

НАЦІОНАЛЬНИЙ З В І Т

ЗА 2015 РІК

ЩОДО НАРКОТИЧНОЇ СИТУАЦІЇ В УКРАЇНІ (за даними 2014 року)

для Європейського моніторингового центру
з наркотиків та наркотичної залежності

Поглиблений огляд наркоситуації в Україні.
Пропозиції стосовно покращення у сфері надання допомоги
наркозалежним особам та доступності пацієнтів до лікарських засобів,
що містять наркотичні засоби, психотропні речовини та прекурсори

НАЦІОНАЛЬНИЙ ЗВІТ ЗА 2015 РІК ЩОДО НАРКОТИЧНОЇ СИТУАЦІЇ В УКРАЇНІ (за даними 2014 року)

для Європейського моніторингового центру з наркотиків
та наркотичної залежності

Поглиблений огляд наркоситуації в Україні. Пропозиції стосовно покращення у сфері надання допомоги наркозалежним особам та доступності пацієнтів до лікарських засобів, що містять наркотичні засоби, психотропні речовини та прекурсори



Київ–2015

Рецензент: Гриненко І.М., кандидат юридичних наук, доцент кафедри Національної академії Служби безпеки України

Укладачі:

Пінчук І.Я., д. мед. н., с. н. с., Шум. С.С. к. мед. н.,
Румянцева С.С., Чередніченко В.П., Іванова Я.Г.,
Вольних Ю.В., Вовк Л.М., Давиденко О.Г., Гавриш Є.М.,
Жало Ю.П., Тарасенко І.Ю., Улізко А.І.

«Національний звіт за 2015 рік щодо наркотичної ситуації (за даними 2014 року). Поглиблений огляд наркоситуації в Україні. Пропозиції стосовно покращення у сфері надання допомоги наркозалежним особам та доступності пацієнтів до лікарських засобів, що містять наркотичні засоби, психотропні речовини та прекурсори»

Національний звіт підготовлений на базі комплексного аналізу наркоситуації у країні та містить оцінку стану вживання не за медичним призначенням наркотичних засобів та психотропних речовин, наявної у країні політики у сфері контролю за їх обігом, діяльності державних органів із профілактики та лікування наркотичної залежності. Звіт також містить оцінку соціальних та медичних наслідків вживання психоактивних речовин для населення України, та кримінологічний аналіз злочинності, пов'язаної із наркотиками. Здійснено аналіз ситуації у сфері забезпечення населення України знеболювальними лікарськими препаратами, що містять наркотичні засоби, які ґрунтуються на моніторингу споживання такого роду препаратів в регіонах країни.



Видання надруковане за сприяння МБФ «Альянс громадського здоров'я» в рамках програми «Інвестиції заради впливу на епідемії туберкульозу та ВІЛ-інфекції», за підтримки Глобального фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією.

Рецензія: Гриненко І.М. кандидат юридичних наук, доцент кафедри Національної академії Служби безпеки України

Національний звіт за 2015 рік щодо наркотичної ситуації в Україні (за даними 2014 року) для Європейського моніторингового центру з наркотиків та наркотичної залежності підготовлений Українським моніторинговим та медичним центром з наркотиків та алкоголю Міністерства охорони здоров'я України на ґрунті комплексного аналізу наркоситуації у країні та містить оцінку стану немедичного вживання наркотичних засобів та психотропних речовин, наявної у країні політики у сфері контролю за їх обігом, діяльності державних органів із профілактики та лікування наркотичної залежності. Звіт також містить оцінку соціальних та медичних наслідків вживання психоактивних речовин для населення України, та кримінологічний аналіз злочинності, пов'язаної із наркотиками.

Вибраною темою Звіту, які приділено особливу увагу, є контроль за обігом хімічних прекурсорів, що використовуються у незаконному виробництві наркотичних засобів та психотропних речовин. Зазначена тема становить значний інтерес для спеціалістів у різних галузях та до цього часу в Україні майже не досліджувалася. Слід зазначити, що дослідженню питань протидії незаконному обігу прекурсорів, незважаючи на всю їх важливість, приділяється диспропорційно низька увага і науковцями інших країн. Доступ до прекурсорів є необхідною вимогою для виробників незакон-

них наркотиків, а прибутки на ринку зазначених речовин часто перевищують доходи злочинців, що оперують із «кінцевим продуктом». При цьому ризик для правопорушників, як правило, є відносно незначним, як через специфіку правового регулювання обігу таких речовин, так і часто через недостатню обізнаність правоохоронців із сутністю цієї проблеми. В Звіті розкрито специфіку правового регулювання обігу хімічних прекурсорів, обумовлену широким використанням таких речовин в господарстві, фармації, побуті тощо.

Важливим, на нашу думку, є проведений авторами Звіту аналіз ситуації у сфері забезпечення населення України знеболювальними лікарськими препаратами, що містять наркотичні засоби, який ґрунтується на моніторингу споживання такого роду препаратів в регіонах країни. На ґрунті проведеного дослідження авторами робляться обґрунтовані висновки, що мають враховуватися при розрахунках потреби України у лікарських засобах, що містять підконтрольні речовини.

Заслугує на позитивну оцінку підхід авторів до аналізу політики України у сфері протидії злочинності, пов'язаної із незаконним обігом наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів. Автори Звіту слушно акцентують увагу на необхідності посилення профілактичної складової такої діяльності, усунення передумов наркотизації населення та запобігання діяльності організованих злочинних угруповань.

Враховуючи викладене, вважаю, що рецензований Національний звіт за 2015 рік щодо наркотичної ситуації в Україні (за даними 2014 року), підготовлений Українським моніторинговим та медичним центром з наркотиків та алкоголю Міністерства охорони здоров'я України є роботою, що становить суттєву практичну та наукову цінність для читачів у нашій країні та за кордоном і заслуговує на видання.

ЧАСТИНА А: ТЕНДЕНЦІЇ РОЗВИТКУ СИТУАЦІЇ	7
1. Наркотична політика: законодавство, стратегія та аналіз (2013–2015)	7
1.1. Вступ: дефініції, інструменти збору даних та контекстуальна інформація та огляд проблемних питань, пов'язаних з наркополітикою	7
1.2. Законодавча база в наркотичній сфері	12
1.3. Національний план дій, стратегії, оцінка та координація	14
1.4. Координаційний механізм наркотичної сфери	15
1.5. Економічний аналіз	15
2. Вживання наркотиків серед загального населення та окремих цільових груп	17
2.1. Вступ: дефініції, інструменти збору даних та контекстуальна інформація	17
2.2. Аналітична довідка за результатами дослідження «Оцінка чисельності наркозалежних жінок репродуктивного віку та наркозалежних вагітних жінок в Україні»	17
Висновки та рекомендації	19
2.3. Вступ: дефініції, інструменти збору даних та контекстуальна інформація	20
2.4. Аналітична довідка щодо надання спеціалізованими лікувальними закладами медичної допомоги особам, які вживають наркотики та психоактивні речовини	20
Захворюваність на розлади психіки та поведінки через вживання наркотичних засобів	20
Поширеність розладів психіки та поведінки через вживання наркотичних засобів	24
Розлади психіки та поведінки через вживання психоактивних (наркотичних) засобів серед дітей (віком від 0 до 17 років включно)	27
3. Профілактика	30
3.1. Вступ: дефініції, інструменти збору даних та контекстуальна інформація	30
3.2. Стратегії в профілактиці	31
Оподаткування алкогольної продукції та тютюнових виробів	31
Рекламування тютюнових виробів та алкогольних напоїв	33
Обмеження продажу алкогольних напоїв та тютюнових виробів	34
Обмеження споживання алкогольних напоїв та куріння тютюнових виробів	34
Профілактичні акції	35
3.3. Соціально-педагогічна профілактика адиктивної поведінки	35
Профілактичні наркологічні огляди	37
Огляди на стан сп'яніння	39
3.4. Вибіркова профілактика	41
Соціально-профілактична робота мережі центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді	42
3.5. Профілактичні та просвітницькі заходи серед дітей, молоді та їх батьків	43
3.6. Профілактичні дії через ЗМІ	44
4. Проблемне вживання наркотиків	46
4.1. Вступ: дефініції, інструменти збору даних та контекстуальна інформація	46
4.2. Біоповедінкове дослідження: Моніторинг поведінки та поширення ВІЛ-інфекції серед споживачів ін'єкційних наркотиків як компонент епідагледу за ВІЛ другого покоління	46
Вибірка та географічне охоплення	48
Соціальний портрет споживачів ін'єкційних наркотиків	49
Види наркотиків	50
Сексуальна поведінка та ризик інфікування ВІЛ при сексуальних контактах	53
Користування послугами громадських організацій та охоплення профілактичними програмами	54
Знання шляхів передачі ВІЛ-інфекції	55
Звернення до послуг КіТ	55
Рівень інфікування на ВІЛ та інші соціально небезпечні хвороби	58
Ключові рекомендації для впровадження профілактичних програм	59

5. Лікування наркологічних захворювань: охоплення лікуванням та доступність лікування	60
5.1. Вступ: дефініції, інструменти збору даних та контекстуальна інформація	60
5.2. Загальний опис, доступність та забезпечення якості	60
Стратегія/політика	60
Система лікування	61
Забезпечення якості	63
Замісна підтримувальна терапія	64
Інформація щодо ситуації з програми профілактики та лікування ВІЛ/ТБ/ВГС/ЗПТ у Донецькій та Луганській областях (станом на 28.01.2015 р.)	68
5.3. Доступ до лікування	68
Характеристика контингенту пролікованих осіб	68
Захворюваність на розлади психіки та поведінки внаслідок вживання наркотичних засобів	68
Поширеність розладів психіки та поведінки внаслідок вживання наркотичних засобів	69
6. Наслідки для здоров'я	71
6.1. Вступ: дефініції, інструменти збору даних та контекстуальна інформація	71
6.2. Інфекційні захворювання, пов'язані зі вживанням наркотиків	72
Загальна ситуація з ВІЛ/СНІД	72
ВІЛ-інфекція серед споживачів наркотиків	73
Гепатити	74
Туберкульоз	75
Ко-інфекції: туберкульоз, ВІЛ/СНІД, гепатити В/С	75
Захворювання, що передаються статевим шляхом	76
6.3. Інші наслідки для здоров'я, пов'язані зі вживанням наркотиків	76
Огляди на стан сп'яніння	76
6.4. Смертність, пов'язана з наркотиками, та смертність серед споживачів наркотиків	77
7. Соціальні наслідки та реінтеграція	78
7.1. Вступ: дефініції, інструменти збору даних та контекстуальна інформація	78
7.2. Соціальне виключення та вживання наркотиків	79
7.3. Підлітки, які живуть та працюють на вулиці	79
Соціальний портрет підлітків груп ризику	82
Практика вживання алкоголю та наркотичних речовин	82
Контакти з органами правопорядку та соціальними закладами	83
Рівень інфікування ВІЛ	83
Висновки	83
7.4. Соціальна реінтеграція	84
Ромська спільнота	84
Центри ресоціалізації наркозалежної молоді	84
Реінтеграція наркозалежних осіб, звільнених з місць позбавлення волі	86
Висновки	86
8. Злочинність, пов'язана з наркотиками. Профілактика злочинності. Пенітенціарна система	87
8.1. Вступ: дефініції, інструменти збору даних та контекстуальна інформація	87
8.2. Злочинність, пов'язана з наркотиками	88
8.3. Порушення законодавства у сфері обігу наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів, а також протидії їх незаконного обігу	90
Злочини, пов'язані зі вживанням та зберіганням без мети збуту	91
Злочини, пов'язані із незаконним обігом наркотиків із метою збуту та постачання	91
Засуджено за злочини, пов'язані із незаконним обігом наркотиків	93
8.4. Інші види злочинів, пов'язаних зі вживанням наркотиків	94
Злочини, скоєні особами, які мають психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання психоактивних речовин, у стані наркотичного сп'яніння	95
Порушення Правил дорожнього руху	96
8.5. Шляхи попередження наркоманії	97
Профілактика злочинності, пов'язаної з наркотиками	98

Дослідження «Вплив програм замісної підтримувальної терапії на криміногенну ситуацію у державі»	102
8.6. Інтервенції в кримінально-виконавчій системі	103
Альтернатива ув'язненню	105
8.7. Вживання наркотиків у виправних закладах	107
Лікування осіб, які мають розлади психіки, у виправно-трудових установах	110
8.8. Реінтеграція осіб, які мають психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання психоактивних речовин звільнених з місць позбавлення волі	111
Ресоціалізація засуджених осіб	112
9. Ринок наркотиків	116
9.1. Вступ: дефініції, інструменти збору даних та контекстуальна інформація	116
9.2. Наявність наркотиків, що знаходяться у незаконному обігу та канали надходження	117
Оцінка доступності наркотиків	119
Походження наркотиків: виробництво та імпорт наркотичних засобів	121
Контрабандне ввезення та вивезення наркотичних засобів	122
9.3. Вилучення наркотиків	126
Кількість наркотиків, вилучених із незаконного обігу	126
Кількість прекурсорів, вилучених із незаконного обігу, що використовуються для виготовлення наркотиків	130
Кількість лабораторій з виготовлення наркотичних засобів для незаконного обігу	131
9.4. Ціни на наркотики, що знаходяться у незаконному обігу, та їх чистота	134
Роздрібна ціна на наркотики, що знаходяться у незаконному обігу	134
ЧАСТИНА Б: ВИБРАНА ТЕМА	137
10. Необхідність контролю за обігом прекурсорів	137
10.1. Прекурсори як складова процесу виробництва наркотиків	137
10.2. Особливості незаконного виготовлення окремих видів наркотиків	138
Кокаїн	138
Героїн	139
Ацетильований опій	139
Синтетичні наркотики (метамфетамін, амфетамін)	140
10.3. Прекурсори та наркотичний бізнес	143
10.4. Організація контролю за обігом прекурсорів в Україні	144
10.5. Висновки за результатом висвітлення вибраної теми	145
11. Забезпечення населення України лікарськими препаратами, що містять наркотичні засоби ...	146
11.1. Забезпечення населення України знеболювальними лікарськими препаратами, що містять наркотичні засоби	146
11.2. Забезпечення пацієнтів, що беруть участь у програмі замісної підтримувальної терапії, лікарськими засобами, що містять бупренорфін та метадон	162
Додатки	176
Перелік таблиць в тексті	176
Перелік графіків в тексті	178
Список скорочень, використаних в тексті	180
Електронні джерела	182
Нормативно-правова база	186
Список використаної літератури	191

ЧАСТИНА А:

ТЕНДЕНЦІЇ РОЗВИТКУ СИТУАЦІЇ

1. Наркотична політика: законодавство, стратегія та аналіз (2013–2015)

1.1. Вступ: дефініції, інструменти збору даних, контекстуальна інформація та огляд проблемних питань, пов'язаних з наркополітикою

В Україні гармонізована державна наркополітика, з цією метою Законами України «Про наркотичні засоби, психотропні речовини і прекурсори» та «Про заходи протидії незаконному обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів та зловживанню ними» імплементовано Конвенції ООН про наркотичні засоби» 1961 року, про психотропні речовини 1971 року та про боротьбу проти незаконного обігу наркотичних засобів і психотропних речовин 1988 року.

Закон України «Про наркотичні засоби, психотропні речовини і прекурсори» визначає правові та організаційні засади державної політики щодо обігу в Україні наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів, а також встановлює порядок державного контролю, повноваження органів виконавчої влади, права та обов'язки фізичних та юридичних осіб у сфері обігу зазначених засобів і речовин.

Відповідно, другий Закон визначає систему заходів, спрямованих на боротьбу з незаконним обігом наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів та зловживання ними, права та обов'язки юридичних і фізичних осіб.

Таким чином, в Україні створено систему важелів та противаг. З одного боку — забезпечення доступності громадян України до якісних лікарських засобів, що містять наркотичні засоби, психотропні речовини та прекурсори, хімічної продукції та сільськогосподарської продукції з незначним вмістом підконтрольних речовин (насіння маку, коноплі), а з іншого — комплекс заходів стосовно недопущення їх витоку у незаконний обіг, а також недопущення вживання цих засобів не за медичним призначенням або зловживання ними.

Основним суб'єктом першого та другого Законів України є Державна служба України з контролю за наркотиками (далі — ДСКН України).

Довідково: Державна службу України з контролю за наркотиками створена 13 квітня 2010 року відповідно до Указу Президента України від 13.04.2011 № 457/2011.

При цьому, у чинне на той період законодавство, були внесені зміни, згідно з якими із числа суб'єктів Закону України «Про наркотичні засоби, психотропні речовини і прекурсори» вилучені міністерства, що були задіяні у сфері законного обігу, а їх замінив новостворений орган.

А до Закону України «Про заходи протидії незаконному обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів та зловживанню ними», із числа суб'єктів вилучено МОЗ України, а внесений новостворений орган.

Як показала подальша практика, протягом 2011–2015 років ситуація у сфері незаконного обігу наркотиків не змінилась на краще, натомість у сфері законного обігу з'явилися проблеми, пов'язані із доступом населення до нарковмісних лікарських засобів, у виробництві хімічної продукції — необґрунтовані обмеження, пов'язані із необхідністю отримання ліцензії на продукцію, яка не може бути предметом зловживань (клеї, фарби, чорнила, лаки тощо), а також у сільськогосподарській галузі — призупинилось селекціонування низько морфінних сортів насіння маку та технічної коноплі з низьким вмістом тетрагідроканнабінолу.

Аналізом причин такого стану справ з'ясовано, що зазначене стало можливим оскільки розв'язання питань законного обігу продукції, що містить підконтрольні речовини, було покладено на єдиний орган, який не мав фахівців відповідної кваліфікації.

З метою виправлення вказаної ситуації Урядом запропонована оптимізація системи центральних органів виконавчої влади, затверджена постановою Кабінету Міністрів України від 10.09.2014 № 442, якою передбачено утворення Державної служби України з лікарських засобів та контролю за наркотиками, реорганізувавши шляхом злиття Державної служби з лікарських засобів та Державної служби з контролю за наркотиками. При цьому, функцію ДСКН України, пов'язану з реалізацією державної політики щодо обігу наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів, передано до вказаної вище Служби, що утворюється, а функцію із забезпечення формування державної політики з зазначених питань та координації у цій сфері — до МОЗ України.

Але станом, на 1 березня 2015 року шляхи реалізації зазначеної постанови не визначені.

Враховуючи викладене, відокремленим структурним підрозділом «Медичний та моніторинговий центр з алкоголю та наркотиків» Українського інституту соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України пропонується визначитись у доцільності застосування наступних засад у формуванні наркополітики в Україні.

1. Відновити децентралізацію законного обігу підконтрольних речовин, залишивши право за кожним із центральних органів виконавчої влади формувати політику у сфері законного обігу продукції повсякденного споживання, що містить підконтрольні речовини.

2. Повернути МОЗ України до суб'єктів Закону України «Про заходи протидії незаконному обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів та зловживанню ними», у частині протидії вживанню наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів та прекурсорів не за медичним призначенням.

3. Відновити діяльність Національної координаційної Ради боротьби з наркоманією, створеної при Кабінеті Міністрів України, основними завданнями якого є забезпечення здійснення комплексного аналізу стану, пов'язаного з обігом наркотичних засобів в Україні, та контролю за дотриманням органами виконавчої влади законів України, постанов Верховної Ради України, указів і розпоряджень Президента України, актів Кабінету Міністрів України з питань боротьби із зловживаннями наркотичними засобами та їх незаконним обігом.

Вказані зміни пропонуються з метою стабілізації ситуації, пов'язаної із вживанням підконтрольних речовин не за медичним призначенням.

Поряд з цим, особливої уваги потребує аналіз стану законодавчого забезпечення наркополітики в Україні.

Зміни, що були внесені до національного законодавства у наркотичній сфері в 2013–2014 роках, спрямовувалися, окрім, підвищення ефективності заходів протидії незаконному обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів і протидії наркозлочинності, а також — на покращення доступності до лікарських засобів, та іншої продукції, що містить наркотичні засоби, психотропні речовини та прекурсори.

Нажаль, ряд актуальних питань щодо наркотиків, зокрема, зменшення попиту на наркотики, зміцнення та збереження здоров'я шляхом посилення заходів профілактики їх вживання, покращення якості та ефективності надання наркологічної допомоги наркозалежним особам, правовому статусу осіб, які мають психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання психоактивних речовин, створення сприятливого для здоров'я середовища не зазнали змін. Поряд з цим у подальшому планується системно проаналізувати проблемні питання, пов'язані з вказаними дефініціями та запропонувати конкретні шляхи їх вирішення.

У питаннях покращення доступності населення до лікарських засобів, що містять наркотичні засоби, психотропні речовини та прекурсори, МОЗ України розроблено та обговорено із заінтересованими міністерствами та відомствами Концепцію доступності населення України до лікарських засобів, що містять наркотичні засоби, психотропні речовини та прекурсори, та недопущення їх вживання не за медичним призначенням.

Оскільки у 2012–2013 роках існувала проблема, пов'язана з низьким рівнем забезпеченості населення України лікарськими засобами, що містять наркотичні засоби, психотропні речовини та прекурсори, яка виникла внаслідок законодавчої зарегульованості контролюючими органами вказаної діяльності, стан надання медичної допомоги особам, що потребують лікування такими препаратами (у тому числі, знеболення), вкрай кричущий.

З іншого боку проблема зловживань наркотичними засобами (у тому числі лікарськими засобами, що їх містять) потребує щоденного ретельного контролю за вказаним явищем та своєчасного адекватного реагування з боку держави на виправлення ситуації.

Досягнути бажаних збалансованих позитивних результатів у сфері обігу підконтрольних лікарських засобів і протидії незаконному обігу наркотиків можливо за умови наявності єдиного системного підходу у зборі, аналізі, узагальненні (моніторингу) даних, які б розкривали всі проблемні питання пов'язані з однієї сторони — із обігом підконтрольних лікарських засобів, а з іншої — недопущенням їх витоку у незаконний обіг, припинення зловживань наркотичними засобами, а також надання якісної медичної допомоги особам, хворим на наркоманію.

Метою розроблення вказаної Концепції було налагодити якісний збір вказаної інформації та запропонувати шляхи вирішення проблемних питань.

Вказана Концепція пройшла обговорення, але не прийнята законодавчо. Поряд з цим, у ході погодження її з зацікавленими центральними органами виконавчої влади ряд проблемних питань, таких, як — полегшення вимоги для приміщень, в яких здійснюється діяльність, пов'язана із обігом підконтрольних лікарських засобів, підвищено обсяги виписування на один рецепт таких препаратів, а також спрощено порядок знищення бланків рецептів було вирішено в режимі он-лайн.

Нажаль, у питаннях покращення доступності населення до продукції, що містить наркотичні засоби, психотропні речовини та прекурсори, ні головним розробником, ні заінтересованими органами не було запропоновано зміни, які б зробили прозорим законодавство у цій сфері та створили б умови для унеможливлення зловживань з боку контролюючих органів до суб'єктів, які на законних підставах здійснюють діяльність з обігу товарів широкого вжитку, яка може використовуватись для незаконного виробництва наркотиків.

Нормотворча діяльність у звітному періоді була зосереджена на виконанні рішень політичного керівництва держави щодо формування та реалізації стратегічних напрямів наркополітики, удосконалення державного регулювання та контролю за обігом наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, розвитку міжнародного співробітництва у сфері протидії поширенню наркоманії.

У звітному періоді значно нарощувалась стратегічна складова наркополітики України, зокрема, прийняття Урядом важливого політико-правового документу — «Стратегії державної політики щодо наркотиків на період до 2020 року», знаменувало собою кардинальний поворот у діяльності державних органів щодо подолання наркоманії та протидії наркозлочинності.

Мова йде перш за все про нові підходи у здійсненні антинаркотичних заходів: пріоритетність лікувально-реабілітаційних зусиль по відношенню до силового вирішення проблеми наркоманії, посилення профілактичної спрямованості наркополітики у всіх її складових, диверсифікацію контрольної, координаційної функцій суб'єктів політики та їх консолідацію і забезпечення єдності дій, широке залучення до практики її реалізації громадськості та структур громадянського суспільства.

Цим самим було закладено інституційні засади антинаркотичної діяльності держави.

Нормотворча діяльність також була спрямована на поліпшення регуляторної складової. Протягом звітного періоду підготовлено 20 проектів нормативно-правових актів (у 2010 р. — 2, 2011 р. — 13, 2012 р. — 20), з яких 8 набрали чинності.

На виконання Програми економічних реформ на 2010 — 2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава» розроблено проекти:

- постанови Кабінету Міністрів України «Про внесення змін до Порядку видачі дозволів на право ввезення на територію України, вивезення з території України або транзиту через територію України наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів», якою запропоновано спростити механізм видачі дозволу на здійснення відповідного виду діяльності у сфері обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів;
- постанови Кабінету Міністрів України «Про затвердження критеріїв, за якими оцінюється ступінь ризику від провадження господарської діяльності у сфері обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів та визначається періодичність здійснення планових заходів державного нагляду (контролю) Державною службою з контролю за наркотиками», що має забезпечити здійснення належного державного нагляду (контролю) за вказаною господарською діяльністю, аргументовано зменшити кількість та частоту здійснення перевірок та звужити коло суб'єктів господарювання, які відносяться до високого ступеню ризику, унеможливити необґрунтовані обтяження окремо взятого суб'єкта господарювання перевітками наглядових органів.

Для забезпечення функціонування відповідних суб'єктів господарювання, а населення достатньою кількістю лікарських засобів, що містять наркотичні засоби і психотропні речовини, 29 квітня 2013 року Кабінетом Міністрів України затверджено постанову № 313 «Про затвердження обсягів квот на 2013 рік, у межах яких здійснюється культивування рослин, що містять наркотичні засоби і психотропні речовини, виробництво, виготовлення, зберігання, ввезення на територію України та вивезення з території України наркотичних засобів і психотропних речовин».

13 травня 2013 року Кабінетом Міністрів України затверджено постанову № 333 «Про затвердження Порядку придбання, перевезення, зберігання, відпуску, використання та знищення наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів у закладах охорони здоров'я», яка була розроблена на виконання частини третьої статті 21 Закону України «Про наркотичні засоби, психотропні речовини і прекурсори». Положення постанови усувають всі недоліки, прогалини та колізії, що виникали при застосуванні на практиці наказу Міністерства охорони здоров'я України від 21 січня 2010 року № 11 «Про затвердження Порядку обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів у закладах охорони здоров'я», яким раніше врегульовувались питання щодо обігу підконтрольних речовин у закладах охорони здоров'я.

На постійній основі у 2013–2014 роках здійснювалося підтримання в актуальному стані переліку наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 6 травня 2000 року № 770. Так, Кабінетом Міністрів України було прийнято постанови від 9 січня 2013 року № 15 «Про внесення змін до переліку наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів» та від 8 квітня 2013 року № 234 «Про внесення змін до переліку наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів», спрямованими на контрольований доступ населення окремими підконтрольними лікарськими препаратами. Крім того, з метою покращення забезпечення споживачів лікарським засобом калію перманганат, розроблено проект постанови Кабінету Міністрів України «Про внесення зміни до переліку наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів».

Також, були розроблені науково обґрунтовані зміни до наказу МОЗ України від 1 серпня 2000 № 188 «Про затвердження таблиць невеликих, великих та особливо великих розмірів наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, які знаходяться у незаконному обігу», зареєстрованому у Міністерстві юстиції України 16 серпня 2000 за № 512/4733, у тому числі зміни до структури таблиць та розмірів окремих речовин.

Вказані зміни були продиктовані необхідністю заповнити штучний проміжок між невеликими та великими розмірами речовин, що породжував юридичну колізію при кваліфікації дій у сфері незаконного обігу наркотиків як адміністративно-правових чи кримінально-правових правопорушень.

Для усунення цієї колізії запропоновано ввести додатково в таблиці розмірів наркотичних засобів і психотропних речовин визначення цих речовин у значних розмірах, що відповідає змісту пункту 20 постанови Пленуму Верховного Суду України від 26.04.2002 № 4 «Про судову практику в справах про

злочини у сфері обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів або прекурсорів». Крім того, запропоновані зміни значно спрощують практику застосування таблиць в правоохоронній та судовій сферах діяльності.

Цими змінами передбачено збільшення розмірів окремих речовин, включених до таблиць, що викликано виключно потребами поступового приведення їх розмірів до рекомендацій ВООЗ, МККН ООН та міжнародної практики, оскільки в окремих випадках ці розміри у національних нормативно-правових актах практично в десятки разів менші, ніж в інших країнах і не співрозмірні з медичними показниками щодо десятидобових доз вживання наркотичних засобів і психотропних речовин, та ступеню їх суспільної небезпечності. Гранична величина невеликих розмірів окремих речовин навіть нижча від терапевтичної добової дози лікарських засобів, що містять наркотичні засоби і психотропні речовини.

Як свідчить антинаркотична практика України та інших країн, низькі порогові показники невеликих розмірів наркотичних засобів і психотропних речовин сприяють поглибленню латентності наркоспоживання, і, одночасно, розширенню нелегального ринку наркотиків. Так, пониження невеликих розмірів окремих наркотичних засобів у 2010 році сприяло притягненню до кримінальної відповідальності не стільки наркодилерів, скільки наркоспоживачів. За даними судової адміністрації у 2011–2012 роках 55% притягнутих до кримінальної відповідальності були засуджені за ст. 309 Кримінального Кодексу України, у тому числі за виявлення при затриманні однієї дози наркотичного засобу і навіть за його залишки у шприці. До речі, це негативно відбивається і на реалізації програм обміну шприців, спрямованих на зниження розповсюдження ВІЛ-СНІДу, вірусних гепатитів серед споживачів ін'єкційних наркотиків і включених в Державну програму профілактики ВІЛ/СНІДу на 2014–2020 роки.

У 2014 році нормотворчу роботу зосереджено на спрощенні умов ліцензійної діяльності, удосконаленні відомчих нормативних актів, які регулюють порядок обігу наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів, формуванні механізму реалізації альтернативного покарання лікування за скоєння незначних правопорушень хворими на наркоманію.

Суттєвим зрушенням у питанні покращення формування державної політики у сфері обігу наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів та протидії ї незаконному обігу було прийняття рішення стосовно розподілу функцій ДСКН України. Згідно з оптимізацією системи центральних органів виконавчої влади, затвердженої постановою Кабінету Міністрів України від 10.09.2014 № 442, функцію ДСКН України, пов'язану із реалізацією державної політики щодо обігу наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів, передано до Державної служби України з лікарських засобів, а функцію із забезпечення формування державної політики із зазначених питань — до МОЗ України.

На 2015 рік заплановано продовжити нормотворчу роботу на спрощенні умов ліцензійної діяльності, удосконаленні відомчих нормативних актів, які регулюють порядок обігу наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів, формуванні механізму реалізації альтернативного покарання лікування за скоєння незначних правопорушень хворими на наркоманію.

У 2013–2014 роках здійснювалась активна робота із розробки додаткових заходів щодо сприяння підприємницькій діяльності, спрямована на дерегуляцію діяльності суб'єктів господарювання, а також на спрощення системи ліцензування господарської діяльності в сфері обігу наркотичних засобів шляхом скорочення переліку документів, які необхідно подавати для отримання відповідної ліцензії.

Зокрема, підготовлено проект Закону України «Про внесення змін до Закону України «Про наркотичні засоби, психотропні речовини і прекурсори» (зареєстровано у Верховній Раді України 28 серпня 2013 року за № 3129 та схвалено на засіданні Кабінету Міністрів України 1 серпня 2013 року), розробленого на підставі аналізу звернень органів державної влади та суб'єктів господарювання щодо необхідності вирішення проблемних питань у зазначеній сфері, яким передбачається спрощення порядку діяльності з підконтрольними речовинами в органах державної влади, у яких проходять службу військовослужбовці, а також у загальноосвітніх та професійно-технічних навчальних закладах. Водночас, пропонується усунути прогалину в законодавстві щодо неможливості ввезення та вивезення хворими, які в'їжджають на територію України, виїжджають з території України, з метою власного лікування лікарських засобів, що містять підконтрольні речовини.

11 вересня 2013 року Кабінетом Міністрів України затверджено постанову № 678 «Про внесення змін до пункту 19 переліку документів, які додаються до заяви про видачу ліцензії для окремого виду господарської діяльності», якою значно скорочено перелік документів, які необхідно додати суб'єкту господарювання до заяви про видачу ліцензії на здійснення діяльності з обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів (наприклад, висновок державної санітарно-епідеміологічної експертизи).

пертизи про відповідність наявних приміщень вимогам санітарних норм і правил щодо провадження господарської діяльності із зберігання наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, або засвідчена в установленому порядку його копія; копії технічних та технологічних регламентів виробництва, виготовлення наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, розроблених і затверджених в установленому порядку для підприємств-виробників та низка інших).

Впровадження у практику зазначених вище проектів актів Уряду вдосконалив державне регулювання господарської діяльності та забезпечить приведення нормативно-правових актів України до європейських стандартів, сприятиме спрощенню та прозорості відносини між державою і суб'єктами господарювання, виключенню корупційних ризиків під час здійснення державного нагляду (контролю).

На суттєве скорочення адміністративних обмежень у використанні лікарських засобів, що містять наркотичні засоби, психотропні речовини і прекурсори, вирішення питання доступності для населення до цих препаратів, спрямована затверджена Кабінетом Міністрів України постанова від 13.05.2013 № 333 «Про затвердження Порядку придбання, перевезення, зберігання, відпуску, використання та знищення наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів в закладах охорони здоров'я», якою спрощується процедура призначення, видачі, приймання, зберігання, обліку підконтрольних препаратів.

1.2. Законодавча база в наркотичній сфері

Звітний період ознаменувався передусім забезпеченням на державному рівні проведення Євроінтеграційних реформ у сфері наркополітики в умовах важкої політичної та економічної ситуації в державі, окупації частини території України, проведення антитерористичної операції та адміністративної реформи.

Основними подіями в сфері наркополітики України за 2014 рік упевнено можна назвати визначення на державному рівні основних стратегічних євроінтеграційних завдань для держави, у тому числі у сфері політики щодо наркотиків, які відображені у Плані заходів з імплементації Угоди про асоціацію між Україною, з однієї сторони та Європейським Союзом, Європейським Співтовариством з атомної енергії і їхніми державами-членами, з іншої сторони, затвердженому розпорядженням Кабінету Міністрів України від 17 вересня 2014 р. № 847-р та у Національному плані заходів з виконання другої фази Плану дій щодо лібералізації Європейським Союзом візового режиму для України, затвердженому розпорядженням Кабінету Міністрів України від 20 серпня 2014 року № 805-р.

Нормотворча діяльність у звітний період була спрямована на забезпечення євроінтеграційних процесів держави та подальше зміцнення правових засад державної політики з питань обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів і прекурсорів.

Протягом звітного періоду розроблено 11 проектів нормативно-правових актів, з яких 2 прийнято.

Так, з метою реалізації євроінтеграційних завдань визначених Планом заходів з імплементації Угоди про асоціацію між Україною, з однієї сторони та Європейським Союзом, Європейським Співтовариством з атомної енергії і їхніми державами-членами, з іншої сторони, затвердженого розпорядженням Кабінету Міністрів України від 17 вересня 2014 р. № 847-р та Національного плану заходів з виконання другої фази Плану дій щодо лібералізації Європейським Союзом візового режиму для України, затвердженого розпорядженням Кабінету Міністрів України від 20 серпня 2014 р. № 805-р. вжито низку заходів.

МОЗ України є головним розробником розпорядження Кабінету Міністрів України від 25.03.2015 № 514-р «Про затвердження плану заходів на 2015 рік з реалізації Стратегії державної політики щодо наркотиків на період до 2020 року», оскільки згідно з пунктом 1 Положення про Міністерство охорони здоров'я України, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 25.03.2015 № 267, МОЗ України є головним органом у системі центральних органів виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів і прекурсорів, протидії їх незаконному обігу.

Продовжується робота над питанням набуття членства України в Групі Помпіду Ради Європи, для чого було розроблено проект акту Уряд «Про приєднання України до Розширеної часткової угоди Ради Європи про створення групи зі співробітництва у боротьбі проти зловживання наркотиками та їх незаконного обігу (Група Помпіду)».

Для нормативного оформлення процесу проведення моніторингу ситуації у сфері обігу наркотиків продовжується робота над розробленням наступних документів: проект положення про моніторинг наркоситуації в Україні, який регламентує механізм здійснення моніторингу на принципах використання єдиних та обов'язкових для всіх його учасників методологічних підходів; методика підготовки інформаційно-аналітичних і статистичних матеріалів до моніторингу ситуації у сфері легального і незаконного обігу наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів, функціонування системи профілактичних, лікувально-реабілітаційних заходів та боротьби з наркозлочинністю. Роботу буде завершено після остаточного узгодження з учасниками моніторингу переліку і термінів надання інформації; систему уніфікованих форм статистичних показників з урахуванням функціональності і специфіки діяльності учасників моніторингу, а також вимог Європейського моніторингового Центру з наркотиків та наркотичної залежності (ЄМЦННЗ, EMCDDA), та Міжнародного Комітету по контролю над наркотиками ООН (МККН, INCB); систему інтегральних показників (індикаторів) та методику їх розрахунку.

Щодо формування засад функціонування системи моніторингу ситуації у сфері протидії незаконному обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів та зловживання ними, проектом Закону України «Про внесення змін до Закону України «Про заходи протидії незаконному обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів та зловживання ними», розробленим на виконання підпункту 1 пункту 1 Плану заходів щодо реалізації Концепції створення системи моніторингу ситуації у сфері протидії незаконному обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, затвердженого розпорядженням Кабінету Міністрів України від 4 липня 2012 року № 534-р, передбачається визначення суб'єктів моніторингу та їх повноважень, створення та запровадження єдиного підходу до здійснення моніторингу ситуації, що відображає стан обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, їх незаконного розповсюдження та аналізу наркозлочинності в Україні.

З метою забезпечення квотної політики у 2014 році, на виконання статті 14 Закону України «Про наркотичні засоби, психотропні речовини і прекурсори» Кабінетом Міністрів України 25 червня 2014 року прийнято постанову № 209 «Про затвердження обсягів квот на 2014 рік, у межах яких здійснюється культивування рослин, що містять наркотичні засоби і психотропні речовини, виробництво, виготовлення, зберігання, ввезення на територію України та вивезення з території України наркотичних засобів і психотропних речовин», а задля забезпечення квотної політики у 2015 році підготовлено та надіслано на погодження до центральних органів виконавчої влади проект постанови Кабінету Міністрів України «Про затвердження обсягів квот на 2015 рік, у межах яких здійснюється культивування рослин, що містять наркотичні засоби і психотропні речовини, виробництво, виготовлення, зберігання, ввезення на територію України та вивезення з території України наркотичних засобів і психотропних речовин».

Також, у 2014 році продовжувалась робота із вивчення нових речовин психоактивної дії та встановлення щодо них необхідних заходів контролю. Так, 26 грудня 2014 року Кабінетом Міністрів України затверджено постанову № 712 «Про внесення змін до переліку наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів».

Окрім того, у 2014 році продовжувалась робота з проектами нормативно-правових актів, що були розроблені у 2011 — 2013 роках, зокрема:

Проект Закону України «Організаційні засади здійснення контролю у сфері обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів», розробленого на виконання статті 3 Указу Президента України від 13 квітня 2011 року № 457/2011 «Питання Державної служби України з контролю за наркотиками».

Проект Закону України «Про внесення змін до Закону України «Про наркотичні засоби, психотропні речовини і прекурсори», розробленого у результаті аналізу звернень органів державної влади та суб'єктів господарювання щодо необхідності вирішення проблемних питань з обігу підконтрольних речовин на законодавчому рівні.

Проект постанови Кабінету Міністрів України «Про затвердження критеріїв, за якими оцінюється ступінь ризику від провадження господарської діяльності у сфері обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів та визначається періодичність здійснення планових заходів державного нагляду (контролю) Державною службою з контролю за наркотиками», розробленого на виконання підпункту 76.7 пункту 76 Національного плану дій на 2013 рік щодо впровадження Програми економічних реформ на 2010–2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава», затвердженого Указом Президента України від 12 березня 2013 року № 128/2013, та на виконання частини

другої статті 5 Закону України «Про основні засади державного нагляду (контролю) у сфері господарської діяльності».

Проект спільного наказу Міністерства охорони здоров'я України та Державної служби України з контролю за наркотиками «Про затвердження таблиць невеликих, великих та особливо великих розмірів наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, які знаходяться у незаконному обігу».

1.3. Національний план дій, стратегії, оцінка та координація

Стратегія державної політики України щодо наркотиків на період до 2020 року схвалена розпорядженням Кабінету Міністрів України від 28.08.2013 №735-р (далі — Стратегія).

Головним завданням Стратегії є зменшення обсягу пропонування наркотиків, що знаходяться в незаконному обігу, а також зниження попиту на них, подолання наркоманії як небезпечного соціального явища.

Метою є забезпечення розв'язання проблеми наркотиків у суспільстві в інтересах людини, надійного захисту громадського здоров'я і безпеки держави від загрози поширення наркоманії та наркозлочинності.

Імплементация Стратегії здійснюється на основі виконання національного Плану заходів на 2015 рік з реалізації Стратегії державної політики щодо наркотиків на період до 2020 року, який було підготовлено Міністерством охорони здоров'я України, як головним органом в системі центральних органів виконавчої влади із забезпечення формування та реалізації державної політики у сфері обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів і прекурсорів, протидії їх незаконному обігу (далі — План заходів), який затверджено розпорядженням Кабінету Міністрів України від 25.03.2015 № 514-р.

На його виконання постановою Кабінету Міністрів України від 25.03.2015 № 267 затверджено Положення про Міністерство охорони здоров'я України, а також розроблено Положення про Державну службу України з лікарських засобів та контролю за наркотиками, яке планується затвердити у стислі терміни.

З метою запровадження практичних дій з ефективного виконання положень Стратегії державної політики щодо наркотиків на період до 2020 року, схваленої розпорядженням Кабінету Міністрів України від 28.08.2013 № 735-р, мобілізації для цього зусиль усіх суб'єктів системи протидії наркоманії і боротьби з наркозлочинністю на рівні сучасних вимог та можливостей затверджено розпорядження Кабінету Міністрів України «Про затвердження плану заходів на 2014 рік з реалізації Стратегії державної політики щодо наркотиків на період до 2020 року».

Прийняття Урядом проекту даного акту підвищує загальнодержавний рівень профілактичних та лікувально-реабілітаційних заходів, впорядкувати впровадження програми замісної підтримувальної терапії, сформувати єдину систему моніторингу наркоситуації та привести її у відповідність до критеріїв Європейського моніторингового центру з наркотиків та наркотичної залежності, упорядкувати застосування лікарських засобів, що містять наркотичні засоби і психотропні речовини, здійснення адекватних правоохоронних заходів, спрямованих на боротьбу з наркозлочинністю.

Задля створення правових підстав для подальшої співпраці у сфері контролю за наркотиками між Україною та спеціальним робочим органом Ради Європи — Групою Помпиду розроблено проект Закону України «Про приєднання України до Розширеної часткової угоди Ради Європи про створення групи зі співробітництва у боротьбі проти зловживання наркотиками та їх незаконного обігу (Група Помпиду)».

Набуття членства у вказаній групі зі співробітництва у боротьбі проти зловживання наркотиками та їх незаконного обігу дозволить Україні значно розширити існуючий рівень співпраці, відкріє додаткові можливості для залучення міжнародної технічної допомоги, вивчення та запровадження міжнародного досвіду у сфері боротьби з наркотиками, дасть право брати безпосередню участь роботі спеціалізованих груп і мереж щодо запобігання наркотрафіку.

Крім цього, приєднання України до Розширеної часткової угоди Ради Європи про створення групи зі співробітництва у боротьбі проти зловживання наркотиками та їх незаконного обігу (Група Помпиду) сприятиме започаткуванню та реалізації в Україні пілотних проектів з профілактики наркоманії, ліку-

вання та реабілітації наркозалежних; отриманню в постійному режимі інформації щодо наркозагроз, тенденцій наркотрафіку і споживання наркотиків; створить умови для більш ефективного співробітництва в сфері контролю за наркотиками за європейськими стандартами на урядовому, професійному та дослідницькому рівнях.

1.4. Координаційний механізм наркотичної сфери

Станом на 1 березня 2015 року координаційний механізм залишається за Державною службою України з контролю за наркотиками, яка забезпечує взаємодію органів державної влади та недержавних інституцій з метою підвищення ефективності реалізації державної політики у сфері обігу наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів, протидії їх незаконному обігу, забезпечення виконання міжнародних зобов'язань.

Поряд з цим, Міністерство охорони здоров'я України вжило ряд заходів для посилення його керівної ролі у сфері обігу лікарських засобів, що містять наркотичні засоби, психотропні речовини і прекурсори та відповідно до вимог постанови Кабінету Міністрів України від 10.09.2014 № 442, є правонаступником ДСКН України у питаннях координації органів державної влади та недержавних інституцій з метою підвищення ефективності реалізації державної політики у сфері обігу наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів, протидії їх незаконному обігу, забезпечення виконання міжнародних зобов'язань.

1.5. Економічний аналіз

На даний момент в країні інформація щодо витрат суспільства, пов'язаних з наркотиками, доступна у вкрай обмеженому обсязі.

У 2010–2013 роках Загальнодержавною програмою забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009–2013 роки було передбачено розширення сфери застосування програми замісної підтримувальної терапії (ЗПТ) із досягненням у 2013 року 20 тисяч пацієнтів, залучених до ЗПТ.

У результаті виконання Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009 — 2013 роки спостерігається тенденція до стабілізації епідемічної ситуації, зокрема знизився показник темпів приросту нових випадків ВІЛ-інфекції (з 16,8 відсотка у 2006 році до 3,6 відсотка в 2011 році), зменшилася кількість випадків захворювання на ВІЛ-інфекцію у віковій групі від 15 до 24 років (з 2775 у 2005 році до 1647 у 2012 році), майже у шість разів (з 27,8 відсотка у 2004 році до 4,7 відсотка у 2009 році) знизився показник частоти передачі ВІЛ від матері до дитини.

Незважаючи на істотний прогрес, кількість зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції щороку збільшується, при цьому рівень доступу до послуг з лікування, особливо серед представників груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ, є низьким, а отже, рівень смертності від СНІДу залишається високим.

З цієї метою у 2014 році Законом України від 20.10.2014 № 1708-VII затверджено Загальнодержавну цільову соціальну програму протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014 — 2018 роки, метою якої є зниження рівня захворюваності і смертності від ВІЛ-інфекції/СНІДу, надання якісних і доступних послуг з профілактики та діагностики ВІЛ-інфекції, насамперед представникам груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ, послуг з лікування, медичної допомоги, догляду і підтримки людей, які живуть з ВІЛ, у рамках реформування системи охорони здоров'я.

Таблиця 1.5.1.

Прогнозні обсяги та джерела фінансування програми
протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014–2018 роки

Джерела фінансування	Обсяг фінансування, тис. гривень	У тому числі за роками				
		2014	2015	2016	2017	2018
Державний бюджет	4 820 060,21	785 763,56	857 157,26	920 780,8	1 122 393,88	1 133 964,71
Місцеві бюджети	331 377,58	11385,34	11382,63	11 380,75	147 135,09	150 093,77
Глобальний фонд для боротьби із СНІДом, туберкульозом та малярією	1 224 342,84	375 305,09	419 700	429 337,76	-	-
Інші джерела	4 367,79	4 367,79	-	-	-	-
Усього	6 380 148,42	1 176 821,78	1 288 239,9	1 361 499,3	1 269 528,97	1 284 058,48

2. Вживання наркотиків серед загального населення та окремих цільових груп

2.1. Вступ: дефініції, інструменти збору даних та контекстуальна інформація

За оцінками експертів національного рівня (зокрема Представництва Дитячого фонду ООН (ЮНІСЕФ) в Україні), жінкам доволі складно отримати доступ до належної психосоціальної та медичної допомоги, якщо відомо, що вони — «ВІЛ-позитивні» та «споживачки наркотиків». Імовірність отримання профілактичних втручань вагітними жінками, які споживають наркотики, є вдвічі-втричі нижчою порівняно з вагітними жінками, які не споживають ін'єкційні наркотики, отже, ризик передачі ВІЛ їхнім малюкам зростає. Особливі труднощі виникають при спробах охопити маргіналізованих жінок із груп найвищого ризику втручаннями, спрямованими на профілактику, зокрема соціальною підтримкою.

Інституційне дослідження «Оцінка чисельності наркозалежних жінок репродуктивного віку та наркозалежних вагітних жінок в Україні» було проведене у 2012–2013 рр. Центром «Соціальний моніторинг» за технічної підтримки Представництва Дитячого фонду ООН (ЮНІСЕФ) в Україні. Дослідження здійснювалося на базі чотирьох територіально-адміністративних одиниць України: у містах Дніпропетровську, Києві, Полтаві та у Волинській області за результатами якого підготовлено та видано аналітичну довідку «Оцінка чисельності наркозалежних жінок репродуктивного віку та наркозалежних вагітних жінок в Україні».

2.2. Аналітична довідка за результатами дослідження «Оцінка чисельності наркозалежних жінок репродуктивного віку та наркозалежних вагітних жінок в Україні»

У дослідженні «Оцінка чисельності наркозалежних жінок репродуктивного віку та наркозалежних вагітних жінок в Україні» представлено отримані на основі даних звітності та експертних оцінок результати аналізу кількості жінок, які вживають наркотичні речовини; кількості таких жінок серед вагітних і породіль, а також тих із них, котрі інфікувалися ВІЛ унаслідок уживання наркотиків ін'єкційним шляхом; зведені оцінки чисельності жінок репродуктивного віку, які вживають наркотичні речовини, у містах Дніпропетровську, Києві, Полтаві та у Волинській області; розрахунки цих категорій жінок на національному рівні.

Оновлені оцінки стосовно ВІЛ/СНІД в Україні свідчать, що на початок 2012 р. у державі мешкали близько 230 тис. осіб віком від 15 років і старших, які жили з ВІЛ, що становило 0,58% від усього населення цієї вікової категорії. У 2013 р. в Україні офіційно зареєстровано 21631 новий випадок ВІЛ-інфікування, зокрема 3915 дітей віком до 14 років, включно з дітьми, народженими ВІЛ-інфікованими жінками, з невизначеним ВІЛ-статусом. Станом на 1 січня 2014 р. в Україні зареєстровано 3 129 випадків інфікування ВІЛ шляхом передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини. Попри тенденцію до зниження, активність парентерального шляху передачі в разі вживання наркотичних препаратів, залишалася високою й досягла у 2013 р. 32,7% (з урахуванням рівня вертикальної передачі ВІЛ у структурі шляхів передачі). Зважаючи на ці дані, споживачі ін'єкційних наркотиків залишається однією з рушійних сил епідемії ВІЛ в Україні. За даними, наведеними в Гармонізованому звіті України про досягнутий прогрес у здійсненні національних заходів у відповідь на епідемію СНІД, у статевовіковій структурі ВІЛ-інфіко-

ваних осіб переважають представники вікової групи 25–49 років, тобто особи репродуктивного віку (у 2007–2011 рр. за роками відповідно: 62,8%, 62,5%, 63,8%, 64,8%, 66,3%), та чоловіки, частка яких має тенденцію до скорочення (з 2007 р. до 2011 р. відповідно: 56,2%, 55,4%, 55,1%, 56,4%, 54,5%). Рівень поширення ВІЛ-інфекції серед вагітних, за результатами первинного обстеження, у 2011 р. у середньому по Україні становив 0,47%. За офіційними даними 2013 р., цей показник знизився до 0,39%.

Актуальність роботи з вагітними жінками з наркотичною залежністю та необхідність упровадження для них інтегрованих послуг підтверджують і соціологічні дослідження, які проводяться серед цієї групи. Так, Центр соціальних експертиз провів ретроспективний епідеміологічний аналіз карток ВІЛ-інфікованих породіль та соціологічне опитування 200 ВІЛ-інфікованих жінок, котрі мають ВІЛ-позитивних дітей. Результати цього дослідження свідчать, що категорія жінок — споживачок наркотиків була найуразливішою з погляду передачі ВІЛ своїй дитині під час вагітності та/або пологів. Охоплення АРВА препаратами вагітних СІН становило 49,0%. У понад половини (56,0%) опитаних жінок спостерігалася низька прихильність до антиретровірусного (АРВ) лікування. Така ситуація зі вживанням АРВ-препаратів пов'язана також із тим, що група СІН частіше за інших дізнається про свій ВІЛ-позитивний статус перед пологами або під час другого тестування.

До 2011 р. в Україні статистична звітність у сфері профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини (ППМД) не враховувала статус активного СІН у вагітної, а містила лише дані про кількість вагітних з парентеральним шляхом інфікування ВІЛ, при ін'єкційному вживанні наркотичних речовин. Частка таких жінок серед загальної кількості ВІЛ-інфікованих вагітних дорівнювала 7,3% у 2008 р., 7,1% — у 2009 р., 6,4% — у 2010 р. У 2011 р. потрібні дані для зазначеного показника були отримані в рамках удосконалення системи обліку та звітності у сфері ППМД. З 2012 року згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України № 612 «Про затвердження форм первинної облікової документації та звітності з питань моніторингу заходів профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини, інструкцій щодо їх заповнення», ведеться збирання статистичних даних щодо кількості ВІЛ-інфікованих вагітних жінок, у тому числі із зазначенням факту вживання ними наркотичних речовин неін'єкційним шляхом.

ВІЛ-інфіковані вагітні — СІН усе ще залишаються важко доступною групою для проведення втручань з метою запобігання вертикальній трансмісії ВІЛ. Відомо, що вживання ін'єкційних наркотиків та інших психоактивних речовин завжди супроводжується стигматизацією та дискримінацією, що призводить до приховування пацієнтками цього факту. У зв'язку із цим реальна поширеність активних споживачів ін'єкційних наркотиків серед ВІЛ-інфікованих вагітних може бути значно вищою. Така ситуація уповільнює можливість своєчасного надання необхідних послуг із ППМД, замісної підтримувальної терапії, інших медичних, соціальних та профілактичних програм для ВІЛ-інфікованих вагітних, які активно вживають ін'єкційні наркотики.

Аналіз отриманих результатів оцінки чисельності на рівні чотирьох окремих регіонів України свідчить, що найбільш точним показником для розрахунку оціночної чисельності жінок-СІН репродуктивного віку є показник, розрахований на основі вторинного аналізу даних оціночної чисельності загальної популяції СІН на регіональному та національному рівнях і даних біоповедінкового дослідження «Моніторинг поведінки та поширення ВІЛ-інфекції серед споживачів ін'єкційних наркотиків як компонент епідагляду за ВІЛ другого покоління», проведеного у 2011 р. Саме такі оцінки виявилися найближчими до оцінки чисельності, розрахованої на основі даних, зібраних з медичних закладів.

Отримані дані оцінки чисельності за показником кількості породіль, які вживали наркотичні речовини, у чотирьох регіонах України дав змогу підрахувати питому вагу таких породіль серед загалу породіль у цих регіонах. У таблиці 2.2.1 представлено офіційні дані стосовно кількості породіль в Україні, та підрахована оціночна чисельність породіль, котрі вживали наркотичні речовини (можлива певна похибка, зважаючи на ймовірність народження двійні або трійні однією жінкою). Питома вага породіль, які вживали наркотичні речовини, серед загалу породіль у регіонах дослідження становить 0,12–0,39%.

Таблиця 2.2.1.

Оцінка чисельності породіль, які вживали наркотичні речовини, за 2012 р., в Україні

Кількість породіль	Питома вага породіль, які вживали наркотичні речовини, %17	Оцінка чисельності породіль, які вживали наркотичні речовини (min-max)
A	B	$A \cdot B / 100$
516 020	0,12–0,39	619–2012
Дані отримані з таких джерел:		
Державна служба статистики України	Таблиці 1.2.1, 2.2.1, 3.2.1, 4.2.1	Розрахунки авторів

Слід зауважити, що дані Українського центру контролю за соціально небезпечними хворобами МОЗ України щодо кількості офіційно зареєстрованих ВІЛ-інфікованих вагітних з уперше в житті встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції (2 316 осіб за 2012 р.) та кількості інфікованих унаслідок ін'єкційного вживання наркотиків серед них (138 осіб, або 5,96%) некоректно використовувати для розрахунків з метою отримання оцінки загальної кількості ВІЛ-інфікованих вагітних, котрі інфікувалися внаслідок уживання наркотиків ін'єкційним шляхом. По-перше, зазначена статистика побудована на відповідях жінок (самоідентифікації) про досвід уживання ін'єкційних наркотиків і не є повною (досвід уживання, особливо в минулому, приховується). По-друге, ці дані охоплюють лише кількість нововиявлених випадків ВІЛ-інфікування. Разом з тим, здійснені оцінки дають змогу планувати профілактичну діяльність та її вартість.

Висновки та рекомендації

Проведений аналіз дає підстави стверджувати, що мінімальна оціночна кількість жінок репродуктивного віку, які вживають наркотики ін'єкційним шляхом, становить 0,71% від загалу жінок репродуктивного віку.

Оціночна чисельність ВІЛ-інфікованих жінок репродуктивного віку, які інфікувалися внаслідок уживання наркотичних речовин, сягає майже 20 тис. осіб (19 744). Зважаючи на національну оцінку загальної кількості людей, які живуть з ВІЛ, на початок 2013 р. (238 тис. осіб) та їх гендерну структуру (45% з них становлять жінки), можна стверджувати, що кожна п'ята ВІЛ-позитивна жінка інфікована внаслідок уживання наркотиків ін'єкційним шляхом.

Мінімальна оцінка кількості вагітних, які вживають наркотики ін'єкційним шляхом — 2600 осіб.

Оціночна чисельність ВІЛ-інфікованих вагітних жінок в Україні, котрі інфікувалися внаслідок уживання наркотичних речовин ін'єкційним шляхом, становить 1225 осіб.

Беручи до уваги, що рівень передачі ВІЛ від наркозалежної матері до дитини за офіційними даними сягає 11%, розрахункова кількість новонароджених, які успадкують ВІЛ від цієї групи породіль, щорічно може становити близько 135 осіб.

Для отримання більш коректних даних щодо кількості наркозалежних жінок репродуктивного віку й вагітних, які є споживачами ін'єкційних наркотиків, у тому числі ВІЛ-позитивних, доцільно вдосконалити існуючі процедури збирання відповідної інформації.

Потребує вдосконалення загальний облік наркозалежних осіб з дезагрегацією за статтю та віком (у їх взаємозв'язку) та забезпечення можливості аналізу даних не лише на національному, а й на рівні областей, районів, окремих населених пунктів з метою планування відповідних інтервенцій.

Доцільно розробити облікові форми для виявлення та реєстрації наркозалежних вагітних жінок (незалежно від їх репродуктивних планів) у всіх закладах, де надаються медичні послуги вагітним та/або відбувається спостереження за перебігом вагітності. Такі дані важливі для оцінювання потреб і забезпечення інтегрованих послуг для цих категорій жінок.

Потребує вдосконалення інструмент виявлення факту наркоспоживання серед вагітних з ВІЛ-позитивним статусом, оскільки це дає можливість більш раннього застосування медичних втручань з метою профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини та залучення її до соціального супроводу.

Зазначені пропозиції стосовно змін у процедурах виявлення, обліку та звітності мають бути враховані шляхом удосконалення нормативно-правової бази.

2.3. Вступ: дефініції, інструменти збору даних та контекстуальна інформація

Аналітична довідка зроблена на підставі статистичних показників державних та галузевих звітів діяльності закладів охорони здоров'я МОЗ України за 2014 рік. При розрахунках відносних показників використовувались дані Державної служби статистики України щодо численності населення України 2014 р.

Слід зауважити, що при порівнянні показників 2014 року з показниками 2013 року не враховувались дані тимчасово окупованих територій АР Крим та м. Севастополь у зв'язку з припиненням звітування цими регіонами у 2014 році. А також представлена часткова статистична інформація з контрольованою владою України території Луганської та Донецької областей.

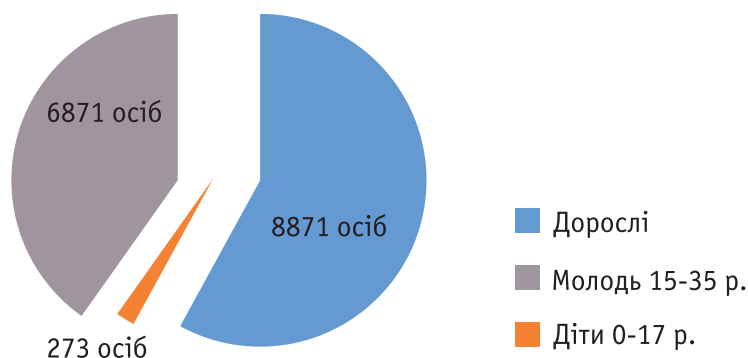
2.4. Аналітична довідка щодо надання спеціалізованими лікувальними закладами медичної допомоги особам, які вживають наркотики та психоактивні речовини

Захворюваність на розлади психіки та поведінки через вживання наркотичних засобів

В Україні у 2014 році зареєстровано 9 144 осіб, яким вперше в житті встановлено діагноз психічних розладів, пов'язаних зі вживанням наркотичних засобів. Із загальної кількості зареєстрованих: осіб молодь віком від 15 до 35 років 75,1% — 6 871; 3% — 273 дитини. Розподіл за статтю свідчить, що основні споживачі наркотичних засобів ставлять чоловіки — 85,2%; жінки — 14,8%.

Графік 2.4.1.

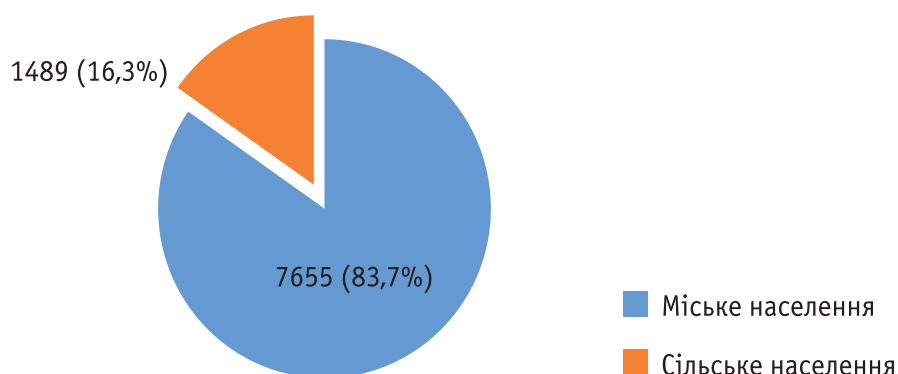
Розподіл захворюваності зі вживання наркотичних засобів за віком 2014 р.



За розподілом за місцем проживання на мешканців міста припадає 83,7%, на сільських мешканців — 16,3% (1 489 осіб). В сільській місцевості відмічається зменшення показника первинної захворюваності на 7,5% з 4,0 до 3,7 на 100 тисяч відповідного населення, тоді як у містах цей показник зменшився на 16,8% з 13,1 до 10,9 на 100 тисяч відповідного населення.

Графік 2.4.2.

Розподіл захворюваності зі вживання наркотичних засобів серед міського та сільського населення за 2014 р.



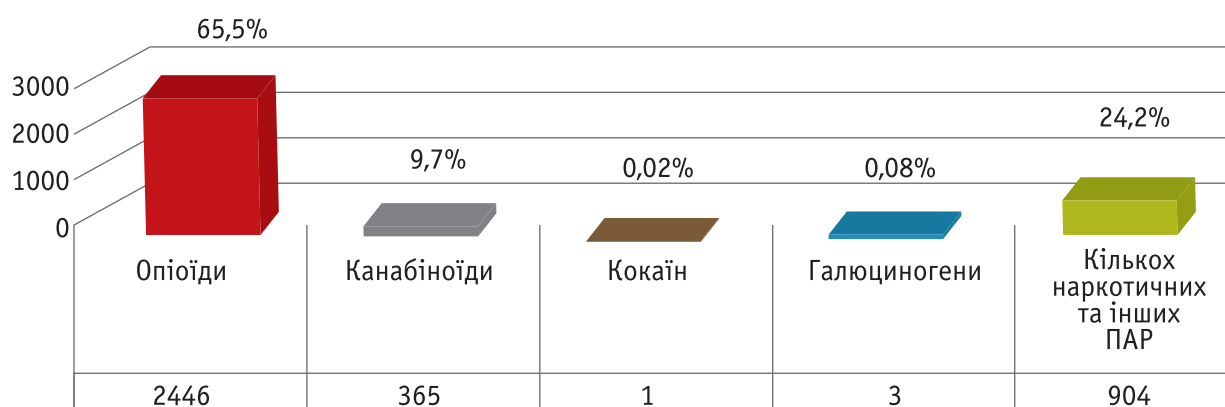
Під профілактичний нагляд у зв'язку з епізодичним вживанням наркотичних засобів, було взято 5 412 осіб (12,61 на 100 тисяч населення).

Із загальної кількості виявлених 3 732 особам (40,8%) встановлено диспансерний нагляд у зв'язку із залежністю від наркотичних засобів. Захворюваність на розлади психіки та поведінки внаслідок зловживання наркотичними засобами (наркоманії) у 2014 році порівняно з 2013 роком зменшилась на 14,7% зі 10,2 (4 645 осіб) до 8,7 (3 732 осіб) на 100 тисяч населення.

Розподіл по видам вживання наркотичних засобів особами диспансерної групи виглядає наступним чином: опіоїди — 65,5% (2 446 осіб — 5,7 на 100 тисяч населення); каннабіноїди — 9,7% (365 осіб — 0,85 на 100 тисяч населення); кокаїн — 0,02% (1 особа); галюциногени — 0,08% (3 осіб — 0,01 на 100 тисяч населення); кількох наркотичних засобів та інших психоактивних речовин — 24,2% (904 осіб — 2,11 на 100 тисяч населення). У порівнянні з 2013 роком зросла частка вживання опіоїдів на 8,3% та зменшилась на 6,4% кількох наркотичних засобів та інших психоактивних речовин.

Графік 2.4.3.

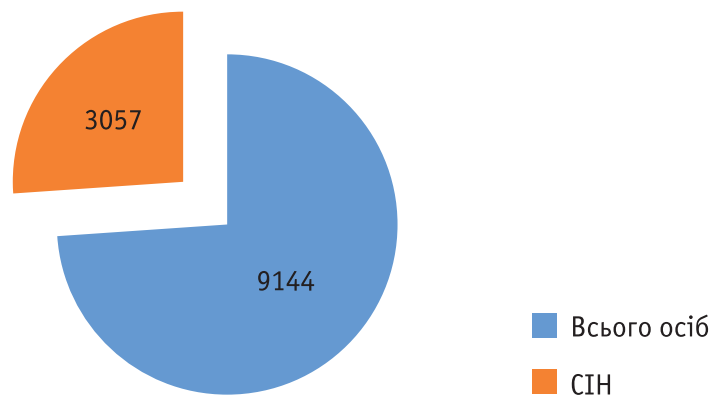
Розподіл за видами наркотичних засобів у структурі первинної захворюваності (диспансерна група) за 2014 р.



Із загальної кількості первино зареєстрованих уживали наркотичні засоби у внутрішньовенний спосіб — 3 057 осіб (2013 р. — 3771 осіб), що ставило 33,4%. Із них 2 446 особам (81,9%) встановлено синдром залежності від наркотичних засобів (диспансерна група нагляду). Частка СІН у профілактичній групі нагляду ставить — 23,7%. Таким чином, у загальній структурі захворюваності на наркоманію частка споживачів ін'єкційних наркотиків залишився на рівні 2013 року і цей спосіб вживання наркотиків залишається домінуючим.

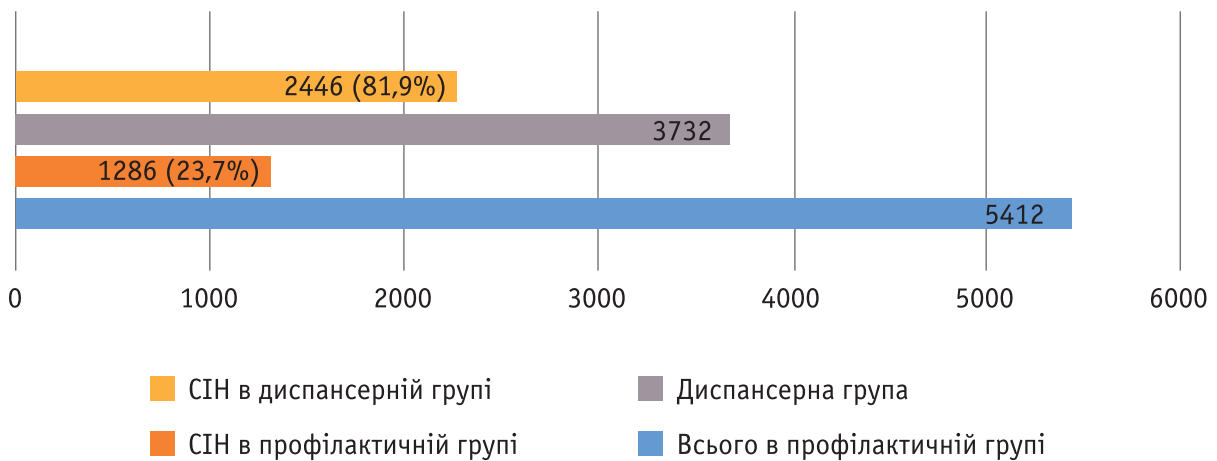
Графік 2.4.4.

Кількість СІН у первинній захворюваності



Графік 2.4.5.

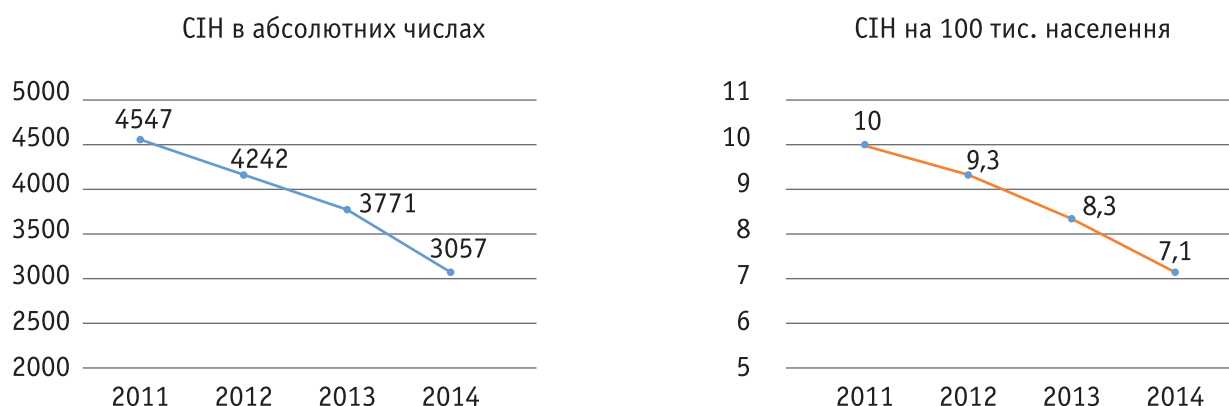
Кількість СІН в диспансерній та профілактичній групах



Показник розладів психіки та поведінки внаслідок уживання наркотичних засобів внутрішньовенно (уперше в житті встановленого діагнозу) у порівнянні з 2013 роком зменшився на 14,4% з 8,3 до 7,1 на 100 тисяч населення.

Графік 2.4.6.

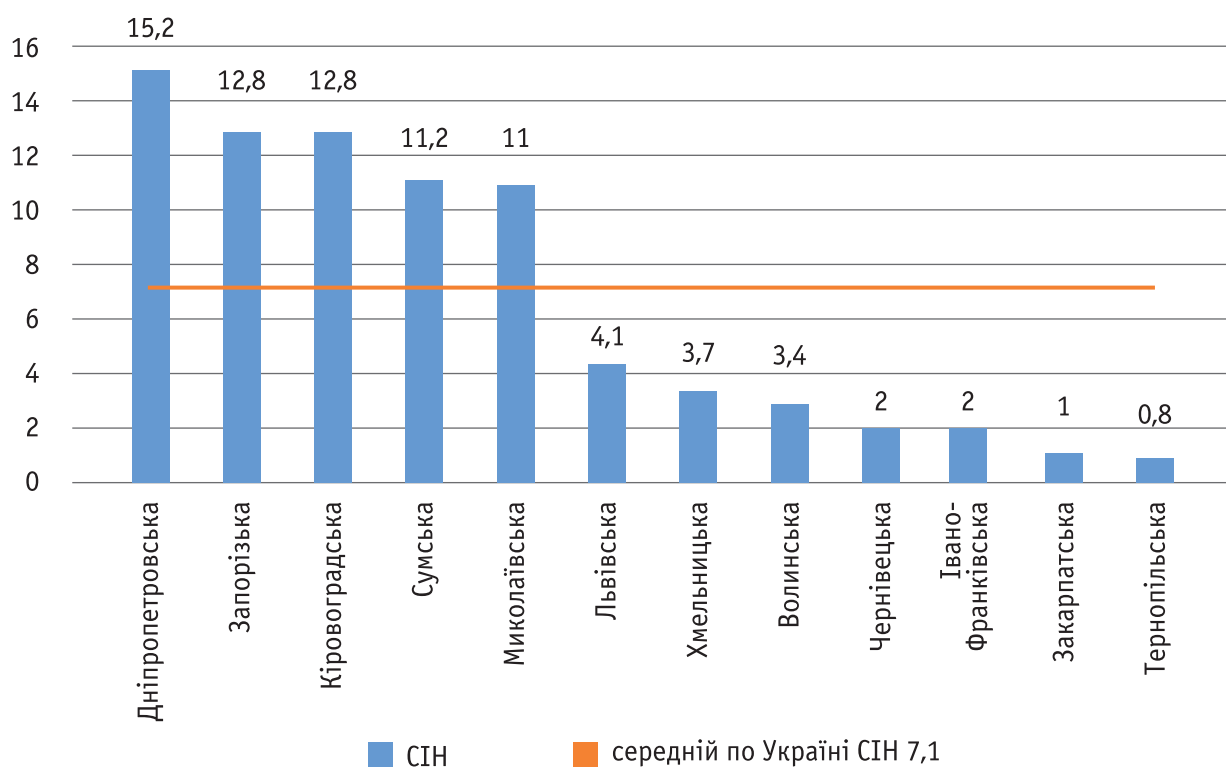
Кількість осіб з розладами психіки та поведінки внаслідок вживання наркотичних засобів внутрішньовенно (з уперше вжитті встановленим діагнозом — усі групи населення) за 2014 р.



Найбільші показники первинної захворюваності на розладами психіки та поведінки внаслідок вживання наркотичних засобів внутрішньовенно серед регіонів відмічаються у: Дніпропетровській (15,2), Запорізькій (12,8), Кіровоградській (12,8), Сумській (11,2), Миколаївській (11,0) на 100 тисяч населення. Найменші показники відмічаються у: Тернопільській (0,8), Закарпатській (1,0), Івано-Франківській (2,0), Чернівецькій (2,0), Волинській (3,4), Хмельницькій (3,7), Львівській (4,1) на 100 тисяч населення.

Графік 2.4.7.

Розподіл показника СІН по регіонах за 2014 р.



Всього впродовж 2014 року первино зареєстровано розладів психіки та поведінки внаслідок уживання токсичних речовин 7898 осіб, із них узято до профілактичної групи нагляду — 7839 осіб (99,2%). Первина захворюваність на токсикоманію (диспансерна група нагляду) у 2014 року зменшилась на 43,8% зі 105 до 59 осіб, інтенсивний показник зменшився майже в два рази з 0,2 до 0,14 на 100 тисяч населення.

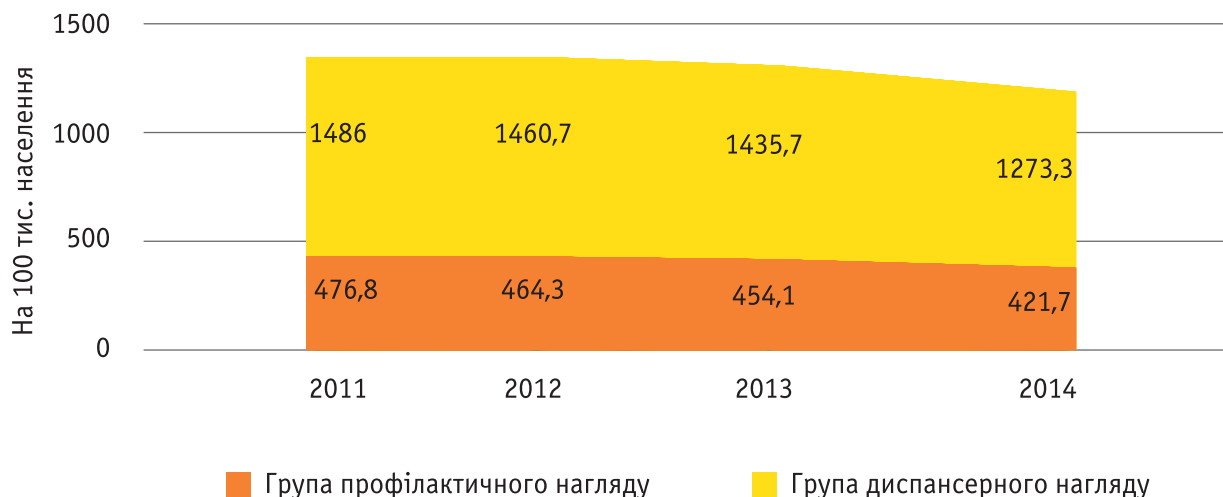
У порівнянні з 2013 роком показник первинної захворюваності на токсикоманію з пагубними наслідками (профілактична група нагляду) зріс на 3,8% з 17,6 до 18,27 на 100 тисяч населення. Здебільше показник первинної захворюваності на токсикоманію сформовано за рахунок Харківського регіону на частину якого приходить — 81,5% (6 437 осіб); друге місце посідає Дніпропетровський регіон — 5,9% (473 осіб); третє — Чернігівській — 5,3% (422 осіб) та Житомирській — 2,7% (218 осіб). В віковому розрізі на частину дітей (віком від 0 до 17 років включно) припадає — 25,5% (2 018 осіб); молоді віком від 15 до 35 років — 59% (4 660 осіб). Ці дані свідчать, що основні споживачі токсичних речовин є діти та молодь.

Поширеність розладів психіки та поведінки через вживання наркотичних засобів

У 2014 році показник загальної поширеності наркологічними розладами із залежністю (група диспансерного нагляду) у порівнянні з 2013 роком знизився на 11,3 % з 1 435,7 до 1 273,36 на 100 тисяч населення. В нозологічній структурі диспансерної групи превалюють хворі на хронічний алкоголізм та гострі алкогольні психози — 484 115 осіб (88,6%); з наркотичною залежністю — 60 587 осіб (8,5%); з токсикоманією 1 613 осіб (1,37%).

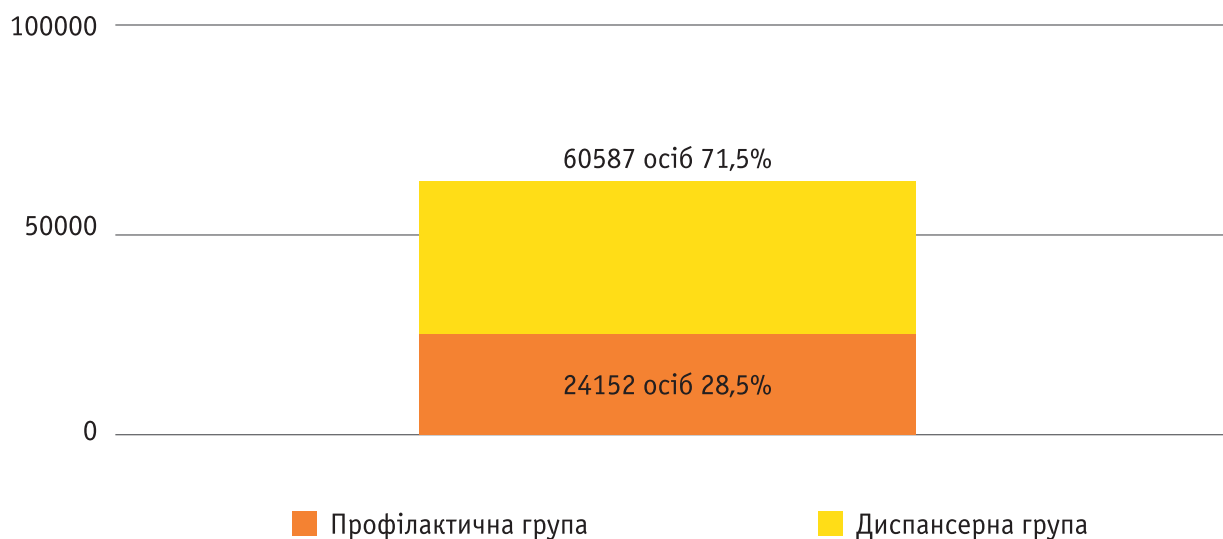
Графік 2.4.8.

Співвідношення груп в динаміці 2011–2014



Графік 2.4.9.

Співвідношення груп профілактичного та диспансерного нагляду за 2014 р. (в відсотках та абсолютних показниках)



На кінець 2014 року в державних наркологічних установах перебувало на обліку 84 739 осіб з розладами психіки та поведінки внаслідок вживання наркотичних речовин. У диспансерній групі нагляду зареєстровано — 60 587 осіб (71,5%); у профілактичній групі — 24 152 осіб (28,5%).

Показник поширеності на розлади психіки та поведінки внаслідок вживання наркотичних засобів (наркоманії) у 2014 році зменшився у порівнянні з 2013 роком на 14,7% з 165,6 (75 157 осіб) до 141,22 (60 587 осіб) на 100 тисяч населення.

Серед молоді віком 15-35 років поширеність за 2014 рік зменшилась на 13,6% з 334,8 (43 464 осіб) до 288,99 (34 898 осіб) на 100 тисяч населення. Впродовж 2011 - 2014 років спостерігається скорочення контингенту осіб у віковій групі 18-35 років на 12% з 48 467 до 42 576 осіб (2013 р. — 43 464 осіб) та його поступово збільшення у групі 36-60 років — 30 668 осіб, з піком у 2013 році (31 693 осіб).

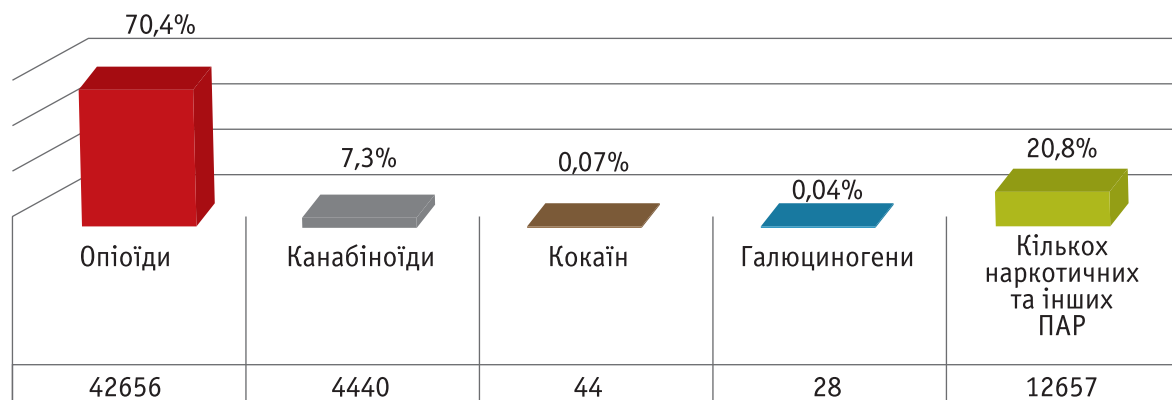
Із загальної кількості зареєстрованих užívають наркотичні засоби у внутрішньовенний спосіб — 51 727 осіб (120,6 на 100 тисяч населення), що ставить 85,4%.

Найбільші показники поширеності СІН серед регіонів відмічаються у: Запорізькій (323,3), Миколаївській (204,4), Дніпропетровській (186,4), Херсонській (163,1), Кіровоградській (158,4), Чернігівській (150,8), Одеській (149,6) та м. Київ (281,7) на 100 тисяч населення. Найменші показники відмічаються: Закарпатській (14,6), Тернопільській (42,0), Львівській (43,5), Івано-Франківській (44,5), Житомирська (57,3), Вінницька (57,2), Чернівецькій (68,7) на 100 тисяч населення.

У загальній структурі розладів психіки та поведінки внаслідок вживання наркотичних засобів (диспансерної групи нагляду — 60 587 осіб) приходиться на: опіоїди — 70,4% (42 656 осіб — 99,42 на 100 тис. населення); каннабіноїди — 7,3% (4 440 осіб — 10,35 на 100 тис. населення); кокаїн — 0,07% (44 осіб — 0,1 на 100 тис. населення); галюциногени — 0,04% (28 осіб — 0,07 на 100 тис. населення); кількох наркотичних засобів та інших психоактивних речовин — 20,8% (12 657 осіб — 29,5 на 100 тисяч населення).

Графік 2.4.10.

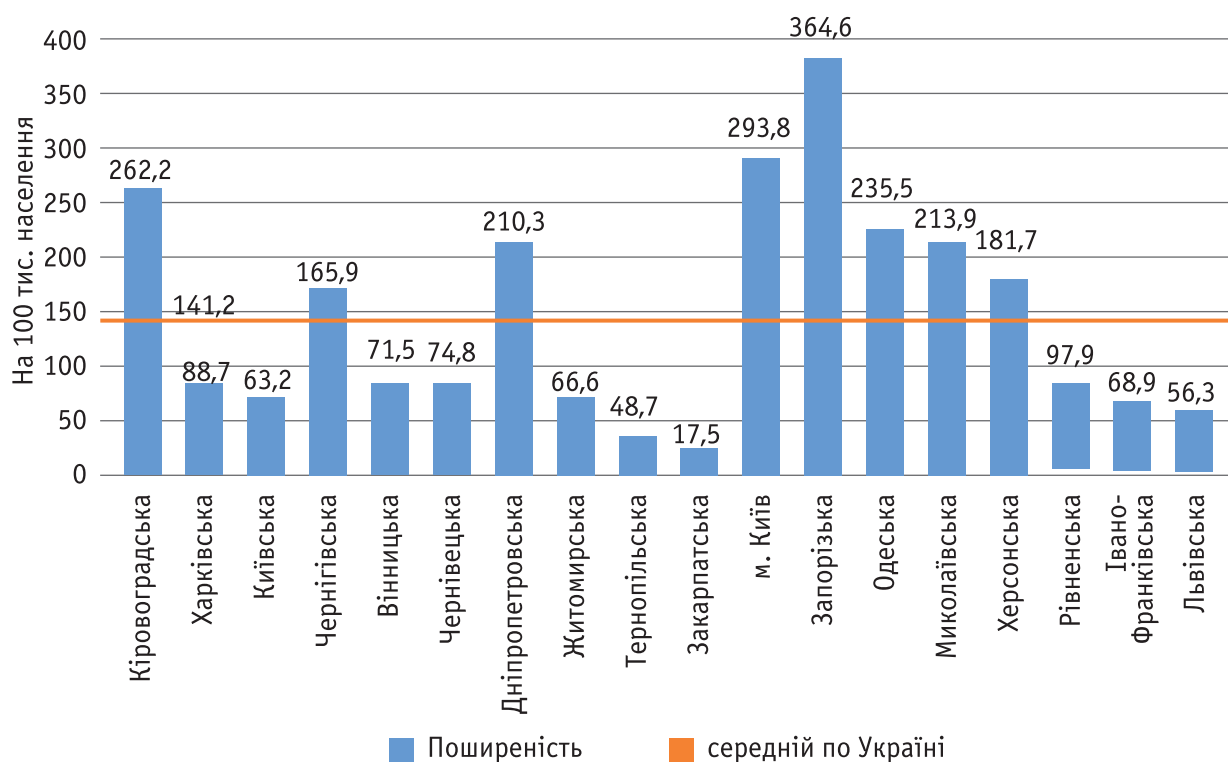
**Поширеність розладів психіки та поведінки внаслідок
уживання наркотичних засобів (диспансерна група нагляду).
Розподіл за видами наркотичних засобів за 2014 р.**



Найбільший показник поширеності на наркоманію у 2014 року відмічається переважно у південних і південно-східних регіонах України: Запорізькій (364,61), Кіровоградській (262,2), Одеській (235,47), Миколаївській (213,93), Дніпропетровській (210,3), Херсонській (181,7), Чернігівській (165,93) та м. Київ (293,87). Нижче середньо українського рівня показник поширеності відмічається у регіонах: Рівненській (97,95), Харківській (88,73), Чернівецькій (74,77), Вінницькій (71,56), Івано-Франківській (68,94), Житомирській (66,65), Київській (63,21), Львівській (56,27), Тернопільській (48,69), Закарпатській (17,54).

