



## LIETUVOS RESPUBLIKOS SEIMAS

### NUTARIMAS DĖL VALSTYBINĖS NARKOTIKŲ, TABAKO IR ALKOHOLIO KONTROLĖS IR VARTOJIMO PREVENCIJOS 2018–2028 METŲ PROGRAMOS PATVIRTINIMO

2018 m. gruodžio 13 d. Nr. XIII-1765  
Vilnius

Lietuvos Respublikos Seimas, vadovaudamasis Lietuvos Respublikos nacionalinio saugumo pagrindų įstatymo 5 straipsnio 1 dalimi, n u t a r i a:

#### **1 straipsnis.**

Patvirtinti Valstybinę narkotikų, tabako ir alkoholio kontrolės ir vartojimo prevencijos 2018–2028 metų programą (pridedama).

#### **2 straipsnis.**

Pasiūlyti savivaldybių institucijoms parengti ir įgyvendinti narkotikų, tabako ir alkoholio kontrolės ir jų vartojimo prevencijos priemones, kurios prisidėtų prie Valstybinės narkotikų, tabako ir alkoholio kontrolės ir vartojimo prevencijos 2018–2028 metų programos tikslų įgyvendinimo.

Seimo Pirmininkas

Viktoras Pranckietis

## VALSTYBINĖ NARKOTIKŲ, TABAKO IR ALKOHOLIO KONTROLĖS IR VARTOJIMO PREVENCIJOS 2018–2028 METŲ PROGRAMA

### I SKYRIUS

#### BENDROSIOS NUOSTATOS

1. Valstybinė narkotikų, tabako ir alkoholio kontrolės ir vartojimo prevencijos 2018–2028 metų programa (toliau – Programa) – strateginis dokumentas, kuriame numatomi ilgalaikiai valstybės siekiai, prioritetai ir įsipareigojimas taikyti sveikata grįstą požiūrį į psichoaktyviųjų medžiagų vartojimą bei padėti žmonėms saugoti ar atkurti savo sveikatą, gerovę ir gyvenimo kokybę.

2. Programos paskirtis – nustatyti ilgalaikės, subalansuotos valstybės politikos tikslus, uždavinius ir jų įgyvendinimo kryptis, kurios padėtų mažinti narkotikų, tabako ir alkoholio paklausą, pasiūlą bei žalą asmeniui ir visuomenei.

3. Principai, kuriais vadovaujamas:

3.1. žmogaus teisių puoselėjimas: Programa skatinamos ir pripažįstamos tarptautinės vertybės, tarp jų pagarba žmogaus orumui, laisvei, demokratijai, lygybei, kitoms žmogaus teisėms, įskaitant teisę į švietimą, sveikatą, sveikatos priežiūrą, socialinę apsaugą ir lygias galimybes naudotis paslaugomis;

3.2. visuomenės ugdymas ir apsauga: Programoje pabrėžiama teisė į sveiką gyvenimą, taip pat valstybės ir visuomenės atsakomybė prevencijos priemonėmis ugdyti bei apsaugoti visuomenės narius, ypač vaikus ir jaunimą, nuo žalingos aplinkos, padėti jiems šalinti ar mažinti rizikos veiksnius, skatinančius psichoaktyviųjų medžiagų vartojimą, įvairių priklausomybių vystymąsi;

3.3. individualus požiūris: Programoje prioritetai teikiami žmogaus asmeninių, socialinių, kultūrinių, situacinių rizikos veiksnių vertinimui ir jo pagrindu taikomoms priemonėms artimiausioje aplinkoje; į asmens nusikalstamą elgesį, susijusį su psichoaktyviųjų medžiagų vartojimu, reaguojama proporcingomis ir veiksmingomis priemonėmis;

3.4. paslaugų kokybė: Programoje akcentuojama, kad skirtingiems visuomenės narių poreikiams užtikrinti tikslingai finansuojamos ir teikiamos tos paslaugos (prevencijos, gydymo,

reabilitacijos, socialinės integracijos, žalos mažinimo), kurios atitinka nacionalinius ir tarptautinius kokybės standartus;

3.5. subalansuota politika ir atsakingas valdymas: siekiant užtikrinti darnų visuomenės vystymąsi ir pažangios politikos įgyvendinimą, Programa nukreipta į koordinuotus, ekonomiškai efektyvius, novatoriškus, įrodymais grįstus sprendimus dėl problemų, susijusių su teisėtomis ir neteisėtomis psichoaktyviosiomis medžiagomis, ir tarpsektorinį jų įgyvendinimą, išlaikant pasiūlos ir paklausos pusiausvyrą;

3.6. visapusiškumas ir tęstinumas: Programa siekiama kompleksinio ir sisteminio požiūrio į žmogaus saugumą ir rizikos valdymą, nuoseklus su psichoaktyviųjų medžiagų vartojimu susijusios politikos įgyvendinimo ir peržiūros, veržlumo ir atvirumo taikant tarptautinę patirtį;

3.7. partnerystė ir vienodas požiūris: siekiant Programos tikslų, integruotai ir koordinuotai skatinama viešojo ir nevyriausybinio sektorių partnerystė vietos bendruomenių, regionų, nacionaliniu ir tarptautiniu lygmenimis.

4. Šia Programa integruotai vertinamos su visų psichoaktyviųjų medžiagų vartojimu susijusios problemos ir jų sprendimo galimybės, taip pat pripažįstama, kad psichoaktyviųjų medžiagų vartojimas pirmiausia turi būti vertinamas kaip žmogaus fizinės, psichikos sveikatos, jo ir visuomenės socialinės gerovės užtikrinimo problema.

5. Programa parengta vadovaujantis šiais pagrindiniais tarptautiniais ir nacionaliniais teisės aktais:

5.1. 1961 m. Bendraja narkotinių medžiagų konvencija, pataisyta pagal 1972 m. protokolą, 1971 m. Psichotropinių medžiagų konvencija, 1988 m. Jungtinių Tautų Organizacijos konvencija dėl kovos su neteisėta narkotinių priemonių ir psichotropinių medžiagų apyvarta, kaip pagrindiniais tarptautinės narkotikų kontrolės sistemos dokumentais;

5.2. Pasaulio sveikatos organizacijos (toliau – PSO) Tabako kontrolės pagrindų konvencija, nurodančia tabako kontrolės priemonių, kuriomis siekiama apsaugoti dabartinę ir būsimąsias kartas nuo kenksmingo tabako vartojimo ir priverstinio kvėpavimo tabako dūmais poveikio sveikatai ir aplinkai, socialinių bei ekonominių tabako vartojimo pasekmių, pagrindus;

5.3. Jungtinių Tautų Generalinės Asamblėjos 30-osios specialiosios sesijos narkotikų klausimais (angl. UNGASS), vykusios 2016 m. balandžio 19–21 d., baigiamuoju dokumentu „Mūsų bendras įsipareigojimas veiksmingai spręsti ir kovoti su pasaulio narkotikų problema“ (angl. *Our joint commitment to effectively addressing and countering the world drug problem*), kuriame pabrėžiamas integruoto, subalansuoto ir įrodymais pagrįsto požiūrio taikymas planuojant, įgyvendinant ir vertinant narkotikų kontrolės politiką;

5.4. ES kovos su narkotikais strategija (2013–2020 m.) ir 2017–2020 m. ES kovos su narkotikais veiksmų planu, kuriuose įtvirtinti pagrindiniai prioritetai, pabrėžiantys narkotikų pasiūlos ir paklausos mažinimo pusiausvyros ir tam pasiekti numatytų priemonių svarbą;

5.5. Žalingo alkoholio vartojimo mažinimo Europoje 2012–2020 m. veiksmų planu, apimančiu strategijas ir programas, galinčias sumažinti žalingą alkoholio vartojimą, gerinti sveikatą ir gerovę, pakelti darbo našumą ir visam gyvenimui, nuo gimimo iki mirties, padidinti žmogiškąjį, sveikatos ir socialinį kapitalą;

5.6. Valstybės pažangos strategija „Lietuvos pažangos strategija „Lietuva 2030“, patvirtinta Lietuvos Respublikos Seimo 2012 m. gegužės 15 d. nutarimu Nr. XI-2015 „Dėl Valstybės pažangos strategijos „Lietuvos pažangos strategija „Lietuva 2030“ patvirtinimo“, kurioje sveikos gyvensenos ugdymas įvardijamas kaip svarbi veiklios visuomenės prielaida, jai sukurti skatinama telkti visuomenės ir valstybės institucijų pastangas, taip pat įgyvendinti alkoholio, tabako ir narkotikų vartojimo prevencijos priemones, didinti visuomenės supratimą apie sveikos gyvensenos naudą;

5.7. Lietuvos Respublikos Seimo 2011 m. gruodžio 13 d. rezoliucija „Dėl kryptingos narkotikų, tabako ir alkoholio vartojimo prevencijos ir kontrolės politikos“, kuria raginama formuoti ir įgyvendinti kompleksinę ir integruotą narkotikų, tabako ir alkoholio vartojimo prevencijos bei kryptingą tabako ir alkoholio kontrolės, narkotikų pasiūlos ir paklausos mažinimo politiką Lietuvoje;

5.8. Lietuvos Respublikos nacionalinio saugumo pagrindų įstatymu, kuriame nustatyta, kad ryžtinga ir veiksminga kova su nusikalstamumu, ypač su organizuotu nusikalstamumu, šešėliniu verslu, korupcija ir narkomanija, yra svarbi Lietuvos Respublikos viešojo saugumo politikos kryptis, o priklausomybės ligų (narkomanijos, alkoholizmo, toksikomanijos ir kt.) prevencija yra viena iš svarbių sveikatos politikos kryptių.

## **II SKYRIUS**

### **PADĖTIES ANALIZĖ, TIKSLAI, UŽDAVINIAI IR VEIKLOS KRYPTYS**

6. Strateginis Programos tikslas – sukurti sveikesnę ir saugesnę visuomenę, kurioje kiekvienam žmogui siekiama padėti išvengti alkoholio, tabako ir narkotikų daromos žalos ar ją sumažinti, taip pat sudaromos galimybės rūpintis savo, šeimos ar bendruomenės narių sveikata, socialine ir ekonomine gerove.

7. Programa apima šias vienodai svarbias ir viena kitą papildančias sritis:

7.1. paklausos mažinimo, kuri suprantama kaip prevencijos, ankstyvosios intervencijos, gydymo, psichologinės ir socialinės reabilitacijos bei reintegracijos priemonės, kuriomis

siekiama išvengti psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo ar pavėlinti jo pradžią tarp jaunimo, motyvuoti psichoaktyviasias medžiagas vartojančius asmenis keisti savo elgesį, padėti priklausomiems nuo psichoaktyviųjų medžiagų asmenims sėkmingai grįžti ir integruotis į visuomenę;

7.2. pasiūlos mažinimo, kuris suprantamas kaip valstybinio reguliavimo, instrumentinės, metodinės, motyvacinės, tarptautinio bendradarbiavimo priemonės, kuriomis, veiksmingai naudojant kontrolės ir baudžiamojo teisingumo sistemas, siekiama valdyti teisėtą ir kuo labiau riboti neteisėtų psichoaktyviųjų medžiagų fizinį bei ekonominį prieinamumą;

7.3. žalos mažinimo, kuris suprantamas kaip veiksmingos rizikos valdymo ir pagalbos priemonės narkotikus vartojantiems žmonėms, kuriomis siekiama sumažinti su narkotikų vartojimu tiesiogiai ir netiesiogiai susijusią žalą asmeniui ir visuomenei;

7.4. stebėsenos, kuri suprantama kaip patikimos, kokybiškos ir palyginamos informacijos rinkimas ir vertinimas, kuriuo siekiama tobulinti analizę ir duomenimis grindžiamų sprendimų priėmimą, pripažįstant mokslinį politikos ir intervencijos priemonių įvertinimą, stiprinti keitimąsi informacija nacionaliniu ir tarptautiniu lygmenimis, remti ir tobulinti mokslinius tyrimus, susijusius su psichoaktyviosiomis medžiagomis.

## **PIRMASIS SKIRSNIS PAKLAUSOS MAŽINIMAS**

### **Prevencija**

8. Per pastaruosius 20 metų jau matyti prevencijos turinio ir įgyvendinimo formų kaita: vis rečiau pasitelkiami gąsdinantys, moralizuojantys teiginiai, priešingai – orientuojamasi į pozityvaus elgesio pavyzdžius, žinių, skatinančių sąmoningumą, kritinį mąstymą, sklaidą, gyvenimo įgūdžių bei psichologinio atsparumo ugdymą; pamažu nuo trumpalaikių (paskaitų, akcijų, viktorinų ir kt.) prevencinių veiklų pereinama prie prevencinių programų kaip kryptingo ir sisteminio būdo siekti prevencijai keliamų tikslų. Nepaisant to, reikia pripažinti, kad Lietuvoje reikalinga didesnė bendrosios psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo prevencijos programų pasiūla: tik 4 iš 21 Lietuvos Respublikos švietimo ir mokslo ministerijos rekomenduojamos įgyvendinti mokykloms programos yra skirtos šiai sričiai, nėra nė vienos metodinės priemonės, kuri būtų pritaikyta specialiųjų ugdymosi poreikių turintiems mokiniams. Atsiranda vis naujų iššūkių, pvz., naudojimasis internetu, azartiniai lošimai, naujų psichoaktyviųjų medžiagų (angl. *new psychoactive substances*, toliau – NPS), tarp jaunų žmonių paplitęs elektroninių cigarečių

vartojimas, tad būtina nuosekliai peržiūrėti ir atnaujinti prevencijos turinį, kad jis būtų aktualus, atitiktų vaikų ir jaunimo poreikius ir interesus.

9. Vadovaujantis 2015 m. Alkoholio ir kitų psichoaktyviųjų medžiagų tyrimo Europos mokyklose (toliau – ESPAD tyrimas) išvadomis, vertinant mokinių psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo paplitimo ir dažnumo tendencijas, nuo 1995 m. galima matyti teigiamų pokyčių šalies mastu: sumažėjo rūkančių cigaretes, vartojančių alkoholį 15–16 m. mokinių skaičius, pirmą kartą per 20 metų užfiksuotas bandžusių vartoti narkotikus mokinių dalies mažėjimas. Vis dėlto tarp kitų Europos šalių Lietuva vis dar pirmauja pagal mokinių, kurie 13 m. ir jaunesni surūkė pirmąją cigaretę, skaičių, o mokinių, kurie 15–16 m. buvo visai nevartoję alkoholio, dalis siekė tik 13 proc. Tarp bent kartą gyvenime vartojusių narkotikus mokinių didžiausia dalis vartojo kanapes, jų vartojimo paplitimas viršijo ESPAD tyrimo šalių vidurkį ir sudarė 18 proc. Visos šios tendencijos įpareigoja kelti prevencijos efektyvumo ir įgyvendinimo kokybės klausimus, kurie yra aktualūs ir sprendžiami tarptautinėje erdvėje: Jungtinių Tautų narkotikų kontrolės ir nusikalstamumo prevencijos biuras (toliau – UNODC) dar 2013 m. paskelbė tarptautinius narkotikų vartojimo prevencijos standartus, tais pačiais metais Europos narkotikų ir narkomanijos stebėsenos centras (toliau – ENNSC) išleido Europos psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo prevencijos kokybės standartus – gaires šalims formuoti savo prevencijos įgyvendinimo politiką, kuri būtų grįsta moksliniais ir faktiniais duomenimis. Lietuvoje dar tik pradedama diskutuoti dėl bendros prevencijos kokybės sampratos taikymo viešajame ir nevyriausybiname sektoriuose, tačiau įteisinti nacionaliniai prevencijos įgyvendinimo standartai, taip pat ir prevencinių programų akreditavimo sistema yra svarbiausi ateities iššūkiai, kuriuos būtina išspręsti.

10. Kaip ir kitose Europos šalyse, dauguma bendrosios prevencijos veiklų yra įgyvendinamos ugdymo aplinkoje. Nuo 2017 m. rugsėjo mėn. visos bendrojo ugdymo mokyklos privalo užtikrinti kiekvieno mokinio dalyvavimą bent vienoje nuoseklioje ir ilgalaikėje programoje, apimančioje smurto, alkoholio, tabako ir kitų psichiką veikiančių medžiagų vartojimo prevenciją, sveikos gyvensenos skatinimą. Švietimo valdymo informacinės sistemos (toliau – ŠVIS) duomenimis, tikslinėse psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo prevencijos programose dalyvauja tik 17 proc. visų mokyklų. Kita vertus, aktyviomis prevencinių programų vykdytojomis ateityje turėtų tapti ir kitos švietimo, sveikatos, socialinių paslaugų įstaigos, nevyriausybinės organizacijos (toliau – NVO), kurios nedubliuotų mokyklose jau vykdomos veiklos. Lietuvoje šiuo metu yra sukurtas gana platus šių veiklų galinčių vykdyti įstaigų tinklas: savivaldybėse veikia visuomenės sveikatos biurai, pedagoginės psichologinės ar švietimo pagalbos tarnybos, vaikų dienos centrai, atvirieji jaunimo centrai, kitos įstaigos ar organizacijos.

11. Įgyvendinant vaikams ir jaunimui skirtą psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo prevenciją, trūksta atskiroms amžiaus grupėms skirtų programų nuoseklumo. Ikimokyklinio ir priešmokyklinio ugdymo programų turinyje pakankamai dėmesio skiriama socialinių ir emocinių kompetencijų ugdymui, tačiau pasigendama saugaus elgesio nuostatoms formuoti skirtų temų. Bendrojo ugdymo mokyklose psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo prevencijos programas dažniausiai įgyvendina progimnazijos (2016 m. tokių mokyklų buvo 31,9 proc.). Tai tiesiogiai susiję su tuo, kad šios programos yra skirtos 4–8 klasių mokiniams, tik viena jų tinkama taikyti pradinių (2–4 klasių) ir vyresnių klasių (3–4 gimnazijos klasių) mokiniams. Dar viena svarbi tikslinė grupė, kuriai nėra taikomos psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo prevencijos priemonės, yra aukštųjų mokyklų studentai. 2016 m. atlikto Bendrosios populiacijos tyrimo metu nustatyta, kad 15–34 m. asmenų vidutinis amžius, kai pirmą kartą pabandė narkotikų, buvo 20–23 metai.

12. Reikšminga vaikų ir jaunimo psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo prevencijos dalis yra užimtumas. Siekdama skatinti vaikų ir jaunimo užimtumą, valstybė nuo 2015 m. tikslingai skiria lėšas neformaliojo vaikų švietimo krepšeliui diegti savivaldybėse. Tai lėmė ne tik būrelius lankančių mokinių skaičiaus augimą, bet ir naujų neformaliojo vaikų švietimo teikėjų bei programų atsiradimą. Vis dėlto neformaliajam švietimui lėšos skiriamos gana nenuosekliai, jų pakanka dalyvavimui viename būrelyje finansuoti maždaug ketvirtadaliui visų šalies mokinių, o 188 827 vaikai iš viso nedalyvauja nė vienoje neformaliojo vaikų švietimo programoje. Nors neformaliojo vaikų švietimo plėtra vyksta gana pozityviai, esama padėtis rodo vis dar nepakankamą savivaldybių dėmesį šiai sričiai, taip pat tendenciją pasinaudoti vaikų neformaliojo švietimo krepšeliu tik toms veikloms, kuriose dalyvauja 7–10 m. amžiaus vaikai. Akivaizdu, kad būtina skatinti paauglius dalyvauti neformaliojo švietimo veiklose, sudarant ne tik finansines galimybes, bet ir tenkinant jų poreikius bei interesus šiuolaikinėje visuomenėje.

13. Psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo prevencijos tendencijas, kaip ir vaikų užimtumo ne pamokų metu statistiką, šiuo metu rodo tik ŠVIS duomenys ir švietimo srityje atliekamų prevencinės veiklos įgyvendinimo analizių išvados. Sveikatos, socialinių paslaugų, teisėsaugos institucijų psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo prevencijai vykdyti skirtos stebėsenos sistemos Lietuvoje nėra. Tai suponuoja labai ribotą prevencijos įgyvendinimo padėties vertinimą ir raidą tiek savivaldybių, tiek nacionaliniu lygmenimis, nėra tiksliai žinomas nei prevencijos priemonėmis pasiekiamų skirtingų tikslinių grupių, nei taikomų prevencijos priemonių bei programų mastas. Trūksta prevencinės veiklos vykdymo veiksmingumo vertinimo kokybinių rodiklių, kol kas retai matuojamas atskirai vykdomų prevencijos priemonių efektyvumas, poveikis jų dalyviams, vienintelė priemonė prevencijos veiksmingumui vertinti yra ESPAD tyrimas, kurio vykdymo tęstinumą privalu išlaikyti. Panaši padėtis ir dėl neformaliojo švietimo veiklų stebėsenos: kol kas neformaliojo vaikų švietimo mastui apibūdinti vykdoma stebėseną

apima tik ribotą kiekybinių duomenų analizę, o tai neleidžia suformuluoti su veiklų turiniu bei įgyvendinimo kokybe susijusių išvadų. Šiems aspektams tobulinti turi būti keliami ne tik kiekybinių rodiklių turinio ir patikimumo užtikrinimo klausimai, bet ir poreikis nuosekliai vykdyti mokslinius tyrimus, leidžiančius jų duomenimis grįsti politikos prevencijos srityje pokyčius ir tam reikalingas priemones.

