

განმარტებები „უკანონო მფლობელობიდან ან ბრუნვიდან ამოღებულ სპეციალურ კონტროლს დაქვემდებარებულ ნივთიერებათა და მათი შემცველი პრეპარატების მცირე, დიდი და განსაკუთრებით დიდი ოდენობების“ ნუსხაში შემოთავაზებულ ცვლილებებთან დაკავშირებით

ექიმ-ნარკოლოგების პოზიცია

1. ზღვრული ოდენობები და ევროკავშირის ქვეყნების კანონმდებლობა
ზღვრული ოდენობების კონცეფცია ევროპის ბევრ ქვეყანაში გამოიყენება. ამ კონცეფციის მომხილველობა მის სიმარტივეშია და სხვადასხვა ქვეყანა ზღვრულ ოდენობებს სხვადასხვა მიზნით იყენებს, მაგალითად, განსაზღვრავს: დასჯადობას (პირადი მოხმარებისთვის თუ გასაღების მიზნით); ჩადენილია თუ არა დანაშაული დამამძიმებელ გარემოებაში; უნდა მიეცეს თუ არა პირი პასუხისგებაში; შემთხვევა უნდა მიეკუთვნოს ადმინისტრაციულ თუ სისხლის სამართლის დანაშაულს და ა.შ.

ცხრილი 1. ოდენობების კავშირი დასჯადობასთან

ზღვრული ოდენობების გამოყენების მიზანი	ქვეყანა
პირადი მოხმარებისთვის თუ გასაღების მიზნით	ბელგია, საბერძნეთი, კვიპროსი, პორტუგალია, სლოვაკეთი
დამამძიმებელი გარემოება	ირლანდია
უნდა იქნას თუ არა მიცემული პასუხისგებაში	ფინეთი
ოდენობებთან ერთად განიხილება სხვა ფაქტორები	დანარჩენი ქვეყნები

იმის დასადგენად, პირი ნარკოტიკს ფლობდა პირადი მოხმარებისთვის თუ გასაღების მიზნით (საბერძნეთი); შემთხვევა უნდა გავიდეს თუ არა სისხლის სამართლებრივი სივრციდან (პორტუგალია); ანდა დანაშაულის რომელ კატეგორიაში ხვდება კონკრეტული შემთხვევა (დიდი ბრიტანეთი). ევროკავშირის და მის ფარგლებს გარეთ არსებული მაგალითების ანალიზით ცხადი ხდება, რომ ნარკოპოლიტიკაში არ არსებობს "ჯადოსნური რიცხვები".¹

¹ Genevieve Harris. Conviction by Numbers - Threshold Quantities for Drug Policy. Transnational Institute (TNI Drugs & Democracy Programme, the Netherlands). Series on Legislative Reform of Drug Policies Nr. 14; May 2011

ნათელია, რომ ზღვრული ოდენობები ითვლება ნარკოტიკის ფლობის მიზნობრიობის (პირადი მოხმარების თუ გასაღების მიზნით) განსაზღვრის სანდო ინდიკატორად, რადგან ბევრი ქვეყანა - მექსიკიდან ავსტრიამდე, იყენებს ამ მიდგომას; თუმცა, უზარმაზარი განსხვავებები ზღვრული ოდენობების მაჩვენებლებს შორის (მაგ.: კოკაინისთვის - 0.5 გ მექსიკაში და 15 გ-მდე ავსტრიაში) იმაზე მიუთითებს, რომ არ არსებობს მტკიცებულებებზე დაფუძნებული კონსენსუსი, თუ რომელია ნარკოტიკის ის გონივრული ოდენობა, რომელსაც პირი უნდა ფლობდეს პირადი მოხმარების მიზნით და როგორ უნდა განისაზღვროს ეს გონივრული ოდენობები.

ბევრი გარემოება არსებობს, როდესაც პირს შეიძლება ჰქონდეს ნარკოტიკის დიდი ოდენობა, მაგრამ არა გასაღების მიზნით. მაგალითად, წამალდამოკიდებული ადამიანი ნარკოტიკისადმი ტოლერანტობის მაღალი დონით; ანდა პირს სურს, მაქსიმალურად შეზღუდოს არალეგალურ კრიმინალურ ბაზართან კონტაქტების სიხშირე და ერთ ჯერზე შეიძინოს დიდი ოდენობა და სხვ.; არც ერთი ამ შემთხვევათაგანი არ გულისხმობს უფრო მეტ ბრალეულობას ან მეტ ზიანს საზოგადოებისთვის. და, პირიქით, პირს შეიძლება თან ჰქონდეს ნარკოტიკის მცირე ოდენობა, მაგრამ გარკვეული გარემოებები მიუთითებდეს იმაზე, რომ ფლობის მიზანი გასაღება იყო.

იმისათვის, რომ სწორად გაიმიჯნოს ერთმანეთისაგან ნარკოტიკის ფლობა პირადი მოხმარებისათვის გასაღებისაგან, და განისაზღვროს ადეკვატური სასჯელი, ევროპის ქვეყნებში მოქმედებს დისკრეციული სისტემა, რომელსაც აკონტროლებს სასამართლო ორგანოები. ასეთი სისტემის არსებობის პირობებში, ზღვრული ოდენობები აღარ გვევლინება ნარკოტიკის ფლობის მიზნობრიობის დადგენის ერთადერთ განმსაზღვრელ ფაქტორად ყველა დონეზე; ოდენობები განიხილება, როგორც ერთ-ერთი ფაქტორი ბევრ სხვა ფაქტორს შორის და აღიარებულია, რომ მრავალმა ფაქტორმა შეიძლება გამოიწვიოს ნარკოტიკის დიდი რაოდენობით ფლობა, მაგრამ არა გასაღების მიზნით. ამგვარად, ხდება უდანაშაულობის პრეზუმფციისა და სასჯელის პროპორციულობის დაცვის უზრუნველყოფა.

ევროკავშირის ზოგიერთ ქვეყანაში (იტალია, ლიტვა, უნგრეთი, ავსტრია, ფინეთი) ოდენობები განსაზღვრულია კონტროლს დაქვემდებარებული ნივთიერებების უმრავლესობისთვის; სხვა ქვეყნებში (ჩეხეთი, გერმანია, საბერძნეთი, ესპანეთი, კვიპროსი, ნიდერლანდები, პორტუგალია, ნორვეგია) - მხოლოდ გავრცელებული ნარკოტიკებისთვის. ასევე, განსხვავებულია მიდგომები იმასთან დაკავშირებით, თუ თითოეულ ქვეყანაში რომელი ორგანო/უწყება არის პასუხისმგებელი ოდენობების განსაზღვრასა და ცვლილებების შეტანაზე:

ცხრილი 2. სიებსა და ოდენობებში ცვლილებების შეტანა ევროკავშირის ქვეყნებში

პასუხისმგებელი ორგანო	ქვეყანა
პარლამენტი	კვიპროსი
მთავრობა	ჩეხეთი
სამინისტრო (ჯანდაცვის, იუსტიციის)	ბელგია, იტალია, ლიტვა, უნგრეთი, ავსტრია, პორტუგალია
პოლიცია, პროკურატურა	ნიდერლანდები, ფინეთი, ნორვეგია
სასამართლო	გერმანია, შვედეთი
ექსპერტთა სამეცნიერო საბჭო	ესპანეთი

2. ოდენობების განსაზღვრა ევროკავშირის ქვეყნებში

როგორც ზემოთ აღვნიშნეთ, ევროკავშირის სახელმწიფოები სხვადასხვა მიდგომას იყენებენ ზღვრული ოდენობების განსაზღვრისას, უფრო მეტიც, ფედერალური მოწყობის მქონე ქვეყნების შიგნითაც შეიმჩნევა განსხვავებული მიდგომები.

