstan, Pavlodar and Aktyube oblasts.

Totally, in 2017, in RK, 15,518,225 syringes were distributed among IDUs (275 pieces per 1 IDU involved in the prevention programs or 129 per one IDU of the estimated number). 4, 845,332 condoms were distributed (40 pieces per one IDU of their estimated number, and 86 pieces per one IDU involved in the prevention programs). In accordance with the international recommendations, for effective prevention of a sexual route of transmission of HIV infection, at least 50 condoms should be given to each IDU per year. In RK, in 2017, 40 condoms were given per one IDU of the estimated number (120,500) (Ganina L. Yu., 2016).

To work with IDUs in the field on the equal-to-equal basis, 506 outreach workers were involved. A total of 35,772 IDUs, or 63% of the direct prevention programs, were examined for HIV infection in 2017. 28,223 IDUs underwent rapid testing for HIV infection, which is 50% of the total number of ID tests in trust points (RC AIDS, 2016). The coverage with HIV testing (UNGASS indicator) was determined as the proportion of IDUs who were tested for HIV in the last 12 months and know their results. When analyzing the dynamics by years, it should be noted that this indicator in the country has consistently exceeded 50%, since 2008, and in 2017, it amounted to 58.2%. According to SES 2014, 65.4% passed HIV testing in the last 12 months. Most of them passed the test at the AIDS Centers (54%), in the drug treatment organizations (21%) and other medical organizations (20.2%) (Ganina L. Yu., 2016).

As for treatment of the acute viral hepatitis, in the Republic of Kazakhstan, this type of intervention is provided within the guaranteed free medical care. Treatment of the chronic viral hepatitis B and C is provided to children, health workers and students for free, and consists of a combined treatment with pegylated short-action interferon plus ribavirin. If a consumer of psychoactive substances falls into one of the above categories, they will be provided with treatment of chronic viral hepatitis for free. All HIV-infected people are screened for parenteral hepatitis in the regional AIDS centers on a mandatory basis and for free.

8. SOCIAL INTERRELATION AND SOCIAL REINTEGRATION

There are few legislative limitations on the rights of the consumers of psychoactive substances in RK. The limitations on the rights of people who use drugs are, basically, stipulated by the fact of the inadmissibility to the areas of productive activities, where the use of psychoactive substances can become an additional cause of violations of safety rules at work and on transport. In addition, a consumer of psychoactive substances has no right to adopt a child, take a child into custody (guardianship) and foster care, since dependence on psychoactive substances is included in the list of diseases in which it becomes impossible.

Seeking treatment for diseases associated with the use of psychoactive substances is considered voluntary, except when treatment is determined by the court decision. But, according to part 2 of Article 326 of the Code of the Republic of Kazakhstan "On Administrative Offences" dated January 30, 2001, "Evasion of medical examination and treatment of persons recognized ill with alcoholism, drug addiction or toxicomania, or in respect of whom there is sufficient evidence that, they use narcotic drugs or psychotropic substances without doctor's prescription, shall incur a fine in the amount of up to ten monthly calculated indicators." But in practice, this regulatory legal act is practically not used.

By Government Decree of RK dated December 4, 2009, mental and behavioral disorders, including disorders associated with the use of psychoactive substances, are included in the list of socially significant diseases. In RK, citizens suffering from socially significant diseases and diseases that pose a danger to others, receive medical and social assistance, dispensary observation for free and on the preferential terms. At the same time, the types and the scope of medical and social assistance are determined by the authorized central executive body of the Republic of Kazakhstan, which exercises leadership in the field of public health.

The fact that a person using psychoactive substances is registered with the narcological organization is a medical secret (Article 95 of the Code of the Republic of Kazakhstan "On People's Health and Healthcare System"), for disclosure of which the law provides administrative liability in the form of a fine. However, there is still a practice when employers require job seekers to bring a certificate from a narcology organization.

In 2007, RSPC MSPDA published materials on the comprehensive characteristics of drug treatment provided to a population of HIV-positive drug addicted in RK (Katkov A.L. and Komarova O.N., 2007). The main obstacles to seeking for professional assistance by the drug addicted, including HIV-positive, are: fear of disclosure of their HIV-positive status among relatives - 50.6% ($\pm 6.4\%$); fear of disclosure of the fact of their drug use among relatives - 43.4% ($\pm 6.3\%$); fear of their registration with a drug treatment institution - 37% ($\pm 6.2\%$). Most of the PWUD - 72.2% ($\pm 5.7\%$) indicated a guarantee of safety or non-registration with a narcological institutions as a preferred condition in the provision of professional narcology assistance (Katkov A.L., Komarova O.N., 2007)

In general, the legislative framework for narcological register and registration with the law enforcement agencies, and the employment limitations related to it, are described in the final part of the "Legal System" section.

Currently, most of the social support services for people who have problems with drugs are provided by specialized non-governmental organizations. However, there is no possibility to evaluate the scale of coverage and quality of these services because of the lack of quality data. No studies or reviews in this area were found in the country. However, it is not possible to assess the scale of coverage and quality of these services because of the lack of quality data. No studies or reviews in this area were found in the country.

9. DRUG RELATED CRIMES

9.1. INTRODUCTION

The main agency for collecting and analyzing all crime-related information, including drug crimes in the country is the Committee on Legal Statistics and Special Records of the General Prosecutor's Office of the Republic of Kazakhstan (CLSSR GPO RK), which was established by Decree of the President of the Republic of Kazakhstan, dated March 28, 2003. CLSSR GPO is a single centralized body in the field of legal statistics and special records. Also under CLSSR GPO, the National Information and Analytical Center for monitoring and forecasting legal issues, studying and evaluating the situation of corruption, drug abuse and transnational crime has been established.

Analyzing the registration of crimes in the country, it should be noted that in 2015 the system of registration of crimes changed significantly compared with the registration of crimes in the previous years. Since January 1, 2015, crimes are registered at the moment of their entry in the Unified Register of Pre-Trial Investigations (referred to as URPTI), whereas in the previous years, crimes were registered only after the initiation of a criminal case or failure to institute proceedings for non-rehabilitation grounds. And, during the pre-investigation checking, prior to establishing the presence of evidence of a crime, the incidents were not registered in the criminal statistics. In this regard, comparison of the indicators of 2015 with the indicators of the previous years has a number of limitations because: the principle of crimes registration has been changed; new types of criminal offences were introduced, and some offences were decriminalized; a number of administrative offences are moved to the category of criminal offences; the categories of crime severity were changed for a number of crimes.

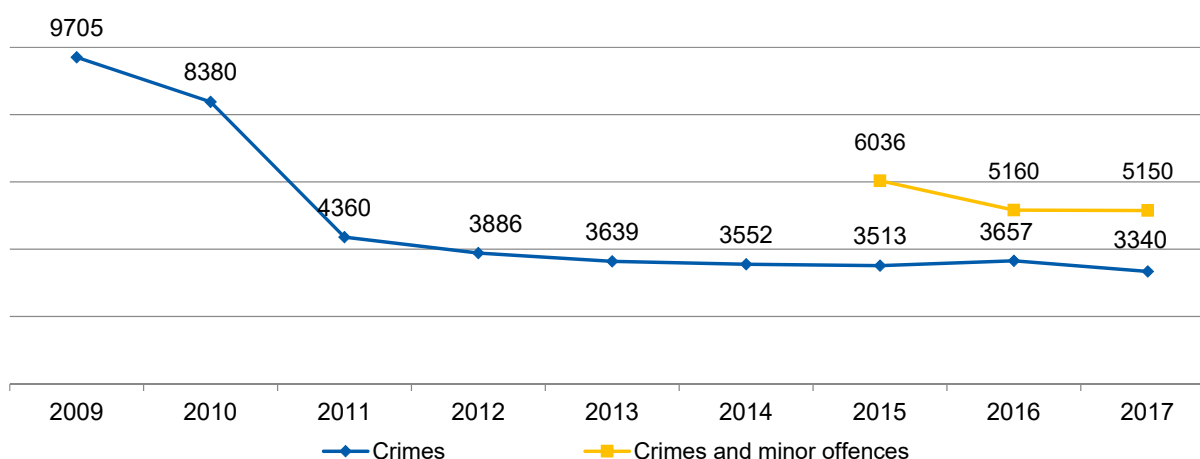
In 2004, the Committee on Combating Drug Business and Control of Drug Trafficking was formed in the Ministry of Internal Affairs, which until now was a government authorized body in the field of implementation of the state anti-drug policy. However, in 2014, in accordance with Decree of the Government of the Republic of Kazakhstan No. 933 of August 14, 2014, the Committee on Combating Drug Business and Control of Drug Trafficking of the Ministry of Internal Affairs of the Republic of Kazakhstan was abolished. Currently, the Counter Narcotics Department of MIA RK carries out the functions of the country's main body on coordination, combating drug trafficking and collecting information on the drug-related crimes and drug markets.

In January 1, 2015, a criminal liability was introduced for illicit trafficking of the analogues of narcotic drugs and psychotropic substances, regardless of their names and chemical formulas.

9.2. CRIMES

According to the statistics of the Committee on Legal Statistics and Special Records of the General Prosecutor's Office of the Republic of Kazakhstan, in 2017, the law enforcement agencies detected 8,490 crimes related to illicit drug trafficking (8,817 in 2016), including 3,340 drug crimes and 5,150 misdemeanors. The proportion of drug crimes in the total number of crimes registered in the country in 2017 was 2.6% (Diagram 13).

Since 2011, there has been a significant decrease in the number of the registered drug crimes, which is caused by decriminalization of Article 259 Part 1 of the Criminal Code of the Republic of Kazakhstan in January 2011 "Illegal purchase, transportation or storage without a purpose of selling narcotic drugs or psychotropic substances in large quantities", and transferring it to the category of the administrative offences (since 2015, misdemeanor offences).

DIAGRAM 13: NUMBER OF DRUG RELATED CRIMES IN RK IN 2009-2017 (CLSSR GPO RK)

In the context of law enforcement agencies, the largest number of drug-related crimes are detected by the internal affairs agencies; the border service of the National Security Committee and the State Revenue Committee of the Ministry of Finance detected less than 15% of drug-related crimes.

The structure of crimes related to drug trafficking is dominated by the crimes provided for by Article 297 of the Criminal Code «Illegal manufacturing, processing, purchase, storage, transportation for sale, sending or selling narcotic drugs, psychotropic substances and their analogues». In the considered period, their share in the total number of the registered drug-related crimes was 60% (Table 22). 20% of them falls on the crimes related to the illicit drug trafficking without the purpose of sale (Art. 296 Part 4 of the Criminal Code of the RK) and 9% to drug smuggling (Art. 286 of the Criminal Code of the RK).

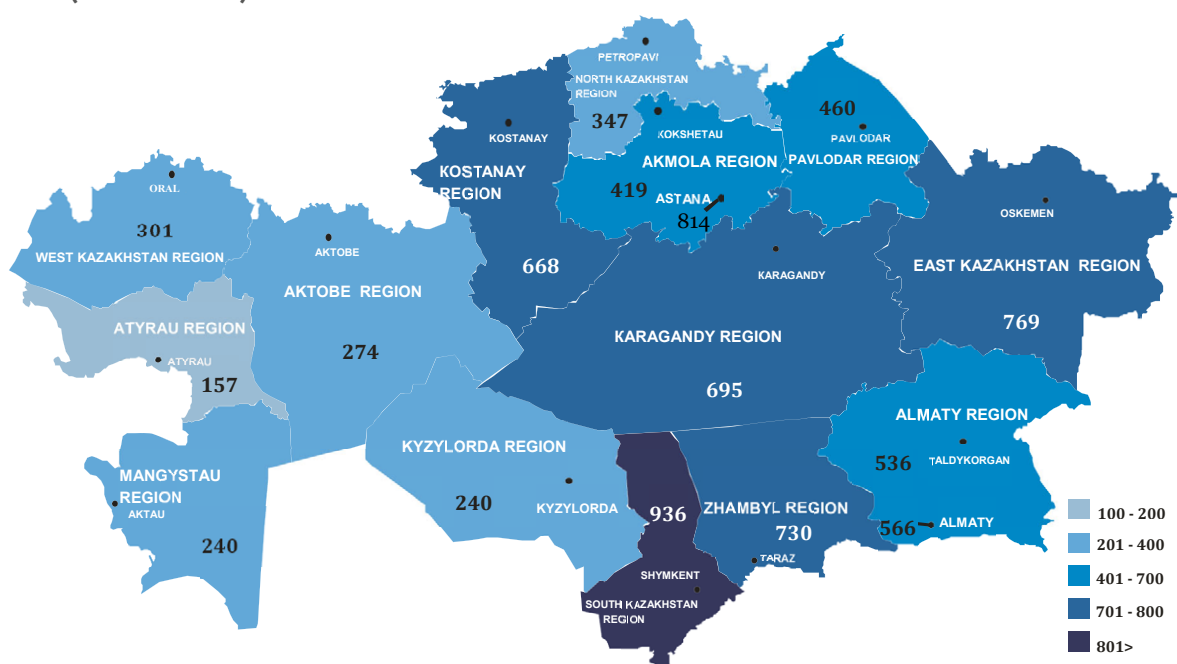
The structure of all crimes related to illicit trafficking of drugs, psychotropic substances and precursors is prevailed by the crimes provided for by Article 296 of the Criminal Code of the RK «Illegal handling of narcotic drugs, psychotropic substances, their analogues, precursors without an intent to sell». The largest part of 5,150 crimes registered in 2017 falls on illegal handling of drugs without a purpose of sale (Part 2 of Article 296 of the Criminal Code of RK) - 74%, about 12% of the crimes are the cases of non-medical use of drugs in public places (Part 1 of Article 296 of the CC RK) and illegal storing of drugs in large sizes (Part 3 of Article 296 of the CC RK) - 13% of all crimes.

TABLE 22: STRUCTURE OF REGISTERED DRUG RELATED CRIMES IN 2017 (CLSSR GPO)

Types of crimes	Number	Proportion
Illegal manufacture, processing, purchase, storage, transportation without a purpose of selling drugs in a large scale (Part 4 of Article 296 of the Criminal Code of RK)	668	20%
Illegal manufacture, processing, purchase, storage, transportation with the purpose of selling, sending or selling narcotic substances (Article 297 of the Criminal Code of RK)	2,000	60%
Smuggling of narcotic substances (Article 286 of the Criminal Code of RK)	307	9%
Legalization (laundering) of the drug proceeds (Article 218 of the Criminal Code of RK)	6	0.2%
Stealing or extortion of narcotics or psychotropic substances (Article 298 of the Criminal Code of RK)	3	0.1%
Inducement to the use of narcotic substances (Article 299 of the Criminal Code of RK)	5	0.1%
Illegal cultivation of plants containing narcotic substances (Article 300 of the Criminal Code of RK)	246	7%
Illicit trafficking in toxic substances used for the manufacture or processing of narcotic substances (Article 301 of the Criminal Code of RK)	9	0.3%
Organisation or maintenance of dens for the consumption of narcotic substances (Article 302 of the Criminal Code of RK)	74	2.2%
Total	3,340	100%

The largest number of the breaches of law (crimes and misdemeanors) in 2016 (data for 2017 are not available) were registered in the city of Astana, in the South-Kazakhstan, East-Kazakhstan and Zhambyl oblasts (Map 6).

MAP 6: NUMBER OF REGISTERED CRIMES RELATED TO ILLICIT DRUG TRAFFICKING BY REGIONS IN 2016 (CLSSRGPO RK)



In 2017, the number of persons prosecuted for illegal drug trafficking was 5,902, of them 256 - women, 32 - minors. In 2017, of those who committed crimes related to drug trafficking, 3,772 people were prosecuted for illegal manufacture, processing, purchase, storage and transportation of narcotic drugs without a purpose for sale (not taking into account crimes in the particularly large size).

9.3. PREVENTION OF DRUG RELATED CRIMES

Given that no information on the activities of the government agencies on crime prevention in 2017 was found in the available sources, the information below is mainly related to the activities of 2015 taken from the publicly available sources.

In 2015, 3,200 persons were prosecuted for commission drug-related administrative offences. Of the administrative offences, 91% of cases are related to driving vehicles while intoxicated (Art. 608 Administrative Code RK); 8% falls on the offences related to the failure to eliminate wild cannabis (Art. 420 Administrative Code RK); less than 1% - are non-compliance with the requirements of technical reinforcement of the facilities and premises in the field of drug trafficking (Art. 427 Administrative Code RK).

Prevention measures and operations are regularly carried out as one of the effective ways of countering drug business in the country.

In order to detect and suppress crimes in the sphere of legal trafficking of narcotic substances, psychotropic substances and precursors, 4 phases of the large-scale «Doping» operation is annually held in the medical institutions and industrial enterprises. In 2015, during this operation, about 2,000 private enterprises engaged in trafficking in narcotic drugs, psychotropic substances and precursors were inspected, among them were: 529 pharmacies, 170 warehouses, 365 medical facilities and 219 industrial enterprises. 9 crimes, 155 misdemeanors connected with illegal trafficking in narcotic drugs, psychotropic substances and precursors were revealed. 410 people, including 101 medical workers, were brought to administrative responsibility. More than 27,200 ampoules of narcotic drugs, 3,000 tablets and 196,000 ampoules containing psychotropic substances were seized. More than 546 tons of precursors were prevented from illegal trafficking.

In accordance with the Action Plan for implementation of the Program on combating drug addiction and drug business in the Republic of Kazakhstan for 2012-2016, every year from June to October, Koknar operation is held. Thus, in 2015, during this operation, 1,291 drug crimes were detected, among them were 733 facts of drug selling, 58 drug smuggling, 154 facts of cultivation of drug-containing plants. More than 92 tons of narcotic drugs, including about 61.5 tons of cultivated cannabis, 65 kg of heroin, 152 kg of hashish, 30.5 tons of marijuana were seized from illicit trafficking.

In accordance with the Plan of the main activities of the Coordination Council of the heads of the competent authorities on combating illicit drug trafficking in the territory of the CSTO member states, in May 2015, law enforcement agencies of Kazakhstan took part in the international anti-drug operation "Patrol Channel", with the headquarters of the operation in the city of Osh of the Kyrgyz Republic. The main objectives of the operation were to stabilize a drug situation in the region, and exercise practical cooperation and the elements of the operational and combat teamwork of the units of the CSTO collective response forces in the mountainous conditions. As a result of this operation, more than 1,6 tons of drugs were seized on the territory of the CSTO countries, of which more than 976 kg of opiates were of the Afghan origin.

In September 2015, the "Sintetik-Pochta-Channel" operation was conducted, with the headquarters in Vladivostok of the Russian Federation. Its main objectives was to identify the channels of supply of new types of synthetic drugs, including the designer drugs from China, Thailand, and the Internet sites selling them. During the operation, the law enforcement agencies of Kazakhstan seized about 4 tons of drugs, including more than 122 kg of heroin, 50 tablets of MDMA.

In order to disrupt smuggling of narcotic drugs, identify the organized criminal groups operating in the areas close to the customs and borders, and detect the facts of possession of narcotic drugs in the large volumes, the "Borders" operation was held in November 2015. Within this operation, 65 crimes related to drug trafficking were revealed, including 40 facts of sale, 23 facts of possession of drugs in large sizes and 1 fact of drug smuggling. About 107 kg of drugs, including 2,3 kg of heroin were seized from illicit trafficking.

In November 2015, the «Parcel» operation was held nation-wide, aimed at identifying the channels of smuggling of narcotic drugs, psychotropic substances, their analogues and precursors through the checkpoints of the airports, the Aktau seaport, the International Postal Exchange (in the cities of Astana, Almaty and Uralsk), the branches and postal baggage departments of Kazpost JSC, and at suppressing of the facts of drug trafficking through parcels to the facilities of the Penitentiary System. 3,482 employees of the special law enforcement agencies and the Kazpost participated in the operation. 175 operational search groups were organized, which inspected 1,948 heavy vehicles, 3,303 cars, 1,080 buses, 163 passenger trains and 122 cargo trains, 172 air flights, 71 ships, 859 parcels destined to the institutions of the penitentiary system, and 803 branches of the «Kazpost». 76 drug crimes were revealed, including 42 facts of sale, 3 of which were committed within the organized criminal groups, 30 facts of possession of narcotic drugs in large amounts and 4 crimes of smuggling of narcotic drugs.

9.4. ALTERNATIVES TO IMPRISONMENT FOR DRUG-DEPENDENT OFFENDERS

The draft of the new version of the Criminal Code contains a provision on the alternative forms of punishment for PWUD having committed crimes for the first time, and who do not constitute a danger to the public. The new version of the Criminal Code provides for the possibility of parole for drug addicted persons from serving a sentence in the form of restriction or imprisonment, if the court finds that for being corrected they do not need to serve it fully. And a probation control is established over these persons, which, in addition to other obligations, implies undergoing a course of drug treatment. In case of failure to fulfill these obligations, the court may decide to cancel the parole and oblige serving the remaining unserved part of the sentence. The possibility of the relief of drug addicted persons from criminal liability at the pretrial stage of the criminal process is stipulated in the draft of the new version of the Criminal Procedure Code. (MIA PK, 2014).

In accordance with the draft of Criminal Procedure Code, the prosecutor, taking into account public danger of the crime committed, and the data characterizing the suspect's personality, has the right to terminate the criminal prosecution for three to eighteen months under condition. Such decision is allowed if the person is suspected of committing a minor or moderate offense, has never been convicted for an intentional crime, and agrees to the termination of the criminal prosecution under condition. Also, a prosecutor has the right to impose obligation on a drug addicted person to undergo a course of treatment for drug or other addictions.

The decision on the termination of criminal prosecution under condition enters into force after the expiration of the term established at the adoption of this decision and the execution of the assigned obligations. The entry into force of this decision means the termination of the pretrial investigation.

The consequences of the failure to fulfill the obligations are regulated by the article of the Criminal Procedure Code, according to which the pretrial proceedings in respect of a suspect can be resumed if they commit a deliberate criminal offense, new circumstances appear in the case, and the person does not fulfill their obligations, including not taking the drug treatment course.

It should be noted that in the cases when the decision came into force and the pretrial investigation was not resumed on the grounds indicated, the act does not constitute a repetition of criminal offences.

9.5. ASSISTANCE TO PWUD IN PRISONS

Depending on the severity of the crime, people with drug addiction, serve their sentence in the correctional facilities of the general, strict and special regimes. The largest number of people convicted for committing drug-related crimes are serving their sentences in high security facilities.

There are no special correctional drug treatment facilities for PWUD. Compulsory treatment of the convicted patients with dependence on psychoactive substances is carried out by a medical unit of a correctional institution based on the court decision. Treatment of the drug addicted persons is carried out by a psychiatrist-narcologist, and if not available, by a general physician, general practitioner or the head of the medical unit. The treatment is mainly outpatient, and only in one institution of the Penitentiary System in the East-Kazakhstan oblast there are drug treatment beds for compulsory inpatient drug treatment.

Upon admission to the facility, the convicted persons assigned to compulsory treatment for drug addiction must be examined within three days by a psychiatrist-narcologist who, in the very first conversation should get the patient acquainted with the main rules of the organization and the aspects of the compulsory treatment in this institution.

These convicted persons are subjected to dispensary registration; they receive a card of dispensary observation for a narcological patient and a medical card of an outpatient narcological patient. The treatment must be uninterrupted throughout the entire period. After completion of the course of active treatment, maintenance treatment is prescribed.

The convicted persons who conceded to a so-called "relapse" of treatment are assigned to the anti-relapse therapy. "Relapse" means the use of narcotic and other substances by the convicted persons who are under compulsory treatment.

The transfer of the convicted persons who did not complete a course of compulsory treatment from one institution to another can be carried out only in cases of extreme necessity. In this case, a detailed epicrisis should be made on the condition of the patient and on the provided treatment.

Termination of the compulsory treatment is performed by the court upon the recommendations of the administration of the institution. If the patient did not have a relapse and did not interrupt the course of treatment, a medical board prepares materials for deciding whether to terminate compulsory treatment. A conclusion of the medical board is the ground for making decision on the termination of compulsory treatment.

In all cases of the release of the convicted person who underwent compulsory drug treatment from serving their sentence, a medical unit should submit an extract from their medical files that they received drug treatment, to the healthcare institutions at the place of their residence one month prior to their release.

In the cases when treatment was not completed by the time of the convicted person's release, the medical board should make a reasoned conclusion on the need for its continuation. Based on this conclusion, the administration of the institution may apply to the court with a submission of prolongation of the term of compulsory treatment in a medical institution with a special and labor regime.

If chronic drug addiction is found in a convicted person, who is not subject to compulsory treatment, they are advised to undergo a course of treatment on a voluntary basis.

In the event of a refusal to undergo a voluntary treatment, a medical board consisting of the head of the medical unit of the facility, a psychiatrist (narcologist) and a therapist is making an opinion, on the basis of which the administration of the institution petitions to the court for the application of compulsory medical measures.

In the treatment of drug addicted persons in the correctional institutions, the methods of rational psychotherapy, the vitamin therapy, and the therapy aimed at preventing of mental disorders are used. At the same time, psychological rehabilitation is in place. Provision of psychotherapeutic and psychocorrectional services by psychologists are included in the therapy on the outpatient treatment stage. Additionally, sanitary-educational work on the prevention of drug addiction is carried out among the convicted persons (round tables, talks, distribution of information materials).

In 2002, non-medicated psychotherapeutic Minnesota model for treatment of the drug addicted persons started in the correctional facility OV-156/15 of the Penitentiary department in the East-Kazakhstan region. The main purposes of the treatment of patients in the program are to get them acquainted with the disease and establish conditions for the process of their treatment, develop a constructive way of expressing their emotions, train in the communication skills, and also form a positive self-esteem. At the beginning, the therapy has a directive character until the patients change their thinking patterns.

Together with non-governmental organizations and the European Union, at the end of 2009, two rehabilitation centers "Zhanomir" were opened in Kazakhstan in the cities of Astana and Pavlodar, and the work of another Center resumed its work in Semey. The centers are intended for treatment of the drug addicted persons using the «12 steps Atlantis» psychotherapeutic method which does not use drugs, and was developed in Poland on the basis of the Minnesota model (MJRK, 2010).

Awareness and educational programs along with a wide use of training of the convicted by the convicted who undergo training in the medical units are implemented in the facilities of the penitentiary service with regard to harm reduction. In addition, disinfectants and condoms are distributed, and diagnostics and treatment of sexually transmitted diseases are provided.

In 2017, 710,119 condoms (in 2016–588,857), and 110,439 copies of the information and educational materials (2016–16,008) were purchased and handed over to prisons. As part of the wide campaigning and planned educational work in prisons, in 2017, 11,967 events were held (in 2016 - 9,509) among the special contingent, 36,127 people were covered.

10. DRUG MARKETS

10.1. INTRODUCTION

Kazakhstan is one of the countries through which the so-called “Northern route” of the Afghan heroin is passing. Accordingly, the international criminal groups operating in Afghanistan continue to attempt using the country’s territory as a transit corridor for the supply of heroin to Russia and Europe.

The market of strong drugs is almost entirely replenished through their import from the countries of the near and far abroad. The main external source is Afghanistan. At the end of 2016, the total area under cultivation of the opium poppy in Afghanistan increased by 10% to the estimated value of 201,000 hectares (from 183,000 hectares in 2015). A potential volume of the opium production has increased from 3,300 to 4,800 tons, which is explained by an increase in the crops, which, unlike in 2015, was not affected by the lack of moisture or diseases. At the same time, the main drug production centers are concentrated in the southern provinces (up to 95%), after their shift from the northern regions of Afghanistan in recent years. Thus, at the end of 2016, the southern province of Helmand again became the leader in the illicit cultivation of the opium poppy.

According to the data of international experts, in recent years there has been a reduction of the heroin trafficking in the key countries through which the Northern route is passing. In the 2016 Report of the International Narcotics Control Board, the “Balkan route” has been identified as the main channel for trafficking in heroin, through which the Afghan opiates are delivered to the Western and Central Europe via Iran, Turkey and the South-Eastern Europe (International Narcotics Control Board, 2018).

At the same time, the so-called “Southern route” is becoming more important. It is passing via Pakistan, or the Islamic Republic of Iran, by sea to the Gulf countries, Africa, South Asia, and to a lesser extent to the South-East Asia, Oceania, and North America. Similar trends were highlighted in the 2016 UNODC World Drug Report, and attention is focused at the emergence of the second Balkan route, which includes Iraq and the Syrian Arab Republic, along with the countries through which the Balkan route traditionally passes.

Furthermore, transit of drugs through the “Northern route” has significantly decreased, and according to the estimates, its volume today is about 30-33 tons. This trend is confirmed by a general tendency of the decrease in the amount of seized opiates in Central Asia. In the period from 2010 to 2016, in the Central Asian region, the heroin seizures decreased by 69% (from 2.6 tons to 803 kg). However, the analysis of the illegal domestic drug market in Kazakhstan shows a significant increase in both the wholesale and retail prices for heroin more than 6 times in the last 5 years (International Narcotics Control Board, 2018).

In recent years, in the Republic of Kazakhstan there has been a spread of synthetic drugs that are solely of foreign origin, coming mostly from the Southeast Asia: China, Myanmar, Thailand, Laos, as well as Russia, the Netherlands, Germany, Poland, the Baltic States.

The main share of the seized drugs falls on the cannabinoids, which is explained by a large area of the wild cannabis in the country. In the last three years, the drug market has become more diverse. In 2017, 32 names of various substances were seized. The main volume of other seized substances includes dimethyl-tryptamine, MDMA, methamphetamine (Pervitin), pirolone and cocaine.

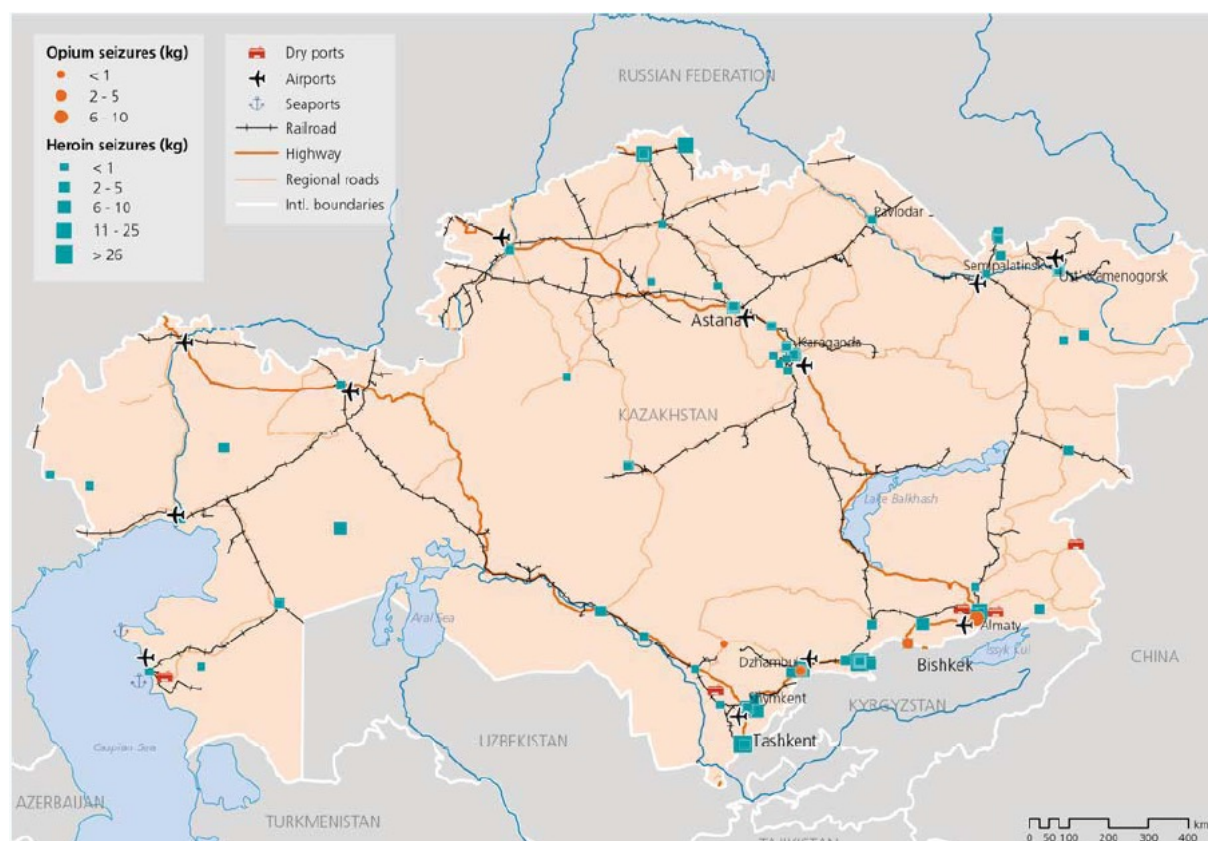
Analysis of the illegal drug market shows a significant increase in both the wholesale and retail prices for heroin several-fold in the last ten years, while the prices for marijuana remain about the same. In the period from 2015 to 2017, the prices for heroin have also stabilized, and remain high.

10.2. DRUG SUPPLY AND AVAILABILITY

Due to its geographical location, Kazakhstan remains an important transit corridor for drug traffickers to smuggle drugs to Russia and Europe.

Drug dealers use almost all types of transport to deliver drugs. Drug trafficking mainly passes through roads, although the number of seizures on the regional railways has also increased, indicating that drug dealers are diversifying their methods of work. (Map 7).

MAP 7: TRANSPORT NETWORK OF RK AND THE SIZE OF SEIZURES OF OPIUM AND HEROIN (UNODC)



The methods used for hiding drugs remain traditional - among the goods, in personal belongings, as well as in the empty spaces in the cars and trains, in the specially equipped hiding places for these purposes.

The deliveries of fruits and vegetables to Russia remain one of the most sustainable means for hiding drugs. This is the main product imported to Russia, but Kazakhstan is not the main exporter, which means that most of this product comes from other Central Asian countries - and to a lesser extent - from China. Thus, there are ample opportunities for traffickers to mix drugs in the trade flows and large cargo transportation going to Russia through Kazakhstan. The main route from Kyrgyzstan starts in Bishkek, then goes up to the border crossing point in Kordai (Kazakhstan), and then to Almaty, and then through Georgievka to Ayaguz and Ust-Kamenogorsk, and further to Russia. Another route for delivery of narcotic drugs also starts in Bishkek, the capital of the Kyrgyz Republic (KR), and goes through Almaty, then further to the cities of Saryshagan, Balkhash, Karaganda, Astana, Kokshetau and Petropavlovsk, then from there goes to Russia. The third route passes to the west of Bishkek to Taraz, then to the cities of Shymkent, Kyzylorda, Aktyube and Uralsk and then to the territory of Russia. The main starting point for drug dealers on the Uzbek-Kazakh border is the city of Shymkent, which is considered a strategic hub for drug trafficking (UNODC, 2012).

UNODC World Drug Report 2014 also noted a decrease in the heroin trafficking in the key countries through which the Northern route passes. In recent years, according to the estimates, there has been a sharp decrease in the transit of drugs by the Northern Route, and its volumes are estimated to be about 30-33 tons. This trend is confirmed by the data of the security services of Afghanistan, they seize no more than 8% of the total amount of drugs of the opium group within the country. In this regard, the so-called "Balkan (Southern) route", via Iran, Pakistan, Azerbaijan, Georgia and Armenia, has become important, providing direct access to the European countries and to Russia (UNODC, 2015).

Azatbek T.A., professor of the Eurasian National University named after L.N. Gumilev, in his monograph analyzed the drug business as a type of illegal activity and assessed its contribution to the GDP of Kazakhstan. According to the research, a share of the drug business in the total volume of the illegal activities of Kazakhstan was 40.8%. The gross value added (GVA) of the drug business in the country's GDP for the period from 2008 till present is decreasing and amounted to 199,306.5 million KZT (about 470 million euros) in 2015. In terms of regions, the maximum proportion of GVA from the heroin trafficking is observed in the Atyrau, Mangistau, South-Kazakhstan oblasts and in the city of Almaty, which is related to the largest number of people dependent on heroin in these regions and with the prices for heroin (Azatbek, 2017).

Besides trafficking in the Afghan heroin, there is another, equally significant problem - the availability of its own raw material base of marijuana in the Chuy valley. Every year, in the region, within the framework of the Koknar operation, large-scale special operations are carried out with involvement of the maximal forces and facilities, including employees of the MIA special purpose units, modern equipment, including off-roader vehicles and helicopters.

As a new trend, there were the intensive attempts of drug producers to launch production of the strong drug-containing plants in the southern regions of the country. In the last two years, in the Kyzylorda oblast and its adjacent regions, the organized criminal groups' attempts of cultivation of the highly concentrated "Indian cannabis" are tracked and prevented on a permanent basis. In the Kyzylorda oblast, it is nurtured by the favorable soil and climate conditions, almost identical to the conditions of the Chui valley. Thus in 2015, 154 plantations of the cultivated hemp were found on the area of 18 hectares, with a total weight of over 161 tons. In a form of the product ready to use, the weight of this marijuana is 32 tons.

Criminal case files confirm professional organisation of these processes, the use of modern technologies for growing these plants, such as drip irrigation, which confirms the involvement of specialists of the agriculture in advising criminal groups.

With the purpose of solving these issues, the planned activities are being implemented jointly with the Ministry of Agriculture to conduct joint operational and preventive measures to counter the cultivation of narcotic plants. So as to increase the effectiveness of the planned activities, the Delta-Syrdariya subdivision was created in the Department of Internal Affairs of the Kyzylorda oblast, at the expense of the internal resources, the main tasks of which are to find out the crops of narcotic plants, immediately respond to the incoming signals of such facts, and coordinate this work with all involved services.

Another major factor negatively affecting the drug situation in the country is the spread of synthetic drugs. They are exclusively of foreign origin and in most cases come from the Southeast Asia, as well as Russia and Europe.

The fast spread of these drugs is largely caused by the aggressive advertising practices conducted by the online stores and websites, which often hide a real composition of the products offered.

In 2015, as a preventive measure, the Criminal Law introduced liability for trafficking in the analogues of narcotic drugs and psychotropic substances. In addition, the sources of their entry into the country and further distribution are minimized due to the blocking of the Internet resources that have the illegal content.

In 2017, law enforcement agencies revealed 430 sites involved in the illicit drug trafficking (267 sites were blocked; 163 were in progress), 140 of which were registered in RK, 290 in other countries (Holland, China, USA, Russia).

Taking into account the dynamics of the replenishment of the drug market with new types of synthetic drugs, an active study of the issues of improving the legislative measures to counter their trafficking is now underway. A respective draft law has been developed, the purpose of which is to establish effective state control over new psychoactive substances through the approval of their lists at the substatutory level.

10.3. SEIZURES

40,636 kg of drugs were seized from illicit trafficking in 2017, of which 91% by the internal affairs bodies. The biggest amount of the seized drugs falls on the cannabinoids due to the large area of the wild cannabis existing in the country (Table 23). In recent years, the amount of heroin seized from trafficking has significantly decreased.

TABLE 23: STRUCTURE OF DRUGS SEIZED IN 2012-2017 (CLSSR)

Name of drug	Total weight (in kg)					
	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Cannabis plants	28,075	27,100	25,938	35,128	35,557	39,563
Other Cannabis	227.7	209.2	257.7	311.4	432.5	792.6
Heroin	306.7	753.9	392.3	464.4	196.6	146.9
Opium	189.2	3.1	49	8.9	98.1	117.6
Poppy straw	30.3	2.5	8	18.7	399.5	2.5
Other	0.5	1.4	0.1	8.9	5.6	12.8

In 2017, 32 names of various substances were seized (in 2014 - 21, in 2015 - 30, in 2016 - 25); and the weight of the other substances seized (except opioids, cannabis) in the reporting year amounted to almost 13 kilograms, until 2015 year the seizures of these substances did not exceed 2 kilograms. Among other main substances seized were dimethyltryptamine, MDMA, methamphetamine (Pervitin), pirolone and cocaine.

10.4. PRICE AND PURITY OF DRUGS

No relevant data on the prices for various narcotic substances is available, and the currently existing information is presented below.

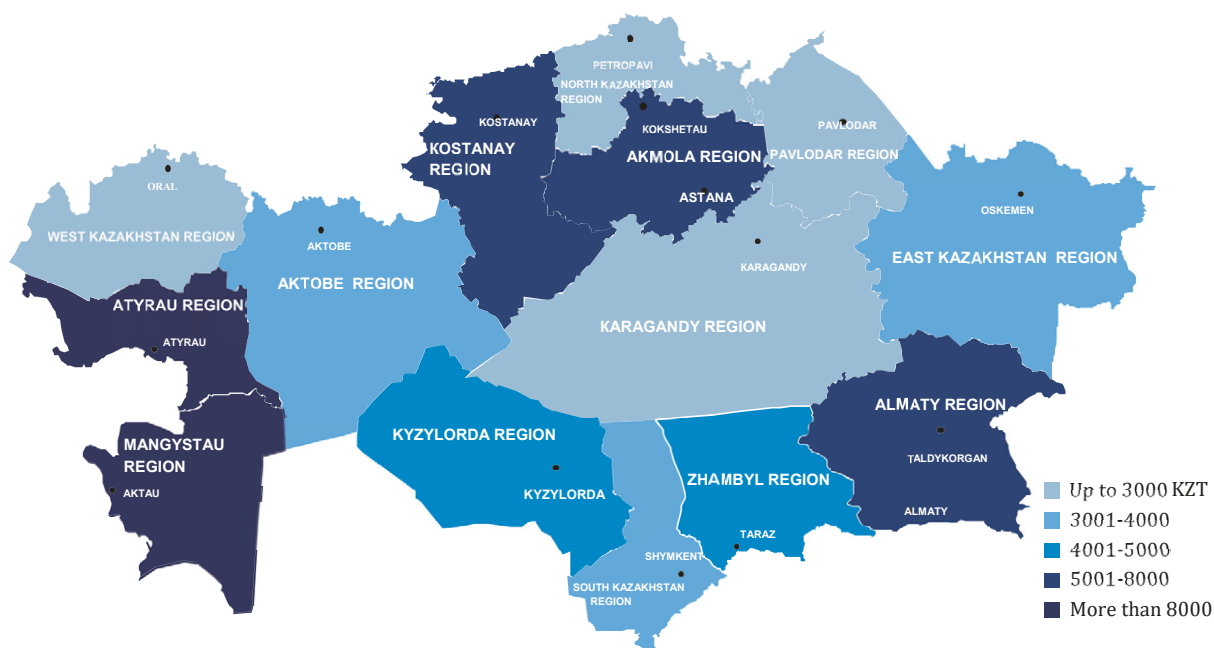
According to the information provided based on the latest update of the Counter Narcotics Department of MIA RK, both the wholesale and retail prices for all types of drugs increased significantly during 2005-2010.

In 2011 - 2012, the retail price for heroin ranged from 3,000 to 35,000 KZT per gram (Table 24). The price for marijuana remains stable for a long time.

TABLE 24: WHOLESALE (PER 1 KG) AND RETAIL (PER 1 GR) PRICES FOR NARCOTIC SUBSTANCES IN RK IN 2012 (MIA RK)

	Heroin		Marijuana		Hashish		Opium	
	wholesale	retail	wholesale	retail	wholesale	retail	wholesale	retail
Average	3343750	7375	107937.5	365	434333.3	1102	428333.3	1678.571
Median	2275000	4500	60000	350	300000	1000	110000	1500
Trend	1500000	4000	150000	500	300000	1000	70000	2000
Min	1350000	3000	17000	50	45000	480	60000	550
Max	14000000	35000	400000	850	1500000	3000	2000000	4000
In Euro								
Average	16802.76	37.06	542.40	1.83	2182.58	5.54	2152.43	8.44
Median	11432.16	22.61	301.51	1.76	1507.54	5.03	552.76	7.54
Trend	7537.69	20.10	753.77	2.51	1507.54	5.03	351.76	10.05
Min	6783.92	15.08	85.43	0.25	226.13	2.41	301.51	2.76
Max	70351.76	175.88	2010.05	4.27	7537.69	15.08	10050.25	20.10

The highest prices for drugs are in the Atyrau and Mangistau oblasts (Map 8). An operative analysis of the illicit drug market shows a significant increase in both wholesale and retail prices for heroin more than 6 times in the last 7 years. For example, in the southern regions, the price for 1 kg ranges from \$18,000 to 20,000, whereas in 2007-2008 it did not exceed \$3,000. In 2017, the average wholesale price per kilogram of heroin was \$20,000, and the retail price per one gram was \$ 30. Prices for marijuana have remained at about the same level in the last few years, in 2017 one kilogram of marijuana was \$475, the retail price for one gram of cannabis was \$2.

MAP 8: RETAIL PRICES FOR 1 GRAM OF HEROIN IN THE REGIONS OF RK, 2012 (MIA RK)

At the moment there is no reliable data on the purity of drugs, the latest available data refer to 2010. Thus, according to the results of the examinations conducted by the National Laboratory on the problems of legal and scientific provision of state control over trafficking in narcotic substances, psychotropic substances and precursors, in 2010 it was revealed that the content of tetrahydrocannabinol in the seized marijuana varies from 0.02% to 4.23% (on average 1.59%), in hashish from 0.51% to 6.73% (on average 3.31%). The purity of heroin varies from 1.04% to 39.9% (an average 14.3%). Caffeine and dextromethorphan, and, less frequently phenobarbital and chloroquine are used as filling components in the synthesis of heroin. When preparing for sale, the diphenhydramine, citramon, analgin, aspirin, paracetamol, acetylsalicylic acid are being added; in some cases, chloramphenicol, streptocid, sugar, soda and citric acid are used.

The proportion of pure cocaine in the samples seized ranged from 3.9% to 89.3%. Such substances as levamisole, acetylsalicylic acid and sodium bicarbonate were used as filling agents in the cocaine seized.

The derivatives of amphetamine and methamphetamine (MDMA, amphetamine, methamphetamine) prevail among the illegally produced psychotropic substances; with the purity ranging from 12% to 65%.

11. NEW PSYCHOACTIVE SUBSTANCES IN THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN

The materials of this section are presented mainly from the thesis study by M.V. Prilutskaya on the issue of synthetic drugs in the Republic of Kazakhstan. The study was conducted in the period from 2015 to 2017.

11.1. DEFINITION OF NEW PSYCHOACTIVE SUBSTANCES IN RK

New psychoactive substances (NPS) is one of the fastest growing drug challenges of the current decade.

According to the UNODC definition of, NPS are psychoactive substances either in a pure (non-processed) form, or their derivatives that are not controlled under UN Conventions on Narcotic Drugs of 1961, or Convention on Psychotropic Substances of 1971, and pose a public health threat. In this context, the term "new" refers not to the fact of invention of a new substance, but to the time when the substance become available in the public access (UNODC, 2013).

In the Republic of Kazakhstan, the international term "new psychoactive substances (NPS)" was used relatively rare, mainly as a collective term used by medical specialists. The term "the analogues of psychoactive substances" was accepted in the official sources. It was first used in 2014 in the amendments to the Law of the Republic of Kazakhstan No. 279-І, dated July 10, 1998 "On narcotic drugs, psychotropic substances, their analogues and precursors and on measures to counter their illicit trafficking and abuse." Thus, according to Article 1, "the analogues of narcotic drugs and psychotropic substances are substances of the synthetic or natural origin, having the chemical structure and properties, which are similar in their structure and properties to the substances listed in Tables I, II, III, causing a stimulating, depressive or hallucinogenic state, dangerous for public health when abused, and are not approved as narcotic drugs or psychotropic substances by this Law and the UN international conventions". Often, the terms "designer drugs", "synthetic drugs" are used as synonyms, which are to some extent comparable with the official international term by semantics, mostly emphasizing the fact that the chemical formulas of substances are synthesized intentionally to avoid legal control.

Consumers of NPS use such "street" slang names as "spice", "synthetics", "salts", "speeds", "crystals", "legalka", "smoking mixtures" derived from the designation of the look or trade names of the products containing these psychoactive substances.

11.2. LEGAL REGULATION OF NEW PSYCHACTIVE SUBSTANCES

The first references to NPS in Kazakhstan were in 2009, when sporadic reports began to appear in the mass media about the "designer drugs and smoking mixtures" that became available to the population of the Republic of Kazakhstan (M. Imaeva, 2009). In response, in 2010, for the first time ever, the Ministry of Health of RK conducted an assessment of the public health risks associated with the consumption of a number of smoking mixtures (mixes) containing the analogues of tetrahydrocannabinol; and also a list of measures for halting the sale of these products was approved.

In 2011, 27 names of NPS of the subgroup of synthetic cannabinoids, were equated to drugs and banned from trafficking in the territory of the republic. Kazakhstan was the first country in Central Asia that introduced the elements of legal control over NPS, which, according to the international classification (UNODC, EMCDDA) is commonly attributed to the system of the extension of the list-based registration within the traditional anti-drug legislation.

In the consequent few years, both in the world and in the post-Soviet area, there was a rapid growth of the number of the new formulas of psychoactive substances and their active penetration into the illegal markets through Internet. These factors dictated the need to improve the national system of countering the trafficking in NPS in the RK. In 2014, the amendments were made to the Law «On Narcotic Drugs, Psychotropic Substances», which established transition from the list-based registration of NPS to the analogue system. The purpose of this legal approach was to create a proactive mechanism of controlling a constantly changing situation in the illegal market of the "designer" psychoactive substances. From now on, NPS are considered derivatives of the "traditional" narcotic or psychotropic substances. The main criteria that prove

the relatedness between the analogue and the narcotic and psychotropic substances from the list, are the following: 1) a common basic chemical structure, and 2) comparability of their psychoactive and toxic effects. And, the quantitative gradation of the analogue is equal to the corresponding gradation of the "traditional" substance, previously specified in the Law "On Narcotic Drugs, Psychotropic Substances", pursuant to the UN Conventions.

The respective amendments were introduced in the Criminal Code of RK, stipulating legal responsibility for the spread of analogues. However, a practical experience of the next three years demonstrated that the current legislation does not effectively ensure control over analogues in Kazakhstan. This was caused by a number of reasons.

Firstly, the main factor is the complexity of the chemical formulas of NPS, which frequently do not have a structural similarity with respect to the "basic" formulas of the traditional psychoactive substances controlled in the territory of the republic. For example, according to the data of the Ministry of Internal Affairs, in January 2015, a substance containing AV-PINACA-CHM synthetic cannabinoid not included in the approved lists of narcotic drugs and psychotropic substances was seized in the West-Kazakhstan region.

Secondly, in order to prove the analogy, a mandatory criterion is the proof of the psychoactive potential of the substance and its danger to public health. Also, at the sub-legal level, the procedure for conducting this part of the examination was not defined, and the authorities responsible for this were not appointed. For example, in the Russian Federation, a toxicological spectrum of NPS is determined within a comprehensive examination with a mandatory toxicological analysis (<https://ceur.ru>); in USA, the examination includes three stages: determining the toxicological and pharmacodynamic parameters in vivo and in vitro, as well as description of the clinical profile of the substance (Harry J. Matz, 2015).

Thirdly, the absence of a mechanism for the fast updating of the lists of controlled drugs and psychotropic substances makes the law enforcement practice related the analogues much more difficult. For example, in the countries with the analogue and list-based NPS control systems, the new lists are approved at the sub-legal level (by a Government Decree or Orders of the departmental Ministries), while in RK this procedure is authorized solely by law.

Taking these challenges into account, recently, the Government has submitted draft amendments to the Law "On Narcotic Drugs, Psychotropic Substances", which provides for the introduction of a mechanism for a prompt updating of the lists of the controlled substances at the level of the government decrees. Besides, it was proposed changing a definition of the analogues, and submitting it in the new version: "the analogues of narcotic drugs, psychotropic substances are the chemicals not included in the List of controlled narcotic drugs, psychotropic substances and precursors in the Republic of Kazakhstan, the structural formulas of which are created by replacing one or several hydrogen atoms, halogens and (or) hydroxyl groups in the structural formulas of narcotic drugs, psychotropic substances to their substitutes.»

Thus, given the limited scientific research resources of Kazakhstan for determining the pharmaco-toxicological properties of NPS, it is proposed excluding the requirement to confirm their psychoactive effect. A chemical formula of the substance with the identified additional chemical groups, which, according to the "constructor" principle are intentionally built in the basic formulas by illegal chemical laboratories should become a priority for experts. Updating of the controlled list with 88 names of NPS referred to a subgroup of kanabimimetics, phenethylamines, and other will also be an important positive change. It is also proposed establishing a separate weight gradation for referring NPS to the small, large and very large size, taking into account the accumulated world data on their special toxic potential. Conducting an assessment according to the international classification, with adoption of the amendments, Kazakhstan will change over to the generic system of control over NSP.

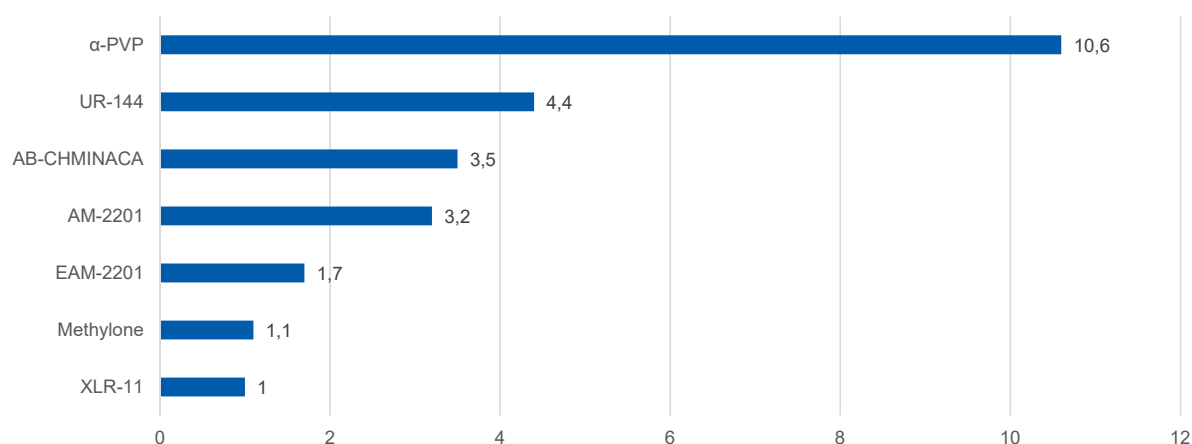
With the introduction of a new legal mechanism, a number of challenges remaining "beyond the brackets" of the analogue or generic systems do not lose their relevance. In fact, these forms of the NPS registration are a buildup in the framework of the traditional anti-drug legislation. Meanwhile, NPS is a new phenomenon that requires a whole range of the anti-drug measures, which include: continuous monitoring of NPS, assessment of their risks to society and health, as well as differentiated legal regulation depending on the degree of the harm of a certain NPS (EMCDDA). There is still a need for regulation at the level of by-laws, aimed both at combating NPS supply and reducing demand for them.

11.3. ILLICIT TRAFFICKING IN NEW PSYCHOACTIVE SUBSTANCES IN RK

Currently, there is no official monitoring system of NPS in the Republic of Kazakhstan that would allow receiving reliable data on the spread of these substances in the illicit trafficking. The official reports of the responsible agencies on the illicit trafficking in NPS are sporadic and non-systemic. For example, most of the available publications are in a form of short press releases or interviews in the media, where the episodes of seizures of certain substances are presented as a depiction of the anti-drug work. Given this, in this sub-paragraph of the chapter, a number of the published republican data were used to analyze the situation in the country, the accuracy of which cannot be objectively confirmed by the authors of this report. The data compiled within a cooperation of Kazakhstan with the international anti-drug organizations (in particular, with UNODC) are of great value for the analysis.

According to the regional report on Central Asia, published under the SMART Global Program, in the period from 2013 to 2016, Kazakhstan had the largest number of NPS seized in Central Asia. At the same time, an increase in the number of new formulas is exponential. While 1 substance was reported to UNODC in 2013, in 2015 - 21 substances, in 2016 - 38 substances. The largest proportion of NPS in the local illegal markets belongs to the subgroups of synthetic cathinones (43%), synthetic cannabinoids (38%), and also phenethylamines (10%), which is consistent with global trends. In the period from 2013 to 2016, synthetic cannabinoids were most commonly seized from illicit trafficking, ranging from 1 to 3 kg (XLR-11, EAM-2201, AM-2201, AB-CHMINACA, UR-144), however cathinone alpha-PVP - 10.6 kg (Diagram 14) (UNODC, 2017).

DIAGRAM 14: SEIZURES OF LARGE VOLUMES OF NPS (≥ 1 KG) IN RK, 2014-2015 (UNODC, RESPONSES TO THE NPS QUESTIONNAIRE)



According to MIA, in 2015, 11 grams of synthetic cannabinoid AB-PINACA-CHM were seized in the West-Kazakhstan region, 7 grams of α-pyrrolidinovalerofenone in the city of Almaty, over 200 grams of synthetic drugs in Pavlodar. According to the Committee on Legal Statistics and Special Records of the General Prosecutor's Office of the Republic of Kazakhstan, in the same year, three psychoactive substances not included in the list of controlled narcotic and psychotropic substances were seized (CLSSR GPO RK, 2016). According to CARICC, in the first quarter of 2016, there were no seizures of synthetic drugs in Kazakhstan (M. Marizov, 2016).

Information provided by the media is extremely blurred and does not provide the names of the seized NPS. The media reports about rather big amounts of seizures, which do not correspond to the information of the international official sources; and no names of the substances are reported. Thus, according to the information posted on the website of the UN News Center in 2012, a consignment of synthetic drugs weighing 200 kilograms was confiscated in Kazakhstan (UN News Center, 2014).

According to the portal total.kz in 2011, a parcel from Portugal with 154 sachets of "synthetics" was seized; in 2012, a parcel from China with the analogues of the tetrahydrocannabinol was seized (IA Total Kazakhstan, 2013).

According to the Regnum news agency, quoting the chairman of the Anti-Drug Committee of MIA, in 2013 more than 15 kilograms of JWH were seized in the city of Almaty, and in 2014 - 6 kilograms (IA REGNUM, 2014).

According to the portal today.kz referring to the Counter Narcotics Department of MIA RK in May 2015, in the city of Almaty, 30 kg of the seized synthetic psychotropic substances from illegal trafficking were destroyed (IP Today.kz).

Thus, even according to the fragmentary data given above, it is possible to make a conclusion about NPS in terms of their impact on the illegal drug markets of the country. Non-availability of the official statistics on the amount of seizures and crimes related to NPS trafficking is explained by the lack of the clear monitoring algorithms for this group of psychoactive substances. Legal statistics do not provide a mechanism for singling out the analogues into a separate group for registration and control, which leads to the "dissolution" of the specific data on NPS in the overall indicators describing the drug situation in the country.

11.4. NEW PSYCHOACTIVE SUBSTANCES MARKET IN RK

The emergence of NPS in RK is caused by a number of reasons, among which is the offering of the «synthetic drugs» with the help of the aggressive marketing technologies: an active promotion in public places, misinformation about the «legality» of the products, the use of the online space, a walking distance to the products (P. Shimanskaya, 2010).

The existence of the NPS market in the republic is conditionally divided into two periods: before and after the introduction of legal control. So, until 2010-2011, NPS were imported in the country under the guise of smoking mixtures that contained aromatic additives and were additionally saturated with solutions of the "designer" psychoactive substances. At the same time, the merchants actively lobbied for the "legality" of their product and the absence of side effects. The advertising and the places of consumption of NPS were not limited to separate spaces, accessible only to a narrow category of the population. These were the common marketplaces, vape shops, hookah bars.

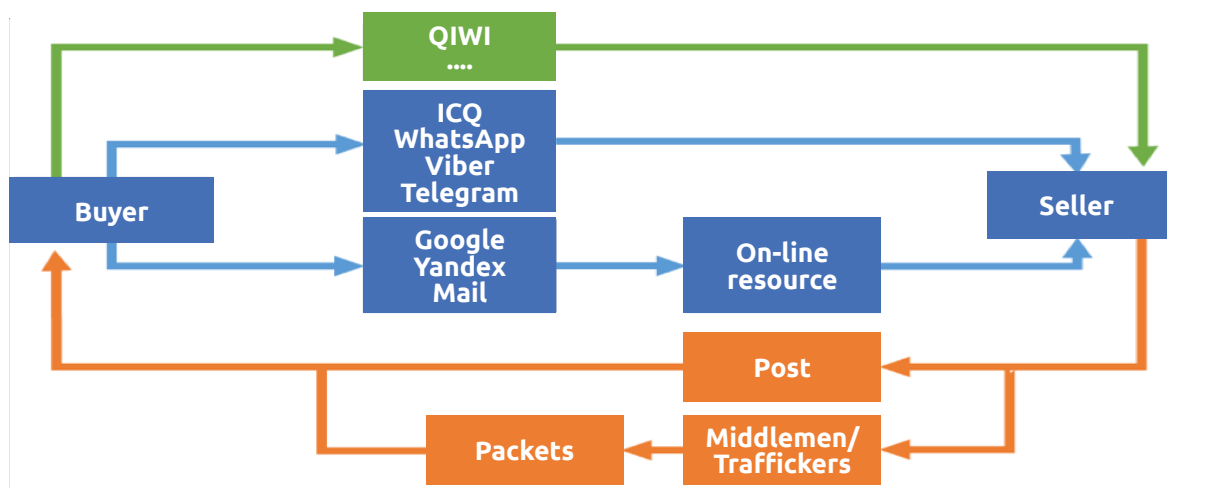
The main methods of distribution of synthetic products are concentrated online. The sale is carried out through online stores, and private announcements posted on the forums and in the social media. The ownership of these resources does not always relate to the domestic domains, and can be based on the international commercial sites, such as: biz, com, net, xyz. This in many ways makes it difficult to identify a network of the illegal suppliers. In April 2017, a one-time review of the Russian-language sites offering the "designer" drugs, revealed that 19 of 160 online stores provide a postal and courier delivery to the Republic of Kazakhstan (M. Prilutskaya et al., 2017).

According to MIA RK, in 2015, 45 sites were blocked in the first half of 2017, 133 sites were identified, 6 of them in the territory of RK, 105 sites were blocked. In 2017, law enforcement agencies detected 430 sites involved in drug trafficking (267 were blocked; 163 are in progress), 140 were registered in RK, 290 in other states (Holland, China, USA, Russia).

It should be noted that the government's activities in monitoring the Internet resources, is accompanied by the "flow-out" of some trading platforms into the dark zone of Internet. For example, one of the most well-known trading platforms among consumers, llegalrc.biz offering products in 12 cities of Kazakhstan, contains a detailed description of how to anonymously access the orders through a TOR browser and other special anonymizer programs.

Another way to avoid control is to sell NPS through social networks with special encryption and closed codes. The seller's address can be obtained from the ads on the street, in the social networks, via the links on the forums or through a personal recommendation of the so-called "regular reliable" clients. All details of the deal are negotiated during e-communication, the payment is made mainly through electronic payment systems. A delivery of the goods through a courier (so-called «zakladchik») also eliminates a personal contact between the seller and the buyer. A client picks up a packet from a certain place by himself in accordance with the coordinates received from the seller or zakladchik (Fig 11 1). A courier packet, hidden either in the overcrowded places (for example, on the staircases of the buildings' entrances, in the mailboxes, in the boxes of the electric meters), or in the relatively deserted areas (the parks, tree hollows, countryside), received a characteristic name «a stash» (Fig 1).

FIGURE 1: DIAGRAM OF NPS PURCHASE



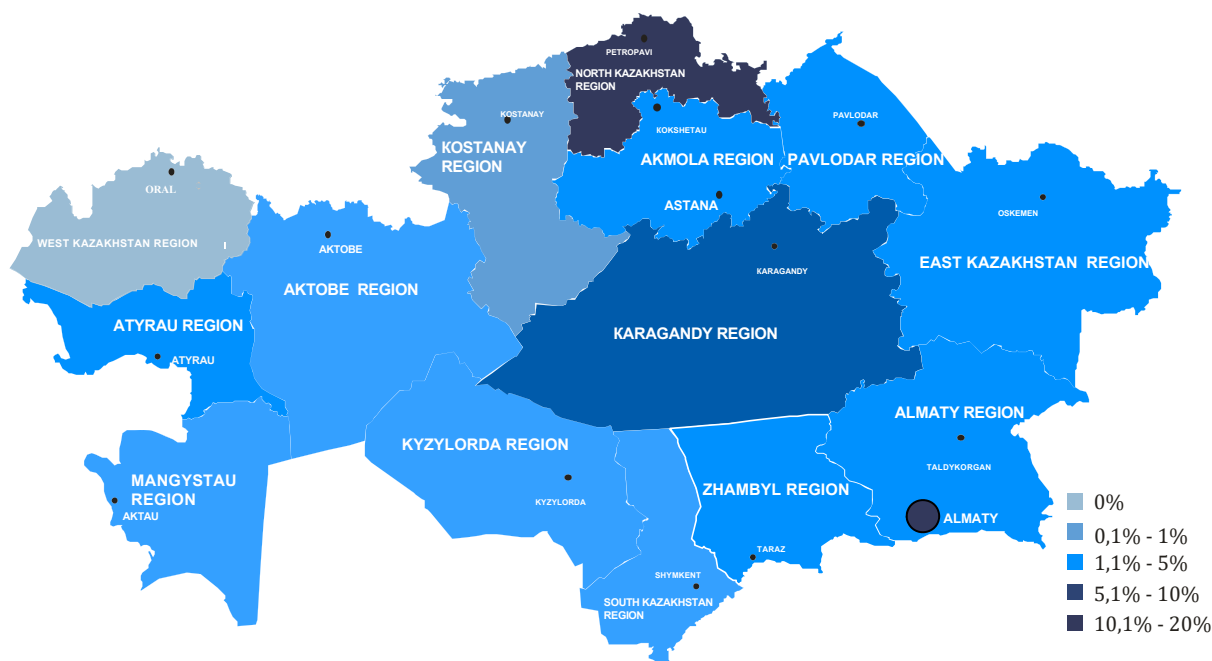
The NPS market is a dynamically developing branch of the illegal trading platforms, which have concentrated their activities online. After imposing control over the analogues of narcotic drugs, distribution of the products in the country is carried out by mail (mostly in large quantities) with a subsequent retail delivery via couriers. Analysis of the media reports on the availability of NPS in the cities of Kazakhstan indicates that «synthetic» drugs penetrated into the absolute majority of the regions. This data is of a preliminary reconnaissance search, the results of which validate the importance of conducting regular monitorings of the NPS markets and studying the characteristics of the spread of «synthetic» drugs at the national and regional levels.

11.5. DEMAND FOR NEW PSYCHOACTIVE SUBSTANCES IN RK

There are no standards for assessing the prevalence of NPS consumption in the Republic of Kazakhstan. According to the international recommendations (EMCDDA), the analysis in this direction should be carried out as part of the study on the substance consumption among the general population, as well as among vulnerable target groups (young people and teenagers, nightclub visitors, consumers of the traditional psychoactive substances).

If the assessment of NPS consumption among the population and adolescents can be carried out as part of the national study on the attitudes towards psychoactive substances, then a reliable assessment among the visitors of nightclubs should be accompanied by a rotating laboratory detection of NPS. In both cases, the main barrier to their implementation is the need in the resources (specialists) and material support (laboratory capacity).

MAP 9: PREVALENCE OF DISORDERS CAUSED BY NPS CONSUMPTION, AMONG PERSONS WHO RECEIVED INPATIENT NARCOLOGICAL TREATMENT IN RK, 2016

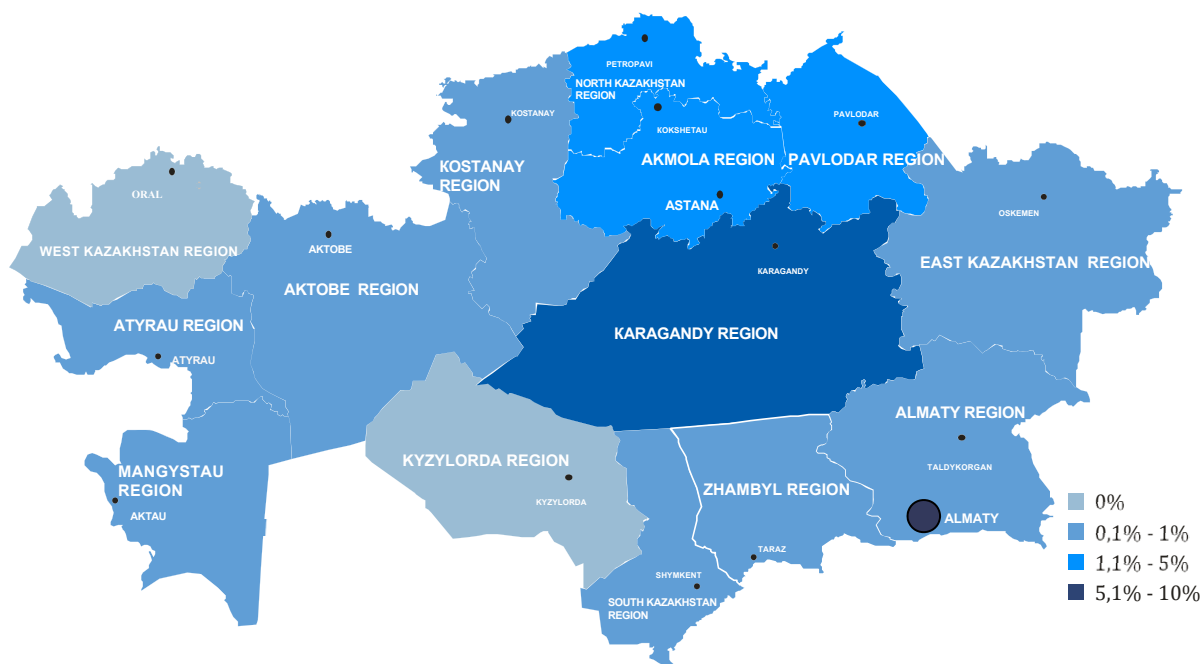


When studying the NPS prevalence among consumers of traditional psychoactive substances, two types of the problems arise. The first one is caused by the peculiarities of the population of the consumers of psychoactive substances, which is a fairly segregated social group. Any assessment in this direction will a priori be biased in nature, and with a high probability be subjected to systematic errors, both at the level of forming a group, and at the level of analysis of the results. Accordingly, the extrapolation of the conclusions can be constructed with an extreme caution. Another group of problems is related to the ambiguity of the term of the "NPS consumption case". For example, the collection of official statistical data on the prevalence of the NPS-related diseases has not been carried out yet, because there are no indicators for diagnosing and coding of such conditions. In practice, health professionals, making a narcological diagnosis according to the codes of the International Classification of Diseases of the 10th revision have to classify dependence on the synthetic cannabinoids as dependence on the plant cannabinoids (F12), and dependence on the synthetic cathinones as dependence on the stimulants (F15). Another important factor reducing the quality of a possible assessment in this direction is the lack of equipment in the chemical-toxicological laboratories of the local medical organizations. Meanwhile, the self-reports of persons using NPS and the screening immunochemical tests cannot guarantee a specific identification of the cases of NPS consumption.

In 2016, there was a pilot assessment of NPS prevalence use among the people who had received inpatient drug treatment in Kazakhstan. A nationwide level of the number of persons with dependence on NPS was relatively low - 3.23% (CI 95%: 1.07%; 6.27%), however, this indicator had an uneven distribution across the regions (the maximum was determined in the city of Almaty - 16, 3%) (Map 11 1).

A similar situation was observed in the indicator of "the use of NPS during life" among those who received inpatient drug treatment. This indicator in the republic on the average was 1.18% (0.31%; 2.42%), while in the city of Almaty this figure reached 8.92%, in NKO - 4.23% (Map 10) (Prilutskaya M., Ayaganova D., 2017). According to the results of the study, it was determined that 70% of people who have an experience of using cathinone, practiced an injecting method of NPS administration. The absolute majority of people with a problem use of NPS have a multiple substrate dependence. Furthermore, the predominantly synthetic cannabinoids were combined with the cannabis, opioids and alcohol, and the synthetic cathinones were combined with opioids, and the natural and synthetic cannabimimetics.

MAP 10: PREVALENCE OF DISORDERS CAUSED BY NPS CONSUMPTION AMONG PERSONS WHO RECEIVED INPATIENT NARCOLOGICAL TREATMENT IN RK, 2016



In 25% of the cases studied, a regular consumption of NPS was caused by the difficulty in getting traditional psychoactive substances in the illicit market. About 20% of respondents reported preferring synthetic cannabinoids to vegetable cannabis, and cathinones - to the opioids (Prilutskaya M., Molchanov S., 2017). A frequent complication of the NPS consumption was the development of psychotic episodes (among 39% of respondents). At the same time, the combined consumption of two or more NPS, for example, a simultaneous use of synthetic cannabinoids and cathinones, increased the risk of developing severe psychosis by 2.97 times (95% CI: 1.45; 6.09) compared to cathinones, and by 1.63 times (95% CI: 1.15; 2.31) compared to cannabinoids (Prilutskaya M., Ayaganova D., 2017).

There is no official information on the number of the intoxicating complications and the NPS mortality in the Republic of Kazakhstan, which is mainly explained by insufficient provision of the medical and forensic organizations with chemical-toxicological laboratories, and by the absence of the approved procedure for special registration of the relevant cases (for example, within early warning systems).

Thus, the absence of approved international standards for the epidemiological assessment of NPS consumption dictates the need to develop Kazakhstan's own national algorithms for collecting and analyzing data.

The specifics of the prevalence and variability of NPS have led to the transition of Kazakhstan to a system of the analogue control. The reports about the seizures of synthetic drugs and the blocking of online trading platforms indicate the first results in this direction. Further improvement of the legislation is aimed at introducing a system of the generic control over NPS. The results of the pilot exploratory analysis among the users of psychoactive substances demonstrate the need for a comprehensive assessment of the prevalence of the new drug challenges among the general population of RK and among young people. An important task is to develop a system of collecting and sharing epidemiological and legal information on NPS between all involved governmental and non-governmental organizations of the Republic of Kazakhstan.

12. LIST OF FULL REFERENCES FOR NORMATIVE DOCUMENTS

1. Constitution of the Republic of Kazakhstan of August 30, 1995.
2. Code of the Republic of Kazakhstan «On the health of people and the health care system» dated September 18, 2009.
3. Law of the Republic of Kazakhstan No. 279-I of July 10, 1998 "On Narcotic Substances, Psychotropic Substances, Their Analogues and Precursors and Countermeasures for Their Illicit Trafficking and Abuse".
4. Law of the Republic of Kazakhstan No. 91-3 of November 28, 2005 "On Ratification of the International Pact on Civil and Political Rights".
5. Law of the Republic of Kazakhstan No. 87-3 of November 21, 2005 "On Ratification of the International Pact on Economic, Social and Cultural Rights".
6. Law of the Republic of Kazakhstan No. 2184 of April 7, 1995 "On the compulsory treatment of patients with alcoholism, drug addiction and toxicomania".
7. Law of the Republic of Kazakhstan dated December 29, 2010 "On Amendments to Legislative Acts of the Republic of Kazakhstan on the issues of the establishment of the basis, procedure and conditions for keeping persons in institutions ensuring their temporary isolation from society".
8. Law of the Republic of Kazakhstan of January 18, 2011 No. 393-IV "On Amendments to Certain Legislative Acts of the Republic of Kazakhstan on the Further Humanization of the Criminal Law and Strengthening the Guarantees of Legality in the Criminal Procedure".
9. Decree of the President of the Republic of Kazakhstan of February 1, 2010 No. 922 "On the Strategic Development Plan of the Republic of Kazakhstan up to 2020".
10. IDensaulyk Healthcare Development State Program of the Republic of Kazakhstan for 2016-2020
11. President's address to the people of Kazakhstan of October 10, 1997 "Kazakhstan-2030. Prosperity, Security and Improvement of Well-being of All Kazakhstanis
12. Decree of the Government of the Republic of Kazakhstan dated June 4, 2003 No. 528 "On approval of the rules of direction for examination of the state of intoxication, and registration of its results".
13. Decree of the Government of the Republic of Kazakhstan No. 317 of April 24, 2006 "On approval of the Concept of reforming medical and pharmaceutical education of the Republic of Kazakhstan".
14. Government Decree of the Republic of Kazakhstan No. 1260 of December 15, 2006 "On Approval of the Healthy Lifestyle Program for 2008-2016".
15. Decree of the Government of the Republic of Kazakhstan No. 2015 of December 4, 2009 «On approval of the list of medical psychiatric contraindications for the implementation of certain types of professional activities, as well as work related to sources of increased danger»
16. Decree of the Government of the Republic of Kazakhstan No. 410 of January 29, 2011 "On approval of the Action Plan for the implementation of the «Salamatty Kazakhstan» state program on healthcare development in Kazakhstan for 2011-2015
17. Decree of the Government of the Republic of Kazakhstan No. 531, dated May 17, 2011 "On approval of the norms of nutrition and material provision to patients with alcoholism, drug addiction and toxicomania in a narcology organization of compulsory treatment."
18. Decree of the Government of the Republic of Kazakhstan No. 725 dated June 28, 2011 "On approval of the list of medical contraindications of patients with alcoholism, drug addiction and toxicomania, in which referral to drug treatment organizations for compulsory treatment is not applied".
19. Decree of the Government of the Republic of Kazakhstan No. 2018 of December 4, 2009 "On approval of the list of socially significant diseases and diseases that pose a danger to others".
20. Decree of the Government of the Republic of Kazakhstan No. 1693 of 10 November 2000 "On approval of the Rules for exercising state control over trafficking in 23 narcotic drugs, psychotropic substances, precursors in the RK"

21. Decree of the Government of the Republic of Kazakhstan No. 1462 of December 5, 2011 "On approval of the Rules for rendering medical and social assistance to citizens suffering from socially significant diseases."
22. Order of the Minister of Health of the Republic of Kazakhstan No. 446 dated June 11, 2003 "On approval of the Instruction on conducting a medical examination for identifying the fact of substance use and intoxication".
23. Order of the Minister of Health of the Republic of Kazakhstan No. 227 dated March 9, 2004 "On the organization of the activities of anonymous HIV testing and psychosocial counseling on HIV/AIDS"
24. Order of the Ministry of Health of the Republic of Kazakhstan No. 609 dated December 8, 2005 "On the implementation of maintenance therapy".
25. Order of the Minister of Health of the Republic of Kazakhstan No. 814 dated December 2, 2009 "On Approval of the Rules for Registration, Monitoring and Treatment of Persons Recognized as Patients with Alcoholism, Drug Addiction, and Toxicomania"
26. Order of the Minister of Health of the Republic of Kazakhstan dated March 12, 2010 No. 165 "On approval of the Instruction for Forensic examination procedures".
27. Order of the Acting Minister of Health of the Republic of Kazakhstan No. 629 dated August 11, 2010 "On Improving HIV Prevention Measures Among Injecting PWUD".
28. Order of the Minister of Health of the Republic of Kazakhstan No. 01 dated January 5, 2011 "On approval of the Regulation on the activities of the centers for temporary adaptation and detoxification".
29. Order of the Minister of Health of the Republic of Kazakhstan No. 02 of January 5, 2011 "On approval of the Regulation on narcological organizations (hospitals, dispensaries)".
30. Order of the Minister of Health of the Republic of Kazakhstan No. 383 dated June 10, 2011 "On approval of the Regulation on organization of a narcological compulsory treatment and the Internal Regulations in a narcological organization for compulsory treatment".
31. Order of the Minister of Health of the Republic of Kazakhstan No. 888 dated December 12, 2011 "On the establishment of a system for monitoring and evaluating the drug situation in the penitentiary system of the Republic of Kazakhstan".
32. Order of the Minister of Internal Affairs of the Republic of Kazakhstan No. 660 dated February 14, 2011 "On the establishment of a system for monitoring and evaluating a drug situation in the penitentiary system of the Republic of Kazakhstan".
33. Order of the Minister of Health of the Republic of Kazakhstan No. 691 dated October 4, 2012 "On expanding the availability of opioid substitution therapy in the Republic of Kazakhstan".

LIST OF TABLES

TABLE 1:	MARY TABLE OF THE MAIN INDICATORS ON THE DRUG SITUATION IN RK, 2016-2017	10
TABLE 2:	Table 1-1. GOVERNMENT EXPENSES FOR PROVISION OF SPECIALIZED DRUG TREATMENT, 2017 (RSPC MH)	13
TABLE 3:	ESTIMATED NUMBER OF THE PWUD BY THE TYPE OF DRUGS, 2001 (RSPC MSPDA)	18
TABLE 4:	PERSONS REGISTERED WITH NARCOLOGICAL SERVICE BY ICD-10 DIAGNOSIS IN 2008 - 2017 (RSPC MH)	21
TABLE 5:	INDICATORS OF THE DRUG USE AMONG CHILDREN AND YOUTH IN RK 2012 (RSPC MSPDA)	21
TABLE 6:	PROPORTION (%) OF THE CONSUMED DRUGS AMONG REGISTERED PERSONS UNDER 18 (RSPC MH)	22
TABLE 7:	ORGANIZATIONS THAT PROVIDE SPECIAL SERVICES IN THE SYSTEM OF EDUCATION (CRC MES RK, 2017)	27
TABLE 8:	SOCIO-DEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS OF INJECTING PWUD, 2016 (RC AIDS)	31
TABLE 9:	DISTRIBUTION OF PATIENTS REGISTERED WITH NARCOLOGICAL REGISTER FOR THE FIRST TIME IN LIFETIME BY THE USED OPIOIDS IN 2011-2017 (RSPC MH)	33
TABLE 10:	SPECIALISTS OF THE NARCOLOGICAL PROFILE HAVING RELEVANT CERTIFICATES (PUBLIC HEALTH CARE SYSTEM AND PRIVATE ORGANIZATIONS) (MH RK)	36
TABLE 11:	COVERAGE OF POPULATION WITH SPECIALIZED MAINTENANCE THERAPY PROGRAM IN 2012-2017	38
TABLE 12:	TREATMENT PROGRAMS PROVIDING SERVICES TO DRUG DEPENDENT PERSONS 2017 (RSPC MH)	40
TABLE 13:	CHARACTERISTICS OF THE PATIENTS OF THE DEPARTMENT OF SOCIAL REHABILITATION OF RSPC MSPDA 2011-2017 (RSPC MH)	40
TABLE 14:	PRIMARY PROBLEM SUBSTANCES AMONG TREATED PATIENTS, 2013-2016 (RSPC MH)	42
TABLE 15:	DEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS OF THE TREATED PATIENTS, 2015 (RSPC MSPDA)	42
TABLE 16:	SOCIAL CHARACTERISTICS OF THE TREATED CLIENTS, 2012-2015 (RSPC MSPDA)	43
TABLE 17:	DISTRIBUTION OF PATIENTS BY THE FINAL DIAGNOSIS IN PERCENTS 2011 - 2017 (RSPC MH, RCEH)	45
TABLE 18:	DISTRIBUTION OF CONCURRENT DISEASES AMONG THE TREATED PWUD (DATA 2012 - 2013) (RSPC MSPDA)	50
TABLE 19:	SUBSTANCE POISONINGS IN THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN, 2010-2017 (RSPC MH)	51
TABLE 20:	DEATHS CAUSED BY POISONING BY PSYCHOACTIVE SUBSTANCES IN THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN, 2010-2017. (RSPC MH)	52
TABLE 21:	RELATIVE RISK OF DEATH AMONG THE POPULATION OF CONSUMERS OF PSYCHOACTIVE SUBSTANCES TO THE EXPECTED NUMBER OF DEATHS AMONG THE GENERAL POPULATION IN 2015	54
TABLE 22:	STRUCTURE OF REGISTERED DRUG RELATED CRIMES IN 2017 (CLSSR GPO)	60
TABLE 23:	STRUCTURE OF DRUGS SEIZED IN 2012-2017 (CLSSR)	67
TABLE 24:	WHOLESALE (PER 1 KG) AND RETAIL (PER 1 GR) PRICES FOR NARCOTIC SUBSTANCES IN RK IN 2012 (MIA RK)	68

LIST OF DIAGRAMS

DIAGRAM 1: NUMBER OF PERSONS REGISTERED WITH THE NARCOLOGICAL SERVICE OF THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN IN 2009-2015. (RSPC MH)	19
DIAGRAM 2: Persons registered with narcological service in 2017 (gender and age, %) (RSPC MH)	20
DIAGRAM 3: NUMBER OF PERSONS REGISTERED AND REMOVED FROM NARCOLOGICAL REGISTER IN 2012-2017. (RSPC MH)	20
DIAGRAM 4: DIAGRAM 2 4: NUMBER OF PERSONS, REGISTERED WITH THE NARCOLOGICAL SERVICE OF RK, UNDER 18 PER 100, 000 OF THE RESPECTIVE POPULATION IN 2009-2017. (RSPC MH)	22
DIAGRAM 5: RISKY INJECTION PRACTICED BY IDU IN THE LAST 30 DAYS IN 2016 (RC AIDS)	32
DIAGRAM 6: DISTRIBUTION BY ETHNICITY (%) OF PERSONS WHO RECEIVED TREATMENT IN NARCOLOGICAL ORGANIZATIONS OF RK, 2015 (RSPC MSPDA)	43
DIAGRAM 7: DURATION OF DRUG TREATMENT IN HOSPITALS OF RK 2013-2015 (RSPC MSPDA)	44
DIAGRAM 8: PREVALENCE OF HIV INFECTION (%) AMONG IDU, 2005-2016, (RC AIDS)	47
DIAGRAM 9: VHS PREVALENCE (%) AMONG IDU IN DYNAMICS BY YEARS (RC AIDS)	48
DIAGRAM 10: PREVALENCE OF SYPHILIS (%) AMONG IDU IN DINAMICS FOR YEARS (RC AIDS)	49
DIAGRAM 11: DYNAMICS OF FATAL INTOXICATIONS BY NARCOTIC AND PSYCHOTROPIC SUBSTANCES IN THE PERIOD OF 2010 - 2017 (CFE)	53
DIAGRAM 12: RATIO OF DETECTED PSYCHOACTIVE SUBSTANCES IN THE CONDUCTED AUTOPSIA (FSC)	53
DIAGRAM 13: NUMBER OF DRUG RELATED CRIMES IN RK IN 2009-2017 (CLSSR GPO RK)	60
DIAGRAM 14: SEIZURES OF LARGE VOLUMES OF NPS (≥ 1 KG) IN RK, 2014-2015 (UNODC, RESPONSES TO THE NPS QUESTIONNAIRE)	72

LIST OF MAPS AND FIGURES

MAP 1: PROPORTION OF INJECTING PWUD (%) TO THE POPULATION OVER 15 BY REGION, 2016 (RC AIDS)	30
MAP 2: AVAILABILITY OF NARCOLOGICAL BEDS FOR 10,000 POPULATION BY THE REGIONS, 2017 (RSPC MH)	35
MAP 3: APPLICATION FOR DRUG TREATMENT PER 10,000 POPULATION, 2017 (RSPC MSPDA)	41
MAP 4: PREVALENCE OF HIV INFECTION (%) AMONG IDU BY REGIONS, 2016 (RC AIDS)	48
MAP 5: REGIONAL FEATURES OF DIRECT COVERAGE OF IDU WITH PREVENTION PROGRAMS (% OF THE IDU ESTIMATES IN THE REGION), 2017 (RC AIDS)	57
MAP 6: NUMBER OF REGISTERED CRIMES RELATED TO ILLICIT DRUG TRAFFICKING BY REGIONS IN 2016 (CLSSRGPO RK)	61
MAP 7: TRANSPORT NETWORK OF RK AND THE SIZE OF SEIZURES OF OPIUM AND HEROIN (UNODC)	66
MAP 8: RETAIL PRICES FOR 1 GRAM OF HEROIN IN THE REGIONS OF RK, 2012 (MIA RK)	69
MAP 9: PREVALENCE OF DISORDERS CAUSED BY NPS CONSUMPTION, AMONG PERSONS WHO RECEIVED INPATIENT NARCOLOGICAL TREATMENT IN RK, 2016	75
MAP 10: PREVALENCE OF DISORDERS CAUSED BY NPS CONSUMPTION AMONG PERSONS WHO RECEIVED INPATIENT NARCOLOGICAL TREATMENT IN RK, 2016	76
FIGURE 1: DIAGRAM OF NPS PURCHASE	74

LIST OF RELEVANT INTERNET ADDRESSES

www.stat.kz	website of the Statistics Agency of the Republic of Kazakhstan
www.pravstat.kz	website of the Committee on Legal Statistics and Special Records of the General prosecutor's Office of the Republic of Kazakhstan
www.mvd.kz	website of the Ministry of Internal Affairs of the Republic of Kazakhstan
www.mz.gov.kz	website of the Ministry of Health of the Republic of Kazakhstan
www.edu.gov.kz	website of the Ministry of Education and Science of the Republic of Kazakhstan
www.minjust.kz	website of the Ministry of Justice of the Republic of Kazakhstan
www.mentalcenter.kz	website of the Republican Scientific and Practical Center for Mental Health
www.caricc.org	website of the Central Asian Regional Information Coordination Center
www.rcaids.kz	Website of the Republican Center on Prevention and Control of AIDS
www.cadap-eu.org	website of the CADAP program of the European Union
www.un.kz	website of the UN Mission in Kazakhstan

LIST OF ABBREVIATIONS

ART	Atiretroviral therapy
VHB	Viral hepatitis B
VHC	Viral hepatitis C
HIV	Human immunodeficiency virus
MAC	Medical Advisory Commission
EKO	East-Kazakhstan oblast
WHO	World Health Organization
HEI	Higher education institution
GA	Government agency
GFATM	Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria
SES	Sentinel Epidemiological Surveillance
EU	European Union
URPTI	Unified Register of Pre-Trial Investigations
CR	Civil Register
WKO	West-Kazakhstan oblast
SMT	Substitution maintenance therapy
HLS	Healthy lifestyle
IAC	Information Analysis Center
JA	Juvenile Inspectorate
AEM	Awareness and educational material
STIs	Sexually Transmitted Infections
CADAP	Border management and drug prevention programs in Central Asia /Central Asia Drug Action Plan
CCDMIA	Committee on Combating Drug Business and Control of Drug Trafficking of the Ministry of Internal Affairs
NSC	National Security Committee
CoAO	Code of Administrative Offences
CRPC	Children's Rights Protection Committee
CLSSR GPO RK	Committee on Legal Statistics and Special Records of the General Prosecutor's Office of the Republic of Kazakhstan
CRKAO	Code of the Republic of Kazakhstan on administrative offences
CCCMF	Customs Control Committee of the Ministry of Finance
CPCS	Committee of Penitentiary Correctional System
PLHA	People living with HIV/AIDS
VOC	Volatile organic compound
MPF	Medical and preventive treatment facility
IDU	Injecting PWUDs (people who use drugs)
PWUD	People who use drugs
MIA	Ministry of Internal Affairs
MHSD	Ministry of Health and Social Development
MCD -10	International statistical classification of diseases and related health problems, the 10th revision

PF	Penitentiary facilities
MES	Ministry of education and science
MSM	Men who have sex with men
MSR	Medical and social rehabilitation
MF	Ministry of Finance
YHC	Youth health centres
MEMR	Ministry of Energy and Mineral Resources
NCC	National Coordinating Council
NGO	Non-governmental organizations
NDP	Narcotic drugs and precursors
NC HLS	National centre for formation of healthy lifestyle
IAD	Internal Affairs Departments
CSTO	Collective Security Treaty Organization
OST	Opioid substitution therapy
UN	United Nations
OCG	Organized criminal group
PS	Psychoactive substances
TP	Trust Point
OAMTP	Opiate agonist maintenance therapy programs
UNDP	United Nations Development Program
RK	The Republic of Kazakhstan
RSPC MSPDA	Republican Scientific and Practical Centre of Medical and Social Problems of Drug Abuse
SW	Commercial sex workers
RC AIDS	Republican AIDS Prevention and Control Center
RCEH	Republican Center of E-Health
NKO	North-Kazakhstan oblast
Media	Mass media outlets
CIS	Commonwealth of Independent States
AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome
PC RK	Penitentiary Code of RK
PCS	Penitentiary Corrections system
CPC	Criminal Procedure Code
CARICC	Central Asian Regional Information Coordination Center for Combating Illicit Trafficking in Narcotic Drugs, Psychotropic Substances and their Precursors
CFE	Center of Forensic Examination
ERPSMT	Electronic register of patients on substitution maintenance therapy
IEHR	Inpatient Electronic Health Record
SKO	South-Kazakhstan oblast
UNODC	United Nations Office on Drugs and Crime
EMCDDA	European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction
ESPAD	European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs

REFERENCES

- Ataiaants J., L. A. (2011). The overdose: A review of the situation and response measures in 12 countries of Eastern Europe and Central Asia. Vilnius: Eurasian Harm Reduction Network.
- Harry J. Matz. (2015). Legal and Control Options in Response to New Psychoactive substances. Almaty. <https://ceur.ru>. (No date). On new types of synthetic drugs and the problem of their legal status. Received on 25. 12. 2017 from <https://ceur.ru>: <https://ceur.ru/library/articles/narkotiki/item196627>
- M. Prilutskaya et al. (2017). Internet snapshot study on availability of novel psychoactive substances in Russia and Central Asia. Research and advances in Psychiatry, 4(2), стр. 78.
- Prilutskaya M., Ayaganova D. (2017). Fifth International conference on Novel Psychoactive Substances. Conundrum or challenge: awareness of Kazakhstan clinicians about NPS (a pilot survey study). Vol.4- No.2, стр. 28-29. Vienna: Research and Advances in Psychiatry.
- Prilutskaya M., K. R. (2015). ANALYSIS OF CLINICAL CHARACTERISTICS OF NON-MEDICAL USE OF TROPICAMIDE BY DRUG ADDICTS IN THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN. European Scientific Journal, 159-162. Received from the <http://eujournal.org/index.php/esj/article/view/5059/4987>
- Rosenkranz M, Kerimi N, Takenova M, et al. (2016). Assessment of health services for people who use drugs in Central Asia: findings of a quantitative survey in Kazakhstan and Kyrgyzstan. Harm Reduction Journal, 13(3). doi:10.1186/s12954-016-0093-2
- Shaw, S., El-Bassel, N., Gilbert, L., Terlikbayeva, A., Hunt, T., Primbetova, S., . . . Chang, M. (2016). Depression among people who inject drugs and their intimate partners in Kazakhstan. Community Ment Health J.(52(8)), 1047-1056.
- The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. (2011). Received from the ESPAD: http://www.espad.org/Uploads/Documents/ESPAD_Questionnaire_2011.pdf
- UNODC. (2012). Opiates flow through Northern Afghanistan and Central Asia. Vienna: UNODC.
- UNODC. (2013). The challenge of new psychoactive substances. Vienna: A Report from the Global SMART Programme.
- UNODC. (2015). World drug report. Vienna: UNODC.
- UNODC. (Dec 2017 г.). UNODC Central Asia Synthetic Drugs Situation Assessment - A Report from the UNODC Global SMART Programme. Received on 25 12 2017 from <http://www.unodc.org>: http://www.unodc.org/documents/scientific/Central_Asia_November_2017_FINAL.pdf
- Azatbek, T. (2017). Non-observed economy in the Republic of Kazakhstan: the theory and assessment methods. Monograph, 140.
- Baykenov E.B, B.L. (2013). Report on the results of the study of the risks of involvement in chemical and non-chemical addictions among children and youth of the Republic of Kazakhstan. Received from the RSPC MSPDA: <http://www.rnpc.kz/biblioteka/raznoe/otchjot-o-rezultatakh-issledovaniya-riskov-vovlecheniya-v-khimicheskie-i-nekhimicheskie-addiktsii-sredi-detej-i-molodezhi-respubliki-kazastan>
- Ganina L.Yu., E. A. (2016). Overview of the epidemiological situation of HIV infection in the Republic of Kazakhstan for 2013-2015 Almaty: Republican Center for AIDS Prevention and Control.
- IA REGNUM. (16 Sept 2014 г.). New types of synthetic drugs come to Kazakhstan from China. Received 25 Dec 2017, from <https://regnum.ru>: <https://regnum.ru/news/1848306.html>
- IA Total Kazakhstan. (11 Feb 2013). Design drugs come to Kazakhstan. Received 27 Dec 2017 from <https://total.kz>: https://total.kz/ru/news/obshchestvo/v_kazahstan_prihodyat_dizaynersk
- IP Today.kz. (no date). There are no legal drugs in Kazakhstan - the Ministry of Internal Affairs. Received 25 Dec 2017, from <http://today.kz>: <http://today.kz/news/kazahstan/2015-06-08/616724-legalnyh-narkotikov-v-kazahstane-ne-susestvuet-mvd/>
- Kazakhstan 2050 - Our strength. (no date). Received from the <https://strategy2050.kz/ru/>: <https://strategy2050.kz/ru/>
- Katkov, A.L., Komarova, O.N. (2007). Drug treatment for HIV-infected drug addicts in the Republic of Kazakhstan. Pavlodar: Republican Scientific and Practical Center for Medical and Social Problems of Drug Addiction.
- Katkov, A.L., Pakeyev, S. O. (2007). The features of opioid dependence, combined with certain types of comorbid disease. Pavlodar: Republican Scientific and Practical Center for Medical and Social Problems of Drug Addiction.

- The Committee on the protection of the rights of children of MES RK. (2017). Report on the situation of children in the Republic of Kazakhstan. Astana: Committee for the Protection of Children's Rights MES RK.
- CLSSR GPO RK. (2016). Analysis of statistical data on the state of the fight against illicit trafficking in narcotic drugs, psychotropic substances and precursors in the Republic of Kazakhstan for 2015. Astana: Committee on legal statistics and special records of the General prosecutor's Office of the Republic of Kazakhstan
- M. Imaeva. (22. 10. 2009) Doctors say that in Kazakhstan under the guise of "herbal mixtures" they sell hazardous substances. Received 23. 12. 23 from <http://www.ktk.kz>: <http://www.ktk.kz/ru/news/video/2009/10/22/6058>
- M. Marizoev. (2016). The role of CARICC in countering transnational drug crime. CARICC.
- MIA RK. (2014). Report on the implementation of the sectoral program to combat drug abuse and drug trafficking in the Republic of Kazakhstan for 2012–2016 in 2013. Astana: Ministry of Internal Affairs of the Republic of Kazakhstan.
- International Narcotics Control Board. (2018). Report of the International Drug Control Board for 2017. Received from the https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2017/Annual_Report/R_2017_AR_ebook.pdf
- P. Shimanskaya. (no date). Smoking mixtures dangerous for health continue to be on free sale in Almaty. Received 26 Dec 2017, from <http://www.ktk.kz>: <http://www.ktk.kz/ru/news/video/2010/01/19/7060>
- Prilutskaya M., Molchanov S. (2017). Collection of theses of the XIII International Scientific and Practical Conference "Ecology. Radiation. Health ", named after academician B. Atchabarov. Consumption of new psychoactive substances among patients of the narcological profile of the Republic of Kazakhstan (p. 135). State Medical University of Semey.
- Regional office of UNODC in Central Asia. (2015). Program for the States of Central Asia for 2015-2019. Tashkent: United Nations Regional Office on Drugs and Crime in Central Asia.
- Regional office of UNODC in Central Asia. (2016). Annual Report of the UNODC Regional Office for Central Asia for 2015. Received from the UNODC: https://www.unodc.org/documents/centralasia//Annual_2015_RU.pdf
- Republican Center for the AIDS Prevention and Control. (2018). Report on the activities of the AIDS service for 2017. Received from www.rcaids.kz: www.rcaids.kz/files/00004587.pdf
- RSPC MSPDA. (2004). Multi-level study of the problems of drug addiction in the Republic of Kazakhstan in 2001-2003. Pavlodar: Republican Scientific and Practical Center for Medical and Social Problems of Drug Addiction.
- RSPC MSPDA. (2014). Analytical report on the drug situation in the Republic of Kazakhstan in 2013 Pavlodar: Republican Scientific and Practical Center for Medical and Social Problems of Drug Addiction.
- RSPC MSPDA. (2014). Report on the implementation of the UNODC TREATNET II Global Project in the Republic of Kazakhstan (2009-2014). Received from the Republican Scientific and Practical Center for Medical and Social Problems of Drug Addiction : <http://www.rnpc.kz/biblioteka/raznoe/otchet-o-realizatsii-globalno-go-proekta-unodc-treatnet-ii-v-respublike-kazakhstan-2009-2014>
- RSPC MH. (2017). Analytical report on the drug situation in the Republic of Kazakhstan in 2016 [Monitoring the drug situation in the Republic of Kazakhstan in 2015]. Pavlodar: Republican Scientific and Practical Center for Medical and Social Problems of Drug Addiction.
- RSPC MH. (2017). Analytical report on the drug situation in the Republic of Kazakhstan in 2016 Pavlodar: Republican Scientific and Practical Center for Mental Health.
- RC AIDS. (2014). The results of sentinel surveillance of HIV in Kazakhstan]. Almaty: Republican Center for the AIDS Prevention and Control.
- RC AIDS. (2016). Report on the activities of the AIDS service in 2015. Almaty: Republican Center for the AIDS Prevention and Control.
- RC AIDS. (2016). Estimation of the number of people who inject drugs in the Republic of Kazakhstan. Almaty: Republican Center for the Prevention and Control of AIDS.
- Semke V.Yu., R. Yu. (2005). Personality disorders in the patients with opium addiction and the possibility of rehabilitation in a therapeutic community.
- Pavlodar: EKO.
- UN News Center. (May 20, 2014). Synthetic drugs penetrate in Central Asia and Eastern Europe. Received on Dec 25, 2017, from <http://www.un.org>: <http://www.un.org/russian/news/story.asp?NewsID=21672>

ЯЗЫКОВЫЕ ВЕРСИИ

English.....	2
Русский	86
Қазақша.....	180

Отказ от ответственности:

Настоящий обзор подготовлен в рамках компонента «Национальные координационные центры» Программы по предотвращению распространения наркотиков в Центральной Азии - Фаза 6 (CADAP-6). В обзоре содержатся данные 2017 года.

Информация представлена министерствами, ведомствами и организациями, непосредственно занимающихся разработкой национальных антинаркотических программ, вопросами межведомственной координации, противодействием незаконному обороту наркотиков, профилактикой наркомании и ВИЧ/СПИДа.

Содержание этого резюме не отражает официальных мнений Европейского Союза, его государств-членов и правительства Республики Казахстан, и может рассматриваться исключительно как продукт CADAP 6.

Все комментарии, предложения и идеи по его улучшению должны быть направлены **kancelar@resad.cz**

Электронную версию этого отчета можно бесплатно загрузить с веб-сайтов **www.cadap-eu.org**, **www.mcadkz.org** и **www.resad.cz**.

Авторы:

Юсупов Олег, Казаков Владимир, Прилуцкая Мария, Кисина Маржан, Жуматаева Гульнар (ОФ «Центр мониторинга за алкоголем и наркотиками» www.mcadkz.org)

Редакторы:

Олег Юсупов (национальный эксперт), Томаш Забрански (международный эксперт CADAP 6)

Дизайн и верстка:

Missing Element Prague (www.missing-element.com)

Опубликовано © ResAd, 2019

ISBN 978-80-907417-1-3

РУС

2018

НАЦИОНАЛЬНЫЙ ОТЧЁТ

**О НАРКО-
СИТУАЦИИ**

В РЕСПУБЛИКЕ

КАЗАХСТАН

СОДЕРЖАНИЕ

ЯЗЫКОВЫЕ ВЕРСИИ	86
КРАТКАЯ ИНФОРМАЦИЯ	90
1. ОСНОВНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ И РАЗРАБОТКИ	96
1.1. ВВЕДЕНИЕ	96
1.2. НАРКОПОЛИТИКА: ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВО, СТРАТЕГИИ И ЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ	96
1.2.1. Правовая система	96
1.2.2. Реализация законодательства в 2017 году	97
1.2.3. Бюджет и вопросы финансирования	98
1.3. НАЦИОНАЛЬНАЯ СТРАТЕГИЯ И КООРДИНАЦИЯ В ОБЛАСТИ БОРЬБЫ С НАРКОТИКАМИ	99
1.3.1. Национальная стратегия	99
1.3.2. Координация	100
1.3.3. Международное сотрудничество в сфере борьбы с наркоманией и наркобизнесом	101
2. УПОТРЕБЛЕНИЕ НАРКОТИКОВ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ В ЦЕЛОМ И СРЕДИ КОНКРЕТНЫХ ЦЕЛЕВЫХ ГРУПП	103
2.1. ВВЕДЕНИЕ	103
2.2. УПОТРЕБЛЕНИЕ НАРКОТИКОВ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ	104
2.3. СИСТЕМА НАРКОЛОГИЧЕСКОГО УЧЁТА	105
2.4. УПОТРЕБЛЕНИЕ НАРКОТИКОВ СРЕДИ МОЛОДЁЖИ	107
2.5. УПОТРЕБЛЕНИЕ НАРКОТИКОВ СРЕДИ ДРУГИХ ЦЕЛЕВЫХ ГРУПП	109
3. ПРОФИЛАКТИКА	111
3.1. ВВЕДЕНИЕ	111
3.2. ВСЕОБЩАЯ ПРОФИЛАКТИКА	111
3.2.1. Профилактика в школах	111
3.2.2. Внешкольные молодёжные программы	112
3.2.3. Профилактика в обществе	113
3.3. ВЫБОРОЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ПО ГРУППАМ РИСКА	114
3.4. МЕДИАКАМПАНИИ	116
4. ПРОБЛЕМНОЕ ПОТРЕБЛЕНИЕ НАРКОТИКОВ	117
4.1. ВВЕДЕНИЕ	117
4.2. ОЦЕНКА РАСПРОСТРАНЁННОСТИ ПРОБЛЕМНОГО ПОТРЕБЛЕНИЯ НАРКОТИКОВ	118
4.3. ИНФОРМАЦИЯ О ПРОБЛЕМНОМ ПОТРЕБЛЕНИИ НАРКОТИКОВ ИЗ НЕЛЕЧЕБНЫХ ИСТОЧНИКОВ	120
4.4. НОВЫЕ ФОРМЫ ПРОБЛЕМНОГО ПОТРЕБЛЕНИЯ НАРКОТИКОВ	120
5. ЛЕЧЕНИЕ НАРКОЗАВИСИМОСТИ	122
5.1. ВВЕДЕНИЕ	122
5.2. СИСТЕМА ЛЕЧЕНИЯ	123
5.2.1. Организация	123
5.2.2. Кадры	124
5.2.3. Обеспечение качества	125
5.2.4. Подходы и новые разработки	125
5.3. ОБРАЩАЕМОСТЬ ЛИЦ, ЗАВИСИМЫХ ОТ НАРКОТИКОВ, ЗА ЛЕЧЕНИЕМ	128
5.3.1. Амбулаторное лечение	128
5.3.2. Лечение в терапевтических сообществах	129
5.3.3. Основные характеристики пролеченных клиентов	129
5.3.4. Тенденции среди клиентов и в предоставлении лечения	133
6. ВЗАИМОСВЯЗИ ЗДОРОВЬЯ И ПОСЛЕДСТВИЙ НАРКОМАНИИ	135
6.1. ВВЕДЕНИЕ	135
6.2. ИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, СВЯЗАННЫЕ С ПОТРЕБЛЕНИЕМ НАРКОТИКОВ	136
6.2.1. ВИЧ	136
6.2.2. Вирусный гепатит С	137
6.3. ДРУГИЕ БОЛЕЗНИ, СВЯЗАННЫЕ С НАРКОТИКАМИ	138

6.3.1. Заболевания, передающиеся половым путём – сифилис и гонорея.	138
6.3.2. Другие последствия для здоровья, связанные с потреблением наркотиков.	138
6.3.3. Смертность, связанная с наркотиками, смертность наркозависимых лиц	140
7. ОТВЕТНЫЕ ДЕЙСТВИЯ НА ВЗАИМОСВЯЗЬ ЗДОРОВЬЯ И ПОСЛЕДСТВИЙ УПОТРЕБЛЕНИЯ НАРКОТИКОВ	144
7.1. ВВЕДЕНИЕ	144
7.2. ПРОФИЛАКТИКА ПЕРЕДОЗИРОВОК И СМЕРТНОСТИ, СВЯЗАННОЙ С НАРКОТИКАМИ.	145
7.3. ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ИНФЕКЦИЙ, СВЯЗАННЫХ С ПОТРЕБЛЕНИЕМ НАРКОТИКОВ .	146
8. СОЦИАЛЬНАЯ ВЗАИМОСВЯЗЬ И СОЦИАЛЬНАЯ РЕИНТЕГРАЦИЯ	148
9. ПРЕСТУПЛЕНИЯ, СВЯЗАННЫЕ С НАРКОТИКАМИ	149
9.1. ВВЕДЕНИЕ	149
9.2. ПРЕСТУПЛЕНИЯ.	149
9.3. ПРОФИЛАКТИКА ПРЕСТУПЛЕНИЙ, СВЯЗАННЫХ С НАРКОТИКАМИ.	151
9.4. АЛЬТЕРНАТИВЫ ТЮРЕМНОМУ ЗАКЛЮЧЕНИЮ ДЛЯ НАРУШИТЕЛЕЙ, НАХОДЯЩИХСЯ В НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ	152
9.5. ПОМОЩЬ ПОТРЕБИТЕЛЯМ НАРКОТИКОВ В ТЮРЬМАХ	153
10. РЫНКИ НАРКОТИКОВ	155
10.1. ВВЕДЕНИЕ	155
10.2. НАЛИЧИЕ И ПОСТАВКА НАРКОТИКОВ	156
10.3. ИЗЪЯТИЯ	158
10.4. ЦЕНА И ЧИСТОТА НАРКОТИКОВ.	158
11. НОВЫЕ ПСИХОАКТИВНЫЕ ВЕЩЕСТВА В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН	160
11.1. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОНЯТИЯ НОВЫХ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ В РК	160
11.2. ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ НОВЫХ ПСИХАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ.	160
11.3. НЕЗАКОННЫЙ ОБОРОТ НОВЫХ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ В РК	162
11.4. РЫНОК НОВЫХ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ В РК.	163
11.5. СПРОС НА НОВЫЕ ПСИХОАКТИВНЫЕ ВЕЩЕСТВА В РК	165
12. СПИСОК ПОЛНЫХ ССЫЛОК НА НОРМАТИВНЫЕ ДОКУМЕНТЫ	168
СПИСОК СООТВЕТСТВУЮЩИХ ИНТЕРНЕТ-АДРЕСОВ	173
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ	174
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	176

КРАТКАЯ ИНФОРМАЦИЯ

В Республике Казахстан проблемы злоупотребления наркотиками и незаконного оборота наркотических средств рассматриваются как одни из угроз национальной безопасности и как одни из приоритетных областей государства, что не раз подчёркивалось Президентом Республики Казахстан и Правительством. В связи с этим государство осуществляет последовательные и решительные ответные меры на национальном и международном уровнях, а борьба с торговлей наркотиками отнесена к числу основных приоритетов внутренней и внешней политики. Главой государства и Правительством Республики Казахстан перед государственными органами поставлена задача адекватного реагирования на происходящие изменения в наркоситуации, принятия неотложных мер по совершенствованию процесса противодействия распространению наркомании и наркобизнеса.