14. Dauguma prevencijos priemonių yra skirtos vaikams ir jaunimui, siekiant juos ne tik apsaugoti, bet ir įgalinti priimti atsakingus sprendimus dėl psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo. Vis dėlto tyrimų išvadamis iliustruojama jaunų žmonių psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo patirtis rodo, kad reikia plėsti ir skatinti ankstyvosios intervencijos paslaugas, nes nereguliaraus psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo, eksperimentavimo su jomis patirties turintiems asmenims jau nebeveiksmingos bendrosios prevencijos priemonės. Tam įgyvendinti reikalingos šiuolaikiškos, nestigmatizuojančios ir motyvuojančios keisti elgesį intervencijos. Šiuo metu Lietuvoje tik pradama dirbti su psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo patirtį turinčiais jaunuoliais ir jų tėvais, įgyvendinant Ankstyvosios intervencijos programą, kurios vykdymą reglamentuoja Ankstyvosios intervencijos programos vykdymo tvarkos aprašas, patvirtintas Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro ir Lietuvos Respublikos švietimo ir mokslo ministro 2018 m. sausio 18 d. įsakymu Nr. V-60/V-39 „Dėl Ankstyvosios intervencijos programos vykdymo tvarkos aprašo patvirtinimo“, taikomas 14–21 m. amžiaus jaunuoliams, kurie turi alkoholio ar narkotikų vartojimo patirties. Tokių paslaugų turinio įvairovės ir prieinamumo klausimai ypač aktualūs.

15. Aktyvus tėvų vaidmuo ir atsakomybė psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo prevencijos ir ankstyvosios intervencijos vykdymo procese – vienas svarbiausių sėkmę lemiančių veiksnių, tam užtikrinti reikalingas pozityvių tėvystės įgūdžių ugdymas, pagalba atpažinti su vartojimu susijusias problemas, tinkamai reaguoti ir priimti sprendimus. Ne mažiau svarbus privalomos kompleksinės pagalbos teikimo tėvams klausimas. Nagrinėjant Lietuvos šeimų padėtį, pažymėtina, kad aktuali smurto artimoje aplinkoje problema, vyraujanti socialinė problema socialinę riziką patiriančiose šeimose išlieka psichoaktyviųjų medžiagų vartojimas (tokios šeimos sudaro apie 40 proc.). Tai rodo ne tik pagalbos tėvams, bet ir vaikams, kurių tėvai turi su alkoholio ar psichotropinių medžiagų vartojimu susijusių problemų, specialių tikslinių prevencijos programų, kitų pagalbos priemonių poreikį. Paslaugų tėvams prieinamumas šiuo metu nėra pakankamas: ŠVIS pateikiama statistika rodo, kad mokyklos tėvystės įgūdžių programos įgyvendina itin retai. Remiantis Informatikos ir ryšių departamento prie Lietuvos Respublikos vidaus reikalų ministerijos (toliau – Informatikos ir ryšių departamentas) pateikta informacija, pritaikius administracinio poveikio priemonę, bendravimo su vaikais tobulinimo



kursus ar smurtinio elgesio keitimo programą 2017 m. įpareigoti išklaudyti tik 1 proc. tėvų, kurie nepanaudojo tėvų valdžios ar ją naudojo priešingai vaiko interesams.

16. Remiantis 2016 m. Bendrosios populiacijos tyrimo išvadomis, rūkančiais galima laikyti maždaug trečdalį visuomenės, reguliariais alkoholio vartotojais – maždaug du trečdalius visuomenės. Šie faktai pabrėžia visuotinių pokyčių inicijavimo ir įgyvendinimo būtinumą, rūpinimosi pažeidžiamiausiais visuomenės nariais svarbą. 2016 m. įgyvendinant Europos Komisijos finansuotą projektą „Bendrieji veiksmai mažinant alkoholio daromą žalą“ atlikto tyrimo „Alkoholio epidemiologija ES lyginamuoju aspektu“ (angl. *Comparative monitoring of alcohol epidemiology across the EU*) rezultatai parodė, kad Lietuva iš 13 Europos šalių pirmavo pagal 15–64 m. gyventojų nurodytus alkoholio vartojimo motyvus: jį renkamasi vartoti dėl noro prisigerti ir taip spręsti problemas, siekiant užsimiršti ar geriau pasijusti. Šios tendencijos pabrėžia ne tik didelį pagalbos ir paslaugų teikimo poreikį, bet ir valstybės pareigą plačiau taikyti prevencijos priemones visiems visuomenės nariams, didinant jų sąmoningumo, atsakomybės ir kritinio mąstymo ugdymo galimybes.

17. Bene didžiausią visuomenės dalį galima pasiekti darbo vietose, o tinkamas darbdavių požiūris į su psichoaktyviųjų medžiagų vartojimu susijusias problemas, kuriama darbo aplinka ir taikomos socialinės kontrolės, informavimo ar konsultavimo priemonės gali padėti išvengti darbuotojų sveikatai ar saugumui kylančios rizikos darbe, taip pat suteikti pagrindą žmogaus nuostatų ir elgesio, susijusio su psichoaktyviųjų medžiagų vartojimu, kaitai. Taigi žinių ir įgūdžių suteikimas darbdaviams, jų socialinės atsakomybės už plėtojamą veiklą, investavimo į žmonių sveikatos ir gerovės užtikrinimą skatinimas turi tapti viena iš prevencijos kryptų – kol kas tam tiek darbdaviai, tiek valstybė skiria itin mažai dėmesio.

18. Prie sveikesnės ir saugesnės visuomenės kūrimo psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo prevencijai skirtomis priemonėmis gali prisidėti ir pasilinksminimo, laisvalaikio praleidimo vietų, masinių renginių organizatoriai, administracija bei personalas: Lietuvoje narkotikų vartojimas labiau paplitęs tarp 15–34 m. amžiaus grupės miestų gyventojų, kurie narkotikus dažniausiai vartoja uždaruose vakarėliuose, naktiniuose klubuose, diskotekose. Kitose šalyse organizuojant pramogas jau seniai pasitelkiamos įvairios prevencijos priemonės, pvz., lankytojų švietimas, aplinkos prevencijos strategijos, apimančios nepalankios fizinės ir socialinės aplinkos psichoaktyviosioms medžiagoms vartoti kūrimą. Atsižvelgiant į tai, būtina plėsti pasilinksminimo pramogas organizuojančių asmenų žinias ir įgūdžius, padėti suprasti prevencijos priemonių taikymo svarbą jų teikiamų paslaugų įvaizdžiui, kokybei ir saugumui.

19. Kaip nurodo Lietuvos automobilių kelių direkcija prie Lietuvos Respublikos susisiekimo ministerijos, eismo sauga valstybinės reikšmės keliuose, palyginti su kitomis Europos Sąjungos (ES) valstybėmis narėmis, nepaisant eismo įvykiuose žuvusiųjų skaičiaus

ryškaus sumažėjimo, vis dar išlieka vienu iš svarbiausių prioritetų – keliamas tikslas siekti, kad Lietuvos keliuose nežūtų nė vienas žmogus. ENNSC duomenimis, dauguma nelaimingų įvykių ir mirčių keliuose nutinka dėl vairuotojų, apsvaigusių nuo psichoaktyviųjų medžiagų, kaltės. Europos epidemiologiniai tyrimai patvirtino, kad vidutiniškai 3,48 proc. ES piliečių vairuoja pavartoję alkoholio, 1,9 proc. – būdami apsvaigę nuo neteisėtų psichoaktyviųjų medžiagų, 1,4 proc. – nuo vaistų, 0,37 proc. – sumaišę alkoholį ir narkotikus. 2016 m. Bendrosios populiacijos tyrimo duomenimis, Lietuvoje kada nors vairavę būdami apsvaigę nuo alkoholinių gėrimų prisipažino 20 proc., o apsvaigę nuo narkotikų – 1 proc. respondentų. 2017 m. atlikto tyrimo „Psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo paplitimas tarp pasilinksminimo vietų lankytojų“ išvadose įvardijama, kad kada nors vairavę būdami apsvaigę nuo alkoholinių gėrimų nurodė 30 proc. tyrime dalyvavusių lankytojų, o apsvaigę nuo narkotikų – net 22 proc. visų atsakiusiųjų. Šie duomenys ne tik sudaro galimybę nustatyti vieną didžiausių rizikos grupių, į kurią turėtų būti nukreiptos prevencinės kampanijos ir kitos priemonės, bet ir leidžia daryti prielaidą, kad visuomenė nepakankamai žino apie psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo ar jų maišymo poveikį gebėjimui vairuoti, galimą riziką ir pasekmes. Taigi platesnis ir įvairesnis vairavimo išgėrus ar apsvaigus prevencijos priemonių įgyvendinimas turėtų būti saugios visuomenės elgsenos keliuose formavimo pagrindas.

20. Pirmasis Programos tikslas – atitolinti ar sumažinti psichoaktyviųjų medžiagų vartojimą ir valdyti psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo riziką ugdant visuomenės narius, įgyvendinant visiems prieinamą, skirtingus poreikius atitinkančią, kontekstiniais ir moksliniais duomenimis grįstą psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo prevenciją.

21. Pirmajam Programos tikslui pasiekti keliami šie uždaviniai:

21.1. nuosekliai įgyvendinti naujai kylančius iššūkius atitinkančias psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo prevencijos priemones visų amžiaus tarpsnių ir tikslinių grupių vaikams ir jaunimui pagal jų interesus bei poreikius. Šio uždavinio įgyvendinimo kryptys:

21.1.1. išplėsti psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo bendrosios prevencijos programų pasiūlą pagal vaikų amžiaus tarpsnius ir tematiką, jas diegti ir įgyvendinti švietimo, sveikatos, socialinių paslaugų įstaigose ir NVO;

21.1.2. sukurti ir įdiegti psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo prevencines priemones aukštųjų mokyklų studentams;

21.1.3. padidinti vaikų ir jaunimo neformaliojo švietimo bei ugdymo programų ir turinio pasiūlą ir prieinamumą;

21.1.4. naujai sukurti ar pritaikyti, įgyvendinti tikslines psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo prevencines programas priklausomybės ligomis sergančių tėvų vaikams, lošimų,

piktnaudžiavimo vaistais, naujų psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo prevencijai skirtas priemonės;

21.1.5. sukurti ankstyvosios intervencijos paslaugų, jų teikimo formų įvairovę ir prieinamumą nereguliariai vartojantiems psichoaktyvias medžiagas, eksperimentuojantiems vaikams ir jaunimui;

21.2. didinti paslaugų, ugdančių atsakingumą ir nuostatas, suteikiančių žinių ir įgūdžių, skatinančių aktyviai dalyvauti psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo prevencijoje, prieinamumą tėvams, kitiems artimiesiems. Šio uždavinio įgyvendinimo kryptys:

21.2.1. visiems tėvams užtikrinti tėvystės įgūdžių ugdymo galimybes, padedančias suprasti vaikų raidos ypatumus, rinktis veiksmingas auklėjimo strategijas, kurti pozityvius santykius šeimoje ir stiprinti pasitikėjimą savimi;

21.2.2. sukurti pagalbos tėvams, kurių vaikai nereguliariai vartoja psichoaktyvias medžiagas, sistemą, skirtą padėti suprasti jų vaidmenį, ugdyti gebėjimą tinkamai reaguoti į kylančius sunkumus ir motyvuoti tėvus dalyvauti priimančiais sprendimus;

21.2.3. sistemingai teikti informavimo, konsultavimo ir motyvavimo paslaugas riziką patiriančioms tėvų grupėms (priklausomų nuo psichoaktyviųjų medžiagų asmenų artimiesiems, nėsčioms moterims), siekiant apsaugoti jų ir jų vaikų psichinę, socialinę ir fizinę gerovę;

21.3. sukurti teisinės, finansinės ir organizacinės prielaidas kokybiškai (efektyviai) prevencinei veiklai įgyvendinti ir vertinti visais lygmenimis (įstaigos ar organizacijos, savivaldybės ir nacionaliniu) dirbantiems specialistams. Šio uždavinio įgyvendinimo kryptys:

21.3.1. sukurti ir nacionaliniu lygmeniu įgyvendinti prevencinių programų akreditavimo sistemą;

21.3.2. įteisinti ir diegti bendrus prevencinės veiklos kokybės standartus, tobulinant švietimo, socialinių bei sveikatos priežiūros įstaigų, NVO atstovų kompetencijas;

21.3.3. skatinti kiekvienos savivaldybės teritorijoje veikiančių prevencijos srityje dirbančių institucijų, įstaigų ir NVO bendradarbiavimą ir veiklą dermę dirbant su skirtingomis tikslinėmis grupėmis;

21.4. plačiai taikyti prevencijos strategiją, orientuotą į sąmoningus ir tausojančius sveikatą, kuriančius ir palaikančius savo ir kitų gerovę visuomenės narius. Šio uždavinio įgyvendinimo kryptys:

21.4.1. šviesti visuomenę taikant įvairias paveikias ir tęstines priemones, nukreiptas į jos narių sąmoningumą ir tinkamas nuostatas dėl psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo, su tuo susijusios rizikos bei padarinių;

21.4.2. kurti ir taikyti prevencijos priemones, atitinkančias naujausius iššūkius: priklausomybės nuo lošimų vystymąsi, naujų tabako gaminių vartojimą, kelių psichoaktyviųjų

medžiagų maišymo pasekmes ir riziką, vairavimo išgėrus ar apsvaigus prevenciją, kitus aktualius aspektus;

21.4.3. nuosekliai vykdyti darbdavių, pasilinksminimo, laisvalaikio praleidimo vietų, masinių renginių organizatorių ugdymo strategiją, kuria siekiama didinti sąmoningumą ir atsakomybę dėl psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo prevencijos taikymo;

21.4.4. sukurti ir praktiškai taikyti psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo prevencijos programas ir priemones darbo, pasilinksminimo, laisvalaikio praleidimo vietose, masiniuose renginiuose;

21.5. vykdyti patikimą psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo prevencinės veiklos įgyvendinimo stebėseną, kurios pagrindu planuojami pokyčiai ir jiems reikalingos priemonės. Šio uždavinio įgyvendinimo kryptys:

21.5.1. sukurti bendrą prevencinių programų ir priemonių įgyvendinimo stebėsenai skirtą sistemą-banką;

21.5.2. inicijuoti ir vykdyti periodinius tyrimus dėl vaikų ir jaunimo naudojimosi internetu, azartinių lošimų masto, jų sąsajų su psichoaktyviųjų medžiagų vartojimu, kitais su priklausomybės ligų vystymusi susijusiais veiksniais;

21.5.3. sukurti ir įdiegti naujus kiekybinius ir kokybinius rodiklius neformaliojo vaikų švietimo kokybei, įvairovei ir prieinamumui matuoti;

21.5.4. įvesti naujus kriterijus kompleksinių paslaugų šeimoms turiniui ir apimčiai matuoti, pagal juos nuosekliai fiksuoti informaciją;

21.5.5. nuosekliai vykdyti mokslinius tyrimus, leidžiančius matuoti pokyčius, vertinti prevencinių priemonių efektyvumą, jų įgyvendinimo kokybę bei poveikį skirtingoms tikslinėms grupėms;

21.5.6. periodiškai vertinti psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo prevencijos politikos įgyvendinimo veiksmingumą ir lėšų panaudojimo efektyvumą.

### **Gydymas, rehabilitacija, socialinė integracija**

22. Lietuvoje yra sukurta priklausomybės ligų gydymo sistema: veikia pirminio ir antrinio lygio asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančios įstaigos, sudarytos galimybės priklausomybės ligomis sergantiems asmenims gauti specializuotas asmens sveikatos priežiūros paslaugas, yra patvirtinti bei taikomi priklausomybės ligų gydymo ir rehabilitacijos standartai, veikianti asmens sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimo sistema suteikia galimybę asmenims, priklausomiems nuo psichoaktyviųjų medžiagų ir nedraustiems privalomuoju sveikatos draudimu, gauti asmens sveikatos priežiūros paslaugas. Tačiau iki šiol nėra atlikta

tyrimų dėl priklausomybės ligų gydymo paslaugų poreikio Lietuvoje, o 2018 m. Narkotikų, tabako ir alkoholio kontrolės departamento užsakymu atliktos analizės „Teisės, sveikatos ir socialinės sistemų, susijusių su narkotikų kontrolės politika Lietuvoje, analizė“ duomenimis, esama nemažai kliūčių, kurios apsunkina šių paslaugų prieinamumą priklausomybės ligomis sergantiems asmenims.

23. Ekonominio bendradarbiavimo ir plėtros organizacijos bei Europos sveikatos sistemų ir politikos stebėsenos centro parengto dokumento „Lietuva: šalies sveikatos profilis 2017“ (angl. *Lithuania: Country Health Profile 2017*) duomenimis, 2015 m. beveik 40 proc. visos ligų naštos (vertinant pagal dėl sveikatos sutrikimų prarastus gyvenimo metus) šalyje galėtų būti priskirta su rizikinga elgsena susijusiems veiksniams – rūkymui, alkoholio vartojimui, netinkamai mitybai ir fiziniam neaktyvumui.

24. Nors pastebima nežymi rūkymo paplitimo Lietuvoje mažėjimo tendencija tiek tarp suaugusiųjų (remiantis Bendrosios populiacijos tyrimo duomenimis, 2012–2016 m.), tiek tarp 15–16 m. mokinių (remiantis 1995–2015 m. ESPAD tyrimo išvadomis), vis dėlto rūkymo sukeltos vartojimo pasekmės nemažėja: Higienos instituto duomenimis, nuo 2012 iki 2016 m. Lietuvoje didėjo naujų susirgimų, susijusių su rūkymu, skaičius: susirgimų piktybiniais navikais, kraujotakos, kvėpavimo sistemų ligomis bei mirčių, kurių pagrindinė mirties priežastis buvo su rūkymu susiję piktybiniai navikai.

25. 2016 m. atliktas Bendrosios populiacijos tyrimas atskleidė, kad dauguma (72,9 proc.) rūkusių ar rūkančių tyrimo dalyvių teigė mėginę mesti rūkyti: iš jų 26,4 proc. pavyko mesti rūkyti; 46,5 proc. mėgino nesėkmingai; 11,8 proc. pripažino, kad norėtų pamėginti mesti rūkyti, nors to niekada nėra bandę. Šie duomenys rodo didelį asmenų motyvavimo nerūkyti bei pagalbos rūkantiems asmenims atsisakyti šio žalingo įpročio poreikį. Lietuvoje tik pradėdamos svarstyti ir ketinamos taikyti PSO Tabako kontrolės pagrindų konvencijos rekomenduojamos priemonės, tokios kaip tabako vartojimo rizikos vertinimas ir pagalbos tabaką vartojantiems asmenims teikimas pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigose (toliau – PASPI); asmens sveikatos priežiūros specialistų pagalbos metant rūkyti kompetencijos tobulinimas bei gerosios patirties sklaida; telefoninės pagalbos linijos norintiems mesti rūkyti asmenims steigimas ir jos tęstinumo užtikrinimas. Realus ir nuoseklus jų įgyvendinimas ateityje turėtų būti laikomas prioritetu, siekiant geresnės Lietuvos gyventojų sveikatos.

26. Vadovaujantis tarptautinėmis rekomendacijomis, svarbu užtikrinti, kad žalingai vartojantiems psichoaktyviais medžiagas ar (ir) nuo jų priklausomiems asmenims būtų suteikta galimybė gauti individualius asmens poreikius tenkinančias ir reikalingas paslaugas – ankstyvosios psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo diagnostikos ir trumpųjų intervencijos priemonių taikymo, abstinencijos gydymo, galimybės tęsti gydymą ambulatoriškai ir (ar)

stacionare bei gauti psichologinės socialinės reabilitacijos paslaugas trumpalaikės socialinės globos įstaigose.

27. Moksliskai įrodyta, kad alkoholio vartojimo rizikos nustatymo ir trumpųjų intervencijos priemonių taikymas PASPI yra veiksminga priemonė, siekiant mažinti asmenų piktnaudžiavimą alkoholiu. Lietuvoje nuo 2018 m. liepos 1 d. PASPI pradėtos teikti ankstyvojo alkoholio vartojimo rizikos įvertinimo ir pagalbos alkoholi vartojantiems asmenims paslaugos, apmokamos iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo (toliau – PSDF) lėšų. Tokių paslaugų teikimas gali padėti laiku išvengti žalingo alkoholio vartojimo ar priklausomybės nuo jo formavimosi, o jų kokybės ir stebėsenos užtikrinimo klausimai turėtų būti traktuojami kaip iššūkiai, kuriuos privaloma įveikti.

28. Siekiant didinti ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą, nuo 2009 m. prie savivaldybių psichikos sveikatos centrų pradėti steigti psichiatrijos dienos stacionarai. Tačiau, Higienos instituto duomenimis, psichiatrijos dienos stacionaro pirminio sveikatos priežiūros lygio paslaugos priklausomybės ligomis sergantiems asmenims teikiamos labai maža apimtimi (2017 m. išrašytų dienos stacionaro ligonių, turinčių F10 diagnozę, buvo 67 gydymo epizodai; F11–F19 – 5 gydymo epizodai). 2018 m. atliktoje Teisės, sveikatos ir socialinės sistemų, susijusių su narkotikų kontrolės politika Lietuvoje, analizėje pagrindinėmis kliūtimis įvardijami dideli gydytojų darbo krūviai, nes šios tikslinės grupės asmenys išsiskiria kompleksinėmis problemomis ir darbui su jais reikia skirti daugiau laiko; per mažas apmokėjimas už suteiktas paslaugas, kai lengviau dirbti su kitomis psichikos ligomis sergančiais asmenimis (dėl problemos sudėtingumo, priklausomų nuo psichoaktyviųjų medžiagų asmenų stigmatizavimo ir pan.); vis dar galiojantys narkologinės įskaitos fragmentai taip pat nemotyvuoja priklausomų nuo psichoaktyviųjų medžiagų asmenų spręsti šių medžiagų vartojimo keliamų problemų.