ცხრილი 3. ნარკოტიკული საშუალებების ზღვრული ოდენობების განსაზღვრის პრინციპები

პრინციპი	პირადი მოხმარების ლიმიტი
„დოზების“ მიხედვით	ესტონეთი (10 დოზა); სლოვაკეთი (3-10 დოზა); ნორვეგია (1-2 დოზა)
დღიური მოხმარებისთვის საჭირო ოდენობა	პორტუგალია (10 დღის მარაგი) ესპანეთი (5 დღის მარაგი) ბელგია (1 დღის მარაგი)
ფასები არალეგალურ ბაზარზე	ირლანდია, სლოვაკეთი
ოდენობები არ არის კანონმდებლობაში	საფრანგეთი, იტალია, ლუქსემბურგი, ბრიტანეთი

ნარკოტიკებსა და წამალდამოკიდებულებაზე მონიტორინგის ევროპული ცენტრის ექსპერტები შეთანხმდნენ, რომ საუკეთესო პრაქტიკის შემთხვევაში კონსულტაციები უნდა გაიმართოს ყველა დაინტერესებულ მხარესთან, რათა სამეცნიერო საფუძველზე დადგინდეს ზღვრული ოდენობები.²

² TNI-EMCDDA Expert Seminar on Threshold Quantities. Lisbon – 20 January 2011

ზღვრული ოდენობების მნიშვნელობა და სარგებლიანობა ბევრ ფაქტორზეა დამოკიდებული³:

1. ზღვრული ოდენობების იდეა მომხიბლველია პოლიტიკოსებისათვის, რადგან დროისა და თანხების დაზოგვის საშუალებას იძლევა, მაგრამ ამ მიდგომის გამოყენება სიფრთხილით უნდა ხდებოდეს, რადგან საკუთარ თავში მოიცავს არასწორი მსჯავრის და არაპროპორციული რეაგირების რისკებს.
2. ნარკოტიკების მოხმარებასა და გასაღებაზე შესაბამისი რეაგირების საკვანძო ფაქტორებია განზრახვა, ბრალეულობა და ზიანის მიყენება, და ამ ფაქტორებთან მიმართებაში ზღვრული ოდენობები მხოლოდ დამხმარეა და არა გადამწყვეტი. ისინი შეიძლება გამოყენებული იქნას აქტიური დისკრეციის სისტემის ფარგლებში, რომელიც ითვალისწინებს სამართალდარღვევის ყველა გარემოებას.
3. ზღვრულ ოდენობებს მაშინ აქვს ყველაზე ნაკლები უარყოფითი მხარეები, როდესაც ისინი გამოიყენება ნარკოტიკის მოხმარებაზე სახელმწიფოს რეაგირების „მასშტაბების შემცირებისა“ და ნარკოტიკების მოხმარებლების სისხლის სამართლებრივი სივრციდან გაყვანის, ჯანმრთელობაზე ორიენტირებული რეფორმების გააქტიურების მიზნით.

ფართოდ აღიარებულია, რომ განსხვავების დადგენა, პირს ნარკოტიკები პირადი სარგებლობისათვის ჰქონდა თუ გასაღებისათვის, ერთ-ერთი ყველაზე რთული და წინააღმდეგობრივი საკითხია კანონმდებლებისა და პოლიტიკოსებისთვის. ამ პრობლემის გადასაწყვეტად, როგორც წესი, ორი მიდგომა მოქმედებს: ზღვრული ოდენობების სქემა და "მოქნილი" მოდელი. პირველის თანახმად, წინასწარ განსაზღვრული ოდენობით ნივთიერების ფლობა, სავარაუდოდ, პირადი სარგებლობისათვის არის, ხოლო მოქნილი მოდელის (ანუ "დისკრეციული სისტემის") თანახმად, ყველა არსებული გარემოების გათვალისწინებით, სასამართლო ადგენს, ნარკოტიკების შენახვა პირადი მოხმარებისთვის არის განკუთვნილი, თუ გასაღების.⁴

3. ოდენობების განსაზღვრის პრინციპები საქართველოს ნარკოპოლიტიკის ეროვნული პლატფორმის მიერ შემოთავაზებულ კანონპროექტში

³ Genevieve Harris. Conviction by Numbers - Threshold Quantities for Drug Policy. Transnational Institute (TNI Drugs & Democracy Programme, the Netherlands). Series on Legislative Reform of Drug Policies Nr. 14; May 2011

⁴ Grazia Zuffa. How to determine personal use in drug legislation - The "threshold controversy" in the light of the Italian experience. Transnational Institute (TNI Drugs & Democracy Programme, the Netherlands). Series on Legislative Reform of Drug Policies Nr. 15; August 2011

ნარკოტიკული საშუალებებისა და ფსიქოტროპული ნივთიერებების მცირე ოდენობებისა და მედიკამენტების თერაპიული დოზების განსაზღვრისათვის, სხვა წყაროებთან ერთად, ძირითადად გამოყენებული იყო შემდეგი საერთაშორისო ფარმაკოლოგიური ცნობარები და სახელმძღვანელოები:

1. British National Formulary (2016)
2. AHFS Drug Information (AHFS DI)
3. Martindale: The Complete Drug Reference
4. Drugs and Human Performance Fact Sheets
5. Drug Abuse Handbook / editor-in-chief, Steven B. Karch
6. EMCDDA Drug Profiles

და ვებ-საიტები:

1. <http://www.doctoralerts.com>
2. <http://www.druginfosys.com>
3. <http://www.jodrugs.com>
4. <http://www.erowid.com>

3.1. I სიით განსაზღვრული სპეციალურ კონტროლს დაქვემდებარებული ნივთიერებები

ოდენობების განსაზღვრის ძირითადი პრინციპი: პირველ სიას მიკუთვნებული ნარკოტიკული საშუალებები სამედიცინო დანიშნულებით არ გამოიყენება; შესაბამისად, არ არსებობს მათი თერაპიული (სამკურნალო) დოზები. ამიტომ, მცირე ოდენობად ვიღებთ წამალდამოკიდებული ადამიანის მიერ მოხმარებულ საშუალო დღიურ ოდენობას.