В сфере борьбы с наркоманией и наркобизнесом обеспечивается поэтапный переход от преследования лиц, употребляющих наркотики, за совершение мелких преступлений к подавлению организованной преступности, контролирующей наркотрафик и разветвлённые сети сбыта. С января 2015 года введены в действие обновлённые Уголовный и Уголовно-процессуальный кодексы Республики Казахстан. Введена новая система досудебного расследования, направленная на укрепление гарантий прав участников процесса, оперативность судопроизводства, а также усиление прокурорского надзора и судебного контроля. Установлена уголовная ответственность за оборот аналогов наркотиков и психотропных веществ. За последние годы значительно ужесточились меры наказания за преступления, связанные с оборотом наркотических средств. В настоящее время в рамках Межведомственной рабочей группы при Администрации Президента Республики Казахстан ведётся разработка соответствующих предложений по внесению изменений и дополнений в антинаркотическое законодательство, предусматривающих ответственность за оборот синтетических наркотиков нового поколения, которые за последние годы стали новым вызовом для страны.

Основополагающим документом, регулирующим правовые основы государственной политики в сфере оборота наркотиков и устанавливающим меры противодействия их незаконному обороту, является Закон Республики Казахстан «О наркотических средствах, психотропных веществах, их аналогах и прекурсорах и мерах противодействия их незаконному обороту и злоупотреблению ими».

Несмотря на то, что в данный момент в стране нет единого документа, определяющего стратегию и план действий государства в сфере профилактики и лечения зависимости от ПАВ, противодействия незаконному обороту наркотических средств, тем не менее в Республике Казахстан существует ряд документов, отражающих политику государства в этих сферах. На данный момент основные стратегические мероприятия антинаркотической деятельности всех заинтересованных государственных органов включены в Стратегию национальной безопасности на 2016 – 2020 годы, которая носит закрытый характер. Ряд мероприятий по снижению спроса и снижению вреда интегрированы в Государственную программу развития здравоохранения «Денсаулық» на 2016-2020 годы, а также стратегические планы заинтересованных государственных органов и в Программы развития территорий.

В Республике Казахстан координирующим органом в сфере борьбы с наркоманией и наркобизнесом является Министерство внутренних дел в лице Департамента по борьбе с наркобизнесом и контролю за оборотом наркотиков. В целях повышения качества антинаркотической работы государственных органов распоряжением Премьер-Министра Республики Казахстан образован Межведомственный штаб по координации деятельности государственных органов, направленной на противодействие наркомании и наркобизнесу. В состав штаба входят представители двенадцати государственных органов. Штаб является постоянно действующим межведомственным рабочим органом при Министерстве внутренних дел по координации деятельности государственных органов по профилактике наркомании, повышению эффективности исполнения программных документов.

Казахстан твёрдо привержен международному и региональному сотрудничеству, направленному на обеспечение региональной стабильности. Государством всецело поддерживается соответствующая деятельность международных и региональных организаций, включая Совецание по мерам доверия в Азии, Организацию экономического сотрудничества, Шанхайскую организацию сотрудничества, Управление Организации Объединённых Наций по наркотикам и преступности, Содружество Независимых Государств, Организацию Договора о коллективной безопасности, Программы Европейского Союза.

Безусловно, как и в большинстве стран мира, наркоситуация в Республике Казахстан претерпела значительные изменения, связанные с ограничением рынка опиоидов и распространением новых синтетических психоактивных веществ. Однако последнее исследование употребления психоактивных веществ среди общего населения в национальном масштабе было проведено в 2001 году Республиканским научно-практическим центром медико-социальных проблем наркомании. Ввиду того, что вышеназванное исследование проводилось семнадцать лет назад, на данный момент в стране нет каких-либо эпидемиологических исследований, отражающих актуальную ситуацию, связанную с употреблением различных наркотиков среди общего населения страны.

Для оценки ситуации в Республике Казахстан основным источником об употреблении наркотиков среди населения являются данные наркологического учёта, которые используются различными ведомствами для оценки и планирования профилактических и лечебных программ. По состоянию на 31.12.2017 года по данным официальной статистики, в наркологических организациях состояло на учёте 24 883 лиц, употребляющих наркотики. Количество зарегистрированных лиц, употребляющих наркотики, имеет тенденцию к уменьшению в течение последних семи лет, с другой стороны, количество лиц, снятых с учёта в этот период, имело динамику с тенденцией к увеличению. За последние восемь лет сокращается доля лиц с расстройствами, вызванными употреблением опиоидов, и с расстройствами, вызванными употреблением стимуляторов, среди всех зарегистрированных лиц. При этом доля лиц с расстройствами, вызванными сочетанным употреблением психоактивных веществ, продолжает увеличиваться в течение последних нескольких лет.

Согласно данным, полученным в ходе исследования распространённости потребления ПАВ и вовлечения в нехимические аддикции среди детей и молодёжи, проведённого РНПЦ МСПН в 2012 году, 16,1% учащихся в возрасте 16-22 лет употребляли в течение жизни какие-либо наркотические вещества. Наиболее потребляемыми когда-либо наркотическими веществами среди детей и молодёжи являются каннабис, ингалянты, стимуляторы и седативные вещества.

В стране в некоторых регионах среди детей до 18 лет используются различные доступные вещества, потребление которых не отображается в официальной статистике или доступных национальных исследованиях (Темиртау – толуол; Южно-Казахстанская область – красавка обыкновенная; Западно-Казахстанская область – клещевина). На данный момент нет достоверных данных насколько распространено потребление этих веществ в проблемных и соседних регионах, и данная проблема требует дополнительных исследований по оценке распространённости и имеющихся потенциальных рисков.

Основную часть проблемного потребления наркотиков в Республике Казахстан долгие годы составляет инъекционное употребление наркотиков. В стране Республиканским Центром СПИД один раз в два года проводится оценка численности лиц, употребляющих наркотики инъекционным способом, а также осуществляется оценка потребления инъекционных наркотиков среди работников коммерческого секса и мужчин, имеющих секс с мужчинами. По состоянию на 31.12.2016 года оценочная численность лиц, употребляющих наркотики инъекционным способом в течение последних 12 месяцев, составила 120 500 человек. Доля лиц, употребляющих наркотики инъекционным способом, в соотношении с численностью населения в возрасте от 15 лет и старше в Республике Казахстан составляет 1%. Наиболее часто употребляемыми наркотиками в течение последних 12 месяцев среди данной группы являются героин (77%), мак (37,4%), дезоморфин, ханка и другие виды наркотических средств.

По данным исследования, проведённого в рамках эпидемиологического слежения Республиканским Центром СПИД, процент работников коммерческого секса, указавших на употребление инъекционных наркотиков когда-либо, составил в 2017 году – 4,9 %. Также в ходе данного исследования было установлено, что 1,1% мужчин, имеющих секс с мужчинами, употребляли инъекционные наркотики хотя бы один раз за последние 12 месяцев.

В последнее время все более актуальными становятся вопросы, касающиеся изготовления и потребления синтетических наркотиков и их аналогов, а также наркотиков, изготовленных кустарным способом. В качестве наиболее проблемных веществ можно выделить синтетические опиоиды и каннабиноиды, дезоморфин, изготавливаемый из доступных лекарственных препаратов, содержащих кодеин, тропикамид - глазные капли, которые при определённом способе потребления вызывают сильные галлюцинации с сопутствующим тяжёлым токсическим отравлением. Также в некоторых регионах страны участились случаи употребления смеси, изготовленной из пищевого мака, лицами, потребляющими наркотики инъекционным способом.

С 2013 года существенно возросло потребление синтетических наркотиков, что вызывает значительную обеспокоенность среди населения страны. Вопросы, связанные с распространением синтетических наркотиков, обсуждались практически на каждом заседании Межведомственного

Штаба по координации деятельности государственных органов в 2017 году. Однако ввиду отсутствия качественных и надёжных данных на данный момент трудно оценить распространённость потребления этих веществ среди населения, так как наркологический учёт не отражает изменения в ситуации с потреблением этих наркотиков, а соответствующих исследований не проводилось.

В качестве профилактических мер в Республике Казахстан широко используются информационные кампании, принимаются системные меры по профилактике употребления наркотиков средствами физической культуры и спорта, особое внимание уделяется развитию детско-юношеского спорта, как альтернативы потреблению наркотиков и алкоголя среди молодёжи. В рамках проведения государственной информационной политики предусмотрено тематическое направление «Освещение борьбы с наркобизнесом и наркоманией, антинаркотическая пропаганда».

Образовательные учреждения остаются основными социальными институтами, где разворачивается большинство профилактических мероприятий. По проектам Всемирной организации здравоохранения функционируют «Школы, способствующие укреплению здоровья» и «Здоровые университеты». С 2010 года во всех школах страны введён предмет «Самопознание» в учебные программы для учащихся 1-11 классов. В предмет «Самопознание» включены специальные разделы по формированию навыков регулирования своего поведения, выработке позитивного мироощущения и мировосприятия, купирования ранних признаков тревожного состояния, агрессии. Одним из активно развиваемых направлений профилактической деятельности в учебных заведениях является вовлечение детей и молодёжи в альтернативные виды деятельности.

Активную роль в области профилактики наркомании и других заболеваний принимает Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни, который имеет филиалы во всех регионах РК, а также профильные неправительственные организации. При поддержке Центра проблем формирования здорового образа жизни в стране функционируют Молодёжные центры здоровья, которые оказывают комплексные медико-психосоциальные услуги на дружественной к молодёжи основе. Услуги также включают консультацию, помощь и поддержку для лиц, имеющих проблемы с наркотиками. Кроме этого, во всех регионах созданы центры семейного здоровья, отделения профилактики и социально-психологической помощи, в штатные нормативы первичной медико-санитарной помощи включены должности социальных работников и психологов.

Ежегодно проводятся республиканские месячники, посвящённые Международному дню борьбы с наркоманией (26 июня). В этот период активно проводятся спортивные и творческие конкурсы, культурно-массовые мероприятия антинаркотической направленности, круглые столы, тренинги и т.д.

Для систематической и целенаправленной профилактической работы с ключевыми группами в стране создан Интегрированный банк данных единого учёта несовершеннолетних лиц, находящихся в трудной жизненной ситуации. Для детей с девиантными формами поведения и беспризорниками в стране действуют Центры адаптации несовершеннолетних и службы поддержки семьи при Министерстве образования Республики Казахстан. Большую часть профилактической работы с детьми и подростками с признаками дезадаптации, включая детей, имеющих опыт употребления наркотиков, проводят неправительственные организации. Данная работа включает в себя медицинскую, психологическую и социальную поддержку на дружественной к детям основе, а также вовлечение детей и подростков в альтернативные виды деятельности.

Лечение зависимости от психоактивных веществ осуществляется, в основном, в государственных специализированных организациях на бесплатной основе для населения страны. Охват населения лечебными услугами по проблемам зависимости в частном секторе, по сравнению с государственным сектором, остаётся низким. Система наркологической помощи в секторе здравоохранения Республики Казахстан представлена: наркологическими учреждениями Министерства здравоохранения и социального развития; наркологическими учреждениями частного сектора; наркологическими учреждениями и структурами в системе Министерства внутренних дел РК. В 2014 года утверждён Стандарт организации оказания наркологической помощи населению Республики Казахстан, предусматривающий следующие этапы оказания наркологической помощи: 1) этап первично-профилактической наркологической помощи; 2) этап первичной наркологической помощи (мотивационное консультирование, мотивационное информирование, наркологическое консультирование); 3) этап амбулаторного наблюдения, лечения и реабилитации; 4) этап стационарного лечения и реабилитации; 5) этап противорецидивной (поддерживающей) терапии.

В тринадцати городах страны реализуются программы поддерживающей терапии агонистами опиатных рецепторов с использованием метадона (бупренорфин и другие препараты для медикаментозного поддерживающего лечения на данный момент в стране не используются).

Обеспеченность наркологической службы страны сертифицированными специалистами оценивается как удовлетворительная, но в сельской местности доступность наркологической помощи ограничена вследствие дефицита квалифицированных специалистов.

Большинство случаев лечения в стране связано с психическими и поведенческими расстройствами, вызванными потреблением опиоидов и сочетанным употреблением психоактивных веществ. Опиоиды являются наиболее проблемными наркотиками среди пролеченных пациентов. В 2017 году имело место 5 163 обращений (3 083 пациентов) за стационарной помощью по поводу наркотической зависимости.

Для оценки эффективности лечения наркологическими службами используется показатель годовой ремиссии среди пролеченных пациентов. В 2017 году показатель ремиссии от 1 до 2 лет среди пациентов, состоящих на наркологическом учёте в связи с потреблением наркотиков, составил 14,0%, свыше 2 лет – 12,7%.

В виду того, что основным видом проблемного употребления наркотиков в стране является инъекционное употребление, стратегия снижения вреда реализуется в РК в рамках государственных программ и является одной из наиболее приоритетных задач. Одним из самых полных источников данных о взаимосвязи здоровья и последствий употребления наркотиков в стране является эпидемиологическое слежение за распространённостью ВИЧ-инфекции, реализуемое региональными СПИД-центрами при координации и контроле Республиканского Центра по профилактике и борьбе со СПИД.

Инъекционное употребление наркотиков, по-прежнему, является одним из движущих факторов эпидемии ВИЧ и гепатита С. На конец 2017 года кумулятивно в стране 51,6% людей инфицировались ВИЧ-инфекцией при инъекционном употреблении наркотиков, среди выявленных в 2017 году на момент выявления ВИЧ-инфекции – 29,2%. По данным эпидемиологического слежения за распространённостью инфекций среди лиц, употребляющих инъекционные наркотики, распространённость ВИЧ-инфекции в 2016 году составила 9,3%, распространённость вирусного гепатита С - 68,7%, распространённость сифилиса составила 8,9%.

В Казахстане с 1997 года эффективно реализуются программы снижения вреда. Стратегия снижения вреда от наркотиков является одним из важнейших направлений профилактики ВИЧ-инфекции. Наиболее действенным способом её реализации является регулярный охват лиц, употребляющих наркотики, услугами стационарных, мобильных пунктов доверия и аутрич-работой. Работа с уязвимыми группами населения осуществляется во всех областях Республики Казахстан на бесплатной основе с соблюдением принципов добровольности, конфиденциальности и анонимности. В реализацию профилактических программ среди уязвимых групп населения активно вовлекается неправительственный сектор. Всего в 2017 году в программы снижения вреда обратилось 47% оценочного числа лиц, употребляющих наркотики инъекционным способом.

Другим важным показателем для оценки последствий употребления психоактивных веществ является количество отравлений и смертность. С 2013 по 2017 год показатель смертельных отравлений наркотиками и психотропными веществами на 1 000 населения по Республике Казахстан снизился на 30% среди всего населения. Данные показывают, что основную массу смертельных исходов от отравлений наркотическими веществами составляют случаи, связанные с применением опиатов, среди которых наиболее распространённым является героин, а также седативных и других лекарственных психотропных веществ. Стандартизированные коэффициенты смертности убедительно свидетельствуют о том, что относительный риска смерти для лиц, употребляющих наркотики из года в год увеличивается в сравнении с ожидаемой смертностью среди общего населения. Последствия употребления ПАВ - соматические и психические нарушения; передозировки; криминальное поведение; инфекционные заболевания, включая ВИЧ инфекцию; суициды; дорожно-транспортные происшествия – повышают, прямо или косвенно, риск смерти человека, употребляющего наркотические вещества, в среднем в 3,6 раза в сравнении с общим населением; для мужчин этот показатель составляет 3,1 раза, для женщин 4,4 раза.

Препарат «Налоксон», часто использующийся для профилактики передозировок среди потребителей, в стране доступен в учреждениях здравоохранения и внесён в список жизненно важных лекарств. Налоксон используется на станциях скорой медицинской помощи, приёмных покоях больниц и в реанимационных отделениях, однако препарат не доступен в аптеках, что значительно затрудняет доступ к этому препарату. В регионах страны профилактика передозировок ограничивается, в основном, информационно-образовательными мероприятиями среди потребителей наркотиков. Данные мероприятия проводятся наркологическими организациями, Центрами СПИД и профильными неправительственными организациями.

Безусловно, требует особого внимания изучение рынка наркотиков в стране, структуры преступлений, связанных с незаконным и законным оборотом наркотиков. Согласно статистическим данным Комитета по правовой статистике и специальным учётам Генеральной Прокуратуры Республики Казахстан за 2017 год правоохранительными органами Республики Казахстан зарегистрировано 8 490 уголовных правонарушений, связанных с незаконным оборотом наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров, в том числе 3 340 преступлений и 5 150 уголовных проступков. В 2017 году привлечено к ответственности за оборот наркотических средств 5 902 человек, из них 3 772 человек за незаконное обращение с наркотическими веществами без цели сбыта (исключая особо крупные размеры). В структуре наркопреступности преобладают преступления, предусмотренные статьёй 297 Уголовного кодекса «Незаконные изготовление, переработка, приобретение, хранение, перевозка в целях сбыта, пересылка либо сбыт наркотических средств, психотропных веществ, их аналогов», в 2017 году зарегистрировано 2000 таких уголовных преступлений.

Казахстан является одной из стран через которую проходит так называемый «северный маршрут» героина афганского происхождения. Можно предположить, что в последние годы объём героина, проходящего по северному маршруту, сократился, а основные объёмы этого вещества из Афганистана проходят по так называемому «Балканскому маршруту». Рынок сильнодействующих наркотиков страны почти полностью наполняется за счёт их ввоза из государств ближнего и дальнего зарубежья. Контрабандные поставки различных синтетических наркотиков в Республику Казахстан происходят в основном из европейских стран и Китая. В последние годы наблюдается распространение синтетических наркотиков, имеющих исключительно зарубежное происхождение и поступающих в большинстве случаев из Юго-Восточной Азии: Китая, Мьянмы, Таиланда, Лаоса, а также России, Нидерландов, Германии, Польши, Прибалтики.

Не менее важным фактором, обуславливающим наркоситуацию в Казахстане, является наличие собственной сырьевой базы наркотиков каннабисной группы – марихуаны и гашиша. Эффективным рычагом воздействия на перекрытие каналов вывоза наркотиков из регионов, где произрастает дикорастущая или культивируемая конопля, является ежегодно проводимая (с мая по октябрь) операция «Көкнәр». Однако в связи с усилением контроля в Шуйской долине наркопроизводители применяли попытки налаживания производства сильнодействующих наркосодержащих растений и в других регионах. В 2015 году в ходе мероприятий в Кызылординской области обнаружены и ликвидированы 32 плантации «индийской» конопли, общей площадью свыше 50 гектаров. Наряду с операцией «Көкнәр» в качестве одного из эффективных способов противодействия наркобизнесу в стране регулярно проводятся целый ряд оперативно-профилактических мероприятий и операций: «Допинг», «Канал-Патруль», «Рубеж» и т.д.

В результате деятельности правоохранительных органов в 2017 году из нелегального оборота изъято 40 тонн 636 кг наркотиков. Основная доля изымаемых наркотиков приходится на каннабиноиды (40 тонн 356 кг), что обусловлено наличием в стране большой территории произрастания дикорастущей конопли. За последние три года рынок наркотических веществ стал более разнообразен. В 2017 году изъятия насчитывали 32 наименования различных веществ, и вес изъятых прочих веществ (исключая опиоиды, каннабис) в отчётном году составил почти 13 килограммов, до 2015 года изъятия этих веществ не превышало 2 килограммов. Основной объём изъятых прочих веществ составляют диметилтриптамин, МДМА, метамфетамин (Первитин), пировалерон и кокаин. Анализ нелегального рынка наркотиков показывает значительный рост как оптовых, так и розничных цен на героин в несколько раз в течение последних десяти лет, при этом цены на марихуану остаются примерно на одном уровне. С 2015 по 2017 годы цены на героин также стабилизировались и сохраняются на высоком уровне.

Подводя итоги обзора ситуации с наркотиками в Республике Казахстан можно сделать следующие выводы. Страной за последние годы был достигнут значительный прогресс в сфере противодействия незаконному обороту наркотических средств и усовершенствования данной сферы в соответствии с международными стандартами.

Однако в целом наркополитика требует более сбалансированного и согласованного подхода между различными программами: снижения предложения, снижения спроса и снижения вреда. С одной стороны, одним из важных достижений страны является то, что в стране спектр услуг по лечению и снижению вреда был значительно расширен за последние годы и полностью поддерживается государством из бюджетных средств. С другой стороны, охват целевых групп населения и качество предоставления этих услуг требует дальнейшего усовершенствования в соответствии с международными стандартами и наилучшими практиками, основанными на доказательствах. В сфере профилактики употребления психоактивных веществ также необходимо перевести фокус с информационных кампаний (с сомнительной эффективностью) на мероприятия в рамках выборочной и индикативной профилактики, уделяя особое внимание работе с семьями, с ключевыми группами

населения, работе по укреплению защитных факторов среди различных групп населения (с доказанной эффективностью).

Актуальным остаётся вопрос проведения научных исследований в сфере употребления психоактивных веществ и ответных мер для того, чтобы обеспечить Правительство Республики Казахстан надёжными и достоверными данными для принятия взвешенных и эффективных политических решений. Следующие области стратегического и политического интереса, за которыми при помощи различных средств и методов ведут наблюдение все наднациональные и международные организации, требуют определённого усовершенствования в Республике Казахстан: употребление наркотиков среди населения в целом и отдельных групп (на основе эпидемиологических исследований); спрос на лечение (качественные данные о лицах, получивших лечение); заболеваемость и смертность, связанные с наркотиками; экономические издержки, связанные с употреблением наркотиков; информация о доступности и рынках наркотиков; оценка эффективности профилактических и лечебных программ.

ТАБЛИЦА 1: СВОДНАЯ ТАБЛИЦА ОСНОВНЫХ ИНДИКАТОРОВ ПО НАРКОСИТУАЦИИ В РК, 2016-2017

Индикатор	По состоянию на 31 декабря 2016 г.	По состоянию на 31 декабря 2017 г.
Оценочное число лиц, употребляющих инъекционные наркотики (ЛУИН)	127 800	120 500 ¹
Число лиц, находящихся на профилактическом и диспансерном наркологическом учёте (из них впервые зарегистрированные в текущем году)	31 046 (5 345)	24 883 (3901)
Число лиц, зарегистрированных наркологической службой, умерших в данном году	336	141
Количество человек, получивших стационарное лечение по поводу наркотической зависимости	3 236	3 083
Распространённость ВИЧ среди ЛУИН	8,2%	9,3%
Распространённость гепатита С среди ЛУИН	70,7%	68,7%
Распространённость сифилиса среди ЛУИН	10,3%	9,7%
Количество розданных игл/шприцев среди ЛУИН (на 1 ЛУИН, привлечённого в профилактические программы)	285	275
Вес изъятой из оборота марихуаны (кг)	34 316	34 107
Вес изъятого из оборота гашиша (кг)	311	790
Вес изъятого из оборота героина (кг)	464	146
Вес изъятого из оборота опиума (кг)	4	95
Количество уголовных преступлений, связанных с незаконным оборотом наркотиков	3 513	3 340
Количество уголовных проступков, связанных с незаконным оборотом наркотиков	6 036	5 150
Количество лиц, привлечённых к уголовной ответственности за незаконный оборот наркотиков (из них за незаконное обращение без цели сбыта, исключая особо крупные размеры)	5 660 (3 827)	5 902 (3 772)
Средняя уличная стоимость героина (за 1 грамм)	33 USD	33 USD
Средняя уличная стоимость опия (за 1 грамм)	нет данных	нет данных
Средняя уличная стоимость марихуаны (за 1 грамм)	2 USD	2 USD
Average street price for marijuana (per 1 gram)	2 USD	2 USD

¹ На данный момент доступны результаты исследований численности ЛУИН, распространённости ВИЧ, гепатита и инфекций, передающихся половым путём среди ЛУИН, проведённых в 2014 и 2016 году.

1. ОСНОВНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ И РАЗРАБОТКИ

1.1. ВВЕДЕНИЕ

Правительство Республики Казахстан (РК) уделяет пристальное внимание проблемам злоупотребления наркотическими средствами и их незаконного оборота, особенно в организованных формах, и осуществляет последовательные ответные меры на национальном и международном уровне. Борьба с торговлей наркотиками отнесена к числу основных приоритетов внутренней и внешней политики.

Главой государства и Правительством РК перед правоохранительными органами поставлена задача адекватного реагирования на происходящие изменения в наркоситуации, принятия неотложных мер по совершенствованию мер противодействия распространению наркомании и наркобизнеса.

Казахстаном ратифицированы все основные конвенции Организации объединённых наций (ООН) в антинаркотической сфере (1961, 1971 и 1988 годов), что обеспечивает надлежащие механизмы интеграции в международную систему борьбы с незаконным оборотом наркотиков.

В сфере противодействия наркомании и наркобизнесу обеспечивается поэтапный переход от преследования лиц, употребляющих наркотики, за совершение мелких преступлений к подавлению организованной преступности, контролирующей наркотрафик и разветвлённые сети сбыта.

Наряду с мероприятиями по пресечению деятельности преступных групп, акцент сделан на снижении спроса и формировании антинаркотического общественного иммунитета. В профилактических мероприятиях задействованы средства массовой информации, представители гражданского общества и государственных органов, которые ведут работу по различным направлениям – начиная от реабилитации лиц, имеющих наркотическую зависимость, и заканчивая пропагандой здорового образа жизни.

В целом следует отметить, что Правительство РК ставит перед всеми вовлечёнными структурами и организациями задачи по совершенствованию системы противодействия наркобизнесу, системы профилактики и лечения наркозависимости в соответствии с международными стандартами и обязательствами.

1.2. НАРКОПОЛИТИКА: ЗАКОНОДАТЕЛЬНОСТЬ, СТРАТЕГИИ И ЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ

1.2.1. Правовая система

Основополагающим документом, регулирующим правовые основы государственной политики в сфере оборота наркотиков и устанавливающим меры противодействия их незаконному обороту, является Закон Республики Казахстан «О наркотических средствах, психотропных веществах, их аналогах и прекурсорах и мерах противодействия их незаконному обороту и злоупотреблению ими».

В 2008 году в национальное уголовное законодательство внесены изменения, предусматривающие ужесточение наказания вплоть до пожизненного лишения свободы за контрабанду и торговлю наркотиками, и за вовлечение несовершеннолетних в оборот наркотических средств.

С января 2015 года введены в действие обновлённые Уголовный и Уголовно-процессуальный кодексы Республики Казахстан. Введена новая система досудебного расследования, направленная на укрепление гарантий прав участников процесса, оперативность судопроизводства, а также усиление прокурорского надзора и судебного контроля.

Исключены стадии возбуждения уголовного дела и доследственной проверки. Началом расследования является регистрация заявления и сообщения об уголовном правонарушении либо первое

неотложное следственное действие, предшествовавшее регистрации. С учётом международного опыта введена двухзвенная система уголовно наказуемых деяний, состоящая не только из преступлений, но и из уголовных проступков.

Основательно переработана система уголовных наказаний. Акцент сделан на более широкое применение мер, альтернативных лишению свободы, главным образом, в виде крупных денежных штрафов, привлечения к общественным работам, что позволит снизить индекс так называемого «тюремного населения».

С января 2018 года введён в действие новый Уголовно-процессуальный кодекс Республики Казахстан. Изменения в Кодексе направлены на дальнейшую модернизацию процессуальных основ правоохранительной деятельности – укрепление гарантий прав участников процесса, оперативность судопроизводства и расширение судебного контроля:

- Изменены сроки задержания подозреваемых лиц до санкции суда (без санкции суда, лицо может быть задержано не более 48 часов, несовершеннолетнее лицо не более 24 часов, в исключительных случаях, - не более 72 часов).
- Расширен судебный контроль - от прокурора суду переданы полномочия по санкционированию ряда следственных действий.
- Расширены права адвокатов в части наделения правом производства самостоятельного опроса свидетелей и очевидцев преступления с последующим приобщением к материалам уголовного дела.
- Пересмотрен порядок расследования по уголовным проступкам, которое максимально приближено к производству по делам об административных правонарушениях.
- Введён электронный формат ведения уголовного судопроизводства.

Совершение любых деяний (хранение, сбыт и т.д.), связанных с особо крупным размером наркотического средства, является основанием для привлечения лица к уголовной ответственности. При этом уголовная ответственность за сбыт наркотических средств или психотропных веществ, их аналогов наступает независимо от их размера.

Употребление наркотических средств в Казахстане не является уголовно наказуемым и относится к числу уголовных проступков и влечёт штраф, либо арест до 45 суток. Административная ответственность предусмотрена за совершение таких правонарушений, как непринятие мер к уничтожению дикорастущей конопли, непринятие мер к пресечению сбыта и потребления наркотиков, их пропаганда и незаконная реклама, нарушение правил лицензирования и др.

В стране законодательно закреплены меры принудительного лечения лиц, зависимых от психоактивных веществ. Согласно Кодексу «О здоровье народа и системе здравоохранения» принудительные меры медицинского характера применяются по решению суда в отношении лиц, совершивших уголовные правонарушения, признанных нуждающимися в лечении от алкоголизма, наркомании или токсикомании, а также лиц, совершивших административное правонарушение и признанных больными хроническим алкоголизмом, наркоманией или токсикоманией и уклоняющихся от добровольного лечения.

Постановлением Правительства Республики Казахстан № 2015 от 4 декабря 2009 года «Об утверждении перечня медицинских психиатрических противопоказаний для осуществления отдельных видов профессиональной деятельности, а также работ, связанных с источником повышенной опасности» запрещается допуск лиц, употребляющих психоактивные вещества, ко всем видам трудовой деятельности, связанным с воздействием профессиональных вредностей и работ, связанных с источником повышенной опасности, в том числе и вождением транспорта. Лица, находящиеся в ремиссии, допускаются к некоторым видам трудовой деятельности, включая вождение транспортных средств.

1.2.2. Реализация законодательства в 2017 году

В ноябре 2015 года обеспечена ратификация Соглашения о порядке передачи образцов наркотиков (Закон РК № 386-V от 02.11.2015 года), устанавливающего порядок передачи образцов наркотиков, изъятых из незаконного оборота, для осуществления оперативно-розыскных мероприятий, обеспечения проведения сравнительных криминалистических исследований между компетентными органами государств-участников Содружества Независимых Государств.

Согласно международным обязательствам осуществляется контроль в сфере легального оборота наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров. В рамках реализации Концепции совершенствования разрешительной системы в Республике Казахстан с октября 2011 года произведён полный переход на электронный формат лицензирования субъектов, деятельность которых связана с оборотом наркотиков. Это позволило исключить предпосылки коррупции и устранить административные барьеры для бизнеса.

Международным комитетом по контролю за наркотиками Организации объединённых наций (ООН) ежегодно утверждается государственная квота для РК на наркотические средства, психотропные вещества и прекурсоры, которая соответствующим решением Правительства распределяется между государственными органами и юридическими лицами, осуществляющими предпринимательскую деятельность.

В целях усиления контроля легального оборота наркотиков при содействии Управления по наркотикам и преступности (УНП ООН) внедрены и используются электронная система предварительного уведомления об экспорте наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров «PEN Online»² и система сообщений о случаях, связанных с прекурсорами в режиме реального времени «Pisk». Данные системы применяются при всех экспортно-импортных операциях, связанных с наркотиками.

В Предпринимательский кодекс внесены нормы (вступил в силу с 01.01.16 г.) устанавливающие запрет на деятельность в сфере оборота наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров субъектов без образования юридического лица (индивидуальные предприниматели, субъекты малого предпринимательства).

С учётом динамики пополнения рынка наркотических средств новыми видами синтетических наркотиков, в стране ведётся активная проработка вопросов совершенствования законодательных мер противодействия их незаконному обороту. На данный момент разработан соответствующий законопроект, цель которого – установление эффективного государственного контроля над новыми психоактивными веществами, за счёт утверждения их списков на подзаконном уровне. В настоящее время законопроект находится на рассмотрении в Мажилисе Парламента РК. Законопроектом предлагается для урегулирования порядка и механизма отнесения новых веществ к аналогам наркотических и психотропных веществ вести понятие заместителей атомов водорода в структурных формулах наркотических и психотропных веществ, с помощью которых синтезируются новые психоактивные вещества.

1.2.3. Бюджет и вопросы финансирования

Все наркологические организации в регионах финансируются из муниципальных бюджетов в рамках бюджетных программ: 010.015.149 «Оказание амбулаторно-поликлинической помощи населению за исключением медицинской помощи, оказываемой из средств республиканского бюджета», 09.015.149 и 009.011.149 «Оказание медицинской помощи лицам, страдающим туберкулёзом, инфекционными заболеваниями, психическими расстройствами и расстройствами поведения, в том числе связанные с употреблением психоактивных веществ». Республиканский научно-практический центр психического здоровья (РНПЦ ПЗ) финансируется из республиканского бюджета по следующим республиканским бюджетным программам: 036 «Обеспечение гарантированного объёма бесплатной медицинской помощи» и 131 «Обеспечение базового финансирования субъектов научной и (или) научно-технической деятельности» (РНПЦ ПЗ, 2017).

² <https://pen.incb.org/>

ТАБЛИЦА 2: ГОСУДАРСТВЕННЫЕ РАСХОДЫ НА ОКАЗАНИЕ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ, 2017 (РНПЦ ПЗ)

Регион	Затраты на оказание специализированной медицинской наркологической помощи ³		Затраты на оказание специализированной медицинской наркологической помощи в расчёте на одного жителя	
	в млн тенге	в тыс. евро ⁴	в тенге	в евро
Акмолинская область	478,2	1129,4	649,2	1,5
Актюбинская область	312,5	784,8	366,9	0,9
Алматинская область	752,2	1889,0	375,9	0,9
Атырауская область	236,3	593,4	384,8	0,9
Восточно-Казахстанская область	701,9	1762,6	506,2	1,3
Жамбылская область	376,9	946,5	337,6	0,9
Западно-Казахстанская область	464,4	1166,2	720,9	1,8
Карагандинская область	755,1	1896,2	546,6	1,4
Костанайская область	468,2	1175,7	533,7	1,3
Кызылординская область	651,0	1634,8	836,6	2,1
Мангистауская область	449,7	1129,3	690,2	1,7
Павлодарская область	527,1	1323,7	697,3	1,7
Северо-Казахстанская область	524,8	1317,9	935,7	2,3
Южно – Казахстанская область	358,5	900,3	123,5	0,3
г. Алматы	840,3	2110,2	473	1,2
г. Астана	575,8	1446,2	574,3	1,4
РНПЦ МСПН	256,2	565,3	-	-
Республика Казахстан	8729,1	21771,5	420,5	1.1

В среднем по Республике Казахстан финансирование наркологической службы в расчёте на одного жителя в 2017 году составило 420,5 тенге.

Самый низкий уровень финансирования на одного жителя в 2017 г. имеет место в Южно-Казахстанской области (123,5 тенге на 1 жителя в год), наиболее высокое – в Северо-Казахстанской области (935,7 тенге на 1 жителя в год).

1.3. НАЦИОНАЛЬНАЯ СТРАТЕГИЯ И КООРДИНАЦИЯ В ОБЛАСТИ БОРЬБЫ С НАРКОТИКАМИ

1.3.1. Национальная стратегия

С момента принятия в 1998 году Генеральной Ассамблеей на её двадцатой специальной сессии Политической декларации Казахстан добился существенного прогресса в решении проблем незаконного оборота, спроса и предложения наркотиков. Казахстан интегрировался в международную систему контроля над наркотиками. Парламент Республики Казахстан в 1998 году ратифицировал все три Конвенции ООН в сфере контроля над наркотиками.

В стране проводится последовательная государственная антинаркотическая политика, в основе которой лежат Стратегия долгосрочного развития «Казахстан – 2050», целый ряд государственных программ и широкое международное сотрудничество. Борьба с наркоманией и наркобизнесом определена одной из приоритетных задач Правительства.

Реализация политики государства в области борьбы с наркоманией и наркобизнесом в прежние годы нашла отражение в виде конкретных мероприятий в Стратегии борьбы с наркоманией и наркобизнесом в Республике Казахстан. Главной целью Стратегии являлось обеспечение реализации

³ Финансирование специализированной медицинской наркологической помощи производится по количеству койко-дней лиц, получивших лечение в региональных наркологических организациях и консультационно-диагностическим услугам. Тарифы утверждены уполномоченным органом.

⁴ Курс евро к казахскому тенге по данным Национального Банка Казахстана на 31.12.2017 составил 1 евро = 398,2 тенге.

единой и сбалансированной государственной политики, позволяющей установить эффективный государственный и социальный контроль над развитием наркоситуации в стране, добиться её стабилизации и ограничения негативного влияния на состояние внутренней и внешней безопасности Казахстана, здоровья и благополучия народа. В соответствии с Указом Президента Республики Казахстан от 1 февраля 2010 года №922 «О Стратегическом плане развития Республики Казахстан до 2020 года» Правительством утверждена Отраслевая программа борьбы с наркоманией и наркобизнесом в РК на 2012 – 2016 годы. В 2015 году Система государственного планирования Казахстана вновь была подвергнута некоторым изменениям, в результате которых Программа борьбы с наркоманией и наркобизнесом на 2012 – 2016 годы поставлена на утрату (Постановление Правительства РК от 30.12.2015г. №1136).

В целях повышения уровня антинаркотической деятельности всех заинтересованных государственных органов основные показатели Программы включены в Стратегию национальной безопасности на 2016 – 2020 годы, которая носит закрытый характер. Большинство перенесённых показателей направлены на снижение предложения. Наряду с этим индикаторы и показатели Программы интегрированы в Государственную программу развития здравоохранения «Денсаулық» на 2016-2020 годы, а также стратегические планы заинтересованных государственных органов и в Программы развития территорий.

В государственной программе развития здравоохранения «Денсаулық» на 2016-2020 снижение потребления алкоголя, табака, наркотических и психотропных средств включено в основные направления реализации программы, однако пути и меры реализации этого направления недостаточно ясно обозначены. В качестве основного индикатора по оценке реализации этой задачи является количество лиц, состоящих на наркологическом учёте. В программе предложено продолжить внедрение передовых, зарекомендовавших себя как высокоэффективных, технологий оказания медицинской помощи больным с туберкулёзом, ВИЧ/СПИД, психическими и наркологическими расстройствами. Несмотря на это в списке мероприятий к программе обозначены меры с сомнительной эффективностью: обучить инспекторов по делам несовершеннолетних технологиям раннего выявления групп риска по наркологическому профилю среди детей и подростков; обучить сотрудников МВД навыкам определения степени опьянения; проводить на региональном уровне акции, посвящённые Международному дню борьбы с наркоманией; проводить информационную работу по профилактике поведенческих факторов риска с использованием современных информационных технологий.

1.3.2. Координация

В Республике Казахстан координирующим органом в сфере борьбы с наркоманией и наркобизнесом является Министерство внутренних дел в лице Департамента по борьбе с наркобизнесом и контролю за оборотом наркотиков.

В целях повышения качества антинаркотической работы государственных органов Распоряжением Премьер-Министра Республики Казахстан (от 15 сентября 2011 года № 129-р) образован Межведомственный штаб по координации деятельности государственных органов, направленной на противодействие наркомании и наркобизнесу. В состав штаба входят представители 12-ти государственных органов.

Штаб является постоянно действующим межведомственным рабочим органом по координации деятельности государственных органов по профилактике наркомании, повышению эффективности исполнения программных документов при МВД.

В своей работе Штаб взаимодействует с международными организациями, неправительственными организациями и общественными объединениями, деятельность которых связана с противодействием распространению наркомании и наркобизнеса.

Основными целями Штаба являются:

- 1) координация деятельности государственных органов, направленной на предупреждение наркомании и пресечение наркопреступлений;
- 2) совершенствование взаимодействия государственных органов по противодействию наркомании и наркобизнесу;
- 3) разработка новых подходов, концептуальных положений и программ по борьбе с наркоманией и наркобизнесом, планов предупреждения и пресечения наркопреступлений и наркомании;

4) выработка предложений по совершенствованию законодательства в области противодействия наркомании и наркобизнесу.

В 2016-2017 годах проведены 7 заседаний Межведомственного антинаркотического штаба, в рамках которых рассмотрены актуальные вопросы противодействия наркобизнесу и профилактики наркомании. Основной темой, которая обсуждалась на заседаниях в 2017 году, являлось распространение синтетических наркотиков в стране и методы борьбы с этим.

В области лечения зависимости от ПАВ и профилактики употребления ПАВ действует Национальный Координационный совет по охране здоровья при Правительстве Республики Казахстан. В 2016-2017 годах заседаний, рассматривающих вопросы лечения зависимости от ПАВ и профилактики употребления ПАВ, в рамках Совета не проводилось.

При Правительстве РК создана и активно действует с 2007 года Межведомственная комиссия по делам несовершеннолетних и защите их прав (МВК). В 2017 году проведено 21 заседание МВК, на которых рассмотрено 65 вопросов (профилактика правонарушений, безнадзорности и беспризорности несовершеннолетних, о деятельности школьных инспекторов полиции, Центров адаптации несовершеннолетних, по развитию системы ювенальной юстиции, профилактика насилия и жестокого обращения в отношении детей и др.).

1.3.3. Международное сотрудничество в сфере борьбы с наркоманией и наркобизнесом

Казахстан твёрдо привержен международному и региональному сотрудничеству, направленному на обеспечение региональной стабильности. Государством всецело поддерживается соответствующая деятельность международных и региональных организаций, включая Совецание по мерам доверия в Азии, Организацию экономического сотрудничества, Шанхайскую организацию сотрудничества (ШОС), Управление ООН по наркотикам и преступности (УНП ООН), Содружество Независимых Государств (СНГ), Организацию Договора о коллективной безопасности (ОДКБ), Программы Европейского Союза.

Взаимодействие с правоохранительными органами зарубежных стран осуществляется на основе более 50-ти межправительственных и межведомственных соглашений. В 2015-2017 годах обеспечено подписание 5-ти международных договоров. Проведено 39 встреч, консультаций и переговоров с представителями дипломатического корпуса, международных организаций, зарубежных правоохранительных органов.

При сотрудничестве с правоохранительными органами зарубежных стран активно используются механизмы, созданные в многостороннем формате, прежде всего, в рамках ОДКБ, ООН и ШОС, посредством которых обеспечивается взаимодействие, проведение оперативных мероприятий и обмен информацией.

Эффективной площадкой для взаимодействия в вопросах борьбы с наркобизнесом рассматривается формат Координационного совета руководителей компетентных органов по противодействию незаконному обороту наркотиков государств-членов ОДКБ. Проводимая не реже двух раз в год международная операция «Канал» на территории государств-членов ОДКБ позволяет налаживать и укреплять практические контакты, реализовывать совместные разработки и проводить масштабные операции по пресечению трафика наркотиков.

В 2015 году начата реализация Программы Управления ООН по наркотикам и преступности для государств Центральной Азии на 2015-2019 годы. Целью данной программы является укрепление сотрудничества в области борьбы с незаконным оборотом наркотиков, психотропных веществ и прекурсоров между странами Центральной Азии. Также в стране обеспечивается реализация ряда проектов ООН, в том числе по лечению и профилактике, обмену информацией, контролируемым поставкам, а также Региональной программы по Афганистану и соседними странами. Программа УНП ООН для государств Центральной Азии была разработана совместно с экспертами стран региона, для стран региона и при содействии сообщества доноров, представителей региональных структур и других агентств ООН через тщательно спланированный процесс консультаций. В ней отражены области, которые государства Центральной Азии считают проблемными, а также предусмотрены ресурсы, которые страны рассматривают в качестве необходимого условия оказания технического содействия. Программа базируется на предыдущем опыте УНП ООН в сфере оказания содействия в регионе и нацелена не на реализацию отдельно взятых проектов, а на обеспечение комплексного и всестороннего подхода. Программа координируется Региональным представи-

тельством УНП ООН в Ташкенте, техническое содействие будет оказываться через программные офисы УНП ООН (Региональное представительство УНП ООН в Центральной Азии, 2015).

Длительное время в Казахстане реализуется Программа по борьбе против наркотиков в Центральной Азии (CADAP), которая представляет собой преемственность политики Европейского Союза (ЕС) и доказательство долгосрочного взаимодействия с партнёрами в Центральной Азии. Данная Программа способствует дальнейшему укреплению национальной политики в области сокращения спроса на наркотики и развитию информационных систем в странах Центральной Азии. Все программные мероприятия в рамках CADAP направлены на наращивание потенциала, как на национальном, так и на региональном уровне, путём предоставления консультаций по вопросам политики, а также технической помощи, мониторинга наркоситуации, профилактики, лечения наркомании и снижения вреда.

2. УПОТРЕБЛЕНИЕ НАРКОТИКОВ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ В ЦЕЛОМ И СРЕДИ КОНКРЕТНЫХ ЦЕЛЕВЫХ ГРУПП

2.1. ВВЕДЕНИЕ

Исследований по изучению употребления наркотиков среди всего населения в 2017 году в стране не проводилось.

Последнее исследование в национальном масштабе было проведено в 2001 году Республиканским научно-практическим центром медико-социальных проблем наркомании (РНПЦ МСПН). Целью данного исследования было изучение отношения населения городов Казахстана к проблеме наркомании и мониторинг основных направлений социальной деятельности, наиболее эффективно блокирующей распространение наркозависимости среди населения РК. В рамках исследования также предполагалось определение численности населения с признаками зависимости от наркотических веществ.

Генеральную совокупность исследования составили жители крупных городов Казахстана (с населением 150 000 чел. и более) в возрасте 7-55 лет. Выборка исследования составила 7029 человек. Проведение опроса осуществлялось путём самозаполнения вопросников респондентами, исключение составляли те группы респондентов, которые в силу физического и психологического состояния не могли самостоятельно заполнить вопросник, а также дети в возрасте 7-11 лет, в этих случаях проводилось интервью (РНПЦ МСПН, 2004).

В стране Республиканским Центром СПИД один раз в два года проводится оценка численности лиц, употребляющих наркотики инъекционным способом, а также осуществляется оценка потребления инъекционных наркотиков среди работников коммерческого секса и мужчин, имеющих секс с мужчинами.

Для оценки ситуации в РК основным источником об употреблении наркотиков среди населения являются данные наркологического учёта, которые также используются различными ведомствами для планирования профилактических и лечебных программ.

На основании Приказа Министра здравоохранения Республики Казахстан от 2 декабря 2009 года № 814 в стране действует система регистрации лиц, имеющих расстройства, вызванные употреблением психоактивных веществ (ПАВ), которая включает в себя несколько видов наркологического учёта: профилактический и диспансерный.

За лицами, обратившимися за медицинской помощью самостоятельно или по направлению общественных объединений, медицинских организаций, и органов внутренних дел, у которых употребление ПАВ не сопровождается клиническими проявлениями заболевания (группа риска), организуется профилактическое наблюдение.

Адресному диспансерному учёту, и динамическому наблюдению в амбулаторных медицинских организациях, оказывающих наркологическую помощь, подлежат лица с психическими и поведенческими расстройствами вследствие употребления ПАВ, которым установлены диагнозы врачом-наркологом или судебно-наркологическим экспертом.

Диспансерный учёт лиц с психическими и поведенческими расстройствами вследствие употребления ПАВ и профилактическое наблюдение лиц группы риска осуществляется в наркологических организациях.

В случае выполнения человеком всех назначений в процессе лечения, соблюдения сроков лечения в наркологических организациях и наступления после лечения стойкой, объективно подтверждённой ремиссии, устанавливается срок адресного диспансерного учёта для лиц с психическими и поведенческими расстройствами вследствие употребления ПАВ (кроме алкоголя) – 5 лет. Срок профилактического наблюдения за лицами, потребляющими ПАВ в немедицинских целях, но не имеющим зависимости – 1 год. Лица группы риска в процессе профилактического наблюдения медицинскую помощь получают, преимущественно, в амбулаторных условиях.

Снятие с диспансерного учёта производится на следующих основаниях: а) стойкая ремиссия (выздоровление); б) изменение постоянного места жительства с выездом за пределы обслуживаемой наркологической организацией территории, в том числе, в связи с передачей под диспансерное наблюдение в другую наркологическую организацию; в) когда наркологическая организация не может в течение 1 года обеспечить осмотр пациента, несмотря на все принятые меры, пациент снимается с диспансерного учёта (решение о снятии с учёта в этих случаях также выносится врачебно-консультационной комиссией (ВКК) той организации, где наблюдался пациент); г) осуждение, связанное с лишением свободы на срок свыше 1 года; д) в связи со смертью.

В Правила учёта, наблюдения и лечения лиц, признанных больными алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией, утверждённых Приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 2 декабря 2009 года № 814, были внесены изменения по состоянию на 31.12.2015 г., согласно которым исключено понятие «анонимный учёт».

Следует отметить, что несмотря на то, что регистры лиц, имеющих проблемы с наркотиками, в наркологических организациях и правоохранительных органах, представляют определённые возможности для косвенных оценок популяции лиц, употребляющих ПАВ, в стране данный источник информации не используется для исследований на национальном уровне должным образом. Кроме того, анализ и результаты проверки Прокуратурой РК обнаружили несовершенство действующей системы учёта лиц, страдающих наркоманией, и нарушения в системе регистрации. Учёт лиц, зависящих от ПАВ, и снятие их с учёта ведутся практически беспорядочно и подвержены различным манипуляциям, вследствие чего данные учёта не раскрывают объективную картину по учётному контингенту (КПССУ ГП РК, 2016).

В рамках государственной программы развития здравоохранения «Денсаулық» на 2016-2020 в стране осуществляется мониторинг и оценки наркологической ситуации в уголовно-исполнительной системе Республики Казахстан.

В 2012 году в рамках научно-технической программы Республиканского научно-практического Центра медико-социальных проблем наркомании (г. Павлодар) и при содействии BRIF Research Group (г. Алматы) проведено исследование распространённости вовлечения в потребление ПАВ, а также вовлечения в различные формы нехимической аддикции среди организованных групп молодёжи (учащиеся, студенты) (Байкенов Е.Б., 2013). Исследование было проведено с использованием метода самозаполнения структурированной анкеты, где вопросы, касающиеся потребления ПАВ, были частично заимствованы из русскоязычной версии опросника ESPAD (The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs, 2011).

Исследованием были охвачены следующие регионы и города: г. Астана, г. Алматы, Жамбылская, Западно-Казахстанская, Карагандинская, Костанайская, Павлодарская, Южно-Казахстанская области (8 из 16). В каждой исследуемой области РК выделялись три страты: областной центр, город с численностью населения до 100 000 и села. Общий объём выборки составил 4000 человек (по 500 человек в каждом исследуемом регионе). Данным исследованием было охвачено три возрастные группы: учащиеся в возрасте 15-16 лет, 18-19 и 21-22 года.

2.2. УПОТРЕБЛЕНИЕ НАРКОТИКОВ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ

Согласно данным, полученным в ходе национального исследования, проведённого РНПЦ МСПН в 2001 году, количество лиц, зависящих от наркотиков, в Республике Казахстан составляло 1,7% населения страны (РНПЦ МСПН, 2004). Из них 31,6% - это лица, зависящие от опиоидов (в основном – героиновая зависимость), 81,3% - лица, зависящие от каннабиноидов, 15,5% - лица, зависящие от других наркотических веществ (Таблица 3). Хотя бы раз в течение жизни пробовали наркотики 10% респондентов, при этом в исследовании не уточняется, какие это были вещества.

ТАБЛИЦА 3: ОЦЕНОЧНОЕ КОЛИЧЕСТВО ЗАВИСИМЫХ НАРКОТИЧЕСКИХ ВЕЩЕСТВ ПО УПОТРЕБЛЯЕМЫМ ВИДАМ НАРКОТИКОВ, 2001 (РНПЦ МСПН)

Параметры	Лица, зависимые от опиоидов	Лица, зависимые от каннабиноидов	Лица, зависимые от других наркотических веществ
Доля от общего количества зависимых лиц	31,6%	81,3%	15,5%
Абсолютное число зависимых лиц (% от населения в возрасте 7-55 лет)	80 328 (1,17%)	206 667 (3,02%)	39 402 (0,58%)

Среди лиц, зависимых от наркотиков, основную группу составляли лица в возрасте 17-45 лет (69,8%), с низким уровнем личного дохода (безработные, имеющие нерегулярную работу) (92,6%), со средним уровнем образования (68,1%).

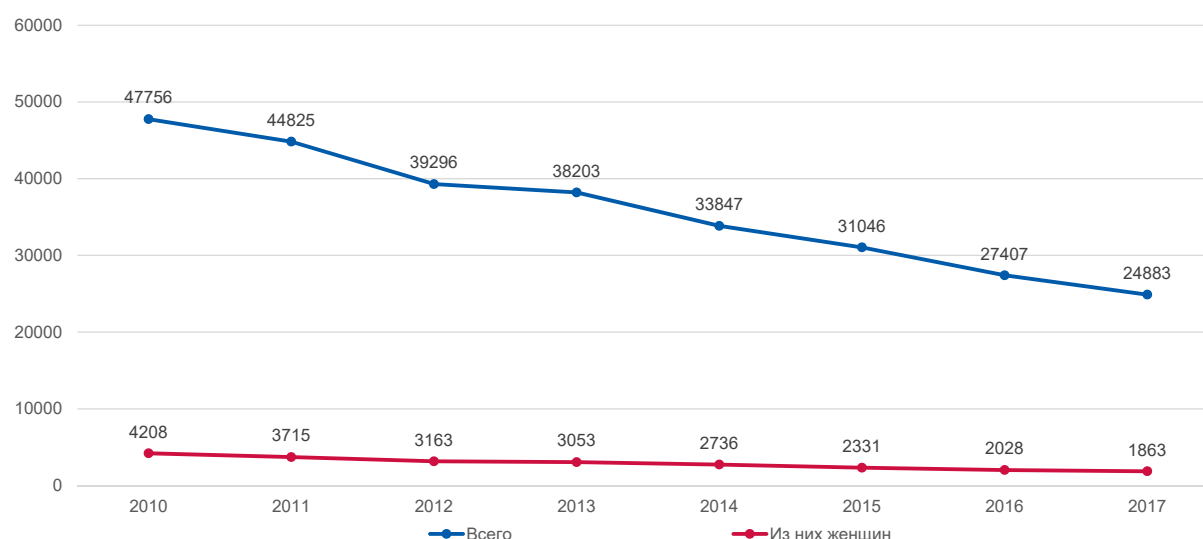
В виду того, что вышеназванное исследование проводилось семнадцать лет назад, на данный момент в стране нет каких-либо эпидемиологических исследований, отражающих актуальную ситуацию, связанную с употреблением различных наркотиков среди населения страны.

В 2015-16 годах Министерством здравоохранения было запланировано проведение исследования распространённости и характеристик употребления различных ПАВ среди общего населения, включая нелегальные вещества и злоупотребление легальными веществами. На данный момент данное исследование не было проведено.

2.3. СИСТЕМА НАРКОЛОГИЧЕСКОГО УЧЁТА

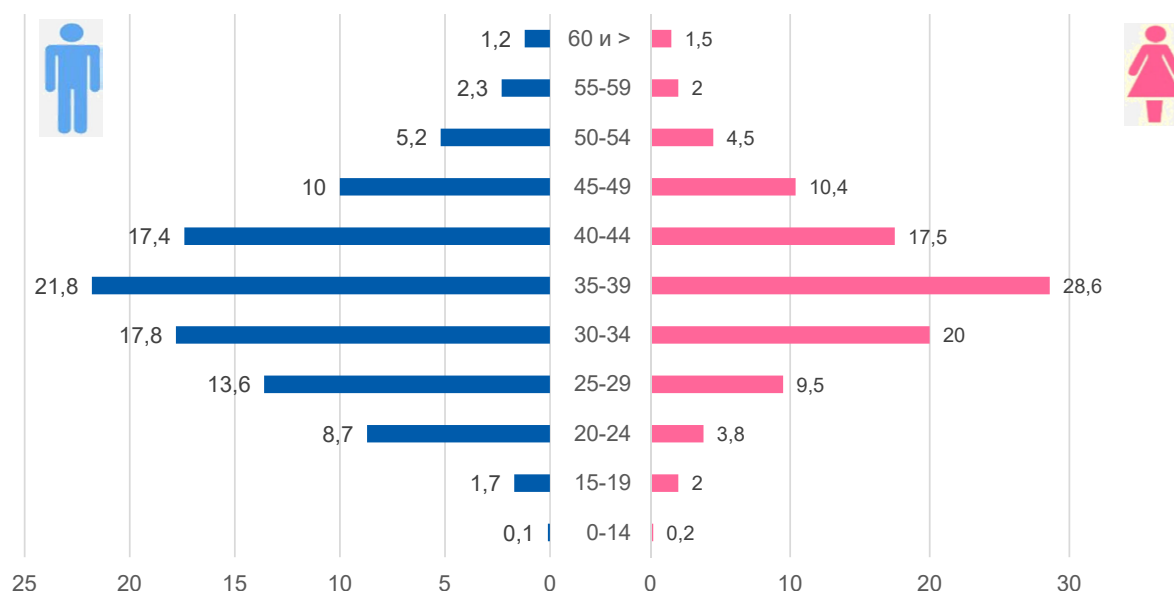
По состоянию на 31.12.2017 года по данным официальной статистики, в наркологических организациях состояло на учёте 24 883 лиц, употребляющих наркотики (2014 г. – 33 847, 2015 г. – 31 046, 2016 г. – 27 407), из них – 16 142 те, кто употреблял наркотики инъекционным способом, или 65% от общего числа лиц, состоящих на наркологическом учёте (2014 – 22 323 (66%), 2015 – 18 906 (60,9%), 2016 г. – 17 367 (63,4%). Доля лиц, употребляющих инъекционные наркотики (ЛУИН), среди общего контингента лиц с психическими и поведенческими расстройствами, вызванными употреблением ПАВ (кроме алкоголя и табака), находящихся на диспансерном и профилактическом наблюдении за последние 5 лет снизилась. В 2017 году среди женского контингента доля ЛУИН составила 92,2%, среди несовершеннолетних – 15,7%, среди молодёжи – 27%.

Ниже Диаграмма 2.1 представляет данные о количестве лиц зарегистрированных наркологической службой РК за период с 2010 по 2017 год (РНПЦ ПЗ, 2017).

ДИАГРАММА 1: КОЛИЧЕСТВО ЛИЦ, ЗАРЕГИСТРИРОВАННЫХ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБОЙ РК ЗА 2009-2015 ГГ. (РНПЦ ПЗ)

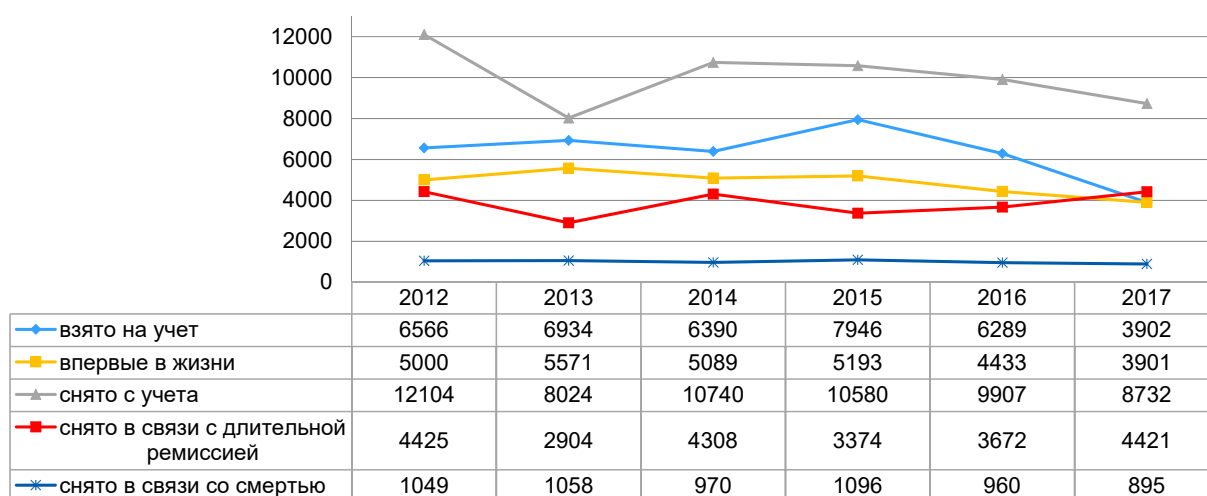
Как показано на диаграмме 1, количество зарегистрированных лиц, употребляющих наркотики, к 2017 году имеет тенденцию к уменьшению. Максимальное количество зарегистрированных лиц, как среди мужчин, так и среди женщин, приходится на возрастную группу 35-39 лет (Диаграмма 2).

ДИАГРАММА 2: ЛИЦА, ЗАРЕГИСТРИРОВАННЫЕ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБОЙ В 2017 ГОДУ (РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ПО ПОЛУ И ВОЗРАСТУ, %) (РНПЦ ПЗ)



В 2017 году количество лиц, взятых на учёт, сократилось почти в два раза по сравнению с 2015 и 2016 годами, при этом впервые за последние годы практически 100% лиц, поставленных на наркологический учёт в текущем году, зарегистрированы впервые в жизни. Движение зарегистрированных лиц в динамике по годам проиллюстрировано на диаграмме 3. Также в течение последних лет сохраняется тенденция того, что количество снятых с учёта превышает количество взятых на учёт, что является одной из причин общей тенденции снижения зарегистрированных лиц, имеющих наркотическую зависимость, в стране.

ДИАГРАММА 3: КОЛИЧЕСТВО ЛИЦ, ВЗЯТЫХ И СНЯТЫХ С НАРКОЛОГИЧЕСКОГО УЧЁТА ЗА ПЕРИОД 2012-2017 ГГ. (РНПЦ ПЗ)



Среди всех учтённых лиц в наркологической службе страны преобладают люди с диагнозом F11 согласно Международной классификации болезней (МКБ-10) Всемирной организации здравоохранения «Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением опиоидов», F12 «Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением каннабиноидов» и F19 «Психические и поведенческие расстройства, вызванные одновременным употреблением нескольких наркотических средств и использованием других психоактивных веществ» (Таблица 4).

Первичная заболеваемость расстройствами, вызванными употреблением опиоидов, в 2017 году составила 4,8 на 100 тысяч населения, аналогичный показатель в 2016 году - 4,2 на 100 тысяч населения. Первичная заболеваемость расстройствами, вызванными употреблением каннабиноидов, снизилась с 17,8 в 2016 году до 14,7 на 100 тысяч населения в 2017 году. Первичная заболеваемость психическими и поведенческими расстройствами, вызванными употреблением других ПАВ, в 2017 году по сравнению с 2016 г. снизилась с 26,0 на 100 тыс. населения до 22,6 на 100 тыс. населения (РНПЦ ПЗ, 2017).

ТАБЛИЦА 4: ЛИЦА, ЗАРЕГИСТРИРОВАННЫЕ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБОЙ, ПО ДИАГНОЗАМ МКБ-10 С 2008 ПО 2017 ГОДЫ (РНПЦ ПЗ)

Диагноз по МКБ-10	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
F11	35333	33739	29928	26920	22948	21432	18174	15449	12700	11453
F12	11842	12606	12634	12682	11263	11579	10417	10215	9778	8483
F13	81	75	97	85	64	83	77	55	34	29
F14	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
F15	139	101	89	72	40	35	19	4	8	40
F16	24	21	11	23	22	22	10	10	4	1
F18	1512	1131	876	615	509	423	353	311	262	259
F19	3960	4063	4121	4428	4450	4628	4797	5005	4621	4618
ВСЕГО	52891	51936	47756	44825	39296	38203	33847	31049	27407	24883

За последние восемь лет сохраняется тенденция сокращения доли лиц с расстройствами, вызванными употреблением опиоидов, и с расстройствами, вызванными употреблением стимуляторов, среди всех зарегистрированных лиц. С другой стороны, доля лиц с расстройствами, вызванными сочетанным употреблением психоактивных веществ, продолжает увеличиваться в течение рассматриваемого периода времени.

2.4. УПОТРЕБЛЕНИЕ НАРКОТИКОВ СРЕДИ МОЛОДЁЖИ

Согласно данным, полученным в ходе исследования распространённости потребления ПАВ и вовлечения в нехимические аддикции среди детей и молодёжи, проведённого РНПЦ МСПН в 2012 году, 15,8% ($\pm 1,9$) учащихся в возрасте 16 лет употребляли в течение жизни какие-либо наркотические вещества (Таблица 5). Наибольшая распространённость текущего употребления наркотических веществ и употребления когда-либо в жизни встречается среди молодёжи в возрасте 22 года и среди лиц, мужского пола (Байкенов Е.Б., 2013).

ТАБЛИЦА 5: ПОКАЗАТЕЛИ РАСПРОСТРАНЁННОСТИ ПОТРЕБЛЕНИЯ НАРКОТИЧЕСКИХ ВЕЩЕСТВ СРЕДИ ДЕТЕЙ И МОЛОДЁЖИ В РК 2012 (РНПЦ МСПН)

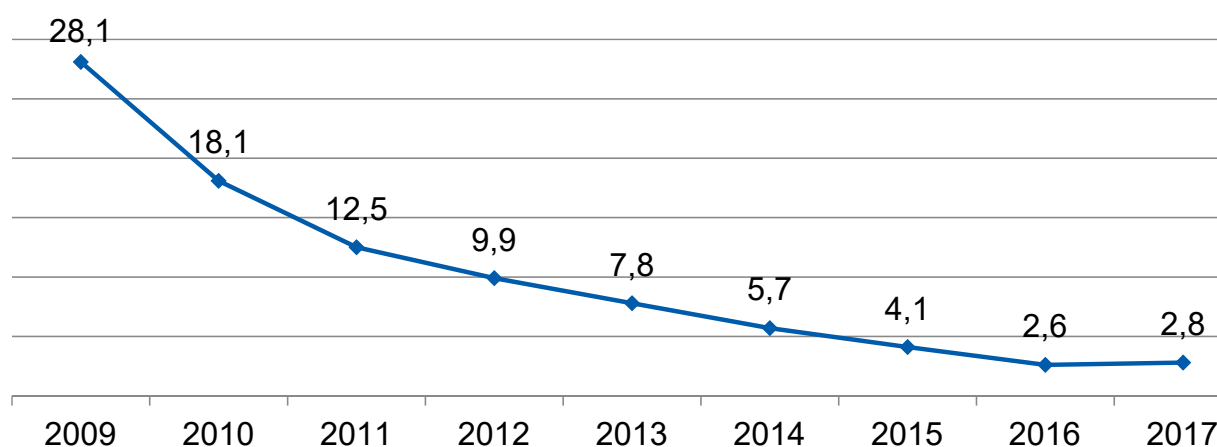
Показатель	Все (n=4000)	Муж (n=1731)	Жен (n=2269)	16 лет (n=1415)	19 лет (n=1824)	22 года (n=761)
Потребление наркотиков в течение жизни	16,1% ($\pm 1,1$)	22,6% (± 2)	11,1% ($\pm 1,3$)	15,8% ($\pm 1,9$)	15,1% ($\pm 1,6$)	19,1% ($\pm 2,8$)
Потребление наркотиков в течение последних 12 месяцев	8,2% ($\pm 0,9$)	13% ($\pm 1,2$)	4,5% ($\pm 0,9$)	7,3% ($\pm 1,4$)	4,7% (± 1)	5,3% ($\pm 1,6$)
Потребление наркотиков в течение последних 30 дней	4,6% ($\pm 0,7$)	7,6% ($\pm 1,6$)	2,4% ($\pm 0,6$)	4,2% (± 1)	8,4% ($\pm 1,3$)	9,2% ($\pm 2,1$)

В отношении наиболее потребляемых наркотических веществ в течение жизни среди детей и молодёжи выделяются каннабис - 11,2% (± 1), ингалянты - 5,4% ($\pm 0,6$), стимуляторы - 2,3% ($\pm 0,5$) и седативные вещества - 1,5% ($\pm 0,4$). На потребление опиатов в течение жизни указали 0,9% ($\pm 0,3$) респондентов, в течение последнего года - 0,6% ($\pm 0,2$), в последние 30 дней - 0,4% ($\pm 0,2$) респондентов.

При сравнении текущего потребления наркотических веществ среди выделенных возрастных групп наблюдается тенденция увеличения с возрастом количества лиц, потребляющих каннабис. Количество потребляющих опиаты и экстази остаётся примерно на одном и том же уровне, потребление ингалянтов, можно предположить, с возрастом снижается (Байкенов Е.Б., 2013).

По данным наркологического учёта, количество зарегистрированных потребителей наркотиков в возрасте до 18 лет (Диаграмма 4) имеет выраженную тенденцию к уменьшению за последние 5 лет (РНПЦ ПЗ, 2017).

ДИАГРАММА 4: КОЛИЧЕСТВО ЛИЦ, ЗАРЕГИСТРИРОВАННЫХ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБОЙ РК, В ВОЗРАСТЕ ДО 18 ЛЕТ НА 100 000 СООТВЕТСТВУЮЩЕГО НАСЕЛЕНИЯ ЗА 2009-2017 ГГ. (РНПЦ ПЗ)



Основную часть лиц, состоящих на наркологическом учёте в возрасте до 18 лет, составляют лица, употребляющие летучие органические соединения (ЛОС), и лица, употребляющие каннабиноиды (Таблица 6). К 2013 году количество человек, употребляющих ЛОС, сократилось практически вдвое по сравнению с 2010 годом, однако с 2015 года данный показатель увеличивался, и в 2017 достиг максимальных значений за период 2009-2017 гг. Доля лиц, употребляющих инъекционные наркотики, среди учтённых несовершеннолетних лиц в 2017 году составила 11,5% (РНПЦ ПЗ, 2017).

В 2017 году доля учтённых лиц в возрасте до 18 лет, потребляющих опиоиды, стимуляторы, ЛОС, увеличилась по сравнению с прошлыми годами. Количество лиц, потребляющих каннабиноиды и галлюциногены в динамике по годам уменьшается.

С 2013 года в стране распространилось потребление синтетических наркотиков. Более подробную информацию об употреблении синтетических наркотиков среди населения можно получить в специальном разделе настоящего отчёта «НОВЫЕ ПСИХОАКТИВНЫЕ ВЕЩЕСТВА В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН».

ТАБЛИЦА 6: СООТНОШЕНИЕ (%) ПОТРЕБЛЯЕМЫХ НАРКОТИЧЕСКИХ ВЕЩЕСТВ СРЕДИ УЧТЁННЫХ ЛИЦ В ВОЗРАСТЕ ДО 18 ЛЕТ (РНПЦ ПЗ)

Наркотические вещества	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Опиоиды	2,2	2,3	0,8	1,6	1,7	2,8	2,8	2,1	3,2
Каннабиноиды	43,2	43,1	52,8	60,4	64,8	55,8	55,8	52,2	40,3
Седативные	0,8	2,9	4,1	2,8	4,5	0,5	0,5	0,6	0
Стимуляторы	0,5	0,9	0,5	0	0,0	0	0	0	1,9
Галлюциногены	0,9	0,8	3,1	4,0	4,8	3,3	3,2	0,6	0,6
ЛОС	46,5	45,0	31,1	25,9	21,6	30,2	30,2	32	48,7
Сочетанное потребление	6,0	5,0	7,6	5,2	2,6	7,4	7,4	8,1	5,1
Инъекционное потребление	8,9	10,5	9,9	7,2	3,6	2,8	2,8	5,6	11,5

В стране в некоторых регионах среди детей до 18 лет потребляются различные доступные вещества, потребление которых не отображается в официальной статистике или национальных исследованиях. Также нет данных насколько распространено потребление этих веществ в проблемных и соседних регионах, что требует дополнительных исследований по оценке распространённости и имеющихся потенциальных рисков.

Так в Западно-Казахстанской области имелись случаи употребления детьми семян клещевины. Все части растения содержат белок рицин и алкалоид ризицин, которые ядовиты для человека и животных (ЛД₅₀ около 500 микрограмм). Вред здоровью непоправим, что объясняется способностью рицина необратимо разрушать белки тканей человека. Угнетение синтеза белка приводит к нарушению синтеза ферментов, белков мембран клеток и белков, участвующих в иммунной защите организма, обменных процессах и физиологических функций организма. Скорее всего, галлюцинации, которые возникают в результате сильнейшего отравления, способствуют потреблению семян этого растения среди детей в регионе.

В Южно-Казахстанской области среди детей до 18 лет использовалось другое растение – красавка обыкновенная (Белладонна). Все части растения содержат тропановые алкалоиды: атропин, гиосциамин, скополамин (гиосцин), апоатропин и др., а также флавоноиды и оксикумарины. Признаки лёгкого отравления при потреблении белладонны появляются через 10–20 минут: сухость и жжение во рту и глотке, затруднённое глотание и речь, учащённое сердцебиение (тахикардия). При тяжёлых отравлениях полная потеря ориентации, резкое двигательное и психическое возбуждение, иногда судороги. Специфическим осложнением отравлений атропином являются трофические нарушения – значительные отёки подкожной клетчатки лица, в области предплечий и голеней.

В Карагандинской области долгие годы в г. Темиртау среди детей используется толуол – метилбензол, бесцветная жидкость с характерным запахом. Пары толуола могут проникать через неповреждённую кожу и органы дыхания, вызывать поражение нервной системы (заторможенность, нарушения в работе вестибулярного аппарата), в том числе необратимое. В целом, толуол, как и другие гомологи бензола, очень токсичен, при высоких концентрациях пары действуют наркотически, вызывая сильные галлюцинации и диссоциативное состояние. При очень высоких дозировках (при длительных непрерывных ингаляциях) могут возникать галлюцинаторные психосенсорные переживания, связанные с чувством равновесия. Галлюцинации нарастают, психические проявления неуправляемы, происходит полная диссоциация, распад целостности личности.

2.5. УПОТРЕБЛЕНИЕ НАРКОТИКОВ СРЕДИ ДРУГИХ ЦЕЛЕВЫХ ГРУПП

Всего на 31.12.2017 года в учреждениях уголовно-исполнительной системы (УИС) РК находилось 3 602 человек, имеющих зависимость от ПАВ. Показатель на 1000 осуждённых лиц составляет 117,1. Проходят принудительное лечение по поводу зависимости от ПАВ 1 491 человек (48,5 на 1000 осуждённых лиц). Доля лиц, употребляющих инъекционные наркотики (ЛУИН), среди всех находящихся под наблюдением лиц с зависимостью от ПАВ (кроме алкоголя) в учреждениях УИС РК составила 82,5% (в 2016 г. – 82,5%).

В местах лишения свободы РК на 31.12.2017 г. состоит на наркологическом учёте 155 женщины с зависимостью от алкоголя (9% от всех лиц, состоящих на учёте по поводу зависимости от алкоголя, в 2016 году было 6,3%), 185 женщины с зависимостью от других ПАВ (10%, в 2016 году – 8,3%).

В местах лишения свободы не было ни одного несовершеннолетнего лица с психическими и поведенческими расстройствами, вызванными употреблением ПАВ. Наибольшая доля лиц, состоящих на наркологическом учёте в учреждениях УИС, приходится на возрастную группу 30-39 лет (41,1%), далее следуют лица в возрасте 40-49 лет (25,2%).

Сравнение данных по состоящим на наркологическом учёте лиц в гражданском секторе здравоохранения РК и в УИС позволяет определить то, что показатель количества лиц с зависимостью от ПАВ на 1000 населения старше 14 лет в УИС в 14 раз выше, чем в гражданском секторе (показатель количества лиц с зависимостью от алкоголя выше в 9 раз, с зависимостью от других ПАВ – в 41 раза).

Всего на 31.12.2017 года 1 532 человек в местах лишения свободы РК осуждены по статье 296 УК РК за незаконное хранение наркотиков без целей сбыта, что составляет 4,9% от всего тюремного населения страны. Из них 863 (56,3%) человек имеют зависимость от опиоидов, 45 (3%) – от каннабиноидов.

Количество лиц, осуждённых по статье 297 Уголовного Кодекса (УК) РК за незаконное хранение наркотиков с целью сбыта, составляет 1 906 человек (6% от всего тюремного населения страны). Из них 935 (49%) человек имеют зависимость от опиоидов, 78 (5,1%) – от каннабиноидов.

По данным исследования, проведённого в рамках эпидемиологического слежения Республиканским Центром СПИД, процент работников коммерческого секса, указавших на употребление инъекционных наркотиков (ИН) когда-либо, составил в 2017 году – 5,2% (2013 г. – 4,3%). На употребление наркотиков инъекционным способом за последние 12 месяцев указали 71% из числа работников коммерческого секса, употреблявших когда-либо инъекционные наркотики (2013 г. – 65,1 %). В 2017 году наиболее предпочтительным веществом в данной группе был героин (68% среди всех употреблявших инъекционные наркотики за последние 12 месяцев), далее следует мак (62,7% среди всех употреблявших инъекционные наркотики за последние 12 месяцев). Средний стаж употребления инъекционных наркотиков среди работников коммерческого секса составил 7,8 лет (минимум - 6 месяцев, максимум - 26 лет). Также в ходе данного исследования было установлено, что 1,1% мужчин, имеющих секс с мужчинами, употребляли инъекционные наркотики хотя бы один раз за последние 12 месяцев.

3. ПРОФИЛАКТИКА

3.1. ВВЕДЕНИЕ

На данный момент в стране нет единого документа, определяющего основные направления деятельности по профилактике употребления наркотиков. Ряд мероприятий по профилактике обозначены в Стратегии национальной безопасности на 2016–2020 годы. Кроме того, в рамках реализации Государственной программы развития здравоохранения РК «Денсаулық» на 2016–2019 годы предусмотрено проведение мероприятий по профилактике наркотической зависимости и организации здорового образа жизни (ЗОЖ).

В стране одним из приоритетных подходов к профилактике употребления наркотиков являются вовлечение населения в физическую культуру и спорт. В учебных заведениях 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 молодёжи.

Большая доля профилактических мероприятий в стране проводится при поддержке неправительственных (некоммерческих) организаций (НПО). В прошлые годы реализован проект «Проведение комплекса мероприятий по противодействию наркомании», в рамках которого создана база данных по профильным НПО в Казахстане и странах СНГ, включающая адреса, контактные телефоны и телефоны доверия.

Активную роль в области профилактики наркомании и других заболеваний принимает Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни (НЦ ЗОЖ), который имеет филиалы во всех регионах РК. При поддержке НЦ ЗОЖ в стране функционируют Молодёжные центры здоровья (МЦЗ), которые оказывают комплексные медико-психосоциальные услуги на дружественной к молодёжи основе. Услуги также включают консультацию, помощь и поддержку для лиц, имеющих проблемы с наркотиками.

Образовательные учреждения 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.

При анализе финансовых затрат на профилактическую деятельность в рамках государственных программ, в стране большинство расходов связаны с проведением различного рода информационных кампаний. На данный момент затруднительно агрегировать данные по профилактике потребления наркотиков в РК в соответствии с международными рекомендациями и стандартами. С одной стороны, в стране не представлена полноценная система мониторинга за профилактическими программами, а также недостаточно налажена система оценки эффективности профилактических программ. С другой стороны, при разработке политики и реализации профилактических программ не используется модель дифференцированной профилактики Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), когда, в зависимости от целевой аудитории, профилактика определяется как универсальная, селективная, индикативная.

3.2. ВСЕОБЩАЯ ПРОФИЛАКТИКА

3.2.1. Профилактика в школах

В Казахстане обучение осуществляется в дневных государственных общеобразовательных школах, частных и международных школах, Назарбаев Интеллектуальных школах, специальных школах для учащихся с ограниченными возможностями. Для категории лиц, которые испытывают постоянные или временные трудности в получении среднего образования, обусловленные здоровьем,

социально-экономическими факторами, действуют вечерние школы, в том числе при исправительных учреждениях. В стране функционируют школы для детей с отклоняющимся поведением.

В Республике Казахстан также активно развивается инклюзивное образование, когда создаются специальные условия для получения дошкольного и среднего образования, коррекции нарушения развития и социальной адаптации, для обеспечения равного доступа к качественному образованию всех категорий детей, в том числе имеющих проблемы со здоровьем; имеющих трудности социальной адаптации в обществе (с девиантным поведением, с низким социально-экономическим и социально-психологическим статусом).

В системе общего среднего образования воспитательной работой занимаются около 7 тысяч заместителей директоров по воспитательной работе, 8 тысяч психологов, 4 тысяч социальных педагогов, 4 тысяч старших вожатых, 2 тысяч школьных инспекторов полиции (Комитет по охране прав детей МОН РК, 2017). В целях усиления воспитательной работы действуют 7 563 общешкольных и 143 593 классных родительских комитета, 3 259 попечительских советов.

В программах курсов повышения квалификации Республиканского института повышения квалификации руководящих и научно-педагогических кадров системы образования, Межрегиональных центров учебных заведений технического и профессионального образования в целях охраны здоровья педагогических работников и улучшения качества образования внесён, кроме прочего, раздел, касающийся вопросов употребления наркотиков и профилактики.

С 2010 года во всех школах страны введён предмет «Самопознание» в учебные программы для учащихся 1-11 классов. В предмет «Самопознание» включены специальные разделы по формированию навыков регулирования своего поведения, выработке позитивного мироощущения и мировосприятия, купирования ранних признаков тревожного состояния, агрессии.

Одним из активно развиваемых направлений профилактической деятельности является вовлечение детей и молодёжи в альтернативные виды деятельности. По данным МОН, в 2017 году общий охват дополнительным образованием с учётом детей, посещающих школьные кружки/секции, внешкольные организации системы образования, системы культуры и спорта, составляет – 70,7%. Дополнительное образование детей в системе непрерывного образования направлено на формирование и развитие творческих способностей детей, удовлетворение их индивидуальных потребностей в интеллектуальном, нравственном, физическом совершенствовании, а также направлено на организацию их свободного времени. Кроме прочего одной из задач деятельности системы дополнительного образования является расширение воспитательных возможностей школы, и профилактика отклоняющегося поведения через решение проблемы занятости детей (Комитет по охране прав детей МОН РК, 2017).

В 2014-2015 учебном году количество детско-юношеских спортивных школ (ДЮСШ) составляет 435 единиц, с охватом более 294 тысяч детей и подростков (13 % от общего числа всех учащихся общеобразовательных учреждений), в том числе на селе – 123,3 тысячи. Наряду с детско-юношескими спортивными школами, важную роль играют детско-подростковые (ДПКФП) и детско-юношеские клубы физической подготовки (ДЮКФП). На сегодняшний день функционируют 569 ДПКФП и 105 ДЮКФП.

3.2.2. Внешкольные молодёжные программы

В г. Алматы функционирует Национальный круглосуточный телефон горячей линии (150) для подростков и молодёжи, организованный Национальным центром проблем формирования здорового образа жизни (ФЗОЖ) совместно с Союзом кризисных центров. В 2014 году были оказаны услуги посредством данной телефонной службы 253 284 обратившимся лицам, в 89,6% случаев предоставлена психологическая поддержка и помощь. В стране создан механизм обращений, доступный для детей и родителей, и всех заинтересованных граждан: для оперативной консультативной помощи, психологической поддержки детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, работают телефоны доверия Комитета по охране прав детей (КОПД) «74-25-28», единый call-центр экстренной службы «111» Уполномоченного по правам ребёнка, национальная бесплатная круглосуточная линия «150», более 200 телефонов доверия в регионах, сайты госорганов, блоги руководителей, детские общественные приёмные во всех регионах.

В КОПД с 2008 года действует «телефон доверия» для оказания психологической помощи детям и родителям, оказавшимся в трудной жизненной ситуации. Аналогичные службы телефонов дове-

рия функционируют в управлениях образования областей и городов Астана и Алматы. В настоящее время в регионах республики насчитывается более 220 телефонов доверия.

Министерство здравоохранения РК в целях дальнейшего укрепления здоровья населения, в том числе охраны здоровья матери, детей и подростков, с 2011 года на уровне организаций первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) во всех регионах созданы центры семейного здоровья, молодёжные центры здоровья (МЦЗ), отделения профилактики и социально-психологической помощи, в штатные нормативы ПМСП включены должности социальных работников и психологов. С целью оказания медицинской, психологической, юридической и социальной помощи подросткам и молодёжи на принципах добровольности, доступности, доброжелательности, конфиденциальности и доверия в Казахстане открыты и функционируют 85 МЦЗ. В республике работают 2 054 социальных работника и 815 психологов, которые оказывают услуги по консультированию, наблюдению и оказанию помощи на дому (патронаж и социальное сопровождение), консультированию по «телефону доверия».

Согласно отчётных данных областных центров ФЗОЖ, общее количество лиц, обратившихся к специалистам МЦЗ за 2015 год составило более 604 000 человек, из них лиц мужского пола – 248 943, женского пола – 355 930. В Молодёжных Центрах здоровья приём ведут следующие специалисты: гинеколог, уролог, дерматовенеролог, психолог, социальный работник, юрист; функционируют компьютерные классы, тренажёрные залы, телефон доверия, комната досуга по интересам молодёжи (Комитет по охране прав детей МОН РК, 2017).

По проектам Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) функционируют «Школы, способствующие укреплению здоровья». В целом по республике за 2015 год данный проект ВОЗ реализуют 981 общеобразовательная школа. Другой проект ВОЗ «Здоровые университеты» в Республике Казахстан реализуют 62 высших учебных заведения.

3.2.3. Профилактика в обществе

В целях межведомственного взаимодействия и усиления профилактической работы в республике создан и действует Национальный Координационный совет по охране здоровья при Правительстве Республики Казахстан. В 2017 году на заседаниях Совета, кроме прочих вопросов, рассмотрены вопросы межведомственного взаимодействия по раннему выявлению попыток суицида и реабилитации лиц с незавершёнными суицидами, по развитию целостной системы службы школьной медицины, по вопросам профилактики заболеваемости, а также проблемами психического здоровья.

В отчётный период выпущены информационные материалы по профилактике наркомании, в общественных местах и в местах массового отдыха молодёжи распространены социальные рекламные постеры, посвящённые вопросам профилактики наркомании и пропаганды здорового образа жизни с указанием телефонов доверия заинтересованных государственных органов, в кинотеатрах города перед началом сеансов ведётся прокат антинаркотических социальных видеороликов, проведены городские веломарафоны, тренинги среди подростков, состоящих на учёте в органах внутренних дел.

Традиционно проведён республиканский месячник, посвящённый Международному дню борьбы с наркоманией (26 июня). Организованы спортивные и творческие конкурсы, культурно-массовые мероприятия антинаркотической направленности.

В г. Астана во исполнение плана мероприятий «Астана – город без наркотиков» 15-16 марта сотрудниками УБН ДВД г. Астаны при поддержке Управления по вопросам молодёжной политики аппарата акима совместно с НПО ОФ «Улес 2020» проведена спортивная акция под девизом: «Быть здоровым – модно!». 30 сентября в Астане во дворце «Жастар» проведена антинаркотическая акция под девизом «Сделай свою жизнь прекрасной», цель которой обратить внимание молодёжи на угрозу появления новых видов синтетических наркотиков (курительные смеси, спайсы, соли и т.д.), формирование здорового образа жизни. В акции приняло участие более тысячи учащихся из 77 средних школ и 12 специальных учебных заведений.

С целью ограничения и профилактики табакокурения, алкоголизма и наркомании усовершенствована законодательная база, устанавливающая запрет на продажу сигарет лицам до 18 лет, спиртных напитков лицам, не достигшим 21 года, поштучную продажу сигарет, ограничение курения в определённых общественных местах, обязательное размещение предупреждений о вреде курения в местах, осуществляющих продажу табачных изделий. С 31 декабря 2011 года введён запрет наруж-

ной рекламы и рекламы в печатных изданиях, на ТВ и радио, распитие алкогольных напитков в общественных местах, а также ужесточение мер за вождение в состоянии алкогольного опьянения.

С 2015 года реализуются мероприятия в рамках Межведомственного плана действий МОН РК, МЗСР РК, МИР РК, МКС РК, МВД РК по предупреждению уголовных правонарушений против половой неприкосновенности несовершеннолетних на 2015-2017 годы. В рамках данного плана разработаны меры по совершенствованию законодательства, межведомственной координации; разработаны меры по профилактике социального сиротства и работе с неблагополучными семьями, постинтернатной адаптации и социализации выпускников детских домов; утверждены мероприятия по профилактике социального сиротства, жестокого обращения в отношении детей, суицидального поведения, а также по формированию здорового образа жизни.

3.3. ВЫБОРОЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ПО ГРУППАМ РИСКА

В Республике Казахстан создан Интегрированный банк данных единого учёта несовершеннолетних лиц, находящихся в трудной жизненной ситуации. В банк данных включаются сведения о детях, пропускающих занятия в школах по неуважительной причине, находящихся в специальных организациях образования, жертвах жестокого обращения и насилия, из неблагополучных семей, безнадзорных, беспризорных, доставленных в центры адаптации несовершеннолетних.

На 1 октября 2016 года количество детей в возрасте до 18 лет составляет 5,3 млн., более 144 тысяч детей с особыми образовательными потребностями, более 28 тысяч детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, свыше 11 тысяч детей с девиантным поведением. В 2016 году выявлены свыше 4 тысяч безнадзорных детей. На начало 4 квартала 2017 года в Казахстане зарегистрировано 27 274 детей, оставшихся без попечения родителей, что составляет 49 человек на 100 тыс. детского населения в возрасте 0-17 лет. В пересчёте на 100 тыс. детского населения имеется тенденция к сокращению числа детей, оставшихся без попечения родителей. Так в 2010 году на 100 тыс. детей приходилось 80 детей-сирот, в 2017 году - 49.

Одной из основных задач системы образования РК является создание условий для включения детей с особыми образовательными потребностями в общеобразовательный процесс. В 2016-2017 учебном году условия для инклюзивного образования созданы в 3 873 учреждениях (Комитет по охране прав детей МОН РК, 2017). Свою позитивную роль в данном процессе могут сыграть специальные условия, создающиеся в организациях образования, и расширение сети специальных организаций образования, оказывающих коррекционно-педагогическую поддержку детей с особыми образовательными потребностями. На данный момент функционирует 66 психолого-медико-педагогических консультаций, 162 кабинета психолого-педагогической коррекции, число реабилитационных центров не изменилось (13) (Таблица 7).

ТАБЛИЦА 7: ОРГАНИЗАЦИИ, ОКАЗЫВАЮЩИЕ СПЕЦИАЛЬНЫЕ УСЛУГИ, В СИСТЕМЕ ОБРАЗОВАНИЯ (КОПД МОН РК, 2017)

	2016-2017	2017-2018
Специальные организации образования	97	98
Специальные детские сады	42	43
Психолого-медико-педагогические консультации	58	66
Реабилитационные центры в системе образования	13	13
Кабинеты психолого-педагогической коррекции	149	162
Логопедические пункты	1227	1293
Специальные группы при специальных детских садах	312	340
Дошкольные организации общего типа, имеющие специальные группы	193	201
- в них групп	435	469

На 2016-2017 учебный год общее количество детей с особыми образовательными потребностями составило 144 783 детей, из них 96 555 школьного и 48 228 дошкольного возраста. Обучением, воспитанием по образовательным программам и коррекционно-педагогической поддержкой в организациях образования, здравоохранения, социальной защиты, общественных и частных организациях охвачено 133 782 ребёнка, что составляет 92,4%.

По-прежнему остро стоит вопрос социального сиротства, количество социальных сирот (дети, оставшиеся без попечения родителей) в 2017 году составило 16 218 детей (60% от общего числа детей, оставшихся без попечения родителей).

Основной контингент социальных сирот – это дети, чьи родители лишены родительских прав, находятся в местах заключения, в розыске, на длительном лечении, ограничены в правах, отказные дети и подкидыши, но основными причинами являются лишение родительских прав, отказ от родительских прав.

В целом по стране основную работу с детьми и подростками с признаками дезадаптации, включая детей, имеющих опыт употребления наркотиков, проводят неправительственные организации. Данная работа включает себя медицинскую, психологическую и социальную поддержку на дружественной к детям основе, а также вовлечение детей и подростков в альтернативные виды деятельности.

Для детей с девиантными формами поведения и беспризорниками в стране действуют Центры адаптации несовершеннолетних (ЦАН) при Министерстве образования РК. Задача Центров – оказание своевременной психологической помощи ребёнку, оказавшемуся в трудной жизненной ситуации. С детьми работают социальные педагоги, психологи, воспитатели, представители НПО, волонтеры. В ЦАН имеются комнаты для игр и отдыха, библиотеки, организована работа кружков и спортивных секций. В деятельности ЦАН на местах активное участие принимают представители НПО (Комитет по охране прав детей МОН РК, 2017).

В 2017 году осуществляли свою деятельность 20 Центров адаптации несовершеннолетних, в которые были помещены 7 539 несовершеннолетних. Данные лица были определены в ЦАН по следующим причинам: 937 (12,4%) - оставшихся без попечения родителей, 6 306 (83,6%) - безнадзорных и беспризорных, 207 (2,7%) - направляемые в специальные организации образования для детей с девиантным поведением и с особым режимом содержания, 89 (1,1%) - несовершеннолетних находящихся в тяжёлой жизненной ситуации.

В результате проведённых ЦАН мероприятий 7 231 детей из числа поступивших были устроены, из них переданы в семьи – 6 274 несовершеннолетних, направлены в организации для детей сирот и детей ОБПР – 578, под опеку – 124, на патронаж – 21, направлены в спецшколу – 132, переданы в ЦАН других областей – 41, направлены в организации по типу ЦАН других стран – 13 и переданы в гостевую семью – 48.

Также в стране осуществляют деятельность службы поддержки семьи в ЦАН. При службе поддержки семьи функционируют мобильные группы, в составе которых инспектора инспекции по делам несовершеннолетних (ИДН), сотрудники Центра социальной адаптации и реабилитации для женщин с детьми, социально-волонтерского центра и другие. Мобильные группы осуществляют патронаж семей по месту жительства. Подобная практика позволяет сотрудникам ЦАН отслеживать эффективность деятельности Служб поддержки семьи, а также оказывать своевременную помощь при возникновении кризисных ситуаций в семье. Мониторинг деятельности Служб поддержки семьи показывает, что за 12 месяцев 2017 года оказана помощь в оформлении документов 140 родителям и 152 несовершеннолетним, даны консультации 162 родителям и 204 детям. Осуществлены выезды в 53 семьи, в 43 учебные заведения и 37 организаций для детей-сирот (Комитет по охране прав детей МОН РК, 2017).

В целях повышения уровня социальной, психологической и правовой помощи семьям, попавшим в трудную жизненную ситуацию, МОН утверждены Правила деятельности Центров поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации (приказ от 25 мая 2017 года № 248). В соответствии с вышеуказанными Правилами Центры оказывают специальные социальные услуги детям из неблагополучных семей, детям, оказавшимся в неблагоприятных семейных условиях, угрожающих их здоровью и развитию, детям, пострадавшим от жестокого обращения, детям-сиротам и детям, оставшимся без попечения родителей. Комплекс специальных социальных услуг предусматривает социально-бытовые, социально-медицинские, социально-психологические, социально-педагогические, социально-трудовые, социально-культурные, социально-экономические услуги, регламентированные Стандартом оказания специальных социальных услуг в области образования, утверждённым приказом МОН от 19 января 2015 года № 17.

В целях ранней профилактики правонарушений проводится работа по вовлечению детей и подростков из неблагополучных и малоимущих семей в полезный досуг.

3.4. МЕДИАКАМПАНИИ

В рамках проведения государственной информационной политики предусмотрено тематическое направление «Освещение борьбы с наркобизнесом и наркоманией, антинаркотическая пропаганда».

Вопросы профилактики наркомании и формирования общественного антинаркотического иммунитета регулярно поднимаются в рамках цикловых телевизионных программ: на национальном канале «Хабар» - программы «Біз», «Арнайы Хабар», «Бюро расследований», «Жеті күн», «Орталық Хабар», «Іске сәт», «Ұлт аулығы», «Профессионал»; на телеканале «Қазақстан» - программы «Жаңалықтар», «Апта.kz», «Қылмыс пен жаза», а также ток-шоу «Алаң», «Айтуға оңай...».

Местными исполнительными органами в рамках выделяемого финансирования проводится работа по размещению на улицах и в общественных местах социальной рекламы на антинаркотическую тематику: развешиваются билборды, баннеры в общественных местах и улицах; расклеивается реклама на информационных щитах с лозунгами «За здоровый образ жизни», «Жизнь без наркотиков»; распространяются брошюры, листовки, буклеты с информацией о вреде наркотиков, табакокурения, стикеры «Жизнь без наркотиков».

В 2013-15 году были растратированы диски профилактических антиалкогольных и антинаркотических программ (видеопособия) «Пивной алкоголизм», «Марихуана», а также изданы рекомендаций по использованию видеопособий. Данными видео пособиями и методическими рекомендациями оснащены все регионы РК (Министерство здравоохранения Республики Казахстан, 2014).

Традиционно в стране проводятся республиканские месячники, посвящённые Международному дню борьбы с наркоманией (26 июня). В этот период активно проводятся спортивные и творческие конкурсы, культурно-массовые мероприятия антинаркотической направленности, круглые столы, тренинги и т.д.

4. ПРОБЛЕМНОЕ ПОТРЕБЛЕНИЕ НАРКОТИКОВ

4.1. ВВЕДЕНИЕ

В соответствии с международным определением, основную часть проблемного потребления наркотиков в Республики 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 Республике Казахстан в последние годы стремительно развивается рынок новых психоактивных веществ, которые имеют сравнительно низкую стоимость и высокую доступность. Однако количество исследований распространённости и особенностей употребления этих веществ в стране недостаточно для того, чтобы оценить ситуацию с употреблением новых веществ среди населения. Более подробно ознакомится с доступной информацией по этому вопросу можно в рамках специальной главы данного отчёта «НОВЫЕ ПСИХОАКТИВНЫЕ ВЕЩЕСТВА В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН».

На протяжении нескольких лет остаются актуальными вопросы, касающиеся употребления веществ, кустарно изготавливаемых из доступных кодеинсодержащих лекарственных препаратов, а также использование пищевого мака и тропикамида.

На территории страны культивируются опиумный мак, который в большинстве случаев используется в виде кокара - настоя из размельчённых головок опийного мака - или ханки (высушенный и затвердевший сок опийного мака) потребляемой, в основном, инъекционным путём.

В Республике Казахстан оценка численности лиц, употребляющих инъекционные наркотики (ЛУИН) проводилась 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, работников коммерческого секса и мужчин, вступающих в сексуальные отношения мужчинами) (БОС)». В 2013 году с целью совершенствования национальной системы эпидемиологического слежения за распространённостью ВИЧ-инфекции и с целью повышения качества оценочных данных численности ключевых групп были разработаны протоколы проведения эпидемиологического слежения за распространённостью ВИЧ-инфекции и как приложение к протоколам – «Оценка численности уязвимых групп населения». Данный документ был разработан с учётом современных международных рекомендаций к проведению оценки уязвимых групп населения.

Оценка численности ЛУИН с 2014 года проводится по усовершенствованной методологии в соответствии с приложением № 19 «Оценка численности уязвимых групп населения» методических рекомендаций «Слежение за распространённостью ВИЧ-инфекции в уязвимых группах населения», утверждённых РЦ СПИД. В качестве основного метода для оценки численности ЛУИН используется метод множителя (коэффициента). Источником данных являются данные последнего исследования по эпидемиологическому слежению за распространённостью ВИЧ-инфекции, данные мониторинга за реализацией профилактических программ среди ЛУИН, данные официальной статистики службы СПИД и наркологической службы. Для экстраполяции данных на область и страну в целом используются данные статистических управлений областей по численности населения.

Стандартная методика оценки численности была интегрирована в национальную систему эпидемиологического слежения за распространённостью (ЭСР), разработаны чёткие критерии оцениваемой популяции: употребление наркотиков инъекционным способом как минимум один раз в течение последних 12 месяцев, проживание на определённой территории, возраст 18 лет и старше. Число множителей увеличилось до 7, выборочное исследование стало более репрезентативным (в эпидемиологическое слежение за распространённостью (ЭСР) внедрена выборка, построенная респондентами, изменились источники статистических данных при оценке методом двойного охвата (управления внутренних дел были заменены на дружественные кабинеты). Итоговое значение оценки стало определяться по медиане, а не по среднеарифметическому значению. Впервые были проведены экстраполяция оценочных данных каждого дозорного сайта на территорию всей области и анализ выборочного исследования методом выборки, построенной респондентами, в программе RDS-Analyst.

В 2014 году ЭСР среди ЛУИН во всех дозорных сайтах страны был проведён в соответствии с новой методикой, одобренной этическим комитетом Высшей Школы Общественного Здравоохранения РК 12.12.2013г. (№IRB-A042). С 2014 года оценка численности проводится один раз в два года, а период проведения оценки соответствует периоду ЭСР, включая подготовительный этап и формативное исследование.

4.2. ОЦЕНКА РАСПРОСТРАНЁННОСТИ ПРОБЛЕМНОГО ПОТРЕБЛЕНИЯ НАРКОТИКОВ

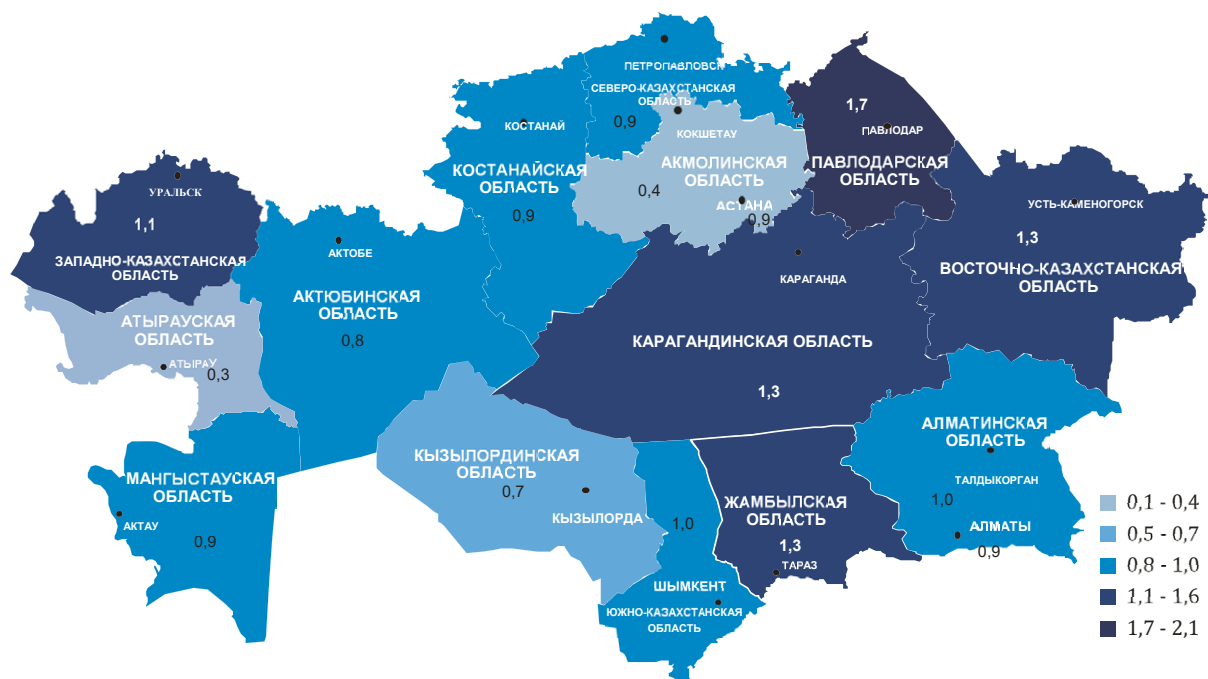
По состоянию на 31.12.2016 года оценочная численность лиц, употребляющих наркотики инъекционным способом, в течение последних 12 месяцев, составляет 120 500 человек (в 2014 г. – 127 800 чел.) (РЦ СПИД, 2016).

Доля потребителей инъекционных наркотиков в соотношении с численностью населения в возрасте от 15 лет и старше в Республике Казахстан составляет 1%.

Самый высокий уровень инъекционного употребления наркотиков наблюдается в Павлодарской области (1,7%), самый низкий - в Атырауской области (0,3%) (Карта 1). При этом по сравнению с результатами прошлой оценки (2014 год) в пяти регионах оценочное число лиц, употребляющих наркотики инъекционным способом, снизилось (Атырауская, Мангистауская, Павлодарская, Южно-Казахстанская области и город Астана), в одном – осталось прежним (Акмолинская область), в остальных регионах – повысилось. Наиболее значительный рост произошёл в Алматинской, Жамбылской и Восточно-Казахстанской областях.

По данным ЭСР в 2016 году на наркологическом учёте состоит 14,8% лиц, употребляющих наркотики инъекционным способом, от их оценочного количества (РЦ СПИД, 2016).

КАРТА 1: Доля ЛИЦ, употребляющих наркотики инъекционным способом, (%) к населению от 15 лет и старше в разрезе областей, 2016 (РЦ СПИД)



На основе данных, полученных в ходе проведения оценки численности ЛУИН, можно составить следующий обобщённый социально-демографический портрет человека, употребляющего наркотики инъекционным способом: мужчина в возрасте 35 лет, русский, имеет среднее или средне-специальное образование, работает, в браке не состоит (Таблица 8).