29. Analizuojant ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo padėtį, svarbu pažymėti, kad asmenims, kurie gydosi dėl priklausomybės nuo psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo, nėra kompensuojamas įrodymais pagrįstas ambulatorinis gydymas medikamentais. Stokojant prieinamo, valstybės kompensuojamo ambulatorinio priklausomybės ligų gydymo ir diagnostikos, yra rizika, kad stacionarinio gydymo epizodai (ypač dėl pavojingos intoksikacijos, abstinencijos) bus nepakankamai veiksmingi ir kartosis.

30. Narkotikų, tabako ir alkoholio kontrolės departamento 2018 m. surinkti duomenys iš stacionarinių gydymo įstaigų (Lietuvoje veikiančių psichiatrijos ligoninių ir ligoninių psichiatrijos skyrių ir (ar) padalinių) rodo, kad dažniausiai aktyvaus stacionarinio gydymo trukmė, teikiant abstinencijos gydymo paslaugą, yra 3–5 dienos, o tolesniam gydymui reikalingu stacionarių paslaugų (tokių kaip psichosocialinė reabilitacija ir kt.), apmokamų PSDF biudžeto

lėšomis, priklausomybės ligomis sergantiems asmenims suteikiama labai mažai (pvz., 2016 m. psichosocialinės reabilitacijos paslaugos, apmokamos iš PSDF, buvo suteiktos tik 37 priklausomiems nuo alkoholio asmenims ir tik vienam nuo narkotikų priklausomam (F11–F19) asmeniui). Valstybės biudžeto lėšomis finansuojamų psichosocialinio gydymo (pvz., Minesotos programos) paslaugų mastas išlieka menkas: Respublikinio priklausomybės ligų centro duomenimis, 2017 m. buvo 527 tokie gydymo epizodai.

31. Asmenims, sergantiems psichikos ir elgesio sutrikimais dėl psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo, galimybę gauti stacionarias asmens sveikatos priežiūros paslaugas riboja šiuo metu galiojanti teisinė bazė, nes nustatyta galima laikino nedarbingumo trukmė dėl priklausomybės ligų – tik iki 14 kalendorinių dienų per metus. Tokios trukmės neužtenka priklausomam nuo psichoaktyviųjų medžiagų asmeniui dalyvauti gydymo programose (pvz., vienos dažniausiai ir sėkmingiausiai taikomos Minesotos programos trukmė yra 28 dienos), o tai tampa dar viena kliūtimi tiek motyvuojat priklausomą nuo psichoaktyviųjų medžiagų asmenį gydytis, tiek pačiam asmeniui ieškant pagalbos.

32. Lietuvoje stokojama gydymo paslaugų pažeidžiamoms asmenų, priklausomų nuo psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo, grupėms: stacionarinės specializuotos gydymo programos paslaugos nepilnamečiams teikiamos tik dviejuose didžiausiuose miestuose, trūksta specializuotų programų moterims, tikslinių vartojimą mažinančių priemonių socialinę riziką patiriantiems asmenims (priklausomiems nuo psichoaktyviųjų medžiagų, išėjusiems iš laisvės atėmimo vietų įstaigų, nukentėjusiems nuo prekybos žmonėmis, smurto aukoms ir kt.).

33. Kaip ir daugumai lėtinių ligų, priklausomybės ligoms būdinga didelė atkryčio tikimybė, todėl gali tekti kartoti gydymo epizodus ir po vieno gydymo epizodo tęsti kitą. Respublikinio priklausomybės ligų centro duomenimis, pirmą kartą 2017 m. Vilniaus, Kauno, Klaipėdos, Šiaulių ir Panevėžio filialuose gydėsi 9 741 asmuo, o kartojo gydymą tais pačiais metais 5 530 asmenų (diagnozė F10–F19). Po gana trumpo planinio aktyvaus stacionarinio gydymo kurso, kuris paprastai trunka nuo savaitės iki mėnesio, priklausomybės ligomis sergantiems asmenims grįžus į savo gyvenamąją vietą ne visada užtikrinamas tolesnės pagalbos teikimas, t. y. nors specialistų, teikiančių paslaugas, skaičius adekvatus šiuo metu suteikiamų paslaugų apimčiai, stokojama paslaugų integracijos. Be to, dėl skirtingos teisinės bazės ir asmens duomenų apsaugos reikalavimų taikymo prastai veikia siuntimo gydyti ir grįžtamojo ryšio sistema skirtinguose sektoriuose paslaugas gaunantiems asmenims, priklausomiems nuo psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo.

34. Būtinoji pagalba apsinuodijimų psichoaktyviosiomis medžiagomis ir sunkios abstinencijos atvejais teikiama asmens sveikatos priežiūros įstaigose (toliau – ASPĮ) pagal būtinosios medicinos pagalbos indikacijas, tačiau detoksikacijos paslaugos dažnai yra mažai

susietos su priklausomybės ligų gydymo tęstinumu. Asmeniui dėl užsitęsusio alkoholio vartojimo, jeigu asmens būklė neatitinka būtinosios pagalbos teikimo indikacijų, gydymas dažnai tampa sunkiai prieinamas. Lengvos ir vidutinės abstinencijos gydymas kompensuojamas iš PSDF tik planine tvarka, gali būti prieinamas kaip mokama paslauga valstybinėse ASPĮ arba teikiamas privačiose ASPĮ, o tai apsunkina paties pirmojo gydymo etapo prieinamumą asmeniui. Pažymėtina, kad nėra veiksmingos siuntimo ir grįžtamojo ryšio užtikrinimo procedūros ir, neatsižvelgiant į tai, kiek šių paslaugų per metus gauna konkretus asmuo, nėra nustatytos apmokėjimo už suteiktas paslaugas tvarkos ir nėra galimybės teisiškai užtikrinti įpareigojimą gydytis priklausomybę nuo psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo.

35. Šiuo metu Lietuvoje nėra bendros gydymą gaunančių asmenų, priklausomų nuo psichoaktyviųjų medžiagų, stebėsenos, kad būtų galima atsekti asmens gydymo eigą. Nors nuo 2012 m. Lietuvoje įdiegta Asmenų, kurie kreipėsi į ASPĮ dėl psichikos ir elgesio sutrikimų, vartojant narkotikus, stebėsenos informacinė sistema (toliau – ASIS), tačiau gaunami duomenys yra netikslūs, duomenis į šią sistemą veda ne visos ASPĮ, teikiančios paslaugas priklausomybės ligomis sergantiems asmenims, nenustatyta aiški ir tikslinga duomenų deklaravimo tvarka, taip pat ASIS neatitinka ENNSC duomenų rinkimo metodologinių rekomendacijų (duomenų rinkimo organizavimo reikalavimų) epidemiologiniam indikatoriumi „Gydymo paslaugų dėl priklausomybės narkotikams poreikio nustatymas“ (angl. *Treatment demand indicator standard protocol 3.0*). Šioje sistemoje taip pat nėra kaupiami duomenys apie priklausomybę nuo alkoholio turinčius asmenis. Tikslesnius duomenis renka Higienos institutas, kuris sveikatos statistiniams rodikliams skaičiuoti naudoja ASPĮ duomenis, teikiamus Privalomojo sveikatos draudimo informacinei sistemai „Sveidra“, tačiau joje nėra kaupiami duomenys iš biudžetinių ASPĮ ir dalies privačių ASPĮ. Esamų informacinių sistemų neintegravimas į vieną duomenų rinkimo sistemą, kuri apimtų visus asmens sveikatos paslaugų teikėjus, nepriklausomai nuo jų statuso ar teikiamų paslaugų apimties, vis dar išlieka aktuali problema.

36. Nors tyrimai rodo, kad į sveikatą, o ne į baudimą sutelktos priemonės yra efektyvesnės ir ekonomiškai naudingesnės, Lietuvoje ryšys tarp prevencinių, baudžiamųjų, sveikatos priežiūros, psichologinės ir socialinės reabilitacijos, reintegracijos bei žalos mažinimo priemonių yra fragmentiškas, nenuoseklus, nepakankamai integruojami visi narkotikų kontrolės politikos elementai. 2018 m. atlikto tyrimo „Socialinės, sveikatos ir teisės sistemų, susijusių su narkotikų kontrolės politika Lietuvoje, ekonominis vertinimas“ duomenimis, finansinė našta laisvės atėmimo vietų įstaigose, neįskaitant areštinių (dėl asmens įkalinimo už nusikalstamas veikas, susijusias su narkotikais), 2016 m. sudarė 6,973 mln. eurų (803 asmenys), o valstybės lėšos, išleistos sveikatos priežiūros paslaugoms, susijusioms su narkotikų vartojimu, 2016 m. sudarė apie 7,760 mln. eurų, iš jų priklausomybės ligoms gydyti skirta tik 3,9 mln. eurų, o visa



kita išleidžiama narkotikų vartojimo sukeltiems sveikatos sutrikimams (apsinuodijimams, žmogaus imunodeficito virusui (toliau – ŽIV), įgytam (akvizitiniam) imunodeficito sindromui (toliau – AIDS), virusiniam hepatitui B (toliau – VHB), virusiniam hepatitui C (toliau – VHC) ir kt.) gydyti.

37. Pakaitinis gydymas opioidiniais vaistiniais preparatais (toliau – pakaitinis gydymas) leidžia sumažinti ŽIV ir kitų infekcinių ligų plitimą, tačiau pakaitinio gydymo programų aprėptis Lietuvoje vis dar nėra pakankama. Lietuvoje 1 000 švirkščiamųjų narkotikų vartotojų tenka 3,45 pakaitinio gydymo paslaugų teikėjo, jie itin netolygiai pasiskirstę geografiškai ir sutelkti Vilniaus mieste. Pakaitinio gydymo paslaugas gaunančių švirkščiamųjų narkotikų vartotojų skaičiaus santykis Lietuvoje yra 0,1. Pagal PSO, UNODC, Jungtinių Tautų bendros kovos su ŽIV / AIDS programos (angl. *Joint United Nations Programme on HIV/AIDS*, toliau – UNAIDS) techninėse gairėse pateiktas rekomendacijas toks rodiklis atspindi mažą paslaugų aprėptį. Itin grėsminga padėtis dėl naujai registruotų ŽIV atvejų Lietuvos laisvės atėmimo vietų įstaigose, kai per kelerius metus naujai infekuotų asmenų skaičius išaugo daugiau negu 4 kartus (nuo 23 atvejų 2015 m. iki 97 atvejų 2017 m.). Užkrečiamųjų ligų ir AIDS centro (toliau – ULAC) duomenimis, dominuojantis ŽIV plitimo būdas – švirkščiamųjų narkotikų vartojimas. Nors tyrimais įrodyta, kad pakaitinis gydymas yra viena labiausiai rekomenduojamų priemonių siekiant mažinti ŽIV plitimą tarp švirkščiamųjų narkotikų vartotojų laisvės atėmimo vietų įstaigose, Lietuvoje dar tik pradėdama taikyti šį tęstinį gydymą pavienėse laisvės atėmimo vietų įstaigose. Pažymėtina, kad laisvės atėmimo vietų įstaigose taikomos prevencinės priemonės galbūt nėra pakankamai efektyvios, pakankamos apimties ir (ar) taikomos laiku.

38. Nors pakaitinio gydymo paslauga Lietuvoje apmokama iš PSDF biudžeto lėšų, o neturintiems sveikatos draudimo apmokama iš valstybės biudžeto lėšų (Respublikinio priklausomybės ligų centro filialuose), vis dėlto jos apimtis Lietuvoje nepasiekia PSO rekomenduojamo lygio.

39. 2016 m. Lietuvoje veikė 11 laisvės atėmimo vietų įstaigų, jose buvo 6 815 asmenų. Kalėjimų departamento prie Lietuvos Respublikos teisingumo ministerijos (toliau – Kalėjimų departamentas) duomenimis, 2016 m. dėl psichikos ir elgesio sutrikimų vartojant narkotikus registruota 26,6 proc. visų laisvės atėmimo vietų įstaigose buvusių asmenų. Dauguma iš jų vartojo opioidus (59,7 proc.) ir kelis narkotikus ar kitas psichoaktyvias medžiagas (29,6 proc.). Didelis narkotikų vartojimo paplitimas laisvės atėmimo vietų įstaigose kelia kompleksines problemas, apimančias ne tik narkotikų užkardymą, bet ir sveikatos priežiūros paslaugų įvairovę ir prieinamumą: infekcinių ligų ankstyvą diagnostiką (išskyrus ŽIV), priklausomybės ligų gydymą, prevenciją ir psichologinę socialinę reabilitaciją.

40. ENNSC 2018 m. Europos narkotikų vartojimo paplitimo ataskaitos duomenimis, 28 iš 30 šalių laisvės atėmimo vietų įstaigose kalintiems asmenims prieinamas pakaitinis gydymas, bet daugelyje šalių jis taikomas ribotai, taip pat siūloma detoksikacija, individualus ir grupinis konsultavimas, terapinės bendruomenės arba specialios stacionaraus gydymo palatos. Kalėjimų departamento duomenimis, Lietuvoje detoksikacija, esant klinikinėms indikacijoms, taikoma, o specialių lovų nėra skirta, bet stacionarinis gydymas, esant sveikatos sutrikimams ir medicininėms indikacijoms, yra taikomas laisvės atėmimo vietų ligoninės skyriuose pagal atitinkamus profilius: psichiatrijos, reanimacijos, vidaus ligų arba slaugos ir palaikomojo gydymo skyriuose. Atsižvelgiant į Jungtinių Tautų, Europos Tarybos Ministrų Komiteto rekomendacijas, svarbu užtikrinti, kad sveikatos priežiūros paslaugos laisvės atėmimo vietų įstaigose taptų lygiavertės teikiamoms sveikatos priežiūros paslaugoms laisvėje, taip pat kad būtų užtikrintas priežiūros tęstinumas išėjus iš laisvės atėmimo vietų įstaigų.

41. Siekiant sumažinti nusikalstamų veikų pakartotinumą riziką, prioritetiniu darbu laisvės atėmimo vietų įstaigose tampa įkalintų asmenų motyvavimas atsisakyti psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo, tačiau siūlomų paslaugų aprėptis ir įvairovė labai maža. Pavyzdžiui, Lietuvoje priklausomi nuo psichoaktyviųjų medžiagų asmenys gali dalyvauti jiems skirtose psichologinės socialinės reabilitacijos programose, tačiau jų prieinamumas ir kokybė laisvės atėmimo vietų įstaigose labai skirtingi. 2017 m. mokslo studijos „Laisvės atėmimo vietose taikomų socialinės reabilitacijos priemonių sistemos analizė, probleminiai taikymo aspektai“ duomenimis, Lietuvoje dar trūksta kokybinio, sisteminio, tęstinio požiūrio į psichologinę socialinę reabilitaciją laisvės atėmimo vietų įstaigose.

42. 2018 m. atlikta visų Lietuvos savivaldybių socialinių paslaugų planų analizė parodė, kad planuojant ir teikiant paslaugas vartojantiems psichoaktyviausias medžiagas ir (ar) nuo jų priklausomiems asmenims savivaldybių padėtis skirtinga. Dažniausiai šiai grupei siūlomos bendrosios paslaugos (informavimas, konsultavimas, tarpininkavimas, motyvavimas kreiptis pagalbos), rečiau – savivaldybių apmokamos gydymo ir (ar) psichologinės socialinės reabilitacijos bei apgyvendinimo namuose paslaugos, rečiausiai – pagalba šios tikslinės grupės asmenims integruojantis į darbo rinką. Savivaldybės lygmeniu stokojama tiek priklausomo nuo psichoaktyviųjų medžiagų asmens individualius poreikius tenkinančios, tiek jo šeimos nariams skirtos kompleksinės pagalbos (specializuoto konsultavimo, tarpininkavimo, psichologinės ir psichoterapinės pagalbos, piniginės socialinės paramos, atvejo vadybos, dienos stacionaro, apgyvendinimo paslaugų ir kt.) teikimo.

43. Siekiant motyvuoti nuo psichoaktyviųjų medžiagų priklausomus asmenis gydytis, užtikrinti paslaugų tęstinumą po gydymo, sumažinti priklausomų asmenų atkryčio atvejų, būtina stiprinti sąveiką tarp savivaldybės institucijų ir NVO (turinčių skirtingą patirtį), teikiančių

paslaugas, pagalbą ir paramą priklausomiems nuo psichoaktyviųjų medžiagų asmenims bei jų šeimų nariams, dalytis gerąja darbo patirtimi bei viešinti informaciją apie galimybes gauti gydymo, psichologinės ir socialinės reabilitacijos paslaugas.

44. Lietuvoje pradėjus įgyvendinti ES fondų lėšomis finansuojamus projektus, skirtus psichosocialinės reabilitacijos ir integracijos į darbo rinką paslaugoms asmenims, priklausomiems nuo psichoaktyviųjų medžiagų, teikti, užtikrintas trumpalaikės socialinės globos teikimas šiems asmenims. Vis dėlto, siekiant ne tik mažinti socialines psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo pasekmes asmeniui, jo artimiesiems ir visuomenei, plėsti teikiamų socialinių ir psichologinių reabilitacijos paslaugų aprėptį ir prieinamumą, bet ir didinti supratimą apie priklausomybių ligas bei mažinti priklausomų asmenų stigmatizavimą, tikslinga diegti asmens poreikius atitinkantį socialinių ir psichologinių reabilitacijos paslaugų teikimo finansavimo valstybės biudžeto lėšomis modelį šalyje, numatant paslaugų finansavimo ir apmokėjimo tvarką.

45. ENNSC duomenimis, moterys sudaro apie 25 proc. asmenų, priklausomų nuo psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo, ir apie 20 proc. visų besigydančiųjų priklausomybės ligas. Nuo psichoaktyviųjų medžiagų priklausomos moterys paprastai sulaukia mažiau palaikymo savo aplinkoje ir yra labiau stigmatizuojamos, joms dažniau išsivysto depresija ir nerimo sutrikimai, taip pat jos turi specifinių poreikių (pvz., nėščios ir (ar) vaikus auginančios moterys ir pan.). Lietuvoje iš 15 licencijuotų trumpalaikės socialinės globos įstaigų, teikiančių psichologines ir socialines reabilitacijos paslaugas priklausomiems nuo psichoaktyviųjų medžiagų asmenims, tik viena yra skirta moterims (7 įstaigos – mišrios, 7 teikia psichologines ir socialines reabilitacijos paslaugas tik vyrams). Lietuvoje stokojama programų ar programos sudedamųjų dalių, pritaikytų moterų, priklausomų nuo psichoaktyviųjų medžiagų, poreikiams (pvz., gydymo programose specialiai moterims skirti grupiniai užsiėmimai, skyriai, kur pagalbą dėl psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo galėtų gauti tik moterys ir (ar) moterys kartu su savo nepilnamečiais vaikais, užtikrinant reikiamą paslaugų teikimą (pvz., vaikų dienos priežiūros paslaugas ir pan.).

46. Narkotikų, tabako ir alkoholio kontrolės departamento duomenimis, 40 proc. asmenų, baigusių psichologinės ir socialinės reabilitacijos programas, pradeda ieškoti darbo, mokytis arba dirbti, įskaitant savarankišką darbą, iš jų 28 proc. įsidarbina. Įrodyta, kad, teikiant specializuotas reintegracijos paslaugas, įsidarbinimo rodikliai stipriai gerėja, tad tikslinga asmenims, baigusiems psichologines ir socialines reabilitacijos programas, įvertinus jų poreikius ir galimybes, teikti šias paslaugas. Vis dėlto reintegracijos paslaugos Lietuvoje yra daug mažiau išvystytos negu gydymas ar psichologinė socialinė reabilitacija, stokojama reabilitacijos ir reintegracijos paslaugų dermės, kompleksinės pagalbos ir priemonių, padedančių šiems asmenims pasirengti grįžti į darbo rinką, įsidarbinti ir joje išlikti.

47. Antrasis Programos tikslas – užtikrinti prieinamą, kokybišką, asmens individualius poreikius tenkinančią, ekonomiškai tvarią ir mokslo įrodymais pagrįstą priklausomybių ligų gydymo, reabilitacijos ir reintegracijos paslaugų asmenims, žalingai vartojantiems psichoaktyvias medžiagas ir (ar) nuo jų priklausomiems, sistemą, leidžiančią veiksmingai mažinti psichoaktyviųjų medžiagų vartojimą, pagalbą gaunančių asmenų stigmatizavimą, šių medžiagų vartojimo keliamą žalą asmeniui ir visuomenei.

