



Казахстан

Наркологическая ситуация и антинаркотическая политика

Ольга ФЕДОРОВА и Алексей ЧИНГИН
Декабрь 2014 г.



Pompidou Group of the Council of Europe
Co-operation Group to Combat Drug Abuse and Illicit trafficking in Drugs



Предисловие

Группа Помпиду публикует серию материалов под названием «профили стран», чтобы описать текущую ситуацию с потреблением наркотиков и политику своих государств-членов, а также государств-соседей в Европе, в том числе и в Центральной Азии. Цель данной серии – провести обзор по вопросам и тенденциям в сфере оборота нелегальных наркотиков и предоставить информацию о существующих политике, законодательстве и практических мерах. Мы надеемся, что «профили стран» станут полезным источником информации и ссылок для тех, кто разрабатывает политику, кто занимается практикой и всех заинтересованных лиц.

В данной публикации рассматривается состояние дел и антинаркотическая политика в Казахстане; также для заинтересованных лиц проводится описательный анализ страны на предмет тенденций, связанных с потреблением и распространением наркотиков, действующей политики и законодательства, а также информации о мерах профилактики и лечения и деятельности правоохранительных органов. Кроме того, в публикации описана роль программ по заместительной терапии и снижению вреда, а также варианты лечения, доступные в местах лишения свободы. В дополнение к этому, в данной публикации представлен обзор различных международных обязательств и отношений с соседними странами по вопросу о применении мер снижения предложения наркотиков и спроса на них. И самое главное, в данной публикации представлен обзор состояния реализации национальной антинаркотической политики Казахстана.

Группа Помпиду выражает свою признательность и благодарность Департаменту по антинаркотической политике Президентства Совета Министров Италии за финансовую поддержку публикации серии «профили стран» Группы Помпиду.



Ян МАЛИНОВСКИЙ

Исполнительный секретарь Группы Помпиду

ВИЧ	Вирус иммунодефицита человека
ВГС	Вирус гепатита С
ГФСТМ	Глобальный фонд для борьбы со СПИД, туберкулезом и малярией
ДЭН	Дозорный эпидемиологический надзор
КАДАП	Программа ЕС по предотвращению распространения наркотиков в Центральной Азии
ИППП	Инфекции, передающиеся половым путем
МЛС	Места лишения свободы
МВД	Министерство внутренних дел
НПО	Неправительственные организации
ОЗТ	Опиоидная заместительная терапия
ПАВ	Психоактивное вещество
ПИН	Потребители инъекционных наркотиков
ППР	Психические и поведенческие расстройства
РК	Республика Казахстан
РНПЦ МСПН	Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании
СПИД	Синдром приобретённого иммунодефицита
УИС	Уголовно-исполнительная система
УНП ООН	Управление ООН по наркотикам и преступности

Содержание

Предисловие	3
Условные сокращения	4
Введение	7
Краткое описание страны	7
Общая демографическая статистика	8
Наркологическая ситуация в Республике Казахстан	10
Обзор наркоситуации в стране	10
Потребление наркотиков	11
Смертность среди потребителей наркотиков	14
Преступления, связанные с наркотиками	15
Ситуация в тюрьмах	17
Эпидемиологическая ситуация	19
Антинаркотическая политика в Республике Казахстан	21
Национальная стратегия по наркотикам	21
Нормативно-правовая база по наркотикам	22
Профилактические программы	26
Система лечения наркозависимых	28
<i>Наркологическая сеть</i>	29
<i>Опиоидная заместительная терапия</i>	32
<i>Лечение наркозависимых в тюрьмах</i>	34
Снижение рисков и вреда	36
Международное сотрудничество	38
Заключение	42
Библиография	44

Введение

Краткое описание страны

Республика Казахстан (РК) является унитарным государством с президентской формой правления. Главой государства является президент, главой правительства – премьер-министр. Согласно Конституции, страна утверждает себя демократическим, светским, правовым и социальным государством, высшими ценностями которого являются человек, его жизнь, права и свободы. Казахстан обрел независимость 16 декабря 1991 года. Столица – город Астана. Самый крупный город – Алматы.

Государственный язык – казахский. Русский имеет статус языка межнационального общения. Денежная единица – тенге (1 евро = примерно 204 тенге).

Казахстан находится в центре Евразийского континента. Республика Казахстан расположена на северо-западе Центральной Азии и на юго-востоке Восточной Европы. Казахстан занимает 9 место в мире по размеру площади территории. Территория 2 724 900 кв. км (2011 год).¹ Общая протяженность сухопутных границ – 13 200 км. На севере и западе Казахстан граничит с Россией – 7 591 км (самая длинная непрерывная сухопутная граница в мире), на юге с Туркменистаном – 426 км, Кыргызстаном – 1 242 км, Узбекистаном – 2 351 км, а на востоке с Китаем – 1 783 км.

Республика Казахстан – индустриальная страна. Важным источником экономического роста Казахстана является добыча полезных ископаемых. Минерально-сырьевая база страны состоит из более 5 тысяч месторождений, прогнозная стоимость которых оценивается в десятки трлн. долларов США. Республика занимает первое место в мире по разведанным запасам цинка, вольфрама и барита, второе место по запасам серебра, свинца и хромитов, третье – меди и флюорита, четвертое – молибдена, шестое – золота. Казахстан имеет значительные запасы нефти и газа и относится к разряду ведущих нефтедобывающих государств мира – более 80 млн. тонн нефти и газового конденсата в год.

¹ Обзор страновой ситуации: Казахстан. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction: <http://www.emcdda.europa.eu/publications/country-overviews/kz>

Большое внимание в стране уделяется развитию сельского хозяйства. Казахстан входит в десятку ведущих мировых экспортеров зерна и является одним из лидеров по экспорту муки. 70% пахотных земель на севере занято зерновыми и техническими культурами – пшеницей, ячменем, просом. На юге страны выращивают рис, хлопчатник, табак. Ведущей отраслью сельского хозяйства остается животноводство: разведение крупного рогатого скота, лошадей, верблюдов и свиней.²

Общая демографическая статистика

Численность населения Казахстана на 1 июня 2012 года составляла 16 млн. 760 тыс. человек.³ Численность населения на начало 2014 года – 17 160 774 человек⁴, что говорит о постоянном увеличении численности населения. В частности, в самом крупном городе Республики – Алматы – проживает 1,4 миллиона человек.

Этническая структура казахстанского общества согласно национальной переписи 2009 года выглядит следующим образом: казахи – 63,07%, русские – 23,70%, узбеки – 2,85%, украинцы – 2,08%, уйгуры – 1,40%, татары – 1,28%, немцы – 1,11%, другие – 4,51 %.

Численность занятого населения – 8 570 648,0 человек. Занятое население в трудоспособном возрасте – 8 413 887 человек (2013 год). Численность безработных в трудоспособном возрасте – 470 696 (2013 год). Уровень безработицы – 5,2% на 2013 год. Уровень долгосрочной безработицы в трудоспособном возрасте – 2,5%. Средний возраст занятого населения – 38 лет.⁵

Величина прожиточного минимума – 17789 тенге (2013 год).

² Официальный сайт Президента Республики Казахстан:
<http://www.akorda.kz/ru/category/kazakhstan>

³ Там же.

⁴ Министерство национальной экономики Республики Казахстан, Комитет по статистике/
Раздел – Демография: <http://taldau.stat.kz>

⁵ Министерство национальной экономики Республики Казахстан, Комитет по статистике/
Раздел – Статистика труда и занятости: <http://taldau.stat.kz/ru>

Показатель	Год	Число
Население (на начало года)	2014	17 160 774 чел.
Численность занятого населения	2013	8 570 648 чел.
Занятое население в трудоспособном возрасте	2013	8 413 887 чел.
Численность безработных в трудоспособном возрасте	2013	470 696 чел.
Уровень безработицы	2013	5,2%
Уровень безработицы в трудоспособном возрасте	2013	5%
Уровень долгосрочной безработицы	2013	3%
Уровень долгосрочной безработицы в трудоспособном возрасте	2013	3%

Наркологическая ситуация в Республике Казахстан

Обзор наркоситуации в стране

Производство, распространение и потребление нелегальных наркотиков вызывает в Казахстане огромную озабоченность. В силу своего географического положения, в настоящее время Казахстан является транзитной страной для нелегального наркотрафика. Прозрачные границы и достаточно разветвленная сеть транспортных путей делают Казахстан частью так называемого «Северного маршрута», способствуя продвижению нелегальных наркотиков в Европу и Россию.

Основной внешний источник поставки наркотических средств – Афганистан. Площадь культивирования опийного мака в Афганистане в 2014 году составила 224 тыс. гектаров (на 7% увеличение по сравнению с 2013 годом).⁶ Героин, производимый в Афганистане, экспортируется контрабандным путем в другие страны через «Северный маршрут», который проходит через страны Центрально-азиатского региона, к которым относится и Казахстан.

В Афганистане производится приблизительно 340 тонн чистого героина, на «Северный маршрут» приходится около 100 тонн ежегодно. По мнению международных экспертов, посредством указанного маршрута транспортируется 25-30% от всего объема производимого героина.⁷ Соответственно, северный путь поставки героина, проходящий через страны Центральной Азии, имеет большое значение для международного нелегального наркотрафика.

⁶ *Afghanistan. Opium Survey 2014. Cultivation and Production. UNODC. 2014. P. 6.*

⁷ *Анализ статистических данных о состоянии борьбы с незаконным оборотом наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров в Республике Казахстан за 2013 год. 15 января 2014 года, Астана. Комитет по правовой статистике и специальным учетам Генеральной Прокуратуры Республики Казахстан. Стр. 5.*

Высокая доходность операций от незаконного оборота наркотиков способствует устойчивому объему рынка незаконного предложения наркотиков в Республике Казахстан. По экспертным данным, полученным в результате мониторинга, доходность незаконных операций с наркотиками составляет в Казахстане 500 и более процентов и остается стабильной на протяжении последних лет.⁸

Потребление наркотиков

По данным Комитета по правовой статистике и специальным учетам Генеральной Прокуратуры Республики Казахстан в целом по республике состоит на учете – 39 498 лиц, употребляющих наркотические вещества (в 2012 году – 40 858, что на 3,3% выше, чем в 2013 году); из них – 2 995 женщин (в 2012 году – 3 114), 1 724 – несовершеннолетних (в 2012 году – 2 069).⁹

Максимальные показатели по числу лиц, злоупотребляющих наркотическими средствами, наблюдаются в Карагандинской – 4 598 лиц, Павлодарской – 3 957 областях, г. Алматы – 3 871.

Несмотря на снижение общего числа лиц, поставленных на учет, идет увеличение числа потребителей психотропных веществ – на 4,5% больше в 2013 году (4 732 чел.), чем в 2012 году (4 530 чел.). Их удельный вес на 1 января 2014 года составил 11,9% от общего числа зарегистрированных наркозависимых лиц (на 1 января 2013 года – 11%).

В то же самое время произошло снижение числа потребителей героина, что, скорее всего, говорит о его вытеснении другими веществами со схожими эффектами. Из 39 498 зарегистрированных наркоманов 45,7% являются потребителями героина (в 2012 году – 47%).

