



**здорові
рішення**
для відкритого суспільства

Забезпечення права на збереження ментального здоров'я і доступу до лікування цивільного населення й ветеранів в умовах війни та повоєнний період

м. Київ
2025

ЗМІСТ

Передмова від авторів

Робоча група з підготовки дослідження

Подяки

Вступ

Методологія та інструменти дослідження

Скорочення, що використовуються

Застереження

РОЗДІЛ I. ЗАПОЗИЧЕННЯ ПЕРЕДОВИХ ТРЕНДІВ, КРАЩИХ ПРАКТИК ЄС ТА ГЛОБАЛЬНИХ ПРАКТИК ДЛЯ ФОРМУВАННЯ СТРАТЕГІЇ РОЗВИТКУ НАРКОПОЛІТИКИ В УКРАЇНІ

1.1. Визначення трендів і кращих практик Європейського Союзу (ЄС), кращих глобальних практик

1.1.1. Тренди наркополітики в базових документах, що створюють правову рамку реформування в межах євроінтеграції України

1.1.2. Основні тренди правоохоронної діяльності країн ЄС у сфері незаконного обігу наркотиків

1.1.3. Тренди у стандартах прав людини та доступу до наркотичних засобів та психотропних речовин

1.2. Ключові напрями реформування української наркополітики, з огляду на тенденції, пріоритети ЄС, а також міжнародну наркополітику

1.2.1. Основні питання реформування українського законодавства та правозастосовних практик у сфері наркополітики

1.2.2. Пріоритетні напрями реформування законодавства та правозастосовної практики з питань обігу наркотиків

Висновки за розділом I

РОЗДІЛ II. АПРОКСИМАЦІЯ (НАБЛИЖЕННЯ) КРИМІНАЛЬНОГО ЗАКОНОДАВСТВА УКРАЇНИ ТА ПОЛІТИКИ ЩОДО ОБІГУ НАРКОТИКІВ ТА ПАР ДО ПРАВА ЄС

2.1. Сучасний контекст змін кримінального законодавства у сфері наркополітики: стан і напрямки розвитку

2.2. Міжнародний досвід декриміналізації зберігання наркотичних засобів для власного споживання

2.3. Аналіз статистичних показників застосування статті 44 КУпАП і статті 309 КК України

2.3.1. Аналіз статистичних показників притягнення осіб до адміністративної відповідальності на статтю 44 КУпАП «Незаконні вироблення, придбання, зберігання, перевезення, пересилання наркотичних засобів або психотропних речовин без мети збуту в невеликих розмірах»

2.3.2. Аналіз статистичних показників про кримінальні правопорушення за статтю 309 ККУ та їх співвідношення з іншими злочинами у сфері незаконного обігу наркотичних речовин і прекурсорів (статті 305-320 КК)

2.3.3. Аналіз судової статистики щодо результатів розгляду кримінальних справ та призначення покарань за злочини у сфері незаконного обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів (стаття 309 ККУ)

2.4. Зміна підходів у діяльності правоохоронних органів і органів кримінальної юстиції у сфері протидії незаконному обігу наркотиків

Висновки за розділом II

РОЗДІЛ III. АНАЛІЗ ПРАВОВИХ БАР'ЄРІВ В ДОСТУПІ ДО ЛІКУВАННЯ ЛІКАРСЬКИМИ ЗАСОБАМИ, ЯКІ МІСТЯТЬ НАРКОТИЧНІ ТА ПСИХОТРОПНІ РЕЧОВИНИ

3.1. Нормативно-правова база надання послуг з лікування розладів психіки та поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин та алкоголю

3.1.1. Нормативно-правові акти, які регулюють надання послуг з діагностики та лікування розладів пов'язаних з вживанням психоактивних речовин та алкоголю

3.1.2. Стандартизація послуг щодо діагностики та лікування розладів психіки та поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин та алкоголю

3.2. Надавачі послуг діагностики та лікування розладів психіки та поведінки внаслідок вживання ПАР та алкоголю

3.2.1. Мережа провайдерів послуг

3.2.2. Надавачі послуг та нормативне регулювання вимог до надавачів, контроль якості

3.3. Фінансування послуг

3.4. Особливості надання послуг з діагностики та лікування розладів пов'язаних з вживанням алкоголю та ПАР серед військових

3.5. Обіг контрольованих речовин в Україні та впровадження новітніх лікарських засобів (інноваційних методів) лікування психічних розладів, розладів психіки та поведінки внаслідок вживання ПАР та алкоголю

3.5.1. Обіг контрольованих речовин в Україні: поточний стан та проблеми

3.5.2. Впровадження новітніх лікарських засобів (інноваційних методів) лікування психічних розладів, розладів психіки та поведінки внаслідок вживання ПАР та алкоголю

Висновки за розділом III

РОЗДІЛ IV. УДОСКОНАЛЕННЯ ДІЯЛЬНОСТІ І МІЖВІДОМЧОЇ КООРДИНАЦІЇ ПРАВООХОРОННИХ ОРГАНІВ, ОРГАНІВ КРИМІНАЛЬНОГО ПРАВОСУДДЯ ТА СИСТЕМАМИ МЕДИЧНОЇ ТА СОЦІАЛЬНОЇ ДОПОМОГИ ЛЮДЯМ, ЯКІ ВЖИВАЮТЬ НАРКОТИКИ

4.1. Національні механізми регулювання міжвідомчої та міжсекторальної взаємодії за напрямом наркополітики

4.1.1 Перелік суб'єктів наркополітики та розподіл функцій та повноважень між ними

4.1.2. Нормативне регулювання взаємодії суб'єктів наркополітики між собою та її узгодженість з статутною діяльністю. Механізми реалізації взаємодії

4.2. Міжсекторальна взаємодія за напрямом обміну інформацією, система національних даних для прийняття рішень

4.2.1. Міжнародні зобов'язання щодо національного звітування, збору та аналізу даних

4.2.2. Національна система моніторингу ситуації пов'язаної з алкоголем та наркотиками

4.2.3. Роль суб'єктів та розподіл функцій між ними у частині збору, аналізу, обміну даними для моніторингу ситуації пов'язаної з наркотиками. Використання даних для прийняття рішень: механізми та їх реалізація

4.3. Роль громадських організації та цивільного сектору у прийнятті рішень щодо політик у сфері

Висновки за розділом IV

ПІДСУМКИ ТА ПРОПОЗИЦІЇ ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ ДОСЛІДЖЕННЯ

ДОДАТКИ

ПОСИЛАННЯ

Передмова від авторів

В Україні, яка перебуває в умовах повномасштабної війни, право на здоров'я набуло нового, екзистенційного змісту. Це не лише питання доступу до медичних послуг — це питання гідності, безпеки, справедливості й довіри до держави. У такі часи особливо гостро постає потреба в перевизначені політик, які мають прямий вплив на життя сотень тисяч людей — зокрема, політики щодо обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і доступу до лікування. Війна створила безпрецедентні виклики для ментального здоров'я як цивільного населення, так і великої когорти військових та ветеранів. Досвід тривалого перебування в умовах жорстоких бойових дій, втрат, фізичних і психологічних травм залишив глибокий слід. Частина цих людей стикається з ризиками розвитку залежності, ПТСР, тривожних розладів і часто не має доступу до належної допомоги. Це вимагає від нас перегляду самої сутності наркополітики — не як інструменту репресій, а як частини системи суспільного відновлення, що заснована на повазі до прав людини. Наша команда вже багато років послідовно працює над тим, щоб українська наркополітика стала справді збалансованою: щоб у ній були належним чином враховані цілі громадського здоров'я, безпеки та прав людини. В попередній Стратегії щодо наркотиків в Україні вперше було визнано, що наркотичні та психотропні речовини можуть мати не лише потенціал шкоди, а й легальне місце в медицині, науці, паліативній допомозі. Це не просто зміна риторики — це зміна філософії, де в центрі політики стоїть людина, а не каральна логіка. Цей звіт є результатом глибокого міждисциплінарного аналізу. Він охоплює широкий спектр тем: від гармонізації українського законодавства з *acquis* ЄС до оцінки судової та правоохоронної практики, ефективності надання допомоги людям, які вживають психоактивні речовини — зокрема військовим, ветеранам, ув'язненим — до бар'єрів у доступі до лікарських засобів. Окремий розділ присвячено питанням міжвідомчої взаємодії, збору даних і ролі громадського сектору у формуванні ефективної, людиноцентричної наркополітики. Особливе місце в дослідженні посідають євроінтеграційні зобов'язання України. Після набуття статусу кандидата на вступ до ЄС у 2022 році, Україна має привести свою наркополітику у відповідність до *acquis communautaire* — передусім Глав 23 і 24, що стосуються верховенства права, прав людини та внутрішніх справ. Європейська стратегія з наркотиків 2021–2025 років і План дій до неї визначають чіткі орієнтири: пропорційність у правозастосуванні, декриміналізацію дрібних правопорушень, розвиток сервісів зниження шкоди, участь громадянського суспільства у формуванні політик. Ідеться не лише про законодавчу відповідність — ідеться про трансформацію підходів. Звіт містить не лише глибоку аналітику, а й конкретні висновки та практичні рекомендації, розроблені для профільних ЦОВВ — Міністерства охорони здоров'я, МВС, Мінсоцполітики, Мін'юсту, Верховної Ради, профільних комітетів. Ці рекомендації враховують як європейські стандарти, так і реальні обставини, в яких функціонує держава під час війни. Підсумовуючи, варто зазначити, що ефективна наркополітика — це політика, в якій держава не боїться довіряти людині, а людина — може розраховувати на державу та забезпечення медико-соціальної підтримки. Це політика, що ґрунтується на правах людини, науці й повазі до людської гідності. Саме такий підхід дозволить Україні не лише наблизитися до членства в ЄС, а й вибудувати стійке, справедливе та людяне суспільство.