ТАБЛИЦА 8: СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЛИЦ, УПОТРЕБЛЯЮЩИХ НАРКОТИКИ ИНЪЕКЦИОННЫМ СПОСОБОМ, 2016 (РЦ СПИД)

ВОЗРАСТ	
Среднее значение	35,1
Медиана	34,5
Медиана у мужчин	35
Медиана у женщин	34
<25	6,2%
25>	93,8%
ПОЛ	
Мужчины	83,2%
Женщины	16,8%
НАЦИОНАЛЬНОСТЬ	
Казахи	27,2%
Русские	52,6%
Татары	5,3%
Узбеки	1,6%
Немцы	2,9%
Корейцы	1,3%
Другие	9,1%
ОБРАЗОВАНИЕ	
Начальное	8,6%
Среднее	80,8%
Высшее	10,2%
Нет образования	0,2%
Нет ответа	0,2%
ЗАНЯТОСТЬ	
Учатся	0,5%
Работают	62,4%
Работают и учатся	2,3%
Не работают и не учатся	34,4%
Другое	0,4%
СЕМЕЙНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ	
Холост/не замужем	40,3%
Разведён(а)	24,2%
Вдовец/вдова	3,1%
Состоят в браке	32%
Нет ответа	0,5%

Практически во всех сайтах, охваченных исследованием, основным наркотиком, который употребляют респонденты, был героин, в 7 сайтах отмечено употребление только героина (гг. Балхаш, Жезказган, Костанай, Петропавловск, Тараз, Темиртау, Шымкент), в 6 сайтах (гг. Актау, Астана, Алматы, Атырау, Караганда, Кызылорда, Талдыкорган) респонденты отметили, что наряду с героином они также употребляют «крокодил»/дезоморфин, «ханку» и другие наркотики. Зачастую героин смешивается в одной дозе с димедролом и тропикамидом для усиления производимого эффекта. Семена мака употребляют в городах Аксу, Актобе, Кокшетау, Павлодар, Семей, Уральск, Усть-Каменогорск, Экибастуз. В этих городах респонденты указали, что употребляют семена мака из-за плохого качества героина и страха быть пойманными правоохранительными органами.

В целом на употребление мака («семечки», или «варка») указали 23,3% респондентов, героина – 91,8%, дезоморфина («крокодил») – 4,2%, «ханки» («таяна») – 2,4%, других видов наркотиков – 2,5%. Распределение по видам наиболее часто употребляемых в течение последних 12 месяцев наркотиков выглядит следующим образом: героин – 83,6%, мак – 13%, дезоморфин – 2,5%, другие виды – 0,5%, «ханка» – 0,3%.

Доля ЛУИН, указавших на использование только стерильного инъекционного инструментария за последний месяц, составила в 2016 году 35,1% (1336 из 3807 обследованных респондентов, употреблявших наркотики инъекционно в течение последних 30 дней). Распределение по видам рискованных инъекционных практик показано ниже (Диаграмма 5).

ДИАГРАММА 5: РИСКОВАННЫЕ ИНЪЕКЦИОННЫЕ ПРАКТИКИ У ЛУИН ПРИ УПОТРЕБЛЕНИИ НАРКОТИКОВ ЗА ПОСЛЕДНИЕ 30 ДНЕЙ В 2016 ГОДУ (РЦ СПИД)

У 327 ЛУИН, указавших на использование чужих шприцев за последние 30 дней, число их применений варьировало от 1 до 30 (среднее – 3,3, медиана – 2). Число других людей, с которыми приходилось пользоваться нестерильным инструментарием совместно при употреблении наркотиков, было от 1 до 30 человек (среднее – 3,1, медиана – 2).

4.3. ИНФОРМАЦИЯ О ПРОБЛЕМНОМ ПОТРЕБЛЕНИИ НАРКОТИКОВ ИЗ НЕЛЕЧЕБНЫХ ИСТОЧНИКОВ

Ввиду того, что публичных данных за 2017 год по данному разделу нет, далее представлены данные на конец 2012 года.

По данным дозорного эпидемиологического надзора (ДЭН) в местах лишения свободы (МЛС) распространены практики использования общих шприцев и подручных средств, так как отсутствует доступ к стерильному инъекционному инструментарию. Результаты дозорного эпидемиологического надзора показывают, что осуждённые лица продолжают употреблять наркотики в исправительных учреждениях. Увеличилась практика использования общего шприца при введении наркотиков с 21,7% - в 2011 году до 47,9% - в 2012 году.

Менее 20% пользуются дезинфицирующими растворами при обработке шприцев. Предоставление осуждённым информационных материалов, дезинфицирующих средств и образовательный компонент на данный момент являются единственными профилактическими интервенциями среди ЛУИН в пенитенциарных учреждениях (РЦ СПИД, 2013).

4.4. НОВЫЕ ФОРМЫ ПРОБЛЕМНОГО ПОТРЕБЛЕНИЯ НАРКОТИКОВ

В последнее время все более актуальными становятся вопросы, касающиеся изготовления и потребления синтетических наркотиков и их аналогов, а также наркотиков, изготовленных кустарно.

Из наиболее проблемных веществ, используемых потребителями наркотиков в стране, можно выделить дезоморфин, изготавливаемый из доступных лекарственных препаратов, содержащих кодеин, тропикамид - глазные капли, которые при определённом способе потребления вызывают сильные галлюцинации с сопутствующим тяжёлым токсическим отравлением. Также в последние годы все чаще используется ЛУИН смесь, изготавливаемая из пищевого мака.

Показателем распространения в стране опиоидов, изготовленных из лекарственных препаратов и пищевого мака, является увеличение доли потребителей других опиатов среди пациентов, взятых на наркологический учёт впервые в жизни с потреблением опиоидов (F11.X по МКБ-10), за последние пять лет с 9,5% до 30,3% (Таблица 9). Данный вывод подтверждается также результатами ЭСР, так в течение последних 12 месяцев на употребление мака указало 13% ЛУИН, дезоморфина – 2,5%, другие виды – 0,5%.

ТАБЛИЦА 9: РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ, ВЗЯТЫХ НА НАРКОЛОГИЧЕСКИЙ УЧЁТ ВПЕРВЫЕ В ЖИЗНИ В 2011-2017 ГГ., ПО ПОТРЕБЛЯЕМЫМ ОПИОИДАМ (РНПЦ ПЗ)

Опиоиды	2013		2014		2015		2016		2017	
	Abs	%	Abs	%	Abs	%	Abs	%	Abs	%
Героин	1413	88,1	973	92,5	894	90,4	486	64,4	374	58,0
Опий сырец	39	2,4	10	1,0	14	1,5	100	13,2	76	11,7
Другие опиаты	152	9,5	68	6,5	8,0	8,1	169	22,4	196	30,3
ВСЕГО	1604	100	1051	100	1604	100	755	100	646	100

Способ приготовления наркотика из пищевого мака предполагает групповое использование (из 1 кг получается 3-4 дозы), использование общей посуды или перекачку из общего шприца в шприцы меньшего объёма. Росту употребления пищевого мака может способствовать более низкая стоимость по сравнению с героином и доступность ингредиентов на рынке и в аптеках (РЦ СПИД, 2014).

В 2015 году в журнале *European Scientific Journal* опубликована статья казахстанских учёных в отношении немедицинского употребления тропикамида среди лиц, зависимых от ПАВ (Prilutskaya M., 2015). В виду того, что для приготовления большинства кустарно изготавливаемых наркотиков, человек должен выполнить ряд промежуточных химических реакций в домашних условиях, требующих использования определённых прекурсоров, то этот факт до некоторой степени снижает распространение среди ЛУИН злоупотребления дезоморфином, кодеином и эфедрином. Тропикамид, в отличие от других лекарственных средств, остаётся легко доступным лицам, употребляющими наркотики. Кроме того, тропикамид часто используется в сочетании с такими традиционными наркотиками как героин или другие опиаты, которые эффективно компенсируют негативные вегетативные эффекты тропикамида. Об увеличении употребления тропикамида говорит тот факт, что за три квартала 2013 года, розничные продажи этого лекарственного препарата в Республике Казахстан увеличились на 226 процентов в сумме проданных единиц, по сравнению с тем же периодом 2012 года. Потребление тропикамида среди лиц, зависимых от ПАВ, чаще всего вызвано необходимостью замены наркотического эффекта, вызываемого при употреблении героина, доступность которого была значительно ограничена в стране в последние годы. Клинические характеристики злоупотребления тропикамидом, выявленные в данном исследовании, свидетельствуют о злокачественном течении болезни зависимости (быстрое развитие синдрома зависимости, выраженная токсичность и высокий уровень осложнений) (Prilutskaya M., 2015).

5. ЛЕЧЕНИЕ НАРКОЗАВИСИМОСТИ

5.1. ВВЕДЕНИЕ

Лечение наркотической зависимости в Казахстане – это структурированное вмешательство с назначением медикаментов и/или использованием психосоциальных технологий, направленное на снижение потребления нелегального наркотика или на воздержание от его приёма. Значительная доля вмешательств в РК направлена на полное воздержание от приёма нелегального наркотика. В 13 городах страны реализуются программы поддерживающей терапии агонистами опиатных рецепторов с использованием метадона (бупренорфин и другие препараты для медикаментозного поддерживающего лечения на данный момент в стране не используются).

Лечение предоставляется в следующих формах: стационарная (детоксификация, медико-социальной реабилитации, терапевтические сообщества), стационаро-замещающая (дневные стационары для поддерживающего и противорецидивного лечения), амбулаторная форма (поддерживающее и противорецидивное лечение, опиоидная поддерживающая терапия), в том числе программы снижения вреда (низкопороговые программы). Лечение наркозависимости осуществляется, в основном, в государственных специализированных организациях на бесплатной основе для населения РК, охват лечебными услугами по проблемам наркозависимости в частном секторе, по сравнению с государственным сектором, остаётся низким.

Специальных исследований среди контингента лиц, обратившихся за лечением, с целью определения тенденций и эффективности лечебных программ (исключение программы поддерживающей терапии агонистами опиатных рецепторов с использованием метадона) не проводилось. Основным источником получения данных, характеризующих пациентов, обратившихся за наркологической помощью, тенденции и модели потребления психоактивных веществ среди пациентов является база данных «Электронный регистр стационарных больных» (далее – ЭРСБ), разработанная Республиканским государственным предприятием на праве хозяйственного ведения «Республиканский центр электронного здравоохранения» МЗСР РК (далее – РЦЭЗ). Портал ЭРСБ предназначен для автоматизации процесса сбора данных о пролеченных случаях стационарной и стационарозамещающей помощи. Сбор данных осуществляется из статистических карт лиц, выбывших из стационара, и выписных эпикризов. Основной задачей портала является решение вопросов финансирования стационарной и стационарозамещающей помощи за счёт средств республиканского бюджета и получения статистической отчетности о деятельности стационаров и структуре пролеченных лиц.

Источником данных о случаях лечения пациентов в наркологической организации в условиях стационара является статистическая учётная форма № 066-1/у «Статистическая карта выбывшего из наркологического стационара», утверждённая приказом и.о. министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907. В 2015 году впервые в национальных отчётах использовались данные о пациентах, получивших стационарное лечение с диагнозами: F11, F12, F13, F14, F15, F16, F18 и F19 по МКБ-10 во всех наркологических организациях Республики Казахстан из портала ЭРСБ, предоставленные Центру РЦЭЗ. Однако в виду того, что качество заполнения статистических карт остаётся низким, на данный момент очень сложно использовать данный ресурс для оценок спроса на лечения и характеристик пролеченного контингента.

Источником статистических (не персонифицированных) данных также являются квартальные и годовые отчёты медицинских организаций, которые сводятся на уровне области в региональных наркологических диспансерах и, затем, на национальном уровне (РНПЦ ПЗ, 2017).

Постановлением Правительства РК № 880 от 28.12.2016 «О реорганизации отдельных предприятий МЗСР РК» РГКП «Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании» был реорганизован путём слияния с РГП на ПХВ «Республиканский научно-практический центр психиатрии, психотерапии и наркологии», который на данный момент преобразован в РГП на ПХВ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья» МЗ РК. В последующие годы планируется объединение наркологических и психиатрических служб в регионах. С января 2018 года началась передача амбулаторно-поликлинической психиатрической и наркологической службы в штат городских поликлиник.

5.2. СИСТЕМА ЛЕЧЕНИЯ

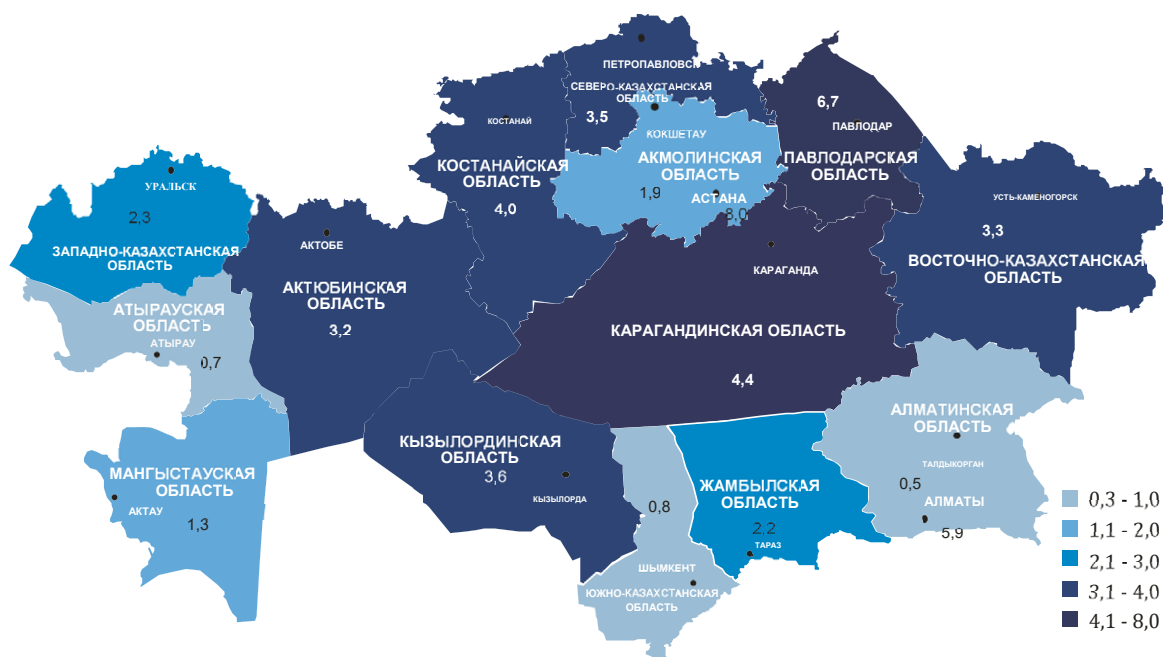
5.2.1. Организация

Система наркологической помощи в секторе здравоохранения РК представлена: наркологическими учреждениями государственного сектора МЗ РК; наркологическими учреждениями частного сектора; наркологическими учреждениями и структурами в системе Министерства внутренних дел РК (центр социальной адаптации, пенитенциарные учреждения).

Основными поставщиками услуг в 2017 году по лечению наркозависимости в стране являлись наркологические диспансеры, которые охватывают более 90% всех лиц, проходящих лечение по поводу зависимости от наркотиков в стране. 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 – отдалённостью от наркологических стационаров (в основном это также касается сельских местностей).

Большинство случаев лечения в стране связано с психическими и поведенческими расстройствами, вызванными потреблением опиоидов (F11 по МКБ-10,1994) и сочетанным употреблением психоактивных веществ (F19 по МКБ-10, 1994). Опиоиды остаются наиболее проблемными наркотиками среди пролеченных пациентов с 1999 года. По данным официальной статистики в 2017 опиоиды являлись первичным проблемным наркотиком для 54,5 % всех пролеченных лиц, сочетанное употребление было зарегистрировано у 42,1% лиц, получивших наркологическое лечение. Основным путём приёма опиоидов являются внутривенные инъекции. Соответственно, услуги в наркологических учреждениях направлены в большей степени на лечение лиц, употребляющих опиоиды (РНПЦ ПЗ, 2017).

Основную нагрузку по обеспечению работ по профилактике, диагностике, лечению и реабилитации лиц, употребляющих ПАВ, в регионах выполняют областные и городские наркологические диспансеры. За последние годы их количество снизилось с 20 до 18. Снижение произошло за счёт объединения самостоятельного центра медико-социальной реабилитации в г. Уральске с областным наркологическим диспансером Западно-Казахстанской области в единый областной наркологический диспансер. Также городские наркологические диспансеры гг. Балхаш, Темиртау, Жезказган, Экибастуз на данный момент являются филиалами соответствующих областных наркологических организаций. Кроме того, в г. Талгар Алматинской области был открыт региональный наркологический диспансер путём отделения наркологической службы от областного центра психического здоровья. В целом, стационарное лечение больных с зависимостью от ПАВ за счёт бюджета в 2017 году предоставляли 18 наркологических диспансеров, 6 психиатрических больниц и 2 наркологические больницы для принудительного лечения общей мощностью 4 344 коек. Обеспеченность койками в 2017 году составила 2,4 на 10 тысяч населения страны (Карта 2).

КАРТА 2: ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ НАРКОЛОГИЧЕСКИМИ КОЙКАМИ НА 10 000 НАСЕЛЕНИЯ В РАЗРЕЗЕ РЕГИОНОВ, 2017 (РНПЦ ПЗ)

Наркологические койки для принудительного лечения находятся только в государственных наркологических организациях. Количество коек для принудительного лечения насчитывает 2305 коек, что составляет 55% всей мощности наркологической сети. На койках для принудительного лечения наркологических больных проходят лечение в основном больные с зависимостью от алкоголя (89,4%), количество лиц, зависимых от наркотиков, среди людей, пролеченных в принудительном порядке, находится в пределах 10,86%.

В частном секторе здравоохранения Республики Казахстан в 2017 году насчитывается 111 наркологических коек, но вклад частных наркологических организаций в общий объём медицинской помощи лицам с расстройствами, вызванными употреблением наркотиков, остаётся крайне незначительным. Например, в частных наркологических стационарах всего пролечено за 2017 год около 250 человек с зависимостью от наркотических средств и психотропных веществ, в то время как в государственных наркологических стационарах за этот же год – 3 083 лиц с аналогичными расстройствами. Частная наркологическая стационарная помощь покрывает около 5% обращений за стационарной наркологической помощью по стране (РНПЦ ПЗ, 2017).

5.2.2. Кадры

Установлением диагноза наркозависимости в РК может заниматься только профильный специалист – лицо с высшим медицинским образованием, имеющее сертификат по специальности «врач-нарколог». Сертификат специалиста - документ установленного образца, дающий физическому лицу право осуществлять медицинскую деятельность по конкретной специальности. Оказывать услуги по наркологическому лечению имеют право только медицинские организации, имеющие лицензию на этот вид медицинской деятельности. Лицензирование осуществляется местными органами управления здравоохранения. Лицензию получают государственные наркологические организации, частные клиники и кабинеты. В РК ни одна неправительственная организация не имеет лицензию на оказание наркологической помощи.

ТАБЛИЦА 10: СПЕЦИАЛИСТЫ НАРКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ, ИМЕЮЩИЕ СООТВЕТСТВУЮЩИЕ СЕРТИФИКАТЫ (ГОСУДАРСТВЕННАЯ СИСТЕМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ЧАСТНЫЕ ОРГАНИЗАЦИИ) (МЗ РК)

Специалисты	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Врачи-наркологи	583	579	611	619	608	624
Врачи-наркологи детские	19	10	8	9	10	6
Врачи-психотерапевты	22	20	17	14	17	15
Медицинские психологи	11	8	7	8	8	2
Психологи*	83	85	99	94	96	109
Социальные работники*	37	42	75	52	40	35

* данные специалисты не подлежат обязательной процедуре сертификации

Обеспеченность сертифицированными врачами-наркологами в городах страны удовлетворительная (Таблица 10), но в сельской местности доступность наркологической помощи ограничена вследствие дефицита квалифицированных специалистов.

5.2.3. Обеспечение качества

С 2005 года ежегодно РНПЦ МСПН проводился сбор катamnестической информации для определения процента годовой ремиссии среди пролеченных пациентов в клинике РНПЦ МСПН. Катamnестическую информацию сотрудники клиники собирали через 12 месяцев после выписки человека из клиники путём телефонного собеседования с самим человеком или с родственниками. Если не удавалось связаться с человеком или родственниками, то в таких случаях направлялся официальный запрос в региональный наркологический диспансер. При этом в случае невозможности получения данных о человеке, считалось, что он не находится в ремиссии. По результатам катamnестизации 2016 года в ремиссии в течение года находились 23,5% пациентов, вышедших из программы медико-социальной реабилитации клиники РНПЦ МСПН в 2015 году и прошедших полный курс медико-социальной реабилитации. В 2017 году после реорганизации РНПЦ МСПН деятельность по сбору катamnестической информации была приостановлена.

Региональные наркологические диспансеры также ежегодно отслеживают долю пациентов, находящихся в ремиссии, среди всех пациентов, состоящих на диспансерном наркологическом учёте в регионе. Согласно Правилам учёта, наблюдения и лечения лиц, признанных больными алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией, утверждённых приказом Министра здравоохранения от 2.12.2009 г. № 814, пациенты, состоящие на наркологическом учёте, осматриваются лечащим врачом-наркологом в амбулаторных условиях с периодичностью один раз в 3-4 месяца. Данные осмотров заносятся в амбулаторную карту пациента и в карту диспансерного наблюдения. На основании этой информации на 31 декабря 2017 года показатель ремиссии от 1 до 2 лет среди пациентов, состоящих на наркологическом учёте с диагнозами F11-F16, F18, F19 (по МКБ-10, 1994) по стране составил 14%, свыше 2 лет – 12,7%. Выше республиканского показателя ремиссии от 1 до 2 лет в г. Астане (34,5%), в Алматы (31%) и в Актыбинской (19,1%) области; ремиссии свыше 2 лет – в Восточно-Казахстанской области (23,8%), Павлодарской области (20,7%), Акмолинской области (20,5%), Западно-Казахстанской области (16,4) и в г. Алматы (15,5%).

5.2.4. Подходы и новые разработки

Приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 15 апреля 2014 года № 188 утверждён Стандарт организации оказания наркологической помощи населению Республики Казахстан, предусматривающий следующие этапы оказания наркологической помощи: 1) этап первично-профилактической наркологической помощи; 2) этап первичной наркологической помощи (мотивационное консультирование, мотивационное информирование, наркологическое консультирование); 3) этап амбулаторного наблюдения, лечения и реабилитации; 4) этап стационарного лечения и реабилитации; 5) этап противорецидивной (поддерживающей) терапии.

До настоящего времени из обозначенных 5-ти этапов в системе наркологической помощи МЗ РК присутствуют только четыре, отсутствуют второй и частично представлен пятый, что негативно

может сказываться на показателях охвата лиц, употребляющих ПАВ, соответствующими услугами наркологического профиля, а также на показателях длительности и качества ремиссии.

В десяти городах страны проводятся программы поддерживающей терапии агонистами опиатных рецепторов с использованием метадона в рамках пилотного проекта, финансируемого Глобальным фондом. Данные программы реализуются в стране с октября 2008 года (Таблица 11).

В 2012 году была завершена независимая международная экспертиза пилотных проектов опиоидной поддерживающей терапии в РК за период 2008-2011 гг., проведённая экспертами проекта «Содействие» ICAP в странах Центральной Азии (Boltaev A. et al., 2012). Основные результаты оценки проектов указывают на возможность и эффективность использования метадона для лечения опиоидной зависимости в стране, и законодательство Республики Казахстан позволяет внедрить данный вид терапии в качестве стандартного лечения опиоидной зависимости. Однако объём и качество оказания организационно-методической помощи для учреждений, проводящих этот вид лечения в Республике Казахстан, недостаточны для расширения и поддержки предоставления высококачественной опиоидной поддерживающей терапии на территории всей страны.

Отсутствие централизованного механизма закупок метадона и отсутствие регистрации метадона в Республике Казахстан приводили к перебоям в поставках и завышенной стоимости препарата, а также препятствовали дальнейшему увеличению количества пунктов поддерживающей терапии метадона в стране. Предоставление данной терапии зачастую прерывается в связи с потребностью пациента пройти стационарное лечение в других медицинских учреждениях или уехать из того места проживания, где он прикреплен для получения лечения. Законодательством Республики Казахстан не предусмотрена возможность назначения препарата для приёма вне учреждения, непосредственно предоставляющего услуги поддерживающей терапии (Болтаев Азизбек, 2012).

ТАБЛИЦА 11: ОХВАТ НАСЕЛЕНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫМИ ПРОГРАММАМИ ПОДДЕРЖИВАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ В 2012-2017 ГГ. (РНПЦ ПЗ)

Организации	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2015
Областной центр по профилактике и лечению зависимых заболеваний (г. Павлодар)	56	43	58	68	63	67	68
Отделение Карагандинского областного наркологического диспансера в г. Темиртау	48	32	28	25	12	21	25
Восточно-Казахстанский областной наркологический диспансер (г. Усть-Каменогарск)	56	33	30	37	39	55	37
Актюбинский областной наркологический диспансер (г. Актобе)	13	20	17	28	25	28	28
Жамбылский областной наркологический диспансер (г. Тараз)	6	12	18	25	20	14	25
Костанайский областной наркологический диспансер (г. Костанай)	5	18	21	28	32	25	28
Городской наркологический диспансер г. Семей	–	13	11	27	25	39	27
Областной наркологический диспансер Западно-Казахстанской области (г. Уральск)	–	17	19	21	27	21	21
Экибастузский филиал Павлодарского областного центра по профилактике и лечению зависимых заболеваний	–	16	17	21	17	20	21
Карагандинский областной наркологический диспансер (г. Караганда)	–	7	11	15	27	39	15
Городской наркологический центр медико-социальной коррекции г. Алматы	–	–	–	–	–	15	
Областной наркологический диспансер Атырауской области	–	–	–	–	–	6	
Областной наркологический центр Кызылординской области	–	–	–	–	–	4	
Всего	184	211	230	295	287	354	295

Как результат принятия во внимание данных оценки и во исполнение приказа Министра здравоохранения № 691 от 04.10.12 года «О расширении доступности опиоидной заместительной терапии в Республике Казахстан» в 2012-2013 гг. начата реализация программы опиоидной заместительной терапии в пилотном варианте ещё в 7 городах (г. г. Актобе, Тараз, Костанай, Уральск, Экибастуз, Семей и Караганда). На 31.12.2015 года в программе поддерживающей терапии находилось 295 клиентов.

13.04.2015 г. издан Приказ МЗСР РК №259 «Об оказании услуг по выдаче противотуберкулёзных и антиретровирусных препаратов лицам с опиоидной зависимостью, живущим с ВИЧ-инфекцией и больным туберкулёзом, получающим заместительную поддерживающую терапию по принципу «Единого окна»».

С июня 2015 года внедрён Электронный регистр пациентов, находящихся на заместительной поддерживающей терапии (ЭРЗПТ). Данный регистр - это электронная система сбора, хранения, передачи и обработки данных о всех пациентах, находящихся в программах ЗПТ. Система позволяет обеспечить полноту, точность и своевременность информации о пациентах находящихся на ЗПТ, в том числе информацию о: назначенных дозах и пропусках метадона; контроле употребления ПАВ; тестировании на ВИЧ-инфекцию и туберкулёз; установлении диагноза ВИЧ-инфекции и туберкулёза; полученных услугах и др.

11 декабря 2015 года метадон был официально зарегистрирован как лекарственный препарат в Казахстане.

С целью повышения уровня информированности общественности по вопросам заместительной терапии, реализации «Плана мероприятий по адвокации программы поддерживающей заместительной терапии в Республике Казахстан на 2014–2016 годы», ОФ «Аман-саулык» совместно с Министерством здравоохранения и социального развития РК, при поддержке Управления ООН по наркотикам и преступности во всех городах страны с 2014 года проводились Общественные слушания, с участием медицинских работников, депутатов областного маслихата, представителей «Совета пациентов», НПО, СМИ, клиентов программы ЗПТ и их родственников.

В 2016 году UNODC была проведена оценка программ поддерживающей терапии опиоидной зависимости в Республике Казахстан и подготовлен отчёт. Результаты данной оценки подтвердили возможность и эффективность использования метадона для лечения опиоидной зависимости в гражданском секторе здравоохранения республики. Эксперты также отметили экономическую эффективность программ поддерживающей терапии в сравнении с затратами на стационарное лечение.

К числу новых разработок в лечении можно отнести проект «Treatnet II –Лечение наркозависимости и последствий на здоровье», реализуемый в г. Павлодаре в рамках совместной программы UNODC-ВОЗ по лечению и уходу за наркозависимыми (см. <http://www.unodc.org/treatment/>). Данный проект оказывает содействие государствам-членам в повышении и укреплении технического потенциала для предоставления всесторонних и эффективных услуг по лечению и реабилитации наркозависимых в разных географических регионах.

С 2010 по 2014 годы Республиканским научно-практическим Центром медико-социальных проблем наркомании была успешно внедрена циклическая модель услуг в г. Павлодаре в рамках проекта Treatnet, в частности были инициированы такие услуги как скрининги и краткосрочные интервенции в учреждениях здравоохранения г. Павлодара, противорецидивная терапия и социальное сопровождение для лиц, прошедших курсы лечения от наркозависимости, а также налажена система перенаправления и создание лечебной сети для полноценного охвата лечебными и профилактическими услугами.

На уровне Павлодарского региона были внедрены комплексные и циклические услуги для наркозависимых в амбулаторных условиях при РНПЦ МСПН (с использованием основных документов и услуг Treatnet). Также был расширен спектр оказываемой помощи за счёт профилактики передозировок среди инъекционных потребителей наркотиков, диагностики и лечения, сопутствующих соматических и психических расстройств, а также за счёт расширения пакета социальных услуг (внедрение услуги «дома на полпути»). В октябре 2014 года был опубликован подробный отчёт о реализации проекта Treatnet в РК.

5.3. ОБРАЩАЕМОСТЬ ЛИЦ, ЗАВИСИМЫХ ОТ НАРКОТИКОВ, ЗА ЛЕЧЕНИЕМ

5.3.1. Амбулаторное лечение

Амбулаторную наркологическую помощь в 2017 году оказывали в городах – диспансерные отделения областных и городских наркологических диспансеров (18 организаций с филиалами), диспансерные отделения психиатрических диспансеров небольших городов (5 организаций городов Талгар, Рудный, Степногорск, Зырянск и Риддер) и в сельской местности – 123 наркологических кабинета при организациях ПМСП (центральные районные поликлиники) (Таблица 12). При амбулаторных подразделениях наркологических организаций развернуто 11 стационаров дневного пребывания на 309 коек, но в них проводится лечение, в основном, лиц с зависимостью от алкоголя.

Количество частных наркологических учреждений, действующих в Республике Казахстан, постоянно увеличивается. В основном, данные учреждения представлены наркологическими кабинетами, психотерапевтическими кабинетами с наркологическим профилем деятельности, профильными амбулаторными структурами, наркологическими стационарами и реабилитационными центрами. В частном секторе здравоохранения Республики Казахстан в 2017 г. было зарегистрировано 29 наркологических кабинетов: в Алматинской, Жамбылской, Карагандинской и Северо-Казахстанской областях по 1 кабинету; в Актыбинской, Южно-Казахстанской, Павлодарской области по 2 кабинета; в Акмолинской, Западно-Казахстанской, Южно-Казахстанской областях по 3 кабинета; в Костанайской, Мангыстауской области по 5 кабинетов.

Частные клиники расположены в пяти регионах страны (Восточно-Казахстанская, Жамбылская, Карагандинская, Южно-Казахстанская области и г. Алматы), где в 2017 году было 64 случая лечения среди 37 пациентов. Среднее пребывание на койке составило 10 дней, что говорит, что основной программой стационарного лечения в частных клиниках является детоксификация. Из всех случаев лечения 52 случая были связаны с зависимостью от опиоидов, 2 случая – от седативных препаратов и 10 – от сочетанного потребления ПАВ.

ТАБЛИЦА 12: ЛЕЧЕБНЫЕ ПРОГРАММЫ, ПРЕДОСТАВЛЯЮЩИЕ УСЛУГИ ЛИЦАМ, ЗАВИСИМЫМ ОТ НАРКОТИКОВ, 2017 (РНПЦ ПЗ)

Тип программы		Количество организаций	Вместимость (койко-места) Государственные бюджетные программы	Использование (* - включая алкоголь и табак)
Государственные бюджетные программы				
Отделения детоксификации		28	-	1244 пациентов
Амбулаторные учреждения	диспансерные отделения наркологических и психиатрических диспансеров	26	-	456 816* посещений
	наркологические кабинеты при ПМСП	183	-	66 871* посещение
Дневной стационар		11	309	7663* пациентов
Специализированные центры заместительной терапии		13	400	354 пациентов
Наркологические отделения в психиатрических больницах		4	47	300 пациентов
Детские наркологические отделения		-	29	18 пациентов
Медико-социальная реабилитация		17	730	2921 пациентов
Отделения детоксикации в тюрьмах		1	30	90 пациентов
Амбулаторное лечение в местах лишения свободы		94 учреждения	-	798 пациентов закончили лечение
Низкопороговые услуги (пункты доверия) – прямой охват		144	-	60 705 пациентов
Частный наркологический сектор				
Частные наркологические клиники		8	111	250 пациентов
Частные наркологические кабинеты		29	-	14 806* посещений

* Для данных видов программ регистрируются только количество посещений.

5.3.2. Лечение в терапевтических сообществах

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). В соответствии с постановлением Правительства Республики Казахстан от 19 февраля 2014 года № 114 «Об утверждении государственного норматива сети организаций здравоохранения Республики Казахстан», Центр социально–психологической реабилитации наркозависимых лиц был передан в состав Управления здравоохранения Акмолинской области. Решению вопроса способствовало то, что Центр социально – психологической реабилитации находится на территории Акмолинской области.

В таблице ниже представлены некоторые характеристики пациентов терапевтического сообщества отделения социальной реабилитации клиники РНПЦ МСПН. В 2017 году 40% лиц, проходивших лечение в отделении социальной реабилитации, были зависимыми от героина, 11% лиц лечились в связи с сочетанным потреблением ПАВ, остальные – в связи с употреблением алкоголя.

ТАБЛИЦА 13: ХАРАКТЕРИСТИКИ ПАЦИЕНТОВ ОТДЕЛЕНИЯ СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ РНПЦ МСПН В 2011-2017 ГГ. (РНПЦ ПЗ)

Индикатор	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Вместимость (количество коек)	40	40	40	40	40	40	40
Количество выписанных клиентов	291	189	245	223	169	232	189
- инъекционное употребление наркотиков	154	84	126	113	89	95	92
- потребление героина	91	55	99	89	63	71	49
- сочетанное употребление веществ	63	29	27	24	16	25	37
- употребление алкоголя	137	104	119	110	84	136	102
Средняя продолжительность лечения (дни)	65	73	74	56,2	64,5	40,2	63,3

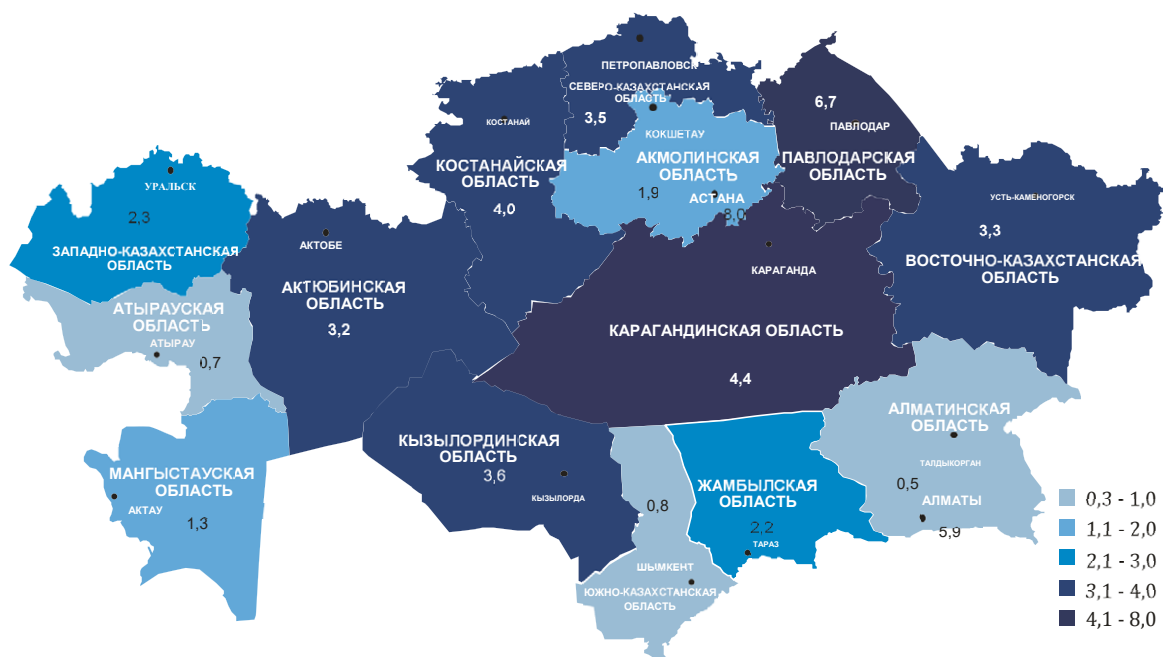
В стране также предлагаются реабилитационные программы, построенные по принципам терапевтического сообщества, частными, религиозными и некоммерческими организациями: Программа «Модель Миннесота» (см. <http://lechenie-narkomanii.jimdo.com/>) в г. Алматы; Центр помощи «Свободные люди» (см. <http://freepople.kz/nashi-czentryi.html>) в г. Алматы; Цыганско-евангельская община «Жизнь и Свет» в г. Алматы; Религиозный объединённый христианский центр «Надежда» в г. Алматы; Реабилитационный Центр «Тин челлендж» в г. Алматы; ОО «Духовный центр реабилитации наркоманов и алкоголиков» в Карагандинской области.

В настоящее время в негосударственном секторе трудно оценить точное количество организаций, оказывающих услуги по реабилитации, основанной на принципах терапевтического сообщества. В негосударственном секторе в подобных программах, как правило, используются варианты программы «12 шагов» или же стихийно сформированные религиозно-духовные практики.

5.3.3. Основные характеристики пролеченных клиентов

В 2017 году имело место 5 163 (3 083 пациентов) обращений за стационарной помощью в государственные наркологические организации по поводу наркотической зависимости. Республиканский показатель обращений за лечением по поводу зависимости от наркотиков на 10 000 населения в 2017 году составил 1,5. Наибольшее число лиц, получивших лечение от наркозависимости, на 10 000 населения области, было зарегистрировано в Павлодарской области (8,2) и в г. Алматы (5,2), а также в Карагандинской, Костанайской областях и г. Астана (Карта 3).

КАРТА 3: ОБРАЩЕНИЯ ЗА ЛЕЧЕНИЕМ ПО ПОВОДУ НАРКОЗАВИСИМОСТИ НА 10 000 НАСЕЛЕНИЯ, 2017 (РНПЦ МСПН)



Большинство впервые пролеченных клиентов имеют окончательного диагноз психических расстройств и расстройств поведения, вызванных употреблением опиоидов (F11 - МКБ-10, 1994 г.). Окончательный диагноз психических и поведенческих расстройств в результате сочетанного потребления психоактивных веществ (F19 - МКБ-10, 1994) был зарегистрирован у 40% впервые пролеченных клиентов.

В виду того, что подробные и качественные данные по спросу на лечение отсутствуют, далее приведены основные показатели на конец 2016 года. Из-за отсутствия данных о демографических характеристиках лиц, проходящих лечение в наркологической службе в 2016-2017 годы, представлены данные, имеющиеся на период до 2015 года.

Опиоиды являлись основным проблематичным веществом для 54,5% от числа всех клиентов, пролеченных в течение 2016 года в Республике Казахстан (2015 – 64%). Героин был основным проблемным наркотиком для 40,2% человек от числа всех пролеченных лиц в связи с расстройствами, вызванными употреблением наркотиков. В 2015-2016 годах существенно повысилась доля пролеченных лиц, указавших «другие опиаты» в качестве первичного проблемного вещества, из-за употребления которого они обратились за наркологической помощью. С другой стороны, доля лиц, указывающих героин в качестве проблемного вещества, в течение последних пяти лет постоянно снижается (Таблица 14).

ТАБЛИЦА 14: ПЕРВИЧНЫЕ ПРОБЛЕМНЫЕ ВЕЩЕСТВА СРЕДИ ПРОЛЕЧЕННЫХ ПАЦИЕНТОВ, 2013-2016 ГГ. (РНПЦ ПЗ)

Вещества	Первичный ПАВ			
	2013	2014	2015	2016
	%	%	%	%
Опиоиды	79,3	72,8	64,0	54,5
Героин	72,4	60,4	51,6	40,2
Опий	2,3	9,0	4,1	4,0
Другие опиата	4,6	3,4	8,3	11,3
Седативные и снотворные	1,4	1,2	0,3	2,7
Летучие органические соединения	0,7	0,9	0,5	0,3
Каннабис	4,6	10,5	2,5	8,6
Другие ПАВ	2,0	1,2	0,3	1,3

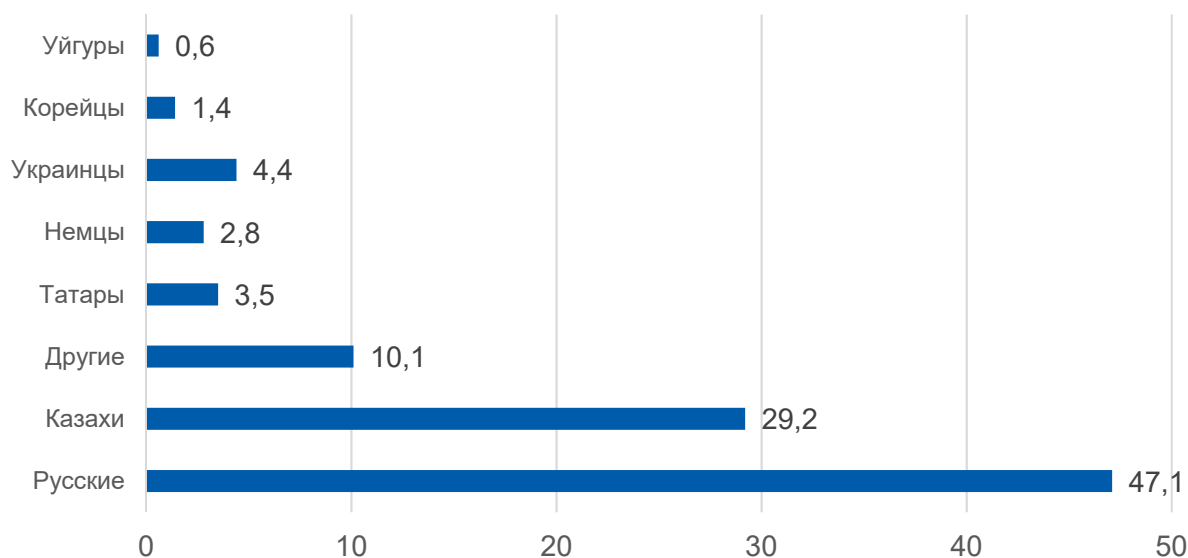
По демографическим характеристикам наибольшее число лиц, пролеченных в 2015 году, принадлежат к мужскому полу (88,2%). Средний возраст пациентов наркологических организаций составил 35,0 лет (Таблица 15).

ТАБЛИЦА 15: ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПРОЛЕЧЕННЫХ ПАЦИЕНТОВ, 2015 (РНПЦ МСПН)

Область	Все пациенты					Впервые пролеченные				
	%мужчин	%женщин	Соотноше- ние по полу	Средний возраст	Возраст <25	%мужчин	%женщин	Соотноше- ние по полу	Средний возраст	Возраст <25
Акмолинская	95,7	4,3	22,2	34,8	20,2	90,8	9,2	10,6	34,0	5,71
Актюбинская	85,8	14,2	6,04	35,7	5,88	86,0	14,0	6,1	35,1	9,0
Алматинская	91,1	8,9	10,2	36,4	48,9	92,1	7,9	11,6	36,1	7,39
Атырауская	100	0	-	33,3	25,9	100	0	-	-	50,0
ВКО	88,7	11,3	7,8	35,2	6,64	89,1	10,9	8,2	34,9	10,1
Жамбылская	93,4	6,6	14,2	37,2	5,83	94,8	5,2	18,2	36,7	8,24
ЗКО	86,5	13,5	6,4	33,1	17,9	85,1	14,9	5,7	32,2	27,6
Карагандинская	87,5	12,5	7,0	35,0	7,88	84,9	15,1	5,6	34,5	10,3
Костанайская	87,2	12,8	6,8	32,6	13,6	89,1	10,9	8,2	31,4	21,6
Кызылординская	100	0	-	41,6	21,5	100	0	-	40,6	7,5
Мангистауская	92,8	7,2	13,0	34,9	7,14	88,8	11,2	7,9		22,2
Павлодарская	86,3	13,7	6,3	34,6	5,11	86,5	13,5	6,4	34,4	5,62
СКО	92,3	7,7	12,0	32,8	9,55	90,5	9,5	9,5	32,7	13,5
ЮКО	87,8	12,2	7,2	37,4	5,3	90,6	9,4	9,6	35,3	11,6
г.Алматы	87,4	12,6	6,9	36,7	3,92	91,9	8,1	11,3	36,6	7,07
г.Астана	89,1	10,9	8,2	34,6	4,52	88,8	11,2	7,9	33,3	8,54
РНПЦ МСПН	95,2	4,8	19,8	33,1	6,66	96,2	3,8	25,3	23,3	9,25
РК	88,2	11,7	8,1	35,1	0,73	88,8	11,1	8,3	35,1	10,2

Большинство пациентов, пролеченных в 2015 году по поводу наркотической зависимости, составляют лица по национальности русские и казахи (Диаграмма 6). В пересчёте на 1 000 населения той же национальности, наибольший показатель обратившихся за помощью по поводу наркотической зависимости определён среди корейцев, татар и русских.

ДИАГРАММА 6: РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ПО НАЦИОНАЛЬНОСТИ (%) ЛИЦ, ПОЛУЧИВШИХ ЛЕЧЕНИЕ В НАРКОЛОГИЧЕСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ РК, 2015 (РНПЦ МСПН)



Проживали со своими семьями (с родителями или с партнёром/детьми) 35,7% всех пациентов, получивших лечение в 2015 году, 0,2% пациентов были бездомными (Таблица 16).

ТАБЛИЦА 16: НЕКОТОРЫЕ СОЦИАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПРОЛЕЧЕННЫХ КЛИЕНТОВ, 2012-2015 ГГ. (РНПЦ МСПН)

Параметры	2012	2013	2014	2015
Условия проживания				
С семьёй	51,7	56,0	51,6	35,7
С родственниками	38,8	33,1	37,0	35,7
С партнёром	2,3	2,4	2,2	2,4
Один/одна	6,5	6,8	8,7	4,5
Бездомный	0,2	0,2	0,4	0
Неизвестно	0,4	1,5	0,1	21,7
Занятость				
Нерегулярная занятость	2,2	2,4	1,5	0
Регулярная работа	3,0	3,0	4,2	2,6
Студент	0,4	0,9	0,4	1,1
Безработный	76,7	75,6	84,3	90,9
Инвалид, пенсия по возрасту	0,3	0,2	1,2	0,4
На иждивении других лиц	1,2	2,0	2,4	1,2
Другое	16,2	15,8	6,1	4,9
Образование				
Никогда не учился	0,5	0,8	-	-
Вспомогательная школа	0,1	0,1	-	-
Начальное образование	0,6	0,9	-	-
Среднее образование	79,9	80,9	-	-
Высшее образование	11,8	12,5	-	-

Из всех лиц, пролеченных в 2015 году, 90,9% являлись безработными, другие виды занятости и поддержки, включая поддержку родных и близких, были отмечены у 4,9% лиц.

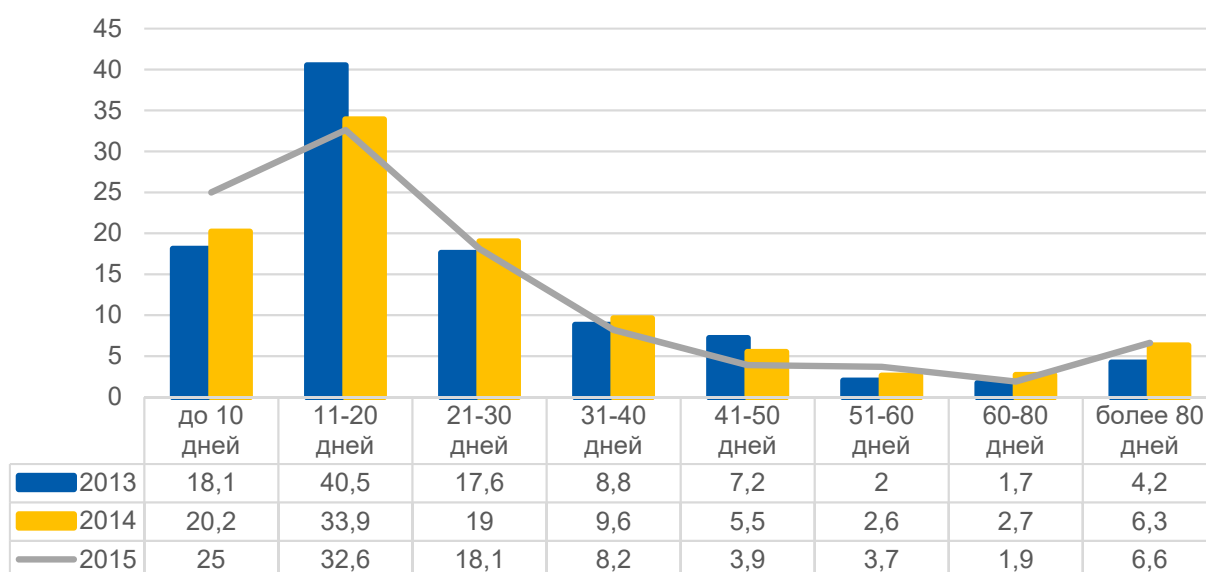
Большинство клиентов в 2015 г. были направлены на лечение организациями здравоохранения, оказывающими консультативно-диагностическую помощь (47,7%), и организациями первичной медико-санитарной помощи (23,1%). При этом повторные пациенты направлялись на лечение чаще врачом-наркологом, чем первичные. Согласно перечню гарантированного объёма бесплатной медицинской помощи, утверждённого Постановлением Правительства Республики Казахстан от 15 декабря 2009 года № 2136, диагностические и лечебные медицинские услуги по направлению оказываются за счёт бюджетных средств. Самостоятельно обратились за лечением – 9,6% всех пролеченных.

Стандартами добровольного лечения наркозависимости в Республике Казахстан предусмотрено, что первый этап лечения - детоксикация - имеет срок от 10 до 20 дней. На этом этапе клиенты получают услуги по лечению симптомов отмены, а также предусмотрено мотивационное интервьюирование и психологические консультации. Второй этап – это этап психологической реабилитации, имеющий продолжительность от 40 до 60 дней, включает в себя интенсивные групповые и индивидуальные сессии психотерапии, групповые и индивидуальные консультации, психосоциальные тренинги. Третий этап - социальная реабилитация - имеет продолжительность от 60 до 180 дней и включает в себя реабилитацию в терапевтических сообществах, дополнительное профессиональное обучение, участие в волонёрской деятельности в области профилактики и лечения наркомагии, а также трудотерапию или трудовые тренинги.

Госпитализация длилась менее 20 дней у 57,6% от числа всех клиентов, получивших лечение в 2015 году, госпитализация более 60 дней имела место у 8,5% всех клиентов (Диаграмма 7).

Средний возраст первой пробы первичных проблемных наркотических веществ среди пролеченных клиентов составил 22,6 лет, медиана 20,1 год, минимальный возраст первой пробы - 5 лет, максимальный возраст 65 лет (злоупотребление снотворными и седативными веществами). Среди всех пролеченных 66,7% начали употреблять первичное проблемное вещество не достигнув возраста 25 лет.

ДИАГРАММА 7: ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ПО ПОВОДУ НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ В СТАЦИОНАРАХ РК В 2013-2015 ГГ. (РНПЦ МСПН)



Употребляли наркотики ежедневно до поступления на лечение 59,7% (2013 -81,4%) всех пролеченных пациентов. Однако ввиду того, что в 33,7% случаев данные о частоте употребления неизвестны, крайне затруднительно делать какие-либо выводы об изменениях в характеристиках употребления среди лиц, обращающихся за наркологическим лечением.

Инъекционное внутривенное введение, как основной путь потребления наркотиков, зарегистрировано у 63% всех пролеченных пациентов. Оральный приём веществ (через пищу или жидкость) среди пролеченных лиц и в 2015 году составил 1,2%, интраназальный путь – 0,7% и курение – 2,6%.

5.3.4. Тенденции среди клиентов и в предоставлении лечения

По данным официальной статистики за последние пять лет количество пациентов, обращающихся за наркологическим лечением, имело тенденцию к уменьшению. При сравнении данных о количестве пациентов, обращающихся за стационарным наркологическим лечением в 2011 году и 2017 году, наблюдается снижение количества пролеченных пациентов. В расчёте на одного пациента в год количество обращений за стационарным лечением колеблется за последние 5 лет от 1,1 до 1,3.

За период с 2011 по 2017 годы наблюдалась тенденция к уменьшению числа лиц с диагнозом F11 по МКБ-10 в структуре всех пролеченных пациентов, в 2017 году доля лиц с данным диагнозом составила 50,3% среди всех пролеченных лиц. Одновременно с этим доля пациентов с заключительным диагнозом F19 возрастала (Таблица 17). Сочетанное употребление веществ среди лиц, обращающихся за наркологической помощью, в 2017 году возросло почти в шесть раз по сравнению с 2011 годом.

В виду отсутствия актуальных качественных и надёжных данных о социальных характеристиках клиентов, обращающихся за лечением, на данный момент затруднительно делать какие-либо выводы в отношении тенденций и социального портрета пролеченных лиц.

ТАБЛИЦА 17: РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ ПО ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНОМУ ДИАГНОЗУ В ПРОЦЕНТНОМ СООТНОШЕНИИ С 2011 ПО 2017 ГОДЫ (РНПЦ ПЗ, РЦЭЗ)

Год	Шифр диагноза по МКБ-10							
	F11	F12	F13	F15	F16	F17	F18	F19
2006	84,6%	1,5%	0,1%	0,1%	0,02%	1,3%	4,9%	7,6%
2008	82,9%	3,2%	0,2%	0,1%	0%	0,6%	1,1%	11,9%
2010	76,9%	2,1%	0,4%	0,2%	0%	0%	0,8%	19,7%
2011	84,6%	1,5%	0,1%	0,1%	0,02%	1,3%	4,9%	7,6%
2012	66,1%	2%	1,4%	0,2%	0,1%	0,6%	0,8%	28,8%
2013	70,1%	2,1%	1,0%	0,0%	0,1%	0,1%	0,6%	26,0%
2014	63,1%	3,1%	1,0%	0,1%	0,0%	0,0%	0,8%	31,9%
2015	64,3%	2,5%	0,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,5%	32,4%
2016	52%	2,8%	0,1%	0,2%	0,0%	0,0%	0,9%	44%
2017	50,3%	2,6%	0,3%	1,1%	0,0%	0,0%	0,7%	45%

Среди основных причин, которые объясняют низкую обращаемость за лечебной помощью лиц, имеющих расстройства, вызванные употреблением ПАВ, можно выделить: убеждение в том, что лечение не требуется; проявление насторожённости и страха из-за постановки на наркологический учёт; беспокойство по поводу возможных проблем с полицией; страх быть подвергнутым стигматизации; недоверие к государственным учреждениям и скептицизм в отношении эффективности доступного лечения (Rosenkranz M, Kerimi N, Takenova M, et al., 2016).

6. ВЗАИМОСВЯЗИ ЗДОРОВЬЯ И ПОСЛЕДСТВИЙ НАРКОМАНИИ

6.1. ВВЕДЕНИЕ

Одним из самых полных источников данных о взаимосвязи здоровья и последствий потребления наркотиков в стране является эпидемиологическое слежение за распространённостью (ЭСР) ВИЧ-инфекции, реализуемое региональными СПИД-центрами при координации и контроле Республиканского Центра по профилактике и борьбе со СПИД (Ганина Л.Ю., 2016).

Снижение темпов распространения эпидемии ВИЧ-инфекции является одним из приоритетных направлений здравоохранения страны. Стратегия снижения вреда реализуется в РК в рамках государственных программ, являясь одной из наиболее значимых задач в политике, касающейся здоровья населения. Стратегия тестирования населения на ВИЧ-инфекцию отражена в плане мероприятий по реализации Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан “Денсаулық” на 2016-2019 годы, где отмечена необходимость обеспечения доступа к качественному консультированию и тестированию на ВИЧ-инфекцию, проведения экспресс-диагностики ВИЧ-инфекции в дружественных кабинетах и пунктах доверия. Государством гарантируется предоставление возможности обследования на ВИЧ и консультирования по вопросам ВИЧ-инфекции для граждан РК на бесплатной основе (конфиденциально, анонимно), что указано в Кодексе РК № 193-IV ЗРК от 18 сентября 2009г. «О здоровье народа и системе здравоохранения» (глава 19, Статья 115).

Эпидемиологический надзор за ВИЧ-инфекцией представляет собой систему сбора, анализа и распространения эпидемиологической информации о распространённости ВИЧ-инфекции, необходимой для планирования, выполнения и мониторинга профилактических программ. Одним из основных методов эпидемиологического надзора является регистрация случаев ВИЧ-инфекции, выявленных при тестировании на антитела к ВИЧ определённых контингентов населения, которое проводится по эпидемиологическим, клиническим и другим показаниям. В РК на ВИЧ-инфекцию ежегодно тестируются более 2-х миллионов образцов крови, что составляет около 10% от численности населения страны.

При преимущественной концентрации эпидемии ВИЧ-инфекции среди ключевых групп населения наиболее эффективным инструментом эпидемиологического надзора является эпидемиологическое слежение за распространённостью (ЭСР), которое даёт возможность изучить рискованное поведение и распространённость антител к ВИЧ, вирусному гепатиту С (ВГС) и сифилису в зависимости от социально-демографических и поведенческих особенностей. Казахстан имеет многолетний опыт проведения ЭСР на национальном уровне на ежегодной основе (с 2005 года), с 2007 года ЭСР финансируется за счёт средств государственного бюджета (целевые трансферты из республиканского бюджета и средства местных бюджетов). Основанием для проведения ЭСР является приказ МЗ РК от 23.12.2005 г. №634 года «Об организации и проведении дозорного эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией в Республике Казахстан».

ЭСР среди ЛУИН проводится специалистами Центров СПИД в 22 городах страны каждые два года (на данный момент доступны данные ЭСР, проведённого в 2016 году). Методика отбора респондентов при проведении ЭСР среди ЛУИН в во всех сайтах страны – это выборка, построенная самими респондентами (РДС).

Также в стране доступны данные по проводимому на регулярной основе медицинскому обследованию среди ЛУИН. По правилам обязательного конфиденциального медицинского обследования на наличие ВИЧ-инфекции по клиническим и эпидемиологическим показаниям, обязательному тестированию на ВИЧ подлежат лица, употребляющие инъекционные наркотики, при постановке на учёт в наркологической службе и через каждые 6 месяцев.

6.2. ИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, СВЯЗАННЫЕ С ПОТРЕБЛЕНИЕМ НАРКОТИКОВ

6.2.1. ВИЧ

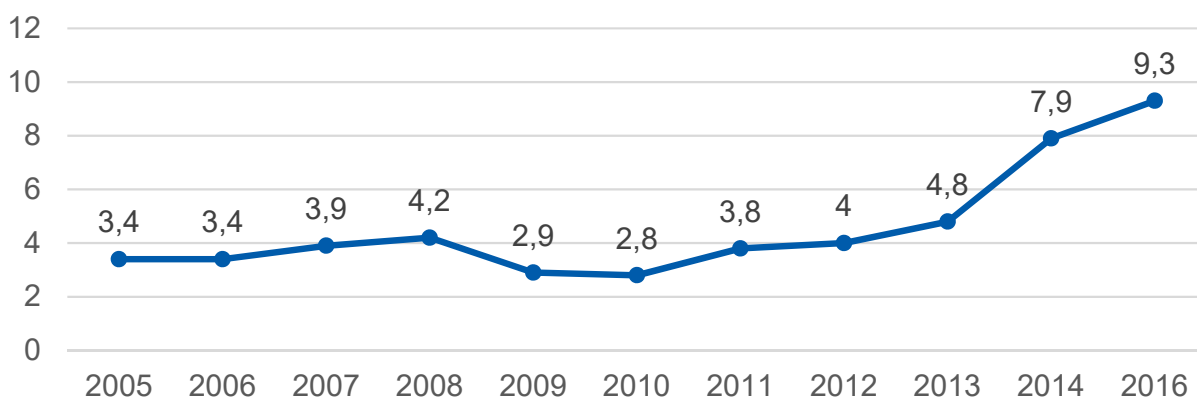
Развитие эпидемического процесса распространения ВИЧ-инфекции на территории Казахстана находится в концентрированной стадии, которая указывает на распространение ВИЧ-инфекции в основном в определённых группах населения, подверженных наибольшей опасности инфицирования. В Казахстане в возрастной группе от 15 до 49 лет распространённость не превышает 0,2%, среди населения в целом – 0,1%, а в ключевых группах населения, к которым относятся ЛУИН, РС, МСМ и заключённые лица, распространённость существенно выше. К примеру, распространённость ВИЧ-инфекции среди ЛУИН, в 2016г. составила 9,3%, в 2017 году среди РС – 1,9%, среди заключённых лиц – 3,5%, среди МСМ – 6,1%.

Инъекционное употребление наркотиков, по-прежнему, является одной из движущей силой эпидемии. На конец 2017 года кумулятивно в стране 53,7% людей инфицировались ВИЧ-инфекцией при инъекционном употреблении наркотиков, среди выявленных в 2017 году на момент выявления ВИЧ-инфекции – 33% (Республиканский Центр по профилактике и борьбе со СПИД, 2018).

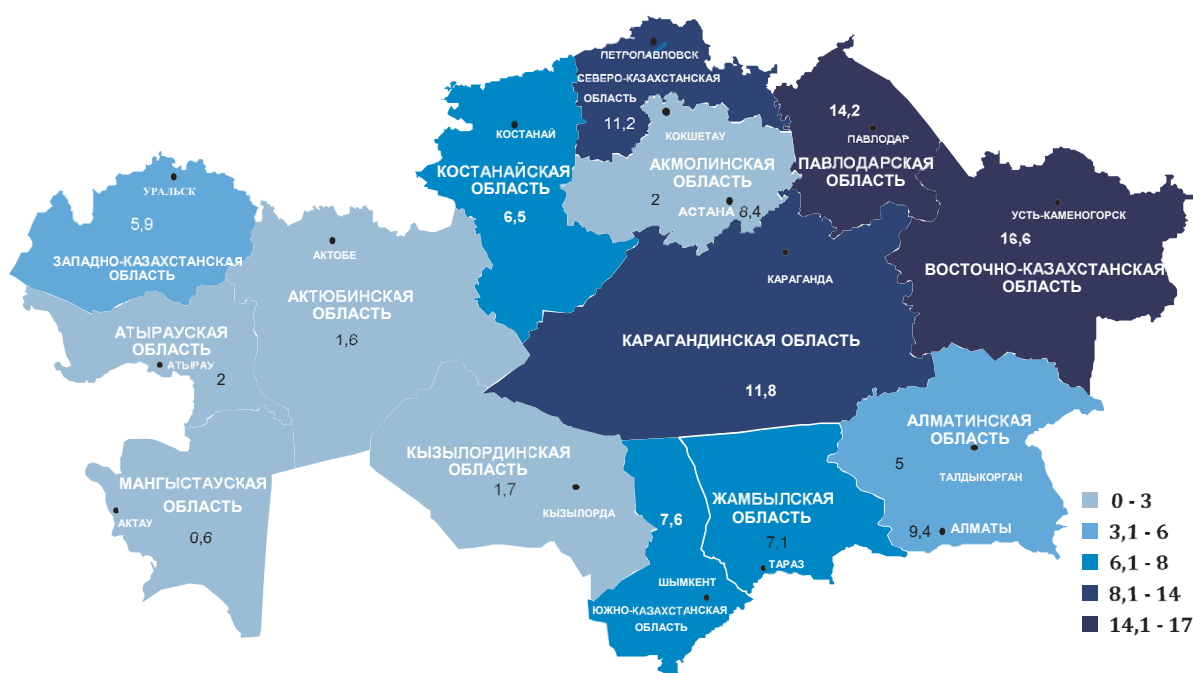
В динамике по годам отмечается снижение регистрации случаев инфицирования при употреблении инъекционных наркотиков, с одновременным ростом полового пути передачи ВИЧ. Также растёт удельный вес ВИЧ-инфицированных женщин, которые преимущественно инфицируются от своих половых партнёров, которые употребляют инъекционные наркотики.

По данным ЭСР распространённость ВИЧ-инфекции среди ЛУИН в 2016 году составила 9,3% (Диаграмма 8). Одной из причин такого повышения показателя в последние годы может быть то, что в 2014 году были внесены изменения в методологию ЭСР и, соответственно, в связи с этим была получена более случайная выборка исследования с более глубоким проникновением в популяцию ЛУИН (Ганина Л.Ю., 2016).

ДИАГРАММА 8: РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ (%) СРЕДИ ЛУИН, 2005-2016 ГГ., (РЦ СПИД)



По регионам распространённость ВИЧ-инфекции среди ЛУИН варьирует от 0,65% в Мангистауской области до 16,6% в Восточно-Казахстанской области. Неблагополучная ситуация в популяции ЛУИН в Карагандинской (11,8%), Павлодарской (14,2%), Северо-Казахстанской (11,2%) областях, в городах Астане (8,4%) и Алматы (9,4%). Показатель распространённости ВИЧ-инфекции отличается на дозорных сайтах в зависимости от пола. Средневзвешенное значение среди женщин по стране – 14,8%, максимальное – 40%. Средневзвешенное значение среди мужчин РК – 8,1%, максимальное – 15,7%. Распространённость среди женщин выше, чем среди мужчин, в 11 из 16 регионов (Карта 4).

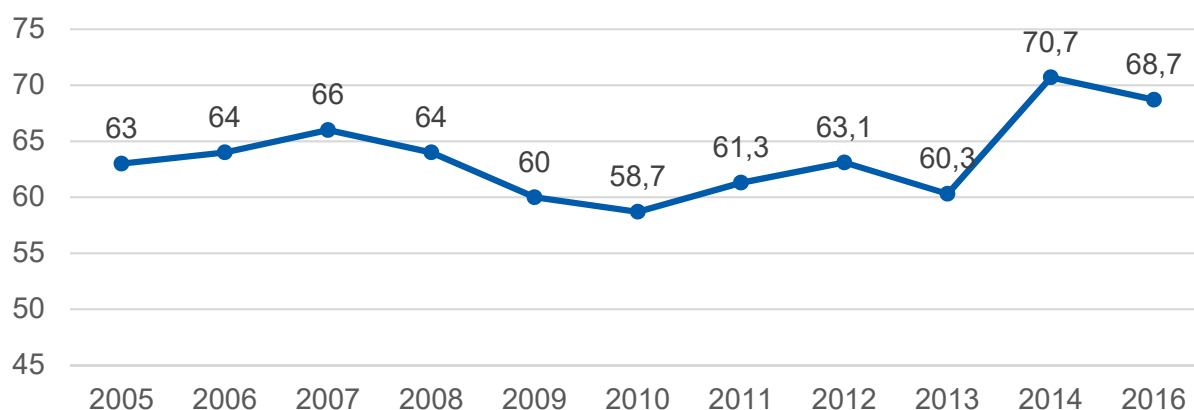
КАРТА 4: РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ (%) СРЕДИ ЛУИН В РАЗРЕЗЕ РЕГИОНОВ, 2016 (РЦ СПИД)

Среди ВИЧ-положительных ЛУИН в ЭСР 2016 года медиана возраста составила 36 лет, диапазон – от 18 до 68 лет. Среди ЛУИН, живущих с ВИЧ в РК, из числа зарегистрированных в системе электронного слежения на 31.12.2017 года (9 160 случаев) медиана возраста составляет 32 года, минимальный возраст – 18 лет, максимальный – 72 года.

По данным электронного слежения РЦ СПИД парентеральный путь остаётся основным путём заражения для мужчин и лиц в возрасте от 20 до 29 лет. Взвешенный показатель безопасных инъекционных практик среди лиц, употребляющих наркотики инъекционным способом, составил 53,8% в 2016 году.

6.2.2. Вирусный гепатит С

Распространённость вирусного гепатита С (ВГС) в выборке ЛУИН по стране увеличилась с 60,3% в 2013 году до 68,7% в 2016 году (Диаграмма 9). В 2016 году ВГС выявлен у 82% лиц, имеющих ВИЧ-положительный статус (ДИ: 78,3%–85,3%) и у 67,4% лиц, имеющих ВИЧ-негативный статус (ДИ: 66%–68,7%) (Ганина Л.Ю., 2016).

ДИАГРАММА 9: РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ ВГС (%) СРЕДИ ЛУИН В ДИНАМИКЕ ПО ГОДАМ (РЦ СПИД)

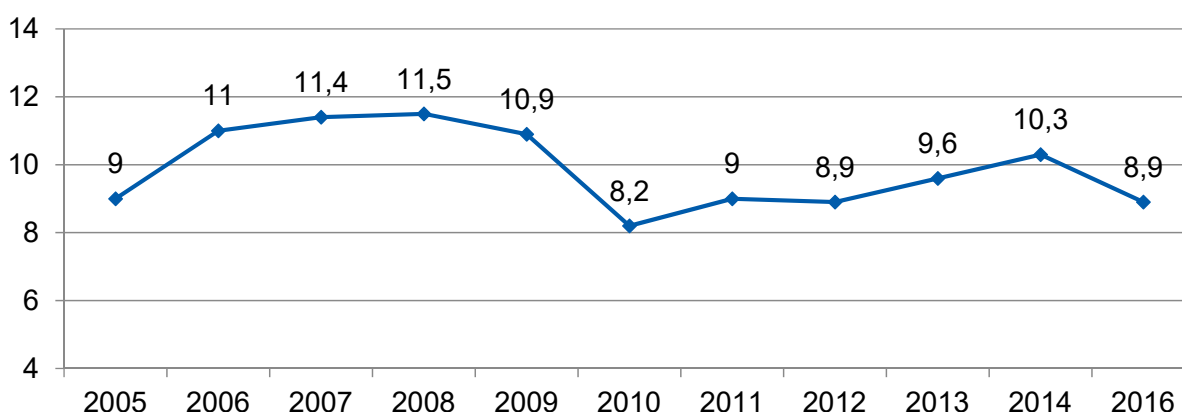
В 2016 году в выборке по стране максимальная распространённость ВГС была в Актобе (91,9% при распространённости ВИЧ – 1,63%), минимальная – в Алматы (45% при распространённости ВИЧ – 9,38%). Распространённость ВГС среди мужчин составила в 2016 году 70,5%, а среди женщин – 60,3%. (Ганина Л.Ю., 2016).

6.3. ДРУГИЕ БОЛЕЗНИ, СВЯЗАННЫЕ С НАРКОТИКАМИ

6.3.1. Заболевания, передающиеся половым путём – сифилис и гонорея

Распространённость сифилиса среди лиц, употребляющих наркотики инъекционным путём, составила 8,9% в 2016 году. В течение последних 9 лет распространённость сифилиса находится в пределах от 8 до 11,5% (Диаграмма 10).

ДИАГРАММА 10: РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ СИФИЛИСА (%) СРЕДИ ЛУИН В ДИНАМИКЕ ПО ГОДАМ (РЦ СПИД)



Максимальная распространённость сифилиса 2016 году была в Жамбылской области (27,1%), минимальная (в 9 раз меньше) – в Алматинской области (3%). Распространённость сифилиса среди мужчин в 2016 году составила 8,1%, а среди женщин – 12,7%. Взвешенный показатель безопасного полового поведения – 44,7%. Распространённость симптомов инфекций, передающихся половым путём (ИППП) – 9,8%, она выше среди женщин (17,6%) и среди лиц до 25 лет (12,6%).

6.3.2. Другие последствия для здоровья, связанные с потреблением наркотиков

Комплексные исследования по распространённости сопутствующих соматических расстройств среди лиц, употребляющих ПАВ, были проведены в 2005 и 2007 годах на базе РНПЦ МСПН.

В 2007 году были опубликованы результаты исследования, в которых приведён анализ структуры и динамики распространения сопутствующих расстройств среди лиц, зависимых от опиоидов, проходящих лечение в наркологических диспансерах (Катков А.Л., Пакеев С.О., 2007). В данном исследовании было показано, что в период 2003-2006 годов в Республики Казахстан первое место по уровню распространения среди пролеченных лиц, зависимых от опиоидов, с устойчивой тенденцией к нарастанию, занимает вирусный гепатит С - до 89,9%. На втором месте по уровню распространения находятся болезни органов дыхания. Здесь также отмечается тенденция к росту данного показателя - до 43,7%. На третьем месте находятся заболевания сердечнососудистой системы с неравновесной динамикой показателя распространённости (в среднем 9%-10%). Распространённость хронического пиелонефрита составляла до 10,1%. В отношении диагноза токсического гепатита следует иметь в виду, что в той или иной форме данная патология сопутствует регулярному употреблению психо-

активных веществ, практически в каждом случае. В то время как соответствующий клинический диагноз выставляется при наличии отчётливых и клинических проявлений токсического поражения печени (болевого синдром, увеличение печени, соответствующее изменение лабораторных показателей и т.д.). Удельный вес данной патологии составил от 1,6% до 3,4% при неравновесной динамике показателя распространённости.

В другом исследовании, проведённом в 2005 году, была изучена распространённость специфических расстройств зрелой личности среди пролеченных лиц, зависимых от ПАВ (Семке В.Ю., 2005). Наличие данных расстройств (диссоциальных, истерических, эмоционально-неустойчивых, а также циклотимии) среди общего числа лиц, имеющих зависимость от опиоидов, обращающихся за медицинской помощью в наркологические учреждения, в среднем диагностировано у 28,4% ($\pm 8,5\%$) лиц.

Результаты исследования депрессивных расстройств среди ЛУИН и их партнёров, проведённого в 2015-2016 гг., подчёркивают необходимость внимания к службам психического здоровья для ЛУИН в Казахстане (Shaw, и др., 2016). В ходе исследования был сделан вывод в отношении того, что более высокие показатели депрессии, наблюдаемые среди женщин, свидетельствуют о необходимости использования специализированных профилактических и гендерных профилактических и лечебных услуг, которые учитывают потенциальные барьеры к получению услуг (дискриминация, стигма, потребности в уходе за детьми и финансовые потребности). Исследователи выразили необходимость в дальнейшем исследовании того, как культурные и политические факторы, включая социальный капитал, стигму, отношение поставщиков услуг и наркополитику, влияют на депрессивные расстройства и доступ к услугам среди ЛУИН в РК. Взаимосвязь между употреблением наркотиков, психическим здоровьем и социально-экономическими потребностями указывают на то, что депрессия может быть включена в существующие стратегии, включая лечение ВИЧ и зависимости от ПАВ, а также в первичную медико-санитарную помощь (Shaw, и др., 2016).

Далее представлены данные, полученные в ходе мониторинга за лицами, проходившими лечение в стационарных наркологических учреждениях страны в период 2012-2013 годов (РНПЦ МСПН, 2014).

Чаще всего среди сопутствующих заболеваний у клиентов наркологических стационаров диагностируются инфекционные заболевания. В 2012 г. инфекционные заболевания диагностированы у 39,9% пролеченных лиц, в 2013 году данный показатель составил 37,8% среди всех, получивших стационарное лечение. Далее по частоте у анализируемого контингента встречаются заболевания пищеварительной системы, болезни органов дыхания, болезни мочеполовой системы и болезни системы кровообращения (Таблица 18).

ТАБЛИЦА 18: РАСПРОСТРАНЕНИЕ СОПУТСТВУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ ПРОЛЕЧЕННЫХ ЛИЦ, ИМЕЮЩИХ ЗАВИСИМОСТЬ ОТ НАРКОТИКОВ (ДАННЫЕ 2012 – 2013 ГГ.). (РНПЦ МСПН)

Наименование	2012		2013	
	Всего (%)	Впервые пролеченные (%)	Всего (%)	Впервые пролеченные (%)
Инфекции	39,9	32,0	37,8	29,4
Болезни крови	1,6	1,4	1,2	1,2
Болезни эндокринологические	0,3	0,1	0,2	0,0
Психические расстройства	0,3	0,5	0,1	0,1
Болезни уха	0,2	0,1	0,1	0,1
Болезни системы кровообращения	2,9	3,5	2,7	2,8
Болезни органов дыхания	5,3	5,2	5,2	4,8
Болезни системы пищеварения	17,3	17,9	20,4	20,9
Болезни кожи	0,3	0,2	0,03	0,1
Болезни костно-мышечной системы	0,8	1,0	0,6	0,8
Болезни мочеполовой системы	2,5	2,6	3,4	0,3
Травмы, отравления	0,8	1,5	0,7	0,6

В отношении распространённости туберкулёза среди пролеченных лиц, зависимых от наркотиков, было определено то, что 11,6% пролеченных лиц состоят на диспансерном учёте в противотуберкулёзных диспансерах (мужчин -12,4%, женщин -7,8%).

Среди других заболеваний, которые, чаще всего, регистрируются среди пролеченных лиц, зависимых от наркотиков, являются токсическая энцефалопатия, алкогольное поражение печени, кардиомиопатия и хронические бронхиты. Большинство из перечисленных заболеваний, в основном, связаны с токсическими эффектами потребляемых психоактивных веществ (РНПЦ МСПН, 2014).

Одним из значительных вызовов общественного здравоохранения является проблема передозировок среди лиц, употребляющих наркотики. Наряду с летальными передозировками, которые являются крайними показателями вреда, не летальные передозировки могут в значительной мере способствовать повышению заболеваемости. По данным ЭСР 2016 года проведённого среди ЛУИН на передозировки при употреблении наркотиков в течении последних 12 месяцев указали 17% респондентов. Число передозировок среди ЛУИН варьировало от 1 до 34, в среднем – 1,9 на 1 ЛУИН, медиана составила 1 передозировку на одного ЛУИН за последние 12 месяцев (Ганина Л.Ю., 2016).

6.3.3. Смертность, связанная с наркотиками, смертность наркозависимых лиц

В Республике Казахстан в соответствии с действующим законодательством по всем случаям смерти, связанным с отравлением, в том числе и с отравлениями наркотическими, психотропными веществами, проводится судебно-медицинская экспертиза. Республиканским государственным казённым предприятием «Центр судебной экспертизы» Министерства юстиции Республики Казахстан (ЦСЭ) и его филиалами проводятся исследования биологических образцов на наличие наркотических веществ во всех случаях отравлений, смертей неясной этиологии и насильственных смертей.

В конце 2013 года руководством Центра судебной медицины (в настоящее время Центр судебной экспертизы) решён вопрос об обеспечении химико-токсикологических лабораторий Республики Казахстан достаточным перечнем стандартных эталонов наркотических и психотропных веществ, необходимых для более точного установления видов токсических веществ, вызвавших то или иное отравление. Данный факт существенно повлиял на эффективность деятельности лабораторий Центров судебно-медицинской экспертизы.

При проведении химико-токсикологической экспертизы лаборатории ЦСЭ для первоначального скрининга проб используют методы иммунологического анализа, (иммунохроматографический анализ - ИХА). Если иммунологический анализ дал положительный результат, затем проводится подтверждающий анализ с использованием метода, в основе которого лежит иной химический или физический принцип, например, тонкослойная хроматография (ТСХ), высокоэффективная жидкостная хроматография (ВЭЖХ) или газовая хроматография (ГХ).

Сохранились определённые трудности по установлению видов новых психоактивных веществ. Данные трудности связаны с необходимостью установления строения и наименования новых синтетических веществ, оказывающие токсическое воздействие, на организм человека. Речь идёт о новых веществах, обладающих стимулирующим или угнетающим воздействием на центральную нервную систему, вызывающим галлюцинации, значительные изменения в моторной функции, мышлении или поведении человека.

Судебно-медицинская экспертиза с установлением окончательной причины смерти и наличия наркотических, других психотропных веществ в организме по всем видам смертей, заканчивается после завершения лабораторных методов исследования (химико-токсикологического, судебно-гистологического) требующих длительного времени для проведения. Регистрация же смерти, соответствующими органами (отделами записей актов гражданского состояния (ЗАГС)), при получении гражданского свидетельства о смерти необходимого для процедуры захоронения и прочего, осуществляется по врачебным свидетельствам о смерти с предварительным диагнозом. Данная ситуация приводит к тому, что показатели смертности, предоставляемые Центром судебной экспертизы, органами ЗАГС и наркологическими службами, осуществляющими мониторинг по смертности, связанной с употреблением наркотических веществ, имеют определённые расхождения.

Также в Республике Казахстан наркологические медицинские организации ведут мониторинг случаев отравления ПАВ и смертельных исходов от отравлений ПАВ по всем регионам страны независимо от того, был ли пострадавший лицом, состоящим на наркологическом учёте, и ежеквартально отправляют информацию в РНПЦ ПЗ.

Необходимо также отметить, что диагноз отравления наркотическими веществами может быть выставлен только судебно-медицинскими экспертами органов судебной экспертизы. Смерть же от других причин и хронических заболеваний наркозависимых лиц, находящихся на учёте, может быть установлена и без проведения судебно-медицинской экспертизы трупа, если она наступила в лечебном учреждении с подтверждением диагноза патологоанатомическими службами.

РНПЦ ПЗ ведёт учёт смертности, связанной с употреблением наркотических веществ, и проводит анализ полученных данных в комбинации с данными Центра судебной экспертизы.

С 2012 по 2017 год показатель отравлений наркотиками и психотропными веществами на 1000 населения по РК имеет неравновесную динамику и в 2017 году составил 0,07 отравлений на 1 000 общего населения. Среди лиц женского пола и среди детей до 14 лет этот показатель в 2017 году имеет тенденцию к снижению (0,05 и 0,004 соответственно). Среди детей в возрасте 15-17 лет показатель смертности на 1 000 соответствующего населения имеет неравновесную динамику и в 2017 году составил 0,05 (Таблица 19).

ТАБЛИЦА 19: ОТРАВЛЕНИЯ ПАВ ПО РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН, 2010-2017 (РНПЦ ПЗ)

Годы	Всего отравлений ПАВ (на 1000 всего населения)	в том числе		
		у женщин Абсолютное число (на 1000)	у детей до 14 лет Абсолютное число (на 1000)	у детей 15-17 лет Абсолютное число (на 1000)
2010	1263 (0,08)	426 (0,06)	31 (0,01)	42 (0,05)
2011	1000 (0,06)	472 (0,06)	36 (0,01)	83 (0,1)
2012	1059 (0,06)	481 (0,06)	47(0,01)	24 (0,03)
2013	1743 (0,10)	590 (0,07)	33 (0,01)	37 (0,05)
2014	1833/0,11	577 (0,06)	24 (0,005)	34 (0,05)
2015	1241/0,07	383 (0,04)	5 (0,001)	9 (0,01)
2016	1630 (0,06)	804(0,06)	30 (0,01)	28 (0,03)
2017	1297 (0,07)	496 (0,05)	21 (0,004)	36 (0,05)

Доля отравлений несовершеннолетних лиц в общем числе отравлений наркотиками и психотропными веществами в 2017 году составил 4,4%. Доля отравлений женщин в общем числе отравлений наркотиками и психотропными веществами за последние несколько лет возросла и в 2017 году составила 38,2%.

По данным мониторинга случаев отравления ПАВ и смертельных исходов от отравлений ПАВ, проводимого наркологическими медицинскими организациями РК, показатель смертности от отравлений ПАВ на 1 000 общего населения в период с 2012 года по 2016 год находился в пределах 0,009-0,02, в 2017 году этот показатель составил 0,007. Среди несовершеннолетних лиц смертельных исходов от отравлений ПАВ в 2017 году не было зарегистрировано, доля смертей лиц женского пола в общем числе смертельных исходов от отравлений наркотиками и психотропными веществами в 2017 году составила 14,9% (Таблица 20).

ТАБЛИЦА 20: СМЕРТНОСТЬ ОТ ОТРАВЛЕНИЙ ПАВ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН, 2010-2017 ГГ. (РНПЦ ПЗ)

Годы	Всего смертей от отравлений ПАВ (на 1000 всего населения)	в том числе		
		Женщин Абсолютное число (на 1000)	Детей до 14 лет Абсолютное число (на 1000)	Детей 15-17 лет Абсолютное число (на 1000)
2010	222 (0,014)	7 (0,001)	0	0
2011	156 (0,009)	18 (0,002)	0	0
2012	155 (0,009)	16(0,002)	0	0
2013	343 (0,02)	34 (0,004)	0	2 (0,003)
2014	323 (0,02)	27 (0,003)	0	0
2015	336 (0,01)	45 (0,004)	1 (0,0002)	0
2016	222 (0,01)	35(0,003)	0	0
2017	141 (0,007)	21 (0,002)	0	0

В среднем среди лиц, употребляющих наркотические вещества, наиболее высокие показатели смерти регистрируются в возрастных группах 30-34 года (20,0%), 35-39 (24,9%) и 40-44 (19,5%). На данные возрастные группы приходится около 65% всех смертельных случаев среди потребителей наркотиков в стране. Анализируя вышеприведённые данные о количестве отравлений и смертности от отравлений можно заключить, что в каждом десятом случае отравление наркотическими средствами заканчивается смертельным исходом.

Начиная с 2009 года, в годовых отчётах Центра судебной медицины (на данный момент ЦСЭ) Республики Казахстан и его филиалов в областях стали доступны данные о количестве проведённых аутопсий, при которых в органах и тканях трупа были обнаружены наркотические вещества при химико-токсикологической экспертизе. Согласно отчётов организаций, осуществляющих деятельность в сфере судебной медицины, показатель случаев смерти, вызванных воздействием наркотических и

психотропных веществ, увеличивался по Республике в период с 2011 по 2013 годы, однако с 2014 по 2017 годы наблюдается снижение числа случаев отравлений наркотическими веществами (Диаграмма 11).

Снижение показателя случаев смерти, при которых вид токсических веществ не установлен, в значительной степени связан с решением вопроса оснащённости судебно-токсикологических лабораторий стандартными образцами, необходимых для установления вида наркотических веществ. Однако на данный момент по-прежнему сохраняются определённые трудности по установлению новых психоактивных веществ, оказывающих токсическое воздействие на организм человека, установлению их строения и наименования.

Анализ данных показывает, что основную массу смертей, связанных с употреблением наркотиков, составляют случаи потребления опиатов. Среди опиатов наиболее распространённым является героин. Кроме того, в 2017 году установлены либо случаи отравления, либо употребления незадолго до смерти эфедрона, трамадола, амфетамина и фентанила.

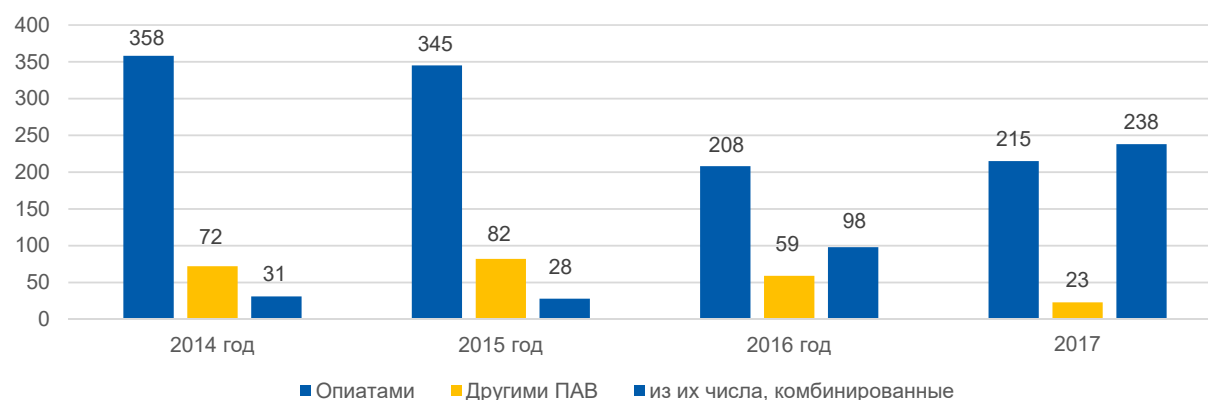
ДИАГРАММА 11: ДИНАМИКА ПО СМЕРТЕЛЬНЫМ СЛУЧАЯМ ОТРАВЛЕНИЯ НАРКОТИЧЕСКИМИ И ПСИХОТРОПНЫМИ ВЕЩЕСТВАМИ ЗА ПЕРИОД 2010 – 2017 ГГ. (ЦСЭ)



К 2017 году наблюдается тенденция увеличения числа случаев, когда во время проведения аутопсий обнаруживается употребление нескольких веществ одновременно. Наибольшую долю составляют случаи одновременного употребления наркотических средств и алкоголя - 77,6%, употребления нескольких видов наркотических веществ - 16,3%, употребления наркотиков и лекарственных веществ, обладающими воздействием на центральную нервную систему - 6,1% (Диаграмма 12).

Из числа лекарственных препаратов наряду с наркотическим веществом были обнаружены такие вещества, как (далее по частоте обнаружения) фенobarбитал, тропикамид, димедрол, эфедрин, барбитал, зопиклон, анаприлин, вещества группы фенотиазина, бензодиазепинов.

ДИАГРАММА 12: СООТНОШЕНИЕ ВИДОВ ОБНАРУЖЕННЫХ ПАВ В ПРОВЕДЁННЫХ АУТОПСИЯХ (ЦСЭ)



В 2016 году в 19 случаях насильственной смерти (механическая асфиксия - 7, черепно-мозговые травмы - 4, переохлаждение - 2, дорожно-транспортные происшествия - 2, по одному случаю: ножевое ранение, утопление, отравление угарным газом, воздействие высокой температуры) установлено наличие наркотических веществ.

Специалистами РНПЦ МСПН при сравнении и анализе статистических показателей общей смертности среди общего населения Республики Казахстан в 2015 году и показателей смертности в 2015 году среди лиц, употребляющих ПАВ (кроме алкоголя и табака), состоящих на наркологическом учёте, были рассчитаны показатели относительного риска смерти в популяции лиц, употребляющих наркотики, относительно популяции общего населения и определены следующие особенности, представленные в таблице 21.

ТАБЛИЦА 21: ОТНОСИТЕЛЬНЫЙ РИСК СМЕРТИ СРЕДИ ПОПУЛЯЦИИ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ПАВ К ОЖИДАЕМОМУ ЧИСЛУ СМЕРТЕЙ СРЕДИ ОБЩЕГО НАСЕЛЕНИЯ В 2015 ГОДУ

Возраст	Мужчины		Женщины		Всего	
	SMR ⁵	CI ⁶	SMR	CI	SMR	CI
< 14	0,0	-	0,0	-	0,0	-
15-19	2,1	0,0-11,7	0,0	-	2,5	0,0-13,7
20-24	4,3	2,5-6,8	0,0	-	6,0	3,5-9,6
25-29	5,7	4,2-7,4	43,4	18,7-85,6	9,5	7,2-12,1
30-34	7,6	6,4-9,0	43,4	28,3-63,5	12,4	10,6-14,4
35-39	6,2	5,5-7,0	18,8	12,1-27,7	9,4	8,3-10,5
40-44	7,1	6,2-8,1	15,0	8,2-25,1	10,5	9,2-11,9
45-49	5,2	4,3-6,3	7,1	2,3-16,7	7,4	6,1-8,9
50-54	5,3	4,3-6,5	7,1	1,4-20,7	7,7	6,2-9,5
55-59	4,1	3,0-5,5	10,8	2,2-31,4	6,1	4,5-8,1
60+	5,6	4,5-7,0	3,6	0,7-10,5	6,6	5,2-8,2
ВСЕГО	3,1	2,9-3,3	4,4	3,5-5,4	3,6	3,3-3,8

Итоговый показатель относительного риска смерти в 2015 году для мужчин составил 3,1 (ДИ 95: 2,9-3,3) в сравнении с ожидаемой смертностью среди общего населения. Итоговый показатель для женщин, злоупотребляющих ПАВ (кроме алкоголя и табака), составил 4,4 (ДИ 95: 3,5-5,4). Итоговый показатель относительного риска смерти для лиц, употребляющих ПАВ (кроме алкоголя), включая мужчин и женщин, составляет 3,6 (ДИ 95: 3,3 - 3,8). В целом, более высокие показатели относительного риска смерти среди лиц, употребляющих ПАВ, наиболее характерны для возрастных групп 30-34 года – 12,4 (ДИ 95: 10,6-14,40) и для групп 40-44 года – 10,5 (ДИ 95: 9,2-11,9).

Стандартизированные коэффициенты смертности (SMR) в период с 2013 по 2015 годы убедительно свидетельствуют о том, что относительный риска смерти для лиц, употребляющих ПАВ (кроме алкоголя и табака) из года в год увеличивается в сравнении с ожидаемой смертностью среди общего населения.

Таким образом, последствия потребления наркотических средств - соматические и психические нарушения, передозировки, криминальное поведение, инфекционные заболевания, ВИЧ-инфекция, суициды, дорожно-транспортные происшествия - повышают риск смерти лиц, употребляющих эти вещества, прямо или косвенно, в среднем, в 3,6 раза в сравнении с общим населением; для мужчин этот показатель составляет 3,1 раза, для женщин - 4,4 раза.

Thus, the consequences of the use of narcotic drugs, the somatic and mental disorders, overdosing, criminal behavior, infectious diseases, HIV, suicides, traffic accidents - increase the risk of death on the average by 3,6 times for people who use these substances, directly or indirectly, in comparison with the general population; for men, this indicator is 3.1 times, for women - 4.4 times.

5 SMR - стандартизованный индекс смертности.

6 CI – доверительный интервал.

7. ОТВЕТНЫЕ ДЕЙСТВИЯ НА ВЗАИМОСВЯЗЬ ЗДОРОВЬЯ И ПОСЛЕДСТВИЙ УПОТРЕБЛЕНИЯ НАРКОТИКОВ

7.1. ВВЕДЕНИЕ

В Казахстане с 1997 года эффективно реализуются программы снижения вреда. Стратегия снижения вреда от наркотиков является одним из важнейших направлений профилактики ВИЧ-инфекции. Наиболее действенным способом её реализации является регулярный охват лиц, употребляющих наркотики, услугами стационарных, мобильных пунктов доверия (ПД) и аутрич-работой. Необходимые компоненты профилактической работы с ЛУИН отражены в п. 98 плана мероприятий по реализации Государственной программы развития здравоохранения РК «Саламатты Қазақстан» на 2011 – 2015гг., утверждённой Постановлением Правительства РК №41 от 29.01.11г.: «Обеспечение уязвимых групп населения, программами обмена шприцев, презервативами в стационарных и мобильных пунктах доверия и дружественных кабинетах».

В 2013 году МЗ РК был разработан и утверждён Приказ о деятельности пунктов доверия №115 от 28.02.2013 года «О внесении изменений в приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 9 марта 2004 года № 228 «Об утверждении Положения об организации деятельности пунктов доверия для потребителей инъекционных наркотиков», регламентирующий нормы выдачи шприцев, презервативов и информационно-образовательных материалов в ПД, нагрузку на 1 стационарный ПД и аутрич-работников, оснащённость стационарных и мобильных ПД. В настоящее время деятельность аутрич работников финансируется в основном Глобальным Фонд для борьбы со СПИДом, Туберкулёзом и Малярией (ГФСТМ) и только небольшая часть получает заработную плату в рамках реализации государственного социального заказа из бюджета страны. Согласно положению о деятельности центров СПИД, приказу о штатной структуре центров (№355, №238), пункты доверия являются подразделениями территориальных центров СПИД. Центрами СПИД ведётся «База данных по индивидуальному учёту клиентов профилактических программ», которая была значительно усовершенствована за последние годы. В 2017 году в РК профилактические мероприятия проводились на базе 137 пунктов доверия (114 стационарных и 23 передвижных).

Работа с уязвимыми группами населения осуществляется во всех областях РК на бесплатной основе с соблюдением принципов добровольности, конфиденциальности и анонимности (использование 7-значного персонального кода).

Стационарные ПД осуществляют следующие виды деятельности: выдача шприцев, презервативов; консультирование ЛУИН по различным вопросам; обследование на ВИЧ-инфекцию, в том числе экспресс-методом; утилизация использованных шприцев; перенаправление, сопровождение ПИН для получения медицинской помощи; предоставление информации о существующих в регионе государственных и неправительственных организациях, оказывающих профилактическую и иную помощь ЛУИН; подготовка аутрич-работников; ведение учётно-отчётной документации.

Передвижные ПД представляют собой санитарный транспорт для регулярного выезда сотрудников Центров СПИД или НПО в места концентрации ЛУИН для проведения профилактических мероприятий. Выезд осуществляются в соответствии с графиком по разработанным маршрутам в места сбора ЛУИН.

В Казахстане на основании приказа МЗ РК №295 от 29.03.2004г. «Об утверждении положения об организации деятельности дружественных кабинетов» были организованы дружественные клиники (ДК) по оказанию помощи уязвимым группам населения с симптомами инфекций, передающихся половым путём (ИППП).

Дружественные кабинеты организованы для предоставления лечения ИППП уязвимым группам населения на бесплатной и анонимной основе; для предоставления информации о ВИЧ-инфекции, ИППП, формах поведения, снижающих риск инфицирования ВИЧ, методах контрацепции, тестировании на ВИЧ; для обеспечения обращающихся лиц презервативами, информационными материалами; для проведения психосоциального, до- и после тестового консультирования по ВИЧ/СПИД.

Специалисты ДК направляют клиентов в кожно-венерологические и другие медицинские организации для получения специализированной, квалифицированной медицинской помощи, а также предоставляют информацию о существующих в регионе государственных и неправительственных организациях, оказывающих профилактическую и иную помощь уязвимым группам населения.

В реализацию профилактических программ среди уязвимых групп населения активно вовлекается неправительственный сектор. В республике работает около 70 СПИД-сервисных НПО. Устойчивая деятельность НПО обеспечивается благодаря предоставлению грантов от ГФСТМ и в ряде областей при государственной поддержке. Деятельность этих организаций сфокусирована на профилактической работе с лицами, употребляющими инъекционные наркотики, по принципу «равный-равному».

В НПО уязвимые группы населения могут получить полную информацию по проблеме ВИЧ-инфекции и формах поведения, снижающих риск инфицирования ВИЧ. Профилактические услуги предоставляются как в офисах НПО, так и через аутрич-работников в полевых условиях. В НПО, деятельность которых финансируется ГФСТМ, предоставляются шприцы, презервативы, смазки. Кроме того, уязвимые группы населения могут получить социальные услуги, такие как прописка, помощь в трудоустройстве, переобучение, юридические консультации. В некоторых НПО предоставляется приют, питание, бытовые услуги.

В связи с тем, что принятые ГФСТМ критерии по оказанию финансовой помощи, основанные на уровне доходов страны, предполагают существенное сокращение деятельности ГФСТМ на территории РК по профилактике ВИЧ-инфекции. ГФСТМ в настоящее время через гранты в основном финансирует деятельность НПО. Соответственно в настоящее время решается вопрос о необходимости государственной поддержки НПО в рамках государственного социального заказа.

Ежегодно Республиканский Центр СПИД проводит мониторинг и анализ деятельности областных и городских центров СПИД по организации работы с потребителями инъекционных наркотиков в пунктах доверия.

В соответствии с Государственной программой развития здравоохранения РК «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 гг. в службе СПИД в 2012 году внедрена программа «Электронное слежение за случаями ВИЧ и СПИД». Стандартизация подходов к сбору данных, позволила улучшить качество собираемой информации по каждому выявленному случаю, улучшить оперативный обмен данными между центрами СПИД и их информативность, а также возможность проведения простого и быстрого компьютерного анализа индивидуальных, а не агрегированных данных.

7.2. ПРОФИЛАКТИКА ПЕРЕДОЗИРОВОК И СМЕРТНОСТИ, СВЯЗАННОЙ С НАРКОТИКАМИ

Несмотря на то, что опиоиды являются основным проблемным наркотиком в стране, ни в одной из государственных программ («Саламатты Қазақстан», Программа борьбы с наркоманией и наркобизнесом, Программа по противодействию ВИЧ/СПИДа) индикатора по снижению смертности от передозировок не обозначено.

Препарат «Налоксон», часто использующийся для профилактики передозировок среди потребителей, в стране доступен в учреждениях здравоохранения и внесён в список жизненно важных лекарств. Используется налоксон на станциях скорой медицинской помощи, приёмных покоях больниц и в реанимационных отделениях. Однако препарат не доступен в аптеках. Налоксон рекомендуется к использованию для профилактики передозировок от наркотиков опиоидной группы, так как имеет достаточные свидетельства клинической и экономической эффективности.

Экстренная госпитализация с отравлениями (передозировками) ПАВ в РК производится в токсикологические отделения городских и областных многопрофильных больниц или, при отсутствии в регионе токсикологического отделения, в реанимационные отделения. Данный вид медицинской вмешательства, как помощь, оказываемая по экстренным показаниям, входит в «Перечень гарантированного объёма бесплатной медицинской помощи».

Первые комплексные программы профилактики передозировок среди потребителей ПАВ в Казахстане стартовали в 2009 году. Налоксон приобретался через Центр изучения глобального здоровья в Центральной Азии при Колумбийском университете и передавался в СПИД-центры, где препарат хранился и выдавался. Налоксоновый пакет выдавали по ваучеру после консультации в СПИД-центре. В рамках проекта «Ренессанс» (г. Алматы) налоксоновый пакет выдавали только

участникам проекта. Другая неправительственная организация «Социальное бюро «Доверие» (г. Алматы) предлагали налоксон всем потребителям инъекционных наркотиков (Ataiaants J., 2011).

В 2014 году в г. Павлодаре в рамках проекта Treatnet был обеспечен доступ потребителей инъекционных наркотиков к налоксоновым пакетам, а также был проведён ряд совместных мероприятий с учреждениями здравоохранения и НПО по профилактике передозировок (РНПЦ МСПН, 2014).

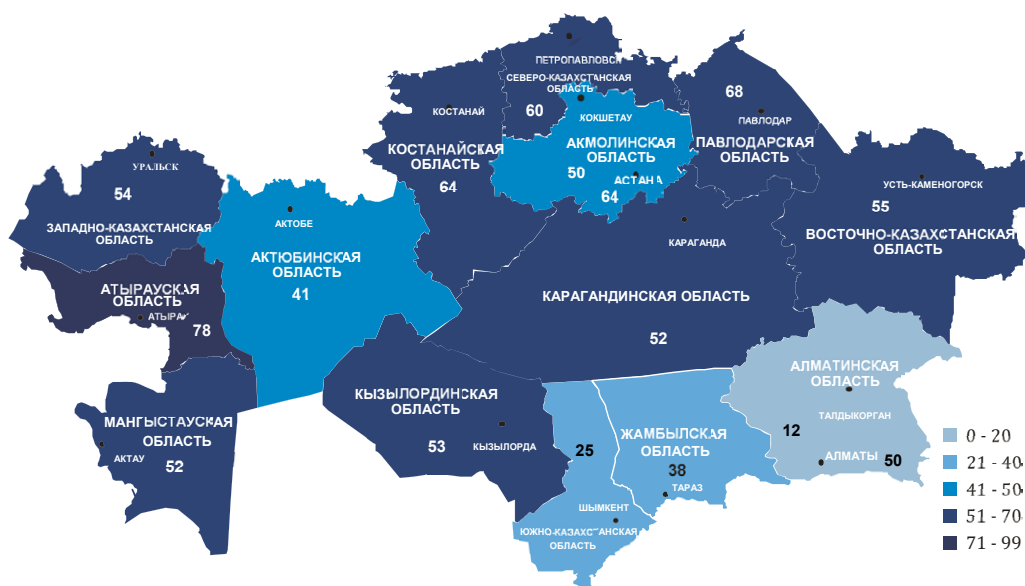
В регионах страны профилактика передозировок ограничивается, в основном, информационно-образовательными мероприятиями среди потребителей наркотиков. Данные мероприятия проводятся наркологическими организациями, Центрами СПИД и профильными НПО.

7.3. ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ИНФЕКЦИЙ, СВЯЗАННЫХ С ПОТРЕБЛЕНИЕМ НАРКОТИКОВ

Всего в 2017 году в программы снижения вреда обратилось 46,8% лиц, потребляющих наркотики инъекционным путём, от их оценочного количества.

Прямой охват ЛУИН профилактическими вмешательствами предполагает, как минимум, однократное получение в течение последнего года комплекса профилактических услуг: шприцы, презервативы и информационно-образовательные материалы и рассчитывается как доля от оценочного числа ЛУИН. В 2017 г. этот показатель составил по стране 47% от оценочного числа ЛУИН, что на 18,1% ниже уровня 2016 года (65,1%). Минимальный показатель прямого охвата в 2017 году был в Алматинской области (11,9%), максимальный (77,8%) – в Атырауской области (Карта 5).

КАРТА 5: РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПРЯМОГО ОХВАТА ЛУИН ПРОФИЛАКТИЧЕСКИМИ ПРОГРАММАМИ (% ОТ ОЦЕНОЧНОЙ ЧИСЛЕННОСТИ ЛУИН В РЕГИОНЕ), 2017 (РЦ СПИД)



В качестве основных причин снижения охвата ЛУИН профилактическими программами в 2017 году являются изменения методики расчёта показателя (вместо получивших одну услугу в течение года учитывается получение не менее 3-х услуг) и прекращение финансирования от ГФСТМ в большинстве областей на оплату вознаграждения аутрич-работникам, которые обеспечивали более 70% охвата ЛУИН, и на проекты НПО среди ЛУИН.

Систематический охват ЛУИН предполагает предоставление профилактических услуг не реже одно-го раза в месяц. В 2017 году этот показатель составил 28,9%, что значительно ниже, чем в предыдущие годы. Ниже среднереспубликанского уровня систематический охват ЛУИН был в Алматинской, Восточно-Казахстанской, Западно-Казахстанской, Южно-Казахстанской, Северо-Казахстанской, Павлодарской и Актюбинской областях.

Всего в 2017 году в РК ЛУИН было роздано – 15 518 225 шприцев (275 штуки на 1 ЛУИН, привлечённого в профилактические программы или 129 - на 1 ЛУИН от оценочной численности). Презервативов роздано 4 845 332 шт. (40 штук на 1 ЛУИН от их оценочного количества и 86 штук на 1 ЛУИН от числа привлечённых в профилактические программы). В соответствии с международными рекомендациями для эффективной профилактики полового пути передачи ВИЧ-инфекции каждого ЛУИН следует выдавать не менее 50 презервативов в год. На каждого ЛУИН в РК из оценочного числа (120 500) в 2017 году пришлось 40 презервативов (Ганина Л.Ю., 2016).