Таблица 1. Сведения о результатах постановки на учет лиц, злоупотребляющих наркотическими средствами, психотропными веществами и прекурсорами, в разрезе возрастных групп.

Период	Лица, злоупотребляющие наркотическими средствами, психотропными веществами и прекурсорами			
	До 14 лет	15-17 лет	18-30 лет	31 год и выше
2012 год	353	1 716	14 269	24 520
2013 год	265	1 459	12 875	24 899

⁸ Отраслевая программа борьбы с наркоманией и наркобизнесом в Республике Казахстан на 2012 – 2016 годы. Утверждена постановлением Правительства Республики Казахстан от 12 апреля 2012 года № 451.

⁹ Анализ статистических данных о состоянии борьбы с незаконным оборотом наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров в Республике Казахстан за 2013 год. 15 января 2014 года, Астана. Комитет по правовой статистике и специальным учетам Генеральной Прокуратуры Республики Казахстан. Стр. 8-9.

По состоянию на 01.01.2013 г. в организациях наркологической службы на учёте состояло 24,5% потребителей инъекционных наркотиков (ПИН) от их оценочного количества (¼ часть). В числе ПИН 89% составляют мужчины и 11% – женщины. Самое большое число ПИН имеет место в Павлодарской, Карагандинской, Мангистауской, Восточно-Казахстанской областях, городе Алматы.¹⁰

Вместе с тем, учитывая, что не все наркозависимые лица ставятся на учет, их фактическое число, по оценкам экспертов, значительно больше. Согласно данным Республиканского научно-практического центра медико-социальных проблем наркомании (РНПЦ МСПН), в Казахстане проживало на 2008 год около 100 000 ПИН.¹¹ В соответствии с данными дозорного эпидемиологического надзора за ВИЧ (ДЭН), оценочное число ПИН на 01.01.2013 года (те, кто употреблял наркотики в течение последних 12 месяцев) составляло 116 840 человек (2010 г. – 119 000, 2011 г. – 123 640 чел.).¹² Это в 3,5 раза выше, чем количество ПИН, официально состоящих на учете в наркологических диспансерах.¹³ По оценочным данным на декабрь 2013 года в Казахстане было 112 740 ПИН.¹⁴

В 2012 году средний возраст начала употребления первичного проблемного наркотика составил – 22,6 года, медиана – 20,1 года. Минимальным возрастом первой пробы стал возраст 5 лет, первичными веществами являлись летучие органические вещества и алкоголь. Максимальный возраст первичного употребления наркотика составил 65 лет (злоупотребление снотворными и седативными веществами). Свыше 50% от всех пролеченных лиц начали употреблять психоактивные вещества (ПАВ) до 25-летнего возраста (в 2011 г. – 56,3%, в 2012 году – 61,7%).¹⁵

¹⁰ Мониторинг наркологической ситуации в Республике Казахстан за 2012 год. Аналитический отчет. РНПЦ МСПН. Стр. 4.

¹¹ Опиоидная заместительная терапия в некоторых странах Восточной Европы и Центральной Азии. Ноябрь, 2008 год. Отчет подготовлен О. Айзбергом для Евразийской сети снижения вреда (ENRN).

¹² Дозорный эпидемиологический надзор (ДЭН), реализуемый региональными СПИД-центрами при координации и контроле Республиканского Центра по борьбе со СПИД, считается одним из самых полных источников данных о взаимосвязи здоровья и последствий потребления ПАВ. Основанием для проведения ДЭН является приказ МЗ РК от 23.12.2005 г. № 634 «Об организации и проведении дозорного эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией в Республике Казахстан» и прилагаемые к нему типовые календарный план и методические рекомендации. Начиная с 2005 года, ДЭН среди ПИН проводится во всех областях Казахстана.

¹³ Оценка программы опиоидной заместительной терапии в республике Казахстан. Алматы, 2012. Отчет подготовили сотрудники ICAP Азизбек Болтаев, Анна Дерябина, Андреа Ховард.

¹⁴ Национальный доклад о достигнутом прогрессе в осуществлении глобальных мер в ответ на СПИД. Отчетный период: 2013 год. Республиканский Центр по профилактике и борьбе со СПИД, 2014. Стр. 26.

¹⁵ Мониторинг наркологической ситуации в Республике Казахстан за 2012 год. Аналитический отчет. РНПЦ МСПН. Стр. 27.

Таблица 2. Возраст первой пробы наркотика (данные 2011 – 2012 гг.)¹⁶

	Возрастные группы	2011 г.		2012 г.	
		Всего %	Впервые пролеченные (%)	Всего %	Впервые пролеченные (%)
1.	0 – 12 лет	0,4	0,6	1,4	1,0
2.	12 – 15 лет	3,3	3,4	3,7	3,5
3.	15 – 18 лет	16,4	16,5	16,8	15,0
4.	18 – 25 лет	39,9	40,1	44,9	42,9
5.	25 – 45 лет	28,5	29,9	29,1	32,6
6.	45 лет и старше	0,5	0,9	0,9	1,1

В 83% случаев на стационарное лечение поступают пациенты возрастной группы 25-45 лет, средний возраст пролеченных пациентов составляет 34-35 лет. На 8 пациентов мужского пола приходится 1 женщина.

Приблизительно каждый второй пациент по национальности является русским, каждый третий – казахом. В 2011-2012 годах более двух третей всех пациентов являлись безработными. Трудовую деятельность на регулярной основе в 2011 г. вели только 2 человека из 100, в 2012 г. – 3 из 100 человек.

Средняя продолжительность употребления наркотиков составила 8-10 лет, при этом 11% ПИН употребляли наркотики не более двух лет. Героин является основным потребляемым инъекционным наркотиком (87,2%). 12,6 % респондентов ДЭН принимали растворы, приготовленные из опиума-сырца.¹⁷

В 2013 году число лиц с впервые в жизни установленным диагнозом психических и поведенческих расстройств (ППР), вызванных употреблением ПАВ, уменьшилось с 52283 чел. до 47387 чел. по сравнению с 2012 годом. Отмечается рост выявляемости ППР, вызванных употреблением опиоидов, на 8%, употреблением каннабиноидов – на 8,7%, сочетанным употреблением – на 19,2%. Первичная заболеваемость ППР, вызванных употреблением алкоголя, понизилась с 276,5 до 241,1 на 100 тыс. населения.

¹⁶ Там же, стр. 27.

¹⁷ Оценка программы опиоидной заместительной терапии в Республике Казахстан. Алматы, 2012. Отчет подготовили сотрудники ICAP Азизбек Болтаев, Анна Дерябина, Андреа Ховард

Смертность среди потребителей наркотиков

Число смертельных исходов в результате отравлений (в том числе от передозировки) ПАВ (кроме алкоголя) – 343 случая (в 2012 году – 155 случаев). Умерло в результате отравления алкоголем – 946 человек (в 2012 году – 1 137).

В 2013 году были сняты с наркологического учета 1 064 человека в связи со смертью, что на 0,6% больше, чем в 2012 году (1 058 человек). От передозировки умерло на 31,6% больше в 2013 году, чем в 2012, показатель возрос с 76 до 100 человек. Наибольший уровень смертности среди наркозависимых зарегистрирован в г. Алматы – 170 чел., г. Астана – 129 чел., Карагандинской области – 110 чел. и Павлодарской области – 85 чел.

Таблица 3. Количество отравлений ПАВ, кроме алкоголя, в 2012 – 2013 гг. ¹⁸

Год	Всего отравлений	В том числе			Число смертельных исходов в результате отравлений	Число отравлений на 100 тыс. населения	Число смертей на 100 тыс. населения Женщин
		Детей до 14 лет	Детей от 15 до 17	лет 2012			
1	059	481	47	24	155	6,3	0,9
2013	1 743	590	33	37	343	10,2	2,0

Таблица 4. Количество алкогольных отравлений в 2012 – 2013 гг. ¹⁹

Год	Всего алкогольных отравлений	В том числе			Число смертельных исходов в результате отравлений	Число отравлений на 100 тыс. населения	Число смертей на 100 тыс. населения
		женщин	детей до 14 лет	детей от 15 до 17 лет			
2012	14 138	2 778	61	73	1 137	83,6	6,7
2013	14 745	2 174	46	59	946	86,6	5,6

По данным мониторинга случаев отравления ПАВ и смертельных исходов от отравлений ПАВ, проводимом наркологическими медицинскими организациями Республики Казахстан, показатель смертности от

¹⁸ Наркологическая помощь населению Республики Казахстан за 2012-2013 годы. Статистический сборник. Павлодар, 2014. Стр. 36.

¹⁹ Там же, стр. 35.

отравлений ПАВ снизился за период с 2008 года по 2012 год среди всего населения более чем в 4 раза, среди женщин – в 1,5 раза.²⁰

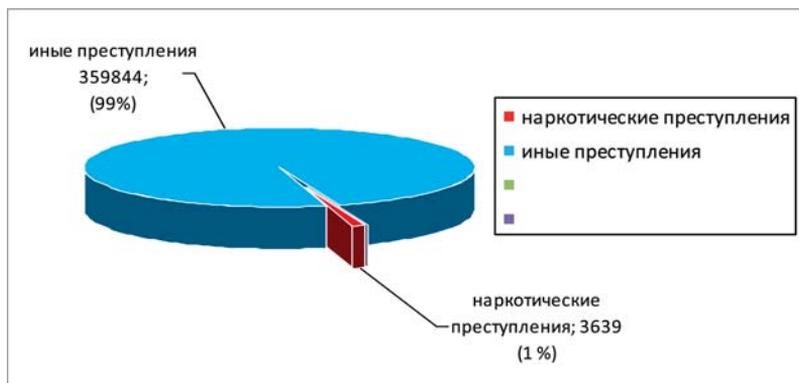
Преступления, связанные с наркотиками

Анализ статистических данных за период с 2009 по 2013 годы указывает на относительную стабилизацию уровня распространения наркотиков.

За 2013 год правоохранительными органами Республики Казахстан зарегистрировано 3 639 наркопреступлений, за 2012 год – 3 886 преступлений, что меньше на 6,4 %²¹.

Отмечается снижение удельного веса зарегистрированных преступлений, связанных с незаконным оборотом наркотиков, психотропных веществ и прекурсоров, в общем количестве зарегистрированных общеуголовных преступлений. Удельный вес наркопреступлений составил в 2009 году – 5,1%, 2010 году – 4,9%, 2011 году – 2,1%, 2012 году – 1,35%, а в 2013 году – 1%.

Диаграмма №1. Удельный вес наркотических преступлений от общего количества преступлений в 2013 году²²



²⁰ Мониторинг наркологической ситуации в Республике Казахстан за 2012 год. Аналитический отчет. РНПЦ МСПН.

²¹ Анализ статистических данных о состоянии борьбы с незаконным оборотом наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров в Республике Казахстан за 2013 год. 15 января 2014 года, Астана. Комитет по правовой статистике и специальным учетам Генеральной Прокуратуры Республики Казахстан. Стр. 2

²² Там же, стр. 2.

