



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE

GEORGIA HIV
PREVENTION PROJECT

საქართველოში აივ პრევენციის პროექტი

ნარკოპოლიტიკის გზამკვლევი:

საქართველოში ნარკოპოლიტიკის ალტერნატივები

19 მაისი, 2011

ეს პუბლიკაცია მომზადდა აშშ საერთაშორისო განვითარების სააგენტოს მიერ განხილვისთვის.
მომზადებულია RTI საერთაშორისო ორგანიზაციის მიერ.

საქართველოში აივ პრევენციის პროექტი

ნარკოპოლიტიკის გზამკვლევი: საქართველოში ნარკოპოლიტიკის ალტერნატივები
კონტრაქტი GHS-I-04-07-00005-00

მომზადებულია:

USAID/საქართველოსთვის
აშშ საერთაშორისო განვითარების სააგენტო
გ. ბალანჩინის ქუჩა #11
თბილისი 0131

მომზადებულია:

RTI საერთაშორისოს და ერიკ კარლინის (კონსულტანტი) მიერ
3040 Cornwallis Road
საფოსტო ყუთი #12194
Research Triangle Park, NC 27709-2194

RTI საერთაშორისო არის მსოფლიოში ერთერთი წამყვანი კვლევითი ინსტიტუტი, რომელიც ემსახურება ადამიანების მდგომარეობის გაუმჯობესებას ცოდნის პრაქტიკაში გამოყენების გზით. ჩვენი 2,800 ზე მეტი თანამშრომელი მსოფლიოს 40-ზე მეტ ქვეყანაში უზრუნველყოფს კვლევებს და ტექნიკური გამოცდილების გაზიარებას მთავრობებისა და ბიზნესებისთვის ჯანდაცვისა და ფარმაციის სფეროში. დამატებითი ინფორმაციისათვის ეწვიეთ www.rti.org.

"RTI საერთაშორისო" არის სამხრეთი მიმართულების კვლევითი ინსტიტუტის სამარკო ნიშანი

ამ ანგარიშში ავტორის მიერ გამოთქმული მოსაზრებები არ გამოხატავს ამერიკის შეერთებული შტატების საერთაშორისო განვითარების სააგენტოს ან ამერიკის შეერთებული შტატების მთავრობის მოსაზრებებს

1. შესავალი	7
2. საქართველო და ნარკოტიკები	8
2.1 წინაისტორია	8
2.2 აივ/შიდსი და B და C ჰეპატიტი	8
2.3 წამალდამოკიდებულების სამკურნალო სერვისები	10
2.4 არგუმენტები ეფექტურობაზე ორიენტირებული დაბალანსებული მიდგომის სასარგებლოდ	11
3. ეროვნული და საერთაშორისო ნარკოპოლიტიკა და საქართველოს ნარკოპოლიტიკა	12
3.1 საქართველოში ამჟამად მიმდინარე დისკუსიები	12
3.2 გაერთიანებული ერების ორგანიზაცია	12
3.3 ევროკავშირი	13
3.4 სხვა ქვეყნების გამოცდილება: შვედეთი, შვეიცარია და პორტუგალია	13
3.4.1 შვედეთი	13
3.4.2 შვეიცარია და პორტუგალია	15
3.4.3 რა შეგვიძლია ვისწავლოთ შვედური, შვეიცარიული და პორტუგალიური გამოცდილებიდან?	16
4. ამჟამად ინიცირებული ქართული საკანონმდებლო ცვლილებები	16
4.1 მიზანი და კონტექსტი	17
4.2 გადასაჭრელი პრობლემები, რომლებიც დამატებით ყურადღებას საჭიროებს	18
4.3 კონკრეტული კომენტარები ახალი საკანონმდებლო ინიციატივის სხვადასხვა კომპონენტთან დაკავშირებით	19
5. საქართველოს ანტი-ნარკოტიკული სტრატეგიის გადახედვის შესახებ შეთავაზება	27
5.1 კონტექსტი	27
5.2 დროის შეთავაზებული პერიოდი	27
5.3 ევროკავშირის პრიორიტეტების ქართულ სტრატეგიულ მიზნებთან მისადაგება	28
5.4 ფუნდამენტური პრინციპების მიმოხილვა	29
5.4.1 მიზანი	29
5.4.2 ფასეულობები	29
5.4.3 ფუნდამენტური პრინციპები	29
5.4.4 პრიორიტეტული სამიზნე ჯგუფები და პრიორიტეტული სფეროები	30
6. შემოთავაზებული პრიორიტეტები შემდგომი ნაბიჯებისათვის	31
ბიბლიოგრაფია	36
დანართი №1: ნარკოტიკულ საშუალებათა შესახებ გაეროს კონვენციების შეჯამება	44
დანართი №2: კონკრეტული ქვეყნის მაგალითები: შვედეთი, შვეიცარია და პორტუგალია	47
დანართი №3: შპრიცების გაცვლის პროგრამებისა და ოპიოიდებზე დამოკიდებულების დეტოქსიკაციის სერვისების შესაძლო მინიმალური სტანდარტები	54

ცხრილები

ცხრილი 1. ქართული სტრატეგიული მიზნებისა და ევროკავშირის პრიორიტეტების მისადაგება

ცხრილი 2. პრიორიტეტული სამიზნე ჯგუფები და პრიორიტეტული სფეროები

ცხრილი 3. შემოთავაზებული პრიორიტეტები შემდგომი ნაბიჯებისათვის

გრაფიკები:

გრაფიკი 1. აივ შემთხვევების განაწილება გადაცემის გზების მიხედვით

გრაფიკი 2. აივ შემთხვევების განაწილება საქართველოს რეგიონების მიხედვით

გრაფიკი 3. საქართველოში რეგისტრირებული აივ შემთხვევები წლების მიხედვით

აბრევიატურები

CND (Commission on Narcotic Drugs)	ნარკოტიკულ საშუალებათა საკითხებზე მომუშავე კომისია
EU (European Union)	ევროკავშირი
EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction)	ნარკოტიკებსა და ნარკომანიაზე მონიტორინგის ევროპული ცენტრი
GEL (Georgian Lari - currency)	ქართული ლარი (ვალუტა)
GHPP (Georgian HIV Prevention Project)	აივ პრევენციის პროექტი საქართველოში
MoLHSA (Ministry of Labour, Health and Social Affairs)	შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო
RTI International	აშშ არასამთავრობო ორგანიზაცია: სამხრეთი მიმართულების კვლევის საერთაშორისო ინსტიტუტი გაერო (გაერთიანებული ერების ორგანიზაცია)
UN (United Nations)	
UNODC (United Nations Office for Drugs and Crime)	გაეროს ოფისი ნარკოტიკებისა და დანაშაულის საკითხებზე
WHO (World Health Organization)	ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია

მადლობა

წინამდებარე ანგარიში შეიქმნა ერიკ კარლინის მიერ საკონსულტაციო მისიის დასრულებისას „საქართველოში აივ ინფექციის პრევენციის პროექტისათვის“ (შემდგომში „GHPP“). პროექტი დაფინანსებულია USAID/Caucasus-ის მიერ და მას ახორციელებს აშშ არასამთავრობო ორგანიზაცია – სამშხრევი მიმართულების კვლევის საერთაშორისო ინსტიტუტი (Research Triangle Institute (RTI) International). GHPP-ის მიზანია მაღალი რისკის ჯგუფებში აივ პრევენციის ხელშეწყობა, რათა თავიდან იქნეს აცილებული აივ ინფექციის გავრცელება მოსახლეობაში. მოცემული საკონსულტაციო მისიის კონკრეტული მიზანია ეროვნული პოლიტიკის შესახებ ქვეყანაში მიმდინარე დიალოგში ჩართვა და ნარკოტიკების მოხმარებისა და აივ ინფექციის ეფექტური პრევენციისათვის მტკიცე სამართლებრივი გარემოს უზრუნველყოფის საქმეში დახმარების გაწევა. წინამდებარე ანგარიში ეყრდნობა საქართველოსა და სხვა ქვეყნებში არსებულ ანგარიშებსა და კვლევებს; იგი ასევე ეფუძნება საქართველოში 2011 წლის 7-დან 20 თებერვლამდე პროცესის ძირითად მონაწილე მხარეებთან, მათ შორის პოლიტიკოსებთან, საჯარო მოხელეებთან, ნარკოსფეროს ექსპერტებსა და არასამთავრობო სექტორის წარმომადგენლებთან გამართული ინტერვიუებისა და დისკუსიების შედეგად მოპოვებულ ინფორმაციას.

ავტორი მადლობას უხდის ყველა იმ პირს, რომელმაც გამონახა დრო და გაგვიზიარა ცოდნა, გამოცდილება და ხედვა საქართველოში ნარკომანიის პრევენციის მკურნალობის და კონტროლის სისტემის გაძლიერებისათვის.

მხოლოდ ავტორია პასუხისმგებელი ანგარიშში მოცემულ ნებისმიერ შეხედულებაზე, რეკომენდაციასა თუ შეცდომაზე.

1. შესავალი

ეროვნული და საერთაშორისო ნარკოპოლიტიკა „ჯანმრთელობის, უსაფრთხოების, განვითარებისა და მართლმსაჯულების გადაკვეთის წერტილს“ უნდა ეფუძნებოდეს. (გაეროს ოფისი ნარკოტიკებისა და დანაშაულის საკითხებზე (შემდგომში „UNODC“), 2010წ., გვ. 4).

წინამდებარე ანგარიში აჯამებს RTI International-ის ეგიდით 2011 წლის თებერვალში განხორციელებული მისიის მიგნებებს, დასკვნებსა და რეკომენდაციებს, რომელიც USAID-ის დაფინანსებითა და GHPP-თან ახლო თანამშრომლობით განხორციელდა. მისიის მიზანს წარმოადგენდა საქართველოს ნარკოპოლიტიკის მიმოხილვა და ამ მიმართულებით სამომავლო მიზნების დასახვა. ამ მიზნით, მისიის განზრახვა იყო საქართველოს ნარკოპოლიტიკა განეხილა საერთაშორისო ნარკოპოლიტიკის კონტექსტში და ამასთან გაეთვალისწინებინა სხვა ქვეყნების გამოცდილება, რომელიც შესაძლოა სასარგებლო ყოფილიყო. მართალია, შესაძლებელია ზოგადი პრინციპებით საყოველთაოდ ხელმძღვანელობა, მაგრამ თითოეულმა ქვეყანამ უნდა შეიმუშაოს საკუთარი პოლიტიკა, რომელიც მის კონკრეტულ მდგომარეობას, კულტურულ, სოციალურ და პოლიტიკურ ნორმებს დაეფუძნება. ეროვნული ნარკოსტრატეგიების შეფასება რთულია და მათი მრავალმხრივი შეფასება ბევრ ქვეყანაში არ განხორციელებულა. მიღებული შედეგები შესაძლოა ქვეყანაში არსებულ ნარკოსტრატეგიას უკავშირდებოდეს, მაგრამ საკონტროლო ჯგუფთან შედარების განხორციელების შესაძლებლობის გარეშე მიზეზ-შედეგობრივი კავშირის გაზომვა შეუძლებელია. ეფუძნება რა სხვა ქვეყნების გამოცდილებას, ეროვნულ და საერთაშორისო ლიტერატურასა და საქართველოში 2011 წლის 6-დან 20 თებერვლამდე პროცესის ძირითად მონაწილე მხარეებთან გამართულ შეხვედრებს, წინამდებარე ანგარიში მოიცავს მომავალში განსახორციელებელი ნაბიჯების შესახებ წინადადებებს და მიანიშნებს ამჟამად განხილვის პროცესში მყოფი საკანონმდებლო ცვლილებებით გამოწვეულ შესაძლო შედეგებზე. თუმცა, ნარკოპოლიტიკის რეფორმის გზაზე შემდგომი ნაბიჯების დასაგეგმად ქვეყანას ესაჭიროება მეთოდოლოგიურად გამართული ეკონომიკური და სოციალური მოდელირების შედეგების გათვალისწინება.

თავდაპირველად გათვალისწინებული იყო საკონსულტაციო მისიის ფარგლებში შემდეგი ოთხი პროდუქტის შექმნა:

- ანგარიში - არსებული ქართული ანტი-ნარკოტიკული კანონმდებლობისა და ცვლილებების ორი ალტერნატიული პაკეტის მიმოხილვა;
- პოლიტიკის მოკლე დოკუმენტი - საქართველოსთვის რელევანტური ნარკოპოლიტიკის ინიციატივების საერთაშორისო გამოცდილება;
- ანგარიში - ნარკოპოლიტიკის საჭიროებები საქართველოში;
- გზამკვლევი - ნარკოპოლიტიკის სასურველი ცვლილების მიღწევის განხორციელების სამომავლო გეგმა.

საკონსულტაციო მისიის მიმდინარეობისას ორიენტირი შეიცვალა და გადაწყდა ერთი ანგარიშის მომზადება, რომელიც მოიცავდა შემდეგს:

- ამჟამად ინიცირებული ახალი კანონმდებლობის კომენტარებს;
- საქართველოს ანტი-ნარკოტიკული სტრატეგიის მიმოხილვას;
- გზამკვლევის შემოთავაზება.

2. საქართველო და ნარკოტიკები

2.1 წინაისტორია

საქართველო მდებარეობს შავ ზღვასა და კასპიის ზღვას შორის, ევროპისა და აზიის საზღვარზე. 1991 წელს საბჭოთა კავშირის ნგრევის შედეგად ქვეყანამ დამოუკიდებლობა მოიპოვა, მაგრამ დემოკრატიული გარდასახვა მტკივნეული პროცესი იყო, რომელსაც თან მრავალი სოციალური და პოლიტიკური დაძაბულობა ახლდა: ეკონომიკური კრიზისები, სამოქალაქო ომი და მუდმივი მცდელობები რუსეთის მხრიდან, აღედგინა საქართველოზე პოლიტიკური კონტროლი ან აეძულებინა ის დაეთმო საკუთარი ტერიტორიები. საქართველოს მოსახლეობა ემიგრაციის გამო 1997 წლიდან მცირდება და 2006 წლის მონაცემით 4.4 მილიონ ადამიანს შეადგენს. სხვა სოციალურ პრობლემებს შორის, დამოუკიდებლობის მოპოვების შემდგომ ქვეყანაში ადგილი ჰქონდა ნარკოტიკების უკანონო მოხმარების დრამატულ ზრდასა და მასთან დაკავშირებულ პრობლემებს (დ. ოთიაშვილი, პ. საროსი და გ.ლ. სომოვი, 2008წ.).

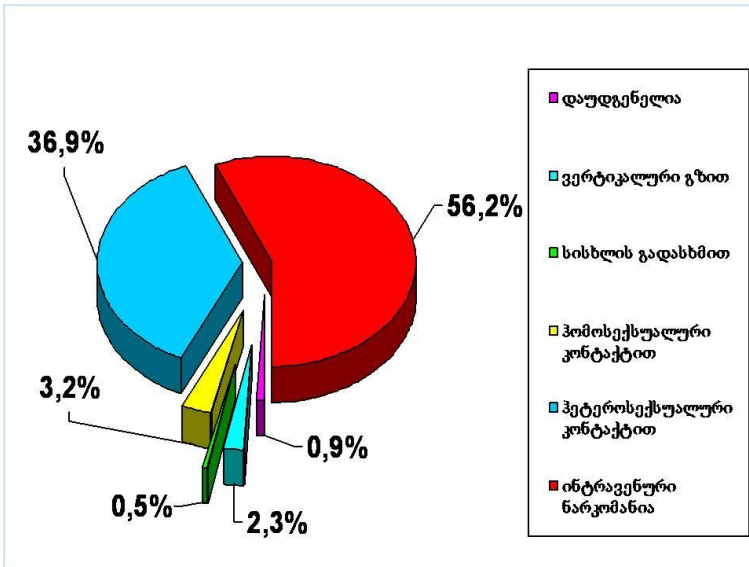
ტრადიციულად, საქართველო არ მიიჩნეოდა ნარკოტიკების მწარმოებელ ქვეყნად; ნარკოტიკული საშუალებების უმრავლესობა, რომელთაც გააჩნიათ მცენარეული პრეკურსორები (მარიხუანის გარდა), მეზობელ ან შორეულ ქვეყნებში იწარმოება. მარიხუანა ყველაზე ფართოდ გავრცელებული უკანონო ნარკოტიკია. ინექციური გზით ყველაზე ხშირად მოხმარებადი ნარკოტიკი ჰეროინია, მაგრამ 2004 წლიდან ინექციის მიზნით ასევე პოპულარული გახდა ბუპრენორფინი, რომელიც კომერციულად სუბუტექსის სახელით არის ცნობილი. 2008 წლიდან სუბუტექსის პოპულარობა, როგორც ჩანს, შემცირდა კუსტარულად მომზადებული (ფსევდო)ეფედრინის შემცველი ნარკოტიკების მომხმარების ზრდის ფონზე, რომლებიც „ვინტისა“ და „ჯეფის“ სახელითაა ცნობილი. ნარკოტიკების „პრობლემურ“ (ანუ ქართული განმარტებით „ინექციური ნარკოტიკის მომხმარებელ“) მომხმარებელთა რაოდენობა დაახლოებით 35,000 პირია, მაგრამ სამართალდამცავთა მიერ ნარკოტიკების ამოღების ფაქტების რაოდენობა ძალზე დაბალია ნარკომანთა შორის ნარკომანით გამოწვეული ინფექციური დაავადებების მაღალი გავრცელების მაჩვენებლების ფონზე. ნარკოტიკებით გამოწვეული სიკვდილიანობის შესახებ სანდო სტატისტიკა არ არსებობს (ჯ. ჯავახიშვილი და ლ. სტურუა, 2009წ.). იმ ნარკომანთა რაოდენობა, რომლებიც ერთზე მეტი სახეობის ნარკოტიკს მოიხმარენ, 40,000-დან 80,000-მდეა (აშშ სახელმწიფო დეპარტამენტის საერთაშორისო ნარკოტიკებისა და სამართალდამცავ ორგანოთა საკითხების ბიურო, 2011 წ., გვ. 3). ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებელთა მსგავსი რაოდენობები - 39,152 (დემოგრაფიული მაჩვენებლის გამოყენებით) და 41,062 (პრევალენტობის კოეფიციენტის გამოყენებით) - დაფიქსირდა ქვეყანაში სამხრეთ კავკასიის ანტი-ნარკოტიკული პროგრამის (SCAD) მიერ ჩატარებული კვლევის ფარგლებში, რომელიც ევროკავშირმა დააფინანსა და გაეროს განვითარების პროგრამამ (UNDP) განახორციელა (თ. სირბილაძე და სხვები, 2009წ., გვ. 10).

2.2 აივ/შიდსი და B და C ჰეპატიტი (თუ სხვაგვარად არ არის მითითებული, ამ მთლიანი ნაწილის, მათ შორის დიაგრამების წყაროა ინფექციური დაავადებების, შიდსის და კლინიკური იმუნოლოგიის სამეცნიერო პრაქტიკული ცენტრი; 2011 წლის 8 მარტის მდგომარეობით)

2011 წლის მარტის მდგომარეობით, ინფექციური პათოლოგიის, შიდსისა და კლინიკური იმუნოლოგიის სამეცნიერო-პრაქტიკულ ცენტრში სულ აივ/შიდსის 2,752 შემთხვევა იყო რეგისტრირებული. აქედან 2,029 მამაკაცი, ხოლო 723 ქალი იყო. პაციენტთა უმრავლესობა 29-დან 40 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფს მიეკუთვნება. 1,450 პაციენტს უკვე განუვითარდა შიდსი, რომელთაგან 592 გარდაიცვალა. როგორც ქვემოთ მოცემული სამი დიაგრამიდან ჩანს, ადამიანთა უმრავლესობა (56%) აივ ინფექციით დაავადდა ნარკოტიკის ინექციური მოხმარების გზით; აივ შემთხვევათა უმრავლესობა საქართველოს დედაქალაქში, თბილისშია დაფიქსირებული; უკანასკნელ წლებში აივ ინფექციის ახალი შემთხვევების რაოდენობა საგრძნობლად გაიზარდა. აივ პრევალენტობის მაჩვენებელი ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებელთა შორის იცვლება ქვეყნის სხვადასხვა რეგიონში, მაგალითად, თბილისში აივ პრევალენტობა 2.5%-ია; ხოლო ბათუმში დაფიქსირდა ქვეყანაში ყველაზე მაღალი 4.5%-იანი მაჩვენებელი (საქართველოს მთავრობა, 2010 წ.). 2009 წლის მონაცემებით, აივ ინფიცირებულთა შორის 163 პატიმარი იყო (ჯ. ჯავახიშვილი და ლ. სტურუა, 2009წ., გვ. 9).

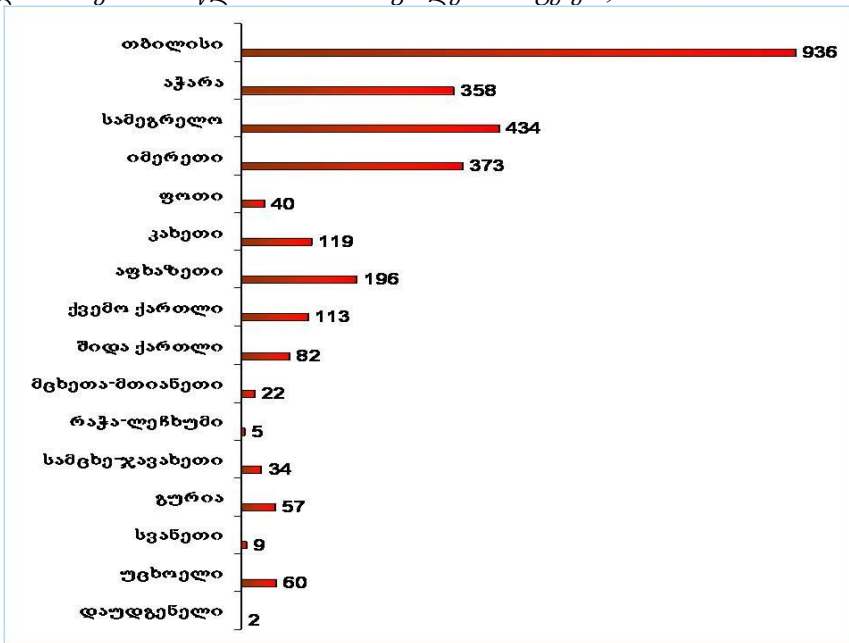
გრაფიკი 1. აივ შემთხვევების განაწილება გადაცემის გზების მიხედვით:

(გრაფიკი არ ემთხვევა ინგლისურენოვან ანგარიშში წარმოდგენილ გრაფიკს; ქვემოთ წარმოდგენილი მონაცემები განახლებულია და ასახავს 2011 წლის 15 მაისის უახლეს მონაცემებს)



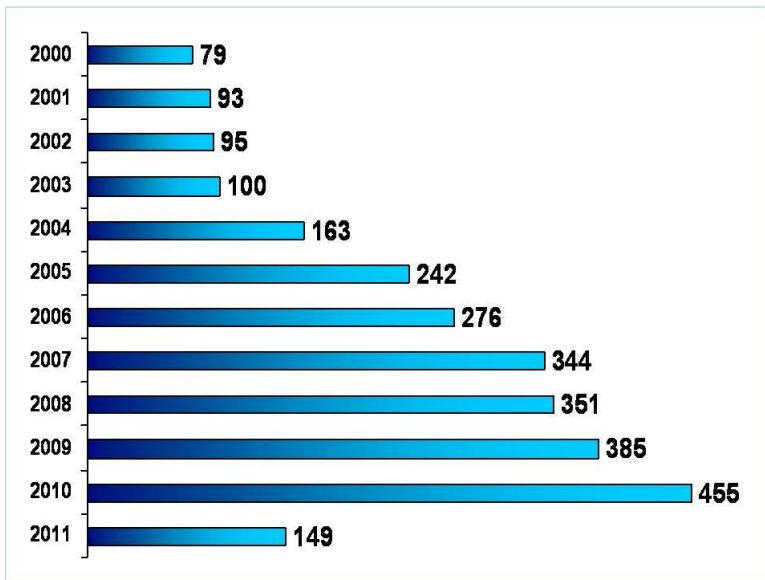
გრაფიკი 2. აივ შემთხვევების განაწილება საქართველოს რეგიონების მიხედვით

(გრაფიკი არ ემთხვევა ინგლისურენოვან ანგარიშში წარმოდგენილ გრაფიკს; ქვემოთ წარმოდგენილი მონაცემები განახლებულია და ასახავს 2011 წლის 15 მაისის უახლეს მონაცემებს)



გრაფიკი 3. საქართველოში რეგისტრირებული აივ შემთხვევები წლების მიხედვით

(გრაფიკი არ ემთხვევა ინგლისურენოვან ანგარიშში წარმოდგენილ გრაფიკს; ქვემოთ წარმოდგენილი მონაცემები განახლებულია და ასახავს 2011 წლის 15 მაისის უახლეს მონაცემებს)



ნარკოტიკების ინექციური გზით მომხმარებელთა შორის C ჰეპატიტის შემთხვევები გაცილებით მეტია, ვიდრე აივ შემთხვევები. სტატისტიკა, თუმცა შედარებით მოძველებულია, მაგრამ ეფუძნება კვლევებს, რომელიც ჩატარდა 2006 და 2007 წლებში. ამ ჯგუფში C ჰეპატიტის გავრცელების მაჩვენებელი საქართველოს სამ უდიდეს ქალაქში - ქუთაისში, თბილისსა და ბათუმში - 58.8%-დან 76.4%-მდე მერყეობდა. ამასთან, B ჰეპატიტის პრევალენტობა შედარებით დაბალი იყო და 3-დან 7%-მდე მერყეობდა (თ. სირბილაძე, 2007წ.).

2.3 წამლადამოკიდებულების სამკურნალო სერვისები

საქართველოს ეროვნული ნარკოპოლიტიკა დიდწილად ორიენტირებულია მიწოდების შემცირებაზე, პრიორიტეტი, რომელიც ეროვნული პოლიტიკის დოკუმენტებსა და დაფინანსებაშია ასახული. არსებობს არგუმენტები იმასთან დაკავშირებით, რომ გარდა სამკურნალო სერვისების შეზღუდული ხელმისაწვდომობისა, საქართველოში არსებული სამსახურები არ შეესაბამება სხვადასხვა ქვეყანაში დანერგილ საუკეთესო პრაქტიკას. მაგალითისთვის, ნარკოტიკებსა და ნარკომანიაზე მონიტორინგის ევროპული ცენტრისთვის 2009 წელს წარდგენილ ანგარიშში აღნიშნულია, რომ:

- მკურნალობა ძირითადად შემოიფარგლება დეტოქსიკაციის კურსით სამედიცინო და ფსიქოლოგიური რეაბილიტაციის მხარდაჭერის გარეშე;
- სოციალური რეაბილიტაციის პროგრამები არ არსებობს;
- თუმცა მეტადონით ჩანაცვლების მკურნალობის სერვისები არსებობს, მას თან არ ახლავს სამედიცინო და ფსიქოლოგიური რეაბილიტაცია;
- არ არსებობს თანამედროვე სახელმძღვანელოები/გაიდლაინები წამლადამოკიდებულების სამკურნალოდ;
- ჯანდაცვის სფეროში სერვისების მიმწოდებელთა, მათ შორის მედიკოსების, ფსიქოლოგებისა და სოციალური მუშაკების კვალიფიკაცია საერთაშორისო სტანდარტებს ვერ აკმაყოფილებს (ჯ. დ. ჯავახიშვილი და ლ. სტურუა, 2009წ., გვ. 51).

საქართველოში ფუნქციონირებს წამლადამოკიდებულების სამკურნალო ექვსი კლინიკა, სადაც 60 საწოლზე გათვლილი სერვისი ხელმისაწვდომია წელიწადში 1,000-ზე მეტი პაციენტის დეტოქსიკაციისათვის. საქართველოში გაწეული სამკურნალო სერვისები ძირითადად მოიცავს ორკვირიან დეტოქსიკაციას, და უკანასკნელ ხანებში, შედარებით გავრცელდა მეტადონით ჩანაცვლებითი თერაპია. პირველადი პრევენციის სერვისებით მოცვა დაბალია და

სარეაბილიტაციო ან მკურნალობის შემდგომი სამსახურები ფაქტიურად არ არსებობს. სამკურნალო სერვისების პაციენტთა უმრავლესობა ოპიოიდების მომხმარებელია, რომელთა უმეტესობისათვის მთავარი ნარკოტიკული საშუალება ჰეროინია. 2009 წლის მდგომარეობით ქვეყანაში არსებობდა მეტადონით ჩანაცვლების ცხრა ცენტრი, რომლებიც 1,705 მომხმარებელს (თორმეტჯერადი ზრდა 2006 წლიდან მოყოლებული) ემსახურებოდა. თუმცა, შეფასებული იყო, რომ ქვეყანაში ჩანაცვლების ან დეტოქსიკაციის სერვისებით მოცვა დაბალ დონეზე რჩებოდა, ძლივს აღწევდა რა საჭიროების მქონე პირთა 4%-ს (საქართველოს მთავრობა, 2010წ., გვ. 8). შიდსის ცენტრი ახორციელებს აივ ტესტირებასა და კონსულტირებას თბილისში და რეგიონულ ცენტრებში ბათუმსა და ზუგდიდში, სულ დაახლოებით 60-მდე სხვადასხვა ლაბორატორიაში. აივ კონსულტირება და ტესტირება ნებაყოფლობითია; სერვისი უფასო და მკაცრად კონფიდენციალურია. აივ კონსულტირებისა და ტესტირების მზარდ სერვისებს უზრუნველყოფენ არასამთავრობო ორგანიზაციები დონორების მიერ დაფინანსებული სხვადასხვა პროგრამების მეშვეობით (მათ შორის USAID და შიდსის, ტუბერკულოზისა და მალარიის წინააღმდეგ ბრძოლის გლობალური ფონდი). 2008 წლის მიწურულიდან მთავრობამ დაიწყო ჩანაცვლებითი მკურნალობის თანადაფინანსება, მაშინ, როდესაც შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო (შემდგომში „სამინისტრო“) ანაზღაურებს ფარმაცევტული მეტადონის შესყიდვის ხარჯებს და პაციენტები კი ანაზღაურებენ ისეთ მომსახურებას, როგორიცაა ექიმების, მედლებისა და კლინიკის სხვა პერსონალის მიერ შესრულებული სამუშაო (ჯ.დ. ჯავახიშვილი და ლ. სტურუა, 2009წ.). მეტადონით ჩანაცვლების მკურნალობისათვის ამჟამად მომლოდინეთა სია არ არსებობს; ფაქტიურად, ეს სერვისი სრულად არ არის გამოყენებული, შესაძლოა ნარკოტიკების მოხმარებისათვის დადგენილი სამართლებრივი სანქციების შიშის გამო. ასევე არსებობს არგუმენტები იმასთან დაკავშირებით, რომ ძალზე მკაცრმა ნარკოკანონმდებლობამ გავლენა იქონია ნარკოტიკების შესაბამის მოხმარებაზე მედიცინაში. საქართველოში ექიმის მიერ დანიშნული მორფინის მოხმარების დონე საგრძნობლად ჩამორჩება ევროპული და მსოფლიო ქვეყნების მაჩვენებლებს. ამ არგუმენტის თანახმად, გაიცემა მედიკამენტები, რომლებიც შესაძლოა იყოს „არარეალური, სრულიად არაპრაქტიკული და მოძველებული“, და ექიმებს შეიძლება ემინოდეთ დაპატიმრების, თუკი ისინი მორფინის რეცეპტს გამოწერენ (ზიანის შემცირების ევრაზიული ქსელი, 2009წ., გვ. 13).

მრავალი ქვეყნის დემოგრაფიული მაჩვენებლისგან განსხვავებით, საქართველოში ჩანაცვლებითი თერაპიის პროგრამებში რეგისტრირებულ პირთა 90%-ზე მეტს აქვს უმაღლესი განათლება. თუმცა, მკურნალობას დაქვემდებარებულ პირთა საკმაოდ დიდი რაოდენობა უმუშევარია (ჯ. დ. ჯავახიშვილი და ლ. სტურუა, 2009წ., გვ. 9).

