



European Monitoring Centre
for Drugs and Drug Addiction



**2010
НАЦІОНАЛЬНИЙ ЗВІТ
ЩОДО НАРКОТИЧНОЇ СИТУАЦІЇ
(дані 2009 року)
для Європейського моніторингового центру
з наркотиків та наркотичної залежності**

**“УКРАЇНА”
Тенденції розвитку, поглиблений огляд
з обраних тем**

**REITOX
2010**

УДК 351.761.3 (477) "2009"
ББК 67.9 (4Укр) 401
Н 35

Н 35

Національний звіт щодо наркотичної ситуації (дані 2009 року) для Європейського моніторингового центру з наркотиків та наркотичної залежності. Україна. Тенденції розвитку, поглиблений огляд з обраних тем./ УММЦАН МОЗ України, Видавничий Будинок «Аванпост-Прим» – Київ, 2010 – 100 стор.

Рецензент: Табачников С. І. Директор, завідувач відділом соціальної та клінічної наркології Українського НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України.

"Національний звіт щодо наркотичної ситуації (дані 2009 року) для Європейського моніторингового центру з наркотиків та наркотичної залежності. Україна. Тенденції розвитку, поглиблений огляд з обраних тем" містить інформацію щодо національної наркотичної політики, розповсюдженості вживання наркотичних речовин серед загального населення України та окремих груп населення, а також наслідків вживання наркотиків, а саме інфекційних захворювань, злочинності, пов'язаної з наркотиками, оцінку ринку наркотиків тощо. Окремі глави звіту присвячені системі лікування наркологічних захворювань, оцінки її ефективності, впровадження стратегії "зменшення шкоди" та профілактиці вживання наркотиків.

Для бібліографічного посилання:

Вієвський А. М., Жданова М. П., Сидяк С. В., Безногих В. С., Грищенко А. І., Кривенок В. І., Лепеха К. І., Матвєєва-Кукурудз К. А., Таран С. П., Турченко Л. В. "Національний звіт щодо наркотичної ситуації (дані 2009 року) для Європейського моніторингового центру з наркотиків та наркотичної залежності. Україна. Тенденції розвитку, поглиблений огляд з обраних тем". Київ, 2010.

©ДУУММЦАН МОЗ України
©Вієвський А. М., Жданова М. П.,
Сидяк С. В., Безногих В. С., Грищенко А. І.,
Кривенок В. І., Лепеха К. І.,
Матвєєва – Кукурудз К. А., Таран С. П.,
Турченко Л. В.

ISBN 978-617-502-006-7

ЗМІСТ

<i>Передмова</i>	6
<i>Стислий огляд</i>	7
<i>Якість даних</i>	10
Частина А: Тенденції розвитку ситуації	11
1. <i>Наркотична політика: законодавство, стратегії та економічний аналіз</i>	11
1.1. Законодавча база в наркотичній сфері	11
1.2. Національний план дій, стратегії, оцінка та координація	14
1.3. Економічний аналіз	15
2. <i>Вживання наркотиків серед загального населення та окремих цільових груп</i>	18
2.1. Вживання наркотиків серед загального населення	18
Дослідження «Медико-демографічне обстеження населення України»	18
2.2. Вживання наркотиків серед шкільної молоді	18
Дослідження «Європейське опитування учнівської молоді щодо вживання алкоголю та наркотичних речовин»	18
Дослідження «Здоров'я та поведінкові орієнтації учнівської молоді України»	20
3. <i>Профілактика</i>	21
3.1. Універсальна профілактика	21
Профілактичні програми в системі загальноосвітніх шкіл	21
«Клініки, дружні до молоді»	23
Профілактичні дії на робочих місцях	24
Обов'язковий профілактичний наркологічний огляд	24
3.2. Вибіркова профілактика	25
3.3. Профілактика за показаннями	26
3.4. Профілактичні дії через ЗМІ	26
4. <i>Проблемне вживання наркотиків</i>	27
4.1. Оцінки поширеності проблемного вживання наркотиків	27
Дослідження «Оцінка чисельності груп населення з високим ризиком інфікування ВІЛ»	27
4.2. Інтенсивне, довготермінове та інші проблемні форми вживання наркотиків	28
Дослідження «Моніторинг поведінки та поширеність ВІЛ-інфекції серед споживачів ін'єкційних наркотиків»	28
5. <i>Лікування у зв'язку з наркотиками: потреба в лікуванні та доступність лікування (лікувальні можливості)</i>	32
5.1 Загальний опис, доступність та забезпечення якості	32
Стратегія, політика	32
Лікувальна система	32
Якість медичної наркологічної допомоги	37
Дослідження «Замісна підтримувальна терапія для наркозалежних в Україні»	38

Дослідження «Оцінка доступності комплексних медико – соціальних послуг споживачам ін'єкційних наркотиків в центрах інтегрованої допомоги»	39
5.2. Доступ до лікування.....	39
5.3 Тенденції серед клієнтів в лікуванні.....	43
Дослідження «Моніторинг та оцінка програм замісної підтримувальної терапії бупренорфіном в Україні».....	45
6. Наслідки для здоров'я.....	47
6.1. Інфекційні захворювання, пов'язані зі вживанням наркотиків	47
ВІЛ/СНІД та вірусні гепатити	47
Захворювання, що передаються статевим шляхом та туберкульоз.....	51
6.2. Смертність серед споживачів наркотиків та смертність від вживання наркотиків	54
7. Відповідь стосовно наслідків для здоров'я	55
7.1. Профілактика невідкладних станів у зв'язку зі вживанням наркотиків	55
7.2. Профілактика та лікування інфекційних хвороб, пов'язаних зі вживанням наркотиків.....	55
7.3. Інтервенції щодо інших наслідків для здоров'я	58
8. Соціальні наслідки (кореляції) та реінтеграція.....	59
8.1. Вживання наркотиків серед дітей, які живуть на вулиці.....	59
8.2. Соціальна реінтеграція та ресоціалізація	60
Соціальна реінтеграція дітей, які живуть на вулиці	60
Ресоціалізація наркозалежних осіб.....	61
9. Злочинність, пов'язана з наркотиками. Профілактика злочинності. Пенітенціарна система.....	63
9.1. Злочинність, пов'язана з наркотиками	63
Порушення наркотичного законодавства	63
Інші види злочинів, пов'язані зі вживанням наркотиків	67
Інформація щодо порушень Правил дорожнього руху.....	67
9.2. Інтервенції в кримінально-виконавчій системі	68
Альтернатива ув'язненню	68
Інші інтервенції в кримінально-виконавчій системі	69
9.3. Вживання наркотиків в виправних закладах.....	69
9.4. Відповідь на проблеми зі здоров'ям, пов'язані зі вживанням наркотиків, в закладах обмеження волі	70
10. Ринок наркотиків.....	71
10.1 Наявність нелегальних наркотиків та канали надходження.....	71
Оцінки доступності	71
Канали надходження наркотиків	73
10.2. Вилучення наркотиків.....	74
Кількість вилучених нелегальних наркотиків.....	74
Кількість лабораторій, які виготовляли нелегальні наркотичні речовини	76
10.3. Ціни на нелегальні наркотики та їх чистота.....	76
Частина Б. Вибрані теми.....	78
11. Історія, методи та впровадження національних лікувальних нормативів.....	78

<i>Історія</i>	78
Дослідження «Лікування наркозалежності й оцінка його ефективності»	78
<i>Методи</i>	79
<i>Впровадження</i>	80
Бібліографія	81
Нормативно-правова база	81
Список використаної літератури.....	84
Бази даних/Програмне забезпечення/електронні адреси	92
Додатки	95
Перелік таблиць в тексті.....	95
Перелік рисунків та мап в тексті	97

Передмова

Цей Національний звіт щодо наркотичної ситуації в Україні 2010 - перший річний звіт України, побудований на основі методики моніторингу наркотичної ситуації, впровадженій в усіх країнах – членах Європейського Союзу та країнах – кандидатах до вступу в Європейський Союз. Європейська система моніторингу наркотичної ситуації ґрунтується на принципах наукової доказовості, достовірності даних, чітких та прозорих методах збору та обробки інформації згідно класифікованих основних та додаткових індикаторів.

До основних належать:

- ✓ вживання наркотиків серед загального населення
- ✓ проблемне вживання наркотиків
- ✓ наркотики та інфекційні захворювання
- ✓ потреба в лікуванні
- ✓ смертність, обумовлена вживанням наркотиків та смертність серед споживачів наркотиків

Додаткові індикатори:

- ✓ тенденції вживання психоактивних речовин серед молоді
- ✓ злочинність, обумовлена вживанням наркотиків
- ✓ соціальне виключення, пов'язане із вживанням наркотиків
- ✓ наявність нелегальних наркотиків (ринок наркотиків, ціна)
- ✓ наркотики та робоче місце та інші.

На початку 2010 року в м. Києві підписаний "Меморандум про взаєморозуміння" між Україною та Європейським Союзом в галузі моніторингу наркотичної ситуації. В документі Україна наголошує про необхідність проведення моніторингу наркотичної ситуації для оцінки ефективності заходів, спрямованих на зменшення проблем, пов'язаних зі вживанням та незаконним обігом наркотиків і виявила зацікавленість у розвитку гармонізованої з ЄС інформаційної системи щодо наркотиків. Методологічна підтримка побудови національної системи моніторингу здійснюється Європейським моніторинговим центром з наркотиків та наркотичної залежності (EMCDDA. www.emcdda.eu.int). Система моніторингу має максимально наближуватись до стандартів Європейського Союзу, що в перспективі надасть можливість порівнювати ситуацію в Україні з ситуацією в ЄС. Щорічне формування Національного звіту щодо наркотичної ситуації в Україні на принципах наукової доказовості, його обговорення та прийняття на національному рівні і в подальшому подання до Європейського моніторингового центру з наркотиків та наркотичної залежності є тим інструментом, який забезпечує реалізацію порівняння ситуації в Україні з ситуацією в ЄС.

На сьогоднішній день Україна тільки розпочала розбудову національної системи моніторингу наркотичної ситуації. Інформація для низки індикаторів в Україні не доступна взагалі, або її достовірність дуже низька та механізми збору інформації не є чіткими та науково – обґрунтованими, і, відповідно, її якість не доведена (дивись главу "Якість даних"). Цей Звіт містить найбільш доступну інформацію щодо національної наркотичної політики, розповсюдженості вживання наркотичних речовин серед населення України та певних груп населення, а також наслідків вживання наркотиків, а саме інфекційних захворювань, злочинності, пов'язаної з наркотиками, оцінку ринку наркотиків тощо. Окремі глави звіту присвячені системі лікування наркологічних захворювань, оцінки її ефективності, впровадження стратегії "зменшення шкоди" та профілактиці вживання наркотиків.

Висловлюємо особливу подяку партнерам національної моніторингової мережі, а саме міністерствам та відомствам, які дотичні до наркотичних питань, недержавним організаціям, які працюють в галузі зменшення наркотичних проблем в суспільстві, дослідницьким установам та міжнародним партнерам за надану інформацію та експертну допомогу в підготовці звіту. Посилання на партнерів Ви можете знайти в бібліографії або по тексту всього документу.

Стислий огляд

Існуюча на сьогоднішній день законодавча та нормативна база в наркотичній сфері в Україні зорієнтована на співставно вузький перелік питань в галузі легального та нелегального обігу наркотиків. Питання, пов'язані зі зменшенням попиту на психоактивні речовини, протинаркотичної профілактики, ряду інших важливих напрямків наркотичної політики висвітлені в законодавстві епізодично і не мають стратегічного характеру та чіткої системної побудови. При розробці наркотичного законодавства України враховані положення Конвенцій ООН 1961, 1971 та 1988 років. Державна наркотична політика України здійснюється відповідно до Програми реалізації державної політики у сфері боротьби з незаконним обігом наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів на 2003 -2010 роки. Загальна вартість фінансування Програми упродовж 8 років становить 301 579 тисяч гривень. Однак, протягом дії Програми цільове фінансування заходів було відсутнє, і діяльність була пов'язана з повсякденною діяльністю відомств, що поставило під загрозу виконання деяких заходів.

Інформація стосовно витрат суспільства, пов'язаних з наркотиками, на сьогоднішній день доступна у вкрай обмеженому обсязі. Найбільш доступними є дані, які стосуються фінансування системи охорони здоров'я. Видатки з місцевих бюджетів на фінансування наркологічної служби (лікарні, диспансери тощо) в 2009 році склали 211,9 млн. гривень. В основному це видатки на захищені статті бюджету: заробітна плата, комунальні витрати та електроенергія. Фінансування наркологічних закладів на душу населення області коливається від 6,97 грн./рік в Полтавській області до 2,35 грн. – в Чернігівській області.

До 2010 року цільові дослідження щодо поширеності вживання наркотиків серед загального населення в Україні не проводились. Медико-демографічне обстеження населення України (2007р.) показує, що 1,4% жінок та 10% чоловіків мали досвід вживання будь-яких наркотичних речовин принаймні один раз в житті.

За результатами "Європейського опитування учнівської молоді щодо вживання алкоголю та наркотичних речовин" (ESPAD, 2007р.) виявилось, що 13,6%, учнів впродовж життя хоча б один раз вживали марихуану або гашиш. Найбільш "небезпечним" віком першої спроби вживання наркотиків виявився вік 15 років, коли вперше спробували канабіноїди 7,1% хлопців та 3,5% дівчат (у 1995 році ці частки становили 2,6 і 1,3% відповідно). Результати Дослідження "Здоров'я та поведінкові орієнтації учнівської молоді України" (HBSC, 2006р.) показали, що наркотичні речовини (саме марихуану або гашиш) принаймні 1 раз вжитті вживали 8% 11-річних учнів, 12% 13-річних учнів, 26% учнів 15 років, які навчаються в професійно-технічних училищах та 20% - у вищих навчальних закладах.

Оціночна кількість споживачів ін'єкційних наркотиків в Україні складає 230-360 тисяч осіб, або 0,9% населення віком 15-64 роки (при перерахуванні рекомендованої оцінки у 290 000 осіб на кількість населення України відповідного віку).

Станом на 01.01.2010 року поширеність розладів психіки та поведінки внаслідок вживання наркотичних речовин складала 78909 осіб (171,7 на 100 тисяч населення), у тому числі внаслідок вживання опіоїдів - 59871 особа (130,26 на 100 тисяч населення), канабіноїдів - 4760 осіб (10,36 на 100 тисяч населення), кількох наркотичних речовин - 13074 особи (28,44 на 100 тисяч населення). Захворюваність на розлади психіки та поведінки через вживання наркотичних речовин складає 5930 осіб, серед них 3497 осіб внаслідок вживання опіоїдів.

У 2009 році у психіатричні та наркологічні стаціонари було госпіталізовано 15680 хворих з розладами психіки та поведінки через уживання наркотичних речовин. В денних стаціонарах проліковано 5128 осіб, які мали розлади психіки та поведінки через уживання психоактивних речовин. У 2009 році амбулаторно проліковано 40767 осіб. Протягом 1999-

2009 років найбільш суттєві зміни серед контингентів вперше пролікованих осіб відбулись серед споживачів опіатів. Якщо в 1999-2001 роках щорічно звертались за медичною допомогою близько 10 тисяч осіб, то починаючи з 2003 року простежувалась тенденція до щорічного зниження кількості осіб, залежних від опіатів, які звернулись за наркологічною допомогою до 6 тисяч на рік в 2009 році. Кількість звернень за допомогою через вживання галюциногенів з 1999р. по 2009р. коливалась в межах 5-27 осіб на рік. Протягом 10 років кількість пролікованих осіб через вживання кількох наркотичних речовин збільшилась майже в 3,5 рази з 486 осіб – в 1999 році до 1524 осіб – в 2009 році.

Станом на 01.01.2010р. організовано 102 програми замісної підтримувальної терапії в лікувально-профілактичних закладах 26 регіонів України з використанням замісних препаратів бупренорфіну гідрохлорид та метадону гідрохлорид. Тільки Харківська область не впроваджувала програму ЗПТ. В програмі приймали участь 5078 пацієнтів, з них 4094 чоловіків та 984 жінки. На ЗПТ бупренорфіном знаходилося 849 осіб та 4229 осіб на ЗПТ метадоном. Дослідження "Замісна підтримувальна терапія для наркозалежних в Україні" (2009 р.) показує, що при запровадженні ЗПТ суспільство зберігає близько 4 млн. гривень на день. Дослідження з моніторингу та оцінки програм ЗПТ бупренорфіном в Україні довело, що участь у програмах ЗПТ призводить не тільки до зниження вживання нелегальних опіатів, але є також ефективним шляхом значного зниження вживання інших психоактивних речовин. Вживання нелегальних опіатів зменшилось з 80% до 1% пацієнтів, які вживали ці речовини протягом останніх 30 днів через 12 місяців лікування. Також треба відзначити зниження показника вживання каннабісу (з 34% до 23% через 12 місяців лікування), седативних препаратів (з 35% до 16% відповідно), барбітуратів (з 15% до 5%), а надто вживання декількох психоактивних речовин (з 54% до 4%). Прихильність до заходів соціальної підтримки серед клієнтів програм ЗПТ є теж високою – 81%.

З 1999 по 2006 рік відбувалось збільшення абсолютної кількості споживачів ін'єкційних наркотиків (СІН) серед нових випадків ВІЛ-інфекції при щорічному зменшенні частки СІН серед загальної кількості нових випадків ВІЛ-інфекції. Після впровадження ЗПТ, в останні ж чотири роки, 2006–2009рр., реєструється майже однакова абсолютна кількість зареєстрованих нових випадків ВІЛ-інфекції серед споживачів ін'єкційних наркотиків при тому, що тенденція до зменшення частки СІН серед усіх випадків захворювання на ВІЛ, зберігається

Офіційної статистики щодо кількості хворих на хронічні вірусні гепатити В та С, туберкульозу серед споживачів наркотиків в Україні немає. Результати дослідження "Моніторинг поведінки та поширеність ВІЛ-інфекції", проведеного в 2009 році, показують, що про наявність гепатиту В протягом останніх 12 місяців повідомили 5,5% респондентів, 8,1% повідомили про наявність гепатиту С, 5,8% туберкульозу серед споживачів ін'єкційних наркотиків, які брали участь в дослідженні.

В Україні діють 65 центрів ресоціалізації та реабілітації наркозалежної молоді. Протягом 2009 року 4 центри утримувались за рахунок обласних бюджетів. Всі інші центри є недержавними і фінансуються за рахунок коштів їх засновників, спонсорської допомоги та добровільних внесків клієнтів. Кількість осіб, які звернулися до центрів складає 7509 (у порівнянні з 2008 роком, ця кількість становила – 3655 осіб). За даними Всеукраїнської наркологічної асоціації, лише 2-4% хворих, які отримали медичну допомогу, мають можливість далі бути направленими до реабілітаційних, соціально-психологічних програм.

За даними МВС в 2009 році зареєстровано 57624 злочини, пов'язані з незаконним обігом наркотиків, що на 9,5 відсотків менше, ніж у 2008 році. На фоні скорочення як загальної кількості зареєстрованих злочинів, так і наркозлочинів, питома вага останніх у період з 2005 по 2008 зростає з 13,4% до 16,6%. У 2009 році внаслідок збільшення загальної кількості зареєстрованих злочинів на 13,1% та вказаному вище зменшенні кількості

наркозлочинів, їх питома вага знизилась до 13,3%. За злочини у сфері обігу наркотичних засобів, психотропних речовин їх аналогів або прекурсорів до кримінальної відповідальності у 2009 році було притягнуто 38952 особи.

За інформацією Державної судової адміністрації України у 2009 році за злочини у сфері незаконного обігу наркотичних засобів та психотропних речовин було засуджено 31027 осіб. У порівнянні з минулим роком спостерігається деяке збільшення на 1,1% у порівнянні з 2008 роком.

За останні 5 років спостерігається стає зменшення кількості зареєстрованих злочинів, скоєних наркозалежними особами та особами у стані наркотичного сп'яніння, і в 2009 році зареєстровано 10569 таких злочинів.

У 2009 році до закладів виконання покарань поступило 15398 осіб, які мали досвід вживання наркотиків протягом життя. У 2009 році при спробі доставки до місць позбавлення волі, що охороняються, вилучено 16,8 кг наркотичних засобів, що на 25,2 % більше, ніж у 2008 році - 12,55 кг.

Основні канали постачання стимуляторів амфетамінового ряду на внутрішній ринок України це Нідерланди, Польща та Німеччина, в яких налагоджено нелегальне виробництво МДМА. Спостерігаються спроби латиноамериканських наркоділків налагодити канали постачання кокаїну на ринок України, а також використати її територію для організації наркотрафіку в інші країни. У 2009 році правоохоронцями перекрито 282 (+ 14,6 % - 2008) міжнародні канали. Найбільша кількість наркотиків перевозилася через Республіку Польща – 58 разів, Росію – 57, Молдову – 29, Угорщину -13, Нідерланди – 7. У 2009 році підрозділами МВС з нелегального обігу наркотиків було вилучено 10198,71 кг наркотичних засобів і психотропних речовин. За кількістю вилучень (90391) і за вагою 4734 кг перше місце посідає марихуана. На другому місці опій – 27703 випадки. Третє місце за кількістю вилучень займають наркотичні стимулятори: амфетаміни, метамфетаміни, речовини групи екстазі - 23162 випадки. У 2009 році було викрито 223 підпільні лабораторії, здебільшого з виготовлення ацетильованого або екстракційного опію та амфетамінів (ст. 313 КК України). Крім того було викрито 579 осередків, де виготовлялись та вживались наркотичні засоби.

Якість даних

Вирішальними чинниками системи моніторингу, яка відображає наркотичну ситуацію в її реальності, є достовірність первинних даних, науково-обґрунтовані методи збору інформації з надійних джерел та відповідний аналіз і інтерпретація даних виходячи з культурального, економічного і соціального контекстів розвитку суспільства.

З метою об'єктивізації моніторингу впроваджуються три складові системи збору інформації. Перша – рутинна (статистична) інформація щодо наркотиків, яка б, по-можливості, охоплювала якнайбільше показників.

Друга складова – впровадження статистичних, соціологічних, епідеміологічних досліджень, які б описували ситуацію з тих показників, які не можуть бути охоплені статистичними даними рутинної системи збору інформації.

Третя складова – інформація з недержавного сектору – організацій, які працюють в галузі допомоги особам з наркотичними проблемами (як то низько порогові служби, консультаційні пункти, які організовані неприбутковими організаціями).

На сьогоднішній день Україна тільки розпочала роботу щодо впровадження індикаторів моніторингу, загальноприйнятих в Європейському Союзі. Для цього звіту інформація була зібрана згідно показників індикаторів моніторингу, визначених EMCDDA. Узагальнюючи можна відмітити, що інформація, яка стосується наркотиків та наслідків їх вживання в Україні, є у вкрай обмеженому обсязі. Дані рутинної (статистичної) системи на національному рівні дають невеликий обсяг кількісної інформації. Наприклад, статистичні звітні форми, які впроваджені в наркологічних закладах, не відображають необхідні характеристики контингенту осіб, які звернулися за наркологічною допомогою (відсутня інформація щодо супутніх інфекційних захворювань пацієнта, ряду демографічних та соціальних характеристик пролікованих осіб). Взагалі не впроваджені дослідження, які оцінюють економічну вартість наркотичних проблем для суспільства.

В кожній главі Ви знайдете пояснення щодо доступності даних для індикатору та впроваджених методів збору інформації для системи моніторингу наркотичної ситуації.

Частина А: Тенденції розвитку ситуації

1. Наркотична політика: законодавство, стратегії та економічний аналіз

Україна стала першою країною на пострадянському просторі, яка прийняла національне наркотичне законодавство, побудоване на актуальних на той час міжнародних рекомендаціях. Виходячи з цього, наркотична політика держави зорієнтована на цінності світової спільноти і будується на двох основних підходах роботи з проблемою наркотиків. Перший – зорієнтований в основному на наслідки, що виникли в результаті існування та поширення наркотиків. Інший підхід – спрямований на недопущення виникнення та розвитку наркотичних проблем.

Міжнародні конвенції ООН «Єдина конвенція про наркотичні засоби» 1961 р., «Про психотропні речовини» 1971р. та «Про боротьбу проти незаконного обігу наркотичних засобів і психотропних речовин» 1988р., були підписані й ратифіковані Українською Радянською Соціалістичною Республікою у складі СРСР та відповідно до ст. 6 закону України «Про правонаступництво України» від 12.09.1991р. №1543-XII Україна підтвердила свої зобов'язання за міжнародними договорами, укладеними Українською РСР до проголошення незалежності України.

1.1. Законодавча база в наркотичній сфері

Існуюча на сьогоднішній день законодавча та нормативна база в наркотичній сфері в Україні зорієнтована на співставно вузький перелік питань в галузі легального та нелегального обігу наркотиків. Питання, пов'язані зі зменшенням попиту на психоактивні речовини, протинаркотичної профілактики, ряду інших важливих напрямків наркотичної політики висвітлені в законодавстві епізодично і не мають стратегічного характеру та чіткої системної побудови.

При розробці наркотичного законодавства, що регулює обіг наркотиків в Україні, враховані положення Конвенцій ООН 1961, 1971 та 1988 років. Стрижневими законодавчими актами в наркотичній сфері є Закони України «Про наркотичні засоби, психотропні речовини і прекурсори» від 15.02.1995р. № 60/95-ВР (1) та «Про заходи протидії незаконному обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів та зловживанню ними» від 15.02.1995р. №62/95-ВР (2). Законодавчі акти визначають правові та організаційні засади державної політики щодо обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, встановлюють порядок державного контролю, повноваження органів виконавчої влади, права та обов'язки фізичних і юридичних осіб у сфері обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, та встановлюють систему заходів, спрямованих проти незаконного обігу зазначених підконтрольних речовин та зловживання ними. Діючі закони з моменту набрання ними законної сили у 1995 році неодноразово доповнювались у відповідності до соціально-правових змін у суспільстві внаслідок нових викликів і загроз.

До основоположних документів у сфері обігу відноситься Постанова Кабінету Міністрів України «Про затвердження Переліку наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів» від 06.05.2000р. № 770, якою затверджено таблиці і списки речовин, що заборонені до обігу в Україні, або обіг їх обмежений, або підлягає спеціальним заходам контролю (3). У 2008 році до переліку наркотичних засобів (список № 1 таблиці II)¹ внесений медичний препарат «Трамадол»

¹ Наркотичні засоби, обіг яких обмежено.

(4), а у 2009 році до списку №1 таблиці I² була внесена додаткова позиція «опій ацетильований» та списку № 2 таблиці II³ «1-(4-хлорфеніл)-піперазин» (5).

Рестриктивний компонент законодавства, основна мета якого припинити порушення у сфері обігу підконтрольних психоактивних речовин і прекурсорів, а також правопорушення, що виникають внаслідок вживання наркотичних засобів або психотропних речовин, будується на певних розділах кримінального (6) та адміністративного законодавства (7). У даний час у розділі XIII Кримінального кодексу України передбачено 16 складів злочинів у сфері обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів або прекурсорів. У Кодексі України про адміністративні правопорушення передбачено п'ять складів адміністративних правопорушень, пов'язаних з наркотичними засобами та психотропними речовинами.

Максимальне покарання за наркозлочин – 15 років ув'язнення, передбачено за використання коштів, здобутих від незаконного обігу наркотичних засобів, психотропних речовин їх аналогів або прекурсорів (ст. 306 КК). За контрабанду (ст. 305 КК) або збут наркотиків (ст. 307 КК) максимальне покарання складає 12 років ув'язнення, за зберігання наркотиків (ст. 309 КК) – 8 років ув'язнення. Частиною 4 статті 309 КК України передбачено звільнення від кримінальної відповідальності за незаконне зберігання наркотиків, якщо особа добровільно звернулася до наркологічного лікувального закладу і розпочала лікування. Відповідно до частини 4 статей 307 та 311 КК України особа звільняється від відповідальності за злочини, визначені цими статтями, якщо вона добровільно здала наркотичні засоби, психотропні речовини або прекурсори, вказала джерело їх придбання або сприяла розкриттю злочину, пов'язаного з незаконним обігом наркотиків (дивись главу 9.3. «Інтервенції в кримінально-виконавчій системі»).

За адміністративне правопорушення, таке як незаконне зберігання наркотиків у невеликих розмірах⁴ (ст. 44 КупАП), передбачена санкція у вигляді грошового штрафу від 306 до 731 гривні, або адміністративний арешт на 15 діб (8). За незаконний посів або вирощування снотворного маку або конопель, що не перевищує 100 рослин (ст. 1062 КупАП) – штраф від 306 до 1496 гривень.

Практична реалізація рестриктивного компоненту здійснюється на засадах кримінально-процесуального законодавства (9), законів України «Про міліцію» (10), «Про оперативно-розшукову діяльність» (11) та інших.

Діяльність з культивування рослин⁵, розроблення, виробництва, виготовлення, зберігання, перевезення, придбання, реалізації (відпуску), ввезення та вивезення з території України, використання, знищення наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, здійснюється відповідно до Ліцензійних умов провадження господарської діяльності⁶.

Крім зазначених Ліцензійних умов, цілий ряд регулюючих актів регламентують окремі напрямки діяльності з підконтрольними речовинами. Так, спільний наказ Державного комітету України з питань регуляторної політики та підприємництва та Міністерства аграрної політики України від 18.09.2003 № 100/343 затверджує Порядок контролю за додержанням Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з культивування та використання рослин, що містять

² Особливо небезпечні наркотичні засоби, обіг яких заборонено.

³ Психотропні речовини, обіг яких обмежено.

⁴ Розміри визначаються відповідно до Таблиці невеликих, великих та особливо великих розмірів наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, які знаходяться у незаконному обігу, затверджених наказом МОЗ №188 від 01.08.2000р.

⁵ Маються на увазі рослини, включені до таблиці I Переліку наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, затвердженого Постановою КМУ від 06.05.2000 р. № 770.

⁶ Затверджені наказом Міністерства охорони здоров'я України "Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з культивування рослин, включених до таблиці I Переліку наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, затвердженого Кабінетом Міністрів України, розроблення, виробництва, виготовлення, зберігання, перевезення, придбання, реалізації (відпуску), ввезення на територію України, вивезення з території України, використання, знищення наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, включених до зазначеного Переліку" від 02.02.2010 № 66.

наркотичні засоби, для промислових цілей (12), Постанова КМУ від 03.06.2009р. №589 затверджує Порядок провадження діяльності, пов'язаної з обігом наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, та контролю за їх обігом (13), Постанова КМУ від 03.02.1997р. №146 затверджує Порядок видачі дозволів на право ввезення на територію України, вивезення з території України або транзиту через територію України наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів (14).

Відповідальність за організацію легального обігу наркотичних засобів у сфері охорони здоров'я покладено на Міністерство охорони здоров'я України. Наказ МОЗ від 21.01.2010р. № 11 затверджує Порядок обігу наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів в закладах охорони здоров'я України та наказ МОЗ від 19.07.2005р. № 360, затверджує Правила виписування рецептів та вимог-замовлень на лікарські засоби і вироби медичного призначення, Порядок відпуску лікарських засобів і виробів медичного призначення з аптек та їх структурних підрозділів, Інструкція про порядок зберігання, обліку та знищення рецептурних бланків та вимог-замовлень.

Профілактичним компонентом передбачаються усі три види профілактики: універсальна, вибіркова та профілактика за показаннями (дивись розділ 3. «Профілактика»).

Державна політика у сфері профілактики наркотичних проблем та формування здорового способу життя здійснюється відповідно до Міжгалузевої комплексної програми «Здоров'я нації» на 2002-2011 роки, в якій передбачена розробка і реалізація міжгалузевих стратегій, спрямованих на пропаганду, формування і заохочення здорового способу життя.

Державні дії в рамках стратегії універсальної профілактики спрямовані на розвиток «дружніх до молоді» медико-соціальних послуг в усіх регіонах України. Метою діяльності послуг «дружніх до молоді» є впровадження сучасних підходів до надання медико-соціальної допомоги дітям та молоді, формування здорового способу життя, позитивного впливу на стан здоров'я населення України та подолання демографічної кризи.

Суттєвою є законодавча база, що регулює дотримання прав дітей, молоді, підтримку кризових родин, подолання соціального сирітства та зменшення кількості безпритульних, бездоглядних дітей. Зокрема, Сімейний кодекс України, Закони України: «Про соціальну роботу з сім'ями, дітьми та молоддю», «Про охорону дитинства», «Про забезпечення організаційно-правових умов соціального захисту дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування», «Про основи соціального захисту бездомних громадян і безпритульних дітей»⁷.

В загальнодержавній програмі «Національний план дій щодо реалізації Конвенції ООН про права дитини» на період до 2016 року визначені завдання, зокрема протидія ВІЛ/СНІДу, туберкульозу та наркоманії. Серед пріоритетних напрямів розвитку освіти, визначених в Національній доктрині розвитку освіти є «пропаганда здорового способу життя, стимулювання у молоді прагнення здорового способу життя».

Одними з основних напрямків державної політики є соціальна робота з сім'ями, дітьми та молоддю. В рамках вибіркової профілактики здійснюється облік і догляд за дітьми та молоддю, які виявили схильність до асоціальної поведінки, проводяться відповідні профілактичні інтервенції та цільові консультації, соціальний патронаж кризових сімей тощо. В 2009 році був затверджений Примірний галузевий стандарт надання соціальних послуг сім'ям з дітьми, які перебувають у складних життєвих обставинах. Стандарт визначає основні вимоги до рівня якості, процесу надання, змісту та обсягу послуг, визначає перелік закладів та установ, які можуть надавати послуги сім'ям з дітьми, що перебувають у складних життєвих обставинах.

З метою подолання дитячої безпритульності і бездоглядності, запобігання соціальному сирітству, створення умов для всебічного розвитку та виховання дітей затверджено Державну Програму подолання дитячої безпритульності та бездоглядності на 2006-2010 роки. В результаті

⁷ <http://www.niss.gov.ua/Monitor/mart2009/17.htm>

виконання Програми в країні функціонують заклади соціального захисту для дітей та молоді, у тому числі притулки, центри соціально-психологічної реабілітації дітей та соціальних гуртожитків; реалізуються соціальні програми і заходи щодо поліпшення становища дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, дітей, які перебувають в складних життєвих обставинах.

Програма реалізації державної політики у сфері боротьби з незаконним обігом наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів на 2003-2010 роки виконує завдання в рамках універсальної та вибіркової профілактики. Профілактичні дії здійснюються шляхом інформування, виховання, освіти, раннього втручання, консультування, лікування, реабілітації, недопущення рецидивів, подальшого обстеження і соціальної реабілітації за умови надання можливості особам, які цього потребують, своєчасно отримувати необхідну допомогу і послуги відповідних служб. В рамках даної програми Держава забезпечує функціонування та розвиток мережі спеціальних виховних закладів для дітей і підлітків з девіантною поведінкою, молодіжних клубів антинаркотичної спрямованості, опорних навчально-методичних центрів розроблення та впровадження науково-обґрунтованих програм з профілактики, лікування, реабілітації та ресоціалізації осіб, які мають наркотичну залежність; створює умови для підготовки та видання спеціальних посібників, сприяє впровадженню навчальних програм антинаркотичного змісту в навчальних закладах.

Державною соціальною службою для сім'ї, дітей та молоді впроваджений Галузевий стандарт надання соціальних послуг споживачам психоактивних речовин, в тому числі споживачам ін'єкційних наркотиків, і їх близькому оточенню в системі центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді. Надання послуг споживачам наркотиків із соціальної реабілітації, зокрема психологічних, соціально-педагогічних, юридичних, соціально-медичних, соціально-побутових та інформаційних послуг, здійснюється на базі центрів ресоціалізації наркозалежної молоді.

Профілактика за показаннями в українському законодавстві взагалі не визначається як окрема профілактична діяльність, відсутні національні цільові структуровані профілактичні програми та відповідні навчальні програми для спеціалістів, які працюють з даною цільовою групою. Профілактичні інтервенції серед дітей та підлітків з наявними індивідуальними ризиками, з метою усунення відхилень у поведінці, подолання різних форм девіантної поведінки, проведення тренінгів особистісного розвитку тощо входить до обов'язкової практики служб психологічної допомоги в сфері освіти.

З метою попередження травматизму, нещасних випадків внаслідок вживання наркотичних засобів та психотропних речовин на робочому місці діє програма обов'язкового профілактичного наркологічного огляду населення (15), яка спрямована на осіб, які мають професії та виконують види діяльності, що пов'язані з високим ризиком для здоров'я та соціальної відповідальності.

1.2. Національний план дій, стратегії, оцінка та координація

Державна наркотична політика України здійснюється відповідно до Програми реалізації державної політики у сфері боротьби з незаконним обігом наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів на 2003 -2010 роки (далі – Програма) (16).

Організаційно-правові заходи Програми спрямовані на запобігання вживанню наркотичних засобів і психотропних речовин, контроль за обігом наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, боротьбу зі злочинністю, пов'язаною з незаконним обігом наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, в яких передбачено 63 пункти (82 параграфи) практичних заходів, термін їх виконання, кошторис і відповідальні виконавці. Загальна вартість фінансування Програми упродовж 8 років становить 301 579 тисяч гривень. Однак, протягом дії Програми цільове фінансування заходів було відсутнє, і діяльність була пов'язана з повсякденною діяльністю відомств, що ставить під загрозу виконання деяких з цих

пунктів. Особливо це стосується проведення цільових досліджень, наукових розробок та моніторингових програм, створення міжвідомчих баз даних. Відсутність фінансування не дає можливість обрахувати економічний ефект програми.

Відповідно до звіту МВС України станом на 01.01.2010 року 50 параграфів Програми є перманентної дії, дані щодо виконання яких щорічно оновлюються. З 32 параграфів з визначеними термінами виконання 23 виконано, виконання 9 параграфів продовжується.

Для координації реалізації національної політики в сфері обігу наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів в державі створено Національну координаційну раду (НKR) боротьби з наркоманією при Кабінеті Міністрів України (17), яку очолював віце-прем'єр міністр України. До складу Координаційної Ради включені представники усіх органів центральної державної влади, дотичних до наркотичних питань. В 2006 році Постановою Кабінету Міністрів України функції керівництва Національною координаційною Радою покладено на Міністра внутрішніх справ України. Основними завданнями Національної координаційної ради є: розробка заходів щодо забезпечення реалізації державної політики в наркотичній сфері; координація діяльності зацікавлених міністерств, інших органів виконавчої влади та громадських організацій з питань протидії зловживанням наркотичними засобами та їх незаконному обігу, організація підготовки та виконання програм запобігання незаконному обігу наркотичних засобів психотропних речовин і прекурсорів, вживання яких перебуває під національним та міжнародним контролем. Відповідно до її Положення, НКР повинна збиратися щопіврічно. У 2009 році рада не проводила жодного засідання.

В кожній області створені обласні Координаційні ради боротьби з наркоманією, які очолюються першими заступниками Голів обласних рад народних депутатів (18).

1.3. Економічний аналіз

Інформація стосовно витрат суспільства, пов'язаних з наркотиками, на сьогоднішній день доступна у вкрай обмеженому обсязі. Найбільш доступними є дані, що стосуються фінансування системи охорони здоров'я.

В 2009 році фінансування всієї системи охорони здоров'я відбувалось в умовах жорсткої економії бюджетних коштів, як з державного, так і з місцевих бюджетів (19). Фінансування закладів охорони здоров'я здійснювалось за наступними напрямками захищених статей бюджету, а саме:

- ✓ виплата заробітної плати;
- ✓ придбання медикаментів, харчування, оплата енергоносіїв і комунальних послуг;
- ✓ придбання паливно-мастильних матеріалів, проведення поточних ремонтів обладнання та приміщень лише в обсязі 15% від обсягів видатків.

В Державному бюджеті України на 2009 рік видатки на охорону здоров'я враховані в сумі 33,4 млрд. гривень. В перерахуванні на душу населення це складає 646,1 грн. Обсяги видатків місцевих бюджетів на охорону здоров'я визначено в сумі 24,6 млрд. гривень.

Видатки з місцевих бюджетів на фінансування наркологічної служби (лікарні, диспансери тощо) в 2009 році склали 211,9 млн. гривень⁸ (рисунок 1.3.1). В основному планування видатків наркологічної служби ґрунтується на основі видатків попереднього року з урахуванням, а частіше без урахування, рівня інфляції, прогнозованого на наступний рік.

⁸ За інформацією обласних наркологічних диспансерів.