Наибольшее количество наркопреступлений зарегистрировано в г. Алматы (360), Карагандинской (357), Жамбылской (337) и Костанайской (328) областях.

Среди наркопреступлений преобладают преступления, связанные с незаконным изготовлением, приобретением, хранением, перевозкой, пересылкой либо сбытом наркотических средств или психотропных веществ. Всего в 2013 году было зарегистрировано 3 247 таких преступлений, по сравнению с 3 526 преступлениями за 2012 год, что на 7,9% меньше, чем в 2013 году. Их удельный вес от общего количества зарегистрированных преступлений данной категории составил – 89,2%.

6,32% (226) от числа зарегистрированных наркопреступлений в 2013 году приходится на контрабанду наркотических средств и психотропных веществ. Остальные 4,48% приходятся на следующие виды преступлений: хищение либо вымогательство наркотических средств или психотропных веществ, склонение к потреблению наркотических средств или психотропных веществ, незаконное культивирование запрещенных к возделыванию растений, содержащих наркотические вещества, организация или содержание притонов для потребления наркотических средств, психотропных веществ, или предоставление помещений для тех же целей.

Средний возраст лиц, совершивших наркопреступления, составляет 30-39 лет. Основная часть привлеченных к уголовной ответственности это безработные.

**Таблица 5. Анализ преступлений, совершенных на почве употребления ПАВ
Совершено преступлений на почве употребления ПАВ**

2012 г.	2013 г.	рост/ сниже	ние % Всего
370 355	- 4,1%	В том	числе
			Преступле-
ния против личности	9	5	- 44,4%
Преступления против собственности	23	29	+ 26,1%
Преступления против общественной безопасности и общественного порядка	18	29	+61,1%
Преступления против здоровья населения и нравственности	306	284	-7,2% A reduction by

В 2013 году наблюдается уменьшение количества наркотических средств, изъятых из незаконного оборота, на 2,6% по сравнению с 2012 годом (с 28,82 т. до 28,07 т.), в том числе марихуаны – с 27 т. 956 кг до 26 т. 991 кг, гашиша – с 225,8 кг до 196 кг. Общий вес изъятого героина в стране составил 753,8 кг (306,7 кг за 2012 год).

По статистике за 2013 год на 61,4% по сравнению с 2012 годом уменьшился объем изъятых наркотических средств и психотропных веществ, поступивших контрабандным путем (с 329,1 кг за 2012 г. до 127,0 кг за 2013 г.).

Одной из приоритетных задач в сфере профилактики наркомании среди населения также является выявление и пресечение административных правонарушений, связанных с незаконным оборотом наркотических средств и психотропных веществ.

За совершение административных правонарушений, связанных с незаконным обращением наркотиков, за 2013 год судами привлечено к ответственности 8 950 лиц (за 2012 год – 8 016), что на 11,7% больше. Из них привлечено к ответственности с применением административного ареста 3 869 (за 2012 год – 3 079), что на 25,6% больше, с наложением штрафа 2 951 (за 2012 год – 3 752), что на 21,3% меньше. За непринятие мер к уничтожению дикорастущей конопли за данный период привлечено 487 лиц (за 2012 год – 273), рост на 78,4%.²³

Ситуация в тюрьмах

Согласно приказам Министра здравоохранения от 12.12.2011 г. № 888²⁴ и Министра внутренних дел от 14.12.2011 г. № 660²⁵ в Республике Казахстан создана система мониторинга и оценки наркологической ситуации в уголовно-исполнительной системе (УИС). Всего осужденных на 31.12.2013 г., находящихся в исправительных учреждениях УИС Республики Казахстан, 44 893 человека. Из общего количества, более 10% (6 099) больных находятся на учете как имеющие зависимость от ПАВ и алкоголя. Состоит под наблюдением 2 963 ПИН на 31.12.2013 г.²⁶

²³ Анализ статистических данных о состоянии борьбы с незаконным оборотом наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров в Республике Казахстан за 2013 год. 15 января 2014 года, Астана. Комитет по правовой статистике и специальным учетам Генеральной Прокуратуры Республики Казахстан. Стр.10.

²⁴ Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 12.12.2011 г. № 888 «О создании системы мониторинга и оценки наркологической ситуации в уголовно-исполнительной системе Республики Казахстан».

²⁵ Приказ Министра внутренних дел Республики Казахстан от 14.12.2011 г. № 660 «О создании системы мониторинга и оценки наркологической ситуации в уголовно-исполнительной системе Республики Казахстан».

²⁶ Аналитическая записка по мониторингу наркологической ситуации в уголовно-исполнительной системе Республики Казахстан за 2013 год. РНПЦ МСПН.

Таблица 6. Доля ПИН в составе контингента больных ППР, вызванными употреблением наркотиков (кроме алкоголя), в учреждениях УИС РК

Всего под наблюдением больных с зависимостью от ПАВ (кроме алкоголя) на 31.12.2013 г.	Состоит под наблюдением ПИН на 31.12.2013 г.	
	Всего	Доля ПИН
3 328	2 963	89,0%

Распространенность ВИЧ-инфекции в местах лишения свободы (МЛС) на 31.12.2013 г. – 1 641 человек. Больше всего в расчете на 1 000 осужденных лиц показатель распространенности ВИЧ-инфекции в МЛС следующих областей: Алматинской (47,4), Восточно-Казахстанской области (43,5), Жамбылской (44,9), Карагандинской (51,4) и Северо-Казахстанской области (40,1), при показателе по РК – 36,6. Самый низкий показатель распространенности ВИЧ-инфекции – в МЛС Актюбинской области (6,8). Являются ПИН 95,7% среди лиц, имеющих ВИЧ-инфекцию, и 83,4% – среди лиц, имеющих вирусный гепатит С (ВГС).

Распространенность ВИЧ-инфекции в МЛС более чем в 45 раз выше, чем среди гражданского населения (соответственно 36,6 и 0,8 на 1 000 населения).

Таблица 7. Число лиц, осужденных за преступления, связанные с наркотиками, в учреждениях УИС РК (на 31.12.2013 года)

Число лиц, осужденных за незаконное хранение наркотиков без целей сбыта						Число лиц, осужденных за незаконное хранение наркотиков с целью сбыта					
Всего		с опиоидной зависимостью		с зависимостью от каннабиса		Всего		с опиоидной зависимостью		с зависимостью от каннабиса	
М+Ж	Ж	М+Ж	Ж	М+Ж	Ж	М+Ж	Ж	М+Ж	Ж	М+Ж	Ж
1 753	142	1 035	118	66	0	2 690	243	838	130	176	0

Согласно официальным данным, в сравнении с 2012 годом в 2013 году в МЛС возросло число осужденных на 7,6%. В тоже самое время число лиц, состоящих на наркологическом учете, снизилось на 10,2%. Показатель контингента общего наркологического учета снизился на 16,6%. Показатель контингента с алкогольной зависимостью снизился на 11%, контингента с зависимостью от наркотиков - на 22% .

Число лиц, состоящих на наркологическом учете в МЛС, выше в 10 раз, чем в гражданском секторе здравоохранения по всем видам зависимости (на 1 000 населения старше 18 лет). Особенно, в сравнении по зависимости от нелегальных наркотиков – в 30 раз (опиоиды, каннабиноиды).

Таблица 8. Показатели контингента наркологического учета на 31.12.2013 г. в гражданском здравоохранении и в УИС РК (на 1 000 взрослого населения)

Показатели		Гражданское здравоохранение на 31.12.2013 г.	Медицинская служба УИС на 31.12.2013 г.
Всего состоит под наблюдением		13,6	135,9
из них	с зависимостью от алкоголя	11,3	70,1
	с зависимостью от др. ПАВ	2,2	65,8

Доля женщин среди контингента наркологического учета среди больных в МЛС с зависимостью от наркотиков выше, чем среди гражданского населения. В основном, возраст лиц, находящихся на наркологическом учете в МЛС, от 30 до 49 лет (59,1%).

Молодые люди в возрасте от 18 до 29 лет составляют 30,5% из всех лиц, находящихся на наркологическом учете в МЛС, а в гражданском секторе здравоохранения молодые люди данного возраста составляют 0,8% контингента лиц, состоящих на наркологическом учете.

Эпидемиологическая ситуация

Наиболее отягощающим последствием инъекционного потребления наркотиков продолжает оставаться инфицирование ВИЧ и гепатитами. Эпидемия ВИЧ-инфекции в Казахстане находится в концентрированной стадии. Согласно официальной статистике, основанной на регистрации выявленных случаев ВИЧ-инфекции, по кумулятивным данным (1987 – 2013 гг.), общее число ВИЧ-инфицированных граждан на 31 декабря 2013 года составило 19 905 человек²⁷. СПИД диагностирован у 1 933 человек. Умерло 1 431 человек. Число людей, живущих с ВИЧ, – 14 742, среди детей – 384 (8,9 на 100 000 детского населения).²⁸ В 2013 году выявлено 42 случая ВИЧ-инфекции среди детей до 14 лет (в 2012 году – 33).

Согласно официальным данным показатель распространенности ВИЧ-инфекции среди населения республики составил 86,5 на 100 тыс. населения. Случаи ВИЧ-инфекции зарегистрированы во всех областях страны. Наибольшее число случаев на 100 тыс. населения

²⁷ Отчет о деятельности службы СПИД за 2013 год. Алматы, 2014. Министерство Здравоохранения Республики Казахстан, ГУ «Республиканский Центр по профилактике и борьбе со СПИД», стр. 6.

²⁸ Там же, стр. 7.

зарегистрировано в г. Алматы (190,6 или 19%), Павлодарской (178,6 или 0,18%) и Карагандинской (161,4 или 0,16%) областях.

По данным ДЭН распространенность ВИЧ-инфекции в 2013 году составила среди лиц, употребляющих инъекционные наркотики, – 4,8%²⁹ (в 2012 году среди ПИН – мужчин составил 3,8%, среди ПИН – женщин – 5%).³⁰ Распространенность ВГС в 2012 г. среди ПИН составила 63,1%.

Ежегодно проходят тестирование на выявление ВИЧ-инфекции более 2-х миллионов человек (в 2013 году – 2 398 537 тестов). Наибольшее число ВИЧ-инфицированных являются городскими жителями. В 2013 году преобладающим стал половой (гетеросексуальный) путь передачи – 59,8%, тогда как на парентеральный путь передачи пришлось 33,5%.

Преобладающим путём инфицирования, в структуре вновь зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции, для наркозависимых мужчин является внутривенная инъекционная практика (55,2%), а на половой путь передачи приходится 42,3%. Для женщин основным путем передачи инфекции является половой путь (81,8%), на парентеральный путь передачи при внутривенном потреблении наркотиков приходится только 15,6% от общего объема ПИН – женщин.³¹

В МЛС в 2013 году зарегистрировано 152 случая ВИЧ-инфекции, из них – 14 иностранных граждан (2012 год – 220 случаев). Можно говорить о стабилизации ситуации в учреждениях УИС.