2.4 არგუმენტები ეფექტურობაზე ორიენტირებული დაბალანსებული მიდგომის სასარგებლოდ

უკანასკნელ წლებში საქართველოს პარლამენტმა და მთავრობამ გამოხატეს დიდი სურვილი, გაეუმჯობესებინათ ქვეყანაში ნარკოტიკების უკანონო მოხმარებით გამოწვეულ რისკებზე საპასუხო ნაბიჯები და მოცემული საკითხების განხილვას საკმაოდ მნიშვნელოვანი დრო ეთმობა. თუმცა, ზოგიერთი არგუმენტის თანახმად, ნარკოტიკებთან დაკავშირებული და მათი მოხმარებით გამოწვეული ზიანისა და სხვადასხვა რისკის შემცირების თაობაზე პოლიტიკური ნება შესაძლებელია უკეთ იყოს ორიენტირებული დაბალანსებული მიდგომის შემუშავებაზე, რომელიც მეტ ყურადღებას დაუთმობდა ეფექტურობას, რის შესახებაც სახელმძღვანელო მითითებების მოძიება ევროკავშირის სტანდარტებსა და მიდგომებშია შესაძლებელი. ნარკოპოლიტიკის სფეროში კოორდინირებული და დაბალანსებული ქმედებების არარსებობა საქართველოში ნარკოტიკების პრობლემასთან ბრძოლისკენ მიმართული ძალისხმევის ერთ-ერთი ძირითადი ნაკლია. თუმცა, უკანასკნელ წლებში სახეზე იყო სხვადასხვა სახის არსებითი მცდელობები, რათა აღმოფხვრილიყო არსებული სისუსტეები და შექმნილიყო ეროვნული ნარკოპოლიტიკის მოქნილი მარეგულირებელი ჩარჩოები. მაგალითად, 2007 წლის 13 თებერვლის დადგენილებაში საქართველოს პარლამენტმა აღიარა „კომპლექსური, დაბალანსებული და თანმიმდევრული“ ანტი-ნარკოტიკული პოლიტიკის საჭიროება, რომლის სხვადასხვა პრიორიტეტია მოთხოვნისა და მიწოდების შემცირებიდან დაწყებული ზიანის შემცირებით დამთავრებული (პარლამენტის №4334 დადგენილება, ციტირებული ნაშრომში დ. ოთიაშვილი, პ. საროსი და გ.ლ. სომოგი, 2008წ., გვ. 6). მოცემული დოკუმენტი ხაზს უსვამს იმ გარემოებას, რომ ნარკოტიკებით გამოწვეული ზიანის წინააღმდეგ ეფექტური საჯარო პოლიტიკის განსაზღვრისათვის აუცილებელია საზოგადოების სხვადასხვა ჯგუფებს შორის თანამშრომლობის ხელშეწყობა, კვალიფიციური კადრების მომზადება, საერთაშორისო თანამშრომლობის გაფართოება და შესაბამისი საკანონმდებლო ბაზის სრულყოფა. გაეროს გენერალური ასამბლეის 2008 წლის სპეციალური სესიისათვის ქვეყანაში აივ/შიდსის მდგომარეობის თაობაზე ანგარიშის განხილვისას აღინიშნა, რომ საქართველოში შეინიშნებოდა ნარკოტიკების მოხმარების ზომიერი ზრდა და რომ ნარკოტიკების ინექციური მოხმარება წარმოადგენდა

ქვეყანაში აივ გადაცემის ძირითად გზას (UNGASS, აივ/შიდსის მდგომარეობის შესახებ საქართველოს ანგარიში, 2009წ.). აივ ინფექციის გავრცელების პრევენციის თვალსაზრისით, საქართველოს ჭირდება ეფექტური ანტი-ნარკოტიკული სტრატეგია, რომელიც მოითხოვს ფინანსური რესურსების (რომელთა დიდი ნაწილი ისეთ ძვირ ინტერვენციაზე იხარჯება, როგორცაა ნარკოტიკებზე იძულებითი ტესტირება (დ. ოთიაშვილი, პ. საროსი და გ.ლ. სომოგი, 2008წ., გვ. 5) გადანაწილებას - მტკიცებულებებზე დაფუძნებულ და ხარჯთ-ეფექტურ სამართალდამცავი და ჯანმრთელობის დაცვითი სტრატეგიებისკენ.

3. ეროვნული და საერთაშორისო ნარკოპოლიტიკა და საქართველოს ნარკოპოლიტიკა

3.1 საქართველოში ამჟამად მიმდინარე დისკუსიები

საქართველო ამჟამად ჩართულია პოლიტიკის მნიშვნელოვან და დროულ დისკუსიაში მისი ეროვნული ნარკოპოლიტიკის სამომავლო მიმართულების თაობაზე, მათ შორის იმასთან დაკავშირებით, თუ რამდენად შეესაბამება ის საერთაშორისო შეთანხმებებსა და განვითარების არსებულ დონეს. როგორც ამ დისკუსიის ნაწილი, ქვეყანაში შემუშავებული და განსახილველად წარმოდგენილი იქნა ნარკოტიკული საშუალებების შესახებ არსებული კანონმდებლობის რიგი ცვლილებები. ქართველმა კანონმდებლებმა უნდა გაითვალისწინონ, თუ წარმოდგენილი საკანონმდებლო ცვლილებები რამდენად შეიქმნა წვლილს ისეთი ერთიანი და თანმიმდევრული მიდგომის შემუშავებაში, რომლის მიღწევა თავად სახელმწიფოს ინტერესებშია და რომლის ხილვასაც გაეროსა და ევროკავშირის ინსტიტუტები და სხვა პარტნიორები მოელიან. სტრატეგიულ საკითხებს შორის, რომლებიც მათ უახლოეს თვეებში უნდა განიხილონ არის ის, თუ საკანონმდებლო რეფორმის გარდა რა არის გასაკეთებელი და პოლიტიკის რომელი სხვა მიმართულებები უნდა შემუშავდეს და განხორციელდეს ნარკოტიკებზე მიწოდების შეზღუდვისა და მოთხოვნის შემცირების კუთხით. სხვა ქვეყნების გამოცდილებების გაზიარების მცდელობისას, ექსპერტებმა გაათვითცნობიერეს, რომ სხვა ქვეყანებში ნარკოპოლიტიკის სისტემური შეფასების ძალზე მწირი მაგალითები არსებობს. უფრო მეტიც, სადავო და მცდარი იქნებოდა ეროვნულ ნარკოპოლიტიკებსა და ინდივიდუალურ ქცევებს შორის მიზეზ-შედეგობრივ კავშირებზე პირდაპირი მითითება; ნარკოტიკების მოხმარებაზე გავლენას ახდენს სოციალური, ეკონომიკური და კულტურული ფაქტორების ფართო სპექტრი, და უბრალო განცხადებები იმასთან დაკავშირებით, რომ რაც ერთ ადგილას გარკვეული გადაწყვეტილებების შედეგად მოხდა, სხვა კონტექსტში განმეორდება, მცდარია (კ. რეინერმენი, ფ.დ.ა. კოენი და ჰ.ლ. კაალი, 2004წ.). პროგრესული საკანონმდებლო ცვლილებების გატარებასთან ერთად, საქართველომ ერთიანი და დაბალანსებული ანტი-ნარკოტიკული სტრატეგია უნდა შეიმუშაოს და განხორციელოს.

3.2 გაერთიანებული ერების ორგანიზაცია

UNODC ნარკოტიკებზე დამოკიდებულებას განმარტავს, როგორც „ჯანმრთელობის დარღვევას (დაავადებას), რომელიც წარმოიშობა ნარკოტიკების მოხმარებისგან იმ პიროვნებებში, რომელთაც წინასწარ არსებული ფსიქო-ბიოლოგიური მოწყვლადობა გააჩნიათ“ (UNODC, 2010წ.ბ, გვ. 6). ამ გადმოსახედიდან სასჯელი არ წარმოადგენს ადეკვატურ პასუხს იმ პირებთან მიმართებაში, რომლებიც ნარკოტიკებზე არიან დამოკიდებულნი, რამეთუ „პატიმრობა უარესი შედეგების მომტანი შეიძლება გახდეს იმ მოწყვლადი პირების გამოსწორებისას, რომლებიც მათი ბავშვობისა თუ ახალგაზრდობის პერიოდში უარყოფითი გამოცდილების შედეგად უკვე „დაისაჯნენ“, და რომლებიც შესაძლოა უკვე იყვნენ ნევროლოგიურად და ფსიქოლოგიურად მოწყვლადნი“ (UNODC, 2010წ.ბ, გვ. 6). ნარკოტიკების კონტროლის საერთაშორისო საბჭომ (შემდგომში INCB) ასევე მიუთითა პოლიტიკის შემუშავებისას დაბალანსებული მიდგომის მნიშვნელობაზე, აღნიშნა რა, რომ „ნარკოტიკების კონტროლის საერთაშორისო კონვენციების ეფექტური განხორციელებისათვის მნიშვნელოვანია ადამიანის საყოველთაო უფლებების, ადამიანის მოვალეობებისა და კანონის უზენაესობის სათანადო პატივისცემა“ (ა.მ. კოსტა, 2010წ., გვ. 4). *ნარკოტიკულ საშუალებათა შესახებ გაეროს კონვენციების დებულებების შეჯამება მოცემულია №1 დანართში.*

აივ ინფექცია/შიდსის მდგომარეობის შესახებ UNGASS-ის 2009 წლის საქართველოს ანგარიშში ხაზგასმული იყო ქვეყნის მხრიდან სამართლებრივი რეგულაციების გადახედვის აუცილებლობა აივ პრევენციის ძალისხმევის გაძლიერების მიზნით:

„ნარკოტიკული საშუალებებისა და ფსიქოტროპული ნივთიერებების შესახებ კანონის თანახმად, ისჯება ნარკოტიკული საშუალებების არა მხოლოდ გაყიდვა და ფლობა, არამედ მოხმარებაც. ამას გარდა, პატიმრობის

შესახებ კანონის მიხედვით, ისჯება პატიმრის მიერ შპრიცის ქონა. კანონების ეს შემზღვეველი დებულებები ქმნიან სერიოზულ დაბრკოლებებს ზიანის შემცირების სერვისების განხორციელებისათვის არა მხოლოდ პენიტენციურ სისტემაში, არამედ მთლიანად ქვეყანაში" (გაერო, 2009წ., გვ. 14).

ანგარიში მიესალმა ნარკოტიკული საშუალებების შესახებ კანონში და სისხლის სამართლის კოდექსის შესაბამის მუხლებში განსახორციელებელი ცვლილებების პაკეტს, რომელიც 2007 წელს შემუშავდა და საქართველოს პარლამენტს წარედგინა, თუმცა, გამოითქვა იმედგაცრუებაც ახალი, ნაკლებად შემზღვეველი კანონმდებლობის განხილვისა და მიღების პროცესის გახანგრძლივებასთან დაკავშირებით, აღინიშნა რა, რომ თუმცადა „ცვლილებების მასშტაბი, შეცვალონ შემზღვეველი რეგულაციები საკმაოდ ლიბერალურია, მათი მიღება იქნება პოზიტიური განვითარება და ძლიერი ნაბიჯი აივ პრევენციის გზაზე არსებული ბარიერების შესუსტებისკენ“ (გაერო, 2009წ., გვ. 15).

2011-2013 წლებში საქართველოში მართლმსაჯულებისა და უსაფრთხოების ხელშეწყობის პროგრამის სამუშაო ვერსიაში UNODC-იმ წუხილით აღნიშნა, რომ საჭიროა ნარკოტიკული საშუალებების შესახებ საქართველოს კანონმდებლობის გადახედვა და პირობა დადო, რომ გასწევს დახმარებას შესაფერისი კანონმდებლობის მიღების უზრუნველსაყოფად (UNODC, 2010წ.). UNODC-იმ საქართველოს ასევე შესთავაზა დახმარება ეროვნული ანტი-ნარკოტიკული სტრატეგიის შემუშავებაში. საქართველოში ეროვნული ანტი-ნარკოტიკული სტრატეგია ფაქტიურად უკვე არსებობს (სამინისტრო, 2006წ.) და პრიორიტეტი უნდა იყოს ნარკოპოლიტიკის რეფორმისათვის ორიენტირების შემუშავება, მათ შორის კი კანონმდებლობის გადახედვა და განახლება და ეროვნული სამოქმედო გეგმის შემუშავება.

3.3 ევროკავშირი

ევროკავშირის 2005-2012 წლების ნარკოსტრატეგიაში განცხადებულია, რომ ევროკავშირი მხარს უჭერს კავშირის ბაზისურ ფასეულობებს, „ადამიანური ღირსების, თავისუფლების, დემოკრატიის, თანასწორობის, სოლიდარობის, კანონის უზენაესობისა და ადამიანის უფლებების პატივისცემას. მისი მიზანია დაიცვას და გააუმჯობესოს საზოგადოებისა და პიროვნების კეთილდღეობა, უზრუნველყოს ჯანმრთელობის დაცვა, საზოგადოებას შესთავაზოს უსაფრთხოების მაღალი დონე და დაბალანსებულად და ინტეგრირებულად მიუდგეს ნარკოტიკების პრობლემას“ (ევროკავშირის საბჭო, 2004წ., გვ. 2). სტრატეგიაში აღნიშნულია, რომ ეროვნული კანონმდებლობის გადახედვისა და შესწორების დროს პოლიტიკის შემქმნელებმა უნდა გაითვალისწინონ პოლიტიკასა და ჯანდაცვის სფეროსთან დაკავშირებული პერსპექტივები, კვლევის საჭიროებები და დადასტურებული ფაქტები, სფეროში არსებული და ნარკოტიკების ბრუნვის წინააღმდეგ საოპერაციო თანამშრომლობის ყოველდღიური პრაქტიკა, და მოაქციონ ყოველივე ეს ერთიან და თანმიმდევრულ წინადადებებში. სტრატეგია შეიცავს პრიორიტეტულ განზრახვას დაენმაროს ევროპული სამეზობლოს ქვეყნებს, მათ შორის საქართველოს, „რათა ის იყოს უფრო ეფექტური როგორც ნარკოტიკებზე მოთხოვნის, ისე ნარკოტიკების მიწოდების შემცირების მიმართულებით ... ნარკოტიკებთან დაკავშირებული საკითხების ზოგად საგარეო და უსაფრთხოების პოლიტიკის დიალოგსა და განვითარებაზე ორიენტირებული თანამშრომლობის ჩარჩოებში მოქცევით“ (ევროკავშირის საბჭო, 2004წ., გვ. 18). სხვა პრიორიტეტების ჩამონათვალთა შორის, 2006 წელს ევროკავშირი-საქართველოს სამოქმედო გეგმა (ევროკავშირი, 2006წ.) ავალდებულებს ევროკავშირსა და საქართველოს ითანამშრომლონ ეროვნული კანონმდებლობის გაძლიერებისა და ეროვნული ანტი-ნარკოტიკული სტრატეგიის შემუშავების მიზნით, რაც მოიცავს ნარკოტიკების მიწოდების და მოთხოვნის შემცირებას, პრევენციულ პროგრამებს, ნარკომანთა მკურნალობის პროგრამებსა და შესაბამისი სამართალდამცავი ორგანოების შესაძლებლობების განვითარებას. სამოქმედო გეგმით ორივე მხარე იღებს ვალდებულებას ითანამშრომლოს ჯანდაცვის სექტორის რეფორმირებისა და გაუმჯობესებისათვის, მთლიანი მოსახლეობისათვის უკეთესი ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფის, პირველადი ჯანდაცვის, პრევენციისა და ჯანდაცვის ხელშეწყობის სერვისების გაზრდის, ინფორმაციის მოპოვებისა და კადრების სწავლების გზით.

3.4 სხვა ქვეყნების გამოცდილება: შვედეთი, შვეიცარია და პორტუგალია

უფრო დეტალურად ქვეყნის მაგალითები მოცემულია №2 დანართში.

3.4.1 შვედეთი

წინამდებარე ანგარიშში მოკლედ მიმოვიხილავთ შვედეთის მაგალითს, რადგან ის ხშირად მოიხსენიება, როგორც ძალზე „კონსერვატიული“ ნარკოპოლიტიკის მქონე ქვეყნის მაგალითი; თუმცა, მისი პოლიტიკა ორიენტირებულია არა მხოლოდ ნარკოტიკების კონტროლის სამართლებრივ სანქციებზე, არამედ არსებითი ინვესტიციით ჯანდაცვისა და სოციალური მხარდაჭერის აღმოსაჩენად იმ ადამიანებისათვის, რომლებსაც ნარკოტიკებთან დაკავშირებული პრობლემები აწუხებთ. შედარებით პატარა და მდიდარ ქვეყანაში, შვედეთში სამოცდაათ წელზე მეტი (1980-იან წლებამდე) სუფევდა ფართო სოციალურ-დემოკრატიული პოპულარული კონსენსუსი სახელმწიფოს როლის თაობაზე, მათ შორის იმის აღიარებით, რომ სამართლიანი საზოგადოების მისაღწევად აუცილებელი იყო სოციალური დაცვის ძლიერ სისტემაში ინვესტირება და ამის მხარდასაჭერად მაღალი საგადასახადო განაკვეთების დადგენა. რაც შეეხება ნარკოტიკების მოხმარებას, შვედეთი ყოველთვის ნარკოტიკების მოხმარების გავრცელების დაბალი მაჩვენებლის მქონე ქვეყანა იყო. ევროპის უკიდურეს ჩრდილოეთში, შვედეთი ნარკოტიკული საშუალებების მოძრაობის რომელიმე ძირითად მარშრუტზე არ მდებარეობს. შვედეთი მისდევს აბსტინენციის (ანტი-ალკოჰოლურ) ძლიერ ტრადიციას, რაც ჯერ კიდევ მე-19 საუკუნიდან იღებს სათავეს; თუმცა აბსტინენციის მოძრაობის მიმდევრები დღეისათვის არიან ეროვნული პარლამენტის წევრები. ტრადიციულად, შვედები ყოველთვის აცნობიერებდნენ ჯანდაცვის საკითხების მნიშვნელობას. არათანაბარი შემოსავლების დონე საზოგადოებაში, რაც ხშირად აღიარებულია როგორც ნარკოტიკების პრობლემური მოხმარების აღმოცენების რისკ-ფაქტორი (რ.გ. უილკინსონი და კ.ე. პიკეტი, 2007წ.), ყოველთვის ძალზე დაბალი იყო შვედეთში. ნარკოტიკების მოხმარების გავრცელების მზარდმა მაჩვენებელმა, განსაკუთრებით ნარკოტიკების პრობლემური მოხმარების¹ მკვეთრმა ზრდამ, და ასევე 1990-იან წლებში ნარკოტიკების მოხმარებით გამოწვეული სიკვდილიანობის გაორმაგებულმა მაჩვენებელმა შვედეთის საზოგადოებასა და პოლიტიკოსებს მნიშვნელოვანი საფიქრალი გაუჩინა. ნარკოტიკების მოხმარებასთან დაკავშირებული ძირითადი პრობლემები ამფეტამინისა და ჰეროინის ინექციური მოხმარებით იყო გამოწვეული (კ. ჰელემი, 2010წ.).

შვედეთმა ხანმოკლე დროის განმავლობაში „ლიბერალური“ ნარკოპოლიტიკის სახით ექსპერიმენტი ჩაატარა, მაგრამ თითქმის ორმოცი წელია, რაც ის უფრო კონსერვატიულ მიდგომას ემხრობა. შვედეთის ეროვნული ნარკოპოლიტიკის მხარდასაჭერად ყოველთვის არსებობდა თანამიმდევრული და ფართო პოპულარული კონსენსუსი, რაც მოიცავს *ნარკოტიკებისგან-თავისუფალი საზოგადოების* ხედვასა და ნარკოტიკების მოხმარების წინააღმდეგ მკაცრი სისხლის სამართლებრივი სანქციების დაწესებას. თუმცა, ამავე დროს, შვედეთი რეგულარულად ახდენდა საკმაოდ დიდ ინვესტიციებს წამალდამოკიდებულების სამკურნალო სერვისებში. შვედეთი თავისი მთლიანი შიდა პროდუქტის დაახლოებით 0.5%-ს ნარკოპოლიტიკის განხორციელებაზე ხარჯავს, რაც ნიდერლანდების (0.66%) შემდეგ ევროკავშირში სიდიდით მეორე მაჩვენებელია (UNODC, 2007წ., გვ. 21 და 35). ზიანის შემცირება რეალურად არ არის აქტუალური შვედეთის სერვისების არსებულ სისტემაში ან საჯარო დისკუსიებში; მას განიხილავენ როგორც გარედან შემოტანილ დოგმას, რომელსაც წინააღმდეგობა უნდა გაეწიოს. 1966 წლიდან გარკვეულწილად ხელმისაწვდომი იყო მეტადონით ჩანაცვლების მკურნალობა, მაგრამ ეს სერვისი ფართოდ არ არის გავრცელებული; უფრო მეტიც, მკურნალობაში ნარკომანთა ჩართვის კრიტერიუმები უაღრესად მკაცრია და საკმაოდ სერიოზული შეზღუდვებია დაწესებული. შპრიცების გაცვლის პროგრამების ისტორიაც ხანმოკლეა. შპრიცების გაცვლის ადგილები ქვეყანაში პირველად 1988 წელს გამოჩნდა, მაგრამ შემდეგ 1989 წელს აიკრძალა. 2006 წლიდან შპრიცების გაცვლის პროგრამებზე ნებართვა ისევ გაიცა, მაგრამ მთელ ქვეყანაში ჯერ კიდევ მხოლოდ ორი პროგრამა ფუნქციონირებს.

შვედეთის პოლიტიკა წარმატებული მთელ რიგ სფეროებში აღმოჩნდა:

- 1960-იან წლებთან შედარებით შვედეთში ახლა ნარკოტიკების მომხმარებელთა გაცილებით ნაკლები რაოდენობაა რეგისტრირებული. მოხმარების დაბალ მაჩვენებელთა შორის არიან ახალგაზრდები. მაგალითად, როდესაც 2006 წელს ევროპაში ნარკოტიკების ხანგრძლივი მოხმარების გავრცელება 15-16 წლის ასაკობრივ ჯგუფში იყო 22%, შვედეთში ეს მონაცემი 8%-ს უტოლდებოდა.
- შვედეთში ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებელთა შორის აივ/შიდსის დაბალი მაჩვენებლებია.

¹ ნარკოტიკების „პრობლემური“ მოხმარება EMCDDA-ის მიერ განმარტებულია, როგორც „ნარკოტიკის ინექციური მოხმარება ან ოპიოიდების, კოკაინისა და/ან ამფეტამინის ხანგრძლივი/რეგულარული მოხმარება“. ეს განმარტება კონკრეტულად მოიცავს ექიმის რეცეპტით გამოწერილი, მეტადონის მსგავსი ოპიოიდების რეგულარულ ან ხანგრძლივ მოხმარებას, მაგრამ არ მოიცავს მათ იშვიათ ან არარეგულარულ მოხმარებას, ისევე როგორც არ მოიცავს ექსტაზის ან კანაფის მოხმარებასაც.

თუმცა, მართალია შვედეთში ნარკოტიკების მოხმარების გავრცელება ზოგადად დაბალია, მაგრამ ნარკოტიკების პრობლემური მოხმარება ევროკავშირის საშუალო მონაცემზე ოდნავ დაბალია. ეს კი იმას გულისხმობს, რომ შვედეთში ნარკოტიკების მოხმარებელთა გაცილებით დიდი პროპორციული რაოდენობა ექცევა „პრობლემურ“ კატეგორიაში, ვიდრე ეს სხვა ქვეყნებშია (კ. ჰელემი, 2010წ.).

3.4.2 შვეიცარია და პორტუგალია

წინამდებარე ანგარიშის ეს ნაწილი მიმოიხილავს შვეიცარიისა და პორტუგალიის მაგალითს, როგორც იმ ორი ქვეყნის გამოცდილებას, რომლებმაც მათ წინაშე მდგარი გამოწვევების საპასუხოდ უკანასკნელი ათწლეულების განმავლობაში ახლებური ნარკოპოლიტიკა შეიმუშავეს. ორივე ქვეყანაში 1980-იანი წლების მიწურულს და 1990-იანი წლების დასაწყისში ძირითად პრობლემას წარმოადგენდა იმ ადამიანების მზარდი რაოდენობა, რომლებიც ნარკოტიკების ინექციური მოხმარების შედეგად აივ-ით დაინფიცირდნენ; აივ გავრცელება ყველაზე ხშირად კი ჰერონინის ინექციური გზით მოხმარებელთა შორის ვლინდებოდა. ამას გარდა, ორივე ქვეყანაში ადგილი ჰქონდა მზარდ კონსენსუსს იმის თაობაზე, რომ არსებულმა პოლიტიკამ, რომელიც ნარკოტიკების მოხმარების გამო სისხლის სამართლებრივ სანქციებზე იყო ორიენტირებული, ვერ გაამართლა. დროთა განმავლობაში და ნაბიჯ-ნაბიჯ, ადგილზე ტესტირებების, მონიტორინგისა და კონკრეტული ღონისძიებების სავარაუდო შედეგების მოდელირების საფუძველზე, ორივე ქვეყანამ საზოგადოებრივ ჯანდაცვაზე ორიენტირებული ნარკოპოლიტიკა შეიმუშავა და წარმატებულ შედეგებს მიაღწია.

შვეიცარიაში შემდეგი შედეგები დაფიქსირდა:

- 1991-2004 წლებში, ნარკოტიკების მოხმარებით გამოწვეული სიკვდილიანობის მაჩვენებელი 50%-ზე მეტით დაეცა.
- მკურნალობას დაქვემდებარებულ ნარკოტიკების მოხმარებელთა რიცხვი საგრძნობლად გაიზარდა.
- ათი წლის განმავლობაში ინექციის შედეგად აივ ინფიცირების შემთხვევები რვაჯერ შემცირდა (ჯ.ფ. სევერი, კ. ჰელემი და დ. ბიული-ტეილორი, 2009წ.).
- დროთა განმავლობაში, საზოგადოება ნაკლებად იყო შეშფოთებული ნარკოტიკების, როგორც სერიოზული სოციალური პრობლემის გამო. მაგალითისთვის, 1988, 1995 და 2002 წლებში ჩატარებული გამოკითხვების შედეგად იმ ადამიანთა რიცხვი, რომლებიც ნარკოტიკებს ხუთიდან ერთ-ერთ ყველაზე სერიოზულ სოციალურ პრობლემად მიიჩნევდნენ, 64 პროცენტთან 34-მდე, ხოლო შემდეგ კი 12 პროცენტამდე შემცირდა (ჯ. კსეტი, 2010წ.).

პორტუგალიაში, ნარკოტიკების მოხმარების დეკრიმინალიზაციისა და გაძლიერებული სოციალური და ჯანმრთელობის დაცვის სამსახურების გაძლიერების გზით შემდეგი შედეგები დაფიქსირდა:

- საბოლოო ჯამში, პოლიტიკას არ მოუტანია უარყოფითი შედეგები ქვეყანაში ნარკოტიკების მოხმარების მაჩვენებლების კუთხით, რომლებიც, მრავალ კატეგორიაში ევროკავშირში ყველაზე დაბალია. შეინიშნებოდა მცირე ზრდა ყველა სრულწლოვანს შორის ნარკოტიკების მოხმარების კუთხით, მაგრამ ეს ევროპაში არსებულ ტენდენციებს შეესაბამებოდა. თუმცა, მარიხუანას მზარდი მოხმარების ფონზე ჰერონინის მოხმარება, რომელიც გაცილებით დიდი ზიანის მომტანია, შემცირდა.
- ნარკოტიკების მოხმარება ნარკოტიკების პრობლემურ მოხმარებელთა შორის შემცირდა, ისევე როგორც შემცირდა ოპიატებისგან გამოწვეული სიკვდილიანობა.
- ნარკოტიკების მოხმარება ასევე შემცირდა 15-19 წლის ასაკობრივ ჯგუფში. ეს განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია, რადგან ამ ასაკში ნარკოტიკების გასინჯვა მითითებულია, როგორც სამომავლო ხანგრძლივი მოხმარების პროგნოზირებისთვის მნიშვნელოვანი განმსაზღვრელი ფაქტორი.
- დაფიქსირდა ნარკოტიკების ინექციური მოხმარების შემცირება, და ამასთან კავშირში, მნიშვნელოვნად შემცირდა აივ/შიდსის ახალი შემთხვევები, ნარკოტიკების მოხმარებით გამოწვეული სიკვდილიანობა და ინფექციური დაავადებებით ავადობა.
- წამალდამოკიდებულების სამკურნალო სერვისების ხელმისაწვდომობის საგრძნობი ზრდის პარალელურად, შემსუბუქდა სისხლის სამართალწარმოების სისტემაზე ნარკოტიკული დანაშაულების საქმეების განხილვის

ტვირთი. ნარკოტიკების მოხმარებასთან ასოცირებული დანაშაულების რიცხვი პორტუგალიის ციხეებში 1999 წელს 44%-დან 2008 წელს 21%-მდე შემცირდა.

- ამავე დროს, სამართალდამცველებმა ამოიღეს ნარკოტიკების ძალიან დიდი რაოდენობა, რაც შესაძლოა მიუთითებდეს მათ უნარზე, უკეთ იყვნენ ორიენტირებულნი მიწოდების შემცირებაზე, კონკრეტული პიროვნებების მიერ ნარკოტიკების მოხმარების ფაქტების დევნის სანაცვლოდ.
- მართალია, 2001 წლიდან ნარკოტიკებზე საცალო ფასები შემცირდა, მაგრამ ამას და დეკრიმინალიზაციას ნარკოტიკების ბაზრის მასიური გაფართოება არ გამოუწვევია, რასაც რეფორმის ოპონენტები შიშობდნენ. თუმცა, რთულია ზუსტი დასკვნების გამოტანა, რამდენად პირდაპირ იყო ასოცირებული დანაშაულებების რაოდენობის ცვლილება ნარკოპოლიტიკაში განხორციელებულ ცვლილებებთან (კ.ა. ჰიუზი და ა. სტივენსი, 2010წ., გვ. 1010).

3.4.3 რა შეგვიძლია ვისწავლოთ შვედური, შვეიცარიული და პორტუგალიური გამოცდილებიდან?

ზიანის შემცირების სერვისების უზრუნველყოფისთვის საერთაშორისო ზეწოლის მიუხედავად, შვედეთმა შეძლო წარმატება მიეღწია ნარკოტიკების მოხმარების გავრცელებისა და ინექციური ნარკოტიკების მოხმარებელთა შორის აივ/შიდსის შემთხვევების მაჩვენებლების დაბალი დონის შენარჩუნების კუთხით. თუმცა, ის ფაქტი, რომ პორტუგალიაში, მიუხედავად მისი ძალზე განსხვავებული ნარკოპოლიტიკისა, დაფიქსირდა ნარკოტიკების მოხმარების გავრცელების შემცირების ანალოგიური მაჩვენებლები, ბადებს კითხვებს პოლიტიკასა და ნარკოტიკების ინდივიდუალურ მოხმარებას შორის მიზეზ-შედეგობრივ კავშირთან დაკავშირებით. ასევე ძალზე საგულისხმოა, რომ ნარკოტიკების პრობლემური და არაპრობლემური მოხმარებლების შეფარდება შვედეთში მაღალია.

შვეიცარიასა და პორტუგალიაში გამოყენებულმა მიდგომებმა ბრწყინვალე გამოყენება ჰპოვეს სამეცნიერო-კვლევითი მტკიცებულებების შესაქმნელად ნარკოპოლიტიკის შემუშავების პროცესში. ორივე ქვეყანაში, ცვლილებები ხანგრძლივი დროის განმავლობაში ხორციელდებოდა და მნიშვნელოვანი იყო, რომ შექმნილიყო და შენარჩუნებულიყო კონსენსუსი და ნდობა პოლიტიკის შემქმნელთა და საზოგადოებას შორის; ასევე მნიშვნელოვანი იყო განვითარებულიყო ინფრასტრუქტურა და თანამშრომლობა სისხლის სამართლისა და ჯანდაცვის სისტემებს შორის, რაც პროგრესული საკანონმდებლო ცვლილების მხარდაჭერას შეძლებდა. ნარკოტიკებთან დაკავშირებული ყველა პრობლემის პანაცეა არც ერთ მათგანს არ გააჩნია. თუმცა, ნარკოპოლიტიკა ორივე ქვეყანაში პოპულარულია და წარმოადგენს მაგალითს, თუ როგორ შეიძლება ნარკოპოლიტიკის რეორიენტაცია საზოგადოებრივ ჯანდაცვაზე; ამ ქვეყნების ნარკოპოლიტიკა გვეხმარება, შევიძინოთ გამოცდილება ნარკოტიკების მოხმარების წინააღმდეგ გაცილებით ერთიანი და ეფექტური საპასუხო ზომების უზრუნველყოფაში.

