

**TEISĖS, SVEIKATOS IR SOCIALINĖS SISTEMŲ, SUSIJUSIŲ SU
NARKOTIKŲ POLITIKA LIETUVOJE ANALIZĖ**

Vilnius, 2018

Analizės autoriai:

Mindaugas Lankauskas

Dr. Rokas Uscila

Nijolė Goštautaitė

Dr. Aušra Širvinskienė

Dr. Eglė Šumskienė

Karilė Levickaitė

Dovilė Mačiulytė

TURINYS

ANALIZĖS PRISTATYMAS	6
NAUDOJAMOS SĄVOKOS, APIBRĖŽIMAI IR SUTRUMPINIMAI	9
1. ESAMOS PADĖTIES TEISINĖJE, SVEIKATOS IR SOCIALINĖJE SRITYJE PRISTATYMAS BEI ATITIKIMAS TARPTAUTINĖMS REKOMENDACIJOMS	12
1.1. TEISINĖS SRITIES ANALIZĖ	12
1.1.1. Nusikalstamumo, susijusio su narkotinių ir psichotropinių medžiagų vartojimu, disponavimu analizė	12
1.1.2. Administracinių nusižengimų, susijusių su narkotinių ar psichotropinių medžiagų vartojimu analizė	21
1.1.3. Baudžiamosios politikos, nukreiptos į narkotikų vartotojus, analizė	25
1.1.4. Narkotinių ir psichotropinių medžiagų kiekių dydžių nustatymo problematikos analizė.....	29
1.1.5. Situacijos atitikimas tarptautiniams dokumentams ir praktikai	36
1.1.6. Teisinės srities tendencijų narkotikų politikoje Lietuvoje stiprybės, silpnybės, galimybės ir grėsmės.....	52
1.2. SVEIKATOS SRITIES PRISTATYMAS	55
1.2.1. Bendra priklausomybių gydymo ir/ar pagalbos organizavimo situacija.....	55
1.2.2. Strateginių ir norminių aktų, reglamentuojančių sveikatos klausimus priklausomybių srityje, analizė	82
1.2.3. Esamų sveikatos priežiūros paslaugų integralumas su kitomis paslaugų sistemomis.....	87
1.2.4. Sveikatos paslaugų realizavimo, susijusio su narkotikų politika Lietuvoje atitikimas tarptautinėms rekomendacijoms ir teisės aktams	91
1.2.5. Sveikatos srities tendencijų narkotikų politikoje Lietuvoje stiprybės, silpnybės, grėsmės ir galimybės.....	99
1.3. SOCIALINĖS SRITIES PRISTATYMAS	105
1.3.1. Tarptautiniai dokumentai ir nacionaliniai teisės aktai, reglamentuojantys narkotikų klausimus socialinėje srityje	105
1.3.2. Savivaldybėse teikiamų socialinių paslaugų analizė.....	112
1.3.3. Psichosocialinės reabilitacijos bendruomenės Lietuvoje	118
1.3.4. Socialinė reintegracija	121
1.3.5. Socialinės paslaugos sveikatos sektoriuje	130
1.3.6. Socialinės srities tendencijų narkotikų politikoje Lietuvoje stiprybės, silpnybės, grėsmės ir galimybės.....	131
1.4. TEISINĖS, SVEIKATOS IR SOCIALINĖS SRITIES, SUSIJUSIOS SU NARKOTIKŲ POLITIKA LIETUVOJE ATITIKIMO TARPTAUTINĖMS REKOMENDACIJOMS VERTINIMAS	134
1.5. TEISINĖS, SVEIKATOS IR SOCIALINĖS SRITIES, SUSIJUSIOS SU NARKOTIKŲ POLITIKA LIETUVOJE EKONOMINIS VERTINIMAS.....	135

1.5.1. Bendras situacijos pristatymas	135
1.5.1. Ekonominių kaštų skaičiavimo metodai	137
1.5.2. Ekonominiai kaštai sveikatos sistemoje.....	138
1.5.3. Teisinės sistemos ekonominis vertinimas.....	140
1.5.4. Socialinės sistemos ekonominis vertinimas.....	140
1.5.5. Žalingo nelegalių psichoaktyvių medžiagų vartojimo finansinė našta sveikatos apsaugos sistemai	141
1.5.6. Su nelegalių psichoaktyvių medžiagų vartojimų susijusios nusikalstamos veiklos finansinė našta teisinei sistemai	148
1.5.7. Su narkotikų vartojimu susijusi finansinė našta socialinei sistemai	161
1.5.8. Ekonominio vertinimo rezultatų aptarimas	163
1.5.9. Ekonominio vertinimo išvados	164
2. IŠVADOS IR REKOMENDACIJOS.....	168

ANALIZĖS PRISTATYMAS

Analizėje buvo keliami du pagrindiniai **tiksiai**:

1. Nustatyti narkotikų politikos Lietuvoje teisės, sveikatos ir socialiniame sektoriuose situaciją, problemas ir atitikimą mokslo įrodymais pagrįstoms rekomendacijoms;
2. Įvertinti esamos narkotikų politikos ekonominius kaštus.

Pagrindinis **analizės metodas** – SSGG analizė – tai strateginio planavimo metodas, taikomas tiek organizacijų, tiek sistemos lygmenyse. Taikant šį metodą narkotikų politikai vertinti buvo analizuojamos:

- stiprybės – narkotikų politikos Lietuvoje teisės, sveikatos ir socialiniuose sektoriuose išryškinant esamą situaciją ir atitikimą mokslu pagrįstoms rekomendacijoms bei išlaidų, tenkančių veiklos, susijusioms su psichoaktyvių medžiagų vartojimų pasiskirstymui;
- silpnybės – tai vidinės problemos (apibūdinimas), kurios susijusios su teisinio reglamentavimo, gydymu ir pagalbos organizavimu ir ekonominių kaštų paskirstymu ir kurios trukdo pasiekti kiek įmanoma didesnę paslaugų kokybę ir efektyvumą bei sklandų sistemos veikimą;
- galimybės – tai išorinės aplinkoje esančios galimybės ar esamos situacijos tobulinimo galimybės, galinčios pagerinti situaciją;
- grėsmės – tai aplinkos veiksniai, galintys trukdyti efektyviam ir kokybiškam, pagrįstam mokslu gydymo ir / ar pagalbos organizavimui, teisiniam reglamentavimui susijusiam su priklausomybėmis nuo psichoaktyvių medžiagų.

Šios analizės **metodologijos pagrindas** – kompleksinių metodų taikymas. Analizė vyko trimis etapais: informacijos rinkimas, analizė ir išvadų bei rekomendacijų formulavimas.

Kiekvienas etapas buvo įgyvendinamas pagal atskirą metodiką:

1) Renkant informaciją buvo naudojamosi pirminiais ir antriniais informacijos šaltiniais, t.y. susijusių **dokumentų analizė** buvo pirminis tyrimo etapas, kurį sudarė bazinių tarptautinių organizacijų skelbiamų dokumentų, tyrimų ir ataskaitų, nacionalinių teisės aktų (įstatymų ir nutarimų), vietos savivaldos lygmens teisės aktų, specializuotų institucijų vykdytų tyrimų ir situacijos vertinimo ataskaitų analizė. Dokumentų analizė atlikta taikant struktūruotą turinio analizės metodą.

2) **Kokybinio tyrimo** (interviu su ekspertais ir paslaugų gavėjais) metu gauta informacija analizuota turinio analizės metodu. Interviu buvo atlikta su:

a) Ekspertais, dirbančiais sveikatos srityje (psichiatrais, psichologais, toksikologais, socialiniais darbuotojais);

b) Ekspertais, dirbančiais įvairiose srityse, tačiau bendradarbiaujantys su sveikatos priežiūros įstaigomis (probacijos tarnybos specialistai, socialinių paslaugų teikėjai, NVO dirbančios su priklausomybės ligomis dirbančiais asmenimis ir t.t.);

c) Ekspertais, dirbančiais teisėsaugos institucijose (teisėjais, prokurorais, advokatais ir pan.).

3) **Anketinės apklausos metodu** informacija buvo renkama iš įvairių įstaigų, kurios savo veikloje tiesiogiai ar netiesiogiai susiduria su psichoaktyvių medžiagų vartojimo problematika (pvz. ligoninės, laisvės atėmimo vietos, socialines paslaugas teikiančios įstaigos, projektus koordinuojančios įstaigos, švietimo įstaigos ir pan.). Su išsamesniu, anketinėje apklausoje dalyvavusių institucijų sąrašu, galima susipažinti pačioje analizėje). Kiekvieno tipo organizacijai buvo parengta atskira anketa ir, tarpininkaujant Narkotikų, tabako ir alkoholio kontrolės departamento darbuotojams, išplatinta pagrindžiant duomenų rinkimo tikslą, suteikiant duomenų apie atliekamą tyrimą ir anonimiškumo bei duomenų apsaugos garantijas.

4) Ekonominiam esamos narkotikų politikos vertinimui buvo pasitelkti du **modeliavimo metodai** (angl. *modelling approaches*): **pirmas** - "iš apačios į viršų" (angl. *"bottom-up"*) metodas, kuriuo skaičiuojama vienos veiklos kaina arba, pvz., paslaugos įkainis, ir tuomet įvertinama, kiek tokių veiklų ar paslaugų buvo įgyvendinta ir suteikta, pvz., narkotikų vartotojams; **antras** - "iš viršaus į apačią" (angl. *"top-down"*) metodas, kuris yra naudojamas, kai reikia iš didesnės programos biudžeto išskaičiuoti psichoaktyvių medžiagų veiklai priskiriamą dalį. Pagrindiniai duomenų rinkimo metodai ir informacijos šaltiniai pagal sritis buvo šie:

a) **Sveikatos sistemos srityje**. Kaštų įvertinimui buvo pasirinktas „ligos kaštų“ metodas (angl. *cost of illness approach*). Ši koncepcija remiasi alternatyvių sąnaudų idėja, t.y. tuo atveju, jeigu lėšos nebūtų išleistos gydymui (šiuo atveju narkotinių ir psichotropinių medžiagų vartojimo sukeltų ligų gydymui), jos galėtų būti panaudotos kitiems tikslams. Šio metodo pagalba buvo siekiama įvertinti, tiesioginę ir netiesioginę narkotinių ir psichotropinių medžiagų žalą asmens sveikatai t.y. šios analizės metu pagrindinis dėmesys buvo skiriamas tiesioginių ir didele dalimi narkotinių medžiagų vartojimo sukeltų ligų ir būklių išlaidų įvertinimui.

b) **Teisinės sistemos srityje**. Vertinant teisinės sistemos kaštus, buvo remtasi standartizuotais ir viešai prieinamais finansinių ataskaitų rinkiniais, metiniais planais, interviu su Valstybine teismo medicinos tarnyba ir Apygardų probacijos tarnybomis bei raštiniais užklausimais Lietuvos policijai, Kalėjimų departamentui ir Nacionalinei teismų administracijai. Tenka pastebėti, kad dauguma baudžiamosios politikos vykdytojų nerenka detalių duomenų susijusių su nelegalių psichoaktyvių medžiagų veikla. Trūkstant konkrečių duomenų, gauta informacija buvo analizuojama taikant "iš viršaus į apačią" modeliavimo metodą iš bendro biudžeto, arba atskirų biudžeto eilučių išskaičiuojant su nelegalių psichoaktyvių medžiagų veikla susijusias dalis.

c) **Socialinės sistemos srityje.** Siekiant išsiaiškinti, kiek Lietuvos valstybė išleidžia socialinėms paslaugoms, susijusioms su nelegalių psichoaktyvių medžiagų vartojimu, buvo peržiūrėti 60 – ties savivaldybių 2016 m. ir 2017 m. viešai skelbiami socialinių paslaugų planai. Planuose buvo ieškoma informacijos apie paslaugas psichoaktyvias medžiagas vartojantiems asmenims. Anketavimo metodu informacija apie teikiamas paslaugas buvo renkama iš savivaldybių, teritorinių darbo biržų, nakvynės namų, psichosocialinės reabilitacijos bendruomenių ir reintegracijos paslaugų teikėjų bei Centrinės projektų valdymo agentūros.

Analizės trūkumai ir ribotumai: atliekant analizę didžiausi ribotumai ir pačios analizės trūkumai yra susiję su:

1. Vieningos duomenų sistemos ir rodiklių rinkimo nebuvimas. Skirtingos institucijos ir/ar organizacijos renka skirtingus duomenis ir skirtingais pjūviais juos analizuoja. Todėl kai kurių organizacijų / įstaigų surinkti ir pateikti duomenys buvo netinkami sisteminiui.
2. Ekonominė analizė buvo siekiama įvertinti tiek tiesiogines, tiek netiesiogines išlaidas, tačiau visų netiesioginių kaštų apskaičiavimui yra reikalinga išsamesnė studija, todėl ši analizė apsiriboja sąlyginai lengviau prieinamų duomenų analize. Dėl tyrimo ribotumo, ypatingai susijusios su ligos ir būklės diagnozavimu ir jų duomenų rinkimu, kurios nors ir gali būti sukeltos nelegalių psichoaktyvių medžiagų vartojimo, kaip, pvz., trofinių opų gydymas, odontologinės ligos, kiti psichikos sveikatos sutrikimai ir t.t., į tyrimą nebuvo įtraukti.
3. Dauguma baudžiamosios politikos vykdytojų nerenka detalių duomenų susijusių su nelegalių psichoaktyvių medžiagų veikla. Trūkstant konkrečių duomenų, gauta informacija buvo analizuojama taikant "iš viršaus į apačią" modeliavimo metodą iš bendro biudžeto, arba atskirų biudžeto eilučių išskaičiuojant su nelegalių psichoaktyvių medžiagų veikla susijusias dalis.
4. Kai kuriais aspektais (ypatingai socialinėje srityje), buvo sunku atskirti duomenis ir juos analizuoti atskirai dėl bendrai vedamos legalių psichoaktyvių medžiagų (alkoholio, tabako) ir nelegalių psichoaktyvių medžiagų apskaitos.

Tačiau, nepaisant aukščiau paminėtų analizės trūkumų ir ribotumų, ši analizė leidžia pamatyti šiuo metu Lietuvoje esamą situaciją teisinėje, sveikatos, socialinėje srityse, paskaičiuoti šiuo metu esamų praktikų biudžetą ir kaštų pasiskirstymą ir pateikti faktiniais ir moksliniais duomenimis pagrįstas rekomendacijas narkotikų politikos gairėms Lietuvoje.

NAUDOJAMOS SĄVOKOS, APIBRĖŽIMAI IR SUTRUMPINIMAI

Narkotinės ir psichotropinės medžiagos (NPM) – į Sveikatos apsaugos ministerijos patvirtintus kontroliuojamų medžiagų sąrašus įrašytos gamtinės ar sintetinės medžiagos, kurios dėl kenksmingo poveikio ar piktnaudžiavimo jomis sukelia sunkų žmogaus sveikatos sutrikimą, pasireiškiantį asmens psichine ir fizine priklausomybe nuo jų, ar pavojų žmogaus sveikatai (Lietuvos Respublikos narkotinių ir psichotropinių medžiagų kontrolės įstatymas).

Narkotinių ir psichotropinių medžiagų biudžetas (NPM biudžetas) – valstybės išlaidos skirtos spręsti problemas, susijusias su žalingu narkotinių ir psichotropinių medžiagų vartojimu, įskaitant prevenciją, gydymą ir kontrolę.

Valdžios sektoriaus sveikatos priežiūros finansavimas – valstybės išlaidos sveikatos priežiūrai finansuoti. Lietuvoje visuomeninio sveikatos priežiūros finansavimo šaltiniai yra valstybės biudžetas, savivaldybių biudžetai ir Privalomojo sveikatos draudimo fondas (Pagrindinės sveikatos statistikos sąvokos, jų apibrėžimai ir skaičiavimas. Higienos institutas Sveikatos informacijos centras. 2010).

Privataus sektoriaus sveikatos priežiūros finansavimas – tai tiesioginės namų ūkių bei kitų mokėtojų (įstaigų ir organizacijų) labdaros lėšos (Pagrindinės sveikatos statistikos sąvokos, jų apibrėžimai ir skaičiavimas. Higienos institutas Sveikatos informacijos centras. 2010).

Sveikatos priežiūros paslauga – yra veikla, įskaitant tyrimus ir su asmens sveikata tiesiogiai susijusius patarimus, kuria stengiamasi asmenį išgydyti, apsaugoti nuo susirgimo ar įvertinti jo sveikatos būklę. Ši sąvoka taip pat apima paciento slaugą ir su ja susijusią priežiūrą bei tiesioginį paciento materialinį aprūpinimą, kuris yra reikalingas asmens sveikatos priežiūros veiklai vykdyti, išskyrus farmacinę veiklą (Lietuvos Respublikos civilinis kodeksas. Šeštoji knyga. Prievolių teisė, 6.725 straipsnis)

Pacientas – asmuo, kuris naudojasi asmens sveikatos priežiūros įstaigų teikiamomis paslaugomis, nepriklausomai nuo to, sveikas jis ar ligonis (Pagrindinės sveikatos statistikos sąvokos, jų apibrėžimai ir skaičiavimas. Higienos institutas Sveikatos informacijos centras. 2010).

Ambulatorinis apsilankymas – tai paciento bendravimas su gydytoju ar su sveikatos priežiūros specialistu, turinčiu universitetinį išsilavinimą, tam tikru laiku ir tam tikroje vietoje: ambulatorinėje įstaigoje, paciento namuose, stacionarinės įstaigos priėmimo

skyriuje, greitosios medicininės pagalbos iškviatimo metu (Pagrindinės sveikatos statistikos sąvokos, jų apibrėžimai ir skaičiavimas. Higienos institutas Sveikatos informacijos centras. 2010).

Stacionarus gydymas – tai paciento hospitalizavimas į stacionarinio gydymo įstaigą (skyrių) paprastai ne mažiau kaip 24 valandoms medicinos priežiūrai, suteikiant stebėjimo, gydymo, diagnostikos ar reabilitacijos paslaugas (Pagrindinės sveikatos statistikos sąvokos, jų apibrėžimai ir skaičiavimas. Higienos institutas Sveikatos informacijos centras. 2010).

Greitosios medicinos pagalbos įstaiga (GMP) – tai asmens sveikatos priežiūros įstaiga arba jos padalinys, teikiantys būtinąją medicinos pagalbą pacientams nelaimingo atsitikimo atvejais, esant gyvybei grėsmingoms, pavojingos ir kritinėms būklėms, ūminėms ligoms, įvykio vietoje ir, esant indikacijoms, atsakingi už skubų paciento nugabenimą į stacionarinę asmens sveikatos priežiūros įstaigą (Pagrindinės sveikatos statistikos sąvokos, jų apibrėžimai ir skaičiavimas. Higienos institutas Sveikatos informacijos centras. 2010).

„Sveidra“ – Privalomojo sveikatos draudimo informacinės sistema, kurios tikslas yra apdoroti duomenis apie asmeniui suteiktas asmens sveikatos priežiūros paslaugas, išduotus kompensuojamuosius vaistus ir medicinos pagalbos priemones, kurių išlaidos apmokamos PSDF biudžeto lėšomis (Valstybinės ligonių kasos prie LR sveikatos apsaugos ministerijos direktoriaus įsakymas dėl Privalomojo sveikatos draudimo informacinės sistemos "Sveidra" nuostatų keitimo).

Žalos mažinimas – tai politika, intervencijos ir programos, kuriomis siekiama sumažinti sveikatos, socialines ir ekonomines narkotinių ir psichotropinių medžiagų vartojimo pasekmes žmonėms, bendruomenėms ir visuomenei (Dėl narkotinių ir psichotropinių medžiagų žalos mažinimo programų vykdymo tvarkos aprašo patvirtinimo).

Žemo slenkščio paslaugos – nemokamos konfidencialios, anoniminės sveikatos priežiūros ir kitos paslaugos asmenims, vartojantiems švirkščiamąsias narkotines ir psichotropines medžiagas ne gydymo tikslu bei dėl rizikingos elgsenos turintiems didžiausią riziką užsikrėsti infekcijomis (Dėl narkotinių ir psichotropinių medžiagų žalos mažinimo programų vykdymo tvarkos aprašo patvirtinimo).

Nusikalstama veika – teisės pažeidimas už kurį baudžiamasis įstatymas numato sankciją (bausmę). Nusikalstamos veikos yra skirstomos į nusikaltimus ir baudžiamuosius nusizengimus. Už nusikaltimą yra numatyta laisvės atėmimo bausmė. Už baudžiamąjį

nusižengimą numatyta bausmė, nesusijusi su laisvės atėmimu, išskyrus areštą (Nusikalstama veika apibrėžimas. In Wikipedia).

Areštas – trumpalaikis laisvės atėmimas, atliekamas areštinėje. Arešto terminas skaičiuojamas paromis. Už nusikaltimą nustatoma nuo penkiolikos iki devyniasdešimties parų arešto, už baudžiamąjį nusižengimą – nuo dešimties iki keturiasdešimt penkių parų arešto (Lietuvos Respublikos baudžiamasis kodeksas 49 straipsnis. Areštas. 2003).

Socialinės paslaugos – yra paslaugos, kuriomis suteikiama pagalba asmeniui (šeimai), dėl amžiaus, neįgalumo, socialinių problemų iš dalies ar visiškai neturinčiam, neįgijusiam arba praradusiam gebėjimus ar galimybes savarankiškai rūpintis asmeniniu (šeimoms) gyvenimu ir dalyvauti visuomenės gyvenime (Lietuvos Respublikos socialinių paslaugų įstatymas. 2006).

Socialinių paslaugų katalogas – apibrėžia socialines paslaugas, jų turinį pagal atskiras socialinių paslaugų rūšis bei socialinių paslaugų įstaigų tipus (LR socialinės apsaugos ir darbo ministro įsakymas. Dėl socialinių paslaugų katalogo patvirtinimo [Internet]. 2006).

Socialinės rizikos suaugęs asmuo – darbingo amžiaus asmuo, esantis socialiai atskirtas dėl to, kad elgetauja, valkatauja, piktnaudžiauja alkoholiu, narkotinėmis, psichotropinėmis ar toksinėmis medžiagomis, yra priklausomas nuo azartinių lošimų, yra įsitraukęs ar linkęs įsitraukti į nusikalstamą veiklą, yra patyręs ar kuriam kyla pavojus patirti psichologinę, fizinę ar seksualinę prievartą, smurtą šeimoje ir yra iš dalies ar visiškai netekęs gebėjimų savarankiškai rūpintis asmeniniu (šeimoms) gyvenimu ir dalyvauti visuomenės gyvenime (Lietuvos Respublikos socialinių paslaugų įstatymas. 2006).

1. ESAMOS PADĖTIES TEISINĖJE, SVEIKATOS IR SOCIALINĖJE SRITYJE PRISTATYMAS BEI ATITIKIMAS TARPTAUTINĖMS REKOMENDACIJOMS

1.1. TEISINĖS SRITIES ANALIZĖ

Šioje dalyje yra išsamiau pristatoma teisinė sritis, susijusi su narkotikų politika Lietuvoje. Teisinės srities analizė apima šiuos aspektus:

1. Nusikalstamumo, susijusio su narkotinių ir psichotropinių medžiagų vartojimu, disponavimu analizė (nusikalstamų veikų paplitimas, būklė ir lygis)
2. Administracinių nusižengimų, susijusių su narkotinių ar psichotropinių medžiagų vartojimu analizė
3. Baudžiamosios politikos, nukreiptos į narkotikų vartotojus, analizė
4. Narkotinių ir psichotropinių medžiagų kiekių dydžių nustatymo problematikos analizė
5. Situacijos atitikimas tarptautiniams dokumentams ir praktikai:
 - a) ES, PSO ir UNGASS dokumentų, skirtų subalansuotos narkotikų politikos įgyvendinimo rekomendacijoms, apžvalga
 - b) Lietuvos strateginių ir norminių aktų, reglamentuojančių klausimus dėl narkotikų vartotojų teisinės atsakomybės, analizė
 - c) Užsienio valstybių dekriminalizavimo ir depenalizavimo modelių įvertinimas ir jų tinkamumo bei aktualumo Lietuvai analizė
 - d) Nuteistųjų narkotikų vartotojų resocializacijos priemonės bausmių vykdymo sistemoje, užsienio šalių praktikos analizė – modeliai ir galimybės taikyti Lietuvoje

Toliau yra išsamiai pristatomos šios išskirtos dalys.

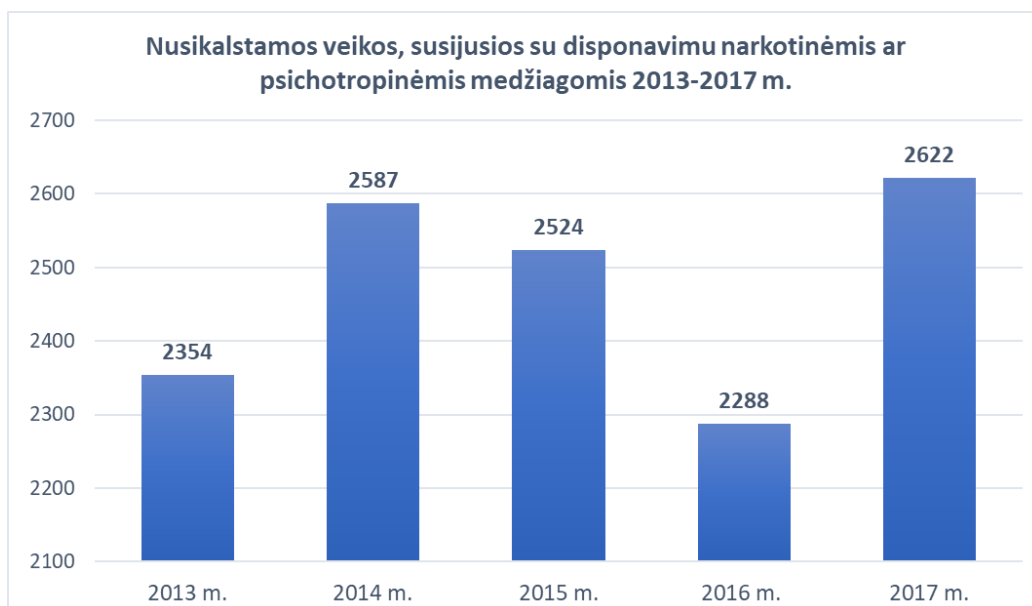
1.1.1. Nusikalstamumo, susijusio su narkotinių ir psichotropinių medžiagų vartojimu, disponavimu analizė

Siekiant atlikti nuoseklią kriminologinę situacijos „dėl nusikalstamų veikų, susijusių su disponavimu narkotinėmis ir psichotropinėmis medžiagomis“ analizę būtina pateikti registruoto nusikalstamumo statistinius duomenis, atskleisti pagrindinius rodiklius, jų įverčius, atspindinčius šios nusikalstamumo dalies būklę, lygį, struktūrą bei jų dinamiką¹.

¹ Pastaba: analizėje naudoti šių organizacijų kaupiami duomenys: Informatikos ir ryšių departamento prie LR VRM - <https://www.ird.lt/lt/paslaugos/nusikalstamu-veiku-zinybinio-registro-nvzr-paslaugos> , Policijos departamento prie LR VRM - <http://policija.lrv.lt/lt/administracine-informacija/ataskaitos>, Kalėjimų departamento prie LR

Statistinių duomenų analizė rodo, kad 2017 m. buvo registruotos 2622 nusikalstamos veikos, susijusios su disponavimu narkotinėmis ar psichotropinėmis medžiagomis. Tai sudarė 4,1 proc. tarp visų 2017 m. registruotų nusikalstamų veikų². Be to matoma aiški tendencija, kai nusikalstamos veikos, susijusios su disponavimu narkotinėmis ar psichotropinėmis medžiagomis, sudaro vis didesnę registruoto nusikalstamumo procentinę dalį, t.y. 2013 m. – 2,7 proc., 2014 m. – 3,0 proc., 2015 m. – 3,4 proc., o 2016 m. – 3,8 proc. Taigi nagrinėjamos veikos užima sąlyginai svarią ir vis didėjančią dalį registruotame nusikalstamume.

1 pav. Nusikalstamos veikos, susijusios su disponavimu narkotinėmis ar psichotropinėmis medžiagomis, skaičius 2013-2017 m.



Be to, pirmame paveiksle pateikti duomenys rodo, kad nuo 2016 iki 2017 m. stebimas ženklus nagrinėjamų nusikalstamų veikų augimas iki 14,6 proc. Tai susiję su pasikeitimais baudžiamajame įstatyme, kai priimtas sprendimas baudžiamojon atsakomybėn traukti asmenis, kurie turėjo nedidelį kiekį narkotinių medžiagų be tikslo platinti. Šią tendenciją patvirtina ir tai, kad 2017 m. registruota 1516 nusikaltimų, o 2016

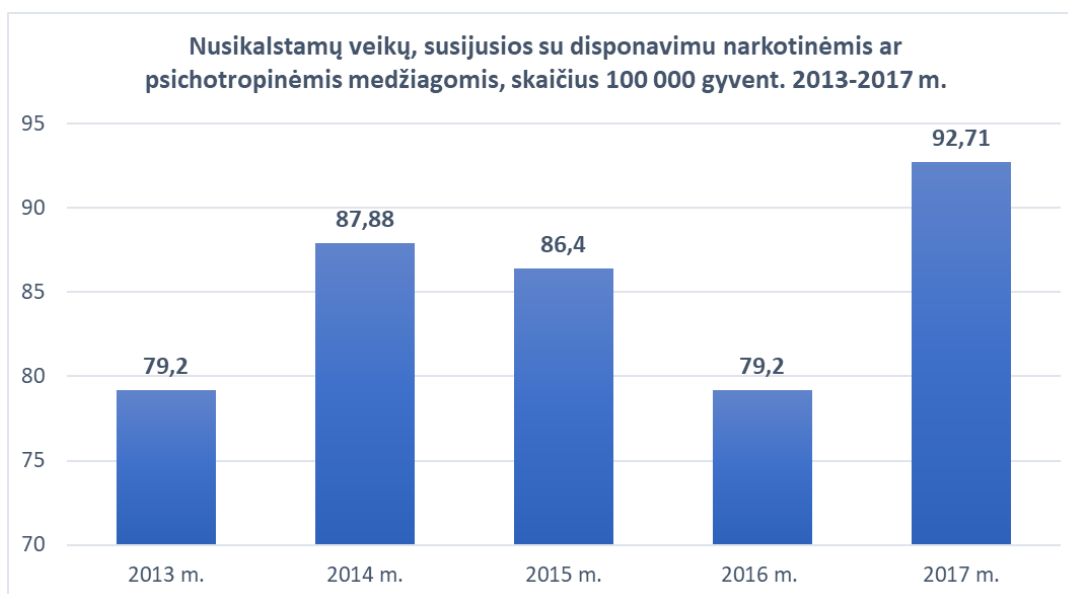
TM - http://www.kaldep.lt/lt/kalejimu-departamentas/administracine_informacija/ataskaitos/metines.html , Statistikos departamento prie LR LRV - <https://osp.stat.gov.lt/>, Nacionalinės teismų administracijos - <http://www.teismai.lt/lt/visuomenei-ir-ziniasklaidai/statistika/4641>

²Pastaba: Informatikos ir ryšių departamento duomenimis 2017 m. registruotos 63846 nusikalstamos veikos.

m. 1555, t.y. 2,5 proc. nusikaltimų mažiau, tačiau baudžiamųjų nusižengimų skaičius padidėjo nuo 733 – 2016 metais, iki 1106 – 2017 m., t.y. padidėjimas 50,9 proc.

Tolesnė situacijos analizė rodo, kad 2017 m. ženkliai padidėja nusikalstamų veikų lygis³, t.y. nusikalstamų veikų skaičius tenkantis 100 000 Lietuvos gyventojų. 2017 metais 100 000 gyventojų teko 92,71 nusikalstamos veikos, susijusios su disponavimu narkotinėmis ar psichotropinėmis medžiagomis.

2 pav. Nusikalstamų veikų, susijusių su disponavimu narkotinėmis ar psichotropinėmis medžiagomis, skaičius 100 000 gyventojų 2013-2017 m.



Paminėtina ir tai, kad 2017 m. penkiuose didžiuosiuose Lietuvos miestuose registruojama 61,5 proc. (1615 n.v.) visų nagrinėjamų nusikalstamų veikų. Vilniuje 100 000 gyventojų tenka – 156,5 nusikalstamos veikos, susijusios su disponavimu narkotinėmis ar psichotropinėmis medžiagomis, Kauno mieste – 106,03⁴, Klaipėdos mieste – 146,7, Šiaulių mieste – 99,7 ir Panevėžio mieste – 71,3 nusikalstamos veikos, tenkančios 100 000 gyventojų.

Atliekant analizę pastebėta, kad gana aukštas nagrinėjamų nusikalstamų veikų lygis matomas atskirose savivaldybėse. Pvz. 2017 m. Alytaus mieste 162,9 nagrinėjamos nusikalstamos veikos 100 000 gyv., Marijampolės mieste – 150,6, Kaišiadorių raj. savivaldybės teritorijoje – 350,2, Vilkaviškio raj. savivaldybės teritorijoje – 104

³ Pastaba: Nusikalstamumo lygis – tai konkrečioje erdvėje ir per konkretų laikotarpį padarytų nusikalstamų veikų skaičius, tenkantis pasirinktam tos erdvės gyventojų (kitų objektų) skaičiui. Apskaičiuojamas: Nusikalstamumo lygis = (nusikalstamų veikų sk. / gyventojų sk.) x 100 000.

⁴ Paminėtina, kad Kaune stebimas didelis augimas per 1 metus, t.y. nuo 40,3 nusikalstamų veikų 100 000 gyventojų iki 106,3 n.v. 100 000 gyvent.

nusikalstamos veikos 100 000 gyventojų, tai galimai sutampa su įkalinimo įstaigų lokacija.

1 lentelė. Nusikalstamų veikų, susijusių su disponavimu narkotinėmis ar psichotropinėmis medžiagomis, skaičius 2013-2017 m. (struktūra)

Nusikalstama veika	2013 m.	2014 m.	2015 m.	2016 m.	2017 m.
BK 259 str. Neteisėtas disponavimas narkotinėmis ir psichotropinėmis medžiagomis be tikslo jas platinti	1411	1543	1684	1590	1993
BK 260 str. Neteisėtas disponavimas narkotinėmis ir psichotropinėmis medžiagomis turint tikslą jas platinti	1077	787	917	713	510
BK 260 str. 3 d. neteisėtai gamino, perdirbo, įgijo, laikė, gabeno, siuntė, pardavė ar kitaip platino labai didelį kiekį narkotinių ar psichotropinių medžiagų	97	104	74	61	76
BK 261 str. Narkotinių ar psichotropinių medžiagų platinimas nepilnamečiams	24	19	30	22	22
BK 262 straipsnis. Įrenginių narkotinėms ar psichotropinėms medžiagoms gaminti gaminimas arba narkotinių ar psichotropinių medžiagų gamybos technologijų ar instrukcijų rengimas	2	7	8	3	1
BK 263 straipsnis. Narkotinių ar psichotropinių medžiagų vagystė, prievartavimas arba kitoks neteisėtas užvaldymas	4	5	4	4	2
BK 264 straipsnis. Lenkimas vartoti narkotines ar psichotropines medžiagas	8	18	10	28	24
BK 265 straipsnis. Neteisėtas aguonų ar kanapių auginimas	16	9	22	10	22
BK 266 straipsnis. Neteisėtas disponavimas pirmos kategorijos narkotinių ar psichotropinių medžiagų pirmtakais (prekursoriais)	5	166	1	3	3
BK 199 straipsnis. Kontrabanda 3 d. neturėdamas leidimo per Lietuvos Respublikos valstybės sieną gabeno narkotines, psichotropines medžiagas arba narkotinių ar psichotropinių medžiagų pirmtakus (prekursorius)	92	63	62	12	46

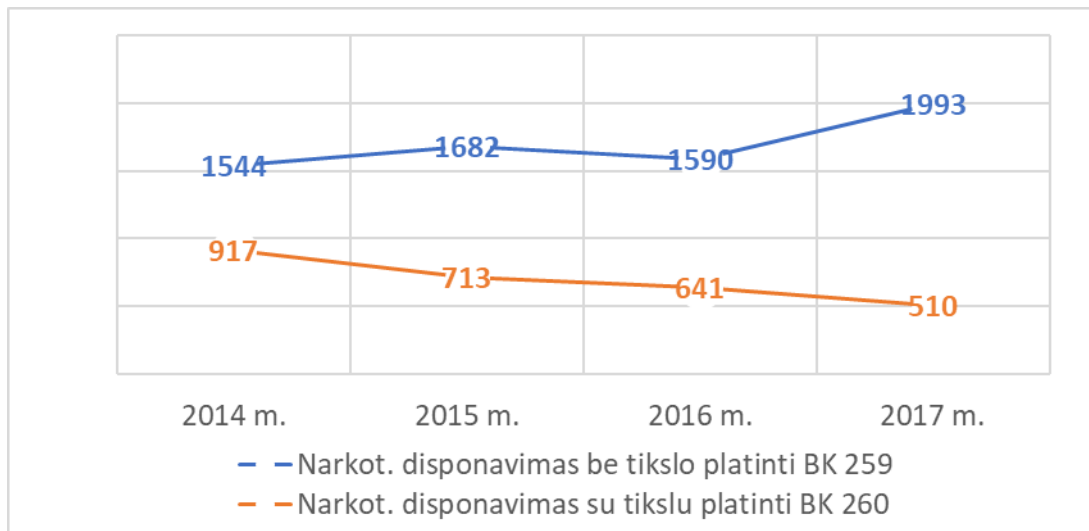
Duomenų analizė rodo, kad nagrinėjamoje nusikalstamų veikų grupėje stebima didėjimo tendencija neteisėto disponavimo narkotinėmis ir psichotropinėmis medžiagomis be tikslo jas platinti atvejais. Didėjimas matomas tiek skaitine išraiška, kai per 2013 m. - 2017 m. registruotų nusikalstamų veikų skaičius padidėjo 41,2 proc., taip pat didėjimas tarp visų šios kategorijos nusikalstamų veikų, kai 2013 m. disponavimas narkotinėmis medžiagomis be tikslo platinti tarp visų nusikalstamų veikų sudarė 59 proc., o 2017 m. jau 76 proc.

Taip pat kritinio požiūrio reikalautų įvertinimas dėl narkotinių ar psichotropinių medžiagų platinimo nepilnamečiams (BK 261 str.), kai per pastaruosius metus registruotos vos 22 nusikalstamos veikos, nors tarptautinio ESPAD 2015 tyrimo duomenys rodo, kad 19,2 proc. apklaustų paauglių (15-16 m. amžiaus) nurodo vieną ar du kartus per pastaruosius 4 metus vartoję narkotikus⁵.

Taigi nagrinėjamu klausimu svarbūs keli aspektai: iš vienos pusės, nedidelis narkotinių ar psichotropinių medžiagų platinimas nepilnamečiams gali sąlygoti, kad į baudžiamąjį persekiojimą įtraukiama mažiau nepilnamečių, kurie šiuo atveju būtų kriminalizuojami, kita vertus, keltinas klausimas dėl efektyvios teisėsaugos organų veiklos šiame sektoriuje, nukreipiant pajėgas ne į pavienius narkotikų vartotojus, o į organizuotą nusikalstamumą, t.y. jų organizatorius, nusikalstamo "verslo vadovus".

⁵ „Alkoholio ir kitų narkotikų tyrimo Europos mokyklose (ESPAD)“ tyrimas 2015 m. internetinė prieiga - <https://ntakd.lrv.lt/lt/naujienos/espas-tyrimas-atskleidzia-kad-mazeja-alkoholio-ir-tabako-gaminiu-vartojimas-tarp-paaugliu-taciau-atsiranda-naujos-gresmes>

3 paveikslas. *Registruota nusikalstamų veikų (neteisėtas disponavimas narkotinėmis ir psichotropinėmis medžiagomis be tikslo jas platinti (BK 259 str.) ir Neteisėtas disponavimas narkotinėmis ir psichotropinėmis medžiagomis turint tikslą jas platinti (BK 260 str.)) dinamika 2014 – 2017 m.*



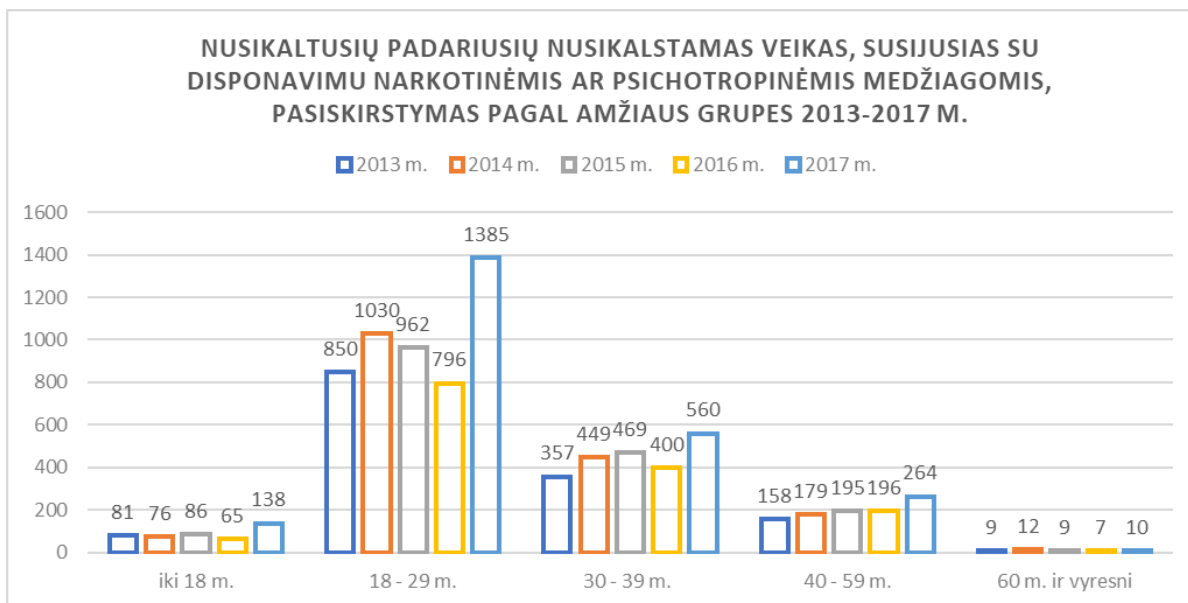
Trečiame paveiksle pateiktos dvi esminės tendencijos, atspindinčios dabartinės baudžiamosios politikos situaciją nusikalstamų veikų, susijusių su disponavimu narkotinėmis ar psichotropinėmis medžiagomis, atžvilgiu. Viena tendencija rodo, kad kiekvienais metais registruojama vis daugiau nusikalstamų veikų, kai baudžiamojon atsakomybėn traukiami asmenys, kurie disponavo narkotinėmis medžiagomis, bet jų neplatino. Kita tendencija, kai tolygiai mažėja atvejų, kai buvo disponuojama narkotinėmis medžiagomis su tikslu platinti, t.y. per 2014-2017 m. tokių veikų sumažėjo 44,4 proc. Šios tendencijos leidžia kelti pagrįstų abejonų dėl baudžiamosios politikos veiksmingumo, tinkamų prioritetų nusistatymų⁶ ir poveikio nagrinėjamos dalies nusikalstamumui.

Nagrinėjant registruotą nusikalstamumą būtina apžvelgti ir nusikalstamas veikas patyrusių asmenų skaičių, ir atskiras jų charakteristikas. Paminėtina, kad nuo 2013 iki 2017 m. asmenų, padariusių nusikalstamas veikas, susijusias su disponavimu narkotinėmis ar psichotropinėmis medžiagomis, skaičius padidėjo 62 proc., 2013 m.

⁶ Programa „Visuomenės saugumo užtikrinimas“. 2.1. p. vykdyti nusikalstamų veikų, susijusių su neteisėta narkotinių ir psichotropinių medžiagų apyvarta, užkardymą, atskleidimą ir tyrimą. 2017 m/ I-IV ketv. teritorinės policijos įstaigos (1), Lietuvos kriminalinės policijos biuras (2). p-01-08-01-06-08 ištirtų nusikalstamų veikų, susijusių su neteisėtu disponavimu narkotinėmis ir psichotropinėmis medžiagomis nuo užregistruotų, procentais - 85 / 2017 m.

registruoti 1455 nusikaltę asmenys; 2014 m. – 1746; 2015 m. -1721; 2016 m. 1464, o 2017 m. – 2357 asmenys.

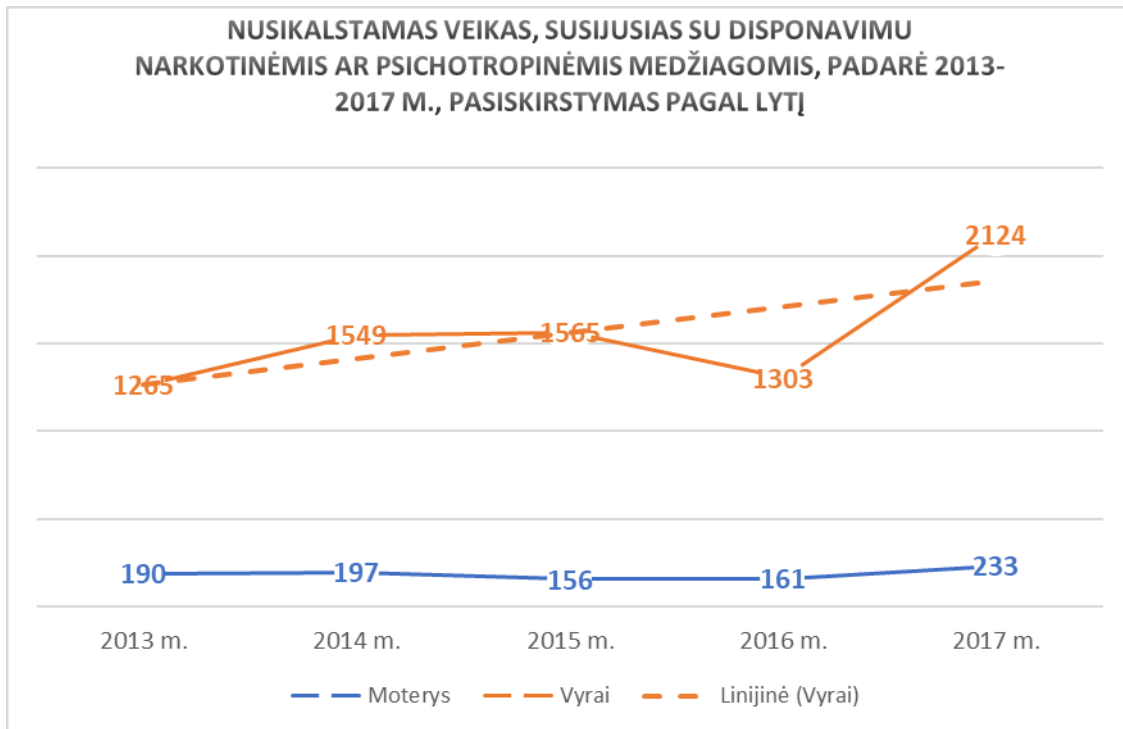
4 paveikslas. *Asmenų, padariusių nusikalstamas veikas, susijusias su disponavimu narkotinėmis ar psichotropinėmis medžiagomis, pasiskirstymas pagal amžiaus grupes 2013-2017 m.*



Ketvirtame paveiksle pateikti duomenys rodo grėsmingas tendencijas, kadangi per 2017 m. nusikaltusių nepilnamečių skaičius padidėjo 2,12 karto. Itin didelis augimas pastebimas ir jaunimo amžiaus grupėje nuo 18 iki 29 metų, kai per vienerius metus padidėjo 1,73 karto ir siekė 1385 asmenis. Tendencijos grėsmė pasireiškia tuo, kad į baudžiamąjį persekiojimą patenka nepilnamečiai, jaunimo kategorijai priklausantys asmenys, kurie tampa nusikalstamumą palaikančiu veiksniumi. Nepilnamečiams ir jauniems asmenims užsitikrinama kriminogeniškai aktyvios asmenybės karjera, „naujas kraujas“ ateities nusikalstamumui. Taip pat svarbu įvertinti Lietuvos jaunimo (kaip socialinės grupės) nykimo tendenciją⁷, šiuo atveju ją nukreipiant į griežto persekiojimo bausmių vykdymo sistemą, jaunimo grupę deaktyvuojama ir socialiai žalojama.

⁷ Pastaba: Per dešimtmetį (2005–2014 m.) jaunų žmonių (14 – 29 m. amžiaus) sumažėjo 162,9 tūkst. (21,3 proc.), tai sudarė daugiau nei trečdalį bendro gyventojų skaičiaus sumažėjimo. Šalies gyventojų skaičius šiuo laikotarpiu sumažėjo 433,9 tūkst. (12,9 proc.). Prognozuojama, kad Lietuvoje jaunimo skaičius ir toliau mažės. 2050 m. pradžioje Lietuvoje gyvens 348,8 tūkst. jaunuolių (18,3 proc. visų šalies gyventojų), t. y. beveik du kartus mažiau nei 2015 m. pradžioje. Šaltinis: Jaunimo ir jaunimo politikos apžvalga. Lietuvos jaunimo organizacijų taryba, 2015.

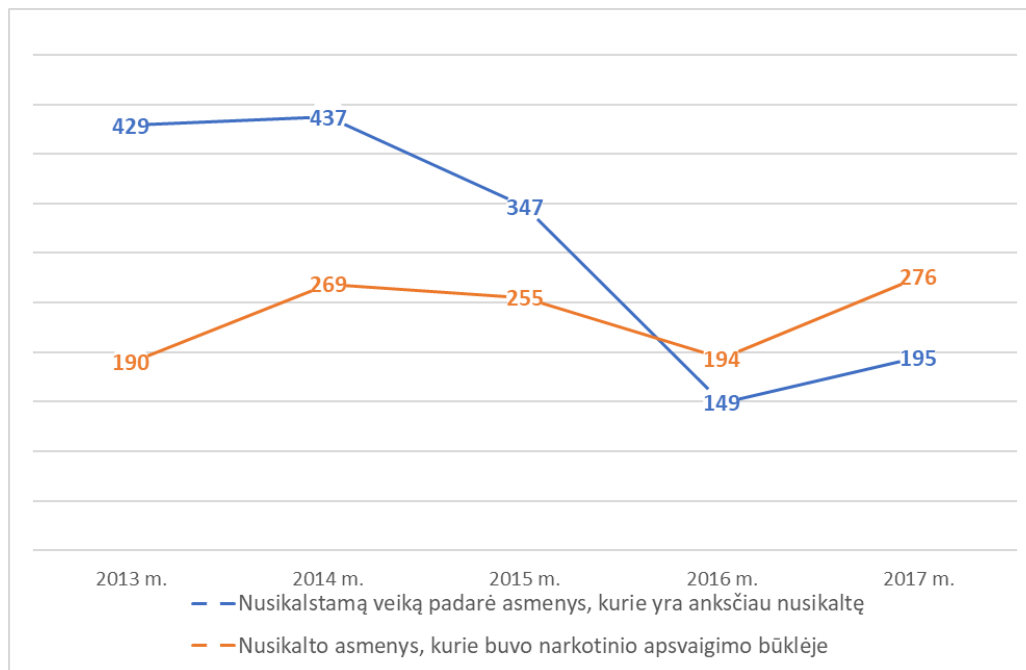
5 paveikslas. Nusikalstamų veikų, susijusių su disponavimu narkotinėmis ar psichotropinėmis medžiagomis, skaičius, pasiskirstymas pagal lytį 2013-2017 m.



Tolesnė analizė rodo, kad 2017 m. nusikalstamų veikų augimas stebimas tiek nusikaltusių vyrų, tiek nusikaltusių moterų atvejais, t.y. vyrų padaromų nusikalstamų veikus skaičius per pastaruosius vienerius metus padidėjo 63 proc., o moterų – 44,7 proc.

Atliekamoje studijoje, taip pat tikslinga pateikti kelias nusikaltusių asmenų charakteristikas, kurios rodo baudžiamojo persekiojimo priemonių tikslingumą. Šeštame paveiksle pateikti duomenys rodo, kad stebima tendencija nusikaltusių asmenų, kurie yra jau anksčiau padarę nusikalstamas veikas, skaičiaus mažėjimas, kai nuo 2013 m. iki 2017 m. sumažėjo 2,2 karto.

6 paveikslas. Asmenų, padariusių nusikalstamas veikas, susijusias su disponavimu narkotinėmis ar psichotropinėmis medžiagomis, atskiros charakteristikos 2013-2017 m.



Taigi galime daryti prielaidą, kad į baudžiamąjį persekiojimą patenka asmenys, kurie nepasižymi recidyviškumu. Kartu keltinas klausimas dėl alternatyvių priemonių kūrimo, bendruomeninių sankcijų, poveikio priemonių, nukreiptų į asmens elgesio keitimą, rizikos pakartotinai nusikalsti įvertinimą. Tenka konstatuoti, kad būtent šių priemonių Lietuvoje praktiškai nėra, todėl tikslinga plėtoti ir diegti inovatyvias su baudžiamuoju persekiojimu nesusijusias poveikio priemones.

Kita svarbi tendencija, kuri pateikta šeštame paveiksle, tai 2017 m. išaugęs nusikaltusiųjų, kurie padarė nusikalstamą veiką narkotinio apsvaigimo būklėje, skaičius. Tad keltinas klausimas, ar veiksmingai formuojama baudžiamoji politika, kai narkotikų vartotojus bandome "gydyti" baudžiamuoju persekiojimu, kiek tokios priemonės duoda rezultatą.

1.1.2. Administracinių nusižengimų, susijusių su narkotinių ar psichotropinių medžiagų vartojimu analizė

Administracinės atsakomybės reglamentavimas iki 2017 metų

Remiantis iki 2017 metų galiojusiis teisiniu reguliavimu, už įvairias su narkotikais susijusias veikas galėjo būti taikoma **baudžiamoji** arba **administracinė atsakomybė**. Administracinė atsakomybė buvo įtvirtinta Administracinių teisės pažeidimų kodekso⁸ (toliau – ATPK) 44 straipsnyje „Neteisėtas narkotinių ar psichotropinių medžiagų įgijimas ar laikymas nedideliais kiekiais arba narkotinių ar psichotropinių medžiagų vartojimas be gydytojo paskyrimo“. Administracinė atsakomybė pagal ATPK 44 str.⁹ kildavo už **nedidelio kiekio** narkotinių medžiagų **įgijimą ir laikymą be tikslo platinti** (1 d.) arba **vartojimą** be gydytojo paskyrimo (2 d.). Išimtinai tik administracinė atsakomybė kildavo už vartojimą, tuo tarpu už nedidelio kiekio narkotinių medžiagų įgijimą ar laikymą be tikslo platinti atsakomybė buvo numatyta ne tik ATPK 44 str. 1 d., bet ir Baudžiamojo kodekso (toliau – BK)¹⁰ 259 str. 2 d. Taigi, šiuo atveju egzistavo kolizija tarp ATPK ir BK normų, kadangi atsakomybė buvo numatyta už identišką veikas. žr. žemiau pateikiamą palyginamąją lentelę:

⁸ Lietuvos Respublikos administracinių teisės pažeidimų kodeksas (Žin., 1985, Nr. 1-1 (su vėlesniais pakeitimais ir papildymais).

⁹ 44 straipsnis. Neteisėtas narkotinių ar psichotropinių medžiagų įgijimas ar laikymas nedideliais kiekiais arba narkotinių ar psichotropinių medžiagų vartojimas be gydytojo paskyrimo

Neteisėtas narkotinių ar psichotropinių medžiagų įgijimas ar laikymas nedideliais kiekiais be tikslo parduoti ar kitaip platinti –

užtraukia baudą iki dviejų šimtų aštuoniasdešimt devynių eurų su psichotropinių ar narkotinių medžiagų konfiskavimu arba administracinį areštą iki trisdešimties parų su narkotinių ar psichotropinių medžiagų konfiskavimu.

Narkotinių ar psichotropinių medžiagų vartojimas be gydytojo paskyrimo arba asmenų, sulaukytų už administracinių teisės pažeidimų (išskyrus teisės pažeidimus, numatytus šio kodekso 126 straipsnio ketvirtojoje ir šeštojoje dalyse ir 129 straipsnyje) padarymą ir įtariamų apsvaigus nuo narkotinių ar psichotropinių medžiagų, apsvaigimo patikrinimo vengimas –

užtraukia baudą iki vieno šimto keturiasdešimt keturių eurų.

Nepilnamečių nuo keturiolikos iki šešiolikos metų neteisėtas narkotinių ar psichotropinių medžiagų įgijimas ar laikymas nedideliais kiekiais be tikslo parduoti ar kitaip platinti, taip pat narkotinių ar psichotropinių medžiagų vartojimas be gydytojo paskyrimo –

užtraukia baudą tėvams arba globėjams (rūpintojams) iki vieno šimto keturiasdešimt keturių eurų su narkotinių ar psichotropinių medžiagų konfiskavimu.

Pastaba. Asmuo, savanoriškai atidavęs nedideliu kiekiu turėtą narkotinę ar psichotropinę medžiagą, kurią jis įgijo arba laikė be tikslo parduoti, taip pat savanoriškai kreipęsis į medicinos įstaigą dėl medicinos pagalbos suteikimo ryšium su narkotinių ar psichotropinių medžiagų vartojimu be gydytojo paskyrimo, atleidžiamas nuo administracinės atsakomybės už šiame straipsnyje numatytus veiksmus.

¹⁰ Lietuvos Respublikos baudžiamasis kodeksas (Žin., 2000, Nr. 89-2741) (su vėlesniais pakeitimais ir papildymais).

2 lentelė. Palyginamoji ATPK ir KK lentelė.

BK 259 str. 2 d.	ATPK 44 str. 1 d.
Tas, kas neteisėtai gamino, perdirbo, įgijo, laikė , gabeno ar siuntė nedidelį kiekį narkotinių ar psichotropinių medžiagų neturėdamas tikslo jų parduoti ar kitaip platinti, padarė baudžiamąjį nusizengimą ir <i>baudžiamas viešaisiais darbais arba laisvės apribojimu, arba bauda, arba areštu.</i>	Neteisėtas narkotinių ar psichotropinių medžiagų įgijimas ar laikymas nedideliais kiekiais be tikslo parduoti ar kitaip platinti – <i>užtraukia baudą iki dviejų šimtų aštuoniasdešimt devynių eurų su psichotropinių ar narkotinių medžiagų konfiskavimu arba administracinį areštą iki trisdešimties parų su narkotinių ar psichotropinių medžiagų konfiskavimu.</i>

Praktikoje ATPK 44 str. 1 d. buvo taikoma pakankamai retai, 2016 metų¹¹ duomenimis pagal šią dalį buvo registruoti 283 pažeidimai, o pagal 2 d. – 2910¹². Savo ruožtu, Pagal Informatikos ir ryšių departamento prie Vidaus reikalų ministerijos (toliau – IRD) duomenis, 2016 metais buvo registruoti 733 baudžiamieji nusizengimai¹³ susiję su disponavimu narkotinėmis ar psichotropinėmis medžiagomis¹⁴.

3 lentelė. *Registruotų baudžiamųjų nusizengimų palyginimas pagal metus (2016 m. ir 2017 m.)*

Straipsniai	2016	2017
ATPK 44 str. 1 d. (įgijimas ir laikymas)	283	
ATPK 44 str. 2 d. (vartojimas)	2910	
ANK 71 str.		2917
Užregistruota baudžiamųjų nusizengimų (BK 259 str. 2 d.)	733	1106

¹¹ Panaši dinamika pastebima ir ankstesniais metais, kai pagal pirmą dalį pažeidimų skaičius skirtingais metais svyruodavo nuo keliasdešimt iki kelių šimtų, o pagal antrą - nuo vieno iki kelių tūkstančių.

¹² Dar 43 pažeidimai buvo pagal ATPK 3 d., o 45 atvejais nėra aišku pagal kurią straipsnio dalį pažeidimai buvo kvalifikuoti.

¹³ BK XXXVII skyriuje baudžiamuoju nusizengimu laikoma tik BK 259 str. 2 d. numatyta veika, t.y. disponavimas nedideliu kiekiu be tikslo platinti. Kitos skyriuje reglamentuotos nusikalstamos veikos gali užtraukti laisvės atėmimo bausmę, t.y. yra laikomos nusikaltimais.

¹⁴ Duomenys apie nusikalstamas veikas ir asmenis, susijusius su disponavimu narkotinėmis ar psichotropinėmis medžiagomis ir jų kontrabanda (FORMA_NARK_SAV). Prieiga per internetą: https://www.ird.lt/lt/paslaugos/nusikalstamu-veiku-zinybinio-registro-nvzr-paslaugos/ataskaitos-1/nusikalstamumo-ir-ikiteisminių-tyrimu-statistika-1/view_item_datasource?id=6768&datasource=18890

Šiuo atveju turėtina omenyje, kad ATPK 44 str. 1 d. administracinė atsakomybė buvo numatyta tik už nedidelio kiekio įgijimą ir laikymą, kai tuo tarpu baudžiamasis nusižengimas pagal BK 259 str. 2 d. užtraukia baudžiamąją atsakomybę ne tik už įgijimą ir laikymą, bet ir už tokias veikas kaip gaminimas, perdirbimas, gabenimas ar siuntimas. Taigi, numatomas platesnis veikų ratas, dėl ko šių straipsnių negalima tiesmukai lyginti. Nėra aišku (nors tikėtina, sprendžiant iš 2017 metais staigiai išaugusio baudžiamųjų nusižengimų skaičiaus), ar kaltinimai įgijimu bei laikymu, o ne kitomis BK 259 str. 2 d. dispozicijoje numatytomis veikomis, sudarė didžiąją dalį visų pareikštų kaltinimų. Vartotojų atžvilgiu taikyta administracinė atsakomybė irgi turi specifinį kontekstą, kadangi vartojimas be gydytojo paskyrimo ar nedidelio kiekio įgijimas bei laikymas be tikslo platinti iš esmės apima tą patį vartojimą „savo reikmėms“ (tai buvo pabrėžta ir JT konvencijų komentaruose), tačiau vienu atveju teisėsaugai pavyksta aptikti narkotinių medžiagų prie vartotojo, o kitu atveju ne. Tiesa, įgijimas ar laikymas gali būti tikslinis (įgyjama siekiant suvartoti), o pats vartojimo faktas galėjo atsirasti ir nesant tokių intencijų (pvz., kam nors pasiūlius).

Administracinė atsakomybė nuo 2017 metų

Svarbus pakeitimas įvyko nuo 2017 m. pradėjus galioti naujam Administracinių nusižengimų kodeksui (toliau – ANK¹⁵), kurio 71 straipsnyje numatyta administracinė atsakomybė už narkotinių ir psichotropinių medžiagų *vartojimą* be gydytojo paskyrimo, tačiau administracinės atsakomybės už *įgijimą ir laikymą* nelieka, tokiu būdu tai paliekant išimtinai baudžiamosios teisės reglamentavimo sričiai. Kokių pagrindų teisinis reguliavimas buvo keičiamas, nėra aišku, kadangi aiškinamajame rašte šio pakeitimo motyvai nebuvo nurodyti.

ANK 71 straipsnyje „Narkotinių ar psichotropinių medžiagų vartojimas be gydytojo paskyrimo“ administracinė atsakomybė už narkotinių ir psichotropinių medžiagų vartojimą reglamentuojama tokiu būdu:

1. Narkotinių ar psichotropinių medžiagų vartojimas be gydytojo paskyrimo arba už administracinių nusižengimų (išskyrus šio kodekso 227 straipsnio 3 dalyje, 379 straipsnio 2 dalyje, 401 straipsnio 6, 21 dalyse, 406 straipsnio 5 dalyje, 420 straipsnio 3, 4 dalyse, 422 straipsnio 3, 6, 7 dalyse, 423 straipsnio 3 dalyje, 427 straipsnio 1 dalyje, 428 straipsnio 5, 8 dalyse numatytus nusižengimus) padarymą sulaukytų ir apsvaigimu nuo narkotinių ar psichotropinių medžiagų įtariamų asmenų vengimas pasitikrinti dėl apsvaigimo užtraukia baudą nuo trisdešimt iki vieno šimto penkiasdešimt eurų.
2. Šio straipsnio 1 dalyje numatytas administracinis nusižengimas, padarytas pakartotinai, užtraukia baudą nuo vieno šimto penkiasdešimt iki dviejų šimtų trisdešimt eurų.
3. Už šio straipsnio 2 dalyje numatytą administracinį nusižengimą gali būti taikoma administracinio poveikio priemonė – įpareigojimas dalyvauti alkoholizmo ir narkomanijos

¹⁵ Lietuvos Respublikos administracinių nusižengimų kodeksas // TAR, 2015, Nr. 11216.

prevencijos, ankstyvosios intervencijos, sveikatos priežiūros, resocializacijos, bendravimo su vaikais tobulinimo, smurtinio elgesio keitimo ar kitose programose (kursuose).

4. Asmuo, kuris savanoriškai kreipėsi į sveikatos priežiūros įstaigą dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų suteikimo dėl narkotinių ar psichotropinių medžiagų vartojimo be gydytojo paskyrimo, atleidžiamas nuo administracinės atsakomybės už šiame straipsnyje numatytus veiksmus.

Taigi, šiuo metu numatoma administracinė atsakomybė už narkotinių ir psichotropinių medžiagų **vartojimą** be gydytojo paskyrimo. Esant pakartotinumui, administracinė atsakomybė yra griežtinama, taip pat numatoma galimybė taikyti administracinio poveikio priemones, viena iš kurių tikslingai orientuota į narkotikų vartotojus – įpareigojimas dalyvauti narkomanijos prevencijos programose (kursuose). Taip pat numatyta galimybė atleisti nuo administracinės atsakomybės – jeigu asmuo **savanoriškai** kreipėsi į sveikatos priežiūros įstaigą.

Pabrėžtina, jog administracinė atsakomybė nuo 2017 m. sausio 1 dienos taikoma tik už narkotinių ir psichotropinių medžiagų vartojimą, kitos su vartojimu susijusios veikos (įgijimas, laikymas, gabenimas, siuntimas ir t.t.) patenka į baudžiamosios teisės aprėptį. Tokiu būdu vartotojai yra suskirstomi į dvi grupes:

- **Administracine tvarka atsako** tie, kurių organizme yra aptinkama narkotinių ir psichotropinių medžiagų, tačiau jie jomis nedisponuoja;
- **Baudžiamąja tvarka atsako** tie, kurie disponuoja tokiomis medžiagomis (šiuo atveju nėra svarbu, ar jie jų yra vartoję, užtenka paties disponavimo fakto).

Remiantis BK 259 str. 2 d. laisvės atėmimo bausmė nėra numatyta, taigi, kalbant apie realias pasekmes asmenims, pirmiausia paminėtinas baudos dydis, kuris remiantis BK 47 str. 3 d. 1 p. už baudžiamąjį nusižengimą gali svyruoti nuo 15 iki 500 bazinių socialinių išmokų (anksčiau – MGL) ir šiuo metu siektų nuo 570 iki 19000 eurų. Taigi, BK numatomas baudos dydis yra ženkliai didesnis, nei iki tol ATPK 44 str. 1 d. numatytas 289 eurų maksimumas arba šiuo metu ANK 71 str. numatyta bauda už vartojimą (nuo 30 iki 150 eurų). Kita vertus ir iki šiol už disponavimą nedideliu kiekiu dažniau buvo taikoma baudžiamoji atsakomybė, tačiau nuo 2017 metų baudžiamoji atsakomybė dėl nedidelio kiekio įgijimo ir laikymo taikoma **visais atvejais**, o tai turėtų dar padidinti baudžiamąjį persekiojimą atliekančių institucijų ir teismų krūvį (žr. aukščiau lentelėje pateikiamus duomenis dėl registruotų baudžiamųjų nusižengimų skaičiaus ženklaus padidėjimo).

1.1.3. Baudžiamosios politikos, nukreiptos į narkotikų vartotojus, analizė

Baudžiamoji atsakomybė reglamentuota BK XXXVII skyriuje „Nusikaltimai ir baudžiamieji nusižengimai, susiję su disponavimu narkotinėmis ar psichotropinėmis, nuodingosiomis ar stipriai veikiančiomis medžiagomis“, taip pat ir kai kuriuose kituose BK straipsniuose (pvz., BK 199 str. 2 d. numatyta atsakomybė už narkotinių medžiagų kontrabandą). Šiame skyriuje numatyta atsakomybė už įvairaus pobūdžio veikas (pvz., narkotinių medžiagų platinimą nepilnamečiams, tokių medžiagų vagystę ir kt.), tačiau reikšmingiausi baudžiamosios atsakomybės taikymo prasme yra du šio skyriaus straipsniai – **259 straipsnis**¹⁶, kuriame numatyta atsakomybė už neteisėtą disponavimą narkotinėmis medžiagomis be tikslo platinti, ir **260 straipsnis**¹⁷, kuriame įtvirtinta atsakomybė už neteisėtą disponavimą turint tikslą platinti arba disponavimą labai dideliu narkotinių medžiagų kiekiu.

Remiantis BK 259 str. 1 ir 2 d. baudžiamoji atsakomybė kyla už narkotinių medžiagų **gaminimą, perdirbimą, įgijimą, laikymą, gabenimą ar siuntimą**. Atkreiptinas dėmesys, jog šie veiksmai turi būti atlikti **be tikslo platinti** narkotines medžiagas. Kai be tikslo platinti disponuojama **nedideliu kiekiu** narkotinių medžiagų (kanapių atveju – ne daugiau kaip 5 g, kokaino – 0,2 g, heroino – 0,02 g), tai pagal

¹⁶ 259 straipsnis. Neteisėtas disponavimas narkotinėmis ar psichotropinėmis medžiagomis be tikslo jas platinti

1. Tas, kas neteisėtai gamino, perdirbo, įgijo, laikė, gabeno ar siuntė narkotines ar psichotropines medžiagas neturėdamas tikslo jas parduoti ar kitaip platinti, baudžiamas bauda arba areštu, arba laisvės atėmimu iki dvejų metų.

2. Tas, kas neteisėtai gamino, perdirbo, įgijo, laikė, gabeno ar siuntė nedidelį kiekį narkotinių ar psichotropinių medžiagų neturėdamas tikslo jų parduoti ar kitaip platinti, padarė baudžiamąjį nusižengimą ir baudžiamas viešaisiais darbais arba laisvės apribojimu, arba bauda, arba areštu.

3. Asmuo, kuris savo noru kreipėsi į sveikatos priežiūros įstaigą dėl medicinos pagalbos ar kreipėsi į valstybės instituciją norėdamas atiduoti neteisėtai pasigamintas, įgytas, laikytas be tikslo platinti narkotines ar psichotropines medžiagas, atleidžiamas nuo baudžiamosios atsakomybės už vartotų ar atiduotų narkotinių ar psichotropinių medžiagų gaminimą, įgijimą ir laikymą.

¹⁷ 260 straipsnis. Neteisėtas disponavimas narkotinėmis ar psichotropinėmis medžiagomis turint tikslą jas platinti arba neteisėtas disponavimas labai dideliu narkotinių ar psichotropinių medžiagų kiekiu

1. Tas, kas neteisėtai gamino, perdirbo, įgijo, laikė, gabeno ar siuntė narkotines ar psichotropines medžiagas turėdamas tikslą jas parduoti ar kitaip platinti arba pardavė ar kitaip platino narkotines ar psichotropines medžiagas, baudžiamas laisvės atėmimu nuo dvejų iki aštuonerių metų.

2. Tas, kas neteisėtai gamino, perdirbo, įgijo, laikė, gabeno ar siuntė didelį kiekį narkotinių ar psichotropinių medžiagų turėdamas tikslą jas parduoti ar kitaip platinti arba pardavė ar kitaip platino didelį kiekį narkotinių ar psichotropinių medžiagų, baudžiamas laisvės atėmimu nuo aštuonerių iki dešimties metų.

3. Tas, kas neteisėtai gamino, perdirbo, įgijo, laikė, gabeno, siuntė, pardavė ar kitaip platino labai didelį kiekį narkotinių ar psichotropinių medžiagų, baudžiamas laisvės atėmimu nuo dešimties iki penkiolikos metų.