Графік 2.4.11.

**Поширеність розладів психіки та поведінки внаслідок
уживання наркотичних засобів (диспансерна група
нагляду). Розподіл за регіонами за 2014 р.**

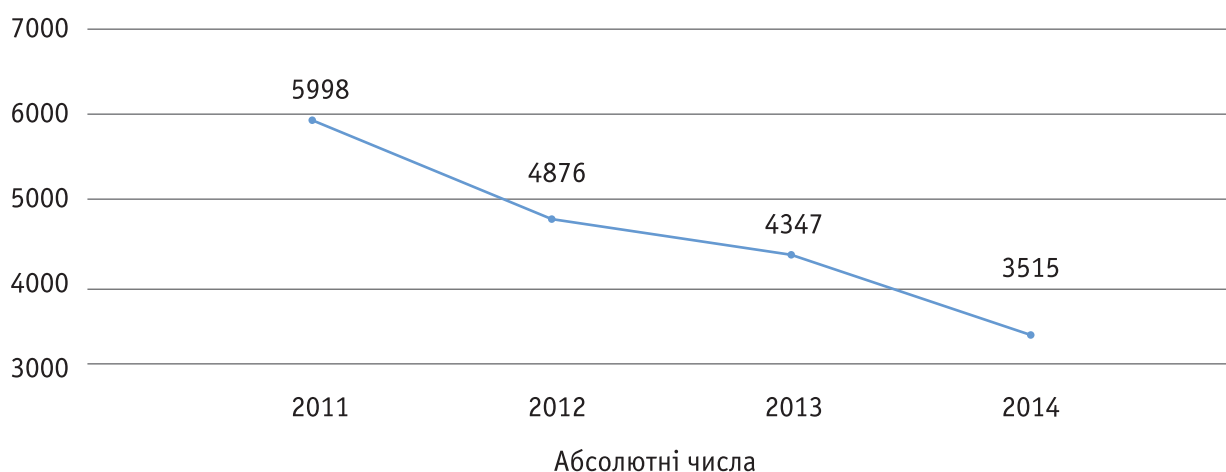


Розлади психіки та поведінки через вживання психоактивних (наркотичних) засобів серед дітей (віком від 0 до 17 років включно)

Протягом 2014 року в Україні зареєстровано 3515 дітей (від 0 до 17 років включно), яким вперше в житті встановлено діагноз психічних та поведінкових розладів, пов'язаних зі вживанням психоактивних речовин (групи профілактичного і диспансерного нагляду), що на 839 осіб менш ніж у 2013 році (4 347 дітей).

Графік 2.4.12.

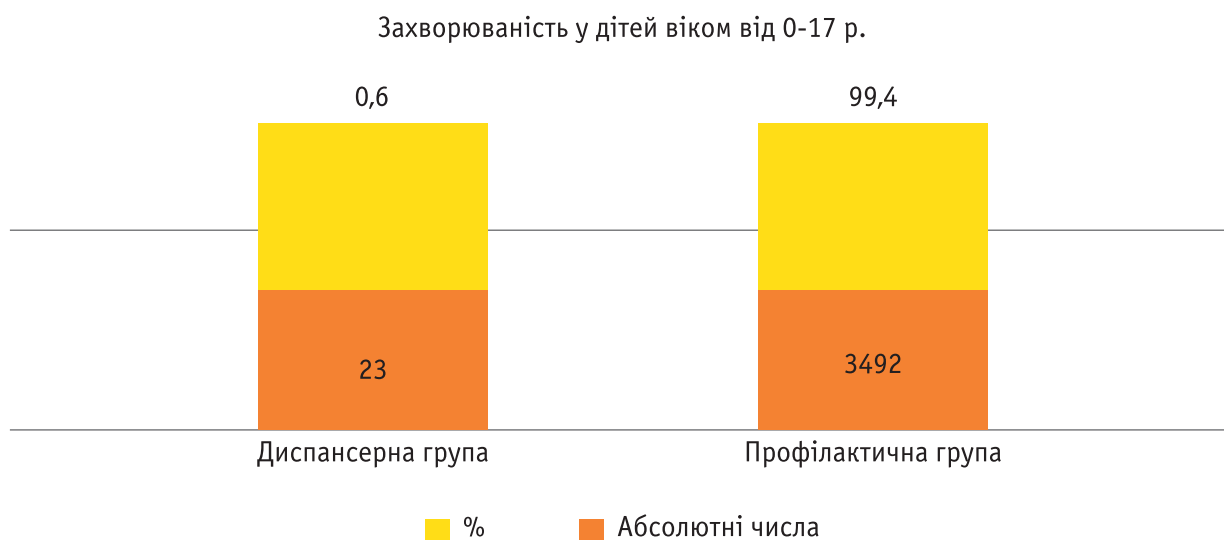
Захворюваність розладів психіки та поведінки внаслідок вживання ПАР серед дітей (групи профілактичного та диспансерного нагляду) за 2014 р.



Показник захворюваності на розлади психіки та поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин у порівнянні з 2013 роком зменшився на 15,6% з 54,5 до 46,0 на 100 тисяч дитячого населення (за шість років на 48,8% з 90,0 до 46,0). Із загальної кількості виявлених осіб 23 дитини узято до диспансерної групи нагляду. До профілактичної групи нагляду зареєстровано — 3 492 дитини.

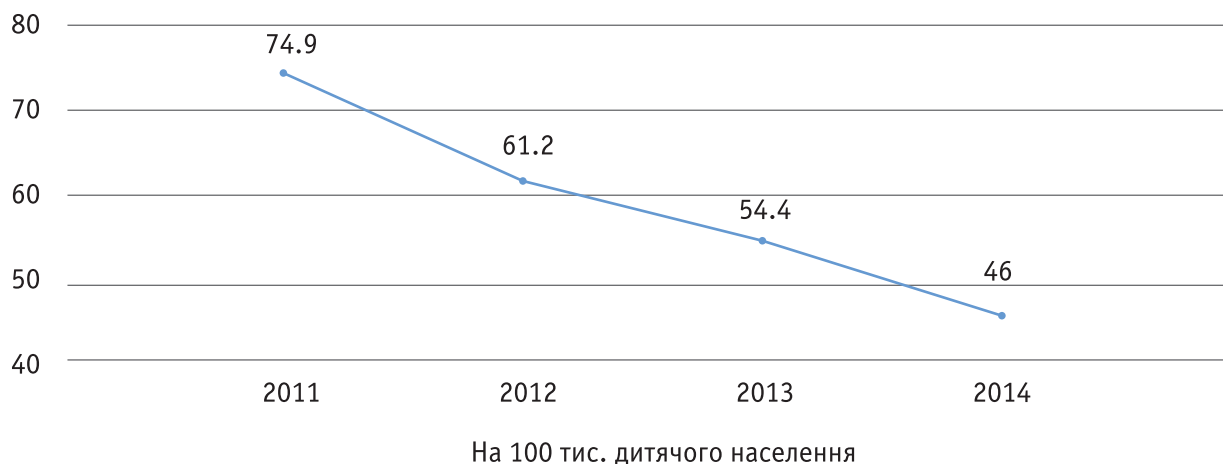
Графік 2.4.13.

Розлади психіки та поведінки внаслідок вживання ПАР (групи профілактичного та диспансерного нагляду) за 2014 р.



Графік 2.4.14.

Захворюваність розладів психіки та поведінки внаслідок вживання ПАР серед дітей (групи профілактичного та диспансерного нагляду) за 2014 р.

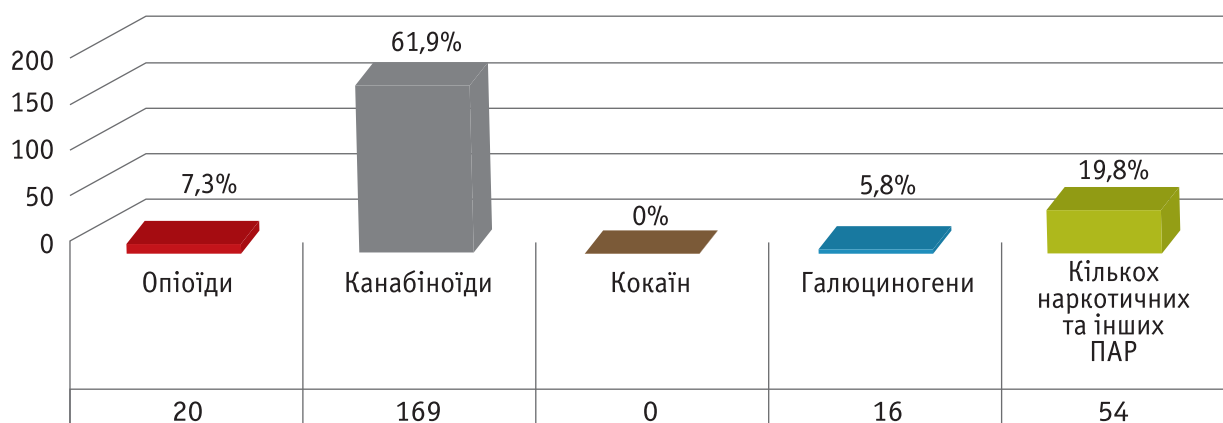


В структурі первинної захворюваності на долю розладів пов'язаних з вживанням алкоголю приходить — 34,8% 1224 дітей (у 2013 р. 45,7% — 1 987 дітей); наркотиків — 7,7% 273 дітей (у 2013 р. 8,4% — 369 дітей).

Серед розладів пов'язаних з вживанням наркотиків переважна доля припадає на вживання каннабіноїдів 61,9% — 169 дітей (у 2013 р. 59,9% — 221 дітей); опіоїдів 7,3% — 20 дітей (у 2013 р. 6,9% — 23 дитини); галюциногенів 5,8% — 16 дітей (у 2013 р. 13% — 48 дітей); кількох наркотичних та інших психоактивних речовин — 54 дитини 1,5% (у 2013 р. 1,6% — 72 дитини). Не зареєстровано жодного випадку пов'язаного з вживанням кокаїну.

Графік 2.4.15.

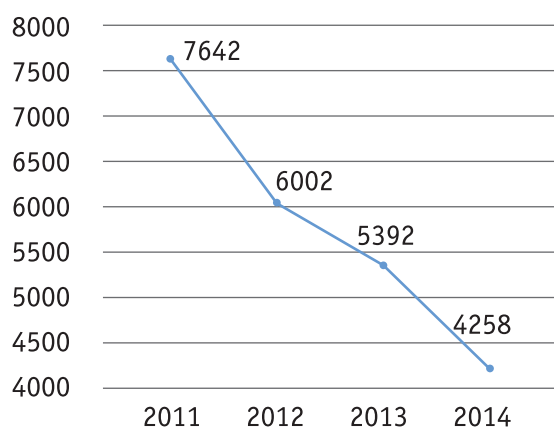
Захворюваність розладів психіки та поведінки внаслідок вживання наркотичних засобів (дітей віком від 0-17 р.). Розподіл за видами наркотичних засобів за 2014 р.



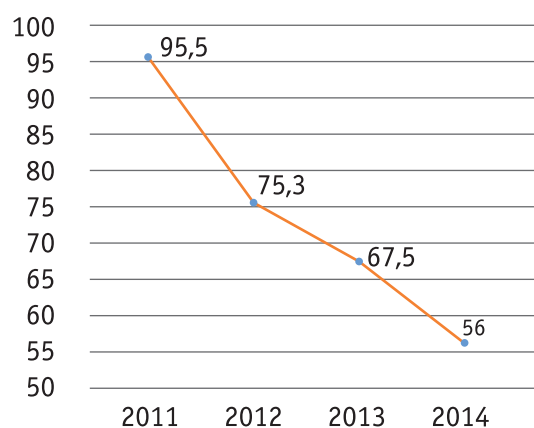
Всього на кінець 2014 року зареєстровано (групи профілактичного і диспансерного нагляду) 4 258 дітей (від 0 до 17 років включно), яким встановлено діагноз психічних розладів, пов'язаних зі вживанням психоактивних речовин (F10–F19), що на 89 осіб менш ніж у 2013 році (4 347 дітей). Інтенсивний показник поширеності зменшився на 17% з 67,5 до 56 на 100 тисяч дитячого населення.

Графік 2.4.16.

Поширеність розладів психіки та поведінки внаслідок вживання ПАР серед дітей (групи профілактичного та диспансерного нагляду) за 2014 р.



Абсолютні числа



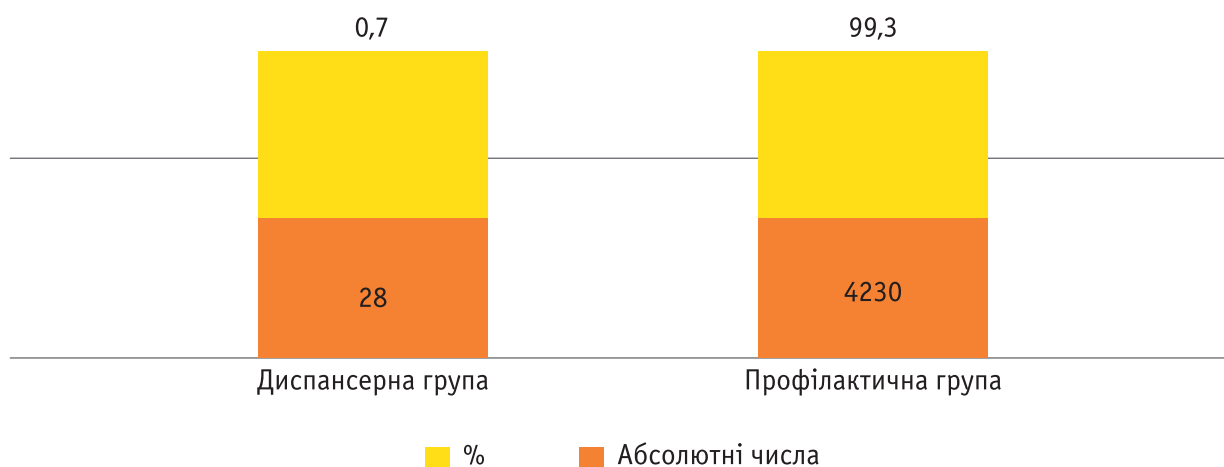
На 100 тис. дитячого населення

В диспансерній групі нагляду спостерігається лише 28 дітей з розладами психіки та поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин із залежністю (F10.2–9, F19.2–9), що майже в 2 рази менш ніж у 2013 році (45 дітей) та становить 0,5% від загального числа зареєстрованих. У профілактичній групі нагляду — 4 230 дітей (у 2013 році — 5 347 осіб).

Графік 2.4.17.

Розлади психіки та поведінки внаслідок вживання ПАР (групи профілактичного та диспансерного нагляду) за 2014 р.

Поширеність у дітей (віком від 0-17 р.)



Диспансерна група

Профілактична група

■ %

■ Абсолютні числа

У структурі поширеності психічних та поведінкових розладів пов'язаних з вживанням наркотичних засобів — 342 особи, на частину каннабіноїдів приходить 62,8% — 215 дітей; опіоїдів 4,6% — 16 дітей; галюциногенів 7,9% — 27 дітей; кількох наркотичних та інших психоактивних речовин 23% — 79 дітей. Не зареєстровано жодного випадку пов'язаного з уживанням кокаїну.

3. Профілактика

3.1. Вступ: дефініції, інструменти збору даних та контекстуальна інформація

Боротьба з наркоманією наразі не втрачає своєї актуальності. Наркоманія — це важка хвороба психіки і всього організму, яка без лікування веде до деградації особистості, повної інвалідизації та передчасної смерті. Суттєвими ознаками наркоманії є непереборна тяга до прийому наркотиків і тенденція підвищення кількості прийнятої речовини.

І чим ширше стали розповсюджуватися наркотичні засоби, тим швидше приходило розуміння й усвідомлення хворобливих наслідків їх вживання.

В контексті профілактики вживання психоактивних речовин поняття «Стратегії» застосовується для визначення профілактичних дій, основною метою чого є зміни соціального, культурного, фізичного та економічного середовища, в якому люди здійснюють свій вибір щодо вживання цих речовин.

На жаль, неможливо охопити всі причини, які спонукають людину до вживання психоактивних речовин. Наркотики та алкогольні напої вживають люди, переслідуючи різні цілі: з цікавості, для зняття болю та неприємних відчуттів, для пошуку нових, незвичайних відчуттів і переживань тощо. Також значну роль відіграють суспільні норми, традиції та правила поведінки, соціально-економічні фактори, доступність алкоголю, тютюну та наркотиків в суспільстві.

Стратегія включає в себе такі основні дії як вікові обмеження продажу алкоголю, заборона тютюнокуріння в громадських місцях тощо. В Україні нормативними документами закріплені вікові обмеження щодо продажу алкогольних та тютюнових виробів, заборона їх вживання та продажу у певних місцях, заборона реклами, спонсорства і стимулювання продажу тютюнових виробів та алкогольних напоїв.

Профілактичні дії мають проводитися якісно, адже найрізноманітніші проблеми на ґрунті вживання психоактивних речовин можуть мати найважчі наслідки як для окремих осіб та їх сімей, так і серйозно впливати на життя суспільства. Як вже відомо, будь-яку проблему легше попередити, ніж намагатися позбутися від її наслідків.

Саме у підлітковому віці, як правило, вперше вживаються наркотичні речовини, тому дуже важливо вміти помітити та розрізнити ранні ознаки вживання наркотиків, коли проблема ще не набула хронічного характеру та значно легше піддається корекції.

Перш за все, профілактика має стати невід'ємною частиною освітнього процесу. Це сприятиме зведенню до мінімуму бажання підлітків спробувати наркотики, а також стане свого роду певним стримуючим фактором. Взагалі, профілактика наркоманії повинна бути розгорнутою, масштабною та всебічною.

Отже, наркоманія — це медико-соціальна проблема, тому вимагає комплексного підходу як у клінічному, так і в соціальному плані. Не можна ізольовано формувати свідомість людини, не змінюючи свідомості навколишнього середовища. А це означає, що для боротьби з наркоманією також як і з іншими соціальними хворобами, необхідне створення здорової соціальної обстановки, політичної стабільності, оздоровлення загальноекономічної і духовно-етичної атмосфери в нашій країні.

3.2. Стратегії в профілактиці

Оподаткування алкогольної продукції та тютюнових виробів

Згідно з Законом України від 28.12.2014 № 71-VIII «Про внесення змін до Податкового кодексу України та деяких законодавчих актів України щодо податкової реформи», до алкогольних напоїв відносяться продукти, одержані шляхом спиртового бродіння цукровмісних матеріалів або виготовлені на основі харчових спиртів з вмістом спирту етилового понад 0,5 відсотка об'ємних одиниць (раніше було понад 1,2 відсотка).

Центром опрацьовано проект Закону України «Про внесення змін до деяких законів України щодо спрощення регулювання виробництва та обігу пива».

Зазначений проект нормативно-правового акту передбачає внесення у тому числі змін до Закону України «Про державне регулювання виробництва і обігу спирту етилового, коньячного і плодового, алкогольних напоїв та тютюнових виробів» в частині скасування для пивоварної галузі:

- сертифікації та підтвердження відповідності продукції;
- ліцензування виробництва;
- єдиних із алкогольними напоями вимог до маркування продукції.

На нашу думку, дерегуляція вказаних заходів контролю в галузі пивоварної продукції може призвести до погіршення показників якості цього слабоалкогольного напою, що в свою чергу ймовірно вплине на стан здоров'я споживачів пива.

Таким чином, запропоновані законопроектном дерегуляційні заходи у сфері виробництва та обігу пивної продукції можуть бути підтриманими, за умов наявності регуляторних функцій щодо зниження рівня доступності цього напою для дітей та молоді, а також необхідного ступеню його якості.

Також варто зазначити, що з 01.07.2015 Закон України набирає чинності стосовно віднесення пива до алкогольних напоїв. Згідно з законодавством, в Україні алкогольна та тютюнова продукція оподатковується при її виробництві та під час продажу. Річна плата за ліцензії на виробництво алкогольних напоїв та тютюнових виробів складає 780 грн. Ліцензії видаються терміном на п'ять років, а плата за них справляється щорічно. Не дозволяється сплата за весь термін дії ліцензії.

Основними чинниками, що можуть стати підставою для анулювання ліцензії є продаж алкогольних напоїв, тютюнових виробів неповнолітнім особам (тобто особам, що не досягли 18 років), продаж зазначених виробів у невизначених для цього місцях, рішення суду, заява суб'єкта господарювання.

Відповідно до законодавства, відповідальність за порушення норм складає:

- оптової (включаючи імпорту та експорту) і роздрібно́ї торгівлі спиртом етиловим, коньячним і плодовим, спиртом етиловим ректифікованим виноградним, спиртом етиловим ректифікованим плодовим, алкогольними напоями та тютюновими виробами без наявності ліцензій, — 200 відсотків вартості отриманої партії товару, але не менше 17 000 гривень;
- роздрібно́ї торгівлі алкогольними напоями через електронний контрольно-касовий апарат (книгу обліку розрахункових операцій) не зазначений у ліцензії — 200 відсотків вартості реалізованої через такий контрольно-касовий апарат (книгу обліку розрахункових операцій) продукції, але не менше 10 000 гривень;
- зберігання спирту, або алкогольних напоїв, або тютюнових виробів у місцях зберігання, не внесених до Єдиного реєстру, — 100 відсотків вартості товару, який знаходиться в такому місці зберігання, але не менше 17 000 гривень;
- оптової або роздрібно́ї торгівлі коньяком, алкогольними напоями, горілкою, лікєро-горілочними виробами та винами за цінами, нижчими за встановлені мінімальні оптово-відпускні або роздрібні ціни на такі напої — 100 відсотків вартості отриманої партії товару, розрахованої виходячи з мінімальних оптово-відпускних або роздрібних цін, але не менше 10 000 гривень;
- роздрібно́ї торгівлі тютюновими виробами за цінами, вищими від максимальних роздрібних цін на тютюнові вироби, встановлених виробниками або імпортерами таких тютюнових виробів, збільшеними на суми акцизного податку з реалізації через роздрібну торговельну мережу тютюнових виробів, — 100 відсотків вартості наявних у суб'єкта господарювання тютюнових виробів, але не менше 10 000 гривень;

- виробництва, зберігання, транспортування, реалізації фальсифікованих алкогольних напоїв чи тютюнових виробів; алкогольних напоїв чи тютюнових виробів без марок акцизного податку встановленого зразка або з підробленими марками акцизного податку — 200 відсотків вартості товару, але не менше 17000 гривень;
- розливу алкогольних напоїв у тару, не передбачену цим Законом, — 200 відсотків вартості виробленої (реалізованої) продукції (за оптово-відпускними цінами), але не менше 85 000 гривень.

Зазначені штрафи спрямовуються до бюджету згідно з чинним законодавством.

Рішення про стягнення штрафів приймаються органами доходів і зборів та/або органом, який видав ліцензію на право виробництва і торгівлі спиртом етиловим, коньячним і плодовим, спиртом етиловим ректифікованим виноградним, спиртом етиловим ректифікованим плодовим, спиртом-сирцем виноградним, спиртом-сирцем плодовим, алкогольними напоями і тютюновими виробами, та іншими органами виконавчої влади у межах їх компетенції визначеної законами України.

У разі невиконання суб'єктом господарювання рішення органів сума штрафу стягується на підставі рішення суду.

Акцизний податок є одним з не багатьох важелів впливу держави на економічні та соціальні процеси суспільства і одночасно важливим джерелом наповнення бюджету.

На спиртові дистиляти та спиртні напої, одержані шляхом перегонки виноградного вина або вичавок винограду, застосовуються такі ставки акцизного податку:

- з 1 січня до 31 березня 2014 року — 32 гривні за 1 літр 100% спирту;
- з 1 квітня до 31 грудня 2014 року — 56,42 гривні за 1 літр 100% спирту.

Ставка акцизного податку на тютюнові вироби «Сигарети без фільтра, цигарки» в 2014 році складає 77,50 грн. за 1 тис. шт. «Сигарети з фільтром» — 173,20 грн. за 1 тис. шт. Мінімальне акцизне податкове зобов'язання становило 101,60 грн. за 1 тис. шт. сигарет без фільтра, цигарок та 231,70 грн. за 1 тис. шт. сигарет з фільтром.

Слід позитивно оцінити зростання акцизних ставок на алкогольні та тютюнові вироби відповідно до Податкового кодексу України, що сприяє стримуванню споживання шкідливих для здоров'я населення продуктів.

Експерти Центру контролю над тютюном констатували зменшення рівня реалізації сигарет в 2014 р. до 73,5 млрд сигарет, що приблизно на 2 млрд шт. менше ніж у 2013 р. Ці дані підтверджують і тютюнові компанії. У річному звіті тютюнової компанії Філіп Моріс (Philip Morris International Inc.) зазначається скорочення тютюнового ринку в Україні на 2,5 %. Зазначаємо, що у 2013 р. в Україні було реалізовано на 9 % сигарет менше ніж у попередньому році.

Продовження падіння рівня реалізації сигарет тютюнова компанія пояснює декількома факторами. По-перше, зростанням цін на сигарети у зв'язку з підвищенням акцизів загалом на 40 % за 2014 р. По-друге, зменшення обсягів реалізації могло бути зумовлене дестабілізацією ринку через складність політичної ситуації в Україні. По-третє, компанія Філіп Моріс визнала падіння обсягів нелегальної торгівлі сигаретами, хоча тютюнники в останні роки постійно залякували тим, що підвищення акцизів призведе до зростання рівня нелегальної торгівлі.

Важливим показником для формування політики оподаткування тютюнових виробів є доходи до Держбюджету від акцизів. Попри зниження загальних обсягів реалізації сигарет в Україні доходи Державного бюджету від тютюнових акцизів зросли до 18,1 млрд гривень, що на 0,2 млрд більше, ніж в 2013 р.

Після підписання Україною Угоди про Асоціацію з ЄС, відповідно до статті 352 наша держава зобов'язана пришвидшити темпи зростання тютюнових акцизів із метою протидії контрабанди тютюнових виробів із України до країн ЄС.

Україна зможе наблизити акцизні ставки на тютюнові вироби до рівнів країн ЄС у 2021 р. за умови підвищення специфічної акцизної ставки щорічно на 30%, починаючи з 2015 р.

Рекламування тютюнових виробів та алкогольних напоїв

Реклама будь-яких товарів або послуг не повинна містити зображення тютюнових виробів або процесу паління тютюнових виробів, це регламентовано тим, що в Україні забороняється реклама, стимулювання продажу тютюнових виробів, знаків для товарів і послуг, інших об'єктів права інтелектуальної власності, під якими випускаються тютюнові вироби.

Відповідальність за порушення заборони щодо реклами тютюнових виробів, а також стимулювання продажу їх або спонсорства, відповідно до законодавства, становить від тридцяти тисяч гривень до п'ятдесяти тисяч гривень за кожен факт реклами.

Також законодавством передбачено обмеження щодо реклами алкогольних напоїв, реклами знаків для товарів і послуг, інших об'єктів права інтелектуальної власності, під якими випускаються алкогольні напої.

Але на відміну від тютюнових виробів, дозволяється спонсорство теле-, радіопередач, театральних-концертних, спортивних та інших заходів з використанням знаків для товарів та послуг, під якими випускаються алкогольні напої, окрім тих заходів, що призначені для осіб віком до 18 років.

Реклама алкогольних напоїв, тютюнових виробів, пива або напоїв, що виготовляються на його основі, знаків для товарів і послуг, інших об'єктів права інтелектуальної власності, під якими випускається зазначена продукція не повинна містити зображення популярних осіб або пряме чи опосередковане схвалення популярними особами паління або вживання алкоголю, пива та напоїв, що виготовляються на його основі, та в жодному разі не може формувати думку, що алкоголь чи тютюнові вироби мають лікувальні якості або, що вони є стимулюючими чи заспокійливими засобами.

Як і раніше, реклама тютюнових виробів та алкогольних напоїв, а також знаків для товарів та послуг, інших об'єктів права інтелектуальної власності, під якими випускаються дані вироби та напої, повинна супроводжуватися текстами попередження про шкідливий вплив їх на здоров'я та відповідними малюнками.

Міжнародний досвід доводить, що картинки як попередження на сигаретних упаковках підвищують обізнаність про наслідки для здоров'я і сприяють зниженню рівня поширеності куріння. «Страшні» фотоілюстрації хвороб на пачках підштовхують частину курців кинути курити, а інших — не починати взагалі. Картинки особливо впливають на молодь та жінок, оскільки знищують «гламурну» привабливість пачки.

У разі відсутності попередження про шкоду вживання алкогольних напоїв чи куріння або його невідповідність вимогам законодавства накладаються штрафи на рекламодавців.

За результатами дослідження Світового банку, повна заборона реклами тютюну скорочує куріння на 7%, тоді як часткова заборона лише призводить до переміщення реклами у незаборонені сегменти. Одним із кроків у подоланні тютюнової епідемії став Закон України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо заборони реклами, спонсорства та стимулювання продажу тютюнових виробів», який набрав чинності 16.09.2012. З того часу на вітринах та у прикасових зонах відсутні плакати, постери та інша рекламна продукція із зображенням торгових марок та сигарет. Відтоді забороняється проводити акції та події за підтримки тютюнових корпорацій.

Моніторинг Громадської організації «Життя», Центру контролю над тютюном у співпраці з Коаліцією громадських організацій «За вільну від тютюнового диму Україну» засвідчують високий рівень виконання торговими закладами норм щодо заборони прямої реклами сигарет — 98% у 2013 р. та 99,7% у 2014 р.

Комплекс антитютюнових законів уже приніс позитивні результати. За даними Третього Звіту Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) щодо глобальної тютюнової епідемії Україна з 4 місця в світі за поширеністю куріння перемістилася на 29 місце.

Наступним кроком має стати заборона викладки сигарет. Дослідження показали, що тютюнові компанії продовжують використовувати методи стимулювання збуту сигарет, які не чітко регулюються нормами. Так, «привабливе» оформлення вітрин та прикасових зон, розміщення пачок сигарет у яскравих рамках з підсвіткою, в першу чергу, спрямоване на молодь та дітей.

Обмеження продажу алкогольних напоїв та тютюнових виробів

В Україні діють певні обмеження продажу алкогольних напоїв та тютюнових виробів.

Основними критеріями заборони на продаж алкогольних напоїв та тютюнових виробів є вікові обмеження (особам, які не досягли 18 років), територіальне розташування (на території навчальних закладів, закладів охорони здоров'я тощо) та невідповідні для цього умови (продаж з рук, з торгових автоматів, для тютюнових виробів, окрім сигар — поштучно).

Разом з тим, продавець алкогольних напоїв та тютюнових виробів зобов'язаний отримати від покупця документ, який засвідчує його вік (якщо виникли сумніви щодо досягнення покупцем 18-річного віку), в іншому випадку — продаж виробів особі забороняється. У разі порушення вимог накладається штраф.

Легкий доступ до алкоголю — одна з причин вживання алкоголю неповнолітніми. Саме тому в 2014 році членами Ради старшокласників м. Ватутіне (Черкаська область) на чолі з президентом Ради, спільно з представниками відділу освіти Ватутінської міськради було здійснено рейд-акцію «Провокація».

Під час проведення рейд-акції було відвідано шість торговельних точок та один заклад громадського харчування, де було здійснено спробу контрольної закупки заборонених продуктів неповнолітніми. В одній з них неповнолітнього, якому 16 років, навіть не запитали про наявність документів, котрі б засвідчили особу, та продали пачку цигарок.

Працівники відділу освіти відразу вказали продавцю про порушення закону та попередили про відповідальність за продаж алкоголю неповнолітнім (штраф від 1 700 до 6 800 грн. або втрата дозволу на продаж алкогольних товарів).

Члени Ради старшокласників прагнуть змінити ставлення продавців та свідків продажу алкоголю, пива й тютюнових виробів неповнолітнім та привернути увагу територіальної громади до проблем збереження здорового способу життя й профілактики алкогольної і тютюнової залежності серед дітей та молоді.

Обмеження споживання алкогольних напоїв та куріння тютюнових виробів

В Україні обмеження шкідливого впливу споживання алкогольних напоїв та тютюнових виробів здійснюється шляхом реалізації відповідних заходів, а саме таких як: правових (законодавчих), економічних, медичних та адміністративних заходів.

Оскільки, з 01.07.2015 Закон України від 28.12.2014 № 71-VIII набирає чинності стосовно віднесення пива до алкогольних напоїв — це стане основним заходом з обмеження споживання цими напоями.

Таким чином, ліцензуванню підлягає діяльність з виробництва, імпорту, експорту, оптової та/чи роздрібною торгівлі пивом на загальних підставах, передбачених для алкогольних напоїв.

У додатку до ліцензії на роздрібну торгівлю алкогольними напоями суб'єктом господарювання вказуються, зокрема, перелік електронних контрольно-касових апаратів та інформація про них: модель, модифікація, заводський номер, виробник, дата виготовлення.

Ці зміни в законодавстві зумовлені тим, що виробники пива рекламуючи свій товар прагнуть збільшити приплив покупців саме тим, що пиво не алкогольний, а слабоалкогольний, нібито абсолютно нешкідливий і мало не корисний напій. І це незважаючи на те, що за останні роки вміст алкоголю в пиві досягає в деяких сортах 14 % (тобто відповідає винам за вмістом спирту).

Основні обмеження щодо куріння тютюнових виробів залишаються тими самими, тобто, забороняється куріння у ліфтах, у під'їздах, на дитячих майданчиках, у транспорті загального користування, аеропортах, вокзалах, на стаціонарно обладнаних зупинках маршрутних транспортних засобів тощо.

Відповідно, дозволяється куріння тютюнових виробів у тим місцях, де графічно зазначено «Місце для куріння. Куріння шкодить Вашому здоров'ю!».

Профілактичні акції

Важливим заходом до популяризації та утвердження здорового способу життя молоді є, в першу чергу, проведення інформаційно-просвітницької роботи з протидії поширенню у молодіжному середовищі соціально небезпечних захворювань.

Тому, з метою посилення відповідальності дорослих за втягування дітей та молоді до вживання алкоголю, куріння тютюнових виробів, а також для популяризації здорового способу життя у молодіжному середовищі Міністерством молоді та спорту України ініційовано проведення Всеукраїнської інформаційно-профілактичної акції «Відповідальність починається з мене» (далі — Акція).

У рамках Акції було обстежено 18 506 (у 2013 році — 13 660) торговельних закладів, що продають алкогольні напої та тютюнові вироби. Виявлено 2 022 випадки порушень продажу алкогольних напоїв та тютюнових виробів особам віком від 14 до 18 років. Затримано 1783 (у 2013 році було затримано 877) неповнолітніх осіб віком від 14 до 18 років. Складено 2 581 адміністративних протоколів. Притягнуто до відповідальності 600 посадових осіб. Для проведення акції залучено 5 480 (відповідно у 2013 році — 3 569) осіб з числа структурних підрозділів у справах сім'ї, молоді та спорту, служб у справах дітей, органів внутрішніх справ, соціальних працівників, громадських організацій, волонтерів.

У ході Акції розміщено:

- 1 750 шт. біл-бордів та афіш за тематикою: «Я сідаю за кермо лише тверезим», «Я не продаю алкоголь неповнолітнім», «Я захищаю підлітків від алкоголю»;
- 40 000 шт. наліпок з написом «Номером гарячої лінії» та «Повнолітній? Доведи!»;
- виготовлено 1 000 бандан з логотипом Акції.

У рамках Акції проведено заходи, спрямовані на пропаганду та утвердження здорового способу життя серед молоді: спортивні змагання, флешмоби, козацькі розваги, квести тощо; в кожній області проведено заходи з благоустрою місцевих територій.

Акція не проводилась в Луганській, Донецькій областях, в АР Крим, м. Севастополі через події в Україні.

Крім того, Міністерством залучаються всеукраїнські молодіжні та дитячі громадські організації до здійснення державної молодіжної політики шляхом проведення конкурсу з визначення програм (проектів, заходів), розроблених інститутами громадського суспільства, для реалізації яких надається фінансова підтримка. У напрямку пропаганди та формування здорового способу життя молоді у 2014 році надано сприяння громадським організаціям на 3 програми (із 14 переможців).

Міністерство співпрацює з міжнародними організаціями у напрямі формування здорового способу життя. Наприклад, спільно з Програмою розвитку ООН (ПРООН) реалізується проект «Зміцнення національної спроможності ефективного розвитку молоді та відповіді на епідемію ВІЛ/СНІД в Україні», у рамках якого проводяться просвітницькі заходи — у 2014 році проведено фізкультурно-спортивний масовий захід «Руханка» до Дня молоді 29 червня у 10 районах столиці, до Дня фізичної культури та спорту 14 вересня на Софійській площі.

3.3. Соціально-педагогічна профілактика адиктивної поведінки

Проблема адиктивної поведінки є сьогодні надзвичайно актуальною, особливе занепокоєння викликає її поширення серед дітей через необоротну шкоду на організм неповнолітніх куріння тютюнових виробів, вживання алкоголю, наркотиків, токсикологічних речовин. Запобігти цьому може детальне вивчення цього явища і створення системи соціально-педагогічної профілактики адиктивної поведінки на рівні територіальної громади.

Вивчення адиктивної поведінки відбувається на інтегративних засадах фахівцями психології, соціології, медицини, соціальної педагогіки.

Адиктивна поведінка (addiction — схильність) одна з форм деструктивної поведінки, яка виражається в прагненні до відходу від реальності шляхом зміни свого психічного стану за допомогою прийому

деяких речовин або постійної фіксації уваги на певних предметах або видах діяльності, що супроводжується розвитком інтенсивних емоцій. Цей процес настільки захоплює людину, що починає керувати його життям. Людина стає безпорадним перед своєю пристрастю. Вольові зусилля слабшають і не дають можливості протистояти адикції.

Адиктивна поведінка може сформуватися внаслідок вживання різних груп наркогенних речовин і характеризується наявністю пов'язаних із цим проблем. Під наркогенними речовинами мають на увазі такі речовини, як наркотики, алкоголь та токсикологічні речовини.

Одним із основних механізмів адиктивної поведінки є перенесення емоційного ставлення з живого об'єкта на неживий або навпаки, наприклад, особа, яка має психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання психоактивних речовин вступає в емоційні відношення з наркотичними речовинами, що підкріплюється їхньою дією на його організм.

Щодо аспекту вікових періодів в аналізі профілактичних досліджень, то більшість становлять дослідження профілактики адиктивної поведінки саме підліткового періоду, тому що сама специфіка підліткової психології, найбільш поширені в цьому віці порушення емоційної сфери, важковиховуваність підлітків зумовлюють їхню адиктивну поведінку. Через вікові характеристики особистості, яка формується, причини всіх виявів адиктивної поведінки в підлітків єдині. У реабілітаційній і профілактичній роботі вагомим моментом є формування мотивації підлітків до співпраці та розуміння формування несприйнятливості до вживання наркотичних речовин.

Адиктивна поведінка суттєво впливає на спосіб життя підлітків. Чим більше виявляється адиктивність, тим більше порушуються емоційні відносини з оточенням. Потреба в емоційному теплі і близькості переноситься на об'єкт адиктивності. Тепер психоактивна речовина стає універсальним джерелом позитивних переживань.

За статистикою, найбільшу кількість дітей залучають до вживання психоактивних речовин у підлітковому віці, приблизно половина підлітків перебуває на етапі пошукового полінаркотизму, вони намагаються перепробувати всі психоактивні речовини, які тільки можна дістати. І саме тому профілактичні дії потрібно спрямувати на молодший вік. Первинна профілактика має ефект у молодшому шкільному і навіть певною мірою в дошкільному віці. У підлітковому віці й періоді юнацтва ми говоримо про вторинну і третинну профілактику.

Для успішної протидії поширення наркотичних засобів потрібно якомога раніше виявляти осіб, які почали їх вживати. Важливо не тільки провести бесіду, а й звернути увагу на зовнішній вигляд, отримати об'єктивну інформацію від батьків, родичів, знайомих, учителів. Соціально-педагогічна профілактика — це вид соціальної діяльності, що спрямована на проведення освітньо-профілактичних заходів та реалізацію педагогічних моделей впливу на особистість з метою попередження вживання наркотичних засобів, алкогольних напоїв.

Значним фактором розповсюдження наркоманії є прагнення осіб, які мають психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання психоактивних речовин спонукати до прийому інших людей. У медицині це називається прозелітизм — «схильність вчити інших приймати наркотики».

Важливо враховувати, що наркотичні речовини мають особливу специфічну дію на дитячу психіку. Чим менший вік, тим більша важкість психічної патології, яку спричиняє прийом наркотиків. Найбільш вразливі до дії наркотичних речовин діти віком 10 — 13 років, а в дітей та підлітків, які перенесли черепно-мозкову, пологову травму, нейроінфекції, психічна патологія протікає швидше й більш агресивно.

У розповсюдженні вживання алкоголю поряд із іншими причинами все частіше вказують на збільшення кількості неповних сімей, у яких діти набагато частіше звертаються до цієї згубної звички.

Численні дослідження показали, що дитячий алкоголізм значно відрізняється від дорослого, а рівні привертання дітей до вживання спиртних напоїв мають свої мотиви. Так, нульовий рівень характеризує неповнолітніх, які ніколи не вживали алкоголь завдяки установці на тверезість. Початковий рівень має за мотиви бажання долучитися до світу дорослих або «бути як усі», епізодичний рівень характеризують бажанням поліпшити настрій та збільшити комунікабельність, рівень високого ризику диктує необхідність розслабитися, веселитися, психічна залежність від алкоголю призводить до бажання відійти від реальності, фізична залежність — покращити погане самопочуття. Метою соціально-педагогічної діяльності з підлітками, які схильні до вживання спиртного, є усунення факторів, які провокують алкоголізацію дітей, а також об'єднання зусиль різноманітних організацій і служб.

Результативність профілактики адиктивної поведінки залежить від знання її причин та визначення рівня цих причин: особистісного, соціального, біологічного.

Важливим для розкриття причин адиктивної поведінки дітей є поняття факторів ризику соціалізації особистості. До чинників ризику адиктивної поведінки належать різні несприятливі умови функціонування суспільства, його структурних компонентів і окремих людей. Такими факторами можуть бути нестабільна соціальна й економічна ситуація, деформація цінностей, зміна ієрархії цінностей, відсутність умов самореалізації, фізичне, психологічне й сексуальне насилля над особою тощо. Сімейними факторами можуть бути розлучення, втрата членів сім'ї, втрата роботи чи здоров'я, неможливість повноцінного виконання функцій, відсутність любові й поваги, аморальний спосіб життя. Особистісні фактори ризику — асоціальна й аморальна поведінка, низький рівень духовності, невизнання, відсутність умов для самореалізації, агресивна налаштованість на довкілля, депресивні стани тощо.

Також участь неповнолітніх в асоціальних молодіжних угрупованнях вважається як одна з причин адиктивної поведінки. Сьогодні виявлений і секрет цієї привабливості. Особливостями вікової психології цього періоду є гостре бажання приймати самостійні рішення й водночас відмова брати на себе за це відповідальність. Саме на цій закономірності й функціонують асоціальні угруповання: ілюзія повної свободи підлітків обрати таке угруповання і вступити в нього (усе, що заборонялося вдома, тут дозволено) поєднана з тоталітарною структурою угруповання — ієрархічна структура лідерів, стереотипна поведінка (не можна відмовитися від пропозиції психоактивних речовин або інших виявів асоціальної поведінки), виправдання всіх поведінкових виявів.

Важливим для розуміння проблеми адиктивної поведінки є те, що і мотиви, і мотивація мають комплексний характер, їх треба розглядати з соціальних, біологічних, психологічних позицій.

Виділяють два види мотивації: внутрішню і зовнішню. Внутрішня — це здебільшого неусвідомлювані потяги, які спрямовують особистість на певний стиль поведінки. Зовнішня мотивація — це те, що усвідомлюється та уявляється як відношення, яке існує між діями та причинами. Пошук справжньої мотивації через прояснення мотиву й розширення можливостей переживання вважають одним з основних завдань роботи з дітьми та їхніми батьками на початковому етапі профілактичної роботи.

Важливо враховувати, що на формування алкогольної установки й психологічної готовності до вживання наркотику впливають індивідуально-типологічні властивості, психологічна схильність до залежності від психоактивних речовин, різноманітні порушення емоційної сфери, такі психологічні особливості підлітків, як реакція автономізації від дорослих, реакція групування з однолітками, морально-психологічна незрілість, не сформованість комунікативних навичок, низка соціальних, матеріальних проблем неповнолітніх, які призводили до стану пригніченості.

Доволі велика кількість досліджень стосується таких взаємопов'язаних глобальних проблем, як протидія поширенню наркоманії і СНІДу. І це не випадково, адже відомо, що близько половини всіх інфікованих отримали вірус через споживання ін'єкційних наркотиків. В основному йдеться про молодіжне оточення, це пояснюється тим, що майже половина осіб, які мають психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання психоактивних речовин — це молоді люди віком від 20 до 29 років. Саме тому профілактичні дії потрібно спрямовувати на попередні вікові періоди.

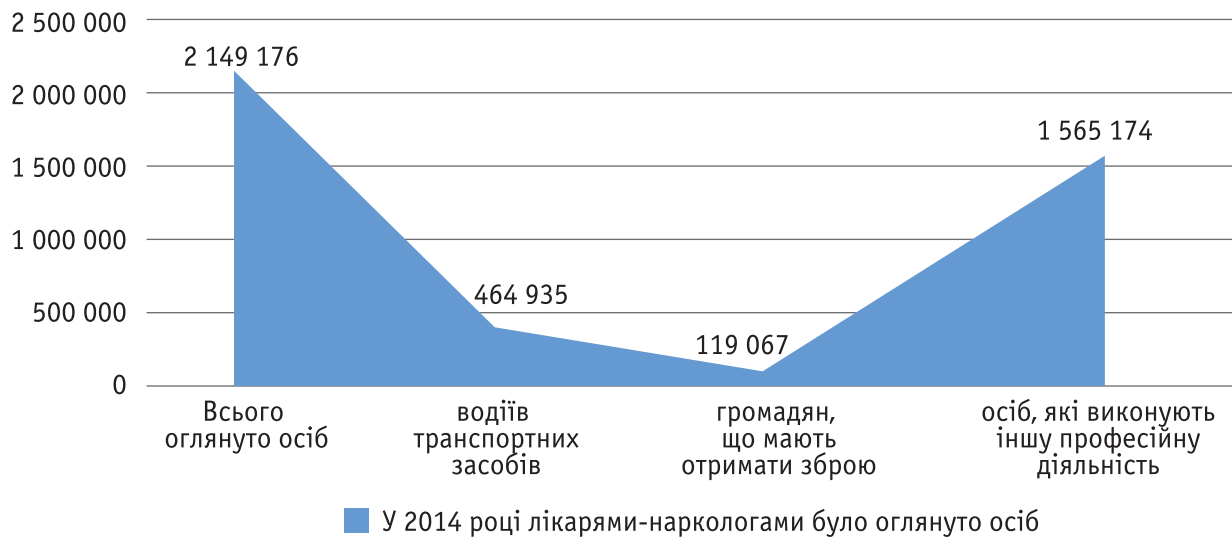
Профілактична робота серед молоді зосереджена, на сам перед, на оздоровленні молодіжного середовища в цілому. Усі профілактичні дії та заходи спрямовані на утримання молоді від спокуси вживання психоактивних речовин.

Профілактичні наркологічні огляди

У 2014 році лікарями-наркологами медичних закладів Міністерства охорони здоров'я України на попередніх періодичних профілактичних наркологічних оглядах було оглянуто всього 2 149 176 осіб, що на 1,7 % (37 839 осіб) менше ніж у 2013 р. — 2 187 015 осіб. Із них оглянуто: водіїв транспортних засобів — 21,6 % (464 935 осіб); громадян, що мають отримати зброю — 5,4 % (119 067 осіб). Відповідно 73 % оглядів проводилися особам, які виконують іншу професійну діяльність, у порівнянні з аналогічним періодом 2013 року відсоток оглядів цього контингенту зріс на 16,6%. У 2014 році кількість оглядів водіїв зменшилась на 44,5% (2013 р. — 835 839 осіб).

Графік 3.3.1.

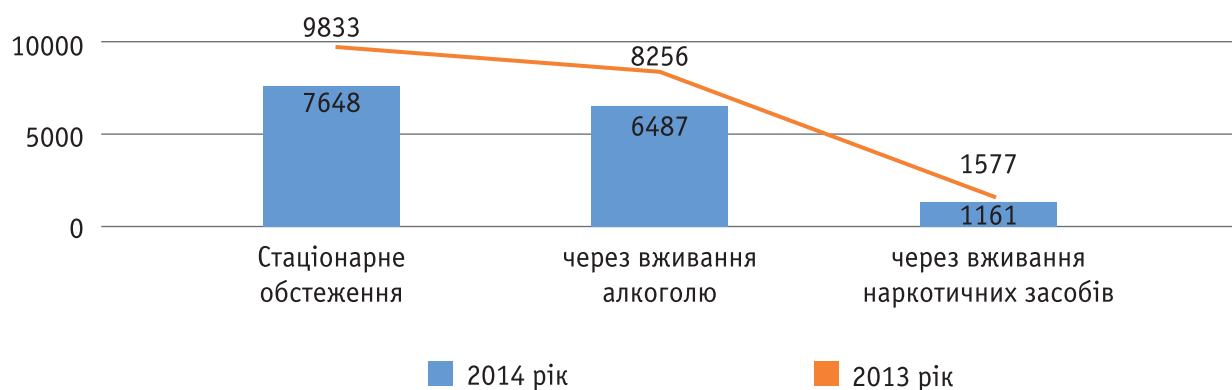
Кількість проведених профілактичних наркологічних оглядів населення



За результатами наркологічних оглядів було направлено на стаціонарне обстеження 7 648 осіб (0,3 %), що на 22,2 % менше ніж у 2013 р. — 9 833 осіб (0,44 %). Із них через вживання алкоголю 6 487 осіб — 84 % (0,3 % до всіх обстежених), що на 21,4 % менше ніж у 2013 р. (8 256 осіб — 84 %) та через вживання наркотичних засобів 1 161 осіб — 16 % (0,3 % до всіх обстежених).

Графік 3.3.2.

Кількість осіб, направлених на стаціонарне обстеження при проведенні профілактичних наркологічних оглядів



Із загального числа осіб, направлених на стаціонарне обстеження через вживання наркотичних засобів (1 153 осіб) найбільше було направлено у південно-східних регіонах країни: Дніпропетровській — 438 осіб; Одеській — 153 осіб; Запорізькій — 91 осіб; Чернівецькій — 85 осіб та Київській — 98 осіб. Частково, це пов'язано з найбільшими показниками поширеності розладів психіки та поведінки внаслідок вживання наркотичних засобів в південно-східних регіонах країни.

На жаль процедура профілактичних оглядів не завжди відповідає встановленим нормам, тобто зустрічаються такі випадки, коли особи, які виконують певні види робіт, що пов'язані з ризиком для здо-

ров'я, незаконно отримують можливість займатись професійною діяльністю, маючи небезпечні наркологічні розлади.

Наприклад, є такі регіони (Херсонська область), де не виявлено та не направлено жодної особи з підозрою на вживання наркотичних засобів на стаціонарне обстеження або виявлено одну чи дві особи (Волинська, Чернігівська, Житомирська та Тернопільська).

Огляди на стан сп'яніння

В Україні створено систему оглядів водіїв, які керують транспортними засобами, на наявність у них стану сп'яніння. Стаття 130 Кодексу України про адміністративні правопорушення передбачає відповідальність водіїв за керування транспортними засобами в стані алкогольного, наркотичного чи іншого сп'яніння або під впливом лікарських препаратів, що знижують їх увагу та швидкість реакції, а також за передачу керування транспортним засобом особі, яка перебуває в стані такого сп'яніння чи під впливом таких лікарських препаратів, а так само за відмову особи, яка керує транспортним засобом, від проходження відповідно до встановленого порядку огляду на стан алкогольного, наркотичного чи іншого сп'яніння або щодо вживання лікарських препаратів, що знижують увагу та швидкість реакції.

Відповідно до вимог статті 266 Кодексу України про адміністративні правопорушення особи, які керують транспортними засобами і щодо яких є підстави вважати, що вони перебувають у стані алкогольного, наркотичного чи іншого сп'яніння або під впливом лікарських препаратів, що знижують їх увагу та швидкість реакції, підлягають відстороненню від керування цими транспортними засобами, річковими або маломірними суднами та оглядові на стан алкогольного, наркотичного чи іншого сп'яніння або щодо перебування під впливом лікарських препаратів, що знижують їх увагу та швидкість реакції.

Встановлення у правопорушника стану сп'яніння здійснюється відповідно до Інструкції про виявлення у водіїв транспортних засобів ознак алкогольного, наркотичного чи іншого сп'яніння або перебування під впливом лікарських препаратів, що знижують увагу та швидкість реакції, що затверджена наказом Міністерства внутрішніх справ України, Міністерства охорони здоров'я України від 9 вересня 2009 р. № 400/666.

Для проведення огляду на стан алкогольного сп'яніння водія транспортного засобу використовуються спеціальні технічні засоби, які мають, зокрема, свідоцтво про державну реєстрацію та свідоцтво про повірку. Огляд на стан сп'яніння проводиться з дотриманням інструкції з експлуатації спеціального технічного засобу та фіксацією результатів на паперових та електронних носіях, якщо спеціальний технічний засіб має такі функції. Перед проведенням огляду на стан сп'яніння працівник ДАІ інформує особу, яка підлягає огляду на стан сп'яніння, про порядок застосування спеціального технічного засобу та на її вимогу зобов'язаний надати свідоцтво про державну реєстрацію та свідоцтво про його повірку. До того ж працівник міліції одержує згоду особи на її огляд на стан сп'яніння з використанням технічних засобів. У разі відсутності такої згоди огляд проводиться в закладах охорони здоров'я.

Слід зауважити, що Інструкцією про виявлення у водіїв транспортних засобів ознак алкогольного, наркотичного чи іншого сп'яніння або перебування під впливом лікарських препаратів, що знижують увагу та швидкість реакції за допомогою технічних засобів передбачений лише огляд на стан алкогольного сп'яніння. Отже, якщо працівник ДАІ виявить у водія ознаки наркотичного сп'яніння або перебування під впливом лікарських препаратів, що знижують їх увагу та швидкість реакції, то він має направити його для огляду до закладу охорони здоров'я. Але законом це не передбачено. Справа в тому, що відповідно до частини 3 статті 266 Кодексу України про адміністративні правопорушення огляд в закладах охорони здоров'я проводиться у випадках незгоди водія на проведення огляду на стан алкогольного, наркотичного чи іншого сп'яніння або щодо перебування під впливом лікарських препаратів, що знижують його увагу та швидкість реакції, працівником міліції з використанням спеціальних технічних засобів або в разі незгоди з його результатами. Інших підстав законом не передбачено.

Огляд осіб на стан алкогольного, наркотичного чи іншого сп'яніння або щодо перебування під впливом лікарських препаратів, що знижують їх увагу та швидкість реакції, здійснюється в закладах охорони здоров'я не пізніше двох годин з моменту встановлення підстав для його здійснення. Огляд у закладі охорони здоров'я та складення висновку за результатами огляду проводиться в присутності працівника міліції.

Огляд у закладах охорони здоров'я щодо виявлення стану сп'яніння проводиться лікарем закладу охорони здоров'я (у сільській місцевості за відсутності лікаря — фельдшером фельдшерсько-акушерського пункту), який пройшов тематичне удосконалення за відповідною програмою згідно з чинним законодавством.

Якщо водій — учасник дорожнього руху внаслідок ДТП перебуває у невідомому стані або з тяжкими травмами, обов'язково проводиться дослідження біологічного середовища або крові на вміст алкоголю, наркотичних чи психотропних речовин у закладах охорони здоров'я, куди він доставлений.

За результатами огляду на стан сп'яніння та лабораторними дослідженнями встановлюється діагноз, який вноситься до акту медичного огляду. Висновок щодо результатів медичного огляду з метою виявлення стану алкогольного, наркотичного чи іншого сп'яніння або перебування під впливом лікарських препаратів, що знижують увагу та швидкість реакції, видається на підставі акту медичного огляду.

Частиною 5 статті 266 Кодексу України про адміністративні правопорушення визначено, що огляд особи на стан алкогольного, наркотичного чи іншого сп'яніння або щодо перебування під впливом лікарських препаратів, що знижують її увагу та швидкість реакції, проведений з порушенням вимог цієї статті, вважається недійсним.

У продовж трьох років з 2011-2014 загальна кількість медичних оглядів з метою виявлення стану алкогольного, наркотичного чи іншого сп'яніння або перебування під впливом лікарських препаратів, що знижують увагу та швидкість реакції, значно зменшилась на 53% з 437 551 до 206 085 випадків. Це свідчить про те, що проведені зміни в законодавчій сфері, та посилення відповідальності та розмірів штрафів для водіїв, які керують транспортними засобами в стані сп'яніння призвели до позитивних здвигов, а також проведеною роботою медичними та соціальними службами по зменшенню загальної поширеності осіб, що вживають психоактивні речовини.

Впродовж 2014 року у медичних закладах МОЗ України оглянуто з метою визнання стану сп'яніння — всього 206 085 осіб, із них: алкогольного стану сп'яніння — 188 786 осіб (91,6%) та наркотичного стану сп'яніння — 17 299 осіб (8,4%). Загальна кількість осіб оглянутих з метою визнання стану сп'яніння у 2014 року зменшилась майже на 31% (2013 р. — 298 431 осіб).

У порівнянні з 2013 роком кількість осіб направлених до у закладів охорони здоров'я, з метою визнання стану сп'яніння пов'язаного зі вживанням наркотичних засобів зменшилась на 44,6% з 31 220 до 17 299 осіб. Відсоток осіб, від загальної кількості оглянутих, яким проведено медичний огляд на визначення стану наркотичного сп'яніння також зменшився з 10,5% до 8,4%.

Із загальної кількості осіб направлених на медичний огляд з метою визначення стану наркотичного сп'яніння у 40% (6 881 осіб) виявлено факт наркотичного сп'яніння.

Більш всього направляли на медичний огляд з метою визначення стану наркотичного сп'яніння у регіонах: Запорізькій — 3 378 осіб; Миколаївській — 1 798 осіб; Дніпропетровській — 1 666 осіб; Донецькій — 1 264 осіб; Вінницькій — 1 076 осіб; Харківській — 2 427 осіб.

При цьому підтверджено факт наркотичного сп'яніння в регіонах: Запорізькій — 1179 осіб (35%); Миколаївській — 521 осіб (29%); Дніпропетровській — 351 осіб (21%); Донецькій — 415 осіб (33%); Вінницькій — 487 осіб (45,2%); Харківській — 946 осіб (39%).

У звітному періоді проведено моніторинг виконання порядку проведення оглядів на стан сп'яніння закладами охорони здоров'я МОЗ України, на підставі чого зазначаємо наступне.

Центром опрацьовано спільний наказ МВС України та МОЗ України від 09.09.2009 № 400/666 «Про затвердження Інструкції про виявлення у водіїв транспортних засобів алкогольного, наркотичного чи іншого сп'яніння, або перебування під впливом лікарських препаратів, що знижують увагу та швидкість реакції» (далі — Наказ), а також Постанову Кабінету Міністрів України від 17.12.2008 № 1103 «Про затвердження Порядку направлення водіїв транспортних засобів для проведення огляду з метою виявлення стану алкогольного, наркотичного чи іншого сп'яніння або перебування під впливом лікарських препаратів, що знижують увагу та швидкість реакції, і проведення такого огляду».

За результатами вивчення цих нормативно-правових актів встановлено, що мають місце розбіжності та протиріччя, які унеможливають їх реалізацію через відсутність: конкретного переліку фахівців, які мають право проводити огляд особи з метою виявлення стану сп'яніння; строків повідомлення заключного висновку особі, якій проводився огляд та додаткове технічне, лабораторне обстеження; методики огляду особи на стан сп'яніння; спеціалізованих курсів тематичного удосконалення для лікарів (фельдшерів) закладів охорони здоров'я з питань порядку проведення цих оглядів; конкретного переліку спе-

ціальних технічних засобів, які використовуються для проведення оглядів на стан сп'яніння, які дозволені до застосування МОЗ.

За результатами проведеної роботи зроблено висновок про доцільність внесення відповідних змін до Наказу, а також необхідність розробки та впровадження у повсякденну практику окремої методики оглядів щодо виявлення стану сп'яніння (алкогольного, наркотичного чи іншого сп'яніння, або перебування під впливом лікарських препаратів, що знижують увагу на швидкість реакції), організації курсів тематичного удосконалення для лікарів (фельдшерів) закладів охорони здоров'я з питань порядку проведення таких оглядів.

3.4. Вибіркова профілактика

Вибіркова профілактика базується на соціальних та демографічних індикаторах, за допомогою яких виявляють певні групи ризику: безробітні, бездомні, представники певних соціальних меншин тощо. Ця профілактика проводиться через специфічні групи, родини або місцеві громади і спрямована на представників груп ризику, що найбільш імовірно можуть бути втягнуті у вживання наркотиків.

Вказана профілактика спрямована на дітей та молодь, які внаслідок різних причин, перебувають в обставинах, що сприяють вживанню психоактивних речовин (кризові сім'ї, рекреації, неблагополучні соціальні умови).

Серед факторів уразливості, які провокують ризиковану поведінку — послаблення відповідальності батьків за утримання і виховання дітей; загострення розбіжностей і конфліктів між батьками та дітьми; збільшення дітей та підлітків, які не організовані змістовним дозвіллям; експлуатація дорослими дитячої праці (залучення до жебракування, крадіжок, махінацій); негативні тенденції у ЗМІ, пропаганда насилля, легкого і яскравого життя; різноманітні форми насилля, спрямовані на дітей, погіршення матеріального становища значної частини населення України; безробіття одного з батьків; відсутність постійного житла; розлучення батьків тощо.

Мотивами для вживання дітьми та підлітками наркотиків є: цікавість; неблагополучні обставини в сім'ї, школі, в колі однолітків; прагнення до зниження напруження і почуття тривоги, до втечі від проблем, пов'язаних з дійсністю; наслідування дорослим, підкорення впливу окремих осіб або референтної групи; бажання отримати фізичне та психологічне задоволення від дії наркотиків; прагнення до самовираження, самоствердження, до незвичайних відчуттів, оскільки виникає ілюзорне почуття власної значущості та захищеності.

Як правило, саме ті підлітки, які покинули сім'ю або були позбавлені батьківського піклування, дуже часто змушені жити або працювати на вулиці і це стає одним із основних факторів, коли вони випадають із системи медичних, освітніх та інших послуг.

Підлітки груп ризику (ПГР) — це діти, підлітки та молоді люди, які через свій спосіб життя найбільше наражаються на ризик інфікування ВІЛ.

Нажаль, значна частина підлітків, які живуть та працюють на вулиці, через поведінкові практики належить до групи високого ризику ВІЛ-інфікування.

Важливим здобутком для ефективного планування профілактичних втручань серед ПГР є оцінка їх чисельності. Однак, головною проблемою є відсутність будь-яких систематичних даних щодо групи уразливих підлітків та ПГР в Україні, їх чисельності, факторів уразливості та ризику.

Відповідно до комплексних планів спільних заходів та спільних дій щодо попередження негативних явищ у дитячому середовищі (правопорушень та профілактики дитячої злочинності, попередження пияцтва і наркоманії) управліннями освіти і науки спільно з відділами кримінальної міліції у справах дітей управлінь МВС України здійснювався:

- щомісячний обмін інформацією про злочини, скоєні неповнолітніми та відносно них, щодо постановки неповнолітніх на профілактичний облік;
- щомісячний обмін інформацією про злочини на території навчальних закладів з метою запобігання дитячій бездоглядності й безпритульності, а також вживаються заходи для своєчасного повернення таких дітей у сім'ї та навчальні заклади за місцем проживання;

- проводиться профілактична робота з неповнолітніми, які перебувають на обліку за скоєння правопорушень;
- бесіди з профілактики дитячої злочинності, уживання наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів та прекурсорів, ознайомлення батьків із чинним законодавством стосовно їх відповідальності за виховання й утримання дітей;
- відпрацьована система роботи щодо розшуку дітей, складений алгоритм невідкладних дій адміністрації шкіл-інтернатів щодо розшуку учнів (вихованців), які самовільно залишили навчальний заклад;
- щотижнево здійснюється обмін інформацією стосовно стану справ з учнями (вихованцями), які здобувають освіту в навчальних закладах інтернатного типу;
- спільні рейди із залученням педагогічних працівників з метою виявлення неповнолітніх, схильних до жебракування, уживання психотропних речовин, осіб, яких залучають до неможливого вживання наркотичних речовин («Урок», «Канікули» тощо);
- спільна робота в рамках всеукраїнських оперативно-профілактичних заходів «Генофонд», «Мак», «Батискаф».

Необхідною складовою профілактичної роботи з учнями є координація зусиль і міжвідомча співпраця з підрозділами кримінальної міліції у справах дітей, службами у справах дітей, центрами соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді й громадськими організаціями, недержавними установами, які здійснюють профілактику злочинності неповнолітніх, дитячої бездоглядності й безпритульності. Жоден випадок скоєння правопорушення чи злочину не залишається поза увагою.

Соціально-профілактична робота мережі центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді

Соціально-профілактична робота центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді спрямована на запобігання потраплянню сімей, дітей та молоді у складні життєві обставини. Соціальні працівники здійснюють соціальний супровід сімей, які перебувають у складних життєвих обставинах, пов'язаних з вживанням психоактивних речовин.

Під час здійснення соціального супроводу з членами сімей проводиться інформаційно-просвітницька робота, спрямована на формування здорового способу життя, надаються індивідуальні консультації щодо наслідків паління, вживання алкоголю та наркотиків, пропонуються послуги, що надаються у центрах для ВІЛ-інфікованих дітей та молоді, центрах ресоціалізації наркозалежної молоді, за необхідності, застосовується програма амбулаторної соціально-психологічної реабілітації для осіб залежних від алкоголю.

Програму амбулаторної соціально-психологічної реабілітації для осіб, залежних від алкоголю, розроблено та апробовано спеціалістами Дніпровського районного у місті Києві центру соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді та рекомендовано до впровадження мережею центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді у 2014 році.

Удосконалено програми підготовки соціальних працівників центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді, центрів ресоціалізації наркозалежної молоді та інших закладів соціального обслуговування, діяльність яких пов'язана із запобіганням виникненню негативних явищ у дитячому та молодіжному середовищі.

Також підготовкою соціальних працівників було передбачено опрацювання питань щодо особливостей індивідуального консультування наркозалежного клієнта та розробки індивідуальних програм соціальної реабілітації молоді, які мають психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання психоактивних речовин, здійснення соціального супроводу сімей з дітьми, які мають проблему наркозалежності.

У 2014 році Міністерством соціальної політики спільно з Представництвом ЮНІСЕФ в Україні підготовлено 100 спеціалістів обласних/районних/міських центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді за програмою «Надання соціальних послуг сім'ям (особам), які перебувають у складних життєвих обставинах, пов'язаних із ВІЛ-інфекцією та вживанням наркотиків».

Крім того, керівники центрів ресоціалізації молоді взяли участь у роботі міжнародної конференції «Скорочення попиту на наркотики — обнадійлива перспектива оздоровлення людського життя» орга-

нізованою Державною службою України з контролю за наркотиками за підтримки Групи Помпиду Ради Європи та Управлінням з наркотиків та злочинності ООН.

Профілактичні і просвітницькі заходи щодо протидії наркоманії, пропаганди здорового способу життя та формування навичок протистояння шкідливому впливу вживання наркотичних засобів здійснюється спільно з більше ніж 100 недержавними організаціями, які надають послуги молодим людям, які мають психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання психоактивних речовин. За результатами такої спільної роботи 16020 осіб відмовилися від вживання психоактивних речовин після проходження курсу програми ресоціалізації.

Протягом 2012–2014 років соціальним супроводом було охоплено понад 337 тис. сімей:

— 2012 рік — 101 300 сімей; 2013 рік — 141 250 сімей; 2014 рік — 94 495 сімей.

У результаті здійснення протягом 2012–2014 років соціальної роботи працівниками центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді:

- 9 900 членів сімей влаштовано на навчання:

— 2012 рік — 891 осіб; 2013 рік — 6 092 осіб; 2014 рік — 2 917 осіб.

- 17 459 членам сімей надано допомогу в працевлаштуванні:

— 2012 рік — 1 525 осіб; 2013 рік — 10 774 осіб; 2014 рік — 5 160 осіб.

- 28 131 членів сімей отримали допомогу в лікуванні:

— 2012 рік — 2 349 осіб; 2013 рік — 17 961 осіб, 2014 рік — 7 821 осіб.

- 4 298 членів сімей залучено до проходження реабілітаційних програм:

— 2012 рік — 360 осіб; 2013 рік — 2 971 осіб; 2014 рік — 967 осіб.

3.5. Профілактичні та просвітницькі заходи серед дітей, молоді та їх батьків

В навчальних закладах України впроваджено факультативні профілактичні освітні програми, що спрямовані на формування здорової, соціальної особистості, мотивації до здорового способу життя, а саме:

- «Захисти себе від ВІЛ»;
- «Школа проти СНІДУ»;
- «Рівний-рівному»;
- «Діалог»;
- «Молодь за здоровий спосіб життя»;
- «Маршрут Безпеки»;
- «Сімейна розмова».

Основними формами превентивної роботи, які сприяють формуванню здорового способу життя у дітей та підлітків є: дискусії, диспути, конференції, «філософський стіл», «відкрита кафедра», інтелектуальні аукціони, ринги, вечори, подорожі до джерел рідної культури, історії, держави і права, «жива газета», створення книг, альманахів, творчі групи, екскурсії, свята, театр-експромт, ігри-драматизації, ярмарки, огляди-конкурси, КВК, фестивалі, асамблеї з проблем здоров'я, гуртки, бесіди, творчі завдання, виставки дитячої творчості, книжкові виставки, тематичні стенди, а саме:

— виховні заходи («Вчимося керувати своїми емоціями», «Як стати творцем свого життя», «Долаємо страх та невпевненість у собі», «Як віднайти правильний вихід з кризової ситуації», «Довіра, спілкування та взаєморозуміння», «Доброзичливість може бути оманливою», «Будь обережним та уважним», «Поведінка і ризики. Наслідки ризикованої поведінки», «Духовне багатство — найцінніше досягнення людини», «Пізнай себе», «Толерантне ставлення до ВІЛ-інфікованих людей», «Соціально-активна молодь формує толерантне ставлення до людей, які живуть з ВІЛ», «Дізнатися, зрозуміти, прийняти»);

- круглі столи («Безпечність — шлях до біди», «Поважаючи інших — захищаю себе», «Наша безпека — у наших руках», «ВІЛ/СНІД/ІПСШ. Запитання та відповіді», «Скажемо «Ні» дискримінації», «Як жити в сучасному світі? Як зберегти себе? Як ставитись до людей, що живуть з ВІЛ», та ін.);

- тренінгові заняття («Захисти себе від ВІЛ», «Прояви турботу і обачливість», «Твоє життя — твій вибір», «Острів здоров'я», «Зупинись — це може бути небезпечно», «Що робити щоб тебе не принижували?», та ін.);
- групові бесіди, лекції, диспути («Безпечність — шлях до біди», «Збереження людських цінностей», «За здоровий спосіб життя», «Правда про куріння і тютюн, алкоголь та алкогольні напої», «Шкідливі звички та їх прояви», «Наркоманія — від хвилинного до трагедії життя», «Думки, слова і вчинки: прагніть до вміння володіти собою», «Від здоров'я залежить все: настрій, успіх, кар'єра, сімейне благополуччя», «Моральність молоді як спосіб протидії поширення ВІЛ-інфікування», «Життєві навички, важливі для успішного життя», «Алкоголь, наркотики, тютюн — соціальне зло», «Довіра, спілкування та взаєморозуміння», «Стать і статеві стосунки», «Усе починається з любові», «Твій шлях у майбутнє», «Профілактика шкідливих звичок», «Твої життєві цінності», «Толерантність — як я це розумію», «Будьмо уважні один до одного» та ін.).

Не залишаються без уваги батьківська громада та педагогічні колективи загальноосвітніх навчальних закладів для яких також організовуються інформаційно-просвітницькі заходи щодо формування здорового способу життя, а саме: виступи на батьківських зборах, конференціях («Відповідальність батьків за виховання дітей», «Психологічні особливості та ризики підліткового віку», «Чи треба знати все про коло друзів своєї дитини», «Основні причини ВІЛ-інфікування в Україні», «Важкі бесіди. Як їх починати», «Позитивним людям — позитивне ставлення громади», та ін.).

У деяких школах у межах батьківських зборів проводились бесіди і тренінги, на яких аналізувались особливості та проблеми підліткового віку, розвінчувались міфи і наводились факти про наркотики, алкоголь, тютюнопаління та ВІЛ/СНІД, пояснювалось як розмовляти з дітьми на делікатні теми.

Український науково-методичний центр практичної психології та соціальної роботи продовжує впровадження інформаційно-просвітницької протиалкогольної програми «Сімейна розмова» для учнів 7–8 класів.

Головна мета програми — реалізація інноваційних методів і моделей роботи з попередження дитячого алкоголізму. В основі нового підходу цієї програми лежить взаємодія шкільних психологів, педагогів, батьків та дітей в форматі тренінгів, рольових ігор, навчальних семінарів.

Географія проекту постійно розширюється, що вказує на її значимість в організації профілактичної і просвітницької роботи в умовах навчального закладу. Програма впроваджується у навчальних закладах 10 областей України.

Для педагогів розроблено спеціальні методичні рекомендації, а для дітей та батьків — робочі зошити із завданнями, які вони мають виконувати разом. У рамках цієї роботи ставиться за мету поєднати зусилля батьків, педагогів і дітей щодо розв'язання проблеми вживання алкоголю.

Отже, учні навчаються використовувати знання, уміти відмовити, якщо виникають протиправні ситуації.

3.6. Профілактичні дії через ЗМІ

Державні засоби масової інформації постійно висвітлюють питання боротьби з незаконним обігом наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів. Національна телерадіокомпанія України та Національна радіокомпанія України систематично готують програми із зазначеної тематики.

Національною телекомпанією України зазначена тема висвітлювалася у передачах: «Про головне», «Околиця», «Моменти життя», «Слово регіонам».

В інформаційних випусках новин «Підсумки тижня», «Новини», «Офіційна хроніка», «Підсумки дня», «Про головне», «Здоров'я», «Підсумки тижня», «Адреналін», «Без цензури» транслювалися сюжети про боротьбу з обігом наркотичних речовин.

Крім того, протягом 2014 року Національна радіокомпанія України систематично висвітлювала питання, пов'язані із незаконним обігом наркотичних речовин, їх шкідливим впливом на здоров'я та безпеку, пов'язаною з їх вживанням або збутом.

Інформаційні програми Державної телерадіокомпанії «Всесвітня служба «Українське телебачення і радіомовлення» (УТР) «Пульс» та «Пульс-тиждень» протягом 2014 року інформували глядачів про хід виконання концепції, анонсували окремі заходи в її рамках, отримані результати, популяризували роботу закладів медицини та реабілітації тощо.

Циклова щотижнева програма УТР «Розставимо акценти» висвітлювала проблемні питання пропаганди здорового способу життя, неприпустимості вживання наркотичних засобів дітьми та молоддю тощо.

Обласні державні телерадіокомпанії також залучені до роботи із зазначеного питання.

Друковані засоби масової інформації та Укрінформ систематично висвітлюють тему боротьби з незаконним обігом наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів.

Так, друковані ЗМІ Житомирщини публікували матеріали про протидію поширенню наркоманії в газетах: «Житомирщина», «Ваші інтереси», «Поліські новини» тощо.

На сторінках друкованих ЗМІ Полтавської області висвітлювалися питання протидії розповсюдженню наркотиків, профілактики немедичного вживання психоактивних речовин, а також актуальних питань боротьби із захворюванням на ВІЛ/СНІД пов'язаних з проблемою наркозалежності.

Крім того, в області виходить газета «Біла альтанка» — безкоштовне видання, засноване благодійним фондом «Громадське здоров'я», спрямоване на профілактику ВІЛ/СНІДу і наркоманії та формування здорового способу життя.

Друковані ЗМІ Одещини висвітлювали такі тематичні знакові події, як: книжкові виставки «Наркотики і закон», «ВІЛ/СНІД: ще раз і відверто», тематичні виставки плакатів «Наркоманії і курінню не місце в нашому житті», лекції для молодіжної аудиторії «Школа здорового способу життя», заняття щодо правових знань та пропагування здорового способу життя «Відведемо біду. Майбутнє без наркотиків».

Активно висвітлює заходи, спрямовані на боротьбу із розповсюдженням наркотичних та психотропних речовин Українське національне інформаційне агентство «Укрінформ».

4. Проблемне вживання наркотиків

4.1. Вступ: дефініції, інструменти збору даних та контекстуальна інформація

Термін «проблемне вживання наркотиків» визначається EMCDDA як довготермінове/регулярне, або внутрішньовенне вживання опіатів, кокаїну та амфетамінів. В Україні проблемне вживання наркотиків можна визначити, в першу чергу, як ін'єкційне вживання (оскільки невід'ємно пов'язане з епідемією ВІЛ) опіатів — приготованого в «домашніх» умовах розчину екстракту опію («ширка») та стимуляторів (амфетамінів та метамфетамінів).

Оцінка проблемного вживання наркотиків проводиться через біоповедінкові дослідження, зокрема для виявлення поширеності ВІЛ-інфекції в Україні.

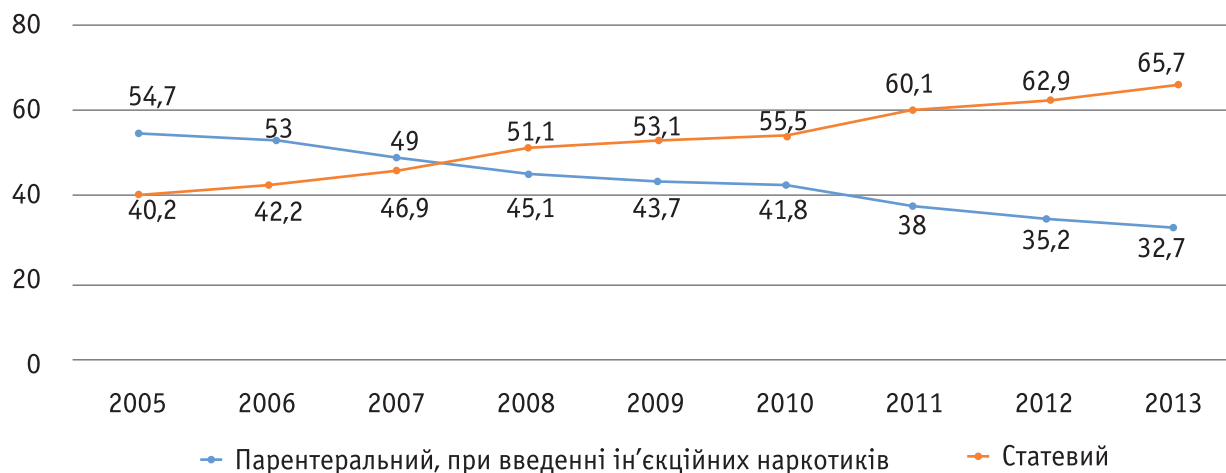
4.2. Біоповедінкове дослідження: Моніторинг поведінки та поширення ВІЛ-інфекції серед споживачів ін'єкційних наркотиків як компонент епідагляду за ВІЛ другого покоління

Звіт підготовлено за результатами дослідження 2013 року «Моніторинг поведінки та поширеності ВІЛ-інфекції серед споживачів ін'єкційних наркотиків як компонент епідагляду за ВІЛ другого покоління», яке проведено ГО «Український інститут соціальних досліджень імені Олександра Яременка» на замовлення МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні». Описані дані показують соціально-демографічну структуру цільової групи дослідження, основні індикатори ризикованої сексуальної поведінки, вживання наркотичних речовин, доступ до програм профілактики, тестування на ВІЛ тощо.

Важливу роль у досягненні цілей Глобальної стратегії ЮНЕЙДС на 2011–2015 роки «Прямуювання до Нуля» відіграє група споживачів наркотиків, для якої поставлена мета досягти цілковитої відсутності нових випадків інфікування ВІЛ. На сьогоднішній день епідеміологічна ситуація серед групи споживачів ін'єкційних наркотиків свідчить, що ця група залишається однією з рушійних сил епідемії ВІЛ в Україні, хоча фіксується постійне покращання епідеміологічної ситуації. Зменшення абсолютної кількості СІН серед уперше зареєстрованих інфікованих ВІЛ осіб спостерігається останні 4 роки: із 7 105 випадків у 2009 році до 5 847 випадків у 2013-му. У структурі шляхів передачі ВІЛ частка осіб, що були інфіковані парентеральним шляхом при введенні ін'єкційних наркотиків, у 2013 році становила 32,7% (див. графік 4.2.1.).

Графік 4.2.1.

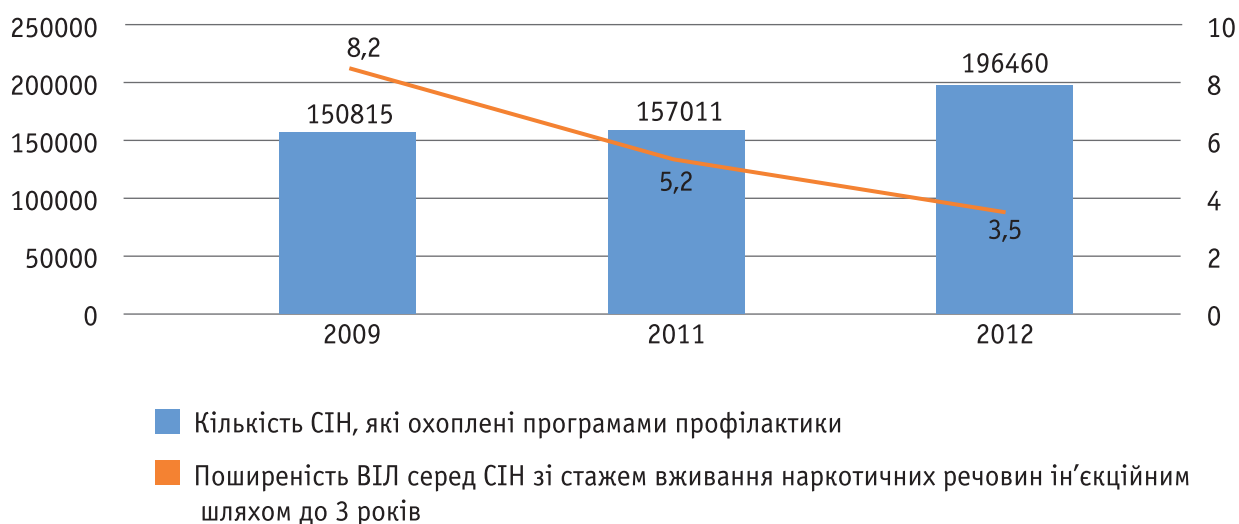
Структура шляхів передачі ВІЛ в Україні з урахуванням рівнів передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини за 2005–2013 роки, %



Досягнутий прогрес зниження показників кількості випадків ВІЛ-інфекції більшою мірою завдячує масштабному впровадженню програм профілактики, які реалізуються МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» та є доступними для СІН через мережу НУО по всій території України. Постійне збільшення показника охоплення програмами СІН призводить до того, що ми з кожним роком фіксуємо меншу частку СІН з ВІЛ-позитивним результатом, особливо серед групи СІН із невеликим стажем (до трьох років), що є свідченням значного зменшення темпів приросту нових випадків ВІЛ-інфекції в цій групі (див. графік 4.2.2.).

Графік 4.2.2.

Вплив профілактичних програм на розвиток епідемії ВІЛ серед СІН в Україні



На тлі зменшення притоку нових випадків ВІЛ-інфекції в групі СІН стає все більш актуальною проблема залучення СІН до програм АРВ-терапії та формування прихильності до отримання препаратів, про що свідчать дані рутинного моніторингу щодо постійного росту кількості СІН, у яких ВІЛ-інфекція переходить у стадію СНІД.

Вибірка та географічне охоплення

Дослідження було проведено в 29 містах України. Загальна кількість опитаних та протестованих СІН становить 9 502 особи. Для розрахунку вибіркової сукупності для кожного міста враховувалися оцінка чисельності групи в конкретному місті та рівень поширеності ВІЛ серед СІН. Реалізована вибіркова сукупність представлена в таблиці 4.2.1.

Таблиця 4.2.1.

Реалізована вибіркова сукупність

Місто	Вибіркова сукупність		Кількість первинних респондентів	
	Заплановано	Реалізовано	Заплановано	Взяли участь у дослідженні
Біла Церква	300	300	3	3
Васильків	150	150	2	2
Вінниця	250	250	2	2
Дніпропетровськ	500	501	4	5
Донецьк	500	500	4	4
Житомир	350	350	3	3
Запоріжжя	350	350	3	3
Івано-Франківськ	300	299	3	3
Київ	500	499	4	4
Кіровоград	250	250	2	2
Луганськ	300	300	3	3
Луцьк	350	350	3	3
Львів	350	350	3	5
Миколаїв	500	501	4	5
Одеса	400	400	4	5
Полтава	300	300	3	3
Рівне	300	300	3	4
Севастополь	350	350	3	3
Сімферополь	400	400	4	4
Суми	350	350	3	3
Тернопіль	250	250	2	2
Ужгород	200	200	2	2
Фастів	150	150	2	2
Харків	350	350	3	3
Херсон	300	300	3	3
Хмельницький	300	300	3	3
Черкаси	350	348	3	4
Чернівці	250	250	3	3
Чернігів	300	300	3	3
Всього	9500	9502	-	-

Критеріями включення респондентів до дослідження були:

- вік (не молодші за 14 років);
- наявність досвіду вживання наркотичних речовин ін'єкційним шляхом протягом останніх 30 днів;
- проживання або перебування тривалий час у місті опитування.