Для работы с ЛУИН в полевых условиях, по принципу «равный-равному», привлечено 506 аутич-работников. Всего в 2017 году на ВИЧ-инфекцию было обследовано 35 772 ЛУИН, или 63% от прямого охвата профилактическими программами. Экспресс-тестирование на ВИЧ-инфекцию прошли 28 223 ЛУИН, что составляет 50% от общего числа обследовании ЛУИН в пунктах доверия (РЦ СПИД, 2016). Охват тестированием на ВИЧ (Показатель ССГА ООН) определялся как доля ЛУИН, которые прошли тестирование на ВИЧ за последние 12 месяцев и знают свои результаты. При анализе в динамике по годам необходимо отметить, что этот показатель в стране стабильно превышал 50% начиная с 2008 года и в 2017 году составил 58,2%. По данным ЭСР 2014 года тестирование на ВИЧ-инфекцию за последние 12 месяцев прошли 65,4%. Большинство из них проходили тест в Центрах СПИД (54%), наркологических организациях (21%) и других медицинских организациях (20,2%) (Ганина Л.Ю., 2016).

В отношении лечения острых вирусных гепатитов, в Республике Казахстан данный вид вмешательства проводится в пределах гарантированного объёма бесплатной медицинской помощи. Бесплатное лечение хронических вирусных гепатитов В и С предоставляется детям, медицинским работникам и студентам, оно состоит из комбинированного лечения пегилированными интерферонами короткого действия и рибавирина. В том случае, если потребитель ПАВ будет относиться к одной из вышеперечисленных категорий, то он будет обеспечен бесплатным лечением хронических вирусных гепатитов. ВИЧ-инфицированные все проходят обследование на выявление парентеральных гепатитов в территориальных центрах СПИД в обязательном порядке на бесплатной основе.

8. СОЦИАЛЬНАЯ ВЗАИМОСВЯЗЬ И СОЦИАЛЬНАЯ РЕИНТЕГРАЦИЯ

Законодательно закреплённых ограничений прав потребителей ПАВ в РК немного. Ограничения прав лиц, употребляющих наркотики, продиктованы, в основном, условием недопущения их в сферы производственной деятельности, где факт употребления ПАВ может стать дополнительной причиной нарушений правил техники безопасности на производстве и на транспорте. Кроме того, потребитель ПАВ лишён права на усыновление/удочерение ребёнка, принятие ребёнка под опеку (попечительство), патронат, так как зависимость от ПАВ входит в перечень заболеваний, при наличии которых это становится невозможным.

Обращение за лечением при заболеваниях, связанных с употреблением ПАВ, считается добровольным, кроме случаев, когда лечение определено решением суда. Но, согласно части 2 статьи 326 Кодекс Республики Казахстан «Об административных правонарушениях» от 30.01.2001 г. «уклонение от медицинского обследования и лечения лиц, признанных больными алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией, либо в отношении которых имеются достаточные данные о том, что они без назначения врача употребляют наркотические средства или психотропные вещества, влечёт штраф в размере до десяти месячных расчётных показателей». Но на практике это нормативное правовое положение практически не используется.

Постановлением Правительства РК от 4 декабря 2009 года психические расстройства и расстройства поведения, в том числе расстройства, связанные с потреблением ПАВ, включены в список социально-значимых заболеваний. В РК гражданам, страдающим социально значимыми заболеваниями и заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, медико-социальная помощь, диспансерное наблюдение оказываются бесплатно и на льготных условиях. При этом виды и объём медико-социальной помощи определяются уполномоченным центральным исполнительным органом Республики Казахстан, осуществляющим руководство в области охраны здоровья граждан.

Факт того, что человек, употребляющий ПАВ, состоит на наркологическом учёте в медицинской организации, является врачебной тайной (ст.95 Кодекса Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения»), за разглашение которой законодательством предусмотрена административная ответственность в виде штрафа. Однако до сих пор существует практика, когда работодатели при устройстве на работу требуют у кандидатов на трудоустройство справку о том, состоит ли он/она на наркологическом учёте.

В 2007 году РНПЦ МСПН опубликованы материалы исследования комплексных характеристик наркологической помощи, оказываемой контингенту ВИЧ-инфицированных наркозависимых лиц в РК (Katkov A.L. and Komarova O.N., 2007). Основными препятствиями для обращения за профессиональной наркологической помощью наркозависимых лиц, в том числе ВИЧ - инфицированных, являются страх огласки фактов ВИЧ-инфицирования среди близких - 50,6% ($\pm 6,4\%$); страх огласки фактов употребления наркотиков среди близких - 43,4% ($\pm 6,3\%$); страх постановки на учёт в наркологическое учреждение - 37% ($\pm 6,2\%$). Большинство потребителей наркотиков - 72,2% ($\pm 5,7\%$) - в качестве предпочтительных условий при оказании профессиональной наркологической помощи указали гарантию безопасности или отсутствие постановки на учёт (Катков А.Л., Комарова О.Н., 2007)

В целом, законодательные основы постановки на наркологический учёт и учёт в правоохранительные органы, а также имеющиеся в связи с этим ограничения при приёме на работу, описаны в заключительной части раздела «Правовая система».

На данный момент большую часть услуг по социальному сопровождению лиц, имеющих проблемы с наркотиками, оказывают профильные неправительственные организации. Однако оценить масштаб охвата и качество этих услуг не представляется возможным в виду отсутствия качественных данных. Каких-либо исследований или обзоров в этой области в стране найти не удалось.

9. ПРЕСТУПЛЕНИЯ, СВЯЗАННЫЕ С НАРКОТИКАМИ

9.1. ВВЕДЕНИЕ

Основным ведомством, где собирается и анализируется вся информация, касающиеся преступности, в том числе и наркопреступности в стране, является Комитет по правовой статистике и специальным учётам Генеральной прокуратуры Республики Казахстан (КПССУ ГП РК), который образован Указом Президента Республики Казахстан от 28 марта 2003 года. КПССУ ГП РК является единым централизованным органом в области правовой статистики и специальных учётов. Также при КПССУ ГП РК образован Национальный информационно-аналитический центр мониторинга и прогнозирования правовых явлений, изучения и оценки состояния коррупции, наркотизма и транснациональной преступности.

Анализируя состояние регистрации преступности в стране, необходимо отметить, что в 2015 году кардинально изменилась система учёта уголовных правонарушений по сравнению с учётом преступлений в прошлые годы. С 1 января 2015 года уголовные правонарушения учитываются с момента регистрации происшествий в Едином реестре досудебных расследований (ЕРДР), тогда как в прошлые годы преступления ставились на учёт только после возбуждения уголовного дела либо отказа в возбуждении дела по нереабилитирующим основаниям. При этом, во время проведения доследственных проверок, до установления наличия признаков преступления, происшествия в криминальной статистике не учитывались. В связи с этим сравнение показателей 2015 года с показателями прошлых лет имеет ряд ограничений в виду того, что: изменён принцип регистрации уголовных правонарушений; введены новые виды уголовно-наказуемых деяний, а также некоторые деяния декриминализированы; ряд административных правонарушений, переведён в категорию уголовных проступков; по ряду преступлений изменены категории тяжести преступлений.

В 2004 году в МВД был образован Комитет по борьбе с наркобизнесом и контролю за оборотом наркотиков, который до настоящего времени являлся уполномоченным государством органом в сфере реализации государственной антинаркотической политики. Однако в 2014 году в соответствии с Постановлением Правительства Республики Казахстан №933 от 14 августа 2014 года Комитет по борьбе с наркобизнесом и контролю за оборотом наркотиков Министерства внутренних дел Республики Казахстан был упразднён. На данный момент Департамент по борьбе с наркобизнесом и контролю за оборотом наркотиков МВД РК осуществляет функции главного органа страны по координации, по борьбе с наркобизнесом и сбору информации о наркопреступлениях и рынках наркотиков.

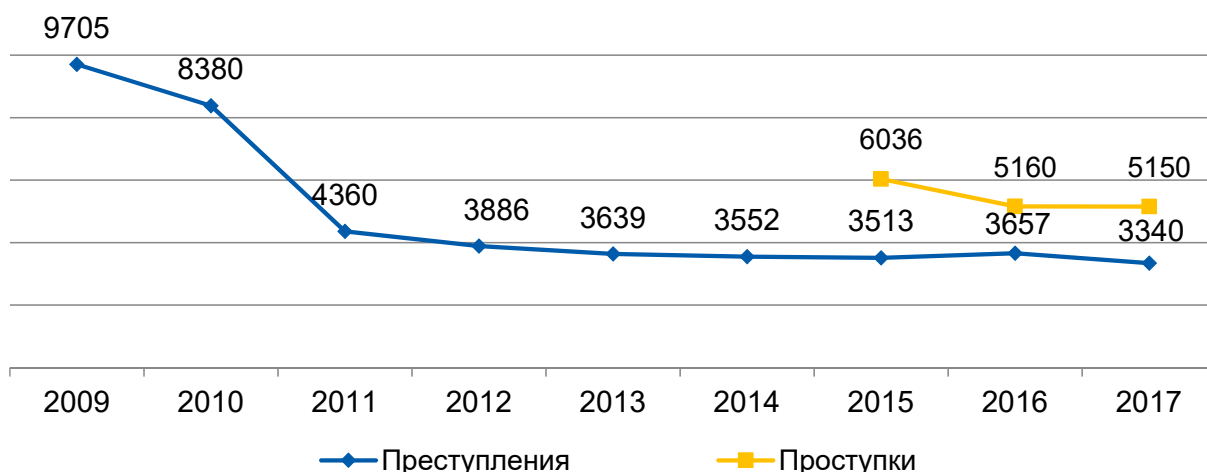
С 1 января 2015 года предусмотрена уголовная ответственность за незаконный оборот аналогов наркотических средств и психотропных веществ, независимо от их наименований и химической формулы.

9.2. ПРЕСТУПЛЕНИЯ

Согласно статистическим данным Комитета по правовой статистике и специальным учётам Генеральной Прокуратуры Республики Казахстан В 2017 году всеми правоохранительными органами выявлено 8 490 уголовных правонарушений, связанных с оборотом наркотиков (2016 г. – 8 817), в том числе 3 340 наркопреступлений и 5 150 уголовных проступков. Удельный вес наркоправонарушений в общем количестве зарегистрированных правонарушений в стране в 2017 году составил 2,6% (Диаграмма 13).

С 2011 года в стране произошло значительное снижение зарегистрированных наркопреступлений в связи с проведённой в январе 2011 года декриминализацией части 1 статьи 259 Уголовного кодекса Республики Казахстан (УК РК) «Незаконные приобретение, перевозка или хранение без цели сбыта наркотических средств или психотропных веществ в крупном размере» и переводом её в разряд административных правонарушений (с 2015 года уголовных проступков).

ДИАГРАММА 13: КОЛИЧЕСТВО НАРКОПРЕСТУПЛЕНИЙ В РК ЗА ПЕРИОД 2009-2017 ГГ. (КПССУ ГП РК)



В разрезе правоохранительных органов наибольшее количество наркоправона-рушений выявляет-ся органами внутренних дел, на долю пограничной службы Комитета национальной безопасности (КНБ) и Комитета государственных доходов Министерства финансов (КГД МФ) приходится не более 15 % выявленных правонарушений, связанных с оборотом наркотиков.

В структуре уголовных преступлений, связанных с оборотом наркотиков, преобладают преступле-ния, предусмотренные статьёй 297 Уголовного кодекса «Незаконные изготовление, переработка, приобрете-ние, хранение, перевозка в целях сбыта, пересылка либо сбыт наркотических средств, психотропных веществ, их аналогов». В анализируемом периоде их удельный вес в об-щем коли-честве зарегистрированных наркопреступлений составил 60 % (Таблица 22). 20% приходятся на преступления, связанные с незаконным обращением наркотиков без цели сбыта (ст. 296 ч.4 УК РК) и 9% на контрабанду наркотиков (ст. 286 УК РК).

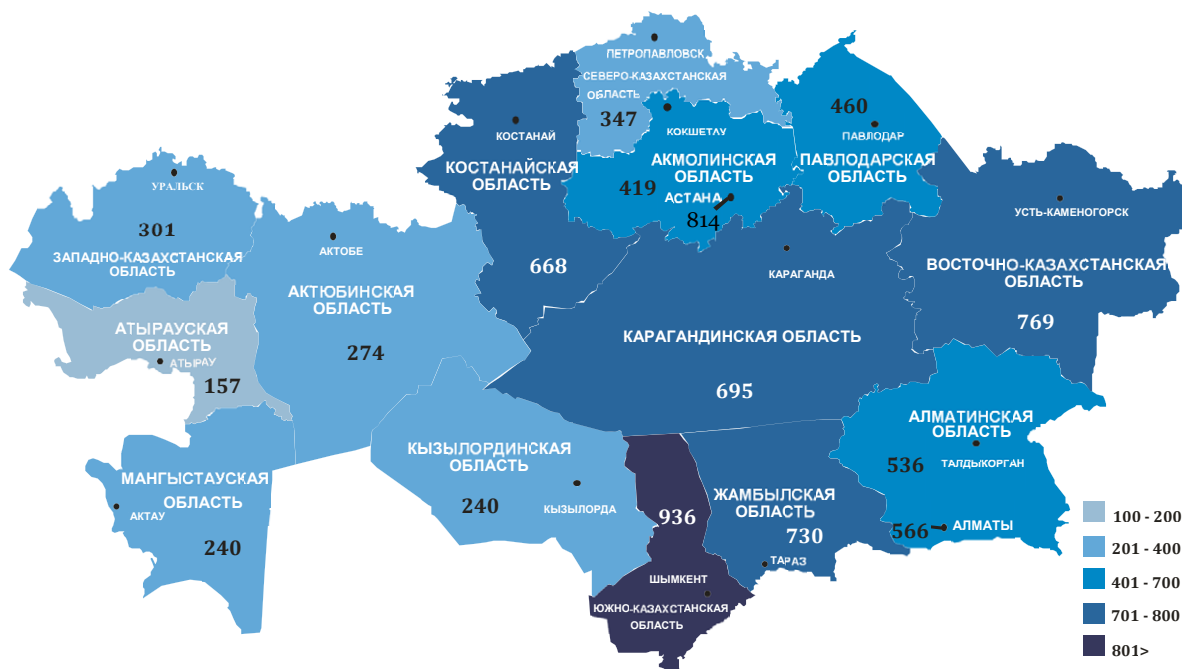
В структуре всех уголовных правонарушений, связанных с незаконным оборотом наркотиков, психотропных веществ и прекурсоров, преобладают нарушения, предусмотренные ст.296 УК РК «Незаконное обращение с наркотическими средствами, психотропными веществами, их анало-гами, прекурсорами без цели сбыта». Из 5 150 уго-ловных проступков зарегистрированных в 2017 году наибольшая часть приходится на факты незаконного обращения с наркотиками без цели их сбыта (ч.2 ст.296 УК РК) – 74%, около 12% уголовных проступков составляют случаи немедицинского употребления наркоти-ков в общественных местах (ч.1 ст. 296 УК РК) и незаконного хранения нар-котиков в крупном размере (ч.3 ст. 296 УК РК) – 13% всех уголовных проступков.

ТАБЛИЦА 22: СТРУКТУРА ЗАРЕГИСТРИРОВАННЫХ НАРКОПРЕСТУПЛЕНИЙ ЗА 2017 ГОД (КПССУ ГП)

Вид преступления	Кол-во	Удельный вес
Незаконные изготовление, переработка, приобретение, хранение, перевозка без цели сбыта наркотических средств в особо крупном размере (часть 4 статьи 296 УК РК)	668	20%
Незаконные изготовление, переработка, приобретение, хранение, перевозка в целях сбыта, пересылка либо сбыт наркотических средств (статья 297 УК РК)	2 000	60%
Контрабанда наркотических средств (ст.286 УК РК)	307	9%
Легализация (отмывание) наркодоходов (статья 218 УК РК)	6	0,2%
Хищение либо вымогательство наркотических средств или психотропных веществ (статья 298 УК РК)	3	0,1%
Склонение к употреблению наркотических средств (статья 299 УК РК)	5	0,1%
Незаконное культивирование растений, содержащих нарко-тические средства (статья 300 УК РК)	246	7%
Незаконный оборот ядовитых веществ, используемых для изготовления или переработки наркотических средств (статья 301 УК РК)	9	0,3%
Организация или содержание притонов для потребления наркотических средств (статья 302 УК РК)	74	2,2%
Всего	3340	100%

Наибольшее количество правонарушений (уголовные преступления и проступки) в 2016 году (данные на 2017 год не доступны) было зарегистрировано в г. Астане, Южно-Казахстанской, Восточно-Казахстанской и Жамбылской областях (Карта 6).

КАРТА 6: КОЛИЧЕСТВО ЗАРЕГИСТРИРОВАННЫХ ПРАВОНАРУШЕНИЙ, СВЯЗАННЫХ С НЕЗАКОННЫМ ОБОРОТОМ НАРКОТИКОВ В РАЗРЕЗЕ РЕГИОНОВ В 2016 ГОДУ (КПССУ ГП РК)



За 2017 год количество лиц, привлечённых к уголовной ответственности за незаконный оборот наркотиков, составило 5 902, из них женщин – 256, несовершеннолетних – 32. Из числа совершивших уголовные правонарушения, связанные с оборотом наркотиков, в 2017 году, 3 772 человек были привлечены за незаконное изготовление, переработку, приобретение, хранение, перевозку наркотических средств без цели сбыта (не учитывая нарушения с особо крупными размерами).

9.3. ПРОФИЛАКТИКА ПРЕСТУПЛЕНИЙ, СВЯЗАННЫХ С НАРКОТИКАМИ

В виду того, что в доступных источниках какой-либо информации о деятельности государственных органов по профилактике преступлений в 2017 году не удалось обнаружить, далее представлена информация, в основном касающаяся деятельности в 2015 году, которая находится в открытом доступе.

В 2015 году за совершение административных правонарушений, связанных с наркотиками, к ответственности привлечено 3 200 лиц. Из числа административных правонарушений 91% случаев связаны с управлением транспортных средств в состоянии наркотического опьянения (ст. 608 КоАП РК); 8% приходится на правонарушения, связанные с неприятием мер по уничтожению дикорастущей конопли (ст. 420 КоАП РК); менее 1% – на нарушения требований технической безопасности объектов и помещений в сфере оборота наркотиков (ст. 427 КоАП РК).

В качестве одного из эффективных способов противодействия наркобизнесу в стране регулярно проводятся оперативно-профилактические мероприятия и операции.

В целях выявления и пресечения нарушений в сфере легального оборота наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров в медицинских учреждениях и на промышленных предприятиях ежегодно (в 4 этапа) проводится оперативно-профилактическое мероприятие «Допинг». В 2015 году в ходе его проведения проверено около 2 тысяч субъектов частного предпринимательства, осуществляющих деятельность в сфере оборота наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров, из них: 529 аптек, 170 складов, 365 лечебно-профилактических учреждений и 219

промышленных предприятий. Выявлено 9 преступлений, 155 проступков, связанных с незаконным оборотом наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров. К административной ответственности привлечены 410 человек, в том числе 101 медицинский работник. Изъято более 27,2 тысяч ампул наркотических лекарственных средств, 3 тысячи таблеток и 196 тысяч ампул, содержащих психотропные вещества. Предотвращена утечка в нелегальный оборот свыше 546 тонн прекурсоров.

В соответствии с Планом мероприятий по реализации Программы борьбы с наркоманией и наркобизнесом в Республике Казахстан на 2012-2016 годы ежегодно в период с июня по октябрь проводится оперативно-профилактическая операция «Көкнәр». Так в 2015 году в период проведения операции выявлено 1 291 наркопреступление, в том числе 733 факта сбыта, 58 контрабанды наркотиков, 154 факта культивирования наркосодержащих растений. Изъято и не допущено в незаконный оборот более 92 тонн наркотических средств, в том числе около 61,5 тонны культивированной конопли, 65 кг героина, 152 кг гашиша, 30,5 тонн марихуаны.

В соответствии с Планом основных мероприятий Координационного совета руководителей компетентных органов по противодействию незаконному обороту наркотиков на территории государств-членов ОДКБ в мае 2015 года правоохранительными органами Казахстана принято участие в международной антинаркотической операции «Канал-Патруль», с размещением штаба операции в г. Ош Республики Кыргызстан. Основные цели операции заключались в решении практических задач по стабилизации наркоситуации в регионе, а также отработка практического взаимодействия и элементов оперативно-боевой слаженности подразделений коллективных сил оперативного реагирования ОДКБ, в условиях горной местности. В результате её проведения на территории стран ОДКБ изъято более 1,6 тонн наркотиков, из них более 976 кг опиатов афганского происхождения.

В сентябре 2015 года проведена операция «Канал-Синтетик-Почта», с размещением штаба в г. Владивосток Российской Федерации. Основные её цели заключались в выявлении каналов поступления новых видов синтетических наркотиков, в том числе дизайнерских с территории Китая, Таиланда, а также выявление интернет-сайтов по их продаже. В ходе операции правоохранительными органами Казахстана изъято около 4 тонн наркотиков, в том числе более 122 кг героина, 50 таблеток психотропного вещества МДМА.

В целях пресечения контрабанды наркотических средств, выявления организованных преступных групп, действующих в около таможенной и приграничных зонах, а также в целях выявления фактов хранения наркотических средств в особо крупном размере в ноябре 2015 года проведено оперативно-профилактическое мероприятие «Рубеж». В рамках мероприятия выявлено 65 преступлений, связанных с незаконным оборотом наркотиков, в том числе 40 фактов сбыта, 23 факта хранения наркотиков в особо крупных размерах и 1 факт контрабанды наркотиков. Из незаконного оборота изъято около 107 кг наркотиков, в том числе 2,3 кг героина.

В ноябре 2015 года проведено республиканское оперативно-профилактическое мероприятие «Посылка», направленное на выявление каналов контрабанды наркотических средств, психотропных веществ, их аналогов и прекурсоров через пункты пропуска в аэропортах, морском порту Актау, на участках Международного почтового обмена (в городах Астана, Алматы и Уральск), филиалах и почтово-багажных отделениях АО «Казпочта», а также пресечение фактов поступления наркотиков посредством посылок в учреждения КУИС. В операции задействованы 3 482 сотрудника специальных, правоохранительных органов и АО «Казпочта». Организованы 175 оперативно-поисковых групп, которыми осуществлена проверка 1 948 большегрузных, 3 303 легковых автомобилей, 1 080 автобусов, 163 пассажирских и 122 грузовых поездов, 172 авиарейсы, 71 морское судно, 859 посылок в учреждения КУИС и 803 отделения АО «Казпочта». Выявлено 76 наркопреступлений, в том числе 42 факта сбыта, 3 из которых в составе организованных преступных группировок, 30 фактов хранения наркотических средств в особо крупном размере и 4 контрабанды наркотических средств.

9.4. АЛЬТЕРНАТИВЫ ТЮРЕМНОМУ ЗАКЛЮЧЕНИЮ ДЛЯ НАРУШИТЕЛЕЙ, НАХОДЯЩИХСЯ В НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ

В проект новой редакции УК внесена норма об альтернативных формах наказания в отношении лиц, употребляющих наркотики и впервые совершивших преступления, не представляющих общественной опасности. В новой редакции УК предусмотрена возможность условно-досрочного освобождения наркозависимого лица от отбывания наказания в виде ограничения или лишения

свободы, если судом будет признано, что для исправления оно не нуждается в полном отбывании назначенного наказания. При этом за данным лицом устанавливается пробационный контроль, который, помимо иных обязанностей, предполагает и прохождение курса лечения от наркомании. В случае уклонения от исполнения обязанностей, суд может принять решение об отмене условно-досрочного освобождения и исполнении оставшейся неотбытой части наказания. Кроме того, возможность освобождения наркозависимых лиц от уголовной ответственности предусмотрена в проекте новой редакции УПК и на досудебной стадии уголовного процесса (МВД РК, 2014).

В соответствии с проектом УПК прокурор с учётом общественной опасности совершенного преступления и данных, характеризующих личность подозреваемого, вправе прекратить уголовное преследование под условием на срок от трёх до восемнадцати месяцев. Принятие такого решения допускается, если лицо подозревается в совершении правонарушения небольшой или средней тяжести, не имеет судимости за умышленное преступление и выражает согласие на прекращение уголовного преследования под условием. При этом, прокурор вправе возложить на наркозависимое лицо обязанность пройти курс лечения от наркотической или другой зависимости.

Постановление о прекращении уголовного преследования под условием вступает в силу после завершения срока, установленного при принятии данного решения и исполнения возложенных обязанностей. Вступление этого постановления в силу означает прекращение досудебного расследования.

Последствия нарушения указанных обязанностей регулируются статьёй УПК, согласно которой досудебное производство по делу в отношении подозреваемого может быть возобновлено в случае совершения им умышленного уголовно наказуемого деяния, появления в деле новых обстоятельств, а также невыполнения лицом возложенных на него обязанностей, в том числе по прохождению курса лечения.

Необходимо отметить, что в случаях, когда постановление вступило в законную силу и досудебное расследование не возобновлено по указанным основаниям, деяние не образует повторности уголовных правонарушений.

9.5. ПОМОЩЬ ПОТРЕБИТЕЛЯМ НАРКОТИКОВ В ТЮРЬМАХ

В зависимости от тяжести совершенного преступления лица с зависимостью от наркотиков содержится в исправительных учреждениях общего, строгого и особого режимов отбывания срока наказания. Наибольшее количество лиц, осуждённых за совершение преступлений, связанных с наркотиками, отбывают меру наказания в учреждениях строгого режима.

Специальных лечебных исправительных учреждений для лиц, зависимых от наркотиков, нет. Принудительное лечение осуждённых больных с зависимостью от ПАВ, осуществляется медицинской частью исправительного учреждения на основании решения суда. Лечение лиц, больных наркоманией, проводится врачом-психиатром-наркологом, а при его отсутствии - врачом-терапевтом, врачом общей практики или начальником медицинской части. Лечение в основном амбулаторное, только в одном учреждении Комитета уголовно-исправительной системы (КУИС) в ВКО имеются наркологические койки для принудительного стационарного наркологического лечения.

При поступлении в учреждение осуждённые лица, которым определено принудительное лечение от наркомании, должны быть в трёхдневный срок осмотрены психиатром-наркологом, который в первой же беседе знакомит больного с основными положениями организации и особенностями проведения принудительного лечения в данном учреждении.

Данные осуждённые лица ставятся на диспансерный учёт, на них заводится контрольная карта диспансерного наблюдения за наркологическим больным и медицинская карта амбулаторного наркологического больного. Лечение должно быть непрерывным на протяжении всего этапа лечения. После завершения курса активного лечения данному лицу назначается поддерживающее лечение.

Осуждённым лицам, допустившим так называемые «срывы» лечения, проводится противоречивая терапия. Под «срывом» лечения следует понимать употребление осуждёнными лицами, находящимися на принудительном лечении наркотических и других веществ.

Перевод осуждённых лиц, не закончивших курс принудительного лечения, из одного учреждения в другое учреждение, может быть осуществлён лишь в случае крайней необходимости. При этом должен быть составлен подробный эпикриз о состоянии больного и проведённом лечении.

Прекращение принудительного лечения производится судом по представлению администрации учреждения. При отсутствии рецидивов заболевания и нарушения курса лечения медицинской комиссией готовятся материалы для решения вопроса о прекращении принудительного лечения. Основанием для решения вопроса о прекращении принудительного лечения является заключение медицинской комиссии.

Во всех случаях освобождения от отбывания срока наказания осуждённых лиц, которые проходили принудительное лечение от наркомании, медицинская часть за один месяц до освобождения направляет в органы здравоохранения по месту жительства освобождаемого лица выписку из амбулаторной карты наркологического больного о проведённом лечении и о его результатах.

В случаях, когда ко времени освобождения из места лишения свободы лечение не завершено, медицинской комиссией составляется мотивированное заключение о необходимости его продолжения. На основании заключения администрация учреждения может выходить в суд с представлением о продлении срока принудительного лечения в медицинском учреждении органов здравоохранения со специальным и трудовым режимом.

При выявлении у осуждённого лица, не подлежащего принудительному лечению, хронической наркомании, ему предлагается пройти курс терапии в добровольном порядке.

При отказе от добровольного лечения медицинской комиссией, состоящей из начальника медицинской части учреждения, врача-психиатра (нарколога) и врача-терапевта, выносится заключение, на основании которого администрация учреждения ходатайствует перед судом о применении принудительных мер медицинского характера.

При лечении лиц, страдающих наркоманией в исправительных учреждениях, используются методы рациональной психотерапии, витаминотерапии, а также терапии, направленной на купирование психических расстройств. Одновременно проводится психологическая реабилитация. На этапе амбулаторного лечения в терапию вводятся психотерапевтическая и психокоррекционная работа психологов. Кроме того, среди осуждённых лиц проводится санитарно-просветительная работа по профилактике наркомании (круглые столы, беседы, раздача информационных материалов).

С 2002 года в учреждении ОБ-156/15 УКУИС по Восточно-Казахстанской области начато внедрение безмедикаментозной психотерапевтической Миннесотской методики для лечения лиц, зависящих от наркотиков. Основными целями терапии пациентов в программе являются: ознакомление пациента с болезнью и создание условий для процесса идентификации его с болезнью, выработка конструктивного проявления эмоций, обучение навыкам общения с окружающими, а также формирование образца для положительной самооценки. Терапия в начале лечения носит директивный характер до тех пор, пока у пациента не изменится образ мышления.

Совместно с неправительственными организациями и Евросоюзом в конце 2009 года в Казахстане открыты два Реабилитационных центра «Жаңаөмір» в городах Астана, Павлодар и возобновлена работа одного Центра в г. Семей. Центры предназначены для лечения наркозависимых лиц по психотерапевтической методике без применения медикаментов, разработанной в Польше на основании Миннесотской программы «12 шагов Атлантик» (МЮРК, 2010).

По направлению снижения вреда от употребления наркотиков в учреждениях уголовно-исполнительной системы реализуются информационно-образовательные программы, коммуникации с широким использованием обучения осуждённых лиц самими осуждёнными, которые проходят подготовку в медико-санитарных частях. Также распространяются дезинфицирующие средства и презервативы, осуществляется диагностика и лечение инфекций, передающихся половым путём.

В 2017 году для раздачи в местах заключения было закуплено и передано 710 119 презервативов (2016 г. – 588 857), информационно-образовательных материалов – 110 439 экземпляров (2016 г. – 16 008). В рамках массовых кампаний и плановой образовательной работы в МЛС в 2017 году проведено 11 967 мероприятий (2016 – 9 509) среди спецконтингента, охвачено – 36 127 человек.

10. РЫНКИ НАРКОТИКОВ

10.1. ВВЕДЕНИЕ

Казахстан является одной из стран через которую проходит так называемый «северный маршрут» героина афганского происхождения. Соответственно международные преступные группировки, действующие в Афганистане, продолжают попытки использования территории страны в качестве транзитного коридора для поставки героина в Россию и Европу.

Рынок сильнодействующих наркотиков почти полностью наполняется за счёт их ввоза из государств ближнего и дальнего зарубежья. Основным внешним источником является Афганистан. По итогам 2016 года общая площадь культивирования опийного мака в Афганистане увеличилась на 10%, до расчётной величины в 201 тыс. гектар (с 183 тыс. га в 2015 году). Потенциальный объём производства опиума возрос с 3300 до 4800 тонн, что объясняется увеличением урожая, который, в отличие от 2015 года не пострадал от недостатка влаги и болезней. При этом, основные центры производства наркотиков сконцентрированы в южных провинциях (до 95%), в результате их смещения в последние годы с северных регионов Афганистана. Так, по итогам 2016 года лидером незаконного выращивания опийного мака вновь стала южная провинция Гильменд.

По данным международных экспертов в последние годы отмечается сокращение объёмов оборота героина в ключевых странах, через которые проходит «Северный маршрут». В Докладе Международного комитета по контролю над наркотиками за 2016 год главным каналом для незаконного оборота героина обозначен «Балканский маршрут», по которому афганские опиаты поставляются в Западную и Центральную Европу через Иран, Турцию и Юго-Восточную Европу (Международный Комитет по контролю над наркотиками, 2018).

Вместе с тем все большее значение приобретает так называемый «Южный маршрут» через Пакистан или Исламскую Республику Иран морем в страны Залива, Африку, Южную Азию и в меньшей степени Юго-Восточную Азию, Океанию и Северную Америку. Аналогичные тенденции отмечаются и во Всемирном докладе о наркотиках УНП ООН за 2016 год, более того обращается внимание на появление второго балканского маршрута, включающего Ирак и Сирийскую Арабскую Республику наряду со странами, через которые традиционно пролегает балканский маршрут.

В то же время значительно сократился транзит наркотиков по «Северному маршруту» и по прогнозным оценкам его объёмы сегодня составляют около 30-33 тонн. Указанная тенденция подтверждается общей тенденцией снижения объёмов изымаемых опиатов в Центральной Азии. С 2010 по 2016 годы изъятия героина в Центрально-Азиатском регионе сократились на 69 % (с 2,6 т до 803 кг). При этом анализ нелегального внутреннего рынка наркотических веществ в Казахстане показывает значительный рост как оптовых, так и розничных цен на героин более чем в 6 раз за последние 5 лет (Международный Комитет по контролю над наркотиками, 2018).

В последние годы в Республике Казахстан наблюдается распространение синтетических наркотиков, имеющих исключительно зарубежное происхождение и поступающих в большинстве случаев из Юго-Восточной Азии: Китая, Мьянмы, Таиланда, Лаоса, а также России, Нидерландов, Германии, Польши, Прибалтики.

Основная доля изымаемых наркотиков приходится на каннабиноиды, что обусловлено наличием в стране большой территории произрастания дикорастущей конопли. За последние три года рынок наркотических веществ стал более разнообразен. В 2017 году изъятия насчитывали 32 наименования различных веществ. Основной объём изъятых прочих веществ составляют диметилтриптамин, МДМА, метамфетамин (Первитин), пировалерон и кокаин.

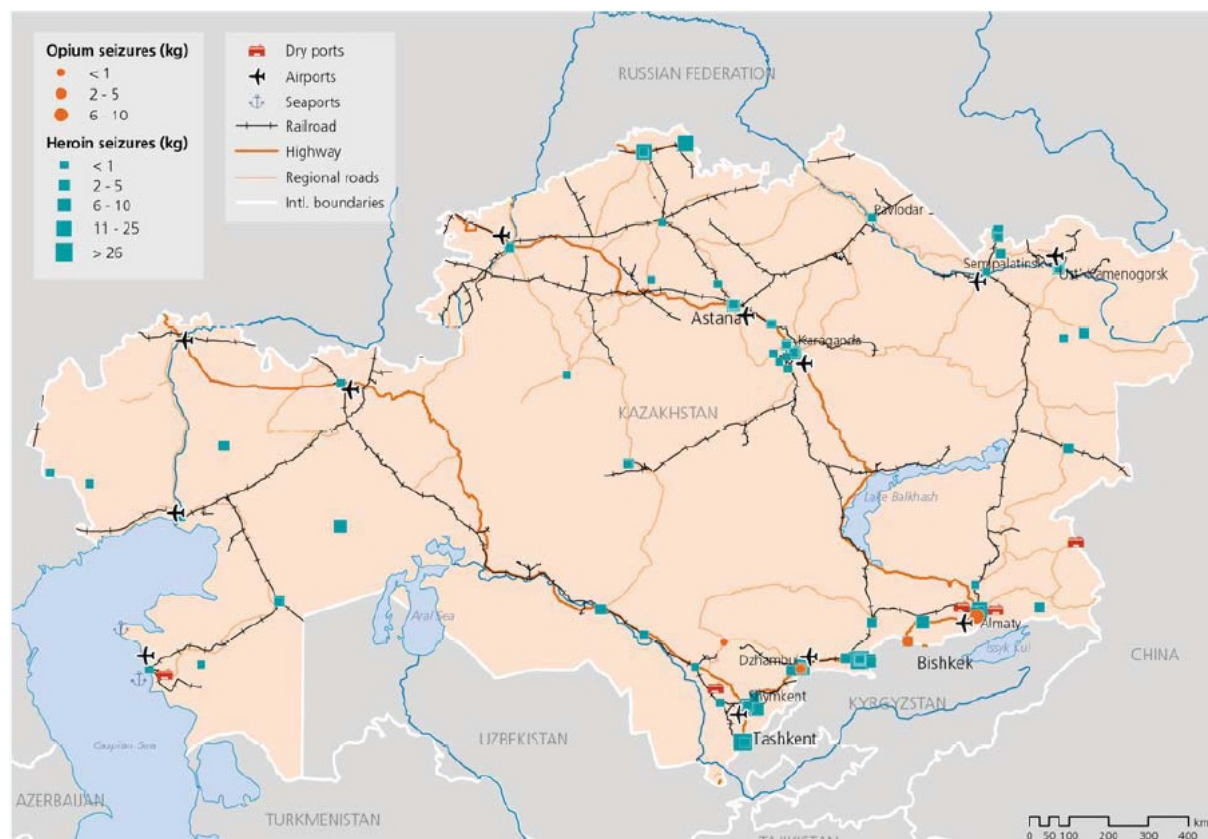
Анализ нелегального рынка наркотиков показывает значительный рост как оптовых, так и розничных цен на героин в несколько раз в течение последних десяти лет, при этом цены на марихуану остаются примерно на одном уровне. С 2015 по 2017 годы цены на героин также стабилизировались и сохраняются на высоком уровне.

10.2. НАЛИЧИЕ И ПОСТАВКА НАРКОТИКОВ

Казахстан остаётся важным, ввиду своего географического расположения, для наркоторговцев транзитным коридором контрабанды наркотиков в Россию и Европу.

Для доставки наркотиков наркодельцами используются практически все виды транспорта. Наркотрафик, в основном, проходит по автомобильным дорогам, хотя также растёт число изъятий на региональных железных дорогах, что указывает на то, что наркоторговцы диверсифицируют свои методы работы (Карта 7).

КАРТА 7: ТРАНСПОРТНАЯ СЕТЬ РК И РАЗМЕРЫ ИЗЪЯТИЙ ОПИЯ И ГЕРОИНА (UNODC)



Методы сокрытия наркотиков остаются традиционными – среди товаров, в личных вещах, а также в пустотах автомобильного и железнодорожного транспорта в специально оборудованных для этих целей тайниках.

Одним из наиболее устойчивых средств сокрытия наркотиков остаются поставки овощей и фруктов, направляемых в Россию. Это основной продукт, импортируемый в Россию, но Казахстан не является основным экспортёром, что означает, что большинство этого товара поставляется из других стран Центральной Азии - и в меньшей степени - из Китая. Есть, таким образом, широкие возможности для торговцев смешивать наркотики в торговых потоках и движениях больших грузов в Россию через Казахстан. Из Кыргызстана, где основной маршрут начинается в г. Бишкеке, до пересечения границы Казахстана в п. Кордай в сторону Алматы, далее через с. Георгиевку в с. Аягуз и г. Усть-Каменогорск и затем следует на территорию России. Опять же из столицы Кыргызской Республики (КР) г. Бишкека второй маршрут поставок наркотических средств проходит через г. Алматы, далее через города Сарышаган, Балхаш, Караганда, Астана, Кокшетау и Петропавловск - далее в Россию. Третий маршрут проходит к западу от г. Бишкека в г. Тараз, далее в города Шымкент, Кызылорду, Актобе и Уральск и затем на территорию России. Основной отправной точкой для торговцев наркотиками на узбекско-казахстанской границе является г. Шымкент, который считается стратегическим узлом для торговли наркотиками (UNODC, 2012).

Во Всемирном докладе о наркотиках УНП ООН за 2014 год также отмечено сокращение объёмов оборота героина в ключевых странах, через которые проходит «Северный маршрут». За последние годы,

по оценочным данным, произошло резкое снижение транзита наркотиков по «Северному маршруту» и его объёмы, по прогнозам, составляют около 30-33 тонн. Указанная тенденция подтверждается данными спецслужб Афганистана, которыми внутри страны на данном направлении изымается не более 8% наркотиков опийной группы от общего количества. В этой связи актуализировался так называемый «Балканский (Южный) маршрут», через Иран, Пакистан, Азербайджан, Грузию и Армению, обеспечивающий прямой выход к странам Европы и в Россию (UNODC, 2015).

Профессор Евразийского Национального Университета им. Л.Н. Гумилева Азатбек Т.А. в своей монографии провела анализ наркобизнеса как вида незаконной деятельности и оценку его вклада в ВВП Казахстана. По данным реализованного исследования доля наркобизнеса в общем объёме незаконных видов деятельности в Казахстане составила 40,8%. Валовая добавленная стоимость (ВДС) наркобизнеса в ВВП страны за период с 2008 по настоящее время снижается и составила 199 306,5 млн. тенге (около 470 млн. евро) в 2015г. В региональном разрезе максимальная доля ВДС от оборота героина наблюдается в Атырауской, Мангистауской, Южно-Казахстанской областях и в городе Алматы, что связано с наибольшей численностью лиц, зависимых от героина, в этих регионах и с ценами на героин (Азатбек, 2017).

Наряду с трафиком афганского героина существует и другая, не менее значимая проблема – наличие собственной сырьевой базы марихуаны в Шуской долине. Ежегодно в данном регионе в рамках оперативно-профилактического мероприятия «Көкнәр» проводятся масштабные специальные операции с привлечением максимальных сил и средств, в том числе и сотрудников подразделений специального назначения МВД, современной техники, в том числе автотранспорта высокой проходимости и вертолётов.

В качестве новой тенденции отмечаются активные попытки наркопроизводителей наладить производство сильнодействующих наркосодержащих растений в южных регионах страны. В течение последних двух лет в Кызылординской области и прилегающих к ней регионах стабильно фиксируются и предотвращаются попытки организованных преступных групп наладить культивацию высококонцентрированной «Индийской конопли». В Кызылординской области этому способствуют благоприятные условия почвы и климата, практически идентичные с условиями Шуской долины. Так в 2015 году выявлено 154 плантации культивированной конопли на площади 18 гектар, общим весом более 161 тонны. В виде готового для потребления продукта эта марихуана составляет 32 тонны.

Материалы расследования уголовных дел свидетельствуют о профессиональной организации этих процессов, применении современных технологий выращивания этих растений – как капельное орошение, что подтверждает участие специалистов сельского хозяйства и мелиорации в консультировании преступных группировок.

Для решения этих задач совместно с Министерством сельского хозяйства реализуется План по проведению совместных оперативно-профилактических мероприятий по противодействию культивированию наркосодержащих растений. В целях повышения результативности запланированных мероприятий в ДВД Кызылординской области за счёт внутренних ресурсов создано подразделение «Дельта-Сырдария», основными задачами которого определены выявление посевов наркосодержащих растений, незамедлительное реагирование на поступающие сигналы о таких фактах, координация этой работы со всеми заинтересованными службами.

Ещё одним важнейшим фактором, негативно влияющим на состояние наркоситуации в стране является распространение синтетических наркотиков. Они имеют исключительно зарубежное происхождение и поступают в большинстве случаев из Юго-Восточной Азии, а также России и Европы.

Быстрое распространение таких препаратов во многом вызвано проводимой интернет-магазинами и сайтами агрессивной рекламной политикой, нередко скрывающей истинный состав предлагаемой продукции.

В качестве превентивной меры в 2015 году уголовным законодательством введена ответственность за оборот аналогов наркотических средств и психотропных веществ. Кроме этого, минимизированы источники их поступления в страну и дальнейшего распространения за счёт оперативного блокирования интернет-ресурсов, содержащих противоправный контент.

В 2017 году органами внутренних дел выявлено 430 сайтов причастных к незаконному обороту наркотиков (267 - заблокировано; 163 - в производстве), 140 из которых зарегистрированы на территории РК, 290 – в других государствах (Голландия, Китай, США, Россия).

С учётом динамики пополнения наркорынка новыми видами синтетических наркотиков, сейчас ведётся активная проработка вопросов совершенствования законодательных мер противодействия их незаконному обороту. Разработан соответствующий законопроект, цель которого – установление эф-

фективного государственного контроля над новыми психоактивными веществами, за счёт утверждения их списков на подзаконном уровне.

10.3. ИЗЪЯТИЯ

В 2017 году из незаконного оборота изъято 40 тонн 636 кг наркотиков, из которых на долю органов внутренних дел приходится 91%. Основная доля изымаемых наркотиков приходится на каннабиноиды, что обусловлено наличием в стране большой территории произрастания дикорастущей конопли (Таблица 23). За последние годы количество героина, изъятого из оборота, значительно сократилось.

ТАБЛИЦА 23: СТРУКТУРА ИЗЫМАЕМЫХ НАРКОТИКОВ В ПЕРИОД С 2012 ПО 2017 ГОДЫ (КПССУ)

Наименование наркотических средств	Общий вес (в кг)					
	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Каннабис растения	28075	27100	25938	35128	35557	39563
Каннабис другое	227,7	209,2	257,7	311,4	432,5	792,6
Героин	306,7	753,9	392,3	464,4	196,6	146,9
Опий	189,2	3,1	49	8,9	98,1	117,6
Маковая соломка	30,3	2,5	8	18,7	399,5	2,5
Прочее	0,5	1,4	0,1	8,9	5,6	12,8

В 2017 году изъятия насчитывали 32 наименования различных веществ (2014 год – 21 наименование, 2015 год – 30 наименований, 2016 год – 25 наименований), и вес изъятых прочих веществ (исключая опиоиды, каннабис) в отчётном году составил почти 13 килограмм, до 2015 года изъятия этих веществ не превышало 2 килограмм. Основной объём изъятых прочих веществ составляют диметилтриптамин, МДМА, метамфетамин (Первитин), пировалерон и кокаин.

10.4. ЦЕНА И ЧИСТОТА НАРКОТИКОВ

Актуальные данные о стоимости различных наркотических веществ отсутствуют, соответственно далее представлена информация, которая доступна на данный момент.

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.

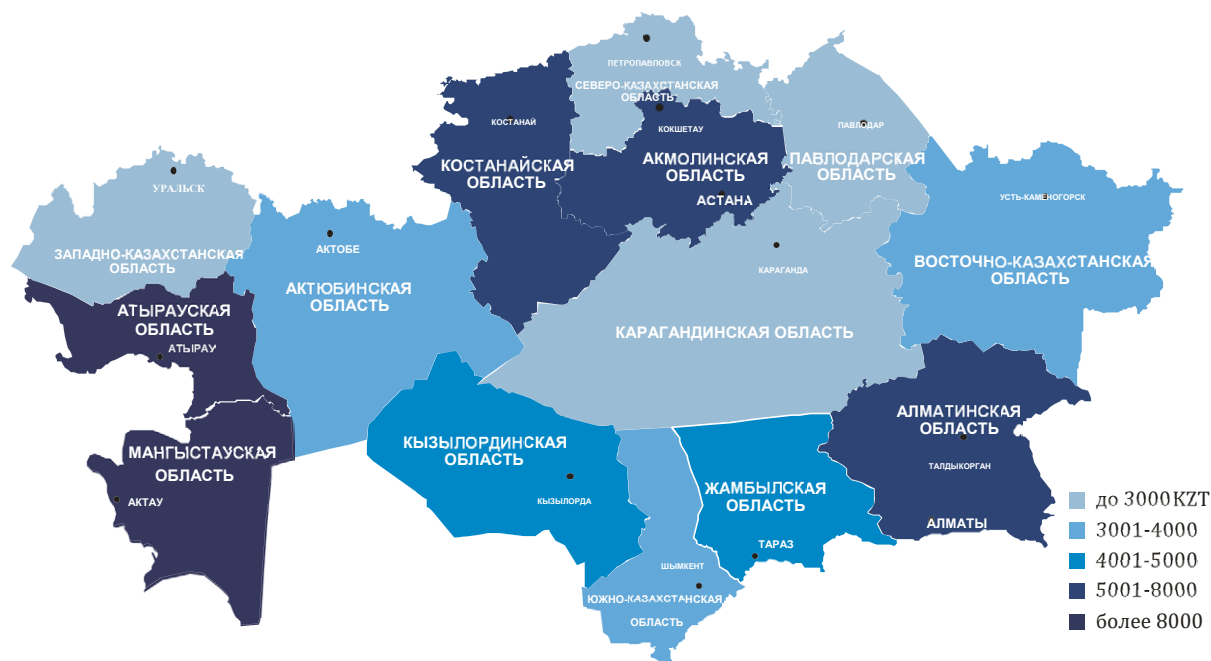
В 2011, 2012 годах розничная стоимость героина варьировалась от 3 000 до 35 000 тенге за один грамм (Таблица 24). Стоимость марихуаны длительное время остаётся стабильной.

ТАБЛИЦА 24: ОПТОВАЯ (ЗА 1 КГ.) И РОЗНИЧНАЯ (ЗА 1 ГР.) СТОИМОСТЬ (В ТЕНГЕ И ЕВРО) НАРКОТИЧЕСКИХ ВЕЩЕСТВ В РК В 2012 ГОДУ (МВД РК)

	Героин		Марихуана		Гашиш		Опий	
	Опт.	Розн.	Опт.	Розн.	Опт.	Розн.	Опт.	Розн.
Средняя	3343750	7375	107937.5	365	434333.3	1102	428333.3	1678.571
Медиана	2275000	4500	60000	350	300000	1000	110000	1500
Мода	1500000	4000	150000	500	300000	1000	70000	2000
Мин	1350000	3000	17000	50	45000	480	60000	550
Макс	14000000	35000	400000	850	1500000	3000	2000000	4000
В евро								
Средняя	16802.76	37.06	542.40	1.83	2182.58	5.54	2152.43	8.44
Медиана	11432.16	22.61	301.51	1.76	1507.54	5.03	552.76	7.54
Мода	7537.69	20.10	753.77	2.51	1507.54	5.03	351.76	10.05
Мин	6783.92	15.08	85.43	0.25	226.13	2.41	301.51	2.76
Макс	70351.76	175.88	2010.05	4.27	7537.69	15.08	10050.25	20.10

Наиболее высокие цены на наркотики отмечаются в Атырауской и Мангистауской областях (Карта 8). Оперативный анализ нелегального наркорынка показывает значительный рост как оптовых, так и розничных цен на героин более чем в 6 раз за последние 7 лет. К примеру, в южных регионах цена за 1 кг колеблется от 18 до 20 тысяч долларов США, тогда как в 2007-2008 годах она составляла не более 3 тысяч. В 2017 году средняя оптовая цена на килограмм героина составляла 20 000 долларов США, а розничная цена за один грамм – 30 долларов США. Цены на марихуану остаются примерно на одном уровне за последние несколько лет, в 2017 году один килограмм марихуаны стоил 475 долларов США, розничная цена на один грамм каннабиса составила 2 доллара США.

КАРТА 8: РОЗНИЧНЫЕ ЦЕНЫ ЗА 1 ГРАММ ГЕРОИНА В РЕГИОНАХ РК, 2012 (МВД РК)



На данный момент достоверных данных о чистоте наркотиков нет, последние доступные данные относятся к 2010 году. Так по результатам экспертиз, проведенных Национальной лабораторией по проблемам правового и научного обеспечения государственного контроля над оборотом наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров, в 2010 году установлено, что содержание тетрагидроканнабинола в 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%). В качестве наполнителей при синтезе используются кофеин и декстрометорфан, реже фенobarбитал и хлорохин. При подготовке к реализации добавляют димедрол, цитрамон, анальгин, аспирин, парацетамол, ацетилсалициловую кислоту, в некоторых случаях используются левомецитин, стрептоцид, сахар, сода и лимонная кислота.

Количество чистого кокаина в образцах составляло от 3,9% до 89,3%. В качестве наполнителей в изъятых кокаине использовались левомизол, ацетилсалициловая кислота и бикарбонат натрия.

Из психотропных веществ незаконного изготовления преобладают производные амфетамина и метамфетамина (МДМА, амфетамин, метамфетамин), чистота которых колеблется от 12% до 65%.

11. НОВЫЕ ПСИХОАКТИВНЫЕ ВЕЩЕСТВА В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

Материалы в данном разделе представлены в основном из диссертационного исследования Прилуцкой М.В., касающегося проблемы синтетических наркотиков в Республике Казахстан, и проведённого в период с 2015 года по 2017 год.

11.1. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОНЯТИЯ НОВЫХ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ В РК

Новые психоактивные вещества (НПВ) представляют собой один из наиболее динамично развивающихся наркотических вызовов современного десятилетия.

Согласно определению УКНП ООН, НПВ - это психоактивные вещества в виде необработанных (чистых) форм или их производных, которые не контролируются Конвенциями ООН «О наркотических средствах» 1961 г. и «О психотропных веществах» 1971 г. и представляют собой опасность для общественного здоровья. В данном контексте выражение «новые» относится не к факту синтеза того или иного вещества, а ко времени его появления в общем доступе (UNODC, 2013).

В Республике Казахстан международный термин «НПВ» используется относительно редко - в основном как собирательное понятие, применяемое медицинскими специалистами. В официальных источниках утверждено определение «аналоги психоактивных веществ», которое было дано в 2014 году в поправках к Закону Республики Казахстан от 10 июля 1998 года № 279-І «О наркотических средствах, психотропных веществах, их аналогах и прекурсорах и мерах противодействия их незаконному обороту и злоупотреблению ими». Так, согласно статье 1 «аналоги наркотических средств и психотропных веществ - вещества синтетического или природного происхождения, имеющие химическую структуру и свойства, сходные по структуре и свойствам с веществами, включёнными в таблицы I, II, III, вызывающие стимулирующее, депрессивное или галлюциногенное состояние, опасные для здоровья населения при злоупотреблении ими и не утверждённые как наркотические средства или психотропные вещества настоящим Законом и международными конвенциями ООН». Зачастую в качестве синонимов НПВ используются понятия «дизайнерские наркотики», «синтетические наркотики», которые в некоторой степени сопоставимы с официальным международным термином по семантике, преимущественно подчёркивая факт изменчивости химических формул веществ, синтезируемых намеренно с целью ухода от правового контроля.

Сами потребители НПВ используют для их обозначения такие «уличные» сленговые названия как: «спайсы», «синтетика», «соли», «спиды», «кристаллы», «скорость», «легалка», «курительные смеси» и т.д., происходящие от обозначения внешнего вида или торговых названий продукции, содержащей эти психоактивные вещества.

11.2. ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ НОВЫХ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

Первые упоминания о НПВ в Казахстане относятся к 2009 году, когда в средствах массовой информации (СМИ) стали появляться эпизодические сообщения о «дизайнерских наркотиках и курительных смесях», ставших доступными для населения Республики Казахстан (М. Имаева, 2009). В качестве ответной меры в 2010 году Министерством Здравоохранения РК впервые была проведена оценка рисков для здоровья населения, связанных с потреблением ряда курительных смесей (миксов), содержащих аналоги тетрагидроканнабинола, а также определен перечень мероприятий по прекращению торговли данной продукцией.

В 2011 году 27 наименований НПВ, относившихся к подгруппе синтетических каннабиноидов, были приравнены к наркотикам и запрещены к обороту на территории республики. Казахстан был первым государством в Центральной Азии, внедрившим элементы правового контроля за НПВ, что согласно международной классификации (УКНП ООН, ЕМЦНН) принято относить к системе расширения списочного учета в рамках традиционного антинаркотического законодательства.

В последующие несколько лет, как в мировом, так и на постсоветском пространстве наблюдался быстрый рост числа новых формул психоактивных веществ и их активное проникновение на нелегальные рынки посредством зоны Интернет. Данные факторы продиктовали необходимость в совершенствовании национальной системы противодействия обороту НПВ в РК. В 2014 году были приняты поправки в Закон «О наркотических средствах, психотропных веществах», которые устанавливали переход от системы списочного учета НПВ к аналоговой системе. Целью данного правового подхода было создание упреждающего механизма по контролю за постоянно меняющейся конъюнктурой нелегального рынка «дизайнерских» ПАВ. С этого момента НПВ рассматриваются как производные «традиционных» наркотических или психотропных веществ. Основными критериями, которые доказывают родство аналога и наркотического/психотропного вещества списочного учёта, принято считать: 1) наличие общей базовой химической структуры и 2) сопоставимость их психоактивных и токсических эффектов. При этом количественная градация аналога приравнивается к соответствующей градации «традиционного» вещества, ранее обозначенного в Законе «О наркотических средствах, психотропных веществах» во исполнение Конвенций ООН.

Соответствующие поправки были интегрированы и в Уголовный Кодекс РК, предусматривающий правовую ответственность за распространение аналогов. Однако практический опыт последующих трёх лет показал, что действующее законодательство недостаточно эффективно обеспечивает контроль над аналогами на территории Казахстана. Обусловлено это целым рядом причин.

Во-первых, главным фактором является усложнение химических формул НПВ, которые всё чаще не имеют структурной аналогии по отношению к «базовым» формулам традиционных ПАВ, контролируемых на территории республики. Так, например, согласно данным МВД в январе 2015 года в Западно-Казахстанской области было изъято вещество, содержащее в своём составе синтетический каннабиноид АВ-PINACA-CHM не входящий в утверждённые Списки наркотических средств и психотропных веществ.

Во-вторых, для подтверждения аналогии, обязательным критерием является установление психоактивного потенциала вещества и доказательство его опасности для общественного здоровья. При этом на подзаконном уровне не определён порядок проведения данной части экспертизы, а также не назначены ответственные за это органы. Например, в Российской Федерации токсикологический спектр НПВ устанавливается в рамках комплексной экспертизы с обязательным токсикологическим анализом (<https://ceur.ru>), в США экспертиза включает в себя три этапа: установление токсикологических и фармакодинамических параметров *in vivo* и *in vitro* и описание клинического профиля вещества (Harry J. Matz, 2015).

В-третьих, значительно затрудняет правоприменительную практику в отношении аналогов отсутствие механизма оперативного пополнения списков контролируемых наркотиков и психотропных веществ. Так, например, в странах с аналоговой и списочной системой контроля НПВ новые списки утверждаются на подзаконном уровне (Постановлением Правительства или Приказами ведомственных Министерств), в то время как в РК эта процедура прописывается исключительно законом.

Учитывая данные сложности, в настоящее время Правительством представлен проект дополнений и изменений в Закон «О наркотических средствах, психотропных веществах», который предусматривает внедрение механизма оперативного обновления списков подконтрольных субстанций на уровне Постановлений Правительства. Кроме того, предлагается изменить формулировку аналогов и представить ее в новой редакции: «аналоги наркотических средств, психотропных веществ – химические вещества, не включённые в Список наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров, подлежащих контролю в Республике Казахстан, структурные формулы которых образованы заменой одного или нескольких атомов водорода, галогенов и (или) гидроксильных групп в структурных формулах наркотических средств, психотропных веществ на их заместители».

Таким образом, учитывая ограниченность научно-исследовательских ресурсов Казахстана в отношении установления фармако-токсикологических свойств НПВ, предлагается исключить необходимость подтверждения их психоактивного действия. Приоритетом для экспертов должна стать химическая формула вещества с выявлением дополнительных химических групп, которые по принципу «конструктора» намеренно встраиваются нелегальными химическими лабораториями в базовые формулы. Немаловажным положительным изменением будет также дополнение подконтрольного списка 88 наименованиями НПВ, которые относятся подгруппе каннабимиметиков, фенетиламинов и пр. Предлагается также установить отдельную весовую градацию для отнесения НПВ к небольшим, крупным и особо крупным размерам, учитывая накопленные мировые данные о их особом токсическом потенциале. Проводя оценку по международной классификации, с принятием поправок, Казахстан перейдёт к дженерической системе контроля над НПВ.

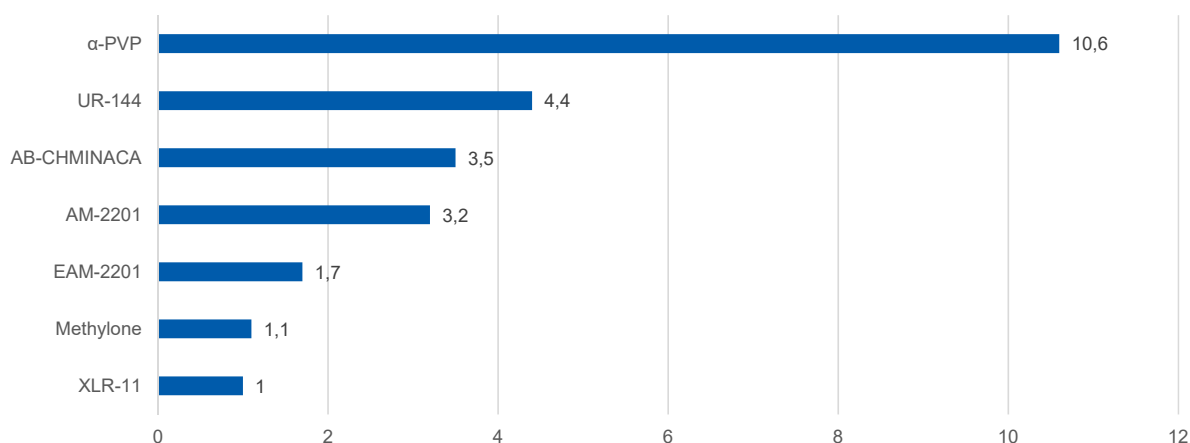
После внедрения нового правового механизма, не теряют актуальности ряд вызовов, остающихся «за скобками» аналоговой или дженерической систем. По сути, данные формы учёта НПВ представляют собой надстройку в рамках традиционного антинаркотического законодательства. Между тем, НПВ - это новый феномен, требующий целого комплекса антинаркотических мероприятий, которые включают в себя: непрерывный мониторинг НПВ, оценку их рисков для общества и здоровья, а также дифференцированное правовое регулирование в зависимости от степени пагубности конкретного НПВ (ЕМЦНН). Сохраняется необходимость в нормативном регулировании на уровне подзаконных актов, направленном как на борьбу с предложениями НПВ, так и на сокращение спроса на них.

11.3. НЕЗАКОННЫЙ ОБОРОТ НОВЫХ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ В РК

В настоящее время в Республике Казахстан отсутствует официальная система мониторинга НПВ, которая бы позволяла получать достоверные данные о распространённости этих веществ в нелегальном обороте. Официальные сообщения ответственных ведомств о незаконном обороте НПВ отличаются спорадичностью и носят несистемный характер. Так, например, большинство доступных публикаций представляют собой короткие пресс-релизы или интервью в средствах массовой информации (СМИ), где в качестве описания антинаркотической активности приводятся эпизоды изъятий отдельных веществ. Учитывая это, для анализа ситуации в стране в настоящем подпункте главы использован ряд опубликованных республиканских данных, достоверность которых не может быть объективно подтверждена авторами данного отчёта. Большую ценность для анализа имеют данные, компилированные в рамках сотрудничества Казахстана с международными антинаркотическими организациями (в частности с УНП ООН).

Согласно региональному отчёту по Центральной Азии, изданному в рамках Глобальной Программы SMART, в период с 2013 по 2016 годы в Казахстане было зафиксировано наибольшее в Центральной Азии число изъятых НПВ. При этом рост количества новых формул носит экспоненциальный характер. Если в 2013 году в УНП ООН была подана информация об 1 веществе, то в 2015 году – уже о 21 субстанции, в 2016 году – о 38 веществах. Наибольший процент НПВ на отечественных нелегальных рынках относится к подгруппам синтетических катинонов (43%), синтетических каннабиноидов (38%), а также фенетиламинов (10%), что согласуется с общемировыми тенденциями. С 2013 по 2016 год из незаконного оборота чаще всего изымались синтетические каннабиноиды - в объеме от 1 до 3 кг (XLR-11, EAM-2201, AM-2201, AB-CHMINACA, UR-144), однако наибольший вес принадлежит изъятой партии синтетического катинона альфа-PVP – 10,6 кг (Диаграмма 14) (UNODC, 2017).

ДИАГРАММА 14: КРУПНЫЕ ИЗЪЯТИЯ НПВ (≥ 1 КГ) В РК, 2014-2015 ГГ. (UNODC, RESPONSES TO THE NPS QUESTIONNAIRE)



По данным МВД в 2015 году проведено изъятие в Западно-Казахстанской области 11 грамм синтетического каннабиноида AB-PINACA-CHM, в г. Алматы - 7 грамм α-пирролидиновалерофенона, в г. Павлодар - свыше 200 грамм синтетических наркотиков, в том числе аналогов пировалерона.

По данным Комитета по правовой статистике и специальным учётам Генеральной прокуратуры Республики Казахстан в этом же году было зафиксировано изъятие трёх ПАВ, не входящих в списки наркотических и психотропных веществ (КПССУ ГП РК, 2016). По данным ЦАРИКС за первый квартал 2016 года изъятий синтетических наркотиков в Казахстане зарегистрировано не было (М. Маризоев, 2016).

Информация, предоставляемая СМИ, крайне расплывчата и не даёт представлений о наименованиях изъятых НПВ. Обращают на себя внимание указания на достаточно крупные размеры изъятий, не сопоставимые с информацией из международных официальных источников или отсутствие данных о наименовании веществ. Так, по данным, размещённым на сайте Центра новостей ООН в 2012 году в Казахстане была конфискована партия синтетических наркотиков весом в 200 килограмм (Центр новостей ООН, 2014).

По данным портала total.kz в 2011 году была изъята бандероль из Португалии со 154 пакетиками с «синтетикой», в 2012 году изъята бандероль из Китая с аналогами тетрагидроканнабинола (ИА Тотал Казахстан, 2013).

Согласно данным информационного агентства Regnum, процитировавшим слова председателя Комитета по борьбе с наркобизнесом МВД, в 2013 году в г. Алматы было изъято более 15 килограммов JWH, в 2014 году – 6 килограмм (ИА REGNUM, 2014).

По данным портала today.kz со ссылкой на Департамент по борьбе с наркобизнесом МВД РК в мае 2015 года только в г. Алматы было уничтожено 30 кг изъятых из нелегального оборота синтетических психотропных веществ (ИП Today.kz).

Таким образом, даже согласно приведённым выше отрывочным данным можно сделать заключение об актуальности НПВ в контексте их влияния на нелегальные наркотические рынки страны. Отсутствие официальных статистических данных об объёмах изъятия и правонарушениях, связанных с оборотом НПВ, объясняется недостатком чётких алгоритмов мониторинга данной группы ПАВ. Правовая статистика не предусматривает механизма выделения аналогов в отдельную группу для учёта и надзора, что приводит к «растворению» специфических данных о НПВ в общих показателях, описывающих наркоситуацию в стране.

11.4. РЫНОК НОВЫХ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ В РК

Появление НПВ в РК объясняется целым рядом причин, среди которых важное значение имеет предложение «синтетических наркотиков» с помощью агрессивных маркетинговых технологий: активной рекламой в общественных местах, дезинформацией о «легальности» продукции, использованием онлайн пространства, шаговой доступностью предлагаемых товаров (П. Шиманская, 2010).

Существование рынка НПВ в республике условно делится на два периода: до и после введения правового контроля. Так, до 2010-2011 года НПВ ввозились страну под видом курительных смесей, которые содержали в себе примеси ароматических добавок и дополнительно пропитывались растворами «дизайнерских» психоактивных веществ. При этом торговцы активно лоббировали факт «легальности» своего продукта и отсутствия побочных эффектов. Реклама и места потребления НПВ не ограничивались отдельными пространствами, доступными только для узкой категории населения. Это были общие торговые площадки, вейп-магазины, кальянные.

Основные способы распространения синтетической продукции сосредоточились в онлайн пространстве. При этом торговля до настоящего момента продолжает вестись как на базе электронных магазинов, так и посредством частных объявлений, размещённых на форумах и в социальных сетях. Принадлежность этих ресурсов не всегда относится к отечественным доменам и может базироваться на международных коммерческих площадках, например biz, com, net, kz. Это во многом затрудняет работу по выявлению сети нелегальных поставщиков. Однократный обзор (апрель 2017 года) русскоязычных сайтов, предлагающих «дизайнерские» наркотики, показал, что 19 онлайн магазинов из 160 найденных осуществляют почтовую и курьерскую доставку в Республику Казахстан (М. Prilutskaya et al., 2017).

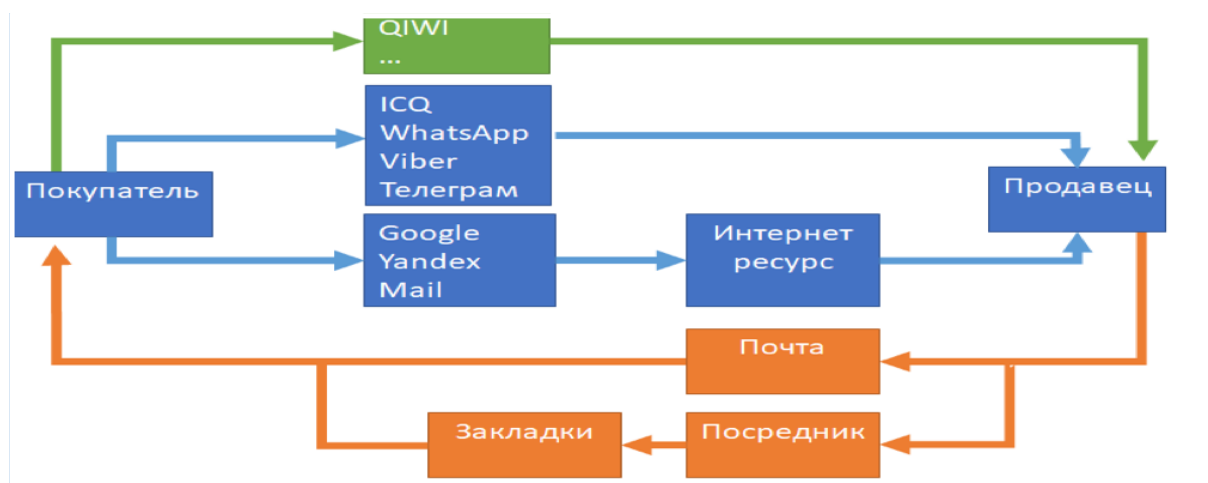
По данным МВД РК в 2015 году было заблокировано 45 сайтов, за первое полугодие 2017 года было выявлено 133 сайта, 6 из них на территории РК, заблокирована деятельность 105 сайтов. В 2017 году органами внутренних дел выявлено 430 сайтов причастных к незаконному обороту наркотиков

(267- заблокировано; 163 - в производстве), 140 из которых зарегистрированы на территории РК, 290 – в других государствах (Голландия, Китай, США, Россия).

Необходимо отметить, что реализация государством мероприятий по мониторингу и контролю Интернет-ресурсов сопровождается «оттоком» части торговых площадок в зону глубинного теневого Интернета. Например, одна из наиболее известных среди потребителей торговых площадок llegalrc.biz, предлагающая продукцию для 12 городов Казахстана, содержит подробное описание о способах анонимного доступа к заказам через TOR браузер и специальные программы-анонимайзеры.

Другим способом ухода из-под контроля является осуществление торговли НПВ посредством социальных сетей со специальным шифрованием и закрытыми кодами. Адрес продавца может быть получен из объявлений на улице, в социальных сетях, по ссылкам на форумах или по личной рекомендации так называемых «постоянных надёжных» клиентов. Все детали сделки оговариваются в ходе переписки, оплата производится преимущественно через систему электронных платежей. Доставка товара через курьера – так называемого «закладчика» - также исключает личные контакты между продавцом и покупателем. Клиент самостоятельно забирает товар с определённого места согласно координатам, полученным от продавца или закладчика (Рисунок 11 1). Такая курьерская посылка, спрятанная как в местах с большой проходимостью людей (например, на лестничных клетках подъездов, в почтовых ящиках, в коробках приборов учёта электроэнергии), так и в относительно безлюдной местности (парковые зоны, дупла деревьев, загородная местность), получила характерное название «закладка» (Рисунок 1).

РИСУНОК 1: СХЕМА ПРИОБРЕТЕНИЯ НПВ



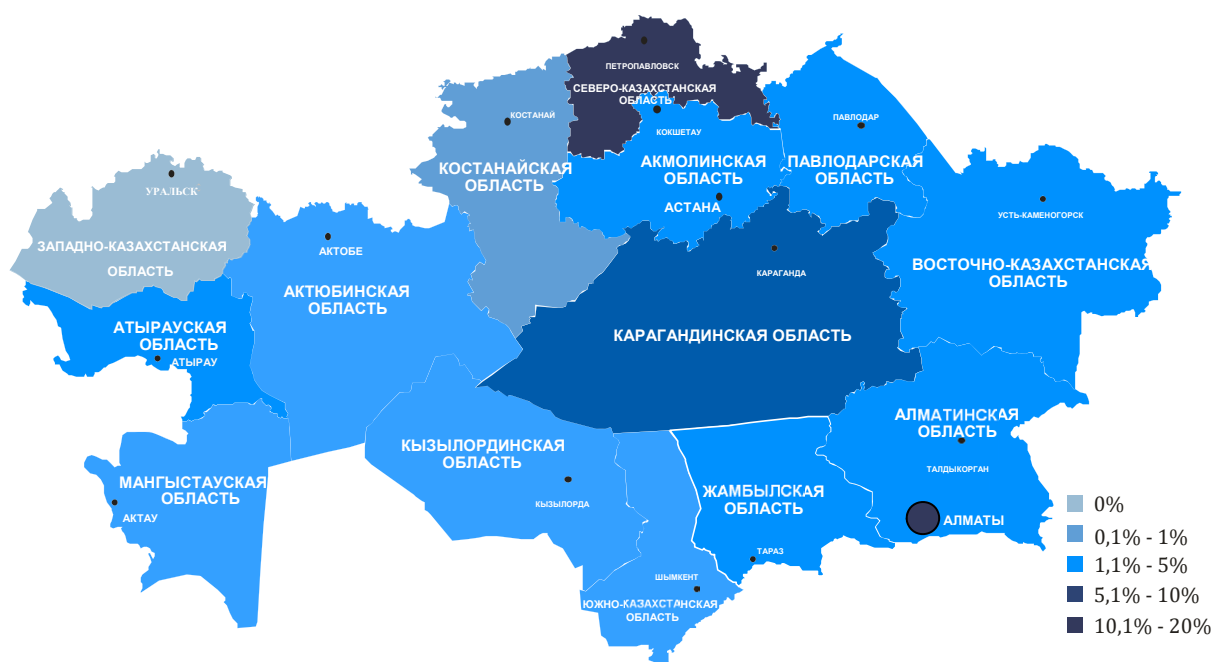
Рынок НПВ представляет собой динамично развивающуюся ветвь нелегальных торговых площадок, сосредоточивших свою активность в онлайн пространстве. За период введения контроля над аналогами наркотических средств, распространение продукции в стране осуществляется посредством почтовых пересылок (преимущественно крупных партий веществ) с последующей розничной доставкой через курьеров и «закладки». Анализ сообщений СМИ о наличии НПВ в городах Казахстана свидетельствует о проникновении «синтетических» наркотиков в абсолютное большинство регионов. Эти данные представляют собой предварительный разведывательный поиск, результаты которого обосновывают актуальность систематического мониторинга рынков НПВ и изучения особенностей распространения «синтетических» наркотиков на национальном и региональном уровне.

11.5. СПРОС НА НОВЫЕ ПСИХОАКТИВНЫЕ ВЕЩЕСТВА В РК

Стандарты оценки масштабов потребления НПВ в Республике Казахстан отсутствуют. Согласно международным рекомендациям (ЕМЦНН) анализ в этом направлении должен проводиться в рамках исследования потребления ПАВ среди общего населения, а также среди уязвимых целевых групп (молодёжь и подростки, посетители ночных клубов, потребители традиционных ПАВ).

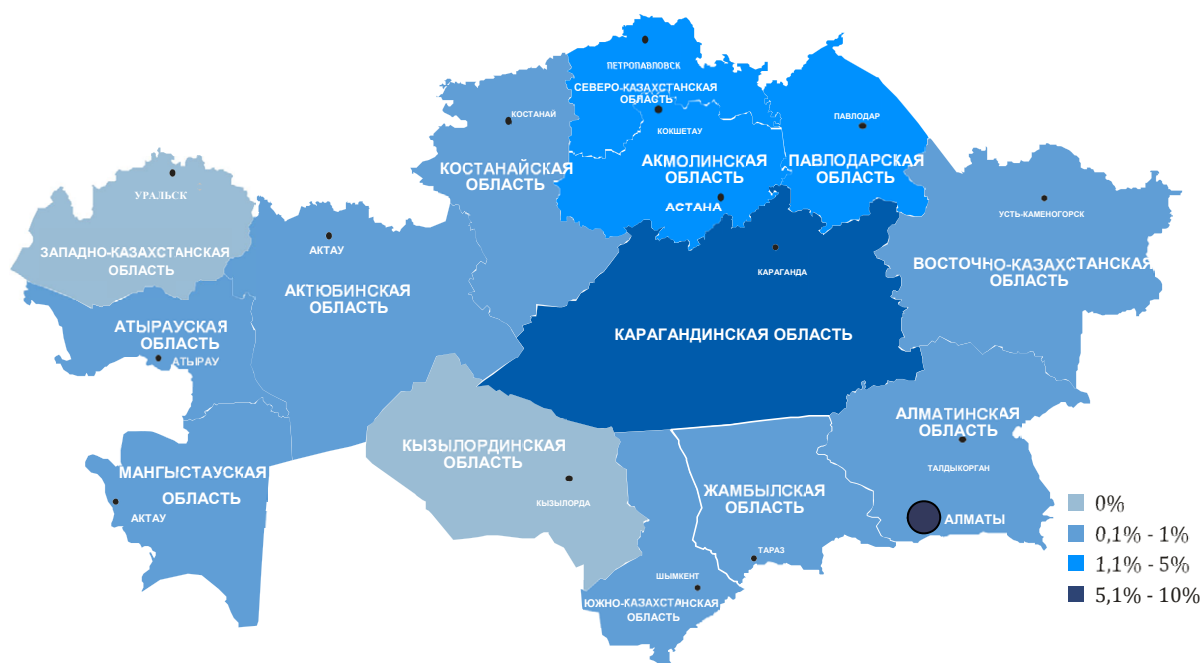
Если оценка потребления НПВ среди населения и подростков может осуществляться в рамках национального исследования по изучению отношения к ПАВ, то достоверная оценка среди посетителей ночных клубов должна сопровождаться всеорной лабораторной идентификацией НПВ. В обоих случаях главным барьером на пути их реализации является потребность в ресурсной (специалисты) и материальной (лабораторный потенциал) поддержке.

КАРТА 9: РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ РАССТРОЙСТВ, ВЫЗВАННЫХ УПОТРЕБЛЕНИЕМ НПВ, СРЕДИ ЛИЦ, ПОЛУЧИВШИХ СТАЦИОНАРНОЕ НАРКОЛОГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ В РК, 2016 ГОД



При исследовании распространения НПВ среди потребителей традиционных ПАВ возникают два класса проблем. Первый вызван особенностями самой популяции потребителей ПАВ, которые являются достаточно сегрегированной социальной группой. Любая оценка в данном направлении априори будет иметь смещённый характер и с высокой вероятностью подвержена систематическим ошибкам, как на уровне формирования групп, так и на уровне анализа результатов. Соответственно, экстраполяция выводов может строиться с крайней осторожностью. Другая группа проблем связана с размытостью определения случая «потребление НПВ». Например, сбор официальных статистических данных по распространённости и заболеваемости, связанными с НПВ, в настоящее время не проводится, так как отсутствуют критерии диагностики и кодирования таких состояний. На практике специалисты здравоохранения, оформляя наркологический диагноз согласно рубрикам Международной классификации болезней десятого пересмотра, вынуждены формулировать зависимость от синтетических каннабиноидов как зависимость от растительных каннабиноидов (F12), а зависимость от синтетических катинонов - как зависимость от стимуляторов (F15). Другим немаловажным фактором, снижающим качество возможной оценки в этом направлении, является недостаточное оснащение отечественных химико-токсикологических лабораторий в составе медицинских организаций. Между тем, самоотчёты лиц, употребляющих НПВ, и скрининговые иммунохимические тесты не могут гарантировать специфичную идентификацию случаев потребления НПВ.

КАРТА 10: ПОТРЕБЛЕНИЕ НПВ В ТЕЧЕНИЕ ЖИЗНИ СРЕДИ ЛИЦ, ПОЛУЧИВШИХ СТАЦИОНАРНОЕ НАРКОЛОГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ В РК, 2016 ГОД



Среди 25% изученных случаев регулярное потребление НПВ было обусловлено трудностями приобретения традиционных ПАВ на нелегальном рынке. Около 20% опрошенных наблюдалась трансформация зависимости с предпочтением синтетических каннабиноидов растительному каннабису, а катинонов – опиоидам (Прилуцкая М., Молчанов С., 2017). Частым осложнением потребления НПВ было развитие психотических эпизодов (у 39% опрошенных). При этом, комбинированное потребление двух и более НПВ - например, одновременно синтетических каннабиноидов и катинонов - повышало риск развития тяжёлых психозов в 2,97 раз (95% ДИ: 1,45; 6,09) по сравнению с катинонами и в 1,63 раза (95% ДИ: 1,15; 2,31) по сравнению с каннабиноидами (Prilutskaya M., Ayaganova D., 2017).

Официальная информация о числе интоксикационных осложнений и смертности, вызванной употреблением НПВ в Республике Казахстан не доступна, что главным образом объясняется недостаточным ресурсным обеспечением химико-токсикологических лабораторий медицинских и судебно-медицинских организаций, а также отсутствием утверждённой процедуры специальной регистрации соответствующих случаев (например, в рамках системы раннего оповещения).

Таким образом, отсутствие утверждённых международных стандартов по эпидемиологической оценке потребления НПВ диктуют необходимость разработки в Казахстане собственных национальных алгоритмов по сбору и анализу данных.

Особенности распространения и вариативность НПВ обусловили переход Казахстана на систему их аналогового контроля. Сообщения об изъятиях синтетических наркотиков и блокировании

электронных торговых площадок свидетельствуют о первых результатах в этом направлении. Дальнейшее совершенствование законодательства нацелено на внедрение дженерической системы контроля НПВ. Результаты пилотного разведывательного анализа среди потребителей ПАВ демонстрируют необходимость проведения целостной оценки распространённости новых наркотических вызовов среди общего населения РК и среди молодёжи. Важной задачей является разработка системы сбора и обмена эпидемиологической и правовой информацией по НПВ всеми заинтересованными государственными и общественными организациями Республики Казахстан.

12. СПИСОК ПОЛНЫХ ССЫЛОК НА НОРМАТИВНЫЕ ДОКУМЕНТЫ

1. Конституция Республики Казахстан от 30 августа 1995 года.
2. Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» от 18 сентября 2009 года.
3. Закон Республики Казахстан от 10 июля 1998 года № 279-І «О наркотических средствах, психотропных веществах, их аналогах и прекурсорах и мерах противодействия их незаконному обороту и злоупотреблению ими».
4. Закон Республики Казахстан от 28 ноября 2005 г. № 91-З «О ратификации Международного пакта о гражданских и политических правах».
5. Закон Республики Казахстан от 21 ноября 2005 г. № 87-З «О ратификации Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах».
6. Закон Республики Казахстан от 7 апреля 1995 года № 2184 «О принудительном лечении больных алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией».
7. Закон Республики Казахстан «О внесении изменений и дополнений в некоторые законодательные акты Республики Казахстан по вопросам закрепления оснований, порядка и условий содержания лиц в учреждениях, обеспечивающих временную изоляцию от общества» от 29 декабря 2010 года.
8. Закон Республики Казахстан от 18 января 2011 года № 393-ІV «О внесении изменений и дополнений в некоторые законодательные акты Республики Казахстан по вопросам дальнейшей гуманизации уголовного законодательства и усиления гарантий законности в уголовном процессе».
9. Указ Президента Республики Казахстан от 1 февраля 2010 года №922 «О Стратегическом плане развития Республики Казахстан до 2020 года».
10. Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на 2016-2020 годы.
11. Послание Президента страны народу Казахстана от 10 октября 1997 года «Казахстан – 2030. Процветание, безопасность и улучшение благосостояния всех казахстанцев».
12. Постановление Правительства Республики Казахстан от 4 июня 2003 года № 528 «Об утверждении правил направления для освидетельствования на состояние опьянения, освидетельствования на состояние опьянения и оформления его результатов».
13. Постановление Правительства Республики Казахстан от 24 апреля 2006 года № 317 «Об утверждении Концепции реформирования медицинского и фармацевтического образования Республики Казахстан».
14. Постановление Правительства Республики Казахстан от 15 декабря 2006 года № 1260 «Об утверждении программы «Здоровый образ жизни» на 2008-2016 годы».
15. Постановление Правительства Республики Казахстан от 4 декабря 2009 года № 2015 «Об утверждении перечня медицинских психиатрических противопоказаний для осуществления отдельных видов профессиональной деятельности, а также работ, связанных с источником повышенной опасности»
16. Постановление Правительства Республики Казахстан от 29 января 2011 года № 410 «Об утверждении Плана мероприятий по реализации Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011 – 2015 годы».
17. Постановление Правительства Республики Казахстан от 17 мая 2011 года № 531 «Об утверждении норм питания и материально-бытового обеспечения больных алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией в наркологической организации для принудительного лечения».
18. Постановление Правительства Республики Казахстан от 28 июня 2011 года № 725 «Об утверждении перечня медицинских противопоказаний, имеющих у больных алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией, в отношении которых не применяется направление в наркологические организации для принудительного лечения».

19. Постановление Правительства Республики Казахстан от 4 декабря 2009 года № 2018 «Об утверждении перечня социально значимых заболеваний и заболеваний, представляющих опасность для окружающих».
20. Постановление Правительства Республики Казахстан «Об утверждении Правил осуществления государственного контроля над 23 оборотом наркотических средств, психотропных веществ, прекурсоров в РК» от 10 ноября 2000 года № 1693
21. Постановление Правительства Республики Казахстан от 5 декабря 2011 года № 1462 «Об утверждении Правил оказания медико-социальной помощи, предоставляемой гражданам, страдающим социально значимыми заболеваниями».
22. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 11 июня 2003 года № 446 «Об утверждении Инструкции по проведению медицинского освидетельствования для установления факта употребления психоактивного вещества и состояния опьянения».
23. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 9 марта 2004 года № 227 «Об организации деятельности кабинетов анонимного тестирования на ВИЧ и психосоциального консультирования по ВИЧ/СПИД»
24. Приказ Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 8 декабря 2005 года № 609 «О внедрении заместительной терапии».
25. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 2 декабря 2009 года № 814 «Об утверждении Правил учёта, наблюдения и лечения лиц, признанных больными алкоголизмом, наркоманией, токсикоманией»
26. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 12 марта 2010 года № 165 «Об утверждении Инструкции по производству судебно- наркологической экспертизы».
27. Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 11 августа 2010 года № 629 «О совершенствовании мероприятий по профилактике ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков».
28. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 5 января 2011 года № 01 «Об утверждении Положения о деятельности центров временной адаптации и детоксикации».
29. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 5 января 2011 года № 02 «Об утверждении Положения о наркологических организациях (больницах, диспансерах)».
30. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 10 июня 2011 года № 383 «Об утверждении Положения о наркологической организации для принудительного лечения и Правил внутреннего распорядка в наркологической организации для принудительного лечения».
31. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 12 декабря 2011 года № 888 «О создании системы мониторинга и оценки наркологической ситуации в уголовно-исполнительной системе Республики Казахстан».
32. Приказ Министра внутренних дел Республики Казахстан от 14 февраля 2011 года № 660 «О создании системы мониторинга и оценки наркологической ситуации в уголовно-исполнительной Республики Казахстан».
33. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 4 октября 2012 года № 691 «О расширении доступности опиоидной заместительной терапии в Республике Казахстан».

СПИСОК ТАБЛИЦ

ТАБЛИЦА 1:	СВОДНАЯ ТАБЛИЦА ОСНОВНЫХ ИНДИКАТОРОВ ПО НАРКОСИТУАЦИИ В РК, 2016-2017	95
ТАБЛИЦА 2:	ГОСУДАРСТВЕННЫЕ РАСХОДЫ НА ОКАЗАНИЕ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ, 2017 (РНПЦ ПЗ)	99
ТАБЛИЦА 3:	ОЦЕНОЧНОЕ КОЛИЧЕСТВО ЗАВИСИМЫХ НАРКОТИЧЕСКИХ ВЕЩЕСТВ ПО УПОТРЕБЛЯЕМЫМ ВИДАМ НАРКОТИКОВ, 2001 (РНПЦ МСПН)	105
ТАБЛИЦА 4:	ЛИЦА, ЗАРЕГИСТРИРОВАННЫЕ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБОЙ, ПО ДИАГНОЗАМ МКБ-10 С 2008 ПО 2017 ГОДЫ (РНПЦ ПЗ)	107
ТАБЛИЦА 5:	ПОКАЗАТЕЛИ РАСПРОСТРАНЁННОСТИ ПОТРЕБЛЕНИЯ НАРКОТИЧЕСКИХ ВЕЩЕСТВ СРЕДИ ДЕТЕЙ И МОЛОДЁЖИ В РК 2012 (РНПЦ МСПН)	107
ТАБЛИЦА 6:	СООТНОШЕНИЕ (%) ПОТРЕБЛЯЕМЫХ НАРКОТИЧЕСКИХ ВЕЩЕСТВ СРЕДИ УЧТЁННЫХ ЛИЦ В ВОЗРАСТЕ ДО 18 ЛЕТ (РНПЦ ПЗ)	108
ТАБЛИЦА 7:	ОРГАНИЗАЦИИ, ОКАЗЫВАЮЩИЕ СПЕЦИАЛЬНЫЕ УСЛУГИ, В СИСТЕМЕ ОБРАЗОВАНИЯ (КОПД МОН РК, 2017)	114
ТАБЛИЦА 8:	СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЛИЦ, УПОТРЕБЛЯЮЩИХ НАРКОТИКИ ИНЪЕКЦИОННЫМ СПОСОБОМ, 2016 (РЦ СПИД)	119
ТАБЛИЦА 9:	РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ, ВЗЯТЫХ НА НАРКОЛОГИЧЕСКИЙ УЧЁТ ВПЕРВЫЕ В ЖИЗНИ В 2011-2017 ГГ, ПО ПОТРЕБЛЯЕМЫМ ОПИОИДАМ (РНПЦ ПЗ)	121
ТАБЛИЦА 10:	СПЕЦИАЛИСТЫ НАРКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ, ИМЕЮЩИЕ СООТВЕТСТВУЮЩИЕ СЕРТИФИКАТЫ (ГОСУДАРСТВЕННАЯ СИСТЕМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ЧАСТНЫЕ ОРГАНИЗАЦИИ) (МЗ РК)	125
ТАБЛИЦА 11:	ОХВАТ НАСЕЛЕНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫМИ ПРОГРАММАМИ ПОДДЕРЖИВАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ В 2012-2017 ГГ. (РНПЦ ПЗ)	126
ТАБЛИЦА 12:	ЛЕЧЕБНЫЕ ПРОГРАММЫ, ПРЕДОСТАВЛЯЮЩИЕ УСЛУГИ ЛИЦАМ, ЗАВИСИМЫМ ОТ НАРКОТИКОВ, 2017 (РНПЦ ПЗ)	128
ТАБЛИЦА 13:	ХАРАКТЕРИСТИКИ ПАЦИЕНТОВ ОТДЕЛЕНИЯ СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ РНПЦ МСПН В 2011-2017 ГГ. (РНПЦ ПЗ)	129
ТАБЛИЦА 14:	ПЕРВИЧНЫЕ ПРОБЛЕМНЫЕ ВЕЩЕСТВА СРЕДИ ПРОЛЕЧЕННЫХ ПАЦИЕНТОВ, 2013-2016 ГГ. (РНПЦ ПЗ)	130
ТАБЛИЦА 15:	ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПРОЛЕЧЕННЫХ ПАЦИЕНТОВ, 2015 (РНПЦ МСПН)	131
ТАБЛИЦА 16:	НЕКОТОРЫЕ СОЦИАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПРОЛЕЧЕННЫХ КЛИЕНТОВ, 2012-2015 ГГ. (РНПЦ МСПН)	132
ТАБЛИЦА 17:	РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ ПО ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНОМУ ДИАГНОЗУ В ПРОЦЕНТНОМ СООТНОШЕНИИ С 2011 ПО 2017 ГОДЫ (РНПЦ ПЗ, РЦЭЗ)	134
ТАБЛИЦА 18:	РАСПРОСТРАНЕНИЕ СОПУТСТВУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ ПРОЛЕЧЕННЫХ ЛИЦ, ИМЕЮЩИХ ЗАВИСИМОСТЬ ОТ НАРКОТИКОВ (ДАННЫЕ 2012 – 2013 ГГ). (РНПЦ МСПН)	139
ТАБЛИЦА 19:	ОТРАВЛЕНИЯ ПАВ ПО РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН, 2010-2017 (РНПЦ ПЗ)	141
ТАБЛИЦА 20:	СМЕРТНОСТЬ ОТ ОТРАВЛЕНИЙ ПАВ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН, 2010-2017 ГГ. (РНПЦ ПЗ)	141
ТАБЛИЦА 21:	ОТНОСИТЕЛЬНЫЙ РИСК СМЕРТИ СРЕДИ ПОПУЛЯЦИИ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ПАВ К ОЖИДАЕМОМУ ЧИСЛУ СМЕРТЕЙ СРЕДИ ОБЩЕГО НАСЕЛЕНИЯ В 2015 ГОДУ	143
ТАБЛИЦА 22:	СТРУКТУРА ЗАРЕГИСТРИРОВАННЫХ НАРКОПРЕСТУПЛЕНИЙ ЗА 2017 ГОД (КПССУ ГП)	150
ТАБЛИЦА 23:	СТРУКТУРА ИЗЫМАЕМЫХ НАРКОТИКОВ В ПЕРИОД С 2012 ПО 2017 ГОДЫ (КПССУ)	158
ТАБЛИЦА 24:	ОПТОВАЯ (ЗА 1 КГ) И РОЗНИЧНАЯ (ЗА 1 ГР) СТОИМОСТЬ (В ТЕНГЕ И ЕВРО) НАРКОТИЧЕСКИХ ВЕЩЕСТВ В РК В 2012 ГОДУ (МВД РК)	158

СПИСОК ДИАГРАММ

ДИАГРАММА 1:	КОЛИЧЕСТВО ЛИЦ, ЗАРЕГИСТРИРОВАННЫХ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБОЙ РК ЗА 2009-2015 ГГ. (РНПЦ ПЗ)	105
ДИАГРАММА 2:	ЛИЦА, ЗАРЕГИСТРИРОВАННЫЕ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБОЙ В 2017 ГОДУ (РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ПО ПОЛУ И ВОЗРАСТУ, %) (РНПЦ ПЗ)	106
ДИАГРАММА 3:	КОЛИЧЕСТВО ЛИЦ, ВЗЯТЫХ И СНЯТЫХ С НАРКОЛОГИЧЕСКОГО УЧЁТА ЗА ПЕРИОД 2012-2017 ГГ. (РНПЦ ПЗ)	106
ДИАГРАММА 4:	КОЛИЧЕСТВО ЛИЦ, ЗАРЕГИСТРИРОВАННЫХ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБОЙ РК, В ВОЗРАСТЕ ДО 18 ЛЕТ НА 100 000 СООТВЕТСТВУЮЩЕГО НАСЕЛЕНИЯ ЗА 2009-2017 ГГ. (РНПЦ ПЗ)	108
ДИАГРАММА 5:	РИСКОВАННЫЕ ИНЪЕКЦИОННЫЕ ПРАКТИКИ У ЛУИН ПРИ УПОТРЕБЛЕНИИ НАРКОТИКОВ ЗА ПОСЛЕДНИЕ 30 ДНЕЙ В 2016 ГОДУ (РЦ СПИД)	120
ДИАГРАММА 6:	РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ПО НАЦИОНАЛЬНОСТИ (%) ЛИЦ, ПОЛУЧИВШИХ ЛЕЧЕНИЕ В НАРКОЛОГИЧЕСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ РК, 2015 (РНПЦ МСПН)	131
ДИАГРАММА 7:	ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ПО ПОВОДУ НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ В СТАЦИОНАРАХ РК В 2013-2015 ГГ. (РНПЦ МСПН)	133
ДИАГРАММА 8:	РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ (%) СРЕДИ ЛУИН, 2005-2016 ГГ., (РЦ СПИД)	136
ДИАГРАММА 9:	РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ ВГС (%) СРЕДИ ЛУИН В ДИНАМИКЕ ПО ГОДАМ (РЦ СПИД)	137
ДИАГРАММА 10:	РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ СИФИЛИСА (%) СРЕДИ ЛУИН В ДИНАМИКЕ ПО ГОДАМ (РЦ СПИД)	138
ДИАГРАММА 11:	ДИНАМИКА ПО СМЕРТЕЛЬНЫМ СЛУЧАЯМ ОТРАВЛЕНИЯ НАРКОТИЧЕСКИМИ И ПСИХОТРОПНЫМИ ВЕЩЕСТВАМИ ЗА ПЕРИОД 2010 – 2017 ГГ. (ЦСЭ)	142
ДИАГРАММА 12:	СООТНОШЕНИЕ ВИДОВ ОБНАРУЖЕННЫХ ПАВ В ПРОВЕДЁННЫХ АУТОПСИЯХ (ЦСЭ)	142
ДИАГРАММА 13:	КОЛИЧЕСТВО НАРКОПРЕСТУПЛЕНИЙ В РК ЗА ПЕРИОД 2009-2017 ГГ. (КПССУ ГП РК)	150
ДИАГРАММА 14:	КРУПНЫЕ ИЗЪЯТИЯ НПВ (≥ 1 КГ) В РК, 2014-2015 ГГ. (UNODC, RESPONSES TO THE NPS QUESTIONNAIRE)	162

СПИСОК КАРТ И РИСУНКОВ

КАРТА 1:	PROPORTION OF INJECTING PWUD (%) TO THE POPULATION OVER 15 BY REGION, 2016 (RC AIDS)	118
КАРТА 2:	ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ НАРКОЛОГИЧЕСКИМИ КОЙКАМИ НА 10 000 НАСЕЛЕНИЯ В РАЗРЕЗЕ РЕГИОНОВ, 2017 (РНПЦ ПЗ)	124
КАРТА 3:	ОБРАЩЕНИЯ ЗА ЛЕЧЕНИЕМ ПО ПОВОДУ НАРКОЗАВИСИМОСТИ НА 10 000 НАСЕЛЕНИЯ, 2017 (РНПЦ МСПН)	130
КАРТА 4:	РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ (%) СРЕДИ ЛУИН В РАЗРЕЗЕ РЕГИОНОВ, 2016 (РЦ СПИД)	137
КАРТА 5:	РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПРЯМОГО ОХВАТА ЛУИН ПРОФИЛАКТИЧЕСКИМИ ПРОГРАММАМИ (% ОТ ОЦЕНОЧНОЙ ЧИСЛЕННОСТИ ЛУИН В РЕГИОНЕ), 2017 (РЦ СПИД)	146
КАРТА 6:	КОЛИЧЕСТВО ЗАРЕГИСТРИРОВАННЫХ ПРАВОНАРУШЕНИЙ, СВЯЗАННЫХ С НЕЗАКОННЫМ ОБОРОТОМ НАРКОТИКОВ В РАЗРЕЗЕ РЕГИОНОВ В 2016 ГОДУ (КПССУ ГП РК)	151
КАРТА 7:	ТРАНСПОРТНАЯ СЕТЬ РК И РАЗМЕРЫ ИЗЪЯТИЙ ОПИЯ И ГЕРОИНА (UNODC)	156
КАРТА 8:	РОЗНИЧНЫЕ ЦЕНЫ ЗА 1 ГРАММ ГЕРОИНА В РЕГИОНАХ РК, 2012 (МВД РК)	159
КАРТА 9:	РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ РАССТРОЙСТВ, ВЫЗВАННЫХ УПОТРЕБЛЕНИЕМ НПВ, СРЕДИ ЛИЦ, ПОЛУЧИВШИХ СТАЦИОНАРНОЕ НАРКОЛОГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ В РК, 2016 ГОД	165
КАРТА 10:	ПОТРЕБЛЕНИЕ НПВ В ТЕЧЕНИЕ ЖИЗНИ СРЕДИ ЛИЦ, ПОЛУЧИВШИХ СТАЦИОНАРНОЕ НАРКОЛОГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ В РК, 2016 ГОД	166
РИСУНОК 1:	СХЕМА ПРИОБРЕТЕНИЯ НПВ	164

СПИСОК СООТВЕТСТВУЮЩИХ ИНТЕРНЕТ-АДРЕСОВ

www.stat.kz	сайт Агентства Республики Казахстан по статистике
www.pravstat.kz	сайт Комитета по правовой статистике и специальным учётам Генеральной Прокуратуры Республики Казахстан
www.mvd.kz	сайт Министерства внутренних дел РК
www.mz.gov.kz	сайт Министерства здравоохранения РК
www.edu.gov.kz	сайт Министерства образования и науки РК
www.minjust.kz	сайт Министерства юстиции РК
www.mentalcenter.kz	сайт Республиканского научно-практического Центра психического здоровья
www.caricc.org	сайт Центральноазиатского регионального информационного координационного центра
www.rcaids.kz	сайт Республиканского Центра по профилактике и борьбе со СПИД
www.cadap-eu.org	сайт Программы Европейского Союза КАДАП
www.un.kz	Сайт Миссии ООН в Казахстане

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АРВ	Анти-ретро вирусная терапия
ВГВ	Вирусный гепатит В
ВГС	Вирусный гепатит С
ВИЧ	Вирус иммунодефицита человека
ВКК	Врачебно-консультационная комиссия
ВКО	Восточно-казахстанская область
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ВУЗ	Высшее учебное заведение
ГУ	Государственное учреждение
ГФСТМ	Глобальный Фонд для борьбы со СПИДом, Туберкулёзом и Малярией
ДЭН	Дозорный эпидемиологический надзор
ЕС	Европейский Союз
ЕРДР	Единый реестр досудебных расследований
ЗАГС	Запись актов гражданского состояния
ЗКО	Западно-казахстанская область
ЗПТ	Заместительная поддерживающая терапия
ЗОЖ	Здоровый образ жизни
ИАЦ	Информационно-аналитический центр
ИДН	Инспекция по делам несовершеннолетних
ИОМ	Информационно-образовательный материал
ИППП	Инфекции, передаваемые половым путём
КАДАП/ САДАР	Программы содействия управлению границами и предотвращения распространения наркотиков в Центральной Азии/Central Asia Drug Action Plan
КБНН МВД	Комитет по борьбе с наркобизнесом и контролю за оборотом наркотиков Министерства внутренних дел
КНБ	Комитет национальной безопасности
КоАП	Кодекс административных правонарушений
КОПД	Комитет по охране прав детей
КПССУГПРК	Комитет по правовой статистике и специальным учётам Генеральной прокуратуры Республики Казахстан
КРКАП	Кодекс Республики Казахстан по административным правонарушениям
КТК МФ	Комитет таможенного контроля Министерства финансов
КУИС	Комитет уголовно-исправительной системы
ЛЖВС	Люди, живущие с ВИЧ/СПИД
ЛОС	Летучие органические соединения
ЛПО	Лечебно-профилактическая организация
ЛУИН	Лица, употребляющие инъекционные наркотики
МВД	Министерство внутренних дел
МЗСР	Министерство здравоохранения и социального развития
МКБ -10	Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10 пересмотр
МЛС	Места лишения свободы
МОН	Министерство образования и науки

МСМ	Мужчины, практикующие секс с мужчинами
МСР	Медико-социальная реабилитация
МФ	Министерство финансов
МЦЗ	Молодёжные центры здоровья
МЭМР	Министерство энергетики и минеральных ресурсов
НКС	Национальный координационный совет
НПО	Неправительственные организации
НПП	Наркотические препараты и прекурсоры
НЦ ЗОЖ	Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни
ОВД	Органы внутренних дел
ОДКБ	Организация Договора о коллективной безопасности
ОЗТ	Опиоидная заместительная терапия
ООН	Организация Объединенных Наций
ОПГ	Организованная преступная группировка
ПАВ	Психоактивные вещества
ПД	Пункт доверия
ППТАОР	Программы поддерживающей терапии агонистами опиатных рецепторов
ПРООН	Программа Развития ООН
РК	Республика Казахстан
РНПЦ	Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем
МСПН	наркомании
РС	Работники секса
РЦ СПИД	Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИД
РЦЭЗ	Республиканский центр электронного здравоохранения
СКО	Северо-Казахстанская область
СМИ	Средства массовой информации
СНГ	Содружество Независимых Государств
СПИД	Синдром приобретенного иммунодефицита
УИКРК	Уголовно-исполнительный кодекс РК
УИС	Уголовно-исполнительная система
УПК	Уголовно-процессуальный кодекс
ЦАРИКЦ	Центрально-азиатский региональный информационный координационный центр по борьбе с незаконным оборотом наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров
ЦСЭ	Центр судебной экспертизы
ЭРЗПТ	Электронный регистр пациентов, находящихся на заместительной поддерживающей терапии
ЭРСБ	Электронный регистр стационарных больных
ЮКО	Южно-Казахстанская область
УНП ООН/ UNODC	Управление ООН по наркотикам и преступности/United Nations Office on Drugs and Crime/
EMCDDA	Европейский Центр мониторинга наркомании, наркотиков и наркотической зависимости /European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction
ESPAD	Проект по исследованию распространённости алкоголя и наркотических средств в школах Европы/the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Ataiaants J., L. A. (2011). Передозировка: Обзор ситуации и ответные меры в 12 странах Восточной Европы и Центральной Азии. [Overdose: An Overview of the situation and response in 12 countries in Eastern Europe and Central Asia]. Vilnius: Eurasian Harm Reduction Network.

Harry J. Matz. (2015). Legal and Control Options in Response to New Psychoactive Substances. Almaty.

<https://ceur.ru>. (б.д.). О новых видах синтетических наркотиков и проблеме их правового статуса. Получено 25 12 2017 г., из <https://ceur.ru>: <https://ceur.ru/library/articles/narkotiki/item196627>

M. Prilutskaya et al. (2017). Internet snapshot study on availability of novel psychoactive substances in Russia and Central Asia. Research and advances in Psychiatry, 4(2), стр. 78.

Prilutskaya M., Ayaganova D. (2017). Fifth International conference on Novel Psychoactive Substances. Conundrum or challenge: awareness of Kazakhstan clinicians about NPS (a pilot survey study). Vol.4- No.2, стр. 28-29. Vienna: Research and Advances in Psychiatry.

Prilutskaya M., K. R. (2015). ANALYSIS OF CLINICAL CHARACTERISTICS OF NON-MEDICAL USE OF TROPICAMIDE BY DRUG ADDICTS IN THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN. European Scientific Journal, 159-162. Получено из <http://eujournal.org/index.php/esj/article/view/5059/4987>

Rosenkranz M, Kerimi N, Takenova M, et al. (2016). Assessment of health services for people who use drugs in Central Asia: findings of a quantitative survey in Kazakhstan and Kyrgyzstan. Harm Reduction Journal, 13(3). doi:10.1186/s12954-016-0093-2

Shaw, S., El-Bassel, N., Gilbert, L., Terlikbayeva, A., Hunt, T., Primbetova, S., . . . Chang, M. (2016). Depression among people who inject drugs and their intimate partners in Kazakhstan. Community Ment Health J.(52(8)), 1047-1056.

The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. (2011). Получено из ESPAD: http://www.espad.org/Uploads/Documents/ESPAD_Questionnaire_2011.pdf

UNODC. (2012). Opiate flows through Northern Afghanistan and Central Asia. Vienna: UNODC.

UNODC. (2013). The challenge of new psychoactive substances. Vienna: A Report from the Global SMART Programme.

UNODC. (2015). Всемирный доклад о наркотиках. Vienna: UNODC.

UNODC. (Dec 2017 г.). UNODC Central Asia Synthetic Drugs Situation Assessment - A Report from the UNODC Global SMART Programme. Получено 25 12 2017 г., из <http://www.unodc.org>: http://www.unodc.org/documents/scientific/Central_Asia_November_2017_FINAL.pdf

Азатбек, Т. (2017). Ненаблюдаемая экономика в Республике Казахстан: теория и методы оценки. Монография, 140.

Байкенов Е.Б., Б. Л. (2013). Отчёт о результатах исследования рисков вовлечения в химическая и нехимические аддикции среди детей и молодежи Республики Казахстан. Получено из РНПЦ МСПН: <http://www.rnpc.kz/biblioteka/raznoe/otchjot-o-rezultatakh-issledovaniya-riskov-vovlecheniya-v-khimicheskie-i-nekhimicheskie-addiktsii-sredi-detej-i-molodezhi-respubliki-kazastan>

Ганина Л.Ю., Е. А. (2016). Обзор эпидемиологической ситуации по ВИЧ-инфекции в Республике Казахстан за 2013-2015 гг. Алматы: Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИД .

