

Проект Управления ООН по наркотикам и преступности (UNODC)
«Эффективная профилактика и лечение ВИЧ инфекции среди уязвимых групп населения Центральной Азии и Азербайджана» (2006-2010)

Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИД
Министерства здравоохранения Республики Казахстан

Расширение доступности опиоидной заместительной терапии в Республике Казахстан в 2010-2014 гг.: обзор ситуации, план действий и операционный план внедрения

*Ноябрь 2010
Астана
Республика Казахстан*



Управление ООН по наркотикам и преступности (UNODC), Программный офис в Астане, Казахстан

Группа реализации проекта гранта Глобального фонда по борьбе со СПИД, туберкулезом и малярией

Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИД Министерства здравоохранения Республики Казахстан

Название: Расширение доступности опиоидной заместительной терапии в Республике Казахстан в 2010-2014 гг.: обзор ситуации, план действий и операционный план внедрения.

Резюме

Данная публикация является результатом первого опыта среднесрочного планирования расширения доступности опиоидной заместительной терапии в Республике Казахстан в рамках Национальной программы по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИДа. Подход, использованный при разработке этого документа, основан на рекомендациях руководства ВОЗ, UNODC и ЮНЭЙДС «Техническое руководство для стран по разработке целей в рамках концепции обеспечения универсального доступа к профилактике, лечению и уходу в связи с ВИЧ-инфекцией среди потребителей инъекционных наркотиков» (2009). Документ состоит из трех основных частей: обзора ситуации, касающейся медико-социальных аспектов последствий потребления наркотиков с фокусом на ВИЧ инфекцию и мер, принимаемых страной для противодействия эпидемии ВИЧ; пятилетнего плана действий, описывающего шаги по расширению доступности опиоидной заместительной терапии с национальными целевыми индикаторами охвата и необходимого для этого бюджета; двухлетнего оперативного плана (рабочего плана) с подробным описанием мероприятий и ежегодным бюджетом, а также приложениями.

Этот документ был одобрен Межведомственной рабочей группой по ОЗТ при Министерстве здравоохранения Республики Казахстан. Он предназначен для использования при разработке государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламаты Казахстан», а также нового цикла национальной программы по противодействию эпидемии СПИДа (2011-2015), подготовке национальной заявки на гранты Глобального фонда, а также для планирования работы международных организаций, осуществляющих поддержку страны в работе по профилактике ВИЧ инфекции среди потребителей наркотиков.

Ключевые слова: 1. Потребление наркотиков 2. Опиоиды 3. Опиоидная заместительная терапия. 4. ВИЧ 5. Тюремьы 6. План действий 7. Целевые индикаторы охвата ОЗТ 8. Центральная Азия 9. Казахстан

© Управление ООН по наркотикам и преступности (UNODC), Программный офис в Астане

Эта публикация не была профессионально отредактирована. Она не является официальной публикацией ООН. Содержание этой публикации не обязательно является отражением взглядов или политики UNODC или организаций, внесших вклад, и не предполагает ее поддержки. Употребляемые обозначения не означают выражение какого-либо мнения со стороны ООН относительно правового статуса той или иной страны, территории, города, района, или их властей или относительно делимитации их границ. UNODC и Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИД приложили все усилия для проверки достоверности информации, содержащейся в этой публикации и того что она верна на ноябрь 2010 года, однако опубликованный материал распространяется без каких-либо гарантий любого рода,

выраженных явно или предполагаемых. Ответственность за интерпретацию и использование этого материала несет сам читатель. Ни в коем случае UNODC или Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИД, не несут ответственности за ущерб, вследствие его использования.

Впервые опубликовано в 2010

Опубликовано в Астане, Республика Казахстан, Программным офисом Управления ООН по наркотикам и преступности (UNODC) . Эта публикация имеется в Интернете:

www.unodc.org/centralasia, www.rcaids.kz

Эта публикация может воспроизводиться и распространяться в некоммерческих целях при наличии соответствующих ссылок на оригинал.

Дополнительная информация может быть получена по следующим адресам:

Программный офис UNODC в Астане
Республика Казахстан, Астана, 010000,
ул. Букейхана 26, Здание ООН
Телефон/факс: (+7- 7172) 32 06 47
e-mail: madina.takenova@unodc.org

или

Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИД
Республика Казахстан, Алматы, 050008
Ул. Ауэзова 84
Телефон/факс (+7-727) 2699481
info@rcaids.kz

СОДЕРЖАНИЕ

Выражение признательности	7
Часть I. Обзор ситуации по ВИЧ инфекции и потреблению наркотиков в Республике Казахстан	8
• Введение	8
• Краткая информация о стране	11
• Меры, принимаемые в ответ на проблемы, связанные с наркотиками. Лечение наркомании.	22
• Профилактика ВИЧ-инфекции среди ПИН	25
• Потребность в расширении опиоидной заместительной терапии	28
• Опиоидная заместительная терапия в тюрьмах	31
• Выводы	32
Часть II. Национальный план действий по расширению доступности опиоидной заместительной терапии в Республике Казахстан на 2010-2014 года	34
• Введение	34
• Цель и задачи	37
• Национальные целевые показатели охвата опиоидной заместительной терапии на 2010-2014 гг.	37
• Стратегические задачи и действия	40
Часть III. Национальный операционный план по расширению доступности опиоидной заместительной терапии в Республике Казахстан на 2010-2011 года	51
Цель и задачи	51
1. <i>Управление и координация процесса расширения программ ОЗТ</i>	51
2. <i>Укрепление поддержки на уровне политики и общества</i>	52
3. <i>Расширение сети центров, предоставляющих ОЗТ</i>	53
4. <i>Подготовка кадров для расширения программы ОЗТ</i>	55
5. <i>Обеспечение механизма необходимых поставок, сохранения и распределения препаратов</i>	57
6. <i>Укрепление наставничества, мониторинг и оценка эффективности программ ОЗТ</i>	60
План работы по расширению опиоидной заместительной терапии в Республике Казахстан на 2010-2011 года	62
Часть IV. ПРИЛОЖЕНИЯ	65
Приложение1. «Профиль Республики Казахстан в сфере оказания наркологической помощи и услуг для людей, живущих с ВИЧ (2008 год)»	66

Приложение 2. «Профиль услуг здравоохранения уголовно-исполнительной системы Республики Казахстан. Количество потребителей наркотиков и людей, живущих с ВИЧ в местах лишения свободы (2009 год)»	67
Приложение 3. Алгоритм внедрения опиоидной заместительной терапии в Казахстане	68
Приложение 4. Схема расширения сайтов для увеличения доступности опиоидной заместительной терапии в Республике Казахстан на 2010-2014 года	71
Приложение 5. Расчет бюджета по расширению доступности опиоидной заместительной терапии в Республике Казахстан на 2010-2014 гг.	74
<i>Сводный бюджет программы расширения доступности ОЗТ в Казахстане на 2010-2014 года</i>	<i>83</i>
Приложение 6. Размеры некоторых наркотических веществ за незаконный оборот которых предусмотрена уголовная ответственность	84

Список сокращений

EMCDDA	Европейский мониторинговый центр по наркотикам и наркотической зависимости
UNAIDS	Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИД
UNODC	Управление ООН по наркотикам и преступности
БОС	Быстрая оценка ситуации
ВААРТ	Высокоактивная антивирусная терапия
ВВП	Внутренний валовой продукт
ВИЧ	Вирус иммунодефицита человека
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ГФСТМ	Глобальный фонд борьбы со СПИД, туберкулезом и малярией
ДЭН	Дозорный эпидемиологический надзор
ЖСБ	Женщины секс-бизнес
ИППП	Инфекции, передающиеся половым путем
ИПЧК	Инфекции, передающиеся через кровь
КМ	Кабинет Министров
КУИС	Комитет уголовно-исполнительной системы
ЛЖВ	Люди, живущие с ВИЧ
ЛПУ	Лечебно-профилактическое учреждение
МВД	Министерство внутренних дел
МЗ	Министерство здравоохранения
МЛС	Места лишения свободы
ОЗТ	Опиоидная заместительная терапия
ПАВ	Психоактивные вещества
ПИН	Потребители инъекционных наркотиков
РК	Республика Казахстан
РНПЦ МСПН	Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании г. Павлодар
РЦ СПИД	Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИД
СПИД	Синдром приобретенного иммунодефицита
СВ	Снижение вреда

Выражение признательности

Данный документ является результатом работы консультанта UNODC, специалистов Республики Казахстан и сотрудников представительства Управления ООН по наркотикам и преступности в Центральной Азии (UNODC ROCA). Каждый из ниже следующих людей внес вклад в подготовку настоящего документа.

Нина Керими, глава Программного офиса UNODC в Астане, Региональный координатор проекта, разработала условия технического задания для международного консультанта, обеспечила общую координацию работы и техническую поддержку, включая предоставление комментариев и субстантивной информации на протяжении подготовки данной публикации, а также редактирование текста.

Сергей Дворяк, консультант UNODC, Директор Украинского института исследований политики общественного здоровья, подготовил обзор литературы и первые варианты пятилетнего плана действий.

Мадина Такенова, национальный сотрудник по вопросам ВИЧ инфекции, Программный Офис UNODC в Астане, предоставляла материалы и информацию, необходимые для работы консультанта, комментарии к черновым вариантам обзора литературы и плана действий; подготовила проект оперативного плана и осуществляла первичное редактирование его текста; готовила проекты документов, обеспечивающих возможность работы Межведомственной рабочей группы по ОЗТ при Министерстве здравоохранения РК, и организовывала совещания рабочей группы.

Ералы Бексултан, консультант UNODC и Отдела внедрения программы Глобального фонда по борьбе со СПИД, туберкулезом и малярией (ГФТМ) при Республиканском центре по профилактике и борьбе со СПИДом, сотрудник Всемирного банка в Казахстане, подготовил расчет бюджета, необходимого для расширения доступности опиоидной заместительной терапии на 2010-2014 гг. в Республике Казахстан.

Члены Межведомственной рабочей группы по ОЗТ при Министерстве здравоохранения Республики Казахстан, предоставляли комментарии по плану действий и оперативному плану и принимали участие в обсуждении этих документов и принятии решения об их поддержке Министерством здравоохранения.

Издание выпущено при финансовой поддержке ГУ «Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИД» Министерства здравоохранения Республики Казахстан (грант Глобального фонда по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией)

Часть I. Обзор ситуации по ВИЧ инфекции и потреблению наркотиков в Республике Казахстан

Введение

Потребление наркотиков в сочетании с распространением ВИЧ составляет одну из проблем охраны общественного здоровья в Республике Казахстан. Согласно оценкам, в 2009 году в Казахстане 124400 лиц потребляли наркотики инъекционным путем¹ и 29,1% из них лечились от наркомании в системе наркологической службы страны.

На 1 января 2010 года в Казахстане распространенность ВИЧ-инфекции среди населения по данным обращаемости в медицинские организации составляла кумулятивно с момента начала регистрации 74,5 на 100 000 жителей. В абсолютных цифрах было зарегистрировано 13784 случая ВИЧ-инфекции, из которых 760 умерло от СПИДа².

Оценочное число людей, живущих с ВИЧ около 15 000. Большая их часть инфицировалась парентеральным путем при потреблении наркотиков. Парентеральный путь инфицирования на начало 2010 года составил 67,9%³.

В результате изучения распространенности ВИЧ-инфекции в уязвимых группах населения установлено, что в стране имеет место концентрированная стадия эпидемии. В среде потребителей, инъекционных наркотиков (ПИН) распространенность ВИЧ инфекции составляет от 2,9% в целом по стране до 6,4% в Костанайской и Южно-Казахстанской областях³. Эти цифры недвусмысленно демонстрируют, что двигателем эпидемии ВИЧ являются рискованные инъекционные практики, используемые людьми, потребляющими наркотические вещества.

Несмотря на то, что правительство и специализированные службы РК прикладывают значительные усилия для лечения зависимости от наркотиков и для профилактики ВИЧ инфекции среди ПИН, рост эпидемии в среде ПИН остановить пока не удастся. По данным национальных экспертов эффективность используемых в стране методов лечения опиоидной зависимости остается невысокой (8-10% лечившихся не принимают нелегальных наркотиков в течение одного года после лечения), что не может не вызывать беспокойство специалистов и людей ответственных за принятие решений.

В 2008 г. в РК были начаты пилотные проекты в двух городах Павлодаре (Павлодарская область) и Темиртау (Карагандинская область) по проведению ОЗТ с использованием метадона. Несмотря на безусловно положительное значение этого факта следует отметить, что охват терапией 50 больных никоим образом не может повлиять на эпидемическую ситуацию. Необходимо значительно расширить программы ОЗТ и обеспечить все больший доступ к этому виду лечения нуждающимся ПИН как можно быстрее. Мировой опыт показывает, что

¹ БОС 2009 года, Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИД, МЗ РК

² Данные мониторинга за лечением людей, живущих с ВИЧ/СПИДом Республиканского центра по профилактике и борьбе со СПИД, МЗ РК, 2010

³ Дозорный эпидемиологический надзор 2009 г., Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИД, МЗ РК

охват ОЗТ должен составлять не менее 40% от оценочного числа опиоид-зависимых для того, чтобы профилактические меры были действенными^{4, 5}.

Хотя программы ОЗТ уже начали работать в РК, среди некоторой части профессионалов и политиков сохраняется противоречивое отношение к этому лечению. Главным из аргументов против метадона и заместительной терапии выступает тот, что "замещение" и "лечение" вступают в противоречие, или являются взаимно исключаящими концепциями. Однако в рамках классической медицины поддерживающая терапия фармакологическими средствами рассматривается как стандартная практика в лечении таких хронических заболеваний, как сахарный диабет, гипертоническая болезнь, бронхиальная астма, депрессия и ряд других болезней. Во всем мире такой взгляд все чаще распространяется и на лечение опиоидной зависимости. На сегодняшний день опиоидная заместительная терапия (ОЗТ) применяется в 71-ой стране мира, в странах Евросоюза ОЗТ получают более 600 000 пациентов^{6, 7}.

Назначаемый в соответствующих дозах метадон не вызывает эйфории, не дает седативного эффекта и не имеет негативного влияния на работоспособность, приобретенные навыки или умственные способности. Пациент, когда он стабилизирован, получая поддерживающую терапию метадонем, не становится в большей степени зависимым, чем больной диабетом от инсулина. Такие пациенты не нуждаются в уличных (нелегальных) наркотиках из-за отсутствия синдрома отмены («ломки»), и их жизнь не сосредоточена на поисках и потреблении нелегальных наркотических веществ.

Другим аргументом, который используется против метадона, служит мнение, что даже в странах, где заместительная терапия получила значительное распространение, ее результаты трактуются противоречиво, и там также не существует консенсуса по данному вопросу. Действительно, почти в каждой стране, где сегодня успешно применяется ОЗТ, на начальных этапах существовали правовые и моральные препятствия; долго велись интенсивные дискуссии в кругу профессионалов и в средствах массовой информации. И метадон, и бупренорфин, как любые другие медицинские препараты, могут иметь и позитивные и, потенциально, побочные эффекты. Не у всех пациентов одинакова реакция на эти медицинские препараты. Таким образом, всегда можно найти профессионалов, которые выступают против заместительной терапии независимо от наличия значительного массива доказательств о ее эффективности для лечения опиоидной зависимости, об уменьшении уровня преступности в обществе, об эффективности ОЗТ в профилактике ВИЧ инфекции и других инфекций передающихся через кровь, а также для привлечения ВИЧ-инфицированных ПИН, к лечению высоко-активными антиретровирусными препаратами (ВААРТ) и повышению их приверженности этому лечению (удержанию в программах ВААРТ).

В качестве третьего аргумента «против» упоминают стоимость программ ОЗТ, которые предназначены для лиц, "сознательно избравших пагубный путь потребления наркотиков", и которые, возможно, будут выполняться за счет других социально важных национальных

⁴ ВОЗ, УНП ООН и ЮНЭЙДС «Техническое руководство для стран по разработке целей в рамках концепции обеспечения универсального доступа к профилактике, лечению и уходу в связи с ВИЧ-инфекцией среди потребителей инъекционных наркотиков» (2009)

⁵ EMCDDA. Годовой отчет 2008

⁶ «Поддерживающая терапия агонистами опиатов (опиоидная заместительная терапия): международный опыт. Обзор литературы», UNODC Программный офис в Астане, 2010.

⁷ «HIV prevention, treatment, and care services for people who inject drugs: a systematic review of global, regional, and national coverage» Bradley M Mathers, et. Al. for the 2009 Reference Group to the UN on HIV and Injecting Drug Use, www.thelancet.com Published online March 1, 2010 DOI:10.1016/S0140-6736(10)60232-2

программ. Но отношение к потребностям людей, имеющих проблемы с наркотиками, или к ЛЖВ, как к менее важным в сравнении с потребностями, скажем, людей с сердечно-сосудистыми заболеваниями или больных диабетом не имеет оснований ни с этической точки зрения, ни с позиции общественного здоровья. В то же время известно, что многие болезни, во многом определяются стилем жизни, отклонениями от здорового образа жизни (те же сердечно-сосудистые заболевания, ожирение, и т.п.). То, в силу каких обстоятельств человек приобрел то или иное заболевание (а наркотическая зависимость является хроническим расстройством здоровья), не может быть основанием для отказа пациенту в квалифицированной и научно обоснованной помощи.

«...Государства, ратифицировавшие Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах, признают право каждого человека на «наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья». ⁸ Эта статья гласит, что меры, которые должны быть приняты участвующими в Пакте государствами для полного осуществления этого права, включают мероприятия, «необходимые для предупреждения и лечения эпидемических, эндемических, профессиональных и иных болезней и борьбы с ними» и «создания условий, которые обеспечивали бы всем медицинскую помощь и медицинский уход в случае болезни».....

.....Особое внимание для обеспечения права на здоровье социально отчужденных и уязвимых групп требуется не только потому, что все люди имеют равное право на наивысший достижимый уровень здоровья, включая, предоставляемую государством, медицинскую помощь; но и потому, что это вопрос рациональной политики, так как здоровье и благополучие тех, кто находится на периферии общества, влияет на здоровье и благополучие общества в целом. Поэтому необходимо обеспечить широкий и «низкопороговый» доступ к услугам в области здравоохранения, в том числе, для людей, без определенного места жительства и без идентификационных документов; тех, кто не работает; тех, кто не имеет средств для приобретения медикаментов и других товаров; а также тех, кто сталкивается с дополнительными трудностями либо из-за состояния своего здоровья (например, наркотической зависимости, психического заболевания, другого ограничения возможностей), либо из-за препятствий, связанных с отношением окружающих людей (например, стигма в связи с состоянием здоровья, дискриминация со стороны поставщиков услуг)....

«Доступность профилактики и лечения ВИЧ-инфекции для людей, употребляющих наркотики, и лиц, находящихся в местах лишения свободы, в Азербайджане, Казахстане, Кыргызстане, Таджикистане, Туркменистане и Узбекистане: анализ законодательства и политики. Рекомендации для реформ» , UNODC ROCA, Канадская правовая сеть по ВИЧ/СПИДу, 2010

... Для выполнения международных обязательств страны⁹ и соблюдения гарантий государства по обеспечению всеобщей доступности услуг по профилактике и лечению ВИЧ инфекции для уязвимых слоев населения¹⁰, и совершенствованию системы лечения и реабилитации наркозависимых лиц ¹¹ необходимо быстрое и полномасштабное, расширение доступности опиоидной заместительной терапии, как в гражданском секторе, так и в пенитенциарной системе..

⁸ *Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах, 993 UNTS 3 (1966), статья 12.*

⁹ *Декларация о приверженности по ВИЧ/ СПИДу ГА ООН (2001), Политическая Декларация по ВИЧ/СПИДу ГА ООН (2006), Цели Развития Тысячелетия (ЦРТ 6: Борьба с ВИЧ\СПИДом и туберкулезом*

¹⁰ *Кодекс РК о здоровье народа и системе здравоохранения, утвержденный ПП № от 18 сентября 2009 года № 193-IV ЗРК*

Глава 19, статья 112-115 «Оказание медико-социальной помощи ВИЧ-инфицированным и больным СПИД; Глава 21, статья 130 – Государство обеспечивает систему мер по предупреждению и лечению алкоголизма, наркомании и токсикомании; статья 133 – 1. Лица, больные алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией, имеют право на: получение квалифицированной медицинской помощи;

¹¹ *Программа борьбы с наркоманией и наркобизнесом в Республике Казахстан на 2009-2011 годы, ППРК от 27 мая 2009 года № 784, пункт 5.3.*

«Поддерживающее лечение агонистами опиоидов (Опиоидная заместительная терапия). Информационный листок, выпущенный Программным офисом UNODC в Астане, 2010»

Кроме того, угроза генерализации ВИЧ инфекции в Казахстане коснется одинаково как тех, кто употребляет наркотики, так и представителей общей популяции, уже хотя бы потому, что на их плечи лягут все расходы по противодействию эпидемии и лечению больных СПИД. Угроза эпидемии на нынешнем этапе такова, что необходимо действовать решительно и быстро, с применением наиболее эффективных методик доказательной медицины, которые есть в нашем распоряжении, и к которым относится заместительная терапия опиоидной зависимости.

Характер эпидемии ВИЧ в стране и наличие сильной доказательной базы эффективности ОЗТ, как одного из основных методов профилактики распространения ВИЧ-инфекции среди потребителей опиоидных наркотиков, позволяет сделать вывод в пользу необходимости быстрого расширения заместительной терапии в Республике Казахстан.

Краткая информация о стране

1.1. Официальное название:	Республика Казахстан (республика с президентской формой правления).	
1.2. Территория:	2 717 300 кв. км	
1.3. Границы:	12 012 км (Китай - 1 533 км, Кыргызстан - 1 051 км, Россия-6 846 км, Туркменистан - 379 км, Узбекистан - 2 203 км)	
1.4.	<p>Численность населения: Этнический состав - казахи 53,4%, русские 30%, украинцы 3,7%, узбеки 2,5%, немцы 2,4% другие 8% (1999) Средний возраст - 29.3 лет; мужчины: 27,8 лет; женщины: 31.1 год Смертность – 9,39 на 1000 населения Продолжительность жизни - средняя 67.55 лет; мужчин - 62.24, женщин 73.16 (2008)</p>	
2. ОБЩИЕ ПОКАЗАТЕЛИ		
2.1. ИРЧП¹²:	82/182 ПРООН)	(2009,
2.2. ВВП на душу населения (по ППС):	\$10,863	(2009, ПРООН)
3. ИНФОРМАЦИЯ О НАРКОСИТУАЦИИ		
Изъятие наркотиков (кг, КБН¹³):	2009	2008
Героин	731.0	1 639.3
Опий	171.9	16.7
Марихуана	26 331.5	25 656.5
3.1. Средние цены на наркотики	2009	На февр. 2009

¹² Индекс развития человеческого потенциала, Доклад о развитии человека-2008, Программа развития ООН

¹³ Комитет по борьбе с наркобизнесом и контролю за оборотом наркотиков, МВД Республики Казахстан

(долл. США за 1 кг, ЦАРИКЦ):	Героин	8,000-50, 000	5, 000-40, 000
	Опий	800 -15, 000	800-15 000
	Марихуана	300-3,000	100-2 500
3.2. Лица, состоящие на нарколог. учете:	Всего 54 081 чел. ¹⁴ , 346 на 100 тыс. населения (2009, КПССУ ¹⁵)		
3.3. Потребители опиоидов (оценочно):	103 000 потребителей наркотиков в возрасте 15-64 лет, средний возраст 27.5 лет, в течение жизни 83% потребляли героин и 47% опий (2006, UNODC ¹⁶)		
3.4. ПИН¹⁷ (зарегистрировано):	37 513 ПИН, 69% от общего числа потребителей наркотиков (2009, РНПЦ МСПН ¹⁸)		
3.5. ПИНЫ, оценочное число:	124 400 ПИН, быстрая оценка ситуации (2009, РЦ СПИД)		
3.6. Наркомания в тюрьмах:	6 808 потребителей наркотиков, 13% от общего числа заключенных (2009, Минюст)		
3.7. ВИЧ/СПИД (зарегистрировано):	2 081 новых случаев, 13 784 ЛЖВС; 28% женщин, 135 новых и свыше 900 всего случаев СПИД; 760 смертей от СПИДа (2009, РЦ СПИД)		
3.8. ВИЧ/СПИД (оценочно):	14 200 ЛЖВС, распространенность 0.1% от численности населения в возрасте 15-49 лет (2007, ВОЗ/ЮНЭЙДС)		
Пути передачи ВИЧ	55,5% (1155 из 2081 зарегистрированных) парентеральный путь, 35,5% половой путь (2009, РЦ СПИД)		
ВИЧ среди ПИН	Распространенность - 2, 9% (М-2,75%, Ж-3,63) , (ДЭН 2009, РЦ СПИД)		
3.9. ВИЧ/СПИД в тюрьмах:	536 новых (1% от числа заключенных) и 3 981 всего случаев ВИЧ (7% от числа заключенных) (2009, РЦ СПИД, Минюст). ВИЧ инфекция среди осужденных 2,6%		
4. ПРЕСТУПНОСТЬ			
4.1. Общая преступность:	121 667 общее число преступлений, 778 на 100 тыс. населения, 78 673 лиц, совершивших прест., 376 на 100 тыс. насел. (2009, КПССУ)		
4.2. Преступления, связанные с незаконным оборотом наркотиков:	9 705 преступлений, 58 на 100 тыс. насел.(8% от общего числа преступлений), 7 260 задержанных, 46 на 100 тыс. насел. (2009, ЦАРИКЦ)		
4.3. Тюрьмы:	53 359 заключенных, 341 на 100 тыс. населения (2009, Минюст)		
4.4. Индекс восприятия коррупции, ранг:	2,7; 120/180		(2009, Трансперенси Интернэшнл)

¹⁴ Лица, злоупотребляющие наркотическими средствами и психотропными веществами

¹⁵ Комитет по правовой статистике и специальным учетам Генеральной Прокуратуры Республики Казахстан

¹⁶ Оценка проблемного потребления наркотиков в Центральной Азии, ЮНОДК

¹⁷ Потребители инъекционных наркотиков

¹⁸ Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании, Павлодар, Казахстан

Законодательство и политика в отношении наркотиков¹⁹

Национальное законодательство в области контроля над наркотиками включает следующие документы:

- Указ Президента Республики Казахстан, которым утверждена Стратегия борьбы с наркоманией и наркобизнесом в Республике Казахстан на 2006-2014 годы.
- Закон РК «О наркотических средствах, психотропных веществах, прекурсорах и мерах противодействия их незаконному обороту и злоупотреблению ими» от 10 июля 1998 г. N 279.
- Уголовный кодекс Казахстана (от 16.07.1997) в корпус которого входят статьи (ст.259-266), предусматривающие уголовную ответственность за незаконную деятельность с наркотиками.
- Административный кодекс Казахстана от 01.01.2001. (ст.318-319)
- Закон Республики Казахстан от 27 мая 2002 года № 325-III «О медико-социальной реабилитации лиц, больных наркоманией»
- Приказ агентства РК по делам здравоохранения от 19 декабря 2000 года № 820 «Об улучшении мер по обеспечению противодействия распространения наркомании»;
- Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 9 июля 2002 года № 656 «О реализации Закона РК «О медико-социальной реабилитации лиц, больных наркоманией»;
- Приказ Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 9 марта 2004 года № 228 «Об утверждении Положения об организации деятельности пунктов доверия для потребителей инъекционных наркотиков»;
- Приказ Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 18 июня 2004 года за № 637 «Об утверждении Положения о наркологических организациях (больницах, диспансерах, центрах, отделениях)»;
- Приказ Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 8 декабря 2005 года, за № 609 «О внедрении заместительной терапии»;

Наиболее важным из перечисленных документов, с точки зрения обеспечения надлежащей медицинской помощи гражданам, страдающим от «расстройства психики и поведения, вызванных употреблением опиатов», является Закон «О наркотических средствах, психотропных веществах, прекурсорах и мерах противодействия незаконному обороту». Положения данного закона определяют возможность и условия организации лечения с применением агонистов опиоидов – опиоидной заместительной терапии (ОЗТ).