Вікторія Тимошевська, лікарка, виконавча директорка «БФ Здорові рішення для відкритого суспільства»



Це дослідження створено за підтримки Міжнародного фонду «Відродження».
Зміст дослідження не обов'язково відображає погляди Міжнародного фонду «Відродження».

У разі використання наведених нижче матеріалів посилання на першоджерело обов'язкове.

Робоча група з підготовки дослідження

Вікторія Тимошевська, лікарка, виконавча директорка та співзасновниця Благодійної організації «Благодійний фонд «Здорові рішення для відкритого суспільства», експертка з комунікації та роботи з органами державної влади в рамках проекту

Тетяна Гавриш, к.ю.н., адвокатка, співзасновниця та директорка зі стратегічного розвитку Благодійної організації «Благодійний фонд «Здорові рішення для відкритого суспільства», керівник Харківської експертної групи підтримки медреформи, керуюча партнерка юридичної фірми «ILF», співавторка посібника «Людяність та емпатія в охороні здоров'я», експертка з комунікації та роботи з органами державної влади в рамках проекту

Олексій Харитонов, к.ю.н., адвокат, експерт у галузі медичного права, консультант Благодійної організації «Благодійний фонд «Здорові рішення для відкритого суспільства», співавтор посібника «Людяність та емпатія в охороні здоров'я», керівник проекту

Марина Кахнова, адвокатка, експертка у галузі медичного права, консультантка Благодійної організації «Благодійний фонд «Здорові рішення для відкритого суспільства», співавторка посібника «Людяність та емпатія в охороні здоров'я», аналітикиня проекту

Олена Кучерук, виконавчий секретар Комісії Східної та Центральної Європи та Центральної Азії з політики щодо наркотиків (ECEACD)

Ірина Іванчук, начальник відділу управління та протидії опіоїдній залежності та вірусним гепатитам ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України», аналітикиня проекту

Наталія Дацюк, доцент кафедри організації та економіки фармації НМУ ім. О.О. Богомольця, кандидат фармацевтичних наук, аналітикиня проекту

Юлія Данишевська, к.ю.н., аналітикиня проекту

Вікторія Назаренко, аналітикиня проекту

Зураб Аласанія, журналіст, голова наглядової ради Благодійної організації «Благодійний фонд «Здорові рішення для відкритого суспільства», медіаексперт, ексочільник Суспільного мовника, стратегічний радник з комунікацій у рамках проекту

Вікторія Мілютіна — директорка Північного департаменту Національної служби здоров'я України

Подяки

Благодійна організація «Благодійний фонд «Здорові рішення для відкритого суспільства» висловлює щиру вдячність нашим партнерам та глибоку повагу іноземним експертам за фахові консультації, всебічне сприяння та допомогу, завдяки чому дане дослідження стало можливим:

БО «Благодійний фонд «Харків з тобою» – благодійна організація, що створена членами волонтерської групи для реалізації гуманітарних та освітніх проєктів

Український католицький університет – один з провідних закладів вищої освіти в Україні та єдиний католицький неприбутковий університет у Східній Європі

Державна установа «**Центр громадського здоров'я** Міністерства охорони здоров'я України» (ЦГЗ) — санітарно-профілактичний заклад охорони здоров'я, головними завданнями якого є діяльність у галузі громадського здоров'я

Міжнародний благодійний фонд «**Альянс громадського здоров'я**» – провідна недержавна професійна організація, яка здійснює істотний вплив на епідемію ВІЛ/СНІДу, туберкульозу, вірусних гепатитів та інші соціально небезпечних захворювань в Україні шляхом надання фінансової й технічної підтримки відповідних програм

Вступ

Після отримання Україною статусу кандидата на вступ до ЄС у 2022 році, перед державою постало завдання приведення національного законодавства у відповідність до норм та практик, прийнятих у країнах-членах ЄС. Однією з важливих сфер гармонізації стало правове регулювання обігу наркотичних речовин, де підходи, що поєднують ефективне правозастосування з орієнтацією на громадське здоров'я, є критично важливими. Наркополітика, заснована на дотриманні прав людини та підходах зниження шкоди, займає центральне місце в стратегічних цілях ЄС щодо боротьби з наркотиками. Ці принципи повинні стати основою для реформ в Україні, забезпечуючи баланс між безпекою суспільства та захистом індивідуальних прав і свобод.

Одним із ключових завдань, яке ставить перед собою це дослідження, є аналіз чинного законодавства України у сфері обігу наркотиків у порівнянні з європейськими стандартами. Особливий акцент робиться на необхідності декриміналізації дрібних правопорушень, пов'язаних зі зберіганням наркотиків для особистого використання, та впровадженні альтернативних санкцій, спрямованих на реабілітацію та соціальну інтеграцію. Такий підхід відповідає основним напрямам Стратегії ЄС з наркотиків на 2021–2025 роки, яка передбачає зменшення криміналізації наркозалежних осіб та впровадження програм зниження шкоди, таких як обмін шприців, замісна терапія, соціальна підтримка та реабілітація.

Мета цього дослідження полягає у формуванні стратегічних рекомендацій для реформування української наркополітики відповідно до європейських стандартів та потреб суспільства. Запропоновані підходи спрямовані на створення правової основи для зниження шкоди, посилення захисту прав людини, удосконалення правозастосовчої практики та забезпечення доступності медичних послуг для всіх груп населення.

Наше дослідження складається з чотирьох розділів. Перший розділ присвячений аналізу ключових європейських документів та документів глобальних міжнародних організацій задля виявлення пріоритетів гармонізації українського законодавства з Європейським Союзом та закладення фундаменту для довгострокових змін у сфері наркополітики.

У другому розділі містяться конкретні рекомендації щодо наближення кримінального законодавства України та політики щодо обігу наркотиків та ПАР до права ЄС в контексті євроінтеграційних процесів. Висновки про необхідність змін у кримінальному законодавстві, а також перехід від «карального» до медико-соціального підходу ґрунтуються, в тому числі на аналізі офіційних статистичних даних і досвіді іноземних країн, таких як Чехія, Австрія та ін. Ці дані наочно демонструють неефективність застосовуваних санкцій щодо залежних людей у процесі притягнення їх до кримінальної або адміністративної відповідальності.

У третьому розділі описано основні, на думку авторів, бар'єри та перешкоди до впровадження в Україні якісних, доказових послуг особам, які страждають від вживання психоактивних речовин (особлива увага акцентується на залежних військових, частка яких у зв'язку із повномасштабною війною зростає). Значною мірою аналіз зосереджується на питанні доступу до контрольованих лікарських засобів, особливо для лікування болю та психічних розладів. Європейські стандарти підкреслюють важливість забезпечення доступності таких засобів у медичних цілях, водночас посилюючи контроль над їх не-

законним обігом. В умовах війни та післявоєнного періоду цей аспект стає особливо актуальним для України, оскільки забезпечення громадян (в тому числі військових та ветеранів), належною медичною допомогою є одним із пріоритетів державної політики.

Четвертий розділ присвячений удосконаленню механізмів міжвідомчої взаємодії у сфері наркополітики. Досвід країн ЄС демонструє, що ефективна боротьба з незаконним обігом наркотиків потребує тісної співпраці між правоохоронними органами, судовою системою, органами охорони здоров'я та соціального захисту. Важливу роль також відіграють громадські організації, які забезпечують впровадження програм зниження шкоди та підтримують постраждалих від наркозалежності.