Для підтвердження, що рекрутований дійсно є споживачем ін'єкційних наркотиків, інтерв'юери перед початком інтерв'ю використовували спеціально розроблену та затверджену скринінгову форму, а медичні працівники перевіряли наявність проколів від вживання наркотичних речовин на венах потенційного респондента.

Соціальний портрет споживачів ін'єкційних наркотиків

Дані щодо статі та віку отримані від усіх 9 502 респондентів. Залишається стабільною популяція СІН у статевому розрізі та представлена більшою мірою чоловіками, але порівняно з минулою хвилею опитування частка жінок дещо зменшується. Найбільш наповненою віковою групою є СІН старші 25 років — 86,6%. Популяція тих, кому 14–19 років та які виявляються доступними для дослідження, також залишається стабільною і важкодоступною групою. Дещо зменшується популяція тих, кому 20–24 роки. Збільшується, порівняно з іншими роками, частка тих, хто має базову або повну загальну освіту, проте зменшується частка СІН, які намагаються отримати вищу освіту. Більшу частку (27,5%) становлять респонденти, які офіційно не одружені/не заміжні, але живуть разом із сексуальним партнером, причому така частка жінок, значно вища, ніж чоловіків (38,4 та 24,2% відповідно). Кожен п'ятий з опитаних має дітей, з якими разом проживає (переважно це жінки). Частка СІН, які працюють, становить 69%, проте з них 46,1% мають лише випадкові заробітки. Частка учнів/студентів залишається на рівні минулого опитування (3%).

У більшості міст опитані СІН мають середній рівень освіти, за винятком м. Полтава та Дніпропетровськ, де більшість опитаних СІН мають освітній рівень нижче за середнє. Що стосується зайнятості, то більшість тих, хто не працює, опитано у м. Чернівці (72,3%). Переважну більшість опитаних СІН по інших містах становлять ті, хто працює, але переважно це випадкові заробітки. Найбільше учнів/студентів представлено у м. Суми та Полтава.

Більшість респондентів (56%) за останні 3 місяці проживали у власному помешканні, близько третини (31%) у помешканні родичів/друзів, за яку не сплачували оренду. Основним джерелом доходів є непостійна робота/випадкові заробітки (більшою мірою серед чоловіків, ніж жінок — відповідно 53 та 34%), кожний четвертий живе за рахунок допомоги батьків (серед чоловіків — кожний десятий, серед жінок — кожна сьома). Кожний десятий живе за рахунок пенсійних або соціальних виплат, особливо це стосується жінок, які в тому числі отримують допомогу по догляду за дитиною.

Найбільше опитаних (70–73%), які проживають за рахунок випадкових заробітків, у Рівному та Чернівцях. Дещо менше таких (60–67%) серед опитаних мешканців Одеси, Запоріжжя, Житомира та Ужгорода. Кожен третій опитаний СІН має досвід перебування в місцях позбавлення волі, термін ув'язнення — від трьох до п'яти років. Отримані дані щодо кількості знайомих, які вживали наркотики ін'єкційним шляхом протягом останніх 30 днів, демонструють, що більшість СІН мають невелику мережу знайомих, а саме до 5 осіб, незалежно від статі. Порівнюючи з даними минулого опитування, констатуємо, що цей показник збільшився у 2,5 разу (18% у 2011 році проти 45% у 2013 році). Про те, що вони знають більш ніж 21 інших споживачів ін'єкційних наркотиків, зазначили лише 8%, тоді як цей показник у 2011 році становив 27%.

Отримані результати свідчать, що більшість СІН починають вживання наркотичних речовин із неін'єкційних наркотиків та поступово переходять до ін'єкційного вживання. Про початок вживання наркотиків одразу із ін'єкційних наркотиків повідомили 6% СІН, які зазначили, що почали вживати ін'єкційні наркотики раніше, ніж неін'єкційні, та 9% СІН, які взагалі не мали практики вживання неін'єкційних наркотиків. Середній вік початку вживання наркотичних речовин неін'єкційним шляхом серед СІН складає 19 років. У середньому через рік після початку вживання неін'єкційних наркотиків відбувається перехід до ін'єкційного вживання — середній вік початку вживання наркотичних речовин ін'єкційним шляхом становить 20,4 року. Порівняно з попередніми роками показники середнього віку вживання наркотичних речовин ін'єкційним шляхом практично не змінилися, але спостерігається зменшення віку ініціації вживання наркотиків у послідовних вікових когортах.

Середній стаж вживання наркотичних речовин ін'єкційним шляхом становить 13,57 року, що свідчить про поступове старіння популяції СІН в Україні: у 2011 році середній стаж становив 12,5 року. Стаж вживання ін'єкційних наркотиків до 3 років мають близько 8% опитаних СІН, у 2011 році частка таких СІН складала 9%, у 2008/2009 роках — 13,7%, що є ще одним свідченням зменшення темпу приросту групи СІН та постаріння популяції в цілому.

Майже 60% опитаних СІН мають стаж вживання наркотиків ін'єкційним шляхом, який перевищує 10 років. Аналіз даних залежно від соціально-демографічних характеристик традиційно виявив статистично значущий зв'язок між віком та стажем вживанням

Види наркотиків

Вживання опіоїдних наркотиків ін'єкційним шляхом, переважно екстракту опію в рідкому стані, у більшій мірі характерно для опитаних СІН, ніж вживання стимуляторів. Разом з тим спостерігається поступове зростання показників вживання стимуляторів амфетамінового ряду, поява та швидке поширення нових видів наркотиків, таких як дезоморфін, метилендіоксипіровалерон, метилон та мефедрон, інших комбінацій наркотичних засобів, виготовлених незаконним шляхом з використанням з використанням лікарських препаратів. (див. таблицю 4.2.2.).

Таблиця 4.2.2.

Реалізована вибіркова сукупність Види наркотичних речовин, які вживали протягом останніх 30 днів та 12 місяців, % (N=9502)

Тип наркотику	За останні 30 днів (ін'єкційним шляхом)									За останні 12 місяців (ін'єкційним та не ін'єкційним шляхом)
	Серед усіх	Стать респондента			Вік респондента					
		Чоловіча	Жіноча	p-value	14–19 років	20–24 роки	25–34 роки	35 років і більше	p-value	
Опіати										
Дезоморфін («крокодил», «електроширка»)	7,5	7,8	6,5	<0,02	8,1	8,3	9,8	4,9	<0,001	10,4
Трамадол/трамал	1,4	1,4	1,6	0,242	2,1	1,2	1,9	1,0	<0,002	6,1
Героїн	4,7	5,0	3,6	<0,002	3,8	4,1	6,1	3,4	<0,001	8
Екстракт опію в рідкому стані (ширка, чорна)	79,1	79,8	79,6	<0,001	55,7	62,2	78,7	85,3	<0,001	83,4
Вуличний метадон	9,3	9,4	8,9	0,259	9,4	9,2	10,2	8,3	<0,032	14,7
Вуличний бупренорфін	3,3	3,6	2,6	<0,013	1,3	3,2	3,9	2,8	<0,011	6,9
Інше, що саме вкажіть	0,5	0,5	0,4	0,356	0,4	0,4	0,5	0,5	<0,974	1,6
Стимулятори										
Амфетамін	5,9	6,0	5,5	0,245	16,6	11,6	6,5	3,1	<0,001	14,6
Метамфетамін у вигляді порошку (кристалічний)	0,8	0,9	0,3	<0,002	1,3	0,7	1,2	0,3	<0,001	2,6
Метамфетамін у вигляді розчину	20,6	19,4	24,7	<0,001	32,3	36,4	22,1	14,4	<0,001	29,1

Тип наркотику	За останні 30 днів (ін'єкційним шляхом)									За останні 12 місяців (ін'єкційним та не ін'єкційним шляхом)
	Серед усіх	Стать респондента			Вік респондента					
		Чоловіча	Жіноча	p-value	14–19 років	20–24 роки	25–34 роки	35 років і більше	p-value	
Меткатінон	0,7	0,7	0,8	0,359	2,1	2,1	0,6	0,3	<0,001	1,6
Катінон	1,0	1,0	1,2	0,225	3,0	1,5	1,1	0,7	<0,001	2,4
«Сіль для ванн»	0,9	1,0	0,6	<0,052	1,3	1,7	0,9	0,6	<0,009	1,6
Аптечні наркотики (тропі- камід, каліпсол, кетамін)	5,1	5,0	5,7	<0,09	12,8	6,6	5,6	3,9	<0,001	12,3
Інше, що саме вкажіть	0,1	0,1	0,0	0,227	0,0	0,0	0,0	0,2	<0,069	0,2

Отримані результати свідчать, що при збільшенні періоду, за який збирається інформація, з 30 днів до 12 місяців, частка споживачів дезоморфіну збільшується з 7,5% до 10,4%, частка споживачів екстракту опію зросла з 79,1% до 83,4%, метамфетаміну у вигляді розчину — з 20,6% до 29,1%. Варто зазначити, що за період в 30 днів представлена інформація щодо наркотичних речовин, які вживалися виключно ін'єкційним шляхом, а за 12 місяців збиралася інформація про види наркотиків, що вживалися як ін'єкційним, так і неін'єкційним шляхом. Зважаючи на це, збільшення показників вживання таких наркотичних речовин, як амфетамін, трамадол, метамфетамін у вигляді порошку, може бути пов'язано не лише із збільшенням періоду, за який збиралася інформація, але й з можливістю вживання таких наркотиків неін'єкційним шляхом.

П'ята частина СІН практикує змішане вживання наркотичних речовин, тобто має досвід вживання як опіюїдних наркотиків, так і наркотиків-стимуляторів за останні 30 днів, що може бути пов'язано із доступністю наркотичних речовин у місті. Для нівелювання фактору доступності наркотичних речовин у певні періоди року було також зібрано інформацію щодо виду наркотику, який опитувані вважають основним для себе. Найбільш поширені види наркотиків, які були визначені як основні.

Представлені дані дозволяють виявити певний соціально-демографічний портрет СІН залежно від наркотичних речовин, які вони вважають основними для себе:

- екстракт опію є основним наркотиком для більшості СІН незалежно від статі, але простежується певна залежність від віку та стажу вживання наркотичних речовин — СІН у віці від 25 років та ті, що вживають наркотики ін'єкційним шляхом більше 3 років, частіше за інших обирають для себе екстракт опію як основний наркотик;

- частка тих, хто обирає для себе метамфетамін основним, більша серед молодшої групи та жінок;
- серед споживачів дезоморфіну більше СІН у віці до 34 років, після 35 років їх частка є суттєво меншою;
- серед СІН, що мають відносно нетривалий стаж вживання (до 3 років), більша частка споживачів героїну;
- амфетамін є більш популярним саме серед підліткової групи СІН (14–19 років).

Аналіз динаміки наркоситуації 2011–2013 років залежно від міста опитування свідчить, що збільшується питома вага СІН, які вживають наркотики-стимулятори (Вінниця, Ужгород, Запоріжжя, Луганськ, Чернігів), практикують змішане вживання наркотиків: особливо високі показники росту зафіксовані в Сімферополі, Тернополі, Чернівцях та Чернігові. Збільшення питомої ваги СІН, які вживають лише наркотики-опіати, відбувається в Сімферополі, Дніпропетровську, Києві, Кіровограді, Полтаві, Чернівцях. В інших містах динаміка щодо вживання тільки наркотиків-опіатів у популяції СІН є практично відсутньою або від'ємною.

Також, необхідно зауважити, що починають з'являтися і нові види наркотиків, такі як «сіль». Споживання цього виду наркотику не є масовим та поширеним на всій території, але в таких містах, як Запоріжжя, Луганськ, Одеса, Сімферополь, частки СІН, які вказали на вживання цього виду наркотику за останні 30 днів, досягають 4–10% (Запоріжжя — 10%, Луганськ — 7%, Одеса — 6%, Сімферополь — 4%).

Частота вживання основного наркотику також є на схожому рівні із загальною частотою вживання всіх наркотичних речовин. СІН указали, що в середньому вживали свій основний наркотик 15,57 дня з останніх 30 днів. Вживання наркотичних речовин створює прямі загрози передозувань серед СІН. Майже 6% опитаних вказали, що вони мали передозування за останні 12 місяців. Під час аналізу даних не було виявлено статистично значимих відхилень у результатах залежно від соціально-демографічних характеристик. Тобто під ризик передозувань з однаковою імовірністю потрапляють як жінки, так і чоловіки, як молоді СІН, так і СІН з великим стажем вживання наркотичних речовин.

Переважна більшість (96,9%) опитаних СІН повідомили, що використовували стерильні шприц/голку під час останнього вживання наркотиків ін'єкційним шляхом. У попередні роки були також зафіксовані високі показники щодо використання стерильного інструментарію під час останньої ін'єкції, але тенденція свідчить, що показник продовжує поступово збільшуватися. Показник є високим як серед СІН чоловічої статі, так і серед жінок: 96,8% та 97,3% відповідно. За віковими характеристиками також не помічено суттєвих відмінностей щодо використання стерильного інструментарію під час останньої ін'єкції: показник серед СІН у віці до 25 років — 97,8%, у віці 25 років та старші — 96,8%. Про невикористання спільного інструментарію за останні 30 днів повідомили 94,3% СІН, і цей показник у порівнянні з попередніми роками також показує постійну тенденцію до збільшення питомої ваги СІН, які практикують безпечну ін'єкційну поведінку за цим показником.

Респонденти, які використовували спільний ін'єкційний інструментарій протягом останніх 30 днів (N=490), у середньому мали таку практику 2,86 разу впродовж місяця, середня кількість споживачів, з якими обмінювалися інструментарієм для ін'єкції, — 1,53 особи.

До спільного використання інструментарію підштовхує спільне вживання ін'єкційних наркотиків в одному приміщенні з іншими СІН. Про таку практику вказала переважна більшість всіх опитаних — 84,3%. Більшість із них вживали ін'єкційні наркотики в спільному приміщенні разом із знайомими та друзями — 74,3%, із чоловіком/дружиною — 21,6%, із сексуальним партнером — 17,1% та 11,2% вживали наркотики ін'єкційним шляхом разом із особою, яка продала їм ці наркотики.

З точки зору можливості інфікувати інших важливо розглядати і показник щодо передавання/продажу вже використаного інструментарію іншим СІН. Про наявність такої практики вказали 10,3% опитаних. Із числа тих, хто отримав ВІЛ-позитивний результат тестування під час зв'язаного дослідження (N=1630), 5% вказали, що позичали або віддавали свій уже використаний інструментарій іншим СІН.

Аналіз відповідей СІН на запитання про використання стерильного інструментарію під час останньої ін'єкції та за останні 30 днів показав переважання серед 42 СІН безпечних щодо інфікування ВІЛ практик. Але при цьому більше половини СІН (55%) зазначили, що вони отримували ін'єкцію з уже наповненого шприца, тобто не можна з упевненістю стверджувати, що шприц був стерильний чи наповнювався зі стерильного посуду.

Більше чверті СІН (27,7%) зазначили, що вони використовували шприц, який хтось наповнював із свого вже використаного шприца. Спільний посуд для розподілу та приготування наркотику використовували 48,1%.

У рамках дослідження вдалося зібрати інформацію щодо різних аспектів вживання наркотиків ін'єкційним шляхом, що дозволяє відповісти на запитання про деякі аспекти ініціації вживання наркотичних речовин серед СІН. Аналіз даних щодо ініціації вживання ін'єкційних наркотиків підтверджує основні висновки, які робилися в попередніх дослідженнях, а саме що більшість СІН розпочинають вживання наркотичних речовин неін'єкційним шляхом та роблять це ще у підлітковому віку.

Зібрана інформація щодо стажу вживання наркотиків та взагалі віку СІН, яких удалося залучити до дослідження, свідчить про збільшення середніх значень цих показників у порівнянні з попередніми роками. Беручи до уваги, що рекрутинг респондентів до дослідження здійснювався саме з використанням методики RDS, а аналіз даних за допомогою програми RDSAT, яка дозволяє отримувати розрахунки, які можна екстраполювати на всю популяцію групи в місті, де проводилося дослідження, можемо вважати, що такі результати є свідченням про поста рішення популяції СІН та більшу закритість молоді групи, яка залишається важкодоступною для дослідження або профілактичних програм. Особливо такі висновки можна зробити про Дніпропетровськ, схожі показники у Львові, Миколаєві, Одесі, Сімферополі та Тернополі.

Наркоситуація продовжує змінюватися на користь СІН, які вживають наркотики-стимулятори. Така тенденція стає помітною при аналізі змішаного вживання наркотичних речовин, що означає практику вживання як стимуляторів, так і опіатів. Тобто СІН дуже часто переходять на вживання стимуляторів, але при цьому не відмовляються повністю від наркотиків-опіатів.

Порівняно з 2011 роком помітна тенденція до збільшення питомої ваги споживачів дезоморфіну, також з'являється новий наркотик «сіль». Перелічені наркотики, незважаючи на свій великий згубний вплив на здоров'я людини, є досить дешевими, доступними та легкими в приготуванні, що є додатковими мотивами для СІН під час вибору наркотику.

Отримані досить детальні дані й щодо ризикованої ін'єкційної поведінки, проаналізовані різні етапи можливості інфікування ВІЛ: під час покупки наркотичної речовини, під час приготування та розподілу наркотичної речовини та під час вживання. Хоча дослідження і демонструє досить високі показники використання стерильного інструментарію під час останнього вживання наркотику ін'єкційним шляхом та навіть постійність цієї практики за останні 30 днів, використання спільного посуду для приготування чи розподілу наркотику, практика покупки наркотичної речовини в уже набраному шприці показують зовсім іншу тенденцію та свідчить про велику небезпеку інфікування ВІЛ під час ін'єкційного вживання наркотичних речовин.

Сексуальна поведінка та ризик інфікування ВІЛ при сексуальних контактах

Більшість респондентів (83,7%) розпочали статеве життя до настання повноліття. Із них у 8,2% сексуальний дебют відбувся до 13, а в 16,2% опитаних у 14 років. Більше ніж три чверті серед СІН розпочали статеве життя в 15, 16 або 17 років. Тільки в 14% респондентів сексуальний дебют відбувся після досягнення повноліття — у 18 років та пізніше. Загалом серед усіх опитаних середній вік початку статевих відносин дорівнює 15,73 року.

Згідно з відповідями респондентів, вік сексуального дебюту відрізняється в різних вікових та статевих групах. Загалом, простежується тенденція до зменшення віку першого сексуального контакту серед СІН. Так, наприклад, у порівнянні із середнім значенням по вибірці, середній вік набуття сексуального досвіду становить 16,09 року в найстаршій групі СІН віком від 35 років, і 15,05 року в молодшій віком від 14 до 19 років. У цілому, дійсно, більш старші СІН розпочинали статеве життя пізніше від представників більш молодших груп. Серед найстаршої групи віком від 35 років 20% респондентів вперше отримали сексуальний досвід після досягнення повноліття, тоді як серед наймолодшої групи від 14 до 19 років, таких тільки 1,3%. Встановлено, що серед опитаних СІН саме чоловіки раніше, ніж жінки, набувають статевого досвіду. Середній вік першого сексуального контакту у чоловіків — 15,58 року, а в жінок цей показник становить 16,2 року.

Дані біоповедінкового дослідження 2013 року свідчать, що зберігається тенденція раннього початку статевого життя серед СІН. Моногамний спосіб сексуального життя серед СІН залишається сталим: СІН зазвичай схильні мати тільки одного постійного партнера, але з яким у більшості випадків не використовують презервативи. Як і за результатами попередніх досліджень, спостерігаються відмінності у практиці використання презервативів. Так, наприклад, тип сексуального партнера мотивує до використання презервативів: більшість респондентів зазначили, що під час сексуальних контактів з випадковими або комерційними сексуальними партнерами практикували захищений секс.

Помітна тенденція регулярності використання презервативів під час сексуальних контактів та наявності статусу клієнта громадської організації або залученні до профілактичних програм.

- 86,2% опитаних уперше вступили в статевий зв'язок до досягнення повноліття, у середньому в 16 років.
- Переважна більшість опитаних мають тільки одного постійного партнера та не схильні до полігамних стосунків.
- СІН менше використовують презерватив під час сексуальних контактів з постійними партнерами у порівнянні з випадковими та комерційними партнерами.
- Практики групового сексу більш поширені серед молодих осіб віком до 19 років. Серед тих, хто має досвід групового сексу, близько половини підтвердили використання презервативів (49,1%).

Користування послугами громадських організацій та охоплення профілактичними програмами

Розділ присвячено аналізу рівня охоплення різних груп СІН послугами з профілактики інфікування ВІЛ, визначенню частки тих, хто є клієнтами громадських організацій (ГО), а також оцінці коректних знань щодо шляхів передачі ВІЛ-інфекції та засобів індивідуального захисту.

Із числа опитаних у цьому дослідженні 35,7% є клієнтами громадських організацій, що працюють з СІН. Відсоток клієнтів громадських організацій дещо збільшився у порівнянні з 2011 роком (29,3%). Частина клієнтів ГО приблизно в однаковій пропорції зросла і серед чоловіків, і серед жінок. Аналіз за віком демонструє, що в середовищі опитаних СІН відбулось зростання частки клієнтів ГО в старших вікових групах. Це може як відображати реальну картину, так і говорити про більше небажання молодших представників групи розкривати свій статус-СІН та контактувати з інтерв'юерами в ході дослідження.

Згідно з результатами дослідження, найбільш високі частки клієнтів громадських організацій серед опитаних СІН спостерігаються в Чернівцях (96,4%), Чернігові (68,3%), Одесі (64,3%), Сімферополі (63,8%), Василькові (62,0%), Києві (56,4%), Луцьку (51,1%). Порівняно з 2011 роком, більше клієнтів громадських організацій серед СІН виявилось, зокрема, в містах Дніпропетровськ, Рівне, Львів, Харків, Одеса. Серед міст, де клієнтів ГО стало менше, можна назвати, в першу чергу, Житомир, Запоріжжя, Черкаси, Кіровоград, Херсон, Суми та Луцьк. Низьке охоплення СІН послугами громадських організацій також у містах: Кіровоград (6,0%), Ужгород (8,5%), Луганськ (10,7%), Запоріжжя (10,9%), Житомир (12,3%), Вінниця (13,2%), Львів (16,9%), Херсон (18,7%), Миколаїв (19,6%).

Питома вага ВІЛ-позитивних серед клієнтів громадських організацій є вищою в порівнянні з тими, хто такими послугами не користується (25,7% проти 13,6%). У порівнянні з 2011 роком якихось суттєвих зсувів у цьому питанні не відбулося. Вищий рівень ВІЛ-інфікування серед клієнтів профілактичних програм пов'язаний з декількома факторами:

- клієнтами програм СІН стають уже після того, як дізнаються про свій ВІЛ-позитивний статус;
- ВІЛ-інфекція більш поширена серед СІН з великим стажем вживання наркотичних речовин: допомога цим клієнтам більш доступна для профілактичних програм.

Менше половини СІН (44,6%) охоплені різноманітними профілактичними програмами. Це незначне покращення у порівнянні з 2011 роком (41,8%). Відсоток СІН, охоплених профілактичними програмами, збільшується разом із віком. Найнижчий відсоток охоплених програмами — серед підлітків (24,3%) та молодих людей у віці 20–24 роки (36,5%). Найвищий — серед СІН у віці 25–34 роки (48,5%). Дещо вищим є рівень охоплення програмами профілактики СІН-жінок (49,8% — майже половина) порівняно із СІН-чоловіками (42,9%). Рівень охоплення профілактичними програмами позитивно пов'язаний зі стажем: якщо серед СІН зі стажем менше двох років охоплений тільки кожен п'ятий (20,2%), то серед тих, чий стаж нараховує більше 11 років, — понад половину (50,9%). У розрізі міст опитування найвищі відсотки охоплення профілактичними програмами були зафіксовані в Чернівцях (94,8%), Києві (74,6%), Івано-Франківську (66,7%), Чернігові (66,0%) та Сімферополі (65,8%).

Найнижчі відсотки охоплення профілактикою були характерні для Запоріжжя (12,9%), Житомира (17,7%), Ужгорода (18,5%), Львова (21,1%) та Фастова (21,3%). До міст, в яких охоплення профілактикою найбільше покращилося, входять Харків, Рівне, Дніпропетровськ, Чернігів, Львів, Київ та Одеса. Найбільше охоплення профілактичними програмами знизилось в Запоріжжі, Черкасах, Луганську, Миколаєві, Сумах.

Серед охоплених профілактичними програмами СІН вища питома вага осіб з ВІЛ-позитивним статусом (23,1%). Така ситуація суттєво не змінилась у порівнянні з 2011 роком. Охоплення профілактичними послугами не тільки ВІЛ-негативних, а й ВІЛ-позитивних СІН є одним із стратегічних завдань для попередження не лише ВІЛ-інфікування, але і подальшого поширення ВІЛ-інфекції в популяції СІН.

Знання шляхів передачі ВІЛ інфекції

Необхідною передумовою коректних поведінкових практик, які б мінімізували ризик інфікування ВІЛ, є правильні знання про те, як інфекція передається або не передається.

Відповідно до даних, отриманих під час опитування СІН у 2013 році, правильно визначають шляхи передачі ВІЛ 61,1% СІН. Правильність відповідей щодо шляхів передачі ВІЛ практично не пов'язана із статтю, але залежить від віку. Зокрема у віці 14–19 років правильно визначили шляхи передачі ВІЛ 43% СІН, у віці 20–24 роки — 55,1%, у віці 25–34 роки — 64,5%, у віці старше 35 років — 60,2%. Зважаючи, що старші СІН частіше є клієнтами громадських організацій, такий зв'язок може відображати відмінності за статусом клієнта. Аналогічна залежність спостерігається між правильністю визначення шляхів передачі ВІЛ та стажем вживання наркотиків. Вищі рівні правильного знання шляхів передачі ВІЛ демонструють клієнти громадських організацій (69% проти 56,7% серед тих, хто не користується послугами ГО).

У географічному розподілі найбільша частка тих, хто правильно визначає шляхи передачі ВІЛ, у Чернівцях (89,2%), Луцьку (83,7%), Харкові (80,9%), Вінниці (80%). Найменше тих, хто правильно знає шляхи передачі ВІЛ, у Фастові (30,7%), Львові (30,9%), Полтаві (32,3%), Ужгороді (36,5%), Луганську (40,7%). Серед міст, в яких СІН продемонстрували більш високий рівень обізнаності щодо шляхів передачі ВІЛ у порівнянні з 2011 роком, можна назвати Харків, Чернігів, Київ, Хмельницький, Тернопіль. Водночас, за даними дослідження, нижчий рівень передачі ВІЛ порівняно до даних дослідження 2011 року зафіксовано серед опитаних СІН у Полтаві, Луганську, Ужгороді, Дніпропетровську.

Результати дослідження свідчать про те що:

- Більше третини СІН (35,7%) є клієнтами громадських організацій, що надають послуги таким особам. Охоплені профілактичними послугами (тобто отримують презерватив, шприц та знають, де пройти тест на ВІЛ) значно більша частка СІН — 44,6%.
- Протягом останніх 12 місяців половина (49,4%) СІН отримувала безкоштовні шприци та голки, дещо менше половини опитаних (47,2%) СІН отримували безкоштовні презервативи.
- Правильно визначають шляхи передачі ВІЛ 61,1% СІН. Більш високий рівень обізнаності щодо шляхів передачі ВІЛ демонструють клієнти громадських організацій (69% проти 56,7% у тих, хто не є клієнтами ГО).

Звернення до послуг КіТ

Важливим компонентом профілактики ВІЛ-інфікування є забезпечення для груп високого ризику доступності консультування та тестування. У цьому розділі розглянуто рівень поінформованості про можливість пройти тестування на ВІЛ, причини недоступності такого тестування, причини того, чому не робили тест, а також моделі практичної поведінки СІН щодо звернення по тестування. Представлено аналіз даних про проходження тесту протягом останніх 12 місяців, охоплення до- та післятестовим консультуванням, отримання результату, повідомлення ВІЛ-статусу та взяття на облік для ВІЛ-позитивних.

91,6% СІН заявили, що знають, де можна пройти тест на ВІЛ. 94,2% СІН вважають тестування на ВІЛ доступним для себе. У порівнянні з 2011 роком обидва показники майже не змінились, а в порівнянні з 2008/2009 роком вони дещо зросли. І для жінок, і для чоловіків характерний приблизно однаковий рівень і поінформованості, і уявлення щодо доступності тестування на ВІЛ. Поінформованість щодо місць тестування на ВІЛ, а також уявлення щодо доступності тестування позитивно пов'язані з віком та стажем вживання наркотиків. Так, якщо серед СІН віком 14–19 років поінформовані щодо того, де пройти тестування на ВІЛ, 78,3%, і вважають його доступним 83,8%, то серед СІН у віці 25–34 роки ці показники становлять відповідно 93,1% і 95,5%. Серед СІН, які мають стаж вживання наркотиків менше двох років, поінформовані щодо можливих місць тестування на ВІЛ 78,9% і вважають його доступним 87,1%. Серед СІН, стаж вживання наркотиків яких перевищує 11 років, поінформованими себе вважають 94%, а 95,7% вважають таке тестування доступним.

Належність до громадської організації в ролі клієнта позитивно впливає на поінформованість щодо місць можливого тестування на ВІЛ, а також на впевненість щодо доступності такого тестування (серед клієнтів ГО ці показники складають відповідно 99,0% і 99,2% проти 87,6% та 91,5% серед тих, хто не є клієнтом ГО).

Нижчими за середні рівнями поінформованості щодо місць тестування на ВІЛ відзначаються Запоріжжя (74%), Черкаси (81,4%), Полтава (82,9), Ужгород (83,5%), Дніпропетровськ (83,8%), Луганськ (87%), Кіровоград (87,2%), Васильків (87,3%), Миколаїв (88,2%), Севастополь (89,7%), Біла Церква (90%). Найвищі показники поінформованості в Чернівцях (99,6%) та Луцьку (99,4%). У порівнянні з 2011 роком найбільша позитивна динаміка в самооцінці поінформованості спостерігалась у Кіровограді, Білій Церкві, Києві, Одесі, Вінниці та Львові. Негативна динаміка поінформованості була найсильніше виражена в Черкасах, Полтаві, Луганську, Дніпропетровську.

Нижчі за середні рівні оцінки доступності тестування на ВІЛ для СІН характерні для Полтави (82,4%), Черкас (86,9%), Луганська (87%), Василькова (87,3%), Запоріжжя (88%), Ужгорода (88,6%), Дніпропетровська (89%), Севастополя (90,6%), Кіровограда (90,8%), Миколаєва (93,8%) та Білої Церкви (94%). У порівнянні з 2011 роком негативна динаміка оцінки доступності ВІЛ-тестування спостерігалась у Луганську, Ужгороді, Кіровограді та Дніпропетровську.

Найбільш вагомою причиною недоступності тестування на ВІЛ СІН зі значним відривом назвали брак інформації щодо того, до кого можна за цим тестуванням звернутись (58,2%). Значимість цієї причини в порівнянні з 2008/2009 та 2011 роками зростає (з 50,4% та 51,5% відповідно). Варто відзначити, що приналежність СІН до громадської організації позитивно пов'язана з його інформованістю (серед членів ГО цю причину назвали 33,3%).

Також серед вагомих причин частіше за інші згадувалися відсутність інформації щодо місцезнаходження пункту тестування (8,9%), відсутність коштів на тестування (8,5%), страх розголосу ВІЛ-статусу (8,3%). У порівнянні з попередніми роками, значення цих причин знизилось (найбільшою мірою це стосується страху розголосу статусу, яке в 2008/2009 році було другою за значущістю причиною з показником 24,3%).

Для жінок значно більше, ніж для чоловіків, характерне більше побоювання щодо Наслідків розголосу ВІЛ-статусу як фактору, що стримує тестування на ВІЛ. Нестача інформації як причина недоступності тестування на ВІЛ має більше значення для молодших вікових груп (її назвали 73,7% СІН у віці 14–19 років проти 51,2 у віці 35 років і старше). Значення страху розголосу для підлітків 14–19 років впало у порівнянні з 2011 роком з 35,8% до 7,9%. Водночас, із віком зростає побоювання щодо того, що в особи не вистачить коштів на тестування (2,6% серед 14–19-річних, 9,1% серед СІН, які старші за 35 років).

Подібні до вікових тенденції спостерігаються і щодо стажу вживання наркотиків. Відсутність інформації щодо того, до кого можна звернутись за тестуванням, залишається основною причиною, яку СІН називають, відповідаючи на питання, що робить недоступним тестування на ВІЛ. Водночас значення цієї причини знижується з віком (її назвали 61,3% тих, чий стаж вживання наркотиків не перевищує два роки, і менше половини тих, чий стаж більше 11 років). Страх розголосу статусу характерніший для молодших СІН: наприклад, його назвали 11,7% тих, чий стаж менший двох років у порівнянні з 4% тих, чий стаж дорівнює 6–10 рокам.

Майже три чверті опитаних СІН (70%) мають досвід звернень до установ для проходження тесту на наявність ВІЛ. За даними попередніх біоповедінкових досліджень, спостерігається динаміка зростання частки осіб серед СІН, що вже зверталися по допомогу для проходження тестування. Так, наприклад, у дослідженні 2011 року було зафіксовано, що такий досвід наявний у 62% опитаних СІН, а в 2013-му — 70%.

Ключові відмінності між тими, хто вже звертався до певних організацій для проходження тестування, та тими, хто не звертався, спостерігаються за віком, статтю, стажем вживання наркотичних речовин та наявністю статусу клієнта громадської організації.

Серед жінок та СІН старшого віку частка тих, хто має досвід звернень щодо проходження тестування на ВІЛ, більша, ніж серед чоловіків та СІН з молодшої вікової групи віком до 19 років. І серед чоловіків, і серед жінок-СІН зростає частка, тих, що вже мають досвід звернення по допомогу для проходження тесту на ВІЛ.

Більша частина серед СІН, які вже звертались до організацій та установ для тестування на ВІЛ, мають статус клієнта громадської організації, що працює зі споживачами ін'єкційних наркотиків. Серед СІН зі стажем вживання наркотиків від 11 років питома вага тих, хто має такий досвід, є вищою.

До міст з найвищим показником досвіду звернень по тестування на ВІЛ можна віднести Вінницю, де по нього зверталися 94,8% СІН, та Чернівці з показником 97,2%. У Луцьку 88,3% опитаних зазначили наявність такого досвіду, в Одесі серед СІН з таким досвідом виявилось 92,3%. У дванадцяти містах зафіксована позитивна динаміка — зростання частки СІН, які звертались до установ та організацій для проходження тестування на ВІЛ).

Серед усіх опитаних, за даними останньої хвили біоповедінкового дослідження, 73,5% СІН тестувалися на наявність ВІЛ-інфекції протягом життя. Виявлено статистично значущі відмінності за показниками статі, віку, стажу вживання, статусу клієнта громадської організації та показниками, що вимірюють досвід тестування на наявність ВІЛ.

Чоловіки частіше від жінок зазначали, що «не мають бажання проходити тестування» на ВІЛ (45,4% проти 41,0%). Жінки, на відміну від чоловіків, частіше відповідали, що вважають свою сексуальну поведінку безпечною (29,2% серед жінок та 27,0% серед чоловіків). Серед респондентів, які як причину вказували страх дізнатися про свій ВІЛ-статус більше жінок, ніж чоловіків: серед чоловіків 10,5%, а серед жінок 21,3%.

Серед СІН, які мають досвід вживання наркотиків до 2 років, 49,6% респондентів зазначили, що в них не було бажання проходити тестування.

Серед клієнтів громадських організацій більша частина опитаних не має бажання проходити тест, ніж серед тих, хто до таких організацій не залучений. Серед тих, хто не залучений до організацій такого типу, більше респондентів зазначили причиною те, що, на їх думку, тестування платне.

За даними аналізу на регіональному рівні, структура причин не проходження тестування на ВІЛ є достатньо сталою та майже не відрізняється від результатів на національному рівні. За частотою згадування «небажання проходити тестування» превалює у всіх містах. Один з ключових показників контролю за епідемією — «Відсоток СІН, які протягом останніх 12 місяців пройшли тестування на ВІЛ та одержали його результат», — становить 42,8% (у 2011 році — 35,7%). Дещо нижче серед чоловіків — 41,6% порівняно з жінками (46,8%, $p < 0,001$). Розподіл показника залежно від віку СІН свідчить про наявність значимого зв'язку ($p < 0,001$) та збільшення питомої ваги СІН, які проходили тестування на ВІЛ та отримали результат, разом із збільшенням віку опитаних.

Для України залишається актуальним питання взяття на диспансерний облік групи ВІЛ-позитивних СІН, ведення їх випадку, вчасне призначення АРВ-терапії та формування прихильності до отримання такого лікування. Найбільш поінформованою групою серед СІН щодо того, де можна пройти тестування на ВІЛ, є група клієнтів НУО. Ця група СІН частіше за інших втілює свої знання в практику: більша частка мають досвід тестування на ВІЛ, отримання результатів, а серед ВІЛ-позитивних більша питома вага тих, хто реєструється на диспансерному обліку та отримує АРТ-препарати.

За результатами біоповедінкових досліджень, встановлено, що переважна більшість СІН володіє інформацією щодо можливих місць проходження тестування. Зберігається тенденція зростання частки тих, хто знає, де можна пройти тестування на ВІЛ та вважає його доступним для себе. Водночас, зростає частка тих, хто не знає, до кого саме звернутись для проходження тестування.

За даними попередніх досліджень, спостерігається динаміка зростання частки осіб серед СІН, які зверталися по допомогу для проходження тестування, і тих хто пройшов його. СІН, які мають статус клієнта громадських організацій, частіше від тих, хто його не має, проходили тестування. Сталою залишається структура причин відмови від проходження тестування на наявність ВІЛ, а небажання його проходити є першою за частотою згадування причиною.

Таким чином, переважна більшість протестованих СІН отримували дотестову та післятестову консультацію.

91,6% СІН знають, де можна пройти тестування на ВІЛ; 94,2% вважають доступним тестування для себе. Основним чинником недоступності вважають брак інформації про те, до кого звернутися, та про місце, де можна пройти тестування.

- Досвід тестування протягом життя мають 73,5% опитаних СІН, протягом останніх 12 місяців — 39,4% опитаних СІН (у 2011 р — 35,7%). Серед основних причин, чому не робили тест на ВІЛ, — відсутність бажання проходити таке тестування, впевненість у своїй безпечній поведінці та побоювання дізнатися свій ВІЛ-статус.
- За допомогою швидких тестів пройшли тестування 28,2% опитаних СІН у 2012-му та 19,8% у 2013 роках.
- СІН, що проходили тестування на наявність ВІЛ, зазначають, що з ними не завжди проводиться до- та післятестова консультація.

Рівень інфікування на ВІЛ та інші соціально небезпечні хвороби

З уживанням ін'єкційних наркотиків і ризикованою сексуальною поведінкою пов'язаний підвищений ризик інфікування вірусними гепатитами, зокрема гепатитами В і С. З точки зору профілактики ВІЛ, гепатити В і С розглядаються як фактори, що ускладнюють лікування ВІЛ-інфекції. Наявність ко-інфекції з ВІЛ значно обтяжує перебіг гепатитів. Підвищується ризик переходу в хронічні форми та прискорюється прогресування до раку печінки і цирозу, збільшується ймовірність формування побічних ефектів при прийомі антиретровірусних препаратів.

Згідно із самодеклараціями опитаних СІН, гепатит В є менш поширеним, ніж гепатит С: на нього хворіли або хворіють 14,6% (гепатит С — 27,6%). Слід зазначити, що повідомлення про захворювання з опитувань СІН не стільки відображають реальний рівень інфікування, скільки є його мінімальною оцінкою, а також, у порівнянні з даними тестувань, можуть свідчити про рівень поінформованості про діагноз та поширеність поведінки, спрямованої на пошук і отримання медичної допомоги.

Так, результати тестування виявили вдвічі вищий рівень інфікованості на гепатит С, якщо порівнювати результати зв'язаного дослідження (54,9%) та само декларації (27,6%). Іншими словами, майже кожний другий СІН не знав про свій статус. Тут слід підкреслити декілька факторів. По-перше, беручи до уваги наявні пакети профілактичних послуг для груп ризику в Україні, безкоштовні тестування на гепатит С значно менш поширені, ніж тестування на ВІЛ. По-друге, слід враховувати саму природу захворювання. Гепатит С може протікати безсимптомно впродовж кількох років, отже інфіковані переважно дізнаються про свій діагноз тільки тоді, коли хвороба перетікає в хронічну стадію. Для переважної більшості СІН лікування гепатиту С є недоступним, головним чином унаслідок його високої вартості та тривалості. Негативний результат тесту на гепатит С серед СІН, котрі зазначали про те, що хворіли на цю інфекцію впродовж життя, скоріше за все, не стільки демонструє осіб, що вилікувалися, скільки СІН, які невірно визначали тип гепатиту або помилково вважали себе інфікованими. Разом із тим, восени 2013 року за підтримки Глобального фонду, Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні вперше розпочав пілотну програму з лікування гепатиту С для 100 хворих СІН (пацієнти замісної підтримувальної терапії з ВІЛ-позитивним статусом).

(http://www.aidsalliance.org.ua/ru/coop/hepc/pproj/Start%20of%20treatment_ukr.pdf).

Наявність туберкульозу суттєво ускладнює лікування ВІЛ-інфекції. Є свідчення, що протитуберкульозні та антиретровірусні препарати можуть негативно впливати один на одного. Однак, ВІЛ-інфіковані СІН, у яких туберкульоз був вилікуваний успішно, мають однакові шанси на успіх застосування АРТ, як і ВІЛ-інфіковані, що ніколи не хворіли на туберкульоз (<http://plus.aids.ua/book/files/tubnhiv.pdf>). У випадку СІН небезпека полягає в тому, що лікування туберкульозу досить тривале (від року до двох) і потребує суворого дотримання режиму прийому ліків; в іншому разі є ризик розвитку мультирезистентного туберкульозу, що викликає стійкість до основних препаратів та погіршує ймовірність успішного лікування. Дослідження свідчить, що на туберкульоз хворів або хворіє кожний восьмий СІН (11,7%), з яких половина перебували на обліку в протитуберкульозному диспансері на момент опитування. Слід зазначити, що опитування не передбачало визначення часових меж захворювання та рівня дотримання лікування. Отже неможливо визначити, яка частка опитаних, що мали туберкульоз, позбавилися цієї хвороби.

Кожний п'ятий СІН (19,7%) є ВІЛ-інфікованим і майже половина з них не знали про свій діагноз до дослідження. Зважаючи на високий рівень охоплення центрами СНІДу, включаючи АРТ, та досить високий рівень знань щодо ВІЛ, наразі проблема полягає не стільки в недоступності профілактичних послуг чи низькій поінформованості про інфекцію, скільки в слабкій мотивації до збереження власного здоров'я: поширеності ризикових практик і відсутності культури систематичного тестування серед СІН.

Географічні кластери регіонів з найвищим рівнем поширення ВІЛ та гепатиту С серед СІН не збігаються. Найвищий рівень поширеності гепатиту С характеризує північно-центральні міста (Чернігів, Київ, Вінниця), а найвищий рівень поширеності ВІЛ — південно-центральні міста (Дніпропетровськ, Миколаїв, Одеса).

Ключові рекомендації для впровадження профілактичних програм

Зважаючи на високий рівень охоплення центрами СНІДу, включаючи АРТ, та досить високий рівень знань щодо ВІЛ, наразі проблема полягає не стільки в недоступності профілактичних послуг чи низькій поінформованості про інфекцію, скільки в слабкій мотивації до збереження власного здоров'я: поширеності ризикових практик і відсутності культури систематичного тестування серед СІН. За результатами дослідження та виходячи із загальних стратегічних засад, зазначених ВООЗ, ЮНЕЙДС, спрямованих на запобігання поширенню ВІЛ-інфекції/СНІДу серед СІН, рекомендовано такі заходи для посилення відповіді на епідемію в Україні:

1. Акцент на роботі з підлітками та молоддю. З одного боку, необхідна адаптація ВІЛ-сервісних послуг для неповнолітніх СІН, удосконалення доступу до комплексного пакету послуг профілактики, ресоціалізації та реабілітації, включаючи послуги, які задовольняють базові потреби з гігієни, безпеки, харчування та розв'язують соціальні, юридичні та інші проблеми. З іншого боку, важливим є широке впровадження інтервенцій, спрямованих на профілактику залучення молодих людей до ін'єкційних наркотиків самими споживачами ін'єкційних наркотиків.

2. Посилення профілактичних втручань серед СІН в установах пенітенціарної системи. За умов відсутності програм обміну шприців та ЗПТ в установах пенітенціарної системи важливо регулярно забезпечувати ув'язнених дезінфектантами для стерилізації ін'єкційного інструментарію. Дезінфектанти мають бути легко доступні для ув'язнених в різних місцях колоній/СІЗО, разом з інформаційно-освітніми матеріалами щодо їх використання. Також важливо забезпечити впровадження інтервенції щодо безпечних татувань у колоніях/СІЗО (надання дезінфектантів для стерилізації обладнання, інформаційно-освітніх матеріалів з цієї тематики).

3. Урахування гендерного аспекту в профілактичних втручаннях серед СІН Жінки-СІН частіше практикують незахищені статеві контакти та використовують спільний ін'єкційний інструментарій. Вони потребують специфічних профілактичних програм, які мають містити, поряд із традиційними методами роботи, елемент психологічної допомоги та мотивації до ініціювання використання презервативу і стерильного ін'єкційного інструментарію, особливо з постійним сексуальним партнером.

4. Посилення профілактики, діагностики і лікування вірусних гепатитів та туберкульозу Хоча вірусні гепатити та туберкульоз доволі поширені серед СІН і є чинниками, які підвищують ризик та ускладнюють лікування ВІЛ-інфекції, це практично не враховано в базових пакетах послуг для СІН. Дуже важливим є поширення безкоштовного тестування на гепатит С та туберкульоз серед СІН, розробка профілактичних програм, які підвищують рівень знань щодо вірусних гепатитів та туберкульозу як серед самих СІН, так і надавачів послуг, пошук шляхів забезпечення безкоштовного лікування таких захворювань для найбільш уразливих СІН (підлітків, ув'язнених тощо).

5. Удосконалення наявних програм обміну шприців за рахунок поширення шприців з малою «мертвою зоною» Зважаючи, що практика спільного використання ін'єкційного інструментарію залишається доволі поширеною, інноваційним рішенням може бути розповсюдження шприців з малою «мертвою зоною» (low dead-space syringes (LDSS)). Такі шприци призначені для зменшення кількості крові, що залишається в шприці після повного натискання поршня. Кількість крові, що залишається в LDSS після натискання поршня та промивки шприца, практично у 100 разів менша, ніж у звичайному шприці. Це зменшує ризик передачі ВІЛ/гепатиту С у разі спільного використання шприців.

6. Розуміння та врахування структурних факторів у інтервенціях для СІН За результатами дослідження виявлено суттєві відмінності між містами опитування СІН щодо наявних поведінкових ризиків та детермінант такої поведінки. Доцільно враховувати різні характеристики міст як структурні чинники, що можуть зумовлювати різницю в ефектах індивідуальних чинників. Наприклад, наявність сексуального ризику в місті, де середній рівень користування презервативами в середовищі СІН є доволі високим, може мати слабший ефект щодо інфікування в порівнянні з містом, де такі практики доволі поширені.

7. Поширення програм обміну досвідом та систематичного підвищення кваліфікації серед безпосередніх надавачів послуг для СІН Зважаючи, що громадські організації, які надають послуги СІН, є фактично ключовим джерелом поширення знань про ВІЛ/гепатит С, персонал таких організацій повинен мати доступ до навчання щодо актуальних методик кейс-менеджменту, успішних практик мотивування до зменшення ризикованої поведінки та до проходження тестування, інтегрування профілактичних послуг щодо вірусних гепатитів у базовий пакет послуг з профілактики ВІЛ, фармакології та ефектів нових наркотиків.

8. Удосконалення системи моніторингу поведінки та поширення ВІЛ/гепатиту С за рахунок аналізу нових випадків інфікування, додатково до поширеності.

5. Лікування наркологічних захворювань: охоплення лікуванням та доступність лікування

5.1. Вступ: дефініції, інструменти збору даних та контекстуальна інформація

Збір інформації щодо стану захворювання осіб, з розладами психіки та поведінки через уживання психоактивних речовин (далі — особи з наркологічними розладами) та діяльності закладів охорони здоров'я МОЗ, які надають медичну наркологічну допомогу, здійснюється двічі на рік за формою звітності № 11 «Звіт про захворювання осіб, з розладами психіки та поведінки через уживання психоактивних речовин», затвердженій наказом МОЗ України від 10.07.2007 № 378, та формою № 32 (піврічна) «Звіт щодо осіб, які мають розлади психіки через уживання психоактивних речовин», затвердженій наказом МОЗ України від 31.07.2013 № 665. Здійснення методологічного керівництва та контролю за організацією збору та обробки інформації за формами звітності № 32 (піврічна) і № 11 (річна) покладено на Державний заклад «Центр медичної статистики Міністерства охорони здоров'я України».

Статистичні дані у абсолютних одиницях збираються наркологічними закладами та підрозділами охорони здоров'я системи МОЗ України, закладами інших відомств (МВС, Мінсоцполітики, Міноборони та ін.), а також лікарями-наркологами приватної практики та медичними закладами приватної форми власності. Джерелом статистичних даних є первинна облікова медична документація, форми якої затверджені наказами МОЗ України. Від наркологічних закладів (підрозділів) заповнені статистичні форми надходять до обласних (міських) інформаційно-аналітичних центрів (відділів) при департаментах охорони здоров'я регіональних органів виконавчої влади, де статистичні дані узагальнюються на рівні областей, міста Києва та подаються до ДЗ «Центру медичної статистики МОЗ України». Державні форми звітності надсилаються до Державної служби статистики України.

Однак, існуюча система збору статистичної інформації є недосконалою, тому що не враховуються дані щодо надання наркологічної допомоги населенню медичними закладами приватної форми власності, а також лікарями-наркологами приватної практики. Відповідно до чинного законодавства диспансеризація (реєстрація і нагляд) осіб з наркологічними розладами здійснюється лише державними закладами охорони здоров'я незалежно від підпорядкування.

Тому, необхідно внести зміни до порядку ведення, подання і збору статистичної медичної документації медичними закладами приватної форми власності та фізичними особами, які отримали ліцензію МОЗ України на здійснення медичної практики за напрямком «Наркологія».

5.2. Загальний опис, доступність та забезпечення якості

Стратегія/політика

Реформування наркологічної служби України є невідмінною частиною державної стратегії охорони психічного здоров'я нації, яка базується на міжвідомчій взаємодії, координації дій різних державних секторів, що займаються питаннями психічного здоров'я. Задля цього протягом останнього часу МОЗ України вжито низку заходів на цьому напрямі.

Зокрема, орієнтуючись на європейський досвід, Україна повертається до єдиної спеціальності «Психіатрія», при цьому не руйнуючи наркологічну службу як таку, для чого в кінці 2013 року об'єднано

посади позаштатних фахівців — нарколога і психіатра. При цьому йдеться про повернення наркології психіатричної «основи» (як це спостерігається у всьому світі).

Важливими кроками на шляху досягнення цієї мети в нашій країні є також створення МОЗ України робочих груп, діяльність яких спрямована на відпрацювання співробітництва у сфері зміцнення психічного здоров'я.

Так, наказами МОЗ України створено такі робочі групи:

1. Постійно діюча робоча група з питань удосконалення нормативно правових актів, які регламентують діяльність психіатричної служби (наказ МОЗ від 16.04.2009 р. № 243).

2. Міжвідомча координаційна рада з питань удосконалення системи надання психіатричної допомоги в Україні (наказ МОЗ від 29.11.2013 р. №1033).

3. Міжвідомча робоча група з питань удосконалення системи надання наркологічної допомоги в Україні (наказ МОЗ від 22.08.2014 р. № 592).

До складу цих робочих груп входять представники МОЗ, НАМН, Міністерства освіти та науки, Міністерства соціальної політики України, Міністерства внутрішніх справ, Служби безпеки України, Державної служби України з контролю за наркотиками, а також громадських об'єднань користувачів допомоги та професійних організацій.

Активна взаємодія в межах створення робочих груп сприяє визнанню пріоритетності охорони психічного здоров'я у суспільстві, його значущості для забезпечення суспільного розвитку. Завданнями цього напрямку є покращення інформованості суспільства з питань охорони здоров'я та послуг, які надаються психіатричними закладами. Важливе місце відводиться організації заходів за участю пацієнтів, їх родичів і фахівців, громадських діячів (виставок, днів відчинених дверей, спектаклів тощо); виданню літератури психоосвітнього напрямку; інформуванню суспільства через ЗМІ про порушення психічного здоров'я, їх причини та досягнення сучасних нейронаук в лікуванні та реабілітації таких осіб; організації та проведенню конференцій і семінарів за участю усіх сторін, що беруть участь у покращенні психічного здоров'я (лікарів, журналістів, освітян, юристів та ін.), з обов'язковим залученням користувачів допомоги. Міжвідомча взаємодія у сфері психічного здоров'я є спрямованою також на зміцнення об'єднань пацієнтів та їх родичів, на забезпечення їх участі в наданні психіатричної допомоги.

Пріоритетні напрями подальшої співпраці між психіатрами, наркологами, психотерапевтами і психологами України є сприяння впровадженню міжнародних стандартів при наданні психіатричної (наркологічної) допомоги і правового захисту особам, яким надається така допомога в різних типах психіатричних установ. З цією метою до МОЗ подані відповідні документи для створення мультидисциплінарної робочої групи з розробки медико-технологічних документів медичної допомоги особам з розладами психіки та поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин на засадах доказової медицини та внесення змін до існуючих протоколів надання медичної наркологічної допомоги, затверджених наказом МОЗ України від 21.09.2009 № 681.

Система лікування

Станом на 01.01.2015 року в Україні створено 39 (у 2013 — 43) самостійних наркологічних установ бюджетного фінансування (див. графік 5.2.1.). Всього наркологічних диспансерів 35 (у 2013 — 38), лікарень — 4. Разом з тим спостерігається скорочення мережі та кадрової потужності державної наркологічної служби. Кількість стаціонарних наркологічних ліжок зменшилася на 1 090 одиниць та становила 4 114 ліжок (5 204 за 2013 рік), із них у структурі наркологічних закладів — 2 855 ліжок (69,3%); психіатричних — 975 ліжок (23,7%); в мережі соматичних закладів — 284 наркологічних ліжок (6,9%), із них: в міських лікарнях — 155 ліжка (3,7%); в центральних районних лікарнях (ЦРЛ) — 129 ліжок (3,1%). Із загальної кількості наркологічного ліжкового фонду 100 ліжок (2,5%) виділено для примусового лікування хворих з тяжкими супутніми захворювання.

Показник забезпеченості наркологічними ліжками населення в 2014 році у порівнянні з 2013 роком зменшився на 17,4% з 11,5 до 9,5 ліжок на 100 тис. населення. Найбільша забезпеченість наркологічними ліжками відмічається у областях: Полтавській — 15,2 (220 ліжок), Житомирській — 14,6 (185 ліжок), Сумській — 14,9 (169 ліжок), Миколаївській — 14,1 (165 ліжок) та Київській — 13,2 на 100 тис. населення (230 ліжок).

Стан наркологічної служби МОЗ України на 01.01.2015



На кінець 2014 року в мережі наркологічних установ нараховується 508 наркологічних кабінетів (2013 р. — 551); 156 госпрозрахункових наркологічних кабінетів (надання платних послуг з лікування), що на 20 кабінетів менш ніж у 2013 році (176 кабінетів); 28 кабінетів анонімного лікування наркологічних хворих (2013 р. — 31); 11 кабінетів алкогольної професійної пропаганди і допомоги (2013 р. — 16); 28 кабінетів для анонімного лікування наркологічних хворих; 17 підліткових наркологічних кабінетів; 41 кабінет для експертизи алкогольного сп'яніння. За чотири роки відбулось скорочення на 41,2% кількість кабінетів для проведення експертизи алкогольного та наркотичного сп'яніння з 70 до 41 кабінетів. В цілому впродовж 2014 року загальна кількість наркологічних кабінетів зменшилась на 43 кабінетів.

У 2014 році в державних наркологічних закладах встановлено 1 779,4 штатні посади лікарів-наркологів (у 2013 році — 1 659,5 посад). Показник забезпеченості населення штатними посадами наркологів становить — 4,2 посади на 100 тисяч населення (у 2013 році — 3,66). Із загальної кількості штатних посад лікарів-наркологів приходить — 411,3 посади на стаціонарний ланцюг (23,1%); 415,8 посад

у структурі ЦРЛ (23,3%) та 952,3 посади в поліклініці (53,6%). Таким чином на частину амбулаторної наркологічної допомоги приходить 76,9% — 1368,1 штатних посад, що відповідає сучасним вимогам щодо збільшення надання наркологічної допомоги в амбулаторних умовах.

Із загальної кількості штатних посад лікарів-наркологів зайнято 1505,5 посади. Таким чином процент зайнятості штатних посад лікарів-наркологів ставить — 84,6%. У стаціонарах процент зайнятості штатних посад лікарів-наркологів ставить — 84,4%; в ЦРЛ — 85,2%; у поліклініці — 84,3%. В наркологічних стаціонарах наявні — 411,3 штатні посади лікарів-наркологів (у 2013 році — 494,3), з яких зайнято 347,5 посад — 84,4% (у 2013 році — 92,5%); в амбулаторно-поліклінічній мережі 1 368,1 посад лікарів-наркологів (у 2013 році — 1 165,3 посад), які укомплектовані на 84,6% — 1158 посад лікарів-наркологів (у 2013 році 1 008,3 посад — 86,5%). Вищенаведені показники свідчать про збільшення нестачі лікарських кадрів в стаціонарній мережі наркологічних закладів у порівнянні з 2013 роком на 8,1%, тоді як на амбулаторно-поліклінічному рівні лише на 1,9%.

Всього в державних наркологічних закладах нараховується 1064 лікарів-нарколога, що на 116 осіб — 10% менш ніж у 2013 році (1180 лікарів-нарколога). Відповідно процент укомплектованості штатних посад лікарями-наркологами становить 59,7% (у 2013 році — 71,11%). Слід зауважити що в динаміці трьох років відзначається негативна тенденція щодо нестачі лікарських кадрів у державному лікувальному секторі. На кінець 2014 року дефіцит лікарів-нарколога ставить 40,3% (у 2013 році — 29,9%), що не може не позначатися на якості надаваних медичних послуг.

На кінець 2014 року нараховується 678,3 посади лікарів-нарколога дільничної наркологічної служби, що на 130,2 посади менш ніж у 2013 році (808,5 посад), із них 664,0 посад для дорослих (2013 р. — 794,0 посад) та 14,3 посад для підлітків. Таким чином скорочення кількості штатних посад лікарів-нарколога відбувалось за рахунок посад для дорослих. Слід звернути увагу, що в 7 регіонах у структурі дільничної наркологічної служби зовсім відсутні посади лікарів-нарколога для підлітків (Дніпропетровській, Житомирській, Запорізькій, Київській, Луганській, Сумській, Херсонській та місті Київ).

Забезпечення якості

Існуючі в Україні протоколи надання медичної наркологічної допомоги, які затверджені наказом МОЗ України від 21.09.2009 № 681 (далі — протоколи) на відповідність сучасним вимогам, тому що розроблялись застарілим експертним методом і не забезпечують єдиних, сучасних, науково обґрунтованих підходів до розробки медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги на засадах доказової медицини.

Крім того, накази МОЗ України, які затверджували стандарти надання медичної наркологічної допомоги і на яких базувались ці протоколи, втратили чинність. Тому з метою внесення змін до існуючих протоколів, відповідно до європейських стандартів, до Міністерства охорони здоров'я надані відповідні документи для створення мультидисциплінарної робочої групи з розробки медико-технологічних документів медичної допомоги особам з розладами психіки та поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин.

На теперішній час в Україні чинні наступні накази МОЗ України зі стандартизації медичної допомоги за блоком МКХ-10 (F10-F19) — розлади психіки та поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин:

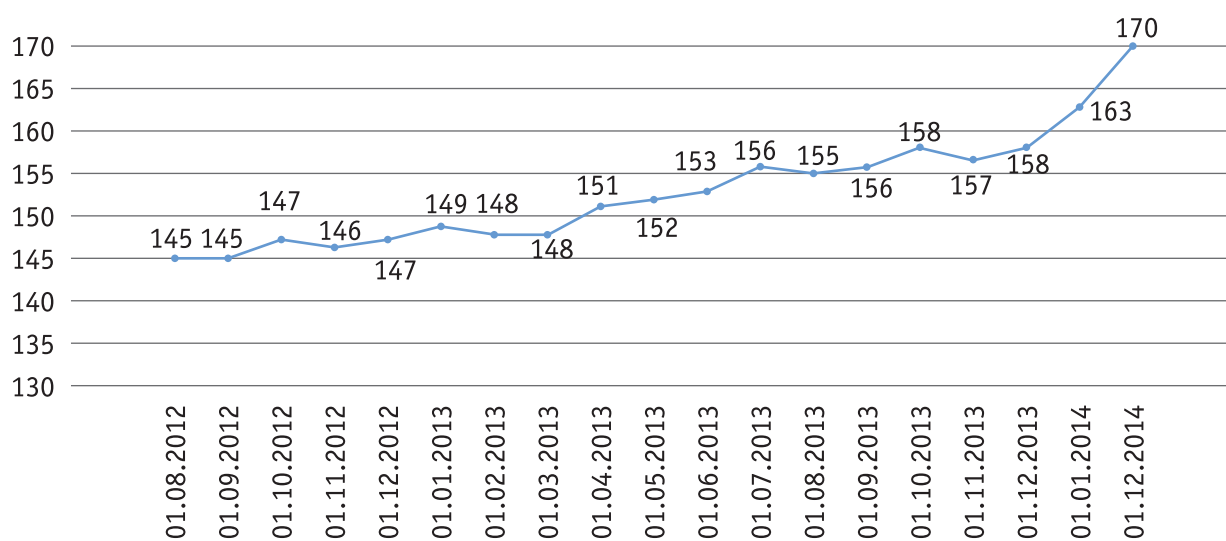
- наказ МОЗ України від 31.08.2004 № 437 «Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги при невідкладних станах у дітей на шпитальному і до шпитального етапах»;
- наказ МОЗ України від 07.02.2008 № 57 «Про затвердження державних соціальних нормативів у сфері реабілітації інвалідів»;
- наказ МОЗ України від 19.08.2008 № 476 «Про затвердження стандарту лікування ВІЛ-позитивних людей, які є споживачами ін'єкційних наркотиків»;
- наказ МОЗ України від 10.11.2008 № 645 «Про затвердження методичних рекомендацій «Замісна підтримувальна терапія в лікуванні із синдромом залежності від опіоїдів».
- наказ МОЗ України від 03.08.2012 № 601 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при припиненні вживання тютюнових виробів».

Замісна підтримувальна терапія

Програму замісної підтримувальної терапії (ЗПТ) в Україні впроваджено з 2004 року за рахунок грантів Глобального фонду боротьби з ВІЛ/СНІДом, туберкульозом та малярією. Протягом 2014 року замісна підтримувальна терапія для споживачів ін'єкційних наркотиків надавалась у 25 регіонах України на 170 сайтах (крім тимчасово окупованої АРК Крим) на базі 169 лікувально-профілактичних закладів (психоневрологічні і наркологічні диспансери, центри з профілактики та боротьби зі СНІД, протитуберкульозні диспансери, міські та районні лікарні тощо), що на 7 сайтів більш ніж у 2013 році (163 сайти в 163 ЛПЗ). Динаміка показників по роках наведена нижче (див. графік 5.2.2.).

Графік 5.2.2.

Кількість сайтів ЗПТ в Україні



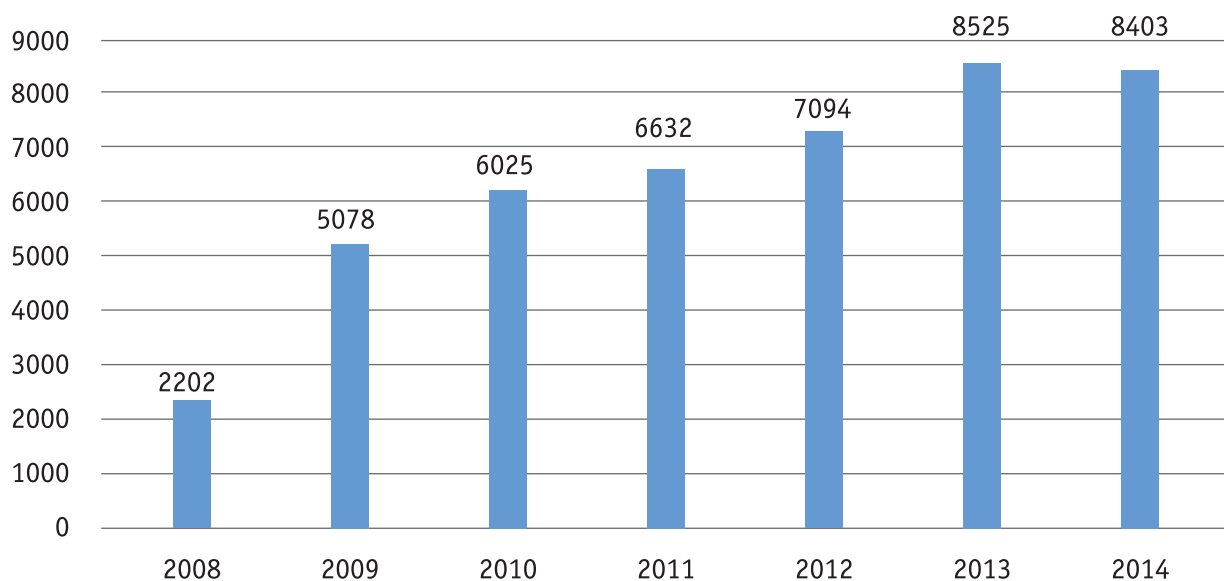
Станом на 01.01.2015 року доступ пацієнтів до ЗПТ у порівнянні з 2013 роком зменшився на 1,4% з 8 525 до 8 403 осіб. При цьому майже на 17% (7 528 осіб) пацієнтів більше ніж у 2013 році (6 249 осіб) отримали метадон, а також на 3,4% (875) збільшилася кількість пацієнтів, які отримали бупренорфін (2013 р. — 845 осіб).

У 2014 році із загальної кількості залучених до програми ЗПТ (8 403 осіб), 81,3% (6 829 осіб) склали чоловіки та 18,8% (1 574 осіб) жінки, співвідношення 4:1. Середній стаж споживання наркотиків 17 років, середній вік пацієнтів 36 років. Лідерами по кількості пацієнтів програми ЗПТ як і у 2013 році залишаються східні та південні регіони України: Дніпропетровська — 1 317, Миколаївська — 677, Донецька — 583, Полтавська — 572, Луганська області — 376 осіб та м. Київ — 844 особи.

Майже 41,2% (3 459) пацієнтів ЗПТ є ВІЛ-інфікованими, що на 3,7% менше у порівнянні із 2013 роком (3 591 осіб), із них 418 осіб отримували бупренорфін і 3 041 осіб — метадон. Із загальної кількості учасників програми ЗПТ 23,4% — 1 969 осіб отримують антиретровірусну терапію АРТ (з них 300 осіб — бупренорфін і 1 669 — метадон), 147 готуються до АРТ; 15,6% — 1 317 пацієнтів хворі на туберкульоз; 71,3% пацієнтів є носіями вірусних гепатитів В і С (із них — 1 485 гепатитів В і 4 513 гепатитів С). Більшість пацієнтів програми ЗПТ мають одночасно 2 або 3 вказані інфекції.

Графік 5.2.3.

Динаміка росту кількості пацієнтів ЗПТ за 2008–2014



Програма ЗПТ зменшує смертність серед осіб, які її отримують. Рівень смертності серед ВІЛ-інфікованих споживачів ін'єкційних наркотиків, які знаходяться на програмі ЗПТ у 7 разів нижчий, ніж у інших СІН. Протягом 2014 року на 7,5% (5893) менше померло ВІЛ-інфікованих осіб ніж у 2013 році та на 2,5% менше від СНІДу.

ЗПТ є ключовим компонентом програм зменшення шкоди на рівні із антиретровірусною терапією. Ці програми сприяють ресоціалізації наркозалежних у суспільстві: поверненню до нормального способу життя, працевлаштуванню тощо. ЗПТ має на меті не допустити розвиток у хворого синдрому відміни, підтримувати у хворого стабільний стан фізичного комфорту та стримувати потяг до нелегальних «опіодів».

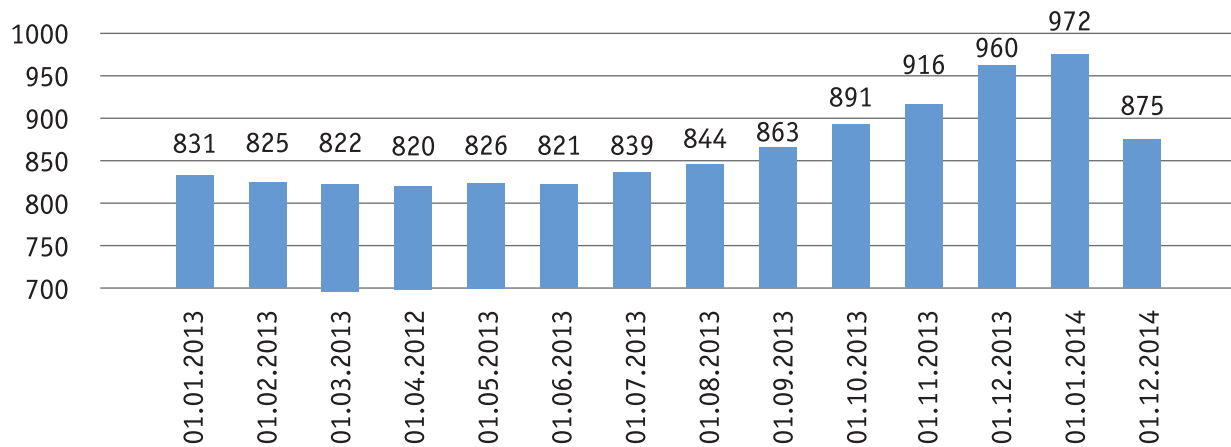
Саме участь наркозалежних у програмах ЗПТ з застосуванням препаратів метадону та бупренорфіну дає можливість постійного медичного контролю за наявністю соціально небезпечних хвороб та своєчасного призначення відповідного лікування цій категорії хворих.

Значно розширено спектр медичних послуг пацієнтам (консультування, діагностики та лікування захворювань, зокрема ВІЛ/СНІДу, гепатитів, туберкульозу) та ефективний психосоціальний супровід з метою їх ресоціалізації. За даними, отриманими від НУО, що реалізують проекти ЗПТ, біля 30% пацієнтів завдяки участі у програмі ЗПТ працевлаштувалися (як офіційно, так і неофіційно), біля 3% почали навчатися, більше 16% пацієнтів поновили сімейні стосунки, біля 5% створили сім'ї, більше ніж у 2,5% пацієнтів народилися діти.

На 31.12.2014 року в програмі ЗПТ перебувало 8403 пацієнти (на 01.01.2014 — 8 525). З них 875 отримували препарат «бупренорфіну гідрохлорид», що становить 9,6% від всіх клієнтів ЗПТ (на початок 2013 році 831 осіб — 10,1%). Інші пацієнтів отримували «метадон гідрохлорид», що складає 7 528 осіб — 90,4% (на початок 2013 році 6 508 осіб — 89,9%).

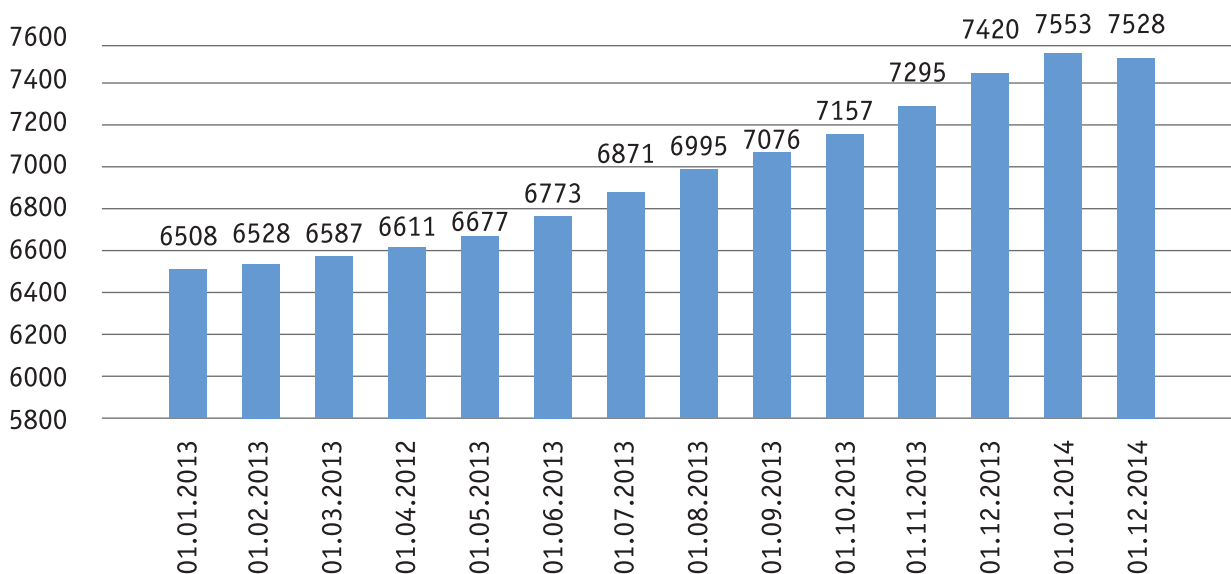
Графік 5.2.4.

Кількість пацієнтів, які отримували ЗПТ (бупренорфін)



Графік 5.2.5.

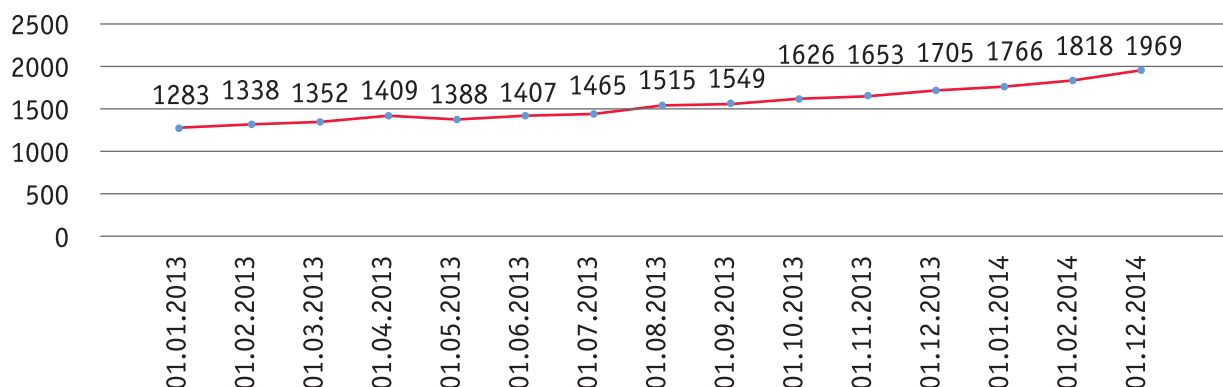
Кількість пацієнтів, які отримували ЗПТ (метадон)



Серед всіх пацієнтів — 81,3% (6 829 осіб) складали чоловіки та 18,8% (1 574 осіб) жінки; з них вагітних у 2-3-му триместрі вагітності 12 жінок та 5 жінок у яких вагітність закінчилась пологамі. Середній вік пацієнтів складав 36 років, середній стаж вживання наркотиків становив 17 років. В програмі обслуговувалось 3 459 клієнтів з ВІЛ/СНІД, з гепатитом В — 1 485 осіб, з гепатитом С — 4 513 осіб, з туберкульозом 1 317 осіб. У 2014 році охоптя антиретровірусною терапією (АРТ) збільшився на 8,3% ніж у 2013 році з 1 818 до 1 969 осіб (див. графік 5.2.6.)

Графік 5.2.6.

Кількість пацієнтів, які отримували ЗПТ (на АРТ терапії)



Таблиця 5.2.1.

Порівняльна характеристика по рокам

Характеристика пацієнтів	31.12.2013	31.12.2014
Кількість пацієнтів	8525	8403
Мінімальна доза (мг) бупренорфін/метадон	2/10	4/20
Максимальна доза (мг) бупренорфін/метадон	16/300	31,3/155
з них чоловіків/жінок	6864/1661	6829/1574
Середній вік/середній стаж наркоспоживання	36,40/18,75	36/17
Кількість пацієнтів з ВІЛ	3591	3459
Кількість клієнтів з гепатитом В чи С	5954	5998
Кількість клієнтів з туберкульозом	1406	1317
Кількість пацієнтів на АРТ терапії	1818	1969

Серед пацієнтів програми ЗПТ протягом 2011-2014 років кількість жінок стабільно утримується в межах 19-20%, що в цілому відповідає співвідношенню чоловіків та жінок серед пацієнтів із залежністю від опіоїдів, які перебувають під диспансерним наглядом в закладах охорони здоров'я системи МОЗ України.

Кількість хворих з ВІЛ-інфекцією, які отримують ЗПТ протягом 2013-2014 років утримувалася в межах 42% у 2013 році, та за 2014 рік зменшилася до 41,2%. Спостерігається тенденція зростання питомої ваги хворих на гепатити з 56% (у 2011 р.) до 71,3% (у 2014 р.). Частка хворих на туберкульоз напроти поступово зменшується, так у 2013 році вона була приблизно 18%, а за 2014 рік їх кількість складала — 15,6% (2013 р. — 16%). Слід зазначити, що частина хворих має поєднані зазначені ко-інфекції, тому сума відсотків перевищує 100%. Кількість пацієнтів, які отримують АРТ, та їх питома вага у програмі ЗПТ має позитивну динаміку, з 2011 року вона збільшилась з 14% до 23,4% (у 2013 р. — 20%).

Інформація щодо ситуації з програмами профілактики та лікування ВІЛ/ТБ/ВГС/ЗПТ у Донецькій та Луганській областях (станом на 28.01.2015)

Ситуація із забезпеченням впровадження комплексних заходів з профілактики та лікування ВІЛ, туберкульозу та гепатиту С на сході України, де ведуться бойові дії, залишається складною. Разом з тим, незважаючи на напівзруйновану систему транспортних сполучень між населеними пунктами і критичну гуманітарну ситуацію, Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні (Альянс) продовжує підтримувати роботу проектів профілактики ВІЛ на базі 11 регіональних НУО: 8 в Донецькій області, у т.ч. 4 у зоні непідконтрольній Україні; 3 — в Луганській обл., у т.ч. 2 на непідконтрольній території. Робота проводиться у 13-ти великих містах та 33-х невеликих населених пунктах обох областей, завдяки чому послугами з профілактики ВІЛ охоплено майже 32,5 тис. споживачів ін'єкційних наркотиків (СІН) та 2,3 тис. робітників комерційного сексу (РКС).

Підтримка програми замісної підтримувальної терапії (ЗПТ) в Україні залишається однією з пріоритетних сфер діяльності Альянсу Україна в рамках цього фінансування. Однак планова кількість пацієнтів, які будуть отримувати ЗПТ у рамках нового гранту матиме тенденцію до зменшення — від 9 600 у 2015 році до 2 300 у 2017 році. Очікується, що держава поступово перебиратиме фінансування замісної підтримувальної терапії з тим, щоб з 2018 року повністю перевести її на державне фінансування. Разом з тим, ситуація з наданням ЗПТ на непідконтрольних Україні територіях залишається критичною, зокрема за час ведення бойових дій вже більше 600 пацієнтів втратили змогу отримувати лікування через неможливість доставки препаратів та закриття низки сайтів ЗПТ. Наразі більше 350 пацієнтів із 4 сайтів ЗПТ, які ще функціонують, також ризикують перервати життєво важливе лікування через невирішене на державному рівні питання із доставкою гуманітарних ліків у зону АТО.

Від початку травня 2014 року у рамках спеціального гуманітарного проекту, за фінансової підтримки МБФ «Відродження», Фонду «Відкрите суспільство» та СНІД Фонду Елтона Джона, у 9 містах України прийнято 205 пацієнтів ЗПТ, які вимушені були тимчасово виїхати з окупованого Криму та неконтрольованих Урядом територій Донецької та Луганської областей. Фінансування проекту завершується у січні 2015 року. Станом на 27.01.2015 послуги проекту отримували 95 пацієнтів у 7 містах України, у т.ч. 8 з Криму, 34 — з Донецької та 53 — з Луганської областей.

5.3. Доступ до лікування

Характеристика контингенту пролікованих осіб Захворюваність на розлади психіки та поведінки через вживання наркотичних засобів

Продовж 2014 року в Україні зареєстровано 117 630 осіб, яким вперше в житті встановлено діагноз психічних та поведінкових розладів, пов'язаних з уживанням психоактивних речовин, що на 15% (21 526 осіб) менш ніж у 2013 році (139 156 осіб). Показник захворюваності відповідно зменшився на 10,6% з 306,69 до 274,17 на 100 тисяч населення. Із загальної кількості зареєстрованих — 3 515 осіб (3%) діти (віком від 0 до 17 років включно); 54 991 осіб (46,7%) молодь віком від 15 до 35 років; 44 677 осіб (38%) сільські мешканці.

Із загальної кількості зареєстрованих диспансерний нагляд у зв'язку з залежністю від уживання ПАР встановлено — 34 711 особам (29,5%). У відносних величинах, цей показник, порівняно з 2013 роком зменшився на 13,7% з 93,7 до 80,9 на 100 тисяч населення. Як і в попередні роки, більшість зареєстрованих в диспансерній групі ставлять розлади психіки та поведінки внаслідок зловживання алкоголю 89% — 30 920 осіб; 10,7% — 3 732 осіб з залежністю від наркотиків; 0,16% — 59 осіб з токсикоманією. Відповідно, профілактичний нагляд встановлено — 82 919 особам (70,5%), показник первинної захворюваності цієї категорії зменшився на 9,2% з 212,96 до 193,27 на 100 тисяч населення у порівнянні з 2013 роком.

В Україні у 2014 році зареєстровано 9 144 осіб, яким вперше в житті встановлено діагноз психічних розладів, пов'язаних зі вживанням наркотичних засобів. Із загальної кількості зареєстрованих: 16,3% припадає на сільських мешканців (1489 осіб); 75,1% — 6871 осіб молоді віком від 15 до 35 років; 3% — 273 дитини.

Із них 3 732 особам (40,8%) встановлено диспансерний нагляд у зв'язку із залежністю від наркотичних засобів. Захворюваність на розлади психіки та поведінки внаслідок зловживання наркотичними засобами (наркоманії) у 2014 році у порівнянні з 2013 роком зменшилась на 14,7% зі 10,2 (4 645 осіб) до 8,7 (3 732 осіб) на 100 тисяч населення.

Із загальної кількості первино зареєстрованих уживали наркотичні засоби у внутрішньовенний спосіб — 3 057 осіб (2013 р. — 3771 осіб), що ставило 33,4%. Із них 2 446 особам (81,9%) встановлено синдром залежності від наркотичних засобів (диспансерна група нагляду). Частка СІН у профілактичній групі нагляду ставить — 23,7%. Таким чином у загальній структурі захворюваності на наркоманію частка споживачів ін'єкційних наркотиків залишився на рівні 2013 року і цей спосіб вживання наркотиків залишається домінуючим.

Показник розладів психіки та поведінки внаслідок уживання наркотичних засобів внутрішньовенно (уперше в житті встановленого діагнозу) у порівнянні з 2013 роком зменшився на 14,4% з 8,3 до 7,1 на 100 тисяч населення.

Із загальної структури диспансерної групи 3 732 осіб, що вживають наркотичні засоби приходить на: опіюїди — 65,5% (2446 осіб — 5,7 на 100 тисяч населення); каннабіноїди — 9,7% (365 осіб — 0,85 на 100 тисяч населення); кокаїн — 0,02% (1 особа); галюциногени — 0,08% (3 осіб — 0,01 на 100 тисяч населення); кількох наркотичних речовин та інших психоактивних речовин — 24,2% (904 осіб — 2,11 на 100 тисяч населення). У порівнянні з 2013 роком зросла частка вживання опіюїдів на 8,3% та зменшилась на 6,4% кількох наркотичних та інших психоактивних речовин.

Під профілактичний нагляд у зв'язку з епізодичним вживанням наркотичних речовин, що супроводжувалося шкідливими наслідками, було взято 5 412 осіб (12,61 на 100 тисяч населення).

Первина захворюваність на токсикоманію (диспансерна група нагляду) у 2014 року зменшилась на 43,8% зі 105 до 59 осіб, інтенсивний показник зменшився майже в два рази з 0,2 до 0,14 на 100 тисяч населення. Всього впродовж 2014 року первино зареєстровано розладів психіки та поведінки внаслідок уживання токсичних речовин 7898 осіб, із них узято до профілактичної групи нагляду — 7839 осіб (99,2%).

У порівнянні з 2013 роком показник первинної захворюваності на токсикоманію з пагубними наслідками (профілактична група нагляду) зріс на 3,8% з 17,6 до 18,27 на 100 тисяч населення. Здебільше показник первинної захворюваності на токсикоманію сформовано за рахунок Харківського регіону на частину якого приходить — 81,5% (6 437 осіб); друге місце посідає Дніпропетровський регіон — 5,9% (473 осіб); третє — Чернігівській — 5,3% (422 осіб) та Житомирській — 2,7% (218 осіб). В віковому розрізі на частину дітей припадає — 25,5% (2018 осіб); молоді віком від 15 до 35 років — 59% (4660 осіб). Ці дані свідчать, що основні споживачі токсичних речовин є діти та молоді.

Поширеність розладів психіки та поведінки через вживання наркотичних засобів

У 2014 році показник загальної поширеності наркологічними розладами із залежністю (група диспансерного нагляду) у порівнянні з 2013 роком знизився на 11,3 % з 1435,7 до 1273,36 на 100 тисяч населення. В нозологічній структурі диспансерної групи превалюють хворі на хронічний алкоголізм та гострі алкогольні психози — 484 115 осіб (88,6%); з наркотичною залежністю — 60 587 осіб (8,5%); з токсикоманією 1613 осіб (1,37%).

На кінець 2014 року в державних наркологічних установах перебувало на обліку 84 739 осіб з розладами психіки та поведінки внаслідок уживання наркотичних засобів. У диспансерній групі нагляду зареєстровано — 60 587 осіб (71,5%); у профілактичній групі — 24 152 осіб (28,5%).