Настоящий Закон регулирует правовые основы государственной политики в сфере оборота наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров и устанавливает меры противодействия их незаконному обороту в целях оказания наркологической помощи и охраны здоровья граждан, общественной и государственной безопасности
В данном законе содержатся определения ключевых понятий такие как:

¹⁹ «Доступность профилактики и лечения ВИЧ-инфекции для людей, употребляющих наркотики, и лиц, находящихся в местах лишения свободы, в Азербайджане, Казахстане, Кыргызстане, Таджикистане, Туркменистане и Узбекистане: анализ законодательства и политики. Рекомендации для реформ», UNODC ROCA, Канадская правовая сеть по ВИЧ/СПИДу, 2010

наркомания - заболевание, обусловленное зависимостью от наркотического средства или психотропного вещества, либо их аналогов, приводящее к тяжелым нарушениям физических и психических функций организма;

больной наркоманией (наркоман) - лицо, находящееся в состоянии физической и (или) психической зависимости от какого-либо наркотического средства, психотропного вещества или их аналога, которому в установленном порядке медицинским учреждением поставлен диагноз "наркомания";

добровольное лечение от наркомании - лечение от наркомании, токсикомании или злоупотребления наркотиками, осуществляемое с согласия больного или его законного представителя;

принудительное лечение - стационарное лечение больного наркоманией, осуществляемое на основании решения суда при уклонении от добровольного лечения или продолжении незаконного потребления наркотических средств или психотропных веществ;

Статья 2 Закона - Классификация наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров, подлежащих контролю - в частности, предусматривает разделение всех наркотических и психотропных средств, а также прекурсоров на 4 списка (таблицы). Первый список включает вещества, которые запрещено использовать в медицинских целях; в отношении веществ, указанных в остальных списках предусмотрены меры контроля. Важно то, что законодатель отнес метадон и бупренорфин ко второму списку, т.е. они разрешены для применения в медицинской практике, но их оборот ограничен и находится под строгим контролем в соответствии с законодательством Республики Казахстан и международными Конвенциями ООН 1961, 1971 годов.

Статья 5 Закона гласит: *Государственное регулирование оборота наркотических средств, психотропных веществ, прекурсоров и меры противодействия их незаконному обороту и злоупотреблению ими осуществляются Правительством Республики Казахстан и уполномоченным государственным органом в сфере оборота наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров. Таким органом является - Комитет по борьбе с наркобизнесом и контролю за оборотом наркотиков Министерства внутренних дел РК.* Очевидно, все решения, касающиеся организации ОЗТ в стране должны приниматься с участием этой структуры, поскольку к ее полномочиям отнесен п.4 «Содействие органам здравоохранения в рамках государственных программ по регулированию деятельности в сфере оборота наркотических средств, психотропных веществ, прекурсоров и злоупотребления ими, в организации медико-социальной помощи лицам, больным наркоманией и токсикоманией, и обеспечении гарантии прав и свобод граждан при ее оказании»; а также п. 9 «Представляет Правительству нормы потребности Республики в наркотических средствах, психотропных веществах и прекурсорах для утверждения международных квот для Республики Казахстан Международным комитетом ООН по контролю над наркотиками».

Статья 7, п.1 предусматривает, что «Все виды деятельности в сфере оборота наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров на территории Республики Казахстан осуществляются юридическими лицами после получения лицензии на конкретный вид деятельности на срок до пяти лет, за исключением случаев, предусмотренных статьями 16, 17, 18, 19, 20 настоящего Закона». Из этого следует, что для проведения ОЗТ ЛПУ, занятые в ее проведении, должны иметь государственную лицензию на работу с наркотическими веществами.

В статье 8 настоящего Закона сказано: «Государственная квота на наркотические средства, психотропные вещества и прекурсоры, включенные в Список, - определяемый Правительством Республики Казахстан расчет потребности, в пределах которой осуществляется их оборот юридическими лицами, имеющими лицензии в соответствии с международными договорами Республики Казахстан». Таким образом, прежде чем осуществить закупку препарата метадон (или любого другого контролируемого препарата), лечебно-профилактической организации или Министерству здравоохранения необходимо подать в Правительство РК надлежащим образом оформленный запрос и после установления государственной квоты, получить подтверждение *Международного комитета ООН по контролю над наркотиками (опубликование квоты на вебсайте МККН)*. Только после этого возможно начать процесс закупки лекарства.

Статья 13 регламентирует применение наркотических средств в медицинских целях. В п. 1. сказано «*Наркотические средства, психотропные вещества и прекурсоры, подлежащие контролю в Республике Казахстан, могут использоваться в медицинских целях в порядке, установленном центральным исполнительным органом Республики Казахстан, осуществляющим руководство в области охраны здоровья граждан*».

П. 3. гласит: «*Применение в медицинских целях наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров, внесенных в Список (Таблицу) 2, осуществляется в соответствии с нормативными правовыми актами Республики Казахстан*».

В главе 3 Закона излагаются нормы оказания лечебной помощи лицам, у которых возникли медицинские проблемы, в связи с нелегальным употреблением наркотиков.

Основные положения данного раздела:

- *лицо, незаконно употребляющее наркотики, подлежит медицинскому освидетельствованию;*
- *лицо, уклоняющееся от медицинского освидетельствования, подлежит приводу в медучреждение;*
- *лицам, уклоняющимся от добровольного лечения, назначается принудительно лечение;*
- *медицинская помощь включает профилактику наркологических расстройств, обследование граждан, диагностику нарушений, лечение, уход, медико-социальную реабилитацию лиц, страдающих наркологическими расстройствами; при этом «Медико-санитарная помощь больным наркоманией, токсикоманией гарантируется государством и осуществляется на основе принципов законности, гуманности и соблюдения прав человека и гражданина».*
- *Лицу, добровольно обратившемуся в наркологическое учреждение для прохождения курса лечения, обеспечивается по его просьбе анонимность лечения. Сведения о таком лечении могут быть предоставлены лишь органам внутренних дел и иным специальным государственным органам в случае привлечения этого лица к уголовной или административной ответственности.*

Национальная стратегия по контролю наркотиков

Стратегия борьбы с наркоманией и наркобизнесом в Республике Казахстан на 2006-2014 годы была утверждена Указом Президента РК от 29 ноября 2005 года N 1678

Цели и задачи стратегии:

- 1) усиление антинаркотической пропаганды;
- 2) повышение эффективности мероприятий по профилактике, раннему выявлению, эффективному лечению и социальной реабилитации наркозависимых лиц;
- 3) укрепление межведомственного взаимодействия в борьбе с наркобизнесом;
- 4) расширение международного сотрудничества в борьбе с наркоманией и наркобизнесом;
- 5) укрепление материально-технического потенциала уполномоченных государственных органов, а также медицинских учреждений, специализирующихся на профилактике и лечении наркомании;
- 6) модернизация и эффективное научно-информационное сопровождение процесса реформирования и развития наркологической службы (подчеркнуто С.Д.);
- 7) совершенствование системы подготовки кадров и образовательных программ в области наркологии;
- 8) совершенствование законодательной базы, регулирующей антинаркотическую деятельность (подчеркнуто С.Д.).

Стратегия включает три основных направления:

- (1) снижение предложения на наркотики (пресечение незаконного оборота наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров);
- (2) снижение спроса на наркотики (эффективная первичная и вторичная профилактика распространения зависимости от наркотиков);
- (3) **снижение вреда от инъекционного потребления наркотиков** (эффективная третичная профилактика зависимости от наркотиков и первичная профилактика распространения ВИЧ/СПИДа).

В перечень основных мер по достижению цели стратегии вошли наряду с другими и **лечение и социальная реабилитация лиц, злоупотребляющих наркотиками**. В частности, в отношении ПИН предполагается использовать «меры третично-профилактического направления по широкомасштабному внедрению в систему наркологической помощи Республики Казахстан разработанных программ третичной профилактики (снижение вреда) с охватом данными программами не менее 80 % от реально существующих инъекционных потребителей наркотиков и достижением перевода пятой части их в рамки полноценных лечебно-реабилитационных программ»;

Необходимо отметить, основной акцент в Программе делается на уменьшение предложения наркотиков и на профилактику наркомании. В отношении оказания помощи лицам с проблемами, вызванными наркотиками, арсенал предлагаемых средств ориентирован в первую очередь на полный отказ от наркотиков с помощью психологических и психотерапевтических методов и не включает ОЗТ, которая считается самым эффективным методом лечения опиоидной зависимости²⁰.

Программа предусматривает развитие центров лечения и реабилитации, в которых терапевтические действия направлены на полное воздержание от наркотиков. Также запланировано улучшение качества подготовки врачей наркологов, но лишь в отношении реабилитации и тех методов лечения, которые ориентированы на достижение абстиненции.

²⁰ Совместная позиция ВОЗ/УНП ООН/ЮНЭЙДС «Заместительная поддерживающая терапия в ведении пациентов с опиоидной зависимостью и в профилактике ВИЧ-инфекции и СПИДа (2004)»

Следует отметить, что планы по расширению программ реабилитации в РК не учитывают их относительно низкую эффективность и высокую стоимость. Не принимаются во внимание опыт других стран, в частности тех, где удалось добиться значительного снижения показателей ВИЧ-инфицирования в среде ПИН и рекомендации ВОЗ и ЮНЭЙДС относительно первоочередных задач для стран, где эпидемия развивается преимущественно за счет инъекционного потребления. Данные рекомендации основаны на серьезных исследованиях и базируются в первую очередь на эпидемиологических данных²¹.

Потребление опиатов и инъекционное поведение

Согласно оценкам исследования проведенного UNODC в 2006 году, в Казахстане распространенность опийной наркомании на национальном уровне составляет 103000 человек, из них ПИН - 100000 человек. Численность ПИН по данным, полученным в ходе быстрой оценки ситуации (БОС), проведенной специалистами СПИД центров в 2009 году, составила по республике 124 400 человек (2007 г. – 129 100). На диспансерном учете по данным наркологической службы находится 55 тыс. больных с зависимостью от наркотиков. Большинство из них (90%) потребляют героин путем инъекций²².

По данным проведенных исследований^{1, 23}

- около 80% ПИН обращались за помощью в государственные ЛПУ.
- Примерно 50% ПИН выражали желание пройти лечение, но не получили доступа.
- Обращаемость к аутрич-работникам не более 3%
- Пунктами доверия пользуется только 16% респондентов.
- Каждый третий ПИН арестовывался за преступления, связанные с наркотиком (ПСН).
- Распространенность ВИЧ инфекции среди ПИН по данным ДЭН - ~4%
- Финансирование на одного больного, леченного в стационаре ~\$500²⁴ (стационарный курс лечения в среднем месяц)
- Примерно 13% контингента ПИН ежегодно получают лечение принудительно²⁵.
- Для прохождения реабилитации имеется 585 мест в реабилитационных центрах Казахстана.
- При этом эффективность лечения в системе наркологической помощи колеблется от 3 до 12 %

При анализе наркологической заболеваемости, связанной с употреблением наркотиков в Республике Казахстан, согласно данным РНПЦ МСПН (2009 г.) на основании данных форм F11 - F19, можно отметить, что произошло снижение первичной заболеваемости среди общей популяции населения (с 70,2 до 60,8 на 100 тыс. населения), среди женщин (13,3 - 11,4), среди детей (19,1 – 90,2), но среди подростков наблюдается рост (168,4 - 190,6). В то же время отмечается: в некоторых регионах произошёл относительный рост первичной заболеваемости или наоборот спад, эти данные трудно интерпретировать однозначно. Возможно,

²¹ (Martin C. Donoghoe, 2006)

²² Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании «Аналитический отчет. Мониторинг наркологической ситуации в Республике Казахстан в 2009 году», 2010

²³ Дозорный эпидемиологический надзор 2008, 2009 года проведенный Республиканским центром по профилактике и борьбе со СПИД

²⁴ Курс лечения 28 дней в стационаре наркологического диспансера

²⁵ Данные за 2008год Республиканского научно-практического центра медико-социальных проблем наркомании МЗ РК, Г. Павлодар

статистические показатели отражают не столько реальную заболеваемость, сколько обращаемость. Высокие показатели заболеваемости сохраняются в городах Алматы, Астана, в Павлодарской и Карагандинской областях (138,4; 99,6; 98,7; 111,9 на 100 тыс. соответственно). Вполне возможно, что относительно высокие показатели в данных городах и областях связаны в первую очередь с лучшей доступностью наркослужбы (и другими факторами, обуславливающими обращаемость за лечением), а не с тем фактом, что в остальных областях страны заболеваемость ниже. Есть основания предполагать, что лица, страдающие зависимостью от наркотиков, со временем перестают обращаться за наркологической помощью: во-первых, из-за дискриминационной практики постановки на диспансерный учет (что влечет за собой невозможность получить водительское удостоверение, связано с ограничениями в выборе работы и т.п.); во-вторых, из-за низкой эффективности терапевтических мероприятий (8-12%), ориентированных на полный отказ от наркотиков. Это особенно относится к тем, чей стаж потребления наркотиков превышает 10 лет.

Наиболее распространенными ПАВ, являющимися причиной обращения за стационарной медицинской помощью, являются наркотики опийного ряда. Наиболее употребляемым инъекционным способом наркотиком является героин – 90,6%, на втором месте опиум – 3,8%; другие опиаты -0,5%. Среди всех ПИН 94,3% употребляли опиаты.

До госпитализации основная масса потребителей наркотиков использовала наркотики ежедневно. Среди зависимых от опиоидов, получавших лечение стационарно наиболее часто были пациенты со стажем употребления наркотиков до 1 года, затем - семь, десять лет, с постепенным снижением пропорции пациентов с другими сроками потребления наркотиков.

Среди ПИН значительный процент составляют женщины – примерно одна четверть пациентов. У них чаще бывают повторные госпитализации в течение одного года, чаще встречается стаж употребления более 2 лет.

Более 56,1% ПИН, получивших лечение имели сопутствующие инфекционные заболевания, такие как гепатит С (42,7%), гепатит В (6,6%), ВИЧ/СПИД (4,8).

Значительная группа респондентов ПИН отметила в числе источников дохода воровство - 15,3%; 6,3% опрошиваемых лиц признали, что проституция является для них основным источником дохода.

Таблица 1. Количество ПИН, состоящих на официальном учете и БОС

Области	ПИН состоящих на официальном учете	ПИН по БОС	% ПИН состоящих на учете от БОС
Акмолинская	915	2200	41,6
Актюбинская	1673	4500	37,2
Алматинская	1563	4500	34,7
Атырауская	467	2000	23,4
Восточно-Казахстанская	4100	14000	29,3
Жамбылская	2213	6800	32,5
Западно-казахстанская	1408	4000	35,2
Карагандинская	4589	16900	27,2
Костанайская	2532	3900	64,9
Кызылординская	642	2000	32,1

Мангистауская	1064	4100	26,0
Павлодарская	2825	12000	23,5
Северно-казахстанская	946	3500	27,0
Южно-казахстанская	2685	20500	13,1
г. Алматы	5621	17000	33,1
г. Астана	2880	6500	44,3
РК	37549	124400	29,1

Кумулятивное число наркологических больных на диспансерном учете

Распространенность (болезненность) наркотической зависимостью в целом по РК в 2009 г., по сравнению с 2008 годом несколько уменьшилась, - с 348,8 до 342,4 на 100 тыс. человек

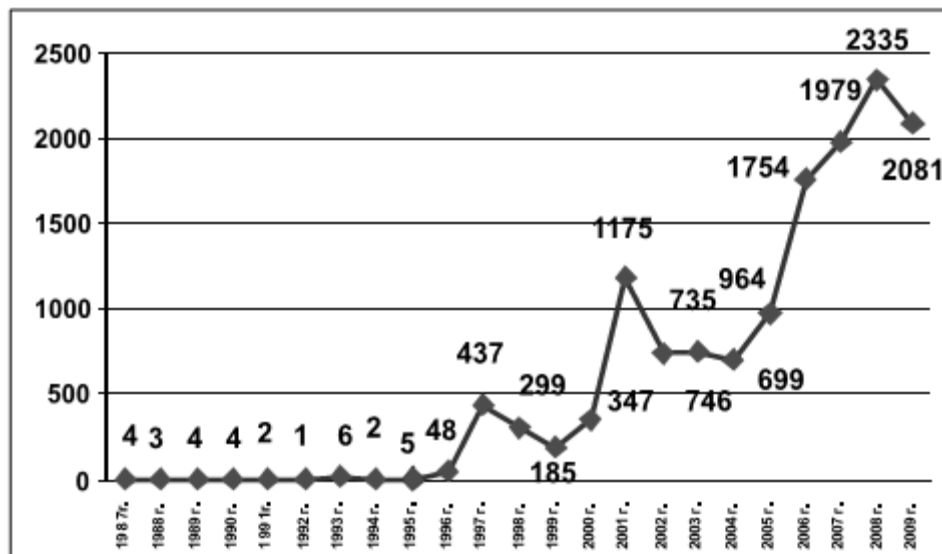
По данным эпидемиологического исследования среди опрошенных респондентов на учёте в наркологических организациях состояло только 37,6% (РНПЦ МСПН, 2008). Если считать, что на наркологическом учете находятся 55 тыс. людей с зависимостью от наркотиков, и они составляют около 35-40% от общей численности потребителей наркотиков (округленные данные от тех, что получены в результате исследования РНПЦ МСПН), то весь контингент соответственно мог бы составить порядка 137-157 тыс. В том же исследовании показано: более половины ПИН (58,1%) употребляет наркотик путем инъекции в последние 6 месяцев ежедневно. Среди женщин ежедневное употребление наркотика встречается чаще (59,8%), чем среди мужчин (57,6%).

Чтобы определить численность активных ПИН в РК мы возьмем за исходные данные показатель в 55 тыс. (число находящихся на диспансерном учете в наркологической службе Казахстана на конец 2008 года) выделим из него 58%, т.е. тех, кто является активным потребителем в настоящее время (31 900 человек) и учтем, что эти лица составляют около 35% от всего оценочного числа потребителей, то мы получим приблизительно 91 142 человек. Таким образом, можно сделать с определенной степенью уверенности вывод: в среднем в течении года в Казахстане потребляют систематически ежедневно потребляют опиаты более 90 тыс человек. Можно считать, что около 90% этого числа, т.е. **81 тыс.** потребляют опиаты путем инъекций (согласно официальной статистике, 85-90% от всех потребителей опиатов принимают их инъекционным путем).

ВИЧ инфекция и другие медицинские последствия потребления наркотиков

С 2005 года в стране было отмечено резкое увеличение прироста новых случаев ВИЧ-инфекции. В 2005 году новых случаев было зарегистрировано - 887, в 2006 году – 1745, в 2007 году – 1979. Показатель на 100 тысяч населения увеличился в 2 раза с 6,32 в 2005 году до 12,9 в 2007 году (2006 год – 11,38). В 2007 году отмечен рост новых случаев ВИЧ-инфекции по сравнению с 2006 на 13%. В ряде регионов республики отмечался рост показателя распространенности на 100 тысяч населения в 2 - 5 раз (Северо-Казахстанская область, Акмолинская, Атырауская области). Распространенность на 1 января 2008 года в РК составляла 9379 ВИЧ – инфицированных, а на 01.01. 2010 года зарегистрировано 13784 ВИЧ-инфицированных (74,5 на 100 000 населения) и 1124 больных СПИД.

График 1. Развитие эпидемии ВИЧ инфекции среди населения в период с 1987-2009 гг., (абсолютные значения, данные РЦ СПИД)



Судя по выводам, сделанным в отчете Казахстана UNGASS²⁶ рост числа ВИЧ-позитивных лиц в значительной мере обусловлен улучшением диагностики, и пока рано делать окончательные выводы относительно того, сколько же на самом деле людей с ВИЧ живет в стране, поскольку выявлена только их некоторая часть.

Потребление инъекционных наркотиков по-прежнему является основным фактором передачи ВИЧ-инфекции в стране (55,5%).

В результате изучения распространенности ВИЧ-инфекции в уязвимых группах установлено, что в стране имеет место концентрированная стадия эпидемии. В 2009 году распространенность ВИЧ-инфекции среди ПИН по данным ДЭН составила в среднем 2,9%, снизившись по сравнению с 2007 годом (3,9%). Распространенность ВИЧ-инфекции среди РС, MSM находится на уровне 2008 года, что говорит о стабильном уровне распространенности ВИЧ инфекции. По данным официальной статистики РЦ СПИДа на 01 января 2009 года в стране зарегистрировано 4727 ВИЧ позитивных ПИН.

Ситуация по распространенности ВИЧ-инфекции среди ПИН неравномерная и варьирует от 0% до 6,4% в разных городах Казахстана. Распространенность ВИЧ устойчиво превышает 2,9% в таких областях как Карагандинская (5,9%), ВКО (6), ЮКО (6,4), Костанайская (6,4%). Нулевые показатели распространенности ВИЧ – инфекции в 2009 году наблюдались в городах Астана, Кызылординская и Мангыстауская областях.

Также были выявлены следующие тенденции:

1. Соотношение мужчин и женщин среди зарегистрированных ВИЧ-инфицированных лиц составляет три к одному, новые случаи ВИЧ-инфекции преимущественно регистрируются среди городских жителей (80%)²⁷. Распределение случаев по путям передачи показывает, что в 2009 году преимущественным путем передачи ВИЧ-инфекции сохранялся парентеральный (55,5 %).
2. В 2009 году нарастающим итогом по данным регистрации состоит 1237 ВИЧ инфицированных беременных женщин и 1546 беременностей. В стране родилось 204

²⁶ Национальный доклад Республики Казахстан «О ходе выполнения декларации ООН о приверженности делу борьбы с ВИЧ и СПИДом за 2008-2009 годы», Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИД, МЗ РК, 2008

²⁷ Доля городских жителей в Казахстане составляет около 60%.

детей от ВИЧ-инфицированных матерей. Диагноз ВИЧ-инфекции установлен у 58 детей, у 43 диагноз выставлен ретроспективно. ВИЧ-статус у 463 детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей, окончательно не определен в связи с незаконченными сроками наблюдения.

3. Ухудшается ситуация в учреждениях системы УИС, где отмечено увеличение числа заражений ВИЧ-инфекцией внутри исправительных учреждений и следственных изоляторов. Локальные вспышки заболеваемости ВИЧ отмечены в СИ-1 г. Алматы, в учреждении АК 159/28 Карагандинской области и 12-в ГМ 172/1 Мангыстауской области.
4. По сравнению с 2006 годом увеличилась в 2,6 раза распространенность ВИЧ-инфекции среди осужденных (ДЭН, 2009г) с 1% до 2.6% в 2009 году.
5. Употребление наркотиков ведет не только к повышению риска заболеваемости ИПЧК. Проблемы со здоровьем из-за наркотиков отметили 61,5% респондентов ПИН; имели проблемы в семейной жизни - 68,9%, с друзьями - 31,3%, с учебой/работой - 39,9%, с законом/полицией - 30,9% респондентов. Наибольшие проблемы причиняет прием героина (81,4% респондентов).
6. Не пользовались во время последнего сексуального контакта презервативом 33% респондентов (ДЭН, 2009), т.о. сексуальное поведение ПИН остается рискованным.
7. На фоне увеличения охвата анти-ретровирусной терапией лиц, нуждающихся в ней, с 326 человек - в 2006г. до 442 – в 2007 году число умерших от СПИДа уменьшилось незначительно по сравнению с прошлым годом (за 2007г. - 107 больных, 2006 - 119). Это объясняется тем, что не обеспечивается надлежащий охват лечением все нуждающихся в нем (всего получают лечение 61% от общего числа нуждающихся); до 80% людей, нуждающихся в лечении от ВИЧ–инфекции- это ПИН, и они часто имеют низкую приверженность к лечению. Внедрение ОЗТ в надлежащем объеме может изменить данное положение и обеспечить высокую приверженность потребителей наркотиков к ВААРТ.
8. 51,5 % опрошенных осужденных считают, что в ИУ употребляют наркотики; 39 % опрошенных, считают, что осужденные вступают в половые связи в ИУ.²⁸

Таким образом, потребление инъекционных наркотиков остается движущей силой эпидемии ВИЧ в Казахстане. Вероятность обнаружения ВИЧ-инфекции у ПИН почти на два порядка выше, чем у тех, кто не вводит себе наркотики. (Обзор эпидемиологической ситуации по ВИЧ/СПИДу, 2007)

Безусловно, распространение ВИЧ в среде ПИН является наиболее серьезной проблемой общественного здоровья, но нельзя также забывать и об эпидемии вирусных гепатитов. Так, по данным эпидемиологического обзора (2009), распространенность гепатита С среди ПИН составила 60,3%. Число инфицированных гепатитом С среди осужденных по результатам ДЭН 2009 года увеличилось по сравнению с прошлым годом с 40% до 43%. Если учесть, что примерно 5% всех инфицированных этим вирусом нуждается в лечении, а стоимость одного курса терапии составляет 20-30 тыс. долларов США, то можно представить какие расходы в скором времени будет нести общество в связи с таким количеством больных. Если в качестве исходной цифры взять 80 тыс. активных ПИН, то 65% составит – 52 тыс. Пять процентов от этого числа составит 2 600. Таким образом расходы на лечение гепатита С могут составить уже в ближайшее время порядка $2\ 600 \times \$20\ 000 = 52$ млн. долларов США.

²⁸ Дозорный эпидемиологический надзор 2009 года, Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИД

В стране принята и выполняется *Государственная Программа по противодействию эпидемии СПИДа на 2006-2010 гг.*

В Программе предусмотрены следующие виды деятельности:

- *Подготовка специалистов для работы по предупреждению передачи ВИЧ через инъекционное введение наркотиков.*
- *Раннее выявление и реабилитация лиц, с высоким риском возможности потребления наркотиков.*
- *Добровольное и анонимное консультирование, лечение и реабилитация зависимых от наркотиков.*
- *Обследование зависимых от наркотиков на ВИЧ/СПИД/БППП.*
- *Обучение волонтеров из числа потребителей инъекционных наркотиков методом «Равный – равному» профилактике ВИЧ/СПИД/БППП.*
- *Выпуск и распространение санитарно-просветительных материалов по профилактике наркомании, ВИЧ/СПИД/БППП.*

Для улучшения эффективности профилактики распространения ВИЧ, необходима координация и сотрудничество между программами по контролю наркотиков (профилактики наркомании) и ВИЧ/СПИД/БППП. Кроме того, следует принять во внимание, что внедрение и расширение доступности ОЗТ является важным сдерживающим фактором для эпидемии, когда она развивается преимущественно за счет ПИН. Тем более это важно в РК, где подавляющее большинство потребителей наркотиков принимают опиоиды.

Меры, принимаемые в ответ на проблемы, связанные с наркотиками. Лечение наркомании.

В Казахстане под лечением больных с синдромом наркотической зависимости от опиоидов подразумевается проведение медикаментозной терапии синдрома отмены, включая детоксикацию и комплексную психотерапию. Лечение может быть амбулаторным и стационарным. Лечение наркотической зависимости входит в “гарантированный объем медицинской помощи” и предоставляется бесплатно. Естественно, «бесплатное» лечение оплачивается обществом – государственными и местными фондами. Лечение наркотической зависимости могут осуществлять любые лечебные организации, имеющие лицензию на этот вид деятельности, независимо от форм собственности.

РНПЦ МСПН проводил 3 тематических эпидемиологических исследования при поддержке Управления ООН по наркотикам и преступности (2005-2007г) в 6 городах Казахстана с выборкой из 1200 потребителей наркотиков. Ниже приводятся результаты этих исследований.

За свою жизнь получали лечение по поводу употребления наркотиков 48,9% респондентов. Средний возраст первого лечения по поводу употребления наркотиков составляет 24,4 года. В среднем, на одного респондента пришлось 3,4 случая лечения. Чаще всего респонденты лечились в государственных наркологических ЛПО (76,7% от числа всех лечившихся), на втором месте по частоте указывания частные наркологические клиники - 26,4%, на третьем месте стоит лечение в домашних условиях - 19,2%; принудительно лечились - 9,8%, в тюрьме - 2,3%, в лечебных центрах при НПО - 7,2%.

В целом по РК количество пациентов прошедших лечение в 2007 г. в государственных организациях наркологической службы уменьшилось, по сравнению с прошлым годом, на 88 человек.