Наприкінці звіту подано загальні висновки за результатами дослідження, які власне є дорожньою картою для побудови людиноцентричної наркополітики в Україні.

Методологія та інструменти дослідження

Емпірична частина дослідження ґрунтується на **описовому методі**, оскільки ми прагнули дати уявлення про поточну ситуацію в сфері української наркополітики (в тому числі ситуацію з обігом наркотичних речовин та наркозлочинами, наданням послуг залежним людям, а особливо військовим та ветеранам тощо). Ми ставили собі за мету послідовно проаналізувати як українське законодавство в цій сфері, так і використовувати доступні нам офіційні джерела інформації (до прикладу, судову статистику, статистику Офісу Генерального прокурора, інформацію Центру громадського здоров'я щодо наркотичної ситуації в Україні та ін.) з метою формування висновків про наявні недоліки в українській наркополітиці та необхідні зміни. Значна частина нашого дослідження ґрунтується на методі порівняльного аналізу, оскільки, ми аналізували українське законодавство щодо обігу наркотичних речовин у порівнянні із трендами, найкращими практиками та в цілому досвідом країн Європейського Союзу (ЄС) в сфері наркополітики з метою формування висновків щодо можливих напрямів реформ в Україні, враховуючи реалії воєнного/по-воєнного часу.

Зрештою ми провели базовий аналіз наявних можливостей та механізмів реформування наркополітики в рамках процесу інтеграції до ЄС та **розробили дорожню карту (покрокові рекомендації)** проведення реформи наркополітики. Реалізувати цю дорожню карту (рекомендації) можна після детального та глибокого опрацювання й обговорення з ключовими стейкхолдерами: представниками органів державної влади, громадянського суспільства, ветеранами та ветеранками, міжнародними експертами тощо.

У процесі роботи ми використовували такі інструменти:

- **Консультації з міжнародними експертами й експертками** (фокусні країни — США, Великобританія, Норвегія). Міжнародні експерти залучались передусім з метою надання методологічної підтримки в рамках проєкту, а саме обміну міжнародним досвідом – тобто вони допомагали зрозуміти як на практиці впроваджувати найкращі світові практики у сфері наркополітики (з урахуванням українських реалій), допомагали виробити підходи та рекомендації до наближення кримінального законодавства до країн ЄС в контексті євроінтеграційних процесів.
- **Консультації з представниками правоохоронних органів (передусім поліції та прокуратури) та органів судової влади.** Правоохоронці та судді, які залучались для консультацій допомогли отримати реальне бачення ситуації у сфері української наркополітики, оскільки вони безпосередньо працюють із правопорушеннями, пов'язаними з наркотиками, тому можуть надати реальні дані щодо ефективності чинного законодавства, нюансів правозастосовчої практики в цій сфері та ін. Вони допомогли виявити проблемні питання в чинній системі та зрозуміти, які положення законодавства не працюють (наприклад, норми щодо пробаційного нагляду).

- **Соціологічне опитування щодо наркозалежності в силах оборони України¹.** Зокрема, в рамках цього опитування було проведено глибинні експертні інтерв'ю (з експертами з трьох напрямків діяльності: лікарі спеціалізованої медичної практики цивільних медичних закладів та військових шпиталів, бойові медики, психологи, у тому числі військові психологи). Мета дослідження – проаналізувати систему надання послуг військовим та ветеранам та ветеранкам, які мають залежність від ПАР. Опитування проводилось з дотриманням усіх правил конфіденційності, захисту персональних даних, а також виключно за наявності добровільної згоди на участь в опитуванні. Опитування проводилось в період: листопад 2024 р. - лютий 2025 р. Збір даних дослідження відбувався у період з 25 листопада 2024 року по 20 січня 2025 року.

¹ Опитування було проведено на замовлення Благодійної організації «Благодійний фонд «Здорові рішення для відкритого суспільства». Дослідження доступно [онлайн](#)

Скорочення, що використовуються

АТО	Антитерористична операція на сході України
ВГ	Військовий госпіталь
ВМГ	Військово-мобільний госпіталь
ВМКЛРЦ	Військово-медичний клінічний лікувально-реабілітаційний центр
ВМКЦ	Військово-медичний клінічний центр
ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров'я
ЗОЗ	заклад охорони здоров'я
ЄС	Європейський Союз
ЄСПЛ	Європейський суд з прав людини
КЕСКП	Комітет з економічних, соціальних та культурних прав
ККУ (КК України)	Кримінальний кодекс України
КМУ	Кабінет Міністрів України
КУпАП	Кодекс України про адміністративні правопорушення
МКХ	Міжнародна класифікація хвороб
МП	Медичний пункт батальйону
МР	Медична рота бригади
МТД	Медико-технологічний документ
ОЗТ (ЗПТ)	опіоїдна замісна терапія (замісна підтримувальна терапія)
ООН	Організація Об'єднаних Націй
ПАР	Психоактивні речовини
ЦГЗ МОЗ	Державна установа «Центр громадського здоров'я МОЗ України»
УВКПЛ	Управління Верховного комісара ООН з прав людини
ARQ	Annual Report Questionnaire / Опитувальник до щорічного звіту
DRID	Drug-related infectious diseases (Інфекційні захворювання, пов'язані з вживанням наркотиків)
IDS	Individual Drug Seizures / Індивідуальні вилучення наркотиків
ESPAD	European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (Європейське опитування учнівської молоді щодо вживання алкоголю та наркотиків)

EUDA	European Union Drugs Agency (Європейське агентство з наркотиків)
EMCDDA	European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (Європейський центр моніторингу наркотиків та наркозалежності)
GLOTIP	Questionnaire for the Global Report on Trafficking in Persons
PDU	Problem Drug Use (Проблемне вживання наркотиків)
TDI	Treatment Demand Indicator (Індикатор попиту на лікування)
TFEU	Договір про функціонування Європейського Союзу
ST	Набір стандартних індикаторів, наприклад: ST1, ST6, ST12
ST1	General Population Surveys (Популяційні дослідження)
ST6	Drug-induced deaths (Смертність, пов'язана з наркотиками)
ST12	Drug use among prisoners (Вживання наркотиків серед ув'язнених)
UN-CTS	United Nations Survey on Crime Trends and the Operations of Criminal Justice Systems
UN-IAFQ	United Nations Illicit Arms Flows Questionnaire
UNAIDS (укр. ЮНЕЙДС)	Об'єднана програма Організації Об'єднаних Націй по ВІЛ/СНІД

Застереження

1. Рекомендації, надані за результатами проведення даного дослідження, відображають позицію авторів дослідження. Вона може відрізнятися від позиції представників органів державної влади та місцевого самоврядування або представників непублічного сектора (бізнесу, громадських організацій та ін.).
2. Надаючи пропозиції та розробляючи дорожню карту змін в наркополітиці, ми припускаємо, що запропоновані нами зміни можуть відбуватись в умовах обмеженості ресурсів (фінансових, людських та ін.), а також можливого продовження бойових дій (або перерви та початку нової фази війни).
3. Наше дослідження має верхньорівневий характер, тобто ми робимо загальний аналіз напрямків гармонізації законодавства у сфері наркополітики, однак не заглиблюємось в детальний розгляд чи розробку пропозицій змін стосовно програм зменшення шкоди від вживання наркотичних засобів, заходів зниження попиту від наркотиків та боротьби з наркотрафіком (аналіз та пропозиції змін у вищевказаних сферах потребують проведення окремого дослідження).
4. При підготовці цього дослідження ми використовували доступну нам офіційну інформацію з відкритих джерел, зокрема судову статистику, статистику Офісу Генерального прокурора, інформацію Центру громадського здоров'я тощо.
5. Ми свідомі того, що впровадження змін в українській наркополітиці, яка б ґрунтувалась на людиноцентричних засадах, неможливо (або принаймні ускладнено) без єдиної Стратегії наркополітики. Така політика має ґрунтуватися на медико-соціальному підході, спрямованому не на «покарання» залежних споживачів, а на зниження попиту та шкоди від наркотиків, боротьбу з організованим наркотрафіком. Окрім того, така стратегія (у контексті євроінтеграційних процесів) має відповідати законодавству європейських країн (насамперед мова йде про *acquis communautaire* ЄС у сфері наркополітики: Угода про асоціацію України з ЄС, Стратегія ЄС з наркотиків на 2021–2025 роки та План до неї, а також підходам, закладеним в документах глобальних міжнародних організацій (ООН).
6. Ми виходимо з того, що на момент проведення дослідження відсутня затверджена національна стратегія розвитку наркополітики в Україні та операційних план дій на виконання такої стратегії. Попередня стратегія у сфері наркополітики, яка діяла у 2013–2020 роках, не була повноцінно реалізована. Проєкт Стратегії розвитку наркополітики до 2030 року та операційний план до неї не є логічним продовженням попередньої стратегії та містить низку недоліків (про що ми зазначали в даному дослідженні). Стратегія розвитку наркополітики до 2030 року перебуває на доопрацюванні більше чотирьох років та до сьогодні так і не затверджена. У контексті євроінтеграційних процесів, а головне в контексті повномасштабного вторгнення росії на територію України (коли нагальними є питання лікування болю та психічних розладів), існування та впровадження такого документа, на нашу думку, сприяло б досягненню стратегічних завдань, які держава визначає як пріоритетні і покращила б координацію діяльності між головними учасниками цієї сфери (державними органами, правоохоронними органами, громадським сектором тощо), а отже зробило б таку політику дійсно ефективною.