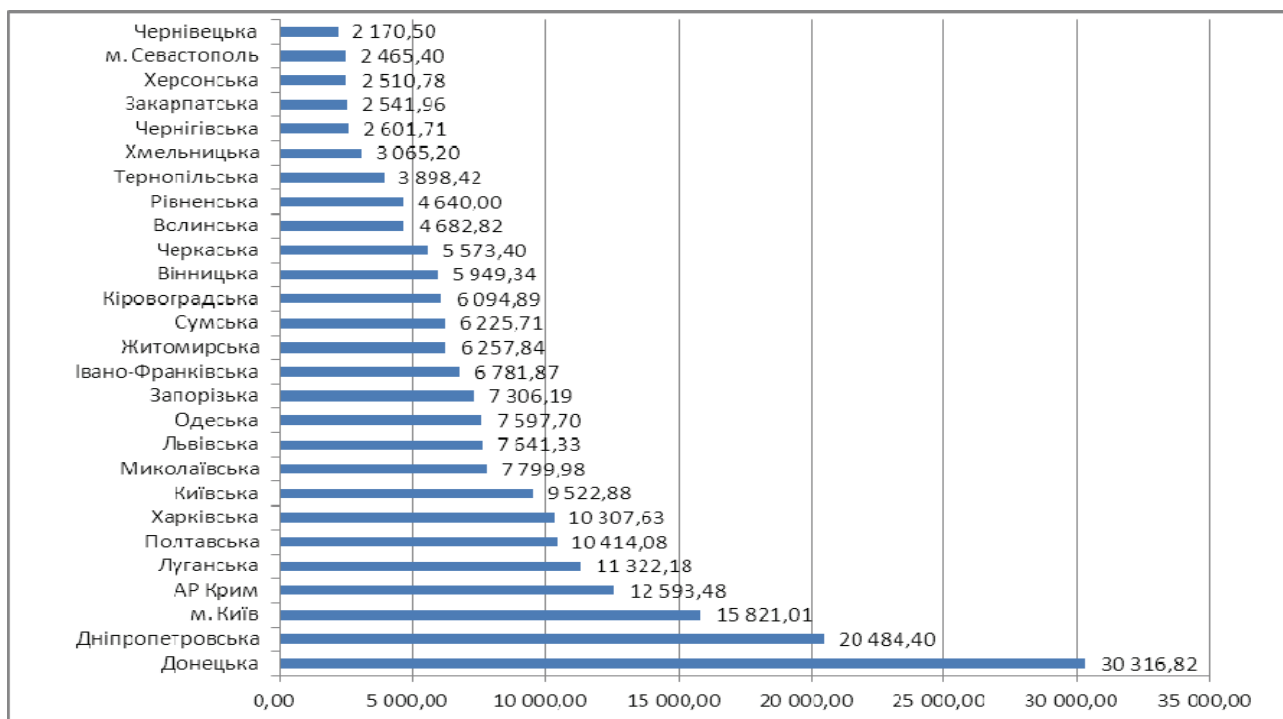


Рисунок 1.3.1. Обсяги фінансування наркологічної служби (тис. грн., 2009 рік).

В середньому на наркологічну службу розподілено 0,88% фінансових ресурсів від загальних видатків з місцевого бюджету на всю систему охорони здоров'я області. При чому, Закарпатська область виділила на наркологічну службу найменше від загального обсягу фінансування охорони здоров'я – 0,37%, а Київська область – найбільше – 2,63% (рисунок 1.3.2).

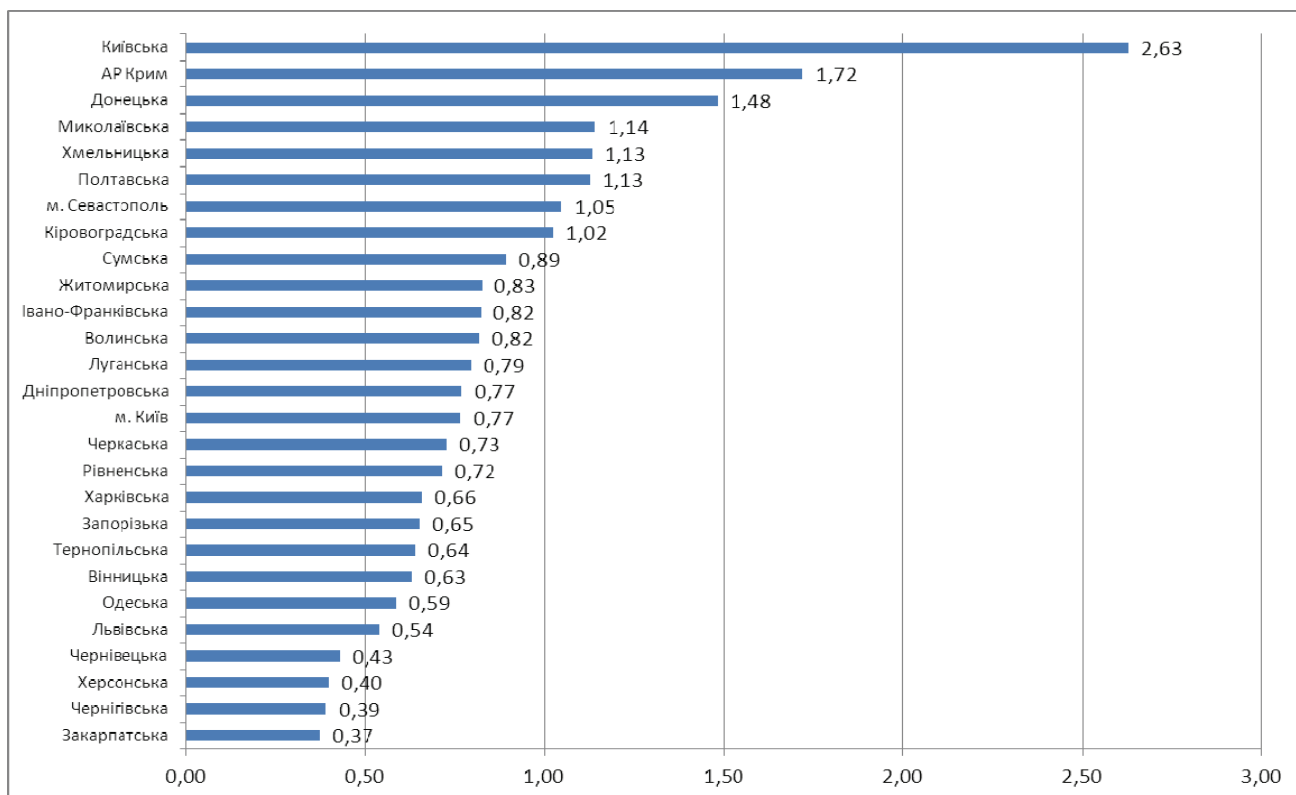


Рисунок 1.3.2. Відсоток коштів, виділених на фінансування наркологічної служби з місцевих бюджетів від загальної суми на охорону здоров'я областей (2009 рік).

Якщо порівняти видатки на наркологічну службу в розрахунку на кількість місцевого населення областей, виявилось, що найбільше виділено коштів в Полтавській області – 6,97 грн., а найменше в Херсонській, Хмельницькій, Чернігівській та Чернівецькій та Закарпатській областях і складають 2,30 – 2,04 грн. (рисунок 1.3.3).

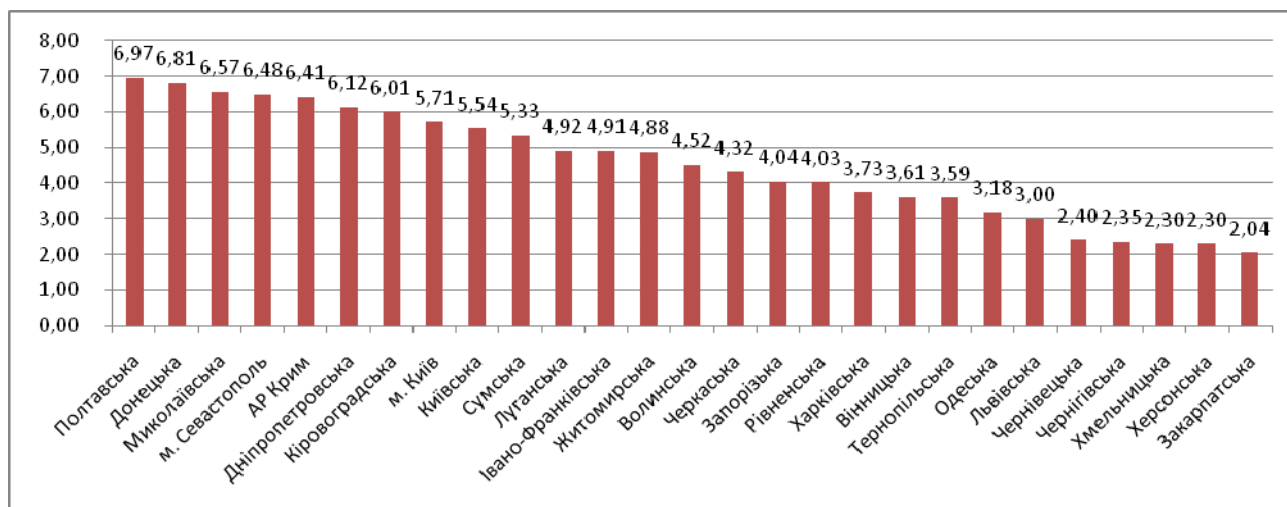


Рисунок 1.3.3. Видатки, здійснені в 2009 році на наркологічну службу, з місцевого бюджету в розрахунку на душу місцевого населення, грн.

Видатки, що здійснюються в рамках фінансування державних програм, спрямованих на профілактику, в тому числі заходи з ВІЛ/СНІДу безпосередньо здійснюються в межах загальних видатків, здійснених на міністерство чи відомство.

2. Вживання наркотиків серед загального населення та окремих цільових груп

До 2010 року цільові дослідження щодо поширеності вживання наркотиків серед загального населення в Україні не проводились. Медико-демографічне обстеження населення України⁹ було проведено у 2007 році, в якому збирались дані щодо народжуваності, репродуктивного здоров'я, материнського та дитячого здоров'я, в тому числі і щодо вживання алкоголю та наркотичних речовин.

На сьогоднішній день Україна є учасником двох європейських опитувань учнівської молоді, а саме «Європейського опитування учнівської молоді щодо вживання алкоголю та наркотичних речовин» (за методикою ESPAD) (20) та «Здоров'я та поведінкові орієнтації учнівської молоді» (за методикою HBSC) (21).

2.1. Вживання наркотиків серед загального населення

Дослідження «МЕДИКО-ДЕМОГРАФІЧНЕ ОБСТЕЖЕННЯ НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ»

Медико-демографічне обстеження населення України – національне репрезентативне вибіркове обстеження щодо населення та його здоров'я, а саме фертильності, способу життя дорослих, дитячої смертності, поширення ВІЛ/СНІДу та хвороб, що передаються статевим шляхом, проведено у 2007 році. Невеликий блок питань стосувався досвіду вживання алкоголю, наркотиків та тютюнокуріння. Вибіркова сукупність складала 15004 домогосподарств, в результаті обстеження отримано 6841 завершених інтерв'ю з жінками та 3178 – з чоловіками віком 15-49 років. Збір даних проводився шляхом інтерв'ю та заповнення анкет, а саме «Анкета домогосподарства», «Жіноча» або «Чоловіча анкета».

Результати опитування показують, що 1,4% жінок та 10% чоловіків мали досвід вживання будь-яких наркотичних речовин принаймні один раз в житті. Оскільки в питанні не зазначався тип наркотичної речовини, неможливо встановити найбільш розповсюджену речовину. Невеликий обсяг інформації з цього питання, зібраний в дослідженні, не дає змоги провести детальний аналіз даних.

2.2. Вживання наркотиків серед шкільної молоді

Дослідження «ЄВРОПЕЙСЬКЕ ОПИТУВАННЯ УЧНІВСЬКОЇ МОЛОДІ ЩОДО ВЖИВАННЯ АЛКОГОЛЮ ТА НАРКОТИЧНИХ РЕЧОВИН»

До 2010 року в Україні було проведено 4 хвилі опитування, починаючи з 1995 року (в 1995, 1999, 2003 та 2007 роках)¹⁰. Об'єктом останнього дослідження у 2007 році виступали учні 1990–1992 року народження. Усього опитано 5122 учні (2354 хлопці та 2768 дівчат). Навчальні заклади були поділені на чотири типи: сільські та міські загальноосвітні середні школи, професійно-технічні навчальні заклади (далі ПТНЗ) та вищі навчальні заклади I–II рівнів акредитації. Для формування списків шкіл було використано метод випадкових чисел. Для відбору ПТНЗ та вищих навчальних закладів використовувалася метод систематичного відбору за розрахованим кроком.

Анкета опитування складалась з обов'язкових для всіх країн-учасниць тематичних блоків та низки додаткових національних запитань, що стосувались обізнаності щодо ВІЛ/СНІДу.

За результатами опитування 2007 року виявилось, що найбільша кількість учнів, а саме 13,6%, впродовж життя хоча б один раз вживали марихуану або гашиш. Цей вид психоактивної речовини є найбільш поширеним як і в 2007 році, так і в попередні роки (таблиця 2.2.1). Про

⁹ Дослідження проводилось Українським центром соціальних реформ за участю Державного Комітету статистики України.
Докладна інформація: uisr@mail.ru

¹⁰ Дослідження здійснені Українським інститутом соціальних досліджень ім. О. Яременка. www.uisr.org.ua

вживання транквілізаторів та седативних речовин протягом життя повідомили 4,1% учнів. Відбулось досить істотне збільшення споживання екстазі, а саме з 0,5% у 1995 році до 2,5% у 2007 році.

Таблиця 2.2.1.

Рівень поширення вживання наркотичних речовин для всіх учнів упродовж життя, у динаміці, %

Тип наркотика	1995	1999	2003	2007
Марихуана або гашиш	13,8	20,7	20,7	13,6
Амфетаміни	0,2	4,3	1,1	1
ЛСД або інші галюциногени	0,6	5	1	1,3
Крек	0,2	3,7	0,7	0,4
Кокаїн	0,5	3,9	0,5	0,5
Екстазі	0,2	5,2	1	2,5
Героїн	0,4	5,7	0,3	0,5
Релевін (не існуючий наркотик)	0,1	3,8	0,4	0,2
Транквілізатори, седативні речовини	3	4,6	1,8	4,1
Галюциногенні гриби	–	3,9	0,8	0,7
ДжіЕшБі (оксибутират натрію)	–	–	0,4	0,2
Інгалянти (клей тощо)	5,1	8,6	6,3	2,6
Анаболічні стероїди	2,1	4,6	1,1	0,5
Алкоголь разом з медпрепаратами	4,2	6,7	3,8	1,2

Істотно зросла в останні роки частка тих, хто долучився до першого вживання марихуани або гашишу у юному віці. Якщо в 1995 році лише 0,4% хлопців та 0,1% дівчат повідомили про досвід вживання до 11 років, то у 2007 році частки таких досягли 1,8% та 0,6% відповідно. Навіть у віці до 9 років цю речовину вперше спробували 1,3% хлопців та 0,4% дівчат. Найбільш «небезпечним» виявився вік 15 років, коли вперше спробували канабіноїди 7,1% хлопців та 3,5% дівчат (у 1995 році ці частки становили 2,6 і 1,3% відповідно). У віці 15 років хлопці значно частіше за дівчат (7,1% проти 3,5%) починають вживання марихуани або гашишу.

Найпоширенішим механізмом отримання першого наркотику молоддю є пропозиція спробувати його у референтній групі (компанії друзів і знайомих). Так, у 1995 році цей показник становив 3%, у 1999 та 2003 роках – по 6% відповідно, а в 2007 році наркотичну речовину для першої спроби отримали у компанії друзів 4% опитаних.

Основним визначальним мотивом спробувати наркотичну речовину, вказаним при опитуванні 2007 року, залишається цікавість – для 7% хлопців та для 4% дівчат. Досить поширеним мотивом початку вживання наркотиків є також надлишок вільного часу. З цієї причини вживали наркотичні речовини 2% хлопців та 1% дівчат. Практично така ж сама частка респондентів повідомила, що вони не хотіли виділятися з компанії (1,7% хлопців та 0,7% дівчат).

Незначна частина підлітків свій перший наркотик здобули за гроші (купували у друга – 2% хлопців та 0,8% дівчат; купували у людини, про яку лише чули – 2% та 0,5% відповідно). Основними місцями придбання марихуани та гашишу є дискотеки та бари (7% хлопців та 5% дівчат повідомили про ці місця придбання наркотиків), на другому місці – «точки» на вулиці або в парках (8% хлопців та 4% дівчат), та третьому – вдома у торговців наркотиками (6% хлопців та 3% дівчат), на четвертому – школа (4% хлопців та 1% дівчат) та через Інтернет (2% хлопців та 1% дівчат) (дивись главу 10. «Ринок наркотиків»).

Інструментарій дослідження передбачав оцінку учнівською молоддю наслідків вживання наркотиків. Так, 2,4% учнів стикалися хоча б один раз протягом одного року, що передувало опитуванню, зі зниженням працездатності в школі або на роботі 1,2% учнів переживали нещасні випадки або травми та 0,6% учнів були госпіталізовані або викликали «швидку медичну допомогу». Також 1,7% стикалися з проблемами у взаєминах з друзями та 2% - з батьками. Бійки протягом останнього року внаслідок вживання наркотиків траплялись зі 3,1% учнів.

Аналіз впливу соціальних чинників на вживання марихуани та гашишу показує, що стать, пропуск навчальних днів без поважних причин і структура сім'ї мають певний вплив на досвід вживання, а

також наявний зв'язок із показниками задоволення своїм здоров'ям та собою. Найбільш впливовими є стать та компанія друзів. Із тих, хто перебуває в компанії з ризикованою поведінкою, 37% підлітків вживали марихуану чи гашиш від 1 до 19 разів, 26% вживали 20 і більше разів, тоді як серед тих, чий друзі не вживають марихуану або гашиш, таких 10% та 1% відповідно.

Дослідження «Здоров'я та поведінкові орієнтації учнівської молоді України»

Станом на кінець 2009 року в Україні в межах проекту HBSC Українським інститутом соціальних досліджень ім. О. Яременка було проведено 2 хвили опитувань (у 2002 році вибірка складала 5267 осіб, у 2006 – 6535 осіб). В 2006 році опитано 6535 учнів у віці 11, 13 та 15 років, які навчались у загальноосвітніх школах, професійно-технічних навчальних закладах та вищих навчальних закладах (на базі 9-річної освіти) в Україні. Вибіркова сукупність була випадковою, стратифікованою за типами навчальних закладів і типом поселення (місто – село). Для кожної вікової підгрупи складалася окрема вибірка за однаковою схемою. Метод опитування – анкетування шляхом само заповнення формалізованого запитальника методом групового опитування у навчальних аудиторіях. Аналіз результатів охоплює складові здоров'я – спосіб життя (харчування, фізична активність, статеві поведінка, куріння, вживання психоактивних речовин) та умови життя (родинне та навчальне оточення) учнів. В дослідженні ставилось питання щодо досвіду вживання алкоголю та марихуани або гашишу та окремо досліджувалась поінформованість учнів з питань ВІЛ/СНІДу у зв'язку з загостренням епідемічної ситуації в Україні.

Результати опитування показали, що наркотичні речовини (саме марихуану або гашиш) принаймні 1 раз вжиті вживали 8% 11-річних учнів, 12% 13-річних учнів, 26% учнів 15 років, які навчаються в професійно-технічних училищах та 20% - у вищих навчальних закладах.

Статистичний аналіз (кореляційні зв'язки між відповідями на запитання) дозволив на отриманих результатах опитування виокремити основні чинники, які є визначальними щодо стану здоров'я підлітків. Так, для 15-річних підлітків найбільш вагомими чинниками долучення до вживання наркотичних речовин є коло друзів. Крім цього, високий рівень впливу мають організація вільного часу, стать, склад сім'ї, тип поселення та оцінка успішності вчителями (таблиця 2.2.2).

Таблиця 2.2.2.

Рівень значущості впливу основних соціальних чинників на поширеність вживання марихуани серед 15-річних підлітків

Чинники впливу	Вживання марихуани або гашишу протягом життя, 15 – річні
Стать	●
Склад батьківської родини	●
Рівень авторитарності батьків	○
Рівень взаєморозуміння з батьками	○
Матеріальний стан сім'ї	○
Тип поселення	●
У районі проживання є коло молодих людей, які спричиняють неспокій	○
Оцінка успішності учня викладачами позитивна	●
Оцінка ставлення учня до школи: школа дуже подобається	○
Позитивна характеристика шкільного оточення	○
Членство в різних організаціях	○
Змістовний вільний час	●
Компанія друзів з позитивними ознаками	●
Компанія друзів з ризиковою поведінкою	●

● - високий рівень впливу

○ - відсутність впливу

3. Профілактика

Міністерство освіти та науки України (МОН) координує заходи з профілактики алкогольних та наркотичних проблем, які здійснюються в рамках навчально-виховного процесу. Основним інструментом для первинної профілактики виступає інтегрований навчальний предмет «Основи здоров'я» для 1-9 класів, спрямований на формування здорового способу життя (ЗСЖ) на засадах розвитку життєвих навичок¹¹ та попередження ризикової поведінки. Освітні заклади активно співпрацюють з дитячими та молодіжними організаціями, які реалізують профілактичні проекти на кшталт програми «рівний – рівному». Окремі профілактичні проекти, що ініціюються недержавними організаціями, проходять у формі тренінгів, лекцій, інтерактивних бесід, театралізованих вистав тощо.

Державні соціальні служби для сім'ї, дітей та молоді та недержавні організації зосереджують свою увагу на питаннях вибіркової профілактики та надають соціальні, інформаційні, профілактичні, психологічні, реабілітаційні послуги кризовим сім'ям, працівникам, дітям та молоді, які мають індивідуальні та соціальні фактори ризику появи ризикової поведінки в тому числі, наркотичних проблем. Профілактичні проекти/програми в даному полі профілактики реалізуються через мережу спеціалізованих центрів, соціальних служб, мобільних консультативних пунктів, «клінік дружніх до молоді», телефонів довіри, аптек.

Профілактика за показаннями, яка спрямована на дітей та підлітків з дефіцитом уваги, гіперактивністю, девіантною поведінкою, агресивністю та невпевненістю в собі, із схильністю до депресії тощо, знаходиться в компетенції служб психологічної допомоги в системі освіти.

Незважаючи на те, що розроблено різноманітні профілактичні цільові програми, в Україні відсутні єдиний державний програмний документ, багатогалузева стратегія або ж план заходів для спрямовування, відстеження та оцінки профілактичної протинаркотичної діяльності, яка проводиться серед різної категорії спільнот.

3.1. Універсальна профілактика

Профілактика вживання наркотичних речовин та проблем, пов'язаних з ними, спрямована як на загальне населення, так і на окремі його групи, здійснюється через соціальні, медичні та навчально-виховні заклади. Відповідно до цього існують державні стандарти в кожній з цих сфер, в яких прописані інструкції щодо профілактичних дій.

ПРОФІЛАКТИЧНІ ПРОГРАМИ В СИСТЕМІ ЗАГАЛЬНООСВІТНІХ ШКІЛ

Провідна роль в сфері організації та реалізації цілеспрямованих профілактичних дій серед дітей та молоді належить загальноосвітнім закладам, які підтримують стратегію навчання здорового способу життя (далі – ЗСЖ) на засадах розвитку життєвих навичок.

На даний час в системі навчально-виховного процесу кожної української школи інформаційно-профілактична освіта щодо алкоголю та наркотиків серед учнів початкової школи відсутня, серед учнів середньої та старшої школи вона проводиться обсягом лише 1-5 академічних годин на рік (22).

Питання превентивної освіти являються частиною навчально-виховного процесу і розглядаються в різних розділах шкільних предметів, зокрема «Основи здоров'я», «Біології», «Географії», фізичної культури тощо.

Результатом вивчення предмета «Основи здоров'я» є розвиток соціально-психологічної компетентності (життєвих навичок) учнів, що сприяє: фізичному здоров'ю (раціональне харчування, рухова активність); соціальному здоров'ю (ефективне спілкування, розв'язування

¹¹ "Життєві навички" – це здатність до адаптації, позитивної поведінки і подолання труднощів повсякденного життя (ВООЗ).

конфліктів, навички поведінки в умовах тиску); духовному та психічному здоров'ю (самоусвідомлення та самооцінка, самоконтроль). Зміст тем розгорнуто відповідно до Державного стандарту базової та повної загальної середньої освіти. До кожного розділу програми визначені результати навчання, спрямовані на досягнення учнями здоров'язберігаючої, соціальної, загальнокультурної та інших компетентностей. Інструментами для тематичного та підсумкового оцінювання, яке проводить вчитель, виступають стандартизовані тести, розроблені методистами та вчителями-практиками. Але більш достовірні результати надає оцінювання за процедурою «ДО» і «ПІСЛЯ», яка дає змогу оцінити складові поведінкової компетентності учнів: знання, уміння, ставлення, наміри. Анонімне тестування учнів організовують незалежні організації за допомогою вчителів. Додатковими, не менш інформативними інструментами оцінювання ефективності даної програми є спостереження, інтерв'ю, дебати, презентації, портфоліо (збірка творчих робіт), оцінювання однолітками, само - оцінювання, творчі методи.

Відділ моніторингу й оцінки превентивної освіти дітей і молоді Інституту інноваційних технологій і змісту освіти МОН України протягом 2006-2009 років проводив моніторинговий супровід упровадження інтегрованого навчального предмета «Основи здоров'я» в загальноосвітніх навчальних закладах. За цей час у моніторинговому дослідженні прийняло участь понад 18,5 тис. респондентів: вчителі, учні, батьки учнів 5-8 класів. Результати моніторингу й оцінки показують, що лише 44% вчителів мають спеціальний сертифікат про проходження курсової підготовки з методики викладання предмету. 91% вчителів вважають, що програма відповідає всім вимогам сьогодення щодо формування та пропаганди здорового способу життя. 96% батьків підтримують введення навчального предмета і вважають, що він позитивно впливає на ставлення до власного здоров'я.

В 2009 році розроблена «Комплексна програма з профілактики наркотичних та алкогольних проблем, зорієнтована на учнів 1-12 класів, їх батьків та вчителів» та рекомендована МОН¹² для використання вчителями в системі навчально-виховного процесу. Мета Програми – розвиток в учнів особистісної та соціальної компетентності з алкогольних та наркотичних питань у профілактичній співпраці з однолітками, батьками та персоналом школи. Основна ідея Програми полягає у впровадженні її через профілактичні програми на робочому місці для працівників шкільних колективів, залучення до профілактичного процесу батьків учнів 1-12 класів та реалізації серед учнів початкових, середніх та старших класів профілактичних нетрадиційних уроків з елементами тренінгу в системі виховних годин класних керівників.

Окрім обов'язкових курсів в школах, профілактика вживання психоактивних речовин проходить у формі факультативу в рамках програм «Формування навичок здорового способу життя у дітей та підлітків: За проектом «Діалог» та «Сприяння просвітницькій роботі «рівний-рівному»¹³ серед молоді України щодо здорового способу життя» (створених безпосередньо за участю спеціалістів Міністерства освіти на науки). Такі програми спрямовані на підлітків та молодь 12-18 років, існують не у всіх територіальних громадах, не завжди відповідають реальним інтересам та потребам підлітків, часто мають формальний характер та питання їхньої ефективності залишається відкритим. Негативно позначається на якості превентивної освіти обмежена кількість годин та недостатня професійна підготовка вчителів.

Щодо заходів або програм, ініційованих поза навчальним закладом, то в основному вони безсистемні, часто містять суперечливу інформацію, страждають на відсутність дієвого стратегічного планування та наукового підґрунтя, проводяться людьми без спеціальної підготовки (23).

¹² Програма розроблена Всеукраїнською наркологічною асоціацією, Міністерством освіти і науки України, Міністерством охорони здоров'я України, Міжнародною організацією праці та ряду громадських освітянських організацій за підтримки Представництва Дитячого фонду ООН (ЮНІСЕФ) та Рекомендована для впровадження в загальноосвітніх закладах України листом МОН України від 23.12.2009 року № 1/11-10466.

¹³ Національна програма МОН, Академії педагогічних наук України та Програми розвитку ООН/ ЮНЕЙДС.

Профілактичні дії серед батьків учнів загальноосвітніх навчальних закладів в умовах школи здійснюються переважно шляхом проведення профілактичних бесід та лекцій в системі батьківських зборів або в індивідуальній формі з використанням профілактичних інтервенцій. Оцінити ефективність таких заходів неможливо, так як інформація щодо моніторингу та оцінки профілактичних дій серед батьківської громади не досяжна для опрацювання. На сьогодні відсутня чітка постійнодіюча науково – обґрунтована програма профілактичних дій в роботі з батьками учнів початкової, середньої та старшої школи.

Ефективним інструментом профілактичних дій виступають дитячі та молодіжні організації. В 2009 році проведено Другий Всеукраїнський фестиваль-конкурс «Молодь обирає здоров'я», спрямований на популяризацію ЗСЖ, профілактику ризикової поведінки, підвищення рівня інформованості молоді з питань профілактики ВІЛ/СНІДу, вживання алкоголю, наркотиків тощо. Впродовж 2009 року під час конкурсу проектів/програм, спрямованих на формування ЗСЖ взяли участь 123 Всеукраїнські дитячі та молодіжні громадські організації. За рахунок коштів Державного бюджету України було підтримано 63 проекти (8 стосуються профілактики негативних явищ) на загальну суму 525 тис. грн. В 2009 році були проведені 5 Всеукраїнських широкомасштабних акцій щодо пропаганди ЗСЖ та профілактики негативних явищ у молодіжному середовищі для різних цільових груп молоді. У заходах, які проходили під час акцій, взяли участь понад 35 тисяч молоді¹⁴.

«Клініки, дружні до молоді»

Останні роки в Україні активно впроваджується світова практика створення закладів, які надають медико-соціальні та консультативні послуги на основі дружнього до молоді підходу (24). В Україні «Клініки, дружні до молоді» (КДМ) є відділеннями медико-соціальної допомоги дітям та молоді, які фінансуються за рахунок місцевих і регіональних бюджетів. Цільовою групою КДМ є діти віком 10 – 17 років та молоді люди до 35 років.

На сьогодні налічується мережа з 50 клінік по всій Україні. Затверджені стандарти якості, критерії оцінки послуг у КДМ та процедура їх сертифікації, методичні рекомендації щодо організації роботи тощо. По всій Україні підготовлено близько 400 професіоналів (25), які запроваджують методики, «дружні до молоді».

Фахівці КДМ проводять профілактичну роботу з сім'єю (наприклад, на батьківських зборах), роботу в умовах організованих колективів, проводять навчальні тренінги та семінари з фахівцями, які працюють з підлітками та молоддю. За свідченням експертів, чимало підлітків, які звертаються до КДМ, насправді потребують не стільки медичної допомоги, скільки соціальної та психологічної підтримки. Експерти відзначають високу ефективність просвітницької роботи фахівців КДМ серед підлітків та молоді в навчальних закладах України. Адже після безпосереднього відвідування шкіл, технікумів та інших навчальних закладів зростає кількість індивідуальних звернень до клінік.

Робота в клініках проводиться в індивідуальній та груповій формах. Частина профілактичних заходів працівники КДМ реалізують в інтерактивних формах із залученням волонтерів. Найцікавішою інтерактивною формою профілактичної роботи виявилась практика однієї з львівських клінік. В театрі «Альтернативний соціальний театр реабілітації і адаптації – Астра» ставлять коротенькі вистави (8–15 хв.), зміст яких стосується актуальних для молоді тем ВІЛ/СНІДу, наркоманії, запобігання абортів, відповідальності у подружньому житті. За словами експертів, така «форма інформаційної роботи» справляє сильний емоційний вплив навіть на дорослого. Крім того, вона є досить доречною саме для КДМ [Демченко 2008].

¹⁴ Інформація про стан виконання у 2009 році Програми реалізації державної політики у сфері боротьби з незаконним обігом наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів на 2003-2010 роки.

ПРОФІЛАКТИЧНІ ДІЇ НА РОБОЧИХ МІСЦЯХ

Питання пропаганди ЗСЖ та профілактика наркотичних та алкогольних проблем серед працівників колективів в останні роки розглядалися лише в контексті профілактики ВІЛ/СНІДу на робочих місцях. Проекти в даній сфері координує Представництво Міжнародної організації праці в Україні (МОП). Так в рамках проекту “Впровадження політик та програм з ВІЛ/СНІДу у сфері праці” у пілотних Київській та Чернівецькій областях серед працівників освітніх закладів шляхом тренінгів проведено навчання з питань ВІЛ/СНІДу, профілактики ризикової поведінки та утвердження ЗСЖ (26).

ОБОВ’ЯЗКОВИЙ ПРОФІЛАКТИЧНИЙ НАРКОЛОГІЧНИЙ ОГЛЯД

З метою попередження травматизму, нещасних випадків внаслідок вживання алкоголю, наркотичних засобів та психотропних речовин на робочих місцях, в країні діє державна програма проведення первинних та періодичних профілактичних наркологічних оглядів осіб, які мають професії та виконують види діяльності, що можуть становити небезпеку як для них самих, так і для оточуючих, в тому числі водії транспортних засобів та громадяни, які мають отримати зброю (14). Профілактичний наркологічний огляд є обов’язковим для працівників певних професій та видів діяльності і передбачає лікарський наркологічний огляд, психологічне тестування та медичне лабораторне обстеження на наявність наркологічних захворювань на базі наркологічних установ. Огляд проводиться за програмами Всесвітньої організації охорони здоров’я. Впроваджені тести «Аудит» та «Тест клінічного скринінгу», які дозволяють виявити 99% осіб з залежністю від алкоголю.

Сертифікат про проходження профілактичного наркологічного огляду є документом, який, в комплекті з іншими, дає право працювати в певній сфері діяльності, пов’язаній з високим ризиком для здоров’я та соціальної відповідальності. Навчання лікарів-наркологів, які проводять профілактичні наркологічні огляди, впроваджене з метою забезпечення якості проведення оглядів, а також опанування сучасними методами протинаркотичної та протиалкогольної роботи (наприклад, оволодіння навичками проведення «коротких профілактичних інтервенцій»).

Протягом 2005-2009 років майже в 2 рази збільшилась кількість оглядів, які проводяться серед водіїв транспортних засобів, та в 1,5 рази – громадян, які мають отримати зброю (рисунок 3.1.1).

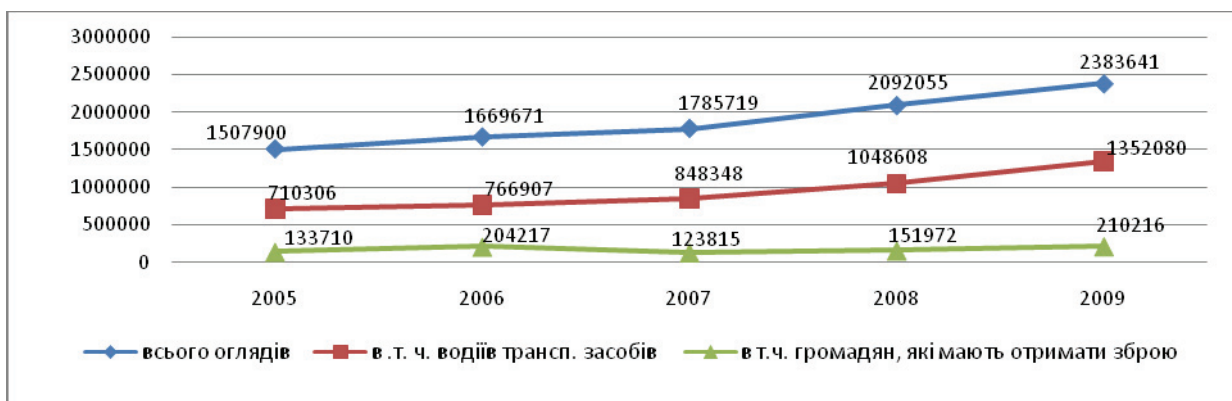


Рисунок 3.1.1. Кількість проведених обов’язкових наркологічних оглядів громадян, 2005-2009 роки.

В середньому відсоток направлених на стаціонарне дообстеження осіб з ознаками розладів психіки та поведінки через вживання алкоголю та наркотичних речовин складає 0,56% (таблиця 3.1.1).

Таблиця 3.1.1

Відсоток осіб, направлених на стаціонарне дообстеження з ознаками розладів психіки та поведінки через вживання алкоголю та наркотичних речовин

	2005	2006	2007	2008	2009
Всього проведено оглядів	1507900	1669671	1785719	2092055	2383641
Направлено на стаціонарне дообстеження	9035	9655	11444	12754	11144
%	0,59	0,57	0,6	0,6	0,46

Дані щодо направлення на стаціонарне дообстеження з ознаками розладів через вживання наркотичних речовин доступні з 2008 року. Відповідно серед усіх осіб, направлених на стаціонарне дообстеження близько 10% - через вживання наркотичних речовин (рисунк 3.1.2).



Рисунок 3.1.2. Кількість осіб, направлених на стаціонарне дообстеження.

3.2. Вибіркова профілактика

Дії в рамках вибіркової профілактики зосереджуються на ранньому виявленні та оцінці ризикової поведінки і ризикових ситуацій для того, щоб мінімізувати шкоду, яка може виникнути в разі невтручання. Вибіркова профілактика спрямована на дітей та молодь які внаслідок біологічних, психологічних або соціальних причин, перебувають в обставинах, що сприяють вживанню спиртних напоїв чи наркотичних речовин і має на меті попередження їх залучення до вживання психоактивних речовин.

Найбільш уразливими в Україні категоріями дітей, за експертними оцінками, є: діти, батьки яких мають проблеми з алкоголем чи наркотиками; діти-сироти та діти, позбавлені батьківського піклування; діти вулиці; діти з особливими потребами або з обмеженими можливостями (тобто діти-інваліди та інваліди з дитинства); діти трудових мігрантів; діти, батьки яких є представниками національних меншин (ромів, азербайджанців, кримських татарів).

На сьогодні виявленням таких дітей займаються відповідні служби у справах дітей при державних районних адміністраціях, центри соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді, кримінальна міліція у справах дітей Міністерства внутрішніх справ України, громадські організації, волонтери тощо.

З метою надання систематичної соціальної допомоги молоді груп ризику в Україні працюють заклади соціального спрямування для даної категорії населення: служби соціально-профілактичної роботи, служби соціальної підтримки сім'ї, служби «Телефон довіри», студентські соціальні служби, школи волонтерів, мобільні консультаційні пункти.

На сьогодні, по всій Україні при центрах соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді діють спеціалізовані формування, що надають соціальні, інформаційно-профілактичні послуги

кризовим сім'ям у формі цільових консультацій, коротких профілактичних інтервенцій, тренінгів, індивідуальних бесід тощо. Критерії якості та оцінки, порядок проведення та часові рамки таких послуг зазначені в стандарті (27). Проміжне оцінювання випадку (під час моніторингового інспектування) проводиться з метою відстеження зміни ситуації в сім'ї та ефективності роботи фахівців. Впродовж 2009 року під соціальним супроводом було охоплено 4235 сімей, які перебувають в складних життєвих обставинах через алкогольну/наркотичну залежність членів сім'ї. В ході проведеної роботи з соціального супроводу із досягненням позитивного результату було знято 1855 сімей¹⁵.

В 2009 році в рамках діяльності соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді відбулися 11 всеукраїнських навчально-практичних семінарів-тренінгів: 280 тренінгів з комунікативних технік зміни поведінки підлітків та молоді, якими охоплено 5166 осіб; 447 семінарів, тренінгів з питань наркозалежності, ВІЛ/СНІДу, якими охоплено 9460 особи тощо. Кількість спеціалістів які пройшли навчання складає 162 особи. Під час таких заходів розглядалися питання щодо профілактичної роботи з цільовими групами, техніки зміни поведінки підлітків та молоді.

Існує система звітування державних надавачів послуг, але показники, які використовуються для моніторингу та звітування за послуги й іншу діяльність, яка здійснюється по відношенню до дітей та молоді з «груп ризику» (особливої уваги потребують «діти вулиці»), недостатні для забезпечення чи оцінки якості даних послуг і заходів, зокрема щодо їх результативності.

3.3. Профілактика за показаннями

Одним з напрямків роботи практичних психологів в системі освіти є діагностика та корекція емоційної та поведінкової сфери дітей та підлітків з особистісними факторами ризику появи наркотичних/алкогольних та інших проблем. Показання для профілактичного втручання мають діти та підлітки з дефіцитом уваги, гіперактивністю, девіантною поведінкою, невпевнені в собі, із схильністю до депресії тощо. На сьогодні не існує національної програми, спрямованої на дану цільову групу. Здійснення психологічної корекції з метою усунення відхилень у поведінці, подолання різних форм девіантної поведінки, тренінги особистісного розвитку тощо є обов'язковою практикою служб психологічної допомоги в сфері освіти. Але за відсутністю стандартизації, моніторингу якості та оцінки ефективності профілактики за показаннями, та науково обумовленої єдиної системи звітності, інформація в даному полі дій не досяжна для аналізу.

3.4. Профілактичні дії через ЗМІ

У 2009 році були проведені Всеукраїнські рекламні кампанії, спрямовані на профілактику ВІЛ-інфекції, попередження ризикової поведінки та профілактики вживання наркотиків серед молоді.