Показник поширеності на розлади психіки та поведінки внаслідок уживання наркотичних засобів (наркоманії) у 2014 році зменшився у порівнянні з 2013 роком на 14,7% з 165,6 (75 157 осіб) до 141,22 (60 587 осіб) на 100 тисяч населення. Поширеність розладів психіки від уживання наркотичних речовин засобів (наркоманії) серед молоді віком 15-35 років в Україні за 2013–2014 зменшилась на 13,6%

з 334,8 (43 464 осіб) до 288,99 (34 898 осіб) на 100 тисяч населення. Впродовж 2011–2014 років спостерігається скорочення контингенту осіб у віковій групі 18–35 років на 12% з 48 467 до 42 576 осіб (2013 р. — 43 464 осіб) та його поступово збільшення у групі 36–60 років — 30 668 осіб, з піком у 2013 році (31 693 осіб).

У загальній структурі розладів психіки та поведінки внаслідок вживання наркотичних засобів (диспансерної групи нагляду — 60 587 осіб) приходиться на: опіоїди — 70,4% (42 656 осіб — 99,42 на 100 тис. населення); каннабіноїди — 7,3% (4 440 осіб — 10,35 на 100 тис. населення); кокаїн — 0,07% (44 осіб — 0,1 на 100 тис. населення); галюциногени — 0,04% (28 осіб — 0,07 на 100 тис. населення); кількох наркотичних речовин та інших психоактивних речовин — 20,8% (12 657 осіб — 29,5 на 100 тисяч населення).

Найбільший показник поширеності на наркоманію у 2014 року відмічається переважно у південних і південно-східних регіонах України: Запорізькій (364,61), Кіровоградській (262,2), Одеській (235,47), Миколаївській (213,93), Дніпропетровській (210,3), Херсонській (181,7), Чернігівській (165,93) та м. Київ (293,87). Нижче середньо українського рівня показник поширеності відмічається у регіонах: Рівненській (97,95), Харківській (88,73), Чернівецькій (74,77), Вінницькій (71,56), Івано-Франківській (68,94), Житомирській (66,65), Київській (63,21), Львівській (56,27), Тернопільській (48,69), Закарпатській (17,54).

Протягом 2014 року в Україні зареєстровано 3515 дітей (від 0 до 17 років включно), яким вперше в житті встановлено діагноз психічних та поведінкових розладів, пов'язаних зі вживанням психоактивних речовин (групи профілактичного і диспансерного нагляду), що на 839 осіб менш ніж у 2013 році (4 347 дітей). Показник захворюваності на розлади психіки та поведінки у порівнянні з 2013 роком зменшився на 15,6% з 54,5 до 46,0 на 100 тисяч дитячого населення (за шість років на 48,8% з 90,0 до 46,0). З загальної кількості виявлених осіб 23 дитини узято до диспансерної групи нагляду. До профілактичної групи нагляду зареєстровано — 3492 дитини.

В структурі первинної захворюваності на долю розладів пов'язаних з уживанням алкоголю приходиться — 34,8% 1224 дітей (у 2013 р. 45,7% — 1987 дітей); наркотиків — 7,7% 273 дітей (у 2013 р. 8,4% — 369 дітей). Серед розладів пов'язаних з уживанням наркотиків переважна доля припадає на уживання каннабіноїдів 61,9% — 169 дітей (у 2013 р. 59,9% — 221 дітей); опіоїдів 7,3% — 20 дітей (у 2013 р. 6,9% — 23 дитини); галюциногенів 5,8% — 16 дітей (у 2013 р. 13% — 48 дітей); кількох наркотичних та інших психоактивних речовин — 54 дитини 1,5% (у 2013 р. 1,6% — 72 дитини). Не зареєстровано жодного випадку пов'язаного зі вживанням кокаїну.

Всього зареєстровано (групи профілактичного і диспансерного нагляду) на кінець 2014 року 4 258 дітей, яким встановлено діагноз психічних розладів, пов'язаних зі вживанням психоактивних речовин, що на 89 осіб менш ніж у 2013 році (4 347 дітей). Інтенсивний показник поширеності зменшився на 17% з 67,5 до 56,0 на 100 тисяч дитячого населення. В диспансерній групі нагляду спостерігається тільки 28 дітей з розладами психіки та поведінки внаслідок уживання психоактивних речовин з залежністю, що майже в 2 рази менш ніж у 2013 році (45 дітей) та ставить 0,5% від загального числа зареєстрованих. У профілактичній групі нагляду — 4 230 дітей (у 2013 році — 5 347 осіб).

У структурі поширеності психічних та поведінкових розладів пов'язаних з уживанням наркотичних засобів — 342 особи, на частину каннабіноїдів приходиться 62,8% — 215 дітей; опіоїдів 4,6% — 16 дітей; галюциногенів 7,9% — 27 дітей; кількох наркотичних та інших психоактивних речовин 23% — 79 дітей. Не зареєстровано жодного випадку пов'язаного з уживанням кокаїну.

6. Наслідки для здоров'я

6.1. Вступ: дефініції, інструменти збору даних та контекстуальна інформація

Сьогодні Україна займає одне з перших місць серед країн Європи за кількістю ВІЛ-позитивних осіб. За оціночними даними, на початок 2013 р., в країні мешкало 238 тис. дорослих ЛЖВ. Показник поширеності ВІЛ у віковій групі 15–49 років становив 0,62% та залишається одним з найвищих серед країн Західної Європи та СЄЦА. Ці дані відрізняються від даних офіційної статистики щодо кількості ВІЛ-позитивних осіб, які на кінець відповідного періоду перебували під медичним наглядом у спеціалізованих закладах охорони здоров'я (134,3 тис. осіб). Відмінність між цими показниками свідчить про те, що на сьогоднішній день тільки кожна друга людина, яка живе з ВІЛ, звернулася за медичною допомогою та перебуває на обліку у закладі, що здійснює медичний нагляд за ВІЛ-позитивними особами.

Дотепер епідемія ВІЛ в Україні була зосереджена в певних групах населення, головним чином серед споживачів ін'єкційних наркотиків. Зараз епідемія зміщується від груп високого ризику в бік загального населення. Тенденція до поширення епідемії серед загального населення підтверджується офіційними даними Українського центру з профілактики та боротьби зі СНІД. В структурі шляхів передачі ВІЛ все більш суттєве епідемічне значення набуває статевий (56,7%). Не зважаючи на тенденцію до зниження, актуальність парентерального шляху передачі при введенні наркотичних речовин залишається високою 24,2%.

Згідно даних ДУ «Українського центру контролю за соціально небезпечними хворобами МОЗ України» частка інфікувань через споживання ін'єкційних наркотиків, знизилася з 83,6 відсотків у 1997 році до 24,2% у 2014 році, тоді як частка інфікувань статевим шляхом зросла з 11 до 56,7 %. Споживачі ін'єкційних наркотиків все ще складають більшість серед людей, що інфікуються ВІЛ.

Рушієм поширення ВІЛ-інфекції залишається споживання ін'єкційних наркотиків; проте зараз ВІЛ швидко поширюється взагалі серед молодого населення через незахищені статеві стосунки та від ВІЛ-позитивних матерів до новонароджених під час вагітності, пологів або грудному вигодовуванні. 80% усіх інфікованих є молодь. Нещодавнє різке збільшення кількості випадків інфікування поза межами уразливих груп, зокрема серед молодих жінок, статевих партнерів СІН в тому числі, свідчить про те, що наступні роки повинні стати вирішальними для боротьби з епідемією ВІЛ/СНІД в Україні.

Жінки більш сприйнятливі до інфекції внаслідок їх біологічної та соціальної уразливості. Сьогодні жінки становлять уже 45% від усіх дорослих, які живуть з ВІЛ в Україні. У 2013 році поширеність ВІЛ серед вагітних жінок становила 0,39 відсотка, а це одне із найвищих значень у Європі. Проте, протягом останніх років спостерігається позитивна тенденція щодо зниження показника. Для порівняння, у 2008 році він становив 0,55 відсотка.

Станом на 1 січня 2014 року, у 3129 дітей, народжених ВІЛ-інфікованими жінками, було виявлено ВІЛ, а 6915 дітей чекають підтвердження свого статусу. Протягом 2013 року 71 дитина померла від захворювань, зумовлених СНІДом, станом на 1 січня 2014 року 908 дітей живуть зі СНІДом.

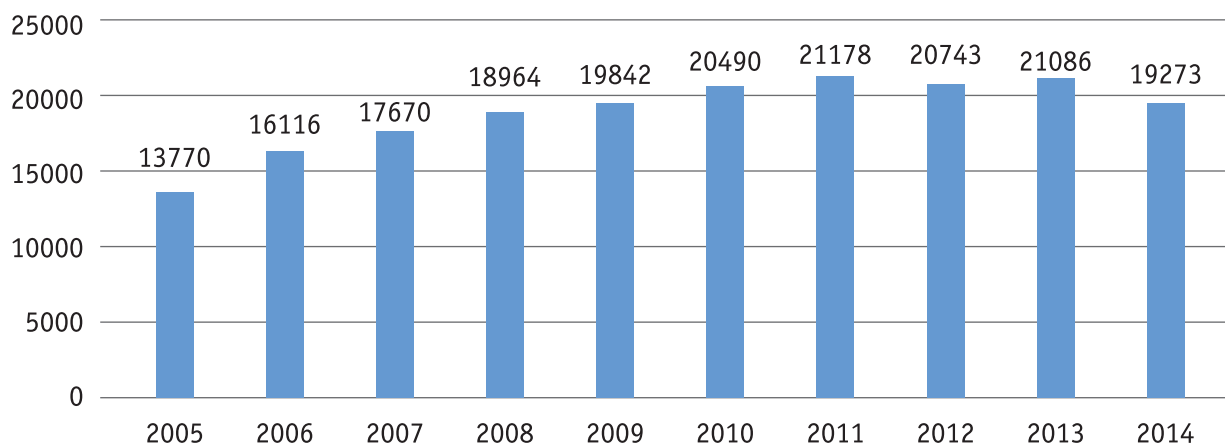
6.2. Інфекційні захворювання, пов'язані зі вживанням наркотиків

Загальна ситуація з ВІЛ/СНІД

За офіційними даними, за період 1987 — 2014 рр., в Україні офіційно зареєстровано 264 489 випадків ВІЛ-інфекції серед громадян України, у тому числі 75 577 випадків захворювання на СНІД та 35 425 випадків смерті від захворювань, зумовлених СНІДом. Тенденція поширення епідемії ВІЛ знижується у порівнянні із попередніми роками (див. графік 6.2.1.) і відповідно кількість нових випадків інфікування та смертність від супутніх захворювань також знижена (див. графік 6.2.2.).

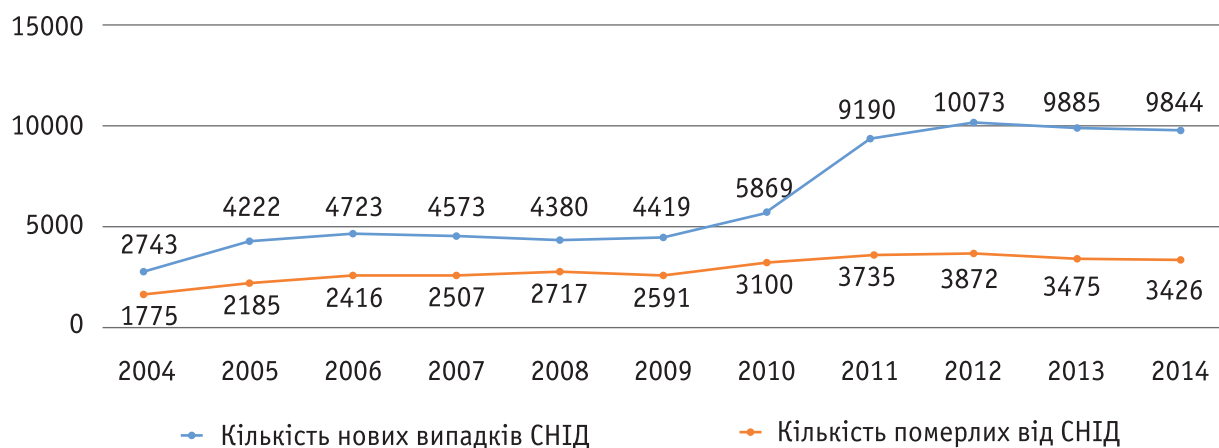
Графік 6.2.1.

Динаміка офіційно зареєстрованих нових випадків ВІЛ-інфекції серед громадян України по роках за період 2004—2014



Графік 6.2.2.

Кількість нових випадків СНІД та померлих від хвороб, обумовлених СНІД, серед громадян України в 2004 –2014



Станом на 01.01.2015 р. за даними офіційної статистики під медичним наглядом перебуває майже 138 тисяч ВІЛ-інфікованих осіб, з них кожен четвертий має діагноз СНІД. За даними 2014 року уперше в житті встановлено діагноз ВІЛ-інфекції 19 273 особам (темп спаду складає — 4%, показник захворюваності — 44,8 на 100 тисяч населення), діагностовано 9 844 випадків СНІДу (темп приросту: 10%, показник захворюваності — 22,9 на 100 тисяч населення).

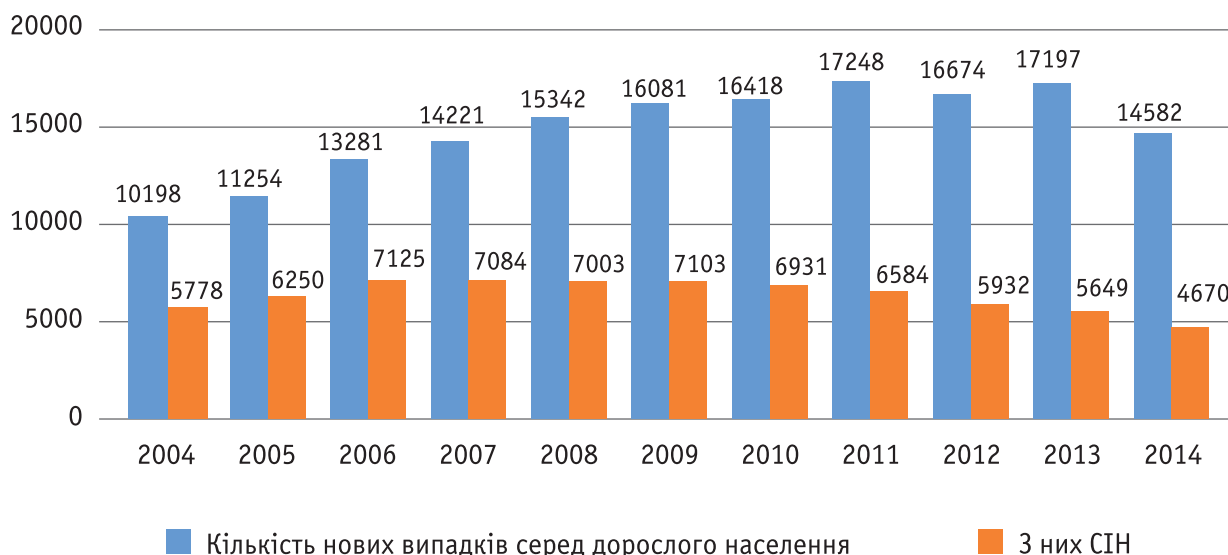
Протягом року померло від СНІДу 3 426 хворих (темп приросту складає 1,8%, показник захворюваності. Основною причиною смерті у хворих на СНІД в Україні лишається туберкульоз, який складає 64% серед загальної кількості осіб померлих від СНІДу.

ВІЛ-інфекція серед споживачів наркотиків

За даними МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» кількість СІН серед нових офіційно зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції відповідає загальній тенденції розвитку епідемії в Україні (див. графік 6.2.3.).

Графік 6.2.3.

Кількість СІН серед нових офіційно зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції



Активна робота проектів з профілактики поширення ВІЛ-інфекції серед уразливих груп, які впроваджуються неурядовими організаціями за підтримки міжнародних донорів приносить позитивні результати та зменшує динаміку розповсюдження.

В продовж 2014 року взято під нагляд ВІЛ-інфікованих внаслідок уживання наркотичних речовин ін'єкційним шляхом 4 670 осіб (24,2% від загальної кількості вилучених осіб), що на 20,1% менш ніж у 2013 році (5 847 осіб — 27%). Всього, станом на 01.01.2015 року в країні перебуває під наглядом 53 920 ВІЛ-інфікованих споживачів ін'єкційних наркотиків, що ставить 39,1% від загальної кількості інфікованих. У порівнянні з аналогічним періодом 2013 року цей показник зменшився на 5,2% (2 966 осіб) з 56 886 до 53 920 осіб.

Кількість хворих з ВІЛ-інфекцією, які отримували ЗПТ протягом 2014 року ставить 3 459 осіб. Серед них отримують АРТ 1 969 осіб, що на 8,3% більш ніж у 2013 році (1 818 осіб). Кількість пацієнтів, які отримують АРТ, та їх питома вага у програмі ЗПТ має позитивну динаміку, з 2011 року вона збільшилась з 14% до 23,4% (у 2013 р. — 20%).

Гепатити

В останні роки помітна тенденція до збільшення захворюваності на вірусний гепатит С, в тому числі випадків хронічних форм захворювання. За даними ВООЗ, на хронічний гепатит С страждає біля 150 млн. осіб, а 350 тис. щорічно помирають внаслідок ураження печінки вірусом гепатиту С. Захворюваність та летальність внаслідок гепатитів В і С прогресивно збільшується на планеті та, за даними експертів, подвоїться до 2015 — 2020 рр. Вже зараз загальна кількість хворих на гепатити у світі в 14 — 15 разів перевищує кількість ВІЛ-інфікованих. Вірусні гепатити у 50 — 100 разів є більш заразними, ніж ВІЛ.

За оціночними даними ВООЗ, 57% випадків цирозу печінки і 78% випадків первинного раку печінки зумовлено впливом вірусів гепатиту В або С. Окрім цього, гепатити В та С мають багато позапечінкових проявів, що ускладнює їх діагностику та може перешкоджати призначенню відповідного лікування.

За ступенем негативного впливу на здоров'я населення та масштабами захворюваності вірусні гепатити в Україні займають домінуюче місце в структурі інфекційної патології разом із грипом та гострими інфекційними захворюваннями верхніх дихальних шляхів.

Україна належить до країн із середнім рівнем поширення вірусного гепатиту С — інфіковано приблизно 3% громадян, що складає ~ 1 170 000 осіб. Однак, за результатами вибіркового моніторингу груп ризику, рівень інфікування вірусом гепатиту С серед деяких з них значно перевищує середньосвітові показники і сягає 40-60%.

Разом з цим слід зазначити, що на теперішній час досягнуто значний прогрес у лікуванні гепатиту С, зараз його можна вважати виліковним захворюванням. Окрім цього, наукові дослідження в цьому напрямку продовжуються та нові препарати здатні значно підвищити ефективність лікування. Велике значення у досягненні основної мети терапії — стійкої вірусологічної відповіді — є своєчасне виявлення хвороби, визначення її стадії та призначення оптимальної схеми лікування. Оскільки вірусний гепатит С є мультидисциплінарною проблемою, дуже важливо адаптувати найкращі клінічні настанови, що використовуються в світі, до реальної медичної практики України задля підвищення якості надання допомоги таким хворим.

29 квітня 2013 року Кабінет Міністрів України затвердив Державну цільову соціальну програму профілактики, діагностики та лікування вірусних гепатитів на період до 2016 року метою якої є забезпечення доступу широких верств населення до профілактики, діагностики та лікування вірусних гепатитів В і С в Україні для стабілізації епідемічної ситуації, зниження рівня захворюваності, інвалідності і смертності, збільшення тривалості і підвищення якості життя хворих.

МОЗ України вживає усіх заходів для забезпечення виконання Державної цільової соціальної програми профілактики, діагностики та лікування вірусних гепатитів на період до 2016 року (далі — Програма), затвердженої постановою Кабінету Міністрів України від 29 квітня 2013 року № 637, що набрала чинності 17 вересня 2013 року. На виконання Програми на 2013 рік було передбачено фінансування в обсязі 345 727,5 тис. грн. Відповідно до Закону України «Про Державний бюджет на 2013 рік» (зі змінами) за бюджетною програмою КПКВК 2301400 «Забезпечення медичних заходів окремих державних програм та комплексних заходів програмного характеру» на виконання заходів Програми МОЗ України передбачено кошти у сумі 33 261,1 тис. грн., з них 22 174,1 тис. грн. для лікування хворих на вірусний гепатит С.

Зважаючи на актуальність питання забезпечення необхідним лікуванням хворих на вірусні гепатити, заощаджені у 2013 році кошти за результатами процедур централізованих закупівель за іншими напрямками забезпечення було спрямовано на додаткову закупівлю лікарських засобів для лікування хворих на вірусний гепатит С на суму 7 701,8 тис. грн.

Розподіл лікарських засобів, закуплених за результатами процедури державних закупівель для забезпечення лікування хворих на вірусні гепатити С, затверджено наказами МОЗ України від 10 грудня 2013 року № 1069 та від 14 січня 2014 року № 27.

Серед вперше ВІЛ-інфікованих впродовж 2014 року обстежено на наявність маркерів гепатиту В — 11 744 осіб, що на 9% менш ніж у 2013 році (12 912 осіб); з них виявлено 1047 осіб (8,9%), що на 0,8% менш порівняно з 2013 роком (1253 особи — 9,7%).

На наявність маркерів гепатиту С обстежено 11 805 осіб, що на 5,1% менш ніж у 2013 році (12 442 осіб); з загальної кількості обстежених виявлено маркерів гепатиту С у 4 532 осіб (38,4%), що на 3,1% більш порівняно з 2013 роком (4401 особи — 35,3%). Таким чином, частина ко-інфікованих гепатитом В, С серед ВІЧ-інфікованих становить 28,9% (5 579 осіб), серед них на частину ко-інфікованих гепатитом

В приходить — 5,4% та на гепатитом С — 23,5%. Відомо, що основна група ризику носіїв маркерів гепатиту В, а тем більш маркерів гепатиту С ставлять споживачі ін'єкційних наркотичних речовин.

Туберкульоз

Однією із Цілей Розвитку Тисячоліття, що безпосередньо стосуються здоров'я було обмеження поширення ВІЛ-інфекції/СНІДу та туберкульозу. Завданнями цієї цілі було зменшити поширення ВІЛ-інфекції/СНІДу на 13% та на 20% зменшити рівень захворюваності на туберкульоз (в порівнянні із 2005 роком). Понад 70% вперше виявлених випадків ТБ — соціально-незахищені верстви населення.

Незважаючи на загальну позитивну динаміку, Україна належить до країн з найвищим рівнем мультирезистентного туберкульозу в Європейському регіоні.

Треба усвідомлювати, що для подолання проблеми туберкульозу мають об'єднуватися зусилля первинної ланки медичної допомоги, фтизіатричної служби та суспільства в цілому. Надзвичайно актуальною сьогодні є потреба у розробці національної політики щодо формування у населення відповідального відношення до власного здоров'я як найвищої особистої та суспільної цінності. Не лише підвищення поінформованості населення щодо можливості та доступності своєчасного консультування та діагностики соціально-небезпечних хвороб, але й активне, починаючи з дитинства, формування навичок здорового способу життя та відповідальної й безпечної поведінки, як базової складової виховання духовно та фізично здорової особистості — громадянина України є запорукою успіху на шляху до розбудови здорового майбутнього нашої нації.

Ко-інфекції: туберкульоз, ВІЛ/СНІД, гепатити В/С

На сьогодні в Україні зростає частка ко-інфекції ТБ/ВІЛ. Свою роль в цьому відіграють і малоефективні заходи інфекційного контролю туберкульозу у лікувально-профілактичних закладах країни (1,5% вперше захворілих — медики).

У 2014 році серед осіб з уперше в житті встановленим діагнозом СНІДу діагностовано — 4 849 осіб з ко-інфекцією туберкульозу (49,3% від загальної кількості вперше встановленого діагнозу СНІД), що на 10 випадків менш ніж у 2013 році (4 859 осіб — 51,9%). Із них: з уперше діагностованим туберкульозом 3 606 осіб (2013 р. — 3 453), з легенеvim туберкульозом 3 614 осіб (2013 р. — 3 454), з бактеріовиділенням (МБТ+) — 2 062 осіб (2013 р. — 1 578). Таким чином у 2014 році діагностовано на 4,6% більше хворих СНІД з легенеvim туберкульозом, а також серед них на 30,6% більш з бактеріовиділенням (МБТ+) у порівнянні з 2013 роком.

Серед осіб що перебувають під наглядом з діагнозом СНІД особи з туберкульозом ставлять 44,1%, що на 11,7% менш ніж у 2013 року — 55,8%. Із них з уперше діагностованим туберкульозом 4213 осіб проти 5 255 осіб (2013 р.); з легенеvim туберкульозом 7 864 осіб проти 11 418 осіб (2013 р.).

Основною причиною смерті у хворих на СНІД в Україні залишається туберкульоз, який складає 64% серед осіб, померлих від СНІДу. У 2014 року померло ВІЛ-інфікованих осіб внаслідок ко-інфекції ТБ/ВІЛ — 2 183 хворих, що на 0,9% менш ніж у 2013 році (2 204 особи).

Відповідно до інформації Прес-релізу Міжнародного Альянсу ВІЛ/СНІД України (<http://www.aidsalliance.org.ua/ru/news/pdf/24-02-2015>) 23 лютого 2015 р. Глобальний фонд для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією (далі Глобальний фонд) підписав угоду з Україною про надання безповоротної фінансової допомоги обсягом понад 133 млн. доларів на боротьбу зі СНІДом та туберкульозом. Це фінансування є вирішальним для виконання амбітних цілей відповідних загальнодержавних програм — зниження рівня захворюваності та смертності від ВІЛ-інфекції/СНІДу та туберкульозу. Кошти надано в рамках програми «Інвестиції заради впливу на епідемії туберкульозу та ВІЛ-інфекції», яка розрахована на період 2015-2017 років. Основними реципієнтами, які відповідають за реалізацію гранту, визначені Український центр контролю за соціально небезпечними хворобами Міністерства охорони здоров'я України, МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» (далі Альянс Україна) та ВБО «Всеукраїнська мережа людей, які живуть з ВІЛ». Характерною відмінністю даної програми від попередніх є органічне поєднання компоненту СНІДу та туберкульозу. Як і в попередні роки, переважна частка фінансування — 68% — спрямована на боротьбу зі СНІДом. Разом з тим слід кон-

статувати, що Глобальний фонд зменшив обсяги фінансування порівняно з двома попередніми роками, розраховуючи на зростання фінансування на профілактику і лікування ВІЛ-інфекції та туберкульозу з державного бюджету України.

Глобальний фонд та Уряд України визначили потужну роль неурядових організацій в реалізації цієї програми. Результативність програми багато в чому залежатиме від взаємодії та партнерства державного та неурядового секторів. Як і в минулі роки Альянс Україна відповідатиме за заходи з профілактики ВІЛ серед найуразливіших груп населення (споживачі ін'єкційних наркотиків, працівники комерційного сексу, чоловіки, що мають секс з чоловіками). В рамках програми спеціальними послугами буде охоплено понад 200 000 наших співгромадян, які мають найвищий ступінь ризику інфікування ВІЛ. Саме профілактика серед груп найбільшого ризику, яка фінансується Глобальним фондом, вже кілька років поспіль стримує зростання епідемії в Україні. В рамках даної угоди Альянс Україна також має забезпечити лікування 10 500 хворих на мультирезистентний туберкульоз і забезпечити медико-соціальним супроводом 9 300 хворих. Однак і у цьому питанні є значні ризики — станом на 01.01.2015 року на непідконтрольних уряду України територіях Донецької та Луганської областей 535 пацієнтів з мультирезистентним туберкульозом наражаються на ризик переривання або недоступності лікування.

Захворювання, що передаються статевим шляхом

За даними ДУ «Українського центру контролю за соціально небезпечними хворобами МОЗ України» кількість вперше зареєстрованих ВІЛ-інфікованих з наявністю інфекцій, що передаються статевим шляхом (ІПСШ) становить 2 275 осіб, що на 42,2% менш ніж у 2013 році (3942 осіб), з них з наявністю сифілісу 129 осіб на 40 випадків менш у порівнянні з 2013 роком (169 осіб).

Діагностика та лікування ІПСШ у представників уразливих груп є складовою заявки 6 раунду та компонентом Програми «Підтримка з метою запобігання ВІЛ/СНІД, лікування та догляду для найуразливіших верств населення в Україні». ІПСШ є фактором, який підвищує ризик інфікування ВІЛ-інфекцією у 10 разів. Також важливість заходів з діагностики та лікування ІПСШ обумовлена тим, що вперше за останні 12 років частка випадків інфікування ВІЛ статевим шляхом зросла до 56,7% та перевищила частку випадків зараження ВІЛ внаслідок введення наркотичних речовин ін'єкційним шляхом (24,2%).

За підтримки Альянсу на базі Інституту дерматології та венерології АМН України продовжує працювати Всеукраїнський Координаційний центр з питань проведення скринінг-тестування та лікування ІПСШ у представників уразливих груп населення та консультаційна телефонна лінія для лікарів-дерматовенерологів. Фахівцями Інституту розроблені та узгоджені МОЗ України 20 січня 2009 року «Методичні рекомендації стосовно проведення лікування ІПСШ у представників уразливих до ВІЛ груп населення».

Українським центром профілактики та боротьби зі СНІДом МОЗ України розроблено та узгоджено МОЗ України 31 березня 2009 року «Методичний посібник щодо моделей надання дерматовенерологічної допомоги представникам уразливих груп населення».

6.3. Інші наслідки для здоров'я, пов'язані зі вживанням наркотиків

Огляди на стан сп'яніння

В Україні існує система оглядів водіїв, які керують транспортними засобами, на наявність у них стану інтоксикації, яка регламентована Постановою КМ України від 17.12.2008 року № 1103 «Про затвердження Порядку направлення водіїв транспортних засобів для проведення огляду з метою виявлення стану алкогольного, наркотичного чи іншого сп'яніння або перебування під впливом лікарських препаратів, що знижують увагу та швидкість реакції, і проведення такого огляду» та спільними наказами МВС України та МОЗ України «Про затвердження Інструкції про виявлення у водіїв транспортних засобів алкогольного, наркотичного чи іншого сп'яніння, або перебування під впливом лікарських препаратів, що знижують увагу на швидкість реакції» від 09.09.2009 № 400/666.

Висновок щодо стану сп'яніння водія у разі звернення до лікувального закладу надає лікар-нарколог або інший лікар чи медичний працівник із середньою освітою та пройшли навчання з проведення медичних оглядів на стан сп'яніння (докладніше про огляди на стан сп'яніння в главі 3.2. «Екологічні стратегії в профілактиці. Обмеження споживання алкогольних напоїв та тютюну»).

У 2014 році було проведено 206 085 оглядів для визначення стану сп'яніння, що на 92 346 оглядів — 30,9% менш у порівнянні з 2013 роком. У продовж чотирьох років з 2011-2014 загальна кількість оглядів на стан сп'яніння (алкогольного та наркотичного) значно зменшилась на 47% з 437 551 до 206 085 випадків. Частково це свідчить про те, що проведені зміни в законодавчій сфері, та посилення відповідальності та розмірів штрафів для водіїв, які керують транспортними засобами в стані сп'яніння призвели до позитивних здвигов, а також проведеною роботою медичними та соціальними службами по зменшенню загальної поширеності осіб, що вживають психоактивні речовини. Частково це пов'язано з відсутністю інформації з тимчасово окупованих територій АР Крим та м. Севастополь, а також зон Донецької та Луганської областей, які не підконтрольні Уряду України.

В продовж 2014 року зменшилась кількість оглядів на визначення стану наркотичного сп'яніння на 55,4% з 31 220 до 17 299 оглядів у порівнянні з 2013 роком, а також зменшився їх відсоток у загальній структурі оглядів з 10,5% до 8,4%. Серед осіб, оглянутих на стан наркотичного сп'яніння, відсоток тих, хто перебував у стані сп'яніння зменшився з 43% (2013 р.) до 38,7% (2014 р.) і в абсолютних величинах кількість вилучених зменшилась на 51,2% з 13 433 до 6 881 осіб.

Найбільш всього виявлено станів наркотичного сп'яніння у медичних закладах в регіонах: Запорізькій — 1 179 осіб; Харківській — 946 осіб; Миколаївській — 521 осіб; Вінницькій — 487 осіб; Львівській — 451 осіб; Донецькій — 415 осіб; Дніпропетровській — 351 осіб. Такий розподіл, в цілому, корелює з найвищими показниками поширеності розладів психіки та поведінки внаслідок уживання наркотичних речовин в цих регіонах.

6.4. Смертність, пов'язана з наркотиками, та смертність серед споживачів наркотиків

Протягом 2014 року померло від СНІДу 3 426 хворих, серед них 45,7% складали ВІЛ-інфіковані, що інфікувались парентеральним шляхом, внаслідок уведення наркотичних речовин. В абсолютних величинах кількість померлих СІН ВІЛ-інфікованих складає 2 692 хворих, що на 3,8% менш у порівнянні з 2013 роком (154 хворих — 49,5%).

Серед причин смертності споживачів ін'єкційних наркотиків (СІН) виділяють: несвоєчасне звернення до медичного закладу; відмова від диспансерного спостереження; недостатнім охопленням АРТ; пізнім початком АРВ-лікування; низькою прихильністю до АРТ (тільки 42% СІН перебували на АРТ на момент смерті).

Кількість пацієнтів, які отримують АРТ, та їх питома вага у програмі ЗПТ має позитивну динаміку, з 2011 року вона збільшилась з 14% до 23,4% (у 2013 р. — 20%), але все ж залишається недостатньою.

На кінець 2014 року летальність в державних наркологічних стаціонарних закладах складала всього 687 випадків (0,60 на 100 тисяч населення), із них на частину осіб з розладами психіки та поведінки внаслідок уживання наркотичних засобів приходить 23 випадку (0,17 на 100 тисяч населення).

7. Соціальні наслідки та реінтеграція

7.1. Вступ: дефініції, інструменти збору даних та контекстуальна інформація

Споживачі наркотиків часто є групою, що найбільше потерпає від безробіття та бездомності. Найбільш уразливими серед них є жінки, споживачі героїну, представники етнічних меншин та особи з психічними розладами.

З огляду на це соціальна реінтеграція визнана ключовим компонентом всеохоплюючої стратегії з проблеми наркотиків і може застосовуватися на будь-якому рівні вживання наркотиків та за різних умов. Мета реінтеграції може бути досягнута шляхом посилення можливостей людей, яких вона стосується, удосконалення їх суспільної здатності, працевлаштування, отримання житла. Служби з реінтеграції пропонують послуги із надання консультацій, працевлаштування, сприяння в отриманні житла, у тому числі для осіб, які звільнилися з місць позбавлення волі або звільнення яких відбудеться найближчим часом.

У той же час цю проблему найважче вирішити, оскільки вона потребує значних фінансових ресурсів. Ключовим елементом соціальної реінтеграції є працевлаштування, оскільки більшість пацієнтів, які проходять лікування від наркоманії, — безробітні.

Разом з тим Україна проводить заходи щодо удосконалення політики надання реабілітаційних послуг, а саме:

- збільшення обсягу державного фінансування для надання реабілітаційних послуг наркозалежним особам;
- розроблення та запровадження механізмів державного контролю за діяльністю наркологічних реабілітаційних центрів усіх форм власності з метою недопущення використання насильницьких та науково не доведених методів реабілітації;
- здійснення реабілітаційних заходів для формування у наркозалежної особи мотивації до поетапного звільнення від наркотичної залежності, відновлення навичок соціальної адаптації, протинаркотичної стійкості, прищеплення якостей самозбереження особистості, насамперед здатності до повноцінної життєдіяльності;
- утворення груп самопомогі за участю членів сім'ї наркозалежної особи, колишніх наркозалежних осіб, представників благодійних, релігійних організацій, що провадять діяльність поблизу місць їх проживання, на етапі реабілітації;
- забезпечення психологічного супроводження реабілітаційних заходів, спрямованих на відновлення позитивного емоційного світосприйняття хворого на наркоманію;
- виховування у особи почуття відповідальності за свої наміри та вчинки як пріоритетного чинника поведінки;
- формування єдиної взаємозв'язаної лікувально-реабілітаційної системи як поетапного процесу повернення наркозалежної особи до суспільного життя;
- підвищення рівня соціального обслуговування осіб, що проходять реабілітацію, надання їм соціально-медичних, соціально-економічних і юридичних послуг та послуг з працевлаштування, сприяння їх адаптації в новому соціальному середовищі;
- організацію відповідної підготовки практичних психологів та соціальних педагогів, працівників пенітенціарної системи для проведення тренінгової та психотерапевтичної роботи з групами підвищеного ризику наркоживання.

7.2. Соціальне виключення та вживання наркотиків

У 2014 році під соціальним супроводом перебуває понад 141 тис. сімей, які перебувають у складних життєвих обставинах, в них виховується 298 тис. дітей. За результатами роботи з сім'ями, які перебували під соціальним супроводом, у тому числі з причин залежності (графік 7.2.1.):

7 821 членів сімей отримали допомогу в лікуванні;

967 молодих людей залучено до проходження реабілітаційних програм;

2 917 влаштовано на навчання;

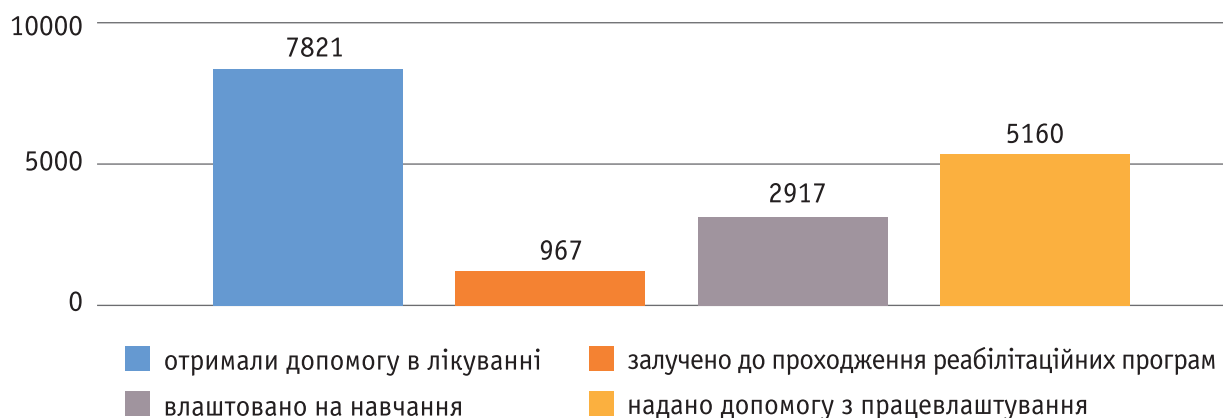
5 160 надано допомогу з працевлаштування.

Профілактичні і просвітницькі заходи щодо протидії наркоманії, пропаганди здорового способу життя та формування навичок протистояння шкідливому впливу вживання наркотичних засобів здійснюються спільно з більше ніж 100 недержавними організаціями, які надають послуги алко- та наркозалежним молодим людям.

За результатами такої спільної роботи 16 020 осіб відмовилися від вживання психоактивних речовин після проходження курсу програм ресоціалізації.

Графік 7.2.1.

Результати роботи з особами, які перебували під соціальним супроводом



7.3. Підлітки, які живуть та працюють на вулиці

Підлітковий вік — це час підвищеної уразливості, що зумовлено багатьма фізіологічними та фізичними змінами, впливом однолітків та непереборним бажанням експериментувати тоді, коли відчуття особистості, впевненість у собі, знання та життєві навички ще тільки формуються. У такий період сприятлива та дружня атмосфера, позитивні стосунки з батьками або іншими дорослими, активна участь у громадському житті є одними з головних факторів утримання підлітків від поведінки, яка може їм зашкодити або призвести до потрапляння в ситуації експлуатації, ризику, неспроможності захистити себе. В Україні багато підлітків зростає в умовах та середовищі, які не можуть забезпечити їм цей захист. Вони потерпають від негативних наслідків тривалої політичної нестабільності; від соціально-економічних негараздів, які найбільш відбиваються на сім'ях з дітьми та жінками; від мало спроможних системи охорони здоров'я та соціального сектору; від загрози стати жертвою торгівлі людьми, сексуальної та трудової експлуатації; від легко доступності алкоголю, хімічних речовин і наркотиків; від успадкованої з радянських часів практики утримувати сиріт та дітей, позбавлених батьківської опіки, у спеціальних

державних установах; від належності до маргінальних соціальних груп українського суспільства, вилучених із суспільного життя. Усі ці чинники можуть створити ситуації, в яких хлопці та дівчата підліткового віку починають практикувати ризиковану поведінку, часто наслідуючи інших. Така поведінка пов'язана з проживанням, роботою або перебуванням на вулиці протягом більшої частини часу, раннім статевим життям та частою зміною статевих партнерів, залученням до вживання ін'єкційних або неін'єкційних наркотиків. У країні, де епідемія ВІЛ розповсюджується швидше, ніж будь-де в Європі, такі підлітки стають особливо уразливими до ВІЛ-інфікування. Його ризик зростає, коли підлітки починають практикувати більш ризиковану поведінку, зокрема небезпечне вживання ін'єкційних наркотиків або незахищений секс з ВІЛ-інфікованим партнером. В Україні групи уразливих підлітків та ПГР, зокрема ПГР, які живуть із ВІЛ, доволі часто змішуються. Їх можна знайти в різному оточенні, наприклад, у кризових сім'ях, на вулиці, у приймальниках-розподільниках для неповнолітніх, інших установах для дітей, зокрема виправних, а також у школах-інтернатах. Життя та робота на вулиці створюють особливий ризик для хлопців та дівчат підліткового віку. Якісний аналіз показує, наприклад, що підлітки часто живуть або проводять час у групах, де поширені моделі поведінки, які значно збільшують для них ризик ВІЛ-інфікування. Соціальні зв'язки та тиск з боку однолітків вочевидь мають великий вплив на ініціювання поведінки високого ступеня ризику серед підлітків вулиці. Крім того, вуличне середовище підвищує ризик насильства, експлуатації, знущань та втягування у злочинні дії.

З метою подолання соціального сирітства, дитячої бездоглядності та безпритульності, запобігання правопорушенням серед неповнолітніх в регіонах України систематично проводиться ціла низка профілактичних заходів (рейдів): «Діти вулиці», «Вокзал», «Канікули», «Урок» тощо за участю усіх структур, до компетенції яких належить захист прав дітей: служб у справах дітей, центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді, відділів кримінальної міліції у справах дітей органів внутрішніх справ, органів охорони здоров'я та освіти.

В ході проведення профілактичних заходів обстежуються традиційні місця перебування безпритульних дітей: підвали, теплотраси, вокзали, ринки, електропоїзди. З дітьми та їх батьками проводиться робота з роз'яснення законодавства України, спрямованого на охорону дитинства, вживаються заходи з надання матеріальної допомоги сім'ям з дітьми, які цього потребують.

Під час зазначених заходів увага приділяється питанням недопущення вживання дітьми чи збуту дітям алкогольних та тютюнових виробів, наркотичних засобів та психотропних речовин, втягнення дітей до найгірших форм дитячої праці, вчинення по відношенню до них насильства, жорстокого поводження з ними.

Так, протягом 2014 року проведено 29 тис. профілактичних заходів, під час яких виявлено 10,9 тис. дітей, з них вилучено з небезпечного середовища майже 5 тис. дітей (для порівняння: у 2013 році — понад 33 тис. профілактичних заходів, під час яких виявлено 13 285 дітей, з яких вилучено з вулиці 2 469 дітей; у 2012 році виявлено 15 988 дітей, з яких вилучено з вулиці 3147 дітей; у 2011 році виявлено 19 437 дітей, з яких 4167 дітей вилучено з вулиці, у 2010 році виявлено 19636 дітей, з них 4840 — з вулиці; у 2009 році — 31001 дитина, з них 5707 — з вулиці; у 2008 році — 31 тис. дітей, з них 6163 — з вулиці).

Отже, у порівнянні з 2008 роком у 3 рази зменшилась кількість дітей, виявлених під час профілактичних заходів.

Протягом I півріччя 2015 року було проведено близько 13 тис. таких профілактичних заходів, в ході яких виявлено понад 5 тис. дітей, з яких вилучено із вулиці 841 дитину.

Професійна допомога дітям віком від 3 до 18 років, які перебувають у складних життєвих обставинах (у тому числі бездоглядним та безпритульним дітям), дітям, залишеним без батьківського піклування, надається притулками для дітей служб у справах дітей та центрами соціально-психологічної реабілітації дітей.

Відповідно до покладених на них завдань, зазначені заклади здійснюють соціальний захист дітей, надають їм комплекс соціальних послуг; проводять соціально-педагогічну корекцію з урахуванням індивідуальних потреб кожної дитини; сприяють поверненню дітей до біологічних сімей; забезпечують відвідування дітьми загальноосвітніх або інших навчальних закладів чи індивідуальному навчанню з урахуванням потреб та можливостей вихованців; сприяють формуванню у дітей власної життєвої позиції для подолання звичок асоціальної поведінки; надають психологічну та інші види допомоги батькам дітей (або особам, які їх замінюють), спрямованої на повернення дитини до сім'ї; розробляють рекомендації з питань соціально-психологічної адаптації дитини для педагогічних та соціальних працівників і батьків та ін.

Логічним продовженням процесу зменшення кількості безпритульних та бездоглядних дітей є зменшення кількості дітей, які перебувають у складних життєвих обставинах у зазначених закладах соціального захисту дітей. Так, у 2014 році у 96 таких закладах отримало комплексну допомогу понад 9 тис. дітей (для порівняння — у 2013 році 12 542 дитини отримало допомогу у даних закладах; у 2012 році — 12 929 дітей, у 2006 — 36,3 тис. дітей).

Протягом і півріччя 2015 року у 85 закладах соціального захисту дітей отримало відповідну допомогу понад 5,6 тис. дітей

Відповідно до Комплексних планів спільних заходів та спільних дій на 2014 рік щодо попередження негативних явищ у дитячому середовищі (правопорушень та профілактики дитячої злочинності, попередження пияцтва і наркоманії) управліннями освіти і науки спільно з відділами кримінальної міліції у справах дітей управлінь МВС України здійснювався щомісячний обмін інформацією про злочини, скоєні неповнолітніми та відносно них, щодо постановки неповнолітніх на профілактичний облік; про злочини на території навчальних закладів з метою запобігання дитячій бездоглядності й безпритульності, а також уживаються заходи для своєчасного повернення таких дітей у сім'ї та навчальні заклади за місцем проживання; проводиться профілактична робота з неповнолітніми, які перебувають на обліку за скоєння правопорушень; бесіди з профілактики дитячої злочинності, уживання наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів та прекурсорів, ознайомлення батьків із чинним законодавством стосовно їх відповідальності за виховання й утримання дітей; відпрацьована система роботи щодо розшуку дітей, складений алгоритм невідкладних дій адміністрації шкіл-інтернатів щодо розшуку учнів (вихованців), які самовільно залишили навчальний заклад; щотижнево здійснюється обмін інформацією стосовно стану справ з учнями (вихованцями), які здобувають освіту в навчальних закладах інтернатного типу; спільні рейди із залученням педагогічних працівників з метою виявлення неповнолітніх, схильних до жебракування, уживання психотропних речовин, осіб, яких залучають до немедичного вживання наркотичних речовин («Урок», «Канікули» тощо); спільна робота в рамках всеукраїнських оперативно-профілактичних заходів «Генофонд», «Мак», «Батискаф».

Необхідною складовою профілактичної роботи з учнями є координація зусиль і міжвідомча співпраця з підрозділами кримінальної міліції у справах дітей, службами у справах дітей, соціальними службами для сім'ї, дітей та молоді й громадськими організаціями, недержавними установами, які здійснюють профілактику злочинності неповнолітніх, дитячої бездоглядності й безпритульності.

В 2014 році організацією «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» було проведено опитування ПГР у 5 містах України: Київ, Одеса, Миколаїв, Житомир та Донецьк. Цільова група дослідження Підлітки (віком від 10 до 19 років), які протягом трьох місяців, що передували дослідженню, жили або працювали на вулиці.

Критерії відбору респондентів для крос-секційного дослідження: на момент залучення до дослідження досягли віку від 10 до 19 (включно) років; протягом трьох місяців (90 днів), що передували дослідженню: проживали на вулиці; не відвідували навчальні заклади; не мали офіційної роботи; проводили не менше 50% свого вільного часу на вулиці; не брали участі в інших дослідженнях; дали згоду на участь в усіх компонентах дослідження: опитування; тестування крові на ВІЛ (експрес-тестування).

Таблиця 7.3.1.

Розподіл респондентів

Місто	Загальна к-ть	Хлопці				Дівчата			
		10-13	14-15	16-17	18-19	10-13	14-15	16-17	18-19
Донецьк	400	66	72	71	69	20	32	35	35
Житомир	350	63	60	65	62	22	24	27	27
Київ	400	69	70	69	70	30	31	30	31
Миколаїв	350	65	59	70	52	22	28	30	24
Одеса	400	73	66	68	72	29	30	31	31
Усього:	1900	336	327	343	325	123	145	153	148
		1331				569			

Завдяки плідній співпраці з МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» в усіх регіонах України організоване систематичне навчання спеціалістів служб у справах дітей, центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді, працівників та вихованців закладів соціального захисту дітей (притулків для дітей та центрів соціально-психологічної реабілітації дітей) з питань профілактики ВІЛ/СНІДу в дитячому середовищі в рамках Програми «Побудова стійкої системи комплексних послуг з профілактики ВІЛ, лікування, догляду та підтримки найуразливіших верств населення та ЛЖВ в Україні» за підтримки Глобального фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом і малярією.

Так, протягом 2014 року у закладах соціального захисту дітей було проведено навчання з питань попередження зараження ВІЛ-інфекцією близько 9 тис. вихованців віком від 10 до 18 років. Окрім цього, 165 спеціалістів зазначених закладів пройшли навчання з питань профілактики ВІЛ/СНІД в дитячому середовищі.

Протягом I півріччя 2015 року у закладах соціального захисту дітей було проведено навчання з питань попередження зараження ВІЛ-інфекцією близько 5 тис. вихованців віком від 10 до 18 років. Окрім цього, 63 спеціалісти зазначених закладів пройшли навчання з питань профілактики ВІЛ/СНІД в дитячому середовищі.

Тестування на ВІЛ підлітків груп ризику У процесі польового етапу дослідження було протестовано на ВІЛ 1570 підлітків. Усі, хто був протестований на ВІЛ, пройшли до- та після-тестове консультування з питань ВІЛ/СНІД. Всі підлітки віком 14–19 років, які були включені в дослідження, пройшли тестування на ВІЛ. Тестування підлітків віком 10–13 років здійснювалося в закладах соціально-психологічної реабілітації для дітей, притулках та інтернатах, де була можливість комунікації із законним представником під час проведення дослідження та отримання від нього інформованої згоди на тестування. У разі отримання позитивного результату на ВІЛ соціальний працівник здійснював супровід підлітку за уточненням результату тестування до Центру СНІДу. Якщо він відмовлявся одразу після тестування відвідати Центр СНІДу для уточнення результату, соціальний працівник обмінювався з ним контактами для подальшого його супроводу.

Соціальний портрет підлітків груп ризику

На момент опитування менше половини опитаних (44,8%) останні три місяці більшу частину часу знаходилися вдома (в квартирі чи приватному будинку батьків, родичів); 27% — були фактично безхатченками; 9% — перебували в інтернатах; 7,8% — проживали в гуртожитках учбових закладів.

Щодо сімейних зв'язків, то приблизно кожний п'ятий зазначив, що його матері немає в живих, і майже половина (49,0%) сказали, що вже втратили батька; 4,0% підлітків не мають даних про свою матір, а 15,3% не знають, чи живий їхній батько.

Загалом опитані підлітки виявилися малоосвіченими, як правило, рівень освіти був нижчим за загальноприйнятий для їхнього віку: більшість (понад 80%) на момент опитування мали від 2-х до 9-ти класів школи. При цьому відносно незначна частка (менше третини) отримала принаймні неповну середню освіту, а 1,5% взагалі ніколи не відвідували школу.

Практика вживання алкоголю та наркотичних речовин

Втягування в наркотичну залежність через соціальне оточення ймовірне для 43,6% опитаних, адже саме така частка вказала, що має знайомих СІН, а 75,8% має принаймні одного знайомого — споживача неін'єкційних наркотиків. Більшість опитаних підлітків мають досвід вживання алкоголю (зокрема, міцні алкогольні напої вживали 79,4% респондентів). Приблизно половина (49,0%) мали досвід куріння марихуани — загалом це найпопулярніший серед підлітків груп ризику неін'єкційний наркотик. Споживачами ін'єкційних наркотиків виявилися 7,5% опитаних. Найпоширенішими небезпечними практиками у середовищі підлітків — СІН є:

- Спільне використання тари для приготування наркотику 80,8%.
- Віддавали іншим використаний шприц 59,7%.
- Використання попередньо наповненого шприца 56,7%.

Контакти з органами правопорядку та соціальними закладами

Майже половина підлітків груп ризику (45%) були затримані представниками правоохоронних органів (міліцією). Спостерігалася кореляційна залежність між затриманням міліцією та вживанням алкогольних напоїв і наркотичних речовин: серед опитаних підлітків, які вживали міцні алкогольні напої, міліція затримувала 51,9%, а серед тих, хто вживав наркотичні речовини, таких було від 70,2% до 78,2%, залежно від виду наркотиків. Серед респондентів, яких коли-небудь затримували правоохоронці, більше половини потрапляли до дитячих кімнат міліції, кожен четвертий-п'ятий — у притулок для дітей, ізолятор тимчасового утримання, центр соціально-психологічної реабілітації, приймальник-розподільувач або СІЗО. Дитяча кімната міліції — лідер серед закладів, куди підлітки груп ризику потрапляли після затримання міліцією, до виправної колонії потрапляв лише незначний їх відсоток. На фізичне насильство з боку співробітників або персоналу закладів підлітки найчастіше наражалися у виправних колоніях, спец розподільувачах для безпритульних та СІЗО. На сексуальне насильство респонденти найчастіше наражалися в інтернатах для дітей, позбавлених батьківської опіки, а також в ізоляторах тимчасового утримання.

Рівень інфікування ВІЛ

Під час проведення даного дослідження загалом 82,6% респондентів пройшли тест на ВІЛ, решта 17,4%, підлітки вікової групи 10–13 років, не брали участі у такому тестуванні, оскільки інтерв'юером не було отримано інформованої згоди на тестування від законного представника. Рівень інфікування ВІЛ серед підлітків груп ризику, згідно з результатами проведеного тестування, становить 2,7%: хвороба є найпоширенішою серед підлітків старших вікових категорій (5,5% — у віковій групі 18–19 років) підлітків, які проживають або працюють на вулиці (3,2%), а також серед дівчат (4,4% проти 2,0% — серед респондентів чоловічої статі). Значна частка ВІЛ-інфікованих підлітків спостерігалася у середовищі споживачів ін'єкційних наркотиків — 12,7% з них хворіють на ВІЛ.

Висновки

З одного боку, необхідна адаптація ВІЛ-сервісних послуг для неповнолітніх СІН, удосконалення доступу до комплексного пакету послуг профілактики, ресоціалізації та реабілітації, включаючи послуги, які задовольняють базові потреби гігієни, безпеки, харчування та розв'язують соціальні, юридичні та інші проблеми. З іншого боку, важливим є широке впровадження інтервенцій, спрямованих на профілактику залучення молодих людей до ін'єкційних наркотиків самими споживачами ін'єкційних наркотиків.

Здійснювати профілактичну роботу з підлітками груп ризику з посиленням уваги на тих, хто живе або працює на вулиці, враховуючи несталість та високу мобільність цієї групи.

Підвищити якість послуг з урахуванням віку, психологічних особливостей, потреб підлітків і забезпечити надання комплексних послуг та ефективної системи переадресації. Відставання набутого рівня освіти від нормативного для певного віку серед підлітків, які живуть або працюють на вулиці, означає, що розвиток і надання профілактичних послуг, а також інформаційні та навчальні матеріали повинні відповідати більше їхньому рівню освіти, ніж віку.

Здійснювати регулярну підготовку кадрів і підвищувати кваліфікації співробітників, навчати реальних та потенціальних надавачів послуг методам, що застосовуються саме для уразливих підлітків та підлітків груп ризику, дотримуватися стандартів якості в роботі та впроваджувати позитивний досвід інших реалізованих профілактичних моделей («case study»).

Розвивати діяльність волонтерів та впроваджувати ефективні механізми їх заохочення, мотивації, перенавчання та обміну досвідом з іншими громадськими організаціями щодо роботи з підлітками груп ризику. Передбачити наявність серед консультантів як чоловіків, так і жінок з метою забезпечення гендерно-орієнтованого підходу в консультуванні підлітків.

Використовувати сучасні інформаційні технології для поширення інформації для підлітків (Інтернет, у т.ч. соціальні мережі), подавати інформацію в цікавому для них форматі (наприклад, повчальні історії з життя підлітків тощо).

Проводити посилену інформаційно-профілактичну роботу не лише з підлітками, які є клієнтами громадських організацій, а й з їхнім близькому оточенню. У тому числі про існуючі ризики не тільки від використання «брудних» шприців та голок, а й передачі свого, використаного інструментарію, комусь іншому.

Активізація введення соціального замовлення громадським організаціям на виконання програм стосовно впровадження програм ресоціалізації та адаптації наркозалежних людей, профілактики вживання дітьми наркотичних засобів та психотропних речовин, надання допомоги соціально неадаптованим сім'ям з дітьми. Розвиток мережі закладів соціального обслуговування.

7.4. Соціальна реінтеграція

Ромська спільнота

Районними та міськими центрами соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді Закарпатської, Запорізької, Київської, Кіровоградської, Львівської, Харківської, Херсонської областей спільно із правоохоронними органами та іншими суб'єктами соціальної роботи систематично проводиться профілактична робота, спрямована на запобігання бездоглядності, безпритульності дітей, недопущення їх втягування у злочинну та протиправну діяльність, запобігання наркоманії, тютюнопалінню та алкоголізму у тому числі у місцях компактного проживання осіб, які належать до ромської національної меншини.

Поряд з цим, на виконання пункту 7 плану заходів щодо реалізації Стратегії служби у справах дітей зорієнтовані на забезпечення проведення профілактичних заходів у місцях компактного проживання осіб, які належать до ромської національної меншини, спрямованих на запобігання бездоглядності та безпритульності дітей, недопущення їх втягування у злочинну та іншу протиправну діяльність.

Службами у справах дітей систематично здійснюється відвідування сімей, які опинились в складних життєвих обставинах. Під час візитів з дітьми та їх батьками проводяться профілактичні бесіди, роз'яснюється законодавство, батьки попереджаються про недопустимість застосування фізичного впливу до дітей, надаються консультації щодо вирішення конфліктних ситуацій.

Протягом серпня-жовтня щороку служби у справах дітей проводять Всеукраїнський профілактичний захід «Урок». В його рамках аналізуються умови проживання дітей у сім'ях, котрі опинилися у складних життєвих обставинах, надається адресна допомога в підготовці до навчального року та осінно-зимового сезону, а також вживаються заходи щодо виявлення, повернення або влаштування на навчання чи до закладів соціального захисту тих дітей, які з початку навчального року не приступили до занять у загальноосвітніх, професійно-технічних та вищих навчальних закладах I – II рівня акредитації.

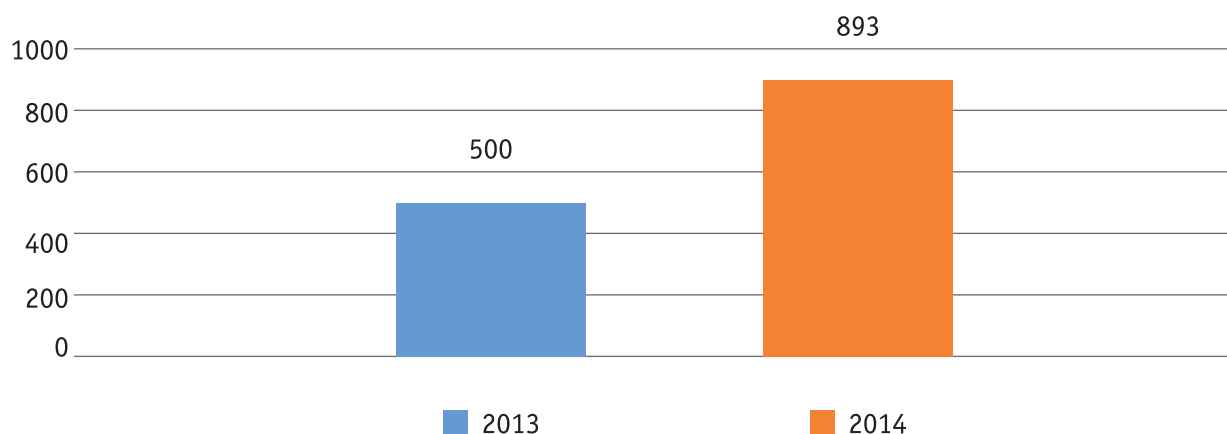
З огляду на зазначене, у ході проведення профілактичних заходів (рейдів) усім виявленим дітям, у тому числі дітям, які належать до ромської національної меншини, надається відповідна допомога.

Центри ресоціалізації наркозалежної молоді

В Україні протягом 2012-2014 років функціонувало 5 обласних центрів ресоціалізації наркозалежної молоді у 5 регіонах: Донецькій, Житомирській, Київській, Миколаївській, Херсонській областях.

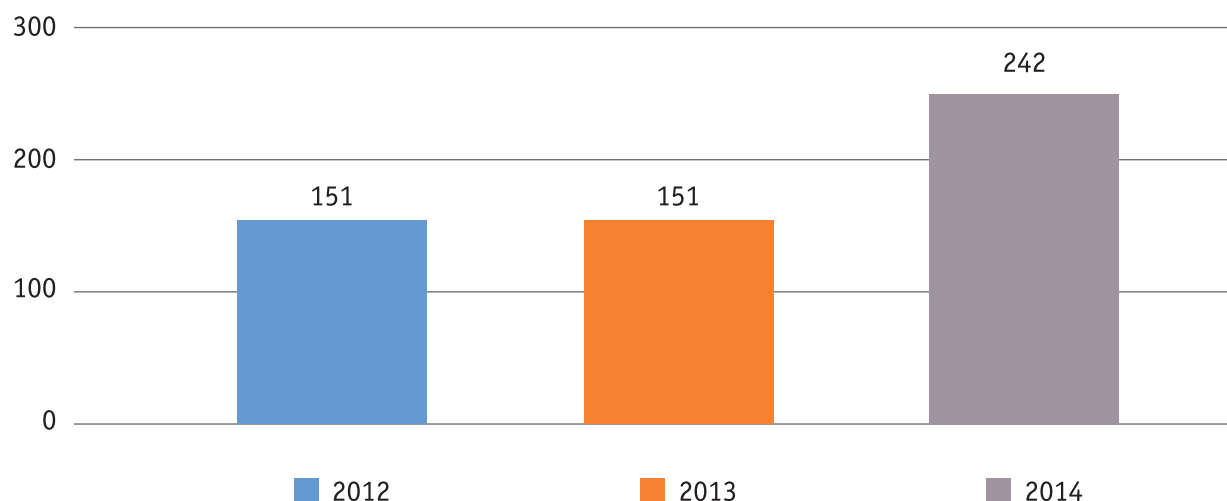
Упродовж 2013-2014 років до обласних центрів ресоціалізації наркозалежної молоді, розрахованих на 162 місця, звернулося понад 1 тис. осіб (див. графік 7.4.1).

Графік 7.4.1.

Кількість звернень наркозалежної молоді до центрів ресоціалізації

З них, 544 особи пройшли програми ресоціалізації (див. графік 7.4.2.) цілодобово перебуваючи у центрі, інші — отримали соціальні послуги, зокрема психологічні, соціально-педагогічні, юридичні, соціально-медичні, соціально-економічні, соціально-побутові та інформаційні, залучалися до участі у роботі груп взаємодопомоги та самопідтримки.

Графік 7.4.2.

Кількість осіб, які користувалися соціальним супроводом

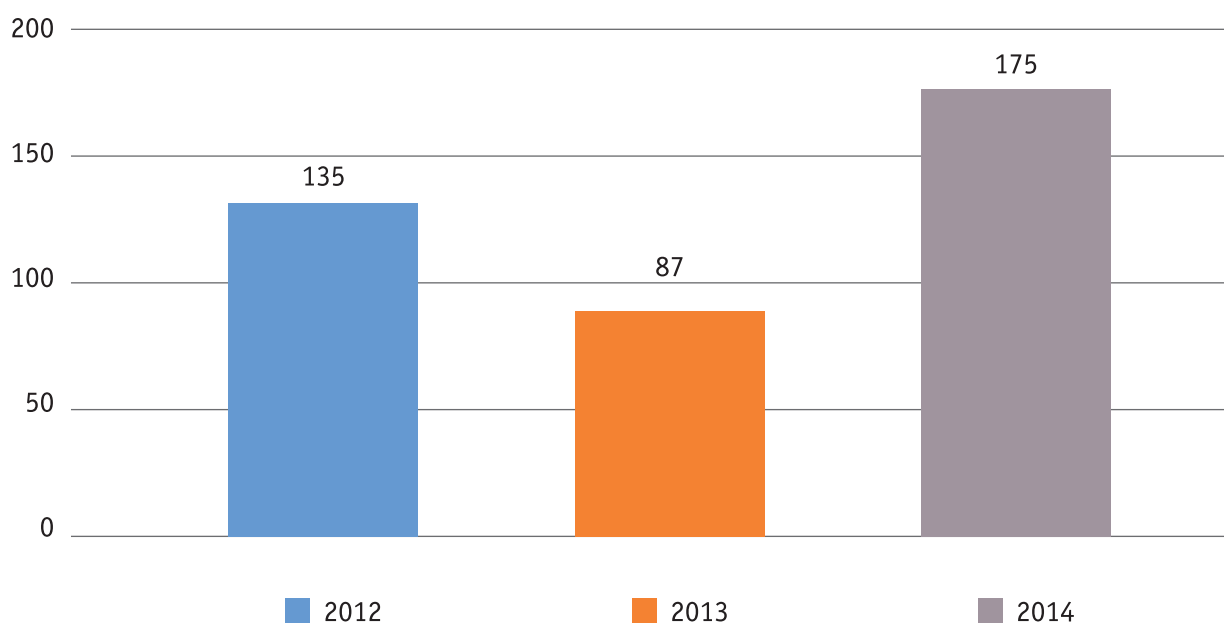
Центри утримуються за рахунок коштів місцевих бюджетів, що передбачені на виконання програм, спрямованих на розв'язання проблем наркозалежної молоді, і не враховуються при визначенні обсягу міжбюджетних трансфертів.

Реінтеграція наркозалежних осіб, звільнених з місць позбавлення волі

На обліку в центрах соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді протягом 2012-2014 років перебувало 397 звільнених осіб з наркотичною залежністю, що опинилися у складних життєвих обставинах, яким надавались різні види соціальних послуг (соціально-психологічні, соціально-педагогічні, соціально-медичні, соціально-економічні, юридичні та інформаційні). (див. графік 7.4.3.)

Графік 7.4.3.

Кількість звільнених осіб, яким надавалась соціальна допомога



Висновки

Соціальна реінтеграція та ресоціалізація наркозалежних в Україні з кожним роком покращується, але все одно знаходиться не на належному рівні, є проблеми з фінансуванням та іншим. Необхідно розробити стандарти надання соціальних послуг для підлітків груп ризику, механізми забезпечення та систему моніторингу. Розробити і спрямувати соціальні послуги для хворих не лише на задоволення соціальних потреб, а також на їхню ресоціалізацію. Сприяти поширенню соціального замовлення на надання послуг силами громадських об'єднань, передбачити критерії для їх відбору та акредитації, а також необхідний обсяг фінансування. Підсилити координацію роботи працівників соціальної та медичної сфери з метою забезпечення інформування.

8. Злочинність, пов'язана з наркотиками. Профілактика злочинності. Пенітенціарна система

8.1. Вступ: дефініції, інструменти збору даних та контекстуальна інформація

Поняття «незаконний обіг наркотиків» охоплює комплекс протиправних дій, починаючи із незаконного культивування рослин, які містять наркотичні засоби та психотропні речовини і обіг яких допускається для промислових цілей, виготовлення, придбання, переробки, зберігання, перевезення, збуту наркотиків, організації та утримання притонів для незаконного вживання.

В Україні злочини у сфері обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів або прекурсорів закріплені в розділі XIII Кримінального кодексу України. Кримінальна відповідальність за них відповідає міжнародним зобов'язанням держави, що передбачає обов'язковість переслідування осіб, винних у незаконному обігу предметів, що становлять підвищену небезпеку для здоров'я населення, в першу чергу наркотичних засобів. Вона обумовлена приєднанням країни до Єдиної конвенції ООН про наркотичні засоби 1961 р., Конвенції ООН про психотропні речовини 1971 р., Конвенції ООН про боротьбу проти незаконного обігу наркотичних засобів і психотропних речовин 1988 р.

Під кримінальною забороною (ст. 305 — 320 КК України) у нашій державі знаходяться дії, завдяки яким підконтрольні речовини матеріалізуються поза межами дозволеного. Це контрабанда наркотичних засобів (їх аналогів), прекурсорів, їх незаконне виробництво, виготовлення, придбання, зберігання, перевезення, пересилання чи збут, або ті ж дії без мети збуту, посів або вирощування рослин виду мак снотворний (*Papaversomniferum* L), роду коноплі (*Cannabis*), які містять наркотичні засоби та психотропні речовини, викрадення, привласнення, вимагання обладнання, призначеного для виготовлення наркотичних засобів, психотропних речовин або їх аналогів, чи заволодіння ним шляхом шахрайства або зловживання службовим становищем та інші незаконні дії з таким обладнанням.

Суспільно небезпечним, а, отже, й кримінально караним є також викрадення, привласнення, вимагання наркотичних засобів, психотропних речовин або їх аналогів, заволодіння ними шляхом шахрайства або зловживання службовим становищем, порушення встановлених правил обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів або прекурсорів, незаконна видача рецептів на право придбання наркотичних засобів або психотропних речовин, незаконне введення в організм іншої людини наркотичних засобів, психотропних речовин або їх аналогів, схилення до вживання таких засобів та речовин. Під загрозою кримінального покарання заборонено організацію або утримання місць для незаконного вживання, виробництва чи виготовлення наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів.

Законодавством досить чітко окреслено коло суспільно небезпечних діянь, за допомогою яких дії з наркотичними засобами можуть бути «легалізовані» й передбачено відповідальність за незаконне виготовлення, підроблення, використання чи збут підроблених документів на отримання наркотичних засобів, психотропних речовин або прекурсорів. Злочином також вважається розміщення коштів, здобутих від незаконного обігу речовин, у банках, на підприємствах, в установах, організаціях та їх підрозділах або використання таких коштів для придбання об'єктів, майна, що підлягають приватизації, чи обладнання для виробничих чи інших потреб, або використання таких доходів (коштів і майна) з метою продовження незаконного обігу використання цих коштів.

Кримінальна відповідальність настає і за зберігання наркотичного засобу, психотропної речовини або прекурсору без мети збуту у кількості, що перевищує невеликий розмір.

Відповідно до положень ст. 216 КПК Службою безпеки України розслідуються випадки контрабанди наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів або прекурсорів, і окремо від МВС України ведеться облік щодо реєстрації та розслідування злочинів.

Предметом злочинів, пов'язаних із незаконним обігом наркотичних засобів в Україні, були і залишаються в основному наркотики рослинного походження (марихуана, макова солома). Однак усе більшої популярності набувають синтетичні наркотики, особливо у великих промислових містах, таких як Донецьк, Дніпропетровськ, Луганськ, Одеса та м. Київ.

З метою отримання необхідної інформації для підготовки звіту було направлено запити до суб'єктів системи моніторингу ситуації у сфері обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів та боротьби з їх незаконним обігом: Державної пенітенціарної служби України, Служби безпеки України, Генеральної прокуратури України, Державної судової адміністрації України, Міністерства внутрішніх справ України, Міністерства юстиції України, Міністерства соціальної політики України, Міністерства молоді та спорту України, Міністерства освіти і науки України, Міністерства закордонних справ України, Державного комітету телебачення і радіомовлення України, Вищого спеціалізованого суду України з розгляду цивільних і кримінальних справ, а також Державних установ «Український інститут досліджень політики щодо громадського здоров'я», «Український центр контролю за соціально небезпечними хворобами Міністерства охорони здоров'я», Департаменту Державної автомобільної інспекції Міністерства внутрішніх справ України та інших структур.

На сьогодні в Україні здійснюється моніторинг наркоситуації на підставі матеріалів відповідних міністерств та відомств, задіяних у вирішенні питань, пов'язаних із законним та незаконним обігом наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, в рамках розпорядження Кабінету Міністрів України від 22.10.2010 № 2140-р.

Проведений аналіз щодо злочинності, пов'язаної з незаконним обігом наркотиків, базувався на статистичній та аналітичній інформації, отриманій від правоохоронних органів.

8.2. Злочинність, пов'язана з наркотиками

Злочинність, пов'язана із незаконним обігом наркотиків, являє собою сукупність злочинів у сфері економічного й соціального життя держави і становить підвищену суспільну небезпеку.

Правоохоронними органами, що викривають злочини, пов'язані із незаконним обігом наркотиків, є Міністерство внутрішніх справ України та Служба безпеки України.

За офіційною статистикою Генеральної прокуратури України (без урахування даних Автономної Республіки Крим, м. Севастополь та частково окупованих територій Донецької і Луганської областей) в Єдиному реєстрі досудових розслідувань зареєстровано 44 394 (тут і далі по тексту вказано дані статистики Генпрокуратури із урахуванням правопорушень закритих за ст.284 КПК України) кримінальних правопорушень, пов'язаних зі злочинами та протиправними діяннями у сфері обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів або прекурсорів (ст. 305 — 320 Кримінального кодексу України).

Як свідчить аналіз результатів моніторингу, протягом 2014 року кількість правопорушень, пов'язаних із незаконним обігом наркотиків в Україні у порівнянні з минулим роком зменшилася. Наприклад: загальна кількість правопорушень, пов'язаних зі злочинами та протиправними діяннями у сфері обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів або прекурсорів, у звітному періоді зменшилася майже на 22% у порівнянні із 2013 роком (56 957).

Поряд із зменшенням зареєстрованих в ЄРДР кримінальних правопорушень, пов'язаних з незаконним обігом наркотиків, зменшилася кількість правопорушень, пов'язаних із тяжкістю вчинених діянь. Серед яких 540 (у 2013 році — 562) кримінальних правопорушень відноситься до особливо тяжких злочинів, 11 940 (у 2013 р. — 15 841) до тяжких злочинів, 29 168 (у 2013 році — 36 148) до злочинів середньої тяжкості і 3 700 (у 2013 році — 4 406) до злочинів невеликої тяжкості. Серед усіх наркозлочинів майже 28% складають злочинні діяння, які є тяжкими й особливо тяжкими, 46,6% — середньої і невеликої тяжкості. Із яких 0,6% вчинено неповнолітніми особами, 1,4% — групами і 19,5% — вчинено особами, які раніше неодноразово були засудженими за аналогічні злочини, а також із застосуванням насильства, що потягло тяжкі наслідки.

Загальна кількість усіх зареєстрованих кримінальних правопорушень, у тому числі правопорушень, пов'язаних із наркозлочинами, протягом останніх років змінюється, спостерігається тенденція до їх

зменшення. Так, у 2014 році зареєстровано 1 137 436 правопорушень, що на 26,7% менше ніж у 2013 році (1 553 056).

Незважаючи на те, що у 2014 зареєстровано значно менше злочинних діянь у порівнянні з 2013 роком, питома вага злочинів, пов'язаних з незаконним обігом наркотиків, серед усіх зареєстрованих збільшилася до 3,9%.

В тому числі співробітниками МВС викрито 28 972 (тут і далі по тексту вказано дані МВС України без урахувань правопорушень закритих за ст. 284 КПК України), що на 3% менше показника 2013 року (28 092). За причетність до протиправних дій з наркотиками про підозру повідомлено 18 627 особам, до 2 260 із яких обирався запобіжний захід у вигляді тримання під вартою. Досудове розслідування закінчено по 25 937 кримінальним провадженням, у тому числі відносно 19 509 таких проваджень прийнято рішення про направлення до суду з обвинувальним актом.

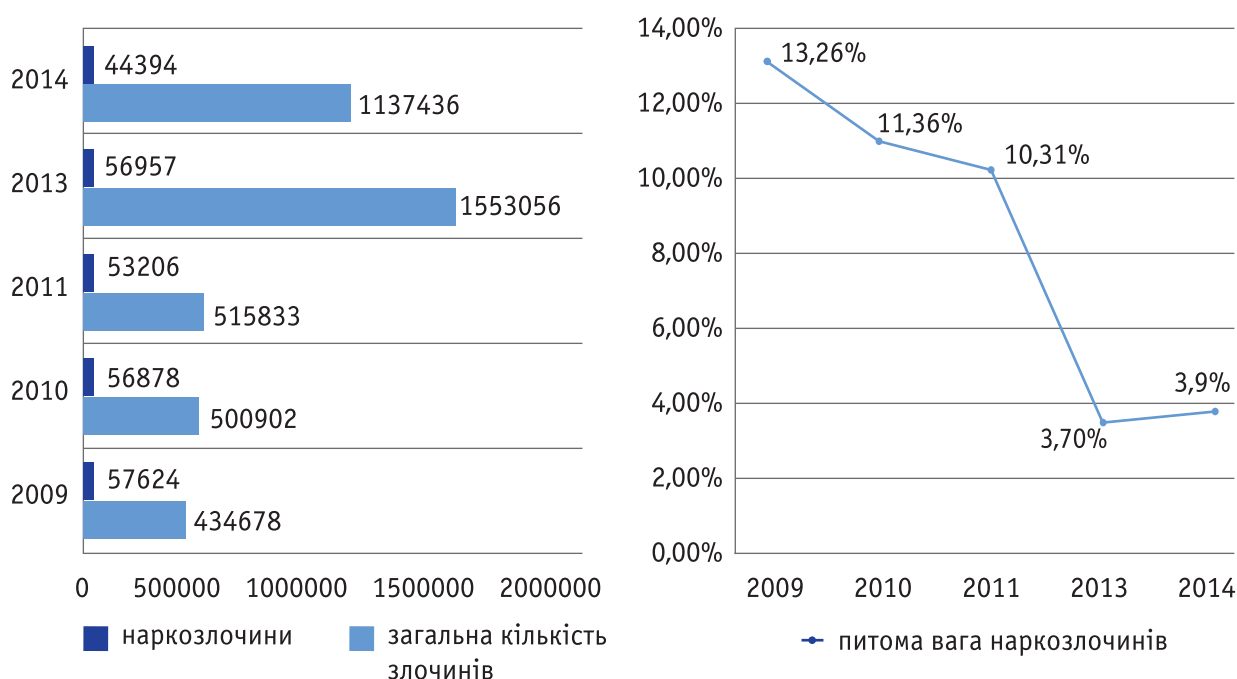
За категоріями осіб, причетних до протиправних діянь з наркотиками, переважну більшість становить криміногенний елемент. Так, із числа усіх кримінальних правопорушень у сфері наркообігу, за якими закінчено досудове розслідування, 10 925 скоєно особами, які раніше вчиняли злочини, 302 — неповнолітніми особами.

За результатами реалізованих заходів боротьби із міжнародним наркобізнесом спецпідрозділами Служби безпеки протягом 2014 року виявлено ознаки вчинення 295 кримінальних правопорушень, пов'язаних із незаконними операціями з наркотиками (у 2013 р. — 479).

За останні роки кількість зареєстрованих злочинів пов'язаних із незаконним обігом наркотиків суттєво не змінилася (2009 р. — 57 624; 2010 р. — 56 878; 2011 р. — 53 206; 2013 р. — 56 957; 2014 р. — 44 394) за винятком 2014 року. Однак це зниження не відображає позитивної тенденції, а у більшості випадків пов'язане з ускладненнями розслідування та корумпованістю правоохоронних органів, зокрема судів. (див. графік 8.2.1.).

Графік 8.2.1.

Питома вага злочинів, пов'язаних з наркотиками, серед усіх зареєстрованих злочинів



Спостерігається зниження темпів розповсюдження ВІЛ/СНІДу серед споживачів ін'єкційних наркотиків. Значно зменшилася кількість осіб, яким встановлено діагноз ВІЛ-інфекції уперше в житті. Протягом 2014 року цей діагноз встановлено 19 273 особам (у 2013 р. — 21 631) темп спаду (–4%) порівняно з минулим роком.

На практиці в нашій країні проблемами наркоманії займаються медичні співробітники і співробітники органів внутрішніх справ. На профілактичних і диспансерних обліках переважно знаходяться ті особи, які були направлені співробітниками МВС на медичний огляд або лікування, а кількість осіб, які без призначення лікаря вживають лікарські засоби, що містять наркотичні засоби, психотропні речовини та прекурсори, проходять обстеження і лікування анонімно в приватних медичних закладах залишається поза межами статистики.

На високу латентність злочинів негативний вплив здійснюють як взаємна зацікавленість у їхньому прихованні різних суб'єктів обігу наркотиків (збувальників, споживачів наркотиків тощо), так і існуючі проблеми у правоохоронних органах (матеріально-технічні, організаційні, кадрові, корупція тощо).

8.3. Порушення законодавства у сфері обігу наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів, а також протидії їх незаконному обігу

Як і в багатьох країнах світу, в Україні наркотичні засоби віднесено до предметів дозвільної системи, коли більшість операцій з ними заборонена, а використання наркотичних засобів чітко регламентується і здійснюється з дотриманням суворих заходів контролю.

Під кримінальною заборонаю знаходяться дії, що підпадають під ст. 305-320 КК України. Вживання наркотичних засобів, їх аналогів чи одурманюючих речовин не знаходяться під кримінальною заборонаю (окрім публічного або вчиненого групою осіб незаконного вживання наркотичних засобів ст. 316 КК України), але містить у собі небезпеку спричинення таких змін в особистості людини, які ставлять під загрозу інтереси та блага інших осіб і держави.

З метою удосконалення заходів контролю у сфері обігу наркотиків 26.12.2014 Кабінетом Міністрів України прийнято постанову № 712 «Про внесення змін до Переліку наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, затвердженого постановою КМУ від 6 травня 2000 р. № 770», яким визначено межі контролю стосовно 11 нових психоактивних сполук на підставі проведеного ДСКН України спільно з МВС, МОЗ, СБУ та іншими відомствами аналізу наркоситуації в Україні, які надіслано до МОЗ України для проведення відповідних процедур в установленому порядку (див. таблиці 8.3.1, 8.3.2).

Таблиця 8.3.1.

Внесення змін до списку №1 таблиці I Переліку наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів

AB-PINACA-CHM	N-(1-карбамоїл-2-метилпропіл)-1-(циклогексилметил)-1H-індазол-3 карбоксамід
DBICA	
B-22	хінолін-8-іл-1-(циклогексилметил)-1H-індол-3-карбоксилат

Таблиця 8.3.2.

Внесення змін до списку № 2 таблиці I Переліку наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів

5F-ADBICA	N-(1-аміно-3,3-диметил-1-оксобутан-2-іл)-1-(5-флюоропентил)-1H-індол-3-карбоксамід
Метил 1-(5-флюоропентил)-1H-індол-3-карбоксилат	-
FUBIMINA	[1-(5-флюоропентил)-1H-бензімідазол-2-іл] нафтален-1-іл-метанон
AB-FUBINACA	N-[(1-амінокарбоніл)-2-метилпропіл]-1-(4-флюорофеніл)метил)-1H-індазол

AB-PINACA	(S)-N-(1-аміно-3-метил-1-оксобутан-2-іл)-1-пентил-1H-індазол-3-карбоксамід
RH-34	3[2-(метоксибензил)аміноетил]-2,4(1H,3H)хіназоліндіон
Діметокси-PVP	1-(4,5 діметоксифеніл)-2-піролідін-1-іл-пентан-1-он
2C-1	2,5-диметоксі-4-йодо-фенетіламін

Злочини, пов'язані із незаконним обігом наркотиків без мети збуту

Згідно Кримінального кодексу України до злочинів, пов'язаних із незаконним обігом наркотиків без мети збуту відносяться злочини, що підпадають під дію ст. 309 і ст. 316 КК України та ряду статей Кодексу України про адміністративні правопорушення (КУпАП).

За даними офіційної статистики Генеральної прокуратури України протягом 2014 року у ЄРДР зареєстровано 26 487 кримінальних правопорушень, пов'язаних із незаконним зберіганням наркотиків без мети збуту (ст. 309 КК України), що на 30,4% більше ніж у 2013 році (18 438) і складає 59,6% від загальної кількості наркозлочинів.

В тому числі органами МВС зареєстровано 16 299 кримінальних правопорушень даної категорії. По 13 548 або 83,1% із них особи встановлені. Усього за причетність до вказаного виду правопорушень у 2014 році 13 689 особам надіслано повідомлення про підозру. Запобіжний захід у вигляді утримання під вартою обрано до 1 039 осіб, 1 055 проваджень направлено до суду з обвинувальним актом.

Також в ЄРДР зареєстровано 50 фактів публічного вживання наркотиків (ст.316 КК України), що складає 0,1% від загальної кількості наркозлочинів та на 39,7% менше у порівнянні із 2013 роком (83). Із них 38 кримінальних правопорушень направлено до суду з обвинувальним актом, серед яких 23 вчинено особами, які раніше вчиняли відповідні правопорушення, 2 правопорушення вчинені групою осіб і 1 — неповнолітніми особами або за їх участю.

Крім того до адміністративної відповідальності (за даними МВС) за ст.44 КУпАП (незаконне виробництво, придбання, зберігання, перевезення, пересилання наркотичних засобів або психотропних речовин без мети збуту в невеликих розмірах) притягнуто 3 564 осіб, що на 31% менше ніж у 2013 році (5 191). Серед яких 70 осіб або 1,9%, учинили вказаний вид адміністративного правопорушення повторно і 198 або 5,5% вчинене за участю неповнолітніх.

Проблемним залишається викриття осіб, які ухиляються від медичного огляду на наявність наркотичного сп'яніння (ст. 44 КУпАП). Протягом 2014 року органами МВС виявлено 38 (у 2013 р. — 29) відповідних адміністративних правопорушень.

Також актуальним залишається питання недопущення поповнення сировинної бази для незаконного виготовлення наркотиків за рахунок витоку рослинної сировини, що містить наркотичні засоби та психотропні речовини з об'єктів їх законного культивування. Упродовж 2014 року органами МВС задокументовано 372 (у 2013 р. — 406) адміністративних правопорушень за ст. 106 КУпАП (невжиття заходів щодо забезпечення охорони посівів рослин виду мак снотворний чи роду коноплі, місць їх зберігання та переробки), за причетність до яких усі особи встановлені.

Злочини, пов'язані із незаконним обігом наркотиків із метою збуту та постачання

Пріоритетним напрямком роботи правоохоронних органів у 2014 році залишалося викриття кримінальних правопорушень, пов'язаних зі збутом та постачанням наркотичних засобів, кількість яких у порівнянні із минулим роком значно зменшилася.

Згідно Кримінального кодексу України до злочинів, пов'язаних із незаконним обігом наркотиків із метою збуту та постачання відносяться злочини, що підпадають під дію ст. 307, 306, 313 КК України.