რატომ წამალდამოკიდებულის საშუალო დღიური ოდენობა? ნარკოტიკის მოხმარებასთან დაკავშირებული ქცევების ფართო სპექტრი, სამედიცინო თვალსაზრისით, ორ ძირითად კატეგორიად იყოფა: ნარკოტიკის ეპიზოდური მოხმარება და ნარკოტიკზე დამოკიდებულება, ანუ, წამალდამოკიდებულება. ამ ორი კატეგორიის მიერ ერთჯერადად და დღის განმავლობაში მოხმარებული ფსიქოაქტიური ნივთიერების ოდენობები რადიკალურად განსხვავდება ერთმანეთისაგან. წამალდამოკიდებულ ადამიანს გააჩნია ტოლერანტობა (Tolerance) – ორგანიზმის შეგუების (მიჩვევის) მდგომარეობა, რომელიც ვითარდება ნარკოტიკის სისტემატური ხმარების გარკვეულ ეტაპზე, როცა ორგანიზმი კარგავს მგრძნობელობას რომელიმე პრეპარატის ან პრეპარატების ჯგუფის მიმართ, რის შედეგადაც მრავალჯერადი ხმარების დროს პრეპარატის განსაზღვრული დოზის მიმართ სუსტდება ორგანიზმის რეაქცია და უწინდელი ეფექტის მისაღებად აუცილებელი ხდება მოცემული პრეპარატის დოზის მომატება.

რა თქმა უნდა, კანონით ვერ განვსაზღვრავთ განსხვავებულ ოდენობებს ნარკოტიკების ეპიზოდური მომხმარებლებისთვის და წამალდამოკიდებული ადამიანებისთვის. თუკი მცირე ოდენობების განსაზღვრის დროს არ გავითვალისწინებთ წამალდამოკიდებული ადამიანებისთვის საჭირო ოდენობებს, და ამოსავალ წერტილად ავიღებთ დამწყები მომხმარებლების მიერ მოხმარებული ნარკოტიკების რაოდენობას, შედეგად მივიღებთ წამალდამოკიდებული ადამიანების თანამიმდევრულ კრიმინალიზაციას და აზრს დაკარგავს პლატფორმის მიერ შემოთავაზებული ნარკოპოლიტიკის რეფორმა, რომლის მიზანია ახლებური საკანონმდებლო და ზრუნვის (მომსახურების) გარემოს შექმნა, რომელშიც ნარკოტიკებთან დაკავშირებული პრობლემის მქონე ადამიანები მიიღებენ დახმარებას და რომელიც ხელს შეუწყობს მათ წინაშე არსებული ჯანმრთელობის და სოციალური პრობლემების გადაჭრას - მკურნალობის, ზრუნვისა და მხარდაჭერის ნაცვლად, ნარკოტიკზე დამოკიდებული ადამიანები მასობრივად აღმოჩნდებიან ციხეებში.

ამავე დროს, გასათვალისწინებელია ის გარემოებაც, რომ თუმცა არც ევროკავშირის ქვეყნების კანონმდებლობა ითვალისწინებს ნარკოტიკის ფლობისთვის განსხვავებულ ნორმებს ნარკოტიკების მოხმარებლებისა და ნარკოტიკზე დამოკიდებული ადამიანებისთვის, ქვეყნების უმრავლესობაში განსხვავებული მიდგომები გამოიყენება წამალდამოკიდებული ადამიანების მიმართ.

ცხრილი 4. სასჯელი წამალდამოკიდებული პირებისთვის ნარკოტიკის პირადი მოხმარებისთვის ფლობის გამო ევროპის ქვეყნებში⁵

ქვეყანა	კანონმდებლობა და იურიდიული პრაქტიკა
ხორვატია	კანონმდებლობით, სასჯელის ზომა არ იცვლება წამალდამოკიდებულების ფაქტორის გათვალისწინებით; წამალდამოკიდებულ სამართალდამრღვევს სასჯელის ზომად ესაზღვრება მკურნალობა ან რეაბილიტაცია სამი თვიდან ერთ წლამდე ვადით; მკურნალობის კურსის წარმატებით დასრულების შემთხვევაში, პირი თავისუფლდება ჯარიმისგან.
კვიპროსი	კანონმდებლობით, სასჯელის ზომა არ იცვლება წამალდამოკიდებულების ფაქტორის გათვალისწინებით; მაგრამ „დამოკიდებულების ხარისხს“ მხედველობაში იღებენ განაჩენის გამოტანის დროს და წამალდამოკიდებულების შემთხვევაში სამართალდარღვევა კვალიფიცირდება, როგორ „ნაკლებად სერიოზული“.
საბერძნეთი	სამართალდამრღვევს არ სჯიან, თუ იგი წამალდამოკიდებულია
გერმანია	კანონმდებლობით, სასჯელის ზომა არ იცვლება წამალდამოკიდებულების

⁵ Penalties for drug law offences in Europe at a glance. EMCDDA.
<http://www.emcdda.europa.eu/topics/law/penalties-at-a-glance>

	ფაქტორის გათვალისწინებით; სასჯელის აღსრულება გადავადდება 2 წლამდე ვადით, თუკი წამალდამოკიდებული პირი გაივლის მკურნალობის/რეაბილიტაციის კურსს.
ესპანეთი	კანონმდებლობით, სასჯელის ზომა არ იცვლება წამალდამოკიდებულების ფაქტორის გათვალისწინებით; მაგრამ კანონი ითვალისწინებს სამართლებრივ დევნაზე უარის თქმას, თუკი სამართალდამღვევი ჩაიტარებს მკურნალობას.
ირლანდია	კანონმდებლობით, სასჯელის ზომა არ იცვლება წამალდამოკიდებულების ფაქტორის გათვალისწინებით; მაგრამ მოსამართლეს შეუძლია, ჯარიმის დაკისრების ნაცვლად, წამალდამოკიდებული სამართალდამღვევი გადაამისამართოს სამკურნალო დაწესებულებაში.
ლატვია	კანონმდებლობით, სასჯელის ზომა არ იცვლება წამალდამოკიდებულების ფაქტორის გათვალისწინებით; წამალდამოკიდებული თავისუფლდება სასჯელისგან, თუკი ნებაყოფლობით განაცხადებს თანხმობას მკურნალობაზე.
ლიტვა	კანონმდებლობით, სასჯელის ზომა არ იცვლება წამალდამოკიდებულების ფაქტორის გათვალისწინებით; სასჯელის აღსრულება გადავადდება, თუკი წამალდამოკიდებული პირი გაივლის მკურნალობის/რეაბილიტაციის კურსს.
სლოვენია	კანონმდებლობით, სასჯელის ზომა არ იცვლება წამალდამოკიდებულების ფაქტორის გათვალისწინებით; წამალდამოკიდებული პირებს უფრო მსუბუქი სასჯელი ეკისრებათ, თუკი ისინი ჩაერთვებიან მკურნალობის ან სოციალური თანხლების პროგრამაში.