48. Antrajam tikslui pasiekti keliami šie uždaviniai:

48.1. išplėtoti veiksmingą, individualius asmens poreikius tenkinančią ankstyvojo nustatymo ir trumpųjų intervencijos priemonių bei nukreipimo gauti gydymo ir kitas reikalingas paslaugas ar pagalbą, kaip nepertraukiamo proceso, sistemą dėl priklausomybės nuo psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo ar rizikingo elgesio, susijusio su psichoaktyviųjų medžiagų vartojimu. Šio uždavinio įgyvendinimo kryptys:

48.1.1. peržiūrėti ir koreguoti dėl priklausomybės nuo psichoaktyviųjų medžiagų ligomis sergančių asmenų gydymo paslaugų teisinį reglamentavimą, apimančią teisinių ir formalių kliūčių bei stigmatizavimo dėl priklausomybės nuo psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo mažinimą;

48.1.2. išplėtoti sveikatos priežiūros ir socialinės pagalbos tinklą, užtikrinantį, kad būtų laiku atpažįstama, informuojama, konsultuojama, motyvuojama, padedant asmenims, žalingai vartojantiems psichoaktyvias medžiagas ir (ar) nuo jų priklausomiems, bei jų šeimos nariams gauti reikiamą ir kokybišką pagalbą;

48.1.3. visoje pagalbos sistemoje taikyti mokslu grindžiamus, akredituotus ir ekonomiškai veiksmingus metodus ir priemones, leidžiančius įvairių sričių specialistams kuo anksčiau nustatyti žalingai vartojančius psichoaktyvias medžiagas ar nuo jų priklausomus asmenis ir padėti jiems gauti reikiamą pagalbą ir (ar) gydymą;

48.1.4. užtikrinti pakankamą įvairių sričių (sveikatos priežiūros, švietimo, socialinės srities) specialistų, gebančių atpažinti riziką, motyvuoti ir padėti gauti pagalbą, paslaugų prieinamumą;

48.2. taikyti į asmens poreikius orientuotus, kokybiškus ir ekonomiškai veiksmingus, aprobuotus gydymo metodus bei prieinamas psichologinės socialinės reabilitacijos ir reintegracijos paslaugas. Šio uždavinio įgyvendinimo kryptys:

48.2.1. išplėtoti specializuotas paslaugas priklausomybės ligomis sergantiems asmenims, taip užtikrinant šių asmenų mažesnę stigmatizavimą ir diskriminavimą;

48.2.2. užtikrinti veiksmingų ir kokybiškų paslaugų standartų ir specialistų kvalifikacijos tobulinimo programų gydymo, reabilitacijos, reintegracijos srityse taikymą;

48.2.3. sukurti mokymo, profesinės veiklos stebėjimo (supervizijų) ir kvalifikacijos tobulinimo programą specialistams, teikiantiems pagalbą žalingai psichoaktyvias medžiagas vartojantiems ir (ar) nuo jų priklausomiems asmenims ir jų šeimos nariams;

48.2.4. išplėtoti reintegracijos paslaugas šalyje bei užtikrinti gydymo ir socialinės pagalbos sistemos ryšį;

48.2.5. užtikrinti priklausomybių ligų gydymą (įskaitant pakaitinį gydymą) laisvės atėmimo vietų įstaigose;

48.2.6. išplėtoti kompleksinį medicininės diagnostikos ir pagalbos asmenims, priklausomiems nuo psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo, įgyvendinimą specializuotose įstaigose ir PASPI, įskaitant ir medikamentų atkryčio prevencijai skyrimą ir kompensavimą;

48.3. sukurti teisinę aplinką, užtikrinančią priklausomybės ligų gydymo ir socialinių paslaugų prieinamumą, stebėseną ir stigmatizavimo mažinimą. Šio uždavinio įgyvendinimo kryptys:

48.3.1. diegti žmogaus teisių ir ekonominio tvarumo principais grindžiamą veiksmingą atvejo perdavimo sistemą, užtikrinančią sveikatos ir socialinių paslaugų koordinavimą;

48.3.2. savivaldybių lygmeniu įgyvendinti koordinuotas priemones, užtikrinančias žalingai vartojantiems psichoaktyvias medžiagas ir (ar) nuo jų priklausomiems asmenims, grįžusiems po gydymo ir (ar) reabilitacijos, reikiamą pagalbą, susijusią su motyvacija, integracija į darbo rinką, atkryčio prevencija, kuriant saugią, nepertraukiamą pagalbą gyvenamojoje aplinkoje;

48.3.3. parengti, išbandyti ir diegti galimais praktiniais įrodymais grįstą kompleksinės pagalbos nuo psichoaktyviųjų medžiagų priklausomiems asmenims ir jų šeimos nariams modelį savivaldybėse;

48.3.4. kurti ir įgyvendinti veiksmingą ir lanksčią paslaugų pirkimo iš nevyriausybinių ir privataus sektorių sistemą;

48.3.5. užtikrinti priklausomybės ligų paslaugų apmokėjimą iš įvairių finansavimo šaltinių, atsižvelgiant į valstybės finansines galimybes;

48.3.6. mažinti teises, medicinos diagnoze grindžiamas kliūtis dirbti, vairuoti, gauti sveikatos ir socialines paslaugas, kad asmuo nebūtų diskriminuojamas dėl to, jog gauna gydymo paslaugas dėl psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo ir (ar) priklausomybės nuo jų;

48.3.7. numatyti priemones ir išteklius asmenims, priklausomiems nuo psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo, remti darbo rinkoje, motyvuojant darbdavius išsaugoti darbo vietą, kol asmuo gydomi dėl priklausomybės nuo psichoaktyviųjų medžiagų ir (ar) dalyvauja psichologinės socialinės reabilitacijos programoje;

48.3.8. sukurti priklausomybės ligų paslaugų teikimo stebėsenos sistemą, integruotą į bendrąją medicinos paslaugų stebėsenos sistemą;

48.3.9. užtikrinti nuoseklią taikomų bei siūlomų gydymo, reabilitacijos ir reintegracijos metodų, integruotų į bendrą sveikatos technologijų ir socialinių paslaugų vertinimo sistemą, stebėseną.

## **ANTRASIS SKIRSNIS PASIŪLOS MAŽINIMAS**

### **Alkoholio, tabako ir su tabako gaminiais susijusių gaminių pasiūlos mažinimas**

49. Alkoholio vartojimas kenkia ne tik jį vartojančio asmens sveikatai, bet ir pažeidžia jo šeimos gyvenimą, ypač jeigu joje auga nepilnamečiai vaikai, taip pat lemia ilgalaikes socialines problemas, kurioms spręsti valstybė privalo subalansuotai taikyti ne tik paklausos, bet ir pasiūlos mažinimo priemones. Alkoholio suvartojimo lygis ir daromos žalos mastai Lietuvoje yra dideli: Valstybinio psichikos sveikatos centro vykdyto projekto „Alkoholio kontrolės politikos vertinimas, alkoholio vartojimo daromos žalos vertinimas“ duomenimis, 2010 m. alkoholio vartojimo lemiama žala sudarė 207 205 106 eurus.

50. Viena aktualiausių problemų Lietuvoje išlieka didelis alkoholio tiek fizinis, tiek ekonominis prieinamumas, ypač nepilnamečiams. PSO priimti strateginiai alkoholio kontrolės politikos gairės nubrėžiantys dokumentai, didėjantis visuomenės suinteresuotumas efektyvia alkoholinių gėrimų kontrole, didėjantis mokslinis alkoholio kontrolės priemonių pagrindimas sukuria prielaidas įgyvendinti mokslu pagrįstas alkoholio kontrolės politikos priemones. PSO ataskaita „Alkoholis Europoje. Vartojimas, žala ir politikos priemonės“ ir Europos Komisijos užsakymu atliktas tyrimas „Alkoholis Europoje. Visuomenės sveikatos perspektyva“ (angl. *Alcohol in Europe. A public health perspective*) rodo, kad alkoholio rinkų reguliavimo politika sumažina alkoholio daromą žalą. Ypač svarbūs veiksniai yra apmokestinimas, fizinio prieinamumo ribojimas bei reklamos ir pardavimų skatinimo priemonių draudimas. Tačiau Lietuvos alkoholio kontrolės politika ne visada buvo nuosekli: dar 1995 m. priimtas gana pažangus Lietuvos Respublikos alkoholio kontrolės įstatymas iki 2007 m. daug kartų buvo keistas, vis labiau liberalizuojant alkoholinių gėrimų reklamą, prekybą ir gamybą. Tik nuo 2007 m. buvo imtasi papildomų paklausos ir pasiūlos mažinimo priemonių: apribota alkoholinių gėrimų reklama, padidinti alkoholinių gėrimų akcizai, apribota naktinė prekyba alkoholiu, sugriežtinta atsakomybė už vairavimą esant neblaiviam, savivaldybėms suteikti papildomi

įgaliojimai kontroliuoti prekybą alkoholiniais gėrimais. Vis dėlto šie klausimai nebuvo sprendžiami sistemškai.

51. Didele pažanga galima laikyti 2017 m. nustatytas alkoholio kontrolės priemones: nuo 2018 m. jau uždrausta alkoholio reklama, sutrumpintas prekybos alkoholiu laikas, nuo 18 iki 20 m. padidintas amžius, nuo kurio leidžiama įsigyti ir vartoti alkoholinius gėrimus; nuo 2020 m. įsigalios nuostatos, draudžiančios prekiauti alkoholiniais gėrimais nestacionariose prekybos vietose ir paplūdimiuose. Šie sprendimai buvo priimti vadovaujantis tarptautinių organizacijų rekomendacijomis, gerąja kitų šalių patirtimi ir mokslo įrodymais, jų įgyvendinimas, tikėtina, padės spręsti su alkoholio vartojimu susijusias sveikatos ir socialines problemas, tokias kaip onkologinės, kraujotakos, širdies ir kitos ligos, gerinti visuomenės sveikatos būklę, didinti gyventojų darbingumą, saugumą keliuose ir mažinti smurto artimoje aplinkoje atvejų skaičių. Taip sumažėtų valstybės išlaidos, susijusios su šių problemų sprendimu. Vis dėlto reikia pabrėžti, kad tokiems pokyčiams pasiekti reikalinga ilgalaikė, nuosekli ir subalansuota, kryptingai plėtojama politika ir ja pagrįsti veiksmai.

52. Rūkymas yra vienas iš pagrindinių veiksnių, lemiančių širdies ir kraujagyslių ligas. Tabako dūmai kenkia ne tik paties rūkančiojo, bet ir kitų asmenų sveikatai. Rūkymas lemia apie 15 proc. bendro Lietuvos mirtingumo, taigi apie 6 000 Lietuvos gyventojų kiekvienais metais miršta nuo rūkymo sukeltų ligų. Moksliniais tyrimais įrodyta, kad rūkymas yra viena iš labiausiai išvengiamų ligų priežasčių, turinti įtakos visuomenės ir asmens sveikatai. Pabrėžiant į žmogaus sveikatą orientuotą požiūrį, dar 2004 m. rugsėjo 28 d. Lietuvos Respublikos Seimo ratifikuota PSO Tabako kontrolės pagrindų konvencija ir priimta 2004 m. balandžio 3 d. Europos Parlamento ir Tarybos direktyva Nr. 2014/40/ES dėl valstybių narių įstatymų ir kitų teisės aktų nuostatų, reglamentuojančių tabako ir susijusių gaminių gamybą, pateikimą ir pardavimą, suderinimo ir kuria panaikinama Direktyva 2001/37/EB (OL 2014 L 127, p. 1), kuria skatinamas pažangios politikos įgyvendinimas, efektyviai ribojant tabako gaminių vartojimą ir pardavimą. Teigiamai vertintina, kad Lietuvoje visiškai uždrausta tabako reklama ir rėmimas, sistemingai didinami akcizai tabako gaminiams, uždraustas rūkymas bendrojo naudojimo patalpose, uždraustas tabako gaminių vartojimas kitose vietose (ne patalpose), reguliuojama tabako rinka.

53. Būtina akcentuoti alkoholio ir tabako prieinamumą pažeidžiamiausiai visuomenės atstovų grupei – vaikams ir jaunimui: nors teisės aktai draudžia jiems iki 18 m. parduoti tabako gaminius ir su tabako gaminiams susijusius gaminius, iki 20 m. (nuo 2018 m. sausio 1 d.) – alkoholinius gėrimus, tačiau šio ribojimo kontrolė nėra pakankama. 2015 m. ESPAD tyrimo duomenimis, net 64 proc. 15–16 m. mokinių nurodė, kad jiems būtų lengva ir labai lengva įsigyti cigarečių, o 62 proc. nurodė, kad jiems būtų labai lengva ir gana lengva įsigyti sidro.

54. Tabako kontrolę Lietuvoje galima įvardyti kaip gerąją tabako kontrolės politikos patirtį, iškeliant sveikatos prioritetą, tačiau dar yra neišnaudotų priemonių, kurios gali būti taikomos, siekiant dar labiau sumažinti rūkymo (tiek įprastinių tabako gaminių, tiek elektroninių cigarečių) paplitimą, ypač tarp vaikų ir paauglių. PSO Tabako kontrolės pagrindų konvencijoje tabako gaminių demonstravimas jų prekybos vietose yra prilyginamas tabako reklamai, vartojimo skatinimui ir rėmimui. Draudimo demonstruoti (eksponuoti) tabako gaminius, elektronines cigaretes ir jų talpyklas tikslas – apsaugoti nuo rūkymo vaikus arba kiek įmanoma pavėlinti amžių, kada jaunimas pradeda rūkyti, taip pat palaikyti asmenis, kurie rūko, bet nori mesti rūkyti, arba metusius rūkyti asmenis, taip pat sumažinti rūkymo patrauklumą, mažinti ir užkirsti kelią priklausomybei nuo tabako gaminių ir su tabako gaminais susijusių gaminių, mažinti ir užkirsti kelią su sveikata susijusiai žalai ir pavojams atsirasti. Skirtingos apimties draudimas demonstruoti tabako gaminius galioja Kanadoje, Kroatijoje, Islandijoje (nuo 2001 m.), Airijoje, Norvegijoje (nuo 2010 m.), Jungtinėje Karalystėje (nuo 2010 m.), Rusijoje, Suomijoje, Australijoje, Naujojoje Zelandijoje ir kt. Atliktų tyrimų šalyse, kuriose yra uždrausta demonstruoti tabako gaminius, rezultatai rodo, kad toks draudimas labiausiai daro įtaką rūkymo paplitimo sumažėjimui tarp jaunimo, sumažina tabako prieinamumą, jaunų žmonių įsitikinimą, kad galima labai lengvai įsigyti tabako gaminių. Be to, 2012 m. PSO pranešime „Geriausi pavyzdžiai įgyvendinant tabako reklamos ir pateikimo draudimus pardavimo vietose“ (angl. *Best practices on implementation of tobacco advertising and display ban at point of sale (Article 13 of the WHO FCTC)*) nurodoma, kad draudimas demonstruoti tabako gaminius neturėjo jokios įtakos tabako gaminių kontrabandai.

55. Tabako gaminių pakuotė taip pat yra galinga reklamos ir rinkodaros priemonė. Įvedus reklamos draudimus, tabako pakuotė buvo ypač aktyviai naudojama tabako reklamai. Bendrinė tabako pakuotė be jokių reklamos elementų gali veiksmingai ir produktyviai informuoti plačiąją visuomenę apie tabako vartojimo pavojų.

56. Vis dar išlieka aktualios problemos, susijusios su neapskaitytų alkoholinių gėrimų realizavimu, todėl būtina efektyvinti alkoholinių gėrimų gamybos ir realizavimo proceso kontrolę, griežtinant alkoholinių gėrimų apskaitą.

57. Lietuvoje aktualus ir tabako gaminių kontrabandos, ir neteisėtos prekybos tabako gaminais šalies viduje užkardymas. Nelegalių tabako gaminių patekimo į Lietuvos Respublikos rinką užkardymas, taip pat legalių tabako gaminių prieinamumo mažinimas turi išlikti prioritetinėmis veiklos kryptimis tabako kontrolės srityje ir ateinančiu laikotarpiu, pasitinkant išliekančius ir naujus rinkos diktuojamus iššūkius, tokius kaip prekyba elektroninėmis cigaretėmis, rinkoje atsirandantys ir populiarinami naujoviški bedūmiai tabako gaminiai ir kita.



58. Reikšminga tabako ir alkoholio kontrolės sritis – akcizų politika. Alkoholinių gėrimų akcizas yra pripažįstamas ne tik kaip valstybės fiskalinės politikos sudedamoji dalis, bet ir kaip priemonė, prisidedanti prie alkoholinių gėrimų vartojimo mažinimo, pagrįsta daugeliu mokslinių studijų. Siekiant užtikrinti efektyvią akcizų politikos įtaką alkoholio ir tabako prieinamumui, ateityje tikslinga šią politiką sieti su gyventojų gaunamų pajamų ir perkamosios galios pokyčiais.

59. 2017 m., palyginti su 2016 m., į rinką išleista 7,7 proc. mažiau cigarečių, o rūkomojo tabako – 82 proc. daugiau. Toks augimas, tikėtina, nėra atsitiktinis. 2017 m. rinkoje atsirado kaitinamojo tabako gaminių, kuriems Lietuvos Respublikos akcizų įstatyme nebuvo nustatytas atskiras akcizų tarifas, todėl šiuo metu tokiems gaminiams taikomas pats mažiausias – rūkomojo tabako akcizų tarifas. Skirtingas teisinis reglamentavimas ir akcizų tarifai lėmė, kad rūkomasis tabakas tapo patrauklesnis vartotojams. Nuo 2019 m. kovo 1 d. Lietuvoje įvedamas atskiras akcizų tarifas kaitinamiesiems tabako gaminiams.

60. Šiuo metu teisinio reguliavimo trūkumas Lietuvoje sudaro prielaidas iš nekontroliuojamai atgabentos tabako žaliavos nelegaliai gaminti cigaretes. Kai kuriose ES valstybėse narėse tabako žaliava yra akcizų objektas, pvz., Lenkijoje, Rumunijoje, Vengrijoje, Estijoje, Latvijoje, Slovakijoje, Čekijoje. Protokolo dėl neteisėtos prekybos tabako gaminiiais panaikinimo, kurį ratifikavo Lietuva, 6 straipsnyje kaip priemonė, panaikinanti neteisėtą prekybą tabako gaminiiais, yra numatytas tabako gaminių gamybos įrangos licencijavimas.

61. Elektroninių cigarečių skysčių apmokestinimo klausimu ES lygmeniu diskutuojama jau keletą metų. Bendrų sprendimų kol kas nėra priimta, todėl kiekviena valstybė problemas sprendžia savarankiškai. Reikia pabrėžti, kad šie gaminiai konkuruoja su įprastiniais tabako gaminiiais, jų sudėtyje paprastai yra nikotino, juos vartojant produktuose esančios medžiagos įsisavinamos per kvėpavimo sistemą, ypač didėja jų paklausa tarp vaikų ir jaunimo. Atsižvelgiant į kitų ES valstybių narių praktiką (pvz., Italijos, Portugalijos, Suomijos, Rumunijos, Vengrijos, Kroatijos), Lietuvoje sprendžiamas šių gaminių apmokestinimo klausimas, siekiant sumažinti jų prieinamumą. Tačiau būtina vykdyti tolesnę stebėseną tam, kad būtų užtikrintas nuoseklus apmokestinimas.

62. Reikia pabrėžti, kad, populiarėjant kompiuterinėms technologijoms, į internetą keliasi ir neteisėtos prekybos akcizais apmokestinamomis prekėmis – tabako gaminiiais ir alkoholio produktais – dalis. Daugėja atvejų, kai socialiniuose tinkluose, internetinėse platformose teikiama informacija apie neteisėtai parduodamas prekes. Šiuolaikinės elektroninio atsiskaitymo ir prekių pristatymo galimybės reikalauja taikyti naujoviškus ir efektyvius tyrimo metodus, kurie padėtų mažesnėmis valstybės institucijų sąnaudomis nustatyti neteisėtą veiklą vykdančius asmenis, surinkti įrodymus ir operatyviai nutraukti neteisėtą veiklą.

63. Aktyvus savivaldybių veikimas, jų kontekstinės iniciatyvos gali ne tik sumažinti alkoholio ir tabako produktų vartojimo žalą, bet ir atskleisti valstybinio lygmens kontrolės priemonių spragas ir taip prisidėti prie jų tobulinimo. Lietuvos savivaldybės turi gana didelę alkoholinių gėrimų ir tabako gaminių kontrolės priemonių įvairovę (nuo licencijų verstis mažmenine prekyba išdavimo iki laiko, kuriuo leidžiama prekiauti alkoholiniais gėrimais, ribojimo, draudimo prekiauti renginių metu ar nerūkymo zonų steigimo). Savivaldybės daugelį joms patikėtų kontrolės priemonių vykdo tik iš dalies, ir nors nerūkymo zonų ar prekybos alkoholiu draudimų renginių metu vis daugėja, vis dėlto šias priemones taiko ne visos savivaldybės. Esama praktika rodo poreikį kelti merų, merų pavaduotojų, savivaldybių tarybų narių sąmoningumą ir sudaryti galimybę tinkamai įgyvendinti jiems suteiktas teises ir pareigas. Remiantis tarptautine patirtimi manoma, kad didesnės atsakomybės suteikimas savivaldos institucijoms prisidėtų prie lankstesnio problemų sprendimo ir leistų vietos bendruomenėms efektyviau spręsti savo problemas, susijusias su alkoholio ir tabako vartojimu.