За даними офіційної статистики Генеральної прокуратури України в ЄРДР зареєстровано 10 839 кримінальних правопорушень, пов'язаних із незаконним виробництвом, виготовленням, придбанням, зберіганням, перевезенням, пересиланням чи збутом наркотичних засобів, психотропних речовин або їх аналогів (ст. 307 КК України), питома вага яких складає майже 24,4% від загальної кількості наркозлочинів.

Серед них 395 або 3,6% (у 2013 р. — 356) кримінальних правопорушень пов'язані із перевезенням і пересиланням та 6 808 або майже 63% (у 2013 р. — 7 007) зі збутом наркотичних засобів, психотропних речовин або їх аналогів. Повідомлення про підозру вручено 6 366 особам, 5 539 — проваджень направлено до суду з обвинувальним актом, із них 2 238 правопорушення вчинені особами, які раніше вчиняли кримінальні правопорушення, 431 — вчинені групою осіб і 77 — і неповнолітніми або за їх участю.

В тому числі за даними МВС викрито 7 779 фактів збуту наркотичних засобів, по 6 313 з них особи встановлені, про підозру повідомлено 3 477 особам. Під варту взято 44,9% або 1 625 осіб за збут наркотиків. Досудове розслідування закінчено по 6 930 кримінальним провадженням у тому числі 91,1% по 6 316 випадків, прийнято рішення про звернення до суду з обвинувальним актом.

За причетність до злочинів, пов'язаних з відмивання коштів, отриманих від наркобізнесу (ст. 306 КК України) зареєстровано 78 кримінальних правопорушень, питома вага яких складає 1,7% серед усіх зареєстрованих наркозлочинів, про підозру повідомлено 58 осіб. До суду з обвинувальним актом направлено 56 кримінальних проваджень із них 28 — вчинено особами, які раніше вчиняли кримінальні правопорушення, 15 — групою осіб.

За ст. 313 КК України «утримання нарколабораторій» зареєстровано 124 кримінальних проваджень, питома вага яких складає майже 0,3% серед усіх наркозлочинів, про підозру повідомлено 95 особам. До суду з обвинувальним актом направлено 91 кримінальне провадження, із них 31 — провадження вчинено особами, які раніше вчиняли відповідні правопорушення, 9 — вчинено групою осіб.

Зменшення кількісного показника зареєстрованих в ЄРДР у 2014 році кримінальних правопорушень спостерігається по всім категоріям злочинів, пов'язаних із збутом і постачанням підконтрольних речовин а саме: за ст. 307КК — 10 839 майже на 25% менше ніж у 2013 (14 442). В той же час за ст. 313 КК кількість зареєстрованих кримінальних проваджень збільшилася — на 26,6% (124) у порівнянні із 2013 роком (91), і за ст. 306 КК — майже на 8,9% (78), у порівнянні із 2013 роком (71) (див. таблиця 8.3.3.).

Усе частіше для розширення ринку збуту використовують новітні технології, зокрема Інтернет, що дає їм можливість встановлювати зв'язки з постачальниками з різних країн світу. Загалом протягом 2014 року викрито 67 (минулого року — 25) кримінальних правопорушень зазначеної категорії.

Стратегічним напрямком боротьби з незаконним обігом наркотичних засобів (їх аналогів) та прекурсорів є руйнування економічного підґрунтя осіб, задіяних у протиправних діях з наркотиками. Вилучення коштів, цінностей та іншого майна, здобутих злочинним шляхом. У цілому працівниками слідства було накладено арешт на майно, кошти та інші цінності підозрюваних за вчинення злочинів у сфері незаконного обігу наркотичних засобів на суму 46,8 млн. грн. та вилучено у них такого майна на суму 8,9 млн. грн., накладено адміністративних стягнень на загальну суму 163 тис. 31 грн.

Таблиця 8.3.3.

Кількість зареєстрованих злочинів, пов'язаних із збутом та постачанням наркотиків

Вид злочину	2009	2010	2011	2013	2014
Незаконне виробництво, виготовлення, придбання, зберігання, перевезення, пересилання чи збут наркотичних засобів, психотропних речовин або їх аналогів (ст.307 КК України)	16672	16955	16318	14442	10839
Використання коштів, здобутих від незаконного обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів або прекурсорів, отруйних чи сильнодіючих речовин або отруйних чи сильнодіючих лікарських засобів (ст.306 КК України)	101	110	121	71	78
Викрадення, привласнення, вимагання обладнання, призначеного для виготовлення наркотичних засобів, психотропних речовин, або їх аналогів чи заволодіння ним шляхом шахрайства або зловживання службовим становищем та інші незаконні дії з таким обладнанням (ст.313 КК України)	223	234	216	91	124

Беручи до уваги досвід європейських колег, основні зусилля органів внутрішніх справ було зосереджено на викритті протиправної діяльності стійких, ієрархічних, організованих злочинних угруповань, що займаються незаконним обігом наркотичних засобів. У 2014 році викрито і ліквідовано 42 таких угруповання, із них 33 викрито міліцією і 9 Службою безпеки України, кримінальні провадження щодо діяльності яких, направлені до суду з обвинувальними актами.

Засуджено за злочини, пов'язані із незаконним обігом наркотиків

За даними судової статистики Державної судової адміністрації України без урахування інформації судів Автономної Республіки Крим, м. Севастополь, окремих судів Донецької та судів Луганської областей у 2014 році за злочини у сфері обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів або прекурсорів (ст. 305 — 320 КК України) стосовно 15 099 осіб винесено вироки і постанови, що набрали законної сили, що на 5,7% менше ніж у 2013 році (16 011). Серед них 13 608 осіб засуджено, у відношенні 1 376 осіб справи закрито тощо (див. графік 8.3.1.).

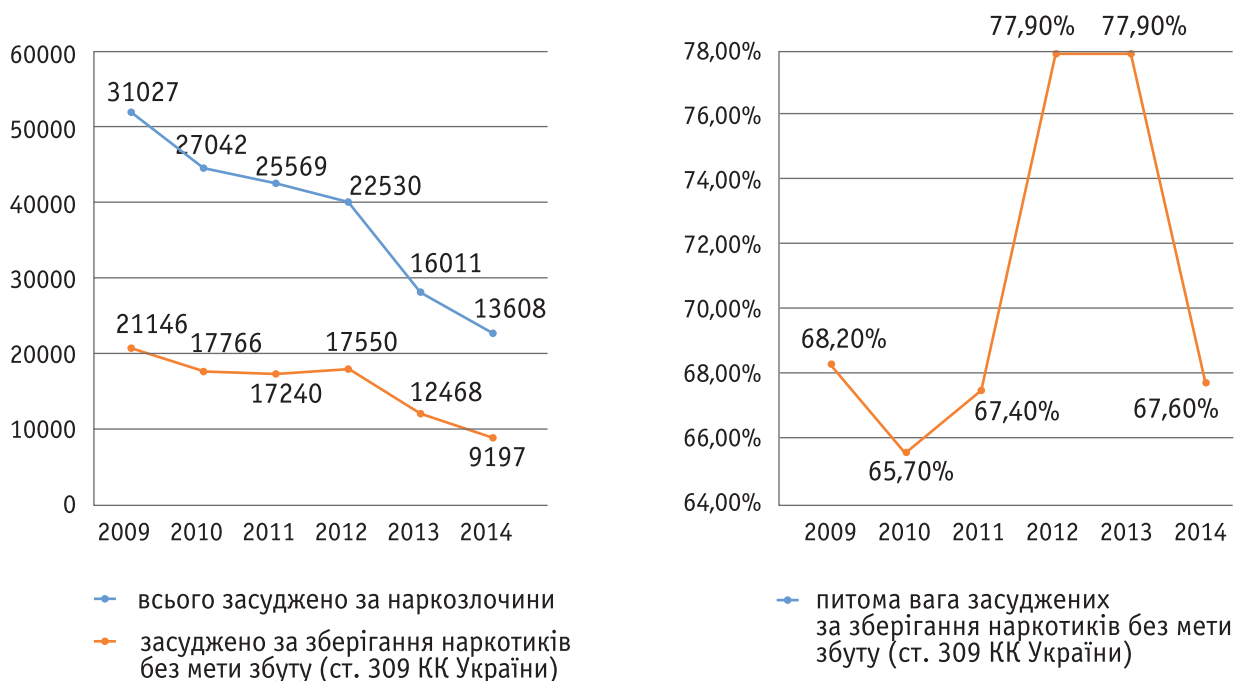
Серед засуджених майже 99% (13 464) — громадяни України, 114 — громадяни інших держав. Жінки склали незначну частку 1 753 близько 13% від усіх засуджених осіб, неповнолітні 170 осіб (1,2%).

За ст.316 КК України засуджено 21 особу (питома вага складає 0,15%). Всі засуджені особи є громадянами України, із них 1 жінка.

Найбільша питома вага 67,6% (9 197) серед усіх засуджених за наркозлочини, припадає на злочини діяння, пов'язані із зберіганням наркотиків без мети збуту (ст. 309 КК). Серед них 9 118 — громадяни України, 57 — громадяни іншої держави, 782 — жінки, 119 осіб у віці від 14 до 18 років (див. графік 8.3.1.).

Графік 8.3.1.

Питома вага засуджених за злочини, пов'язані із зберіганням наркотиків (ст.309 КК України) серед усіх засуджених за наркозлочини



За ст. 307 КК засуджено 2 277, питома вага складає майже 17% серед усіх засуджених за наркозлочини. З них 2 258 — громадяни України, 17 осіб — громадяни іншої держави, 272 — жінки.

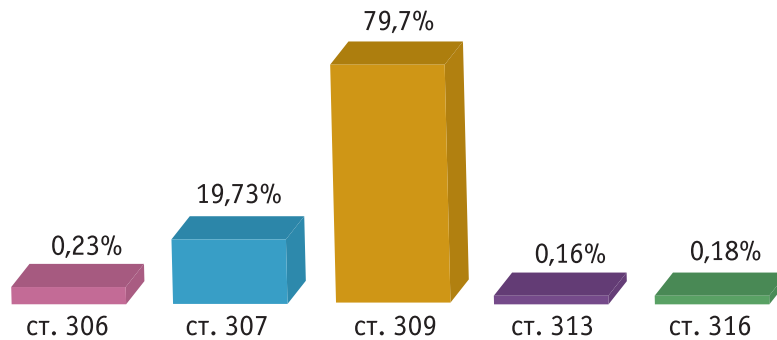
За ст. 306 КК засуджено 26 осіб (питома вага складає майже 0,2%). Всі засуджені особи є громадянами України із них 3 жінки і 1 особа у віці від 16 до 18 років.

За ст. 316 КК України засуджено 21 особу (питома вага складає 0,15%) Всі засуджені особи є громадянами України із них 9 жінки.

За ст. 313 КК України засуджено 18 осіб (питома вага складає 13%). Серед яких 17 осіб громадянами України, 1 –громадянин іншої держави (див. графік 8.3.2).

Графік 8.3.2.

Кількість осіб, засуджених за злочини пов'язані із незаконним обігом наркотичних засобів за статтями Кримінального кодексу України



Серед засуджених за злочини, пов'язані із незаконним обігом наркотиків 170 осіб є неповнолітніми, із них 3 особи скоїли злочини у віці від 14 до 16 років, 167 осіб — у віці від 16 до 18 років, серед яких 8 дівчат. В групі осіб скоїли злочини 5 неповнолітніх, 4 неповнолітніх — в групі за участю дорослих і 1 неповнолітню особу засуджено за злочини скоєні у складі організованої групи.

Працездатні особи, які на момент скоєння злочину не працювали і не навчалися склали 75% (10 194) від загальної кількості засуджених за наркозлочини та майже 21,8% (2 964) осіб на момент скоєння злочину мали не зняту і непогашену судимість.

За соціальним станом найбільше засуджено осіб робітничих професій — 1 193 або 8,7%, 703 особи або 5,2% — пенсіонери, у тому числі інваліди, 602 особи або 4,4% були безробітними на момент скоєння злочину. Найменше осіб засуджених за наркозлочини серед лікарів та фармацевтів — 30 осіб, вчителів або викладачів — 8 осіб, військовослужбовців — 4 особи, державних службовців — 16 осіб тощо.

Серед засуджених на момент скоєння злочину найбільше осіб мали повну загальну середню освіту — 6 181 осіб або 45,4%, професійно-технічну освіту мали 3 526 осіб або 25,9%, базову загальну середню — 2 652 осіб або 19,5%, повну вищу — 696 осіб або 5,1%, без освіти — 48 осіб або 0,35% тощо.

Аналіз інформації показує, що незаконний наркобізнес не має вікового обмеження. Протягом року було засуджено особи віком від 14 до 65 років і старше, а саме 3 особи віком від 14 до 16 років; 167 осіб віком від 16 до 18 років; 2 145 осіб віком від 18 до 25 років; 2 721 особа віком від 25 до 30 років; 7 280 особи віком від 30 до 50 років; 1 067 осіб у віці від 50 до 65 років та 225 осіб від 65 років і старше. Найбільша питома вага 53,5% припадає на осіб віком від 30 до 50 років, 20% від контингенту засуджених за наркозлочини склали особи віком від 25 до 30 років.

8.4. Інші види злочинів, пов'язані зі вживанням наркотиків

Вживання наркотиків призводить до тяжкої хвороби наркоманії, яка тісно пов'язана із злочинністю, проявляючись у протиправних діях осіб, що їх вживають, а саме: злочини, здійснені у стані наркотичного сп'яніння — вбивства, тілесні ушкодження, хуліганство тощо. Злочини здійснені особами, які мають психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання психоактивних речовин, з метою заволодіння наркотиками або грошима і речами для їх придбання (частка злочинів такого напрямку перевищує 10% су-

купної кількості розкритих злочинів) розбоїв, грабежів, крадіжок тощо. Дії, пов'язані з виготовленням і збутом наркотиків, найнебезпечніші серед усіх злочинів, що належать до наркобізнесу і мають ознаки організованої злочинності (щорічно в Україні притягуються до кримінальної та адміністративної відповідальності десятки тисяч осіб, причетних до виготовлення чи розповсюдження наркотиків, вилучається сировина для їх виготовлення).

Вживання наркотиків виступає передумовою для втягнення в протиправну діяльність осіб, які мають психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання психоактивних речовин, та є причиною збільшення рівня злочинності загально-кримінальної спрямованості.

Злочини, скоєні особами, які мають психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання психоактивних речовин, у стані наркотичного сп'яніння

За звітний період МВС України зареєстровано 4 003 протиправних діянь скоєних особами, яким встановлено діагноз «наркоманія» і особами, які перебували у стані наркотичного сп'яніння, що майже на 20,5% менше у порівнянні із 2013 роком (5 034). Із них 84 або 2,1% правопорушень скоєно неповнолітніми. Серед усіх правопорушень загально-кримінальної спрямованості 1 102 вчинено особами, які перебували стані наркотичного сп'яніння, з них 73 неповнолітніми та 2 901 кримінальне правопорушення вчинено особами з діагнозом «наркоманія» у тому числі 11 — неповнолітніми, показники відображено у таблиці 8.4.1.

Таблиця 8.4.1.

Злочини, скоєні особами, які мають психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання психоактивних речовин, та особами у стані наркотичного сп'яніння

Вид злочині	Всього - 2010	2011					2013					2014					
		Всього злочинів	діагноз наркоманія	неповнолітніми особами	Стан наркотичного сп'яніння	неповнолітніми	Всього	діагноз «наркоманія	неповнолітніми	стан наркотичного сп'яніння	неповнолітніми	Всього злочинів		діагноз «наркоманія	неповнолітніми	стан наркотичного сп'яніння	неповнолітніми
												Всього	неповнолітніми				
Всього злочинів	11288	10410	7918	39	2492	62	5034	3692	9	1342	119	4003	84	2901	11	1102	73
Тяжкі злочини							1919	1449		470		1205		1158		47	
Особливо тяжкі злочини												474		107		367	
Умисне вбивство (замах)	20	40	22		18	2	23	14		9		11		7		4	
Умисне тяжке тілесне пошкодження	24	18	10		8		20	13		7		8		7		1	
Грабіж	203	242	194	2	48	3	161	128		33		119		100		19	
Розбій	70	61	42		19		9			9		5				5	
Крадіжки	1787	1894	1770	4	124	10	1179	1077		102		1062		960		102	
Інші злочини	8851	7885	5668	33	2217	195						1075		554		523	

Крім того, за даними МВС зареєстровано 6 кримінальних правопорушень, пов'язаних з незаконним заволодінням транспортними засобами, учинених особами в стані наркотичного сп'яніння та 14 особами, що мають діагноз «наркоманія».

Однак при суттєвому зменшенні злочинів загально-кримінальної спрямованості і наркозлочинів питома вага злочинів, скоєних особами, які мають діагноз «наркоманія» та особами, які перебували у стані наркотичного сп'яніння збільшилася до 0,35% у порівнянні з 2013 роком (0,32%) (див. таблицю 8.4.2.).

Таблиця 8.4.2.

Питома вага злочинів, скоєних особами під дією наркотичних засобів

Види злочинів	2009	2010	2011	2013	2014
Всього скоєно злочинів	434678	500902	515833	1553056	1137436
Злочини, пов'язані із вживанням наркотичних засобів	10569	11288	10410	5034	4003
Питома вага злочинів скоєних під дією наркотичних засобів	2,4%	2,3%	2%	0,32%	0,35%

Порушення правил дорожнього руху

Україна має трагічну статистику дорожньо-транспортних пригод. Причинами ДТП є перевищення швидкості та керування автомобілем у стані алкогольного, наркотичного чи іншого сп'яніння або під впливом лікарських препаратів що знижують увагу та швидкість реакції осіб під час керування транспортними засобами.

Останніми роками зберігається тенденція зниження кількості порушень Правил дорожнього руху та відповідно дорожньо-транспортних пригод. За звітний період зареєстровано 1 млн. 317 тис порушень ПДР що на 35,2% менше у порівнянні із 2013 роком (2 млн. 33 тис). Кількість задокументованих фактів керування транспортним засобом у стані алкогольного, наркотичного чи іншого сп'яніння або під впливом лікарських препаратів зменшилася на 22,2% (141,1 тис фактів в порівнянні з 2013 роком (181,4)). Це пояснюється перш за реорганізацією державної патрульної служби, скороченням її особового складу, проведенням працівниками ДПС профілактичної та роз'яснювальної роботи серед населення і реєстрацією правопорушень лише у випадках грубого порушення правил дорожнього руху. З профілактичними цілями протягом року вдовж автомобільних трас було розміщено 1 750 біл-бордів та афіш за тематикою «Я сідаю за кермо лише тверезим».

Кількість дорожньо-транспортних пригод з постраждалими у 2014 році зменшилася до 26 тис. або на 13, 3% (у 2013 р. — 30 тис). Під час яких 32,2 тис. осіб отримали травми різного ступеня важкості і 4, 4 тис. осіб загинуло. В тому числі з вини водіїв, які перебували за кермом автомобіля у стані алкогольного, наркотичного чи іншого сп'яніння або під впливом лікарських препаратів протягом 2014 року скоєно 714 ДТП, 646 осіб отримали травми різного ступеня важкості і 124 особи загинуло (див. таблицю 8.4.3.).

Таблиця 8.4.3.

Кількості порушень правил дорожнього руху та дорожньо-транспортних пригод

Показники	2009	2010	2011	2013	2014
Всього задокументовано порушень правил дорожнього руху(ПДР)	6791635	6973118	3381642	2033000	1317000
Кількість складених протоколів на водіїв, які керували ТЗ у стані алкогольного, наркотичного чи іншого сп'яніння або під впливом лікарських препаратів (ст.130 КупАП)	370398	386286	222000	181400	141100

Показники	2009	2010	2011	2013	2014
Загальна кількість ДТП	229885	204097	186200	30000	26000
в т.ч. з летальними наслідками				4800	4400
в т.ч. травмовано				37500	32200
Питома вага задокументованих фактів керування ТЗ у стані сп'яніння від загальної кількості порушень ПДР (%)	5,5%	5,5%	6,3%	8,9%	10,7%
Кількість ДТП, скоєних водіядами у стані алкогольного, наркотичного чи іншого сп'яніння або під впливом лікарських препаратів	5155	4534	6300	942	714
в т.ч. з летальними наслідками	205	131	221	131	124
в т.ч. травмовано				866	646

Крім того безпосередньо особами, що мають діагноз «наркоманія» скоєно 8 порушень правил безпеки дорожнього руху та 34 факти порушень ПДР скоєно особами, що перебували в стані наркотичного сп'яніння, із яких 7 — неповнолітні.

За даними ДАІ МВС України протягом 2014 року співробітниками Державтоінспекції МВС за ст.130 КУпАП складено понад 141,1 тис. протоколів про адміністративні правопорушення (у 2013 р. — 181,4) стосовно осіб, які перебували за кермом у стані сп'яніння.

Тенденція до зменшення кількості порушень Правил дорожнього руху та скоєння дорожньо-транспортних пригод зберігається п'ятий рік поспіль. Однак питома вага задокументованих фактів керування транспортним засобом у стані алкогольного, наркотичного чи іншого сп'яніння або під впливом лікарських препаратів від загальної кількості порушень ПДР збільшилася до 10,7% в порівнянні із попередніми роками (див. таблицю 8.4.3).

Варто зауважити, що в Україні на відміну від багатьох країн світу передбачена лише адміністративна відповідальність для водіїв, які перебувають за кермом у стані алкогольного, наркотичного чи іншого сп'яніння. Відповідно до ст. 130 КУпАП відповідальність водія за керування транспортним засобом в стані алкогольного, наркотичного чи іншого сп'яніння обмежується накладанням штрафу, позбавленням прав або громадськими роботами (різні терміни). І після того як водій втретє за рік перебуває за кермом у стані сп'яніння, порушуючи при цьому ПДР лише суд може позбавити його права керування транспортним засобом на строк до 10 років з оплатним вилученням автомобіля.

Максимально допустима норма алкоголю в крові людини у розмірі 0,2 промілле4 затверджена Інструкцією про виявлення у водіїв транспортних засобів ознак алкогольного, наркотичного чи іншого сп'яніння або перебування під впливом лікарських препаратів, що знижують увагу та швидкість реакції (затверджена спільним наказом МВС і МОЗ України).

8.5. Шляхи попередження наркоманії

Законом України «Про основи національної безпеки України» наркоманія визнана явищем, що становить загрозу національним інтересам і національній безпеці України в соціальній сфері.

На нейтралізацію цієї загрози була спрямована реалізація Стратегії державної політики щодо наркотиків на період до 2020 року, зокрема щодо зменшення попиту на наркотики, що знаходяться в незаконному обігу, профілактики вживання наркотичних засобів тощо. В частині профілактики наркозалежності основним змістом є здійснення комплексних заходів, спрямованих на зниження рівня первинного вживання наркотиків, отже незаконного попиту на них, зменшення шкоди від вживання не за медичним призначенням наркотиків у сфері охорони здоров'я та життєдіяльності суспільства в цілому.

Профілактика охоплює певні соціальні та вікові групи населення і включає різноманітні перманентні заходи — від запобігання вживанню наркотиків до зменшення спричинених ними негативних наслідків для особи і суспільства в цілому.

Профілактика вживання наркотиків дітьми і молоддю залишається пріоритетом соціальної політики держави, превенцією негативних проявів у поведінці неповнолітніх і спрямовується також на запобігання зловживанню алкоголем, тютюном та іншими речовинами, зокрема комбінованому вживанню наркотиків, що знаходяться в законному та незаконному обігу.

Як свідчить практика інших країн, для розв'язання проблеми зменшення попиту на наркотики та зниження шкоди від них необхідна одночасна присутність трьох факторів — заборона обігу психоактивних речовин, високий рівень контролю за обігом, а також належна підтримка населенням державних заходів, що вживаються.

Профілактика злочинності, пов'язаної з наркотиками

Незважаючи на складну соціально-політичну ситуацію, в державі, протягом 2014 року міліцією забезпечувалась взаємодія з громадськими організаціями та органами місцевого самоврядування, спрямована на формування у молоді негативного ставлення до наркотиків та свідомого вибору на користь здорового способу життя.

Наприклад: в м. Рівному презентовано соціальний фільм під назвою «Чорно-біле кіно», створений при сприянні психологів, правоохоронців, священнослужителів та колишніх осіб, які мають психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання психоактивних речовин. У фільмі продемонстровано негативні наслідки вживання алкогольних та наркотичних засобів. В Львівській області проведено конкурс малюнків антинаркоманійної спрямованості «Я — за здоровий спосіб життя».

З метою профілактики наркозалежності та запобігання зловживанню наркотиками держава продовжує надавати пріоритет профілактичній роботі у наркополітиці. Зокрема, для інформування населення про недопущення розповсюдження наркотичних засобів та профілактики вживання наркотиків, у першу чергу молодим поколінням, вживаються заходи, спрямовані на висвітлення в ЗМІ яскравих прикладів у спеціальних передачах телебачення і радіо «Людина і закон», «Кримінальна хроніка», «Свідок», «Надзвичайні новини», «Чорний квадрат», «Ситуація» та ін.

Протягом 2014 року державні засоби масової інформації за сприяння Держкомтелерадіо постійно висвітлювали питання щодо протидії наркоманії, боротьби з незаконним обігом наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів.

Зокрема, державними телерадіоорганізаціями НТКУ, НРКУ, ДТРК «Всесвітня служба «УТР», обласними і регіональними ДТРК висвітлювались заходи з інформаційно — роз'яснювальної роботи щодо запобігання всім формам протидії незаконному обігу наркотичних засобів. В тематичних та інформаційно-аналітичних програмах розміщувалися матеріали відповідної тематики, зокрема, акцентувалась увага на популяризації роботи правоохоронних органів, закладів медицини та реабілітації, пропаганди здорового способу життя та неприпустимість вживання наркотичних засобів дітьми та молоддю. До участі у таких програмах залучалися експерти галузі, лікарі-наркологи, психологи та посадові особи структурних підрозділів відповідальних органів влади, установ та організацій.

Найбільш цікавими матеріалами висвітлення даної теми були:

- інтерв'ю директора Державної установи «Український центр контролю за соціально небезпечними хворобами» Міністерства охорони здоров'я України про Стратегію державної політики щодо наркотиків, зокрема, ставлення до особи, яка має психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання психоактивних речовин, як до людини, яка потребує допомоги, а не покарання;
- інтерв'ю заступника начальника управління по боротьбі з корупцією та організованою злочинністю МВС України про реформу системи правоохоронних органів з метою посилення протидії наркобізнесу;
- інтерв'ю радника голови Державної служби України з контролю за наркотиками про необхідність «ламання» стереотипного ставлення до осіб, які мають психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання психоактивних речовин, та надання їм професійної допомоги;

Друковані засоби масової інформації та Укрінформ теж систематично висвітлювали тему боротьби з незаконним обігом наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів. Особливо багато матеріалів цієї тематики у друкованих ЗМІ Житомирської, Полтавської, Одеської, Харківської областей.

З метою запобігання наркотизації молоді Міністерством культури з 2013 року започатковано веб-проект «Здоровий спосіб життя», де представлено рубрики «Молодь і СНІД» та «Наркозалежність».

З метою посилення профілактичного впливу на суспільство з питань протидії поширенню наркоманії та наркозлочинності протягом 2014 року проведено майже 90 публічних заходів із широким залученням громадськості та засобів масової інформації. Серед них: Міжнародну науково-практичну конференцію у Києві, 4 круглих столи (УНІА «УКРІНФОРМ», Секретаріат Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини, Інститут правових досліджень і стратегій, Товариство «Анонімні наркомани»), 3 прес-конференції (УНІА «УКРІНФОРМ», «Українські новини»), 8 коментарів та 10 інтерв'ю з актуальних питань наркополітики (телеканали: «1-й Національний», НТН, НРКУ, 1+1, «ЕРА», «ICTV», «5 канал» та ін., газети: «Урядовий кур'єр», «Голос України», «Україна молода», «Новини медицини і психології», журнали «Політична критика», «Фокус») та ін.

За фінансової підтримки спеціального органу Ради Європи — Групи Помпиду та спільно з фондом «СНІД Схід-Захід» організовано реалізацію в Україні телевізійного проекту для сімей з питань профілактики наркоманії. У співпраці з українською компанією та закладами освіти і охорони здоров'я створено відео-ролики (тривалістю 30 секунд та 5 хвилин), які поширюють профілактичні заходи та інформацію про підтримку сімей із зони ризику, сприяють встановленню за допомогою телебачення контакту з сім'ями, які зазвичай вважаються такими, з якими важко «вийти на контакт» іншими способами, надають батькам інформацію про наявну інституційну допомогу і можливості самопомогі тощо (ролики транслювалися на всіх центральних каналах).

При взаємодії зі ЗМІ та зв'язками з громадськістю Держприкордонслужбою України за 2014 рік було надано 13 повідомлень у друковані видання, 7 матеріалів на телебачення та 159 інформаційних повідомлень стосовно протидії поширенню наркоманії, боротьби з незаконним обігом наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів.

Крім того, на виконання Указу Президента України від 15.03.2002 №258/2002 «Про невідкладні заходи щодо зміцнення моральності у суспільстві та утвердження здорового способу життя», щоквартально до Державного комітету телебачення і радіомовлення України направляється інформація про викриті Службою безпеки України канали контрабанди наркотичних засобів та психотропних речовин, знешкодження причетних до їх функціонування організованих злочинних угруповань, а також ліквідацію нарколабораторій та мереж розповсюдження наркотиків в Україні. Постійно оприлюднюються відповідні матеріали на телебаченні, радіо, у друкованих ЗМІ та на офіційному сайті Служби безпеки України.

Міністерством охорони здоров'я проведено 2 наради та засідання з питань доцільності посилення контролю за обігом комбінованих лікарських засобів, що містять у своєму складі кодеїн, за участю структурних підрозділів МОЗ, заінтересованих організацій та відомств, у т.ч. правоохоронних, а також громадських організацій: ВГО «Аптечна професійна асоціація України», Всеукраїнська аптечна асоціація, ГС «Професійна фармацевтична асоціація Київщини», ВГО «Фармацевтична Асоціація «ФАРМУКРАЇНА», Всеукраїнська Рада захисту прав та безпеки пацієнтів, «Дорадча рада спільнот з питань доступу до лікування в Україні» УСАВ, Всеукраїнська Рада захисту прав та безпеки пацієнтів, Спілка об'єднань громадян «Всеукраїнська спілка громадських організацій «Рух протидії наркоманії та наркокорупції». За результатами обговорень прийнято рішення про те, що внесення змін до нормативно-правових актів з метою запровадження будь-яких додаткових заходів контролю не є обґрунтованим і на сьогодні немає підстав для запровадження предметно-кількісного обліку комбінованих лікарських засобів, що містять кодеїн, оскільки виявлені факти вживань не за медичним призначенням кодеїновмісних лікарських засобів та факти вилучень їх із незаконного обігу не становлять загрозливих масштабів, а законодавство стосовно обігу їх в Україні гармонізовано до європейських стандартів.

Результативними також в боротьбі з наркобізнесом є загальні оперативно-профілактичні заходи, котрі щорічні проводяться органами МВС України у кілька етапів і мають кодові назви:

- оперативно-профілактичний захід під умовною назвою «Мак» проводиться з метою виявлення і знищення незаконних посівів рослин виду мак снотворний та роду коноплі, виявлення та перекриття каналів витоку сировини із законних посівів у незаконний обіг на території країни. В цілому працівниками органів внутрішніх справ проведено 156 тис 549 обстежень, з яких 7 тис. 737 сільськогосподарські підприємства та 148 тис. 815 присадибні ділянки. За результатами проведених перевірок, виявлено 3 тис. 428 фактів незаконних посівів рослин, які містять наркотичні засоби та психотропні речовини і обіг яких допускається для промислових

цілей, з них 1 тис. 594 — незаконного посіву рослин виду мак снотворний та 1 тис. 773 — рослин роду коноплі, а також 60 фактів дикоростучих рослин роду коноплі та 1 факт дикоростучих рослин виду мак снотворний. Для огляду важкодоступних територій із застосуванням малої авіації здійснено 15 обльотів. Усього з початку операції знищено 2 млн. 855 тис. рослин, які містять наркотичні засоби та психотропні речовини і обіг яких допускається для промислових цілей, з них 511,4 тис. — рослин виду мак снотворний та 2 млн. 343,6 тис. — роду коноплі;

- міждержавний оперативно-профілактичний захід під умовною назвою «Канал» здійснюється з метою виявлення та перекриття каналів надходження в Україну наркотичних засобів через ділянки державного кордону спільно із силовими структурами цих країн. Мета операції — упередити надходження наркотиків, виявити і затримати кур'єрів.

Організатором та ініціатором операції є Федеральна служба Російської Федерації з контролю за обігом наркотиків, яка заздалегідь опрацьовує питання щодо термінів та можливостей проведення зазначеної операції з іншими країнами, а також інформує усі зацікавлені правоохоронні органи країн-учасниць.

Довідково: операція «Канал», починаючи з 2005 року, проводиться під егідою Організації Договору про колективну безпеку. Відповідно до цього до операції залучені представники правоохоронних органів Республіки Вірменія, Республіки Білорусь, Республіки Казахстан, Киргизької Республіки, Російської Федерації та Республіки Таджикистан.

Протягом 2014 року на адресу МВС України звернень та пропозицій щодо участі в оперативно-профілактичній операції «Канал» не надходило, співробітники Служби безпеки України до проведення оперативно-профілактичних операцій «Канал» також не залучалися.

Разом з тим, СБ України відповідно до компетенції вживаються організаційні та практичні заходи щодо перекриття міжнародних каналів контрабандного надходження в Україну наркотичних засобів та їх транзитного перевезення територією нашої держави.

У 2014 році органами та підрозділами Держприкордонслужби самостійно та у взаємодії з іншими правоохоронними органами також тривала активна робота з протидії каналам контрабанди важких наркотиків (кокаїну) на ділянці Західного та Південного регіональних управлінь, синтетичних наркотичних засобів на українсько-польській ділянці державного кордону, рослинного походження на українсько-молдовській та українсько-російській ділянках кордону.

Оперативно-профілактичний захід під умовною назвою «Батискаф» здійснюється з метою виявлення джерел і перекриття каналів витоку із законного у незаконний обіг наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів: з хіміко-фармацевтичних підприємств, аптечних закладів, місць ймовірної «вуличної торгівлі» інших місць їх виробництва, зберігання і реалізації. В рамках заходу проведено 318 перевірок дотримання законодавства у цій сфері, з яких 285 планових перевірок та 33 позапланових. За результатами проведених ДСКН України перевірок видано 147 розпоряджень про усунення порушень, анульовано 4 ліцензій, 8 ліцензій визнано недійсними, як такі, що не переоформленні в установлений термін. В порядку контролю за дотриманням суб'єктами господарювання порядку знищення наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів працювала комісія по знищенню підконтрольних речовин, співробітники ДСКН брали участь в роботі таких комісій — 20 разів.

З метою створення профілактичного бар'єра проникнення та розповсюдження наркотиків в молодіжному середовищі працівниками органів внутрішніх справ протягом 2014 року на території держави проводились оперативно-профілактичні заходи, пов'язані з недопущенням розповсюдження наркотичних засобів та психотропних речовин у розважальних закладах та місцях масового відпочинку громадян. Під час таких заходів здійснено перевірку 25,6 тис. закладів масового відпочинку молоді, у тому числі 17,1 тис. барів та кафе, 2,7 тис. комп'ютерних клубів, 2,7 тис. дискотек, 890 нічних клубів, 2,1 тис. інших аналогічних закладів. Здійснено низку заходів щодо тимчасового призупинення діяльності розважальних закладів, де виявлено факти систематичного вживання або розповсюдження наркотиків. Відповідно до Закону України «Про заходи протидії незаконному обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів та зловживанню ними» органами внутрішніх справ винесено 57 попереджень власникам розважальних закладів про неналежний контроль з їх боку за дотриманням вимог законодавства з протидії незаконному вживанню й розповсюдженню наркотичних засобів і психотропних речовин. До суду направлено 9 подань про призупинення діяльності розважальних закладів. Відповідні профілактичні заходи поводити по всій території України область/місто/село.

Наприклад: у Вінницькій області працівниками міліції виявлено 13 фактів порушення законодавства в сфері незаконного обігу психоактивних речовин, в розважальних закладах, з них на території дискотек – 2 факти, в кафе — 2 факти, в барах — 6 фактів, та 3 факти в інших розважальних закладах.

На Полтавщині у період відпрацювання правоохоронними органами розважальних закладів, у тому числі, місць масового проведення дозвілля молоді, здійснено перевірку 1123 розважальних закладів, у тому числі, 268 барів, 281 кафе, 129 дискотек, 411 комп'ютерних клубів, 8 нічних клубів та 26 інших. Під час перевірок виявлено 48 фактів незаконного обігу наркотиків, відкрито 48 кримінальних проваджень, у тому числі: 17 — за збут наркотичних засобів, 28 — за зберігання, 3 — за незаконне публічне вживання наркотичних засобів. Під час відпрацювання навчальних закладів і прилеглих до них територій перевірено 857 навчальних закладів, у тому числі, 696 загальноосвітніх шкіл, 9 ліцеїв, 30 гімназій, 37 професійно-технічних навчальних закладів, 25 технікумів, 6 ВУЗів та 54 інших навчальних закладів, в результаті виявлено 42 факти незаконного обігу наркотиків.

У Харківській області за результатами заходів з протидії розповсюдженню наркотичних засобів серед молоді в розважальних закладах та в місцях її масового відпочинку проведено спеціальні оперативно-профілактичні операції «Генофонд», «Шоу», «Наркостоп», «Невід» та інші, за результатами яких виявлено 38 фактів незаконного обігу наркотичних засобів. До адміністрацій цих закладів направлено 5 повідомлень в порядку Закону України «Про заходи протидії незаконному обігу наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів і зловживання ними».

З метою недопущення потрапляння наркотиків до учнівської та студентської молоді більше ніж у 21,9 тис навчальних закладах, проведено заходи на виявлення можливих фактів вживання чи збуту наркотиків. Проведено 9,7 тис. зустрічей з учнівською молоддю щодо шкідливості вживання наркотичних засобів і психотропних речовин, їх згубного впливу на організм.

Крім того, проводилися перевірки з метою виявлення та припинення функціонування осередків розповсюдження «сумішей для паління» з екстрактами трав, які містять психотропні речовини, у результаті чого зареєстровано 223 правопорушень.

З метою недопущення кримінальних діянь міліцією проводяться також індивідуально-профілактичні дії в сфері незаконного обігу наркотиків: виявлення осіб, що зловживають наркотиками та схильні через це до вчинення злочинів; усунення конкретних обставин, що штовхають осіб вживати наркотики; здійснення спостережень та забезпечення іншого соціального контролю поведінки і способу життя осіб, які вживають наркотики та на цьому ґрунті, схильні до правопорушень; здійснення заходів виховного, медичного, правового та іншого характеру стосовно осіб, які вживають наркотики.

Основною метою індивідуальної профілактики злочинів, пов'язаних із незаконним обігом наркотиків, є усі можливі заходи, які змусили б осіб, відмовитися від вживання не за медичним призначенням наркотиків, від здійснення ними злочинів, що замислилися, планувалися, готувалися. Зокрема, встановлення контролю за середовищем хворих на наркоманію (один наркоман за відсутності протидії може втягнути у споживання наркотичних засобів 10 — 15 осіб); виявлення безпритульних і повій, неповнолітніх жебраків; навчання молоді тверезому способу життя.

В результаті проведеної роботи протягом року у стані наркотичного сп'яніння затримано 19 школярів, 15 учнів професійно-технічних навчальних закладів, 5 студентів технікумів, 4 студенти вищих навчальних закладів та 25 осіб, які на момент затримання не навчалися, з якими у подальшому було проведено профілактично-виховні бесіди.

У поле зору індивідуально-профілактичного впливу міліції потрапляють також особи звільнені з місць позбавлення волі, щодо яких установлені обмеження відповідно до Закону України «Про адміністративний нагляд за особами, звільненими з місць позбавлення волі»; засуджені до заходів покарання, що не пов'язані з позбавленням волі; звільнені від кримінальної відповідальності за nereабілітуючими обставинами; особи, які допускають правопорушення у сфері сімейно-побутових відносин; хронічні алкоголіки та наркомани; такі громадяни, що допускають уживання наркотичних засобів і психотропних речовин без призначення лікаря; психічно хворі особи, що становлять безпосередню небезпеку для себе та навколишніх і перебувають на обліку в установах охорони здоров'я; неповнолітні правопорушники, що підлягають обліку або перебувають на обліках служб у справах дітей або кримінальній міліції у справах дітей МВС України.

В закладах ДПТС України серед засуджених на постійній основі проводяться профілактичні заходи. У звітній період на профілактичному обліку перебувало 2 498 засуджених осіб, які схильні до вживання

наркотичних засобів, а на обліках у психологів — 4 257 осіб, які залучені до участі в реалізації програми диференційованого виховного впливу «Подолання алкогольної та наркотичної залежності».

Серед таких осіб, персоналом соціально-психологічної служби, проводяться наступні заходи:

- здійснення реабілітаційних заходів для формування у особи, яка має психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання психоактивних речовин, мотивації до поетапного звільнення від наркотичної залежності, відновлення навичок соціальної адаптації;
- утворення груп самопомоги за участю колишніх осіб, які мають психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання психоактивних речовин, представників благодійних, релігійних організацій, що провадять діяльність в місцях позбавлення волі;
- забезпечення психологічно-реабілітаційних заходів, спрямованих на відновлення позитивного емоційного світосприйняття хворого на наркоманію;
- формування єдиної взаємозв'язаної лікувально-реабілітаційної системи як поетапного процесу повернення особи, яка має психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання психоактивних речовин, до суспільного життя;
- психологами установ проводиться посилена інформаційно-профілактична робота з підлітками, які отримують допомогу у громадських організаціях щодо існуючих ризиків не тільки від використання шприців та голок повторно;
- організація відповідної підготовки практичних психологів для проведення тренінгової та психотерапевтичної роботи з групами підвищеного ризику вживання наркотиків.

Також на офіційному веб-сайті та на шпальтах відомчої газети «Закон і обов'язок» оприлюднюється інформація про результати оперативно-службової діяльності, динаміку криміногенного стану та додержання прав і свобод громадян в установах виконання покарань та слідчих ізоляторах, а яскраві приклади протидії надходженню наркотиків до цих установ розміщуються в кожному номері відомчої газети в рубриці «На варті». Через засоби масової інформації (у випусках новин та друкованих ЗМІ) постійно висвітлюються заходи, що вживаються органами, установами виконання покарань та слідчими ізоляторами в напрямку превенції незаконного обігу наркотичних засобів та психотропних речовин.

Профілактичні і просвітницькі заходи щодо протидії наркоманії, пропаганди здорового способу життя та формування навичок протистояння шкідливому впливу від вживання наркотичних засобів здійснюються спільно з більше ніж 100 недержавними організаціями, що надають послуги особам, які мають психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання психоактивних речовин.

Робота установ з виконання покарань по організації профілактики наркоманії злочинців молодіжного віку громадськості не відома, є відомчою і в інформаційному плані закритою

Таким чином, профілактика злочинів у сфері незаконного обігу наркотиків становить важливу складову у діяльності державних структур, що дозволяє знизити не тільки кількість скоєних правопорушень, але й рівень смертності та хвороб населення, оздоровити соціальну ситуацію у суспільстві, підвищити авторитет нашої держави у світі.

Дослідження «Вплив програм замісної підтримувальної терапії на криміногенну ситуацію у державі».

Впровадження замісної підтримувальної терапії продовжується на виконання Закону України № 2861-17 «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ» у статті 4 «Державні гарантії у сфері протидії поширенню хвороб, зумовлених ВІЛ», зазначено гарантування Державою: запобігання поширенню ВІЛ-інфекції серед осіб, які вживають наркотичні засоби та психотропні речовини ін'єкційним способом, за допомогою програм реабілітації таких осіб та програм зменшення шкоди, що серед іншого передбачають використання замісної підтримувальної терапії для осіб, які страждають на наркотичну залежність, та створення умов для заміни використаних ін'єкційних голок і шприців на стерильні з подальшою їх утилізацією. Головною метою проведення ЗПТ в Україні є попередження подальшого розповсюдження інфікування ВІЛ серед споживачів ін'єкційних наркотиків, підвищення прихильності ВІЛ-інфікованих споживачів ін'єкційних наркотиків до антиретровірусної та протитуберкульозної терапії, лікування хворих із опіоїдною наркотичною залежністю.

Відповідно до чисельних досліджень, проведених в Україні та світі, програма ЗПТ розглядається як економічно ефективний метод лікування опіоїдної залежності та профілактики соціально небезпечних хвороб. ЗПТ в Україні впроваджується насамперед як програма зниження шкоди та як компонент комплексного лікування синдрому залежності, що виник у результаті вживання опіоїдів. Акцент у роботі зі споживачами ін'єкційних наркотиків робиться на зворотній інтеграції в суспільство хворих, які пройшли курс ЗПТ та досягли ремісії.

Протягом 10 років впровадження програми ЗПТ в Україні вдалося досягти значних успіхів у її реалізації та на практиці побачити переваги програми як лікувального методу та ефективного інструменту громадського здоров'я. Метадон та бупренорфін, що використовуються при ЗПТ, в 2005 році ВООЗ включила в Перелік основних лікарських засобів, а в керівництві ВООЗ по фармакологічному лікуванню опіоїдної залежності з психосоціальним супроводом від 2010 р. саме зазначені препарати рекомендовано використовувати як найбільш ефективні за результатами досліджень з високим рівнем доказовості. Потреба у препаратах для ЗПТ забезпечується за кошти гранту Глобального фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією. Фактична потреба у ЗПТ формується Міністерством охорони здоров'я України щорічно виключно на підставі потреб регіонів у відповідності до листів очікування пацієнтів.

В рамках ЗПТ проводяться профілактичні заходи серед представників груп ризику (споживачів ін'єкційних наркотиків, осіб, які утримуються в установах виконання покарань) розширення доступу споживачів ін'єкційних наркотиків, передусім ВІЛ-інфікованих, до замісної підтримувальної терапії та реабілітаційних програм.

ЗПТ є ключовим компонентом програм зменшення шкоди на рівні із антиретровірусною терапією. Ці програми сприяють ресоціалізації осіб, які мають психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання психоактивних речовин, у суспільстві: поверненню до нормального способу життя, працевлаштуванню тощо. ЗПТ має на меті не допустити розвиток у хворого синдрому відміни, підтримувати у хворого стабільний стан фізичного комфорту та стримувати потяг до незаконних «опіоїдів».

Саме участь осіб, які мають психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання психоактивних речовин, у програмах ЗПТ з застосуванням препаратів метадону та бупренорфіну дає можливість постійного медичного контролю за наявністю соціально небезпечних хвороб та своєчасного призначення відповідного лікування цій категорії хворих.

Значно розширено спектр медичних послуг пацієнтам (консультування, діагностика, лікування захворювань, зокрема ВІЛ/СНІДу, гепатитів, туберкульозу) та ефективний психосоціальний супровід з метою їх ресоціалізації. За даними, отриманими від НУО, що реалізують проекти ЗПТ, біля 30% пацієнтів завдяки участі у програмі ЗПТ працевлаштувалися (як офіційно, так і неофіційно), біля 3% почали навчатися, більше 16% пацієнтів поновили сімейні стосунки, біля 5% створили сім'ї, більше ніж у 2,5% пацієнтів народилися діти.

8.6. Інтервенції в кримінально-виконавчій системі

Особи, що відбувають покарання у виправних закладах Державної пенітенціарної служби України (далі — ДПтС) постійно стикаються з ризиком наразитися на інфекційні та інші небезпечні хвороби, які пов'язані із особистою вразливістю та особливостями того оточення у якому вони знаходяться. Особливо великого ризику наразитися на небезпеку зазнають особи, що вживають наркотики, в тому числі ін'єкційним шляхом. Ці категорії населення в значній мірі наражаються на ризик захворіти ВІЧ, вірусним гепатитом, особливо гепатитом С. Але цим захворюванням можна запобігти. Адже розповсюдженість інфекційних захворювань серед засуджених напряму пов'язана із кількістю взятих під варту осіб, що вживають наркотики. При відсутності профілактичних заходів інфекційні хвороби можуть передаватися в самих виправних закладах. А при відсутності у виправних закладах лікування та неналежних умовах утримування осіб під вартою підвищується ризик передачі вірусів через кров особливо при обміні шприцами серед засуджених тощо.

Для покращення ситуації, пов'язаної із наданням допомоги в закладах ДПтС, розробляються нові та адаптуються вже існуючі програми (інтервенції), з надання допомоги особам, що відбувають покарання.

ІНТЕРВЕНЦІЇ У ЗАКЛАДАХ ДПТС:

1. Інформація, навчання та комунікація	Інформаційно-освітні програми щодо ВІЛ, ІПСШ, вірусних гепатитів, туберкульозу. 1. Розроблена Програма протидії ВІЛ-інфекції/ СНІДу в органах та установах, що належать до сфери управління ДПТС України на 2015-2018 роки, та схвалено рішенням колегії ДПТС України від 16.07.2015 №6 РК, заходи якої враховують усі 15 інтервенцій. 2. Медичні працівники ДПТС України регулярно беруть участь у тренінгах з питань профілактики ВІЛ, ІПСШ, вірусних гепатитів, туберкульозу. 3. У 2014 році видано брошуру з питань профілактики ВІЛ-інфекції/ СНІДу для ув'язнених та засуджених «Завжди думай».
2. Тестування на ВІЛ та консультування (Т&К)	Легкодоступне протягом всього терміну ув'язнення на засадах конфіденційності, повинне пропонуватися медиками, позитивні ув'язнені мають бути переадресовані до відповідних медичних та соціально-психологічних послуг. 1. Всі ув'язнені та засуджені мають вільний доступ до добровільного консультування та тестування на ВІЛ. У 2014 році було проведено 50 449 тестувань (у т.ч. 47 190 швидких тестів на ВІЛ).
3. Лікування, догляд і підтримка для ВІЛ + ув'язнених	Мають надаватися у відповідності до національних стандартів. 1.Усі заклади охорони здоров'я органів та установ, що належать до сфери управління ДПТС України забезпечені на 100% АРТ-препаратами. АРТ отримують всі хворі на ВІЛ, які потребують, згідно клінічного протоколу затвердженого наказом МОЗ України №551. Станом на 01.09.2015 АРТ отримують 1 884 особи.
4.Профілактика, діагностика та лікування ТБ	Інфекційний контроль, скринінг та тестування, лікування. 1. В усіх органах та установах, що належать до сфери управління ДПТС України проводиться флюорографія та бактеріоскопічне обстеження з метою діагностики туберкульозу. 2.В спеціалізованих туберкульозних лікарнях інстальовано обладнання GineExpert для швидкої діагностики туберкульозу (8 апаратів).
5.Профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини	Медикаментозна профілактика - АРТ, утримання від грудного вигодовування, 1.Всі вагітні жінки забезпечуються АРВ-препаратами для профілактики вертикальної трансмісії ВІЛ від матері до дитини.
6.Розповсюдження презервативів	Безкоштовне надання, доступність — можливість взяти без свідків, наявність лубрикантів. 1.Безкоштовне надання, доступність, можливість взяти без свідків презервативів та лубрикантів проходить в медичних частинах установ.
7.Профілактика та лікування ІПСШ	Сприяє профілактиці ВІЛ інфікування, має бути доступне у пенітенціарній системі. 1.Профілактика та лікування ІПСШ проводиться в усіх органах та установах, що належать до сфери управління ДПТС України.
8.Профілактика сексуального насильства	Фіксація тенденцій та попередження випадків сексуального насильства, що може призвести до інфікування, роздільне утримання неповнолітніх та дорослих правопорушників 1.Робота з фіксації тенденцій та попередження випадків сексуального насильства проводиться психологами соціально-психологічної служби установ.
9. Лікування наркотичної залежності	Застосування методів лікування, що використовуються у відповідності до діючих протоколів, що використовуються у системи МОЗ Якщо ЗПТ (опіоїдна залежність) доступна для загального населення, її необхідно впровадити установах виконання покарань/ув'язнення. 1.Безперевність ЗПТ забезпечується ув'язненим, які перебувають у слідчих ізоляторах відповідно до спільного наказу від 22.10.2012 р. №821/937/1549/5/156. 2. У виправних колоніях ЗПТ не проводиться та нормативно не врегульовано.

10.Розповсюдження шприців	Доступність інструментарію на конфіденційній основі для тих, хто вживає наркотики Не проводиться із-за відсутності законодавчої бази.
11.Вакцинація та лікування вірусних гепатитів	Безкоштовна вакцинація проти гепатиту А і В. Забезпечення профілактики, вакцинації та лікування гепатиту С за програмою еквівалентною загальному населенню 1.У 2013-2014 роках була проведена добровільна вакцинація співробітників та ув'язнених вакциною «Енжерікс-В», яке було придбано за кошти Глобального фонду. У 2013 році було поставлено 108 упаковок вакцини, у 2014 — 249 упаковок.
12.Пост-контактна профілактика	Доступність пост-контактної профілактики для ув'язнених-жертв насильства; інформування контингенту про таку можливість та процедури отримання 1.Пост-контактна профілактика ВІЛ доступна в усіх органах та установах, що належать до сфери управління ДПТС України
13.Попередження інфікування під час медичних та стоматологічних процедур	Інфекційний контроль, використання стерильного інструментарію, засобів застереження 1.Усі органи та установи, що належать до сфери управління ДПТС України забезпечені одноразовим стерильним інструментарієм та дезінфекційними засобами в необхідному обсязі.
14.Попередження інфікування під час татування, пірсингу та інших форм пошкодження шкіри	Заходи з попередження повторного та спільного використання інструментарію, доступ до дезінфектантів 1.Приміщення загального користування забезпечені дезінфектантами у повному обсязі для використання засудженими.
15. Захист персоналу від можливого зараження інфекціями в ході виконання службових обов'язків	Навчання персоналу щодо інфікування поведінці Персонал повинен мати доступ до захисного обладнання/інструментарію -латексні рукавички, маски, щитки для очей/окуляри, мило, дзеркало для обшуків, безкоштовна вакцинація проти гепатиту В. Розробити процедури, що забезпечують безпечну поведінку під час обшуків; заходи інфекційного контролю та доступ до пост-контактної профілактики. 1.Співробітники установ, які в ході виконання службових обов'язків мають можливість зараження інфекціями забезпечені захисним обладнанням/інструментарієм та виробами медичного призначення — латексні рукавички, маски, маски з гепафільтрами, щитки для очей/окуляри, мило, дзеркало для обшуків.

Альтернатива ув'язненню

Слід погодитися з думкою вітчизняних і зарубіжних вчених криміналістів, що тюрма — фабрика злочинності. Відповідно, у пенітенціарні установи слід направляти далеко не кожного злочинця, а тільки тих, хто цього заслуговує. Пенітенціарною наукою доведено, що ізольована від суспільства людина об'єктивно готова до негативних наслідків. Тому, покарання у виді позбавлення волі само по собі є певним злом.

Для підвищення ефективності виконання покарань з наданням переваги покаранням, не пов'язаним з позбавленням волі розроблено проект Закону України «Про пробацію», яким передбачається введення певних видів кримінальних покарань, не пов'язаних з позбавленням волі.

Серед очікувань від нового закону — зменшення кількості осіб, засуджених до покарань у виді обмеження волі або позбавлення волі на певний строк, зменшення державних витрат на утримання слідчих ізоляторів та установ виконання покарань.

Як альтернатива до покарання у вигляді позбавлення волі за незначні злочини може бути застосовано покарання (ст. 51 КК України) у виді обмеження волі, а саме утримання особи в кримінально — ви-

конавчих установах відкритого типу без ізоляції від суспільства, із здійсненням нагляду та обов'язковим залученням до праці (ст.61 КК України).

На сьогодні відповідно до Кримінального кодексу України передбачено звільнення від кримінальної відповідальності осіб за незаконне зберігання наркотиків, які добровільно звернулися до наркологічного лікувального закладу і розпочали лікування. Це незаконне виробництво, виготовлення, придбання, зберігання, перевезення чи пересилання наркотичних засобів, психотропних речовин або їх аналогів без мети збуту (ст.309 КК) або ті ж дії з метою збуту, але якщо особа добровільно здала наркотичні засоби, психотропні речовини або прекурсори, вказала джерело їх придбання або сприяла розкриттю злочину, пов'язаного з незаконним обігом наркотиків (ст. 307 КК, ст. 311 КК України).

Звільнення особи від кримінальної відповідальності настає і у випадку її хвороби на психічне захворювання відповідно ст. 84 КК України «Звільнення від покарання за хворобою». У такому випадку до зазначеної особи можуть бути застосовані примусові заходи медичного характеру у порядку ст. 92 — 96 КК України.

В Кримінальному кодексі України чітко окреслено статті, за якими особа звільняється від кримінального покарання. Це ст.96 КК України згідно якої до осіб, які вчинили злочин та мають хворобу, що становить небезпеку для здоров'я інших осіб, може бути застосовано судом примусове лікування, незалежно від призначення покарання. В випадках, коли судом призначено покарання у виді позбавлення або обмеження волі, примусове лікування здійснюється за місцем відбування покарання. До соціально небезпечних захворювань згідно основ законодавства України про охорону здоров'я відносяться такі захворювання як туберкульоз, психічні, венеричні захворювання, СНІД, лепра, алкогольна та наркотична залежність.

Стосовно наркологічних хвороб не можна застосовувати статтю 96 КК, оскільки алкогольна та наркотична залежність не становлять небезпеки для здоров'я інших осіб (Пленум Верховного Суду України, постанова від 03.06.2005 р. №7 (п. 24)).

Кримінальним законодавством України не передбачені форми альтернативного покарання у вигляді лікування або примусового лікування від наркотичної залежності. Відповідно до статті 76 КК України лікування від алкогольної та наркотичної залежності може бути застосоване судом у порядку покладання обов'язку на особу, звільнену від відбування покарання з випробуванням (ст. 75 КК України). Таке лікування не вважається примусовим, оскільки обов'язок його пройти покладається безпосередньо на засуджену особу, а не на орган охорони здоров'я.

За даними Судової адміністрації України потягом 2014 року за злочини у сфері обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів або прекурсорів засуджено 13 тис. 608 осіб, із них неосудними визнано 85 осіб до яких застосовано примусові заходи медичного характеру, до 2 неповнолітніх осіб застосовано примусові заходів виховного характеру і до 13 осіб застосовано примусове лікування. Із них за злочини що підпадають під дію ст. 307 КК України до 2 осіб застосовано примусове лікування і 27 осіб визнано неосудними, до яких застосовано примусові заходи медичного характеру. За злочини по ст. 309 КК України — 47 осіб визнано неосудними, до яких застосовано примусові заходи медичного характеру, до 9 осіб примусове лікування і до 2 неповнолітніх осіб застосовано примусові заходи виховного характеру. За злочини по ст. 310 КК України — 7 осіб визнано неосудними, до яких застосовано примусові заходи медичного характеру. За злочини по ст. 311, 315 КК України до 2 осіб застосовано примусове лікування.

Крім того, протягом 2014 року за рішенням суду до осіб, які вчинили кримінальні правопорушення застосовувалися покарання у виді: виправних робіт — 15 осіб, громадські роботи — 19 осіб, штраф — 3 тис. 653 осіб та інші міри покарання.

В судовій практиці України до неповнолітніх суди переважно застосовують умовне засудження, що, по суті, зводиться до відсутності будь-якого позитивного впливу на особистість. Тому зовсім відмовитися від кримінальних покарань за вчинені злочини суспільство не може. У покаранні присутній елемент превентивного залякування, міститься кара, яка віддзеркалює ідею справедливої відплати за вчинене зло. До того ж, такі альтернативні способи покарання, зокрема, штраф, який не можна застосувати до непрацюючих підлітків, або громадські роботи, за якими з боку держави не здійснюється належний контроль, на практиці себе не виправдали. Крім того, відсутність покарання за вчинений дитиною злочин не піде їй на користь, оскільки діти самі не можуть усвідомити своєї провини за вчинений злочин, перетворюючись потім в закоренілих злочинців. Одного разу вкравши і залишившись при цьому

безкарною, дитина розуміє, що те ж саме можна буде робити і надалі, що згодом переростає у звичку. Після досягнення повноліття злочинці не розуміють, чому за звичайну крадіжку, за яку раніше не карали, вони перебувають за ґратами. З урахуванням цього, першочергового значення набуває не лише практична реалізація принципу невідворотності покарання, але й удосконалення всієї пенітенціарної системи з метою попередження випадків вчинення повторних злочинів неповнолітніми засудженими. В цьому зв'язку позитивним є перехід сучасної Державної пенітенціарної служби України від суто карально-репресивного характеру до системи, побудованій на охоронно-захисній концепції. В цьому контексті одним з найважливіших завдань соціальних фахівців є переформування інституту тоталітарного типу, якими є місця позбавлення волі, в інститут соціального навчання. Тому залучення педагогічних і соціальних фахівців у процес ресоціалізації неповнолітніх засуджених вбачається вкрай необхідним, що, насамперед, продиктовано і пенітенціарною реформою.

Згідно діючого законодавства головним суб'єктом діяльності з ресоціалізації неповнолітніх засуджених до альтернативних видів покарань, виступає Кримінально-виконавча інспекція. Саме КВІ згідно Кримінально-виконавчого кодексу здійснює контроль за поведінкою осіб, звільнених від відбування покарання з випробуванням, у тому числі неповнолітніх, спільно з органами внутрішніх справ та відповідними громадськими формуваннями проводить індивідуально — профілактичну роботу із засудженими та контролює дотримання ними громадського порядку і виконання обов'язків, покладених на них судом. КВІ за місцем проживання засуджених (територіальні підрозділи) виступають базовою установою діяльності з ресоціалізації неповнолітніх, засуджених до покарань, не пов'язаних із позбавленням волі.

8.7. Вживання наркотиків у виправних закладах

До сфери управління Державної пенітенціарної служби України відноситься 177 установ, з них — 140 установ виконання покарань, 31 слідчий ізолятор, 6 виховних колоній та 669 підрозділів кримінально-виконавчої інспекції (без урахування тимчасово окупованої території АР Крим частково Донецької та Луганської областей). На непідконтрольній Україні території знаходиться 33 установи виконання покарань, в Донецькій області — 13 виправних колоній із них 1 слідчий ізолятор, Луганській області — 15 виправних колоній із них 1 слідчий ізолятор, в АР Крим — 2 виправних колоній, 1 виправний центр, 2 слідчих ізоляторів та 47 підрозділів кримінально-виконавчої інспекції.

Станом на 01.01.2015 в установах виконання покарань та слідчих ізоляторах усього утримувалось 73 431 осіб, що на 42% менше ніж у 2013 році (126 937). Із них 7 505 осіб за злочини, пов'язані із незаконним обігом наркотиків, що на 61% менше в порівнянні із 2013 роком (19 105) (див. таблицю 8.7.1). Це пояснюється впровадженням прогресивних норм нового Кримінального процесуального кодексу України, який набрав чинності у листопаді 2012 року і військовою агресією проти України у її східних регіонах, де частина установ виконання покарань залишились на території, що тимчасово не контролюється українською владою.

У звітний період питома вага злочинів, пов'язаних із незаконним обігом наркотиків зменшилася до 10,2% (7 505) (див. таблицю 8.7.1.). Найбільша кількість осіб засуджених знаходилася в установах виконання покарань у Дніпропетровській, Запорізькій, Одеській та Харківській областях.

На оперативно-профілактичному обліку як схильні до вживання і розповсюдження наркотичних та одурманюючих речовин в установах виконання покарань та слідчих ізоляторах перебувало на 23,5% (2 498) осіб засуджених за злочини, пов'язані з незаконним обігом наркотиків, менше ніж у 2013 році (3 265). З них у виправних колоніях — 1 949, у слідчих ізоляторах — 446 та у виправних центрах — 103 особи.

На обліку у психологів — 4 257 осіб, які залучені до участі в реалізації програми диференційованого виховного впливу «Подолання алкогольної та наркотичної залежності». 27 осіб узятих під варту отримували замісну підтримувальну терапію, які для отримання препаратів направлялися із слідчих ізоляторів до сайтів ЗПТ при наркологічних диспансерах.

Таблиця 8.7.1.

Кількість осіб, які відбувають покарання у виправних закладах за злочини, пов'язані з незаконним обігом наркотиків

	2009	2010	2011	2013	2014
Кількість осіб, які відбувають покарання у виправних закладах(без урахування осіб, які знаходяться в СІЗО та виховних колоніях)	108187	113230	115068	126937	73431
Показник на 100 тисяч населення	234,46	246,35	251,36	295,28	170,8
Кількість осіб, які відбувають покарання за злочини, пов'язані з незаконним обігом наркотиків	19494	20707	21986	19105	7505
Питома вага осіб, які відбувають покарання за злочини, пов'язані із незаконним обігом наркотиків	13,2%	13,44%	14,3%	15%	10,2%

У результаті проведених протягом 2014 року оперативно-розшукових та профілактичних заходів кількість вилучених наркотичних засобів у порівнянні із 2013 роком зменшилась. Із незаконного обігу вилучено понад 9,6 кг наркотичних засобів (у 2013 р. — 14,2 кг). Із них при спробі доставки до установ виконання покарань — 7,9 кг, слідчих ізоляторів — 1,2 кг наркотичних засобів, та у зонах, що охороняються вилучено 0,5 кг (у 2013 р. — 1,5 кг) наркотичних засобів, з яких на території установ виконання покарань — 0,5 кг, на території слідчих ізоляторів вилучено 0,05 кг таких засобів.

Крім того, було попереджено 1 051 (у 2013 р. — 1 173) спроб доставки та передачі наркотиків до місць позбавлення волі та слідчих ізоляторів. З них в установах виконання покарань 840 (у 2013 р. — 952), слідчих ізоляторах 211 (у 2013 р. — 221) відповідних спроб.

Серед виявлених та вилучених за видами наркотиків найбільше вагове вилучення складає марихуана (96,4% або 9 249,4 г) від загальної маси вилучень, але це майже у два рази менше у порівнянні із 2013 роком. Також, майже у 1,5 рази зменшилося вилучення ацетильованого або екстракційного опію — 134 г. В той час на 43,3% (125,3 г) збільшилося вилучення амфетаміну/метамфетаміну, майже на 34% або 108,1 г більше вилучено макової соломи (у 2013 р. — 71,4 г), на 20,5% або 40,0 г збільшилося вилучення метадону (у 2013 р. — 31,8). Майже на 88% (0,1 г) зменшилося вилучення героїну (у 2013 р. — 0,9), бупренорфіну вилучено 4,0 г (у 2013 р. — 4,5 г).

Крім того вилучено 6,8 г первитину, 20,7 г рослинного наркотичного засобу гашиш в минулому році вилучень не було.

Таблиця 8.7.2.

Кількість вилучених наркотичних засобів в установах виконання покарань

Вилучення		2009	2010	2011	2013	2014
Всього попереджено спроб передачі наркотиків до установ виконання покарань		1100	1157	1194	1173	1051
Із них	в місцях відбування покарання	766	813	899	952	840
	в слідчих ізоляторах	334	334	295	221	211
Кількість вилучених наркотичних засобів та психотропних речовин (кг)		17	17,8	17,9	14,2	10,15
Із них	при спробі доставки до зон, що охороняються				12,7	9,1
	в зоні, що охороняється	12,5	16,9	16,5	1,5	0,5
на території установ виконання покарань		0,3	0,6	1,3	1,5	0,5
в слідчих ізоляторах		4,5	0,1	0,1	0,03	0,05
Вилучено за видами наркотиків (г)					14175,13	9688,4

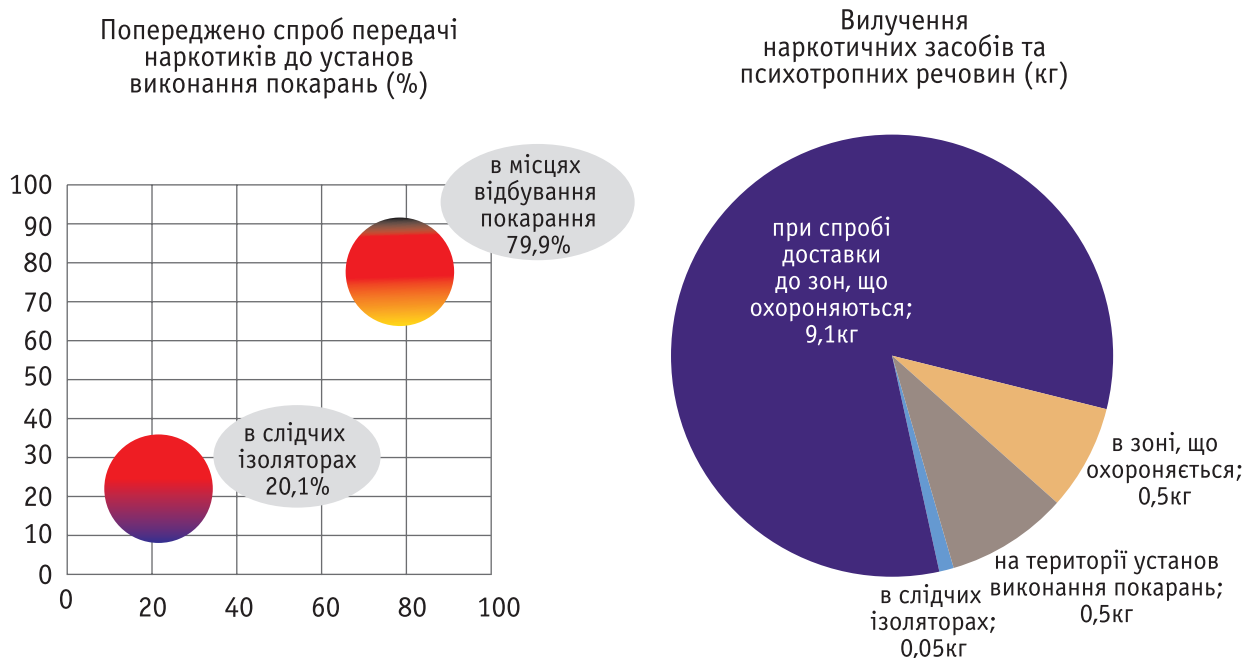
Вилучення		2009	2010	2011	2013	2014
Із них	Героїн	2,6	8,8	2,2	0,9	0,1
	Кокаїн	1,0	2,4	Не вилучали	0,03	Не вилучали
	Марихуана/канабіс	15979	16330	15670	13852,8	9249,4
	Гашиш	135,7	359,9	108,2	Не вилучали	20,7
	Макова соломка	354,5	390,7	341,9	71,4	108,1
	Екстракційний/ацетильований опій	481	323	320,6	212,9	134
	Амфетамін/метамфетамін	72	58	36,9	25,8/37,7	125,3
	Бупренорфін	1,9	2,5	5,8	4,5	4,0
	Метадон	3,7	10,2	14,2	31,8	40,0

Відомості щодо вилучених наркотичних засобів за повідомленнями органів, установ виконання покарань та слідчих ізоляторів внесені до Єдиного реєстру досудових розслідувань та розпочато 1 034 (у 2013 р. — 1 045) кримінальних проваджень за ознаками статей 307 — 309 КК України, з яких 119 кримінальних проваджень стосовно осіб, що відбувають покарання (засуджених), 25 кримінальних проваджень відносно персоналу, 458 кримінальних проваджень стосовно інших громадян та 432 кримінальних проваджень за фактом вилучень наркотичних засобів.

З метою належної протидії проявам наркозлочинності і корупції в місцях позбавлення волі налагоджено та здійснюється обмін оперативною інформацією між оперативними підрозділами МВС України, СБ України та ДПтС України.

Графік 8.7.1.

Кількість вилучених наркотичних засобів в установах виконання покарань



Протягом 2014 року оперативні підрозділи органів, установ виконання покарань та слідчих ізоляторів ДПтС України в порядку взаємодії надали допомогу територіальним органам внутрішніх справ у розкритті понад 3,8 тис. злочинів, пов'язаних із незаконним обігом наркотичних засобів.

ДПтС України забезпечується координація і здійснення заходів щодо виконання загальнодержавних і регіональних програм у правоохоронній сфері, проведення постійного моніторингу стану законності і правопорядку, недопущення ускладнення криміногенної ситуації та профілактики злочинів і правопорушень.

У 48 установах виконання покарань функціонують наркологічні кабінети, де надається допомога засудженим особам, які мають психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання психоактивних речовин.

Амбулаторна психіатрична допомога в Державній кримінально-виконавчій службі України надається в медичних частинах та пунктах охорони здоров'я слідчих ізоляторів та установ виконання покарань, стаціонарна — в спеціалізованій психіатричній лікарні при Вільнянській виправній колонії управління ДПтС України в Запорізькій області (№ 20), яка розрахована на 150 ліжок для чоловіків та 5 ліжок для жінок, та психоневрологічному відділенні для засуджених, хворих на туберкульоз чоловіків — спеціалізованій туберкульозній лікарні при Софіївській виправній колонії управління ДПтС України в Запорізькій області (№ 55), яке розраховане на 15 ліжок.

Крім цього, в установах виконання покарань та слідчих ізоляторах укомплектовано посади 33 лікарів — наркологів та 78 лікарів — психіатрів.

У відповідності до положень спільного наказу МОЗ, МВС, Мін'юсту та ДСКН України від 22.10.2012 №821/937/1549/5/156 «Про затвердження Порядку взаємодії закладів охорони здоров'я, органів внутрішніх справ, слідчих ізоляторів і виправних центрів щодо безперервності лікування препаратами замісної підтримувальної терапії» в слідчих ізоляторах особам, які мають психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання психоактивних речовин, надається відповідна медична допомога.

Протягом 2014 року із закладів ДПтС звільнилося 42 тис. 977 осіб, (із них: 563 осіб звільнено за хворобою) і майже 35% (15 тис) осіб залежних від вживання наркотиків. Із виправних колоній вибуло 904 неповнолітніх осіб, серед яких 2 особи звільнено по інвалідності (2013 — 6). Хворих серед неповнолітніх на туберкульоз, СНІД та ВІЛ-інфікованих не звільнялося.

Протягом 2014 року в установах виконання покарань і слідчих ізоляторах померло 793 особи, із них 191 особа — хвора на ВІЛ-інфекцію та 66 осіб — хворих на активну форму туберкульозу.

Лікування осіб, які мають розлади психіки, у виправно-трудових установах

Медико-санітарне забезпечення засуджених здійснюється створеними у кожній виправно-трудовій установі (ВТУ) медичними частинами, завданнями яких є надання медичної допомоги засудженим, здійснення санітарного нагляду, проведення профілактичних, проти епідеміологічних заходів. У структуру медико-санітарної частини входять, як правило, аптека, амбулаторія, стаціонар (лікарня) з діагностичною лабораторією, стоматологічний, терапевтичний та інші кабінети, інфекційний ізолятор.

Відповідно до ст. 77 ВТК України, примусове лікування від алкоголю чи наркоманії здійснюється в місцях позбавлення волі у двох формах: — у звичайній виправно-трудовій установі на базі медико-санітарної частини (наприклад: в колоніях особливого режиму і тюрмах) і у спеціальній виправно-трудовій установі по лікуванню алкоголіків і наркоманів. Спеціалізовані виправно-трудові установи мають відповідне обладнання, штат лікарів, статус колонії на правах лікувального закладу.

За офіційними даними ДЗ «Центр медичної статистики МОЗ України» протягом 2014 року 192 особи знаходилися на примусовому лікуванні у виправно-трудових установах через уживання наркотичних засобів, а саме у Вінницькій (31), Запорізькій (20), Київській (2), Миколаївській (4), Одеській (1), Рівненській (20), Тернопільській (53) та Хмельницькій (61) областях. Із яких 101 особа віком від 15 до 35 років, 13 осіб — жителі сільської місцевості тощо.

У диспансерній групі нагляду через уживання опіоїдів знаходилося 154 особи. Із них 98 осіб віком від 15 до 35 років, з яких 11 жителі сільської місцевості тощо;

- через уживання канабіноїдів — 5 осіб віком від 15 до 35 років серед них 2 жителі сільської місцевості у Тернопільській та Хмельницькій областях;
- через уживання кількох наркотичних та інших психоактивних речовин 33 особи знаходиться у диспансерній групі нагляду, із них 14 осіб віком від 15 до 35 років у Вінницькій (11), Запорізькій (3) областях;
- через уживання інших (крім алкоголю, наркотичних засобів) психоактивних речовин у диспансерній групі знаходиться 3 особи, 2 із них у Вінницькій і 1 особа у Київській областях;
- через уживання усіх груп психоактивних речовин у диспансерній групі знаходиться 317 осіб, із них 180 осіб віком від 15 до 35 років, серед яких 63 жителі сільської місцевості.

Протягом 2014 року у наркологічних стаціонарних відділеннях примусове лікування закінчили 80,5% (29) осіб, які мали розлади психіки, із них 25 осіб із посиленням наглядом та 4 особи із суворим наглядом.

Для підвищення ефективності боротьби з незаконним обігом наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів у Дніпропетровському, Київському, Одеському та Харківському слідчих ізоляторах використовуються сучасні комплекси інспекційно-доглядового обладнання, до складу яких входять системи, що дозволяють виявляти та вилучати наркотичні речовини у посылках, передачах, інших поштових відправленнях, а також у контейнерах, що приховані під одягом людини, у контейнерах, що приховані на шасі транспортних засобів.

8.8. Реінтеграція осіб, які мають психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання психоактивних речовин, звільнених з місць позбавлення волі

Відповідно до «Стратегії державної політики щодо наркотиків на період до 2020 року» лікування та реабілітація осіб, хворих на наркоманію, потребує нових підходів, а саме: комплексного, інтегрованого застосування всіх компонентів лікувальної системи, їх взаємодії з опорою на доказово обґрунтовану методику, забезпечення доступності медичного обслуговування, розширення можливостей лікування, альтернативного покаранню і т.д.

В 2011 році був прийнятий Закон України «Про соціальну адаптацію осіб, які відбувають чи відбули покарання у виді обмеження волі або позбавлення волі на певний строк», в якому визначено суб'єкти та послуги соціального патронажу, зазначені гарантії реалізації прав звільнених осіб.

З метою вдосконалення моделі соціальної адаптації звільнених осіб, здійснюється ознайомлення з діяльністю та законодавством країн Європейського Союзу в рамках залучення міжнародної технічної допомоги. Продовжено до 2015 року відповідно до рішення Шведського агентства міжнародного розвитку та співпраці Sida реалізацію українсько-шведського проекту «Триступенева всестороння програма реінтеграції в суспільство громадян, що перебувають на випробувальному терміні, та звільнених з місць позбавлення волі». В рамках даного проекту Всеукраїнською благодійною організацією «Конвіктус Україна» за методичної підтримки Мінсоцполітики проводиться робота щодо удосконалення діяльності Центру соціальної адаптації для осіб, звільнених з місць позбавлення волі «Дім на півдорозі».

В Україні багато зроблено для гуманізації процесу виконання покарань, удосконалення форм психолого-педагогічного впливу на засуджених, покращення комунально-побутового та медико-санітарного забезпечення осіб, які перебувають в місцях позбавлення волі, створення основи професійної підготовки персоналу.

Основними умовами адекватної допомоги особам, що мають залежність від вживання наркотиків є: скасування карних підходів в системі лікування наркоманії як таких, що несумісні з тенденціями демократичного розвитку і провокують соціальну дискримінацію осіб залежних від вживання наркотиків; впровадження нової концепції медико-соціальної реабілітації, основними моментами якої є:

- а) географічна та економічна доступність допомоги для осіб з залежністю від вживання наркотиків;

б) відмова від вживання наркотиків не повинна бути попередньою умовою надання допомоги особам залежним від вживання наркотиків з боку соціальних служб; розподіл відповідальності за лікувальний процес між службою допомоги і клієнтом.

У 2014 році Мінсоцполітики підготовкою соціальних працівників було передбачено опрацювання питань щодо особливостей індивідуального консультування особи, яка має психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання психоактивних речовин, та розробки індивідуальних програм соціальної реабілітації такої молоді, здійснення соціального супроводу сімей з дітьми, які мають зазначену проблему. Спільно з Представництвом ЮНІСЕФ в Україні підготовлено 100 спеціалістів обласних/районних/міських центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді за програмою «Надання соціальних послуг сім'ям (особам), які перебувають у складних життєвих обставинах, пов'язаних із ВІЛ-інфекцією та вживанням наркотиків».

У 2014 році під соціальним супроводом перебуває понад 141 тис. сімей, які перебувають у складних життєвих обставинах, в них виховується 298 тис. дітей. За результатами роботи з сім'ями, які перебували під соціальним супроводом, у тому числі з причин залежності: 7 тис. 821 членів сімей отримали допомогу в лікуванні; 967 молодих людей залучено до проходження реабілітаційних програм; 2 тис. 917 тис влаштовано на навчання; 5 тис. 160 надано допомогу з працевлаштування.

Ресоціалізація засуджених осіб

Серед багатьох осіб, які відбули покарання у виді обмеження волі або позбавлення волі на певний строк, гострою залишається проблема адаптації до соціальних умов. Велику роль у соціальній адаптації особистості відіграє її психологічна готовність до життя у соціумі. Без психологічної підготовки на етапі перед звільненням та без психологічної підтримки на етапі після звільнення із пенітенціарних установ важко пристосуватися таким особам до життя в сучасних соціальних умовах «знайти себе» й відчути себе повноцінним членом суспільства. Така психологічна допомога дозволяє уникнути рецидивів правопорушень та сприяє подальшому розвитку особистості.

Головні проблеми у засуджених осіб розпочинаються, коли вони перестають бути засудженими, і звільняються. Зіткнувшись з недовірою багато звільнених з місць позбавлення волі стають на шлях жорстокості, спокійно повертаються туди з звідки прийшли, хоча обіцяли більше не повертатися.

СІН та ВІЛ-інфіковані — це саме та категорія засуджених, яка з різних причин має найбільші проблеми з соціальною адаптацією після звільнення, оскільки не завжди потрапляє в поле зору громадського сектору охорони здоров'я, зволікає з початком лікування, демонструє малу прихильність до нього, практикує ризиковані форми поведінки, має труднощі з працевлаштуванням та високі показники рецидивів, як в поверненні до вживання наркотиків і алкоголю, так і в поверненні до злочинної діяльності. Саме вони потребують найбільшої уваги та найефективніших заходів.

У новому Кримінально-виконавчому кодексі України (ст. 25) йдеться про необхідність участі громадськості у виправленні і ресоціалізації засуджених, а саме про громадський контроль за дотриманням прав засуджених під час виконання кримінальних покарань. Сутність громадського впливу на процес виправлення і ресоціалізації засуджених передбачає два напрями. Перший, це громадський вплив на суб'єктів кримінально-виконавчих відносин, які здатні ефективно вплинути на цей процес і другий громадський вплив на засуджених осіб, які відбувають покарання у виправних колоніях середнього рівня безпеки. Громадський контроль слід вважати як самостійний інститут виправлення і ресоціалізації засуджених, але в той же час громадський контроль не сприятиме виправленню і ресоціалізації осіб, до яких було застосовано кримінальне покарання. Це зменшує долю громадського впливу на вказану категорію осіб, яких контролює лише виправна колонія.

Громадський контроль за дотриманням прав засуджених під час виконання кримінальних покарань здійснюють спостережні комісії, які діють на підставі Кримінально-виконавчого кодексу та Положення про спостережні комісії, у випадках, встановлених Кодексом та законами України, громадський контроль за дотриманням прав засуджених під час виконання кримінальних покарань можуть здійснювати об'єднання громадян.

У контексті проблем із поверненням засуджених в суспільство у якості його повноправних членів, неможливо оминати увагою сприяння в цьому громадського впливу, який також сприяє досягненню

основної мети кримінального покарання. Роль громадськості, як одного з основних засобів виправлення і ресоціалізації проявляється не тільки у період після звільнення від відбування покарання, а й протягом періоду реалізації покарання і перебування засудженого у виправній колонії. Громадський вплив здійснюється через залучення до участі у процесі виправлення і ресоціалізації широкого кола суб'єктів. В основному це громадяни, представники релігійних благодійних чи правозахисних організацій, представники спостережних комісій, засобів масової інформації, громадські формування з допомоги засудженим, представники об'єднання громадян, представники місцевої громади, які здійснюють свій вплив на засуджених шляхом надання різного роду матеріальної, моральної, духовної допомоги.

Засуджені залучаються до суспільно корисної праці з урахуванням наявних виробничих потужностей, зважаючи при цьому на стать, вік, працездатність, стан здоров'я і спеціальність. Засуджені залучаються до праці на підприємствах, у майстернях колоній, а також на державних або інших формах власності підприємств за умови забезпечення їх належної охорони та ізоляції. Участь засуджених у суспільно корисній праці, як складова процесу їх ресоціалізації, передбачає запровадження дієвого механізму їх заохочення до трудової діяльності та оптимізації системи оплати праці. Йдеться насамперед про розв'язання на законодавчому рівні питань про надання працюючим засудженим так званих «трудова відпусток», призначення пенсій у період відбування покарання тощо.

Для забезпечення потреб засуджених осіб у професійно-технічній освіті, оволодінні робітничими професіями та спеціальностями, що користуються попитом на ринку праці, при установах виконання покарань функціонує 88 професійно-технічних навчальних закладів.

Пошук роботи або стабільного джерела доходу після звільнення є найскладнішими цілями, після них менш складними такі завдання як возз'єднання з сім'єю та пошук постійного місця проживання.

Важливою є проблема відбування кримінальних покарань неповнолітніми особами — це, по суті, проблема соціально-педагогічна. Головною метою суспільства є виправлення і ресоціалізація неповнолітніх засуджених для повернення їх до моральних та правових норм життя.

За даними Державної пенітенціарної служби України станом на 01.01.2015 року у виховних колоніях ДПТС України відбувають покарання 442 особи віком від 14 до 18 років з яких 275 осіб є неповнолітніми. Неповнолітні, засуджені до покарання у виді позбавлення волі, відбувають його у спеціальних виховних установах. На сьогодні це 6 виховних колоній, 5 з них виконують покарання у виді позбавлення волі на певний строк стосовно засуджених неповнолітніх чоловічої статі, одна — для неповнолітніх дівчат.

З неповнолітніми та молоддю, які відбувають покарання і звільняються з місць позбавлення волі, здійснюється соціально-виховна та психологічна робота щодо вирішення проблем, які можуть виникнути після звільнення. Робота спрямована на подальшу ресоціалізацію молоді, формування здорового способу життя, профілактику вживання алкоголю та наркотичних засобів.

Більше того, профілактика злочинності значною мірою пов'язана з профілактикою рецидиву. Соціальні послуги неповнолітнім особам, які звільняються з місць позбавлення волі та неповнолітнім, які вчинили правопорушення надаються центрами соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді з метою їх ресоціалізації та інтеграції у суспільство.