4. Už šiame straipsnyje numatytas veikas atsako ir juridinis asmuo.

straipsnio 2 d. laikytina baudžiamuoju nusizengimu, už kurį negali būti skiriama laisvės atėmimo bausmė. Tokiu atveju asmuo gali būti baudžiamas viešaisiais darbais, laisvės apribojimu, bauda arba areštu. Analogiški veiksmai, kai disponuojama didesniu nei nedidelis¹⁸ kiekiu, jau yra laikoma nusikaltimu ir pagal straipsnio 1 dalį gali būti baudžiama bauda, areštu arba **laisvės atėmimu iki dvejų metų**. Tiesa, teismai nuo kiekių lentelėje numatytų skaičių esant pagrindui gali ir nukrypti, tačiau praktikoje tai įvyksta pakankamai retai. Pagal BK 259 str. 1 d. laisvės atėmimo bausmė 2009–2012 m. buvo skiriama 40,6 proc. atveju, bauda – 39,2 proc.¹⁹

Remiantis BK 260 str. atsakomybė iškyła už disponavimą narkotinėmis medžiagomis **turint tikslą jas platinti** (1 d.), disponavimą **dideliu kiekiu turint tikslą platinti** (2 d.) arba **disponavimą labai dideliu kiekiu** (3 d.) narkotinių medžiagų, net jeigu tikslo platinti ir nėra. Pastaruoju atveju preziumuojama, kad disponavimas labai dideliu kiekiu suponuoja tai, kad yra tikslas platinti, todėl jo papildomai įrodinėti nebereikia. Pažymėtina, jog už šiame straipsnyje numatytas veikas fiziniai asmenys gali būti baudžiami išskirtinai **tik laisvės atėmimo bausme**. Narkotinių medžiagų platinimas yra sunkus nusikaltimas ir tarptautiniai dokumentai įpareigoja už jį bausti atgrasančiomis bausmėmis, tačiau tam tikrais atvejais toks įstatymo griežtumas gali sąlygoti neproporcingos bausmės skyrimą. Tokiu pavyzdžiu galėtų būti situacija, kai asmuo tarpininkauja ir padeda įsigyti narkotikų arba neatlygintinai „pavaišina“. Proporciningumo atžvilgiu tai nėra lygu „profesionalaus“ narkotikų prekeivio veiklai, tačiau už tokius veiksmus (pvz., įgijimas narkotikų iš prekeivio ir jų pardavimas galutiniam adresatui) traukiama baudžiamojon atsakomybėn ir baudžiama realia laisvės atėmimo bausme. Tiesa, teismai turi galimybę individualizuoti bausmę, kadangi remiantis BK 260 str. 1 d. numatomos sankcijos „žirkklės“ yra nuo 2 iki 8 metų. Kita galimybė įvertinti konkrečius atvejus yra tokie baudžiamosios teisės institutai kaip bausmės vykdymo atidėjimas, atleidimas nuo bausmės ar švelnesnės nei numatyta sankcijos skyrimas esant tam pagrindui, tačiau tai iš esmės priklauso nuo teismo valios (laisvės atėmimo bausmė pagal BK 260 str. 1 d. buvo skirta 82,9 proc. visų atvejų²⁰). Pažymėtina, jog nuo 2017 m. spalio 5 d. įsigaliojusiais BK pakeitimais²¹ buvo panaikinta galimybė taikyti laisvės atėmimo bausmės **vykdymo atidėjimą sunkių nusikaltimų** (prie kurių priskirtinas ir platinimas) **atžvilgiu**. Taigi, teismams dar labiau suvaržomos galimybės taikyti

¹⁸ Nėra konkrečios sąvokos šiam dydžiui pavadinti, E. Gruodytė siūlė tokį kiekį vadinti „žymiu“. *Gruodytė E. Narkotikai ir baudžiamoji atsakomybė. Teisinės informacijos centras, 2004, p. 303.*

¹⁹ *Venckevičienė J. Kriminologinė atsakomybės už nusikaltimus, susijusius su disponavimu narkotinėmis ir psichotropinėmis medžiagomis, analizė: nuteistųjų socialinis demografinis portretas. Mokslo studija. Vilnius, Lietuvos teisės institutas, 2013, p. 26.*

²⁰ *Ibid.*, p. 26.

²¹ Lietuvos Respublikos baudžiamojo kodekso 43, 47, 54, 62, 63, 64, 68¹, 68², 71, 75, 90, 226 ir 227 straipsnių pakeitimo įstatymas. 2017 m. rugsėjo 28 d. Nr. XIII-653, Vilnius. Prieiga per internetą: <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/d13dec70a9c411e78a4c904b1afa0332>

alternatyvias sankcijas su narkotikais susijusių nusikaltimų atžvilgiu. Šiame kontekste paminėtina, jog pagal BK 259 str. 3 d. galimas atleidimas nuo baudžiamosios atsakomybės už vartotų ar atiduotų narkotinių ar psichotropinių medžiagų gaminimą, įgijimą ar laikymą, kai asmuo savo noru kreipėsi į sveikatos priežiūros įstaigą dėl medicinos pagalbos ar valstybės instituciją, norėdamas atiduoti neteisėtai pasigamintas, įgytas, laikytas be tikslo platinti narkotines ar psichotropines medžiagas. Tiesa, savanorišku kreipimusi pripažįstamas tik toks asmens kreipimasis, kai jis savo valia šias medžiagas atidavė valstybės institucijai, turėdamas galimybę toliau jomis disponuoti. Jei asmuo šias medžiagas atidavė valstybės institucijoms, sužinojęs apie ikiteisminį tyrimą dėl jo neteisėto disponavimo tokiomis medžiagomis ir suvokęs jam kylančios atsakomybės grėsmę, arba atidavė kratos metu ir pan., toks atidavimas nelaikomas savanorišku kreipimusi²². Taigi, atleidimas nuo baudžiamosios atsakomybės yra galimas tik esant aukščiau nurodytoms sąlygoms ir tikėtina, kad tokių atvejų praktikoje nėra daug. Svarstyta galimybė išplėsti galimybes taikyti atleidimą už disponavimą ir koreguoti BK 259 str. 3 d., numatant galimybę teismo diskrecija atleisti priklausomus asmenis (nustatant atitinkamą tvarką priklausomybei nustatyti, kad būtų išvengta piktnaudžiavimų), jeigu jie sutiktų gydytis ir vykdytų jiems sudarytą gydymo planą. Priimant tokią pataisą reikėtų detalai reglamentuoti tokiems asmenims priskirtų įpareigojimų vykdymo tvarką.

Žvelgiant į bendras baudžiamosios atsakomybės taikymo tendencijas **ikiteisminiame tyrime**, pastebėtina gana stabili užregistruotų nusikalstamų veikų, susijusių su neteisėtu narkotikų disponavimu, kilimo tendencija nuo 2004 m. (1552 veikos) iki 2014 m. (2587 veikos), po to sekė nežymus sumažėjimas 2015 m. (2524 veikos) ir gana žymus kritimas 2016 m. (2288 veikos), veikų skaičiui tapus panašiam į 2009-2011 m. vyravusius skaičius, kai jų buvo kiek per 2 tūkstančius.²³ Pagal IRD duomenis, 2017 m. užfiksuotos 2622 nusikalstamos veikos, susijusios su neteisėtu narkotikų disponavimu, taigi matomas 15 proc. augimas lyginant su 2016 m. Įdomu tai, kad nusikaltimų užregistruota kiek mažiau (1516 lyginant su 1555 atvejais 2016 m.), kai tuo tarpu baudžiamųjų nusižengimų išaugo net 50 proc. (nuo 733 iki 1106)²⁴. Toks nemažas augimas gali būti paaiškinamas įgijimo ir laikymo pilnu kriminalizavimu nuo 2017 metų. Tai patvirtina ir duomenys, jog smarkiai išaugo veikų, kvalifikuotų pagal BK

²² Teismų praktikos nusikalstamų veikų, susijusių su neteisėtu disponavimu narkotinėmis, psichotropinėmis medžiagomis ar pirmos kategorijos šių medžiagų pirmtakais (prekursoriais) (BK 259-261, 263-264, 266 straipsniai) apžvalga.

Lietuvos Aukščiausiojo Teismo Teisės tyrimų ir apibendrinimo departamentas, p. 46.

²³ Narkotikų, tabako ir alkoholio kontrolės departamentas. Metinis pranešimas, 2017, p. 110.

²⁴ Duomenys apie nusikalstamas veikas ir asmenis, susijusius su disponavimu narkotinėmis ar psichotropinėmis medžiagomis ir jų kontrabanda (FORMA_NARK_SAV). Prieiga per internetą: https://www.ird.lt/lt/paslaugos/nusikalstamu-veiku-zinybinio-registro-nvzr-paslaugos/ataskaitos-1/nusikalstamumo-ir-ikiteismini-tyrimu-statistika-1/view_item_datasource?id=6768&datasource=18890

259 str. (disponavimas be tikslo platinti) – nuo 1590 atvejų 2016 m. iki 1993 atvejų 2017 m. (imant procentą nuo visų su narkotikais susijusių veikų – padaugėjo nuo 69 proc. iki 76 proc.), kai tuo tarpu platinimo atvejų (pagal BK 260 str.) sumažėjo nuo 614 iki 509 (tiesa, iš šio skaičiaus kiek padidėjo labai didelio kiekio platinimo atvejų pagal BK 260 str. 3 d. – nuo 61 iki 76). Ištirtų veikų skaičius 2017 m. padidėjo nuo 55 iki 63 proc., nusikaltimų buvo ištiriama panašiai (51 ir 53 proc.), o ištirtų baudžiamųjų nusižengimų skaičius išaugo nuo 64 iki 79 proc.

Kalbant apie **teisminį nagrinėjimą**, Nacionalinės teismų administracijos duomenimis²⁵ 2017 metais I instancija buvo išnagrinėtos 1382 baudžiamosios bylos (gauta – 1441, neišnagrinėtų likutis – 216) dėl nusikaltimų ir baudžiamųjų nusižengimų, susijusių su disponavimu narkotinėmis ir psichotropinėmis medžiagomis (2016 m. – 1163 išnagrinėtos bylos, gauta – 1134 bylų, neišnagrinėtų likutis – 238). Pastebimas tiek išnagrinėtų, tiek ir gautų baudžiamųjų bylų skaičiaus padidėjimas. Iš išnagrinėtų bylų skaičiaus net 1222 (88 proc. nuo visų bylų pagal BK XXXVI skyrių; 2016 m. – atitinkamai 982 bylos ir 84 proc.) buvo iškeltos dėl BK 259 str. numatytų veikų (825 bylos buvo išnagrinėtos pagal BK 259 str. 2 d., o 466 – pagal 1 d.), taigi, taip pat matomas ryškus augimas lyginant su 2016 m. (982 bylos arba 84 proc. pagal BK 259 str.). Išnagrinėtų platinimo atvejų skaičius, nors ir nežymiai mažėjo, bet liko panašus – 2017 m. buvo išnagrinėta 240 bylų pagal BK 260 str. 1 d. (2016 m. – 256) ir 91 byla dėl disponavimo dideliu arba labai dideliu kiekiu pagal BK 260 str. 2 ir 3 d. (2016 m. – 97 bylos). Konstatuotina, jog iš teismo nagrinėjimo I instancija statistikos taip pat matyti, jog baudžiamasis persekiojimas po 2017 m. tapo intensyvesnis būtent vartotojų atžvilgiu. Disponavimo be tikslo platinti bylų nagrinėjimo trukmė buvo trumpesnė nei platinimo atvejais, absoliuti dauguma bylų buvo išnagrinėta per 6 mėnesius (1153 bylos arba 94 proc., o pagal BK 259 str. 2 d. – 795 bylos arba 96 proc.). Pagal BK 260 str. 1 d. tokių bylų buvo 189 (79 proc.), o pagal šio straipsnio 2 ir 3 d. – 53 (58 proc.). Čia turėtina omenyje tai, jog proceso trukmę sąlygoja jo sudėtingumas (platinimo atveju reikia surinkti daugiau įrodymų ir kt.) ir galimybė jį sutrumpinti priimant baudžiamąjį įsakymą, kai kaip sankcija nėra numatyta laisvės atėmimo bausmė.

Taigi, šiuo metu didžioji dalis visų kaltinimų (daugiau kaip 3/4) yra pareiškiami ir baudžiamųjų bylų išnagrinėjama **vartotojų** atžvilgiu (žinoma, tarp jų pasitaiko ir asmenų, kuriems platinimo nepavyksta inkriminuoti dėl įrodymų trūkumo) ir tai kelia tam tikrų klausimų dėl baudžiamosios politikos orientacijos į „smulkias žuvelės“, užuot pagrindinius resursus kreipiant į stambių platintojų persekiojimą. Kita vertus, aukščiau pateikiama statistika iš dalies yra ir dėsninga, kadangi platintojų visada bus mažiau nei vartotojų. Todėl, siekiant įvertinti teisėsaugos institucijų veiklos kryptis bei prioritetus, reikėtų bent apytiksliai žinoti, koks yra vartotojų, platintojų/stambių platintojų santykis. Akivaizdu, kad dėl pačios veikos specifikos tokį tyrimą būtų labai sudėtinga atlikti.

²⁵ Prieiga per internetą: <http://www.teismai.lt/lt/visuomenei-ir-ziniasklaidai/statistika/106>

Šiame kontekste derėtų pabrėžti, kad baudžiamoji atsakomybė yra *ultima ratio* priemonė, turintį didelį šalutinį poveikį (teistumą ir stigmatizaciją, o laisvės atėmimo bausmėmis nuteistų asmenų atžvilgiu ir dar daugiau socialinės reintegracijos ir kitokių problemų). Tai reiškia, kad ji turėtų būti taikoma itin pamatuotai ir didžiausių pavojų visuomenei keliančių veikų atžvilgiu. Nėra jokio pagrindo teigti, kad atsakomybės griežtinimas duoda kokių nors apčiuopiamų teigiamų rezultatų, kadangi narkotikų vartojimo mastas nuo teisinio reguliavimo griežtumo ar švelnumo priklauso nedaug, o atsakomybės švelninimas gali turėti teigiamų pasekmių jau narkotikus vartojančių asmenų (ypač vadinamųjų probleminių vartotojų) atžvilgiu. Baudžiamosios atsakomybės taikymas vartojimo savo reikmėms atžvilgiu laikytinas neefektyvia ir brangiai kainuojanti priemonė, kuri kritikuotina ir iš žmogaus teisių bei visuomenės sveikatos perspektyvų.

1.1.4. Narkotinių ir psichotropinių medžiagų kiekių dydžių nustatymo problematikos analizė

Narkotinėmis ir psichotropinėmis medžiagomis yra laikomos medžiagos, įtrauktos į Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos patvirtintus narkotinių ir psichotropinių medžiagų sąrašus. Detaliau šis klausimas aptariamas narkotinių ir psichotropinių medžiagų kontrolės įstatymo²⁶ 2 straipsnio 1 dalyje, kurioje įtvirtinta, kad narkotinėmis ir psichotropinėmis medžiagomis laikomos į Sveikatos apsaugos ministerijos patvirtintus kontroliuojamų medžiagų sąrašus įrašytos gamtinės ar sintetinės medžiagos, kurios dėl kenksmingo poveikio ar piktnaudžiavimo jomis sukelia sunkų žmogaus sveikatos sutrikimą, pasireiškiantį asmens psichine ir fizine priklausomybe nuo jų, ar pavojų žmogaus sveikatai. Šio įstatymo 4 straipsnyje numatyti tokių medžiagų klasifikavimo pagrindai – pagal jų žalingą poveikį žmogaus sveikatai, kai jomis piktnaudžiuojama, ir pagal tai, ar jos gali būti vartojamos sveikatos priežiūros tikslams. Įstatymas numato, kad šias medžiagas pagal joms taikomą kontrolės režimą, remiantis Lietuvos Respublikos tarptautinėmis sutartimis, klasifikuoja ir į sąrašus įrašo Sveikatos apsaugos ministerija ir priklausomai nuo medžiagų savybių turi būti sudaromi trys sąrašai²⁷.

²⁶ Lietuvos Respublikos narkotinių ir psichotropinių medžiagų kontrolės įstatymas (Žin., 1998, Nr. VIII-602).

²⁷ „2. Sudaromi trys narkotinių ir psichotropinių medžiagų sąrašai:

- 1) pirmąjį sąrašą sudaro augalai, narkotinės ir psichotropinės medžiagos, uždrausti vartoti sveikatos priežiūros tikslams dėl žalingų padarinių žmogaus sveikatai, kai jais piktnaudžiuojama (toliau – I sąrašas);
- 2) antrąjį sąrašą sudaro augalai, narkotinės ir psichotropinės medžiagos, vartojami sveikatos priežiūros tikslams, dėl žalingų padarinių, kai šiomis medžiagomis piktnaudžiuojama, labai pavojingi žmogaus sveikatai (toliau – II sąrašas);
- 3) trečiąjį sąrašą sudaro augalai ir psichotropinės medžiagos, vartojami sveikatos priežiūros tikslams, dėl žalingų padarinių, kai šiomis medžiagomis piktnaudžiuojama, pavojingi žmogaus sveikatai (toliau – III sąrašas).“

Lietuvoje baudžiamosios ar administracinės atsakomybės taikymui **narkotiko rūšis įtakos neturi**. Tuo Lietuva skiriasi nuo, pvz., Jungtinės Karalystės, kur sankcijos griežtumas priklauso nuo to, kuriai klasei (A, B ar C) konkreti narkotinė ar psichotropinė medžiaga priskiriama. Tai, jog psichoaktyvios medžiagos nėra skirstomos į atskiras kategorijas gali atspindėti bendrą sampratą, jog visi narkotikai yra pavojingi ir negalima jų skirstyti į „lengvuosius“ bei „sunkiuosius“. Kita vertus, Lietuvoje esminę reikšmę turi **narkotinės medžiagos**, kuria yra disponuojama, **kiekis**. Kiekių ribos yra nustatomos remiantis Sveikatos apsaugos ministro įsakymu patvirtintomis Narkotinių ir psichotropinių medžiagų nedidelio, didelio ir labai didelio kiekio nustatymo rekomendacijomis²⁸, kuriose numatyta, kas konkrečiu atveju laikoma nedideliu, dideliu ir labai dideliu kiekiu. „Nedidelis kiekis“ sąrašuose apibrėžiamas kaip tam tikras kiekis, neviršijantis nustatyto, o „didelis“ ar „labai didelis“ – kai viršijamas nustatytas kiekis. Kadangi Sveikatos apsaugos ministerijos sąrašai yra rekomendacinio pobūdžio, teismas konkrečiu atveju, atsižvelgęs į aplinkybes, turi diskreciją spręsti dėl lentelėje numatytų ribų peržengimo. Visgi, kaip pastebi E. Gruodytė, praktikoje tokie nuokrypiai įvyksta retai ir tik esant ypatingoms aplinkybėms. Minėta autorė nurodo, kad „teismai galėtų nuo kiekio rekomendacijų nukrypti ir dažniau, ne tik vertindami subjektyvius požymius, bet, pavyzdžiui, ir tais atvejais, kai rastas medžiagų kiekis labai nedaug viršija rekomendacinėje lentelėje nustatytą kiekį, atsižvelgus į visas kitas bylos faktines aplinkybes“²⁹.

Pabrėžtina, jog nėra aišku, kokiais pagrindais remiantis lentelėje pateikiami atskirų narkotinių ar psichotropinių medžiagų kiekiai buvo nustatyti ir ar jie yra pagrįsti naujausiais moksliniais duomenimis. Kaip nurodo E. Gruodytė, kiekvienai narkotikų kiekio kategorijai buvo pritaikyti skirtingi kriterijai (nedidelis – pagal farmakopėjoje nurodytą maksimalią paros dozę, didelis – atsižvelgiant į maksimalius kiekius, kuriuos turi teisę išrašyti gydytojas, labai didelis kiekis – pagal teisėsaugos institucijų pasiūlymus, tačiau neaišku, kokios konkrečios institucijos kokius argumentus pateikė), todėl lentelė sudaryta remiantis kriterijų įvairove, nesilaikant sistemiškumo³⁰. Neatmestina prielaida, kad konkretūs kiekiai galėjo būti nustatomi atsižvelgiant į kitų valstybių teisės aktuose nustatytus narkotikų kiekius ar remiantis kitose valstybėse naudojama metodika. Pabrėžtina, kad kiekio klausimas yra svarbus veiksnys kvalifikuojant veiką ir skiriant bausmę, todėl kiekių nustatymas remiantis griežtai suformuluotais moksliniais kriterijais pagrįsta nuoseklia metodika padėtų adekvačiau įvertinti padarytą nusikalstamą veiką. Toliau lentelėje pateikiami Lietuvoje populiariausių narkotinių ir psichotropinių

²⁸ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl narkotinių ir psichotropinių medžiagų nedidelio, didelio ir labai didelio kiekio nustatymo rekomendacijų“. 2003 m. balandžio 23 d. Nr. V-239 (Žin., 2003-04-30, Nr. 41-1899).

²⁹ *Gruodytė E.* Nusikalstamų veikų, susijusių su neteisėtu disponavimu narkotinėmis ir psichotropinėmis medžiagomis, dalyko probleminiai aspektai // *Jurisprudencija*, 2010, Nr. 4(122), p. 161.

³⁰ *Gruodytė E.* Narkotikai ir baudžiamoji atsakomybė. Teisinės informacijos centras, 2004. P. 228.

medžiagų kiekiai, nurodant, kokia atsakomybė³¹ gresia už disponavimą savo reikmėms ar platinimui.

4 lentelė. *Gresianti atsakomybė už disponavimą savo reikmėms ir platinimą.*

Psichoaktyvios medžiagos rūšis	Nedidelis kiekis	Didesnis nei nedidelis kiekis	Didelis kiekis	Labai didelis kiekis
Kanapės	Ne daugiau kaip 5 g	Nuo 5 iki 500 g	Daugiau kaip 500	Daugiau kaip 2500 g
Heroinas	Ne daugiau kaip 0,02 g	Nuo 0,02 iki 2 g	Daugiau kaip 2 g	Daugiau kaip 10 g
Kokainas Amfetaminas Metamfetaminas Ekstazi/MDMA	Ne daugiau kaip 0,2 g	Nuo 0,2 iki 20 g	Daugiau kaip 20 g	Daugiau kaip 100 g
Atsakomybė už disponavimą tikslo platinti	Viešieji darbai laisvės apribojimas, bauda, areštas.	Bauda Areštas Laisvės atėmimas iki 2 m.	Bauda Areštas Laisvės atėmimas iki 2 m.	Laisvės atėmimas nuo 10 iki 15 m.
Atsakomybė už platinimą	Laisvės atėmimas nuo 2 iki 8 m.	Laisvės atėmimas nuo 2 iki 8 m.	Laisvės atėmimas nuo 8 iki 10 m.	

Turėtina omenyje, kad aukščiau pateikiamoje lentelėje nurodytos kiekių ribos gali būti motyvuotai peržengtos (nors praktikoje tai vyksta retai), o sankcijos yra individualizuojamos, pvz. pagal BK 259 str. 1 d. pirmą kartą teisiamam asmeniui laisvės atėmimo bausmė būtų skiriama tik išskirtinėmis aplinkybėmis, nors ir yra numatyta, kaip viena iš galimų sankcijų. Visgi, reikėtų atkreipti dėmesį į tai, kad remiantis BK 259 str. 2 d., disponavimas nedideliu kiekiu be tikslo platinti negali užtraukti laisvės atėmimo, skirtingai nuo atvejų, kai tas kiekis yra viršijamas (BK 259 str. 1 d.). Tuo tarpu platinimo atveju pagal 260 str. 1 d. tiek nedidelis, tiek ir didesnis nei nedidelis kiekiai užtraukia identišką sankciją – nuo 2 iki 8 metų laisvės atėmimo.

Lietuvos kiekių nustatymo rekomendacijos gali būti lyginamos europiniame kontekste, tačiau toks palyginimas yra gana sudėtingas dėl skirtingų nacionalinių teisinių sistemų ir su narkotinėmis bei psichotropinėmis medžiagomis susijusio teisinio

³¹ Raudona spalva pažymėtose lentelės dalyse pažymėti kiekių dydžiai, už kuriuos gresia laisvės atėmimas (kaip viena iš numatomų sankcijų arba vienintelė).

reguliuojimo skirtumų. Tarkim, numatytos nedidelio kiekio ribos gali būti gerokai didesnės nei Lietuvoje (pvz. Kipre nedideliu kiekiu kanapių laikoma 30 g, o Suomijoje – 15 g), tačiau pats disponavimo savo reikmėms faktas gali būti laikomas nusikaltimu, galinčiu užtraukti laisvės atėmimo bausmę.

Taigi, toks režimas, nepaisant didesnių kiekių „žirklių“ gali būti griežtesnis, nei Lietuvoje. Kitose valstybėse (pvz. Vokietijoje) kiekių ribos gali būti ir kiek žemesnės, tačiau jeigu jos nėra viršijamos, teisėsauga už disponavimą savo reikmėms gali netaikyti jokių sankcijų arba tai gali užtraukti administracinę atsakomybę. Kitas svarbus aspektas – net ir baudžiamajam įstatymui numatant griežtas sankcijas (pvz. laisvės atėmimą), tai nereiškia, kad jos yra taikomos praktikoje, kadangi vartotojų bei priklausomų asmenų atžvilgiu įprastai taikomos įvairios alternatyvos, pradedant sankcijos skyrimu, kai renkama skirti baudą vietoj laisvės atėmimo ir baigiant įpareigojimo gydytis (kaip taisyklė – su asmens sutikimu) paskyrimu vietoj realaus laisvės atėmimo.

Taigi, interpretuojant žemiau lentelėje pateikiamus kiekius, būtina atsižvelgti į konkrečios valstybės nacionalinį kontekstą. Nepaisant to, kaip matyti iš pateikiamų duomenų, Lietuvoje nustatytos rekomendacijos pagrindinių narkotinių ir psichotropinių medžiagų nedideliu kiekiu (ypač – heroino atveju) yra pakankamai griežtos. Tiesa, atkreiptinas dėmesys ir tai, kad Lietuvoje yra skaičiuojamas tik grynosios medžiagos kiekis (t.y. be priemaišų).

5 lentelė. Nedidelio kiekio/ kiekio savo reikmėms palyginimas³²

Valstybė	Kanapės	Kanapių derva	Ekstazi/MDMA	Heroinas	Kokainas	Atsakomybė neviršijus kiekio
Belgija	3 g 1 augalas	3 g	-	-	-	Administracinis pažeidimas
Čekija	10 g Daugiau kaip 10 g, kai THC mažiau nei 1 g	5 g Daugiau kaip 5 g, kai THC mažiau nei 1 g	4 tabletės arba 0,4 g	1,5 g	1 g	Administracinis pažeidimas
Vokietija	6-15 g ³³ (arba 3 dozės po 2 g)	-	3 g vienoje žemėje, kitose priklauso nuo teisminės praktikos	1 g dviejose žemėse, kitose – nustato teisminė praktika	1 g nustatytas 1 žemėje, 3 g dar vienoje, kitose – nustato teisminė praktika	Teisėsauga įprastai atsakomybės netaiko
Estija	Priklauso nuo teisminės praktikos ir ekspertų nuomonės. Bendra taisyklė – 10 vidutinio vartotojo dozių					Administracinis pažeidimas
Ispanija	100 g	25 g	2,4 g	3 g	7,5 g	Administracinis pažeidimas
Italija	1 g THC		0,75 g	0,25 g	0,75 g	Administracinis pažeidimas
Kipras	30 g 3 augalai	30 g	20 g	10 g	10 g	Nusikaltimas, už kurį numatomas laisvės atėmimas iki 12 metų, tačiau taikoma alternatyva įkalinimui – nukreipimas į sveikatos įstaigą.
Lietuva ³⁴	5 g	0,25 g	0,2 g	0,02 g	0,2 g	Baudžiamasis

³² Threshold quantities for drug offences. EMCDDA. Prieiga per internetą: <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index99321EN.html#T1>

³³ 14 žemių numato 6 g ribą.

IC					nusižengimas, negresia laisvės atėmimo bausmė.
		1 g	0,6 g	2 g	Nusikaltimas, už kurį gresia laisvės atėmimas iki 2 metų, tačiau gali būti taikomos gydymo alternatyvos priklausomiems asmenims
ai	5 g	1 tabletė, kitoks vienetas arba 0,5 g	1 tabletė, kitoks vienetas arba 0,5 g	1 tabletė, kitoks vienetas arba 0,5 g	Teisėsauga įprastai atsakomybės netaiko
C		30 g	3 g	15 g	Disponavimo savo reikmėms nusikaltimas, už kurį gali būti skiriama iki 6 mėn. laisvės atėmimo, tačiau praktikoje plačiai taikomos alternatyvos.
praktika					Disponavimas savo reikmėms gali užtraukti įkalinimo iki 3 metų bausmę, bet mažareikšmėse bylose skiriamos baudos.

ėtos valstybės, kuriose nustatytos nedidelių kiekių ribos yra didesnės nei Lietuvoje, žalia – kai konkretūs kiekiai nėra
teismo praktikos bei ekspertų nuomonės, o raudona – kai jie mažesni nei Lietuvoje. Atitinkamai, jeigu numatoma švelnesnė

Portugalija ³⁵	25 g 5 g THC 2,5 g aliejaus	5 g	1 g	1 g	2 g	Administracinis pažeidimas
Slovėnija	Teismų praktika, bendra taisyklė – disponavimas mažesniu kiekiu, nei reikia vienam kartui.					Administracinis pažeidimas
Slovakija	Ekspertų įvertinimas, bendra taisyklė – ne daugiau kaip 3 dozių.					Nusikaltimas, už kurį gresia laisvės atėmimas iki 3 metų
Suomija	15 g	10 g	10 tablečių	1 g	1,5 g	Nusikaltimas, už kurį gresia iki 6 mėn. laisvės atėmimas arba bauda. Sankcija gali būti netaikoma mažareikšmiais atvejais arba siekiant gydymo.
Norvegija ³⁶	10-15 g		5 tabletės	0,5 g	0,5 g	Nusikaltimas, už kurį gresia iki 6 mėn. laisvės atėmimo bausmė arba bauda.

³⁵ Bendra taisyklė – nedideliu laikomas kiekis, reikalingas vidutiniam vartotojui 10 dienų.

³⁶ Norvegijos parlamentui nuo 2018 metų nusprendus dekriminalizuoti visų psichoaktyvių medžiagų vartojimą, šie kiekiai ir sankcijos artimiausiu metu turėtų būti peržiūrėti.

Reziumuojant, Lietuvoje tikslinga inicijuoti egzistuojančios kiekių lentelės peržiūrą, nustatant, kokiais kriterijais vadovaujamasi nustatant kiekių ribas. Kaip gera praktika gali būti pasitelkiami užsienio valstybių pavyzdžiai, kuriose nedideliu kiekiu yra laikomas toks kiekis, kuris reikalingas vidutiniam vartotojui tam tikrą dienų skaičių, kadangi tokiu atveju būtų pasiremama empiriniais duomenimis ir kiekio, turimo savo reikmėms, nustatymas būtų įrodymais pagrįstas. Tiesa, šiuo atveju svarbu yra palikti teismams diskreciją su ekspertų pagalba vertinti atvejus individualiai, pvz. kai turintis didelį vartojimo stažą vartotojas gerokai viršija „vidutiniam“ vartotojui priskirtiną kiekį dėl stipriai išaugusios organizmo tolerancijos.

1.1.5. Situacijos atitikimas tarptautiniams dokumentams ir praktikai

1.1.5.1. ES, PSO ir UNGASS dokumentų, skirtų subalansuotos narkotikų politikos įgyvendinimo rekomendacijoms, apžvalga

Nustatant baudžiamąją ar kitokią atsakomybę už su narkotikų vartojimu susijusias veikas, atsižvelgtina į JT anti-narkotinių konvencijų (1961 metų Bendrosios narkotinių medžiagų konvencijos³⁷, 1971 metų psichotropinių medžiagų konvencijos³⁸ ir 1988 metų konvencijos „Dėl kovos su neteisėta narkotinių priemonių ir psichotropinių medžiagų apyvarta“³⁹) nuostatas ir jas aiškinančius oficialius komentarus. Pirmiausia, konstatuotina tai, jog Bendrąją konvenciją ratifikavusios valstybės nėra įpareigosotos bausti už vartojimą. Konvencijos komentare nurodoma, kad šios tarptautinės sutarties 36 straipsnio tikslas yra kovoti su neteisėta prekyba, o priklausomų asmenų neteisėtas narkotikų vartojimas nelaikytinas „neteisėta prekyba“ (angl. *illicit traffic*).⁴⁰ Nors 36 str. 1 d. a punktu ir nustatyta, jog laikymas turėtų būti pripažintas baudžiamuoju teisės pažeidimu (angl. *punishable offence*), t.y. kriminalizuotas, Konvencijos komentare nurodoma, kad „laikymas“ 36 straipsnio kontekste neapima laikymo savo reikmėms ir kad šalys, kurios su tokia nuostata ir nesutinka, vis tiek neturėtų tokio pažeidimo laikyti „rimtu“ ir baustinu įkalinimu ar panašiomis laisvės suvaržymo bausmėmis.⁴¹ Taip pat 36 konvencijos straipsnio 1 dalyje, skirtingai nuo 4 straipsnio, nėra atskirai išskiriamas „naudojimas“ (angl. *use*), kas komentaro autorių nuomone reiškia, jog priklausomų asmenų nemedicininio pobūdžio narkotikų vartojimo traktavimas yra paliekamas

³⁷ 1961 metų Bendroji narkotinių medžiagų konvencija. Pataisyta pagal 1972 metų protokolą dėl 1961 metų Bendrosios narkotinių medžiagų konvencijos pataisų (Žin., 2001, Nr. 51-1768).

³⁸ 1971 metų Psichotropinių medžiagų konvencija (Žin. 2001, Nr. 50-1743).

³⁹ 1988 metų Jungtinių Tautų Organizacijos konvencija dėl kovos su neteisėta narkotinių priemonių ir psichotropinių medžiagų apyvarta (Žin. 1998, Nr. 38-1004).

⁴⁰ Commentary on the Single Convention on Narcotic Drugs, 1961. Prepared by the Secretary-General in accordance with the paragraph 1 of Economic and Social Council resolution 914 D(XXXIV) of 3 August 1962. United Nations, New York, 1973. P. 428.

⁴¹ *Ibid.*

valstybių diskrecijai. Valstybės gali kriminalizuoti tokius veiksmus arba to nedaryti ir stengtis užkirsti jiems kelią administracinėmis bei baudžiamosiomis priemonėmis, kurios yra nukreiptos į kontroliuojamą medžiagų gamybą bei platinimą.⁴² Taigi, galima teigti, jog Bendroji konvencija nereikalauja, jog vartotojai turėtų būti griežtai baudžiami, kadangi laikomasi požiūrio, jog priklausomybė nuo narkotikų yra liga. 1988 m. Konvencijos komentare rekomenduojama, kad nusikaltimų, susijusių su asmeniniu vartojimu, atžvilgiu, vertėtų sekti daugelio valstybių praktika, kai tokie nusikaltimai yra atskiriami nuo rimtesnio pobūdžio nusikaltimų nustatant pavyzdžiui, narkotikų kiekio slenkstį (taip atskiriant disponavimą savo reikmėms nuo disponavimo su tikslu platinti). Taip pat pabrėžiama, kad tokių nusikaltimų atžvilgiu valstybės turi didesnę veikimo laisvę ir kaip alternatyvas įkalinimui ir bausmei gali taikyti tokiomis priemonėmis kaip gydymas, švietimas, rehabilitacija arba nusikaltusio asmens socialinė reintegracija⁴³.

Remiantis JT konvencijų nuostatų bei jų aiškinimu oficialiuose komentaruose, analize, konstatuotina, jog esminis skirtumas yra daromas tarp teisės pažeidimų, siejamų su nelegalia prekyba ir teisės pažeidimų, susijusių su vartojimu asmeninėms reikmėms. Pirmu atveju konvencijų nuostatos yra labai griežtos ir praktiškai nepalieka jokių galimybių valstybėms taikyti švelnesnių priemonių nei kad baudžiamoji atsakomybė, o adekvačia bausme laikytinas laisvės atėmimas ar kitoks laisvės apribojimas. Antru atveju valstybėms siūloma netaikyti griežtų sankcijų ir verčiau rinktis kitas priemones, kadangi tokie teisės pažeidimai nėra laikomi „rimtais“. Papildomą veikimo laisvę suteikia galimybė renkantis teises priemones atsižvelgti į nacionalinius Konstitucijos bei teisinės sistemos principus. Šiame kontekste paminėtinas Nyderlandų pavyzdys, kurie, remdamiesi nacionalinėje teisėje esančiu „tikslingumo“ (angl. *expediency*) principu, nelaiko tikslinga pradėti baudžiamąjį persekiojimą dėl smulkių, su asmeniniu vartojimu susijusių teisės pažeidimų, nors *de jure* tos veikos ir yra kriminalizuotos remiantis vietoje teise.

Globali Jungtinių Tautų narkotikų kontrolės sistema nubrėžia pagrindines gaires ir supranacionalinėms organizacijoms, tarp jų ir Europos Sąjungai, kadangi jai priklausančios valstybės yra ratifikavusios JT narkotikų kontrolės konvencijas. Nepaisant to, akivaizdu, kad ES požiūris į narkotikų problemos sprendimą turi ir tam tikrų ypatumų, kurie skiriasi nuo požiūrių kituose pasaulio regionuose. ES Tarybos pamatinio sprendimo 2004/757/TVR 2 straipsnyje numatyta, kad kiekviena valstybė narė imasi reikalingų priemonių, kad užtikrintų baudžiamumą už tokią tyčinę veiką (neturint į ją teisės) kaip „narkotikų gaminimas, gamyba, gavyba, ruošimas, pasiūlymas, pasiūlymas turint tikslą parduoti, platinimas, pardavimas, pristatymas bet kokiomis sąlygomis, pardavimas tarpininkaujant, siuntimas, siuntimas tranzitu, gabenimas, importavimas ar

⁴² *Ibid.*, p. 111.

⁴³ Commentary on the United Nations Convention Against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances. Done at Vienna on 20 December 1988. United Nations, New York, 1998. P. 82-83.

eksportavimas". 2 straipsnio 1 dalies c) ir d) punktuose šalys įpareigojamos užtikrinti baudžiamumą už narkotikų laikymą ar pirkimą, siekiant užsiimti anksčiau minėtomis veiklomis, arba prekursorių gamybą, gabenimą ar platinimą, žinant, kad jie bus panaudoti neteisėtam narkotikų gaminimui ar gamybai, arba tokiais tikslais. Pažymėtina, kad 2 straipsnio 2 dalyje nurodoma, jog 1 dalyje apibūdinta veika neįtraukiama į šio pamatinio sprendimo taikymo sritį, kai šios veikos kaltininkai tai darė išimtinai savo pačių asmeniniam vartojimui, kaip apibrėžta nacionalinėje teisėje. Taigi valstybės įpareigojamos kriminalizuoti platinimą, tačiau joms paliekama galimybė nebausti asmenų, jeigu jie įsigyja narkotikų, juos gamina ar laiko išimtinai asmeninėms reikmėms. ES kovos su narkotikais strategijos⁴⁴ (2013–2020) 2 punkte pabrėžiama, kad strategija yra grindžiama ES vertybėmis: pagarba žmogaus orumui, laisve, demokratija, lygybe, solidarumu, teisine valstybe ir žmogaus teisėmis. 17 strategijos punkte yra nurodoma, kad paklausos mažinimą sudaro kelios vienodai svarbios ir viena kitą stiprinančios priemonės, įskaitant **prevenciją** (aplinkos, bendrąją, atrankinę ir tikslinę), **ankstyvą nustatymą** ir **intervenciją**, **pavojaus** ir **žalos mažinimą**, **gydymą**, **reabilitaciją**, **socialinę reintegraciją** ir **pasveikimą**. 19.4 punkte yra kalbama apie didesnę veiksmingų rizikos ir žalos mažinimo priemonių skatinimą, 19.6 punkte – apie tinkamą kalinių sveikatos priežiūrą ir jos tęstinumą visais baudžiamojo teisingumo sistemos etapais ir po paleidimo laisvėn. 22.11 punkte nurodoma, jog su tikslu užkirsti kelią nusikalstamumui, išvengti recidyvizmo ir stiprinti baudžiamojo teisingumo sistemos veiksmingumą ir efektyvumą tuo pačiu užtikrinant proporcingumą, skatinama stebėti ir veiksmingai įgyvendinti kovos su narkotikais politiką ir programas, įskaitant darbą su suimtais asmenimis ir **tinkamas prievartinių sankcijų narkotikus vartojantiems nusikaltėliams alternatyvas** (pavyzdžiui, švietimas, gydymas, reabilitacija, vėlesnė priežiūra ir socialinė reintegracija).

Europos komisijos 2015 m. ataskaitoje dėl aukščiau minėtos strategijos įgyvendinimo pažangos nurodoma, kad iki 2013 m. visos ES šalys nustatė visuomenės sveikatos politikos tikslus, kuriais siekiama užtikrinti priklausomybės nuo narkotikų žalos sveikatai prevenciją ir mažinimą bei kad dauguma ES šalių pranešė, jog 2013 m. ir 2014 m. ėmėsi konkrečių veiksmų, siekdamos užtikrinti faktais grindžiamą rizikos ir žalos mažinimo priemonių prieinamumą ir galimybes jomis naudotis. Taip pat nurodoma, kad 2013 m. ir 2014 m. daugumos ES šalių teisinėse sistemose buvo numatytos narkotikus vartojantiems nusikaltėliams taikomų prievartinių sankcijų alternatyvos. Beveik visose ES šalyse buvo numatytas kalinių gydymas ir reabilitacija, o pusėje jų – švietimas, vėlesnė

⁴⁴ ES kovos su narkotikais strategija (2013–2020 m.) 2012/C 402/01. Europos Sąjungos oficialusis leidinys. Prieiga per internetą:

[http://eur-lex.europa.eu/legal-content/LT/TXT/?qid=1444722207872&uri=CELEX:52012XG1229\(01\)](http://eur-lex.europa.eu/legal-content/LT/TXT/?qid=1444722207872&uri=CELEX:52012XG1229(01))

priežiūra ir socialinė integracija⁴⁵. Ataskaitoje nurodoma, kad 2016 m. Jungtinių Tautų Generalinės Asamblėjos specialiojoje sesijoje narkotikų tema (*UNGASS*) ES paragins tarptautiniu lygmeniu taikyti **humaniškesnę ir labiau į visuomenės sveikatą nukreiptą kovos su narkotikais politiką** ir pabrėžiama, kad svarbu, jog dėl to specialiojoje sesijoje ES laikytųsi bendros pozicijos.

2016 m. balandžio mėn. vykusios *UNGASS* metu buvo iš esmės peržiūrėta ir įvertinta pasaulinė narkotikų kontrolės politika, tačiau ką nors iš esmės keičiančių politinių sprendimų priimta nebuvo. Taigi, kol kas sprendimas iš esmės reformuoti sistemą ar koreguoti konvencijas nebuvo priimtas ir nėra aišku, ar tai bus padaryta artimiausioje ateityje. Tiesa, Generalinės Asamblėjos priimtoje rezoliucijoje deklaruojamas proporcingos ir efektyvios politikos teisingumo sektoriuje siekis ir valstybės raginamos priimti arba vystyti **alternatyvias ar papildomas priemones vietoj įkalinimo ar baudimo**, kai tai atitinka JT konvencijų nuostatas ir JT standartus. Su narkotikais susijusių nusikaltimų atžvilgiu (*drug-related offences*) skatinama taikyti proporcingas bausmes, kai bausmės griežtumas atitinka padarytos veikos pavojingumą, taip pat gydymo prieinamumo didinimą įkalinėtiems asmenims.⁴⁶

2017 m. birželio 27 d. PSO kartu su JT priėmė bendrą pareiškimą dėl diskriminacijos sveikatos sektoriuje, kuriame paragino peržiūrėti ir panaikinti baudžiamuosius įstatymus, kurie kaip buvo įrodyta sukelia neigiamas pasekmes sveikatai ir prieštarauja nusistovėjusiems įrodymams visuomenės sveikatos srityje. Tarp tokių buvo paminėti įstatymai, kurie kriminalizuoja ar kitaip uždraudžia „<...>disponavimą narkotikais ar jų vartojimą savo reikmėms (*drug use or possession of drugs for personal use*)<...>“⁴⁷ Taigi, PSO reiškiamą poziciją yra ne aptaki ir dviprasmiška, kaip anksčiau minėta rezoliucija, tačiau pakankamai aiški – narkotikų vartojimas savo reikmėms ir su tuo susijusios veikos turėtų būti dekriminalizuotos, kadangi kriminalizavimas kelia visuomenės sveikatos problemų.

⁴⁵ KOMISIJOS ATASKAITA dėl 2013–2020 m. ES kovos su narkotikais strategijos ir 2013–2016 m. kovos su narkotikais veiksmų plano įgyvendinimo pažangos. COM/2015/0584 final. Prieiga per internetą: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/LT/TXT/?uri=CELEX%3A52015DC0584>

⁴⁶ Resolution adopted by the General Assembly on 19 April 2016. P. 13-14. Prieiga per internetą: <https://undocs.org/A/RES/S-30/1>

⁴⁷ Joint United Nations statement on ending discrimination in health care settings. Joint WHO/UN statement

27 June 2017. Prieiga per internetą:

<http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2017/discrimination-in-health-care/en/>

1.1.5.2. Lietuvos strateginių ir norminių aktų, reglamentuojančių klausimus dėl narkotikų vartotojų teisinės atsakomybės, analizė

Pirmiausia paminėtina tai, jog apie narkotikų vartotojų teisinę atsakomybę konkrečiai strateginiuose dokumentuose nėra kalbama, ji yra reglamentuota BK ir ANK normose bei išplėtotą teismų praktikos. Kita vertus, strateginiuose ir norminiuose aktuose nustatomi bendri narkotikų kontrolės politikos principai, kurie galioja ir vartotojų teisinės atsakomybės reglamentavimui.

Kalbant apie Lietuvos nacionalinius teisės aktus narkotikų kontrolės srityje, pirmiausia paminėtina dar 2002 m. Seimo priimta rezoliucija dėl narkomanijos prevencijos Lietuvoje⁴⁸, kurioje buvo akcentuota tai, jog nepaisant dedamų pastangų, „<...>jaunimo, moksleivių, vartojančių narkotines ir psichotropines medžiagas, skaičius grėsmingai auga <...>“ ir pabrėžta, jog „<...>sparčiai plintantis narkotikų vartojimas ir kiti žalingi įpročiai, nusikalstamas narkotikų verslas yra pavojingi visuomenės sveikatai ir intelektualiam potencialui, stabdo socialinę plėtrą, sudaro palankias sąlygas organizuotam nusikalstamumui plisti ir tuo kelia realią grėsmę tautos išlikimui<...>“ bei nurodoma, kad narkomaniją ir AIDS yra būtina pripažinti veiksniais, keliančiais pavojų nacionaliniam saugumui. 2003 metų rezoliucijoje „Dėl narkotikų kontrolės politikos“⁴⁹ Seimas, remdamasis JT konvencijomis ir minėta rezoliucija dėl narkomanijos prevencijos Lietuvoje, „<...>**griežtai pasisako prieš** mėginimus legalizuoti narkotikus ir prieš politiką, skatinančią narkomanijos plitimą, **palaiko** visų vyriausybinių ir nevyriausybinių organizacijų iniciatyvas užkirsti kelią piktnaudžiavimui narkotikais, **remia** narkomanijos prevenciją, gydymą, reabilitaciją ir privalomus apribojimus bei draudimus, kaip pagrindinius veiksmingos narkotikų kontrolės politikos principus<...>“. Taigi, nors ir akcentuojamas baudžiamumas, bet narkotikų vartojimas iš esmės apibrėžiamas kaip medicininė problema, akcentuojant poreikį prevencijai, reabilitacijai bei kelio piktnaudžiavimui narkotikais užkirtimui. Taip pat pabrėžiama ir privalomi apribojimai bei draudimai, kurie kartu su aukščiau minėtomis priemonėmis yra laikomi „pagrindiniais veiksmingos narkotikų kontrolės politikos“ principais.

2009 m. rezoliucijoje „Dėl narkotikų kontrolės politikos tęstinumo“⁵⁰ remdamasis JT konvencijomis, 2002 m. rezoliucija dėl Narkomanijos prevencijos, 2003 m. rezoliucija dėl narkotikų kontrolės politikos nei Nacionalinio saugumo pagrindų įstatymu, Seimas „<...> **pažymėdamas**, kad vis labiau plintanti narkomanija kenkia žmonių sveikatai, trukdo jų socialinei raidai, taip pat sudaro sąlygas organizuotam nusikalstamumui ir kelia

⁴⁸ Lietuvos Respublikos Seimo 2002 m. sausio 24 d. rezoliucija „Dėl narkomanijos prevencijos Lietuvoje“ (Žin., 2002, Nr. 12-394).

⁴⁹ Lietuvos Respublikos Seimo 2003 m. kovo 18 d. rezoliucija „Dėl Narkotikų kontrolės politikos“ (Žin., 2003, Nr. 30-1234).

⁵⁰ Lietuvos Respublikos Seimo 2009 m. spalio 22 d. rezoliucija „Dėl narkotikų kontrolės politikos tęstinumo“ (Žin., 2009, Nr. 128-5534).

grėsmę visuomenės saugumui ir gerovei, **griežtai pasisako prieš** mėginimus legalizuoti narkotikus ir prieš politiką, skatinančią narkomanijos plitimą; **remia** narkomanijos prevenciją, gydymą, rehabilitaciją ir privalomus apribojimus bei draudimus kaip pagrindines veiksmingos narkotikų kontrolės politikos kryptis ir **ragina** Lietuvos nevyriausybinės organizacijas ir visuomenę prisidėti įgyvendinant bendras kovos su narkotikų platinimu priemones<...>“. Šiuo atveju matome identiškas nuostatas dėl medicininių priemonių rėmimo ir pareiškiamas raginimas nevyriausybinėms organizacijoms bei visuomenei prisidėti prie kovos su platinimu.

Toliau tęsiant narkotikų kontrolės politikos Lietuvoje aptarimą, paminėtinas šiuo metu šioje srityje aktualiausias politinio-strateginio pobūdžio dokumentas - Nacionalinė narkotikų kontrolės ir narkomanijos prevencijos 2010-2016 metų programa⁵¹. Remiantis 31 punktu, šios **programos tikslas** – stabdyti ir mažinti neteisėtą narkotinių ir psichotropinių medžiagų bei jų pirmtakų (prekursorių) pasiūlą ir paklausą, narkomanijos plitimą, stiprinant asmens ir visuomenės sveikatą bei saugumą. 32 punkte išskiriami tokie **programos prioritetai**: 1) pasiūlos mažinimas; 2) paklausos mažinimas, ypač tarp vaikų ir jaunimo; 3) tarptautinio ir nacionalinio valstybės ir savivaldybių institucijų ir įstaigų, asociacijų, verslo subjektų, pilietinės visuomenės bendradarbiavimo ir koordinavimo narkotikų kontrolės ir narkomanijos prevencijos srityse stiprinimas; 4) informacinių sistemų ir mokslinių tyrimų plėtra (pabraukimai mano - *aut.past.*).

Akivaizdu, jog pagrindinis dėmesys Lietuvos narkotikų kontrolės strategijoje yra akcentuojamas į **pasiūlos**⁵² bei **paklausos mažinimą**⁵³, tuo tarpu **žalos mažinimas**, kaip vienas iš tikslų net nėra išskiriamas, nors vienas iš paklausos mažinimo aspektų, remiantis programos 6.3 punktu yra įvairios priemonės, kurios mažina narkotinių ir psichotropinių medžiagų vartojimą *ir su tuo susijusius padarinius*. Įdomus aspektas, jog programos 4 punkte yra nurodoma, kad ji buvo „<...>parengta atsižvelgiant į tai, kad sėkminga tik tokia narkotikų kontrolės politika, kurios kryptys yra: vaikų, jaunimo ir visuomenės švietimas, pasiūlos ir paklausos mažinimas, informacijos rinkimas ir analizė, mokslinių tyrimų plėtra, bendradarbiavimas ir koordinavimas. Programa pagrįsta nuolatinio narkotikų kontrolės politikos stiprinimu, teisinės bazės tobulinimu, stebėseną ir vertinimu, koordinuotu tarpinstitucinių programų įgyvendinimu, efektyviu lėšų

⁵¹ Lietuvos Respublikos Seimo nutarimas dėl nacionalinės narkotikų kontrolės ir narkomanijos prevencijos 2010–2016 metų programos patvirtinimo. 2010 m. lapkričio 4 d. Nr. XI-1078, Vilnius (Žin., 2010, Nr. 132-6720).

⁵² Remiantis programos 6.4 punktu pasiūlos mažinimas apibūdinamas kaip „<...> kompleksinės priemonės, kuriomis siekiama užkardyti neteisėtą disponavimą narkotinėmis ir psichotropinėmis medžiagomis bei jų pirmtakais (prekursoriais) ir sumažinti neteisėtą narkotinių ir psichotropinių medžiagų bei jų pirmtakų (prekursorių) apyvartą<...>“.

⁵³ Remiantis programos 6.3 punktu paklausos mažinimas yra „<...> kompleksinės ir integruotos narkomanijos prevencijos, ankstyvosios intervencijos, sveikatos priežiūros, rehabilitacijos ir reintegracijos priemonės, skatinančios visuomenę nevartoti narkotinių ir psichotropinių medžiagų, mažinančios narkotinių ir psichotropinių medžiagų vartojimą ir su tuo susijusius padarinius<...>“.

naudojimu, griežta atskaitomybe ir kontrole<...>". Šiuo atveju vėlgi nematome atskirai išskirto žalos mažinimo, tačiau akcentuojama būtinybė nuolat stiprinti narkotikų kontrolės politiką. Tai rodo daugiau į baudžiamojo pobūdžio priemonės orientuotą narkotikų kontrolės politiką, nors ir pabrėžiama mokslo bei švietimo svarba.

Lietuvos politinių dokumentų nuostatos neprieštaruja JT konvencijų ar ES programinių nuostatoms narkotikų kontrolės srityje, nuostatoms. Iš esmės yra akcentuojami panašūs tikslai, tiesa, labiau koncentruojantis į baudžiamojo pobūdžio priemonės, nei į žalos mažinimą, kuris tampa vis svarbesniu narkotikų kontrolės aspektu ES mastu. Savo ruožtu, Lietuvos strateginiai dokumentai neužkerta kelio narkotikų kontrolės sistemos reformai, ją daugiau orientuojant į visuomenės sveikatą ir tuo pačiu dekriminalizuojant mažiau pavojingas veikas ar priklausomiems asmenims taikyti įkalinimo alternatyvas.

1.1.5.3. Užsienio valstybių dekriminalizavimo ir depenalizavimo modelių įvertinimas ir jų tinkamumo bei aktualumo Lietuvai analizė

Pirmiausia aptartinos sąvokos - **dekriminalizacija** narkotikų kontrolės kontekste įprastai vartojama kalbant apie nusikaltimus susijusius su disponavimu narkotinėmis medžiagomis savo reikmėms ir siejama su kitokio pobūdžio sankcijų (administracinių) taikymo galimybėmis arba bet kokių sankcijų panaikinimu apskritai⁵⁴. Taigi, siekiant dekriminalizuoti tam tikrą veiką, laikomasi pozicijos, kad socialines problemas reikia spręsti pasitelkiant kitokio, ne baudžiamojo pobūdžio priemones. Dar daugiau, įprastai laikoma, kad baudžiamojo pobūdžio priemonės ne tik kad nepadeda spręsti problemos, o yra kontrproduktyvios ir kelia daugiau žalos nei naudos. Narkotikų vartojimo kontekste dekriminalizacija pirmiausia yra siejama su siekiu mažinti žalą probleminių vartotojų atžvilgiu, mažinant jų marginalizavimą bei stigmatizavimą ir tuo pačiu gerinant jų sveikatos rodiklius bei mažinant perdozavimų skaičių (kuris kaip taisyklė yra didelis represinės politikos besilaikančiose valstybėse, nepaisant aukštos kokybės sveikatos paslaugų).

Depenalizacija taip pat naudojama kalbant apie su narkotikų vartojimu (arba mažo mąsto platinimu) susijusius nusikaltimus, kuriuos siūloma spręsti perduodant nusikaltusius asmenis kitoms institucijoms (pvz. medicinos įstaigoms gydymui), taip pat akcentuojant laisvės atėmimo bausmės už atitinkamus nusikaltimus panaikinimą ar jos trukmės trumpinimą⁵⁵. Depenalizacijos atveju veika įprastai ir toliau baudžiama

⁵⁴ Jelsma M. The Development of International Drug Control: Lessons Learned and Strategic Challenges for the Future. Working paper Prepared for the First Meeting of the Commission Geneva, 24-25 January 2011.P.8. Prieiga per internetą:

http://www.tni.org/sites/www.tni.org/files/The%20Development%20of%20International%20Drug%20Control_M.Jelsma2011.pdf

⁵⁵ *Ibid.*

kriminaline sankcija, tačiau yra siekiama švelninti jos pobūdį. Tai reiškia, kad nėra atsisakoma asmeninės atsakomybės už tam tikrą visuomenėje nepageidautiną elgesį idėjos, tačiau nėra siekiama asmenį bausti griežta kriminaline bausme.

Kalbant apie konkrečius *modelius*, konstatuotina, jog negalima išskirti konkrečių nacionalinių depenalizavimo modelių, kadangi tai gali apimti pačias įvairiausias priemones, kurios gali būti taikomos nusikaltusių narkotikų vartotojų atžvilgiu. Pavyzdžiui, nors valstybės teisė ir numato, jog disponavimas nedideliu kiekiu ir laikomas nusikaltimu bei užtraukia baudžiamąją atsakomybę, tačiau įstatyme numatyta laisvės atėmimo sankcija įprastai nėra skiriama, jeigu nusikalstama pirmą kartą ar asmuo sutinka gydytis (pvz. Vengrija, Kipras, Suomija). Taip pat egzistuoja galimybė švelninti atsakomybę už padarytą nusikaltimą, jeigu jį padarė priklausomas asmuo, pavyzdžiui Graikijoje už platinimą švelnesnės sankcijos numatomos priklausomiems asmenims arba jeigu platinimas pasireiškia dalinantis narkotikais grupėje, taip pat gydymo metu asmenims gali būti sustabdytas paskirtos bausmės vykdymas⁵⁶. Leistinių savo reikmėms kiekių ribų padidinimas taip pat gali būti laikomas depenalizavimu, kadangi baudžiamąją atsakomybę arba įkalinimo sankciją užtrauktų disponavimas didesniu kiekiu. Kitaip tariant, depenalizavimas gali apimti pačias įvairiausias priemones, kurias leidžia konkrečios valstybės nacionalinė teisė, jeigu tos priemonės yra skirtos tam, kad nebausti nusikaltusių asmenų įkalinimo bausme, trumpinti tokios bausmės trukmę, jeigu ji yra visgi skiriama. Su narkotikais susijusių nusikaltimų kontekste tai įprastai siejama su gydymo alternatyvų siūlymu. Atsižvelgiant į valstybių teisinių ir bausmių vykdymo sistemų skirtumus bei kompleksiskumą, nėra tokio „depenalizavimo modelio“, kurį galėtų iš kurios nors valstybės perimti Lietuva, tačiau galima atsižvelgti į bendrą principą – platesnę gydymo alternatyvų integraciją į baudžiamąją teisę.

Dekriminalizavimas įvairių valstybių praktikoje pasireiškia kaip administracinių sankcijų taikymas vietoj anksčiau buvusios baudžiamosios atsakomybės už disponavimą savo reikmėms visų ar kai kurių rūšių narkotikais arba teisėsaugai nesiiimant veiksmų (vadinamoji *de facto* dekriminalizacija) mažareikšmiais atvejais, nesvarbu, net jeigu teisės aktuose kokios nors rūšies atsakomybė ir numatyta. Baudžiamosioms priemonėms neduodant reikiamo efekto, kai kurios valstybės ryžosi savo narkotikų politiką orientuoti narkotikų problemos medikalizavimo linkme ir dekriminalizuoti visų narkotikų (neskirstant į lengvuosius ar sunkiuosius) disponavimą savo reikmėms, tokius pažeidimus traktuojant kaip administracinius teisės pažeidimus (nuo 2001 m. tokie pasikeitimai įsigaliojo Portugalijoje, nuo 2009 m. – Čekijoje, o nuo 2018 m. turėtų įsigalioti ir Norvegijoje), užtraukiančius baudas ar įspėjimus. Kitose valstybės (daugiausia Pietų Amerikoje, taip pat kai kurios JAV valstijose bei atskirose Europos šalyse) dekriminalizuotas yra tik disponavimas (įgijimas, laikymas) nedideliu kiekiu kanapių, ir/ar

⁵⁶ Greece: Country Drug Report 2017. EMCDDA. Prieiga per internetą:

http://www.emcdda.europa.eu/countries/drug-reports/2017/greece/drug-laws-and-offences_en

jų auginimas savo reikmėms privačiai ar specialiuose klubuose (specifinis teisinis režimas, egzistuojantis Ispanijoje).

Portugalija yra pats ryškiausias pilno masto narkotikų dekriminalizavimo politikos pavyzdys, kadangi tai valstybė, kuri Europoje buvo pati pirmoji, kuri ryžosi tokiai gan drastiškai to meto supratimu politikai, egzistuojančiai jau beveik 20 metų. Nuo 2001 metų liepos šioje šalyje neteisėtų narkotikų vartojimas ir panašūs veiksmai dekriminalizuoti, nors narkotikų vartojimas toliau laikomas neteisėta veikla. Laikyti daugiau narkotikų, nei jų prireiktų vidutiniam individualiam vartojimui per 10 dienų laikotarpį, yra nusikaltimas. Tačiau asmenį, turintį mažiau narkotikų ir neįtariamą prisidėjimu prie prekybos narkotikais, vertina vietos Atpratimo nuo narkomanijos komisija (toliau – Komisija), kurią sudaro teisininkas, gydytojas ir socialinis darbuotojas. Gali būti skiriamos administracinės sankcijos, tačiau pagrindinis tikslas – pagerinti gydymosi galimybes ir padėti pasveikti ir grįžti į visuomenės gyvenimą. Minėtos komisijos veikia kaip „antros linijos“ prevencinės institucijos, jos įvertina policijos nukreiptų narkotikus vartojančių asmenų asmenines aplinkybes ir pritaiko atitinkamas priemones.⁵⁷ Tokį Portugalijos narkotikų kontrolės modelio pasirinkimą paskatino tai, kad iki 2000 m. Portugalija pirmavo Europoje pagal narkotikų vartotojų, užsikrėtusių ŽIV/AIDS skaičių, o beveik pusė visų įkalintų asmenų Portugalijoje buvo nuteisti už su narkotikais susijusius nusikaltimus.

Naujai sukurtas modelis buvo sureguliuotas specialiu įstatymu⁵⁸, remiantis kuriuo narkotikų vartojimas netapo legaliu, o dekriminalizavimu buvo siekiama tokių tikslų: palengvinti narkotikų vartotojų medicininės pagalbos prieinamumą; skatinti narkotikų vartotojų gydymąsi ir gerinti visuomenės sveikatos sąlygas; skatinti socialinę reintegraciją, išskirti atvejus ir siekti, jog atsitiktinis narkotikų vartojimas netaptų priklausomybe, supažindinti narkotikų vartotojus su gydymosi galimybėmis ir informuoti juos apie narkotikų vartojimo sukeltus padarinius.

Remiantis įstatymo 2 straipsniu, asmuo įgijęs, laikęs ar sulaikytas vartojant narkotikus, kurių kiekio užtenka asmeniniam vartojimui iki dešimties dienų turi atvykti į Komisiją, kuri sprendžia šio asmens teisinės atsakomybės klausimą. Komisijos pagrindinis tikslas – kiekvieno asmens nusikalstamą veiką vertinti individualiai ir atitinkamai pagal nusižengimą padariusio asmens asmenybę parinkti jam labiausiai tinkantį pataisos priemonių kompleksą. Minėtam tikslui pasiekti Komisija turi plačius įgaliojimus: paskirti (su asmens sutikimu) gydymą, uždrausti lankytis tam tikrose vietose, uždrausti bendrauti su tam tikrais asmenimis, neišvykti iš namų, reguliariai lankytis ir registruotis Komisijoje, skirti viešuosius darbus, suspenduoti vairuotojo pažymėjimą,

⁵⁷ KOMISIJOS ATASKAITA dėl 2013–2020 m. ES kovos su narkotikais strategijos ir 2013–2016 m. kovos su narkotikais veiksmų plano įgyvendinimo pažangos. COM/2015/0584 final. Prieiga per internetą: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/LT/TXT/?uri=CELEX%3A52015DC0584>

⁵⁸ Lei 30/2000 de 29 de Novembro. Prieiga per internetą: http://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=186&tabela=leis

atimti teisę verstis tam tikra veikla arba atimti kitą specialiąją teisę.⁵⁹ Paskutinė priemonė, kurios gali imtis Komisija - piniginė bauda. Asmeniui, nukreiptam į Komisiją pirmą kartą ir kuriam nėra nustatyta priklausomybė nuo narkotikų, dažniausiai sankcijos netaikomos, o teisinis persekiojimas jo atžvilgiu suspenduojamas (nuo vienerių iki trejų metų). Nepadarius naujo nusizengimo, asmuo nuo teisinės atsakomybės atleidžiamas. Jeigu asmens turimas narkotikų kiekis viršija nustatytą, tai asmeniui taikoma baudžiamoji atsakomybė ir jo bylą nagrinėja teismas.

Portugališka sistema leido sumažinti narkotikų vartotojų stigmatizavimą ir marginalizavimą bei davė teigiamų rezultatų kalbant visų pirma apie probleminius vartotojus. Apibendrinant įvairiose ataskaitose⁶⁰ pateiktus vertinimus bei statistinius duomenis, po atliktos reformos **sumažėjo** narkotikų vartojimas tarp jaunimo, sunkiųjų narkotikų vartojimas vyresniųjų amžiaus grupėje, probleminių narkotikų vartotojų skaičius, ŽIV užsikrėtusiųjų skaičius tarp švirkščiamų narkotikų vartotojų⁶¹ bei asmenų, nuteistų už narkotikų vartojimą skaičius ir išaugo asmenų, nuteistų už prekybą narkotikais skaičius. Kitaip tariant, baudžiamąjį persekiojimą vykdančios institucijos geriau išnaudojo savo potencialą kovoje su narkotikų platinimu, o sveikatos ir socialinių paslaugų sektorius – vartotojų (ypač probleminių) sveikatos gerinime.

Lyginant Portugaliją su Lietuva, matyti, kad Portugalijoje bet kokių nelegalių narkotikų vartojusių bent kartą gyvenime gyventojų skaičius buvo mažesnis, bet panašus (2012 m. atitinkamai 11,1 ir 9,5 proc. tarp 15-64 m. amžiaus gyventojų). Nors ir sumažėjusiam nei ankstesniais metais (1990 m. buvo apie 100 tūkst. „probleminių vartotojų“), tačiau esant pakankamai aukštam opioidų vartojimo lygiui (2012 m. priskaičiuojama virš 30000 opioidų vartotojų), Portugalijoje tik 2002 metais buvo vienu mirties nuo perdozavimo atveju daugiau nei Lietuvoje (34 ir 33), o 2002-2015 m. laikotarpiu šis skaičius svyravo nuo 9 iki 37. Lietuvoje mažiausiais registruotas tokių mirčių skaičius buvo 32 (2005 m.), o 2015 m. buvo pasiektas didžiausias skaičius per visą istoriją – 115. Ir tai absoliučiais skaičiais, turint omeny kelis kartus didesnę Portugalijos gyventojų skaičių ir skaitlingesnę probleminių vartotojų bendruomenę⁶².

Kaip pozityvų įrodymais pagrįstos dekriminalizacinės politikos pavyzdį galima pasitelkti ir Čekijos patirtį, kur, esant dideliame įvairių narkotikų vartojimo mastui (kaip ir Portugalijoje), Narkotikų kontrolės komisija pasiūlė vyriausybei finansuoti mokslinę

⁵⁹ *Ibid.*, 17 straipsnis.

⁶⁰ Žr. pvz. *Greenwald G.* Drug Decriminalization in Portugal: Lessons for Creating fair and successful drug policines. Washington DC: Cato institute, 2008.

⁶¹ Kasmet naujai ŽIV užsikrėtusių narkotikų vartotojų skaičius nuo 907 infekuotojų 2000 metais sumažėjo iki 267 infekuotojų 2008 metais, o AIDS per tą patį laikotarpį sumažėjo nuo 506 iki 108 atvejų. *Hughes G. Stevens A.* What can we learn from the Portuguese decriminalization of illicit drugs? *British Journal of Criminology*, 2010.

⁶² Statistical Bulletin 2017. EMCDDA. Prieiga per internetą: http://www.emcdda.europa.eu/data/stats2017_en

studiją, kurioje buvo atlikta analizė, kokias pasekmes sukels 1999 m. įtvirtintas teisinis reguliavimas, kuriuo buvo siūloma numatyti baudžiamąją atsakomybę už disponavimą bet koku kiekiu narkotinės medžiagos. Tarpdisciplininė tyrėjų grupė turėjo patikrinti 5 hipotezes, jog įvedus baudžiamąją atsakomybę už disponavimą nelegaliais narkotikais:

1. nelegalių narkotikų prieinamumas sumažės;
2. narkotikų vartojimas (tarp esamų narkotikų vartotojų) sumažės;
3. naujų vartotojų skaičius sumažės;
4. nepadaugės negatyvių sveikatai pasekmių susijusių su nelegaliais narkotikais;
5. socialiniai kaštai neišaugs.

Atlikus studiją buvo prieta išvados, jog įvedus atsakomybę už disponavimą nelegaliais narkotikais asmeninėms reikmėms, nė viena iš tikrintų hipotezių nepasitvirtino, o policijos ir teismų išlaidos buvo ekonomiškai nepateisinamos.⁶³

Čekų ekspertų atlikta analizė parodė, kad narkotikų laikymo kriminalizavimas nepaveikė narkotikų vartojimo lygio (vartojimas nekrito), nesumažino narkotikų prieinamumo rodiklių, o jaunų žmonių, pradėjusių vartoti narkotikus, skaičius išaugo, taip pat buvo nustatyta ir paskaičiuota, kad naujoji politika čekų visuomenei per dvejus metus papildomai kainavo per 37 mln. Čekijos kronų (tuo metu apie 1 mln. JAV dolerių)⁶⁴. Tiesa, studijos autoriai pripažįsta, kad kai kurios išvados (pvz. padidėjęs narkotikų vartotojų skaičius) lėmė ne tik pasikeitusi narkotikų politika, bet ir tai, kad tiriami buvo tik du pirmieji metai po Baudžiamojo kodekso pataisų priėmimo. Nepaisant to, iš esmės, šios studijos išvados paskatino čekų politikus permąstyti vykdomą narkotikų politiką. Po ilgų politinių debatų, buvo nuspręsta atsisakyti baudžiamojo kodekso pataisų, kuriomis kriminalizuotas narkotikų laikymas ir Čekija nuo 2009 m. ryžosi dekriminalizuoti disponavimą savo reikmėms visų rūšių narkotikais bei nustatė pakankamai aukštus limitus, apibrėžiančius, koks kiekis gali būti laikomas turimu „savo reikmėms“. Už nedidelio kiekio (žr. kiekių palyginamąją lentelę) sulaukytas asmuo traukiamas administracinė atsakomybė ir jam gali būti skiriama administracinė bauda iki 550 eurų. Žinoma, minėtų narkotinių medžiagų laikymas didesniais kiekiais nei nurodyta aukščiau užtraukia baudžiamąją atsakomybę. Tiesa, čekai nesukūrė specifinio teisinio mechanizmo ir portugališko pavyzdžio komisijų, tačiau jeigu priklausomas asmuo padaro nusikaltimą, sąlygota jo vartojimo, teismas gali taikyti įvairias įkalinimo alternatyvas (bausmės vykdymo sustabdymas, viešieji darbai ar lygtinis paleidimas kartu su gydymu)⁶⁵.

Lietuvos kontekste siūlytina atsižvelgti į aukščiau minėtų valstybių patirtį, pirmiausia atsisakant perteklinio disponavimo savo reikmėms kriminalizavimo, kaip

⁶³ Impact Analysis Project of New Drugs Legislation. Summary Final Report. Prieiga per internetą: http://www.druglawreform.info/images/stories/documents/Czech_evaluation_2001_PAD_en.pdf

⁶⁴ Csete J. A. Balancing Act Policymaking on Illicit Drugs in Czech Republic. Open society foundations 2012.

⁶⁵ Czech Republic: Country Drug Report 2017. EMCDDA. Prieiga per internetą:

http://www.emcdda.europa.eu/countries/drug-reports/2017/czech-republic/drug-laws-and-offences_en

neefektyvios ir daug resursų kainuojančios priemonės. Atsižvelgiant į tai, kad su narkotikais susijusių veikų skaičius Lietuvoje lyginant su kitomis Europos valstybėmis skaičius nėra itin didelis, manytina, jog specialios institucijos steigimas (pvz. portugališko pavyzdžiui komisijų) bent jau kol kas nėra tikslingas, kadangi taip būtų sukurtas papildomas biurokratinis aparatas.