По поводу **употребления опиоидов** получали лечение 577 человек или 48,1% от числа всех респондентов. Средний возраст первого лечения составляет 23,7 лет. Первое обращение за лечением с начала употребления опиоидов было в период от двух (1,7) месяцев до 3,3 лет; В последний год лечение по поводу употребления опиоидов получали, в среднем, по 1,5 раза, срок лечения составил от 21 дня до 4,5 месяцев.

Чаще всего **в последние 12 месяцев** респонденты лечились в государственных наркологических ЛПО (80,3% от всех лечившихся). На втором месте по частоте пользования находятся частные наркологические клиники – 10,9%, на третьем месте стоит лечение в домашних условиях – 10%, принудительно лечились – 4,2%, лечились в тюрьме – 1,2%, в лечебных центрах при НПО – 5,4%. Длительность лечения, в среднем, составляла 18,6 дня. В последний раз лечение представляло собой детоксикацию в 88,4% случаев, психотерапию – в 47,6%, социальную реабилитацию – в 15,9%, тренинг по профилактике срыва – 18,3%, группы взаимопомощи – 9,5%. Средний срок продолжительности последнего лечения составил 29,6 дня. См.также Табл.2 и График 2

Таблица 2. Количество лиц, прошедших в 2009 году лечение по поводу наркомании и токсикомании

Регион	Поступило больных	Из них впервые в данном году	Выбыло больных	Число койко-дней, проведенных выбывшими больными
Республика Казахстан	6594	4308	6737	260295
РНПЦ МСПН	795	61	752	28033
г. Астана	640	420	644	15180
г. Алматы	1139	868	1156	38434
Акмолинская область	93	90	101	6096
Актюбинская область	247	36	251	9984
Алматинская область	61	58	61	649
Атырауская область	55	47	53	2283
Восточно- Казахстанская область	429	347	449	17985
Жамбылская область	296	266	300	9549
Западно- Казахстанская область	271	221	292	12258
Карагандинская область	773	674	805	37056
Костанайская область	313	231	293	15867
Кызылординская область	447	431	451	19607

Мангистауская область	97	82	99	4728
Павлодарская область	305	258	317	11863
Северо- Казахстанская область	197	64	252	10443
Южно-Казахстанская область	439	154	461	20280

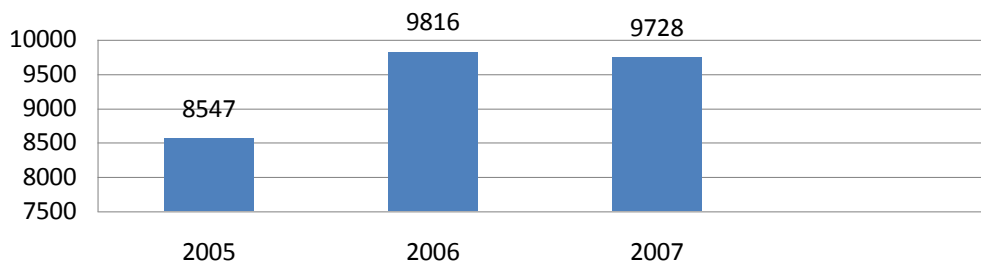
Обеспеченность врачами наркологами составляет 0,4 на 10 тысяч населения.

По имеющимся данным для лечения наиболее широко используется модель стационарного лечения с полным обеспечением пациента и круглосуточным наблюдением. Основную нагрузку при этом несут врачи. Если учесть, стоимость содержания пациентов в стационаре, затраты на врачебный и средний медперсонал стоимость медикаментов, то можно сделать вывод, что общество несет значительную экономическую нагрузку. По самым приблизительным расчетам содержание пациента в стационаре обходится не менее 500 долл. США в месяц.

По РК показатели ремиссий за 2005 - 2007 годы варьируют: показатель ремиссия от 1 до 2 лет 8,3 - 9,4, а свыше 2-лет - 5,6 - 6,5 на 100 пациентов. Таким образом, менее 10% лиц, прошедших лечения воздерживаются от приема наркотиков в течение одного года.

График 2. Динамика численности пациентов в системе наркологической помощи РК (2005-2007)

Количество лиц, прошедших лечение в 2005-2007 гг. по поводу наркомании и токсикомании в наркологических организациях Республики Казахстан



В таблице 3 показана сравнительная эффективность лечения наркомании при использовании различных методов (более подробно международный опыт использования ОЗТ представлен в публикации «Поддерживающая терапия агонистами опиатов (опиоидная заместительная терапия): международный опыт. Обзор литературы», UNODC, 2010. Эта обзор также имеется на www.unodc.org/centralasia)

Таблица 3. Сравнительная эффективность методов лечения наркотической зависимости (адаптированная таблица)²⁹

Вмешательство	Цель	Влияние на потребление героина , воздержание в течение одного года	Смертность
Отсутствие вмешательств	«Освобождение от наркотиков»	5-10% воздерживаются от приема героина в течение 1-го и более года	Около 2% в год
Детоксикация в целях прекращения приема наркотика	«Освобождение от наркотиков»	<5% воздерживаются от приема героина в течение 1-го и более года	Около 2% в год на первом году, затем увеличивается
Заместительная поддерживающая терапия (метадон)	Реабилитация и долговременное удержание в лечебной программе	50% удерживаются в программе течение 1 года, 25% полностью воздерживаются от приема героина в течение 1 года	Смертность снижается в 4-10 раз
Терапия налтрексоном (антагонистом опиоидов)	«Освобождение от наркотиков»	<20% удерживаются в программе от 6 до 12 месяцев Большинство выбывших из программы возобновляют прием наркотиков в сроки до одного года	Около 2% в год и более
Реабилитация в резидентских программах	«Реабилитация» и «освобождение от наркотиков»	Прогрессивный выход пациентов из программ, удерживаются в основном за счет внешнего влияния; <15% остаются на лечении в течение 1 года	Неизвестно, но может увеличиваться

Профилактика ВИЧ-инфекции среди ПИН

Научно-обоснованные профилактические меры, направленные на снижение риска ВИЧ инфицирования и других ИПЧК в среде ПИН доказали свою эффективность. Крупномасштабные профилактические программы показали (практически во всех социокультурных ситуациях), что распространение ВИЧ-инфекции можно уменьшить, особенно среди молодежи. В Азии, Австралии, Европе, Латинской Америке и странах Карибского бассейна, в Северной Америке и в странах Африки к югу от Сахары имеется множество доказательств тому, что заболеваемость ВИЧ снижается в тех группах, у которых есть доступ к эффективным профилактическим программам. Систематизация и распространение этого успешного опыта позволяет рассчитывать, что страны, который сейчас находятся только на пороге полномасштабной эпидемии, используя имеющийся опыт, могут в значительной степени минимизировать влияние эпидемии.

По данным ДЭН 2009 года в Казахстане за 2009 год 32,5% ПИН систематически посещали пункты доверия (159 по стране). Всего 58521 ПИН охвачено профилактическими программами в пунктах доверия, включая 29208 новых лиц, из 58 521 - 19728 обратились самостоятельно. В

29 Практическое руководство “ Лечение и уход для ВИЧ-позитивных потребителей инъекционных наркотиков” Модуль 4. Ведение опиоидной зависимости. ЮСАИД, ВОЗ, FHI. ASEAN 2007
http://www.searo.who.int/en/Section10/Section18/Section356_14247.htm

пунктах доверия на каждого ПИНа в 2009 году было роздано 350 шприцов, 121 презерватив, 2,7 информационно-образовательные материалы и 31 дезинфицирующие средства. 52153 ПИНа получили медицинские услуги в ПД, из них 25769 были обследованы на ВИЧ (127 с ВИЧ +), 7205 было пролечено в лечебных учреждениях, 2755 прошли реабилитацию в наркоцентрах, 82,5 % охвачены пунктами социального консультирования.

В эндемических ситуациях, характеризующихся низкой распространенностью, - а именно такая ситуация сегодня пока еще наблюдается в Казахстане - группы населения, подверженные наиболее высокому риску инфицирования, могут включать: работников секс-бизнеса и их клиентов; потребителей инъекционных наркотиков и их сексуальных партнеров; мужчин, вступающих в половые сношения с мужчинами; мужчин и женщин, которые по роду деятельности отделены от мест постоянного проживания, таких как транзитные и мигрирующие работники и военные а также лица в местах лишения свободы. Научно-обоснованные стратегии, направленные на удовлетворение потребностей этих групп населения в услугах здравоохранения должны стать приоритетными. В сообществах с относительно небольшим числом людей, живущих с ВИЧ, стратегии ухода и поддержки требуют меньших финансовых затрат. Стратегии ухода и поддержки создают стимулы для раннего выявления и снижения числа случаев стигматизации в связи с ВИЧ, способствуя, таким образом, усилению профилактических мер³⁰ (The Global Strategy Framework, 2001).

Одним из факторов, способствующих повышению вероятности распространения эпидемии в общую популяцию, является традиционная закрытость группы ПИН от общества, их изолированность. Кроме того законодательство, стоящее на принципах нулевой толерантности, т.е. полного неприятия употребления наркотиков, хотя и не предусматривает преследование людей в уголовном порядке собственно за употребление наркотиков, довольно жестко наказывает за все прочие действия, связанные с приобретением, хранением наркотиков и инъекционным введением наркотика другому лицу (Закон РК «О наркотических средствах, психотропных веществах, прекурсорах и мерах противодействия их незаконному обороту»). Количества наркотиков, достаточные для того, чтобы начать уголовное преследование лиц, хранящих их, представлены в Приложении 6³¹ (см. стр. 84).

На основании многочисленных исследований ВОЗ сформулировала основные принципы профилактической работы с ПИН. С целью профилактики ВИЧ-инфекции необходимо обеспечить информирование, аутрич работу, свободный доступ к медицинским и социальным услугам для ПИН, сделать максимально доступным стерильное оборудование и организовать для зависимых пациентов опиоидную заместительную терапию^{32 33}. Нет доказательств, что уголовное преследование потребителей наркотиков позволяет снизить численность ПИН. Когда полиция предпринимает активные репрессивные меры в отношении ПИН, это ведет, скорее, к тому, что испытывая страх перед возможным наказанием, они стремятся использовать добытый наркотик, как можно быстрее и потому делают инъекции в самых неподходящих условиях (в подъездах домов, в подвалах, непосредственно в местах его

³⁰ *Глобальный стратегический рамочный документ по ВИЧ/СПИДу, июнь 2001, ЮНЭЙДС, Женева*

³¹ *«Доступность профилактики и лечения ВИЧ-инфекции для людей, употребляющих наркотики, и лиц, находящихся в местах лишения свободы, в Азербайджане, Казахстане, Кыргызстане, Таджикистане, Туркменистане и Узбекистане: анализ законодательства и политики. Рекомендации для реформ», UNODC ROCA, Канадская правовая сеть по ВИЧ/СПИДу, 2010*

³² *Principles for preventing HIV infection among drug users. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 1998, 23 с*

³³ *ВОЗ, УНП ООН и ЮНЭЙДС «Техническое руководство для стран по разработке целей в рамках концепции обеспечения универсального доступа к профилактике, лечению и уходу в связи с ВИЧ-инфекцией среди потребителей инъекционных наркотиков» (2009)*

приобретения), нисколько не заботясь о стерильности инструментария и не имея возможности получить новый неиспользованный шприц.

Жесткая национальная политика в отношении потребителей наркотиков отрицательно сказывается на развитии программ СВ. В частности, в Казахстане, не используются обмен шприцов среди ПИН в пенитенциарных учреждениях.

Данные, полученные в результате исследований, показывают, что применение программ ОЗТ позволяет значительно снизить рискованное поведение и таким образом сдерживать эпидемию ВИЧ-инфекции среди ПИН. Подтверждением этого тезиса служит тот факт, что в большинстве стран Западной Европы, США, Канады и Австралии, где давно применяются стратегии снижения вреда, включая ОЗТ, заболеваемость ВИЧ-инфекцией среди ПИН значительно снизилась.

Существенным фактором, влияющим на рост числа инфицированных ВИЧ и гепатитами ПИН, является стигматизация и дискриминация в отношении потребителей наркотиков (в частности, по существующему законодательству наркомания и ВИЧ/СПИД относятся к социально опасным заболеваниям). В Казахстане, на уровне руководящих документов, считается необходимым формировать отрицательное отношение к потреблению наркотиков, но, практически, такое отношение зачастую переносится с поведения (потребление наркотика) на личность, практикующую это поведение, когда любой ПИН считается криминальной личностью. В частности, в стране распространено принудительное лечение наркотической зависимости, и многие потребители наркотиков попадают в тюрьму, даже если они хранят наркотики без цели сбыта, т.е. для личных нужд. Все эти обстоятельства способствуют тому, что потребители наркотиков загоняются в подполье, доступ к ним затруднен, как для медицинских, так и для социальных служб, что, в свою очередь, отрицательно сказывается на эпидемической ситуации.

Потребление наркотиков в тюрьмах

Преступность в РК, связанная с наркотиками, хотя имеет некоторую тенденцию к снижению в период 2006-2007 г, тем не менее, остается довольно высокой. По данным отчета генеральной прокуратуры число осужденных, квалифицированных по статьям, предусматривающим ответственность за незаконный оборот наркотиков, составило более 8 тыс. человек в год.

Таблица 4. Показатели преступности, связанной с незаконным оборотом наркотиков.

Количество лиц, совершивших преступления, связанные с незаконным оборотом наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров	2006 год	2007 год	рост/снижение
Всего	8244	8147	-1,2%
в том числе:			
Несовершеннолетние	76	60	-21,1%
Женщины	929	898	-3,3%
иностранцы граждане	2	7	250%
в том числе: граждане СНГ	474	482	1,7%
лица без гражданства	36	42	16,7%

Таблица 5. Число преступлений, совершенных на почве употребления наркотиков

Совершено преступлений на почве употребления наркотиков	2006 год	2007 год	рост/снижение
Всего	259	247	-4,6%
в том числе			
преступления против личности	9	6	-33,3%
преступления против собственности	41	35	-14,6%
преступления против общественной безопасности и общественного порядка	10	11	10%
преступления против здоровья населения и нравственности	192	193	0,5%

Число потребителей наркотиков, находящихся в местах лишения свободы, по оценке ДЭН составляет 23 104 ПИН³⁴. Общее число ПИН, включая лиц, содержащихся в местах лишения свободы, составляет около 152 000 тысяч человек. То есть каждый пятый ПИН находится в заключении, т.е. более 20 000 человек нуждаются в лечении зависимости. В то же время наиболее эффективным методом лечения опиоидной наркомании является ОЗТ. Таким образом, вопрос о проведении заместительной терапии в тюрьмах становится чрезвычайно актуальным.

Потребность в расширении опиоидной заместительной терапии

Опираясь на данные Республиканского научно-практического центра медико-социальных проблем наркомании Министерства здравоохранения РК, можно определить, что примерная стоимость стационарного лечения для одного больного в РК составляет 500 долл. США. В среднем каждый больной получал лечение в течение года 3,4 раза, т.е. на сумму в 1700 долл. США.

Прошли лечение в стационаре в 2009 г. всего 6594 больных и следовательно расходы на них должны были бы составить $6594 \times 1700 = 11\,209\,800$ долл. США в год.

Если взять за основу показатель ремиссии в среднем 10,8 % (полное воздержание от приема наркотиков в течение года) и считать, что расходы на лечение оправдываются его успешными результатами, то получается, что из 6594 больных удовлетворительный результат был достигнут лишь у 712 пациентов. Если исходить из объема затраченных средств в пересчете на число пациентов с разным исходом лечения, то около 1,2 млн. долларов было потрачено на лечение пациентов, достигших годовой ремиссии, а остальные 10 млн. долларов были потрачены на безуспешное лечение; если считать расход только на успешные случаи, то получается, успех стоит очень дорого - 15 730 долларов на каждый успешный случай. Закономерно возникает вопрос, насколько оправданы с точки зрения общественного здоровья подобные затраты.

В то же время эффективность программ ОЗТ по самым различным данным, включая результаты поли-центрового исследования ВОЗ, оценивается в диапазоне 65-80%³⁵, при том, что стоимость метадона составляет не более 100 долл. США на 1 пациента на 1 год терапии (цифра основана на расчетах международного консультанта UNODC на опыте стран Европы и СНГ). Даже если включить в расчеты затраты на содержание инфраструктуры проведения ОЗТ, все равно получается, что расходы на содержание

³⁴ Дозорный эпидемиологический надзор, 2009 года, Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИД

³⁵ R.Ali, D.Newcomb at all. The WHO Collaborative Study on Substitution Therapy of Opioid Dependence and HIV/AIDS. 2009 (In press)

программы составят не более, чем 200 долл. США в год на одного больного. При том, что можно посчитать расходы только на тех пациентов, которые получают лечение с положительным эффектом, расходы составят (200: 0,75) порядка 266 долл. США на одного пациента. Это оказывается в 59 раза (15730:266) меньше, чем проведение лечения по существующей в настоящее время в Казахстане модели предоставления ОЗТ. Приведенные расчеты суммированы в таблице 6

Таблица 6. Затраты на лечение (в долл.США)

Реабилитация		Лечение метадонном	
Один терапевтический эпизод	~ 500	-	-
Лечение одного пациента в теч. Года (3 эпизода в год)	1 700	Расходы на одного б-го в год (средний показатель)	~ 200
Расход на один успешный результат: (ремиссия 1 год)	15 730	Расходы на одного б-го, удерживающегося в терапии (позитивный результат)	266

В 2007 г. в РК 1979 ВИЧ-позитивных лиц было выявлено впервые. Среди них - 1243 ПИН (62,8%). Расходы по их дальнейшему ведению и лечению составят не менее 3-5 тыс долл. США в год, что в сумме даст 3729000 – 6215000 долл. США. Имеются убедительные данные свидетельствующие, что **уровень сероконверсии среди пациентов, участвующих в программах ОЗТ в 2,5-3 раза ниже, чем в группе лиц, не получающих лечение.** В случае, если бы у всех ПИН имелся доступ к ОЗТ, число инфицированных было бы меньше и составило 414-497 человек. Соответственно, расходы системы здравоохранения на их лечение были бы меньше примерно в 3 раза и составили бы 1 366 500 – 2 277 500 долл. США.

В разных странах число мест в программе ОЗТ определяется многими факторами: политическими, экономическими, профессиональными и т.д. Охват больных опиоидной зависимостью колеблется от 50-60% всех нуждающихся в Великобритании, Франции, Ирландии, Нидерландах и до менее 1% в Беларуси и Азербайджане. В большинстве стран ЕС охват ОЗТ составляет 20-50%. Однако, несмотря на вариативность показателей, имеются определенные ориентиры для обозначения критериев при планировании численности мест в программах ОЗТ. Одним из таких ориентиров является право каждого гражданина на получение медицинской помощи. При этом предполагается, что помощь будет научно обоснованной и эффективной. В руководстве UNAIDS «Основы глобальной стратегии» сказано, что они (основы) базируются на уважении, защите и обеспечении прав человека. Они построены на четырех фундаментальных руководящих принципах, одним из которых является следующий: «Меры профилактики, лечение, спасающее жизнь, и результаты научных открытий должны быть в равной степени доступны всем». Поскольку ОЗТ признана эффективным методом профилактики ВИЧ инфекции среди ПИН, нет оснований отказывать в этом лечении больным людям зависимым от опиатов. Следовательно, в идеале было бы оправданным обеспечить доступность к ОЗТ для всех пациентов с зависимостью от опиатов.

Другим критерием является широко принятый в последние годы в профессиональном сообществе показатель 60% охвата профилактическими мероприятиями всех ПИН. Поскольку ОЗТ входит в перечень мер, направленных на профилактику ВИЧ/СПИД среди ПИН, можно исходить из того, что для успешной работы необходимо охватить ОЗТ до 60% ПИН.

В соответствии с последними рекомендациями ВОЗ/UNODC/ЮЭЙДС низким считается охват ОЗТ до 20% от оценочного числа зависимых от опиоидов, умеренным 20 - 40%, и высоким – более 40% ³⁶.

В большинстве стран Восточной Европы и Азии процент охвата ОЗТ остается невысоким, хотя практически везде это показатель растет. В Украине, например, в 2005 г. в программах ОЗТ находилось 200 человек, что составляло чуть более 0,3% от числа нуждающихся, а в конце 2008 г. ОЗТ получали 2700 человек (4,5%). Постоянно растет численность пациентов на ОЗТ в Китае, Индонезии, Малайзии, Иране, Индии.

Одной из опасностей, с которыми уже столкнулись многие страны в переходном периоде, это «вечный пилотный статус». Многие программы терапии метадоном и бупренорфином обречены на «смерть вследствие пилотного статуса», когда на расширение программ накладываются ограничения на протяжении многих лет, пока органы власти оценивают жизнеспособность и целесообразность программ. В Беларуси пилотная программа медикаментозной поддерживающей терапии начала работать в 2005 г., но до 2007 г. не предоставляла лечения пациентам, несмотря на готовность Глобального фонда по борьбе со СПИД, туберкулезом и малярией оплатить стоимость медикаментов. В Польше только около 1 000 человек получили метадоновую терапию через 16 лет после выхода метадона на рынок. В Азербайджане статус пилотного проекта у программы был с 2004г. и только в конце 2008 произошло расширение ее доступности и численность пациентов начала увеличиваться.

Таблица 7. Применение заместительной терапии в странах Восточной Европы и Средней Азии (первоначальный источник «ОЗТ в странах Восточной Европы и Средней Азии, IAS»³⁷ обновленный Управлением ООН по наркотикам и преступности)

Государство	Год введения ЗТ	Число центров, где проводится	Число пациентов на ЗТ (на начало 2009 года)	Кол-во ПИН (оценка)
Беларусь	2007	1	70	45 842
Украина	2004	38	4634	400 000
Литва	2005	14	410	8500
Грузия	2005	3	445	12420
Кыргызстан	2002	18	878	44398
Казахстан	2008	2	50	100 000
Таджикистан	2010	2	62 (2010)	15 000
Туркменистан	-	-	-	8 400
Азербайджан	2004	2	150	45000

³⁶ ВОЗ, УНП ООН и ЮНЭЙДС «Техническое руководство для стран по разработке целей в рамках концепции обеспечения универсального доступа к профилактике, лечению и уходу в связи с ВИЧ-инфекцией среди потребителей инъекционных наркотиков» (ВОЗ, 2009)

³⁷ Международное общество борьбы со СПИДом и Евразийская сеть снижения вреда. Опиоидная заместительная терапия в странах Восточной Европы и Средней Азии. Ведущий консультант - Олег Айзберг. Рецензент Раминта Штуйките (Украина) и Эмилис Субата (Литва). Декабрь 2008.

Опиоидная заместительная терапия в тюрьмах

Есть веские причины для того, чтобы медицинские услуги в местах лишения свободы включали предоставление заместительной терапии в качестве важного медицинского компонента. К ним следует отнести следующие:

- проблемы с соблюдением режима содержания для ПИН и трудности для персонала в связи с синдромом отмены, переживаемым заключенными, а также контрабанда наркотиков и акты насилия по отношению к персоналу и другим заключенным;
- высокий риск попыток самоубийства и нанесения вреда себе в течение периода острого абстинентного синдрома среди заключенных - проблемных потребителей наркотиков;
- важность соблюдения равных возможностей для людей, находящихся в тюрьмах и в остальном обществе;
- необходимость обеспечить заключенных лечебными средствами на уровне международных стандартов и лучших лечебных практик, а также соблюсти преемственность предоставления услуг
- высокий риск смертельных передозировок у ПИН, недавно освободившихся из заключения и не получавших ОЗТ, также как и у ПИН находящихся в МЛС.

Программы ОЗТ обеспечивают достижения важных результатов в МЛС, в том числе уменьшение использования нелегальных наркотиков, снижение преступности, уменьшение смертности, снижение риска передачи ВИЧ и гепатита С, улучшение здоровья потребителей наркотиков и общего тюремного населения, а также сотрудников УИС. Это лечение, как было доказано, одновременно и эффективно и рентабельно.

Таким образом, внедряя ОЗТ в стране, необходимо делать это не только в системе здравоохранения в гражданском секторе, но также и в пенитенциарной системе: в изоляторах временного содержания, куда могут попадать лица, уже получающие ОЗТ, с тем, чтобы лечение не прерывалось, а пребывание под стражей не сопровождалось резким ухудшением здоровья; и в местах исполнения наказаний, чтобы повысить эффективность лечения и профилактики ИПЧК среди ПИН.

Некоторые данные о внедрении ОЗТ в тюрьмах Европы представлены в таблице 8.³⁸

Таблица 8. . Программы заместительной терапии в тюрьмах Европы , 2008

Страна	Кол-во заключенных	Проблемные потребители наркотиков	Охват ЗТ
Австрия	8991	2247-4495	17-43%
Чехия	19145	38,5%	40 (пилотный)
Испания	66129	26387	82%
Дания	3626	547	55%
Франция	52009	18276	14%
Германия	75719	25000	2%
Румыния	32292		пилотный
Словения	1301	948	54%

³⁸ «Поддерживающая терапия агонистами опиатов (опиоидная заместительная терапия): международный опыт. Обзор литературы», UNODC POKAZ, 2010. Эта обзор также имеется на www.unodc.org/centralasia

Ирландия	3080	1080	46%
Италия	39348	15442	12%
Люксембург	744	191	100%
Польша	89805	2662	0,3%
Португалия	12803	3515-5900	9-21%
Великобритания	80229	26000	47%

Оценочно, в 2009 году в МЛС Казахстана находилось 23 104 зависимых от опиоидов³⁹, что составляет почти 43,3% от всего контингента. Это означает, что персонал МЛС постоянно имеет серьезные проблемы с содержанием этих лиц, поскольку пребывая в состоянии перманентного влечения к наркотику они склонны к нарушениям режима, конфликтам, у них наблюдаются симптомы дисфории, депрессии, тревоги, анти-социальные поведенческие реакции и т.п. Проведение ОЗТ у этих больных не только обеспечит удовлетворение их законных прав на научно-обоснованное лечение, но и в значительной степени облегчит их содержание, приведет к существенному снижению уровня дисциплинарных нарушений и значительно улучшит психологический климат в исправительных учреждениях.

Выводы

1. Высокий уровень потребления опиоидов в Казахстане и тяжесть его медико-социальных последствий является серьезной проблемой.
 - a. Численность потребителей наркотиков и ПИН в последние несколько лет стабилизировалась, но остается на высоком уровне. Высокими являются смертность среди потребителей наркотиков, а также процент правонарушений, связанных с оборотом наркотиков.
 - b. Движущей силой эпидемии является инъекционное употребление наркотиков-парентеральный путь инфицирования составил в 2009 году 55,5%⁴⁰
 - c. Эпидемия ВИЧ инфекции в стране находится на концентрированной стадии и в настоящее время ее рост продолжается. Этому способствует ряд обстоятельств: большое число ПИН, высокий процент лиц, практикующих рискованное поведение, употребление наркотиков в тюрьмах, низкая информированность населения о путях распространения ВИЧ.
 - d. Общество несет значительные расходы, связанные с лечением проблем, вызванных потреблением наркотиков (по минимальным оценкам 2-3 млн. долл. США в год), вместе с тем эффективность терапевтических мероприятий невысокая. Методы с доказанной эффективностью, а именно стратегии снижения вреда, применяются в недостаточном объеме.
2. Национальная стратегия в области контроля над наркотиками предусматривает модернизацию и эффективное научно-информационное сопровождение процесса реформирования и развития наркологической службы, а также Стратегия включает в себя в качестве одного из направлений **снижение вреда от инъекционного потребления наркотиков, т.е. руководящими программными документами предусмотрено развитие программ ОЗТ**, которая является стратегией снижения вреда и вполне вписывается в понятие модернизации наркологической службы. **В то же время в Казахстане не существует никаких правовых препятствий для применения ОЗТ.**
3. Для принятия экстренных мер, направленных на сдерживание эпидемии, необходимо широко внедрить наиболее эффективные стратегии, ориентированные на соблюдение прав человека,

³⁹ *Оценочное количество ПИН на 01.06.2009 из расчета средневзвешенного показателя распространенности ВГС в местах лишения свободы, по данным Республиканского центра по профилактике и борьбе со СПИД, см. также в Карте «Профиль услуг здравоохранения уголовно-исполнительной системы Республики Казахстан. Количество потребителей наркотиков и людей, живущих с ВИЧ в местах лишения свободы на 2009 год» UNODC, КУИС МЮ РК, РЦ СПИД МЗ РК, 2010*

³³ *Национальный доклад Республики Казахстан «О ходе выполнения декларации ООН о приверженности делу борьбы с ВИЧ и СПИДом за 2008-2009 годы», РЦ СПИД МЗ РК, Алматы 2010*

устранение стигматизации и дискриминации в отношении потребителей наркотиков, привлечение к профилактическим мероприятиям неправительственных организаций и масштабное применение ОЗТ, в том числе в тюрьмах.