ИА REGNUM. (16 Sept 2014 г.). Новые виды синтетических наркотиков поступают в Казахстан из Китая. Получено 25 Dec 2017 г., из <https://regnum.ru>: <https://regnum.ru/news/1848306.html>

ИА Тотал Казахстан. (11 Feb 2013 г.). В Казахстан приходят дизайнерские наркотики. Получено 27 Dec 2017 г., из <https://total.kz>: https://total.kz/ru/news/obshchestvo/v_kazahstan_prihodyat_dizaynersk

ИП Today.kz. (б.д.). Легальных наркотиков в Казахстане не существует – МВД. Получено 25 Dec 2017 г., из <http://today.kz>: <http://today.kz/news/kazahstan/2015-06-08/616724-legalnyh-narkotikov-v-kazahstane-ne-susestvuet-mvd/>

Казахстан 2050 - Наша сила. (б.д.). Получено из <https://strategy2050.kz/ru/>: <https://strategy2050.kz/ru/>

Катков, А. Л., & Комарова, О. Н. (2007). Наркологическая помощь ВИЧ-инфицированным наркозависимым в Республике Казахстан. Павлодар: Республиканский научно-практический Центр медико-социальных проблем наркомании.

Катков, А. Л., & Пакеев, С. О. (2007). Особенности формирования зависимости от опиоидов, сочетающейся с некоторыми видами коморбидной патологии [Features of opioid dependence, combined with certain types of comorbid disease]. г.Павлодар: Республиканский научно-практический Центр медико-социальных проблем наркомании.

Комитет по охране прав детей МОН РК. (2017). Доклад о положении детей в Республике Казахстан. Астана: Комитет по охране прав детей МОН РК.

КПССУ ГП РК. (2016). Анализ статистических данных о состоянии борьбы с незаконным оборотом наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров в Республике Казахстан за 2015 год. Астана: Комитет по правовой статистике и специальным учётам Генеральной прокуратуры Республики Казахстан.

М. Имаева. (22 10 2009 г.). Медики утверждают, что в Казахстане под видом «травяных смесей» продают опасные для здоровья вещества. Получено 23 12 23.12.2017 г., из <http://www.ktk.kz>: <http://www.ktk.kz/ru/news/video/2009/10/22/6058>

М. Маризоев . (2016). Роль ЦАРИКЦ в противодействии транснациональной наркопреступности. ЦАРИКЦ.

МВД РК. (2014). Отчет о реализации Отраслевой программы борьбы с наркоманией и наркобизнесом в Республике Казахстан на 2012 – 2016 годы в 2013 году. Астана: Министерство внутренних дел Республики Казахстан.

Международный Комитет по контролю над наркотиками. (2018). Доклад Международного комитета по контролю над наркотиками за 2017 год. Получено из https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2017/Annual_Report/R_2017_AR_ebook.pdf

П. Шиманская. (б.д.). Опасные для здоровья курительные смеси продолжают свободно продавать в Алматы. Получено 26 Dec 2017 г., из <http://www.ktk.kz>: <http://www.ktk.kz/ru/news/video/2010/01/19/7060>

Прилуцкая М., Молчанов С. (2017). Сборник тезисов XIII Международной научно-практической конференции «Экология. Радиация. Здоровье», имени академика Б.Атчабарова. Потребление новых психоактивных веществ среди пациентов наркологического профиля Республики Казахстан (стр. 135). Государственный медицинский университет г. Семей.

Региональное представительство УНП ООН в Центральной Азии. (2015). Программа для государств Центральной Азии на 2015-2019 годы. Ташкент: Региональное управление по наркотикам и преступности ООН в Центральной Азии.

Региональное представительство УНП ООН в Центральной Азии. (2016). Годовой отчет Регионального представительства УНП ООН в Центральной Азии за 2015 год. Получено из UNODC: https://www.unodc.org/documents/centralasia/Annual_2015_RU.pdf

Республиканский Центр по профилактике и борьбе со СПИД. (2018). Отчёт о деятельности службы СПИД за 2017 год. Получено из www.rcaids.kz: www.rcaids.kz/files/00004587.pdf

РНПЦ МСПН. (2004). Многоуровневое исследование проблем наркозависимости в Республике Казахстан в 2001-2003 годах. Павлодар: Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании.

РНПЦ МСПН. (2014). Аналитический отчет о наркологической ситуации в Республике Казахстан в 2013 году. Павлодар: Республиканский научно-практический Центр медико-социальных проблем наркомании.

РНПЦ МСПН. (2014). Отчёт о реализации Глобального проекта UNODC TREATNET II в Республике Казахстан (2009-2014). . Получено из Республиканский научно-практический Центр медико-социальных проблем наркомании : <http://www.rnpc.kz/biblioteka/raznoe/otchet-o-realizatsii-globalnogo-proekta-unodc-treatnet-ii-v-respublike-kazakhstan-2009-2014>

РНПЦ ПЗ. (2017). Аналитический отчет о наркологической ситуации в Республике Казахстан в 2016 году [Monitoring the drug situation in the Republic of Kazakhstan in 2016]. Павлодар: Республиканский научно-практический Центр медико-социальных проблем наркомании.

РНПЦ ПЗ. (2017). Аналитический отчет о наркологической ситуации в Республике Казахстан в 2016 году [Monitoring the drug situation in the Republic of Kazakhstan in 2016]. Павлодар: Республиканский научно-практический Центр психического здоровья.

РЦ СПИД. (2014). Результаты дозорного эпидемиологического надзора за ВИЧ в Казахстане [The results of sentinel surveillance of HIV in Kazakhstan]. Алматы: Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИД.

РЦ СПИД. (2016). Отчёт о деятельности службы СПИД за 2015 год. Алматы: Республиканский Центр по профилактике и борьбе со СПИД.

РЦ СПИД. (2016). Оценка численности людей, употребляющих инъекционные наркотики, в Республике Казахстан. Алматы: Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИД.

Семке В.Ю., Р. Ю. (2005). Расстройства личности у больных опийной наркоманией и возможности реабилитации в условиях терапевтического сообщества. г.Павлодар: ЭКО.

Центр новостей ООН. (20 May 2014 г.). Синтетические наркотики проникают в Центральную Азию и Восточную Европу. Получено 25 Dec 2017 г., из <http://www.un.org>: <http://www.un.org/russian/news/story.asp?NewsID=21672>

ТІЛ НҰСҚАЛАРЫ

English	2
Русский	86
Қазақша	180

Ескертпе

Бұл шолу Орталық Азияда есірткінің таралуын болдырмау жөніндегі бағдарлама „Ұлттық үйлестіру орталықтары“ компоненті шеңберінде әзірленген - 6 Фаза (CADAP-6). Шолуда 2017 жылғы деректер бар.

Ақпаратты Ұлттық есірткіге қарсы бағдарламаларды әзірлеумен, ведомствоаралық үйлестіру мәселелерімен, есірткінің заңсыз айналымына қарсы әрекет етумен, нашақорлықтың және АИТВ/ЖИТС-ның алдын алумен тікелей айналысатын министрліктер, ведомстволар және ұйымдар ұсынады.

Бұл резюменің мазмұны Еуропалық Одақтың, оған мүше мемлекеттердің және Қазақстан Республикасы Үкіметінің ресми пікірлерін көрсетпейді және тек CADAP 6 өнімі ретінде қаралады.

Жақсарту бойынша барлық ескертулерді, ұсыныстар мен идеяларды мына мекен-жайға жіберу тиіс: **kancelar@resad.cz**

Осы есептің электрондық нұсқасын www.cadap-eu.org, www.mcadkz.org және www.resad.cz веб-сайттарынан тегін жүктеуге болады.

Авторлары:

Юсупов Олег, Казаков Владимир, Прилуцкая Мария, Кисина Маржан, Жұматаева Гулнәр („Алкоголь және есірткі мониторингі орталығы“ ҚҚ; <http://www.mcadkz.org>).

Аударылған:

TALDAU CONSULTING, Қазақстан

Редакторлар:

Олег Юсупов (ұлттық сарапшы), Томаш Забрански, (CADAP 6 халықаралық сарапшы).

Дизайн және беттеу:

Missing Element Prague (www.missing-element.com)

Жарияланды © ResAd, 2019

ISBN 978-80-907417-1-3

ҚАЗ

2018

ҰЛТТЫҚ ЕСЕП

**НАРКО-
ЖАҒДАЙ
ТУРАЛЫ**

РЕСПУБЛИКАСЫНДАҒЫ

ҚАЗАҚСТАН

СОДЕРЖАНИЕ

ТІЛ НҰСҚАЛАРЫ	180
ҚЫСҚАША АҚПАРАТ	184
1. НЕГІЗГІ ҮРДІСТЕР МЕН ӘЗІРЛЕМЕЛЕР	190
1.1. КІРІСПЕ	190
1.2. ЕСІРТКІ САЯСАТЫ: ЗАҢНАМА, СТРАТЕГИЯЛАР ЖӘНЕ ЭКОНОМИКАЛЫҚ ТАЛДАУ	190
1.2.1. Құқықтық жүйе	190
1.2.2. Заңнаманы 2017 жылы іске асыру	191
1.2.3. Бюджет және қаржыландыру мәселелері	192
1.3. ЕСІРТКІГЕ ҚАРСЫ КҮРЕС САЛАСЫНДАҒЫ ҰЛТТЫҚ СТРАТЕГИЯ ЖӘНЕ ҮЙЛЕСТІРУ	193
1.3.1. Ұлттық стратегия	193
1.3.2. Үйлестіру	194
1.3.3. Нашақорлыққа және есірткі бизнесіне қарсы күрес саласындағы халықаралық ынтымақтастық	195
2. ЖАЛПЫ ХАЛЫҚ АРАСЫНДА ЖӘНЕ НАҚТЫ НЫСАНАЛЫ ТОПТАР АРАСЫНДА ЕСІРТКІНІ ПАЙДАЛАНУ	197
2.1. КІРІСПЕ	197
2.2. ХАЛЫҚ АРАСЫНДА ЕСІРТКІНІ ПАЙДАЛАНУ	198
2.3. НАРКОЛОГИЯЛЫҚ ЕСЕПКЕ АЛУ ЖҮЙЕСІ	199
2.4. ЖАСТАР АРАСЫНДА ЕСІРТКІНІ ҚОЛДАНУ	201
2.5. БАСҚА НЫСАНАЛЫ ТОПТАР АРАСЫНДА ЕСІРТКІНІ ПАЙДАЛАНУ	203
3. АЛДЫН АЛУ	205
3.1. КІРІСПЕ	205
3.2. ЖАЛПЫ АЛДЫН АЛУ	205
3.2.1. Мектептерде алдын алу	205
3.2.2. Мектептен тыс жастар бағдарламалары	206
3.2.3. Қоғамдағы алдын алу	207
3.3. ТӘУЕКЕЛ ТОПТАРЫ БОЙЫНША ІРІКТЕП АЛДЫН АЛУ	208
3.4. МЕДИАКАМПАНИЯЛАР	210
4. ЕСІРТКІНІ ПРОБЛЕМАЛЫҚ ТҮТЫНУ	211
4.1. КІРІСПЕ	211
4.2. ЕСІРТКІНІ ПРОБЛЕМАЛЫҚ ПАЙДАЛАНУДЫҢ ТАРАЛУЫН БАҒАЛАУ	212
4.3. ЕМДЕУ ЕМЕС КӨЗДЕРДЕН ЕСІРТКІНІ ПРОБЛЕМАЛЫҚ ПАЙДАЛАНУ ТУРАЛЫ АҚПАРАТ	214
4.4. ЕСІРТКІНІ ПРОБЛЕМАЛЫҚ ПАЙДАЛАНУДЫҢ ЖАҢА НЫСАНДАРЫ	214
5. ЕСІРТКІГЕ ТӘУЕЛДІЛІКТІ ЕМДЕУ	216
5.1. КІРІСПЕ	216
5.2. ЕМДЕУ ЖҮЙЕСІ	217
5.2.1. Ұйым	217
5.2.2. Кадрлар	218
5.2.3. Сапаны қамтамасыз ету	219
5.2.4. Тәсілдер және жаңа әзірлемелер	219
5.3. ЕСІРТКІГЕ ТӘУЕЛДІ АДАМДАРДЫҢ ЕМДЕУ ҮШІН ЖҮГІНУІ	221
5.3.1. Амбулаторлық емдеу	221
5.3.2. Терапиялық қоғамдастықтарда емдеу	222
5.3.3. Емделіп шыққан клиенттердің негізгі сипаттамалары	223
6. ДЕНСАУЛЫҚ ПЕН НАШАҚОРЛЫҚ САЛДАРЫНЫҢ ӨЗАРА БАЙЛАНЫСЫ	229
6.1. КІРІСПЕ	229
6.2. ЕСІРТКІ ПАЙДАЛАНУМЕН БАЙЛАНЫСТЫ ЖҰҚПАЛЫ АУРУЛАР	230
6.2.1. АИТВ	230
6.2.2. С вирустық гепатиті	231
6.3. ЕСІРТКІГЕ БАЙЛАНЫСТЫ БАСҚА ДА АУРУЛАР	232
6.3.1. Жыныстық жолмен берілетін аурулар - мерез және гонорея	232
6.3.2. Есірткіні пайдалануға денсаулық үшін басқа да салдарлар	232

6.3.3. Есірткімен байланысты өлім, есірткіге тәуелді адамдардың өлім-жітімі	234
7. ДЕНСАУЛЫҚ ПЕН ЕСІРТКІНІ ТҰТЫНУ САЛДАРЫНЫҢ ӨЗАРА БАЙЛАНЫСЫНА ЖАУАПТЫ ІС-ӘРЕКЕТТЕР	238
7.1. КІРІСПЕ	238
7.2. ЕСІРТКІМЕН БАЙЛАНЫСТЫ АРТЫҚ ДОЗАЛАНУДЫҢ ЖӘНЕ ӨЛІМ-ЖІТІМНІҢ АЛДЫН АЛУ	239
7.3. ЕСІРТКІ ПАЙДАЛАНУМЕН БАЙЛАНЫСТЫ ИНФЕКЦИЯЛАРДЫҢ АЛДЫН АЛУ ЖӘНЕ ЕМДЕУ	240
8. ӘЛЕУМЕТТІК ӨЗАРА БАЙЛАНЫС ЖӘНЕ ӘЛЕУМЕТТІК РЕИНТЕГРАЦИЯ	242
9. ЕСІРТКІГЕ БАЙЛАНЫСТЫ ҚЫЛМЫСТАР	243
9.1. КІРІСПЕ	243
9.2. ҚЫЛМЫСТАР	243
9.3. ЕСІРТКІГЕ БАЙЛАНЫСТЫ ҚЫЛМЫСТАРДЫҢ АЛДЫН АЛУ	245
9.4. ЕСІРТКІГЕ ТӘУЕЛДІ ҚҰҚЫҚ БҰЗУШЫЛАРҒА АРНАЛҒАН ТҮРМЕГЕ ҚАМАУҒА БАЛАМА	246
9.5. ТҮРМЕЛЕРДЕ ЕСІРТКІНІ ТҰТЫНУШЫЛАРҒА КӨМЕК КӨРСЕТУ	247
10. ЕСІРТКІ НАРЫҚТАРЫ	249
10.1. КІРІСПЕ	249
10.2. ЕСІРТКІНІҢ БОЛУЫ ЖӘНЕ ЖЕТКІЗУ	250
10.3. АЛЫП ҚОЮЛАР	252
10.4. СІРТКІНІҢ БАҒАСЫ МЕН ТАЗАЛЫҒЫ	252
11. ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНДАҒЫ ЖАҢА ПСИХИКАЛЫҚ БЕЛСЕНДІ ЗАТТАР	254
11.1. ҚР ЖАҢА ПСИХИКАЛЫҚ БЕЛСЕНДІ ЗАТТАР ҰҒЫМЫН АНЫҚТАУ	254
11.2. ЖАҢА ПСИХИКАЛЫҚ БЕЛСЕНДІ ЗАТТАРДЫ ҚҰҚЫҚТЫҚ РЕТТЕУ	254
11.3. ҚР-ДАҒЫ ЖАҢА ПСИХИКАЛЫҚ БЕЛСЕНДІ ЗАТТАРДЫҢ ЗАҢСЫЗ АЙНАЛЫМЫ	256
11.4. ҚР ЖАҢА ПСИХИКАЛЫҚ БЕЛСЕНДІ ЗАТТАР НАРЫҒЫ	257
11.5. ҚР ЖАҢА ПСИХИКАЛЫҚ БЕЛСЕНДІ ЗАТТАРҒА СҰРАНЫС	258
12. НОРМАТИВТІК ҚҰЖАТТАРҒА ТОЛЫҚ СІЛТЕМЕЛЕР ТІЗІМІ	261
ТИІСТІ ИНТЕРНЕТ-МЕКЕНЖАЙЛАР ТІЗІМІ	266
ҚЫСҚАРТУЛАР ТІЗІМІ	267
ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ	269

ҚЫСҚАША АҚПАРАТ

Қазақстан Республикасында есірткіге салыну және есірткінің заңсыз айналымы проблемалары ұлттық қауіпсіздік қауіп-қатерінің бірі ретінде және мемлекеттік қызметтің басым бағыттарының бірі ретінде қарастырылатынын Қазақстан Республикасының Президенті мен Үкіметі тарапынан баса назар аударылып айтылып келеді. Мемлекет осыған байланысты ұлттық және халықаралық деңгейде дәйекті жауап шаралар жасайды және есірткіге қарсы күрес ішкі және сыртқы саясаттың негізгі басымдықтарының бірі болып табылады. Мемлекет басшысы мен Қазақстан Республикасының Үкіметі мемлекеттік органдарына есірткі жағдайында болып жатқан өзгерістерге барабар жауап беру және нашақорлықтың және есірткі бизнесінің таралуына қарсы іс-қимылдарды жетілдіру бойынша шұғыл шараларды қабылдау жөнінде міндеттер қойды.

Нашақорлық пен есірткі бизнесіне қарсы күрес саласында ұсақ қылмыс жасаған есірткі тұтынушыларын қудалаудан, есірткі трафигі мен тармақты өткізу желілерін бақылайтын ұйымдасқан қылмысты басуға кезең-кезеңімен көшу қамтамасыз етіледі. 2015 жылдың қаңтар айынан бастап жаңартылған Қазақстан Республикасының Қылмыстық және Қылмыстық-процестік кодекстері қолданысқа енгізілді. Процес қатысушыларының құқықтарының кепілдіктері, сот ісін жүргізудің жылдамдығын нығайтуға, сондай-ақ прокурорлық қадағалау мен соттық бақылауды күшейтуге бағытталған сотқа дейінгі тергеу-тексерудің жаңа жүйесі енгізілді. Есірткі тектес және психотроптық заттардың заңсыз айналымы үшін қылмыстық жауаптылық белгіленді. Соңғы жылдары есірткі заттарының айналымына байланысты қылмыстар бойынша жазалау шаралары айтарлықтай қатаңдатылды. Соңғы жылдары Қазақстан Республикасы Президент Әкімшілігінің жанындағы ведомствоаралық жұмыс тобының шеңберінде есірткіге қарсы заңнамасына өзгертулер мен толықтырулар бойынша ұсыныстар жасалуда, олар соңғы жылдары ел үшін жаңа сын-қатер болып табылатын жаңа буын синтетикалық есірткі айналымы үшін жауапкершілікті көздейді.

Есірткі айналымы саласындағы мемлекеттік саясаттың құқықтық негіздерін реттейтін және олардың заңсыз айналымына қарсы іс-қимыл шараларын белгілейтін негіз қалаушы құжат «Есірткі, психотроптық заттар, сол тектестер мен прекурсорлар және олардың заңсыз айналымы мен теріс пайдаланылуына қарсы іс-қимыл шаралары туралы» Қазақстан Республикасының Заңы болып табылады.

Қазіргі уақытта, елде психикалық белсенді заттарға тәуелділіктің алдын алу және емдеу, есірткінің заңсыз айналымына қарсы тұру саласындағы мемлекеттік стратегиясын және іс-қимыл жоспарын анықтайтын бірде-бір құжат болмауына қарамастан, Қазақстан Республикасында мемлекеттің осы салалардағы саясатын көрсететін бірқатар құжаттар бар. Бүгінде барлық мүдделі мемлекеттік органдардың есірткіге қарсы қызметінің негізгі стратегиялық іс-шаралары жабық сипаты бар 2016 – 2020 жылдарға арналған Ұлттық қауіпсіздік стратегиясына енгізілген. Сұранысты төмендету және зиянды азайту бойынша бірқатар шаралар денсаулық сақтау саласын дамытудың 2016-2020 жылдарға арналған «Денсаулық» мемлекеттік бағдарламасына, сондай-ақ мүдделі мемлекеттік органдардың стратегиялық жоспарларына және аумақтарды дамыту бағдарламаларына біріктірілген.

Қазақстан Республикасында нашақорлыққа және есірткі бизнесіне қарсы күрес саласындағы Ішкі істер министрлік атынан Есірткі бизнесіне қарсы күрес және есірткі айналымын бақылау департаменті болып табылады. Мемлекеттік органдардың есірткіге қарсы жұмысының сапасын арттыру мақсатында Қазақстан Республикасы Премьер-Министрінің өкіміне сәйкес нашақорлық пен есірткі бизнесіне қарсы күреске бағытталған мемлекеттік органдардың мемлекеттік органдардың қызметін үйлестіру жөніндегі ведомствоаралық штаб құрылды. Штаб құрамына он екі мемлекеттік органдардың өкілдері кіреді. Штаб нашақорлықтың алдын алу, бағдарламалық құжаттардың орындалу тиімділігін арттыру жөніндегі мемлекеттік органдардың қызметін үйлестіру жөніндегі Ішкі істер министрлігі жанындағы тұрақты жұмыс істейтін ведомствоаралық жұмыс органы болып табылады.

Қазақстан өңірлік тұрақтылықты қамтамасыз етуге бағытталған халықаралық және өңірлік ынтымақтастықты берік ұстанады. Мемлекет Азиядағы сенім шаралары жөніндегі кеңесті, Шанхай ынтымақтастық ұйымын, Біріккен Ұлттар Ұйымының Есірткі және қылмыс жөніндегі басқармасын, Тәуелсіз Мемлекеттер Достастығын, Ұжымдық қауіпсіздік туралы шарт ұйымын, Еуропалық Одақтың Бағдарламаларын қоса алғанда халықаралық және өңірлік ұйымдардың тиісті қызметін толығымен қолдайды.

Әрине, әлемнің көптеген елдеріндегі сияқты Қазақстан Республикасындағы есірткі жағдайы апиын нарығын шектеуге және жаңа синтетикалық психикалық белсенді заттардың таралуына байланысты елеулі өзгерістерге ұшырады. Алайда, жалпы халық арасында психикалық белсенді заттардың пайдаланылуы ұлттық ауқымда соңғы зерттеуді 2001 жылы Нашақорлықтың медициналық-әлеуметтік проблемаларының республикалық ғылыми-практикалық орталығы жүргізді.

Жоғарыда аталған зерттеу он жеті жыл бұрын жүргізілгенін ескерсек, қазіргі уақытта елде жалпы халық арасында түрлі есірткілерді қолдануға байланысты өзекті жағдайды көрсететін қандай да бір эпидемиологиялық зерттеулер жоқ.

Қазақстан Республикасындағы жағдайды бағалау үшін халық арасында есірткіні тұтынудың негізгі көзі наркологиялық есептің деректері болып табылады, олар әртүрлі департаменттерде профилактикалық және емдеу бағдарламаларын бағалау және жоспарлау үшін пайдаланылады. Ресми статистика деректері бойынша 2017 жылғы 31 желтоқсандағы жағдай бойынша наркологиялық ұйымдарда есірткіні қолданатын 24 883 адам есепте тұрды. Тіркелген есірткі қолданушылардың саны соңғы жеті жыл ішінде азайып келеді, ал екінші жағынан, осы кезеңде есептен шығарылған адамдардың саны ұлғаю үрдісі бар. Соңғы сегіз жылда апиындарды қолданудан туындаған бұзылулары бар және стимуляторларды қолданудан туындаған бұзылулары бар адамдардың үлесін барлық тіркелген адамдар арасында қысқарту үрдісі сақталуда. Бұл ретте, соңғы бірнеше жыл ішінде психобелсенді заттардың аралас пайдалануынан туындаған бұзылулармен ауыратын адамдар үлесі артуда.

НМӘП РГПО 2012 жылы жүргізген балалар мен жастар арасында ПБЗ тұтынудың таралуын зерттеу барысында алынған деректерге сәйкес 16-22 жастағы оқушылардың 16,1% - ы өмір бойы қандай да бір есірткі заттарын пайдаланған. Балалар мен жастар арасында ең көп тұтынылатын есірткі заттары каннабис, ингалянттар, стимуляторлар және седативті заттар болып табылады.

Елдің кейбір аймақтарында 18 жасқа дейінгі балалар арасында тұтынылуы ресми статистикада немесе қол жетімді ұлттық зерттеулерде көрсетілмейтін қолда бар әртүрлі заттар пайдаланылады (Теміртау - толуол; Оңтүстік Қазақстан облысы – кәдімгі итжидек; Батыс Қазақстан облысы – үпіл-мәлік). Қазіргі уақытта бұл заттардың таралуы проблемалы және көрші өңірлерде қаншалықты кең таралғаны туралы сенімді деректер жоқ және бұл проблема таралу және ықтимал тәуекелдерді бағалау үшін қосымша зерттеулерді талап етеді.

Көптеген жылдар бойы Қазақстан Республикасында есірткіні тұтынудың негізгі бөлігі ұзақ жылдар бойы есірткіні инъекциялық пайдалану болып табылады. Елде Республикалық ЖИТС орталығы екі жылда бір рет есірткіні инъекциялық тәсілмен пайдаланатын адамдардың санына бағалау жүргізеді, сондай-ақ коммерциялық секс қызметкерлері мен еркектермен жыныстық қатынасқа түсетін еркектер арасында инъекциялық есірткіні қолдануды бағалау жүзеге асырылады. 2016 жылғы 31 желтоқсандағы жағдай бойынша соңғы 12 ай ішінде есірткіні инъекциялық тәсілмен қолданатын тұлғалардың бағалау саны 120 500 адамды құрады. Қазақстан Республикасында есірткіні инъекциялық тәсілмен қолданатын адамдардың үлесі 15 жастан және одан жоғары жастағы халық санымен арақатынаста 1% - ды құрайды. Соңғы 12 ай ішінде осы топтың арасында жиі қолданылатын есірткі героин (77%), көкнәр (37,4%), дезоморфин, ханка және есірткінің басқа да түрлері болып табылады.

Республикалық ЖИТС орталығының эпидемиологиялық қадағалау шеңберінде жүргізген зерттеу деректері бойынша инъекциялық есірткіні пайдалануды көрсеткен коммерциялық секс қызметкерлерінің пайызы 2017 жылы – 4,9%-ды құрады. Сондай-ақ, осы зерттеу барысында ерлермен жыныстық қатынаста болған ерлердің 1,1% соңғы 12 айда кемінде бір рет инъекциялық есірткі пайдаланғаны анықталды.

Соңғы уақытта синтетикалық есірткілер мен олардың тектестер, сондай-ақ қолдан дайындалған есірткілерді дайындау мен тұтынуға қатысты мәселелер өзекті болып отыр. Ең проблемалы заттар ретінде синтетикалық апиындар мен каннабиноидтар, құрамында кодеин бар қол жетімді дәрілік препараттардан жасалатын дезоморфинді, тропикамид - белгілі бір тұтыну тәсілі кезінде ауыр уытты уланумен бірге күшті галлюцинация тудыратын көз тамшыларын бөліп көрсетуге болады. Сондай-ақ, елдің кейбір аймақтарында есірткіні инъекциялық тәсілмен пайдаланатын адамдардың тағамдық көкнәрдан дайындалған қоспаны пайдалану жағдайлары жиілеп кетті.

2013 жылдан бастап синтетикалық есірткіні пайдалану айтарлықтай өсті, бұл ел халқы арасында айтарлықтай алаңдаушылық туғызады. Синтетикалық есірткілерді таратуға байланысты мәселелер 2017 жылы Мемлекеттік органдардың қызметін үйлестіру жөніндегі ведомствоаралық штабтың әрбір отырысында талқыланды. Алайда, сапалы және сенімді деректердің жоқтығына байланысты қазіргі уақытта осы заттарды халық арасында тұтынудың таралуын бағалау қиын, өйткені наркологиялық есепке алу осы есірткілерді пайдалану жағдайындағы өзгерістерді көрсетпейді, ал тиісті зерттеулер жүргізілмеген.

Қазақстан Республикасында профилактикалық шаралар ретінде ақпараттық кампаниялар кеңінен пайдаланылады, дене шынықтыру және спорт арқылы есірткіні пайдалануды болдырмау бойынша жүйелі шаралар қабылдануда, жастар арасында есірткілер мен алкогольді тұтынудың баламасы ретінде балалар-жасөспірімдер спортын дамытуға ерекше назар аударылады. Мемлекеттік ақпа-

раттық саясатты жүргізу шеңберінде «Есірткі бизнесіне және нашақорлыққа қарсы күресті жариялау, есірткіге қарсы насихат» тақырыптық бағыты көзделген.

Көптеген профилактикалық іс-шаралар жүзеге асырылатын білім беру мекемелері негізгі әлеуметтік институттар болып қала береді. Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының жобалары бойынша «Денсаулықты нығайтуға ықпал ететін мектептер» және «Салауатты университеттер» жұмыс істейді. 2010 жылдан бастап елдің барлық мектептерінде 1-11 сынып оқушыларына арналған оқу бағдарламаларына «Өзін-өзі тану» пәні енгізілді. «Өзін-өзі тану» пәніне өз мінез-құлқын реттеу дағдыларын қалыптастыру, оң әлемдік көзқарас пен дүниетанымды қалыптастыру, мазасыздық жағдайының ерте белгілерін, агрессияны болдырмау бойынша арнайы бөлімдер енгізілді. Оқу орындарында профилактикалық қызметтің белсенді дамып келе жатқан бағыттарының бірі балалар мен жастарды альтернативті қызмет түрлеріне тарту болып табылады.

Нашақорлықтың және басқа да аурулардың алдын алу саласында ҚР барлық өңірлерінде филиалдары бар Салауатты өмір салтын қалыптастыру проблемаларының ұлттық орталығы, сондай-ақ бейінді үкіметтік емес ұйымдар белсенді рөл атқарады. Салауатты өмір салтын қалыптастыру проблемалары орталығының қолдауымен елде жастарға достық негізде кешенді медициналық-психологический қызметтер көрсететін Жастар денсаулық орталықтары жұмыс істейді. Сонымен қатар қызметтерге есірткі проблемалары бар адамдарға кеңес беру, көмек көрсету және қолдау көрсету жатады. Бұдан басқа, барлық өңірлерде отбасылық денсаулық орталықтары, профилактика және әлеуметтік-психологиялық көмек бөлімшелері құрылды, бастапқы медициналық-санитарлық көмектің штаттық нормативтеріне әлеуметтік қызметкерлер мен психологтардың лауазымдары енгізілді.

Жыл сайын Халықаралық нашақорлыққа қарсы күрес күніне арналған республикалық айлықтар өткізіледі (26 маусым). Осы кезеңде спорттық және шығармашылық жарыстар, есірткіге қарсы бағыттағы мәдени-бұқаралық іс-шаралар, дөңгелек үстелдер, тренингтер және т. б. белсенді түрде өткізіледі.

Осал топтармен жүйелі және мақсатты профилактикалық жұмыс жүргізу үшін елде Өмірлік қиын жағдайға түскен кәмелетке толмаған тұлғаларды бірыңғай есепке алудың біріктірілген деректер банкі құрылды. Девиантты мінез-құлықты және панасыз қалған балалар үшін елде кәмелетке толмағандарды бейімдеу орталықтары және Қазақстан Республикасы Білім министрлігі жанындағы отбасын қолдау қызметтері жұмыс істейді. Есірткіні пайдалану тәжірибесі бар балаларды қоса алғанда, бейімсіздік белгілері бар балалармен және жасөспірімдермен профилактикалық жұмыстың басым бөлігін үкіметтік емес ұйымдар жүзеге асырады. Бұл жұмыс балаларға достас негізде медициналық, психологиялық және әлеуметтік қолдауды, сондай-ақ балалар мен жасөспірімдерді баламалы қызмет түрлеріне тартуды қамтиды.

Психикалық белсенді заттардан тәуелділікті емдеу, негізінен, ел халқы үшін тегін негізде мемлекеттік мамандандырылған ұйымдарда жүзеге асырылады. Мемлекеттік сектормен салыстырғанда, жеке сектордағы тәуелділікті емдеу қызметтерін қамту деңгейі төмен болып қалуда. Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау секторындағы наркологиялық көмек жүйесі: Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрлігінің наркологиялық мекемелерімен; жеке сектордың наркологиялық мекемелерімен; ҚР Ішкі істер министрлігі жүйесіндегі наркологиялық мекемелермен және құрылымдармен ұсынылады. 2014 жылы наркологиялық көмек көрсетудің мынадай кезеңдерін көздейтін Қазақстан Республикасының халқына наркологиялық көмек көрсетуді ұйымдастыру стандарты бекітілді: 1) Бастапқы-профилактикалық наркологиялық көмек кезеңі; 2) бастапқы наркологиялық көмек кезеңі (уәждемелеген консультация беру, уәждемелік ақпараттандыру, наркологиялық консультация беру); 3) амбулаториялық бақылау, емдеу және оңалту кезеңі; 4) стационарлық емдеу және оңалту кезеңі; 5) рецидивке қарсы (қолдаушы) терапия кезеңі.

Елдің он үш қаласында метадонды (бупренорфин және дәрі-дәрмектік қолдау еміне арналған басқа да препараттар қазіргі уақытта елде пайдаланылмайды) пайдалана отырып, апиинды рецепторлардың агонистерімен қолдаушы терапия бағдарламалары іске асырылуда.

Елдің наркологиялық қызметінің сертификатталған мамандармен қамтамасыз етілуі қанағаттанарлық деп бағаланады, бірақ ауылдық жерлерде наркологиялық көмектің қолжетімділігі білікті мамандардың тапшылығы салдарынан шектелген.

Елдегі емдеудің көптеген жағдайлары апииндарды тұтынудан және психикалық белсенді заттарды қолданудан туындаған психикалық және мінез-құлықтық бұзылулармен байланысты. Апииндар емделіп шыққан емделушілер арасында ең проблемалы есірткі болып табылуда. 2017 жылы есірткіге тәуелділік бойынша стационарлық көмекке 5 163 (3 083 пациент) өтініш болды.

Наркологиялық қызметтердің емдеу тиімділігін бағалау үшін емделіп шыққан емделушілер арасында жылдық ремиссия көрсеткіші пайдаланылады. 2017 жылы есірткіні тұтынуға байланысты

наркологиялық есепте тұрған пациенттер арасында 1-ден 2 жылға дейінгі ремиссия көрсеткіші 14,0% - ды, 2 жылдан жоғары – 12,7%-ды құрады.

Елде есірткіні проблемалы тұтынудың негізгі түрі инъекциялық қолдану болып табылатындығын ескерсек, зиянды азайту стратегиясы ҚР-да мемлекеттік бағдарламалар шеңберінде іске асырылуда және неғұрлым басым міндеттердің бірі болып табылады. Денсаулық сақтау мен елдегі есірткі тұтынудың салдары туралы деректердің ең толық дерек көздерінің бірі ЖИТС-тің алдын алу және оған қарсы күрес жөніндегі республикалық орталықты үйлестіру және бақылау бойынша облыстық ЖИТС-орталықтарымен жүзеге асырылатын АИТВ жұқпасының таралуын эпидемиологиялық бақылау болып табылады.

Есірткіні инъекциялық пайдалану бұрынғысынша АИВ және С гепатиті індетінің қозғаушы күші болып табылады. 2017 жылдың соңында гүмүлятивті түрде елде адамдардың 51,6% - ы есірткіні инъекциялық пайдалану кезінде АИТВ-инфекциясын жұқтырды, 2017 жылы анықталған АИТВ-инфекциясы кезінде – 29,2%. Инъекциялық есірткіні қолданатын тұлғалар арасында жұқпалардың таралуын эпидемиологиялық бақылау деректері бойынша 2016 жылы АИТВ-инфекциясының таралуы 9,3% - ды құрады, С вирустық гепатитінің таралуы 68,7%, мерездің таралуы 8,9% - ды құрады.

Қазақстанда 1997 жылдан бастап зиянды азайту бағдарламалары тиімді іске асырылуда. Есірткі-ден зиянды азайту стратегиясы АИТВ-инфекциясының алдын алудың маңызды бағыттарының бірі болып табылады. Оны жүзеге асырудың ең тиімді жолы тұрақты, мобильді сенім пункттерінің қызметтерімен және аутрич-жұмыспен үнемі қамту болып табылады. Халықтың осал топтарымен жұмыс ҚР барлық облыстарында еріктілік, құпиялылық және анонимдік принциптерін сақтай отырып, тегін негізде жүзеге асырылады. Халықтың осал топтары арасында профилактикалық бағдарламаларды іске асыруға үкіметтік емес сектор белсенді түрде тартылады. Барлығы 2017 жылы зиянды төмендету бағдарламасына есірткіні инъекциялық тәсілмен қолданатын адамдардың бағалау санының 47% - ы жүгінген.

Психикалық белсенді заттарды қолданудың салдарын бағалау үшін басқа маңызды көрсеткіш улану саны мен өлім болып табылады. 2013 жылдан 2017 жылға дейін Қазақстан Республикасы бойынша 1000 тұрғынға шаққанда есірткімен және психотроптық заттармен улану көрсеткіші барлық халық арасында 30% - ға төмендеді. Уланулар мен уланулардан болатын өлім-жітім саны туралы мәліметтерді талдай отырып, уланулар саны азайғанына қарамастан, уланулардан өлім-жітім өсе түсетініне қорытынды шығаруға болады. Деректер есірткі заттарымен уланудан болатын өлім-жітімнің негізгі массасын апиындарды қолдануға байланысты жағдайлар құрайтынын көрсетеді, олардың арасында аса кең тараған героин, сондай-ақ седативті және басқа да дәрілік психотроптық заттар болып табылады. Өлім-жітімнің стандартталған коэффициенттері жыл сайын есірткі қолданатын адамдар үшін салыстырмалы өлім қаупі жалпы халық арасында күтілетін өліммен салыстырғанда жылдан жылға артып отырғандығын дәлелдейді. ПБЗ-ны қолданудың салдары - соматикалық және психикалық бұзылулар; артық дозалану; қылмыстық әрекеттер; АИТВ инфекциясын қоса алғанда инфекциялық аурулар; өз-өзіне қол жұмсау; жол-көлік оқиғалары – жалпы халықпен салыстырғанда, орташа есеппен 3,6 есе есірткі заттарын пайдаланатын адамның өлім қаупін тікелей немесе жанама арттырады; ерлер үшін бұл көрсеткіш 3,1 есе, әйелдер үшін 4,4 есе құрайды.

Тұтынушылар арасында артық дозалаудың алдын алу үшін жиі қолданылатын «Налоксон» препараты елде денсаулық сақтау мекемелерінде қолжетімді және өмірлік маңызды дәрілер тізіміне енгізілген. Налоксон жедел медициналық көмек станцияларында, ауруханалардың қабылдау бөлмелерінде және реанимациялық бөлімшелерде қолданылады, алайда дәрі дәріханаларда қол жетімді емес, бұл препаратқа қол жетімділікті айтарлықтай шектейді. Ел өңірлерінде артық дозаланудың алдын алу, негізінен, есірткіні тұтынушылар арасында ақпараттық-білім беру іс-шараларымен шектеледі. Бұл іс-шараларды наркологиялық ұйымдар, ЖИТС орталықтары және бейінді үкіметтік емес ұйымдар жүргізеді.

Әрине, елдегі есірткі нарығын, есірткінің заңсыз және заңды айналымына байланысты қылмыстардың құрылымын зерделеу ерекше назар аударуды талап етеді. Қазақстан Республикасы Бас прокуратурасының Құқықтық статистика және арнайы есепке алу жөніндегі комитетінің 2017 жылғы статистикалық деректеріне сәйкес Қазақстан Республикасының құқық қорғау органдары есірткі құралдарының, психотроптық заттар мен прекурсорлардың заңсыз айналымына байланысты 8 490 қылмыстық құқық бұзушылықты, оның ішінде 3 340 есірткі қылмысы және 5 150 қылмыстық теріс қылық тіркеді. 2017 жылы есірткінің заңсыз айналымына жауапты 5 902 адам жауапкершілікке тартылды, оның ішінде 3 772 адам өткізу мақсатынсыз есірткі заттарын заңсыз қолданғаны үшін (аса ірі мөлшерді қоспағанда). Есірткі қылмысының құрылымында Қылмыстық кодекстің 297-бабында көзделген «Есірткі, психотроптық заттарды, сол тектестерді өткізу мақсатында заңсыз дайындау, қайта өңдеу, иемдену, сақтау, тасымалдау, жөнелту не өткізу» қылмыстар басым, 2017 жылы осындай 2000 қылмыс тіркелді.

Қазақстан Ауғанстаннан шыққан героиннің «солтүстік бағыты» өтетін елдердің бірі болып табылады. Соңғы жылдары солтүстік бағыт бойынша өтетін героин көлемі қысқарды, ал Ауғанстаннан келген бұл заттың негізгі көлемі «Балқан бағыты» бойынша өтеді деп болжауға болады. Елдегі күшті әсер ететін есірткі нарығы жақын және алыс шет елдерден әкелу есебінен толығымен дерлік толықтырылады. Қазақстан Республикасына әртүрлі синтетикалық есірткілерді контрабандалық жеткізу негізінен Еуропа елдері мен Қытайдан жүзеге асырылады. Соңғы жылдары тек қана шетелден шыққан тегі бар және көптеген жағдайларда Оңтүстік-Шығыс Азиядан: Қытай, Мьянма, Таиланд, Лаос, сондай-ақ Ресей, Нидерланды, Германия, Польша, Балтық жағалауынан сияқты синтетикалық есірткілердің таралуы байқалады.

Қазақстандағы есірткі жағдайына ықпал ететін маңызды фактор - марихуана мен гашишке тәуелді есірткі топтарының өздерінің шикізат базасы болуы. Жабайы өсетін немесе өсірілетін сора бар аймақтардан есірткіні шығару арналарын жабуға әсер етудің тиімді тетігі жыл сайын (мамырдан қазанға дейін) жүргізілетін «Көкнәр» операциясы болып табылады. Алайда Шу алқабында бақылаудың күшеюіне байланысты есірткі өндірушілер құрамында күшті әсер ететін есірткі бар өсімдіктерді және басқа да өңірлерде өндіруді жолға қою әрекеттерін қолданды. 2015 жылы іс-шаралар барысында Қызылорда облысында жалпы көлемі 50 гектардан асатын 32 «үнді» қарасора плантациясы табылды және жойылды. «Көкнәр» операциясымен қатар елде есірткі бизнесіне қарсы іс-қимылдың тиімді тәсілдерінің бірі ретінде бірқатар жедел-профилактикалық іс-шаралар мен операциялар тұрақты түрде жүргізіледі: «Допинг», «Канал-Патруль», «Рубеж» және т. б.

Құқық қорғау органдары қызметінің нәтижесінде 2017 жылы заңсыз айналымнан 40 тонна 636 кг есірткі тәркіленді. Алынған есірткілердің негізгі үлесі каннабиноидтерге келеді (40 тонна 356 кг), бұл елде жабайы өсетін сора үлкен аумақтың болуына байланысты. Соңғы үш жылда есірткі заттарының нарығы алуан түрлі болды. 2017 жылы 32 түрлі зат тәркіленді және алынған басқа заттардың салмағы (апиындарды, каннабисті қоспағанда) есептік жылда 13 килограммды құрады, 2015 жылға дейін бұл заттарды алу 2 килограммнан аспайтын. Алынған басқа заттардың негізгі көлемін диметилтриптами́н, МДМА, метамфетамин (Первитин), пировалерон және кокаин құрайды. Заңсыз есірткі нарығын талдау соңғы он жыл ішінде героиннің көтерме және бөлшек сауда бағаларының бірнеше есе өсуін көрсетеді, бұл ретте марихуананың бағасы шамамен бір деңгейде қалады. 2015 жылдан 2017 жылға дейін героин бағасы да тұрақтанды және жоғары деңгейде сақталады.

Қазақстан Республикасындағы есірткі жағдайын шолуды қорытындылай келе, келесі қорытындыны жасауға болады. Соңғы жылдары елде есірткінің заңсыз айналымына қарсы күресте айтарлықтай прогреске қол жеткізді және бұл саланы халықаралық стандарттарға сәйкес жетілдіруде.

Алайда, жалпы Қазақстан Республикасында есірткі саясаты түрлі бағдарламалар арасында неғұрлым теңдестірілген және келісілген тәсілді талап етеді: ұсынысты төмендету, сұранысты төмендету және зиянды азайту. Бір жағынан, елдің маңызды жетістіктерінің бірі - соңғы жылдары емдеу және зиянды төмендету бойынша қызметтердің ауқымы айтарлықтай кеңейтіліп, мемлекет бюджет қаражатынан толықтай қолдауда. Екінші жағынан халықтың нысаналы топтарын қамту және осы қызметтерді ұсыну сапасы халықаралық стандарттарға және дәлелдемелерге негізделген ең үздік практикаларға сәйкес одан әрі жетілдіруді талап етеді. Психикалық белсенді заттарды тұтынудың алдын алу саласында ақпараттық кампаниялардан (күмәнді тиімділікпен) таңдамалы және индикативті профилактикалық іс-әрекеттерге ауысып, отбасылармен жұмыс жасайтын, негізгі популяциялармен жұмыс істеуге ерекше назар аударып, әртүрлі халық топтары арасында қорғаныш факторларын күшейтуге (дәлелденген тиімділікпен) ерекше назар аудару қажет.

Қазақстан Республикасының Үкіметін салмақты және тиімді саяси шешімдер қабылдау үшін сенімді және шынайы деректермен қамтамасыз ету үшін психикалық белсенді заттарды пайдалану саласында ғылыми зерттеулер жүргізу және жауапты шаралар жүргізу мәселесі өзекті болып қалуда. Әртүрлі құралдар мен әдістердің көмегімен барлық ұлттықтан жоғары және халықаралық ұйымдар қадағалау жүргізетін стратегиялық және саяси мүдденің мынадай салалары Қазақстан Республикасында белгілі бір жетілдіруді талап етеді: жалпы халық және жекелеген топтар арасында есірткіні тұтыну (эпидемиологиялық зерттеулер негізінде); емделуге сұраныс (ем алған адамдар туралы сапалық деректер); есірткімен байланысты ауру және өлім-жітім; есірткіні пайдалануға байланысты экономикалық шығындар; есірткінің қолжетімділігі мен нарықтары туралы ақпарат; профилактикалық және емдік бағдарламалардың тиімділігін бағалау.

1 КЕСТЕ: ҚР-ДАҒЫ ЕСІРТКІ ЖАҒДАЙЫ БОЙЫНША НЕГІЗГІ ИНДИКАТОРЛАРДЫҢ ЖИЫНТЫҚ КЕСТЕСІ, 2016-2017

Көрсеткіш	2016 жылғы 31 желтоқсанға	2017 жылғы 31 желтоқсанға
Инъекциялық есірткіні пайдаланатын адамдардың бағалау саны (ИЕПА)	127 800	120 500 ¹
Профилактикалық және диспансерлік наркологиялық есепте тұрған адамдардың саны (оның ішінде ағымдағы жылы алғаш рет тіркелген)	31 046 (5 345)	24 883 (3901)
Осы жылы қайтыс болған наркологиялық қызметпен тіркелген адамдар саны	336	141
Есірткіге тәуелділік бойынша стационарлық ем алған адамдардың саны	3 236	3 083
ИЕПА арасында АИТВ таралуы	8,2%	9,3%
ИЕПА арасында гепатит С таралуы	70,7%	68,7%
ИЕПА арасында мерездің таралуы	10,3%	9,7%
ИЕПА арасында таратылған инелер/шприцтер саны (профилактикалық бағдарламаларға тартылған 1 ИЕПА-ға)	285	275
Айналымнан алынған марихуана салмағы (кг)	34 316	34 107
Айналымнан алынған гашиш салмағы (кг)	311	790
Айналымнан алынған героиннің салмағы (кг)	464	146
Айналымнан алынған апиинның салмағы (кг)	4	95
Есірткінің заңсыз айналымына байланысты қылмыстық құқық бұзушылықтардың саны	3 513	3 340
Есірткінің заңсыз айналымына байланысты қылмыстық теріс қылықтар саны	6 036	5 150
Есірткінің заңсыз айналымы үшін қылмыстық жауаптылыққа тартылған адамдардың саны (оның ішінде аса ірі мөлшерлерді қоспағанда, өткізу мақсатынсыз заңсыз айналымы үшін)	5 660 (3 827)	5 902 (3 772)
Героиннің орташа көше құны (1 грамм үшін)	33 USD	33 USD
Апиинның орташа көше құны (1 грамм үшін)	мәлімет жоқ	мәлімет жоқ
Марихуананың орташа көше құны (1 грамм үшін)	2 USD	2 USD
Average street price for marijuana (per 1 gram)	2 USD	2 USD

¹ Қазіргі уақытта 2014 және 2016 жылы жүргізілген ИЕПА санын, АИТВ-ның, гепатиттің және ИЕПА арасында жыныстық жолмен берілетін инфекциялардың таралуын соңғы зерттеу нәтижелері қол жетімді.

1. НЕГІЗГІ ҮРДІСТЕР МЕН ӘЗІРЛЕМЕЛЕР

1.1. КІРІСПЕ

Қазақстан Республикасының (ҚР) Үкіметі есірткі құралдарына салыну және олардың заңсыз айналымы проблемаларына, әсіресе ұйымдасқан түрде жіті назар аударады және ұлттық және халықаралық деңгейде дәйекті жауап шараларын жүзеге асырады. Есірткі саудасымен күрес ішкі және сыртқы саясаттың негізгі басымдықтарының бірі болып табылады.

Мемлекет басшысы мен ҚР Үкіметі мемлекеттік органдарына есірткі жағдайында болып жатқан өзгерістерге барабар жауап беру және нашақорлық пен есірткі бизнесінің таралуына қарсы іс-қимылдарды жетілдіру бойынша шұғыл шараларды қабылдау жөнінде міндет қойылды.

Қазақстан Біріккен Ұлттар Ұйымының (БҰҰ) есірткіге қарсы саладағы (1961, 1971 және 1988 жылдар) барлық негізгі конвенцияларын ратификациялады, бұл есірткінің заңсыз айналымына қарсы күрестің халықаралық жүйесіне интеграцияның тиісті тетіктерін қамтамасыз етеді.

Нашақорлық пен есірткі бизнесіне қарсы күрес саласында ұсақ қылмыс жасаған үшін есірткі тұтынушыларын қудалаудан, есірткі трафигі мен тармақты өткізу желістерін бақылайтын ұйымдасқан қылмысты басуға кезең-кезеңімен көшу қамтамасыз етіледі.

Қылмыстық топтар қызметінің жолын кесу жөніндегі іс-шаралармен қатар, сұраныстың төмендеуіне және есірткіге қарсы қоғамдық иммунитеттің қалыптасуына баса назар аударылды. Профилактикалық іс-шараларға бұқаралық ақпарат құралдары, азаматтық қоғам мен мемлекеттік органдардың өкілдері қатысады, олар есірткіге тәуелді адамдарды оңалтудан бастап, салауатты өмір салтын насихаттаумен айналысады.

Жалпы, ҚР Үкіметі барлық мүдделі құрылымдар мен ұйымдар алдында есірткіге қарсы іс-қимыл жүйесін, есірткіге тәуелділіктің алдын-алу және емдеу жүйесін халықаралық стандарттарға және талаптарға сәйкес жақсартуды міндеттегенін атап өткен жөн.

1.2. ЕСІРТКІ САЯСАТЫ: ЗАҢНАМА, СТРАТЕГИЯЛАР ЖӘНЕ ЭКОНОМИКАЛЫҚ ТАЛДАУ

1.2.1. Құқықтық жүйе

Есірткі айналымы саласындағы мемлекеттік саясаттың құқықтық негіздерін реттейтін және олардың заңсыз айналымына қарсы іс-қимыл шараларын белгілейтін негіз қалаушы құжат «Есірткі, психотроптық заттар, сол тектестер мен прекурсорлар және олардың заңсыз айналымы мен теріс пайдаланылуына қарсы іс-қимыл шаралары туралы» Қазақстан Республикасының Заңы болып табылады.

2008 жылы Ұлттық қылмыстық заңнамаға контрабанда мен есірткі саудасы және кәмелетке толмағандарды есірткі құралдарының айналымына тартқаны үшін өмір бойы бас бостандығынан айыруға дейін жазаны қатаңдатуы көздейтін өзгерістер енгізілді.

2015 жылдың қаңтар айынан бастап жаңартылған Қазақстан Республикасының Қылмыстық және Қылмыстық-процестік кодекстері қолданысқа енгізілді. Процес қатысушыларының құқықтарының кепілдіктері, сот ісін жүргізудің жылдамдығын нығайтуға, сондай-ақ прокурорлық қадағалау мен соттық бақылауды күшейтуге бағытталған сотқа дейінгі тергеу-тексерудің жаңа жүйесі енгізілді.

Қылмыстық істі қозғау және тергеуге дейінгі тексеру кезеңдері алынып тасталды. Қылмыстық құқық бұзушылық туралы арыз мен хабарламаны тіркеу не тіркеу алдындағы алғашқы кезек күттірмейтін тергеу әрекеті тергеудің басталуы болып табылады. Халықаралық тәжірибені ескере отырып, қылмыстардан ғана емес, сондай-ақ қылмыстық теріс қылықтардан тұратын қылмыстық жазаланатын әрекеттердің екі буынды жүйесі енгізілді.

Қылмыстық жаза жүйесі толық қайта өңделген. Бас бостандығынан айыруға балама шараларды, негізінен ірі ақша айыппұлдары, қоғамдық жұмыстарға тарту түрінде кеңінен қолдануға баса назар аударылды, бұл «түрмедегі халықтың» индексін төмендетуге мүмкіндік береді.

2018 жылдың қаңтар айынан бастап Қазақстан Республикасының жаңа қылмыстық-процестік кодексі қолданысқа енгізілді. Кодекстегі өзгерістер құқық қорғау қызметінің іс жүргізу негіздерін одан әрі жаңғыртуға бағытталған – процеске қатысушылар құқықтарының кепілдіктерін нығайту, сот ісін жүргізудің жеделдігі және сот бақылауының кеңеюіне бағытталған.

Сот санкциясына дейін күдікті адамдарды ұстау мерзімі өзгертіледі (адам сот санкциясынсыз 48 сағаттан артық емес, кәмелетке толмаған адам 24 сағаттан артық емес, ерекше жағдайларда - 72 сағаттан артық емес).

- Сот бақылауы кеңейтілді - прокурордан сотқа бірқатар тергеу әрекеттерін санкциялау бойынша өкілеттіктер берілді.
- Қылмыстық іс материалдарына қоса отырып, куәгерлер мен куәгерлерге дербес сұрау жүргізу құқығын беру бөлігінде адвокаттардың құқықтары кеңейтілді.
- Әкімшілік құқық бұзушылық туралы істер бойынша іс жүргізуге барынша жақындатылған қылмыстық теріс қылықтар бойынша тергеу тәртібі қайта қаралды.
- Қылмыстық сот ісін жүргізудің электрондық форматы енгізілді.

Есірткі құралының аса ірі мөлшеріне байланысты кез келген әрекеттерді жасау (сақтау, өткізу және т.б.) адамды қылмыстық жауаптылыққа тарту үшін негіз болып табылады. Бұл ретте есірткі немесе психотроптық заттарды, сол тектестерді өткізу үшін қылмыстық жауаптылық олардың мөлшеріне қарамастан туындайды.

Қазақстанда есірткі құралдарын пайдалану қылмыстық жазаланатын болып табылмайды және қылмыстық теріс қылықтар қатарына жатады және айыппұл салуға не 45 тәулікке дейін қамаққа алуға алып келеді. Әкімшілік жауапкершілік жабайы өскен сораны жоюға шаралар қолданбау, есірткіні өткізу мен тұтынудың жолын кесуге шаралар қолданбау, оларды насихаттау және заңсыз жарнамалау, лицензиялау ережелерін бұзу және т. б. сияқты құқық бұзушылықтарды жасағаны үшін көзделген.

Елде психикалық белсенді заттарға тәуелді адамдарды мәжбүрлеп емдеу шаралары заңмен бекітілген. «Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы» Кодекске сәйкес медициналық сипаттағы мәжбүрлеу шаралары қылмыстық құқық бұзушылықтар жасаған, алкоголизммен, нашақорлықтан немесе уытқұмарлықтан емделуге мұқтаж деп танылған адамдарға, сондай-ақ Әкімшілік құқық бұзушылық жасаған және созылмалы алкоголизммен, нашақорлықпен немесе уытқұмарлықпен ауырады деп танылған және ерікті емделуден жалтарған адамдарға қатысты сот шешімі бойынша қолданылады.

Қазақстан Республикасы Үкіметінің 2009 жылғы 4 желтоқсандағы №2015 «Кәсіптік қызметтің же- келеген түрлерін, сондай-ақ жоғары қауіп көзіне байланысты жұмысты жүзеге асыруға арналған медициналық психиатриялық қарсы айғақтар тізбесін бекіту туралы» қаулысымен психикалық белсенді заттарды пайдаланатын адамдарға жоғары қауіптілік көзіне, оның ішінде көлік жүргізуге байланысты кәсіби зияндылықтар мен жұмыстардың әсеріне байланысты еңбек қызметінің бар- лық түрлеріне рұқсат беруге тыйым салынады. Ремиссиядағы адамдар көлік құралдарын жүргізуді қоса алғанда, еңбек қызметінің кейбір түрлеріне жіберіледі.

1.2.2. Заңнаманы 2017 жылы іске асыру

2015 жылдың қараша айында Тәуелсіз Мемлекеттер Достастығына қатысушы мемлекеттердің құзыретті органдары арасында жедел-ізвестіру іс-шараларын жүзеге асыру, салыстырмалы крими- налистикалық зерттеулер жүргізуді қамтамасыз ету үшін заңсыз айналымнан алынған есірткінің үлгілерін беру тәртібін белгілейтін Есірткі үлгілерін беру тәртібі туралы келісімді (ҚР 02.11.2015 ж. № 386-V Заңы) ратификациялау қамтамасыз етілген.

Халықаралық міндеттемелерге сәйкес есірткі құралдарының, психотроптық заттар мен прекурсор- лардың заңды айналымы саласындағы бақылау жүзеге асырылады. Қазақстан Республикасында рұқсат беру жүйесін жетілдіру тұжырымдамасын іске асыру шеңберінде 2011 жылғы қазаннан бастап қызметі есірткі айналымымен байланысты субъектілерді лицензиялаудың электрондық

форматына толық көшу жүргізілді. Бұл сыбайлас жемқорлықтың алдын алуға және бизнес үшін әкімшілік кедергілерді жоюға мүмкіндік берді.

Біріккен Ұлттар Ұйымының (БҰҰ) Есірткіні бақылау жөніндегі халықаралық комитеті жыл сайын Үкіметтің тиісті шешімімен кәсіпкерлік қызметті жүзеге асыратын мемлекеттік органдар мен заңды тұлғалар арасында бөлінетін есірткі, психотроптық заттар мен прекурсорларға ҚР үшін мемлекеттік квотаны бекітеді.

Есірткінің заңды айналымын бақылауды күшейту мақсатында Есірткі және қылмыс жөніндегі басқарманың (БҰҰ ЕҚБ) жәрдемімен «PEN Online» есірткі құралдарының, психотроптық заттар мен прекурсорлардың экспорты туралы алдын ала хабарлаудың электрондық жүйесі және «Pisk» нақты уақыт режимінде прекурсорлармен байланысты жағдайлар туралы хабарламалар жүйесі енгізілді және пайдаланылады. Бұл жүйелер есірткіге байланысты барлық экспорттық-импорттық операциялар кезінде қолданылады.

Кәсіпкерлік Кодекске заңды тұлға құрмаған (дара кәсіпкерлер, шағын кәсіпкерлік субъектілері) субъектілердің есірткі құралдары, психотроптық заттар мен прекурсорлар айналымы саласындағы қызметке тыйым салуды белгілейтін нормалар енгізілді (01.01.16 ж. бастап күшіне енді).

Есірткі құралдары нарығын синтетикалық есірткінің жаңа түрлерімен толықтыру серпінін ескере отырып, елде олардың заңсыз айналымына қарсы іс-қимылдың заңнамалық шараларын жетілдіру мәселелерін белсенді пысықтау жүргізілуде. Қазіргі уақытта тиісті заң жобасы әзірленді, оның мақсаты – жаңа психобелсенді заттарға олардың тізімін заңға тәуелді деңгейде бекіту есебінен тиімді мемлекеттік бақылау орнату. Ағымдағы уақытта заң жобасы ҚР Парламенті Мәжілісінің қарауында. Заң жобасында жаңа заттарды есірткі және психотроптық заттарға жатқызудың тәртібі мен механизмін реттеу үшін жаңа психобелсенді заттар синтезделінетін есірткі және психотроптық заттардың құрылымдық формулаларында сутегі атомдары орынбасарларының ұғымын жүргізу ұсынылады.

1.2.3. Бюджет және қаржыландыру мәселелері

Өңірлердегі барлық наркологиялық ұйымдар муниципалдық бюджеттерден мынадай бюджеттік бағдарламалар шеңберінде қаржыландырылады: 010.015.149 «Республикалық бюджет қаражатынан көрсетілетін медициналық көмекті қоспағанда, халыққа амбулаториялық-емханалық көмек көрсету», 09.015.149 және 009.011.149 «Туберкулезбен, жұқпалы аурулармен, психикалық бұзылулармен және мінез-құлқының бұзылуымен, оның ішінде психикалық белсенді заттарды пайдалануға байланысты зардап шегетін адамдарға медициналық көмек көрсету». Республикалық психикалық денсаулық ғылыми-практикалық орталығы (ПД РҒПО) республикалық бюджеттен мынадай республикалық бюджеттік бағдарламалар бойынша қаржыландырылады: 036 «Тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемін қамтамасыз ету» және 131 «Ғылыми және (немесе) ғылыми-техникалық қызмет субъектілерін базалық қаржыландыруды қамтамасыз ету» (ПД РҒПО, 2017).

2 КЕСТЕ: МАМАНДАНДЫРЫЛҒАН МЕДИЦИНАЛЫҚ НАРКОЛОГИЯЛЫҚ КӨМЕК КӨРСЕТУГЕ АРНАЛҒАН МЕМЛЕКЕТТІК ШЫҒЫСТАР, 2017 (ПД РФПО, 2017)

Аймақ	Мамандандырылған медициналық наркологиялық көмек көрсетуге арналған шығындар ²		Бір тұрғынға шаққанда мамандандырылған медициналық наркологиялық көмек көрсетуге арналған шығындар	
	млн теңге	мың еуро ³	теңгеде	еуроде
Ақмола облысы	478,2	1129,4	649,2	1,5
Ақтөбе облысы	312,5	784,8	366,9	0,9
Алматы облысы	752,2	1889,0	375,9	0,9
Атырау облысы	236,3	593,4	384,8	0,9
Шығыс Қазақстан облысы	701,9	1762,6	506,2	1,3
Жамбыл облысы	376,9	946,5	337,6	0,9
Батыс Қазақстан облысы	464,4	1166,2	720,9	1,8
Қарағанды облысы	755,1	1896,2	546,6	1,4
Қостанай облысы	468,2	1175,7	533,7	1,3
Қызылорда облысы	651,0	1634,8	836,6	2,1
Маңғыстау облысы	449,7	1129,3	690,2	1,7
Павлодар облысы	527,1	1323,7	697,3	1,7
Солтүстік Қазақстан облысы	524,8	1317,9	935,7	2,3
Оңтүстік Қазақстан облысы	358,5	900,3	123,5	0,3
Алматы қ.	840,3	2110,2	473	1,2
Астана қ.	575,8	1446,2	574,3	1,4
РҒПО НМӘП	256,2	565,3	-	-
Қазақстан Республикасы	8729,1	21771,5	420,5	1.1

Қазақстан Республикасы бойынша орташа есеппен бір тұрғынға шаққанда наркологиялық қызметті қаржыландыру 2017 жылы 420,5 теңгені құрады.

2017 жылы бір тұрғынға қаржыландырудың ең төмен деңгейі Оңтүстік Қазақстан облысында (жылына 1 тұрғынға 123,5 теңге), ең жоғары деңгейі Солтүстік Қазақстан облысында (жылына 1 тұрғынға 935,7 теңге).

1.3. ЕСІРТКІГЕ ҚАРСЫ КҮРЕС САЛАСЫНДАҒЫ ҰЛТТЫҚ СТРАТЕГИЯ ЖӘНЕ ҮЙЛЕСТІРУ

1.3.1. Ұлттық стратегия

1998 жылы Бас Ассамблея өзінің жиыrmасыншы арнайы сессиясында саяси декларацияны қабылдаған сәттен бастап Қазақстан есірткінің заңсыз айналымы, сұранысы мен ұсынысы проблемаларын шешуде айтарлықтай прогреске қол жеткізді. Қазақстан есірткіні бақылаудың халықаралық жүйесіне интеграцияланды. Қазақстан Республикасының Парламенті 1998 жылы Есірткіні бақылау саласындағы БҰҰ-ның барлық үш Конвенциясын ратификациялады.

Елде дәйекті мемлекеттік есірткіге қарсы саясат жүргізілуде, оның негізінде «Қазақстан – 2050» ұзақ мерзімді Даму стратегиясы, бірқатар мемлекеттік бағдарламалар мен кең халықаралық ынтымақтастық жатыр. Нашақорлыққа және есірткі бизнесіне қарсы күрес Үкіметтің басым міндеттерінің бірі болып белгіленді.

Бұрынғы жылдардағы нашақорлыққа және есірткі бизнесіне қарсы күрес саласындағы мемлекеттік саясатты жүзеге асыру Қазақстан Республикасында нашақорлыққа және есірткі бизнесіне қарсы күрес стратегиясында нақты шаралар түрінде көрініс тапты. Стратегияның басты мақсаты

² Мамандандырылған медициналық наркологиялық көмекті қаржыландыру өңірлік наркологиялық ұйымдарда ем алған және консультациялық-диагностикалық қызмет көрсеткен адамдардың төсек-күндерінің саны бойынша жүргізіледі. Тарифтерді уәкілетті орган бекіткен.

³ Қазақстан Ұлттық Банкінің 2017 жылғы 31 желтоқсандағы жағдай бойынша еуronың теңгеге бағамы 1 еуро = 398,2 теңге.

елдегі есірткі ахуалының дамуына тиімді мемлекеттік және әлеуметтік бақылау белгілеуге, оның тұрақтануына және Қазақстанның ішкі және сыртқы қауіпсіздігінің, халықтың денсаулығы мен әл-ауқатының жай-күйіне теріс әсерін шектеуге қол жеткізуге мүмкіндік беретін бірыңғай және теңгерімді мемлекеттік саясатты іске асыруды қамтамасыз ету болып табылады. «Қазақстан Республикасының 2020 жылға дейінгі Стратегиялық даму жоспары туралы» Қазақстан Республикасы Президентінің 2010 жылғы 1 ақпандағы №922 Жарлығына сәйкес Үкімет Қазақстан Республикасында нашақорлыққа және есірткі бизнесіне қарсы күрестің 2012 – 2016 жылдарға арналған салалық бағдарламасын бекітті. 2015 жылы Қазақстанның мемлекеттік жоспарлау жүйесі қайтадан кейбір өзгерістерге ұшырады, соның нәтижесінде Нашақорлыққа және есірткі бизнесіне қарсы күрестің 2012 – 2016 жылдарға арналған бағдарламасы күшін жоюға қойылды (ҚР Үкіметінің 30.12.2015 ж. №1136 Қаулысы).

Барлық мүдделі мемлекеттік органдардың есірткіге қарсы қызметінің деңгейін арттыру мақсатында бағдарламаның негізгі көрсеткіштері жабық сипатта болатын 2016 – 2020 жылдарға арналған Ұлттық қауіпсіздік стратегиясына енгізілді. Ауыстырылған көрсеткіштердің көпшілігі ұсынысты төмендетуге бағытталған. Сонымен қатар, бағдарламаның индикаторлары мен көрсеткіштері Денсаулық сақтауды дамытудың 2016-2020 жылдарға арналған «Денсаулық» мемлекеттік бағдарламасына, сондай-ақ мүдделі мемлекеттік органдардың стратегиялық жоспарларына және аумақтарды дамыту бағдарламаларына біріктірілген.

Денсаулық сақтауды дамытудың 2016-2020 жылдарға арналған «Денсаулық» мемлекеттік бағдарламасында алкоголь, темекі, есірткі және психотроптық заттарды тұтынуды төмендету бағдарламаны іске асырудың негізгі бағыттарына енгізілген, алайда бұл бағытты іске асырудың жолдары мен шаралары нақты көрсетілмеген. Осы міндетті іске асыруды бағалау бойынша негізгі индикатор ретінде наркологиялық есепте тұрған адамдардың саны болып табылады. Бағдарламада Туберкулез, АИТВ/ЖИТС, психикалық және наркологиялық ауытқулары бар науқастарға медициналық көмек көрсетудің озық, дәлелденген, тиімділігі жоғары технологияларды енгізуді жалғастыру ұсынылды. Осыған қарамастан, бағдарламада тиімділігі күмәнді шаралар белгіленген: кәмелетке толмағандар істері жөніндегі инспекторларды балалар мен жасөспірімдер арасында наркологиялық бейін бойынша тәуекел топтарын ерте анықтау технологияларына үйрету; ІІМ қызметкерлерін мас болу дәрежесін анықтау дағдыларына үйрету; халықаралық нашақорлыққа қарсы күрес күніне арналған акцияларды өңірлік деңгейде өткізу; қазіргі заманғы ақпараттық технологияларды пайдалана отырып, тәуекелдің мінез-құлықтық факторларының алдын алу бойынша ақпараттық жұмыс жүргізу.

1.3.2. Үйлестіру

Қазақстан Республикасында нашақорлыққа және есірткі бизнесіне қарсы күрес саласындағы үйлестіруші орган Ішкі істер министрлігі атынан Есірткі бизнесіне қарсы күрес және есірткі айналымын бақылау департаменті болып табылады.

Мемлекеттік органдардың есірткіге қарсы жұмысының сапасын арттыру мақсатында Қазақстан Республикасы Премьер-Министрінің (2011 жылғы 15 қыркүйектегі № 129-ө) өкіміне сәйкес Мемлекеттік органдардың нашақорлыққа және есірткі бизнесіне қарсы іс-қимылға бағытталған қызметін үйлестіру жөніндегі ведомствоаралық штаб құрылды. Штаб құрамына 12 мемлекеттік органдардың өкілдері кіреді.

Штаб нашақорлықтың алдын алу, бағдарламалық құжаттардың орындалу тиімділігін арттыру жөніндегі мемлекеттік органдардың қызметін үйлестіру жөніндегі ІІМ жанындағы тұрақты жұмыс істейтін ведомствоаралық жұмыс органы болып табылады.

Штаб өз жұмысында қызметі нашақорлық пен есірткі бизнесінің таралуына қарсы әрекет етумен байланысты халықаралық ұйымдармен, үкіметтік емес ұйымдармен және қоғамдық бірлестіктермен өзара іс-қимыл жасайды.

Штабтың негізгі мақсаттары:

- 1) мемлекеттік органдардың нашақорлықтың алдын алуға және есірткі қылмыстарының жолын кесуге бағытталған қызметін үйлестіру;
- 2) мемлекеттік органдардың нашақорлыққа және есірткі бизнесіне қарсы іс-қимыл жөніндегі өзара іс-қимылын жетілдіру;

3) нашақорлыққа және есірткі бизнесіне қарсы күрес жөніндегі жаңа тәсілдерді, тұжырымдамалық ережелер мен бағдарламаларды, есірткі қылмыстары мен нашақорлықтың алдын алу және жоюын кесу жоспарларын әзірлеу;

4) нашақорлық пен есірткі бизнесіне қарсы іс-қимыл саласындағы заңнаманы жетілдіру жөнінде ұсыныстар әзірлеу.

2016-2017 жылдары Есірткіге қарсы ведомствоаралық штабтың 7 отырысы өткізілді, оның шеңберінде есірткі бизнесіне қарсы іс-қимылдың және нашақорлықтың алдын алудың өзекті мәселелері қаралды. 2017 жылы мәжілістерде талқыланған негізгі тақырып елде синтетикалық есірткіні таралуы және онымен күрес әдістері болды.

ПБЗ тәуелділігін емдеу және ПБЗ тұтынудың алдын алу саласында Қазақстан Республикасы Үкіметінің жанындағы Денсаулық сақтау жөніндегі Ұлттық Үйлестіру кеңесі жұмыс істейді. 2016-2017 жылдары ПБЗ тәуелділігін емдеу және ПБЗ қолданудың алдын алу мәселелерін қарайтын отырыстар кеңес шеңберінде өткізілген жоқ.

ҚР Үкіметі жанынан кәмелетке толмағандардың ісі және олардың құқықтарын қорғау жөніндегі ведомствоаралық комиссия (БАК) 2007 жылдан бастап құрылып белсенді жұмыс істеуде. 2017 жылы БАК-тың 21 отырысы өткізілді, онда 65 мәселе қаралды (кәмелетке толмағандардың құқық бұзушылықтарының, қадағалаусыз және панасыз қалуының алдын алу, мектеп полиция инспекторларының, кәмелетке толмағандарды бейімдеу орталықтарының қызметі туралы, ювеналдық әділет жүйесін дамыту, балаларға қатысты зорлық-зомбылық пен қатыгездіктің алдын алу және т. б.).

1.3.3. Нашақорлыққа және есірткі бизнесіне қарсы күрес саласындағы халықаралық ынтымақтастық

Қазақстан өңірлік тұрақтылықты қамтамасыз етуге бағытталған халықаралық және өңірлік ынтымақтастықты берік ұстанады. Мемлекет Азиядағы сенім шаралары жөніндегі кеңесті, Экономикалық ынтымақтастық ұйымын, Шанхай Ынтымақтастық Ұйымын (ШЫҰ), БҰҰ Есірткі және қылмыс жөніндегі басқармасын (БҰҰ ЕҚБ), Тәуелсіз Мемлекеттер Достастығын (ТМД), Ұжымдық қауіпсіздік туралы шарт ұйымын (ҰҚШҰ), Еуропалық Одақ бағдарламасын қоса алғанда, халықаралық және өңірлік ұйымдардың тиісті қызметін толығымен қолдайды.

Шет елдердің құқық қорғау органдарымен өзара іс-қимыл 50-ден астам үкіметаралық және ведомствоаралық келісімдер негізінде жүзеге асырылады. 2015-2017 жылдары 5 халықаралық шартқа қол қойылды. Дипломатиялық корпус, халықаралық ұйымдар, шетелдік құқық қорғау органдары өкілдерімен 39 кездесу, консультациялар және келіссөздер өткізілді.

Шет елдердің құқық қорғау органдарымен ынтымақтастық кезінде көпжақты форматта, ең алдымен ҰҚШҰ, БҰҰ және ШЫҰ шеңберінде құрылған тетіктер белсенді пайдаланылады, олар арқылы өзара іс-қимыл, жедел іс-шаралар өткізу және ақпарат алмасу қамтамасыз етіледі.

Есірткі бизнесіне қарсы күрес мәселелерінде өзара іс-қимыл жасау үшін тиімді алаң ҰҚШҰ-ға мүше мемлекеттердің есірткінің заңсыз айналымына қарсы іс-қимыл жөніндегі құзыретті органдар басшыларының үйлестіру кеңесінің форматы қарастырылуда. ҰҚШҰ-ға мүше мемлекеттердің аумағында жылына кемінде екі рет өткізілетін «Канал» халықаралық операциясы практикалық байланыстарды жолға қоюға және нығайтуға, бірлескен әзірлемелерді іске асыруға және есірткі трафиінің жолын кесу бойынша ауқымды операцияларды жүргізуге мүмкіндік береді.

2015 жылы Орталық Азия мемлекеттері үшін БҰҰ Есірткі және қылмыс жөніндегі басқармасының 2015-2019 жылдарға арналған бағдарламасын іске асыру басталды. Осы бағдарламаның мақсаты Орталық Азия елдері арасында есірткінің, психотроптық заттар мен прекурсорлардың заңсыз айналымына қарсы күрес саласындағы ынтымақтастықты нығайту болып табылады. Сондай-ақ елде БҰҰ-ның бірқатар жобаларын, оның ішінде емдеу және алдын алу, ақпарат алмасу, бақыланатын жеткізілімдер бойынша, сондай-ақ Ауғанстан мен көрші елдер бойынша өңірлік бағдарламаны іске асыру қамтамасыз етіледі. Орталық Азия мемлекеттеріне арналған БҰҰ ЕҚБ бағдарламасы өңір елдерінің сарапшыларымен бірлесе отырып, өңір елдері үшін және донорлар қауымдастығының, өңірлік құрылымдар мен БҰҰ басқа да агенттіктері өкілдерінің жәрдемдесуімен мұқият жоспарланған консультациялар процесі арқылы әзірленді. Онда Орталық Азия мемлекеттері проблемалық деп санайтын салалар көрсетілген, сондай-ақ елдер техникалық көмек көрсетудің қажетті шарты ретінде қарастыратын ресурстар көзделген. Бағдарлама БҰҰ ЕҚБ-ның өңірде көмек көрсету саласындағы алдыңғы тәжірибесіне негізделеді және жеке алынған жобаларды іске асыруға емес, кешенді

және жан-жақты тәсілді қамтамасыз етуге бағытталған. Бағдарламаны БҰҰ ЕҚБ-ның Ташкенттегі Аймақтық өкілдігі үйлестіреді, техникалық жәрдем БҰҰ ЕҚБ-ның бағдарламалық кеңселері (БҰҰ ЕҚБ-ның Орталық Азиядағы өңірлік өкілдігі, 2015) арқылы көрсетілетін болады.

Қазақстанда ұзақ уақыт бойы Орталық Азияда есірткіге қарсы күрес бағдарламасы (CADAP) іске асырылуда, ол Еуропалық Одақ (ЕО) саясатының сабақтастығын және Орталық Азиядағы әріптермен ұзақ мерзімді өзара іс-қимылдың дәлелдемесін білдіреді. Бұл бағдарлама есірткіге сұранысты қысқарту және Орталық Азия елдерінде ақпараттық жүйелерді дамыту саласындағы ұлттық саясатты одан әрі нығайтуға ықпал етеді. CADAP шеңберіндегі барлық бағдарламалық іс-шаралар саясат, сондай-ақ техникалық көмек, есірткі ахуалының мониторингі, нашақорлықтың алдын алу, емдеу және зиянды азайту мәселелері бойынша консультациялар беру жолымен ұлттық және өңірлік деңгейде әлеуетті арттыруға бағытталған.

2. ЖАЛПЫ ХАЛЫҚ АРАСЫНДА ЖӘНЕ НАҚТЫ НЫСАНАЛЫ ТОПТАР АРАСЫНДА ЕСІРТКІНІ ПАЙДАЛАНУ

2.1. КІРІСПЕ

Елде жалпы тұрғындар арасында есірткіні тұтыну бойынша зерттеулер 2017 жылы жүргізілген жоқ.

Ұлттық ауқымдағы соңғы зерттеуі Нашақорлықтың медициналық-әлеуметтік проблемаларының республикалық ғылыми-практикалық орталығымен (НМӘП РҒПО) 2001 жылы жүргізілді. Осы зерттеудің мақсаты Қазақстан қалалары халқының нашақорлық проблемасына қатынасын зерттеу және ҚР халқы арасында есірткіге тәуелділіктің таралуын барынша тиімді шектейтін әлеуметтік қызметтің негізгі бағыттарының мониторингі болды. Зерттеу шеңберінде сондай-ақ есірткі заттарына тәуелді белгілері бар халық санын анықтау болжалды.

Зерттеудің басты жиынтығын 7-55 жастағы Қазақстанның ірі қалаларының (халқы 150 000 адам және одан да көп) тұрғындары құрады. Зерттеу үлгісі 7029 адамды құрады. Сауалнаманы жүргізу сауалнаманы респонденттердің өз бетінше толтыру жолымен жүзеге асырылды, ал сауалнаманы дене және психологиялық жағдайына байланысты өз бетінше толтыра алмаған респонденттер топтары, сондай-ақ 7-11 жас аралығындағы балалармен сұхбат жүргізілді (НМӘП РҒПО, 2004).

Елде Республикалық ЖИТС орталығы екі жылда бір рет есірткіні инъекциялық тәсілмен пайдаланатын адамдардың санына бағалау жүргізеді, сондай-ақ коммерциялық секс қызметкерлері мен еркектермен жыныстық қатынасы бар ер адамдар арасында инъекциялық есірткіні тұтынуды бағалау жүзеге асырылады.

Қазақстан Республикасындағы жағдайды бағалау үшін халық арасында есірткіні тұтынудың негізгі көзі наркологиялық есептің деректері болып табылады болып табылады, олар әртүрлі департаменттерде профилактикалық және емдеу бағдарламаларын бағалау және жоспарлау үшін пайдаланылады.

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2009 жылғы 2 желтоқсандағы № 814 бұйрығы негізінде елде психикалық белсенді заттарды (ПБЗ) қолданудан туындаған бұзылулары бар адамдарды тіркеу жүйесі жұмыс істейді, ол наркологиялық есептің бірнеше түрін қамтиды: профилактикалық және диспансерлік.

Медициналық көмекке өз бетімен немесе ПБЗ-ны пайдалану аурудың клиникалық көріністерімен (қауіп-қатер тобы) сүйемелденбейтін қоғамдық бірлестіктердің, медициналық ұйымдардың және ішкі істер органдарының жолдамасы бойынша жүгінген адамдарға профилактикалық бақылау ұйымдастырылады.

Наркологиялық көмек көрсететін амбулаториялық медициналық ұйымдарда адрестік диспансерлік есепке алуға және динамикалық бақылауға ПБЗ-ны тұтыну салдарынан психикалық және мінез-құлықтық бұзылулары бар, дәрігер-нарколог немесе сот-наркологиялық сарапшы диагноздары белгіленген адамдар жатады.

ПБЗ-ны пайдалану салдарынан психикалық және мінез-құлықтық бұзылулары бар адамдарды диспансерлік есепке алу және тәуекел тобындағы адамдарды профилактикалық бақылау наркологиялық ұйымдарда жүзеге асырылады.

Адам емдеу процесінде барлық тағайындауларды орындаған, наркологиялық ұйымдарда емдеу мерзімдерін сақтаған және тұрақты, объективті расталған ремиссияны емдегеннен кейін басталған жағдайда ПБЗ (алкогольден басқа) пайдалану салдарынан психикалық және мінез – құлықтық бұзылулары бар адамдар үшін адрестік диспансерлік есепке алу мерзімі – 5 жыл белгіленеді. Медициналық емес мақсатта ПБЗ тұтынатын, бірақ тәуелділігі жоқ адамдарды профилактикалық бақылау мерзімі – 1 жыл. Қауіп тобындағы адамдар профилактикалық бақылау процесінде медициналық көмекті негізінен амбулаториялық жағдайларда алады.

Диспансерлік есептен шығару мынадай негіздерде жүргізіледі: а) тұрақты ремиссия (сауығу); б) наркологиялық ұйым қызмет көрсететін аумақтан тыс жерге шыға отырып, тұрақты тұрғылықты жерін өзгерту, оның ішінде басқа наркологиялық ұйымға диспансерлік бақылауға берілуіне байла-

нысты; в) барлық қабылданған шараларға қарамастан, наркологиялық ұйым 1 жыл ішінде пациентті тексеруді қамтамасыз ете алмаса, пациент диспансерлік есептен шығарылады (бұл жағдайларда есептен шығару туралы шешімді пациент бақылауда болған ұйымның дәрігерлік-консультациялық комиссиясы (ДКК) шығарады); г) 1 жылдан астам мерзімге бас бостандығынан айыруға байланысты соттау; д) қайтыс болуына байланысты.

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м. а. 2009 жылғы 2 желтоқсандағы № 814 Бұйрығымен бекітілген Маскүнемдікпен, нашақорлықпен және уытқұмарлықпен ауырады деп танылған адамдарды есепке алу, қарау және емдеу ережесіне 31.12.2015 ж. жағдай бойынша енгізілген өзгерістерге сәйкес «анонимді есеп» ұғымы алынып тасталды.

Есірткіге байланысты проблемалары бар адамдардың тіркелімдері наркологиялық ұйымдар мен құқық қорғау органдарында ПБЗ қолданатын адамдардың популяциясын жанама бағалау үшін белгілі бір мүмкіндіктер беретініне қарамастан, елде ақпараттың бұл көзі ұлттық деңгейде тиісті дәрежеде зерттеу үшін пайдаланылмайтынын атап өткен жөн. Сонымен қатар, ҚР Прокуратурасы тексеріс нәтижелері мен талдауы нашақорлықтан зардап шегетін адамдарды есепке алудың қолданыстағы жүйесінің жетілмегенін және тіркеу жүйесіндегі бұзушылықтарды анықтады. ПБЗ тәуелді тұлғаларды есепке алу және оларды есептен шығару іс жүзінде ретсіз жүргізіледі және әртүрлі манипуляцияларға ұшырайды, соның салдарынан есепке алу деректері есептік контингент бойынша объективті көріністі ашпайды (ҚР БП ҚСАЕК, 2016).

Денсаулық сақтауды дамытудың 2016-2020 жылдарға арналған «Денсаулық» мемлекеттік бағдарламасы аясында елде Қазақстан Республикасының Қылмыстық-атқару жүйесіндегі наркологиялық ахуалға мониторинг және бағалау жүзеге асырылуда.

2012 жылы нашақорлықтың медициналық-әлеуметтік проблемалары республикалық ғылыми-практикалық орталығының ғылыми-техникалық бағдарламасы шеңберінде (Павлодар қ.) және BRIF Research Group (Алматы қ.) қолдауымен ПБЗ тұтынуға тартудың таралуына, сондай-ақ ұйымдасқан жастар топтары (оқушылар, студенттер) арасында химиялық емес аддикцияның түрлі нысандарына тартылуына зерттеу жүргізілді (Байкенов Е. Б., 2013). Зерттеу ESPAD (The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs, 2011) сауалнамасының орыс тіліндегі нұсқасынан ПБЗ тұтынуға қатысты сұрақтар ішінара алынған құрылымдалған сауалнаманың өзін-өзі толтыру әдісін пайдалана отырып жүргізілді.

Зерттеумен келесі аймақтар мен қалалар қамтылды: Астана қ., Алматы қ., Жамбыл, Батыс Қазақстан, Қарағанды, Қостанай, Павлодар, Оңтүстік Қазақстан облыстары (16-ның 8-і). ҚР әрбір зерттелетін облысында үш бағыт бөлінген: облыс орталығы, халқының саны 100 000-ға дейінгі қала және ауыл. Іріктеудің жалпы көлемі 4000 адамды құрады (әрбір зерттелетін аймақта 500 адамнан). Осы зерттеумен үш жас тобы қамтылды: 15-16 жастағы, 18-19 және 21-22 жастағы оқушылар.

2.2. ХАЛЫҚ АРАСЫНДА ЕСІРТКІНІ ПАЙДАЛАНУ

2001 жылы НМЭП РФПО жүргізген ұлттық зерттеу барысында алынған деректерге сәйкес, Қазақстан Республикасында есірткіге тәуелді адамдардың саны халықтың 1,7% - ын құрады (НМЭП РФПО, 2004). Олардың 31,6%-ы - опиоидтарға тәуелді адамдар (негізінен-героинді тәуелділік), 81,3%-ы - каннабиноидтарға тәуелді адамдар, 15,5%-ы - басқа есірткі заттарына тәуелді адамдар (3 Кесте). Сауалнамаға жауап берушілердің 10%-ы өмірінде кем дегенде бір рет есірткі қабылдаған, сонымен қатар, оның қандай заттар болғандығы зерттеуде нақтыланбайды.

3 КЕСТЕ: ҚОЛДАНЫЛАТЫН ЕСІРТКІ ТҮРЛЕРІ БОЙЫНША ТӘУЕЛДІ ЕСІРТКІ ЗАТТАРЫНЫҢ БАҒАЛАУ САНЫ, 2001 (НМЭП РФПО)

Параметрлері	Опиоидтарға тәуелді тұлғалар	Каннабиноидтарға тәуелді тұлғалар	Басқа есірткі заттарына тәуелді адамдар
Тәуелді тұлғалардың жалпы санынан үлесі	31,6%	81,3%	15,5%
Тәуелді адамдардың абсолюттік саны (7-55 жастағы халықтан %)	80,328 (1,17%)	206,667 (3,02%)	39,402 (0,58%)

Есірткіге тәуелді тұлғалардың арасында негізгі топты 17-45 жастағы (69,8%), жеке табыс деңгейі төмен (жұмыссыздар, тұрақсыз емес жұмысы бар) (92,6%), білім деңгейі орташа (68,1%) тұлғалар құрады.

Жоғарыда аталған зерттеу он жеті жыл бұрын жүргізілгенін ескерсек, қазіргі уақытта елде ел халқының арасында түрлі есірткілерді қолдануға байланысты өзекті жағдайды көрсететін қандай да бір эпидемиологиялық зерттеулер жоқ.

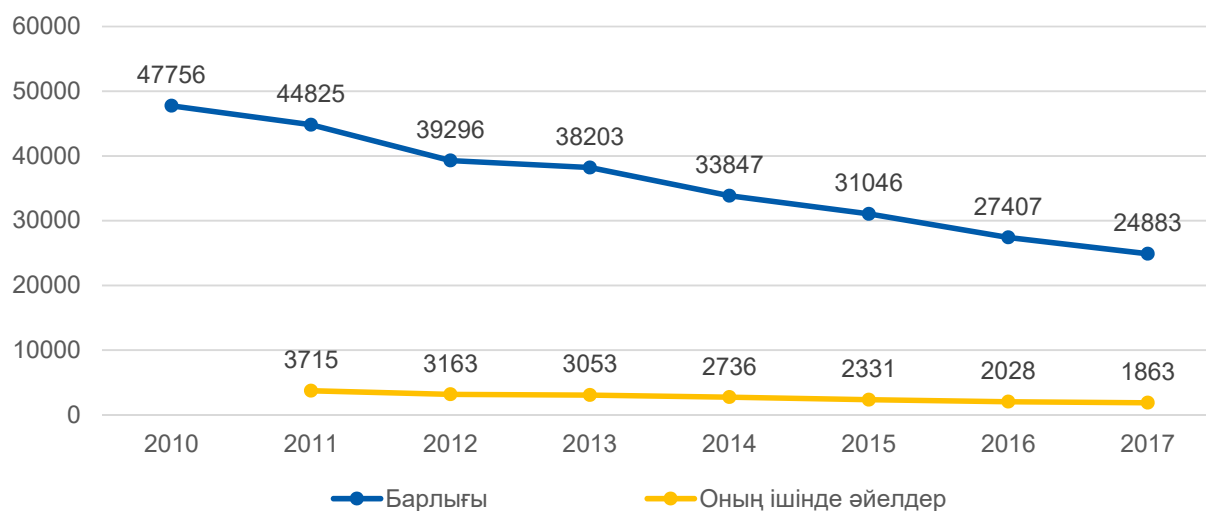
2015-16 жылдары Денсаулық сақтау министрлігі заңсыз заттар мен заңды заттарды асыра пайдалануды қоса алғанда, жалпы халық арасында әртүрлі ПБЗ-ның таралуына және пайдалану сипаттамаларына зерттеу жүргізуді жоспарлады. Қазіргі уақытта бұл зерттеу жүргізілген жоқ.

2.3. НАРКОЛОГИЯЛЫҚ ЕСЕПКЕ АЛУ ЖҮЙЕСІ

2017 жылғы 31 желтоқсандағы жағдай бойынша ресми статистика деректері бойынша наркологиялық ұйымдарда есірткіні қолданатын 24 883 адам есепте тұрды (2014 ж. – 33 847, 2015 ж. – 31 046, 2016 ж. – 27 407), оның ішінде 16 142 есірткіні инъекциялық тәсілмен қолданғандар немесе наркологиялық есепте тұрған адамдардың жалпы санының 65%. (2014 – 22 323 (66%), 2015 – 18 906 (60,9%), 2016 – 17 367 (63,4%). Соңғы 5 жылда диспансерлік және профилактикалық бақылаудағы ПБЗ (алкоголь мен темекіден басқа) тұтынудан туындаған психикалық және мінез-құлықтық бұзылулары бар адамдардың жалпы контингентінің арасында инъекциялық есірткілерді пайдаланатын адамдардың (ИЕПА) үлесі төмендеді. 2017 жылы әйелдер арасында ИЕПА үлесі 92,2%, кәмелетке толмағандар арасында – 15,7%, жастар арасында – 27% құрады.

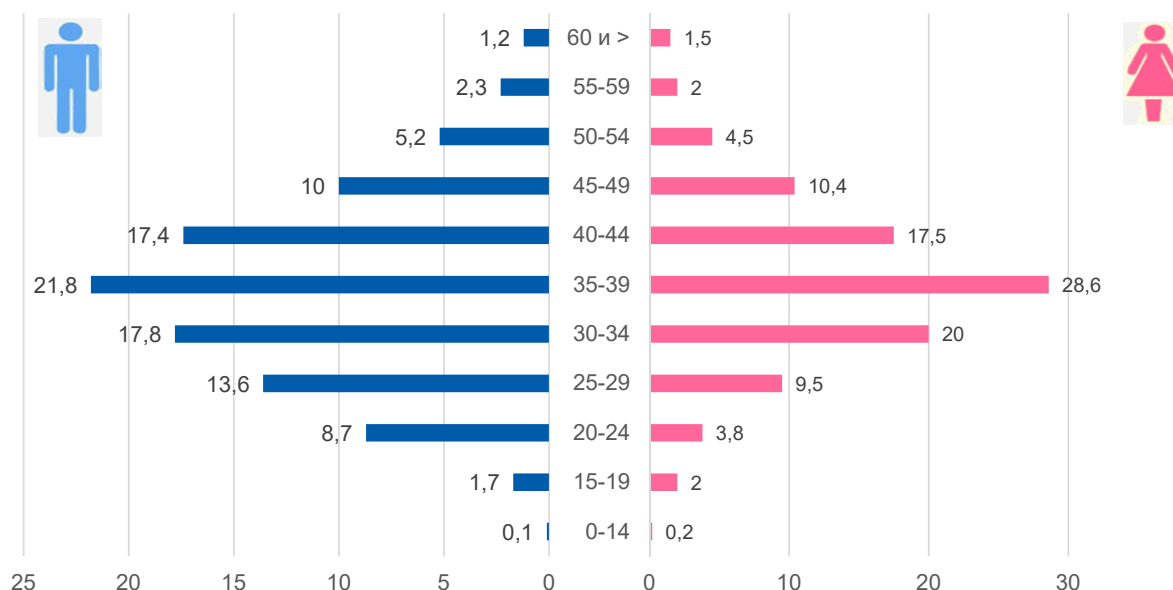
Төменде 1 Диаграмма ҚР наркологиялық қызметімен 2010 жылдан бастап 2017 жылға дейінгі кезеңде тіркелген тұлғалар саны туралы деректерді ұсынады (РПДҒ ПО, 2017)

1 ДИАГРАММА: ҚР НАРКОЛОГИЯЛЫҚ ҚЫЗМЕТІМЕН 2009-2015 ЖЖ. ТІРКЕЛГЕН ТҰЛҒАЛАР САНЫ (РПДҒ ПО)



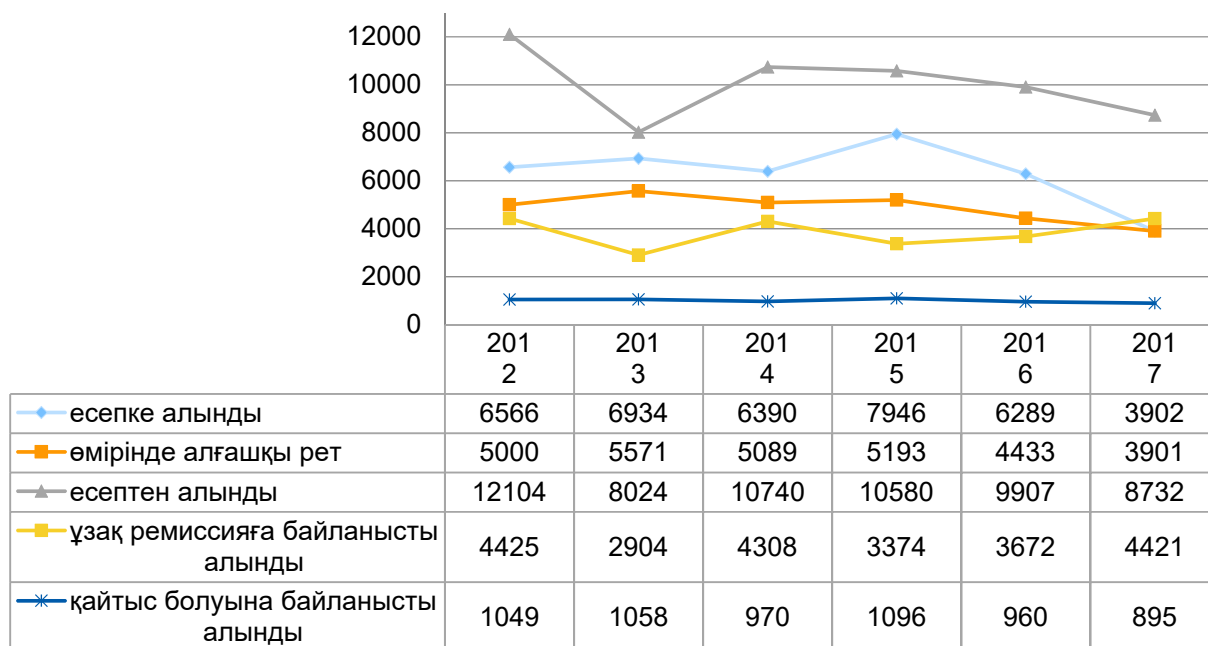
1-диаграммада көрсетілгендей, есірткі пайдаланатын тіркелген адамдардың саны 2017 жылға қарай азаю үрдісі бар. Ерлер арасында да, әйелдер арасында да тіркелген адамдардың ең көп саны 35-39 жас тобына келеді (2 Диаграмма).

2 ДИАГРАММА: 2017 ЖЫЛЫ НАРКОЛОГИЯЛЫҚ ҚЫЗМЕТПЕН ТІРКЕЛГЕН ТҰЛҒАЛАР (ЖЫНЫСЫ МЕН ЖАСЫ БОЙЫНША БӨЛУ, %) (РПДҒ ПО)



2017 жылы есепке алынған адамдар саны 2015 және 2016 жылдармен салыстырғанда екі есе азайды, сонымен бірге, соңғы жылдары алғаш рет есірткі емдеуге тіркелген адамдардың 100% -ы биылғы жылы алғаш рет тіркелді. Тіркелген тұлғалардың жылдар бойынша динамикадағы қозғалысы 3 диаграммада бейнеленген. Сондай-ақ, соңғы жылдары елде тіркелген есірткі тәуелділігі бар адамдар санының жалпы төмендеу себептерінің бірі болып табылатын тізілімнен шығарылған адамдардың саны тіркелгендердің санынан асып кету үрдісі байқалады.

3 ДИАГРАММА: 2012-2017 ЖЫЛДАР КЕЗЕҢІНДЕ НАРКОЛОГИЯЛЫҚ ЕСЕПТЕН АЛЫНҒАН ЖӘНЕ ШЫҒАРЫЛҒАН АДАМДАРДЫҢ САНЫ (РПДҒ ПО)



Елдің наркологиялық қызметінде есепке алынған барлық адамдардың арасында Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының аурулардың халықаралық жіктемесіне (АХЖ-10) сәйкес F11 диагнозы бар «Опиоидтерді қолданудан туындаған психикалық және мінез-құлық бұзылулары», F12 «Каннабиноидтерді қолданудан туындаған психикалық және мінез-құлық бұзылулары» және F19 «Бірнеше есірткі

құралдарын бір мезгілде қолданудан және басқа психикаға белсенді заттарды пайдаланудан туындаған психикалық және мінез-құлық бұзылулары» (4-Кесте) бар адамдар басым.

Апиындарды қолданудан туындаған бұзылулармен алғашқы ауру 2017 жылы 100 мың тұрғынға 4,8 құрады, ұқсас көрсеткіш 2016 жылы -100 мың тұрғынға 4,2. Каннабиноидтерді қолданудан туындаған бұзылулармен алғашқы сырқаттанушылық 2017 жылы 100 мың тұрғынға шаққанда 2016 жылғы 17,8-ден 14,7-ге дейін төмендеді. Басқа ПБЗ қолданудан туындаған психикалық және мінез-құлықтық бұзылулармен Алғашқы сырқаттанушылық 2017 жылы 2016 жылмен салыстырғанда 100 мың адамға шаққанда 26,0-ден 22,6-ға дейін төмендеді (РПДФ ПО, 2017).

4 КЕСТЕ: ЖЫЛДАН БАСТАП 2017 ЖЫЛҒА ДЕЙІН АХЖ-10 ДИАГНОЗЫ БОЙЫНША НАРКОЛОГИЯЛЫҚ ҚЫЗМЕТ ТІРКЕГЕН ТҰЛҒАЛАР (РПДФ ПО)

АХЖ-10 бойынша диагноз	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
F11	35333	33739	29928	26920	22948	21432	18174	15449	12700	11453
F12	11842	12606	12634	12682	11263	11579	10417	10215	9778	8483
F13	81	75	97	85	64	83	77	55	34	29
F14	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
F15	139	101	89	72	40	35	19	4	8	40
F16	24	21	11	23	22	22	10	10	4	1
F18	1512	1131	876	615	509	423	353	311	262	259
F19	3960	4063	4121	4428	4450	4628	4797	5005	4621	4618
БАРЛЫҒЫ	52891	51936	47756	44825	39296	38203	33847	31049	27407	24883

Соңғы сегіз жылда апиындарды қолданудан туындаған бұзылулары бар және стимуляторларды қолданудан туындаған бұзылулары бар адамдардың үлесін барлық тіркелген адамдар арасында қысқару үрдісі сақталуда. Екінші жағынан, қарастырылып отырған кезеңде психобелсенді заттарды біріктіруге байланысты бұзылулары бар адамдардың үлесі артуда.

2.4. ЖАСТАР АРАСЫНДА ЕСІРТКІНІ ҚОЛДАНУ

ПБЗ тұтынудың таралуын зерттеу және балалар мен жастар арасында химиялық емес аддикцияларға тарту барысында алынған деректерге сәйкес, 2012 жылы НМӘП РФПО өткізген 16 жастағы оқушылардың 15,8%-ы ($\pm 1,9$) өмір бойы қандай да бір есірткі заттарын қолданған (5-Кесте). Ағымдағы қолданыстағы есірткіні тұтынудың ең көп таралуы және жалпы өмірде тұтынуы жастар арасында 22 жастағылар және ерлер арасында кездеседі (Байкенов Е. Б., 2013).

5 КЕСТЕ: ҚР 2012 ЖЫЛЫ БАЛАЛАР МЕН ЖАСТАР АРАСЫНДА ЕСІРТКІ ЗАТТАРЫН ТҰТЫНУДЫҢ ТАРАЛУ КӨРСЕТКІШТЕРІ (НМӘП РФПО)

Көрсеткіш	Барлық (n=4000)	Ер. (n=1731)	Әйел. (n=2269)	16 жас (n=1415)	19 жас (n=1824)	22 жас (n=761)
Өмір бойы есірткіні тұтыну	16,1% ($\pm 1,1$)	22,6% (± 2)	11,1% ($\pm 1,3$)	15,8% ($\pm 1,9$)	15,1% ($\pm 1,6$)	19,1% ($\pm 2,8$)
Соңғы 12 ай ішінде есірткіні тұтыну	8,2% ($\pm 0,9$)	13% ($\pm 1,2$)	4,5% ($\pm 0,9$)	7,3% ($\pm 1,4$)	4,7% (± 1)	5,3% ($\pm 1,6$)
Соңғы 30 күн ішінде есірткіні тұтыну	4,6% ($\pm 0,7$)	7,6% ($\pm 1,6$)	2,4% ($\pm 0,6$)	4,2% (± 1)	8,4% ($\pm 1,3$)	9,2% ($\pm 2,1$)

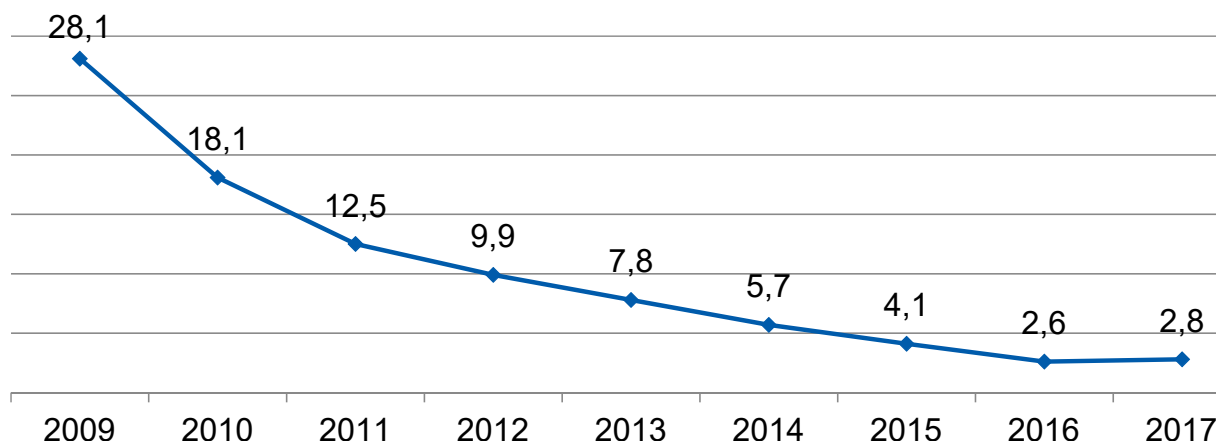
Балалар мен жастар арасында өмір бойы ең көп тұтынылатын есірткі заттарына қатысты каннабис - 11,2% (± 1), ингалянттар - 5,4% ($\pm 0,6$), стимуляторлар - 2,3% ($\pm 0,5$) және тыныштандырғыш заттар - 1,5% ($\pm 0,4$) бөлінеді. Өмір бойы апиындарды тұтынуға респонденттердің 0,9% ($\pm 0,3$), соңғы жыл ішінде - 0,6% ($\pm 0,2$), соңғы 30 күнде - 0,4% ($\pm 0,2$) респонденттер көрсетті.

Есірткі заттарын ағымдағы тұтынуды салыстырған кезде бөлінген жас топтары арасында каннабис тұтынатын тұлғалар санының ұлғаю үрдісі байқалады. Апиындар мен экстази тұтынатындардың

саны шамамен бір деңгейде қалады, ингалянттарды тұтыну жасына байланысты төмендейді деп болжауға болады (Байкенов Е. Б., 2013).

Наркологиялық есепке алу деректері бойынша 18 жасқа дейінгі тіркелген есірткіні тұтынушылар саны (7 Диаграмма) соңғы 5 жылда азаюдың айқын үрдісі бар (РПДҒ ПО, 2017).