სამივე ქვეყანაში:

- პოლიტიკა ეფუძნება ეთიკურ და პოლიტიკურ პოზიციებს, ისევე როგორც სამეცნიერო კვლევის შედეგებსა და კანონმდებლობას.
- ნარკოტიკების არადანიშნულებისამებრ გამოყენებას ყველა მიიჩნევს, როგორც ჯანდაცვისა და სოციალურ პრობლემას, რომელიც ინდივიდუალურ და საზოგადოებრივ დონეებზე ფართო კომპლექსურ საპასუხო ზომებს მოითხოვს.
- სამივე ქვეყანაში, საზოგადოებრივი მხარდაჭერის შედეგად ნარკოპოლიტიკა მყარად განმტკიცდა და ნარკოტიკების მოხმარების პრევენციულ და სამკურნალო სერვისებში მნიშვნელოვანი ინვესტიციები ჩაიდო.

4. ამჟამად ინიცირებული ქართული საკანონმდებლო ცვლილებები

წინამდებარე ანგარიშის მე-4 ნაწილი ეხება საქართველოს საკანონმდებლო ცვლილებებს, რომლებიც საპარლამენტო სამუშაო ჯგუფმა 2007 წელს წარმოადგინა; მე-4.3 ნაწილში თითოეული მათგანი ინდივიდუალურად არის განხილული. სხვა ქვეყნების შესაბამის გამოცდილებაზე მითითებასთან ერთად, მოცემულ ნაწილში შემოთავაზებულია საკითხები, რომლებიც, სასურველია, გაითვალისწინონ პოლიტიკის ავტორებმა.

4.1 მიზანი და კონტექსტი

ინიცირებულ ქართულ საკანონმდებლო ცვლილებებს გარკვეული სიფრთხილით უნდა შევხედოთ, როგორც სწორი მიმართულებით გადადგმულ ნაბიჯს, თუმცა ასევე მნიშვნელოვანია მოხდეს იმის გაცნობიერებაც, რომ აუცილებელია საკანონმდებლო ჩარჩოსა და ნარკოტიკებთან დაკავშირებული სტრატეგიის შემდგომი გადახედვა და რეფორმირება. საკანონმდებლო ცვლილებების განზრახვაა საქართველოს ნარკო-კანონმდებლობის გაეროს კონვენციებთან, ევროკავშირის სახელმძღვანელო პრინციპებთან და შეთანხმებებთან ჰარმონიზაცია და საქართველოს მოსახლეობისათვის სამართლიანი და შესაფერისი კანონების მიღება. ამ მიზანს ადასტურებს რეგულირებული ნარკოტიკული საშუალებების კატეგორიების გაეროს კონვენციებთან შესაბამისობაში მოყვანის მიზნით გადადგმული ნაბიჯებიც. თუმცა, სამართლიან და პროპორციულ კანონმდებლობასთან ერთად, სახელმწიფოებმა ინვესტიციები უნდა განახორციელონ შესაბამის პრევენციულ და სამკურნალო სერვისებში მოსახლეობის დასაცავად და იმის უზრუნველსაყოფად, რომ გამოჯანმრთელებაში დაეხმარონ იმ ადამიანებს, რომლებიც ნარკოტიკებზე დამოკიდებულებისგან და მასთან დაკავშირებული ჯანმრთელობის დარღვევის ქრონიკული მდგომარეობების გამო იტანჯებიან. ცხადია, რომ ამჟამად საქართველო ამ მოთხოვნებს ვერ აკმაყოფილებს და ამის მისაღწევად საჭირო იქნება გარკვეული ფინანსური რეორგანიზაცია. იმისათვის, რომ მოხდეს სამართალდამცავებსა და პატიმრობაზე ორიენტირებული ამჟამინდელი სისტემიდან გამომდინარე ფინანსური და სხვა დანახარჯების განსაზღვრა, ისევე როგორც ინიცირებული საკანონმდებლო ცვლილებებით გამოწვეულ შესაძლო სცენარებთან დაკავშირებული სამომავლო ფინანსური და სოციალური დანახარჯების გათვლა, საჭიროა მოსალოდნელი დანახარჯების და ეკონომიკური მოდელირების ღონისძიებებში ინვესტიციების განხორციელება. ეკონომიკური მოდელირების და შეფასების კვლევისას უნდა მოხდეს არა მარტო პირდაპირი დანახარჯების გათვალისწინება, არამედ გათვლილი უნდა იყოს პატიმრობასთან დაკავშირებული მნიშვნელოვანი არაპირდაპირი ხარჯები საზოგადოებრივი ჯანდაცვის საკითხებთან მიმართებაში; მაგალითად როგორცაა ტუბერკულოზით ან სისხლის გზით გადამდები ინფექციების (აივ ინფექცია, B და C ჰეპატიტი) გავრცელების რისკი. პრაქტიკაში, მრავალ ევროპულ ქვეყანაში მივიდნენ იმ დასკვნამდე, რომ ნარკოტიკების მომხმარებელთა დაპატიმრებასა და დასჯასთან დაკავშირებული ხარჯების შემცირება საშუალებას იძლევა რესურსები მიმართული იყოს ნარკოტიკების მოხმარების წინააღმდეგ სხვა დაცვით ფაქტორებზე, როგორცაა პრევენცია და მკურნალობა.

სასურველია, რომ საქართველოს ნარკოკანონმდებლობა სრულ ჰარმონიზაციაში მოვიდეს გაეროს საერთაშორისო შეთანხმებებთან. გაეროს შესაბამის შეთანხმებათა შორისაა:

- 1961 წლის ერთიანი კონვენცია ნარკოტიკულ საშუალებათა შესახებ, 1972 წლის ოქმის საფუძველზე განხორციელებული ცვლილებებით;
- 1971 წლის კონვენცია ფსიქოტროპულ ნივთიერებათა შესახებ;
- 1988 წლის კონვენცია ნარკოტიკული საშუალებებისა და ფსიქოტროპული ნივთიერებების უკანონო ბრუნვის წინააღმდეგ.

თუმცა, ნარკოტიკების მაკონტროლებელი კონვენციები ყოველთვის ისე უნდა შესრულდეს, რომ ეს შესრულება გაეროს წესდებით (1948წ.) ჯანმრთელობისა და ადამიანის უფლებების დაცვის გაწერილ ვალდებულებებთან შესაბამისობაში იყოს, რაც უფრო პრიორიტეტულია. ნარკომანიისა და მისი მკურნალობის საკითხი ჯერ კიდევ ადამიანის უფლებათა საყოველთაო დეკლარაციას (1948წ.) უკავშირდება, რომელიც ჯანმრთელობას ადამიანის ფუნდამენტურ უფლებად განამტკიცებს. ამას გარდა, გაეროს საერთაშორისო სახელმძღვანელო პრინციპები აივ ინფექციისა და ადამიანის უფლებათა შესახებ ხაზგასმით აღნიშნავს, რომ სისხლის სამართალი არ უნდა აფერხებდეს ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებელთა შორის აივ პრევენციას ან ინექციური მომხმარებლებისთვის შიდასთან დაკავშირებული მზრუნველობისა და მკურნალობის სერვისების მიწოდებას. კერძოდ, წვერ სახელმწიფოებს დაჟინებით სთხოვენ, გააუქმონ შპრიცების ფლობის, გავრცელებისა და დარიგების დასჯადი კანონები შპრიცების გაცვლის ადგილების მოწყობის პროგრამების ავტორიზაციის, საკანონმდებლო დონეზე დარეგულირებისა და ხელშეწყობის სასარგებლოდ.

ასევე რელევანტურია ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის კონსტიტუციაც, რამეთუ ის „ჯანმრთელობის დაცვის ყველაზე უფრო სრულყოფილი სტანდარტით სარგებლობას“ ადამიანის ერთ-ერთ ფუნდამენტურ უფლებად აცხადებს, მიუხედავად ადამიანის ეთნიკური წარმომავლობისა, რელიგიური რწმენისა, პოლიტიკური შეხედულებებისა თუ სოციალ-ეკონომიკური სტატუსისა. ეკონომიკური, სოციალური და კულტურული უფლებების შესახებ საერთაშორისო

კონვენცია ჯანმრთელობაზე უფლების ყველაზე ამომწურავ მუხლს შეიცავს, ადამიანის უფლებათა დაცვის საერთაშორისო სამართლის სხვა დოკუმენტებს შორის. .

საქართველო ასევე არის ბავშვთა უფლებების შესახებ გაეროს კონვენციის ხელმომწერიც, რომელიც აღიარებს (24-ე მუხლი) ბავშვის უფლებას „ისარგებლოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის ყველაზე უფრო სრულყოფილი სერვისებით და დაავადებათა მკურნალობისა და ჯანმრთელობის აღდგენის საუკეთესო საშუალებებით“ (გაერო, 1990წ.). როგორც ადამიანის უფლებათა დაცვის სფეროში გაეროს ერთადერთი ძირითადი ინსტრუმენტი, რომელიც ნარკოტიკების მოხმარებას კონკრეტულად ეხება, მოცემული კონვენცია დიდ აქცენტს დაცვაზე უფრო აკეთებს, ვიდრე სადამსჯელო ზომებზე.

მნიშვნელოვანია საერთაშორისო შეთანხმებების მიზნების გათვალისწინება და იმის განსჯა, ახალი კანონმდებლობის ფარგლებში შემოთავაზებული სანქციები გააუმჯობესებს ნარკომანთა გამოჯანმრთელებასა და რეაბილიტაციას, თუ გააძლიერებს სოციალურ იზოლაციას, რასაც ნარკოტიკის მოხმარებლები სავარაუდოდ განიცდიან. თუ შედეგად ამ უკანასკნელს მივიღებთ, მაშინ ამას მნიშვნელოვანი სოციალური და ეკონომიკური დანახარჯები მოჰყვება.

4.2 გადასაჭრელი პრობლემები, რომლებიც დამატებით ყურადღებას საჭიროებს

არსებობს გადასაჭრელი პრობლემები, რომლებიც ინიცირებული საკანონმდებლო ცვლილებებით თავისთავად ვერ მოგვარდება, მათ შორის:

- ინიცირებული ახალი კანონმდებლობა ყველა უკანონო ნარკოტიკულ საშუალებას კვლავაც თანაბრად ეპყრობა, მაშინ, როდესაც ევროკავშირის უმეტეს სახელმწიფოებში სამართლებრივი სისტემები ითვალისწინებენ კონკრეტული ნარკოტიკული საშუალების სახეობასა და „ზიანის ხარისხს“, და ასევე იმ ფაქტს, დანაშაული ნარკოტიკების გასაღების ბაზარში ჩართვას უკავშირდება თუ ნარკოტიკული საშუალების პირად მოხმარებას ან პირადი მოხმარების მიზნით ფლობას (EMCDDA, 2010წ.).
- საკანონმდებლო ინიციატივა მხოლოდ ნარკოტიკების მოხმარებას ეხება. თუმცა წარმატებით აწესებს რა ნარკოტიკების პირადი მოხმარებისათვის რაოდენობებს, ევროკავშირის მრავალი სახელმწიფოს საკანონმდებლო პრაქტიკა განასხვავებს ნარკოტიკის მცირე დონის მიწოდებას, როგორცაა პირის მიერ მეგობართან კანაფის გაყოფა/გაზიარება, ორგანიზებული კრიმინალური ბრუნვისა და მიწოდებისგან (EMCDDA, 2010წ.).
- ყველა ქვეყანაში, სადაც ნარკოტიკებთან დაკავშირებული პრობლემების შემცირება დაფიქსირდა, ამის გამოწვევკ ერთ-ერთ შესაძლო ფაქტორად კანონმდებლობა დასახელდა. უფრო თუ არა, თანაბრად მნიშვნელოვანი იყო საზოგადოებრივ ჯანდაცვაზე ორიენტირებული სტრატეგიის შემოღება, მათ შორის კი საგრძნობი ინვესტიციების განხორციელება პრევენციისა და სამკურნალო სერვისების მიწოდების სფეროში და დივერსიფიცირებული მიდგომები.
- მრავალ ქვეყანაში მოსამართლეები სარგებლობენ საგრძნობი მოქნილობით ნარკოდანაშაულებთან მიმართებაში მისაღები შესაბამისი ქმედებების განსაზღვრისას. ეს საშუალებას აძლევს მოსამართლეებს, გაითვალისწინონ ყველა არსებული ფაქტორი და იმგვარად იმოქმედონ, რომ დაიცვან მოწყვლადი ადამიანები და არათუ გაზარდონ, არამედ შეამცირონ ამ ადამიანთა სოციალური იზოლაციის საფრთხე.
- საქართველოში ნარკოტიკებზე იძულებით ტესტირების პოლიტიკამ, რომელიც 2006 წელს იყო შემოღებული, მნიშვნელოვნად გაზარდა მთავრობის შემოსავლები, მაგრამ პოლიტიკა უძლური აღმოჩნდა საქართველოში უკანონო ნარკოტიკულ საშუალებებზე ხელმისაწვდომობის შემცირების კუთხით. ტესტირების დადებით პასუხს შედეგად შეიძლება მოჰყვეს დიდი ჯარიმების დაკისრება, რაც გარკვეულ შემთხვევებში ადამიანის პირადი ქონების კონფისკაციის საფრთხით მთავრდება. 2006, 2007 და 2008 წლების შედარებითმა მონაცემებმა გამოავლინა ძალზე უეცარი და მკვეთრი ზრდა ნარკოტიკებთან დაკავშირებული სისხლის სამართალწარმოების კუთხით საქართველოში: 2006 წელს დაფიქსირდა 3,542 შემთხვევა (რომელთაგან 1,926 პოლიციის მიერ კვალიფიცირებული იყო, როგორც მძიმე დანაშაული), 2007 წელს - 8,493 (1,970 მძიმე დანაშაული), და 2008 წელს - 8,699 (2,013 მძიმე დანაშაული). მძიმე დანაშაულების შემთხვევაში თითქმის არავითარი ზრდა

არ გამოვლინდა; თუმცა დაფიქსირდა მსუბუქი დანაშაულების არაპროპორციულად დიდი ზრდა. ეს ფაქტი სავარაუდოდ იმაზე მიუთითებს, რომ შესაძლოა მოცემული ზრდა 2006 წლის კანონმდებლობიდან გამომდინარე გაძლიერებული საპოლიციო საქმიანობის შედეგი იყოს (ჯ.დ. ჯავახიშვილი და ლ. სტურუა, 2009წ., გვ. 9).

- 2007 წელს, საქართველოს გენერალური პროკურატურის ინიციატივით დაიწერა კანონი „ნარკოტიკული დანაშაულის წინააღმდეგ ბრძოლის შესახებ“. მოცემული კანონი აშკარად აფერხებს პიროვნების შესაძლებლობას, მოახდინონ საზოგადოებაში რეინტეგრაცია ნარკოტიკული დანაშაულის ჩადენის შემდეგ რამდენადაც ამ კანონის მიხედვით სასამართლოს გამამტყუნებელი განაჩენის საფუძველზე ნარკოტიკების მომხმარებელს 3-დან 15 წლის მანძილზე ართმევს:

- სატრანსპორტო საშუალების მართვის უფლებას;
- საექიმო საქმიანობის უფლებას;
- საადვოკატო საქმიანობის უფლებას;
- პედაგოგიური და საგანმანათლებლო დაწესებულებაში საქმიანობის უფლებას;
- სახელმწიფო და ადგილობრივი თვითმმართველობის სახაზინო (საბიუჯეტო) დაწესებულებებში - საჯარო ხელისუფლების ორგანოებში საქმიანობის უფლებას;
- პასიურ საარჩევნო უფლებას;
- იარაღის დამზადების, შექმნის, შენახვისა და ტარების უფლებას (ჯ. დ. ჯავახიშვილი და ლ. სტურუა, 2009წ., გვ. 15).

ისეთი ზომების ნაცვლად, რომლებიც აძლიერებენ ხანგრძლივ (15 წლამდე) სოციალურ იზოლაციასა და ნარკომანთა წინააღმდეგ სტიგმებს, საჭიროა არსებითად შეიცვალოს მიმართულება და ინვესტიციები განხორციელდეს საზოგადოებრივ ჯანდაცვაზე ორიენტირებულ ეროვნულ ანტი-ნარკოტიკულ სტრატეგიაში, ვიდრე პოლიტიკა დაეფუძნოს მკაცრ სისხლისსამართლებრივ სანქციებს.

4.3 კონკრეტული კომენტარები ახალი საკანონმდებლო ინიციატივის სხვადასხვა კომპონენტთან დაკავშირებით

ინიცირებული ცვლილება: „ნარკოტიკული საშუალებების, ფსიქოტროპული ნივთიერებების, პრეკურსორებისა და ნარკოლოგიური დახმარების შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-3 და მე-4 მუხლები გაეროს 1961, 1971 და 1988 წლების კონვენციებთან შესაბამისობაში უნდა მოვიდეს. იგივე კანონი ასევე უნდა შეიცვალოს სხვადასხვა ნარკოტიკულ საშუალებასთან დაკავშირებით შეფასებული სოციალური და სამედიცინო რისკების გათვალისწინებით.

ასევე გათვალისწინებული უნდა იყოს სანქციების სისტემის გადახედვა და სასჯელების დივერსიფიცირება იმავე კრიტერიუმებზე დაყრდნობით. მაგალითად, მრავალი ქვეყანა, მათ შორის გაერთიანებული სამეფო, იმ დასკვნამდე მივიდა, რომ ჰეროინის მოხმარებასთან დაკავშირებული სოციალური და სამედიცინო ზიანი გაცილებით უფრო მძიმეა, ვიდრე კანაფის მოხმარებასთან დაკავშირებული. შესაბამისად, კანაფის მოხმარებით გამოწვეული სასჯელები ნაკლებად მკაცრია, ვიდრე ჰეროინის მოხმარებით გამოწვეული.

ინიცირებული ცვლილება: „ნარკოტიკული საშუალებების, ფსიქოტროპული ნივთიერებების, პრეკურსორებისა და ნარკოლოგიური დახმარების შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-4 მუხლი იმგვარად იცვლება, რომ უკანონო საკუთრებიდან ან ბრუნვიდან ამოღებული მცირე, დიდი და განსაკუთრებით დიდი რაოდენობის ნარკოტიკული საშუალებები, ფსიქოტროპული ნივთიერებები და პირდაპირი პრეკურსორები ახლებურად განისაზღვრება.

კომენტარი: იმ რაოდენობების დადგენით, რომლებიც ნარკოტიკის პირადი მოხმარების დანიშნულებას განსაზღვრავს, უნდა გაადვილდეს ნარკოტიკის მომხმარებლის გამორჩევა დილერისა და მოვაჭრისგან, და აქედან გამომდინარე განსხვავებული და პროპორციული სასჯელების გამოყენება, რაც გაეროს სახელმძღვანელო პრინციპებს შეესაბამება (ა.მ. კოსტა, 2010წ., გვ. 7). ახალი კანონები მოახდენდნენ რაოდენობების რაციონალიზაციას, რაც სამართალდამცავებს მიანიჭებდა უფრო დიდ შესაძლებლობას მიემართათ შეზღუდული რესურსები ნარკოტიკების რეალური დილერებისკენ და ამასთან შეეთავაზებინათ სამკურნალო სერვისები იმ მომხმარებლებისთვის, რომლებსაც განაცხადით საშუალება უნდა მიეცეთ ნარკოტიკული საშუალებების მცირე რაოდენობას ამოიღებდნენ (აშშ სახელმწიფო

დეპარტამენტის ნარკოტიკებისა და სამართალდამცავ ორგანოთა საკითხების საერთაშორისო ბიურო, 2011 წ., გვ. 257).

თუმცა, საერთაშორისო დონეზე არ არსებობს თანხვედრა იმასთან დაკავშირებით, თუ ნარკოტიკული საშუალებების რა რაოდენობა უნდა ჩაითვალოს პირადი მოხმარებისთვის განკუთვნილად. ევროკავშირის სულ მცირე შვიდმა ქვეყანამ (ბელგია, გერმანია, საბერძნეთი, იტალია, ნიდერლანდები, პორტუგალია და ფინეთი) გადახედა არასადამსჯელო ღონისძიებების განხორციელების მიდგომებს იმ პირებთან მიმართებაში, ვისაც ნარკოტიკები პირადი მოხმარებისთვის აღმოუჩინეს. 2000 წელს პორტუგალიამ, ყველა ნარკოტიკული საშუალების მოხმარებისა და ფლობის დეკრიმინალიზაციისას, მიიღო „10 დღის განმავლობაში საშუალო ინდივიდუალური მოხმარებისათვის აუცილებელი რაოდენობის“ ნორმა. მოცემულია მითითებები იმის თაობაზე, თუ რა ითვლება საშუალო დღიურ დოზად, მაგალითად კანაფის 2.5 გრამი ან კოკაინის 0.2 გრამი. იმ შემთხვევებში, სადაც არ არსებობს დამატებითი მტკიცებულებები ნარკოტიკების მოხმარების მიერ უფრო მძიმე დანაშაულის ჩადენასთან დაკავშირებით, ნარკოტიკული საშუალების ფლობა დეკრიმინალიზირებულია, ის განიხილება, როგორც ადმინისტრაციული სამართალდარღვევა, სისხლის სამართლის დანაშაულისათვის დევნის საპირისპიროდ (ტ. ბლიკმანი და მ. ჯელსმა, 2009 წ.). EMCDDA-ის თანახმად, ევროკავშირში რეალური აქცენტი „კეთდება უფრო განზრახვაზე, ვიდრე მფლობელობაში არსებულ რაოდენობაზე ... ქვეყნების დიდი უმრავლესობა ამჯობინებს ახსენოს გარკვეული „მცირე“ რაოდენობა კანონში ან მარეგულირებელ აქტებში, მაგრამ პროკურორს ან მოსამართლეს უტოვებს დისკრეციულ უფლებამოსილებას, ყველა შესაბამისი გარემოების ანალიზის საფუძველზე, დაადგინოს დანაშაულის მიღმა არსებული ჭეშმარიტი განზრახვა. არც ერთი ქვეყანა არ იყენებს გადაჭრით რაოდენობას იმის დასადგენად, თუ ვინ არის მოხმარებელი და ვინ მოვაჭრე (ტ. ბლიკმანი და მ. ჯელსმა, 2009 წ.).

საქართველოში მოქმედი კანონი შესაძლოა აფერხებდეს შპრიცების გაცვლის პროგრამებს, რაც ეროვნული აივ პრევენციის სტრატეგიისათვის წარმოადგენს მნიშვნელოვან და მტკიცებულებებზე დამყარებულ ეფექტურ მიდგომას. სერვისის მიმწოდებლებს შესაძლოა, არ სურდეთ დაბრუნებული შპრიცების მიღება მოხმარებულ შპრიცებში დარჩენილი ნარკოტიკული საშუალებების მცირე რაოდენობებიდან გამომდინარე მათ წინააღმდეგ დევნის დაწყების შიშის გამო. კანონის ცვლილებამ უნდა მოხსნას ასეთი ბარიერები შპრიცების გაცვლის (ნაცვლად ამჟამად მიმდინარე შპრიცების დარიგების პროგრამებისა) პროგრამების ეფექტური განხორციელების სასარგებლოდ; ასეთი ბარიერების მოხსნა წვლილს შეიტანს საზოგადოებრივი უსაფრთხოების გაძლიერებაში, რამეთუ ასეთ შემთხვევაში შესაძლებელი იქნებოდა სამართლებრივი რეპრესიების შიშის გარეშე დაბინძურებული შპრიცების შეგროვება და მათი განადგურება უსაფრთხოების წესების დაცვით.

შეჯამების სახით, მოცემული ცვლილების შესაძლო შედეგებია:

- სასჯელების უფრო სამართლიანი სისტემა, რომელიც ნარკოტიკის პირად მოხმარებასა და მიწოდებას შორის დიფერენციაციის საშუალებას იძლევა;
- შპრიცების გაცვლის გაუმჯობესებული სერვისების მიწოდება, რომელიც მხარს უჭერს ინდივიდუალურ პირთათვის აივ პრევენციის კუთხით არსებულ ძალისხმევას;
- გაუმჯობესებული საზოგადოებრივი უსაფრთხოება, რადგან მოხდება დევნის რისკის შემცირება სერვისის მიმწოდებელთათვის და ისინი შეძლებენ, რეალურად განხორციელონ შპრიცების გაცვლის (და არა დარიგების) პროგრამების სერვისები; ამასთან შესაძლებელი გახდება განისაზღვროს მოხმარებული შპრიცების დაბრუნების სამიზნე მაჩვენებლები და გაუმჯობესდეს პირველადი ჯანდაცვის სერვისების მიწოდება;
- სავარაუდოდ, იმ ადამიანთა რაოდენობა, რომლებიც აივ პრევენციისა და ზიანის შემცირების სერვისებს იყენებენ, გაიზრდება. სერვისების მოცულობის ზრდასთან ასოცირებული დანახარჯები კი გამოიქვითება გრძელვადიან პერსპექტივაში აივ ინფიცირებულ პირთა შემცირებული რაოდენობიდან გამომდინარე.

ინიცირებული ცვლილება: საქართველოს სისხლის სამართლის კოდექსის 273-ე მუხლი: პირადი მოხმარებისათვის ნარკოტიკული საშუალების, მისი ანალოგის ან პრეკურსორის მცირე ოდენობით უკანონო დამზადება, შექმნა, შენახვა ანდა ექიმის დანიშნულების გარეშე უკანონოდ მოხმარება; აღნიშნული მუხლი ამოღებული იქნება სისხლის სამართლის კოდექსიდან და მოექცევა ადმინისტრაციულ სამართალდარღვევათა რიგში.

კომენტარი: სისხლის სამართლის კოდექსიდან პირადი მოხმარებისთვის პასუხისმგებლობის ამოღება და მისი ადმინისტრაციულ სამართალდარღვევათა კოდექსის ფარგლებში მოქცევა შეესაბამება გაეროს კონვენციებსა და სახელმძღვანელო პრინციპებს:

„მძიმე დანაშაულებთან ბრძოლა, როგორცაა ნარკოტიკებით უკანონო ვაჭრობა, უნდა განხორციელდეს უფრო მკაცრად და ფართოდ, ვიდრე ისეთ დანაშაულებთან ბრძოლა, როგორცაა ნარკოტიკების პირადი მოხმარება. ამ კუთხით, ცხადია, რომ არასაპატიმრო ზომებისა და სამკურნალო პროგრამების გამოყენება ნარკოტიკების პირადი მოხმარებიდან გამომდინარე დანაშაულებთან მიმართებაში გვთავაზობს უფრო პროპორციულ რეაგირებას და მართლმსაჯულების გაცილებით ეფექტურ განხორციელებას“ (ა.მ. კოსტა, 2010წ., გვ. 7).

გაეროს 1988 წლის კონვენციის ოფიციალური კომენტარის თანახმად: „აღსანიშნავია, რომ როგორც ეს 1961 და 1971 წლების კონვენციების შემთხვევაშია, მე-2 პარაგრაფი არ ითხოვს ნარკოტიკის მოხმარების, როგორც ასეთის დასჯად დანაშაულად დადგენას“. კომენტარი რეკომენდაციას უწევს ისეთი სტრატეგიის განსაზღვრას, რომლითაც გათვალისწინებული იქნება პირად მოხმარებასთან დაკავშირებული დანაშაულების რანგირება, როგორც ეს მრავალი ქვეყნის პრაქტიკაშია, და რომლითაც ასეთ დანაშაულებს განასხვავებენ უფრო მძიმე ხასიათის დანაშაულებისგან გარკვეული კრიტერიუმების ზღურბლით, მაგალითისთვის, როგორცაა ნარკოტიკის ოდენობა. დღემდე ეს საქართველოში შეუძლებელი იყო, მაგრამ მოცემული საკანონმდებლო ინიციატივებით ეს შესაძლებელი ხდება.

თუმცა, უნდა აღინიშნოს, რომ სხვადასხვა ქვეყნები, ემხრობიან რა ნაკლებად მძიმე დანაშაულების გაცილებით მძიმე დანაშაულებისგან გამორჩევის კონცეფციას, ეროვნულ პოლიტიკას ადგენენ მათი კონკრეტული მახასიათებლების გათვალისწინებით. ზოგიერთი ქვეყანა, როგორც ეს ამჟამად საქართველოშია შემოთავაზებული, ირჩევს ნარკოტიკული საშუალების პირადი მოხმარების დეკრიმინალიზაციას და ამგვარად სისხლისსამართლებრივი სანქციების ადმინისტრაციული სამართალდარღვევებით ჩანაცვლებას. სხვები ირჩევენ დეპენალიზაციის (სასჯელების გაუქმების) პოლიტიკას, რომლითაც ისინი წყვეტენ სისხლისსამართლებრივი ან ადმინისტრაციული სანქციების გამოყენებას, მაგრამ კანონი მაინც არსებობს ასეთი საქმიანობის აკრძალვის მიზნით. ლეგალიზაცია არც ერთ ქვეყანას არ მოუხდენია, რაც გაეროს კონვენციების აშკარა დარღვევა იქნებოდა. ამდენად, მაგალითისთვის, პორტუგალიაში ნარკოტიკების პირადი მოხმარების მიზნით მცირე ოდენობით ფლობა სრულიად დეკრიმინალიზებულია, ხოლო სხვა ქვეყნების მიდგომის ფარგლებში მოხდა არა ამ დანაშაულის დეკრიმინალიზაცია, არამედ სამართალდამცველთათვის დაბალ პრიორიტეტად გადაქცევა. მაგალითად, ნიდერლანდებში, გერმანიასა და ჩეხეთის რესპუბლიკაში პირადი მოხმარებისთვის ფლობა უკანონოდ რჩება, მაგრამ პოლიციისთვის, პროკურორებისა და სასამართლოსთვის დადგენილი პრინციპების თანახმად მათ თავიდან უნდა აიცილონ სასჯელების და მათ შორის ჯარიმების დაკისრება, თუკი ნარკოტიკის რაოდენობა უმნიშვნელოა ან ის პირადი მოხმარებისთვის გამოიყენებოდა. ევროკავშირის ძალზე ცოტა ქვეყანა (შვედეთი, ლატვია, კვიპროსი) იყენებს საპატიმრო სასჯელებს ნარკოტიკული საშუალების მცირე ოდენობით ფლობისათვის.

ანტონიო კოსტა, UNODC-ის ყოფილი აღმასრულებელი დირექტორი, ინტენსიურად გამოდიოდა ნარკოტიკებთან დაკავშირებული პრობლემების მქონე ადამიანების კრიმინალიზაციისა და დაპატიმრების წინააღმდეგ (ა.მ. კოსტა, 2010წ.). კოსტას თანახმად, ნარკოტიკების მოხმარებელთა დაპატიმრება და სამკურნალო ცენტრებში იძულებით მათავსება ხშირად აუარესებს ნარკოტიკების მოხმარებელთა და ნარკოტიკებზე დამოკიდებულ პირთა ისედაც პრობლემურ ცხოვრებას, განსაკუთრებით კი ახალგაზრდებისა და ყველაზე მოწყვლადი ჯგუფების შემთხვევაში. ციხის გარემოსთან შეხებას მოჰყვება დამნაშავეებთან და კრიმინალურ დაჯგუფებებსა და ორგანიზაციებთან კავშირები. ეს კიდევ უფრო ზრდის სტიმას და ხელს უწყობს კრიმინალური იდენტურობის ჩამოყალიბებას. ამის შედეგად ხშირად ძლიერდება სოციალური იზოლაცია, უარესდება ჯანმრთელობის მდგომარეობა და კნინდება სოციალური უნარ-ჩვევები. ამავე დროს, იგი ასევე მიუთითებს საზოგადოებაში პატიმრობის ალტერნატივების შეთავაზების აუცილებლობაზე, როგორცაა სამკურნალო სერვისები (ამბულატორიულ ან რეზიდენტული ტიპის დაწესებულებებში), ოპიატებზე დამოკიდებულების ფარმაკოლოგიური მკურნალობა, რომელიც გამყარებული იქნება ფსიქო-სოციალური მხარდაჭერის სერვისებით. სამწუხაროდ, ასეთი სამსახურები საქართველოში ამჟამად არ არსებობს.