4. Необходимо в течение ближайших 5 лет сформировать инфраструктуру, обеспечивающую ОЗТ, как в учреждениях здравоохранения, так и в пенитенциарной системе, и предоставить доступ к этому виду лечения, как минимум, для **10 тыс. больных опиоидной зависимостью, что составит примерно 12,5% от потребности, а оптимально – 40-45 000 человек (около 50% активных потребителей наркотиков за последние 6 месяцев).**

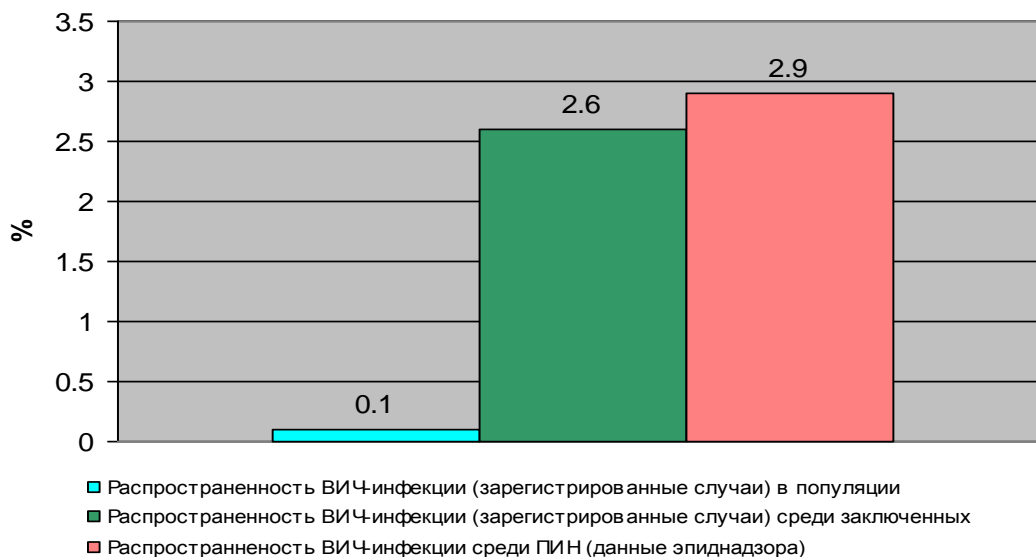
ПРОЕКТ

Часть II. Национальный план действий по расширению доступности опиоидной заместительной терапии в Республике Казахстан на 2010-2014 года

Введение

В Республике Казахстан, как и в большинстве других стран бывшего СССР, в последние 15-18 лет наблюдается резкий всплеск инъекционного потребления наркотиков, в частности, опиоидной зависимости и обусловленной этими причинами эпидемия ВИЧ⁴¹. К настоящему времени эпидемия находится в концентрированной фазе. Процент ВИЧ-позитивных среди ПИН составляет по данным национальных экспертов, опирающихся на показатели эпиднадзора, до 4%, причем этот показатель имеет тенденцию к вариации (2006 – 3,4%, 2007-2008 – 3,9%, 2009-2,9%), с другой стороны – до 64% инфицирования ВИЧ произошло за счет инъекционного потребления наркотиков⁴². Не вызывает сомнения тот факт, что рост числа ВИЧ-инфицированных в среде ПИН требует активных действий со стороны служб, отвечающих за лечение зависимости от наркотиков и профилактику ВИЧ-инфекции. На сегодняшний день нельзя сказать, что проводимые мероприятия обеспечивают достаточный эффект, поскольку темп роста эпидемии в стране не падает, и в силу этого необходимо продолжать поиск и внедрение новых стратегий, способных позитивно повлиять на эпидемию и снизить или хотя бы стабилизировать распространение ВИЧ в среде ПИН.

Распространенность ВИЧ-инфекции в популяции и местах лишения свободы в Казахстане в 2009 году
(по данным национальной регистрации, %)



⁴¹ Национальный доклад «О ходе работы для ССГАООН Республика Казахстан. Отчетный период: январь 2006 года - декабрь 2007»

⁴² Гафарова Н. В., Лаврентьев О. В., Ковина Т. Г., Аналитический отчет «Мониторинг наркологической ситуации в Республике Казахстан за 2007 год».

Распространенность ВИЧ инфекции и потребления наркотиков в популяции и местах лишения свободы в Казахстане

Страна	Число зарегистрированных случаев ВИЧ инфекции (РЦ СПИД, 2009)	% ПИН среди ЛЖВ (зарегистрированные случаи) (РЦ СПИД, 2009)	Оценочное число ПИН в популяции (БОС 2009)	распространенность инъекционного потребления (данные UNODC, 2006)	Доля лиц с диагнозом наркомания среди всех заключенных (КУИС, 2009)
Казахстан	13,784	70%	124 400	0,9%	9.5%

Опыт большинства стран ЕС, Северной Америки, Австралии доказал, что для эффективного противостояния вызовам эпидемии необходимо организовать доступное, научно-обоснованное лечение больных опиоидной зависимостью. Именно этот контингент является ключевой группой, поддерживающей распространение ВИЧ и вируса гепатитов В и С. В силу нелегальности потребления наркотиков ПИН приходится делать инъекции в совершенно неподходящих для этого условиях, они часто вынуждены использовать нестерильный инструментарий, нередко обмениваются шприцами и иглами. Как показывают объективные исследования, попытки охватить большое количество больных опиоидной зависимостью реабилитационными программами с целью добиться полной абстиненции - малоэффективны: их результат - не более 8-10% ремиссий в течение года. На фоне рецидива, возникающего почти в 90% случаев⁴³, повышается вероятность передозировки и/или рискованного поведения. Широко практикуемая детоксикация, как метод лечения, также не влияет, по сути, на развитие заболевания, хотя и приводит к кратковременному перерыву в наркотизации и снижению дозы.

В настоящее время взгляды на критерии эффективности лечения наркомании в мире изменились: вместо единственного критерия, - полного воздержания от приема любого наркотика, - введено понятие «качества жизни» пациента и его ближайшего окружения (семьи), и учитывается влияние состояния здоровья ПИН на общество в целом⁴⁴. В свою очередь, изменение критериев успешности лечения привело к пересмотру стратегии вмешательств по отношению к потребителям наркотиков.

В мире получило распространение понятие снижения вреда от наркотиков, которое подразумевает использование стратегий, направленных, в первую очередь, на предотвращение наиболее тяжелых последствий для индивида и всего общества. Речь, в частности, о ВИЧ-инфекции и других заболеваниях, передающихся через кровь. Такие вмешательства позволяют сделать поведение ПИН более безопасным; максимально снизить уровень потребления нелегальных наркотиков; обеспечить приверженность ПИН к лечению ВИЧ-инфекции,

⁴³ Гафарова Н. В., Лаврентьев О. В., Ковина Т. Г., Аналитический отчет «Мониторинг наркологической ситуации в Республике Казахстан за 2007 год»

⁴⁴ A. Thomas MacLellan at all. Is Drug Addiction a Treatable Medical Illness?

A Comparison With Other Chronic Illnesses. Concept Paper. The Treatment Research Institute. Philadelphia. 2003

туберкулеза и гепатита; и уменьшить их криминальную активность. Естественно, что от таких подходов выигрывают не только сами ПИН, но их семьи и все общество⁴⁵.

Таким образом, происходит смещение фокуса с терапии, ориентированной исключительно на абстиненцию (полное воздержание от наркотиков), к стратегиям, обеспечивающим более широкий спектр услуг: от низко-пороговых служб (например, предоставление стерильных шприцов), до высоко структурированных программ интегрированного лечения больных с зависимостью от наркотиков. Среди всего многообразия подходов ОЗТ является высоко эффективным методом лечения и применяется в сочетании с психо-социальной поддержкой, а также оказанием многопрофильной медицинской помощи больным с сопутствующими ВИЧ/СПИД, туберкулезом, гепатитами, психическими расстройствами и т.п.⁴⁶

Доказательные данные относительно снижения уровня ВИЧ-сероконверсии среди пациентов, которые получали поддерживающую терапию метадонем, демонстрировались неоднократно. Была доказана связь между длительностью пребывания на лечении и снижением частоты ВИЧ-серопозитивности⁴⁷. Обзор 15 исследований позволил прийти к выводу, что ОЗТ последовательно ведет к уменьшению пользования инъекционным инструментарием⁴⁸. В мета-анализе 8 исследований, которые сравнивали уровень рискованного относительно ВИЧ-инфицирования поведения среди пациентов, получающих метадон в рамках ОЗТ и среди потребителей опиатов, не получавших лечение, 7 исследований, обнаружили значительные отличия в распространенности рискованного поведения по истечении 12 месяцев лечения; уровень статистической значимости колебался между $p=0.00$ и $p=0.08$ (средний показатель $p=0.01$), а масштаб эффекта - от $r=0.12$ ($d=0.24$) к $r=0.48$ ($d=1.10$), со средним показателем $r=0.21$ ($d=0.45$)⁴⁹. Более поздний обзор 33 исследований, в которых в целом принимали участие более чем 17 тысяч пациентов, заключает: ОЗТ с использованием метадона эффективно уменьшает частоту инъекционного употребления наркотиков, и предотвращает инфицирование ВИЧ.⁵⁰

Абсолютное большинство экспертов признают, что ОЗТ, если она внедряется в достаточном масштабе, позволяет решить многие медико-социальные проблемы, возникающие вследствие потребления нелегальных наркотиков. Следовательно, на практическом уровне задача сводится к тому, чтобы разработать план, по которому в стране произойдет расширение доступности ОЗТ не менее 40% уровня охвата от оценочного числа лиц, имеющих клинические показания, т.е. подпадающих под соответствующие критерии опиоидной зависимости, согласно Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10).

⁴⁵ Совместная позиция ВОЗ / УООННП / ЮНЭЙДС. Заместительная поддерживающая терапия в ведении пациентов с опиоидной зависимостью и в профилактике ВИЧ-инфекции и СПИДа. Издано ВОЗ, а также от имени УООННП и ЮНЭЙДС. – 2004

⁴⁶ Aceijas C. et al. Global overview of injecting drug use and HIV infection among injecting drug users. AIDS, 2004, 18:2295–2303.

⁴⁷ Abdul-Quader и соавт, 1987

⁴⁸ Ward и соавт, 1995

⁴⁹ Marsch, 1998

⁵⁰ Sorenson & Copeland, 2000

Цель и задачи

Целью расширения опиоидной заместительной терапии (ОЗТ) в Республике Казахстан является **сдерживание эпидемии ВИЧ инфекции и снижение смертности и заболеваемости у ПИН за счет выполнения ряда задач, включая следующие:**

- уменьшение нелегального потребления наркотиков и иных форм рискованного поведения, имеющего отношение к распространению ВИЧ инфекции и вирусных гепатитов;
- сокращение распространения ВИЧ-инфекции (и вирусных гепатитов),
- расширение охвата АРВ лечением и укрепление приверженности ПИН живущих с ВИЧ к лечению ВИЧ инфекции;
- расширение охвата лечением от туберкулеза, нуждающихся в этом ПИН, и укрепление их приверженности к лечению
- снижение числа случаев и смертности от передозировки опиатами;
- улучшение общего состояния здоровья и психо-социального статуса пациентов – участников ОЗТ;
- социальная интеграция пациентов, а также
- уменьшение противоправной (криминальной) активности пациентов.

Национальные целевые показатели охвата ОЗТ на 2010-2014 гг.

На начало 2010 года в Казахстане ОЗТ получают в рамках пилотного проекта 50 пациентов (согласно приказу МЗ РК №609 от 8.12.2005). Совершенно очевидно, что такой охват не может оказать заметного влияния на развитие эпидемии и вообще как-то отразиться на ситуации с потреблением нелегальных наркотиков и качеством лечения зависимости от наркотиков. Для достижения положительных результатов необходимо обеспечить охват ОЗТ в объеме не менее 40% численности ПИН⁵¹.

Расчет по первоначальному внедрению и набору больных в ОЗТ в последующие годы. В настоящее время национальные эксперты предлагают исходить из следующих показателей расширения ОЗТ:

- 2009г – 50 пациентов (2 ЛПУ), 2010 – 300,
- 2011 – 1000, 2012 – 3000,
- 2013 – 5 000, 2014 -10 000

Таким образом, охват программой ОЗТ может быть доведен за 5 лет до 12,3% от нынешней численности ПИН. В то же время лучшие практики, принятые в таких странах, как Ирландия, Испания, Великобритания, - там где проведение ОЗТ признано наиболее успешным, - свидетельствуют в пользу того, что оптимальный уровень – это охват 40% и выше. Для РК в таком случае речь может идти о не менее 32 тыс. больных, получающих ОЗТ. При расчетах мы исходим из факта, что в Казахстане на 2007 год **систематически** (т.е. ежедневно в течении последних 6 месяцев) потребляли опиаты и страдали синдромом зависимости приблизительно 90 тыс. человек. Около 90% этого числа, т.е. **81 тыс.** потребляют опиаты путем инъекций. (Согласно официальной статистике, 85-90% от всех потребителей опиатов принимают их инъекционным путем).

⁵¹ ВОЗ, УНП ООН и ЮНЭЙДС «Техническое руководство для стран по разработке целей в рамках концепции обеспечения универсального доступа к профилактике, лечению и уходу в связи с ВИЧ-инфекцией среди потребителей инъекционных наркотиков», 2009

Учитывая необходимость крупных инвестиций для быстрого расширения доступности ОЗТ в стране, целесообразно рассмотреть два сценария: оптимальный и минимальный. Оптимальный учитывает необходимость в течение 5 лет обеспечить охватом ОЗТ не менее 32000 больных опиоидной зависимостью. В соответствии с минимальным сценарием к концу 5-ти летнего срока доступ к ОЗТ должны получить не менее 10000. человек.

В первом случае необходимо осуществлять набор пациентов по следующей схеме:

- 1-й год – 800 пациентов
- 2-й год – 2 400 пациентов
- 3-й год – 10 000 пациентов
- 4-й год – 24 000 пациентов
- 5-й год – 32 000 пациентов

Насколько реалистичен данный сценарий во многом зависит от политической воли, привлеченных кадровых и финансовых ресурсов и профессиональной готовности всей медицинской службы страны, а не только ее наркологического звена.

Признано, что упомянутые выше позитивные изменения в состоянии пациентов могут происходить на индивидуальном уровне независимо от численности пациентов, участвующих в программе ОЗТ. Таким образом, улучшение состояния здоровья будет иметь место у любого количества больных, привлеченных в ОЗТ. В то же время, в контексте универсального доступа считается, то ОЗТ следует сделать доступной для как можно большего количества больных опиоидной зависимостью, с тем, чтобы получить видимое воздействие на уровне общества и повлиять на распространение ВИЧ в общей популяции.

Ниже представлены расчеты по программе расширения доступности ОЗТ, сделанные международным консультантом UNODC проф. Дворяком на основании опыта проведения ОЗТ в странах СНГ.

Таблица 1. Оценка стоимости внедрения ОЗТ (сценарий оптимальный) в долларах США

	Статья расходов	Число больных на ОЗТ /стоимость в долларах США				
		I (800)	II (2 400)	III (10 000)	IV (24 000)	V (32 000)
1	Метадон (годовая стоимость)	\$12/мес на 1 б-го - 115 200	10/мес на 1 288 000	8/мес на 1 960 000	8/мес на 1 2 304 000	8/мес на 1 3 072 000
2	Подготовка кадров: средняя стоимость тренинга для МДК* (2 МДК уже подготовлены, нужно еще 6 в I году, в последующих из расчета 1 МДК на 100 пациентов)	\$400/чел. 6МДК=24 9 600	400/чел. 18 МДК=72 28 800	400/чел 76 МДК=304 121 600	400/чел 140 МДК=560 224 000	400/чел 80 МДК=320 128 000
3	Инфраструктура (оборудование сайтов)	6 сайтов	18 сайтов	76 сайтов	140 сайтов	80 сайтов
	- ремонт	30 000	90 000	380 000	700 000	400 000
	- дозаторы	2 400	7 200	30 400	56 000	32 000
	- стаканчики	16 000	48 000	200 000	480 000	640 000
	- тест системы	51 200	153 600	640 000	1 536 000	2 048 000
	ИТОГО	99 600	298 800	1 250 400	2 772 000	3 120 000

4	Оплата труда: доплата/ мес. - врачу, - м/сестрам. Оплата - соц. работника, - фармацевта СУММА Начисления ИТОГО	640 320 640 480 2 080 640 2 720 x 12 = 32640	1 920 960 1 920 1 440 6 240 1 920 8 160x12= 97 920	8 000 4 000 8 000 1 800 6 000 8 000 35 000x12= 420 000	19 200 9 600 19 200 14 400 62 400 19 200 81 600 x 12= 979 200	9 600 4 800 9 600 7 200 31 200 9 600 72000x12= 864 000
5	Стоимость организации мониторинга и оценки - разработка протокола - тренинг - зарплата персонала - начисления ИТОГО	800 400 2 400 738 4 338	- 1 600 9 600 2 952 14 152	- 1 600 9 600 2 952 14 152	- 1 600 9 600 2 952 14 152	- 1 600 9 600 2 952 14 152
6	ВСЕГО по годам	261 378	727 672	2 766 152	6 293 352	7 198 152
7	Расходы на 1 больного/год	326,7	303,2	276,6	262,2	224,9

Во втором случае, в соответствии с минимальным сценарием темп набора должен быть следующим:

- 1-й год – 50 пациентов
- 2-й год – 300 пациентов
- 3-й год – 1 000 пациентов
- 4-й год – 5 000 пациентов
- 5-й год – 10 000 пациентов

Таблица 2. Оценка стоимости внедрения ОЗТ (сценарий минимальный)

	СТАТЬЯ РАСХОДОВ	Число больных на ОЗТ /стоимость в долларах США				
		I (50)	II (300)	III (1 000)	IV (5 000)	V (10 000)
1	Метадон (годовая стоимость)	\$24/мес на 1 б-го - 14 400	\$12/мес на 1 43 200	\$8/мес на 1 96 000	\$8/мес на 1 480 000	\$8/мес на 1 960 000
2	Подготовка кадров: средняя стоимость тренинга для МДК	-	400/чел. 3 МДК=12 9 600	400/чел 7 МДК= 28 11 200	400/чел 40 МДК= 160 64 000	400/чел 50 МДК= 200 80 000
3	Инфраструктура (оборудование сайтов) - ремонт - дозаторы - стаканчики - тест системы ИТОГО	10 000 800 1 000 3 200 15 000	15 000 1 200 6 000 19 200 41 400	25 000 2 000 20 000 64 000 111 000	200 000 16 000 100 000 320 000 636 000	250 000 20 000 200 000 640 000 1 110 000
4	Оплата труда: доплата - врачу, - м/сестрам. Оплата - соц. работника, - фармацевта СУММА	160 80 160 120 520	400 200 400 300 1 540	800 400 800 600 2 600	4 000 2 000 4 000 3 000 13 000	8 000 4 000 8 000 6 000 26 000

	Начисления ИТОГО	160 680x12= 8160	400 1940x12= 23 280	800 3 400x12= 40 800	4 000 17000x12= 204 000	8 000 34000x12= 408 000
5	Стоимость организации мониторинга и оценки - разработка протокола - тренинг - зарплата персонала - начисления ИТОГО	800 400 2 400 738 4 338	- 1 600 9 600 2 952 14 152	- 1 600 9 600 2 952 14 152	- 1 600 9 600 2 952 14 152	- 1 600 9 600 2 952 14 152
6	ВСЕГО по годам	41 898	131 632	273 152	1 398 152	2 572 152
7	Расходы на 1 больного	838,0	438,8	273,2	279,6	257,2

Расходы на проведение ОЗТ к пятому году таким образом достигают 7,2 миллионов долларов (согласно расчетам казахстанского эксперта по состоянию на февраль 2010 года, расходы составят 28,6 миллионов, если сохраняются существующие условия закупки метадона⁵²). Цифра представляется внушительной, но попытаемся сравнить ее с расходами, которые понесет общество в том случае, если лечение не будет организовано. Исходя из уровня сероконверсии, который по данным ДЭН колеблется в районе 20%, из 24 000 ПИН будет инфицировано примерно 4 800 человек. Если взять среднюю стоимость только пожизненной анти-ретровирусной терапии - \$310000 - то лечение ВИЧ-инфицированных ПИН обойдется обществу в \$1 млрд 488 млн. Если также посчитать стоимость лечения гепатита С - от 20 до 30 тысяч долл США в год - и принять во внимание то, что преступная деятельность зависимых от наркотиков наносит урон обществу на десятки миллионов долларов в год, то расход на лечение одного больного в размерах 1470 долларов в год не покажется чрезмерным

В сравнении с передовым опытом по внедрению ОЗТ в европейских странах и странах СНГ, в Казахстане, по состоянию на 2010 год⁵⁵, положение дел не позволяет говорить о финансовой эффективности ОЗТ по сравнению с традиционным методом лечения наркозависимости. При этом основной причиной высокой стоимости программы, является высокая стоимость заместительного препарата (метадона- 61%). **С учетом того, что опыт стран СНГ показывает финансовую эффективность ОЗТ, в Казахстане следует провести целенаправленную работу по внесению метадона в список жизненно-важных лекарственных средств, его регистрации и ускоренному внесению изменений в законодательство, которые позволят удешевить закупку этого препарата и гарантирует стабильность поставок и программы ОЗТ в целом.**

Стратегические задачи и действия

Для достижения вышеописанных количественных целевых показателей ОЗТ необходимы тщательно скоординированные и синхронизированные мероприятия. Все они могут быть объединены в группы вокруг 7-ми главных стратегических задач. Полноценный окончательный план должен быть составлен таким образом, чтобы для каждой стратегической задачи были определены конкретные способы достижения результатов, временные рамки,

⁵² "Расчет бюджета для расширения опиоидной заместительной терапии в Республике Казахстан на 2010-2014 гг, 2010 (независимая экспертная оценка выполнена по заказу Программного офиса Управления ООН по наркотикам и преступности в Астане и ГУ «Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИД» МЗ РК)

соответствующие ресурсы и ответственные исполнители (организации и персоналии). Важнейшую роль в выполнении плана должны сыграть усилия по координации деятельности всех ключевых исполнителей.

Главные стратегические задачи формулируются следующим образом

1. Управление и координация процесса расширения программ ОЗТ.
2. Укрепление поддержки на уровне политики и общества (адвокация ОЗТ).
3. Расширение сети центров предоставления ОЗТ
4. Развитие и усиление требуемых человеческих ресурсов (кадров) для ОЗТ
5. Создание механизма поставок, хранения и распределения агонистов опиоидов для ОЗТ
6. Мониторинг и оценка эффективности программ ОЗТ
7. Развитие системы передачи знаний и навыков по организации предоставления ОЗТ (наставничество)

1. Управление и координация процесса расширения программ ОЗТ

Основным инструментом осуществления координации программ ОЗТ должна стать созданная на национальном уровне межведомственная рабочая группа (МРГ) по вопросам доступности ОЗТ. МРГ должна иметь достаточные полномочия, чтобы влиять на политику в области предоставления ОЗТ и на существующие правила в механизме оборота наркотических средств. Она должна инициировать изменения в имеющихся приказах МЗ и поддерживать взаимодействие с другими органами государственного управления, осуществляющими координацию и выполнение таких национальных программ как: национальной программы по здравоохранению «Салауатты Казахстан», Программы профилактики и борьбы со СПИД, Национальной программы по борьбе с наркоманией и наркобизнесом и т.п. МРГ может быть сформирована на основании приказа Министра здравоохранения РК⁵³.

Основными задачами Рабочей группы являются пересмотр и усовершенствование нормативно-правовой базы относительно проведения программ ОЗТ и доработка и утверждение межведомственного плана расширения доступности ОЗТ на 2010-2014 гг.

Также МРГ осуществляет координацию в следующих направлениях:

- поддержка кампаний по адвокации ОЗТ, как в профессиональной среде, так и на уровне широкой общественности.
- анализ результатов деятельности пилотных проектов ОЗТ;
- пересмотр и обновление национальных клинических протоколов по проведению ОЗТ;
- организация новых и расширение имеющихся центров по осуществлению программ ОЗТ (сайтов ОЗТ);
- мониторинг и оценка эффективности проектов ОЗТ;
- подготовка учебных программ по вопросам ОЗТ для мульти-дисциплинарных команд;
- разработка концепции национального реестра пациентов ОЗТ и его практическое выполнение;

53 Межсекторальная Межведомственная рабочая группа (МРГ) по ОЗТ была сформирована в 2009 году на основании приказа МЗ РК от 04.09.2009 г. № 449.

- согласование программ ОЗТ с другими услугами по лечению и реабилитации наркозависимых (т.е. медицинской поддержки в достижении состояния свободного от наркотиков), услугами по снижению вреда, лечению туберкулеза и ВИЧ инфекции;
- налаживание взаимодействия с ведомствами, ответственными за борьбу с незаконным оборотом наркотиков, в первую очередь МВД;
- разработка концепции внедрения ОЗТ в пенитенциарной системе

Примерный состав межведомственной рабочей группы

	Организация	Предложенный представитель
1	МЗ, Управление организации оказания медицинской помощи	
2	МЗ, Главный нарколог	
3	МЗ, Отдел инфекционных социально значимых болезней (Комитет Государственного санитарно-эпидемиологического надзора)	
4	МЗ, Комитет фармации (ответственный за работу с наркотиками)	
5	Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании (Павлодар)	
6	Республиканский центр профилактики и борьбы со СПИД	
7	Комитет по борьбе с наркобизнесом (агентство по контролю за наркотиками)	
8	Комитет уголовно-исполнительной системы (КУИС)	
9	Кафедра психиатрии и наркологии Национального медицинского университета, АГИУВ	
10	Группа реализации гранта Глобального фонда по борьбе со СПИД, туберкулезом и малярией	
11	Ассоциация снижения вреда	
12	Сеть ЛЖВ	
13	ВОЗ	
14	UNODC	
15	ЮНЭЙДС	

2. Укрепление поддержки на уровне политики и общества

Развертывание программ ОЗТ в Казахстане зависит не только от финансовых ресурсов и соответствующих распоряжений Министерства здравоохранения, но также и от целенаправленной деятельности по формированию благоприятной среды и в профессиональном сообществе, и среди широких слоев населения. В странах, где ОЗТ только начинает внедряться, не редкостью, а скорее типичным явлением становится активное сопротивление развертыванию программ ОЗТ со стороны части политиков, общественных организаций и некоторых профессионалов. В таких случаях противники заместительной терапии часто прибегают к недобросовестным приемам и дезинформированию пациентов, их близких и широких слоев общества. Ключевыми факторами в создании благоприятной среды для расширения доступа к ОЗТ являются документы, как на центральном, так и на местном уровне (приказы, постановления, циркулярные письма и т.д.), обеспечивающие полную легитимность программ ОЗТ. Важны и шаги, направленные на разрушение мифов, сложившихся вокруг ОЗТ, через привлечение дружественных СМИ, проведения пресс-конференций и семинаров для журналистов, организации телепередач, ориентированных на

формирование толерантности в обществе к программам ОЗТ. В то же время, следует в данном вопросе проявлять определенную сдержанность и не стремиться переубедить всех сомневающихся, памятуя, что даже самые лучшие агитаторы и пропагандисты бессильны перед стойкими предрассудками и убеждениями, основанными на стигматизации и дискриминации потребителей наркотиков.