Поліпшенню роботи соціальним працівникам в Центрах соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді з неповнолітніми, які звільняються з місць позбавлення волі сприяє відповідна нормативно-правова база, яка покращилась за останні роки. На державному рівні прийнято Закон України «Про соціальну роботу з сім'ями, дітьми та молоддю» (2001 р., зі змінами та доповненнями 2012 р.), Закон України «Про соціальну адаптацію осіб, які відбувають чи відбули покарання у виді обмеження волі або позбавлення волі на певний строк» (2011 р., зі змінами та доповненнями 2012 р.), Постановою Кабінету Міністрів України від 01.08.2013 № 573 «Про затвердження Загального положення про центр соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді» (зі змінами від 17.07.2015 №495), чинним є спільний наказ № 478/5/180/375/212/258 від 28.03.2012 р. Міністерства соціальної політики України, Міністерства освіти і науки, молоді та спорту України, Міністерства охорони здоров'я України, Міністерства внутрішніх справ «Про затвердження Порядку взаємодії установ виконання покарань та суб'єктів соціального патронажу під час підготовки до звільнення осіб, які відбувають покарання у виді обмеження волі або позбавлення волі на певний строк» та інші нормативно-правові акти. Документи визначають сучасні підходи соціальної роботи з неповнолітніми, які відбули покарання і звільняються з місць позбавлення волі. Відповідно до Закону України «Про соціальну роботу з сім'ями, дітьми та молоддю» суб'єктами со-

ціальної роботи з сім'ями, дітьми та молоддю є уповноважені органи, що здійснюють соціальну роботу з сім'ями, дітьми та молоддю; фахівці з соціальної роботи з сім'ями, дітьми та молоддю; об'єднання громадян, благодійні, релігійні організації; юридичні та фізичні особи, які надають соціальні послуги сім'ям, дітям та молоді; волонтери у сфері соціальної роботи з сім'ями, дітьми та молоддю. В Україні діє мережа Центрів соціальних служб, одним з основних завдань є діяльність, що визначає соціальну підтримку та адаптацію молоді, яка звільнилася з місць позбавлення волі, зокрема сприяння їх соціалізації та ресоціалізації, соціальний супровід. Основними функціями, що здійснюються Центрами соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді щодо соціального супроводу осіб, які звільняються з місць позбавлення волі є соціальний патронаж шляхом надання соціально-педагогічних, соціально-медичних, соціально-економічних, психологічних, юридичних та інформаційних послуг; надання допомоги в оформленні правових документів, відновленні прав на житло, здобуття освіти та працевлаштування; сприяння налагодженню зв'язків у родині та найближчим оточенням; допомога психолога у відновленні соціальних функцій та адаптації до умов життя після звільнення з установ виконання покарань; залучення до надання соціальної допомоги засудженим об'єднань громадян, підприємств, установ, організацій незалежно від форми власності, у тому числі благодійних організацій, а також окремих громадян; формування банків даних клієнтів тощо. Для того, щоб діяльність соціального працівника з соціально — психологічної допомоги і соціального супроводу зазначеної категорії молоді була ефективною, він повинен мати чітке уявлення про доцільні напрямки, передові технології і методики соціальної роботи у цій сфері. Структуру об'єкта соціально-педагогічної роботи за цим напрямком становлять три категорії клієнтів: неповнолітні (віком від 14 до 18 років), які звільнилися з місць позбавлення волі; молодь (віком від 18 до 35 років), яка звільнилася з місць позбавлення волі; представники соціального оточення (передусім, батьки, діти яких звільнилися з місць позбавлення волі, громада). Основним очікуваним результатом соціальної роботи з неповнолітніми, які звільняються з місць позбавлення волі, має стати набуття прийнятного для суспільства соціального статусу особистості, формування відчуття психологічного комфорту клієнтів від ведення способу життя, сумісного із загальноприйнятими нормами і правилами. Отже, питання соціального супроводу неповнолітніх осіб, які звільняються з місць позбавлення волі, є одним з пріоритетних для ДПтС України і Центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді.

ДПтС України підтримується ініціатива Групи Помпиду Ради Європи щодо реалізації пілотного проекту «Школа Адаптації Наркозалежних у Соціумі» (ШАНС), метою якого є розробка та реалізація програми щодо попередження повернення осіб, які звільняються з місць позбавлення волі, до вживання наркотиків та рецидиву їх кримінальної поведінки. Наразі пілотний проект розпочато в Сумській та Полтавській областях.

В усіх установах ДПтС України здійснюється залучення засуджених, в т.ч. православних, до участі у програмі диференційованого виховного впливу «Духовне відродження». Як правило, у кожній установі є молитовна кімната, храм або каплиця, установу відвідує православний священик, функціонує православна община засуджених, проводяться богослужіння, духовні бесіди, таїнства, заняття недільної школи, православні концерти, є бібліотеки православної літератури, аудіо- та відеозаписів. Взаємодія із громадською організацією «Духовність і право» орієнтована на підвищення психологічної освіти засуджених, поліпшення соціально-психологічного клімату, надання матеріальної допомоги для оформлення відповідних документів і отримання спеціальності.

Із органами та установами ДПтС України у справі виправлення та ресоціалізації засуджених на постійній основі співпрацюють 210 об'єднань громадян, 30 з яких — міжнародні неурядові благодійні організації, 36 організацій всеукраїнського та 144 — регіонального рівня.

У 2014 році продовжено реалізацію проекту «Побудова життєздатної системи комплексних послуг з профілактики та лікування ВІЛ/СНІДу, догляду та підтримки для уразливих груп населення та людей, які живуть з ВІЛ/СНІД».

Профілактичні і просвітницькі заходи щодо протидії наркоманії, пропаганди здорового способу життя та формування навичок протистояння шкідливому впливу вживання наркотичних засобів здійснюються спільно з більше ніж 100 недержавними організаціями, що надають послуги молодим людям, які мають психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання психоактивних речовин. За результатами такої спільної роботи протягом 2014 року 16 тис. 20 осіб відмовилися від вживання психоактивних речовин після проходження курсу програм ресоціалізації.

Як приклад:

у Кіровоградській області Громадські організації та центри реабілітації і ресоціалізації осіб, які мають психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання психоактивних речовин, області використовують практику «рівний-рівному» шляхом залученням до антинаркотичної роботи осіб, які вилікувалися від наркотичної залежності та знаходяться в стані довготривалої ремісії.

У Тернопільській області у комунальній установі Тернопільської обласної ради «Тернопільський обласний наркологічний диспансер» працює соціальний працівник і практичний психолог, проводять антинаркотичну роботу з особами, які проходять лікування від наркотичної залежності, та їх родичами. Протягом 2014 року соціальним працівником в амбулаторних і стаціонарних умовах проведено 315 індивідуальних консультацій, практичним психологом — 598 індивідуальних та 82 групових консультацій, якими охоплено 415 осіб.

У Харківській області до програм підготовки соціальних працівників, волонтерів для роботи в наркологічних закладах, центрах ресоціалізації осіб, які мають психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання психоактивних речовин, інших закладах і установах соціального спрямування, діяльність яких пов'язана із запобіганням виникненню негативних явищ у молодіжному середовищі, включені питання щодо надання індивідуальних та групових соціально-психологічних, реабілітаційних, інформаційних, юридичних послуг; соціального супроводу сімей, які опинились в складних життєвих обставинах, організації клубів спілкування з особами, які вилікувалися від наркотичної залежності, та їх родичами; популяризації здорового способу життя; протидії соціально небезпечним хворобам; розвитку лідерських якостей та ін.

КЗОЗ «Обласний наркологічний диспансер», як провідна установа, що забезпечує контроль за наркоситуацією у регіоні та взаємодію з органами внутрішніх справ, використовує практику залучення до роботи соціальних працівників благодійних фондів «Благо» та «Авалон» з числа як наркоманів, які перебувають у стані ремісії, так і тих, що перебувають на лікуванні у програмі замісної підтримувальної терапії.

У базових навчальних центрах, створених у всіх районах міста та області, фахівцями наркологічної служби проведено 643 заняття з 12497 слухачами з числа педагогів, правоохоронців, медиків та соціальних працівників з питань профілактичної роботи у дитячому середовищі.

У Черкаській області функціонує мережа центрів соціально-профілактичної роботи та ресоціалізації молоді, які мають психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання психоактивних речовин. Для їх ефективної роботи протягом року підготовлено 18 соціальних працівників, які залучаються до участі у проектах з профілактики ВІЛ-інфекції та наркоманії. Крім цього, ще 18 соціальних працівників навчалися на семінарах «Профілактика гепатитів в середовищі СІП», «Профілактика передозувань, ВІЛ-інфекцій в середовищі СІН» та «Соціальна робота в програмах ЗПТ».

9. Ринок наркотиків

9.1. Вступ: дефініції, інструменти збору даних та контекстуальна інформація

Масштаби та обсяг вживання наркотиків, що знаходяться у незаконному обігу перебувають у прямій залежності від незаконної торгівлі ними, яку вже давно прибрали до рук міжнародні «синдикати» і ведуть широкий наступ на всі країни з метою заволодіння ринками збуту.

Всі особи незалежно від того, потрапляють вони в залежність від наркотиків чи ні, утворюють великий ринок споживачів, який у свою чергу стимулює їх виробництво та контрабандне ввезення. Чим більше споживачів, тим вищі доходи осіб, які займаються збутом наркотиків, тим більшою є їх зацікавленість у вдосконаленні своєї злочинної діяльності.

Таким чином «ринок наркотиків» — це просто сфера торгівлі, яка не здійснюється за принципами, визначеними для неї державою (кримінальна заборона) і виникає в силу цілком об'єктивних законів системи. Де є попит, обов'язково є і пропозиція — завжди знаходиться той, хто захоче його задовольнити.

Фактор ризику для осіб, які займаються незаконним обігом наркотиків, компенсується надвисоким прибутком, що дає змогу підкуповувати потрібних чиновників, силовиків, наймати найкращі кадри для менеджменту, це в свою чергу робить наркобізнес ще сильнішим і ефективнішим.

Сьогодні в Україні досить широкого розповсюдження набуло вживання не за медичним призначенням наркотичних засобів і психотропних речовин або їх аналогів; існує сировинна база; є належний попит з боку споживачів і достатня пропозиція з боку постачальників; вже створено кримінальний ринок наркотиків на рівні організованих злочинних угруповань.

Незаконний обіг наркотиків руйнує економіку, соціальну сферу, підвищує рівень злочинності, руйнує моральні підвалини суспільства, вражає своїм негативним впливом молодь, провокує конфлікти. Його можна розглядати як загрозу національній безпеці України.

З метою отримання необхідної інформації для підготовки звіту було направлено цільові запити до суб'єктів системи моніторингу ситуації у сфері обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів та боротьби з їх незаконним розповсюдженням: Адміністрації державної прикордонної служби України, Служби безпеки України, Державної фіскальної служби України, Генеральної прокуратури України, Міністерства юстиції України, Міністерства внутрішніх справ України, Міністерства охорони здоров'я України, Експертних служб Служби безпеки і Міністерства внутрішніх справ України, Державної судової адміністрації України та деяких інших структур.

На сьогодні в Україні здійснюється моніторинг наркоситуації на підставі матеріалів відповідних органів та відомств, задіяних у вирішенні питань, пов'язаних з законним та незаконним обігом наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, в рамках розпорядження Кабінету Міністрів України від 22.10.2010 № 2140-р.

Даний аналіз, пов'язаний із незаконним ринком збуту наркотиків та цінами на них будувався здебільшого на інформації правоохоронних органів та державних установ (статистичні та аналітичні дані), яка значною мірою залишається вузько відомчою, в окремих випадках суперечливою через що не може слугувати об'єктивною базою для здійснення кардинальних ефективних кроків у наркополітиці в цілому. У зв'язку з викладеним для Державної установи «Український моніторинговий та медичний центр з наркотиків та алкоголю МОЗ України» очевидно є нагальна потреба в узагальненні досвіду ЄМЦННЗ з метою розробки сучасної методології моніторингу наркоситуації, запровадження єдиних критеріїв та підходів в її оцінці, а також необхідність поглиблення контактів з європейськими інституціями у сфері контролю за наркотиками.

9.2. Наявність наркотиків, що знаходяться у незаконному обігу та канали надходження

Наркотики все більше набувають якостей молодіжної «культури» як паління та вживання алкогольних напоїв. Негативного резонансу набирає проникнення наркотиків із суто кримінального середовища до місць масового проведення дозвілля громадян та в навчальні заклади. Найдоступнішими місцями де можна придбати наркотики як рослинного походження так і синтетичні є розважальні заклади, бари, кафе, комп'ютерні клуби, дискотеки, нічні клуби та інші місця масового відпочинку молоді. Останнім часом це стало можливим навіть у навчальних закладах: ВУЗах, ПТНЗ і загальноосвітніх середніх школах.

Правоохоронними органами України постійно здійснюються заходи, спрямовані на виявлення та перекриття каналів витоку наркотичних засобів і психотропних речовин з об'єктів законного обігу у незаконний.

З метою недопущення потрапляння наркотиків до учнівської та студентської молоді співробітниками МВС проводилися заходи в навчальних закладах та на прилеглих територіях, спрямовані на виявлення фактів вживання (не за медичним призначенням) чи збуту наркотиків. Із незаконного обігу в навчальних закладах та на прилеглих територіях вилучено 311,2 кг наркотичних засобів: марихуану, макову соломку, опій, амфетамін отруйні і сильнодіючі лікарські засоби. У стані наркотичного сп'яніння затримано 68 неповнолітніх, серед яких 19 школярів, 15 учнів ПТНЗ, 5 — технікумів, 4 — вищих навчальних закладів та 25 — які не навчалися.

Працівниками органів внутрішніх справ протягом 2014 року на території держави проводилися заходи, пов'язані з недопущенням розповсюдження наркотичних засобів та психотропних речовин у розважальних закладах та місцях масового відпочинку громадян. Вилучено 339,3 кг наркотиків: марихуани, макової соломи, амфетаміну, опію. За фактами вилучення наркотичних засобів у розважальних закладах до ЄРДР внесено 691 кримінальних правопорушень за якими 582 особі вручено повідомлення про підозру. Із них 212 особам вручено повідомлення про підозру за збут наркотичних засобів, 341 — за зберігання наркотиків у розважальних закладах, 8 — за схилення до вживання наркотиків, 9 — за незаконне публічне вживання наркотичних засобів та 7 особам — за збут отруйних та сильнодіючих лікарських препаратів. У стані наркотичного сп'яніння виявлено 58 осіб.

Як приклад: в одному із нічних клубів міста Києва виявлено групу молоді, в складі 7 осіб у яких вилучено марихуану, екстазі, ЛСД, амфетамін та прилади для вживання наркотиків. Також, у вказаному закладі з 200 відпочиваючих майже кожен знаходився в стані алкогольного сп'яніння, або близько 40 осіб, перебували в стані наркотичного сп'яніння.

Здійснено низку заходів щодо тимчасового призупинення діяльності розважальних закладів, де виявлено факти систематичного вживання або розповсюдження наркотиків. Відповідно до Закону України «Про заходи протидії незаконному обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів та зловживанню ними» органами внутрішніх справ винесено 57 попереджень власникам розважальних закладів про неналежний контроль з їх боку за дотриманням вимог законодавства з протидії незаконному вживанню й розповсюдженню наркотичних засобів і психотропних речовин. До суду направлено 9 подань про призупинення діяльності розважальних закладів.

З метою виявлення джерел і перекриття каналів надходження в незаконний обіг наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів з хіміко-фармацевтичних підприємств, аптечних закладів, інших місць їх виробництва, зберігання та реалізації у період з березня по грудень 2014 року на території держави проводилися заходи, спрямовані на документування осіб, які організували канали витоку підконтрольних речовин з підприємств, що виробляють або у своєму виробництві використовують наркотичні засоби, психотропні речовини і прекурсори, об'єктів аптечної мережі, лікувальних закладів, закладів замісної підтримувальної терапії, комерційних структур та місць ймовірної «вуличної» торгівлі сильнодіючими або отруйними лікарськими засобами та прекурсорами.

За час проведення заходів за фактами виявлених порушень у сфері обігу підконтрольних речовин, розпочато 150 кримінальних проваджень (без врахування ст. 307 КК України — (незаконне виробництво, виготовлення, придбання, зберігання, перевезення, пересилання чи збут наркотичних засобів, психотропних речовин або їх аналогів), з яких: 21 — за ознаками злочину, передбаченого ст. 308 КК (викрадення, привласнення, вимагання наркотичних засобів, психотропних речовин або їх аналогів чи

заволодіння ними шляхом шахрайства), 17 — за ст. 318 КК (незаконне виготовлення, підроблення, використання чи збут підроблених документів на отримання наркотичних засобів, психотропних речовин або прекурсорів, 5 — за ст. 319 КК (незаконна видача рецепта на право придбання наркотичних засобів або психотропних речовин), 107 — за ст. 320 КК (порушення встановлених правил обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів або прекурсорів).

За результатами проведених заходів із незаконного обігу вилучено 0,9723 кг лікарських препаратів, що містять наркотичні засоби, 3,1525 кг лікарських препаратів, що містять психотропні речовини, 3,8082 кг комбінованих лікарських препаратів у тому числі такі, що містять кодеїн.

З метою перекриття каналів витоку рослинної сировини, що містить наркотичні засоби та психотропні речовини із законних посівів у незаконний обіг органами внутрішніх справ на території країни з 20 травня по 26 вересня 2014 року проводилися заходи по виявленню і знищенню незаконних посівів рослин виду мак снотворний (*Papaversomniferum* L) і рослин роду коноплі (*Cannabis*), які містять наркотичні засоби та психотропні речовини.

Із незаконного обігу вилучено 1 тис. 622 кг сировини, а саме 1 тис. 159 кг марихуани та 463 кг макової соломи.

За офіційними даними Генеральної прокуратури України у звітний період в ЄРДР зареєстровано 3689 кримінальних правопорушень за ст. 310 КК України «посів або вирощування рослин виду мак снотворний чи роду коноплі». Питома вага яких складає 8% від загальної кількості наркозлочинів. Із них по 1 923 провадженням особам вручено повідомлення про підозру, 1 754 кримінальних проваджень направлено до суду з обвинувальним актом, 226 — вчинено особами, які раніше вчиняли кримінальні правопорушення, 6 — групою осіб.

В тому числі органами внутрішніх справ розпочато 3,2 тис. кримінальних проваджень з яких 1,7 тис. особам повідомлено про підозру, стосовно 17 правопорушників обрано запобіжний захід у вигляді тримання під вартою

З урахуванням особливостей наркоситуації в країні, необхідності своєчасного виявлення можливих каналів витоку у незаконний обіг наркотичних засобів у звітному періоді проведено 318 перевірок дотримання законодавства у сфері контролю за дотриманням суб'єктами господарювання умов провадження діяльності, пов'язаної з обігом наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів, з яких 285 планова перевірка та 33 позапланових. За результатами проведених ДСКН України перевірок видано 147 розпоряджень про усунення порушень, анульовано 4 ліцензій, 8 ліцензій визнано недійсними. як такі, що не переоформленні в установлений термін.

Ще одним із можливих каналів витоку в незаконний обіг наркотиків є крадіжки. Заради високих прибутків крадіжки скоюються особами, які за характером роботи причетні до законного обігу наркотичних засобів, насамперед ті, хто вирощує і збирає врожай рослин, що містять наркотичні засоби та психотропні речовини (мак, конопля), із пожнивних залишків законних посівів, із висаджених громадянами на присадибних ділянках рослин виду мак снотворний та роду коноплі, умисно прихованими висадками серед інших сільськогосподарських культур або на лісних галявинах та віддалених від населених пунктів не використаних в сільськогосподарських цілях землях, а також із заводів, що в промислових цілях переробляють коноплю, хіміко-фармацевтичних підприємствах, баз і складів, в яких зберігаються лікарські засоби.

Відбувається викрадення сировини або готових лікарських препаратів наркотичної дії з хімфарм-підприємств, аптек, лікувальних закладів з метою подальшого збуту скупникам — оптовикам, які продають їх своїм клієнтам — споживачам.

Серед медичних працівників викрадачами наркотичних засобів найчастіше є медичний персонал онкологічних лікарень, травматологічних пунктів, станцій швидкої медичної допомоги, працівники аптек, аптечних складів, лікарі — анестезіологи тощо.

Упродовж 2014 року в 18 регіонах (Вінницька, Волинська, Дніпропетровська, Донецька, Житомирська, Запорізька, Івано-Франківська, Київська, Луганська, Миколаївська, Одеська, Полтавська, Рівненська, Харківська, Хмельницька, Черкаська та Чернігівська області, а також м. Київ) а саме в 42 сайтах впровадження ЗПТ виявлено 93 факти порушень установлених правил обігу підконтрольних лікарських засобів, які внесені до ЄРДР відносно 81 особи, з яких 73 учасника ЗПТ та 8 медичних працівників. За вказаними фактами органами досудового розслідування розпочато 93 кримінальні провадження, з них за ст. 307 КК України — 34, за ст. 308 КК України — 3, за ст. 309 КК України — 43, за ст. 320 КК України — 12 та за ст. 321 КК України — 1 кримінальне провадження. У межах указаних кримінальних

проваджень повідомлено про підозру 45 особам, з яких до 22 обрано запобіжні заходи, у тому числі у вигляді тримання під вартою до 9 осіб.

Із незаконного обігу вилучено 768 доз наркотичних лікарських препаратів, що використовуються сайтами підтримувальної терапії.

З метою попередження протиправного використання організованою наркозлочинністю сфери законного обігу в Україні підконтрольних речовин Службою безпеки України здійснюється аналіз інформації щодо діяльності на території нашої держави ліцензіатів — суб'єктів господарювання, які працюють у сфері законного обігу підконтрольних речовин та прекурсорів (виробників, експортерів та імпортерів). Здійснюється моніторинг та аналіз експорту та імпорту в Україну наркотичних (комбінованих), психотропних лікарських засобів (субстанцій) з метою визначення їх потреби в Україні та контроль за законними експортно-імпортними операціями з наркотичними засобами, психотропними речовинами і прекурсорами з метою попередження можливих намагань вивести їх у незаконний міжнародний обіг.

Протягом 2014 року розглянуто 1 090 пакетів документів суб'єктів господарювання на право отримання дозволу на ввезення, вивезення або транзит через територію України підконтрольних речовин, по 6 з яких відмовлено у дозволі на імпорт/експорт підконтрольних речовин у зв'язку з наявністю порушень.

Проблеми поширення наркотиків тісно пов'язані з високим рівнем корупції в правоохоронних та контролюючих органах, співробітники яких, зловживаючи посадовим становищем, за матеріальну винагороду беруть участь у налагодженні каналів витоку наркотичних засобів, створюють прикриття, допомагають уникнути кримінальної відповідальності та забезпечують функціонування незаконних механізмів розповсюдження.

Оцінка доступності наркотиків

Асортимент наркотичних засобів, що використовуються у світі, стрімко змінюється і Україна — не виняток. І хоча опіати, насамперед у вигляді макової соломи та каннабіноїди продовжують лідирувати. Однак, доступними для молоді є продукція до складу якої входять екстракти із трав, що містять психоактивні речовини у вигляді солі для ванн, «спайси» і т. д.

За даними МВС протягом 2014 року порушено 17 кримінальних проваджень за ст. 318 КК України і 5 проваджень — за ст. 319 КК України. За офіційними даними Судової адміністрації України за відповідні злочини засуджено 7 осіб, із них 5 осіб за ст. 318 КК України і 2 особи за ст. 319 КК України. Серед засуджених 4 — лікарі або фармацевти.

На сьогодні наркотичні засоби стали більш доступнішими, у місцях масового відпочинку молоді (на дискотеках, у нічних клубах, кафе) їх можна придбавати «майже вільно» як спиртні напої чи тютюнові вироби.

Серед проблем, що постають перед українським суспільством внаслідок розповсюдження незаконних наркотиків, особливе місце займає проблема інтеграції наркотичної субкультури у молодіжну та загальна легітимація наркотизму у суспільній свідомості, а саме: збільшення ступеня оцінки доступності наркотиків, «загострення» оцінки алкогольних і наркотичних проблем, збільшення толерантності щодо наркоманів, а також розширення припустимих меж вживання алкоголю, наркотиків і посилення мотивації на їхнє вживання.

Оцінка ступеня доступності наркотиків мала відносно слабку позитивну динаміку, але за останнє десятиліття спостерігається якісний стрибок, який показує реальну ситуацію з незаконним обігом наркотиків. Учнівська молодь наприклад, вважає, що «легко» або «скоріше легко, ніж важко» дістати наркотики, молоді люди вважають, що можуть не мати труднощів у випадку, якщо це їм буде потрібно.

З метою визначення ефективності профілактики наркоманії серед учнів та студентів Інститутом інноваційних технологій і змісту освіти проведено багатокомпонентне моніторингове дослідження «Стан превентивної освіти дітей та учнівської молоді в навчальних закладах. Ефективність профілактичних програм щодо здорового способу життя» (наказ Міністерства освіти і науки, молоді та спорту України від 02.10.2012 р. № 1065).

Результати опитування доводять, що сучасні заклади освіти зберігають статус одного з основних інститутів соціалізації особистості, її становлення і всебічного розвитку, відіграє ключову роль у справі формування здорового способу життя: 70% опитаних старшокласників повідомили, що найчастіше

отримують необхідну інформації з питань формування здорового способу життя та шкідливого впливу на здоров'я алкоголю, тютюну, наркотичних речовин на уроках та під час спеціальних заходів в школі.

Переважає більшість опитаних старшокласників вважає себе достатньо обізнаними з таких питань (дані надані в середньому значенні):

- вплив алкоголю на організм молоді людини (93% позитивних відповідей учнів 10-х та 11-х класів);
- здорового способу життя (92% позитивних відповідей учнів 10-х та 11-х класів);
- вплив куріння на організм молоді людини (88% позитивних відповідей учнів 10-х та 11-х класів);
- профілактика ВІЛ/СНІДу та вплив наркотичних речовин на здоров'я людини (87% позитивних відповідей учнів 10-х та 11-х класів).

71% опитаних представників учнівської молоді назвали себе достатньо обізнаними з проблем збереження репродуктивного здоров'я.

Значна робота протягом 2014 року проводилася у регіонах. Проведено моніторингове дослідження «Стан превентивної освіти дітей та учнівської молоді в навчальних закладах. Ефективність профілактичних програм щодо здорового способу життя: шкідливі звички, протидія епідемії ВІЛ/СНІДу у Рівненській області». До моніторингових досліджень було залучено наступні категорії респондентів: класні керівники 7, 10 класів — 52 (10 — місто, 42 — сільська місцевість); учителі основ здоров'я — 104 (18 — місто, 86 — сільська місцевість); учні: 5 клас — 49 (22 — місто, 27 — сільська місцевість); 7 клас — 25 (11 — місто, 14 — сільська місцевість); 10 клас — 25 (11 — місто, 14 — сільська місцевість); батьки — 100 (31 — місто, 69 — сільська місцевість). Загальна кількість респондентів — 355. Психологічними службами навчальних закладів м. Рівного впродовж 2014 року проведено контрольні зрізи для визначення рівня знань учнів щодо формування навичок здорового способу життя. В опитуванні взяли участь 6 689 учнів 3 — 11 класів. За результатами опитування проведено для учнів 65 тренінгових занять, 157 лекцій з елементами тренінгу та 160 бесід, 75 індивідуальних і 50 групових консультацій (охоплено 164 учні).

В Запорізькій області в Бердянському державному педагогічному університеті проводиться діагностична робота, яка спрямована на вивчення початкових ознак схильності студентів до вживання тютюну та наркотиків з метою виявлення студентів, які можуть належати до груп ризику. У Бердянському машинобудівному коледжі ЗНТУ проведено анонімне анкетування серед студентів коледжу з метою моніторингу ефективності профілактичних заходів з зазначеної проблеми. Результати анкетування були обговорені на засіданні методичного об'єднання кураторів та визначено найбільш ефективні напрямки роботи. У коледжі Хортицького національного навчально-реабілітаційного багатопрофільного центру проведено анонімне анкетування на тему: «З якими пропозиціями вживання наркотиків я стикався (–лась) у житті».

Відповідно до наказу Міністерства освіти і науки, молоді та спорту України № 1065 «Про проведення моніторингового дослідження стану превентивної освіти дітей та учнівської молоді в навчальних закладах» Центром практичної психології, соціальної роботи та корекційної освіти Закарпатського інституту післядипломної педагогічної освіти упродовж травня — червня 2014 року проведено другий етап моніторингового дослідження в рамках державної програми «Репродуктивне здоров'я нації на період до 2015 року».

Упродовж березня — квітня 2014 року організовано анкетування учнів 7 — 8 класів на тему «З комп'ютером на «Ти», листопада — грудня — анкетування учнів 9 — 10 класів на тему «Молодь і протиправна поведінка».

27 жовтня 2014 року на базі Ужгородської загальноосвітньої школи I — III ступенів №10 ім. Дойко Габора проведено обласний навчально-методичний семінар для керівників психологічних служб районів (міст) на тему «Методичне забезпечення психологічного супроводу особистісного та професійного самовизначення», на якому розглядалися питання організації дозвілля учнів «групи ризику» та впливу наркотиків на поведінку учнів, питання протидії поширенню наркоманії.

В навчальних закладах Київської області проводились анонімні опитування учнів на предмет обізнаності в питаннях наркоманії та рівня поширення цього явища в молодіжному середовищі. За результатами проведеного у 2014 р. анонімного опитування учнів шкіл, ПТНЗ (6 276 респондента) — 10% з них один чи більше разів вживали наркотичні засоби.

У Вінницькій області навчально–методичним центром психологічної служби системи освіти проведено обласне дослідження «Вивчення ставлення учнівської молоді до вживання наркотичних засобів та психотропних речовин» серед учнів 8-х, 10-х класів загальноосвітніх навчальних закладів та учнів II курсу професійно-технічних навчальних закладів (7 984 респондента). За результатами дослідження виявлено, що 96% опитаних учнів ніколи не вживали жодних наркотичних речовин. В той же час, на питання про знайомих ровесників, які пробують наркотики, 95% учнів відповіли, що таких немає. Молодь розуміє, що вживання наркотиків — це великий ризик для здоров'я (86%), але 14% відмітили, що це слабкий ризик. Діти вважають ризиком пробувати наркотики навіть один раз (85%), тим більше курити наркотичні речовини (95%), вживати наркотики систематично (98%). 10% учнів відмічають, що існує серед молоді мода на спробу вживання наркотиків, учні зазначають, що у них є мета в житті та вони достатньо розумні, щоб не робити цього, також вміють розважатися і без наркотичних речовин. 98% учнів, що брали участь в опитуванні, відмічають, що їх здоров'я залежить від них самих та для них необхідно дотримуватися принципів здорового способу життя.

У Полтавській області спільна діяльність Департаменту освіти і науки та Департаменту охорони здоров'я реалізовується в загальноосвітніх навчальних закладах області шляхом проведення циклів медичних і гігієнічних знань «Разом до здоров'я». В рамках вищевказаної діяльності у жовтні 2014 року серед учнів 6-11 класів проведено вхідне анкетування, яким було охоплені 60% від загальної кількості учнів зазначеної категорії. За результатами анкетування, виявили схильність до ведення здорового способу життя 89% опитаних школярів, не сформовано переконання щодо необхідності ведення здорового способу життя у 9% учнів і 2% ведуть нездоровий спосіб життя.

Результати проведеного у 2011 році дослідження «Європейське опитування учнівської молоді щодо вживання алкоголю та наркотичних речовин» (ESPAD) яке проводиться 1 раз на чотири роки залишається без змін.

Через брак коштів цільові дослідження, які б стосувались аналізу доступності наркотичних речовин серед загального населення, або цільових груп в Україні не проводились.

Походження наркотиків: виробництво та імпорт наркотичних засобів.

Основними джерелами рослинної сировини, що містить наркотичні засоби та психотропні речовини для виробництва вітчизняних наркотиків є законні і незаконні посіви рослин виду мак снотворний та роду коноплі по усій території України, особливо в південних і західних областях.

На підставі отриманих ліцензій на право культивування рослин, які містять наркотичні засоби та психотропні речовини і обіг яких допускається для промислових цілей у 2014 році культивування рослин роду коноплі (безнаркотичних) здійснювали 7 сільськогосподарських підприємств на загальній площі 900 га і культивування рослин виду мак снотворний — 2 підприємства на загальній площі 232 га.

Довідка: культивування рослин роду коноплі (безнаркотичних) здійснюється — Золотоніським відділенням Дослідної станції луб'яних культур ІСГПС НААНУ 9 га (Черкаська область), ФГ «Кравець О.П.» 20 га (Вінницька область), Дослідною станцією луб'яних культур ІСГПС НААНУ 120 га, ТОВ «Технологія — Л.Р.М.» 296 га і ТОВ «ЕЛІФІБР» 380 га (Сумська область), ФГ «Кунчанський» 10 га (Хмельницька область) та ТОВ «Маковей» 65 га (Харківська область); культивування рослин виду мак снотворний — ТОВ «Бізнес Лайн» 207 га (Черкаська область) та ФГ «Ставнічук О.М.» 25 га (Вінницька область).

З метою зниження рівня наркотизації населення за діяльністю підприємств, які отримали ліцензію на право культивування рослин, які містять наркотичні засоби та психотропні речовини і обіг яких допускається для промислових цілей здійснюється безперервний контроль за дотримання ними затверджених обсягів квот, які щороку визначаються Кабінетом Міністрів України. З метою недопущення витоку пожнивних залишків у незаконний обіг після збору врожаю рослин, які містять наркотичні засоби та психотропні речовини і обіг яких допускається для промислових цілей сільськогосподарськими підприємствами, які отримали ліцензію на право їх вирощування, проводиться знищення пожнивних залишків у присутності комісії до складу якої входять представники контролюючих органів, керівники суб'єктів господарювання, представники територіального органу внутрішніх справ. В порядку контролю за до-

триманням суб'єктами господарювання порядку знищення наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів представники ДСКН України брали участь у роботі цих комісій по знищенню підконтрольних речовин (всього — 20 разів).

Рослини роду коноплі та виду мак снотворний все більше переходять до незаконного культивування під виглядом інших сільськогосподарських культур. Особи, що беруть участь у незаконному культивуванні рослин, які містять наркотичні засоби та психотропні речовини і обіг яких допускається для промислових цілей, умисно приховують посіви на лісних галявинах та віддалених від населених пунктів на не використаних в сільськогосподарських цілях землях. Ділянки, охороняються, а потім збирається урожай, якщо до цього моменту їх діяльність не викривається співробітниками правоохоронних органів.

У звітний період за результатами проведених перевірок співробітниками органів внутрішніх справ виявлено 3 тис. 428 фактів незаконних посівів рослин, які містять наркотичні засоби та психотропні речовини і обіг яких допускається для промислових цілей, з них 1 тис. 594 факти незаконного посіву рослин виду мак снотворний та 1 тис. 773 роду коноплі, а також 60 фактів дикоростучих рослин роду коноплі та 1 факт дикоростучих рослин. Усього, з початку операції знищено 2 млн. 855 тис. рослин, які містять наркотичні засоби та психотропні речовини і обіг яких допускається для промислових цілей, з них 511,4 тис рослин виду мак снотворний та роду коноплі — 2 млн. 343,6 тис. рослин.

За фактами незаконного культивування рослин, які містять наркотичні засоби та психотропні речовини і обіг яких допускається для промислових цілей (ст. 310 КК України) в ЄРДР зареєстровано 3 689 кримінальних правопорушень. Із них органами МВС зареєстровано 3,2 тис. Складено 673 протоколи про адміністративні правопорушення, з яких 267 протоколів за ст. 1061 КУпАП, 397 — за ст. 1062 КУпАП та 9 — за ст. 164 КУпАП. Загальна сума накладених адміністративних стягнень становить 163 тис. 31 грн.

Крім того, територіальними підрозділами ОВС задокументовано 2 кримінальних правопорушення за ст. 320 КК України. Одне правопорушення за фактом порушення ліцензійних умов культивування рослин роду коноплі та ще 1 правопорушення поєднує 3 факти викрадення рослин виду мак снотворний з об'єктів законного їх вирощування за ст. 308 КК України.

Усього за ст. 310 КК України у 2014 році засуджено 1 087 осіб. Серед загального числа засуджених за незаконний посів, або вирощування рослин виду мак снотворний чи роду коноплі 1 080 — громадяни України, 7 — громадяни іншої держави, 552 — жінки, 4 особи засуджено за злочини вчинені у складі групи.

Активно використовується частка дикорослих рослин, що містять наркотичні засоби та психотропні речовини, знищити які дуже важко.

Поряд із власним виробництвом відбувається поступове насичення внутрішнього ринку наркотичними засобами, які мають іноземне походження та ввозяться контрабандним шляхом. Нині реальну загрозу становлять незаконні дії з «важкими» та синтетичними наркотиками, т. зв. «сумішами для паління». Зокрема, протягом 2014 року продовжувалось розширення контрабандного постачання на територію держави наркотиків рослинного походження (гашишу), синтетичних наркотичних засобів, насамперед кокаїну та стимуляторів амфетамінового ряду та психотропних речовин з країн Західної Європи.

Держава зацікавлена у виявленні і затриманні осіб, які контрабандно переміщують наркотичні засоби через кордон.

Контрабандне ввезення та вивезення наркотичних засобів

Наркотичні засоби, психотропні речовини і прекурсори, що ввозяться в Україну, проходять транзитом або вивозяться з України без відповідного дозволу, вважаються контрабандними (ст. 305 КК України) підлягають затриманню митницями та конфіскації. Забороняється ввезення в Україну та вивезення з України наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів шляхом поштового відправлення або на іншу, ніж та, що зазначена у дозволі адресу.

Багатьма державами світу контрабанда розглядається як злочин міжнародного характеру. І оскільки контрабанда наркотиків здійснюється в основному організованими злочинними групами, що діють на території двох і більше держав, в умовах латентності, це явище супроводжується протидією правоохоронних органів України у взаємозв'язку з іншими державами світу.

Через геополітичне розташування України та ускладнення здійснення контролю за переміщеннями через державний кордон на окремих його ділянках, зокрема на українсько-російському у зв'язку з бо-

йовими діями на Сході країни, протягом року територія держави продовжувала використовуватися для транзиту наркотиків до країн Західної Європи, а також наповнення внутрішнього ринку.

Внаслідок цих, та низки інших, причин контрабандне переміщення наркотичних засобів на територію України наростало як з країн Близького, так і Далекого зарубіжжя. Як свідчить практика, наркотики потрапляли на територію України з Росії, Білорусі, Молдови, країн Балтії, Ірану, Афганістану та інших країн світу.

Контрабанда наркотичних засобів зумовлює появу на території України в більшій мірі важких наркотиків, які розповсюджуються з стрімкою інтенсивністю. Простежуються її якісні зміни: контрабандною діяльністю займаються організовані злочинні групи зі стійкими міжнародними зв'язками, спостерігається перехід від об'ємних (макова солома) до менш об'ємних і «важких» наркотиків — опій, екстракт макової соломки, кокаїн тощо.

Інформації щодо принципово нових маршрутів контрабанди наркотиків не отримано, усі зафіксовані випадки здійснювались в межах «традиційних» схем. Злочинні шляхи транспортування наркотичних засобів та психотропних речовин пролягають територією практично всіх прилеглих до України держав.

Завдяки вжитим правоохоронними органами України та зарубіжних країн заходах по боротьбі з контрабандним переміщенням афганського героїну, відмічається деяке зниження інтенсивності використання членами міжнародних наркоугруповань «Балканського північного шляху» та «Шовкового шляху».

Основними напрямками переміщення героїну є Північно — Чорноморський маршрут (має два розгалуження).

Перший маршрут розпочинається в Афганістані, проходить через країни Центральної Азії (Таджикистан, Киргизія, Казахстан) Росію, Україну, Білорусь та Польщу і закінчується в країнах Західної Європи.

Другий — також починається в Афганістані, проходить через Іран, Азербайджан, Вірменію, Грузію, Росію, Україну, Молдову і закінчується в країнах Західної Європи.

Амфетамін та метамфетамін транспортується з Польщі та з Республіки Білорусь, «екстазі» та ЛСД з території Західної Європи, ефедрин та наркотичні лікарські препарати — з Румунії, Молдови, Болгарії це пояснюється меншою їх вартістю по відношенню до вартості героїну і кокаїну та збільшенням попиту на них у молодіжному середовищі (див. таблиця 9.2.1.).

Таблиця 9.2.1.

Шляхи ввезення та вивезення наркотичних засобів

Наркотичний засіб/ психотропна речовина	Країни, з яких ввозилось в Україну	Країни, до яких вивозилось
Продукти канабісу (марихуана, гашиш)	Польща, Словаччина, Росія, Угорщина, Румунія, Молдова, Білорусь, Східна Європа	Білорусь, Росія
Героїн	Афганістан, країни Центральної Азії (Таджикистан, Киргизія, Казахстан) Росія, Україна, Білорусь, Польща, країни ЄС, Іран, Азербайджан, Вірменія, Грузія, Молдова, Західна Європа, Пакистан	
Кокаїн	Польща, Росія, Ліван, Пакистан, Нігерія, Коста-Ріка, Болівія, Пакистан	
Амфетаміни /Метамфе- таміни	Білорусь, Польща, Нідерланди, Литва, країни ЄС	
речовини групи Екста- зі/ЛСД	Західна Європа	
ефедрин	Румунія, Молдова, Болгарія	
Макова солома	Росія, Молдова, Білорусь	
лікарські препарати	Великобританія, Франція, Італія, Індія, Польща, Китай, Румунія, Молдова, Болгарія	Польща
Інші	Румунія, Молдова, Болгарія, Китай	
синтетичні наркотики	Східна Європа, Молдова, Польща	

Заборонений лікарський препарат, що містить наркотичні засоби «Субутекс» транспортується з країн Західної Європи (Великобританія, Франція, Італія та ін.) переважно поштовими відправленнями або із використанням маршрутних перевезень громадян до м. Калуш Івано-Франківської області з подальшим розповсюдженням по території держави (на сьогодні кримінальна відповідальність настає при вилученні 10 і більше таблеток).

Представники наркоугруповань для ввозу на територію України та транзиту до Європи героїну, кокаїну використовують українські морські порти і авіаційний транспорт, а для переміщення стимуляторів амфетамінового ряду із країн ЄС (насамперед Польщі, Нідерландів та Литви) автотранспорт, використовуючи його технічні порожнини або спеціально обладнані схованки. Для контрабандного переміщення лікарських препаратів із Індії, Китаю використовуються міжнародні поштові відправлення. Функціонування каналів транзитного переміщення підконтрольних речовин забезпечуються представниками вітчизняних організованих злочинних угруповань.

Чинним законодавством на Службу Безпеки України покладено завдання по боротьбі із контрабандою наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів або прекурсорів (ст. 305 КК України), а також ліквідацію організованих злочинних угруповань, причетних до незаконного обігу наркотиків.

Службою безпеки, відповідно до компетенції, здійснювався моніторинг ситуації у сфері незаконного обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів та вживалися заходи щодо виявлення каналів контрабанди наркотичних засобів, викриття та знешкодження організованих злочинних угруповань, що забезпечують їх функціонування, а також розповсюдження наркотиків.

За результатами реалізованих заходів по боротьбі із міжнародним наркобізнесом спецпідрозділами Служби безпеки у взаємодії з іншими правоохоронними органами України та правоохоронними органами іноземних держав протягом 2014 року виявлено ознаки вчинення 295 (у 2013 р. — 479) кримінальних правопорушень, пов'язаних із незаконними операціями з наркотиками. Повідомлено про підозру у вчиненні злочину та здійснено вилучення наркотичних засобів у 226 випадках. У 86 випадках не допущено контрабанду наркотиків, з яких у 66 — повідомлено про підозру у вчиненні злочину та здійснено вилучення наркотичних засобів. Розпочато 9 досудових розслідувань стосовно учасників організованих злочинних угруповань, що займалися незаконним обігом наркотичних засобів, кримінальні провадження щодо діяльності (див. таблиця 9.2.2).

Таблиця 9.2.2.

Зареєстровані факти контрабанди наркотичних засобів (за даними СБУ і Генеральної прокуратури України)

Вид злочину	2009	2010	2011	2013	2014
Всього зареєстровано злочинів	1986	2369	2314	2605	3990
Всього розкрито злочинів	1071	1419	1480	789	617
Зареєстровано за ст. 305 КК	216	259	221	479	295
Розкрито за ст. 305 КК	173	189	185	170	57
Виявлено осіб, які вчинили злочин	188	203	227	194	66

Відповідно до компетенції, Службою безпеки України здійснюється системна і різнопланова співпраця у сфері протидії транснаціональній наркозлочинності та контрабанді наркотиків з партнерськими правоохоронними органами і спецслужбами інших країн, спрямована на реалізацію спільних операцій та вивчення кращого зарубіжного досвіду.

Зокрема СБ України спільно з Адміністрацією по боротьбі з наркотиками США та перуанськими правоохоронними органами перекрито канал контрабанди кокаїну з Перу до країн Євразійського континенту в тому числі й до України.

Як приклад: спільними заходами проведеними в аеропорту м. Ліма (Перу) перуанськими правоохоронцями було затримано наркокур'єра — громадянина України, який перевозив 674 г кокаїну, приховавши його в ручній поклажі.

СБУ у взаємодії з правоохоронними органами однієї з європейських країн не допущено контрабандне переміщення з Нігерії в Україну кокаїну, закамфльованого під автомобільні запчастини.

Службою безпеки України здійснюється комплекс оперативно-розшукових заходів, спрямованих на виявлення ознак використання можливостей глобальних комп'ютерних мереж та інформаційних систем з метою виявлення та притягнення до відповідальності розповсюджувачів наркотиків. Забезпечено моніторинг в Інтернет — просторі джерел інформації.

Як приклад: в Чернівецькій області 29.01.2014 розпочато кримінальне провадження та повідомлено про підозру у скоєнні злочинів, передбачених ст. 311, ст. 313 ст. 317, ст. 307 КК України, двом громадянам України, які через мережу Інтернет придбали обладнання та хімічні речовини для виготовлення психотропних речовин з метою їх подальшої реалізації особам, які мають психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання психоактивних речовин.

Водночас безпосередньо Службою безпеки України, відповідно до компетенції, вживаються організаційні та практичні заходи щодо перекриття каналів контрабандного надходження наркотичних засобів і психотропних речовин, лікарських препаратів та їх транзитного перевезення територією нашої держави.

Як приклад:

не допущено контрабандне переміщення підконтрольних речовин в Україну;
героїну з Республіки Білорусь; поштовим каналом з Китаю психотропної речовини «JWH-018»; з Індії лікарського засобу, що містить наркотичну речовину кодеїн та авіатранспортом особливо великої кількості лікарського препарату, що містить наркотичний засіб «Кодарін»; за допомогою поштових відправлень кокаїну з Коста-Ріки; автомобільним транспортом гашишу із Республіки Польща; автомобільним транспортом із Франції лікарського препарату «Subutex», що містить наркотичний засіб бупренорфін;
з Республіки Польща амфетаміну, МДМА, а також перекрито транзитний канал переміщення кокаїну з Пакистану в Європу через Україну;
не допущено контрабандне переміщення підконтрольних речовин та фальсифікованих лікарських засобів із України;
марихуани в Російську Федерацію та Білорусь;
в Польщу таблеток лікарського препарату «Дапабол» із вмістом сильнодіючої речовини «метандієнон».

У зв'язку з тим, що територія держави активно використовується не тільки для здійснення транзиту великих партій наркотиків до країн Західної Європи, але й розглядається як перспективний ринок їх збуту. Працівниками органів внутрішніх справ проводилась робота з перекриття міжрегіональних і міжнародних каналів переміщення наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів. За 2014 рік ліквідовано 69 таких каналів.

За офіційними даними Судової адміністрації України у 2014 році за різними частинами ст. 305 КК України засуджено 103 особи із них 9 або майже 8,7% — жінки. За принципом громадянства засуджені за контрабанду здебільшого громадяни України 74,75% (77 осіб), 25 осіб — іноземні громадяни, більшість з яких навчається у вищих навчальних закладах України.

Проведений Адміністрацією Держприкордонслужби України моніторинг та аналіз даних щодо незаконного обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів та прекурсорів, а також наявна оперативна інформація свідчать про те, що протягом звітного періоду територія України продовжувала перебувати у сфері діяльності міжнародних злочинних угруповань, що здійснювали транзит наркотичних засобів як до країн Західної Європи, так і до Російської Федерації, а також використовувалась як ринок збуту наркотиків.

Зокрема, продовжувалось розширення контрабандного постачання героїну, кокаїну, синтетичних наркотичних засобів та стимуляторів амфетамінового ряду, з країн Західної Європи, особливо з Польщі, яка на сьогодні є одним із передових лідерів у виробництві синтетичних наркотиків, має з Україною досить розвинуті економічні зв'язки та протяжний державний кордон.

Основними схемами контрабандного переміщення наркотичних засобів є:

- використання спеціально обладнаних схованок у транспортних засобах;
- в особистих речах, передачах, вантажах; під виглядом іншого вантажу;
- у конструктивних особливостях транспортних засобів;
- поза пунктами пропуску через державний кордон.

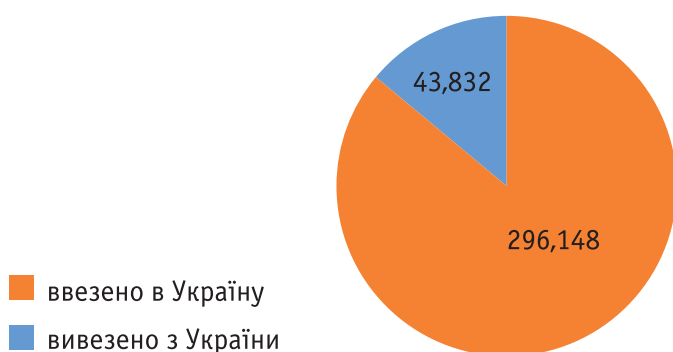
Найбільш поширеними наркотичними засобами, що затримувались, залишається наркотична сировина рослинного походження (макова соломка та продукти переробки коноплі).

У звітному періоді органами та підрозділами Держприкордонслужби самостійно та у взаємодії з іншими правоохоронними органами тривала активна робота з протидії каналам контрабанди важких наркотиків (кокаїну) на ділянці Західного та Південного регіональних управлінь, синтетичних наркотичних засобів на українсько — польській ділянці державного кордону, рослинного походження на українсько — молдовській та українсько — російській ділянках кордону. Усього було вилучено 339,980 кг наркотичних засобів з них 296,148 кг в напрямку ввозу в Україну та 43,832 кг в напрямку вивозу із України (див. графік 9.2.1). А саме на кордоні: із Республікою Польща (77% від загальної кількості наркотичних речовин), Республікою Молдова (12%), Російською Федерацією (7%), Угорщиною (1,9%), Білоруссю (0,9%), Румунією (0,4%), на морській ділянці (0,3%), зі Словацькою Республікою (0,02%).

Крім того було недопущено переміщення 5,407 кг психотропних речовин з них: 34% від загальної кількості на кордоні з Республікою Польща, з Румунією (21%), з Республікою Молдова (19%), з Угорщиною (12%), з Російською Федерацією (10%), з Республікою Білорусь (3%), на морській ділянці (0,5%), зі Словацькою Республікою (0,4%).

Графік 9.2.1.

Ввезення та вивезення наркотичних засобів через державний кордон України (кг)



9.3. Вилучення наркотиків

Кількість наркотиків, вилучених із незаконного обігу

Протягом 2014 року (без урахування тимчасово окупованої АР Крим, Донецької та Луганської областей) значно зменшилася кількість контрабандних переміщень наркотичних засобів, психотропних речовин їх аналогів або прекурсорів через митний кордон України.

Під час перетину державного кордону співробітниками митниць Державної фіскальної служби України виявлено 1 092 випадки переміщень через митний кордон України наркотичних засобів з порушенням митного законодавства. Відповідно до висновків лабораторних експертиз: найбільше за вагою вилучено канабісу — 10,7 кг; героїну — 1,3 кг; кокаїну — 0,7 кг; гашишу — 0,006 кг; опію — 0,000323 кг; метамфетамін — 0,00006 кг. Протягом року виявлено та вилучено 1,6636 кг лікарських препаратів, що містять наркотичні засоби, обіг яких обмежено, та 5,3676 кг лікарських препаратів, що містять психотропні речовини (див. табл. 9.3.1.).

Крім того в міжнародному поштовому відправленні, яке пересилалось з Нідерландів в Україну було виявлено 0,71 кг подрібненої речовини коричневого та білого кольорів. Згідно експертного висновку, у складі даної речовини виявлено психоактивну речовину псилоцин, включену до Переліку речовин списку I Конвенції про психотропні речовини 1971 року.

Виявлені предмети у встановленому порядку, вилучалися слідчими правоохоронних органів. За даними випадками у відповідності до вимог КПК України до правоохоронних органів направлено 387 повідомлень про протиправні діяння, що містять можливі ознаки злочинів передбачених ст. 305 (156); 307 і 309 (230) та 311 (1) КК України.

Таблиця 9.3.1.

Вилучення основних видів підконтрольних речовин на кордоні, здійснені Державною фіскальною службою України

Наркотичний засіб/ психотропна речовина	кг/кількість вилучень	2009	2010	2011	2013	2014
Конопля, канабіс	кг	0,02	6,62	2	35,127	10,7
	кількість вилучень	5	12	18	-	-
Гашиш	кг	-	-	-	-	0,006
	кількість вилучень	-	-	-	-	-
Марихуана	кг	74,6	40,3	46,9	-	-
	кількість вилучень	163	155	142	-	-
Героїн	кг	0,2	0,0005	7,7	1,27	1,3
	кількість вилучень	5	3	4	-	-
Кокаїн	кг	2,6	736,1	3,6	6,494	0,7
	кількість вилучень	5	6	10	-	-
Амфетамін /Метамфетамін	кг	12,1	9,3	5,1	-	0,00006
	кількість вилучень	4	8	4	-	-
ЛСД	кг	0,004	0	0	-	-
	кількість вилучень	1	0	0	-	-
Макова солома	кг	5,9	0,3	0,7	0,95	-
	кількість вилучень	5	3	4	-	-
Опій	кг	0,002	0,008	0,3	0,2019	0,000323
	кількість вилучень	5	5	6	-	-
Лікарські препарати, що містять наркотичні засоби	кг	-	-	-	68524	1,6636
	кількість вилучень	-	-	-	-	-
Лікарські препарати, що містять психотропні речовини	кг	-	-	-	-	5,3676
	кількість вилучень	-	-	-	-	-
Всього вилучень		-	-	-	-	1092

За матеріалами закінчених розслідуванням кримінальних проваджень органами Міністерства внутрішніх справ України із незаконного обігу вилучено 2 713 кг наркотичних засобів. Серед яких найбільше за вагою вилучено марихуани — 2172 кг, ця тенденція зберігається вже декілька років поспіль, на другому місці за вагою вилучень макова солома — 384 кг, третє місце по вилученню займає героїн — 37,7 кг, опій — 33,3 кг, метадон — 3 кг та 0,057 кг кокаїну займають наступні позиції. Крім того вилучено 22,52 кг психотропних речовин у тому числі 17,9 кг амфетаміну та його похідних, лікарські засоби, що

містять психотропні речовини, комбіновані лікарські препарати в тому числі із вмістом кодеїну, гашиш, які в 2013 році не вилучалися (див. таблиця 9.3.2.). Незважаючи на деякі кількісні зміни при вилученнях, на внутрішньому незаконному ринку зберігається тенденція щодо лідируючих марихуани та макової соломи (див. графік 9.3.3.).

Крім того, протягом року органами МВС проводилися заходи по виявленню та припиненню функціонування осередків розповсюдження так званих трав'яних «сумішей для паління», або «спайсів» міксів до складу яких входять наркотичні засоби, психотропні речовини. Відповідні «суміші для паління», контрабандно переміщуються переважно з Китаю та Індії і останнім часом набули резонансного розповсюдження серед споживачів наркотиків. Як результат, викрито 223 кримінальних правопорушень, пов'язаних з обігом відповідних речовин, із яких 55 — за збут. Вилучено 13,5 кг «сумішей для паління».

Таблиця 9.3.2.

Вилучення основних видів підконтрольних речовин (дані МВС України)

Наркотичний засіб/ психотропна речовина	кг/кількість вилучень	2009	2010	2011	2013	2014
Конопля	кг	3,5	74,8	42,3	30,333	-
	кількість вилучень	3940	2120	2373	19	-
Марихуана	кг	4734	6785	7004	4368,007	2172
	кількість вилучень	42909	42370	39587	18	-
Героїн	кг	12,5	7,1	2,5	56,601	37,7
	кількість вилучень	602	813	418	7	-
Кокаїн	кг	0,89	4,6	1,5	27,962	0,057
	кількість вилучень	110	140	143	5	-
Амфетамін/Метамфетамін	кг	55,14	6,25	43,6	36,29	17,9
	кількість вилучень	2962	3162	4097	-	-
ЛСД речовини групи Екстазі	кг	342	196	8	-	-
	кількість вилучень	6	6	2	-	-
Макова солома	кг	4149	4162	3402	636,387	384
	кількість вилучень	6794	5146	3243	7	-
Опій	кг	39,51	93,12	54,3	119,614	33,3
	кількість вилучень	15048	13087	11890	6	-
Речовини рослинного походження/ курильні суміші	кг				3,25	13,5
	кількість вилучень				15	-
Метадон	кг				-	3
	кількість вилучень				-	-
Психотропні речовини	кг				-	4,62
	кількість вилучень				-	-
Лікарські засоби, що містять наркотичні засоби	кг				3,549	3,1525
	кількість вилучень				15	-
Комбіновані лікарські засоби	кг				-	3,415
	кількість вилучень				-	-
Лікарські засоби, що містять психотропні речовини	кг				-	0,9723
	кількість вилучень				-	-

Державним науково-дослідним експертно-криміналістичним центром МВС України 41 508 експертних досліджень наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів і прекурсорів та сильнодіючих і отруйних лікарських засобів, із яких 17 699 експертних досліджень пов'язані із наркотичними засобами із канабісу. Упродовж 2014 року та 1 півріччя 2015 року підрозділами служби проведено 186 експертних досліджень наркотичних засобів, що містить особливо небезпечний наркотичний засіб дезоморфін (під час їх виконання досліджено 1 тис. 911 об'єктів) та 335 експертних досліджень (досліджено 6 тис. 582 об'єктів) за фактами вилучення лікарських препаратів, що містять кодеїн.

Крім того для дослідження надходили хімічні сполуки (PB-22, PB-22 F, MN-24, AD-2201, BZP-2201, MXE, α -PVT, AM-1248, ADB-PINACA, 5F-MN-18, SDB-001, SDB-006 DBZP, 3-MeO-PCP, ADBICA-BZ-F, MDMB-CHMINACA-CHM, NM-2201, 5F-AMB), які на час їх вилучення не були віднесені до переліку наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів або сильнодіючих і отруйних лікарських засобів.

Протягом року Службою безпеки України з незаконного обігу вилучено 3916,4 кг наркотичних засобів і сировини, у тому числі кокаїну вилучено 1,143 кг (у 2013 р. — 4,7 кг), психотропних речовин 9,5 кг (у 2013 р. — 140,7 кг), кількість вагових вилучень яких у порівнянні із 2013 роком значно зменшилася, але водночас збільшилося вилучення героїну 23,053 кг (0,1 кг). Крім того, було вилучено 0,747 кг синтетичних наркотиків (див. табл. 9.3.3).

Таблиця 9.3.3.

Вилучення основних видів підконтрольних речовин (дані Служби безпеки України)

Наркотичний засіб/ психотропна речовина	кг/ кількість вилучень	2009	2010	2011	2013	2014
Героїн	кг	1,55	2,3	9	0,1	23,053
Кокаїн	кг	6,12	1964	3,1	4,7	1,143
Марихуана	кг	10941	4578,6	18032		
Гашиш	кг	4,353	759			
Макова солома	кг	148,08	454,5	30		
Синтетичні наркотики	кг	21,611	1,9	4,4		0,747
Психотропні речовини	кг				140,7	9,5

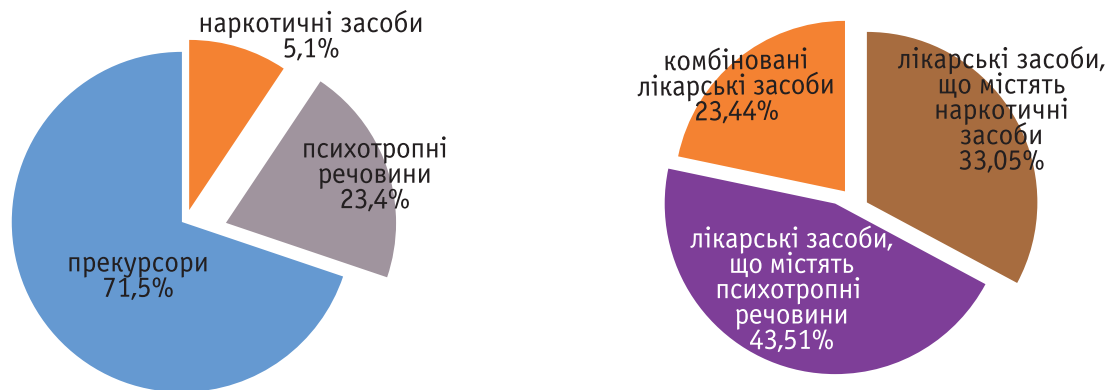
Останніми роками на фармацевтичному ринку України появилася значна кількість фальсифікованих лікарських засобів, які несуть загрозу для здоров'я населенню України. Ці ліки виробляються як на території нашої держави, так і контрабандно завозяться з Індії, Китаю, Туреччини та країн Східної Азії (протягом року вилучено із незаконного обігу 15 532,95 кг фальсифікованих лікарських засобів). Співробітниками СБУ проведено робочу зустріч з послом Індії в Україні в ході якої було обговорено питання, пов'язані з імпортом неякісних лікарських засобів індійського виробництва в Україну.

Аналіз наявну інформацію щодо вилучень на внутрішньому ринку підконтрольних речовин показує, що із незаконного обігу в основному вилучались наркотики рослинного походження: 2 172 кг марихуани та 384 кг макової соломи. Ця тенденція зберігається декілька років поспіль, але вагове вилучення в порівнянні з минулим роком зменшилося в два рази. Зменшилися також вагові вилучення важких та синтетичних наркотиків. Разом було вилучено «суміші для паління», психотропні речовини, лікарські препарати, що містять наркотичні, психотропні засоби, комбіновані та фальсифіковані лікарські препарати, які не вилучалися у минулому році.

Загалом, протягом 2014 року із незаконного обігу вилучено 9 504,637 кг (2013 – 21 756,48009 кг) підконтрольних речовин, що у 2,3 рази менше ніж у 2013 році. Із них 9 489,06638 кг склали наркотичні засоби, психотропні речовини та прекурсори і 14,5702 кг лікарські засоби.

Графік 9.3.1.

Вилучення із незаконного обігу підконтрольних речовин за 2014 рік. Вилучення із незаконного обігу лікарських засобів за 2014 рік.



Кількість прекурсорів, вилучених із незаконного обігу, що використовуються для виготовлення наркотиків

Незаконний обіг прекурсорів є невід'ємною складовою системи транснаціонального наркобізнесу, оскільки можливість виробляти наркотики залежить від хімічних сполук, які надходять до виробників наркотиків в результаті витоку із законного обігу. При цьому незаконні операції із прекурсорами можуть, у деяких випадках, приносити ще більше прибутку, ніж операції із наркотиками. Так само, як і у законному бізнесі, виведення прекурсорів у незаконний обіг все частіше пов'язано із використанням системи Інтернет — як для розміщення пропозицій, так і для оформлення замовлень. У цьому зв'язку МККН зазначає, що майже усі речовини, які знаходяться під міжнародним контролем і пропонуються через Інтернет, пересилаються поштовими відправленнями, у тому числі і міжнародними.

У 2014 році відбулось різке у порівнянні із 2013 роком збільшення вилучених органами МВС прекурсорів із незаконного обігу — 6 688 кг проти 5,934 кг — у 2013 році (див. таблиця 9.3.4.).

Таблиця 9.3.4.

Вилучення прекурсорів (за даними МВС України)

Вилучення		2009	2010	2011	2013	2014
Вилучення прекурсорів, кг		61367	1070	323	5,934	6688
у тому числі	ангідрид оцтової кислоти	20	93	259	-	-
	ефедрин	44	60	11	-	-
	калію перманганат	38	51	40	-	-
	фенілоцтова кислота	4	-	-	-	-
Вилучення прекурсорів, л		8144	65393	9730	-	-
у тому числі	ацетон	532	638	316	-	-
	сірчана кислота	4670	44083	6528	-	-
	соляна кислота	2106	22093	2804	-	-
	толуол	403	171	44	-	-

Відповідно до висновків лабораторних експертиз, безпосередньо митницями Державної фіскальної служби України вилучено 6,8 кг, 125 л, 349 капсул та 3 тис 718 таблеток хімічних сполук, які належать до прекурсорів. Виявлені предмети вилучалися слідчими правоохоронних органів, яким надсилалися

повідомлення співробітниками митниць ДФС у разі виявлення фактів незаконного переміщення через митний кордон України наркотичних засобів, психотропних речовин їх аналогів або прекурсорів з ознаками злочинів, передбачених статтями Кримінального кодексу України.

Службою безпеки України із незаконного обігу вилучено 87,84 кг прекурсорів, що в 40 раз менше у порівнянні із 2013 роком і досягає рівня показників 2009 року. Крім того, було вилучено 2,5 л оцтової і 4 л азотної кислот, що використовуються в лабораторіях для виробництва підконтрольних речовин (див. таблицю 9.3.5). Вилучався псевдоефедрин у рідкому стані, кристалічний йод, ртуть азотнокисла, червоний фосфор, бензальдегід, циклогексиламін, нітроетан, ангідрид оцтової кислоти тощо. Однак вага вилучених органами СБУ із незаконного обігу речовин, які використовуються для виробництва героїну, не вказана.

Таблиця 9.3.5.

Вилучення прекурсорів та речовин, що використовуються для виготовлення наркотичних засобів і психотропних речовин (за даними СБУ)

Рік	2009	2010	2011	2013	2014
Із незаконного обігу вилучено, кг	85,741	405,6	5861,5	3811,5	87,84

За даними Держприкордонслужби протягом року вилучено 138,961 кг прекурсорів з них: 97,7% від загальної кількості на морській ділянці кордону, на українсько-білоруській (1,5%), на українсько-російській (0,6%), по 0,1% на українсько-польській та на українсько-румунській ділянках кордону. Майже 100% прекурсорів вилучено в пунктах пропуску через державний кордон, 98% — під час їх переміщення в Україну.

Кількість лабораторій з виготовлення наркотичних засобів для незаконного обігу

Через геополітичне розташування в Україні широко розвинена рослинна сировинна база. Основними джерелами сировини є законні посіви рослин роду коноплі виду мак снотворний по усій території України, найбільше в південних і західних областях.

Враховуючи те, що вітчизняний незаконний ринок наркотиків реально приносить прибуток у мільярди доларів щорічно, а з врахуванням трафіку в Європу — можливо й десятки мільярдів (думка експертів) то для рослин, які містять наркотичні засоби та психотропні речовини і обіг яких допускається для промислових цілей, є цілком характерний перехід до незаконного культивування. Особами з незаконного обігу наркотиків використовуються рослини роду коноплі та виду мак снотворний — як дикоростучі, так і ті, що вирощуються для потреб харчової промисловості тощо.

Виробництво наркотиків неможливе без використання прекурсорів. Лише з допомогою прекурсорів рослинна сировина перетворюється на наркотичний засіб, що надходить у незаконний обіг. Каналами витоку в незаконний обіг наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів є крадіжки із застосуванням різного роду шахрайських схем із подальшим виготовленням наркотиків в підпільних лабораторіях, які можуть обладнуватися безпосередньо на виробництві, у дослідних лабораторіях, вищих навчальних закладах або за місцем проживання злочинців.

Слід відмітити, що при сучасних можливостях всесвітньої мережі Інтернет практично не існує жодних перешкод для отримання формули виготовлення психотропних речовин. Наприклад, метамфетамін можна синтезувати, маючи під рукою необхідні для цього прекурсори та сировину.

У зв'язку з цим діяльність правоохоронних органів протягом року була спрямована на ліквідацію підпільних лабораторій, вилучення обладнання та викриття місць незаконного вживання наркотичних засобів та психотропних речовин.

У порівнянні з 2013 роком відбулося різке (майже на 33,6%) збільшення виявлених підпільних нарколабораторій та зовсім незначне зменшення виявлених місць незаконного виготовлення та вживання наркотиків). Правоохоронними органами виявлено і ліквідовано 125 (у 2013 р. — 73) підпільних нарко-

лабораторії, із них 13 (за даними СБУ) з виробництва особливо небезпечних наркотичних засобів та психотропних речовин і 108 (за даними МВС) здебільшого з виготовлення амфетамінів, метамфетамінів, ацетильованого та екстракційного опію ст. 313 КК України «Викрадення, привласнення, вимагання обладнання, призначеного для виготовлення наркотичних засобів, психотропних речовин, або їх аналогів чи заволодіння ним шляхом шахрайства або зловживання службовим становищем та інші незаконні дії з таким обладнанням».

За офіційними даними Генеральної прокуратури України у звітний період в ЄРДР зареєстровано 124 кримінальних правопорушень, пов'язаних із створенням нарколабораторій та використанням спеціального обладнання для виготовлення наркотичних засобів (ст. 313 КК України). Із них по 95 правопорушенням особам направлено повідомлення про підозру у вчиненні злочину. Стосовно 91 — кримінальні провадження направлено до суду із обвинувальним актом, 31 — вчинене особами, які раніше вчиняли кримінальні правопорушення і 9 із них вчинено групою осіб.

В тому числі органами МВС викрито 108 кримінальних правопорушень (ст. 313 КК України) 119 особам вручено повідомлення про підозру. Досудове розслідування закінчено за 97 кримінальними провадженнями, із яких 81 (83,5%) направлено до суду з обвинувальним актом.

За офіційними даними Судової адміністрації України за ст. 313 КК України до 20 осіб винесено вироки і постанови, які набрали законної сили, із них 18 осіб засуджено до різних термінів ув'язнення, накладання штрафу (11 осіб) тощо. Серед засуджених 17 громадян України, 1 — громадянин іншої держави, 1 жінка, 13 осіб на момент скоєння злочину не працювали і не навчалися, 4 — мали непогашену судимість.

Також, в ЄРДР Генеральної прокуратури України зареєстровано 1 570 кримінальних проваджень за ст. 317 КК України «Організація або утримання місць для незаконного вживання, виробництва чи виготовлення наркотичних засобів, психотропних речовин або їх аналогів». Із них 1 181 кримінальних проваджень по яких особам направлено повідомлення про підозру у вчиненні злочину. Стосовно 1 108 правопорушень кримінальні провадження направлено до суду із обвинувальним актом (із них 148 «з виробництва та виготовлення»). Серед них 494 — вчинено особами, які раніше вчиняли кримінальні правопорушення, 19 — вчинено групою осіб, 6 — скоєно неповнолітніми або за їх участю.

В тому числі співробітниками внутрішніх справ припинено діяльність 1 232 осередків незаконного вживання чи виготовлення наркотичних засобів, так званих «наркопритонів» (ст. 317 КК України). У ході досудового розслідування по 1 160 провадженнях особи, що їх організували та утримували були встановлені. Про підозру повідомлено 1 079 утримувачам наркопритонів. Досудове розслідування закінчено по 1 166 провадженням, 862 із яких направлено до суду з обвинувальним актом (див. таблиця 9.3.6.).

Таблиця 9.3.6.

Кількість викритих нарколабораторій та осередків, де виготовлялися і вживалися наркотичні засоби

Нарколабораторії та місця вживання наркотичних засобів	2009	2010	2011	2013	2014
Підпільні нарколабораторії	223	232	216	73	125
Місця/осередки, де виготовляли і вживали наркотичні засоби	2098/579	2144/560	1965/505	1285	1232

За офіційними даними судової статистики Державної судової адміністрації України За ст. 317 КК України до 634 осіб винесено вироки і постанови, які набрали законної сили, із них 617 осіб засуджено. Серед засуджених 611 громадян України, 4 особи — громадяни іншої держави, 87 — жінки, 522 особи на момент скоєння злочину не працювали і не навчалися, 152 — мали непогашену судимість.

Більшість виявлених нарколабораторій спеціалізувалися на виготовленні синтетичних наркотиків (амфетаміну та метамфетаміну), напівсинтетичних героїну, гашишу, ацетильованого та екстракційного опію.

В звітному періоді Службою безпеки України спільно із органами МВС постійно вживалися заходи щодо ліквідації нарколабораторій, мереж розповсюдження наркотиків і психотропних речовин та при-

пинення діяльності організованих злочинних угруповань, що займаються незаконним виробництвом і збутом наркотиків.

Як приклад при ліквідації нарколабораторій вилучено:

1. із виробництва синтетичних наркотичних засобів амфетамін і метамфетамін — вилучено 2,298 кг амфетаміну та виділений із контрабандно ввезених медичних препаратів і готовий до синтезу метамфетаміну псевдоефедрин у рідкому стані, екстазі;
 - прекурсори: соляна і сірчана кислоти, нітропропен, ртуть порошкоподібного виду, натрій, ізопропиловий спирт, дихлоретан, пропанізопропілен, гідроксид натрію, хлорид амонію, хлорне залізо, кристалічний йод, червоний фосфор;
 - хімічні речовини: нікель, нітрат ртуті, бромкетон, формамід, NaBH_4 , нітрострен, нітроетан, пропенбензолдегід, 4-метилбензолдегід, метилендіокси-бензолдегід, бензальдегід, циклохексіламін, нітроетан, ртуть азотнокисла;
 - крім того вилучено: азотну і оцтову кислоти, лікарський засіб «Кетанов»;
 - спеціальне лабораторне обладнання: пробірки, 4 термостійкі скляні колби конічної форми, лабораторні колби, кулькові холодильники, портативні і електронні ваги, алюмінієва фольга спеціальні холодильники для охолодження хімічних процесів, кульковий зворотний холодильник із гнучкими герметичними з'єднаннями, скляний посуд із нашаруваннями заборонених до обігу речовин тощо.
2. Із виробництва наркотичних засобів рослинного походження — 4,94 кг канабісу, макова солома, екстрагований та ацетильований опій;
 - прекурсори: ангідрид оцтової кислоти;
 - обладнання: скляні колби, стакани, пробірки, фрагмент скляної воронки, два фрагменти скляних трубок, скляний фільтр, лампи денного світла, нагрівачі, системи поливу та відповідні добрива;
 - за місцем проживання виявлено обладнання для підпільної нарколабораторії з виготовлення амфетаміну та вилучено 770 г вказаного психотропу, а також 27 тис. гривень, частина з яких була отримана в ході реалізації амфетаміну. Медичні препарати із вмістом прекурсору «псевдоефедрин» та наркотичного засобу «бупренорфін»;
 - крім того виявлено 75,8 кг гашишу у схованці, облаштованій у лісосмузі.

У 2014 році залишалося актуальним недопущення втягнення до наркоманії нових жертв. Правоохоронними органами вживались заходи щодо викриття осіб, які схилили до вживання наркотичних засобів, психотропних речовин або їх аналогів.

За офіційними даними Генеральної прокуратури України за цією статтею в ЄРДР зареєстровано 296 кримінальних правопорушень. Із них 10 — стосовно неповнолітніх. По 20 правопорушенням особам вручено повідомлення про підозру у вчиненні злочину. 210 — направлено до суду з обвинувальним актом, 75 — правопорушень вчинено особами, які раніше вчиняли кримінальні правопорушення, 2 — групою осіб і 3 — неповнолітніми або за їх участю.

В тому числі за статтею 315 КК України органами МВС зареєстровано 233 кримінальних правопорушень із них 31 — за втягнення у наркоманію неповнолітніх. Про підозру повідомлено 209 особам. До суду з обвинувальним актом направлено 192 кримінальних провадження за якими досудове розслідування закінчено.

За офіційними даними Судової адміністрації України За ст.315 КК України до 89 осіб винесено вироки і постанови, які набрали законної сили, із них 82 особи засуджено до різних термінів ув'язнення, тощо. Серед засуджених 81 громадяни України, 1 — громадянин іншої держави, 9 жінок, 65 осіб на момент скоєння злочину не працювали і не навчалися, 13 — мали непогашену судимість.

9.4. Ціни на наркотики, що знаходяться у незаконному обігу та їх чистота

Роздрібна ціна на наркотики, що знаходяться у незаконному обігу

Встановлення ціни на види наркотиків напряду залежить від їх доступності, постійної присутності на ринку та кількості, а також від ефективності роботи правоохоронних органів.

Чим ефективніше працюють правоохоронні органи (виявлення, знищення рослин, які містять наркотичні засоби та психотропні речовини і обіг яких допускається для промислових цілей, недопущення ввезення/вивезення контрабанди наркотичних засобів, психотропних речовин або їх аналогів та прекурсорів, виявлення та ліквідація підпільних нарколабораторій) тим активніше ринок реагує на зміни. Відповідно до зміни ситуації змінюється і ціна на наркотики, що знаходяться у незаконному обігу.

Аналіз цін на наркотичні засоби, психотропні речовини та прекурсори, що існували на незаконному ринку в 2014 році свідчить про незначні зміни цінової політики на наркотики порівняно з 2013 роком.

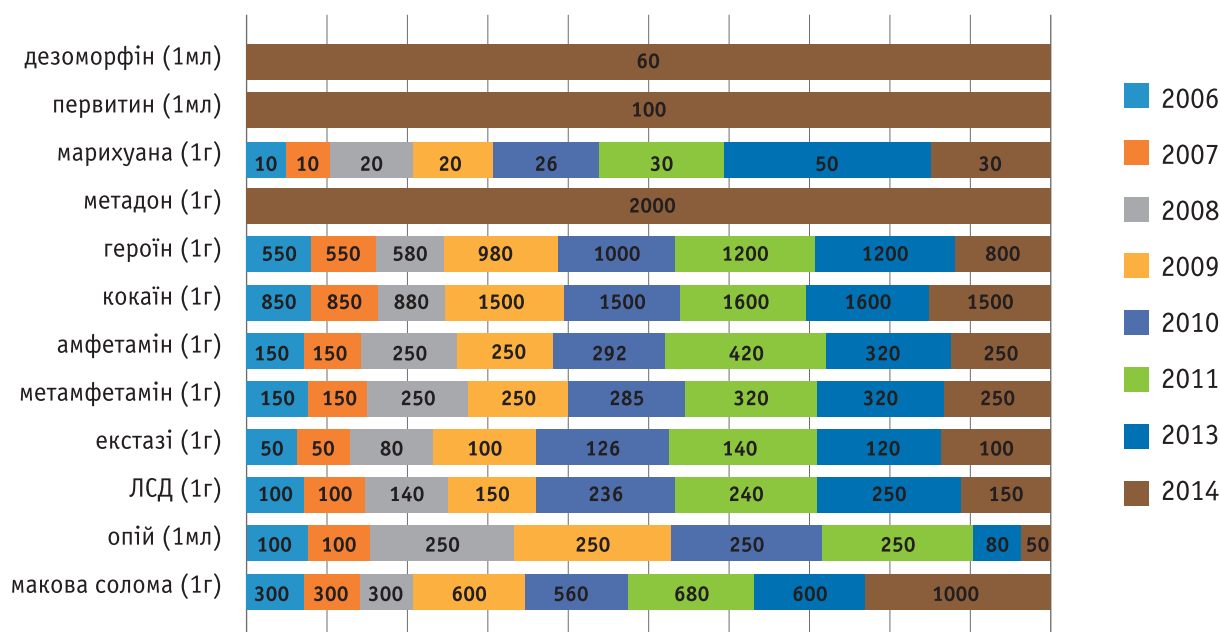
За даними фахівців Міністерства внутрішніх справ найчастіше на незаконному ринку 1 г марихуани коштував — 30 грн., а за 1 г елітного сорту марихуани, вирощеної із застосуванням новітніх технологічних процесів і більш очищеним треба було заплатити 150 грн.

При враховуванні суттєвої різниці ціни марихуани в Україні та сусідніх державах цей наркотичний засіб окрім забезпечення внутрішнього ринку є ще й привабливим для контрабандних поставок в Російську Федерацію, Білорусь та інші країни. Але в той же час мали місце факти переміщення марихуани із Молдовської республіки в Україну (Чернівецька область). Найбільш поширеними наркотичними засобами, що затримувались на українсько — молдовській та українсько — російській ділянках кордону була наркотична сировина рослинного походження (продукти переробки коноплі та макова солома).

Значно збільшилася ціна макової соломи — за 1 грам в 2014 році потрібно було заплатити 10 грн, за 100 г — 1000 грн, що значно більше ніж попередні роки, але 1 мл опію ацетилюваного (ширка) коштував 50 грн, що майже в два, а то і три рази дешевше попередніх років (див. графік 9.4.1.).

Графік 9.4.1.

Роздрібна ціна на підконтрольні засоби у грн. (за даними МВС)



У порівнянні з минулими роками майже на рівні залишилася ціна героїну і кокаїну. За 1 г героїну невизначеного типу ціна складала 800 грн, а за більш очищені його види — 1 200 грн. За 1 г кокаїну — 1 500 грн.

За 1 г метадону — 2 000 грн. За 1 пігулку екстазі ціна складає 100 грн, а за 1 марку ЛСД — 150 грн.

Також, в порівнянні з минулим роком, ціна знизилася на амфетамін — 250 грн за 1 г (у 2013 р. — 320 грн), ціна інших підконтрольних речовин різниться в залежності від виду.

Крім того, 1 мл первитину кустарно виготовленого з ефедрину, коштував 100 грн. Ціна за 1 мл токсичного наркотичного засобу дезоморфін становила 60 грн.

Найбільшим попитом у 2014 році користувалися наркотики рослинного походження (марихуана, макова солома) і синтетичні наркотики (екстазі, ЛСД, амфетамін/ метамфетамін).

Як зазначається фахівцями Служби безпеки України, ціни на наркотичні засоби та психотропні речовини іноземного виробництва на незаконному ринку можуть змінюватись у зв'язку з коливанням курсу гривні до іноземних валют. Особливо це відображається на ціні наркотичних засобів, які незаконно ввозяться в Україну. Нижче наведено приблизні ціни на деякі наркотичні засоби та психотропні речовини:

- кокаїн (200 — 250\$/г, опт: ~80\$/г);
- героїн (120 — 160\$/г);
- канабіс (2 — 3\$/г);
- метамфетамін (30 — 40\$/г, опт: до 15\$/г);
- MDMA (10 — 15\$/пігулка, опт: 6 — 7\$/пігулка);
- на синтетичні наркотики (ціна різниться в залежності від виду).

У звітний період ціна на наркотичні засоби рослинного походження, які вирощуються в Україні, значно не змінювалась з причини того, що сировинна база їх не змінювалась. Збільшення площ знищених незаконних посівів рослин, які містять наркотичні засоби та психотропні речовини і обіг яких допускається для промислових цілей, підкреслює лише зацікавленість осіб, задіяних у протиправній діяльності щодо наркотиків (див. табл. 9.4.1.).

Таблиця 9.4.1.

Виявлено та знищено незаконних посівів (за даними МВС)

Незаконні посіви	2009	2010	2011	2013	2014
мак	374,0	1 074,1	1 344,1	483	511,4
конопля	983,8	3 646,6	339,4	22,3	2 343 600
дикоросла конопля	198,9	316,3	277,4	-	60
Всього	1 556,7	5 037	1 960,9	22,8	2 855 000

Посіви рослин роду коноплі в Україні зведені до мінімуму. Проте, на великих площах росте дика конопля, знищити яку дуже важко. Також, громадянами для власної потреби висаджуються рослини виду мак снотворний та роду коноплі на присадибних ділянках, де відбуваються крадіжки з метою подальшого збуту. У 2014 році правоохоронними органами виявлено 3 тис. 428 фактів незаконних посівів рослин, що містить наркотичні засоби та психотропні речовини, з них 1 тис. 594 факти незаконного посіву рослин виду мак снотворний та 1 тис. 773 роду коноплі, а також 60 фактів дикорослих рослин роду коноплі та 1 факт дикорослих рослин виду мак снотворний.

З початку операції знищено 2 млн. 855 тис рослин, що містить наркотичні засоби та психотропні речовини, з них рослин виду мак снотворний—511,4 тис. та роду коноплі—2млн. 343,6 тис. рослин.

Найбільш розповсюдженими на внутрішньому ринку держави є наркотики рослинного походження (макова солома та марихуана) власного виробництва. За оцінками вітчизняних та іноземних експертів, за обсягами виробництва та вживання опіатів (переважно сурогатів із макової соломи та коноплі) Україна випереджає більшість східноєвропейських країн.

Як приклад: всього на присадибних ділянках виявлено та знищено 61162 кущів рослин роду коноплі, з яких можна було виготовити близько 2 тон висушеної марихуани та 1514 кущів рослин виду мак снотворний, загальною вагою понад 35 кг відповідно; посадовими особами одного із сільськогосподарських господарств, що проводять діяльність у сфері незаконного обігу підконтрольних речовин, здійснено незаконний посів рослин, що містять наркотичні засоби та психотропні речовини і обіг яких допускається для промислових цілей роду коноплі на земельній ділянці загальною площею 65,8 га.

Стримуючими факторами ціни на наркотичні засоби, що перебувають у незаконному обігу і рослинну сировину місцевого походження є заміщення їх наркотичними засобами виготовленими в підпільних лабораторіях з лікарських засобів, що містять опіоїди, або вживання не за медичним призначенням у великих кількостях інших сильнодіючих лікарських засобів.

ЧАСТИНА Б:

ВИБРАНА
ТЕМА

10. Необхідність контролю за обігом прекурсорів

10.1. Прекурсори як складова процесу виробництва наркотиків

У повсякденному житті людина постійно контактує з великою кількістю різноманітних речовин, що негативно впливають на її здоров'я. Клей, розчинник, засіб для миття посуду, рідина для зняття лаку або чищення можуть стати причиною стану близького до сп'яніння, який викликають хімічні сполуки, що називають прекурсорами наркотичних і психотропних речовин. На практиці вони є складовими компонентами проміжних реакцій або безпосередньою основою при синтезі будь-яких нових речовин.

Завдяки досягненням науково-технічного прогресу та сучасним технологіям прекурсори широко використовуються у різних галузях промисловості. Це, зокрема, сірчана та соляна кислоти, толуол, ацетон, етиловий ефір, перманганат калію. Наприклад, ангідрид оцтової кислоти (оцтовий ангідрид) потрібен для перетворення целюлози на ацетат целюлози, що є компонентом різного роду плівок та покриттів, а також для ацетиляції саліцилової кислоти при виробництві аспірину; антранілова кислота використовується при виробництві різного роду барвників; метилетилкетон — фарб, лаків та клеїв, типографських фарб; піперидин є каталізатором органічного синтезу в процесі вулканізації гуми тощо.

Водночас ціла низка прекурсорів має хімічні та фізичні властивості, які сприяють їх використанню для незаконного виготовлення наркотичних засобів та психотропних речовин. При цьому їх можна класифікувати як такі, що є необхідним допоміжним компонентом для виробництва наркотиків, і такі, що самі по собі складають їх основу. Аналіз наявних матеріалів з даного питання свідчить, що оцтовий ангідрид є речовиною, за допомогою якої (а не безпосередньо з неї) виробляється героїн, ацетильований опій, стимулятори амфетамінового ряду; метилетилкетон використовується у виробництві кокаїну та деяких інших наркотиків як розчинник, а піперидин — фенциклідину.

Наркотичні засоби та психотропні речовини, що знаходяться як у легальному, так і в нелегальному обігу, в залежності від способу їх виготовлення та складових, що при цьому використовуються, можуть бути віднесені до однієї з трьох основних груп:

- наркотики природного походження, що отримуються із рослинної сировини (канабіс, кокаїн);
- напівсинтетичні наркотики, які є продуктом хімічних перетворень матеріалів, що отримуються з рослин (героїн, що виробляється шляхом хімічної переробки природної речовини морфіну, що міститься у снодійному маку);

- синтетичні наркотики — речовини, які створюються виключно за допомогою хімічних перетворень у лабораторних умовах (стимулятори амфетамінового ряду).