ჰიუზი და სტივენსი (2010წ.) ამტკიცებენ, რომ კვლევათა უმეტესობის თანახმად, დეკრიმინალიზაციას შედეგად ნარკოტიკების მოხმარების მკვეთრი ზრდა არ მოჰყვება. ასევე, მათი მტკიცებით, რთულია ნარკოტიკების მოხმარების დეკრიმინალიზაციით გამოწვეულ ეფექტებზე რაიმე კონკრეტული დასკვნების გაკეთება, რადგან არ არსებობს ადეკვატური შედარებითი მაჩვენებლები. თუმცა, სისხლისსამართლებრივ დასჯასა და პატიმრობასთან დაკავშირებული

ფინანსური და სხვა ხარჯები შესაძლოა დიდი იყოს და ნარკოტიკების მომხმარებელთა დაპატიმრებითა და დასჯით გამოწვეული ხარჯების შემცირება ქმნის იმის საშუალებას, რომ რესურსები მაქსიმალურად მიმართული იყოს ნარკოტიკების მოხმარებისგან დაცვის სხვა ფაქტორებზე, როგორცაა პრევენცია და მკურნალობა. დამტკიცებულია, რომ კანონის ცვლილებებით გამოწვეული ყველაზე დიდი შედეგი გადატვირთულ სისხლისსამართლებრივ სისტემებსა და გადავსებულ ციხეებზე ზეწოლის შემცირება იყო (მ. ჯელსმა, 2009 წ.). ნიდერლანდების, აშშ-ის, ავსტრალიისა და იტალიის მონაცემთა შემსწავლელი კვლევით დადგინდა, რომ სისხლის სამართლებრივი სასჯელების გაუქმებას თუმცა მოჰყვა დადებითი შედეგები, მაგრამ მათი მასშტაბები მაინც უმნიშვნელო იყო. ყველაზე მთავარი შედეგი კი სისხლისსამართლებრივი მართლმსაჯულების სისტემის ტვირთისა და დანახარჯების შემცირება იყო. გარდა ამისა შემცირდა მომხმარებელთა წინააღმდეგ სისხლისსამართლებრივი ზომების ინტენსივობაც (კ.ა. ჰიუზი და ა. სტივენსი, 2010 წ., გვ. 1000).

თუმცა, მნიშვნელოვანია აღინიშნოს, რომ ნაკლებად არსებობს იმის მტკიცებულებები, რომ სისხლის სამართლის სასჯელების გაუქმებას თავისთავად და უპირობოდ მოჰყვება ნარკოტიკების მოხმარების გავრცელების ან ჯანმრთელობისთვის მიყენებული ზიანის მნიშვნელოვანი ზრდა ან შემცირება (კ.ა. ჰიუზი და ა. სტივენსი, 2010 წ., გვ. 1000). ნარკოპოლიტიკის გადახედვის კუთხით პორტუგალიური გამოცდილება ყველაზე ხშირად მოქცეულა კვლევის ობიექტივში. მაგალითისთვის, პორტუგალია ერთადერთი ქვეყანაა, რომელმაც მოახდინა ნარკოტიკების პირადი მოხმარების სრული დეკრიმინალიზაცია (2001 წ.) და შედეგად მიიღო ახალგაზრდებს შორის ნარკოტიკების მოხმარების გავრცელება და ასევე, ზოგადად ოპიატების მოხმარების, ანუ მოხმარების ყველაზე პრობლემური სახეობის შემცირება. ასევე დაფიქსირდა, რომ არ გაიზარდა თითქოსდა დეკრიმინალიზაციის შედეგად მოსალოდნელი უარყოფითი გამოვლინებები, როგორცაა, ქუჩაში ნარკოტიკების მოხმარების ზრდა და ნარკოტურიზმი. თუმცა, პორტუგალიის საკანონმდებლო ცვლილებები არ შეიძლება განხილულ იქნას სოციალურ და ჯანდაცვის სერვისების სპექტრში ქვეყნის მიერ განხორციელებული შესაბამისი ინვესტიციებისგან განცალკევებით, რომელთა მიზანი იყო საჭიროების დროს ნარკოტიკების მომხმარებელთა მხარდაჭერა და ამავე დროს მათი მოტივირება ნარკოტიკების მოხმარებაზე უარის თქმისათვის. პორტუგალიის მაგალითი ცხადყოფს, რომ სისხლის სამართლის სასჯელების გაუქმებისა და ნარკოტიკებზე დამოკიდებული პირებისთვის ალტერნატიული თერაპიული ზომების შეთავაზების კომბინირებით მიიღწევა გარკვეული უპირატესობები. ამას შეუძლია ნარკოტიკებზე მუშაობის კუთხით სამართალდამცველთათვის და სისხლის მართლმსაჯულების სისტემისათვის ტვირთის შემსუბუქება, ისევე როგორც ნარკოტიკების პრობლემური მოხმარების შემცირება. მიღებულ შედეგებს შორისაა:

- მცირე ზრდა ყველა სრულწლოვანს შორის ნარკოტიკების მოხმარების კუთხით;
- ნარკოტიკების პრობლემურ მომხმარებელთა და მოზარდთა შორის ნარკოტიკების უკანონო მოხმარების შემცირება, სულ მცირე 2003 წლიდან;
- სისხლის სამართალწარმოების სისტემაზე ნარკოტიკული დანაშაულების საქმეების განხილვის შემცირებული ტვირთი;
- წამალდამოკიდებულების მკურნალობის გაზრდილი მოთხოვნა;
- ოპიატებით გამოწვეული სიკვდილიანობისა და ინფექციური დაავადებების შემცირება;
- სამართალდამცველების მიერ ამოღებული ნარკოტიკული საშუალებების ოდენობის ზრდა;
- ნარკოტიკების საცალო ფასების შემცირება (კ. ა. ჰიუზი და ა. სტივენსი, 2010 წ., გვ. 1017).

საკანონმდებლო ცვლილებების ოპონენტები შიშობდნენ, რომ დეკრიმინალიზაციას შედეგად პორტუგალიაში ნარკოტიკების ბაზრის მასიური გაფართოება მოჰყვებოდა. თუმცა ასე არ მოხდა და მაშინ როცა, მეზობელ ესპანეთში ნარკობაზრის ზრდა გამოვლინდა, პორტუგალიაში ნარკოტიკების პრობლემურ მომხმარებელთა რაოდენობა და სისხლის მართლმსაჯულების სისტემაზე ტვირთი შემცირდა. შეუძლებელია იმის მტკიცება, რომ ნებისმიერი ეს ცვლილება დეკრიმინალიზაციის პოლიტიკის პირდაპირი შედეგი იყო. საბოლოო ჯამში, პორტუგალიის გამოცდილებიდან ცხადად ჩანს, რომ დეკრიმინალიზაციას აუცილებლად არ მოსდევს ნარკოტიკების მოხმარების ყველაზე საზიანო ფორმით ზრდა. თუმცა პორტუგალიელ ზრდასრულთა შორის აღინიშნა ნარკოტიკების მოხმარების მცირე ზრდა, ეს ცალსახად ნაკლებად მნიშვნელოვანი იყო, ვიდრე ოპიატებით გამოწვეული სიკვდილიანობისა და ინფექციების, ისევე როგორც ახალგაზრდების მიერ ნარკოტიკების მოხმარების შემცირება.

სხვა ქვეყნებში, როგორცაა შვედეთი და შვეიცარია, მართალია გამოყენებული იყო განსხვავებული სამართლებრივი მიდგომები, ასევე აღინიშნა გატარებული ნარკოპოლიტიკის წარმატებული შედეგები. თუმცა, როგორც პორტუგალიის

შემთხვევაში, ამ ქვეყნების მიერ ჯანდაცვისა და სოციალური ზრუნვის სერვისებში განხორციელებული არსებითი ინვესტიციები თანაბრად მნიშვნელოვან ფაქტორად უნდა იქნეს მიჩნეული, როგორც ნარკომომხმარებლის სამართლებრივი ჩარჩოები.

აქედან გამომდინარე, საქართველოს მიერ შემოთავაზებული ცვლილების საფუძველზე:

- საქართველოს პრაქტიკა უფრო იქნება შესაბამისობაში საერთაშორისო პრაქტიკასთან, რადგანაც ხდება ნარკოტიკების მოხმარებასა და მიწოდებასა და ვაჭრობას შორის სამართლებრივი განსხვავების დაწესება, რაც ითვალისწინებს გაცილებით მკაცრ სასჯელებს ამ უკანასკნელთათვის;
- საერთაშორისო გამოცდილებიდან გამომდინარე ნაკლებად შეიძლება იმ დასკვნის გაკეთება, რომ ეს სამართლებრივი ცვლილება თავისთავად იქონიებს მნიშვნელოვან დადებით ან უარყოფით გავლენას ნარკოტიკების მოხმარების გავრცელების მაჩვენებელზე და მოხმარებისგან გამოწვეულ ზიანზე.
- საქართველო კვლავაც შეინარჩუნებს მკაცრ ადმინისტრაციულ სასჯელებს ნარკოტიკების პირადი მოხმარებისთვის, თუმცა ფაქტების ძალზე შეზღუდული რაოდენობა არსებობს იმის დასადასტურებლად, რომ ეს ნარკოტიკების მოხმარების გავრცელებისათვის ეფექტური შემაკავებელი ზომია (პ. როიტერი და ა. სტივენსი, 2007წ., გვ. 57).
- სხვა ქვეყნების მსგავსად, საქართველომ ინვესტიციები უნდა განახორციელოს საჯარო საინფორმაციო კამპანიები იმის ხაზგასასმელად, რომ ნარკოტიკების მოხმარება არ არის მისაღები და ასევე იმისათვის, რომ მიაწოდოს ადამიანებს რჩევა და რეფერალები არსებული სერვისების შესახებ;
- უფრო მეტიც, ადამიანის უფლებების სფეროში საერთაშორისო სტანდარტებისა და ნარკოტიკებით მიყენებული ზიანის შემცირების მისაღწევად, სამართლებრივ ცვლილებებთან ერთად საქართველოს ასევე დასჭირდება მნიშვნელოვანი ინვესტიციების განხორციელება ნარკოტიკების მომხმარებელთათვის ჯანდაცვისა და სოციალური სამსახურების ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესებისთვის.

ინიცირებული ცვლილება: „ნარკოტიკული საშუალებების, ფსიქოტროპული ნივთიერებების, პრეკურსორებისა და ნარკოლოგიური დახმარების შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-13 მუხლი აყალიბებს ნარკოპოლიტიკის საკითხებზე მომუშავე საბჭოს:

1. ნარკოტიკული საშუალებებით უკანონო ვაჭრობისა და ნარკოტიკული საშუალებების უკანონო მოხმარების ქვეყნის მასშტაბით გავრცელების საწინააღმდეგოდ ეფექტური და კოორდინირებული უწყებათშორისი მუშაობის უზრუნველსაყოფად იქმნება ნარკოპოლიტიკის საკითხებზე მომუშავე საბჭო.
2. საბჭოს შემადგენლობა და საქმიანობის სფერო განისაზღვრება საბჭოს მიერ შემუშავებული დადგენილებით, რომელსაც ამტკიცებს საქართველოს პრეზიდენტი.

კომენტარი: ამ ინიციატივას საქართველოს ეროვნული ანტი-ნარკოტიკული სტრატეგია (2006 წ.) შეიცავდა. ეროვნული ნარკოპოლიტიკის გადახედვის, შემუშავებისა და განხორციელების მიზნით მაღალი დონის საბჭოს შექმნა მისასაღებელია. რეკომენდებულია, რომ საბჭოს წევრებს შორის იყვნენ არასამთავრობო ორგანიზაციები და აქტიური ნაბიჯები გადაიდგას პროცესში სამოქალაქო საზოგადოების ჩასართავად, რაც შესაბამისობაში იქნება „2008-ის მიღმა“ რეკომენდაციებთან (ვენის არასამთავრობო კომიტეტი ნარკოტიკულ საშუალებათა საკითხებზე, 2008 წ.). საბჭოს სამუშაო გეგმა უნდა მოიცავდეს არა მარტო ეროვნული ნარკო-კანონმდებლობის გადახედვასა და განახლებას, არამედ ასევე ახალი ეროვნული ანტი-ნარკოტიკული სამოქმედო გეგმისა და განახლებული ანტი-ნარკოტიკული სტრატეგიის შემუშავებასა და განხორციელებას.

ინიცირებული ცვლილება: „ნარკოტიკული საშუალებების, ფსიქოტროპული ნივთიერებების, პრეკურსორებისა და ნარკოლოგიური დახმარების შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-40 მუხლის მე-6 და მე-7 პუნქტები, რომლებიც საგაუდებლო მკურნალობას ეხება, უქმდება.

კომენტარი: ეს ცვლილება მისასაღებელია, რამეთუ მას შესაბამისობაში მოჰყავს საქართველო ადამიანის უფლებების დაცვის საერთაშორისოდ აღიარებულ სტანდარტებთან. ასევე აუცილებელია სამკურნალო სერვისების სფეროსა და სტანდარტების გაუმჯობესება. ამტკიცებდა რა, რომ მედიცინის აღიარებული პრინციპების თანახმად ნარკოტიკებზე დამოკიდებულების ნებისმიერი ტიპის მკურნალობა მტკიცებულებებზე დაფუძნებული უნდა იყოს, და რომ „იძულებითი დეტოქსიკაციის“ მიზნით პატიმრობა და/ან იზოლაცია სავარაუდოდ ვერ იქნება ეფექტური; UNODC-ის ყოფილი

აღმასრულებელი დირექტორი, ანტონიო კოსტა მიიჩნევდა, რომ არა-ნებაყოფლობითი მკურნალობა ან ტესტირება შეხებაში მოდის უფლებების ფართო სპექტრთან, რომელთა შორისაა ჯანმრთელობის უფლება, ადამიანის უფლება იყოს თავისუფალი არაადამიანური ან დამამცირებელი მოპყრობისგან; პერსონალური თავისუფლებისა და პირადი უსაფრთხოების უფლება, და პირად ცხოვრებაში თვითნებური ან უკანონო ჩარევისგან დაცვის უფლება (ა.მ. კოსტა, 2010წ., გვ. 11). მისი აზრით:

„ჯანმრთელობის უფლებასთან მიმართებაში ამოსავალი წერტილი იმაში მდგომარეობს, რომ ნებისმიერი მკურნალობა ან ნარკოტიკებზე ტესტირება სრულად ინფორმირების შედეგად მიღებულ თანხმობას უნდა ეფუძნებოდეს ... რაც შეეხება წამლადმოკიდებულების მკურნალობას, სერვისის მიღება ინფორმირებული თანხმობის უფლების (და მისი „ლოგიკური დასკვნის“, მკურნალობაზე უარის თქმის უფლების) შესაბამისად უნდა განხორციელდეს. პაციენტები არ უნდა დაუქვემდებარონ ნარკოტიკებზე დამოკიდებულებისგან იძულებით მკურნალობას. მხოლოდ საკუთარი თავის ან სხვების მიმართ მაღალი რისკის შემცველი, გამონაკლისი კრიზისული სიტუაციების დროს არის შესაძლებელი ხანმოკლე დროის განმავლობაში (როდესაც არსებობს ამის მკაცრი კლინიკური საჭიროება) იძულებითი მკურნალობის კონკრეტული პირობებისთვის მისადაგება. ასეთი სახის მკურნალობა კანონით უნდა იყოს განსაზღვრული და უნდა ექვემდებარებოდეს სასამართლოს მხრიდან განხილვას. იმ შემთხვევაში, როდესაც მკურნალობა შემოთავაზებულია, როგორც ნარკოტიკის ფლობისთვის/მოხმარებისთვის დაპატიმრების ან სადამსჯელო ზომის ალტერნატივა, მართალია აქ იძულების გარკვეული ხარისხი არსებობს, მაგრამ პაციენტი უფლებამოსილია უარი თქვას მკურნალობაზე და სანაცვლოდ სადამსჯელო ზომა აირჩიოს. თუმცა, ასეთი ზომების არსებობამ არასოდეს უნდა გამორიცხოს, საჭიროების შემთხვევაში, იმ პირების ხელმისაწვდომობა ნარკოტიკებზე დამოკიდებულებისგან შესაფერის მკურნალობაზე, რომლებიც დაპატიმრებულნი არიან ან რომელთა მიმართაც სხვა სახის სადამსჯელო ზომები იყო მიღებული“ (ა.მ. კოსტა, 2010წ., გვ. 11).

ინიცირებული ცვლილება: ცვლილებები იყო წარმოდგენილი სისხლის სამართლის კოდექსის 260-ე მუხლში. კანონმდებელმა განასხვავა ორი კატეგორია და დააწესა შედარებით რბილი სანქციები იმ პირებთან მიმართებაში, რომლებიც ფსიქო-აქტიურ ნარკოტიკულ საშუალებებს უკანონოდ ამზადებენ, აწარმოებენ, შეიძენენ, შეინახავენ, გადაზიდავენ ან თან იქონიებენ პირადი მოხმარების მიზნით, მაშინ, როდესაც სანქციები გამკაცრდა გასაღების მიზნით ჩადენილი იმავე ქმედებისთვის.

კომენტარი: ორ ჯგუფს შორის განსხვავება შესაბამისობაშია სხვა ქვეყნების პრაქტიკასა და გაეროს სახელმძღვანელო პრინციპებთან, და გათვალისწინებული უნდა იყოს პროპორციულობასთან დაკავშირებული საკითხებიც.

ინიცირებული ცვლილება: სისხლის სამართლის კოდექსის 274-ე მუხლი: იძულებითი მკურნალობისთვის თავის არიდება ამოღებულია.

კომენტარი: როგორც ეს ზემოთ იყო განხილული, აღნიშნული ცვლილება შესაბამისობაშია გაეროს სახელმძღვანელო პრინციპებთან.

ინიცირებული ცვლილება: ახლებურად არის ჩამოყალიბებული საქართველოს ადმინისტრაციულ სამართალდარღვევათა კოდექსის 45-ე მუხლი, რომელიც ითვალისწინებს სასჯელებს პირადი მოხმარების მიზნით ნარკოტიკული საშუალების მცირე ოდენობით უკანონო შენახვის, დამზადების, შექმნისა და ექიმის დანიშნულების გარეშე მოხმარებისთვის, მაშინ, როდესაც იგივე სამართალდარღვევის განმეორებით ჩადენისას სამართალდამრღვევს მიეცემა შესაძლებლობა გაიაროს მკურნალობა სასჯელის ფარგლებში გადახდილი თანხით; კერძოდ:

მუხლი 45. საქართველოში კონტროლს დაქვემდებარებული ფსიქო-აქტიური ნივთიერებების პირადი მოხმარების მიზნით მცირე ოდენობით უკანონო დამზადება, შექმნა, შენახვა ან ექიმის დანიშნულების გარეშე მოხმარება

საქართველოში კონტროლს დაქვემდებარებული ფსიქო-აქტიური ნივთიერებების პირადი მოხმარების მიზნით მცირე ოდენობით უკანონო დამზადება, შექმნა, შენახვა ან ექიმის დანიშნულების გარეშე მოხმარება, გამოიწვევს დაჯარიმებას 300 ლარის ოდენობით.

იგივე ქმედება, ჩადენილი განმეორებით, გამოიწვევს დაჯარიმებას 600 ლარის ოდენობით.

ამ მუხლის პირველი ნაწილით გათვალისწინებული სამართალდარღვევა, ჩადენილი ადმინისტრაციული სახდელის დადებიდან ერთი წლის განმავლობაში ორზე მეტ შემთხვევაში, გამოიწვევს:

- ა) დაჯარიმებას 2,000 ლარის ოდენობით; ან
- ბ) ადმინისტრაციულ პატიმრობას 30 დღემდე ვადით.

ამ მუხლის მე-3 ნაწილით გათვალისწინებული ჯარიმის გადახდისთანავე, დაჯარიმებულ პირს მიეცემა შესაძლებლობა გაიაროს მკურნალობის კურსი შესაბამის სპეციალურ სამედიცინო დაწესებულებაში ჯარიმის სახით გადახდილი თანხის სანაცვლოდ.

კომენტარი: ეს ცვლილება ემყარება პრეზუმფციას, რომ მკაცრი სანქციები ამცირებენ ნარკოტიკების მოხმარებას ნარკოტიკზე მოთხოვნის პირდაპირი შემცირების გზით. თუმცა, არსებობს ფაქტების ნაკლებობა იმის დასადასტურებლად, რომ დაპატიმრებისა და სანქციების შიში ხდება პიროვნების გადაწყვეტილების უმთავრესი ფაქტორი, მოიხმაროს თუ არა ნარკოტიკული საშუალებები; მაგალითად, ნარკოტიკების მოხმარების ტენდენციები ამსტერდამსა და სან ფრანცისკოში საკმაოდ ანალოგიური აღმოჩნდა, მიუხედავად ამ ქალაქებში არსებული მნიშვნელოვნად განსხვავებული სამართალდამცავი რეჟიმებისა (ფ. მენა და დ. ჰობსი, 2010წ., გვ. 68). უფრო სასურველი იქნებოდა შესაბამის საკონსულტაციო და მხარდამჭერი სერვისების შეთავაზებაზე გადართვა. პირველადი დანაშაულისთვის სამასი ლარი საკმაოდ დიდი თანხაა. პროპორციულობის საკითხთან დაკავშირებით კითხვების გაჩენასთან ერთად, არსებობს გაუთვალისწინებელი (არაწინასწარ განზრახული) შედეგის საფრთხე, რომ საჯარიმო თანხის მოპოვების მიზნით ნარკოტიკის ექსპერიმენტულად მოხმარებელი ახალგაზრდა ჩაებას დანაშაულებრივ საქმიანობაში.

ისეთ ნივთიერებათა და ნარკოტიკულ საშუალებათა სხვადასხვა სახეობას შორის განურჩევლობას (როგორცაა ჰეროინი), რომლებიც ზოგიერთ ქვეყანაში ჯანმრთელობისა და საჯარო წესრიგისთვის უფრო დიდი ზიანის მომტანად ითვლება, ვიდრე სხვები (როგორცაა კანაფი), შედეგად მოჰყვება ის, რომ განსხვავებულ ნარკოტიკებზე არის ერთნაირი რეაგირების მექანიზმები, მაშინ როცა, მაგ. ჰეროინის მოხმარება განსხვავებულად მკაცრ სადამსჯელო ზომას უნდა იწვევდეს. სხვა ქვეყნებში, როგორცაა გაერთიანებული სამეფო, პირველადი ან მცირე დანაშაულებისთვის (მაგალითისთვის, „ნაკლებად მძიმე“ ნარკოტიკული საშუალებები, ან დანაშაულები სხვა დამატებითი ფაქტორების გათვალისწინებით) მოძიებული იქნა სადამსჯელო ზომების სხვადასხვა ალტერნატივა, როგორცაა გაფრთხილება ან შეტყობინება, და საკონსულტაციო, მხარდამჭერი და სამკურნალო სერვისებში რეფერალები. რეკომენდებულია, რომ ახალი კანონმდებლობის ფარგლებში მოსამართლეებს გადაწყვეტილების მიღებისას ჰქონდეთ დისკრეციის უფლება მნიშვნელოვანი ხარისხით.

იგივე არგუმენტები ეხება მეორე ჯარიმასაც.

დაპატიმრების სანაცვლოდ მკურნალობაზე გადართვის ალტერნატივის შემოღება კარგი პრინციპია. ზოგიერთ ქვეყანაში, სისხლის სამართალწარმოების ბიუჯეტი ითვალისწინებს ნარკოტიკების მოხმარების ან ანალოგიური დანაშაულისთვის ბრალდებულ ან მსჯავრდებულ პირათვის წამალდამოკიდებულების მკურნალობის შესყიდვას, რადგან იგი დანაშაულის პრევენციისათვის გაცილებით იაფი და უფრო ეფექტური საშუალებაა ვიდრე დაპატიმრება. ნარკოტიკების მოხმარების ან ანალოგიური დანაშაულისთვის ბრალდების ან მსჯავრდების პერსპექტივის წინაშე მდგარი, ნარკოტიკებზე დამოკიდებული ბევრი ადამიანი, თუ მას მიეცემა არჩევანის უფლება, ნებაყოფლობით ამჯობინებს მკურნალობას, ვიდრე საპატიმროებში სასჯელის მოხდა. ახლანდელი ინიციატივით, ადამიანები შეძლებენ გადაიხადონ ჯარიმა და დაიწყოთ მკურნალობა, ვიდრე წავიდნენ ციხეში მესამედ დაპატიმრების შემთხვევაში. თუმცა, გაეროში მიაჩნიათ, რომ მკურნალობა ყველასთვის უნდა იყოს ხელმისაწვდომი, ვისაც კი ის ესაჭიროება (ა.მ. კოსტა, 2010წ., გვ. 10). არსებობს დადასტურებული ფაქტების საკმარისი რაოდენობა, რომლებიც მოწმობს, რომ ნარკოტიკებზე დამოკიდებულების ეფექტური მკურნალობა, რომელიც სისხლისსამართლებრივი სანქციების ალტერნატივად კლინიკურ ჩარევებს (სტაციონარული და ამბულატორიული) ითვალისწინებს, საგრძნობლად ზრდის გამოჯანმრთელების მაჩვენებელს, და ამასთან ამცირებს დანაშაულს და სისხლის სამართლის სფეროში მართლმსაჯულების განხორციელებასთან დაკავშირებულ დანახარჯებს. ორივე მხარე – პირები ნარკოტიკების მოხმარებით გამოწვეული აშლილობებით და საზოგადოება – გაუმჯობესებულ შედეგებს იღებს, თუკი ამას მხოლოდ სისხლისსამართლებრივი სანქციებით გამოწვეულ ეფექტს შევადარებთ. ამდენად რეკომენდებულია, რომ შესაბამის

სამკურნალო სერვისებზე გადართვა გათვალისწინებული იყოს ნარკოტიკებთან დაკავშირებული დანაშაულებისთვის მსჯავრდებული ყველა პირისთვის (UNODC, 2010წ.პ. გვ. 7).

გადართვასთან დაკავშირებულ ინიციატივას გარკვეული დამატებითი პრობლემები ახლავს თან, როგორცაა:

- ნარკოტიკული საშუალების ყველა მომხმარებელი არ საჭიროებს მკურნალობას;
- ყველა ნარკოტიკულ საშუალებაზე დამოკიდებულების მკურნალობა არ არსებობს, მაგალითად კანაფის მოხმარების;
- საქართველო განიცდის წამალდამოკიდებულების სამკურნალო სერვისების მიწოდების ნაკლებობას.

პატიმრობის ალტერნატივების შედარების მიზნით ჩატარებულმა ფინანსურმა მოდელირებამ უნდა გაითვალისწინოს, რომ საქართველოში იმ ადამიანთა უმრავლესობა, რომლებიც პატიმრობაში იმყოფებიან, სხვა სახის დანაშაულებს სავარაუდოდ არ ჩაიდენენ. ნარკოტიკებთან დაკავშირებული დანაშაულებისათვის მსჯავრდებული ადამიანების აბსოლუტური უმრავლესობა პატიმრობაშია ნარკოტიკების ან სხვა ფსიქო-აქტიური ნივთიერებების მცირე ოდენობით ფლობისთვის, გაყიდვის განზრახვის გარეშე (დ. ოთიაშვილი, პ. საროსი და გ.ლ. სომოვი, 2008წ., გვ. 6). საქართველოში, ნარკოტიკული დანაშაულებისთვის მსჯავრდებულთა თითქმის მეოთხედი ციხეში მხოლოდ ნარკოტიკების მოხმარებისთვის იმყოფება. ამდენად, ამ ადამიანებთან მიმართებაში სისხლის სამართალწარმოების ხარჯების შემცირებით შესაძლებელი გახდება ჯანმრთელობისა და სოციალური უზრუნველყოფის სამსახურებში პირდაპირი ინვესტიციების განხორციელება.

აღსანიშნავია, რომ ამჟამად საქართველოს კანონმდებლობაში არსებობს ციხის ალტერნატივის არჩევის შესაძლებლობა „საპროცესო შეთანხმების“ საფუძველზე, რომელიც ნარკოტიკული დანაშაულის ჩადენისათვის ბრალდებულ პირს საშუალებას აძლევს გადაიხადოს გარკვეული თანხა პატიმრობიდან გათავისუფლების სანაცვლოდ. ნარკოტიკების ერთი წლის განმავლობაში განმეორებით მოხმარებისათვის დაკავებულ პირს შეიძლება შესთავაზონ პატიმრობა ან სასამართლოს მიერ დადგენილი თანხის გადახდა (კანონი თანხის ზღვარს არ აწესებს. სასამართლოს მიერ დადგენილი ჯარიმა ერთ შემთხვევაში ძალზე მაღალი – 4,000 ლარი იყო).

ინიცირებული ცვლილება: საქართველოს ადმინისტრაციულ სამართალდარღვევათა კოდექსში ცვლილებები და დამატებები. კოდექსს ემატება შემდეგი შინაარსის 159¹⁰-ე მუხლი:

მუხლი 159¹⁰. საქართველოში კონტროლს დაქვემდებარებული ფსიქო-აქტიური ნივთიერებების პროპაგანდა ან რეკლამირება ან მათი დამზადების, მოხმარების, გამოყენებისა და შექმნის ადგილების შესახებ ინფორმაციის გავრცელება:

1. ფიზიკური პირის მიერ საქართველოში კონტროლს დაქვემდებარებული ფსიქო-აქტიური ნივთიერებების პროპაგანდა ან რეკლამირება ან მათი დამზადების, მოხმარების, გამოყენებისა და შექმნის ადგილების შესახებ ინფორმაციის გავრცელება, გამოიწვევს დაჯარიმებას 500 ლარის ოდენობით.
2. იგივე ქმედება, ჩადენილი იურიდიული პირის მიერ, გამოიწვევს დაჯარიმებას 5,000 ლარის ოდენობით.

კომენტარი: როგორც დისკუსიებზე აღინიშნა, მოცემული ცვლილება ძირითადად მიზნად ისახავს მედიაში ნარკოტიკების უკანონო მოხმარების პირდაპირი ან ირიბი პროპაგანდის პრევენციას.

სასარგებლო იქნებოდა, თუ კანონით საჯარო მოხელეებს დაავალდებულებს უზრუნველყოს ადეკვატური ინფორმაციის მიწოდება და ადრეული გამაფრთხილებელი სისტემების უზრუნველყოფა, განსაკუთრებით კი ახლად აღმოცენებული ნივთიერებების შესახებ.

ოფიციალური პირები მკაფიოდ ადასტურებენ, რომ ცვლილების მიზანი არანაირად არის ზიანის შემცირების თაობაზე საინფორმაციო გზავნილების მიწოდებისათვის ბარიერების შექმნა; მაგ. გზავნილი უსაფრთხო ინექციების შესახებ. რეკომენდებულია, რომ ეს გარანტიები აისახოს მიღებული კანონმდებლობაში. თუმცა, ცვლილებას არაგანზრახ შედეგად შეიძლება ის მოყვეს, რომ სისხლისსამართლებრივი დევნის შიშის გამო ჯანმრთელობისა და ნარკოტიკულ სფეროში კონსულტაციებისა და სერვისის მიწოდებლებმა თვით-ცენზურა განახორციელონ.

5. საქართველოს ანტი-ნარკოტიკული სტრატეგიის გადახედვის შესახებ შეთავაზება

5.1 კონტექსტი

ანტონიო კოსტა, UNODC-ის ყოფილი აღმასრულებელი დირექტორი წერდა, რომ ნარკოპოლიტიკა „ჯანმრთელობის, უსაფრთხოების, განვითარებისა და მართლმსაჯულების თანაკვეთის წერტილს“ უნდა ეფუძნებოდეს (UNODC, 2010წ., გვ. 4). ნარკო-სტრატეგიები უნდა უზრუნველყოფდეს, რომ ნარკოტიკების მომხმარებლებს ხელი მიუწვდებოდეთ წამალდამოკიდებულების მკურნალობის სერვისებზე და დაავადებულ ადამიანებს კი ხელი მიუწვდებოდეთ მედიკამენტებზე, რომელთაც ტკივილისა და ტანჯვის შემსუბუქება შეუძლიათ. სტრატეგიები ასევე უნდა შეიცავდეს ინტერვენციის ზომებს ნარკოტიკებით უკანონო ვაჭრობისა და მიწოდების ორგანიზებული დანაშაულის აღსაკვეთად. რაც ყველაზე მთავარია, კოსტას აზრით ჩვენ ნარკოტიკების კონტროლი ადამიანის უფლებების დაცვის ჩარჩოებში უნდა მოვაქციოთ, რაც იმას გულისხმობს, რომ უნდა შეიცვალოს პრაქტიკა, რომლითაც ნარკოტიკების მომხმარებელი მილიონობით ადამიანი (მათ შორის ბავშვები) ციხეშია იმის ნაცვლად, რომ სამკურნალო სერვისებს იღებდეს. ეს ასევე გულისხმობს, რომ ნარკოტიკული დანაშაულების ჩადენისთვის დაპატიმრებულებს სამართლიანად და ადამიანურად უნდა მოექცნენ. ყველა ეს პრინციპი შეიძლება კარგად გაითვალისწინოს საქართველოს ნარკოპოლიტიკამ.