7. Пропозиції змін в політиці неможливі без урахування політичних, соціально-економічних і демографічних чинників. Тож у нашому дослідженні йдеться про застосування міжнародних практик, підходів і принципів з урахуванням сучасного українського контексту та викликів довготривалої війни й повоєнного відновлення.
8. Наші рекомендації базуються на положеннях чинного українського й міжнародного законодавства та найкращих практиках їх застосування на момент підготовки дослідження.
9. Проблеми, що існують в сучасній наркополітиці викладено, в тому числі з урахуванням консультацій з представниками правоохоронних органів та судової влади, а також соціологічного опитування щодо наркозалежності в силах оборони України.
10. В нашому дослідженні ми розглядаємо поняття «зниження попиту від наркотиків» як спрямування діяльності всіх суб'єктів наркополітики на зниження незаконного попиту на наркотики, що включає профілактику, подолання стигматизації, лікування та реабілітацію осіб, які страждають від вживання ПАР, що є визначальним чинником переорієнтації наркополітики з кримінально-карного ухилу на медико-соціальний підхід.
11. Під «зменшенням шкоди від вживання ПАР» ми маємо на увазі науково обґрунтовані політики й програми дій, спрямовані на мінімізацію негативних наслідків, спричинених вживанням не за медичним призначенням наркотиків, як для окремих осіб, груп, прошарків, так і для суспільства в цілому (наприклад, програми обміну шприців, замісна підтримувальна терапія, організація кімнат для безпечного вживання тощо).
12. Під «наркозлочинами» в цьому дослідженні ми розуміємо найбільш поширені злочини у сфері незаконного обігу наркотичних речовин і прекурсорів (статті 305-320 Кримінального кодексу України).
13. Поняття «психоактивна речовина» в даному дослідженні вживається згідно з термінологією Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ). Зокрема, ВООЗ розуміє під цим поняттям такі речовини, які при прийомі або введенні в організм людини впливають на психічні процеси, наприклад, на когнітивну або афективну сфери. Тобто вони більшою чи меншою мірою впливають на мозок і психіку людини, її здатність тверезо мислити та відповідально діяти. До психоактивних речовин належать, в тому числі наркотичні засоби.
14. Інші поняття вживаються у значенні, наведеному у ЗУ «Про наркотичні засоби, психотропні речовини і прекурсори» та інших чинних нормативних актах України.

РОЗДІЛ І

ЗАПОЗИЧЕННЯ ПЕРЕДОВИХ ТРЕНДІВ, КРАЩИХ ПРАКТИК ЄС ТА ГЛОБАЛЬНИХ ПРАКТИК ДЛЯ ФОРМУВАННЯ СТРАТЕГІЇ РОЗВИТКУ НАРКОПОЛІТИКИ В УКРАЇНІ

1.1. Визначення трендів і кращих практик Європейського Союзу (ЄС) та кращих глобальних практик

У червні 2022 року Європейська рада надала Україні статус кандидата за умови виконання вимог, зазначених у висновку Комісії щодо заявки на членство. У грудні 2023 року лідери ЄС вирішили розпочати переговори про вступ України до ЄС за рекомендацією Європейської комісії.

Для приєднання до ЄС Україна має відповідати низці критеріїв, відомих як «Копенгагенські критерії»². Серед них – стабільність інститутів, які гарантують демократію, верховенство права, права людини та захист меншин. Однак незбалансований підхід до законів і політики щодо наркотиків, який надмірно акцентує на правоохоронних заходах, а не на питаннях громадського здоров'я, є серйозною загрозою для розвитку цих інститутів.

Реформа застарілих законів та політики щодо наркотиків є важливим кроком на шляху до виконання Копенгагенських критеріїв та гармонізації українського законодавства з європейськими стандартами. Такі реформи можуть суттєво покращити стабільність демократичних інституцій, верховенство права, захист прав людини та добробут суспільства. Це особливо важливо в умовах війни та післявоєнний період, коли доступ до лікування та збереження ментального здоров'я стають критично значущими для цивільного населення та ветеранів.

Ми проаналізували ключові документи (наведені нижче) з метою виявлення основних трендів та напрямів розвитку країн ЄС та інших держав світу у сфері наркополітики та оцінки того, чи відповідає Україна даним тенденціям. Аналіз здійснювався за наступним принципом: спочатку нами було визначено тренди та кращі практики Європейського Союзу (ЄС) та кращі глобальні практики в сфері наркополітики. А потім виявлені тренди та виявлені практики накладались на основи наркополітики, що наразі діють в Україні. За підсумками порівняльного аналізу, ми зробили висновки щодо можливих напрямів реформ наркополітики, з урахуванням прагнень України до євроінтеграції та реалій воєнного/повоєнного часу.

Важливо враховувати, що ані документи ЄС, ані документи ООН не є чітким набором вимог чи інструкцій. Натомість вони задають напрямки (тренди), які проявляються у національних законодавствах та правозастосовних практиках країн ЄС та інших країн світу.

² Критерії приєднання (Копенгагенські критерії). EUR-lex. Доступно онлайн: <https://eur-lex.europa.eu/EN/legal-content/glossary/accession-criteria-copenhagen-criteria.html>

Саме тому критично важливо виявити ці тренди та визначити, які законодавчі та правозастосовні реформи необхідні Україні для того, щоб увійти до цих трендів та відповідати передовим стандартам.

Для виявлення трендів ми проаналізували наступні документи (нижче наведено короткий огляд кожного документа):

- **Угода про асоціацію України з ЄС³**
- **Стратегія ЄС щодо боротьби з наркотиками⁴**

Ці документи створюють універсальну рамкову основу для оцінки та спрямування реформ в Україні. Вони забезпечують узгодженість та єдність підходів як у сфері правоохоронної діяльності, так і в галузі прав людини та охорони здоров'я, що є особливо важливим для євроінтеграції України.

Після документів, що задають основу аналізу, потрібно звернути увагу ще на два типи взаємопов'язаних документів:

1. Документи щодо правоохоронної діяльності

Статті 83 Договору про функціонування Європейського Союзу (TFEU) та Рамкове рішення Ради Європи 2004/757/JHA . Ці документи спрямовані на встановлення мінімальних стандартів для боротьби зі злочинами, пов'язаними з наркотиками. Вони охоплюють питання координації роботи правоохоронних органів, визначення злочинів та санкцій, а також запобігання незаконному обігу наркотичних засобів та психотропних речовин.

2. Документи, що стосуються стандартів у галузі прав людини та доступу до наркотичних засобів та психотропних речовин для наукової, медичної та інших законних видів діяльності

Ці документи встановлюють баланс між правозастосовними заходами та захистом прав людини, забезпечуючи доступ до необхідних лікарських засобів у законній діяльності. Аналіз документів ґрунтуватиметься на Стратегії ЄС щодо боротьби з наркотиками на 2021–2025 роки, Міжнародних керівних принципах з прав людини та наркополітики, а також Загальної позиції системи ООН 2018 року.

³ Угода про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії і їхніми державами-членами, з іншої сторони. Доступно [онлайн](#)

⁴ Стратегія Європейського Союзу щодо наркотиків на 2021–2025 роки. Доступно [онлайн](#)

⁵ Договір про функціонування Європейського Союзу. Доступно [онлайн](#)

⁶ Рамкове рішення Ради 2004/757/JHA. Доступно [онлайн](#)

1.1.1. Тренди наркополітики в базових документах, що створюють правову рамку реформування в межах євроінтеграції України

Угода про асоціацію між Україною та Європейським Союзом

Цей документ задає рамку для реформ в Україні в контексті її євроінтеграції. Угода передбачає гармонізацію законодавства України з нормативною базою ЄС (*acquis communautaire*) та охоплює такі галузі, як права людини, верховенство права, охорона здоров'я та боротьба зі злочинністю. Питання наркополітики безпосередньо пов'язані із зобов'язаннями України щодо забезпечення прав людини та гармонізації законодавства. Зокрема, стаття 3 згадує боротьбу з транснаціональною організованою злочинністю та тероризмом, яка охоплює питання контролю за обігом наркотиків. Цей підхід пов'язаний із міжнародними стандартами, спрямованими на скорочення шкоди від наркотиків та на захист громадського здоров'я. Стаття 21, 22, 426 Угоди торкаються питань співробітництва у боротьбі з незаконним обігом наркотиків, профілактики та лікування залежності від наркотиків. Угода вказує на те, що співробітництво має ґрунтуватися на міжнародних конвенціях та документах, включаючи документи ООН. Вказується на необхідність сторін приміряти збалансований та інтегрований підхід до розв'язання проблем, пов'язаних із наркотиками.