Таким чином, для виготовлення усіх наркотиків, за виключенням канабісу, що становить собою висушене листя коноплі, потрібні хімічні речовини — прекурсори. Сировина природного походження або хімічні речовини проходять низку хімічних процесів, в результаті яких вони перетворюються на наркотичний продукт, що поступає на ринок.

Для екстрагування та очищення проміжних та кінцевих продуктів необхідні різні реагенти, такі як кислоти та солі, а також розчинники. Кислоти та розчинники використовуються для переробки наркотику у вигляді основи у сіль (переважно гідрохлорид).

Як правило, наркотики екстрагуються із природних продуктів або виготовляються хімічним шляхом у вигляді основи. Ці основи можуть розчинятися в органічних розчинниках, таких як етиловий ефір чи ацетон, але не розчинюються у воді. Солі ж, навпаки, розчинюються у воді, і завдяки цьому можуть прийматися організмом людини, наприклад, при їх ін'єкції, але не розчинюються у органічних розчинниках. Наркотик у вигляді основи становить собою маслянисту тверду чи віскоподібну речовину, масло чи рідину, а солі частіше за все — сипучу кристалічну речовину. У зв'язку із цим, а також тому, що солі є більш стійкими сполуками, аніж основи, їх простіше переробляти та розподіляти.

10.2. Особливості незаконного виготовлення окремих видів наркотиків

Кокаїн

Практика свідчить, що його виготовлення здійснюється у наступні три етапи.

1. Екстрагування кокаїну із листя коки, в результаті чого отримується кокаїнова паста.
2. Очищення кокаїнової пасти для отримання кокаїнової основи.
3. Переробка кокаїнової основи у гідрохлорид кокаїну.

Екстрагування кокаїну із листа коки здійснюється за допомогою розчинника (керосину, бензину чи іншого органічного розчинника). Після цього додається розбавлена кислота (зазвичай сірчана) для виділення із розчину екстрагованого кокаїну шляхом його перетворення на сіль, що розчиняється у воді. Для нейтралізації кислотного розчину додається луг (наприклад, карбонат кальцію, калію чи натрію, їдкий нарт чи гідроксид амонію або оксид кальцію). Кокаїн знову перетворюється на основу, що не розчиняється у воді, яка випадає у осад у вигляді твердої речовини.

Очищення кокаїнової пасти, що становить собою проміжний продукт, який містить домішки, здійснюється шляхом додавання до неї окиснювача (як правило, перманганату калію). В результаті цього отримується відносно чиста кокаїнова основа, яка перетворюється на гідрохлорид кокаїну шляхом розчинення у органічному розчиннику (ацетоні, етиловому ефірі, метилетилкетоні чи толуолі) та додавання соляної кислоти.

Перманганат калію зазвичай використовується у незаконному виготовленні гідрохлориду кокаїну як окислювач. З іншого боку, цей прекурсор є однією із тих підконтрольних речовин, що найчастіше використовуються у легальному обігу. Слід зазначити, що країни — основні виробники кокаїну: Колумбія, Болівія та Перу, займають досить незначне місце у легальній торгівлі перманганатом калію. За даними експертів, щороку у світі вилучається близько 50 тон перманганату калію і їх основна частина припадає на вказані три країни.

Від 60% до 80% перманганату калію, що використовується у наковиробництві в Колумбії, отримується шляхом незаконного виробництва із застосуванням двоокису марганцю у якості сировини. Щорічно у цій країні правоохоронні органи виявляють до 8 лабораторій, які спеціалізуються на такого роду бізнесі, і розташовуються вони, частіше за все, поблизу місць виготовлення гідрохлориду кокаїну із кокаїнової основи.

На цей регіон також припадає 90% загальносвітових вилучень ацетону та понад 50% вилучень етилового ефіру, соляної кислоти, метилетилкетону, толуолу та сірчаної кислоти.

Як правило, розчинники, що застосовуються у такому нарковиробництві, рециркулюються та використовуються по декілька разів. Окрім цього, нарощуються обсяги використання розчинників, на які не розповсюджуються заходи контролю, наприклад, метиленхлорид, ізопропіловий спирт або n-пропілацетат. Соляна кислота як розчинник використовується все частіше у вигляді спиртового розчину, а не у концентрованій формі.

Героїн

Цей наркотик отримують шляхом хімічної переробки морфіну, що є головним алкалоїдом опію — сирця. Як правило, незаконне виробництво героїну здійснюється у три етапи:

1. Екстрагування морфійної основи із опію.
2. Перетворення морфійної основи у героїнову основу.
3. Перетворення героїнової основи у гідрохлорид героїну.

Екстрагування морфійної основи із опію здійснюється наступним чином. Сирий опій змішується із водою і до цієї суміші додається луг (наприклад, оксид кальцію чи гідроксид кальцію) для активізації виділення морфіну з рослинної сировини. Після відфільтрування твердих часток та деяких нерозчинних алкалоїдів опію у розчин додають луг (хлорид амонію чи гідроксид амонію), у результаті чого в осад випадає тверда морфійна основа, що не розчинюється у воді.

Шляхом нагрівання суміші неочищеної основи з водою, кислотою та активованим вугіллем із основи видаються домішки. Для перетворення морфійної основи у сіль, що розчиняється у воді, використовується винна, соляна або сірчана кислота. Після охолодження розчину та відфільтрування твердих часток до нього додається гідроксид амонію для перетворення солі морфіну, що розчиняється у воді, у нерозчинну основу.

Перетворення морфіну у героїн здійснюється у наступний спосіб. Неочищена або очищена морфійна основа перетворюється у героїнову як наслідок хімічної взаємодії з ацетилюючим реагентом, як правило, ангідридом оцтової кислоти або ацетилхлоридом. Етап ацетиляції є ключовою ланкою у процесі виготовлення героїну. Домішки видаляються шляхом промивання суміші, для чого може бути використаний хлороформ, або додаванням до суміші активованого вугілля та відфільтрування твердих часток. Для нейтралізації кислотного розчину та перетворення очищеного героїну у нерозчинну у воді основу додається луг (карбонат кальцію або натрію, бікарбонат натрію чи аміак).

При перетворенні героїнової основи у гідрохлорид героїну вона розчинюється в органічному розчиннику (ацетоні чи етиловому ефірі), після чого до розчину додається соляна кислота. Ця реакція є подібною до тієї, що використовується при перетворенні кокаїнової основи у гідрохлорид кокаїну.

Оцтовий ангідрид є основним прекурсором, що використовується у незаконному виробництві героїну, у зв'язку з чим його загальносвітова потреба становить від 600 до 1500 т на рік. За оцінками Міжнародного комітету з контролю над наркотиками, щороку вилучається близько 17% ангідриду оцтової кислоти, що знаходиться у незаконному обігу та призначається для протиправного виробництва героїну.

Легальний міжнародний обіг оцтового ангідриду становить орієнтовно 266 млн. літрів на рік, при цьому для виготовлення 605 тон героїну (середнє виробництво за останні роки) потрібно 1059 тон даного прекурсору. У той же час, із незаконного обігу в середньому щороку вилучається близько 139 тон оцтового ангідриду, зокрема, в Афганістані — близько 13 т і значно більше у сусідніх з ним країнах, передусім в Ірані та Пакистані.

Ацетильований опій

В Україні та інших пострадянських країнах значного розповсюдження набуло кустарне виробництво ацетильованого опію, для чого використовується сировина, отримана із маку — як дикоростучого, так і такого, що вирощується для потреб харчової промисловості.

Цей наркотик є рідиною коричневого кольору із вираженим запахом оцту. Сировиною для його виготовлення є макова солома або опійна смола. Найбільш простий у виготовленні наркотик — водяний

екстракт опію, для отримання якого достатньо розчинити сирий опій у воді та довести її до кипіння або варити макову соломку впродовж 30 хвилин. Це дозволяє розчинити алкалоїди опію та відділити їх від домішок та сміття. Отриманий продукт фільтрується, а вода випарюється.

Процес ацетилювання полягає в обробці екстракту опію ангідридом оцтової кислоти, ацетилхлоридом або сумішшю аспірину та оцтової есенції (розчину оцтової кислоти з концентрацією 70%).

Процес ангідрування проводиться у щільно закритому посуді при температурі близько 80 градусів за Цельсієм і займає до 10 хвилин. В результаті цього морфін та кодеїн вступають у хімічну реакцію та утворюють нові речовини — моноацетилморфін, діацетилморфін (героїн) та ацетилкодеїн. Залишки ангідриду випарюються на вогні до повного виведення, а отримана речовина втрачає його запах.

Остаточна фільтрація передбачає додавання води та розтовчених пігулок димедролу, після цього розчин фільтрується через вату. Кінцевий продукт має коричневий колір — від світло-бежевого до темно-коричневого.

При виготовленні ацетилюваного опію із макової соломи сировина заливається окропом, куди додається поварена сода або аміак. Суміш нагрівається впродовж 5 хвилин. Після чого до неї додається розчинник (наприклад, № 646 або № 647). Суміш перемішується та доводиться до кипіння та вариться 10-15 хвилин. У результаті алкалоїди опію виводяться у розчин. Суміш охолоджується та фільтрується, отримується розчин буро-зеленого кольору, який випарюється на вогні. При цьому до розчину додається вода задля повного виведення розчинника.

До отриманої речовини знов додається вода, розчин доводиться до кипіння, після чого до нього додається оцет або хлористий кальцій. Отриманий розчин фільтрується, випаровується і далі ангідрується та фільтрується так само, як при виготовленні з сирого опію.

Синтетичні наркотики (метамфетамін, амфетамін)

Для виготовлення синтетичних наркотиків, як і наркотиків природного походження, потрібні хімічні речовини, і у такому виробництві прекурсори використовуються не лише як допоміжні речовини, а й як основна сировина.

Як правило, незаконне виробництво метамфетамінів включає відновлення ефедрину чи псевдо-ефедрину за допомогою червоного фосфору або йодистоводневої кислоти. Після очищення основи від домішок до неї додають соляну кислоту для отримання гідрохлориду метамфетаміну. Ефедрин або псевдоефедрин може також бути перетворений на метамфетамін у результаті хімічної взаємодії із пентахлоридом фосфору або тіонілхлоридом. Метамфетамін можна отримати у результаті хімічної взаємодії 1-феніл-2-пропанону (P2P, фенілацетон, бензилметилкетон, БМК, метилбензилкетон, 1-фенілпропан-2-он) з метиламіном або метилформамідом.

P2P є основним прекурсором для незаконного виробництва амфетамінів. Найчастіше його змішують з форміатом амонію або формамідом, а після очищення основи від домішок до неї додають сірчану кислоту і як наслідок отримується сульфат амфетаміну.

Кустарний метамфетамін (первитин) синтезується шляхом відновлення ефедрину за допомогою червоного фосфору та кристалічного йоду. У якості основної сировини використовуються ефедромісткі медпрепарати, такі як «Бронхолітин». Первитин вживається шляхом ін'єкцій (водяний розчин) або вдихання парів речовини, що виділяються при її нагріванні чи перорально (у вигляді водяного розчину).

Ефедрон (меткатинон, метиламінопроіофенон) — ще один стимулятор кустарного виробництва, що виготовляється на основі ефедрину. Синтезується шляхом окислення ефедрину і є досить простим у виготовленні. Психотропна речовина виготовляється, як правило, з ефедрину, інколи — із ефедромістких медпрепаратів, а основним прекурсором при цьому є перманганат калію.

Слід відмітити, що при сучасних можливостях всесвітньої мережі Інтернет практично не існує жодних перешкод для отримання формули виготовлення психотропних речовин, як наприклад, метамфетамін — будь-який студент-хімік зможе синтезувати вказану психотропну речовину, маючи під рукою необхідні для цього прекурсори. Практика ліквідації правоохоронними органами підпільних лабораторій з виробництва метамфетаміну свідчить про те, що для його виготовлення частіше всього використовують такі прекурсори, як ефедрин, псевдоефедрин, ефір, соляну кислоту, нітроетан або нітропропен.

Таблиця 10.2.1.

Законне та незаконне використання прекурсорів

Речовина	Законне використання	Незаконне використання
Ангідрид оцтової кислоти	Ацетилюючий реагент, використовується у хімічній та фармацевтичній промисловості для виготовлення ацетилцелюлози, апретів та активаторів холодного білення, полірування металів, виробництва гальмівних рідин, фарб, вибухівки; у деревообробній — при консервації деревини	Реагент, що використовується у незаконному виробництві героїну, при синтезі N-ацетилантранілової кислоти та 1-феніл-2-пропанону
Ацетон	Розчинник, широко використовується у хімічній та фармацевтичній промисловості, а також у виробництві мастил, є проміжним продуктом у процесі виробництва хлороформу, а також пластмас, фарб, лаків, косметичних засобів	Використовується як розчинник при переробці опію та листя коки в процесі виготовлення героїну та кокаїну; також використовується як розчинник при синтезі амфетамінів та ЛСД
N-ацетилантранілова кислота	Виробництво фармацевтичних препаратів, пластмас, хімічних продуктів тонкого органічного синтезу	Синтез метаквалону та меклоквалону
Антранілова кислота	Проміжний хімічний продукт, використовується при виробництві фарб, фармацевтичних препаратів, парфумів, а також при виробництві репелентів	Синтез метаквалону та меклоквалону
Ефедрин	Виготовлення бронхолітичних засобів	Синтез метамфетаміну
Ергометрин	Лікування мігрені та у акушерстві	Синтез ЛСД і лізергінової кислоти
Ерготамін	Лікування мігрені та у акушерстві	Синтез ЛСД і лізергінової кислоти
Етиловий ефір	Розчинник, широко використовується хімічними лабораторіями та у фармацевтичній промисловості, передусім для екстрагування жирів, олив, воску, смол, при виробництві боєприпасів, пластмас, парфумів, у медицині у якості анестетика загальної дії	Виробництво амфетамінів, кокаїну, героїну, ЛСД, мескаліну, метадону, метаквалону та триптамінів
Соляна кислота	Використовується у виробництві хлоридів та гідрохлоридів, нейтралізації основ, як катализатор та розчинник у органічному синтезі	Виготовлення гідрохлориду героїну, інших підконтрольних речовин, таких як амфетамін, кокаїн, діетилтриптамін, фентаніл та його аналоги, ЛСД, мескалін, метаквалон, ПЕПАП, фенциклідин та псилоцин
Ізосафрол	Виробництво піпероналю, парфумів, у харчовій промисловості, використовується як пестицид	Синтез МДА, МДЕ, МДМА та N-гідроксі-МДА
Лізергінова кислота	У органічному синтезі	Синтез ЛСД
3,4-метилendioкси-феніл-2-пропанон	Виготовлення піпероналю, інших компонентів парфумів	Синтез МДА, МДЕ, МДМА та N-гідроксі-МДА

Речовина	Законне використання	Незаконне використання
Метилетилкетон	Виробництво покриттів, засобів для обезжирювання, лаків, смол, бездимного порошу	Використовується як розчинник при переробці кокаїнової основи у гідрохлорид кокаїну
Фенілоцтова кислота	Використовується у хімічній та фармацевтичній промисловості для виготовлення фенілацетатних ефірів, амфетаміну та його похідних, синтезу пенілціллінів, входить до складу ароматизаторів та розчинів для очищення	Синтез амфетаміну, метамфетаміну и 1-феніл-2-пропанону
1-феніл-2-пропанон	Використовується у фармацевтичній промисловості для виробництва амфетаміну, метамфетаміну та їх похідних, а також у синтезі пропілгекседрину, входить до складу розчинів для очищення	Синтез амфетаміну, метамфетаміну и 1-феніл-2-пропанону
Піперидин	Розчинник та реагент, широко використовується у хімічних лабораторіях, фармацевтичній промисловості, для виробництва виробів із гуми та пластмас	Синтез фенциклідину татеноциклідину
Піперональ	Використовується при виробництві парфумів, у харчовій промисловості, у органічному синтезі, входить до складу репеленту	Синтез МДА, МДЕ, МДМА та N-гідроксі-МДА
Перманганат калію	Реагент, широко використовується у аналітичній хімії та органічному синтезі. Застосовується для вибілювання, входить до складу дезінфікуючих засобів, антибактеріальних та антигрибкових засобів	Є ключовим прекурсором для перетворення кокаїнової пасти у кокаїнову основу
Псевдоефедрин	Виготовлення бронхолітичних засобів	Синтез метамфетаміну
Сафрол	Використовується у парфумерній промисловості	Синтез МДА, МДЕ, МДМА та N-гідроксі-МДА
Сірчана кислота	Використовується при виробництві сульфатів, у якості кислотного окислювача, як очисний засіб, для нейтралізації лугових розчинів, як каталізатор у органічному синтезі, для виробництва добрив, вибухівки, фарб, паперу	Екстрагування кокаїну із листя коки, перетворення кокаїнової пасти у кокаїнову основу, виробництво сульфатів амфетаміну, мескаліну та морфіну
Толуол	Промисловий розчинник, виготовлення вибухівки, фарб, покриттів, інших органічних речовин та присадок до бензину	Використовується у якості розчиннику у синтезі, наприклад, амфетаміну, при виробництві кокаїну, фентанілів, меклоквалону, метадоу, метаквалону, фенциклідину та його аналогів, псилоцину

10.3. Прекурсори та наркотичний бізнес

У контексті викладеного варто зазначити, що незаконний обіг прекурсорів є невід'ємною складовою системи транснаціонального наркобізнесу, оскільки його можливості виробляти наркотики напряму обумовлені доступом до даного ресурсу. При цьому незаконні операції із прекурсорами можуть, у деяких випадках, приносити ще більший прибуток, ніж операції з самими наркотиками. Для того, аби отримати доступ до прекурсорів, іноземні наркосиндикати налагоджують кримінальні контакти з крупними хімічними корпораціями, які мають потужне позиції у владних структурах, що сприяє отримувannya ними ліцензій на операції з такими речовинами, у тому числі й здійснювати їх експорт. Слід наголосити, що діяльність наркокартелів часто полегшується й тим, що уряди окремих країн, у тому числі і промислово-розвинутих, свідомо допускають потрапляння прекурсорів у незаконний обіг, не зважаючи уваги на причетність своїх ділових партнерів до незаконних операцій з наркотиками.

Злочинні угруповання, що займаються незаконним обігом прекурсорів, постійно змінюють свою тактику та методи діяльності, що дозволяє їм отримувати значні прибутки, забезпечуючи потреби незаконного виробництва наркотичних засобів та психотропних речовин у хімікатах, без яких таке виробництво було б неможливим. Для того, аби обійти вимоги законодавства та уникнути відповідальності за свої протиправні дії, злочинці, що займаються незаконним обігом прекурсорів, все частіше використовують нові речовини, на які не розповсюджуються міжнародні та національні заходи контролю, організовують власне виробництво заборонених для вільного обігу прекурсорів з непідконтрольних речовин, спільно із виробниками наркотиків виводять нарковиробництво до регіонів, де діють слабкіші нормативні заходи контролю, а правоохоронні органи не мають достатнього потенціалу для вжиття заходів протидії.

Так, у різних регіонах світу наркодільки активно закупають великі партії хімічних речовин, що вкрай нечасто або й зовсім не використовуються у легальній промисловості, проте можуть бути сировиною для виробництва хімічних прекурсорів, необхідних для незаконного виробництва стимуляторів амфетамінового ряду.

Водночас, «традиційні» прекурсори продовжують залишатись предметом зловживань і виводяться у незаконний обіг шляхом крадіжок, застосування різного роду шахрайських схем тощо. Так, оцтовий ангідрид, що є ключовим прекурсором у виробництві героїну та ацетильованого опію, як правило, потрапляє у незаконний обіг на внутрішніх каналах торгівлі цією речовиною. У подальшому цей хімікат контрабандно вивозиться до країн-виробників, передусім до Афганістану. Аналогічна ситуація має місце і з перманганатом калію, що широко використовується у незаконному виробництві кокаїну.

Боротьба з незаконним обігом прекурсорів є невід'ємною складовою у системі протидії міжнародному наркобізнесу. Цьому питанню постійно приділяється значна увага як на рівні національних законодавств, так і міжнародними інституціями, у першу чергу Міжнародним комітетом з контролю над наркотиками ООН.

У той же час, організація протидії незаконному обігу прекурсорів ускладнена низкою чинників, серед яких складність правового регулювання операцій з цими препаратами, їх різноманіття, широке застосування у промисловості та відносна доступність.

Чинним законодавством України у сфері протидії незаконному обігу наркотиків безпосереднє завдання із боротьби з контрабандою прекурсорів, а також ліквідації організованих злочинних груп, причетних до незаконного обігу наркотиків, покладено на Службу безпеки України. Як наслідок цієї боротьби СБУ в 2014 році у взаємодії з іншими вітчизняними та іноземними правоохоронними органами вилучено з незаконного обігу 87,84 кг прекурсорів, ліквідовано 13 лабораторій з виробництва особливо небезпечних наркотичних засобів та психотропних речовин (у 2013 році — 3811,5 кг та 11 лабораторій відповідно).

10.4. Організація контролю за обігом прекурсорів в Україні

Система державного моніторингу та контролю за обігом в Україні наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів будується на вимогах Єдиної конвенції ООН про наркотичні засоби 1961 року, Конвенції ООН про психотропні речовини 1971 року та Конвенції ООН про боротьбу проти незаконного обігу наркотичних засобів і психотропних речовин 1988 року, а також чинних законодавчих актів України, зокрема Законів України «Про наркотичні засоби, психотропні речовини і прекурсори» та «Про заходи протидії незаконному обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів та зловживанню ними», широким колом підзаконних нормативно-правових актів.

Українське законодавство визначає спеціальний механізм регулювання легального обігу прекурсорів, складовою якого є правоохоронні органи. Аналізуючи практичний досвід діяльності правоохоронних органів України на цій ділянці, можна зробити висновок про те, що вона стосується широкого кола економічних відносин і не обмежується лише недопущенням витоку підконтрольних речовин у незаконний обіг. Її метою у ширшому сенсі є забезпечення дотримання законодавства суб'єктами підприємництва України, у кінцевому рахунку — підтримка та розвиток вітчизняної економіки.

Слід зазначити, що протиправна діяльність із прекурсорами не завжди пов'язана із порушенням власне антинаркотичного законодавства. Наприклад, в господарській діяльності, пов'язаній із обігом таких підконтрольних речовин, інколи трапляються такі випадки, як крадіжки прекурсорів, контрабанда таких речовин суб'єктами підприємництва для подальшого використання з легальною метою тощо. Практика показує, що суб'єкти легального обігу прекурсорів, здійснюючи свою діяльність у цій сфері, можуть бути причетними до злочинів у сфері господарської діяльності. Проте, незважаючи на те, що такі дії, як правило, не стосуються власне незаконного обігу наркотиків, правоохоронне супроводження легального обігу зазначених підконтрольних речовин включає і протидію таким злочинам.

У зв'язку з тим, що прекурсори можуть використовуватись не тільки за прямим призначенням, а й для створення психоактивних речовин, вживання яких призводить до поведінкових та психічних розладів, Урядом країн прийнято рішення про обмеження вільного обігу даних речовин. Досягається це різними шляхами, включаючи ліцензування таких видів діяльності, як культивування рослин; розробка; виготовлення; виробництво; придбання; реалізація; збереження; перевезення; використання; вивезення з території України; ввезення на територію України та знищення прекурсорів.

У звітному періоді контроль за дотриманням суб'єктами господарювання умов провадження діяльності, пов'язаної з обігом прекурсорів, покладался на Державну службу України з контролю за наркотиками, яка, відповідно до рішення Уряду України, з вересня 2014 року знаходиться у стані ліквідації.

Слід також зазначити, що забезпечення постійного й цілісного державного нагляду (контролю) шляхом проведення планових перевірок у цій сфері було призупинено з серпня 2014 року згідно з Законом України «Про внесення змін до Закону України «Про державний бюджет України на 2014 рік». Крім цього, на цей процес негативно вплинула ситуація в АР Крим та проведення антитерористичної операції на Сході країни через що діяльність міжрегіональних відділів Державної служби України з контролю за наркотиками в АР Крим припинено з квітня місяця, а у Донецькій та Луганських областях — з червня.

Відповідно до міжнародних зобов'язань, Україна у разі необхідності переглядає та приймає рішення стосовно доцільності посилення заходів контролю за підконтрольними речовинами шляхом включення до Переліку наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 06.05.2000 №770 (далі — Перелік), їх нових видів або виключення з Переліку речовин, стосовно яких не фіксується зловживання чи використання для виробництва наркотичних засобів і психотропних речовин. Саме у такий спосіб в державі забезпечується правова основа для контролю за обігом прекурсорів.

Зазначений Перелік знаходиться у вільному доступі, а наведений у ньому список № 1 таблиці IV містить 12 прекурсорів, обіг яких обмежено і стосовно яких встановлюються заходи контролю. Окремі з них (наприклад, ефедрин) самі по собі мають психоактивну дію, а переважну більшість складають такі, що необхідні для виробництва наркотичних засобів та психотропних речовин. Так, N-ацетилантранілова кислота використовується при незаконному виробництві метаквалону; ергометрин, ерготамін та лізергінова кислота — ЛСД; ефедрин, псевдоефедрин та фенілацетон — стимуляторів амфетамінового ряду (метамфетаміни); сафрол, ізосафрол та піперональ — МДМА («екстазі»); фенілпропаноламін — амфетамінів.

Крім того, викладений у ньому список № 2 таблиці IV містить ще 11 прекурсорів, стосовно яких встановлюються заходи контролю. Ці речовини використовуються для нелегального виготовлення різного роду наркотичних засобів та психотропних речовин, але також мають і широке застосування у господарській діяльності. Це, зокрема, сірчана та соляна кислоти, толуол, ацетон, етиловий ефір, перманганат калію.

Протягом 2014 року будь-яких змін до таблиці IV Переліку не вносилося.

10.5. Висновки за результатом висвітлення вибраної теми

Незаконне виробництво заборонених наркотичних засобів та психотропних речовин неможливе без використання хімічних прекурсорів, що, як правило, надходять до нарковиробників у результаті витоку із законного обігу. У той же час, ці речовини широко використовуються у господарській діяльності, для задоволення законних потреб людини.

Такий дуалізм їх використання визначає специфіку системи контролю за їх обігом, яка, з одного боку має попереджати потрапляння подібних речовин у кримінальне середовище, а з іншого — не перешкоджати задоволенню легальних потреб суб'єктів підприємницької діяльності та суспільства в цілому.

Контролю за прекурсорами приділено значну увагу на міжнародному рівні, що знайшло своє відображення у положеннях «антинаркотичних» конвенцій Організації об'єднаних націй, цілій низці операцій, що проводяться під егідою Міжнародного комітету з контролю над наркотиками.

Незаконний обіг прекурсорів, так само як і наркобізнес загалом, має транснаціональний характер, що зумовлює необхідність міжнародного співробітництва у сфері протидії цьому явищу. Це, у свою чергу, вимагає від співробітників компетентних органів володіння не лише національною, а й міжнародною нормативно-правовою базою.

Таким чином, правоохоронне супроводження легального обігу прекурсорів, запобігання незаконним операціям із цими речовинами є невід'ємною складовою протидії наркобізнесу. При здійсненні цієї роботи правоохоронні органи вирішують широке коло задач, спрямованих на забезпечення дотримання законодавства суб'єктами такого обігу, недопущення витоку підконтрольних речовин у незаконний обіг, а також попередження, викриття та припинення різного роду протиправної діяльності в зазначеній сфері. Ефективна правоохоронна діяльність на цьому напрямі вимагає тісної взаємодії на національному та міжнародному рівнях — як з компетентними органами, так і з суб'єктами зазначеного обігу.

Правоохоронне супроводження легального обігу прекурсорів в Україні вимагає тісного співробітництва з іншими контролюючими державними органами, зокрема, Міністерством промислової політики та Державною фіскальною службою. Особливе значення має співробітництво з Державною службою України з лікарських засобів та контролю за наркотиками, зокрема, у рамках процедури ліцензування та надання дозволів, проведення перевірок за дотриманням вимог законодавства суб'єктами легального обігу.

Наявні проблеми вказують на негайну потребу удосконалення механізмів контролю для недопущення витоку хімічних прекурсорів у незаконний обіг, в тому числі за участі правоохоронних органів, діяльність яких має бути спрямована на забезпечення законності діяльності суб'єктів легальної підприємницької діяльності, викриття та припинення незаконних спрямувань щодо них з боку організованих злочинних угруповань, діяльність яких має транснаціональний характер та несе у собі загрозу не лише національній безпеці нашої країни, а й міжнародному правопорядку у цілому.

Контроль за обігом прекурсорів вимагає постійного моніторингу наркоситуації з метою виявлення нових речовин на цьому ринку, способів виведення прекурсорів у незаконний обіг, каналів їх контрабандного переміщення тощо.

11. Забезпечення населення України лікарськими препаратами, що містять наркотичні засоби

11.1. Забезпечення населення України знеболювальними лікарськими препаратами, що містять наркотичні засоби

У звітному періоді проведено моніторинг ситуації, пов'язаної із забезпеченням населення України препаратами, що містять наркотичні засоби. З цією метою у якості пілотного проекту надіслано запити до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я стосовно надання інформації про спожиті у 2014 році знеболювальні лікарські препарати, що містять наркотичні засоби (далі — підконтрольні препарати).

На підставі офіційної інформації, у тому числі статистичної, ДП «Державний експертний центр МОЗ України» та ДЗ «Центр медичної статистики МОЗ України», а також узагальнених даних структурних підрозділів, проведено наступний аналіз.

За даними ДП «Державний експертний центр МОЗ України» в Україні зареєстровано 32 знеболювальних лікарських препаратів, що містять кодеїн, морфін, тримеперидин, трамадол, фентаніл та тебаїл, та застосовуються для лікування гострого та хронічного больового синдрому різної етіології та інтенсивності (при онкологічних захворюваннях, в якості премедикації, під час та після оперативних втручань, інфаркті міокарду, опіках, нирковій коліці тощо).

Довідково:

«Кодеїну фосфат», таблетки, виробник ТзДВ «Інтерхім», м. Одеса; призначення - лікування больового синдрому

«Оmnopон-зн», розчин для ін'єкцій в ампулах, виробник ТОВ ХФП «Здоров'я народу», м. Харків; призначення - лікування больового синдрому (онкологія / при інфаркті міокарду / перед- і післяопераційний період)

«Морфін-зн», таблетки, виробник ТОВ ХФП «Здоров'я народу», м. Харків; призначення - лікування больового синдрому (онкологія / при інфаркті міокарду / післяопераційний період)

«Морфіну гідрохлорид», розчин для ін'єкцій в ампулах, виробник ТОВ ХФП «Здоров'я народу», м. Харків; призначення - лікування больового синдрому (онкологія / при інфаркті міокарду / перед- і післяопераційний період)

«Морфіну сульфат», таблетки, виробник ТДВ «Інтерхім», м. Одеса; призначення - лікування больового синдрому

«Трамал®», капсули, краплі оральні, розчин для ін'єкцій в ампулах та супозиторії ректальні, виробник Грюненталь ГмбХ, Німеччина; призначення - лікування больового синдрому

«Трамал® ретард», таблетки, виробник Грюненталь ГмбХ, Німеччина; призначення - лікування больового синдрому (онкологія / післяопераційний період / премедикація при хірургічних втручаннях)

«Трамадол», капсули, виробник ПАТ «Фармак», м. Київ; призначення - лікування больового синдрому (перед- і післяопераційний період / онкологія)

«Трамадолу гідрохлорид», розчин для ін'єкцій в ампулах, виробник ПАТ «Фармак», м. Київ; призначення - лікування больового синдрому

«Трамадолу гідрохлорид», розчин для ін'єкцій в ампулах, виробник ПАТ «Фармстандарт-біолік», м. Харків; призначення - лікування больового синдрому

«Трамадол-зн», капсули та розчин для ін'єкцій в ампулах, виробник ТОВ ХФП «Здоров'я народу», м. Харків; призначення - лікування больового синдрому
 «Трамадол-м», розчин для ін'єкцій в ампулах, виробник ТОВ ХФП «Здоров'я народу», м. Харків; призначення - лікування больового синдрому
 «Промедол-зн», розчин для ін'єкцій в ампулах, виробник ТОВ ХФП «Здоров'я народу», м. Харків; призначення - лікування больового синдрому (онкологія / перед- і післяопераційний період / при інфаркті міокарду / премедикація при хірургічних втручаннях)
 «Фентаніл», розчин для ін'єкцій в ампулах, виробник ТОВ ХФП «Здоров'я народу», м. Харків; призначення - лікування больового синдрому
 «Фентаніл м сандоз®», трансдермальний пластир, виробник Гексал АГ, Німеччина, підприємство компанії Сандоз; призначення - лікування больового синдрому
 «Фентаніл сандоз®», трансдермальний пластир, виробник Гексал АГ, Німеччина, підприємство компанії Сандоз; призначення - лікування больового синдрому

Таким чином, на фармацевтичному ринку країни у встановленому законодавством порядку зареєстровано 17 вітчизняних та 15 іноземних препаратів, що у відсотковому співвідношенні складає 53,1% та 46,9% відповідно. Також можна відмітити, що рідка форма лікарських препаратів превалює над твердими формами, у співвідношенні 63,2% до 36,8% відповідно.

Зазначаємо, що для систематизованого аналізу даних про спожиті препарати, необхідно провести порівняння зі стандартизованими показниками, такими як кількість:

- населення*;
- хворих, які протягом року отримали медичну допомогу відповідно до протоколів лікування**;

*згідно з інформацією, розміщеною на сайті Державної служби статистики України

www.ukrstat.gov.ua, станом на 01 січня 2015 року;

**згідно з даними ДЗ «Центр медичної статистики МОЗ України» станом на 01 січня 2014 року.

Алгоритм розрахунку та узагальнення даних здійснено за наступними напрямками:

- перераховуємо підконтрольні препарати у кількість підконтрольної діючої речовини у грамах і розраховуємо обсяг речовини, яка припадає на 100 тис. населення для кожної області країни;
- проводимо порівняння кількості фактично спожитих у звітному періоді підконтрольних речовин із потребою закладів охорони здоров'я, наданою на 2014 рік відповідно до вимог Порядку провадження діяльності, пов'язаної з обігом наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, та контролю за їх обігом, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 03.06.2009 № 589;
- узагальнюємо та порівнюємо інформацію за нозологічним принципом згідно з даними 8 областей України. Аналіз проводився у відділеннях, які у найбільших обсягах використовують вказані речовини.

Як вказано вище, підконтрольні препарати використовуються для знеболення, у тому числі при хірургічних втручаннях, тому можна порівняти кількість спожитих препаратів з кількістю хворих, яким надавалася медична допомога у загальнотерапевтичних, онкологічних та хірургічних відділеннях (за даними ДЗ «Центр медичної статистики МОЗ України»).

Керуючись аналізом про кількість підконтрольних препаратів, спожитих закладами охорони здоров'я, нижче наводимо наступні висновки.

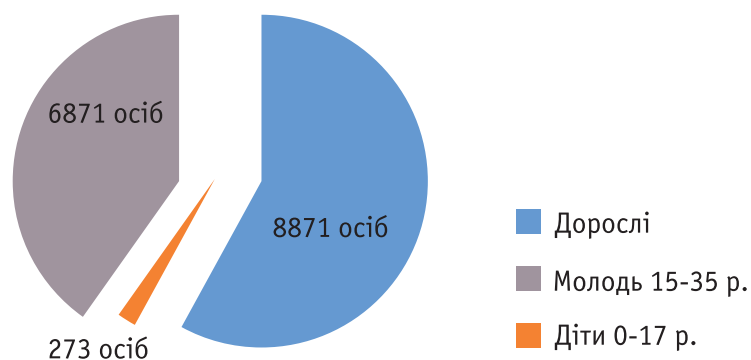
Таблиця 11.1.1.

Дані щодо хворих, яким надавалася медична допомога підконтрольними препаратами, що містять кодеїн, морфін, тебаїн, трамадол, тримеперидин і фентаніл

Області	Кількість хворих (у загальнотерапевтичних, онкологічних та хірургічних відділеннях)	Кількість хворих на 100 тис. населення
Вінницька	99 419	6 143
Волинська	67 417	6 474
Дніпропетровська	201 692	6 126
Житомирська	73 183	5 797
Закарпатська	49 424	3 932
Запорізька	85 435	4 811
Івано-Франківська	78 246	5 661
Львівська	159 616	6 288
Миколаївська	70 493	6 033
Одеська	117 407	4 899
Полтавська	95 106	6 522
Рівненська	65 074	5 616
Сумська	70 568	6 228
Тернопільська	71 400	6 652
Харківська	151 047	5 518
Херсонська	61 280	5 714
Хмельницька	76 619	5 862
Черкаська	89 735	7 122
Чернівецька	52 863	5 819
Чернігівська	86 863	8 142
м. Київ	127 030	4 428

Графік 11.1.1.

Дані щодо хворих, яким надавалася медична допомога (на 100 тис. населення)



Згідно з таблицею та графіком 11.1.1 показник кількості хворих на 100 тис. населення найбільший у Черкаській, Тернопільській, Полтавській та Чернігівській областях, найменший в Закарпатській, Одеській і Запорізькій областях та в м. Києві.

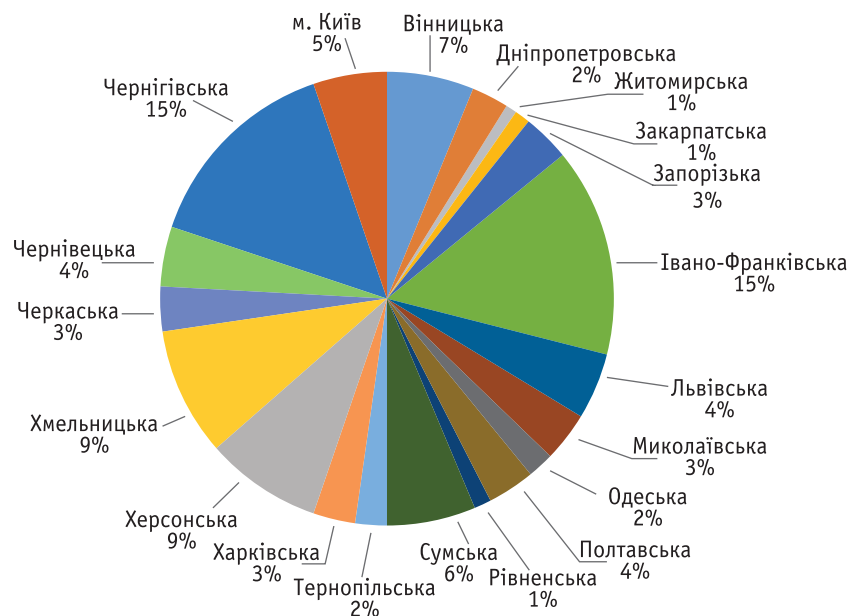
Таблиця 11.1.2.

Кількість спожитих підконтрольних препаратів, що містять кодеїн

Області	Кількість підконтрольної речовини у грамах	Кількість підконтрольної речовини у грамах на 100 тис. населення
Вінницька	57,047	3,542
Дніпропетровська	42,97	1,311
Житомирська	4,89	0,389
Закарпатська	8,696	0,69
Запорізька	29,082	1,647
Івано-Франківська	114,136	8,255
Львівська	60,996	2,404
Миколаївська	21,236	1,824
Одеська	22,807	0,952
Полтавська	27,569	1,903
Рівненська	6,057	0,522
Сумська	36,631	3,261
Тернопільська	13,143	1,228
Харківська	43,083	1,577
Херсонська	48,631	4,554
Хмельницька	62,628	4,813
Черкаська	17,844	1,426
Чернівецька	21,701	2,385
Чернігівська	86,226	8,168
м. Київ	78,537	2,719

Графік 11.1.2.

Кількість спожитих підконтрольних препаратів, що містять кодеїн (дані на 100 тис. населення)



Порівняльний аналіз вказує, що використання лікарських препаратів, які містять кодеїн, досить однорідне по областях. Найбільше споживання відмічається в Івано-Франківській, Хмельницькій, Херсонській та Чернігівській області, найменше у Житомирській, Закарпатській, Одеській та Рівненській. Волинська область не надала даних про використання цих препаратів. Це ймовірно свідчить про те, що хворих лікують препаратами, до складу яких входять інші підконтрольні речовини.

Після проведення порівняння кількості спожитої речовини з кількістю хворих отримано наступні висновки:

— Закарпатська та Одеська області мають найменшу кількість хворих в цілому по Україні і саме в цих областях була спожита найменша кількість лікарських препаратів, що містять кодеїн, і теж саме у Чернігівській області — найбільша кількість хворих, і спожито речовини було найбільше.

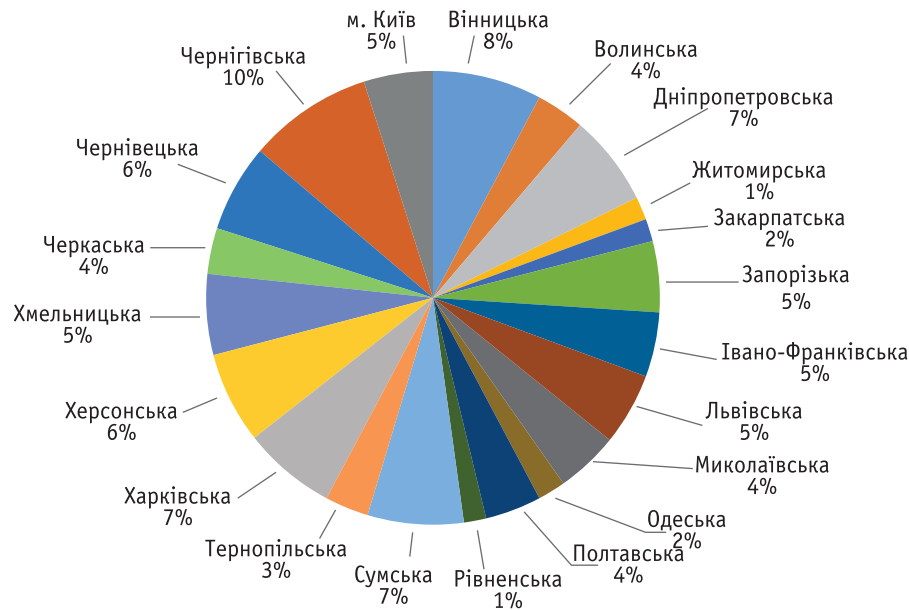
Таблиця 11.1.3.

Кількість спожитих підконтрольних препаратів, що містять морфін

Області	Кількість підконтрольної речовини у грамах	Кількість підконтрольної речовини у грамах на 100 тис. населення
Вінницька	1 110,054	68,922
Волинська	336,25	32,242
Дніпропетровська	1 995,27	60,895
Житомирська	160,931	12,813
Закарпатська	207,07	16,439
Запорізька	817,699	46,305
Івано-Франківська	574,785	41,573
Львівська	1 116,924	44,012
Миколаївська	468,991	40,281
Одеська	427,491	17,839
Полтавська	529,017	36,509
Рівненська	129,732	11,172
Сумська	720,902	64,171
Тернопільська	292,807	27,368
Харківська	1 601,634	58,640
Херсонська	606,281	56,773
Хмельницька	640,024	49,187
Черкаська	403,716	32,251
Чернівецька	482,045	52,972
Чернігівська	913,134	86,496
м. Київ	1 214,255	42,045

Графік 11.1.3.

Кількість спожитих підконтрольних препаратів, що містять морфін (дані на 100 тис. населення)



Отже, ми приходимо до висновку, що використання лікарських препаратів, що містять морфін, досить однорідне по областях. Найбільше споживання відмічається у Сумській, Дніпропетровській, Вінницькій та Чернігівській областях, найменше у Житомирській, Закарпатській, Одеській та Рівненській. Це ймовірно свідчить про те, що хворих лікують препаратами, до складу яких входять інші підконтрольні речовини.

Таблиця 11.1.4.

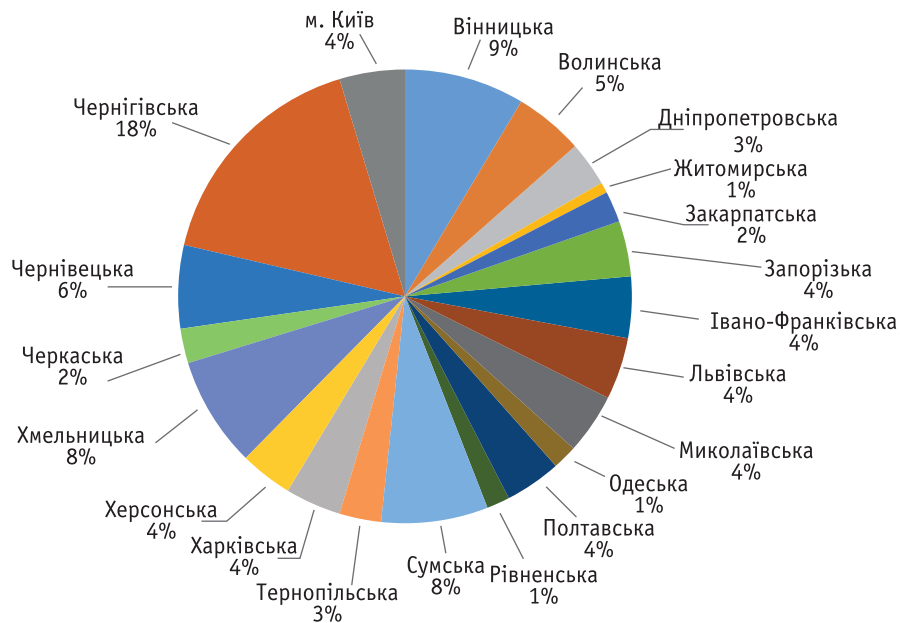
Кількість спожитих підконтрольних препаратів, що містять тебаїн

Області	Кількість підконтрольної речовини у грамах	Кількість підконтрольної речовини у грамах на 100 тис. населення
Вінницька	3,962	0,246
Волинська	1,444	0,138
Дніпропетровська	2,984	0,091
Житомирська	0,335	0,027
Закарпатська	0,79	0,063
Запорізька	2,02	0,114
Івано-Франківська	1,67	0,121
Львівська	3,225	0,127
Миколаївська	1,475	0,127
Одеська	0,995	0,042
Полтавська	1,656	0,114
Рівненська	0,414	0,036
Сумська	2,544	0,226
Тернопільська	0,769	0,072
Харківська	2,992	0,11

Області	Кількість підконтрольної речовини у грамах	Кількість підконтрольної речовини у грамах на 100 тис. населення
Херсонська	1,083	0,101
Хмельницька	2,944	0,226
Черкаська	0,863	0,069
Чернівецька	1,507	0,166
Чернігівська	5,288	0,501
м. Київ	3,347	0,116

Графік 11.1.4.

Кількість спожитих підконтрольних препаратів, що містять тебаїн (дані на 100 тис. населення)



Приведені дані в таблиці та графіку 11.1.4 дозволяють зробити висновок, що використання лікарських препаратів, що містять тебаїн, досить однорідне по областях. Найбільше споживання відмічається у Вінницькій, Чернігівській, Хмельницькій та Сумській областях, найменше у Одеській, Житомирській, Закарпатській та Рівненській. Це ймовірно свідчить про те, що хворим надають медичну допомогу препаратами, до складу яких входять інші підконтрольні речовини.

Таблиця 11.1.5.

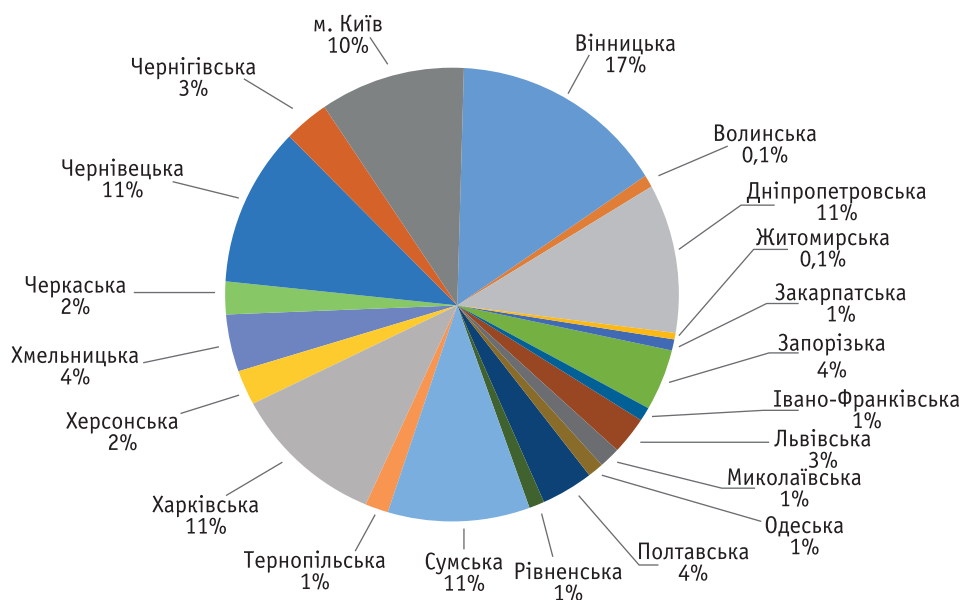
Кількість спожитих підконтрольних препаратів, що містять трамадол

Області	Кількість підконтрольної речовини у грамах	Кількість підконтрольної речовини у грамах на 100 тис. населення
Вінницька	10 449,6	648,802
Волинська	107,9	10,346
Дніпропетровська	14 047,05	428,708
Житомирська	100,9	8,033
Закарпатська	249,95	19,844

Області	Кількість підконтрольної речовини у грамах	Кількість підконтрольної речовини у грамах на 100 тис. населення
Запорізька	2 866,85	162,345
Івано-Франківська	498,62	36,064
Львівська	2 524,65	99,482
Миколаївська	613,95	52,731
Одеська	1 069,4	44,625
Полтавська	2 027,95	139,955
Рівненська	347	29,883
Сумська	4 544,15	404,500
Тернопільська	446,2	41,705
Харківська	11 822,85	432,865
Херсонська	778,35	72,886
Хмельницька	1 977,332	151,962
Черкаська	1 117,9	89,303
Чернівецька	3 951	434,176
Чернігівська	1 270,5	120,347
м. Київ	10 741,8	371,946

Графік 11.1.5.

Кількість спожитих підконтрольних препаратів, що містять трамадол (дані на 100 тис. населення)



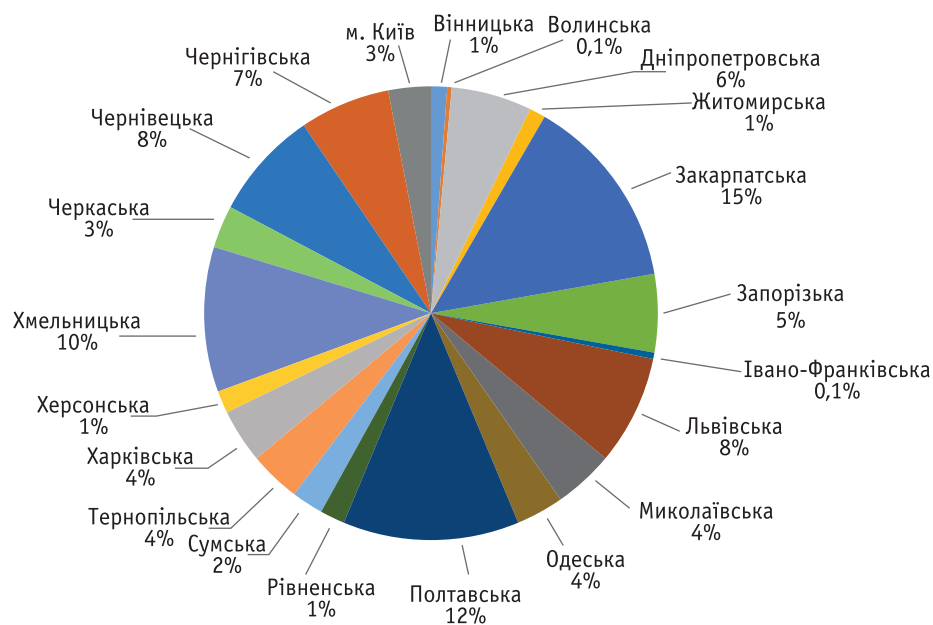
Проведеним аналізом даних про спожиті лікарські засоби, що містять трамадол, отримано наступні висновки, які наведено нижче. Найбільше споживання відмічається у Вінницькій, Чернівецькій, Дніпропетровській та Харківській областях, найменше у Житомирській, Закарпатській, Рівненській та Волинській. Необхідно звернути увагу, що у вищезазначених областях інші підконтрольні речовини використовувалися у найменших обсягах.

Таблиця 11.1.6.

Кількість спожитих підконтрольних препаратів,
що містять трипеперидин

Області	Кількість підконтрольної речовини у грамах	Кількість підконтрольної речовини у грамах на 100 тис. населення
Вінницька	61,78	3,836
Волинська	0,46	0,044
Дніпропетровська	776,96	23,712
Житомирська	25,52	2,032
Закарпатська	686,36	54,49
Запорізька	346,62	19,629
Івано-Франківська	17,54	1,269
Львівська	790,94	31,166
Миколаївська	169,02	14,517
Одеська	335,28	13,991
Полтавська	660,72	45,598
Рівненська	62,76	5,405
Сумська	97,66	8,693
Тернопільська	152,88	14,289
Харківська	404,18	14,798
Херсонська	49,56	4,641
Хмельницька	493,62	37,936
Черкаська	135,84	10,852
Чернівецька	273	30
Чернігівська	262,64	24,878
м. Київ	314,22	10,88

Графік 11.1.6.

Кількість спожитих підконтрольних препаратів, що містять
трипеперидин (дані на 100 тис. населення)

Отже, ми приходимо до висновку, що використання лікарських препаратів, що містять тримеперидин, досить однорідне по областях. Найбільше споживання відмічається у Закарпатській, Полтавській, Львівській та Хмельницькій областях, найменше у Житомирській, Івано-Франківській, Вінницькій та Волинській. Звертаємо увагу, що у зазначених вище областях інші підконтрольні речовини використовувалися найменше.

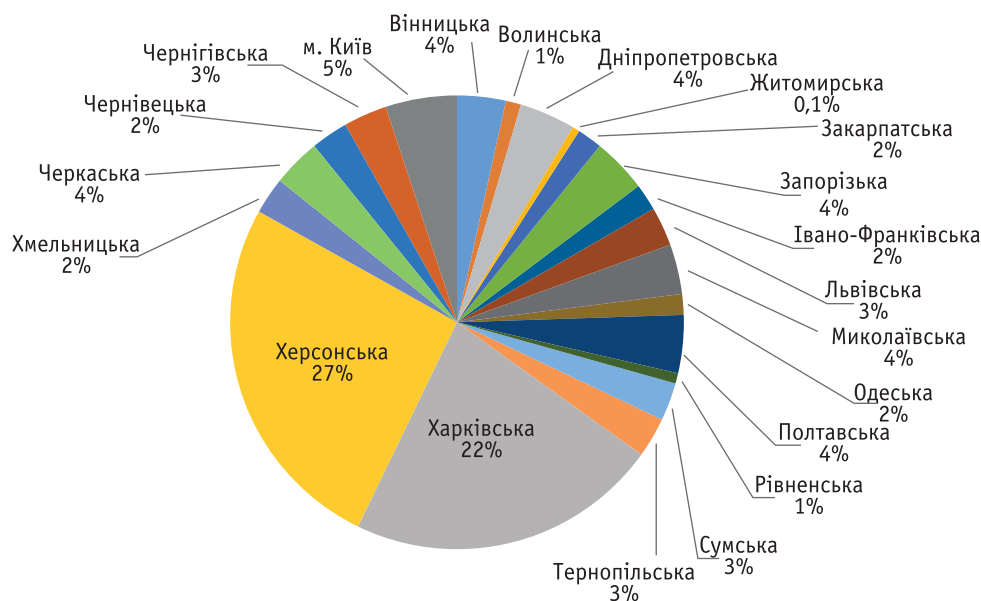
Таблиця 11.1.7.

Кількість спожитих підконтрольних препаратів, що містять фентаніл

Області	Кількість підконтрольної речовини у грамах	Кількість підконтрольної речовини у грамах на 100 тис. населення
Вінницька	7,776	0,483
Волинська	0,999	0,096
Дніпропетровська	18,016	0,550
Житомирська	0,521	0,041
Закарпатська	2,991	0,237
Запорізька	9,412	0,533
Івано-Франківська	3,204	0,232
Львівська	9,799	0,386
Миколаївська	5,266	0,452
Одеська	4,634	0,193
Полтавська	7,832	0,541
Рівненська	0,961	0,083
Сумська	3,792	0,338
Тернопільська	3,453	0,323
Харківська	76,59	2,804
Херсонська	36,381	3,407
Хмельницька	4,054	0,312
Черкаська	5,833	0,466
Чернівецька	2,745	0,302
Чернігівська	4,677	0,443
м. Київ	17,745	0,614

Графік 11.1.7.

Кількість спожитих підконтрольних препаратів, що містять фентаніл (дані на 100 тис. населення)



Приведені дані в таблиці та графіку 11.1.7 дозволяють зробити висновок, що використання підконтрольних препаратів досить не однорідне. Спостерігається значне їх використання Харківською та Херсонською областями. Відсоткове співвідношення стосовно споживання вказаного препарату досить однорідне по решті областей.

Резюмуючи підсумки проведеного аналізу, зазначаємо:

1. В кожній із досліджуваних областей надається перевага використанню певних підконтрольних препаратів. Ймовірно, це може бути пов'язане з низкою факторів, що впливають на використання вказаних лікарських засобів.
2. Обсяги використання знеболюючих препаратів по всій Україні досить однорідні.
3. Прослідковується відповідність обсягу спожитих препаратів до кількості хворих, які отримали медичну допомогу.
4. В цілому по Україні такі області як:
 - Запорізька, Миколаївська, Тернопільська та Черкаська надали усереднені дані по споживанню підконтрольних препаратів;
 - Чернігівська, Хмельницька, Дніпропетровська та Вінницька використовують підконтрольні препарати значно більше, ніж такі області як Волинська, Житомирська, Одеська та Рівненська.

Для прийняття рішення стосовно визначення шляхів розробки єдиного підходу у розрахунках потреби України у лікарських засобах, що містять підконтрольні речовини, здійснено порівняльний аналіз показників споживання цих лікарських засобів у перерахунку на діючу речовину з показниками потреби.

У таблиці 8 та графіку 8 зазначено процентне співвідношення фактично спожитих знеболювальних підконтрольних засобів із замовленою потребою (знак «—» означає, що кількість спожитих засобів була менше ніж потреба).

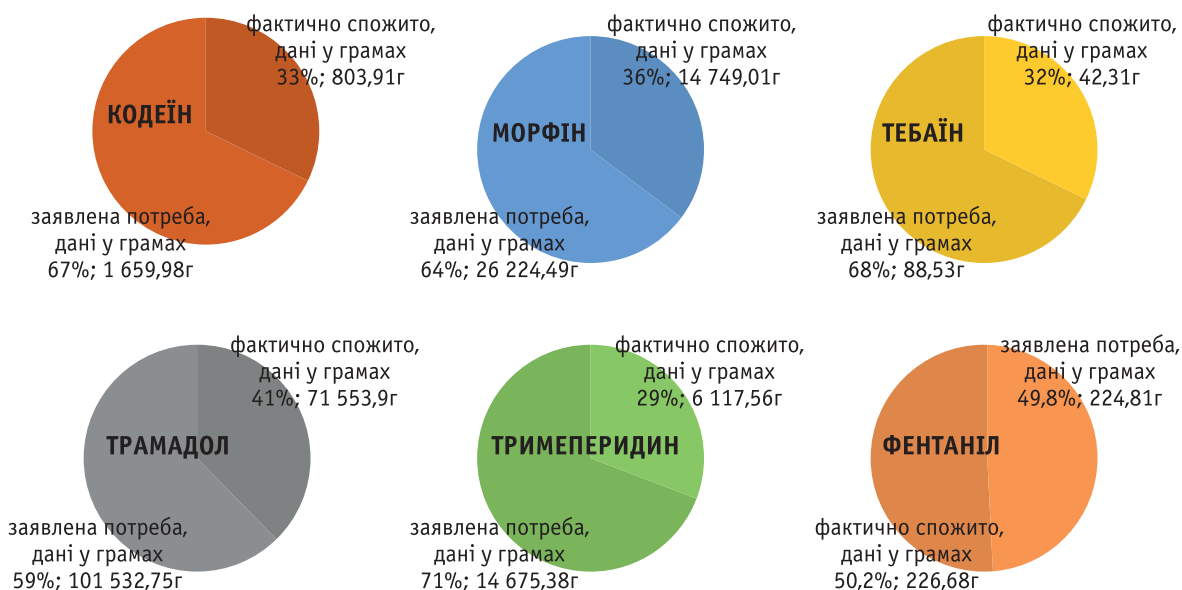
Таблиця 11.1.8.

Інформація про співвідношення фактично спожитих знеболювальних підконтрольних засобів із замовленою потребою

Області/ПЗ	Кодеїн	Морфін	Тебаїн	Трамадол	Тримеперидин	Фентаніл
Вінницька	-20,8%	-5,3%	-20,8%	1%	-71,9%	-33,1%
Волинська	-100%	-58,8%	-52,7%	-95,7%	-99,8%	-86,6%
Дніпропетровська	33%	34,6%	33%	67,6%	44,3%	-4,3%
Житомирська	-91,1%	-89,5%	-91,2%	-91,6%	-98,9%	-95,2%
Закарпатська	-80,7%	-79,7%	-74,3%	-90,9%	-23,4%	-37,8%
Запорізька	74,6%	25,6%	-33,3%	43%	2,1%	-23,3%
Івано-Франківська	24,3%	-65%	-72,2%	-93,4%	-85,4%	-54,2%
Львівська	-38,2%	8,5%	-34,7%	-12,5%	-22,5%	-43,8%
Миколаївська	-14,7%	-2%	-14,7%	-30,3%	-33,5%	-3,8%
Одеська	-65,1%	-68,3%	-78,1%	-60,8%	-85,3%	-63,5%
Полтавська	-70,5%	-52,7%	-74,5%	-83,4%	-26,6%	-21,7%
Рівненська	-97,3%	-67,6%	39,6%	-0,9%	-10,3%	-35,9%
Сумська	-57,8%	-40,4%	-57,8%	-42,1%	-56,1%	-48,9%
Тернопільська	-69,6%	-63,2%	-74,4%	-69,7%	-36,3%	-28,1%
Харківська	-53,6%	-23,7%	-53,6%	45,7%	-67,3%	73,3%
Херсонська	-68,5%	-13,7%	-27,8%	-61,1%	-83,5%	76,6%
Хмельницька	100%	-77,4%	100%	-30,8%	-58,4%	-48,2%
Черкаська	-90,6%	-78,6%	-91,8%	-93,4%	-81,6%	-44,4%
Чернівецька	-62,3%	-48,2%	-62,3%	-27,3%	-38%	-45,1%
Чернігівська	-33,6%	-33,4%	-41,4%	-38,3%	-37,9%	-12%
м. Київ	24,2%	-37,3%	-19%	35,9%	-53,3%	-49,3%

Графік 11.1.8.

Інформація про співвідношення фактично спожитих знеболювальних підконтрольних засобів з заявленою потребою



Проведені дослідження дозволяють зробити висновок, що заявлена потреба у лікарських препаратах, що містять у своєму складі:

- кодеїн, на 51,6% більше ніж обсяг споживання;
- морфін, на 43,8% більше ніж обсяг споживання;
- тебаїн, на 52,2% більше ніж обсяг споживання;
- трамадол, на 29,5% більше ніж обсяг споживання;
- тримеперидин, на 58,3% більше ніж обсяг споживання;
- фентаніл, на 0,8% менше ніж обсяг споживання.

Отже, підбиваючи підсумки, констатуємо наступне:

1. Дніпропетровська, Запорізька та Харківська області спожили більше підконтрольних знеболюючих препаратів ніж надали у заяві на потребу. Це може бути пов'язано з проведенням на сході України антитерористичної операції.

2. Також, Івано-Франківська область спожила на 24,3% більше кодеїну, ніж надала в потребі. Львівська область на 8,5% більше морфіну, Рівненська — на 39,6% тебаїну, Херсонська — на 76,6% фентанілу, м. Київ — на 24,2% більше кодеїну, на 35,9% трамадолу. Взагалі, відмічаємо, що відсоток перевищення споживання є не надто значним у порівнянні з невірним розрахунком наданої потреби.

3. Хмельницька область взагалі не надала замову на потребу по кодеїну та тебаїну, тоді як Волинська область не спожила кодеїну згідно наданих даних. Це може бути пов'язано з неправильним розрахунком обсягу потреби чи використаних знеболюючих препаратів.

4. Всі інші області спожили знеболювальних підконтрольних засобів менше ніж заявляли. Це також може вказувати на невірний чи неточний розрахунок потреби чи фактично вжитих препаратів, або на те, що медична допомога препаратами для знеболання надається особам, які її потребують, не в повному обсязі.

За результатами даних, отриманих від Дніпропетровської, Закарпатської, Львівської, Миколаївської, Одеської, Сумської, Херсонської та Чернігівської ОДА, а також ДП «Державний експертний центр МОЗ України» та ДЗ «Центр медичної статистики МОЗ України» здійснено розгорнутий аналіз у розрізі відділень лікувальних закладів, що у найбільших обсягах використовують підконтрольні препарати.

Вважаємо за доцільне провести аналіз серед наступних відділень в якості індикаторів моніторингу:

- загальнотерапевтичні;
- онкологічні для дорослих;
- хірургічні для дорослих;
- анестезіології, реанімації та інтенсивної терапії.

Враховуючи вказане вище, надається аналіз даних, який вказує на загальні тенденції у використанні вказаних лікарських засобів для різних відділень закладів охорони здоров'я.

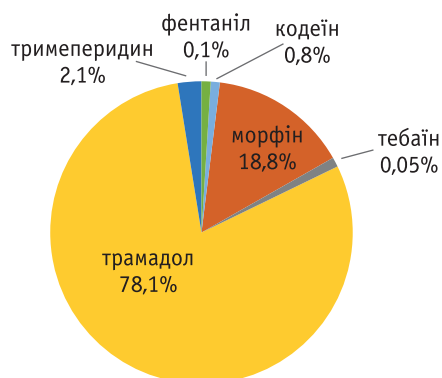
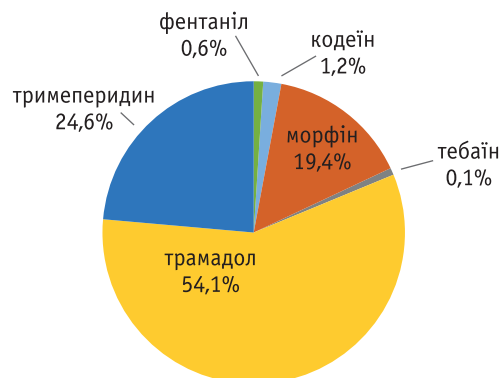
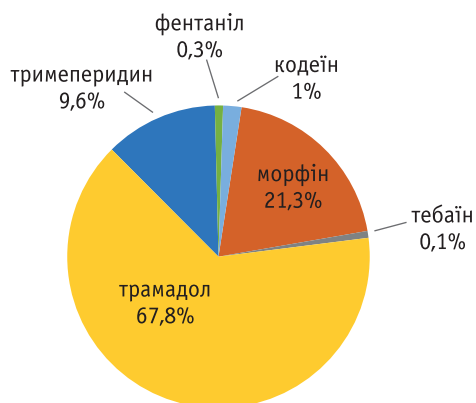
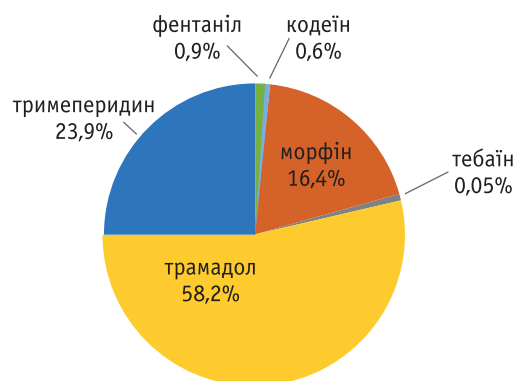
Таблиця 11.1.9.

Кількість використаної підконтрольної речовини в грамах у загальнотерапевтичних, хірургічних, онкологічних та відділеннях анестезіології, реанімації та інтенсивної терапії

Відділення/ Підконтрольні речовини	Загальнотера- певтичні	Хірургічні д/дорослих	Онкологічні д/дорослих	Анестезіології, реанімації та інтенсивної терапії
Кодеїн	208,372	47,631	45,124	14,99
Морфін	4 749,976	772,812	931,101	402,059
Тебаїн	12,399	3,308	2,726	1,147
Трамадол	19 719,25	2 155,35	2 964,6	1 428,6
Тримеперидин	524,5	979,22	419,34	587,98
Фентаніл	34,534	23,419	10,974	21,159

Графік 11.1.9.

Показник споживання підконтрольних препаратів у загальнотерапевтичних, хірургічних, онкологічних та відділеннях анестезіології, реанімації та інтенсивної терапії

**ЗАГАЛЬНОТЕРАПЕВТИЧНІ****ХІРУРГІЧНІ****ОНКОЛОГІЧНІ****АНЕСТЕЗІОЛОГІЇ**

Отже, ми приходимо до висновку, що споживання підконтрольних речовин по відділеннях відбувається за наступною схемою:

- найбільше використовуються лікарські препарати, які містять трамадол, але це може бути пов'язано з тим, що вміст трамадолу гідрохлориду на одиницю дози складає від 50 мг до 200 мг;
- найменше споживаються наступні лікарські препарати, що містять тебаїн та фентаніл, які у свою чергу мають вміст на одиницю дози 0,1 мг для тебаїну та від 0,05 до 23,12 мг для фентанілу відповідно.

Враховуючи наведені вище висновки, розрахунок спожитої речовини проводимо з поправкою на усереднений вміст діючої речовини на одиницю дози в препараті, що містить :

- кодеїн 1,44 мг;
- морфін 8,7 мг;
- тебаїн 0,1 мг;
- трамадол 67,4 мг;
- тримеперидин 20 мг;
- фентаніл 9,2 мг.

Виходячи з вище вказаного, розраховуємо кількість спожитої підконтрольної речовини, спираючись на дозування кожного лікарського засобу.

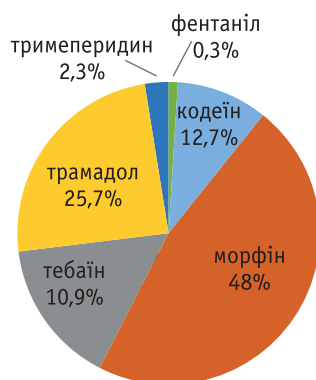
Таблиця 11.1.10.

**Кількість використаної підконтрольної речовини
(у грамах) з поправкою на дозування кожного
лікарського засобу**

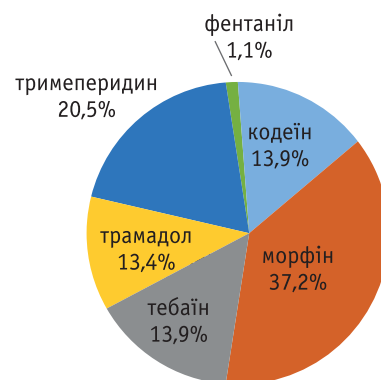
Відділення/ Підконтрольні речовини	Загальнотера- певтичні	Хірургічні д/дорослих	Онкологічні д/дорослих	Анестезіології, реанімації та інтенсивної терапії
Кодеїн	144,703	33,077	31,336	10,41
Морфін	545,974	88,829	107,023	46,214
Тебаїн	123,99	33,082	27,256	11,47
Трамадол	292,57	31,978	43,985	21,196
Тримеперидин	26,225	48,961	20,967	29,399
Фентаніл	3,754	2,546	1,193	2,3

Графік 11.1.10.

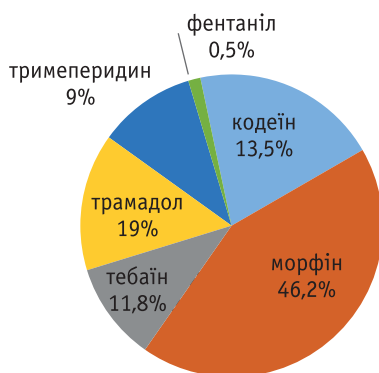
**Показник споживання підконтрольних препаратів у
загальнотерапевтичних, хірургічних, онкологічних та
відділеннях анестезіології, реанімації та інтенсивної
терапії з поправкою на дозування**



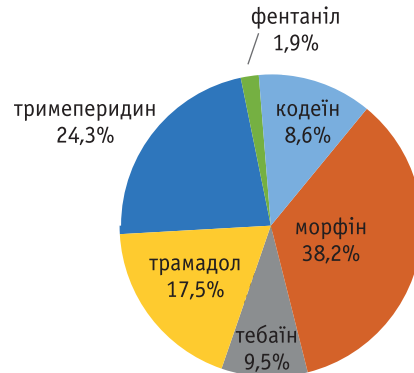
ЗАГАЛЬНОТЕРАПЕВТИЧНІ



ХІРУРГІЧНІ



ОНКОЛОГІЧНІ



АНЕСТЕЗІОЛОГІЇ

Отже, підбиваючи підсумки, констатуємо наступне:

1. Для визначення кількості спожитих підконтрольних препаратів необхідно обов'язково звертати увагу на дозування лікарських засобів.

2. Після перерахування на усереднений вміст на одиницю дози спостерігається тенденція до наступного споживання підконтрольних препаратів, а саме:

- у загальнотерапевтичних відділеннях найбільше використовується морфін та трамадол;
- у хірургічних / відділеннях анестезіології, реанімації та інтенсивної терапії досить рівномірно використовуються підконтрольні препарати;
- в онкологічних відділеннях віддається перевага використанню надається морфіну.

Акцентуємо увагу, що наведений вище аналіз не буде повним, якщо не проаналізувати динаміку різниці вживання у I та II півріччі 2014 року.

Для встановлення тенденцій і закономірностей змін стосовно вживання, а також поглибленого аналізу процесу, необхідно скласти динамічні ряди на основі даних, що надійшли.

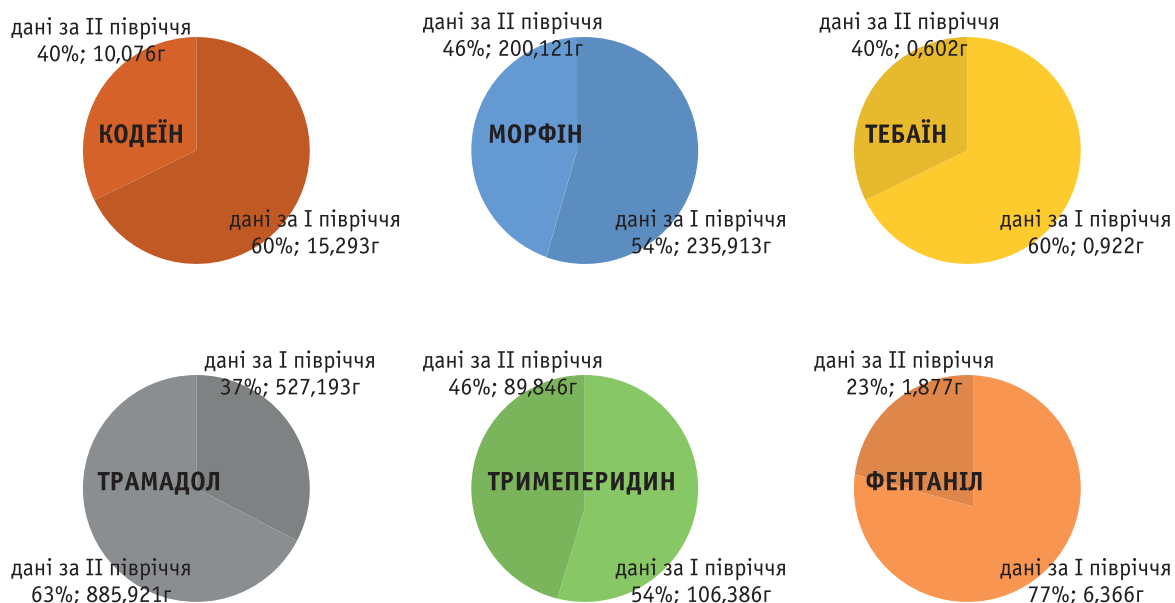
Таблиця 11.1.11.

Інформація про спжиті у I та II півріччі 2014 року підконтрольні препарати

Підконтрольна речовина	I півріччя 2014		II півріччя 2014	
	абсолютні дані	на 100 тис. населення	абсолютні дані	на 100 тис. населення
Кодеїн	213,643	15,293	146,26	10,076
Морфін	3 747,879	235,913	3 830,608	200,121
Тебаїн	13,333	0,922	9,12	0,602
Трамадол	9 903,3	527,193	18 486,2	885,921
Тримеперидин	2 051,9	106,386	1 620,58	89,846
Фентаніл	91,992	6,366	31,297	1,877

Графік 11.1.11.

Інформація про спжиті у I та II півріччі 2014 року підконтрольні препарати (дані на 100 тис. населення)



Для поглибленого вивчення процесів розраховують показники динамічного ряду, такі як абсолютний приріст (спад) та темп приросту (спаду).

Абсолютний приріст та темп приросту у порівнянні з I півріччям спостерігаємо по наступних препаратах, що містять:

- трамадол на 358,728 г або 40,5% на 100 тис. населення;

Абсолютний спад та темп спаду спостерігаємо по препаратах, що містять (дані на 100 тис. населення):

- кодеїн на 5,217 г або 34,1%;
- морфін на 35,792 г або 15,2%;
- тебаїн на 0,32 або 34,7%;
- тримеперидин на 16,54 г або 15,5%;
- фентаніл на 4,489 г або 70,5%.

Підводячи підсумки, зазначаємо, що загальною тенденцією у порівнянні з I півріччям є зменшення споживання всіх підконтрольних речовин, окрім трамадолу.

Якщо робити більш детальний аналіз, відмічаємо, що у:

- Дніпропетровській області прослідковується збільшення по кодеїну, морфіну, тебаїну та трамадолу в середньому на 50%, та зменшення по всім іншим речовинам на 5,1% (зазначаємо, що взагалі тенденція до збільшення);
- Закарпатській — збільшення використання тримеперидину та фентанілу в середньому на 14,2%, та зменшення по всім іншим речовинам на 60,1% (тенденція до зменшення);
- Львівській — значне зменшення споживання всіх вказаних речовин в середньому на 32,2%;
- Миколаївській — збільшення використання тримеперидину на 45,3%, та зменшення по всім іншим речовинам в середньому на 39,8%;
- Одеській — значне зменшення споживання всіх вказаних речовин в середньому на 60%;
- Сумській — збільшення використання трамадолу та фентанілу в середньому на 60,1%, та зменшення по всім іншим речовинам на 59,1% (тенденція до заміни одних речовин іншими);
- Херсонській — збільшення використання тебаїну та трамадолу в середньому на 34,2%, та зменшення по всім іншим речовинам на 45,1% (тенденція до заміни одних речовин іншими);
- Чернігівській — збільшення використання тримеперидину на 2,5%, та зменшення по всім іншим речовинам в середньому на 31,3% (тенденція до зменшення).

11.2. Забезпечення пацієнтів, що беруть участь у програмі замісної підтримувальної терапії, лікарськими засобами, що містять бупренорфін та метадон

У звітному періоді проведено моніторинг ситуації, пов'язаної із забезпеченням хворих на опіоїдну залежність лікарськими препаратами, що містять наркотичні засоби, які використовуються для замісної підтримувальної терапії (далі — препарати для ЗПТ). З цією метою у якості пілотного проекту надіслано запити до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я стосовно надання інформації про спожиті у 2014 році препарати для ЗПТ.

На підставі офіційної інформації, у тому числі статистичної, ДП «Державний експертний центр МОЗ України» (далі — Експертний центр), ДУ «Український центр контролю за соціально небезпечними хворобами МОЗ України» (далі — Центр контролю за хворобами) та ДЗ «Центр медичної статистики МОЗ України» (далі — Центр статистики), а також узагальнених даних структурних підрозділів, проведено наступний аналіз.

За даними Експертного центру в Україні зареєстровано 27 лікарських препаратів, що містять бупренорфін і метадон та застосовуються для:

- лікування гострого та хронічного больового синдрому високої інтенсивності (у онкологічних хворих, після оперативних втручань, при інфаркті міокарду, опіках, нирковій коліці тощо);
- замісної підтримувальної терапії при опіатній залежності у комплексі з медичною, соціальною та психологічною підтримкою.

Довідково:

«Бупрексон-зн», таблетки, виробник ТОВ ХФП «Здоров'я народу», м. Харків; призначення - лікування опіоїдної залежності

«Бупренорфіну гідрохлорид», розчин для ін'єкцій в ампулах та таблетки, виробник ТОВ ХФП «Здоров'я народу», м. Харків; призначення - лікування опіоїдної залежності

«Бупрен® іс», таблетки, виробник ТзДВ «Інтерхім», м. Одеса; призначення - лікування больового синдрому (онкологія / післяопераційний період / при інфаркті міокарду) / лікування опіоїдної залежності

«Еднок», таблетки, виробник Русан Фарма Лтд, Індія; призначення - лікування опіоїдної залежності / лікування больового синдрому (післяопераційний період / при інфаркті міокарду)

«Метадон-зн», розчин оральний у флаконах та таблетки, виробник ТОВ ХФП «Здоров'я народу», м. Харків; призначення - лікування опіоїдної залежності

«Метадикт®», таблетки, виробник Салютас Фарма ГмбХ, Німеччина; призначення - лікування опіоїдної залежності

«Метадол», розчин оральний у флаконах, виробник Фармасайнс Інк., Канада; призначення - лікування опіоїдної залежності / лікування больового синдрому

«Метадол-фармасайнс», таблетки, виробник Фармасайнс Інк., Канада; призначення - лікування опіоїдної залежності / лікування больового синдрому

«Метадону гідрохлорид молтені», розчин оральний у флаконах, виробник Л. Молтені і К. деї Фрателлі Алітті Сосієта ді Езерчиціо С.п.А., Італія; призначення - лікування опіоїдної залежності

Таким чином, на фармацевтичному ринку країни у встановленому законодавством порядку зареєстровано 16 вітчизняних та 11 іноземних препаратів, що у відсотковому співвідношенні складає 59,3% та 40,7% відповідно. Також можна відмітити, що таблетована форма лікарських препаратів превалює над рідкими лікарськими формами, у співвідношенні 63,6% до 36,4% відповідно.

Зазначаємо, що для систематизованого аналізу даних про спожиті препарати, необхідно провести порівняння зі стандартизованими показниками, такими як кількість:

- населення*;
- осіб із психічними і поведінковими розладами внаслідок вживання опіоїдів, які беруть участь у програмі ЗПТ**;
- осіб з розладами психіки через уживання наркотичних речовин внутрішньовенно***.

*згідно з інформацією, розміщеною на сайті Державної служби статистики України

www.ukrstat.gov.ua, станом на 01.01.2015;

**згідно з інформацією, розміщеною на сайті Центру контролю за хворобами

www.ucdc.gov.ua станом на 01.01.2015;

***згідно з даними Центру статистики станом на 01.01.2015.

Алгоритм розрахунку та узагальнення даних здійснено за наступними напрямками:

- перераховуємо препарати для ЗПТ у кількість підконтрольної діючої речовини в грамах і розраховуємо обсяг речовини, яка припадає на 100 тис. населення для кожної області країни та проводимо порівняння з чисельністю осіб з опіоїдною залежністю;
- робимо порівняння кількості фактично спожитих у звітному періоді підконтрольних речовин, згідно інформації наданої закладами охорони здоров'я, із спожитими речовинами на сайтах ЗПТ відповідно до середньої дози замісного препарату;
- проводимо аналіз на основі кількості хворих на опіоїдну залежність, які приймають препарати ЗПТ та кількості осіб з розладами психіки через уживання наркотичних речовин внутрішньовенно;
- узагальнюємо та порівнюємо інформацію згідно з даними 8 областей України та аналізуємо динаміку різниці вживання у I та II півріччі 2014 року.

Керуючись аналізом про кількість підконтрольних препаратів, спожитих закладами охорони здоров'я, нижче наводимо наступні висновки.

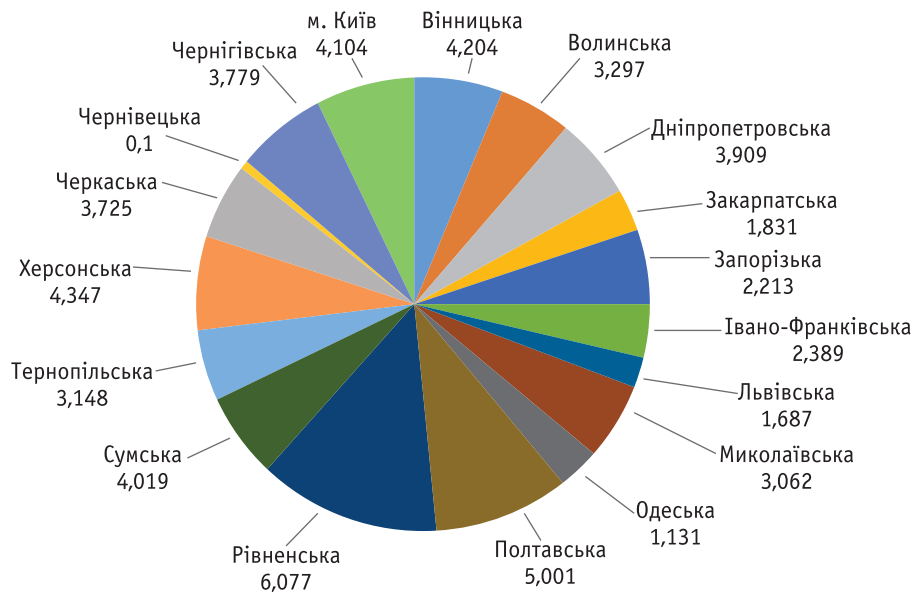
Таблиця 11.2.1.

Дані щодо кількості спожитих підконтрольних препаратів, що містять бупренорфін та чисельності пацієнтів, які беруть участь у програмі ЗПТ

Області	Кількість підконтрольної речовини у грамах	Кількість підконтрольної речовини у грамах на 100 тис. населення	К-ть хворих на опіоїдну залежність, які приймають бупренорфін	К-ть хворих на опіоїдну залежність, які приймають бупренорфін на 100 тис. населення
Вінницька	184,98	11,485	44	3
Волинська	69,239	6,639	21	1
Дніпропетровська	269,725	8,232	69	4
Житомирська	0,002	0	25	2
Закарпатська	27,47	2,181	15	1
Запорізька	108,42	6,14	49	3
Івано-Франківська	100,326	7,256	42	3
Львівська	28,686	1,13	17	1
Миколаївська	171,474	14,728	56	3
Одеська	57,7	2,408	51	3
Полтавська	195,02	13,459	39	2
Рівненська	91,154	7,85	15	1
Сумська	120,561	10,732	30	2
Тернопільська	85,439	7,986	25	2
Харківська	87,631	3,208	0	0
Херсонська	139,088	13,024	32	2
Хмельницька	29,319	2,253	0	0
Черкаська	81,946	6,546	22	1
Чернівецька	1,6	0,176	20	1
Чернігівська	52,899	5,011	14	1
м. Київ	923,478	31,976	225	14
ВСЬОГО	2 826,156	-	811	-
Середній показник по областях	134,579	7,734	43	3

Графік 11.2.1.