1.1.5.4. Nuteistųjų narkotikų vartotojų resocializacijos priemonės bausmių vykdymo sistemoje, užsienio šalių praktikos analizė – modeliai ir galimybės taikyti Lietuvoje

Ekspertai pabrėžia, kad Narkotikų politikos poveikis yra ribotas, griežtos sankcijos yra labai veiksmingas būdas papildant įkalinimo įstaigas naujais „klientais“, kurių galimybės sveikti nelaisvėje dėl įvairių priežasčių yra ribotos. Tuo tarpu platus gydymo galimybių pasirinkimas gali iš esmės pagerinti probleminių vartotojų gyvenimo kokybę. **Švedijoje atlikti tyrimai⁶⁶, kur nurodoma, kad nėra aiškiai identifikuojamų sąsajų tarp narkotikų kontrolės priemonių ir narkotikų vartojimo ypatumų pasikeitimų.** Taigi pabrėžtina, kad baudžiamoji teisė turi stiprų „šalutinį poveikį“, baudžiamųjų priemonių panaudojimas asmeniui sukelia neigiamo pobūdžio pasekmių, jis yra stigmatizuojamas ir susiduria su dideliais sunkumais kalbant apie jo reintegraciją į visuomenę (ypač tais atvejais, kai yra skiriamos ilgalaikio įkalinimo bausmės). Priklausomų asmenų atžvilgiu tai stipriai apsunkina ir gydymo procesą⁶⁷. Taigi būtina ieškoti mechanizmų, kai pasiremiant progresyvia užsienio šalių praktika, narkotikų vartotojams taikomos būtų taikomos bendruomeninio pobūdžio sankcijos įpareigojimais, o tik išmintiniais atvejaistaikyti baudžiamąją atsakomybę bei laisvės atėmimo bausmę. Konstitucinis Teismas savo nutarimuose ne kartą yra konstatavęs, kad pagal Konstituciją riboti konstitucinių žmogaus teisių ir laisvių įgyvendinimą galima, jeigu yra laikomasi šių sąlygų: tai daroma įstatymu; ribojimai yra būtini demokratinėje visuomenėje siekiant apsaugoti kitų asmenų teises bei laisves ir Konstitucijoje įtvirtintas vertybes, taip pat konstituciškai svarbius tikslus; ribojimais nėra paneigiama teisių ir laisvių prigimtis bei jų esmė; yra laikomasi konstitucinio proporcingumo principo. Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismas nurodo, kad < **nustatant teisinius apribojimus bei atsakomybę už teisės pažeidimus privalu paisyti protingumo reikalavimo, taip pat proporcingumo principo**, pagal kurį nustatytos teisinės priemonės turi būti būtinos demokratinėje visuomenėje ir tinkamos siekiamiems teisėtiems bei visuotinai svarbiems tikslams (tarp tikslų ir priemonių turi būti pusiausvyra), jos **neturi varžyti asmens teisių labiau negu reikia šiems tikslams pasiekti, o jeigu šios teisinės priemonės yra susijusios su sankcijomis už teisės pažeidimą**, tai minėtos sankcijos turi būti

⁶⁶ Tam H. Review of Swedish Drug Policy, 2003, p. 17.

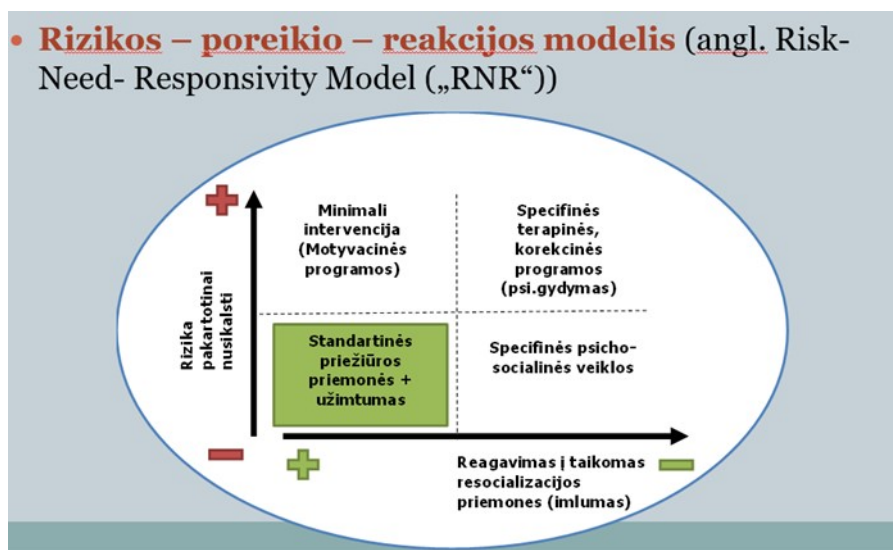
⁶⁷ Mindaugas Lankauskas. Jungtinių Tautų narkotikų kontrolės mechanizmas ir naujausios narkotikų politikos tendencijos dėl disponavimo narkotikais savo reikmėms pasaulyje bei Lietuvoje. Mokslo studija, Lietuvos teisės institutas, Vilnius, 2017.

proporcingos padarytam teisės pažeidimui; teisiškai reguliuojant visuomeninius santykius privalu paisyti prigimtinio teisingumo reikalavimų, apimančių inter alia būtinumą užtikrinti asmenų lygybę įstatymui, teismui ir valstybės institucijoms ar pareigūnams ...>⁶⁸.

Deja, tenka konstatuoti, kad Lietuvoje taikomas itin griežta baudžiamoji politika narkotikų vartotojų atvejais, tai patvirtina aukščiau pateikta statistinių duomenų analizė. Taigi šioje studijoje tikslinga aptarti ir nuteistųjų narkotikų vartotojų resocializacijos aspektus, įvardinti progresyvią praktiką, kuri būtų nukreipta į problemos sprendimus, o ne į jos pagilinimą.

Sąlyginai galima konstatuoti, kad vienas iš populiariausių ir progresyviausių nuteistųjų resocializacijos modelių – tai **Rizikos – poreikio – reakcijos modelis** (angl. Risk-Need- Responsivity Model⁶⁹ (toliau - RNR)). RNR modelis paremtas: a) nuteistojo **rizikos** įvertinimu, t.y. kriminogeninių veiksnių (statinių, dinaminių) identifikavimu, b) nuteistojo kriminogeninių veiksnių/**poreikių** šalinimu, neutralizavimui ar/ir minimalizavimu, c) **reakcija**, nuteistajam parenkant ir pritaikant individualias korekcines programas, kitas resocializacines ar užimtumo priemones.

7 pav. Rizikos – poreikio – reakcijos modelis⁷⁰.



⁶⁸ LIETUVOS RESPUBLIKOS KONSTITUCINIS TEISMAS, 2006-01-06 d. Nutarimas, Byla Nr. 7/03-41/03-40/04-46/04-5/05-7/05-17/05, prieiga internetu <http://www.lrkt.lt/lt/teismo-aktai/paieska/135/ta193/content>

⁶⁹ D. A. Andrews, James Bonta, REHABILITATING CRIMINAL JUSTICE POLICY AND PRACTICE. Psychology, Public Policy, and Law 2010, Vol. 16, No. 1.

⁷⁰ Nuteistųjų resocializacijos pokyčiai Lietuvos bausmių sistemoje. BAUSMĖ: KĄ SAKO ĮSTATYMAS IR KO NORI VISUOMENĖ? Lietuvos Aukščiausiasis Teismas 2015 m. gegužės 13 d.(Gynėjų g. 6, Vilnius) http://www.kaldep.lt/download/11486/nuteistuju%20pokyciai_2015_uscila_lat.pdf

Nagrinėjama kontekstu svarbu pabrėžti, kad RNR modelis turi turėti įtakos ir teisėjams (teismams), kai per jų sprendimus daroma itin didelė įtaką nuteistųjų resocializacijai. Būtinai nuteistųjų su maža rizika baudimas kaip galima trumpesnėmis bausmėmis, jų nukreipimas į probaciją, gydymą. Kartu nuteistuosius apsaugant nuo kontaktų su didesnės rizikos nuteistaisiais⁷¹.

Paminėtina ir tai, kad **Šiaurės Amerikoje, taip pat Australijoje ir Naujojoje Zelandijoje** buvo padėti **šiuolaikinių rehabilitacijos praktikų ir korekcinų programų pamatai**, suformuluoti pagrindiniai veiksmingos rehabilitacijos principai, kuriais buvo teigiama, kad efektyviausiai riziką ir poreikius atliepia kognityvinės elgesio ar socialinio mokymosi programos, pritaikytos kiekvienam pažeidėjui atsižvelgiant į jo mokymosi gebėjimus ir individualias charakteristikas. Viena efektyviausių, gausybės tyrimų duomenimis, laikoma kognityvinė elgesio terapija (angl. Cognitive-Behavioral therapy, sutrump. CBT). Ši terapija paremta nuostata, kad kognityvinės disfunkcijos yra įgytos, ne įgimtos, todėl CBT gali pozityviai paveikti pažeidėjų mąstymą. Pažeidėjai mokomi suprasti ir keisti mąstymo, kuris veda prie nusikalstamo elgesio, modelius. Pagrindiniai CBT programų elementai yra kriminalinio elgesio rizikos identifikavimas, antisocialaus elgesio ir mąstymo keitimas socialiu bei kognityvinių ir socialinių įgūdžių lavinimas. CBT padeda pažeidėjams suvokti savo elgesio priežastis ir pasekmes bei ištaisyti jas keičiant kriminalinį elgesį ir mąstymą, moko iškilusius sunkumus spręsti socialiai priimtinais būdais. Įgyvendinus pagrindinius CBT uždavinius, programa gali būti praplečiama ir kitomis būtinomis intervencijomis, tokiomis kaip pykčio valdymo, priklausomybių gydymo ar tarpusavio problemų sprendimo ir t. t.

Derėtų pažymėti, kad už bendras CBT programas ne mažiau svarbios specializuotos, pavyzdžiui, atkryčio programos (angl. Relapse prevention approaches), skirtos priklausomybėms gydyti. Priklausomybių nuo narkotinių medžiagų gydymo poreikis vienas iš didžiausių tarp nuteistųjų, o viena populiariausių pagalbos įkalinimo įstaigose formų – terapinės bendruomenės (angl. therapeutic community) ypač veiksmingos tiems, kurie bausmę atlieka už nusikaltimus, susijusius su priklausomybių nulemtais pažeidimais⁷².

Šiuo metu bausmių vykdymo sistemoje taikomos kelios elgesio korekcinės priemonės, kurios skirtos nuteistiesiems, turintiems priklausomybę nuo narkotinių ir kitų psichiką veikiančių medžiagų. Paminėtina, kad Kalėjimų departamento direktoriaus 2017 m. sausio 27 d. įsakyme Nr. V-27 Dėl programos „**Ankstyvoji intervencija**“ aprobavimo, nurodoma, kad programa siekiama, jog jauni asmenys,

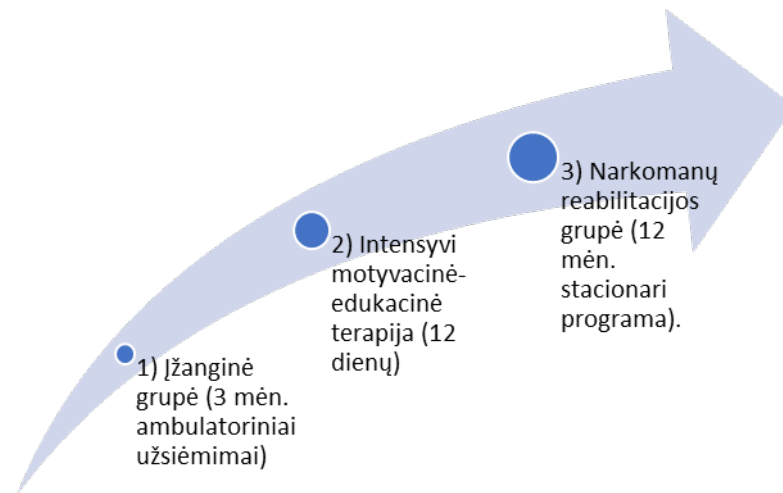
⁷¹ Andrews, D. A., & Dowden, C. The risk-need-responsivity model of assessment and human service in prevention and corrections: Crime-prevention jurisprudence. Canadian Journal of Criminology and Criminal Justice, 49, 2007.

⁷² Vaičiūnienė R., Viršilas V. Laisvės atėmimo vietose taikomų socialinės rehabilitacijos priemonių sistemos analizė, probleminiai taikymo aspektai. Mokslo studija, Lietuvos teisės institutas. Vilnius, 2017.

eksperimentuojantys ar nereguliariai vartojantys psichoaktyvias medžiagas, netaptų nuo jų priklausomi bei gautų jų poreikius atitinkančias ankstyvosios intervencijos paslaugas. Taip pat nurodoma, kad laisvės atėmimo vietų įstaigos ir apygardų probacijos tarnybos privalo programą taikyti nuteistų ir esančių probacijos tarnybų priežiūroje asmenų socialinės reabilitacijos procese. Be to, keliose Lietuvos laisvės atėmimo įtaigose (Vilniaus, Kybartų pataisos namuose) taikomos kelios specializuotos korekcinės programos nuteistiesiems, kurie yra priklausomi nuo narkotinių ar kitų psichiką veikiančių medžiagų: **korekcinė programa „Atlantis“** (skirta priklausomiems nuo alkoholio) ir **korekcinė programa „Narkantis“** (skirta priklausomiems nuo narkotikų). Programos sukonstruotos pagal dvylikos žingsnių modelį, kas turi daugiameįjį praktinį patvirtinimą dėl poveikio, programos realizuojamos per 6 mėn. Tačiau šios **programos nėra aprobuotos**, kaip tai reikalauja teisės aktai.

Paminėtina, kad Kalėjimų departamento prie Lietuvos Respublikos teisingumo ministerijos (toliau – Kalėjimų departamentas) direktoriaus 2012 m. birželio 25 d. įsakymu Nr. V-211 aprobuota **Priklausomų nuo psichiką veikiančių medžiagų reabilitacijos programa** (p. 2.2.5). Programa yra skirta tiek nuteistiesiems, kurie yra išreiškę norą gydytis nuo priklausomybės, tiek teismo įpareigotiems gydytis nuo narkomanijos ar alkoholizmo asmenims. Išskirtini sekantys aukščiau minėtos programos tikslai: 1) padėti nuteistajam gydytis nuo priklausomybės; 2) padėti nuteistajam pagerinti savo gyvenimo kokybę, emocinę, psichinę bei fizinę būseną; 3) padėti nuteistajam formuoti sveiko ir blaivaus žmogaus gyvenimo įgūdžius. 2016 m. Priklausomų asmenų reabilitacijos programa dalyvavo 640 nuteistųjų. Įžanginės grupės ambulatoriniai užsiėmimai vykdomi visose laisvės atėmimo vietose nuo 2012 m. pradžios. 2016 m. Įžanginės grupės edukaciniuose užsiėmimuose dalyvavo 696 asmenys.

8 pav. Priklausomų nuo psichiką veikiančių medžiagų rehabilitacijos programos etapai.



Kaip ir minėta, kad priklausomų nuo psichiką veikiančių medžiagų rehabilitacijos programa aprobuota, kaip to reikalauja teisės aktai, tačiau praktikoje ši programa menkai realizuojama. Kaip parodė Kalėjimo departamento 2017 m. atlikti užklausimai, kad įkalinimo įstaigose itin trūksta specialistų, gebančių visapusiškai įgyvendinti programos 2 ir 3 etapus (žr. 8 pav.). Bendrai trūksta darbuotojų, kurie galėtų vesti šią programą, tad yra itin poreikis organizuoti tikslinius mokymus.

Pastebima tendencija, kad įkalinimo įstaigos raginamos steigti rehabilitacijos centrus priklausomiems nuo psichoaktyviųjų medžiagų asmenims, tačiau negalvojama apie resocializacijos turinį, poveikį asmens elgesiui, primityviai manoma, kad pakaks juos lokalizuoti. Taigi, pamirštama apie elgesio korekcinį-programinį darbą, trūksta elementarios veiklos sujungimo į kryptingą resocializacijos procesą. Kitas neigiamas aspektas, kad sukuriama dviguba atskirtis, kai asmuo, esantis įkalinimo įstaigoje dar stipriau izoliuojamas.

Labai svarbu paminėti ir Probacijos sistemoje taikomas priemones: motyvacinė programa „Elgesys-Pokalbis-Pasikeitimas“, t.y. darbe su priklausomais asmenimis, jų motyvacinis žingsnis – nuteisto asmens motyvavimas psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo atsisakymui. Šiam tikslui taikoma penkių **motyvuojančių pokalbių programa „Elgesys-Pokalbis-Pasikeitimas“**. Paminėtina, kad ši programa daugiau taikoma probacijos tarnybose, tačiau pastaraisiais metais diegiama ir įkalinimo įstaigose, kai 2016 m. programoje „Elgesys-Pokalbis-Pasikeitimas“ dalyvavo 418 nuteistieji (probacijos tarnybose per 2016 m. – 2797 nuteistieji). Taip pat būtina paminėti kognityvinę-elgesio korekcinę programą „Tik tu ir aš“ (angl. k. „one to one“), kuri turi užprogramuotą vidinį-struktūrinį elementą, kuris naudojamas asmenims, priklausomiems nuo narkotikų, kitų

psichiką veikiančių medžiagų. 2016 m. „Tik tu ir aš“ programoje dalyvavo 28 nuteistieji (probacijos tarnybose per 2016 m. – 121 nuteistieji).

Apibendrinant Europos Sąjungos valstybėse narių progresyvią praktiką, dėl darbo su narkotikus vartojančiais nuteistaisiais/suimtaisiais (toliau – įkalintų asmenų), pateikiamos pagrindinės veiklos kryptis:

1. Įkalintų asmenų rizikų, specialių poreikių, galimų reakcijų įvertinimas, kriminogeninių veiksnių, įtakojusių rizikingą ar/ir nusikalstamą elgseną, nustatymas, visavertė diagnostika ir situacijos įvertinimas, atitinkamų (subalansuotų) poveikio priemonių parinkimas;
2. Įkalintų asmenų įtraukimas į specialias motyvacines, elgesį keičiančias programas, individualiau resocializacijos ar/ir užimtumo plano sudarymas;
3. Kryptingas korekcinis darbas subalansuojant psichosocialines ir medicininio poveikio priemones (pvz. pakaitinį gydymą su kognityvinėmis biheavioristinėmis elgesio keitimo programomis, įtraukimu į darbinę veiklą ir užimtumą);
4. Palankios resocializacinės aplinkos sukūrimas (pvz. sudaryti sąlygas atlikti bausmę saugioje laisvės atėmimo vietos aplinkoje bei išvengti asmenų, nenorinčių atsisakyti narkotikų vartojimo, neigiamos įtakos);
5. Įkalintų asmenų „gretutinių“ sveikatos problemų sprendimas, pvz. ŽIV testavimas ir gydymas, hepatitai ir kt.
6. Pritraukimas papildomų socialinio pobūdžio paslaugų į įkalinimo įstaigas t.y. tapačių visuomenėje teikiamoms paslaugoms, sielovados ir kt.

1.1.6. Teisinės srities tendencijų narkotikų politikoje Lietuvoje stiprybės, silpnybės, galimybės ir grėsmės

Galima išskirti šias, šiuo metu Lietuvoje stebimas tendencijas ir situaciją, susijusią su narkotikų politika teisinėje srityje:

Stiprybės	Silpnybės
<p>1. Lietuvoje nėra numatoma laisvės atėmimo bausmė už disponavimą nedideliu kiekiu be tikslo platinti;</p> <p>2. Stebima tam tikras baudžiamosios politikos tęstinumas ir stabili teismų praktika, nagrinėjant su disponavimu narkotikais susijusias veikas;</p> <p>3. Lietuvoje stebimas palyginti nedidelis registruotų su narkotikais susijusių veikų skaičius lyginant su kitomis ES</p>	<p>1. Lietuvoje egzistuoja disponavimo nedideliu kiekiu savo reikmėms baudžiamasis persekiojimas kaip neefektyvi ir daug resursų kainuojanti priemonė;</p> <p>2. Baudžiamoji atsakomybė už su narkotinėmis ir psichotropinėmis medžiagomis susijusias veikas šiuo metu orientuota į vartotojų baudžiamąjį persekiojimą.;</p>

<p>valstybėmis.</p> <p>4. Bausmių vykdymo sistema dalinai aprūpinta tikslinėmis nuteistųjų resocializacijos priemonėmis.</p> <p>5. Sukurta probacijos sistema, kurioje taikomos aprobuotos elgesio keitimo priemonės.</p>	<p>3. Stebimas augantis mirčių nuo perdozavimo skaičius (iš dalies sąlygotas ir griežtos baudžiamosios politikos);</p> <p>4. Taikomos pernelyg griežtos sankcijos už su narkotikais susijusias veikas;</p> <p>5. Vyrauja menka baudžiamosios politikos ir visuomenės sveikatos politikos sintezė, sprendžiant probleminio psichoaktyvių medžiagų vartojimo sukeltas pasekmes;</p> <p>6. Ribotos galimybės taikyti alternatyvas laisvės atėmimui už kai kurias su narkotikais susijusias veikas;</p> <p>7. Nevieningais kriterijais remiantis nustatytos narkotikų kiekių nustatymo rekomendacijos.</p> <p>8. Bausmių vykdymo sistema nėra sukūrus veikiančios nuteistųjų narkotikų vartotojų resocializacijos sistemos.</p> <p>9. Bausmių vykdymo sistema itin stokoja profesionalių darbuotojų (psichologų, soc. darbuotojų), kurie realizuotų elgesį keičiančias programas.</p>
Galimybės	Grėsmės
<p>1. Humanistinės, į sveikatos dimensiją orientuotos ir mokslo įrodymais pagrįstos baudžiamosios politikos psichoaktyvių medžiagų vartotojų atžvilgiu formavimas;</p> <p>2. Disponavimo nedideliu kiekiu dekriminalizavimas, numatant už tai administracinę atsakomybę;</p> <p>3. Baudžiamojo įstatymo numatomų sankcijų peržiūra ir depenalizavimo galimybių svarstymas;</p> <p>4. Narkotinių ir psichotropinių medžiagų nedidelio, didelio ir labai didelio kiekio nustatymo rekomendacijų peržiūra, remiantis vieningais ir mokslškai pagrįstais kriterijais;</p> <p>5. Baudžiamojo persekiojimo orientacija į</p>	<p>1. Narkotikų vartotojų tolimesnis stigmatizavimas, apsunkinant jų gydymo, reabilitacijos ir socialinės reintegracijos galimybes;</p> <p>2. Narkotikų vartotojų sveikatos rodiklių blogėjimas ir mirčių nuo perdozavimo skaičiaus augimas (tikėtina, jeigu dėl kokių nors priežasčių išaugtų narkotikų vartojimo mastas);</p> <p>3. Baudžiamosios justicijos sistemos kaštų augimas.</p>

narkotinių ir psichotropinių medžiagų platinimą.

6. Baudžiamosios politikos, nukreiptos į nusikaltusių asmenų, kurie turi psichikos sveikatos problemų ar priklausomybes nuo psichoaktyviųjų medžiagų, formavimas per Diversijos institutą, kuris suponuoja baudžiamojo persekiojimo atsakymą, nutraukimą ar sustabdymą, kartu numatant alternatyvias poveikio priemones, jas realizuojant per socialines ar ir sveikatos įstaigas, bendruomenines struktūras.

1.2. SVEIKATOS SRITIES PRISTATYMAS

1.2.1. Bendra priklausomybių gydymo ir/ar pagalbos organizavimo situacija

1.2.1.1. PASLAUGŲ FINANSAVIMAS

Šiuo metu Lietuvoje priklausomybių ligų gydymas yra organizuojamas asmens sveikatos priežiūros įstaigose, turinčiose licencijas, kurios atnaujinamos kas 5 metai Sveikatos apsaugos ministerijos įgaliotos akreditacijos įstaigos, teikti abstinencijos gydymo, trumpalaikio ir ilgalaikio stacionarinio psichosocialinio gydymo paslaugas pagal LR SAM patvirtintus standartus⁷³.

Pagrindiniai priklausomybių gydymo Lietuvoje paslaugų finansavimo šaltiniai yra šie:

1. *Valstybės biudžeto lėšos*. Paslaugas teikia asmens sveikatos priežiūros įstaigos, kurios yra dalinai išlaikomos iš valstybės ir savivaldybės biudžeto. Šiuo metu viena pagrindinių įstaigų, didžia dalimi finansuojamų iš valstybės biudžeto, ir organizuojanti gydymo paslaugas asmenims, priklausomiems nuo psichoaktyvių medžiagų, tai Respublikinis priklausomybės ligų centras, kuris turi penkis filialus (Vilniuje, Kaune, Klaipėdoje, Šiauliuose ir Panevėžyje). Valstybės biudžeto lėšos yra skiriamos paslaugoms, kurios nėra apmokamos iš privalomojo sveikatos draudimo fondo lėšų (toliau – PSDF) pvz. psichosocialinio gydymo (Minesotos programai), alkoholinės ir narkotinės abstinencijos stacionariniam gydymui (vidutinės ir lengvos abstinencijos atvejais) ir tiems pacientams, kurie nėra drausti privalomuoju sveikatos draudimu.
2. *Privalomojo sveikatos draudimo fondo lėšos*. Privalomojo sveikatos draudimo lėšos, priklausomybių gydymo srityje, yra skiriamos pirminio lygio psichikos sveikatos centrų paslaugoms, dienos stacionaro paslaugoms, pakaitinio gydymo metadonu (pirminiame ir antriniame lygyje) paslaugai apmokėti ir antrinio lygio specializuotoms paslaugoms t.y. priklausomybių ligų gydytojo konsultacijai apmokėti. Taip pat iš privalomojo sveikatos draudimo fondo yra apmokama abstinencijos būklės stabilizavimas psichiatrinio profilio ligoninėse t.y. abstinencijos būklės su delyru ar sunkios abstinencijos būklės gydymui. Taip pat iš PSDF lėšų yra apmokama būtinoji pagalba dėl toksinio etanolio poveikio ir apsinuodijimo narkotikais (paslaugos teikiamos ūmių apsinuodijimų ir toksikologijos skyriuose).
3. *Klientų mokestis už paslaugas*. Kai kurios gydymo įstaigų teikiamos paslaugos yra

⁷³ LR SAM 2002 m. gegužės 3 d. Įsakymas Nr. 203 "Dėl priklausomybės ligų gydymo ir reabilitacijos standartų patvirtinimo" (Žin., 2002, Nr. 47-1824)

mokamos ar iš dalies mokamos, pavyzdžiui, reikia mokėti už gydymą neatskleidžiant asmens tapatybės, atvykus į antrinio lygio gydymo įstaigą be pirminio lygio gydytojo siuntimo ir pan. Mokamų paslaugų įkainius reglamentuoja LR SAM įsakymas „Dėl mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašo, kainų nustatymo ir jų indeksavimo tvarkos bei šių paslaugų teikimo ir apmokėjimo tvarkos“ 1999 m. liepos 30 d. Nr. 357;

Šiuo metu veikianči sveikatos priežiūros sistemos organizavimo ir finansavimo tvarka išskiria priklausomybės sutrikimus į atskirą sutrikimų grupę, kuriai be jokio pagrindimo ir įrodymų, paslaugos teikiamos, apmokamos ir jų stebėseną vykdoma kitaip, nei visų kitų sutrikimų ir ligų atveju t. y. tik maža dalis paslaugų yra apmokama iš PSDF, iki šiol nėra kompensuojamų medikamentų priklausomybės ligoms gydyti (pvz. priklausomybei dėl alkoholio ir pan.), nedarbingumas dėl priklausomybės ligų galimas tik iki 14 dienų per metus⁷⁴, kai tuo tarpu moksliniai tyrimai nurodo, kad priklausomybių gydymas turi būti gana ilgas procesas (dažniausiai nurodomas laikotarpis iki 3 mėn.) ir apimantis kelis gydymo epizodus (pvz. National Institute on Drug Abuse. *Principles of Drug Addiction Treatment: A Research Based Guide (2018)*⁷⁵. Tokios trukmės (14 dienų) neužtenka priklausomam nuo psichoaktyviųjų medžiagų asmeniui, dalyvauti gydymo programose, nes pavyzdžiui vienos dažniausiai ir sėkmingai taikomos „Minesotos“ programos trukmė yra 28 dienos. Tuo tarpu kitų ligų gydymui asmeniui išduodamas nedarbingumas iki 120 dienų.

1.2.1.2. GYDYMO PASLAUGŲ ORGANIZAVIMO STRUKTŪRA

1.2.1.2.1. Paslaugų teikimo lygiai

Vadovaujantis priklausomybės ligų gydymo ir reabilitacijos standartais⁷⁶, paslaugos yra teikiamos pirminiame ir antriniame lygyje. Tretinio lygio ambulatorinės ir stacionarinės asmens sveikatos priežiūros paslaugos teikiamos tik esant būtinybei patikslinti diagnozę naudojantis tretinio lygio diagnostikos priemonėmis bei diferencinės diagnostikos gydymo taktikai numatyti ir gydyti. **Todėl toliau išsamiau pristatoma paslaugų organizavimo struktūra pirminiame ir antriniame lygyje:**

⁷⁴ LR SAM ir LR SADM įsakymas „Dėl teisės aktų, susijusių su elektroniniais nedarbingumo pažymėjimais bei elektroniniais nėštumo ir gimdymo atostogų pažymėjimais, patvirtinimo“ 2005 m. birželio 30 d. Nr. V-533/A1-189.

⁷⁵ Žiūr: <https://www.drugabuse.gov/publications/principles-drug-addiction-treatment-research-based-guide-third-edition/preface>

⁷⁶ LR SAM ministro įsakymas „Dėl priklausomybės ligų gydymo ir reabilitacijos standartų patvirtinimo“, 2002 m. gegužės 3 d. Nr. 204

1. *Pirminė ambulatorinė psichikos sveikatos priežiūra* – tai kvalifikuotų pirminės psichikos sveikatos priežiūros paslaugų kompleksas, teikiamas psichikos sveikatos centruose arba įstaigose, atitinkančiose psichikos sveikatos centrų reikalavimus. Aptarnaujamiems gyventojams turi būti užtikrinama suaugusiųjų, vaikų ir paauglių psichikos sveikatos priežiūra bei priklausomybės ligų gydymo paslaugos. Pirminio lygio psichikos sveikatos priežiūrą, Valstybinio psichikos sveikatos centro duomenimis, 2016 m. gruodžio 31 d. Lietuvoje vykdė 114 psichikos sveikatos centrų turinčių viešosios įstaigos ar privačios statusą. Pirminio lygio paslaugas asmenims, turintiems privalomąjį sveikatos draudimą apmoka PSDF, o neturintys privalomojo sveikatos draudimo turi už paslaugas mokėtis patys. Pirminio lygio priklausomybės ligų gydymo ir reabilitacijos paslaugas pagal nustatytus aptarnaujamų gyventojų skaičiaus normatyvus teikia gydytojai psichiatrai, slaugytojai, socialiniai darbuotojai ir psychologai pagal kompetenciją, vadovaudamiesi medicinos normomis. Sergančiųjų priklausomybės ligomis asmenų sveikatos priežiūra (gydymas ir reabilitacija) derinama su bendrosios praktikos gydytojais ir/ar kitais pirminės sveikatos priežiūros paslaugas teikiančiais specialistais.

2. *Antrinio lygio ambulatorinės ir stacionarinės asmens sveikatos priežiūros paslaugos.* **Ambulatorinės⁷⁷ paslaugos:** paslaugos teikiamos asmens sveikatos priežiūros įstaigose, turinčiose asmens sveikatos priežiūros įstaigos licenciją, suteikiančią teisę teikti priklausomybės ligų psichiatrijos (II) paslaugas. Šiuo metu Lietuvoje antrinio lygio ambulatorines psichikos sveikatos priežiūros specializuotas paslaugas teikia kai kurie psichikos sveikatos centrai, Respublikinis priklausomybės ligų centras (Vilniaus, Kauno, Klaipėdos, Šiaulių ir Panevėžio filialuose). Paslaugos yra apmokamos iš PSDF (antrinio lygio priklausomybių specialisto konsultacija, pakaitinis gydymas opioidiniais vaistais) arba iš valstybės biudžeto neturintiems privalomojo sveikatos draudimo asmenims (Respublikinio priklausomybės ligų centro filialuose). **Stacionarinės⁷⁸ paslaugos:** paslaugos teikiamos asmens sveikatos priežiūros įstaigose, turinčiose asmens sveikatos priežiūros įstaigos licenciją, suteikiančią teisę teikti priklausomybės ligų psichiatrijos (II) paslaugas. Šiuo metu antrinio lygio stacionarines paslaugas teikia Respublikinio priklausomybės ligų centro (toliau – RPLC) filialai. Teikiamos šios paslaugos: alkoholinės ir narkotinės abstinencijos gydymas, psichosocialinio gydymo (Minesotos programa), medicininė psichosocialinė reabilitacija, vaikų ir jaunimo reabilitacija. Stacionarinės paslaugos, teikiamos RPLC filialuose, yra apmokamos valstybės biudžeto lėšomis. Šios paslaugos nėra kompensuojamos iš PSDF lėšų. Antrinio

⁷⁷ Ambulatorinės paslaugos, tai paslaugos, kurias teikia specialistai asmens sveikatos priežiūros įstaigose. Šios paslaugos teikiamos asmeniui lankantis ambulatoriškai specializuotoje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje paskirtu laiku.

⁷⁸ Stacionarinės paslaugos - tai programos ar gydymo modeliai, kurie apima terapinį gydymą ir kitokias pagalbos psichoaktyvių medžiagų vartotojams formas, įskaitant medicininės-socialines intervencijas kartu su apgyvendinimu.

lygio stacionarines psichiatrijos paslaugas, dažniausiai aktyvaus gydymo (būklėms su alkoholiniu delyru ar sunkia abstinencija gydyti) teikia ir ligoninės, turinčios psichiatrijos ar ūmių būklių skyrius (pvz. VŠĮ Respublikinė Vilniaus psichiatrijos ligoninė, VŠĮ Respublikinė Vilniaus universitetinė ligoninė, VŠĮ Klaipėdos Jūrininkų ligoninė ir pan.).

1.2.1.2.2. Paslaugų spektras

Pirminio ir antrinio lygio priklausomybės ligų gydymo paslaugas aprašo LR SAM ministro įsakymas „Dėl priklausomybės ligų gydymo ir reabilitacijos standartų patvirtinimo“, 2002 m. gegužės 3 d. Nr. 204. Įsakymas reglamentuoja paslaugų pobūdį, indikacijas, reikalingas priemones, trukmę ir dokumentacijos vedimą. Šie priklausomybės ligų gydymo ir reabilitacijos standartai privalomi organizuojant asmens sveikatos priežiūrą licencijuotuose psichikos sveikatos centruose ir priklausomybės ligų centruose, organizuojant asmens sveikatos priežiūrą atitinkamai licencijuotuose psichiatrijos stacionaruose, jų konsultacinėse poliklinikose.

Šioje analizėje toliau pateikiamos ir aptariamoms tik tos paslaugos ir/ar gydymo metodai, kurie yra patvirtinti moksliniais tyrimais ir/ar turi aprobuotas ir patvirtintas metodikas.

Ambulatorinė pagalba

Priklausomybės ligomis sergantys ar žalingai vartojantys psichoaktyvias medžiagas asmenys, šiuo metu ambulatorines paslaugas gali gauti:

1. *psichikos sveikatos centruose* (prie kurių asmuo yra prisirašęs). Juose dirba specialistų komandos (suaugusiųjų psichiatras, vaikų ir paauglių psichiatras, socialinis darbuotojas, psichologas, psichikos sveikatos slaugytojas). Vienas psichiatras teikia pagalbą 20 000 gyventojų, vienas socialinis darbuotojas – 25 000 gyventojų, psichologas – 40 000 gyventojų, psichikos sveikatos slaugytojas – 40 000 gyventojų. Šie specialistai teikia ambulatorinę pagalbą vaikams ir suaugusiems asmenims, kurie turi lengvų ar sunkesnių psichikos sveikatos problemų ar sutrikimų. Jei prireikia stacionaro pagalbos, pacientai guldomi į stacionarinius psichiatrijos ligoninių arba bendrųjų ligoninių psichiatrijos skyrius, priklausomybės ligų centro stacionarinius skyrius.
2. *priklausomybės ligų centro filialuose* (Vilniuje, Kaune, Klaipėdoje, Šiauliuose ir Panevėžyje);
3. *privačiose, asmens sveikatos priežiūros licenciją turinčiose, gydymo įstaigose* (pagalba dažniausiai yra mokama).

Dažniausiai teikiamos ambulatorinės paslaugos, priklausomybės ligomis sergantiems asmenims, yra šios:

Paslaugos pavadinimas	Paslaugų teikėjai	Paslaugos finansavimas
Pirminio lygio gydytojo specialisto (psichiatro) paslauga	Psichikos sveikatos centruose	Paslauga apmokama PSDF lėšomis (sveikatos draudimą turintiems asmenims)
Antrinio lygio, gydytojo psichiatro, teikiančio priklausomybės ligų gydymo paslaugas, paslauga	Priklausomybių ligų centro filialuose; Psichikos sveikatos centruose (retais atvejais)	Paslauga apmokama PSDF lėšomis (sveikatos draudimą turintiems asmenims); Neturintiems sveikatos draudimo paslauga apmokama valstybės biudžeto lėšomis (priklausomybės ligų centro filialuose); Paslauga mokama, PSD turintiems asmenims, kurie kreipiasi be siuntimo iš pirminio lygio ASPĮ; Už paslaugą moka asmenys, kurie šią paslaugą nori gauti neatskleidžiant asmens tapatybės.
Priklausomybės nuo opioidų gydymas, naudojant vaistus (Buprenorfiną, Metadon DAK, Naltrexone) ir psichosocialinę pagalbą	Priklausomybės ligų centro filialuose; Psichikos sveikatos centruose	Paslauga apmokama PSDF lėšomis (apmokama tik farmakoterapiją metadonu); Neturintiems sveikatos draudimo paslauga apmokama valstybės biudžeto lėšomis (Priklausomybės ligų centro filialuose – tik farmakoterapija metadonu); Pacientas, pageidaujantis gauti iš PSDF neapmokamą vaistą (Buprenorfiną) turi pats sumokėti visą jo kainą.
Priklausomybės nuo atkryčių prevencija (disulfiramu, baklofenu ir kitais vaistais)	Priklausomybės ligų centro filialuose	Turintiems PSD ir atvykusiems su pirminio lygio ASPĮ siuntimu gydytojo konsultacija nemokama, už medikamentą susimoka pacientas; Neturintiems sveikatos draudimo paslauga apmokama valstybės

		biudžeto lėšomis (už medikamentą susimoka pacientas); Paslauga mokama, PSD turintiems asmenims, kurie kreipiasi be siuntimo iš pirminio lygio ASPĮ;
Psichologo konsultacija	Psichikos sveikatos centruose; Priklausomybės ligų centro filialuose	Paslauga apmokama PSDF lėšomis; Neturintiems sveikatos draudimo paslauga apmokama valstybės biudžeto lėšomis (Priklausomybės ligų centro filialuose); Paslauga mokama, PSD turintiems asmenims, kurie kreipiasi be siuntimo iš pirminio lygio ASPĮ; Už paslaugą moka asmenys, kurie šią paslaugą nori gauti neatskleidžiant asmens tapatybės.
Gydytojo psichiatro ir psichologo konsultacijos neatskleidžiant asmens tapatybės pacientams ir artimiesiems dėl alkoholio ir kitų psichoaktyvių medžiagų vartojimo	Priklausomybės ligų centro filialuose; Privačiose asmens sveikatos priežiūros įstaigose.	Paslauga mokamas
Ambulatorinė anoniminė Minesotos programa (trukmė 3 mėn.)	Priklausomybės ligų centro Vilniaus filiale	Paslauga apmokama iš valstybės biudžeto. Už paslaugą moka asmenys, kurie šią paslaugą nori gauti neatskleidžiant asmens tapatybės.
Pirminio lygio vaikų paauglių gydytojo psichiatro paslauga	Psichikos sveikatos centruose	Paslauga apmokama PSDF lėšomis
Antrinio lygio, vaikų paauglių gydytojo psichiatro paslaugas	Priklausomybių ligų centro filialuose; Psichikos sveikatos centruose	Paslauga apmokama PSDF lėšomis;

Dienos stacionaras (suaugusiųjų psichiatrija)	Priklausomybės ligų centro Vilniaus filiale	Paslauga apmokama PSDF lėšomis; Neturintiems sveikatos draudimo paslauga apmokama valstybės biudžeto lėšomis (Priklausomybės ligų centro filialuose)
Ambulatorinė (trumpalaikė ar ilgalaikė) ar medicininė psichosocialinė rehabilitacija	Priklausomybės ligų centro Vilniaus filiale	Paslauga turėtų būti apmokama iš PSDF lėšų, tačiau per sudėtingos paslaugos deklaravimo į IS Sveidra sistemą eigos, paslauga teikiama biudžeto lėšomis.

Ambulatorinės paslaugos, kaip nurodoma LR SAM 2015 m. gruodžio 22 d. įsakyme Nr. V-1496 „Dėl Ambulatorinių priklausomybės ligų gydymo paslaugų reikalavimų aprašo patvirtinimo“, visų pirma, turi būti teikiamos pirminiame lygyje, tik esant poreikiui specializuotai antrinio lygio konsultacijai, pirminio lygio specialistai turi išrašę siuntimą nukreipti reikalingai pagalbai. Tačiau dažnai, asmenys, sergantys priklausomybės ligomis nenori kreiptis į pirminio lygio specialistus, bijodami būti identifikuoti ar dėl kitų, su stigma ir mažu paslaugų spektru susijusių priežasčių. Todėl tie, kurie kreipiasi pagalbos į antrinio lygio specialistus be pirminio lygio siuntimo, turi už paslaugą mokėti. Tai apsunkina pačios paslaugos prieinamumą ir savalaikį patekimą į sveikatos priežiūros sistemą. Interviu su specialistais (pirminiame lygyje dirbančiais gydytojais psichiatrais) metu, kaip vienos iš pagrindinių priežasčių, kurios trukdo teikti kokybiškas paslaugas priklausomybės ligomis sergantiems asmenims, tai gydytojų darbo krūviai ir laiko stoka (o šios tikslinės grupės pacientai išsiskiria kompleksinėmis problemomis, ir darbu su jais reikia daugiau laiko), per mažas apmokėjimas už paslaugas, kai labiau patrauklu dirbti su kitais psichikos ligomis sergančiais asmenimis (dėl problemos pobūdžio, sudėtingumo, priklausomų asmenų stigmatizavimo ir pan.). Net po antrinio lygio sveikatos priežiūros įstaigose suteiktų paslaugų, asmeniui grįžus į pirminį lygį, dažniausiai jam nėra pasiūlomos dienos stacionaro paslaugos, nes tokių pacientų vienoje grupėje nenori kiti pacientai ir pan. Todėl akivaizdu, kad šiai tikslinei grupei, turi būti teikiamos specializuotos paslaugos.

Kita problema, kurią galima išskirti remiantis renkamais statistiniais duomenimis (pateiktais žemiau) – paslaugų aprėptis ir prieinamumas. Nors Lietuvoje dauguma priklausomybės nuo narkotikų vartojimo paslaugų teikiamos ambulatoriškai - 1646 asmenų gavo paslaugas; stacionarias – 738 asmenys (ASIS⁷⁹ duomenys, 2016), tačiau

⁷⁹ Reiktų atkreipti dėmesį į tai, kad šiuo metu egzistuojanti stebėsenos sistema ASIS nėra tiksli ir jos surinkti duomenys neleidžia pamatyti realios situacijos. Duomenų rinkimą reglamentuoja Vadovaujantis Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. rugpjūčio 1 d. įsakymo Nr. V-636 „Dėl

atsižvelgiant į mažą paslaugų prieinamumą, reiktų didinti tiek ambulatorinių paslaugų, tiek stacionarinių paslaugų prieinamumą. Mažą šių paslaugų prieinamumą (tiek narkotikų, tiek alkoholio klausimais), galima pagrįsti ir fiksuotu besikreipiančiųjų pagalbos asmenų skaičiumi ir psichoaktyvių medžiagų paplitimu, t.y. analizuojat įvairius tyrimus ir duomenis, susijusius su alkoholio ir kitų psichoaktyvių medžiagų paplitimu ir gydymo prieinamumu, stebimas pakankamai didelis psichoaktyvių medžiagų vartojimo paplitimas (pvz. NTAKD atlikto 2016 m. tyrimo duomenimis⁸⁰) narkotikų vartojimo paplitimas 2016 m., palyginti su 2012 metų duomenimis, tarp tų, kurie vartojo bent kartą gyvenime ir vartojo per paskutiniuosius 12 mėnesių rodikliai išliko reikšmingai nepakitę. Tuo tarpu vartojusiųjų per paskutiniąsias 30 dienų skaičius padidėjo 0,5 proc. nuo 0,8 proc. 2012 metais iki 1,3 proc. 2016 metais. Kitų tyrimų duomenis, pvz. Rehm J. (2012)⁸¹ duomenimis, Lietuvoje kas dešimtam vyrui (9,9 proc.) ir 1,9 proc. moterų nustatyta priklausomybės nuo alkoholio diagnozė. Priklausomybės paplitimo tarp vyrų rodikliu Lietuva taip pat ženkliai lenkia ES vidurkį (6,6 proc.), moterų – 1,6 proc.

Higienos instituto duomenys, taip pat patvirtina, kad asmenys turintys problemų dėl priklausomybės, į pirminio lygio įstaigas kreipiasi ne dažnai (arba jiems diagnozuojamos kitos ligos, neidentifikuojant priklausomybės) (žiūrėti 6 lentelę).

Asmenų, kurie kreipiasi į asmens sveikatos priežiūros įstaigas dėl psichikos ir elgesio sutrikimų, vartojant narkotines ir psichotropines medžiagas, stebėsenos tvarkos aprašo patvirtinimo“

⁸⁰[https://ntakd.lrv.lt/uploads/ntakd/documents/files/34862%20NTAKD%20Metinis%20prane%C5%A1imas\(1\).pdf](https://ntakd.lrv.lt/uploads/ntakd/documents/files/34862%20NTAKD%20Metinis%20prane%C5%A1imas(1).pdf). Psl. 46

⁸¹ Rehm et al. Alcohol consumption, alcohol dependence and attributable burden of disease in Europe: Potential gains from effective interventions for alcohol dependence. Centre for Addiction and Mental Health. Canada, 2012

6 lentelė. *Sergančiųjų asmenų skaičius pagal prisirašymą pirminėse sveikatos priežiūros įstaigose (pagal metus). Šaltinis: Higienos institutas.*

Diagnozės kodai	2014		2015		2016	
	Sergančių asmenų skaičius - ligotumas	Sergančių asmenų skaičius 1000 prisirašiusių	Sergančių asmenų skaičius – ligotumas	Sergančių asmenų skaičius 1000 prisirašiusių	Sergančių asmenų skaičius - ligotumas	Sergančių asmenų skaičius 1000 prisirašiusių
F10 psichikos ir elgesio sutrikimai dėl alkoholio vartojimo	19385	5.99	19908	6.19	20445	6.41
F11-F19 psichikos ir elgesio sutrikimai dėl kitų psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo	1846	0.57	2153	0.67	2120	0.66
T36-T65 apsinuodijimas narkotikais, vaistais ir biologinėmis medžiagomis bei nemedicininės paskirties medžiagų toksinis poveikis	12386	3.83	12094	3.76	11958	3.75

Siekiant didinti ambulatorinių paslaugų prieinamumą ir mažinti brangesnių, stacionarių paslaugų perteklinį taikymą, nuo 2009 m. gavus Europos Sąjungos struktūrinę paramą, įvairiuose Lietuvos rajonuose prie savivaldybių lygiu sukurtos psichikos sveikatos centrų infrastruktūros pradėti steigti psichiatrijos dienos stacionarai. Dienos stacionarų pagrindinės veiklos oficialiai pristatomos, kaip individualūs ir grupiniai užsiėmimai, psichoterapijai, meno, muzikos ir šviesos, judesio terapija, socialinių įgūdžių lavinimo užsiėmimai ir kt. Tačiau, kaip rodo Higienos instituto pateikti duomenys, psichiatrijos dienos stacionaro paslaugos pirminiame sveikatos priežiūros lygmenyje, priklausomybe sergantiems asmenims teikiamos labai maža apimtimi (žiūr. 7 lentelę). To priežastis, kaip interviu metu įvardijo psichikos sveikatos centrų specialistai, tai tokių paslaugų neišskyrimas atskirai tik priklausomybės ligomis sergantiems. Kiti pacientai (turintys kitų psichikos problemų) nenori lankyti tų pačių užsiėmimų kartu su priklausomais asmenimis, su jais kyla daugiau konfliktų ir pan. Specialistai taip pat įvardijo priklausomybės ligomis sergančiųjų asmenų, kaip grupės, specifinius poreikius, todėl tikslinga yra dienos stacionarą šiems asmenims organizuoti atskirai. To, šiuo metu padaryti, anot specialistų, neįmanoma dėl per didelio pacientų skaičiaus, patalpų trūkumo, specialistų trūkumo ir pan.

7 lentelė. Išrašytų dienos stacionaro ligonių sudėtis pagal diagnozių grupes.
Šaltinis: Higienos institutas.

Diagnozės kodas	Metai	Dienos stacionaro ligonių skaičius	Dienos stacionaro ligonių skaičius 1000 gyv.
F10 psichikos ir elgesio sutrikimai dėl alkoholio vartojimo	2014	52	0.02
	2015	54	0.02
	2016	37	0.01
	2017	67	0.02
F11-F19 psichikos ir elgesio sutrikimai dėl kitų psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo	2014	9	0
	2015	1	0
	2016	4	0
	2017	5	0

Antrinio lygio dienos stacionaro specializuotas priklausomybės ligomis sergantiems asmenims paslaugas teikia tik vienas Respublikinio priklausomybės ligų centro filialas (Vilniuje). Suteiktų paslaugų skaičiai pateikti 8 lentelėje.

8 lentelė. Dienos stacionaro paslaugų, suteiktų Respublikinio priklausomybės ligų centro Vilniaus filiale duomenys. Šaltinis: Respublikinio priklausomybės ligų centro metinės veiklos ataskaitos.

Diagnozės kodas	Metai	Kreipėsi asmenų
F10 psichikos ir elgesio sutrikimai dėl alkoholio vartojimo	2016	42
	2017	164
F11-F19 psichikos ir elgesio sutrikimai dėl kitų psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo	2016	298
	2017	170
Iš viso	2016	340
	2017	334

Užtikrinti atkryčių prevenciją, po stacionarinio gydymo, galėtų ir ambulatorinė (trumpalaikė ar ilgalaikė) medicininės psichosocialinės rehabilitacijos paslauga. Šios paslaugos teikimo tvarką reglamentuoja LR SAM 2015 m. birželio 30 d. Nr. V-813 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2012 m. rugpjūčio 21 d. įsakymo Nr. V-788 „Dėl psichosocialinės rehabilitacijos paslaugų psichikos sutrikimų turintiems asmenims teikimo tvarkos aprašo patvirtinimo pakeitimas“. Psichosocialinės rehabilitacijos paslauga apibrėžiama kaip licencijuojama reabilitacinio pobūdžio asmens sveikatos priežiūros paslauga, teikiama psichikos ligoniams asmens sveikatos priežiūros įstaigose, turinčiose šių paslaugų teikimo licenciją. Ambulatorines psichosocialinės rehabilitacijos

paslaugas gali teikti įstaigos, turinčios licenciją teikti ambulatorines, dienos stacionaro ar pirminės psichikos sveikatos priežiūros arba ambulatorinės medicininės reabilitacijos psichikos ir elgesio sutrikimų profilio paslaugas ir atitinkančios įsakyme pateiktus reikalavimus. Šis dokumentas medicininę psichosocialinę reabilitaciją apibrėžia, kaip procesą, kuris suteikia asmenims, turintiems psichikos bei elgesio sutrikimų, galimybę pasiekti optimalų savarankiško funkcionavimo bendruomenėje lygį. Trumpalaikė ambulatorinė psichosocialinė reabilitacija trunka iki 40 kalendorinių dienų (12 apsilankymų), suteikiama 50 val. reabilitacijos paslaugų. Ilgalaikė ambulatorinė psichosocialinė reabilitacija trunka iki 9 mėn., papildomai skiriama 25 apsilankymai ir suteikiama iki 100 val. reabilitacijos paslaugų.

Tačiau ši paslauga nėra prieinama jos pageidaujantiems pacientams. Ambulatorinę psichosocialinę paslauga priklausomybės ligomis sergantiems asmenims teikia tik Respublikinio priklausomybės ligų centro Vilniaus filialas. Tačiau paslauga teikiama biudžeto lėšomis, nes šiuo metu yra sudėtinga paslaugos deklaravimo tvarka į informacinę sistemą Sveidra, dėl apmokėjimo iš PSDF (išsamiau problemos, susijusios su šia paslauga, bus aptartos prie stacionarinio gydymo skilties). Todėl paslauga teikiama gana maža apimtimi, nors tokių paslaugų labai trūksta (visoje Lietuvoje), pvz. ambulatorines psichosocialinės reabilitacijos paslaugas Respublikinio priklausomybės ligų centro Vilniaus filiale 2016 m. gavo 63 asmenys; 2017 m. 105 asmenys.

Dar viena gydymo paslauga, kuri šiuo metu teikiama opioidinę priklausomybę turintiems asmenims, tai pakaitinis gydymas opioidiniais vaistiniais preparatais. Pakaitinis opioidinis gydymas paprastai derinamas su psichosocialinėmis intervencinėmis priemonėmis, yra dažniausias priklausomybės nuo opioidų vartojimo gydymo būdas. Moksliniai tyrimai ir duomenys⁸² patvirtina, kad taikant tokį gydymo metodą, teigiamai veikiamas narkotikų vartotojų pasiryžimas tęsti gydymą, mažėja neteisėtų opioidų vartojimo paplitimas ir užregistruojamų rizikingo elgesio atvejų, su narkotikais susijusi žala ir mirtingumas.

Nors pakaitinio gydymo opioidiniais vaistiniais preparatais paslauga yra apmokama iš privalomojo sveikatos draudimo fondo, o neturintiems sveikatos draudimo, ją apmoka iš valstybės biudžeto lėšų (priklausomybės ligų centro filialuose), tačiau jos apimtis Lietuvoje nepasiekia rekomenduojamos Pasaulio sveikatos

⁸² Pvz.: Gowing L, Farrell M, Bornemann R, Sullivan LE, Ali R. (2008). Substitution treatment of injecting opioid users for prevention of HIV infection. Cochrane Database of Systematic Reviews 2008, Issue 2. Art. No.: CD004145. DOI: 10.1002/14651858.CD004145.pub3; Padaiga Ž., Subata E., Vanagas G. (2007). Outpatient methadone maintenance treatment program: Quality of life and health of opioid-dependent persons in Lithuania. *Medicina*, 2007; 43(3). – 235-241; WHO/UNODC/UNAIDS, 2004 Substitution maintenance therapy in the management of opioid dependence and HIV/ AIDS prevention. Position paper, WHO. Geneva. Accessed on 8th December 2008: www.who.int/substance_abuse/publications/treatment/en/index.html

organizacijos (PSO). Valstybinio psichikos sveikatos centro duomenimis 2016 m. pakaitinio opioidinio gydymo metadonu Lietuvoje epizodų (ne asmenų) buvo 726.

Vienas išsamesnių tyrimų, kurio metu buvo vertinta pakaitinio opioidinio gydymo (metadonu) paslaugos aprėptis ir prieinamumas, buvo atliktas 2013 m.⁸³ Tuo metu Lietuvoje 19-oje asmens sveikatos priežiūros įstaigų farmakoterapijos metadonu paslaugas gavo 581 asmuo. Lietuvoje 1000-čiui švirkščiamų narkotikų vartotojų tenka 3,45 farmakoterapijos metadonu paslaugų teikėjai, kurie yra itin netolygiai pasiskirstę geografiškai ir koncentruojasi Vilniaus mieste. Farmakoterapijos metadonu paslaugas gaunančių pacientų ir probleminių švirkščiamų narkotikų vartotojų asmenų skaičiaus santykis yra 0,1. Pagal PSO, UNODC, UNAIDS Techninėse gaires⁸⁴ pateiktas rekomendacijas toks rodiklis atspindi mažą paslaugų aprėptį (kai rodiklis mažesnis nei $\leq 0,2$, aprėptis laikoma maža, kai $\geq 0,4$, aprėptis laikoma didele). Tyrimo duomenimis 2013 m. švirkščiamų narkotikų vartotojų dalis, gaunanti farmakoterapijos metadonu paslaugas, sudaro 10,6 proc. (kai švirkščiamų narkotikų vartotojų dalis, gaunanti farmakoterapijos metadonu paslaugas, yra ≤ 20 proc., farmakoterapijos metadonų paslaugų prieinamumas laikomas mažu; jei rodiklis yra $>$ nei 40 proc., tokio lygio prieinamumas laikomas aukštu).

Galima daryti prielaidą, kad situacija nuo 2013 m. reikšmingai nepasikeitusi iki šiol (t.y. 2016 m. pakaitinio opioidinio gydymo metadonu Lietuvoje epizodų (ne asmenų) buvo daugiau nei 2013 m. tik 145).

Nors kai kurių psichosocialinių ar psichoterapinių ambulatorinių paslaugų trūkumą gali kompensuoti privačios sveikatos priežiūros įstaigos, tačiau jos būtų prieinamos tik galintiems už šias paslaugas susimokėti. Duomenų, kurie leistų įvertinti privačiose įstaigose teikiamų paslaugų apimtį, nepavyko gauti.

Apibendrinant priklausomybės ligų gydymo situaciją, susijusią su ambulatorinėmis paslaugomis, galima daryti prielaidą, kad šios paslaugos yra gana fragmentiškos ir akivaizdus jų trūkumas (tiek atsižvelgiant į gavusių paslaugas asmenų skaičių, tiek jų prieinamumą (tame tarpe ir geografinį)).

Stacionarinė pagalba

Priklausomybės ligomis sergantys ar žalingai vartojantys psichoaktyvias medžiagas asmenys, šiuo metu stacionarines paslaugas gali gauti:

1. *Respublikinio priklausomybės ligų centro filialuose* Vilniuje, Kaune, Klaipėdoje, Panevėžyje ir Šiauliuose (abstinencijos gydymo paslauga, psichosocialinio gydymo (Minesotos pr.) paslauga, medicininė stacionarinė psichosocialinė rehabilitacija);

⁸³ <http://galiugyventi.lt/wp-content/uploads/2014/02/2.-NTAIONAL-REPORT-LT-2015.11.30-FINAL.pdf>

⁸⁴ http://www.who.int/hiv/pub/idu/targets_universal_access/en/

2. *Psichiatrinio profilio ligoninėse*, pvz. VŠĮ Vilniaus m. psichikos sveikatos centre, VŠĮ Klaipėdos jūrininkų ligoninės psichiatrijos skyriuje; VŠĮ Marijampolės ligoninėje; VŠĮ Respublikinėje Panevėžio ligoninėje; VŠĮ Respublikinė Vilniaus psichiatrijos ligoninė; VŠĮ Tauragės ligoninė; VŠĮ Mažeikių ligoninė; VŠĮ Rokiškio psichiatrijos ligoninė ir kt. (abstinencijos (sunkios) būklės ar abstinencijos būklės su deliry gydymą);
3. VŠĮ Respublikinės Vilniaus universitetinės ligoninės *Ūmių apsinuodijimų ir Toksikologijos reanimacijos ir intensyviosios terapijos skyriuose* (būtinoji pagalba dėl toksinio etanolio poveikio, apsinuodijimo narkotikais ir alkoholinių ir psichoaktyvių medžiagų sukeltų abstinencijos būklių gydymas);
4. *Privačios sveikatos priežiūros įstaigos* (pvz. „Ažuolyno klinika“, „Baltijos Amerikos klinika“ ir t.t.). Šių įstaigų teikiamos paslaugos dažniausiai yra mokamos.

Dažniausiai teikiamos stacionarinės paslaugos yra šios:

Paslaugos pavadinimas	Paslaugų teikėjai	Paslaugos finansavimas
Alkoholinės ir narkotinės abstinencijos (vidutinės ir lengvos) gydymas, kartu su socialinių darbuotojų ir psichologų konsultacijomis	Respublikinio priklausomybės ligų centro filialuose	Paslauga apmokama valstybės biudžeto lėšomis. Už paslaugą moka asmenys, kurie šią paslaugą nori gauti neatskleidžiant asmens tapatybės
Alkoholinių ir psichoaktyvių medžiagų sukeltų abstinencijų gydymas	VŠĮ Respublikinė Vilniaus universitetinė ligoninė	Paslauga apmokama PSDF lėšomis
Alkoholinės ir narkotinės abstinencijos (sunkios) būklės ar abstinencijos būklės su deliry gydymas	Psichiatrinio profilio ligoninėse	Paslauga apmokama PSDF lėšomis
Būtinoji pagalba dėl toksinio etanolio poveikio ar apsinuodijimo narkotikais	VŠĮ Respublikinė Vilniaus universitetinė ligoninė	Paslauga apmokama PSDF lėšomis
Psichosocialinio gydymo (Minesotos programos) paslauga	Respublikinio priklausomybės ligų centro 3 filialuose (Vilniuje, Kaune ir Klaipėdoje)	Paslauga apmokama valstybės biudžeto lėšomis; Už paslaugą moka asmenys, kurie šią paslaugą nori gauti neatskleidžiant asmens tapatybės
Medicininė psichosocialinė	Respublikinio	Paslauga apmokama

reabilitacija (stacionarinė)	priklausomybės ligų centro 3 filialuose (Vilniuje, Panevėžyje ir Šiauliuose)	valstybės biudžeto lėšomis; Už paslaugą moka asmenys, kurie šią paslaugą nori gauti neatskleidžiant asmens tapatybės; Paslauga galėtų būti apmokama iš PSDF lėšų, tačiau dėl apsunkintų paslaugų teikimo ir deklaravimo į IS Sveidrą tvarkos, paslauga teikiama tik iš valstybės biudžeto lėšų
------------------------------	--	--

Priklausomybės ligų gydymo ir reabilitacijos standartuose yra keliami šie stacionarinio gydymo tikslai: abstinencijos būklės gydymas, motyvacija tęsti gydymą terapinėse bendruomenėse ir/ar dalyvauti savitarpio pagalbos grupėse, tęsti psichologo, socialinio darbuotojo konsultacijas, laboratorinis ištyrimas dėl ŽIV, virusinio hepatito C, suteikti informacijos apie priklausomybes ir sveikimą pacientams ir jų artimiesiems.

Šiuo metu specializuotų stacionariųjų paslaugų prieinamumas, įvertinus Respublikinio priklausomybės ligų centro duomenis yra: Vilniaus filiale alkoholinės abstinencijos gydymui skirta 30 lovų, Klaipėdos filiale – 30 lovos, Kauno filiale – 10 lovų, Šiaulių filiale – 20 lovų, Panevėžio filiale – 18 lovų. Viso – 98 lovos. Narkotinės abstinencijos gydymui skirta: Vilniaus filiale – 15 lovų, Klaipėdos filiale – 16 lovų, Kauno filiale – 2 lovos. Iš viso – 29 lovos. Psichosocialinio gydymo (Minesotos programa) skirtas lovų skaičius: Vilniaus filiale – 26 lovos, Kauno filiale – 12 lovų, Klaipėdos filiale – 10 lovų. Iš viso – 48 lovos. Psichosocialinės stacionarinės medicininės reabilitacijos skirta lovų: Vilniaus filiale – 9, Šiaulių filiale – 8, Panevėžio filiale – 6. Viso – 23 lovos. Vaikų ir jaunimo reabilitacija yra organizuojama tik Vilniaus filiale (10 lovų) ir Kauno filiale (15 lovų). Išsamiau apie suteiktų paslaugų apimtį žiūr. 9 ir 10 lenteles.

9 lentelė. Respublikiniame priklausomybės ligų centre suteiktų paslaugų apimtys 2017 m.. Šaltinis: Respublikinio priklausomybės ligų centro metinė veiklos ataskaita.

Diagnozės kodas	Stacionare gydyta 2017 m. (gydymo epizodais)
F10 psichikos ir elgesio sutrikimai dėl alkoholio vartojimo	3666
F11-F19 psichikos ir elgesio sutrikimai dėl kitų psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo	582
F63 įpročių ir potraukio sutrikimai	23
Iš viso	4271

10 lentelė. Respublikiniame priklausomybės ligų centre suteiktų paslaugų apimtys 2017 m. pagal paslaugos tipą filialuose. Šaltinis: Respublikinio priklausomybės ligų centro metinė veiklos ataskaita.

Stacionarinės paslaugos tipas	RPLC filialas, kuriame teikiama paslauga	Suteikta paslaugų 2017 m.	Iš viso
Narkotinės abstinencijos gydymas	Vilniaus	291	462
	Kauno	22	
	Klaipėdos	149	
Alkoholinės abstinencijos gydymas	Vilnius	765	2968
	Kaunas	443	
	Klaipėda	624	
	Šiauliai	401	
	Panevėžys	735	
Psichosocialinis gydymas (Minesotos programa)	Vilnius	356	524
	Kaunas	168	
	Klaipėda	Duomenų nepateikė	
Medicininė psichosocialinė rehabilitacija	Vilnius	207	2017
Vaikų ir jaunimo rehabilitacija	Vilnius	38	110
	Kaunas	72	

Kai kurios stacionarinės paslaugos yra teikiamos ir kitose gydymo įstaigose, pvz., Respublikinėje Vilniaus psichiatrijos ligoninėje, Respublikinėje Vilniaus universitetinėje ligoninėje ir kt. Šių ligoninių ūmios psichiatrijos skyriai teikia būtinają medicinos pagalbą susirgusiems alkoholinėmis ar kitų psichoaktyvių medžiagų sukeltomis psichozėmis arba esant sunkioms abstinencijos būklėms. NTAKD surinktos informacijos duomenimis (2018 m.) šiose gydymo įstaigose suteiktų paslaugų apimtys pateikiamos 11 lentelėje.

11 lentelė. Ligoninėse suteiktų paslaugų apimtys 2017 m. pagal paslaugos tipą.
Šaltinis: Narkotikų tabako ir alkoholio kontrolės departamento surinkti duomenys.

Asmens sveikatos priežiūros įstaiga	Paslaugos tipas	Metai	Paslaugų gavėjų skaičius	Vidutinį vienos paslaugos teikimo trukmė
VšĮ Vilniaus m. psichikos sveikatos centras	Alkoholinės abstinencijos gydymas (tame tarpe ir su delyru)	2017	51	7,3
		2016	45	7
	Narkotinės abstinencijos gydymas	2017	9	8,5
		2016	16	10,4
VšĮ Tauragės ligoninė	Alkoholinės abstinencijos gydymas (tame tarpe ir su delyru)	2017	57	8,5
		2016	84	8,4
	Narkotinės abstinencijos gydymas	2017	0	0
		2016	0	0
VšĮ Rokiškio psichiatrijos ligoninė	Alkoholinės abstinencijos gydymas (tame tarpe ir su delyru)	2017	115	13,3
		2016	127	20,2
	Narkotinės abstinencijos gydymas	2017	2	13,5
		2016	2	13,5
VšĮ Respublikinė Vilniaus psichiatrijos ligoninė	Alkoholinės abstinencijos gydymas (tame tarpe ir su delyru)	2017	1961	7,2
		2016	2432	7,1
	Narkotinės abstinencijos gydymas	2017	78	6,7
		2016	185	6,4
VšĮ Respublikinė Panevėžio ligoninė	Alkoholinės abstinencijos gydymas (tame tarpe ir su delyru)	2017	87	7,5
		2016	116	6,4
	Narkotinės abstinencijos gydymas	2017	2	4,5
		2016	6	7
VšĮ Mažeikių ligoninė	Alkoholinės abstinencijos gydymas (tame tarpe ir su delyru)	2017	113	6,9
		2016	120	6,8
	Narkotinės abstinencijos gydymas	2017	1	14
		2016	1	10
VšĮ Marijampolės ligoninė	Alkoholinės abstinencijos gydymas (tame tarpe ir su delyru)	2017	16	6,2
		2016	19	7,1
	Narkotinės abstinencijos	2017	0	0

	gydymas	2016	0	0
VšĮ Klaipėdos jūrininkų ligoninė	Alkoholinės abstinencijos gydymas (tame tarpe ir su delyru)	2017	968	Nenurodė
		2016	1063	Nenurodė
	Narkotinės abstinencijos gydymas	2017	7	Nenurodė
		2016	11	Nenurodė
VšĮ Respublikinė Vilniaus universitetinė ligoninė	Alkoholinės abstinencijos gydymas ir būtinoji pagalba dėl toksinio etanolio poveikio	2017	1069	5
		2016	1072	5
	Narkotinės abstinencijos gydymas ir apsinuodijimo narkotikais gydymas	2017	66	5,5
		2016	81	5,5

Taigi, remiantis šiais NTAKD surinktais duomenimis iš ligoninių ir analizuojant Higienos instituto duomenis matome, kad dažniausiai priklausomų nuo psichoaktyvių medžiagų gydymas apsiriboja aktyviu gydymu, kurio trukmė nuo 4 iki 7 dienų. Tęstinio gydymo, apmokamo iš PSDF lėšų, tokio, kaip medicininė stacionarinė psichosocialinė rehabilitacija, teikiama labai mažomis apimtimis, pvz. 2016 m. asmenims, priklausomiems nuo alkoholio, medicininės psichosocialinės rehabilitacijos paslaugų, apmokamų iš PSDF buvo suteikta tik 37 asmenims. Priklausomiems nuo narkotikų (F11-F19) – 1 asmeniui. Išsamiau žiūrėti 11 lentelę.

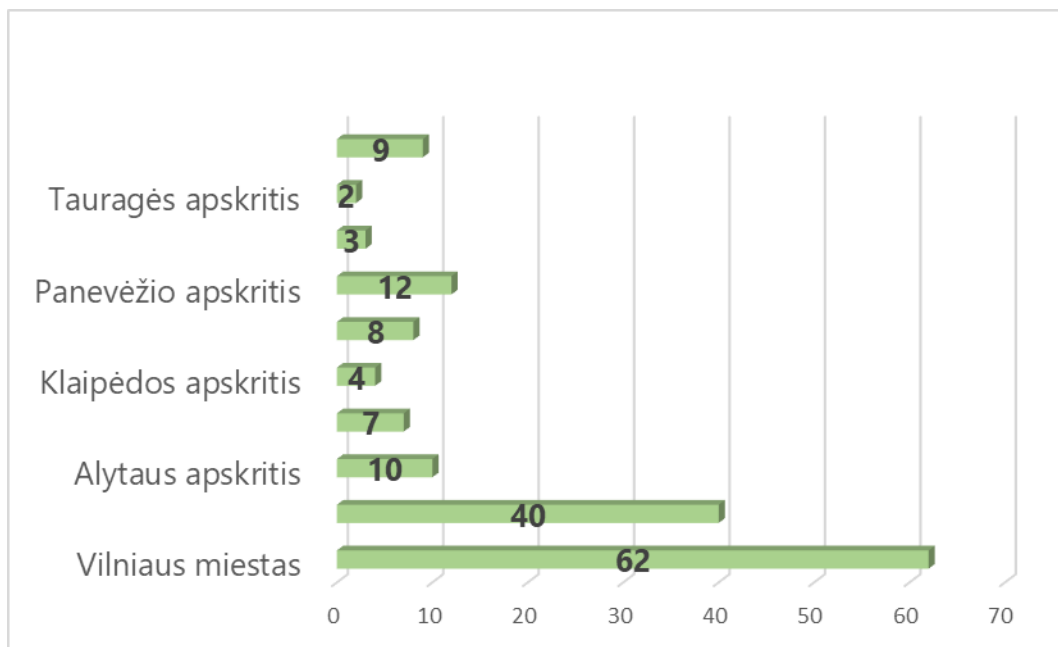
11 lentelė. Stacionarinio gydymo priklausomybės ligomis sergantiems asmenims apimtys pagal paslaugos profilį, trukmę). Šaltinis: Higienos institutas.

Diagnozė kodai	Metai	Aktyvus gydymas			Ilgalaikis gydymas			Medicininė rehabilitacija			Visi		
		Stacionaro ligonių skaičius	Stacionaro ligonių skaičius 1000 gyv	Vidutinis gulėjimo laikas	Stacionaro ligonių skaičius	Stacionaro ligonių skaičius 1000 gyv	Vidutinis gulėjimo laikas	Stacionaro ligonių skaičius	Stacionaro ligonių skaičius 1000 gyv	Vidutinis gulėjimo laikas	Stacionaro ligonių skaičius	Stacionaro ligonių skaičius 1000 gyv	Vidutinis gulėjimo laikas
F10 psichikos ir elgesio sutrikimai dėl alkoholio vartojimo	2016	6890	2.4	7.88	902	0.31	15.35	37	0.01	14.78	7814	2.72	8.83
	2015	7751	2.67	7.63	573	0.2	16.74	6	0	14.83	8329	2.87	8.35
F11-F19 psichikos ir elgesio sutrikimai dėl kitų psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo	2016	336	0.12	6.92	262	0.09	12.44	1	0	15	598	921	9.36
	2015	253	0.09	6.22	332	0.11	11.34	0	0	0	585	0.2	9.13

Abstinencijos gydymas (tiek alkoholinės, tiek narkotinės) yra tik pirmas žingsnis. Tam, kad būtų galima pasiekti didesnę gydymo / pagalbos efektyvumą, reiktų asmenims rekomenduoti tęsti gydymą, pvz. Minesotos programoje, arba medicininės psichosocialinės reabilitacijos programoje, įstaigose, teikiančiose trumpalaikę socialinę globą (reabilitacijos) ir kt.