საქართველოს ამჟამინდელი ანტი-ნარკოტიკული სტრატეგია 2006 წელს დაიწერა და ის პარლამენტმა 2007 წლის თებერვალში დაამტკიცა. ამის შემდგომ პერიოდში ქვეყანამ გამოწვევების მთელი რიგი გამოიარა, მათ შორის რუსეთთან ომი. მართალია, არსებობდა ნარკოტიკების პრობლემის მოგვარების უფრო სტრატეგიული და ყოვლისმომცველი მიდგომისკენ გადაზრით აშკარა დაინტერესება, მაგრამ აშშ სახელმწიფო დეპარტამენტის საერთაშორისო ნარკოტიკებისა და სამართალდამცავ ორგანოთა საკითხების ბიუროს (INL) ანგარიშის თანახმად, “2007 წელს საქართველოს პარლამენტის მიერ მიღებული ეროვნული ანტი-ნარკოტიკული სტრატეგია მხოლოდ ძირითად პრიორიტეტებს განსაზღვრავს; მასში არ არის გადმოცემული იმპლემენტაციის პროცესის კონკრეტული ქვეყანაში ზოგადად პრობლემურია ნარკოტიკებთან დაკავშირებულ საკითხებზე მომუშავე დაწესებულებებს შორის კოორდინაცია. სახეზეა ნარკოტიკების სისტემური პრევენციული ზომების ნაკლებობა; მკურნალობის მეთოდები იმგვარად არის შემუშავებული, რომ ცოტა ან არავითარი ყურადღება არ ეთმობა დეტოქსიკაციის შემდგომ სოციალურ რეაბილიტაციას. ინფორმაცია საშიშ ნარკოტიკულ საშუალებათა შესახებ არაადეკვატურია, ხოლო ნარკოტიკების მოხმარების შესახებ სტატისტიკური მონაცემები კი შეზღუდული და არასაიმედო“ (INL, 2011წ., გვ. 257).

ნარკოტიკების საკითხებზე მომუშავე ეროვნული საბჭოს ჩამოყალიბებასა და სამართლებრივი ნორმების გადახედვის პროცესში პოლიტიკის ძირითად შემქმნელთა ჩართვასთან ერთად ახლა დროული იქნებოდა სტრატეგიის გადახედვა ამჟამინდელი მდგომარეობის კონტექსტში საერთაშორისო პრინციპების, დაინტერესებისა და გამოცდილების გათვალისწინებით. ახალი ანტი-ნარკოტიკული სტრატეგიის შემუშავებისას სასარგებლო იქნებოდა არსებული ანტი-ნარკოტიკული სტრატეგიის გათვალისწინება, პრიორიტეტების გადახედვა და ე.წ. SMART (კონკრეტული, გაზომვადი, მიღწევადი, რელევანტური და დროში შეზღუდული) სამიზნეების დადგენა და მათ მისაღწევად შესაბამისი სრულფასოვანი სამოქმედო გეგმის შემუშავება.

5.2 დროის შეთავაზებული პერიოდი

როგორც წესი, ეროვნული ანტი-ნარკოტიკული სტრატეგიების განხორციელება ოთხიდან რვა წლამდე გრძელდება. აქედან გამომდინარე არსებობს შემოთავაზება, რომლის მიხედვით საქართველომ უნდა დაგეგმოს 2013-18 წლებზე გათვლილი ახალი ანტი-ნარკოტიკული სტრატეგიის მიღება, რომლის განხორციელებასაც ხელს შეუწყობს 2013-2015 წლების წინასწარი სამწლიანი სამოქმედო გეგმა. ეს შესაბამისობაში იქნებოდა ევროკავშირის დაგეგმარებით პროცედურებთან. დღეიდან 2012 წლის დასასრულამდე შეიძლება ადგილი ჰქონდეს საქართველოში არსებული ვითარების სისტემატურ ანალიზს, მათ შორის კი ამჟამინდელი სტრატეგიის მიღებიდან დღემდე მიღწეული პროგრესის შესახებ. შესაძლებელია ასევე სამუშაოების წარმოება დღევანდელი ვითარების შეფასებასთან, ახალი გეგმის შემუშავების პროცესისა და მის შინაარსთან დაკავშირებით კონსენსუსის მისაღწევად. დროში განსაზღვრული სამუშაო გრაფიკის შემუშავებისას გათვალისწინებული უნდა იქნეს ქვეყნისათვის სხვა მნიშვნელოვანი თარიღები და ფაქტორები, მაგალითად, როგორცაა არჩევნები.

EMCDDA-ის თანახმად (2010წ.), ნარკოპოლიტიკის დოკუმენტების განახლება კომპლექსური პროცესია, რომელიც რამდენიმე ნაბიჯს მოიცავს და როგორც წესი, ექვსი თვიდან ორ წლამდე პერიოდი გრძელდება. ძირითადი ნაბიჯებია:

1. არსებული ან უკანასკნელ პერიოდში დასრულებული სტრატეგიის ან სამოქმედო გეგმის საბოლოო შეფასება, მათ შორის ეპიდემიოლოგიური და სხვა მონაცემების ანალიზი.
2. პროცესის ძირითად მონაწილეებთან, ზოგჯერ საზოგადოებასთან კონსულტირება ახალი პოლიტიკის შემუშავების სტადიაზე.
3. შემუშავებული ნარკო-სტრატეგიების და სამოქმედო გეგმების სამუსაო ვერსიების წარდგენა სხვადასხვა სამთავრობო უწყებებისადმი და სამინისტროებისადმი, მათი როლის კოორდინირების მიზნით.
4. მთავრობის ან პარლამენტის მიერ პოლიტიკის დოკუმენტის დამტკიცება.

5.3 ქართული სტრატეგიული მიზნებისა და ევროკავშირის პრიორიტეტების მისადაგება

გაეროს კონვენციების შესაბამისად, სახელმწიფოებმა ნარკოტიკებთან დაკავშირებული პრობლემა გლობალური პერსპექტივიდან უნდა განიხილონ. ამის გათვალისწინებით, გონივრული იქნებოდა, თუკი გადახედვის შედეგად საქართველოს ანტი-ნარკოტიკული სტრატეგია ნარკოტიკების საკითხებზე ევროკავშირის სამოქმედო გეგმას მიესადაგებოდა. ნარკოტიკების საკითხებზე ევროკავშირის 2009-2012 წლების სამოქმედო გეგმით (2008წ.) განისაზღვრა ხუთი პრიორიტეტული სფერო, რომლებიც კარგად თავსდება საქართველოს 2006 წლის ეროვნული ანტი-ნარკოტიკული სტრატეგიის სტრატეგიულ მიზნებში, როგორც ეს ქვემოთ არის მოცემული:

ცხრილი 1. ქართული სტრატეგიული მიზნებისა და ევროკავშირის პრიორიტეტების მისადაგება

ევროკავშირის პრიორიტეტი	საქართველოს სტრატეგიული მიზანი
1. კოორდინაციისა და თანამშრომლობის გაუმჯობესება და საზოგადოებრივი ინფორმირებულობის ამაღლება	<ul style="list-style-type: none"> • საზოგადოებრივი ძალისხმევის მობილიზება ნარკომანიის გავრცელების შეზღუდვის მიზნით • ნარკოტიკების მიწოდებისა და მოთხოვნის შეზღუდვაზე მომუშავე ორგანიზაციების მატერიალურ-ტექნიკური ბაზისა და პროფესიული კადრებით დაკომპლექტების გაუმჯობესების ხელშეწყობა
2. ნარკოტიკებზე მოთხოვნის შემცირება	<ul style="list-style-type: none"> • ნარკოტიკების მოხმარების გავრცელებაზე შეზღუდვის დაწესება, როგორც მთავრობის ერთ-ერთი ძირითადი პრიორიტეტული სტრატეგია • საქართველოს მოსახლეობაში ნარკოტიკების მოხმარების შემცირება • ნარკოტიკების მოხმარების პრევენცია მოზარდებსა და ახალგაზრდებს შორის • ნარკოტიკებზე დამოკიდებული პირებისთვის მკურნალობის, სამედიცინო და სოციალური რეაბილიტაციისა და რეინტეგრაციის ეფექტური სისტემის ამუშავება • ნარკოტიკების მოხმარებით გამოწვეული ჯანმრთელობისა (აივ/შიდსი, ჰეპატიტი, სიკვდილიანობა, ა.შ.) და სოციალური ზიანის შემცირება • ნარკოტიკებისგან თავისუფალი ცხოვრების სტილის ხელშეწყობა
3. ნარკოტიკების მიწოდების შემცირება	<ul style="list-style-type: none"> • სამართალდამცავი სტრუქტურების კოორდინირებული მოქმედების გაძლიერება ნარკოტიკებზე ხელმისაწვდომობის შემცირების მიზნით

	<ul style="list-style-type: none"> • ნარკოტიკების მოხმარების მარეგულირებელი საკანონმდებლო ბაზის ოპტიმიზაცია და მისი ამჟამად არსებულ მოთხოვნებსა და საჭიროებებთან შესაბამისობაში მოყვანა
4. საერთაშორისო თანამშრომლობის გაუმჯობესება	<ul style="list-style-type: none"> • ეროვნულ და საერთაშორისო დონეზე ანტი-ნარკოტიკულ ძალისხმევათა კოორდინაციის დონის ამაღლება
5. პრობლემის უკეთ აღქმა	<ul style="list-style-type: none"> • ინტეგრირებული სისტემის გაუმჯობესება და განვითარება, ინსტიტუციონალიზაცია და ეფექტური ფუნქციონირება ნარკოტიკების მიწოდების, მათზე მოთხოვნისა და მათი მოხმარების შედეგებზე მონიტორინგის მიზნით

5.4 ფუნდამენტური პრინციპების მიმოხილვა

ქვემოთ მოცემულია ძირითადი პრინციპები, რომლებსაც საქართველოს არსებული ანტი-ნარკოტიკული სტრატეგია ეფუძნება. ახლა საჭიროა მათი გადახედვა იმის დასადგენად, თუ რამდენად უცვლელი რჩება ფუნდამენტური მნიშვნელობის საკითხები.

5.4.1 მიზანი

საქართველოს ანტი-ნარკოტიკული სტრატეგიის მთავარი მიზანია საქართველოს ტერიტორიაზე ნარკოტიკების უკანონო ბრუნვის, გავრცელებისა და მათგან გამომდინარე უარყოფითი შედეგების შემცირება.

5.4.2 ფასეულობები

საქართველოს ანტი-ნარკოტიკული სტრატეგიის თანახმად, ის შემდეგ ძირითად ფასეულობებს ეფუძნება:

- პიროვნების ჰარმონიული განვითარების ხელშეწყობა;
- პიროვნული უსაფრთხოების დაცვა;
- ადამიანური ღირსების პატივისცემა;
- საზოგადოების განათლებისა და განვითარების ხელშეწყობა;
- ადამიანის უფლებების დაცვა;
- ოჯახური უსაფრთხოების დაცვა;
- ბავშვთა უფლებების დაცვა.

5.4.3 ფუნდამენტური პრინციპები

სტრატეგიის თანახმად, ფუნდამენტურ პრინციპებად აღიარებულია შემდეგი:

- ერთიანი და დაბალანსებული მიდგომა;
- დადასტურებული, მტკიცებულებებზე დაფუძნებული მიდგომები – კვლევებით გამყარებული;
- ადგილობრივი, ეროვნული და საერთაშორისო პარტნიორული მიდგომები;
- ეფექტური საჯარო კომუნიკაცია;

- გრძელვადიანი დაგეგმარება.

5.4.4 პრიორიტეტული სამიზნე ჯგუფები და პრიორიტეტული სფეროები

სტრატეგიის მიხედვით, განისაზღვრა რამდენიმე პრიორიტეტული პრიორიტეტული სამიზნე ჯგუფი და პრიორიტეტული სფეროები (იხ. ცხრილი 2).. უნდა გადაწყდეს, დარჩეს უნდა თუ არა ეს ჯგუფები და სფეროები უცვლელად და რას გულისხმობს ეს ქმედებების კუთხით.

ცხრილი 2. პრიორიტეტული სამიზნე ჯგუფები და პრიორიტეტული სფეროები

პრიორიტეტული სამიზნე ჯგუფები	პრიორიტეტული სფეროები
<ul style="list-style-type: none"> • ბავშვები და ახალგაზრდები • ქალები • ადამიანები „ორმაგი დიაგნოზით“ (ნარკოტიკებით გამოწვეული და მენტალური ჯანმრთელობის პრობლემები) • აივ-ინფიცირებული სრულწლოვნები • ციხეებში მყოფი ნარკომანები 	<ul style="list-style-type: none"> • ნარკომანიის პირველადი პრევენცია • ნარკოტიკებზე დამოკიდებულ პირთა მკურნალობა და რეაბილიტაცია • ნარკოტიკებით გამოწვეული ზიანის შემცირება • ნარკოტიკების მიწოდების შემცირება • პროფესიული კადრების სწავლება • საზოგადოებასთან ეფექტური კომუნიკაცია • საერთაშორისო თანამშრომლობა • მონიტორინგი და კვლევა

ახალი ანტი-ნარკოტიკული სტრატეგია უნდა იყოს მოკლე და შემდეგი შინაარსის შემცველი:

- იმ საქმიანობის მოკლე აღწერა – რეზიუმე, რომელსაც მთავრობა განახორციელებს და დაუჭერს მხარს იმისათვის, რომ მიღწეული იქნას დასახული ამოცანები;
- ამ საქმიანობებზე პასუხისმგებელი სამმართველოების ან უწყებების ჩართულობა და თანამშრომლობა;
- მთავრობის მიერ ამ საქმიანობებზე დასახარჯად გამოყოფილი რესურსების რაოდენობა;
- სტრატეგიის ფარგლების, ვადებისა და იმის ნათლად გადმოცემა, თუ როგორ და როდის გაიზომება მისი პროგრესი.

ახალ სამოქმედო გეგმაში დეტალურად უნდა იყოს მოცემული, თუ როგორ უნდა მოხდეს სტრატეგიის რეალური იმპლემენტაცია; რა ამოცანები და სამიზნეები ექნება სტრატეგიას და როგორ მოხდება მიღწევების გაზომვა/შეფასება; უნდა განისაზღვროს პასუხისმგებლობებით და მართვის სისტემა; განისაზღვროს დაფინანსების სქემები, შესრულების ინდიკატორები და დადგინდეს სტრატეგიის რევიზიის/გადახედვის მიდგომები.

6 შემოთავაზებული პრიორიტეტები შემდგომი ნაბიჯებისათვის

ქვემოთ შემოთავაზებულია პრიორიტეტები კოორდინაციისა და თანამშრომლობის გაუმჯობესებისა და საზოგადოებრივი ცნობიერების ამაღლების, ნარკოტიკებზე მოთხოვნის შემცირებისა და პრობლემის უკეთ აღქმის სფეროებისთვის. წინამდებარე ანგარიშში დროის ზუსტი განრიგის მითითება შეუძლებელია, რამდენადაც შესაძლოა მრავალი მიმართულებით მუშაობა უკვე მიმდინარეობს; თუმცა საჭიროა გაიწეროს დეტალური გეგმა და მოსალოდნელი დანახარჯების გათვლები; გეგმაში მკაფიოდ უნდა იქნეს ჩამოყალიბებული აქტივობების განხორციელების საბოლოო ვადები და განისაზღვროს პასუხისმგებლობები.

ცხრილი 3. შემოთავაზებული პრიორიტეტები შემდგომი ნაბიჯებისათვის

სტრატეგიული თემა	პრიორიტეტული ნაბიჯი	შენიშვნა
<p>კოორდინაციისა და თანამშრომლობის გაუმჯობესება და საზოგადოებრივი ცნობიერების ამაღლება</p> <ul style="list-style-type: none"> საზოგადოებრივი ძალისხმევის მობილიზება ნარკომანიის გავრცელების შეზღუდვის მიზნით ნარკოტიკების მიწოდებისა და მოთხოვნის შეზღუდვაზე მომუშავე ორგანიზაციების მატერიალურ-ტექნიკური ბაზისა და პროფესიული კადრებით დაკომპლექტების გაუმჯობესების ხელშეწყობა 	<p>სამთავრობო ვებ-გვერდის შექმნა, რათა საზოგადოებას მიწოდოს სანდო ინფორმაცია ნარკოტიკებისა და ნარკოტიკულ სფეროში არსებული სამსახურების შესახებ</p>	<p>საზოგადოება კარგად ინფორმირებული უნდა იყოს ნარკოტიკების, მათგან გამოწვეული ზიანისა და იმის შესახებ, თუ სად შეიძლება დახმარების მიღება.</p>
	<p>კადრების პროფესიული განვითარებისათვის საშუალო ადგილებისა და სწავლებისა და რესურსების მინიმალური ეროვნული სტანდარტების ჩამოყალიბება</p>	<p>საჭიროა ინვესტიცია იმის უზრუნველსაყოფად, რომ გაწეული სერვისები იყოს ეფექტური და მოხდეს ამ საკითხზე მომუშავე კადრების პროფესიული შესაძლებლობების გაძლიერების მხარდაჭერა.</p>
<p>ნარკოტიკებზე მოთხოვნის შემცირება</p> <ul style="list-style-type: none"> ნარკოტიკების მოხმარების გავრცელებაზე შეზღუდვის დაწესება, როგორც მთავრობის ერთ-ერთი ძირითადი პრიორიტეტული სტრატეგია 	<p>პრევენციის, მკურნალობისა და მზრუნველობის არსებული სერვისების ხელმისაწვდომობის და ხარისხის შეფასება/გადახედვა საერთაშორისო დონეზე დადასტურებული ეფექტური პრაქტიკის გათვალისწინებით</p>	<p>პრევენციის სტრატეგია უნდა შეიცავდეს:</p> <ul style="list-style-type: none"> საყოველთაო მიდგომებს, მიმართულს ყველა ჯგუფზე; შერჩევით მიდგომებს, მიმართულს კონკრეტულ რისკ ჯგუფებზე; მიდგომებს, მიმართულს გამოვლენილი რისკ

<ul style="list-style-type: none"> საქართველოს მოსახლეობაში ნარკოტიკების მოხმარების შემცირება ნარკოტიკების მოხმარების პრევენცია მოზარდებსა და ახალგაზრდებს შორის ნარკოტიკებზე დამოკიდებული პირებისთვის მკურნალობის, სამედიცინო და სოციალური რეაბილიტაციისა და რეინტეგრაციის ეფექტური სისტემის ამუშავება ნარკოტიკების მოხმარებით გამოწვეული ჯანმრთელობისა (აივ/შიდსი, ჰეპატიტი, სიკვდილიანობა, ა.შ.) და სოციალური ზიანის შემცირება ნარკოტიკებისგან თავისუფალი ცხოვრების სტილის ხელშეწყობა 		<p>ფაქტორების მქონე პირებზე.</p> <p>მკურნალობა უნდა ეფუძნებოდეს მტკიცებულებებს და ორიენტირებული უნდა იყოს ნარკოტიკის მოხმარებაზე დამოკიდებულ მომხმარებლებზე (ვანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია „ნარკოტიკის მოხმარებაზე დამოკიდებულებას“ განმარტავს, როგორც ნარკოტიკების გაკეთების ძლიერ სურვილს ან ძალდატანებას, ნარკოტიკების მოხმარების გაკონტროლებაში განცდილ სირთულეებს, მოხმარების ფიზიოლოგიური მოთხოვნების მდგომარეობას, ტოლერანტობას, ალტერნატიული სიამოვნების ან ინტერესების პროგრესულ უგულებელყოფას, და ნარკოტიკების მოხმარების გაგრძელებას მიუხედავად მათგან გამოწვეული აშკარად საზიანო შედეგების ნათელი დადასტურებისა).</p> <p>მკურნალობა მოაზრებული უნდა იყოს, როგორც სერვისების კომპლექსის ის ნაწილი, რომელიც მხარს უჭერს პიროვნების განკურნებასა და საზოგადოებაში რეინტეგრაციას. ის უნდა შეიცავდეს:</p> <ul style="list-style-type: none"> • დეტოქსიკაციას • ჩანაცვლებით თერაპიას • ფსიქო-სოციალურ ჩარევებს • ურთიერთდახმარების და მხარდაჭერის ჯგუფებს <p>გარკვეული სამკურნალო პრაქტიკა არ უნდა იყოს განხორციელებული:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ელექტრო-კონვულსიური თერაპია • იძულებითი დეტოქსიკაცია • ფიზიკურ ან ფსიქოლოგიურ დასჯაზე ან თავისუფლების აღკვეთაზე დაფუძნებული რეჟიმები <p>სამკურნალო სისტემები იმგვარად უნდა იყოს</p>
---	--	--

		<p>ორგანიზებული, რომ უბიძგებდეს პიროვნებებს მკურნალობაზე დათანხმებისკენ. მკურნალობაზე ხელმისაწვდომობის გზები უნდა მოიცავდეს:</p> <ul style="list-style-type: none"> • თვით-იდენტიფიკაციას და სერვისებში თვითდინებას • ჯანდაცვისა და სოციალური სამსახურების ზოგადი სტრუქტურების მეშვეობით იდენტიფიკაციას • სპეციალიზირებული ნარკოტიკული საკონსულტაციო ცენტრების ან საველე სამსახურების მეშვეობით იდენტიფიკაციას • სისხლის სამართალწარმოების სისტემის მეშვეობით იდენტიფიკაციას <p>ზიანის შემცირების სერვისები უნდა მოიცავდეს:</p> <ul style="list-style-type: none"> • შპრიცების გაცვლის პროგრამებს • საინექციო ოთახების მოწყობას • ზელოზირების რისკის შემცირების პროგრამებს • ნარკოტიკებზე დამოკიდებულების მკურნალობას • აივ ინფექციის და სქესობრივი გზით გადამდები სხვა დაავადებების პრევენციასა და მკურნალობას • B და C ჰეპატიტების პრევენციასა და მკურნალობას • ტუბერკულოზის პრევენციასა და მკურნალობას <p>განსაკუთრებული ყურადღება უნდა დაეთმოს მოწყვლადი ჯგუფების, მათ შორის ახალგაზრდების, ქალებისა და ეთნიკური უმცირესობების საჭიროებათა მხარდაჭერას.</p>
	<p>პრევენციის, მკურნალობისა და მზრუნველობის სერვისების უზრუნველსაყოფად მინიმალური სტანდარტების დადგენა</p>	<p>№3 დანართში მაგალითების სახით მოცემულია შპრიცების გაცვლის პროგრამების და ოპიოიდებზე დამოკიდებულების დეტოქსიკაციის სერვისებისათვის გასათვალისწინებელი შესაძლო მინიმალური</p>

		სტანდარტები.
	სერვისის მიმწოდებლებთან კონტრაქტების გაფორმება, მათ შორის მონიტორინგის ჩატარების მოთხოვნათა გათვალისწინებით	არსებითი მნიშვნელობისაა იმის უზრუნველყოფა, რომ ყველა მიწოდებული სერვისი იყოს როგორც მტკიცებულებებზე დაფუძნებული, ასევე ეთიკური.
	სერვისებით მოცვის ეროვნული სამიზნეების განსაზღვრა და მონიტორინგისა და შეფასების სისტემის ჩამოყალიბება	სანდო, საბაზისო ინდიკატორების დადგენა, რათა სამიზნეები SMART-ის პრინციპებს შეესაბამებოდეს.
<p>პრობლემის უკეთ აღქმა</p> <ul style="list-style-type: none"> ინტეგრირებული სისტემის გაუმჯობესება და განვითარება, ინსტიტუციონალიზაცია და ეფექტური ფუნქციონირება ნარკოტიკების მიწოდების, მათზე მოთხოვნისა და მათი მოხმარების შედეგებზე მონიტორინგის მიზნით 	საქართველოში ნარკოტიკებთან დაკავშირებული ამჟამინდელი მდგომარეობის შესაფასებლად დამოუკიდებელი კვლევის და ანგარიშის დაკვეთა	<p>გამოყენებული უნდა იყოს EMCDDA-ის სახელმძღვანელო პრინციპები,</p> <p>მათ შორის:</p> <ul style="list-style-type: none"> • მოხმარებული ნარკოტიკები, ვის მიერ და სად; • ეპიდემიოლოგია, მათ შორის: <ul style="list-style-type: none"> - ინექციური ნარკოტიკების მოხმარებასთან დაკავშირებული ინფექციებისა (მაგალითად C ჰეპატიტი) პრევალენტობა და ინციდენტობა; სხვა პრობლემების, მაგ. ზედოზირების მაჩვენებლების შეფასება, მათი გავრცელების დონეების განსაზღვრა (მაგალითად ზედოზირების შემთხვევები); - რაოდენობრივი მაჩვენებლები; დემოგრაფიული მონაცემები, მოხმარებული ნარკოტიკების სახეობები და ინექციური ნარკოტიკების მოხმარებელთა სხვა მახასიათებლები (მაგალითად სექსმუშაკთა ან უსახლკარო ადამიანთა რაოდენობა); - პრევენციული სერვისების გაწევა – სერვისებით მოცვა; სერვისების შინაარსობრივი მხარე და ბიუჯეტი;

		<ul style="list-style-type: none"> - მკურნალობის სერვისების გაწევა – სერვისებით მოცვა; სერვისების შინაარსობრივი მხარე და ბიუჯეტი; - სისხლის სამართლის სისტემის ინტერვენციები - მოცვა, შინაარსობრივი მხარე და ბიუჯეტი.
	ნარკოტიკების შესახებ ეროვნული საინფორმაციო სისტემის შექმნა, რათა უზრუნველყოფილი იყოს მონიტორინგზე დაფუძნებული კომპლექსური, ობიექტური და სანდო ინფორმაციის მიწოდება ნარკოტიკების, ნარკოტიკების მოხმარების, შედეგებისა და საპასუხო სერვისების თაობაზე	წინამდებარე პროექტის ფარგლებში მიმოხილული ყველა ღონისძიებისა და ჩატარებული დისკუსიების შედეგად გამოიკვეთა საქართველოში სანდო ინფორმაციის ნაკლებობის აქტუალურობა.
	საქართველოს არსებული ანტი-ნარკოტიკული სტრატეგიის მიღწევების შეფასება	ეს საჭიროა შემდგომი ნაბიჯების დასაგეგმად.
	საქართველოს ანტი-ნარკოტიკული სტრატეგიისა და სამოქმედო გეგმის გადახედვა და ახალი სტრატეგიისა და გეგმის შემუშავება	ამაში უნდა ჩაერთოს ძირითად აქტორთა ფართო სპექტრი სამთავრობო და არასამთავრობო სექტორებიდან და მისი მიზანი უნდა იყოს ევროკავშირის სტრატეგიებისა და სამოქმედო გეგმისთან შესაბამისობაში მოყვანა თვისობრივად და განხორციელების ვადების თვალსაზრისით.
	განისაზღვროს პროცესი, რომლის მიხედვით მოხდება ნებისმიერი საკანონმდებლო ცვლილების გავლენის შეფასება და/ან შემდგომი საკანონმდებლო ცვლილებისათვის რეკომენდაციების შემუშავება	ამაში უნდა ჩაერთოს დაინტერესებულ მხარეებთან ფართო სპექტრი სამთავრობო და არასამთავრობო, სისხლის სამართლის სისტემისა და ნარკოტიკების მომხმარებელთა წარმომადგენლების ჩათვლით.

ბიბლიოგრაფია

- Allen, L., Trace, M. & Klein, A. 2004, *Decriminalisation of drugs in Portugal: a current overview*, The Beckley Foundation Drug Policy Programme, London.
- ლ. ალენი, მ. ტრეისი და ა. კლეინი, *ნარკოტიკების დეკრიმინალიზაცია პორტუგალიაში: არსებული ვითარების მიმოხილვა*, ბეკლის ფონდის ნარკოპოლიტიკის პროგრამა, ლონდონი.
- Alternative Georgia 2010, *How effective street drug testing is?*, Tbilisi.
- ალტერნატივა საქართველო 2010, *რამდენად ეფექტურია ქუჩაში ნარკოტიკებზე ტესტირება?*, თბილისი.
- APF/TNI 2008, *Report: APF/TNI Expert Meeting, 16 October 2008, European Parliament, Brussels*, Brussels.
- APF/TNI 2008, *ანგარიში: APF/TNI-ის ექსპერტთა შეხვედრა, 2008 წლის 16 ოქტომბერი, ევროპის პარლამენტი, ბრიუსელი*, ბრიუსელი.
- Balanchivadze, N., Otiashvili, D., Shoshikelashvili, A., Lomidze, G. & Talakvadze, A. 2009, *Shadow Report: Georgia 1998-2008*, Eurasian Harm Reduction Network, Tbilisi.
- ნ. ბალანჩივაძე, დ. ოთიაშვილი, ა. შოშიკელაშვილი, გ. ლომიძე და ა. თალაკვაძე, 2009, *ჩრდილოეთი ანგარიში: საქართველო 1998-2008*, ზიანის შემცირების ევრაზიული ქსელი, თბილისი.
- Bhattacharji, R. 2010, "Soft war on drugs." *Frontline*, vol. 27, no. 9. Retrieved February 5, 2011, from <http://www.idpc.net/publications>
- რ. ბატჩარჯი, 2010, „რბილი ომი ნარკოტიკების წინააღმდეგ“, *Frontline*, ტ. 27, №9, მოძიებული 2011 წლის 5 თებერვალს შემდეგ მისამართზე <http://www.idpc.net/publications>
- Blickman, T & Jelsma, M. 2009, *Drug policy reform in practice: Experiences with alternatives in Europe and the US*, Transnational Institute & Nueva Sociedad, Amsterdam.
- ტ. ბლიკმენი და მ. ჯელსმა, 2009, *ნარკოპოლიტიკის რეფორმა პრაქტიკაში: გამოცდილება ალტერნატივებით ევროპასა და აშშ-ში*, ტრანსნაციონალური ინსტიტუტი და ნუევა სოსიედადი, ამსტერდამი.
- Canadian HIV/AIDS Legal Network 2006, *Legislating on Health and Human Rights: Model Law on Drug Use and HIV/AIDS Module 1: Criminal law issues*, Toronto.
- აივ/შიდსის კანადური სამართლის ქსელი, 2006, *კანონშემოქმედება ჯანდაცვისა და ადამიანის უფლებების დაცვის სფეროში: სამოდელო კანონი ნარკოტიკების მოხმარების შესახებ და აივ/შიდსის მოდული №1: სისხლის სამართლის საკითხები*, ტორონტო.
- Costa, A.M. 2010, *Drug control, crime prevention and criminal justice: A Human Rights perspective: Note by the Executive Director UNODC*, Commission on Narcotic Drugs, 53rd session, Vienna.
- ა.მ. კოსტა, 2010, *ნარკოტიკების კონტროლი, დანაშაულის პრევენცია და სისხლის სამართალწარმოება: ადამიანის უფლებების პერსპექტივა: UNODC-ის აღმასრულებელი დირექტორის სიტყვა*, ნარკოტიკულ საშუალებათა საკითხებზე მომუშავე კომისია, 53-ე სხდომა, ვენა.
- Council of the European Union 2008, *EU Drugs Action Plan for 2009-2012*, Brussels.
- ევროკავშირის საბჭო, 2008, *ევროკავშირის 2009-2012წწ. სამოქმედო გეგმა ნარკოტიკულ საკითხებთან მიმართებაში*, ბრიუსელი.
- Council of the European Union 2004, *EU Drugs Strategy 2005-2012*, Brussels.

ევროკავშირის საბჭო, 2004, *ევროკავშირის 2005-2012წწ. ნარკო-სტრატეგია*, ბრიუსელი.

Csete, J. 2010, *From the Mountaintops: What the World Can Learn from Drug Policy Change in Switzerland*, Open Society Foundations, New York.

ჯ. კსეტე, 2010, *მთის მწვერვალებიდან: რისი სწავლა შეუძლია მსოფლიოს შვეიცარიაში ნარკოპოლიტიკის ცვლილებიდან*, ღია საზოგადოების ფონდი, ნიუ-იორკი.

Degenhardt, L., Hallam, C. & Bewley-Taylor, D. 2009, *Comparing the drug situation across countries: Problems, Pitfalls and Possibilities*, London.