64. Sėkmingas alkoholio ir tabako kontrolės priemonių įgyvendinimas priklauso ir nuo verslo požiūrio į vykdomą politiką. Vienas svarbiausių veiksnių, lemiančių atsakingo aptarnavimo ar pardavimo kultūrą, yra realus ir sąmoningas priimtų taisyklių laikymasis, todėl būtina kryptingai ugdyti socialiai atsakingą verslą, didinant jo sąmoningumą. Lietuvoje stokojama mokymų, skirtų verslo subjektų žinioms, kaip atsakingai vykdyti verslą, jį pakeisti ir praplėsti, – tai viena pozityvių galimybių keisti versle ydingai taikomą praktiką. Taip pat svarbus aspektas yra verslo ir visuomenės interesų derinimas išduodant licencijas, suteikiančias teisę verstis veikla, susijusia su alkoholiu ir tabaku. Tai ypač aktualu didžiųjų ir kurortinių miestų centriniuose rajonuose, kur dažnai susiduria verslo ir gyventojų bendruomenių interesai. Taikinamojo tarpininkavimo (mediacijos) ar kitokio ikiteisminio ginčų sprendimo modelio, sprendžiant gyventojų, verslo ir savivaldybių administracijų ginčus alkoholio ir tabako licencijavimo srityje, įvedimas būtų šiuolaikiškas ir interesų pusiausvyra pagrįstas sprendimas.

65. Bendrai vertinant tiek teisėtą, tiek neteisėtą tabako ir alkoholio prekybą, būtina daugiau dėmesio skirti teisėsaugos institucijų bendradarbiavimo plėtrai ir veiklos koordinavimui strateginiu ir taktiniu lygmenimis, taip pat bendradarbiavimui su visuomene ir privačiu sektoriumi. Siekiant efektyvios tabako ir alkoholio pasiūlos mažinimo politikos, reali nauda galima, kai ir valstybės, ir savivaldybių lygmenimis veikiama kartu nuosekliai ir koordinuotai, – tam reikalingas ne tik aiškus atsakomybės ir funkcijų pasidalijimas, bet ir aiški lyderystė. Kaip rodo geroji kitų šalių patirtis, efektyvus veiklos koordinavimas tabako ir alkoholio kontrolės srityje gali užtikrinti, kad visos žinybos bus tinkamai informuotos apie bendrus veiksmus, pasirengusios vykdyti numatytas priemones ir pristatyti valstybei bei visuomenei reikšmingus darbo rezultatus.

66. Tam, kad būtų galima visapusiškai ir realiai įvertinti vykdomos alkoholio bei tabako kontrolės rezultatus ir numatyti ateities politikos priemones, būtina vertinti ne tik legaliai parduodamų alkoholinių gėrimų ir tabako gaminių rinkos mastą, bet ir šešėlinės rinkos dydį. Siekiant išvengti įvairių spekuliacijų, Lietuvoje turi būti vykdomi nepriklausomi, moksliniai, periodiniai neapskaityto alkoholio (namų gamybos alkoholiniai gėrimai, nelegalios gamybos alkoholis arba kontrabandiniai alkoholio produktai ir surogatinis alkoholis, skirtas ne gerti (burnos skalavimo skystis, kvapai ir odekolonai) vartojimo apimties tyrimai ir lietuviškomis banderolėmis nepaženklintų cigarečių vartojimo masto nustatymo tyrimai.

67. Trečiasis Programos tikslas – sumažinti alkoholio, tabako gaminių ir su tabako gaminiais susijusių gaminių prieinamumą (fizinį ir ekonominį), siekiant apsaugoti visuomenės ir asmens sveikatą.

68. Trečiajam tikslui pasiekti keliamas uždavinys – sumažinti alkoholio, tabako gaminių ir su tabako gaminiais susijusių gaminių patrauklumą skirtingiems visuomenės nariams. Šio uždavinio įgyvendinimo kryptys:

68.1. užtikrinti priimtų alkoholio, tabako ir su tabako gaminiais susijusių gaminių prieinamumo ribojimo priemonių tęstinumą ir poveikio vertinimą;

68.2. vykdyti akcizų politiką, prisidedančią prie alkoholio, tabako, elektroninių cigarečių skysčių prieinamumo mažinimo;

68.3. nuolat tobulinti veiklos su alkoholio produktais ir tabako gaminiais licencijavimo mechanizmą, atsižvelgiant į ES taikomą praktiką, ir užtikrinti ūkio subjektų, vykdančių licencijuojamą veiklą, ugdymą, siekiant sąmoningumo dėl socialiai atsakingo verslo vystymo;

68.4. tobulinti tabako žaliavos priežiūros mechanizmą, atsižvelgiant į ES valstybių narių gerąją patirtį;

68.5. užtikrinti priemonių, numatytų PSO Tabako kontrolės pagrindų konvencijoje ir Protokole dėl neteisėtos prekybos tabako gaminiais panaikinimo, tinkamą įgyvendinimą;

68.6. tobulinti su tabako gaminiais susijusių gaminių priežiūros mechanizmą;

68.7. įteisinti informacijos apie alkoholio žalą pateikimą ant gėrimų pakuočių;

68.8. sumažinti tabako gaminių ir su tabako gaminiais susijusių gaminių patrauklumą bei šių gaminių prieinamumą ir įteisinti draudimą tiesiogiai eksponuoti tabako gaminius ir su jais susijusius gaminius prekybos vietose, įvertinti bendrinės tabako gaminių pakuotės įvedimo poreikį;

68.9. šalies mastu įgyvendinti veiksmingą Narkotikų, tabako ir alkoholio kontrolės departamento koordinuojamą priežiūros mechanizmą;

68.10. tobulinti tikrinimo pasienyje procedūras ir kitas sienos kontrolės priemones, stiprinant valstybės sienos apsaugą;

- 68.11. aprūpinti kontrolės įstaigas būtinu personalu, technika ir įranga;
- 68.12. sudaryti teisinės ir organizacinės sąlygas veiksmingam prekių ir transporto priemonių, kertančių valstybės sieną, patikrinimui;
- 68.13. padidinti žmogiškuosius išteklius ir personalo motyvaciją;
- 68.14. naudoti modernią įrangą draudžiamoms medžiagoms aptikti;
- 68.15. nuolat įgyvendinti koordinuotas priemones, skirtas neteisėtai tabako ir alkoholio apyvartai užkardyti;
- 68.16. nuosekliai šviesti visuomenę, skatinant netoleruoti teisės pažeidimų, susijusių su neteisėta tabako ir alkoholio apyvarta;
- 68.17. įdiegti efektyvesnius internetinėje erdvėje daromų teisės pažeidimų, susijusių su neteisėta tabako ir alkoholio apyvarta, tyrimo metodus ir priemones;
- 68.18. vykdyti merų, merų pavaduotojų, savivaldybių tarybų narių švietimą, skatinant savivaldybių institucijas aktyviai naudotis joms suteiktomis teisėmis riboti alkoholio ir tabako prieinamumą;
- 68.19. periodiškai vertinti psichoaktyviųjų medžiagų kontrolės politikos įgyvendinimo veiksmingumą ir lėšų panaudojimo efektyvumą.

### **Narkotikų pasiūlos mažinimas**

69. Su narkotikų pasiūla susijusias Lietuvos problemas vis labiau veikia tarptautiniai pokyčiai, didėja ir šių problemų bei pokyčių sąveika. Pasaulio mastu Europa yra svarbi narkotikų rinkoje: ENNSC ir Europolo 2016 m. ataskaitos duomenimis, kiekvienais metais europiečiai narkotikams išleidžia daugiau kaip 24 milijardus eurų. Pietų Amerika, Vakarų Azija, Šiaurės Afrika ir Kinija yra pagrindiniai kilmės regionai, iš kurių narkotikai neteisėtai įvežami į Europą. Kai kurie narkotikai ir jų pirmtakai (prekursoriai) tranzitu vežami per Europą į kitus žemynus.

70. Lietuva, kaip ES pasienio zona, yra viena iš aktyvaus narkotikų ir jų pirmtakų (prekursorių) tranzito šalių į Rusiją, Skandinaviją ir kitas šalis, per kurią gabenama narkotikų kontrabanda iš Vakarų į Rytų šalis (sintetinės medžiagos ir kokainas), iš Centrinės Azijos valstybių į Vakarų šalis (heroinas), iš Pietų į Šiaurės šalis (kanapių derva (hašišas)). Dalis į Skandinavijos rinką tiekiamų narkotikų – amfetaminas ir metamfetaminas – gali būti pagaminti ir Lietuvoje. Neretai su narkotikų gamyba ir kontrabanda yra susijusios Lietuvoje veikiančios organizuotos nusikalstamos grupės.

71. Nors prioritetas yra kontroliuoti ES išorines sienas, vis dėlto didelė dalis sulaikymų fiksuojama būtent ties ES valstybių vidinėmis sienomis, kur kontrolę vykdo mobiliosios grupės ar atliekami konkretūs taktiniai veiksmai. Pagal sulaikomą kiekį aiškiai išsiskiria asmeniniam

vartojimui siunčiami nedideli ir organizuotų nusikalstamų grupių gabenami dideli narkotikų kiekiai. Lietuvos Respublikos muitinės pareigūnai per pastaruosius penkerius metus sulaikė 3,2 t narkotikų (daugiausia kanapių dervos (hašišo). Vien 2017 m. sulaikyta 830 kg narkotikų, juodojoje rinkoje kainuojančių apie 8 mln. eurų. Akivaizdu, kad tokie dideli kiekiai Lietuvoje nėra suvartojami.

72. Lietuvoje narkotikų pirmtakų (prekursorių) ir į oficialų sąrašą neįtrauktų medžiagų teisėtai gaminama mažai ir dauguma jų importuojamos iš Kinijos, Rusijos bei įvežamos iš ES valstybių. Narkotikų pirmtakai (prekursoriai) ir į oficialų sąrašą neįtrauktos medžiagos itin svarbūs narkotikams gaminti. Muitinės kriminalinės tarnybos duomenimis, vienu kartu gabenama 200–3 000 kg cheminių medžiagų, skirtų narkotikų arba jų pirmtakų (prekursorių) gamybai. Jų prieinamumas stipriai veikia rinką ir turi įtakos neteisėtose laboratorijose taikomiems narkotikų gamybos būdams. Be to, ES valstybių narių pateikiami duomenys apie narkotikų pirmtakų (prekursorių) ir į oficialų sąrašą neįtrauktų medžiagų konfiskavimo ir sulaikymo atvejus rodo, kad neteisėtiems narkotikams gaminti ES vis dažniau naudojamos į oficialų sąrašą neįtrauktos medžiagos, kurioms nėra nustatytos rinkos reguliavimo priemonės, o vykdoma tik jų stebėseną. Tai apsunkina tokių medžiagų siuntų nustatymą, kontrolę bei poveikio priemonių taikymą. Todėl būtina vadovautis gerąja kitų valstybių patirtimi ir į jau vykdomas krovinių ir prekių sulaikymo bei privalomas kontrolės priemones integruoti visa apimančios kontrolės (angl. *catch all*) principą (kai nekontroliuojamos medžiagos sulaikomos vien įtarus, kad jos gali būti panaudotos neteisėtai gaminant narkotikus), kad mūsų šalyje nebūtų laisvai prekiaujama nekontroliuojamomis cheminėmis medžiagomis ir neteisėtos narkotikų gamybos įrenginiais.

73. Esama padėtis rodo, kad Lietuva dėl savo geografinės padėties yra patogi šalis narkotikų, jų pirmtakų (prekursorių) ir į oficialų sąrašą neįtrauktų medžiagų gabenimui. Dideli krovinių srautai, šiuolaikinių techninių priemonių trūkumas, nepakankami gebėjimai, motyvacija bei žinios atskleisti įtartinus atvejus, skirtingas teisinis reglamentavimas Lietuvoje ir užsienio šalyse sudaro sąlygas vykdyti neteisėtas veiklas. Todėl būtina stiprinti sienos kontrolės priemones, tobulinant ir modernizuojant pasienio kontrolės procedūras, sutelkiant dėmesį tiek į žmogiškųjų išteklių stiprinimą, tiek į techninį aprūpinimą, reikalingą gabenamoms medžiagoms identifikuoti, taip pat būtina stiprinti ir plėtoti nacionalinį ir tarptautinį institucijų bendradarbiavimą.

74. Dažniausiai vartojami narkotikai Lietuvoje, kaip ir kitose ES valstybėse narės, išlieka kanapės ir amfetamino tipo stimuliuojančios medžiagos. Tačiau vis didesnę grėsmę kelia sparčiai auganti NPS pasiūla (šiuo metu nustatyta daugiau kaip 680 NPS). Šių medžiagų kontrolės užtikrinimas yra itin sudėtingas dėl didelės medžiagų įvairovės, dažnai nežinomo jų poveikio

vartotojo sveikatai, skirtingo šių medžiagų kontrolės reglamentavimo ES valstybėse narėse ir trečiojoje šalyse, galimybės jų įsigyti ir atsisiųsti tiek iš ES valstybių narių, tiek iš Azijos šalių paprastomis pašto siuntomis ir korespondencija. Spartus informacinių technologijų vystymasis sudaro sąlygas plėtoti prekybą internetu, novatoriškų technologijų taikymas pašto paslaugų srityje turi įtakos įvairiapusiam ir sparčiam NPS pasiūlos augimui. Dėl nepakankamų NPS nustatymo priemonių, įrangos trūkumo laboratorijose bei pagrindinių medžiagų, kurios būtinos kiekybiniam NPS nustatymui, nebuvimo valstybinėse laboratorijose susidarė nepalankios sąlygos greitai ir kokybiškai atlikti tyrimus.

75. Lietuvoje nuo 2011 m. NPS į Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro tvirtinamus narkotinių ir psichotropinių medžiagų sąrašus įrašomos ne tik atskirai individualiais pavadinimais, bet ir jų darinių grupėmis. Ši teisinė priemonė itin prisideda prie kovos su NPS fenomenu. Tačiau sparčiai atsirandančios NPS lemia poreikį greitai reaguoti į susiklosčiusią padėtį, kai nauja rinkoje atsiradusi medžiaga kelia didelį pavojų visuomenės sveikatai ir socialinę riziką, todėl sprendimus dėl jos ribojimo priemonių reikia priimti kuo skubiau. Šiam tikslui kaimyninė Latvija taiko skubias NPS laikinojo apribojimo priemones, kai gaunama informacijos, kad nuo rinkoje atsiradusios NPS asmenį ištiko mirtis arba buvo nustatyti masiniai apsinuodijimo šia medžiaga atvejai, kai šia medžiaga buvo piktnaudžiaujama, laikotarpiu, kol bus įvertinta šios medžiagos keliamą riziką.

76. NPS reiškinytis yra didelis iššūkis visuomenės sveikatai tiek kitose ES valstybėse narėse, tiek Lietuvoje, ypač didelį susirūpinimą kelia šių medžiagų plitimas laisvės atėmimo vietų įstaigose, nes turimais greito reagavimo testais NPS neaptinkamos, specialusis laboratorinis patvirtinimas užtrunka ir neįmanoma patvirtinti vartojimo fakto esamu momentu. Atsižvelgiant į tai, kad NPS yra pigesnės už kitus tradicinius narkotikus, sunkiai nustatomos, reikalingi nedideli kiekiai svaiginimosi efektui gauti, jas lengva slėpti, vartoti, nes nereikia specialių priemonių, galima daryti pagrįstas prielaidas, kad laisvės atėmimo vietų įstaigose gana populiariai svaigintis būtent tokiomis medžiagomis. Nors epidemiologinė informacija nepakankama, vis dėlto yra įrodymų, kad NPS daro įtaką problemų laisvės atėmimo vietų įstaigose didėjimui ir dažniausiai tam trūksta tinkamų atsako priemonių.

77. 2016 m. nuteistųjų, registruotų dėl psichikos ir elgesio sutrikimų, vartojant narkotikus, skaičius sudarė net 12,2 proc. visų nuteistųjų. 2017 m. Kalėjimų departamentui pavaldžioje laisvės atėmimo vietų įstaigose registruota 331 nusikalstama veika, iš jų 182 nusikalstamos veikos, susijusios su disponavimu narkotikais, o tai sudarė 55 proc., t. y. daugiau kaip pusę, visų nusikalstamų veikų (2016 m. – 58,8 proc., 2015 m. – 57,3 proc.). 2017 m. iš nuteistųjų paimta arba paimta bandant perduoti nuteistiesiems (suimtiesiems) 3 369,3 g medžiagų, pripažintų narkotinėmis ir psichiką veikiančiomis medžiagomis (2016 m. –

3 246 g, 2015 m. – 2 174,3 g, 2014 m. – 1 927,8 g). Todėl, siekiant efektyvios pasiūlos mažinimo politikos, būtina daugiau dėmesio skirti ir narkotikų plitimo bei vartojimo laisvės atėmimo vietų įstaigose reiškiniui, stiprinti pareigūnų kompetenciją, motyvaciją bei aprūpinimą draudžiamų medžiagų identifikavimo įranga.

78. Lietuvos statistikos departamento duomenimis, kiekvienais metais daugėja asmenų, pirkusių ar užsisakiusių prekių ar paslaugų internetu. Lietuvoje šiuo metu kas trečias gyventojas apsiperka internetu. 2012–2016 m. pašto siuntinių skaičius išaugo 66,4 proc. ir siekė 11,97 mln. vnt. Ne išimtis ir narkotikų prekyba. Populiariu ir patogiu siųstis (siųsti) narkotinį ar psichotropinį poveikį turinčias medžiagas pašto siuntomis: 2017 m. buvo pradėti 235 ikiteisminiai tyrimai dėl narkotikų kontrabandos ir neteisėto disponavimo jais, iš jų net 220 ikiteisminių tyrimų dėl mėginimų šias medžiagas siųstis (siųsti) pašto siuntomis, o tai sudaro net 94 proc. (2016 m. – 96 proc.) pradėtų ikiteisminių tyrimų.

79. Narkotinių ir psichotropinių medžiagų vartojimo ir prekybos tendencijas iš esmės keičia internetas. Globalizacijos sąlygomis didelė narkotikų pasiūla, vis nauji pirkėjai, nedidelės kainos, kurioms įtaką daro didelė konkurencija, garantuotas anonimiškumas lemia tai, kad internetas tampa vis patrauklesnė prekybos narkotikais vieta. Internetas ne tik suteikia naujų būdų, kaip pasiekti vartotojus ir tiekėjus, bet ir atveria galimybę plėtoti nusikalstamą veiklą. Naujos interneto technologijos sudaro sąlygas kurtis narkotikų internetinėms prekyvietėms, ypač slaptajame internete, dar vadinamame nematomu, giluoju (angl. *deep web*) ar tamsiuoju internetu (angl. *dark net*), suteikiančiame anonimiškumą, o mokėjimai atliekami naudojant decentralizuotas ir sunkiai atsekamas kriptovaliutas (bitkoinus, laitkoinus ir pan.).

80. Vienas iš pagrindinių iššūkių teisėsaugos institucijoms kovojant su šiuo reiškiniu yra skirtingas teisinis reguliavimas įvairiose šalyse (pvz., skirtinga draudžiamos skleisti informacijos samprata), interneto galimybės potencialiems vartotojams, ieškantiems informacijos apie šias medžiagas, galimybės jas įsigyti ir parsisiųsti iš kitų šalių. Internetinės narkotikų rinkos kontrolę labai apsunkina ir tai, kad gamintojai, tiekėjai, pardavėjai, interneto svetainės ir mokėjimo paslaugų teikėjai dažnai būna įsikūrę skirtingose šalyse. Fiksuojamos naujos narkotikų platinimo technologijos (naudojamos pokalbių programėlės ar socialiniai tinklai) rodo būtinybę neatsilikti nuo pokyčių šioje srityje ir sistemingai stebėti bei vertinti anoniminę elektroninę erdvę. Svarbu laiku reaguoti į tokius atvejus ir užtikrinti, kad teisėsaugos institucijos turėtų priemonių, žinių ir įgūdžių veiksmingai stebėti ir tirti tokius atvejus bei taikyti atitinkamas atsako priemones.

81. Neteisėtos prekybos narkotikais tikslas – finansinė nauda. Ši veikla yra vienas pagrindinių organizuoto nusikalstamumo pajamų šaltinių Lietuvoje. Nusikalstamų veikų žinybinio registro duomenimis, pastaraisiais metais Lietuvoje mažėjo tiek nusikaltimų, susijusių su narkotikų platinimu (Lietuvos Respublikos baudžiamojo kodekso 260 straipsnis), skaičius,

tiek ir jų dalis nuo visų nusikalstamų veikų, susijusių su disponavimu narkotikais arba stipriai veikiančiomis medžiagomis (2014 m. – 36 proc., 2015 m. – 29 proc., 2016 m. – 27 proc., 2017 m. – 20 proc.). Tačiau būtina atsižvelgti į pasaulines tendencijas ir stiprinti nuolatinę ir veiksmingą organizuotų nusikalstamų grupių kontrolę.