Приоритетные направления работы по осуществлению данной стратегической задачи:

- *Шаги по реформированию системы медикаментозного лечения с применением наркотических препаратов, включая изменения в системе государственного контроля оборота наркотиков в сторону его либерализации и увеличения доступа для больных, нуждающихся в наркотических анальгетиках, в том числе пациентов ОЗТ.* Подготовка регуляторных актов, допускающих, например, выдачу агонистов опиатов больным на дом или позволяющих прописывать пациентам с зависимостью препаратов для ОЗТ врачам общей практики.
- Подготовка и внесение изменений в Стратегию борьбы с наркоманией и наркобизнесом в Республике Казахстан, которые бы предусматривали активное применение методик снижения вреда и сдвигали акценты: вместо «борьбы» с наркоманией на «лечение и поддержку» больных с зависимостью от наркотиков.
- *Проведение в Парламенте РК слушаний по вопросу лечения зависимости от наркотиков и профилактики ВИЧ инфекции в среде ПИН* для формирования у депутатов и других политиков современного научно-обоснованного восприятия проблем, связанных с употреблением наркотиков.
- *Национальные и региональные адвокационные кампании*, направленные на повышение информированности. Адвокационные кампании должны включать стратегии в отношении СМИ и быть сконцентрированы на открытом диалоге со всеми заинтересованными сторонами для того, чтобы способствовать расширению доступности ОЗТ. Желательно включать в эту работу общественные организации и в первую очередь те, в которых активно участвуют потенциальные или явные пациенты программ ОЗТ.
- *Обучение пациентов.* Плохая информированность общественности и неправильные представления о сути, целях и процедурах ОЗТ представляют подчас ключевую преграду на пути широкого внедрения программ ОЗТ. Необходимо подготовить и распространять буклеты, брошюры, иные печатные материалы, в которых в доступной форме излагаются основные принципы и правила проведения ОЗТ. Также необходимо использовать подход «равный-равному» для ведения просветительской работы в среде ПИН через организации, занятые в программах снижения вреда и через иные структуры, предоставляющие наркологические услуги..
- *Внедрение программ ОЗТ в пенитенциарных учреждениях и в медицинских учреждениях по лечению опиоидной зависимости.* Рабочая группа должна наладить сотрудничество с национальным органом, отвечающим за исполнение наказаний (КУИС), в ведении которого находятся тюрьмы, следственные изоляторы и иные учреждения, где зависимые от наркотиков находятся не по своей воле, с тем, чтобы уже на первых этапах развития ОЗТ в стране было предусмотрено предоставление этого вида лечения в пенитенциарной системе. Во-первых, это обеспечит преемственность в отношении наркологической службы системы здравоохранения, и больные, начавшие получать такую терапию, не будут ее прерывать; во-вторых, внедрение ОЗТ в исправительных учреждениях поможет осуществлять действенную профилактику ВИЧ инфекции и значительно улучшит общий дисциплинарный климат, т.к. участие в программе ОЗТ должно быть только добровольным, несмотря на то, что люди, находятся в условиях ограничения их свободы.

В рамках всех этих направлений особенный акцент должен делаться на программной интеграции ОЗТ в общий контекст национального ответа на угрозы, связанные с эпидемией ВИЧ. В частности, должны максимально поддерживаться подходы, нацеленные на создание в стране всеохватывающей системы, обеспечивающей преемственность лечения, ухода и поддержки .

3. Расширение сети центров, предоставляющих ОЗТ

Предлагаемый темп развертывания программы предполагает необходимость значительного увеличения численности центров ОЗТ в Казахстане. При этом речь идет не только о количественном росте, но и о качественных изменениях. Необходимо, чтобы ОЗТ предоставлялась не только специализированными наркологическими учреждениями, но и центрами СПИД, противотуберкулезными диспансерами и больницами, службами репродуктивного здоровья, а также врачами общей медицины и семейными врачами. Таким образом, речь идет не о создании каких-то особых структур для проведения ОЗТ, а использовании в качестве базы для проведения ОЗТ всех тех ЛПУ, в которых есть лицензия на оборот наркотиков (или которые могут ее получить) и которые имеют дело с опиоид-зависимыми пациентами. Расширение сети лечебных центров имеет своей целью:

- более эффективное удовлетворение разнообразных потребностей потребителей наркотиков с синдромом зависимости,
- максимальное приближение услуг к пациентам за счет географической доступности, снижения порога в получении доступа к услугам,
- формирования дружественного отношения в медучреждениях,
- а также предоставления лечебной помощи по всем имеющимся у пациентов медицинским проблемам.

Количество пациентов, получающих ОЗТ в различных ЛПУ, будет при этом различным в зависимости от применяемой модели. В специализированном наркологическом центре один сайт (при лечении метадонем) может обслуживать одновременно до 150 пациентов. В то же время фтизиатрическая лечебница или семейный врач могут предоставлять ОЗТ для 10-15 пациентов. Максимальная численность пациентов в одном сайте будет определяться изменениями законодательной базы в отношении легального оборота наркотиков. Если будет возможно осуществлять выдачу препарата части пациентов на дом и будет облегчена система ведения документации, то это даст возможность обеспечить доступ для лечения большему количеству пациентов.

Включение в процесс предоставления ОЗТ новых центров должно происходить на основании оценки готовности каждого ЛПУ. При этом критерии отбора не должны быть слишком строгими и включать только необходимый минимум требований, как:

- наличие лицензии на работу с наркотическими средствами,
- подготовленный медперсонал,
- возможность организации психо-социального сопровождения.

В то же время необходимо предусмотреть систему привлечения ЛПУ к данной работе в виде поощрений, чтобы поддерживать заинтересованность персонала. Перечень такого рода мер

должна будет разработать МРГ и утвердить его соответствующим нормативным актом (приказ МЗ, постановление Правительства и т.п.).

На начальном этапе центры по предоставлению ОЗТ должны создаваться в первую очередь в тех регионах, где имеется наибольшее количество ПИН, нуждающихся в терапии; в дальнейшем расширение сети будет определяться наличием потребности, с одной стороны, и степенью готовности того или иного ЛПУ – с другой.

Процесс идентификации центра для проведения ОЗТ должен включать несколько стадий, каждая из которых требует привлечения должностных лиц, принимающих решения, практических работников здравоохранения, менеджеров программ ОЗТ, представителей НПО и других специалистов:

1. *Определение потенциальных учреждений, на базе которых будут создаваться сайты ОЗТ:* За период 2010 - 2014 гг. количество центров ОЗТ должно будет увеличиться от теперешних двух до, по меньшей мере, 110-120, чтобы охватить запланированное в соответствии с минимальным сценарием количество больных в 10 тыс. человек. Первоначально такими ЛПУ будут признаваться наркологические учреждения, но по мере распространения программы и расширения доступа вовлекаться в эту работу будут центры СПИД, ТБ-диспансеры, амбулаторные учреждения (поликлиники), центры семейной медицины и, возможно, частные и общественные организации, предоставляющие наркологическую помощь населению.
2. *Определение географических территорий:* Реализация пилотных проектов ОЗТ началась в северной и центральной частях страны (Павлодарская и Карагандинская области), т.е. в регионах, наиболее пораженных ВИЧ-инфекцией. Но если на этапе пилотного проекта фокус был направлен на ВИЧ-позитивных пациентов, то в дальнейшем необходимо расширять охват ВИЧ-негативных, поскольку основная задача ОЗТ – профилактика ВИЧ в среде ПИН. Стало быть, географию программ необходимо будет расширять, захватывая все больше и больше регионов, с тем, чтобы в результате не осталось в Казахстане ни одного района, в котором такой вид медицинской помощи не был бы доступен.
Расширение програм ОЗТ предполагает два направления: (1) расширение программ ОЗТ вглубь региона – из областного центра на малые районные центры; и (2) охват новых регионов.
3. *Подготовка предписывающих документов на уровне МЗ и областных департаментов здравоохранения:* Чтобы лечебное учреждение могло приступить на законных основаниях к развертыванию сайта ОЗТ, необходимо, чтобы в отношении него был издан приказ Министерства здравоохранения РК; приказ должен быть основан на результате оценки готовности данного ЛПУ и, в частности, на наличии у него лицензии на работу с наркотическими средствами и условий для проведения ОЗТ. На основании министерского приказа должен издаваться аналогичный приказ областного департамента здравоохранения. В рамках работы МРГ целесообразно запланировать пересмотр данной процедуры с целью ее упрощения и передачи полномочий относительно решений об открытии новых программ в ведение областных департаментов здравоохранения.

Таблица 3. Схема роста численности центров/сайтов ОЗТ

Год	Кол-во сайтов на текущий год	Из них кол-во новых сайтов	Кол-во пациентов во
-----	------------------------------	----------------------------	---------------------

			всех сайтах
2010	4	2	200
2011	15	11	1000
2012	34	19	3000
2013	50	16	5000
2014	77	27	10000

4. Подготовка кадров для программ ОЗТ

Мероприятия по развитию людских ресурсов, необходимых для масштабного расширения ОЗТ, должны быть сосредоточены на формировании и обучении мульти-дисциплинарных команд специалистов, предоставляющих комплексное лечение в рамках программы, а также на развитии соответствующих возможностей управления и координации терапевтическим процессом.

Независимо от конкретной модели предоставления лечения (например, в наркологических клиниках, центрах СПИД, центрах интегрированной помощи на базе многопрофильных больниц) ОЗТ всегда должна обеспечиваться мульти-дисциплинарными командами (МДК). Такая МДК состоит из, как минимум:

- Врача-нарколога
- Медицинских сестер
- Кейс менеджера (социального работника)

В случае, если предоставляются возможности и позволяют ресурсы МДК может дополняться:

- Консультантом по зависимости от наркотиков
- Врачом-инфекционистом (частичная занятость)
- Психиатром (частичная занятость) или психологом
- Координатором проекта
- Бухгалтером проекта (частичная занятость)

Последние две позиции оправданы в том случае, если в работу вовлекается профильная неправительственная организация и на ее финансирование выделяется грант какой-нибудь донорской организацией, например Глобальным Фондом.

Окончательный состав команды будет различным, в зависимости от модели предоставления ОЗТ и финансовых возможностей. Персонал программы должен быть обучен взаимодействию с другими организациями, осуществляющими медицинскую помощь и социальную поддержку. Необходимо совершенствовать систему направлений и консультаций у специалистов, оказывающих помощь при сопутствующих заболеваниях, хотя в идеале желательно, чтобы медицинская помощь предоставлялась в интегрированном виде, и пациент мог получить полный объем требуемых медицинских услуг в том месте, где он проходит ОЗТ.

Необходимо определить научно-учебное учреждение, которому будет поручено проводить подготовку мульти-дисциплинарных команд, а также работников других сфер. Подготовка будет состоять из:

- 1) базовых тренингов,
- 2) углубленных специализированных тренингов для врачей, медсестер и сотрудников немедицинских специальностей, отвечающих за психо-социальное сопровождение

- 3) семинаров по обмену опытом, на которых члены МДК могут обсуждать практические вопросы и возникающие в ходе работы проблемы, получать супервизию и интервизию,
- 4) мониторинговых и менторинговых (наставнических) визитов.

Исходя из темпов расширения программы и графика включения новых центров (сайтов) для ОЗТ, сотрудники данных ЛПУ должны вначале проходить базовые тренинги, а в дальнейшем привлекаться к последующим обучающим мероприятиям. Параллельно должны быть подготовлены учебные модули и руководства, изданы методические рекомендации по проведению ОЗТ для врачей и социальных работников, а также информационные материалы для пациентов ОЗТ. К этой же сфере относится подготовка клинического протокола по проведению ОЗТ. Клинический протокол может быть составной частью методических рекомендаций. Желательно, чтобы рекомендации прошли процедуру утверждения МЗ РК. В подготовке рекомендаций существенную помощь может оказать UNODC и ВОЗ.

Со временем, в течение ближайших года-двух необходимо подготовить национальную команду тренеров, которые смогли бы проводить как базовые тренинги, так и осуществлять менторинговые визиты и супервизию для вновь образующихся МДК.

Таблица 4. График обучения МДК

(Количество подготовленных команд в соответствии с оптимальным сценарием)

	Центры на I –II кв. 2010	III кв. 10	IV кв. 10	I кв. 11	II кв. 11	III кв. 11	IV кв. 11	I-II кв. 12	III-IV кв. 12	2013	2014
Республика Казахстан	2	4	8	12	18	26	34	46	60	70	110

* Обучение МДК для новых центров проводится до начала привлечения клиентов. Для каждого центра предусмотрено обучение в два этапа, поскольку практически невозможно привлечь на тренинг всю МДК за один раз.

5. Создание механизма поставок, хранения и распределения агонистов опиоидов для ОЗТ

В настоящее время в Республике Казахстан препараты для заместительной терапии не производятся. Метадон для нужд ОЗТ закупается у индийской компании Русан Фарма и поставляется в соответствии с импортными процедурами. Поскольку речь идет о ввозе в страну наркотических препаратов, механизм закупки, прохождения таможенных процедур, хранения и распределения метадона в ЛПУ достаточно сложен и требует значительного времени. В то же время, нельзя допустить того, чтобы препарат поступал в ЛПУ с опозданием, поскольку прерывание терапии даже на один день будет сопровождаться серьезными медицинскими, социальными и даже политическими осложнениями. Как правило, весь процесс от момента принятия решения о поставке и издания соответствующего приказа МЗ до момента, когда препарат окажется в лечебном учреждении, занимает 4-6 месяцев.

Все это говорит в пользу того, что необходимо иметь в МЗ РК отдельную структуру, которая будет отвечать за поставку метадона в страну (или назначить сотрудника отдела закупок наркотических (контролируемых) препаратов, который будет контролировать весь процесс закупки метадона и его распределения по ЛПУ)

Весь процесс поставки складывается из нескольких обязательных этапов:

- Подготовка приказа МЗ о проведении ОЗТ в определенных ЛПУ; в приказ должны быть включены названия всех ЛПУ и указаны объемы метадона предназначенные для каждого из них. Обычно объем препарата определяется из расчета средней однодневной дозы 100-120 мг на одного больного.
- Организация, осуществляющая закупку, или Комитет по контролю наркотиков (или аналогичная структура, контролирующая легальный оборот наркотиков), на основании приказа готовит постановление Правительства о внутренних квотах на метадон на следующий год и направляет через Министерство иностранных дел извещение об этом в Международный комитет по контролю наркотиков (INCB) для подтверждения международных квот, на основании которых впоследствии компания-производитель сможет получить лицензию в своей стране на экспорт метадона.
- Проводится тендер среди компаний-поставщиков и выбирается компания, предлагающая наиболее выгодные условия поставок и гарантированное качество препарата
- Заключается контракт с компанией поставщиком (производителем) на поставку препарата.
- Правительство Казахстана выдает лицензию на импорт.
- Правительство страны производителя/компании –экспортера выдает лицензию на экспорт.
- Компания-производитель готовит партию препарата (как правило выпуск метадона осуществляется после подписания контракта)
- Партия препарата прибывает на границу
- Проводятся стандартные таможенные процедуры.
- После пересечения грузом границы проводится анализ качества поставленного препарата
- После этого препарат развозится по аптечным складам откуда по соответствующим заявкам может поступать в лечебные учреждения.

Подробное изложение процедуры закупки наркотических препаратов изложено в руководстве ВОЗ «Руководство по фармакологическому лечению опиоидной зависимости с психосоциальным сопровождением», 2008

Для того, чтобы не допустить перебоев с поставкой необходимо, чтобы существовал орган, который своевременно планирует поставку, отслеживает ее продвижение на всех этапах и контролирует поступление в ЛПУ. Таблица 5 отражает приблизительные прогнозируемые потребности в закупках метадона для Казахстана на ближайшие 5 лет.

Таблица 5. Расширение программ ОЗТ: Приблизительные потребности в закупках метадона в РК на 2010-2014гг. (в граммах действующего вещества на конец соответствующего периода)

	2010	2011	2012	2013	2014
Кол-во пациентов	200	1000	3000	5000	10 000
Метадона гидрохлорид (гр)	8760*	29 200**	87 600	146 000	292 000

*исходя из среднесуточной дозы 100 мг/сутки

** исходя из среднесуточной дозы 80 мг/сутки/пациента

6. Мониторинг и оценка эффективности программ ОЗТ.

Внедрение ОЗТ нуждается в постоянном мониторинге и оценке эффективности. Это необходимо в первую очередь для получения убедительных объективных данных о результативности терапии, обоснованности ее применения, сравнения результатов при применении различных моделей предоставления услуг и своевременного выявления и устранения осложнений.

Для проведения мониторинга и оценки необходим протокол (стандартный инструмент), в соответствии с которым ведется вся работа, готовится специальный персонал, ведется постоянный учет данных ответственными сотрудниками, а также периодически проводится тестирование независимыми интервьюерами. Последние не входят в штат проектов ОЗТ, но рекрутируются из аутсайдеров во избежание необъективной, предвзятой оценки.

Протокол мониторинга предполагает документирование: (а) набора и удержания пациентов в программе ОЗТ, включая информацию относительно получения пациентами с ВИЧ ВААРТ или ПИН, получающих противотуберкулезное лечение; (б) подбора и удержания персонала; (в) отношения к работе и степени удовлетворенности персонала; и (г) проблем, возникающих в процессе реализации программы. Для регистрации данных могут применяться стандартизованные инструменты, рекомендованные ВОЗ (например, ASI – Addiction Severity Index - Индекса Тяжести Зависимости и BBV-TRAQ) и специально разработанные мониторинговые формы. Проводятся также фокус-группы с пациентами и персоналом для документирования проблем и прогресса в реализации проекта по внедрению ОЗТ.

Оценка эффективности по дизайну является нерандомизированным, неконтролируемым когортным исследованием. Сбор стандартизованных данных проводится: (а) обо всех принятых в программу – данные при поступлении и через три месяца от начала лечения, а затем при последующих произвольно выбранных наблюдениях (через 6, 9, 12 мес.) - с помощью Индекса Тяжести Зависимости (ASI-5), а также о рискованном поведении в отношении инфекций, передающихся через кровь, с помощью BBV-TRAQ (самозаполняемый опросник, разработанный ВОЗ); (б) о назначенных дозах и побочных эффектах, связанных с назначением метадона, анти-ретровирусных и других препаратов; (в) в отношении специальных схем лечения (количество и тип сопутствующих препаратов, частота и результаты контрольных анализов мочи); (г) о предоставлении дополнительной медицинской и немедицинской помощи и поддержки (например, социальной и медицинской/психиатрической); (д) информация о первичном тестировании на ВИЧ-инфекцию, вирусные гепатиты и туберкулез, случаи сероконверсии среди ВИЧ-негативных пациентов, количество и течение курсов анти-ретровирусного лечения); (е) относительно прерывания лечения (количество и продолжительность пребывания всех пациентов, лечение которых было прервано преждевременно или выписка была обусловлена административными причинами, количество и причины смертельных случаев (передозировка и другие причины смерти); и (ж) о ведении документации и полноты записей.

Исследование с целью оценки эффективности лечения должно будет проведено в когорте больных из 50 человек – участников пилотного проекта в 2 центрах проведения ОЗТ в Казахстане⁵⁴.

⁵⁴ Исследование было проведено, отчет представлен Министерству здравоохранения Республиканским научно-практическим центром медико-социальных проблем наркомании «Отчет пилотного проекта программы заместительной терапии в Республике Казахстан» Павлодар, 2009

7. Развитие системы передачи знаний и навыков по организации предоставления ОЗТ (наставничество)

Помимо собственно подготовки кадров для предоставления ОЗТ организация, осуществляющая научно-медицинское сопровождение лечения наркотической зависимости (ОЗТ) должна осуществлять регулярную поддержку и контроль правильности клинических процедур и организации лечения в каждом ЛПУ, на базе которого начинается работа по внедрению ОЗТ (супервизия и менторство/наставничество). В РК таким учреждением может стать Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании (РНПЦ). При РНПЦ должна существовать «горячая линия» по которой каждый сотрудник проекта ОЗТ может получить консультацию; также желательно, чтобы был веб-ресурс, на котором легко можно найти необходимые материалы, и электронная почта для получения ответов на вопросы, связанные с проведением ОЗТ. Благодаря сотрудничеству с UNODC, ВОЗ, ЮНЭЙДС и другими международными организациями возможно привлечение международных экспертов для получения консультаций и решения сложных клинических задач.

Регулярные визиты в центры ОЗТ с целью мониторинга и наставничества должны проводиться сотрудниками РНПЦ регулярно, и периодически - членами МРГ и экспертами UNODC, которые осуществляют техническую помощь проектам ОЗТ. Обеспечение возможности постоянного профессионального совершенствования должно быть отдельным предметом заботы МРГ.

В случае реализации данного плана (оптимальный сценарий) Республика Казахстан выполнит свои обязательства по противодействию эпидемии ВИЧ и решит одну из наиболее актуальных задач, стоящих перед национальной системой охраны здоровья, а именно, оказание действенной и научно обоснованной помощи людям, страдающим от опиоидной зависимости.

ПРОЕКТ

Часть III. Национальный операционный план по расширению доступности опиоидной заместительной терапии в Республике Казахстан на 2010-2011 года

Результаты эффективности ОЗТ по данным пилотной программы

1. В Казахстане результат удержания в программе ОЗТ на конец года в среднем составил 74,28%, что расценивается как очень хороший
2. Отмечается снижение частоты и кратности употребления нелегальных наркотиков; увеличилось количество лиц с полным воздержанием от приема нелегальных наркотиков от 10 до 60,4% на конец года реализации проекта
3. Примерно в 4 раза снизилось среднее количество дней инъекционного употребления наркотиков в течение последнего месяца
4. На 17,4 % увеличилось число лиц, приверженных к АРВ-терапии среди ВИЧ позитивных пациентов проекта ОЗТ.
5. Нормализация взаимоотношений в семьях отмечается примерно в 96%, что подтверждается письмами родных и близких участников проекта ОЗТ; наблюдается положительная динамика в субъективной оценке благополучия респондентов и их удовлетворенности условиями своей жизни.
6. Отмечается 100% снижение времени вовлечения в нелегальную деятельность (продажа наркотиков, проституция, продажа украденных вещей и прочее). При этом необходимо отметить недостаточный уровень достоверности по данному вопросу.
7. На конец года реализации проекта все пациенты (100 %) отмечают отсутствие «настоящих проблем с законом» в течение последних 30 дней
8. Сократилось количество безработных лиц на 10,2 %; зарегистрированы в Центрах занятости (12 человек) и прошли обучение (4 человека), активно вовлекаются в волонтерскую деятельность (5 человек).
9. У пациентов на ОЗТ увеличилось среднее количество оплачиваемых рабочих дней с 8,8 дня до 13,1 дня.

Среди предложений и рекомендаций однозначно отмечается, что ОЗТ рекомендуется для дальнейшего использования как один из методов лечения и реабилитации потребителей наркотиков; экономическая эффективность этого метода лечения будет значима при увеличении количества лиц, находящихся на заместительной опиоидной терапии;

Цель и задачи

Настоящий проект операционного плана рассчитан на два года и основан на стратегиях Национального плана действий по расширению доступности ОЗТ в Республике Казахстан в 2010-2014 гг. (см. стр. 35)

1. Управление и координация процесса расширения программ ОЗТ

На настоящий момент основным координатором программ ОЗТ в стране является созданная на национальном уровне Межведомственная рабочая группа (МРГ) по вопросам ОЗТ, утвержденная приказом Министра здравоохранения от 04.09.2009 г. № 449.

Основными задачами рабочей группы являются пересмотр и усовершенствование нормативно-правовой базы относительно проведения программ ОЗТ и разработка / утверждение межведомственного плана расширения ОЗТ на 2010-2014 гг.

Также МРГ осуществляет координацию в следующих направлениях:

- поддержка кампаний по адвокации ОЗТ, как в профессиональной среде, так и на уровне широкой общественности.
- анализ результатов деятельности пилотных проектов ОЗТ;
- пересмотр и обновление национальных клинических протоколов по проведению ОЗТ;
- организация новых и расширение имеющихся центров по осуществлению программ ОЗТ (сайтов ОЗТ);
- мониторинг и оценка эффективности проектов ОЗТ;
- подготовка учебных программ по вопросам ОЗТ для мультидисциплинарных команд;
- разработка концепции национального реестра пациентов ОЗТ и его практическое выполнение;
- согласование программ ОЗТ с другими программами по лечению и реабилитации наркозависимых (т.е. медицинской поддержки в достижении состояния свободного от наркотиков), услугами по снижению вреда и другими услугами системы здравоохранения и социальной защиты;
- налаживание взаимодействия с ведомствами, ответственными за борьбу с незаконным оборотом наркотиков, в первую очередь с МВД;
- разработка концепции внедрения ОЗТ в пенитенциарной системе

На май 2010 состав МРГ: 15 членов под председательством вице-министра здравоохранения

- 1) МЗ РК (Департамент организации медицинской помощи, Комитет государственного санитарно-эпидемиологического надзора, Комитет фармакологического контроля), Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании (РНПЦ МСПН) МЗ РК; Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИД МЗ РК; Наркологические диспансеры гг. Павлодар, Темиртау; Алматинский государственный Институт усовершенствования врачей
- 2) Комитет по борьбе с наркобизнесом и контролю за оборотом наркотиков МВД РК
- 3) Комитет уголовно-исполнительной системы МЮ РК
- 4) Казахстанский союз людей живущих с ВИЧ/СПИДом
- 5) Управление ООН по наркотикам и преступности (UNODC)
- 6) Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС)

Для проработки технических вопросов по Плану работы на 2010-2011 года рекомендуется в составе Межведомственной рабочей группы создать техническую подгруппу под руководством РНПЦ МСПН. В состав должны войти специалисты нарколог, эпидемиолог, организатор здравоохранения, экономист, фтизиатр, юрист, специалист фарм. комитета (закупки).

2. Укрепление поддержки на уровне политики и общества

Мероприятия описаны в таблице Плана мероприятий по расширению опиоидной заместительной терапии в РК на 2010-2011 гг. на странице 62.

В рамках всех направлений особенный акцент должен делаться на программной интеграции ОЗТ в общий контекст национального ответа на угрозы, связанные с эпидемией ВИЧ/. В

частности, должны максимально поддерживаться подходы, нацеленные на создание всеохватывающей и непрерывной системы (continuum care) по лечению, уходу и поддержке в стране.

3. Расширение сети центров, предоставляющих ОЗТ

Предлагаемый темп развертывания программы расширения доступности ОЗТ в Казахстане, согласно «Плану действий по расширению доступности услуг по ОЗТ на 2010-2014 гг.»⁵⁵ предполагает необходимость значительного увеличения численности центров ОЗТ в РК, начиная с 2010 года. При этом речь идет не только о количественном росте, но и о качественных изменениях. Необходимо, чтобы ОЗТ с 2011 года предоставлялась не только специализированными наркологическими учреждениями, но и центрами СПИД (на 1 этапе – 2011 год), а в последующем и противотуберкулезными диспансерами и больницами, родильными домами, а также врачами общей медицины и семейными врачами. Таким образом, речь идет не о создании каких-то особых структур для проведения ОЗТ, а использовании в качестве базы для проведения ОЗТ потенциал имеющихся в регионах лечебно-профилактических организаций. Важно отметить, что данный метод лечения наркотической зависимости является амбулаторным, также при условии полномасштабного расширения и увеличения охвата более 20% потребителей инъекционных наркотиков (опиоидов) его стоимостная эффективность для страны будет очевидной.

Схема расширения программы поддерживающей терапии метадонот на 2010 год

Для достижения ожидаемых результатов необходимо обеспечить оптимальный охват в объеме не менее 40% численности ПИН⁵⁶.

На основании данных «карты профиля Республики Казахстан в сфере оказания наркологической помощи и услуг для людей, живущих с ВИЧ 2008 год»⁵⁷, подготовленных для обоснования расширения сети центров по обеспечению всеобщей доступности услуг ОЗТ для ПИН в Казахстане такие города как Алматы и Усть-Каменогорск (Восточно-Казахстанская область) были определены как приоритетные для открытия новых сайтов в 2010 году.