ლ. დეგენჰარდტი, კ. ჰელემი და დ. ბიული-ტეილორი, 2009, *ნარკო-ვიტარებების შედარებითი ანალიზი ქვეყნებში: პრობლემები, გამოწვევები და შესაძლებლობები*, ლონდონი.

Elvins, M. 2007, *How can international drugs policies succeed?*, Wilton Park.

მ. ელვინსი, 2007, *როგორ შეიძლება საერთაშორისო ნარკოპოლიტიკები იყოს წარმატებული?*, უილტონ პარკი.

EMCDDA 2010a, "Effects of available treatments for opioid users." Retrieved February 16, 2011, from www.emcdda.europa.eu

EMCDDA 2010a, „ოპიოიდების მომხმარებელთათვის არსებული მკურნალობის ეფექტები“, მოძიებული 2011 წლის 16 თებერვალს შემდეგ მისამართზე www.emcdda.europa.eu

EMCDDA 2010b, *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction Annual report 2010: the state of the drugs problem in Europe*, Luxembourg.

EMCDDA 2010b, *ნარკოტიკებისა და ნარკომანიის მონიტორინგის ევროპული ცენტრის წლიური ანგარიში 2010: ნარკოტიკებთან დაკავშირებული პრობლემის მდგომარეობა ევროპაში*, ლუქსემბურგი.

EMCDDA 2008, *Towards a better understanding of drug-related public expenditure in Europe*, Lisbon.

EMCDDA 2008, *ევროპაში ნარკოტიკებთან დაკავშირებული საჯარო დანახარჯების უკეთ აღსაქმლად*, ლისაბონი.

Eurasian Harm Reduction Network 2010, *Drug Policy Position Paper*, Vilnius.

ზიანის შემცირების ევრაზიული ქსელი, 2010, *ნაშრომი ნარკოპოლიტიკის შესახებ*, ვილნიუსი.

Eurasian Harm Reduction Network 2009, *The impact of drug policy on health and human rights in Eastern Europe*, Vilnius.

ზიანის შემცირების ევრაზიული ქსელი, 2009, *ნარკოპოლიტიკის ზეგავლენა ჯანმრთელობასა და ადამიანის უფლებებზე აღმოსავლეთ ევროპაში*, ვილნიუსი.

Eurasian Harm Reduction Network 2010, *Women and drug policy in Eurasia*, Vilnius.

ზიანის შემცირების ევრაზიული ქსელი, 2010, *ქალები და ნარკოპოლიტიკა ევრაზიაში*, ვილნიუსი.

European Commission 2005, *Annex to European Neighbourhood Policy Country Report Georgia*, Brussels.

ევროპის კომისია, 2005, *ევროპის სამეზობლო პოლიტიკის საქართველოს შესახებ ქვეყნის ანგარიშის დანართი*, ბრიუსელი.

European Commission 2006, *EU Georgia Action Plan*, Brussels.

ევროპის კომისია, 2006, *ევროკავშირი-საქართველოს სამოქმედო გეგმა*, ბრიუსელი.

European Commission 2007, *European Neighbourhood and Partnership Instrument: Georgia Country Strategy Paper 2007 - 2013*, Brussels.

ევროპის კომისია, 2007, *ევროპული სამეზობლო და პარტნიორობის ინსტრუმენტი: საქართველოს შესახებ სტრატეგიული ნაშრომი 2007-2013წწ.*, ბრიუსელი.

European Commission 2010, *Implementation of the European Neighbourhood Policy in 2009: Progress Report Georgia*, Brussels.

ევროპის კომისია, 2010, *ევროპის სამეზობლო პოლიტიკის განხორციელება 2009 წელს: საქართველოში პროგრესის შესახებ ანგარიში*, ბრიუსელი.

Frisher, M., Crome, I. & Croft, P. 2009, "Response to Stevens and Reuter." *Journal of Public Health*, vol. 31, no. 2, pp. 309-310.

მ. ფრიშერი, ი. კროუმი და პ. კროფტი, 2009, „სტივენსისა და როიტერისადმი პასუხი“, *ჯანდაცვის ჟურნალი*, ტ. 31, №2, გვ. 309-310.

Goul?o, J. 2010, "Drug Science and Drug Policy: Building a Consensus."

ჯ. გოულო, 2010, „ნარკო-მეცნიერება და ნარკოპოლიტიკა: კონსენსუსის მიღწევა“.

Government of Bulgaria 2003, *National Anti-Drug Strategy of the Republic of Bulgaria, 2003-2008*, Sofia.

ბულგარეთის მთავრობა, 2003, *ბულგარეთის რესპუბლიკის ეროვნული ანტი-ნარკოტიკული სტრატეგია 2003-2008წწ.*, სოფია.

Government of Georgia 2010, *GEORGIA National HIV/AIDS Strategic Plan for 2011-2016*, Tbilisi.

საქართველოს მთავრობა, 2010, *საქართველოს აივ/შიდსის ეროვნული სტრატეგიული გეგმა 2011-2016წწ.*, თბილისი.

Greenwald, G. 2009, *Drug decriminalization in Portugal: lessons for creating fair and successful drug policies*, Cato Institute, Washington.

ჯ. გრინვოლდი, 2009, *ნარკოტიკების დეკრიმინალიზაცია პორტუგალიაში: გაკვეთილები სამართლიანი და წარმატებული ნარკოპოლიტიკის შემუშავებისათვის*, კატო-ს ინსტიტუტი, ვაშინგტონი.

Gunasekara, S. 2010, *Drug Law Reform: Lessons from the New Zealand Experience*, Transnational Institute & IDPC.

ს. გუნასეკარა, 2010, *ნარკოტიკების სფეროში სამართლის რეფორმა: გაკვეთილები ახალი ზელანდიის გამოცდილებიდან*, ტრანსნაციონალური ინსტიტუტი და IDPC.

Hallam, C. 2010, *What can we learn from Sweden's drug policy experience?*, London.

კ. ჰელემი, 2010, *რისი სწავლა შეიძლება შვედეთის ნარკოპოლიტიკის გამოცდილებიდან?*, ლონდონი.

Hughes, C. & Stevens, A. 2007, *The effects of drug decriminalization in Portugal*, The Beckley Foundation Drug Policy Programme, London.

კ. ჰიუზი და ა. სტივენსი, 2007, *პორტუგალიაში ნარკოტიკების დეკრიმინალიზაციის ეფექტები*, ბეკლის ფონდის ნარკოპოლიტიკის პროგრამა, ლონდონი.

Hughes, C.A. & Stevens, A. 2010, "What can we learn from the Portuguese decriminalization of illicit drugs?." *British Journal of Criminology*, vol. 50, pp. 999-1022.

კ.ა. ჰიუზი და ა. სტივენსი, 2010, „რისი სწავლა შეგვიძლია პორტუგალიაში უკანონო ნარკოტიკების დეკრიმინალიზაციისგან?“, *კრიმინოლოგიის ბრიტანული ჟურნალი*, ტ. 50, გვ. 999-1022.

IDACIRC 2011, *HIV/AIDS Epidemiology in Georgia*, Retrieved March 8, 2011, from http://aidscenter.ge/epidsituation_eng.html

ინფექციური დაავადებების, შიდსის და კლინიკური იმუნოლოგიის სამეცნიერო-პრაქტიკული ცენტრი 2011, *ავი/შიდსის ეპიდემიოლოგია საქართველოში, მოძიებული 2011 წლის 8 მარტს შემდეგ მისამართზე* http://aidscenter.ge/epidsituation_eng.html

International Drug Policy Consortium 2010a, *Drug Policy Guide* 1st ed., London and Basingstoke.

ნარკოპოლიტიკის საერთაშორისო კონსორციუმი, 2010ა, *სახელმძღვანელო ნარკოპოლიტიკაში*, პირველი გამოცემა, ლონდონი და ბეიზინგსტოუკი.

International Drug Policy Consortium 2010b, "IDPC Magazine, February 2010."

ნარკოპოლიტიკის საერთაშორისო კონსორციუმი, 2010ბ, „IDPC-ის ჟურნალი, 2010 წლის თებერვალი“.

International Drug Policy Consortium 2010c, "IDPC Magazine, June 2010."

ნარკოპოლიტიკის საერთაშორისო კონსორციუმი, 2010გ, „IDPC-ის ჟურნალი, 2010 წლის ივნისი“.

International Drug Policy Consortium 2010d, *Time for an Impact Assessment of Drug Policy*, London.

ნარკოპოლიტიკის საერთაშორისო კონსორციუმი, 2010დ, *დრო ნარკოპოლიტიკის ზეგავლენის შესაფასებლად*, ლონდონი.

Italian Council for the Social Sciences *Act upon the market to fight the illicit drug industry*, Retrieved January 31, 2011, from <http://www.illicitdrugmarket.net/view.php?idsec=comitato>

სოციალურ მეცნიერებათა იტალიური საბჭო, *ბაზარზე ზეგავლენა ნარკოტიკების უკანონო ინდუსტრიის წინააღმდეგ საბრძოლველად*, მოძიებული 2011 წლის 31 იანვარს შემდეგ მისამართზე <http://www.illicitdrugmarket.net/view.php?idsec=comitato>

Javakhishvili, J.D. & Sturua, L. 2009, *2009 National Report to the EMCDDA by the South Caucasus Anti-Drug Programme National Focal Point: Georgia Drug Situation 2009*, Tbilisi.

ჯ.დ. ჯავახიშვილი და ლ. სტურუა, 2009, *სამხრეთ კავკასიის ანტი-ნარკოტიკული პროგრამის ეროვნული საფოკუსო ჯგუფის 2009 წლის ეროვნული ანგარიში EMCDDA-ის: ნარკოტიკების მდგომარეობა საქართველოში 2009*, თბილისი.

Jelsma, M. 2009, *Legislative Innovation in Drug Policy: Latin American Initiative on Drugs and Democracy*, Transnational Institute, Amsterdam.

მ. ჯელსმა, 2009, *საკანონმდებლო ინიციატივების ნარკოპოლიტიკის სფეროში: ლათინო ამერიკული ინიციატივა ნარკოტიკებსა და დემოკრატიაზე*, ტრანსნაციონალური ინსტიტუტი, ამსტერდამი.

Jensema, E. 2010, *Fighting Drug Trafficking With a Substance–Oriented Approach: A Matter of Substance*, Transnational Institute.

ე. ჯენსემა, 2010, *ნარკოტიკებით ვაჭრობასთან ბრძოლა მატერიალურობაზე ორიენტირებული მიდგომით: მატერიალურობის საკითხი*, ტრანსნაციონალური ინსტიტუტი.

Kerr, T., Small, W. & Wood, E. 2005, "The public health and social impacts of drug market enforcement." *The International Journal of Drug Policy*, vol. 16, pp. 210-220.

ტ. კერი, ვ. სმოლი და ე. ვუდი, 2005, „საზოგადოებრივი ჯანდაცვა და ნარკობაზრის აღსრულების სოციალური შედეგები“, *ნარკოპოლიტიკის საერთაშორისო ჟურნალი*, ტ. 16, გვ. 210-220.

- Kuzmicz, E., Mielecka-Kubie?, Z., Stasiowski, J. & Wiszejko-Wierzbicka, D. 2009, *Penalisation of drug possession – institutional action and costs*, The Institute of Public Affairs, Warsaw.
- ე. კუზმიჩი, ზ. მილეცკა-კუბიე, ჯ. სტასიოვსკი და დ. ვიზეიკო-ვიერზბიკა, 2009, *ნარკოტიკების ფლობის დასჯა - ინსტიტუციური ქმედებები და ხარჯები*, საზოგადოებრივ საქმეთა ინსტიტუტი, ვარშავა.
- Mena, F. & Hobbs, D. 2010, "Narcophobia: drugs prohibition and the generation of human rights abuses." *Trends in organised crime*, vol. 13, pp. 60-74.
- ფ. მენა და დ. ჰობსი, 2010, „ნარკოფობია: ნარკოტიკების აკრძალვა და ადამიანის უფლებების დარღვევათა წარმოშობა“, *ორგანიზებული დანაშაულის ტენდენციები*, ტ. 13, გვ. 60-74.
- Mielecka-Kubie?, Z., Kuźmicz, E. & Wiszejko-Wierzbicka. D. 2009, *Penalties for Possession. Article 62 of the Drug Use Prevention Act – Costs, Time, Opinions Abstract of the Study report and summary of main research results*, Institute of Public Affairs, Warsaw.
- ზ. მილეცკა-კუბიე, ე. კუზმიჩი და დ. ვიზეიკო-ვიერზბიკა, 2009, *სასჯელები ფლობისათვის. ნარკოტიკების მოხმარების პრევენციის აქტის 62-ე მუხლი - ხარჯები, დრო, ანგარიშის შეხედულებების ამონარიდი და კვლევის ძირითადი მიგნებების შეჯამება*, საზოგადოებრივ საქმეთა ინსტიტუტი, ვარშავა.
- Ministry of Labour, Health and Social Affairs of Georgia 2006, *Anti-Drug Strategy of Georgia: Draft Conceptual Document*, Tbilisi.
- საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, 2006, *საქართველოს ანტი-ნარკოტიკული სტრატეგია: კონცეპტუალური დოკუმენტის სამუშაო ვერსია*, თბილისი.
- Morris, K. 2010, "Drug crime and criminalisation threaten progress on MDGs." *The Lancet*, vol. 376, pp. 1131-1132.
- კ. მორისი, 2010, „ნარკოტიკული დანაშაული და კრიმინალიზაცია საფრთხეს უქმნიან MDG-ების პროგრესს“, *ლანსეტი*, ტ. 376, გვ. 1131-1132.
- National Institute for Health and Clinical Excellence 2007, *Drug misuse: Psychosocial interventions and opioid detoxification*, London.
- ჯანმრთელობისა და კლინიკური დახელოვნების ეროვნული ინსტიტუტი, 2007, *ნარკოტიკების ბოროტად მოხმარება: ფსიქო-სოციალური ინტერვენციები და ოპიოიდებზე დამოკიდებულების დეტოქსიკაცია*, ლონდონი.
- National Institute for Health and Clinical Excellence 2009, *Needle and syringe programmes: Quick reference guide*, London.
- ჯანმრთელობისა და კლინიკური დახელოვნების ეროვნული ინსტიტუტი, 2009, *ნემსებისა და შპრიცების პროგრამა: მოკლე სახელმძღვანელო*, ლონდონი.
- National Treatment Agency *The story of drug treatment*, London. Retrieved February 16, 2011, from www.nta.nhs.uk
- მკურნალობის ეროვნული სააგენტო, *ნარკოტიკების წინააღმდეგ მკურნალობის ისტორია*, ლონდონი. მოძიებული 2011 წლის 16 თებერვალს შემდეგ მისამართზე www.nta.nhs.uk
- Otiashvili, D., Sarosi, P. & Somogyi, G.L. 2008, *Drug control in Georgia: Drug testing and the reduction of drug use?*, London.
- დ. ოთიაშვილი, პ. საროსი და გ.ლ. სომოგი, 2008, *ნარკოტიკების კონტროლი საქართველოში: ნარკოტიკებზე ტესტირება და ნარკოტიკების მოხმარების შემცირება*, ლონდონი.
- Radimecky, J., Otiashvili, D. & Tsertsvadze, V. 2006, *Action Plan of drug policy in Georgia for the period 2007 - 2009*, Union Alternative Georgia & Georgian Harm Reduction Network, Prague & Tbilisi.

- ჟ. რადიმეცკი, დ. ოთიაშვილი და ვ. ცერცვაძე, 2006, *საქართველოში ნარკოპოლიტიკის სამოქმედო გეგმა 2007-2009წწ.*, საქართველოს გაერთიანებული ალტერნატივა და ზიანის შემცირების ქართული ქსელი, პრაღა და თბილისი.
- Reinarman, C., Cohen, P.D.A. & Kaal, H.L. 2004. "The limited relevance of drug policy: Cannabis in Amsterdam and in San Francisco." *American Journal of Public Health*, vol. 94, no. 5, pp. 836-841.
- კ. რეინერმანი, პ.დ.ა. კოენი და ჰ.ლ. კალი, 2004, „ნარკოპოლიტიკის შეზღუდული რელევანტურობა: კანაფი ამსტერდამსა და სან-ფრანცისკოში“, *ჯანდაცვის ამერიკული ჟურნალი*, ტ. 94, №5, გვ. 836-841.
- Reuter, P. & Stevens, A. 2007, *An Analysis of UK Drug Policy*, UK Drug Policy Commission. Retrieved January 31, 2011, from www.ukdpc.org.uk
- პ. როიტერი და ა. სტივენსი, 2007, *გაერთიანებული სამეფოს ნარკოპოლიტიკის ანალიზი*, გაერთიანებული სამეფოს ნარკოპოლიტიკის კომისია, მოხილული 2011 წლის 31 იანვარს შემდეგ მისამართზე www.ukdpc.org.uk
- Rolles, S. 2009, *After the War on Drugs: Blueprint for Regulation*, Transform Drug Policy Foundation, London.
- ს. როლსი, 2009, *ნარკოტიკების წინააღმდეგ ომის შემდეგ: რეგულაციის გეგმა*, ნარკოპოლიტიკის ტრანსფორმაციის ფონდი, ლონდონი.
- Savary, J.F., Hallam, C. & Bewley-Taylor, D. 2009, *The Swiss Four Pillars Policy: An Evolution from Local Experimentation to Federal Law*, London.
- ჯ.ფ. სეივერი, კ. ჰელემი და ბიული-ტიელიორი, 2009, *შვეიცარიის ოთხ-სვეტიანი პოლიტიკა: ადგილობრივი ექსპერიმენტებიდან ფედერალურ კანონმდებლობამდე ევოლუცია*, ლონდონი.
- Sirbiladze, T. 2007, "IDUs Behavioral Surveillance Surveys with a Biomarker Component."
- თ. სირბილაძე, 2007, „ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებელთა შორის ქცევაზე ზედამხედველობის კვლევა ბიომარკერის კომპონენტით“.
- Sirbiladze, T., Tavzarashvili, L., Zabransky, T. & Sturua, L. 2009, *Estimating the Prevalence of Injection Drug Use in Five Cities of Georgia 2009*, Tbilisi.
- თ. სირბილაძე, ლ. თავზარაშვილი, ტ. ზაბრანსკი და ლ. სტურუა, 2009, *ინექციური ნარკოტიკების გავრცელების შეფასება საქართველოს ხუთ ქალაქში 2009 წელს*, თბილისი.
- Thoumi, F.E. 2010, "The international drug control regime's straight jacket: are there any policy options?." *Trends in organised crime*, vol. 13, pp. 75-86.
- ფ.ე. თოუმი, 2010, „ნარკოტიკების კონტროლის საერთაშორისო რეჟიმის დამამშვიდებელი პერანგი: არსებობს პოლიტიკის რაიმე ალტერნატივა?“, *ორგანიზებული დანაშაულის ტენდენციები*, ტ. 13, გვ. 75-86.
- Todadze, K. & Lezhava, G. 2008, "Implementation of Drug Substitution Therapy in Georgia." *Central European Journal of Public Health*, vol. 16, no. 3, pp. 121-123.
- კ. თოდაძე და გ. ლეჟავა, 2008, „ნარკოტიკების ჩანაცვლებითი თერაპიის განხორციელება საქართველოში“, *ჯანდაცვის ცენტრალური ევროპის ჟურნალი*, ტ. 16, №3, გვ. 121-123.
- Transnational Institute 2006, *International drug control: 100 years of success?*, Transnational Institute, Amsterdam.
- ტრანსნაციონალური ინსტიტუტი, 2006, *ნარკოტიკების საერთაშორისო კონტროლი: 100 წლის წარმატება?*, ტრანსნაციონალური ინსტიტუტი, ამსტერდამი.

UK Drug Policy Commission 2010a, *Drug policy - getting the Strategy right for the long term*, Retrieved February 16, 2011, from www.ukdpc.org.uk

გაერთიანებული სამეფოს ნარკოპოლიტიკის კომისია, 2010ა, *ნარკოპოლიტიკა - ხანგრძლივი პერიოდისთვის სტრატეგიის სწორად შემუშავება*, მოძიებული 2011 წლის 16 თებერვალს შემდეგ მისამართზე www.ukdpc.org.uk

UK Drug Policy Commission 2010b, *Getting serious about stigma: the problem with stigmatising drug users: a summary of findings*, London. Retrieved February 16, 2011, from www.ukdpc.org.uk

გაერთიანებული სამეფოს ნარკოპოლიტიკის კომისია, 2010ბ, *სტიგმებისადმი სერიოზულად მიდგომა: ნარკოტიკების მოხმარებელთა სტიგმატიზირების პრობლემა: მიგნებების შეჯამება*, ლონდონი, მოძიებული 2011 წლის 16 თებერვალს შემდეგ მისამართზე www.ukdpc.org.uk

United Nations 1990, "Convention on the Rights of the Child." Retrieved February 16, 2011, from <http://www2.ohchr.org/english/law/crc.htm>

გაერთიანებული ერების ორგანიზაცია, 1990, „ბავშვთა უფლებების დაცვის კონვენცია“, მოძიებული 2011 წლის 16 თებერვალს შემდეგ მისამართზე <http://www2.ohchr.org/english/law/crc.htm>

United Nations 2009, *Monitoring the Declaration of Commitment on HIV/AIDS: Georgia Country Progress Report 2008 – 2009*,

გაერთიანებული ერების ორგანიზაცია, 2009, *აივ/შიდსის შესახებ განცხადებული ვალდებულების მონიტორინგი: ანგარიში საქართველოს პროგრესის შესახებ 2008-2009წწ.*

United States Department of State Bureau for International Narcotics and Law Enforcement Affairs 2011, *International Narcotics Control Strategy Report Volume I Drug and Chemical Control March 2011*, Washington.

აშშ სახელმწიფო დეპარტამენტის საერთაშორისო ნარკოტიკებისა და სამართალდამცავ ორგანოთა საკითხების ბიურო, 2011, *სტრატეგიული ანგარიში ნარკოტიკებზე საერთაშორისო კონტროლის შესახებ / ნარკოტიკული და ქიმიური ნივთიერებების კონტროლი, 2011 წლის მარტი, ვაშინგტონი.*

UNODC 2010a, *Draft UNODC Integrated Country Programme for Promoting Justice and Security in Georgia 2011-2013*,

UNODC 2010ა, *საქართველოში 2011-2013წწ. მართლმსაჯულებისა და უსაფრთხოების ხელშეწყობის UNODC-ის ქვეყნის ინტეგრირებული პროგრამის სამუშაო ვერსია.*

UNODC 2010b, *From coercion to cohesion: Treating drug dependence through healthcare, not punishment*, Vienna.

UNODC 2010ბ, *იძულებიდან ერთობისკენ: ნარკოტიკებზე დამოკიდებულების მკურნალობა არა დასჯით, არამედ ჯანმრთელობის დაცვით*, ვენა.

UNODC 2007, *Sweden's successful drug policy: a review of the evidence*, Vienna.

UNODC 2007, *შვედეთის წარმატებული ნარკოპოლიტიკა: დადასტურებული ფაქტების მიმოხილვა*, ვენა.

UNODC 2010, *World Drug Report 2010*, Vienna.

UNODC 2010, *ნარკოტიკებთან დაკავშირებული მდგომარეობის შესახებ გლობალური ანგარიში*, ვენა.

Vienna NGO Committee on Narcotic Drugs 2008a, *Beyond 2008 Consultation Working Papers and Questions*, Vienna. Retrieved February 5, 2011, from <http://www.vngoc.org>

ვენის არასამთავრობო ორგანიზაციების კომიტეტი ნარკოტიკული საშუალებების შესახებ, 2008ა, *2008 წლის*

საკონსულტაციო ნაშრომებისა და საკითხების მიღმა, ვენა, მოძიებული 2011 წლის 5 თებერვალს შემდეგ მისამართზე <http://www.vngoc.org>

Vienna NGO Committee on Narcotic Drugs 2008b, *Beyond 2008 Declaration and Resolutions*, Vienna. Retrieved February 5, 2011, from <http://www.vngoc.org>

ვენის არასამთავრობო ორგანიზაციების კომიტეტი ნარკოტიკული საშუალებების შესახებ, 2008ბ, *2008 წლის დეკლარაციისა და რეზოლუციების მიღმა*, ვენა, მოძიებული 2011 წლის 5 თებერვალს შემდეგ მისამართზე <http://www.vngoc.org>

Werb, D., Rowell, G., Kerr, T., Guyatt, G. et al. 2010, *Effect of Drug Law Enforcement on Drug-Related Violence: Evidence from a Scientific Review*, International Centre for Science in Drug Policy, Vancouver.

დ. ვერბი, ჯ. როუელი, ტ. კერი, ჯ. გუიატი და სხვები, 2010, *ნარკოტიკების შესახებ კანონმდებლობის აღსრულების ეფექტი ნარკოტიკებით გამოწვეულ ძალადობაზე: მეცნიერული კვლევის შედეგად დადასტურებული ფაქტები*, ნარკოპოლიტიკაში მეცნიერების საერთაშორისო ცენტრი, ვანკუვერი.

Wilkinson, R.G. & Pickett, K.E. 2007, "The problems of relative deprivation: Why some societies do better than others." *Social Science & Medicine*, vol. 65, pp. 1965-1978.

რ. ჯ. უილკინსონი და კ.ე. პიკეტი, 2007, „შეფარდებითი ჩამორთმევის პრობლემები: რატომ არის ზოგიერთი საზოგადოება სხვაზე წარმატებული“, *სოციალური მეცნიერება და მედიცინა*, ტ. 65, გვ. 1965-1978.

Wolfe, D. & Saucier, R. 2010, "In rehabilitation's name: Ending institutionalised cruelty and degrading treatment of people who use drugs." *International Journal of Drug Policy*, vol. 21, pp. 145-148.

დ. ვოლფე და რ. სოსიერი, 2010, „რეაბილიტაციის სახელით: ინსტიტუციონალური სისასტიკისა და დამამცირებელი მოპყრობის დასასრული ნარკოტიკების მომხმარებელთა წინააღმდეგ“, *ნარკოპოლიტიკის საერთაშორისო ჟურნალი*, ტ. 21, გვ. 145-148.

World Health Organization 1946, "Constitution of the World Health Organization." Retrieved February 16, 2011, from <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf>

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია, 1946, „ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის კონსტიტუცია“, მოძიებული 2011 წლის 16 თებერვალს შემდეგ მისამართზე <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf>

World Health Organization 2009, *WHO, UNODC, UNAIDS Technical Guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users*, Geneva.

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია, 2009, *ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის, UNODC-ისა და UNAIDS-ის ტექნიკური სახელმძღვანელო ქვეყნებისთვის მათ მიერ მიზნების დასასაზად აივ პრევენციის, მკურნალობისა და ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებელთა მზრუნველობის საყოველთაო ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფის საქმეში*, ჟენევა.

2. დანართი №1: ნარკოტიკულ საშუალებათა შესახებ გაეროს კონვენციების შეჯამება

1961 წლის ერთიანი კონვენცია ნარკოტიკულ საშუალებათა შესახებ, 1972 წლის ოქმის საფუძველზე განხორციელებული ცვლილებებით	1971 წლის კონვენცია ფსიქოტროპულ ნივთიერებათა შესახებ	1988 წლის კონვენცია ნარკოტიკული საშუალებებისა და ფსიქოტროპული ნივთიერებების უკანონო ბრუნვის წინააღმდეგ
<p>იგი ანაცვლებს მე-20 საუკუნეში მანამდე მოქმედ, ნარკოტიკების მაკონტროლებელ საერთაშორისო დოკუმენტებს.</p> <p>ორიენტირებულია მცენარეულ ნარკოტიკურ საშუალებებზე (ოპიატებზე, კოკაინსა და კანაფზე).</p> <p>მიზანი: ნარკოტიკული საშუალებების მოხმარების სამედიცინო და სამეცნიერო დანიშნულებით შემოფარგვლა.</p> <p>მოცემული მიზანი ორ ელემენტს შეიცავს: ნარკოტიკების უკანონო დამზადების, გავრცელებისა და მოხმარების აკრძალვის უზრუნველყოფა; და სამედიცინო და კვლევითი მიზნებისთვის კანონიერი მიწოდების უზრუნველყოფა და რეგულირება.</p> <p>აკრძალული ნივთიერებები კლასიფიცირებულია სიების ოთხსაფეხურიანი სისტემით, და ყველაზე მკაცრი ღებულებები №1 და №4 სიებში მოხვედრილ საშუალებებს ეხება.</p> <p>აკრძალვა დიდწილად ორიენტირებულია მიწოდებაზე, ვიდრე მოთხოვნაზე.</p> <p>ერთიანი კონვენცია ავალდებულებს მონაწილე მხარეებს მოახდინონ ნარკოტიკული საშუალებების უნებართვო დამზადების, გავრცელებისა და ფლობის კრიმინალიზაცია.</p>	<p>აქცენტი გაკეთებულია წარმოებულ ნარკოტიკულ საშუალებებზე, როგორცაა ამფეტამინები, ბარბიტურატები, ჰალუცინოგენები (LSD) და მსუბუქი ტრანკვილიზატორები.</p> <p>1971 წლის კონვენცია ერთიანი კონვენციის მოდელზე დაყრდნობით შემუშავდა, და ამიტომ მისი მსგავსი მრავალი სტრუქტურული მახასიათებელი გააჩნია. თუმცა, მისი ზოგადი ტონი ნაკლებად მკაცრია და გარკვეული ღებულებები კი ნაკლებად შემზღუდველი. მაგალითად, პირველ სიაში შემავალი ნარკოტიკული საშუალებების გამოკლებით, ის საშუალებების ფლობის კრიმინალიზაციას არ ახდენს.</p> <p>მიზანი: ფსიქოტროპული ნივთიერებების დამზადების, გავრცელებისა და მოხმარების სამედიცინო და სამეცნიერო დანიშნულებით შემოფარგვლა.</p> <p>ასევე, მიზანი ორ თემატურ ელემენტს მოიცავს: ამ ნივთიერებების უკანონო დამზადების, გავრცელებისა და ფლობის აკრძალვა; და მათი კანონიერი მიწოდების რეგულირება და კონტროლი.</p> <p>ნივთიერებები ექვემდებარება</p>	<p>1961 და 1971 წლების კონვენციების ძირითადი მიზანი ნარკოტიკების დამზადებისა და წარმოების სექტორების კანონიერიდან უკანონო საქმიანობაზე გადასვლის აღკვეთა იყო. ისინი არასაკმარისი აღმოჩნდა 1970-იან და 1980-იან წლებში უკანონო ვაჭრობის დინამიკური და მობილური ქსელების მზარდ გავლენასთან საბრძოლველად, და შედეგად 1988 წლის კონვენცია იყო მიღებული.</p> <p>მიზანი: წვერ სახელმწიფოთა ნარკოტიკული სფეროს მარეგულირებელი კანონებისა და მსოფლიოს მასშტაბით სამართალდამცავი საქმიანობის ჰარმონიზაცია, ისევე როგორც ნარკოტიკებით უკანონო ვაჭრობის შეზღუდვა კრიმინალიზაციის, დამსჯელი ზომების მიღებისა და გაძლიერებული საერთაშორისო თანამშრომლობის გზით.</p> <p>მონაწილე მხარეები ვალდებული არიან აამოქმედონ სპეციალური კანონმდებლობა უკანონო ბრუნვის აკრძალვის მიზნით. ის შეიცავს ღებულებებს, რომლებიც ეხება ფულის გათეთრებას, ქონების ჩამორთმევას, ექსტრადიციას, სამართლებრივ ურთიერთდახმარებას, სადაზვერვო მონაცემების გაცვლას, სამართალდამცავ სფეროში სწავლებასა და თანამშრომლობას, ა.შ.</p> <p>ნარკოტიკული საშუალებებისა და ფსიქოტროპული ნივთიერებების უკანონო წარმოების პროცესში ზშირად გამოყენებულ პრეკურსორებზე, რეაგენტებსა და გამხსნელებზე აწესებს კონტროლის რეჟიმს.</p>