Распространенность ВГС в 2012 г. среди ПИН составила – 63,1% (в 2011 – 61,3%). Показатель распространенности ВГС среди ПИН – мужчин (64,3%) выше, чем среди ПИН – женщин (56,9%). Распространенность ВГС выше у лиц старше 25-летнего возраста, являющихся ПИН (64,9%), чем у ПИН моложе 25 лет (46,6%).³²

²⁹ Национальный доклад о достигнутом прогрессе в осуществлении глобальных мер в ответ на СПИД. Отчетный период: 2013 год. Республиканский Центр по профилактике и борьбе со СПИД. 31 марта 2014 года, стр. 7.

³⁰ Мониторинг наркологической ситуации в Республике Казахстан за 2012 год. Аналитический отчет. РНПЦ МСПН. Стр.5.

³¹ Там же, стр. 5.

³² Мониторинг наркологической ситуации в Республике Казахстан за 2012 год. Аналитический отчет. РНПЦ МСПН. Стр. 30-31.

Антинаркотическая политика в Республике Казахстан

Национальная стратегия по наркотикам

В Республике Казахстан решение проблем, связанных с потреблением наркотиков, является одной из приоритетных задач, что отражается в Правительственных программах. На основании Указа Президента РК от 1 февраля 2010 года № 922 «О стратегическом плане развития Республики Казахстан до 2020 г.» разработаны и утверждены:

1. Государственная программа развития здравоохранения РК «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 г. (Указ Президента РК от 29.11.2010 г. № 1113).
2. Отраслевая программа борьбы с наркоманией и наркобизнесом в РК на 2012-2016 годы (постановление Правительства РК от 12.04.2012 г. № 451).³³

Цель программы «Саламатты Қазақстан» направлена на улучшение здоровья граждан Казахстана для обеспечения устойчивого социально-демографического развития страны. Ключевыми задачами программы являются:

- усиление межсекторального и межведомственного взаимодействия по вопросам охраны здоровья граждан и обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия;
- развитие и совершенствование Единой национальной системы здравоохранения;
- совершенствование медицинского и фармацевтического образования, развитие медицинской науки и фармацевтической деятельности.

³³ Информационно-правовая система нормативных правовых актов Республики Казахстан: www.adilet.zan.kz/rus/docs/P1200000451

В 2011 году около 12% мероприятий, предусмотренных в рамках программы «Саламатты Қазақстан», были напрямую связаны с развитием и совершенствованием системы профилактики наркомании и её последствий, а также с развитием системы лечения наркозависимых лиц.

Основной целью отраслевой программы борьбы с наркоманией и наркобизнесом является дальнейшее совершенствование системы эффективного государственного и общественного противодействия наркомании и незаконному обороту наркотиков.

В данном документе представлены мероприятия согласно трем основным задачам:

- совершенствование системы профилактики, лечения наркотической зависимости и развитие системы реабилитации наркозависимых лиц;
- пресечение незаконного оборота наркотических средств посредством укрепления механизма противодействия незаконному обороту наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров;
- укрепление международного сотрудничества в области контроля незаконного оборота наркотиков и злоупотребления ими.

Мероприятия Программы, которые в основном продолжают направления предыдущей Программы на 2009–2011 годы, также предусматривают реализацию ряда законодательных инициатив: введение альтернативных форм наказания, предусматривающих для наркозависимых лиц, совершивших преступления небольшой тяжести, альтернативу уголовному наказанию (лишению свободы) в виде принудительного лечения наркологических заболеваний.

Нормативно-правовая база по наркотикам

Основополагающими документами, определяющими текущую национальную политику, стратегию и содержание программ по сокращению спроса на наркотики, а также по профилактике распространения ВИЧ/СПИДа среди потребителей инъекционных наркотиков в Республике Казахстан, являются:

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 28 ноября 2005 г. № 91-3 «О ратификации Международного пакта о гражданских и политических правах».
4. Закон Республики Казахстан от 21 ноября 2005 г. № 87-3 «О ратификации Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах».

5. Закон Республики Казахстан от 7 апреля 1995 года № 2184 «О принудительном лечении больных алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией» (с изменениями и дополнениями по состоянию на 29.09.2014 г.).
6. Закон Республики Казахстан «О наркотических средствах, психотропных веществах, прекурсорах и мерах противодействия их незаконному обороту и злоупотреблению ими» от 10 июля 1998 года № 279-1 (с изменениями и дополнениями по состоянию на 29.09.2014 г.).
7. Указ Президента Республики Казахстан от 29 ноября 2010 года № 1113 «Об утверждении Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011 – 2015 годы».
8. Послание Президента страны народу Казахстана от 10 октября 1997 года «Казахстан – 2030. Процветание, безопасность и улучшение благосостояния всех казахстанцев».
9. 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» (с изменениями по состоянию на 10.08.2005 г.).
10. Постановление Правительства Республики Казахстан от 4 декабря 2009 года № 2018 «Об утверждении перечня социально значимых заболеваний и заболеваний, представляющих опасность для окружающих».
11. Постановление Правительства Республики Казахстан от 29 января 2011 года № 41 «Об утверждении Плана мероприятий по реализации Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011 – 2015 годы».
12. 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».
13. 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».
14. Постановление Правительства Республики Казахстан от 3 ноября 2011 года № 1280 «Об утверждении Правил медицинского обследования лиц по клиническим и эпидемиологическим показаниям на наличие ВИЧ-инфекции».
15. Постановление Правительства Республики Казахстан «Об утверждении Правил осуществления государственного контроля над

оборотом наркотических средств, психотропных веществ, прекурсоров в РК» от 10 ноября 2000 года № 1693 (с изменениями и дополнениями по состоянию на 13.01.2006 г.).

16. Постановление Правительства Республики Казахстан от 5 декабря 2011 года № 1462 «Об утверждении Правил оказания медико-социальной помощи, предоставляемой гражданам, страдающим социально значимыми заболеваниями».
17. Постановление Правительства Республики Казахстан от 5 декабря 2011 года № 1464 «Об утверждении Правил оказания стационарной помощи».
18. 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» (с изменениями и дополнениями на 31.10.2008 г.).
19. 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» (с изменениями от 31.03.2004 г.).
20. Приказ Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 8 декабря 2005 года № 609 «О внедрении заместительной терапии».
21. Приказ Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 28 декабря 2007 года № 764 «Об утверждении протоколов лечения и диагностики» в редакции от 01.08.2011 г.
22. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 1 декабря 2009 года № 808 «Об утверждении Правил признания лица больным алкоголизмом, наркоманией, токсикоманией» (с изменениями от 12.03.2010 г.).
23. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 2 декабря 2009 года № 814 «Об утверждении Правил учёта, наблюдения и лечения лиц, признанных больными алкоголизмом, наркоманией, токсикоманией» (с изменениями от 05.01.2011 г.).
24. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 7 апреля 2010 года № 238 «Об утверждении типовых штатов и штатных нормативов организаций здравоохранения» (с изменениями и дополнениями по состоянию на 15.10.2012 г.).
25. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 12 марта 2010 года № 165 «Об утверждении Инструкции по производству судебно-наркологической экспертизы» (с изменениями от 31.01.2014 г.).
26. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 12 мая 2010 года № 333 «О расширении доступности опиоидной заместительной терапии».

27. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 28 июля 2010 года № 552 «Об утверждении Правил медицинского обследования на наличие ВИЧ-инфекции».
28. Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 11 августа 2010 года № 629 «О совершенствовании мероприятий по профилактике ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков».
29. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 20 декабря 2010 года № 986 «Об утверждении Правил оказания специализированной и высокоспециализированной медицинской помощи».
30. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 5 января 2011 года № 01 «Об утверждении Положения о деятельности центров временной адаптации и детоксикации».
31. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 5 января 2011 года № 02 «Об утверждении Положения о наркологических организациях (больницах, диспансерах)».
32. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 5 января 2011 года № 8 «Об утверждении протоколов диагностики и лечения ВИЧ и СПИД» (с изменениями и дополнениями по состоянию на 11.03.2012 г.).
33. 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» (с изменениями и дополнениями по состоянию на 17.02.2012 г.).
34. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 4 октября 2012 года № 691 «О расширении доступности опиоидной заместительной терапии в Республике Казахстан».³⁴

Наркологическая помощь лицам, зависимым от ПАВ, в Республике Казахстан осуществляется в рамках гарантированного объёма бесплатной медицинской помощи, который выполняется за счёт национального бюджета.

Основным законодательным документом является Кодекс Республики Казахстан о здоровье народа и системе здравоохранения (с изменениями и дополнениями по состоянию на 29.09.2014 г.). В главе 21 «Оказание медико-социальной помощи больным алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией», в ст. 130 организация медицинской помощи больным алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией определяется следующим образом «...1. Государство обеспечивает систему мер по предупреждению и лечению алкоголизма, наркомании и токсикомании. 2. Принудительные

³⁴ Мониторинг наркологической ситуации в Республике Казахстан за 2012 год. Аналитический отчет. РНПЦ МСПН. Стр. 6-8. .

меры медицинского характера применяются по решению суда в отношении лиц, совершивших преступления, признанных нуждающимися в лечении от алкоголизма или наркомании либо токсикомании, а также к лицам, совершившим административное правонарушение и признанным больными хроническим алкоголизмом, наркоманией или токсикоманией и уклоняющимся от добровольного лечения, и регулируются Законом РК № 2184 «О принудительном лечении больных алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией». Срок принудительного лечения по решению суда может составлять минимально от 6 месяцев и максимально до 2 лет».

Профилактические программы

Основные направления деятельности по профилактике потребления наркотиков обозначены в отраслевой программе борьбы с наркоманией и наркобизнесом в Республике Казахстан на 2012 – 2016 годы.³⁵

В Казахстане большинство профилактических программ и мероприятий реализуется в образовательных учреждениях. В 75 школах в 3 регионах (Жамбылская, Павлодарская, Карагандинская области) установлены компьютерные системы по психологическому тестированию рисков вовлечения в зависимость от ПАВ. В настоящее время программа внедряется в других регионах страны. В 2011 году впервые в стране при поддержке Управления ООН по наркотикам и преступности (УНП ООН) проведена оценка профилактических программ в образовательных учреждениях.³⁶

Педагогам и психологам среднеобразовательных школ предоставлены раздаточные материалы, где собраны лучшие практики психокоррекционной работы с «группами риска» по наркологическому профилю.

Создана образовательная программа, направленная на формирование позитивных жизненных навыков у учащихся школ, колледжей и студентов ВУЗов.³⁷ Данная программа рассчитана на несколько этапов:

I этап. Формирование представлений о здоровом образе жизни, мотивации к отказу от пробы ПАВ, развитие навыков межличностных отношений (начальная школа).

II этап. Формирование навыков, знаний и отношений, необходимых для принятия решений для отказа от употребления ПАВ (среднее звено, 5-7 классы).

³⁵ Постановление Правительства Республики Казахстан от 12 апреля 2012 года № 451 «Об Отраслевой программе борьбы с наркоманией и наркобизнесом в Республике Казахстан на 2012-2016 годы» (с изменениями и дополнениями от 08.07.2014 г.).

³⁶ Еспенова М., Керими Н., Омарова Ж. Оценка программ по профилактике злоупотребления наркотиками в школах Казахстана. Астана: УНП ООН, 2011.