В 2009 році розпочався показ соціального відео ролика «Цепочка», розробленого в рамках Фонду Олени Пінчук «Антиснід». Реклама спрямована на профілактику ВІЛ/СНІД та попередження ризикової поведінки. В ході Інтернет опитування, що проведене дослідницьким агентством InMind, дана робота отримала спеціальний приз за найкращу телевізійну соціальну рекламу 2010 року.

В 2008 році громадські організації та за підтримки Міжнародного фонду “Відродження” розпочалася широкомасштабна кампанія соціальної реклами “Зворотний квиток”, спрямована на інформування суспільство щодо переваг замісної підтримувальної терапії, зміну ставлення до цього методу лікування та до самих наркозалежних в Україні.

¹⁵ Інформація Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту щодо стану додержання законодавства у сфері обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів.

4. Проблемне вживання наркотиків

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).

Оціночні дослідження проблемного вживання наркотиків в Україні в основному проводяться на замовлення міжнародних організацій, які працюють в галузі протидії епідемії ВІЛ.

4.1. Оцінки поширеності проблемного вживання наркотиків

Дослідження «Оцінка чисельності груп населення з високим ризиком інфікування ВІЛ»

Базовим методом дослідження, яке проведено наприкінці 2008-початку 2009 року стала процедура нарощування соціальних мереж («The network scale-up method»)¹⁶. Окрім результатів оцінки чисельності ключових груп ризику (споживачів ін'єкційних наркотиків¹⁷, далі – СІН, жінок комерційного сексу, далі – ЖКС та чоловіків, які мають секс з чоловіками, далі – ЧСЧ), були отримані оцінки чисельності чоловіків, які надають сексуальні послуги за плату та основних груп-містків (статевих партнерів СІН, клієнтів ЖКС та статевих партнерів ЧСЧ). Для отримання оціночних даних були використані метод «Загаданий знайомий» та метод коефіцієнтів з використанням статистичних показників госпіталізації наркохворих до стаціонарів, річного охоплення СІН профілактичними послугами та результатів поведінкових досліджень серед СІН.

Загалом в режимі особистого інтерв'ю в домогосподарствах було опитано 10866 респондентів у 478 населених пунктах України (194 міст, 103 селищ міського типу та 181 сіл). Використана вибірка є репрезентативною для населення в віці від 14 років як для України в цілому, так і для кожної з 24 областей, АР Крим, міст Києва та Севастополя.

На основі отриманих за допомогою використання різних методів оцінок, попередньо було виділено оціночні діапазони чисельності ключових груп ризику інфікування ВІЛ (СІН, ЖКС та ЧСЧ) на рівні країни, що рекомендується для подальшого широкого використання. В таблиці 4.1.1 наведені ці рекомендовані оціночні інтервали.

¹⁶ Дослідження проведене за підтримки Міжнародного Альянсу з ВІЛ/СНІД в Україні Київським міжнародним інститутом соціології.

¹⁷ СІН — споживачі ін'єкційних наркотиків. У цьому дослідженні група СІН визначалась як група людей віком від 10 років і старше, які мали досвід вживання наркотиків ін'єкційним шляхом протягом останніх 12 місяців.

Таблиця 4.1.1

Рекомендовані до використання оцінки загальної чисельності основних груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ в Україні, осіб

	СІН ¹⁸	ЖКС ¹⁹	ЧСЧ ²⁰
Інтервал оціночної чисельності групи на рівні країни рекомендований для користування	230 000 – 360 000	65 000 – 93 000	95 000 – 213 000
Оцінка рекомендована для планування охоплення групи профілактичними послугами	290 000	70 000	95 000

Оціночна кількість СІН при перерахуванні рекомендованої оцінки на кількість населення віком 15-64 роки складає 0,9% населення України.

4.2. Інтенсивне, довготермінове та інші проблемні форми вживання наркотиків

ДОСЛІДЖЕННЯ «МОНІТОРИНГ ПОВЕДІНКИ ТА ПОШИРЕНІСТЬ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ СЕРЕД СПОЖИВАЧІВ ІН'ЄКЦІЙНИХ НАРКОТИКІВ»

В 2009 році було проведено друге дослідження «Моніторинг поведінки та поширеність ВІЛ-інфекції серед споживачів ін'єкційних наркотиків» – далі СІН²¹. Вибіркова сукупність складала 3962 СІН у віці від 14 років. Дослідження проведено у 17 містах 16-ти регіонів України: Рівненській, Житомирській, Івано-Франківській, Вінницькій, Чернігівській, Запорізькій, Тернопільській, Чернівецькій, Закарпатській, Черкаській, Дніпропетровській (містах: Дніпропетровськ та Кривий Ріг), Миколаївській, Луганській (м. Сєвєродонецьк), Львівській (м. Червоноград) областях та м.Києві. Для формування вибірки застосовували метод рекрутингу респондентів RDS – вибірка, що спрямовується і реалізується самими респондентами. Поведінкове дослідження передбачало проведення особистого інтерв'ю зі споживачами ін'єкційних наркотиків, а також тестування крові на ВІЛ та сифіліс. Для кожного міста передбачалося від 2 до 4 первинних респонденти.

Аналіз соціально-демографічного складу СІН показав, що, як і раніше, споживання ін'єкційних наркотиків притаманне переважно чоловікам – їх частка серед СІН становить 75%. Середній вік опитаних СІН становить 30 років.

Найпоширенішим вживаним наркотиком є екстракт опію – його уживали майже 80% опитаних. Друге місце за популярністю посідає метамфетамін у вигляді розчину – 28% вживали ін'єкційним шляхом. На третьому місці – амфетамін у вигляді порошку, який загалом вживали 16% опитаних, а ін'єкції робили 10% (таблиця 4.2.1).

¹⁸ Як нижню межу оціночної чисельності визначено результати розрахунків на основі показників охоплення СІН профілактичними послугами. Верхня межа діапазону – оцінка, яка була обчислена з використанням методу коефіцієнтів на основі показників госпіталізації. Для планування охоплення профілактичними послугами рекомендується округлена середня оцінка оціночного діапазону чисельності СІН.

¹⁹ Рекомендовано використовувати оцінку чисельності ЖКС отриману в результаті розрахунків методом нарощування соціальних мереж із врахуванням похибки "соціальної значимості відповіді". Для планування охоплення профілактичними послугами рекомендується округлена середня оцінка оціночного діапазону чисельності ЖКС за винятком ЖКС, які у зв'язку з практикою вживання наркотиків скоріше мають бути віднесені до групи СІН (11,5% – приблизно 9 тис. осіб).

²⁰ Отримані за допомогою різних методів оцінки чисельності ЧСЧ були винесені на розгляд учасникам постійної референтної групи з питань ЛГБТ-спільнот та ЧСЧ проектів в Україні, які детально розглянули процедуру обчислення та отримані оцінки. Для планування охоплення профілактичними послугами рекомендується нижня межа оціночного діапазону, оскільки розрахований діапазон стосується чоловіків, які мають досвід гомосексуальних стосунків, але не обов'язково практикують одностатевий секс з певною регулярністю.

²¹ Дослідження проведено Українським інститутом соціальних досліджень ім. О. Яременко за підтримки Міжнародного Альянсу з ВІЛ/СНІД в Україні. www.uisr.org.ua. Перше дослідження проведено в 2007 році.

Таблиця 4.2.1.

**Види наркотиків, які СІН вживали взагалі та ін'єкційним шляхом,
протягом останніх 30 днів, %.**

	Вживали протягом 30 днів	Вживали протягом 30 днів ін'єкційним шляхом
ОПІАТИ		
Трамадол/трамал	11,0	4,1
Героїн	5,8	4,7
Екстракт опію в рідкому стані	80,1	79,4
Інше	2,0	1,6
СТИМУЛЯТОРИ		
Кокаїн	2,8	0,6
Амфетамін у вигляді порошку	16,4	9,8
Метамфетамін у вигляді порошку	2,8	1,1
Метамфетамін у вигляді розчину	29,3	28,0
Меткатинон	4,9	3,8
Катинон	3,5	2,6
Метилендіоксиметамфетамін ("Екстазі", MDMA)	5,7	1,7
Інше	1,6	1,0
ІНШІ ВИДИ НАРКОТИКІВ		
LSD, гриби	3,4	1,0
Інше	13,4	0,8

Аналіз змін в споживанні головних двох груп наркотиків – опіатів та стимуляторів – показує найбільше збільшення споживання опіатів у м. Миколаїв – на 16,9% та м. Кривий Ріг – на 11,5% за порівнянням результатів досліджень 2007 та 2009 років (таблиця 4.2.2).

Таблиця 4.2.2.

Споживання опіатів протягом 30 днів у 6 містах, 2007–2009 роки

Місто	2007	Довірчий інтервал	2009	Довірчий інтервал
Сімферополь	86,3	81,5-91,1	95,2	92,0-98,5
Дніпропетровськ	91,0	87,0-95,0	88,0	83,6-92,4
Кривий ріг	87,3	81,9-92,7	98,8	97,0-99,8
Київ	71,6	66,8-76,4	66,8	64,8-68,8
Миколаїв	79,5	73,7-85,3	96,4	94,2-98,6
Черкаси	88,6	84,2-93,0	98,0	97,4-100
6 міст разом	82,5	81,0-84,0	88,3	86,7-89,9

Споживання екстракту опію значно переважає в групі СІН, старших 20 років – 84%, тоді як у групі СІН, молодших 20 років, його споживання становить 46%. Споживання метамфетаміну в старшій групі, у свою чергу, становить 26,5%, тоді як у молодшій – 40%. Амфетамін також є більш популярним серед молодих СІН – 28% у порівнянні з 7% серед СІН, яким за 20 років. Молодші СІН також трохи частіше вживають трамадол ін'єкційним шляхом (8%), ніж старші, – 4%, $p < 0,01$.

Серед споживачів опію 18% таких, що роблять ін'єкції 1–3 рази на місяць, а серед споживачів інших наркотиків таких 38–60%. З іншого боку, щоденно вживали опій 35%, а інші наркотики щоденно вживали 1,4–10%. Треба зазначити, що 15% споживачів опію робили ін'єкції частіше ніж раз на день.

Дані показують, що 70% опитаних почали вживати наркотики не ін'єкційним шляхом до досягнення ними віку 18 років, а 24% – до 15 років. Вживання наркотиків ін'єкційним шляхом у 36% випадках респонденти почали у віці до 18 років, а у 7% – до досягнення 15 років.

Використання спільного інструментарію для ін'єкцій

Жінки частіше (16%), ніж чоловіки (11%), визнають, що використовували шприц після того, як хтось уже зробив ним собі ін'єкцію ($p < 0,01$). Найчастіше спільні ін'єкції роблять з добре знайомими людьми: з друзями (53%) або з постійним сексуальним партнером (26,5%). Найрідше – з дружиною/чоловіком (4,4%) або з наркодилером (4,1%). Середня кількість партнерів, з якими опитувані СІН спільно користувалися шприцом протягом останніх 30 днів, становить 2,2 особи. У чоловіків кількість ін'єкційних партнерів – 2,3 особи, у жінок – 1,9 особи ($p < 0,05$). 34% респондентів повідомили, що завжди дезінфікували шприц перед уживанням. Проте після прохання пригадати події останніх 30 днів щодо дезінфекції ще 18 осіб повідомили, що їм траплялося використовувати недезінфікований шприц. Таким чином, частка тих, хто визнав, що принаймні раз не дезінфікував шприц після того, як його використав хтось інший, або не зміг відповісти на запитання, становить 70% у підвибірці тих, хто використовував нестерильні шприци.

Досвід передозувань

Респондентам, які відзначили вживання опіатів, ставили запитання щодо досвіду опіоїдних передозувань протягом останніх 12 місяців. Серед 3440 респондентів, які вживали опіоїди ін'єкційним шляхом, 13% зазначили, що в них були передозування хоча б один раз протягом року. У 86% передозувань не було, 1% – не пригадали про випадки передозування. Серед тих, у кого були випадки передозування протягом року (448 осіб), половина повідомили про один випадок передозування, 29% – про два, 21% – про три та більше випадків; 2% не змогли пригадати про кількість випадків передозування.

Інфекційні захворювання серед СІН

Про наявність гепатиту В протягом останніх 12 місяців повідомили 5,5% респондентів та 8,1% повідомили про наявність гепатиту С (таблиця 4.2.3).

Таблиця 4.2.3

«Чи були у Вас за останні 12 місяців такі захворювання?». Розподіл за віком, %.

	14-19 років	20-24 роки	25-34 роки	Більше 35 років	Всього
Туберкульоз	0,2	2,3	4,6	12,2	5,8
Гонорея	2,0	5,8	3,6	4,2	4,0
Генітальний герпес	0,7	1,7	3,2	2,1	2,3
Хламідіоз	2,6	2,8	2,2	1,2	2,1
Гепатит В	0,7	4,6	6,1	7,2	5,5
Гепатит С	1,1	4,6	10,4	10,1	8,1
Сифіліс	0,4	0,7	2,6	1,2	1,5
Трихомоніаз	0,7	2,7	2,3	1,8	2,0
Інше	3,5	1,3	1,7	1,3	1,7

Результати зв'язаного дослідження показують, що 2% опитаних мають ВІЛ-позитивний статус. У цілому, більше 90% респондентів лікували захворювання (найвищий рівень лікування гонореї – 95%), проте гепатит С лікували тільки три чверті хворих. Поширеність сифілісу серед СІН становить 2%.

Вживання алкоголю

Щодо вживання алкоголю протягом останніх 30 днів, то 78% відповіли ствердно на це запитання. Серед жінок ствердних відповідей на 5% менше, ніж серед чоловіків, відповідно 74% та 79%, $p < 0,01$. Серед вікових груп вирізняється наймолодша група, 14–19 років, де алкоголь споживали протягом місяця 84,5% проти 77% у всіх старших групах.

Тих респондентів, які відповіли, що вживали алкоголь (3075 осіб), запитували, як часто вони вживали алкоголь протягом останніх 30 днів (рисунок 4.2.1). Як показують дані, споживачі

стимуляторів частіше вживали алкоголь, ніж споживачі опіатів: хоча частка тих, хто вживав алкоголь щоденно, і є однаковою в цих групах, проте частка тих, хто випивав 1–2 рази на тиждень, становить 58% серед споживачів стимуляторів та 46% серед споживачів опіатів, $p < 0,01$.

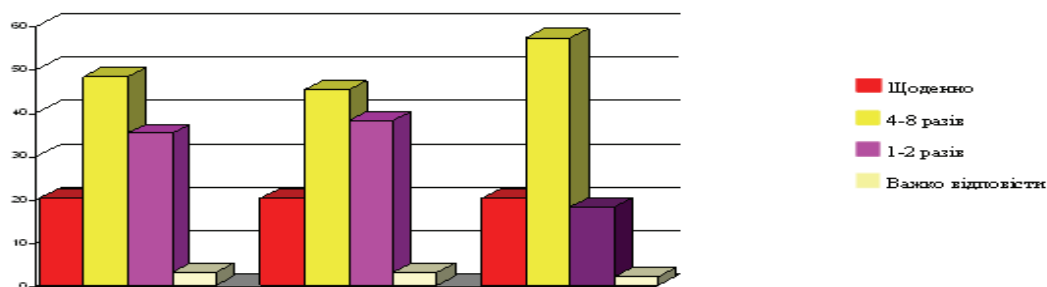


Рисунок 4.2.1. Розподіл регулярності вживання алкоголю протягом останніх 30 днів, у тому числі, споживачами опіатів та стимуляторів, (N=3075), %.

Сексуальна поведінка споживачів ін'єкційних наркотиків

Середня кількість сексуальних партнерів протягом трьох місяців перед опитуванням становить 2,5. У більшій мірі ця схильність проявляється серед чоловіків, молодих СІН, неодружених СІН та мешканців окремих міст.

Серед опитаних 44% повідомили про те, що їх постійний статевий партнер є СІН. Показник використання презерватива під час останнього статевого акту становить 58%. З віком та стажем регулярність використання презервативів зменшується. Найбільш часто згадуваною причиною невикористання презерватива є відсутність презерватива «під рукою» у потрібну хвилину, зниження чуттєвості, при комерційному сексі та перебування респондента у стані наркотичного або алкогольного сп'яніння.

Оцінка ризику інфікування ВІЛ

Ризик інфікування ВІЛ для себе як цілком реальний оцінили 38% респондентів. Абсолютно безпечно почуваються 6% опитаних. Найбільш ризиковано почуваються СІН віком 35 років і старше (30,8% проти 22% у віковій групі 25–34 роки, 16% у віці 20–24 роки та 18% у наймолодшій групі), відмінність з іншими віковими групами статистично значуща ($p < 0,05$). Дещо більш безпечно почуваються СІН віком від 25 до 34 років (відмінність від інших вікових груп також статистично значуща, $p < 0,05$).

Стаж вживання наркотиків також впливає на оцінку ризику інфікування. СІН, які вживають наркотики від 6 до 10 років та 11 і більше, почуваються значно менш безпечно (22% та 29% відповідно), ніж ті, чий стаж менше (15% та 16,5%). Найбільш високим вважають ризик респонденти з найбільшим стажем вживання наркотиків ($p < 0,01$).

Як цілком реальний оцінюють для себе ризик інфікуватися 27% споживачів опіатів і 14,5% споживачів стимуляторів ($p < 0,01$). Малоймовірним вважають для себе ризик інфікування 35% споживачів стимуляторів, натомість ті, для кого основною наркотичною речовиною є опіати, значно менше переконані у своїй безпеці (19%).

Дані свідчать про те, що СІН, які протягом останніх трьох місяців мали комерційних партнерів, оцінюють свій ризик інфікування значно вище (майже 29%), ніж ті, хто мав контакти з випадковими (18%) або постійними партнерами (23%); відмінність статистично значуща ($p < 0,05$). Так само небезпечно почуваються і ті, у кого не було сексу протягом останніх трьох місяців (25%).

5. Лікування у зв'язку з наркотиками: потреба в лікуванні та доступність лікування (лікувальні можливості)

5.1 Загальний опис, доступність та забезпечення якості

Стратегія, політика

На виконання Національного плану розвитку системи охорони здоров'я на період до 2010 року, останніми роками проводиться робота щодо поліпшення якості надання медичної допомоги, ґрунтуючись на засадах доказової медицини. Виходячи з загальнодержавної програми адаптації законодавства України до законодавства Європейського Союзу передбачається гармонізація національної системи стандартизації медичної допомоги з європейськими принципами. Методологічною основою в сфері стандартизації прийнято опитувальник AGREE²². Відповідно цьому, в 2009 році була затверджена перша частина «Уніфікованих методик з розробки клінічних настанов, медичних стандартів, уніфікованих клінічних протоколів медичної допомоги, локальних протоколів медичної допомоги (клінічних маршрутів пацієнтів) на засадах доказової медицини».

До 1998 року допомога особам, які мають наркологічні проблеми, ще за радянських часів розумілась в Україні як виключно медична робота і зміст наркологічної допомоги не визначався практично ніякими нормативними документами. Починаючи з 1995 року були розроблені ряд базових документів, а саме Уніфіковані Стандарти діагностично – лікувального процесу стаціонарної допомоги дорослому населенню в лікувально-профілактичних закладах та Нормативи надання медичної допомоги дорослому населенню в амбулаторно – поліклінічних закладах, які заклали основу для переорієнтації медичної допомоги на біопсихосоціальні принципи лікування.

Лікувальна система

Наркологічні заклади (диспансери, лікарні), які надають наркологічну допомогу, є самостійними спеціалізованими амбулаторно-поліклінічними та/або стаціонарними закладами системи охорони здоров'я. До складу лікувально-профілактичних установ, в тому числі загальної мережі, можуть входити окремі амбулаторні або стаціонарні наркологічні підрозділи (диспансерні амбулаторні, стаціонарні відділення, кабінети та/або спеціалізовані палати). Фінансування наркологічної служби здійснюється за рахунок держави (місцеві бюджети) та частково за спеціальний рахунок самих установ. Методичне керівництво та підготовка нормативних документів покладені на Міністерство охорони здоров'я України. В роки незалежності в Україні з'явилися наркологічні кабінети та програми приватної форми власності, але вони надають допомогу наркозалежним в обмеженому обсязі й практично не впливають на ситуацію із громадським здоров'ям, оскільки адресовані найбільш соціально адаптованій частині хворих [Дворяк, Вієвський, Сидяк, 2008].

За даними Міністерства охорони здоров'я України станом на 01.01.2010 року існує 45 територіальних наркологічних установ (25 з них – на обласному рівні) та 4 наркологічних лікарні. В стаціонарах зайнято 494,5 посад лікарів-наркологів.

²² AGREE – Appraisal of Guidelines Research and Evaluation - інструмент експертизи і атестації клінічних настанов для уніфікованої оцінки їх якості.

В центральних районних лікарнях зайнято 389,5 лікарських посад. В поліклініках зайнято 1043,8 посад. У дільничній наркологічній службі зайнято 812,3 посади лікарів-наркологів для дорослих та 21,5 – для підлітків.

Стандарти та Нормативи наркологічної допомоги визначають наступні види послуг відповідно до профілактичного, лікувального та реабілітаційного комплексу:

До профілактичного комплексу заходів відносяться наступні види послуг:

- консультація лікаря-нарколога або медичної сестри, соціального працівника, або психолога з інформуванням (коротка профілактична інтервенція), консультації персоналу щодо участі хворого у взаємопогодженій комплексній індивідуалізованій програмі психологічної, соціальної, професійної та медико-біологічної реабілітації;
- інформування хворого та його родичів через використання різних форм друкованих інформаційно-мотиваційних матеріалів (згідно з індивідуалізованою програмою);
- обстеження лікаря-нарколога, терапевта, невропатолога, окуліста, психіатра, сексопатолога, гінеколога (для жінок);
- обстеження функціонального стану нервової системи. Функціональні проби серцево - судинної та дихальної системи;
- психодіагностичне обстеження (когнітивних функцій, діагностика порушень мислення. Скрінінг (діагностика типів ризикової поведінки, АУДИТ, діагностика рівня алкогольної (опійної) залежності). Психодіагностика властивостей особистості. Психодіагностика самооцінки та самосвідомості. Психодіагностика професійної та соціальної адаптації відповідно до мети обстеження та стану хворого.

До лікувального комплексу заходів відноситься:

- комплекс взаємопогоджених стаціонарних і/або амбулаторних заходів з веденням необхідної документації. За згодою хворого – диспансерно-динамічний нагляд. Медикаментозне лікування за індивідуальною схемою. Протиастенічне лікування. Курс фізіотерапії, масаж, дихальна гімнастика, стретчинг, кінезіотерапія за індивідуальною схемою. Також передбачена дієтотерапія за індивідуалізованою схемою;
- дезінтоксикація за індивідуальною схемою;
- медичний нагляд, режим лікування в залежності від психічного стану;
- у випадку госпіталізації цілодобовий нагляд медичної сестри та щоденний лікарський контроль за станом хворого;
- комплексна взаємопогоджена індивідуалізована програма психологічної корекції.

До реабілітаційного комплексу заходів включені:

- взаємопогоджена комплексна індивідуалізована програма психологічної, соціальної, професійної та медико - біологічної реабілітації з веденням необхідної документації, що включає: роботу хворого в стаціонарних та амбулаторних психотерапевтичних групах та індивідуальне інформування та мотивування; роботу хворого в програмі психологічної корекції з тілесно-орієнтованою проти рецидивною (тривалістю загалом не менше 14 днів) частинами, тренінгом, спрямованим на специфічні проблеми (протягом не менше, ніж 21 дня) та тренінгу персонального зростання (протягом не менше ніж 21 дня). Арттерапія;
- або реабілітаційна програма “12 кроків”, що включає роботу хворого в стаціонарних та амбулаторних психотерапевтичних групах та індивідуально з інформуванням та мотивування, роботу хворого в стаціонарних та амбулаторних психотерапевтичних групах для подолання психологічного захисту і реформування міжособистісних стосунків, виконання клієнтом письмових завдань за тематикою Першого, Другого і Третього кроків

програми “12 кроків”, “антистрессова програма”, участь клієнта в роботі груп взаємодопомоги та самодопомоги;

- участь родичів клієнта в роботі груп психологічної реабілітації, взаємодопомоги за індивідуалізованою програмою.

Всі неанонімні клієнти (ті, хто звернувся за власним бажанням або за направленням міліції), у яких у встановленому порядку були діагностовані (у відповідності до МКХ – 10) наркотичні розлади, вносяться до спеціальної системи реєстрації – так званого «наркологічного обліку». Ця система реєстрації, включає як пацієнтів з діагнозами залежності – „диспансерний наркологічний облік,” так і тих, хто вживав наркотичні речовини епізодично і ще не має залежності – „профілактичний наркологічний облік”. Мінімальний термін диспансерного наркологічного обліку для пацієнтів з діагнозами залежності, стійкою ремісією та позитивними результатами лікування, визначений у 5 «чистих» років, а для профілактичного наркологічного обліку встановлений термін 1 рік. Ці 5 (або 1) років можуть бути подовжені на триваліший термін, як мінімум ще на 5 «чистих років», для тих пацієнтів, у кого стався рецидив, або тих, хто своєчасно не контактував з територіальною наркологічною установою. На думку багатьох національних експертів дані наркологічного обліку не захищені в необхідній мірі від впливу великої кількості внутрішніх і зовнішніх факторів; одночасно, ті ж експерти відмічають недостатній рівень урегульованості процедур збору даних. Як наслідок, дані існуючого наркологічного обліку лише в окремих напрямках відображають картину надання допомоги особам з наркотичними проблемами в країні та стан наркотичних проблем в цілому.

Стационарне лікування

Стационарне лікування складається переважно з фармакотерапевтичних дій. Тривалість стационарного лікування визначається відповідно встановленому діагнозу та може продовжуватись до 1 місяця.

Детоксикаційна частина фармакотерапії, як правило, короткотермінова (10-14 днів лікування). Стационарна детоксикація проводиться в переважній більшості наркологічних і деяких психіатричних закладах.

Станом на 01.01.2010р. розгорнуто 6038 наркологічних стационарних ліжок: 4151 – в наркологічних установах і 1501 – в психіатричних лікарнях та диспансерах, 225 – в міських лікарнях та 161- в центральних районних та районних лікарнях. Середнє число днів роботи нарколіжок становить 332,6, середня тривалість перебування в стационарі становить 18,24 днів.

У 2009 році у психіатричні та наркологічні стационари було госпіталізовано 15680 хворих з розладами психіки та поведінки через уживання наркотичних речовин²³. З них 21 дитина віком до 14 років, 162 підлітка віком 15-17 років, 10928 осіб віком 18-35 років. Уперше в житті лікувалось 5930 осіб, серед яких внаслідок вживання опіоїдів – 3497 осіб. Серед них 13 дітей віком до 17 років та 2885 осіб віком 15-35 років. З загального числа госпіталізованих 14056 осіб – чоловіки та 1624 – жінки.

В країні існує 49 денних наркологічних стационарів, кількість місць в яких складає 1528. В денному наркологічному стационарі особа знаходиться під медичним наглядом лише протягом дня. Впродовж 2009 року в денних стационарах проліковано 5128 осіб, які мали розлади психіки та поведінки через уживання психоактивних речовин²⁴. З них 23 дитини (віком до 14 років), 114 підлітків (15-17 років), 3725 осіб віком 18-35 років. З пролікованих 637 жінок.

²³ Всього за видами психоактивних речовин: опіоїдів, канабіноїдів, кокаїну, галюциногенів, кількох наркотичних речовин та інших психоактивних речовин.

²⁴ Всього за видами психоактивних речовин: опіоїдів, канабіноїдів, кокаїну, галюциногенів, легких розчинників, кількох наркотичних речовин та інших психоактивних речовин, седативних або снодійних речовин, інших стимуляторів, включно з кофеїном).

Амбулаторне лікування

Амбулаторне лікування осіб з наркотичними проблемами проводиться в амбулаторних наркологічних підрозділах (диспансерах, лікарнях). Тривалість амбулаторного лікування може продовжуватись до 3 місяців. По всій країні створено 575 амбулаторних наркологічних кабінетів, з них 19 спеціалізованих амбулаторних наркологічних кабінетів для підлітків (15 – 17 років).

За даними Міністерства охорони здоров'я України у 2009 році амбулаторно проліковано 40767 осіб, які мали розлади психіки та поведінки через уживання психоактивних речовин²⁵. З них 194 дитини (віком до 14 років), 809 підлітків (15-17 років), 27806 осіб віком 18-35 років. З пролікованих амбулаторно – 3922 жінки.

Програми замісної підтримувальної терапії

У 1998 році метод замісної підтримувальної терапії (далі – ЗПТ) був включений до Стандартів наркологічної допомоги для лікування осіб, залежних від опіатів. Практичне впровадження програм ЗПТ розпочалось відповідно до пункту 26 «Національної програми забезпечення профілактики ВІЛ – інфекції, допомоги та лікування ВІЛ – інфікованих і хворих на СНІД на 2004-2008 роки». Перші пілотні проекти ЗПТ в Україні розпочались у 2004 році на базі наркологічних закладів в м. Херсон та м. Києві за підтримки представництва Програми розвитку ООН (ПРООН) в Україні для 76 пацієнтів з використанням препарату «Еднок». З жовтня 2005 р. пілотні проекти розпочаті ще в 5-ти регіонах України (м. Донецьк, м. Дніпропетровськ, м. Одеса, м. Миколаїв, м. Сімферополь). Загальна кількість учасників ЗПТ становила 200 осіб. Широке впровадження програм ЗПТ препаратами «Еднок» (бупренорфіну гідрохлорид) та «Метадон» (метадону гідрохлорид) в сублінгвальної формі розпочалось в 2006 році²⁶. Програми були відкриті в найбільш уражених ВІЛ/СНІДом областях України: в 15 областях з використанням тільки бупренорфіну та в 8 областях – з використанням і бупренорфіну, і метадону. В програми замісної підтримувальної терапії було залучено 350 пацієнтів. Починаючи з 2004 року по сьогоднішній день ЗПТ впроваджується за рахунок грантів Глобального фонду боротьби з ВІЛ/СНІДом, туберкульозом та малярією в рамках програми «Подолання епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні».

Замісна підтримувальна терапія надається на базі 102 лікувально-профілактичних установ, в більшості випадків – на базі наркологічних диспансерів (таблиця 5.1.2.).

Таблиця 5.1.2

Типи лікувально-профілактичних установ, на базі яких проводиться ЗПТ

Назва лікувально-профілактичної установи	Кількість сайтів всього	Кількість сайтів, які використовують бупренорфін	Кількість сайтів, які використовують метадон
Наркологічні диспансери	35	21	33
Протитуберкульозні диспансери	6	1	6
Психоневрологічні диспансери	3	-	3
Міські лікарні	28	3	28
Центральні районні лікарні	21	-	21
Міські центри профілактики та боротьби з ВІЛ/СНІД	2	2	2
Лікарняно-поліклінічні установи	7	1	7
ВСЬОГО²⁷	102	28	100

²⁵ Всього за видами психоактивних речовин: опіоїдів, канабіноїдів, кокаїну, галюциногенів, легких розчинників, кількох наркотичних речовин та інших психоактивних речовин, седативних або снодійних речовин, інших стимуляторів, включно з кофеїном.

²⁶ Згідно наказу МОЗ України №846 від 20.06.2006р. "Про заходи щодо організації профілактики ВІЛ/СНІД та замісної підтримуючої терапії для споживачів ін'єкційних наркотиків".

²⁷ Загальна кількість сайтів не відповідає сумі сайтів, які використовують бупренорфін і метадон, оскільки в деяких ЛПУ відкриті програми ЗПТ і бупренорфіном, і метадоном.

Замісна терапія опіатними агоністами показана всім особам, які мають діагноз синдрому залежності від опіоїдів, відповідно до критеріїв МКХ-10 та не мають протипоказань. ЗПТ проводиться в амбулаторному режимі лікування під наглядом лікаря-нарколога та середнього медперсоналу з участю психолога, соціального працівника (мультидисциплінарна команда). Наказом МОЗ України №645 від 10.11.2008 затверджені Методичні рекомендації «Замісна підтримувальна терапія в лікуванні хворих із синдромом залежності від опіоїдів», згідно яких проводиться лікування.

Станом на 01.01.2010р. організовано 102 програми замісної підтримувальної терапії в лікувально-профілактичних закладах 26 регіонів України. Тільки Харківська область не впроваджувала програму ЗПТ. В програмі приймали участь 5078 пацієнтів, з них 4094 чоловіків та 984 жінки. На ЗПТ бупренорфіном знаходилось 849 осіб та 4229 осіб на ЗПТ метадоном. За весь період залишило програму 2784 особи (характеристику пролікованих осіб в програмах ЗПТ дивись в главі 5. «Доступ до лікування»).

«Загальнодержавна програма протидії ВІЛ/СНІД на 2009 – 2013 роки» передбачає запровадження програм ЗПТ для 20 тисяч наркозалежних, з них передбачене фінансування 10 тисяч клієнтів ЗПТ із державного бюджету України (29).

Приписування замісного препарату

В 2009 році в місті Дніпропетровськ (Дніпропетровська область) на базі міської поліклініки №5 розпочалось застосування виписування лікарського засобу «Еднок» на спеціальних рецептурних бланках форми №3 для пацієнтів, які отримують замісну підтримувальну терапію. Це перша на території України програма приписування наркотичних препаратів для хворих на наркотичну залежність.

В поліклініці були розроблені критерії до включення пацієнта до програми приписування препарату, до яких входять наступні: термін перебування в програмі не менш ніж 6 місяців; відсутність ознак нещодавнього вживання алкоголю або наркотиків; регулярне відвідування кабінету ЗПТ; дотримання правил перебування у програмі ЗПТ; систематичні негативні аналізи на нелегальні опіоїди; стабільне соціальне середовище; наявність постійного місця роботи; впевненість у тому, що зменшення кількості відвідувань кабінету ЗПТ буде сприяти, а не перешкоджати подальшій реабілітації та ресоціалізації клієнта. Питання про призначення ЗТ за рецептом вирішується на засіданні комісії по доцільності призначень наркотичних засобів поліклініки за поданням лікаря – нарколога та згідно заяви пацієнта на ім'я головного лікаря. В даній програмі пацієнти приймають препарат і на сайті ЗПТ, і отримують рецепти в середньому на 2 дні для отримання в аптечному закладі.

Всього протягом 2009 року отримували препарат «Еднок» за рецептом 18 осіб. Фактично термін перебування у програмі ЗПТ препаратом «Еднок» складає 3-4 роки. Одноразово отримували рецепти 7 осіб у випадках відрядження. Дозування таких пацієнтів від 8 до 14 мг на добу. Рецепти виписувались на 1-2 дня у будь-який день тижня згідно заяви пацієнта та клопотання про відрядження. Постійно отримують препарат «Еднок» за рецептом 11 осіб. Ці особи отримують рецепти 2 рази на тиждень. Ще 1 особа отримує рецепт у зв'язку із хворобою (важко пересуватися самостійно). Цей пацієнт має дозування 8 мг на добу. Відвідує сайт ЗПТ один раз на тиждень у п'ятницю. Ще 6 осіб отримують рецепт у п'ятницю на вихідні дні.

Центри інтегрованої допомоги для наркозалежних осіб

В рамках програми «Подолання епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні» Глобального Фонду в Україні створено 9 центрів інтегрованої допомоги для наркозалежних осіб у 5 регіонах: Києві, Одесі, Миколаєві, Севастополі та Херсонській області. Вони підтримуються за рахунок гранту Глобального Фонду. Модель центру передбачає надання допомоги «під одним дахом» чи організацію чіткої схеми переадресації для отримання пакету послуг, завдяки яким пацієнти

можуть вирішити більшу частину своїх проблем із здоров'ям, покращити якість життя та соціальний статус, а також залучитись до профілактичних заходів стосовно ризикованої поведінки. Робота центрів передбачає координоване надання широкого спектра лікувальних, соціально – психологічних і профілактичних заходів для підвищення ефективності допомоги особам з подвійною і потрійною патологією (ВІЛ, ТБ, залежність від наркотичних речовин). Центри знаходяться на базах лікувально-профілактичних установ (СНІД – центри, багатoproфільні установи, наркологічні установи).

Якість медичної наркологічної допомоги

Стандарти діагностично – лікувального процесу стаціонарної допомоги дорослому населенню в лікувально-профілактичних закладах та Нормативи надання медичної допомоги дорослому населенню в амбулаторно – поліклінічних закладах, на основі яких надається медична наркологічна допомога, мають використовуватись в усіх лікувально-профілактичних наркологічних закладах незалежно від форми власності. Однак, на практиці Стандарти та Нормативи практично не використовуються оскільки мають низку принципових недоліків [Дворяк, Вієвський, Сидяк, 2008]. По перше – не затверджений чіткий алгоритм лікувального плану, пропонується безліч варіантів втручань без виділення пріоритетів. Сформовано 24 лікувальних комплекси, окрім цього надаються рекомендації з кожної діагностичної категорії в Нормативах надання наркологічної допомоги. Ці рекомендації докладні і містять практично весь спектр можливих втручань для кожної категорії (за МКХ-10 до 5-го знаку). Водночас практикуючий лікар не може на їхній підставі зробити висновок, який же власне варіант лікування слід вважати оптимальним. Часто рекомендують застарілі і не обґрунтовані методи. По друге – відсутній надійний контроль за проведенням терапії для хворих та її якість. Як правило, моніторинг лікування здійснюється тільки всередині ЛПЗ і найчастіше визначається смаками і перевагами головного лікаря. Крім того, в Стандартах бракує основних принципів надання наркологічної допомоги і не визначено цілі лікування. Немає вказівок на те, яким чином слід оцінювати ефективність використаних способів лікування (дивись главу 11. «Історія, методи та впровадження національних лікувальних нормативів»).

Відповідно до затверджених в 2009 році «Уніфікованих методик з розробки клінічних настанов, медичних стандартів, уніфікованих клінічних протоколів медичної допомоги, локальних протоколів медичної допомоги (клінічних маршрутів пацієнтів) на засадах доказової медицини» розпочалась робота над внесенням змін до існуючих Стандартів та Нормативів надання наркологічної допомоги населенню.

Всі лікувально – профілактичні заклади країни, в тому числі наркологічні, повинні відповідати Критеріям (умовам) державної акредитації лікувально – профілактичних закладів. Акредитація наркологічних закладів відбувалась відповідно до зазначених загальних умов, без врахування специфіки наркологічної допомоги. В 2009 році були внесені зміни та доповнення до Критеріїв акредитації та введений окремий розділ «Наркологічна служба», в якому враховані особливості діяльності наркологічних установ та допомоги, яка надається. Відповідність установи (структурного підрозділу) критеріям акредитації визначається змістом та обсягом виконання медичних процедур (послуг), які затверджені Переліком медичних процедур (послуг) «Тимчасового галузевого класифікатору медичних процедур (послуг) та хірургічних операцій». В 2009 році Класифікатор був суттєво розширений і введений окремий розділ «Наркологічні процедури (послуги)». Згаданий розділ описує профілактичні, психологічні, наркологічні лікувальні процедури (послуги) для осіб з наркологічними проблемами, оцінку та моніторинг лікування. Однак станом на 01.01.2010р. доповнений Класифікатор ще не був затверджений.

«Державний формуляр лікарських засобів», в якому визначений перелік лікарських засобів, дозволених для використання в лікувально – профілактичних установах незалежно від форми власності на території України, в 2009 році був суттєво доопрацьований та окремо виділений розділ «Психіатрія. Наркологія. Лікарські засоби».

Клінічні протоколи надання медичної допомоги зі спеціальності «Наркологія» були перезатверджені в 2009 році.

Дослідження «ЗАМІСНА ПІДТРИМУВАЛЬНА ТЕРАПІЯ ДЛЯ НАРКОЗАЛЕЖНИХ В УКРАЇНІ»

Метою дослідження, проведеного в 2009 році, була оцінка впровадження програм замісної підтримувальної терапії (далі – ЗПТ), розгляд соціальних, економічних та медичних складових, які стримують або сприяють її впровадженню (30). На час проведення дослідження в програмах ЗПТ брали участь 4000 хворих. За даними дослідників, на той час один наркозалежний споживач опіатів в середньому витрачав щодня близько 100 грн. на придбання наркотику. Таким чином, розрахункові показники недоотримання прибутків наркобізнесу завдяки впровадженню ЗПТ складають 400 тисяч грн./день. Водночас при врахуванні непрямих витрат (через нанесення шкоди для отримання 100 гривень прибутку) навантаження економічних втрат зростає у десять разів. Таким чином, при запровадженні ЗПТ суспільство зберігає близько 4 млн. грн. на день. Завдяки ЗПТ, ін'єкційна активність пацієнтів зменшується в 10-12 разів стосовно ризику зараження ВІЛ. На час проведення дослідження в Україні серед клієнтів ЗПТ нараховувалось 51%, які вражені ВІЛ, тобто 2040 осіб. Решта – 1960 осіб – залишаються неінфікованими. Якби вони не отримували ЗПТ, судячи із динаміки розповсюдження ВІЛ/СНІД, за рік інфікувалося б ВІЛ не менше 12% (235 осіб). Завдяки ЗПТ рівень сероконверсії зменшується на дві третини. Це означає, що за один рік постраждає лише 78 осіб, а 157 осіб не будуть інфіковані. За даними американських дослідників середня вартість по життєвої антиретровірусної терапії складає \$310000. Лікування 157 хворих на СНІД обійшлося б суспільству \$48,67 млн. Це значно більше, ніж усі видатки на впровадження ЗПТ в Україні за останні три роки. Також одним із важливих аспектів ЗПТ є забезпечення профілактики гепатиту С, лікування якого – від 20 до 30 тис. доларів США на рік. А не менш як 5% усіх інфікованих потребуватимуть лікування в найближчі 5-10 років.