<p>ცალსახად არის რეკომენდებული დაპატიმრება „მძიმე დანაშაულებისათვის“.</p> <p>კონვენცია ასევე ავალდებულებს მხარეებს უზრუნველყონ პრევენციის, მკურნალობისა და შემდგომი მზრუნველობის სერვისები, და გამოიყენონ ეს მომსახურება, როგორც სისხლის სამართლის ზომების ან ალტერნატივა („ნაკლებად მძიმე შემთხვევებში“), ან დამატება.</p> <p>ყველა სისხლისსამართლებრივი ზომა ექვემდებარება ხელმომწერი სახელმწიფოების კონსტიტუციურ იმპერატივებს. „სამედიცინო და სამეცნიერო“ მიზნები არ არის განმარტებული.</p> <p>ადგენს ნარკოტიკების სფეროში არსებული მოთხოვნილებების, სტატისტიკური მონაცემების მიწოდების, ლიცენზირებისა და ნარკოტიკებით კანონიერ ვაჭრობაზე იმპორტისა და ექსპორტის კონტროლის შესახებ ანგარიშების სისტემას.</p> <p>ადგენს ნარკოტიკების მაკონტროლებელი ორი მნიშვნელოვანი უწყების, ნარკოტიკულ საშუალებათა საკითხებზე მომუშავე კომისიის (შემდგომში „CND“) და ნარკოტიკების კონტროლის საერთაშორისო საბჭოს (INCB) ფუნქციებს.</p> <p>INCB ნარკოტიკებზე კონტროლის გაეროს სისტემასთან შესაბამისობის ზედამხედველობაზე პასუხისმგებელი ორგანიზაციაა.</p> <p>CND გაეროს ეკონომიკური და სოციალური</p>	<p>ოთხსაფეხურიანი სისტემით კლასიფიცირებას.</p> <p>ავალდებულებს მონაწილე მხარეებს მოახდინონ ნივთიერებების უნებართვო დამზადებისა და გავრცელების კრიმინალიზაცია, მათივე კონსტიტუციური პრინციპების შესაბამისად.</p> <p>ლიცენზირების, იმპორტისა და ექსპორტის კონტროლის სისტემას ავრცელებს პირველ და მეორე სიებში შემავალ ფსიქოტროპულ ნივთიერებებზე (თუმცა კონვენცია ამას არ ითხოვს, CND-ის რეზოლუციების საფუძველზე სფეროში არსებული მოთხოვნილებების, სტატისტიკური მონაცემების მიწოდების, ლიცენზირებისა და ნარკოტიკებით კანონიერ ვაჭრობაზე იმპორტისა და ექსპორტის კონტროლის სისტემა სიებში შემავალ ყველა ნარკოტიკულ საშუალებაზე გავრცელდა).</p> <p>მეორე, მესამე და მეოთხე სიებში შემავალი ნივთიერებების ფიზიკური პირებისთვის მისაწოდებლად მოითხოვს ექიმის დანიშნულებას.</p> <p>ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის რეკომენდაციით, CND-ის შეუძლია ნებისმიერი სიაში ნარკოტიკული საშუალების დამატება, ამოღება ან გადანაცვლება.</p> <p>INCB ახდენს კონტროლის სისტემაზე ზედამხედველობას.</p>	<p>INCB-ის რეკომენდაციით, CND-ის შეუძლია კონვენციის ორივე ცხრილში ქიმიური საშუალებების დამატება, ამოღება ან გადანაცვლება.</p> <p>კონვენციის ქვაკუთხედია მისი მე-3 მუხლი, „დანაშაულები და სანქციები“, რომელიც ავალდებულებს მხარეებს მოახდინონ მიწოდებასთან დაკავშირებული ყველა საქმიანობის კრიმინალიზაცია; „კანონშემოქმედებითი საქმიანობა ... მიიღონ სისხლის სამართლის დანაშაულების თანამედროვე კოდექსი, რომელიც უკანონო ბრუნვის სხვადასხვა ასპექტს არეგულირებს“; და უზრუნველყონ მათი, როგორც მძიმე დანაშაულების დევნა და დასჯა.</p> <p>მე-3.1 მუხლი ავალდებულებს მხარეებს მოახდინონ ქვემოთ ჩამოთვლილის კრიმინალიზაცია: ნარკოტიკული და ფსიქოტროპული საშუალებების უნებართვო დამზადების, წარმოების, ამოღებისა და გავრცელება/ტრანსპორტირების ნებისმიერი ფორმა; ასეთი მიზნებისთვის ოპიუმის ყაყაოს, კოკას ბუჩქისა და კანაფის ნარგავის კულტივაცია; ასეთი მიზნებისთვის ნარკოტიკული ან ფსიქოტროპული საშუალებების ფლობა ან შექმნა; ზემოთ მოცემული მიზნებისთვის აუცილებელი აღჭურვილობის ან ნივთიერებების წარმოება, ტრანსპორტირება ან გავრცელება; და ბრუნვასთან დაკავშირებული საქმიანობის ორგანიზაცია, მართვა და ფინანსირება.</p> <p>ამას გარდა, მე3.2 მუხლი ავალდებულებს მხარეებს მოახდინონ „პირადი მონხმარებისათვის ნარკოტიკული საშუალებების ან ფსიქოტროპული ნივთიერებების განზრახ ფლობის, შექმნის ან კულტივაციის“ კრიმინალიზაცია, 1961 და 1971 წლების კონვენციების საწინააღმდეგოდ. მოცემული დებულება მონაწილე მხარეების კონსტიტუციურ პრინციპებს ექვემდებარება.</p>
---	---	---

<p>საბჭოს (ECOSOC) ფუნქციონალური კომისია და ნარკოტიკებზე კონტროლის გაეროს სისტემაში პოლიტიკის შემქმნელი ცენტრალური უწყებაა, რომელიც უფლებამოსილია კონვენციებში ცვლილებები განახორციელოს.</p> <ul style="list-style-type: none"> • ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის რეკომენდაციით, CND-ის შეუძლია ნებისმიერ სიაში ნარკოტიკული საშუალების დამატება, ამოღება ან გადანაცვლება. • ერთიან კონვენციას საყოველთაო გამოყენება აქვს – მისი ზოგიერთი დებულება ყველა სახელმწიფოს ეხება, იმ შემთხვევაშიც კი, თუ მათ ამ საერთაშორისო ხელშეკრულებაზე ხელი არ მოუწერიათ. 	<p>ერთიან კონვენციასთან შედარებით უფრო მეტად ცდილობს დააბალანსოს ნივთიერებების ზიანით და წამალდამოკიდებულებით გამოწვეული შედეგების კონტროლის მექანიზმები და სანქციები; ამასთან ითვალისწინებს ნივთიერებების თერაპიული მოხმარების ღირებულებას.</p>	<p>მე-14 მუხლის თანახმად ზომების მიღებისას, რომელიც ნარკოტიკული მცენარეების უკანონო კულტივაციასა და აღმოფხვრას ეხება, მხარეები ვალდებული არიან „პატივი სცენ ადამიანის ფუნდამენტურ უფლებებს“. სამივე კონვენციაში ეს ერთადერთი კონტექსტია, სადაც ადამიანის უფლებებია ნახსენები.</p>
---	--	---

დანართი №2: კონკრეტული ქვეყნების მაგალითები: შვედეთი, შვეიცარია და პორტუგალია

შვედეთი

შესავალი: ნარკომდგომარეობა შვედეთში

სამოცდაათ წელზე მეტია (1980-იან წლებამდე), რაც შედარებით პატარა და მდიდარ ქვეყანაში, შვედეთში ფართო სოციალურ-დემოკრატიული პოპულარული კონსენსუსი სუფევდა სახელმწიფოს როლის თაობაზე, მათ შორის იმის აღიარებით, რომ სამართლიანი საზოგადოების მისაღწევად აუცილებელი იყო სოციალური დაცვის ძლიერ სისტემაში ინვესტირება და ამის მხარდასაჭერად მაღალი საგადასახადო განაკვეთების დადგენა. რაც შეეხება ნარკოტიკების მოხმარებას, შვედეთი ყოველთვის ნარკოტიკების მოხმარების გავრცელების დაბალი მაჩვენებლის მქონე ქვეყანა იყო. ევროპის უკიდურეს ჩრდილოეთში, შვედეთი ნარკოტიკული საშუალებების მოძრაობის რომელიმე ძირითად მარშრუტზე არ მდებარეობს. შვედეთი მისდევს ძლიერი აბსტინენციის (ანტი-ალკოჰოლურ) ტრადიციას, რაც ჯერ კიდევ მე-19 საუკუნიდან იღებს სათავეს; თუმცა აბსტინენციის მოძრაობის მიმდევრები დღეისათვის არიან ეროვნული პარლამენტის წევრები. ტრადიციულად, შვედები ყოველთვის აცნობიერებდნენ ჯანდაცვის საკითხების მნიშვნელობას. არათანაბარი შემოსავლების დონე საზოგადოებაში, რაც ხშირად აღიარებულია როგორც ნარკოტიკების პრობლემური მოხმარების აღმოცენების რისკ-ფაქტორი (რ.გ. უილკინსონი და კ.ე. პიკეტი, 2007წ.), ყოველთვის ძალზე დაბალი იყო. ნარკოტიკების მოხმარების გავრცელების მხარდმა მაჩვენებელმა, განსაკუთრებით ნარკოტიკების პრობლემური მოხმარების მკვეთრმა ზრდამ, და ასევე 1990-იან წლებში ნარკოტიკების მოხმარებით გამოწვეული სიკვდილიანობის გაორმაგებულმა მაჩვენებელმა შვედეთის საზოგადოებასა და პოლიტიკოსებს მნიშვნელოვანი საფიქრალი გაუჩინა. ნარკოტიკების მოხმარებასთან დაკავშირებული ძირითადი პრობლემები ამფეტამინისა და ჰეროინის ინექციური მოხმარებით იყო გამოწვეული (კ. ჰელემი, 2010წ.).

შვედური ნარკოპოლიტიკა

შვედეთში, როგორც უმრავლესობა ევროპულ ქვეყნებში, ყველა სახის ნარკოტიკების პოპულარობა 1960-იან წლებში გაიზარდა. შვედეთმა ხანმოკლე დროის განმავლობაში „ლიბერალური“ ნარკოპოლიტიკის სახით ექსპერიმენტი ჩაატარა, მაგრამ იმდენად, რამდენადაც ნარკოპოლიტიკაში მედიკოსთა გავლენა პოპულარულმა სოციალურმა მოძრაობებმა და სოციალურ მუშაკთა პროფესიულმა გაერთიანებებმა ჩაანაცვლეს, უფრო „კონსერვატიული“ მიდგომა იყო მიღებული. დასაწყისიდან დღემდე, შვედეთის ეროვნული ნარკოპოლიტიკის მხარდასაჭერად ყოველთვის არსებობდა თანმიმდევრული და ფართო პოპულარული კონსენსუსი.

ეს მოიცავდა კანონმდებლობას, როგორც იყო 1968 წლის კანონი ნარკოტიკული საშუალებების მოხმარებისათვის სასჯელების შესახებ, და 1969 წელს მთავრობის მიერ ნარკოტიკების წინააღმდეგ ათუწიქტიანი პოლიტიკის შემოღებას. 1978 წელს, შვედეთის პარლამენტმა ეროვნულ ნარკოპოლიტიკას საფუძვლად *ნარკოტიკებისგან თავისუფალი საზოგადოების* ხედვა დაუდო. სხვა მრავალი ქვეყნისგან განსხვავებით, სამართალდამცავთა საქმიანობა შვედეთში ისევე არის ორიენტირებული მომხმარებლებზე, როგორც მოვარეებსა და მიმწოდებლებზე. 1988 წელს ნარკოტიკების მოხმარება სისხლის სამართლის დანაშაული გახდა და სამ კატეგორიად დაიყო:

- მსუბუქი – სასჯელად განისაზღვრა ჯარიმა ან ექვს თვემდე თავისუფლების აღკვეთა;
- საშუალო – სასჯელად განისაზღვრა სამ წლამდე თავისუფლების აღკვეთა;
- მძიმე – სასჯელად განისაზღვრა ორიდან ათ წლამდე თავისუფლების აღკვეთა.

1993 წელს პოლიციას მიენიჭა იმ პირთა შემოწმების უფლებამოსილება, რომლებთან მიმართებაშიც არსებობდა ეჭვი, რომ ისინი ნარკოტიკების მომხმარებლები იყვნენ, და ნარკოტიკებისგან თავისუფალი საზოგადოების თემა კვლავ წამყვანი გახდა *ნარკოტიკული საშუალებების შესახებ 2008 წელს მიღებული სამოქმედო გეგმისათვის*.

შვედეთმა ხანმოკლე დროის განმავლობაში „ლიბერალური“ ნარკოპოლიტიკის სახით ექსპერიმენტი ჩაატარა, მაგრამ თითქმის ორმოცი წელია, რაც ის უფრო კონსერვატიულ მიდგომას ემხრობა. შვედეთის ეროვნული ნარკოპოლიტიკის მხარდასაჭერად ყოველთვის არსებობდა თანამიმდევრული და ფართო პოპულარული კონსენსუსი, რაც მოიცავს *ნარკოტიკებისგან-თავისუფალი საზოგადოების* ხედვასა და ნარკოტიკების მოხმარების წინააღმდეგ მკაცრი სისხლის სამართლებრივი სანქციების დაწესებას. თუმცა, ამავე დროს, შვედეთი რეგულარულად ახდენდა საკმაოდ დიდ

ინვესტიციებს წამალდამოკიდებულების სამკურნალო სერვისებში. შვედეთი თავისი მთლიანი შიდა პროდუქტის დაახლოებით 0.5%-ს საკუთარ ნარკოპოლიტიკაზე ხარჯავს, რაც ნიდერლანდების (0.66%) შემდეგ ევროკავშირში სიდიდით მეორე მაჩვენებელია (UNODC, 2007წ., გვ. 21 და 35). ზიანის შემცირება რეალურად არ არის აქტუალური შვედეთის სერვისების არსებულ სისტემაში ან საჯარო დისკუსიებში; მას განიხილავენ როგორც გარედან შემოტანილ დოვამს, რომელსაც წინააღმდეგობა უნდა გაეწიოს. 1966 წლიდან გარკვეულწილად ხელმისაწვდომი იყო მეტადონით ჩანაცვლების მკურნალობა, მაგრამ ეს სერვისი ფართოდ არ არის გავრცელებული; უფრო მეტიც, მკურნალობაში ნარკომანთა ჩართვის კრიტერიუმები უაღრესად მკაცრია და საკმაოდ სერიოზული შეზღუდვებია დაწესებული. შპრიცების გაცვლის პროგრამების ისტორიაც ხანმოკლეა. შპრიცების გაცვლის ადგილები ქვეყანაში პირველად 1988 წელს გამოჩნდა, მაგრამ შემდეგ 1989 წელს აიკრძალა. 2006 წლიდან შპრიცების გაცვლის პროგრამებზე ნებართვა ისევ გაიცა, მაგრამ მთელ ქვეყანაში ჯერ კიდევ მხოლოდ ორი პროგრამა ფუნქციონირებს. სოციალური მუშაკები ცენტრალურ როლს ასრულებენ შვედეთის ე.წ. *მზრუნველობის სისტემურ ჯგუფში*, რომელიც მოიცავს სოციალურ მხარდაჭერას, დეტოქსიკაციას, ინსტიტუციონალურ სტრუქტურას, მკურნალობის შემდგომ მზრუნველობასა და რეაბილიტაციას. ამჟამინდელი ეროვნული ნარკო-სტრატეგია სამ პროგრამულ სფეროში ხორციელდება:

- პრევენცია: „ნარკოტიკების ახალი მომხმარებლების რეკრუტირება უნდა შემცირდეს“;
- მკურნალობა: „ნარკოტიკების მომხმარებლები მოტივირებულნი უნდა გახდნენ, რომ შეწყვიტონ ნარკოტიკის მოხმარება“;
- მიწოდების შემცირება.

შვედეთის ნარკოპოლიტიკის შესახებ გაეროს კომენტარები საკმაოდ ურთიერთგამომრიცხავია. მაგალითად, იმავე წელს, როდესაც UNODC-იმ (2007წ.) „შვედეთის წარმატებული ნარკოპოლიტიკის“ შესახებ საკუთარი ანგარიში გამოსცა, სადაც შვედური პოლიტიკა მიჩნეული იყო როგორც სხვებისათვის სანიმუშო მოდელი, ჯანმრთელობის დაცვის უფლების შესახებ გაეროს სპეციალურმა მომხსენებელმა ქვეყანა შპრიცების გაცვლის სერვისების უზრუნველყოფის ნაკლებობისთვის გააკრიტიკა:

„სპეციალურ მომხსენებელს სურს ხაზი გაუსვას იმ გარემოებას, რომ მთავრობას აკისრია პასუხისმგებლობა უზრუნველყოს, როგორც პრიორიტეტი შვედეთის მასშტაბით, ზიანის შემცირებაზე ორიენტირებული ყოვლისმომცველი პოლიტიკის განხორციელება, რომელიც მოიცავს საკონსულტაციო სერვისებს, სქესობრივი და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის შესახებ ადვოკატირებასა და სტერილურ ნემსებსა და შპრიცებს“ (კ. ჰელემი, 2010წ., გვ. 8).

შედეგები

შვედეთის პოლიტიკა, რომელსაც UNODC უჭერს მხარს, წარმატებული მთელ რიგ სფეროებში აღმოჩნდა:

- 1960-იან წლებთან შედარებით შვედეთში ახლა ნარკოტიკების მომხმარებელთა გაცილებით ნაკლები რაოდენობაა რეგისტრირებული. მოხმარების დაბალ მაჩვენებელთა შორის არიან ახალგაზრდები. მაგალითად, როდესაც 2006 წელს ევროპაში ნარკოტიკების მოხმარების (ცხოვრების მანძილზე) გავრცელების მაჩვენებელი 15-16 წლის ასაკობრივ ჯგუფში იყო 22%, შვედეთში ეს მონაცემი 8%-ს უტოლდებოდა. თუმცა, აღსანიშნავია, რომ ნარკოტიკების მოხმარების გავრცელების სხვადასხვა დონე პორტუგალიის ანალოგიურია, მიუხედავად იმ ფაქტისა, რომ ამ უკანასკნელს სრულიად განსხვავებული ნარკოპოლიტიკა გააჩნია.
- ინექციური ნარკოტიკის მომხმარებელთა შორის აივ/შიდსის გავრცელების დაბალი მაჩვენებლებია.

თუმცა, მართალია შვედეთში ნარკოტიკების მოხმარების გავრცელების მაჩვენებელი ზოგადად დაბალია, მაგრამ ნარკოტიკების პრობლემური მოხმარება ევროკავშირის საშუალო მონაცემზე ოდნავ დაბალია. ეს კი იმას გულისხმობს, რომ შვედეთში ნარკოტიკების მომხმარებელთა გაცილებით დიდი პროპორციული რაოდენობა ექცევა „პრობლემურ“ კატეგორიაში, ვიდრე ეს სხვა ქვეყნებშია. მეტიც, აღინიშნა, რომ “მძიმე” ნარკომანთა რიცხვის ზრდა დაემთხვა სამკურნალო სერვისების საბიუჯეტო შემცირებების პერიოდებს (კ. ჰელემი, 2010წ.).

პოლიტიკიდან გამომდინარე დასკვნები

საერთაშორისო ზეწოლისთვის - მოეხდინა ზიანის შემცირების სერვისების უზრუნველყოფა - წინააღმდეგობის გაწევის მიუხედავად, შვედეთმა შეძლო წარმატება მიეღწია ნარკოტიკების მოხმარების გავრცელების და ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებელთა შორის აივ/შიდსის შემთხვევების მაჩვენებლების დაბალი დონის შენარჩუნების კუთხით. თუმცა, ის ფაქტი, რომ პორტუგალიაში, მიუხედავად მისი ძალზე განსხვავებული ნარკოპოლიტიკისა, დაფიქსირდა ნარკოტიკის მოხმარების საკმაოდ ანალოგიური მაჩვენებლები, აჩენს კითხვებს პოლიტიკასა და ნარკოტიკების ინდივიდუალურ მოხმარებას შორის მიზეზ-შედეგობრივ კავშირთან დაკავშირებით. ასევე ძალზე საგულისხმოა, რომ ნარკოტიკების პრობლემური და არაპრობლემური მომხმარებლების შეფარდება შვედეთში ძალიან მაღალია.

ისევე, როგორც სხვა ქვეყნებში, შვედეთის გამოცდილება გვიჩვენებს, რომ პოლიტიკა ეფუძნება ეთიკურ და პოლიტიკურ პოზიციებს, ისევე როგორც მეცნიერულ მტკიცებულებებს და კანონმდებლობას. ცხადია, რომ შვედური ნარკოპოლიტიკის სიცოცხლისუნარიანობა მისმა საჯარო მხარდაჭერამ განაპირობა; ეს სამკურნალო და სოციალურ სერვისებში საგრძნობი ინვესტიციების განხორციელებას მოიცავდა. საბიუჯეტო შემცირებების დროს “მძიმე” ნარკომანთა რიცხვის ზრდის გათვალისწინებით, როგორც ეს ზემოთ აღინიშნა, შესაძლოა დამაჯერებელი არგუმენტის წარმოდგენა, რომ სწორედ ამ უკანასკნელმა, და არა ეროვნული ნარკო-პოლიტიკის ხასიათმა შეიტანა წვლილი ნარკოტიკებთან დაკავშირებულ საკითხებზე მუშაობისას შვედეთის მიერ მიღწეულ „წარმატებაში“.

შვეიცარია

შესავალი: ნარკომდგომარეობა შვეიცარიაში

1990-იანი წლების დასაწყისში შვეიცარია შეწუხებული იყო მის რამდენიმე ძირითად ქალაქში, განსაკუთრებით კი ციურიხში წარმოქმნილი ღია ნარკოსცენებით, რაც საჯარო წესრიგსა და უსაფრთხოებას საფრთხეს უქმნიდა. ამასთან კავშირში, ნემსების გაცვლის პრაქტიკის გამო, ქვეყანაში აღინიშნა ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებელთა შორის აივ ინფექციის გავრცელების მკვეთრი ზრდა (ჯ.ფ. სევერი, კ. ჰელემი და დ. ბიული-ტილორი, 2009წ., გვ. 7). განსაკუთრებული ყურადღება მიიპყრო ასევე ნარკოტიკულმა დანაშაულებმა; მაგალითად, მონაცემების თანახმად, 1992-სა და 1995 წლებს შორის ხელჩანთების გატაცებათა 75% და ძარცვების ერთი მესამედი ციურიხში ნარკოტიკების მოხმარებასთან იყო ასოცირებული. საზოგადოებრივი ჯანმრთელობისა და საზოგადოებრივი წესრიგის საკითხების მნიშვნელობიდან გამომდინარე, შვეიცარიამ დაიწყო ახალი ნარკოპოლიტიკის შემუშავება, რომელიც ჯანდაცვის ზომებსა და ზიანის შემცირებაზე იქნებოდა ორიენტირებული და ამასთან, დარჩებოდა ნარკოტიკების არსებული საერთაშორისო ჩარჩოების ფარგლებში თუმცადა მათ ნარკოპოლიტიკაში გამოჩნდა სხვადასხვა ახლებული მიდგომა, მაგალითად შპრიცების გაცვლის პროგრამების გაფართოება და ახალი ტიპის სამკურნალოს სერვისების შემოღება, მათ შორის ჰეროინის მომხმარებელთათვის ექიმის დანიშნულებით ჩანაცვლებითი თერაპია.

პოლიტიკის გადახედვისა და შეცვლის პროცესი

როგორც ეს ბევრ ქვეყანაში იყო, პოლიტიკის გადახედვისა და შეცვლის პროცესი ხანგრძლივი პერიოდის განმავლობაში სხვადასხვა მიდგომის კვლევის ფონზე მიმდინარეობდა. ქვემოთ აღწერილია რამდენიმე ძირითადი სტადია, რომელიც შვეიცარიული პროცესის მიმდინარეობისას გამოვლინდა.

შვეიცარია ფედერალური მოწყობის ქვეყანაა, სადაც პოლიტიკური გადაწყვეტილებების უმეტესობა ადგილობრივ დონეზე, ე.წ. კანტონებში მიიღება. ქვეყანას ასევე აქვს ეროვნული რეფერენდუმების ჩატარების ტრადიცია საჯარო პოლიტიკის განსაზღვრის მიზნით. 1980-იანი წლებიდან დასაბამი მიეცა შვეიცარიის „ოთხსვეტიანი“ ნარკოპოლიტიკას, რაც გულისხმობდა ყოვლისმომცველ და დაბალანსებულ ნარკოპოლიტიკას და მოიცავდა: სამართალდამცავ საქმიანობას, პრევენციას, მკურნალობასა და ზიანის შემცირებას. პოლიტიკა შემუშავდა „ქვემოდან ზევით“ პრინციპის საფუძველზე, სადაც ყველაზე მნიშვნელოვანი წვლილი შეიტანა საზოგადოებრივ ორგანიზაციებს, სოციალურ მუშაეებს, ექიმებსა და სისხლის სამართალწარმოების სისტემას შორის მიღწეულმა კონსენსუსმა.

ერთ-ერთი ძირითადი კომპონენტი, რამაც წვლილი შეიტანა შვეიცარიაში „ოთხსვეტიანი“ პოლიტიკის მხარდაჭერასთან დაკავშირებული ეროვნული კონსენსუსის ჩამოყალიბებაში, იყო გამოცდილების განგრძობადი შეფასებისა და გადახედვის ვალდებულება. ამ პროცესის მხარდასაჭერად, 1997 წელს მთავრობამ ჩამოაყალიბა

დამოუკიდებელი (ექსტერნალური) ექსპერტების უწყება, ნარკოტიკებთან დაკავშირებულ საკითხებზე მომუშავე ფედერალური კომისია, რომელიც მთავრობას ნარკოპოლიტიკის სფეროში რჩევებს მისცემდა. 1998 წელს ფედერალურმა საბჭომ მიიღო აღმასრულებელი ბრძანება, რომლითაც შეიქმნა HAT პროგრამა (ჰეროინის დამხმარე სამკურნალო პროგრამა) ის მუდმივი სამართლებრივი და პოლიტიკის საფუძველი. თუმცა, ეს არ უნდა იყოს ისე გაგებული, როგორც შვეიცარიაში ნარკოტიკების მოხმარების მიმართ მიმტველებლური მიდგომა; უფრო სწორად, ეს გულისხმობდა ჯანდაცვის პრობლემისათვის მტკიცებულებებზე დაფუძნებული პრაგმატული რეაგირების არსებობას. ამის დასტურად, იმავე წელს ეროვნული რეფერენდუმით უარყოფილი იყო ნარკოტიკების მოხმარების სრული ლეგალიზაცია და რეგულირება.

1999 წელს HAT-ის პროგრამამ ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციისგან დადებითი შეფასება მიიღო, თუმცა არა უპირობო, და იმავე წელს გამართული რეფერენდუმით მოსახლეობის 54%-მა პოლიტიკას მხარი დაუჭირა. მოგვიანებით იმავე ათწლეულში, იდეოლოგიური მოსაზრებების საფუძველზე პოლიტიკას გარკვეული პოლიტიკური ოპოზიცია გაუჩნდა. ამას მორიგი რეფერენდუმი მოჰყვა 2008 წელს, როდესაც მონაწილეთა 68%-მა „ოთხსვეტიანი“ პოლიტიკის კანონმდებლობაში რატიფიცირება მოახდინა, რითიც დაადასტურა ამ პრაქტიკული და საზოგადოებრივ ჯანდაცვაზე ორიენტირებული მიდგომისადმი საგრძნობი საჯარო მხარდაჭერა. ამავე დროს, ნარკოტიკების მოხმარების წინააღმდეგ არსებული საზოგადოებრივი განწყობა კიდევ ერთხელ გამოიხატა პარალელურად მიმდინარე რეფერენდუმის უარყოფითი შედეგებით, რომელიც კანაფის მოხმარებისათვის სასჯელების გაუქმებას ითვალისწინებდა. თუმცა, ნაბიჯები იდგმება იმ მიმართულებით, რომ ნარკოტიკული დანაშაულების უმეტესობა უფრო ადმინისტრაციულ სამართალდარღვევად და არა სისხლის სამართლის დანაშაულად ჩაითვალოს.

შედეგები

როგორც ზემოთ აღინიშნა, შვეიცარიაში მონიტორინგისა და შეფასების სისტემების დაარსება და კვლევების განხორციელების ვალდებულება გადამწყვეტი კომპონენტი იყო „ოთხსვეტიანი“ მიდგომისთვის პროფესიონალების, სისხლის სამართალწარმოების სისტემისა და საზოგადოების მხარდაჭერის მოპოვებისა და შენარჩუნებისათვის. პოლიტიკის შემოღების შემდეგ შვეიცარიაში მნიშვნელოვნად შემცირდა ნარკოტიკების მოხმარებასთან დაკავშირებული პრობლემები, მათ შორის (კ. ჰელემი, 2010წ.) (ჯ. კსეტე, 2010წ.):

- ნარკოტიკული დანაშაულების რიცხვი საგრძნობლად შემცირდა.
- ჰეროინის მოხმარების ზრდა, რაც 1980-იანი წლების მიწურულს ყველაზე დიდი პრობლემა იყო, შეჩერდა და 1990-იანი წლების დასაწყისიდან სტაბილურად შემცირდა; მაგალითად, ციურინში ჰეროინის ახალი მოხმარებლების რაოდენობა 1990 წელს 850-დან 2005 წელს 150-მდე დაეცა.
- 1992 წელს HAT-ის პროგრამის ფარგლებში ჩატარებულმა ცდებმა უჩვენა, რომ შესაძლებელი იყო ჰეროინის დოზის სტაბილიზება 2-3 თვის განმავლობაში. ცდებს შედეგად მოჰყვა ჯანმრთელობის მნიშვნელოვნად გაუმჯობესებული მდგომარეობა და დანაშაულის რიცხვის შემცირება; ასე რომ, მკურნალობის უზრუნველყოფის შედეგად მიღებულმა საზოგადოებრივმა სარგებელმა მნიშვნელოვნად გადააჭარბა დანახარჯებს. მეტიც, შიშები იმის თაობაზე, რომ ექიმის მიერ დანიშნული ჰეროინი უკანონო ბაზარზე მოხვდებოდა, არ გამართლდა. ამის ნაცვლად, ჰეროინის ექიმის მიერ გამოწერამ ეს პრობლემა ქუჩებს ჩამოაშორა.
- 1991-2004 წლებში, ნარკოტიკების მოხმარებით გამოწვეული სიკვდილიანობის მაჩვენებელი 50%-ზე მეტით დაეცა.
- ამას გარდა, ათი წლის განმავლობაში ნარკოტიკების მოხმარების შედეგად აივ ინფექციის შემთხვევები რვაჯერ შემცირდა.

პოლიტიკიდან გამომდინარე დასკვნები

შვეიცარიულმა გამოცდილებამ ცხადყო, თუ რამდენად მნიშვნელოვანია:

- ახალი პროგრამების მკაცრი, მეცნიერული კვლევა;
- პოლიტიკის შემქმნელთათვის მტკიცებულებებზე დაფუძნებული ფაქტების მიწოდება;
- პოლიტიკისა და ჯანდაცვის საკითხების შერწყმა, მათ შორის საუკეთესო ბალანსის პოვნა;

- ნარკოპოლიტიკის შესახებ მოსახლეობის განათლებაში ინვესტიციების განხორციელება და მიმდინარე რეჟიმში კონსულტაციების უზრუნველყოფა;
- ახალი გამოცდილების შეფასება დამოუკიდებელი მხარის მიერ;
- იდეოლოგიური კრიტიკის საწინააღმდეგოდ მტკიცებულებებისა და პრაგმატიზმის გამოყენება (ჯ. კსეტე, 2010წ., გვ. 8).

პორტუგალია

შესავალი: ნარკომდგომარეობა პორტუგალიაში

პორტუგალიამ დიდი საერთაშორისო ყურადღება 2001 წელს მიღებული გადაწყვეტილებით მიიპყრო, როდესაც ყველა ნარკოტიკის მოხმარების დეკრიმინალიზაცია მოახდინა. თუმცა, უდავოა, რომ ნარკოტიკების მოხმარების დეკრიმინალიზაცია ნარკოტიკებზე კონტროლის პორტუგალიური მიდგომის ყველაზე რევოლუციური ასპექტი არ არის; ასეთი სწორედ ნარკოტიკებთან დაკავშირებული საკითხების მოგვარებისადმი ერთიანი მიდგომის შემოღებაა, სადაც დომინირებს ჯანდაცვის მიდგომა, მაგრამ აღიარებულია, რომ გამოჯანმრთელება დამოკიდებულია არა მარტო ფარმაკოლოგიურ მიდგომებზე, არამედ ნარკოტიკების მოხმარებასთან დაკავშირებული პრობლემების გამომწვევი სოციალური და გარემოსდაცვითი ფაქტორების მოგვარებაზე.