3.2. II სიით განსაზღვრული სპეციალურ კონტროლს დაქვემდებარებული ნივთიერებები

ოდენობების განსაზღვრის ძირითადი პრინციპი: ვინაიდან მეორე სიაში ჩამოთვლილი კონტროლს დაქვემდებარებული ნივთიერებები გამოიყენება სამედიცინო დანიშნულებით, მცირე ოდენობად ვიღებთ თითოეული პრეპარატის მაქსიმალურ სადღეღამისო თერაპიულ დოზას.

3.3. III სიით განსაზღვრული სპეციალურ კონტროლს დაქვემდებარებული ნივთიერებები

„სპეციალურ კონტროლს დაქვემდებარებული ნივთიერებების და ნარკოლოგიური დახმარების შესახებ“ საქართველოს კანონის პროექტის თანახმად, „ოდენობა არ განისაზღვრება III სიის №2 ცხრილში და IV სიაში შეტანილ ნივთიერებათა წამლის ფორმებზე, აგრეთვე იმ პრეპარატებზე, რომლებიც არ არის შეტანილი სიებში“ (მუხლი 6. უკანონო მფლობელობიდან ან ბრუნვიდან ამოღებულ სპეციალურ კონტროლს დაქვემდებარებულ ნივთიერებათა და მათი შემცველი პრეპარატების მცირე, დიდი და განსაკუთრებით დიდი ოდენობები).

ამავე კანონპროექტის დანართი №2 -ის (უკანონო მფლობელობიდან ან ბრუნვიდან ამოღებულ სპეციალურ კონტროლს დაქვემდებარებულ ნივთიერებათა და მათი შემცველი პრეპარატების მცირე, დიდი და განსაკუთრებით დიდი ოდენობების ნუსხა) შენიშვნებში მითითებულია:

„5. ამ ნუსხით გათვალისწინებულ სპეციალურ კონტროლს დაქვემდებარებულ ნივთიერებათა III სიაში შეტანილ ნივთიერებათა ჩამონათვალს მიეკუთვნება მხოლოდ სუფთა ნივთიერებები (სუბსტანციები) და არა მათი წამლის ფორმები, გარდა:

ა) ბაკლოფენის, გაბაპენტინის, თიანეპტინისა და პრეგაბალინის – წამლის ფორმებისა,;

ბ) ეფედრინის, ფსევდოეფედრინის და ნორეფედრინის – წამლის ფორმებისა;

გ) ეფედრინის, ფსევდოეფედრინისა და ნორეფედრინის შემცველი კომბინირებული პრეპარატებისა, რომელთა ოდენობები მოცემულია და განისაზღვრება მათი შემავსებლების (ფქვილი, შაქარი, სახამებელი, სამკურნალო საშუალება და სხვა) გარეშე“.

სწორედ ამ 7 პრეპარატზე (III სიის №1 ცხრილი) განვსაზღვრეთ ახლებურად ოდენობები.

ოდენობების განსაზღვრის ძირითადი პრინციპი: ვინაიდან მესამე სიის №1 ცხრილში შემავალი ნივთიერებები ფართოდ გამოიყენება სამედიცინო პრაქტიკაში სხვადასხვა დაავადებების სამკურნალოდ, მცირე ოდენობები აღებულია მაქსიმალური სადღეღამისო თერაპიული დოზის შვიდი დღის მარაგზე გადაანგარიშებით.

4. განმარტებები I, II და III სიებით განსაზღვრული სპეციალურ კონტროლს დაქვემდებარებული ცალკეული ნივთიერებების ოდენობებთან დაკავშირებით

ცხრილი 5. საქართველოში გავრცელებული I და II სიით განსაზღვრული სპეციალურ კონტროლს დაქვემდებარებული ნივთიერებების მცირე ოდენობები

№	მცენარის, ნივთიერებისა და პრეპარატის დასახელება	მცირე ოდენობა გრამებში	კლასიფიკაცია, თვისებები	განმარტებები
---	---	------------------------	-------------------------	--------------

12	ამფეტამინი	0.120	ცნს სტიმულანტი; სამედიცინო დანიშნულებით ამფეტამინების შემცველი სამედიცინო პრეპარატები (ამფეტამინი/დექსტროამფეტამინი) გამოიყენება ნარკოლეფსიისა და ყურადღების დეფიციტის და ჰიპერაქტივობის სინდრომის (ADHD) სამკურნალოდ. არასამედიცინო მიზნით გამოყენებისას, განსაკუთრებით, ინექციური მოხმარების დროს, აქვს მიჩვევის მაღალი პოტენციალი - ისეთივე, როგორიც ჰეროინს და კოკაინს. ტოლერანტობა სწრაფად იზრდება.	საშუალო თერაპიული დღიური დოზა არის 20 მგ; ამფეტამინების მაქსიმალური სადღეღამისო თერაპიული დოზა ნარკოლეფსიის სამკურნალოდ არის 40-60 მგ (დღეში 2-3 მიღებაზე), მაგრამ, ჩვეულებრივ, იწყებენ 10 მგ-ით დღეში, ყოველ კვირაში ამატებენ 10 მგ-ს და ნელ-ნელა ადიან 60 მგ-მდე. დამოკიდებულების ჩამოყალიბების შემთხვევაში, ამფეტამინის ერთჯერადი საშუალო დოზა ინექციური მიღებისას 40-60 მგ, მოქმედების ხანგრძლივობა არის 8-12 სთ. დღეში 2-ჯერ შეიძლება მოხმარება, ანუ, დღიური დოზა არის 120 მგ ⁶ .
29	ბუპრენორფინი	0.008	ნარკოტიკული ანალგეზიური საშუალება; სინთეზურად წარმოებული მაღალაქტიური აგონისტ-ანტაგონისტია.	ჩანაცვლებითი თერაპიის დროს, ენისქვეშ მოხმარების შემთხვევაში, რეკომენდებული დოზებია: პირველ დღეს - 0,8-4 მგ; დოზის თანდათანობითი მატებით შემდეგი დღეების განმავლობაში, 24 მგ-მდე; მაქსიმალური სადღეღამისო თერაპიული დოზა არის 32 მგ (4 აბი) ⁷ . ჩვენს მიერ შემოთავაზებულ მცირე ოდენობას შეიცავს ბუპრენორფინის ერთი აბი.
34	დეზომორფინი	0.002	ნარკოტიკული ანალგეზიური საშუალება; ხანმოკლე დროის განმავლობაში, დეზომორფინი, პერმონიდის (Permonid, Roche) სახელწოდებით, უცხოეთში გამოიყენებოდა სამედიცინო დანიშნულებით. მორფინთან შედარებით, დეზომორფინი 9-ჯერ უფრო ძლიერია და 5-ჯერ უფრო ტოქსიკურია. ახასიათებს მიჩვევის მაღალი პოტენციალი და სწრაფად მზარდი ტოლერანტობა.	1 მგ დეზომორფინი ეკვივალენტურია 100 მგ კოდეინისა. საქართველოში კოდეინის შემცველი პრეპარატების უმრავლესობაში ერთ აბში შედის 10 მგ კოდეინი; შესაბამისად, ერთი ფირფიტა - 10 აბი შეიცავს 100 მგ კოდეინს. ჩავატარეთ დეზომორფინზე დამოკიდებული პაციენტების გამოკითხვა კლინიკა ბემონში და ნარკოლოგიის ინსტიტუტში და აღმოჩნდა, რომ 1 ფირფიტის ქიმიური დამუშავებით მიღებული ნარკოტიკი ორი მომხმარებლის საშუალო დოზაა ერთ მიღებაზე (ანუ, დეზომორფინის ერთჯერადი საშუალო დოზა გამოდის 0.5 მგ). დღეში საშუალოდ იკეთებენ 3-4-ჯერ. აქედან გამომდინარე, მცირე ოდენობად განისაზღვრა 2 მგ (ანუ, 0.002 გრამი) დეზომორფინი.
73	კანაფი (მცენარე/ძირი)	2	კანაფის აქტიურ ნივთიერებებს მიეკუთვნება ზეთოვანი კანაბინოიდები. მათ შორის	კანაფის პროდუქტებში ტეტრაჰიდროკანაბინოლის (ტჰკ) შემცველობა განსხვავებულია (0,5-20%) და დამოკიდებულია