Низький доступ наркозалежних до ЗПТ зумовлений низкою факторів. В Україні історично внаслідок відсутності традиції надавати медико-соціальну допомогу, спираючись на дослідження науковців із високим рівнем доказів фактів, переважає ухвалення рішень на підставі апелювання до так званого «здорового глузду», який є доволі часто сумішшю поширених забобонів та примітивної ідеології. Іншою причиною є низька мотивація працівників медичної служби. Держава фінансує установи (ліжка), а не надання послуг, відповідно лікарі не зацікавлені в підвищенні кількості пацієнтів.

Основний висновок дослідження: ЗПТ є ефективним засобом лікування наркозалежності та профілактики ВІЛ/СНІД в середовищі СН. Водночас необхідно вдосконалити законодавчі акти, які регулюють проведення ЗПТ, забезпечити можливість продовження ЗПТ у випадках госпіталізації пацієнтів до стаціонарів іншого профілю, забезпечити зв'язок програм ЗПТ з організаціями, які надають соціальну підтримку, створити систему постійного підвищення кваліфікації персоналу.

Дослідження Оцінка доступності комплексних медико – соціальних послуг споживачам ін'єкційних наркотиків в центрах інтегрованої допомоги»

Метою дослідження, яке проведено в 2009 році, було вивчити досвід впровадження інтегрованої допомоги і описати створені моделі надання інтегрованих послуг²⁸. Дослідження проведено в 7 центрах інтегрованої допомоги, які знаходились на базах лікувально-профілактичних установ (СНІД- центри, багатoproфільні установи, наркологічні установи). В ході дослідження було проведено анкетування 266 клієнтів центрів, 7 фокус-груп, з загальною кількістю 49 осіб, які являлись персоналом мультидисциплінарних команд (лікарі, медсестри, психологи, соціальні працівники) та 7 фокус-груп з 52 клієнтами центрів.

Аналіз показав, що доступність послуг в центрах інтегрованої допомоги відрізнялась. До повного пакету послуг не наблизився жоден центр інтегрованих послуг. На базі СНІД-центрів існує найбільш повний спектр послуг. Однак, недостатньо консультацій по наркології – психіатрії. Протитуберкульозні препарати в центрах відсутні, що робить неможливим лікування ТБ на підтримуючих стадіях і профілактику ізоніазідом. Щодо багатoproфільних установ, то на їх базі виявлено достатньо повний спектр послуг. Отримані результати свідчать, що в цих центрах існує переадресація в СНІД- центри для отримання АРТ. Однак, лікування ТБ виявилось доступним лише в одній установі. В центрах інтегрованої допомоги на базах багатoproфільних установ немає обмежень доступу в зв'язку з ВІЛ – негативним, позитивним статусом. На базі наркологічних установ спектр послуг виявився неповний, особливо лікування супутніх захворювань. АРТ, ТБ – лікування відбувається по переадресації в профільні установи. Консультації спеціалістів в наркологічних установах організовані також по переадресації. По даним фокус – груп, незалежно від профіля установи, більшість послуг, надається по потребі клієнта, або відповідно медичним показанням. Отримані результати дослідження свідчать, що найбільш значним бар'єром для отримання інтегрованої допомоги є відсутність мотивації у співробітників та керівників, а також недостатньо знань нормативно – правової бази і можливих варіантів надання допомоги. В центрах інтегрованої допомоги лікарі часто виконують роботу координатора отримання послуги.

5.2. Доступ до лікування

Характеристика пролікованих осіб

За інформацією Міністерства охорони здоров'я України в 2009 році 5930 осіб з розладами психіки та поведінки через уживання наркотичних речовин лікувались вперше в житті. З них 5193 (87,6%) чоловіки та 737 (12,4 %) жінок. Станом на 01.01.2010 року на наркологічному обліку перебувало 78909 осіб. Серед них 66328 (84%) чоловіків та 12581 (16%) жінка. Найбільший відсоток осіб (59%) звернулись до лікувальних закладів вперше в житті через вживання опіоїдів. Ще 26% звертались вперше через вживання кількох наркотичних та інших психоактивних речовин. Через вживання канабіноїдів вперше в житті звернулись за допомогою 12% чоловіків і 0,2% жінок. Загалом на наркологічному обліку перебуває 78909 осіб через вживання наркотичних речовин (таблиця 5.2.1).

²⁸ Дослідження проведено Українським інститутом досліджень політики щодо громадського здоров'я за технічної підтримки Всесвітньої організації охорони здоров'я.

Таблиця 5.2.1.

Кількість осіб, пролікованих вперше в житті, та які перебувають на наркологічному обліку через вживання наркотичних речовин, 2009 рік

Тип наркотичної речовини	Проліковано вперше в житті, перебування на наркологічному обліку											
	всього (абсол. Числа)		на 100 тис. населення		чоловіки (абсол. Числа)		на 100 тис. чоловічого населення		жінки (абсол. Числа)		на 100 тис. жіночого населення	
	перше лікування	на обліку	перше лікування	на обліку	перше лікування	на обліку	перше лікування	на обліку	перше лікування	на обліку	перше лікування	на обліку
Розлади психіки та поведінки через уживання наркотичних речовин- усього	5930	78909	12,9	171,68	5193	66328	24,5	313,1	737	12581	3,0	50,8
у тому числі опіоїди	3497	59871	7,61	130,0	2968	49024	14,0	231,4	529	10847	2,1	43,8
Канабіноїди	716	4760	1,56	10,36	705	4637	3,3	21,9	11	123		0,5
Кокаїн	11	48	0,02	0,10	9	36		0,2	2	12		
Галюциногени	5	68	0,01	0,15	1	57		0,3	4	11		
Кілька наркотичних речовин та інших психоактивних	1524	13074	3,32	28,44	1353	11640	6,4	54,9	171	1438	0,7	5,8

На наркологічному обліку перебувало три особи віком до 14 років через вживання кількох наркотичних та інших психоактивних речовин. В віковій групі 15-17 років вперше в житті проліковано 20 осіб через вживання кількох наркотичних та інших психоактивних речовин та по 13 осіб через вживання канабіноїдів та опіоїдів. Поміж дітей віком 15-17 років на наркологічному обліку перебувало 50% через вживання кількох наркотичних та інших психоактивних речовин, 27,8% через вживання канабіноїдів, 16,7% через вживання опіоїдів. Серед осіб з вперше в житті встановленим діагнозом зареєстровано 99% осіб у віці 18 років та старші. Найбільша кількість хворих звертається за допомогою у віці 15-35 років (таблиця 5.2.2).

Таблиця 5.2.2.

Кількість осіб, пролікованих вперше в житті, та на наркологічному обліку через вживання наркотичних речовин, розподіл за віковими групами

	Наркотичні речовини усього	у т.ч. опіоїди	канабіноїди	кокаїн	галюциногени	кілька наркотичних речовин та інших психоактивних
до 14 років						
Вперше в житті	-	-	-	-	-	-
На обліку	3					3
15-17 років						
Вперше в житті	47	13	13	-	-	20
На обліку	72	12	20			36
18 років і старші						
Вперше в житті	5883	3484	703	11	5	1504
На обліку	78834	59859	4740	48	68	13035
15-35 років						
Вперше в житті	4927	2888	606	6	4	1283
На обліку	52166	38834	3585	34	57	8781

Стационарне лікування

В наркологічних та психіатричних стаціонарах в 2009 році було зареєстровано 15680 випадків госпіталізацій з розладами психіки та поведінки через вживання наркотичних речовин.

Серед них госпіталізовано 14056 (90%) чоловіків та 1624 (10%) жінки. Протягом року зареєстрований 21 випадок госпіталізації осіб у віці до 14 років та 162 – осіб у віці 15-17 років (таблиця 5.2.3). Статистичні дані показують кількість випадків лікувань, а не кількість осіб, які отримали допомогу протягом року. В системі державної статистичної звітності МОЗ України не передбачено даних щодо кількості госпіталізацій з розподілом за видом наркотичних речовин.

Таблиця 5.2.3

Госпіталізація у психіатричні та наркологічні стаціонари осіб з розладами психіки та поведінки через вживання наркотичних речовин за віковими групами, % до всіх госпіталізованих в стаціонарах

Кількість госпіталізацій, всього	%	до 14 років	%	15-17 років	%	18 років і старші	%	15-35 років	%
15680	100	21	0,13	162	1	11090	71	15497	99

Амбулаторне лікування та у денних стаціонарах

В системі державної статистичної звітності МОЗ України не передбачено даних щодо кількості осіб, пролікованих амбулаторно та у денних стаціонарах, з окремим розподілом за видом наркотичних речовин. Загальна кількість пролікованих в амбулаторному режимі складає 40767 осіб, в денних стаціонарах – 5128 осіб. Серед пролікованих в амбулаторному режимі проліковано 36845 чоловіків та 3922 жінки. З них отримали допомогу 1003 особи у віці до 17 років та 28615 осіб у віці 15-35 років. В режимі денного стаціонару допомогу отримали 4491 чоловік та 637 жінок. З них проліковано 137 осіб віком до 17 років та 3839 осіб віком 15-35 років. Як в амбулаторному режимі лікування, так і у режимі денного стаціонару простежується найбільша кількість звернень осіб у віці 15-35 років (таблиця 5.2.4).

Таблиця 5.2.4.

Кількість пролікованих осіб амбулаторно та у денних стаціонарах через вживання наркотичних речовин, 2009 рік

Характеристика пролікованих осіб	Проліковано амбулаторно		Проліковано у денних стаціонарах	
	абсолютні числа	% до всіх амбулаторних	Абсолютні числа	% до всіх у денних стаціонарах
Чоловіки	36845	90	4491	88
Жінки	3922	10	637	12
до 17 років	1003	0,25	137	2,7
15-35 років	28615	70	3839	75
ВСЬОГО	40767	100%	5128	100%

Замісна підтримувальна терапія

В 2009 році ЗПТ проводилась в 26 з 27 регіонах України. Тільки в Харківській області станом на 01.01.2010р. ЗПТ не проводилась. Замісна підтримувальна терапія в м. Севастополь і Хмельницькій області проводилась з використанням замісного препарату метадон. У всіх інших регіонах використовувались замісні препарати бупренорфін та метадон. Всього на замісній терапії знаходилось 5078 осіб. Загалом в програмі ЗПТ знаходилось 83% пацієнтів з використанням замісного препарату метадон і 17% пацієнтів з використанням бупренорфіну. Найбільша кількість учасників програми ЗПТ знаходилась в Дніпропетровському (573 особи), Миколаївському (564 особи), Донецькому (430 осіб) регіонах. Найменша кількість учасників програми знаходилась в Закарпатському (35 осіб), Чернігівському (36 осіб) регіонах (таблиця 5.2.5).

Таблиця 5.2.5.

Проведення замісної підтримувальної терапії в регіонах України, 2009 рік

Область	Всього	Бупренорфін	% до всього	Метадон	% до всього
Автономна Республіка Крим	330	55	17	275	83
Вінницька	221	31	14	190	86
Волинська	102	27	26	75	74
Дніпропетровська	573	49	9	524	91
Донецька	430	66	15	364	85
Житомирська	160	13	8	147	92
Закарпатська	35	10	29	25	71
Запорізька	78	49	63	29	37
Івано-Франківська	163	32	20	131	80
м. Київ	372	146	39	226	61
Київська	104	20	19	84	81
Кіровоградська	140	20	14	120	86
Луганська	323	15	5	308	95
Львівська	55	15	27	40	73
Миколаївська	564	55	10	509	90
Одеська	274	53	19	221	81
Полтавська	332	32	10	300	90
Рівненська	73	18	25	55	75
м. Севастополь	69	-	-	69	100
Сумська	83	25	30	58	70
Тернопільська	118	24	20	94	80
Харківська	-	-	-	-	-
Херсонська	184	39	21	145	79
Хмельницька	57	-	-	57	100
Черкаська	121	19	16	102	84
Чернівецька	71	20	28	51	72
Чернігівська	36	16	44	20	56
ВСЬОГО ПО УКРАЇНІ	5068	849	17%	4219	83%

Серед усіх клієнтів ЗПТ – 4094 чоловіка (на ЗТ бупренорфіном 16%, метадоном – 84%) та 984 жінки (на ЗТ бупренорфіном 19%, метадоном – 81%). Середній вік пацієнтів в програмі становить 33,8 років. Середній стаж вживання опіоїдів складає 15,3 роки. Серед учасників програми 2219 осіб ВІЛ – інфіковані, що складає 44%, мають гепатит В чи С 2630 осіб, що складає 52%, мають туберкульоз 758 осіб, що складає 15%. Антиретровірусну терапію (АРТ) поєднували з ЗПТ 758 осіб. Протягом 2009 року програму покинули 420 осіб.

Таблиця 5.2.6

Характеристика осіб, які знаходились в програмах замісної підтримувальної терапії в 2009 році

Характеристика осіб	Бупренорфін	Метадон	Всього
Кількість пацієнтів	849	4229	5078
з них чоловіків/жінок	658/191	3436/793	4094/984
Середня доза замісного препарату	10,6	78,25	
Мінімальна доза	2	5	
Максимальна доза	32	285	
Кількість пацієнтів, які покинули програму за весь період	897	1887	2784
Середній вік/ Середній стаж наркоспоживання			33,8/15,3
Кількість пацієнтів з ВІЛ	473	1746	2219
Кількість клієнтів з гепатитом В чи С	557	2073	2630
Кількість клієнтів з туберкульозом	144	614	758
Кількість пацієнтів на АРТ терапії	144	614	758
Пацієнти, що готуються до АРТ	58	243	301

5.3 Тенденції серед клієнтів в лікуванні

Аналізуючи тенденції серед осіб, які вперше звернулись за медичною допомогою через вживання наркотичних речовин протягом 1999-2009 років, можна зазначити, що найбільша кількість осіб зареєстрована в 2001 році. В цьому році в наркологічні установи країни звернулось 11456 осіб. З 2002 року чисельність вперше в житті пролікованих осіб почала стрімко зменшуватись і з 2005 року складає близько 6 тисяч осіб на рік. Частка жінок, які звертались за наркологічною допомогою зменшувалась відповідно до загальної тенденції. Якщо в 1999 році за допомогою звернулись 2297 жінок, то в 2007 їх було близько 700. В 2008 та 2009 роках кількість залишалась незмінною і становила 737 жінок.

З кожним роком відмічається зменшення кількості осіб віком до 18 років, які звертались за допомогою вперше. Якщо в 1999 році цей показник становив 364 особи, то в 2009 році він зменшився до 47 осіб, які звернулись за наркологічною допомогою через вживання наркотичних речовин (рисунок 5.3.1).

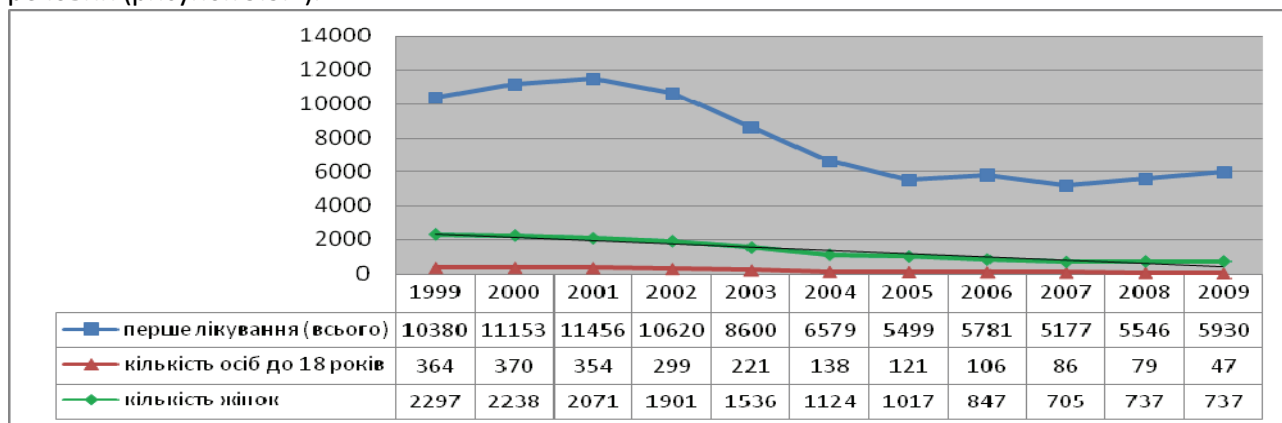


Рисунок 5.3.1. Характеристики осіб, вперше пролікованих через вживання наркотичних речовин, 1999-2009 рр.

Протягом 1999-2009 років найбільш суттєві зміни серед контингентів вперше пролікованих осіб відбулись серед споживачів опіатів. Якщо в 1999-2001 роках щорічно звертались за медичною допомогою близько 10 тисяч осіб, то починаючи з 2003 року простежувалась тенденція до їх щорічного зменшення. В 2009 році цей показник почав збільшуватись. Кількість випадків лікування внаслідок вживання кокаїну, галюциногенів та канабіноїдів є на порядок меншою, ніж вживачів опіатів. Так, кількість звернень за допомогою через вживання галюциногенів з 1999 по 2009 рік коливалась в межах 5-27 осіб на рік. Протягом 10 років кількість пролікованих осіб через вживання кількох наркотичних речовин збільшилась майже в 3,5 рази з 486 осіб – в 1999 році до 1524 осіб – в 2009 році. (рисунок 5.3.2).

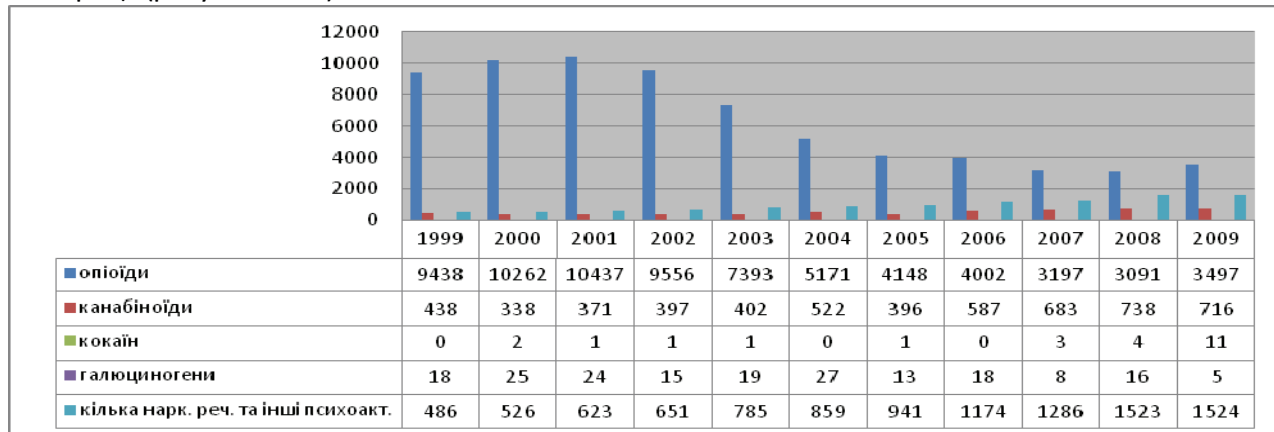


Рисунок 5.3.2. Кількість вперше пролікованих осіб через вживання наркотичних речовин, 1999-2009 рр.

Суттєвий спад серед осіб, пролікованих в стаціонарному режимі, відбувся в 2002 році, коли МОЗ України офіційно задекларувало перехід від високовартісного стаціонарного режиму лікування на амбулаторний. В стаціонарах обслуговувались лише найтяжчі хворі. Різке зменшення кількості амбулаторно пролікованих осіб відбулось в 2007-2008 роках. Така тенденція пояснюється по – перше тим, що протягом 2007-2008 років суттєво зменшилось фінансування наркологічних закладів у зв'язку з економічною кризою, і відповідно видатки лікувальних закладів на придбання препаратів були суттєво зменшені. Нестача наркотичних препаратів для лікування в амбулаторних відділеннях означала, що наркологічні заклади фактично не могли надавати адекватну наркологічну допомогу, що призвело до значного зменшення кількості пролікованих наркозалежних в амбулаторному режимі. По – друге, протягом цих років змінилась структура споживання наркотичних речовин, а саме відбувся доволі стрімкий перехід зі вживання опіатів на вживання стимуляторів та лікарських препаратів, як то «Трамадол». В 2008 році препарат «Трамадол» був введений до переліку наркотичних засобів (список № 1 таблиці II), обіг яких обмежений. І відповідно, в 2009 році простежується тенденція до збільшення кількості осіб, пролікованих в амбулаторно (рисунок 5.3.3).

Показник охоплених лікуванням – тобто загальна кількість осіб, які отримали лікування в зв'язку з наркотичними проблемами серед осіб, які перебувають або були поставлені на наркологічний облік протягом поточного року, залишався практично на одному рівні до 2006 року включно, з відповідним спадом в 2007-2008 роках, і підвищенням в 2009 році.

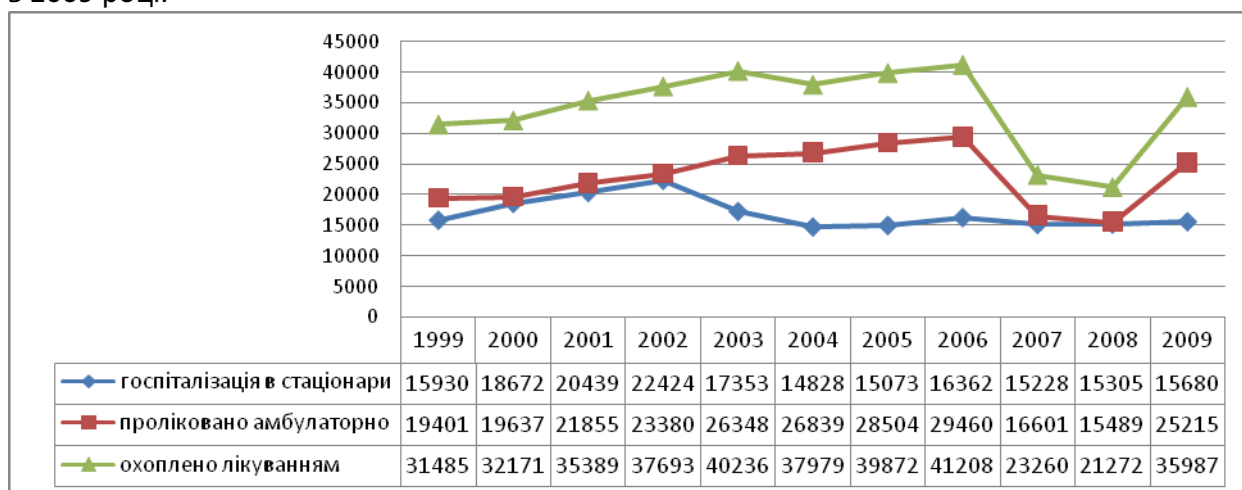


Рисунок 5.3.3. Кількість пролікованих осіб в стаціонарах, амбулаторно, та охоплено лікуванням через вживання наркотичних речовин, 1999-2009 рр.

З кожним роком впровадження ЗПТ в Україні кількість її учасників збільшувалась. Перші пілотні проекти ЗПТ в 2004 році налічували 80 учасників на кінець року. З 2004-2007 роки відбувалось поступове збільшення учасників програми, а в 2008-2009 роках відбулось істотне збільшення кількості осіб, залучених до програми замісної терапії. Якщо на кінець 2007 року в програми ЗПТ було залучено 547 осіб, то в 2008 році показник був майже в три рази вищим і становив 1635 осіб. В 2009 році в програмі вже налічувалось 5078 осіб, що також в три рази більше попереднього 2008 року (рисунок 5.3.4). Цей процес зумовлений обсягом допомоги Глобального Фонду боротьби з ВІЛ/СНІДом, туберкульозом та малярією, спрямованою на ЗПТ та зобов'язаннями України, взятими в рамках виконання гранту ГФ.

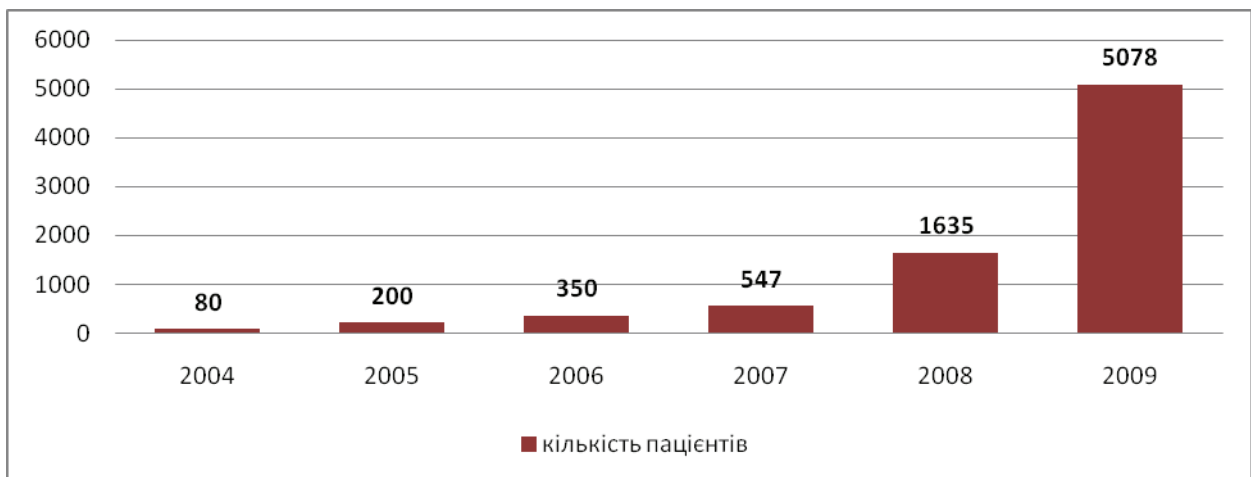


Рисунок 5.3.4. Кількість пацієнтів в програмах ЗПТ, 2004-2009 рр.

ДОСЛІДЖЕННЯ «МОНІТОРИНГ ТА ОЦІНКА ПРОГРАМ ЗАМІСНОЇ ПІДТРИМУВАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ БУПРЕНОРФІНОМ В УКРАЇНІ»

Дослідження з моніторингу та оцінки програм ЗПТ бупренорфіном в Україні проведено Українським інститутом досліджень політики громадського здоров'я спільно з Інститутом досліджень в сфері громадського здоров'я і залежності від психоактивних речовин при Цюріхському університеті та Центром співробітництва з ВООЗ, яке мало на меті вивчення можливостей впровадження й ефективності замісної терапії бупренорфіном та метадоном для залежних від опіатів. Для участі в дослідженні відібрано 151 пацієнта, вибірка яких була сформована в період з листопада 2006 року по лютий 2007 року. Перша фаза дослідження проводилася на базі шести сайтів замісної підтримувальної терапії бупренорфіном. В другу фазу дослідження, що проводилася на двох сайтах ЗТ метадоном та на двох сайтах ЗТ бупренорфіном, з лютого по жовтень 2008 року були залучені ще 80 пацієнтів. 3 фаза була проведена на базі чотирьох метадонових сайтів з залученням 100 пацієнтів з серпня по жовтень 2008 року.

Основні характеристики вибірки (загалом з 3-х фаз): 81 % чоловіки; середній вік 34,5 роки; 56% перебувають у шлюбі; 11 класів середньої школи; 2 роки професійної освіти; 37% були працевлаштовані. Залежність у більшості пацієнтів була від кустарних опіоїдів; середня тривалість зловживання наркотиками перевищувала 13 років; раніше пацієнти неодноразово робили спроби лікуватися від залежності. Більше половини учасників дослідження мали ВІЛ-позитивний статус.

В процесі дослідження вивчалися зміни стану здоров'я (на основі Індексу тяжкості залежності), ризикована поведінка щодо передачі ВІЛ (на основі опитувальника BBV-TRAQ). Ставлення персоналу оцінювалося за допомогою інструменту самооцінки (SASQ). Окрім цього проводилися фокус-групи з пацієнтами та персоналом.

Залежність у більшості пацієнтів була від опіоїдів, інших ніж героїн; середня тривалість зловживання наркотиками перевищувала 13 років. Раніше пацієнти неодноразово робили спроби лікуватися з приводу залежності. 51,7% учасників дослідження мали ВІЛ-позитивний статус. Клінічна симптоматика СНІД була виявлена у 12,3% ВІЛ-інфікованих. Зі слів учасників 15,8% мали гепатит С та 3.3% - гепатит В, 9.5% - туберкульоз. Середній показник частоти лікування з приводу хронічних соматичних захворювань по усіх сайтах склав 55,6%.

Аналіз результатів дослідження показав, що лікування бупренорфіном переносилося добре, і 82,5% пацієнтів залишалися на ЗПТ через перші 6 місяців та 75% через 12 місяців. Побічна дія бупренорфіну відзначалася тільки у 1,9 % пацієнтів. Середня добова доза препарату склала 10 мг. Показник прихильності до ЗПТ був високим – 92,8%. Показник

відвідувань був найкращим для індивідуального консультування – 82% пацієнтів в середньому через перші 6 місяців і 75 % - через 12 місяців. Прихильність до заходів соціальної підтримки є теж високою – в середньому 87 % за результатами перших 6 місяців (діапазон 75-100 %) та 81 % за усі 12 місяців (діапазон 59-100 %). 17,2 % усіх пацієнтів залишили програму ЗПТ протягом перших 6 місяців лікування, та 25,0% - протягом усіх 12 місяців. 14,6 % припинили свою участь у програмі моніторингу і оцінки протягом перших 6 місяців, та 20,4% - протягом усіх 12 місяців цієї програми. Вживання нелегальних опіатів зменшилось з 80% до 1% пацієнтів, які вживали ці речовини протягом останніх 30 днів за даними перших 6 місяців, і склало 5% через 12 місяців лікування. Також треба відзначити зниження показника вживання каннабісу (з 34% до 12%, з наступним підвищенням до 23% через 12 місяців), седативних препаратів (з 35% до 14% і 16% відповідно), барбітуратів (з 15% до 1% і до 5% відповідно), а надто вживання декількох психоактивних речовин (з 54% до 15%, а через 12 місяців – до 4%). Це підтверджує дані про те, що участь у програмах ЗПТ призводить не тільки до зниження вживання нелегальних опіатів, але є також ефективним шляхом значного зниження вживання інших психоактивних речовин. Відсоток пацієнтів з ВІЛ-позитивним статусом, які отримували антиретровірусну терапію, підвищився в середньому з 12 % на початку лікування до 23 % після 12 місяців. Нових випадків ВІЛ-інфекції виявлено не було. Частота проявів усіх психічних розладів, зменшувалася через 6 і 12 місяців перебування у програмах ЗПТ. Особливо це стосується депресії (з 55% до 21% через 12 місяців) та тривожних станів (з 62% до 33%) відповідно. Показники соціальної інтеграції також значно поліпшилися протягом 12 місяців участі в програмі ЗПТ: середня кількість днів трудової зайнятості пацієнтів збільшилася майже вдвічі протягом 12 місяців; середній прибуток від нелегальної діяльності значно знизився, відсоток пацієнтів, які були притягнуті до кримінальної відповідальності зменшився з 3,9 % до 0,3 % за даними перших 6 місяців і до 0,0% через 12 місяців.

Отримані результати дослідження свідчать, що успішне й адекватне впровадження ЗПТ опіоїдами в Україні можливе, а ризики відхилення від вимог можуть бути контрольовані. Підтверджено, що ЗПТ є високо ефективною програмою щодо зменшення вживання нелегальних наркотиків і проявів ризикованої поведінки, асоційованої з інфікуванням ВІЛ. ЗПТ значно поліпшує соматичне здоров'я пацієнтів. Також можна відзначити, що ЗПТ зменшує прояви кримінальної поведінки пацієнтів і сприяє їхній соціальній реінтеграції. Розширення програм ЗПТ можна рекомендувати як ефективний засіб у галузі охорони громадського здоров'я, особливо для контролю епідемії ВІЛ-інфекції.

6. Наслідки для здоров'я

Ін'єкційне споживання наркотиків було і залишається одним з рушійних факторів розвитку епідемії ВІЛ/СНІД в Україні. В Україні розвивається найтяжча епідемія ВІЛ/СНІДу в Європі та Співдружності Незалежних Держав²⁹. Хоча пропорція СНІД серед нових випадків ВІЛ щороку знижується, поширеність ВІЛ серед СНІД є значно вищою, ніж серед інших груп найвищого ризику. Водночас збільшення випадків передачі ВІЛ статевим шляхом, що реєструється, значною мірою може бути пов'язане з ризикованою сексуальною поведінкою СНІД, які є сексуально активною групою населення.

6.1. Інфекційні захворювання, пов'язані зі вживанням наркотиків

ВІЛ/СНІД та вірусні гепатити

Загальна ВІЛ/СНІД ситуація

З часу виявлення першого випадку ВІЛ-інфекції у 1987 році до 2009 року включно, в Україні офіційно зареєстровано 161119 випадків ВІЛ-інфекції серед громадян України, у тому числі 31 241 випадків захворювання на СНІД та 17791 випадків смерті від захворювань, зумовлених СНІДом.

У 2009 році в країні зареєстровано 19 840 нових випадків ВІЛ-інфекції (43,2 на 100 тис. населення). І, хоча, починаючи з 1999 року число зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції щорічно зростає, за період 2006–2009 років відмічається зниження темпу приросту даного показника: 16,8%, 10,5%, 7,6%, 5,7%, відповідно (рисунок 6.1.1).

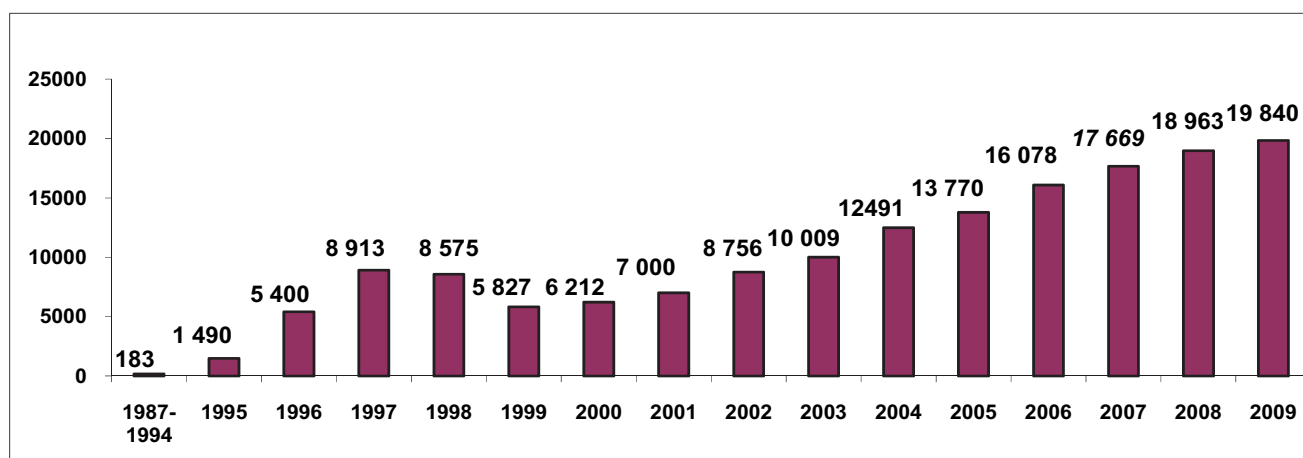


Рисунок 6.1.1. Динаміка офіційно зареєстрованих нових випадків ВІЛ-інфекції серед громадян України по роках за період 1987-2009 рр.

Необхідно зауважити, що й кількість тестувань на ВІЛ в Україні в 2009 році порівняно з 2008 роком збільшилася на 136 тисяч (на 4,2%), у т.ч. майже на 146 тисяч (на 13,0%) збільшилася кількість тестувань за рахунок місцевих бюджетів. В умовах концентрованої стадії епідемії кількість лабораторно виявлених випадків ВІЛ-інфекції напряму залежить від кількості тестувань.

Разом з тим, за результатами сероепідеміологічного моніторингу ВІЛ-інфікованих осіб в Україні, в 2009 році порівняно з попереднім, 2008 роком, інфікованість ВІЛ серед громадян України незначно, але знизилася – з 1,16% до 1,11%.

²⁹ Comprehensive External Evaluation of the National AIDS Response in Ukraine: Consolidated Report (English original, January 2009)

За критеріями Об'єднаної програми ООН з ВІЛ/СНІДу та Всесвітньої організації охорони здоров'я стан поширеності ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні класифікується як концентрована епідемія в окремих групах найвищого ризику інфікування.

Відповідно до Закону України № 1026-VI від 19.02.2009 передусім такими групами визначені:

- споживачі ін'єкційних наркотиків – 23,8%;
- особи, які надають сексуальні послуги за плату – 13,4%;
- чоловіки, які мають секс із чоловіками – 8,6%;
- засуджені – 15,0 %
- «діти вулиці» – від 10 до 27%.

З усіх офіційно зареєстрованих випадків ВІЛ серед громадян України з початку епідемії на 01.01.2010 року під диспансерним наглядом перебували 101 182 особи (220,9 на 100 000 населення), з них 11 827 – з діагнозом СНІД (25,8 на 100 000 населення).

Понад 77% серед ВІЛ-інфікованих громадян України складають особи репродуктивного та працездатного віку – 15–49 років. Разом з тим, в останні роки зменшується частка випадків захворювань на ВІЛ-інфекцію у віковій групі 15–24 роки серед усіх уперше зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції: у 2006 році – 16%, у 2007 – 15%, у 2008 – 13%, у 2009 році – 12%. Це також свідчить про деяку стабілізацію епідемічної ситуації з ВІЛ-інфекції в цілому через зміну поведінки молоді на менш ризиковану.

Основним шляхом передачі ВІЛ в Україні з 1995 до 2007 року був парентеральний шлях передачі, переважно при введенні наркотичних речовин ін'єкційним шляхом. Вперше, в 2008 році, починаючи з 1995 року, відбулася зміна питомої ваги шляхів передачі – частка парентерального шляху передачі стала нижче статевих. У 2009 році продовжувалося зростання частки осіб, які були інфіковані статевим шляхом, майже до 44% (рисунк 6.1.2.). Парентеральний шлях передачі складав 36%. Проте, епідемія ВІЛ-інфекції все ще залишається концентрованою у групах найбільшого ризику інфікування ВІЛ – споживачів ін'єкційних наркотиків та їх сексуальних партнерів.