ისტორიულად, პორტუგალიის მოსახლეობაში ზოგადად ნარკოტიკების მოხმარების გავრცელების დაბალი დონე იყო. თუმცა, 1990-იან წლებში, გაჩნდა შიშები ნარკოტიკებთან დაკავშირებული მზარდი პრობლემის გამო, რასაც თან ახლდა ნარკოტიკების ღია ბაზრების განვითარება და ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებელთა დიდი რაოდენობა. ამ უკანასკნელის გამო, პორტუგალიაში ადგილი ჰქონდა აივ ინფექციის, ტუბერკულოზისა და B და C ჰეპატიტის შემთხვევების მკვეთრ ზრდას. მაგალითად, 1999 წლისათვის პორტუგალიაში დაფიქსირდა ნარკოტიკების მოხმარებასთან ასოცირებული შიდსით ავადობის უმაღლესი მაჩვენებელი ევროკავშირის ქვეყნებს შორის, ხოლო სიდიდით მეორე მაჩვენებელი ნარკოტიკის მოხმარებასთან ასოცირებული აივ ინფექციის გავრცელების თვალსაზრისით (გ. გრინვოლდი, 2009წ.). ამავე დროს, არსებობდა მზარდი პოლიტიკური უკმაყოფილება ნარკოტიკის მომხმარებელთა სოციალური იზოლაციისა და იმ ფაქტის შესახებ, რომ ეროვნული კანონმდებლობა, რომელიც ნარკოტიკების მოხმარების კრიმინალიზაციას ახდენდა, ქმნიდა ბარიერებს, რომლებიც ადამიანებს სამკურნალო სერვისების მიღებაში ხელს უშლიდა. მეტიც, სისხლის სამართალწარმოების ინტერვენციებში რესურსების ინვესტირებისას ხდებოდა იმ ფონდების გამოყენება, რომლებიც შესაძლებელი იყო პრევენციისა და მკურნალობის სერვისებზე დახარჯულიყო.

პოლიტიკის გადახედვისა და შეცვლის პროცესი

პორტუგალიური ნარკოპოლიტიკა დროის ხანგრძლივი პერიოდის განმავლობაში იცვლებოდა. მიუხედავად ამისა, მისი ძირითადი სტადიები იყო: 1987 წელს, აღიარა რა, რომ ნარკოტიკებთან დაკავშირებული საკითხები ერთიან მიდგომასა და ადგილობრივ რეაგირებას საჭიროებდა, ნარკოტიკების ბოროტად მოხმარების პრევენციის ეროვნულმა პროგრამამ მოახდინა ნარკოტიკებთან დაკავშირებული საკითხების დეცენტრალიზაცია და ნარკოტიკებთან დაკავშირებულ საკითხებზე პასუხისმგებლობები ექვს სამინისტროზე გადააწავილა. ამის შემდგომ, 1990-იანი წლების შუაში, ნარკომანიის სამკურნალო ცენტრები და შპრიცების გაცვლის ადგილები ქვეყნის მასშტაბით მოეწყო. მართალია, ნარკოტიკების მოხმარება სისხლის სამართლის დანაშაულად რჩებოდა, მაგრამ ამ დროიდან მოყოლებული, პრაქტიკაში უმეტესობა წვრილმან დამნაშავეებს ძირითადად არა სისხლის სამართლის სანქციებს უწესებდნენ. პოლიტიკის გადახედვამ პოლიტიკური მხარდაჭერა მაშინ მიიღო, როდესაც პარლამენტისა და უზენაესი სასამართლოს პრეზიდენტებმა ზიანის შემცირებას საკუთარი მხარდაჭერა განუცხადეს და 1998 წელს მთავრობის მიერ დანიშნულმა ექსპერტთა კომისიამ წარმოადგინა ქვეყნის პირველი ეროვნული ნარკოტიკული სტრატეგია, რომლის ცალსახა მიზანი ნარკოტიკების მოხმარებისადმი უფრო ყოვლისმომცველი და ემპირიულად დადასტურებული მიდგომის უზრუნველყოფა იყო. ახალი ნარკოტიკული სტრატეგიით მეტი რესურსი გამოთავისუფლდა ნარკოტიკების პრევენციისა და მკურნალობაზე დასახარჯად. 2001 წელს მოხდა ნარკოტიკების პირადი მოხმარებისთვის დეკრიმინალიზაცია და ჩამოყალიბდა ახალი ხელშეწყობი სისტემა, რომელიც ნარკოტიკების მომხმარებლებს სამკურნალო და სხვა მხარდაჭერ საშუალებებთან აკავშირებდა. 2001 წლის კანონი ყველა უკანონო ნარკოტიკის მოხმარება/ფლობას ეხება, მათ შორის კანაფის, ჰეროინისა და კოკაინის, და იგი კრძალავს ნარკოტიკული საშუალების ათ დღემდე მარაგის მოხმარებას/ფლობას. პრაქტიკაში ეს ოდენობა შეფასდა, როგორც 0.1 გრამი

ჰერონი, 0.1 გრამი ექსტაზი, 0.1 გრამი ამფეტამინი, 0.2 გრამი კოკაინი ან 2.5 გრამი კანაფი (კ.ა. ჰიუზი და ა. სტივენსი, 2010წ., გვ. 1002).

ახალი პოლიტიკა

ახალმა პოლიტიკამ ერთიანი მიდგომა არჩია და ერთმანეთს დაუკავშირა საკანონმდებლო ჩარჩოები ეროვნულ ნარკო-სტრატეგია. განსაკუთრებული ყურადღება დაეთმო პრევენციას, ზიანის შემცირებას, მკურნალობას, სოციალურ რეინტეგრაციას, მიწოდების შემცირებასა და მსუბუქ სამართალდამრღვევთა სამკურნალო სერვისებთან დაკავშირებას. მაშინ, როდესაც 2001 წლამდე ნარკოტიკული საშუალების პირადი მოხმარებისათვის ფლობა, შექმნა და კულტივაცია სისხლის სამართლის დანაშაული იყო, რომელიც 1 წლამდე თავისუფლების აღკვეთით ისჯებოდა, ახლა ნარკოტიკული საშუალების ფლობა და შექმნა საჯარო წესრიგის ნაწილი ან ადმინისტრაციული სამართალდარღვევა გახდა. როგორც ახალი პოლიტიკის ცენტრალური კომპონენტი, შეიქმნა ნარკოტიკების მოხმარების გადარწმუნების კომისიები. ეს იყო რეგიონული კოლეგიები, რომლებიც სამი ადამიანისგან, მათ შორის იურისტისგან, სოციალური მუშაკისა და მედიკოს პროფესიონალისგან შედგებოდა. მათ საქმიანობას მხარს უჭერდა ნარკოტიკებისა და ნარკომანიის ინსტიტუტი, რომელიც ნარკოტიკების საკითხებზე მთავარი სამთავრობო უწყებაა. ახალი კანონის თანახმად პოლიცია არ აპატიმრებდა ნარკოტიკების მცირე ოდენობით მომხმარებლებს, მაგრამ შეეძლო ამოღებული ნარკოტიკების განადგურება, დამრღვევის სახელის გაგება და 72 საათის განმავლობაში მისი კომისიასთან დაკავშირება. ამის შემდგომ კომისია დამრღვევთან ერთად განიხილავდა მის მიერ ჩადენილი დარღვევის მოტივაციასა და თანმდევ ვითარებას და დაუწესებდა მას გარკვეულ სანქციებს, მათ შორის საზოგადოებრივ შრომას, ჯარიმებს (უკიდურეს შემთხვევაში), პროფესიული ლიცენზიების შეჩერებას და განსაზღვრული ადგილების მონახულებაზე აკრძალვას. კომისიებს მიენიჭათ უფლებამოსილება, რომ განესაზღვრათ იყვნენ თუ არა პირები ნარკოტიკებზე დამოკიდებულნი. დადებითი პასუხის შემთხვევაში კომისიებს შეეძლოთ სანქციის გამოყენების ნაცვლად მკურნალობისთვის ანდა საგანმანათლებლო პროგრამისთვის რეკომენდაციის გაწევა. უარყოფითი პასუხის შემთხვევაში კომისიებს შეეძლოთ დაედგინათ წარმოების დროებითი შეჩერება, პირის პოლიციის განყოფილებაში გამოცხადება, ფსიქოლოგიური ან საგანმანათლებლო სერვისებით სარგებლობა ან ჯარიმის დაკისრება (კ.ა. ჰიუზი და ა. სტივენსი, 2010წ.).

მნიშვნელოვანია იმის გათვალისწინება, რომ პორტუგალიური პოლიტიკა არ ისახავდა მიზნად ნარკოტიკების მოხმარება გაეხადათ საზოგადოებისათვის მისაღებ პრაქტიკად. პირიქით, მისი უმთავრესი მიზანი იყო ნარკოტიკების მომხმარებელთა გადარწმუნება და ნარკოტიკებზე დამოკიდებულ მომხმარებელთა წახალისება და მოტივირება, რომ მათ ესარგებლათ სამკურნალო სერვისებით. მის საბოლოო წარმატებაში გადამწყვეტი როლი პოლიტიკური და საჯარო მხარდაჭერის მოპოვებამ და შენარჩუნებამ ითამაშა, რასაც ასევე ხელი შეუწყო გამჭვირვალობის ვალდებულებამ, რომ ოფიციალურად გამოქვეყნებულიყო ანალიზისა და შეფასების პროცესში მოპოვებული ყველა მასალა.

შედეგები

სამეცნიერო შურნალებში დღემდე არ ყოფილა წარმოდგენილი პორტუგალიის ნარკოპოლიტიკის მიმოხილვა. თუმცა, 2001 წლიდან შემდეგი შედეგები დაფიქსირდა (კ.ა. ჰიუზი და ა. სტივენსი, 2010წ., გვ. 28):

- საბოლოო ჯამში, პოლიტიკას არ მოუტანია უარყოფითი შედეგები ქვეყანაში ნარკოტიკების მოხმარების მაჩვენებლების კუთხით, რომლებიც, მრავალ კატეგორიაში ევროკავშირში ყველაზე დაბალია. შეინიშნებოდა მცირე ზრდა ყველა სრულწლოვანს შორის ნარკოტიკების უკანონო მოხმარების კუთხით, მაგრამ ეს ევროპაში არსებულ ტენდენციებს შეესაბამებოდა. თუმცა, კანაფის მზარდი მოხმარების ფონზე ჰერონის მოხმარება, რომელიც გაცილებით დიდი ზიანის მომტანია, შემცირდა.
- ნარკოტიკების უკანონო მოხმარება ნარკოტიკების პრობლემურ მომხმარებელთა შორის შემცირდა, ისევე როგორც შემცირდა ოპიატებისგან დამოწყვეული სიკვდილიანობა.
- ნარკოტიკების უკანონო მოხმარება ასევე შემცირდა 15-19 წლის ასაკობრივ ჯგუფში. ეს განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია, რადგან ამ ასაკში ნარკოტიკების გასინჯვა მითითებულია, როგორც სამომავლო ხანგრძლივი მოხმარების პროგნოზირებისთვის მნიშვნელოვანი განმსაზღვრელი ფაქტორი.

- დაფიქსირდა ნარკოტიკების ინექციური მოხმარების შემცირება, და ამასთან კავშირში, მნიშვნელოვნად შემცირდა აივ ინფექციის ახალი შემთხვევები, ნარკოტიკების მოხმარებით გამოწვეული სიკვდილიანობა და სხვა ინფექციური დაავადებებით დასნებოვნება.
- წამალდამოკიდებულების სამკურნალო სერვისების ხელმისაწვდომობის მნიშვნელოვანი ზრდის პარალელურად, შემსუბუქდა სისხლის სამართალწარმოების სისტემაზე ნარკოტიკული დანაშაულების საქმეების განხილვის ტვირთი. ნარკოდანაშაულების წილი პორტუგალიურ ციხეებში 1999 წელს 44%-დან 2008 წელს 21%-მდე შემცირდა.
- ამავე დროს, სამართალდამცველებმა ამოიღეს ნარკოტიკების ძალიან დიდი რაოდენობა, რაც შესაძლოა მიუთითებდეს მათ უნარზე, უკეთ იყვნენ ორიენტირებულნი მიწოდების შემცირებაზე ნაცვლად კონკრეტული პიროვნებების მიერ ნარკოტიკების მოხმარების ფაქტების დევნისა.
- მართალია, 2001 წლიდან ნარკოტიკებზე საცალო ფასები შემცირდა, თუმცა ფასების შემცირებას და დეკრიმინალიზაციას ნარკოტიკების ბაზრის მასიური გაფართოება არ გამოუწვევია, რასაც რეფორმის ოპონენტები შიშობდნენ. თუმცა, რთულია ზუსტი დასკვნების გამოტანა, რამდენად არსებობდა პირდაპირი ასოციაცია მიღებულ შედეგებსა და ნარკოპოლიტიკის ცვლილებებთან.

პოლიტიკიდან გამომდინარე დასკვნები

პორტუგალია ნარკოპოლიტიკის საზოგადოებრივი ჯანდაცვისკენ რეორიენტაციისა და ნარკოტიკების მოხმარების წინააღმდეგ უფრო ინტეგრირებული და ეფექტური ზომების უზრუნველყოფის ბრწყინვალე მაგალითს წარმოადგენს. პორტუგალიის ხელისუფლება მუდმივად ამტკიცებდა, რომ ისინი ნარკოტიკების მოხმარებაზე თვალს არ ხუჭავენ. ისინი ნარკოტიკების მოხმარებას ძირითადად მიიჩნევენ, როგორც ჯანდაცვისა და სოციალურ პრობლემას, რომელიც ინდივიდუალურ და საზოგადოებრივ დონეზე კომპლექსური რეაგირების მიერ რიგ ზომებს საჭიროებს.

ნარკოპოლიტიკა ძლიერ ემოციებს იწვევს და ამიტომ მნიშვნელოვანია პოლიტიკის შემქმნელთა და საზოგადოებას შორის კონსენსუსისა და ნდობის მიღწევა და შენარჩუნება. პორტუგალიური მაგალითიდან ჩანს, რომ სისხლის სამართალწარმოებისა და ჯანდაცვის სისტემებს შორის ინფრასტრუქტურისა და თანამშრომლობის განვითარებას, რომელსაც პროგრესული საკანონმდებლო ცვლილებების ხელშეწყობა შეუძლია, გარკვეული დრო სჭირდება.

დანართი №3: შპრიცების გაცვლის პროგრამებისა და ოპიოიდებზე დამოკიდებულების დეტოქსიკაციის სამსახურების შესაძლო მინიმალური სტანდარტები (ჯანმრთელობისა და კლინიკის დახელოვნების ეროვნული ინსტიტუტიდან, 2009 და 2007წწ.). *ქვემოთ მოცემული ინფორმაცია სხვა კონტექსტიდან აღებულ სასარგებლო მაგალითებს წარმოადგენს. ისინი არ არის ინსტრუქციის მიმცემი ან ყოვლისმომცველი ამ კლინიკურ სფეროებთან მიმართებაში.*

შპრიცების გაცვლის სერვისების მინიმალური სტანდარტები შეიძლება შეიცავდეს:

- ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებელთა ნემსებით, შპრიცებითა და სხვა საინექციო ინსტრუმენტებით უზრუნველყოფა. გაცემული ოდენობა არა უნდა იზღუდებოდეს თვითნებურად, და იგი მათ მოთხოვნილებებს უნდა აკმაყოფილებდეს. სადაც ეს შესაძლებელია, სხვადასხვა ზომის ნემსები და შპრიცები უნდა იყოს ხელმისაწვდომი.
- სერვისის მომხმარებელთა უზრუნველყოფა სპეციალური კონტეინერებით და ინსტრუქტაჟით, რომ მოხდეს ნახმარი საინექციო ინსტრუმენტების უსაფრთხო წესით გადაყრა/განადგურება.
- სერვისის მომხმარებელთათვის რჩევებისა და ინფორმაციის მიწოდება უსაფრთხო ინექციის შესახებ, როდესაც მიწოდებულია გრძელი ნემსები და სხვა ინსტრუმენტი, რომელიც შესაძლოა პრაქტიკაში უფრო სახიფათოდ იყოს გამოყენებული (მაგალითად, გრძელი ნემსები შესაძლებელია საზარდულში ინექციისათვის იყოს გამოყენებული).
- ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებელთა წახალისება და მოტივირება, რომ გადაერთონ ნარკოტიკების მოხმარების სხვა მეთოდებზე.
- ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებელთა წახალისება და მოტივირება, რომ მონიშნონ თავისი შპრიცები და სხვა საინექციო ინსტრუმენტები, ან გამოიყენონ ადვილად ცნობადი ინსტრუმენტები, რომ არ მოხდეს მოხმარებისას აღრევა სხვის ინსტრუმენტებთან.
- ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებელთა წახალისება და მოტივირება, ისარგებლონ ზიანის შემცირების სამსახურებით; შეწყვიტონ ნარკოტიკების მოხმარება ან გადაერთონ არაინექციურ მეთოდებზე (მაგალითად, ოპიოიდებზე დამოკიდებულთათვის ჩანაცვლების თერაპია); და მათი ჯანმრთელობის სხვა საჭიროებების დაკმაყოფილება. აუცილებელია ინფორმაციის მიწოდება არსებული სერვისების შესახებ.

ოპიოიდებზე დამოკიდებულების დეტოქსიკაციის სამსახურების მინიმალური სტანდარტები შეიძლება მოიცავდეს:

დეტოქსიკაცია უნდა იყოს ხელმისაწვდომი ვარიანტი იმ ადამიანებისათვის, რომლებიც ოპიოიდებზე არიან დამოკიდებულნი და გამოსატყვევ ინფორმირებულ თანხმობას მათი მოხმარებისგან თავშეკავებაზე.

დეტოქსიკაციის მიზნებისთვის შეფასება

დეტოქსიკაციის სურვილის მქონე ადამიანების შეფასება ოპიოიდზე დამოკიდებულებისა და სხვა ნივთიერებების, მათ შორის ალკოჰოლის, ბენზოდიაზეპინისა და სტიმულანტების მოხმარების ფაქტის და მოხმარების სიმძიმის დასადგენად.

- შარდის ანალიზის გამოყენება; შესაძლებელია ტესტირების სხვა მეთოდების გამოყენებაც, როგორცაა ორალური გზით სითხის მიღების ან სუნთქვის ტესტირება.
- ოპიოიდის აღკვეთის ნებისმიერი ნიშნის კლინიკური შეფასება (ამისათვის შესაძლოა ფორმალური კლასიფიკაციის სკალის გამოყენება, მხოლოდ როგორც დამატებითი საშუალება).
- ნარკოტიკებისა და ალკოჰოლის ავადმომხმარების და პრობლემასთან დაკავშირებით მიღებული მკურნალობის ისტორიის გათვალისწინება.
- ჯანმრთელობის ფიზიკური და გონებრივი პრობლემების შეფასება და ამასთან დაკავშირებით მიღებული მკურნალობის ისტორიის გათვალისწინება.
- ოპიოიდის აღკვეთის სინდრომების საპასუხოდ თვით-დაზიანების, ოპიოიდისადმი ტოლერანტობის დაკარგვისა და ნარკოტიკების ან ალკოჰოლის ბოროტად მოხმარების რისკების გათვალისწინება.
- ადამიანის სოციალური და პერსონალური გარემოს გათვალისწინება.

- ნარკოტიკების მოხმარების გამო ოჯახის წევრებზე, ან მოხმარებელზე დამოკიდებულ ნებისმიერ პირზე გავლენის გათვალისწინება.
- სტრატეგიების შემუშავება რეციდივის რისკის შემცირების მიზნით, პირის მხარდამჭერი ქსელის გათვალისწინებით.

თუ ოპიოიდზე დამოკიდებულება ან მისდამი ტოლერანტობა გაურკვეველია, ამას გარდა გამოყენებული უნდა იყოს დადასტურებული ლაბორატორიული ტესტები, განსაკუთრებით როდესაც:

- ახალგაზრდა პირი პირველად გადის დეტოქსიკაციას;
- პაციენტისათვის ჩატარებული პირველადი ტესტირების შედეგი არ შეესაბამება კლინიკურ ანალიზს;
- არსებობს ნარკოტიკის მოხმარების კომპლექსური ფორმები.

პირველადი და ლაბორატორიული ტესტირებები უნდა ჩატარონ შესაბამისი კვალიფიკაციის მქონე ჯანდაცვის სფეროში მოღვაწე პროფესიონალებმა უსაფრთხოების სტანდარტულ პროცედურებთან შესაბამისობაში.

ინფორმაციისა და რჩევის მიწოდება

დეტოქსიკაციისა და მასთან დაკავშირებული რისკების შესახებ დეტალური ინფორმაციის მიწოდება, რაც უნდა მოიცავდეს:

- ოპიოიდის აღკვეთის დროს მოსალოდნელ ფიზიკურ და ფსიქოლოგიურ ასპექტებს, მათ შორის სიმპტომების და მათი მართვის ხანგრძლივობისა და ინტენსიურობის შესახებ;
- არა-ფარმაკოლოგიური მიდგომების გამოყენებას აღკვეთის სიმპტომებთან გასამკლავებლად;
- დეტოქსიკაციის შემდგომ ოპიოიდებისადმი ტოლერანტობის დაკარგვის, ან ნარკოტიკის ზედოზირების და მასთან დაკავშირებული სიკვდილობის გაზრდილი რისკი, რაც შესაძლოა გამოწვეული იქნეს ალკოჰოლის ან ბენზოდიაზეპინების მოხმარებით;
- ხანგრძლივი, უწყვეტი მხარდაჭერის აღმოჩენის მნიშვნელობას, ასევე ფსიქო-სოციალური და ფარმაკოლოგიური ინტერვენციების მნიშვნელობა აღკვეთის შენარჩუნების, ჯანმრთელობის პარალელური მენტალური პრობლემების მკურნალობისა და უარყოფითი შედეგების (მათ შორის გარდაცვალების) რისკის შემცირების მიზნით.
- სერვისების მომხმარებელთათვის რჩევების მიცემა ცხოვრების სტილის იმ ასპექტების შესახებ, რომელთაც ესაჭიროება ყურადღება დეტოქსიკაციის დროს, მათ შორის დიეტის, ჰიდრატაციის, ძილისა და ვარჯიშის შესახებ.
- იმ ადამიანების წახალისება და მოტივირება, რომლებიც თვით-დეტოქსიკაციის შესაძლებლობას იხილავენ, გაიარონ დეტოქსიკაცია სამკურნალო პროგრამის ფარგლებში ან, სულ მცირე შეინარჩუნონ კონტაქტი შესაბამისი სამსახურების სერვისის მიმწოდებლებთან.
- თვით-დახმარების ჯგუფებისა (როგორცაა 12 საფეხურიანი) და მხარდამჭერი ჯგუფების შესახებ ინფორმაციის მიწოდება და ასევე ჯგუფებში პაციენტის ჩართულობის ხელშეწყობის გათვალისწინება.
- ოჯახებისა და მზრუნველებისათვის დეტოქსიკაციისა და მისი ჩატარების პროცედურების შესახებ ინფორმაციის მიწოდება.

ფარმაკოლოგიური ჩარევები ოპიოიდებზე დამოკიდებულების დეტოქსიკაციის დროს

მედიკამენტების შერჩევა

მეტადონის ან ბუპრენორფინის მიღება, როგორც პირველადი მკურნალობის შეთავაზება.

- როგორც წესი, დეტოქსიკაციის დაწყება იმავე მედიკამენტით, რომელიც ნებისმიერი შენარჩუნებითი მკურნალობის დროს გამოიყენებოდა;
- სერვისის მომხმარებლის უპირატესი არჩევნის გათვალისწინება.

ლოფექსიდინი შეიძლება დაენიშნოს იმ ადამიანებს:

- რომლებმაც მიიღეს ინფორმირებული და კლინიკურად პაციენტისათვის ადეკვატური გადაწყვეტილება:

არ გამოიყენონ მეტადონი ან ბუპრენორფინი დეტოქსიკაციისთვის; ან

მოახდინონ დეტოქსიკაცია დროის ხანმოკლე პერიოდში.

- რომლებსაც აღენიშნებათ მსუბუქი ან გაურკვეველი სიმძიმის წამლადამოკიდებულება (მათ შორის ახალგაზრდებს).

კლონიდინი და დიჰიდროკოდინი რუტინულად არ უნდა მოიხმარებოდეს.

დოზა და ხანგრძლივობა

საწყისი დოზის, ხანგრძლივობისა და რეჟიმის (მაგალითად პირდაპირი თუ საფეხურიანი) განსაზღვრისას, სერვისის მომხმარებელთან განხილვის შედეგად, უნდა მოხდეს შემდეგი საკითხების გათვალისწინება:

- დამოკიდებულების სიმძიმე (გამოიჩინეთ სიფრთხილე, თუ დამოკიდებულება არ არის განსაზღვრული);
- სერვისის მომხმარებლის სტაბილურობა (მათ შორის ნარკოტიკების ნაირსახეობისა და ალკოჰოლის მოხმარება და თანხმლები მენტალური პრობლემები);
- სადეტოქსიკაციო მედიკამენტებისა და დამატებითი მედიკამენტების ფარმაკოლოგია;
- დეტოქსიკაციის დანიშვნა.

როგორც წესი, დეტოქსიკაცია უნდა გრძელდებოდეს:

- 4 კვირამდე სტაციონარულ/რეზიდენტულ პირობებში;
- 12 კვირამდე სათემო დონეზე.

დამატებითი მედიკამენტები

დამატებითი მედიკამენტები გამოყენებული უნდა იყოს მხოლოდ კლინიკური ჩვენებების დროს, როდესაც სახეზეა აღზნება, გულისრევა, უძილობა, ტკივილი და/ან ფაღარათი.

სიმპტომების სამართავად გამოყენებული უნდა იყოს საჭირო ნარკოტიკული საშუალებების მინიმალური რაოდენობა და მინიმალურას საჭირო ეფექტური დოზა.

გათვალისწინებული უნდა იყოს დამატებითი მედიკამენტების გამოყენებით გამოწვეული მოსალოდნელი რისკები, ისევე როგორც თვით მედიკამენტების ურთიერთქმედება, ასევე ოპიოიდის აგონისტებს შორის ურთიერთკავშირები.

მონიტორინგი

სიფრთხილვა გამოსაჩენი იმასთან დაკავშირებით, რომ არ მოხდეს ოპიოიდებზე დამოკიდებულების დეტოქსიკაციის დროს გამოყენებული მედიკამენტების არადანიშნულებისამებრ გამოყენება ან მათ მოხმარებაზე გადასვლა.

გათვალისწინებული უნდა იყოს:

- მონიტორინგის შესაბამისობა;
- სხვა საშუალების მოხმარებაზე გადასვლის რისკის შემცირების მეთოდები, მათ შორის ზედამხედველობას დაქვემდებარებული მოხმარება.

განსაკუთრებით გასათვალისწინებელი საკითხები

დეტოქსიკაცია არ უნდა იყოს რუტინულად შეთავაზებული იმ ადამიანებისათვის:

- რომელთა სამედიცინო მდგომარეობა გადაუდებელ მკურნალობას საჭიროებს;
- რომლებიც პოლიციის მიერ არიან დაკავებულნი, ან იხდიან მცირე ზომის სასჯელს ციხეში მცირე პერიოდის განმავლობაში; გათვალისწინებული უნდა იყოს ოპიოიდებისგან აღკვეთის სიმპტომების მკურნალობა ოპიოიდების აგონისტი მედიკამენტებით;
- რომლებიც მწვავე ან გადაუდებელ პირობებში იმყოფებიან; უპირველეს ყოვლისა უნდა მოგვარდეს გადაუდებელი პრობლემა, მკურნალობა ჩატარდეს აღკვეთის სიმპტომების სამართავად და, თუ შესაძლებელია, მკურნალობისათვის გაიგზავნოს სპეციალურ სამსახურებში.

ქალების შემთხვევაში, რომლებიც ოპიოიდებზე დამოკიდებულნი არიან ორსულობის დროს, დეტოქსიკაცია მხოლოდ დიდი სიფრთხილით უნდა განხორციელდეს.

ოპიოიდებზე დამოკიდებულებასთან ერთად მკურნალობა საჭიროა თანმხლები ფიზიკური და მენტალური პრობლემების კლინიკური მართვა.

დარჩარებული დეტოქსიკაცია

ზოგადი ანესთეზიის ან მძიმე საძილე პრეპარატების პირობებში (სადაც არსებობს ხელოვნური სუნთქვის საჭიროება) არ შეიძლება ულტრა-სწრაფი დეტოქსიკაციის გამოყენება, რადგან არსებობს მძიმე უარყოფითი შედეგების, მათ შორის სიკვდილის რისკი.

არ შეიძლება ნაჩქარევი აღკვეთის გამოყენებით ულტრა-სწრაფი ან სწრაფი დეტოქსიკაციის რუტინულად შეთავაზება.

სწრაფი დეტოქსიკაცია მხოლოდ იმ პირთა მიმართ უნდა იყოს გამოყენებული, რომლებიც ამას კონკრეტულად მოითხოვენ, რომელთაც კარგად ესმით მასთან დაკავშირებული რისკები და რომლებსაც შეუძლიათ დამატებითი მედიკაციის ატანა. ასეთ გარემოებებში, დეტოქსიკაციის დროს უზრუნველყოფილი უნდა იყოს, რომ:

- სერვისის მომხმარებელს შეეძლოს ვერბალურ სტიმულაციაზე რეაგირება და შესაძლებელი იქნეს პაციენტის ვენტილაციის შენარჩუნება;
- არსებობდეს ადეკვატური სამედიცინო და მოვლის საშუალებები, რათა შესაძლებელი იყოს სერვისის მომხმარებლის სედაციისა და სასიცოცხლო ნიშნების მონიტორინგი;
- პერსონალი იყოს კომპეტენტური ხელოვნური სუნთქვის პროცესის სათანადოდ უზრუნველყოფის მიზნით.

არ შეიძლება დეტოქსიკაციის პროცესის შემოკლების მიზნით, ოპიოიდის ანტაგონისტების დაბალი დოზების გამოყენებით დარჩარებული დეტოქსიკაციის რუტინულად შეთავაზება.

პირები, რომლებიც ჭარბად მოიხმარენ ალკოჰოლს

თუ პირი, რომელიც ოპიოიდებზე დამოკიდებულების დეტოქსიკაციას იტარებს და ასევე ჭარბად მოიხმარს ალკოჰოლს, გათვალისწინებული უნდა იყოს შემდეგი:

- იმ შემთხვევაშიც კი, თუ პირი არ არის ალკოჰოლზე დამოკიდებული, შეეცადეთ მოაგვაროთ მათ მიერ ალკოჰოლის ავადმოსმარების პრობლემა;
- თუ პირი ალკოჰოლზე დამოკიდებულია:

შესთავაზეთ ალკოჰოლისგან დეტოქსიკაცია ოპიოიდებზე დამოკიდებულების დეტოქსიკაციის დაწყებამდე, ან სათემო, ან ციხის პირობებში;

განიხილეთ ალკოჰოლისგან დეტოქსიკაციის შეთავაზება ოპიოიდებზე დამოკიდებულების დეტოქსიკაციის პარალელურად, სტაციონარულ პირობებში, ან სათემო პირობებში სტაბილიზაციის შესაძლებლობებით.

ფსიქო-სოციალური ჩარევები დეტოქსიკაციის დროს და შემდგომ

სიტუაციური მართვა

გათვალისწინეთ სიტუაციური მართვის შესაძლებლობა, რომლის მიზანი იქნება ნარკოტიკების უკანონო მოხმარების შემცირება როგორც ოპიოიდებზე დამოკიდებულების დეტოქსიკაციის დროს, ისე მის შემდგომ 3-დან 6 თვემდე პერიოდში.

დეტოქსიკაციის შემდგომი განგრძობითი მკურნალობა და მხარდაჭერა

ოპიოიდებზე დამოკიდებულების წარმატებული დეტოქსიკაციის შემდეგ, და მიუხედავად იმისა, თუ რა პირობებში ჩატარდა იგი, სერვისის ყველა მომხმარებელს შესთავაზეთ განგრძობითი მკურნალობის კურსის გავლა, მხარდაჭერა და მონიტორინგი აბსტინენციის შენარჩუნებაში დასახმარებლად. ეს პროცესი, როგორც წესი, სულ მცირე 6 თვის განმავლობაში გრძელდება.