Інші положення угоди наголошують на важливості сталого розвитку, доброго управління та дотримання прав людини, що передбачає зобов'язання України щодо впровадження правозахисного підходу до наркополітики та реформ, спрямованих на зниження репресій щодо наркозалежних осіб.

План України⁷

Цей документ, представлений 20 березня 2024 року, є комплексною стратегією реформ та інвестицій, розробленою у тісній співпраці з Європейським Союзом для сприяння інтеграції України до ЄС. У плані передбачено 69 реформ та 10 основних напрямів інвестицій, що охоплюють 15 секторів та визначальних 146 кроків, включаючи якісні та кількісні показники. Ця структурована програма спрямована на реформування судової системи, впровадження заходів щодо боротьби з корупцією та вдосконалення державного управління – ключових умов для створення стандартів управління, що відповідають нормам ЄС.

Основні напрями Плану включають реформи в таких секторах, як енергетика, сільське господарство та цифрова трансформація, з акцентом на стале зростання та зміцнення економічної стабільності через модернізацію економіки. План також включає заходи щодо покращення управління та макроекономічної стабільності, а також підтримки вразливих груп населення та дотримання принципу інклюзивності «ніхто не залишений поза увагою». Стратегія тісно пов'язана з вимогами та нормами законодавства ЄС, приділяючи особливу увагу макроекономічній стабільності, фінансовій прозорості та створенню умов для приватних інвестицій, що має критичне значення для інтеграції України до ЄС.

План України 2024 року безпосередньо не торкається питань реформи наркополітики. Однак, своєчасна реформа в цій галузі може суттєво сприяти виконанню низки ключових положень Плану, включаючи заходи щодо боротьби з корупцією, реформування

⁷ Робочий документ апарату комісії. Супроводжуючий документ Пропозиція щодо імплементаційного рішення Ради про затвердження оцінки плану України. Брюссель, 15.04.2024. SWD(2024) 93 фінал

судової системи та створення ефективної системи державного управління. Ці цілі особливо актуальні для сфери контролю за обігом наркотиків, де потрібне прозоре регулювання, дотримання прав людини та підвищення довіри до правозастосовних органів.

Активно проведені збалансовані реформи у сфері наркополітики можуть значно прискорити процес євроінтеграції України, оскільки вони дадуть позитивний ефект у кількох ключових секторах:

- **Зниження рівня корупції:** Реформи, спрямовані на декриміналізацію та регулювання, можуть знизити фінансові стимули для корупції у правоохоронних органах та судовій системі, сприяючи прозорості та зміцнюючи демократичні інститути.
- **Зміцнення верховенства права:** Більш раціональні та пропорційні закони у сфері наркополітики сприяють справедливості та рівності перед законом, підвищуючи довіру громадян до правової системи.
- **Захист прав людини:** Реформи, спрямовані на зниження шкоди та дотримання прав людини, допоможуть уникнути порушень, таких як переповненість в'язниць, довільні арешти та обмеження індивідуальних свобод, що відповідає принципам демократії.
- **Раціональний розподіл ресурсів:** Перенаправлення ресурсів від репресивних заходів до громадського здоров'я та соціальних послуг підвищить загальну ефективність управління та задоволення потреб громадян.
- **Зростання суспільної довіри та залучення:** Реформи, засновані на наукових даних та орієнтовані на громадське здоров'я, швидше за все, отримають підтримку громадськості та підвищать залучення до демократичних процесів.

Реформа законодавства та наркополітики в Україні мають потенціал прискорити прогрес у галузі стійких демократичних інституцій, верховенства права та захисту прав людини, що своєю чергою призведе до швидшої та успішної інтеграції України до Європейського Союзу.

Аналітичний звіт Комісії щодо узгодження України з Acquis ЄС⁸

Цей аналітичний звіт Комісії про відповідність України законодавству ЄС (acquis communautaire) є всебічною оцінкою прогресу України у приведенні її законодавства та політики у відповідність до норм Європейського Союзу. Звіт оцінює готовність України до членства у ЄС, розглядаючи відповідність стандартам ЄС у різних секторах.

Основні компоненти звіту:

1. **Політичні критерії:** Оцінка демократичних інститутів України, верховенства права, прав людини та захисту меншин.
2. **Економічні критерії:** Аналіз функціонування ринкової економіки України та її здатності витримувати конкурентний тиск у ЄС.
3. **Здатність виконувати зобов'язання членства:** Аналіз відповідності України acquis у 33 розділах, включаючи такі галузі, як внутрішній ринок, сільське господарство, довкілля та правосуддя.

⁸ Аналітичний звіт Комісії щодо узгодження України з acquis ЄС. Доступно [онлайн](#)

4. **Адміністративний та судовий потенціал:** Оцінка інституційних рамок України для ефективного впровадження та дотримання законодавства ЄС.

Окремо в досить стислому вигляді згадується співпраця у сфері боротьби з наркотиками та узгодження правової бази України з цього питання із законодавством ЄС. Зокрема, в аналітичному звіті звертається увага на те, що термін дії останньої національної стратегії щодо наркотиків закінчився у 2020 році і Україна досі не ухвалила нову. Крім того, в аналітичному звіті наголошується на відсутності в Україні системи раннього попередження щодо психоактивних речовин.

Звіт про прогрес України за 2023 рік⁹

Цей документ був опублікований 8 листопада 2023 року Європейською комісією та містить оновлену оцінку прогресу України у виконанні критеріїв членства в ЄС, а також рекомендації щодо подальших реформ.

Документ надає всебічну оцінку готовності України до інтеграції до стандартів ЄС, виділяючи ключові галузі для реформ, особливо у питаннях верховенства права, боротьби з корупцією та реформи держуправління. У контексті реформ наркополітики документ вказує на такі пріоритетні напрямки:

1. **Верховенство права та судова реформа.** Документ наголошує на важливості підвищення прозорості, ефективності та надійності судової системи. Реформи в галузі наркополітики повинні підтримувати ці цілі, забезпечуючи справедливий та прозорий розгляд справ, пов'язаних зі злочинами у сфері наркотиків, через удосконалення судової практики та застосування правових норм для зниження корупції та підвищення довіри суспільства.
2. **Боротьба з корупцією.** Доповідь вказує на необхідність посилення антикорупційних заходів, і реформи наркополітики мають включати механізми, що запобігають корупції у правоохоронних органах та судовій системі. Підтримка прозорості у діяльності відомств, відповідальних за контроль за обігом наркотиків, та створення надійного механізму для розслідувань та конфіскації майна сприятимуть зміцненню довіри та зниженню рівня злочинності, пов'язаної з наркотиками
3. **Права людини та соціальний захист.** У документі наголошується на інклюзивності та соціальному захисті вразливих груп. Відповідно, реформи наркополітики повинні враховувати права людини, забезпечуючи доступ до програм зниження шкоди та знижуючи репресивні заходи для незначних правопорушень, пов'язаних з наркотиками, що відповідає принципам ЄС у галузі громадського здоров'я та соціальної інклюзії.

Аналітичний звіт Комісії про відповідність України законодавству ЄС та Звіт про прогрес України за 2023 рік містять важливі рекомендації щодо реформ, спрямованих на приведення України у відповідність до стандартів ЄС. Хоча ці документи не сфокусовані на наркополітиці, вони вказують на ключові напрями реформ, які є критично важливими для повноцінного та відповідного нормам ЄС управління. Якщо реформа наркополітики буде стратегічно узгоджена з рекомендаціями у цих звітах, це може суттєво прискорити процес вступу України до ЄС за допомогою прискорення наступних процесів:

⁹ Текст Доповіді доступний на веб-сайті Комісії. Доступно [онлайн](#)

- **Погодження з нормами верховенства права та стандартами правосуддя**

Обидва звіти наголошують на необхідності зміцнення судової системи, забезпечення верховенства права та створення механізмів, що підтримують правосуддя та відповідальність. Реформа наркополітики, яка відповідатиме цим принципам, наприклад, завдяки справедливій судовій практиці, декриміналізації дрібних правопорушень, пов'язаних з наркотиками, та встановленню прозорих правових рамок, може знизити навантаження на судову систему та зміцнити довіру до неї. Це узгоджується з Главою 23 *acquis* ЄС щодо судової системи та прав людини, що зміцнює позиції України щодо виконання умов вступу.