4 ДИАГРАММА: 2009-2017 ЖЖ. СӘЙКЕС КЕЛЕТІН 100 000 АДАМҒА 18 ЖАСҚА ДЕЙІНГІ ҚР НАРКОЛОГИЯЛЫҚ ҚЫЗМЕТІ ТІРКЕГЕН ТҰЛҒАЛАР САНЫ (РПДҒ ПО)



18 жасқа дейінгі наркологиялық есепте тұрған адамдардың негізгі бөлігін пайдаланушы ұшпа органикалық қосылыстарын (ҰОҚ) және каннабиноидтерді қолданатын тұлғалар құрайды (2-4-Кесте). 2013 жылға қарай ҰОҚ пайдаланатын адамдар саны 2010 жылмен салыстырғанда екі есе дерлік қысқарды, алайда 2015 жылдан бастап бұл көрсеткіш ұлғайып, 2017 жылы 2009-2017 жылдар кезеңінде ең жоғары мәнге жетті. Есепке алынған кәмелетке толмаған тұлғалар арасында инъекциялық есірткіні қолданатын адамдардың үлесі 2017 жылы 11,5% құрады (РПДҒ ПО).

2017 жылы апиыдар, стимуляторлар, ҰОҚ қолданатын 18 жасқа дейінгі есепке алынған адамдардың үлесі өткен жылдармен салыстырғанда артты. Каннабиноидтар мен галлюциногендерді қолданатын адамдардың саны жылдар бойынша динамикада азаяды.

2013 жылдан бастап елде синтетикалық есірткі тұтыну таралды. Халық арасында синтетикалық есірткіні қолдану туралы толық ақпаратты осы есептің «ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНДАҒЫ ЖАҢА ПСИХИКАЛЫҚ БЕЛСЕНДІ ЗАТТАР» арнайы бөлімінен алуға болады.

6 КЕСТЕ: 18 ЖАСҚА ДЕЙІНГІ ЕСЕПКЕ АЛЫНҒАН АДАМДАР АРАСЫНДАҒЫ ТҰТЫНЫЛАТЫН ЕСІРТКІ ЗАТТАРЫНЫҢ АРАҚАТЫНАСЫ (%) (РПДҒ ПО)

Есірткі заттар	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Апиындар	2,2	2,3	0,8	1,6	1,7	2,8	2,8	2,1	3,2
Каннабиноидтар	43,2	43,1	52,8	60,4	64,8	55,8	55,8	52,2	40,3
Седативті заттар	0,8	2,9	4,1	2,8	4,5	0,5	0,5	0,6	0
Стимуляторлар	0,5	0,9	0,5	0	0,0	0	0	0	1,9
Галлюциногендер	0,9	0,8	3,1	4,0	4,8	3,3	3,2	0,6	0,6
ҰОҚ	46,5	45,0	31,1	25,9	21,6	30,2	30,2	32	48,7
Біріктіріп қолдану	6,0	5,0	7,6	5,2	2,6	7,4	7,4	8,1	5,1
Инъекциялық тұтыну	8,9	10,5	9,9	7,2	3,6	2,8	2,8	5,6	11,5

Елдің кейбір аймақтарында 18 жасқа дейінгі балалар арасында, тұтынылуы ресми статистикада немесе ұлттық зерттеулерде көрсетілмейтін, әртүрлі қол жетімді заттар пайдаланылады. Сондай-ақ, бұл заттардың тұтынылуы проблемалы және көрші өңірлерде қаншалықты кең таралғаны туралы мәліметтер жоқ, оның таралуы және ықтимал тәуекелдерді бағалау үшін қосымша зерттеулерді талап етеді.

Солдай, Батыс Қазақстан облысында балалардың үпілмәлік тұқымдарын пайдалану жағдайлары болды. Өсімдіктің барлық бөліктерінде адамдар мен жануарлар үшін уытты болып табылатын рицин протеині мен рицининің алкалоид бар. (ЛД50 шамамен 500 микрограмм). РИЦИННІҢ АДАМ ТІНДЕРІНІҢ АҚУЫЗДАРЫН БІРЖОЛА ЖОЮҒА ҚАБІЛЕТТІЛІГІ, ОНЫҢ ДЕНСАУЛЫҚҚА ОРНЫ ТОЛМАС ЗИЯН КЕЛТІРЕТІНІН КӨРСЕТЕДІ. Ақуыз синтезінің тежелуі ағзаның иммундық қорғанысына, зат алмасу процестеріне және ағзаның физиологиялық функцияларына қатысатын ферменттер, жасушалар мембраналарының ақуыздары синтезінің бұзылуына әкеледі. Ең алдымен, қатты улану нәтижесінде пайда болатын галлюцинациялар осы өсімдіктің тұқымдарын аймақтағы балалар арасында тұтынуға ықпал етеді.

Оңтүстік Қазақстан облысында 18 жасқа дейінгі балалар арасында басқа өсімдік қолданылды. Бұл кәдімгі итжидек (Белладонна). Өсімдіктің барлық бөліктері тропан алкалоидтары бар: атропин, гиосциамин, скополамин (гиосцин), апоатропин және т.б., сондай-ақ флавоноидтар мен оксикумариндерден тұрады. Белладонны тұтыну кезінде жеңіл улану белгілері 10-20 минуттан кейін пайда болады: ауыз бен жұтқыншақтың құрғауы және өршуі, жұту және сөйлеу қиын, жүрек соғуының жиілеуі (тахикардия). Ауыр улану кезінде бағдардың толық жоғалуы, оқыс қозғалу және психикалық қозу, кейде құрысулар. Атропинмен уланудың ерекше асқынуы трофикалық бұзылулар болып есептеледі – бет теріасты клетчаткасының, білек пен балтыр аймағындағы елеулі ісінуі.

Қарағанды облысында ұзақ жылдар бойы Теміртау қаласында балалар арасында толуол – метилбензол, иісі бар түссіз сұйықтық пайдаланылады. Толуолдың булары зақымданбаған тері мен тыныс алу органдары арқылы еніп, жүйке жүйесінің зақымдануын (тежелуі, вестибулярлық аппарат жұмысындағы бұзылулар), оның ішінде қайтымсыз бұзылыс тудыруы мүмкін. Жалпы, толуол бензолдың басқа гомологтары сияқты, өте улы, жоғары концентрацияларда булар есірткі арқылы әсер етеді, күшті галлюцинация және диссоциативті жағдай тудырады. Өте жоғары дозаларда (ұзақ үздіксіз ингаляцияларда) тепе-теңдік сезімімен байланысты галлюцинаторлық психосенсорлық мазасыздану туындауы мүмкін. Галлюцинация ұлғаяды, басқарылмайтын психикалық көріністер, толық диссоциация, жеке тұлғаның тұтастығының ыдырауы орын алады.

2.5. БАСҚА НЫСАНАЛЫ ТОПТАР АРАСЫНДА ЕСІРТКІНІ ПАЙДАЛАНУ

Жалпы 2017 жылдың 31 желтоқсанына ҚР Қылмыстық-атқару жүйесі (ҚАЖ) мекемелерінде ПБЗ тәуелді 3 602 адам болған. 1000 сотталған адамға шаққандағы көрсеткіш 117,1 құрайды. ПБЗ тәуелділігі бойынша 1 491 адам (1000 сотталған адамға 48,5) мәжбүрлеп емдеуден өтеді. ҚР ҚАЖ мекемелерінде ПБЗ (алкогольден басқа) тәуелді барлық бақылаудағы адамдардың арасында инъекциялық есірткілерді пайдаланатын адамдардың (ИЕПА) үлесі 82,5% (2016 жылы - 82,5%) құрады.

31.12.2017 ж. ҚР бас бостандығынан айыру орындарында алкогольге тәуелді 155 әйел наркологиялық есепте тұр (алкогольге тәуелді барлық тұлғалардың 9%, 2016 жылы 6,3% болды), басқа ПБЗ тәуелді 185 әйел (10%, 2016 жылы 8,3%).

Бас бостандығынан айыру орындарында ПБЗ қолданудан туындаған психикалық және мінез-құлықтық бұзылулары бар кәмететке толмаған бірде-бір адам болған жоқ. ҚАЖ мекемелерінде наркологиялық есепте тұрған адамдардың ең көп үлесі 30-39 жас тобына (41,1%) келеді, одан әрі 40-49 жас аралығындағы тұлғалар (25,2%) келеді.

ҚР денсаулық сақтаудың азаматтық секторында және ҚАЖ – да наркологиялық есепте тұрған адамдар бойынша деректерді салыстыру ҚАЖ-да 14 жастан асқан 1000 тұрғынға ПБЗ-ға тәуелді адамдар санының көрсеткіші азаматтық секторға қарағанда 14 есе жоғары (алкогольге тәуелді адамдар санының көрсеткіші 9 есе жоғары, басқа ПБЗ-ға тәуелді адамдар санының көрсеткіші 41 есе жоғары) екенін анықтауға мүмкіндік береді.

Жалпы 2017 жылдың 31 желтоқсанына ҚР бас бостандығынан айыру орындарында 1 532 адам сату мақсатынсыз есірткіні заңсыз сақтағаны үшін ҚР ҚК 296-бабы бойынша сотталды, бұл елдің барлық түрме халқының 4,9% - ын құрайды. Оның ішінде 863 (56,3%) адам апиындарға тәуелді, 45 (3%) – каннабиноидтарға тәуелді.

Өткізу мақсатында есірткіні заңсыз сақтағаны үшін ҚР Қылмыстық Кодексінің (ҚК) 297-бабы бойынша сотталған адамдардың саны 1 906 адамды құрайды (елдің барлық түрме халқының 6% - ы). Оның ішінде 935 (49%) адам апиындарға тәуелді, 78 (5,1%) – каннабиноидтарға тәуелді.

Республикалық ЖИТС орталығының эпидемиологиялық қадағалау шеңберінде жүргізген зерттеу деректері бойынша инъекциялық есірткіні (ИЕ) пайдалануға көрсеткен коммерциялық секс қыз-

меткерлерінің пайызы 2017 жылы-5,2% (2013 ж. – 4,3%) құрады. Соңғы 12 айда есірткіні инъекциялық тәсілмен пайдалануға коммерциялық секс қызметкерлері қатарынан 71% (2013 ж.-65,1%) көрсетті. 2017 жылы аталған топтағы ең қолайлы зат героин болды (соңғы 12 айда инъекциялық есірткілерді қолданғандардың 68% - ы), одан әрі көкнәр (соңғы 12 айда инъекциялық есірткілерді қолданғандардың 62,7% - ы). Коммерциялық секс қызметкерлері арасында инъекциялық есірткіні қолданудың орташа өтілі 7,8 жылды құрады (ең аз дегенде - 6 ай, ең көп дегенде - 26 жыл). Сондай-ақ, осы зерттеу барысында ерлермен жыныстық қатынаста болған ерлердің 1,1% соңғы 12 айда кемінде бір рет инъекциялық есірткі қолданғаны анықталды.

3. АЛДЫН АЛУ

3.1. КІРІСПЕ

Қазіргі уақытта елде есірткіні тұтынудың алдын алу жөніндегі қызметтің негізгі бағыттарын айқындайтын бірыңғай құжат жоқ. Алдын алу бойынша бірқатар іс-шаралар 2016-2020 жылдарға арналған Ұлттық қауіпсіздік стратегиясында белгіленген. Бұдан басқа, ҚР Денсаулық сақтау саласын дамытудың 2016-2019 жылдарға арналған «Денсаулық» мемлекеттік бағдарламасын іске асыру шеңберінде есірткіге тәуелділіктің алдын алу және салауатты өмір салтын ұйымдастыру (СӨС) бойынша іс-шаралар өткізу қарастырылған.

Елде есірткіні тұтынудың алдын алудың басым бағыттарының бірі халықты дене шынықтыру мен спортқа тарту болып табылады. Оқу орындарында «Спорт есірткіге қарсы», «Туризм есірткіге қарсы» деген ұрандармен іс-шаралар өткізіледі. Туризм және спорт министрлігінің мәліметінше, жастар арасында есірткі мен алкогольді тұтынудың баламасы ретінде балалар-жасөспірімдер спортын дамытуға ерекше көңіл бөлінеді.

Елдегі профилактикалық іс-шаралардың үлкен үлесі үкіметтік емес (коммерциялық емес) ұйымдардың (ҰЕҰ) қолдауымен жүргізіледі. Өткен жылдары «Нашақорлыққа қарсы іс-қимыл жөніндегі іс-шаралар кешенін өткізу» жобасы іске асырылды, оның шеңберінде мекенжайлары, байланыс телефондары мен сенім телефондары кіретін Қазақстан мен ТМД елдерінде бейінді ҰЕҰ бойынша деректер базасы құрылды.

Нашақорлықтың және басқа да аурулардың алдын алу саласында ҚР барлық өңірлерінде филиалдары бар Салауатты өмір салтын қалыптастыру проблемаларының ұлттық орталығы (СӨС ҰО) белсенді рөл атқарады. СӨС ҰО қолдауымен елде жастарға достық негізде кешенді медициналық-психоәлеуметтік қызметтер көрсететін Жастар денсаулық орталықтары (ЖДО) жұмыс істейді. Сонымен қатар қызметтерге есірткі проблемалары бар адамдарға кеңес беру, көмек көрсету және қолдау көрсету жатады.

Білім беру мекемелері негізгі әлеуметтік институттар болып қала береді, онда көптеген профилактикалық іс-шаралар жүзеге асырылады. 2011 жылы елде алғаш рет есірткі және қылмыс жөніндегі басқарманың (БҰҰ ЕҚБ) қолдауымен білім беру мекемелерінде алдын алу бағдарламаларына бағалау жүргізілді.

Мемлекеттік бағдарламалар шеңберінде профилактикалық қызметке арналған қаржы шығындарын талдау кезінде елде шығыстардың көпшілігі әртүрлі ақпараттық кампанияларды өткізуге байланысты жұмсалған. Қазіргі уақытта халықаралық ұсынымдар мен стандарттарға сәйкес ҚР-да есірткіні тұтынудың алдын алу жөніндегі деректерді біріктіру қиын. Бір жағынан, елде профилактикалық бағдарламаларға мониторинг жүргізудің толыққанды жүйесі көрсетілмеген, сондай-ақ профилактикалық бағдарламалардың тиімділігін бағалау жүйесі жеткілікті дәрежеде жолға қойылмаған. Екінші жағынан, саясатты әзірлеу және профилактикалық бағдарламаларды іске асыру кезінде мақсатты аудиторияға байланысты профилактика әмбебап, селективті, индикативтік ретінде анықталғанда, Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының (ДДҰ) сараланған профилактика моделі пайдаланылмайды.

3.2. ЖАЛПЫ АЛДЫН АЛУ

3.2.1. Мектептерде алдын алу

Қазақстанда оқыту күндізгі мемлекеттік жалпы білім беретін мектептерде, жеке және халықаралық мектептерде, Назарбаев Зияткерлік мектептерінде, мүмкіндігі шектеулі оқушыларға арналған арнайы мектептерде жүзеге асырылады. Денсаулығына, әлеуметтік-экономикалық факторларға байланысты орта білім алуда тұрақты немесе уақытша қиындықтарға тап болған тұлғалар санаты

үшін кешкі мектептер, оның ішінде түзеу мекемелерінің жанында жұмыс істейтін мектептер де бар. Елде мінез-құлқы ауытқыған балаларға арналған мектептер жұмыс істейді.

Қазақстан Республикасында сондай-ақ мектепке дейінгі және орта білім алу, даму мен әлеуметтік бейімделудің бұзылуын түзету үшін, барлық санаттағы, оның ішінде денсаулық проблемалары бар; қоғамда әлеуметтік бейімделудің қиындықтары бар (төмен әлеуметтік-экономикалық және әлеуметтік-психологиялық мәртебесі бар девиантты мінез-құлықпен) балалардың сапалы білімге тең қол жеткізуін қамтамасыз ету үшін арнайы жағдайлар жасалған кезде инклюзивті білім беру белсенді дамып келеді.

Жалпы орта білім беру жүйесінде тәрбие жұмыстарымен 7 мыңға жуық директордың тәрбие ісі жөніндегі орынбасары, 8 мың психолог, 4 мың әлеуметтік педагог, 4 мың аға тәлімгер, 2 мың мектеп полиция инспекторы айналысады (ҚР БҒМ Балалардың құқықтарын қорғау комитеті, 2017). Тәрбие жұмысын жетілдіру мақсатында 7633 жалпы мектептік және 143 593 ата-ана бақылау комитеті, 3 259 қамқоршы кеңес бар.

Педагогтардың денсаулығын қорғау және білім беру сапасын арттыру мақсатында Республикалық білім беру жүйесіндегі, басшылардың және ғылыми-педагогикалық кадрлардың, аймақаралық техникалық және кәсіптік білім беру мекемелерінің біліктілігін арттыратын Республикалық біліктілікті арттыру курстарының бағдарламаларында есірткіні пайдалану және алдын алу бөлімі де енгізілген.

2010 жылдан бастап елдің барлық мектептерінде 1-11 сынып оқушыларына арналған оқу бағдарламаларына «Өзін-өзі тану» пәні енгізілді. «Өзін-өзі тану» пәніне өз мінез-құлқын реттеу дағдыларын қалыптастыру, оң әлемдік көзқарас пен дүниетанымды қалыптастыру, мазасыздық жағдайының ерте белгілерін, агрессияны болдырмау бойынша арнайы бөлімдер енгізілді.

Оқу орындарында профилактикалық қызметтің белсенді дамып келе жатқан бағыттарының бірі балалар мен жастарды альтернативті қызмет түрлеріне тарту болып табылады. БҒМ мәліметінше, 2017 жылы мектеп үйірмелеріне/секцияларына, білім беру жүйесінің мектептен тыс ұйымдарына, мәдениет және спорт жүйесіне қатысатын балаларды есепке ала отырып, қосымша білім берумен қамту 70,7% – ды құрайды. Үздіксіз білім беру жүйесінде балаларға қосымша білім беру балалардың шығармашылық қабілеттерін қалыптастыру мен дамытуға, олардың зияткерлік, адамгершілік, дене бітімін жетілдіруге деген жеке қажеттіліктерін қанағаттандыруға бағытталған, сондай-ақ олардың бос уақытын ұйымдастыруға бағытталған. Сонымен қатар, қосымша білім беру жүйесі қызметінің міндеттерінің бірі мектептің тәрбие мүмкіндіктерін кеңейту және балалардың бос уақытын ұйымдастыру мәселесін шешу арқылы ауытқыған мінез-құлықтың алдын алу болып табылады (ҚР БҒМ Балалардың құқықтарын қорғау комитеті, 2017).

2014-2015 оқу жылында балалар мен жасөспірімдер спорт мектептерінің (БЖСМ) саны 435 бірлікті құрайды, 294 мыңнан астам балалар мен жасөспірімдерді қамтиды (жалпы білім беретін мекемелердің барлық оқушыларының жалпы санынан 13%), оның ішінде ауылда – 123,3 мың. Балалар-жасөспірімдер спорт мектептерімен қатар балалар мен жеткіншіктер (БЖДДК) және балалар-жасөспірімдер дене шынықтыру даярлығы клубтары (БЖДДК) маңызды рөл атқарады. Бүгінгі күні 569 БЖДДК және 105 БЖДДК жұмыс істейді.

3.2.2. Мектептен тыс жастар бағдарламалары

Алматы қаласында Салауатты өмір салтын қалыптастыру проблемаларының ұлттық орталығы (СӨСҚ) дағдарыс орталықтары одағымен бірлесіп ұйымдастырған жасөспірімдер мен жастарға арналған ұлттық тәулік бойы жедел желі телефоны (150) жұмыс істейді. 2014 жылы аталған телефон қызметі арқылы 253 284 өтініш берген тұлғаларға қызмет көрсетілді, 89,6% жағдайда психологиялық қолдау және көмек көрсетілді. Елде балалар мен ата-аналар және барлық мүдделі азаматтар үшін қолжетімді өтініштер тетігі құрылды: жедел консультациялық көмек, өмірлік қиын жағдайға тап болған балаларды психологиялық қолдау үшін Балалардың құқықтарын қорғау комитетінің (БҚҚК) «74-25-28» сенім телефондары, Бала құқықтары жөніндегі уәкілдің «111» шұғыл қызметінің бірыңғай call-орталығы, «150» ұлттық тәулік бойы тегін желісі, өңірлерде 200-ден астам сенім телефондары, мемлекеттік органдардың сайттары, басшылардың блогтары, барлық өңірлерде балалардың қоғамдық қабылдау бөлмелері.

БҚҚК-де 2008 жылдан бастап өмірде қиын жағдайға тап болған балалар мен ата-аналарға психологиялық көмек көрсету үшін «сенім телефоны» жұмыс істейді. Сенім телефондарының осыған

ұқсас қызметтері облыстардың, Астана және Алматы қалаларының білім басқармаларында жұмыс істейді. Қазіргі уақытта республика өңірлерінде 220 сенім телефоны бар.

ҚР Денсаулық сақтау министрлігі халықтың денсаулығын одан әрі нығайту, оның ішінде ана, балалар мен жасөспірімдердің денсаулығын сақтау мақсатында 2011 жылдан бастап бастапқы медициналық-санитарлық көмек (БМСК) ұйымдары деңгейінде барлық өңірлерде отбасылық денсаулық орталықтары, жастар денсаулық орталықтары (ЖДО), профилактика және әлеуметтік-психологиялық көмек бөлімшелері құрылды, БМСК штаттық нормативтеріне әлеуметтік қызметкерлер мен психологтардың лауазымдары енгізілді. Жасөспірімдер мен жастарға медициналық, құқықтық және әлеуметтік көмек көрсету мақсатында еріктілік, қол жетімділік, тілектестік, құпиялылық және сенім қағидаттарында Қазақстанда 85 ЖДО ашылған және жұмыс істейді. Республикада 2 054 әлеуметтік қызметкер және 815 психолог жұмыс істейді, олар үйде кеңес беру, бақылау және көмек көрсету (патронаж және әлеуметтік қолдау), «сенім телефоны» бойынша консультация беру бойынша қызмет көрсетеді.

СӨСҚ облыстық орталықтарының есептік мәліметтеріне сәйкес, 2015 жылы ЖДО мамандарына жүгінген адамдардың жалпы саны 604 000-нан астам адамды құрады, оның ішінде еркек жынысты – 248 943, әйел жынысты – 355 930. Жастар денсаулық орталықтарында қабылдауды келесі мамандар жүргізеді: гинеколог, уролог, дерматовенеролог, психолог, әлеуметтік қызметкер, заңгер; компьютерлік сыныптар, тренажер залдары, сенім телефоны, жастардың қызығушылықтары бойынша демалыс бөлмесі (ҚР БҒМ Балалардың құқықтарын қорғау комитеті, 2017).

Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының (ДДҰ) жобалары бойынша «Денсаулықты нығайтуға ықпал ететін мектептер» жұмыс істейді. Жалпы республика бойынша 2015 жылы ДДҰ аталған жобасын 981 жалпы білім беретін мектеп жүзеге асырады. ДДҰ-ның «Салауатты университеттер» басқа жобасын Қазақстан Республикасында 62 жоғары оқу орны жүзеге асырады.

3.2.3. Қоғамдағы алдын алу

Ведомствоаралық өзара іс-қимыл және профилактикалық жұмысты күшейту мақсатында республикада Қазақстан Республикасы Үкіметінің жанынан Денсаулықты қорғау жөніндегі ұлттық үйлестіру кеңесі құрылды және жұмыс істейді. 2017 жылы Кеңес отырыстарында өзге мәселелерден басқа, өз-өзіне қол жұмсау әрекеттерін ерте анықтау және өз-өзіне қол жұмсамақшы болған адамдарды оңалту бойынша, мектеп медицина қызметінің тұтас жүйесін дамыту бойынша, аурушаңдықтың алдын алу, сондай-ақ психикалық денсаулық мәселелері бойынша ведомствоаралық өзара іс-қимыл мәселелері қаралды.

Есепті кезеңде нашақорлықтың алдын алу бойынша ақпараттық материалдар шығарылды, қоғамдық орындарда және жастардың жаппай демалатын орындарында нашақорлықтың алдын алу және салауатты өмір салтын насихаттау мәселелеріне арналған әлеуметтік жарнамалық постерлер, мүдделі мемлекеттік органдардың сенім телефондары көрсетілген, қала кинотеатрларында сеанс басталар алдында есірткіге қарсы әлеуметтік бейнероликтер прокаты жүргізілуде, ішкі істер органдарында есепте тұрған жасөспірімдер арасында қалалық веломарафондар, тренингтер өткізілді.

Дәстүрлі түрде Халықаралық нашақорлыққа қарсы күрес күніне арналған республикалық айлық өткізілді (26 маусым). Спорттық және шығармашылық конкурстар, есірткіге қарсы бағыттағы мәдени-бұқаралық іс-шаралар ұйымдастырылды.

Астана қаласында «Астана – есірткісіз қала» іс-шаралар жоспарын орындау мақсатында 15-16 наурызда Астана қ. ІІД ЕБҚКБ қызметкерлері әкім аппаратының жастар саясаты мәселелері басқармасының қолдауымен «Улес 2020» ҚҚ ҰЕҰ-мен бірлесіп «Дені сау болу – сәнді!» ұранымен спорттық іс-шара өткізді. 30 қыркүйекте Астанада «Жастар» сарайында «Өз өміріңді тамаша жаса» ұранымен есірткіге қарсы акция өткізілді, оның мақсаты жастардың назарын синтетикалық есірткінің жаңа түрлерінің (темекі шегу қоспалары, спайстар, тұз және т.б.) пайда болу қаупіне аудару, салауатты өмір салтын қалыптастыру. Акцияға 77 орта мектеп пен 12 арнайы оқу орындарынан мыңнан астам оқушы қатысты.

Темекі шегуді, алкогольизмді және нашақорлықты шектеу және алдын алу мақсатында 18 жасқа дейінгі адамдарға темекі сатуға, 21 жасқа толмаған адамдарға спирттік өнімдерді сатуға, темекіні бір-бірлеп сатуға, белгілі бір қоғамдық орындарда темекі шегуді шектеуге, темекі бұйымдарын сатуды жүзеге асыратын орындарда темекі шегудің зияны туралы ескертулерді міндетті түрде орналастыруға белгілейтін заңнамалық база жетілдірілді. 2011 жылдың 31 желтоқсанынан бастап сыртқы жарнама мен баспа басылымдарындағы жарнамаларға, теледидар мен радиодағы жарна-

маларға, қоғамдық орындарда алкогольдік өнімдерді ішуге тыйым салынды, сондай-ақ мас күйінде жүргізгені үшін шаралар қатаңдатылды.

2015 жылдан бастап ҚР БҒМ, ҚР ДСӘДМ, ҚР ИДМ, ҚР МСМ, ҚР ІІМ 2015-2017 жылдарға арналған кәмелетке толмағандардың жыныстық қол сұғылмаушылығына қарсы қылмыстық құқық бұзушылықтардың алдын алу бойынша ведомствоаралық іс-қимыл жоспары шеңберінде іс-шаралар жүзеге асырылуда. Осы жоспар шеңберінде заңнаманы жетілдіру, ведомствоаралық үйлестіру бойынша шаралар әзірленді; әлеуметтік жетімдіктің алдын алу және сәтсіз отбасылармен жұмыс істеу, балалар үйлерінің түлектерін интернаттан кейінгі бейімдеу және әлеуметтендіру бойынша шаралар әзірленді; әлеуметтік жетімдіктің, балаларға қатысты қатыгездік қарым-қатынастың, суицидтік мінез-құлықтың алдын алу, сондай-ақ салауатты өмір салтын қалыптастыру бойынша іс-шаралар бекітілді.

3.3. ТӘУЕКЕЛ ТОПТАРЫ БОЙЫНША ІРІКТЕП АЛДЫН АЛУ

Осал топтармен жүйелі және мақсатты профилактикалық жұмыс жүргізу үшін Қазақстан Республикасында Өмірлік қиын жағдайға түскен кәмелетке толмаған тұлғаларды бірыңғай есепке алудың біріктірілген деректер банкі құрылды. Деректер банкіне мектептерде орынсыз себептермен сабақ өткізетін, арнайы білім беру ұйымдарындағы балалар, қатыгездік пен зорлық-зомбылық құрбандары, сәтсіз отбасыларынан, қадағалаусыз, панасыз қалған, кәмелетке толмағандарды бейімдеу орталықтарына жеткізілген балалар туралы мәліметтер енгізіледі.

2016 жылдың 1 қазанына 18 жасқа дейінгі балалар саны 5,3 млн., 144 мыңнан астам ерекше білім беру қажеттілігі бар балалар, 28 мыңнан астам жетім балалар мен ата-анасының қамқорлығынсыз қалған балалар, 11 мыңнан астам девиантты мінез-құлықты балалар. 2016 жылы 4 мыңнан астам қараусыз қалған балалар анықталды. 2017 жылдың 4 тоқсанының басында Қазақстанда ата-анасының қамқорлығынсыз қалған 27 274 бала тіркелген, бұл 0-17 жастағы 100 мың балаға шаққанда 49 адамды құрайды. 100 мың балаға шаққанда ата-анасының қамқорлығынсыз қалған балалар санының қысқару үрдісі бар. 2010 жылы 100 мың балаға 80 жетім бала келді, 2017 жылы-49.

ҚР Білім беру жүйесінің негізгі міндеттерінің бірі ерекше білім беру қажеттілігі бар балаларды жалпы білім беру үдерісіне қосу үшін жағдай жасау болып табылады. 2016-2017 оқу жылында инклюзивті білім беру үшін жағдай 3 873 мекемеде құрылған (ҚР БҒМ Балалардың құқықтарын қорғау комитеті, 2017). Осы процесте өзінің оң рөлін білім беру ұйымдарында құрылатын арнайы жағдайлар және ерекше білім беру қажеттіліктері бар балаларға түзету-педагогикалық қолдау көрсететін арнайы білім беру ұйымдарының желісін кеңейту атқара алады. Қазіргі уақытта 66 психологиялық-медициналық-педагогикалық кеңес, 162 психологиялық-педагогикалық түзету кабинеті жұмыс істейді, оңалту орталықтарының саны өзгерген жоқ (13) (7-Кесте).

7 КЕСТЕ: БІЛІМ БЕРУ ЖҮЙЕСІНДЕ АРНАЙЫ ҚЫЗМЕТ КӨРСЕТЕТІН ҰЙЫМДАР (ҚР БҒМ БҚҚК, 2017)

	2016-2017	2017-2018
Арнайы білім беру ұйымдары	97	98
Арнайы балабақшалар	42	43
Психологиялық-медициналық-педагогикалық консультациялар	58	66
Білім беру жүйесіндегі Оңалту орталықтары	13	13
Психологиялық-педагогикалық түзету кабинеттері	149	162
Логопедтік пункттер	1227	1293
Арнайы балабақшалар жанындағы арнайы топтар	312	340
Арнайы топтары бар жалпы үлгідегі мектепке дейінгі ұйымдар	193	201
- олардың ішінде топтар	435	469

2016-2017 оқу жылында ерекше білім беру қажеттілігі бар балалардың жалпы саны 144 783 баланы құрады, оның ішінде 96 555 мектеп және 48 228 мектеп жасына дейінгі балалар. Білім беру, денсаулық сақтау, әлеуметтік қорғау ұйымдарында, қоғамдық және жеке меншік ұйымдарда білім беру бағдарламалары бойынша оқытумен, тәрбиелеумен және түзету-педагогикалық қолдаумен 133 782 бала қамтылған, бұл 92,4% құрайды.

Әлеуметтік жетімдік мәселесі әлі де өткір тұр, әлеуметтік жетімдер саны (ата-анасының қамқорлығынсыз қалған балалар) 2017 жылы 16 218 баланы құрады (ата-анасының қамқорлығынсыз қалған балалардың 60%).

Әлеуметтік жетімдердің негізгі контингенті – бұл ата-аналары ата-ана құқығынан айырылған, қамау орындарында, іздестіруде, ұзақ уақыт емделуде жүрген, құқықтары шектелген, бас тартқан балалар мен тастандылар, бірақ негізгі себептері ата-ана құқықтарынан айыру, ата-ана құқықтарынан бас тарту болып табылады.

Жалпы алғанда, ел бойынша есірткіні пайдалану тәжірибесі бар балаларды қоса алғанда, бейімсіздік белгілері бар балалармен және жасөспірімдермен негізгі жұмысты үкіметтік емес ұйымдар жүргізеді. Бұл жұмыс балаларға достық негізде медициналық, психологиялық және әлеуметтік қолдауды, сондай-ақ балалар мен жасөспірімдерді баламалы қызмет түрлеріне тартуды қамтиды.

Девиантты мінез-құлықты және панасыз қалған балалар үшін елде Қазақстан Республикасы Білім министрлігі жанындағы Кәмелетке толмағандарды бейімдеу орталықтары (КБО) жұмыс істейді. Орталықтың міндеті-қиын өмірлік жағдайға тап болған балаға уақытылы психологиялық көмек көрсету. Балалармен әлеуметтік педагогтар, психологтар, тәрбиешілер, ҰЕҰ өкілдері, волонтерлер жұмыс істейді. КБО-да ойындар мен демалуға арналған бөлмелер, кітапханалар бар, үйірмелер мен спорттық секциялар жұмыс істейді. КБО қызметіне жергілікті жерлерде ҰЕҰ өкілдері белсенді қатысады (ҚР БҒМ Балалардың құқықтарын қорғау комитеті, 2017).

2017 жылы 20 Кәмелетке толмағандарды бейімдеу орталығы өз қызметін жүзеге асырды, оған 7 539 кәмелетке толмаған орналастырылды. Аталған тұлғалар КБО - ға мынадай себептер бойынша анықталды: 937 (12,4%) - ата - анасының қамқорлығынсыз қалған, 6 306 (83,6%) - қадағалаусыз және панасыз қалған, 207 (2,7%) - девиантты мінез-құлықты және ерекше режимде ұстайтын балаларға арналған арнайы білім беру ұйымдарына жіберілетін, 89 (1,1%) - ауыр өмірлік жағдайдағы кәмелетке толмағандар.

КБО өткізілген іс – шаралар нәтижесінде келіп түскендерден 7 231 бала орналастырылды, оның ішінде 6 274 кәмелетке толмағандар отбасыларға берілді, жетім балалар мен ата – анасының қамқорлығынсыз қалған балаларға арналған ұйымдарға – 578, қамқорлыққа – 124, патронатқа – 21, арнайы мектепке – 132 жіберілді, басқа облыстардың КБО-ға – 41, басқа елдердің КБО-ның типі бойынша ұйымдарға-13 жіберілді және қонақ отбасына – 48 берілді.

Сондай-ақ, елде КБО-да отбасын қолдау қызметі жүзеге асырылуда. Отбасын қолдау қызметінде мобильді топтар жұмыс істейді, олардың құрамында кәмелетке толмағандардың істері жөніндегі инспекцияның (КИИ) инспекторлары, Балалары бар әйелдерге арналған әлеуметтік бейімдеу және оңалту орталығының, әлеуметтік-волонтерлік орталықтың қызметкерлері және басқалары бар. Мобильді топтар тұрғылықты жері бойынша отбасыларды патронаждайды. Мұндай тәжірибе КБО қызметкерлеріне Отбасын қолдау қызметтерінің тиімділігін қадағалауға, сондай-ақ отбасында дағдарысты жағдайлар туындаған кезде уақтылы көмек көрсетуге мүмкіндік береді. Отбасын қолдау қызметінің мониторингі 2017 жылдың 12 айында 140 ата-ана мен 152 кәмелетке толмағандарға құжаттарды ресімдеуге көмек, 162 ата-ана мен 204 балаға кеңес көрсетілгенін көрсетеді. 53 отбасына, 43 оқу орнына және жетім балаларға арналған 37 ұйымға бару жүзеге асырылды (ҚР БҒМ Балалардың құқықтарын қорғау комитеті, 2017).

Өмірлік қиын жағдайға тап болған отбасыларға әлеуметтік, психологиялық және құқықтық көмек көрсету деңгейін арттыру мақсатында БҒМ өмірлік қиын жағдайдағы балаларды қолдау орталықтары қызметінің қағидалары бекітілді (2017 жылғы 25 мамырдағы № 248 бұйрық). Жоғарыда көрсетілген Қағидаларға сәйкес Орталықтар сәтсіз отбасылардан шыққан балаларға, денсаулығына және дамуына қауіп төндіретін қолайсыз отбасылық жағдайларда қалған балаларға, зорлық-зомбылық құрбандары, жетім балалар мен ата-анасының қамқорлығынсыз қалған балаларға арнаулы әлеуметтік қызметтер көрсетеді. Кешен БҒМ 2015 жылғы 19 қаңтардағы № 17 бұйрығымен бекітілген Білім беру саласында арнаулы әлеуметтік қызметтер көрсету стандартында регламенттелген арнайы әлеуметтік қызметтер кешені әлеуметтік-тұрмыстық, әлеуметтік-медициналық, әлеуметтік-психологиялық, әлеуметтік-педагогикалық, әлеуметтік-еңбек, әлеуметтік-мәдени, әлеуметтік-экономикалық қызметтерді қарастырады.

Құқық бұзушылықтың ерте алдын алу мақсатында сәтсіз және тұрмысы нашар отбасыларынан шыққан балалар мен жасөспірімдерді бос уақыттарын пайдалы өткізуге тарту бойынша жұмыстар жүргізілуде.

3.4. МЕДИАКАМПАНИЯЛАР

Мемлекеттік ақпараттық саясатты жүргізу шеңберінде «Есірткі бизнесіне және нашақорлыққа қарсы күресті жариялау, есірткіге қарсы насихат» тақырыптық бағыты көзделген.

Нашақорлықтың алдын алу және есірткіге қарсы қоғамдық иммунитетті қалыптастыру мәселелері «Хабар» Ұлттық арнасында - «Біз», «Арнайы Хабар», «Бюро расследований», «Жеті күн», «Орталық Хабар», «Іске сәт», «Ұлт саулығы», «Профессионал» бағдарламалары; «Қазақстан» телеарнасында - «Жаңалықтар», « Апта.kz», «Қылмыс пен жаза» бағдарламалары, сондай-ақ «Алаң», «Айтуға оңай...» ток-шоу аясында үнемі көтеріледі.

Жергілікті атқарушы органдар бөлінген қаржыландыру шеңберінде есірткіге қарсы тақырыптағы көшелерде және қоғамдық орындарда әлеуметтік жарнамаларды орналастыру бойынша жұмыстар жүргізуде: қоғамдық орындар мен көшелерде билбордтар мен баннерлер ілінуде; «Салауатты өмір салты үшін», «Есірткісіз өмір» ұрандары бар ақпараттық қалқандарда жарнама жабыстырылған; есірткінің, темекі шегудің зияны туралы ақпарат бар брошюралар, парақшалар, буклеттер, «Есірткісіз өмір» стикерлері таратылады.

2013-15 жылы профилактикалық «Сыра маскүнемдігі», «Марихуана» профилактикалық алкогольге қарсы және есірткіге қарсы бағдарламалардың дискілері көп тиражбен шығарылды, сондай-ақ бейне құралдарды пайдалану бойынша ұсынымдар шығарылды. Осы бейне құралдармен және әдістемелік ұсынымдармен ҚР барлық өңірлері қамтылған (Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі, 2014).

Елде дәстүрлі түрде Халықаралық нашақорлыққа қарсы күрес күніне арналған республикалық айлықтар өткізіледі (26 маусым). Осы кезеңде спорттық және шығармашылық конкурстар, есірткіге қарсы бағыттағы мәдени-бұқаралық іс-шаралар, дөңгелек үстелдер, тренингтер және т. б. белсенді түрде өткізіледі.

4. ЕСІРТКІНІ ПРОБЛЕМАЛЫҚ ТҰТЫНУ

4.1. КІРІСПЕ

Халықаралық анықтамаға сәйкес Қазақстан Республикасында есірткіні проблемалық тұтынудың негізгі бөлігін есірткіні инъекциялық пайдалану құрайды.

Қазақстанда халық арасында кокаин, амфетаминдер мен метамфетаминдерді пайдалануға қатысты нақты деректер жоқ. Бұл есірткінің жоғары құны елде олардың қол жетімділігін айтарлықтай шектейтінін атап өткен жөн, осы заттар көбіне Астана, Алматы қалаларында тәркіленген. Қазақстан Республикасында соңғы жылдары салыстырмалы төмен құны мен жоғары қолжетімділігі бар жаңа психикалық белсенді заттар нарығы қарқынды дамып келеді. Алайда, елде осы заттардың таралуын және пайдалану ерекшеліктерін зерттеу саны халық арасында жаңа заттарды пайдалану жағдайын бағалау үшін жеткіліксіз. Осы мәселе бойынша қолжетімді ақпаратпен «ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНДАҒЫ ЖАҢА ПСИХИКАЛЫҚ БЕЛСЕНДІ ЗАТТАР» осы есебінің арнайы тарауы шеңберінде толығырақ танысуға болады.

Бірнеше жыл бойы құрамында кодеин бар дәрілік препараттардан бұта дайындалатын қолжетімді заттарды пайдалануға, сондай-ақ тағамдық көкнәр мен тропикамидті пайдалануға қатысты мәселелер өзекті болып қала береді.

Ел аумағында ең жоғары дәрежеде көкнәр - апиынды көкнәрдың ұсақталған бастарынан жасалған тұнба немесе ханка (апиынды көкнәрдің кептірілген және қатайған шырыны) түрінде көбінесе инъекция арқылы қолданылатын апиынды көкнәр өсіріледі.

Қазақстан Республикасында инъекциялық есірткілерді пайдаланатын адамдардың (ИЕПА) санын бағалау ЖИТС-ның алдын алу және оған қарсы күрес жөніндегі республикалық орталықтың (ЖИТС РО) 2004 жылғы «Халықтың осал топтарының (инъекциялық есірткілерді пайдаланушырадың, коммерциялық секс жұмысшылары мен еркектермен жыныстық қатынасқа түсетін ерлердің) санын жылдам бағалау» әдістемелік ұсынымдары негізінде жүргізілді. 2013 жылы АИТВ инфекциясының таралуын эпидемиологиялық қадағалаудың ұлттық жүйесін жетілдіру мақсатында және негізгі топтар санының бағалау деректерінің сапасын арттыру мақсатында АИТВ инфекциясының таралуын эпидемиологиялық қадағалауды жүргізу хаттамалары және «Халықтың осал топтарының санын бағалау» хаттамаларына қосымша ретінде әзірленді. Бұл құжат халықтың осал топтарына бағалау жүргізуге қазіргі заманғы халықаралық ұсынымдарды ескере отырып әзірленді.

2014 жылдан бастап ИЕПА санын бағалау ЖИТС РО бекіткен «Халықтың осал топтарының санын бағалау» № 19 қосымшасына сәйкес «Халықтың осал топтарына АИТВ-инфекциясының таралуын бақылау» әдістемелік ұсынымдардың «Халықтың осал топтарының санын бағалау» жетілдірілген әдіснамасы бойынша жүргізіледі. ИЕПА санын бағалау үшін негізгі әдіс ретінде көбейткіш (коэффициент) әдісі қолданылады. Деректер көзі АИТВ инфекциясының таралуын эпидемиологиялық қадағалау жөніндегі соңғы зерттеудің деректері, ИЕПА арасында профилактикалық бағдарламаларды іске асыру мониторингінің деректері, ЖИТС қызметі мен наркологиялық қызметтің ресми статистикасының деректері болып табылады. Деректерді облысқа және елге экстраполяциялау үшін тұтастай алғанда халық саны бойынша облыстардың статистикалық басқармаларының деректері пайдаланылады.

Санды бағалаудың стандартты әдістемесі таралуды эпидемиологиялық қадағалаудың (ТЭҚ) ұлттық жүйесіне біріктірілген, бағаланатын популяцияның нақты өлшемдері әзірленді: соңғы 12 ай ішінде кемінде бір рет инъекциялық тәсілмен есірткіні пайдалану, белгілі бір аумақта тұру, жасы 18 және одан жоғары. Көбейткіштер саны 7-ге дейін өсіп, іріктеп зерттеу неғұрлым репрезентативті болды (таралуын эпидемиологиялық қадағалауға (ТЭҚ) респонденттер құрған іріктеме енгізілді, қосарлы қамту әдісімен бағалау кезінде статистикалық деректер көздері өзгерді (ішкі істер басқармалары достық кабинеттерге ауыстырылды). Бағалаудың қорытынды мәні орташа арифметикалық мән бойынша емес, медиана бойынша анықтала бастады. Алғаш рет әрбір шолушы сайттың бағалау деректерін облыс аумағына экстраполяциялау және RDS-Analyst бағдарламасында респонденттер құрған іріктеу әдісімен іріктемелі зерттеуді талдау жүргізілді.

2014 жылы ИЕПА арасындағы ТЭҚ елдің барлық шолушы сайттарында ҚР Қоғамдық денсаулық сақтау Жоғары мектебінің этикалық комитеті 12.12.2013 ж. (№IRB-A042) мақұлдаған жаңа әдістемеге сәйкес өткізілді. 2014 жылдан бастап санын бағалау екі жылда бір рет жүргізіледі, ал бағалауды жүргізу кезеңі дайындық кезеңі мен формативті зерттеуді қоса алғанда, ТЭҚ кезеңіне сәйкес келеді.

4.2. ЕСІРТКІНІ ПРОБЛЕМАЛЫҚ ПАЙДАЛАНУДЫҢ ТАРАЛУЫН БАҒАЛАУ

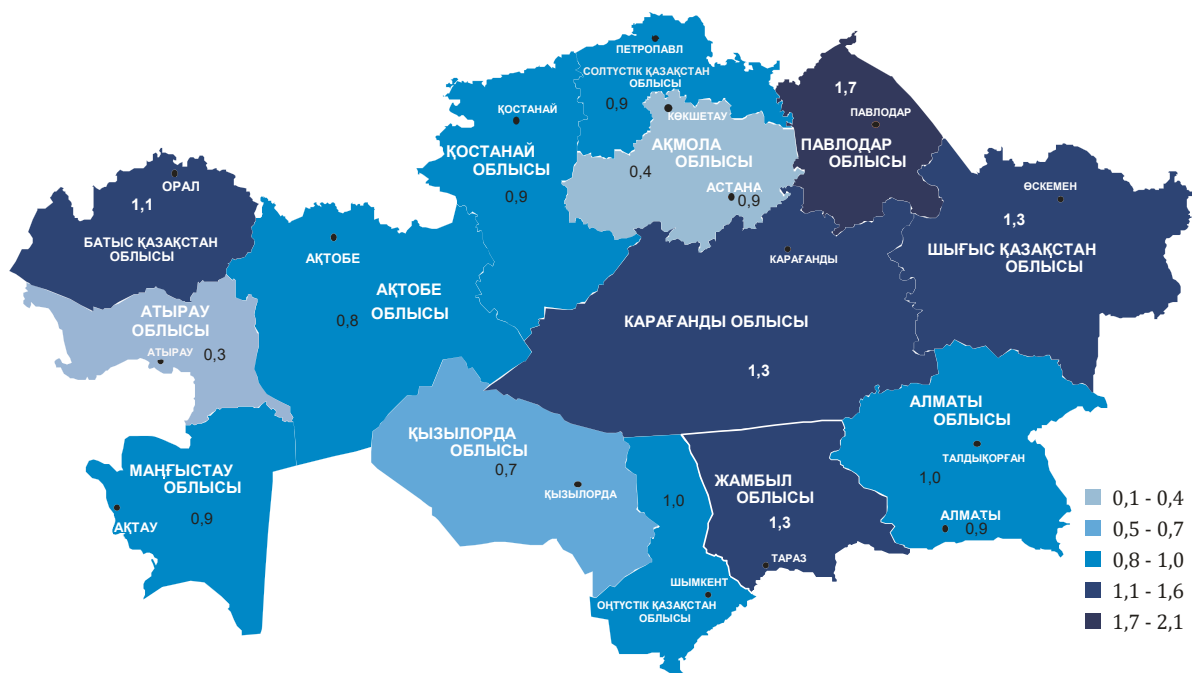
Соңғы 12 ай ішінде есірткіні инъекциялық тәсілмен қолданатын тұлғалардың бағалау саны 120 500 адамды құрайды (2014 жылы-127 800 адам) (ЖИТС РО, 2016).

Қазақстан Республикасында инъекциялық есірткілерді пайдаланушылардың үлесі 15 жастан және одан жоғары жастағы халық санымен арақатынаста 1% - ды құрайды.

Есірткіні инъекциялық пайдаланудың ең жоғары деңгейі Павлодар облысында (1,7%), ең төмен - Атырау облысында (0,3%) байқалады (1 Карта). Бұл ретте өткен бағалау нәтижелерімен (2014 жыл) салыстырғанда бес өңірде есірткіні инъекциялық тәсілмен пайдаланатын адамдардың бағалау саны төмендеді (Атырау, Маңғыстау, Павлодар, Оңтүстік Қазақстан облыстары және Астана қаласы), біреуі бұрынғыша (Ақмола облысы) қалды, қалған өңірлерде-өсті. Алматы, Жамбыл және Шығыс Қазақстан облыстарында айтарлықтай өсім болды.

ТЭҚ деректері бойынша 2016 жылы наркологиялық есепте есірткіні инъекциялық тәсілмен пайдаланатын адамдардың олардың бағалау санынан 14,8% - ы түр (ЖИТС РО, 2016).

1 КАРТА: ЕСІРТКІНІ ИНЪЕКЦИЯЛЫҚ ТӘСІЛМЕН ТҰТЫНАТЫН АДАМДАРДЫҢ ҮЛЕСІ (%) 15 ЖАСТАН БАСТАП ЖӘНЕ ОДАН ЖОҒАРЫ ХАЛЫҚҚА ОБЛЫСТАР БӨЛІНІСІНДЕ, 2016 (ЖИТС РО)



ИЕПА санына бағалау жүргізу барысында алынған деректер негізінде есірткіні инъекциялық тәсілмен пайдаланатын адамның келесі жалпыланған әлеуметтік-демографиялық портретін жасауға болады: 35 жастағы ер адам, орыс, орта немесе орта-арнайы білімі бар, жұмыс істейді, некеде тұрмайды(8-Кесте).

8 КЕСТЕ: ИНЪЕКЦИЯЛЫҚ ТӘСІЛМЕН ЕСІРТКІ ПАЙДАЛАНАТЫН ТҰЛҒАЛАРДЫҢ ӘЛЕУМЕТТІК-ДЕМОГРАФИЯЛЫҚ СИПАТТАМАЛАРЫ, 2016 (ЖИТС РО)

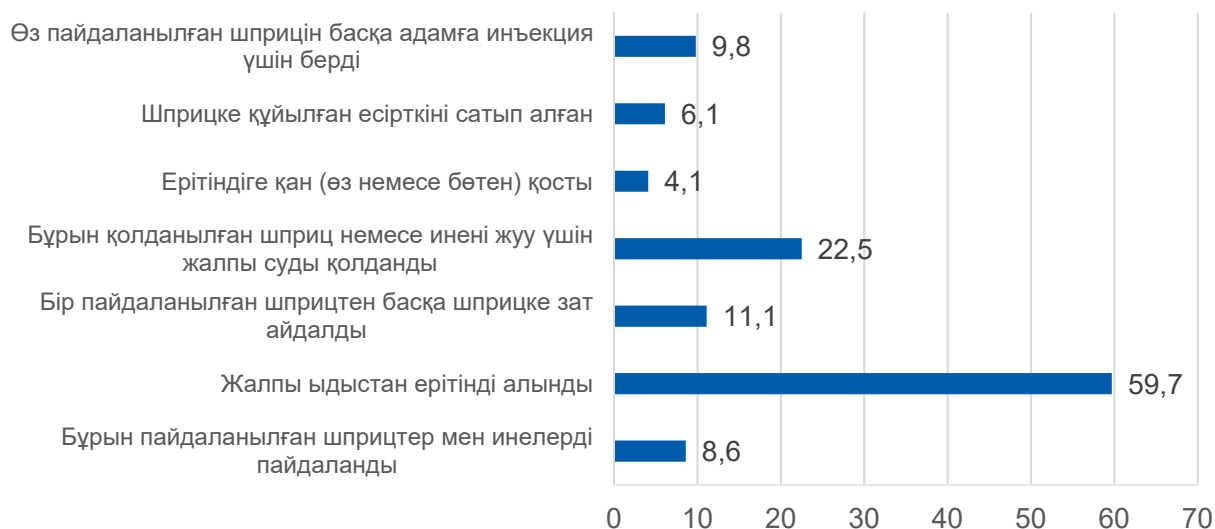
ЖАСЫ	
Орташа мәні	35,1
Медиана	34,5
Медиана ерлерде	35
Медиана әйелдерде	34
<25	6,2%
25>	93,8%
ЖЫНЫСЫ	
Ерлер	83,2%
Әйелдер	16,8%
ҰЛТЫ	
Қазақтар	27,2%
Орыстар	52,6%
Татарлар	5,3%
Өзбектер	1,6%
Немістер	2,9%
Кәрістер	1,3%
Басқа	9,1%
БІЛІМ	
Бастауыш	8,6%
Орта	80,8%
Жоғары	10,2%
Білімі жоқ	0,2%
Жауап жоқ	0,2%
ЖҰМЫСПЕН ҚАМТУ	
Оқиды	0,5%
Жұмыс істейді	62,4%
Жұмыс істейді және оқиды	2,3%
Жұмыс істемейді және оқымайды	34,4%
Басқа	0,4%
ОТБАСЫ ЖАҒДАЙЫ	
Бойдақ/үйленбеген	40,3%
Ажырасқан	24,2%
Жесір	3,1%
Некеде тұрады	32%
Жауап жоқ	0,5%

Зерттеумен қамтылған барлық сайттарда респонденттер қолданатын негізгі есірткіні героин болған, 7 сайтта тек героин (Балқаш, Жезқазған, Қостанай, Петропавл, Тараз, Теміртау, Шымкент қалалары), 6 сайтта (Ақтау, Астана, Алматы, Атырау, Қарағанды, Қызылорда, Талдықорған қалалары) респонденттер героинмен қатар «крокодил»/дезоморфин, «ханка» және басқа да есірткілерді пайдаланатынын атап өтті. Көбіне героин беретін әсерді күшейту үшін димедрол және тропикамидпен бір дозада араласады. Көкнәр тұқымдарын Ақсу, Ақтөбе, Көкшетау, Павлодар, Семей, Орал, Өскемен, Екібастұз қалаларында қолданады. Бұл қалаларда респонденттер героиннің сапасы нашар болғандықтан және құқық қорғау органдары ұстап қалу қорқынышынан көкнәр тұқымын қолданатынын көрсетті.

Соңғы 12 ай ішінде жиі қолданылатын есірткілердің түрлері бойынша таралуы мынадай: героин – 83,6%, көкнәр - 13%, дезоморфин – 2,5%, басқа түрлері – 0,5%, «ханка» – 0,3%.

Соңғы айда тек стерильді инъекциялық құралдарды пайдалануды көрсеткен ИЕПА үлесі 2016 жылы 35,1% құрады (соңғы 30 күн ішінде есірткіні инъекциялық пайдаланған 3807 респонденттің 1336-і). Қауіпті инъекциялық практикалардың түрлері бойынша бөлу төменде көрсетілген (5 Диаграмма).

5 ДИАГРАММА: ЕСІРТКІ ПАЙДАЛАНҒАН КЕЗДЕ ИЕПА-ДА ҚАУІПТІ ИНЪЕКЦИЯЛЫҚ ТӘЖІРИБЕЛЕР СОҢҒЫ 30 КҮН 2016 ЖЫЛЫ (ЖИТС РО)



Соңғы 30 күн ішінде бөтен шприцтерді пайдалануға көрсеткен 327 ИЕПА, олардың қолдану саны 1 – ден 30 – ға дейін (орташа – 3,3, медиана – 2). Есірткіні пайдалану кезінде бірге стерильді емес құралдарды пайдалануға келген басқа адамдардың саны 1 – ден 30 адамға дейін (орташа – 3,1, медиана – 2) болды.

4.3. ЕМДЕУ ЕМЕС КӨЗДЕРДЕН ЕСІРТКІНІ ПРОБЛЕМАЛЫҚ ПАЙДАЛАНУ ТУРАЛЫ АҚПАРАТ

2017 жылғы осы бөлім бойынша жария деректер жоқ болғандықтан, бұдан әрі 2012 жылдың соңына деректер ұсынылған.

Бас бостандығынан айыру орындарында (БАО) эпидемиологиялық қадағалау (ШЭҚ) бойынша, стерильді инъекциялық құрал-жабдықтардың жоқтығынан жалпы зарарсыздандырылған шприцтерді және қолда бар құралдарды пайдалану тәжірибесі кеңінен таралған. Шолушы эпидемиологиялық қадағалау нәтижелері сотталған адамдар түзеу мекемелерінде де есірткіні қолдануды жалғастыратынын көрсетеді. Есірткіні енгізу кезінде жалпы шприцті пайдалану практикасы 2011 жылғы 21,7% - дан 2012 жылы 47,9% - ға дейін ұлғайды.

Шприцтерді өңдеу кезінде кемінде 20%-ы дезинфекциялық ерітінділерді пайдаланады. Сотталғандарға ақпараттық материалдарды, дезинфекциялық құралдарды және білім беру компонентін беру қазіргі уақытта пенитенциарлық мекемелердегі ИЕПА арасындағы жалғыз алдын алу интервенциясы болып табылады (ЖИТС РО, 2013).

4.4. ЕСІРТКІНІ ПРОБЛЕМАЛЫҚ ПАЙДАЛАНУДЫҢ ЖАҢА НЫСАНДАРЫ

Соңғы уақытта синтетикалық есірткілер мен олардың тектестер, сондай-ақ қолдан дайындалған есірткілерді дайындау мен тұтынуға қатысты мәселелер өзекті болып отыр.

Елдегі есірткі тұтынушылары пайдаланатын аса проблемалық заттардан құрамында кодеин бар қол жетімді дәрілік препараттардан жасалатын дезоморфинді, тропикамид - белгілі бір тұтыну тәсілі кезінде ауыр уытты уланумен бірге күшті галлюцинация тудыратын көз тамшыларын бөліп көрсетуге болады. Сондай-ақ, елдің кейбір аймақтарында ИЕПА-дың тағамдық көкнәрдан дайындалған қоспаны пайдалану жағдайлары жиілеп кетті.

Елде дәрі-дәрмектерден және тағамдық көкнәрден дайындалған апиындардың таралу көрсеткіші, өмірде алғаш рет апиындарды пайдаланумен наркологиялық есепке алынған пациенттер арасында басқа апиындарды пайдаланушылардың үлесін арттыру болып табылады (F11.X АХЖ-10 бойынша), соңғы бес жылда 9,5% - дан 30,3% - ға дейін (9-Кесте). Бұл қорытынды ТӘҚ нәтижелерімен де расталады, осылайша соңғы 12 ай ішінде көкнәрді пайдалануға ИЕПА-дың 13%-ы, дезоморфин 2,5%, басқа түрлер 0,5% көрсетті.

9 КЕСТЕ: 2011-2017 ЖЖ. ӨМІРІНДЕ АЛҒАШ РЕТ НАРКОЛОГИЯЛЫҚ ЕСЕПКЕ АЛЫНҒАН ПАЦИЕНТТЕРДІ ПАЙДАЛАНАТЫН АПИЫНДАР БОЙЫНША БӨЛУ (РПДҒ ПО)

Апиындар	2013		2014		2015		2016		2017	
	Abs	%	Abs	%	Abs	%	Abs	%	Abs	%
Героин	1413	88,1	973	92,5	894	90,4	486	64,4	374	58,0
Шикі апиын	39	2,4	10	1,0	14	1,5	100	13,2	76	11,7
Басқа апиындар	152	9,5	68	6,5	8,0	8,1	169	22,4	196	30,3
БАРЛЫҒЫ	1604	100	1051	100	1604	100	755	100	646	100

Тағамдық көкнәрден есірткіні дайындау тәсілі топтық пайдалануды (1 кг-нан 3-4 доза алынады), жалпы ыдысты немесе жалпы шприцтен аз көлемдегі шприцтерге айдауға шамаланады. Тағамдық көкнәрді пайдаланудың өсуіне героинмен салыстырғанда төмен баға және нарықта және дәріхана-ларда ингредиенттердің қол жетімділігі ықпал етуі мүмкін (ЖИТС РО, 2014).

2015 жылы European Scientific Journal журналында ПБЗ тәуелді тұлғалар арасында тропикамиді медициналық емес пайдалануға қатысты қазақстандық ғалымдардың мақаласы жарияланды (Prilutskaya M., 2015). Көптеген қолдан дайындалатын есірткілерді дайындау үшін адам белгілі бір прекурсорларды пайдалануды талап ететін үй жағдайында бірқатар аралық химиялық реакцияларды орындауы тиіс екенін ескерсек, бұл факт дезоморфинді, кодеинді және эфедринді теріс пайдаланудың ИЕПА арасында таралуын біршама дәрежеде төмендетеді. Тропикамид, басқа дәрі-дәрмектерге қарағанда, есірткі пайдаланатын адамдарға оңай қол жетімді болып қалады. Сонымен қатар, тропикамид жиі тропикамидтің жағымсыз вегетативтік әсерлерін тиімді өтейтін героин немесе басқа да апиындар сияқты дәстүрлі есірткілермен бірге қолданылады. Тропикамидті тұтынудың артуы туралы 2013 жылдың үш тоқсанында Қазақстан Республикасында осы дәрілік препаратты бөлшек саудада сату 2012 жылдың осы кезеңімен салыстырғанда сатылған бірлік сомасында 226 пайызға артты. ПБЗ-ға тәуелді адамдар арасында тропикамидті пайдалану көбінесе героинді пайдалану кезінде туындайтын есірткі әсерін ауыстыру қажеттілігінен туындады, оның қолжетімділігі соңғы жылдары елде айтарлықтай шектелген. Осы зерттеуде анықталған тропикамидті теріс пайдаланудың клиникалық сипаттамалары тәуелділік ауруының қатерлі ағымы (тәуелділік синдромының жылдам дамуы, айқын уыттылығы және асқынулардың жоғары деңгейі) туралы куәландырады (Prilutskaya M., 2015).

5. ЕСІРТКІГЕ ТӘУЕЛДІЛІКТІ ЕМДЕУ

5.1. КІРІСПЕ

Қазақстанда есірткіге тәуелділікті емдеу - бұл заңсыз есірткіні пайдалануды азайтуға немесе оны қабылдаудан бас тартуға бағытталған дәрі-дәрмектерді тағайындаумен және/немесе психоәлеуметтік технологияларды пайдаланумен құрылымдық араласу. ҚР-да араласудың айтарлықтай үлесі заңсыз есірткі қабылдаудан толық бас тартуға бағытталған. Елдің 13 қаласында метадонды (бупренорфин және дәрі-дәрмектік қолдау еміне арналған басқа да препараттар қазіргі уақытта елде пайдаланылмайды) пайдалана отырып, апиындық рецепторлардың агонистерімен демеуші терапия бағдарламалары іске асырылуда.

Емдеу мынадай нысандарда ұсынылады: стационарлық (детоксификация, медициналық-әлеуметтік оңалту, терапевтік қоғамдастықтар), стационарды алмастыратын (қолдаушы және рецидивке қарсы емдеуге арналған күндізгі стационарлар), амбулаториялық нысан (қолдаушы және рецидивке қарсы емдеу, апиынды қолдаушы терапия), оның ішінде зиянды төмендету бағдарламалары (төмен бағалы бағдарламалар). Есірткіге тәуелділікті емдеу, негізінен, Қазақстан Республикасының халқы үшін тегін негізде мемлекеттік мамандандырылған ұйымдарда жүзеге асырылады, мемлекеттік сектормен салыстырғанда, жеке сектордағы есірткіге тәуелділік проблемалары бойынша емдеу қызметтерімен қамту төмен күйінде қалып отыр.

Емдеу бағдарламаларының үрдістері мен тиімділігін анықтау мақсатында (метадонды пайдалана отырып, апиындық рецепторлардың агонистерімен демеуші терапия бағдарламасын болдырмау) емделуге жүгінген адамдар контингенті арасында арнайы зерттеулер жүргізілген жоқ. ҚР ДСӘДМ «Республикалық электрондық денсаулық сақтау орталығы» шаруашылық жүргізу құқығындағы республикалық мемлекеттік кәсіпорны (бұдан әрі – РЭДО) әзірлеген «Стационарлық науқастардың электрондық тіркелімі» (бұдан әрі - СНЭБ) деректер базасы наркологиялық көмекке жүгінген пациенттерді сипаттайтын деректерді алудың негізгі көзі болып табылады. СНЭБ порталы стационарлық және стационарды алмастыратын көмектің емделіп шығу жағдайлары туралы деректерді жинау процесін автоматтандыруға арналған. Деректерді жинау стационардан шыққан адамдардың статистикалық карталарынан және шығару эпикриздерінен жүзеге асырылады. Порталдың негізгі міндеті республикалық бюджет қаражаты есебінен стационарлық және стационарды алмастыратын көмекті қаржыландыру және стационарлардың қызметі мен емделіп шыққан адамдардың құрылымы туралы статистикалық есеп алу мәселелерін шешу болып табылады.

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген «Наркологиялық стационардан шыққандардың статистикалық картасы» № 066-1/Е статистикалық есеп нысаны стационар жағдайында наркологиялық ұйымда емделушілерді емдеу жағдайлары туралы деректер көзі болып табылады. 2015 жылы Ұлттық есептерде алғаш рет СНЭБ порталынан РЭДО орталығына ұсынылған Қазақстан Республикасының барлық наркологиялық ұйымдарында АХЖ-10 бойынша F11, F12, F13, F14, F15, F16, F18 және F19 диагноздарымен стационарлық ем алған пациенттер туралы деректер қолданылған. Алайда статистикалық карталарды толтыру сапасы төмен болып қалуда, қазіргі уақытта емделіп шыққан контингенттің емге деген сұранысы мен сипаттамаларын бағалау үшін осы ресурсты пайдалану өте қиын.

Статистикалық (анықталмаған) деректердің көзі өңірлік наркологиялық диспансерлерде облыс деңгейінде және одан кейін ұлттық деңгейде жинақталатын медициналық ұйымдардың тоқсандық және жылдық есептері болып табылады (РПДФ ПО, 2017).

ҚР Үкіметінің 28.12.2016 ж. № 880 «ҚР ДСӘДМ жекелеген кәсіпорындарын қайта ұйымдастыру туралы» қаулысымен «Нашақорлықтың медициналық-әлеуметтік проблемаларының республикалық ғылыми-практикалық орталығы» РМҚК «Республикалық психиатрия, психотерапия және наркология ғылыми-практикалық орталығы» ШЖК РМК біріктіру жолымен қайта ұйымдастырылды. Келесі жылдары өңірлерде наркологиялық және психиатриялық қызметтерді біріктіру жоспарлануда. 2018 жылдың қаңтар айынан бастап амбулаториялық-емханалық психиатриялық және наркологиялық қызметті қалалық емханалар штатына беру басталды.

5.2. ЕМДЕУ ЖҮЙЕСІ

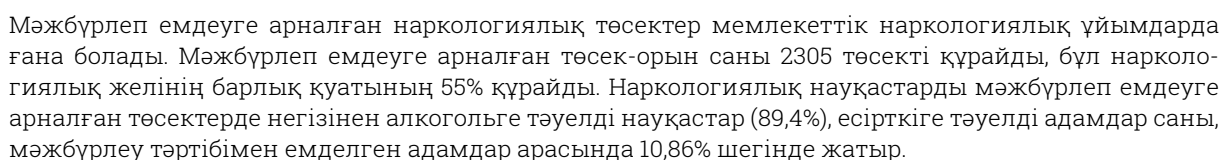
5.2.1. Ұйым

ҚР Денсаулық сақтау секторындағы наркологиялық көмек жүйесі: ҚР ДСМ мемлекеттік секторының наркологиялық мекемелерімен; жеке сектордың наркологиялық мекемелерімен; ҚР Ішкі істер министрлігі жүйесіндегі наркологиялық мекемелермен және құрылымдармен (әлеуметтік бейімдеу орталығы, пенитенциарлық мекемелер) ұсынылған.

Елдегі есірткіге тәуелділікті емдеу бойынша 2017 жылы қызметтердің негізгі жеткізушілері елдегі есірткіге тәуелділікке байланысты емдеуден өтетін барлық адамдардың 90% - дан астамын қамтитын наркологиялық диспансерлер болып табылады. Елдің кейбір өңірлерінде (әсіресе ауылдық жерлерде) бюджеттік амбулаториялық емдеудің қолжетімділігі бастапқы медициналық-санитарлық көмек (БМСК) ұйымдарында нарколог-дәрігер мамандарының болмауымен, ал бюджеттік стационарлық емдеуді ұсынудағы шектеулер – наркологиялық стационарлардан алыстығымен шектелуі мүмкін (негізінен бұл ауылдық жерлерге қатысты).

Елдегі емдеудің көптеген жағдайлары апиындарды (АХЖ-10,1994 бойынша F11) пайдаланудан және психикалық белсенді заттарды (АХЖ-10, 1994 бойынша F19) біріктіріп пайдаланудан туындаған психикалық және мінез-құлықтық бұзылулармен байланысты. Апиындар 1999 жылдан бері емделіп шыққан пациенттер арасында ең проблемалы есірткі болып қалуда. Ресми статистиканың деректері бойынша 2017 ж. апиындар барлық емделіп шыққан адамдардың 54,5% - ы үшін бастапқы проблемалы есірткі болып табылды, бірлескен пайдалану наркологиялық ем алған адамдардың 42,1% - ында тіркелген. Апиындарды қабылдаудың негізгі жолы көктамырішілік инъекция болып табылады. Тиісінше, наркологиялық мекемелердегі қызметтер көбінесе апиындарды пайдаланатын тұлғаларды емдеуге бағытталған (РПДФ ПО, 2017).

ПБЗ пайдаланатын адамдардың алдын алу, диагностикалау, емдеу және оңалту жөніндегі жұмыстарды қамтамасыз ету жөніндегі негізгі жүктемені өңірлерде облыстық және қалалық наркологиялық диспансерлер орындайды. Соңғы жылдары олардың саны 20-дан 18-ге дейін төмендеді. Төмендеу Орал қаласында медициналық-әлеуметтік оңалтудың дербес орталығының Батыс Қазақстан облысының облыстық наркологиялық диспансерімен бірыңғай облыстық наркологиялық диспансерге бірігуі есебінен болды. Сондай-ақ, Балқаш, Теміртау, Жезқазған, Екібастұз қалаларының қалалық наркологиялық диспансерлері қазіргі уақытта тиісті облыстық наркологиялық ұйымдардың филиалдары болып табылады. Сонымен қатар, Алматы облысының Талғар қаласында облыстық психикалық денсаулық орталығынан наркологиялық қызметті бөлу жолымен өңірлік наркологиялық диспансер ашылды. Жалпы алғанда, 2017 жылы бюджет қаражаты есебінен ПБЗ-ға тәуелді науқастарды стационарлық емдеу 18 емдеу-профилактикалық мекемеге, 6 психиатриялық ауруханаға және жалпы сыйымдылығы 4 344 төсектен тұратын 2 емдеу-профилактикалық аурухана берілді. 2017 жылы төсекпен қамтамасыз ету елдің 10 мың тұрғынына 2,4 құрады (2 Карта).



Қазақстан Республикасының жеке денсаулық сақтау секторында 2017 жылы ІІІ наркологиялық төсек орын бар, жеке наркологиялық ұйымдардың есірткі пайдаланудан туындаған бұзылулары бар адамдарға медициналық көмектің жалпы көлеміне қосқан үлесі өте елеусіз болып қалуда. Мысалы, жеке наркологиялық стационарларда 2017 жылы есірткі құралдары мен психотроптық заттарға тәуелді 250- ге жуық адам емделді, ал мемлекеттік наркологиялық стационарларда осы жылы ұқсас бұзылулары бар 3 083 адам емделді. Жеке наркологиялық стационарлық көмек ел бойынша стационарлық наркологиялық көмекке жүгінулердің 5% - ға жуығын жабады (РПДФ ПО, 2017).

ҚР-да есірткіге тәуелділік диагнозын белгілеумен тек қана бейінді маман – «дәрігер-нарколог» мамандығы бойынша сертификаты бар жоғары медициналық білімі бар тұлға айналыса алады. Маман сертификаты – жеке тұлғаға нақты мамандық бойынша медициналық қызметті жүзеге асыруға құқық беретін белгіленген үлгідегі құжат. Наркологиялық емдеу бойынша қызмет көрсетуге медициналық қызметтің осы түріне лицензиясы бар медициналық ұйымдар ғана құқылы. Лицензиялау денсаулық сақтау басқармасының жергілікті органдарымен жүзеге асырылады. Лицензияны мемлекеттік наркологиялық ұйымдар, жеке клиникалар мен кабинеттер алады. ҚР-да бірде-бір үкіметтік емес ұйымның наркологиялық көмек көрсетуге лицензиясы жоқ.

**10 КЕСТЕ: ТИІСТІ СЕРТИФИКАТТАРЫ БАР НАРКОЛОГИЯЛЫҚ БЕЙІНДЕГІ МАМАНДАР
(МЕМЛЕКЕТТІК ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ ЖҮЙЕСІ ЖӘНЕ ЖЕКЕ ҰЙЫМДАР) (ҚР ДСМ)**

Мамандар	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Дәрігер-нарколог	583	579	611	619	608	624
Балалар нарколог-дәрігерлері	19	10	8	9	10	6
Дәрігер-психотерапевт	22	20	17	14	17	15
Медициналық психологтар	11	8	7	8	8	2
Психологтар *	83	85	99	94	96	109
Әлеуметтік қызметкерлер *	37	42	75	52	40	35

* бұл мамандар міндетті сертификаттау рәсіміне жатпайды

Елдің қалаларында сертификатталған нарколог-дәрігерлермен қамтамасыз етілуі қанағаттанарлық (5-1-Кесте), бірақ ауылдық жерлерде наркологиялық көмектің қолжетімділігі білікті мамандардың тапшылығы салдарынан шектелген.

5.2.3. Сапаны қамтамасыз ету

НМЭП РҒПО 2005 жылдан бастап жыл сайын НМЭП РҒПО клиникасында емделіп шыққан пациенттер арасында жылдық ремиссия пайызын анықтау үшін катамнестикалық ақпарат жинау жүргізілді. атамнестикалық ақпаратты клиника қызметкерлері адамды ауруханадан шығарғаннан кейін 12 айдан кейін адамның өзімен немесе туыстарымен телефон арқылы әңгімелесу арқылы жинады. Егер адаммен немесе туыстарымен байланыс алмаса, онда мұндай жағдайларда аймақтық наркологиялық диспансерге ресми сұраныс жіберілді. Бұл ретте адам туралы деректерді алу мүмкін болмаған жағдайда, ол ремиссияда болмайды деп есептелді. 2016 жылғы катамнез нәтижелері бойынша ремиссияда 2015 жылы медициналық-әлеуметтік оңалту бағдарламасынан шыққан және медициналық-әлеуметтік оңалтудың толық курсынан өткен пациенттердің 23,5% - ы болды. 2017 жылы НМЭП РҒПО қайта құрылғаннан кейін катамнестикалық ақпаратты жинау қызметі тоқтатылды.

Өңірлік наркологиялық диспансерлер жыл сайын өңірдегі диспансерлік наркологиялық есепте тұрған барлық пациенттердің арасында ремиссиядағы пациенттердің үлесін қадағалайды. Денсаулық сақтау министрінің 2009 жылғы 2 желтоқсандағы № 814 бұйрығымен бекітілген Маскүнемдікпен, нашақорлықпен және уытқұмарлықпен ауырады деп танылған адамдарды есепке алу, қарау және емдеу Қағидаларына сәйкес наркологиялық есепте тұрған науқастарды емдеуші нарколог дәрігері амбулаториялық жағдайда 3-4 айда бір рет кезеңділікпен қарайды. Бұл тексерулер науқастардың амбулаториялық картасына және диспансерлік бақылау картасына енгізіледі. Осы ақпараттың негізінде 2017 жылғы 31 желтоқсандағы жағдай бойынша ел бойынша F11-F16, F18, F19 (АХЖ-10, 1994 бойынша) диагноздары бар наркологиялық есепте тұрған пациенттер арасында 1 – ден 2 жасқа дейінгі ремиссия көрсеткіші 14%, 2 жылдан жоғары -12,7% құрады. Астана қаласында (34,5%), Алматыда (31%) және Ақтөбе облысында (19,1%) ремиссияның республикалық көрсеткішінен жоғары; 2 жылдан жоғары ремиссиялар – Шығыс Қазақстан облысында (23,8%), Павлодар облысында (20,7%), Ақмола облысында (20,5%), Батыс Қазақстан облысында (16,4) және Алматы қаласында (15,5%).

5.2.4. Тәсілдер және жаңа әзірлемелер

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2014 жылғы 15 сәуірдегі № 188 бұйрығымен Қазақстан Республикасының тұрғындарына наркологиялық көмек көрсетудің келесі кезеңдерін көздейтін дәрілік препараттармен қамтамасыз етуді ұйымдастыру стандарты бекітілді: 1) Бастапқы-профилактикалық наркологиялық көмек кезеңі; 2) бастапқы наркологиялық көмек кезеңі (уәждемелік консультация беру, уәждемелік хабардар ету, наркологиялық консультация беру); 3) амбулаториялық бақылау, емдеу және оңалту кезеңі; 4) стационарлық емдеу және оңалту кезеңі; 5) рецидивке қарсы (қолдаушы) терапия кезеңі.

Осы уақытқа дейін ҚР ДСМ-нің наркологиялық көмек жүйесінде белгіленген 5 кезеңнің ішінде тек төртеуі ғана бар, екіншісі жоқ және бесінші бөлігі ұсынылған, бұл ПБЗ пайдаланатын тұлғаларды наркологиялық бейіндегі тиісті қызметтермен қамту көрсеткіштеріне, сондай-ақ ремиссияның ұзақтығы мен сапасының көрсеткіштеріне теріс әсер етуі мүмкін.

Елдің он қаласында Жаһандық қор қаржыландыратын пилоттық жоба шеңберінде метадонды пайдалана отырып, апиындық рецепторлардың агонистерімен демеуші терапия бағдарламалары жүргізілуде. Осы бағдарламалар елде 2008 жылғы қазаннан бастап іске асырылуда (11-Кесте).

2012 жылы Орталық Азия елдерінде ICAP-тың «Содействие» жобасының сарапшылары жүргізген 2008-2011 жылдар аралығында ҚР-да апиынды қолдау терапиясының пилоттық жобаларының тәуелсіз халықаралық сараптамасы аяқталды (Boltaev A. et al., 2012). Жобаларды бағалаудың негізгі нәтижелері елдегі апиынды тәуелділікті емдеу үшін метадонды пайдалану мүмкіндігі мен тиімділігін көрсетеді және Қазақстан Республикасының заңнамасы осы ем түрін апиынды тәуелділікті стандартты емдеу ретінде енгізуге мүмкіндік береді. Алайда, Қазақстан Республикасында емдеудің осы түрін жүргізетін мекемелер үшін ұйымдастыру-әдістемелік көмек көрсету көлемі мен сапасы бүкіл ел аумағында жоғары сапалы апиынды қолдау терапиясын кеңейту және ұсыну-ды қолдау үшін жеткіліксіз.

Метадонды сатып алудың орталықтандырылған тетігінің болмауы және Қазақстан Республикасында метадонды тіркеудің болмауы препараттың жеткізілімдерінде және жоғары құнында іркіліске алып келді, сондай-ақ елдегі метадонмен демеуші терапия пункттерінің санын одан әрі арттыруға кедергі жасады. Бұл емді ұсыну көбінесе пациенттің басқа медициналық мекемелерде стационарлық емделуден өту қажеттігіне байланысты үзіледі немесе ол емделу үшін бекітілген тұратын жерінен кетеді. Қазақстан Республикасының заңнамасында демеуші терапия қызметін көрсететін мекемеден тыс қабылдау үшін препаратты тағайындау мүмкіндігі қарастырылмаған (Болтаев Азизбек, 2012).

11 КЕСТЕ: ХАЛЫҚТЫ 2012-2017 ЖЖ. ҚОЛДАУШЫ ТЕРАПИЯНЫҢ МАМАНДАНДЫРЫЛҒАН БАҒДАРЛАМАЛАРЫМЕН ҚАМТУ (РПДФ ПО)

Мекемелер	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2015
Тәуелді аурулардың алдын алу және емдеу жөніндегі облыстық орталық (Павлодар қ.)	56	43	58	68	63	67	68
Қарағанды облыстық наркологиялық диспансерінің Теміртау қаласындағы бөлімшесі	48	32	28	25	12	21	25
Шығыс Қазақстан облыстық наркологиялық диспансері (Өскемен қ.)	56	33	30	37	39	55	37
Ақтөбе облыстық наркологиялық диспансері (Ақтөбе қ.)	13	20	17	28	25	28	28
Жамбыл облыстық наркологиялық диспансері (Тараз қ.)	6	12	18	25	20	14	25
Қостанай облыстық наркологиялық диспансері (Қостанай қ.)	5	18	21	28	32	25	28
Семей қаласының наркологиялық диспансері	–	13	11	27	25	39	27
Батыс Қазақстан облысының облыстық наркологиялық диспансері (Орал қ.)	–	17	19	21	27	21	21
Павлодар облыстық тәуелді аурулардың алдын алу және емдеу орталығының Екібастұз филиалы	–	16	17	21	17	20	21
Қарағанды облыстық наркологиялық диспансері (Қарағанды қ.)	–	7	11	15	27	39	15
Алматы қаласының Қалалық наркологиялық медициналық-әлеуметтік түзету орталығы	–	–	–	–	–	15	
Атырау облысының облыстық наркологиялық диспансері	–	–	–	–	–	6	
Қызылорда облысының облыстық наркологиялық орталығы	–	–	–	–	–	4	
Барлығы	184	211	230	295	287	354	295

Бағалау деректерін назарға алу нәтижесі ретінде және Денсаулық сақтау министрінің 2012 жылғы 4 қазандағы № 691 «Қазақстан Республикасында апиынды алмастыру терапиясының қолжетімділігін кеңейту туралы» бұйрығын орындау үшін 2012-2013 жылдары тағы 7 қалада (Ақтөбе, Тараз, Қостанай, Орал, Екібастұз, Семей және Қарағанды қалалары) апиынды алмастыру терапиясының бағдарламасын іске асыру басталды. 31.12.2015 жылға демеуші терапия бағдарламасында 295 клиент болды. 13.04.2015 ж.ҚР ДСӘДМ №259 «АИТВ-инфекциясымен өмір сүретін және туберкулезбен ауыратын «Бір терезе» қағидаты бойынша алмастырушы қолдау терапиясын алатын апиынды тәуелді тұлғаларға туберкулезге қарсы және антиретровирусқа қарсы препараттарды беру бойынша қызметтер көрсету туралы» бұйрығы шығарылды.

2015 жылғы маусымнан бастап алмастырушы қолдаушы терапиядағы пациенттердің электрондық тіркелімі енгізілді. Бұл тіркелім - бұл АҚТ бағдарламасындағы барлық пациенттер туралы деректерді жинау, сақтау, беру және өңдеудің электрондық жүйесі. Жүйе АҚТ-дағы пациенттер туралы ақпараттың толықтығын, дәлдігін және уақтылылығын қамтамасыз етуге мүмкіндік береді, оның ішінде: белгіленген дозалар және метадонның жіберілуі; ПБЗ-ны пайдалануды бақылау; АИТВ-инфекциясы мен туберкулезге тестілеу; АИТВ-инфекциясы мен туберкулез диагнозын белгілеу; алынған қызметтер және т. б. туралы ақпарат.

2015 жылдың 11 желтоқсанында метадон Қазақстанда дәрілік препарат ретінде ресми түрде тіркелді.

Алмастырушы терапиясының мәселелері бойынша жұртшылықтың ақпараттану деңгейін арттыру үшін, «2014-2016 жылдарға арналған Қазақстан Республикасындағы қолдаушы алмастырушы терапия бағдарламасын адвокациялау жөніндегі іс-шаралар жоспарын» іске асыру мақсатында, «Аман-саулық» ҚҚ ҚР Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрлігімен бірлесіп, БҰҰ Есірткі және қылмыс жөніндегі басқармасының қолдауымен елдің барлық қалаларында 2014 жылдан бастап медицина қызметкерлерінің, облыстық мәслихат депутаттарының, «Пациенттер кеңесі» өкілдерінің, ҰЕҰ, БАҚ өкілдерінің, АҚТ бағдарламасының клиенттерінің және олардың туыстарының қатысуымен қоғамдық тыңдаулар өткізілді.

2016 жылы UNODC Қазақстан Республикасында апиынды тәуелділікті қолдаушы терапия бағдарламасына бағалау жүргізілді және есеп дайындалды. Осы бағалаудың нәтижелері республиканың азаматтық денсаулық сақтау секторында апиынды тәуелділікті емдеу үшін метадонды пайдалану мүмкіндігі мен тиімділігін растады. Сондай-ақ, сарапшылар стационарлық емдеу шығындарымен салыстырғанда қолдаушы терапия бағдарламаларының экономикалық тиімділігін атап өтті.

Емдеудегі жаңа жетістіктердің бірі - «Treatnet II-есірткіге тәуелділікті емдеу және денсаулыққа салдары» атты жобасы, ол Павлодарда есірткіге тәуелді адамдарды емдеу және оларға күтім жасау бойынша бірлескен UNODC-ДДҰ-ның бағдарламасы шеңберінде жүзеге асырылады (<http://www.unodc.org/treatment/> қараңыз). Бұл жоба мүше мемлекеттерге әр түрлі географиялық аймақтарда есірткіге тәуелділерді емдеу және оңалту бойынша жан-жақты және тиімді қызмет көрсету үшін техникалық әлеуетті арттыруға және нығайтуға көмек көрсетеді.

2010-2014 жылдар аралығында нашақорлықтың медициналық-әлеуметтік проблемалары республикалық ғылыми-практикалық орталығы Treatnet жобасы шеңберінде Павлодар қаласында қызметтердің циклдық моделін табысты енгізді, атап айтқанда Павлодар қаласының денсаулық сақтау мекемелерінде скринингтер және қысқа мерзімді интервенциялар, есірткіге тәуелділіктен емдеу курстарынан өткен адамдар үшін рецидивке қарсы терапия және әлеуметтік сүйемелдеу сияқты қызметтерге бастамашылық жасалды, сондай-ақ емдік және профилактикалық қызметтермен толық қамту үшін қайта бағыттау жүйесі және емдеу желісін құру жолға қойылды.

Павлодар өңірі деңгейінде НМӘП РҒПО жанындағы амбулаториялық жағдайларда есірткіге тәуелділер үшін кешенді және циклдық қызметтер енгізілді (Treatnet негізгі құжаттар мен қызметтерін пайдалана отырып). Сондай-ақ есірткіні инъекциялық пайдаланушылар арасында артық дозалаудың алдын алу, соматикалық және психикалық ауытқуларды диагностикалау мен емдеу, сондай-ақ әлеуметтік қызметтер пакетін кеңейту есебінен көрсетілетін көмек спектрі кеңейтілді («жарты жолда үйде» қызметін енгізу). 2014 жылдың қазан айында ҚР-да Treatnet жобасын жүзеге асыру туралы толық есеп жарияланды.

5.3. ЕСІРТКІГЕ ТӘУЕЛДІ АДАМДАРДЫҢ ЕМДЕУ ҮШІН ЖҮГІНУІ

5.3.1. Амбулаторлық емдеу

Амбулаториялық наркологиялық көмекті 2017 жылы қалаларда – облыстық және қалалық наркологиялық диспансерлердің диспансерлік бөлімшелері (филиалдары бар 18 ұйым), шағын қалалардың психиатриялық диспансерлерінің диспансерлік бөлімшелері (Талғар, Рудный, Степногорск, Зырян және Риддер қалаларының 5 ұйымы) және ауылдық жерлерде – МСАК ұйымдары жанындағы 123 наркологиялық кабинет (орталық аудандық емханалар) көрсетті (5-3-Кесте). Наркологиялық ұй-

ымдардың амбулаторлық бөлімшелерінде 309 төсекке арналған 11 күндізгі стационар ашылған, бірақ оларда негізінен алкогольге тәуелді адамдарды емдеу жүргізіледі.

Қазақстан Республикасында жұмыс істейтін жеке наркологиялық мекемелердің саны үнемі артып келеді. Негізінен аталған мекемелер наркологиялық кабинеттермен, наркологиялық қызмет профилі бар психотерапиялық кабинеттермен, бейінді амбулаториялық құрылымдармен, наркологиялық стационарлармен және оңалту орталықтарымен ұсынылған. 2017 жылы Қазақстан Республикасының жеке денсаулық сақтау секторында 29 наркологиялық кабинет тіркелді: Алматы, Жамбыл, Қарағанды және Солтүстік Қазақстан облыстарында 1 кабинеттен; Ақтөбе, Оңтүстік Қазақстан, Павлодар облыстарында 2 кабинеттен; Ақмола, Батыс Қазақстан, Оңтүстік Қазақстан облыстарында 3 кабинеттен; Қостанай, Маңғыстау облысында 5 кабинеттен.

Жеке клиникалар елдің бес өңірінде (Шығыс Қазақстан, Жамбыл, Қарағанды, Оңтүстік Қазақстан облыстары және Алматы қ.) орналасқан, онда 2017 жылы 37 пациенттердің арасында 64 емделу жағдайлар болды. Төсекте орташа болу 10 күнді құрады, бұл жеке клиникаларда стационарлық емдеудің негізгі бағдарламасы детоксикация болып табылады. Барлық емделушілердің 52 жағдайлары апиындарға, 2 жағдай – седативті препараттарға және 10 жағдай ПБЗ – ны біріктіріп пайдалануға байланысты болды.

12 КЕСТЕ: ЕСІРТКІГЕ ТӘУЕЛДІ ТҰЛҒАЛАРҒА ҚЫЗМЕТ КӨРСЕТЕТІН ЕМДІК БАҒДАРЛАМАЛАР, 2017 (РПДФ ПО)

Бағдарлама түрі		Ұйымдар саны	Сыйымдылығы (төсек-)	Пайдалану (*- алкоголь мен темекіні қоса алғанда)
Детоксикация бөлімдері				
Отделения детоксикации		28	-	1244 пациенттер
Амбулаториялық мекеме	наркологиялық және психиатриялық диспансерлердің диспансерлік бөлімшелері	26	-	456 816* бару
	МСАК жанындағы наркологиялық кабинеттер	183	-	66 871* бару
Күндізгі стационар		11	309	7663 * пациенттер
Алмастырушы терапияның мамандандырылған орталықтары		13	400	354 пациент
Психиатриялық ауруханалардағы наркологиялық бөлімшелер		4	47	300 пациенттер
Балалар наркологиялық бөлімшелері		-	29	18 пациент
Медициналық-әлеуметтік оңалту		17	730	2921 пациент
Түрмелердегі детоксикация бөлімдері		1	30	90 пациент
Бас бостандығынан айыру орындарында амбулаториялық емдеу		94 мекеме	-	798 пациент емді аяқтады
Төмен бағалы қызметтер (сенім пункттері) - тікелей қамту		144	-	60 705 пациент
Жеке наркологиялық сектор				
Жеке наркологиялық клиникалар		8	111	250 пациент
Жеке наркологиялық кабинеттер		29	-	14 806* бару

* Бағдарламаның осы түрлері үшін тек бару саны тіркеледі

5.3.2. Терапиялық қоғамдастықтарда емдеу

Терапевтік қоғамдастықтарда мемлекеттік қолдау арқылы емдеу елдің екі ұйымдарында жүзеге асырылады: ҚР ИМ Есірткі бизнесіне қарсы күрес және есірткі айналымын бақылау комитетінің жанындағы «Есірткіге тәуелді адамдарды әлеуметтік – психологиялық оңалту орталығы» ММ 30 төсектік (Раздольное ауылы, Ақмола облысы); 40 төсектік НМЭП РҒПО клиникасын әлеуметтік оңалту бөлімшесі (Мичурино ауылы, Павлодар облысы). Қазақстан Республикасы Үкіметінің 2014 жылғы 19 ақпандағы № 114 «Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау ұйымдары желісінің мемлекеттік нормативін бекіту туралы» қаулысына сәйкес Есірткіге тәуелді адамдарды әлеуметтік–психологиялық оңалту орталығы Ақмола облысы Денсаулық сақтау басқармасының құрамына берілді. Мәселені шешуге Әлеуметтік-психологиялық оңалту орталығы Ақмола облысының аумағында орналасқандығы себеп болды.

Төмендегі кестеде НМЭП РҒПО клиникасы әлеуметтік оңалту бөлімшесінің терапевтік қоғамдастығы пациенттерінің кейбір сипаттамалары берілген. 2017 жылы әлеуметтік оңалту бөлімінде емделіп жатқан адамдардың 40% героинге тәуелді, 11% ПБЗ – ны біріктіріп пайдалануға байланысты, қалғандары алкогольді тұтынуға байланысты емделді.

13 КЕСТЕ: 2011-2017 ЖЖ. НМӘП РФПО-НЫҢ ӘЛЕУМЕТТІК ОҒАЛТУ БӨЛІМШЕСІ ПАЦИЕНТТЕРІНІҢ СИПАТТАМАСЫ (РПДҒ ПО)

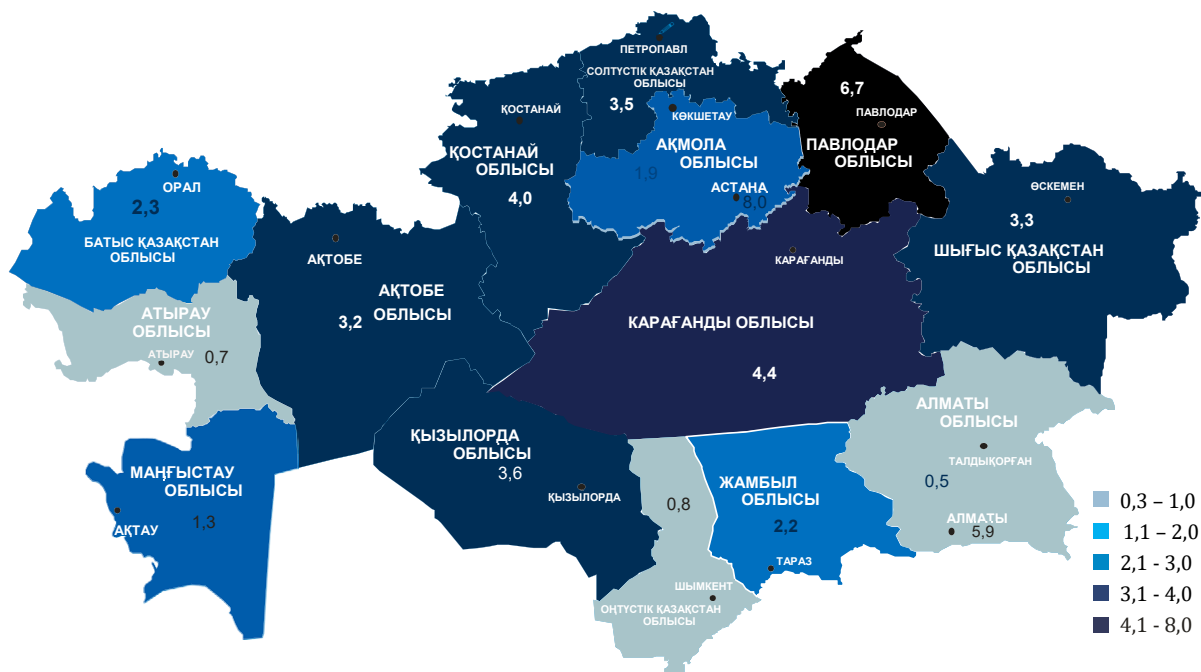
Индикатор	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Сыйымдылығы (төсек саны)	40	40	40	40	40	40	40
Шығарылған клиенттер саны	291	189	245	223	169	232	189
- есірткіні инъекциялық қолдану	154	84	126	113	89	95	92
- героинді пайдалану	91	55	99	89	63	71	49
- заттарды біріктіріп пайдалану	63	29	27	24	16	25	37
- алкоголь ішу	137	104	119	110	84	136	102
Емдеудің орташа ұзақтығы (күндер)	65	73	74	56,2	64,5	40,2	63,3

Елде сондай-ақ терапевтік қоғамдастықтың принциптері бойынша, жеке, діни және коммерциялық емес ұйымдармен құрылған оңалту бағдарламалары ұсынылады: Алматы қаласындағы «Миннесота моделі» бағдарламасы (<http://lechenie-narkomanii.jimdo.com/> қараңыз); Алматы қаласындағы «Свободные люди» көмек орталығы (<http://freepeople.kz/nashi-czentryi.html> қараңыз); Алматы қаласындағы «Жизнь и Свет» Сығандар-інжіл қауымдастығы; Алматы қаласындағы «Надежда» Діни біріккен христиан орталығы; Алматы қаласындағы «Тин челлендж» оңалту орталығы; Қарағанды облысындағы «Нашақорлар мен алкоголиктерді оңалтудың рухани орталығы» ҚБ.

Қазіргі уақытта мемлекеттік емес секторда терапевтік қоғамдастық қағидаттарына негізделген оңалту қызметтерін көрсететін ұйымдардың нақты санын бағалау қиын. Мемлекеттік емес секторда осындай бағдарламаларда, әдетте, «12 қадам» бағдарламасының нұсқалары немесе стихиялы қалыптасқан діни-рухани тәжірибе пайдаланылады.

5.3.3. Емделіп шыққан клиенттердің негізгі сипаттамалары

2017 жылы есірткіге тәуелділік бойынша мемлекеттік наркологиялық ұйымдарға стационарлық көмек үшін 5 163 (3 083 пациент) өтініш орын алды. Есірткі тәуелділігіне байланысты емдеу үшін республикалық көрсеткіш 2017 жылы 10 000 адамға шаққанда 1,5 болды. Есірткіге тәуелділіктен ем алған адамдардың ең көп саны облыстың 10 000 тұрғынына Павлодар облысында (8,2) және Алматы қаласында (5,2), сондай-ақ Қарағанды, Қостанай облыстарында және Астана қаласында (3 Карта) тіркелді.

3 КАРТА: 10 000 ХАЛЫҚҚА ЕСІРТКІГЕ ТӘУЕЛДІЛІК БОЙЫНША ЕМДЕУ ҮШІН ӨТІНІШТЕР, 2017 (НМӘП РФПО)


Алғаш рет емделіп шыққан клиенттердің көпшілігі апиындарды қолданудан туындаған психикалық және мінез-құлық бұзылыстарының нақты диагноздарына ие. (F11- АХЖ-10, 1994 ж.). Психикалық белсенді заттарды (F19 - АХЖ-10, 1994) біріктіріп пайдалану нәтижесінде психикалық және мінез-құлықтық бұзылулардың қорытынды диагнозы алғаш емделіп шыққан клиенттердің 40% - да тіркелген.

Емдеуге сұраныс бойынша толық және сапалы деректер жоқ болғандықтан, 2016 жылдың соңындағы негізгі көрсеткіштер төменде келтірілген. 2016-2017 жылдары наркологиялық қызметте емделіп жатқан адамдардың демографиялық сипаттамалары туралы деректердің болмауына байланысты 2015 жылға дейінгі кезеңге арналған деректер ұсынылған.

Апиындар Қазақстан Республикасында 2016 жылдың ішінде емделген барлық клиенттер санының 54,5% – ы үшін негізгі проблемалы зат болып табылды (2015-64%). Героин есірткіні қолданудан туындаған бұзылуларға байланысты емделіп шыққан барлық адамдардың санынан 40,2% адам үшін негізгі проблемалы есірткі болды. 2015-2016 жылдары алғашқы проблемалық зат ретінде «басқа апиындар» көрсеткен емделіп шыққан адамдардың үлесі айтарлықтай өсті, оны қолдануына байланысты наркологиялық көмекке жүгінген. Екінші жағынан, героинді проблемалық зат ретінде көрсететін адамдардың үлесі соңғы бес жыл ішінде тұрақты түрде төмендеуде (14-Кесте).

14 КЕСТЕ: ЕМДЕЛІП ШЫҚҚАН НАУҚАСТАР АРАСЫНДАҒЫ БАСТАПҚЫ ПРОБЛЕМАЛЫҚ ЗАТТАР, 2013-2016 ЖЖ.(РПДФ ПО)

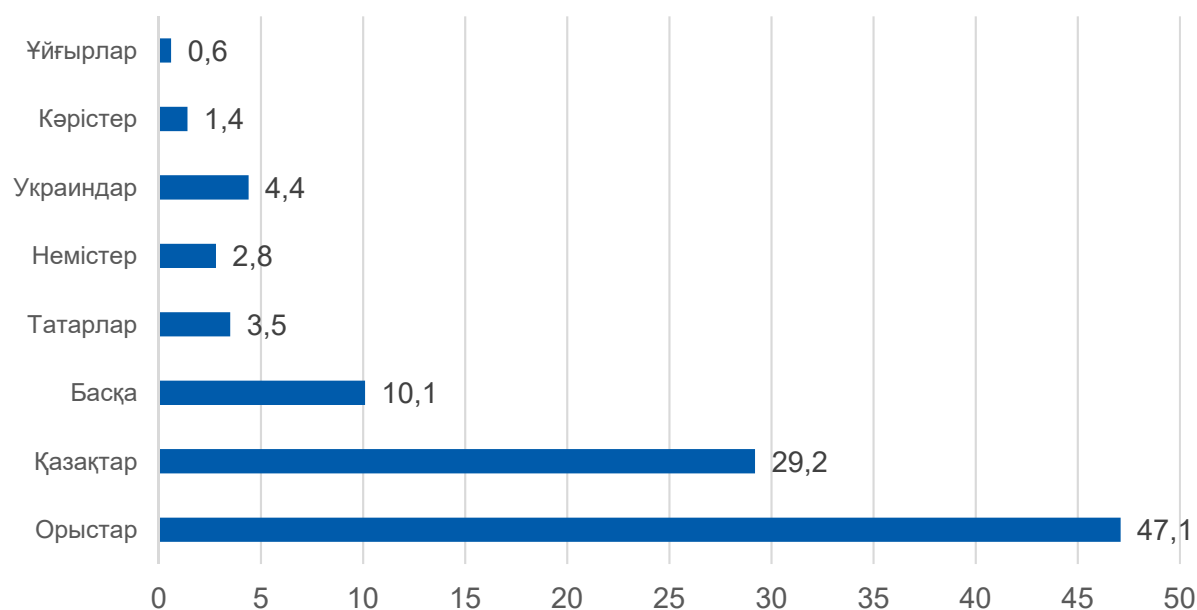
Заттар	Бастапқы ПБЗ			
	2013	2014	2015	2016
	%	%	%	%
Апиындар	79,3	72,8	64,0	54,5
Героин	72,4	60,4	51,6	40,2
Апиын	2,3	9,0	4,1	4,0
Басқа апиындар	4,6	3,4	8,3	11,3
Седативті және ұйықтататын заттар	1,4	1,2	0,3	2,7
Ұшпа органикалық қосылыстар	0,7	0,9	0,5	0,3
Каннабис	4,6	10,5	2,5	8,6
Басқа ПБЗ	2,0	1,2	0,3	1,3

Демографиялық сипаттамалар бойынша 2015 жылы емделіп шыққан адамдардың ең көп саны ерлер жынысына (88,2%) тиесілі. Наркологиялық ұйымдар пациенттерінің орташа жасы 35,0 жасты құрады (15-кесте).

15 КЕСТЕ: ЕМДЕЛГЕН ПАЦИЕНТТЕРДІҢ ДЕМОГРАФИЯЛЫҚ СИПАТТАМАЛАРЫ, 2015 (НМӘП РҒПО)

Облысы	Барлық пациенттер					Алғаш рет емделген				
	Ерлер %	Әйелдер %	Жынысы бойынша арақатынас	Орташа жасы	Жасы <25	Ерлер %	Әйелдер %	Жынысы бойынша арақатынас	Орташа жасы	Жасы <25
Ақмола	95,7	4,3	22,2	34,8	20,2	90,8	9,2	10,6	34,0	5,71
Ақтөбе	85,8	14,2	6,04	35,7	5,88	86,0	14,0	6,1	35,1	9,0
Алматы	91,1	8,9	10,2	36,4	48,9	92,1	7,9	11,6	36,1	7,39
Атырау	100	0	-	33,3	25,9	100	0	-	-	50,0
ШҚО	88,7	11,3	7,8	35,2	6,64	89,1	10,9	8,2	34,9	10,1
Жамбыл	93,4	6,6	14,2	37,2	5,83	94,8	5,2	18,2	36,7	8,24
БҚО	86,5	13,5	6,4	33,1	17,9	85,1	14,9	5,7	32,2	27,6
Қарағанды	87,5	12,5	7,0	35,0	7,88	84,9	15,1	5,6	34,5	10,3
Қостанай	87,2	12,8	6,8	32,6	13,6	89,1	10,9	8,2	31,4	21,6
Қызылорда	100	0	-	41,6	21,5	100	0	-	40,6	7,5
Маңғыстау	92,8	7,2	13,0	34,9	7,14	88,8	11,2	7,9		22,2
Павлодар	86,3	13,7	6,3	34,6	5,11	86,5	13,5	6,4	34,4	5,62
СҚО	92,3	7,7	12,0	32,8	9,55	90,5	9,5	9,5	32,7	13,5
ОҚО	87,8	12,2	7,2	37,4	5,3	90,6	9,4	9,6	35,3	11,6
Алматы қ.	87,4	12,6	6,9	36,7	3,92	91,9	8,1	11,3	36,6	7,07
Астана қ.	89,1	10,9	8,2	34,6	4,52	88,8	11,2	7,9	33,3	8,54
НМӘП РҒПО	95,2	4,8	19,8	33,1	6,66	96,2	3,8	25,3	23,3	9,25
ҚР	88,2	11,7	8,1	35,1	0,73	88,8	11,1	8,3	35,1	10,2

2015 жылы есірткіге тәуелділік бойынша емделіп шыққан емделушілердің көпшілігін ұлты бойынша орыс және қазақ тұлғалар құрайды (6 Диаграмма). Сол ұлттың 1000 тұрғынына шаққанда есірткіге тәуелділік бойынша көмек сұрап келгендердің ең үлкен көрсеткіші корейлер, татарлар мен орыстар арасында анықталды.

6 ДИАГРАММА: ҚР НАРКОЛОГИЯЛЫҚ ҰЙЫМДАРЫНДА ЕМ АЛҒАН АДАМДАРДЫ ҰЛТЫ БОЙЫНША БӨЛУ (%), 2015 (НМӘП РҒПО)

2015 жылы ем алған пациенттердің 35,7% - ы өз отбасыларымен (ата-аналарымен немесе серіктесімен/балаларымен) тұрды, емделушілердің 0,2% - ы үйсіз болды (16-Кесте).