³⁷ Обзор страновой ситуации: Казахстан. Данный обзор подготовлен в рамках проектов финансируемых Программой Европейской Комиссии по технической поддержке сообществ в независимых государствах (ТАСИС). 2010 г. Стр. 5-6.

III этап. Формирование компетентного представления о проблемах наркомании в современном обществе, развитие навыков взаимодействия, взаимной поддержки и самопомощи (старшее звено, 8-11 классы, студенты колледжей, 1-х курсов ВУЗов).

В школьные программы включены обучающие курсы по профилактике употребления ПАВ, ВИЧ/ СПИДа, формирование здорового образа жизни. Созданы школьная и семейная антинаркотические видеотеки, школьная антинаркотическая библиотека на бумажных и магнитных носителях, подготовлены пособия «Самоучитель эффективной семьи» и «Самоучитель эффективного родителя».

Государственные органы на национальном и региональном уровнях начали укреплять сотрудничество, в том числе и с вовлечением молодежных и неправительственных организаций (НПО).

Важную роль в области профилактики наркомании, зависимостей и других заболеваний играют Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании (РНПЦ МСПН) и Республиканский Центр здорового образа жизни.

РНПЦ МСПН проведена серия семинаров тренингов для педагогов, психологов среднеобразовательных учебных заведений «Способ раннего выявления рисков формирования и развития зависимости от психоактивных веществ у учащихся среднеобразовательных школ». При поддержке Республиканского центра здорового образа жизни в стране функционирует 17 молодежных центров здоровья, которые оказывают комплексные медико-психосоциальные услуги на дружественной к молодежи основе.

Принимаются меры по профилактике употребления наркотических средств в рамках физической культуры и спорта, в учебных заведениях на системной основе проводятся мероприятия под девизами «Спорт против наркотиков», «Туризм против наркотиков».

Проведены несколько мероприятий по поддержке неправительственных организаций, занимающихся вопросами профилактики наркозависимости. Реализован проект «Проведение комплекса мероприятий по противодействию наркомании», в рамках которого создана база данных по профильным НПО в Казахстане и странах СНГ с адресами, контактными телефонами и телефонами доверия. На основе анализа отечественного и зарубежного опыта в сфере формирования здорового образа жизни и профилактики наркомании подготовлены методические рекомендации.

На телеканалах транслируются антинаркотические ролики и документальные фильмы, в печатных СМИ публикуются статьи о вреде употребления наркотиков и мерах, принимаемых государством по профилактике наркозависимости.

Система лечения наркозависимых

В последние годы в Республике Казахстан разрабатываются и внедряются различные методы лечения и реабилитации лиц, зависимых от ПАВ, с целью совершенствования деятельности наркологических служб. Происходят коренные преобразования в системе наркологической помощи с целью разработки национальной модели казахстанской наркологии.³⁸

Наркологическая помощь в Республике Казахстан делится на следующие секторы:

- добровольная наркологическая помощь, оказываемая в системе Министерства здравоохранения (государственная и частная наркологическая помощь);
- недобровольная наркологическая помощь, оказываемая в системе Министерства здравоохранения (специализированные лечебно-наркологические больницы и отделения при наркологических диспансерах);
- наркологическая помощь (добровольная и недобровольная), оказываемая в пенитенциарных учреждениях МВД;
- наркологическая помощь, оказываемая в секторе НПО и других немедицинских учреждениях с социальным профилем деятельности.

Каждый сектор наркологической помощи ориентирован на определенную целевую группу, зависимую от ПАВ. Например, добровольная наркологическая помощь оказывается двум категориям лиц: лицам, не имеющим средств для лечения и реабилитации в частных учреждениях; данная категория под давлением обстоятельств вынуждена обращаться в государственные наркологические учреждения; а лица, располагающие финансовыми средствами обращаются для лечения в частный сектор. Недобровольная наркологическая помощь используется в попытке мотивировать потребителей ПАВ, подозреваемых в склонности к совершению правонарушений. Наркопотребители, отказывающиеся от получения помощи в медицинских организациях наркологического профиля, получают поддержку в НПО и организациях социального профиля.

В системе лечения наркозависимых в РК существует несколько этапов наркологической помощи:

- первично-профилактическая наркологическая помощь, предоставляемая сектором добровольной наркологической помощи системы здравоохранения и сектором наркологической помощи, оказываемой НПО и социальными учреждениями (взаимодействие с учреждениями образования; с НПО, действующими в первично-профилактическом секторе; с инспекторами системы МВД; с комиссиями по делам несовершеннолетних и т.д.);

³⁸ *Ескалиева А.Т. Организация современной наркологической помощи: интегрированный подход. Стр. 63-66./ Научно-практический журнал «Вопросы наркологии Казахстана». Том XII, 2012, Павлодар.*

- первичная наркологическая помощь, представленная во всех секторах за исключением недобровольной наркологической помощи в системе здравоохранения (взаимодействие с медицинскими учреждениями; центрами СПИД; НПО наркологической направленности, действующими в секторе третичной профилактики; токсикологическими отделениями; патрульными службами МВД);
- амбулаторное лечение и реабилитация, осуществляются двумя секторами: добровольным – в системе здравоохранения, и сектором наркологической помощи, оказываемой в пенитенциарных учреждениях МВД (взаимодействие с медицинскими учреждениями, центрами СПИД; партнерскими медицинскими организациями; социальными учреждениями);
- стационарное лечение и реабилитация, представленные во всех секторах за исключением сектора НПО и других немедицинских учреждениях (взаимодействие с центрами СПИД; партнерскими медицинскими организациями; социальными учреждениями);
- противорецидивная и поддерживающая терапия, реализуемая в секторах добровольной наркологической помощи и профильной помощи в пенитенциарных учреждениях МВД (взаимодействие с центрами СПИД; сообществами анонимных наркоманов и алкоголиков; социальными организациями; детоксикационными отделениями, курирующими ситуацию срыва).

Наркозависимым лицам оказываются следующие виды наркологической помощи:

- амбулаторное лечение,
- лечение в условиях дневного стационара,
- стационарная детоксификация,
- медико-социальная реабилитация в условиях стационара,
- принудительное стационарное лечение по решению суда,
- опиоидная заместительная терапия,
- консультативная помощь в программах снижения вреда.³⁹

Наркологическая сеть

В Республике Казахстан право оказывать услуги по наркологическому лечению имеют медицинские организации, имеющие лицензию на данный вид медицинской деятельности. Лицензирование осуществляется местными органами управления здравоохранения. Лицензию получают государственные наркологические организации, частные клиники и кабинеты. Неправительственные организации не имеют лицензии на оказание наркологической помощи.

³⁹ Обзор страновой ситуации: Казахстан. ТАСИС. 2010 г. Стр. 13.

В Республике Казахстан в конце 2013 года функционировали⁴⁰:

- клиника на 140 коек РНПЦ МСПН;
- 17 наркологических диспансеров на 3 120 коек;
- 8 наркологических организаций для принудительного лечения на 1 145 коек;
- 208 наркологических коек в психиатрических больницах Алматинской, Восточно-Казахстанской, Карагандинской и Костанайской областях;
- 74 наркологические койки в частных клиниках Восточно-Казахстанской, Карагандинской, Жамбылской, Южно-Казахстанской областей и г. Алматы (соответственно на 15, 20, 8, 12 и 19 коек).

Установлением диагноза наркотической зависимости и лечением наркологических больных может заниматься только специалист с высшим медицинским образованием, имеющий сертификат по специальности «врач-нарколог». В 2013 году оказывали помощь наркозависимым лицам 639 врачей-наркологов (в 2012 году – 653 чел.).

Основную нагрузку по обеспечению работ по профилактике, диагностике, лечению и реабилитации наркологических больных в областях выполняют областные и городские наркологические диспансеры.

Лечение наркотической зависимости в Республике Казахстан осуществляется в несколько этапов:

Первый этап (детоксикация): клиенты получают услуги по лечению симптомов абстиненции. На данном этапе также проходят мотивационное интервьюирование и психологическое консультирование. Длительность лечения – 10-20 дней.

Второй этап (psychological rehabilitation stage): it lasts from 40 to 60 days and includes intensive group and individual psychotherapy, group and individual counselling, social and psychological training.

Третий этап (социальная реабилитация): длится от 60 до 180 дней; включает в себя реабилитацию в терапевтическом сообществе, дополнительное трудовое обучение, участие в волонтерской деятельности в области профилактики и лечения наркомании.

В 2013 году пролечено в условиях наркологического стационара 25 102 пациента (в 2012 г. – 27 939 больных) или было 35 437 случаев стационарного лечения. Впервые госпитализировано в 2013 году 2 839 ПИН.

⁴⁰ Наркологическая помощь населению Республики Казахстан за 2012-2013 годы. Статистический сборник. Павлодар, 2014. Стр. 3-4.

Таблица 9. Удельный вес ПИН, госпитализированных в наркологические стационары⁴¹

Число впервые в данном году госпитализированных ПИН		Доля ПИН, получивших стационарное лечение на 100 наблюдаемых ПИН	
2012	2013	2012	2013
3 169	2 839	11,0	10,9

Наркологические койки для принудительного лечения находятся в областных и городских диспансерах 9 областей Казахстана. Удельный вес поступлений на принудительное лечение в 2013 году (13,5) незначительно повысился в сравнении с 2012 г. (13,1).

Таблица 10. Удельный вес поступивших принудительно к общему числу лиц, госпитализированных с ППР вследствие потребления ПАВ⁴²

Поступило всего		В том числе принудительно		Удельный вес	
2012	2013	2012	2013	2012	2013
37 020	35 541	4 862	4 809	13,1	13,5

Амбулаторная наркологическая сеть в 2013 году представлена следующими службами:

- 185 наркологических кабинетов (кроме диспансеров), 117 из которых расположены в сельской местности,
- 24 кабинета экспертизы алкогольного опьянения,
- 14 кабинетов анонимного лечения,
- 17 детско-подростковых кабинетов,
- 17 кабинетов антиалкогольной пропаганды.

В частном секторе здравоохранения Республики Казахстан количество наркологических кабинетов за 5 лет с 2008 по 2012 годы увеличилось с 19 до 30 кабинетов. Тем не менее, вклад частных наркологических организаций в общий объём медицинской помощи наркологическим больным остаётся крайне незначительным. В некоторых областях, таких как Алматинская, Атырауская, Западно-Казахстанская, Кызылординская, Костанайская, Северо-Казахстанская и г. Астане с 2008 по 2012 годы не функционировала ни одна частная наркологическая организация.

⁴¹ Наркологическая помощь населению Республики Казахстан за 2012-2013 годы. Статистический сборник. Павлодар, 2014. Стр. 40.

⁴² Там же, стр. 43.

Опиоидная заместительная терапия

В Казахстане опиоидная заместительная терапия (ОЗТ) предоставляется только в медицинских учреждениях. ОЗТ недоступна в местах лишения свободы и в учреждениях предварительного заключения. Существует запрет на выдачу препаратов ОЗТ для приема «на дому».