82. Organizuotos nusikalstamos grupės, įsitraukusios į prekybą narkotikais, tampa vis labiau specializuotos ir tarpusavyje susijusios tiek nacionaliniu, tiek tarptautiniu lygmenimis. 2017 m. Europolo atliktame ES sunkių ir organizuotų nusikaltimų grėsmių tyrime (angl. *The European Union Serious and Organised Crime Threat Assessment, SOCTA*) pažymėta didėjanti technologinė pažanga ir organizuotų nusikalstamų grupių gebėjimas greitai prisitaikyti arba pritaikyti naujas pažangias technologijas savo veikloje. Todėl svarbu stiprinti atsakingų institucijų analitinius gebėjimus identifikuoti organizuotų nusikalstamų grupių veiklos pasikeitimus, gaunamo pelno šaltinius ar kitas veiklos sritis, kurioms įtaką daro organizuotas nusikalstamumas. Būtina stiprinti kompetentingų institucijų techninius pajėgumus ir pareigūnų gebėjimus, imtis visų įmanomų priemonių siekiant sunaikinti organizuoto nusikalstamumo ekonominį pagrindą ir iš neteisėtos veiklos gautų piniginių lėšų ir už šias lėšas įgyto turto nustatymą ir konfiskavimą. Svarbu daug dėmesio skirti ir teisėsaugos institucijų tarptautinio bendradarbiavimo plėtrai bei veiklos koordinavimui strateginiu ir taktiniu lygmenimis, bendradarbiavimui su visuomene ir privačiu sektoriumi.

83. Ketvirtasis Programos tikslas – apsaugoti visuomenės sveikatą stiprinant viešąjį saugumą, taikant šiuolaikines ir inovatyvias narkotikų prieinamumo mažinimo priemones.

84. Ketvirtajam tikslui pasiekti keliami šie uždaviniai:

84.1. sustiprinti valstybės sienos kontrolę. Šio uždavinio įgyvendinimo kryptys:

84.1.1. įdiegti ir išplėtoti integruotas rizikos valdymo sistemas;

84.1.2. užtikrinti operatyvų tarpinstitucinį ir tarpvalstybinį keitimąsi informacija;

84.1.3. aprūpinti kontrolės įstaigas būtinu personalu, technika ir įranga;

84.1.4. sudaryti teisinės ir organizacinės sąlygas veiksmingam prekių ir transporto priemonių, kertančių valstybės sieną, patikrinimui;

84.1.5. integruoti visa apimančios kontrolės (angl. *catch all*) principą vykdant privalomas prekių kontrolės priemones;

84.2. užtikrinti veiksmingą narkotikų kontrolę laisvės atėmimo vietų įstaigose. Šio uždavinio įgyvendinimo kryptys:

84.2.1. padidinti žmogiškuosius išteklius ir personalo motyvaciją;

84.2.2. užtikrinti modernios įrangos draudžiamoms medžiagoms identifikuoti naudojimą;

84.3. veiksmingai kovoti su narkotikų pasiūlos reiškiniu. Šio uždavinio įgyvendinimo kryptys:



84.3.1. sustiprinti pareigūnų gebėjimus kriminalinės žvalgybos, neteisėtų laboratorijų bei kanapių auginimo vietų atskleidimo ir asmenų, užsiimančių kontrabanda, rizikos valdymo srityse, įdiegti ir pritaikyti kitų valstybių gerąją praktiką;

84.3.2. reglamentuoti pareigūnų teisėtais veiksmais padarytos žalos atlyginimo tvarką;

84.3.3. nustatyti, kad vienas iš teisėsaugos institucijų veiklos prioritetų – atskleisti ir išardyti organizuotas nusikalstamas grupes, kurių veikla susijusi su neteisėta narkotinių ir psichotropinių medžiagų apyvarta;

84.3.4. sudaryti teisinės priemonės kriptovaliutomis konfiskuoti;

84.3.5. plėtoti ir stiprinti teisėsaugos institucijų, kompetentingų valstybės ir savivaldybių institucijų, NVO ir bendruomenių bendradarbiavimą neteisėtos narkotinių ir psichotropinių medžiagų ir pirmtakų (prekursorių) apyvartos ir prevencijos srityje.

### **Baudžiamosios politikos peržiūra**

85. Baudžiamoji atsakomybė už su narkotikais susijusias veikas šiuo metu orientuota į vartotojų baudžiamąjį persekiojimą. Informatikos ir ryšių departamento duomenimis, 2017 m. registruotų veikų, susijusių su disponavimu narkotikais be tikslo juos platinti, skaičius sudarė 76 proc. (2016 m. – 69 proc.) visų su narkotikais susijusių registruotų nusikalstamų veikų. Nuo 2017 m. įsigaliojus Lietuvos Respublikos administracinių nusižengimų kodeksui ir panaikinus administracinę atsakomybę už nedidelio kiekio narkotikų įgijimą ir laikymą, pastebima dar didesnė baudžiamosios justicijos sistemos apkrova – baudžiamųjų nusižengimų skaičius išaugo 50 proc. (nuo 733 iki 1 106).

86. Statistiniai duomenys rodo grėsmingas tendencijas, kai per 2017 m. nepilnamečių, padariusių nusikalstamas veikas, susijusias su disponavimu narkotikais, skaičius padidėjo 2,12 karto. Itin didelis nusikalstamų veikų skaičiaus augimas pastebimas ir jaunimo amžiaus grupėje nuo 18 iki 29 m. Jis per vienus metus padidėjo 1,73 karto (1 385 asmenys). Grėsmę kelia tai, kad pradedamas nepilnamečių baudžiamasis persekiojimas. Jie tampa nusikalstamumą palaikančiu veiksniumi, formuojama kriminogeniškai aktyvi asmenybė.

87. Lietuvos teisinio reguliavimo dėl veikų, susijusių su narkotikų vartojimu savo reikmėms (nedidelio jų kiekio įgijimo ir laikymo), griežtėjimas ir intensyvėjanti teisėsaugos institucijų veikla vykdant baudžiamąjį persekiojimą dėl šių veikų yra priešingi Jungtinių Tautų ir ES formuojamai žmogaus teisių užtikrinimo prioritetais grindžiamai tarptautinei politikai, kai narkotikų vartojimas yra vertinamas kaip visuomenės sveikatos problema, kuri nėra sprendžiama baudžiamosios teisės priemonėmis. ES kovos su narkotikais strategijos (2013–2020 m.) 22.11 punkte nustatyta, kad, siekiant užkirsti kelią nusikalstamumui, išvengti recidyvizmo ir

stiprinti baudžiamojo teisingumo sistemos veiksmingumą ir efektyvumą, kartu užtikrinant proporcingumą, skatinama naudoti, stebėti ir veiksmingai įgyvendinti kovos su narkotikais politiką ir programas, įskaitant darbą su suimtais asmenimis, ir tinkamas prievartinių sankcijų narkotikus vartojantiems nusikaltėliams alternatyvas (pvz., švietimas, gydymas, rehabilitacija, vėlesnė priežiūra ir socialinė reintegracija). 2017 m. PSO ir Jungtinių Tautų priimtame bendrame pareiškime dėl diskriminacijos sveikatos sektoriuje raginama panaikinti baudžiamuosius įstatymus, kurie, kaip buvo įrodyta, sukelia neigiamas pasekmes sveikatai ir prieštarauja visuomenės sveikatos srityje nusistovėjusiems įrodymams. Išskirti ir įstatymai, kuriais kriminalizuojamas ar kitaip uždraudžiamas disponavimas narkotikais ar jų vartojimas savo reikmėms. Daugelyje Europos valstybių net ir numatant baudžiamąją atsakomybę už tokias veikas įprastai taikomos įvairios alternatyvos, susietos su sveikatos paslaugų ir gydymo galimybių priklausomiems asmenims suteikimu. Minėtinas ir Jungtinių Tautų Vaiko teisių komiteto 3-iajame komentare „Dėl ŽIV/AIDS ir vaiko teisių“ išdėstytas raginimas netaikyti narkotikus vartojantiems vaikams baudžiamosios atsakomybės ir dekriminalizuoti veikas, kai narkotikais disponuoja nepilnamečiai.

88. Baudžiamoji atsakomybė yra *ultima ratio* priemonė, turinti didelį šalutinį poveikį – teistumą ir stigmatizavimą, o laisvės atėmimo bausmėmis nuteistiems asmenims kyla socialinės reintegracijos problemų. Atsakomybės griežtinimas neduoda jokių apčiuopiamų teigiamų rezultatų, o atsakomybės švelninimas jau narkotikus vartojantiems asmenims (ypač priskiriamiems prie didelę riziką keliančio vartojimo grupės) gali turėti teigiamų pasekmių. Kartu būtų sumažintos ir baudžiamosios justicijos patiriamos sąnaudos nusikalstamų veikų tyrimui, nuteistųjų išlaikymui laisvės atėmimo vietų įstaigose, o narkotikų kontrolės politika būtų labiau orientuota į visuomenės sveikatą. Todėl baudžiamoji atsakomybė turėtų būti taikoma itin pamatuotai ir tik dėl didžiausių pavojų visuomenei keliančių veikų.

89. Vykdamas narkotikų kontrolę, dekriminalizacija dažniausiai taikoma nusikaltimų, susijusių su disponavimu narkotikais savo reikmėms, atvejais ir siejama su kitokio pobūdžio sankcijų (administracinių) taikymo galimybėmis arba bet kokių sankcijų panaikinimu apskritai. Laikomasi pozicijos, kad socialines problemas reikia spręsti pasitelkiant kitokio – ne baudžiamojo pobūdžio priemones, kadangi pastarosios kelia daugiau žalos, negu duoda naudos. Dekriminalizuojant veikas, mažinama rizikos grupėje esančių vartotojų patiriama žala, jų marginalizavimas ir stigmatizavimas, gerinami sveikatos rodikliai bei mažinamas perdozavimų skaičius, kuris paprastai yra didelis represinės politikos besilaikančiose valstybėse, nepaisant aukštos kokybės sveikatos paslaugų. Taip pat svarbu įvertinti galimybes taikyti depenalizaciją, kai atitinkamos veikos ir toliau baudžiamos kriminalinėmis sankcijomis, tačiau siekiama švelninti jų pobūdį. Su narkotikų vartojimu susijusių nusikaltimų atvejais nusikaltusiems

asmenims tikslinga taikyti alternatyvias sankcijas (pvz., siųsti gydytis į medicinos įstaigą), taip pat trumpinti laisvės atėmimo už atitinkamus nusikaltimus trukmę ar, kiek įmanoma, riboti jos taikymą apskritai.

90. Užsienio šalių geroji patirtis rodo, kad kryptingai formuojant baudžiamąją politiką dėl nusikaltusių asmenų, kurie turi psichikos sveikatos problemų ar serga priklausomybe nuo narkotikų, efektyviai taikoma vadinamoji diversijos politika (angl. *diversionary measure*), kuri suponuoja baudžiamojo persekiojimo atsisakymą, nutraukimą ar sustabdymą, kartu numatant alternatyvias poveikio priemones, įgyvendinamas pasitelkus socialines ir (ar) sveikatos įstaigas, bendruomenines struktūras. F. Dünkelio ir kt. knygoje „Bausmių taikymo ir vykdymo tarptautinis palyginimas, tendencijos ir perspektyvos Lietuvoje“ pateiktais duomenimis, Vokietijoje apie 60 proc. baudžiamųjų bylų nutraukiamos taikant nusikaltusiems asmenims įpareigojimus arba jų netaikant. Pabrėžtina, kad nusikaltusiems narkotikų vartotojams baudžiamojo persekiojimo nutraukimas plačiai taikomas Austrijoje, Belgijoje, taip pat tokiems asmenims pasiūlomos specialios patvirtintos gydymo, elgesio korekcijos programos.

91. Europos Komisijos 2016 m. atliktas tyrimas dėl alternatyvų priverstinėms bausmėms, kaip atsako su narkotikais susijusiems teisės pažeidimams ir nusikaltimams (angl. *Study on alternatives to coercive sanctions as response to drug law offences and drug-related crimes*), parodė, kad ES valstybėse narėse taikoma 13 skirtingų alternatyvų priverstinėms bausmėms (įspėjimas, nukreipiančios priemonės, priklausomybių nuo narkotinių ar psichotropinių medžiagų vartojimo problemų sprendimo komitetai, baudžiamojo persekiojimo ar tyrimo ir (ar) teismo proceso sustabdymas asmeniui sutikus gydytis, bausmės atidėjimas asmeniui sutikus gydytis, „svaigalų teismai“, probacija ir priklausomybės nuo narkotinių ar psichotropinių medžiagų gydymas, bendruomeninis darbas ir gydymas nuo narkotinių ar psichotropinių medžiagų taikomas lygiagrečiai, laisvės apribojimas derinamas su asmens gydymu, pertraukiama priežiūra ar paleidimas derinamas su asmens gydymu, trumpalaikis paleidimas ar ankstyvas paleidimas derinamas su asmens gydymu). Lietuvoje formaliai yra sukurtos teisinės prielaidos taikyti alternatyvias poveikio priemones (tiek baudžiamojoje, tiek administracinėje teisenoje), tačiau reikia akcentuoti, kad bet koku atveju bausmės vykdymo atidėjimas arba nerepresinės administracinio poveikio priemonės taikymas yra bylą nagrinėjančio teismo diskrecija (administracinėje teisenoje ir pareigūno, nagrinėjančio bylą). Todėl svarbu, kad alternatyvų priverstinėms bausmėms taikymas Lietuvoje būtų plėtojamas, svarbu gerinti teisėsaugos institucijų specialistų (policijos, prokurorų ir teisėjų) žinias apie pačias alternatyvas bausmėms, apie priklausomybių nuo narkotinių ar psichotropinių medžiagų vartojimo gydymo veiksmingumo įrodymus, skatinti plačiau taikyti priklausomybių ligų gydymą, įpareigojimą dalyvauti sveikatos priežiūros, alkoholizmo ir narkomanijos prevencijos, ankstyvosios

intervencijos programose. Taip pat svarbus grįžtamojo ryšio tarp tų, kurie skiria bausmę, ir tarp tų, kurie prižiūri asmenis, atliekančius bausmę, stiprinimas.

92. Narkotikų platinimas ir kontrabanda yra sunkūs nusikaltimai ir Lietuvos Respublikos baudžiamajame kodekse numatytos sankcijos už šias veikas yra pakankamai griežtos, palyginti su sunkiais smurtinio pobūdžio nusikaltimais bei daugelio ES valstybių narių praktika. Gana plačios sankcijų ribos leidžia individualizuoti bausmę, atsižvelgiant į veiklos specifiką, tačiau tokie atvejai, kai skiriama reali laisvės atėmimo bausmė už neatlygintinai perduodamą nedidelį kiekį narkotinių ar psichotropinių medžiagų arba už draudžiamų medžiagų nedidelio kiekio parsisiuntimą, t. y. kontrabandą, be tikslo platinti, ir galimybių atleisti nuo baudžiamosios atsakomybės ar atidėti bausmės vykdymą nebuvimas kelia didelių abejonų dėl tokio reguliavimo ir bausmės proporcingumo veikos pavojingumui. Tad proporcingų veikos pavojingumui bausmių numatymas būtų žingsnis humaniškos baudžiamosios politikos link, be to, tokie sprendimai taip pat sumažintų laisvės atėmimo vietų įstaigų apkrovą ir su įkalinimu susijusį neigiamą šalutinį poveikį nuteistiems asmenims.

93. Disponuotos narkotinės ar psichotropinės medžiagos kiekis yra svarbus veiksnys kvalifikuojant veiką ir skiriant bausmę. Tačiau nustatytos rekomendacijos dėl kiekių (vertinama grynoji masė) skyrimo į nedidelį, daugiau negu nedidelį (toks apibūdinimas yra sąlyginis, nes teisės aktuose ši grupė neminima), didelį ir labai didelį kiekius Lietuvoje yra mažai moksliskai pagrįstos, be to, ne visada atspindi realias bylos aplinkybes ir kartais sukelia perteklinę kriminalizaciją. Akivaizdu, kad nedidelio kiekio narkotikų įgijimas neturint tikslo juos platinti yra skirtas asmeniniam vartojimui, o tai daro tiesioginę žalą asmens, nusprendusio vartoti šias psichoaktyvias medžiagas, sveikatai, taip pat netiesiogiai kelia grėsmę ir visai visuomenei. Užsienio šalių geroji patirtis rodo, kad nedideliu kiekiu yra laikomas toks kiekis, kuris reikalingas vidutiniam vartotojui tam tikrą dieną skaičių. Tokiu atveju būtų remiamasi empiriniais duomenimis ir kiekio, turimo savo reikmėms, nustatymas būtų pagrįstas įrodymais.

94. Narkotinės ar psichotropinės medžiagos (mišinio) kainą lemia tik medžiagos rūšis ir kiekis. Nusikalstamos veikos subjektas paprastai įgyja (realizuoja) narkotinės ar psichotropinės medžiagos mišinį, darinį ar kitą produktą, nežinodamas, kokia jame yra narkotinės ar psichotropinės medžiagos grynoji masė. Todėl asmens atsakomybė dėl neteisėto disponavimo narkotinėmis ar psichotropinėmis medžiagomis turėtų būti siejama su disponuojamos medžiagos mišinio, darinio ar gaminio svoriu, į kurį nukreipta jo tyčia, o ne į jame esančios grynosios medžiagos kiekį. Praktikoje sprendžiant klausimus dėl nusikalstamos veikos kvalifikavimo vadovaujamosi būtent grynosios, o ne mišinio, darinio ar kito produkto, į kurio sudėtį įeina narkotinės ar psichotropinės medžiagos, kiekiu. Tokia susiformavusi praktika vertintina kaip ydinga ir keistina. Be to, reikia akcentuoti, kad kiekybinei narkotikų analizei atlikti būtina turėti

atitinkamas pamatinės medžiagos, kurių kaina gali svyruoti nuo kelių šimtų iki kelių tūkstančių eurų. Tokios išlaidos tampa nepakeliamos ekspertinėms įstaigoms. Esant tokiai situacijai, ikiteisminis tyrimas nevyksta arba trunka labai ilgai, kartu didėja tyrimo sąnaudos, eikvojami riboti teisėsaugos žmogiškieji ištekliai.

95. Kiekių reglamentavimo peržiūrėjimas, remiantis griežtai suformuluotais moksliniais kriterijais pagrįsta nuoseklia metodika, paliekant teismams diskreciją pasitelkus ekspertus vertinti kiekvieną atvejį individualiai, padėtų adekvačiau įvertinti padarytą nusikalstamą veiką, o atsisakius grynosios masės nustatymo baudžiamasis procesas būtų trumpesnis ir reikalautų mažiau finansinių išteklių.

96. Penktasis Programos tikslas – užtikrinti pagalbos teikimu grįstas atsako priemones narkotikų vartotojams, plėtojant humanistinę, į asmens sveikatą orientuotą ir įrodymais pagrįstą baudžiamąją politiką.

97. Penktajam tikslui pasiekti keliamas uždavinys – peržiūrėti baudžiamąją politiką, taikomą narkotikų vartotojams, siekiant subalansuotos narkotikų kontrolės politikos Lietuvoje. Šio uždavinio įgyvendinimo kryptys:

97.1. dekriminalizuoti mažiau pavojingas su narkotikų vartojimu susijusias veikas, už jas numatant administracinę atsakomybę, užtikrinant individualaus vertinimo pagrindu taikomas švietimo, socialines, sveikatos priežiūros sistemų intervencijos priemones vietoj baudžiamųjų;

97.2. peržiūrėti baudžiamuosiuose teisės aktuose numatytas sankcijas ir depenalizavimo galimybes, siekiant riboti perteklinį laisvės atėmimo bausmės taikymą ir pernelyg ilgą jo trukmę, kai bausmės tikslų galima siekti taikant švelnesnes arba alternatyvias sankcijas, į pagalbą asmeniui nukreiptas alternatyvas;

97.3. iš esmės peržiūrėti narkotikų nedidelio, didelio ir labai didelio kiekio, grynosios medžiagos masės nustatymo baudžiamajame procese reglamentavimą, vadovaujantis bendrais ir mokslu pagrįstais kriterijais.

## **TREČIASIS SKIRSNIS**

### **ŽALOS MAŽINIMAS**

98. Vadovaujantis 2015 m. Jungtinių Tautų vyriausiojo žmogaus teisių komisaro ataskaita, narkotikų vartotojams, kaip ir kitiems asmenims, turi būti sudarytos lygios galimybės pasinaudoti teise į sveikatos priežiūrą. Teikiant žalos mažinimo paslaugas siekiama sukurti palankias sąlygas šiems asmenims įgyvendinti teisę į sveikatą ir sumažinti sveikatos, socialines ir ekonomines narkotikų vartojimo pasekmes juos vartojantiems asmenims, bendruomenėms ir visuomenei. Žalos mažinimas yra svarbi grandis, jungianti švirkščiamųjų narkotikų vartotojus su

sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų įstaigomis, mažinanti rizikingą elgseną, susijusią su narkotikų vartojimu, infekcinių ligų plitimą, perdozavimo atvejų skaičių. Kaip rodo užsienio šalių patirtis, žalos mažinimas padeda asmenims, kurie nenori ar negali atsisakyti vartoti narkotikus, sumažinti jų rizikingą elgseną. Žalos mažinimas taip pat taikomas ir pasilinksminimo, laisvės atėmimo vietų įstaigose, darbo aplinkoje, vietos bendruomenėse ir kitur. Žalos mažinimo praktika plačiai taikoma Europos šalyse, o Lietuvoje šių paslaugų prieinamumas ir aprėptis nėra pakankami.