16 КЕСТЕ: ЕМДЕЛІП ШЫҚҚАН КЛИЕНТТЕРДІҢ КЕЙБІР ӘЛЕУМЕТТІК СИПАТТАМАЛАРЫ, 2012-2015 ЖЖ. (НМӘП РФПО)

Параметрлері	2012	2013	2014	2015
Тұрмыстық жағдайлар				
Отбасымен	51,7	56,0	51,6	35,7
Туыстарымен	38,8	33,1	37,0	35,7
Серіктеспен	2,3	2,4	2,2	2,4
Жалғыз	6,5	6,8	8,7	4,5
Үйсіз	0,2	0,2	0,4	0
Белгісіз	0,4	1,5	0,1	21,7
Жұмыспен қамтылу				
Тұрақсыз жұмыспен қамтылу	2,2	2,4	1,5	0
Тұрақты жұмыс	3,0	3,0	4,2	2,6
Студент	0,4	0,9	0,4	1,1
Жұмыссыз	76,7	75,6	84,3	90,9
Мүгедек, жасына байланысты зейнетақы	0,3	0,2	1,2	0,4
Басқа адамдардың асырауында	1,2	2,0	2,4	1,2
Басқа	16,2	15,8	6,1	4,9
Білім				
Ешқашан оқыған жоқ	0,5	0,8	-	-
Көмекші мектеп	0,1	0,1	-	-
Бастауыш білім	0,6	0,9	-	-
Орта білім	79,9	80,9	-	-
Жоғары білім	11,8	12,5	-	-

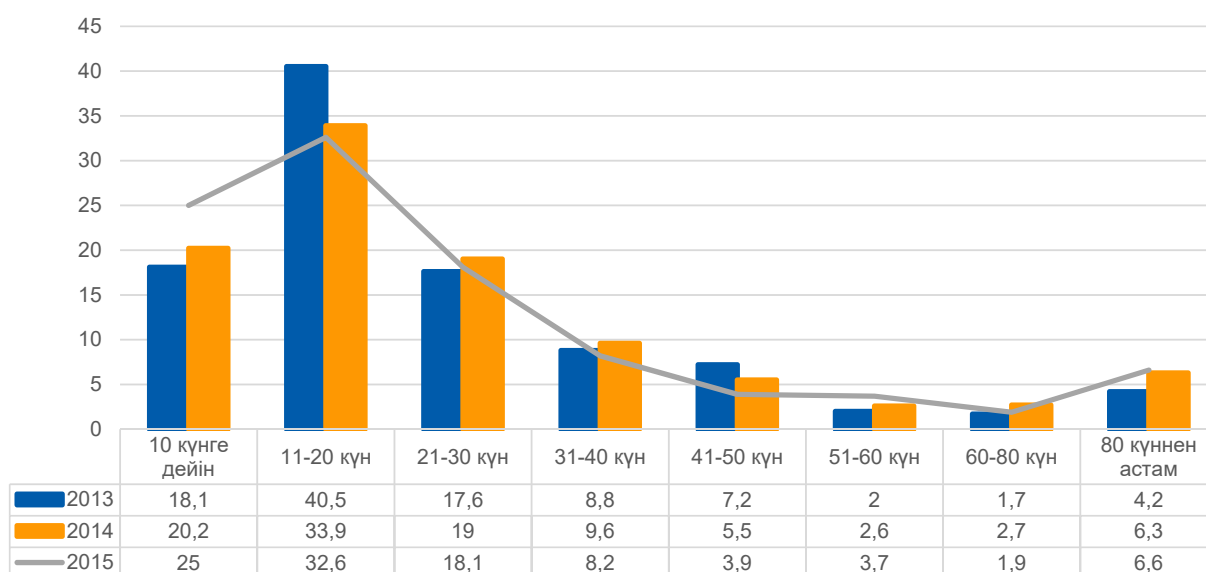
2015 жылы емделіп шыққан барлық адамдардың 90,9% - ы жұмыссыз болып табылады, басқа да жұмыспен қамту және қолдау түрлері, туғандар мен жақындарын қолдауды қоса алғанда, 4,9% - ы адамдарда атап өтілді.

2015 жылы клиенттердің көпшілігі консультациялық-диагностикалық көмек көрсететін денсаулық сақтау ұйымдарымен (47,7%) және алғашқы медициналық-санитарлық көмек көрсететін ұйымдармен (23,1%) емделуге жіберілді. Бұл ретте қайталанған пациенттер бастапқы пациенттерге қарағанда нарколог-дәрігермен жиі емдеуге жіберілді. Қазақстан Республикасы Үкіметінің 2009 жылғы 15 желтоқсандағы № 2136 қаулысымен бекітілген тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемінің Тізбесіне сәйкес жолдама бойынша диагностикалық және емдік медициналық қызметтер бюджет қаражаты есебінен көрсетіледі. Емделушілердің 9,6% – ы өз бетінше ем алды.

Қазақстан Республикасында есірткіге тәуелділікті ерікті емдеу стандарттарында емдеудің бірінші кезеңі - детоксикация - 10 күннен 20 күнге дейінгі созылады. Бұл кезеңде клиенттер жою симптомдарын емдеу қызметтерін алады, сондай-ақ мотивациялық сұхбат және психологиялық кеңес беру қарастырылған. Екінші кезең-40 күннен 60 күнге дейінгі ұзақтықтағы психологиялық оңалту кезеңі, психотерапияның қарқынды топтық және жеке сессияларын, топтық және жеке консультацияларды, психоәлеуметтік тренингтерді қамтиды. Үшінші кезең-әлеуметтік оңалту-ұзақтығы 60-тан 180 күнге дейін және терапевтік қоғамдастықтарда оңалтуды, қосымша кәсіптік оқытуды, нашакорлықтың алдын алу және емдеу саласындағы волонтерлік қызметке қатысуды, сондай-ақ еңбек терапиясын немесе еңбек тренингтерін қамтиды.

Емдеуге жатқызу 2015 жылы ем алған барлық клиенттер санының 57,6% - ында 20 күннен аз уақытқа созылды, емдеуге жатқызу 60 күннен астам барлық клиенттердің 8,5% - ында орын алды (7 Диаграмма).

Емделіп шыққан клиенттер арасында бастапқы проблемалы есірткі заттарының бірінші сынама-сының орташа жасы 22,6 жасты, медиана 20,1 жасты, бірінші сынаманың ең аз жасы - 5 жасты, ең көп жасы 65 жасты (ұйықтататын және тыныштандыратын заттарды теріс пайдалану) құрады. Барлық емделгендердің 66,7% - ы 25 жасқа жетпей бастапқы проблемалық затты қолдана бастады.

7 ДИАГРАММА: 2013-2015 ЖЖ. ҚР СТАЦИОНАРЛАРЫНДА ЕСІРТКІГЕ ТӘУЕЛДІЛІК БОЙЫНША ЕМДЕУ ҰЗАҚТЫҒЫ (НМӘП РФПО)


Емделіп шыққан барлық пациенттердің 59,7% (2013 -81,4%) емдеуге түскенше күн сайын есірткі қолданған. Алайда, 33,7% - да тұтыну жиілігі туралы деректер белгісіз болғандықтан, наркологиялық емдеуге жүгінген адамдардың арасында тұтыну сипаттамаларындағы өзгерістер туралы қандай да бір қорытынды жасау өте қиын.

Барлық емделген науқастардың 63%-да есірткіні пайдаланудың негізгі жолы ретінде тамырға инъекциялық енгізу тіркелген. Емделушілер арасында ауыз қуысының (тамақпен немесе сұйық заттармен) жұтылуы және 2015 жылы 1,2%, ішек жолдары - 0,7% және темекі шегу - 2,6% құрады.

Ресми статистиканың деректері бойынша соңғы бес жылда наркологиялық емдеуге жүгінетін пациенттер санының азаю үрдісі бар. 2011 жылы және 2017 жылы стационарлық наркологиялық емдеуге жүгінетін пациенттердің саны туралы деректерді салыстыру кезінде емделген пациенттер санының төмендеуі байқалады. Жылына бір пациентке есептегенде стационарлық емге өтініш саны соңғы 5 жылда 1,1-ден 1,3-ке дейін ауытқиды.

2011 жылдан бастап 2017 жылға дейінгі кезеңде барлық емделген пациенттер құрылымында АХЖ-10 бойынша F11 диагнозы бар адамдар санының азаю үрдісі байқалды, 2017 жылы аталған диагнозы бар адамдардың үлесі барлық емделген тұлғалар арасында 50,3% құрады. Осымен бір мезгілде F19 қорытынды диагнозы бар пациенттердің үлесі артты (17-Кесте). Наркологиялық көмекке жүгінген адамдар арасында заттарды біріктіріп пайдалану 2017 жылы 2011 жылмен салыстырғанда алты есеге өсті.

Емделіп жатқан науқастардың әлеуметтік сипаттамалары туралы өзекті, жоғары сапалы және сенімді деректер болмағандықтан, қазіргі уақытта емделушілердің үрдістері мен әлеуметтік портреттеріне қатысты қандай да бір тұжырымдар жасау қиын болып отыр.

**17 КЕСТЕ: ПАЦИЕНТТЕРДІ ҚОРЫТЫНДЫ ДИАГНОЗ БОЙЫНША 2011 ЖЫЛДАН БАСТАП 2017 ЖЫЛҒА
ДЕЙІН ПАЙЫЗДЫҚ ҚАТЫНАСТА БӨЛУ (РПДҒ ПО, РЭДО)**

Жылы	АХЖ-10 бойынша диагноз шифры							
	F11	F12	F13	F15	F16	F17	F18	F19
2006	84,6%	1,5%	0,1%	0,1%	0,02%	1,3%	4,9%	7,6%
2008	82,9%	3,2%	0,2%	0,1%	0%	0,6%	1,1%	11,9%
2010	76,9%	2,1%	0,4%	0,2%	0%	0%	0,8%	19,7%
2011	84,6%	1,5%	0,1%	0,1%	0,02%	1,3%	4,9%	7,6%
2012	66,1%	2%	1,4%	0,2%	0,1%	0,6%	0,8%	28,8%
2013	70,1%	2,1%	1,0%	0,0%	0,1%	0,1%	0,6%	26,0%
2014	63,1%	3,1%	1,0%	0,1%	0,0%	0,0%	0,8%	31,9%
2015	64,3%	2,5%	0,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,5%	32,4%
2016	52%	2,8%	0,1%	0,2%	0,0%	0,0%	0,9%	44%
2017	50,3%	2,6%	0,3%	1,1%	0,0%	0,0%	0,7%	45%

ПБЗ-ды қолдануынан туындаған бұзылулары бар тұлғалардың емдік көмекке жүгінуінің төмендігін түсіндіретін негізгі себептер: емдеу талап етілмейді деген сенім; наркологиялық есепке қоюдан сақтану және қорқу; полициямен мүмкін болатын проблемалар бойынша мазасыздану; стигматизациядан қорқу; мемлекеттік мекемелерге сенімсіздік және қол жетімді емдеудің тиімділігіне қатысты күмән (Rosenkranz M, Kerimi N, Takenova M, et al., 2016).

6. ДЕНСАУЛЫҚ ПЕН НАШАҚОРЛЫҚ САЛДАРЫНЫҢ ӨЗАРА БАЙЛАНЫСЫ

6.1. КІРІСПЕ

Елдегі денсаулық сақтау мен есірткіні тұтыну салдарының өзара байланысы туралы деректердің ең толық көздерінің бірі ЖИТС-ның алдын алу және оған қарсы күрес жөніндегі республикалық орталықты үйлестіру және бақылау кезінде өңірлік ЖИТС орталықтары іске асыратын АИТВ-инфекциясының таралуын эпидемиологиялық қадағалау (ТЭҚ) болып табылады (Ганина Л. Ю., 2016).

АИТВ-инфекциясы індетінің таралу қарқынының төмендеуі елдің денсаулық сақтау саласының басым бағыттарының бірі болып табылады. Зиянды төмендету стратегиясы ҚР-да мемлекеттік бағдарламалар шеңберінде іске асырылуда, халықтың денсаулығына қатысты саясатта аса маңызды міндеттердің бірі болып табылады. Халықты АИТВ-инфекциясына тестілеу стратегиясы Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау саласын дамытудың 2016-2019 жылдарға арналған «Денсаулық» мемлекеттік бағдарламасын іске асыру жөніндегі іс-шаралар жоспарында көрсетілген, онда АИТВ-инфекциясына сапалы кеңес беру мен тестілеуге қол жеткізуді қамтамасыз ету, достық кабинеттер мен сенім пункттерінде АИТВ-инфекциясына экспресс-диагностика жүргізу қажеттілігі атап өтілді. Мемлекет АИТВ-ға тексеру және ҚР азаматтары үшін АИТВ-инфекциясы мәселелері бойынша тегін кеңес беру мүмкіндігін ұсынуға кепілдік береді (құпия, жасырын), бұл ҚР 2009 жылғы 18 қыркүйектегі № 193-IV «Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы» Кодексте көрсетілген (19-тарау, 115-бап).

АИТВ инфекциясын эпидемиологиялық қадағалау алдын алу бағдарламаларын жоспарлау, орындау және мониторингілеу үшін қажетті АИТВ инфекциясының таралуы туралы эпидемиологиялық ақпаратты жинау, талдау және тарату жүйесін білдіреді. Эпидемиологиялық қадағалаудың негізгі әдістерінің бірі эпидемиологиялық, клиникалық және басқа да көрсеткіштер бойынша өткізілетін халықтың белгілі бір контингенттерінің АИТВ-ға антиденелерге тестілеу кезінде анықталған АИТВ-инфекциясы жағдайларын тіркеу болып табылады. ҚР-да АИТВ-инфекциясына жыл сайын 2 миллионнан астам қан үлгісі тестіленуде, бұл ел халқының шамамен 10% - ын құрайды.

Халықтың негізгі топтары арасында АИТВ-инфекциясы індетінің басым шоғырлануы кезінде эпидемиологиялық қадағалаудың ең тиімді құралы әлеуметтік-демографиялық және мінез-құлық ерекшеліктеріне байланысты қауіпті мінез-құлықты және АИТВ-ға, С вирустық гепатиті (СВГ) мен мерезге антиденелердің таралуын зерттеуге мүмкіндік беретін таралуын эпидемиологиялық қадағалау (ТЭҚ) болып табылады. Қазақстан ұлттық деңгейде жыл сайынғы негізде (2005 жылдан бастап) ТЭҚ жүргізудің көп жылдық тәжірибесі бар, 2007 жылдан бастап ТЭҚ мемлекеттік бюджет қаражаты есебінен қаржыландырылады (республикалық бюджеттен нысаналы трансферттер және жергілікті бюджет қаражаты). «Қазақстан Республикасында АИТВ-инфекциясын шолғыншы эпидемиологиялық қадағалауды ұйымдастыру және жүргізу туралы» ҚР ДСМ 2005 жылғы 23 желтоқсандағы № 634 бұйрығы ТЭҚ жүргізу үшін негіз болып табылады.

ИЕПА арасындағы ТЭҚ әрбір екі жыл сайын елдің 22 қаласында ЖИТС орталықтарының мамандарымен жүргізіледі (қазіргі уақытта 2016 жылы жүргізілген ТЭҚ деректері қол жетімді). Елдің барлық сайттарында ИЕПА арасында ТЭҚ жүргізу кезінде респонденттерді іріктеу әдістемесі - бұл респонденттердің өздері салған іріктеме (RDS).

Сондай-ақ, елде ИЕПА арасында тұрақты негізде жүргізілетін медициналық зерттеу бойынша деректер бар. Клиникалық және эпидемиологиялық көрсеткіштер бойынша АИТВ-инфекциясының бар-жоғына міндетті құпия медициналық тексеру қағидалары бойынша инъекциялық есірткілерді пайдаланатын адамдар наркологиялық қызметке есепке қойған кезде және әрбір 6 ай сайын АИТВ-ға міндетті түрде тестілеуге жатады.

6.2. ЕСІРТКІ ПАЙДАЛАНУМЕН БАЙЛАНЫСТЫ ЖҰҚПАЛЫ АУРУЛАР

6.2.1. АИТВ

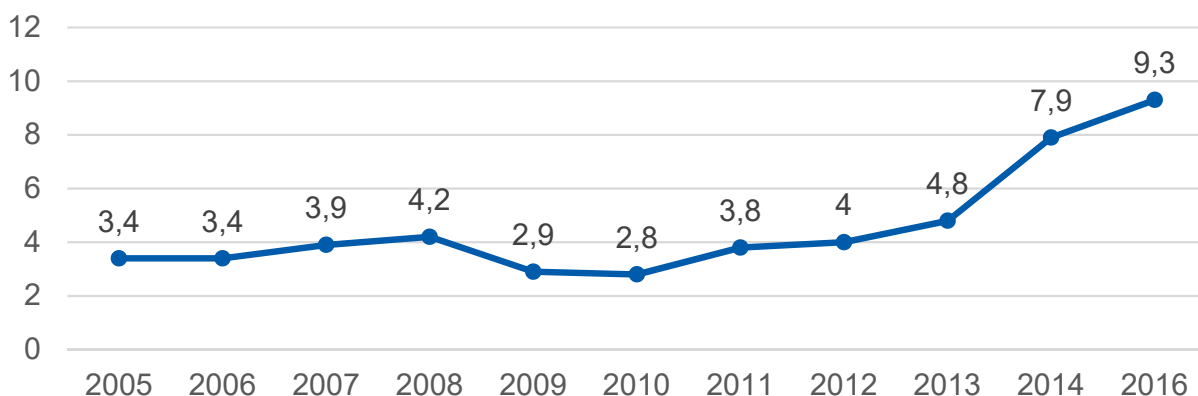
Қазақстан аумағында АИТВ инфекциясының таралуының эпидемиялық процесінің дамуы шоғырланған сатыда тұр, ол негізінен АИТВ жұқтырудың барынша қаупі бар халықтың белгілі бір топтарында АИТВ инфекциясының таралуын көрсетеді. Қазақстанда 15 – тен 49 жасқа дейінгі жастық топта таралуы 0,2% - дан аспайды, жалпы халық арасында-0,1%, ал ИЕПА, СЖ, ЕСЕ және тұтқындалған адамдар, таралуы айтарлықтай жоғары. Мысалы, ИЕПА арасында АИТВ инфекциясының таралуы, 2016ж. 2017 жылы СЖ арасында – 1,9%, қамаудағылар арасында – 3,5%, ЕСЕ арасында – 6,1% құрады.

Есірткіні инъекциялық пайдалану әлі де індеттің қозғаушы күші болып табылады. 2017 жылдың соңында кумулятивтік түрде елде 53,7% - ы есірткіні инъекциялық пайдалану кезінде АИТВ-инфекциясын жұқтырды, 2017 жылы анықталған арасында АИТВ-инфекцияны анықталған кезінде – 33% (ЖИТС-тің алдын алу және оған қарсы күрес жөніндегі республикалық орталық, 2018).

Жылдар бойынша динамикада инъекциялық есірткілерді пайдалану кезінде жұқтыру жағдайларын тіркеудің төмендеуі байқалады, бір мезгілде АИТВ-ның жыныстық жолмен берілу жолдарының өсуі байқалады. Сондай-ақ, инъекциялық есірткілерді пайдаланатын өздерінің жыныстық серіктестерінен көбіне жұғатын АИТВ жұқтырған әйелдердің үлес салмағы да өсуде.

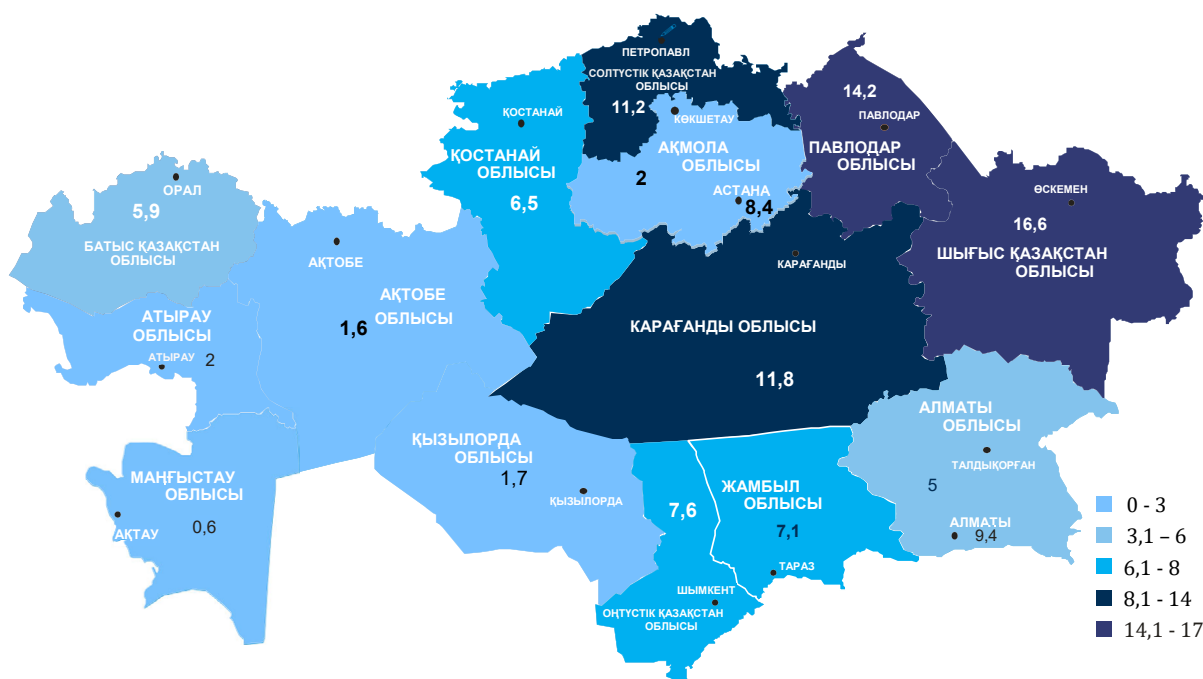
ТЭҚ деректері бойынша ИЕПА арасында АИТВ инфекциясының таралуы 2016 жылы 9,3% құрады (8 Диаграмма). Соңғы жылдары осындай көрсеткіштің жоғарылауының себептерінің бірі 2014 жылы ТЭҚ әдіснамасына өзгерістер енгізілуі мүмкін және осыған байланысты ИЕПА популяциясына терең еніп, зерттеудің кездейсоқ іріктеуі алынды (Ганина Л. Ю., 2016).

8 ДИАГРАММА: ИЕПА АРАСЫНДА АИТВ ИНФЕКЦИЯСЫНЫҢ ТАРАЛУЫ (%), 2005-2016 ЖЖ., (ЖИТС РО)



Өңірлер бойынша ИЕПА арасында АИТВ-инфекциясының таралуы Маңғыстау облысында 0.65%-дан Шығыс Қазақстан облысында 16,6% - ға дейін өзгереді. ИЕПА популяциясындағы қолайсыз жағдай Қарағанды (11,8%), Павлодар (14,2%), Солтүстік Қазақстан (11,2%) облыстарында, Астана (8,4%) және Алматы (9,4%) қалаларында. АИТВ-инфекциясының таралу көрсеткіші жынысына байланысты шолушы сайттарда ерекшеленеді. Ел бойынша әйелдер арасындағы орташа өлшенген мән – 14,8%, ең жоғарғы мән-40%. ҚР ерлер арасында орташа өлшенген мән – 8,1%, ең жоғарғы мән – 15,7%. Әйелдер арасында таралуы ерлер арасында қарағанда жоғары, 16 аймақтың 11-де (4 Карта).

4 КАРТА: Өңірлер бөлінісінде ИЕПА арасында АИТВ-инфекциясының таралуы (%), 2016 (ЖИТС РО)



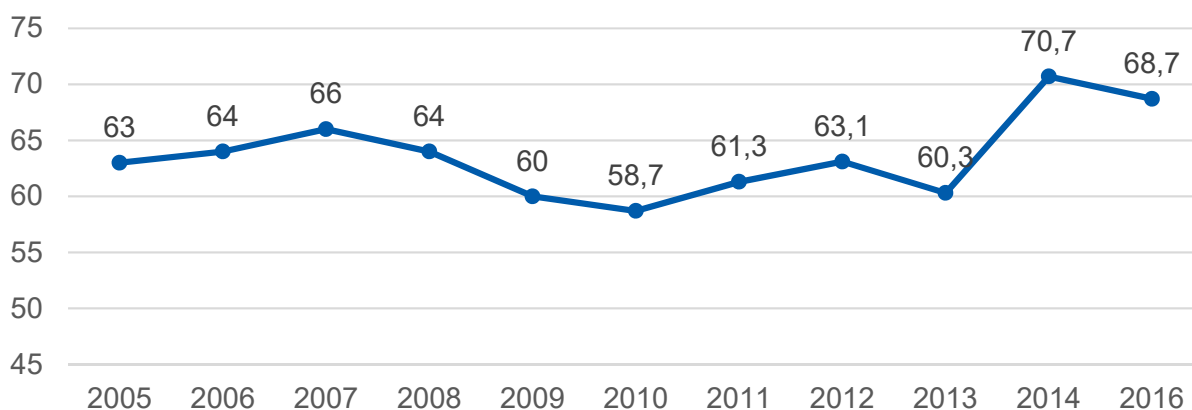
16 жылғы ТӘҚ-да АИТВ-позитивті ИЕПА арасында медиана 36 жас, диапазон – 18-ден 68 жасқа дейін құрады. ҚР – да АИТВ – мен өмір сүретін ИЕПА арасында электрондық бақылау жүйесінде 31.12.2017 ж. (9 160 жағдай) медиана жасы 32 жылды құрайды, ең төменгі жас-18 жас, ең жоғарғы-72 жас.

ЖИТС РО электрондық бақылау деректері бойынша парентеральды жол ерлер мен 20-дан 29 жасқа дейінгі адамдар үшін жұқтырудың негізгі жолы болып қалады. Есірткіні инъекциялық тәсілмен қолданатын тұлғалар арасындағы қауіпсіз инъекциялық практикалардың салмақты көрсеткіші 2016 жылы 53,8% - ды құрады.

6.2.2. С вирустық гепатиті

Ел бойынша ИЕПА таңдауда С вирустық гепатитінің таралуы 2013 жылғы 60,3% - дан 2016 жылы 68,7% - ға дейін артты (9 Диаграмма). 2016 жылы СВГ АИТВ-оң мәртебесі бар адамдардың 82% (ДИ: 78,3% -85,3%) және АИТВ-теріс мәртебесі бар адамдардың 67,4% (ДИ: 66% -68,7%) анықталды (Л. Ю. Ганина, 2016).

9 ДИАГРАММА: ЖЫЛДАР БОЙЫНША ДИНАМИКАДА ИЕПА АРАСЫНДА СВГ ТАРАЛУЫ (%) (ЖИТС РО)



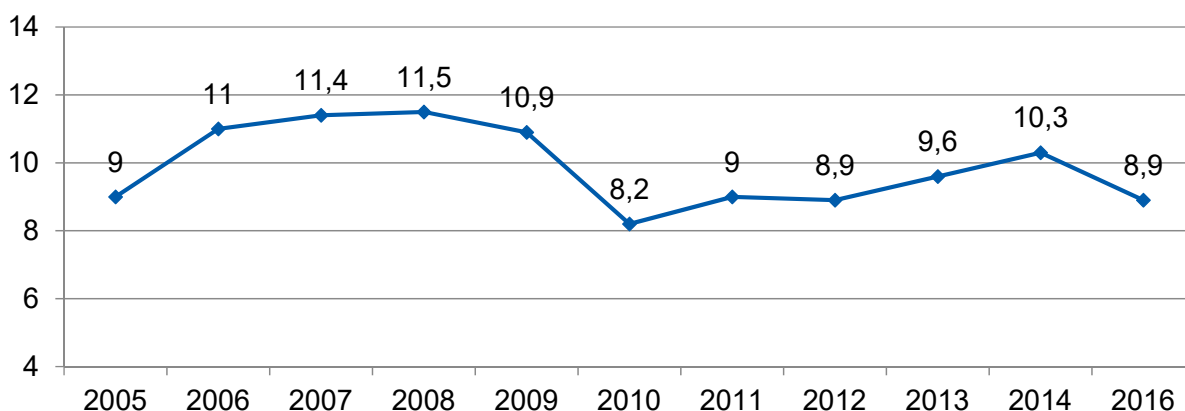
2016 жылы ел бойынша іріктеуде ең көп СВГ таралуы Ақтөбеде болды (АИТВ таралуы кезінде 91,9% – 1,63%), ең азы Алматыда (АИТВ таралуы кезінде 45% – 9,38%). Ерлер арасында СВГ таралуы 2016 жылы 70,5%, әйелдер арасында – 60,3% құрады. (Ганина Л. Ю., 2016).

6.3. ЕСІРТКІГЕ БАЙЛАНЫСТЫ БАСҚА ДА АУРУЛАР

6.3.1. Жыныстық жолмен берілетін аурулар - мерез және гонорея

Инъекция жолымен есірткі пайдаланатын тұлғалар арасында мерездің таралуы 2016 жылы 8,9% құрады. Соңғы 9 жыл ішінде мерездің таралуы 8-ден 11,5% - ға дейін шегінде болады (10 Диаграмма).

10 ДИАГРАММА: ЖЫЛДАР БОЙЫНША ДИНАМИКАДА ИЕПА АРАСЫНДА МЕРЕЗДІҢ ТАРАЛУЫ (%) (ЖИТС РО)



Мерездің ең жоғары таралуы 2016 жылы Жамбыл облысында болды (27,1%), ең аз (9 есе аз) – Алматы облысында (3%). 2016 жылы ерлер арасында мерездің таралуы 8,1%, ал әйелдер арасында – 12,7% құрады. Қауіпсіз жыныстық мінез-құлықтың салмақты көрсеткіші-44,7%. Жыныстық жолмен берілетін инфекциялар симптомдарының таралуы (ЖЖБИ) – 9,8%, ол әйелдер арасында (17,6%) және 25 жасқа дейінгі адамдар арасында (12,6%) жоғары.

6.3.2. Есірткіні пайдалануға денсаулық үшін басқа да салдарлар

ПБЗ қолданатын тұлғалар арасында ілеспе соматикалық бұзылулардың таралуы бойынша кешенді зерттеулер 2005 және 2007 жылдары НМЭП РФПО базасында жүргізілді.

2007 жылы зерттеу нәтижелері жарияланды, онда наркологиялық диспансерлерде емделіп жатқан апиындарға тәуелді адамдар арасында ілеспе бұзылулардың құрылымы мен таралу серпінін талдау келтірілген (Катков А. Л., Пакеев С. О., 2007). Бұл зерттеуде Қазақстан Республикасында 2003-2006 жылдар кезеңінде апиындарға тәуелді емделіп шыққан адамдардың арасында таралу деңгейі бойынша бірінші орынды С вирустық гепатиті - 89,9% - ға дейін иеленетіні көрсетілді. Екінші орында таралу деңгейі бойынша тыныс алу органдарының аурулары бар. Бұл жерде осы көрсеткіштің 43,7% - ға дейін өсу үрдісі байқалады. Үшінші орында таралу көрсеткішінің айнымалы динамикасы бар жүрек-тамыр жүйесінің аурулары (орташа 9% -10%). Созылмалы пиелонефриттің таралуы 10,1% - ға дейін болды. Токсикалық гепатиттің диагнозына қатысты осы патологияның қандай да бір нысанда психикалық белсенді заттарды үнемі қолдануға, іс жүзінде әр жағдайда байланысты екенін ескеру қажет. Тиісті клиникалық диагноз бауырдың уытты зақымдануының айқын және клиникалық белгілері (ауырсыну синдромы, бауырдың ұлғаюы, зертханалық көрсеткіштердің тиісті өзгеруі және

т.б.) болған кезде қойылады. Таралу көрсеткішінің айнымалы динамикасы кезінде осы патологияның үлес салмағы 1,6% - дан 3,4% - ға дейін құрады.

2005 жылы жүргізілген басқа зерттеуде ПБЗ-ға тәуелді емделіп шыққан адамдардың арасында кемелденген тұлғаның ерекше бұзылуының таралуы зерттелді (Семке В. Ю., 2005). Наркологиялық мекемелерге медициналық көмекке жүгінетін апиындарға тәуелді адамдардың жалпы санының арасында бұзылулар (диссоциальды, истериялық, эмоционалды-тұрақсыз, сондай-ақ циклотимиялар) деректерінің болуы орташа алғанда 28,4% ($\pm 8,5\%$) адамдарда диагноз қойылған.

2015-2016 ж.ж. өткізілген ИЕПА мен олардың серіктестерінің арасында депрессивті бұзылуларды зерттеу нәтижелері Қазақстандағы ИЕПА үшін психикалық денсаулық қызметтеріне (Shaw, және т.б., 2016) назар аудару қажеттілігін атап көрсетеді. Зерттеу барысында әйелдер арасында байқалатын депрессияның неғұрлым жоғары көрсеткіштері қызмет алуға әлеуетті кедергілерді (кемсітушілік, стигма, балаларды күту қажеттілігі және қаржылық қажеттіліктер) ескеретін мамандандырылған профилактикалық және гендерлік профилактикалық және емдеу қызметтерін пайдалану қажеттігін көрсетеді. Зерттеушілер мәдени және саяси факторлар, соның ішінде әлеуметтік капитал, стигма, қызмет көрсетушілердің қарым-қатынасы мен есірткі политикасы, депрессиялық бұзылуларға және ҚР ИЕПА арасындағы қызметтерге қол жетімділікке қалай әсер ететінін әрі қарай зерттеу қажеттілігін атап өтті. Есірткіні пайдалану, психикалық денсаулық және әлеуметтік-экономикалық қажеттіліктер арасындағы өзара байланыс депрессия қолданыстағы стратегияларға, соның ішінде АИТВ-ны емдеу мен ПБЗ-ға тәуелділікті, сондай-ақ бастапқы медициналық-санитарлық көмекке енгізілуі мүмкін екендігін көрсетеді (Shaw, және т.б., 2016).

Бұдан әрі 2012-2013 жылдар кезеңінде елдің стационарлық наркологиялық мекемелерінде емделуден өткен адамдарға мониторинг жүргізу барысында алынған деректер ұсынылған (НМЭП РҒПО, 2014).

Көбінесе ілеспелі аурулар арасында наркологиялық стационар клиенттерінде жұқпалы аурулар диагностикаланады. 2012 ж. жұқпалы аурулар емделіп шыққан адамдардың 39,9% диагнозы қойылған, 2013 жылы бұл көрсеткіш стационарлық ем алған барлық адамдардың 37,8% - ын құрады. Одан әрі талданатын контингентте ас қорыту жүйесінің аурулары, тыныс алу органдарының аурулары, несеп-жыныс жүйесінің аурулары және қан айналымы жүйесінің аурулары кездеседі (18-Кесте).

18 КЕСТЕ: ЕСІРТКІГЕ ТӘУЕЛДІ ЕМДЕЛГЕН АДАМДАР АРАСЫНДА ІЛЕСПЕ АУРУЛАРДЫҢ ТАРАЛУЫ (2012-2013 ЖЖ.ДЕРЕКТЕРІ) (НМЭП РҒПО)

Атауы	2012		2013	
	Барлығы (%)	Алғаш рет емделген (%)	Барлығы (%)	Алғаш рет емделген (%)
Инфекциялар	39,9	32,0	37,8	29,4
Қан аурулары	1,6	1,4	1,2	1,2
Эндокринологиялық аурулар	0,3	0,1	0,2	0,0
Психикалық бұзылулар	0,3	0,5	0,1	0,1
Құлақ аурулары	0,2	0,1	0,1	0,1
Қан айналымы жүйесінің аурулары	2,9	3,5	2,7	2,8
Тыныс алу мүшелерінің аурулары	5,3	5,2	5,2	4,8
Ас қорыту жүйесінің аурулары	17,3	17,9	20,4	20,9
Тері аурулары	0,3	0,2	0,03	0,1
Сүйек-бұлшық ет жүйесінің аурулары	0,8	1,0	0,6	0,8
Несеп-жыныс жүйесінің аурулары	2,5	2,6	3,4	0,3
Жарақаттар, улану	0,8	1,5	0,7	0,6

Есірткіге тәуелді емделген адамдардың арасында туберкулездің таралуына қатысты емделген адамдардың 11,6% туберкулезге қарсы диспансерлерде диспансерлік есепте тұратыны анықталды (ерлер-12,4%, әйелдер -7,8%).

Есірткіге тәуелді емделіп шыққан адамдардың арасында жиі тіркелетін басқа аурулар арасында уытты энцефалопатия, бауырдың алкогольдік зақымдануы, кардиомиопатия және созылмалы бронхиттер болып табылады. Аталған аурулардың көпшілігі, негізінен, тұтынылатын психикалық белсенді заттардың уытты әсерімен байланысты (НМЭП РҒПО, 2014).

Қоғамдық денсаулық сақтаудың маңызды сын-қатерлерінің бірі есірткі пайдаланатын адамдардың арасында артық дозалану проблемасы болып табылады. Зиянның соңғы көрсеткіштері болып

табылатын, өлімге алып келетін артық дозаланумен қатар, өлімге жеткізбеген артық дозалану аурушаңдықтың жоғарылауына айтарлықтай ықпал етуі мүмкін. Соңғы 12 ай ішінде есірткіні пайдалану кезінде артық дозалауға 2016 жылғы ИЕПА арасындағы өткізілген ТЭҚ деректері бойынша респонденттердің 17% - ы көрсетті. ИЕПА арасындағы артық дозалану саны 1 – ден 34-ке дейін, орташа алғанда - 1 ИЕПА-ға 1,9, медиана соңғы 12 айда бір ИЕПА-ға 1 артық дозалауды құрады (Ганина Л. Ю., 2016).

6.3.3. Есірткімен байланысты өлім, есірткіге тәуелді адамдардың өлім-жітімі

Қазақстан Республикасында қолданыстағы заңнамасына сәйкес улануға, оның ішінде есірткі, психотроптық заттармен улануға байланысты барлық өлім жағдайлары бойынша сот-медициналық сараптама жүргізіледі. Қазақстан Республикасы Әділет министрлігінің «Сот сараптамасы орталығы» республикалық мемлекеттік қазыналық кәсіпорны (ССО) мен оның филиалдары уланудың, этиологиясы белгісіз өлім-жітімнің және зорлық-зомбылық өлім-жітімнің барлық жағдайларында есірткі заттарының бар-жоғына биологиялық үлгілерге зерттеулер жүргізеді.

2013 жылдың соңында сот медицинасы орталығының басшылығы (қазіргі уақытта сот сараптамасы орталығы) Қазақстан Республикасының химия-токсикологиялық зертханаларын белгілі бір улануды тудырған уытты заттардың түрлерін нақты анықтау үшін қажетті есірткі және психотроптық заттардың стандартты эталондарының жеткілікті тізбесімен қамтамасыз ету туралы мәселені шешті. Бұл факт сот-медициналық сараптама орталықтары зертханаларының қызметінің тиімділігіне айтарлықтай әсер етті.

ССО зертханасының химиялық-токсикологиялық сараптамасын жүргізу кезінде сынамалардың бастапқы скринингі үшін иммунологиялық талдау (иммунохроматографиялық талдау - ИХА) әдістерін қолданады. Егер иммунологиялық талдау оң нәтиже берсе, онда растайтын талдау жұқа қабатты хроматография (ЖҚХ), жоғары өнімді сұйық хроматография (ЖӨСХ) немесе газ хроматографиясы (ГХ) сияқты әртүрлі химиялық немесе физикалық қағидаттарға негізделген әдіспен орындалады.

Жаңа психикалық белсенді заттардың түрлерін анықтауда бойынша белгілі бір қиындықтар сақталуда. Бұл қиындықтар адам ағзасына улы әсер ететін жаңа синтетикалық заттардың құрылысы мен атауын орнату қажеттілігімен байланысты. Сөз галлюцинация, адамның моторлық функциясында, ойлау немесе мінез-құлқында елеулі өзгерістер тудыратын орталық жүйке жүйесіне ынталандыратын немесе тежейтін әсер ететін жаңа заттар туралы болып отыр.

Өлімнің түпкілікті себептерін анықтау және өлімнің барлық түрлері бойынша организмде есірткі, басқа да психотроптық заттардың бар-жоғын анықтай отырып, сот-медициналық сараптама жүргізу үшін ұзақ уақытты талап ететін зертханалық зерттеу әдістері (химия-токсикологиялық, сот-гистологиялық) біткеннен кейін аяқталады. Қайтыс болуды тиісті органдар (азаматтық хал актілерін жазу бөлімдері (АХАЖ)) жерлеу рәсіміне қажетті қайтыс болу туралы азаматтық куәлікті алған кезде және басқаларды тіркеу алдын ала диагнозы бар қайтыс болу туралы дәрігерлік куәліктер бойынша жүзеге асырылады. Бұл жағдай сот сараптамасы орталығы, АХАЖ органдары және есірткі заттарын пайдалануға байланысты өлім-жітім бойынша мониторингті жүзеге асыратын наркологиялық қызметтер ұсынатын өлім-жітім көрсеткіштерінің белгілі бір алшақтық болуына әкеп соғады.

Сондай-ақ, Қазақстан Республикасында наркологиялық медициналық ұйымдар наркологиялық есепте тұрған адамның болуына қарамастан, елдің барлық өңірлері бойынша ПБЗ улану және ПБЗ улану оқиғаларына мониторинг жүргізеді және тоқсан сайын ақпаратты РПДФ ПО-на жібереді.

Сондай-ақ, есірткі заттарымен улану диагнозын сот сараптамасы органдарының сот-медициналық сарапшылары ғана қоя алады. Есепте тұрған есірткіге тәуелді адамдардың басқа себептерінен және созылмалы ауруларынан қайтыс болуы, егер ол патологоанатомиялық қызметтердің диагнозын растай отырып, емдеу мекемесінде басталса, мәйітке сот-медициналық сараптама жүргізбей де белгіленуі мүмкін.

РПДФ ПО есірткі заттарын пайдалануға байланысты өлім-жітімді есепке алуды жүргізеді және алынған деректерге Сот сараптамасы орталығының деректерімен біріктіріп талдау жүргізеді.

2012 жылдан бастап 2017 жылға дейін ҚР бойынша 1000 адамға шаққанда есірткімен және психотроптық заттармен улану көрсеткіші тең емес динамикаға ие және 2017 жылы 1000 адамға шаққанда 0,07 улануды құрады. Әйел адамдар арасында және 14 жасқа дейінгі балалар арасында бұл көрсеткіш 2017 жылы төмендеу үрдісі бар (тиісінше 0,05 және 0,004). 15-17 жастағы балалар ара-

сында өлім көрсеткіші тиісті 1000 адамға шаққанда тең емес динамикаға ие және 2017 жылы 0,05 құрады (19 Кесте).

19 КЕСТЕ: ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ БОЙЫНША ПБЗ УЛАНУ, 2010-2017 (РПДҒ ПО)

Жылдар	Барлығы ПБЗ улану (1000 халыққа шаққанда)	оның ішінде		
		Әйелдерде Абсолюттік сан (1000-ға)	14 жасқа дейінгі балаларда Абсолюттік сан (1000-ға)	15-17 жастағы балаларда Абсолюттік сан (1000-ға)
2010	1263 (0,08)	426 (0,06)	31 (0,01)	42 (0,05)
2011	1000 (0,06)	472 (0,06)	36 (0,01)	83 (0,1)
2012	1059 (0,06)	481 (0,06)	47(0,01)	24 (0,03)
2013	1743 (0,10)	590 (0,07)	33 (0,01)	37 (0,05)
2014	1833/0,11	577 (0,06)	24 (0,005)	34 (0,05)
2015	1241/0,07	383 (0,04)	5 (0,001)	9 (0,01)
2016	1630 (0,06)	804(0,06)	30 (0,01)	28 (0,03)
2017	1297 (0,07)	496 (0,05)	21 (0,004)	36 (0,05)

Есірткі және психотроптық заттармен уланудың жалпы санындағы көмелетке толмаған адамдардың улану үлесі 2017 жылы 4,4% құрады. Соңғы бірнеше жылда есірткі және психотроптық заттармен уланудың жалпы санындағы әйелдердің улану үлесі өсті және 2017 жылы 38,2% құрады.

ҚР наркологиялық медициналық ұйымдары жүргізетін ПБЗ улану және ПБЗ улануларынан өліммен аяқталған жағдайлар мониторингінің деректері бойынша 2012 жылдан бастап 2016 жылға дейінгі кезеңде жалпы 1000 адамға шаққанда ПБЗ улануларынан өлім көрсеткіші 0,009-0,02 шегінде болды, 2017 жылы бұл көрсеткіш 0,007 құрады. 2017 жылы көмелетке толмаған тұлғалардың арасында ПБЗ улануынан өліммен аяқталған өлім тіркелген жоқ, есірткі және психотроптық заттармен уланудың жалпы санындағы әйел жынысты адамдардың өлім үлесі 2017 жылы 14,9% - ды құрады (20-Кесте).

20 КЕСТЕ: ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНДА ПБЗ УЛАНУДАН БОЛАТЫН ӨЛІМ, 2010-2017 ЖЖ. (РПДҒ ПО)

Жылдар	ПБЗ улануларынан болатын өлім- жітімнің барлығы (1000 халыққа шаққанда)	оның ішінде		
		Әйелдерде Абсолюттік сан (1000-ға)	14 жасқа дейінгі балаларда Абсолюттік сан (1000-ға)	15-17 жастағы балаларда Абсолюттік сан (1000-ға)
2010	222 (0,014)	7 (0,001)	0	0
2011	156 (0,009)	18 (0,002)	0	0
2012	155 (0,009)	16(0,002)	0	0
2013	343 (0,02)	34 (0,004)	0	2 (0,003)
2014	323 (0,02)	27 (0,003)	0	0
2015	336 (0,01)	45 (0,004)	1 (0,0002)	0
2016	222 (0,01)	35(0,003)	0	0
2017	141 (0,007)	21 (0,002)	0	0

Орташа алғанда, есірткі тұтынушылар арасында өлім-жітімнің ең жоғары деңгейі 30-34 жас аралығындағы топтарда тіркеледі (20,0%), 35-39 (24,9%) және 40-44 (19,5%). Осы жас топтарына елдегі есірткіні пайдаланушылар арасындағы барлық өлім жағдайларының 65% - ға жуығы келеді. Улану мен уланудан болатын өлім-жітімнің саны туралы жоғарыда келтірілген деректерді талдай отырып, әрбір оныншы жағдайда есірткіден улану өліммен аяқталады деп айтуға болады.

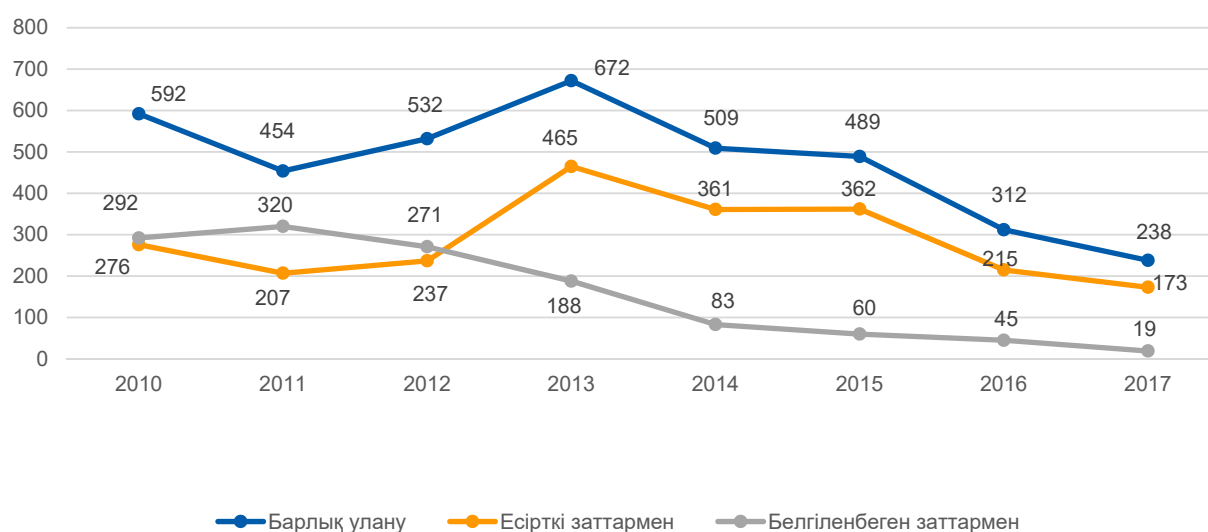
2009 жылдан бастап Қазақстан Республикасының Сот медицинасы орталығының (қазіргі уақытта ССО) және оның облыстардағы филиалдарының жылдық есептерінде жүргізілген аутопсиялардың саны туралы деректер қолжетімді болды, бұл ретте мәйіттің ағзалары мен тіндерінде химиялық-токсикологиялық сараптама кезінде есірткі заттары табылды. Сот медицинасы саласындағы қызметті жүзеге асыратын ұйымдардың есептеріне сәйкес есірткі және психотроптық заттардың әсерінен болған өлім жағдайларының көрсеткіші республика бойынша 2011 жылдан 2013 жылға

дейінгі кезеңде ұлғайған, алайда 2014 жылдан бастап 2017 жылға дейін есірткі заттарымен улану оқиғаларының саны азайғаны байқалады (11-Диаграмма).

Уытты заттардың түрлері белгіленбеген өлім мөлшерінің төмендеуі, негізінен есірткі заттарының түрін белгілеу үшін қажетті стандартты үлгілермен сот-токсикологиялық зертханалық жабдықтарды шығаруды шешумен байланысты. Алайда қазіргі уақытта адам ағзасына уытты әсер ететін жаңа психикалық белсенді заттарды анықтау, олардың құрылысы мен атауын анықтау бойынша белгілі бір қиындықтар әлі де сақталып отыр.

Деректерді талдау есірткіні пайдалануға байланысты өлім-жітімнің негізгі массасын апиындарды пайдалану жағдайлары құрайтынын көрсетеді. Апиындар арасында ең көп таралған-героин. Бұдан басқа, 2017 жылы қайтыс болғанға дейінгі уақытта улану немесе эфедронды, трамадолды, амфетамин мен фентанилді қолдану оқиғалары анықталды.

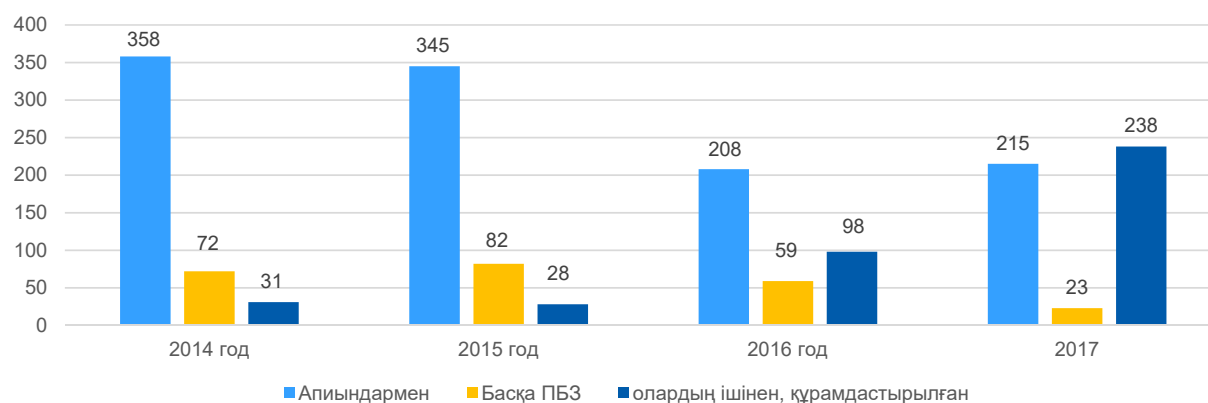
11 ДИАГРАММА: 2010-2017 ЖЖ. КЕЗЕҢІНДЕ ЕСІРТКІ ЖӘНЕ ПСИХОТРОПТЫҚ ЗАТТАРМЕН УЛАНУДЫҢ ӨЛІМ ЖАҒДАЙЛАРЫ БОЙЫНША ДИНАМИКАСЫ (ССО)



2017 жылға қарай аутопсияны жүргізу кезінде бір мезгілде бірнеше заттарды қолдану байқалған жағдайлар санының ұлғаю үрдісі байқалады. Ең көп үлесті есірткі құралдары мен алкогольді бір мезгілде пайдалану - 77,6%, есірткі заттардың бірнеше түрін пайдалану - 16,3%, орталық жүйке жүйесіне әсер ететін есірткі мен дәрілік заттарды пайдалану - 6,1% жағдайлары құрайды (12-Диаграмма).

Дәрілік препараттардың ішінен есірткі затымен қатар (бұдан әрі табу жиілігі бойынша) фенотропил, тропикамид, димедрол, эфедрин, барбитал, зопиклон, анаприлин, фенотиазин, бензодиазепиндер тобының заттары табылды.

12 ДИАГРАММА: ЖҮРГІЗІЛГЕН АУТОПСИЯЛАРДА ТАБЫЛҒАН ПБЗ ТҮРЛЕРІНІҢ АРАҚАТЫНАСЫ (ССО)



2016 жылы 19 зорлықпен қайтыс болған жағдайда (механикалық асфиксия - 7, бас сүйек-ми жарақаттары - 4, салқындау - 2, жол-көлік оқиғалары - 2, бір жағдай бойынша: пышақ жарақаттары, суға бату, тұншықтырғыш газбен улану, жоғары температураның әсері) есірткі заттары анықталды.

НМӘП РҒППО мамандары 2015 жылы Қазақстан Республикасының жалпы халқы арасындағы жалпы өлім-жітімнің статистикалық көрсеткіштерін және наркологиялық есепте тұрған ПБЗ (алкоголь мен темекіден басқа) тұтынатын тұлғалар арасында өлім-жітім көрсеткіштерін салыстыру және талдау кезінде 2015 жылы жалпы халықтың популяциясына қатысты есірткі пайдаланатын адамдардың популяциясындағы өлім-жітімнің салыстырмалы тәуекелінің көрсеткіштері есептелді және 21-Кестеде ұсынылған мынадай ерекшеліктер анықталды.

21 КЕСТЕ: 2015 ЖЫЛЫ ЖАЛПЫ ХАЛЫҚ АРАСЫНДА КҮТІЛЕТІН ӨЛІМ САНЫНА ПБЗ ТҰТЫНУШЫЛАР ПОПУЛЯЦИЯСЫ АРАСЫНДАҒЫ ӨЛІМ-ЖІТІМНІҢ САЛЫСТЫРМАЛЫ ТӘУЕКЕЛІ

Жасы	Ерлер		Әйелдер		Барлығы	
	SMR ⁴	CI ⁵	SMR	CI	SMR	CI
< 14	0,0	-	0,0	-	0,0	-
15-19	2,1	0,0-11,7	0,0	-	2,5	0,0-13,7
20-24	4,3	2,5-6,8	0,0	-	6,0	3,5-9,6
25-29	5,7	4,2-7,4	43,4	18,7-85,6	9,5	7,2-12,1
30-34	7,6	6,4-9,0	43,4	28,3-63,5	12,4	10,6-14,4
35-39	6,2	5,5-7,0	18,8	12,1-27,7	9,4	8,3-10,5
40-44	7,1	6,2-8,1	15,0	8,2-25,1	10,5	9,2-11,9
45-49	5,2	4,3-6,3	7,1	2,3-16,7	7,4	6,1-8,9
50-54	5,3	4,3-6,5	7,1	1,4-20,7	7,7	6,2-9,5
55-59	4,1	3,0-5,5	10,8	2,2-31,4	6,1	4,5-8,1
60+	5,6	4,5-7,0	3,6	0,7-10,5	6,6	5,2-8,2
БАРЛЫҒЫ	3,1	2,9-3,3	4,4	3,5-5,4	3,6	3,3-3,8

2015 жылы өлім тәуекелінің қорытынды көрсеткіші ерлер үшін жалпы халық арасында күтілетін өлім-жітіммен салыстырғанда 3,1 (ДИ 95: 2,9-3,3) құрады. ПБЗ (алкоголь мен темекіден басқа) теріс пайдаланатын әйелдер үшін қорытынды көрсеткіш 4,4 (ДИ 95: 3,5-5,4) құрады. Ерлер мен әйелдерді қоса алғанда, ПБЗ (алкогольден басқа) пайдаланатын адамдар үшін өлімнің салыстырмалы тәуекелінің қорытынды көрсеткіші 3,6 (ДИ 95: 3,3 - 3,8) құрайды. Жалпы алғанда, ПБЗ қолданатын тұлғалар арасында өлім қатерінің салыстырмалы жоғары көрсеткіштері 30-34 жас топтарына – 12,4 (ДИ 95: 10,6-14,40) және 40-44 жас топтарына -10,5 (ДИ 95: 9,2-11,9) кқбірек тән.

2013-2015 жылдар аралығындағы өлім-жітімнің стандартталған коэффициенттері (SMR) жылдан бастап ПБЗ (алкоголь мен темекіден басқа) тұтынатын адамдар үшін өлім-жітімнің салыстырмалы қатері жалпы халық арасында күтілетін өлім-жітіммен салыстырғанда жылына ұлғайып келе жатқанын айқын көрсетеді.

Осылайша, есірткі құралдарын тұтынудың салдары-соматикалық және психикалық бұзылулар, артық дозалаулар, криминалдық мінез-құлық, инфекциялық аурулар, АИТВ-инфекциясы, суицидтер, жол- көлік оқиғалары - осы заттарды пайдаланатын адамдардың жалпы халықпен салыстырғанда тікелей немесе жанама түрде, орташа есеппен 3,6 есе өлім қаупін арттырады; ерлер үшін бұл көрсеткіш 3,1 есе, әйелдер үшін -4,4 есе құрайды.

4 SMR - өлімнің стандартталған индексі.

5 CI – сенім аралығы.

7. ДЕНСАУЛЫҚ ПЕН ЕСІРТКІНІ ТҰТЫНУ САЛДАРЫНЫҢ ӨЗАРА БАЙЛАНЫСЫНА ЖАУАПТЫ ІС-ӘРЕКЕТТЕР

7.1. КІРІСПЕ

Қазақстанда 1997 жылдан бастап зиянды азайту бағдарламалары тиімді іске асырылуда. Есірткіден болатын зиянды азайту стратегиясы АИТВ-инфекциясының алдын алудың маңызды бағыттарының бірі болып табылады. Оны іске асырудың ең ықпалы тәсілі есірткіні пайдаланатын адамдарды тұрақты, мобильды сенім пункттерінің (СП) қызметтерімен және аутрич-жұмыспен үнемі қамту болып табылады. ИЕПА - мен алдын алу жұмыстарының қажетті компоненттері ҚР Үкіметінің 2011 жылғы 29 қаңтардағы №41 қаулысымен бекітілген ҚР Денсаулық сақтау саласын дамытудың 2011-2015 жылдарға арналған «Саламатты Қазақстан» мемлекеттік бағдарламасын іске асыру жөніндегі іс-шаралар жоспарының 98-тармағында көрсетілген: «Халықтың осал топтарын тұрақты және мобильды сенім пункттеріндегі және достық кабинеттердегі шприцтерді, презервативтерді алмасу бағдарламаларымен қамтамасыз ету».

2013 жылы ҚР ДСМ шприцтерді, презервативтерді және ақпараттық-білім беру материалдарын СП-не беру нормаларын, 1 стационарлық СП-не және аутрич-жұмыскерлерге жүктемені, тұрақты және мобильды СП жарақтандыруды регламенттейтін 2004 жылғы 9 наурыздағы №228 «Инъекциялық есірткілерді тұтынушылар үшін сенім пункттерінің қызметін ұйымдастыру туралы ережені бекіту туралы бұйрығына 28.02.2013 жылғы №115 «Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің өзгерістер енгізу туралы» сенім пункттерінің қызметі туралы бұйрық әзірленді және бекітілді. Қазіргі уақытта аутрич қызметкерлердің қызметі негізінен ЖИТС-мен, туберкулезбен және безгекпен күресу үшін жаһандық қор (ЖТБЖҚ) қаржыландырылады және тек аз ғана бөлігі мемлекеттік әлеуметтік тапсырысты іске асыру шеңберінде ел бюджетінен жалақы алады. ЖИТС орталықтарының қызметі туралы ережеге, орталықтардың штаттық құрылымы туралы бұйрыққа (№355, №238) сәйкес сенім пункттері ЖИТС аумақтық орталықтарының бөлімшелері болып табылады. ЖИТС орталықтары соңғы жылдары айтарлықтай жетілдірілдірген «Профилактикалық бағдарламалар клиенттерін жеке есепке алу бойынша деректер базасын» жүргізеді. 2017 жылы ҚР-да 137 сенім пункті (114 стационарлық және 23 жылжымалы) базасында профилактикалық іс-шаралар өткізілді.

Халықтың осал топтарымен жұмыс ҚР барлық облыстарында еріктілік, құпиялылық және анонимдік принциптерін сақтай отырып (7 таңбалы дербес кодты пайдалану), тегін негізде жүзеге асырылады.

Стационарлық СП мынадай қызмет түрлерін жүзеге асырады: шприцтер, презервативтер беру; ИЕПА-ға әр түрлі мәселелер бойынша консультация беру; АИТВ-инфекциясына, оның ішінде экспресс-әдіспен тексеру; пайдаланылған шприцтерді кәдеге жарату; медициналық көмек алу үшін инъекциялық есірткіні тұтынатындарды қайта бағыттау, алып жүру; ИЕПА-ға профилактикалық және өзге де көмек көрсететін өңірде бар мемлекеттік және үкіметтік емес ұйымдар туралы ақпарат беру; аутрич-қызметкерлерді даярлау; есепке алу-есеп беру құжаттамасын жүргізу.

Жылжымалы СП алдын алу іс-шараларын өткізу үшін ЖИТС орталықтарының немесе ҰЕҰ қызметкерлерінің ИЕПА шоғырланатын орындарға тұрақты шығуы үшін санитарлық көлік болып табылады. Шығу ИЕПА жинау орындарына әзірленген бағыттар бойынша кестеге сәйкес жүзеге асырылады.

Қазақстанда ҚР ДСМ 29.03.2004 ж. №295 «Достық кабинеттердің қызметін ұйымдастыру туралы ережені бекіту туралы» бұйрығы негізінде жыныстық жолмен берілетін инфекциялар (ЖЖБИ) симптомдары бар халықтың осал топтарына көмек көрсету бойынша достық клиникалар (ДК) ұйымдастырылды.

Достық кабинеттер халықтың осал топтарына ЖЖБИ-ді тегін және жасырын негізде емдеуді ұсыну үшін; АИТВ инфекциясы, ЖЖБИ, АИТВ жұқтыру қаупін төмендететін мінез - құлық нысандары, контрацепция әдістері, АИТВ-на тестілеу туралы ақпарат беру үшін; өтініш білдірген адамдарды презервативтермен, ақпараттық материалдармен қамтамасыз ету үшін; АИТВ/ЖИТС бойынша тестке дейінгі және одан кейінгі психоәлеуметтік консультация жүргізу үшін ұйымдастырылған.

ДК мамандары мамандандырылған, білікті медициналық көмек алу үшін тері-венерологиялық және басқа да медициналық ұйымдарға клиенттерді жібереді, сондай-ақ халықтың осал топтарына профилактикалық және өзге де көмек көрсететін өңірде бар мемлекеттік және үкіметтік емес ұйымдар туралы ақпарат береді.

Халықтың осал топтары арасында профилактикалық бағдарламаларды іске асыруға үкіметтік емес сектор белсенді түрде тартылады. Республикада 70-ке жуық ЖИТС-сервистік ҰЕҰ жұмыс істейді. ҰЕҰ-дың тұрақты қызметі ЖТБЖҚ-дан және бірқатар облыстарда мемлекеттік қолдау көрсету арқылы қамтамасыз етіледі. Бұл ұйымдардың қызметі «тең-теңімен» принципі бойынша инъекциялық есірткіні пайдаланатын адамдармен профилактикалық жұмыстарға бағытталған.

ҰЕҰ-да халықтың осал топтары АИТВ-инфекциясы проблемасы және АИТВ жұқтыру қаупін төмендететін мінез-құлық түрлері бойынша толық ақпарат ала алады. Профилактикалық қызметтер ҰЕҰ кеңселерінде де, аутич-жұмыскерлер арқылы да көрсетіледі. Қызметі ЖТБЖҚ қаржыландыратын ҰЕҰ-да шприцтер, презервативтер, смайлингтар ұсынылады. Сонымен қатар, халықтың осал топтары тіркелу, жұмысқа орналасуға көмек, қайта оқыту, заң кеңестері сияқты әлеуметтік қызметтерді ала алады. Кейбір ҰЕҰ-да баспана, тамақтану, тұрмыстық қызметтер көрсетіледі.

Елдің кіріс деңгейіне негізделген қаржылық көмек көрсету бойынша ЖТБЖҚ қабылдаған өлшемдер АИТВ-инфекциясының алдын алу бойынша ҚР аумағында ЖТБЖҚ қызметінің айтарлықтай қысқаруын болжайды. ЖТБЖҚ қазіргі уақытта гранттар арқылы негізінен ҰЕҰ қызметін қаржыландырады. Тиісінше, қазіргі уақытта мемлекеттік әлеуметтік тапсырыс шеңберінде ҰЕҰ-ды мемлекеттік қолдау қажеттілігі туралы мәселе шешілуде.

Жыл сайын Республикалық ЖИТС орталығы сенім пункттерінде инъекциялық есірткілерді тұтынушылармен жұмысты ұйымдастыру бойынша облыстық және қалалық ЖИТС орталықтарының қызметіне мониторинг және талдау жүргізеді.

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау саласын дамытудың 2011-2015 жылдарға арналған «Саламатты Қазақстан» мемлекеттік бағдарламасына сәйкес ЖИТС қызметінде 2012 жылы «АИТВ және ЖИТС жағдайларын электронды бақылау» бағдарламасы енгізілді. Деректерді жинау тәсілдерін стандарттау әрбір анықталған жағдай бойынша жиналатын ақпараттың сапасын жақсартуға, ЖИТС орталықтары арасындағы деректердің жедел алмасуын және олардың ақпараттылығын жақсартуға, сондай-ақ біріктірілген емес, жеке деректерді қарапайым және жылдам компьютерлік талдау жүргізу мүмкіндігін жақсартуға мүмкіндік берді.

7.2. ЕСІРТКІМЕН БАЙЛАНЫСТЫ АРТЫҚ ДОЗАЛАНУДЫҢ ЖӘНЕ ӨЛІМ-ЖІТІМНІҢ АЛДЫН АЛУ

Апиындар елдегі негізгі проблемалы есірткі болып табылатынына қарамастан, бірде-бір мемлекеттік бағдарламалардың («Саламатты Қазақстан», Нашақорлыққа және есірткі бизнесіне қарсы күрес бағдарламасы, АИТВ/ЖИТС қарсы іс-қимыл жөніндегі бағдарлама) артық дозалаудан болатын өлім-жітімді азайту жөніндегі көрсеткіші белгіленбеген.

Тұтынушылар арасында артық дозалауды алдын алу үшін жиі қолданылатын «Налоксон» препараты елде денсаулық сақтау мекемелерінде қолжетімді және өмірлік маңызды дәрілер тізіміне енгізілген. Налоксон жедел медициналық көмек станцияларында, ауруханалардың қабылдау бөлмелерінде және реанимациялық бөлімшелерде қолданылады. Алайда препарат дәріханаларда жоқ. Налоксон апиынды топтағы есірткіден артық дозалауды алдын алу үшін пайдалануға ұсынылады, өйткені клиникалық және экономикалық тиімділіктің жеткілікті дәлелі бар.

ҚР ПБЗ улануымен (артық дозалаумен) шұғыл емдеуге жатқызу қалалық және облыстық көп бейінді ауруханалардың токсикологиялық бөлімшелеріне немесе аймақта токсикологиялық бөлімше болмаған жағдайда реанимациялық бөлімшелерге жүргізіледі. Бұл медициналық араласу көмек көрсететін шұғыл айғақтары бойынша «Тегін медициналық көмектің кепілдік берілген тізбесіне» кіреді.

Қазақстанда ПБЗ тұтынушылары арасында артық дозалауды алдын алудың алғашқы кешенді бағдарламалары 2009 жылы басталды. Налоксон Колумбия университеті жанындағы Орталық Азиядағы ғаламдық денсаулықты зерттеу орталығы арқылы сатып алынады және ЖИТС-орталықтарына тапсырылды, онда препарат сақталды және берілді. Налоксондық пакеті ЖИТС-орталығында кеңескеннен кейін ваучер бойынша берілді. «Ренессанс» жобасы шеңберінде (Алматы қ.) налоксондық пакет тек жобаға қатысушыларға ғана берілді. Басқа «Социальное бюро «Доверие» үкіметтік

емес ұйымы (Алматы қ.) налоксонды барлық инъекциялық есірткінің тұтынушыларына ұсынды (Ataiaants J., 2011).

2014 жылы Павлодар қаласында Treatnet жобасы шеңберінде инъекциялық есірткіні тұтынушылардың налоксондық пакеттерге қол жеткізуі қамтамасыз етілді, сондай-ақ артық дозалаудың алдын алу бойынша денсаулық сақтау мекемелерімен және ҰЕҰ-мен бірқатар бірлескен іс-шаралар өткізілді (НМӘП РҒПО, 2014).

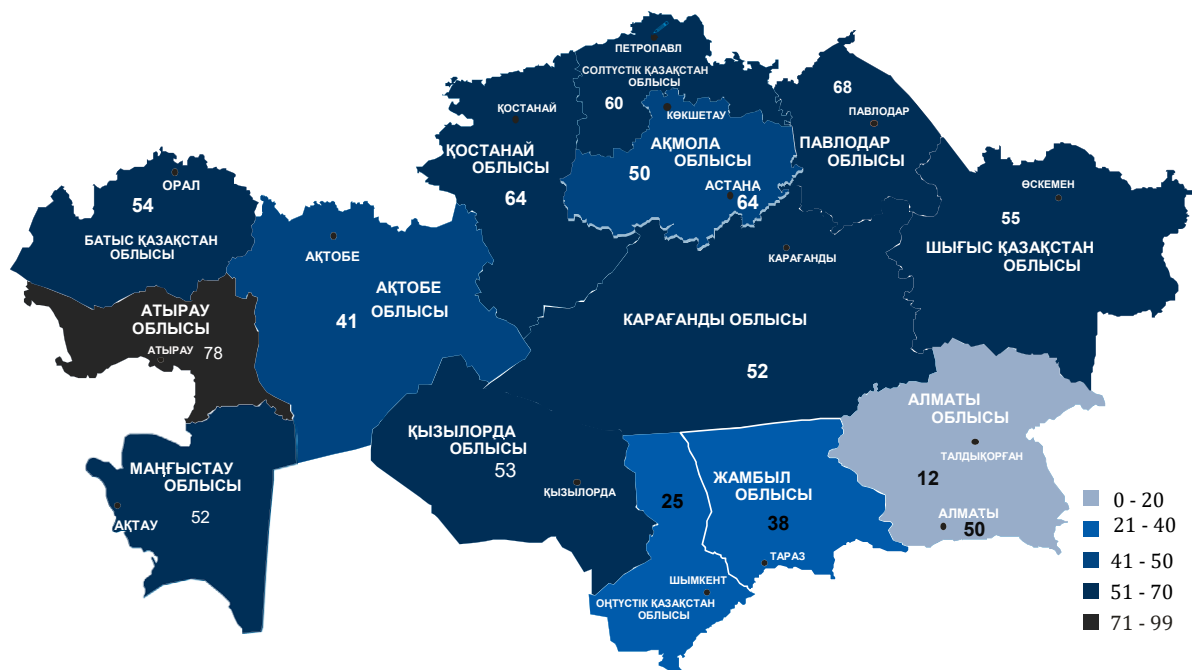
Ел өңірлерінде артық дозаланудың алдын алу, негізінен, есірткіні тұтынушылар арасында ақпараттық-білім беру іс-шараларымен шектеледі. Бұл іс-шараларды наркологиялық ұйымдар, ЖИТС орталықтары және бейінді ҰЕҰ жүргізеді.

7.3. ЕСІРТКІ ПАЙДАЛАНУМЕН БАЙЛАНЫСТЫ ИНФЕКЦИЯЛАРДЫҢ АЛДЫН АЛУ ЖӘНЕ ЕМДЕУ

Барлығы 2017 жылы зиянды азайту бағдарламасына есірткіні инъекциялық жолмен пайдаланатын адамдардың 46,8% - ы олардың бағалау санынан жүгінді.

ИЕПА-ды профилактикалық араласумен тікелей қамту кем дегенде соңғы жыл ішінде профилактикалық қызметтер кешенін бір рет алуды көздейді: шприцтер, презервативтер және ақпараттық-білім беру материалдары және ИЕПА бағалау санының үлесі ретінде есептеледі. 2017 жылы бұл көрсеткіш ел бойынша ИЕПА бағалау санының 47% - ын құрады, бұл 2016 жылғы деңгейден 18,1% - ға төмен (65,1%). 2017 жылы тікелей қамтудың ең төменгі көрсеткіші Алматы облысында (11,9%), ең жоғарғы көрсеткіші (77,8%) Атырау облысында (5 Карта) болды.

5 КАРТА: ИЕПА ПРОФИЛАКТИКАЛЫҚ БАҒДАРЛАМАЛАРМЕН ТІКЕЛЕЙ ҚАМТУДЫҢ ӨҢІРЛІК ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ (ӨҢІРДЕГІ ИЕПА БАҒАЛАУ САНЫНАН %), 2017 (ЖИТС РО)



2017 жылы профилактикалық бағдарламалармен ИЕПА қамтуды төмендетудің негізгі себебі ретінде көрсеткішті есептеу әдістемесінің өзгеруі (бір жыл ішінде бір қызметті алғандардың орнына кемінде 3 қызмет алу есепке алынады) және ИЕПА қамтудың 70%-дан астамын қамтамасыз еткен аутрич-қызметкерлерге сыйақы төлеуге және ИЕПА арасындағы ҰЕҰ жобаларына ЖТБЖҚ-дан қаржыландыруды тоқтату болып табылады.

ИЕПА жүйелі түрде қамту айына кемінде бір рет профилактикалық қызмет көрсетуді көздейді. 2017 жылы бұл көрсеткіш 28,9% - ды құрады, бұл өткен жылға қарағанда айтарлықтай төмен. Орташа

республикалық деңгейден төмен ИЕПА жүйелі түрде қамтылуы Алматы, Шығыс Қазақстан, Батыс Қазақстан, Оңтүстік Қазақстан, Солтүстік Қазақстан, Павлодар және Ақтөбе облыстарында болды.

Барлығы 2017 жылы ҚР-да ИЕПА 15 518 225 шприц таратылды (алдын алу бағдарламаларына тартылған 1 ИЕПА-ға 275 дана немесе бағалау санынан 1 ИЕПА-ға 129 дана). Презервативтер 4 845 332 дана (1 ИЕПА-ға 40 дана, олардың бағалау санынан және профилактикалық бағдарламаларға тартылғандар санынан 1 ИЕПА-ға 86 дана) таратылды. Халықаралық ұсыныстарға сәйкес АИТВ-инфекциясының жыныстық жолмен берілуінің тиімді алдын алу үшін әрбір ИЕПА жылына кемінде 50 презерватив беру керек. ҚР әр ИЕПА үшін бағалау санынан (120 500) 2017 жылы 40 презерватив (Ганина Л. Ю., 2016) болды.

«Тең-теңімен» принципі бойынша дала жағдайында ИЕПА-мен жұмыс істеу үшін 506 аутич-қызметкер тартылды. Барлығы 2017 жылы АИТВ инфекциясына 35 772 ИЕПА, немесе профилактикалық бағдарламалармен тікелей қамту 63% тексерілді. АИТВ-инфекциясына жедел тестілеу 28 223 ИЕПА өтті, бұл сенім пункттеріндегі ИЕПА тексеруінің жалпы санының 50% құрайды (ЖИТС РО, 2016). АИТВ-ға тестілеумен қамту (БҰҰ БААС-ның көрсеткіші) соңғы 12 ай ішінде АИТВ-ға тестілеуден өткен және өз нәтижелерін білетін ИЕПА үлесі ретінде анықталды. Жылдар бойынша динамикадағы талдау кезінде елдегі бұл көрсеткіш 2008 жылдан бастап 50% - дан тұрақты асып түскенін және 2017 жылы 58,2% - ды құрағанын атап өту қажет. 2014 жылғы ТЭҚ деректері бойынша соңғы 12 айда АИТВ-инфекциясына тестілеу 65,4% өтті. Олардың көпшілігі ЖИТС орталықтарында (54%), наркологиялық ұйымдарда (21%) және басқа да медициналық ұйымдарда (20,2%) тест өтті (Ганина Л. Ю., 2016).

Қазақстан Республикасында жіті вирустық гепатиттерді емдеуге қатысты араласудың, бұл түрі тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемі шегінде жүргізіледі. В және С созылмалы вирустық гепатиттерін тегін емдеу балаларға, медицина қызметкерлері мен студенттерге беріледі, ол қысқа әсер ететін пегилденген интерферондармен және рибавиринмен аралас емдеуден тұрады. Егер ПБЗ тұтынушы жоғарыда аталған санаттардың біріне жататын болса, онда ол созылмалы вирустық гепатиттерді тегін емдеумен қамтамасыз етілетін болады. АИТВ-инфекциясын жұқтырғандардың барлығы ЖИТС аумақтық орталықтарында парентералдық гепатиттерді анықтау үшін міндетті түрде тегін негізде тексеруден өтеді.

8. ӘЛЕУМЕТТІК ӨЗАРА БАЙЛАНЫС ЖӘНЕ ӘЛЕУМЕТТІК РЕИНТЕГРАЦИЯ

ҚР ПБЗ тұтынушылардың құқықтарына заңмен белгіленген шектеулер аз. Есірткіні тұтынатын адамдардың құқықтарын шектеу негізінен ПБЗ-ны пайдалану фактісі өндірісте және көлікте қауіпсіздік техникасы ережелерін бұзудың қосымша себебі болуы мүмкін өндірістік қызмет саласына жол бермеу шартымен түсіндіріледі. Бұдан басқа, ПБЗ тұтынушы бала асырап алу, баланы қорғаншылыққа (қамқоршылыққа), патронатқа алу құқығынан айырылған, өйткені ПБЗ-ға тәуелділік болған жағдайда бұл мүмкін болмайтын аурулар тізбесіне кіреді.

ПБЗ қолдануға байланысты аурулар кезінде емделуге жүгіну, емдеу сот шешімімен анықталған жағдайлардан басқа, ерікті болып саналады. Бірақ, Қазақстан Республикасының 2001 жылғы 30 қаңтардағы «Әкімшілік құқық бұзушылық туралы» Кодексінің 326-бабының 2-бөлігіне сәйкес «маскүнемдікпен, нашақорлықпен және уытқұмарлықпен ауырады деп танылған не дәрігердің тағайындауынсыз есірткі құралдарын немесе психотроптық заттарды пайдаланып жүргені туралы жеткілікті деректер бар адамдардың медициналық тексеруден және емделуден жалтаруы, айлық есептік көрсеткіштің онға дейінгі мөлшерінде айыппұл салуға әкеп соғады». Бірақ іс жүзінде бұл нормативтік құқықтық жағдай іс жүзінде қолданылмайды.

ҚР Үкіметінің 2009 жылғы 4 желтоқсандағы қаулысымен психикалық бұзылулар мен мінез-құлықтың бұзылуы, оның ішінде ПБЗ тұтынумен байланысты бұзылулар әлеуметтік-маңызды аурулар тізіміне енгізілді. Қазақстан Республикасында әлеуметтік маңызы бар аурулармен және айналасындағыларға қауіп төндіретін аурулармен ауыратын азаматтарға медициналық-әлеуметтік көмек, диспансерлік бақылау тегін және жеңілдікті жағдайларда көрсетіледі. Бұл ретте медициналық-әлеуметтік көмектің түрлері мен көлемін азаматтардың денсаулығын сақтау саласында басшылықты жүзеге асыратын Қазақстан Республикасының уәкілетті орталық атқарушы органы айқындайды.

ПБЗ қолданатын адам медициналық ұйымда наркологиялық есепте тұратындығы дәрігерлік құпия болып табылады («Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы» Қазақстан Республикасы Кодексінің 95-бабы), оны жария еткені үшін заңнамада айыппұл түрінде әкімшілік жауапкершілік көзделген. Алайда, жұмыс берушілер жұмысқа қабылдау кезінде үміткерлерден наркологиялық есепте тұру, тұрмауы жайлы анықтама талап ету тәжірибесі әлі күнге дейін бар.

2007 жылы НМЭП РФПО ҚР-да АИТВ жұқтырған есірткіге тәуелді тұлғалар контингентіне көрсетілетін наркологиялық көмектің кешенді сипаттамаларын зерттеу материалдарын жариялады (Katkov A.L. and Komarova O. N., 2007). Есірткіге тәуелді адамдардың, оның ішінде АИТВ - инфекциясын жұқтырғандардың кәсіби наркологиялық көмекке жүгінуіне негізгі кедергілер жақындар арасында АИТВ-инфекциясын жұқтыру фактілерін жария ету қорқынышы - 50,6% ($\pm 6,4\%$); жақындар арасында есірткіні пайдалану фактілерін жария ету қорқынышы - 43,4% ($\pm 6,3\%$); наркологиялық мекемеге есепке қою қорқынышы - 37% ($\pm 6,2\%$) болып табылады. Есірткіні тұтынушылардың көпшілігі - 72,2% ($\pm 5,7\%$) - кәсіби наркологиялық көмек көрсету кезінде қолайлы жағдай ретінде қауіпсіздік кепілдігін немесе есепке тұрудың жоқтығын көрсетті (Катков А. Л., Комарова О. Н., 2007)

Жалпы, наркологиялық есепке қою және құқық қорғау органдарына есепке алудың заңнамалық негіздері, сондай-ақ осыған байланысты жұмысқа қабылдау кезіндегі шектеулер «Құқықтық жүйе» тарауының қорытынды бөлімінде сипатталған.

Қазіргі уақытта есірткімен проблемалары бар адамдарды әлеуметтік қолдау бойынша қызметтердің басым бөлігін бейінді үкіметтік емес ұйымдар көрсетеді. Алайда, бұл қызметтердің қамту ауқымы мен сапасын бағалау сапалы деректердің болмауына байланысты мүмкін емес. Елде осы салада ешқандай зерттеулер немесе шолулар табылған жоқ.

9. ЕСІРТКІГЕ БАЙЛАНЫСТЫ ҚЫЛМЫСТАР

9.1. КІРІСПЕ

Қазақстан Республикасы Президентінің 2003 жылғы 28 наурыздағы Жарлығымен құрылған Қазақстан Республикасы Бас прокуратурасының Құқықтық статистика және арнайы есепке алу жөніндегі комитеті (ҚР БП ҚСАЕК) қылмыстылыққа, соның ішінде елдегі есірткі қылмысына қатысты барлық ақпарат жиналып, талданатын негізгі ведомство болып табылады. ҚР БП ҚСАЕК құқықтық статистика және арнайы есепке алу саласындағы бірыңғай орталықтандырылған орган болып табылады. Сондай-ақ ҚР БП ҚСАЕК жанынан құқықтық құбылыстарды мониторингілеу және болжау, сыбайлас жемқорлық, есірткі және трансұлттық қылмыс жағдайын зерделеу және бағалау Ұлттық ақпараттық-талдау орталығы құрылды.

Елдегі қылмысты тіркеу жағдайын талдай отырып, 2015 жылы өткен жылдардағы қылмыстарды есепке ала отырып, қылмыстық құқық бұзушылықтарды есепке алу жүйесі түбегейлі өзгергенін атап өту қажет. 2015 жылдың 1 қаңтарынан бастап қылмыстық құқық бұзушылықтар оқиғалар сотқа дейінгі тергеудің бірыңғай тізілімінде (СДТБТ) тіркелген сәттен бастап есепке алынады, ал өткен жылдары қылмыстар қылмыстық іс қозғалғаннан немесе ақталмайтын негіздер бойынша іс қозғаудан бас тартқаннан кейін ғана есепке алынды. Сонымен қатар, тергеу алдындағы тексерулер барысында, қылмыс туралы дәлелдемелердің бар екендігін анықтағанға дейін, қылмыстық статистикада оқиғалар ескерілмеді. Осыған байланысты 2015 жылғы көрсеткіштерді өткен жылдардың көрсеткіштерімен салыстыру: қылмыстық құқық бұзушылықтарды тіркеу қағидаты өзгертілгенін; қылмыстық жазаланатын әрекеттердің жаңа түрлері енгізілгенін, сондай-ақ кейбір іс-әрекеттер қылмыстық сипаттан арылмағанын; бірнеше әкімшілік құқық бұзушылықтар қылмыстық теріс қылықтар санатына ауыстырылғанын; біршама қылмыстар бойынша қылмыстардың ауырлық санаттары өзгергенін ескере отырып, бірқатар шектеулерге ие.

2004 жылы ІІМ-де Есірткі бизнесіне қарсы күрес және есірткі айналымын бақылау жөніндегі комитет құрылды, ол қазіргі уақытқа дейін есірткіге қарсы мемлекеттік саясатты іске асыру саласындағы өкілетті мемлекеттік орган болып табылады. Алайда 2014 жылы Қазақстан Республикасы Үкіметінің 2014 жылғы 14 тамыздағы №933 қаулысына сәйкес Қазақстан Республикасы Ішкі істер министрлігінің Есірткі бизнесіне қарсы күрес және есірткі айналымын бақылау комитеті таратылды. Қазіргі уақытта ҚР ІІМ Есірткі бизнесіне қарсы күрес және есірткі айналымын бақылау департаменті елдің есірткі бизнесіне қарсы күрес және есірткі қылмыстары мен есірткі нарықтары туралы ақпарат жинау, үйлестіру жөніндегі бас органының функцияларын жүзеге асырады.

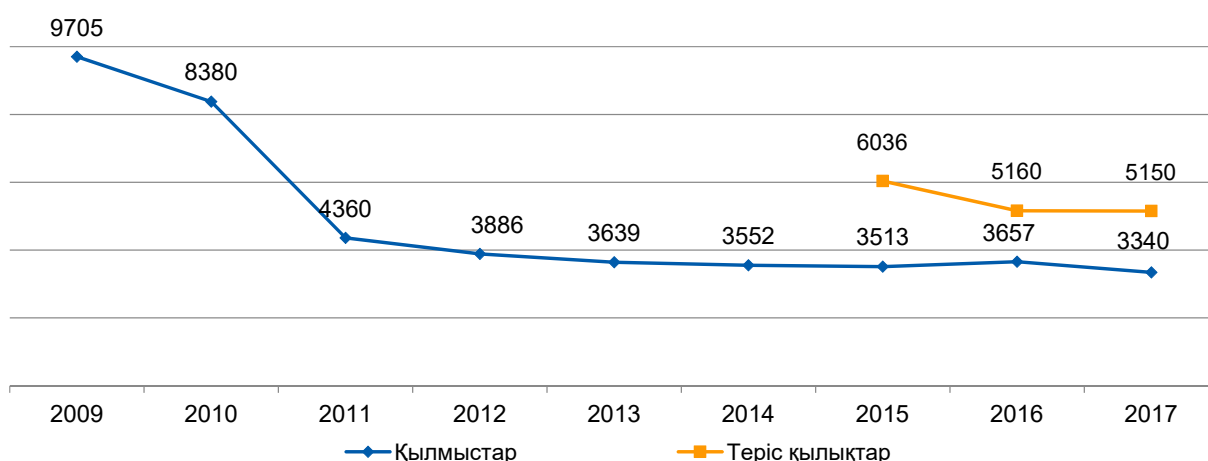
2015 жылдың 1 қаңтарынан бастап есірткі құралдары мен психотроптық заттардың заңсыз айналымы, олардың атаулары мен химиялық формуласына қарамастан, қылмыстық жауапкершілік көзделген.

9.2. ҚЫЛМЫСТАР

Қазақстан Республикасы Бас прокуратурасының Құқықтық статистика және арнайы есепке алу жөніндегі комитетінің статистикалық деректеріне сәйкес 2017 жылы барлық құқық қорғау органдары есірткі айналымына байланысты 8 490 қылмыстық құқық бұзушылықты анықтады (2016 ж. – 8 817), оның ішінде 3 340 есірткі қылмысы және 5 150 қылмыстық теріс қылық. Елде тіркелген құқық бұзушылықтардың жалпы санындағы есірткі тәртібін бұзудың үлес салмағы 2017 жылы 2,6% - ды құрады (13-Диаграмма).

2011 жылдан бастап елде 2011 жылғы қаңтарда Қазақстан Республикасы Қылмыстық кодексінің (ҚР ҚК) 259-бабының 1-бөлігін «Есірткі заттарды немесе психотроптық заттарды өткізу мақсатынсыз ірі мөлшерде заңсыз сатып алу, тасымалдау немесе сақтау» деген қылмыссыздандыруға және оны әкімшілік құқық бұзушылық санатына (2015 жылдан бастап қылмыстық теріс қылықтар) ауыстыруға байланысты тіркелген есірткі қылмыстары айтарлықтай төмендеді.

13 ДИАГРАММА: 2009-2017 ЖЖ. КЕЗЕҢІНДЕ ҚР-ДА ЕСІРТКІ ҚЫЛМЫСТАРЫНЫҢ САНЫ (ҚР БП ҚСАЕК)



Құқық қорғау органдары бөлінісінде есірткі тәртібін бұзудың ең көп санын ішкі істер органдары анықтайды, Ұлттық қауіпсіздік комитеті (ҰҚК) Шекара қызметінің және Қаржы министрлігінің Мемлекеттік кіріс комитеті (ҚМ МКК) есірткіге байланысты құқық бұзушылықтардың 15% -нан аспайды.

Есірткі қылмысының құрылымында Қылмыстық кодекстің 297-бабында көзделген «Есірткі, психотроптық заттарды, сол тектестерді өткізу мақсатында заңсыз дайындау, қайта өңдеу, иемдену, сақтау, тасымалдау, жөнелту не өткізу» қылмыстар басым. Талданатын кезеңде олардың тіркелген есірткі қылмыстарының жалпы санындағы үлес салмағы 60% - ды құрады (22-Кесте). 20% өткізу мақсатынсыз заңсыз есірткі айналымына байланысты қылмыстарға (ҚР ҚК 296-6.4-б.) және 9% есірткі контрабандасына (ҚР ҚК 286-б.) келеді.

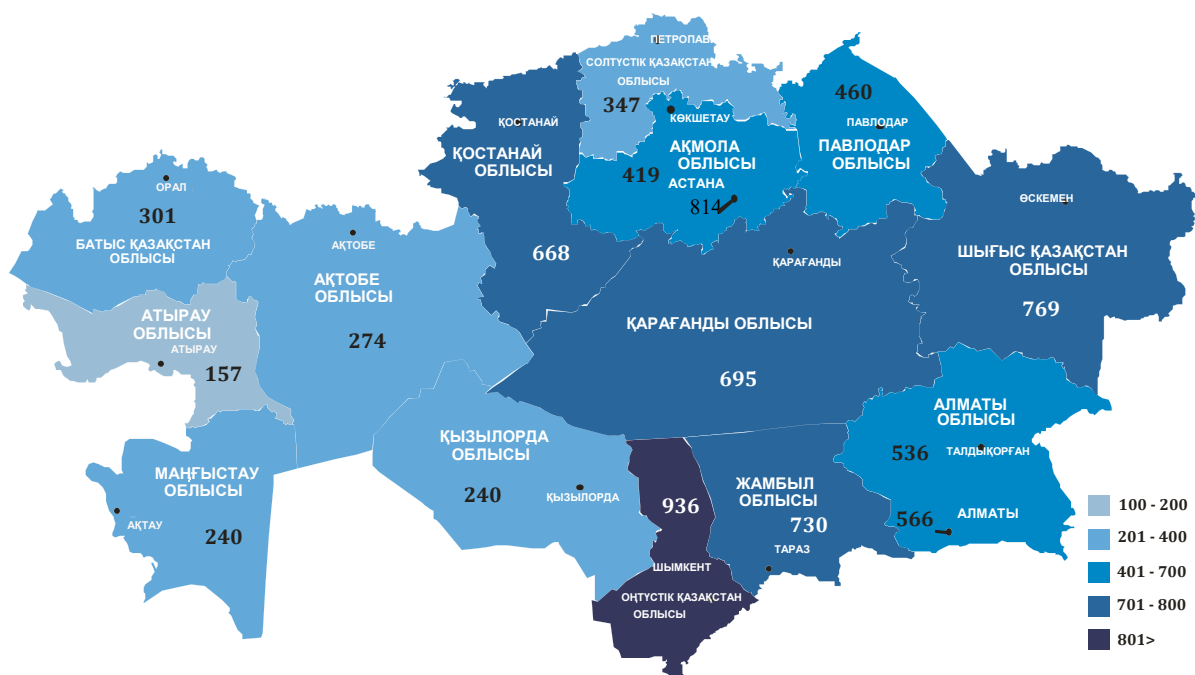
Есірткінің, психотроптық заттар мен прекурсорлардың заңсыз айналымына байланысты барлық қылмыстық құқық бұзушылықтардың құрылымында ҚР ҚК-нің 296-бабында «Есірткі, психотроптық заттармен, сол тектестермен, прекурсорлармен өткізу мақсатынсыз заңсыз жұмыс істеу» көзделген бұзушылықтар басым. 2017 жылы тіркелген 5 150 қылмыстық теріс қылықтың ең көп бөлігі өткізу мақсатынсыз есірткімен заңсыз жұмыс істеу фактілеріне (ҚР ҚК 296 – бабының 2 – бөлігі) - 74%, қылмыстық теріс қылықтардың шамамен 12% - ын қоғамдық орындарда есірткіні медициналық емес пайдалану (ҚР ҚК 296-бабының 1-бөлігі) және ірі мөлшерде есірткіні заңсыз сақтау (ҚР ҚК 296-бабының 3-бөлігі) - барлық қылмыстық теріс қылықтардың 13% - ы құрайды.

22 КЕСТЕ: 2017 ЖЫЛЫ ТІРКЕЛГЕН ЕСІРТКІ ҚЫЛМЫСТАРЫНЫҢ ҚҰРЫЛЫМЫ (БП ҚСАЕК)

Қылмыс түрі	Саны	Үлес салмағы
Аса ірі мөлшерде есірткі құралдарын өткізу мақсатынсыз заңсыз дайындау, қайта өңдеу, сатып алу, сақтау, тасымалдау (ҚР ҚК 296-бабының 4-бөлігі)	668	20%
Есірткі заттарды өткізу мақсатында заңсыз дайындау, өңдеу, иемдену, сақтау, тасымалдау, жөнелту не өткізу (ҚР ҚК 297-бабы)	2000	60%
Есірткі құралдарының контрабандасы (ҚР ҚК 286-б.)	307	9%
Есірткі кірістерді заңдастыру (жылыстату) (ҚР ҚК 218-бабы)	6	0,2%
Есірткі заттарды немесе психотроптық заттарды жымқыру не қорқытып алу (ҚР ҚК 298-бабы)	3	0,1%
Есірткі заттарды тұтынуға көндіру (ҚР ҚК 299-бабы)	5	0,1%
Құрамында есірткі заттар бар өсімдіктерді заңсыз егіп-өсіру (ҚР ҚК 300-бабы)	246	7%
Есірткі заттарды дайындау немесе қайта өңдеу үшін пайдаланылатын заттардың заңсыз айналымы (ҚР ҚК 301-бабы)	9	0,3%
Есірткі заттарын тұтыну үшін притондар ұйымдастыру немесе оларды ұстау (ҚР ҚК 302-бабы)	74	2,2%
Барлығы	3340	100%

2016 жылы (2017 жылғы деректер қол жетімді емес) ең көп құқық бұзушылық (қылмыстық қылмыстар мен теріс қылықтар) Астана қаласында, Оңтүстік Қазақстан, Шығыс Қазақстан және Жамбыл облыстарында тіркелді (6 Карта).

6 КАРТА: 2016 ЖЫЛЫ ӨҢІРЛЕР БӨЛІНІСІНДЕ ЕСІРТКІНІҢ ЗАҢСЫЗ АЙНАЛЫМЫНА БАЙЛАНЫСТЫ ТІРКЕЛГЕН ҚҰҚЫҚ БҰЗУШЫЛЫҚТАР САНЫ (ҚР БП ҚСАЕК)



2017 жылы есірткінің заңсыз айналымы үшін қылмыстық жауапкершілікке тартылған адамдар саны 5 902 құрады, оның ішінде әйелдер – 256, кәмелетке толмағандар – 32. Есірткі айналымымен байланысты қылмыстық құқық бұзушылықтар жасағандардың ішінен 2017 жылы 3 772 адам өткізу мақсатынсыз есірткі заттарын заңсыз дайындағаны, қайта өңдегені, сатып алғаны, сақтағаны, тасымалдағаны үшін (аса ірі көлемдегі бұзушылықтарды есепке алмағанда) тартылды.

9.3. ЕСІРТКІГЕ БАЙЛАНЫСТЫ ҚЫЛМЫСТАРДЫҢ АЛДЫН АЛУ

2017 жылы мемлекеттік органдардың қылмыстардың алдын алу жөніндегі қызметі туралы қандай да бір ақпараттың қолжетімді дерек көздерінде болмауына байланысты, келесі ақпарат, негізінен 2015 жылға арналған іс-әрекеттерге қатысты, ол жалпыға қол жетімді болып табылады.

2015 жылы есірткіге байланысты әкімшілік құқық бұзушылық жасағаны үшін 3 200 адам жауапкершілікке тартылды. Әкімшілік құқық бұзушылықтардың 91% -ы жүргізушінің көлікті есірткілік масаң күйде басқаруына байланысты (ҚР ӘҚБтК 608-бабы); 8% жабайы қарасораны жою жөніндегі шараларды қабылдамаумен байланысты құқық бұзушылықтарға жол берген; есірткі айналымы саласындағы объектілер мен үй-жайларды техникалық бекіту талаптарын бұзғаны үшін (ҚР ӘҚБтК 427-бабы) 1% -дан аз.

Елде есірткі бизнесіне қарсы іс-қимылдың тиімді тәсілдерінің бірі ретінде жедел-профилактикалық іс-шаралар мен операциялар тұрақты түрде жүргізіледі.

Есірткі құралдарының, психотроптық заттар мен прекурсорлардың заңды айналымы саласындағы бұзушылықтарды анықтау және жолын кесу мақсатында медициналық мекемелер мен өнеркәсіп кәсіпорындарында жыл сайын (4 кезеңде) «Допинг» жедел-профилактикалық іс-шарасы өткізіледі. 2015 жылы оны өткізу барысында есірткі құралдары, психотроптық заттар мен прекурсорлар айналымы саласындағы қызметті жүзеге асыратын 2 мыңға жуық жеке кәсіпкерлік субъектілері тексерілді, оның ішінде: 529 дәріхана, 170 қойма, 365 емдеу-профилактикалық мекеме және 219 өнеркәсіптік кәсіпорын. Есірткі құралдарының, психотроптық заттар мен прекурсорлардың заңсыз айналымына байланысты 9 қылмыс, 155 теріс қылық анықталды. 410 адам әкімшілік жауапкершілікке тартылды, оның ішінде 101 медицина қызметкері. Құрамында психотроптық заттар бар 27,2 мың ампула, 3 мың таблетка және 196 мың ампула алынды. 546 тоннадан астам прекурсорлар заңсыз трафиктен ағып кетуге жол берілмеді.

Қазақстан Республикасында Нашақорлыққа және есірткі бизнесіне қарсы күрестің 2012-2016 жылдарға арналған бағдарламасын іске асыру жөніндегі іс-шаралар жоспарына сәйкес жыл сайын маусым мен қазан аралығында «Көкнәр» жедел-алдын алу операциясы өткізіледі. Солай, 2015 жылы операция жүргізу кезеңінде 1 291 есірткі қылмысы анықталды, оның ішінде 733 өткізу фактісі, 58 есірткі контрабандасы, 154 құрамында есірткі бар өсімдіктерді өсіру фактісі. 92 тоннадан астам есірткі құралдары, оның ішінде 61,5 тоннаға жуық егілген қарасора, 65 кг героин, 152 кг гашиш, 30,5 тонна марихуана тәркіленді.

ҰҚШҰ жоспарына сәйкес 2015 жылдың мамыр айында Қазақстанның құқық қорғау органдары Қырғызстан Республикасының Ош қаласында операция штабын орналастыра отырып, «Канал-Патруль» халықаралық есірткіге қарсы операцияға қатысты. Операцияның негізгі мақсаты аймақтағы есірткі ахуалын тұрақтандыру бойынша практикалық міндеттерді шешу, сондай-ақ таулы жерлерде ҰҚШҰ ұжымдық жедел әрекет ету күштері бөлімшелерінің тәжірибелік өзара іс-қимылы мен жедел-жауынгерлік үйлесімділігінің элементтерін пысықтау болып табылады. Оны өткізу нәтижесінде ҰҚШҰ елдерінің аумағында 1,6 тоннадан астам есірткі тәркіленді, оның 976 кг-нан астамы Ауғанстаннан шыққан апиындар.

2015 жылдың қыркүйек айында Ресей Федерациясының Владивосток қаласында штабты орналастыра отырып, «Канал-Синтетик-Почта» операциясы жүргізілді. Оның негізгі мақсаты синтетикалық есірткілердің жаңа түрлерінің, соның ішінде Қытай, Таиланд аумағынан дизайнерлік есірткілердің түсу арналарын анықтау, сондай-ақ оларды сату бойынша интернет-сайттарды анықтау болып табылады. Операция барысында Қазақстанның құқық қорғау органдары 4 тоннаға жуық есірткі тәркіледі, оның ішінде 122 кг-нан астам героин, МДМА психотроптық затының 50 таблеткасы.

Есірткі құралдары контрабандасының жолын кесу, кеден және шекара маңы аймақтарында әрекет ететін ұйымдасқан қылмыстық топтарды анықтау мақсатында, сондай-ақ есірткі құралдарын аса ірі мөлшерде сақтау фактілерін анықтау мақсатында 2015 жылдың қараша айында «Рубеж» жедел-алдын алу іс-шарасы өткізілді. Іс-шара шеңберінде Есірткінің заңсыз айналымына байланысты 65 қылмыс, оның ішінде 40 өткізу фактісі, аса ірі көлемде есірткі сақтаудың 23 фактісі және есірткі контрабандасының 1 фактісі анықталды. Заңсыз айналымнан 107 кг жуық есірткі, оның ішінде 2,3 кг героин тәркіленді.

2015 жылғы қарашада әуежайлардағы, Ақтау теңіз портындағы, халықаралық почта алмасу учаскелерінде (Астана, Алматы және Орал қалаларында), «Қазпошта» АҚ филиалдары мен почта-бағаж бөлімшелерінде өткізу пункттері арқылы есірткі құралдары, психотроптық заттар, олардың аналогтары мен прекурсорлары контрабандасының арналарын анықтауға, сондай-ақ ҚАЖК мекемелеріне посылкалар арқылы есірткінің түсу фактілерінің жолын кесуге бағытталған «Посылка» республикалық жедел-алдын алу іс-шарасы өткізілді. 175 жедел-ізвестіру тобы ұйымдастырылды, онда 1 948 үлкен жүкті, 3 303 жеңіл автомобиль, 1 080 автобус, 163 жолаушы және 122 жүк поезы, 172 әуе рейсі, 71 теңіз кемесі, ҚАЖК мекемелеріне 859 сәлемдеме және «Қазпошта» АҚ-ның 803 бөлімшесі тексерілді. 76 есірткі қылмысы анықталды, оның ішінде 42 өткізу фактісі, оның ішінде 3 ұйымдасқан қылмыстық топтардың құрамында, 30 есірткі құралдарын аса ірі мөлшерде сақтау фактісі және 4 есірткі құралдарының контрабандасы.

9.4. ЕСІРТКІГЕ ТӘУЕЛДІ ҚҰҚЫҚ БҰЗУШЫЛАРҒА АРНАЛҒАН ТҮРМЕГЕ ҚАМАУҒА БАЛАМА

ҚК жаңа редакциясының жобасына есірткіні қолданатын және алғаш рет қылмыс жасаған, қоғамдық қауіп тудырмайтын адамдарға қатысты жазаның баламалы түрлері туралы норма енгізілді. ҚК-нің жаңа редакциясында, егер сот түзеу үшін тағайындалған жазаны толық өтеуді қажет етпейді деп танылса, есірткіге тәуелді адамды бас бостандығын шектеу немесе айыру түріндегі жазаны өтеуден мерзімінен бұрын шартты түрде босату мүмкіндігі көзделген. Сонымен қатар, бұл адам үшін пробация бақылауы белгіленеді, ол басқа міндеттермен қатар, нашақорлықтың емдеу курсына білдіреді. Міндеттерді орындаудан жалтарған жағдайда сот шартты түрде мерзімінен бұрын босатудың күшін жою және жазаның өтелмеген қалған бөлігін орындау туралы шешім қабылдай алады. Сонымен қатар, есірткіге тәуелді адамдарды қылмыстық жауаптылықтан босату мүмкіндігі КПК жаңа редакциясының жобасында және қылмыстық процестің сотқа дейінгі сатысында (ҚР ІІМ, 2014) қарастырылады.

КПК-нің жобасына сәйкес прокурор жасалған қылмыстың қоғамдық қауіптілігін және күдіктінің жеке басын сипаттайтын деректерді ескере отырып, қылмыстық қудалауды үш айдан он сегіз айға

дейінгі мерзімге талап ете отырып тоқтатуға құқылы. Егер адам онша ауыр емес немесе ауырлығы орташа құқық бұзушылық жасады деп күдік келтірсе, қасақана қылмыс жасағаны үшін соттылығы болмаса және қылмыстық қудалауды талап етіп тоқтатуға келісім білдірсе, мұндай шешім қабылдауға жол беріледі. Бұл ретте прокурор есірткіге тәуелді адамға есірткіге немесе басқа тәуелділікке емдеу курсынан өту міндетін жүктеуге құқылы.

Шартты түрде қылмыстық қудалауды тоқтату туралы қаулы осы шешімді қабылдау және жүктелген міндеттерді орындау кезінде белгіленген мерзім аяқталғаннан кейін күшіне енеді. Бұл қаулының күшіне енуі сотқа дейінгі тергеуді тоқтатуды білдіреді.

Аталған міндеттерді бұзудың салдары КПК-нің бабымен реттеледі, оған сәйкес күдіктіге қатысты іс бойынша сотқа дейінгі іс жүргізу ол қасақана қылмыстық жазаланатын әрекет жасаған, істе жаңа мән-жайлар пайда болған, сондай-ақ адам оған жүктелген міндеттерді орындамаған жағдайда, оның ішінде емдеу курсынан өту бойынша қайта басталуы мүмкін.

Қаулы заңды күшіне енген және көрсетілген негіздер бойынша сотқа дейінгі тергеу қайта жаңғыртылмаған жағдайларда әрекет қылмыстық құқық бұзушылықтардың қайталануын құрайтынын атап өту қажет.

9.5. ТҮРМЕЛЕРДЕ ЕСІРТКІНІ ТҰТЫНУШЫЛАРҒА КӨМЕК КӨРСЕТУ

Жасалған қылмыстың ауырлығына қарай есірткіге тәуелді адамдар жаза мерзімін өтеудің жалпы, қатаң және ерекше режимдеріндегі түзеу мекемелерінде ұсталады. Есірткімен байланысты қылмыстар жасағаны үшін сотталған адамдардың ең көп саны қатаң режимдегі мекемелерде жазалау шарасын өтейді.

Есірткіге тәуелді адамдарға арналған арнайы емдеу түзеу мекемелері жоқ. ПБЗ-ға тәуелді сотталғандарды мәжбүрлеп емдеуді сот шешімі негізінде түзеу мекемесінің медициналық бөлімі жүзеге асырады. Нашақорлықпен ауыратын адамдарды емдеуді дәрігер-психиатр-нарколог, ал ол болмаған кезде - дәрігер-терапевт, жалпы практика дәрігері немесе медициналық бөлімнің бастығы жүргізеді. Емдеу негізінен амбулаториялық, тек қана Қылмыстық-түзеу жүйесі комитетінің (ҚАЖК) бір мекемесінде ШҚО-да мәжбүрлеп стационарлық наркологиялық емдеуге арналған наркологиялық төсектер бар.

Мекемеге түскен кезде нашақорлықтан мәжбүрлеп емдеу анықталған сотталған адамдар үш күн мерзімде психиатр-наркологпен тексерілуге тиіс, ол алғашқы әңгімеде науқасты осы мекемеде мәжбүрлеп емдеуді ұйымдастырудың негізгі ережелерімен және жүргізу ерекшеліктерімен таныстырады.

Осы сотталған адамдар диспансерлік есепке қойылады, оларға наркологиялық науқастарды диспансерлік бақылаудың бақылау картасы және амбулаториялық наркологиялық науқастың медициналық картасы ашылады. Емдеу бүкіл емдеу кезеңі бойы үздіксіз болуы тиіс. Белсенді емдеу курсы аяқталғаннан кейін осы адамға демеуші ем тағайындалады.