⁶ EMCDDA (2017). "Amphetamine drug profile." Retrieved November 26, 2017, from <http://www.emcdda.europa.eu/publications/drug-profiles/amphetamine>.

⁷ American Society of Addiction Medicine (2015). National Practice Guideline for the Use of Medications in the Treatment of Addiction Involving Opioid Use. Washington, USA, ASAM.

			ძირითადი ფსიქოაქტიური აგენტია ტეტრაჰიდროკანაბინოლი (ტჰკ).	მცენარის სახეობაზე (ინდური ან ამერიკული კანაფი), გეოგრაფიულ მდებარეობაზე, კულტივირების და შემდგომი გადამუშავების მეთოდოლოგიაზე და ა.შ. კანაფის სხვადასხვა პრეპარატში ტჰკ-ს შემცველობის განსაზღვრა ასევე რთულია იმის გამო, რომ მცენარის სხვადასხვა ნაწილი სხვადასხვა რაოდენობით შეიცავს ტჰკ-ს. ამიტომ, ბევრად მოსახერხებელია, მცირე ოდენობა განვსაზღვროთ მცენარის ძირების რაოდენობის მიხედვით.
75	კანაფის ზეთი	2	ჰალუცინოგენი; მიჩვევის პოტენციალი დაბალი აქვს; ტოლერანტობა უმნიშვნელოდ იზრდება.	კანაფის ზეთში ტჰკ-ს შემცველობა 15-30%; 10 გრამი გამომშრალი მარიხუანას ეკვივალენტური ოდენობა კანაფის ფისისთვის არის 2 გრამი.
76	კანაფის ფისი	5	ჰალუცინოგენი; მიჩვევის პოტენციალი დაბალი აქვს; ტოლერანტობა უმნიშვნელოდ იზრდება.	კანაფის ფისში ტჰკ-ს შემცველობა დაახლოებით ორჯერ უფრო მაღალია მარიხუანასთან შედარებით - საშუალო მაჩვენებელია 10-20%. შესაბამისად, კანაფის ფისის მითითებული მცირე ოდენობა - 5 გრამი, ეკვივალენტურია 10 გრამი გამომშრალი მარიხუანასი.
79	კოდეინი	0.2	ნარკოტიკული ანალგეზიური საშუალება; შედარებით დაბალაქტიური ოპიოიდა (ათჯერ უფრო სუსტია, ვიდრე მორფინი), რომელიც გამოდის აბების ან საინექციო ხსნარების სახით. სამედიცინო დანიშნულებით კოდეინი გამოიყენება ძირითადად სუსტი ან საშუალო ინტენსივობის ტკივილების, ზველის დროს.	კოდეინის შემცველი პრეპარატების (აბების) უმეტესობაში ერთი აბი შეიცავს 10 მგ კოდეინს. ქართველი ნარკოტიკის მომხმარებლის ერთჯერადი დოზა შეადგენს 10-20 აბს, ანუ 100-200 მგ კოდეინს. დღეში 2-ჯერადი მოხმარებისას დღიური დოზა 400 მგ-ს შეადგენს. ჩვენი შეთანხმებული დღიური დოზა არის 200 მგ (0.2 გ).
82	კოკაინი	0.5	ცნს სტიმულანტი; ადგილობრივი საანესთეზიო საშუალება; კოკაინზე მიჩვევა და დამოკიდებულება ყალიბდება ძალიან სწრაფად; ოპიოიდებთან შედარებით, ტოლერანტობა უფრო ნელა იმატებს.	ავადმოხმარების შემთხვევაში, ტიპური ერთჯერადი დოზა არის 50-200 მგ (მძიმე დამოკიდებულების შემთხვევაში, ერთჯერადი დოზა 1 გრამს აღწევს, ხოლო დღიური დოზა 5 გრამს) ⁸ ; ხანმოკლე ზემოქმედებისა და ძალიან უსიამოვნო „გამოსვლის“ გამო, დღის განმავლობაში მრავალჯერადად მოიხმარენ. შესაბამისად, კოკაინის საშუალო დღიური დოზა ვარირებს 0.2 – 5 გრ შორის.

⁸ EMCDDA (2017). "Cocaine and crack drug profile." Retrieved November 26, 2017, from <http://www.emcdda.europa.eu/publications/drug-profiles/cocaine>.