Kaip jau buvo minėta, Minesotos programa šiuo metu yra prieinama tik RPLC Vilniaus, Kauno ir Klaipėdos filialuose. Iki 2018 m. medicininę psichosocialinę reabilitaciją, specializuotą priklausomybės ligomis sergantiems asmenims, organizavo tik RPLC Vilniaus filialas. Nuo 2018 m. ši paslauga yra teikiama dar dviejuose RPLC filialuose: Šiauliuose ir Panevėžyje. Stacionarinė psichosocialinė reabilitacija trunka iki 15 lovadienių, suteikiama 50 val. reabilitacijos paslaugų. Vidutinė gydymo trukmė 2017 metais RPLC Vilniaus filiale vienam pacientui buvo 14 dienų. Tai rodo, kad net 90 proc. pacientų sėkmingai baigia šį gydymą. Šia paslauga, kol ji buvo organizuojama tik Vilniaus m., ja naudojosi daugiau Vilniaus m. gyventojų. Nuo 2018 m. ši paslauga turėtų tapti labiau prieinama ir kitų miestų bei apskričių gyventojams (išsamiau apie 2017 m. teiktas paslaugas 12 lentelėje)

12 lentelė. RPLC Vilniaus filiale 2017 m. medicininės psichosocialinės reabilitacijos paslaugas gavusių pacientų pasiskirstymas pagal gyvenamą vietą (skaičiuojama paslaugas gavusieji asmenys). Šaltinis: Respublikinio priklausomybės ligų centro metinė veiklos ataskaita.



Kol kas ši paslauga (medicininė stacionarinė psichosocialinė rehabilitacija) priklausomybės ligomis sergantiems asmenims teikiama tik iš valstybės biudžeto lėšų, nors teoriškai galėtų būti apmokama ir iš PSDF. Didžiausia tęstinio gydymo, tokio, kaip medicininės psichosocialinės rehabilitacijos kliūtis yra apsunkintas paslaugos deklaravimas į IS Sveidra ir reikalavimų atitikimas. Pagrindinės problemos, kurios išryškėjo interviu su Respublikinio priklausomybės ligų centro specialistais, yra šios:

1. Atima daug laiko prašymų ir išrašų pildymas (gydytojų konsiliumo sukvietimas) ir siuntimas kiekvieno paciento atveju į TLK, tam, kad gauti leidimą suteikti paslaugą konkrečiam asmeniui. Pacientas taip pat nėra užtikrintas ar jam bus suteiktas leidimas tolimesniam gydymui, todėl sunku jį motyvuoti gydymo tęstinumui psichosocialinės rehabilitacijos skyriuje.
2. Pacientas stacionarinei psichosocialinei rehabilitacijai gali būti nukreipiamas tik iš stacionarinio skyriaus. Dalis pacientų stabilizuoti būklę gali ir ambulatoriškai (pvz. medikamentų pagalba) o dėl atkryčių prevencijos ir kitų problemų tolimesnio sprendimo (pvz. nesaugi aplinka į kurią turėtų grįžti, nepakankamai susiformavę įgūdžiai reikalingi toliau išlikti remisijoje ir pan.) būti tikslinga toliau tęsti gydymą stacionarinėje psichosocialinėje rehabilitacijoje.
3. Pacientas turi atitikti Bendros būklės vertinimo kriterijus t.y. psichosocialinė stacionarinė rehabilitacija skiriama kai bendras būklės vertinimas yra nuo 21 iki 40 balų. Priklausomybės ligų gydymo atvejais toks žemas balo vertinimas yra labai retai pasitaikantis ir priklausomybės ligų gydymo atvejais psichosocialinės rehabilitacijos tikslai yra keliami kiti, nei pvz. sergantiems kitomis psichikos ligomis.

Apibendrinant stacionarinių paslaugų priklausomybės ligomis sergantiems asmenims situaciją Lietuvoje, galima daryti prielaidą, kad ši paslauga taip pat yra riboto prieinamumo ir nėra mechanizmo, leidžiančio užtikrinti šios paslaugos tęstinumą (pvz. po vieno gydymo epizodo (abstinencijos gydymo) sėkmingai pereiti į kitą gydymo epizodą (pvz. Minesotos programą ar pan.).

Nors, kaip jau buvo minėta, abstinencijos gydymą teikia ne viena gydymo įstaiga, tačiau problemų, šioje vietoje taip pat yra nemažai. Atliktų interviu su specialistais (psichiatrais, toksikologais, psichologais, socialiniais darbuotojais dirbančiais sveikatos priežiūros pirminio ir antrinio lygio įstaigose) duomenys, leidžia teigti, kad šios paslaugos dažnai yra fragmentiškos ir neužtikrinančios sklandaus paciento kelio iš vienos gydymo programos į kitą. Įstaigos vadovaujasi skirtingomis tvarkomis ir pagalbos / gydymo skyrimo indikacijomis, todėl pacientui kartais tenka laukti arba gaišti laiką, siekiant gauti vieną ar kitą paslaugą (pvz. kaip nurodė interviu metu specialistai, abstinencijos gydymas dėl alkoholio indikuotinas tik tada, kai yra abstinencijos reiškiniai, bet jei pacientas atvyksta apsvaigęs, pvz. vidutinio girtumo, jis dažniausiai nukreipiamas išblaivinimui. O tokia paslauga, kaip išblaivinimas nėra kompensuojama iš PSDF lėšų ar biudžeto lėšų. Tam tikra dalis pacientų negali patys susimokėti už šią paslaugą. Todėl šiuo atveju būtų tikslinga apsvarstyti galimą mechanizmą, kad asmeniui, kuris tęsia

gydymą (pvz. po išblaivinimo gydomi abstinenciją ir dar tęsia gydymą psichosocialinėje reabilitacijoje ir pan.) būtų užtikrintas paslaugų grandinės nepertraukiamumas ir apmokėjimas.

Svarbu akcentuoti, kad sergančiųjų priklausomybės ligomis asmenų tolimesnė sveikatos priežiūra (gydymas ir reabilitacija) po antrinio lygio turi būti derinama su pirminės sveikatos priežiūros specialistais (apie paslaugų integralumą išsamiau žiūrėti sekančiame skyriuje).

Paslaugos laisvės atėmimo vietose

Priklausomų nuo psichoaktyvių medžiagų asmenų koncentracijos rodiklis laisvės atėmimo vietose daug kartų viršija bendrą šalies vidurkį. Dažnai narkotikų ar alkoholio vartojimas yra tiesiogiai su asmens nusikalstamu elgesiu susijusi problema, t.y. padaromi turtiniai, smurtiniai nusikaltimai tam, kad būtų galima toliau vartoti psichoaktyvias medžiagas arba nusikaltimai padaromi būnant apsvaigus nuo psichiką veikiančių medžiagų. Siekiant sumažinti nusikalstamų veikų pakartotinumą riziką prioritetiniu darbu laisvės atėmimo vietose tampa įkalintų asmenų motyvavimas atsisakyti psichoaktyvių medžiagų vartojimo, tačiau siūlomų paslaugų aprėptis ir įvairovė labai maža.

Visos asmens sveikatos priežiūros paslaugos, teikiamos laisvės atėmimo vietose, tame tarpe ir antiretrovirusinis gydymas dėl ŽIV, yra finansuojamos Kalėjimų departamento, t.y. valstybės biudžeto lėšomis. Kalėjimų departamento duomenimis, priklausomybės ligomis sergantiems asmenims dažniausiai taikyti gydymo metodai buvo abstinencijos sindromo gydymo paslauga. Taip pat pabrėžiama, kad priklausomybe sergantys asmenys gali dalyvauti jiems skirtose socialinės reabilitacijos programose. Tačiau jų prieinamumas ir kokybė laisvės atėmimo vietose kelia nemažai diskusijų, pvz. mokslininkai⁸⁵, analizavę kalinių asmenų resocializacijos klausimus, pažymi, kad vis dar trūksta kokybinio, sisteminio, tęstinio požiūrio į socialinę reabilitaciją.

⁸⁵ Žr. Vaičiūniene R., Viršilas V. Laisvės atėmimo vietose taikomų socialinės reabilitacijos priemonių sistemos analizė, probleminiai taikymo aspektai // Lietuvos teisės institutas, 2017 (internetinė prieiga: <http://teise.org/wp-content/uploads/2018/01/Vai%C4%8Di%C5%ABnuien%C4%97-Vir%C5%A1ilas.pdf>)

Dermontas J. Penitencinių įstaigų darbuotojų pedagoginės sąveikos raida (1980–2000 metais) // Acta paedagogica Vilnensia, 2001, Nr. 8, p. 163–174; Dermontas J. Nuteistųjų socialinė reabilitacija // Jurisprudencija, 2004, Nr. 51(43), p. 108–123; Malinauskaitė A., Uscila R. Iš laisvės atėmimo vietų grįžusių asmenų socialinės integracijos problema // Filosofija, Sociologija, 2010, Vol. 21(4), p. 257–267; Sakalauskas G. 2015a, Nr. 2(88), p. 5–53; Sakalauskas G., 2017, p. 159–180; Žemaitaitytė I., Čiurinskienė D. Nuteistųjų požiūris į dalyvavimą socialinėse programose kaip resocializacijos galimybę // Socialinis darbas, 2004, Nr. 3(2), p. 43–50.

Svarbu atkreipti dėmesį į tai, jog tarptautiniuose dokumentuose⁸⁶ pabrėžiama, kad asmenims, priklausomiems nuo opioidų, laisvės atėmimo vietose turi būti taikomi įvairūs gydymo nuo opioidų priklausomybės būdai, taip pat ir farmakoterapija opioidiniais vaistais. Taip pat asmenims, kuriems laisvėje buvo skiriamas gydymas metadonu, rekomenduojama tęsti gydymą laisvės atėmimo vietose ir policijos areštinėse. Nors ir LR Teisingumo ministro ir LR Sveikatos apsaugos ministro įsakyme „Dėl priklausomybės ligomis sergančiųjų nuteistųjų gydymo laisvės atėmimo vietose tvarkos patvirtinimo“ 2003 m. balandžio 22 d. Nr. 118/V-234 yra išskirta, kad laisvės atėmimo vietose esantys reabilitacijos centrai turėtų taikyti šalia kitų metodų (dvylikos žingsnių, ambulatorinės detoksikacijos ir pan.) palaikomojo gydymo metodus ir programas, tačiau iki šiol, toks gydymo būdas laisvės atėmimo vietose nėra užtikrinamas. Taigi, Lietuvoje neįgyvendinama rekomendacija – užtikrinti psichoaktyviųjų medžiagų vartotojams sveikatos priežiūros (pirminės ir antrinės), socialinių, psichologinių reabilitacijos, žemo slenksčio paslaugų prieinamumą be diskriminacijos, įskaitant ir paslaugų prieinamumą įkalinimo įstaigose.

Nors tyrimais⁸⁷ įrodyta, kad farmakoterapija metadonu yra viena labiausiai rekomenduojamų priemonių, siekiant mažinti ŽIV plitimą švirkščiamų narkotikų vartotojų tarpe laisvės atėmimo vietose, tačiau iki šiol Lietuvos laisvės atėmimo vietose šis gydymas nėra prieinamas. Kad ŽIV problema laisvės atėmimo vietose Lietuvoje yra aktuali, įrodo ir Užkrečiamų ligų ir AIDS centro pateikti duomenys t.y. 2017 m. kas antras (51,7 proc.) ŽIV infekcija užsikrėtė vartodamas švirkščiamuosius narkotikus. Naujų ŽIV atvejų tarp vyrų nustatyta 5 kartus daugiau nei tarp moterų - atitinkamai 220 ir 43. Daugiausiai užsikrėtusių ŽIV vyrų išaiškinta Alytaus pataisos namuose (56) bei dar 41 atvejis kitose įkalinimo įstaigose. Daugumos (virš 80 proc.) įkalinimo įstaigose nustatytų naujų ŽIV atvejų pagrindinis infekcijos perdavimo būdas - narkotikų vartojimas.

Dvidešimt aštuonios iš 30 šalių, kuriose Europos narkotikų ir narkomanijos stebėsenos centras (ENNSC) vykdo stebėseną, nurodė, kad kaliniams prieinamas gydymas pakaitiniais opioidais⁸⁸. Pažymėtina, kad Lietuvos tarp šių šalių nėra. ENNSC duomenimis, daugelyje šalių siūloma detoksikacija, individualus ir grupinis konsultavimas, taip pat terapinės bendruomenės arba specialios stacionaraus gydymo palatos. ENNSC duomenimis, kaliniai nurodo vartoję per gyvenimą daugiau narkotikų ir žalingesnius vartojimo ypatumus (įskaitant švirkštimąsi) nei bendroji populiacija, todėl

⁸⁶ WHO, UNODC, UNAIDS. Interventions to address HIV in prisons. Evidence for action technical papers. Geneva, WHO, 2007. Available at www.who.int/hiv/pub/prisons/e4a_prisons/en/index.html.

⁸⁷ European Commission Health & Consumer Protection Directorate-General. Models of good practice in drug treatment in Europe (MoreTreat): final report:

http://ec.europa.eu/eahc/documents/projects/highlights/2007_5986_EN_82.pdf

⁸⁸ http://www.emcdda.europa.eu/best-practice/briefings/prisons-and-the-criminal-justice-system_en

kalėjimai yra svarbi vieta, kur turėtų būti taikomos su narkotikais susijusios intervencinės priemonės.⁸⁹

Kalėjimų departamento duomenimis, Lietuvoje detoksikacija, esant klinikinėms indikacijoms taikoma, o specialių lovų nėra išskirta, bet stacionarinis gydymas, esant sveikatos sutrikimams ir medicininėms indikacijoms yra taikomas gydomuosiuose laisvės atėmimo vietų ligoninių skyriuose pagal atitinkamus profilius – tai gali būti psichiatrijos, reanimacijos ar vidaus ligų skyriai ar slaugos ir palaikomojo gydymo – profiliuojama pagal nustatytus sveikatos sutrikimus.

Apibendrinant laisvės atėmimo vietose teikiamų paslaugų priklausomybės ligomis sergantiems asmenims situaciją, akivaizdu, kad pilnavertis gydymas ir ŽIV bei kitų infekcinių ligų profilaktika, nėra užtikrinama. Atsižvelgiant į ŽIV paplitimo situaciją Lietuvoje, turėtų būti kuo skubiau užtikinamos laisvės atėmimo vietose, PSO ir kitų organizacijų rekomenduojamos priemonės, tokios, kaip pakaitinis gydymas metadonu, švirkštų adatų keitimo programos ir pan. Atsižvelgiant į kitų šalių praktikas, darytina prielaida, kad būtų tikslinga perduoti sveikatos priežiūros paslaugas iš įkalinimo įstaigų sistemos į bendrąją sistemą, nes du svarbūs su sveikata susijusių intervencinių priemonių įgyvendinimo kalėjimuose principai yra lygiavertiškumas bendruomenėse teikiamoms sveikatos priežiūros paslaugoms ir priežiūros tęstinumas išėjus iš kalėjimo.

Pagalba specialių poreikių turintiems asmenims

ES kovos su narkotikais strategijos (2013–2020 m.)⁹⁰ dokumente yra keliami tokie uždaviniai, kaip, siekti, kad būtų taikoma daugiau ir veiksmingesnių faktiniais duomenimis grindžiamų priemonių, kuriomis būtų atsižvelgiama į tokius rizikos ir apsaugos veiksnius, kaip amžius, lytis, benamystė, psichinė sveikata ir elgsena bei kt.

Tačiau akivaizdu, kad Lietuvoje beveik nėra specializuotų priklausomybės ligų gydymo paslaugų tokioms, specialius poreikius turinčioms grupėms, kaip moterims, šeimos auginančios nepilnamečius vaikus, nėščiosios, asmenys, turintys gretutinių psichikos sutrikimų ir pan.

Vaikams ir jaunimui priklausomybės ligų gydymo paslaugos (t.y. reabilitacijos paslaugas) organizuojamos Respublikinio priklausomybės ligų centras Kauno ir Vilniaus filialuose.

⁸⁹ Europos narkotikų ir narkomanijos stebėsenos centras, Europos narkotikų vartojimo paplitimo ataskaita: Tendencijos ir pokyčiai [interaktyvus], 2017 m. Prieiga per internetą:

[http:// www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/4541/TDAT17001LTN.pdf](http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/4541/TDAT17001LTN.pdf)

⁹⁰ <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/LT/ALL/?uri=CELEX%3A52013XG1130%2801%29>

Europos narkotikų ir priklausomybės nuo narkotikų stebėsenos centro duomenimis⁹¹, moterys sudaro apie 25 proc. asmenų, turinčių žalingo vartojimo ir/ar priklausomybės nuo psichoaktyvių medžiagų problemų, ir apie 20 proc. visų besigydančių priklausomybę.

Žalingai vartojančios ir/ar priklausomos nuo psichoaktyvių medžiagų moterys patiria papildomų sunkumų, tokių, kaip partnerio priklausomybė psichoaktyvioms medžiagoms, seksualinė ir fizinė prievarta, vaikų auginimo rūpesčiai, visuomenės didesnis smerkimas ir pan.

Kaip rodo įvairūs tyrimai⁹², moterys, vartojančios psichoaktyvias medžiagas, paprastai sulaukia mažiau palaikymo savo aplinkoje ir patiria didesnę stigmą. Moterys išsiskiria ir tuo, jog turi specifinių poreikių, pavyzdžiui, besilaukiančios ir/arba vaikus auginančios moterys, įtrauktos į sekso paslaugų teikimą, tapusios prekybos žmonėmis aukomis, esančios įkalinimo įstaigose. Taip pat joms dažniau išsivysto depresija ir nerimo sutrikimai, tarp jų yra didesnis ŽIV/AIDS paplitimas.

Tuo tarpu Lietuvoje stokojama programų ar programos komponentų, kurios būtų pritaikytos moterų poreikiams (pvz. specialiai moterims gydymo programose skirti grupiniai užsiėmimai, skyriai, kur pagalbą dėl psichoaktyvių medžiagų vartojimo, galėtų gauti tik moterys ir atsivežti nepilnamečius vaikus, kurių dažniausiai neturi kam palikti prižiūrėti ir pan.).

Taip pat labai svarbu paminėti ir tai, kad šiuo metu nesuteikiama galimybė asmenims, su dviguba diagnoze (priklausomybės nuo psichoaktyviųjų medžiagų ir kitų psichikos ir elgesio sutrikimų/ligų) gauti kokybiškas ir atitinkančias asmens poreikius paslaugas vienoje gydymo įstaigoje (nes šiuo metu PSDF neregistruoja/nedeklaruoja dvigubų diagnozių). Priklausomybės ligomis sergantys asmenys dažnai turi įvairių socialinių, teisinių, psichologinių ir sveikatos problemų. Todėl individualizuota pagalba, kuri leistų užtikrinti kompleksinių problemų sprendimą, yra vienas iš efektyvesnių būdų spręsti šias problemas. Tačiau Lietuvoje nepakankamai užtikrinamas integruotas ir individualizuotas priklausomybės, psichikos sutrikimų ir infekcinių ligų gydymas, nors šios ligos dažnos narkotikų vartotojų tarpe. Tai, kad tik maža dalis paslaugų, skirtų priklausomiems asmenims yra apmokama iš Privalomojo sveikatos fondo lėšų ir praktiškai neregistruojami bendroje sistemoje SVEIDRA itin apriboja gydymo paslaugų

⁹¹ European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. 2017. Health and social responses to drug problems. A European guide. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

⁹² Delrahim-Howlett K, Chambers CD, Clapp JD, et al. Web-based assessment and brief intervention for alcohol use in women of childbearing potential: a report of the primary findings. *Alcohol Clin Exp Res* 2011;35:1331-8.; *D. Hedrich, Problem drug use by women: Focus on community-based interventions (Strasbourg, Pompidou Group, 2000, available at www.coe.int/T/E/Social_Cohesion/pompidou_group/5.Publications/). **Health Canada, Best Practices: Treatment and Rehabilitation for Women with Substance Use Problems (Ottawa, Minister of Public Works and Government Services, Canada, 2001) (available at www.cds-sca.com/).

teikimą asmenims, turintiems psichoaktyviųjų medžiagų žalingo vartojimo arba priklausomybės diagnozę. Tai prieštarauja ES narkotikų politikos strategijos nuostatomis dėl gydymo paslaugų prieinamumo ir kokybės užtikrinimo bei naujausiems Narkotikų priklausomybės gydymo standartams⁹³.

1.2.1.2.3. Teikiamų gydymo paslaugų apibendrinimas

Paslaugų spektro užtikrinimas

Vadovaujantis tarptautinėmis rekomendacijomis, reikia paminėti, kad labai svarbu, jog priklausomybe sergantiems asmenims, būtų suteikta galimybė gauti reikalingą paslaugų spektrą t.y. pradedant abstinencijos gydymu ir tęsiant gydymą ir / ar pagalbą kitais metodais, tokiais, kaip medicininė psichosocialinė reabilitacija, Minesotos programa ar socialinės trumpalaikės globos įstaigose organizuojamos reabilitacijos paslaugos.

Kaip rodo, aukščiau aptarti Higienos instituto, IT Sveidros ir Respublikinio priklausomybės ligų centro, NTAKD duomenys, priklausomybių gydymo paslauga ASP] dėl įvairių priežasčių yra mažos apimtys (hipotetiškai galima daryti prielaidą, kad tai gali būti dėl geografinio prieinamumo, taip pat kad ne visos paslaugos apmokamos iš PSDF, per sudėtinga ir tarpusavyje nesuderinta paslaugos skyrimo tvarka, aiškiai neapibrėžiant bendradarbiavimo lygmenis ir indikacijų).

Paslaugų tęstinumo užtikrinimas

Gydydamiesi priklausomybę nuo psichoaktyviųjų medžiagų asmenys dažnai naudojami įvairiomis paslaugomis, pradeda gydytis kelis kartus ir gydoski skirtingą laikotarpį. Respublikinio priklausomybės ligų centro duomenimis 2017 m. pirmą kartą einamais metais Vilniaus, Kauno, Klaipėdos, Šiaulių ir Panevėžio filialuose gydėsi 9741 asmenys, o kartojo gydymą tais pačiais metais 5530 asmenų (diagnozė F10-F19).

Taigi, nors paslaugų teikimas tarsi ir yra užtikrinamas visuose lygiuose, tačiau atliktų interviu su specialistais (psichiatrais, toksikologais, psichologais, socialiniais darbuotojais dirbančiais sveikatos priežiūros pirminio ir antrinio lygio įstaigose) duomenys, leidžia teigti, kad šios paslaugos dažnai yra fragmentiškos ir neužtikrinančios sklandaus paciento kelio iš vienos gydymo programos į kitą. Įstaigos vadovaujasi skirtingomis tvarkomis ir pagalbos / gydymo skyrimo indikacijomis, todėl pacientui kartais tenka laukti arba gaišti laiką, siekiant gauti vieną ar kitą pagalbą (pvz. kaip nurodė interviu metu specialistai, abstinencijos gydymas dėl alkoholio indikuotinas tik tada, kai yra abstinencijos reiškiniai, bet jei pacientas atvyksta apsvaigęs, pvz. vidutinio girtumo, jis dažniausiai nukreipiamas išblaivinimui. O tokia paslauga, kaip išblaivinimas nėra kompensuojama iš PSDF lėšų ar biudžeto lėšų. Todėl šiuo atveju būtų tikslinga

⁹³ http://www.who.int/substance_abuse/activities/msb_treatment_standards.pdf

apsvarstyti galimą mechanizmą, kad asmeniui, kuris tęsia gydymą (pvz. po išblaivinimo gydos abstinenciją ir dar tęsia gydymą psichosocialinėje reabilitacijoje ir pan.) būtų užtikrintas šios grandinės nepertraukiamumas ir paslaugos apmokėjimas.

Svarbu akcentuoti, kad sergančiųjų priklausomybės ligomis asmenų tolimesnė sveikatos priežiūra (gydymas ir reabilitacija) po antrinio lygio turi būti derinama su pirminės sveikatos priežiūros specialistais. Labai svarbu, kad ir po tęstinio stacionarinio gydymo asmenys toliau tęstų gydymą (atkryčių prevencijos tikslais) ambulatoriškai t.y. lankytų dienos stacionaro, skirto priklausomiems nuo psichoaktyvių medžiagų asmenims, ambulatorinės medicininės psichosocialinės reabilitacijos paslaugas, priklausomybių specialistų paslaugas ir pan.

Šiuo metu Lietuvoje nėra vieningos gydymą gaunančių pacientų stebėsenos, kad būtų galima identifikuoti asmens kelią gydymo procese.

Kvalifikuotų specialistų trūkumas

Asmens sveikatos priežiūros paslaugos psichoaktyvių medžiagų vartotojams, visų pirma, turėtų būti teikiamos pirminės sveikatos priežiūros lygmenyje psichikos sveikatos centruose. Tačiau dėl kvalifikuotų specialistų trūkumo, pacientų stigmatizavimo ir su psichoaktyvių medžiagų vartojimu susijusių problemų sudėtingumo šios paslaugos nėra lengvai prieinamos, ypač mažesniuose miestuose ir gyvenvietėse. Tą patvirtina ir kokybinio tyrimo metu atlikto pacientų, besigydančių Respublikinio priklausomybės ligų centro filialuose interviu duomenys:

Kategorija	Citata iš interviu
Kvalifikuotų specialistų trūkumas	<p>„Aš nesikreipiau į savo psichikos sveikatos centrą. Kodėl? O todėl, kad žinau, kai nueisiu ten, sakys nevertok ir būsi sveikas. Ten dirbantys man ne kartą yra pasakę, kad važiuok į Vilnių, ten jie dirba su narkomanais, mes nedirbam“ (informantas iš Varėnos);</p> <p>„Man pasakė, mano poliklinikoje (<i>psichikos sveikatos centre – autoriaus pastaba</i>), kad jie nežino kaip man gali padėti. Išrašė tik raminamųjų ir sakė važiuoti į narkologinį“ (informantas iš Utenos);</p> <p>„Ten pas mus dirba senas gydytojas. Nieko jis man nepadės, buvau ne kartą. Ir nieko“ (informantas iš Visagino)</p>
Stigmatizavimas priklausomybės ligomis sergančių asmenų	<p>„Varo mus iš poliklinikos (<i>psichikos sveikatos centre – autoriaus pastaba</i>). <...> valandą gali skaityti moralą, kad patys kalti ir kad pinigais tik švaistytų jei mums metadoną duotų“ (informantas iš Šalčininkų);</p> <p>„jei pasakysiu, kad vartoju narkotikus, niekas ten su manimi normaliai nekalbės“ (informantas iš Utenos).</p>
Paslaugų trūkumas ir	<p>„Aš visada tiesiai važiuoju į priklausomybės centrą, nes pas mus nieko pasiūlyti negali, nes nieko nėra“ (informantas iš</p>

mažas prieinamumas	Utenos); „Nėra čia nei metadono, nei dar ko nors. Žinau, kad buvo kreiptasi net į savivaldybę, kad tokiems, kaip mes atsirastų pagalbos, bet kol kas nieko, tik žada ir žada, kad jau greitai. Važinėju į Vilnių, nors ir toli“ (Informantas iš Elektrėnų).
Problemos kompleksiskumas ir sudėtingumas	„Kiek kartų jau bandžiau iš viso šito išsikapstyti. Nieko kol kas. Jei man būtų galimybė kažką gauti ten kur gyvenu, nežinau gal tada. Dabar pabuvus ligoninėj ir vėl grįžus, vėl viskas iš naujo“ (Informantas iš Utenos); „Nieko neturiu, viską praradau, Neturiu dėl ko. Neturiu nei darbo, nei iš ko ir kur gyventi“ (informantas iš Visagino)

Šiuos rezultatus patvirtina ir kiti tyrimai, pvz. remiantis 5 Lietuvos savivaldybėse (Elektrėnų, Alytaus m., Alytaus raj., Telšių raj. ir Kauno m.) atliko socialines paslaugas teikiančių specialistų ir paslaugų gavėjų tyrimo duomenimis⁹⁴, galima daryti prielaidą, kad specialistų, dirbančių socialines paslaugas rizikos grupės šeimoms teikiančiose įstaigose nuomone, labiausiai jiems trūksta žinių ir įgūdžių, susijusių su klientų motyvacija keisti elgesį, kuris ir yra kai kurių pagrindinių problemų priežastimi (pvz. psichoaktyvių medžiagų vartojimas). Tyrime dalyvavę specialistai taip pat nurodė, kad nors paslaugų spektras, kurios teikiamos socialinės rizikos šeimoms, yra pakankamai platus, tačiau teikiamos paslaugos neatliepia visų poreikių, trūksta specialistų. Tiek tyrime dalyvavę paslaugų gavėjai, tiek specialistai, kaip aktualiausias paslaugas, kurių arba nėra, arba yra nepakankamai įvardijo vaikų priežiūros paslaugą, pavėžėjimo paslaugą iki gydymo įstaigų ir priklausomybės psichoaktyvioms medžiagoms gydymo paslaugą.

Specialistų kvalifikacijos užtikrinimas

Teikiamų paslaugų kokybei ir efektyvumui nemažą reikšmę turi ir specialistų parengimas švietimo įstaigose, kuriose jie įgyja profesinę kvalifikaciją. Tačiau, kaip parodė NTAKD (2018) atlikta švietimo įstaigų (universitetų, kolegijų) rengiančių gydytojus psichiatrus, psichologus, socialinius darbuotojus, slaugytojus, apklausa, situacija šiuo metu yra ta, kad studijų metu programose priklausomybių temoms yra skiriama labai mažai laiko. Dažniausiai priklausomybių klausimai yra integruojami į įvairias programas, skiriant valandą ar kelias valandas šiai temai (pvz. Utenos kolegijoje,

⁹⁴ NVO „Gelbėkit vaikus“ užsakymu atliktas tyrimas įgyvendinant projektą „Vaiko teisių užtikrinimo ir pagalbos vaikui ir jo šeimai stiprinimas Lietuvos savivaldybėse: Ankstyvosios intervencijos modelis“ finansuojamą pagal 2009–2014 m. Norvegijos finansinio mechanizmo programą LT10 „Gebėjimų stiprinimas ir institucinis valstybės, paramos gavėjos, ir Norvegijos viešųjų institucijų, vietos ir regioninės valdžios bendradarbiavimas“ Projekto įgyvendinimo sutartį Nr. 1S-108/PS-18 buvo atliktas Tyrimas: *Sunkumų turinčioms šeimoms teikiamos socialinės pagalbos ir paslaugų prieinamumo, veiksmingumo vertinimas penkiose Lietuvos savivaldybėse.*

rengiančioje socialinio darbo specialistus 2017 m. buvo skirtos tik 8 val. priklausomybių temai. Daugiausia valandų priklausomybių tema yra skiriama rengiant psichiatrus ir vaikų ir paauglių psichiatrus (pvz. Lietuvos sveikatos universitetas nurodė, kad psichiatrams 2017 m. buvo skirta 280 val., o vaikų ir paauglių psichiatrams 360 val.). Vilniaus universitete psychologams yra dėstomas priklausomybių psichologijos kursas, kurį sudaro 48 val. Vilniaus universitete yra organizuojami gydytojų tobulinimo kursai „Priklausomybės ligų gydymas, rehabilitacija, prevencija bendruomenėje“ (36 val.). Kursas skirtas gydytojams psichiatrams, vaikų ir paauglių psichiatrams, šeimos gydytojams, vidaus ligų gydytojams, klinikinės toksikologijos gydytojams, visuomenės sveikatos specialistams). Taigi, tiek studijų metu, tiek po jų, nėra daug galimybių tobulinti žinias šioje srityje nuosekliai ir reguliariai.

Paslaugų aprėpties ir santykio 30 (ambulatorinių):70 (stacionariųjų) užtikrinimas

Nors statistiniai rodikliai byloja apie problemas ir sveikatos sutikimus dėl alkoholio ir narkotikų vartojimo, iki šiol nebuvo vertinta nei gydymo aprėptis, nei prieinamumas. Tačiau, atsižvelgiant į šiuo metu Lietuvoje turimą situaciją, t.y. preliminariai įvertinimus tai, kad Lietuvoje kas dešimtam vyrui (9,9 proc.) ir 1,9 proc. moterų nustatyta priklausomybės nuo alkoholio diagnozė, o priklausomybės paplitimo tarp vyrų rodikliu Lietuva taip pat ženkliai lenkia ES vidurkį (6,6 proc.), moterų – 1,6 proc. galima daryti prielaidą, kad gydymo paslaugų poreikis (tiek stacionariųjų, tiek ambulatorinių) turi būti didinamas išlaikant santykį tarp 30 proc. stacionariųjų paslaugų ir 70 proc. ambulatorinių paslaugų. Po stacionariųjų paslaugų, asmenys gali toliau tęsti gydymą dienos stacionaruose, ar dalyvauti ambulatorinėje medicininėje psichosocialinėje rehabilitacijoje, kur turėtų galimybę susidaryti jo individualius poreikius atitinkantį tolimesnės pagalbos planą ir grįžti į darbo rinką.

1.2.2. Strateginių ir norminių aktų, reglamentuojančių sveikatos klausimus priklausomybių srityje, analizė

Šiuo metu priklausomybių gydymą licencijuojamose asmens sveikatos priežiūros įstaigose reglamentuoja:

1. Lietuvos Respublikos narkologinės priežiūros įstatymas (Žin., 1997, Nr. 30-711) – toliau tekste **Narkologinės priežiūros įstatymas**;
2. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1998 m. rugsėjo 25 d. įsakymas Nr. 544 „**Dėl narkologinės priežiūros įstatymo poįstatyminių teisės aktų tvirtinimo**“ ;

3. Sveikatos apsaugos ministro 2002 m. gegužės 3 d. įsakymas Nr. 204 „Dėl priklausomybės ligų gydymo ir reabilitacijos standartų patvirtinimo“ - toliau tekste **Priklausomybės ligų gydymo ir reabilitacijos standartai**
4. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2012 m. rugsėjo 17 d. Nr. V-861 „Dėl Pirminės ambulatorinės psichikos sveikatos priežiūros paslaugų teikimo tvarkos aprašo patvirtinimo“. (Žin., 2012-09-22, Nr. 110-5600);
5. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2015 m. gruodžio 22 d. įsakymas Nr. V-1496 „Dėl Ambulatorinių priklausomybės ligų gydymo paslaugų reikalavimų aprašo patvirtinimo“ patvirtinimo“ (TAR 2015-12-30, Nr. 20988) – toliau tekste – **Ambulatorinių priklausomybės ligų gydymo paslaugų aprašas;**
6. Lietuvos Respublikos psichikos sveikatos priežiūros įstatymas. 1995 m. birželio 6 d. įsakymas Nr. I-924 – toliau tekste – **Psichikos sveikatos priežiūros įstatymas.**

Atskiras priklausomybių ligų gydymo paslaugas reglamentuoja šie teisės aktai:

1. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. rugpjūčio 6 d. įsakymas Nr. V-653 „Dėl pakaitinio gydymo skyrimo ir taikymo priklausomybei nuo opioidų gydyti ir pakaitinių opioidinių vaistinių preparatų išrašymo, išdavimo, laikymo ir apskaitos asmens sveikatos priežiūros įstaigose tvarkos aprašų patvirtinimo“ (Žin., 2007, Nr. 90-3587) – toliau tekste - **Pakaitinio gydymo tvarkos aprašas;**
2. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2012 m. rugpjūčio 21 d. įsakymas Nr. V-788 „Dėl Psichosocialinės reabilitacijos paslaugų psichikos sutrikimų turintiems asmenims teikimo tvarkos aprašo patvirtinimas“. Toliau tekste – **Medicininės psichosocialinės reabilitacijos tvarkos aprašas;**
3. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2006 m. liepos 5 d. įsakymas Nr. V-584 „Dėl Narkotinių ir psichotropinių medžiagų žalos mažinimo programų vykdymo tvarkos aprašo patvirtinimo“ (Žin., 2006, Nr. 77-3020). Toliau tekste – **Žalos mažinimo programų tvarkos aprašas;**

Teisę į gydymą, neatskleidžiant asmens tapatybės, reglamentuoja šie teisės aktai:

1. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2010 m. vasario 22 d. įsakymas Nr. V-164 „Dėl Ligu, kuriomis sergantys ne jaunesni kaip 16 metų pacientai turi teisę į sveikatos priežiūros paslaugas, neatskleidžiant asmens tapatybės, sąrašo patvirtinimo“ (Žin., 2010-02-27, Nr. 24-1151);
2. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2010 m. kovo 4 d. įsakymas Nr. V-178 „Dėl Sveikatos priežiūros paslaugų teikimo, kai neatskleidžiama asmens tapatybė, tvarkos aprašo patvirtinimo“ (Žin., 2010-03-16, Nr. 30-1389).

Apžvelgus pagrindinius dokumentus, reglamentuojančius priklausomybių ligų gydymą, reikia pastebėti, kad Narkologinės priežiūros įstatymas yra priimtas 1997 m. ir nuo to laiko beveik nesikeitė. Narkologinės priežiūros įstatymas yra susijęs su Lietuvos Respublikos psichikos sveikatos priežiūros įstatymu, kuris papildo Narkologinės priežiūros įstatymą kalbant apie Narkologinių ligonių, asmenų, piktnaudžiaujančių psichiką veikiančiomis medžiagomis, teises, jų apribojimo atvejus ir tvarką. Narkologinės priežiūros įstatymą reiktų iš esmės peržiūrėti ir koreguoti.

Vienas iš labiausiai koreguotinų dalykų yra narkologinė įskaita, t.y. IV skirsnio „Sveikatos priežiūrų veikla“ 12 straipsnyje yra nurodoma, kad sveikatos priežiūros įstaigos narkologinės priežiūros srityje tvarko narkologinių ligonių įskaitą. 19 straipsnyje „Narkologinių ligonių įskaita“ yra nurodoma, kad „Narkologinių ligonių diferencijuotą įskaitą tvarko savivaldybių psichikos sveikatos centrai, atsižvelgdami į narkologinio susirgimo poveikį paciento sveikatai ir narkologinio ligonio socialinę aplinką“. Tačiau stebint egzistuojančią praktiką, priklausomybe sergantys asmenys, dažnai nesikreipia į savivaldybės psichikos sveikatos centrus, o gali kreiptis tiesiai į antrinio lygio paslaugas teikiančias įstaigas (pvz. priklausomybėse ligų centrą) ar privačiai.

Nors teisės aktai įskaitos funkcijų aiškiai neapibrėžia, galima numanyti dvi pagrindines jos funkcijas:

1. Informacijos apie priklausomybėmis sergančius asmenis rinkimas. Įskaitos pagrindu, pildant atitinkamas statistines formas, sudaroma oficiali priklausomų nuo alkoholio ir narkotikų asmenų sergamumo ir ligotumo statistika.
2. Priklausomybėmis sergančių asmenų kontrolė, siekiant užtikrinti visuomenės saugumą. Duomenys iš įskaitos yra perduodami įstatymuose numatytoms institucijoms, siekiant apriboti priklausomybėmis sergančių asmenų galimybes vairuoti transporto priemones, įsigyti ir turėti ginklą ir šaudmenis, įsidarbinti tam tikrose profesijose.

Toliau pateikiami argumentai, kurie aiškiai indikuoja, kad šiuo metu veikianti įskaita negali veiksmingai atlikti minėtų funkcijų:

Įskaita nepateikia patikimos informacijos apie priklausomybėmis sergančius asmenis, nes:

Įskaitą administruojančios institucijos – psichikos sveikatos centrai ir Respublikinis priklausomybės ligų centras (ankstesni savarankiški centrai) disponuoja nepilna informacija:

- pacientai turi teisę pasirinkti gydymo įstaigą, nepriklausomai nuo gyvenamosios vietos. Tuo tarpu atskirų apskričių ir savivaldybių asmens sveikatos priežiūros įstaigų informacija kaupiama atskirai, todėl pažyma dėl įskaitos pasako tik tai, ar priklausomas asmuo kreipėsi į sveikatos priežiūros įstaigą toje teritorijoje;

- sunkūs ligoniai su priklausomybės komplikacijomis patenka į kitas sveikatos priežiūros įstaigas, tačiau priklausomybės ir psichikos sveikatos centrai apie šiuos atvejus nėra informuojami, todėl tokie pacientai nepatenka į Įskaitą;
- valstybinės asmens sveikatos priežiūros įstaigos teikia ir anonimines sveikatos paslaugas. Šie pacientai taip pat nėra įrašomi į Įskaitą;
- privačios gydymo įstaigos neteikia duomenų apie savo pacientus, laikydamosi konfidencialumo principo, todėl Įskaitoje neatsispindi duomenys apie asmenis, besigydančius privačiose įstaigose ar esančius reabilitacijos centruose;
- priklausomybėmis sergantys asmenys vengia kreiptis pagalbos į valstybines sveikatos priežiūros įstaigas ir dažnai renkasi alternatyvius gydymo būdus arba iš viso neturi kontakto su jokiais sveikatos priežiūros įstaigomis;

Įskaita neužtikrina priklausomybė sergančių asmenų kontrolės, nes:

- neužtikrina patikimos informacijos apie priklausomybės ligų paveiktus žmones, todėl įstatymuose numatytiems institucijoms suteikiama realios padėties neatspindinti informacija;
- nenorėdami patekti į Įskaitą, priklausomybėmis sergantys asmenys vengia kreiptis į valstybines sveikatos priežiūros įstaigas. Taip sudaromos prielaidos asmenims, piktnaudžiaujantiems alkoholiu arba narkotikais, bet nesikreipusiems gydymo į šias įstaigas ir nepatekusiems į Įskaitą, gauti sveikatos pažymą vairuotojo pažymėjimui arba ginklui įsigyti bei įsidarbinti bet kokioms pareigoms;

Atlikta analizė taip pat atskleidė šias Įskaitos keliamas ekonomines, teisines bei socialines problemas:

- šiuo metu veikianči ir Įskaita valstybei kainuoja (užklausimai yra mokami, į juos atsakyti yra samdomi darbuotojai). Kadangi Įskaita neatlieka savo funkcijų, valstybės lėšos naudojamos neefektyviai;
- Įskaita užkrauna valstybės institucijoms (sveikatos priežiūros institucijoms, teisėsaugai, teismams ir pan.) papildomo bereikalingo darbo. Pavyzdžiui, keliant bylas nuolat renkama informacija dėl asmenų buvimo Įskaitoje. Tuo tarpu šios informacijos panaudojimas ir tikslingumas teismuose bei atliekant ikiteisminius tyrimus yra neaiškus, o pati Įskaitos informacija nepilna);
- įpareigojant sveikatos priežiūros įstaigas teikti pažymą apie asmens gydymąsi dėl sutrikimų, susijusių su psichiką veikiančių medžiagų vartojimu, atsakomybė už asmens galimą rizikingą ar neteisėtą elgesį užkraunama medikams, o tai nėra tiesioginė sveikatos priežiūros institucijų funkcija;
- Įskaita pažeidžia paciento teisę į konfidencialumą, nes informacija apie jų sveikatos būklę yra prieinama daugeliui valstybės institucijų neaiškiais tikslais ir nepagrindžiant būtinumo;
- Įskaita suponuoja nuomonę, kad kiekvienas asmuo yra potencialiai priklausomas nuo psichiką veikiančių medžiagų ir todėl gali elgtis rizikingai ar neteisėtai;

- Įskaita užkerta kelią kai kuriems priklausomybėmis sergantiems asmenims gydytis, blogina sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą. Vengdami patekti į įskaitą, priklausomybėmis sergantieji arba nesikreipia pagalbos, arba ieško alternatyvių, dažnai mokliškai nepagrįstų gydymosi būdų. Negydomi priklausomybe sergantys asmenys kelia riziką savo sveikatai ir gyvybei, visos visuomenės sveikatai ir visuomenės saugumui.

Nors minėtame įstatyme yra apibrėžta, kad „Narkologiniams ligoniams jų savanoriško gydymosi, įskaitant reabilitaciją, metu taikomos visos socialinės garantijos, kaip ir gydantis nuo kitų psichikos susirgimų, išskyrus įstatymų numatytus atvejus“ (23 straipsnis „Narkologinių ligonių socialinės garantijos“), tačiau deja, bet kiti teisės aktai - LR SAM ir LR SADM įsakymas „Dėl teisės aktų, susijusių su elektroniniais nedarbingumo pažymėjimais bei elektroniniais nėštumo ir gimdymo atostogų pažymėjimais, patvirtinimo“ 2005 m. birželio 30 d. Nr. V-533/A1-189) - apriboja priklausomybės ligomis sergančiųjų asmenų vienodą teisę į socialines garantijas t.y.. kaip jau buvo minėta šioje analizėje, nedarbingumas dėl priklausomybės ligų galimas tik iki 14 dienų per metus, kai tuo tarpu kitų ligų gydymui asmeniui gali būti išduodamas nedarbingumas iki 120 dienų.

Dar vienas labai aktualus ir svarbus klausimas – stebėsenos sistema Lietuvoje. Nors nuo 2012 metų Lietuvoje įdiegta Asmenų, kurie kreipėsi į asmens sveikatos priežiūros įstaigas dėl psichikos ir elgesio sutrikimų, vartojant narkotines ir psichotropines medžiagas, stebėsenos informacinė sistema (toliau – ASIS)⁹⁵, tačiau gaunami duomenys yra netikslūs, duomenis į šią sistemą veda ne visos ASPJ, teikiančios paslaugas priklausomybės ligomis sergantiems asmenims. Valstybinio psichikos sveikatos centro duomenimis 2016 metais ASIS sistemoje buvo 170 (59,9 proc.) asmens sveikatos priežiūros įstaigų iš 284, kurios pagal Valstybinės akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnybos prie Sveikatos apsaugos ministerijos duomenis turi teisę teikti psichikos sveikatos priežiūros paslaugas. Taip pat ši sistema nesuteikia duomenų apie priklausomybę alkoholiui turinčius asmenis. Prie šios sistemos netikslumo prisideda ir tai, kad anketos pildymas gydytojui užima nemažai laiko. Paprastesnis ir tikslenis būdas būtų, jei šios anketos klausimus būtų galima susieti su e.sveikatos sistema, kuri šiuo metu diegiama Lietuvos asmens sveikatos priežiūros įstaigose, nedubliuojant tų pačių dokumentų suvedinėjimo į skirtingas formas, ir pririšant ją prie asmens ambulatorinių ir staconarinių elektroninių kortelių ir stebėsenos sistemų. Siekiant surinkti patikimus statistinius duomenis apie Lietuvos gyventojų sergamumą ir ligotumą priklausomybės nuo psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo ligomis, bei su šiomis ligomis susijusių

⁹⁵ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2011 m. gruodžio 23 d. įsakymas Nr. V-1109 „Dėl asmenų kurie kreipėsi į asmens sveikatos priežiūros įstaigas dėl psichikos ir elgesio sutrikimų, vartojant narkotines ir psichotropines medžiagas stebėsenos informacinės sistemos nuostatų ir duomenų saugos nuostatų patvirtinimo“.

ambulatorinių, dienos stacionaro ir stacionarių asmens sveikatos paslaugų teikimą, tikslinga būtų sujungti esamas informacines sistemas į vieną duomenų rinkimo sistemą, kuri apimtų visus asmens sveikatos paslaugų teikėjus, nepriklausomai nuo jų statuso ar teikiamų paslaugų apimties.

Nors įvairios gydymo paslaugos ir jų tvarka, priklausomybės ligomis sergantieji asmenims, yra reglamentuota atskirais teisės aktais, tačiau reglamentavimas yra tik epizodinio pobūdžio, nėra užtikrinama, kad asmuo laiku ir pakankama apimtimi gaus jam būtinas paslaugas. Vyrauja eklektiškas priklausomybės ligomis sergančių pacientų paslaugų teisinis reglamentavimas, t.y. nėra nuoseklios sistemos, galioja daug įvairių teisės aktų, kurių įgyvendinimas itin apsunkintas. Todėl akivaizdu, kad reikia iš esmės peržiūrėti ir koreguoti šiuo metu egzistuojantį teisinį reglamentavimą šiuo klausimu.

1.2.3. Esamų sveikatos priežiūros paslaugų integralumas su kitomis paslaugų sistemomis

Priklausomybe sergantis asmuo patiria stigma, nes visuomenėje dažnai tai laikoma ne liga, bet valios ar charakterio trūkumu. Todėl asmuo bijo keiptis pagalbos ir pripažinti, kad turi problemų.

Šiuo metu Lietuvoje ryšys tarp prevencinių, baudžiamųjų, sveikatos priežiūros, reabilitacijos ir integracijos bei žalos mažinimo priemonių - fragmentiškas, nenuoseklus, nepakankamai integruojantis skirtingas institucijas ar pagalbos lygmenis.

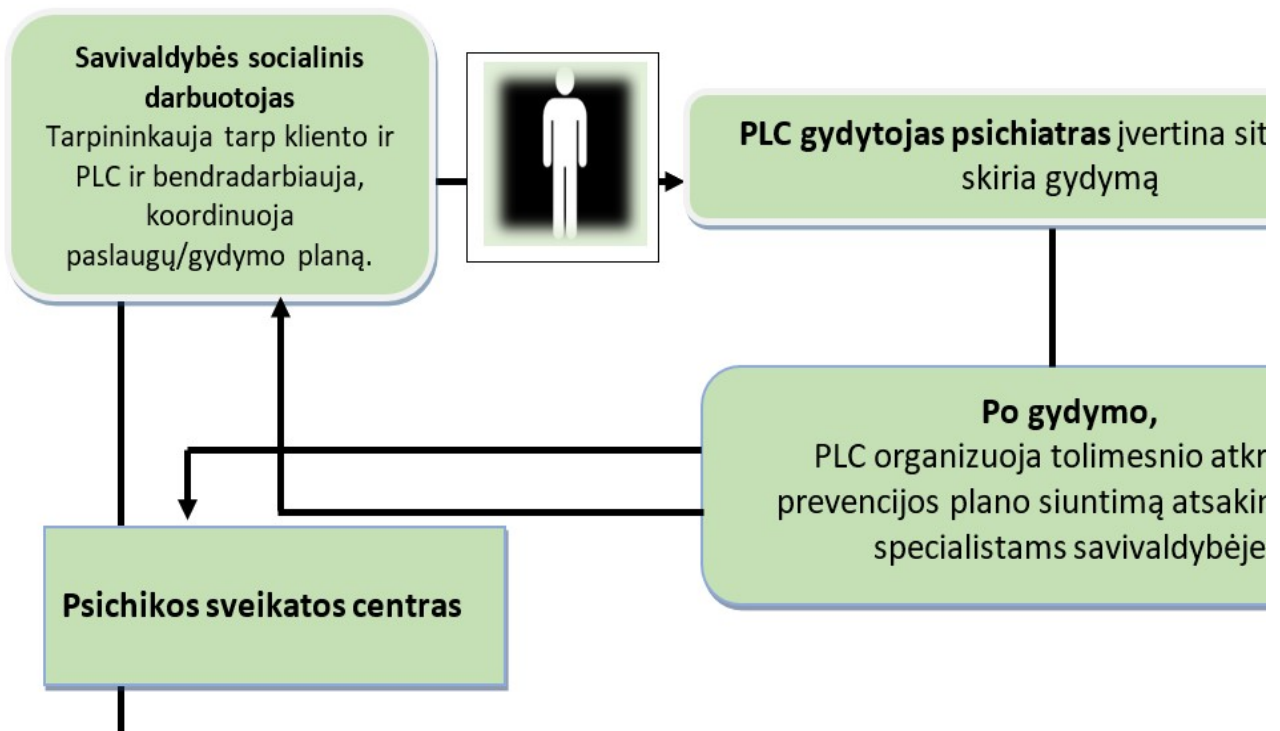
Tyrimai⁹⁶ rodo, kad išorinė motyvacija (pvz. teismo įpareigojimas gydytis, šeimos narių skatinimas, darbdavių skatinimas ir pan.) turi teigiamą poveikį ir padeda priklausomybės ligomis sergantiems asmenims anksčiau patekti į pagalbos sistemą. Daugiausia dėl priklausomybės nuo narkotikų gydymo Lietuvoje tebesikreipia patys - 2016 m. tokių asmenų buvo 67 proc. 11 proc. asmenų nukreipė sveikatos ir socialinės tarnybos, 8 proc. – baudžiamojo teisingumo sistemos institucijos (VPSC duomenimis). Nedidelės priklausomų asmenų nukreipimo ir aktyvaus gydymo apimtys parodo, kad tikslinga ne tik didinti skaičių asmenų, kurie kreipiasi pagalbos dėl psichoaktyvių medžiagų vartojimo problemų, bet didinti ir asmenų skaičių, kurie baigia visą abstinencijos gydymo kursą ir tęsia gydymą medicininės reabilitacijos, psichosocialinio gydymo (Minesotos programa) ir/ar socialinės psichologinės reabilitacijos programose

⁹⁶ National Institute on Drug Abuse. *Principles of Drug Addiction Treatment: A Research Based Guide (2018* Žiūr: [https://www.drugabuse.gov/publications/principles-drug-addiction-treatment-research-based-guide-third-edition/preface.](https://www.drugabuse.gov/publications/principles-drug-addiction-treatment-research-based-guide-third-edition/preface))

bei sėkmingai jas baigia. Tą pasiekti galima tik užtikrinant tarpinstitucinį bendradarbiavimą tarp skirtingų įstaigų.

Šiuo metu Lietuvoje yra tik fragmentiškai organizuojamas bendradarbiavimas tarp skirtingų institucijų, kurios dirba su priklausomybės ligomis sergančiais asmenimis. Kaip gerosios patirties pavyzdį, galima išskirti Respublikinio priklausomybės ligų centro bendradarbiavimą su: Vilniaus m. vaiko teisių apsaugos skyriumi, probacijos tarnyba ir keletu savivaldybių. Pagrindinis bendradarbiavimo tikslas užtikrinti paslaugas priklausomybės ligomis sergantiems asmenims ir sudaryti atkryčių prevencijos planą, kurį galėtų kuruoti ir koordinuoti vietos, kurioje gyvena grįžęs po gydymosi asmuo, specialistai. Respublikinio priklausomybės ligų centro specialistai pateikia šią pagalbos teikimo galimą schemą, kuri leidžia labiau priartėti prie efektyvesnio paslaugų teikimo ir koordinavimo:

9 pav. Respublikinio priklausomybės ligų centro bendradarbiavimo schema su savivaldybėmis, sprendžiant priklausomybės ligomis sergančių asmenų problemas. Šaltinis: 2017 m. lapkričio 9 d. Mokslinės-praktinės konferencijos „Įrodymais pagrįstas priklausomybių gydymas: prieinama pagalba už valstybei prieinamą kainą“ A. Širvinskienės pranešimas. Paveiksluke naudojami trumpiniai: PLC – priklausomybės ligų centrai.

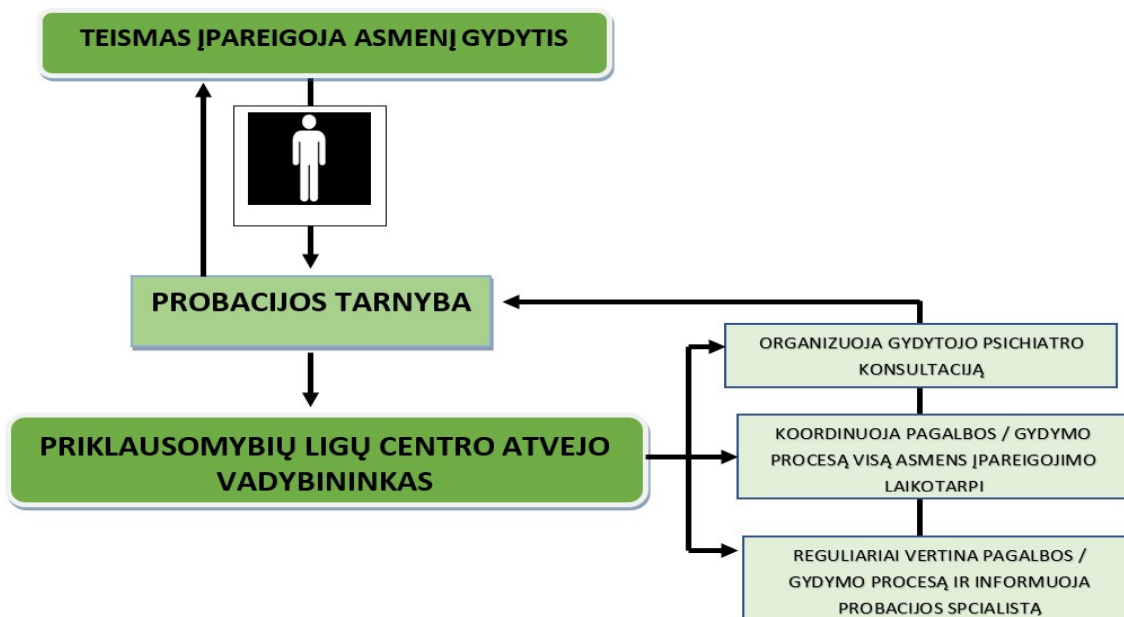


Nepaisant pavienių iniciatyvų Lietuvoje vis dar trūksta bendradarbiavimo tarp skirtingų institucijų. Tai iliustruoja ir tai, kad Lietuvoje 2016 m. gruodžio 31 d. apygardų

probacijos tarnybos prižiūrėjo 367 asmenis (4,4 proc. nuo visų esančių probacijos tarnybos įskaitoje), kuriems paskirtas įpareigojimas gydytis priklausomybės ligas (priklausomybė nuo alkoholio, nuo narkotinių ir psichotropinių medžiagų ir pan.), iš jų 22 moterys (2015 m. - 316 asmenų, 3,3 proc.⁹⁷). Šiuos asmenis probacijos tarnybos siuntė į asmens sveikatos priežiūros ir socialinės globos įstaigas. Efektyvaus gydymo nuo priklausomybės ir socialinės integracijos kontrolei būtinas glaudus probacijos tarnybų bei asmens sveikatos priežiūros įstaigų bendradarbiavimas. Vilniaus apygardos probacijos tarnyba nuo 2007 m. bendradarbiauja su Respublikiniu priklausomybės ligų centru. Nuo 2017-01-01 iki 2017-12-31 Respublikiniame priklausomybės ligų centre Vilniaus filiale 201 (iš jų 13 asmenų nukreipta pakartotinai) asmeniui, teismo įpareigotam gydytis priklausomybės ligas, buvo teikiama pagalba ir gydymas, bei atvejo vadyba. 80 asmenų įpareigojimas gydytis tęsiasi nuo 2016 metų.

Šiuo metu Respublikinio priklausomybės ligų centro bendradarbiavimą su probacijos tarnyba galima pavaizduoti taip (žiūr. 10 pav.):

10 pav. Respublikinio priklausomybės ligų centro bendradarbiavimo schema su savivaldybėmis, sprendžiant priklausomybės ligomis sergančių asmenų problemas. Šaltinis: 2017 m. gruodžio 6 d. LR Seimo Priklausomybių prevencijos komisijos kartu su Narkotikų, tabako ir alkoholio kontrolės departamentu rengta apskrito stalo diskusija dėl alternatyvų baudžiamojo poveikio priemonių. A. Širvinskienės pranešimas.



⁹⁷ http://www.kaldep.lt/lt/kalejimu-departamentas/administracine_informacija/ataskaitos/metines.html

Požiūris, kuris orientuotas į sveikatą, o ne į baudimą, yra efektyvesnis ir tai įrodo moksliniai tyrimai⁹⁸. Todėl perkėlus dalį atsakomybės ir darbo iš baudžiamosios srities į sveikatos sritį, sveikatos sritis turėtų būti užtikrinama pakankamu finansavimu, kad galėtų teikti kokybiškas paslaugas ir patenkintų šios grupės asmenų poreikius bei atsižvelgtų į visus specifinius, gydymo eigoje kylančius ypatumus (daugiau laiko skiriant asmens situacijos vertinimui, bendradarbiavimui su probacijos tarnyba ir kt.). Šiuo metu egzistuojanti praktika yra gera, tačiau susiduria su finansavimo ir specialistų trūkumo klausimais.

Todėl akivaizdu, kad tikslinga sveikatos priežiūros paslaugas Lietuvoje integruoti tiek horizontaliu lygmeniu (pvz., gerinant specialistų komandinį darbą), tiek ir vertikaliu lygmeniu, kuomet užtikrinamas priklausomybės ligų gydymo paslaugų prieinamumas ir priežiūros tęstinumas tarp pirminio, antrinio lygio ir kitų, pagalbą priklausomybės ligomis sergantiems asmenims teikiančių įstaigų (pvz. socialinių tarnybų, probacijos tarnybų ir pan.). Tai įtvirtinta ir naujausiose gydymo rekomendacijose⁹⁹, kuriose nurodoma, kad būtinųjų paslaugų spektras psichoaktyvias medžiagas vartojantiems asmenims turi būti užtikrinamas įvairiuose sveikatos priežiūros sistemos lygmenyse ir kt. lygmenyse (žiūr. 1 priedą).

Metodinėse rekomendacijose „Bendradarbiavimo tinklo kūrimas Vilniaus mieste sprendžiant šeimų auginančių vaikus kur yra piktnaudžiaujama alkoholiu ar narkotinėmis medžiagomis problemas“¹⁰⁰, yra pažymima, kad specialistai, dirbantys su rizikos grupės asmenimis skirtingai supranta įstaigų ir institucijų bendradarbiavimo svarbą, sprendžiant priklausomų nuo psichoaktyvių medžiagų asmenų problemas. Šiuo metu bendradarbiavimas daugiausiai remiasi asmeniniais ryšiais, pažintimis ir yra gana fragmentiškas bei sudėtingas. Šioje metodikoje nurodoma, kad kalbant apie kokybiškesnį ir glaudesnį bendradarbiavimą tarp įstaigų, pasigendama:

1. tiesioginės sąveikos būdų, kurie leistų charakterizuoti grupinius procesus ir apimti bendrą planavimą, sprendimų priėmimą ir problemų sprendimą siekiant bendrų tikslų;
2. sąveikos aiškumo tarp skirtingų institucijų specialistų (turinčių skirtingą žinojimą, patirtį), kuri įgalintų aptarti ir vertinti teikiamą pagalbą, dalintis turima patirtimi.

Todėl tam, kad bendradarbiavimas būtų kiek įmanoma efektyvesnis būtina sudaryti tinkamas jo prielaidas, kurių šiuo metu pasigendama kalbant apie priklausomybės ligomis sergančių asmenų pagalbos sistemą:

- aiškus ir reglamentuotas teisiškai darbo tarp skirtingų institucijų pasidalijimas ir funkcijos;

⁹⁸ UNODC (2007). Handbook of basic principles and promising practices on Alternatives to Imprisonment.

⁹⁹ http://www.who.int/substance_abuse/activities/msb_treatment_standards.pdf

¹⁰⁰ http://www.vplc.lt/images/files/Bendradarbiavimo_metodika.pdf

- galimybė reguliariai specialistams susitikti ir išsakyti lūkesčius ir susitarti dėl prioritetinių pagalbos teikimo principų;
- aiškus ir reglamentuotas, nepažeidžiantis teisės aktų ir tarptautinių rekomendacijos, informacijos dalinimosi kelias.

1.2.4. Sveikatos paslaugų realizavimo, susijusio su narkotikų politika Lietuvoje atitikimas tarptautinėms rekomendacijoms ir teisės aktams

1.2.4.1. PRINCIPINĖS NUOSTATOS TARPTAUTINIULOSE DOKUMENTULOSE

ES pozicija narkotikų atžvilgiu išdėstyta ES kovos su narkotikais strategijoje 2013-2020, ją lydinčiuose veiksmų planuose bei ES bendroje pozicijoje UNGASS 2016. Apibendrinant galima teigti, kad nors ES dokumentai pabrėžia paramą pagrindinėms narkotikų kontrolės konvencijoms, juose atkreipiamas dėmesys į konvencijų lankstumą ir leistinų priemonių įvairovę. ES požiūriu veiksminga narkotikų politika turėtų remtis mokslu pagrįstais visuomenės sveikatos metodais, patikima ir objektyviomis stebėsenos priemonėmis surinkta informacija bei atitikti žmogaus teisių apsaugos reikalavimus, taip kaip šie apibrėžiami tarptautiniuose dokumentuose.

Dabartinė Lietuvos Respublikos nelegalių narkotikų kontrolės politika iš esmės grindžiama ir atitinka tarptautinių narkotikų politiką reglamentuojančių konvencijų bei ES 2013-2020 narkotikų politikos strategijos nuostatas, tačiau nepakankamai atitinka vertybes ir principus, kuriais šie dokumentai grindžiami, stokojama šiuolaikinio konvencijų interpretavimo bei atsilieka nuo naujausių ES šalių kontrolės politikos įgyvendinimo tendencijų. Atkreiptinas dėmesys ir į itin menką rodiklį, kuriais vertinamas sveikatos sistemos atsakas į probleminių švirkščiamųjų narkotikų vartotojų ir kitų specialių grupių poreikius. Neišspręstas stebėsenos patikimumas ir elektroninių paslaugų stebėsenos sistemų integravimo problema.

Tarptautiniai dokumentai palieka nemažą laisvę juos ratifikavusioms šalims savarankiškai rinktis narkotikų kontrolės politiką ir priemones, kaip pasiekti numatytų tikslų. Atkreiptinas dėmesys ir į tai, kad net ir šalys ratifikavusios tarptautinius dokumentus, juos taiko šiek tiek skirtingai, pirmenybę suteikia skirtingoms politikos priemonėms, nustato skirtingus prioritetus, dėl kurių nebūtinai sutaria visos šalys. Pavyzdžiui, 2016 m. kovo 14-22 d. vykusioje 59-ojoje CND (*JT Narkotinių medžiagų komisija*) sesijoje vieningai priimtas Baigiamasis UNGASS (Jungtinių tautų generalinės asamblėjos specialioji sesija narkotikų klausimais) dokumentas. Iškart po paskelbimo Europos sąjungos šalys išreiškė susirūpinimą dėl to, kad baigiamajame dokumente nekalbama apie mirties bausmės už veikas, susijusias su narkotikais, panaikinimą.

Todėl planuojant nacionalinės narkotikų kontrolės politikos pokyčius sveikatos priežiūros srityje, tarptautinius dokumentus būtina interpretuoti ir taikyti atsižvelgiant į šalies narkotikų vartojimo paplitimo ir sukeltos žalos rodiklius, prevencijos ir pagalbos poreikių vertinimą, mokslo įrodymus, realistiškai įvertinus lėšų reikalingų politikai įgyvendinti poreikį, politinės valios bei visuomenės nusiteikimo kryptį.

1.2.4.2. Situacijos atitikimas tarptautiniams dokumentams

1.2.4.2.1. ES, PSO ir UNGASS dokumentų, skirtų subalansuotos narkotikų politikos įgyvendinimui realizuojant sveikatos paslaugas, apžvalga

Pagrindiniai tarptautiniai dokumentai reglamentuojantys šalių atsakomybę už narkotikų politiką - tai prieš narkotikus nukreiptos JT konvencijos (1961 metų Bendroji narkotinių medžiagų konvencija, 1971 metų psichotropinių medžiagų konvencija ir 1988 metų konvencija „Dėl kovos su neteisėta narkotinių priemonių ir psichotropinių medžiagų apyvarta“). Šios konvencijos įpareigoja šalis užtikrinti tinkamą narkotinių medžiagų kontrolę, kriminalizuoti gamybą ir platinimą, tačiau pripažįsta, kad narkotinių medžiagų vartojimas medicinoje būtinas bei rekomenduoja visoms šalims, kuriose narkomanija yra rimta problema ir kurios ekonominiu požiūriu pajėgios tai padaryti, užtikrinti nuo narkotikų priklausomų asmenų gydymą.

Pagrindinės konvencijos 38 straipsnio pirmoji dalis įpareigoja šalis skirti ypatingą dėmesį ir imtis visų įmanomų priemonių, kad „užkirsti kelią piktnaudžiavimui narkotinėmis medžiagomis ir anksti išaiškinti, gydyti, auklėti piktnaudžiaujančius narkotikais asmenis, atkurti jų darbingumą, grąžinti į visuomenę ir stebėti juos baigus gydymą“. Valstybės turėtų koordinuoti savo pastangas siekdamos šių tikslų.

Lietuva iš esmės laikosi JT Konvencijų nuostatų, nors jų įgyvendinimo kokybė akivaizdžiai nepakankama. Šalyje yra veikianti narkotikų kontrolės sistema, apimanti įstaigų ir specialistų tinklą, orientuota į ankstyvą išaiškinimą, prevenciją, prieinamos pagalbos ir gydymo tinklo plėtrą. Tačiau stokojant adekvačių investicijų ir veiklos koordinavimo šioje srityje – nei gydymo nei reintegracijos paslaugų apimtis nėra pakankama. Taigi nors formali narkotinių medžiagų kontrolė užtikrinama, tačiau prevencijos, gydymo, mokslo tyrimų ir veiklos koordinavimo galimybės nepakankamai finansuojamos, gydymo paslaugų tęstinumas neužtikrinamas.

1988 m. paskelbtuose JT narkotikų konvencijos komentaruose pabrėžiama, kad su asmeniniu vartojimu susijusių veikų atžvilgiu valstybės gali laisviau taikyti alternatyvas įkalinimui ir bausmei. Taigi konvencijos neįpareigoja valstybių už teisės pažeidimus, susijusius su vartojimu asmeninėms reikmėms, taikyti baudžiamąją atsakomybę, jos gali numatyti „vietoj nuteisimo ar bausmės, ar papildomai su bausme, kad tokiems

asmenims, būtų taikomos priemonės, kuriomis siekiama juos gydyti, auklėti, stebėti baigus gydymą, atkurti jų darbingumą ir grąžinti juos į visuomenę“. Nors konvencijos palieka nemažą laisvę valstybėms pasirinkti kitas, nei baudžiamosios priemonės kontroliuojant vartotojų elgesį, ir leidžia taikyti gydymą kaip bausmės alternatyvą, Lietuva pasirinko labiausiai į baudžiamąsias priemones orientuotą politiką, ir kol kas per menkai vystė galimybes pasirinkti gydymą kaip bausmės alternatyvą.

Vienas svarbiausių dokumentų apibrėžiančių ES narkotikų politiką – tai ES kovos su narkotikais strategija 2013-2020, ją lydintys veiksmų planai bei ES bendroji pozicija paskelbta UNGASS 2016. Šie dokumentai grindžiami ES vertybėmis: pagarba žmogaus orumui, laisve, demokratija, lygybe, solidarumu, teisine valstybe ir žmogaus teisėmis. Ši strategija apima tiek pasiūlos, tiek paklausos mažinimo priemones ir ypač akcentuoja subalansuotą narkotikų politiką, todėl sveikatos tikslai ir sveikatos priežiūros sistemos atsakas joje itin reikšmingi. Šie dokumentai pabrėžia paramą pagrindinėms narkotikų kontrolės konvencijoms, taip pat atkreipiamas dėmesys į jų lankstumą ir leistinų priemonių įvairovę. ES požiūriu veiksminga narkotikų politika turėtų remtis mokslu pagrįstais visuomenės sveikatos metodais, patikima ir objektyviomis stebėsenomis priemonėmis surinkta informacija bei atitikti žmogaus teisių apsaugos reikalavimus, taip kaip tai apibrėžiama tarptautiniuose dokumentuose.

Visuomenės ir asmens sveikatos priežiūros paslaugos – svarbiausias narkotikų paklausos mažinimo mechanizmas aptariamame Strategijoje: 17 punkte nurodoma, kad paklausos mažinimą sudaro kelios vienodai svarbios ir viena kitos veikimą sustiprinančios priemonės, įskaitant prevenciją (aplinkos, bendrąją, atrankinę ir tikslią), ankstyvą nustatymą ir intervenciją, žalos mažinimą, gydymą, reabilitaciją, socialinę reintegraciją ir pasveikimą.

Lietuvoje įvairia apimtimi įgyvendinami visi šio punkto elementai – vykdoma prevencija, tačiau pernelyg menkai akcentuojamas ankstyvas išaiškinimas; veikia priklausomybių gydymo sistema, tačiau paslaugų prieinamumas ir finansavimas išlieka nepakankamas; stokojama kompetentingų specialistų galinčių taikyti ankstyvas intervencijas, nėra veiksmingo nukreipimo į gydymo paslaugas modelio; stipri žalos mažinimo programų stigmatizacija ir ribotas jų prieinamumas (beveik išimtinai didmiesčiuose), veikiančios, tačiau labai nevienodos kokybės, reabilitacijos ir reintegracijos programos ir palyginus nedidelė jų aprėptis. Svarbu ir tai, kad valstybėje išlieka nemažai teisinių, finansinių ir logistinių barjerų teikti tinkamas sveikatos priežiūros paslaugas narkotikus vartojančioms moterims, vaikams ir šeimoms, vartotojams, kuriems kartu diagnozuotos kitos psichikos ir / arba infekcinės ligos, kaliniams ir kitoms specialioms grupėms. Svarbu ir tai, kad paklausos mažinimo priemonės Lietuvoje įgyvendinamos neužtikrinant veiksmingų tarpusavio ryšio, paslaugų tęstinumo, dėl ko prarandamas ES strategijoje rekomenduojamas priemonių sinergijos efektas (viena kitos veikimą sustiprinančios priemonės).