- **Боротьба з корупцією та прозорість у правоохоронних органах**

Звіт 2023 вимагає посилення антикорупційних заходів, особливо в уразливих областях, таких як боротьба з наркотиками. Використання прозорих процедур у сфері наркополітики може допомогти мінімізувати корупційні ризики, що має вирішальне значення для інтеграції до ЄС. Заходи можуть включати чіткі критерії для переслідування у справах, пов'язаних з наркотиками, посилення нагляду за правоохоронними органами та забезпечення прозорості у судових процесах. Ці кроки також відповідатимуть вимогам Глави 24 *acquis* ЄС щодо правосуддя та внутрішніх справ та підтримають антикорупційні зобов'язання України.

- **Права людини та громадське здоров'я**

Норми ЄС підтримують наркополітику, засновану на правах людини, з акцентом на підходах у сфері охорони здоров'я, а не на каральних заходах. Документи Комісії наголошують на важливості захисту прав людини, що Україна може реалізувати через програми зниження шкоди, терапевтичні підходи та альтернативи висновку для ненасильницьких правопорушень, пов'язаних із наркотиками. Ці заходи відображатимуть стандарти ЄС у галузі охорони здоров'я та прав людини, сприяючи відповідності України ключовим цінностям ЄС та пріоритетам Глави 24.

- **Адміністративний потенціал та цифрова модернізація**

Обидва документи наголошують на важливості цифрової та адміністративної модернізації для ефективного управління. Реформа наркополітики в Україні може включати рішення в галузі електронного правосуддя та покращені цифрові системи для управління справами, пов'язаними з наркотиками, що сприятиме створенню більш упорядкованого, доступного та прозорого адміністративного процесу. Ці покращення узгоджуються із зусиллями ЄС щодо створення сучасних та ефективних структур управління, що має значення як для антикорупційної діяльності, так і для правоохоронних органів.

Реформа наркополітики, узгоджена з пріоритетами ЄС щодо верховенства права, антикорупційної політики, прав людини та цифрової модернізації, допоможе Україні продемонструвати свою відданість стандартам ЄС. Ця реформа буде стратегічним кроком, який сприятиме не тільки зміцненню громадського здоров'я та безпеки, а й прискоренню процесу вступу України до ЄС внаслідок розв'язання ключових питань управління та правозастосування, необхідних для інтеграції до ЄС.

1.1.2. Основні тренди правоохоронної діяльності країн ЄС у сфері незаконного обігу наркотиків

Документи Європейського Союзу з питань боротьби зі злочинами, пов'язаними з наркотиками, спрямовані на встановлення мінімальних стандартів, що забезпечують координацію правоохоронних органів країн-членів ЄС, а також створення заходів та санкцій для запобігання незаконному обігу наркотиків.

Стаття 83 Договору про функціонування Європейського Союзу (TFEU)

Стаття 83 TFEU визначає перелік так званих «єврозлочинів» – серйозних злочинів, які мають транскордонний характер. Одним із таких злочинів є незаконний обіг наркотиків. Цей документ надає ЄС право встановлювати мінімальні правила щодо визначення злочинів і санкцій у цій галузі. Таким чином, Стаття 83 створює нормативну базу для координації зусиль країн-членів ЄС щодо боротьби з серйозними злочинами, пов'язаними з наркотиками, та визначає їх як пріоритет у правоохоронній діяльності.

Рамкове рішення Ради Європи 2004/757/JHA

Цей документ, розроблений на підставі статті 83 TFEU, наголошує на необхідності єдиних підходів до боротьби з серйозними злочинами, пов'язаними з наркотиками, для всіх країн-членів ЄС. Особлива увага приділяється транскордонним злочинам та великим незаконним операціям, пов'язаним із наркотиками. Проте документ також зазначає, що такі правопорушення, як зберігання наркотиків для особистого використання, не вважаються серйозними злочинами та можуть регулюватися на національному рівні, що залишає можливість для країн-членів адаптувати своє законодавство залежно від національних контекстів.

Основні тренди, виявлені на основі аналізу даних документів та практик країн ЄС, включають:

- Фокус на боротьбі із серйозними злочинами та транснаціональними наркомережами. Злочини, пов'язані зі зберіганням наркотиків для особистого використання, розглядаються лише на рівні національних законів і пріоритетом лише на рівні ЄС.
- Координація правоохоронних органів. Важливою тенденцією є створення міждержавних механізмів координації боротьби з транснаціональними злочинними мережами.
- Пропорційний підхід до злочинів, пов'язаних із наркотиками. Країни ЄС дедалі частіше переходять до підходів, за яких менша увага приділяється незначним порушенням (наприклад, зберігання для особистого споживання), і натомість ресурси спрямовуються на більші наркозлочини.

Для оцінки дій України щодо боротьби з незаконним обігом наркотиків необхідно враховувати, наскільки існуючі заходи та підходи відповідають цим трендам. Важливо також розглянути необхідність перегляду законодавчих та правозастосовних механізмів, спрямованих на криміналізацію зберігання наркотичних речовин для особистого вживання, що може сприяти переходу від репресивних заходів до більш гуманних та ефективних стратегій, що фокусуються на серйозних злочинах.

Європейська стратегія з наркотиків 2021-2025¹⁰

Цей документ надає комплексну структуру, яка спрямовує підхід ЄС до політики щодо наркотиків, з акцентом на аспекти охорони здоров'я, соціальної та правової безпеки. Стратегія разом з Планом дій наголошує на збалансованому, заснованому на доказах підході та побудованому на наступних основних напрямках:

1. Зниження попиту

Стратегія приділяє пріоритетну увагу зниженню попиту на наркотики, зосереджуючись на профілактиці, ранньому втручанні, лікуванні, реабілітації та соціальній реінтеграції (Стратегія, Розділ 2.2.1; План дій, Мета 1). Вона підтримує доступ до послуг зниження шкоди, таких як обмін шприців та замісна терапія опіоїдами, що спрямоване на зниження ризиків для здоров'я та підвищення якості життя людей, які страждають від вживання наркотиків (План дій, Міра 1.2).

2. Зниження пропозиції

Для боротьби з наркотрафіком та організованою злочинністю Стратегія включає заходи щодо руйнування ланцюжків постачання наркотиків, посилення співпраці правоохоронних органів та покращення безпеки на кордонах (Стратегія, Розділ 2.2.2; План дій, Мета 6). ЄС підтримує співпрацю як з державами-членами, так і з третіми країнами для ліквідації мереж виробництва та розповсюдження наркотиків, особливо тих, які мають транснаціональні зв'язки (План дій, Захід 6.2).

3. Зниження шкоди та підхід, орієнтований на здоров'я

Європейська стратегія з наркотиків підкреслює зниження шкоди як основу політики охорони здоров'я (Стратегія, Розділ 2.2.1). Це включає розширення доступу до послуг, орієнтованих на фізичне та психічне здоров'я споживачів наркотиків, зменшення стигматизації та інтеграцію цих послуг до систем охорони здоров'я (План дій, Захід 1.4). Такий підхід розглядає вживання наркотиків як проблему охорони здоров'я, а не виключно як кримінальний злочин (План дій, Мета 2).

4. Міжнародне співробітництво

Визнаючи глобальний характер наркоторгівлі, Стратегія підтримує співробітництво з міжнародними організаціями, країнами, що не входять до ЄС та організаціями громадянського суспільства (Стратегія, Розділ 2.2.3; План дій, Мета 8). Вона заохочує дотримання стандартів у галузі прав людини та спільні зусилля для боротьби з проблемами, пов'язаними з наркотиками, на міжнародному рівні (План дій, Захід 8.1).

5. Дослідження, збір даних та моніторинг

Важливим компонентом Стратегії є орієнтація на політику на основі даних. ЄС підтримує збирання та аналіз даних для відстеження тенденцій у вживанні та обігу наркотиків, а також підтримує дослідницькі ініціативи для розробки ефективних втручань (Стратегія, Розділ 2.2.4; План дій, Мета 9). Моніторинг та оцінка необхідні для адаптації політики та забезпечення своєчасного реагування на виклики, що виникають (План дій, Заходи 9.1 та 9.3).