90	ლიზერგინის მჟავა, მისი წარმოებულები და პრეპარატები, მათ შორის, ლიზერგიდი	0.00015	ჰალუცინოგენი; LSD-ს (ლიზერგინის მჟავას დიეთილამიდი) ყველაზე გავრცელებულ ფორმას წარმოადგენს საშრობი ქაღალდი, გაყოფილი 4 ნაწილად; თითოეულ მეოთხედს უწოდებენ „ჩეკს“ (Tab) და ეს 1 ჩეკი შეიცავს 30-100 მიკროგრამ LSD-ს (<i>1 microgram (mcg) = 0.001 milligrams; 1 milligram = 1000 micrograms (mcg)</i>). ასეთი საშრობი ქაღალდები იყდინთება LSD-ს ხსნარით. რდგან ხსნარის განზავების ხარისხი ყოველ კონკრეტულ შემთხვევაში განსხვავებულია, ძალიან მწელია, განისაზღვროს LSD-ს შემცველობა თითოეულ ჩეკში. ტოლერანტობის მატება პრაქტიკულად არ ახასიათებს.	EMCDDA ცნობარის მიხედვით, საშუალო ერთჯერადი დოზა არის 20-80 მკგ ⁹ . საშუალო სადღელამისო დოზა არის 50-150 მკგ. ამის საფუძველზე უნდა განვსაზღვროთ მცირე ოდენობა. თუ ავიღებთ საშუალო სადღელამისო დოზად 150 მიკროგრამს, ეს გრამებში გადაყვანილი იქნება 0.00015გრამი.
92	მდმა (3,4- მეთილენდიოქს იმეტ- ამფეტამინი)	0.4	ჰალუცინოგენი ამფეტამინისმაგვარი ეფექტებით; MDMA არაღელაღურ ბაზარზე ხელმისაწვდომია აბების, კაფსულების, იშვიათად, ფხვნილის სახით. ტაბლეტირებულ ფორმაში (რომელსაც ხშირად „ექსტაზის“ უწოდებენ) MDMA კომბინირებულია შემდეგ ნივთიერებებთან: კოფეინი, MDA, MDE, მეთამფეტამინი, ფსევდო/ეფედრინი, კეტამინი და სხვ.	ერთ ულუფად ითვლება 40-200 მგ MDMA. წყარო - EMCDDA და Erowid-ის ნარკოტიკულ საშუალებათა ცნობარები ¹⁰¹¹ . იმის გათვალისწინებით, რომ მომხმარებლები, არც ისე იშვიათად დღეში ერთზე მეტჯერ მოიხმარენ MDMA-ს (მაგალითად მუსიკალურ ფესტივალებზე), უნდა ავიღოთ 1 დღის საკმარ ოდენობად 2 ულუფა MDMA, რაც შეადგენს 80 - 400 მგ-ს. მცირე ოდენობად განისაზღვროს 400 მგ. რაც შეეხება ექსტაზის ტაბლეტებში MDMA-ს შემცველობას, ცნობილია რომ ბოლო წლებში მწარმოებლებმა შეამცირეს MDMA-ს შემცველობა და დაამატეს სხვა ფსიქოაქტური ნივთიერებები. წყარო - EMCDDA-ს ნარკოტიკულ საშუალებათა ცნობარი. ხშირია, როდესაც მომხმარებლებს არ ყოფნით ექსტაზის ერთი ტაბლეტი და, როგორც წესი,

⁹ EMCDDA (2017). "Lysergide (LSD) drug profile." Retrieved November 26, 2017, from <http://www.emcdda.europa.eu/publications/drug-profiles/lsd>.

¹⁰ EMCDDA (2017). "Methylenedioxymethamphetamine (MDMA or 'Ecstasy') drug profile." Retrieved November 27, 2017, from <http://www.emcdda.europa.eu/publications/drug-profiles/mdma>.

¹¹ EROWID (2017). "MDMA Dosage." Retrieved November 27, 2017, from https://erowid.org/chemicals/mdma/mdma_dose.shtml.

				ამატებენ სხვა ნარკოტიკულ საშუალებებსაც. ევროკავშირის ქვეყნებში მცირე ოდენობად განსაზღვრული ოდენობა მერყეობს 0,2 გრამიდან (ლიტვა) 30 გრამამდე (ავსტრია). 0.4 გრამი აქვს დადგენილი ჩეხეთის რესპუბლიკას (ლიტვის შემდეგ ყველაზე დაბალი ოდენობა). წყარო EMCDDA-ს ნარკოტიკულ საშუალებათა ოდენობათა ცხრილი¹².
93	მეთადონი	0.06	ნარკოტიკული ანალგეზიური საშუალება; ხანგრძლივი მოქმედების სინთეზური ოპიოიდი, რომელიც სამედიცინო დანიშნულებით გამოიყენება ოპიოიდური ჩანაცვლებითი თერაპიის დროს. ავადმომხმარებლის შემთხვევაში, ახასიათებს მიჩვევის მაღალი პოტენციალი და სწრაფად მზარდი ტოლერანტობა.	ჩანაცვლებითი თერაპიის დროს რეკომენდებული დოზებია: საწყისი დოზა - 20 მგ; დოზის თანდათანობითი მატებით შემდგომ დღეებში. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ მოწოდებული ოპტიმალური დოზა ჩანაცვლებითი მკურნალობის დროს არის 60-120 მგ დღეში¹³. ჩვენ დღიურ ოდენობად ვიღებთ 60 მგ-ს
102	მეთკათინონი (ეფედრონი)	0.3	ცნს სტიმულანტი; ინექციური მოხმარების დროს, აქვს მიჩვევის მაღალი პოტენციალი - ისეთივე, როგორიც ჰეროინს და კოკაინს. ტოლერანტობა სწრაფად იზრდება.	ეფედრონის (მეთკათინონი, „ჯეფი“) მომზადება ძირითადად ხდება აქტიფედისაგან, რომელიც ფსევდოეფედრონის შეიცავს. საქართველოში იყიდება აქტიფედის სიროფი და აბები. სიროფის ყოველი 5 მლ შეიცავს 30 მგ ფსევდოეფედრონის. ფლაკონში არის 100 მლ სიროფი, ანუ 1 ფლაკონი შეიცავს 30X20=600 მგ ფსევდოეფედრონის. აქტიფედის 1 აბი შეიცავს 60 მგ ფსევდოეფედრონის; შესაბამისად, 10 აბი შეიცავს 600 მგ ფსევდოეფედრონის, ანუ იგივე რაოდენობას, რაც არის 1 ფლაკონ აქტიფედში. სამეცნიერო ლიტერატურაში არის მონაცემები, რომ 2 გრამი ეფედრონის/ფსევდოეფედრონის გადამუშავებით მიიღება 1 გრამი მეთკათინონი¹⁴. გამოდის, რომ 1 ფლაკონი ანდა 10 აბი აქტიფედის გადამუშავებით მიიღება 300 მგ ვინტი ან ჯეფი (მეთკათინონი). ნარკომომხმარებლების გამოკითხვით

¹² EMCDDA (2017). "Threshold quantities for drug offences." Retrieved November 27, 2017, from <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index99321EN.html>.

¹³ World Health Organization (2009). Guidelines for the Psychosocially Assisted Pharmacological Treatment of Opioid Dependence. Geneva.