ES Strategijoje siūloma didinti veiksmingų rizikos ir žalos mažinimo priemonių prieinamumą (19.4 punktą) bei kalinių sveikatos priežiūrą ir jos tęstinumą visais baudžiamojo teisingumo sistemos etapais ir po paleidimo laisvėn (19.6 punktą). Šie elementai Lietuvoje įgyvendinami labai maža apimtimi, kaip ir alternatyvų (švietimo, gydymo, rehabilitacijos) prievartinėms sankcijoms narkotikus vartojantiems nusikaltėliams kūrimas (rekomenduojamas 22.11 punkte kaip būdas išvengti recidyvizmo, stiprinti baudžiamojo teisingumo sistemos veiksmingumą).

Jungtinių Tautų Generalinės Asamblėjos specialiojoje sesijoje narkotikų tema (UNGASS) vykusioje 2016 m. balandžio mėn. iš esmės peržiūrėta ir įvertinta pasaulinė narkotikų kontrolės politika, priimta rezoliucija, kuri nenumatė jokių esminių pakeitimų dabartinėje globalioje narkotikų politikoje. Joje dar kartą pabrėžiama būtinybė narkotikų kontrolės politikoje didinti sveikatos priežiūros sistemos atsaką, mažinti paklausą.

UNGASS rezoliucija taip pat ragina kurti veiksmingas ekonomines alternatyvas neteisėtam narkotinių augalų auginimui ir kitoms susijusioms veikloms. Šiai temai Lietuvoje apskritai nėra skiriama dėmesio, išskyrus verslo struktūrų plėtojamą pluoštinių kanapių auginimą.

Atkreiptinas dėmesys, kad nors konvencijos ir UNGASS rezoliucija pabrėžia vyrų ir moterų lygybę gauti paslaugas, tačiau Lietuvoje dėl asmeninių ir kultūrinių aplinkybių moterims šių paslaugų prieinamumas yra žymiai mažesnis. Pavyzdžiui, Lietuvoje veikia tik 2 bendruomenės, kurios priima nuo psichoaktyviųjų medžiagų priklausomas moteris, tik viena, kurioje gali gyventi moterys su vaikais. Be to joms visada yra didesnė rizika netekti vaiko globos teisių, kurias jos neretai vertina labiau negu vyrai. Atkreiptinas dėmesys ir tai, kad priklausomiems suaugusiems (ne tik nuo nelegalių narkotikų, bet ir nuo alkoholio) išmokos už vaikus ir socialinė parama – tai vienas iš žalingo vartojimo finansavimo būdų.

Valstybės raginamos plėtoti gydymo ir kitų paslaugų prieinamumą kaip alternatyvą (arba papildomą priemonę) vietoj įkalinimo ar baudimo, kai tai atitinka JT konvencijų nuostatas ir JT standartus bei didinti gydymo prieinamumą įkalinčiams asmenims. Priėmus rezoliuciją ES paragino tarptautiniu lygmeniu taikyti humaniškesnę ir labiau į visuomenės sveikatą nukreiptą kovos su narkotikais politiką.

2017 m. birželio 27 d. Pasaulio sveikatos organizacija (PSO) kartu su JT priėmė bendrą pareiškimą dėl diskriminacijos sveikatos sektoriuje, kuriame paragino peržiūrėti ir panaikinti baudžiamuosius įstatymus, kurie kaip buvo įrodyta sukelia neigiamas pasekmes sveikatai ir prieštarauja nusistovėjusiems įrodymams visuomenės sveikatos srityje. Tarp tokių buvo paminėti įstatymai, kurie kriminalizuoja ar kitaip uždraudžia „<...> disponavimą narkotikais ar jų vartojimą savo reikmėms“. Taigi, naujais PSO reiškiamą pozicija ne aptaki ir dviprasmiška, kaip UNGASS rezoliucija, bet pateikia aiškia rekomendaciją dekriminalizuoti narkotikų vartojimą savo reikmėms, nes kriminalizavimas sukelia visuomenės sveikatos problemų, apsunkina sveikatos sistemos atsaką. Tačiau pareiškimas yra platesnis ir apima įvairias diskriminacijos sveikatos sektoriuje formas,

įskaitant reikalavimą gauti tėvų sutikimą dėl teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų, informacijos tretiesiems asmenims apie asmens sveikatos būklę teikimą, konfidencialumo ir privatumo užtikrinimą. Pareiškime raginama atsisakyti priverstinio gydymo, privalomo ŽIV testavimo bei patikrų, kuriomis nesiekama asmens arba visuomenės sveikatos tikslų, o sveikatos priežiūros paslaugas teikti remiantis autonomijos principu, užtikrinant laisvą ir informuotą sutikimą, privatumą ir konfidencialumą.

ES Narkotikų politikos dokumentai pabrėžia integruotas sveikatos priežiūros paslaugas – jos turėtų apimti ankstyvą atpažinimą ir nukreipimą į specializuotą pagalbą. Diduma gydymo paslaugų išsivysčiusiose šalyse – ambulatorinės, tačiau tarptautiniai dokumentai nepateikia tikslų rekomendacijų dėl proporcijos tarp ambulatorinio ir stacionarinio gydymo: pabrėžiami autonomiškumo, pagrįstumo mokslu ir kiti principai, taip pat nėra aiškių rekomendacijų, dėl to ar priklausomybių gydymo sistemos paslaugos būtų specializuotos ar bendrosios, vėlgi pabrėžiamas jų susietumas, tęstinumas ir prieinamumas. Pasirenkant modelį reikia remti esama infrastruktūra, investicijų poreikiu ir mokslo įrodymais.

Nei bazinės konvencijos, nei kiti narkotikų kontrolės politikai skirti tarptautiniai dokumentai nekalba apie priverstinį gydymą dėl narkotikų vartojimo. Alternatyva bausmei nėra vertinama kaip priverstinis gydymas. Šiuo metu stokojama įrodymų, kad priverstinis gydymas asmenų vartojančių narkotikus – veiksmingesnis nei savanoriškas. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4752879/> Mokslo tyrimai rekomenduoja pirmiausiai plėtoti savanoriško gydymo galimybes, nors Europoje yra šalių, kur priverstinio gydymo galimybė yra teisiškai reglamentuota.

Tarptautiniuose dokumentuose išskirtinis dėmesys dėl reikšmingo poveikio, rizikų ir grėsmių visuomenės sveikatai skiriamas asmenims vartojantiems švirkščiamus narkotikus. PSO, UNODC, UNAIDS Techninės gairėse nurodoma koks turi būti kompleksinių intervencijų paketas, kad užtikrinti ŽIV infekcijos prevenciją, gydymą ir priežiūrą tarp švirkščiamųjų narkotikų vartotojų bei pateikiami rodikliai, kuriais vertinamas šių intervencijų poveikis. Čia taip pat pateikiami rekomendacijų įgyvendinimo ir atsiskaitymo už įgyvendinimą mechanizmai, skirti vertinti ir stebėti kaip sveikatos priežiūros paslaugose siekiama ŽIV prevencijos, gydymo ir priežiūros, vertinti taikomų priemonių veiksmingumą.

Dar JT 65-osios Generalinės asamblėjos 2011-07-08 priimta Politinė deklaracija dėl ŽIV ir AIDS:

http://www.unaids.org/sites/default/files/sub_landing/files/20110610_UN_A-RES-65-277_en.pdf, kurioje 63 punkte numatytas šalių įsipareigojimą veikti taip, kad iki 2015 m. tarp asmenų naudojančių švirkščiamus narkotikus ŽIV perdavimas sumažėtų 50 proc. Tai konkretus rodiklis, kurio nepavyko pasiekti. 59 deklaracijos punktas ragina šalis padidinti būtinų priemonių įskaitant vyriškus ir moteriškus prezervatyvus bei švirkštus prieinamumą ir atsižvelgiant į šalies galimybes plėtoti anoniminių ŽIV testavimą ir

paslaugų teikėjo pasiūlomą testavimą, plėsti žalos mažinimo programas ir remiantis Techninėmis gairėmis nustatyti tikslinius rodiklius bei visuotinę prevencijos, gydymo ir priežiūros paslaugų prieinamumą.

UNAIDS ir partneriai dar 2014 m. sutarė dėl globalių Darnaus vystymosi tikslų, siekdami, kad gydymą gautų tie, kuriems jis reikalingas. Buvo nustatyti konkretūs rodikliai: iki 2020 metų 90 proc. ŽIV užsikrėtusiųjų žinotą diagnozę, 90 proc. diagnozuotų būtų gydomi antiretrovirusiniais vaistais ir 90 proc. gydomų asmenų kraujyje viruso krūvis būtų neaptinkamas. 90-90-90 matematinis modeliavimas rodo, kad pasiekus šiuos tikslus, 2030 m. galima tikėtis, kad ŽIV infekcija nustos buvusi epidemijos lygmens problema.

1.2.4.2.2. Nacionalinės narkotikų politikos situacija

2010 lapkričio 4 d. buvo patvirtinta Nacionalinė narkotikų kontrolės ir narkomanijos prevencijos 2010–2016 metų programa, kuri iš esmės atitinka visas ES strategijos kryptis. Šios Programos tikslas – stabdyti ir mažinti neteisėtą narkotinių ir psichotropinių medžiagų bei jų pirmtakų (prekursorių) pasiūlą ir paklausą, narkomanijos plitimą, stiprinant asmens ir visuomenės švietimą, sveikatą ir saugumą. Programoje numatyti 4 prioritetai: pasiūlos mažinimas, paklausos mažinimas, ypač tarp vaikų ir jaunimo, tarptautinio ir nacionalinio valstybės ir savivaldybių institucijų ir įstaigų, asociacijų, verslo subjektų, pilietinės visuomenės bendradarbiavimo ir koordinavimo narkotikų kontrolės ir narkomanijos prevencijos srityse stiprinimas bei informacinių sistemų ir mokslinių tyrimų plėtra. Nacionalinės programos akcentas – prevencija, orientacija į jaunimą ir sveikos gyvensenos skatinimą, tyrimus, vertinimą ir bendradarbiavimą. Programa pagrįsta nuolatiniu narkotikų kontrolės politikos stiprinimu, teisinės bazės tobulinimu, stebėseną ir vertinimu, koordinuotu tarpinstitucinių programų įgyvendinimu, efektyviu lėšų naudojimu, griežta atskaitomybe ir kontrole.

Europos komisijos 2015 m. ataskaitoje dėl strategijos įgyvendinimo pažangos nurodoma, kad jau iki 2013 m. visos ES šalys nustatė visuomenės sveikatos politikos tikslus, kuriais siekiama užtikrinti priklausomybės nuo narkotikų žalos sveikatai prevenciją ir mažinimą. Lietuva patenka tarp ES šalių, kurios pranešė, jog 2013-2014 m. ėmėsi konkrečių veiksmų, siekdamos užtikrinti įrodymais grindžiamų rizikos ir žalos mažinimo priemonių prieinamumą. Lietuva taip pat viena iš ES šalių, kurioje (kaip ir daugumoje) veikė teisiškai reglamentuotos alternatyvos baudžiamosioms sankcijoms narkotikus vartojantiems ir nusikaltimus padariusiems asmenims. Ataskaitoje taip pat pabrėžiama, kad Lietuvoje veikia palyginus patikima stebėsenos ir informacijos rinkimo sistema bei veikia integruotos ir prieinamos sveikatos priežiūros paslaugos.

Vienas reikšmingų šiuo metu Lietuvoje veikiančios narkotikų politikos trūkumų – tai sveikatos priežiūros sistemoje veikianči aiški diskriminacija psichoaktyviųjų medžiagų vartotojų atžvilgiu. Pirmiausiai, tik nedidelė gydymo dėl šių sutrikimų kaštų dalis apmokami iš PSDF biudžeto, kitaip nei kitų somatinių ir psichikos ligų. Tai stiprina atskirtį, apsunkina paslaugų integraciją, kliento nukreipimą ir perimamumą, gydymo tęstinumą. Diskriminaciją šie pacientai patiria ir dėl kitokios nedarbingumo pažymėjimų reglamentavimo tvarkos – skirtingai nuo kitų ligų, nedarbingumas jiems apribotas iki 14 d. per metus, o tai neapima net vieno pilno gydymosi Minesotos programoje ciklo (28 d.). Tuo tarpu sergant kitomis lėtinėmis ligomis nedarbingumas skiriamas gydymo laikotarpiui arba kol asmuo laikosi paskirto gydymo režimo.

Lietuvoje yra ribotos galimybės taikyti priverstinį gydymą dėl psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo tais atvejais, kai jų būklė atitinka būtinosios pagalbos kriterijus, kai asmuo dėl savo priklausomybės kelia pavojų savo ar kitų sveikatai. Priverstinė gydymą skiria teismas. Tačiau dėl apmokėjimo už paslaugas ypatumų, trumpalaikės daugelio tokių ūmių būsenų prigimties ši priemonė taikoma labai retai. Lietuvoje yra numatytas ir įpareigojimas gydytis kartu atidedant bausmės vykdymą. Ir ši priemonė nėra plačiai paplitusi.

Specialios pacientų grupės ypač stokoja geografinio prieinamumo. Pavyzdžiui, veiksmingos stacionarinės specializuotos programos nepilnamečiams teikiamos tik dviejuose didžiausiose miestuose ir tik savanoriškai sutinkantiems gydytis nepilnamečiams. Stokojama specializuotų programų moterims, tikslinių vartojimą mažinančių socialinių paslaugų socialinės rizikos asmenims (priklausomiems nuo psichoaktyviųjų medžiagų, išėjusiems iš įkalinimo ir priverstinio gydymo įstaigų, nukentėjusiems nuo prekybos žmonėmis, smurto aukoms ir kt.). Praktiškai neveikia paslaugų integracijos sistema, dėl skirtingos teisinės bazės ir asmens duomenų apsaugos pritaikymo, prastai veikia nukreipimo sistema socialinių paslaugų sektoriuje paslaugas gaunantiems asmenims, priklausomiems nuo narkotikų ar jais piktnaudžiaujantiems asmenims. Ši veikla nepakankamai koordinuojama, nėra vienos už tai atsakingos struktūros.

Lietuvoje taikomos priemonės nepadeda pasiekti tarptautiniuose dokumentuose rekomenduojamų tikslų ir rodiklių, dėl infekcijų susijusių su narkotikų vartojimu. Pagal 2016 m. EMCDDA ataskaitą Lietuva (kaip ir kitos Baltijos šalys) Europoje išsiskiria ir tuo, kad apie 30 proc. naujai diagnozuotų ŽIV atvejų yra susiję su švirksčiamųjų narkotikų vartojimu, kai tuo tarpu ES vidurkis išlieka stabilus apie 8 proc. Tai akivaizdžiai susiję su nepakankamu žalos mažinimo programų veiksmingumu būtent mūsų šalyje.

Bendrai probleminių narkotikų vartotojų 2015 m. Lietuvoje buvo apie 5000. EMCDDA 2016 ir 2017 m. ataskaitos rodo, kad Lietuvoje beveik 90 proc. gydytis dėl narkotikų vartojimo besikreipiančių asmenų sudaro opioidų vartotojai, tai pagrindinė gydymo paslaugų dėl nelegalių narkotikų vartojimo klientų grupė. Naujais duomenys apie švirksčimąsi kaip pagrindinį narkotikų vartojimo būdą nurodė apie 90 proc. 2015 m.

pirmą kartą priklausomybę nuo narkotikų vartojimo gydytis pradėjusių asmenų, kurių pagrindinis vartojamas narkotikas buvo heroinas. Europos šalyse šis rodiklis mažėja, o Lietuvoje išlieka itin aukštas. Lietuvoje su opioidais susijusios skubiosios pagalbos atvejų skaičius 2013–2015 m. padidėjo beveik dvigubai.

Opioidų vartojimas švirkštimosi būdu itin paplitęs Lietuvoje sukelia itin grėsmingas rizikas visuomenės sveikatos požiūriu, dėl infekcinių ligų plitimo, nusikalstamų veikų ir kt. 2017 m. EMCDDA ataskaitoje nurodoma, kad diagnozuotų naujų su švirkščiamųjų narkotikų vartojimu susijusių ŽIV atvejų skaičius ES šiuo metu stabilus, o Lietuvoje išlieka aukštesnis už vidurkį (>12 atvejų milijonui gyventojų, vienas aukščiausių ES) ir stabilus. Atkreiptinas dėmesys ir į tai, kad Lietuva nepateikė pažangos ataskaitos 2014 ir 2016 m. kaip numatyta pagal UNAIDS 2011 m. Politinę deklaraciją dėl ŽIV ir AIDS. Tuo tarpu koalicijos „Galiu gyventi“ atliktas tyrimas, vertinęs Lietuvos atitikimą UNAIDS 90-90-90 tikslui, atskleidė, kad 2016 m. ŽIV statusą žinojo vidutiniškai 66 proc. asmenų, antiretrovirusinį gydymą gavo 32 proc. asmenų, kuriems jau diagnozuota ŽIV liga. Iš jų viruso krūvis buvo neaptinkamas 82 proc. gydytų pacientų.

2016 m. EMCDDA ataskaitoje Lietuvą nurodoma prie šalių, kuriose tik maža dalis (< 20 proc.) didelės rizikos grupei priskiriamų opioidų vartotojų gauna pakaitinį gydymą. Prancūzijoje ir Portugalijoje šis rodiklis – beveik 80 proc. Nors skirtumai yra dideli, tačiau vis mažėja šalių, kuriose pakaitinio gydymo aprėptis didelės rizikos vartotojams – maža.

Taip pat itin mažas ir kitų žalos mažinimo programų prieinamumas – pavyzdžiui 2013 m. švirkščiamųjų narkotikų vartotojų dalis, gaunanti farmakoterapijos metadonu paslaugas, sudaro 10,6 proc. (≤ 20 proc. rodiklis laikomas mažu; > nei 40 proc. - aukštu). Šie rodikliai atspindi nepakankamą taikomų priemonių veiksmingumą įgyvendinant ŽIV ir kitų su narkotikų vartojimu susijusių infekcijų prevenciją.

Lietuva iš esmės siekia vykdyti ir įsipareigojimus kuriuos tarptautiniai dokumentai nustato dėl pagalbos specialioms grupėms (ypatingai švirkščiamuosius narkotikus vartojantiems asmenims), taip pat dėl informacijos rinkimo ir stebėsenos mechanizmų. Kita vertus galiojančiose Užkrečiamųjų ligų ir AIDS centro (ULAC) viešai patekiamose ataskaitų formose nėra išskirta konkreti švirkščiamus narkotikus vartojančių asmenų kategorija, nesimato pasiskirstymo pagal lytį ir amžių, nors šiuos duomenis rinkti rekomenduojama dezagreguotus.

2017–2020 m. ES kovos su narkotikais veiksmų plane nustatyta 15 bendrų rodiklių, kuriuos renka ir Lietuva teikdama EMCDDA ataskaitas, atlikdamos nacionalinio lygmens populiacijos tyrimus ir apklausas.

Su visuomenės ir asmens sveikatos intervencijomis ir susiję šie rodikliai:

1. Gyventojų, kurie narkotikus vartoja šiuo metu (per pastarąjį mėnesį), juos vartojo neseniai (per pastaruosius metus) ir kurie kada nors (gyvenime) yra juos vartoję, procentinė dalis pagal narkotikų rūšį ir amžiaus grupę;
2. Nustatytos probleminio narkotikų vartojimo ir intraveninių narkotikų vartojimo paplitimo tendencijos;

3. Mirčių nuo narkotikų skaičiaus ir narkotikų vartotojų mirtingumo (pagal nacionalines apibrėžtis) tendencijos;
4. Intraveninių narkotikų vartotojų su narkotikų vartojimu siejamų infekcinių ligų, įskaitant ŽIV ir virusinį hepatitą, lytiškai plintančias ligas ir tuberkuliozę, paplitimas ir dažnumas;
5. Žmonių, kuriuos pradeda gydyti nuo narkomanijos, skaičiaus tendencijos ir bendras apskaičiuotas nuo narkomanijos gydomų žmonių skaičius (Gydymo paklausa ir sveikatos bei socialinės apsaugos sektorių reagavimo veiksmai)
6. Paslaugų ir intervencijos priemonių prieinamumo, aprėpties ir kokybės prevencijos, žalos mažinimo, socialinės integracijos ir gydymo srityse įvertinimas. (Sveikatos ir socialinės apsaugos sektorių reagavimo veiksmai)
7. Faktiniais duomenimis grindžiamos intervencijos priemonės prevencijos, gydymo, socialinės integracijos ir išgijimo srityse ir numatomas jų poveikis narkotikų vartojimo paplitimui ir probleminiam narkotikų vartojimui (Geriausios praktikos portalas)
8. Pokyčiai, susiję su nacionaline kovos su narkotikais strategija, įvertinimais, teisės aktais, koordinavimo mechanizmais ir viešųjų išlaidų planais.

Šiuo metu peržiūrima Nacionalinė narkotikų kontrolės ir narkomanijos prevencijos 2010-2016 m. programa, kurios galiojimas pasibaigęs ir rengiamas naujas strateginis dokumentas. Tokiu būdu užtikrinamas politikos tęstinumas bei ankstesniuose narkotikų politiką reglamentuojančiuose nacionaliniuose dokumentų nuostata, kad sėkminga tik tokia narkotikų kontrolės politika, kuri susideda iš pasiūlos ir paklausos mažinimo, informacijos rinkimo ir analizės, mokslinių tyrimų plėtros, bendradarbiavimo ir koordinavimo. Svarbu, kad naujosios strategijos rodikliai atitiktų ir Europos strategijos siekius bei rodiklius.

1.2.5. Sveikatos srities tendencijų narkotikų politikoje Lietuvoje stiprybės, silpnybės, grėsmės ir galimybės

Apibendrinant šioje analizėje pateiktą informaciją išskiriamos šios bendros, esamos situacijos priklausomybės ligų gydymo srityje ,stiprybės, silpnybės, galimybės ir grėsmės:

Stiprybės	Silpnybės
1. Šiuo metu esanti paslaugų finansavimo tvarka leidžia teikti paslaugas ir tiems, kurie neturi privalomojo sveikatos	1. Valstybės biudžeto skiriamos lėšos yra nepakankamos, norint užtikrinti pakankamą paslaugų apimtį ir kokybę;

<p>draudimo;</p> <p>2. Keletas paslaugų apmokamos iš PSDF lėšų t.y.</p> <ul style="list-style-type: none"> - pirminio lygio paslaugos, kurios teikiamos psichikos sveikatos centruose; - antrinio lygio paslaugos: gydytojo psichiatro, teikiančio priklausomybės ligų gydymo paslauga; pakaitinio gydymo opioidiniais vaistais paslauga; Dienos stacionaro paslauga (Suaugusiųjų psichiatriją); ambulatorinė ir stacionarinė psychosocialinė medicininė rehabilitacija. <p>3. Galimybė priklausomybės ligomis sergantiems asmenims gauti specializuotas paslaugas Respublikinio priklausomybės ligų cento penkiuose filialuose (Vilniuje, Kaune, Klaipėdoje, Šiauliuose ir Panevėžyje);</p> <p>4. Platus, psichikos sveikatos centrų tinklas;</p> <p>5. Yra reglamentuoti įvairūs gydymo būdai ir tvarkos, susiję su priklausomybės ligomis.</p> <p>6. Stebimi bandymai kurti tarp socialinių, sveikatos ir teisinėje sistemoje dirbančių institucijų tarpusavio bendradarbiavimą ir sistemą;</p> <p>7. Užtikrinti priklausomybės ligomis sergantiems asmenims visu gydymosi periodu t.y. ne mažiau nei 60 kalendorinių dienų per metus nedarbingumo gavimą.</p>	<p>2. Tik maža dalis stacionariųjų paslaugų apmokamos iš PSDF. Iš PSDF nėra pakankamai finansuojamas vidutinės ir lengvos abstinencijos gydymas (antriniame lygyje) priklausomybės ligų centruose, kuris skiriasi nuo to, kuris taikomas kitose gydymo įstaigose (pagrindinis skirtumas tas, kad priklausomybės ligų centruose užtikrinamas ir motyvavimas bei psychosocialinis darbas), kuris leistų padidinti paslaugos aprėptis ir prieinamumą ir po gydymo aktyviau nukreipti asmenis į psychosocialinės pagalbos sistemą;</p> <p>3. Iki šiol nėra kompensuojamų medikamentų iš PSDF priklausomybės ligoms gydyti (pvz. priklausomybei dėl alkoholio ir pan.);</p> <p>4. Iš PSDF nėra finansuojamos psychosocialinio gydymo programos, (Minesotos programa).</p> <p>5. Nedarbingumas dėl priklausomybės ligų galimas tik iki 14 dienų per metus.;</p> <p>6. Iki galo nėra suderinta efektyvesnė ir labiau prieinama priklausomybės ligomis sergantiems asmenims sistema tarp pirminio lygio ir antrinio lygio;</p> <p>7. Per mažas paslaugų spektras (atsižvelgiant į geografinį paslaugų prieinamumą);</p> <p>8. Per aukšto slenksčio paslaugos, kurios apriboja savalaikį asmenų patekimą į sveikatos sistemą t.y. norint gauti antrinio lygio specializuotas priklausomybės ligų gydymo paslaugas reikalingas siuntimas iš pirminio lygio ir kt.</p> <p>9. Nepakankamas motyvacinis darbas ir atvejo koordinavimas, atitinkantis</p>
---	---

	<p>individualius asmenų poreikius, dėl tolimesnės pagalbos ir atkryčių prevencijos;</p> <p>10. Nepakankama specialistų kvalifikacija ir jų rengimas darbui su priklausomybės ligomis sergančiais asmenimis;</p> <p>11. Teisinis reglamentavimas yra pernelyg eklektiškas ir fragmentiškas, todėl neužtikrina paslaugų kokybės ir apimties.</p> <p>12. Nėra aiškaus teisinio reglamentavimo dėl tarpinstitucinio bendradarbiavimo su sveikatos, socialinėmis ir kt. įstaigomis, bei duomenų keitimosi (nepažeidžiant teisės aktų ir tarptautinių rekomendacijų);</p> <p>13. Skirtingos institucijos vadovaujasi skirtingais pagalbos teikimo principais, todėl šiuo metu vykstantis bendradarbiavimas dažniausiai remiasi ne reglamentuota tvarka, o žmogiškuoju faktoriumi, tokiu, kaip specialistų tarpusavio pažintys ar rekomendacijos.</p> <p>14. Silpniausia motyvacinė grandis, kai asmuo išėjęs iš gydymo įstaigos, negali gauti palaikymo ir tolimesnės pagalbos psichosocialinių metodu dėka ar būti motyvuojamas pradėti gydymą, kai to reikia.</p> <p>15. Nėra aprobuotų metodikų, skirtų motyvaciniam darbui, atvejo vadybai su priklausomybės ligomis sergančiais asmenimis jų gyvenamoje vietoje, jiems išėjus iš gydymo įstaigų ar motyvuojant juo patekti į gydymo įstaigas;</p> <p>16. Nėra paciento perdavimo galimybės tolimesniam gydymui tarp pačių gydymo įstaigų, dažniausiai pagalba stringa dėl biurokratinių (siuntimų, paslaugos teikimo indikacijų ir pan.) ir su eilėmis gydymo įstaigose problemų;</p>
--	--

	<p>17. Stokojama gydymo paslaugų tikslingai rekomenduojamų tarptautiniuose dokumentuose pažeidžiamoms grupėms – moterims, nepilnamečiams, įkalintiems, švirkščiamųjų narkotikų vartotojams sergantiems infekcinėmis ligomis ir kt.</p> <p>18. Stokojama mokslo įrodymais grindžiamų gydymo metodų palaikymo visuomenėje ir sprendimus priimančių politikų tarpe.</p>
Galimybės	Grėsmės
<ol style="list-style-type: none"> 1. Didinti paslaugų, apmokamų iš PSDF priklausomybių srityje apimtis (ypatingai antrinio lygio stacionarines paslaugas, dienos stacionaro ir medicininės psichosocialinės reabilitacijos); 2. Kompensuoti medikamentus, skirtus priklausomybės gydymui, iš PSDF; 3. Peržiūrėti medicininės psichosocialinės reabilitacijos sąlygas ir jų apmokėjimo iš PSDF tvarką ir koreguoti jas, atsižvelgiant į priklausomybių gydymo ypatumus. 4. Parengti įkainį ir tvarką Minesotos programos finansavimo galimybei iš PSDF lėšų 5. Suderinti bendradarbiavimo ir siuntimų tvarką tarp pirminio asmens sveikatos priežiūros lygio ir antrinio, kad asmenys gautų reikiamas paslaugas kuo greičiau ir paprasčiau (t.y. suteikti galimybę gauti antrinio lygio paslaugas be pirminio lygio siuntimo, kaip pvz. šiuo metu paslaugas be siuntimo gali gauti dermatovenerologinių problemų turintys pacientai); 6. Sukurta tarpinstitucinio bendradarbiavimo ir stebėsenos sistemą, kuri leistų užtikrinti įvairių sričių specialistų (sveikatos priežiūros, švietimo, 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Specializuotų įstaigų ar paslaugų integravimas į kito profilio asmens sveikatos priežiūros įstaigas, kas keltų grėsmę šiai tikslinei grupei būti diskriminuojamai ir stigmatizuojamai sveikatos priežiūros sistemoje konkuruojant dėl paslaugų, kaip šiuo metu yra pirminiame lygyje (psichikos sveiktos centruose). 2. Paslaugų, teikiamų priklausomybės ligomis sergantiems asmenims, per sudėtingas ir ribotas prieinamumas; 3. Finansavimo ir teisinio reguliavimo stoka; 4. Su priklausomybės ligomis ar žalingu vartojimu susijusių problemų sprendimų būdų reglamentavimo ir sistemos kūrimo vengimas, neįtraukiant šios problemos, kaip prioritetinės tarpinstituciniu lygmeniu; 5. Skirtingi sistemų ir institucijų atsakingų už pasiūlos ir paklausos mažinimą požiūriai į narkotikų kontrolės politiką, visuomenės (ir politikų) palaikymas tarptautinių dokumentų nerekomenduojamoms praktikoms (priverstinis gydymas; griežtos bausmės), apsunkina naujų strateginių dokumentų

<p>socialinės srities) gebančių įtarti, motyvuoti ir nukreipti pagalbai, koordinuoti paslaugas, bendradarbiavimą;</p> <p>7. Sukurti veiksmingi ir kokybiški paslaugų standartai (įskaitant paslaugų standartus pažeidžiamoms grupėms, pvz. moterims, vaikams ir pan.) ir specialistų kvalifikacijos tobulinimo ir profesinio palaikymo sistema kuri turėtų būti diegiama gydymo, reabilitacijos, reintegracijos srityje;</p> <p>8. Išplėtus paslaugų spektrą, siekti išlaikyti santykį tarp ambulatorinių ir stacionariųjų paslaugų 70:30.</p> <p>9. Peržiūrėti ir koreguoti teisinį reglamentavimą: naikinti Narkologinės priežiūros įstatymą integruojant jį į psichikos sveikatos priežiūros įstatymą;</p> <p>10. Koreguoti pacientų stebėsenos ir paslaugų monitoringo sistemą, kuri apimtų visas įstaigas, dirbančias su priklausomybe sergančiais asmenimis, ir leistų atlikti nuasmenintų duomenų stebėseną ir analizę.</p> <p>11. Sukurti aišku teisinį reglamentavimą, kuris apibrėžtų tarpinstitucinio bendradarbiavimo su sveikatos, socialinėmis ir kt. įstaigomis, bei duomenų keitimosi (nepažeidžiant teisės aktų ir tarptautinių rekomendacijų) tvarką;</p> <p>12. Užtikrinti metodinį vadovavimą, kuris leistų skirtingoms institucijoms apsibrėžti vienodus, mokslu pagrįstus darbo principus;</p> <p>13. Sukurti ir reglamentuoti teisės aktais asmens gydymo proceso tęstinumą tarp skirtingų gydymo įstaigų, sumažinant šiuo metu egzistuojančius barjerus (siuntimų</p>	<p>priėmimą;</p> <p>6. Nepamatuoti lūkesčiai susiję su įgyvendinamos politikos rezultatais ir gydymo priemonių veiksmingumu, stokojama supratimo, kad priklausomybė tai lėtinė dažnais atkryčiais pasižyminti liga.</p>
---	---

tvarką, perdėtas paslaugos teikimo indikacijas, eiles ir pan.).

14. Aprobuoti metodikas, skirtas motyvaciniam ir atvejo vadybos darbui su priklausomybės ligomis sergančiais asmenimis jų gyvenamoje vietoje, jiems išėjus iš gydymo įstaigų.

1.3. SOCIALINĖS SRITIES PRISTATYMAS

1.3.1. Tarptautiniai dokumentai ir nacionaliniai teisės aktai, reglamentuojantys narkotikų klausimus socialinėje srityje

Europos Sąjungos pozicija narkotikų politikos klausimais yra išdėstyta ES kovos su narkotikais strategijoje (2013–2020 m.).¹⁰¹ Strategijoje pažymima, kad narkotikų paklausos mažinimą sudaro kelios vienodai svarbios ir viena kitą stiprinančios priemonės, įskaitant prevenciją (aplinkos, bendrąją, atrankinę ir tikslinę), ankstyvą nustatymą ir intervenciją, pavojaus ir žalos mažinimą, gydymą, reabilitaciją, socialinę reintegraciją ir pasveikimą. Tarp narkotikų paklausos mažinimo srities prioritetų yra numatyti ir šie, susiję su socialinių paslaugų sritimi:

- Siekti, kad būtų daugiau veiksmingų ir įvairių narkotikų paklausos mažinimo priemonių, gerinti jų prieinamumą ir aprėptį, skatinti naudotis ir dalytis geriausios praktikos pavyzdžiais ir parengti bei įgyvendinti reabilitacijos, socialinės reintegracijos kokybės standartus.
- Plėtoti ir plėsti integruotus priežiūros modelius, aprėpiančius poreikius, susijusius su problemomis, susijusiomis su psichikos ir (arba) fizine sveikata, reabilitacija ir socialine parama, kad būtų pagerinta žalingai vartojančių ir priklausomų nuo psichoaktyvių medžiagų asmenų, įskaitant segančiuosius gretutinėmis ligomis, sveikatos ir socialinė būklė, padidinta jų socialinė integracija.

Strategijoje yra akcentuojama, kad įgyvendinant narkotikų paklausos mažinimo prioritetus, reikia atsižvelgti į konkrečias ypatybes, poreikius ir iššūkius, kylančius dėl narkotikų vartojimo reiškinio nacionaliniu ir ES lygiu.

Lietuvoje šiuo metu vyrauja sektorinis požiūris į socialinių ir ekonominių problemų sprendimą. Tarpinstitucinis bendradarbiavimas Lietuvoje neišplėtotas, nepakankamas kitų ministerijų ir institucijų įsitraukimas į sveikatos politikos formavimo ir įgyvendinimo procesą. Lietuvos pažangos strategija „Lietuva 2030“¹⁰², Nacionalinė darnaus vystymosi strategija¹⁰³ ir kiti strateginiai dokumentai formuluojami pagal sektorinį principą. Žalingo vartojimo ir/ar priklausomybės nuo psichoaktyvių medžiagų problema yra priskiriama sveikatos sektoriui, socialinis sektorius nėra pagrindinis siekiant

¹⁰¹ EU Drugs Strategy (2013-20), 2012/C 402/01, Official Journal of the European Union: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=celex%3A52012XG1229%2801%29>

¹⁰² Lietuvos pažangos strategija „Lietuva 2030“, 2012: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.425517>

¹⁰³ Nacionalinė darnaus vystymosi strategija, 2003: <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.EAC62D7F8C15>

šių klausimų sprendimo Lietuvos politikoje. LR Vyriausybės programoje¹⁰⁴ numatyta formuoti priklausomiems ir norintiems atsisakyti žalingų įpročių asmenims sistema, apimant ankstyvą nustatymą ir minimalias intervencijas pirminės sveikatos priežiūros grandyje, konsultacinių paslaugų plėtrą psichikos sveikatos centruose, priklausomybių konsultantų plėtrą regionuose, veiksmingą ir mokslu pagrįstą pagalbą priklausomybės ligų centruose, priklausomybių gydymo paslaugų ir medikamentų kompensavimą, integracinių socialinių paslaugų plėtrą, geresnį probacijos mechanizmo išnaudojimą gydymui, psichologinę ir psichoterapinę pagalbą telefoninės pagalbos linija ir kt.

Taigi socialinės apsaugos sektorius siejamas su integracijos sritimi, kurios aiškios politikos Lietuvoje nėra. Asmenų, sergančių priklausomybės nuo psichoaktyvių medžiagų ligomis, integracijos į visuomenę koncepcija, patvirtinta LR Vyriausybės 2001 m. spalio 4 d.¹⁰⁵ stokoja programinių dokumentų ir konkrečių veiksmų planų, todėl šis dokumentas yra daugiau deklaratyvaus pobūdžio. Sveikatos netolygumų mažinimo Lietuvoje 2014–2023 m. veiksmų plane¹⁰⁶ yra Priklausomybės nuo alkoholio bei kitų psichoaktyviųjų medžiagų prevencijos, gydymo bei socialinės integracijos paslaugų aprašas. Pastarajame numatytos socialinės integracijos priemonės, tačiau jos siejamos su numatomu priklausomybės ligų centrų paslaugų tobulinimu, esančiu sveikatos apsaugos sektoriaus dalimi.

Tuo tarpu 2017-2020 m. ES Kovos su narkotikais veiksmų plane,¹⁰⁷ vienas iš trijų tikslų narkotikų paklausos mažinimo srityje numato ne tik narkomanijos gydymo ir reabilitacijos veiksmingumo didinimą bet ir probleminių ir priklausomų narkotikų vartotojų socialinę reintegraciją/integraciją. Numatyti veiksmai šiam tikslui pasiekti socialinių paslaugų srityje:

- Įdiegti ir tobulinti priklausomybių srities mokymus socialinės priežiūros specialistams.
- Plėsti reabilitacijos/reintegracijos ir išgijimo paslaugų teikimą, akcentuojant paslaugas, kuriomis:
 - a) daugiausia dėmesio skiriama nepertraukiamai asmenų priežiūrai, grindžiamai atvejo valdymu ir tarpžinybiniu bendradarbiavimu;
 - b) daugiausia dėmesio skiriama probleminių ir priklausomų narkotikų vartotojų, įskaitant, jei taikytina, kalinių ir vyresnio amžiaus narkotikų vartotojų socialinei

¹⁰⁴LR Vyriausybės programa, 2016:

<https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/886c7282c12811e682539852a4b72dd4>

¹⁰⁵ Asmenų, sergančių priklausomybės nuo psichoaktyvių medžiagų ligomis, integracijos į visuomenę koncepcija, 2001:

<https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.151951>

¹⁰⁶ Sveikatos netolygumų mažinimo Lietuvoje 2014–2023 m. veiksmų plane, 2016:

<https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/682b6f200d7111e4adf3c8c5d7681e73>

¹⁰⁷ EU Action Plan on Drugs 2017-2020, 2017/C 215/02, , Official Journal of the European Union:

<http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX:52017XG0705%2801%2>

reintegracijai/integracijai (įskaitant įsidarbinimo galimybes ir aprūpinimą būstu).

Pagal LR Socialinių paslaugų įstatymą¹⁰⁸ savivaldybės yra pagrindinės socialinės paramos sistemos politikos įgyvendintojos Lietuvoje. Savivaldybių socialinės paramos skyriai, bendradarbiaudami su nevyriausybinėmis organizacijomis, religinėmis bendruomenėmis, fiziniais bei juridiniais asmenimis, formuoja socialinių paslaugų teikimo strategiją, rengia ir įgyvendina socialinių paslaugų teikimo planus, projektus bei programas ir teikia socialines paslaugas savo teritorijoje gyvenantiems žalingai vartojantiems ir/ar priklausomiems nuo psichoaktyvių medžiagų asmenims. Nors pagal LR Socialinių paslaugų katalogą¹⁰⁹ yra teikiamas informavimas ir konsultavimas, psichologinis konsultavimas, maitinimo ir nakvynės organizavimas, laisvalaikio organizavimas, tarpininkavimas, tačiau yra neišskiriama jokia žalingai vartojančių ir/ar priklausomų nuo psichoaktyvių medžiagų asmenų grupė teikiant šias paslaugas, nenumatyta vieninga atvejo vadybos metodika ir neaiškios šiai tikslinei grupei teikiamų bendrųjų bei specialiųjų socialinių paslaugų apimtys savivaldybėse.

Europos narkotikų ir priklausomybės nuo narkotikų stebėsenos centras 2017 m. pristatė dokumentą „Sveikatos ir socialinis atsakas į narkotikų problemas: Europos gidas“¹¹⁰, kuriame aptariamos su socialine politika susijusios priemonės, susietos į visą paslaugų šiai tikslinei grupei, grandinę. Dokumente koncentruojamos psichosocialinės intervencijos, apimančios konsultavimą, motyvacinį interviu, kognityvinę elgesio terapiją, atvejo vadybą, šeimos terapiją bei terapiją grupėse ir atkryčio prevenciją. Daugelyje šalių psichosocialinės intervencijos yra teikiamos viešojo sektoriaus ir nevyriausybinių organizacijų. Stacionarios paslaugos ligoninėse ar reabilitacijos centruose teikiamos paslaugos, kur žmogus praleidžia nuo kelių savaičių iki keleto mėnesių. Šias paslaugas asmenys gauna po detoksikacijos ar trumpalaikių medicininių intervencijų, padedančių įveikiant abstinenciją. Viena paplitusi stacionarių paslaugų formų – terapinės bendruomenės. Žalingai vartojantys ar/ir priklausomi nuo psichoaktyvių medžiagų asmenys patenka į socialinės atskirties riziką, patiria sunkumus dėl darbo bei būsto susiradimo ir išlaikymo, o taip pat neretai turi menką išsilavinimą. Šiai grupei reikalingos socialinės integracijos priemonės, apimant ir šių asmenų galimybes įsidarbinti ir išsilaikyti darbo rinkoje. Svarbios yra profesinio mokymo programos, kurių tikslas – gerinti įgūdžius ir savybes, padedančias įsidarbinti. Perėjimas nuo gydymo prie darbo rinkos, gali būti lydimas įdarbinimo su parama paslaugų.

¹⁰⁸ LR Socialinių paslaugų įstatymas, 2006: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.270342>

¹⁰⁹ LR Socialinių paslaugų katalogas, 2006: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.274453/CeGwMtBhSN>

¹¹⁰ Health and social responses to drug problems: a European guide, EMCDDA, Lisbon, October 2017: http://www.emcdda.europa.eu/publications/manuals/health-and-social-responses-to-drug-problems-a-european-guide_en

Apibendrinant, Europos narkotikų ir priklausomybės nuo narkotikų stebėsenos centro ataskaitose, žalingai vartojančių ir/ar, priklausomų nuo psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo, integracija į jų vietos bendruomenes pripažįstama pagrindine išsamių kovos su narkotikais strategijų sudedamąja dalimi, nes ją vykdant daugiausia dėmesio skiriama socialinių įgūdžių gerinimui, švietimo ir galimybių įsidarbinti skatinimui ir būsto poreikių tenkinimui. Pastebima, kad siekiant teikti kokybiškas paslaugas, yra svarbu vykdyti stebėseną ir įvertinimą. Tokiu būdu galima gerinti paslaugų kokybę, rezultatyvumą, ekonominį efektyvumą bei viešąją atskaitomybę.

Lietuvoje socialinės apsaugos sektoriuje veikia psichosocialinės reabilitacijos bendruomenės, joms skiriamas didelis dėmesys formuojant politiką. LR Vyriausybės 2012 m. patvirtintose Priklausomybės ligų prevencijos, gydymo, reabilitacijos ir reintegracijos paslaugų sistemos sukūrimo gairėse¹¹¹ numatyta detaliai tobulinti šią paslaugų grandį, tuo tarpu gana abstrakčiai siūloma plėtoti socialines ir kitas paslaugas asmenims, turintiems psichikos ir elgesio sutrikimų vartojant psichoaktyvias medžiagas, pasibaigus jų gydymui asmens sveikatos priežiūroje ir trumpalaikės socialinės globos (psichologinės ir socialinės reabilitacijos) teikimui, siekiant integruoti juos į visuomenę.

Europos narkotikų ir priklausomybės nuo narkotikų stebėsenos centro dokumentuose pabrėžiama, kad programos, skirtos darbdaviams, siekiant padėti juos įdarbinti asmenis, turėjusius problemų dėl psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo, bei parama darbo vietoje, taip pat gali būti naudingos. Siekiant socialinės integracijos, yra svarbu spręsti ir trumpalaikio ar ilgalaikio apgyvendinimo klausimus, o taip pat sveikatos, švietimo, socialinių paslaugų prieinamumą. Tokios programos, kaip „Apgyvendinimas pirmiausia“, suteikia būstą kiek įmanoma greičiau, prieš sprendžiant kitas su psichoaktyviųjų medžiagų vartojimu susijusias problemas. Šie aspektai atskirai aptariami 2016 m. Europos narkotikų ir priklausomybės nuo narkotikų stebėsenos centro ataskaitoje „Socialinė reintegracija ir įdarbinimas: įrodymai ir intervencijos gydymo procese esantiems narkotikų vartotojams“¹¹² apibrėžia socialinę reintegraciją kaip bet kokią intervenciją, siekiant integruoti buvusį ar esamą narkotikų vartotoją į bendruomenę. Trys socialinės integracijos „kolonos“ yra būstas, švietimas ir įdarbinimas. Kitos priemonės, tokios, kaip konsultavimas ar laisvalaikio organizavimas gali būti taip pat naudingos.

¹¹¹ Priklausomybės ligų prevencijos, gydymo, reabilitacijos ir reintegracijos paslaugų sistemos sukūrimo gairės, 2012: <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.D6D93AAE1EFD>

¹¹² Social reintegration and employment: evidence and interventions for drug users in treatment, EMCDDA, Lisbon, October 2012: http://www.emcdda.europa.eu/publications/insights/social-reintegration_en

Yra atkreipiamas dėmesys, kad socialinės integracijos aspektai turi būti integruoti ir gydymo bei reabilitacijos programose ir pabrėžiama, kad socialinei reintegracijai nebūtinai yra susilaikymas nuo vartojimo. Socialinės reintegracijos priemonės gali būti taikomos visame gydymo plane, nepaisant asmens priklausomybės sunkumo. Tačiau Europos narkotikų ir priklausomybės nuo narkotikų stebėsenos dokumente teigiama, kad šalyse, kur nėra pilnai išvystytos priklausomybės gydymo programos, socialinės reintegracijos programoms gali reikėti minimalaus prieigos slenksčio. Nurodomos socialinės reintegracijos priemonės, aktualios Lietuvos socialinėms sektoriui:

1. Įdarbinimas ir profesinė reabilitacija. Socialinės reintegracijos tikslai yra susiję su profesinio mokymo ar įdarbinimo su parama priemonėse, siekiant jas individualizuoti asmenims, turintiems žalingo vartojimo ar/ir priklausomybės nuo psichoaktyvių medžiagų patirties ar vartojantiems aktualiu metu. Pagrindinis veiksnys, lemiantis sėkmę, yra ankstyva intervencija, nes ilgalaikis nedarbas dar labiau apsunkina profesinę reabilitaciją. Jos taikymas prasidėti nuo paprastų, mažo intensyvumo ir pigių intervencijų, nes manoma, kad tai yra tinkama daugumai. Vėliau tiems, kuriems reikalinga papildoma pagalba, teikiamos intensyvesnės ir struktūrizuotos intervencijos. Veiksminga profesinė reabilitacija priklauso nuo komunikacijos visų pagrindinių suinteresuotųjų subjektų, įskaitant asmenins sveikatos priežiūros ir kitas paslaugas ir darbo vietą. Nors profesinės reabilitacijos priemonių veiksmingumas nėra pakankamai ištyrinėtas žalingai vartojančių ar/ir priklausomų nuo psichoaktyvių medžiagų asmenų, o juolab aktualiai vartojančių ar nevartojančių asmenų tyrimais grindžiama, kad ilgalaikių sveikatos problemų turintys asmenys, gavę įdarbinimo su parama paslaugas, dažniau įsidabino, dirbo daugiau valandų ir gavo didesnę atlygį.
2. Profesinis mokymas. Profesinis mokymas yra skirtas padėti programų dalyviams įgyti pasirengimą užimtumui ir (arba) praktinius įgūdžius, reikalingus tam tikrai profesijai ar veiklai. Sėkmingai baigus tokias programas dažnai atsiranda pakankama kvalifikacija dalyvauti darbo rinkoje, kurią pripažįsta šalies, kurioje ji gaunama, kompetentingos institucijos (pvz., Švietimo ministerija, darbdavių asociacijos). 2004 m. JAV mokslininkų tyrimo rezultatai rodo, kad pritaikius paramos įsidarbinant intervencijas, 54,6 proc. asmenų, kurie buvo lygtinai paleisti iš įkalinimo įstaigų, sėkmingai įsidabino. Tarpinė darbo rinka yra sistema, palankių sąlygų darbo rinkoje neturintiems asmenims, siekiant panaikinti atotrūkį tarp (ilgalaikio) nedarbo ir atviros darbo rinkos. Tarpinė darbo rinka siūlo mokamą darbą pagal laikiną sutartį, kartu su mokymu, asmenine tobulėjimu ir darbo paieškos veikla. Paprastai tuo užsiima socialinės įmonės. Pavyzdys Lietuvoje - VšĮ „Socialiniai paramos projektai“ teikiantys darbinės reabilitacijos paslaugas salotų bare „Mano guru“, siūlant šešių mėnesių praktiką ir mokymus reabilitacijos programas baigusiems asmenims.

3. Būsto paramos programos taikoma asmenims, kurie dar negali gyventi visiškai savarankiškai. Šios programos yra labai įvairios, atsižvelgiant į tikslinę grupę (jaunimas, moterys ir pan.), į patekimo kriterijų (ar reikalingas susilaikymas nuo vartojimo), trukmę (ilgalaikės, trumpalaikės) ir pan. Tranzitinės būsto programos skirtos asmenims, baigusiems gydymo ar reabilitacijos programas ar, kai kuriais atvejais, įkalinimo vietų. Šių būsto programų tikslas – suteikti struktūruotą aplinką, kol jie galės gyventi savarankiškai bendruomenėje. Šios programos paprastai yra skirtos vartotojams, susilaikantiems nuo psichoaktyvių medžiagų vartojimo ir tai yra vienas iš patekimo kriterijų į šias programas. 21 Europos Sąjungos šalis nurodė tokias programas turinti. Šios programos kritikuojamos tuo aspektu, kad jeigu asmuo patiria atkrytį – jis atsiduria gatvėje. Kai kuriose Europos šalyse vykdomi projektai „Būstas pirmiausiai“ filosofijos pagrindu. Šiose programose yra mažiau taisyklių, reikalavimų gyventojams, jos kritikuojamos dėl žalingo vartojimo ar/ir priklausomybės palaikymo, yra pažymima, kad abiejų tipų programų egzistavimas leistų padėti visiems asmenims, turintiems socialinių problemų dėl žalingo vartojimo ir/ar priklausomybės nuo psichoaktyvių medžiagų.

2016 m. kovo mėn. JT Narkotinių medžiagų komisija priėmė Jungtinių Tautų generalinės asamblėjos specialiosios sesijos narkotikų klausimais dokumentą - Tarptautinius standartus priklausomybės ligų gydyme¹¹³, kurios parengė JT Narkotikų kontrolės ir nusikalstamumo prevencijos biuras ir Pasaulio sveikatos organizacija.

Dokumente akcentuojami įrodomais pagrįsti gydymo metodai, mažinantys narkotikų vartojimą, gerinantys fizinę, psichologinę ir socialinę asmens sritis, ar mažinantys sveikatos ar socialines rizika asmeniui. Šalia šių kriterijų yra pabrėžiami ir tarptautiniai etiniai standartai: atitikimas Visuotinei žmogaus teisių deklaracijai ir kitoms JT konvencijoms, autonomiškumo, individualumo ir socialinio saugumo skatinimas numatant intervencijas ir programas. Šiame dokumente pabrėžiamas socialinių ir medicininių paslaugų prieinamumas, aprėptis, pritaikymas asmeniniams poreikiams, bei nukreipimo galimybės. Taip pat akcentuojama, kad paslaugos turi būti pritaikytos specifinėms tikslinėms grupėms, jautrios lytims, įskaitant ir paslaugas moterims ar besilaukiančioms moterims. Rekomenduojamų paslaugų spektras yra platus, apimantis socialinį ir sveikatos sektorius, o taip pat akcentuojamas ir paslaugų prieinamumas laisvės atėmimo vietose, o taip pat tarpsektorinis koordinavimas.

Šie standartai siūlo šešis pagrindinius intervencijų blokus: aktyvios paslaugos bendruomenėje:

1. **Aktyvios paslaugos bendruomenėje.** Šios intervencijos tikslas – identifikuoti žalingai vartojančius ir/ar priklausomus nuo psichoaktyvių medžiagų asmenis ir

¹¹³ International standards for the treatment of drug use disorders — Draft for Field Testing. Commission on Narcotic Drugs, Fifty-ninth session, Vienna, 14-22 March 2016.

suteikti jiems būtiną pagalbą, suteikti paslaugas bendruomenėje arba nukreipti intensyvesnėms intervencijoms ar gydymui.

2. **Atranka, trumpos intervencijos ir nukreipimas gydymui.** Šios intervencijos tikslas – ankstyvas žalingo vartojimo identifikavimas siekiant užkirsti kelią priklausomybei arba priklausomybės įtarimas, siekiant nukreipti įvertinimui ir gydymui. Šios intervencijos turi būti prieinamos įvairiose aplinkose: įkalinimo įstaigose, mokyklose, sveikatos paslaugas teikiančiose įstaigose, socialinių paslaugų ir paramos vietose ir pan.
3. **Trumpalaikis ambulatorinis ar stacionarus gydymas.** Šios intervencijos tikslas – stabilizuoti asmens fiziologinę ir emocinę būseną, atskiriant nuo aplinkos, kurioje yra vartojama, suteikti medicines paslaugas abstinencijos sindromui suvaldyti bei įtraukti ir motyvuoti jį tolimesniam gydymui.
4. **Ambulatorinis gydymas** - tinkamiausias asmenims, turintiems pakankamą socialinę paramą ir išteklius namuose ir bendruomenėje. Pagrindinis ambulatorinio gydymo tikslas yra padėti asmenims sustabdyti ar sumažinti narkotikų vartojimą, mažinti su narkotikų vartojimu susijusias medicines, psichiatrines ir socialines komplikacijas, sumažinti atkryčio pavojų. Siekiama atstatyti jų asmeninį ir socialinį funkcionavimą jų pasveikimo procese. Kitas svarbus tikslas – didinti gydymo ir sveikatos priežiūros prieinamumą asmenims, kurie nenori priimti stacionaraus gydymo kaip pradinio intervencijos etapo. Šios intervencijos turėtų remtis tokiais įrodymais pagrįstais metodais, kaip kognityvinė elgesio terapija, motyvacinis interviu, motyvacinio stiprinimo terapija šeimos terapija, aplinkos veiksnių valdymas ir pan., o taip pat 12 žingsnių programa. Farmakoterapija turi būti prieinama klientams, kuriems ji skiriama. Šeimos nariai taip pat turi būti įtraukti į programą ir gauti reikalingas psichosocialines paslaugas.
5. **Ilgalaikis stacionarus gydymas** – tai stacionaras, kuriame asmenys praleidžia 24 valandas per parą, nuo 6 iki 24 mėnesių. Šios intervencijos tikslai yra – sumažinti aktyvaus vartojimo riziką, suteikti pagalbą atstatant sveikatą, funkcionavimą šeimoje, darbe ir socialinėje aplinkoje. Įrodymais intervencijos, kurios paprastai naudojamos ambulatorinio gydymo aplinkoje, gali būti pritaikytos ir naudojamos ilgalaikio stacionaro aplinkoje. Efektyvus yra pakankamai ilgas buvimas programoje. Asmenų, bent tris mėnesius išbuvusių programoje, rezultatai geresni palikus programą. Šios intervencijos trukmė gali būti sumažinta, nukreipiant klientus į apgyvendinimo ir ambulatorinio gydymo programas. Svarbu yra remti šeimos narius, taip pat suteikti galimybę priimti gyventi vaikus ar kitus šeimos narius.
6. **Pasveikimo valdymas.** Šio etapo tikslas - išlaikyti naudą, gautą ankstesniuose gydymo etapuose. Tai apima nuolatinį asmeninio ir socialinio atstatymo siekį

kaip gyvenimo be narkotikų gyvenimo dalį, fizinės ir psichologinės gerovės siekimą.

Lietuvoje nėra politinių ir programinių dokumentų, kuriose būtų aiškiai įvardintos būsto ar įdarbinimo programos, skirtos žalingai vartojantiems ir/ar nuo psichoaktyvių medžiagų prikaišomiems asmenims. Įdarbinimo ir profesinio mokymo paslaugos yra organizuojamos teikiamos bendra tvarka ir organizuojamos teritorinėse darbo biržose, remiantis LR Užimtumo įstatymu¹¹⁴. Pagal šio įstatymo 41 str., yra numatytos dvi remiamo įdarbinimo priemonės: įdarbinimas subsidijuojant bei darbo įgūdžių įgijimo rėmimas. Užimtumo programos gali būti organizuojamos tam tikroms tikslinėms grupėms, tarp jų įvardyti ir nuo narkotinių, psichotropinių ir kitų psichiką veikiančių medžiagų, baigę psichologinės socialinės ir (ar) profesinės reabilitacijos programas, jeigu jie kreipiasi į teritorinę darbo biržą ne vėliau kaip per 6 mėnesius nuo psichologinės socialinės ir (ar) profesinės reabilitacijos programos baigimo.

Būsto, apsaugoto būsto ar trumpalaikio apgyvendinimo klausimai yra sprendžiami savivaldybių lygiu, numatant specialias socialines paslaugas socialinių paslaugų programose. Lietuvoje nėra arba yra pavienės būsto programos žalingai vartojantiems ir/ar priklausomiems nuo psichoaktyvių medžiagų asmenims.

1.3.2. Savivaldybėse teikiamų socialinių paslaugų analizė

Europos narkotikų ir priklausomybės nuo narkotikų stebėsenos centras (2017) nurodo, jog dauguma žalingai vartojančių ir/ar priklausomų nuo psichoaktyviųjų medžiagų asmenų patiria socialinę atskirtį, yra žemo išsilavinimo, bedarbiai, neturi pastovios gyvenamosios vietos¹¹⁵. Žvelgiant iš visuomeninės perspektyvos, žalingas psichoaktyviųjų medžiagų vartojimas neigiamai paveikia šeimas, bendruomenes, kriminogeninę situaciją. Ši kompleksinė ir daugiasluoksnė problema reikalauja koordinuoto tarpinstitucinio atsako ir skirtingų lygmenų, sričių bendradarbiavimo, tačiau, kaip rodo Lietuvos situacijos analizė, žalingas vartojimas ir/ar priklausomybė nuo psichoaktyviųjų medžiagų laikoma visų pirma sveikatos problema. Atitinkamai, sveikatos priežiūros institucijos atsakingos už duomenų rinkimą, stebėseną, politiniai ir operacinio lygmens sprendimai taip pat daugiausia sutelkti sveikatos priežiūros srityje. Pastebėtina, kad Lietuvoje nėra atlikta tyrimų apie socialinių paslaugų poreikį, teikimo apimtį, jų plėtros ir vystymo galimybes nacionaliniame arba vietos savivaldos lygmenyje, todėl autorės savarankiškai atliko nedidelės apimties analizę (žr. *Metodika*), kurios duomenys

¹¹⁴ LR Užimtumo įstatymas: <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/422c8b5042b811e6a8ae9e1795984391/FmjjevKDdmA>

¹¹⁵ European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction 2017

pristatomi žemiau. Dėl aukščiau įvardytų priežasčių, surinktų duomenų nėra galimybės pateikti platesniame, lyginamajame kontekste.

Lietuvoje Socialinių paslaugų įstatymas (2006) numato, kad socialinės paslaugos finansuojamos iš valstybės, savivaldybių biudžetų lėšų, socialinių paslaugų įstaigų lėšų, Europos Sąjungos struktūrinių fondų, užsienio fondų, paramos (aukų), asmens (šeimoms) mokėjimo už socialines paslaugas ir kitų lėšų. LRV nutarimas Dėl socialinių paslaugų finansavimo ir lėšų apskaičiavimo metodikos patvirtinimo (2006116) konkretizuoja, jog bendrosios socialinės paslaugos ir socialinės globos paslaugos žalingai vartojantiems ir/ar priklausomiems nuo psichoaktyviųjų medžiagų asmenims finansuojamos iš savivaldybių biudžetų lėšų.

Sprendžiant iš duomenų, kuriuos pateikė 11 apklaustų savivaldybių, vieningos statistinės informacijos rinkimo nėra, todėl nėra patikimo informacijos apie asmenis, žalingai vartojančius ir/ar priklausomus nuo psichoaktyviųjų medžiagų, gyvenančius konkrečiose teritorijose. Dalis savivaldybių tokios informacijos nerenka visai, kitos, pateikdamos informaciją, rėmėsi skirtingais šaltiniais, tokiais kaip Priklausomybės ligų centras; Pirminės sveikatos priežiūros centras; Psichikos sveikatos centrai ir atitinkamos savivaldybės Socialinės paramos centras.

13 lentelė. 1. Savivaldybių turima informacija apie jų teritorijoje gyvenančius žalingai vartojančius ir/ar priklausomus nuo psichoaktyviųjų medžiagų asmenis 2012-2016 metais (S1-S11 yra atskiros savivaldybės, N=11).

Metai	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11
2012	858	39	nd	134	10	45	nd	nd	51	394	1085
2013	867	37	nd	119	19	142	nd	nd	54	359	1181
2014	887	37	nd	111	17	243	nd	nd	50	340	1208
2015	916	37	nd	146	22	196	nd	nd	78	328	1397
2016	934	36	nd	81	29	191	7	nd	74	335	1464

Socialinių paslaugų, suteiktų žalingai vartojantiems ir/ar priklausomiems nuo psichoaktyviųjų medžiagų, apskaita ir kaštų apskaita bei analizė nevykdoma savivaldybėse, kaip parodė savivaldybių apklausa. Tik vienoje iš apklaustų savivaldybių atskirai apskaitoma socialinė parama, skirta žalingai vartojantiems ir/ar priklausomiems nuo psichoaktyviųjų medžiagų asmenims. Informaciją apie šiai asmenų grupei teikiamą paramą pateikė tik 5 savivaldybės, kitos nurodė tokia informacija nedisponuojančios. Pažymėtina, kad dviejų savivaldybių nurodytas paramos gavėjų skaičius ir savivaldybės teritorijoje gyvenančių priklausomų asmenų skaičius sutampa.

¹¹⁶ <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.067C00C4970A/HnSmcQilNv>

14 lentelė. *Žalingai vartojančių ir/ar priklausomų nuo psichoaktyviųjų medžiagų asmenų, gaunančių savivaldybių teikiamas paslaugas 2012-2016 metais (S1-S11 yra atskiros savivaldybės, N=11)*

Metai	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11
2012	nd	nd	1007	nd	10	39	nd	nd	51	25	nd
2013	nd	nd	254	nd	19	136	nd	nd	54	56	nd
2014	nd	nd	246	nd	17	236	nd	nd	50	95	nd
2015	nd	nd	155	nd	22	185	nd	nd	78	102	nd
2016	nd	nd	158	nd	29	178	nd	nd	74	107	nd

Savivaldybės nėra įpareigosios nuosekliai organizuoti arba pirkti tikslines gydymo arba socialines paslaugas žalingai vartojantiems ir/ar priklausomiems nuo psichoaktyviųjų medžiagų asmenims iš privačių ar nevyriausybinų teikėjų. Kadangi nėra vykdomas duomenų apie šią asmenų grupę rinkimas ir stebėseną, todėl neaišku, kokiais kriterijais remdamosi, savivaldybės pačios sprendžia, kiek ir kokiomis apimtimis teikti jiems paslaugas. Taip pat savivaldybės stokoja kompleksiško ir įrodymais pagrįstų metodų naudojimo.

Iš 11 apklaustų savivaldybių tik 5 organizuoja/teikia konsultavimo paslaugas žalingai vartojantiems ir/ar priklausomiems asmenims, tarpininkavimo paslaugas teikia 2, o informavimo – 1 savivaldybė. Nei viena apklausta savivaldybė nenurodė teikianti dienos centro paslaugas žalingai vartojantiems ir/ar priklausomiems nuo psichoaktyviųjų medžiagų asmenims ir tik vienoje savivaldybėje teikiamos reintegracijos paslaugos dešimčiai asmenų. Viena iš apklaustų savivaldybių nurodo gydymo paslaugų apmokėjimo faktą 6 asmenims, tačiau nėra aišku, ar šios gydymo paslaugos teikiamos vadovaujantis įrodymais grindžiamais principais.

15 lentelė. *Savivaldybių teikiamos paslaugos žalingai vartojantiems ir/ar priklausomiems nuo psichoaktyviųjų medžiagų asmenims 2016 metais (S1-S11 yra atskiros savivaldybės, N=11)*

Paslaugos tipas	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11
Identifikavimas	Nd	nd	nd	nd	29	nd	nd	nd	nd	nd	nd
Motyvavimas	Nd	9	nd	nd	29	nd	nd	nd	74	458	nd
Paslaugų koordinavimas	Nd	nd	nd	nd	26	nd	nd	nd	74	131	nd
Konsultavimas	Nd	10	377	7	29	4	nd	nd	74	115	nd
Dienos centrai	Nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd

Reintegracija	Nd	nd	nd	nd	10	nd	nd	nd	74	nd	nd
Reabilitacija	Nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	5	nd	nd
Švirkštų keitimas	Nd	nd	103	nd	nd	nd	nd	nd	nd	1930	nd
Informavimas	Nd	nd	143	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd
Tarpininkavimas	Nd	nd	76	nd	9	nd	nd	nd	nd	nd	nd
Gydymo pasl. apmokėjimas	Nd	nd	nd	6	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd

Kaip matyti iš lentelės Nr. 16 savivaldybės nėra įvertinę ir atskirai neapskaito finansinių sąnaudų, skirtų apmokėti už paslaugas, teikiamas žalingai vartojantiems ir/ar priklausomiems nuo psichoaktyviųjų medžiagų asmenims.

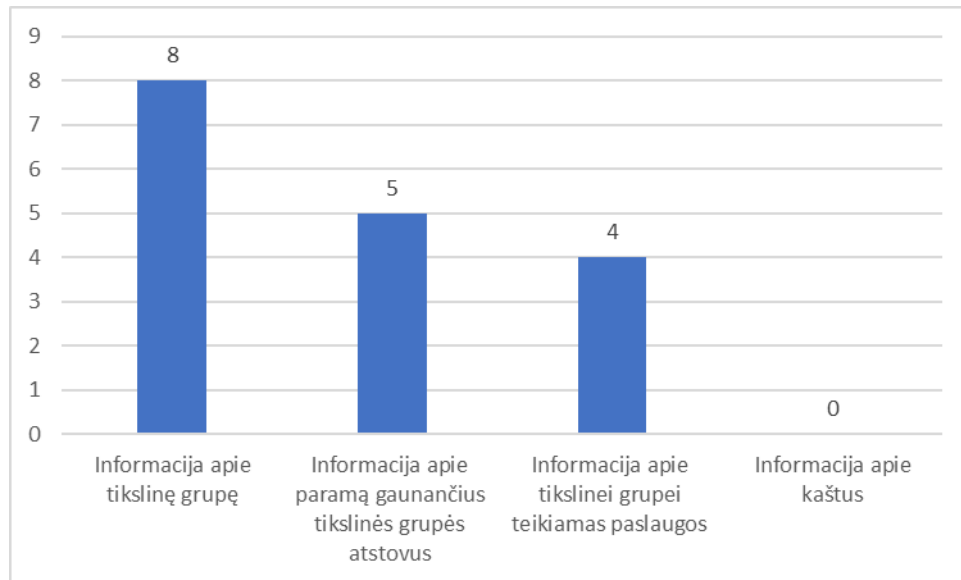
16 lentelė. *Lėšos, kuriomis finansuojamos savivaldybių teikiamos paslaugos žalingai vartojantiems ir/ar priklausomiems nuo psichoaktyviųjų medžiagų asmenims 2016 metais (S1-S11 yra atskiros savivaldybės, N=11).*

Paslaugos tipas	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11
Identifikavimas	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd
Motyvacija	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd
Paslaugų koordinavimas	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd
Konsultavimas	nd	nd	8804	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd
Dienos centrai	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd
Reintegracija	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd
Reabilitacija	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd
Švirkštų keitimas	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd
Informavimas	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd
Tarpininkavimas	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd
Gydymo pasl. apmokėjimas	nd	nd	nd	1450	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd

Pateiktoje lentelėje matyti savivaldybėse egzistuojantis finansinio kriterijaus ignoravimas, vertinant ir sprendžiant žalingo vartojimo ir/ar piktnaudžiavimo psichoaktyviomis medžiagomis problemas.

Paveiksle Nr. 11 apibendrintas vienuolikoje savivaldybių turimos statistinės ir finansinės informacijos turėjimas apie jų teritorijoje gyvenančius žalingai vartojančius ir/ar priklausomus nuo psichoaktyviųjų medžiagų asmenis, gaunančius skirtingo tipo socialines paslaugas bei paslaugoms finansuoti skiriamas lėšas.

11 pav. Savivaldybių, renkančių ir disponuojančių informacija apie žalingai vartojančius ir/ar priklausomus nuo psichoaktyviųjų medžiagų asmenis, jiems teikiamas paslaugas¹¹⁷ ir joms finansuoti skiriamas lėšas, skaičius (N=11).

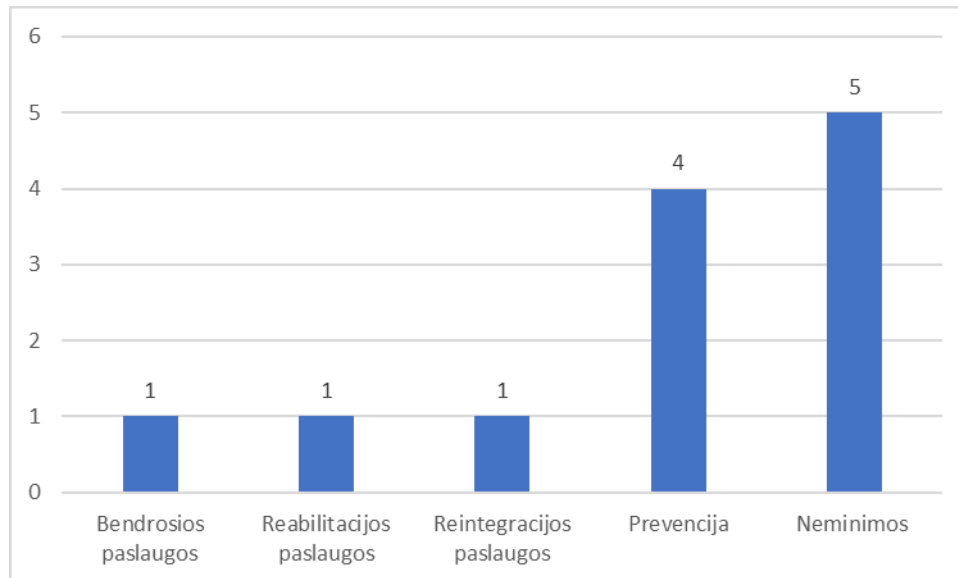


Savivaldos grandyje stokojama vieningo požiūrio, veiksmingo pasidalijimo atsakomybėmis, apsiribojama nekoordinuotomis pavienėmis iniciatyvomis. Neišvystyta teisinė bazė lemia, jog nesukurta visaapimanti pagalbos sistema, leidžianti pastebėti žalingo vartojimo ir/ar piktnaudžiavimo psichoaktyviomis medžiagomis problemas, motyvuoti priimti pagalbą, individualizuotai ją teikti, stebėti poveikį ir, prireikus, siūlyti alternatyvas.

Analizuojant strateginius savivaldybių dokumentus, žalingas vartojimas ir/ar piktnaudžiavimas psichoaktyviomis medžiagomis neįvardijami kaip aktualios ir neatidėliotino sprendimo reikalaujančios problemos. Informacija apie žalingo vartojimo ir/ar piktnaudžiavimo psichoaktyviomis medžiagomis problemos sprendimą šiuo metu vykdomuose strateginiuose savivaldybių planuose apibendrinama paveiksle Nr. 12.

¹¹⁷ Įskaitomos savivaldybės, nurodžiusios daugiau negu dviejų paslaugų teikimą

12 pav. Žalingo vartojimo ir/ar priklausomybių nuo psichoaktyviųjų medžiagų problemos paminėjimo ir siūlomų sprendimų pobūdis strateginiuose savivaldybių planuose (N=11).