99. Žalos mažinimo paslaugų poreikį Lietuvoje pagrindžia šalies statistika: 2017 m. atlikto tyrimo „Didelės rizikos narkotikų vartotojų paplitimo vertinimas bei adatų ir švirkštų programos ir pakaitinio gydymo aprėpties įvertinimas taikant daugiametodinį skaičiavimą Lietuvoje 2015–2016 m.“ (angl. *A multi-method estimation of high-risk drug use prevalence and coverage of needle and syringe programs and opioid substitution treatment in Lithuania in 2015–2016*) (toliau – Didelės rizikos narkotikų vartotojų paplitimo vertinimo tyrimas) duomenimis, Lietuvoje švirkščiamųjų narkotikų vartotojų skaičius yra didesnis už Europos šalių vidurkį, o didelės rizikos opioidų vartotojų – panašus kaip ir kitose Europos šalyse. Lietuvoje skaičiuojama apie 4,4–5,3 švirkščiamųjų narkotikų vartotojo ir apie 2,5–4,5 didelės rizikos opioidų vartotojo, tenkančių 1 000 15–64 m. amžiaus gyventojų.

100. Narkotikų, ypač švirkščiamųjų, vartojimas yra susijęs su tiesioginiu neigiamu poveikiu sveikatai ir padidėjusia užsikrėtimo infekcijomis (ŽIV, virusinių hepatitų, tuberkuliozės ir kt.), mirties atvejų rizika. ULAC duomenimis, 2015–2017 m. Lietuvoje naujų ŽIV atvejų skaičius išaugo nuo 157 iki 263 atvejų (5,4–9,3 atvejo 100 tūkst. gyventojų). Tai sparčiausias augimas per pastaruosius 15 metų. Daugiausia naujų ŽIV atvejų sudarė laisvės atėmimo vietų įstaigose nustatyti nauji ŽIV atvejai: nuo 24 naujai nustatytų atvejų 2015 m. iki 97 atvejų 2017 m. 2015–2016 m. gerokai padidėjo naujų atvejų skaičius, kai asmenys ŽIV užsikrėtė vartodami švirkščiamuosius narkotikus (2015 m. – 28,02 proc., 2016 m. – 39,3 proc. visų naujų atvejų). 2017 m. užsikrėtusiųjų ŽIV vartojant švirkščiamuosius narkotikus skaičius dar labiau augo – iki 51,7 proc., o laisvės atėmimo vietų įstaigose – iki 80 proc. Iš viso Lietuvoje per 1988–2017 m. laikotarpį ŽIV diagnozuota 3 012 asmenų, tarp jų daugiausia asmenų (59 proc.), užsikrėtusių vartojant švirkščiamuosius narkotikus.

101. Vadovaujantis 2016 m. atnaujinta PSO Konsoliduota rekomendacija dėl ŽIV prevencijos, diagnozės, gydymo ir priežiūros svarbiausioms gyventojų grupėms (angl. *Consolidated guideline on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations, 2016 update*) ir ENNSC 2017 m. leidiniu „Medicininės ir socialinės reagavimo į narkotikų problemas priemonės. Europos vadovas“ (angl. *Health and social responses to drug problems. European guide*), pabrėžiama, kad, siekiant sumažinti su švirkščiamųjų narkotikų vartojimu ne

gydymo tikslais ir rizikinga elgsena susijusias pasekmes, žemo slenksčio paslaugų kabinetuose turi būti teikiamas paslaugų, skirtų narkotikų vartotojams, kompleksas, kurį sudaro konsultavimas dėl saugaus švirkštimosi, aprūpinimas švariomis švirkštimosi priemonėmis, prezervatyvų dalijimas, skiepijimas nuo virusinio hepatito A ir VHB, testavimas dėl infekcinių ligų (ŽIV ir VHC), VHC ir ŽIV gydymas. Tarptautinės organizacijos taip pat akcentuoja, kad, be teikiamų žemo slenksčio paslaugų, svarbu vykdyti ir darbą gatvėje (angl. *outreach*), kai vartotojams suteikiama naudinga informacija ir jie nukreipiami į sveikatos priežiūros ar socialines įstaigas. Žemo slenksčio paslaugų kabinetai taip pat yra svarbūs teikiant informaciją apie perdozavimo prevenciją ir dalijant nuo perdozavimo apsaugantį opioidų antagonistą.

102. Žemo slenksčio paslaugų teikimas Lietuvoje reglamentuojamas Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2006 m. liepos 5 d. įsakymu Nr. V-584 „Dėl Žemo slenksčio paslaugų teikimo tvarkos aprašo patvirtinimo“ ir apima adatų ir švirkštų keitimą, dezinfekcijos priemonių, prezervatyvų dalijimą, konsultavimą ir informavimą, tarpininkavimą, asmens higienos paslaugas, tvarsliaivos dalijimą, žaizdų perrišimą, atrankinių greitųjų ŽIV tyrimų atlikimą, savikontrolės ŽIV testų ir kitų užkrečiamųjų ligų savikontrolės testų dalijimą, kitas paslaugas. ULAC duomenimis, 2016 m. Lietuvoje žemo slenksčio paslaugos buvo teikiamos 10 miestų, tačiau tokių paslaugų poreikis yra kur kas didesnis.

103. Vienas opiausių klausimų išlieka žemo slenksčio paslaugų kabinetų finansavimas. Jis vykdomas iš valstybės biudžeto ir savivaldybių biudžetų. Vis dėlto skiriamų lėšų nepakanka: valstybė kiekvienais metais skiria 40 000 eurų, o savivaldybių skiriamas finansavimas yra labai skirtingas ir nenuoseklus. 2018 m. atlikus savivaldybių apklausą, paaiškėjo, kad iš 50 duomenis pateikusių savivaldybių 9 teikė paramą žemo slenksčio paslaugų kabinetams, tačiau paramos dydis 2016–2017 m. skirtingose savivaldybėse svyravo nuo 400 iki 51 410 eurų. Vadovaujantis 2017 m. atlikto Didelės rizikos narkotikų vartotojų paplitimo vertinimo tyrimo duomenimis ir 2009 m. PSO, UNODC, UNAIDS ŽIV prevencijos, gydymo ir priežiūros visuotinių tikslų pasiekimo techninėmis gairėmis (angl. *Technical Guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care, 2009*), esamas žemo slenksčio paslaugų finansavimas užtikrina tik šiek tiek daugiau negu 20 proc. paslaugų prieinamumo. Tokio lygio žemo slenksčio paslaugų prieinamumas vertinamas kaip vidutinės aprėpties apatinė riba. 2015 m. narkotikų žalos mažinimo paslaugų plėtros ir kokybės gerinimo Lietuvoje rekomendacijose nurodyta, kad, norint teikti optimalias žemo slenksčio paslaugas, vienam klientui turėtų būti skiriamas 331 euras per metus. Siekiant užtikrinti pakankamą žemo slenksčio paslaugų prieinamumą, paslaugų aprėptis turėtų būti didinama iki 60 proc. 2028 m. Tai atitiktų tarptautinių organizacijų rekomendacijas ir pasiektų vidutinės aprėpties viršutinę ribą.

104. Žemo slenksčio paslaugų kabinetams Lietuvoje trūksta bendro metodinio vadovavimo. Jis nėra įvardytas teisės aktuose ar pavestas vykdyti konkrečioms įstaigoms, – tai neabejotinai susiję su paslaugų kokybės užtikrinimu, koordinuotos veiklos klausimais. Reikia paminėti, kad taip pat trūksta ir bendros sistemos, kuri narkotikų vartotojams užtikrintų tarpininkavimo paslaugų teikimą ir atvejo vadybos taikymą. Ši sistema turėtų sujungti laisvės atėmimo vietų įstaigas, žemo slenksčio paslaugų kabinetus, gydymo, socialines paslaugas teikiančias įstaigas. Įgyvendinant ŽIV/AIDS ir lytiškai plintančių infekcijų profilaktikos ir kontrolės 2018–2020 m. veiksmų plano, patvirtinto Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2018 m. balandžio 23 d. įsakymu Nr. V-503 „Dėl ŽIV/AIDS ir lytiškai plintančių infekcijų profilaktikos ir kontrolės 2018–2020 m. veiksmų plano patvirtinimo“, nuostatas, numatyta sukurti integruotų paslaugų modelio (algoritmo) projektą, aprašant ŽIV infekuotų asmenų įtraukimo į gydymą bei išlaikymo algoritmą, tačiau kitos narkotikų vartotojų grupės nėra įtrauktos į šią sistemą. Kalėjimų departamento duomenimis, apie trečdalis Lietuvos laisvės atėmimo vietų įstaigose esančių asmenų yra registruoti dėl psichikos ir elgesio sutrikimų vartojant narkotikus. Šie asmenys dažnai būna ir žemo slenksčio paslaugų kabinetų klientai, besilankantys juose prieš arba po įkalinimo. Asmenims patekus į laisvės atėmimo vietų įstaigas, jiems suteikiama galimybė tęsti pakaitinį gydymą, kai toks gydymas buvo pradėtas laisvėje, tačiau teikiamos priklausomybės gydymo paslaugos yra ribotos – pakaitinis gydymas tęsiamas suimtiesiems ir nuteistiesiems, patekusiems į tardymo izoliatorius (Šiaulių, Kauno tardymo izoliatorius ir Lukiškių tardymo izoliatorių-kalėjimą), pakaitinį gydymą taip pat numatyta tęsti Laisvės atėmimo vietų ligoninėje ir laisvės atėmimo vietų įstaigose esančiuose arešto bausmės skyriuose (areštinėse). Taip pat nėra renkama informacija apie sveikatos priežiūros paslaugų tęstinumą palikus laisvės atėmimo vietų įstaigas. Tokia sistema užtikrintų paslaugų tęstinumą asmenims, išeinantiems iš laisvės atėmimo vietų įstaigų, nukreiptų juos į sveikatos priežiūros sistemą (dėl ŽIV gydymo, pakaitinio gydymo) ar socialinių paslaugų įstaigas, teiktų informaciją apie paslaugų tęstinumą.

105. ŽIV infekcijos valdymas apima daug priemonių. Švirkštų ir adatų išdavimas ir (ar) keitimas – viena iš pagrindinių paslaugų, teikiamų žemo slenksčio paslaugų kabinetuose, padedanti kontroliuoti per kraują perduodamų ligų, tokių kaip ŽIV, virusinių hepatitų, plitimą. 2017 m. Didelės rizikos narkotikų vartotojų paplitimo vertinimo tyrimo rezultatai parodė, kad švirkštų ir adatų keitimo aprėptis Lietuvoje yra nepakankama: švirkščiamųjų narkotikų vartotojai Lietuvoje per metus vidutiniškai gavo 19–29 švirkštus ir adatas. O 2012 m. PSO, UNODC, UNAIDS ŽIV prevencijos, gydymo ir priežiūros švirkščiamųjų narkotikų vartotojams visuotinių tikslų pasiekimo techninėse gairėse šalims (angl. *Technical Guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users, 2012 revision*)



rekomenduojama vienam klientui per metus išduoti bent 200 švirkštų, kad būtų galima pasiekti reikiamą paslaugos teikimo apimtį. Esama aprėptis yra per maža siekiant sustabdyti ŽIV infekcijos plitimą dėl švirkščiamųjų narkotikų vartojimo.

106. Atrankinių tyrimų dėl ŽIV infekcijos aprėptys tarp rizikos grupės asmenų Lietuvoje nėra pakankamos – 2016 m. tyrimus dėl ŽIV atliko tik 5 žemo slenksčio paslaugų kabinetai. ULAC duomenimis, pagal laboratorijų pateiktus duomenis apie ištirtus dėl ŽIV asmenis pagal tiriamąsias grupes iš visų 2016 m. atliktų tyrimų dėl ŽIV narkotikus vartojantiems asmenims atlikti tyrimai sudarė 1,1 proc.

107. Lietuva 2016 m. tapo trečia Europoje valstybe pagal ŽIV atvejus, perduodamus dėl švirkščiamųjų narkotikų vartojimo, ir daugiau kaip 14 kartų viršijo ES vidurkį. Esant tokiai epidemiologinei situacijai Lietuvoje, būtina didinti ištyrimo dėl ŽIV aprėptis, ypač tarp didelės rizikos užsikrėsti ŽIV asmenų (pvz., švirkščiamųjų narkotikų vartotojų), siekiant įgyvendinti Jungtinių Tautų AIDS programoje išskeltus uždavinius, įvardytus kaip „90–90–90“, kuriais siekiama, kad iki 2020 m. 90 proc. ŽIV užsikrėtusių asmenų žinotų savo diagnozę, 90 proc. asmenų, kuriems diagnozuota ŽIV infekcija, būtų gydomi ir 90 proc. gydomų asmenų kraujyje būtų pasiekta maža viruso koncentracija.

108. Itin mažos tyrimų dėl VHC infekcijos aprėptys tarp švirkščiamųjų narkotikų vartotojų nesudaro galimybės nustatyti tikrojo VHC infekcijos paplitimo tarp švirkščiamųjų narkotikų vartotojų Lietuvoje ir atitinkamai planuoti galimų prevencijos priemonių. 2015 m. tyrimo „Su narkotinių ir psichotropinių medžiagų vartojimu susijusių infekcijų paplitimas tarp švirkščiamųjų narkotikų vartotojų“ duomenimis, anti-VHC paplitimas tarp švirkščiamųjų narkotikų vartotojų siekė net 77 proc. Jungtinės Tautos, PSO rekomenduoja, kad VHC nustatymas tarp švirkščiamųjų narkotikų vartotojų patektų į žalos mažinimo paslaugų paketą, tačiau Lietuvoje galiojantys teisės aktai nereglamentuoja atrankinių greitųjų VHC ir kitų užkrečiamųjų ligų testų atlikimo žemo slenksčio paslaugų kabinetuose tvarkos.

109. Higienos instituto duomenimis, vadovaujantis ENNSC tiesiogiai su narkotinių ir psichotropinių medžiagų vartojimu susijusių mirčių skaičiavimo metodika, Lietuvoje 2016 m. užregistruoti 109 mirties atvejai (2014 m. – 87 atvejai, 2015 m. – 114 atvejų), kurių tiesioginė priežastis buvo narkotikų vartojimas, ir Lietuva buvo viena iš penkių pirmaujančių ES valstybių narių pagal šį rodiklį.

110. Siekiant išvengti mirčių nuo opioidų perdozavimo, tarptautinės organizacijos rekomenduoja taikyti prevencines priemones, tokias kaip opioidų antagonistų, mažinančių mirčių, susijusių su opioidų perdozavimu, riziką, išdavimo programas asmenims, patenkantiems į didesnės perdozavimo rizikos grupę, jų artimiesiems, mokant atpažinti perdozavimo simptomus ir panaudoti opioidų antagonistus, iki atvyks greitoji medicinos pagalba. Vadovaujantis PSO

rekomendacijomis, opioidų antagonistai turi būti lengvai prieinami visiems, kurie gali tapti opioidų perdozavimo liudininkais. Opioidų antagonistų išdavimo programos 2016 m. veikė 10 Europos šalių. Lietuvoje nuo 2017 m. ši programa iš dalies vykdoma Respublikiniame priklausomybės ligų centre Vilniuje. Per metus opioidų antagonistai buvo išduoti 200 asmenų. Esama praktika leidžia pasiekti tik labai mažą tikslinės asmenų grupės dalį, todėl būtina sudaryti teisinės ir praktinės prielaidas opioidų antagonistų išdavimo į namus programai įgyvendinti ir Lietuvoje.

111. Su narkotikų vartojimu susijusios mirtys tarp asmenų, išėjusių iš laisvės atėmimo vietų įstaigų, yra aktuali problema. Narkotikų, tabako ir alkoholio kontrolės departamento duomenimis, 2016 m. iš visų narkotikų perdozavimo atvejų kas šeštas asmuo buvo ne daugiau kaip prieš 6 mėn. paleistas iš laisvės atėmimo vietos įstaigos. 2016 m. ENNSC leidinyje „Mirčių, susijusių su opioidų perdozavimu prevencija, dalinant naloksoną“ (angl. *Preventing opioid overdose deaths with take-home naloxone*) ir 2014 m. PSO leidinyje „Kalėjimai ir sveikata“ (angl. *Prisons and health, 2014*) rekomenduojama dalyti opioidų antagonistą asmenims, paleistiems iš laisvės atėmimo vietų įstaigų.

112. Tarptautinės organizacijos pabrėžia, kad laisvės atėmimo vietų įstaigos yra svarbi vieta, kur turėtų būti taikomos su narkotikų vartojimu susijusios intervencijos priemonės. Daugelio nuteistųjų sveikatos priežiūros poreikiai yra kompleksiniai, todėl narkotikų vartojimo ir su tuo susijusių problemų įvertinimas yra svarbus sveikatos tikrinimo patekus į laisvės atėmimo vietų įstaigas aspektas – kol kas šis principas įgyvendinamas tik iš dalies.

113. Tarptautinėse rekomendacijose taip pat nurodoma, kad sveikatos priežiūra laisvės atėmimo vietų įstaigose turi būti teikiama atsižvelgiant į du principus. Pirma, teikiamos sveikatos priežiūros paslaugos turi būti lygiavertės teikiamoms laisvėje, antra, turi būti užtikrinamas jų tęstinumas asmenims paliekant laisvės atėmimo vietos įstaigą ar į ją patenkant. Vadovaujantis šiais principais, visos reikiamos prevencijos, gydymo ir žalos mažinimo paslaugos turi būti teikiamos laisvės atėmimo vietų įstaigose, ypač daug dėmesio skiriant sveikatos paslaugoms asmenims, išeinantiems iš laisvės atėmimo vietų įstaigų, ir į jas patenkantiems asmenims. Lietuvoje 2018 m. laisvės atėmimo vietų įstaigose pradėtas taikyti pakaitinio gydymo tęstinumas, kai toks gydymas asmenims buvo taikytas laisvėje. Suimtiesiems ir nuteistiesiems, patekusiems į tardymo izoliatorius (Šiaulių, Kauno tardymo izoliatorius ir Lukiškių tardymo izoliatorių-kalėjimą), tęsiamas pakaitinis gydymas, kuris jiems buvo skirtas laisvėje, be to, yra numatyta galimybė tęsti pakaitinį gydymą Laisvės atėmimo vietų ligoninėje ir laisvės atėmimo vietų įstaigose, esančiose arešto bausmės skyriuose (areštinėse). Tam, kad būtų užtikrintas lygiavertis sveikatos priežiūros paslaugų teikimas laisvės atėmimo vietų įstaigose, rekomenduojama sveikatos priežiūros paslaugas iš laisvės atėmimo vietų įstaigų sistemos

integruoti į bendrąją sveikatos priežiūros sistemą ir užtikrinti sveikatos priežiūros tęstinumą asmenims, išėjusiems iš laisvės atėmimo vietų įstaigų.

114. 2016 m. laisvės atėmimo vietų įstaigose tyrimų dėl VHC infekcijos mastas yra nepakankamas ir turėtų būti didinamas, šią paslaugą papildant siuntimu gydytis, nes geri gydymo nuo VHC infekcijos rezultatai pašalina viruso perdavimo galimybę. Ištyrimo dėl ŽIV infekcijos mastas Lietuvos laisvės atėmimo vietų įstaigose išlieka didelis, tačiau pasiekti 100 proc. ištyrimo mastą trukdo tai, kad įkalintieji pasinaudoja teise atsisakyti testavimo. Didesnis skiriamas finansavimas atitinkamai lemtų ir didesnę ištyrimo dėl infekcinių ligų mastą laisvės atėmimo vietų įstaigose. Rizikingą švirkštimosi elgseną tarp įkalintų asmenų atskleidžia ne tik didėjantys naujai nustatomų ŽIV atvejų skaičiai, bet ir Kalėjimų departamento užsakytu 2017 m. atliktas Narkotinių ir psichotropinių medžiagų vartojimo paplitimo kalėjimuose tyrimas. Tyrimas parodė, kad 27,8 proc. apklaustųjų yra kada nors švirkštęsi narkotikų, o 18,1 proc. apklaustųjų tai yra darę laisvės atėmimo vietų įstaigose. 62 proc. apklaustųjų teigė dalijęsi naudotomis adatomis ar švirkštais laisvės atėmimo vietų įstaigose.

115. Pagal vienam gyventojui tenkantį įkalintų asmenų skaičių Lietuva yra pirmaujanti šalis Europoje. Padėtį sunkina ir tai, kad laisvės atėmimo vietų įstaigose vyrauja bendrabučio tipo gyvenamosios patalpos, o tai apsunkina infekcinių ligų prevencinių priemonių taikymo galimybes bei jų kontrolę. Tačiau 2014 m. PSO leidinyje „Kalėjimai ir sveikata“ rekomenduojama teikti prioritetą švirkštų ir adatų programų taikymui ir pakaitiniam gydymui esant švirkščiamųjų narkotikų vartojimo požymiams laisvės atėmimo vietų įstaigose. Prezervatyvai yra dalijami tik pasimatymų metu. Siekiant sumažinti infekcinių ligų perdavimo riziką, 14 Europos šalių prezervatyvai yra laisvai prieinami visiems laisvės atėmimo vietų įstaigose esantiems asmenims.

116. Sistemos, skirtos iš laisvės atėmimo vietų įstaigų išėjusių asmenų, kuriems nustatyta priklausomybė nuo psichiką veikiančių medžiagų ir (ar) kurie serga infekcinėmis ligomis, tokiomis kaip ŽIV, VHC, veiksmingumui vertinti, šių asmenų poreikiams bei gaunamoms paslaugoms nustatyti reikalinga bendra žemo slenksčio paslaugų kabinetuose, laisvės atėmimo vietų įstaigose, sveikatos priežiūros, socialines paslaugas teikiančiose įstaigose, narkotikų vartotojams taikomų atvejo vadybos, tarpininkavimo paslaugų, nukreipimo gydytis ir paslaugų integravimo stebėseną.