¹⁰ Європейська стратегія з наркотиків 2021-2025. Доступно [онлайн](#)

План дій ЄС з наркотиків

Цей документ виконує мету Стратегії за допомогою цілеспрямованих заходів та завдань з чіткими термінами та індикаторами прогресу. План надає країнам ЄС структурований підхід для реалізації цілей Стратегії, підтримуючи як відповідальність, так і узгодженість на рівні регіону.

Стратегія ЄС з наркотиків на 2021–2025 роки та План дій наголошують на важливості впровадження альтернативних заходів для розв'язання питань, пов'язаних із злочинами та правопорушеннями у сфері наркотиків, розрізняючи тяжкі та менш тяжкі діяння. Для тяжких злочинів Стратегія передбачає посилені правоохоронні заходи, спрямовані на ліквідацію мереж організованої злочинності та скорочення наркотиків. Для менш тяжких правопорушень, особливо пов'язаних із вживанням, Стратегія віддає перевагу заходам, орієнтованим на охорону здоров'я та соціальну підтримку, замість каральних заходів. Такий підхід відповідає спільній меті Стратегії — збалансувати аспекти безпеки та громадського здоров'я у політиці щодо наркотиків.

Документи Європейського агентства з наркотиків (колишній EMCDDA)

Європейське агентство з наркотиків, раніше відоме як Європейський центр моніторингу наркотиків і наркозалежності (EMCDDA), створене 1993 року і є основним органом ЄС, відповідальним за збір, аналіз та розповсюдження інформації, пов'язаної з наркотиками, включаючи аналіз правових та правозастосовних тенденцій у Європі. Дослідження та звіти агентства допомагають формувати політику ЄС та окремих держав з питань контролю, профілактики та зниження шкоди, забезпечуючи науково обґрунтований підхід до цих проблем. Україна активно співпрацює з Агентством у рамках європейського сусідства. У контексті євроінтеграції, взаємодія з агентством потенційно допоможе Україні розробити реформи, на основі всебічних досліджень та порівняльних аналізів реформ та змін, що відбуваються в країнах ЄС. Співпраця з агентством також дозволить Україні посилити збір даних, запровадити ефективні програми зниження шкоди та розвивати превентивні та реабілітаційні підходи, зміщуючи акцент із каральних заходів на охорону здоров'я та соціальну реінтеграцію.

Публікації Агентства відображають зафіксовані у Стратегії ЄС основні тренди, які слід враховувати у реформах наркополітики України, включаючи орієнтований на здоров'я підхід та зниження шкоди, запровадження альтернативних санкцій за незначні правопорушення, пов'язані з наркотиками, а також важливість єдиного та безперервного моніторингу.

1.1.3. Тренди у стандартах прав людини та доступу до наркотичних засобів та психотропних речовин

Документи, що стосуються стандартів у галузі прав людини та доступу до наркотичних засобів та психотропних речовин для наукової, медичної та інших законних видів діяльності, відіграють важливу роль у формуванні наркополітики, спрямованої на захист прав людини та забезпечення громадського здоров'я. Стратегія ЄС ґрунтується на дотриманні основних прав і свобод людини, включаючи право на здоров'я. У параграфі 4 говориться, що стратегія спирається на принципи права ЄС, такі як повага до людської гідності, свобода, демократія, рівність і верховенство права. Крім того, вона наголошує, що захист прав людини є центральним елементом наркополітики ЄС, що включає зобов'язання забезпечити найвищий можливий рівень фізичного та психічного здоров'я

для всіх громадян, включаючи людей, які вживають наркотики. Відповідно до Стратегії ЄС з наркотиків, держави-члени зобов'язані забезпечувати захист права на здоров'я та просувати права людини як основу регулювання наркополітики. Це передбачає баланс між забезпеченням громадської безпеки та захистом здоров'я громадян, включаючи доступ до необхідних медикаментів для наукових та медичних цілей.

Правозахисні документи сприяють балансуванню між правозастосовними заходами та захистом прав людини, гарантуючи при цьому доступ до лікарських засобів для законної діяльності. У рамках даного аналізу розглядаються ключові міжнародні та європейські документи, що визначають розвиток підходів у цій галузі.

Міжнародні керівні принципи з прав людини та наркополітики

У Стратегії ЄС з наркотиків також прямо згадуються Міжнародні керівні принципи з прав людини та наркополітики (International Guidelines on Human Rights and Drug Policy)¹¹, підтримуючи їх як ключовий інструмент, що спрямовує розвиток політики ЄС у сфері контролю за наркотиками. Це відображено у тому ж параграфі 4, де зазначено, що ЄС підтримує результати спеціальної сесії Генеральної Асамблеї ООН з питань світових наркотичних проблем 2016 року та відповідні документи, включаючи згадані керівні принципи. Принципи є важливим інструментом у контексті контролю за наркотиками та захисту прав людини. Вони пропонують стандарти, спрямовані на формування стійких та правозахисних підходів до наркополітики, включаючи рекомендації щодо декриміналізації зберігання наркотиків для особистого вживання. Декриміналізація є одним із ключових трендів у політиці ЄС, що відображається у правозастосовній практиці багатьох країн-членів, де акцент робиться на підтримці громадянського суспільства та охорони здоров'я, а не на кримінальних заходах покарання за незначні правопорушення.

Загальна позиція системи ООН 2018 року

У параграфі 4 Стратегії ЄС з наркотиків на 2021–2025 роки згадується підтримка Загальної позиції системи ООН (UN system common position). ЄС висловлює свою прихильність до інтегрованого підходу до проблем наркотиків, заснованого на документах ООН. Зокрема, стратегія наголошує на важливості декларації міністерської зустрічі ООН 2019 року та Документу спеціальної сесії Генеральної Асамблеї ООН 2016 року про спільні зобов'язання щодо протидії світовим наркотичним проблемам. Ці документи відображають підхід ООН до забезпечення прав людини та сталого розвитку в рамках наркополітики. Цей документ наголошує на тому, що дотримання прав людини та забезпечення громадського здоров'я мають бути пріоритетом у сталому розвитку наркополітики. Він також закликає до пропорційного підходу у правозастосовній практиці та просування альтернатив покаранню за незначні правопорушення, такі як зберігання наркотиків для особистого вживання, включаючи можливу декриміналізацію таких діянь.

Рішення Європейського суду з прав людини (ЄСПЛ)

На рівні Ради Європи певну роль у формуванні трендів щодо захисту прав людини відіграють рішення Європейського суду з прав людини (ЄСПЛ). Принцип «меж вільного розсуду» відіграє важливу роль у роботі ЄСПЛ, особливо у справах, що стосуються складних питань, де держави мають право обирати певні підходи в межах, допустимих

¹¹ Міжнародні керівні принципи з прав людини та наркополітики (International Guidelines on Human Rights and Drug Policy). Доступно [онлайн](#)

¹² Загальна позиція системи Організації Об'єднаних Націй, яка підтримує впровадження міжнародної політики контролю над наркотиками шляхом ефективної міжвідомчої співпраці. Доступно [онлайн](#)

Конвенцією про захист прав людини та основних свобод. Свобода розсуду надає державам-членам Ради Європи можливість визначати, як вони застосовуватимуть свої міжнародні зобов'язання в рамках Європейської конвенції про права людини. Цей принцип є особливо актуальним у випадках, коли державам потрібно збалансувати різні інтереси (наприклад, суспільну безпеку та права людини) або де відсутній єдиний підхід серед країн-членів з певного питання.

Застосування свободи розсуду ґрунтується на кількох факторах, таких як:

- Консенсус серед держав-членів Коли існує узгоджений підхід серед держав-членів Ради Європи з певного питання, свобода розсуду звужується, і держави мають дотримуватися цього загального стандарту.
- Характер прав. Свобода розсуду ширша у випадках, що стосуються соціально-економічних прав (наприклад, охорона здоров'я), ніж у випадках, пов'язаних із порушеннями цивільних та політичних прав, таких як право на життя або заборона тортур.

Питання, пов'язані з наркополітикою, часто торкаються соціальних і економічних прав, таких як право на здоров'я, які прямо не гарантуються Європейською конвенцією про права людини. Отже, ЄСПЛ надає державам значну свободу розсуду у цій сфері, особливо якщо передбачувані порушення не стосуються безпосередньо цивільних та політичних прав, гарантованих Конвенцією (наприклад, статті 3, 6 та 8). Водночас у юриспруденції ЄСПЛ є й приклади порушень Конвенції з питань контролю за обігом наркотиків.