Pagal Socialinių paslaugų katalogą (2006), dauguma jame įvardytų bendrųjų socialinių paslaugų žalingai vartojantiems ir/ar priklausomiems nuo psichoaktyviųjų medžiagų asmenims, tokios kaip informavimas, konsultavimas, tarpininkavimas ir atstovavimas, maitinimo organizavimas, aprūpinimas būtiniaisiais drabužiais ir avalyne, gali būti teikiamos ne tik viešajam sektoriui priklausančių įstaigų, bet ir nevyriausybinių organizacijų. Tačiau tyrimas parodė, kad savivaldybės remia tik jų teritorijoje veikiančių nevyriausybinių organizacijų teikiamas žalos mažinimo (vykdomos penkiose savivaldybėse) ir prevencinio pobūdžio (šešiose savivaldybėse) paslaugas.

Apklausus 11 savivaldybių apie organizuojamas arba jos teritorijoje teikiamas socialines paslaugas, buvo atrasta, kad nė viena savivaldybė neteikia dienos centro paslaugų asmenims, žalingai vartojantiems ar priklausomiems nuo psichoaktyviųjų medžiagų. Taigi nėra užtikrinama paslaugų įvairovė atsižvelgiant į asmens socialinės rizikos vertinimą bei individualų paslaugų poreikį. Kaip teigiama tarptautiniuose dokumentuose ir rekomendacijose, ambulatorinis gydymas - tinkamiausias asmenims, turintiems pakankamą socialinę paramą ir išteklius namuose ir bendruomenėje. Pagrindinis tokių paslaugų tikslas yra padėti asmenims sustabdyti ar sumažinti narkotikų vartojimą, mažinti su narkotikų vartojimu susijusias medicinines, psichiatrines ir socialines komplikacijas, sumažinti atkryčio pavojų. Šios intervencijos turėtų remtis tokiais įrodymais pagrįstais metodais, kaip kognityvinė elgesio terapija, motyvacinis interviu, motyvacinio stiprinimo terapija šeimos terapija, aplinkos veiksnių valdymas ir pan., o taip pat 12 žingsnių programa. Siekiant užpildyti šią spragą, siūloma diegti naują

socialinės reabilitacijos dienos centrų paslauga žalingai vartojantiems ar priklausomiems nuo psichoaktyvių medžiagų vartojimo asmenims, teikiant paslaugą nuo 1 iki 6 mėnesių. Remiantis Suomijos pavyzdžiu, šioje šalyje dienos centro paslaugas gauna apie 800 asmenų per metus.¹¹⁸

Atkreiptinas dėmesys, kad dienos centro paslauga atlieptų ir teiktų pagalbą žalingai vartojančio ar priklausomo asmens šeimai. Asmenų, turinčių rimtų žalingo vartojimo ir/ar priklausomybės nuo psichoaktyvių medžiagų problemų, šeimos nariai patiria platų problemų spektrą: psichinės ir fizinės sveikatos problemas, smurtą artimoje aplinkoje, grėsmę, keliamą narkotikų prekiautojų dėl priklausomybę turinčio šeimos nario įsiskolinimų, finansines problemas, sunkumus darbe dėl namuose esančios įtampos bei izoliaciją (Europos narkotikų ir priklausomybės nuo narkotikų stebėsenos centras, 2017, p. 123119). Šeimų nariams reikalingos socialinės ir psichologinės paslaugos sprendžiant tiek jų pačių problemas, tiek stiprinant jų gebėjimus palaikyti ir motyvuoti žalingo vartojimo ir/ar priklausomybės nuo psichoaktyvių medžiagų turinčio savo artimojo sveikimą. Nėra lyginamosios informacijos apie Europoje esančias programas, skirtas teikti pagalbą suaugusiems šeimų nariams, tik disponuojama duomenimis apie atskirose valstybėse organizuojamas savitarpio pagalbos grupes šeimoms. Analogiška situacija yra ir Lietuvoje, kur organizuojamos pavienės savitarpio pagalbos grupės prie medicinos įstaigų ir nevyriausybinų organizacijų, neintegruotos į platesnį, nuoseklų pagalbos tinklą.

1.3.3. Psichosocialinės reabilitacijos bendruomenės Lietuvoje

Lietuvoje šiuo metu yra išplėtotas Psichosocialinių reabilitacijos bendruomenių, teikiančių trumpalaikės globos paslaugas, tinklas: šiuo metu jose yra 304 vietos.¹²⁰ Šių įstaigų vykdomų programų pagrindu tapo „Nuo narkotikų priklausomų asmenų ilgalaikės psichologinės – socialinės reabilitacijos metodinės rekomendacijos“¹²¹, kurių antras leidimas pasirodė 2009 m. Metodinėse rekomendacijose teigiama, kad ji remiasi adaptuota DAYTOP programa (lygtinai nuteistų priklausomų nuo narkotikų jaunų žmonių gydymas). Pagrindinis DAYTOP programos principas – terapinė bendruomenė, kuri padeda keisti vartojančio psichoaktyvias medžiagas žmogaus įpročius ir formuoti sveiko ir blaivaus gyvenimo įgūdžius. DAYTOP programa praturtinta Minesotos

¹¹⁸ Vili Varjonen, Finland Drug Situation 2014, National Institute for Health and Welfare, 2015.

¹¹⁹ European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. 2017. Health and social responses to drug problems. A European guide. Luxembourg: Publications Office of the European Union,

¹²⁰ Narkotikų, tabako ir alkoholio kontrolės departamentas, 2018:

<http://ntakd.lrv.lt/lt/reabilitacija/priklausomybes-ligu-reabilitacines-bendruomenes>

¹²¹ Nuo narkotikų priklausomų asmenų ilgalaikės psichologinės – socialinės reabilitacijos metodinės rekomendacijos, ULAC ir MRU, 2009:

programa, naudojamosi patirtimi ir metodais, sukauptais gydant nuo alkoholio priklausomus žmones. Nuo narkotikų priklausomų asmenų reabilitacijos bendruomenė atlieka antrinę ir tretinę profilaktiką priklausomiems nuo psichoaktyvių medžiagų pacientams. Reabilitacijos kurso trukmė 14 mėnesių. Šiuo metu patenkant į tokią bendruomenę, nėra naudojamas socialinės rizikos vertinimas, patenkant į tokią paslaugą, o asmuo gali šia paslauga naudotis neribotą kiekį kartų.

Nuo 2013 metų, vadovaujantis Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2012 m. gegužės 16 d. nutarimu Nr. 528 „Dėl Socialinės globos įstaigų licencijavimo taisyklių patvirtinimo“, socialinės globos įstaigos licencijuojamos.¹²² Narkotikų, tabako ir alkoholio kontrolės departamento duomenimis, per 2017 metus šias paslaugas gavo 373 asmenys, o sėkmingai programą baigusiu 2017 metais buvo 98. Tai sudaro apie 26 proc. paslaugų gavėjų. Licencijuotose įstaigose, Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos duomenimis, trumpalaikės socialinės globos paslaugų asmenims, priklausomiems nuo psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo prieinamumas 2016 m. buvo 1,36 vietos tenkančios 10 tūkst. gyventojų.

Narkotikų, alkoholio ir tabako kontrolės departamento duomenimis, vienam asmeniui skirtų lėšų nakvynei, apgyvendinimui, maitinimui sudaro 8,25 Eur, be to 17,22 Eur sudaro darbuotojų darbo užmokestis, kuris skaičiuojamas pagal Psichologinės bei socialinės reabilitacijos darbuotojų normatyvų įsakymą. Taigi viena diena vienam asmeniui sudaro 25,47 Eur tiesioginių išlaidų.

Pagal minėtas metodines rekomendacijose aprašytas keturias reabilitacijos fazes, paskutinė jų yra skirta reintegracijos procesui, tačiau šio efektyvumą galimai mažina neretai atokiose vietose, toli nuo infrastruktūros esančios bendruomenės. 28 proc. asmenų, baigusiu psichosocialinės reabilitacijos bendruomenių įsidarbina, tuo tarpu dviejų specializuotas socialinės reintegracijos paslaugas teikiančių įstaigų Vilniuje, duomenimis, tokių asmenų yra apie 90 proc.

Lyginant su kitomis socialinėmis paslaugomis, trumpalaikės globos paslaugas teikiančios bendruomenės yra pakankamai išplėtos, licencijuotos ir finansuojamos iš Europos socialinio fondo lėšų. Siūloma šią paslaugą ateityje apmokėti iš biudžeto, nesiremiant registracijos savivaldybėse principu, tačiau optimizuoti, atskiriant socialinės reintegracijos paslaugas bei numatyti socialinės rizikos vertinimą, skiriant šią paslaugą bei limitus pilnai biudžeto lėšomis finansuojamos paslaugos, siekiant ją teikti tikslingiausiai ir maksimaliai išnaudojant biudžeto skiriamus resursus.

Moksliniai tyrimai rodo, kad psichosocialinės reabilitacijos bendruomenės sėkmingai užbaigia vidutiniškai 40-50 proc. klientų. Švedijoje 2004 metais atliktas 13

¹²² Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2012 m. gegužės 16 d. nutarimu Nr. 528 „Dėl Socialinės globos įstaigų licencijavimo taisyklių patvirtinimo“,

bendruomenių tyrimas parodė, kad vidurkis sudaro 40% (20–71 proc.)¹²³. Anglijoje ir Velse atlikta 57 bendruomenių analizė parodė, kad sėkmingas užbaigimas varijavo plačioje skalėje nuo 3 iki 92 proc., o vidurkis buvo 48 proc.¹²⁴ Didžiosios Britanijos nacionalinės priklausomybių gydymo agentūros duomenimis, 2007- 2008 metais 52 proc. klientų sėkmingai užbaigė reabilitaciją bendruomenėje.¹²⁵

Siūloma optimizuoti trumpalaikės globos paslaugas, numatant, kad kiekvienas asmuo vieną kartą per trejus metus turi galimybę gauti paslaugą, ją pilnai finansuojant iš SADM biudžeto. Siekiant padidinti paslaugos efektą, siūloma asmeniui sumokėti atitinkamai 30 proc. arba 70 proc. paslaugos kainos iš asmeninių lėšų, norint gauti trumpalaikės globos bendruomenėje paslaugas atitinkamai antrą arba trečią kartą per trejus metus.

Europos narkotikų ir priklausomybės nuo narkotikų stebėsenos centro (2017, p. 103126) duomenimis, moterys sudaro apie 25 proc. asmenų, turinčių rimtų žalingo vartojimo ir/ar priklausomybės nuo psichoaktyvių medžiagų problemų, ir apie 20 proc. visų besigydančių priklausomybę. Žalingai vartojančios ir/ar priklausomybę nuo psichoaktyvių medžiagų turinčios moterys patiria papildomų sunkumų dėl to, kad paprastai gyvena su analogišką priklausomybę turinčiu partneriu, todėl patiria seksualinę ir fizinę prievartą. Moterys paprastai sulaukia mažiau palaikymo savo aplinkoje ir patiria didesnę stigmą. Taip pat moterys iš kitų asmenų, turinčių rimtų žalingo vartojimo ir/ar priklausomybės nuo psichoaktyvių medžiagų problemų, išsiskiria tuo, jog turi specifinių poreikių, pavyzdžiui, besilaukiančios ir/arba vaikus auginančios moterys, įtrauktos į sekso paslaugų teikimą, tapusios prekybos žmonėmis aukomis, esančios įkalinimo įstaigose. Taip pat joms dažniau išsivysto depresija ir nerimo sutrikimai, tarp jų yra didesnis ŽIV/AIDS paplitimas.

Vakarų geroji praktika reikalauja lyčiai specifinės priklausomybių gydymo prieigos, tačiau Lietuvoje iš 15 licencijuotų priklausomybės ligų reabilitacinių bendruomenių, atskiros bendruomenės, teikiančios paslaugas tik moterims, yra tik viena, 9 bendruomenės yra mišrios, 6 teikia paslaugas tik vyrams, ir tik dviejose gali būti apgyvendintos moterys su vaikais. Siūloma plėtoti paslaugas moterims su vaikais, diegiant trumpalaikės socialinės globos psichosocialinės reabilitacijos įstaigas, kuriose būtų užtikrinta reikalinga pagalba moterims ir jų nepilnamečiams vaikams.

123 Ravndal E, Vaglum P, Lauritzen G, Completion of Long-Term Inpatient Treatment of Drug Abusers: A Prospective Study from 13 Different Units. *Eur Addict Res* 2005;11:180-185 <https://www.karger.com/Article/Abstract/86399>

124 Dr Petra S. Meier, Dr Petra S. Meier & David Best (2009) Programme factors that influence completion of residential treatment, *Drug and Alcohol Review*, 25:4, 349-355, DOI: 10.1080/09595230600741230

¹²⁵ Towards successful treatment completion A good practice guide. 2009. The National Treatment Agency for Substance Misuse: London.

¹²⁶ European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. 2017. Health and social responses to drug problems. A European guide. Luxembourg: Publications Office of the European Union,

1.3.4. Socialinė reintegracija

1.3.4.1. Socialinės reintegracijos paslaugos

Kaip minėta aukščiau, socialinės reintegracijos paslaugos yra teikiamos psichosocialinės reabilitacijos bendruomenėse paskutinėje programos fazėje. Jos yra finansuojamos kaip vienas paktas, todėl atskirai resocializacijos paslaugos nėra finansuojamos. Bendrai socialinė reintegracija Lietuvoje yra daug mažiau išvystyta nei gydymas ar socialinė psichologinė reabilitacija asmenims, priklausomiems nuo psichoaktyviųjų medžiagų, todėl šiai sričiai būtina skirti daugiau dėmesio, į tokios pagalbos teikimo procesą reikia įtraukti savivaldybes. Po psichologinės ir socialinės reabilitacijos būtų tikslinga asmenims, priklausomiems nuo psichoaktyviųjų medžiagų, toliau teikti reintegracijos paslaugas, apimančias laikiną apgyvendinimą, psichologines, socialines paslaugas, pagalbą asmeniui išvengti atkryčio bei sėkmingai integruotis į visuomenę ir darbo rinką. Remiantis Europos Tarybos rekomendacijomis, gydymo intervencijos bei paslaugos turi būti integruotos ir tęstinės, bei, esant reikalui, lydimos socialinių paslaugų (švietimas, apgyvendinimas, profesinis mokymas, gerovės paslaugos), siekiant asmens socialinės integracijos¹²⁷.

Remiantis Tarptautinės darbo organizacijos rekomendacijomis¹²⁸, plačios aprėpties nacionalinė psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo prevencijos darbo vietose politika turėtų būti formuojama konsultuojantis su darbdavius ir darbuotojus atstovaujančiomis organizacijomis bei ekspertais. Nacionalinėje politikoje asmenų, žalingai vartojančių ir/ar priklausomų nuo psichoaktyviųjų medžiagų problemas rekomenduojama vertinti kaip kitas sveikatos problemas, turinčias poveikį integracijai į darbo rinką. Tinkamas atsakas darbo biržų lygmenyje būtų ne diskriminacija, o atitinkama pagalba: konsultavimas, motyvavimas ir tarpininkavimas nukreipiant specialistų pagalbą.

Kadangi psichosocialinės reabilitacijos bendruomenės teikia ir socialinės reintegracijos paslaugas paskutiniame reabilitacijos etape, siūloma atskirti šią paslaugą organizuojant ją atskirai. Narkotikų, tabako ir alkoholio kontrolės departamento duomenimis, apie 40 proc. psichologinės bei socialinės reabilitacijos dalyvių, kurie pradeda ieškoti darbo, mokytis arba dirbti, įskaitant savarankišką darbą, o 28 proc. įsidarbina. Vilniuje veikianti Vilniaus Arkivyskupijos Caritas Priklausomų asmenų

¹²⁷ Council conclusions on the implementation of the EU Action Plan on Drugs 2013-2016 regarding minimum quality standards in drug demand reduction in the European Union, No 11985/15, 2015.

¹²⁸ The International Labour Office, 1996, Geneva. Nuoroda internete: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/normativeinstrument/wcms_107799.pdf

bendruomenė „Aš esu“ teikia specializuotas socialinės reintegracijos paslaugas bendruomenėje, šios paslaugos yra finansuojamos iš privačių Vokietijos fondų. Šio centro suteiktais duomenimis, įsidarbina apie 90 proc. programą baigusiu asmenų. Pagal pateiktas šios įstaigos duomenis ir skaičiavimus, vienos dienos vieno asmens kaštai įstaigoje - 33,67 Eur. Paslaugos trukmė – 6 mėn. Per metus socialinės reintegracijos pasaulis šioje įstaigoje gauna apie 20 asmenų.

Kitas pavyzdys – tai viešosios įstaigos „Socialiniai paramos projektai“ paslaugos salotų bare „Mano guru“. Šalia mokymų ir darbinės reabilitacijos, yra siūlomas ir platesnis socialinės reintegracijos paketas, suteikiant apgyvendinimą, maitinimą, socialinių įgūdžių ugdymo, specialistų konsultavimo ir kitas socialines paslaugas. Deja, tokį paslaugų paketą įstaiga pajėgi pasiūlyti tik tuomet, kai gauna Europos socialinio fondo finansuojamus įdarbinimo projektus, tačiau kitu metu siūlomų paslaugų paketas apsiriboja daugiau įdarbinimo paslaugomis.

Siūloma socialinės reintegracijos programą licencijuoti atskirai ir finansuojant iš valstybės biudžeto, siekiant šias paslaugas organizuoti apgyvendintose vietovėse, užtikrinant patogų susiekimą su teritorinėmis darbo biržomis bei sudarant galimybes dalyvauti darbo rinkoje ir susirandant būstą. Socialinės reintegracijos paslaugų paketą sudarytų: apgyvendinimo, maitinimo, socialinių įgūdžių ugdymo paslaugos, psichologo, socialinio darbuotojo, psichiatro, teisininko, sielovadininko konsultavimas. Paslaugą siūloma teikti vieno mėnesio iki metų, bet ne ilgiau, negu 6 mėn. nuo asmens įsidarbinimo pradžios. reintegracijos paslaugas teikiančiose įstaigose turi būti prieinamos krizių intervencijos ir atkryčių prevencijos paslaugos asmenims, nebedalyvaujantiems programoje, tačiau patiriantiems krizes dėl galimo atkryčio.

1.3.4.2. Įdarbinimas

Žalingai vartojantys ir/ar priklausomi nuo psichoaktyviųjų medžiagų asmenys, kartu su kitais turinčiais integracijos į darbo rinką sunkumų (negalią turinčiais asmenimis, ilgalaikiais bedarbiais, vyresnio amžiaus asmenimis) sudaro apie pusę visų darbo biržoje registruotų bedarbių (SOPA 2010). Pagal Lietuvoje galiojančius įstatymus pagrindinis aktyvių darbo rinkos politikos priemonių įgyvendintojas yra Lietuvos darbo birža. Įvairūs tyrimai rodo, jog taikomos paslaugos nėra pakankamai lanksčios ir individualizuotos ir dažnai nepasiekia pagrindinio tikslo – remiamų bedarbių užimtumo (Darbo ir socialinių tyrimų instituto tyrimas 2006, cit. pgl. SOPA 2010). Įvairių tyrimų duomenimis, net ir ekonominio pakilimo metais asmenys iš socialinės atskirties grupių nepajėgia savarankiškai įsidarbinti ir išsilaikyti darbo vietoje. Sunkmečiu bedarbių, kurie turi integracijos sunkumų ne tik dėl prastos šalies ekonominės situacijos, bet ir dėl sveikatos ar socialinės padėties, situacija dar pablogėjo. Šie žmonės, nebūdami pakankamai

konkurencingi, patekti į darbo rinką beveik neturi galimybių (SOPA 2010¹²⁹, Darbo ir socialinių tyrimų instituto tyrimas 2006¹³⁰, Lietuvos darbo biržos 2012-2016 m. ataskaitos¹³¹).

Lietuvoje individualaus darbo su sunkiai integruojamais asmenimis modeliai kol kas nėra sistemingai plėtojami. Įdarbinimo tarpininkus rengia ir tarpininkavimą išbando nevyriausybinės organizacijos, įgyvendindamos įvairius projektus, skirtus tam tikrų tikslinių grupių integracijai į darbo rinką. Neretai pasibaigus projektams iniciatyvos užgesta, projektų metu sukurti produktai ir paslaugos toliau nėra plėtojami, apmokyti žmonės keičia veiklos sritis. Dėl šių priežasčių sunkiai integruojamų asmenų įdarbinimo paslaugų teikimas Lietuvoje, deja, yra fragmentiškas ir neturi apibrėžtų perspektyvų.

Viešoji įstaiga „SOPA“ pagrindinė veikla yra socialiai pažeidžiamų grupių integravimas į darbo rinką. Nuo 2006 m. siekiame taikyti remiamo įdarbinimo modelį praktikoje dirbant su socialinės atskirties grupėmis. Vėl „SOPA“ įdarbinimo praktika rodo, jog pritaikius individualias priemones ir pagalbą, dalis ilgalaikių bedarbių sugeba įsidarbinti ir išsilaikyti darbo vietoje.

Remiamas įdarbinimas, kaip jį apibrėžia Europos remiamo įdarbinimo sąjunga, yra pagalbos teikimas asmeniui su negalia arba bedarbiui iš kitų socialiai pažeidžiamų grupių padedant įsidarbinti ir išsaugoti apmokamą darbo vietą atviroje darbo rinkoje. Vėl „SOPA“ apibendrinama užsienio šalių patirtį bei penkis Lietuvoje vykdytus projektus, 2010 m. parengė leidinį „Remiamas įdarbinimas. Metodinės gairės specialistams, dirbantiems su socialinės atskirties grupėmis“¹³²

Remiamas įdarbinimas, aprašomas šiame leidinyje, yra suvokiamas plačiau, nei LR Užimtumo įstatymo 41 str., kuriame numatytos dvi remiamo įdarbinimo priemonės: įdarbinimas subsidijuojant bei darbo įgūdžių įgijimo rėmimas. Beje, asmenų, baigusią psichosocialinės reabilitacijos bendruomenės įdarbinimo subsidijuojant efektyvumas labai abejotinas. Narkotikų, alkoholio ir tabako kontrolės departamento duomenimis, tokių asmenų per 2017 metus buvo 7. Galima manyti, kad dėl paplitusios stigmos, asmenys nenori naudotis šia paslauga ir atskleisti savo asmeninės patirties, susijusios su priklausomybe nuo psichoaktyvių medžiagų. Čia įdarbinimas su parama – tai paslaugų kompleksas, kuris apima ir pagalbą darbdaviams, tačiau vien ja neapsiriboja. Remiamo įdarbinimo tikslas – padėti asmeniui, turinčiam integracijos sunkumų, rasti darbą,

¹²⁹ Remiamas įdarbinimas Metodinės gairės specialistams, dirbantiems su socialinės atskirties grupėmis. SOPA 2010. http://sopa.lt/wp-content/uploads/2017/01/REMIAMAS-IDARBINIMAS_FINAL.pdf

¹³⁰ Darbo ir socialinių tyrimų instituto tyrimas „Sunkiai integruojamų asmenų padėties darbo rinkoje analizė ir priemonės jų užimtumui didinti“, 2006 m

¹³¹ Lietuvos darbo biržos veiklos ataskaitos
https://www.ldb.lt/Informacija/Veikla/Puslapiai/ataskaitos_statistika.aspx

¹³² Remiamas įdarbinimas. Metodinės gairės specialistams, dirbantiems su socialinės atskirties grupėmis, SOPA, 2010.

atitinkantį jo poreikius ir galimybes, ir suteikti jam tolimesnę pagalbą įsivertinant darbo vietoje. Siekiant pagrindinio remiamo įdarbinimo tikslo, svarbūs šie aspektai:

- Asmuo yra įdarbinamas pagal darbo sutartį ir iš darbdavio gauna darbo užmokestį;
- Asmuo įgyja visas teises ir pareigas, kurias turi ir kiti darbuotojai;
- Darbas atitinka darbuotojo lūkesčius ir norus;
- Atliekamas darbas atitinka darbdavio reikalavimus;
- Darbuotojas ir darbdavys gauna minimalią paramą, kuri yra būtina, kad sėkmė būtų

užtikrinta.

„SOPA“ duomenimis, įdarbinimo su parama rizikos grupės asmenims, neturintiems itin sunkios negalios, reikalingas apie 1500 Eur finansavimas vieno asmens įdarbinimui, teikiant tarpininkavimo, konsultavimo, socialinių įgūdžių ugdymo ir priešdarbinės reabilitacijos bei įdarbinimo paslaugas. Tiesa, tokia kaina būtų adekvati tuomet, jeigu įdarbinimo su parama paslaugas teikianti įstaiga turi apie 1000 tokių atvejų per metus.

Lietuvos Respublikos socialinių įmonių įstatymo¹³³ 4 straipsnis numato, jog „asmens, priklausomi nuo narkotinių, psichotropinių ir kitų psichiką veikiančių medžiagų, baigę psichologinės socialinės ir (ar) profesinės reabilitacijos programas, jeigu nedarbo trukmė nuo įsiregistravimo teritorinėje darbo biržoje dienos yra ilgesnė kaip šeši mėnesiai“ yra viena iš socialinėse įmonėse įdarbinamų asmenų tikslinių grupių. Socialinėms įmonėms, įdarbinančioms asmenis, žalingai vartojančius ir/ar priklausomus nuo psichoaktyvių medžiagų, numatyta ši valstybės pagalba: darbo užmokesčio ir valstybinio socialinio draudimo įmokų dalinė kompensacija; subsidija tikslinėms grupėms priklausantiems darbuotojams mokėti.

Tačiau nėra statistinių duomenų apie tai, kiek asmenų, žalingai vartojančių ir/ar priklausomų nuo psichoaktyvių medžiagų, yra įdarbinti socialinėse įmonėse, nes socialinės įmonės, atsiskaitydamos už subsidijų panaudojimą, pateikia apibendrintą informaciją apie tai, kokiam tikslinėms grupėms priklausančiam asmenų skaičiui mokama kompensacija. Atskirai nurodoma tik informacija apie įdarbintus asmenis su negalia.

Pagal Užimtumo rėmimo įstatymą, asmenys, „priklausomi nuo narkotinių, psichotropinių ir kitų psichiką veikiančių medžiagų, baigę psichologinės socialinės ir (ar) profesinės reabilitacijos programas, jeigu jie kreipiasi į teritorinę darbo biržą ne vėliau kaip per 6 mėnesius nuo psichologinės socialinės ir (ar) profesinės reabilitacijos programos baigimo“ priskiriami prie Užimtumo didinimo programos tikslinių grupių.

Pagal aukščiau minėtą įstatymą, aktyvių darbo rinkos politikos priemonių vykdymas priskiriamas teritorinėms darbo biržoms, kurios sudaro su juridiniais ir fiziniiais

¹³³ Lietuvos Respublikos socialinių įmonių įstatymas, 2004:
<https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.EEC13A0B85BA>

asmenimis šių priemonių įgyvendinimo sutartis. Kaip darbdaviai laikosi darbo sutarčių, sudarytų su teritorinės darbo biržos siūstais asmenimis, ir šių sutarčių atitikties įsipareigojimams, nustatytiems teritorinės darbo biržos ir darbdavių sudarytose sutartyse dėl aktyvios darbo rinkos politikos priemonių įgyvendinimo, kontroliuoja Lietuvos Respublikos valstybinė darbo inspekcija prie Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos.

Teritorinių darbo biržų duomenimis, su asmenimis, žalingai vartojantiems ir/ar priklausomiems nuo psichoaktyvių medžiagų, dirbama labai nedidelėmis apimtimis, taip pat ši asmenų grupė nėra atskirai identifikuojama ir apskaitoma. 4 iš 11 apklaustų teritorinių darbo biržų informavo, kad šia informacija visai nedisponuoja. Likusios pateikė informaciją apie tai, jog per metus dirba su labai nedideliu skaičiumi šiai socialinei grupei priklausančių asmenų (žr. lentelę Nr. 16).

16 lentelė. *Teritorinių darbo biržų suteikta informacija apie darbą su žalingai vartojančiais ir/ar priklausomais nuo psichoaktyviųjų medžiagų asmenimis (Klientai) ir sėkmingo įdarbinimo atvejus (įdarbinti) 2012-2016 metais (TDB1-TDB11 yra atskiros teritorinės darbo biržos, N=11).*

	2012		2013		2014		2015		2016	
	Klientai	įdarbinti	Klientai	įdarbinti	Klientai	įdarbinti	Klientai	įdarbinti	Klientai	įdarbinti
TDB1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TDB2	6	0	5	0	3	2	2	0	3	1
TDB3	6	2	6	1	1	1	3	0	3	2
TDB4	1	1	1	1	2	0	1	0	1	1
TDB5	2	2	2	1	2	1	2	2	0	0
TDB6	0	0	1	1	2	1	2	1	3	1
TDB7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TDB8	3	1	1	0	1	1	0	0	0	0
TDB9	0	0	1	0	2	1	2	1	3	1
TDB10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TDB11	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Dar prastesnė situacija su lėšų, skirtų darbinei šios asmenų grupės integracijai. Tik 4 teritorinės darbo biržos atskirai apskaito jų integracijai skiriamas lėšas. Atitinkamai, nėra unifikuotos sistemos kaštų planavimui priklausomai nuo paslaugas gaunančių asmenų skaičiaus. Sprendžiant iš teritorinių darbo biržų pateiktos informacijos, darbinei integracijai per metus skiriamos sumos sudaro nuo 274 eurų už darbą su dviem asmenimis, žalingai vartojantiems ir/ar priklausomiems nuo psichoaktyvių medžiagų, iš kurių vienas įdarbintas iki 3975 eurų už darbą su vienu asmeniui, kuris buvo įdarbintas (žr. lentelę Nr. 17).

17 lentelė. Teritorinių darbo biržų suteikta informacija apie teritorinių darbo biržų išlaidas dirbant su žalingai vartojančiais ir/ar priklausomais nuo psichoaktyviųjų medžiagų asmenims 2012-2016 metais (TDB1-TDB11 yra atskiros teritorinės darbo biržos, N=11).

	2012	2013	2014	2015	2016
TDB1	0	0	0	0	0
TDB2	0	0	0	0	0
TDB3	0	0	0	0	0
TDB4	0	0	0	0	3975
TDB5	0	0	0	0	0
TDB6	0	0	274	335	1930
TDB7	0	0	0	0	0
TDB8	627,65	0	626,47	0	0
TDB9	0	1	274	335	1930
TDB10	0	0	0	0	0
TDB11	0	0	0	0	0

Teritorinių darbo biržų veiklos dokumentų analizė atskleidė, kad tokio tipo įstaigose dirba psichologai, atsakingi už nepasirengusių dalyvių galimybių integruotis į darbo rinką, psichologinių, asmenybės ir mokymosi sunkumų įvertinimą; individualių rekomendacijų nepasirengusiems dalyviams rengimą; psichologinių, asmenybės ir mokymosi problemų turinčių klientų konsultavimą šių problemų sprendimo klausimais; grupinių užsiėmimų organizavimą sprendžiant klientų mokymosi bei bendravimo sunkumų problemas bei ugdant socialinius įgūdžius; tarpinstitucinio bendradarbiavimo vykdymą.

Pusiau struktūruoti interviu su teritorinėse darbo biržose dirbančiais psichologais atskleidė, kad šiose įstaigose tikslingas žalingai vartojančių ir/ar priklausomų nuo psichoaktyviųjų medžiagų klientų konsultavimas, motyvavimas, tarpininkavimas, susijęs su jų priklausomybe ir individualiais poreikiais vyksta priklausomai nuo konkretaus psichologo iniciatyvumo ir motyvacijos. Yra sėkmingų pavyzdžių, kai teritorinėse darbo biržose dirbančio psichologo veikla toli lenkia jo pareigybių aprašymą, vykdomas intensyvus darbas su klientais, kuriami sėkmingo tarpinstitucinio bendradarbiavimo pavyzdžiai, iš esmės vykdant atvejo vadybininko funkcijas, teikiant visapusišką pagalbą žalingai vartojantiems ir/ar priklausomiems nuo psichoaktyviųjų medžiagų klientams.

Apibendrinant, galima teigti, kad teritorinių darbo biržų teikiamų paslaugų užtenka daliai žalingo vartojimo ir/ar priklausomybės nuo psichoaktyviųjų medžiagų patirtį turinčių asmenų, tačiau yra būtina teikti individualizuotas įdarbinimo su parama paslaugas, remiantis gerąja nevyriausybinė organizacijų ir daugelio Europos socialinio

fondo agentūros remtų projektų, skirtų rizikos grupei priklausančių asmenų įdarbinimui, išvadamis.

1.3.4.3. Europos Socialinio fondo agentūros parama

Aukščiau aprašytame kontekste, kai savivaldybių teikiama parama žalingai vartojantiems ir/ar priklausomiems nuo psichoaktyvių medžiagų asmenims yra minimali ir fragmentiška, ilgalaikės ir plačios aprėpties nacionalinio lygmens iniciatyvos finansuojamos iš Europos Sąjungos struktūrinių fondų lėšų. Reikšmingiausias šios paramos indėlis į socialinių paslaugų žalingai vartojantiems ir/ar priklausomiems nuo psichoaktyvių medžiagų asmenims teikimą – ilgametis šios asmenų grupės psichosocialinės reabilitacijos paslaugų bendruomenėse finansavimas.

Narkotikų, tabako ir alkoholio kontrolės departamentas 2013 m. spalio 1 d. – 2015 m. lapkričio 30 d. administravo projektą „Asmenų, sergančių priklausomybės nuo psichoaktyviųjų medžiagų ligomis, psichologinė ir socialinė reabilitacija“¹³⁴. Šis Projektas buvo įgyvendinamas vykdant 2007–2013 m. Žmogiškųjų išteklių plėtros veiksmų programos 1 prioriteto „Kokybiškas užimtumas ir socialinė aprėptis“ VP1-1.3-SADM-03-V priemonę „Asmenų, sergančių priklausomybės nuo psichoaktyviųjų medžiagų ligomis, psichologinė ir socialinė reabilitacija“. Projekto tikslas buvo padėti asmenims, sergantiems priklausomybės nuo psichoaktyviųjų medžiagų ligomis, integruotis į darbo rinką, siekiant išvengti jų socialinės atskirties. Projekto pagrindinė veikla - priemonių ir paslaugų, skatinančių asmenų, sergančių priklausomybės nuo psichoaktyviųjų medžiagų ligomis, įsitraukimą į darbo rinką įgyvendinimas. Paslaugų teikimą užtikrino 11 partnerių – psichologinės socialinės reabilitacijos (trumpalaikės socialinės globos) įstaigų, kuriose reabilitacijos programos trukmė 7-18 mėnesių. Tai psichologinės socialinės reabilitacijos bendruomenės, kurios padeda keisti vartojančio psichoaktyviausias medžiagas asmens įpročius ir formuoti sveiko ir blaivaus gyvenimo, savidisciplinos įgūdžius.

Pasiekti Projekto rezultatai: 805 asmenims, priklausomiems nuo psichoaktyviųjų medžiagų buvo suteikta galimybė nemokamai gauti psichologinės ir socialinės reabilitacijos paslaugas, bei galimybė sėkmingai integruotis į visuomenę. Projekto partnerių duomenimis, 228 asmenys sėkmingai integravosi į visuomenę, t. y. įsidarbino arba toliau mokosi.

Nuo 2015 m. gruodžio 1 d. iki 2020 m. lapkričio 30 d. Narkotikų, tabako ir alkoholio kontrolės departamentas pagal 2014–2020 metų Europos Sąjungos fondų investicijų veiksmų programos 8 prioriteto „Socialinės įtraukties didinimas ir kova su skurdu“ įgyvendinimo priemonę Nr. 08.3.1-ESFA-V-411 „Asmenų, priklausomų nuo

¹³⁴ <http://ntakd.lrv.lt/lt/reabilitacija/projektai-2/ivykdyti-projektai>

psichoaktyviųjų medžiagų, socialinė integracija“, vykdo projektą „Asmenų, priklausomų nuo psichoaktyviųjų medžiagų, socialinė integracija“¹³⁵.

Bendra Projekto biudžeto suma – 8 688 601,00 Eur., jis įgyvendinamas su 13 partnerių. Projekto tikslas – padėti asmenims, priklausomiems nuo psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo, integruotis į darbo rinką, siekiant išvengti jų socialinės atskirties. Projekto pagrindinė veikla – priemonių ir paslaugų, skatinančių asmenų, priklausomų nuo psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo, įsitraukimą į darbo rinką, įgyvendinimas.

Šiuo Projektu siekiama suteikti asmenims, priklausomiems nuo psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo, galimybę gauti psichologinės ir socialinės reabilitacijos paslaugas tam, kad jie galėtų sėkmingai integruotis į visuomenę. Nutraukus psichoaktyviųjų medžiagų vartojimą sumažėja tokių asmenų socialinė atskirtis, gerėja jų psichinė sveikata, mažėja pavojus kitų žmonių saugumui, materialiniai nuostoliai dėl nusikalstamumo, nedarbo, eismo įvykių ir pan. Šių paslaugų teikimą užtikrina 13 Projekto partnerių – psichologinės socialinės reabilitacijos (trumpalaikės socialinės globos) įstaigų, kuriose psichologinės ir socialinės reabilitacijos programa vykdoma nuo 7 iki 12 mėn. Tai įstaigos, kurios padeda keisti vartojančio psichoaktyvias medžiagas asmens įpročius ir formuoti sveiko ir blaivaus gyvenimo, savidisciplinos įgūdžius.

Projektas suteiks galimybę 1600 asmenų, priklausomų nuo psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo, nemokamai gauti psichologinės ir socialinės reabilitacijos paslaugas bei galimybę sėkmingai integruotis į visuomenę. Numatoma, kad 40 proc. psichologinės bei socialinės reabilitacijos dalyvių, kurie sėkmingai baigs socialinės psichologinės reabilitacijos programą (po dalyvavimo socialinei integracijai skirtose ESF veiklose) pradės ieškoti darbo, mokytis arba dirbti, įskaitant savarankišką darbą.

Salotų baras „Mano guru“ nuo 2004 metų vykdo žalingai vartojusių ir/ar nuo psichoaktyviųjų medžiagų priklausomų žmonių darbinę reabilitaciją. Jame sėkmingai baigę reabilitacijos programą, 70% kavinės darbuotojų dirba padavėjais, barmenais ir virėjais. Įstaigos tikslas yra sudaryti sąlygas nebevartojantiems psichoaktyviųjų medžiagų asmenims reabilituotis ir reintegruoti į visuomenę ir darbo rinką.

Asmenys, baigę gydymąsi ir reabilitacijos programas reabilitacijos centruose ir bendruomenėse, grįžta į visuomenę, kur, be tinkamos pagalbos, gali vėl grįžti prie ankstesnių įpročių. Siekiant efektyvesnės pagalbos priklausomybių ligomis sergantiems žmonėms, teikiamos darbinės reabilitacijos paslaugos. Ši reabilitacijos forma padeda eliminuoti ar sumažinti priežastis, dėl kurių žmonės grįžta prie buvusių priklausomybių.

Trūksta Europos socialinio fondo agentūros vykdytų projektų, skirtų žalingai vartojančių ir/ar nuo psichoaktyviųjų asmenų priklausomų asmenims, analizės ir ilgalaikio veiksmingumo analizės, o taip pat išvystytų metodikų ir praktikų įvertinimo.

¹³⁵ <http://ntakd.lrv.lt/lt/reabilitacija/projektai-2/vykdomi-projektai>

1.3.4.4. Apgyvendinimas

Remiantis Socialinių paslaugų katalogu (2006)¹³⁶, suaugusiems asmenims, žalingai vartojantiems ir/ar priklausomiems nuo psichoaktyvių medžiagų, gali būti teikiamos kelių tipų apgyvendinimo paslaugos, tokios kaip apgyvendinimas savarankiško gyvenimo namuose, laikinas apnakvindinimas, apgyvendinimas nakvynės namuose ir krizių centruose, laikino gyvenimo namuose, savarankiško gyvenimo namuose).

Apklaustos 11 savivaldybių apgyvendinimo paslaugų asmenims, žalingai vartojantiems ir/ar priklausomiems nuo psichoaktyvių medžiagų neteikia visai. Viena iš esamų galimybių spręsti šios asmenų grupės apgyvendinimo problemą yra gauti paramą būstui įsigyti ar išsinuomoti, kurią reglamentuoja LR Paramos būstui įsigyti ar išsinuomoti įstatymas (2014¹³⁷). Šis teisės aktas numato paramos būstui įsigyti ar išsinuomoti teikimo asmenims ir šeimoms principus, finansavimo šaltinius, formas, paramą būstui įsigyti ar išsinuomoti gaunančių asmenų teises ir pareigas, taip pat socialinio būsto ir savivaldybės būsto nuomos bei būsto pardavimo sąlygas ir tvarką. Parama būstui išsinuomoti teikiama asmenims ir šeimoms nuomojant socialinį būstą arba mokant būsto nuomos ar išperkamosios būsto nuomos mokesčių dalies kompensaciją.

Pagal šį įstatymą, teisė į socialinį būstą priklauso asmenims ir šeimoms, atitinkančioms kriterijus kaip mažos pajamos, gyvenamosios vietos neturėjimas, registracija atitinkamoje savivaldybėje.

Papildomai, subsidija valstybės iš dalies kompensuojamo būsto kredito daliai apmokėti teikiama asmenims, kurie buvę likę be tėvų globos (rūpybos) asmenys, iki jiems sukanka 35 metai ar jų šeimoms, taip pat šeimoms, auginančios tris ar daugiau vaikų (įvaikių), neįgaliesiems arba šeimoms, kuriose yra neįgaliųjų, apmokama 20 procentų suteikto valstybės iš dalies kompensuojamo būsto kredito sumos.

Asmenys, žalingai vartojantys ir/ar priklausomi nuo psichoaktyvių medžiagų nespacificuojami teisės aktuose kaip tikslinė grupė, galinti pretenduoti į socialinį būstą išskirtinėmis sąlygomis ir savo eilės laukia bendra tvarka. Apžvelgus viešai savivaldybių tinklapiuose skelbiamą eilių gauti socialiniam būstui sąrašą, Vilniaus m. savivaldybėje jis sudaro 1342 asmenis (pirmojo eilėje prašymo pateikimo data yra 1992-07-01), Klaipėdoje - 612 (seniausiai laukiantis eilėje registruotas 2004-08-11); Alytuje 206 asmenys (2005-01-12); Visagine – 76 (2015-03-25). Tokia eilių situacija, esanti didžiuosiuose miestuose, rodo, kad asmenų, žalingai vartojančių ir/ar priklausomų nuo psichoaktyvių medžiagų, apgyvendinimo situacija iš esmės nėra sprendžiama.

¹³⁶Socialinių paslaugų katalogas, patvirtintas Socialinės apsaugos ir darbo ministro 2006 m. balandžio 5 d. įsakymu Nr. A1-93

¹³⁷ Lietuvos Respublikos Paramos būstui įsigyti ar išsinuomoti įstatymas 2014 m. Spalio 9 d. Nr. XII-1215 Vilnius

Daugumoje savivaldybių yra nakvynės namai, kuriuose gali saugiai pernaktoti gyvenamosios vietos neturintys asmenys, tarpe jų ir žalingai vartojantys ir/ar priklausomi nuo psichoaktyvių medžiagų. Remiantis šio tipo įstaigų apgyvendinimo tvarka ir vidaus tvarkos taisyklėmis, apgyvendinimo metu klientas privalo būti blaivus, ir buvimo įstaigoje metu nevartoti alkoholio bei psichoaktyvių medžiagų. Apklausti nakvynės namai nurodė nepriimantys apsvaigusių asmenų, išskyrus atvejus, kai žiemą juos atveža pareigūnai, arba kai kyla grėsmė jų saugumui. Tačiau įstaigos nurodė neturinčios papildomų žmogiškųjų resursų ir atskirų patalpų priimti ir pasirūpinti apsvaigusiais klientais. Todėl tokiais atvejais minėti asmenys, kol išsiblaivins, privalo likti hole, kad netrukdytų kitiems nakvynės namų gyventojams.

Didžiųjų miestų savivaldybės turi arba svarsto atidaryti specialius nakvynės namus, skirtus išimtinai apsvaigusiems asmenims. Nakvynė juose kainuoja 19-20 eurų. Savivaldybėse, kur tokio pobūdžio įstaigų nėra, nuo alkoholio arba psichoaktyvių medžiagų apsvaigę asmenys policijos arba greitosios pagalbos pareigūnų atvežami į skubios pagalbos skyrius medicinos įstaigose.

1.3.5. Socialinės paslaugos sveikatos sektoriuje

Priklausomybės ligų centruose yra įkurti socialiniai skyriai, kuriuose dirba socialiniai darbuotojai. Šie darbuotojai užtikrina socialinės pagalbos komponentus, lydinčius medicininį priklausomybių gydymą. Priklausomai nuo priklausomybės ligų centro dydžio, gali būti organizuojamas atskiras Socialinis skyrius arba dirbti tik pavieniai socialiniai darbuotojai. Respublikiniame priklausomybės ligų centre yra Socialinės ir psichologinės pagalbos skyrius, Vilniaus filiale yra Socialinės pagalbos skyrius, kurio neturi Kauno, Šiaulių, Klaipėdos ir Panevėžio filialai.

Specializuoto skyriaus buvimas sudaro didesnes galimybes teikti socialines paslaugas, pavyzdžiui, Vilniaus priklausomybės ligų centro puslapyje nurodoma, jog šioje įstaigoje socialiniai darbuotojai teikia inovatyvias atvejo vadybos paslaugas, vykdo darbinės reintegracijos projektus.

Ambulatoriniu principu veikiančiuose psichikos sveikatos centruose greta psichiatrų, slaugytojų ir psichologų dirba ir socialiniai darbuotojai. Priklausomai nuo psichikos sveikatos centro dydžio ir aptarnaujamos teritorijos, jame gali dirbti vienas socialinis darbuotojas arba visas jų skyrius. Skirtingai nuo centre dirbančių kitų psichikos sveikatos priežiūros specialistų, didelę jų veiklos ir atsakomybių dalį sudaro aktyvus bendradarbiavimas su kitomis socialinėje srityje veikiančiomis organizacijomis, pagalba sprendžiant su socialiniu funkcionavimu, savarankišku gyvenimu, ryšiais su bendruomene susijusius klausimus. Socialiniai darbuotojai vykdo užimtumo terapiją, individualias konsultacijas, taiko darbo grupėje metodus.

1.3.6. Socialinės srities tendencijų narkotikų politikoje Lietuvoje stiprybės, silpnybės, grėsmės ir galimybės

Analizės metu buvo išskirtos šios, narkotikų politikos socialinėje srityje esamos situacijos stiprybės, silpnybės, galimybės ir grėsmės.

Stiprybės	Silpnybės
<p>1. Lietuvoje yra pakankamai išplėtos ir licencijuojamos trumpalaikės globos paslaugos skirtos priklausomybės ligomis sergantiems asmenims. Šios paslaugos šiuo metu yra finansuojamos iš Europos socialinio fondo lėšų.</p> <p>2. Įdarbinimo ir profesinio mokymo paslaugos, priklausomybės ligomis sergantiems asmenims, yra organizuojamos, teikiamos bendra tvarka ir organizuojamos teritorinėse darbo biržose, remiantis LR Užimtumo įstatymu, pagal kurio 41 str., yra numatytos dvi remiamo įdarbinimo priemonės asmenims, nuo narkotinių, psichotropinių ir kitų psichiką veikiančių medžiagų, baigusią psichologinės socialinės ir (ar) profesinės reabilitacijos programas;</p> <p>3. Vilniuje veikia dvi pilotinės privačios iniciatyvos, demonstruojančios veiksmingą socialinės reintegracijos ir/ar įdarbinimo su parama veiklas, skirtas asmenims, žalingai vartojantiems ir/ar priklausomiems nuo psichoaktyvių medžiagų.</p>	<p>1. Savivaldos grandyje stokojama vieningo požiūrio, veiksmingo pasidalijimo atsakomybėmis, apsiribojama nekoordinuotomis pavienėmis iniciatyvomis teikiant veiksmingas socialines paslaugas žalingai vartojantiems ir/ar priklausomiems nuo psichoaktyvių medžiagų asmenims.</p> <p>2. Trūksta Europos socialinio fondo agentūros vykdytų projektų, skirtų žalingai vartojančių ir/ar nuo psichoaktyvių asmenų priklausomų asmenims, poveikio ir ilgalaikio veiksmingumo analizės, o taip pat išvystytų metodikų ir praktikų įvertinimo.</p> <p>3. Socialinių paslaugų planų analizė parodė, kad nė viena savivaldybė neteikia dienos globos paslaugų asmenims, žalingai vartojantiems ar priklausomiems nuo psichoaktyvių medžiagų. Taigi nėra užtikrinama paslaugų įvairovė atsižvelgiant į asmens socialinės rizikos vertinimą bei individualų paslaugų poreikį.</p> <p>4. Trūksta psichosocialinės reabilitacijos programų paslaugų, teikiamų bendruomenėse, specializuotų moterims, o taip pat galimybių šias laikinos globos paslaugas gauti moterims su nepilnamečiais vaikais.</p> <p>5. Lietuvoje nėra arba yra pavienės būsto programos žalingai vartojantiems ir/ar</p>

	priklausomiems nuo psichoaktyvių medžiagų asmenims.
Galimybės	Grėsmės
<p>1. Reiktų skirti didesnę dėmesį teikiamoms socialinės rizikos grupei priklausančioms šeimoms, kuriose stebimas psichoaktyvių medžiagų vartojimas, ir parinkti pagalbos būdus / metodus, kurie leistų efektyviau spręsti kompleksines, šios tikslinės grupės problemas, užtikrinant visą reikiamą paslaugų spektrą (pradedant aktyviu gydymu, baigiant socialinėmis intervencijomis šeimos gyvenamoje vietoje, kurios susijusios su atkryčių prevencija).</p> <p>2. Tikslinga būtų parengti specializuotų socialinių paslaugų, teikiamų žalingai vartojantiems ir/ar priklausomiems nuo psichoaktyvių medžiagų asmenims, tvarkos aprašą siekiant diegti minimalų socialinių paslaugų paketą asmenims, žalingai vartojantiems ir/ar priklausomiems nuo psichoaktyvių medžiagų, atliepiant ir šeimos poreikius;</p> <p>3. Sukurti savivaldybių lygmenyje vykdomą žalingai vartojantiems ir/ar priklausomiems nuo psichoaktyvių medžiagų asmenims teikiamų socialinių paslaugų teikimo apskaitos mechanizmą, kurio pagalbą būtų galima optimizuoti minimalius socialinių paslaugų standartus bei kaštus, o taip pat didinti paslaugų efektyvumą;</p> <p>4. Įdiegti įdarbinimo su parama žalingai vartojantiems ir/ar priklausomiems nuo psichoaktyvių medžiagų, paslaugą, ją įtvirtinant Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos įsakymu bei užtikrinant jos teikimą savivaldybėse, numatant paslaugų</p>	<p>1. Nuo 2020 sumažėjus Europos socialinio fondo finansavimui, ir neužtikrinus sklandaus perėjimo prie valstybės biudžetinio finansavimo, gali kilti grėsmė išvystytam bendruomenių trumpalaikės globos paslaugų tinklui;</p> <p>2. Žalingai vartojančių ar priklausomybės ligomis sergančių asmenų diskriminavimas ir stigmatizavimas socialinėje sistemoje;</p> <p>3. Finansavimo ir teisinio reguliavimo stoka;</p> <p>4. Su priklausomybės ligomis ar žalingu vartojimu susijusių socialinių problemų sprendimų būdų reglamentavimo ir sistemos kūrimo vengimas, neįtraukiant šios problemos, kaip prioritetinės tarpinstituciniu lygmeniu;</p> <p>5. Nepamatuoti lūkesčiai susiję su įgyvendinamos politikos rezultatais ir socialinių priemonių veiksmingumu, stokojama supratimo, kad priklausomybė tai lėtinė dažniais atkryčiais pasižyminti liga.</p>

<p>pirkimą iš pvz. nevyriausybinių organizacijų bei privačių tiekėjų ar kt.;</p> <p>5. Organizuoti socialinės dienos globos paslaugą žalingai vartojantiems ar priklausomybės ligomis sergantiems asmenims, tokiu būdu užtikrinant atkryčių prevenciją po gydymo ir/ar reabilitacijos programų, ir individualizuojant paslaugos teikimą pagal individualius asmens poreikius.</p> <p>6. Optimizuoti trumpalaikės globos paslaugas, teikiamas priklausomiems nuo psichoaktyvių medžiagų asmenims, numatant, kad vienas asmuo vieną kartą per trejus metus turi galimybę gauti paslaugą, ją pilnai finansuojant iš biudžeto lėšų;</p> <p>7. Sukurti ir teisės aktais įtvirtinti socialinės reintegracijos programą, skirtą priklausomiems nuo psichoaktyvių medžiagų asmenims, ją licencijuoti ir finansuoti iš valstybės biudžeto.</p>	
---	--

1.4. TEISINĖS, SVEIKATOS IR SOCIALINĖS SRITIES, SUSIJUSIOS SU NARKOTIKŲ POLITIKA LIETUVOJE ATITIKIMO TARPTAUTINĖMS REKOMENDACIJOMS VERTINIMAS

Atlikus tarptautinių organizacijų (ES, PSO, JT ir kt.) dokumentų, publikacijų ir metodinių rekomendacijų (kurios buvo aptartos aukščiau pristatytose šios analizės dalyse), skirtų subalansuotos narkotikų politikos įgyvendinimui, vertinimą ir atitikimą Lietuvoje egzistuojančios praktikos, galima išskirti šias silpnybes, stiprybes, galimybes ir grėsmes:

Stiprybės	Silpnybės
<p>1. Egzistuojantys nacionaliniai narkotikų kontrolės politikos dokumentai, suderinti ir grindžiami tarptautiniais dokumentais, iš esmės atitinka visas galiojančios ES narkotikų strategijos nuostatas (2013-2020);</p> <p>2. Veikianti Lietuvos narkotikų politikos rodiklių stebėsenos sistema, iš dalies atitinka tarptautinio atskaitomumo ir vertinimo mechanizmus.</p>	<p>1. Lietuvos teisinio reguliavimo griežtėjimas į asmeninį vartojimą nukreiptų veikų (nedidelio kiekio įgijimo ir laikymo) atžvilgiu ir intensyvėjanti teisėsaugos institucijų veikla, vykdančios baudžiamąjį persekiojimą šių veikų atžvilgiu yra priešingi JT ir ES formuojamai žmogaus teisių užtikrinimo prioritetams grindžiamai tarptautinei politikai, kai psichoaktyviųjų medžiagų vartojimas yra vertinamas kaip visuomenės sveikatos problema, kuri nėra sprendžiama baudžiamosios teisės priemonėmis.</p> <p>2. Tarptautiniai dokumentai įgyvendinami formaliai, nepasiekiant rekomenduojamų rodiklių verčių ir rezultatų;</p> <p>3. ES Strategijos rekomendacijos įgyvendinamos labai maža apimtimi ir aprėpia palyginus nedidelę gydymo paslaugų reikalingų asmenų populiacijos dalį;</p> <p>4. Stokojama gydymo paslaugų tikslingai rekomenduojamų tarptautiniuose dokumentuose vartotojų grupėms – moterims, nepilnamečiams, įkalintiems, švirkščiamųjų narkotikų vartotojams sergantiems infekcinėmis ligomis ir kt.</p>

Galimybės	Grėsmės
<p>1. Problemos pripažinimas valstybės lygmeniu ir konsoliduojama politinė valia ją spręsti, pradėta gydymo ir pagalbos sistemos pertvarka atsižvelgiant į tarptautines, mokslu pagrįstas rekomendacijas;</p> <p>2. Kompetentinga ir valstybės įgaliojimus veikti turinti veiksmi koordinuojanti institucija (NTAKD);</p> <p>3. Su tarptautiniais stebėsenos mechanizmais integruota informacijos ir stebėsenos sistemos.</p>	<p>1. Politinio konsensuso stoka dėl narkotikų politikos prioritetų (tikslinių grupių, priemonių) pasirinkimo ir įgyvendinimo, esant ribotiems ištekliams kelia grėsmę rodiklių pasiekimui;</p> <p>2. Skirtingi sistemų ir institucijų atsakingų už pasiūlos ir paklausos mažinimą požiūriai į narkotikų kontrolės politiką, visuomenės (ir politikų) palaikymas tarptautinių dokumentų nerekomenduojamoms praktikoms (priverstinis gydymas; griežtos bausmės), apsunkina naujų strateginių dokumentų priėmimą;</p> <p>3. Ignoravimas kompleksinių priemonių rekomenduojamų siekiant užtikrinti infekcijų, susijusių su narkotikų vartojimu plitimą, gali apsunkinti šių ligų paplitimo valdymą ir vėliau padidinti jų gydymo kaštus.</p>

1.5. TEISINĖS, SVEIKATOS IR SOCIALINĖS SRITIES, SUSIJUSIOS SU NARKOTIKŲ POLITIKA LIETUVOJE EKONOMINIS VERTINIMAS

1.5.1. Bendras situacijos pristatymas

Legalų ir nelegalų narkotinių ir psichotropinių medžiagų (toliau - NPM) žala visuomenei yra neabejotina. Žalingas psichoaktyvių medžiagų vartojimas gali negrįžtamai pakenkti asmeninei ir aplinkinių sveikatai, nelegalių medžiagų įsigijimas ir disponavimas didina nusikalstamumą ir kelia grėsmę saugumui, o narkotinių medžiagų sukeltos priklausomybės ligos didina socialinę atskirtį ir sveikatos netolygumus. Didelės sumos pinigų kiekvienais metais yra išleidžiamos su NPM vartojimu susijusioms problemoms visame pasaulyje spręsti. Dar 1980 m. Jungtinėse Amerikos Valstijose buvo

iškeltas klausimas, ar karas su narkotikais (*angl. war on drugs*) yra efektyvus¹³⁸. Dažniausiai karas su narkotikais reiškia, kad didžioji valstybės finansavimo dalis yra skiriama kontrolei, t.y. bausmių už vartojimą griežtinimui ir kovai su nelegalių narkotikų tiekimu, o tik sąlyginai maža dalimi finansuojant prevencines priemones (pvz., edukacines programas), priklausomybės ligų gydymą ir žalos mažinimo veiklas. Pastaraisiais dešimtmečiais ši diskusija paplito tarp daugumos kitų pasaulio šalių¹³⁹. Siekiant bent iš dalies atsakyti į šį klausimą, politikai turėtų žinoti kiek išleidžia su NPM vartojimu susijusioms veikloms, t.y. koks yra šalies metinis "narkotikų biudžetas" (*angl. drug budget*) (toliau – NPM biudžetas). Jeigu šalies valdžia sąmoningai neišskiria ir reguliariai nenurodo finansavimo srautų arba šaltinių kaip susijusių su NPM, narkotikų politikos efektyvumo vertinimas tampa labai teorinis. Be abejonės, tokio NPM biudžeto įvertinimas ir apskaičiavimas yra sudėtingas. Su narkotinių medžiagų vartojimo žala susiję kaštai yra patiriami įvairiuose valstybės finansuojamuose sektoriuose: sveikatos apsaugos, teisinėje, socialinėje ir švietimo sistemose, o dažnai šios išlaidos yra integruotos į didesnių valstybės programų dalis¹⁴⁰. Finansinių kaštų analizė turėtų būti įrankis, kuriuo remiantis yra priimami politiniai sprendimai formuojant NPM biudžetą.

Tačiau išsami analizė galima tik tuo atveju, jeigu reguliariai stebėsime išlaidas, susijusias su NPM vartojimo prevencijos ir kontrolės veiklomis, bei vertinsime šių veiklų rezultatus.

Tyrėjo žiniomis, Lietuvoje dar nebuvo bandymo apibrėžti ir paskaičiuoti kiek bendrai valstybės lėšų yra išleidžiama veikloms ir paslaugoms, susijusioms su NPM vartojimo prevencija ir kontrole, per metus visuose sektoriuose. Dauguma šių išlaidų nėra tiesioginės (t.y. nepriskiriamos prie NPM), todėl NPM biudžeto apskaičiavimui yra reikalinga išsami studija. Šio tyrimas tikslas yra siauresnis - įvertinti kokias valstybės lėšas galime priskirti su NPM vartojimo prevencija ir kontrole susijusioms veikloms ir ką papildomai turime žinoti, kad galėtume ateityje vertinti NPM vartojimo prevencijos ir kontrolės lėšų paskirstymo efektyvumą.

Lietuvos NPM biudžeto įvertinimo tyrimas yra atliekamas pagal Narkotikų, tabako ir alkoholio kontrolės departamento užsakymą ir yra viena iš tyrimo „Subalansuota narkotikų politika Lietuvoje: socialinių paslaugų, teisės, sveikatos sistemų bei ekonomikos aspektų vertinimas ir rekomendacijų rengimas“ dalių. Pagal pirminį planą, pagrindinė ekonomikos aspektų vertinimo užduotis buvo atlikti dabartinės NPM politikos ekonominį efektyvumo vertinimą. Paašškėjus, kad nėra susistemintos informacijos apie Lietuvos valstybės NPM vartojimo prevencijos ir kontrolės išlaidas nei socialinių paslaugų, nei teisės, nei sveikatos sistemose, buvo nuspręsta visų pirma

¹³⁸ Reuter P. What drug policies cost: estimating government drug policy expenditures. *Addiction* (Abingdon, England). 2006;101(3):315-22

¹³⁹ *Ibid.*

¹⁴⁰ *Ibid.*

surinkti informaciją apie patiriamas išlaidas ir pradėti vertinti koks yra dabartinis Lietuvos NPM biudžetas. Pagal užsakymą, valstybės išlaidos buvo vertinamos trijose, t.y. sveikatos, teisės ir socialinių paslaugų srityse.

1.5.1. Ekonominių kaštų skaičiavimo metodai

Narkotinės ir psichotropinės medžiagos šiame tyrime apibrėžiamos, kaip (Lietuvoje) nelegalios psichoaktyvios medžiagos, kurios veikia žmogaus psichiką ir sukelia sveikatos bei elgesio sutrikimus¹⁴¹. Į nelegalių psichoaktyvių medžiagų sąrašą nepatenka alkoholis ir tabakas. Svarbu atkreipti dėmesį, kad kartais atskirti legalių ir nelegalių NPM išlaidas yra sudėtinga. Pvz., Priklausomybės ligų centrai turi vieną biudžetą tiek priklausomybės nuo alkoholio, tiek priklausomybės nuo narkotikų gydymui. Kadangi vis dažniau skirtingos psichoaktyvios medžiagos yra vartojamos kartu (*angl. polydrug use*) (pvz., alkoholis, raminamieji ir migdomieji vaistai vartojami kartu su NPM), yra manoma, kad nebėra didelio poreikio šias išlaidas stengtis atskirti¹⁴². Esant galimybei išskirti, šios išlaidos tyrime yra pristatomos atskirai.

Taip pat nėra griežtos taisyklės, kokios išlaidos yra priskiriamos NPM biudžetui. Kitų šalių tyrimai skirsto išlaidas pagal kategorijas ir paslaugų sektorius, kaip pvz., baudmių vykdymas arba visas teisėsaugos sektorius, įskaitant policijos darbą ir teismus¹⁴³, kiti apsiriboja tik tiesioginėmis išlaidomis, kaip pvz., tik priklausomybių gydymas, bet neįtraukia hepatito C gydymo arba prarastų pajamų dėl nedarbingumo ar mirties¹⁴⁴. Vienas iš būdų klasifikuoti ir skaičiuoti su NPM susijusius kaštus yra išskirti tas išlaidas, kurios dar valstybės finansų planavimo etape yra oficialiai priskiriamos (*angl. labelled*) veiklai, susijusiai su NPM vartojimo prevencija ir kontrole (pvz., žemo slenksčio paslaugoms, kontrolės didinimui ir t.t.)¹⁴⁵. Oficialiai skiriamos lėšos parodo ne tik

¹⁴¹ Lietuvos Respublikos narkotinių ir psichotropinių medžiagų kontrolės įstatymas [Internet]. 1998 [cited 22/02/2018]. Available from: <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.CF3E2829B861/rRctdRgAST>; NTKAD visuomenė. Apie psichoaktyvias medžiagas [Internet]. [cited 18/02/2018]. Available from: <http://visuomene.ntakd.lt/>

¹⁴² Ritter A, Chalmers J, Berends L. A methodology for estimating health expenditure on drug treatment: the Australian experience. EMCDDA Insights 24 Drug treatment expenditure: a methodological overview 2017:25-34

¹⁴³ Moore TJ, Centre TPAaD. Monograph No. 01: What is Australia's "drug budget"? The policy mix of illicit drug-related government spending in Australia. DPMP Monograph Series. Fitzroy, Vic: Turning Point Alcohol and Drug Centre 2005; Rigter H. What drug policies cost: drug policy spending in the Netherlands in 2003. *Addiction* (Abingdon, England). 2006;101(3):323-9

¹⁴⁴ Reuter P. What drug policies cost: estimating government drug policy expenditures. *Addiction* (Abingdon, England). 2006;101(3):315-22.

¹⁴⁵ Ritter A, Chalmers J, Berends L. A methodology for estimating health expenditure on drug treatment: the Australian experience. EMCDDA Insights 24 Drug treatment expenditure: a methodological overview

valdžios įsipareigojimą spręsti opias problemas, bet tuo pačiu leidžia lengviau sekti ir analizuoti išleistų pinigų efektyvumą kiekvienais metais¹⁴⁶. Būtų kur kas paprasčiau vertinti ne tik narkotikų, bet ir kitų viešosios politikos sričių efektyvumą, jeigu visos valstybės lėšos būtų aiškiai sužymėtos pagal konkrečius tikslus, tačiau praktikoje tai yra itin sudėtinga. Kaip jau buvo minėta, su NPM vartojimo prevencija ir kontrole susijusios veiklos dažnai būna didesnių, tokių, kaip socialinės atskirties problemas sprendžiančių, programų dalimi, jos persidengia per skirtingus valstybės finansuojamus sektorius. Taip pat nėra paprasta įvertinti lėšų poreikį, o tai dar labiau apsunkina planavimo procesus¹⁴⁷.

Lietuvoje, kaip ir daugumoje kitų valstybių, siekiant įvertinti patiriamas išlaidas reikia taikyti modeliavimo metodus (*angl. modelling approaches*). Du pagrindiniai dažniausiai naudojami metodai yra "iš apačios į viršų" ir "iš viršaus į apačią" (*angl. "bottom-up" ir "top-down"*). "Iš viršaus į apačią" metodas yra naudojamas, kai reikia iš didesnės programos biudžeto išskaičiuoti NPM veiklai priskiriamą dalį, o "iš apačios į viršų" metodu skaičiuojama vienos veiklos kaina arba, pvz., paslaugos įkainis, ir tuomet įvertinama, kiek tokių veiklų ar paslaugų buvo įgyvendinta ir suteikta, pvz., narkotikų vartotojams¹⁴⁸. Šiame tyrime yra naudojami abu metodai. Norint kuo geriau įvertinti, kaip efektyviausiai paskirstyti ribotas valstybės biudžeto lėšas, tikslingiausia būtų apskaičiuoti tiek tiesiogines, tiek netiesiogines išlaidas. Visų netiesioginių kaštų apskaičiavimui yra reikalinga išsamesnė studija, todėl šis tyrimas apsiriboja sąlyginai lengviau prieinamų duomenų analize. Žemiau pateikiami pagrindiniai duomenų rinkimo metodai ir informacijos šaltiniai pagal sritis.

1.5.2. Ekonominiai kaštai sveikatos sistemoje

Kaštų įvertinimui buvo pasirinktas „ligos kaštų“ metodas (*angl. cost of illness approach*). Ši koncepcija remiasi alternatyvių sąnaudų idėja, t.y. tuo atveju, jeigu lėšos nebūtų išleistos gydymui (šiuo atveju narkotinių ir psichotropinių medžiagų vartojimo sukeltų ligų gydymui), jos galėtų būti panaudotos kitiems tikslams¹⁴⁹. Svarbu įvertinti, kad narkotinių ir psichotropinių medžiagų žala asmens sveikatai gali būti tiesioginė (pvz., priklausomybės ligos, psichikos sveikatos sutrikimai ir pan.), taip pat ne tiesioginė (pvz.,

2017:25-34.; Costa Storti C. Drug treatment expenditure: a methodological overview. EMCDDA Insights 24 Drug treatment expenditure: a methodological overview. 2017.

¹⁴⁶ Costa Storti C. Drug treatment expenditure: a methodological overview. EMCDDA Insights 24 Drug treatment expenditure: a methodological overview. 2017.

¹⁴⁷ *Ibid.*

¹⁴⁸ *Ibid.*

¹⁴⁹ Origer A. A methodological inventory for the assessment of selected, unlabelled direct public expenditure in the field of drug demand reduction. EMCDDA Insights 24 Drug treatment expenditure: a methodological overview 2017:63-72.

užsikrėtimas žmogaus imunodeficitu virusu (ŽIV) ar hepatitu C). Išsamesnio tyrimo metu, taikant sveikatos ekonomikos metodikas, galima įvertinti ir vadinamą išorinę neapčiuopiamą žalą (*angl. external, intangible costs*), kaip, pvz., sukeltas skausmas artimiesiems, ekonominė žala dėl nedarbingumo, mirties ir t.t. Šiame tyrime pagrindinis dėmesys buvo skiriamas tiesioginių ir didele dalimi narkotinių medžiagų vartojimo sukeltų ligų ir būklių išlaidų įvertinimui. Pagrindiniai kaštai sveikatos sistemoje dėl narkotinių medžiagų vartojimo tenka gydymui ir iš dalies prevencijai (pvz. farmakoterapija, kai kurios žemo slenksčio paslaugos).

Kaip ir 2014 m. M. Štelmeko¹⁵⁰ atliktame tyrime apie alkoholio vartojimo socialinę ir ekonominę žalą Lietuvoje, narkotikų vartojimo daroma žala sveikatai gali ir turi būti išskaidoma į kelias ligų ir būklių grupes (p. 57, 18). Vienoje grupėje yra ligos ir būklės, kurių nebūtų jeigu žmonės nevartotų NPM, t.y. 100 % sukeltos narkotinių medžiagų vartojimo. Tai tokios būklės kaip ūminė intoksikacija, abstinencijos būklė, priklausomybės sindromas ir pan. Taip pat yra tokios diagnozės, kurios yra tik iš dalies sukeltos narkotinių medžiagų vartojimo, kaip, pvz., minėtas hepatitas C ir ŽIV. Pilnai ir iš dalies narkotinių medžiagų vartojimo sukeltų diagnozių, kurios buvo apžvelgiamos šiame tyrime, sąrašas pagal TLK-10-AM (tarptautinė statistinė ligų ir sveikatos sutrikimų klasifikaciją) yra pateikimas Priede 2. Dėl tyrimo ribotumo, ligos ir būklės kurios yra tik maža dalimi sukeltos NPM vartojimo, kaip, pvz., trofinių opų gydymas, odontologinės ligos, kiti psichikos sveikatos sutrikimai ir t.t., į tyrimą nebuvo įtraukti.

Užklausimai dėl išlaidų iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo (toliau – PSDF) buvo išsiųsti Valstybinei ligonių kasai, Apsinuodijimų informacijos biurui ir Higienos institutui. Duomenys gauti iš Valstybinės ligonių kasos buvo netinkamai susisteminti, todėl tyrime naudojami tik Higienos instituto ir Apsinuodijimų informacijos biuro pateikti duomenys. Užklause buvo prašoma pateikti išlaidas pagal ligos kodus (priedas 2) už stacionarias ir ambulatorines paslaugas už 2016 m. Gauti duomenys buvo suklasifikuoti pagal T, F ir B ligos kodus, kur T (T40) ir F (F11, F12, F15, F16, F18 ir F19) yra 100 proc. sukeltos NPM vartojimo, o B – iš dalies sukeltos NPM vartojimo. Ligos pagal B kodus buvo išskirtos į virusinių hepatitų ligas (B16-18 kodai) ir žmogaus imunodeficitu viruso (ŽIV) sukeltas ligas (B20-24 kodai). Užkrečiamųjų ligų ir AIDS centro (ULAC) duomenimis, 2016 m. 6.3 proc. hepatito C infekcijomis užsikrėtę vartodami švirkščiamuosius narkotikus¹⁵¹. Šis skaičius gali skirtis kiekvienais metais, tačiau iki 2016 m. užsikrėtimo priežastys ir veiksniai likdavo nenustatyti, todėl tyrime buvo daroma prielaida, kad 6.3 proc. šiuo metu esančių gydyme asmenų užsikrėtė per švirkščiamuosius narkotikus ir todėl 6.3 proc. B16-18 ligoms priskirtų išlaidų buvo

¹⁵⁰ Štelmekas M. Alkoholio vartojimo socialinė ir ekonominė žala Lietuvoje. Kaunas: Lietuvos sveikatos mokslų universitetas; 2014.