Таблица 1. Количество ПИН, места расположения сайтов и кадровая обеспеченность в местах расширения программы ОЗТ в 2010 году (Павлодарская, Карагандинская, Восточно-Казахстанская области и г. Алматы)

	Численность ПИН, ЛПУ и кадры	Павлодарская область	Карагандинская область (г. Темиртау)	г. Алматы	Восточно-казахстанская обл-ть (г. Усть-Каменогорск)
1.	Кол-во учтенных наркологической службой ПИНов на 01.01.2009 (данные наркослужбы)	2 008	4 621	7 613	4 068

⁵⁵ «План действий по расширению доступности ОЗТ в РК на 2010-2014 гг.» подготовленный международным консультантом UNODC, Проектный офис Управления ООН по наркотикам и преступности в Астане, февраль 2009

⁵⁶ ВОЗ, УНП ООН и ЮНЭЙДС «Техническое руководство для стран по разработке целей в рамках концепции обеспечения универсального доступа к профилактике, лечению и уходу в связи с ВИЧ-инфекцией среди потребителей инъекционных наркотиков» (ВОЗ, 2009)

⁵⁷ «Профиль Республики Казахстан в сфере оказания наркологической помощи и услуг для людей, живущих с ВИЧ 2008 год» подготовленного Проектным офисом в Астане Управления ООН по наркотикам и преступности и специалистами Республиканского научно-практического центра медико-социальных проблем наркомании МЗ РК

2.	Оценочное кол-во ПИН (БОС 2008, данные РЦ СПИД)	12 000	16 900	21 700	14 000
3.	% ПИН, состоящих на учете от БОС	25,1% -	27,4%	29,8%	29,1%
4.	Численность ПИН среди ЛЖВ	645	952	666	901
5.	Медицинская организация внедряющая программу ОЗТ	Казенное гос. коммунальное предприятие «Павлодарский областной центр профилактики и лечения зависимых заболеваний»	Казенное государственное коммунальное предприятие «Наркологический диспансер г. Темиртау»	Городской наркологический центр медико-социальной коррекции	Казенное гос. коммунальное предприятие «Восточно-Казахстанский Областной наркологический диспансер» (г.Усть-Каменогорск)
6.	Кадровая обеспеченность медицинской организации	238 штатных сотрудников	27 врачей (12 физически), 34 медсестры (32 физически)	92 врача 162 мед.сестер	

Согласно протоколу Межведомственной рабочей группы по ОЗТ при Министерстве здравоохранения на основании результатов оценки внедрения пилотного проекта 2008-2009 гг, который был признан успешным. было принято решение способствовать расширению программы ОЗТ (поддерживающей терапией метадонем) до 200 человек в городах: Павлодар (50 человек), Темиртау (50 человек), Алматы (50 человек) и Усть-Каменогорск (50 человек) В контексте универсального доступа считается, то ОЗТ следует сделать доступной для как можно большего количества больных опиоидной зависимостью, с тем, чтобы получить видимое воздействие на уровне общества и повлиять на распространение ВИЧ инфекции в общей популяции.

В настоящее время, взяв за основу рекомендации международного консультанта UNODC и документ «Национальный план действий по расширению доступности услуг по ОЗТ в РК на 2010-2014 года», а также на основании рекомендаций **ВОЗ/UNODC/ЮНЭЙДС (2009) по масштабам охвата эффективными** вмешательствами для ПИН и решения Межведомственной рабочей группы по ОЗТ были определены следующие цели:

- стране необходимо достигнуть как минимум средний уровень охвата до 40% от оценочного числа ПИН, которое по данным БОС 2008 составляет 129 100 человек (до 51 640 человек на ОЗТ) за 5 лет и исходить из следующих показателей расширения ОЗТ:

2010 г.– 200-800 пациентов

2011 г. – 1000 - 2 400 пациентов

2012 г. – 3000 - 10 000 пациентов

2013 г. – 5000 - 24 000 пациентов

2014 г. – 10 000 – 51 600 пациентов

- Взяв на вооружение опыт других стран по ОЗТ⁵⁸, подготовить стратегию расширения программы поддерживающей терапией агонистами опиоидов, основываясь на принципах

⁵⁸ «Поддерживающая терапия агонистами опиатов (опиоидная заместительная терапия): международный обзор литературы». Проектный офис в Астане Управления ООН по наркотикам и преступности, март 2010

экономической выгоды затрат (cost-effectiveness) данного метода лечения, и внедрения этого метода в систему оказания комплексных услуг по профилактике и лечению ВИЧ инфекции среди ПИН и лечения наркозависимости, сделав эту стратегию частью государственных программ по профилактике ВИЧ и контролю наркотиков

- С 2011 года рассмотреть возможность расширения доступности ОЗТ в СПИД службе, туберкулезной службе и первичной сети медико-социальной помощи с активным привлечением неправительственного сектора.
- *Подготовить предписывающие документы по внедрению ОЗТ на уровне МЗ и областных департаментов здравоохранения:* Приказ должен предусматривать оценку готовности данного ЛПУ, наличие у него лицензии на работу с наркотическими средствами и условий для проведения ОЗТ. На основании министерского приказа должен издаваться аналогичный приказ областного департамента здравоохранения.

Поскольку Межведомственной рабочей группой по ОЗТ на 2010 год было рекомендовано расширение программы ОЗТ только до 4 сайтов – 200 человек⁵⁹ и решено предоставлять программы ОЗТ на первом этапе только на уровне оказания специализированной наркологической помощи с тщательным отбором пациентов в программу по строгим показаниям, данный план работы учитывает эти ограничения.

Детальный бюджет для расширения доступности ОЗТ на 5 лет показан в приложении 5.

4. Подготовка кадров для расширения программы ОЗТ

Предлагается организовать подготовку кадров для расширения программы двумя путями:

I. Подготовка сотрудников новых сайтов для расширения программы ОЗТ на их рабочих местах или с выездом в РНПЦ МСПН г. Павлодар.

II. Рутинная подготовка медицинских сотрудников, сотрудников правоохранительных органов, сотрудников пенитенциарной системы, социальной сферы и тренинги неправительственного сектора путем внедрения тематики по ОЗТ, как эффективного метода лечения наркозависимости и профилактики ВИЧ инфекции среди ПИН в учебные планы додипломного, постдипломного обучения, курсов повышения квалификации, тематического усовершенствования (прежде всего для врачей наркологов, психотерапевтов, психологов, социальных работников, организаторов здравоохранения) образовательных учреждений системы здравоохранения, социальной защиты, правоохранительной и уголовно-исполнительной сфер.

I. Подготовка сотрудников новых сайтов для расширения программы ОЗТ на их рабочих местах или с выездом, в частности

- профессионального штата (тренинг сотрудников программы ОЗТ /менеджеров программы, врачей наркологов, среднего медицинского персонала, психологов или социальных работников, волонтеров, сотрудников уголовно-исполнительной системы, правоохранительной системы);
- организаторов здравоохранения и сотрудников туберкулезной службы, СПИД-сервисной службы, врачей скорой помощи, токсикологов
- других специалистов (журналистов, сотрудников неправительственных организаций)

Мероприятия по развитию людских ресурсов, необходимых для масштабного расширения ОЗТ сосредоточены на формировании и обучении мультидисциплинарных команд специалистов,

⁵⁹ *Протокол Межведомственной рабочей группы по ОЗТ от 22 декабря 2009*

предоставляющих комплексное лечение в рамках программы, а также на развитии соответствующих возможностей управления и координации терапевтическим процессом.

Мультидисциплинарная команда (МДК) – из расчета на сайт 50-150 человек

- Врач-нарколог
- Медсестра (2)
- Социальный работник

Расчет загруженности профессионального кадрового потенциала (нарколог, психотерапевт) определяется согласно рекомендациям международных экспертов и опыта других стран, консультация данных специалистов определяется из расчета 1 раз в неделю на пациента для индивидуальной работы и 1 раз в неделю на пациента для групповой работы. В случае, если предоставляются возможности и позволяют ресурсы МДК может дополняться:

- Психотерапевтом (как консультанта)
- Врачом-инфекционистом (частичная занятость)
- Психиатром (частичная занятость) или психологом
- Волонтера

Для сайтов к которым количество пациентов свыше 50 рекомендуется дополнительные 1-2 единицы медицинской сестры

Персонал программы должен быть обучен взаимодействию с другими организациями, осуществляющими медицинскую помощь и социальную поддержку. Необходимо совершенствовать систему направлений и консультаций у специалистов, оказывающих помощь при сопутствующих заболеваниях, хотя в идеале желательно, чтобы медицинская помощь предоставлялась в интегрированном виде, и пациент мог получить полный объем требуемых медицинских услуг в том месте, где он получает ОЗТ.

Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании МЗ РК, согласно рекомендациям международного эксперта по решению Межведомственной рабочей группы по ОЗТ был определен, как организационно-методический центр для выполнения следующих основных целей –

- укреплению кадрового потенциала,
- ведению научно-обоснованного менеджмента программы расширения ОЗТ в стране
- проведению мониторинга и оценки эффективности программ ОЗТ

Подготовка МДК в 2010-2011 гг.

- Базовый тренинг (проведение 4-х дневного обучающего семинара, включая консультации по мониторингу и оценке)
- Подготовка к тренингу тематическому (3-х дневный семинар для сайтов работающих более 2 лет)
- Семинары по обмену опытом
- Участие в международных конференциях, семинарах, форумах
- Ознакомительный визит для лиц принимающих решения системы МЗ, МЮ, МВД, Канцелярии премьер-министра, депутатов Сената или Мажилиса, начальников департаментов здравоохранений областей: в Германию (8 чел. ноябрь 2010)
- Обучающий семинар для сотрудников уголовно-исполнительной системы, правоохранительной системы, журналистов, НПО, волонтеров

- Семинар в Павлодаре (ноябрь 2010)
- Семинар для лиц принимающих решения системы МЮ, МВД тренинг в Бишкеке (1 квартал 2011 года)
- Тренинг для сотрудников сайтов ОЗТ в Украину (Киев, Украинский институт политики общественного здравоохранения) или для сотрудников системы КБН МВД, КУИС МЮ, МЗ, КНБ (10 чел – 3 квартал 2010 г.)

Для проведения тренингов для медицинских сотрудников программы и других специалистов Министерству здравоохранения РК (РНПЦ МСПН по согласованию) и эффективной работы необходимо подготовить и утвердить при необходимости:

- 1) тренинговые модули и тренинговые руководства (*начать разработку с 3 квартала 2010 и продолжить в 2011 году*),
- 2) обновить имеющиеся методические рекомендации по проведению ОЗТ для врачей и социальных работников (*3 квартал 2010 года*). Клинический протокол, необходимый для работы медицинских специалистов, может быть составной частью методических рекомендаций
- 3) подготовить информационные материалы для пациентов и семей пациентов ОЗТ, а также обзорные материалы для сотрудников правоохранительной и уголовно-исполнительной систем (*3 квартал 2010 года*)
- 4) разработать протокол мониторинга и оценки (см. подглаву 6. укрепления и наставничества) – *4 квартал 2010 года*

В подготовке рекомендаций, протоколов и информационных материалов за основу необходимо взять клинические протоколы, руководства ВОЗ, UNODC, USAID, также подготовленную UNODC в 2010 году брошюру с обзором литературы по ОЗТ для лиц, принимающих решения, и широкой общественности.

Таблица 2. График обучения МДК

(Количество подготовленных команд в соответствии с оптимальным сценарием)

	Центры на II кв. 2010	III-IV- кв. 2010	II-III кв. 11	I-II кв. 12	III-IV кв. 12	2013
Республика Казахстан	2	11	19	10	6	27

* Обучение МДК для новых центров проводится до начала привлечения клиентов. Для каждого центра предусмотрено обучение в два этапа, поскольку практически невозможно привлечь на тренинг всю МДК за один раз.

5. Обеспечение механизма необходимых поставок, сохранения и распределения препаратов

В соответствие со схемой расширения доступности услуг по ОЗТ в Казахстане описанной выше, а также в Плате действий, схема **развертывания закупок** заместительного препарата метадона представленной также в плане действий (подглава 6) обеспечение механизма отражает приблизительные прогнозируемые потребности в закупках на ближайшие 5 лет.

Контроль за оборотом метадона в Казахстане осуществляется согласно Закону РК «О наркотических средствах, психотропных веществах, прекурсорах и мерах противодействия незаконному обороту и злоупотреблению ими» от 10 июля 1998 г. N 279. Приложение «Список наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров, подлежащих

контролю в Республике Казахстан, Таблица II. Список наркотических средств и психотропных веществ, используемых в медицинских целях и находящихся под строгим контролем (21. Метадон, 2. Бупренорфин). Однако следует обратить особое внимание на то, что на сегодняшний день метадон не зарегистрирован в Казахстане (также как и бупренорфин), поэтому ввозится в страну как разовая поставка при наличии обоснования-подтверждении МЗ РК.

В настоящее время в Республике Казахстан препараты для заместительной терапии не производятся. На 2010 год (как и в 2008 году) Республиканским Центром СПИД был подписан договор с индийской компанией Русан Фарма. Цена за 1 флакон является \$25 + 30%-ая надбавка на покрытие логистических затрат по Казахстану (наценка фирмы импортирующей метадон в Казахстан L-pharma, по стоянию на 2010 год)⁶⁰. В одном флаконе содержится 1,35 грамма чистого метадона в форме сиропа (1 флакол 150 мл=1,35 гр). Таким образом, цена средней одноразовой дозы метадона в 100 мг составляет \$18.5, а стоимость метадона для лечения одного больного в год составляет \$1054 (\$2.9 в день), что выше средней мировой стоимости лечения (в Кыргызстане \$1 в день на пациента, в Украине \$0.25)⁶¹.

UNODC рекомендует в 2010 году рассмотреть другие компании экспортирующие метадон, такие как Словакафарма (Словения), Буфа БВ (Нидерланды), IDA Foundation. В рамках технической поддержки в 2010 году UNODC предоставляла информацию в РЦ СПИД с контактами фармацевтических компаний, поставщиками метадона и расходных материалов (тест систем и др.) с расценками на жидкую форму метадона. Для принятия правильного решения по снижению цены заместительного препарата, необходимо провести процедуру тендера, как для экспортирующей фирмы, так и для импортирующей (по данным UNODC в РК зарегистрировано более 5 фирм, имеющих государственную лицензию на работу с наркотическими средствами и имеющими склады по всему Казахстану).

Необходимо помнить, что механизм закупки, прохождения таможенных процедур, хранения и дистрибутирования метадона достаточно сложен и требует значительного времени. В то же время нельзя допустить, чтобы препарат поступил в ЛПУ с опозданием, поскольку прерывание терапии даже на один день будет сопровождаться серьезными медицинскими, социальными и даже политическими осложнениями. Как правило, весь процесс от момента принятия решения о поставке и издания соответствующего приказа МЗ до момента, когда препарат окажется в лечебном учреждении, занимает 4-6 мес.

Все это говорит в пользу того, что **Министерству здравоохранения необходимо четко организовать и контролировать поставку метадона, мониторируя его продвижение на всех этапах.**

- Таким образом, **в 2010 году необходимо провести тендер** среди экспортирующих и импортирующих метадон компаний, желающих работать на территории Казахстана для налаживания механизма своевременной поставки препарата в страну, начиная с 2011 года.

На начало 2010 года подписано Постановление Правительства от № 2212 от 29.12.09 "О нормах потребности РК в наркотических средствах, психотропных веществах и прекурсорах

⁶⁰ Данные по ценам на метадон на октябрь 2010 год, в случае изменения ценовой политики цены на метадон и вспомогательные материалы значительно сократятся для государственного бюджета

⁶¹ Информация менеджеров программ ОЗТ в Кыргызстане, Украине

на 2010 год", метадон в количестве 8760 гр. на 200 человек, и ПП № «О государственной квоте на наркотические средства, психотропные вещества и прекурсоры в РК» (только после утверждения которого возможно начать процесс импорта заказанного метадона). В октябре 2010 года ПП от № 952 от 15.10.10 "О нормах потребности РК в наркотических средствах, психотропных веществах и прекурсорах на 2011 год", метадон в количестве 54, 700 гр. (1000 человек) было подписано, на данный момент на стадии согласования с государственными органами ПП о государственной квоте.

«Следует отметить, что при успешном ввозе предложенного Республикой Узбекистан безвозмездного количества остаточного метадона (1316 флаконов по 150 мл) и оплате только таможенных расходов Казахстан получит возможность иметь небольшую экономию самой дорогой бюджетной статьи на метадон» (мнение национального эксперта по экономическим расчетам, см. таблицу 4 и Приложение 5.) Также в случае налаживания выпуска метадона на базе «Химфарм» завода в г. Шымкент его стоимость была бы значительно снижена⁶²

Таблица 3. Статьи расходов по метадону в РК на 2010-2011 года

Статья расхода	2010	2011
Количество пациентов	200	1 000
Метадон из расчета 80-120 мг/чел/день. (гр)	8 760,0	29 200
Количество флаконов	6 489	21 629
Стоимость метадона от производителя (с доставкой до Алматы) в долларах США	24 333,3	589 407,4
30% затраты на хранение и доставку в регионы в долларах США	7 300,0	176 822,2
Стоимость метадона от производителя (с доставкой до Алматы) в тыс. тенге	162 222,2	88 411,1
30% затраты на хранение и доставку в регионы в тыс. тенге	48 666,7	26 523,3
Итоговая стоимость метадона (USD)	210 888,9	766 229,7
Итоговая стоимость метадона (в тыс. тенге)	31 633,3	114 934,4

Весь процесс поставки заместительного препарата складывается из нескольких обязательных этапов:

- Подготовка приказа МЗ о проведении ОЗТ в определенных ЛПУ; в приказ должны быть включены названия всех ЛПУ и указаны объемы метадона (как незарегистрированного препарата), предназначенные для каждого из них. Обычно объем препарата определяется из расчета средней однодневной дозы 80 мг на одного больного (макс. 120 мг) с небольшим запасом препарата на 3 месяца
- Комитет по наркоторговле и контролю за оборотом наркотиков Министерства внутренних дел РК (КБН МВД РК) на основании приказа готовит постановление Правительства о внутренних квотах на метадон на следующий год и направляет через Министерство иностранных дел запрос в Международный совет по контролю над наркотиками (INCB) на подтверждение международных квот, на основании которых впоследствии компания-производитель сможет получить лицензию на экспорт метадона в своей стране.
- Заключается контракт с компанией поставщиком (производителем) на поставку препарата.

⁶² На ноябрь 2010 г. Данный вопрос прорабатывается с Министерством здравоохранения, РЦ СПИДом и Химфарм заводом г. Шымкент

- КБН МВД РК готовит на основании подтвержденных квот Постановление Правительства о государственной квоте, которое должно пройти согласование со всеми заинтересованными ведомствами и быть подписанным Премьер-министром
- Правительство Казахстана (КБН МВД РК) выдает лицензию на импорт на основании предварительных заявок
- Правительство страны компании экспортера (Индии в случае Казахстана) выдает лицензию на экспорт.
- Компания-производитель готовит партию препарата (как правило выпуск метадона осуществляется после подписания контракта в течение 2 месяцев)
- Партия препарата прибывает на границу
- Проводятся стандартные таможенные процедуры.
- После пересечения грузом границы проводится анализ качества поставленного препарата
- После этого препарат попадает на склад импортирующей компании (L-pharma на сегодняшний день), откуда по соответствующим заявкам спец почтой может поступать в лечебные учреждения.

6. Укрепление наставничества, мониторинг и оценка эффективности программ ОЗТ.

Цель: внедрение опиоидной заместительной терапии (ОЗТ) в лечебную наркологическую сеть РК как одного из современных методов лечения.

Задачи:

- Включение в учебные планы вопросов ОЗТ на курсах первичной специализации, тематического усовершенствования для врачей-наркологов, психотерапевтов, психологов, социальных работников, волонтеров, задействованных в наркологической практике, а так же организаторов здравоохранения.
- Проведение обучающих семинаров (занятий) по ОЗТ в соответствии с расписанием циклов тематического усовершенствования кафедры РНПЦ МСПН.
- Проведение обучающих семинаров, семинаров по обмену опытом для сотрудников открывающихся сайтов ОЗТ.
- Проведение мониторинга и оценки внедряемого метода ОЗТ в РК.
- Осуществление методической помощи в реализации проектов ОЗТ в медицинских организациях наркологического профиля.

Методология.

1. Укрепление наставничества, мониторинг и оценка эффективности программ ОЗТ будет осуществляться в соответствии с целью и задачами, поставленными перед РНПЦ МСПН членами рабочей группы.
2. Оказание методической, консультативной помощи и поддержки медицинским организациям, внедряющим новый способ лечения наркозависимых – ОЗТ:
 - обучение персонала медицинских организаций наркологического профиля;
 - предоставление методических рекомендаций и разработок врачам-наркологам, психотерапевтам, психологам, социальным работникам, волонтерам, задействованных в наркологической практике, а так же организаторам здравоохранения;
 - подготовка протокола мониторинга и оценки;
 - сбор информации из всех регионов, предоставляющих ОЗТ;

– проведение оценки эффективности ОЗТ в РК

Исполнитель Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании Министерства здравоохранения Республики Казахстан г. Павлодар.

Ниже представлена таблица, отражающая основные этапы плана работы по расширению ОЗТ в РК на 2010-2011 года. Рекомендуется доработка данной таблицы на совещании МРГ, особенно разделов определения ответственных лиц; организаций, оказывающих техническую помощь и лиц, осуществляющих контроль. После согласования с основными партнерскими ведомствами, данный План работы необходимо утвердить приказом министра здравоохранения. Возможна разработка подобного рабочего плана для программы ОЗТ на областном уровне, что потребует утверждения в свою очередь Департамента здравоохранения области и Акимата города.

План работы по расширению опиоидной заместительной терапии в Республике Казахстан на 2010-2011 года

<i>Тип мероприятий</i>	<i>Задачи</i>	<i>Срок исполнения</i>	<i>Ответственный: ФИО, должность</i>	<i>Техническая помощь: организация/агентство</i>	<i>Контролирующее лицо</i>
Укрепление поддержки на уровне политики и общества	Утверждение правительством РК «Плана действий по расширению доступности к ОЗТ на 2010-2014 года в РК», также всеми компетентными ведомствами «Плана работы по расширению доступности к ОЗТ на 2010-2011 года»	4 квартал 2010 – 1 квартал 2011 2 квартал 2010			
	<i>Разработка и утверждение приложения к приказу о расширении программы ОЗТ, включая</i> - проведение необходимых мероприятий по получению лицензий на оборот наркотиков для обозначенных в Плане ЛПО (при отсутствии таковых)	2-3 квартал 2010			
	<i>Внесение изменений в Стандарты предоставления услуг (наркологическая служба, СПИД служба, туберкулезная служба, ПМСП для ПИН и ЛЖВС, в том числе в местах лишения свободы) по включению опиоидной заместительной терапии и утверждение компетентным органом (МЗ РК)</i>				
	Экономическое обоснование расходов на расширение доступности ОЗТ и расчет стоимости отдельных мероприятий плана включая закупки медикаментов, укрепление инфраструктуры ЛПУ, обновление системы отчетности, подготовку кадров и изменение учебных программ в вузах и средних медицинских учреждениях	1 квартал 2010 (выполнено)	РЦ СПИД	UNODC	МЗ РК
	Подготовка и внесение изменений в Стратегию борьбы с наркоманией и наркобизнесом в Республике Казахстан, которые бы предусматривали активное применение методик снижения вреда от потребления наркотиков и сдвигали акценты: вместо «борьбы» с наркоманией на «лечение и поддержку» людей с наркотической зависимостью.				

	<i>Проведение в Парламенте РК круглого стола по вопросу лечения наркозависимости и профилактики ВИЧ инфекции среди ПИН для формирования у депутатов и других политиков современного научно обоснованного восприятия проблем, связанных с употреблением наркотиков.</i>	4 квартал 2010 г.			
	<i>Подготовка обоснования для внедрения программ ОЗТ в пенитенциарных учреждениях рекомендуемых регионов (см. карту-профиль в УИС РК)</i>	4 квартал 2010 г.			
	<i>Разработка совместного приказа МЗ РК и МЮ РК о порядке взаимодействия по внедрению программ ОЗТ в пенитенциарной системе</i>	1 квартал 2011 г.			
Расширение сети центров, предоставляющих ОЗТ	Оценка состояния материально-технической базы новых сайтов ОЗТ				
	Разработка спецификации для ремонта помещения для предоставления ОЗТ				
	Выбор строительной фирмы для проведения ремонта помещения для предоставления ОЗТ				
	Проведение ремонта помещения для предоставления ОЗТ				
	Закупка офисного оборудования и оснащение помещения для предоставления ОЗТ				
Закупка медикаментов	Расчет необходимого количества препарата для определенного числа больных	2-3 квартал 2010			
	Определение механизма распределения медицинских препаратов, подготовка документации на уровне области и учреждений	2 квартал			
	Доставка препарата в учреждение, где предоставляется ОЗТ	2-3 квартал 2010			
	Проведение тендера среди экспортирующих и импортирующих метадон компаний	4 квартал 2010			
	Разработка проекта приказа и утверждение о внесении метадона в список жизненно-важных лекарственных средств Минздрава РК	3 квартал 2010			
	Содействие в регистрации метадона и бупренорфина в РК	3 квартал 2010			
Подготовка кадров	Базовый тренинг для мульти-дисциплинарных команд (проведение 4-х дневного обучающего семинара, включая консультации по мониторингу и оценке)	2,4 квартал 2010			
	Подготовка к тренингу тематическому (3-х дневный семинар для сайтов работающих более 2 лет)	•			
	Ознакомительный визит для лиц принимающих решения системы МЗ, МЮ, МВД, Канцелярии премьер-министра, депутатов Сената или	Ноябрь 2010			

	Мажилиса, начальников департаментов здравоохранения в Иран или Германию (8 человек)				
	Семинары по обмену опытом	•			
	Обучающий семинар для сотрудников уголовно-исполнительной системы, правоохранительной системы, журналистов, НПО, волонтеров - Семинар в Павлодаре - Семинар для лиц принимающих решения системы МЮ, МВД тренинг в Бишкеке - Тренинг для сотрудников сайтов в Киеве или для сотрудников системы КБН МВД, КУИС МЮ, МЗ, КНБ (10 человек?)	Ноябрь 2010 июль 2010 и 3 квартал 2010 г.			
	Участие в международных конференциях, семинарах, форумах				
	Для проведения тренингов разработать и утвердить 1) тренинговые модули и тренинговые руководства 2) обновить имеющиеся методические рекомендации по проведению ОЗТ для врачей и социальных работников	начать с 3 квартала 2010 и продолжит ь в 2011 году 3 квартал 2010 года			
Подготовка пациентов и их семей	Разработка и распространение информационно-образовательных материалов для пациентов и их семей, а также обзорные материалы для сотрудников правоохранительной и уголовно-исполнительной систем	2 квартал 2010 года, 2 квартал 2011			
	Обучение работников низко-пороговых служб (СПИД-сервисных НПО) техниками просветительской работы с потенциальными пациентами программ ОЗТ				
Мониторинг и оценка эффективности и программы внедрения ОЗТ	Разработка протокола мониторинга и оценки программы ОЗТ (см. подглаву 6. укрепления и наставничества)	4 квартал 2010 года			
	Разработка протокола оценки эффективности программы ОЗТ				
	Обучение техникам мониторинга оценки на основе вышеуказанных протоколов				

Часть IV. ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1. «Профиль Республики Казахстан в сфере оказания наркологической помощи и услуг для людей, живущих с ВИЧ 2008 год»

Приложение 2. «Профиль услуг здравоохранения уголовно-исполнительной системы Республики Казахстан. Количество потребителей наркотиков и людей, живущих с ВИЧ в местах лишения свободы на 2009 год»

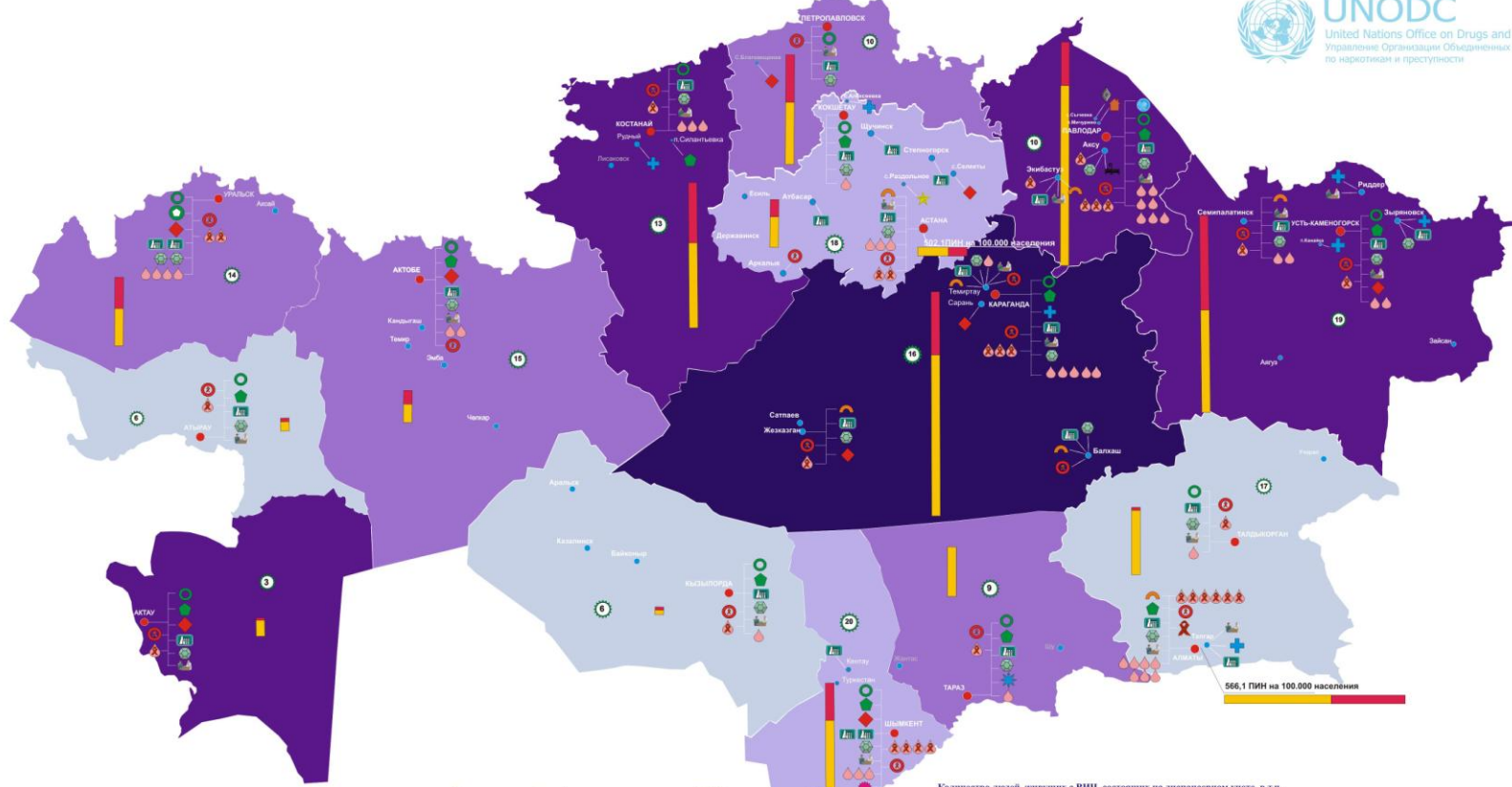
Приложение 3. Алгоритм для внедрения опиоидной заместительной терапии в Казахстане

Приложение 4. Схема расширения сайтов для увеличения доступности ОЗТ в Казахстане на 2010-2014 года

Приложение 5. Расчет бюджета по расширению ОЗТ на 2010-2014 гг. в Республике Казахстан

Приложение 1.