Значительная доля программ ОЗТ все еще финансируется из международных источников (в основном, Глобальным Фондом для борьбы со СПИД, туберкулезом и малярией – ГФСТМ). В то же самое время отмечается низкий уровень охвата услугами ОЗТ – значительно ниже рекомендуемого агентствами ООН, что обусловлено рядом причин. В течение нескольких лет программа ОЗТ в Казахстане сталкивается с существенным противостоянием общественного мнения. Общественность, включая гражданский сектор и специалистов наркослужбы, требует убедительных доказательств эффективности ОЗТ в местных условиях Казахстана. Также сложная система согласований и квот при закупке препаратов ОЗТ ставит под угрозу непрерывность лечения.

ОЗТ в Казахстане реализуется в формате пилотных проектов. Впервые программа ОЗТ начала реализовываться в двух пилотных городах Казахстана, в Павлодаре и Темиртау, в октябре 2008 года, финансируемая ГФСТМ.

После получения положительных результатов реализации пилотного проекта ОЗТ, Министерством здравоохранения в 2010 году было принято решение утвердить программу по расширению доступности ОЗТ.⁴³ В 2011 году программа ОЗТ стала реализовываться в г. Усть-Каменогорск.

В 2011 году в Казахстане в ответ на планы правительства расширить географию ОЗТ и увеличить количество пациентов группа медицинских работников развернула кампанию против ОЗТ, призывая к закрытию программы. Несмотря на протесты, Министерство здравоохранения Казахстана, поддерживаемое международными организациями, не прервало реализацию программы ОЗТ, действующую в нескольких городах, хотя планы по расширению программы временно были приостановлены.⁴⁴

В 2013 году, несмотря на определенные трудности при внедрении программы ОЗТ, число пунктов предоставления ОЗТ в Республике Казахстан увеличилось до 10.⁴⁵ В 2013 году открыто 7 новых пунктов (города Актобе, Караганда, Костанай, Семей, Тараз, Экибастуз, Уральск) по предоставлению ОЗТ лицам,

⁴³ *Министром здравоохранения РК 12 мая 2010 года был подписан приказ №333 «О расширении доступности опиоидной заместительной терапии».*

⁴⁴ *Латыпов А., Бидординова А., Хачатрян А. Опиоидная заместительная терапия в Евразии: как повысить доступ и улучшить качество, 2012 год. Серия информационных документов Международного консорциума по наркополитике по вопросам лечения наркотической зависимости №1. Стр. 12.*

⁴⁵ *Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 4 октября 2012 года № 691 «О расширении доступности опиоидной заместительной терапии в Республике Казахстан».*

зависимым от опиоидных наркотиков, при поддержке гранта ГФСТМ. Всего в Республике Казахстан работает 10 пунктов ОЗТ.

Таблица 11. Показатели 2008 – 2013 гг. ⁴⁶

Название показателя	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Число пунктов предоставления ОЗТ	2	2	2	3	7	10

Таблица 12. Показатели 2010 – 2013 гг. ⁴⁷

Название показателя	На 01.01.11	На 01.01.12	На 01.01.13	На 01.01.14
Число лиц, получающих ОЗТ	93 чел.	112 чел.	207 чел.	308 чел.

Критерии включения в программу ОЗТ:

- возраст не менее 18 лет;
- диагноз опиоидной зависимости (F 11.2), подтвержденный стаж инъекционного потребления наркотиков (не менее 3-х лет);
- наличие двух-трех неуспешных попыток детоксикации в условиях стационара наркологического диспансера;
- приоритет отдается лицам, живущим с ВИЧ/СПИДом;
- гражданство РК.

Данные критерии осложняют для некоторых категорий клиентов возможность участия в программе ОЗТ. Большинство пациентов, употребляющих наркотики, пытаются избежать постановки на наркологический учет и его последствий. Чаще всего они предпочитают проходить лечение в неофициальных учреждениях, где отсутствует регистрация.

Несмотря на сложности при внедрении и реализации, проведение опиоидной заместительной терапии включено в Национальную Государственную программу «Саламатты Казахстан», определяющую национальные приоритеты в развитии общественного здравоохранения на 2011-2015 годы. Существует большое количество организаций, оказывающих услуги в области ВИЧ, которые поддерживают ОЗТ и активно участвуют в

⁴⁶ Национальный доклад о достигнутом прогрессе в осуществлении глобальных мер в ответ на СПИД. Отчетный период: 2013 год. Республиканский Центр по профилактике и борьбе со СПИД, 2014. Стр.10-11.

⁴⁷ Там же, стр.10-11.

мероприятиях Межведомственной рабочей группы по опиоидной заместительной терапии, созданной при Министерстве здравоохранения⁴⁸.

РНПЦ МСПН и Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИД в сотрудничестве с УНП ООН разработали совместный документ «Расширение доступности опиоидной заместительной терапии в Казахстане на 2011 – 2014 годы: анализ ситуации, план действий и операционный план осуществления», в котором определяются конкретные цели реализации программы ОЗТ в стране. Методические рекомендации «Применение поддерживающей терапии опиоидными агонистами в наркологической практике в Республике Казахстан» служат в качестве клинического руководства по проведению ОЗТ в Казахстане.

Лечение наркозависимых в тюрьмах

Всего на 31.12.2013 г. находилось 6 099 больных с зависимостью от ПАВ в учреждениях УИС РК, показатель на 1 000 осужденных лиц – 135,9⁴⁹.

Таблица 13. Учет зависимых от ПАВ, находящихся на принудительном лечении, в учреждениях УИС РК

Находится в МЛС всего больных с зависимостью от ПАВ на 31.12.2013 г.		Находятся на принудительном лечении больных с зависимостью от ПАВ на 31.12.2013 г.	
Всего	На 1 000 осужденных	Всего	На 1 000 осужденных
6 099	135,9	3 084	68,7

Проходят принудительное лечение по поводу зависимости от ПАВ 3 084 человека, на 1 000 осужденных лиц – 68,7.

Таблица 14. Доля ПИН в составе контингента больных ППР, вызванными употреблением наркотиков (кроме алкоголя), в учреждениях УИС РК

Всего под наблюдением больных с зависимостью от ПАВ (кроме алкоголя) на 31.12.2013 г.	Состоит под наблюдением ПИН на 31.12.2013 г.	
	Всего	Доля ПИН
3 328	2 963	89,0%

⁴⁸ Приказ Министерства здравоохранения РК №449 от 04.09.2009 «О создании межсекторальной рабочей группы по опиоидной заместительной терапии».

⁴⁹ Аналитическая записка по мониторингу наркологической ситуации в уголовно-исполнительной системе Республики Казахстан за 2013 год. РНПЦ МСПН.

Укомплектованность должностей врачей психиатров-наркологов в УИС РК составляет всего лишь 60,8%, и в сравнении с 2012 г. (63,8%) укомплектованность снизилась. Не все учреждения имеют в наличие врачей психиатров-наркологов (Кызылординская, Мангыстауская).

Укомплектованность должностей психологов учреждений УИС РК составляет 92,5% (в 2012 г. этот показатель – 100%). В учреждениях УИС Западно-Казахстанской области должности психологов вообще не предусмотрены штатными расписаниями.

Всего за второе полугодие 2013 г. завершили амбулаторное принудительное лечение 1 656 пациентов, из них:

- 848 (51,2% от числа пролеченных пациентов) – с алкогольной зависимостью,
- 680 (41,1%) – с зависимостью от героина и других опиатов,
- 105 (6,3%) – с зависимостью от каннабиноидов,
- 8 (0,5%) – с зависимостью от летучих органических соединений,
- 15 (0,9%) – с зависимостью от нескольких ПАВ.

Принудительное амбулаторное лечение продолжили на 31.12.2013 г. 3 084 пациента, большинство из которых имеют зависимости от алкоголя и от героина и др. опиатов, а единицы – от каннабиноидов и сочетанного употребления.

Таблица 15. Ремиссии среди контингента пациентов с зависимостью от ПАВ, находящихся под диспансерным наблюдением в МЛС на 31.12.2013 г

Показатель	в ремиссии от 1 до 2 лет		в ремиссии свыше 2 лет	
	абс. цифры	% ремиссии	абс. цифры	% ремиссии
Из числа лиц с зависимостью от алкоголя	1 227	39,0%	1 180	37,5%
Из числа лиц с зависимостью от др. ПАВ	1 288	43,6%	1 410	47,7%

Доля пациентов, закончивших принудительное наркологическое лечение с полным сроком в МЛС, по РК составляет 71,7% от всех пролеченных пациентов с зависимостью от алкоголя и 68,8% от всех пролеченных пациентов с зависимостью от других ПАВ. Ремиссии среди контингента больных с зависимостью от ПАВ, наблюдаемых в МЛС, выше, чем среди аналогичного контингента больных в гражданском секторе, что вполне логично.

Опиоидная заместительная терапия в тюрьмах не предоставляется.

Снижение рисков и вреда

В Казахстане реализация стратегии снижения вреда регламентирована Приказом Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 28.02.2013 г. №115 «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 09.03.2004 года «Об утверждении Положения об организации деятельности пунктов доверия для потребителей инъекционных наркотиков»⁵⁰. В 2013 году в Республике Казахстан функционировало 153 пункта доверия для ПИН, из них 23 передвижных пункта доверия.

В пунктах доверия клиентам предоставляются следующие виды помощи:

- раздача информационных материалов,
- раздача презервативов ПИН и их половым партнерам,
- обмен использованных одноразовых шприцев на стерильные,
- проведение дотестового психосоциального консультирования по вопросам ВИЧ-инфекции и СПИД,
- обследование на ВИЧ-инфекцию экспресс-методом,
- направление в медицинские учреждения для получения специализированной медицинской помощи,
- предоставление информации о существующих государственных и негосударственных структурах, оказывающих профилактическую помощь ПИН.

Охват ПИН профилактическими программами составил 79,4%. 89 490 потребителей инъекционных наркотиков хотя бы один раз получили профилактические услуги (в 2012 г. – 85 041 человек, 72,8%). Систематически были вовлечены в профилактические программы (не реже одного раза в месяц) 66 713 человек, что составляет 59,2% (в 2012 г. – 58 387 человек, 50%). Вновь привлеченных ПИН в 2013 году в программы «Снижения вреда» было 29 904 человек, 26,5% (в 2012 г. – 32 888 человек, 28,1%).⁵¹

В 2013 году для ПИН было предоставлено 25 197 654 шприцев (в 2012 г. – 22 260 819), 6 344 063 презервативов, обеспеченность ПИН презервативами составила – 71 штука на 1 ПИН, привлеченного в профилактические программы (в 2012 г. – 4 656 303).

⁵⁰ Приказ Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 28.02.2013 г. №115 «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 09.03.2004 года «Об утверждении Положения об организации деятельности пунктов доверия для потребителей инъекционных наркотиков».

⁵¹ Национальный доклад о достигнутом прогрессе в осуществлении глобальных мер в ответ на СПИД. Отчетный период: 2013 год. Республиканский Центр по профилактике и борьбе со СПИД, 2014. Стр. 26-27.