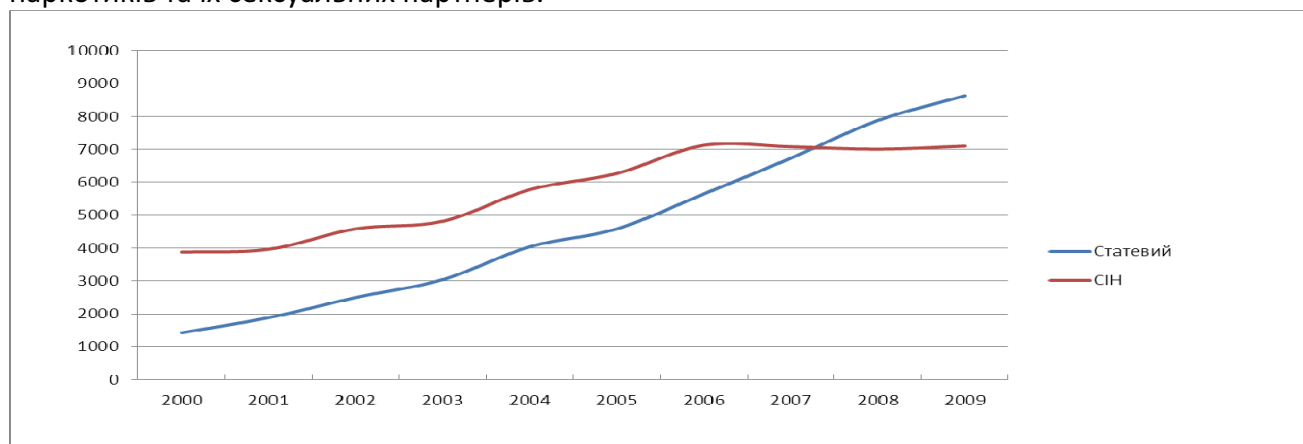
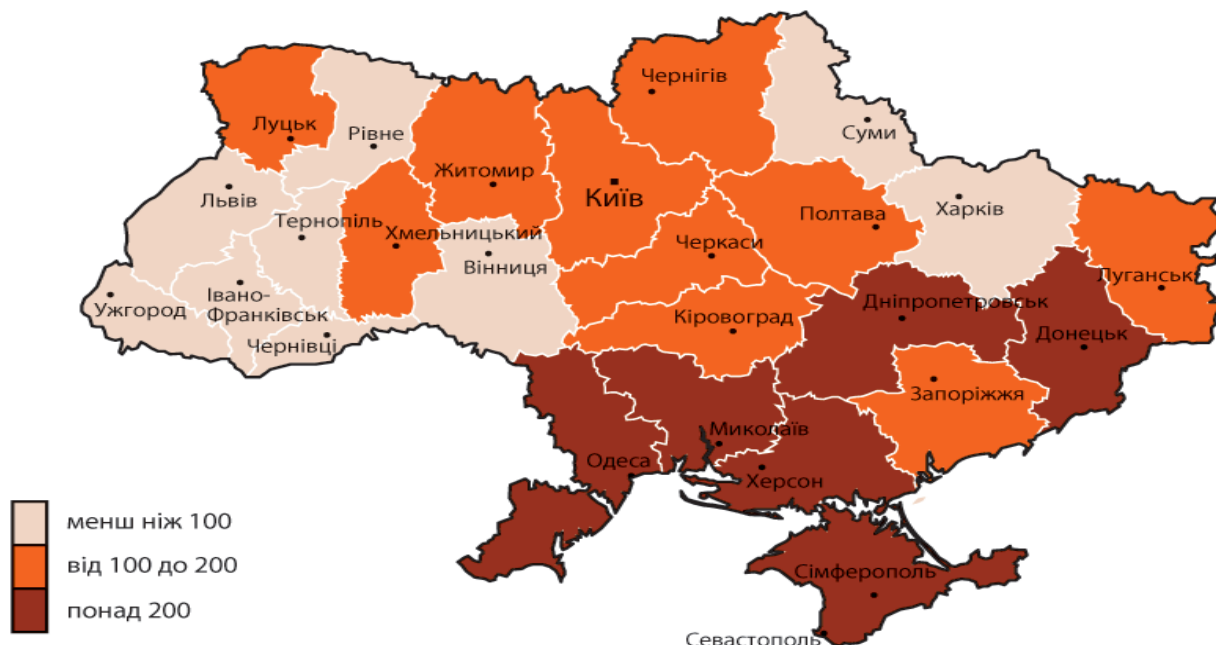


Рисунок 6.1.2. Зміна шляхів передачі ВІЛ-інфекції в Україні у 2000-2009 рр.

Існує значна різниця у поширеності ВІЛ-інфекції по регіонах України. Найбільш високі показники поширеності ВІЛ-інфекції за даними диспансерного обліку зареєстровано у південно-східних регіонах країни: у Дніпропетровській, Донецькій, Миколаївській, Одеській, Херсонській областях, містах Києві та Севастополі, а також АР Крим (512,7 – 223,7 на 100 тис. населення), де цей показник значно перевищує середній по країні, який на 01.01.2010 року складав 220,9 на 100 тис. населення (мапа 6.1.1).



Мапа 6.1.1. Поширеність ВІЛ-інфекції по регіонах України на 01.01.2010 (на 100 тис. населення).

Загальновизнаним є факт, що офіційні дані не відображають реальний масштаб епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні, зокрема дійсну кількість людей, інфікованих ВІЛ. Вони лише надають інформацію про осіб, які пройшли тестування на антитіла до ВІЛ, у яких була виявлена ВІЛ-інфекція, і які були внесені до офіційного національного реєстру випадків ВІЛ-інфекції. В реальності ж, інфікованими можуть бути значно більше українців, але вони необізнані щодо свого статусу.

Оновлені оцінки щодо ВІЛ/СНІД в Україні засвідчують, що на початок 2010 року в Україні мешкало 360 тисяч людей, віком від 15 років і старше, інфікованих ВІЛ³⁰. Ці дані відрізняються від даних офіційної статистики щодо кількості осіб, які живуть з ВІЛ/СНІД і перебувають під диспансерним наглядом у спеціалізованих закладах охорони здоров'я (101 182 особи) на початок 2010 року. Відмінність між цими показниками свідчить, що лише 28%, або кожний четвертий з людей, які живуть з ВІЛ в Україні, пройшов тест на ВІЛ і знає свій ВІЛ-позитивний статус.

Необхідно зважити й на те, що в останні роки відмічається все більша кількість ВІЛ-інфікованих осіб, виявлених через наявність клінічних показань. За результатами сероепідеміологічного моніторингу³¹, у 2009 році майже 22% від усіх позитивних результатів було виявлено серед осіб, обстежених за клінічними показаннями. А з 4 437 випадків СНІДу, зареєстрованих у 2009 році, 2 182 або 49% вперше взято під нагляд вже із розвинутою стадією ВІЛ-інфекції, тобто зі СНІДом.

Кількість хворих на СНІД в Україні збільшувалась кожного року, аж до рекордної межі – 4 723 випадки в 2006 році. Внаслідок впровадження широкомасштабної антиретровірусної терапії, вперше у 2007 році, в країні було відмічено незначне зниження кількості хворих на СНІД. І хоча, протягом останніх трьох років, 2007–2009, кількість людей, у яких діагностовано СНІД, реєструється приблизно на одному рівні: 4573, 4380 та 4437 (в показниках на 100 тисяч населення: 9,8; 9,5; 9,7), СНІД залишається серйозним викликом системі охорони здоров'я України. Протягом усього періоду епідеміологічного нагляду за ВІЛ-інфекцією в Україні спостерігалось збільшення числа осіб, які померли від захворювань, зумовлених СНІДом. Вперше, в 2009 році порівняно з попереднім роком, зменшилася кількість випадків смерті від СНІДу з 2 710 до 2 591 (в показниках на 100 тисяч населення з 5,8 до 5,6, тобто на 2,6%), що є першим вагомих доказом позитивного впливу широкомасштабного впровадження антиретровірусної терапії (АРТ) в Україні (рисунки 6.1.3).

³⁰ МОЗ України (2010), Національний звіт з виконання рішень Декларації про відданість справі боротьби з ВІЛ/СНІДом: Звітний період – січень 2008 р. – грудень 2009 р.

³¹ Сероепідеміологічний моніторинг – відображає кількість обстежень на ВІЛ і кількість виявлених ВІЛ-інфікованих за даними лабораторій, що здійснюють діагностичні дослідження.

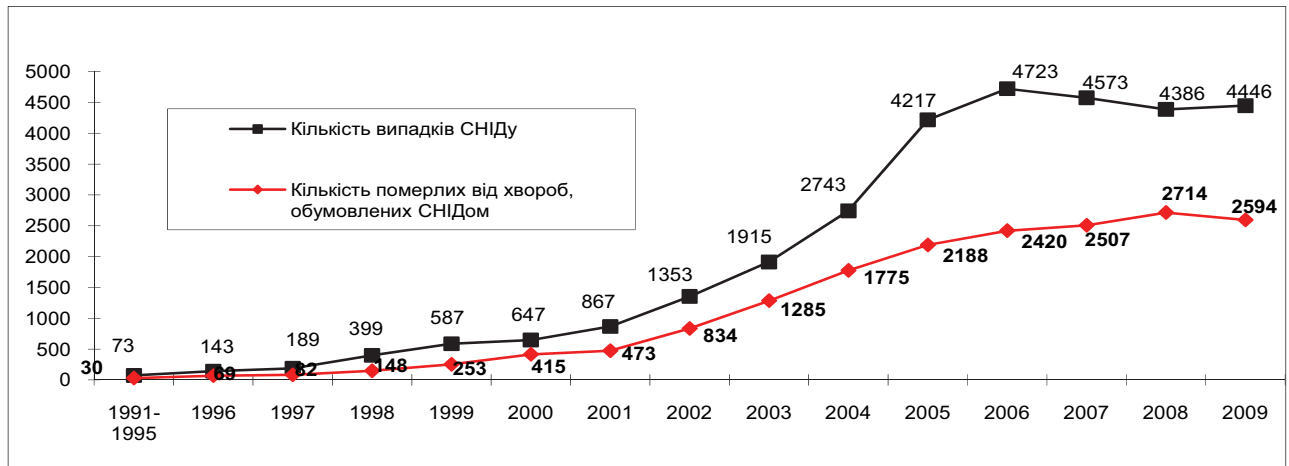


Рисунок 6.1.3. Кількість нових випадків СНІДу та померлих від хвороб, обумовлених СНІДом, серед громадян України в 1991-2009 рр.

Проте, темпи поширення доступу до антиретровірусної терапії в Україні поки що залишаються невисокими. За останніми оцінками, у 2009 році понад 23 тисячі пацієнтів потребували лікування антиретровірусними препаратами, а отримували – 15 871. Лікування ВІЛ-інфекції СНІДу досі є високо вартісним³².

ВІЛ/СНІД серед споживачів ін'єкційних наркотиків

З 1999 по 2006 рік відбувалось збільшення абсолютної кількості СН серед нових випадків ВІЛ-інфекції при щорічному зменшенні частки СН серед загальної кількості нових випадків ВІЛ-інфекції. В останні ж чотири роки, 2006–2009рр., реєструється майже однакова абсолютна кількість зареєстрованих нових випадків ВІЛ-інфекції серед споживачів ін'єкційних наркотиків при тому, що тенденція до зменшення частки СН зберігається (рисунок 6.1.4). Дана динаміка може свідчити про перші ознаки впливу профілактичних програм серед цієї уразливої групи.

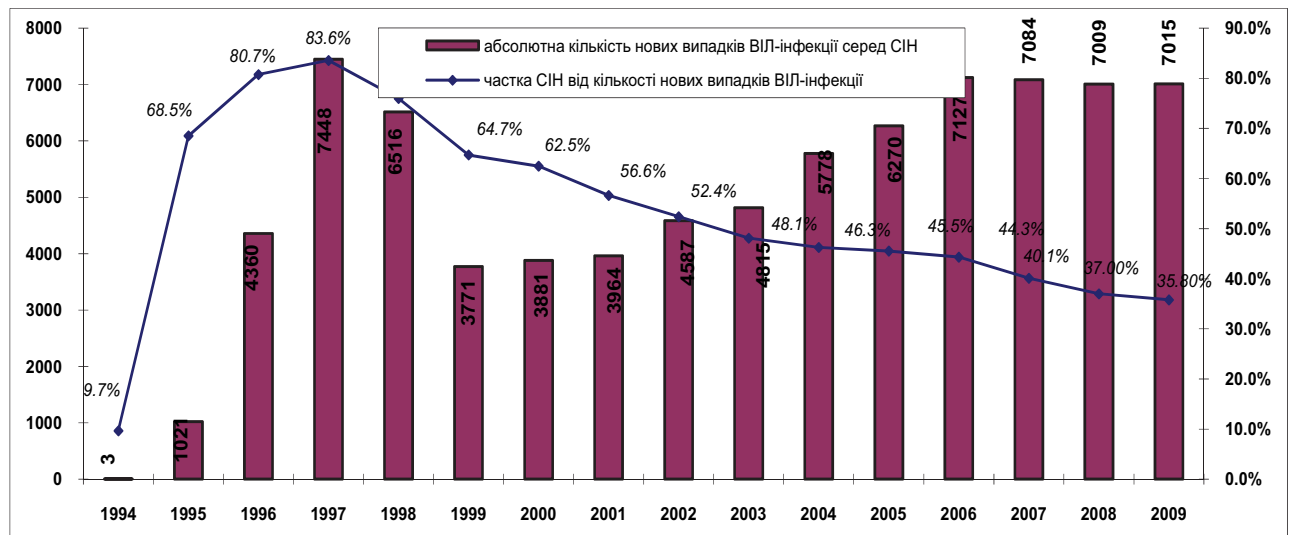


Рисунок 6.1. 4. Офіційно зареєстровані випадки ВІЛ-інфекції серед СН по роках.

Обмеженням залишається рівень лікування активних споживачів ін'єкційних наркотиків (за даними у 2009 році лише 7,5% від кількості усіх, хто отримує АРТ) у зв'язку з недостатньою доступністю замісної підтримувальної терапії, а відтак з проблемою формування прихильності до АРТ.

³² МОЗ України (2010), Національний звіт з виконання рішень Декларації про відданість справі боротьби з ВІЛ/СНІДом: Звітний період – січень 2008 р. – грудень 2009 р.

Розповсюдженість вірусних гепатитів В та С

Офіційної статистики кількості хворих на хронічні вірусні гепатити В та С в Україні немає.

За оціночними розрахунками Лабораторії епідеміології парентеральних вірусних гепатитів та ВІЛ-інфекції ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Громашевського АМН України» кумулятивні показники кількості хронічно інфікованих вірусами гепатитів в Україні в 2007 р. склали близько 264 тис. осіб, в тому числі вірусом гепатиту В — 95-106 тис. (204-227_{0/0000}), вірусом гепатиту С — 158-168 тис. (340-360_{0/0000}). Оціночні показники первинної захворюваності на хронічний гепатит С в Україні могли складати у 2007 р. 33-36_{0/0000} (15,5-16,6 тис. хворих).

Показники частоти виявлення актуальних маркерів інфікування вірусом гепатиту В та вірусом гепатиту С серед «здорової популяції», в першу чергу донорів крові, прийнято розглядати як критерій оцінки поширення інфекції в цілому (так званий «епідеміологічний фон»).

Таблиця 6.1.1.

Частота виявлення серологічних маркерів гепатитів В та С під час обстеження здорових осіб (%)³³

Групи обстежених (n)	Виявлення маркерів інфікування HCV (анти-ВГС)	Виявлення маркерів інфікування HCV+HBV (анти-ВГС+HbsAg та/або анти-HBc)	Виявлення маркерів інфікування HBV (HbsAg)
донори крові (1186)	1,3	0,3	0,9
кадрові донори (425)	0,7	0	0,7
первісні донори (360)	1,9	0,6	0,8
донори-військові (401)	1,5	0,5	1,3
вагітні (900)	3,1	2,4	1,1
профілактичні обстеження (383)	7,1	3,4	3,1

Серед ВІЛ-інфікованих майже 84% мають ко-інфекцію гепатит С, серед ВІЛ-інфікованих споживачів ін'єкційних наркотиків — 94,8% мають коінфекцію гепатит С, серед споживачів ін'єкційних наркотиків — 61,5% хворі на гепатит С³⁴.

Результати дослідження «Моніторинг поведінки та поширеність ВІЛ-інфекції», проведеного в 2009 році, показують, що про наявність гепатиту В протягом останніх 12 місяців повідомили 5,5% респондентів та 8,1% повідомили про наявність гепатиту С серед споживачів ін'єкційних наркотиків, які брали участь в дослідженні (дивись главу 4 «Проблемне вживання наркотиків»).

Захворювання, що передаються статевим шляхом та туберкульоз

Захворювання, що передаються статевим шляхом

Офіційні статистичні дані поширеності інфекцій, що передаються статевим шляхом серед споживачів наркотиків, відсутні. Захворюваність серед всього населення України в 2009 році склала: на сифіліс — 20,0 на 100 тисяч населення, на гонококову інфекцію — 23,9 на 100 тисяч населення, на трихомоніаз — 215,4 на 100 тисяч населення³⁵.

Результати дослідження «Моніторинг поведінки та поширеність ВІЛ-інфекції», проведеного в 2009 році, показують, що протягом останніх 12 місяців 4% споживачів ін'єкційних наркотиків хворіли на гонорею, 2,3% - на генітальний герпес, 2,3% - на хламідіоз, 1,5% - на сифіліс, 2% - на трихомоніаз (дивись главу 4 «Проблемне вживання наркотиків»).

³³ Дані лабораторії епідеміології парентеральних вірусних гепатитів та ВІЛ-інфекції ДУ "Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В.Громашевського АМН України", 2007 рік.

³⁴ Мороз Л., Боброва А., Сергеева Т. та ін. (2009), Гепатит С в Україні: невизнана епідемія: Правовий, медичний та соціальний аналіз: [Електронний ресурс] // http://hepatit.org.ua/wp-content/uploads/2010/02/HCV_UA_report-2009.pdf.

³⁵ Дані центру медичної статистики МОЗ України.

Ситуація і проблеми туберкульозу в Україні

Основні епідемічні показники туберкульозу почали погіршуватися в Україні з початку 90-х років ХХ століття, а у 1995 році зареєстрована епідемія. Протягом останніх десяти років захворюваність на туберкульоз зростала з 54,4% на 100 тис. населення в 1999 році до 84,1% на 100 тис. населення в 2005 році. Після впровадження адаптованої ДОТС стратегії в 2005 році, захворюваність на туберкульоз почала зменшуватися і становила 72,7% на 100 тис. населення в 2009 році (вперше захворіло 33424 особи).



Мапа 6.1.2. Захворюваність населення України на активний туберкульоз за 2009 рік.

Близько 86% хворих на туберкульоз у 2009 році складали особи працездатного і репродуктивного віку. Із усіх вперше виявлених непрацюючі працездатного віку склали 53,1%, 13,3% - пенсіонери, 1,9% - студенти та учні; 1,7% - медичні працівники, 1,5% - особи без постійного місця проживання; 0,5% - особи, які повернулися з місць позбавлення волі; 8,2% - інші (мігранти, хворі на алкогольні та наркотичні захворювання тощо).

Серед вперше захворілих спостерігається високий рівень первинної хіміорезистентності [Крофтон 1998; 1997]. За оцінками ВООЗ в Україні у 16% хворих з новими випадками туберкульозу виявляється мультирезистентна форма захворювання³⁶. На території України від 15% до 30% вперше виявлених хворих на туберкульоз інфікуються збудником туберкульозу, стійким до антимікобактеріальних препаратів. Вибіркове визначення первинної мультирезистентності за рекомендаціями ВООЗ і IUATLD³⁷ встановлено у 4-48% нових випадків туберкульозу [Журило, Барбова, Трофімова, 2005]. У хворих з повторним лікуванням частота мультирезистентності перевищує 50%. Україна відноситься до 27 країн світу, в яких зосереджено 85% всього тягара мультирезистентного туберкульозу та посідає четверте місце в світі за поширеністю мультирезистентного туберкульозу серед хворих з новими випадками захворювання.

Показник поширеності всіх форм активного туберкульозу зростав з 1990 року, а потім різко знизився в 2003 році з 295,9 на 100 тис. населення до 182,7 в 2009 році (в абсолютних числах відповідно з 141405 до 83990 осіб), що зумовлене зміною та скороченням термінів диспансерного нагляду за хворими³⁸.

³⁶ МОЗ України (2010), Туберкульоз в Україні: Аналітично – статистичний довідник за 1998 – 2009 роки.

³⁷ IUATLD- Міжнародний союз проти туберкульозу та легеневих захворювань.

³⁸ МОЗ України (2006). Про затвердження Протоколу надання медичної допомоги хворим на туберкульоз: Наказ від 09.06. №384.

Розповсюдженість туберкульозу в поєднанні з ВІЛ/СНІДом

За останні роки спостерігається стрімке зростання хворих на туберкульоз з поєднаною ВІЛ-інфекцією/СНІДом. Так, у 2009 році показник захворюваності на поєднану інфекцію становив 7,4 випадків на 100 тис. населення, що перевищувало в 2,2 рази показник 2005 року (3,3 на 100 тис. населення). В 2009 році в абсолютних числах виявлено 3380 хворих з ВІЛ-асоційованим туберкульозом, або 10,1% (кожний десятий) від загальної кількості нових випадків (15). Однією з причин невдалого лікування хворих на туберкульоз і ВІЛ – асоційованого туберкульозу є розвиток побічної дії специфічних ліків, які тривалий час і у великій кількості застосовуються для лікування туберкульозу і ВІЛ - інфекції. Частота побічної дії лікування, особливо в інтенсивній фазі, у ВІЛ-інфікованих досить висока. Так, у хворих тільки на туберкульоз непереносимість антимікобактеріальних препаратів, що вимагало зміни схем лікування, спостерігалась у 16 - 18% хворих, а у осіб, які лікували поєднані захворювання, побічна дія ліків спостерігалась у 54% випадків [Кросс, Камарулзаман, 2006].

Туберкульоз серед споживачів наркотиків

Офіційної статистики щодо поширеності туберкульозу серед наркозалежних осіб немає. Результати дослідження «Моніторинг поведінки та поширеність ВІЛ-інфекції», проведеного в 2009 році, показують рівень розповсюдження туберкульозу серед споживачів ін'єкційних наркотиків у 5,8% (дивись главу 4. «Проблемне вживання наркотиків»).

Смертність від туберкульозу

Показник смертності від усіх клінічних форм туберкульозу за 1999 – 2009 роки максимально збільшився у 2005 році до 25,3 на 100 тис. населення, потім поступово зменшувався, і становив у 2009 році 18,2 на 100 тис. населення (рисунок 6.1.5).

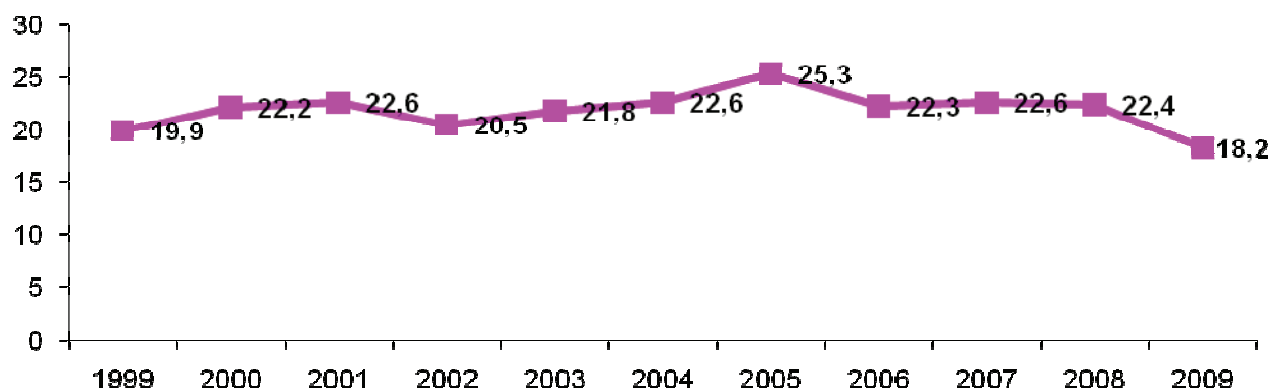


Рисунок 6.1.5. Смертність від усіх форм туберкульозу³⁹.

Серед всіх померлих в 2009 році у 8,8% туберкульоз був встановлений посмертно; 15,6% знаходилися на диспансерному обліку менше року; 32,6% померли вдома. Це свідчить про несвоєчасне виявлення занедбаних розповсюджених форм туберкульозу, низьку якість лікування та недостатні протиепідемічні заходи.

З року в рік спостерігається зростання показника смертності від ВІЛ-асоційованого туберкульозу. Так, показник померлих хворих на туберкульоз від хвороби, зумовленої вірусом імунодефіциту людини (СНІД) збільшився з 0,1 на 100 тис. в 1999 році до 2,0 на 100 тис. в 2004 році і до 5,5 у 2009 році. Серед усіх 5864 померлих ВІЛ – інфікованих у 2539 (43,3%) причиною смерті був туберкульоз.

³⁹ За даними Державного Комітету статистики України.

6.2. Смертність серед споживачів наркотиків та смертність від вживання наркотиків

В Україні не існує чіткої налагодженої системи збору даних про смертність серед споживачів наркотиків. Офіційні дані Державного комітету статистики України щодо кількості померлих не можуть в повній мірі описати ситуацію (таблиця 6.2.1).

Таблиця 6.2.1.

Кількість померлих за причинами смерті по Україні за 2005-2008 роки

Причина смерті(код МКХ-10)	2005	2006	2007	2008
F11 опіоїди ⁴⁰	185	233	191	173
F12 каннабіоїди	-	-	-	-
F13 седативні або снодійні речовини	-	1	-	-
F14 кокаїн	-	-	-	-
F15 стимулятори	3	2	1	1
F16 галюциногени	-	-	1	-
F18 леткі розчинники	-	-	-	-
F19 поєднане вживання кількох речовин	61	60	26	37

Передозування та отруєння наркотиками

Дані щодо кількості не смертельних передозувань відсутні.

Системи збору інформації з відділень швидкої та невідкладної допомоги, відділень первинної медико-санітарної допомоги, токсикологічних відділень щодо отруєнь та передозувань психоактивними речовинами в країні досі не налагоджено. Кількість випадків смерті внаслідок отруєнь психоактивними речовинами наведена в таблиці 6.2.2.

Таблиця 6.2.2.

Кількість померлих внаслідок отруєнь в 2005-2008 рр. (Державний комітет статистики України, 2010р.)

Причина смерті (код МКХ-10)	2005	2006	2007	2008
X41 ⁴¹	15	11	12	11
X42 ⁴²	130	138	140	90
X44 ⁴³	30	32	27	26
X61 ⁴⁴	15	14	21	23
X62 ⁴⁵	3	1	5	4
X64 ⁴⁶	38	31	39	34
Y11 ⁴⁷	14	11	18	15
Y12 ⁴⁸	28	21	29	23
Y14 ⁴⁹	15	35	15	26

⁴⁰ F11-F19 –коди (за МКХ-10) психічних і поведінкових розладів внаслідок уживання психоактивних речовин.

⁴¹ Випадкове отруєння та дія протисудомних, седативних, снодійних, протипаркінсонічних та психотропних засобів, не класифікованих в інших рубриках.

⁴² Випадкове отруєння та дія наркотиків та психодизлептиків (галюциногенів), не класифікованих в інших рубриках.

⁴³ Випадкове отруєння та дія інших та не уточнених лікарських засобів, медикаментів та біологічних субстанцій.

⁴⁴ Навмисне самоотруєння та дія протисудомних, седативних, снодійних, протипаркінсонічних та психотропних засобів, не класифікованих в інших рубриках.

⁴⁵ Навмисне самоотруєння та дія наркотиків та психодизлептиків (галюциногенів), не класифіковані в інших рубриках.

⁴⁶ Навмисне самоотруєння і дія інших та не уточнених лікарських засобів, медикаментів та біологічних субстанцій.

⁴⁷ Отруєння (вплив) протисудомними, седативними, снодійними, протипаркінсонічними та психотропними засобами, не класифікованими в інших рубриках, намір невизначений.

⁴⁸ Отруєння (вплив) наркотиками та психодизлептиками (галюциногенами), не класифікованими в інших рубриках, намір невизначений.

⁴⁹ Отруєння (вплив) іншими та не уточненими лікувальними засобами, медикаментами та біологічними субстанціями, намір невизначений.

7. Відповідь стосовно наслідків для здоров'я

В Україні профілактика інфекційних захворювань серед споживачів наркотиків та інших наслідків для здоров'я, пов'язаних зі вживанням наркотиків, діє в рамках стратегії зменшення шкоди.

Програми зменшення шкоди відносяться до комплексу науково – обґрунтованих заходів, спрямованих на зменшення ризику передачі інфекцій, що передаються через кров, та наслідків цих захворювань внаслідок вживання наркотиків, передусім ін'єкційним шляхом.

Профілактичні послуги, зокрема послуги зі зменшення шкоди, надаються низькопороговими службами по роботі зі споживачами наркотиків, неурядовими організаціями, фахівцями мобільних клінік тощо. Діагностика та лікування інфекційних захворювань, пов'язаних зі вживанням наркотиків (антиретровірусна терапія, лікування інфекцій, що передаються статевим шляхом, туберкульозу, вірусних гепатитів) входить до компетенції відповідних лікувально-профілактичних закладів.

7.1. Профілактика невідкладних станів у зв'язку зі вживанням наркотиків

Профілактичні дії щодо нещасних випадків, передозувань та зниження смертності від вживання наркотиків реалізуються в рамках окремих проектів/програм або під час надання профілактичних послуг службами «низького порогу».

На сьогодні в країні немає національної програми дій, спрямованої на зменшення смертності від вживання наркотиків, яка б включала систематичні профілактичні заходи в рекреаційному оточенні, серед дітей вулиці, підлітків групи ризику, відсутні методичні рекомендації щодо форм та методів профілактики, схеми збору інформації, моніторингу та оцінки.

7.2. Профілактика та лікування інфекційних хвороб, пов'язаних зі вживанням наркотиків

В країні ціла низка неурядових організацій здійснює профілактичні проекти в рамках зменшення шкоди, що ґрунтуються на рекомендаціях ВООЗ, ЮНЕЙДС і Ради Європи. Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні реалізує найбільші програми протидії епідемії – «Подолання епідемії ВІЛ/СНІД в Україні» та «Підтримка з метою запобігання ВІЛ/СНІД, лікування і догляд для найуразливіших верств населення в Україні» (за фінансової підтримки Глобального Фонду боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією, 2004 – 31.03.2009 та 2007 – 2012 рр.).

В 2009 році були затверджені Стандарти надання соціальних послуг представникам груп ризику⁵⁰, Стандарти та Методичні рекомендації щодо надання соціальних послуг із супроводу клієнтів з потрібним діагнозом (ВІЛ-інфекція, туберкульоз, залежність від наркотичних речовин) та підтримки людей, які живуть з ВІЛ/СНІД і знаходяться в місцях позбавлення волі. Організації, діяльність яких відповідає прийнятим Стандартам, можуть претендувати на фінансування з міських та обласних бюджетів (31).

Профілактика інфекційних хвороб, пов'язаних зі вживанням наркотиків

Національні експертні групи розробили базові пакети послуг для профілактики ВІЛ серед уразливих груп населення, рекомендовані ВООЗ. Такий пакет послуг включає розповсюдження стерильних шприців, інформаційних матеріалів, добровільне консультування та тестування (ДКТ) на ВІЛ, у тому числі й з використанням експрес-тестів, видачу презервативів, лікування ІПСШ, перенаправлення

⁵⁰ Спільний наказ Мінсім'ямолодьспорт, МОЗ та Мінпраці "Про затвердження стандартів соціальних послуг представникам груп ризику": Стандарт соціальних послуг з соціально-психологічного супроводу осіб, які отримують замісну підтримувальну терапію агоністами опіоїдів; Стандарт соціальних послуг із супроводу клієнтів з потрібним діагнозом: ВІЛ-інфекція, туберкульоз, залежність від наркотичних речовин; Стандарт соціальних послуг з профілактики серед осіб з високим ризиком інфікування ВІЛ статевим шляхом; Стандарт соціальних послуг з догляду і підтримки для людей, які живуть з ВІЛ/СНІД.

(в разі потреби) до працівників соціальних служб та медичних фахівців, спрямування наркозалежних до програм замісної терапії. Цей спектр послуг надається в усіх 27 адміністративних територіях України. Відсоток СІН, яких охоплено профілактичними програмами у 2009 році, склав – 32%⁵¹.

В рамках стратегії зменшення шкоди працюють спеціалізовані служби соціально-профілактичної роботи серед СІН (на початок 2010 року їх налічується – 222), більшість з яких розташовані в лікарнях, поліклініках та наркодиспансерах. Стандарти практики визначають обсяг профілактичних послуг для осіб з «груп ризику», в тому числі зі «зменшення шкоди». Метою діяльності Служб є здійснення соціально-профілактичної роботи, яка спрямована на профілактику ВІЛ-інфекції та інфекцій, що передаються статевим шляхом, інших хвороб, обумовлених вживанням наркотиків, переадресація до профільних спеціалістів у випадках, коли є потреба у вузькоспеціалізованих медичних, юридичних чи інших консультаціях, обмін використаних шприців тощо. У 2009 році по допомогу до служб соціально-профілактичної роботи серед СІН звернулося 34 тисячі осіб⁵². Протягом 2009 року клієнтами Служб здано 1080377 шприців, видано 1096954 шприца, а також видано більше 650 тис. дезінфікуючих засобів.

Охоплення СІН програмами зі зменшення шкоди відбувається також через мережу аптек (їх нараховується – 108 у 12 регіонах України). Проект «Профілактика ВІЛ-інфекції серед споживачів ін'єкційних наркотиків через аптечну мережу» має на меті розширення доступу до послуг з профілактики ВІЛ-інфекції та ІПСШ. Клієнтам програми (СІН, у яких є картка програми «зменшення шкоди») безкоштовно видають шприці, спиртові серветки, презервативи, спеціалізовані інформаційні матеріали, проводяться консультації, в окремих аптеках налагоджено обмін шприців.

Консультації та тестування

Скринінг на ВІЛ-інфекцію здійснюється шляхом консультації та тестування на ВІЛ серед СІН на засадах добровільності та усвідомленої згоди в наркологічних диспансерах, кабінетах «Довіра» (у 2007 році їх налічувалося 214, у 2009 році їх мережа зростає до 737), центрах боротьби з ВІЛ/СНІДом, лікувально-профілактичних закладах. У 2009 року наказом МОЗ України нормативно врегульовано використання швидких тестів (32).

Протягом 2009 року відсоток СІН, які пройшли тестування на ВІЛ протягом останніх 12 місяців та знають свої результати склав 26%⁵³. У 2007 році цей показник складав 29%. Незважаючи на зниження національного показника порівняно з 2007 роком дані програмного моніторингу свідчать про збільшення охоплення СІН тестуванням на ВІЛ з використанням швидких тестів. Протягом року в рамках проектів, підтриманих ГФ, швидкими тестами на ВІЛ-інфекцію було протестовано 129 955 осіб з числа груп, найбільш уразливих до ВІЛ. Спостерігається тенденція до збільшення охоплення СІН ДКТ з 4% у 2007 р., до 17% у 2008 р., та 24% у 2009 р⁵⁴.

Відбувається розширення тестувань швидкими тестами на виявлення інфекцій, що передаються статевим шляхом (ІПСШ): гонорею, сифіліс та хламідіоз. В 2009 році проведено 98 880 скринінг-

⁵¹ Національний звіт з виконання рішень декларації про відданість справі боротьби з віл/снідом україна /звітний період: січень 2008 р. – грудень 2009 р.

⁵² <http://www.aidsalliance.org.ua/>

⁵³ Показник розраховувався, базуючись на результатах опитування СІН в 30 територіальних одиницях в 2008 та 2009 рр. в рамках інтегрованих біо-поведінкових досліджень "Моніторинг поведінки та поширеність ВІЛ-інфекції серед СІН, як компонент епідагляду за ВІЛ другого покоління" 2008 та 2009 рр. Дослідження проводилось Українським інститутом соціальних досліджень ім. О.О. Яременка (2009) та Центром соціальних та маркетингових досліджень "Соціс" (2008) у співпраці з Українським центром профілактики та боротьби зі СНІДом МОЗ України та НУО, за фінансової підтримки МБФ "Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні" в рамках реалізації програм "Подолання епідемії ВІЛ/СНІД в Україні" та "Підтримка профілактики ВІЛ та СНІД, лікування та догляд для найуразливіших верств населення в Україні", підтриманих Глобальним Фондом для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією. Вибірка досліджень склала 6460 осіб. Для відбору респондентів використовувалася методика RDS. Розрахунок показника відбувався в SPSS за допомогою вагів, побудованих за віком, експортованих з RDSAT.

⁵⁴ За даними бази даних SurEx, наданими МБФ "Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні".

тестувань на ІПСШ серед представників груп ризику (в 2008 – початок 2009 року проведено 72 103 тестування)⁵⁵.

Забезпечення доступу до лікувально-профілактичних послуг можливе за рахунок мобільних амбулаторій, яких на початок 2010 року в 12 регіонах України нараховувалося 14⁵⁶. Діяльність мобільних клінік представлена у формі профілактичних послуг, скрінінг-тестувань з використанням експрес-тестів, надання консультативної допомоги дерматовенерологічний огляд, цільове направлення до лікувальної установи для подальшої діагностики і лікування препаратами, психологічна допомога.

Лікування інфекційних хвороб, пов'язаних зі вживанням наркотиків

Антиретровірусна терапія призначається ВІЛ-позитивним споживачам ін'єкційних наркотиків на підставі загальних рекомендацій про призначення антиретровірусної терапії для ВІЛ-позитивних пацієнтів, відповідно до клінічного протоколу АРТ ВІЛ-інфекції у дорослих та підлітків та відповідно до Стандарту лікування ВІЛ-позитивних людей, які є споживачами ін'єкційних наркотиків. Станом на 01.04.2010 лікування отримували 17122 ВІЛ позитивних хворих, з яких 15 468 – за кошти державного бюджету, 1654 – за кошти ГФ.

Станом на 01.01.2010 року 5 078 пацієнтів у 102 лікувально-профілактичних закладах 26 регіонів України отримували ЗПТ. З них 2 219 – інфіковані ВІЛ, 538 – отримують АРТ (дивись главу 5. «Лікування у зв'язку з наркотиками»). Обмеженням залишається рівень лікування активних СІН (за даними, у 2009 році лише 7,5% від кількості усіх, хто отримує АРТ) у зв'язку з недостатньою доступністю замісної підтримувальної терапії, а відтак – з проблемою формування прихильності до АРТ⁵⁷. В рамках програми ГФ було розпочато 7 322 курсів лікування ІПСШ.

Процедура діагностування та лікування вірусного гепатиту С передбачена Клінічним протоколом надання медичної допомоги хворим на хронічні гепатити, який був затверджений наказом МОЗ від 13.06.2005 №271. Методи діагностики вірусного гепатиту С (ВГС) в Україні відповідають світовим стандартам і складаються з аналізу на антитіла до ВГС і ПЛР. В кожному регіоні України можна здати аналіз на антитіла до ВГС та практично в кожному регіоні можна здати кров у комерційну лабораторію на ПЛР-діагностику. Фізично аналізи доступні для населення України. Аналіз на антитіла до ВГС є фінансово доступний для населення України (особливо, коли аналіз здається в державному медичному закладі і є безкоштовним чи недорогим), проте ПЛР-діагностика та набір аналізів, необхідних для початку лікування чи під час лікування, є досить фінансово затратними і недоступними з фінансових причин для більшості жителів України.

В Україні діє успадкована від колишнього Радянського Союзу державна централізована система надання спеціалізованої медичної допомоги хворим на туберкульоз. В країні функціонують бюджетні державні протитуберкульозні заклади, головним з яких є мережа протитуберкульозних диспансерів на рівні областей, міст та районів. З 1990 по 2009 років скоротилась кількість диспансерів з 185 до 115 (зменшилось на 70 закладів, або на 30%); відповідно кількість ліжок в протитуберкульозних закладах скорочено з 35800 до 23161 ліжка (зменшено на 12639 ліжок, або на 35,5%); кількість лікарів скоротилася з 4305 до 2824 (на 1481 лікаря, або на 34,4%) з одночасним їх постарінням та дефіцитом в наслідок низької заробітної платні і незадовільних умов праці.

Діагностика і лікування хворих на туберкульоз безкоштовні і загальнодоступні на всій території України⁵⁸. Наказами МОЗ України впроваджена адаптована до національних умов ДОТС стратегія⁵⁹.

⁵⁵ Значення національних показників моніторингу й оцінки ефективності заходів, що забезпечують контроль стану епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу.

⁵⁶ Узагальнений звіт МБФ "Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні" щодо виконання проекту "Підтримка профілактики ВІЛ/СНІДу, лікування та догляду для найуразливіших груп населення України" за підтримки Глобального фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією за період січень – червень 2010.

⁵⁷ Національний звіт з виконання рішень декларації про відданість справі боротьби з ВІЛ/СНІДОМ Україна /Звітний період: січень 2008 р. – грудень 2009 р.

⁵⁸ Закон України (2007). Про затвердження Загальнодержавної програми протидії захворюванню на туберкульоз у 2007-2011р.: від 08.02. №648-V.

затверджені Стандарти та Протоколи діагностики і лікування хворих на туберкульоз, в тому числі, і ВІЛ-асоційованого⁶⁰, впроваджені нові звітні і облікові форми, які відповідають вимогам ВООЗ⁶¹; створені мережа лабораторій і референс – центр з мікробіологічної діагностики туберкульозу МОЗ України для здійснення організаційно-методичних заходів та контролю якості бактеріологічної діагностики мікробіологічних лабораторій проти туберкульозних закладів на всій території України⁶².