¹⁴ Zingel, K.Y., Dovensky, W., Crossman, A. and Allen, A., "Ephedrone: 2-Methylamino-1-Phenylpropane-1-One (Jeff)," Journal of Forensic Sciences, v. 36, No.3, May 1991, pp.915-920

				აღმოჩნდა, რომ 1 ფლაკონი (დღეისათვის საქართველოში ხელმისაწვდომია სიროფი) აქტიუდის ქიმიური დამუშავებით მიიღება ვინტის ან ჯეფის 2-3 მომხმარებლის დოზა. ანუ, მომხმარებლის 1 დოზა შეადგენს 100 მგ-ს. მეთკატინონის მოქმედების ხანგრძლივობა დაახლოებით 6 საათია, ამიტომ მოიხმარება დღეში 2-4-ჯერ, შესაბამისად, საშუალო დღიური დოზა იქნება 200-400 მგ.
104	მესკალინი	0.5	ჰალუცინოგენი; შედის გარკვეული სახეობის კაქტუსების შემადგენლობაში; მოიხმარენ ორალურად; ეფექტები მსგავსია პსილოციბინისა და ლიზერგინის მჟავას ეფექტებისა	ერთ ულუფად ითვლება 100-500 მგ მესკალინი. წყარო - Erowid-ის ნარკოტიკულ საშუალებათა ცნობარი. მას, როგორც წესი, დღეში ერთზე მეტად არავინ მოიხმარს, ამიტომ მცირე ოდენობად უნდა განისაზღვროს 500 მგ მესკალინი ¹⁵ .
106	მეტამფეტამინი	0.3	ცნს სტიმულანტი; ფარმაცევტული მეტამფეტამინი, რომელსაც იშვიათად, მაგრამ მაინც ნიშნავენ უცხოეთში სიმსუქნის (როგორც მადის დამთრგუნველი) და ყურადღების დეფიციტის და ჰიპერაქტივობის სინდრომის (ADHD) დროს, გამოდის ტაბლეტების სახით, რომლებიც შეიცავს 5მგ და 10 მგ მეტამფეტამინს. პრეპარატის საშუალო სადღეღამისო დოზა არის 10-25 მგ დღეში 2 მიღებაზე. მიჩვევისა და დამოკიდებულების ჩამოყალიბების შემთხვევაში, დღიური დოზები 2-3-ჯერ უფრო მაღალია თერაპიულ დოზებზე. მეტამფეტამინზე მძიმე ფორმის დამოკიდებულების შემთხვევაში, დღიური დოზა 1 გრამამდეც კი აღის.	აქ დასაბუთება იგივეა, რაც მეთკატინონის შემთხვევაში. დამატებით, არსებული წყაროები მეტყველებს, რომ ქუჩის მეტამფეტამინის ერთჯერადი დოზა რეგულარული მომხმარებლისთვის შეადგენს 150 მგ-ს ¹⁶ . დღისმანძილზე შესაზლოა მოიხმარონ 2-ჯერ, შესაბამისად დღიური დოზა იქნება 0.3 გრ.
113	მორფინი	0.06	ნარკოტიკული ანალგეზიური საშუალება; სამედიცინო პრაქტიკაში	ამ პრეპარატის დოზირება მნიშვნელოვნად არის დამოკიდებული პაციენტის მდგომარეობაზე. საშუალო სადღეღამისო დოზა

¹⁵ EROWID (2017). "Mescaline Dosage." Retrieved November 27, 2017, from https://erowid.org/chemicals/mescaline/mescaline_dose.shtml.

¹⁶ EROWID (2017). "Methamphetamine Dose." Retrieved November 30, 2017, from https://erowid.org/chemicals/meth/meth_dose.shtml.

			გამოიყენება მწვავე და ქრონიკული, საშუალო ან ძლიერი ინტენსივობის ტკივილების დასაამებლად; პრემედიკაციისთვის ზოგადი ანესთეზიის დროს.	არის 60-120 მგ, დღეში 4-6 მიღებაზე. ოპიოიდებზე დამოკიდებული პაციენტების სადღეღამისო დოზა 400 მგ-მდე ადის.
128	ოპიუმი	1		რიგ ევროპულ ქვეყნებში, ოპიუმის დასაშვები დოზა დაახლოებით 3-ჯერ აღემატება ჰეროინის დასაშვებ დოზას ¹⁷ . ამავდროულად, არსებული ინფორმაციით, ჰეროინის 1 კგ დასაშვადებლად იხარჯება 10 კგ ოპიუმი ¹⁸ . ანუ, ოპიუმი:ჰეროინი შეფარდება არის 10:1. დღიურ დოზათ შემოთავაზებულია 1 გრ ოპიუმი.
148	პსილოციბინი	0.05	ჰალუცინოგენი; შედის გარკვეული სახეობის სოკოების შემადგენლობაში; მოიხმარენ ორალურად; ეფექტები მსგავსია მესკალინის და ლიზერგინის მჟავას ეფექტებისა	EMCDDA-ს ნარკოტიკულ საშუალებათა ცნობარის მიხედვით, ფსილოციბინის შემცველ გამომშრალ სოკოში ფსილოციბინის შემცველობა არის 0.6-1%, ანუ 1 გრამ მშრალ სოკოში იქნება 6-10 მგ ფსილოციბინი. ამ თანაფარდობით თუ განვსაზღვრავთ დღიურ ოდენობას, მივიღებთ 50 მგ-ს ¹⁹ .
150	პსილოციბინის ან პსილოცინის შემცველი სოკოს ნებისმიერი სახეობა (გამომშრალი)	5		ერთ ულუფად ითვლება 1-დან 5 გრამამდე გამომშრალი სოკო. ნედლი (fresh) სახით საწირთა დაახლოებით 10-ჯერ მეტი, ან 10-50 გრამი (სოკოების შემადგენლობის დაახლოებით 90% წყალია) ²⁰ .
163	ტრამადოლი	1	ტრამადოლი წარმოადგენს სინთეზურ ოპიოიდურ ნარკოტიკულ საშუალებას. სამედიცინო პრაქტიკაში გამოიყენება საშუალო და ძლიერი ინტენსივობის მწვავე ან ქრონიკული ტკივილების დროს.	ტრამადოლის მოქმედების ხანგრძლივობა არის 4-6 საათი. მაქსიმალური სადღეღამისო თერაპიული დოზა არის 400 მგ (0,4 გ) ²¹ . დამოკიდებულებისა და ტოლერანტობის ჩამოყალიბების შემთხვევაში, სადღეღამისო დოზა ბევრად მაღალია.

¹⁷ EMCDDA (2003). The role of the quantity in the prosecution of drug offences. [European Legal Database on Drugs](#). Lisbon, Portugal.

¹⁸ AddictionResource (2017). "How to Make Heroin: The Story of How the Poppy Flower is Made Into a Poison." Retrieved November 27, 2017, from <https://addictionresource.com/drugs/heroin/how-to-make-heroin/>.

¹⁹ EMCDDA (2017). "Hallucinogenic mushrooms drug profile." Retrieved November 27, 2017, from <http://www.emcdda.europa.eu/publications/drug-profiles/mushrooms#use>.

²⁰ EMCDDA (2017). "Hallucinogenic mushrooms drug profile." Retrieved November 27, 2017, from <http://www.emcdda.europa.eu/publications/drug-profiles/mushrooms#use>.