Таблица 16. Показатели 2010-2013 гг. ⁵²

Название показателя	2010	2011	2012	2013
Число шприцев, распространенных в рамках программ по обмену игл и шприцев на одно лицо, потребляющее инъекционные наркотики, в год	176	154	190	224
Процент лиц, потребляющих инъекционные наркотики, которые указал на использование презерватива во время последнего полового акта	55%	47,2%	50,6%	54%
Процент лиц, потребляющих инъекционные наркотики, которые указали на пользование стерильным инъекционным инструментарием во время последнего употребления инъекционных наркотиков	62,2%	61,3%	58,1%	53,8%
Процент лиц, потребляющих инъекционные наркотики, которые прошли тестирование на ВИЧ за последние 12 месяцев и знают свои результаты	61%	64,7%	64,3%	66,9%
Число пунктов, участвующих в программе обмена/ предоставления игл и шприцев	168	155	155	153 In Ши-

роко использовалась в работе с ПИН методика социальной работы на улице – аутрич-работа. Для работы с ПИН в 2013 году было привлечено 586 аутрич-работников (в 2012 г. – 591), из них 430 человек (73%) по принципу «равный-равному» сами являлись лицами, потребляющими наркотики инъекционно. 30,3% ПИН были проконсультированы у медицинских работников. В наркологических центрах прошли реабилитацию 2 578 ПИН (в 2012 г. – 1 820).

Для уязвимых групп населения с целью профилактики и лечения ИППП в Республике Казахстан при медицинских учреждениях и НПО созданы «дружественные кабинеты». В 2013 году работало 33 дружественных кабинета. За этот период в данные кабинеты обратилось 37 552 человека (в 2012 году – 28 741 человека), из них ПИН – 28% (в 2012 году – 28,1%).

По состоянию на 01.01.2014 года число лиц, живущих с ВИЧ, имеющих показания к антиретровирусной терапии – 4 659 человек, из них ПИН составляет 2 383 (51,1%). Из числа лиц, находящихся на антиретровирусной терапии, ПИН составляют – 47,5%.

⁵² Там же, стр.10-11.

Международное сотрудничество

Казахстан активно сотрудничает с международными организациями (Отчетный период: 2013 год).⁵³

Европейский Союз (ЕС)

В течение нескольких лет Казахстан взаимодействует с Европейским Союзом. В октябре 2000 г. при Представительстве Европейской Комиссии в Казахстане был открыт Офис регионального представителя ЕС по проблемам наркотиков. С 2001 года ЕС начал реализацию Программы предотвращения распространения наркотиков в Центральной Азии (КАДАП). Основной целью КАДАП является ускорение постепенного принятия успешной практики ЕС и других международных практик политики борьбы с наркотиками и внесение вклада в снижение проблем, связанных с наркотиками, в пяти центрально-азиатских республиках (Казахстан, Кыргызстан, Узбекистан, Таджикистан, Туркменистан). КАДАП состоит из трех компонентов:

- компонент «ДАМОС» направлен на повышение знания о наркоситуации в стране через создание всеобъемлющей и устойчивой системы мониторинга наркоситуации в странах;
- компонент «ТРИТ» направлен на поддержку введения современных систем лечения наркозависимости;
- компонент «МЕДИССА» направлен на профилактику наркопотребления, повышение осведомленности и повышение доступности лечения.

Также задачами данной программы являются: улучшение работы служб контроля в крупных аэропортах региона, укрепление сотрудничества правоохранительных органов центрально-азиатских стран в борьбе с наркотрафиком, создание единой информационной сети для координации работы Комитета национальной безопасности РК, Погранслужбы Комитета национальной безопасности РК, МВД РК и Агентства таможенного контроля РК. В рамках программы КАДАП предусмотрены: организация и проведение учебных мероприятий для работников правоохранительных органов, приобретение оборудования и оказание технической поддержки. Активно ведется сотрудничество между Агентством таможенного контроля РК и Региональным представительством ЕС по борьбе с наркотиками в Центральной Азии.

В 2003 году еще одна программа Европейского Союза – программа содействия управлению границами в Центральной Азии «БОМКА» (BOMCA) – начала реализовываться в Центральной Азии. Программа БОМКА стала последовательным партнером правительств стран Центральной Азии, в том

⁵³ Национальный доклад о достигнутом прогрессе в осуществлении глобальных мер в ответ на СПИД. Отчетный период: 2013 год. Республиканский Центр по профилактике и борьбе со СПИД, 2014. Стр. 35-41.

числе Казахстана, в их стремлении обеспечить безопасность на своих границах.

Глобальный фонд для борьбы со СПИД, туберкулезом и малярией (ГФСТМ)

В 2013 году для реализации профилактических мероприятий гранта ГФСТМ были привлечены 20 Центров СПИД, 26 неправительственных организаций и 10 наркологических диспансеров (в городах Актобе, Караганда, Темиртау, Костанай, Семей, Усть-Каменогорск, Павлодар, Экибастуз, Уральск, Тараз). Для работы с уязвимыми группами населения выделено 697 ставок аутрич-работников, из них для работы с ПИН – 523 ставки. Также в 2013 году были выделены гранты на проведение гендерно-специфических мероприятий для женщин, употребляющих инъекционные наркотики для 4-х НПО в Павлодарской, Карагандинской, Восточно-Казахстанской областях. В 2013 году осуществлялся закуп и поставка метадона и вспомогательных материалов для осуществления программы ОЗТ в Казахстане, шприцев, презервативов, контейнеров для утилизации, препаратов для лечения ИППП в условиях Дружественных кабинетов и т.д. Кроме этого, проведены тренинги для обучения медицинского персонала Центров по профилактике и борьбе со СПИД, первичной медико-санитарной помощи, противотуберкулезных диспансеров, учреждений УИС, аутрич-работников, немедицинских сотрудников УИС и осужденных по различным темам. После завершения серии тренингов для работников УИС в 6-ти регионах Республики Казахстан было проведено заключительное совещание в городе Астана для принимающих решение лиц по внедрению ОЗТ и программ по обмену шприцев на уровне «пилотных» проектов в Карагандинской и Павлодарской областях. Для получения нового опыта по предоставлению ОЗТ и обмену шприцев в пенитенциарных учреждениях в 2013 году был организован обучающий визит в Испанию ответственных лиц из Министерства здравоохранения РК, МВД РК, Комитета уголовно-исполнительной системы РК. Проведен тренинг для журналистов по теме: «Освещение вопросов ВИЧ и ОЗТ в СМИ».

Объединенная программа ООН по ВИЧ и СПИД «ЮНЕЙДС»

В 2013 году ЮНЕЙДС оказывала Республике Казахстан финансовую и техническую поддержку в реализации положений Политической декларации по ВИЧ и СПИД и стратегии «В направлении цели «ноль». ЮНЕЙДС осуществляла координацию работы агентств ООН по оказанию эффективной поддержки в рамках реализации «Рамочной программы ООН по оказанию помощи Республике Казахстан в целях развития на 2011–2015 гг.». Также ЮНЕЙДС осуществляла экспертную оценку и вовлечение партнеров в процесс национального стратегического планирования и адвокации. Страновой офис ЮНЕЙДС продолжает работать над улучшением качества стратегической информации; улучшением системы эпидемиологического надзора и системы мониторинга и оценки в целом.

Организация Объединенных Наций по вопросам образования, науки и культуры (ЮНЕСКО)

Мероприятия ЮНЕСКО были проведены в рамках проекта UNAIDS/UBRAF, которые способствовали продвижению всесторонних знаний и навыков для защиты молодых людей от ВИЧ, ИППП и употребления наркотических средств. Совместно с кризисным центром «Забота» были подготовлены волонтеры, которые организовали 15 театрализованных представлений для 2 000 уязвимых подростков в г. Алматы. Для волонтеров и аутич-работников при содействии НПО были разработаны три вида информационных буклетов по профилактике ВИЧ и ИППП в трех ключевых группах: секс-работников, молодежи и ПИН.

Детский Фонд ООН (ЮНИСЕФ)

Для повышения качества услуг, предоставляемых особо уязвимым беременным женщинам, употребляющим наркотики, ЮНИСЕФ способствовал пересмотру нормативной базы и протоколов по профилактике передачи ВИЧ от матери ребенку и предоставлению услуг беременным женщинам с наркозависимостью. Разработана модель предоставления социальных услуг женщинам из уязвимых групп, укрепления потенциала медицинских и социальных работников. ЮНИСЕФ оказал содействие продвижению добровольного тестирования на ВИЧ среди подростков и молодежи посредством создания 2-й серии интерактивной игры «X-road», видео на основе материалов по дородовому консультированию на ВИЧ-инфекцию и инструментов для консультирования детей и подростков, живущих с ВИЧ.

Управление ООН по наркотикам и преступности (УНП ООН)

УНП ООН оказывает Правительству Казахстана техническую поддержку в рамках проекта «Эффективная профилактика ВИЧ и СПИД среди уязвимых слоев населения в странах Центральной Азии. Фаза II (2010–2016)». Данной структурой осуществлялась активная работа по адвокации программы ОЗТ, оказывалась техническая поддержка национальным партнерам в разработке нормативных документов по менеджменту программы ОЗТ, Коммуникационной стратегии по расширению программы ОЗТ. По заказу Министерства Здравоохранения РК начата работа по созданию короткометражного документального фильма об ОЗТ в Казахстане для демонстрации лицам, принимающим решения и предоставляющим услуги на республиканском и областном уровнях. УНП ООН также заканчивает исследование по оценке адекватности услуг здравоохранения для наркозависимых в Восточно-Казахстанской и Карагандинской областях. Данное исследование включает оценку количества потребителей наркотиков в выбранных регионах, их социально-демографические характеристики, виды потребляемых наркотиков, способы и социальный контекст потребления наркотиков, спрос потребителей наркотиков на медицинские и социальные услуги и т.д.

Проект «Содействие»

Проект «Содействие» осуществляется в течение периода 2010–2015 гг. в 4 странах Центральной Азии: Казахстане, Кыргызстане, Таджикистане и Узбекистане и финансируется Центрами США по контролю и профилактике заболеваний (CDC) в рамках Президентского чрезвычайного плана по борьбе со СПИД (PEPFAR). Данный проект реализуется с целью оказания содействия в реализации программ, связанных с ВИЧ. В рамках проекта также осуществляется исследование среди половых партнеров ПИН для улучшения понимания профиля поведенческого риска половых партнеров наркозависимых.

Проект ЮСАИД «Качественное здравоохранение»

Проект «Качественное здравоохранение» направлен на профилактику ВИЧ-инфекции и улучшение доступа к услугам уязвимых групп населения. В 2013 году совместно с государственными, неправительственными и международными партнерами в рамках проекта были подготовлены документы по Комплексному пакету услуг для уязвимых категорий, таких как ПИН и мужчины, имеющие секс с мужчинами, которые были рекомендованы для включения в Национальный комплексный план по ВИЧ-инфекции 2014-2020 гг. Были созданы Советы Пациентов в двух сайтах – на базе Городского Центра СПИД в г. Алматы и на базе Центра наркологии в г. Усть-Каменогорск, члены которых представляют интересы клиентов и совместно с руководством медицинских учреждений работают по улучшению доступа к услугам.