Слід відмітити ряд причин, які негативно впливають на взаємодію фтизіатричної служби та центрів СНІДу щодо діагностики та лікування обох захворювань, а саме: відсутність відпрацьованих методик обстеження вразливих контингентів на ВІЛ- інфекцію та туберкульоз; недостатні знання інфекціоністів з питань туберкульозу і фтизіатрів з питань ВІЛ - інфекції; недостатність сучасних швидких тестів діагностики туберкульозу і визначення мультирезистентних форм; несвоєчасна діагностика туберкульозу у ВІЛ інфікованих (особливо поза легеневих і генералізованих форм); дефіцит антиретровірусних препаратів, що закуповуються централізовано; не повне охоплення хворих на туберкульоз добровільним тестування; низька ефективність лікування туберкульозу та дострокове його припинення; дефіцит спеціалістів з поза легеневого туберкульозу, який в 3 рази частіше діагностується у ВІЛ - інфікованих хворих; обмежена освітня робота серед населення і пацієнтів щодо профілактики, діагностики і лікування ВІЛ - інфікованих і туберкульозу.

7.3. Інтервенції щодо інших наслідків для здоров'я

В рамках проекту ГФ було створено центри надання інтегрованих послуг для пацієнтів з потрійним діагнозом ЛЖВ/ТБ/СНІ. Впровадження інтегрованої допомоги стало новим кроком на шляху організації сучасного науково обґрунтованого комплексного лікування СНІ.

В 2009 році інтегровані послуги надавалися на базі лікувально-профілактичних закладів в 6 регіонах України (Симферополь, Луганск, Чернівці, Одеса, Хмельницький, Павлоград)⁶³.

Особливістю центрів інтегрованої допомоги є можливість отримати кваліфіковану медичну допомогу не лише з питань наркозалежності, а й практично з усіх медичних проблем. До основних завдань центрів інтегрованої допомоги входить: інформування, ЗПТ, послуги зменшення шкоди, діагностування та лікування ВІЛ/СНІД, гепатитів, туберкульоза, психічних розладів; комплекс медичних, психологічних та соціальних послуг (дивись главу 5. «Лікування у зв'язку з наркотиками»).

Закон України (2001). Про боротьбу із захворюванням на туберкульоз: від 05.07. №2586 – III

Президент України (2000). Про невідкладні заходи щодо боротьби з туберкульозом: Указ від 11.05. №679/2000

⁵⁹ МОЗ України (2006д). Про затвердження протоколу по впровадженню ДОТС-стратегії в Україні : Наказ від 24.05. №318.

МОЗ України (2005а). Про впровадження в Україні Адаптованої ДОТС-стратегії: Наказ від 15.11. №610.

⁶⁰ МОЗ України (2003). Про затвердження інструкції щодо надання допомоги хворим на туберкульоз і неспецифічні захворювання легенів: Наказ від 28.10. №499.

Стандарти діагностики і лікування туберкульозу, затверджені 02.06.2004р.: Методичні рекомендації (2004), АМН України , МОЗ України, Державний Департамент України з питань виконання покарань, Інститут фтизіатрії і пульмонології.

МОЗ України (2008б). Стандарт лікування ВІЛ-позитивних людей, які є споживачами ін'єкційних наркотиків: Наказ від 19.08. № 476.

⁶¹ МОЗ України (2010). Про впровадження форм первинної облікової документації і форм звітності туберкульозу та інструкцій щодо їх заповнення: Наказ від 20.05. №187.

МОЗ України (2009б). Про затвердження форм первинної облікової документації і форм звітності з туберкульозу та інструкцій щодо їх заповнення: Наказ від 02.09. №657.

⁶² МОЗ України (2006е). Про затвердження типових положень що лабораторії і пункти з діагностики туберкульозу та пункти збору мокротиння: Наказ від 06.02. №50.

МОЗ України (2001). Про створення референт - центру з мікробіологічної діагностики туберкульозу МОЗ України: Наказ від 13.04. №143/22.

⁶³ Звіт про результати виконання Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009-2013 роки у 2009 році.

8. Соціальні наслідки (кореляції) та реінтеграція

Вживання наркотиків пов'язане зі зростанням злочинності, соціальними втратами (сімейними проблемами, безробіттям, бідністю, безпритульністю тощо), що в свою чергу призводить до соціальної маргіналізації наркозалежних, до їх виключення із соціально активного життя. Суспільна стигматизація та маргіналізація унеможлиблює їх участь в соціальному, культурному, економічному житті суспільства, обмежує доступ до інформаційних, освітніх, медичних та соціальних послуг.

Останніми роками діти вулиці, як особливо уразливої до вживання наркотиків групи, перебувають в полі зору дослідників. Термін «діти, які живуть або працюють на вулицях» поширюється на дітей, які не підтримують зв'язків з сім'єю, проживають у тимчасових помешканнях або не мають постійного місця проживання і кожної ночі сплять у різних місцях; на дітей, які підтримують зв'язок з родиною, але через бідність, жорстоке поводження чи з інших причин проводять більшість днів, іноді й ночей на вулиці; на дітей, які формально мешкають у державних дитячих будинках або притулках, але з тієї чи іншої причини втекли звідти і зараз живуть на вулиці.

Соціальне включення уразливих груп, зокрема дітей вулиці, відбувається через реінтеграцію, тобто повернення їх до самостійного повноцінного життя через надання необхідних соціальних послуг. Для наркозалежних громадян в країні діє мережа центрів ресоціалізації, що є ефективним інструментом соціальної адаптації та реінтеграції.

В країні відсутня система моніторингу та оцінки ситуації щодо вживання наркотиків серед таких груп населення, як безпритульні, мігранти, біженці, деякі національні меншини, мешканці віддалених сіл.

8.1. Вживання наркотиків серед дітей, які живуть на вулиці

В Україні офіційна статистика щодо загальної кількості дітей, які живуть та працюють на вулиці, коливається від 40 до 100 тисяч осіб. Більшість безпритульних – це діти шкільного віку від 6 до 16 років – 76%, дошкільники – 13%, підлітки старші 16 років – 11%. Лідерство щодо кількості безпритульних та бездоглядних дітей у масштабах України зберігається за східними областями: Донецькою, Луганською, Харківською. Промислові центри, розвинена інфраструктура, мережа розважальних закладів створюють сприятливе середовище для пристосування до вуличного життя.

В рамках спільного дослідження ЮНІСЕФ та МБФ «СНІД Фонд Схід-Захід» – «Діти й молодь, які живуть або працюють на вулиці: приховане обличчя епідемії ВІЛ в Україні», була спроба дослідити явище безпритульності через безпосереднє опитування дітей та молоді, які живуть на вулиці, як однієї з найуразливіших груп щодо вживання наркотиків та поширення інфекцій. Дослідження складалося з ситуаційного та порівняльного аналізу даних, опитування надавачів послуг, а також кількісного та якісного опитування 650 дітей віком 10-19 років у Києві та Одесі та проводилося з метою оцінки поведінки, ставлення, практики і знань, підтвердило низьку обізнаність дітей, що живуть на вулиці, щодо запобігання ВІЛ та поширеність ризикованих поведінкових практик.

Більша частина членів цільової групи у цих двох містах віком 10–15 років, чоловічої статі, вони прожили на вулиці менше двох років і сплять, головним чином, у “сховках” на вулицях. Діти та молодь здебільшого мають низький рівень освіти й залишили школу, коли перейшли жити на вулицю. Багато “вуличних” дітей та молоді в Києві й Одесі походять з інших регіонів України та сусідніх країн. Це дуже мобільна група, що ускладнює їх відстеження. Більшість із них опиняються на вулиці через поєднання різних факторів із проблемами в сім'ї та зубожінням, помноженим на брак позитивного й сприятливого середовища у громадах, де вони проживають. Досить багато респондентів повідомили про обманне позбавлення їх права на житло, коли помирав хтось із батьків або сім'я хотіла змінити місце проживання.

Майже всі представники цільової групи палять та вживають спиртні напої. Вживання наркотиків і наркотичних речовин здебільшого починається з розчинників, але з часом “споживач”

дедалі більше переходить на вживання ін'єкційних наркотиків і дуже часто використовує поєднання наркотичних речовин. Опитані хлопці та молоді чоловіки повідомили про більше використання наркотичних речовин, аніж дівчата. Наркотичні речовини легко придбати, особливо в аптеках, а також на вулицях. Поширене позичання шприців та нестерильного інструментарію. З опитаних дітей у Києві 76% та в Одесі 94% повідомили про досвід вживання стимуляторів чи інших наркотиків. З них 30% у Києві та 14% в Одесі вживають наркотичні речовини щоденно протягом півроку. Водночас опитані безпритульні не виявляють бажання проходити навіть безкоштовні обстеження щодо перевірки наявності ВІЛ інфекції.

Інше дослідження проходило в м. Донецьк (Донецька область), де було опитано 200 дітей, які живуть та працюють на вулиці. Вибірка була розрахована на підставі статеві-вікових квот. Хлопчики склали 70% респондентів, дівчата 30% відповідно. За віковими характеристиками опитані розподілились таким чином: 3–6 років – 22%, 7–14 років – 41%, 15–18 років – 37%. Опитування відбувалося лише серед тих дітей, які адекватно себе поводити, добре розуміли питання і могли відповісти на них. В межах дослідження розглядалося питання щодо вживання наркотиків у середовищі «дітей вулиці». Так 35,5% опитаних зізналися, що вживали наркотики. Перше місце займає героїн (30,7% усіх споживаних наркотиків), наступні – похідні конопель (26%), опіати (25%), клей та інші токсиканти (20,3%). Хоча не слід забувати й про те, що можливо респонденти намагалися створити певне враження про себе, як про активних діячів на ринку торгівлі наркотиками. Слід додати, що 30% безпритульних, які повідомили про свою участь у наркообігу, заявили, що вважають торгівлю наркотиками кращим способом «заробляти» кошти для існування, ніж проституція. За даними опитування, дорослі наркоторговці досить часто вдаються до послуг безпритульних дітей. Зокрема, з відповідей виходить, що ті, хто збуває наркотики, розплачуються з «дітьми вулиці»: грошима – 25,6%, продуктами харчування – 7,3%, наркотиками – 46,3%, наданням місця для ночівлі – 5,7%, «дахом» (заступництвом) – 15,3%. В ході дослідження було з'ясовано, що частина вуличних дітей так чи інакше намагається увійти до груп, діяльність яких може бути як некримінальною (робота на ринку), так і епізодично кримінальною (торгівля наркотиками, проституція, квартирні крадіжки).

8.2. Соціальна реінтеграція та ресоціалізація

Соціальна реінтеграція дітей, які живуть на вулиці

Діти та молодь, які вживають наркотичні речовини, ізольовані від більшої частини існуючих послуг із психосоціальної реабілітації, надання житла та домашнього догляду. Ураховуючи незначну кількість центрів реабілітації наркозалежних осіб, можна сказати, що особи, які вживають наркотичні речовини, є найбільш соціально виключені з усіх дітей і молодих людей, які живуть або працюють на вулицях в Україні. Рівень охоплення цих груп профілактичними програмами досі є низьким, зокрема програми зменшення шкоди, що діють в Україні, орієнтовані на дорослих представників груп ризику, окрім того існують суттєві бар'єри, які перешкоджають доступу дітей та молоді із зазначених цільових груп до необхідних послуг.

Результати дослідження ЮНІСЕФ та МБФ «СНІД Фонд Схід-Захід» – «Діти й молодь, які живуть або працюють на вулиці: приховане обличчя епідемії ВІЛ в Україні» показують, що ні основні, ні інші, більш спеціалізовані потреби цільової аудиторії, включаючи їжу, одяг, проживання, медичне обслуговування та освіту, не забезпечуються в повному обсязі. Доступ до служб підтримки, зокрема освіти, охорони здоров'я та медичного лікування, дуже обмежений. Для цього є багато причин, і головні – відсутність офіційних документів у дітей та молоді, брак ясності щодо згоди батьків чи опікуна, платний характер більшості медичних послуг, а також небажання членів цільової групи звертатися по допомогу здебільшого через негативний досвід стосунків із дорослими. Інші проблеми із доступом до необхідної допомоги виникають у зв'язку з дуже повільним юридичним

оформленням офіційних документів та рішень відносно місця перебування дитини чи молодшої людини.

З метою подолання дитячої безпритульності і бездоглядності, запобігання соціальному сирітству, створення умов для всебічного розвитку та виховання дітей затверджено Державну Програму подолання дитячої безпритульності та бездоглядності на 2006-2010 роки.

Одним зі шляхів поліпшення ситуації для дітей вулиці є створення для них закладів соціального спрямування. Так, в Україні станом на 1.01.2010р. існує розгалужена система притулків для дітей, яка нараховує 92 одиниці. Соціальні заклади захисту дітей є у кожній області, але розподіл їх досить неоднорідний, так у Донецький та Одеській області таких закладів 13, а в Івано-Франківській та Київській областях відкрито лише по одному притулку для дітей. Трохи покращує існуючу ситуацію мережа закладів для дітей, створених релігійними, громадськими організаціями або фондами. За даними на 01.01.2010р. в Україні їх нараховувалося близько 70, але вони мають ще більшу диспропорцію у розміщені на території України, до того ж багато з них мають вузьку спеціалізацію.

Утримання дітей у притулках або дитячих домах пов'язано з рядом проблем. Як правило, після виходу з даної установи, молодь виявляється зовсім невідгодуваною до життя, вона не отримує ні практичної, ні психологічної допомоги у подальшому благоустрої свого життя. У зв'язку з цим соціальна реінтеграція дітей вулиці в Україні відбувається на базі центрів соціально-психологічної реабілітації дітей (33). Це заклад соціального захисту, що створюється для тривалого (стаціонарного) або денного перебування дітей віком від 3 до 18 років, які опинилися у складних життєвих обставинах, надання їм комплексної соціальної, психологічної, педагогічної, медичної, правової та інших видів допомоги.

У 2008 році організація «Право на здоров'я» в співпраці з Міністерством України у справах сім'ї, молоді та спорту впроваджувала низку проектів, спрямованих на подолання безпритульності та бездоглядності дітей. Так в м. Чернігів було створено й інтегровано в місцеву державну структуру центр соціально-медичної та правової допомоги безпритульним і бездоглядним дітям. За два роки діяльності центру його клієнтами стали більше 260 дітей у віці від 3 до 18 років із тих сімей, які опинилися у складних життєвих обставинах. Для роботи з дітьми та їх батьками на базі центру в м. Чернігові пілотовані інноваційні технології реабілітаційної, соціальної, психологічної, педагогічної та профілактичної роботи⁶⁴.

Ресоціалізація наркозалежних осіб

Соціальна реінтеграція споживачів психоактивних речовин (ПАР), у тому числі СІН входить до компетенції соціального працівника, який в своїй роботі керується стандартом надання соціальних послуг даній категорії осіб. У наданні соціальних послуг використовуються індивідуальні, групові методи та методи роботи у громаді. Індивідуальні методи представлені у формі:

1. соціального патронажу (вивчення умов проживання, аналіз проблем та потреб, надання відповідної соціальної послуги тощо);
2. соціального супроводу (яким чином особа долає наслідки складної ситуації, оцінка адаптації);
3. втручання (профілактичне, освітнє, психологічне); консультування (соціально-психологічні, соціально-педагогічні, соціально-медичні, соціально-економічні, юридичні, інформаційні та інші проблеми).

Групові методи включають тренінги, основною метою яких є вирішення конкретних проблем сім'ї, клієнта, формування навичок спілкування, вирішення конфліктів, налагодження взаємодії, подолання психологічної кризи, планування майбутнього тощо. Методи роботи з клієнтами у

⁶⁴ Державна тематична доповідь про становище дітей в Україні за підсумками 2008 року "Реалізація права дитини на виховання в сім'ї".

громаді передбачають відвідування групи взаємодопомоги та участь споживачів психоактивних речовин у громадському житті за допомогою формування та розвитку соціальних зв'язків клієнта з оточуючими, їх активного залучення до отримання різних послуг, розширення соціального простору клієнта.

В Україні діють 65 центрів ресоціалізації та реабілітації наркозалежної молоді. Протягом 2009 року 4 центри утримувалися за рахунок обласних бюджетів: Донецький, Житомирський, Миколаївський, Хмельницький. Всі інші центри є недержавними і фінансуються за рахунок коштів їх засновників, спонсорської допомоги та добровільних внесків клієнтів. Кількість осіб, які звернулися до центрів складає – 7509 (у порівнянні з 2008 роком, ця кількість становила – 3655 осіб)⁶⁵.

За даними Всеукраїнської наркологічної асоціації, лише 2-4% хворих, які отримали медичну допомогу, мають можливість далі бути направленими до реабілітаційних, соціально-психологічних програм. Для 85% тих, хто отримував медичну наркологічну допомогу, у зв'язку з відсутністю можливості пройти подальшу реабілітацію, єдиним шляхом після виписки з лікарні є повернення до середовища, що буде спонукати їх до продовження вживання наркотичних речовин.

Ефективним інструментом соціальної реінтеграції наркозалежних осіб є замісна підтримувальна терапія, яка зменшує прояви кримінальної поведінки пацієнтів, допомагає відновити соціальний статус, налагодити стосунки з сім'єю, отримати можливість в освітніх послугах тощо (дивись главу 5. «Лікування у зв'язку з наркотиками: потреба в лікуванні та доступність лікування»).

⁶⁵ Інформація Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту щодо стану додержання законодавства у сфері обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів.

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

9.1. Злочинність, пов'язана з наркотиками

Порушення наркотичного законодавства

Злочини, пов'язані зі вживанням та зберіганням

Система єдиного обліку злочинів і осіб, які їх учинили, ґрунтується на реєстрації злочинів з моменту порушення кримінальної справи та осіб, які вчинили злочин з моменту затвердження прокурором обвинувального висновку або винесення вмотивованої постанови про направлення справи до суду для вирішення питання про звільнення особи і на подальшому коригуванні цих питань залежно від наслідків розслідування та судового розгляду справи.

Кримінальним законодавством України не передбачена відповідальність за вживання наркотичних засобів, або психотропних речовин. Кримінальна відповідальність настає за зберігання наркотичного засобу, психотропної речовини або прекурсору без мети збуту у кількості, що перевищує невеликий розмір⁶⁶ (ст. 309 КК України), або за публічне вживання наркотичних засобів, або вживання групою осіб (ст. 316 КК України).

На сьогоднішній день спеціалізованими підрозділами МВС та СБУ, які займаються статистичними обліками, не передбачена підготовка статистичної інформації про кількість затриманих осіб за видами наркотиків.

У 2009 році зареєстровано 31885 фактів незаконного зберігання психоактивних речовин без мети збуту (55,28% від загальної кількості наркозлочинів) та 53 факти (0,09%) публічного вживання наркотиків.

Злочини, пов'язані з постачанням наркотиків

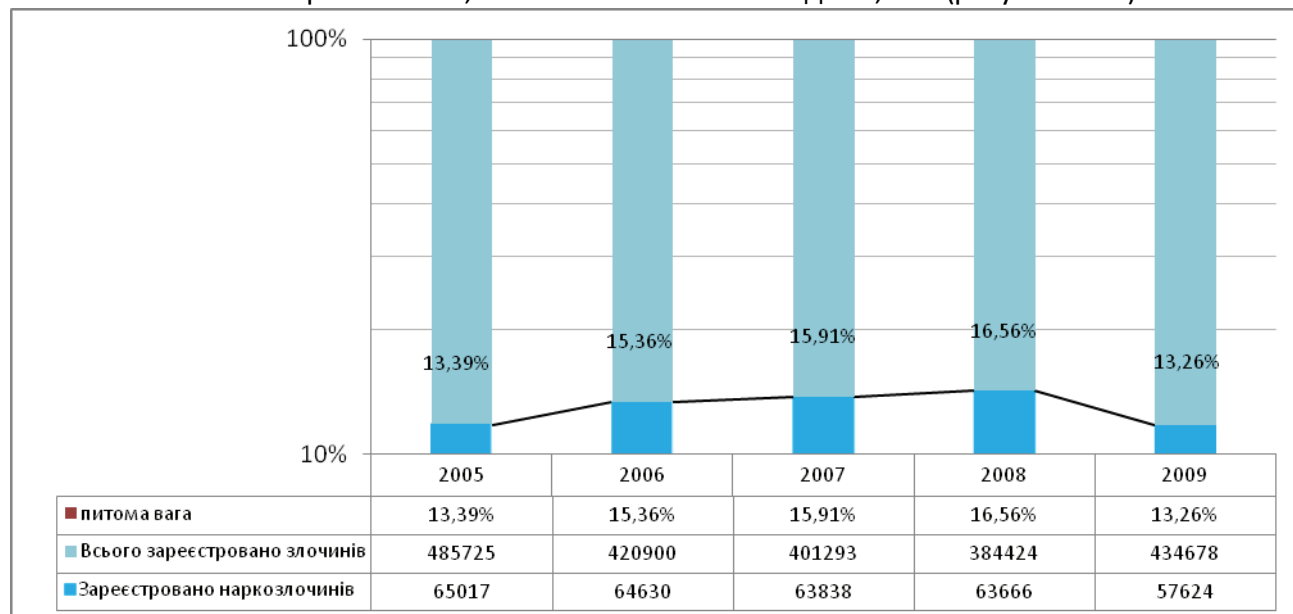
За даними МВС в 2009 році зареєстровано 57624 злочини, пов'язані з незаконним обігом наркотиків, що на 9,5 відсотків менше, ніж зареєстровано у 2008 році. У 2009 році зареєстровано 16672 (28,9%) злочини передбачені ст. 307 КК України (незаконне виробництво, виготовлення, придбання, зберігання, перевезення, пересилання чи збут наркотичних засобів, психотропних речовин або їх аналогів, рисунок 9.1.1).



Рисунок 9.1.1. Складові злочинності, пов'язаної з наркотиками, 2009 рік.

⁶⁶ Відповідно до Таблиці невеликих, великих та особливо великих розмірів наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, які знаходяться у незаконному обігу (Наказ МОЗ України №188 від 01.08.2000р).

Разом з тим, на фоні скорочення як загальної кількості зареєстрованих злочинів, так і наркозлочинів, питома вага останніх у період з 2005 по 2008 роки зростає з 13,4% до 16,6%. У 2009 році внаслідок збільшення загальної кількості зареєстрованих злочинів на 13,1% та вказаному вище зменшенні кількості наркозлочинів, їх питома вага знизилась до 13,3%⁶⁷ (рисуюнок 9.1.2).



Рисуюнок 9.1.2. Питома вага наркозлочинів у загальній кількості зареєстрованої злочинності, 2005-2009 роки.

Дані щодо кількості зареєстрованих злочинів у сфері незаконного обігу наркотиків у 2009 році від Служби безпеки України не надходили.

Державний комітет статистики України отримує адміністративну звітність СБУ за формами №1-АБ (піврічна) «Звіт про зареєстровані, розкриті та нерозкриті злочини» та №2-СБ «Звіт про виявлених осіб, які вчинили злочини»⁶⁸. У зазначених звітах містяться дані про розслідування слідчими органами Служби безпеки кримінальних справ, включаючи злочини за ст. 305 КК України (контрабанда, таблиця 9.1.1).

Таблиця 9.1.1.

Зареєстровані злочини, пов'язані з наркотиками

Дані статистичної звітності про діяльність СБУ за формами 2-СБ та 1-ФБ					
	2005	2006	2007	2008	2009
Всього зареєстровано злочинів	1839	1755	1850	1941	1986
Всього розкрито злочинів	954	987	983	1050	1071
Зареєстровано за о . 305	213	237	233	249	216
Розкрито за о . 305	176	189	193	201	173
Виявлено осіб	198	197	208	203	188

За матеріалами Державної митної служби України за викритими службою фактами контрабанди у 2009 році було порушено 94 кримінальні справи (таблиця 9.1.2)⁶⁹.

⁶⁷ Дані МВС України.

⁶⁸ Затверджено наказом Державного комітету статистики України від 15.04.1997 р. № 102.

⁶⁹ Дані Державної митної служби України.

Таблиця 9.1.2.

**Кількість кримінальних справ, порушених за матеріалами
Державної митної служби України, 2005-2009 роки**

	2005	2006	2007	2008	2009
Контрабанда наркотичних засобів та психотропних речовин, ст. 305 КК України	92	101	89	100	94

За даними МВС України в 2009 році за незаконне виробництво, придбання, зберігання, перевезення, пересилання наркотичних засобів або психотропних речовин без мети збуту в невеликих розмірах⁷⁰ до адміністративної відповідальності притягнуто 18075 осіб (ст. 44 КупАП), за невжиття заходів до забезпечення охорони посівів снотворного маку чи конопель, місць їх зберігання та переробки – 557 осіб (ст. 106-1 КупАП) і 888 осіб за незаконний посів або вирощування снотворного маку або конопель (ст. 106-2 КупАП).

За злочини у сфері обігу наркотичних засобів, психотропних речовин їх аналогів або прекурсорів до кримінальної відповідальності у 2009 році було притягнуто 38952 особи, з них чоловіків – 33420, жінок – 5532 (рисунок 9.1.3).



Рисунок 9.1.3. Кількість осіб, притягнутих до кримінальної відповідальності за наркозлочини, 2009р.

За віковими критеріями до кримінальної відповідальності за наркозлочини у віці до 18 років притягнуто 736 осіб, у віці від 18 до 28 років – 16250, у віці понад 28 років – 22639.

Дані щодо кількості осіб, притягнутих до кримінальної відповідальності за злочини у сфері обігу наркотичних засобів, психотропних речовин їх аналогів або прекурсорів від слідчих органів Служби безпеки України, не надходили.

Засуджено за злочини пов'язані з наркотиками⁷¹

За інформацією Державної судової адміністрації України у 2009 році за злочини у сфері незаконного обігу наркотичних засобів та психотропних речовин було засуджено 31027 осіб. У порівнянні з минулим роком спостерігається деяке збільшення на 1,1% у порівнянні з 2008 роком (рисунок 9.1.4).

⁷⁰ Розміри визначаються відповідно до Таблиці невеликих, великих та особливо великих розмірів наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, які знаходяться у незаконному обігу.

⁷¹ Дані Державної судової адміністрації України.

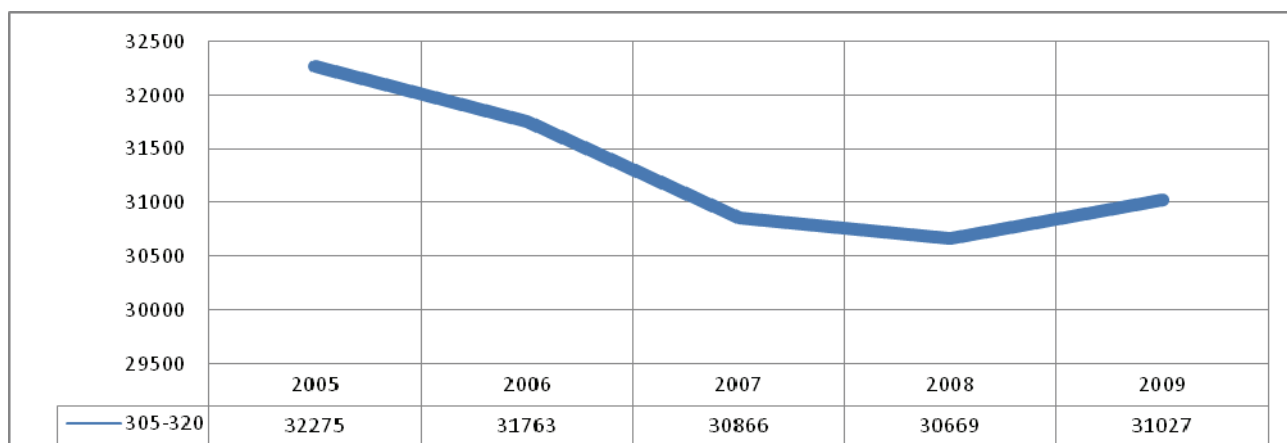


Рисунок 9.1.4. Кількість осіб, засуджених за злочини, пов'язані з наркотиками, 2005-2009 роки.

Незначне (0,5 %) збільшення також серед осіб, засуджених за зберігання наркотичних засобів – 21146 проти 21037 у 2008 році (рисунок 9.1.5).

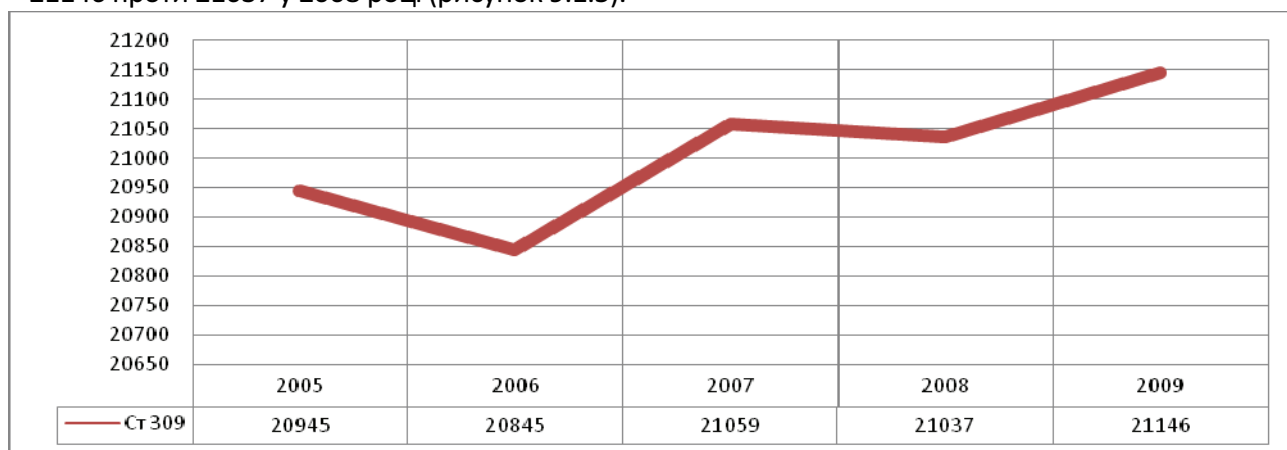


Рисунок 9.1.5. Кількість осіб, засуджених за зберігання наркотиків, 2005-2009 роки.

Засуджені за зберігання психоактивних речовин складають 68,2% від загальної кількості засуджених за наркозлочини. Зазначена тенденція зберігається останні три роки (рисунок 9.1.6).

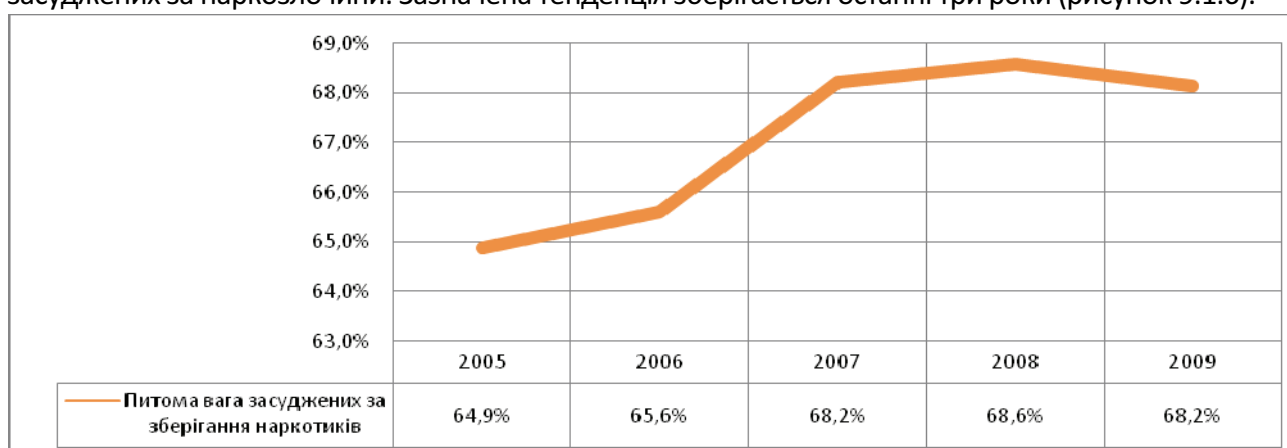


Рисунок 9.1.6. Питома вага засуджених за зберігання наркотиків серед усіх, засуджених за наркозлочини, 2005-2009 роки.

Серед вироків, що набрали законної сили, кількість осіб, засуджених за злочини у сфері обігу наркотиків, складає 21,2% від загальної кількості осуджених у 2009 році осіб.

На сьогоднішній день обліками Державної судової адміністрації України не передбачено підготовку статистичної інформації щодо кількості засуджених осіб за видами наркотиків.

Інші види злочинів, пов'язані зі вживанням наркотиків

Злочини, скоєні наркозалежними особами або у стані наркотичного сп'яніння

За даними МВС у 2009 році зареєстровано 10569 злочинів, скоєних наркозалежними особами та особами у стані наркотичного сп'яніння. За останні 5 років спостерігається стаке зменшення кількості зареєстрованих злочинів, скоєних вищевказаною категорією осіб (таблиця 9.1.3).

Таблиця 9.1.3

Кількість злочинів, скоєних наркозалежними або у стані наркотичного сп'яніння, 2005-2009 роки

Злочини	2005	2006	2007	2008	2009
Вбивства	36	34	23	35	23
Тяжкі тілесні пошкодження	20	22	26	28	24
Пограбування	402	444	361	216	274
Крадіжки	2599	2039	1820	1394	1385
Інші злочини ⁷²	11538	11009	10043	9709	8473
Всього	15212	14096	12856	11776	10569

Разом зі зменшенням кількості злочинів, скоєних наркозалежними особами, зменшується їх питома вага у загальній кількості злочинів (таблиця 9.1.4).

Таблиця 9.1.4

Питома вага злочинів, скоєних наркозалежними або у стані наркотичного сп'яніння, серед загальної кількості злочинів, 2005-2009 роки

	2005	2006	2007	2008	2009
Всього скоєно злочинів	485725	420900	401293	384424	434678
Скоєно наркозалежними	15212	14096	12856	11776	10569
% від загальної кількості	3,1	3,3	3,2	3,1	2,4

Інформація щодо порушень Правил дорожнього руху

У 2009 році спостерігається зменшення кількості порушень Правил дорожнього руху на 16,6% з 8 142 749 до 6 791 635 випадків. Кількість задокументованих фактів керування транспортним засобом у стані алкогольного, наркотичного чи іншого сп'яніння або під впливом лікарських препаратів зменшилась на 4,6%. Кількість дорожньо-транспортних пригод (ДТП), скоєних водіями у стані алкогольного, наркотичного чи іншого сп'яніння або під впливом лікарських засобів, збільшилась на 7,7%, з летальними наслідками зменшилась на 44,8 %.

У вересні 2007 року прийнятий Закон України (33), який вносив зміни до адміністративного законодавства України у часті збільшення санкцій за порушення Правил дорожнього руху, зокрема у стані алкогольного, наркотичного чи іншого сп'яніння або під впливом лікарських засобів (таблиця 9.1.5).

⁷² Категорія "інші злочини" здебільшого складається зі злочинів у сфері обігу наркотиків, як-то збут або зберігання наркотиків, а також злочинів проти громадського порядку, у сфері господарської діяльності тощо. Дані, що надходять з МВС, не дозволяють викласти зазначені злочини за окремими категоріями.

Таблиця 9.1.5.

Правопорушення на транспорті

№	Показники	2005	2006	2007	2008	2009
1.	Задokumentовано порушень Правил дорожнього руху, всього	4 833 433	6 092 616	7 680 210	8 142 749	6 791 635
2.	Кількість задokumentованих фактів керування ТЗ у стані алкогольного, наркотичного чи іншого сп'яніння або під впливом лікарських препаратів (ст.130 КупАП)	273 996	276 423	325 780	392 781	374 860
3.	Кількість складених протоколів на водіїв, які керували ТЗ у стані алкогольного, наркотичного чи іншого сп'яніння або під впливом лікарських препаратів (ст.130 КупАП)	273 996	276 423	325 780	392 781	374 860
4.	Загальна кількість ДТП	о.н.в.	196 368	278 837	312 715	229 885
5.	Питома вага задokumentованих фактів керування ТЗ у стані сп'яніння від загальної кількості порушень ПДР (%)	5,6	4,5	4,2	4,8	5,5
6.	Кількість ДТП, скоєних водіями у стані алкогольного, наркотичного чи іншого сп'яніння або під впливом лікарських препаратів.	о.н.в.	6 019	9 788	4 783	5 153
6.1	з них з летальними наслідками	о.н.в.	264	553	368	203

9.2. Інтервенції в кримінально-виконавчій системі

Альтернатива ув'язненню

Частиною 4 статті 309 КК України передбачено звільнення від кримінальної відповідальності за незаконне зберігання наркотиків, якщо особа добровільно звернулася до наркологічного лікувального закладу і розпочала лікування. Відповідно до частини 4 статей 307 та 311 КК України особа звільняється від відповідальності за злочини, визначені цими статтями, якщо вона добровільно здала наркотичні засоби, психотропні речовини або прекурсори, вказала джерело їх придбання або сприяла розкриттю злочину, пов'язаного з незаконним обігом наркотиків.

Кримінальним законодавством України не передбачені форми альтернативного покарання у вигляді лікування або примусового лікування від наркотичної залежності. Як альтернатива до покарання у виді позбавлення волі на певний строк, за деякі незначні злочини⁷³ може бути застосовано покарання у виді обмеження волі (ст.51 КК України). Цей вид покарання полягає у триманні особи в кримінально-виконавчих установах відкритого типу без ізоляції від суспільства в умовах здійснення за нею нагляду з обов'язковим залученням засудженого до праці (ст.61 КК України).

Стаття 84 КК України «Звільнення від покарання за хворобою» передбачає звільнення особи від покарання у випадку її хвороби на психічне захворювання. У такому випадку до зазначеної особи можуть бути застосовані примусові заходи медичного характеру у порядку статей 92-96 КК України.

Примусове лікування може бути застосовано судом, незалежно від призначення покарання, до осіб, які вчинили злочин та мають хворобу, що становить небезпеку для здоров'я інших осіб

⁷³ Злочини передбачені частиною першою статей 309, 315, 316, 320 Кримінального Кодексу України.

(ст. 96 КК України). У разі призначення покарання у виді позбавлення волі або обмеження волі примусове лікування здійснюється за місцем відбування покарання. Основи законодавства України про охорону здоров'я відносять до соціально небезпечних захворювань туберкульоз, психічні, венеричні захворювання, СНІД, лепру, алкогольну та наркотичну залежність. Пленум Верховного Суду України своєю постановою від 03.06.2005р. №7 (п. 24) зазначив, що стосовно наркологічних хворих не можна застосовувати статтю 96, оскільки алкогольна та наркотична залежність не становлять небезпеки для здоров'я інших осіб (35).

Відповідно до статті 76 КК України лікування від алкогольної та наркотичної залежності може бути застосоване судом у порядку покладення 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.

Інші інтервенції в кримінально-виконавчій системі

У лютому 2009 року Верховною Радою України прийнятий Закон України «Про затвердження Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009-2013 роки» (36). Програмою передбачені наступні заходи:

- створення інфекційних відділень для лікування ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД в установах виконання покарання.
- надання послуг з профілактики ВІЛ-інфекції засудженим та особам, взятим під варту.
- забезпечення проведення лабораторного супроводження антиретровірусної терапії, замісної підтримувальної терапії, профілактики, діагностики та лікування опортуністичних інфекцій ВІЛ-інфікованими та хворим на СНІД, які перебувають в установах виконання покарання та слідчих ізоляторах.

Питання щодо необхідності забезпечення безперервності надання замісної підтримувальної терапії для осіб, які є вживачами ін'єкційних наркотиків та утримуються в ізоляторах тимчасового тримання органів внутрішніх справ або кримінально-виконавчих установах також підіймалось під час проведення засідання Координаційної ради з проблем ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та наркоманії від 31.03.2009 року. Відповідне рішення внесено в протокол засідання.

Виходячи з того, що питання забезпечення замісної терапії в режимних установах вимагає внесення деяких змін до внутрішніх нормативних актів та узгодження цих змін рядом відомств, МОЗ України було ініційовано створення робочої групи у складі МВС, МОЗ, Мінюсту та Державного департаменту України з питань виконання покарань, основна мета якої є розробка порядку взаємодії територіальних органів внутрішніх справ, органів і установ виконання покарань, закладів охорони здоров'я щодо ведення особи, яка отримує замісну підтримувальну терапію.

9.3. Вживання наркотиків в виправних закладах

За інформацією Державного Департаменту України з питань виконання покарань (ДДВП) станом 01.01.2010р. у виправних закладах перебувало 147716 осіб: з них 6311 жінок. За злочини у сфері обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів або прекурсорів відбувають покарання 19494 особи.

Протягом останніх 10 років не проводились дослідження щодо вживання наркотиків серед осіб, які відбувають термін покарання в закладах виконання покарання та знаходяться під слідством у слідчих ізоляторах. За даними ДДВП протягом 2009 року до закладів

виконання покарання потрапило 15398⁷⁴ осіб, які мали досвід вживання наркотиків протягом життя. Статистичних даних щодо загальної кількості осіб, які відбувають ув'язнення та мали досвід вживання наркотиків протягом життя не отримано.