ПРОФИЛЬ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН В СФЕРЕ ОКАЗАНИЯ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ И УСЛУГ ДЛЯ ЛЮДЕЙ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ 2008 ГОД



УСЛОВНЫЕ ОБОЗНАЧЕНИЯ

- РКП "Республиканский научно-практический Центр «Социальные проблемы наркотиков»"
- Областные наркологические диспансеры
- Городские наркологические диспансеры
- СПТУ
- Наркологические отделения в психиатрических ЛПО
- Наркологические койки в общей лечебной сети
- Отделение медико-социальной реабилитации при РНД
- Самостоятельные Центры медико-социальной реабилитации
- Отделение социальной реабилитации системы МВД
- Отделение социальной реабилитации системы МВД
- Отделение социальной реабилитации НПО
- Подготовительные наркологические кабинеты
- Кабинеты анонимного лечения при СНД и ГИД
- Кабинеты эсметерлы наркотического и алкогольного опьянения
- Частные наркологические кабинеты и клиники
- НПО наркологического профиля
- Наркологические клиники при НПО
- Количество наркологических кабинетов в общей лечебной сети региона
- Республиканский Центр по профилактике и борьбе со СПИД
- Центры по профилактике и борьбе со СПИД
- НПО СПИД-сервисного профиля

Количество потребителей инъекционных наркотиков (ПИН) по регионам Республики Казахстан (определенные данные по БОС 2008 г.)

Регион	Кол-во учетных наркологических служб ПИН на 01.01.2009	ПИН по БОС	% ПИН сост. на учете по БОС
Алматинская	992	2200	45,5
Акмолинская	1232	4500	38,2
Актюбинская	1678	4500	37,3
Атырауская	504	2000	24,8
ВКО	4068	14000	29,1
Жамбылская	2213	6800	32,6
ЖКО	1391	4000	34,8
Карагандинская	4621	16900	27,4
Кызылординская	655	2000	32,9
Костанайская	2373	3900	58,1
Мангистауская	1118	4100	30,0
Навостральская	2008	12800	25,5
СКО	1278	3500	35,9
ЮКО	2718	20500	13,0
г. Алматы	7613	21700	29,8
г. Астана	3118	6500	43,1
КАЗАХСТАН	38071	129100	29,1

Количество людей, живущих с ВИЧ, состоящих на диспансерном учете, в г.ч. Потребители инъекционных наркотиков (ПИН), на 01.01.2009.

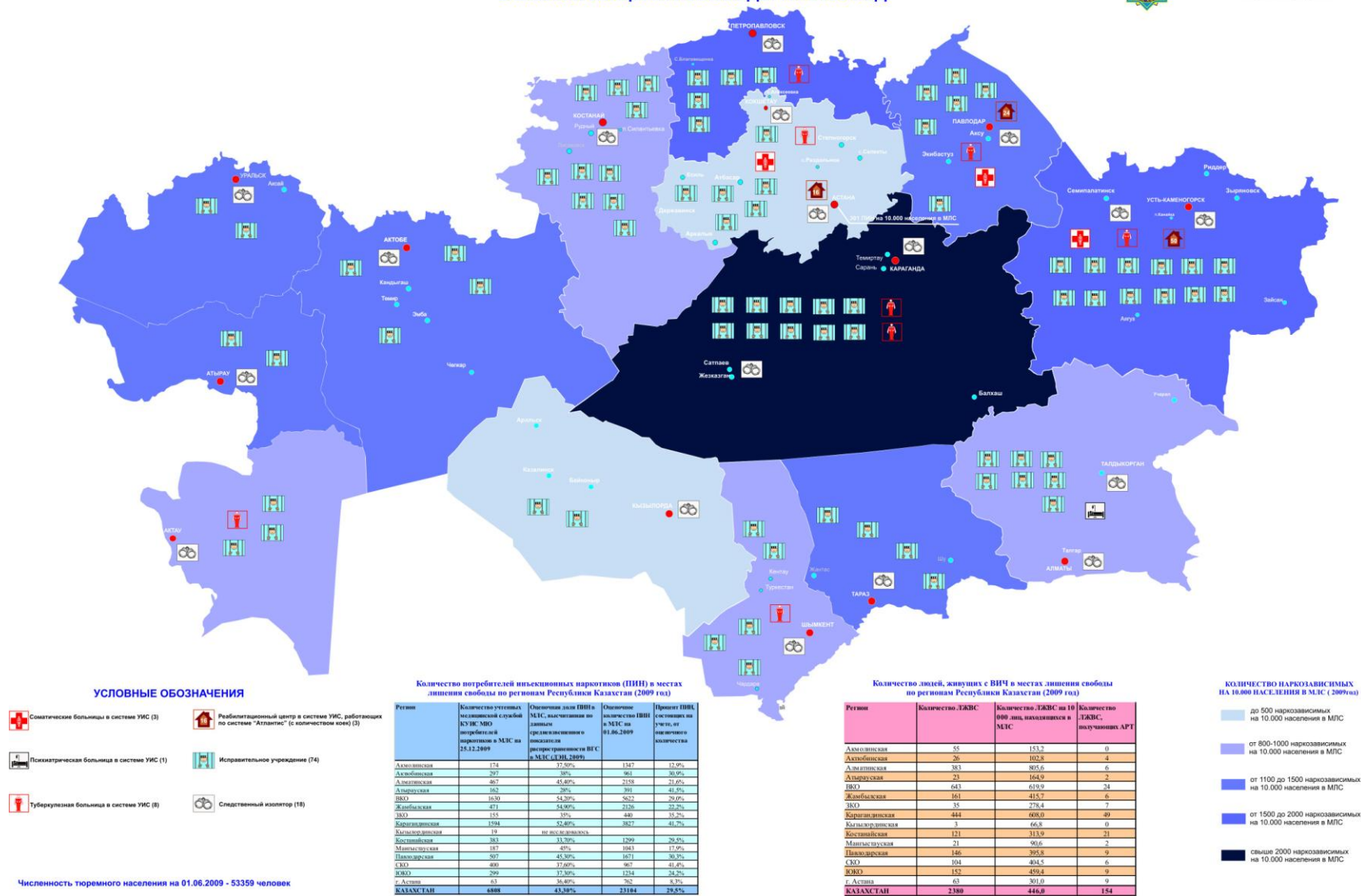
Регион	Абсолютное число	в том числе ПИНЫ	на 100000 населения, всего РБ	в г.ч. ПИНЫ	% ПИНЫ среди ЛЖВ
Акмоллинская	153	87	20,5	11,7	744132 58,9%
Актюбинская	93	59	13,1	8,3	707884 63,4%
Алматинская	716	32	43,3	1,9	1855210 4,5%
Атырауская	39	14	5,9	2,8	605987 46,7%
ВКО	977	901	68,9	63,6	1417574 92,2%
Жамбылская	338	33	33,0	0,0	1024984 0,0%
ЖКО	153	131	24,8	21,2	617048 85,6%
Карагандинская	1429	626	18,8	7,8	1344228 69,6%
Кызылординская	22	14	3,5	2,2	636889 63,6%
Костанайская	510	300	97,2	40,4	881781 70,6%
Мангистауская	47	7	11,3	1,7	416544 14,9%
Навостральская	802	645	120,8	86,3	747638 71,5%
СКО	270	208	41,5	31,9	661079 77,0%
ЮКО	1082	879	45,9	24,4	2268338 53,1%
г. Алматы	963	660	71,8	49,5	1344922 69,2%
г. Астана	127	70	20,5	12,2	620980 59,8%
КАЗАХСТАН	7836	4727	50,8	30,2	1667400 60,3%

Количество ПИН-учетных наркологической служб на 01.01.2009

- до 105 ПИН на 100.000 населения
- 106-150 ПИН на 100.000 населения
- 151-250 ПИН на 100.000 населения
- 251-300 ПИН на 100.000 населения
- 300-350 ПИН на 100.000 населения
- ЛЖВС из них ПИНЫ

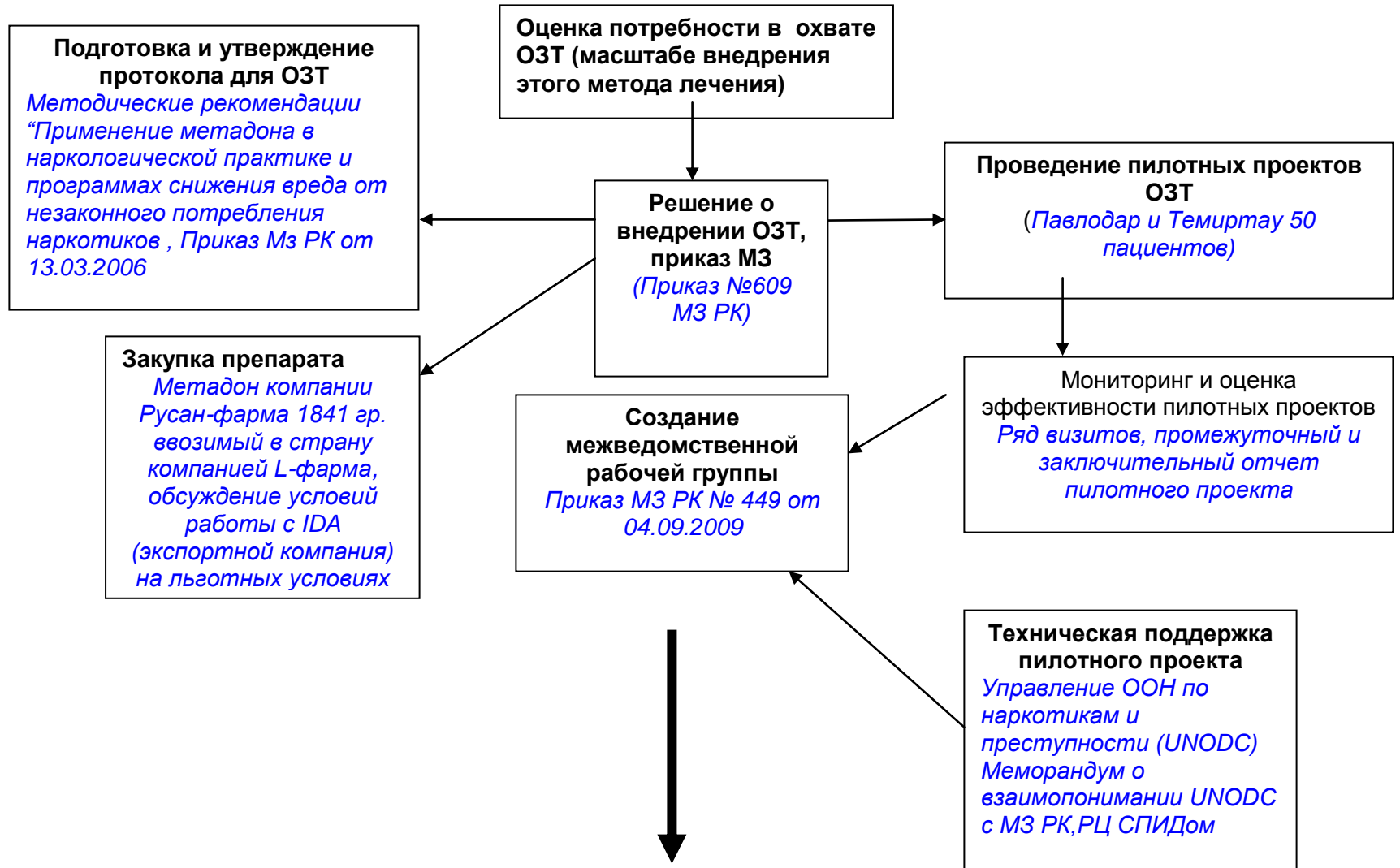
Приложение 2.

ПРОФИЛЬ УСЛУГ УГОЛОВНО-ИСПРАВИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН. КОЛИЧЕСТВО ПОТРЕБИТЕЛЕЙ НАРКОТИКОВ И ЛЮДЕЙ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ/СПИД В МЕСТАХ ЛИШЕНИЯ СВОБОДЫ НА 2009 ГОД



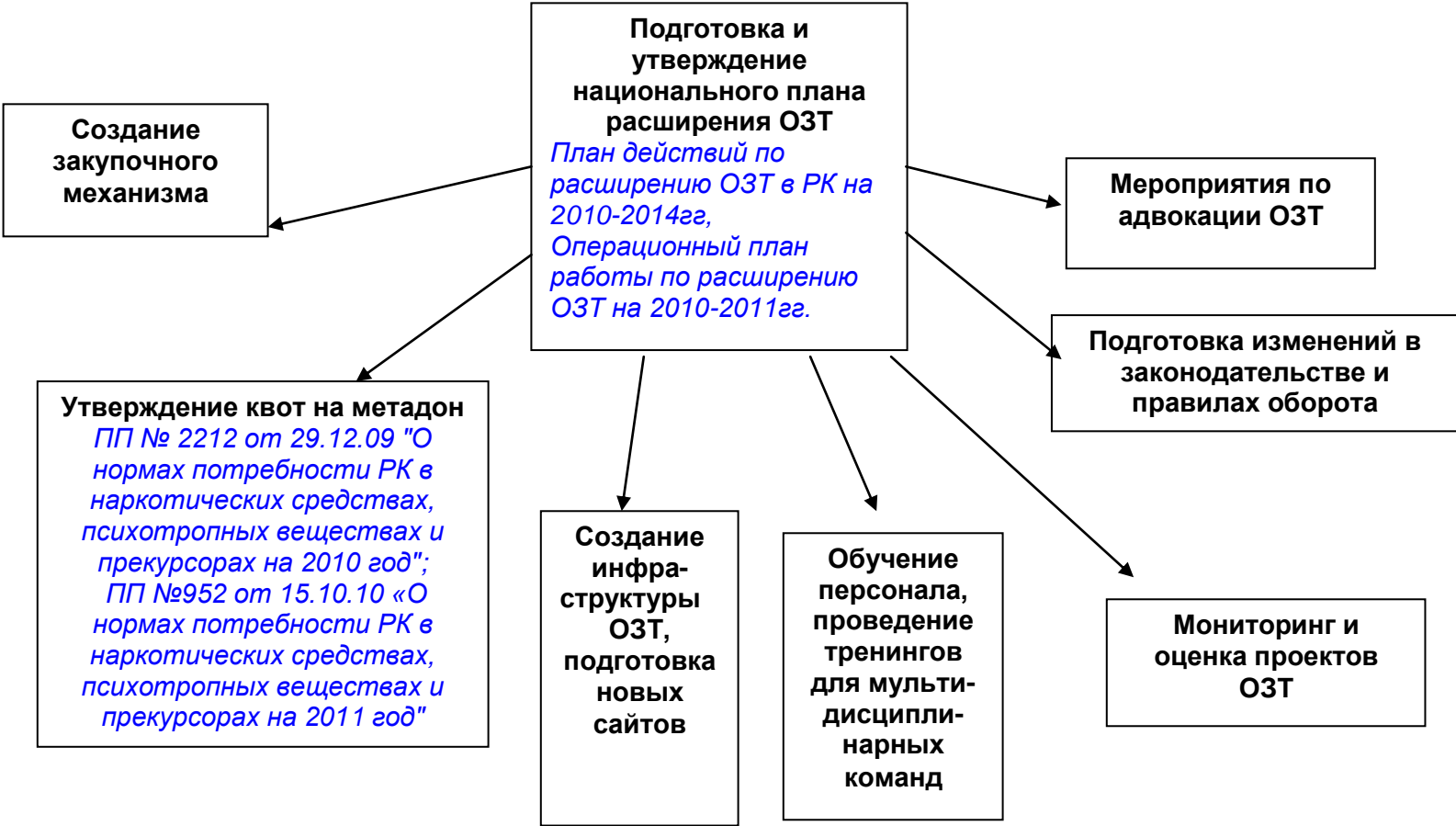
Приложение 3. Алгоритм внедрения опиоидной заместительной терапии в Казахстане

1-й этап, начальный (2007-2009 гг.)

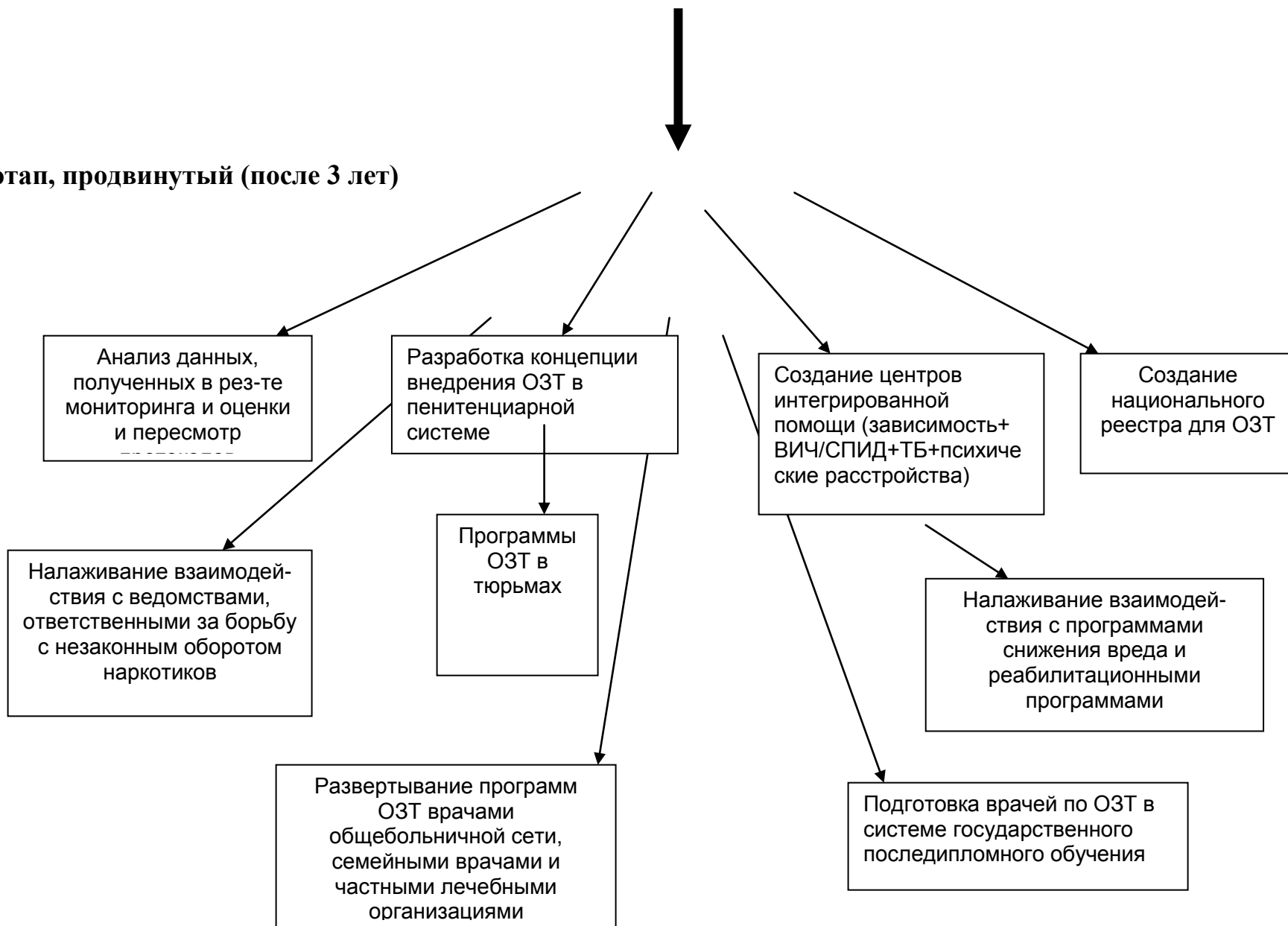




2-й этап, развернутый (2009-2011)



3-й этап, продвинутый (после 3 лет)



Приложение 4. Схема расширения сайтов для увеличения доступности ОЗТ в РК на 2010-2014 года

Область	Город	2010			2011			2012			2013			2014		
		кол-во сайтов	кол-во пациентов	дислокация сайта	кол-во сайтов	кол-во пациентов	дислокация сайта	кол-во сайтов	кол-во пациентов	дислокация сайта	кол-во сайтов	кол-во пациентов	дислокация сайта	кол-во сайтов	кол-во пациентов	дислокация сайта
Всего по РК		4	200		15	1000		34	3000		50	5000		77	10000	
г. Астана					1	50	НД	2	200	НД+СПИД центр	3	350	НД+СПИД центр+туб центр	3	600	НД+СПИД+ТЦ+СЦ
г. Алматы		1	50	НД	1	100	НД	2	200	НД+СПИД центр	3	350	НД+СПИД центр+туб центр	5	1000	НД+СПИД+ТЦ+СЦ
Акмолинская область		0	0		1	50		2	100		2	100	НД	3	300	НД
	Кокшетау				1	50	ТД	2	100	НД+ТД	2	100	НД+ТД	3	300	НД+ТД+СЦ
Актюбинская область		0	0		0	0		2	200		3	300		3	400	
	Актобе							2	200	НД+ТД	3	300	НД+СПИД центр+ТД	3	400	НД+СПИД центр+ТД
Алматинская область		0	0		1	25		1	50		2	160		4	500	
	Талдыкорган				1	25	ТД	1	50	ТД	2	160	НД+ТД	3	300	НД+ТД+СЦ
Атырауская область		0	0		1	50		2	200		3	300		4	500	
	Атырау				1	50	ТД	2	200	НД+ТД	3	300	НД+СПИД центр+	4	500	НД+СПИД+ТЦ+СЦ

													ТД			
Восточно-Казахстанская область		1	50		2	150		2	300		5	500		8	1000	
	<i>Усть-Каменогорск</i>	1	50	НД	1	100	НД	1	100	НД	2	200	НД+СП ИД центр	4	500	НД+СП Ц+ТЦ+ СЦ
	<i>Семей</i>				1	50	НД	1	200	НД+ ТД	3	300	НД+СП ИД центр+ ТД	4	500	НД+СП Ц+ТЦ+ СЦ
Жамбылская область		0	0		1	50		2	200		3	300		4	500	
	<i>Тараз</i>				1	50	ТД	2	200	НД+ ТД	3	300	НД+СП ИД центр+ ТД	4	500	НД+СП Ц+ТЦ+ СЦ
Западно-Казахстанская область		0	0		0	0		2	150	НД	3	300		4	500	
	<i>Уральск</i>										3	300	НД+СП ИД центр+ ТД	4	500	НД+СП Ц+ТЦ+ СЦ
								2	150	"+"Т Д						
Карагандинская область		1	50		2	175		4	375		7	750		10	1300	
	<i>Караганда</i>				1	100	НД	2	200	НД+ СПИ Д центр	3	300	НД+СП ИД центр+ ТД	4	500	НД+СП Ц+ТЦ+ СЦ
	<i>Жезказган</i>							1	100	ТД	2	200	НД+ТД	3	400	НД+ТД +СЦ
	<i>Темиртау</i>	1	50	НД	1	75	НД	1	75	НД	2	250	НД+ТД	3	400	НД+ТД +СЦ
Костанайская область		0	0		1	50		1	100		1	100		3	300	
	<i>Костанай</i>				1	50	НД	1	100	НД	1	100	НД	3	300	НД+ТД +СЦ
Кызылординская область		0	0		0	0		1	100		2	200		4	500	

	<i>Кызыл-орда</i>						1	100	ТД	2	200	НД+ТД	4	500	НД+СП Ц+ТЦ+ СЦ
Мангистауская область		0	0		1	50	1	100		2	200		4	400	
	<i>Ақтау</i>				1	50	НД	100	НД	2	200	НД+ТД	4	400	НД+СП Ц+ТЦ+ СЦ
Павлодарская область		1	50		2	150	6	325		7	700		10	1200	
	<i>Павлодар</i>	1	50	НД	2	150	НД+Р НПЦ	175	НД+Р РНП Ц+С П ИД центр	4	400	НД+РН ПЦ+СП ИД центр+ ТД	6	700	НД+РН ПЦ+СП ИД центр+ ТД+СЦ
	<i>Экибастуз</i>						2	100	НД+ ТД	2	200	НД+ТД	3	300	НД+ТД +СЦ
	<i>Ақсу</i>						1	50	НД	1	100	НД	1	100	НД
Северо-Казахстанская область		0	0		0	0	2	200		2	240		4	500	
	<i>Петропавловск</i>						2	200	НД+ ТД	2	240	НД+СП ИД центр+ ТД	4	500	НД+СП Ц+ТЦ+ СЦ
Южно-Казахстанская область		0	0		1	100	2	200		2	150		4	500	
	<i>Шымкент</i>				1	100	НД	200	НД+ СПИ Д центр	2	150	НД+СП ИД центр	4	500	НД+СП Ц+ТЦ+ СЦ

НД – наркологический диспансер (областного или городского значения), РНПЦ - республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании г. Павлодар, СПИД центр – СПИД центр областного или городского значения, ТД - туберкулезный диспансер областного или городского значения, СЦ – семейный центр, семейная амбулатория или поликлиника любого значений

Приложение 5. Расчет бюджета по расширению доступности опиоидной заместительной терапии в Республике Казахстан на 2010-2014 гг.