Дані щодо кількості підконтрольної речовини, що приходить на одного пацієнта, який приймає бупренорфін



Отже, проаналізувавши наявні дані, можемо зробити наступні висновки:

1. Харківська та Хмельницька області не мають на сайтах пацієнтів, які приймають бупренорфін, але є дані про кількість спожитої речовини. Можливо це пов'язано з тим, що бупренорфін використовується також для знеболення.

2. Житомирська та Чернівецька області навпаки мають зареєстрованих пацієнтів, але надали дуже мізерні дані про кількість спожитої речовини. Це можливо пов'язано з наданням інформації не в повному обсязі або некоректно.

3. Найвища кількість речовини на одного пацієнта відмічається у Рівненській, Полтавській та Херсонській областях, найменша в Одеській, Закарпатській та Львівській.

Таблиця 11.2.2.

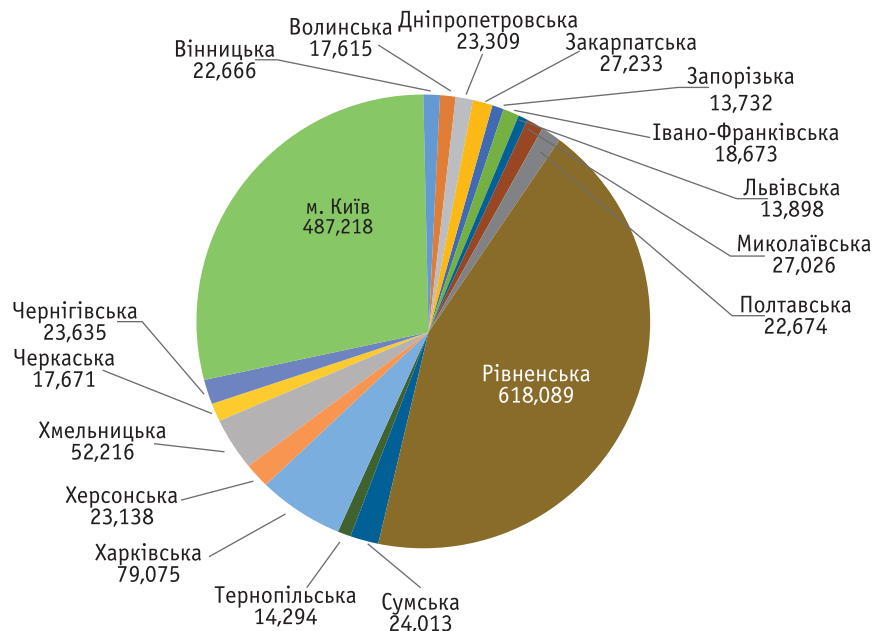
Дані щодо кількості спожитих підконтрольних препаратів, що містять метадон та чисельності пацієнтів, які беруть участь у програмі ЗПТ

Області	Кількість підконтрольної речовини у грамах	Кількість підконтрольної речовини у грамах на 100 тис. населення	К-ть хворих на опіоїдну залежність, які приймають метадон	К-ть хворих на опіоїдну залежність, які приймають метадон на 100 тис. населення
Вінницька	5 870,5	364,491	259	16
Волинська	2 325,235	222,959	132	13
Дніпропетровська	29 090,005	887,811	1248	38
Житомирська	0	0	253	20
Закарпатська	680,815	54,05	25	2
Запорізька	3 323,23	188,189	242	14
Івано-Франківська	4 126,825	298,483	221	16
Львівська	3 377,2	133,076	243	10

Області	Кількість підконтрольної речовини у грамах	Кількість підконтрольної речовини у грамах на 100 тис. населення	К-ть хворих на опіїдну залежність, які приймають метадон	К-ть хворих на опіїдну залежність, які приймають метадон на 100 тис. населення
Миколаївська	16 783,335	1 441,496	621	53
Одеська	8,66	0,361	197	8
Полтавська	12 085,155	834,034	533	37
Рівненська	82 205,785	7 079,382	133	11
Сумська	6 555,475	583,539	273	24
Тернопільська	1 372,19	128,254	96	9
Харківська	18 187,335	665,886	230	8
Херсонська	4 974,58	465,828	215	20
Хмельницька	16 604,744	1 276,11	318	24
Черкаська	3 180,69	254,089	180	14
Чернівецька	0	0	62	7
Чернігівська	3 285,248	311,191	139	13
м. Київ	301 587,92	10 442,795	619	21
ВСЬОГО	515 624,927	-	6 239	-
Середній показник по областях	27 138,154	1 349,054	297	18

Графік 11.2.2.

Дані щодо кількості підконтрольної речовини, що приходить на одного пацієнта, який приймає метадон



Проведений аналіз дозволяє зробити наступні висновки:

1. Житомирська, Чернівецька та Одеська області мають зареєстрованих пацієнтів на сайтах ЗПТ, але не надали даних про кількість спожитої речовини. Це можливо пов'язано з наданням інформації не в повному обсязі або некоректно.

2. Найменша кількість речовини на одного пацієнта відмічається у Запорізькій, Львівській та Тернопільській областях.

3. Рівненська область та м. Київ надали дані про значний обсяг використаної підконтрольної речовини. Можна відмітити, що усереднена кількість спожитої речовини у вказаній області та м. Києві в 21 раз більше ніж усереднена кількість спожитого метадону решти областей.

4. Дані щодо споживання підконтрольної речовини по решті областей є досить однорідними.

Відмічаємо, що аналіз не буде повним, якщо не провести порівняння обсягів речовини, які спожили заклади охорони здоров'я з даними фактичного споживання згідно сайтів ЗПТ. Відповідно до інформації, розміщеною на сайті Центру контролю за хворобами, розраховуємо обсяг речовини, яка приблизно необхідна для пацієнтів з урахуванням середньої дози замісного препарату.

Таблиця 11.2.3.

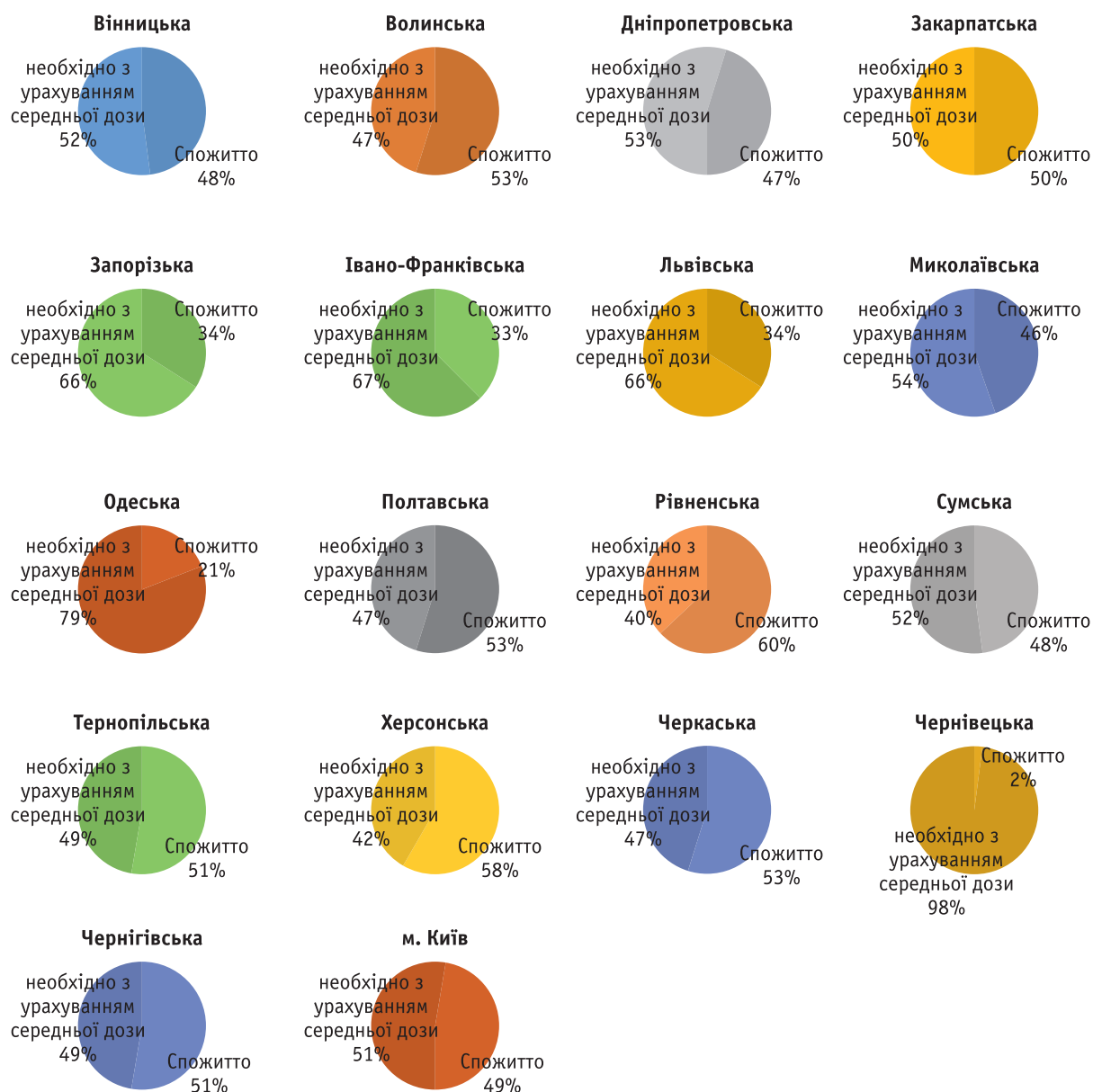
Дані щодо кількості спожитого бупренорфіну закладами охорони здоров'я у порівнянні з фактично спожитим на сайтах ЗПТ відповідно до середньої дози замісного препарату

Області	К-ть хворих на опіїдну залежність, які приймають бупренорфін	Середня доза замісного препарату	Загальна кількість діючої речовини у перерахунку на грами	Необхідна кількість речовини у грамах з урахуванням середньої дози замісного препарату	Процентне співвідношення загальної до необхідної кількості підконтрольної речовини*
Вінницька	44	12,5	184,98	200,75	-7,9%
Волинська	21	8	69,239	61,32	11,4%
Дніпропетровська	69	12	269,725	302,22	-10,8%
Житомирська	25	8	0,002	73	-
Закарпатська	15	5	27,47	27,375	0,3%
Запорізька	49	12	108,42	214,62	-49,5%
Івано-Франківська	42	13,5	100,326	206,955	-51,5%
Львівська	17	9	28,686	55,845	-48,6%
Миколаївська	56	10	171,474	204,4	-16,1%
Одеська	51	11,5	57,7	214,073	-73,0%
Полтавська	39	12	195,02	170,82	12,4%
Рівненська	15	11	91,154	60,225	33,9%
Сумська	30	12	120,561	131,4	-8,2%
Тернопільська	25	9	85,439	82,125	3,9%
Харківська	0	0	87,631	0	-
Херсонська	32	8,5	139,088	99,28	28,6%
Хмельницька	0	0	29,319	0	-
Черкаська	22	9	81,946	72,27	11,8%
Чернівецька	20	11	1,6	80,3	-98%
Чернігівська	14	10	52,899	51,1	3,4%
м. Київ	225	11,5	923,478	944,438	-2,2%
Всього	811	-	2 826,156	3 252,515	-

* знак «-» означає, що кількість спожитої речовини була менше ніж розрахована кількість з урахуванням середньої дози замісного препарату.

Графік 11.2.3.

Дані щодо співвідношення спожитого бупренорфіну у порівнянні з фактично спожитим на сайтах ЗПТ відповідно до середньої дози замісного препарату



Підводячи підсумки аналізу, слід зазначити наступне:

1. Такі області як Волинська, Закарпатська*, Полтавська, Рівненська, Тернопільська, Херсонська, Черкаська та Чернігівська спожили більше ніж розрахована кількість необхідної речовини, але так як різниця складає до 30% можна стверджувати, що ця різниця є допустимою (ці препарати також можуть використовуватися для знеболення).
2. Запорізька*, Івано-Франківська, Львівська* та Одеська* області — різниця у споживанні складає більше 50%. Таким чином, зазначаємо, що подання обсягу спожитої речовини є неточне чи невірне.
3. Житомирська* та Чернівецька* області надали незначні дані про споживання, Харківська та Хмельницька використовують бупренорфін в цілях знеболення (так як не мають зареєстрованих пацієнтів).
4. Стосовно решти областей відмічається не велика (до 30%) різниця між наданою інформацією та вирахованою потребою з урахуванням середньої дози замісного препарату.

*в цих областях відмічається однакова тенденція по споживання препаратів для ЗПТ.

Таблиця 11.2.4.

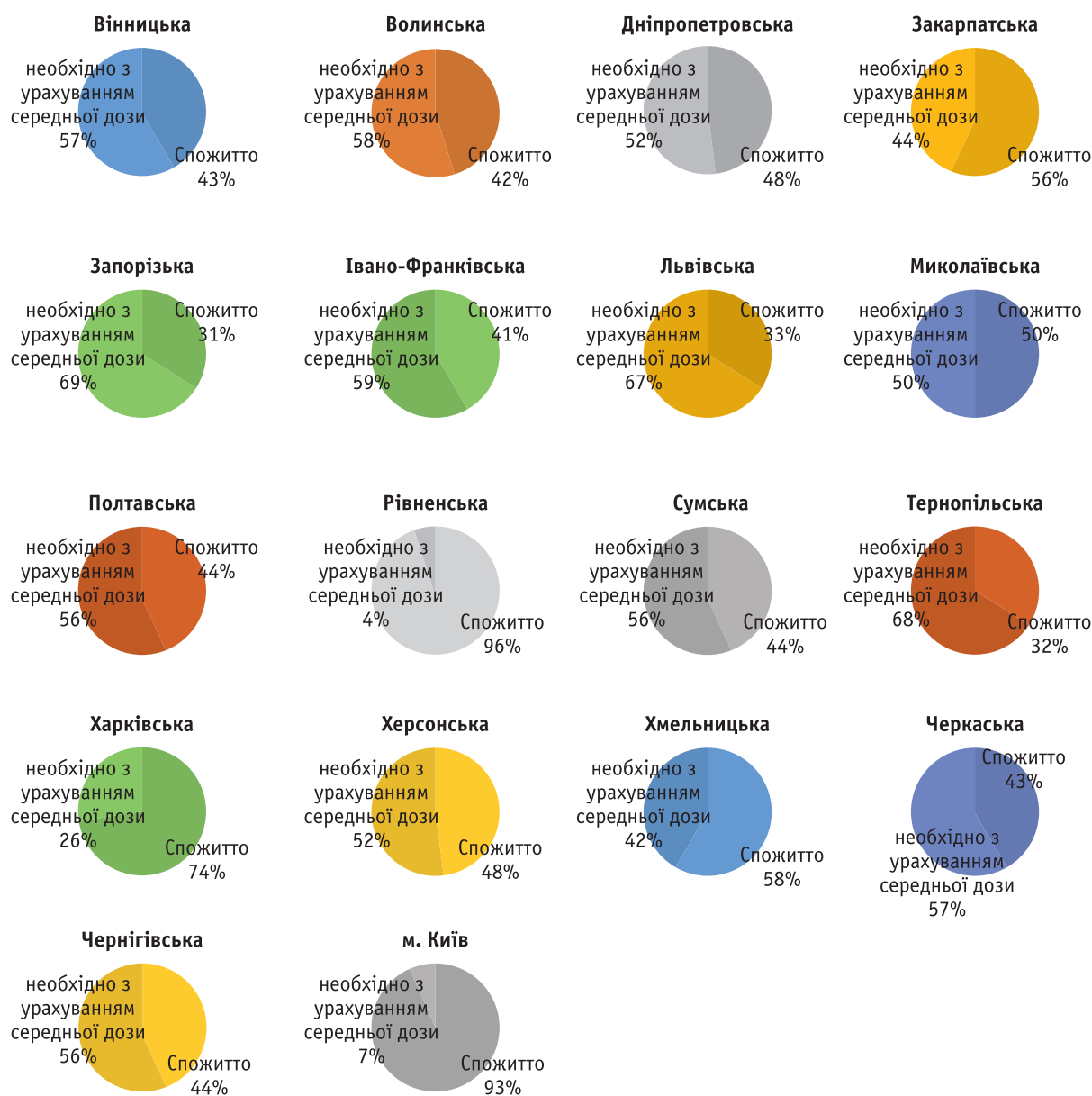
Дані щодо кількості спожитого метадону закладами охорони здоров'я у порівнянні з фактично спожитим на сайтах ЗПТ відповідно до середньої дози замісного препарату

Області	К-ть хворих на опіоїдну залежність, які приймають метадон	Середня доза замісного препарату	Загальна кількість діючої речовини у перерахунку на грами	Необхідна кількість речовини у грамах з урахуванням середньої дози замісного препарату	% співвідношення загальної до необхідної кількості підконтрольної речовини*
Вінницька	259	82,8	5 870,5	7 830,649	-25%
Волинська	132	66,6	2 325,235	3 207,411	-27,5%
Дніпропетровська	1 248	70,3	29 090,005	32 038,24	-9,2%
Житомирська	253	7	0	6 464,15	-
Закарпатська	25	58,5	680,815	533,813	21,6%
Запорізька	242	83,4	3 323,23	7 366,722	-54,9%
Івано-Франківська	221	73,2	4 126,825	5 904,678	-30,1%
Львівська	243	78,8	3 377,2	6 989,166	-51,7%
Миколаївська	621	74,2	16 783,335	16 818,543	-0,2%
Одеська	197	81,5	8,66	5 860,258	-99,9%
Полтавська	533	80,6	12 085,155	15 680,327	-22,9%
Рівненська	133	73,3	82 205,785	3 558,349	95,7%
Сумська	273	83,6	6 555,475	8 330,322	-21,3%
Тернопільська	96	83,7	1 372,19	2 932,848	-53,2%
Харківська	230	77,5	18 187,335	6 506,125	64,2%
Херсонська	215	70	4 974,58	5 493,25	-9,4%
Хмельницька	318	105	16 604,744	12 187,35	26,6%
Черкаська	180	64,2	3 180,69	4 217,94	-24,6%
Чернівецька	62	73	0	1 651,99	-
Чернігівська	139	81	3 285,248	4 109,535	-20,1%
м. Київ	619	105	301 587,92	23 723,175	92,1%
Всього	6 239	-	515 624,927	181 404,84	-
Середній показник по областях	297	78	27 138,154	8 638,326	39%

* знак «-» означає, що кількість спожитої речовини була менше ніж розрахована кількість з урахуванням середньої дози замісного препарату.

Графік 11.2.4.

Дані щодо співвідношення спожитого метадону у порівнянні з фактично спожитим на сайтах ЗПТ відповідно до середньої дози замісного препарату



Зазначаємо наступне:

1. Такі області як Закарпатська* та Хмельницька спожили більше ніж розрахована кількість необхідної речовини, але так як різниця складає до 30% можна стверджувати, що ця різниця є допустимою.
2. Рівненська, Харківська та м. Київ надали дані про значне перевищення спожитої речовини порівняно з вирахованою необхідною потребою.
3. Запорізька*, Львівська* та Тернопільська області — різниця у споживанні складає більше 50%. Таким чином, зазначаємо, що подання обсягу спожитої речовини є неточне чи невірне.
4. Житомирська*, Одеська* та Чернівецька* області надали незначні дані про споживання, але мають зареєстрованих пацієнтів на сайтах ЗПТ.
5. Стосовно решти областей відмічається не дуже велика (до 30%) різниця між наданою інформацією та вирахованою потребою з урахуванням середньої дози замісного препарату.

*в цих областях відмічається однакова тенденція по споживання препаратів для ЗПТ.

Відповідно до наявної інформації Центра контролю за хворобами проаналізовано дані щодо споживання лікарських засобів, що містять бупренорфін та метадон, для хворих на опіоїдну залежність, які приймали участь у програмі ЗПТ станом на 01 січня 2015 року та проведено порівняння з кількістю споживачів ін'єкційних наркотиків (далі — СІН).

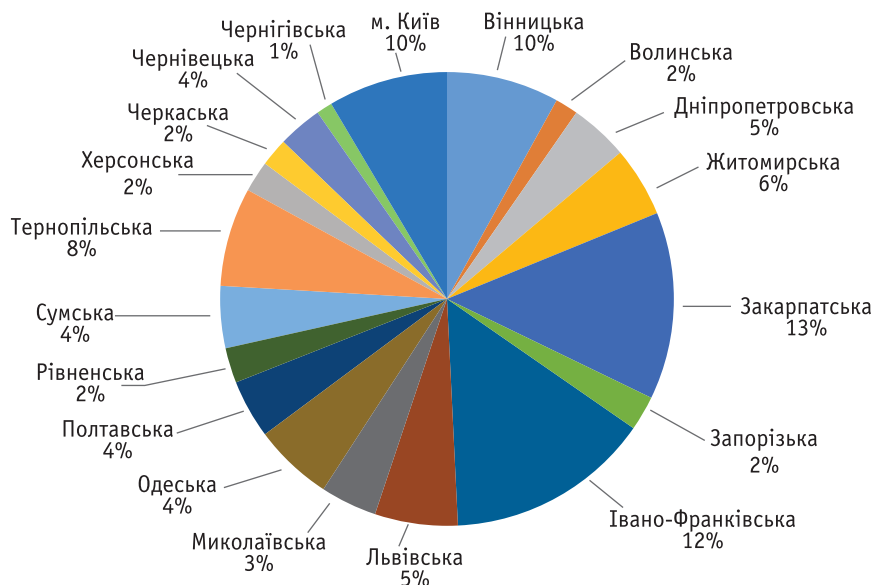
Таблиця 11.2.5.

Дані щодо кількості спожитого бупренорфіну закладами охорони здоров'я по відношенню до кількості хворих на опіоїдну залежність та числа осіб з розладами психіки через уживання наркотичних речовин внутрішньовенно

Області	Кількість осіб з розладами психіки через уживання наркотичних речовин внутрішньовенно		К-ть хворих на опіоїдну залежність, які приймають ЗПТ		Загальна кількість діючої речовини у перерахунку на грами		% хворих з розладами психіки, які беруть участь у програмі ЗПТ
	Абсолютні числа	на 100 тис. населення	Абсолютні числа	на 100 тис. населення	Абсолютні числа	на 100 тис. населення	
Вінницька	921	57	44	3	184,98	11,485	4,8%
Волинська	1 357	131	21	1	69,239	6,639	1%
Дніпропетровська	6 132	186	69	4	269,725	8,232	2,3%
Житомирська	724	57	25	2	0,002	0	2,7%
Закарпатська	183	15	15	1	27,47	2,181	6,4%
Запорізька	5 739	323	49	3	108,42	6,14	0,9%
Івано-Франківська	614	45	42	3	100,326	7,256	5,9%
Львівська	1 096	44	17	1	28,686	1,13	2,4%
Миколаївська	2 387	204	56	3	171,474	14,728	1,7%
Одеська	3 568	150	51	3	57,7	2,408	2,1%
Полтавська	1 827	126	39	2	195,02	13,459	1,9%
Рівненська	949	82	15	1	91,154	7,85	1,1%
Сумська	972	86	30	2	120,561	10,732	2,2%
Тернопільська	449	42	25	2	85,439	7,986	3,7%
Харківська	1 953	72	0	0	87,631	3,208	0%
Херсонська	1 747	163	32	2	139,088	13,024	1,2%
Хмельницька	1 487	114	0	0	29,319	2,253	0%
Черкаська	1 605	128	22	1	81,946	6,546	1,1%
Чернівецька	622	69	20	1	1,6	0,176	1,8%
Чернігівська	1 596	151	14	1	52,899	5,011	0,6%
м. Київ	7 965	282	225	14	923,478	31,976	5%
ВСЬОГО	43 893	-	811	-	2 826,156	-	-
Середній показник по областях	2 090	120	43	3	134,579	7,734	2%

Графік 11.2.5.

Дані щодо % співвідношення чисельності хворих на опіюїдну залежність, які беруть участь у програмі ЗПТ до загальної кількості СІН



Проведений аналіз дозволяє зробити наступні висновки:

1. Дніпропетровська, Миколаївська області та м. Київ мають найвищі показники по всім трьом індикаторам (чисельність хворих та кількість спожитої речовини), Закарпатська область — найнижчі показники по цим індикаторам.
2. Стосовно % співвідношення кількості СІН до числа зареєстрованих на сайтах ЗПТ маємо найнижчі результати по Волинській, Запорізькій та Чернігівській, найвищі — по Закарпатській, Івано-Франківській областях та м. Києві.

Таблиця 11.2.6.

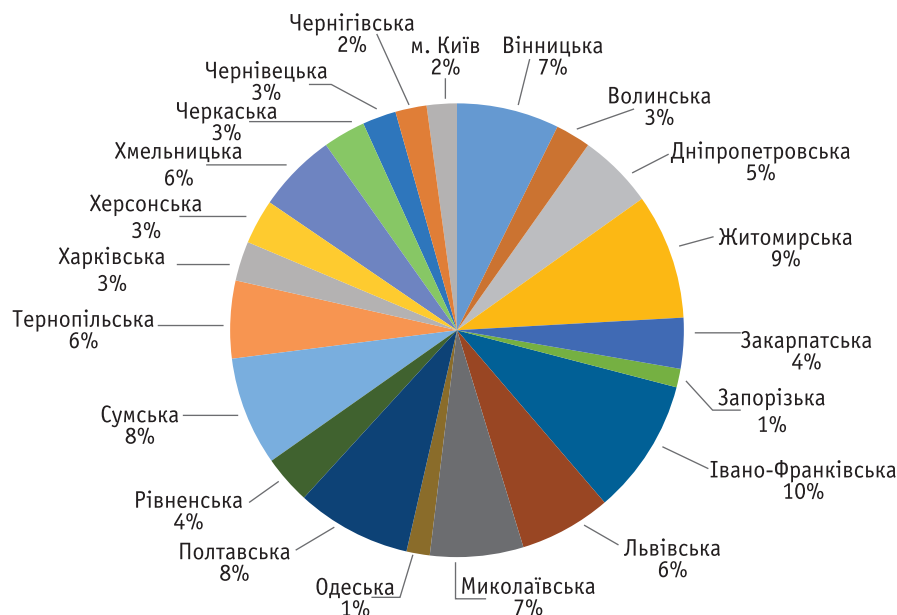
Дані щодо кількості спожитого метадону закладами охорони здоров'я по відношенню до кількості хворих на опіюїдну залежність та числа осіб з розладами психіки через уживання наркотичних речовин внутрішньовенно

Області	Кількість осіб з розладами психіки через уживання наркотичних речовин внутрішньовенно		К-ть хворих на опіюїдну залежність, які приймають ЗПТ		Загальна кількість діючої речовини у перерахунку на грами		% хворих з розладами психіки, які беруть участь у програмі ЗПТ
	Абсолютні числа	на 100 тис. населення	Абсолютні числа	на 100 тис. населення	Абсолютні числа	на 100 тис. населення	
Вінницька	921	57	259	16	5 870,5	364,491	28,1%
Волинська	1 357	131	132	13	2 325,235	222,959	9,7%
Дніпропетровська	6 132	186	1248	38	29 090,005	887,811	20,4%

Області	Кількість осіб з розладами психіки через уживання наркотичних речовин внутрішньо-венно		К-ть хворих на опіюїдну залежність, які приймають ЗПТ		Загальна кількість діючої речовини у перерахунку на грами		% хворих з розладами психіки, які беруть участь у програмі ЗПТ
	Абсолютні числа	на 100 тис. населення	Абсолютні числа	на 100 тис. населення	Абсолютні числа	на 100 тис. населення	на 100 тис. населення
Житомирська	724	57	253	20	0	0	35,2%
Закарпатська	183	15	25	2	680,815	54,05	13,6%
Запорізька	5 739	323	242	14	3 323,23	188,189	4,2%
Івано-Франківська	614	45	221	16	4 126,825	298,483	35,9%
Львівська	1 096	44	243	10	3 377,2	133,076	22%
Миколаївська	2 387	204	621	53	16 783,335	1 441,496	26,1%
Одеська	3 568	150	197	8	8,660	0,361	5,5%
Полтавська	1 827	126	533	37	12 085,155	834,034	29,2%
Рівненська	949	82	133	11	82 205,785	7 079,382	14%
Сумська	972	86	273	24	6 555,475	583,539	28,3%
Тернопільська	449	42	96	9	1 372,19	128,254	21,4%
Харківська	1 953	72	230	8	18 187,335	665,886	11,7%
Херсонська	1 747	163	215	20	4 974,58	465,828	12,3%
Хмельницька	1 487	114	318	24	16 604,744	1 276,11	21,4%
Черкаська	1 605	128	180	14	3 180,69	254,089	11,3%
Чернівецька	622	69	62	7	0	0	9,9%
Чернігівська	1 596	151	139	13	3 285,248	311,191	8,7%
м. Київ	7 965	282	619	21	301 587,92	10 442,795	7,6%
ВСЬОГО	43 893	-	6 239	-	515 624,927	-	-
Середній показник по областях	2 090	120	297	18	27 138,154	1 349,054	18%

Графік 11.2.6.

Дані щодо % співвідношення чисельності хворих на опіоїдну залежність, які беруть участь у програмі ЗПТ до загальної кількості СІН



Отже, підбиваючи підсумки, можна констатувати наступне:

1. Дніпропетровська, Миколаївська області та м. Київ мають найвищі показники по всім трьом індикаторам (чисельність хворих та кількість спожитої речовини), Закарпатська, Тернопільська та Чернівецька області — найнижчі показники по цим індикаторам.

2. Стосовно % співвідношення кількості СІН до числа зареєстрованих на сайтах ЗПТ маємо найнижчі результати по Одеській, Запорізькій областях та м. Київ, найвищі — по Житомирській, Івано-Франківській та Полтавській областях.

Акцентуємо увагу, що наведений вище аналіз не буде повним, якщо не проаналізувати динаміку різниці вживання у I та II півріччі 2014 року за результатами даних, отриманих від Дніпропетровської, Закарпатської, Львівської, Миколаївської, Одеської, Сумської, Херсонської та Чернігівської ОДА.

Для встановлення тенденцій і закономірностей змін стосовно вживання, а також поглибленого аналізу процесу, необхідно скласти динамічні ряди на основі даних, що надійшли.

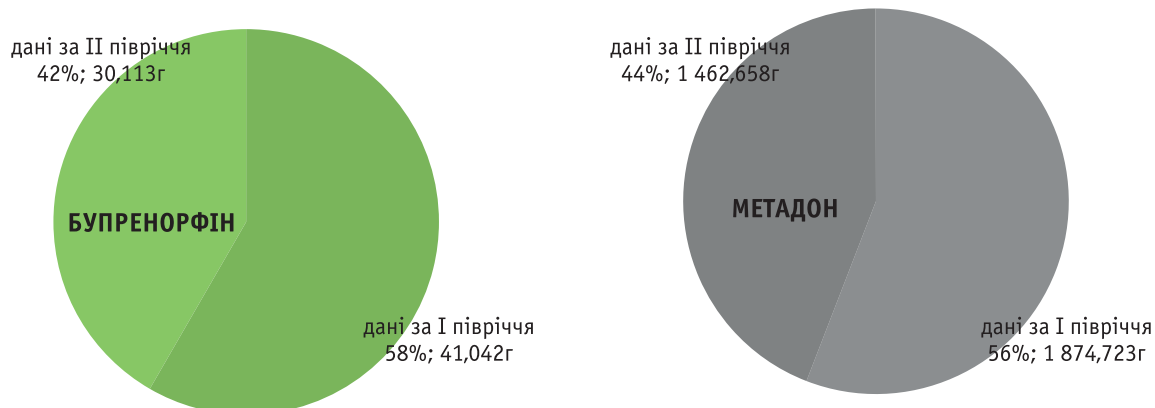
Таблиця 11.2.7.

Інформація про спожиті у I та II півріччі 2014 року препарати для ЗПТ

Підконтрольна речовина	I півріччя 2014		II півріччя 2014	
	абсолютні дані	на 100 тис. населення	абсолютні дані	на 100 тис. населення
Бупренорфін	702,109	41,042	550,456	30,113
Метадон	32 770,203	1 874,723	29 851,275	1 462,658

Графік 11.2.7.

Інформація про спожиті у I та II півріччі 2014 року препарати для ЗПТ (дані на 100 тис. населення)



Відмічаємо, що загальною тенденцією у порівнянні з I півріччям є зменшення споживання препаратів для ЗПТ.

Для поглибленого вивчення процесів розраховують показники динамічного ряду, такі як абсолютний приріст (спад) та темп приросту (спаду).

Абсолютний приріст та темп приросту у порівнянні з I півріччям не відмічається.

Абсолютний спад та темп спаду спостерігаємо по препаратах, що містять (дані на 100 тис. населення):

- бупренорфін на 10,93 г або 26,6%;
- метадон на 412,066 г або 22%.

Якщо робити більш детальний аналіз, відмічаємо, що у:

- Дніпропетровській області прослідковується збільшення по бупренорфіну на 81%, по метадону на 44,1%;
- Закарпатській — зменшення по бупренорфіну на 25%, по метадону на 34,4%;
- Львівській — по бупренорфіну не було надано даних за II півріччя, по метадону зменшення на 48,6%;
- Миколаївській — зменшення по бупренорфіну на 33,1%, по метадону на 84,9%;
- Одеській — значне зменшення споживання всіх вказаних речовин на 78,6% і 83,6% відповідно;
- Сумській — зменшення використання по бупренорфіну на 16,3%, та збільшення по метадону на 19,1%;
- Херсонській — зменшення споживання всіх вказаних речовин на 13,5% і 14,5% відповідно;
- Чернігівській — збільшення використання вказаних речовин на 6,4% і 9,7% відповідно.

Додатки

Перелік таблиць в тексті

Таблиця 1.5.1.	Прогнозні обсяги та джерела фінансування програми ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014-2018 роки	16
Таблиця 2.2.1.	Оцінка чисельності породіль, які вживали наркотичні речовини, за 2012 р., в Україні	19
Таблиця 4.2.1.	Реалізована вибіркова сукупність	48
Таблиця 4.2.2.	Види наркотичних речовин, які вживали протягом останніх 30 днів та 12 місяців, % (N=9502)	50
Таблиця 5.2.1	Порівняльна характеристика по рокам	67
Таблиця 7.3.1.	Розподіл респондентів	81
Таблиця 8.3.1.	Внесення змін до списку № 1 таблиці I Переліку наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів	90
Таблиця 8.3.2.	Внесення змін до списку № 2 таблиці I Переліку наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів	90
Таблиця 8.3.3.	Кількість зареєстрованих злочинів, пов'язаних із збутом та постачанням наркотиків	92
Таблиця 8.4.1.	Злочини, скоєні особами, які мають психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання психоактивних речовин, та особами у стані наркотичного сп'яніння	95
Таблиця 8.4.2.	Питома вага злочинів, скоєних особами під дією наркотичних засобів	96
Таблиця 8.4.3.	Кількості порушень правил дорожнього руху та дорожньо-транспортних пригод	96
Таблиця 8.7.1.	Кількість осіб, які відбувають покарання у виправних закладах за злочини, пов'язані з незаконним обігом наркотиків	108
Таблиця 8.7.2.	Кількість вилучених наркотичних речовин в установах виконання покарань	108
Таблиця 9.2.1.	Шляхи ввезення та вивезення наркотичних засобів	123
Таблиця 9.2.2.	Зареєстровані факти контрабанди наркотичних засобів (за даними СБУ і Генеральної прокуратури України)	124
Таблиця 9.3.1.	Вилучення основних видів підконтрольних речовин на кордоні, здійснені Державною фіскальною службою України	127
Таблиця 9.3.2.	Вилучення основних видів підконтрольних речовин (дані МВС України)	128
Таблиця 9.3.3.	Вилучення основних видів підконтрольних речовин (дані Служби безпеки України)	129
Таблиця 9.3.4.	Вилучення прекурсорів (за даними МВС України)	130
Таблиця 9.3.5.	Вилучення прекурсорів та речовин, що використовуються для виготовлення наркотичних засобів і психотропних речовин(за даними СБУ)	131
Таблиця 9.3.6.	Кількість викритих нарколабораторій та осередків де виготовлялися і вживалися наркотичні засоби	132
Таблиця 9.4.1.	Виявлено та знищено незаконних посівів (за даними МВС)	135
Таблиця 10.2.1.	Законне та незаконне використання прекурсорів	141
Таблиця 11.1.1.	Дані, щодо хворих, яким надавалася медична допомога підконтрольними препаратами, що містять кодеїн, морфін, тебаїн, трамадол, тримеперидин і фентаніл	148
Таблиця 11.1.2.	Кількість спожитих підконтрольних препаратів, що містять кодеїн	149
Таблиця 11.1.3	Кількість спожитих підконтрольних препаратів, що містять морфін	150
Таблиця 11.1.4	Кількість спожитих підконтрольних препаратів, що містять тебаїн	151
Таблиця 11.1.5.	Кількість спожитих підконтрольних препаратів, що містять трамадол	152
Таблиця 11.1.6.	Кількість спожитих підконтрольних препаратів, що містять тримеперидин	154

Таблиця 11.1.7.	Кількість спожитих підконтрольних препаратів, що містять фентаніл	155
Таблиця 11.1.8.	Інформація про співвідношення фактично спожитих знеболювальних підконтрольних засобів із замовленою потребою	157
Таблиця 11.1.9.	Кількість використаної підконтрольної речовини в грамах у загальнотерапевтичних, хірургічних, онкологічних та відділеннях анестезіології, реанімації та інтенсивної терапії	158
Таблиця 11.1.10.	Кількість використаної підконтрольної речовини (у грамах) з поправкою на дозування кожного лікарського засобу	160
Таблиця 11.1.11.	Інформація про спожиті у I та II півріччі 2014 року підконтрольні препарати	161
Таблиця 11.2.1.	Дані щодо кількості спожитих підконтрольних препаратів, що містять бупренорфін та чисельності пацієнтів, які беруть участь у програмі ЗПТ	164
Таблиця 11.2.2.	Дані щодо кількості спожитих підконтрольних препаратів, що містять метадон та чисельності пацієнтів, які беруть участь у програмі ЗПТ	165
Таблиця 11.2.3.	Дані щодо кількості спожитого бупренорфіну закладами охорони здоров'я у порівнянні з фактично спожитим на сайтах ЗПТ відповідно до середньої дози замісного препарату	167
Таблиця 11.2.4.	Дані щодо кількості спожитого метадоноу закладами охорони здоров'я у порівнянні з фактично спожитим на сайтах ЗПТ відповідно до середньої дози замісного препарату	169
Таблиця 11.2.5.	Дані щодо кількості спожитого бупренорфіну закладами охорони здоров'я по відношенню до кількості хворих на опіоїдну залежність та числа осіб з розладами психіки через уживання наркотичних речовин внутрішньовенно	171
Таблиця 11.2.6.	Дані щодо кількості спожитого метадоноу закладами охорони здоров'я по відношенню до кількості хворих на опіоїдну залежність та числа осіб з розладами психіки через уживання наркотичних речовин внутрішньовенно	172
Таблиця 11.2.7.	Інформація про спожиті у I та II півріччі 2014 року препарати для ЗПТ	174

Перелік графіків в тексті

Графік 2.4.1.	Розподіл захворюваності зі вживання наркотичних засобів за віком 2014 р.	20
Графік 2.4.2.	Розподіл захворюваності зі вживання наркотичних засобів серед міського та сільського населення за 2014 р.	21
Графік 2.4.3.	Розподіл за видами наркотичних засобів у структурі первинної захворюваності (диспансерна група) за 2014 р.	21
Графік 2.4.4.	Кількість СІН у первинній захворюваності	22
Графік 2.4.5.	Кількість СІН в диспансерній та профілактичній групах	22
Графік 2.4.6.	Кількість осіб з розладами психіки та поведінки внаслідок вживання наркотичних засобів внутрішньовенно (з уперше вжитті встановленим діагнозом - усі групи населення) за 2014 р.	23
Графік 2.4.7.	Розподіл показника СІН по регіонах за 2014 р.	23
Графік 2.4.8.	Співвідношення груп в динаміці 2011-2014	24
Графік 2.4.9.	Співвідношення груп профілактичного та диспансерного нагляду за 2014 р. (в відсотках та абсолютних показниках)	25
Графік 2.4.10.	Поширеність розладів психіки та поведінки внаслідок уживання наркотичних засобів (диспансерна група нагляду) за видами наркотичних засобів за 2014 р.	26
Графік 2.4.11.	Поширеність розладів психіки та поведінки внаслідок уживання наркотичних засобів (диспансерна група нагляду). Розподіл за регіонами за 2014 р.	26
Графік 2.4.12.	Захворюваність розладів психіки та поведінки внаслідок вживання ПАР серед дітей (групи профілактичного та диспансерного нагляду) за 2014 р.	27
Графік 2.4.13.	Розлади психіки та поведінки внаслідок вживання ПАР (групи профілактичного та диспансерного нагляду) за 2014 р.	27
Графік 2.4.14.	Захворюваність розладів психіки та поведінки внаслідок вживання ПАР серед дітей (групи профілактичного та диспансерного нагляду) за 2014 р.	28
Графік 2.4.15.	Захворюваність розладів психіки та поведінки внаслідок уживання наркотичних засобів (дітей віком від 0-17 р.). Розподіл за видами наркотичних засобів за 2014 р.	28
Графік 2.4.16.	Поширеність розладів психіки та поведінки внаслідок вживання ПАР серед дітей (групи профілактичного та диспансерного нагляду) за 2014 р.	29
Графік 2.4.17.	Розлади психіки та поведінки внаслідок вживання ПАР (групи профілактичного та диспансерного нагляду) за 2014 р.	29
Графік 3.3.1.	Кількість проведених профілактичних наркологічних оглядів населення	38
Графік 3.3.2.	Кількість осіб, направлених на стаціонарне обстеження при проведенні профілактичних наркологічних оглядів.	38
Графік 4.2.1.	Структура шляхів передачі ВІЛ в Україні з урахуванням рівнів передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини за 2005-2013 роки, %	47
Графік 4.2.2.	Вплив профілактичних програм на розвиток епідемії ВІЛ серед СІН в Україні	47
Графік 5.2.1.	Стан наркологічної служби МОЗ України на 01.01.2015	62
Графік 5.2.2.	Кількість сайтів ЗПТ в Україні	64
Графік 5.2.3.	Динаміка росту кількості пацієнтів ЗПТ в Україні за 2008-2014	65
Графік 5.2.4.	Кількість пацієнтів, які отримували ЗПТ (бупренорфін)	66
Графік 5.2.5.	Кількість пацієнтів, які отримували ЗПТ (метадон)	66
Графік 5.2.6.	Кількість пацієнтів, які отримували ЗПТ (на АРТ терапії)	67
Графік 6.2.1	Динаміка офіційно зареєстрованих нових випадків ВІЛ-інфекції серед громадян України по роках за період 2004 — 2014	72
Графік 6.2.2.	Кількість нових випадків СНІД та померлих від хвороб, обумовлених СНІД, серед громадян України в 2004 –2014	72

Графік 6.2.3.	Кількість СІН серед нових офіційно зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції	73
Графік 7.2.1.	Результати роботи з особами, які перебували під соціальним супроводом	79
Графік 7.4.1.	Кількість звернень наркозалежної молоді до центрів ресоціалізації	85
Графік 7.4.2.	Кількість осіб, які користувалися соціальним супроводом	85
Графік 7.4.3.	Кількість звільнених осіб, яким надавалась соціальна допомога	86
Графік 8.2.1.	Питома вага злочинів, пов'язаних з наркотиками, серед усіх зареєстрованих злочинів	89
Графік 8.3.1.	Питома вага засуджених за злочини, пов'язані із зберіганням наркотиків (ст.309 КК України) серед усіх засуджених за наркозлочини	93
Графік 8.3.2.	Кількість осіб, засуджених за злочини пов'язані із незаконним обігом наркотичних засобів за статтями Кримінального кодексу України	94
Графік 8.7.1.	Кількість вилучених наркотичних речовин в установах виконання покарань за видами	109
Графік 9.2.1.	Ввезення та вивезення наркотичних засобів через державний кордон України (кг)	126
Графік 9.3.1.	Вилучення із незаконного обігу підконтрольних речовин за 2014 рік. Вилучення із незаконного обігу лікарських засобів за 2014 рік.	130
Графік 9.4.1.	Роздрібна ціна на підконтрольні засоби у грн. (за даними МВС)	134
Графік 11.1.1.	Дані щодо хворих, яким надавалася медична допомога (на 100 тис. населення)	148
Графік 11.1.2.	Кількість спожитих підконтрольних препаратів, що містять кодеїн (дані на 100 тис. населення)	149
Графік 11.1.3.	Кількість спожитих підконтрольних препаратів, що містять морфін (дані на 100 тис. населення)	151
Графік 11.1.4.	Кількість спожитих підконтрольних препаратів, що містять тебаїн (дані на 100 тис. населення)	152
Графік 11.1.5.	Кількість спожитих підконтрольних препаратів, що містять трамадол (дані на 100 тис. населення)	153
Графік 11.1.6.	Кількість спожитих підконтрольних препаратів, що містять тримеперидин (дані на 100 тис. населення)	154
Графік 11.1.7.	Кількість спожитих підконтрольних препаратів, що містять фентаніл (дані на 100 тис. населення)	156
Графік 11.1.8.	Інформація про співвідношення фактично спожитих знеболювальних підконтрольних засобів з заявленою потребою	157
Графік 11.1.9.	Показник споживання підконтрольних препаратів у загальнотерапевтичних, хірургічних, онкологічних та відділеннях анестезіології, реанімації та інтенсивної терапії	159
Графік 11.1.10.	Показник споживання підконтрольних препаратів у загальнотерапевтичних, хірургічних, онкологічних та відділеннях анестезіології, реанімації та інтенсивної терапії з поправкою на дозування	160
Графік 11.1.11.	Інформація про спожиті у I та II півріччі 2014 року підконтрольні препарати (дані на 100 тис. населення)	161
Графік 11.2.1.	Дані щодо кількості підконтрольної речовини, що приходить на одного пацієнта, який приймає бупренорфін	165
Графік 11.2.2.	Дані щодо кількості підконтрольної речовини, що приходить на одного пацієнта, який приймає метадон	166
Графік 11.2.3.	Дані щодо співвідношення спожитого бупренорфіну у порівнянні з фактично спожитим на сайтах ЗПТ відповідно до середньої дози замісного препарату	168
Графік 11.2.4.	Дані щодо співвідношення спожитого метадону у порівнянні з фактично спожитим на сайтах ЗПТ відповідно до середньої дози замісного препарату	170
Графік 11.2.5.	Дані щодо % співвідношення чисельності хворих на опіоїдну залежність, які беруть участь у програмі ЗПТ до загальної кількості СІН	172
Графік 11.2.6.	Дані щодо % співвідношення чисельності хворих на опіоїдну залежність, які беруть участь у програмі ЗПТ до загальної кількості СІН	174
Графік 11.2.7.	Інформація про спожиті у I та II півріччі 2014 року препарати для ЗПТ (дані на 100 тис. населення)	175

Список скорочень, використаних в тексті

EMCDDA — European Monitoring Center on Drugs and Drug Addiction - Європейський моніторинговий центр з наркотиків та наркотичної залежності
ESPAD- European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs Європейське опитування учнів щодо вживання алкоголю та інших наркотичних речовин

HBSC — Health Behaviour in School-aged Children Study - Здоров'я та поведінка молоді, яка навчається

АРААН — альфа-фенілацетоацетонітрил

АРВ — антиретровірусний

АРТ — антиретровірусна терапія

БМК — бензілметілкетон

ВГС — вірус гепатиту С

ВІЛ — вірус імунодефіциту людини

ВООЗ — всесвітня організація охорони здоров'я

ВТУ — виправно-трудова установа

ВТК України — виправно-трудова колонія України

ГО — громадська організація

ДПтС України — Державна пенітенціарна служба України

ДСКН України — Державна служба України з контролю за наркотиками

ЄРДР — Єдиний реєстр досудових розслідувань

ЗПТ — замісна підтримувальна терапія

ІПСШ — інфекції, які передаються статевим шляхом

КВІ — кримінально-виконавча інспекція

КіТ — консультування (від лат. consultatio– звертання за порадою) і тестування (від англ. test– випробування) — медично-психологічне консультування певної особи з приводу ВІЛ-інфекції/СНІДу та пов'язане з консультуванням медичне тестування цієї особи на наявність антитіл до ВІЛ, що здійснюється на добровільній основі з боку такої особи

КУ — комунальна установа

ЛСД — диетиламід лізергінової кислоти

МДМА — метилендіоксиметамфетамін

Мін'юст — Міністерство юстиції України

Мінсоцполітики — Міністерство соціальної політики

МККН ООН — міжнародний комітет з контролю за наркотиками організації об'єднаних націй

МОЗ України, Міноронздоров'я — Міністерство охорони здоров'я України

НУО — неурядові організації

ООН — організація об'єднаних націй

ПАР — психоактивні речовини

ПГР — підлітки групи ризику

ПМД — передача ВІЛ від матері до дитини

ППМД — профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини

ПТНЗ — професійно-технічний навчальний заклад

Рекрут (у RDS) — особа, вже рекрутована дослідницькою командою в місті або рекрутером, але яка ще не взяла участі в дослідженні (не стала учасником)

Рекрутер (у RDS) — людина, яка, пройшовши інтерв'ю, отримала купони, за допомогою яких може рекрутувати інших респондентів

РКС — робітник комерційного сексу

СІЗО — слідчий ізолятор

СІН — споживачі ін'єкційних наркотиків

СНІД — синдром набутого імунodefіциту

ТБ — туберкульоз

УІСД ім. О. Яременка — Громадська організація «Український інститут соціальних досліджень імені Олександра Яременка»

ЦСССДМ — Центр соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді

ЮНЕЙДС — Об'єднана програма Організації Об'єднаних Націй з ВІЛ/СНІД

ЮНІСЕФ — Дитячий фонд ООН

Електронні джерела

1. Закон України Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо діяльності Міністерства юстиції України, Міністерства культури України, інших центральних органів виконавчої влади, діяльність яких спрямовується та координується через відповідних міністрів, а також Державного космічного агентства України.

<http://zakon1.rada.gov.ua/laws/show/5461-17>

2. Кримінальний кодекс України.

<http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/2341-14>

3. Кримінально-процесуальний кодекс України.

http://search.ligazakon.ua/L_doc2.nsf/link1/KD0007.html

4. Кримінальний процесуальний кодекс України.

<http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/4651-17/page7>

5. Кодекс України про адміністративні правопорушення. Стаття 44, стаття 441, стаття 1061, стаття 1062, стаття 130, стаття 164.

<http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/80731-10/page10>

6. Офіційна статистика Державної судової адміністрації України (Огляд даних за 2013-2014 роки)

http://court.gov.ua/sudova_statystyka/oglyad/

7. Офіційна статистика Генеральної прокуратури України (Огляд даних за 2013-2014 роки)

http://www.gp.gov.ua/ua/stst2011.html?dir_id=111482&libid=100820

8. Офіційна статистика Державної установи «Український центр контролю за соціально небезпечними хворобами МОЗ України» (Огляд даних по ЗПТ, АРТ, ВІЛ/СНІДу за 2013-2014 роки)

<http://ucdc.gov.ua/uk/statystyka/epidemiologiy>

9. Правозахисна організація «Донецький меморіал»

ukrprison.org.ua/statistics/1409938063

10. Стаття «Сучасний стан наркотичної ситуації в Україні»

<http://ukr.vipreshebnik.ru/kriminalist/166-suchasnij-stan-narkotichnoji-situatsiji-v-ukrajini.html>

11. Державна служба статистики України

<http://www.ukrstat.gov.ua/>

12. Державна пенітенціарна служба України

www.kvs.gov.ua

13. Закон України «Про пробацію»

<http://zakon1.rada.gov.ua/laws/show/160-19>

14. Кримінально-виконавчий кодекс України

<http://zakon1.rada.gov.ua/laws/show/1129-15>

15. Виправно-трудова кодекс України

<http://www.uazakon.com/big/text993/pg1.htm>

16. Стаття «Розвиток волонтерського руху та впровадження стратегії «рівний-рівному» в установах пенітенціарної системи»

<http://respond.org.ua/ukr/intervention/19>

17. Наказ Міністерства охорони здоров'я України, Міністерства внутрішніх справ України, Міністерства юстиції України, Державної служби України з контролю за наркотиками від 22.10.2012 № 821/937/1549/5/156 «Про затвердження Порядку взаємодії закладів охорони здоров'я, органів внутрішніх справ, слідчих ізоляторів і виправних центрів щодо забезпечення безперервності лікування препаратами замісної підтримувальної терапії»

<http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/z1868-12>

18. Узагальнений звіт МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» щодо виконання програми «Підтримка профілактики ВІЛ/СНІДу, лікування та догляду для найуразливіших груп населення України» за підтримки Глобального фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією у другому півріччі 2011 року (та за рік в цілому)

http://www.aidsalliance.org.ua/ru/round6/UA_Narrative_Report_jul_dec_2011.pdf

19. Розпорядження КМУ від 28.08.2013. №735-р «Про схвалення Стратегії державної політики щодо наркотиків на період до 2020 року»

<http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/735-2013-%D1%80>

20. Наказ МВС України від 28.12.2005 № 1242 «Про затвердження картки обліку дорожньо-транспортних пригод та Інструкції щодо її заповнення»

<http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?page=1&nreg=z0267-06>

21. Наказ МВС України від 23.01.2010 року № 16 «Про затвердження Положення про стройовий підрозділ патрульної служби Міністерства внутрішніх справ України»

<http://document.ua/pro-zatverdzhennja-polozhennja-pro-stroiovii-pidrozdil-patru-doc18113.html>

22. Стаття «Патрульна служба - на варті нашої безпеки»

<http://mvs.gov.ua/mvs/control/main/uk/publish/article/304525>

23. Закон України «Про адміністративний нагляд за особами, звільненими з місць позбавлення волі»

<http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/264/94-%D0%B2%D1%80>

24. Український інститут досліджень політики щодо громадського здоров'я «Вплив програм замісної підтримуючої терапії на криміногенну ситуацію у державі». Аналітичний звіт за результатами дослідження. О.М. Джу́жа, О.М. Стрільців, С.В. Дворяк, А.П. Толопіло та ін., 2012.

<http://www.uihp.org.ua/ua/publications/research-reports>

25. Стаття «Реєстр інтервенцій у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІД в Україні»

<http://respond.org.ua/ukr/interventions/about>

26. Закон України «Про соціальну адаптацію осіб, які відбувають чи відбули покарання у виді обмеження волі або позбавлення волі на певний строк»

<http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/3160-17>

27. Закон України «Про соціальну адаптацію осіб, які відбувають чи відбули покарання у виді обмеження волі або позбавлення волі на певний строк»

<http://zakon1.rada.gov.ua/laws/show/3160-17>

28. Закон України «Про соціальну роботу з сім'ями, дітьми та молоддю»

<http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/2558-14>

29. Постанова КМУ від 1 серпня 2013 р. № 573 «Про затвердження Загального положення про центр соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді»

<http://zakon1.rada.gov.ua/laws/show/573-2013-%D0%BF>

30. Дані щодо досліджень ЮНІСЕФ

http://www.unicef.org/ukraine/ukr/3_ukr_complexne_doslidzheniya_motivacii.pdf

31. Наказ МВС України від 28.12.2005 № 1242 «Про затвердження картки обліку дорожньо-транспортних пригод та Інструкції щодо її заповнення»

<http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?page=1&nreg=z0267-06>

32. Стаття «Типи лікувально-профілактичних закладів»

<http://mailswm.com/typy-likuvalno-profilaktychnyh-zakladiv/>

33. Стаття «Лікування наркоманії»

http://medterms.com.ua/blog/likuvannja_narkomaniji/2014-04-30-1921

34. Постанова КМУ від 16.09.2009 № 979 «Про затвердження Типового положення про центри ресоціалізації наркозалежної молоді»

<http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/979-2009-%D0%BF>

35. В направлении цели «ноль». Стратегия на 2011–2015 г.г. Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ /СПИДу (ЮНЭЙДС).

http://www.unaids.org.ua/files/Zero_Strategy_Rus.pdf

36. Гармонізований звіт України про досягнутий прогрес у здійсненні національних заходів у відповідь на епідемію СНІД Україна. — Звітний період: січень 2010 р. — грудень 2011 р. — К., 2012. — С. 11–12.

http://www.aidsalliance.org.ua/ru/library/our/2012/me/garp_ru_2011.pdf

37. Пункт1 підрозділу 5 розділу XX Податкового кодексу України від 2 грудня 2010 року №2755-VI зі змінами та доповненнями.

<http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/2755-17>

38. Закон України «Про заходи щодо попередження та зменшення вживання тютюнових виробів і їх шкідливого впливу на здоров'я населення»

<http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/2899-15>

39. Закон України «Про рекламу»

<http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/270/96-%D0%B2%D1%80/page>

40. Постанова КМУ від 19.01.2011№ 306 «Про затвердження переліку кольорових малюнків і піктограм, що входять до додаткових медичних попереджень на упаковці тютюнових виробів»

<http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/306-2011-%D0%BF>

41. Малюнки-попередження на упаковці тютюнових виробів

http://www.moz.gov.ua/ua/portal/mtsr_nosmoking

42. Закон України «Про державне регулювання виробництва і обігу спирту етилового, коньячного і плодового, алкогольних напоїв та тютюнових виробів».

<http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/481/95-%D0%B2%D1%80>

43. Постанова Кабінету Міністрів України від 01.08.2013 № 573 «Про затвердження Загального положення про центр соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді»
<http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/573-2013-%D0%BF>

44. Кодекс України про адміністративні правопорушення
<http://zakon1.rada.gov.ua/laws/show/80731-10>

45. Спільний наказ Міністерства внутрішніх справ України, Міністерства охорони здоров'я України та Міністерства юстиції України від 24.02.1995 № 114/38/15-36-18 «Інструкції про порядок направлення громадян для огляду на стан сп'яніння в заклади охорони здоров'я та проведення огляду з використанням технічних засобів», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 07.03.1995 за № 55/591
<http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/z0055-95>

46. Спільний наказ МВС України та МОЗ України від 09.09.2009 № 400/666 «Інструкція про виявлення у водіїв транспортних засобів ознак алкогольного, наркотичного чи іншого сп'яніння або перебування під впливом лікарських препаратів, що знижують увагу та швидкість реакції», зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 06.10.2009 за № 931/16947
<http://zakon1.rada.gov.ua/laws/show/z0931-09>

47. Український Центр контролю над тютюном
<http://www.tobaccocontrol.org.ua/strategiyi/reklama-tyutyunu>
www.tobaccocontrol.org.ua/novini/u-2014-roci-realizaciya-sigaret-v-ukrayini-skorotilas-dohodiderzhbyudzhetu-vid-tyutyunovih

48. Редакція громадсько-політичного видання «Прес-Центр»
<http://www.pres-centr.ck.ua/print/news-46589>

49. «Профілактика наркоманії серед молоді»
<http://kr-admin.gov.ua/mol/molod/50.pdf>

50. «Адиктивна поведінка»
<http://ua-referat.com>

51. The International Narcotics Control Board.
<http://www.incb.org/incb/en/about.html>

52. Международный комитет по контролю над наркотиками // International Drug Policy Consortium
<http://idpc.net/ru/policy-advocacy/global-advocacy/global-system-drug-control/mezhdunarodnyj-komitete-po-kontrolyu-nad-narkotikami>

53. Duin Joris Van. Explosive Labs
<http://hakopdetak.files.wordpress.com/2012/10/explosieve-labs.pdf>

Нормативно-правова база

Єдина конвенція ООН про наркотичні засоби 1961 року

Конвенція про психотропні речовини 1971 року

Конвенція Організації Об'єднаних Націй про боротьбу проти незаконного обігу наркотичних засобів і психотропних речовин 1988 року

Закон України «Про наркотичні засоби, психотропні речовини і прекурсори»

Закон України «Про заходи протидії незаконному обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів та зловживанню ними»

Закон України «Про ліцензування певних видів господарської діяльності»

Закон України «Про боротьбу із захворюванням на туберкульоз»

Закон України «Про заходи щодо попередження та зменшення вживання тютюнових виробів і їх шкідливого впливу на здоров'я населення»

Закон України «Про затвердження Загальнодержавної програми протидії захворюванню на туберкульоз у 2007-2011 роках»

Закон України «Про затвердження Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009-2013 роки»

Закон України «Про внесення змін та визнання такими, що втратили чинність, деяких законодавчих актів України щодо діяльності Державної кримінально-виконавчої служби України»

Закон України «Про протидію поширення хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий та соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ»

Закон України «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві»

Закон України «Про внесення змін до Закону України «Про боротьбу із захворюванням на туберкульоз» та інших законодавчих актів України»

Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я»

Закон України «Про соціальну роботу з сім'ями, дітьми та молоддю»

Закон України «Про соціальну адаптацію осіб, які відбувають чи відбули покарання у виді обмеження волі або позбавлення волі на певний строк»

Закон України «Про адміністративний нагляд за особами, звільненими з місць позбавлення волі»

Закон України «Про основи національної безпеки України»

Кримінальний Кодекс України

Кодекс України про адміністративні правопорушення

Постанова КМУ від 03.06.2009 № 589 «Про затвердження Порядку провадження діяльності, пов'язаної з обігом наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, та контролю за їх обігом»

Постанова КМУ від 06.05.2000 № 770 «Про затвердження переліку наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів»

Постанова КМУ від 05.12.2007 № 1387 «Про затвердження Порядку ліцензування діяльності, пов'язаної з обігом наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, та внесення змін до постанов Кабінету Міністрів України від 14 листопада 2000 р. № 1698 і від 4 липня 2001 р. № 756»

Постанова КМУ від 17.04.2008 № 366 «Про затвердження Порядку перевезення наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів на території України та оформлення необхідних документів»

Постанова КМУ від 06.11.97 № 1238 «Про обов'язковий профілактичний наркологічний огляд і порядок його проведення»

Постанова КМУ від 03.02.1997 № 146 «Про затвердження Порядку видачі дозволів на право ввезення на територію України, вивезення з території України або транзиту через територію України наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів»

Постанова КМУ від 16.09.2009 № 979 «Про затвердження Типового положення про центри ресоціалізації наркозалежної молоді»

Постанова КМУ від 31.01.2011 № 100 «Про внесення змін до Порядку проведення державного технічного огляду колісних транспортних засобів»

Постанова КМУ від 16.02.2011 № 123 «Про деякі заходи щодо підвищення престижності праці медичних працівників, які надають медичну допомогу хворим на туберкульоз»

Постанова Кабінету Міністрів України від 27 серпня 2004 р. № 1126 затверджено «Загальне положення про центр соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді»

Постанова Кабінету Міністрів України від 25.12.2002 № 1950 «Про затвердження переліку пунктів пропуску через митний кордон України, через які дозволяється переміщення наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів»

Постанова Кабінету Міністрів України від 13.05.2013 № 333 «Про затвердження Порядку придбання, перевезення, зберігання, відпуску, використання та знищення наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів у закладах охорони здоров'я»

Постанова Кабінету Міністрів України від 10.10.2007 № 1203 «Про затвердження гранично допустимої кількості наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, що містяться в препаратах»

Постанова Кабінету Міністрів України від 10.09.2014 № 442 «Про оптимізацію системи центральних органів виконавчої влади»

Розпорядження КМУ від 13.09.2010 № 1808 р «Про схвалення Концепції реалізації державної політики у сфері протидії поширенню наркоманії, боротьби з незаконним обігом наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів на 2011- 2015 роки»

Розпорядження КМУ від 9.03.2011 № 206-р «Про схвалення Концепції Державної цільової соціальної програми профілактики, діагностики та лікування вірусних гепатитів на період до 2016 року»

Розпорядження КМУ від 12.10.2011 № 1002-р «Про затвердження плану заходів щодо подальшого впровадження замісної підтримувальної терапії для споживачів опіоїдних ін'єкційних наркотиків»

Розпорядження КМУ від 30.11.2011 № 1341 «Про схвалення Концепції Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії захворюванню на туберкульоз на 2012-2016 роки»

Розпорядження КМУ від 20.08.2014 № 805-р «Про затвердження Національного плану заходів з виконання другої фази Плану дій щодо лібералізації Європейським Союзом візового режиму для України»

Спільний наказ № 478/5/180/375/212/258 від 28.03.2012 р. Міністерства соціальної політики України, Міністерства освіти і науки, молоді та спорту України, Міністерства охорони здоров'я України, Міністерства внутрішніх справ «Про затвердження Порядку взаємодії установ виконання покарань та суб'єктів соціального патронажу під час підготовки до звільнення осіб, які відбувають покарання у виді обмеження волі або позбавлення волі на певний строк»

Спільний наказ МОЗ України, МВС України, Генеральної прокуратури України, Міністерства юстиції України від 10.10.97 № 306/680/21/66/5 «Про затвердження Інструкції про порядок виявлення та постановки на облік осіб, які незаконно вживають наркотичні засоби або психотропні речовини»

Спільний наказ Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту і Державного департаменту України з питань виконання покарань від 28.10.2005 № 2559/177 «Про затвердження Порядку взаємодії центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді і установ виконання покарань у проведенні соціальної роботи з неповнолітніми та молоддю, які відбувають покарання в цих установах і звільняються з них»

Спільний наказ МОЗ України та МВС України від 09.09.2009 № 400/666 «Про затвердження Інструкції про виявлення у водіїв транспортних засобів ознак алкогольного, наркотичного чи іншого сп'яніння або перебування під впливом лікарських препаратів, що знижують увагу та швидкість реакції»

Спільний наказ МОЗ України та Академії медичних наук України від 27.06.2006 року № 422/40 «Про затвердження Посібника з питань боротьби з туберкульозом на основі міжнародних стандартів з контролю за туберкульозом»

Спільний наказ МОЗ України, Державного комітету статистики України від 25.03.2002 № 112/139 «Про затвердження форми первинного обліку № 089/о «Повідомлення про хворого з уперше в житті встановленим діагнозом активного туберкульозу або його рецидиву» та Інструкції щодо її заповнення»

Наказ МОЗ України від 27.07.98 № 226 «Про затвердження Тимчасових галузевих уніфікованих стандартів медичних технологій діагностично-лікувального процесу стаціонарної допомоги дорослому населенню в лікувально-профілактичних закладах України та Тимчасових стандартів обсягів діагностичних досліджень, лікувальних заходів та критерії якості лікування дітей»

Наказ МОЗ України від 03.05.99 № 102 «Про затвердження форм галузевої статистичної звітності закладів охорони здоров'я України»

Наказ МОЗ України від 27.12.99 № 302 «Про затвердження форм облікової статистичної документації, що використовується в поліклініках (амбулаторіях)»

Наказ МОЗ України від 23.02.2000 № 33 «Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я»

Наказ МОЗ України від 28.12.2002 № 507 «Про затвердження нормативів надання медичної допомоги та показників якості медичної допомоги»

Наказ МОЗ України від 29.03.2002 № 117 «Довідник кваліфікаційних характеристик професій працівників. Випуск 78. Охорона здоров'я»

Наказ МОЗ України від 07.06.2004 № 286 «Про удосконалення дермато-венерологічної допомоги населенню України»

Наказ МОЗ України від 08.07.2004 № 346 «Про затвердження галузевої статистичної форми № 33 — «Здоров», «Звіт про хворих на туберкульоз» та інструкції щодо її заповнення»

Наказ МОЗ України від 09.06.2005 № 261 «Про затвердження форми звітності №8 «Звіт про захворювання на активний туберкульоз» та Інструкції щодо її заповнення»

Наказ МОЗ України від 13.06.2005 № 271 «Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Гастроентерологія»

Наказ МОЗ України від 19.08.2005 № 415 «Про удосконалення добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію»

Наказ МВС України від 28.12.2005 №1242 «Про затвердження картки обліку дорожньо-транспортних пригод та Інструкції щодо її заповнення»

Наказ МОЗ України від 10.01.2006 № 1 «Про затвердження Форм первинної облікової документації з інфекційної, дерматовенерологічної, онкологічної захворюваності та інструкцій щодо їх заповнення»

Наказ МОЗ України від 24.05.2006 № 318 «Про затвердження Протоколу по впровадженню ДОТС-стратегії в Україні»

Наказ МОЗ України від 09.06.2006 № 384 «Про затвердження Протоколу надання медичної допомоги хворим на туберкульоз»

Наказ МОЗ України від 08.08.2006 № 545 «Про впорядкування ведення медичної документації, яка засвідчує випадки народження і смерті»

Наказ МОЗ України 13.09.2006 № 624 «Про затвердження щоквартальної форми звітності № 33–кортка, «Звіт про хворих на туберкульоз» та інструкції щодо її заповнення»

Наказ МОЗ України від 05.02.2007 № 58 «Про внесення змін до наказів Міністерства охорони здоров'я України, що затверджують звітну та облікову медичну документацію»

Наказ МОЗ України від 10.07.2007 № 378 «Про затвердження форм звітності з питань охорони здоров'я та інструкцій щодо їхнього заповнення»

Наказ МОЗ України від 12.03.2008 № 122 «Про внесення змін до наказу МОЗ України від 23.02.2000 № 33»

Наказ МОЗ України від 28.05.2008 № 276 «Про затвердження клінічного протоколу надання медичної допомоги хворим на поєднані захворювання - туберкульоз та ВІЛ-інфекцію»

Наказ МОЗ України від 19.08.2008 № 476 «Про затвердження стандарту лікування ВІЛ-позитивних людей, які є споживачами ін'єкційних наркотиків»

Наказ МОЗ України від 22.10.2008 № 600 «Про затвердження стандарту надання медичної допомоги хворим на хіміорезистентний туберкульоз»

Наказ МОЗ України від 10.11.2008 № 645 «Про затвердження методичних рекомендацій «Замісна підтримувальна терапія в лікуванні із синдромом залежності від опіоїдів»

Наказ МОЗ України від 11.02.2009 № 102/18 «Про затвердження Уніфікованої методики з розробки клінічних настанов, медичних стандартів, уніфікованих клінічних протоколів медичної допомоги, локальних протоколів медичної допомоги (клінічних маршрутів пацієнтів) на засадах доказової медицини (частина перша)»

Наказ МОЗ України від 31.03.2009 № 199 «Про затвердження тимчасових форм первинної облікової документації і форм звітності з хіміорезистентного туберкульозу»

Наказ МОЗ України від 14.04.2009 № 245 «Про затвердження інструкцій щодо заповнення тимчасових форм первинної облікової документації і форм звітності з хіміорезистентного туберкульозу»

Наказ МОЗ України від 02.06.2009 № 382 «Про затвердження Тимчасових стандартів надання медичної допомоги підліткам та молоді»

Наказ МОЗ України від 02.09.2009 № 657 «Про затвердження форм первинної облікової документації і форм звітності з туберкульозу та інструкцій щодо їх заповнення»

Наказ МОН України від 02.07.2009 № 616 «Про внесення змін до Положення про психологічну службу системи освіти України»

Наказ МОЗ України від 14.07.2009 № 509 «Про затвердження Стратегії удосконалення системи консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію, стандартизованої лабораторної діагностики на 2009 - 2013 роки та плану її реалізації»

Наказ МОЗ України від 21.09.2009 № 681 «Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги зі спеціальності «Наркологія»

Наказ МОЗ України від 03.11.2009 № 798/75 «Про затвердження Уніфікованої методики з розробки клінічних настанов, медичних стандартів, уніфікованих клінічних протоколів медичної допомоги, локальних протоколів медичної допомоги (клінічних маршрутів пацієнтів) на засадах доказової медицини (частина друга)»

Наказ Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту від 22.02.2010 № 433 «Про затвердження плану впровадження Стратегії розвитку системи соціальних послуг для сім'ї дітей та молоді на 2010 рік»

Наказ МОЗ України від 11.05.2010 № 388 «Про удосконалення діагностики ВІЛ-інфекції»

Наказ МОЗ України від 12.07.2010 № 551 «Про затвердження Клінічного протоколу антиретровірусної терапії ВІЛ-інфекції у дорослих та підлітків»

Наказ МОЗ України від 29.07.2010 № 634 «Про внесення змін до наказу МОЗ України від 01.08.2000 р. № 188»

Наказ МОЗ України від 21.01.2010 № 11 «Про затвердження Порядку обігу наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів у закладах охорони здоров'я України»

Наказ МОЗ України від 23.03.2011 № 159 «Про затвердження третього випуску Державного формуляру лікарських засобів та забезпечення його доступності»

Наказ МОЗ України від 11.10.2011 № 658 «Про подання установами і закладами охорони здоров'я України статистичних звітів за 2011 рік»

Наказ МОЗ України від 14.02.2012 № 110 «Про затвердження форм первинної облікової документації та Інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування»

Наказ МОЗ України від 02.04.2014 № 233 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при вірусному гепатиті С»

Список використаної літератури:

- Аналітично-статистичний довідник за 2000 — 2010 роки. Туберкульоз в Україні (2011). 103 с.
- Аналітично-статистичний довідник за 2001 — 2011 роки. Туберкульоз в Україні (2012). 111 с.
- Аналітично-статистичний довідник 1990-2008 р.р. Епідемія алкоголізму та наркоманії в дзеркалі медичної статистики МОЗ України. — Харків, 2009. — 168 с.
- Амджадін Л.М., Коноплицька Т.О., Лисенко О.М., Ріветт Д., Ходорівська Н.В. Проведення повторної оцінки клінік, дружніх до молоді /. — К.: «К.І.С.», 2012. — 112 с.
- Балакірева О. М., Бондар Т. В. та ін. Моніторинг поведінки та поширеності ВІЛ-інфекції серед споживачів ін'єкційних наркотиків як компонент епіднагляду за ВІЛ другого покоління (аналітичний звіт за результатами зв'язаного дослідження 2011 року) — К.: МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», 2012. — 120с.
- Балакірева О.М., Бондар Т.В., Артюх О.Р. та ін. Стан та чинники здоров'я українських підлітків. — К.: ЮНІСЕФ, Укр.ін-т соц. дослідж. ім. О. Яременка, 2011. — 172с.
- Балакірева О., Бондар Т., Сазонова Я., Сакович О. (2011). Оцінка чисельності дітей та молоді вікової групи 10-19 років, що відносяться до груп ризику / ЮНІСЕФ; Український інститут соціальних досліджень імені О. Яременка. - К., 2011. — 48 с.
- Балакірева О., Бондар Т., Серeda Ю., Судакова А., Сазонова Я., Сакович О. Підлітки, які живуть або працюють на вулиці: актуальні акценти для ефективної профілактики ВІЛ(за результатами повторного соціально-поведінкового дослідження):аналіт. звіт / ЮНІСЕФ, Укр. ін-т соц. дослідж. ім. О. Яременка. — К.: Версо 04, 2011. — 116 с.
- Бондар Т.В, Галіч Ю.П. та ін. Рівень поширення і тенденції вживання тютюну, алкогольних напоїв, наркотичних речовин серед учнівської молоді України: 2011 / О.М. Балакірева; Укр. ін-т соц. дослідж. ім. О. Яременка. — Київ.: ТОВ ВПК «ОБНОВА», 2011. — 176 с.
- Борисов В.І. Політика держави у сфері боротьби з наркозлочинами та питання їх караності.
- Голоцван О. А., Осташко С. І., Мешкова О. І. та інші. Надання медико-соціальних послуг дітям та молоді на основі дружнього підходу: Методичні рекомендації. 2008.
- Деминда Е., Мерсер Дж.В. Индивидуальное консультирование наркозависимых: пер. с англ. — Одесса, 2001. — 228 с.
- Доклад о ходе выполнения Украиной Политической декларации и Плана действий по налаживанию международного сотрудничества в целях выработки комплексной и сбалансированной стратегии борьбы с мировой проблемой наркотиков / В.А. Тимошенко. Киев, 2014, 29 с.
- Доля І.М. Подолання дитячої безпритульності: міжнародна та вітчизняна практика. Стратегічні пріоритети. 1. — 2010. - С. 55-59.
- Джужа О. М., Стрільців О. М., Дворяк С. В., А.П., Толопіло, В.Г., Ожогова та ін., за ред. О. М. Джужі. Вплив програм ЗПТ на криміногенну ситуацію у державі: Аналітичний звіт за результатами наукового дослідження — Харків: Права людини, 2012.
- Единая конвенция о наркотических средствах 1961 года с поправками, внесенными в нее в соответствии с Протоколом 1972 года о поправках к Единой конвенции о наркотических средствах 1961 года (Нью-Йорк, 30 марта 1961 года) (в ред. Протокола от 25.03.1972).
- Епідеміологічна ситуація щодо вживання психоактивних речовин в Україні/С.І. Табачников, Д.С. Лебедев, Г.Є. Тофимчук, Ю.Ю. Мартинова//Архів психіатрії. — 2009. — Т.15, № 1 (56). С.81–88.

Желтый список Приложение к Формам А, В и С, 52-е издание, декабрь 2013 года. Список наркотических средств, находящихся под международным контролем в соответствии с Единой конвенцией о психотропных веществах 1961 года, Протоколом от 25 марта 1972 года о поправках к Единой конвенции о наркотических средствах 1961 года. МККН, Вена, 25 с.

Збірка матеріалів для соціальних і медичних фахівців з питань організації соціального супроводу клієнтів з ко-інфекцією ВІЛ/ТБ /МГО «Соціальні ініціативи з охорони праці та здоров'я».

Зеленый список (25-е издание, январь 2014 года) Приложение к годовому статистическому отчету о психотропных веществах (Форма Р) Список психотропных веществ, находящихся под международным контролем в соответствии с Конвенцией о психотропных веществах 1971 года. Международный комитет по контролю над наркотиками, Вена, 54 с.

Інформація Про виконання Державної цільової соціальної програми «Молодь України» на 2009 — 2015 роки.

Кольцова О.В. Психология работы с наркозависимыми. —СПб.: Речь, 2007. — 160 с.

Конвенция о психотропных веществах (Вена, 21 февраля 1971 года) Офіційний вісник України від 11.02.2005 — 2005 р., № 4, стор. 386, стаття 265, код акту 31516/2005.

Конвенція ООН про боротьбу проти незаконного обігу наркотичних засобів і психотропних речовин Верховна Рада України, Інститут законодавства «Закони України» том 14.

Контроль над тютюном в Україні. Другий Національний звіт. - К.: МОЗ України, ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України», 2014. — 128 с.

Красный список (13-издание, январь 2012 года). Приложение к ежегодной информации о веществах, часто используемых при незаконном изготовлении наркотических средств и психотропных веществ (Форма D). Список прекурсоров и химических веществ, часто используемых при незаконном изготовлении наркотических средств и психотропных веществ, находящихся под международным контролем в соответствии с Конвенцией Организации Объединенных Наций о борьбе против незаконного оборота наркотических средств и психотропных веществ 1988 года. Международный комитет по контролю над наркотиками, Вена, 18 с.

Курпіта В. І., Кошикова А. А., Леженцев К. Ю. та ін.: Доступ до послуг з лікування для ВІЛ-позитивних споживачів ін'єкційних наркотиків: Дослідження. 2010. Київ, 76 с.

Коротков П.В. «Профілактика та корекція девіантної поведінки молоді у діяльності соціальних служб», 12.09.2013

Марієвський В. Ф. Наукові здобутки ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л. В. Громашевського НАМН України» у системі протидії інфекційним хворобам. Журнал НАМН України, 2011, т. 17, № 1. — с. 30–32.

Менделевич В.Д. Аддиктивное влечение теоретико-феноменологическая оценка/В.Д. Менделевич//Наркология. — 2010. — №35. — С.94–100.

Методичні рекомендації з питань організації та функціонування центрів ресоціалізації наркозалежних. — К.: Державний інститут проблем сім'ї та молоді, 2004.

Международный комитет по контролю над наркотиками. Доклад Международного комитета по контролю над наркотиками за 2010 год. Организация Объединенных Наций. Нью-Йорк, 2011 год.

Моніторинг поінформованості, поведінки та поширеність ВІЛ-інфекції серед засуджених як компонент епідагляду за ВІЛ другого покоління. Аналітичний звіт за результатами зв'язаного дослідження. Київ, 2010.

Особливості лікування інфекцій, що передаються статевим шляхом, в групах населення, уразливих стосовно зараженню вірусом імунодефіциту людини. Методичні рекомендації, 2008.

Освітні профілактичні програми. Редактор Т.Є. Бойченко, 2006.

Навички заради здоров'я. Навчання здоровому способу життя на засадах розвитку навичок: важливий компонент школи, дружньої до дитини, школи, що підтримує здоров'я: ВООЗ, 2004.

Підлітки груп ризику в Україні: виклики та час дій. Адвокаційний документ / ЮНІСЕФ, Укр. ін.-т соц. дослідж. ім. О. Яременка. — К., Версо 04, 2011.

Підлітки груп ризику: доказова база для посилення відповіді на епідемію ВІЛ в Україні: аналіт. звіт / ЮНІСЕФ, Укр. ін.-т соц. дослідж. ім. О. Яременка. — К.: К.І.С., 2008.

План «Остановить ТБ» для 18 наиболее приоритетных стран Европейского региона ВОЗ. 2007–2015 гг. (2008), ВОЗ, 69 с.

Профілактика поширення наркозалежності серед молоді: Навчально-методичний посібник / Під ред. Н. В. Бурлаки. — Київ: Герб, 2008. — 224с.

Проект Концепції Загальнодержавної цільової соціальної програми «Формування здорового способу життя молоді України» на 2013-2017 роки.

Профілактика ВІЛ-інфекції серед підлітків груп ризику: досвід впровадження цільових моделей в Україні / ЮНІСЕФ, Укр. ін.-т соц. дослідж. ім. О. Яременка. — К.: Версо 04, 2010.

Прекурсоры и химические вещества, часто используемые при незаконном изготовлении наркотических средств и психотропных веществ: доклад ММКН за 2013 год о выполнении статьи 12 Конвенции ООН о борьбе против незаконного оборота наркотических средств и психотропных веществ 1988 года (E/INCB/2013/4). ООН. Нью-Йорк, 2014 год. 116 с.

Прекурсоры и химические вещества, часто используемые при незаконном изготовлении наркотических средств и психотропных веществ: доклад ММКН за 2011 год о выполнении статьи 12 Конвенции ООН о борьбе против незаконного оборота наркотических средств и психотропных веществ 1988 года (E/INCB/2011/4). ММКН. Вена. 2012 г. 112 с.

Прекурсоры и химические вещества, часто используемые при незаконном изготовлении наркотических средств и психотропных веществ. Доклад ММКН за 2010 год о выполнении статьи 12 Конвенции ООН о борьбе против незаконного оборота наркотических средств и психотропных веществ 1988 года. ММКН. ООН, Нью-Йорк 2011 год. 68 с.

Річний звіт Міжнародного Альянсу з ВІЛ/СНІД в Україні (2014). Підтримка спільнот у протидії епідемії ВІЛ/СНІДу.

Сосин И.К. О наркологической ситуации в Украине/И.К. Сосин, Ю.Ф. Чуев//Укр.вісн.психоневр. — 2010. — Т.18, вип. 3 (64). — С.174.

Сидоров П.И. Наркологическая превентология. — М.:Генуиус, 2005. — 796 с.

Стандарти діагностики і лікування туберкульозу. Методичні рекомендації (2004), АМН України, МОЗ України, Державний Департамент України з питань виконання покарань, Інститут фтизіатрії і пульмонології.

Стандарты наркологической помощи: пособие для врачей. Изд.2-е, перераб. и доп./Г.А. Ливанов, М.Л. Калмансон, С.М.Тихомиров, А.Г.Сафронов. — СПб., 2003. — 96 с.

Черенько С. О., Щербакова Л.В.: Проблеми ко-інфекції туберкульозу / ВІЛ в Україні, Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція, № 1. — 2010, с. 18–23.

Шагинян В. Р., Сергеева Т. А Гепатит В: контроль, эрадикация, элиминация, Український медичний часопис. Актуальні питання клінічної практики. — №1 (81) I - II 2011 г.

Ялтонский В.М. Профилактика аддиктивного поведения: проблема, требующая обсуждения и решения//Аддиктивное поведение: профилактика и реабилитация. — С.45–48.

Anthony J, Chen C, Storr C. Influences of parenting practices on the risk of having a chance to try cannabis. Pediatrics, 2005, 115 (6): p. 1631–1639.

European Commission (2004). Joint Report on Social Inclusion.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. European Drug Prevention Quality Standards. A manual for prevention professionals, 2011.

Crime Prevention Studies, volume 11, pp. 1-17.

Control of drug precursors in the EU Library Briefing Library of the European Parliament 17/10/2013.

Conversion of α -phenylacetoacetonitrile into benzylmethylketone / Netherlands Police Agency — National Dismantling Facility (LFO), 2012. — 71 p.

Duin Joris Van. Explosive Labs (Електронний ресурс). —
Режим доступу: <http://hakopdetak.files.wordpress.com/2012/10/explosieve-labs.pdf>.

International Narcotics Control Board. United Nations. New York, 2009. Guidelines for Governments on Preventing the Illegal Sale of Internationally Controlled Substances through the Internet 16 p.

Guidelines for a voluntary code of practice for the chemical industry. International Narcotics Control Board. United Nations. New York, 2009. 13 p.

Hibell B., Guttormsson U., Ahlstrom S., Balakireva O., Bjarnason T., Kokkevi A., Kraus L. The 2011 ESPAD Report. Substance Use Among Students in 36 European Countries. CAN. 2012, 390p.

Lee CM, Neighbors C, Woods BA. Marijuana motives: young adults' reasons for using marijuana. Addictive Behaviors, 2007, 32 (7): p.1384–1394.

Lekhan V, Rudyi V, Richardson E. Ukraine: Health system review. Health Systems in Transition, 2010; 12 (8): p.1–183.

Regulation on drug precursors in the European Union // Gyorgyi Vasarhelyi, Laszlo Foldi. — Aarms Law, Vol. 6, No. 1 (2007) 147–158c.

Risk Factors in adolescent drug use: evidence from school surveys and application in policy / R.Muskat, Pompidou Group. — 2007. — 142 p.

Tarantino Lisa; Slavea Chankova, Elizabeth Preble, Josh Rosenfeld, and Subrata Routh. August 2011. Ukraine Health System Assessment 2011. Bethesda, MD: Health Systems 20/20 Project, Abt Associates Inc.

Tom ter Bogt, Holger Schmid, Saoirse Nic Gabhainn et al. Economic and cultural correlates of cannabis use among mid-adolescents in 31 countries. 2006 The Authors. Journal compilation. 2006. Society for the Study of Addiction., Addiction, p. 241–251.

Van Damme P., Moiseeva A., Marichev I. et al. (2010) Five years follow-up following two or three doses of a hepatitis B vaccine in adolescents aged 11–15 years: a randomised controlled study. BMC Infect. Dis., 10: p. 357.

Currie C et al., eds. Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012 (Health Policy for Children and Adolescents, No. 6).