Протягом 2009 року при спробі доставки до місць позбавлення волі, що охороняються, вилучено 16,8 кг наркотичних засобів, що на 25,2% більше, ніж у 2008 році – 12,55 кг⁷⁵.

Інформація щодо вживання психоактивних речовин у ізоляторах тимчасового тримання системи МВС відсутня.

9.4. Відповідь на проблеми зі здоров'ям, пов'язані зі вживанням наркотиків, в закладах обмеження волі

Лікування в тюрмах

За даними Державного департаменту України з питань виконання покарань станом на 31.12.2009 року у виправних закладах відбуває покарання 20 осіб хворих на гепатит В, 6079 хворих на туберкульоз, 6069 ВІЛ-інфікованих. 438 осіб отримують АРВ-терапію.

Таблиця 9.4.1.

Кількість хворих, які відбувають покарання у виправних закладах

Захворювання	2007	2008	2009
Кількість хворих на гепатит В	14	16	20
Кількість хворих на туберкульоз	7539	6195	6079
кількість інфікованих ВІЛ	5017	5073	6069
- з них отримують АРВ-терапію	117	196	438

⁷⁴ Дані отримуються в шляхом опитування ув'язнених при первинному медогляді у виправному закладі.

⁷⁵ Абзац 2 пункт 4 Звіту про виконання Програми реалізації державної політики у сфері боротьби з незаконним обігом наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів на 2003 -2010 роки.

10. Ринок наркотиків

Основним джерелом інформації щодо оцінки нелегального ринку наркотичних засобів і психотропних речовин є дані, отримані з правоохоронних органів.

10.1 Наявність нелегальних наркотиків та канали надходження

Оцінки доступності

Цільові дослідження щодо доступності наркотиків серед загального населення України не проводилось.

Дослідження, проведене в Україні в рамках загальноєвропейського опитування учнівської молоді (ESPAD) (37) свідчить про те, що серед наркотичних речовин, спробу вживання яких здійснювали молоді люди віком 15–16 років у 2007, за рейтингом «популярності» виділяються марихуана або гашиш, транквілізатори і заспокійливі, інгалянти, екстазі, алкоголь разом з наркотичними речовинами, амфетаміни.

Найбільша за чисельністю частина молоді повідомила про вживання марихуани або гашишу. Це можна пояснити доступністю цієї речовини та неін'єкційним способом введення, що знижує страх перед вживанням. Також значний відсоток молоді вживає транквілізатори, мотивуючи це необхідністю зняти напруження і стрес та для відволікання від проблем, які виникають у перехідному віці. Тим більше, що існує можливість легального отримання таблеток, симулюючи наявні проблеми зі здоров'ям і вводячи в оману батьків і лікарів, або ж просто „позичати” медикаменти у близьких, яким вони призначені за наявності реальної патології. Можна припустити, що інгалянти, передусім клей, хлопці та дівчата вживають через відносно легку доступність (ціни, місця придбання), неін'єкційний спосіб введення, що знижує страх початку вживання, виражений галюциногенний ефект. Однак такі практики характерні, як правило, для більш молодих опитаних. Часто інгалянти є сходиною до більш „серйозних” наркотиків. В таблиці 10.1.1. представлені дані щодо відсотків респондентів, які повідомили про доступність нелегальних наркотиків.

Таблиця 10.1.1.

Розподіл відповідей респондентів щодо доступності нелегальних наркотиків, за статтю, %

	1995		1999		2003		2007	
	Хлопці	Дівчата	Хлопці	Дівчата	Хлопці	Дівчата	Хлопці	Дівчата
Марихуана	7	3	15	9	16	9	17	9
Стимулятори	3,5	2	4	3	4,5	3	5	3
Транквілізатори	4	3	4	4	5	3	9	12
Екстазі	2	1	5	4	3	2	7,5	5
Інгалянти	10	5	21	15	23	15	29	28

Частка дівчат, які не знають місць придбання марихуани, досить стабільна і становить 85%. Відсоток хлопців, які не знають таких місць, менший та зменшується з часом. Про можливість придбати марихуану або гашиш на вулиці або в парку відповіли приблизно 8% хлопців та 4% дівчат. Ці відсотки незначно змінюються у часі. Про можливість придбати це у школі вказують 3–4% хлопців і близько 1% дівчат, (останній показник збільшується в часі). Повідомили, що на дискотеці, в барі можуть придбати марихуану, 7–8% хлопців та 5–6%

дівчат, і цей рівень є досить стабільним. Вдома в торговців наркотиків можуть придбати марихуану 5–8% хлопців та 3–5% дівчат, і ці відсотки зменшуються у часі.

Про придбання марихуани через Інтернет та в кав'ярні запитання ставилися тільки в 2007 р. Про такі можливості відповіли 2% хлопців та 0,6% дівчат. Серед «інших джерел» придбання марихуани близько 2% підлітків назвали знайомих або друзів (таблиця 10.1.2).

Таблиця 10.1.2.

Шляхи придбання марихуани або гашишу, розподіл за статтю, %.

	1999		2003		2007	
	Хлопці	Дівчата	Хлопці	Дівчата	Хлопці	Дівчата
Я не знаю таких місць	79	85	77	86	76	85
Вулиця, парк тощо	7	4	8	3,5	8	4
Школа	4	1	3	1	4	1
Дискотека, бар тощо	7	6	8	6	7	5
Вдома у торговця наркотиками	8	4,5	6	3	6	3
У знайомих, друзів	2	3	1	2	3	2
Замовити через Інтернет					2	1
Кав'ярня					1	1

Результати дослідження свідчать про те, що найпоширенішим механізмом отримання першого наркотика молоддю є пропозиція його спроби у референтній групі (компанії друзів та знайомих). Так, у 1995 р. цей показник становив 3%, у 1999 та 2003 рр. – по 6% відповідно, а в 2007 р. наркотичну речовину для першої спроби отримали у компанії друзів 4% опитаних. Причому юнаки частіше, ніж дівчата, вказують саме на такий шлях залучення до вживання наркотиків. У 1995 р. 4% хлопців та 2% дівчат отримали перший наркотик у компанії друзів, у 2007 р. – 5% хлопців та 3% дівчат (таблиця 10.1.3).

Таблиця 10.1.3.

Шляхи придбання нелегальних наркотиків, розподіл за статтю, %

	Хлопці	Дівчата
Ніколи не вживав заборонених наркотиків	83	91
Одержав від старшого брата або сестри	2	1
Одержав від друга або подруги, старших за мене	4	2
Одержав від друга мого віку або молодшого	3	1
Одержав від людини, про яку чув, але не знав особисто	2	1
Одержав від незнайомця	1,5	0,6
Вживав у компанії друзів	5	2
Купив у друга	2	1
Купив у людини, про яку чув, але не знав особисто	2	0,5
Купив у незнайомої людини	1	0,6
Одержав від одного з батьків	0,4	0,4
Узяв удома без дозволу батьків	0,5	0,3
Іншим способом	1	0,4

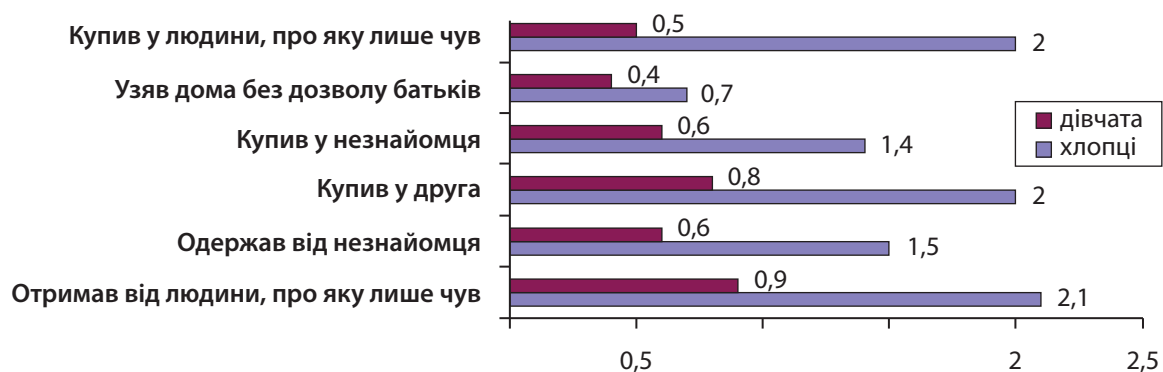
Найпоширенішими шляхами отримання наркотиків є їх вживання в компанії друзів, одержання від старших друзів та друзів такого ж, або молодшого віку. Від старших друга чи подруги отримали першу наркотичну речовину у 2007р. 3% опитаних, від друга свого віку або молодшого отримали перший наркотик 2%, тобто частка залучених до спроби вживання конкретним другом або подругою поступово ставала меншою, ніж у попередні роки опитування. Від старшого брата або сестри отримали першу наркотичну речовину у 2007 р. 2% опитаних, що вчетверо більше, ніж за результатами дослідження 1995р. (таблиця 10.1.4).

Таблиця 10.1.4.

Шляхи отримання наркотиків, розподіл за статтю, %.

	1995		1999		2003		2007	
	хлопці	дівчата	хлопці	дівчата	хлопці	дівчата	хлопці	дівчата
Від старшого друга	6,3	3,5	4	3	5	3	4,2	2,4
Від друга мого віку/молодші	4,9	1	4	2	4,3	1,2	3,4	1,1
У компанії друзів	4,4	1,9	8	4	8,4	4	5,1	2,5
Від старшого брата/сестри	0,6	0,2	1	1	0,6	0,3	2,2	0,9

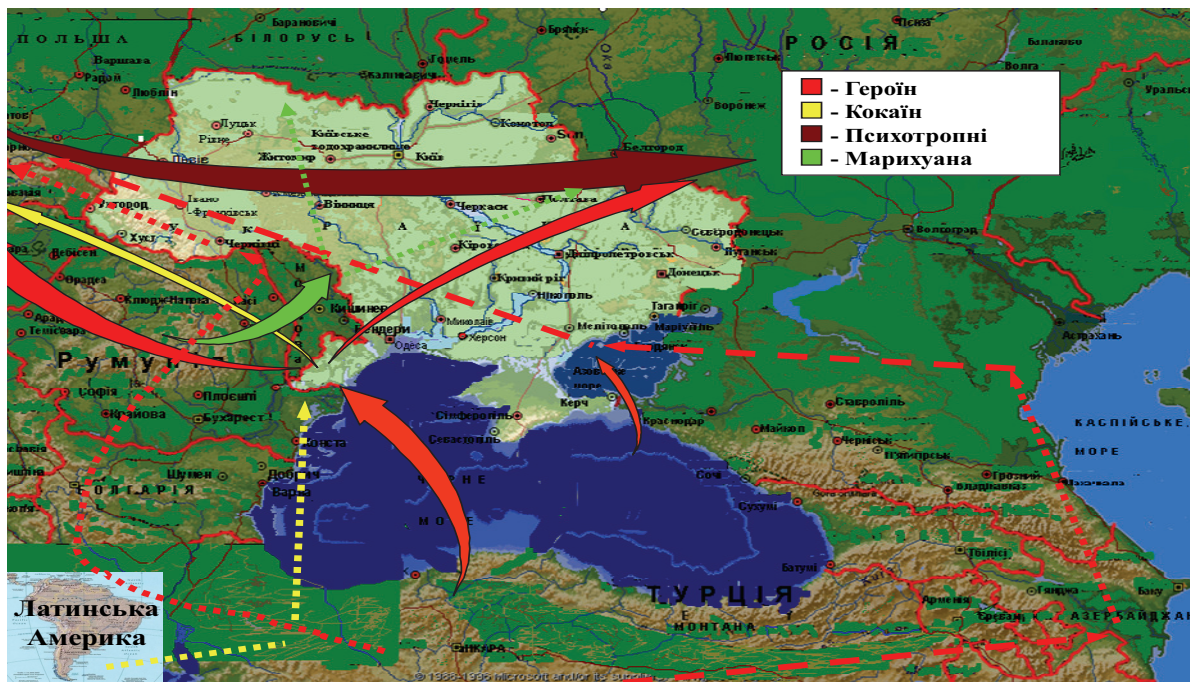
Існують також інші, менш поширені шляхи, якими молодь отримує наркотик для першого вживання (рисунок 10.1.1). Зокрема, 2,1% хлопців та 0,9% дівчат у 2007 р. повідомили, що отримали перший наркотик від людини, про яку лише чули, але не знали особисто. Майже така сама кількість (2% хлопців і 0,5% дівчат) вказали, що купили наркотик у людини, про яку лише чули. Схожа картина простежується й з отриманням наркотику у взагалі незнайомої людини (1,5% хлопців та 0,6% дівчат отримали першу наркотичну речовину від незнайомця та 1,4% і 0,6% відповідно купили її у людини, про яку навіть не чули).



Малюнок 10.1.1. Шляхи отримання наркотиків для першого вживання, розподіл за статтю, %.

Канали надходження наркотиків

Основні канали постачання стимуляторів амфетамінового ряду на внутрішній ринок України це Нідерланди, Польща та Німеччина, в яких налагоджено нелегальне виробництво МДМА. Спостерігаються спроби латиноамериканських наркоділків налагодити канали постачання кокаїну на ринок України, а також використати її територію для організації наркотрафіку в інші країни (рисунок 10.1.1).



Мапа 10.1.1. Напрямки переміщення наркотичних засобів територією України.

У 2009 році правоохоронцями перекрито 282 (+ 14,6 % - 2008) міжнародні канали. Найбільша кількість наркотиків перевозилася через Польщу – 58 разів, Росію – 57, Молдову – 29, Угорщину -13, Нідерланди – 7.

У 148 випадках контрабандного переміщення наркотиків злочинці використовували авто- та мототранспорт, у 78 – залізничний транспорт, у 42 – піший шлях, у 12 – авіатранспорт, по 1 – пароплав та поштовий переказ.

За злочини, пов'язані з незаконним переміщенням наркотиків через державний кордон України, затримано 286 осіб, з них 27 жінок та 259 чоловіків. Затримані наркокур'єри є переважно громадяни України – 201 особа, 47 – Російської Федерації, 15 – Республіки Молдова, 3 – Ісламської Республіки Іран, 3 – Республіки Польща, 3 – Угорської Республіки, 3 – Азербайджану, 3 – Німеччини, 2 – Узбекистану, 2 – Таджикистану, і по 1 громадянину Білорусі, Словаччини, Грузії та Королівства Нідерландів.

За інформацією Державної митної служби, протягом 2009 року митними органами спільно із Службою безпеки, Міністерством внутрішніх справ України у взаємодії із спецслужбами зарубіжних країн проведено 10 контрольованих поставок, у результаті яких перекрито та ліквідовано канали контрабанди наркотичних засобів в Україну⁷⁶.

10.2. Вилучення наркотиків

Кількість вилучених нелегальних наркотиків

У 2009 році підрозділами МВС з нелегального обігу наркотиків було вилучено 10198,71 кг наркотичних засобів і психотропних речовин. За кількістю вилучень (90391) і за вагою 4734 кг перше місце посідає марихуана. На другому місці опій – 27703 випадки. Третє місце за кількістю

⁷⁶ За матеріалами звіту до виконання Програми реалізації державної політики у сфері боротьби з незаконним обігом наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів на 2003 -2010 роки.

вилучень займають наркотичні стимулятори: амфетаміни, метамфетаміни, речовини групи екстазі 23162 випадки⁷⁷. Статистика не надає дані окремо за кожною з цих речовин. Не зважаючи на поступові зміни на внутрішньому нелегальному ринку наркотиків, кількість вилучень макової соломи (19462) та їх вага залишаються також достатньо високими (таблиця 10.2.1).

Таблиця 10.2.1.

Вилучення основних видів підконтрольних речовин, дані МВС України

Наркотичний засіб / психотропна речовина		2005	2006	2007	2008	2009
Гашиш	кг	2,2	9,7	2,7	3,7	3,5
	кількість	1367	1402	1647	1551	3940
Марихуана	кг	6292	21967	11993	5961	4734
	кількість	40151	40342	47573	44110	90391
Героїн	кг	0,5	48,7	5,1	92,5	12,5
	кількість	117	121	399	375	1259
Кокаїн	кг	0,7	1,9	2,0	2,1	0,89
	кількість	65	73	95	121	299
Амфетаміни Метамфетаміни речовини групи Екстазі	г	13433,9	24736,3	31169,7	44348,3	55143,8
	кількість	983	1292	1956	11863	23162
ЛСД	دوزи	43	-	16	3	342
	кількість	8	-	41	6	11
Макова солома	кг	13828	9859	13202	5447	4149
	кількість	13329	11833	7215	10311	19462
Опій	кг	155,2	50,1	34,2	34,8	39,51
	кількість	22346	21888	17118	15271	27703

Дані щодо загальної кількості вилучених у 2009 році наркотичних засобів і психотропних речовин від підрозділів Служби безпеки України не надходили⁷⁸. Аналіз даних за деякими видами наркотиків свідчить про значне збільшення вилучень за вагою марихуани (10941 кг) та вагоме зменшення вилученого героїну з 214,2 кг до 1,5 кг. Відсутність даних щодо кількості вилучень не дозволяє встановити тенденції щодо контрабандного переміщення наркотичних засобів і психотропних речовин через кордони України (таблиця 10.2.2).

Таблиця 10.2.2.

Вилучення основних видів підконтрольних речовин, дані СБ України

Наркотичний засіб/ психотропна речовина		2005	2006	2007	2008	2009
Героїн	кг	0,474	46,975	506,5	214,2	1,55
	кількість	облік не ведеться				
Кокаїн	кг	2,3	1,4	19,298	41	6,12
	кількість	облік не ведеться				
Марихуана	кг	1,522	11920	1253,42	65,347	10941
	кількість	облік не ведеться				
Гашиш	кг	0,03	0,02	0,042	0,3	4,353
	кількість	облік не ведеться				
Макова солома	кг	1,273	905	345,5	200	148,08
	кількість	облік не ведеться				
Синтетичні наркотики	кг	42,9	14,33	7,89	18,3	21,611
	кількість	облік не ведеться				

⁷⁷ Дані МВС України.

⁷⁸ Статистичні дані щодо вилучень, за матеріалами кримінальних справ, порушених слідчими органами СБУ, включають також вилучення, проведені співробітниками Державної митної служби України та Державної прикордонної служби України.

Кількість лабораторій, де виготовлялись нелегальні наркотичні речовини

Кустарне виготовлення наркотичних засобів і психотропних речовин залишається актуальним для України. Так, за даними МВС у 2009 році було викрито 223 підпільних лабораторії, здебільшого з виготовлення ацетильованого або екстракційного опію та амфетамінів (ст. 313 КК України). Крім того було викрито 579 осередків, де виготовлялись та вживались наркотичні засоби (ст. 317 КК України)⁷⁹. У порівнянні з минулим роком спостерігається 15 відсоткове зниження кількості виявлених лабораторій та 16 відсоткове зниження за кількістю осередків, де вироблялись наркотичні засоби (таблиця 10.2.3).

Таблиця 10.2.3.

Кількість викритих нарколабораторій та осередків, де вживали наркотичні засоби, 2005-2009 роки.

	2005	2006	2007	2008	2009
Викрито підпільних нарколабораторій	208	225	256	263	223
Викрито осередків, де вживали наркотичні засоби	2743	2662	2487	2443	2098
- в т.ч. осередків виготовлення наркотиків	1178	1018	885	692	579

10.3. Ціни на нелегальні наркотики та їх чистота

Збір інформації щодо ціни на нелегальні наркотичні засоби та динаміки їх зміни не передбачений жодним нормативним актом України. МВС, виходячи з внутрішньовідомчих потреб, а саме, майнової оцінки вилучених наркотичних засобів, двічі на рік проводить збір усереднених даних про ціни окремих видів наркотичних засобів і психотропних речовин.

Методика формування усереднених даних про ціни на види наркотиків ґрунтується на оперативних даних отриманих від конфіденційних джерел поліції у середовищі наркозалежних та даних отриманих внаслідок проведення операції оперативної закупки⁸⁰ (закупка необхідна для документації збуту). На підставі отриманих даних регіональними підрозділами боротьби з незаконним обігом наркотиків системи МВС формується усереднене значення по регіону. На підставі усереднених значень отриманих з регіонів формується середнє арифметичне для всієї країни. Окрім наркотичних засобів та психотропних речовин характерних для загальноєвропейського ринку, МВС відслідковує ціни на ПАР, що властиві місцевому нелегальному ринку (таблиця 10.3.1).

⁷⁹ Відповідно до українського кримінального законодавства кваліфікуючою ознакою для признання місця виготовлення наркотичних засобів лабораторією є наявність спеціального обладнання (наприклад, конденсаційна труба, випарник, прес тощо), або його окремих деталей та вузлів. Використання для виготовлення наркотичних засобів побутових предметів таких як кухонний посуд, млинок для кави, м'ясорубка не містить в собі складу злочину, передбаченого ст. 313 КК України.

⁸⁰ Ст.5 Закону України "Про заходи протидії незаконному обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів та зловживанню ними".

Таблиця 10.3.1.

Ціни на наркотичні засоби і психотропні речовини (в гривнях)

	2005	2006	2007	2008	2009
Середній обмінний курс: гривень за євро	7,10	6,24	6,64	7,5	11,46
Марихуана (1 г)	«О.Н.В. ⁸¹ »	10	10	20	20
Героїн (1 г)	«О.Н.В.»	550	550	580	980
Кокаїн (1 г)	«О.Н.В.»	850	850	880	1500
Амфетамін (1 г)	«О.Н.В.»	150	150	250	250
Метамфетамін (1 г)	«О.Н.В.»	150	150	250	250
Екстазі (пігулка)	«О.Н.В.»	50	50	80	100
ЛСД (доза)	«О.Н.В.»	100	100	140	150
Опій (г)	«О.Н.В.»	100	100	250	250
Макова солома	«О.Н.В.»	1,1	1,1	3	6

Як зазначається фахівцями МВС, ціна на наркотичні засоби та психотропні речовини іноземного виробництва на «чорному» ринку може змінюватись в зв'язку з коливанням курсу гривні до іноземних валют.

Ціна на наркотики рослинного походження, що вирощуються в Україні, значно не змінювалась з причини, що сировинна база їх не зменшувалась. Особливо це свідчить про збільшення знищених нелегальних посівів наркотиковмісних рослин (таблиця 10.3.2.).

Таблиця 10.3.2.

Виявлено та знищено незаконних посівів підрозділами МВС (тис.м²)

	2005	2006	2007	2008	2009	Всього
маку	149,7	15614,0	280,3	703,4	374,0	534,4
коноплі	44,1	13564,8	188,5	112,4	983,8	14893,6
дикорослої коноплі'	78,7	32,7	190,2	534,4	198,9	1034,9
Всього	272,4	29211,5	659,0	1350,2	1556,7	

Дані щодо дослідження ціни на нелегальні наркотичні засоби та динаміку їх зміни від Служби безпеки України не отримано.

⁸¹ "О.Н.В." - облік не ведеться.

Частина Б. Вибрані теми

11. Історія, методи та впровадження національних лікувальних нормативів.

Історія

До 1998 року допомога особам, які мають наркологічні проблеми, ще з радянських часів розумілась в Україні як виключно медична робота і зміст наркологічної допомоги не визначався практично ніякими нормативними документами.

Наукове обґрунтування та запровадження стандартів і протоколів діагностики та лікування наркологічних захворювань, процес стандартизації в системі охорони здоров'я розпочався більше 10 років тому. Першою розробкою стали «Тимчасові галузеві уніфіковані стандарти медичних технологій діагностично-лікувального процесу стаціонарної допомоги дорослому населенню в лікувально-профілактичних закладах України» та «Тимчасові стандарти обсягів діагностичних досліджень, лікувальних заходів та критеріїв якості лікування дітей», затверджені наказом МОЗ України від 27.07.1998 року № 226. Стандарти фактично були переліками діагностичних і лікувальних процедур із зазначенням термінів лікування та очікуваних результатів. Через 4 роки вийшов наказ МОЗ України «Про затвердження нормативів надання медичної допомоги та показників якості медичної допомоги» (№ 507 від 28.12.2002 р.), а в 2009 році відповідними наказами було затверджено цілу низку протоколів надання медичної допомоги в тому числі затвердженні клінічні протоколи надання медичної допомоги зі спеціальності «Наркологія» (№ 681 від 21.09.2009). На сьогодні в Україні ці нормативні документи є чинними, проте якісний рівень цих розробок не відповідає міжнародному. Основним нормативним документом для проведення всіх санітарно-статистичних робіт в Україні є адаптований варіант Міжнародної статистичної класифікації хвороб десятого перегляду (МКХ-10).

Дослідження «ЛІКУВАННЯ НАРКОЗАЛЕЖНОСТІ Й ОЦІНКА ЙОГО ЕФЕКТИВНОСТІ»

Дослідження проведено Українським інститутом досліджень політики громадського здоров'я в 2009 році за участю наркологічних установ м.Києва, Одеси, Львова, Миколаєва, Київської і Донецької областей. Метою дослідження була оцінка ефективності наркологічного лікування, що здійснюється переважно в державних лікувальних установах і зіставити вживані підходи і методи з тими, що їх рекомендують ВООЗ, NIDA та інші організації, які забезпечують застосування кращих практик.

За даними дослідження, понад 40% пацієнтів змогли потрапити на лікування після двох і більше днів очікування. Судячи з висловлювань пацієнтів (60%), була надана допомога в отриманні консультацій або лікувань в інших ЛПУ. З них 46% просто отримали пораду і 50% були записані на прийом або отримали направлення до фахівця потрібного профілю. Більшість пацієнтів (63%) отримували пропозицію після закінчення стаціонарного курсу продовжити лікування в денному стаціонарі або реабілітаційному центрі. Однак, лише 34% пройшли реабілітацію. В ході дослідження було встановлено, що заходи протидії рецидивам проводяться в обмеженому обсязі.

Результати дослідження показують, що фактично лікування наркозалежності проводиться без дотримання стандартів, що діють в Україні. Лікування здійснюється в більшості випадків в стаціонарі й майже не продовжується після виписки зі стаціонару. При проведенні лікування застосовуються методи, ефективність яких не доведена, в багатьох наркологічних закладах використовуються нейролептики, антидепресанти та інші психотропні засоби, які не знижують рівень вживання наркотиків. Як результат, лише невеликий відсоток осіб, які потребують допомоги

отримують сучасну терапію (менше ніж 10%) і дуже багато СІН повертаються до вживання невдовзі після проходження лікування (понад 90%). Аналіз відповідей пацієнтів показав, що вони не були достатньо інформовані щодо розповсюдження інфекцій, що передаються ін'єкційним шляхом, їх не залучають до програм зменшення шкоди. Інформовані були з питань ВІЛ/СНІД 33% опитаних наркозалежних.

Фінансування лікувальних установ здійснюється з місцевих бюджетів. Деякі установи надали наступну інформацію щодо фінансування одного ліжка-місця на день: Донецька область-3,18 грн. (\$0,63), Київська область - 2,79 грн. (\$0,55), Одеська область - 2,24 грн. (\$0,44). Адаже запланована потреба на одного пацієнта наркологічного диспансеру в стаціонарі, за умови забезпечення державних соціальних нормативів надання медичної допомоги, на цей момент складає 922,79 грн. (\$182,7) на місяць.

Зібрані дані дослідження свідчать про те, що в країні практично не використовуються методи, які довели свою ефективність, такі як ЗПТ. Слід зазначити, що у наркологічних закладах немає механізму оцінки ефективності проведення лікувальних заходів. В Україні доки не створена система допомоги СІН і наркозалежним, яка б могла істотно знизити розповсюдження ВІЛ інфекції. Замість терапію, яка є вагомим політикою зменшення шкоди, досі застосовують в обмежених масштабах. Пацієнти і їхні родичі пасивно беруть участь у лікуванні і недостатньо заохочуються до профілактичних заходів. Про роботу з членами сім'ї повідомляють тільки 38% опитаних пацієнтів. Результати опитування медичного персоналу свідчать, що у багатьох випадках персонал ставиться до наркозалежних як до злочинців, або осіб з поганою поведінкою. Аналіз чинної методичної документації щодо лікування наркозалежності свідчить про те, що в країні на загальнодержавному рівні не сформована концепція надання психо-соціальної допомоги наркозалежним і більшість ЛПУ обмежуються виключно медичними заходами.

Методи

На виконання Національного плану розвитку системи охорони здоров'я на період до 2010 року, останніми роками проводиться робота щодо поліпшення якості надання медичної допомоги, ґрунтуючись на засадах доказової медицини. Виходячи з загальнодержавної програми адаптації законодавства України до законодавства Європейського Союзу передбачається гармонізація національної системи стандартизації медичної допомоги з європейськими принципами. Методологічною основою в сфері стандартизації прийнято опитувальник AGREE. Відповідно цьому, в 2009 році була затверджена перша частина «Уніфікованих методик з розробки клінічних настанов, медичних стандартів, уніфікованих клінічних протоколів медичної допомоги, локальних протоколів медичної допомоги (клінічних маршрутів пацієнтів) на засадах доказової медицини». Описання фармакотерапії приводиться до вимог наказу МОЗ України від 17.03.2009 № 173 «Про затвердження першого випуску Державного формуляру лікарських засобів та забезпечення його доступності» (розділ 5 «Психіатрія, Наркологія. Лікарські засоби»). Затверджена методика створення медичних стандартів в Україні базується на адаптації вже існуючих в світі клінічних настанов, які створені у ведучих світових центрах по розробці клінічних настанов (наприклад: NICE, SIGN, ANRQ, SBU, NZGG). Адаптовані клінічні настанови планується в подальшому використовувати як основу для створення медичних стандартів та протоколів ведення пацієнтів з різними станами пов'язаних з наркологічними проблемами.

В 2009 році був вперше розроблений Державний формуляр лікарських засобів. Формулярна система є частиною системи стандартизації медичних послуг. Формулярна система створюється в рамках низки нормативно-правових актів, серед яких: наказ МОЗ України від 22.07.2009р. №529 «Про створення формулярної системи забезпечення лікарськими засобами закладів охорони

здоров'я», наказ МОЗ України від 24.07.2009р. №531 «Про затвердження Порядку проведення моніторингу безпеки та ефективності лікарських засобів у стаціонарах закладів охорони здоров'я».

Формулярна система — комплекс управлінських методик в охороні здоров'я, що забезпечує застосування раціональних, організаційно та економічно ефективних методів постачання і використання лікарських засобів з метою забезпечення в конкретних умовах високої якості медичної допомоги і оптимального використання наявних ресурсів; інформаційно-економічна доктрина раціонального застосування лікарських засобів. Основний принцип формулярної системи — застосування ліків із доведеною ефективністю. Метою її впровадження є забезпечення ефективної та доступної фармакотерапії, зокрема забезпечення пріоритетності використання під час лікування ефективних, безпечних ліків, призначення яких економічно обґрунтовано.

Державний формуляр розроблений відповідно до рекомендацій Всесвітньої організації охорони здоров'я [WHO. A Practical Guide, 2004; 45 pages].

Лікарські засоби у Державному формулярі вказані за міжнародними непатентованими назвами відповідно до останньої актуальної анатомотерапевтично-хімічної класифікації ВООЗ [WHO, Geneva, 2002, WHO Drug information, Recommended INN list].

Впровадження

Слід очікувати, що запровадження медичних стандартів і клінічних протоколів в Україні не буде легким. Причинами цього є недостатнє фінансування лікувальних закладів, відсутність інформації принаймні про частину затверджених і схвалених МОЗ основних документів, неготовність фахівців і обласних управлінь охорони здоров'я прийняти нові підходи та контролювати їх і неготовність до викладання тренінгових програм з доказової медицини. Крім фактору інертності, безперечно, виникнуть конфлікти інтересів, тому контроль впровадження стандартів надання медичної допомоги та правовий аспект проблеми потребує вдосконалення законів України «Про державні соціальні стандарти та державні соціальні гарантії» та звернутися до питання першочергового забезпечення певного мінімуму обсягу та якості медичних послуг. З цього приводу слід звернутися до понять «базовий пакет медичних послуг» та «медичний стандарт» (має визначати, в якій саме формі надаватимуться медичні послуги). Базовий пакет послуг стосується не окремої людини, а населення взагалі і є результатом нормування видів і обсягу послуг, що надаються в умовах обмеженого ресурсного забезпечення. Він зобов'язує державні чи уповноважені державою органи надавати чи фінансувати певні послуги та забезпечувати право на отримання безкоштовних послуг.

Бібліографія

Нормативно-правова база

Закон України (2009а). Про затвердження Загальнодержавної програми «Національний план дій щодо реалізації Конвенції ООН про права дитини» на період до 2016 року: від 05.03. №1065-VI.

Закон України (2009б). Про затвердження Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009-2013 роки: від 19.02. №1026-VI.

Закон України (2007). Про затвердження Загальнодержавної програми протидії захворюванню на туберкульоз у 2007-2011р.: від 08.02. №648-V.

Закон України (2005). Про соціальну роботу з сім'ями, дітьми та молоддю: від 18.01. №2353-IV.

Закон України (2001). Про боротьбу із захворюванням на туберкульоз: від 05.07. №2586 – III.

Закон України (1995а). Про наркотичні засоби, психотропні речовини і прекурсори: від 15.02. № 60/95-ВР.

Закон України (1995б). Про заходи протидії незаконному обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів та зловживанню ними: від 15.02. №62/95-ВР.

Президент України (2002). Національна доктрина розвитку освіти. Указ від 17.04. №347.

Президент України (2000). Про невідкладні заходи щодо боротьби з туберкульозом: Указ від 11.05. №679/2000.

Кабінет Міністрів України (2009). Про затвердження Типового положення про центр ресоціалізації наркозалежної молоді. Постанова від 16.09. № 979.

Кабінет Міністрів України (2006). Про затвердження Державної програми подолання дитячої безпритульності і бездоглядності на 2006-2010 роки: Постанова від 11.05. №623.

Кабінет Міністрів України (2004). Про затвердження Концепції стратегії дій Уряду, спрямованих на запобігання поширенню ВІЛ-інфекції/СНІДу, на період до 2011 року: Постанова від 04.03. № 264.

Кабінет Міністрів України (2004). Про Рекомендації парламентських слухань, на тему: «Соціально-економічні проблеми ВІЛ/СНІДу, наркоманії та алкоголізму в Україні та шляхи їх розв'язання : Постанова від 03.02. № 1426-IV.

Кабінет Міністрів України (2003). Про затвердження Програми реалізації державної політики у сфері боротьби з незаконним обігом наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів на 2003-2010 роки: Постанова від 04.06. №877.

Кабінет Міністрів України (2002). Про затвердження Міжгалузевої комплексної програми «Здоров'я нації» на 2002-2011 роки. Постанова від 10.01. №14.

Кабінет Міністрів України (2000). Про затвердження Переліку наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів: Постанова від 06.05. № 770.

Кабінет Міністрів України (1999). Про комплексні заходи боротьби з туберкульозом: Постанова від 23.04. №667.

Кабінет Міністрів України (1997). Про обов'язковий профілактичний наркологічний огляд і порядок його проведення: Постанова від 06.11. №1238.

МОЗ України (2010). Про впровадження форм первинної облікової документації і форм звітності туберкульозу та інструкцій щодо їх заповнення: Наказ від 20.05. №187

Міністерство України у справах сім'ї, молоді та спорту (2009). Про затвердження Примірною галузевого стандарту соціальних послуг сім'ям з дітьми, які перебувають у складних життєвих обставинах: Наказ від 29.12. №4569.

МОЗ України (2009а). Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги зі спеціальності «наркологія»: Наказ від 21.09.2009 №681.

МОЗ України (2009б). Про затвердження форм первинної облікової документації і форм звітності з туберкульозу та інструкцій щодо їх заповнення: Наказ від 02.09. №657.

МОЗ України (2009в). Про затвердження Тимчасового порядку обстеження на ВІЛ-інфекцію із застосуванням швидких тестів, їх використання, зберігання та обліку результатів. Наказ від 27.08. №639.

МОЗ України (2009г). Академія медичних наук України 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 від 19.02. №102/18.

Міністерство України у справах сім'ї, молоді та спорту (2008). Про затвердження та впровадження стандартів мінімального пакету соціальних послуг у сфері ВІЛ/СНІДу різним категоріям дітей, молоді та сімей: Наказ від 18.12. №4941.

МОЗ України (2008а). Про затвердження методичних рекомендацій «Замісна підтримувальна терапія в лікуванні хворих із синдромом залежності від опіоїдів». Наказ: від 10.11. №645.

МОЗ України (2008б). Стандарт лікування ВІЛ-позитивних людей, які є споживачами ін'єкційних наркотиків: Наказ від 19.08. № 476.

Міністерство України у справах сім'ї, молоді та спорту (2007). Про затвердження та впровадження галузевого стандарту надання соціальних послуг вживачам психоактивних речовин, в тому числі споживачам ін'єкційних наркотиків, і їх близькому оточенню: Наказ від 10.10. № 3611.

Міністерство України у справах сім'ї, молоді та спорту (2007). Формування здорового способу життя серед дітей та молоді: Наказ від 30.03. №947.

МОЗ України (2007). Про затвердження тимчасового галузевого класифікатора медичних процедур (послуг) та хірургічних операцій: Наказ від 14.02. № 67.

МОЗ України (2006а). Про заходи щодо організації ВІЛ/СНІД профілактики та замісної підтримуючої терапії для споживачів ін'єкційних наркотиків: Наказ від 20.12. №846.

Міністерство України у справах сім'ї, молоді та спорту, МОЗ України (2006). Про затвердження порядку взаємодії центрів СССДМ із закладами охорони здоров'я щодо різних аспектів профілактики ВІЛ/СНІД: Спільний наказ від 17.11. №3925/760.

МОЗ України (2006б). Про затвердження клінічного протоколу антиретровірусної терапії ВІЛ-інфекції у дорослих та підлітків. Наказ від 04.10. №658.

МОЗ України (2006в). Про заходи щодо організації профілактики ВІЛ/СНІД та замісної підтримуючої терапії для споживачів ін'єкційних наркотиків. Наказ від 20.06. №846.

Міністерство України у справах сім'ї, молоді та спорту, МОЗ України, МОН України, Міністерство праці та соціальної політики України, Міністерства транспорту та зв'язку України, МВС України, Державний департамент України з питань виконання покарань (2006). Про затвердження Порядку взаємодії суб'єктів соціальної роботи із сім'ями, які опинилися у складних життєвих обставинах: Спільний наказ від 14.06.2006 №1983/388/452/221/556/596/106.

МОЗ України (2006г). Про затвердження Протоколу надання медичної допомоги хворим на туберкульоз: Наказ від 09.06. №384.

МОЗ України (2006д). Про затвердження протоколу по впровадженню ДОТС-стратегії в Україні : Наказ від 24.05. №318.

МОН України (2006). Про вивчення предмета «Основи здоров'я» у 5-9 класах: Наказ від 13.03. №182.

МОЗ України (2006е). Про затвердження типових положень що лабораторії і пункти з діагностики туберкульозу та пункти збору мокротиння: Наказ від 06.02. №50.

МОЗ України (2005а). Про впровадження в Україні Адаптованої ДОТС-стратегії: Наказ від 15.11. №610.

МОЗ України (2005б). Про розвиток та удосконалення замісної підтримуючої терапії для профілактики ВІЛ/СНІДу серед споживачів наркотиків. Наказ від 13.04. №161.

МОЗ України (2005в), Міністерство України у справах сім'ї, молоді та спорту Про затвердження заходів щодо розвитку «дружніх до молоді» медико-соціальних послуг на 2005-2010 роки: Наказ від 30.03. №1/135.

Міністерство України у справах сім'ї, молоді та спорту (2005). Про затвердження Типового положення про службу роботи з ін'єкційними споживачами наркотиків: Наказ від 16.02. № 3430

МОЗ України (2003). Про затвердження інструкції щодо надання допомоги хворим на туберкульоз і неспецифічні захворювання легенів: Наказ від 28.10. №499.

МОЗ України (2002). Про затвердження нормативів надання медичної допомоги та показників якості медичної допомоги: Наказ від 28.12. №507.

Міністерство освіти і науки України (2001). Сприяння просвітницькій роботі за методикою «рівний-рівному» серед молоді України щодо здорового способу життя: Наказ від 26.10. № 707.

МОЗ України (2001). Про створення референт – центру з мікробіологічної діагностики туберкульозу МОЗ України: Наказ від 13.04. №143/22.

Міністерство освіти та науки України (1999). Положення про психологічну службу системи освіти України: Наказ від 03.05. №127.

МОЗ України (1998). Про затвердження Тимчасових стандартів діагностично-лікувального процесу стаціонарної допомоги: Наказ від 27.07. №226

Список використаної літератури

Амджадін Л., Андрущак Л., Звершховська І. та інші.(2005), Огляд роботи зі споживачами ін'єкційних наркотиків в Україні в контексті боротьби з епідемією ВІД/СНІД, С.168.