¹⁵¹ Sergamumo užkrečiamosiomis ligomis Lietuvoje 2016 m. apžvalga [Internet]. 2017 [cited 26/02/2018]. Available from: http://www.ulac.lt/uploads/downloads/leidiniai/Sergamumo_apzvalga_2016.pdf

įtraukta į NPM biudžetą. Remiantis 2006-2016 m. informacija apie kumuliacinius ŽIV infekcijos atvejus Lietuvoje, yra manoma, kad pagrindinis ŽIV plitimo būdas yra švirkščiamųjų narkotikų vartojimas, per kurį ŽIV infekcija užsikrėtė 60 proc. asmenų¹⁵². Taigi, 60 proc. su B20-24 ligomis susijusių sveikatos priežiūros išlaidų buvo įtraukta į narkotinių ir psichotropinių medžiagų biudžetą. Išlaidos pagal T ir F ligos kodus buvo pilnai (100 proc.) įtrauktos į NPM biudžetą, kadangi šios išlaidos buvo patirtos išskirtinai dėl NPM vartojimo. Detalesnė informacija pateikiama kitose dalyse.

1.5.3. Teisinės sistemos ekonominis vertinimas

Vertinant teisinės sistemos kaštus, susijusius su NPM kontrole ir vartojimo prevencija, buvo remtasi standartizuotais ir viešai prieinamais finansinių ataskaitų rinkiniais, metiniais planais, asmenine komunikacija su Valstybine teismo medicinos tarnyba ir Apygardų probacijos tarnybomis bei raštiniais užklausimais Lietuvos policijai, Kalėjimų departamentui ir Nacionalinei teismų administracijai (žr. 18 lentelę). Deja, dauguma baudžiamosios politikos vykdytojų nerenka detalių duomenų susijusių su NPM veikla. Trūkstant konkrečių duomenų, gauta informacija buvo analizuojama taikant "iš viršaus į apačią" modeliavimo metodą iš bendro biudžeto, arba atskirų biudžeto eilučių išskaičiuojant su NPM veikla susijusias dalis. Detalesnė informacija pateikiama sekančiose dalyse.

1.5.4. Socialinės sistemos ekonominis vertinimas

Apžvelgtuose užsienio šalių tyrimuose¹⁵³ skirtuose įvertinti NPM biudžetą Valstybės išlaidos skiriamos socialinės sistemos paslaugoms susijusioms su NPM

¹⁵² Stoniene L. ŽIV/AIDS priežiūros ir gydymo kaskada Lietuvoje. Vilnius; 2017

¹⁵³ Reuter P. What drug policies cost: estimating government drug policy expenditures. *Addiction* (Abingdon, England). 2006;101(3):315-22; Moore TJ, Centre TPAaD. Monograph No. 01: What is Australia's "drug budget"? The policy mix of illicit drug-related government spending in Australia. DPMP Monograph Series. Fitzroy, Vic: Turning Point Alcohol and Drug Centre 2005; Ramstedt M. What drug policies cost: estimating drug policy expenditures in Sweden, 2002: work in progress. *Addiction* (Abingdon, England). 2006;101(3):330-8; Rigter H. What drug policies cost: drug policy spending in the Netherlands in 2003. *Addiction* (Abingdon, England). 2006;101(3):323-9; Origer A. A methodological inventory for the assessment of selected, unlabelled direct public expenditure in the field of drug demand reduction. EMCDDA Insights 24 Drug treatment expenditure: a methodological overview 2017:63-72; Garcia-Altes A, Olle JM, Antonanzas F, Colom J. The social cost of illegal drug consumption in Spain. *Addiction* (Abingdon, England). 2002;97(9):1145-53; Godfrey C, Parrot S. Costing Drug Problems and Policies. First Annual Conference of the International Society for Study of Drug Policy: University of York; 2007

vartojimu nėra išskiriamos į atskirą kategoriją, kaip pvz. sveikatos ir teisinės išlaidos. Kai kurie tyrimai atskirai įtraukia socialines išmokas, integracijos į darbo rinką kaštus, išlaidas švietimui, konsultavimui ir t.t.¹⁵⁴, tačiau didesnis dėmesys yra skiriamas žalos mažinimo ir prevencijos¹⁵⁵ ekonominių aspektui vertinimui. Pagal LR Socialinių paslaugų įstatymą, savivaldybės atsako už socialinių paslaugų teikimo savo teritorijos gyventojams planavimą, ir organizavimą¹⁵⁶. Siekiant išsiaiškinti, kiek Lietuvos valstybė išleidžia socialinėms paslaugoms, susijusioms su NPM vartojimu, buvo peržiūrėti 60 – ties savivaldybių 2016 m. ir 2017 m. viešai skelbiami socialinių paslaugų planai. Planuose buvo ieškoma informacijos apie paslaugas NPM vartojantiems asmenims. Paieškoje buvo naudojami raktažodžių trumpiniai: „nark“, „alko“, „priklausom“, „žalin“. Narkotikai arba narkotinės medžiagos buvo paminėti 8-ių savivaldybių socialinių paslaugų planuose, tuo tarpu NPM vartotojams skirtas finansavimas nepaminėtas nei karto. Analizės rezultatai – Priede 3.

1.5.5. Žalingo nelegalių psichoaktyvių medžiagų vartojimo finansinė našta sveikatos apsaugos sistemai

Pagrindinės sveikatos priežiūros paslaugos NPM sukeltoms būklėms ir ligoms gydyti yra ūminių būklių gydymas (pvz., apsinuodijimas, perdozavimas), narkotinės abstinencijos gydymas, pakaitinis gydymas (farmakoterapija) metadonu, psichosocialinė reabilitacija ir antrinio lygio gydytojo psichiatro konsultacijos. Ūmioms būklėms, narkotinės abstinencijos gydymui ir psichosocialinei reabilitacijai yra taikomas stacionarinis gydymas, kitos paslaugos dažniausiai yra teikiamos ambulatoriškai.

Pagal šios analizės sveikatos dalyje pateiktus duomenis, 2016 m. priklausomybės nuo NPM vartojimo gydymas buvo taikomas **2384 asmenų**. Opioidų vartotojai buvo didžiausia NPM vartotojų grupė, kuriems teikiamos specializuotos gydymo paslaugos ir tenka didžiausia turimų gydymo išteklių dalis. Kanapių ir kokaino vartotojai yra antra ir trečia pagal dydį šias paslaugas gaunančių NPM vartotojų grupės. Lietuvoje dauguma specializuotų priklausomybės nuo NPM vartojimo paslaugų teikiamos ambulatoriškai. Tokios paslaugos buvo suteiktos 1646 asmenims. Stacionarus gydymas buvo suteiktas 738 asmenims.

¹⁵⁴ Ramstedt M. What drug policies cost: estimating drug policy expenditures in Sweden, 2002: work in progress. *Addiction* (Abingdon, England). 2006;101(3):330-8.

¹⁵⁵ Reuter P. What drug policies cost: estimating government drug policy expenditures. *Addiction* (Abingdon, England). 2006;101(3):315-22.; Rigter H. What drug policies cost: drug policy spending in the Netherlands in 2003. *Addiction* (Abingdon, England). 2006;101(3):323-9

¹⁵⁶ Lietuvos Respublikos socialinių paslaugų įstatymas [Internet]. 2006 [cited 22/02/2018]. Available from: <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.91609F53E29E>.

1.5.5.1. Sveikatos priežiūros paslaugų, susijusių su žalingu nelegalių psichoaktyvių medžiagų vartojimu, finansavimo apžvalga

Lietuvoje, kaip ir daugumoje Europos šalių, didžiausia sveikatos sistemos finansavimo dalis tenka viešajam sektoriui arba, kitaip tariant, finansuojama valstybės/valdžios sektoriaus lėšomis. Šiame tyrime valdžios sektoriaus lėšos yra apibrėžiamos kaip valstybės biudžeto ir sveikatos draudimo išlaidos (žr. apibrėžimai). Šalyje yra universalus sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas (*angl. Universal health coverage*), kurį užtikrina dirbančių asmenų mokamas privalomas sveikatos draudimas ir valstybės biudžetas. Kita sveikatos sistemos finansavimo dalis yra privatus sektorius, t.y. privačiomis lėšomis finansuojamas sveikatos draudimas, piliečių ir ne piliečių tiesioginiai mokėjimai (*angl. Out of pocket payments*) už suteiktas sveikatos priežiūros paslaugas, įvairių rėmėjų pinigai (pvz. nevyriausybinių organizacijų, tarptautinių projektų lėšos ir pan.). Šio tyrimo uždavinys yra įvertinti valstybės išlaidas, todėl privačiomis lėšomis apmokėtas gydymas nėra vertinamas.

Nepriklausomai nuo sveikatos priežiūros įstaigos lygio (pirminio ar antrinio), dalis su narkotinių medžiagų vartojimu susijusių sveikatos priežiūros paslaugų gali (ir yra) finansuojamos iš PSDF, pvz., gydytojo psichiatro ar psichologo konsultacija, farmakoterapija metadonu, ūminių būklių gydymas ir t.t. Šios paslaugos nebus finansuojamos iš PSDF, jeigu asmuo yra nedraustas privalomuoju sveikatos draudimu, neturi siuntimo iš pirminio lygio gydytojo arba pageidauja gauti paslaugas neatskleidžiant savo asmens tapatybės. Tokiu atveju už paslaugas apmokama iš valstybės biudžeto arba asmeninėmis lėšomis. Kita dalis paslaugų, kaip, pvz., psichosocialinis gydymas (Minesotos programa), yra visada apmokamos iš valstybės biudžeto, nebent asmuo pageidauja gauti paslaugas neatskleidžiant savo asmens tapatybės, tuomet už paslaugas apmokama asmeninėmis lėšomis. Kiekviena sveikatos priežiūros įstaiga apie suteiktas ir iš PSDF apmokamas paslaugas teikia duomenis į privalomojo sveikatos draudimo informacinę sistemą „Sveidrą“. Greitoji medicinos pagalba (toliau – GMP) pagal Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo 2013 m. gegužės 16 d. Nutarimą turėtų būti finansuojama valstybės biudžeto lėšomis, tačiau šiuo metu 93.7 proc. GMP biudžeto vis dar dengiama PSDF lėšomis¹⁵⁷.

¹⁵⁷ Pivalomojo sveikatos draudimo 20-mečio ir Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos 25-mečio apžvalga [Internet]. 2017 [cited 22/02/2018]. Available from: www.vlk.lt/leidiniai/2017mleidiniai/Documents/VLK_AP%C5%BDVALGA%202017.pdf.

1.5.5.2. Sveikatos priežiūros paslaugų susijusių su NPM vartojimu teikėjai

Narkotinių ir psichotropinių medžiagų vartotojams Lietuvoje yra prieinamas tiek ambulatorinis, tiek stacionarus gydymas pirminio ir antrinio lygio sveikatos priežiūros įstaigose. Asmens sveikatos priežiūros ir socialinės paslaugos NPM vartotojams turėtų būti teikiamos pirminės sveikatos priežiūros lygmenyje psichikos sveikatos centruose. Dėl kvalifikuotų specialistų trūkumo, pacientų stigmatizavimo ir su NPM vartojimu susijusių problemų sudėtingumo šios paslaugos nėra lengvai prieinamos, ypač mažesniuose miestuose ir gyvenvietėse (A. Širvinskienė, 2018). Daugumą specializuotų asmens sveikatos priežiūros paslaugų nuo NPM priklausomiems asmenims teikia Respublikinis priklausomybės ligų centras su filialais Vilniuje, Kaune, Klaipėdoje, Šiauliuose ir Panevėžyje. Šiuose centruose yra teikiamas stacionarinis abstinencijos gydymas, taip pat ambulatorinis gydymas bei psichosocialinė pagalba. Paslaugos yra teikiamos ir kitose gydymo įstaigose, pvz., Respublikinėje Vilniaus psichiatrijos ligoninėje, Respublikinėje Vilniaus universitetinėje ligoninėje ir kt. Šių ligoninių ūmios psichiatrijos skyriai teikia būtinają medicinos pagalbą susirgusiems alkoholinėmis ar kitų psichoaktyvių medžiagų sukeltomis psichozėmis arba esant sunkioms abstinencijos būklėms (A. Širvinskienė, 2018). Greitoji medicinos pagalba teikia būtinają skubią pagalbą, pvz., esant perdozavimui ar sunkiai abstinencijos būklei.

Žemiau yra sąrašas pirminio ir antrinio lygio sveikatos priežiūros įstaigų, kurios teikia su narkotinių ir psichotropinių medžiagų vartojimu susijusias asmens sveikatos priežiūros paslaugas ir kurių išlaidos buvo įtrauktos į narkotinių ir psichotropinių medžiagų vartojimo finansinės naštos sveikatos sistemai įvertinimą. Šalia pateikiami finansinių duomenų šaltiniai.

18 lentelė. *Sveikatos priežiūros įstaigų, kurios teikia su narkotinių ir psichotropinių medžiagų vartojimu susijusias sveikatos priežiūros paslaugas, sąrašas*

Sveikatos priežiūros įstaigos	Duomenų šaltinis
Psichikos sveikatos centrai ir poliklinikos	Informacinė sistema „Sveidra“. Pagal NTAKD prašymą duomenis surinko ir pateikė Higienos Institutas (gauta 2017.02.27)
Ligoninės: Respublikinė Vilniaus universitetinė ligoninė, Respublikinė Vilniaus psichiatrijos ligoninė, Vilniaus miesto psichikos sveikatos centras (Vasaros ligoninė)	Apsinuodijimų informacijos biuras. Užklauskos būdų atsiųsti duomenys (gauta 2017.02.02). Informacinė sistema „Sveidra“ Pagal NTAKD prašymą duomenis surinko ir pateikė Higienos Institutas (gauta 2017.02.27)
Greitoji medicinos pagalba	Užklauskos būdu atsiųsti duomenys (gauta 2017.02.10)

Respublikinis priklausomybės ligų centras (su filialais Vilniuje, Kaune, Klaipėdoje, Panevėžyje ir Šiauliuose)	Viešai skelbiami finansinių ataskaitų rinkiniai ¹⁵⁸
--	--

Į finansinį vertinimą nebuvo įtrauktos privačios klinikos ir ligoninės, pvz., „Ažuolyno klinika“, „Baltijos Amerikos klinika“ ir t.t. Kai kurios privačios klinikos teikia konsultavimo, detoksikacijos, pakaitinio gydymo, aurikuliarinės akupunktūros ir kt. su priklausomybių gydymu susijusias paslaugas. Privalomuoju sveikatos draudimu draustiems asmenims, turintiems siuntimą iš pirminio lygio gydytojo, dalis paslaugos, t.y. gydytojo psichiatro konsultacija, gali būti apmokama iš PSDF. Tačiau praktikoje (dėl stigmos ir siekiant apsaugoti paciento reputaciją) iš PSDF lėšų apmokamai gydytojo psichiatro konsultacijai greičiausiai nebus priskirtas F11 ar kitas psichikos sutrikimus dėl psichoaktyvių medžiagų vartojimo identifikuojantis kodas. Jeigu toks kodas bus priskirtas, tai bus matoma „Sveidros“ duomenų bazėje. Visos kitos priklausomybės gydymo paslaugos privačiose sveikatos priežiūros įstaigose bus apmokamos privačiomis lėšomis, todėl į NPM biudžeto skaičiavimą nebuvo įtrauktos.

1.5.5.3. Valstybės lėšos išleidžiamos sveikatos priežiūros paslaugoms, susijusioms su narkotinių ir psichotropinių medžiagų vartojimu

2016 m. iš PSDF ir valstybės biudžeto sveikatos priežiūros paslaugoms, susijusioms su narkotinių ir psichotropinių medžiagų vartojimu, buvo išleista **~7,760 mln.** eurų (lentelė 19). Į šią sumą yra įtraukta: Priklausomybės ligų centrų 2016 m. valstybės biudžeto asignavimai, iš PSDF lėšų apmokėtų kompensuojamų vaistų ir gydymo išlaidos ir greitosios medicinos pagalbos išlaidos iškvietimams dėl apsinuodijimo narkotinėmis medžiagomis.

19 lentelė. Valstybės išlaidos sveikatos priežiūros paslaugoms, susijusioms su narkotinių ir psichotropinių medžiagų vartojimu.

Finansavimo šaltinis	Sveikatos priežiūros paslaugų susijusių su narkotinių ir psichotropinių medžiagų vartojimu teikėjai	2016 m. išlaidos eurais
Valstybės biudžetas	Respublikinis priklausomybės ligų centras (su filialais Vilniuje, Kaune, Klaipėdoje, Panevėžyje ir Šiauliuose)	3,236,472.16

¹⁵⁸ Respublikinio priklausomybės ligų centro finansinių ataskaitų rinkiniai [Internet]. 2017 [cited 20/02/2018]. Available from: http://rplc.lt/fin_ataskaitos

PSDF	Kitos sveikatos priežiūros įstaigos (psichikos sveikatos centrai, poliklinikos ir ligoninės)	4,416,143.03
PSDF ir valstybės biudžetas	Greitoji medicinos pagalba	108,300.00
	Iš viso	7,760,915.19

Detalesnis išlaidų išskaidymas

Priklausomybės ligų centrai (lentelė 20).

Lietuvoje 2016 m. veikė penki Priklausomybės ligų centrai (PLC). Nuo 2017 m. lapkričio 1 d. Prie Vilniaus priklausomybės ligų centro prijungus Kauno apskrities, Klaipėdos, Šiaulių ir Panevėžio priklausomybės ligų centrus, pradėjo veikti Respublikinis priklausomybės ligų centras (RPLC) su filialais šiuose miestuose. RPLC yra finansuojamas valstybės biudžeto ir PSDF lėšomis. Priklausomybės ligų centruose yra gydomi asmenys, sergantys priklausomybės alkoholiui ir kitoms narkotinėms medžiagoms ligomis, jiems yra prieinamas ambulatorinis ir stacionarus gydymas, pakaitinė terapija metadonu, žemo slenksčio paslaugos (mobili klinika). Nors priklausomybės narkotinėms medžiagoms gydymas sudaro ne 100% RPLC biudžeto, dauguma išlaidų, pvz., infrastruktūros palaikymas, komunalinės paslaugos, atlyginimai ir didžioji dauguma paslaugų yra skiriama tiek vienai, tiek kitai grupei (alkoholio ir narkotikų vartotojams), todėl būtų per daug sudėtinga atskirti biudžeto išlaidas pagal ligas. Be to, kaip buvo minėta anksčiau, vis dažniau skirtingos psichoaktyvios medžiagos yra vartojamos kartu, todėl poreikis atskirti susijusias išlaidas mažėja¹⁵⁹.

20 lentelė. Priklausomybės ligų centrams skirtos lėšos iš valstybės biudžeto

Priklausomybės ligų centrai pagal miestus	2016 m. išlaidos eurais
Vilniaus PLC	1,574,122.00
Kauno PLC	545,496.00
Klaipėdos PLC	721,058.00
Šiaulių PLC	171,800.00
Panevėžio PLC	223,996.16
Iš viso	3,236,472.16

¹⁵⁹ Ritter A, Chalmers J, Berends L. A methodology for estimating health expenditure on drug treatment: the Australian experience. EMCDDA Insights 24 Drug treatment expenditure: a methodological overview 2017:25-34.

PSDF lėšos (lentelė 21).

Privalomojo sveikatos draudimo informacinėje sistemoje „Sveidra“ ligos yra klasifikuojamos pagal TLK-10-AM, todėl išskirti tik su narkotinėmis ir psichotropinėmis medžiagomis susijusias būkles yra sąlyginai paprasta. Tačiau svarbu atkreipti dėmesį į tai, kad nėra žinoma ar tikrai visos F diagnozės yra fiksuojamos, ypač tarp ambulatorinių apsilankymų – asmuo gali stengtis nusišlepti priklausomybės ligą, šeimos gydytojas gali diagnozuoti kitą pagrindinę ligą ir nepaminėti psichikos ir elgesio sutrikimų dėl psichoaktyvių medžiagų vartojimo (F10-19) kaip gretutinės ligos ir pan. Iš „Sveidros“ duomenų galima matyti, kad pagrindinė finansinė našta tenka ne tiesioginiam gydymui tačiau vartojimo sukeltų kitų būklių ir ligų gydymui (atvejai kai F ligos yra minimos kaip gretutinės diagnozės). Nėra įrodymų, patvirtinančių, kad visais atvejais NPM vartojimas sukėlė kitus sveikatos sutrikimus kaip, pvz., kepenų ligas, galvos traumas, šizofreniją ir pan. Todėl šiame tyrime darome prielaidą, kad ~50% šių sutrikimų buvo sukelta NPM vartojimo ir tik 50 proc. išlaidų, kur F kodai yra paminėti kaip gretutinė diagnozė, buvo įtraukta į narkotinių ir psichotropinių medžiagų biudžetą. Atitinkamai, tik dalis išlaidų B diagnozėms skirtų hepatito C (6.3 proc.) ir ŽIV (60 proc.) gydymui buvo įtraukta į narkotinių ir psichotropinių medžiagų biudžetą. Kai B kodais žymimos ligos yra minimos kaip gretutinės diagnozės, 50 proc. tokių išlaidų buvo įtraukta į narkotinių ir psichotropinių medžiagų biudžetą (lentelė 21). Didelė PSDF išlaidų dalis yra skiriama kompensuojamiems vaistams. Kompensuojamų vaistų, skirtų priklausomybės ligoms gydyti, nėra, tačiau hepatito C gydymui yra skiriama virš 8 mln. eurų per metus¹⁶⁰, o antiretrovirusinei terapijai, ŽIV infekuotų asmenų gydymui – 4 mln. eurų¹⁶¹. Iš PSDF kompensuojamų vaistų išlaidų, į narkotinių ir psichotropinių medžiagų biudžetą buvo įtraukta 6.3 proc. hepatito C gydymui ir 60 proc. ŽIV gydymui skirtų išlaidų dalis.

21 lentelė. PSDF išlaidoms sveikatos priežiūros paslaugoms, susijusioms su narkotinių ir psichotropinių medžiagų vartojimu.

Į biudžeto vertinimą įtrauktos išlaidos proc.	TLK-10-AM pagrindinės ir gretutinės diagnozės kodai pagal ambulatorinį (amb.) ir stacionarų (stac.) gydymą	2016 m. išlaidos eurais (galutiniai proc. paskaičiavimai)
100	T40 pagrindinė, amb.	10,557.63

¹⁶⁰ Lietuvos pacientams – efektyvus kompensuojamas hepatito C gydymas [Internet]. 2016 [cited 27/02/2018]. Available from: <https://sam.lrv.lt/lt/naujienos/lietuvos-pacientams-efektyvus-kompensuojamas-hepatito-c-gydymas>

¹⁶¹ Užkrečiamųjų ligų ir AIDS centras. Lietuvoje daugėja asmenų, kuriems skiriama antiretrovirusinė terapija nuo ŽIV ligos [Internet]. 2017 [cited 27/02/2018]. Available from: <http://www.ulac.lt/naujienos/pranesimai-spaudai/lietuvoje-daugeja-asmenu-kuriems-skiriama-antiretrovirusine-terapija-nuo-ziv-ligos>

100	T40 pagrindinė, stac.	88,591.79
100	F (11, 12, 15, 18, 19) pagrindinės, stac.	174,142.46
50	F (11, 12, 15, 18, 19) gretutinės, stac.	281,585.84
100	F (11, 12, 15, 16, 18, 19) pagrindinės, amb.	490,417.01
6.3	B16 pagrindinės, stac.	184.33
6.3 (nuo 50 proc.)	B16 gretutinės, stac.	1,193.31
6.3	B18.2 pagrindinė, stac.	528.35
6.3 (nuo 50 proc.)	B18.2 gretutinė, stac.	74,871.62
6.3	B17.8 pagrindinė, stac.	76.08
6.3 (nuo 50 proc.)	B17 gretutinės, stac.	294.30
6.3	B16 pagrindinės, amb.	84.57
6.3	B18 pagrindinės, amb.	27,492.19
6.3	B17 pagrindinės, amb.	88.13
60	B20-24 pagrindinė, stac.	18,707.40
60 (nuo 50 proc.)	B20-24 gretutinės, stac.	116,904.17
60	B20-24 pagrindinės, amb.	188,623.85
	Kompensuojami vaistai	
6.3	Kompensuojami vaistai hepatito C gydymui	541,800.00
60	Kompensuojami vaistai ŽIV gydymui (antiretrovirusinė terapija)	2,400,000.00
	Iš viso	7,760,915.19

Greitoji medicinos pagalba.

2016 m. Greitoji medicinos pagalba gavo 1444 iškvietimus, susijusius su apsinuodijimu narkotinėmis medžiagomis (neįtraukiant apsinuodijimo alkoholiu – 3675 iškvietimai). Vidutinė vieno iškvietimo kaina 2016 m. buvo 75 eurai. Taigi, 2016 m. GMP išlaidos skirtos iškvietimams dėl apsinuodijimo narkotinėmis medžiagomis sudarė **108 300** tūkst. eurų.

1.5.6. Su nelegalių psichoaktyvių medžiagų vartojimų susijusios nusikalstamos veiklos finansinė našta teisinei sistemai

1.5.6.1. Baudžiamosios politikos, susijusios su nelegaliomis narkotinėmis ir psichotropinėmis medžiagomis, apžvalga

NPM vartojimas dažnai yra tiesiogiai su asmens nusikalstamu elgesiu susijusi problema, t. Y. Padaromi turtiniai, smurtiniai nusikaltimai, kad būtų galima įsigyti ir toliau vartoti psichoaktyvias medžiagas arba nusikaltimai įvykdomi būnant apsvaigus nuo psichoaktyviųjų medžiagų¹⁶². Už nusikalstamas veikas ir nusižengimus, susijusius su nelegaliomis narkotinėmis medžiagomis, asmeniui gali būti taikoma administracinė arba baudžiamoji atsakomybė. Iki 2017 m. pagal Administracinių teisės pažeidimų kodekso (ATPK) 44 straipsnį, atsakomybė buvo taikoma už nedidelio kiekio narkotinių medžiagų įsigijimą ir laikymą be tikslo platinti (1 dalis) ir už vartojimą be gydytojo paskyrimo (2 dalis)¹⁶³. Pagal Baudžiamojo kodekso (BK) 259 straipsnį atsakomybė buvo (ir yra) taikoma tam, kas neteisėtai gamino, perdirbo, įgijo, laikė, gabenė ar siuntė narkotines ar psichotropines medžiagas neturėdamas tikslo jas parduoti ar kitaip platinti (1 dalis) arba tam, kas neteisėtai gamino, perdirbo, įgijo, laikė, gabenė ar siuntė nedidelį kiekį narkotinių ar psichotropinių medžiagų neturėdamas tikslo jų parduoti ar kitaip platinti (2 dalis) (skirtumas – nedidelis kiekis). Pagal BK 259 straipsnio 1 dalį asmuo gali būti baudžiamas bauda, areštu arba laisvės atėmimu iki dvejų metų, pagal 2 dalį asmuo gali baudžiamas viešaisiais darbais, laisvės apribojimu, bauda, arba areštu, bet ne laisvės atėmimu¹⁶⁴. Remiantis BK 260 straipsniu, atsakomybė iškyta už disponavimą narkotinėmis medžiagomis turint tikslą jas platinti (1 dalis), disponavimą dideliu kiekiu turint tikslą platinti (2 dalis) arba disponavimą labai dideliu kiekiu (3 dalis) narkotinių medžiagų, net jeigu tikslo platinti ir nėra. Už 260 straipsnyje nurodytas nusikalstamas veikas asmenys gali būti baudžiami išskirtinai tik laisvės atėmimo bausme¹⁶⁵. Nuo 2017 m. sausio 1 dienos pradėjo galioti naujas Administracinių nusižengimų kodeksas (ANK).

¹⁶² Narkotikų tabako ir alkoholio kontrolės departamentas. Metinis pranešimas 2017 [Internet]. 2017 [cited 02/02/2018]. Available from: <https://ntakd.lrv.lt/lt/administracine-informacija/metiniai-pranesimai>.

¹⁶³ Lietuvos Respublikos administracinių teisės pažeidimų kodeksas. 44 straipsnis. Neteisėtas narkotinių ar psichotropinių medžiagų įgijimas ar laikymas nedideliais kiekiais arba narkotinių ar psichotropinių medžiagų vartojimas be gydytojo paskyrimo [Internet]. 1985 [cited 22/02/2018]. Available from: <https://www.infolex.lt/ta/103787:str44>

¹⁶⁴ Lietuvos Respublikos baudžiamasis kodeksas. 259 straipsnis. Neteisėtas disponavimas narkotinėmis ar psichotropinėmis medžiagomis be tikslo jas platinti [Internet]. 2003 [cited 22/02/2018]. Available from: <https://www.infolex.lt/ta/66150:str259>

¹⁶⁵ Lankauskas M. Baudžiamosios politikos, nukreiptos į narkotinių ar psichotropinių medžiagų vartotojus, Lietuvoje vertinimas ir pasiūlymų teikimas. 2018

Naujajame ANK administracinės atsakomybės už narkotinių medžiagų įgijimą ir laikymą be tikslo platinti neliko, pagal 71 straipsnį administracinė atsakomybė yra numatyta tik už narkotinių ir psichotropinių medžiagų vartojimą be gydytojo paskyrimo¹⁶⁶. Taigi, nuo 2017 m. administracinė atsakomybė taikoma tik už narkotinių ir psichotropinių medžiagų vartojimą, o kitos su vartojimu susijusios veikos (įgijimas, laikymas, gabenimas, siuntimas ir t.t.) patenka į baudžiamosios teisės aprėptį. Tokiu būdu vartotojai yra suskirstomi į dvi grupes: administracine tvarka atsako tie, kurių organizme yra aptinkama narkotinių ir psichotropinių medžiagų, tačiau jie jomis nedisponuoja, o baudžiamąja tvarka atsako tie, kurie disponuoja tokiomis medžiagomis (nesvarbu ar jie šias medžiagas vartojo)¹⁶⁷. Kiti BK straipsniai susiję su narkotinėmis psichotropinėmis medžiagomis: 261 (platinimas nepilnamečiams)¹⁶⁸, 262 (įrenginių narkotinėms ar psichotropinėms medžiagoms gaminti gaminimas)¹⁶⁹ ir 263 (narkotinių ar psichotropinių medžiagų vagystė, prievartavimas arba kitoks neteisėtas užvaldymas)¹⁷⁰.

Siekiant įvertinti, kiek valstybei kainuoja dabartinė baudžiamoji politika, susijusi su nelegaliomis narkotinėmis ir psichotropinėmis medžiagomis, yra apžvelgiami pagrindiniai šios politikos vykdytojai ir etapai.

1. **Lietuvos policijos darbas.** Lietuvos policija yra atsakinga už viešosios tvarkos ir gyventojų saugumo užtikrinimą, nusikalstamų veiklų atskleidimą ir tyrimą ir eismo saugumo priežiūrą¹⁷¹. Policija reaguoja į iškvietimus, susijusius su narkotinėmis ir psichotropinėmis medžiagomis, gali inicijuoti reidus į narkotinių ir psichotropinių medžiagų platinimo vietas, gali sulaukyti asmenis, įtariamus nusikalstama veika, atlieka ikiteisminius tyrimus ir t.t.
2. **Lietuvos muitinės darbas.** Lietuvos Respublikos muitinė – valstybės institucija, prižiūrinti tarptautinę prekybą. Savo darbu muitinė prisideda prie kovos su

¹⁶⁶ Lietuvos Respublikos administracinių nusižengimų kodeksas. 71 straipsnis. Narkotinių ar psichotropinių medžiagų vartojimas be gydytojo paskyrimo [Internet]. 2017 [cited 22/02/2018]. Available from:

<https://www.infolex.lt/ta/336765:str71>

¹⁶⁷ Lankauskas M. Baudžiamosios politikos, nukreiptos į narkotinių ar psichotropinių medžiagų vartotojus, Lietuvoje vertinimas ir pasiūlymų teikimas. 2018.

¹⁶⁸ Lietuvos Respublikos baudžiamasis kodeksas. 261 straipsnis. Narkotinių ar psichotropinių medžiagų platinimas nepilnamečiams [Internet]. 2003 [cited 25/02/2018]. Available from:

<https://www.infolex.lt/ta/66150:str261>

¹⁶⁹ Lietuvos Respublikos baudžiamasis kodeksas. 262 straipsnis. Įrenginių narkotinėms ar psichotropinėms medžiagoms gaminti gaminimas arba narkotinių ar psichotropinių medžiagų gamybos technologijų ar instrukcijų rengimas [Internet]. 2007 [cited 25/02/2018]. Available from:

<https://www.infolex.lt/ta/66150:str262>

¹⁷⁰ LR BK 263 straipsnis. Narkotinių ar psichotropinių medžiagų vagystė, prievartavimas arba kitoks neteisėtas užvaldymas [Internet]. 2011 [cited 25/02/2018]. Available from:

<https://www.infolex.lt/ta/66150:str263>

¹⁷¹ Lietuvos policija. Veiklos sritys [Internet]. [cited 22/02/2018]. Available from:

<https://policija.lrv.lt/lt/veiklos-sritys>

prekyba narkotinėmis ir psichotropinėmis medžiagomis¹⁷², sulaiko nelegalias siuntas, inicijuoja ikiteisminius tyrimus susijusius su narkotinėmis ir psichotropinėmis medžiagomis.

3. **Lietuvos teismų darbas.** Lietuvos teismai nagrinėja teismui perduotas bylas. Bylas susijusias su narkotinėmis ir psichotropinėmis medžiagomis pagal administracinius nusižengimus nagrinėja apygardų administraciniai teismai ir Lietuvos vyriausias administracinis teismas. Baudžiamąsias bylas nagrinėja apylinkių, apygardų teismai, Lietuvos apeliacinis ir Lietuvos aukščiausiasis teismas.
4. **Laisvės atėmimo įstaigos.** Kalėjimų departamento prie Lietuvos Respublikos teisingumo ministerijos duomenimis, Lietuvoje 2016 m. veikė 11 įkalinimo įstaigų, kuriuose buvo 6 815 asmenų¹⁷³.
5. **Apygardų probacijos tarnybos.** Šiuo metu Lietuvoje veikia 5 apygardų probacijos tarnybos¹⁷⁴: Vilniaus, Kauno, Klaipėdos, Panevėžio ir Šiaulių apygardų probacijos tarnybos. 2016 m. gruodžio 31 d. Apygardų probacijos tarnybų priežiūroje buvo 8351 asmenų¹⁷⁵. 2017 m. gruodžio 31 d. – 11017 asmenys¹⁷⁶.
6. Žemiau lentelėje yra pateikiami pagrindiniai baudžiamosios politikos, susijusios su nelegaliomis narkotinėmis ir psichotropinėmis medžiagomis, vykdytojai, kurių išlaidos buvo įtrauktos į narkotinių ir psichotropinių medžiagų vartojimo finansinės naštos teisinei sistemai įvertinimą. Šalia pateikiami finansinių duomenų šaltiniai.

22 lentelė. *Baudžiamosios politikos, susijusios su nelegaliomis narkotinėmis ir psichotropinėmis medžiagomis, vykdytojai ir duomenų šaltiniai.*

Įstaigos	Duomenų šaltinis
Lietuvos policija	Oficiali NTAKD užklausa Lietuvos policijai (gauta 2018.03.12)
Lietuvos kriminalistinių tyrimo centras	Roko Uscilos užklauskimas el. paštu (gauta 2017.10.16)
Valstybinė teismo medicinos tarnyba	Viešai skelbiami duomenys (www.vtmt.lt). Užklauskimai el. Paštu [2018.02.23-28]
Lietuvos muitinė	Viešai skelbiami duomenys (www.cust.lt) (36)

¹⁷² Lietuvos Respublikos muitinės 2016 metų veiklos ataskaita [Internet]. [cited 25/02/2018]. Available from: http://www.cust.lt/mport/failai/veikla/ataskaitos/2016_Ataskaita.pdf

¹⁷³ Narkotikų tabako ir alkoholio kontrolės departamentas. Metinis pranešimas 2017 [Internet]. 2017 [cited 02/02/2018]. Available from: <https://ntakd.lrv.lt/lt/administracine-informacija/metiniai-pranesimai>.

¹⁷⁴ *Ibid.*

¹⁷⁵ Kalėjimų departamentas. Metinės ataskaitos 2016 [Internet]. 2017 [cited 23/02/2018]. Available from: <http://www.kaldep.lt/lt/kalejimu-departamentas/administracine-informacija/ataskaitos/metines.html>

¹⁷⁶ *Ibid.*

Lietuvos teismai	Viešai skelbiami duomenys (www.teismai.lt) (38) Informatikos ir ryšių departamentas prie LR vidaus reikalų ministerijos surinkti ir atsiųsti duomenys Oficiali NTAKD užklausa Nacionalinei teismų administracijai (gauta 2018.03.09)
Laisvės atėmimo įstaigos	Viešai skelbiami duomenys (www.kaldep.lt , www.ird.lt) (37, 39). Oficiali NTAKD užklausa Kalėjimų departamentui (gauta 2018.03.09)
Apygardų probacijos tarnybos	Viešai skelbiami duomenys (www.kaldep.lt) (40). Komunikacija telefonu su Vilniaus ir Kauno apygardų probacijos tarnybomis (2018.02.23)

1.5.6.2. Baudžiamosios politikos, susijusios su nelegaliomis narkotinėmis ir psichotropinėmis medžiagomis, statistiniai duomenys

Lietuvos policijos duomenys (Policijos departamento prie LR vidaus reikalų ministerijos veiklos analizės ir kontrolės valdybos informacija, žr. 23 lentelę)

Lietuvos policijos registruojamų įvykių registro duomenimis, 2016 m. šalies policijos įstaigose buvo užregistruoti **4 861** įvykiai, susiję su narkotinių ir psichotropinių medžiagų disponavimu ir platinimu, t.y. 9.28% visų užregistruotų nusikalstamų veikų. Siekiant sumažinti neteisėtų NPM prieinamumą, pasiūlą ir apyvartą, apskričių vyriausieji policijos komisariatai (toliau – aps. VPK) organizuoja prevencines priemones, reidus ir patruliavimus masinėse susibūrimo vietose. 2016 metais aps. VPK įvykdė **1642** prevencines priemones, ko pasėkoje buvo pradėti 83 ikiteisminiai tyrimai. Vilniaus romų tabore yra nuolat organizuojamos prevencinės priemonės skirtos užkirsti kelią NPM platinimui. Vilniaus miesto policijos komisariato neuniformuoti pareigūnai kiekvieną dieną patruliuoja dienomis ir vakarais 4-5 val., pagal sudarytus planus pareigūnai taip pat dirba naktimis bei savaitgaliais. Patruliavimui skiriami 2 arba 4 pareigūnai. Remiantis įtariamųjų, kaltinamųjų ir nuteistųjų registro duomenimis, 2016 metais kardomoji priemonė – suėmimas už veikas susijusias su NPM, buvo paskirta **302** asmenims. 2016 m. taip pat buvo nustatyti **156** kelių eismo taisyklių pažeidimai, kuriuos padarė asmenys, apsvaigę nuo narkotinių ar psichotropinių medžiagų. 2016 m. **962** pareigūnai dalyvavo mokymuose, susijusiuose su narkotinėmis ir psichotropinėmis medžiagomis.

Nusikalstamos veikos (pagal BK) 2016 m. susijusios su narkotinėmis ir psichotropinėmis medžiagomis

Informatikos ir ryšių departamento prie Vidaus reikalų ministerijos (toliau – IRD) duomenimis, 2016 m. buvo užregistruoti **1 464 asmenys**, padarę nusikalstamas veikas, susijusias su neteisėtu NPM disponavimu, ir užregistruotos **2288 nusikalstamos veikos**,

susijusios su neteisėtu NPM disponavimu¹⁷⁷. 1590 nusikalstamos veikos buvo užregistruotos pagal BK 259 straipsnį, 614 pagal BK 260 straipsnį, 61 pagal BK 260 straipsnio 3-ią dalį, 22 pagal BK 261 straipsnį, ir 7 veikos pagal BK 262-3 straipsnius¹⁷⁸. Nusikalstamos veikos, susijusios su nelegalia NPM apyvarta, sudarė apie 3.8 proc. visų registruotų nusikalstamų veikų¹⁷⁹. Iš 2288 užregistruotų veikų 2016 m., ištirtos 1171 veikos¹⁸⁰. Didelis darbo krūvis išsiaiškinant nusikalstamas veikas, susijusias su NPM, tenka Lietuvos policijai ir muitinei. 2016 m. Lietuvos policija užregistravo 1753 nusikalstamas veikas¹⁸¹ – 76% visų užregistruotų veikų, o muitinė 2016 m. pradėjo 285 ikiteisminius tyrimus dėl NPM kontrabandos ir neteisėto jų disponavimo¹⁸².

Administraciniai pažeidimai (pagal ATPK) 2016 m. susiję su narkotinėmis ir psichotropinėmis medžiagomis

IRD duomenimis, 2016 m. buvo užregistruota **3281** pažeidimų už ATPK 44 straipsnį. Iš šių – 283 už 44 straipsnio 1 dalį (už nedidelio kiekio narkotinių medžiagų įsigijimą ir laikymą be tikslo platinti) ir 2910 pažeidimai už 2 dalį (už vartojimą be gydytojo paskyrimo).

Lietuvos teismuose išnagrinėtų bylų, susijusių su narkotinėmis ar psichotropinėmis medžiagomis, statistika

2016 m. apylinkių ir apygardų teismuose buvo išnagrinėtos 17 115 bylos, iš jų nusikaltimų ir baudžiamųjų nusižengimų, susijusių su disponavimu narkotinėmis ar psichotropinėmis, nuodingomis ar stipriai veikiančiomis medžiagomis – **1 163 bylos**

¹⁷⁷ Narkotikų tabako ir alkoholio kontrolės departamentas. Metinis pranešimas 2017 [Internet]. 2017 [cited 02/02/2018]. Available from: <https://ntakd.lrv.lt/lt/administracine-informacija/metiniai-pranesimai>.

¹⁷⁸ Informatikos ir ryšių departamentas. Oficialioji statistika apie nusikalstamumą LR savivaldybėse, 2016 / Sausis - Gruodis [Internet]. 2016 [cited 21/02/2018]. Available from:

https://www.ird.lt/lt/paslaugos/nusikalstamu-veiku-zinybinio-registro-nvzr-paslaugos/ataskaitos-1/nusikalstamumo-ir-ikiteisminiu-tyrimu-statistika-1/view_item_datasource?id=1546&datasource=4649&page=3

¹⁷⁹ Narkotikų tabako ir alkoholio kontrolės departamentas. Metinis pranešimas 2017 [Internet]. 2017 [cited 02/02/2018]. Available from: <https://ntakd.lrv.lt/lt/administracine-informacija/metiniai-pranesimai>.

¹⁸⁰ Informatikos ir ryšių departamentas. Nusikalstamų veikų žinybinio registro (NVŽR) ataskaitos [Internet]. 2016 [cited 23/02/2018]. Available from: <https://www.ird.lt/lt/paslaugos/nusikalstamu-veiku-zinybinio-registro-nvzr-paslaugos/ataskaitos-1/nusikalstamumo-ir-ikiteisminiu-tyrimu-statistika-1?year=2016&period=1-12&group=163>

¹⁸¹ Lietuvos policijos 2016 m. veiklos apžvalga [Internet]. 2017 [cited 22/02/2018]. Available from: <https://policija.lrv.lt/uploads/policija/documents/files/administracine-informacija/ataskaitos/2016%20policijos%20veikla%20pazyma.pdf>

¹⁸² Lietuvos Respublikos muitinės 2016 metų veiklos ataskaita [Internet]. [cited 25/02/2018]. Available from: http://www.cust.lt/mport/failai/veikla/ataskaitos/2016_Ataskaita.pdf.

(38). Nacionalinės teismų administracijos duomenimis 2016 m. I instancijos teismuose pagal Lietuvos Respublikos administracinių teisės pažeidimų kodekso 44 str. 1 ir 2 dalis buvo išnagrinėtos **3176** administracinių teisės pažeidimų bylos. Iš viso išnagrinėtų administracinių bylų skaičius 2016 m. – 79 454 bylos, iš kurių dažniausiai nagrinėtos bylos yra transporto priemonių vairavimas, esant vairuotojams neblaiviems arba apsvaigusiems nuo narkotinių, psichotropinių ar kitų psichiką veikiančių medžiagų – **10 340 bylos**¹⁸³.

Tyrimai ir ekspertizės

Remiantis Policijos atsiųsta informacija, Lietuvos kriminalistinių tyrimo centras 2016 m. atliko **2116** narkotinių ir psichotropinių medžiagų (objektų) kokybinius ir kiekybinius tyrimus. O Valstybinė teismo medicinos tarnyba 2016 m. atliko **3660** tyrimus dėl narkotinių ir psichotropinių medžiagų nustatymo biologinėse terpėse (pagal užklausimą atsiųsti duomenys).

Laisvės atėmimo vietose 2016 m. esančių suimtųjų ir nuteistųjų dėl veiklos, susijusios su narkotinėmis ar psichotropinėmis medžiagomis, statistika

Kalėjimų departamento prie Lietuvos Respublikos teisingumo ministerijos duomenimis, 2016 m. į laisvės atėmimo įstaigas už nusikalstamas veikas, susijusias su narkotinėmis ar psichotropinėmis medžiagomis, pateko 357 asmenys¹⁸⁴. 2016 m. iš visų 6049 nuteistųjų, **765 asmenys** buvo nuteisti už nusikalstamas veikas, susijusias su narkotinėmis ar psichotropinėmis medžiagomis, iš jų: 264 nuteisti už neteisėtą disponavimą narkotinėmis ar psichotropinėmis medžiagomis neturint tikslo jas parduoti ar kitaip platinti ir 589 nuteisti už neteisėtą disponavimą narkotinėmis ar psichotropinėmis medžiagomis turint tikslą jas parduoti ar kitaip platinti¹⁸⁵. 2016 m. laisvės atėmimo vietose buvo užregistruota **1 813** asmenų dėl psichikos ir elgesio sutrikimų, vartojant narkotines ar psichotropines medžiagas, iš jų 589 suimtieji ir 1 224 nuteistieji. Iš 1813 asmenų, 1082 vartojo opioidus, 536 kelias narkotines medžiagas¹⁸⁶.

¹⁸³ Lietuvos teismų apžvalga 2016 [Internet]. 2017 [cited 21/02/2018]. Available from:

http://www.teismai.lt/data/public/uploads/2017/04/d2_lietuvos_teismai_ataskaita.pdf

¹⁸⁴ Kalėjimų departamentas prie Lietuvos Respublikos teisingumo ministerijos. Nuteistųjų laisvės atėmimu skaičiaus, sudėties (pagal padarytą nusikaltimą, amžių, bausmės terminą ir kt.) ir jų kaitos ataskaita [Internet]. 2016 [cited 22/02/2018]. Available from: <https://www.ird.lt/lt/paslaugos/nusikalstamu-veiku-zinybinio-registro-nvzr-paslaugos/ataskaitos-1/bausmiu-vykdyimo-statistika-1?year=2016&period=1-12&group=204>

¹⁸⁵ Ibid

¹⁸⁶ Narkotikų tabako ir alkoholio kontrolės departamentas. Metinis pranešimas 2017 [Internet]. 2017 [cited 02/02/2018]. Available from: <https://ntakd.lrv.lt/lt/administracine-informacija/metiniai-pranesimai>.

Taip pat, 2016 m. iš 2035 naujai nuteistųjų areštu, **152 asmenys** buvo nuteisti už nusikalstamas veikas, susijusias su narkotinėmis ar psichotropinėmis medžiagomis. Remiantis Kalėjimų departamento duomenimis, Lietuvoje įkalinimo įstaigose gydymas dėl ŽIV antiretrovirusiniais vaistais yra taikomas pagal galimybes. 2016 m. buvo gydyti 84 pacientai (2015 m. – 86 asmenys, 2014 m. – 56)¹⁸⁷. Iš 214 naujų ŽIV užsikrėtimo atvejų 2016 m. Lietuvoje, 68 atvejai nustatyti įkalinimo įstaigose (2015 m. iš 157 naujų atvejų – 24 nustatyti įkalinimo įstaigose)¹⁸⁸.

Apygardų probacijos tarnybų duomenys

2016 m. gruodžio 31 d. Apygardų probacijos tarnybų priežiūroje buvo 8351 asmenys¹⁸⁹. (Palyginimui – 2017 m. gruodžio 31 d. – 11017 asmenys¹⁹⁰. 2016 m. **365** asmenims probacijos tarnybų priežiūroje buvo teismo paskirta pareiga gydytis priklausomybės ligas¹⁹¹. Duomenys apie tai, kiek asmenų buvo teismo įpareigota nevartoti narkotinių ar psichotropinių medžiagų, nėra kaupiami. 2016 m. 56 asmenims buvo pradėti ikiteisminiai tyrimai už nusikalstamas veikas, susijusias su disponavimu narkotinėmis ar psichotropinėmis, nuodingosiomis ar stipriai veikiančiomis medžiagomis padarytas priežiūros vykdymo, t.y. probacijos, metu¹⁹².

1.5.6.3. Valstybės lėšos skirtos baudžiamosios politikos, susijusios su nelegaliomis narkotinėmis ir psichotropinėmis medžiagomis, vykdymui

2016 m. valstybės lėšos skirtos baudžiamosios politikos, susijusios su nelegalių NPM kontrole ir prevencija, vykdymui sudarė **~9,764 mln.** eurų. Dėl duomenų trūkumo į šią sumą nėra įtraukta dalis Lietuvos policijos, laisvės atėmimo vietų gydymo ir apygardų probacijos tarnybų išlaidų.

¹⁸⁷ Ibid.

¹⁸⁸ Ibid.

¹⁸⁹ Kalėjimų departamentas. Metinės ataskaitos 2016 [Internet]. 2017 [cited 23/02/2018]. Available from: http://www.kaldep.lt/lt/kalejimu-departamentas/administracine_informacija/ataskaitos/metines.html

¹⁹⁰ Ibid.

¹⁹¹ Kalėjimų departamentas prie Lietuvos Respublikos teisingumo ministerijos. Darbo su asmenimis, esančiais apygardų probacijos tarnybų priežiūroje, ataskaita [Internet]. 2017 [cited 10/02/2018]. Available from: http://www.kaldep.lt/lt/kalejimu-departamentas/administracine_informacija/ataskaitos/metines.html.

¹⁹² Ibid.

23 lentelė. Valstybės išlaidos skirtos baudžiamosios politikos, susijusios su nelegaliomis narkotinėmis ir psichotropinėmis medžiagomis, vykdymui.

Baudžiamosios politikos, susijusios su nelegaliomis narkotinėmis ir psichotropinėmis medžiagomis, vykdytojai	2016 m. išlaidos eurais
Lietuvos policija: iškvietimai, sulaikymai, ikiteisminio tyrimo išlaidos	nėra duomenų
Lietuvos policija: darbo užmokestis patruliavimui Vilniaus romų tabore	22,563.37
Lietuvos policija: darbo užmokestis prevencinėms priemonėms ir mokymams	82,639.99
Lietuvos policija: medicininė apžiūra Vilniaus mieste	27.898.65
Laisvės atėmimo įstaigos: nuteistųjų išlaikymas	6,973,548.46
Laisvės atėmimo įstaigos: nuteistųjų areštu išlaikymas	96,810.55
Laisvės atėmimo įstaigos: narkotinės abstinencijos gydymas (jeigu gydėsi 7 dienas)	394,568.72
Laisvės atėmimo įstaigos: hepatito C ir B gydymas	nėra duomenų
Laisvės atėmimo įstaigos: ŽIV medikamentai (60% visų išlaidų, žr. psl. 15)	210,535.20
Apygardų probacijos tarnybos	nėra duomenų
Lietuvos teismai	1,034,265.31
Tyrimai ir ekspertizės	921,389.76
Iš viso	9,764,220.01

Detalesnis išlaidų išskaidymas

Lietuvos policija

2016 m. Lietuvos policijai iš valstybės biudžeto buvo skirta ~22 mln. eurų¹⁹³. Nors iš turimų duomenų (žr. aukščiau kituose skyriuose pateiktus duomenis) yra aišku, kad nemaža dalis finansinių resursų yra skiriama veiklai susijusiai su NPM vartojimo prevencija ir kontrole, šiuo metu kaupiami duomenys neleidžia apskaičiuoti su NPM susijusios finansinės naštos Lietuvos policijai. Anot Policijos departamento prie LR vidaus reikalų ministerijos veiklos analizės ir kontrolės valdybos, nėra išvestas vidutinis policijos iškvietimo įkainis, nėra skaičiuojamos bendros iškvietimų išlaidos, nėra renkama informacija kiek kainuoja prevencines priemones, reidai ir patruliavimai masinėse

¹⁹³ Lietuvos policijos 2016 m. veiklos apžvalga [Internet]. 2017 [cited 22/02/2018]. Available from: <https://policija.lrv.lt/uploads/policija/documents/files/administracine-informacija/ataskaitos/2016%20policijos%20veikla%20pazyma.pdf>

susibūrimo vietose. Žinome, kad 2016 m. buvo suimti 302 asmenys, tačiau nėra informacijos kiek iš jų buvo asmenys, padarę nusikalstamas veikas, susijusias su NPM. Taip pat nėra duomenų nei apie vidutinę suėmimo trukmę, nei apie vienos dienos vidutinį vieno asmens išlaikymo policijos areštinėje įkainį. Tiriant teisės pažeidimus, kai būtina nustatyti ar asmuo vartojo NPM, ar yra nuo jų apsvaigęs, asmuo yra palydimas į sveikatos priežiūros įstaigas mėginiamis paimti ir apsvaigimui nustatyti. Už medikų apžiūrą ir šlapimo mėginių paėmimą policijos įstaigos apmoka savo lėšomis pagal sutartis, sudarytas su sveikatos priežiūros įstaigomis. Tokių medicininių paslaugų įkainiai įvairiose savivaldybėse varijuoja nuo 13 iki 37 eurų. Pavyzdžiui, Vilniaus aps. VPK yra sudariusi sutartį su Respublikiniu priklausomybės ligų centru. Mėginio paėmimo kaina yra 5,23 eurų, o medicininė apžiūra apsvaigimui nustatyti – 22,59 eurų. 2016 m. Vilniuje priklausomybės ligų centre buvo atliktos 1235 ekspertizės dėl NPM apsvaigimo (pagal užklausimą RPLC atsiųsti duomenys), tai sudarė 27,898.65 eurų. Kiek medicininių apžiūrų buvo atlikta kitose savivaldybėse šio tyrimo metu nėra žinoma.

Siekiant bent iš dalies įvertinti Lietuvos policijos išlaidas, susijusias su NPM kontrole ir vartojimo prevencija, buvo apskaičiuota kiek vidutiniškai darbo laiko Lietuvos policijos pareigūnai skiria patruliavimui Vilniaus romų tabore ir prevencinėms priemonėms masinių susibūrimų vietose. Remiantis Policijos departamento prie LR vidaus reikalų ministerijos veiklos analizės ir kontrolės valdybos atsiųstais duomenimis, Vilniaus romų tabore kiekvieną dieną 4-5 val. (vid. 4.5 val.) patruliuoja 2-4 (vid. 3) pareigūnai. Vidutinis Vilniaus apskrities vyriausiojo policijos komisariato vyriausiojo patrulio darbo užmokestis 2017 m. buvo 754.59 eurų per mėnesį. Jeigu kiekvieną dieną vidutiniškai patruliuoja 3 pareigūnai ~ 4.5 val., tai per metus vien darbo užmokesčiui yra išleidžiama **22,563.37** eurų patruliavimui Vilniaus romų tabore. Į šią sumą nėra įtrauktos transporto išlaidos. Policijos departamento veiklos analizės ir kontrolės valdybos duomenimis, 2016 m. masinėse susibūrimo vietose buvo vykdytos 1642 prevencinės priemonės. Jeigu šios prevencinės priemonės truko vidutiniškai bent 2 val. ir jose dalyvavo bent po 5 pareigūnus, taikant patrulio vidutinį darbo užmokestį 2016 m. **73,972.35** eurų buvo išleista darbo užmokesčiui vykdant prevencines priemones. Taip pat, 2016 m. 962 pareigūnai dalyvavo mokymuose, susijusiuose su NPM. Jeigu šie mokymai truko bent 2 val., taikant policijos patrulio vidutinį darbo užmokestį **8,667.65** eurų buvo išleista darbo užmokesčiui dalyvaujant su NPM susijusiuose mokymuose.

Svarbu paminėti, kad šie skaičiai yra teoriniai, o faktinės išlaidos greičiausiai būtų žymiai didesnės. Mokymai dažnai trunka daugiau negu 2 val., jų organizavimas dažniausiai įtraukia papildomas pranešėjų autorinių atlyginimų, patalpų nuomos, konferencinės įrangos išlaidas. Prevencinių priemonių įgyvendinimas taip pat įtraukia papildomas planavimo ir pasiruošimo joms išlaidas, jose dalyvauja skirtingas pareigūnų skaičius (greičiausiai daugiau negu 5), gali būti pasitelkiamos kitų institucijų pajėgos, taip pat yra naudojamos įvairios policijos priemonės. Kadangi 9.28% visų policijos užregistruotų veikų yra susijusios su NPM, galima manyti, kad tikroji finansinė našta

policijai 2016 m. gali siekti ~2 mln. eurų (9.28% - 22 mln.). Tačiau tai tik spekuliatyvūs pasvarstymai, tikslesniam išlaidų įvertinimui yra reikalingi duomenys ir išsamesnė analizė.

Laisvės atėmimo įstaigos

Lietuvos laisvės atėmimo įstaigose 2016 m. vieno suimtojo/nuteistojo asmens išlaikymui vidutiniškai per dieną buvo skirta 21.96 eurų, Vilniuje - 25.62 eurų. Tikėtina, kad dauguma nuteistųjų dėl NPM disponavimo ir platinimo yra Vilniuje, tad vertinant 2016 m. laisvės atėmimo išlaidas buvo apskaičiuotas dviejų įkainių vidurkis (lentelė 24).

24 lentelė. *Nuteistųjų dėl nusikalstamos veiklos, susijusios su NPM, išlaikymo išlaidos laisvės atėmimo vietose 2016 m.*

Baudžiamojo kodekso straipsniai	Nuteistųjų skaičius	Išlaidos per dieną (su 21,96 eurų įkainiu)	Išlaidos per dieną (su 25,62 eurų įkainiu)
Pagal 259 straipsnio 1 d.	214	4,699.97	5,483.35
Pagal 260 straipsnį	589	12,935.89	15,092.02
Iš viso:	803	17,635.86	20,575.36
		Išlaidos 2016 m. (su 21,96 eurų įkainiu)	Išlaidos 2016 m. (su 25,62 eurų įkainiu)
		6,414,258.85	7,510,007.86
		Iš viso (vidurkis)	6,973,548.46

2016 m. nuteistųjų areštu už nusikalstamas veikas, susijusias su NPM, buvo 152. Vidutinė arešto trukmė 2016 m. buvo 29 dienos. Taikant laisvės atėmimo vietų vienos dienos išlaikymo įkainį 21.96 eurus, visų nuteistųjų areštu už nusikalstamas veikas, susijusias su NPM, išlaikymo išlaidos 2016 m. buvo **96,810.55** eurų.

Visos asmens sveikatos priežiūros paslaugos, teikiamos laisvės atėmimo vietose, tame tarpe ir antiretrovirusinis gydymas, yra finansuojamos Kalėjimų departamento, t.y. valstybės biudžeto lėšomis. PSDF lėšomis yra apmokamos tik tos asmens sveikatos priežiūros paslaugos, kurios suimtiesiems/nuteistiesiems yra teikiamos kitose valstybinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose. 2016 m. laisvės atėmimo vietose 613 suimtųjų/nuteistųjų buvo gydyta dėl sveikatos būklės sutrikimų, susijusių su NPM vartojimu. Kalėjimų departamento duomenimis, šiems asmenims buvo taikyta detoksikacija, suteiktos abstinencijos sindromo gydymo paslaugos. Teikiant asmens sveikatos priežiūros paslaugas laisvės atėmimo vietose, duomenys apie pacientų padarytas nusikalstamas veikas nerenkami, todėl nėra žinoma kiek iš viso buvo gydyta

asmenu, kurie laisvės atėmimo bausmę atlieka už nusikalstamas veiklas, susijusias su NPM. Vienos dienos kaina laisvės atėmimo vietų ligoninėse 2016 m. buvo 86.32 eurais, tačiau nėra žinoma suteikto gydymo trukmė. Respublikiniame priklausomybės centre narkotinės abstinencijos gydymas trunka iki trijų savaitių, bet gali būti, kad laisvės atėmimo vietų ligoninėse šis gydymas trunka trumpiau, pvz., gydomos tik ūmios būklės, o sveikatai pradėjus gerėti asmuo yra išrašomas. Skirtingų gydymo trukmių paskaičiavimai pateikiami 25 lentelėje.

25 lentelė. *Narkotinės abstinencijos gydymas laisvės atėmimo vietose 2016 m.*

Narkotinės abstinencijos gydymas laisvės atėmimo vietų ligoninėse	Išlaidos eurais
Vienos dienos kaina laisvės atėmimo ligoninėje vienam asmeniui	86.32
Narkotinės abstinencijos gydymas (jeigu gydėsi 7 dienas) 613 asmenims	394,568.72
Narkotinės abstinencijos gydymas (jeigu gydėsi 14 dienų) 613 asmenims	789,137.44
Narkotinės abstinencijos gydymas (jeigu gydėsi 21 dienas) 613 asmenims	1,183,706.16

Kalėjimų departamento duomenimis, 2016 m. laisvės atėmimo vietose tikslinės lėšos buvo skiriamos lėtinio virusinio hepatito gydymui tęsti, t. y. gydyti tuos pacientus, kurie į laisvės atėmimo vietą pateko nebaigę jiems skirto gydymo kurso. 2016 m. laisvės atėmimo vietose 8 asmenims buvo nustatyta ūmaus virusinio hepatito C diagnozė ir skirtas gydymas, 362 pacientams, sergantiems lėtiniu virusiniu hepatitu, skirtas gydymas hepatoprotektoriais. Taip pat buvo skirtas gydymas 3 pacientams, sergantiems ūmiu virusiniu hepatitu B. Tačiau šios gydymo išlaidos nėra išskiriamos iš bendros asmens sveikatos priežiūros paslaugų lėšų sumos, todėl nežinoma, kokios sumos yra skiriamos atskirų ligų gydymui, išskyrus ŽIV: antiretrovirusinei terapijai, tik medikamentams įsigyti, neįskaitant kontrolinių tyrimų, laisvės atėmimo vietose 2016 m. buvo skirta 350,892.00 eurų.

Apygardų probacijos tarnybos

2016 m. 365 asmenims probacijos tarnybų priežiūroje buvo teismo paskirta pareiga gydytis priklausomybės ligas¹⁹⁴. Pagal apygardų probacijos tarnybų bendradarbiavimo sutartis su Priklausomybės ligų centrais, gydymo paslaugos buvo teikiamos priklausomybės ligų centruose Vilniuje, Kaune ir Klaipėdoje. Visos gydymo išlaidos buvo dengiamos iš Priklausomybės ligų centrų biudžetų. Teismas papildomai gali įpareigoti probacijos priežiūroje esančius asmenis nevartoti narkotinių ir psichotropinių medžiagų, tačiau nėra duomenų, kiek tokių asmenų buvo 2016 m. Apygardų probacijos tarnybos darbuotojai mano (komunikacija telefonu), kad nemaža dalis jų laiko yra skiriama darbui su priklausomybės ligomis sergančiais asmenimis. Probacijos pareigūnai privalo stebėti ar asmenys nevartoja NPM, motyvuoti juos kreiptis pagalbos, stebėti jų gydymo pažangą ir t.t. Vilniaus apygardos probacijos tarnyba nuo 2017 m. turi 2 darbuotojus, dirbančius tik su priklausomybės ligomis sergančiais asmenimis. Šiuo metu dirbama tik su asmenimis, turinčiais priklausomybę alkoholiui. 2016 m. penkių apygardų probacijos tarnybų išlaidos buvo 4,183.200 eurų¹⁹⁵. Teoriškai vienam asmeniui probacijos priežiūroje 2016 m. buvo skiriama ~ 1,37 eurų per dieną (4,183.200 eurų / 8351 asmenys / 365 dienos). Tačiau ši suma atspindi faktinį apygardų probacijos tarnybų metinį biudžetą, o ne reikalingų išlaidų poreikį. Labai tikėtina, kad skyrus didesnį biudžetą būtų suteikiama daugiau paslaugų ir vieno asmens vienos dienos priežiūros kaina didėtų.

Lietuvos teismai

Nacionalinės teismų administracijos teigimu, nėra galimybės pateikti duomenų apie vidutinę bylos išnagrinėjo kainą Lietuvos teismuose, nes tokia informacija nėra renkama. „Transparency International“ Lietuvos skyriaus sukurtame internetiniame puslapyje www.atvirasteismas.lt yra skelbiama susisteminta Lietuvos teismų statistika. Paskutiniai pateikti duomenys yra už 2015 m. Darant prielaidą, kad Lietuvos teismų biudžetai per metus smarkiai nesikeitė ir taikant 2016 m. išnagrinėtų bylų skaičius, buvo apskaičiuotos Lietuvos teismų išlaidos byloms, susijusioms su neteisėta NPM veikla (lentelė 26).

¹⁹⁴ Kalėjimų departamentas prie Lietuvos Respublikos teisingumo ministerijos. Darbo su asmenimis, esančiais apygardų probacijos tarnybų priežiūroje, ataskaita [Internet]. 2017 [cited 10/02/2018]. Available from: http://www.kaldep.lt/lt/kalejimu-departamentas/administracine_informacija/ataskaitos/metines.html

¹⁹⁵ Ibid.

26 lentelė. Lietuvos teismų išlaidos byloms susijusioms su NPM

Lietuvos teismai	Metinis biudžetas eurais	Išnagrinėtų bylų skaičius	Išlaidos eurais
Lietuvos vyriausias administracinis teismas	1,897,214.00	4561	
Apygardų administraciniai teismai	4,126,333.00	16875	
Iš viso:	6,023,547.00	21436	
Vidutinė išnagrinėtos bylos kaina			281.00
Išnagrinėtų administracinių bylų, susijusių su NPM, išlaidos		3176	892,460.59
Apylinkių teismai	13,639,575.00	207803	
Apygardų teismai	13,195,893.00	35281	
Lietuvos apeliacinis teismas	3,298,339.00	4056	
Lietuvos aukščiausiasis teismas	3,561,834.00	5231	
Iš viso:	30,133,807.00	247140	
Vidutinė išnagrinėtos bylos kaina			121.93
Išnagrinėtų baudžiamųjų bylų, susijusių su NPM, išlaidos		1163	141,804.72
Iš viso:			1,034,265.31

Ekspertizės ir tyrimai

2016 m. Lietuvos policijos kriminalistinių tyrimų centras atliko 2119 narkotinių ir psichotropinių medžiagų objektų tyrimų bei ekspertizių, finansuojamų iš valstybės biudžeto. Vieno objekto kokybinio ir kiekybinio tyrimo su specialisto išvados pateikimu kaina – 255.04 eurų, atitinkamai visi 2119 objektų tyrimai 2016 m. kainavo **540,429.76** eurų. Valstybinė teismo medicinos tarnyba (VTMT) 2017 m. atliko 3660 ekspertizes dėl NPM nustatymo, tai sudarė ~16% visų VTMT atliktų gyvų ir mirusių asmenų tyrimų. VMTM valstybės biudžeto asignavimai skirti teismo ekspertizėms ir tyrimams 2017 m. sudarė 2,381.000 mln. eurų¹⁹⁶, atitinkamai su NPM nustatymu susijusiems tyrimams, t.y. ~16% nuo visų tyrimų buvo išleista **380,960** eurų. VMTM pateikti duomenys yra 2017 m. tačiau 2016 m. valstybės biudžeto asignavimai skirti teismo ekspertizėms ir tyrimams

¹⁹⁶ Valstybinės teismo medicinos tarnybos 2017 - ujų metų veiklos plano ataskaita [Internet]. 2017 [cited 28/02/2018]. Available from:

http://www.vtmt.lt/media/PDF_bylos/VTMT%202017%20m.%20veiklos%20plano%20ataskaita.pdf

buvo panašūs – 2,228.000 mln. eurų¹⁹⁷. Nuo 2014 m. tyrimų, susijusių su NPM nustatymu, daugėja¹⁹⁸, tad skaičiuojant biudžetą darėme prielaidą, kad tyrimų, susijusių su NPM, daugėjo ir 2017 metais (palyginus su 2016 m.), todėl išvestas ~16% neturėjo ženkliai skirtis nuo praeitų metų.

1.5.7. Su narkotikų vartojimu susijusi finansinė našta socialinei sistemai

1.5.7.1. Socialinių paslaugų, susijusių su NPM vartojimu, apžvalga

Pagal LR Socialinių paslaugų įstatymą, socialinės paslaugos yra teikiamos asmeniui (šeimai), kuris neįgijo arba prarado gebėjimus ar galimybes savarankiškai rūpintis gyvenimu ir dalyvauti visuomenės gyvenime¹⁹⁹. Tai gali būti: apgyvendinimo, maitinimo, socialinių įgūdžių ugdymo, konsultavimo, tarpininkavimo, krizių įveikimo ir kitos paslaugos²⁰⁰. Socialinė pagalba turi būti prieinama socialinės rizikos asmenims (žr. apibrėžimus), kurie dėl piktnaudžiavimo narkotinėmis ir psichotropinėmis medžiagomis tapo socialiai atskirti ir neteko gebėjimų savimi pasirūpinti. Pagrindinės socialinių paslaugų valdymo institucijos yra LR socialinės apsaugos ir darbo ministerija, apskričių viršininkai, savivaldybės ir Socialinių paslaugų priežiūros departamentas prie Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos²⁰¹. Savivaldybės atsako už socialinių paslaugų teikimo savo teritorijos gyventojams užtikrinimą²⁰². Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimu bendrosios socialinės paslaugos, socialinė priežiūra ir socialinė globa turi būti finansuojamos savivaldybių lėšomis²⁰³. 2012 m. Lietuvos Respublikos Vyriausybė patvirtintino Priklausomybės ligų prevencijos, gydymo, reabilitacijos ir reintegracijos paslaugų sistemos sukūrimo koncepciją (gaires)²⁰⁴. Dokumente numatyta didinti psichologinių ir socialinių paslaugų socialinės rizikos asmenims, priklausomiems nuo

¹⁹⁷ Valstybinės teismo medicinos tarnybos 2016 -ųjų metų veiklos plano ataskaita [Internet]. 2016 [cited 28/02/2018]. Available from:

http://www.vtmt.lt/media/PDF_bylos/VTMT%202016m.%20veiklos%20ataskaita.pdf

¹⁹⁸ Valstybinės teismo medicinos tarnybos 2014 metų veikla [Internet]. 2015 [cited 18/02/2018]. Available from: http://www.vtmt.lt/media/PDF_bylos/VTMT%202014%20M.%20VEIKLOS%20ATASKAITA.pdf

¹⁹⁹ Lietuvos Respublikos socialinių paslaugų įstatymas [Internet]. 2006 [cited 22/02/2018]. Available from: <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.91609F53E29E>

²⁰⁰ Ibid.

²⁰¹ Ibid.

²⁰² Ibid.

²⁰³ Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimas. Dėl socialinių paslaugų finansavimo ir lėšų apskaičiavimo metodikos patvirtinimo [Internet]. 2006 [cited 02/02/2018]. Available from: <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.067C00C4970A>

²⁰⁴ Narkotikų tabako ir alkoholio kontrolės departamentas. Metinis pranešimas 2017 [Internet]. 2017 [cited 02/02/2018]. Available from: <https://ntakd.lrv.lt/lt/administracine-informacija/metiniai-pranesimai>.

psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo, prieinamumą, gerinti trumpalaikės socialinės globos kokybę ir tobulinti trumpalaikės socialinės globos finansavimo tvarką. Socialinių paslaugų kataloge²⁰⁵ yra apibrėžiamos socialinių paslaugų rūšys pagal paslaugų gavėją, paslaugos teikimo vietą, trukmę, dažnumą, paslaugos sudėtį, paslaugas teikiančius specialistus ir t.t. Tačiau socialinės rizikos asmenys, kurie tapo tokiais dėl piktnaudžiavimo narkotinėmis ir psichotropinėmis medžiagomis nėra išskiriami, t.y. nėra numatyta, kurios konkrečiai socialinės paslaugos turi būti užtikrinamos šiai asmenų grupei. Be apibrėžtų socialinių paslaugų asmenims piktnaudžiaujantiems NPM, vienos sritys, kaip, pvz., psichosocialinės rehabilitacijos bendruomenių teikiamos paslaugos, yra plačiai išplėtos, tuo tarpu kitos, pvz., reintegracijos ir įdarbinimo, lieka nevystomos. K. Levickaitės ir E. Šumskienės²⁰⁶ manymu, problemos susijusios su žalingu NPM vartojimu yra pagrinde priskiriamos sveikatos sektoriui. Pagrindiniai politiniai sprendimai priimami sveikatos priežiūros srityje, o socialinės apsaugos sektorius siejamas su integracijos sritimi. Tačiau aiškios NPM vartotojų integracijos politikos Lietuvoje nėra, integracijos į visuomenę koncepcija, patvirtinta LR Vyriausybės 2001 m. spalio 4 d. stokoja programinių dokumentų ir konkrečių veiksmų planų²⁰⁷. Išskirtinai NPM vartotojams skirtos socialinės paslaugos yra teikiamos psichologinės ir socialinės rehabilitacijos įstaigose. 2016 m. Lietuvoje veikė 15 tokių įstaigų, kuriose buvo 293 vietos, skirtos asmenims priklausomiems nuo psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo²⁰⁸. Tačiau visos šiuo metu veikiančios bendruomenės yra viešosios įstaigos ir labdaros ir paramos fondai, finansuojami privataus sektoriaus lėšomis (žr. psl. 11), t.y. Europos Sąjungos fondų lėšomis ir piliečių tiesioginiais mokėjimais. Nei viena savivaldybė savo 2016 – 2017 m. socialinių paslaugų planuose neįvardijo finansuojanti remianti priklausomybės ligų rehabilitacijos bendruomenes.