²¹ https://www.drugs.com/dosage/tramadol.html#Usual_Adult_Dose_for_Pain

179	ყაყაჩოს ნამჯა (გამომშრალი)	5	მორფინის შემცველობის გამო შეიძლება მოიხმარონ შესაბამისი ეფექტის მისაღებად. მოხმარება გავრცელებული იყო საქართველოში და ყოფილი საბჭოთა კავშირის სხვა ქვეყნებში გასული საუკუნის 70-80 წლებში; სლენგური სახელი - „კოკნარი“. მიიღება როგორც ორალურად (ნაყენის/ჩაის სახით), ასევე შეიძლება მომზადდეს საინექციო ხსნარი.	ლიტერატურაში მონაცემები რთულად მოიძებნება. გამოცდილი მომხმარებლების გამოკითხვის შედეგად დავადგინეთ, რომ ერთი მომხმარებლის ერთჯერადი დოზა არის „კოკნარის“ 1 ჭიქა (130-150 გრამი ყაყაჩოს ნამჯა). მოხმარება ხდება დღეში 2-3-ჯერ, ორივე შემთხვევაში - ნაყენის დალევის ან/და საინექციო ხსნარის შემთხვევაში. მინიმალისტური გათვლებით, დღიურ დოზად ვადგენთ გამომშრალი ყაყაჩოს ნამჯის 150 გრამს.
180	ყაყაჩოს ნამჯისაგან მიღებული კონცენტრატი (ოპიუმზე გადაანგარიშებით)	1		ამ შემთხვევაში ვიღებთ ოპიუმის პროპორციულ რაოდენობას.
186	ჰეროინი	0.2	ნარკოტიკული ანალგეზიური საშუალება; მიჩვევის ყველაზე მაღალი პოტენციალით და სწრაფად მზარდი ტოლერანტობით. უკანასკნელ წლებში, დასავლეთის ზოგიერთ ქვეყანაში, (შვეიცარია, ნიდერლანდები, გერმანია, კანადა, ესპანეთი) დაიწყო წამალდამოკიდებულთა მკურნალობა ჰეროინით (Heroin-assisted Treatment, HAT)	ავადგამოყენების შემთხვევაში, ინექციური ჰეროინის დღიური დოზა ვარიირებს 50-1500 მგ-ის ფარგლებში. მძიმე დამოკიდებულების შემთხვევაში დღიური დოზა შესაზლოა 3 გრამამდე. ევროპასა და ჩრდილოეთ ამერიკაში ჰეროინის მხადრაჭერით მკურნალობაში (ექიმის მიერ დანიშნული ჰეროინის ინექციური მოხმარება) პაციენტების დღიური დოზა მერყეობს 275-1000 მგ ²²²³²⁴²⁵²⁶²⁷²⁸²⁹ .

²² Blanken, P., Hendriks, V. M., Van Ree, J. M., & Van Den Brink, W. (2010). Outcome of long-term heroin-assisted treatment offered to chronic, treatment-resistant heroin addicts in the Netherlands. *Addiction*, 105(2), 300-308. doi:10.1111/j.1360-0443.2009.02754.x

²³ Byford, S., Barrett, B., Metrebian, N., Groshkova, T., Cary, M., Charles, V., . . . Strang, J. (2013). Cost-effectiveness of injectable opioid treatment v. oral methadone for chronic heroin addiction. *The British Journal of Psychiatry*, 203(5), 341-349. doi:10.1192/bjp.bp.112.111583

²⁴ Dijkgraaf, M. G. W., van der Zanden, B. P., de Borgie, C. A. J. M., Blanken, P., van Ree, J. M., & van den Brink, W. (2005). Cost utility analysis of co-prescribed heroin compared with methadone maintenance treatment in heroin addicts in two randomised trials. *BMJ*, 330(7503), 1297. doi:10.1136/bmj.330.7503.1297

²⁵ Haasen, C., Verthein, U., Degkwitz, P., Berger, J., Krausz, M., & Naber, D. (2007). Heroin-assisted treatment for opioid dependence. *Randomised controlled trial*, 191(1), 55-62. doi:10.1192/bjp.bp.106.026112

²⁶ Lasnier, B., Brochu, S., Boyd, N., & Fischer, B. (2010). A heroin prescription trial: Case studies from Montreal and Vancouver on crime and disorder in the surrounding neighbourhoods. *International Journal of Drug Policy*, 21(1), 28-35. doi:10.1016/j.drugpo.2009.04.003

²⁷ March, J. C., Oviedo-Joekes, E., Perea-Milla, E., & Carrasco, F. (2006). Controlled trial of prescribed heroin in the treatment of opioid addiction. *Journal of substance abuse treatment*, 31(2), 203-211. doi:10.1016/j.jsat.2006.04.007

²⁸ Oviedo-Joekes, E., Brissette, S., Marsh, D. C., Lauzon, P., Guh, D., Anis, A., & Schechter, M. T. (2009). Diacetylmorphine versus Methadone for the Treatment of Opioid Addiction. *New England Journal of Medicine*, 361(8), 777-786. doi:doi:10.1056/NEJMoa0810635

²⁹ Perneger, T. V., Giner, F., del Rio, M., & Mino, A. (1998). Randomised trial of heroin maintenance programme for addicts who fail in conventional drug treatments. *BMJ*, 317(7150), 13-18. doi:10.1136/bmj.317.7150.13

ცხრილი 6. ზღვრული ოდენობები პირადი მოხმარებისათვის - საქართველოსა და ევროპის ქვეყნების ოდენობების შედარებითი ცხრილი

ქვეყანა	ექსტაზი	ჰეროინი	კოკაინი
საქართველო (კანონპროექტით შემოთავაზებული ოდენობები)	0.4 გ	0.1 გ	0.5 გ
ჩეხეთი	4 აბი	1,5 გ	1 გ
გერმანია	1 მიწაზე 3 გ, დანარჩენებზე - იურიდიული პრაქტიკა	1 გ (2 მიწა); დანარჩენებზე - იურიდიული პრაქტიკა	1-3 გ
ესპანეთი	2.4 გ	3 გ	7.5 გ
იტალია	0.75გ	0.25გ	0.75გ
ავსტრია	30გ	3გ	15გ
პორტუგალია	1გ	1 გ	2 გ
ნორვეგია	5 აბი	0.5 გ	0.5 გ

30 ნოემბერი, 2017

ხათუნა თოდაძე - ექიმი-ნარკოლოგი, მედიცინის დოქტორი, პროფესორი

თამარ სირბილაძე - ექიმი-ნარკოლოგი

გვანცა ფირალიშვილი - ექიმი-ნარკოლოგი, მედიცინის დოქტორი

ზურაბ სიხარულიძე - ექიმი-ნარკოლოგი, მედიცინის დოქტორი, ასოცირებული პროფესორი

დავით ვადაჭკორია - ექიმი-ნარკოლოგი, მედიცინის დოქტორი

დავით ოთიაშვილი - ექიმი-ნარკოლოგი, მეცნიერებათა დოქტორი, პროფესორი