Некоммерческая корпорация PSI

В 2013 году завершилась реализация одного из двух осуществляемых Центрально-азиатским филиалом некоммерческой корпорации PSI проектов «Орлеу» «Расширение профилактических программ по ВИЧ среди уязвимых групп населения Республики Казахстан». Проект осуществлялся при финансовой поддержке со стороны Основного Получателя гранта ГФСТМ в лице Государственного учреждения «Республиканский Центр по профилактике и борьбе со СПИД» в пяти городах Казахстана: Алматы, Караганда, Шымкент, Павлодар, Семей. В каждом городе были открыты Молодежные информационно-образовательные центры для молодежи группы риска в возрасте от 15 до 24 лет, проживающей в социально-неблагополучных районах и имеющей в своем окружении ПИН. Работа молодежных центров была направлена на изменение рискованного поведения через организацию альтернативных употреблению инъекционных наркотиков видов деятельности: бесплатных кружков, секций, клубов и др.

Заключение

Как и в других странах Центральной Азии, в Казахстане не проводится регулярных демографических исследований или эпидемиологического мониторинга. Именно поэтому сложно оценить уровень распространения наркозависимости. Статистические данные, которые собирают и на которые ссылаются власти Казахстана, в основном, касаются числа наркозависимых, находящихся на наркологическом учете, объемов изъятия наркотических веществ из незаконного оборота и числа привлеченных к ответственности за преступления, связанные с оборотом нелегальных наркотических средств. В итоге сложно выявить какие-либо тенденции, поскольку не существует систематических данных за долгосрочный период. В то же самое время, существует мало информации об оценке реализации существующих мер и программ или оценке их результатов и влияния. Одним значительным исключением является оценка крупной профилактической программы, проведенной УНП ООН в 2011 году.

Что касается уровня смертности, то данные за 2012 и 2013 годы указывают на рост смертности, связанной с наркотиками. Однако было невозможно получить итоговую информацию о критериях смертности, связанной с потреблением наркотических средств, или о процедуре сбора подобной информации.

В Казахстане был принят целый свод законов и постановлений правительства, выражающих ответ общества на угрозу наркомании и наркотрафика. И хотя в Казахстане нет национальной антинаркотической стратегии, цели и задачи антинаркотической политики изложены в национальной отраслевой программе, направленной на улучшение здоровья граждан для обеспечения устойчивого социально-демографического развития страны. Что касается потребления наркотиков, то данная программа относит улучшение систем профилактики и лечения, а также усиление мер по противодействию незаконному наркотрафику к ключевым задачам.

Меры по снижению предложения наркотиков играют важную роль в антинаркотической политике Казахстана с большим упором на снижение нелегального оборота наркотических средств как способа профилактики распространения наркотиков и, соответственно, наркомании. Существующие инструменты направлены на укрепление межведомственного взаимодействия, сотрудничества и координации на национальном уровне. В то же самое время, недавно принятые антинаркотические документы отдают все

большую роль мерам по снижению спроса на наркотики. Подтверждение этому можно найти в недавно принятых школьных профилактических программах. Применяемые профилактические концепции варьируются от информационных кампаний и пропаганде здорового образа жизни до скрининга учеников и студентов на наркотики и оценку риска.

В последние годы в Республике Казахстан началась разработка концепций лечения и реабилитации наркозависимых, которые учитывают особенности казахстанской культуры и общества, а также наркотическую ситуацию в стране. Это потребовало провести преобразования в системе наркологической помощи. Однако, традиционная модель наркологии, оставшаяся в наследство еще с советских времен, до сих пор доминирует. Это наглядно иллюстрируется тем фактом, что стационарное и принудительное лечение до сих пор играет ключевую роль. В местах лишения свободы в основном используются традиционные методы наркологической помощи. ОЗТ и программы по снижению вреда недоступны для заключенных.

В Республике Казахстан ОЗТ предоставляется в медицинских учреждениях. Однако, как было указано выше, ОЗТ недоступна в МЛС и учреждениях предварительного заключения. Следует отметить, что охват услугами ОЗТ значительно ниже рекомендованного агентствами ООН. Часть ограничений по охвату может быть связана с тем, что в рамках действующего законодательства существует запрет на выдачу препаратов ОЗТ для приема «на дому». В этом контексте следует учитывать и тот факт, что программа ОЗТ в Казахстане сталкивается с существенным противостоянием общественного мнения и выступлениями в СМИ. Несмотря на подобное противостояние, правительство продолжает предоставлять услуги ОЗТ, что является очень важным, учитывая уровень распространения ВИЧ/СПИДа в стране.

Казахстан законодательно оформил реализацию стратегии снижения вреда и рисков употребления ПАВ, в том числе обмен игл и шприцев, распространение презервативов, консультирование и низкопороговые услуги. Многие из этих программ ведутся и финансируются НПО. В сфере лечения наркомании, где несколько НПО предоставляют определенные услуги по направлению и консультированию, можно наблюдать появление частных наркологических организаций.

Правительство Казахстана активно сотрудничает с международными организациями, в основном, на уровне ООН и ЕС, но также и на двусторонней основе с другими странами. Международная поддержка и финансирование играют ключевую роль в реализации мер по снижению вреда, ОЗТ и программ по профилактике ВИЧ/СПИДа, которые реализуются в Казахстане. Несмотря на то, что за последние несколько лет государственное финансирование данного направления увеличилось, большинство из этих программ, в частности ОЗТ и программы по снижению вреда, все еще финансируются, в основном, из международных источников.

Библиография

Литература на русском языке

1. Анализ деятельности областных и городских центров СПИД по организации работы с потребителями инъекционных наркотиков в пунктах доверия по итогам мониторинга за 2011 год. Алматы: Республиканский Центр СПИД, 2012.
2. Анализ статистических данных о состоянии борьбы с незаконным оборотом наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров в Республике Казахстан за 2013 год. 15 января 2014 года, Астана. Комитет по правовой статистике и специальным учетам Генеральной Прокуратуры Республики Казахстан. 13 С.
3. Аналитическая справка о наркоситуации в Республике Казахстан за 2011 год. Астана: Министерство внутренних дел Республики Казахстан, 2012.
4. Аналитическая записка по мониторингу наркологической ситуации в уголовно исполнительной системе Республики Казахстан за 2013 год. РНПЦ МСПН.
5. Доклад о положении детей в Республике Казахстан. Комитет по защите прав ребенка МОН РК. Астана: Министерство образования Республики Казахстан, 2011.
6. Ескалиева А.Т. Организация современной наркологической помощи: интегрированный подход. Стр. 63-66./Научно-практический журнал «Вопросы наркологии Казахстана». Том XII, 2012, Павлодар.
7. Еспенова М., Керими Н., Омарова Ж. Оценка программ по профилактике злоупотребления наркотиками в школах Казахстана. Астана: УНП ООН, 2011.
8. Лаврентьев О.В. Национальное школьное исследование по алкоголю и наркотикам в Республике Казахстан. Павлодар: РНПЦ МСПН, 2007.
9. Латыпов А., Биординова А., Хачатрян А. Опиоидная заместительная терапия в Евразии: как повысить доступ и улучшить качество, 2012 год. Серия информационных документов Международного консорциума по наркополитике по вопросам лечения наркотической зависимости №1.
10. Лечение наркомании. Практическое руководство по планированию и осуществлению. ВОЗ, 2003. 37 С.
11. Мониторинг наркологической ситуации в Республике Казахстан за 2012 год. Аналитический отчет, 44 С. РНПЦ МСПН, 2013 год.
12. Мониторинг наркологической ситуации в Республике Казахстан в 2011 году. Павлодар: Республиканский научно-практический Центр медико-социальных проблем наркомании, 2012.

13. Наркологическая помощь населению Республики Казахстан за 2012-2013 годы. Статистический сборник. Павлодар, 2014. 44 С.
14. Национальный доклад о достигнутом прогрессе в осуществлении глобальных мер в ответ на СПИД. Отчетный период: 2013 год. Республиканский Центр по профилактике и борьбе со СПИД, 2014. 113 С.
15. Обзор страновой ситуации: Казахстан. Данный обзор подготовлен в рамках проектов финансируемых Программой Европейской Комиссии по технической поддержке сообществ в независимых государствах (ТАСИС). 2010 г. 22 С.
16. Опиоидная заместительная терапия в некоторых странах Восточной Европы и Центральной Азии. Ноябрь, 2008 год. О. Айзберг. Евразийская сеть снижения вреда (EHRN).
17. Отчет о деятельности службы СПИД за 2013 год. Алматы, 2014. Министерство Здравоохранения Республики Казахстан, ГУ «Республиканский Центр по профилактике и борьбе со СПИД».
18. Оценка программы опиоидной заместительной терапии в республике Казахстан. Алматы, 2012. Отчет подготовили сотрудники ICAP Азизбек Болтаев, Анна Дерябина, Андреа Ховард.
19. Результаты дозорного эпидемиологического надзора за ВИЧ в Казахстане. Алматы: Республиканский Центр СПИД, 2012.
20. Сборник статистических данных о преступлениях и правонарушениях, связанных с незаконным оборотом наркотических средств, психотропных или ядовитых веществ, прекурсоров и лицах, их употребляющих за 2011 год. Астана: КПСиСУГП, 2012.
21. Современные методы лечения наркомании. Обзор фактических данных. – ООН, Управление по наркотикам и преступности, 2003. 23 С.
22. Султангазиев Айбар, Болтаев Азизбек. Доказанная эффективность: опыт применения ОЗТ в Кыргызстане. Стр.3 Голос снижения вреда. Выпуск «Опиоидная заместительная терапия», май 2013 года.

Литература на английском языке

1. Afghanistan.Opium Survey 2014. Cultivation and Production. UNODC. 2014. 67 p.

Используемая нормативно-правовая база

1. Постановление Правительства Республики Казахстан от 12 апреля 2012 года № 451 «Об Отраслевой программе борьбы с наркоманией и наркобизнесом в Республике Казахстан на 2012 – 2016 годы» (с изменениями и дополнениями от 08.07.2014 г.).
2. Приказ Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 28 февраля 2013 года №115 «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 09.03.2004 года «Об утверждении Положения об организации деятельности пунктов доверия для потребителей инъекционных наркотиков».
3. 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».
4. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 12 мая 2010 года №333 «О расширении доступности опиоидной заместительной терапии».
5. Приказ Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 4 сентября 2009 года №449 «О создании межсекторальной рабочей группы по опиоидной заместительной терапии»
6. Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 4 октября 2012 года № 691 «О расширении доступности опиоидной заместительной терапии в Республике Казахстан».
7. 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».

Список интернет-ресурсов

1. Европейский центр мониторинга наркотиков и наркотической зависимости (EMCDDA): <http://www.emcdda.europa.eu>
2. Министерство национальной экономики Республики Казахстан, комитет по статистике: <http://taldau.stat.kz>
3. Официальный сайт Президента Республики Казахстан: <http://www.akorda.kz>
4. Программа Европейского Союза КАДАП: <http://www.cadap.eu/ru/content/Казахстан>
5. Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании: <http://www.mcenter.kz>
6. Республиканский Центр по профилактике и борьбе со СПИД: <http://www.rcaids.kz>
7. Центральноеазиатский региональный информационный координационный центр: <http://www.caricc.org>