(независимая экспертная оценка выполнена по заказу Программного офиса Управления ООН по наркотикам и преступности в Астане и ГУ «Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИД» МЗ РК)⁶³

Введение

Расчет бюджета производился с учетом следующего графика⁶⁴ расширения доступности опиоидной заместительной терапии (ОЗТ):

Год	Количество сайтов	Количество новых сайтов	Количество пациентов
2010	4	2	200
2011	15	11	1000
2012	34	19	3000
2013	50	16	5000
2014	77	27	10000

При проведении расчетов применены национальные нормативы и усредненные рыночные цены по состоянию на январь 2010 года. При неприменимости национальных нормативов, либо недостаточной информации, применялись расценки, согласованные с проектным офисом UNODC в Астане. **Расчеты выполнены в тенге и в долларах США по курсу 150 тенге/доллар США.** Ниже представлены информация по типам затрат на содержание одного сайта ОЗТ, а также сводный бюджет в зависимости от схемы расширения программы.

Расчет затрат на обслуживающий персонал

Количество и состав персонала для одного сайта ОЗТ определены на основании данных «Национального плана действий по расширению доступности опиоидной заместительной терапии (ОЗТ) в Республике Казахстан на 2010-2014 гг.», а также по результатам консультаций с проектным офисом UNODC в Астане. В результате, минимальное штатное расписание одного сайта состоит из:

Таблица 2 Расчет затрат на обслуживающий персонал

Специальность	Количество	Месячная зарплата ⁶⁵	Годовой бюджет	Стоимость Доллары США
Врач нарколог	1	33,5	402,1	32 169,60
Медсестра	2	56,2	674,3	26 971,25
Психотерапевт	1	33,5	402,1	26 971,25
Итого			1 478,5	32 169,60

Расчет зарплат производился по национальным стандартам⁶⁶, с учетом надбавок для персонала наркодиспансеров с пятилетним стажем работы и отсутствием категорий.

⁶³ Представлена краткая версия отчета, полная версия может быть запрошена в офисе РЦ СПИД

⁶⁴ График откорректирован по согласованию с проектным офисом UNODC в Астане

⁶⁵ Брутто

⁶⁶ Постановление Правительства РК от 29 декабря 2007 года № 1400 «О системе оплаты труда гражданских служащих, работников организаций, содержащихся за счет средств государственного бюджета, работников казенных предприятий».

Приобретение метадона

Затраты на приобретение препарата (Таблица 3) основываются на исходной стоимости в \$25/флакон и 30%-ной надбавки на покрытие логистических затрат по Казахстану⁶⁷. В одном флаконе содержится 1,35 грамма чистого метадона в форме сиропа. Расчет потребности в метадоне выполнен исходя из допущения, что средняя доза препарата на одного пациента в сутки будет составлять 80 мг⁶⁸. Данное условие не применимо для 2010 года, поскольку в этом году количество метадона уже заказано из расчета 120 мг на одного пациента⁶⁹.

Таблица 3 Затраты на закупку метадона

Наименование	2010	2011	2012	2013	2014
Количество пациентов	200	1 000	3 000	5 000	10 000
Метадон из расчета 80-100 мг/чел/день. (гр)	8 760,0	29 200	87 600	146 000	292 000
Количество флаконов	6 489	21 629	64 888	108 148	216 296
Стоимость метадона от производителя (с доставкой до Алматы) в долларах США	24 333,3	589 407,4	1 927 362	3 501 375	7 632 997
30% затраты на хранение и доставку в регионы в долларах США	7 300,0	176 822,2	578 208,7	1 050 412	2 289 899
Стоимость метадона от производителя (с доставкой до Алматы) в тыс. тенге	162 222,2	88 411,1	289 104,3	525 206,3	1 144 950
30% затраты на хранение и доставку в регионы в тыс. тенге	48 666,7	26 523,3	86 731,3	157 561,9	343 484,8
Итоговая стоимость метадона (USD)	210 888,9	766 229,7	2 505 571	4 551 787	9 922 896
Итоговая стоимость метадона (в тыс. тенге)	31 633,3	114 934,4	375 835,6	682 768	1 488 434

Приобретение вспомогательных материалов

Препарат принимается в виде раствора определенной концентрации, которая регулируется медицинским персоналом. Данный вид приема препарата подразумевает наличие одноразовой посуды, а также дозатора раствора. Кроме того, в целях определения содержания наркотиков в моче пациентов предусматривается приобретение тест-систем⁷⁰.

⁶⁷ Метадон не зарегистрирован в РК, что приводит к трудностям ввоза и использования на территории страны. По информации, предоставленной проектным офисом UNODC в Астане, на сегодняшний день известны цены только одного производителя (Русан Фарма, Индия) и одной казахстанской фирмы, имеющей опыт по работе с данным препаратом. Указанные цены отражают ценовые предложения данных фирм

⁶⁸ на основании опыта по внедрения программ ОЗТ в Кыргызской республике, а также отчета по пилотному проекту в Республике Казахстан 2008-2009 гг. (Павлодар, Темиртау)

⁶⁹ Согласно контракту РЦ СПИД с фирмой поставщиком метадона «Русан Фарма»

⁷⁰ «Национальный план действий по расширению доступности опиоидной заместительной терапии (ОЗТ) в Республике Казахстан на 2010-2014 гг.»

Расчеты затрат на приобретение тест-систем основаны на предположении, что каждый пациент проверяется как минимум три раза в месяц.

Таблица 4. Затраты на приобретение инвентаря, материалов и тест-систем для определения наркотика в моче (в долларах США)

Наименование	2010	2011	2012	2013	2014
Тест-системы	51 120,0	278 604,0	911 035,1	1 655 047,1	3 608 002,6
Количество (1 стрип-тестов в неделю на 1 пациента)	7 200,0	36 000,0	108 000,0	180 000,0	360 000,0
Стоимость единицы	7,1	7,7	8,4	9,2	10,0
Одноразовые стаканчики	1 424	7 760,8	25 377,8	46 103,0	100 504,6
Количество	71 200	356 000	1 068 000	1 780 000	3 560 000
Стоимость единицы	0,02	0,02	0,02	0,03	0,03
Вода для приготовления раствора метадона	1 582,2	8 623,1	28 197,6	51 225,6	111 671,8
Количество (1 бутылка на 150 чел из расчета 0,12 л/чел)	475	2 373	7 120	11 867	23 733
Стоимость единицы	3,3	3,6	4,0	4,3	4,7
Дозатор	1 200	3 924,0	7 128,6	13 209,3	33 031,0
ИТОГО (USD)	55 326,2	298 911,9	971 739,1	1 765 585,0	3 853 210,0
Итоговая стоимость (в тыс. тенге)	8 298,9	44 836,8	145 760,9	264 837,7	577 981,5

Ремонт помещений

На данном этапе невозможно точно рассчитать стоимость ремонтно-строительных работ по каждому сайту, поскольку в большинстве случаев неизвестно, какие именно помещения будут отводиться для ОЗТ. Ввиду данного обстоятельства выполнен расчет стоимости ремонтно-строительных работ для типовых помещений, соответствующих требованиям СНиП 2.08.02-89.

Таблица 5 Расчетные размеры помещений ОЗТ

Наименование помещения	Площадь, м2
Комната для хранения и выдачи лекарственных средств	12
Кабинет групповой психотерапии	58
ВСЕГО	70

При этом комната хранения и выдачи препарата должна соответствовать требованиям Приказа Министра внутренних дел Республики Казахстан от 16 февраля 2001 года № 141 Об утверждении Инструкции «О порядке выдачи разрешения на использование объектов и помещений в сфере оборота наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров». Также, во исполнение требований указанного нормативного акта, предусматривается

оборудование данной комнаты двумя железными дверьми и внутренней перегородкой с пультом обслуживания пациентов, отделяющей кладовое помещение от предкладового. Кабинет групповой психотерапии не требует мер по усилению безопасности.

Ремонт данных помещений, подразумевает:

- демонтаж старого финишного покрытия и нанесение нового
- установку металлических дверей
- возведение внутренней перегородки с пультом обслуживания в комнате для хранения и выдачи препарата
- демонтаж старого напольного покрытия (типа линолеума) и настил нового линолеума
- демонтаж старых окон и установку новых

При этом следует учитывать, что не все сайты будут требовать полного объема ремонтно-строительных работ. В целях учета нескольких вариантов ремонта, предложено несколько вариантов смет. В расчетах фигурирует усредненная стоимость. Данный тип затрат носит разовый характер и не предусматривает финансирование текущего ремонта.

Мебель

Затраты на приобретение мебели рассчитывались исходя из вместимости помещений и оптимального количества больных при различных видах лечения. Предусматривается приобретение сейфа (в соответствии упомянутым ранее приказом МВД). Данный тип затрат носит разовый характер. Ориентировочные цены взяты из прайс-листа отечественного производителя мебели – компании ZETA. Информация по характеристикам товара и ценам доступна на сайте компании: www.zeta.kz.

Таблица 6. Стоимость комплекта мебели для одного сайта

Наименование	Количество	Цена (тыс. тенге)	Стоимость (тыс. тенге)	USD
Стол	2	9,1	18,3	122
Стул для пациента	15	2,2	33,0	220
Стул для персонала	3	2,9	8,9	59
Сейф	1	31,1	31,1	208
Шкаф для медикаментов	1	64,8	64,8	432
Итого			156,09	1 041

Охрана

Во исполнение требований вышеупомянутого Приказа Министра внутренних дел Республики Казахстан, предусматривается приобретение и установка охранной сигнализации и тревожного пульта для персонала.

Таблица 7. Оборудование для охраны одного сайта ОЗТ

Наименование	Количество	Цена	Стоимость (тыс. тенге)
Защитное оборудование			
Установочные работы	1	50 000	50 000
Оборудование	1	20 000	20 000
Абонентская плата в год	1	180 000	180 000
Итого			250 000
USD			1 667 000

Затраты на мониторинг и менторство (наставничество)

Исходные данные для расчета данных затрат, включающих в себя оплату труда, командировочные, типографские, представительские и другие расходы, предложены Республиканским научно-практическим Центром медико-социальных проблем наркомании (РНПЦ МСПН). Типы и распределение затрат по годам согласованы с UNODC в Казахстане.

Таблица 8. Расходы на мониторинг и менторство (в долларах США)

№	Статья	2010	2011	2012	2013	2014
	В долларах США	47 080	48 260	38 070	56 950	23 130
	Мониторинг	7 062 54	7 239 62	5 710 70	8 542 77	3 469 35
1.	Наставничество и супервизия (посещение сайтов)	159 92	426 61	926 02	1 381 14	242 32
1.1.	Оплата труда	-	-	-	-	-
1.2.	Проезд	111 88	374 25	680 92	1 014 77	182 48
1.3.	Проживание	36,74	40,04	184,67	270,82	43,88
1.4.	Суточные	11,30	12,32	60,44	95,55	15,96
1.5.	Канцелярские товары	-	-	-	-	-
1.6.	Типографские расходы	-	-	-	-	-
1.7.	Представительские расходы	-	-	-	-	-
2.	Обновление методических рекомендаций для врачей	12,44	-	-	-	-
2.1.	Оплата труда	2,29	-	-	-	-
2.2.	Проезд	-	-	-	-	-
2.3.	Проживание	-	-	-	-	-
2.4.	Суточные	-	-	-	-	-
2.5.	Канцелярские товары	-	-	-	-	-
2.6.	Типографские расходы	10,15	-	-	-	-
2.7.	Представительские расходы	-	-	-	-	-
3.	Подготовка методических рекомендаций для психологов, социальных работников, пациентов и др.	12,40	-	-	-	-
3.1.	Оплата труда	2,25	-	-	-	-
3.2.	Проезд	-	-	-	-	-
3.3.	Проживание	-	-	-	-	-
3.4.	Суточные	-	-	-	-	-
3.5.	Канцелярские товары	-	-	-	-	-
3.6.	Типографские расходы	10,15	-	-	-	-
3.7.	Представительские расходы	-	-	-	-	-
4.	Проведение 4-х дневных обучающих семинаров (базового тренинга) для сотрудников ЗТ (каждого сайта), включая тренинг по мониторингу и оценке.	552,54	1,691,98	2,875,37	4 231 87	958 57
4.1.	Оплата труда	32,02	34,90	38,05	41,47	45,20
4.2.	Проезд	223,75	748,49	1,361,83	2,029,54	364,96
4.3.	Проживание	183,69	508,26	923,33	1,354,11	219,40
4.4.	Суточные	56,52	184,82	302,18	512,37	79,78

4.5.	Канцелярские товары	8,56	32,38	50,38	76,82	12,08
4.6.	Типографские расходы	-	-	-	-	-
4.7.	Представительские расходы	48,00	183,12	199,60	217,56	237,15
5.	Проведение 3-х дневных обучающих семинаров (тематический тренинг) для сотрудников ЗТ (каждого сайта) итого 16 человек	-	480,98	-	848,61	-
5.1.	Оплата труда	-	147,15	-	174,83	-
5.2.	Проезд	-	170,45	-	351,85	-
5.3.	Проживание	-	87,79	-	192,14	-
5.4.	Суточные	-	36,96	-	87,83	-
5.5.	Канцелярские товары	-	9,20	-	10,88	-
5.6.	Типографские расходы	-	-	-	-	-
5.7.	Представительские расходы	-	29,43	-	31,08	-
6.	Участие в международных конференциях	1,500,00	1,635,00	1,782,15	1,942,54	2,117,37
6.1.	Финансирование из программных средств	1,500,00	1,635,00	1,782,15	1,942,54	2,117,37
6.2.	Финансирование из других источников	-	-	-	-	-
7.	Обучающие семинары для сотрудников УИС, правоохранительной системы, журналистов, НПО, волонтеров(базовый тренинг)	3,802,98	2,888,39	-	-	-
7.1.	Семинар в Павлодаре	-	-	-	-	-
7.1.1.	Оплата труда	-	-	-	-	-
7.1.2.	Проезд	-	-	-	-	-
7.1.3.	Проживание	-	-	-	-	-
7.1.4.	Суточные	-	-	-	-	-
7.1.5.	Канцелярские товары	-	-	-	-	-
7.1.6.	Типографские расходы	-	-	-	-	-
7.1.7.	Представительские расходы	-	-	-	-	-
7.2.	Семинар для лиц принимающих решения системы МЮ, МВД тренинг в Бишкеке	890,18	-	-	-	-
7.2.1.	Оплата труда	-	-	-	-	-
7.2.2.	Проезд	458,18	-	-	-	-
7.2.3.	Проживание	240,00	-	-	-	-
7.2.4.	Суточные	192,00	-	-	-	-
7.2.5.	Канцелярские товары	-	-	-	-	-
7.2.6.	Типографские расходы	-	-	-	-	-
7.2.7.	Представительские расходы	-	-	-	-	-
7.3.	Ознакомительный визит для лиц принимающих решения системы МЗ, МЮ, МВД, КПМ в	2,912,80	-	-	-	-

	Тегеран (8 чел.)					
7.3.1.	Оплата труда	-	-	-	-	-
7.3.2.	Проезд	1,256,80	-	-	-	-
7.3.3.	Проживание	1,080,00	-	-	-	-
7.3.4.	Суточные	576,00	-	-	-	-
7.3.5.	Канцелярские товары	-	-	-	-	-
7.3.6.	Типографские расходы	-	-	-	-	-
7.3.7.	Представительские расходы	-	-	-	-	-
7.4.	Тренинг для сотрудников сайтов в Киеве или для сотрудников системы КБН МВД, КУИС МЮ, МЗ, КНБ (10 чел.)	-	2,888,39	-	-	-
	Оплата труда	-	163,50	-	-	-
7.4.1	Проезд	-	892,71	-	-	-
7.4.2	Проживание	-	392,40	-	-	-
7.4.3	Суточные	-	981,00	-	-	-
7.4.4	Канцелярские товары	-	65,40	-	-	-
7.4.5	Типографские расходы	-	-	-	-	-
7.4.6	Логистика	-	262,58	-	-	-
7.4.7	Аренда помещения	-	130,80	-	-	-
8.	Система мониторинга	915,23	-	-	-	-
8.1.	Оплата труда	915,23	-	-	-	-
8.2.	Проезд	-	-	-	-	-
8.3.	Проживание	-	-	-	-	-
8.4.	Суточные	-	-	-	-	-
8.5.	Канцелярские товары	-	-	-	-	-
8.6.	Типографские расходы	-	-	-	-	-
8.7.	Представительские расходы	-	-	-	-	-
9.	Телекоммуникации	100,00	109,00	118,81	129,50	141,15
9.1.	Городские телефонные номера (в.т.ч факс)	14,40	15,70	17,11	18,65	20,33
9.2.	Междугородние и международные переговоры	35,20	38,36	41,82	45,58	49,68
9.3.	Услуги доступа к сети интернет	50,40	54,94	59,88	65,27	71,14
10.	Прочие	7,04	7,67	8,36	9,11	9,93
10.1.	Банковские услуги 0,3%	4,72	5,14	5,60	6,11	6,66
10.2.	Банковские услуги	2,32	2,53	2,76	3,00	3,27
	Итого	7,062,54	7,239,62	5,710,70	8,542,77	3,469,35

Оргтехника

Для каждого нового сайта подразумевается приобретение одного компьютера в комплекте с черно-белым принтером и годовым запасом расходных материалов.

Таблица 9. Расходы на оргтехнику

Наименование	Кол-во	Цена (тыс. тенге)	Стоимость (тыс. тенге)	USD
Системный блок: Intel Atom/1.6 ГГц/DDR2, 1024 Мб/жесткий диск 80 Гб/ОС: Microsoft Windows XP Home Edition	1	62274,00	62274,00	415,16
Монитор Диагональ: 17", Зерно: 0.291 мм Максимальное разрешение: 1280x720, Яркость: 250 кд/м ² , Контрастность: 600:1, Время отклика: 8 мс	1	25608,00	25608,00	170,72
Клавиатура Цвет: Черный, Тип клавиатуры: Проводная, Интерфейс: PS/2, Упаковка: RTL	1	854,00	854,00	5,69
Принтер лазерный. Разрешение: 600 x 600 dpi Скорость ч/б печати: 14 стр/мин, Формат бумаги: A4 (210 x 297 мм), Интерфейс: USB 2.0	1	21825,00	21825,00	145,5
Картридж. Совместимость: LaserJet 1000/1005/1200/1220/3300/3380 Ресурс: 2500 страниц A4 при 5% заполнении	12	11155,00	133860,00	892,4
Бумага A4	12	600,00	7200,00	48
Итого			251 621,00	1 677,47

Административные и прочие расходы

Данный тип расходов включает в себя расходы на телефон, банковские услуги и непредвиденные расходы, связанные с операционной деятельностью каждого сайта в течение года.

Таблица 10 Административные и прочие расходы

Наименование	Количество	Цена за единицу	Стоимость
Телефон+интернет	1	100 000	100 000
Банковские расходы	1	37 500	37 500
Непредвиденные расходы	1	30 000	30 000
Итого			167 500
ИТОГО (в тыс. тенге)			167 500
ИТОГО (USD)			1 116 640

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Общая стоимость программы на 5 лет составляет порядка 4,3 миллиардов тенге (28,6 миллионов долларов США) с учетом инфляции (9%). Стоимость программы в 2010 году (4 сайта) составляет 56,4 миллиона тенге (376,1 тыс. долларов США). Стоимость программы в расчете на одного пациента на 2010 год составляет 773 тенге (5,15 долларов США).

Следует отметить, что за весь период в среднем 87% всех затрат приходится на приобретение метадона и вспомогательных материалов. Расчет стоимости метадона указан выше. Для снижения стоимости ввозимого лекарственного средства (метадона) необходим тендер с участием нескольких фирм-производителей данного препарата, также как и тендер между фирмами, импортирующими данный препарат (согласно национальным стандартам ввоза после регистрации препарата в Казахстане), поскольку как было указано выше,

необоснованно высокая стоимость препарата на 2010 год (и предположительно на последующие годы) отражает расценки одной единственной фирмы-поставщика препарата на данный момент (Rusan Pharma) и одной импортирующей фирмы (L-фарма). 94% затрат на вспомогательные материалы и оборудование приходится на приобретение стрип-тестов из-за их высокой стоимости⁷¹. При этом необходимо учитывать, что в расчетах предполагается сплошная проверка всех пациентов три раза в месяц. Вероятно, нужно рассмотреть вариант выборочных проверок, основанных на системе оценки рисков. Такое решение позволит снизить требуемое количество стрип-тестов и сумму затрат соответственно.

Дальнейшее снижение затрат возможно за счет выведения финансирования затрат по оплате труда персонала за рамки программы (например, путем мобилизации существующих кадровых ресурсов, либо путем расширения штата учреждения на необходимое количество персонала).

⁷¹ В зависимости от количества определяемых наркотиков, цена колеблется от 800 до 1500 тенге за штуку

Сводный бюджет программы расширения доступности ОЗТ в Казахстане на 2010-2014 года

	2010	%	2011	%	2012	%	2013	%	2014	%	ИТОГО	%
Количество сайтов	4		15		34		50		77			
Количество пациентов	200		1,000		3,000		5,000		10,000			
Затраты на одного пациента	1,880,89		1,423,02		1,398,22		1,459,61		1,535,06			
Затраты на одного пациента в день	5,15		3,90		3,83		4,00		4,21			
1. Оплата труда персонала	39,427,2	10%	161,158,8	11%	398,169,7	9%	638,242,6	9%	1,071,354,0	7%	2,308,352,40	8%
2. Метадон	210,888,9	56%	766,229,6	54%	2,505,570,9	60%	4,551,787,1	62%	9,922,895,9	65%	17,957,372,43	63%
3. Вспомогательные материалы	55,326,2	15%	298,911,9	21%	971,739,1	23%	1,765,585,0	24%	3,853,210,0	25%	6,944,772,19	24%
3. Ремонт	10,049,3	3%	60,245,8	4%	113,426,3	3%	104,113,4	1%	191,503,6	1%	479,338,47	2%
4. Мебель	2,081,2	1%	12,476,8	1%	23,490,4	1%	21,561,7	0%	39,660,1	0%	99,270,19	0%
5. Охрана	5,733,3	2%	19,983,3	1%	37,623,2	1%	34,534,1	0%	63,521,2	0%	161,395,11	1%
6. Мониторинг	47,083,6	13%	65,639,3	5%	61,675,6	1%	75,176,4	1%	23,129,0	0%	272,703,85	1%
7. Оргтехника	3,354,9	1%	20,112,9	1%	37,867,1	1%	34,758,0	0%	63,933,0	0%	160,026,04	1%
8. Административные и прочие расходы	2,233,3	1%	18,257,1	1%	45,107,1	1%	72,304,1	1%	121,369,6	1%	259,271,12	1%
ИТОГО	376,178,1	100%	1,423,015,5	100%	4,194,669,4	100%	7,298,062,5	100%	15,350,576,5	100%	28,642,501,80	100%
									<i>в тыс. тенге</i>			
	2010	%	2011	%	2012	%	2013	%	2014	%	ИТОГО	%
Количество сайтов	4		15		34		50		77			
Количество пациентов	200		1,000		3,000		5,000		10,000			
Затраты на одного пациента	282,13		213,45		209,73		218,94		230,26			
Затраты на одного пациента в день	0,77		0,58		0,57		0,60		0,65			
1. Оплата труда персонала	5,914,1	10%	24,173,8	11%	59,725,5	9%	95,736,4	9%	160,703,1	7%	346,252,86	8%
2. Метадон	31,633,3	56%	114,934,4	54%	375,835,6	60%	682,768,1	62%	1,488,434,4	65%	2,693,605,86	63%
3. Вспомогательные материалы	8,298,9	15%	44,836,8	21%	145,760,9	23%	264,837,7	24%	577,981,5	25%	1,041,715,83	24%
3. Ремонт	1,507,4	3%	9,036,9	4%	17,013,9	3%	15,617,0	1%	28,725,5	1%	71,900,77	2%
4. Мебель	312,2	1%	1,871,5	1%	3,523,6	1%	3,234,3	0%	5,949,0	0%	14,890,53	0%
5. Охрана	860,0	2%	2,997,5	1%	5,643,5	1%	5,180,1	0%	9,528,2	0%	24,209,27	1%
6. Мониторинг	7,062,5	13%	9,845,9	5%	9,251,3	1%	11,276,5	1%	3,469,3	0%	40,905,58	1%
7. Оргтехника	503,2	1%	3,016,9	1%	5,680,1	1%	5,213,7	0%	9,590,0	0%	24,003,91	1%
8. Административные и прочие расходы	335,0	1%	2,738,6	1%	6,766,1	1%	10,845,6	1%	18,205,4	1%	38,890,67	1%
ИТОГО	56,426,7	100%	213,452,3	100%	629,200,4	100%	1,094,709,4	100%	2,302,586,5	100%	4,296,375,27	100%

Приложение 6. Размеры некоторых наркотических веществ за незаконный оборот которых предусмотрена

уголовная ответственность^{72, 73} (размеры в граммах, если не указано дополнительно)

з.	ГЕРОИН				МЕТАДОН				МАКОВАЯ СОЛОМКА (ВЫСУШ)				ОПИЙ (СЫРЕЦ)			
	Предел количества для личного употребления <0,15		Предел количества крупного размера <2		Предел количества для личного употребления <0,02		Предел количества крупного размера <1,6		Предел количества для личного употребления -		Предел количества крупного размера -		Предел количества для личного употребления -		Предел количества крупного размера -	
ИК.	Мелк. 0,5 - 10	Небол. 10-100	Крупн. 100 - 1000	Особо крупн. >1000	Мелк. 0,5 - 10	Небол. 10- 100	Крупн. 100-1000	Особо крупн. > 1000	Мелкие е 20 - 100	Небольшие е 100 - 500	Крупные е 500 - 5 кг	Особо крупные е 5 кг	Мелкие е 5 - 100	Небольшие е 100 - 1000	Крупные е 1000 -10 кг	Особо крупные е 10 кг
ХСТ.	Небол. 0 - 0,01	Крупные: 0,01 - 1,0		Особо крупные: ≥1,0	Небол. 0 - 0,01	Крупные: 0,01 - 1,0		Особо крупные: ≥ 1,0	Небольшие е 0,5 - 20,0	Крупные е 20,0 - 500		Особо крупные е > 500	Небольшие е 0,1 - 2,0	Крупные е 2,0 - 100,0		Особо крупные е >100
Н	Небол. ≤ 1	Крупные: 1 - 30		Особо крупные: > 30	Небол. ≤ 0,1	Крупные: 0,1 - 3		Особо крупные: > 3	Небольшие е ≤ 50	Крупные е 50 - 1500		Особо крупные е > 1500	Небольшие е ≤ 3	Крупные е 3 - 90		Особо крупные е > 90
МЕН.	Небол. 0,025 - 5,0	Крупные 5,0 - 50,0		Особо крупные > 50,0	Небол. 0 - 0,02	Крупные: 0,02 - 1,5		Особо крупные > 1,5	Небол. 50,0 - 1000,0	Крупные 1000,0 - 5000,0		Особо крупные > 5000,0	Небол. 1,0 - 50,0	Крупные 50,0 - 500,0		Особо крупные > 500,0
К-Н	Небол. -	Превыш. небольшие 0,001-0,005		Крупные: >0,005	Небол. 0,01	Превыш. небольш. 0,01 - 0,1		Крупные: > 0,1	Небольшие е 1	Превышающие небольшие 1,0 - 10,0		Крупные >10	Небольшие е 0,1	Превышающие небольшие 0,1 - 1,0		Крупные > 1

⁷² «Доступность профилактики и лечения ВИЧ-инфекции для людей, употребляющих наркотики, и лиц, находящихся в местах лишения свободы, в Азербайджане, Казахстане, Кыргызстане, Таджикистане, Туркменистане и Узбекистане: анализ законодательства и политики. Рекомендации для реформ», UNODC ROCA, Канадская правовая сеть по ВИЧ/СПИДу, 2010

⁷³ В Азербайджане административная ответственность устанавливается за хранение наркотического средства, не превышающее количество для личного потребления; уголовная ответственность – за хранение наркотического средства, превышающее необходимое, для личного потребления. В Таджикистане административная ответственность устанавливается за хранение наркотических средств меньше мелкого размера; уголовная ответственность - за хранение наркотических средств выше этого порога. В Казахстане, Кыргызстане, Туркменистане и Узбекистане административная ответственность устанавливается за хранение небольших количеств наркотического средства; уголовная ответственность - за количество наркотического средства, свыше небольшого размера.