117. Narkotikų vartojimo paplitimas tarp pasilinksminimo vietų lankytojų yra apie 6 kartus didesnis, palyginti su narkotikų vartojimo paplitimu bendrojoje populiacijoje. Lietuvoje 2018 m. atlikto Psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo paplitimo tarp Lietuvos pasilinksminimo vietų lankytojų tyrimo duomenimis, per paskutinius 12 mėnesių narkotikus vartojo 41 proc. pasilinksminimo vietų lankytojų. O per paskutinius 12 mėnesių Lietuvos bendrojoje

populiacijoje tarp 15–34 m. asmenų 2016 m. nustatytas 6,8 proc. vartojimo paplitimas. Psichoaktyviųjų medžiagų vartojimas naktinių pasilinksminimų, masinių renginių, festivalių metu susijęs su kylančiomis sveikatos ir socialinėmis problemomis, įskaitant stiprius apsinuodijimus, vairavimą apsvaigus ir kt. Didesnis narkotikų vartojimo paplitimas tarp pasilinksminimo vietų lankytojų rodo tikslinių žalos mažinimo priemonių, leisiančių lankytojams suprasti psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo riziką ir susilaikyti nuo pavojingo narkotikų vartojimo, apsaugoti jų ir aplinkinių žmonių sveikatą ar net gyvybę, taikymo poreikį.

118. Europos ir kitose šalyse organizuojant pramogas pasitelkiamos įvairios priemonės, mažinančios riziką lankytojų sveikatai ir saugumui: mokymai darbuotojams, lankytojų konsultavimas, skubios pagalbos teikimas, narkotikų sudėties tikrinimas (angl. *drug checking*) ir kt. Narkotikų sudėties tikrinimas leidžia nustatyti vartojamų medžiagų cheminę sudėtį, suteikti konsultaciją ar atlikti intervenciją. Tai taip pat padeda nustatyti medžiagos grynumą, parodo, ar medžiagoje nėra priemaišų, kurios gali sukelti riziką sveikatai, įskaitant perdozavimą. Kai kuriose šalyse narkotikų sudėties tikrinimas yra sudedamoji valstybinės ankstyvojo perspėjimo sistemos dalis. Iš viso toks testavimas vykdomas 10 Europos šalių (Nyderlanduose, Austrijoje, Ispanijoje, Portugalijoje, Prancūzijoje, Belgijoje, Šveicarijoje ir kt.). Lietuvoje kai kurių priemonių taikymas dar tik pradedamas, jų plėtrai reikalingas tiek valstybės, tiek pramogas organizuojančių asmenų, šioje srityje veikiančių NVO bendradarbiavimas.

119. Šeštasis Programos tikslas – sumažinti poveikio sveikatai, socialines ir ekonomines narkotikų vartojimo pasekmes asmenims, bendruomenėms ir visuomenei.

120. Šeštajam Programos tikslui pasiekti keliami šie uždaviniai:

120.1. užtikrinti žemo slenksčio paslaugų prieinamumą narkotikus vartojantiems asmenims. Šio uždavinio įgyvendinimo kryptys:

120.1.1. didinant valstybės finansavimą užtikrinti lygiavertį savivaldybių indėlį į žalos mažinimo paslaugų teikimą žemo slenksčio paslaugų kabinetuose, įgyvendinant optimalų žalos mažinimo paslaugų rinkinį;

120.1.2. užtikrinti bendrą metodinį vadovavimą žemo slenksčio paslaugų kabinetams ir laisvės atėmimo vietų įstaigoms, teikiant žalos mažinimo paslaugas;

120.1.3. sudaryti sąlygas teikti reikiamas žalos mažinimo paslaugas žemo slenksčio paslaugų kabinetuose ir laisvės atėmimo vietų įstaigose;

120.1.4. sukurti sistemą, kuri sujungtų žemo slenksčio paslaugų kabinetus, laisvės atėmimo vietų įstaigas, sveikatos priežiūros, socialines paslaugas teikiančias įstaigas ir kurios tikslas būtų taikyti narkotikų vartotojams atvejo vadybą, tarpininkavimo paslaugas, nukreipimą gydytis ir paslaugų integravimą;

120.1.5. sukurti žemo slenksčio paslaugų stebėsenos sistemą;

120.2. sumažinti infekcinių ligų plitimą, apsinuodijimus ir mirtinus apsinuodijimus, užtikrinant optimalią žemo slenksčio paslaugų paketo aprėptį. Šio uždavinio įgyvendinimo kryptys:

120.2.1. didinti vienkartinių švirkštimosi priemonių prieinamumo visuose žemo slenksčio paslaugų kabinetuose aprėptį bei diegti mokslo įrodymais grįstas ir PSO rekomenduojamas žalos mažinimo priemonės laisvės atėmimo vietų įstaigose, stabdant infekcinių ligų plitimą;

120.2.2. užtikrinti mirčių nuo perdozavimo prevencinių priemonių prieinamumą žemo slenksčio paslaugų kabinetuose ir asmenims, paliekantiems laisvės atėmimo vietų įstaigas;

120.2.3. didinti atrankinio greitojo ištyrimo dėl infekcinių ligų paslaugų, prezervatyvų dalijimo aprėptį žemo slenksčio paslaugų kabinetuose, laisvės atėmimo vietų įstaigose, pasilinksminimo vietose;

120.2.4. plėtoti darbo gatvėje (angl. *outreach*) programas, siekiant priklausomiems asmenims suteikti naudingą informaciją ir juos nukreipti į sveikatos priežiūros įstaigas;

120.3. užtikrinti veiksmingą reagavimą į esamas ir naujas su narkotikų vartojimu susijusias tendencijas. Šio uždavinio įgyvendinimo kryptys:

120.3.1. diegti faktiniais duomenimis pagrįstas rizikos ir žalos mažinimo priemonės, leidžiančias reaguoti į su narkotikų vartojimu susijusius pavojus;

120.3.2. vykdyti paslaugų tęstinumo užtikrinimo vertinimą laisvės atėmimo vietų įstaigose esantiems ar jas paliekantiems asmenims, kuriems nustatyta priklausomybė nuo psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo;

120.4. vertinti laisvės atėmimo vietų įstaigose įdiegtų priemonių veiksmingumą, jas tobulinti ir užtikrinti jų tęstinumą. Šio uždavinio įgyvendinimo kryptys:

120.4.1. reguliariai atlikti tyrimus (pagal aprobuotą metodiką) dėl narkotikų vartotojų skaičiaus kitimo visose laisvės atėmimo vietų įstaigose;

120.4.2. periodiškai atlikti nusikaltusių narkotikų vartotojų tyrimus, leidžiančius įvertinti taikytų reabilitacijos, resocializacijos programų (priemonių) efektyvumą (asmens kriminogeninių veiksmų dinamiką, recidyviškumą, elgsenos pokyčius ir kt.).

### **III SKYRIUS**

#### **PROGRAMOS ĮGYVENDINIMAS IR STEBĖSENA**

121. Programos įgyvendinimo parlamentinę kontrolę atlieka Lietuvos Respublikos Seimas.

122. Programos įgyvendinimą koordinuoja Lietuvos Respublikos Vyriausybė.

123. Už Programos priede nurodytų kriterijų įgyvendinimo stebėseną, analizę, Programos vertinimo organizavimą, Programos vertinimo ataskaitų pateikimą Vyriausybei atsakingas Narkotikų, tabako ir alkoholio kontrolės departamentas.

124. Įgyvendinant Programą, pagal kompetenciją dalyvauja Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Lietuvos Respublikos švietimo, mokslo ir sporto ministerija, Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministerija, Lietuvos Respublikos vidaus reikalų ministerija, Lietuvos Respublikos finansų ministerija, Lietuvos Respublikos krašto apsaugos ministerija, Lietuvos Respublikos susisiekimo ministerija, Lietuvos Respublikos teisingumo ministerija, Lietuvos Respublikos užsienio reikalų ministerija, Lietuvos Respublikos žemės ūkio ministerija, Narkotikų, tabako ir alkoholio kontrolės departamentas, Lietuvos savivaldybių asociacija bei kitos valstybės ir savivaldybių institucijos ir įstaigos. NVO, bendruomenės, verslo subjektai gali prisidėti prie Programos įgyvendinimo, jos tikslų ir uždavinių pasiekimo.

125. Programoje dalyvaujančios institucijos pagal kompetenciją prisideda prie duomenų rinkimo sistemų vystymo, duomenų kokybės gerinimo, mokslinių tyrimų vykdymo ar bandomųjų projektų organizavimo.

126. Programai įgyvendinti rengiami ir Vyriausybės tvirtinami Programos įgyvendinimo tarpinstituciniai veiklos planai.

127. Programos įgyvendinimo laikotarpiu periodiškai vykdomi tyrimai, susiję su narkotikų vartojimu: bendrosios populiacijos narkotikų vartojimo paplitimo tyrimai; probleminio narkotinių ir psichotropinių medžiagų vartojimo ir švirkščiamųjų narkotikų vartojimo paplitimo tyrimai; su švirkščiamųjų narkotikų vartojimu siejamų infekcinių ligų paplitimo ir dažnumo tyrimai; narkotikų vartojimo paplitimo laisvės atėmimo vietų įstaigose tyrimai; tyrimai, susiję su paslaugų ir intervencijos priemonių prieinamumu, aprėptimi ir kokybės prevencija, žalos mažinimu, socialinės integracijos ir gydymo srityse.

128. Stebėseną atliekama analizuojant faktinę, objektyvią, patikimą ir palyginamą informaciją apie psichoaktyvias medžiagas, narkomaniją, alkoholizmą ir vartojimo padarinius, leidžiančią priimti mokslu ar faktiniais duomenimis grįstus sprendimus dėl psichoaktyviųjų medžiagų pasiūlos, paklausos ir žalos mažinimo priemonių. Planuojant priemones dėl psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo, matuojant jų veiksmingumą, periodiškai vertinamas tiesioginių ir netiesioginių išlaidų, susijusių su narkotikų, tabako ir alkoholio kontrolės politikos įgyvendinimu.

129. Stebėsenos ir analizės duomenys apima su narkotikų vartojimu susijusius epidemiologinius rodiklius, narkotikų rinkas, naujų grėsmių, susijusių su narkotikais, identifikavimą, nusikalstamas veikas, susijusias su narkotikais, ir yra neatskiriama ES vykdomos

stebėsenos dalis. Šie duomenys naudojami kaip ES kovos su narkotikais strategijos (2013–2020 m.) ir 2017–2020 m. ES kovos su narkotikais veiksmų plano įgyvendinimo vertinimo rodikliai.

130. Programos įgyvendinimo pažanga vertinama atliekant tarpinį ir galutinį Programos vertinimus. Tarpinis vertinimas apima laikotarpį nuo 2018 m. iki 2023 m. ir atliekamas iki 2024 m. birželio 30 d., o tarpinio vertinimo ataskaita pateikiama Seimui ne vėliau kaip iki 2024 m. spalio 1 d. Galutinis vertinimas apima laikotarpį nuo 2024 m. iki 2028 m. ir atliekamas iki 2029 m. birželio 30 d., o galutinio vertinimo ataskaita Seimui pateikiama ne vėliau kaip iki 2029 m. spalio 1 d.

131. Programos vertinimo ataskaitos skelbiamos viešai Narkotikų, tabako ir alkoholio kontrolės departamento interneto svetainėje.

---

Valstybinės narkotikų, tabako ir alkoholio  
kontrolės ir vartojimo prevencijos  
2018–2028 metų programos  
priedas

**VALSTYBINĖS NARKOTIKŲ, TABAKO IR ALKOHOLIO KONTROLĖS IR  
VARTOJIMO PREVENCIJOS 2018–2028 METŲ PROGRAMOS ĮGYVENDINIMO  
VERTINIMO KRITERIJAI IR JŲ REIKŠMĖS**

Eil. Nr.	Vertinimo kriterijus (matavimo vienetai)	Vertinimo kriterijų reikšmės			
		Būklė (metai)	2023 m.	2028 m.	Atsakinga institucija (duomenų šaltinis)
Strateginis Programos tikslas – sukurti sveikesnę ir saugesnę visuomenę, kurioje kiekvienam žmogui siekiama padėti išvengti alkoholio, tabako ir narkotikų daromos žalos ar ją sumažinti, taip pat sudaromos galimybės rūpintis savo, šeimos ar bendruomenės narių sveikata, socialine ir ekonomine gerove.					
1.	Alkoholio suvartojimas, tenkantis vienam šalies gyventojui, vyresniam negu 15 m. amžiaus (litrais, absoliutaus alkoholio)	15,2 (2016 m.)	10,2	8	Narkotikų, tabako ir alkoholio kontrolės departamentas (Pasaulio sveikatos organizacija)
2.	15–64 m. amžiaus Lietuvos gyventojų, nurodžiusių, kad rūkė tabako gaminius per paskutinį mėnesį, dalis (proc.) (ne daugiau kaip x procentų ataskaitiniais metais)	33,9 (2016 m.)	21	19	Narkotikų, tabako ir alkoholio kontrolės departamentas (Psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo paplitimo Lietuvoje tyrimas)
3.	Lietuvos gyventojų, per paskutinius 12 mėn. vartojusių narkotines ir psichotropines medžiagas, dalis (proc.)	3,1 (2016 m.)	3,1	3,1	Narkotikų, tabako ir alkoholio kontrolės departamentas (Psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo paplitimo Lietuvoje tyrimas)
Pirmasis Programos tikslas – atitolinti ar sumažinti psichoaktyviųjų medžiagų vartojimą ir valdyti psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo riziką ugdant visuomenės narius, įgyvendinant visiems prieinamą, skirtingus poreikius atitinkančią, kontekstiniais ir moksliniais duomenimis grįstą psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo prevenciją.					



Eil. Nr.	Vertinimo kriterijus (matavimo vienetai)	Vertinimo kriterijų reikšmės			
		Būklė (metai)	2023 m.	2028 m.	Atsakinga institucija (duomenų šaltinis)
4.	Mokinių, kurie būdami 13 m. ir jaunesni surūkė pirmą cigaretę, dalis (proc.)	45 (2015 m.)	40	35	Lietuvos Respublikos švietimo, mokslo ir sporto ministerija (Alkoholio ir kitų psichoaktyviųjų medžiagų tyrimas Europos mokyklose (toliau – ESPAD tyrimas))
5.	Visai nevartojusiu alkoholio 15–16 m. mokinių dalis (proc.)	13 (2015 m.)	15	20	Švietimo, mokslo ir sporto ministerija (ESPAD tyrimas)
<p>Antrasis Programos tikslas – užtikrinti prieinamą, kokybišką, asmens individualius poreikius tenkinančią, ekonomiškai tvarią ir mokslo įrodymais pagrįstą priklausomybių ligų gydymo, rehabilitacijos ir reintegracijos paslaugų asmenims, žalingai vartojantiems psichoaktyvias medžiagas ir (ar) nuo jų priklausomiems, sistemą, leidžiančią veiksmingai mažinti psichoaktyviųjų medžiagų vartojimą, pagalbą gaunančių asmenų stigmatizavimą, šių medžiagų vartojimo keliamą žalą asmeniui ir visuomenei.</p>					
6.	Lietuvos gyventojų, nurodžiusių, kad sėkmingai metė rūkyti, dalis nuo mėginusių mesti rūkyti (proc.)	26 (2016 m.)	36	46	Narkotikų, tabako ir alkoholio kontrolės departamentas (Psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo paplitimo Lietuvoje tyrimas)
7.	Dėl tiesiogiai su alkoholio vartojimu susijusių ligų mirusių asmenų skaičius, tenkantis 100 tūkst. gyventojų (asmenų skaičius 100 tūkst. gyventojų)	20,4 (2017 m.)	15,8	11,6	Higienos institutas
8.	Finansuojamo valstybės ir Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis pakaitinio gydymo aprėptis (proc.)	12,4 (2016 m.)	40	60	Respublikinis priklausomybės ligų centras
9.	Trumpalaikės socialinės globos paslaugų asmenims, priklausomiems nuo psichoaktyviųjų	1,27 (2016 m.)	1,3	1,4	Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministerija

Eil. Nr.	Vertinimo kriterijus (matavimo vienetai)	Vertinimo kriterijų reikšmės			
		Būklė (metai)	2023 m.	2028 m.	Atsakinga institucija (duomenų šaltinis)
	medžiagų vartojimo, prieinamumas (gavėjų skaičius 10 tūkst. gyventojų)				
10.	Socialinės reintegracijos paslaugų asmenims, priklausomiems nuo psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo, prieinamumas (gavėjų skaičius 10 tūkst. gyventojų)	0 (2016 m.)	0,42	0,5	Socialinės apsaugos ir darbo ministerija
Trečiasis Programos tikslas – sumažinti alkoholio, tabako gaminių ir su tabako gaminiais susijusių gaminių prieinamumą (fizinį ir ekonominį), siekiant apsaugoti visuomenės ir asmens sveikatą.					
11.	15–16 m. mokinių, nurodžiusių, kad jiems lengva arba labai lengva įsigyti cigarečių, dalis (proc.)	64 (2015 m.)	56	50	Švietimo, mokslo ir sporto ministerija (ESPAD tyrimas)
12.	15–16 m. mokinių, nurodžiusių, kad jiems lengva arba labai lengva įsigyti alkoholio, dalis (proc.)	70 (2015 m.)	60	50	Švietimo, mokslo ir sporto ministerija (ESPAD tyrimas)
13.	Sergamumo alkoholinėmis psichozėmis skaičius 100 tūkst. gyventojų (asmenų skaičius 100 tūkst. gyventojų)	28,2 (2017 m.)	21,9	16,2	Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija
14.	Mirusių dėl piktybinių navikų, susijusių su rūkymu, asmenų skaičius, tenkantis 100 tūkst. gyventojų (asmenų skaičius 100 tūkst. gyventojų)	58,3 (2017 m.)	45,1	33,2	Higienos institutas
Ketvirtasis Programos tikslas – apsaugoti visuomenės sveikatą stiprinant viešąjį saugumą, taikant šiuolaikines ir inovatyvias narkotikų prieinamumo mažinimo priemones.					
15.	15–16 m. mokinių, nurodžiusių, kad jiems lengva arba labai lengva	25 (2015 m.)	20	15	Švietimo, mokslo ir sporto ministerija (ESPAD tyrimas)

Eil. Nr.	Vertinimo kriterijus (matavimo vienetai)	Vertinimo kriterijų reikšmės			
		Būklė (metai)	2023 m.	2028 m.	Atsakinga institucija (duomenų šaltinis)
	įsigyti kanapių / marihuanos / hašišo, dalis (proc.)				
16.	15–16 m. mokinių, bent kartą vartojusių kokį nors nelegalų narkotiką, dalis (proc.)	19,2 (2015 m.)	18	17	Švietimo, mokslo ir sporto ministerija (ESPAD tyrimas)
<p>Penktasis Programos tikslas – užtikrinti pagalbos teikimu grįstas atsako priemones narkotikų vartotojams, plėtojant humanistinę, į asmens sveikatą orientuotą ir įrodymais pagrįstą baudžiamąją politiką.</p>					
17.	Ištirtų nusikaltimų, susijusių su disponavimu narkotinėmis ir psichotropinėmis medžiagomis, turint tikslą jas platinti, dalis, ne mažesnė kaip (proc.)	82 (2016 m.)	86	90	Lietuvos Respublikos vidaus reikalų ministerija (Nusikalstamų veikų žinybinis registras)
<p>Šeštasis Programos tikslas – sumažinti poveikio sveikatai, socialines ir ekonomines narkotikų vartojimo pasekmes asmenims, bendruomenėms ir visuomenei.</p>					
18.	Žemo slenksčio paslaugų aprėptis (nuolatinių žemo slenksčio paslaugų gavėjų ir švirkščiamųjų narkotikų vartotojų skaičiaus santykis atitinkamais metais, ne mažiau kaip x procentų) (proc.)	24 (2016 m.)	40	60	Narkotikų, tabako ir alkoholio kontrolės departamentas, Užkrečiamųjų ligų ir AIDS centras
19.	Laisvės atėmimo vietų įstaigose kalinčių asmenų, vartojančių švirkščiamąsias narkotines ar psichotropines medžiagas, dalis (proc.)	16,9 (2017 m.)	14	9	Narkotikų, tabako ir alkoholio kontrolės departamentas, Kalėjimų departamentas (Narkotikų vartojimo paplitimo tyrimas laisvės atėmimo vietų įstaigose)
20.	Naujų ŽIV atvejų, siejamų su švirkščiamųjų narkotikų vartojimu, skaičius (ne daugiau kaip x atvejų atitinkamais metais)	28,7 (2016 m.)	10	2	Užkrečiamųjų ligų ir AIDS centras, Narkotikų, tabako ir alkoholio kontrolės departamentas

Eil. Nr.	Vertinimo kriterijus (matavimo vienetai)	Vertinimo kriterijų reikšmės			
		Būklė (metai)	2023 m.	2028 m.	Atsakinga institucija (duomenų šaltinis)
	(atvejai 1 mln. gyventojų)				
21.	Mirčių, susijusių su narkotikais, atvejų skaičius (ne daugiau kaip x atvejų 1 mln. gyventojų) (atvejai 1 mln. 15–64 m. gyventojų)	58 (2016 m.)	20	0	Higienos institutas, Narkotikų, tabako ir alkoholio kontrolės departamentas