²⁰⁵ LR socialinės apsaugos ir darbo ministro įsakymas. Dėl socialinių paslaugų katalogo patvirtinimo [Internet]. 2006 [cited 25/02/2018]. Available from: <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.51F78AE58AC5>

²⁰⁶ Levickaitė K, Šumskienė E. Socialinių paslaugų srities, susijusios su narkotikų politika Lietuvoje, paslaugų situacijos nacionaliniu lygmeniu ir jos atitikimo tarptautiniams dokumentams įvertinimas. 2018

²⁰⁷ Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministro ir Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas. Dėl asmenų, sergančių priklausomybės nuo psichoaktyviųjų medžiagų ligomis, integracijos į visuomenę koncepcijos patvirtinimo [Internet]. 2001 [cited 19/02/2018]. Available from: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.151951>

²⁰⁸ Narkotikų tabako ir alkoholio kontrolės departamentas. Metinis pranešimas 2017 [Internet]. 2017 [cited 02/02/2018]. Available from: <https://ntakd.lrv.lt/lt/administracine-informacija/metiniai-pranesimai>.

1.5.7.2. Valstybės lėšos išleidžiamos socialinėms paslaugoms, susijusioms su narkotinių ir psichotropinių medžiagų vartojimu

Kadangi žalingai NPM vartojantys asmenys nėra išskiriami iš socialinės rizikos asmenų, negalima atskirti socialinių paslaugų, kurias gauna tik ši asmenų grupė, taip pat nepavyksta įvertinti, kiek lėšų iš valstybės biudžeto yra skiriama socialinėms paslaugoms, susijusioms su NPM. Pagal dabartinę tvarką, teoriškai visos socialinės paslaugos, kurios yra teikiamos konkrečioje savivaldybėje, turi būti prieinamos NPM vartojantiems asmenims. Išnagrinėjus savivaldybių socialinių paslaugų planus yra aiškios šios tendencijos:

1. NPM vartojantys asmenys yra priskiriami socialinės rizikos asmenų grupei.
2. 87% savivaldybių savo socialinių paslaugų planuose neišskiria NPM vartotojų.
3. 33% savivaldybių neišskiria alkoholių vartojančių ir priklausomybės ligomis sergančių asmenų kaip atskiros grupės.
4. Iš 40 savivaldybių, kurios pamini priklausomybės ligomis sergančius asmenis, 8 pamini priklausomybę nuo NPM.
5. Nei viena savivaldybė savo planuose nebuvo nusimačiusi skirti konkrečią sumą socialinėms paslaugoms, susijusioms su NPM vartojimu.
6. Konkrečią sumą skirti paslaugoms, susijusioms su priklausomybe alkoholiui, pamini 12 savivaldybių.

1.5.8. Ekonominio vertinimo rezultatų aptarimas

Tyrimo metu buvo siekiama įvertinti, kokias valstybės lėšas galime priskirti su NPM vartojimo prevencija ir kontrole susijusioms veikloms. Remiantis gautų duomenų analize, 2016 m. su NPM vartojimu susijusios išlaidos sveikatos sistemai sudarė ~ 7,760 mln. eurų, baudžiamosios politikos, susijusios su nelegalių NPM kontrole ir vartojimo prevencija, vykdymui buvo išleista ~9,764 mln. eurų. Šiuo metu trūksta duomenų įvertinti valstybės lėšas, išleidžiamas socialinėms paslaugoms, susijusioms su NPM vartojimu.

Analizuojant su NPM susijusių išlaidų informaciją paaiškėjo, kad šiuo metu geriausiai duomenys yra renkami sveikatos srityje. Veikianti „Sveidros“ sistema leidžia gan tiksliai įvertinti teikiamų paslaugų apimtį, ypač, jeigu sveikatos priežiūros įstaigos tikslingai suveda informaciją. Nustatyti aiškūs sveikatos priežiūros paslaugų įkainiai leidžia apskaičiuoti patiriamas kasmetines išlaidas. Tačiau pastebėta, kad visiškai nėra vykdomas ekonominis sveikatos paslaugų vertinimas. Patirtos išlaidos nėra analizuojamos pagal pasiektus rezultatus, o skiriamos lėšos yra siejamos su abstrakčiais rodikliais, kaip, pvz., procentinis pokytis, tačiau neskaičiuojama ar išleista, t.y. investuota

suma atnešė maksimalų visuomenės sveikatos pagerėjimą, pvz., sumažėjo dėl ligos ar neįgalumo prarastų gyvenimo metų (*ang. DALYs*), padaugėjo išgelbėtų gyvenimo metų (*ang. life years saved*) arba kokybiškų gyvenimo metų (*ang. QALYs*).

Vertinant baudžiamosios politikos, susijusios su nelegaliomis NPM, vykdymo išlaidas trūko nemažai duomenų. Tikėtina, kad tikroji išleidžiama suma yra daug didesnė negu ~9,764 mln. eurų per metus. Ypatingai trūko informacijos iš Lietuvos policijos. Stebėtina, kad policija nėra apskaičiavusi, kiek jiems vidutiniškai kainuoja vienas iškvietimas, kad nėra renkama informacija, kiek kainuoja prevencinės priemonės, reidai ir patruliavimai masinėse susibūrimo vietose. Taip pat nėra informacijos apie vidutinę asmenų suėmimo trukmę ir vienos dienos vidutinio vieno asmens išlaikymo policijos areštinėje įkainį. Siekiant įvertinti kokia dalis policijos biudžeto tenka išlaidoms, susijusioms su nelegaliomis NPM, minėti duomenys yra būtini.

Vertinant valstybės išlaidas, išleidžiamas socialinėms paslaugoms, susijusioms su NPM vartojimu, paaiškėjo, kad NPM vartojantys asmenys yra priskiriami prie bendros socialinės rizikos asmenų grupės. Šiuo metu nėra konkrečių valstybinių programų, koncepcijų ir gairių skirtų specialiai NPM vartojantiems asmenims, todėl apskaičiuoti, kuri patiriamų išlaidų dalis gali būti skirta NPM vartojantiems asmenims būtų sunkiai įmanoma. Žalingas NPM vartojimas yra kompleksinė problema, todėl kalbant apie socialinę pagalbą galbūt ir nereikia išskirti šios grupės asmenų. Teikiamos paslaugos turėtų būti lanksčios ir prieinamos visiems socialinės rizikos asmenims nepriklausomai nuo socialinio pažeidžiamumo priežasčių. Ekonomiškai vertinti būtų galima konkrečias programas, projektus, kurių metu dirbama tik su NPM vartojančių asmenų grupe.

Norint suprasti ar valstybės lėšos, susijusios su NPM, yra investuojamos tinkama linkme, ar jos atsiperka, kokia yra jų grąža po 5, 10, 20 metų, yra būtina gerinti finansinių duomenų rinkimo ir analizavimo įrankius, ypač teisės sistemoje. Tik apskaičiavus dabartines konkrečių veiklų, programų, paslaugų, iniciatyvų ir t.t. finansines išlaidas yra įmanoma atlikti ekonominio efektyvumo analizes, kurios leistų efektyviau planuoti ir skirstyti valstybės biudžeto lėšas.

1.5.9. Ekonominio vertinimo išvados

Svarbu paminėti tai, kad Lietuvoje dar nebuvo bandymo apibrėžti ir paskaičiuoti kiek bendrai valstybės lėšų yra išleidžiama veikloms ir paslaugoms, susijusioms su nelegalių psichoaktyvių medžiagų vartojimo prevencija ir kontrole, per metus visuose sektoriuose. Taigi, atlikus analizę buvo gautos šios išvados:

1. 2016 m. su nelegalių psichoaktyvių medžiagų vartojimu susijusios išlaidos sveikatos sistemai sudarė ~ **7,760 mln. eurų**, baudžiamosios politikos, susijusios su nelegalių psichoaktyvių medžiagų kontrole ir vartojimo prevencija, vykdymui buvo išleista ~ **9,764 mln. eurų**. Šiuo metu trūksta duomenų įvertinti valstybės lėšas, išleidžiamas socialinėms paslaugoms, susijusioms su nelegalių psichoaktyvių medžiagų vartojimu.

2. 2016 m. nuteistųjų areštu už nusikalstamas veikas, susijusias su nelegaliomis psichoaktyviomis medžiagomis, buvo 152. Vidutinė arešto trukmė 2016 m. buvo 29 dienos. Taikant laisvės atėmimo vietų vienos dienos išlaikymo įkainį 21.96 eurus, visų nuteistųjų areštu už nusikalstamas veikas, susijusias su nelegaliomis psichoaktyviomis medžiagomis, išlaikymo išlaidos 2016 m. buvo **96,810.55 eurų**.
3. **2016 m. penkių apygardų probacijos tarnybų išlaidos buvo 4,183.200 eurų.** Teoriškai **vienam asmeniui probacijos priežiūroje 2016 m. buvo skiriama ~ 1,37 eurų per dieną** (4,183.200 eurų / 8351 asmenys / 365 dienos). Tačiau ši suma atspindi faktinį apygardų probacijos tarnybų metinį biudžetą, o ne reikalingų išlaidų poreikį. Labai tikėtina, kad skyrus didesnę biudžetą būtų suteikiama daugiau paslaugų ir vieno asmens vienos dienos priežiūros kaina didėtų.
4. Atsižvelgiant į išdėstytus argumentus, siūlytina peržiūrėti baudžiamąją Visos asmens sveikatos priežiūros paslaugos, teikiamos laisvės atėmimo vietose, tame tarpe ir antiretrovirusinis gydymas, yra finansuojamos Kalėjimų departamento, t.y. valstybės biudžeto lėšomis. PSDF lėšomis yra apmokamos tik tos asmens sveikatos priežiūros paslaugos, kurios suimtiesiems/nuteistiesiems yra teikiamos kitose valstybinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose. 2016 m. laisvės atėmimo vietose 613 suimtųjų/nuteistųjų buvo gydyta dėl sveikatos būklės sutrikimų, susijusių su nelegalių psichoaktyvių medžiagų vartojimu. Kalėjimų departamento duomenimis, šiems asmenims buvo taikyta detoksikacija, suteiktos abstinencijos sindromo gydymo paslaugos. Teikiant asmens sveikatos priežiūros paslaugas laisvės atėmimo vietose, duomenys apie pacientų padarytas nusikalstamas veikas nerenkami, todėl nėra žinoma kiek iš viso buvo gydyta asmenų, kurie laisvės atėmimo bausmę atlieka už nusikalstamas veikas, susijusias su nelegaliomis psichoaktyviomis medžiagomis. **Vienos dienos kaina laisvės atėmimo vietų ligoninėse 2017 m. buvo 94,97 eurai,** tačiau nėra žinoma suteikto gydymo trukmė. Tuo tarpu, pvz. **Respublikinio priklausomybės ligų centro stacionarinės medicininės psichosocialinės reabilitacijos vienos dienos kaina 2017 m. buvo 38,87 eurai.** Taigi, **sąlyginai galima teigti, kad ne laisvės atėmimo vietose gydymas kainuoja brangiau, nei bendroje sveikatos sistemoje.**
5. Kalėjimų departamento duomenimis, 2016 m. laisvės atėmimo vietose tikslinės lėšos buvo skiriamos lėtinio virusinio hepatito gydymui tęsti, t. y. gydyti tuos pacientus, kurie į laisvės atėmimo vietą pateko nebaigę jiems skirto gydymo kurso. 2016 m. laisvės atėmimo vietose 8 asmenims buvo nustatyta ūmaus virusinio hepatito C diagnozė ir skirtas gydymas, 362 pacientams, sergantiems lėtiniu virusiniu hepatitu, skirtas gydymas hepatoprotektoriais. Taip pat buvo skirtas gydymas 3 pacientams, sergantiems ūmiu virusiniu hepatitu B. Tačiau šios gydymo išlaidos nėra išskiriamos iš bendros asmens sveikatos priežiūros paslaugų lėšų sumos, todėl nežinoma, kokios sumos yra skiriamos atskirų ligų gydymui, išskyrus ŽIV: **antiretrovirusinei terapijai,**

tik medikamentams įsigyti, neįskaitant kontrolinių tyrimų, laisvės atėmimo vietose 2016 m. buvo skirta 350,892.00 eurų.

6. 2016 m. Lietuvos policijos kriminalistinių tyrimų centras atliko 2119 narkotinių ir psichotropinių medžiagų objektų tyrimų bei ekspertizių, finansuojamų iš valstybės biudžeto. Vieno objekto kokybinio ir kiekybinio tyrimo su specialisto išvados pateikimu kaina – 255.04 eurų, atitinkamai visi 2119 objektų tyrimai 2016 m. kainavo **540,429.76** eurų. Valstybinė teismo medicinos tarnyba (VTMT) 2017 m. atliko 3660 ekspertizes dėl nelegalių psichoaktyvių medžiagų nustatymo, tai sudarė ~16% visų VTMT atliktų gyvų ir mirusių asmenų tyrimų. VMTM valstybės biudžeto asignavimai skirti teismo ekspertizėms ir tyrimams 2017 m. sudarė 2,381.000 mln. eurų (44), atitinkamai su nelegalių psichoaktyvių medžiagų nustatymu susijusiems tyrimams, t.y. ~16% nuo visų tyrimų buvo išleista **380,960** eurų.
7. Analizuojant su nelegalių psichoaktyvių medžiagų susijusių išlaidų informaciją paaiškėjo, kad šiuo metu geriausiai duomenys yra renkami sveikatos srityje. Veikianti „Sveidros“ sistema leidžia gan tiksliai įvertinti teikiamų paslaugų apimtį, ypač, jeigu sveikatos priežiūros įstaigos tikslingai suveda informaciją. Nustatyti aiškūs sveikatos priežiūros paslaugų įkainiai leidžia apskaičiuoti patiriamas kasmetines išlaidas. Tačiau reiktų pastebėti, kad šiuo metu nėra vykdomas ekonominis sveikatos paslaugų vertinimas. Patirtos išlaidos nėra analizuojamos pagal pasiektus rezultatus, o skiriamos lėšos yra siejamos su abstrakčiais rodikliais, kaip, pvz., procentinis pokytis, tačiau neskaičiuojama ar išleista, t.y. investuota suma atnešė maksimalų visuomenės sveikatos pagerėjimą, pvz., sumažėjo dėl ligos ar neįgalumo prarastų gyvenimo metų (*ang. DALYs*), padaugėjo išgelbėtų gyvenimo metų (*ang. life years saved*) arba kokybiškų gyvenimo metų (*ang. QALYs*).
8. Vertinant baudžiamosios politikos, susijusios su nelegaliomis psichoaktyviomis medžiagomis, vykdymo išlaidas trūko nemažai duomenų. Tikėtina, kad tikroji išleidžiama suma yra daug didesnė negu ~9,764 mln. eurų per metus. Ypatingai trūko informacijos iš Lietuvos policijos. Stebėtina, kad policija nėra apskaičiavusi, kiek jiems vidutiniškai kainuoja vienas iškvietimas, kad nėra renkama informacija, kiek kainuoja prevencinės priemonės, reidai ir patruliavimai masinėse susibūrimo vietose. Taip pat nėra informacijos apie vidutinę asmenų suėmimo trukmę ir vienos dienos vidutinio vieno asmens išlaikymo policijos areštinėje įkainį. Siekiant įvertinti kokia dalis policijos biudžeto tenka išlaidoms, susijusioms su nelegaliomis psichoaktyviomis medžiagomis, minėti duomenys yra būtini.
9. Vertinant valstybės išlaidas, išleidžiamas socialinėms paslaugoms, susijusioms su nelegalių psichoaktyvių medžiagų vartojimu, paaiškėjo, kad asmenys, priklausantys šiai tikslinei grupei yra priskiriami prie bendros socialinės rizikos asmenų grupės. Šiuo metu nėra konkrečių valstybinių programų, koncepcijų ir gairių skirtų specialiai žalingai vartojantiems ar priklausomybės ligomis sergantiems asmenims, todėl

apskaičiuoti, kuri patiriamų išlaidų dalis gali būti skirta šiai grupei ir problemai būtų sunkiai įmanoma.

10. Taigi, palyginus sveikatos priežiūros bendrojoje sistemoje, laisvės atėmimo vietose ir arešto bei probacijos vienos dienos įkainius, akivaizdu, kad valstybei yra ekonomiškai naudingiau ir efektyviau, užtikrinti, kad baudžiamoji atsakomybė už su narkotinėmis ir psichotropinėmis medžiagomis susijusias veikas neturėtų būti orientuota į vartotojų baudžiamąjį persekiojimą. Baudžiamoji atsakomybė yra *ultima ratio* priemonė, turinti didelį šalutinį poveikį – teistumą ir stigmatizaciją, o laisvės atėmimo bausmėmis nuteistiems asmenims atsiranda socialinės reintegracijos problemų. Atsakomybės griežtinimas neduoda jokių apčiuopiamų teigiamų rezultatų, o atsakomybės švelninimas gali turėti teigiamų pasekmių jau narkotikus vartojančių asmenų (ypač vadinamojo didelę riziką keliančio vartojimo) atžvilgiu. Tuo pačiu būtų sumažinti ir baudžiamosios justicijos patiriami kaštai nusikalstamų veikų tyrimui, nuteistųjų išlaikymui laisvės atėmimo vietose, o psichoaktyviųjų medžiagų politika labiau orientuota į visuomenės sveikatą. Todėl baudžiamoji atsakomybė turėtų būti taikoma itin pamatuotai ir tik didžiausią pavojų visuomenei keliančių veikų atžvilgiu.

2. IŠVADOS IR REKOMENDACIJOS

Duomenų analizė leidžia pateikti šias išvadas ir šias bendrąsias rekomendacijas (su detalesnėmis rekomendacijomis galima susipažinti pačioje analizėje):

Rekomendacijos teisiniam reglamentavimui:

1. Baudžiamoji atsakomybė už su narkotinėmis ir psichotropinėmis medžiagomis susijusias veikas šiuo metu orientuota į vartotojų baudžiamąjį persekiojimą. Nuo 2017 m. įsigaliojus Lietuvos Respublikos administracinių nusižengimų kodeksui ir panaikinus administracinę atsakomybę už nedidelio kiekio narkotinių ir psichotropinių medžiagų įgijimą ir laikymą, pastebima dar didesnė baudžiamosios justicijos sistemos apkrova – baudžiamųjų nusižengimų skaičius išaugo 50 proc. (nuo 733 iki 1106). Lietuvos teisinio reguliavimo griežtėjimas į asmeninį vartojimą nukreiptų veikų (nedidelio kiekio įgijimo ir laikymo) atžvilgiu ir intensyvėjanti teisėsaugos institucijų veikla, vykdančią baudžiamąjį persekiojimą šių veikų atžvilgiu yra priešingi JT ir ES formuojamai žmogaus teisių užtikrinimo prioritetams grindžiamai tarptautinei politikai, kai psichoaktyviųjų medžiagų vartojimas yra vertinamas kaip visuomenės sveikatos problema, kuri nėra sprendžiama baudžiamosios teisės priemonėmis. **Rekomendacijos:** *peržiūrėti baudžiamąją politiką apsvarstant esamo teisinio reguliavimo dekriminalizacijos ir depenalizacijos galimybes. Dekriminalizacija narkotikų kontrolės kontekste dažniausiai taikoma nusikaltimų, susijusių su disponavimu narkotinėmis medžiagomis savo reikmėms, atžvilgiu, ir siejama su kitokio pobūdžio sankcijų (administracinių) taikymo galimybėmis arba bet kokių sankcijų panaikinimu apskritai. Siūlytina apsvarstyti galimybes taikyti depenalizaciją, kai atitinkamos veikos ir toliau baudžiamos kriminaline sankcijomis, tačiau siekiama švelninti jų pobūdį. Su narkotikų vartojimų susijusių nusikaltimų atvejais nusikaltusių asmenų atžvilgiu tikslinga taikyti alternatyvias sankcijas (pvz. nukreipimą į medicinos įstaigą gydymui), taip pat trumpinti laisvės atėmimo už atitinkamus nusikaltimus trukmę ar kiek įmanoma riboti jos taikymą apskritai.*
2. Disponuotos narkotinės ar psichotropinės medžiagos kiekis yra svarbus veiksnys kvalifikuojant veiką ir skiriant bausmę. Tačiau nustatytos rekomendacijos dėl kiekių (vertinama grynoji masė) skyrimo į nedidelį, daugiau nei nedidelį (tai sąlyginis įvardijimas, nes teisės aktuose ši grupė neminima), didelį ir labai didelį kiekius Lietuvoje, yra mažai mokslškai pagrįstos, be to, ne visada atspindi realias bylos aplinkybes ir kartais sukelia perteklinę kriminalizaciją. Akivaizdu, kad nedidelio kiekio narkotinių ir psichotropinių medžiagų įgijimas nenustačius platinimo tikslo yra skirtas asmeniniam vartojimui, kas daro tiesioginę žalą asmens, nusprendusio vartoti

psichoaktyvias medžiagas, sveikatai, o netiesiogiai – kelia grėsmę ir visai visuomenei. **Rekomendacijos:** tikslinga inicijuoti egzistuojančios kiekių lentelės peržiūrą, nustatant, kokiais kriterijais vadovaujamosi nustatant kiekių ribas. Kaip gera praktika gali būti pasitelkiami užsienio valstybių pavyzdžiai, kuriose nedideliu kiekiu yra laikomas toks kiekis, kuris reikalingas vidutiniam vartotojui tam tikrą dienų skaičių, kadangi tokiu atveju būtų pasiremiama empiriniais duomenimis ir kiekio, turimo savo reikmėms, nustatymas būtų įrodymais pagrįstas.

3. Narkotinės ar psichotropinės medžiagos (mišinio) kainą lemia tik medžiagos rūšis ir kiekis. Nusikalstamos veikos subjektas paprastai įgyja (realizuoja) narkotinės ar psichotropinės medžiagos mišinį, darinį ar kitą produktą nežinodamas, kokia jame yra narkotinės ar psichotropinės medžiagos grynoji masė. Todėl asmens atsakomybė dėl neteisėto disponavimo narkotinėmis ar psichotropinėmis medžiagomis turėtų būti siejama su disponuojamos medžiagos mišinio, darinio ar gaminio svoriu, į kurį nukreipta jo tyčia, o ne į jame esančios grynosios medžiagos kiekį. Šiuo metu Lietuvoje praktikoje sprendžiant klausimus dėl nusikalstamos veikos kvalifikavimo vadovaujamosi būtent grynosios, o ne mišinio, darinio ar kito produkto, į kurio sudėtį įeina narkotinės ar psichotropinės medžiagos, kiekiu. Tokia susiformavusi praktika, vertintina kaip ydinga ir keistina. Be to, pažymėtina, kad kiekybinei narkotinių ir psichotropinių medžiagų analizei atlikti būtina turėti atitinkamas pamatines medžiagas, kurių kaina gali svyruoti nuo kelių šimtų iki kelių tūkstančių eurų. Tokios išlaidos tampa nepakeliamomis ekspertinėms įstaigoms. Esant tokiai situacijai, ikiteisminis tyrimas nevyksta arba trunka labai ilgą laiką, kartu didėja tyrimo kaštai, eikvojami riboti teisėsaugos žmogiškieji ištekliai. **Rekomendacijos:** būtinas kiekių reglamentavimo peržiūrėjimas vadovaujantis griežtai suformuluotais moksliniais kriterijais pagrįsta nuosekalia metodika, paliekant teismams diskreciją su ekspertų pagalba vertinti kiekvieną atvejį individualiai, padėtų adekvačiau įvertinti padarytą nusikalstamą veiką, o grynosios masės nustatymo atsisakymas sąlygotų trumpesnį bei mažiau finansinių resursų reikalaujantį baudžiamąjį procesą.

Rekomendacijos skirtos sveikatos klausimų sprendimui narkotikų politikos srityje:

Pagrindinės rekomendacijos, skirtos sveikatos klausimams narkotikų politikos srityje, būtų šios:

1. Šiuo metu veikianti sveikatos priežiūros sistemos organizavimo ir finansavimo tvarka išskiria priklausomybės sutrikimus į atskirą sutrikimų grupę, kuriai be jokio pagrindimo ir įrodymų, paslaugos teikiamos, apmokamos ir jų stebėseną vykdoma kitaip, nei visų kitų sutrikimų ir ligų atveju t. y. tik maža dalis paslaugų yra apmokama iš PSDF, iki šiol nėra kompensuojamų medikamentų priklausomybės ligoms gydyti (pvz. priklausomybei dėl alkoholio ir pan.), nedarbingumas dėl priklausomybės ligų galimas tik iki 14 dienų per metus, kai

tuo tarpu moksliniai tyrimai nurodo, kad priklausomybių gydymas turi būti gana ilgas procesas (dažniausiai nurodomas laikotarpis iki 3 mėn.) ir apimantis kelis gydymo epizodus.

2. **Rekomendacijos:** didinti paslaugų, apmokamų iš PSDF priklausomybių srityje apimtis (ypatingai antrinio lygio stacionarines paslaugas, dienos stacionaro ir medicininės psichosocialinės reabilitacijos). Parengti įkainį ir tvarką Minesotos programos finansavimo galimybei iš PSDF lėšų. Reglamentuoti nustatant kvotas paslaugos teikimo sąlygas, susijusias su išblaivinimo ir tolimesnio abstinencijos gydymo sąsajomis. Kompensuoti medikamentus, skirtus priklausomybės gydymui, iš PSDF. Peržiūrėti medicininės psichosocialinės reabilitacijos sąlygas ir jų apmokėjimo iš PSDF tvarką ir koreguoti jas, atsižvelgiant į priklausomybių gydymo ypatumus. Užtikrinti, kad priklausomybės ligomis sergantys asmenys, gydymosi metu galėtų gauti nedarbingumą ne mažiau nei 60 kalendorinių dienų per metus.
3. Priklausomybės ligų gydymas šiuo metu yra organizuojamas pirminiame ir antriniuose lygiuose. Pirminė ambulatorinė psichikos sveikatos priežiūra teikiama psichikos sveikatos centruose arba įstaigose, atitinkančiose psichikos sveikatos centrų reikalavimus. Antrinio lygio ambulatorinės ir stacionarinės asmens sveikatos priežiūros paslaugos teikiamos didžiąja dalimi Respublikiniame priklausomybės ligų centre (Vilniaus, Kauno, Klaipėdos, Šiaulių ir Panevėžio filialuose). Paslaugų spektrą sudaro: antrinio lygio priklausomybių specialisto konsultacija, pakaitinis gydymas opioidiniais vaistais, dienos stacionaro paslauga, ambulatorinė medicininė psichosocialinė reabilitacija, alkoholinės ir narkotinės abstinencijos gydymas, psichosocialinio gydymo (Minesotos programa), medicininė stacionarinė psichosocialinė reabilitacija, vaikų ir jaunimo reabilitacija. Stacionarines paslaugas, teikiamas RPLC filialuose, yra apmokamos valstybės biudžeto lėšomis. Šios paslaugos nėra kompensuojamos iš PSDF lėšų. Antrinio lygio stacionarines psichiatrijos paslaugas, dažniausiai aktyvaus gydymo (būklėms su alkoholiniu delyru ar sunkia abstinencija gydyti) teikia ir ligoninės, turinčios psichiatrijos ar ūmių būklių skyrius (pvz. VšĮ Respublikinė Vilniaus psichiatrijos ligoninė, VšĮ Respublikinė Vilniaus universitetinė ligoninė, VšĮ Klaipėdos Jūrininkų ligoninė ir pan.). Tačiau Higienos instituto duomenys, rodo, kad asmenys turintys problemų dėl priklausomybės, į pirminio lygio įstaigas (psichikos sveikatos centrus) kreipiasi ne dažnai (arba jiems diagnozuojamos kitos ligos, neidentifikuojant priklausomybės). Asmenys, sergantys priklausomybės ligomis nenori kreiptis į pirminio lygio specialistus, bijodami būti identifikuoti ar dėl kitų, su stigma ir mažu paslaugų spektru susijusių priežasčių. Todėl tie, kurie kreipiasi pagalbos į antrinio lygio specialistus be pirminio lygio siuntimo, turi už paslaugą mokėti. Tai apsunkina pačios paslaugos prieinamumą ir savalaikį patekimą į sveikatos priežiūros sistemą. **Rekomendacijos:** išlaikyti ir plėsti specializuotas paslaugas priklausomybės ligomis sergantiems asmenims, taip užtikrinant šią

asmenų mažesnę stigmatizaciją ir diskriminaciją. Priklausomybės paslaugų integravimas į kito profilio asmens sveikatos priežiūros įstaigas, keltų grėsmę šiai tikslinei grupei būti diskriminuojamai ir stigmatizuojamai sveikatos priežiūros sistemoje konkuruojant dėl paslaugų, kaip šiuo metu yra pirminiame lygyje (psichikos sveikatos centruose). Plėsti specializuotas priklausomybės ligomis sergančių asmenų paslaugas, tokias, kaip dienos stacionaro paslauga ir psichosocialinė rehabilitacija (tiek ambulatorinė, tiek medicininė). Šių paslaugų, apmokamų iš PSDF kvota ir aprėptis turi būti nustatoma atskiriant jas nuo kitų psichikos sveikatos sutrikimų ir numatant jų gavimo tvarką. Siekiant ekonominio veiksmingumo, tikslinga išlaikyti tinkamą pusiausvyrą tarp stacionariųjų ir ambulatorinių paslaugų (didesnę dėmesį skiriant ambulatorinių paslaugų plėtrai, nes šiuo metu ambulatorinės paslaugos yra gana fragmentiškos ir akivaizdus jų trūkumas). Galima daryti prielaidą, kad gydymo paslaugų poreikis (tiek stacionariųjų, tiek ambulatorinių) turi būti didinamas išlaikant santykį tarp 30 proc. stacionariųjų paslaugų ir 70 proc. ambulatorinių paslaugų, užtikrinant nuoseklų gydymo bei socialinių paslaugų tęstinumą po gydymo, plėtojant paslaugas, padedančias priklausomiems asmenims išvengti ligos atkryčio ir grįžti į pilnavertį gyvenimą.

4. Nors pakaitinio gydymo opioidiniais vaistinėmis preparatais paslauga yra apmokama iš privalomojo sveikatos draudimo fondo, o neturintiems sveikatos draudimo, ją apmoka iš valstybės biudžeto lėšų (priklausomybės ligų centro filialuose), tačiau jos apimtis Lietuvoje nepasiekia rekomenduojamos Pasaulio sveikatos organizacijos (PSO). Lietuvoje 1 000 švirkščiamų narkotikų vartotojų tenka 3,45 farmakoterapijos metadonu paslaugos teikėjai, kurie yra itin netolygiai pasiskirstę geografiškai ir koncentruojasi Vilniaus mieste. Farmakoterapijos metadonu paslaugas gaunančių asmenų ir probleminių švirkščiamų narkotikų vartotojų asmenų skaičiaus santykis Lietuvoje yra 0,1. 2016 m. EMCDDA ataskaitoje Lietuvą nurodoma prie šalių, kuriose tik maža dalis (< 20 proc.) didelės rizikos grupei priskiriamų opioidų vartotojų gauna pakaitinį gydymą. Prancūzijoje ir Portugalijoje šis rodiklis – beveik 80 proc. Nors skirtumai yra dideli, tačiau vis mažėja šalių, kuriose pakaitinio gydymo aprėptis didelės rizikos vartotojams – maža. **Rekomendacijos:** siekti, kad finansuojamos farmakoterapijos opioidiniais vaistais aprėptis (proc.), pagal PSO rekomendacijas, būtų ne mažesnis nei 60 ir prieinamas visuose psichikos sveikatos centruose, bei priklausomybės ligų centro filialuose.
5. Remiantis šios analizės metu surinktais duomenimis iš asmens sveikatos priežiūros įstaigų ir analizuojant Higienos instituto duomenis matome, kad dažniausiai priklausomų nuo psichoaktyvių medžiagų gydymas apsiriboja aktyviu gydymu, kurio trukmė nuo 4 iki 7 dienų. Kaip rodo Higienos instituto, IT Sveidros ir Respublikinio priklausomybės ligų centro, NTAKD duomenys, priklausomybių

gydymo paslaugos ASPĮ dėl įvairių priežasčių yra mažos aprėpties (hipotetiškai galima daryti prielaidą, kad tai gali būti dėl geografinio prieinamumo, taip pat kad ne visos paslaugos apmokamos iš PSDF, per sudėtinga ir tarpusavyje nesuderinta paslaugos skyrimo tvarka, aiškiai neapibrėžiant bendradarbiavimo lygmenis ir indikacijų). Abstinencijos gydymas (tiek alkoholinės, tiek narkotinės) yra tik pirmas žingsnis. Tam, kad būtų galima pasiekti didesnę gydymo / pagalbos efektyvumą, reiktų asmenims rekomenduoti tęsti gydymą, pvz. Minesotos programoje, arba medicininės psichosocialinės reabilitacijos programoje, įstaigose, teikiančiose trumpalaikę socialinę globą (reabilitacijos) ir kt. Minesotos programa šiuo metu yra prieinama tik RPLC Vilniaus, Kauno ir Klaipėdos filialuose. Iki 2018 m. medicininę psichosocialinę reabilitaciją, specializuotą priklausomybės ligomis sergantiems asmenims, organizavo tik RPLC Vilniaus filialas. Nuo 2018 m. ši paslauga yra teikiama dar dviejuose RPLC filialuose: Šiauliuose ir Panevėžyje.

Rekomendacijos: sukurti ir reglamentuoti teisės aktais asmens gydymo proceso tęstinumą tarp skirtingų gydymo įstaigų, sumažinant šiuo metu egzistuojančius barjerus (siuntimų tvarką, perdėtas paslaugos teikimo indikacijas, eiles ir pan.). Peržiūrėti ir koreguoti šiuo metu galiojančią siuntimų tvarką tarp pirminio asmens sveikatos priežiūros lygio ir antrinio, kad asmenys gautų reikiamas paslaugas kuo greičiau ir paprasčiau (t.y. suteikti galimybę gauti antrinio lygio paslaugas be pirminio lygio siuntimo, kaip pvz. šiuo metu paslaugas be siuntimo gali gauti dermatovenerologinių problemų turintys pacientai).

6. 2016 metais Lietuvoje veikė 11 laisvės atėmimo vietų, kuriose buvo 6 815 asmenų (6 493 vyrai ir 322 moterys). Kalėjimų departamento prie Lietuvos Respublikos teisingumo ministerijos duomenimis, 2016 metais dėl psichikos ir elgesio sutrikimų, vartojant narkotines ar psichotropines medžiagas, registruota 1 813 asmenų, arba 26,6 proc. visų laisvės atėmimo vietose buvusių asmenų (1 643 vyrai ir 170 moterys). Dauguma iš jų vartojo opioidus (1 082 atvejai, arba 59,7 proc.) bei kelis narkotikus ir kitas psichoaktyvias medžiagas (536 atvejai, arba 29,6 proc.). Didelis narkotinių medžiagų vartojimo paplitimas laisvės atėmimo vietose kelia kompleksines problemas, apimančias ne tik narkotinių ir psichotropinių medžiagų užkardymo, bet ir sveikatos priežiūros paslaugų įvairovės ir prieinamumo trūkumo problemas: infekcinių ligų ankstyvos diagnostikos, priklausomybių gydymo, prevencijos ir reabilitacijos. Kalėjimų departamento prie Lietuvos Respublikos teisingumo ministerijos duomenimis, Lietuvoje detoksikacija, esant klinikinėms indikacijoms, taikoma, o specialių lovų nėra išskirta, bet stacionarinis gydymas, esant sveikatos sutrikimams ir medicininėms indikacijoms, yra taikomas laisvės atėmimo vietų ligoninėse skyriuose pagal atitinkamus profilius: psichiatrijos, reanimacijos, vidaus ligų arba slaugos ir palaikomojo gydymo skyriuose. Kalėjimų departamento duomenimis, vienos dienos asmens išlaikymas laisvės atėmimo vietų ligoninėje 2017 m. kainavo 94,97 euro, tuo tarpu kitose, ne laisvės atėmimo

vieta, ligoninėse toks gydymas atsiėjo beveik 2,5 karto mažiau (pvz., RPLC psichosocialinės medicininės reabilitacijos lovdienio kaina asmeniui 2017 m. – 38,87 eurų). Lietuvoje priklausomi nuo psichoaktyviųjų medžiagų asmenys gali dalyvauti jiems skirtose psichologinės socialinės reabilitacijos programose. Tačiau jų prieinamumas ir kokybė laisvės atėmimo vietose kelia nemažai diskusijų, pvz. Lietuvos mokslininkai, analizavę kalinių asmenų resocializacijos klausimus, pažymi, kad vis dar trūksta kokybinio, sisteminio, tęstinio požiūrio į psichologinę socialinę reabilitaciją. Svarbu pastebėti ir tai, kad 2015–2017 m. stipriai išaugo naujų ŽIV atvejų skaičius: nuo 157 atvejų iki 263. Tai sparčiausias augimas per pastaruosius 15 m. Didelę dalį naujų ŽIV atvejų sudarė laisvės atėmimo vietose nustatyti nauji ŽIV atvejai. ŽIV infekcija sparčiai plito laisvės atėmimo vietose: nuo 24 naujai nustatytų atvejų 2015 m. iki 97 atvejų 2017 m. Svarbu pastebėti ir tai, kad 2015–2016 m. stipriai padidėjo naujų atvejų skaičius, kai asmenys ŽIV užsikrėtė per švirkščiamuosius narkotikus (2015 m. – 27 proc., 2016 m. – 38,8 proc. visų naujų atvejų). Nors laisvės atėmimo vietose ŽIV problema yra labai aktuali ir svarbi, iki šiol ten nėra švirkštų adatų keitimo programų ir tik nuo 2018 m. balandžio mėn. yra galimybė tęsti pakaitinį opioidinį gydymą metadonu patekus į laisvės atėmimo vietą. Pradėti opioidinį gydymą metadonu laisvės atėmimo vietose Lietuvoje iki šiol nėra galimybių. **Rekomendacijos:** *atsižvelgiant į kitų šalių praktikas, darytina prielaida, kad būtų tikslinga perduoti sveikatos priežiūros paslaugas iš įkalinimo įstaigų sistemos į bendrąją sveikatos priežiūros sistemą, nes turi būti užtikrintas lygiavertiškumas bendruomenėse teikiamoms sveikatos priežiūros paslaugoms ir priežiūros tęstinumas išėjus iš laisvės atėmimo vietų. Toks perkėlimas leistų užtikrinti alternatyvių poveikio priemonių taikymą (susijusių su priklausomybės ligomis), kurios, kaip rodo moksliniai tyrimai, yra efektyvesnės. Taip pat svarbu atsižvelgti į PSO rekomendacijas ir užtikrinti švirkštų ir adatų keitimo programas laisvės atėmimo vietose ir galimybę pradėti gydymą opioidiniais vaistais (metadonu).*

7. Siekiant sumažinti su švirkščiamųjų narkotinių ir psichotropinių medžiagų vartojimu ne gydymo tikslu ir rizikinga elgsena susijusias pasekmes, tarptautinėse rekomendacijose pabrėžiama, kad žemo slenksčio kabinetuose turi būti teikiamas paslaugų, skirtų narkotikų vartotojams, kompleksas, kurį sudaro konsultavimas dėl saugaus švirkštimosi, aprūpinimas švirkštimosi priemonėmis, skiepijimas nuo hepatito A ir B, testavimas dėl infekcinių ligų (ŽIV ir VHC), VHC ir ŽIV gydymas ir kt. Tarptautinės organizacijos taip pat akcentuojama, kad, žemo slenksčio kabinetai yra svarbūs teikiant informaciją apie perdozavimo prevenciją ir dalijant nuo perdozavimo apsaugantį preparatą Naloksoną. Tačiau Lietuvoje, šiuo metu Naloksono, galima įsigyti tik turint receptą. Lietuvoje 2016 m. užregistruoti 109 mirties atvejai (2014 m. – 87 atvejai, 2015 m. – 114 atvejų), kurių tiesioginė priežastis buvo narkotinių ir psichotropinių vartojimas, ir Lietuva buvo viena iš

penkių pirmaujančių ES šalių pagal šį rodiklį. Kaip parodė atlikta analizė, žemo slenksčio paslaugų finansavimas Lietuvoje, vykdomas iš valstybės biudžeto ir savivaldybių indėlio. Skiriamos lėšos nėra pakankamos: jų įgyvendinimui valstybė kasmet skiria 40 000 eurų, savivaldybių skiriamas finansavimas – labai skirtingas ir nenuoseklus. Vadovaujantis naujausiais švirkščiamųjų narkotikų vartotojų paplitimo Lietuvoje duomenimis bei tarptautinių organizacijų parengtomis techninėmis gairėmis, esamas žemo slenksčio paslaugų finansavimas užtikrina tik šiek tiek daugiau nei 20 proc. paslaugų prieinamumo. Tokio lygio ŽSK paslaugų prieinamumas vertinamas kaip vidutinės aprėpties apatinė riba. **Rekomendacijos:** užtikrinti optimalų ŽSK paslaugų finansavimą. Remiantis atliktais paskaičiavimais, vienam klientui turėtų būti skiriamas 331 euras per metus. Siekiant užtikrinti pakankamą ŽSK paslaugų prieinamumą, paslaugų aprėptis turėtų būti didinama iki 60 proc. 2028 m., tai atitiktų tarptautinių organizacijų rekomendacijas ir pasiektų vidutinės aprėpties viršutinę ribą. Užtikrinti švirkščiamųjų opioidų vartotojams galimybę įsigyti Naloksono preparato ir tokiu būdu sumažinti perdozavimų skaičių Lietuvoje.

8. Šiuo metu Lietuvoje nėra bendros gydymą gaunančių pacientų stebėsenos, kad būtų galima identifikuoti asmens kelią gydymo procese. Nors nuo 2012 metų Lietuvoje įdiegta Asmenų, kurie kreipėsi į asmens sveikatos priežiūros įstaigas dėl psichikos ir elgesio sutrikimų, vartojant narkotines ir psichotropines medžiagas, stebėsenos informacinė sistema (toliau – ASIS), tačiau gaunami duomenys yra netikslūs, duomenis į šią sistemą veda ne visos ASPĮ, teikiančios paslaugas priklausomybės ligomis sergantiems asmenims, nėra iki galo aiškios ir tikslingos duomenų deklaravimo tvarkos. Taip pat ši sistema nesuteikia duomenų apie priklausomybę nuo alkoholio turinčius asmenis. Tikslesnius duomenis renka Higienos institutas, kuris sveikatos statistiniams rodikliams skaičiuoti naudoja asmens sveikatos priežiūros įstaigų duomenis, teikiamus Privalomojo sveikatos draudimo fondo informacinei sistemai SVEIDRA, kuriai nėra teikiami duomenys iš biudžetinių asmens sveikatos priežiūros įstaigų ir dalies privačių asmens sveikatos priežiūros įstaigų. **Rekomendacijos:** siekiant surinkti patikimus statistinius duomenis ir duomenis, susijusius su paciento kelio pagalbos sistemoje stebėseną, apie Lietuvos gyventojų sergamumą ir ligotumą priklausomybės nuo psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo ligomis bei su šiomis ligomis susijusių ambulatorinių, dienos stacionaro ir stacionarių asmens sveikatos paslaugų teikimą, tikslinga būtų sujungti esamas informacines sistemas į vieną duomenų rinkimo sistemą, kuri apimtų visus asmens sveikatos paslaugų teikėjus, nepriklausomai nuo jų statuso ar teikiamų paslaugų apimties, bei integruoti į e. sveikatos sistemą t.y. koreguoti pacientų stebėsenos ir paslaugų monitoringo sistemą (ASIS), kuri apimtų visas įstaigas, dirbančias su priklausomybe sergančiais asmenimis, ir leistų atlikti nuasmenintų duomenų stebėseną ir analizę.

9. Lietuvoje stokojama programų ar programos komponentų, kurie būtų pritaikyti moterų, priklausomų nuo psichoaktyviųjų medžiagų, poreikiams (pvz., specialiai moterims gydymo programose skirti grupiniai užsiėmimai, skyriai, kur pagalbą dėl psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo galėtų gauti tik moterys ir (ar) moterys kartu su savo nepilnamečiais vaikais, užtikrinant reikiamų paslaugų teikimą (vaikų dienos priežiūros paslaugas ir pan.). **Rekomendacijos:** plėtoti ir didinti moksliniais duomenimis grindžiamą visapusišką ir integruotą gydymo paslaugų įvairovę, pasiūlą, aprėptį ir prieinamumą. Užtikrinti, kad šiomis paslaugomis būtų sprendžiama kompleksinės narkotikų vartojimo problemos ir atsirandantys nauji poreikiai, susiję su amžiumi, lytimi ir pan. Sukurti veiksmingus ir kokybiškus paslaugų standartus (įskaitant paslaugų standartus pažeidžiamoms grupėms, pvz. moterims, vaikams ir paaugliams, nėščiosioms, šeimoms su mažamečiais vaikais ir pan.) ir specialistų kvalifikacijos tobulinimo ir profesinio palaikymo sistema kuri turėtų būti diegiama gydymo, rehabilitacijos, reintegracijos srityje.
10. Lietuvoje paslaugų priklausomybės ligomis sergantiems asmenims teikimas tarsi ir yra užtikrinamas visuose lygiuose, tačiau šios paslaugos dažnai yra fragmentiškos ir neužtikrinančios sklandaus paciento kelio iš vienos gydymo programos į kitą. Įstaigos vadovaujasi skirtingomis tvarkomis ir pagalbos / gydymo skyrimo indikacijomis, todėl pacientui kartais tenka laukti arba gaišti laiką, siekiant gauti vieną ar kitą pagalbą (pvz. abstinencijos gydymas dėl alkoholio indikuotinas tik tada, kai yra abstinencijos reiškiniai, bet jei pacientas atvyksta apsvaigęs, pvz. vidutinio girtumo, jis dažniausiai nukreipiamas išblaivinimui. O tokia paslauga, kaip išblaivinimas nėra kompensuojama iš PSDF lėšų ar biudžeto lėšų). Svarbu akcentuoti, kad sergančiųjų priklausomybės ligomis asmenų tolimesnė sveikatos priežiūra (gydymas ir rehabilitacija) po antrinio lygio turi būti derinama su pirminės sveikatos priežiūros specialistais. Labai svarbu, kad ir po tęstinio stacionarinio gydymo asmenys toliau tęstų gydymą (atkryčių prevencijos tikslais) ambulatoriškai t.y. lankytų dienos stacionaro, skirto priklausomiems nuo psichoaktyviųjų medžiagų asmenims, ambulatorinės medicininės psichosocialinės rehabilitacijos paslaugas, priklausomybių specialistų paslaugas ir pan. Šiuo metu Lietuvoje nėra vieningos gydymą gaunančių pacientų stebėsenos, kad būtų galima identifikuoti asmens kelią gydymo procese. **Rekomendacijos:** sukurti tarpinstitucinio bendradarbiavimo ir stebėsenos sistemą, kuri leistų užtikrinti įvairių sričių specialistų (sveikatos priežiūros, švietimo, socialinės srities) gebančių įtarti, motyvuoti ir nukreipti pagalbai, koordinuoti paslaugas, bendradarbiavimą. Diegti ir stiprinti vieningą duomenų rinkimo sistemą, kuri leisti ne tik analizuoti narkotikų ir kitų psichoaktyviųjų medžiagų pagalbos prieinamumo situaciją, bet ir keistis duomenimis (nepažeidžiant teisės aktų ir tarptautinių organizacijų rekomendacijų), reikalingais paslaugų plėtrai, prieinamumo gerinimui ir kokybės užtikrinimui

11. Nors įvairios gydymo paslaugos ir jų tvarka, priklausomybės ligomis sergantiems asmenims, yra reglamentuota atskirais teisės aktais, tačiau reglamentavimas yra tik epizodinio pobūdžio, nėra užtikrinama, kad asmuo laiku ir pakankama apimtimi gaus jam būtinas paslaugas. Vyrauja eklektiškas priklausomybės ligomis sergančių pacientų paslaugų teisinis reglamentavimas, t.y. nėra nuoseklios sistemos, galioja daug įvairių teisės aktų, kurių įgyvendinimas itin apsunkintas. Pagal LR Narkologinės priežiūros įstatymą, visi pacientai, kurie kreipiasi į sveikatos priežiūros įstaigas dėl priklausomybių nuo alkoholio, narkotinių ir psichotropinių ar kitų medžiagų, turi būti įrašomi į narkologinių ligonių įskaitą. Tuo tarpu privačios gydymo įstaigos neteikia duomenų apie savo pacientus, laikydamosi konfidencialumo principo, todėl įskaitoje neatsispindi duomenys apie asmenis, besigydančius privačiose įstaigose ar esančius reabilitacijos centruose. Todėl stebima tai, kad priklausomybėmis sergantys asmenys vengia kreiptis pagalbos į valstybines sveikatos priežiūros įstaigas vengdami patekti į įskaitą, arba nesikreipia pagalbos iš viso, ar ieško alternatyvių, dažnai moksliskai nepagrįstų gydymosi būdų. Negydomi priklausomybe sergantys asmenys kelia riziką savo sveikatai ir gyvybei, visos visuomenės sveikatai ir visuomenės saugumui. Kita problema, susijusi su įskaita yra tai, kad ji užkrauna valstybės institucijoms (sveikatos priežiūros institucijoms, teisėsaugai, teismams ir pan.) papildomo bereikalingo darbo. Pavyzdžiui, keliant bylas nuolat renkama informacija dėl asmenų buvimo įskaitoje. Tuo tarpu šios informacijos panaudojimas ir tikslingumas teismuose bei atliekant ikiteisminius tyrimus yra neaiškus, o pati įskaitos informacija nepilna. Todėl akivaizdu, kad reikia iš esmės peržiūrėti ir koreguoti šiuo metu egzistuojantį teisinį reglamentavimą šiuo klausimu.

Rekomendacijos: *peržiūrėti ir koreguoti teisinį reglamentavimą ir naikinti Narkologinės priežiūros įstatymą integruojant jį į Psichikos sveikatos priežiūros įstatymą.*

12. Šiuo metu Lietuvoje ryšys tarp prevencinių, baudžiamųjų, sveikatos priežiūros, reabilitacijos ir integracijos bei žalos mažinimo priemonių - fragmentiškas, nenuoseklus, nepakankamai integruojantis skirtingas institucijas ar pagalbos lygmenis. Daugiausia dėl priklausomybės nuo narkotikų gydymo Lietuvoje tebesikreipia patys - 2016 m. tokių asmenų buvo 67 proc. 11 proc. asmenų nukreipė sveikatos ir socialinės tarnybos, 8 proc. – baudžiamojo teisingumo sistemos institucijos. Nepaisant pavienių iniciatyvų Lietuvoje vis dar trūksta bendradarbiavimo tarp skirtingų institucijų. Tai iliustruoja ir tai, kad Lietuvoje 2016 m. gruodžio 31 d. apygardų probacijos tarnybos prižiūrėjo 367 asmenis (4,4 proc. nuo visų esančių probacijos tarnybos įskaitoje), kuriems paskirtas įpareigojimas gydytis priklausomybės ligas (priklausomybė nuo alkoholio, nuo narkotinių ir psichotropinių medžiagų ir pan.). **Rekomendacijos:** *požiūris, kuris orientuotas į sveikatą, o ne į baudimą, yra efektyvesnis ir tai įrodo moksliniai*

tyrimai. Todėl perkėlus dalį atsakomybės ir darbo iš baudžiamosios srities į sveikatos ir/ar socialinę sritį, šioms sritims turėtų būti užtikrinamas pakankamas finansavimas, kad galėtų teikti kokybiškas paslaugas ir patenkintų šios grupės asmenų poreikius bei atsižvelgtų į visus specifinius, gydymo / pagalbos eigoje kylančius ypatumus (daugiau laiko skiriant asmens situacijos vertinimui, bendradarbiavimui su probacijos tarnyba ir kt.). Šiuo metu egzistuojanti nors ir fragmentiška praktika yra gera, tačiau susiduria su finansavimo ir specialistų trūkumo klausimais. Todėl akivaizdu, kad tikslinga sveikatos priežiūros paslaugas Lietuvoje integruoti tiek horizontaliu lygmeniu (pvz., gerinant specialistų komandinį darbą), tiek ir vertikaliu lygmeniu, kuomet užtikrinamas priklausomybės ligų gydymo paslaugų prieinamumas ir priežiūros tęstinumas tarp pirminio, antrinio lygio ir kitų, pagalbą priklausomybės ligomis sergantiems asmenims teikiančių įstaigų (pvz. socialinių tarnybų, probacijos tarnybų ir pan.).

13. Teikiamų paslaugų kokybei ir efektyvumui nemažą reikšmę turi ir specialistų parengimas švietimo įstaigose, kuriose jie įgyja profesinę kvalifikaciją. Tačiau, kaip parodė NTAKD (2018) atlikta švietimo įstaigų (universitetų, kolegijų) rengiančių gydytojus psichiatrus, psichologus, socialinius darbuotojus, slaugytojus, apklausa, situacija šiuo metu yra ta, kad studijų metu programose priklausomybių temoms yra skiriama labai mažai laiko. Dažniausiai priklausomybių klausimai yra integruojami į įvairias programas, skiriant valandą ar kelias valandas šiai temai (pvz. Utenos kolegijoje, rengiančioje socialinio darbo specialistus 2017 m. buvo skirtos tik 8 val. priklausomybių temai. Daugiausia valandų priklausomybių tema yra skiriama rengiant psichiatrus ir vaikų ir paauglių psichiatrus (pvz. Lietuvos sveikatos universitetas nurodė, kad psichiatrams 2017 m. buvo skirta 280 val., o vaikų ir paauglių psichiatrams 360 val.). Vilniaus universitete psichologams yra dėstomas priklausomybių psichologijos kursas, kurį sudaro 48 val. Vilniaus universitete yra organizuojami gydytojų tobulinimo kursai „Priklausomybės ligų gydymas, rehabilitacija, prevencija bendruomenėje“ (36 val.). Kursas skirtas gydytojams psichiatrams, vaikų ir paauglių psichiatrams, šeimos gydytojams, vidaus ligų gydytojams, klinikinės toksikologijos gydytojams, visuomenės sveikatos specialistams). Taigi, tiek studijų metu, tiek po jų, nėra daug galimybių tobulinti žinias šioje srityje nuosekliai ir reguliariai. **Rekomendacijos:** *adaptuoti ir aprobuoti, diegti metodikas, skirtas motyvaciniam ir atvejo vadybos darbui su priklausomybės ligomis sergančiais asmenimis jų gyvenamoje vietoje, jiems išėjus iš gydymo įstaigų.*

Rekomendacijos skirtos socialinių klausimų sprendimui narkotikų politikos srityje:

Pagrindinės rekomendacijos, skirtos socialiniams klausimams narkotikų politikos srityje, būtų šios:

1. Socialinės paslaugos Lietuvoje turi būti teikiamos daugiausia savivaldybių lygmeniu. Tačiau, kaip parodė ši analizė savivaldybės stokoja kompleksškumo ir įrodymais pagrįstų metodų naudojimo sprendžiant priklausomybės ligomis sergančių asmenų problemas. Svarbu pastebėti ir tai, kad analizuojant strateginius savivaldybių dokumentus, žalingas vartojimas ir/ar piktnaudžiavimas psichoaktyviomis medžiagomis neįvardijami kaip aktualios ir neatidėliotino sprendimo reikalaujančios problemos. Savivaldos grandyje stokojama vieningo požiūrio, veiksmingo pasidalijimo atsakomybėmis, apsiribojama nekoordinuotomis pavienėmis iniciatyvomis. Nesukurta socialinių paslaugų sistema, leidžianti pastebėti žalingo vartojimo ir/ar piktnaudžiavimo psichoaktyviomis medžiagomis problemas, motyvuoti priimti pagalbą, individualizuotai ją teikti, stebėti poveikį ir, prireikus, siūlyti alternatyvas.
Rekomendacijos: siūloma savivaldybių lygmenyje vykdyti žalingai vartojantiems ir/ar priklausomiems nuo psichoaktyviųjų medžiagų asmenims teikiamų socialinių paslaugų teikimo apskaitą, siekiant optimizuoti minimalius socialinių paslaugų standartus bei kaštus, o taip pat didinti paslaugų efektyvumą.
2. Populiariausias šiuo metu Lietuvos savivaldybėse teikiamos paslaugos yra bendrosios paslaugos, tokių kaip informavimas, konsultavimas, tarpininkavimas, motyvavimas kreiptis pagalbos, teikimas. Bendrosios paslaugos iš 60 savivaldybių yra vykdomos 21. 11 savivaldybių apmoka gydymo paslaugas, tačiau nėra aišku, ar jos teikiamos vadovaujantis įrodymais grindžiamais principais. 10 savivaldybių nurodo apgyvendinimą nakvynės namuose. 9 savivaldybės teikia reabilitacijos paslaugas jų teritorijoje gyvenantiems žalingai vartojantiems ir/ar priklausomiems nuo psichoaktyviųjų medžiagų asmenims. Tik 3 savivaldybės nurodė užsiimančios šios asmenų grupės įdarbinimu. Dažniausiai savivaldybėse pasitaikantis paslaugų derinys yra konsultavimas ir gydymo paslaugų apmokėjimas. Socialinių paslaugų planu analizė aprodė, kad nė viena savivaldybė neteikia dienos globos paslaugų asmenims, žalingai vartojantiems ar priklausomiems nuo psichoaktyviųjų medžiagų. Taigi nėra užtikrinama paslaugų įvairovė atsižvelgiant į asmens socialinės rizikos vertinimą bei individualų paslaugų poreikį. **Rekomendacijos:** siūloma savivaldybės lygiu, 100.000 asmenų gyvenamoje teritorijoje užtikrinti minimalius standartus, organizuojant specializuotas socialines paslaugas asmenims, įtariant žalingą vartojimą ir/ar priklausomybę nuo psichoaktyviųjų medžiagų. Siūloma bendrąsias ir specialiąsias socialines paslaugas teikti individualizuotu principu, maksimaliai atsižvelgiant į asmens poreikius: specializuotas konsultavimas, tarpininkavimas, paslaugų koordinavimas, atvejo vadybos paslaugos, socialinės

rizikos vertinimas, dienos globos, apnakvindinimo ir apgyvendinimo paslaugos ir kt. Tikslinga būtų parengti specializuotų socialinių paslaugų, teikiamų žalingai vartojantiems ir/ar priklausomiems nuo psichoaktyvių medžiagų asmenims, tvarkos aprašą siekiant diegti minimalų socialinių paslaugų paketą asmenims, žalingai vartojantiems ir/ar priklausomiems nuo psichoaktyvių medžiagų. Atkreiptinas dėmesys, kad specializuotų socialinių paslaugų savivaldybėje teikimas atlieptų ir žalingai vartojančio ar priklausomo asmens šeimos poreikius. Taip pat siūloma socialinė dienos globos paslauga, kurios turinį sudarytų psichologo, socialinio darbuotojo, teisininko konsultacijos, teikiamos individualiai ir grupėje, bei šeimos narių konsultavimas, mediacijos paslaugos, maitinimas, laisvalaikio organizavimas ir kt. Tikslinė grupė: asmenys, baigę trumpalaikę psichosocialinės reabilitacijos, Minesotos programą; asmenys, nepraradę socialinių ir darbinių įgūdžių, kuriems netikslinga trumpalaikės globos psichosocialinės reabilitacijos bendruomenėje paslauga.

3. Žalingai vartojantys ir/ar priklausomi nuo psichoaktyviųjų medžiagų asmenys, kartu su kitais turinčiais integracijos į darbo rinką sunkumų (negalią turinčiais asmenimis, ilgalaikiais bedarbiais, vyresnio amžiaus asmenimis) sudaro apie pusę visų darbo biržoje registruotų bedarbių. Pagal Lietuvoje galiojančius įstatymus pagrindinis aktyvių darbo rinkos politikos priemonių įgyvendintojas yra Lietuvos darbo birža. Įvairūs tyrimai rodo, jog taikomos paslaugos nėra pakankamai lanksčios ir individualizuotos ir dažnai nepasiekia pagrindinio tikslo – remiamų bedarbių užimtumo. Lietuvoje individualaus darbo su sunkiai integruojamais asmenimis modeliai kol kas nėra sistemingai plėtojami. Įdarbinimo tarpininkus rengia ir tarpininkavimą išbando nevyriausybinės organizacijos, įgyvendindamos įvairius projektus, skirtus tam tikrų tikslinių grupių integracijai į darbo rinką. Neretai pasibaigus projektams iniciatyvos užgesta, projektų metu sukurti produktai ir paslaugos toliau nėra plėtojami, apmokyti žmonės keičia veiklos sritis. Dėl šių priežasčių sunkiai integruojamų asmenų įdarbinimo paslaugų teikimas Lietuvoje, deja, yra fragmentiškas ir neturi apibrėžtų perspektyvų.
Rekomendacijos: *siūloma aprašyti įdarbinimo su parama žalingai vartojantiems ir/ar priklausomiems nuo psichoaktyvių medžiagų, paslaugą, ją įtvirtinti Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos įsakymu bei teikti savivaldybėse, numatant paslaugų pirkimą iš nevyriausybinių organizacijų bei privačių tiekėjų. Tikslinga paslaugos poreikį nustatyti vadovaujantis socialinio darbuotojo vertinimu, nustatant individualių paslaugų poreikį bei socialinės rizikos faktorius.*
4. Lietuvoje šiuo metu yra išplėtotas Psichosocialinių reabilitacijos bendruomenių, teikiančių trumpalaikės globos paslaugas, tinklas: šiuo metu jose yra 304 vietos. Licencijuotose įstaigose, Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos duomenimis, trumpalaikės socialinės globos paslaugų asmenims, priklausomiems nuo psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo prieinamumas 2016 m. buvo 1,36 vietos

tenkančios 10 tūkst. gyventojų. Lyginant su kitomis socialinėmis paslaugomis, trumpalaikės globos paslaugas teikiančios bendruomenės yra pakankamai išplėtotos, licencijuotos ir finansuojamos iš Europos socialinio fondo lėšų. **Rekomendacijos:** siūloma optimizuoti trumpalaikės globos paslaugas, teikiamas priklausomiems nuo psichoaktyvių medžiagų asmenims, numatant, kad vienas asmuo vieną kartą per trejus metus turi galimybę gauti paslaugą, ją pilnai finansuojant iš biudžeto lėšų. Siekiant padidinti paslaugos efektyvumą, siūloma nustatyti patekimo į šią paslaugą kriterijų remiantis socialinės rizikos vertinimu, taip pat dalinai apmokestinti paslaugas, norint dalyvauti programoje daugiau nei vieną kartą per metus. Asmeniui dalyvaujant antrą kartą programoje per trejus metus – iš asmeninių lėšų sumokėti 30 proc. paslaugos kainos, o trečią kartą per trejus metus - 70 proc. paslaugos kainos. Atsižvelgiant į mokslinius tyrimus ir rekomendacijas, siūloma trumpinti programos trukmę ir siekti, kad 30 proc. trumpalaikės globos paslaugų gavėjų sėkmingai baigtų psichosocialinės reabilitacijos programą.

5. Vakarų geroji praktika reikalauja lyčiai specifinės priklausomybių gydymo prieigos, tačiau Lietuvoje iš 15 licencijuotų priklausomybės ligų reabilitacinių bendruomenių, atskiros bendruomenės, teikiančios paslaugas tik moterims, yra tik viena, 9 bendruomenės yra mišrios, 6 teikia paslaugas tik vyrams, ir tik dviejose gali būti apgyvendintos moterys su vaikais. **Rekomendacijos:** siūloma plėtoti paslaugas moterims su vaikais, diegiant trumpalaikės socialinės globos psichosocialinės reabilitacijos įstaigas, kuriose būtų užtikrinta reikalinga pagalba moterims ir jų nepilnamečiams vaikams.
6. Kaip minėta aukščiau, socialinės reintegracijos paslaugos yra teikiamos psichosocialinės reabilitacijos bendruomenėse paskutinėje programos fazėje. Jos yra finansuojamos kaip vienas paketas, todėl atskirai resocializacijos paslaugos nėra finansuojamos. Bendrai socialinė reintegracija Lietuvoje yra daug mažiau išvystyta nei gydymas ar socialinė psichologinė reabilitacija asmenims, priklausomiems nuo psichoaktyviųjų medžiagų, todėl šiai sričiai būtina skirti daugiau dėmesio, į tokios pagalbos teikimo procesą reikia įtraukti savivaldybes. Po psichologinės ir socialinės reabilitacijos būtų tikslinga asmenims, priklausomiems nuo psichoaktyviųjų medžiagų, toliau teikti reintegracijos paslaugas, apimančias laikiną apgyvendinimą, psichologines, socialines paslaugas, pagalbą asmeniui išvengti atkryčio bei sėkmingai integruotis į visuomenę ir darbo rinką. Remiantis Europos Tarybos rekomendacijomis, gydymo intervencijos bei paslaugos turi būti integruotos ir tęstinės, bei, esant reikalui, lydimos socialinių paslaugų (švietimas, apgyvendinimas, profesinis mokymas, gerovės paslaugos), siekiant asmens socialinės integracijos. **Rekomendacijos:** siūloma sukurti ir teisės aktais įtvirtinti socialinės reintegracijos programą, skirtą priklausomiems nuo psichoaktyviųjų medžiagų asmenims, ją licencijuoti ir finansuoti iš valstybės biudžeto.

Socialinės reintegracijos paslaugos turėtų būti organizuojamos apgyvendintose vietovėse, užtikrinant patogų susiekimą su teritorinėmis darbo biržomis bei sudarant galimybes dalyvauti darbo rinkoje ir susirandant būstą. Paslaugą gautų asmenys, baigę psichosocialinės rehabilitacijos programas ar kitas ilgalaikio gydymo programas. Paslaugą siūloma teikti nuo 1 iki 9 mėnesių, bet ne ilgiau, negu 6 mėn. nuo asmens įsidarbinimo pradžios. Reintegracijos paslaugas teikiančiose įstaigose turi būti prieinamos krizių intervencijos ir atkryčių prevencijos paslaugos asmenims, nebedalyvaujantiems programoje, tačiau patiriantiems krizes dėl galimo atkryčio. Siūloma siekti, kad per metus socialinės reintegracijos paslaugas gautų apie 150 asmenų, iš jų 60 proc. įsidarbintų.

7. Socialinių paslaugų sektoriuje tikslinga yra skatinti nukreipimą gydymui asmenims, žalingai vartojantiems ir/ar priklausomiems nuo psichoaktyvių medžiagų. Kaip jau buvo minėta analizuojant kitas sritis (pvz. sveikatos), šiuo metu tarpinstitucinis bendradarbiavimas yra organizuojamas pavieniais atvejais ir dažnai priklausomas nuo konkrečių įstaigų ar ten dirbančių asmenų iniciatyvos. **Rekomendacijos:** teisinę bazę turėtų papildyti Socialinės apsaugos ir darbo ministro įsakymas dėl socialinių paslaugų teikėjų gebėjimų stiprinimo siekiant atpažinti narkotikus vartojančius klientus ir nukreipti juos specializuotai pagalbai ir gydymui, bei mokymai šiems specialistams visose savivaldybėse. Organizuojant kasmetinius mokymus, teritorinių darbo biržų, seniūnijų, nakvynės namų ir specializuotų pagalbos centrų specialistai galės efektyviau motyvuoti ir nukreipti asmenis specializuotos pagalbos. Apmokymus kiekvienos savivaldybės mastu organizuoja savivaldybės administracija ir socialinės paramos skyrius, mokymai finansuojami iš biudžeto lėšų viešųjų pirkimų būdu. Tikimasi, kad po mokymu bus 20 proc. padidėjęs kreipimasis į gydymo ir/ar specializuotą pagalbą teikiančias įstaigas dėl narkotikų vartojimo ir piktnaudžiavimo.

Rekomendacijos susijusios, su ekonominiu narkotikų politikos biudžeto vertinimu

1. Remiantis gautų duomenų analize, 2016 m. su nelegalių psichoaktyvių medžiagų vartojimu susijusios išlaidos sveikatos sistemai sudarė ~ 7,760 mln. eurų, baudžiamosios politikos, susijusios su nelegalių medžiagų kontrole ir vartojimo prevencija, vykdymui buvo išleista ~9,764 mln. eurų. Šiuo metu trūksta duomenų įvertinti valstybės lėšas, išleidžiamas socialinėms paslaugoms, susijusioms su jų vartojimu. Analizuojant su vartojimu susijusių išlaidų informaciją paaiškėjo, kad šiuo metu geriausiai duomenys yra renkami sveikatos srityje. Veikianti „Sveidros“ sistema leidžia gan tiksliai įvertinti teikiamų paslaugų apimtį, ypač, jeigu sveikatos priežiūros įstaigos tikslingai suveda informaciją. Nustatyti aiškūs sveikatos priežiūros paslaugų įkainiai leidžia apskaičiuoti patiriamas kasmetines išlaidas. Tačiau pastebėta, kad visiškai nėra vykdomas ekonominis sveikatos

paslaugų vertinimas. Patirtos išlaidos nėra analizuojamos pagal pasiektus rezultatus, o skiriamos lėšos yra siejamos su abstrakčiais rodikliais, kaip, pvz., procentinis pokytis, tačiau neskaičiuojama ar išleista, t.y. investuota suma atnešė maksimalų visuomenės sveikatos pagerėjimą, pvz., sumažėjo dėl ligos ar neįgalumo prarastų gyvenimo metų (*ang. DALYs*), padaugėjo išgelbėtų gyvenimo metų (*ang. life years saved*) arba kokybiškų gyvenimo metų (*ang. QALYs*). **Rekomendacijos:** sukurti tinkamą, atliepiančią stebėsenai keliamus poreikius, duomenų visose srityse duomenų rinkimo mechanizmą, kuris leistų vykdyti ekonominę sveikatos, teisinių ir socialinių paslaugų vertinimą, susijusi su narkotikų politikos klausimais. Užtikrinti, kad būtų analizuojama patirtos išlaidos pagal pasiektus rezultatus, o skiriamos lėšos siejamos abstrakčiais rodikliais (aukščiau paminėtais). Norint suprasti ar valstybės lėšos, susijusios su nelegaliomis psichoaktyviomis medžiagomis, yra investuojamos tinkama linkme, ar jos atsiperka, kokia yra jų grąža po 5, 10, 20 metų, yra būtina gerinti finansinių duomenų rinkimo ir analizavimo įrankius, ypač teisės sistemoje. Tik apskaičiavus dabartinės konkrečių veiklų, programų, paslaugų, iniciatyvų ir t.t. finansines išlaidas yra įmanoma atlikti ekonominio efektyvumo analizes, kurios leistų efektyviau planuoti ir skirstyti valstybės biudžeto lėšas.

2. Vertinant baudžiamosios politikos, susijusios su nelegaliomis psichoaktyviomis medžiagomis, vykdymo išlaidas Lietuvoje trūko nemažai duomenų. Tikėtina, kad tikroji išleidžiama suma yra daug didesnė negu ~9,764 mln. eurų per metus. Ypatingai trūko informacijos iš Lietuvos policijos. Stebėtina, kad policija nėra apskaičiavusi, kiek jiems vidutiniškai kainuoja vienas iškvietimas, kad nėra renkama informacija, kiek kainuoja prevencinės priemonės, reidai ir patruliavimai masinėse susibūrimo vietose. Taip pat nėra informacijos apie vidutinę asmenų suėmimo trukmę ir vienos dienos vidutinio vieno asmens išlaikymo policijos areštinėje įkainį. **Rekomendacijos:** siekiant įvertinti, kokia dalis policijos biudžeto tenka išlaidoms, susijusioms su nelegaliomis psichoaktyviomis medžiagomis, būtina rinkti visus duomenis, susijusius su baudžiamąja politika ir juos analizuoti.
3. Vertinant valstybės išlaidas, išleidžiamas socialinėms paslaugoms, susijusioms su nelegalių psichoaktyvių medžiagų vartojimu, paaiškėjo, kad jas vartojantys asmenys yra priskiriami prie bendros socialinės rizikos asmenų grupės. Šiuo metu nėra konkrečių valstybinių programų, koncepcijų ir gairių skirtų specialiai vartojantiems asmenims, todėl apskaičiuoti, kuri patiriamų išlaidų dalis gali būti skirta vartojantiems asmenims būtų sunkiai įmanoma. **Rekomendacijos:** *Ekonomiškai vertinti būtų galima konkrečias programas, projektus, kurių metu dirbama tik su psichoaktyvias medžiagas vartojančių asmenų grupe.*