Емделудің «бұзылулар» деп аталатын сотталғандарға рецидивтік терапия беріледі. Емдеудің «бұзылуы» деп мәжбүрлі емдеу кезінде сотталғандардың есірткі және басқа заттарды пайдалануы айтылады.

Мәжбүрлеп емдеу курсы аяқтамаған сотталған адамдарды бір мекемеден басқа мекемеге ауыстыру аса қажет болған жағдайда ғана жүзеге асырылуы мүмкін. Бұл ретте науқастың жағдайы және жүргізілген емдеу туралы толық эпикриз жасалуы тиіс.

Мәжбүрлеп емдеуді тоқтатуды мекеме әкімшілігінің ұсынуы бойынша сот жүргізеді. Аурудың қайталануы және емдеу курсының бұзылуы болмаған кезде медициналық комиссия мәжбүрлеп емдеуді тоқтату туралы мәселені шешу үшін материалдар дайындайды. Медициналық комиссияның қорытындысы мәжбүрлеп емдеуді тоқтату туралы мәселені шешу үшін негіз болып табылады.

Нашақорлыққа мәжбүрлеп емдеуден өткен сотталғандарды жазасын өтеуден босатудың барлық жағдайларында медициналық бөлім босатылғанға дейін бір ай бұрын босатылған адамның тұрғылықты жері бойынша денсаулық сақтау органдарына емдеу туралы және оның нәтижелері туралы есірткіге қарсы науқастың амбулаториялық картасынан үзінді көшірме жібереді.

Бас бостандығынан айыру орнынан босатылған уақытта емдеу аяқталмаған жағдайда, медициналық комиссия оны жалғастыру қажеттігі туралы дәлелді қорытынды жасайды. Қорытынды негізінде мекеме әкімшілігі денсаулық сақтау органдарының медициналық мекемесінде арнайы және еңбек режимі бар мәжбүрлеп емдеу мерзімін ұзарту туралы ұсыныспен сотқа шыға алады.

Сотталған адамның мәжбүрлеп емдеуге жатпайтын созылмалы нашақорлығы анықталған жағдайда оған ерікті түрде емдеу курсынан өту ұсынылады.

Ерікті емдеуден бас тартқан жағдайда мекеменің медициналық бөлімінің бастығынан, психиатр-дәрігерден (наркологтан) және терапевт-дәрігерден тұратын медициналық комиссия қорытынды шығарады, оның негізінде мекеме әкімшілігі сот алдында медициналық сипаттағы мәжбүрлеп шараларын қолдану туралы өтініш жасайды.

Түзеу мекемелерінде нашақорлықтан зардап шегетін адамдарды емдеу кезінде ұтымды психотерапия, витаминотерапия, сондай-ақ психикалық бұзылуларды тоқтатуға бағытталған терапия әдістері пайдаланылады. Сонымен қатар психологиялық оңалту жүргізіледі. Амбулаториялық емдеу кезеңінде терапияға психологтардың психотерапиялық және психокоррекциялық жұмысы енгізіледі. Бұдан басқа, сотталған адамдар арасында нашақорлықтың алдын алу бойынша санитариялық-ағарту жұмыстары жүргізіледі (дөңгелек үстелдер, әңгімелесулер, ақпараттық материалдарды тарату).

2002 жылдан бастап Шығыс Қазақстан облысы бойынша ҚАЖКБ ОБ-156/15 мекемесінде есірткіге тәуелді адамдарды емдеу үшін дәрі-дәрмексіз психотерапевтік Миннесот әдістемесін енгізу басталды. Пациенттердің бағдарламада терапиясының негізгі мақсаттары: науқасты аурумен таныстыру және оны аурумен сәйкестендіру процесі үшін жағдай жасау, эмоциялардың конструктивті көріністерін жасау, айналасындағылармен қарым-қатынас жасау дағдыларына үйрету, сондай-ақ оң өзін-өзі бағалау үлгісін қалыптастыру болып табылады. Терапия емдеудің басында емделушінің ойлау бейнесі өзгергенге дейін директивті сипатта жүргізіледі.

Үкіметтік емес ұйымдармен және Еуроодақпен бірлесіп 2009 жылдың соңында Қазақстанда Астана, Павлодар қалаларында екі «Жаңа өмір» Оңалту орталықтар ашылды және Семей қаласында бір орталықтың жұмысы жаңартылды. Орталықтар Миннесот бағдарламасы «Атлантис 12 қадамы» негізінде Польшада әзірленген дәрілік заттарды қолданбай, психотерапиялық әдістермен есірткіге тәуелді адамдарды емдеуге арналған (ҚРӘМ, 2010).

Қылмыстық-атқару жүйесі мекемелерінде есірткіні қолданудан келтірілген зиянды азайту бағыты бойынша медициналық-санитариялық бөлімдерде дайындықтан өтетін сотталғандардың өздері сотталған адамдарды оқытуды кеңінен пайдалана отырып, ақпараттық-білім беру бағдарламалары, коммуникациялар іске асырылады. Сондай-ақ дезинфекциялау құралдары мен презервативтер таратылады, жыныстық жолмен берілетін инфекциялардың диагностикасы мен емі жүзеге асырылады.

2017 жылы қамау орындарында тарату үшін 710 119 презерватив (2016 ж. – 588 857), ақпараттық-білім беру материалдары – 110 439 дана (2016 ж. - 16 008) сатып алынды және берілді. Жаппай кампаниялар мен жоспарлы білім беру жұмысы шеңберінде 2017 жылы бас бостандығынан айыру орындарында 11 967 іс-шара (2016 – 9 509) өткізілді, 36 127 адам қамтылды.

10. ЕСІРТКІ НАРЫҚТАРЫ

10.1. КІРІСПЕ

Қазақстан Ауғанстаннан шыққан героиннің «солтүстік бағыты» деп аталатын өтетін елдердің бірі болып табылады. Тиісінше, Ауғанстанда әрекет ететін халықаралық қылмыстық топтар ел аумағын Ресей мен Еуропаға героинді жеткізу үшін транзиттік дәліз ретінде пайдалану әрекеттерін жалғастыруда.

Күшті әсер ететін есірткі нарығы жақын және алыс шет елдерден әкелу есебінен толық дерлік толықтырылады. Негізгі сыртқы көзі Ауғанстан болып табылады. 2016 жылдың қорытындысы бойынша Ауғанстанда апиын көкнәр өсірудің жалпы алаңы 10% - ға, есептік шамаға дейін 201 мың гектарға (2015 жылы 183 мың гектардан) өсті. Апиын өндірудің әлеуетті көлемі 3300-ден 4800 тоннаға дейін өсті, бұл өнімнің ұлғаюымен түсіндіріледі, себебі 2015 жылдағыдай ылғал мен аурулардың жетіспеушілігінен зардап шеккен жоқ. Бұл ретте, есірткіні өндірудің негізгі орталықтары соңғы жылдары Ауғанстанның солтүстік өңірлерінен ығысуы нәтижесінде Оңтүстік провинцияларда (95% - ға дейін) шоғырланған. 2016 жылдың қорытындысы бойынша апиынды көкнәрді заңсыз өсірудің көшбасшысы Оңтүстік Гильменд провинциясы болды.

Халықаралық сарапшылардың деректері бойынша соңғы жылдары «Солтүстік бағыты» өтетін негізгі елдердегі героин айналымы көлемінің қысқаруы байқалады. Есірткіні бақылау жөніндегі халықаралық комитеттің 2016 жылғы баяндамасында ауғандық апиындар Иран, Түркия және Оңтүстік-Шығыс Еуропа арқылы Батыс және Орталық Еуропаға жеткізілетін, «Балқан бағыты» героиннің заңсыз айналымы үшін басты арна болып белгіленген (Есірткіні бақылау жөніндегі халықаралық комитет, 2018).

Сонымен қатар, Пәкістан немесе Иран Ислам Республикасы арқылы «Оңтүстік бағыты» деп аталатын теңіз Шығанақ, Африка, Оңтүстік Азия елдеріне және аз дәрежеде Оңтүстік-Шығыс Азияға, мұхитқа және Солтүстік Америкаға бағыттар үлкен мәнге ие болып отыр. Осыған ұқсас үрдістер БҰҰ ЕҚБ Есірткі туралы 2016 жылғы Дүниежүзілік баяндамасында атап өтіледі, сонымен қатар Балқан бағыты дәстүрлі түрде өтетін елдермен қатар Ирак пен Сирия Араб Республикасын қамтитын екінші Балқан бағытының пайда болуына назар аударылады.

Сонымен қатар «Солтүстік бағыты» бойынша есірткінің транзиті айтарлықтай қысқарды және болжамдық бағалаулар бойынша оның көлемі бүгінгі күні 30-33 тоннаны құрайды. Аталған үрдіс Орталық Азиядағы алып қойылатын апиындар көлемінің төмендеуінің жалпы үрдісімен расталады. 2010 жылдан бастап 2016 жылға дейін Орталық Азия өңірінде героин алу 69%-ға қысқарды (2,6 тоннадан 803 кг-ға дейін). Бұл ретте Қазақстанда есірткі заттарының заңсыз ішкі нарығын талдау героиннің көтерме және бөлшек сауда бағаларының соңғы 5 жылда 6 еседен астамына айтарлықтай өскенін көрсетеді (Есірткіні бақылау жөніндегі халықаралық комитет, 2018).

Соңғы жылдары Қазақстан Республикасында тек қана шетелдік шығу тегі бар және көптеген жағдайларда Оңтүстік-Шығыс Азиядан: Қытайдан, Мьянма, Таиланд, Лаосадан, сондай-ақ Ресейден, Нидерландыдан, Германиядан, Польшадан, Прибалтикадан келіп түсетін синтетикалық есірткілердің таралуы байқалады.

Алынатын есірткілердің негізгі үлесі каннабиноидтерге келеді, бұл елде жабайы өсетін сора өсетін үлкен аумақтың болуына байланысты. Соңғы үш жылда есірткі заттарының нарығы әртүрлі болды. 2017 жылы алып қоюлар әртүрлі заттардың 32 атауымен есептелді. Алынған басқа заттардың негізгі көлемі диметилтриптамин, МДМА, метамфетамин (Первитин), пировалерон және кокаин құрайды.

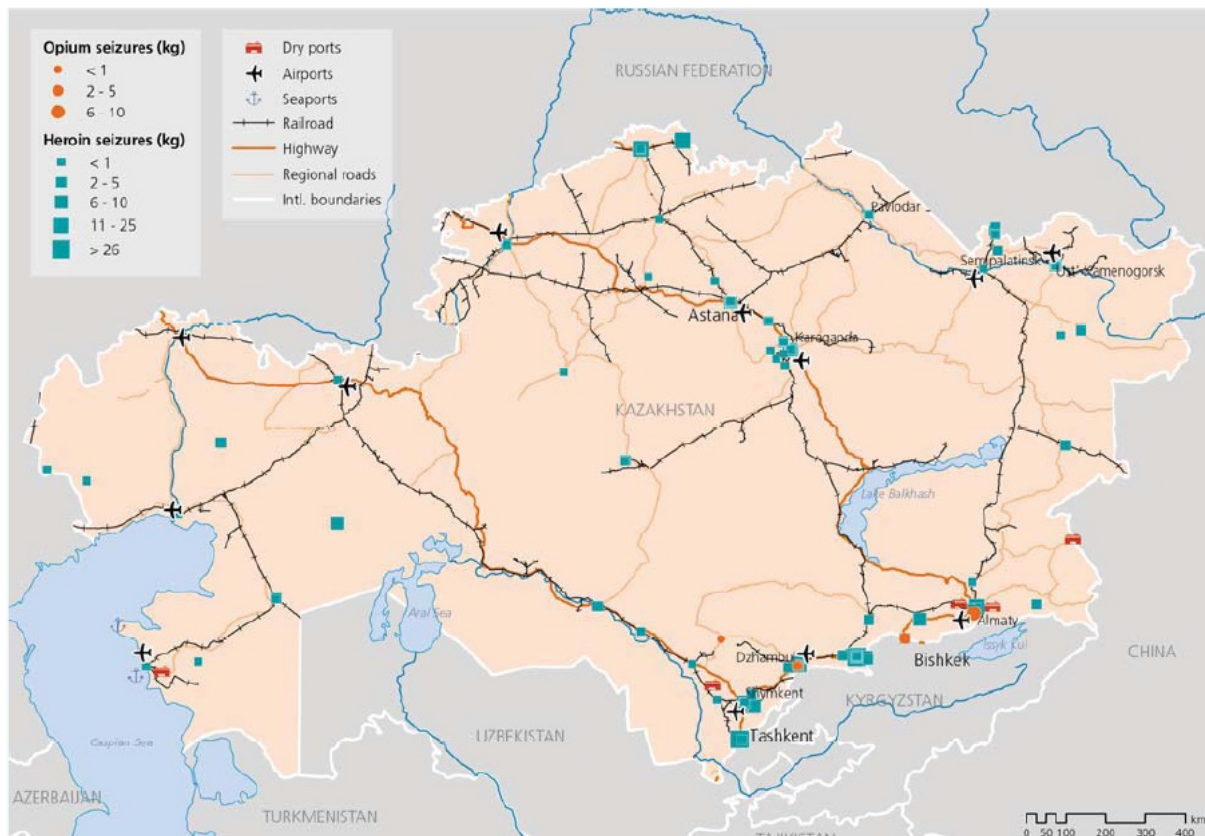
Есірткінің заңсыз нарығын талдау соңғы он жыл ішінде героиннің көтерме және бөлшек сауда бағаларының бірнеше есе өсуін көрсетеді, бұл ретте марихуананың бағасы шамамен бір деңгейде қалады. 2015 жылдан бастап 2017 жылға дейін героин бағасы тұрақтанды және жоғары деңгейде сақталады.

10.2. ЕСІРТКІНІҢ БОЛУЫ ЖӘНЕ ЖЕТКІЗУ

Қазақстан өзінің географиялық орналасуына байланысты есірткі сатушылар үшін Ресей мен Еуропаға есірткі контрабандасының транзиттік дәлізімен маңызды болып қалуда.

Есірткі сатушылар есірткіні жеткізу үшін көліктің барлық түрлерін қолданады. Есірткіні есірткі пысықайларымен жеткізу үшін көліктің барлық түрлері қолданылады. Есірткі трафигі негізінен автомобиль жолдарымен өтеді, бірақ аймақтық темір жолдардағы алып қоюлар саны өсуде, бұл есірткі сатушылар өздерінің жұмыс әдістерін әртараптандыратынын көрсетеді (7 Карта).

7 КАРТА: ҚР КӨЛІК ЖЕЛІСІ ЖӘНЕ АПИЙН МЕН ГЕРОИНДІ АЛЫП ҚОЮ ӨЛШЕМДЕРІ (UNODC)



Есірткіні жасыру әдістері дәстүрлі болып қалады – тауарлар арасында, жеке заттарда, сондай-ақ автомобиль және темір жол көлігінің қуыстарында осы мақсаттар үшін арнайы жабдықталған жасырын орындарда.

Есірткіні жасырудың ең тұрақты құралдарының бірі Ресейге жіберілетін көкөністер мен жемістерді жеткізу болып табылады. Бұл Ресейге импортталатын негізгі өнім, бірақ Қазақстан негізгі экспорттаушы болып табылмайды, бұл тауардың көпшілігі Орталық Азияның басқа елдерінен, ал аз дәрежеде Қытайдан жеткізіледі дегенді білдіреді. Осылайша, саудагерлер үшін Қазақстан арқылы Ресейге үлкен жүктердің сауда ағындары мен қозғалыстарында есірткілерді араластыруға кең мүмкіндіктер бар. Қырғызстаннан, негізгі бағыт Бішкек қ. басталатын, Қазақстанның Қордай қ. шекарасы Алматы жағына қарай қиылысқанға дейін, одан әрі Аягөз және Өскемен қ. Георгиевка с. арқылы және одан кейін Ресей аумағына өтеді. Тағы да Қырғыз Республикасының астанасы Бішкек қаласынан есірткі құралдарын жеткізудің екінші бағыты Алматы қаласы арқылы, одан әрі Сарышаған, Балқаш, Қарағанды, Астана, Көкшетау және Петропавл қалалары арқылы - одан әрі Ресейге өтеді. Үшінші бағыт Бішкек қаласынан батысқа қарай Тараз қаласына, одан әрі Шымкент, Қызылорда, Ақтөбе және Орал қалаларына және одан кейін Ресей аумағына өтеді. Өзбек-Қазақстан шекарасындағы есірткі саудагерлері үшін негізгі жөнелту нүктесі – Шымкент қаласы болып табылады (UNODC, 2012).

БҰҰ ЕҚБ Есірткі туралы Дүниежүзілік баяндамада 2014 жылы «Солтүстік бағыты» өтетін негізгі елдердегі героин айналымы көлемінің қысқарғаны атап өтілді. Соңғы жылдары, бағалау деректері

бойынша «Солтүстік бағыты» бойынша есірткі транзиті күрт төмендеді және оның көлемі болжам бойынша 30-33 тоннаны құрайды. Аталған үрдіс Ауғанстанның арнайы қызметтерінің деректерімен расталады, олар осы бағытта ел ішінде жалпы санынан апиын тобының 8% - дан аспайтын есірткісін алып қояды. Осыған байланысты Иран, Пәкістан, Әзірбайжан, Грузия және Армения арқылы Еуропа елдеріне және Ресейге тікелей шығуды қамтамасыз ететін «Балқан (Оңтүстік) бағыты» өзекті болды (UNODC, 2015).

Л. Н. Гумилев атындағы Еуразия Ұлттық Университетінің профессоры Т. А. Азатбек өз монографиясында есірткі бизнесіне заңсыз қызмет түрі ретінде талдау және оның Қазақстанның ЖІӨ-ге қосқан үлесін бағалау жүргізді. Іске асырылған зерттеу деректері бойынша Қазақстандағы заңсыз қызмет түрлерінің жалпы көлеміндегі есірткі бизнесінің үлесі 40,8% - ды құрады. Елдің ЖІӨ-дегі есірткі бизнесінің жалпы қосылған құны (ЖҚҚ) 2008 жылдан бастап қазіргі уақытқа дейінгі кезеңде төмендеуде және 2015 жылы 199 306,5 млн. теңгені (470 млн. еуроға жуық) құрады. Өңірлік бөліністе героин айналымынан болған ЖҚҚ-ның ең көп үлесі Атырау, Маңғыстау, Оңтүстік Қазақстан облыстарында және Алматы қаласында байқалады, бұл героинге тәуелді адамдардың ең көп санына және героин бағасына байланысты (Азатбек, 2017).

Ауған героинінің трафигімен қатар басқа да маңызды мәселе бар – Шу алқабында марихуана шикізат базасының болуы. Жыл сайын осы аймақта «Көкнәр» жедел-алдын алу іс-шарасы аясында барынша күш пен құралдарды, соның ішінде ИМ арнайы мақсаттағы бөлімшелерінің қызметкерлерін, қазіргі заманғы техниканы, соның ішінде жоғары өтімді автокөлік пен тікұшақтарды тарту арқылы ауқымды арнайы операциялар жүргізіледі.

Жаңа үрдіс ретінде есірткі өндірушілердің елдің оңтүстік өңірлерінде күшті әсер ететін құрамында есірткі бар өсімдіктер өндірісін жолға қоюға белсенді талпыныстары байқалады. Соңғы екі жылдың ішінде Қызылорда облысында және оған іргелес өңірлерде ұйымдасқан қылмыстық топтардың жоғары шоғырланған «Үнді сорасын» өсіру әрекеті тұрақты тіркеліп, алдын алу жұмыстары жүргізілуде. Қызылорда облысында бұған Шу алқабының жағдайымен бірдей топырақ пен климаттың қолайлы жағдайлары ықпал етуді. Солай, 2015 жылы жалпы салмағы 161 тоннадан астам 18 гектар алқапқа егілген қарасораның 154 плантациясы анықталды. Пайдалану үшін дайын өнім түрінде бұл марихуана 32 тоннаны құрайды.

Қылмыстық істерді тергеу материалдары бұл процестердің кәсіби ұйымдастырылуын, осы өсімдіктерді өсірудің қазіргі заманғы технологияларын – тамшылатып суару ретінде қолдануды куәландырады, бұл ауыл шаруашылығы және мелиорация мамандарының қылмыстық топтарға кеңес беруге қатысуын растайды.

Осы міндеттерді шешу үшін Ауыл шаруашылығы министрлігімен бірлесіп құрамында есірткі өсімдіктерін өсіруге қарсы әрекет ету бойынша бірлескен жедел-алдын алу іс-шараларын өткізу жөніндегі жоспар іске асырылуда. Жоспарланған іс-шаралардың нәтижелілігін арттыру мақсатында Қызылорда облысының ІІД-де ішкі ресурстар есебінен «Дельта-Сырдария» бөлімшесі құрылды, оның негізгі міндеттері құрамында есірткі бар өсімдіктер егістігін анықтау, осындай фактілер туралы келіп түскен белгілерге дереу әрекет ету, бұл жұмысты барлық мүдделі қызметтермен үйлестіру болып табылады.

Елдегі есірткі ахуалының жай-күйіне теріс әсер ететін тағы бір маңызды фактор синтетикалық есірткілердің таралуы болып табылады. Олар тек қана шетелдік шығу тегі бар және көп жағдайда Оңтүстік-Шығыс Азиядан, сондай-ақ Ресей мен Еуропадан түседі.

Мұндай препараттардың тез таралуы көбінесе интернет-дүкендері мен сайттардың ұсынылатын өнімнің шынайы құрамын жиі жасыратын агрессивті жарнамалық саясатынан туындаған.

Алдын алу шарасы ретінде 2015 жылы қылмыстық заңнамада есірткі құралдары мен психотроптық заттар аналогтарының айналымы үшін жауапкершілік енгізілді. Бұдан басқа, олардың елге кіруі және одан әрі таратылуы көздері заңсыз контентпен қамтылған Интернет-ресурстардың жедел бұғатталуына байланысты азайтылады.

2017 жылы ішкі істер органдары есірткінің заңсыз айналымына қатысы бар 430 сайтты анықтады (267 - оқшауланды; 163 - өндірісте), оның 140 – ы ҚР аумағында, 290-ы басқа мемлекеттерде (Голландия, Қытай, АҚШ, Ресей) тіркелді.

Есірткі заттарын синтетикалық есірткінің жаңа түрлерімен толықтыру динамикасын ескере отырып, қазір олардың заңсыз айналымына қарсы іс-қимылдың заңнамалық шараларын жетілдіру мәселелерін белсенді пысықтау жүргізілуде. Тиісті заң жобасы әзірленді, оның мақсаты – жаңа психикалық белсенді заттарға, олардың тізімін заңға тәуелді деңгейде бекіту есебінен тиімді мемлекеттік бақылау орнату.

10.3. АЛЫП ҚОЮЛАР

2017 жылы заңсыз айналымнан 40 тонна 636 кг есірткі тәркіленді, олардың 91% - ы ішкі істер органдарының үлесіне келеді. Алынатын есірткілердің негізгі үлесі каннабиноидтерге келеді, бұл елде жабайы өсетін сора өсетін үлкен аумақтың болуына байланысты (23-Кесте). Соңғы жылдары айналымнан алынған героин саны айтарлықтай қысқарды.

23 КЕСТЕ: 2012-2017 ЖЫЛДАР КЕЗЕҢІНДЕ АЛЫНАТЫН ЕСІРТКІЛЕРДІҢ ҚҰРЫЛЫМЫ (ҚСАЕК)

Есірткі заттарының атауы	Жалпы салмағы (кг)					
	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Каннабис өсімдіктер	28075	27100	25938	35128	35557	39563
Каннабис басқа	227,7	209,2	257,7	311,4	432,5	792,6
Героин	306,7	753,9	392,3	464,4	196,6	146,9
Апиын	189,2	3,1	49	8,9	98,1	117,6
Көкнәр сабаны	30,3	2,5	8	18,7	399,5	2,5
Басқа	0,5	1,4	0,1	8,9	5,6	12,8

2017 жылы алынған әр түрлі заттардың 32 атауы (2014 жылы – 21 атауы, 2015 жылы – 30 атауы, 2016 жылы – 25 атауы) есептелді және алынған басқа заттардың салмағы (апиындарды, каннабисті қоспағанда) есепті жылы 13 килограммға жуық, 2015 жылға дейін бұл заттарды алу 2 килограммнан аспады. Алынған басқа заттардың негізгі көлемі диметилтриптамин, МДМА, метамфетамин (Первитин), пировалерон және кокаин құрайды.

10.4. СІРТКІНІҢ БАҒАСЫ МЕН ТАЗАЛЫҒЫ

Әр түрлі есірткі заттарының құны туралы өзекті деректер жоқ, бұдан әрі қазіргі уақытта қол жетімді ақпарат ұсынылған.

ҚР ІІМ Есірткі бизнесіне қарсы күрес жөніндегі комитетінің жедел деректері негізінде ұсынылған мәліметтерге сәйкес есірткінің барлық түрлеріне көтерме және бөлшек сауда бағалары 2005-2010 жылдар ішінде айтарлықтай өсті.

2011, 2012 жылдары героиннің бөлшек бағасы бір граммға 3 000-нан 35 000 теңгеге дейін өзгеріп отырды (24-Кесте). Марихуана құны ұзақ уақыт тұрақты.

24 КЕСТЕ: 2012 ЖЫЛЫ ҚР-ДАҒЫ ЕСІРТКІ ЗАТТАРЫНЫҢ КӨТЕРМЕ (1 КГ ҮШІН) ЖӘНЕ БӨЛШЕК (1 ГР.ҮШІН) ҚҰНЫ (ТЕҢГЕМЕН ЖӘНЕ ЕВРОМЕН) (ҚР ІІМ)

	Героин		Марихуана		Гашиш		Апиын	
	Көтер.	Бөлш.	Көтер.	Бөлш.	Көтер.	Бөлш.	Көтер.	Бөлш.
Орташа	3343750	7375	107937.5	365	434333.3	1102	428333.3	1678.571
Медиана	2275000	4500	60000	350	300000	1000	110000	1500
Мода	1500000	4000	150000	500	300000	1000	70000	2000
Мин	1350000	3000	17000	50	45000	480	60000	550
Макс	14000000	35000	400000	850	1500000	3000	2000000	4000
Еуроға								
Орташа	16802.76	37.06	542.40	1.83	2182.58	5.54	2152.43	8.44
Медиана	11432.16	22.61	301.51	1.76	1507.54	5.03	552.76	7.54
Мода	7537.69	20.10	753.77	2.51	1507.54	5.03	351.76	10.05
Мин	6783.92	15.08	85.43	0.25	226.13	2.41	301.51	2.76
Макс	70351.76	175.88	2010.05	4.27	7537.69	15.08	10050.25	20.10

Есірткінің ең жоғары бағалары Атырау және Маңғыстау облыстарында байқалады (8 Карта). Заңсыз есірткі заттарын жедел талдау героиннің көтерме және бөлшек сауда бағаларының соңғы 7 жылда б еседен астамына айтарлықтай өскенін көрсетеді. Мысалы, оңтүстік өңірлерде 1 кг үшін баға 18-ден

20 мың АҚШ долларына дейін ауытқиды, ал 2007-2008 жылдары ол 3 мыңнан аспайды. 2017 жылы героиннің орташа көтерме бағасы 20 000 АҚШ долларын, ал бір граммның бөлшек бағасы 30 АҚШ долларын құрады. Марихуананың бағалары соңғы бірнеше жылда шамамен бір деңгейде қалып отыр, 2017 жылы марихуананың бір килограммы 475 АҚШ долларын, каннабистің бір граммының бөлшек бағасы 2 АҚШ долларын құрады.

8 КАРТА: ҚР Өңірлерінде 1 грамм героин үшін бөлшек сауда бағасы, 2012 (ҚР ІІМ)



Қазіргі уақытта есірткінің тазалығы туралы нақты деректер жоқ, соңғы қол жетімді деректер 2010 жылға жатады. Осылайша, Есірткі құралдарының, психотроптық заттар мен прекурсорлардың айналымына мемлекеттік бақылауды құқықтық және ғылыми қамтамасыз ету проблемалары бойынша ұлттық зертхана жүргізген сараптамалардың нәтижелері бойынша 2010 жылы марихуанадағы тетрагидроканнабинолдың мөлшері 0,02% - дан 4,23% - ға дейін (орташа 1,59% - ды құрайды), гашиште 0,51% - дан 6,73% - ға дейін (орташа 3,31% - ды құрайды) өзгеретіні анықталды. Героиннің тазалығы 1,04% - дан 39,9% - ға дейін (орташа 14,3%) өзгереді. Синтез кезінде толтырғыш ретінде кофеин және декстрометорфан, сирек фенобарбитал және хлорохин қолданылады. Сатуға дайындау кезінде димедрол, цитрамон, анальгин, аспирин, парацетамол, ацетилсалицил қышқылы қосылады, кейбір жағдайларда левомецетин, стрептоцид, қант, сода және лимон қышқылы қолданылады.

Үлгілердегі таза кокаин саны 3,9% - дан 89,3% - ға дейін болды. Алынған кокаинде толтырғыш ретінде левамизол, ацетилсалицил қышқылы және натрий бикарбонаты қолданылды.

Заңсыз дайындалатын психотроптық заттардан амфетамин және метамфетамин (МДМА, амфетамин, метамфетамин) туындылары басым, олардың тазалығы 12% - дан 65% - ға дейін ауытқиды.

11. ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНДАҒЫ ЖАҢА ПСИХИКАЛЫҚ БЕЛСЕНДІ ЗАТТАР

Бұл бөлімде мәліметтер негізінен Қазақстан Республикасындағы 2015 жылдан 2017 жылға дейін жүргізілген синтетикалық есірткілер мәселесіне қатысты М.В. Прилуцкаяның диссертациялық зерттеуінен ұсынылған.

11.1. ҚР ЖАҢА ПСИХИКАЛЫҚ БЕЛСЕНДІ ЗАТТАР ҰҒЫМЫН АНЫҚТАУ

Жаңа психобелсенді заттар (ЖПЗ) қазіргі онжылдықтағы неғұрлым серпінді дамып келе жатқан есірткі сынақтарының бірі болып табылады.

БҰҰ ЕҚБ-ның анықтамасына сәйкес, ЖПЗ - бұл 1961 жылғы «Есірткі құралдары туралы» және 1971 жылғы «Психотроптық заттар туралы» БҰҰ Конвенцияларымен бақыланбайтын өңделмеген (таза) нысандар немесе олардың туындылары түріндегі психикалық белсенді заттар. Бұл контексте «жаңа» деген сөз қандай да бір заттың синтезі фактісіне емес, жалпы қолжетімділікте оның пайда болу уақытына жатады (UNODC, 2013).

Қазақстан Республикасында «ЖПЗ» халықаралық термині салыстырмалы түрде сирек қолданылады - негізінен медицина мамандары қолданатын ұжымдық ұғым ретінде. Ресми көздерде «Есірткі, психотроптық заттар, сол тектестер мен прекурсорлар және олардың заңсыз айналымы мен теріс пайдаланылуына қарсы іс-қимыл шаралары туралы» Қазақстан Республикасының 1998 жылғы 10 шілдедегі № 279-І Заңына түзетулерде 2014 жылы берілген «психотроптық зат тектестер» анықтамасы бекітілді. Солай, 1 - бапқа сәйкес «есірткі және психотроптық зат тектестер - құрылымы мен қасиеттері жағынан I, II, III кестелерге енгізілген заттарға ұқсас, еліртетін, күйзелтетін немесе жалған елес күйіне түсіретін химиялық құрылымы мен қасиеттері бар, оларды теріс пайдаланған кезде халықтың денсаулығы үшін қауіпті және осы Заңмен және БҰҰ-ның халықаралық Конвенцияларымен есірткі немесе психотроптық заттар ретінде бекітілмеген шығу тегі синтетикалық немесе табиғи заттар». Көбінесе ЖПЗ синонимдері ретінде «дизайнерлік есірткілер», «синтетикалық есірткілер» ұғымдары қолданылады, олар кейбір дәрежеде семантика бойынша ресми халықаралық терминмен салыстырылады, көбінесе құқықтық бақылаудан кету мақсатында әдейі синтезделген заттардың химиялық формулаларының өзгергіштік фактісін атап көрсетеді.

ЖПЗ пайданушыларының өздері оларды белгілеу үшін мынадай «көше» сленгтік атауларды пайдаланады: «спайстар», «синтетика», «түздар», «спидтер», «кристалдар», «жылдамдық», «легалка», «шегетін қоспалар» және т.б., осы психоактивті заттар бар өнімнің сыртқы түрін немесе сауда атауларын белгілеуден туындайды.

11.2. ЖАҢА ПСИХИКАЛЫҚ БЕЛСЕНДІ ЗАТТАРДЫ ҚҰҚЫҚТЫҚ РЕТТЕУ

Қазақстандағы ЖПЗ туралы алғашқы ескертпелер 2009 жылға жатады, бұқаралық ақпарат құралдарында (БАҚ) Қазақстан Республикасының халқы үшін қолжетімді болған «дизайнерлік есірткі және шегетін қоспалары» туралы эпизодтық хабарламалар пайда болды (М. Имаева, 2009). Жауап шара ретінде 2010 жылы ҚР Денсаулық сақтау министрлігі алғаш рет тетрагидроканнабинол аналогтары бар бірқатар шегетін қоспаларды (микстерді) тұтынумен байланысты халықтың денсаулығы үшін тәуекелдерді бағалауды жүргізді, сондай-ақ осы өнімнің саудасын тоқтату жөніндегі іс-шаралар тізбесін анықтады.

2011 жылы синтетикалық каннабиноидтардың кіші тобына жататын ЖПЗ 27 атауы есірткіге теңестірілді және республика аумағында айналымға тыйым салынды. Қазақстан ЖПЗ-ға Құқықтық бақылау элементтерін енгізген Орталық Азиядағы алғашқы мемлекет болды, бұл халықаралық жіктемеге сәйкес (БҰҰ ЕҚБ, НЕМЕО) дәстүрлі есірткіге қарсы заңнама шеңберінде тізімдік есепті кеңейту жүйесіне жатқызылды.

Кейінгі бірнеше жылда әлемдік және посткеңестік кеңістікте психикалық белсенді заттардың жаңа формулалары санының тез өсуі және олардың Интернет аймағы арқылы заңсыз рыноктарға белсенді енуі байқалды. Бұл факторлар ҚР-дағы ЖПЗ айналымына қарсы іс-қимылдың ұлттық жүйесін жетілдіру қажеттілігін тудырды. 2014 жылы «Есірткі, психотроптық заттар туралы» Заңға түзетулер қабылданды, олар ЖПЗ тізімдік есепке алу жүйесінен аналогтық жүйеге көшуді белгіледі. Осы құқықтық тәсілдің мақсаты «дизайнерлік» ПБЗ заңсыз нарығының үнемі өзгеріп отыратын конъюнктурасын бақылау бойынша алдын алу тетігін құру болды. Осы сәттен бастап ЖПЗ «дәстүрлі» есірткі немесе психотроптық заттардың туындылары ретінде қаралады. Текстестердің және тізімдік есепке алынған есірткілік/психотроптық заттардың туыстығын дәлелдейтін негізгі өлшемдер: 1) жалпы базалық химиялық құрылымның болуы және 2) олардың психикалық белсенді және уытты әсерлерінің салыстырмалылығы. Бұл ретте аналогтың сандық градациясы БҰҰ конвенцияларын орындау үшін бұрын «Есірткі, психотроптық заттар туралы» заңда белгіленген «дәстүрлі» заттың тиісті градациясына теңестіріледі.

Тиісті түзетулер аналогтарды тарату үшін құқықтық жауапкершілікті көздейтін ҚР Қылмыстық кодексіне да ықпалдастырылды. Алайда кейінгі үш жылдың практикалық тәжірибесі қолданылып жүрген заңнама Қазақстан аумағында тектестерді бақылауды жеткіліксіз тиімді қамтамасыз ететінін көрсетті. Бұл бірқатар себептерге байланысты.

Біріншіден, республика аумағында бақыланатын дәстүрлі ПБЗ-ның «базалық» формулаларына қатысты құрылымдық ұқсастығы жоқ ЖПЗ-ның химиялық формулаларының күрделенуі басты фактор болып табылады. Мысалы, ІІМ мәліметтеріне сәйкес 2015 жылдың қаңтар айында Батыс Қазақстан облысында құрамында есірткі мен психотроптық заттардың бекітілген тізіміне кірмейтін синтетикалық каннабиноид АВ-PINACA-CHM бар зат тәркіленді.

Екіншіден, ұқсастықты растау үшін заттың психикалық белсенді әлеуетін анықтау және оның қоғамдық денсаулық үшін қауіптілігін дәлелдеу міндетті өлшем болып табылады. Бұл ретте сараптаманың осы бөлігін жүргізу тәртібі заңға тәуелді деңгейде айқындалмаған, сондай-ақ бұл үшін жауапты органдар тағайындалмаған. Мысалы, Ресей Федерациясында ЖПЗ токсикологиялық спектрі міндетті токсикологиялық талдаумен кешенді сараптама шеңберінде белгіленеді (<https://ceur.ru>), АҚШ-та сараптама үш кезеңді қамтиды: *in vivo* және *in vitro* токсикологиялық және фармакодинамикалық параметрлерін анықтау және заттың клиникалық профилін сипаттау (Harry J. Matz, 2015).

Үшіншіден, бақыланатын препараттар мен психотроптық заттардың тізімін тез арада толтыру механизмінің болмауы, аналогтар бойынша құқық қорғау практикасын айтарлықтай қиындатады. Мысалы, аналогты және тізімді бақылау жүйесі бар елдерде ЖПЗ-ның жаңа тізімін заңға тәуелді деңгейде бекітеді (Үкіметінің қаулысымен немесе ведомстволық министрліктері бұйрықтарымен), ҚР-да бұл процедура тек қана заңмен жазылады.

Осы қиындықтарды ескере отырып, қазіргі уақытта Үкімет «Есірткі, психотроптық заттар туралы» Заңға толықтырулар мен өзгерістер жобасын ұсынды, ол Үкімет қаулылары деңгейінде бақылаудағы субстанциялардың тізімін жедел жаңарту тетігін енгізуді көздейді. Бұдан басқа, тектестердің тұжырымдамын өзгерту және оны жаңа редакцияға енгізу ұсынылады: «есірткі заттарының, психотроптық заттардың тектестері - Қазақстан Республикасында реттелетін есірткі құралдары, психотроптық заттар мен прекурсорлар тізіміне енгізілмеген химиялық заттар, олардың құрылымдық формулалары бір немесе есірткі заттарының құрылымдық формуласындағы бірнеше сутек атомдары, галогендер және (немесе) гидроксил топтары, олардың алмастырғыштарына арналған психотроптық заттар».

Осылайша, Қазақстанның ғылыми-зерттеу ресурстарының ЖПЗ фармако-токсикологиялық қасиеттерін белгілеуге қатысты шектеулігін ескере отырып, олардың психикалық белсенді әрекетін растау қажеттілігін болдырмау ұсынылады. Сарапшылар үшін «конструктор» қағидаты бойынша заңсыз химиялық зертханалар базалық формулаларға әдейі кіретін қосымша химиялық топтарды анықтайтын заттың химиялық формуласы басымдық болуы тиіс. Канабимиметиктер, фенетиламиндер және т. б. кіші тобына жататын ЖПЗ атауларымен бақылаудағы тізімді толықтыру да маңызды оң өзгеріс болады. Сондай-ақ, олардың ерекше уытты әлеуеті туралы жинақталған әлемдік деректерді ескере отырып, ЖПЗ шағын, ірі және аса ірі өлшемдерге жатқызу үшін жеке салмақ градациясын белгілеу ұсынылады. Халықаралық жіктеме бойынша баға бере отырып, түзетулер қабылдай отырып, Қазақстан ЖПЗ бақылаудың дженерлік жүйесіне көшеді.

Жаңа құқықтық тетікті енгізгеннен кейін ұқсас немесе дженерикалық жүйелердің «жақшаның сыртында» қалатын бірқатар сын-қатерлердің өзектілігін жоғалтпайды. Іс жүзінде, ЖПЗ есепке алуының бұл формалары есірткіге қарсы дәстүрлі заңнама шеңберінде жоғары деңгейлі құрылым болып табылады. Сонымен қатар, ЖПЗ - бұл есірткіге қарсы іс-шаралардың тұтас кешенін талап ететін жаңа феномен, оған мыналар кіреді: ЖПЗ үздіксіз мониторингі, олардың қоғам мен денсаулық үшін

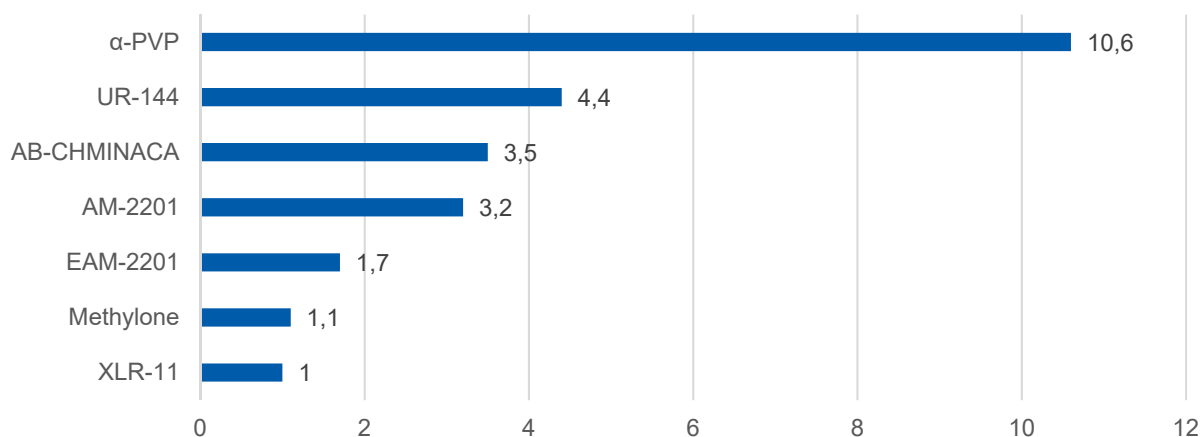
тәуекелдерін бағалау, сондай-ақ нақты ЖПЗ (НЕМЕО) зияндылық дәрежесіне байланысты сараланған құқықтық реттеу. ЖПЗ ұсыныстарына қарсы күреске, сондай-ақ оларға сұранысты қысқартуға бағытталған заңға тәуелді актілер деңгейінде нормативтік реттеу қажеттілігі сақталуда.

11.3. ҚР-ДАҒЫ ЖАҢА ПСИХИКАЛЫҚ БЕЛСЕНДІ ЗАТТАРДЫҢ ЗАҢСЫЗ АЙНАЛЫМЫ

Қазіргі уақытта Қазақстан Республикасында ЖПЗ мониторингінің ресми жүйесі жоқ, ол осы заттардың заңсыз айналымда таралуы туралы нақты деректер алуға мүмкіндік беретін еді. Жауапты ведомстволардың ЖПЗ заңсыз айналымы туралы ресми хабарламалары дау-дамайлылықпен ерекшеленеді және жүйесіз сипатқа ие. Мысалы, қолжетімді жарияланымдардың көпшілігі есірткіге қарсы белсенділікті сипаттау ретінде жеке заттарды алып қою эпизодтары келтірілетін бұқаралық ақпарат құралдарында (БАҚ) қысқа баспасөз хабарламалары немесе сұхбаттары болып табылады. Осыны ескере отырып, елдегі жағдайды талдау үшін тараудың осы тармақшасында аталған есептің авторлары растай алмайтын бірқатар жарияланған республикалық деректер пайдаланылған. Талдау үшін Қазақстанның халықаралық есірткіге қарсы ұйымдармен (атап айтқанда БҰҰ ЕҚБ-мен) ынтымақтастығы шеңберінде жинақталған деректер үлкен құндылыққа ие.

SMART жаһандық бағдарламасы шеңберінде шығарылған Орталық Азия бойынша өңірлік есепке сәйкес 2013-2016 жылдар аралығында Қазақстанда Орталық Азияда алып қойылған ЖПЗ ең көп саны тіркелген. Бұл ретте жаңа формулалар санының өсуі экспоненциалды сипатқа ие. Егер 2013 жылы БҰҰ ЕҚБ – ға 1 зат туралы ақпарат берілсе, 2015 жылы – 21 субстанция туралы, 2016 жылы-38 зат туралы ақпарат берілді. Отандық заңсыз нарықтардағы ЖПЗ ең көп пайызы синтетикалық катинондардың (43%), синтетикалық каннабиноидтардың (38%), сондай-ақ фенетиламиндердің (10%) кіші топтарына жатады, бұл жалпы әлемдік үрдістермен келісіледі. 2013 жылдан 2016 жылға дейін заңсыз айналымнан 1 - ден 3 кг-ға дейінгі көлемде (XLR-11, EAM-2201, AM-2201, AB-CHMINACA, UR-144) синтетикалық каннабиноидтар жиі алынды, алайда ең үлкен салмақ синтетикалық катинон альфа – PVP-10,6 кг партиясына тиесілі (14 Диаграмма) (UNODC, 2017).

14 ДИАГРАММА: ҚР-ДАҒЫ ЖПЗ ІРІ АЛЫП ҚОЮЛАРЫ (≥1 КГ), 2014-2015 ЖЖ. (UNODC, RESPONSES TO THE NPS QUESTIONNAIRE)



ПМ-нің деректері бойынша 2015 жылы Батыс Қазақстан облысында 11 грамм синтетикалық каннабиноид AB-PINACA-CHM, Алматы қаласында 7 грамм α - пирролидиновалерофенон, Павлодар қаласында-200 граммнан астам синтетикалық есірткілер, оның ішінде пировалерон тектестері алынды. Қазақстан Республикасы Бас прокуратурасының Құқықтық статистика және арнайы есепке алу жөніндегі комитетінің деректері бойынша осы жылы есірткі және психотроптық заттар тізіміне кірмейтін үш ПБЗ алынуы тіркелді (ҚР БП ҚСАЕК, 2016). ОАӨАҰО деректері бойынша 2016 жылдың бірінші тоқсанында Қазақстанда синтетикалық есірткілердің алына қоюлар жоқ (М. Маризоев, 2016).

БАҚ беретін ақпарат өте екіұшты және алып қойылған ЖПЗ атаулары туралы түсінік бермейді. Халықаралық ресми көздерден алынған ақпаратпен салыстырмайтын немесе заттардың атауы туралы деректердің болмауы алып тастаулардың жеткілікті үлкен өлшемдеріне назар аударады.

Солай, БҰҰ Жаңалықтар орталығының сайтында орналастырылған мәліметтер бойынша 2012 жылы Қазақстанда салмағы 200 килограмм синтетикалық есірткі партиясы тәркіленді (БҰҰ Жаңалықтар орталығы, 2014).

Total.kz порталының мәліметтеріне сәйкес, 2011 жылы Португалиядан «синтетикамен» 154 пакеттен тұратын бандероль тәркіленді, ал 2012 жылы Қытайдан тетрагидроаннабинол аналогы тәркіленді (Тотал Қазақстан АА, 2013).

ҚР ИМ Есірткі бизнесіне қарсы күрес комитеті төрағасының сөзіне жазылған Regnum ақпараттық агенттігінің деректеріне сәйкес, 2013 жылы Алматы қаласында 15 килограммнан астам JWH, 2014 жылы – 6 килограмм (REGNUM АА, 2014) тәркіленді.

today.kz портал мәліметтері бойынша ҚР ИМ Есірткі бизнесіне қарсы күрес департаментіне сілтеме жасай отырып, 2015 жылдың мамыр айында Алматы қаласында заңсыз айналымнан алынған синтетикалық жүйкеге әсер ететін заттардың 30 кг жойылды (Today.kz АП).

Осылайша, жоғарыда келтірілген үзінділерден тұратын мәліметтерге сәйкес, тіпті, елдегі заңсыз есірткі нарығына әсері тұрғысынан ЖПЗ маңыздылығы туралы қорытынды жасауға болады. ЖПЗ айналымына байланысты алып қою көлемі және құқық бұзушылықтар туралы ресми статистикалық деректердің болмауы ПБЗ-ның осы тобы мониторингінің нақты алгоритмдерінің жеткіліксіздігімен түсіндіріледі. Құқықтық статистика тектестерді есепке алу және қадағалау үшін жеке топқа бөлу тетігін көздемейді, бұл елдегі есірткі ахуалын сипаттайтын жалпы көрсеткіштерде ЖПЗ туралы ерекше деректердің «еруіне» әкеп соғады.

11.4. ҚР ЖАҢА ПСИХИКАЛЫҚ БЕЛСЕНДІ ЗАТТАР НАРЫҒЫ

ҚР-да ЖПЗ пайда болуы бірқатар себептермен түсіндіріледі, олардың ішінде агрессивті маркетингтік технологиялар көмегімен «синтетикалық есірткіні» ұсыну маңызды мәнге ие: қоғамдық орындарда белсенді жарнамамен, өнімнің «заңдылығы» туралы дезинформациямен, онлайн кеңістікті пайдаланумен, ұсынылатын тауарлардың қадамдық қол жетімділігімен түсіндіріледі (П. Шиманская, 2010).

Республикада ЖПЗ нарығының болуы шартты түрде екі кезеңге бөлінеді: құқықтық бақылау енгізілгенге дейін және одан кейін. Солай, 2010-2011 жылға дейін ЖПЗ елге шегетін қоспалары түрінде әкелінген, олар құрамында хош иісті қоспалар бар және қосымша «дизайнерлік» психикалық белсенді заттардың ерітінділерімен сіңдірілген. Бұл ретте саудагерлер өз өнімінің «заңдылығын» және жанама әсерлердің болмауын белсенді қолдады. ЖПЗ жарнамасы және пайдалану орындары халықтың тар санаттары үшін ғана қолжетімді жекелеген кеңістіктермен шектелмеген еді. Бұл жалпы сауда алаңдары, вейп-дүкендер, қорқор бөлмелер болды.

Синтетикалық өнімді таратудың негізгі тәсілдері онлайн кеңістікте шоғырланған. Бұл ретте сауда осы уақытқа дейін электронды дүкендер базасында да, форумдарда және әлеуметтік желілерде орналастырылған жеке хабарландырулар арқылы да жалғасуда. Бұл ресурстардың тиесілігі әрдайым отандық доменге жатпайды және biz, com, net, хуз сияқты халықаралық коммерциялық алаңдарға негізделуі мүмкін. Бұл көбінесе заңсыз жеткізушілер желісін анықтау бойынша жұмысты қиындатады. «Дизайнерлік» есірткілерді ұсынатын орыс тілді сайттарға бір рет шолу (сәуір 2017 жыл) 160 табылған 19 онлайн дүкен Қазақстан Республикасына пошта және курьерлік жеткізуді жүзеге асыратынын көрсетті (М. Прилутцкая және т.б., 2017).

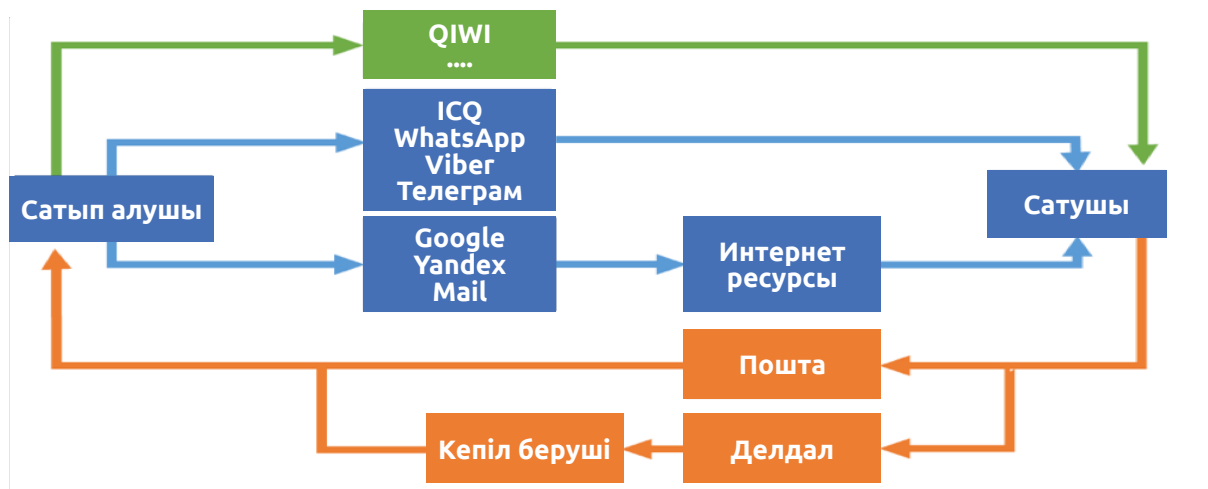
ҚР ИМ мәліметі бойынша 2015 жылы 45 сайт бұғатталып, 2017 жылдың бірінші жартыжылдығында 133 сайт анықталды, олардың ішінде 6-ы ҚР аумағында, 105 сайттың қызметі бұғатталған. 2017 жылы ішкі істер органдары есірткінің заңсыз айналымына қатысы бар 430 сайтты анықтады (267 - оқшауланды; 163 - өндірісте), оның 140-ы ҚР аумағында, 290-ы басқа мемлекеттерде (Голландия, Қытай, АҚШ, Ресей) тіркелді.

Мемлекеттің Интернет-ресурстарды мониторингілеу және бақылау жөніндегі іс-шараларды іске асыруы терең көлеңкелі Интернет аймағына сауда алаңдарының бір бөлігінің «кетуімен» ілесе жүретінін атап өту қажет. Мысалы, тұтынушылар арасында ең танымал illegal.biz сауда алаңдарының бірі Қазақстанның 12 қаласына арналған өнімді ұсынатын TOR браузер арқылы тапсырыстарға анонимді қол жеткізу тәсілдері туралы толық сипаттамасын және анонимайзерлер арнайы бағдарламаларын қамтиды.

Бақылаудан кетудің басқа тәсілі арнаулы шифрланған және жабық кодтары бар әлеуметтік желілер арқылы ЖПЗ саудасын жүзеге асыру болып табылады. Сатушының мекен-жайы көшедегі, әлеу-

меттік желілердегі хабарландырулардан, форумдардағы сілтемелер бойынша немесе «тұрақты сенімді» клиенттердің жеке ұсыныстары бойынша алынуы мүмкін. Мәміленің барлық бөлшектері хат алмасу барысында айтылады, төлем көбінесе электронды төлемдер жүйесі арқылы жүргізіледі. Тауарды курьер арқылы жеткізу - «кепіл беруші» деп аталатын сондай-ақ сатушы мен сатып алушы арасындағы жеке байланыстарды жоққа шығарады. Клиент тауарды сатушыдан немесе кепілгерден алынған координаттарға сәйкес белгілі бір жерден дербес алады (11-1 Сурет). Адамдар көп өтетін орындарда (мысалы, кіреберістердің баспалдақ торларында, пошта жәшіктерінде, электр энергиясын есептеу аспаптарының қораптарында), сондай-ақ адамсыз жерлерде (парктік аймақтар, ағаштардың дуласы, қала сыртындағы жер) жасырылған мұндай курьерлік посылка «кепіл беруші» деген атауға ие болды (1 Сурет).

1 СУРЕТ: ЖПЗ САТЫП АЛУ СХЕМАСЫ

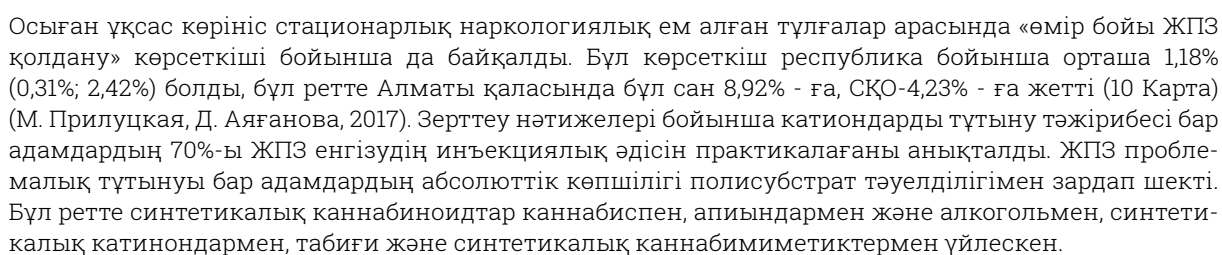


ЖПЗ нарығы онлайн кеңістікте өз белсенділігін шоғырлаған заңсыз сауда алаңдарының қарқынды дамып келе жатқан тармағы болып табылады. Есірткі құралдарының тектестерін бақылауды енгізу кезеңінде елде өнімді тарату кейіннен курьерлер және «кепіл беруші» арқылы бөлшек сауда арқылы жеткізумен почта жөнелтімдері (заттардың ірі партиялары) арқылы жүзеге асырылады. Қазақстан қалаларында ЖПЗ бар екендігі туралы БАҚ хабарламаларын талдау өңірлердің абсолюттік көпшілігіне «синтетикалық» есірткінің енуін куәландырады. Бұл деректер алдын ала барлау іздестіру болып табылады, оның нәтижелері ЖПЗ нарықтарына жүйелі мониторинг жүргізудің және ұлттық және өңірлік деңгейде «синтетикалық» есірткілердің таралу ерекшеліктерін зерделеудің өзектілігін негіздейді.

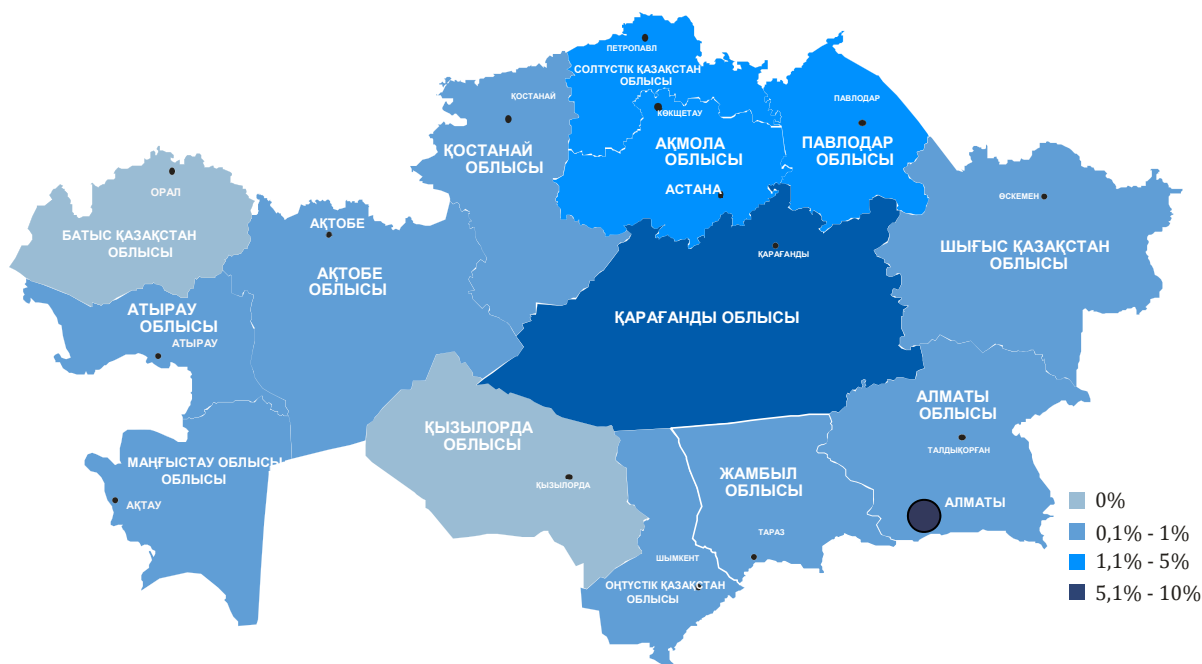
11.5. ҚР ЖАҢА ПСИХИКАЛЫҚ БЕЛСЕНДІ ЗАТТАРҒА СҰРАНЫС

Қазақстан Республикасында ЖПЗ пайдалану ауқымын бағалау стандарттары жоқ. Халықаралық ұсынымдарға сәйкес (НЕМЕО) осы бағыттағы талдау жалпы халық арасында, сондай-ақ осал нысаналы топтар арасында (жастар мен жасөспірімдер, түнгі клубтарға келушілер, дәстүрлі ПБЗ тұтынушылар) ПБЗ тұтынуын зерттеу шеңберінде жүргізілуі тиіс.

Егер халық пен жасөспірімдер арасында ЖПЗ тұтынуын бағалау ПБЗ-ға қарым-қатынасты зерделеу жөніндегі ұлттық зерттеу шеңберінде жүзеге асырылуы мүмкін болса, онда түнгі клубтарға келушілер арасында шынайы баға ЖПЗ желе зертханалық сәйкестендіруімен сүйемелденуі тиіс. Екі жағдайда да оларды іске асыру жолындағы басты кедергі ресурстық (мамандар) және материалдық (зертханалық әлеует) қолдау қажеттілігі болып табылады.



10 КАРТА: ҚР-ДА СТАЦИОНАРЛЫҚ НАРКОЛОГИЯЛЫҚ ЕМ АЛҒАН ТҰЛҒАЛАР АРАСЫНДА ӨМІР БОЙЫ ЖПЗ ПАЙДАЛАНУ, 2016 ЖЫЛ



Зерттелген жағдайлардың 25%-ы арасында ЖПЗ тұрақты тұтынуы заңсыз нарықта дәстүрлі ПБЗ-ны сатып алу қиындығына байланысты болды. Сұралғандардың 20% – ға жуығы синтетикалық каннабиноидтердің өсімдік каннабисіне, ал катинон-апииндарға тәуелділіктің өзгеруі байқалды (М. Прилуцкая, С. Молчанов, 2017). ЖПЗ пайдаланудың жиі асқынуы психотикалық эпизодтардың дамуы болды (сұралғандардың 39% - ы). Бұл ретте, екі және одан да көп ЖПЗ біріктірілген тұтыну - мысалы, синтетикалық каннабиноидтар мен катинондарды бір мезгілде - катинондармен салыстырғанда ауыр психоздардың 2,97 есе (95% ДИ: 1,45; 6,09) және каннабиноидтармен салыстырғанда 1,63 есе (95% ДИ: 1,15; 2,31) даму қаупін арттырды (М. Прилуцкая, Д. Аяғанова, 2017).

Қазақстан Республикасында ЖПЗ тұтынудан туындаған уланудың асқынулары мен өлім-жітімнің саны туралы ресми ақпарат қолжетімді емес, бұл негізінен медициналық және сот-медициналық ұйымдардың химиялық-токсикологиялық зертханаларының ресурстық қамтамасыз етілмеуімен, сондай-ақ тиісті жағдайларды арнайы тіркеудің бекітілген рәсімінің (мысалы, ерте хабарлау жүйесі шеңберінде) болмауымен түсіндіріледі.

Осылайша, ЖПЗ тұтынуды эпидемиологиялық бағалау бойынша бекітілген халықаралық стандарттардың болмауы Қазақстанда деректерді жинау және талдау бойынша өзінің ұлттық алгоритмдерін әзірлеу қажеттілігін талап етеді.

ЖПЗ-ның таралу ерекшеліктері мен вариативтілігі Қазақстанның олардың аналогтық бақылау жүйесіне көшуіне себепші болды. Синтетикалық есірткіні алып қою және электрондық сауда алаңдарын бұғаттау туралы хабарламалар осы бағыттағы алғашқы нәтижелер туралы куәландырады. Заңнаманы одан әрі жетілдіру ЖПЗ-ның дженерлік бақылау жүйесін енгізуге бағытталған. ПБЗ пайданушылары арасында пилоттық барлау талдауының нәтижелері ҚР жалпы халқы мен жастар арасында жаңа есірткі шақыруларының таралуына тұтас баға беру қажеттілігін көрсетеді. Қазақстан Республикасының барлық мүдделі мемлекеттік және қоғамдық ұйымдарының ЖПЗ бойынша эпидемиологиялық және құқықтық ақпаратты жинау және алмасу жүйесін әзірлеу маңызды міндет болып табылады.

12. НОРМАТИВТІК ҚҰЖАТТАРҒА ТОЛЫҚ СІЛТЕМЕЛЕР ТІЗІМІ

1. 1995 жылғы 30 тамыздағы Қазақстан Республикасының Конституциясы.
2. Қазақстан Республикасының 2009 жылғы 18 қыркүйектегі «Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы» Кодексі.
3. Қазақстан Республикасының 1998 жылғы 10 шілдедегі № 279-І «Есірткі, психотроптық заттар, сол тектестер мен прекурсорлар және олардың заңсыз айналымы мен теріс пайдаланылуына қарсы іс-қимыл шаралары туралы» Заңы.
4. Қазақстан Республикасының 2005 жылғы 28 қарашадағы № 91-3 «Азаматтық және саяси құқықтар туралы халықаралық пактіні ратификациялау туралы» Заңы.
5. Қазақстан Республикасының 2005 жылғы 21 қарашадағы № 87-3 «Экономикалық, әлеуметтік және мәдени құқықтар туралы халықаралық пактіні ратификациялау туралы» Заңы.
6. Қазақстан Республикасының 1995 жылғы 7 сәуірдегі № 2184 «Алкоголизмге, нашақорлық пен уытқұмарлық дертіне шалдыққан ауруларды еріксіз емдеу туралы» Заңы.
7. Қазақстан Республикасының 2010 жылғы 29 желтоқсандағы «Қазақстан Республикасының кейбір заңнамалық актілеріне адамдарды қоғамнан уақытша оқшаулауды қамтамасыз ететін мекемелерде ұстау негіздерін, тәртібі мен шарттарын бекіту мәселелері бойынша өзгерістер мен толықтырулар енгізу туралы» Заңы.
8. Қазақстан Республикасының 2011 жылғы 18 қаңтардағы № 393-IV «Қазақстан Республикасының кейбір заңнамалық актілеріне қылмыстық заңнаманы одан әрі ізгілендіру және қылмыстық процестегі заңдылықтың кепілдіктерін күшейту мәселелері бойынша өзгерістер мен толықтырулар енгізу туралы» Заңы.
9. Қазақстан Республикасы Президентінің 2010 жылғы 1 ақпандағы № 922 «Қазақстан Республикасының 2020 жылға дейінгі Стратегиялық даму жоспары туралы» Жарлығы.
10. Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау саласын дамытудың 2016 – 2019 жылдарға арналған «Денсаулық» мемлекеттік бағдарламасы.
11. 1997 жылғы 10 қазандағы Ел Президентінің Қазақстан халқына "Қазақстан – 2030. Барлық Қазақстандықтардың өсіп-өркендеуі, қауіпсіздігі және әл-ауқатының артуы» Жолдауы.
12. Қазақстан Республикасы Үкіметінің 2003 жылғы 4 маусымдағы № 528 "Мас күйін куәландыруға жіберу, мас күйін куәландыру және оның нәтижелерін ресімдеу ережесін бекіту» туралы Қаулысы.
13. Қазақстан Республикасы Үкіметінің 2006 жылғы 24 сәуірдегі № 317 "Қазақстан Республикасының медициналық және фармацевтикалық білім беру ісін реформалау тұжырымдамасы туралы» Қаулысы.
14. Қазақстан Республикасы Үкіметінің 2007 жылғы 21 желтоқсандағы № 1260 «2008-2016 жылдарға арналған «Салауатты өмір салты» бағдарламасын бекіту туралы» Қаулысы.
15. Қазақстан Республикасы Үкіметінің 2009 жылғы 4 желтоқсандағы № 2015 «Кәсіптік қызметтің жекелеген түрлерін, сондай-ақ жоғары қауіп көзіне байланысты жұмысты жүзеге асыруға арналған медициналық психиатриялық қарсы айғақтар тізбесін бекіту туралы» Қаулысы.
16. Қазақстан Республикасы Үкіметінің 2011 жылғы 29 қаңтардағы № 41 «Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау саласын дамытудың 2011 - 2015 жылдарға арналған «Саламатты Қазақстан» мемлекеттік бағдарламасын іске асыру жөніндегі іс-шаралар жоспарын бекіту туралы» Қаулысы.
17. Қазақстан Республикасы Үкіметінің 2011 жылғы 17 мамырдағы № 531 «Мәжбүрлеп емдеуге арналған наркологиялық ұйымдағы алкоголизммен, нашақорлықпен және уытқұмарлықпен ауыратындарды тамақтандыру және материалдық-тұрмыстық қамтамасыз ету нормаларын бекіту туралы» Қаулысы.
18. Қазақстан Республикасы Үкіметінің 2011 жылғы 28 маусымдағы № 725 «Мәжбүрлеп емдеуге арналған наркологиялық ұйымдарға жіберу қолданылмайтын алкоголизммен, нашақорлықпен

және уытқұмарлықпен ауыратын науқастардың медициналық қарсы айғақтарының тізбесін бекіту туралы» Қаулысы.

19. Қазақстан Республикасы Үкіметінің 2009 жылғы 4 желтоқсандағы № 2018 «Әлеуметтік мәні бар аурулардың және айналадағылар үшін қауіп төндіретін аурулардың тізбесін бекіту туралы» Қаулысы.
20. Қазақстан Республикасы Үкіметінің 2000 жылғы 10 қарашадағы № 1693 «Қазақстан Республикасында есірткі құралдары, психотроптық заттар және прекурсорлар айналымын мемлекеттік бақылауды жүзеге асыру ережесін бекіту туралы» Қаулысы.
21. Қазақстан Республикасы Үкіметінің 2011 жылғы 5 желтоқсандағы № 1462 «Әлеуметтік мәні бар аурулардан зардап шегетін азаматтарға ұсынылатын медициналық-әлеуметтік көмек көрсету қағидаларын бекіту туралы» Қаулысы.
22. Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2003 жылғы 11 маусымдағы № 446 «Психикалық белсенді затты пайдалану фактісін және мас болу жағдайын анықтау туралы нұсқаулықты бекіту туралы» бұйрығы.
23. Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2004 жылғы 9 наурыздағы № 227 «АИТВ-ға жасырын тестілеу және АИТВ/ЖИТС бойынша психоәлеуметтік консультация беру кабинеттерінің қызметін ұйымдастыру туралы» бұйрығы.
24. Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің 2005 жылғы 8 желтоқсандағы № 609 «Алмастырушы терапияны енгізу туралы» бұйрығы.
25. Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2009 жылғы 2 желтоқсандағы № 814 «Мәжбүрлеммен, нашарлықпен және уытқұмарлықпен ауырады деп танылған адамдарды есепке алу, қарау және емдеу қағидаларын бекіту туралы» Бұйрығы.
26. Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2010 жылғы 12 наурыздағы № 165 «Сот-наркологиялық сараптаманы ұйымдастыру және өндіру Нұсқаулығын бекіту туралы» Бұйрығы.
27. Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м. а. 2010 жылғы 11 тамыздағы № 629 «Инъекциялық есірткіні пайдаланушылар арасында АИТВ-инфекциясының алдын алу жөніндегі іс-шараларды жетілдіру туралы» бұйрығы.
28. Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2011 жылғы 5 қаңтардағы № 1 «Уақытша бейімдеу және детоксикация орталықтары қызметінің ережесін бекіту туралы» бұйрығы.
29. Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2011 жылғы 5 қаңтардағы № 2 «Наркологиялық ұйымдар (ауруханалар, диспансерлер) жөніндегі ережені бекіту туралы» бұйрығы.
30. Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2011 жылғы 10 маусымдағы № 383 «Мәжбүрлеммен емдеуге арналған наркологиялық ұйым туралы ереже мен Мәжбүрлеммен емдеуге арналған наркологиялық ұйымдағы ішкі тәртіп қағидасын бекіту туралы» бұйрығы.
31. Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2011 жылғы 12 желтоқсандағы № 888 «Қазақстан Республикасы қылмыстық-атқару жүйесіндегі наркологиялық жағдайдың мониторингі мен бағалау жүйесін құру туралы» бұйрығы.
32. Қазақстан Республикасы Ішкі істер министрінің 2011 жылғы 14 желтоқсандағы № 660 Қазақстан Республикасы қылмыстық-атқару жүйесіндегі наркологиялық жағдайдың мониторингі мен бағалау жүйесін құру туралы» бұйрығы.
33. Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2012 жылғы 4 қазандағы № 691 «Қазақстан Республикасында апиындық алмастырушы терапияға қол жетімділікті кеңейту туралы» бұйрығы.

КЕСТЕЛЕР ТІЗІМІ

1 КЕСТЕ:	СВОДНАЯ ТАБЛИЦА ОСНОВНЫХ ИНДИКАТОРОВ ПО НАРКОСИТУАЦИИ В РК, 2016-2017	189
2 КЕСТЕ:	МАМАНДАНДЫРЫЛҒАН МЕДИЦИНАЛЫҚ НАРКОЛОГИЯЛЫҚ КӨМЕК КӨРСЕТУГЕ АРНАЛҒАН МЕМЛЕКЕТТІК ШЫҒЫСТАР, 2017 (ПД РФПО, 2017)	193
3 КЕСТЕ:	ҚОЛДАНЫЛАТЫН ЕСІРТКІ ТҮРЛЕРІ БОЙЫНША ТӘУЕЛДІ ЕСІРТКІ ЗАТТАРЫНЫҢ БАҒАЛАУ САНЫ, 2001 (НМӘП РФПО)	198
4 КЕСТЕ:	ЖЫЛДАН БАСТАП 2017 ЖЫЛҒА ДЕЙІН АХЖ-10 ДИАГНОЗЫ БОЙЫНША НАРКОЛОГИЯЛЫҚ ҚЫЗМЕТ ТІРКЕГЕН ТҮЛҒАЛАР (РПДФ ПО)	201
5 КЕСТЕ:	ҚР 2012 ЖЫЛЫ БАЛАЛАР МЕН ЖАСТАР АРАСЫНДА ЕСІРТКІ ЗАТТАРЫН ТҰТЫНУДЫҢ ТАРАЛУ КӨРСЕТКІШТЕРІ (НМӘП РФПО)	201
6 КЕСТЕ:	18 ЖАСҚА ДЕЙІНГІ ЕСЕПКЕ АЛЫНҒАН АДАМДАР АРАСЫНДАҒЫ ТҰТЫНЫЛАТЫН ЕСІРТКІ ЗАТТАРЫНЫҢ АРАҚАТЫНАСЫ (%) (РПДФ ПО)	202
7 КЕСТЕ:	БІЛІМ БЕРУ ЖҮЙЕСІНДЕ АРНАЙЫ ҚЫЗМЕТ КӨРСЕТЕТІН ҰЙЫМДАР (ҚР БҒМ БҚҚК, 2017)	208
8 КЕСТЕ:	ИНЪЕКЦИЯЛЫҚ ТӘСІЛМЕН ЕСІРТКІ ПАЙДАЛАНАТЫН ТҮЛҒАЛАРДЫҢ ӘЛЕУМЕТТІК-ДЕМОГРАФИЯЛЫҚ СИПАТТАМАЛАРЫ, 2016 (ЖИТС РО)	213
9 КЕСТЕ:	2011-2017 ЖЖ. ӨМІРІНДЕ АЛҒАШ РЕТ НАРКОЛОГИЯЛЫҚ ЕСЕПКЕ АЛЫНҒАН ПАЦИЕНТТЕРДІ ПАЙДАЛАНАТЫН АПИИНДАР БОЙЫНША БӨЛУ (РПДФ ПО)	215
10 КЕСТЕ:	ТИІСТІ СЕРТИФИКАТТАРЫ БАР НАРКОЛОГИЯЛЫҚ БЕЙІНДЕГІ МАМАНДАР (МЕМЛЕКЕТТІК ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ ЖҮЙЕСІ ЖӘНЕ ЖЕКЕ ҰЙЫМДАР) (ҚР ДСМ)	219
11 КЕСТЕ:	ХАЛЫҚТЫ 2012-2017 ЖЖ. ҚОЛДАУШЫ ТЕРАПИЯНЫҢ МАМАНДАНДЫРЫЛҒАН БАҒДАРЛАМАЛАРЫМЕН ҚАМТУ (РПДФ ПО)	220
12 КЕСТЕ:	ЕСІРТКІГЕ ТӘУЕЛДІ ТҮЛҒАЛАРҒА ҚЫЗМЕТ КӨРСЕТЕТІН ЕМДІК БАҒДАРЛАМАЛАР, 2017 (РПДФ ПО)	222
13 КЕСТЕ:	2011-2017 ЖЖ. НМӘП РФПО-НЫҢ ӘЛЕУМЕТТІК ОҢАЛТУ БӨЛІМШЕСІ ПАЦИЕНТТЕРІНІҢ СИПАТТАМАСЫ (РПДФ ПО)	223
14 КЕСТЕ:	ЕМДЕЛІП ШЫҚҚАН НАУҚАСТАР АРАСЫНДАҒЫ БАСТАПҚЫ ПРОБЛЕМАЛЫҚ ЗАТТАР, 2013-2016 ЖЖ.(РПДФ ПО)	224
15 КЕСТЕ:	ЕМДЕЛГЕН ПАЦИЕНТТЕРДІҢ ДЕМОГРАФИЯЛЫҚ СИПАТТАМАЛАРЫ, 2015 (НМӘП РФПО)	225
16 КЕСТЕ:	ЕМДЕЛІП ШЫҚҚАН КЛИЕНТТЕРДІҢ КЕЙБІР ӘЛЕУМЕТТІК СИПАТТАМАЛАРЫ, 2012-2015 ЖЖ. (НМӘП РФПО)	226
17 КЕСТЕ:	ПАЦИЕНТТЕРДІ ҚОРЫТЫНДЫ ДИАГНОЗ БОЙЫНША 2011 ЖЫЛДАН БАСТАП 2017 ЖЫЛҒА ДЕЙІН ПАЙЫЗДЫҚ ҚАТЫНАСТА БӨЛУ (РПДФ ПО, РЭДО)	228
18 КЕСТЕ:	ЕСІРТКІГЕ ТӘУЕЛДІ ЕМДЕЛГЕН АДАМДАР АРАСЫНДА ІЛЕСПЕ АУРУЛАРДЫҢ ТАРАЛУЫ (2012-2013 ЖЖ.ДЕРЕКТЕРІ) (НМӘП РФПО)	233
19 КЕСТЕ:	ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ БОЙЫНША ПБЗ УЛАНУ, 2010-2017 (РПДФ ПО)	235
20 КЕСТЕ:	ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНДА ПБЗ УЛАНУДАН БОЛАТЫН ӨЛІМ, 2010-2017 ЖЖ. (РПДФ ПО)	235
21 КЕСТЕ:	2015 ЖЫЛЫ ЖАЛПЫ ХАЛЫҚ АРАСЫНДА КҮТІЛЕТІН ӨЛІМ САНЫНА ПБЗ ТҰТЫНУШЫЛАР ПОПУЛЯЦИЯСЫ АРАСЫНДАҒЫ ӨЛІМ-ЖІТІМНІҢ САЛЫСТЫРМАЛЫ ТӘУЕКЕЛІ	237
22 КЕСТЕ:	2017 ЖЫЛЫ ТІРКЕЛГЕН ЕСІРТКІ ҚЫЛМЫСТАРЫНЫҢ ҚҰРЫЛЫМЫ (БП ҚСАЕК)	244
23 КЕСТЕ:	2012-2017 ЖЫЛДАР КЕЗЕҢІНДЕ АЛЫНАТЫН ЕСІРТКІЛЕРДІҢ ҚҰРЫЛЫМЫ (ҚСАЕК)	252
24 КЕСТЕ:	2012 ЖЫЛЫ ҚР-ДАҒЫ ЕСІРТКІ ЗАТТАРЫНЫҢ КӨТЕРМЕ (1 КГ ҮШІН) ЖӘНЕ БӨЛШЕК (1 ГР.ҮШІН) ҚҰНЫ (ТЕҢГЕМЕН ЖӘНЕ ЕВРОМЕН) (ҚР ІІМ)	252

ДИАГРАММААР ТІЗІМІ

1 ДИАГРАММА:	КОЛИЧЕСТВО ЛИЦ, ЗАРЕГИСТРИРОВАННЫХ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБОЙ РК ЗА 2009-2015 ГГ. (РНПЦ ПЗ)	199
2 ДИАГРАММА:	2017 ЖЫЛЫ НАРКОЛОГИЯЛЫҚ ҚЫЗМЕТПЕН ТІРКЕЛГЕН ТҮЛҒАЛАР (ЖЫНЫСЫ МЕН ЖАСЫ БОЙЫНША БӨЛУ, %) (РПДҒ ПО)	200
3 ДИАГРАММА:	2012-2017 ЖЫЛДАР КЕЗЕҢІНДЕ НАРКОЛОГИЯЛЫҚ ЕСЕПТЕН АЛЫНҒАН ЖӘНЕ ШЫҒАРЫЛҒАН АДАМДАРДЫҢ САНЫ (РПДҒ ПО)	200
4 ДИАГРАММА:	2009-2017 ЖЖ. СӘЙКЕС КЕЛЕТІН 100 000 АДАМҒА 18 ЖАСҚА дейінгі ҚР НАРКОЛОГИЯЛЫҚ ҚЫЗМЕТІ ТІРКЕГЕН ТҮЛҒАЛАР САНЫ (РПДҒ ПО)	202
5 ДИАГРАММА:	ЕСІРТКІ ПАЙДАЛАНҒАН КЕЗДЕ ИЕПА-ДА ҚАУІПТІ ИНЪЕКЦИЯЛЫҚ ТӘЖІРИБЕЛЕР СОҢҒЫ 30 КҮН 2016 ЖЫЛЫ (ЖИТС РО)	214
6 ДИАГРАММА:	ҚР НАРКОЛОГИЯЛЫҚ ҰЙЫМДАРЫНДА ЕМ АЛҒАН АДАМДАРДЫ ҰЛТЫ БОЙЫНША БӨЛУ (%), 2015 (НМӘП РҒПО)	225
7 ДИАГРАММА:	2013-2015 ЖЖ. ҚР СТАЦИОНАРЛАРЫНДА ЕСІРТКІГЕ ТӘУЕЛДІЛІК БОЙЫНША ЕМДЕУ ҰЗАҚТЫҒЫ (НМӘП РҒПО)	227
8 ДИАГРАММА:	ИЕПА АРАСЫНДА АИТВ ИНФЕКЦИЯСЫНЫҢ ТАРАЛУЫ (%), 2005-2016 ЖЖ., (ЖИТС РО)	230
9 ДИАГРАММА:	ЖЫЛДАР БОЙЫНША ДИНАМИКАДА ИЕПА АРАСЫНДА СВГ ТАРАЛУЫ (%) (ЖИТС РО)	231
10 ДИАГРАММА:	ЖЫЛДАР БОЙЫНША ДИНАМИКАДА ИЕПА АРАСЫНДА МЕРЕЗДІҢ ТАРАЛУЫ (%) (ЖИТС РО)	232
11 ДИАГРАММА:	2010-2017 ЖЖ. КЕЗЕҢІНДЕ ЕСІРТКІ ЖӘНЕ ПСИХОТРОПТЫҚ ЗАТТАРМЕН УЛАНУДЫҢ ӨЛІМ ЖАҒДАЙЛАРЫ БОЙЫНША ДИНАМИКАСЫ (ССО)	236
12 ДИАГРАММА:	ЖҮРГІЗІЛГЕН АУТОПСИЯЛАРДА ТАБЫЛҒАН ПБЗ ТҮРЛЕРІНІҢ АРАҚАТЫНАСЫ (ССО)	236
13 ДИАГРАММА:	2009-2017 ЖЖ. КЕЗЕҢІНДЕ ҚР-ДА ЕСІРТКІ ҚЫЛМЫСТАРЫНЫҢ САНЫ (ҚР БП ҚСАЕК)	244
14 ДИАГРАММА:	ҚР-ДАҒЫ ЖПЗ ІРІ АЛЫП ҚОЮЛАРЫ (≥1 КГ), 2014-2015 ЖЖ. (UNODC, RESPONSES TO THE NPS QUESTIONNAIRE)	256

КАРТАЛАР ЖӘНЕ СУРЕТТЕР ТІЗІМІ

1 КАРТА:	ЕСІРТКІНІ ИНЪЕКЦИЯЛЫҚ ТӘСІЛМЕН ТҰТЫНАТЫН АДАМДАРДЫҢ ҮЛЕСІ (%) 15 ЖАСТАН БАСТАП ЖӘНЕ ОДАН ЖОҒАРЫ ХАЛЫҚҚА ОБЛЫСТАР БӨЛІНІСІНДЕ, 2016 (ЖИТС РО)	212
2 КАРТА:	ӨҢІРЛЕР БӨЛІНІСІНДЕ 10 000 АДАМҒА НАРКОЛОГИЯЛЫҚ ТӨСЕКТЕРМЕН ҚАМТАМАСЫЗ ЕТУ, 2017 (РПДФ ПО)	218
3 КАРТА:	10 000 ХАЛЫҚҚА ЕСІРТКІГЕ ТӘУЕЛДІЛІК БОЙЫНША ЕМДЕУ ҮШІН ӨТІНІШТЕР, 2017 (НМӘП РҒПО)	223
4 КАРТА:	ӨҢІРЛЕР БӨЛІНІСІНДЕ ИЕПА АРАСЫНДА АИТВ-ИНФЕКЦИЯСЫНЫҢ ТАРАЛУЫ (%), 2016 (ЖИТС РО)	231
5 КАРТА:	ИЕПА ПРОФИЛАКТИКАЛЫҚ БАҒДАРЛАМАЛАРМЕН ТІКЕЛЕЙ ҚАМТУДЫҢ ӨҢІРЛІК ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ (ӨҢІРДЕГІ ИЕПА БАҒАЛАУ САНЫНАН %), 2017 (ЖИТС РО)	240
6 КАРТА:	2016 ЖЫЛЫ ӨҢІРЛЕР БӨЛІНІСІНДЕ ЕСІРТКІНІҢ ЗАҢСЫЗ АЙНАЛЫМЫНА БАЙЛАНЫСТЫ ТІРКЕЛГЕН ҚҰҚЫҚ БҰЗУШЫЛЫҚТАР САНЫ (ҚР БП ҚСАЕК)	245
7 КАРТА:	ҚР КӨЛІК ЖЕЛІСІ ЖӘНЕ АПИЫН МЕН ГЕРОИНДІ АЛЫП ҚОЮ ӨЛШЕМДЕРІ (UNODC)	250
8 КАРТА:	ҚР ӨҢІРЛЕРІНДЕ 1 ГРАММ ГЕРОИН ҮШІН БӨЛШЕК САУДА БАҒАСЫ, 2012 (ҚР ИМ)	253
9 КАРТА:	ҚР-ДА СТАЦИОНАРЛЫҚ НАРКОЛОГИЯЛЫҚ ЕМ АЛҒАН ТҰЛҒАЛАР АРАСЫНДА ЖПЗ ТҰТЫНУДАН ТУЫНДАҒАН БҰЗЫЛУЛАРДЫҢ ТАРАЛУЫ, 2016 ЖЫЛ	259
10 КАРТА:	ҚР-ДА СТАЦИОНАРЛЫҚ НАРКОЛОГИЯЛЫҚ ЕМ АЛҒАН ТҰЛҒАЛАР АРАСЫНДА ӨМІР БОЙЫ ЖПЗ ПАЙДАЛАНУ, 2016 ЖЫЛ	260
1 СУРЕТ:	ЖПЗ САТЫП АЛУ СХЕМАСЫ	258

ТИІСТІ ИНТЕРНЕТ-МЕКЕНЖАЙЛАР ТІЗІМІ

www.stat.kz	Қазақстан Республикасы Статистика агенттігінің сайты
www.pravstat.kz	Қазақстан Республикасы Бас прокуратурасының Құқықтық статистика және арнайы есепке алу жөніндегі комитетінің сайты
www.mvd.kz	ҚР Ішкі істер министрлігінің сайты
www.mz.gov.kz	ҚР Денсаулық сақтау министрлігінің сайты
www.edu.gov.kz	ҚР Білім және ғылым министрлігінің сайты
www.minjust.kz	ҚР Әділет министрлігінің сайты
www.mentalcenter.kz	Республикалық психикалық денсаулық ғылыми-практикалық орталығының сайты
www.caricc.org	Орталық Азия Аймақтық ақпараттық үйлестіру орталығының сайты
www.rcaids.kz	ЖИТС алдын алу және оған қарсы күрес жөніндегі республикалық орталығының сайты
www.cadap-eu.org	CADAP Еуропалық Одақ бағдарламасының сайты
www.un.kz	Қазақстандағы БҰҰ миссиясының сайты

ҚЫСҚАРТУЛАР ТІЗІМІ

АРТ	Антиретровирустық терапия
ВВГ	В вирустық гепатиті
СВГ	С вирустық гепатиті
АИТВ	Адамның иммун тапшылығы вирусы
ДКК	Дәрігерлік-консультациялық комиссия
ШҚО	Шығыс Қазақстан облысы
ДДҰ	Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы
ЖОО	Жоғары оқу орны
ММ	Мемлекеттік мекемесі
ЖТБЖҚ	ЖИТС-пен, Туберкулезбен және Безгекпен күресу үшін жаһандық қор
ШЭҚ	Шолғыншы эпидемиологиялық қадағалау
ЕО	Еуропа Одағы
СДТБТ	Сотқа дейінгі тергеп-тексерулердің бірыңғай тізілімі
АХАЖ	Азаматтық хал актілерін жазу
БҚО	Батыс Қазақстан облысы
АҚТ	Алмастырушы қолдау терапиясы
СӨС	Салауатты өмір салты
АТО	Ақпараттық-талдау орталығы
КИИ	Кәмелетке толмағандар істері жөніндегі инспекциясы
АБМ	Ақпараттық-білім беру материалы
ЖЖБИ	Жыныстық жолмен берілетін инфекциялар
САДАР	Шекараларды басқаруға жәрдемдесу және Орталық Азияда есірткінің таралуын болдырмау бағдарламалары/Central Asia Drug Action Plan
ІІМ ЕКЕК	Ішкі істер министрлігінің Есірткі бизнесіне қарсы күрес және есірткі айналымын бақылау жөніндегі комитеті
ҰҚК	Ұлттық қауіпсіздік комитеті
ӘҚБК	Әкімшілік құқық бұзушылық Кодексі
БҚҚК	Балалардың құқықтарын қорғау комитеті
ҚРБПҚСАЕК	Қазақстан Республикасының Бас прокуратурасы Құқықтық статистика және арнайы есепке алу жөніндегі Комитеті
ҚРӘБК	Қазақстан Республикасының Әкімшілік құқық бұзушылық туралы Кодексі
ҚМКБК	Қаржы министрлігінің Кедендік бақылау комитеті
ҚАЖК	Қылмыстық-атқару жүйесі комитеті
АЖӨА	АИТВ / ЖИТС-пен өмір сүретін адамдар
ҰОҚ	Ұшпа органикалық қосылыстар
ЕАҰ	Емдеу-алдын алу ұйымы
ИЕПА	Инъекциялық есірткіні пайдаланатын адамдар
ІІМ	Ішкі істер министрлігі
ДӘДМ	Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрлігі
АХЖ-10	Аурулар мен денсаулыққа байланысты мәселелердің халықаралық статистикалық жіктелімі, 10-шы қайта қаралуы
БАО	Бас бостандығынан айыру орындары
БҒМ	Білім және ғылым министрлігі

ЕЖЕ	Еркектермен жыныстық қатынасқа түсетін еркектер
МЭО	Медициналық-әлеуметтік оңалту
ҚМ	Қаржы министрлігі
ЖДО	Жастар денсаулық орталықтары
ЭМРМ	Энергетика және минералдық ресурстар министрлігі
ҰҰК	Ұлттық үйлестіру кеңесі
ҮЕҮ	Үкіметтік емес ұйымдар
ЕПП	Есірткі препараттары және прекурсорлар
СӨС ҰО	Салауатты өмір салтын қалыптастыру проблемалары Ұлттық Орталығы
ІО	Ішкі істер органдары
ҰҚШҰ	Ұжымдық қауіпсіздік туралы шарт ұйымы
ААТ	Апиынды алмастырушы терапия
БҰҰ	Біріккен Ұлттар Ұйымы
ҰҚТ	Ұйымдасқан қылмыстық топ
ПБЗ	Психикалық белсенді заттар
СП	Сенім пункті
АРАДТБ	Апиындық рецепторлардың агонистерімен демеуші терапия бағдарламалары
БҰҰДБ	БҰҰ-ның Даму бағдарламасы
ҚР	Қазақстан Республикасы
РНПЦ МСПН	Нашақорлықтың медициналық-әлеуметтік проблемалары республикалық ғылыми-практикалық орталығы
СЖ	Секс жұмыскерлері
ЖИТС РО	ЖИТС-тың алдын алу және оған қарсы күрес жөніндегі республикалық орталығы
РЭДО	Республикалық электрондық денсаулық сақтау орталығы
СҚО	Солтүстік Қазақстан облысы
БАҚ	Бұқаралық ақпарат құралдары
ТМД	Тәуелсіз Мемлекеттер Достастығы
ЖИТС	Жүре біткен иммундық тапшылық синдромы
ҚРҚАК	ҚР Қылмыстық-атқару кодексі
ҚАЖ	Қылмыстық-атқару жүйесі
ҚПК	Қылмыстық-процестік кодексі
ОАӨАҰО	Есірткі құралдарының, психотроптық заттар мен олардың прекурсорларының заңсыз айналымына қарсы күрес жөніндегі Орталық Азия өңірлік ақпараттық үйлестіру орталығы
ССО	Сот сараптамасы орталығы
АҚТЭТ	Алмастырушы қолдаушы терапиядағы пациенттердің электрондық тіркелімі
СНЭТ	Стационарлық науқастардың электрондық тіркелімі
ОҚО	Оңтүстік Қазақстан облысы
БҰҰ ЕҚБ/UNODC	БҰҰ Есірткі және қылмыс басқармасы /United Nations Office on Drugs and Crime/
EMCDDA	Нашақорлық, есірткі және есірткіге тәуелділік мониторингінің Еуропалық орталығы/European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction
ESPAD	Еуропа мектептерінде алкоголь мен есірткі құралдарының таралуын зерттеу бойынша жоба/the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs

ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ

- Ж. Атаянц, А. Л. (2011). Артық дозалануы: Шығыс Еуропа мен Орталық Азияның 12 еліндегі жағдайға шолу және жауапты шаралар. [Overdose: An Overview of the situation and response in 12 countries in Eastern Europe and Central Asia]. Вильнюс: Еуразиялық Зиянды Төмендету Желісі.
- Гарри Дж. Мац. (2015). Жаңа психикалық белсенді заттарға ден қоюдың құқықтық және бақылау нұсқалары. Алматы.
- <https://ceur.ru>. (д.қ.). Синтетикалық есірткілердің жаңа түрлері және олардың құқықтық мәртебесі туралы. 25 12 2017 ж. <https://ceur.ru>: <https://ceur.ru/library/articles/narkotiki/item196627> алынған
- М. Прилуцкая және т.б. (2017). Ресей мен Орталық Азиядағы жаңа психикалық белсенді заттардың қол жетімділігін Интернет-зерттеу. Психиатриядағы зерттеулер мен жетістіктер, 4 (2), 78-бет.
- М. Прилуцкая, Д. Аяғанова, (2017). Жаңа психикалық белсенді заттар бойынша бесінші халықаралық конференция. Жұмбақ немесе шақыру: Қазақстандық клиницистердің ПБЗ туралы хабардар болуы (пилоттық зерттеу). 4-ші томы - 2-ші шығару, 28-29 бет. Вена: Психиатрия саласындағы Зерттеулер мен Жетістіктер.
- М. Прилуцкая, К. Р. (2015). ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНДА НАШАҚОРЛАРДЫҢ ТРОПИКАМИДТІҢ МЕДИЦИНАЛЫҚ ЕМЕС ҚОЛДАНЫЛУЫНЫҢ КЛИНИКАЛЫҚ СИПАТТАМАЛАРЫН ТАЛДАУ. Еуропалық Ғылыми Журнал, 159-162. <http://eujournal.org/index.php/esj/article/view/5059/4987> алынған.
- М. Розенкранц, Н. Керими, М. Такенова, т.б. (2016), Орталық Азияда есірткі пайдаланатын адамдар үшін медициналық қызметтерді бағалау: Қазақстан мен Қырғызстандағы сандық зерттеудің нәтижелері. Зиянды Төмендету Журналы, 13 (3). doi:10.1186 / s12954-016-0093-2 нөмірі.
- С. Шоу, Н. Эль-Бассел, Л. Гилберт, А. Н. Терлікбаева, Т. Хант, С. Пірімбетова, ... М. Чанг (2016). Қазақстандағы инъекциялық есірткіні пайданушылар мен олардың жыныстық серіктестері арасындағы депрессия. Психикалық Денсаулық Қоғамдық Журналы (52 (8)), 1047-1056.
- Алкоголь және басқа да есірткі бойынша Еуропалық мектептік сауалнама жоба. (2011). ESPAD-дан алынды: http://www.espad.org/Uploads/Documents/ESPAD_Questionnaire_2011.pdf
- БҰҰ ЕҚБ. (2012). Солтүстік Ауғанстан мен Орталық Азия арқылы апиын ағыны. Вена: БҰҰ ЕҚБ.
- БҰҰ ЕҚБ. (2013). Жаңа психикалық белсенді заттар мәселесі. Вена: SMART жаһандық бағдарламасының баяндамасы.
- БҰҰ ЕҚБ. (2015). Есірткі туралы Дүниежүзілік баяндама. Вена: БҰҰ ЕҚБ.
- БҰҰ ЕҚБ. (2017 ж., желтоқсан). Орталық Азиядағы БҰҰ ЕҚБ синтетикалық есірткілермен жағдайды бағалау-БҰҰ ЕҚБ SMART жаһандық бағдарламасының баяндамасы. 2017 ж. 25 12
- <http://www.unodc.org>: http://www.unodc.org/documents/scientific/Central_Asia_November_2017_FINAL.pdf алынды.
- Т. Азатбек (2017). Қазақстан Республикасындағы қадағаланбайтын экономика: бағалау теориясы мен әдістері. Монография, 140.
- Е. Б. Байкенов, Б. Л. (2013). Қазақстан Республикасының балалары мен жастары арасында химиялық және химиялық емес аддикцияларға тарту тәуекелдерін зерттеу нәтижелері туралы есеп. НМЭП РФПО-дан алынды:
- <http://www.rnpc.kz/biblioteka/raznoe/otchjot-o-rezultatakh-issledovaniya-riskov-vovlecheniya-v-khimicheskie-i-nekhimicheskie-addiktii-sredi-detej-i-molodezhi-respubliki-kazastan>
- Л.Ю. Ганина, Е. А. (2016). Қазақстан Республикасындағы 2013-2015 жылдары АИТВ-инфекциясы бойынша эпидемиологиялық жағдайға шолу. Алматы: ЖИТС-тың алдын алу және оған қарсы күрес жөніндегі республикалық орталық.
- REGNUM АА. (2014 ж. 16 қырк.). Синтетикалық есірткінің жаңа түрлері Қазақстанға Қытайдан келеді. 2017 ж. 25 желт., <https://regnum.ru>: <https://regnum.ru/news/1848306.html> алынған.
- Тотал Қазақстан АА. (2013 ж. 11 ақпан). Қазақстанға дизайнерлік есірткі келеді. 2017 ж. 27 желт., <https://total.kz>: https://total.kz/ru/news/obshchestvo/v_kazahstan_prihodyat_dizaynersk алынған.
- Today.kz АП (а.қ.). Қазақстанда заңды есірткі жоқ-ИМ. 2017 ж. 25 желт., <http://today.kz>: <http://today.kz/news/kazahstan/2015-06-08/616724-legalnyh-narkotikov-v-kazahstane-ne-susestvuet-mvd/> алынған.
- Қазақстан-2050-Біздің күшіміз. (а.қ.). <https://strategy2050.kz/ru/>: <https://strategy2050.kz/ru/> алынған.

А. Л. Катков & С. О. Пакеев, (2007). Коморбиді патологияның кейбір түрлерімен ұштасатын апииндарға тәуелділікті қалыптастыру ерекшеліктері [Features of opioid dependence, combined with certain types of comorbid disease]. Павлодар: Нашақорлықтың медициналық-әлеуметтік проблемаларының республикалық ғылыми-практикалық орталығы.

ҚР БҒМ Балалардың құқықтарын қорғау комитеті. (2017). Қазақстан Республикасындағы балалардың жағдайы туралы баяндама. Астана: ҚР БҒМ Балалардың құқықтарын қорғау комитеті.

ҚР БП ҚСЖАЕК. (2016). 2015 жылғы Қазақстан Республикасындағы есірткі, психотроптық заттар мен прекурсорлардың заңсыз айналымына қарсы күрестің ахуал туралы статистикалық деректерді талдау. Астана: Қазақстан Республикасы Бас прокуратурасының Құқықтық статистика және арнайы есепке алу жөніндегі комитеті.

М. Имаева. (22 10 2009 ж.). Дәрігерлер Қазақстанда «шөп қоспалары» түрінде денсаулыққа қауіпті заттарды сататынын мәлімдейді. 23.12.2017 ж. <http://www.ktk.kz>: <http://www.ktk.kz/ru/news/video/2009/10/22/6058> алынды.

М. Маризоев. (2016). Трансұлттық есірткі қылмысына қарсы тұрудағы ОАӨАҰО рөлі. ОАӨАҰО.

ҚР ІІМ. (2014). Қазақстан Республикасында нашақорлыққа және есірткі бизнесіне қарсы күрестің 2012 – 2016 жылдарға арналған салалық бағдарламасын 2013 жылы іске асыру туралы есеп. Астана: Қазақстан Республикасының Ішкі істер министрлігі.

Есірткі бақылау жөніндегі халықаралық комитеті. (2018). Есірткі бақылау жөніндегі халықаралық комитеттің 2017 жылғы баяндамасы. https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2017/Annual_Report/R_2017_AR_ebook.pdf алынды.

П. Шиманская. (а.қ.). Денсаулық үшін шегетін қоспалары Алматыда еркін сатылуда. 2017 ж. 26 желт. <http://www.ktk.kz>: <http://www.ktk.kz/ru/news/video/2010/01/19/7060> алынды.

М. Прилуцкая, С. Молчанов. (2017). Академик Б. Атчабаров атындағы «Экология. Радиация. Денсаулық» XIII Халықаралық ғылыми-тәжірибелік конференцияның тезистер жинағы. Қазақстан Республикасының наркологиялық бейіндегі пациенттер арасында жаңа психикалық белсенді заттарды тұтыну (135 бет). Семей қаласының мемлекеттік медицина университеті.

БҰҰ ЕҚБ Орталық Азиядағы аймақтық өкілдігі. (2015). 2015-2019 жылдарға арналған Орталық Азия мемлекеттеріне арналған бағдарлама. Ташкент: Орталық Азиядағы БҰҰ Есірткі және қылмыс жөніндегі өңірлік басқармасы.

БҰҰ ЕҚБ Орталық Азиядағы аймақтық өкілдігі. (2016). БҰҰ ЕҚБ Орталық Азиядағы өңірлік өкілдігінің 2015 жылғы жылдық есебі. UNODC: https://www.unodc.org/documents/centralasia//Annual_2015_RU.pdf алынды.

ЖИТС-тың алдын алу және оған қарсы күрес жөніндегі республикалық орталық (2018). 2017 жылғы ЖИТС қызметі туралы есеп. www.rcaids.kz: www.rcaids.kz/files/00004587.pdf алынды.

НМӘП РҒПО. (2004). 2001-2003 жылдары Қазақстан Республикасында есірткіге тәуелділік проблемаларын көп деңгейлі зерттеу. Павлодар: Нашақорлықтың медициналық-әлеуметтік проблемаларының республикалық ғылыми-практикалық орталығы.

НМӘП РҒПО. (2014). 2013 жылғы Қазақстан Республикасындағы наркологиялық жағдай туралы талдамалық есеп. Павлодар: Нашақорлықтың медициналық-әлеуметтік проблемаларының республикалық ғылыми-практикалық орталығы.

НМӘП РҒПО. (2014). Қазақстан Республикасында UNODC TREATNET II жаһандық жобасын жүзеге асыру туралы есеп (2009-2014). Нашақорлықтың медициналық-әлеуметтік проблемаларының республикалық ғылыми-практикалық орталығынан алынды: <http://www.rnpc.kz/biblioteka/raznoe/otchet-o-realizatsii-globalnogo-proekta-unodc-treatnet-ii-v-respublike-kazakhstan-2009-2014>

РПДФ ПО. (2017). 2016 жылғы Қазақстан Республикасындағы наркологиялық жағдай туралы талдамалық есеп [Monitoring the drug situation in the Republic of Kazakhstan in 2015]. Павлодар: Нашақорлықтың медициналық-әлеуметтік проблемаларының республикалық ғылыми-практикалық орталығы.

РПДФ ПО. (2017). 2016 жылғы Қазақстан Республикасындағы наркологиялық жағдай туралы талдамалық есеп [Monitoring the drug situation in the Republic of Kazakhstan in 2016]. Павлодар: Республикалық психикалық денсаулық ғылыми-практикалық орталығы.

ЖИТС РО. (2014). Қазақстанда АИТВ-қа шолғыншы эпидемиологиялық қадағалау нәтижелері [The results of sentinel surveillance of HIV in Kazakhstan]. Алматы: ЖИТС-тың алдын алу және оған қарсы күрес жөніндегі республикалық орталық.

ЖИТС РО. (2016). ЖИТС қызметінің 2015 жылғы қызметі туралы есеп. Алматы: ЖИТС-тың алдын алу және оған қарсы күрес жөніндегі республикалық орталық.

ЖИТС РО. (2016). Қазақстан Республикасында инъекциялық есірткіні пайдаланатын адамдардың санын бағалау. Алматы: ЖИТС-тың алдын алу және оған қарсы күрес жөніндегі республикалық орталық.

В.Ю. Семке, Р. Ю. (2005). Апиын нашақорлығы бар науқастарда жеке тұлғаның бұзылуы және терапевтік қауымдастық жағдайында оңалту мүмкіндігі. Павлодар қ.: ЭКО.

БҰҰ ЖАҢАЛЫҚТАР ОРТАЛЫҒЫ. (2014 Ж., 20 МАМЫР). СИНТЕТИКАЛЫҚ ЕСІРТКІЛЕР ОРТАЛЫҚ АЗИЯ МЕН ШЫҒЫС ЕУРОПАҒА ӨТЕДІ. 2017 Ж. 25 ЖЕЛТ., ИЗ [HTTP://WWW.UN.ORG](http://www.un.org): [HTTP://WWW.UN.ORG/ RUSSIAN/NEWS/STORY.ASP?NEWSID=21672](http://www.un.org/russian/news/story.asp?newsid=21672) АЛЫНДЫ.

2018

KAZAKHSTAN КАЗАХСТАН

This publication has been produced with the assistance of the European Union. The contents of this publication are the sole responsibility of authors together with ResAd s.r.o. (LLC), and can in no way be taken to reflect the views of the European Union, or the Government of the Republic of Kazakhstan.

Данная публикация была подготовлена при поддержке Европейского Союза. Содержание данной публикации является исключительной ответственностью авторов и ResAd s.r.o., и ни в коей мере не может отражать взгляды Европейского Союза или Республики Казахстан.

The European Union is made up of Member States who have decided to gradually link together their know-how, resources and destinies. Together, during a period of enlargement of more than 50 years, they have built a zone of stability, democracy and sustainable development whilst maintaining cultural diversity, tolerance and individual freedoms. The European Union is committed to sharing its achievements and its values with countries and peoples beyond its borders.

Европейский Союз состоит из государств-членов, которые решили постепенно объединить свои знания, ресурсы и судьбы. В течение периода роста длившегося более 50 лет, они вместе построили зону стабильности, демократии и постоянного развития при этом сохранив многообразие культур, терпимость и гражданские свободы. Европейский Союз привержен принципам передачи своих достижений и ценностей странам и народам, находящимся за его пределами.

Published by © ResAd, 2019
Опубликовано © ResAd, 2019
Мен жарияланған © ResAd, 2019

1st edition | 1-е издание | 1ші басылым

Distributed free of charge.