Артюх О.Р., Балакірева О.М., Бочкова Л.В., Галич Ю.П. та о .(2005), Моніторинг поведінки споживачів ін'єкційних наркотиків як компонент епіднагляду другого покоління, Аналітичний звіт, Державний інститут розвитку сім'ї та молоді.

Балакірева О.М., Бойко А.М., Бойко Р.М., Вієвський А.М. та інші. (2004), Методичні рекомендації з питань організації та функціонування центрів ресоціалізації наркозалежних.

Балакірева О.М., Бондар Т.В., Рингач Н.О. та інші.(2008), Рівень і тенденції поширення тютюнокуріння, вживання алкоголю та наркотичних речовин серед учнівської молоді України.

Балакірева О.М., Варбан М.Ю., Г.В. Довбах Г.В. та інші. (2008), Методичні рекомендації з проведення дослідження для моніторингу відповіді країни на епідемію ВІЛ-інфекції.

Балакірева О.М, Варбан М.Ю., Яременко О.О. та інші. (2003), Оцінка можливостей розвитку програм профілактики ВІЛ в середовищі споживачів ін'єкційних наркотиків.

Балакірева О.М., Ґрунд Ж.-П. , Кас Барендрегт М.А. та інші.(2006), Чинники впливу та попередження початку вживання молоддю наркотиків ін'єкційним шляхом: Аналітичний звіт та Стратегії профілактики ініціації вживання наркотиків ін'єкційним шляхом серед уразливих груп підлітків та молоді.

Балакірева О.М., Левін Р.Я., Сосідко Т.І. та інші. (2006), Досвід реалізації проекту «Профілактика ВІЛ/СНІДу серед молоді» 2003-2005.

Балакірева О.М, Яременко О.О., Левін Р.Я. та інші. (2005), Моніторинг та оцінка діяльності з формування здорового способі життя, у 14 кн., Кн. 11.

Безулік Т.В., Білий А.І., Бородін Є.І. та інші. (2006), Про становище молоді в Україні: (Щодо підтримки молодшої сім'ї, посилення соціального захисту дітей та молоді у 2001–2006 рр.): Щорічна доповідь Президентів України, Верховній Раді України, Кабінету Міністрів України.

Берис К. (2009), Женщины, снижение вреда и ВНЧ. Ключевые выводы исследований в Азербайджане, Грузии, Киргизстане, России и Украине, Институт Открытое Общество.

Берлева Г.О., Думчев К.В., Кобища Ю.В. та інші. (2010), Оцінка чисельності груп високого ризику інфікування ВІЛ в Україні: Аналітичний звіт за результатами соціологічного дослідження. Станом на 2009 рік.

Бітнер О. (2009), Кінець міжнародного наркотрафіка (боротьба з розповсюдженням наркотиків в Україні), Урядовий кур'єр, 112, червень, с. 4.

Борткевич С., Горбасенко І., Руденко В. (2010), Громадська експертиза діяльності діяльності органів виконавчої влади щодо виконання чинного законодавства з питань протидії туберкульозу: Підсумки, Контроль за туберкульозом в Україні: Інформаційно-аналітичний вісник, Спеціальний випуск (3).

Боротьба з наркобізнесом: проблеми та шляхи їх вирішення (2002): Матеріали Всеукраїнської наук.-практ. Конф., 17-18 жовт. 2002, Одеса.

Бут О. (2008), Проблеми деінтефікацій наркотизації у підлітковому та молодіжному середовищі (на прикладі скандинавських країн і України), Підприємництво, господарство, право, 2, С 127-130.

Вивчення громадської думки дітей та молоді щодо ефективності роботи з профілактики негативних явищ (наркозалежності, СНІД, тютюнопаління, правопорушень, злочинності) в дитячому та молодіжному середовищі та формування здорового способу життя (2001): Аналітичний звіт за результатами опитування молоді України у рамках проекту.

Вієвський А.М., Лепеха К.І., Дивак В.В. та інші. (2010), Комплексна програма з профілактики наркотичних та алкогольних проблем, зорієнтованих на учнів 1-12 класів, їх батьків та персонал загальноосвітніх закладів I-III ступенів навчання, [у 17 книгах].

Вієвський А.М., Дворяк С.В., Сидяк С.В. (2008), Лікування наркозалежності й оцінка його ефективності: Звіт про дослідження.

ВІЛ-інфекція в Україні (2010) :Інформаційний бюлетень, 33: <http://www.aidsalliance.org.ua/cgi-bin/index.cgi?url=/ua/library/our/index.htm>.

Віл-інфекція в Україні (2009), Стислий огляд епідеміологічної ситуації в Україні на 01.01.2009, Інформаційний бюлетень, 31.

ВИЧ/СПИД в тюрмах стран Центральной и Восточной Европы и бывшего Советского Союза (2006), 12 информационных листков, Канадская правовая сеть по ВИЧ/СПИДу.

Вітер О. (2007), Від наркотиків залежать усі: і медицина, і МВС : Понад п'ять мільйонів українців особисто знають, що таке наркозалежність , Голос України, 190, жовтень 20, - С, 4.

Влияние наркополитики на здоровье и права человека в Восточной Европе (2009), 10 лет специальной сессии Генеральной Ассамблеи ООН по наркотикам, Редакция Р. Штуйките.

ВООЗ. Международный комитет Красного Креста.(1998), Руководство по борьбе с туберкулезом в тюрьмах.

ВООЗ. (1998), Лечение туберкулеза: рекомендации для национальных программ, 2-е изд.

ВООЗ.(2007), Руководство по программному ведению лекарственно – устойчивого туберкулеза.

ВООЗ.(2006), ТБ/ВИЧ: клиническое руководство, 2-е изд.

ВООЗ.(2004), Туберкулез: выявление, лечение и мониторинг по К. Томену: Вопросы и ответы, 2-е изд.

Воронцова Т.В., Пономаренко В.С.(2005), Основы здоров'я. 5 клас: Посібник. Для вчителя.

Ганюков О., Березіна Н., Варбан М. та інші. (2005), Оцінка рівня охоплення учнівської та студентської молоді профілактичними програмами: Аналітичний звіт.

Гепатит С: Электронный ресурс (2010), ECCB, TAG, TTAG.

Гепатит С среди потребителей инъекционных наркотиков в новых странах – членах Европейского Союза и соседних странах: основные факты и проблемы (2007), ECCB.

Гепатит С среди потребителей инъекционных наркотиков в новых странах – членах Европейского Союза и соседних странах: ситуация, руководства, рекомендации (2007), ECCB.

Голоцван О.А., Осташко С.І., Мешкова О.І. та інші. (2008), Надання медико-соціальних послуг дітям та молоді на основі дружнього підходу: Методичні рекомендації.

Гриненко И. Наркобизнес и национальная безопасность (2004).

Грушецький А. (2010), Моніторинг поведінки, та поширеність Віл-інфекцій серед жінок, які надають сексуальні послуги за плату як компонент епіднагляду за Віл другого покоління, Аналітичний звіт за результатами опитування ЖКС у 2009.

Дворяк С.В., Пріб Г.А., Штенгелов В.В. (2009), Замісна підтримувальна терапія для наркозалежних в Україні, Всесвіт соціальної психіатрії, медичної психології та психосоматичної психології, 1, 2(2), С.35-40.

Дворяк С.В. Штенгелов В.В. (2009), Моніторинг та оцінка програм замісної підтримувальної терапії бупренорфіном в Україні. Всесвітній журнал соціальної психіатрії, медичної психології та психосоматичної психології, 1, 2(2), С.45-52.

Демченко І.Л., Пивоварова Н.П., Костючок М.М. та інші. (2008). Оцінка клінік, дружніх до молоді: аналітичний звіт.

Державний інститут розвитку сім'ї та молоді (2007), Національний звіт з виконання рішень підсумкового документа Спеціальної Сесії Генеральної Асамблеї ООН в інтересах дітей (2002) та Плану дій „Світ, сприятливий для дітей”, Вакуленко О., Дорогих Л.В., Зінченко А.

Доля І.М. (2010), Подолання дитячої безпритульності: міжнародна та вітчизняна практика, Стратегічні пріоритети, 1.-С. 55-59.

Женщины и наркополитика в странах Евразии (2010), Евразийская сеть снижения вреда (ЕССВ).

Журило О.А., Барбова А.І., Трофімова П.С. та інші. (2005), Біологічні властивості м. tuberculosis, виділених від хворих з первинною медикаментозною стійкістю, Український медичний журнал, 3, С. 51 – 53.

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».

Збірник законодавчих та нормативно-правових актів у сфері обігу наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів (2004).

Зберегти свободу (від алкоголю) (2008), укладач О. А. Почекета.

Здоров'я та поведінкові орієнтації учнівської молоді : Монографія/[О. М. Балакірева, Н. О. Рингач, Р. Я. Левін та ін.]. - К.:Укр. інститут соціальних досліджень ім. О. Яременка, 2007. - 128с.

Зведені дані про кількість пацієнтів на сайтах ЗПТ: Архів (01.01.2009-01.01.2010): [Електронний ресурс] <http://www.uihp.org.ua/ua/resource/zvedeni-danni>.

Злочинність в Україні. Основні показники стану та структури злочинності за 2001-2005 роки: Статистичний збірник (2006).

Інформація про стан виконання у 2009 році Програми реалізації державної політики у сфері боротьби з незаконним обігом наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів на 2003-2010рр.

Игнорировать больше нельзя: зачем и как реагировать на эпидемию гепатита С в Украине (2010), Резюме Института Открытое Общество в отношении украинской политики гепатита С.

Кодекс України про адміністративні правопорушення: Науково-практичний коментар (2008), / Р.А.Калюжний, А.Т. Комзюк, О.О. Погрібний та інші., 2- ге вид.

Клименко О.Ю. (2009), Вулиця, як система життя для безпритульних дітей, Соціологія , 3 (65).- С. 102-106.

Константинов С. (2010), Застосування міліцією заходів з примусу щодо протидії наркоманії серед неповнолітніх, Підприємництво, господарство і право, 1, с. 25-28.

Кримінально-процесуальний кодекс України: Науково-практичний коментар (2008), /Заг. редактування В.Т. Маляренка В.Г.Гончаренка.– 5-е вид., перероб. Та доп.

Кросс Д. Ф., Камарулзаман А.(2006), Предоставление лечения и ухода при ВИЧ-инфекции для людей, употребляющих наркотики: Чему учат исследования и практика / Международная программа снижения вреда, С.111 – 131.

Крофтон Дж. (1998). Методические рекомендации по лечению резистентных форм туберкулеза.

Крофтон Дж., Хорн Н., Миллер Ф.(1997), Клиника туберкулеза.

Курпіта В.І., Кошикова А.А., Леженцев К.Ю. та інші.(2010), Доступ до послуг з лікування для ВІЛ- позитивних споживачів ін'єкційних наркотиків: Дослідження.

Лібанова Е. М. (2009). ЦРТ та інноваційні виміри людського розвитку.

Маслюківська О. , Печончик Т., Погребняк Т. (2010), Україна 2020, Українська школа політичних студій, сесія 4, 19-21 вересня, 2009.

Мінченко С. (2009), Криміналогічна характеристика наркоманії та проституції, сучасний стан і тенденції, Право України, 9, с. 116-121.

Міністерство України в справах сім'ї молоді та спорту. (2009), Інформація стосовно реалізації Указу Президента України від 3.07.2008 №616 «Про проведення у 2009 році в Україні Року молоді»: від 02 вересня 2009: http://www.kmu.gov.ua/sport/control/uk/publish/article;jsessionid=0F5554365BEEE28917DA4DAB0CC8EC8D?art_id=108328&cat_id=105327.

Maher D., Chaulet P., Spinaci S. (1998), Лечение туберкулеза: рекомендации для национальных программ, 2-е ,ВОЗ.

МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» (2010), Узагальнений звіт щодо виконання проекту «Підтримка профілактики ВІЛ/СНІДу, лікування та догляду для найуразливіших груп населення України» за підтримки Глобального фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією» за період січень – червень 2010р.

МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СПІД в Україні (2009), Річний звіт, Підтримка спільнот протидії епідемії ВІЛ/СПІД в Україні.

Міжнародна статистична класифікація хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я. Десятий перегляд /World Health Organization, 1992; Всесвітня організація охорони здоров'я, Женева, 1998; Український інститут громадського здоров'я, переклад з англійської, 1998.

МОЗ України (2010а), Звіт про результати виконання Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009-2013 роки у 2009 році: [Електронний ресурс] // <http://www.stop.aids.gov.ua>

МОЗ України (2010б), Національний звіт з виконання рішень Декларації про відданість справі боротьби з ВІЛ/СНІДом: Звітний період – січень 2008 р. – грудень 2009 р.

МОЗ України (2010в),Туберкульоз в Україні: Аналітично – статистичний довідник за 1998 – 2009 роки.

Моніторинг поведінки молоді як компонент епіднагляду другого покоління (2005), Аналітичний звіт, Державний інститут проблем сім'ї та молоді; Український інститут соціальних досліджень ім. О. Яременка.

Моніторинг поведінки жінок, які надають сексуальні послуги за плату (ЖКС), як компонент епіднагляду за ВІЛ другого покоління в 16 містах України (2008), Аналітичний звіт; (Електронний ресурс), Режим доступу: <http://www.kiis.com.ua>

Мороз Л., Боброва А., Сергеева Т. та інші. (2009), Гепатит С в Україні: невизнана епідемія: Правовий, медичний та соціальний аналіз:[Електронний ресурс] // <http://hepatit.org.ua/wp-content/uploads/2010/02/HCV-UA-report-2009.pdf>.

Морозова О., Варецька О., Джонс Д. та інші. (2008), Моніторинг та оцінка програм і проектів.

Навички заради здоров'я. (2004), Навчання здоровому способу життя на засадах розвитку навичок: важливий компонент школи, дружньої до дитини, школи, що підтримує здоров'я: Документ 9. ВООЗ.

Нагорная Н., Варбан М. (2008), Отчет по результатам оценки потребностей региональных организаций в технической поддержке, МБФ, Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине.

Наркозлочинність: кримінологічна характеристика та запобігання (2006), Науково-практичний посібник, Ред. А.П.Закалюк.

Національна програма забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, допомоги та лікування ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2004-2008 роки / НАН України [Електронний ресурс] // www.aids.ua/official_docs/264.html

Никифорчук Д.Й., Стрільців О.М., Хруппа М.С. та інші. (2006), Протидія незаконному обігу наркотиків: історія, практика, законодавство: Навчальний посібник.

Омельченко С.О.(2007), Взаємодія соціальних інститутів суспільства у формуванні здорового способу життя дітей та підлітків: Монографія.

Оржеховська В.М.(2007), Словник основних термінів і понять з превентивного виховання.

Оржеховська В.М.(2008), Формування здорового способу життя: стратегія розвитку. Науковий світ, 10, С.28–30.

Освітні профілактичні програми (2006), Ред.Т.Є.Бойченко.

Основи здоров'я (2009), Програма для 5-10 кл. загально-освітніх навчальних закладів для розумово відсталих дітей, Міністерство освіти і науки України, Інститут інноваційних технологій і змісту освіти, укл. І.В.Вдовиченко.

Оцінка доступності комплексних медико-соціальних послуг споживачам ін'єкційних наркотиків в центрах інтегрованої допомоги: Дослідження, [Електронний ресурс] // <http://www.uihp.org.ua/ua/publications/research-reports>.

Питання впровадження замісної підтримувальної терапії в Україні (2009), Науково – практична та методична збірка, Рец. Вієвський А.М.

Погоріла Н., Таран Ю., Колодій І. та інші. (2010), Моніторинг поведінки та поширеність ВІЛ-інфекції серед споживачів ін'єкційних наркотиків: Аналітичний звіт за результатами зв'язаного дослідження.

Погоріла Н., Таран Ю., Кім І.С. та інші. (2010), Моніторинг поведінки та поширеність ВІЛ-інфекції серед статевих партнерів споживачів ін'єкційних наркотиків: Аналітичний звіт за результатами дослідження 2009 року.

Погоріла Н.Б., Дієва Т.С., Максимов М.Ю.(2008), Моніторинг поведінки споживачів ін'єкційних наркотиків. Аналітичний звіт за результатами дослідження 2008 року.

Предупреждение, выявление и расследование преступлений, связанных с незаконным оборотом наркотиков, совершенных на территориях нескольких государств – участников СНГ (2005), Пособие.

Про підсумки розвитку загальної середньої, дошкільної та позашкільної освіти у 2008/2009 навчальному році та завдання на 2009/2010 навчальний рік (2009), Інформаційно-аналітичні матеріали до підсумкової колегії Міністерства освіти і науки України від 26.08.2009р., [Електронний ресурс] // www.zakon.nau.ua.

Про що мовчить реклама? Або алкогольно – тютюнових зашморг. (2010), Укладачі О. Почекета, С. Одарченко., Рівне.

Психоактивні речовини, джерела інформацій та коментарі, Моніторинг ЗМІ, Звіт другий, (Електронний ресурс), режим доступу: <http://www.aup.com.ua/opioid>

Романова Н.Ф.(2007), Впровадження навчально-виховних програм щодо формування здорового способу життя у студентському середовищі, Соціальна політика, соціальна робота й охорона здоров'я: як Україні досягти європейського рівня якості послуг. Матеріали наукової конференції, (08.02.2007р., м. Київ), С. 158–164.

Селіванов М.П., Хруппа М.С.(1997), Антинаркотичне законодавство України. Історія. Теорія. Коментар.

Семигіна Т. (2009), Соціально-психологічна підтримка клієнтів програм ЗПТ. Методичні рекомендації (анотація), Питання впровадження замісної підтримувальної терапії в Україні: Науково-практична та методична збірка / Рец. А.М. Вієвський, С. 47-49

Сердюк О. О., Белоусов Ю. Л. (2006), Соціальна робота з особами з наркотичною та алкогольною залежністю, Соціальна робота в органах внутрішніх справ України: Навчальний посібник, С. 303–324.

Системна інформатизація правоохоронної діяльності (2007), / Ред.В. Дурдинця, М. Швеця.

Слабкий Г.О., Юрченко О.В. (2009), Функціонально-організаційна система між секторальної протидії розвитку епідемії ВІЛ/СНІД у великому місті (на прикладі міста Києва), Управління закладом охорони здоров'я, 2, С. 68-74.

Слабкий Г.О., Подлужний Б.Л.(2008), Деякі питання смертності населення, що страждає на СНІД, Вестник гигиены и эпидемиологии, С. 21-24.

Стан епідемії Віл-інфекцій і СНІДу в Україні на 01.01.2010, Поширеність ВІЛ-інфекцій та СНІД серед громадян (за даними диспансерного обліку), (Електронний ресурс), Режим доступу: <http://www.aidsalliance.org.ua>.

Стандарти діагностики і лікування туберкульозу, затверджені 02.06.2004р.: Методичні рекомендації (2004), АМН України, МОЗ України, Державний Департамент України з питань виконання покарань, Інститут фтизіатрії і пульмонології.

Тельчик А., Балакірева О., Середа Ю. та інші. (2008), Підлітки груп ризику: доказова база для посилення відповіді на епідемію ВІЛ в Україні: Аналітичний звіт, ЮНІСЕФ, Український інститут соціальних досліджень ім. О.Яременка

Тимошенко В. (2006), Незаконний обіг наркотиків в Україні; практика, протидії, євроатлантикінформ, 1, с. 41-44.

Тюрікова Л. (2007), Профілактика вживання наркотичних речовин серед учнівської молоді, соціальна педагогічна: теорія, практика, 4, с.69-74.

Україна в 2015 році; цілі розвитку тисячоліття (2009), упорядник С. Грищенко. Представництво ООН в Україні.

Україна.(2008). Медико – демографічне обстеження 2007, С.17-24;103;127;144-155.

Український медичний та моніторинговий центр з алкоголю та наркотиків МОЗ України (2008), Вієвський А., Сидяк С., Резніченко М. та інші., Зріз наркотичної ситуації в Україні: станом на 01.01.2008.

Ухтенхаген А., Шауб М. (2008), Звіт за проектом моніторингу та оцінки програм замісної підтримувальної терапії бупренорфіном в Україні: Результати 12-міс. Дослідження, Проект МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» та Європейського регіонального бюро ВООЗ, виконавець – Український інститут досліджень політики громадського здоров'я.

Ухтенхаген А., Шауб М. (2010), Звіт за проектом моніторингу та оцінки програм замісної підтримувальної терапії в Україні: Результати трьох фаз дослідження.

Халтурина Д. А. (2007), Алкоголь и наркотики как важнейшие факторы демографического кризиса в России и Украине.

Харченко Н.В., Головченко А.И., И.А. Зайцев И.В.(2007), Хронические вирусные гепатиты: проблемы и решения, Здоров'я України, 7/1,С.19–20.

Цілі розвитку тисячоліття: Україна 2020 (2010), Національна доповідь, ПРООН.

Шаповал В. (2010), Порядок реформування національного переліку наркотичних засобів, психотропних речовин в Україні з позиції фармацевтичного права, Право України, 2, с. 213-222.

Юнашев О. (2009), Зарубіжний досвід примусового лікування наркоманії: кримінально-правовий аспект, Підприємництво, господарство і право, 12, с. 117-120.

ЮНЕЙДС (2009), Комплексна зовнішня оцінка національних заходів з протидії СНІД в Україні: Зведений звіт.

ЮНІСЕФ. МБФ «СНІД.Фонд Схід-Захід «;[Авт. А.Тельчик] (2006), Діти й молодь, які живуть або працюють на вулиці: приховане обличчя епідемії ВІЛ в Україні: Звіт ,С.80.

Якобчук А.В.(2008), Складнощі та невдачі при комплексному лікуванні ВІЛ-інфікованих хворих на СНІД, Вісник соціальної медицини та організації охорони здоров'я, 1, С. 56-60.

Яременко О., Балакірева О., Стойко О. та інші. (2005),.Тютюн, алкоголь, наркотики в молодіжному середовищі: вживання, залежність, ефективна профілактика / Державний інститут проблем сім'ї та молоді, Український інститут соціологічних досліджень, Кн. 3.

Яременко О., Балакірева О, Вакуленко О. та інші. (2010), Формування здорового способу життя: проблеми і перспективи.

Comprehensive External Evaluation of the National AIDS Response in Ukraine: Consolidated Report (English original, January 2009).

EMCDDA (2010), 'Building a National drugs observatory: a joint handbook.

Feasibility of Buprenorphine Maintenance Therapy Programs in the Ukraine: First Promising Treatment Outcomes / [M. Schaub, E. Subata, V. Chtenguelov et al.] // European Addiction:Research Report.-WHO,2009.-15,157-162.

Guidelines for the Psychosocially Assisted Pharmacological Treatment of opioid Dependence (2009), WHO.

Global Report (2010), UNAIDS Report on the Global AIDS epidemic.

How to Develop a National Formulary Based on the WHO Model Formulary – A Practical Guide WHO; 2004; 45 pages.

International Nonproprietary Names (INN) for Pharmaceutical Substances, WHO, Geneva, 2002, WHO Drug information, Recommended INN list. Proposed INN list.

Key findings from the WHO collaborative study on substitution for opioid dependence and HIV/AIDS / [P. Lawrinson, R. Ali, A. Buavirat et al.] // Addiction:Research Report.-WHO,2008.-103,1484-1492

Needle, R. (2007) Draft Summary Report, Technical Issue: 1.1.1 Injecting Drug Users, Technical area: 1.1 Most At-Risk Population, Report prepared within the frame of the External Evaluation of the National HIV/AIDS Response in Ukraine, UNAIDS (2007–2008), unpublished

Socioeconomic impact of HIV/AIDS in Ukraine(2006),This study was jointly conducted dy the World Bank and the Ministry of Health of Ukraine in collaboration with The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) and the International HIV/AIDS Alliance in Ukraine through the support of the Global Fund for AIDS, Tuberculosis and Malaria.

WHO (2006) Preventing HIV/AIDS in young people: a systematic review of the evidence from developing countries, UNAIDS Inter-Agency Task Team on Young People, WHO Technical Report Series No. 938, Geneva; Homans, H. (2007) Manual on Programming to prevent HIV in most at-risk adolescents, Draft November 2007, UNICEF Regional Oiffice for Central Eastern Europe and Common wealth of Independent States, Geneva, unpublished.

Бази даних/Програмне забезпечення/електронні адреси

1. Закони України (1995). Про наркотичні засоби, психотропні речовини і прекурсори від 15.02. №60/95-ВР:
<http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=60%2F95-%E2%F0>
2. Закон України (1995). Про заходи протидії незаконному обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів та зловживанню ними від 15.02. №62/95-ВР
<http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=62%2F95-%E2%F0>
3. Кабінет Міністрів України (2000). Про затвердження Переліку наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів. Постанова від 06.05. №770:
<http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=770-2000-%EF>
4. Кабінет Міністрів України (2008). Деякі питання обігу наркотичних засобів і психотропних речовин. Постанова від 04.06. №518:
<http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=518-2008-%EF>
5. Кабінет Міністрів України (2009). Про внесення змін до переліку наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів. Постанова від 02.12. №1298:
<http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=1298-2009-%EF>
6. Кримінальний кодекс України, розділ XIII:
<http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=2341-14>
7. Кодекс України про адміністративні правопорушення, ст. 44, 44-1, 106-1, 106-2, 129:
<http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=80731-10>
8. МОЗ України (2000). Про затвердження таблиць невеликих, великих та особливо великих розмірів наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, які знаходяться у незаконному обігу. Наказ від 01.08. №188:
<http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=z0512-00>
9. Кримінально-процесуальний кодекс України.
<http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=1001-05>
10. Закон України. Про міліцію. Від 20.12.1990 №565-XII
<http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=565-12>
11. Закон України. Про оперативно-розшукову діяльність від 18.02.1992 №2135-XII
<http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=2135-12>
12. Державний Комітет України з питань регуляторної політики та підприємництва. Міністерство Аграрної Політики України. Про затвердження Порядку контролю за додержанням Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з культивування та використання рослин, що містять наркотичні засоби, для промислових цілей Наказ від 18.09.2003 № 100/343.
<http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=z0898-03>
13. Кабінет Міністрів України (2009). Про затвердження Порядку провадження діяльності, пов'язаної з обігом наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, та контролю за їх обігом. Постанова від 03.06. № 589.
<http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=589-2009-%EF>
14. Кабінет Міністрів України (1997). 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 від 03.02. № 146.
<http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=146-97-%EF>

15. Кабінет Міністрів України (1997). Про обов'язковий профілактичний наркологічний огляд і порядок його проведення. Постанова від 6. 11. №1238.
<http://zakon1.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=1238-97-%EF>
16. Кабінет Міністрів України (2003). Про затвердження Програми реалізації державної політики у сфері боротьби з незаконним обігом наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів на 2003-2010 роки. Постанова від 04.06. №877.
<http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=877-2003-%EF>
17. Кабінет Міністрів України (1993). Про Національну координаційну раду боротьби з наркоманією при Кабінеті Міністрів України. Постанова від 13.05. №343.
<http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=343-93-%EF>
18. Кабінет Міністрів України (2006). Про внесення змін до деяких актів Кабінету Міністрів України з питань діяльності робочих органів, утворених Кабінетом Міністрів України. Постанова від 08.12 №1694.
<http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=1694-2006-%EF>
19. Підсумки діяльності системи охорони здоров'я в 2009 році.
http://moz.gov.ua/ua/portal/pre_20100305_0.html
20. Європейське опитування учнів щодо вживання алкоголю та інших наркотичних речовин (European School Survey Project on Alcohol and other Drugs).
www.espad.org
21. Здоров'я та поведінка молоді, яка навчається (Health Behaviour in School-aged Children Study). www.hbsc.org
22. Методичні рекомендації щодо вивчення предмета «Основи здоров'я» у 2009/10 навчальному році.
http://www.mon.gov.ua/education/average/met_rek/osnovy_zdorovya.doc
23. Мурашкевич О. А. Деякі аспекти низької ефективності програм профілактики вживання психоактивних речовин серед підлітків.// Вісн. Житомирського держ.ун.-ту. – 2010.-Вип.50. – С.159-166.
http://www.nbuv.gov.ua/portal/Soc_Gum/VzhDU/2010_50/vip50_35.pdf
24. Міністерство сім'ї, молоді та спорту, МОЗ України (2005). Про затвердження Заходів щодо розвитку «дружніх до молоді» медико-соціальних послуг на 2005-2010 роки. Наказ від 30.03. №1/135.
http://www.moz.gov.ua/ua/print/?docID=3315&_tpl=prn
25. Представництво ЮНІСЕФ в Україні. Програма ВІЛ/СНІД.
http://www.unicef.org/ukraine/ukr/activities_11400.html
26. Тренінги з питань ВІЛ/СНІД у сфері праці.
<http://www.ilo.org.ua/News/TrainingMinLabourAndSocialPolicy.aspx>
27. Міністерство України у справах сім'ї, молоді та спорту (2009). Про затвердження Примірного галузевого стандарту надання соціальних послуг сім'ям з дітьми, які перебувають у складних життєвих обставинах. Наказ від 29.12. №4569.
<http://zakon.nau.ua/doc/?uid=1041.37396.0>
28. Вісник УНІАН СТОП СНІД//15 .09. 2006 №03 (03)
<http://unian.net/rus/products-52555.html>
29. Закон України (2009). Про затвердження Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009-2013 роки від 19.02. №1026-VI.
<http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=1026-17>
30. Оцінка доступності комплексних медико-соціальних послуг споживачам ін'єкційних наркотиків в центрах інтегрованої допомоги. Дослідження.
<http://www.uiphp.org.ua/ua/publications/research-reports>

31. Коаліція ВІЛ-сервісних організацій.
<http://www.hiv.org.ua>
32. МОЗ України (2009). Про організацію пілотного проекту щодо обміну використаних шприців. Наказ від 03.02. № 56.
<http://www.moz.gov.ua/ua/main/icsm/sesinfo/?docID=12128>
33. Кабінет Міністрів України (2004). Типове положення про центр соціально-психологічної реабілітації дітей. Постанова від 28. 01. №87.
<http://www.uazakon.com/document/fpart79/idx79403.htm>
34. Закон України (2008). Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо вдосконалення регулювання відносин у сфері забезпечення безпеки дорожнього руху: від 24.09. № 586-VI.
<http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi>
35. Верховний суд України (2005). Про практику застосування судами примусових заходів медичного характеру та примусового лікування . Постанова від 03.06. №7.
http://www.crime.direx.org/e-library/pvsu/pvsu_7_03062005.htm
36. Дослідження ESPAD в Україні.
http://www.unicef.org/ukraine/ukr/ESPAD_report_web.pdf

Додатки

Перелік таблиць в тексті

Таблиця 2.2.1.	Рівень поширення вживання наркотичних речовин для всіх учнів упродовж життя, у динаміці, %.....	20
Таблиця 2.2.2.	Рівень значущості впливу основних соціальних чинників на поширеність вживання марихуани серед 15-річних підлітків.....	21
Таблиця 3.1.1.	Відсоток осіб, направлених на стаціонарне дообстеження з ознаками розладів психіки та поведінки через вживання алкоголю та наркотичних речовин.....	27
Таблиця 4.1.1.	Рекомендовані до використання оцінки загальної чисельності основних груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ в Україні, осіб.....	31
Таблиця 4.2.1	Види наркотиків, які СН вживали взагалі та ін'єкційним шляхом, протягом останніх 30 днів, %.....	32
Таблиця 4.2.2.	Споживання опіатів протягом 30 днів у 6 містах, 2007–2009 рр.....	32
Таблиця 4.2.3.	"Чи були у Вас за останні 12 місяців такі захворювання?" Розподіл за віком, %.....	33
Таблиця 5.1.2	Типи лікувально-профілактичних установ, на базі яких проводиться ЗПТ.....	38
Таблиця 5.2.1.	Кількість осіб, пролікованих вперше в житті та які перебувають на наркологічному обліку через вживання наркотичних речовин, 2009.....	42
Таблиця 5.2.2.	Кількість осіб, пролікованих вперше в житті та на наркологічному обліку через вживання наркотичних речовин, розподіл за віковими групами.....	43
Таблиця 5.2.3.	Госпіталізація у психіатричні та наркологічні стаціонари осіб з розладами психіки та поведінки через вживання наркотичних речовин за віковими групами, % до всіх госпіталізованих в стаціонарах.....	43
Таблиця 5.2.4.	Кількість пролікованих осіб амбулаторно та у денних стаціонарах через вживання психоактивних речовин, 2009.....	44
Таблиця 5.2.5.	Проведення ЗПТ в регіонах України, 2009 рік.....	44
Таблиця 5.2.6.	Характеристика осіб, які знаходились на ЗПТ в 2009 році.....	45
Таблиця 6.1.1.	Частота виявлення серологічних маркерів гепатитів В та С під час обстеження здорових осіб (%).....	54
Таблиця 6.2.1.	Кількість померлих за причинами смерті по Україні за 2005-2008 роки.....	56
Таблиця 6.2.2.	Кількість померлих внаслідок отруєнь в 2005-2008 рр.....	57
Таблиця 9.1.1.	Зареєстровані злочини, пов'язані з наркотиками.....	67
Таблиця 9.1.2.	Кількість кримінальних справ, порушених за матеріалами Державної митної служби України, 2005-2009 роки.....	67
Таблиця 9.1.3.	Кількість злочинів, скоєних наркозалежними або у стані наркотичного сп'яніння, серед загальної кількості злочинів, 2005-2009 роки.....	69
Таблиця 9.1.4.	Питома вага злочинів, скоєних наркозалежними або у стані наркотичного сп'яніння, серед загальної кількості злочинів, 2005-2009 роки.....	70
Таблиця 9.1.5.	Правопорушення на транспорті.....	70
Таблиця 9.4.1.	Кількість хворих, які відбувають покарання у виправних закладах.....	72
Таблиця 10.1.1.	Розподіл відповідей респондентів щодо доступності нелегальних	73

	наркотиків, за статтю, %.....	
Таблиця 10.1.2.	Шляхи придбання марихуани або гашишу, розподіл за статтю, %.....	74
Таблиця 10.1.3.	Шляхи придбання нелегальних наркотиків, розподіл за статтю, %.....	74
Таблиця 10.1.4.	Шляхи отримання наркотиків, розподіл за статтю, %.....	75
Таблиця 10.2.1.	Вилучення основних видів підконтрольних речовин, дані МВС України.....	77
Таблиця 10.2.2.	Вилучення основних видів підконтрольних речовин, дані СБ України.....	77
Таблиця 10.2.3.	Кількість викритих нарколабораторій та осередків, де вживали наркотичні засоби, 2005-2009 роки.....	78
Таблиця 10.3.1.	Ціни на наркотичні засоби і психотропні речовини (в гривнях).....	78
Таблиця 10.3.2.	Виявлено та знищено незаконних посівів підрозділами МВС (тис.м ²).....	79

Перелік рисунків та мап в тексті

Рисунок 1.3.1.	Обсяги фінансування наркологічної служби (тис. грн., 2009 рік).....	17
Рисунок 1.3.2.	Відсоток коштів, виділених на фінансування наркологічної служби з місцевих бюджетів від загальної суми на охорону здоров'я областей (2009 рік).....	17
Рисунок 1.3.3.	Видатки, здійснені в 2009 році на наркологічну службу, з місцевого бюджету в розрахунку на душу місцевого населення, грн.....	18
Рисунок 3.1.1.	Кількість проведених обов'язкових наркологічних оглядів громадян, 2005-2009 роки.....	26
Рисунок 3.1.2.	Кількість осіб, направлених на стаціонарне дообстеження.....	27
Рисунок 4.2.1.	Розподіл регулярності вживання алкоголю протягом останніх 30 днів, у тому числі, споживачами опіатів та стимуляторів, (N=3075), %.....	34
Рисунок 5.3.1.	Характеристики осіб, вперше пролікованих через вживання наркотичних речовин, 1999-2009рр.....	46
Рисунок 5.3.2.	Кількість вперше пролікованих осіб через вживання наркотичних речовин, 1999-2009рр.....	46
Рисунок 5.3.3.	Кількість пролікованих осіб в стаціонарах, амбулаторно, та охоплено лікуванням через вживання наркотичних речовин, 1999-2009 рр.....	46
Рисунок 5.3.4.	Кількість пацієнтів в програмах ЗПТ, 2004-2009 рр.....	47
Рисунок 6.1.1.	Динаміка офіційно зареєстрованих нових випадків ВІЛ- інфекції серед громадян України по роках за період 1987-2009 рр.....	50
Рисунок 6.1.2.	Зміна шляхів передачі ВІЛ-інфекції в Україні у 2000-2009 рр.....	51
Мапа 6.1.1.	Поширеність Віл-інфекції по регіонах України на 01.01.2010 (на 100 тис. населення).....	52
Рисунок 6.1.3.	Кількість нових випадків СНІДу та померлих від хвороб, обумовлених СНІДом, серед громадян України в 1991-2009 рр.	53
Рисунок 6.1. 4.	Офіційно зареєстровані випадки ВІЛ-інфекції серед СІН по роках.....	53
Мапа 6.1.2.	Захворюваність населення України на активний туберкульоз за 2009 рік.....	55
Рисунок 6.1.5.	Смертність від усіх форм туберкульозу.....	56
Рисунок 9.1.1.	Складові злочинності, пов'язаної з наркотиками, 2009 рік.....	66
Рисунок 9.1.2.	Питома вага наркозлочинів у загальній кількості зареєстрованої злочинності, 2005-2009 роки.....	67
Рисунок 9.1.3.	Кількість осіб, притягнутих до кримінальної відповідальності за наркозлочини, 2009р.....	68
Рисунок 9.1.4.	Кількість осіб, засуджених за злочини, пов'язані з наркотиками.....	68
Рисунок 9.1.5.	Кількість осіб, засуджених за зберігання наркотиків, 2005-2009 роки.....	69
Рисунок 9.1.6.	Питома вага засуджених за зберігання наркотиків серед усіх, засуджених за наркозлочини, 2005-2009 роки.....	69
Мапа 10.1.1.	Напрямки переіщення наркотичних засобів через територію України.....	75
Рисунок 10.1.1.	Шляхи отримання наркотиків для першого вживання, розподіл за статтю, %.....	75

Перелік скорочень, аббревіатур, використаних в тексті

АРТ	–	Антиретовірусна терапія
ВООЗ	–	Всесвітня організація охорони здоров'я
ГФ	–	Глобальний фонд
ДКТ	–	Добровільне консультування та тестування
ЄС	–	Європейський Союз
ЖКС	–	Жінки комерційного сексу
ЗПТ	–	Замісна підтримувальна терапія
ЗСЖ	–	Здоровий спосіб життя
ІПСШ	–	Інфекції, що передаються статевим шляхом
КДМ	–	"Клініки дружні до молоді"
КК України	–	Кримінальний кодекс України
КМУ	–	Кабінет міністрів України
КупАП	–	Кодекс України про адміністративні правопорушення
ЛПУ	–	Лікувально профілактична установа
МДМА	–	Метилендіоксі – п –метамфетамін
МКХ-10	–	Міжнародна класифікація хвороб 10 перегляду
НКР	–	Національна координаційна рада
ООН	–	Організація об'єднаних націй
ПЛР		Полімеразноланцюгова реакція
СІН	–	Споживачі ін'єкційних наркотиків
ТБ	–	Туберкульоз
ЧСЧ	–	Чоловіки, які мають секс з чоловіками
AGREE	–	Appraisal of Guidelines Research and Evaluation – інструмент експертизи і атестації клінічних настанов для уніфікованої оцінки їх якості
AUDIT (АУДИТ)	–	Alcohol Use Disorders Identification Test
BBV-TRAO	–	Blood Born Virus Transmission Risk Assessment Questionnaire
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.
IUATLD	–	Міжнародний союз проти туберкульозу та легеневих

захворювань

- | | | |
|------|---|---|
| NIDA | – | National Institute on Drug Abuse – Національний інститут наркотичної залежності (США) |
| SASQ | – | Seligman Attributional Style Questionnaire |

Наукове видання

Вієвський Анатолій Миколайович

Жданова Мирослава Петрівна

Сидяк Світлана Вікторівна

Безногих Володимир Сергійович

Грищенко Алла Іванівна

Кривенок Володимир Іванович

Лепеха Ксенія Іванівна

Матвєєва-Кукурудз Катерина Андріївна

Таран Світлана Петрівна

Турченко Леонід Вікторович

**Національний звіт щодо наркотичної ситуації
(дані 2009 року) для Європейського моніторингового
центру з наркотиків та наркотичної залежності. Україна.
Тенденції розвитку, поглиблений огляд з обраних тем**

Підписано до друку 21.12.2011 р.
Формат 210x297/8. Папір офсетний. Друк офсетний. Ум.друк.арк. 6,25
Зам.211211-1. Наклад 1000.

Надруковано ТОВ «Видавничий Будинок «Аванпост-Прим»
м.Київ, вул. Сурікова 3, корпус 3.

Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи
до Державного реєстру України видавців, виготовників видавничої продукції
ДК № 3843 від 22.07.2010 р.