Приклади застосування свободи розсуду у справах про наркотики:

Стаття Конвенції	Назва та зміст справи	Застосовність до реформ
Стаття 3 – заборона тортур та жорстокого поводження	Wenner проти Німеччини) – Порушення ст. 3 у зв'язку з незабезпеченням доступу до замісної терапії	Закони про контроль над обігом наркотиків повинні забезпечувати належний доступ до підконтрольних речовин для лікування наркоманії.
	Jalloh проти Німеччини (2006) ЄСПЛ ухвалив, що примусове запровадження блювотного засобу з метою вилучення доказів (наркотиків) порушило статтю 3 (заборона на нелюдське та принизливе поводження), а використання таких доказів для звинувачення порушило статтю 6 (право на справедливий судовий розгляд).	Заборона тортур є абсолютною і не може бути обґрунтована ні тяжкістю злочину, ні міркуваннями національної чи громадської безпеки.

Стаття Конвенції	Назва та зміст справи	Застосовність до реформ
Стаття 6 – право на справедливий судовий розгляд	Akbay та інші проти Німеччини ¹³ . У цій справі суд, з посиланням на численні попередні рішення з питань поліцейської провокації, встановив, що дії поліцейських інформаторів, які спонукали заявників до скоєння злочинів, порушили їхнє право на справедливий судовий розгляд, гарантований статтею 6 Європейської конвенції.	Процесуальне законодавство та закони про оперативно-розшукову діяльність повинні забезпечувати захист від поліції провокації при розслідуваннях злочинів про наркотики. Зокрема, поліція не повинна порушувати у підозрюваних бажання вчинити злочини, а може виступати лише у ролі пасивного спостерігача та присікача злочинної діяльності; перевірна/контрольна закупівля та/або оперативний експеримент повинні схвалюватися та перевірятися незалежними процесуальними учасниками, такими як прокурор чи суд.
	Kalandia проти Грузії (2021); Shubitidze проти Грузії (2021); Kobiashvili проти Грузії (2019); Tlashadze та Kakashvili проти Грузії (2021) – у цих справах суд встановив порушення ст. 6 у зв'язку з тим, що заявники вказували на підкидання наркотиків поліцією з метою фабрикування доказів, а суд не забезпечив належної перевірки їх заяв ^{14, 15, 16, 17}	Процесуальне законодавство та правозастосовні практики повинні забезпечувати належну перевірку судом заяв обвинувачених про фабрикацію доказів з боку поліції у справах про наркотики, особливо зважаючи на особливу вразливість обвинувачених до підкидів наркотиків.

¹³ Акбай та інші проти Німеччини, номери 40495/15 та 2 інші, Європейський суд з прав людини, рішення від 15 жовтня 2020 р.

¹⁴ Каландія проти Грузія, Заява № 57255/10, Рішення від 22 квітня 2021 р. Доступно [онлайн](#)

¹⁵ Шубітідзе проти Грузії, заявка № 43854/12, Рішення від 17 червня 2021 р. Доступно [онлайн](#)

¹⁶ Кобіашвілі проти Грузії, заявка № 36416/06, Рішення від 14 березня 2019 р. Доступно [онлайн](#)

¹⁷ Тлашадзе та Какашвілі проти Грузії. Заява № 41674/10. Рішення від 25 травня 2021 р. Доступно [онлайн](#)

Прецеденти ЄСПЛ у питаннях реформ наркополітики зазвичай не є прямим джерелом стандартів для національних законодавств. Швидше, вони є методологічною рамкою для оцінки впливу державних рішень на права людини, які гарантуються міжнародними договорами. Поряд з іншими міжнародними моніторинговими механізмами ЄСПЛ допомагає оцінити, як конкретні правові заходи у сфері контролю за обігом наркотиків можуть порушити права, закріплені в Європейській конвенції про права людини.

Особлива цінність юриспруденції ЄСПЛ та аналогічних механізмів, що працюють з індивідуальними скаргами, полягає в тому, що вони можуть служити орієнтиром для розробки механізмів оцінки впливу на права людини. Для реформ наркополітики важливо:

- Створити та підтримувати робочий механізм оцінки впливу, щоб аналізувати вплив нових чи змінених нормативних актів.
- Забезпечити повноваження цього механізму, щоб він міг коригувати законодавство та правозастосовну практику.
- Розробити методологію оцінки, яка враховує вплив на права людини та захист меншин, керуючись підходами міжнародних моніторингових механізмів, включаючи ЄСПЛ.

Прикінцеві зауваження Комітету з економічних, соціальних та культурних прав ООН

Комітет з економічних, соціальних та культурних прав у своїх заключних зауваженнях щодо сьомої періодичної доповіді України рекомендував країні застосовувати правозахисний підхід у наркополітиці. Зокрема, Комітет підтримав можливість декриміналізації зберігання наркотиків для особистого вживання та рекомендував розширення програм зниження шкоди. Це відображає загальний тренд, який спостерігається в країнах ЄС, де декриміналізація та програми зниження шкоди відіграють центральну роль у розв'язанні проблеми наркозалежності.

На відміну від Європейського суду з прав людини (ЄСПЛ), який фокусується на цивільних та політичних правах, Комітет з економічних, соціальних та культурних прав (КЕСКП) займається моніторингом дотримання соціальних та економічних прав, включаючи право на здоров'я. Питання контролю за обігом наркотиків безпосередньо пов'язані з мандатом КЕСКП, оскільки вони стосуються права на здоров'я, закріпленого у статті 12 Міжнародного пакту про економічні, соціальні та культурні права. Комітет має багату юриспруденцію з цих питань, включаючи рекомендації декриміналізації зберігання наркотиків для особистого вживання в таких країнах, як Албанія, Ісландія, Казахстан, Кіпр, Киргизстан, Таджикистан та інших.

Комітет розглядає країнові доповіді на наднаціональному рівні, що дає змогу йому формулювати рекомендації, засновані на ширшому політичному та соціальному контексті, а не на вузьких випадках, як в індивідуальних скаргах до ЄСПЛ. Ці рекомендації найчастіше керівні орієнтири для дій країн, як у випадку з рекомендаціями щодо України у сфері наркополітики. УВКПЛ, ЮНЕЙДС та інші агентства ООН через свої національні офіси можуть надати підтримку в реалізації цих рекомендацій, спираючись на власні документи та настанови.

1.2. Ключові напрями реформування української наркополітики, з огляду на тенденції, пріоритети ЄС, а також міжнародну наркополітику

За результатами аналізу документів ЄС та інших міжнародних документів з питань наркополітики, можна зробити висновок про те, що на рівні ЄС встановився тенденційний перехід до збалансованого підходу в наркополітиці, який прагне інтегрувати питання громадського здоров'я та прав людини в рамках правозастосовчої діяльності. Стратегія ЄС з наркотиків на 2021–2025 роки, практики країн-членів ЄС, рекомендації органів/програм/агентств ООН, інші міжнародні договірні та позадоговірні інституції дозволяють окреслити найпріоритетніші напрями невідкладних реформ в Україні. Ці напрями включають насамперед очищення сфери регулювання обігу наркотиків від надмірного застосування інструментів кримінального та правоохоронного характеру.

Перехідний етап реформ, на нашу думку, має включати декриміналізацію вживання наркотиків у особистих цілях, розробку методики визначення порогових розмірів психоактивних речовин, що повинна ґрунтуватися на фармацевтичних розрахунках летальних доз для наркотичних і психотропних речовин (за прикладом Австрії), що відповідати-ме передовій практиці ЄС. Не менш важливим є впровадження альтернативних заходів замість покарання за дрібні правопорушення, що знижує рівень криміналізації осіб, які вживають наркотики. Орієнтуючись на громадське здоров'я, ці реформи мають бути спрямовані на заміну заходів кримінального та правоохоронного характеру на заходи щодо зниження шкоди в найширшому сенсі, не обмежуючись лише доступом до замісної підтримуючої терапії (ЗПТ) та програм обміну шприців (ЗОШ), які визнані необхідними для скорочення поширення ВІЛ та інших шкідливих наслідків, пов'язаних із вживанням наркотиків.

Рекомендації Комітету ООН з економічних, соціальних та культурних прав та прецеденти Європейського суду з прав людини наголошують на важливості захисту прав людини, зокрема права на здоров'я та свободи від дискримінації. Ефективна взаємодія з правоохоронними органами в рамках ЄС потребує переорієнтації зусиль України на припинення великих наркомереж, подолання корупції та розширення міжнародного співробітництва з метою ліквідації каналів наркоторгівлі. Цій переорієнтації сприятиме чіткий юридичний поділ між незначним зберіганням і серйозними злочинами у сфері торгівлі наркотиками, що дозволить зосередити ресурси правоохоронців на розслідуванні важких правопорушень, водночас надаючи підтримку в межах охорони здоров'я особам із низьким рівнем ризику.

Україна може використати ці тенденції як основу для невідкладного реформування, пріоритетно адаптуючи своє наркозаконодавство до міжнародних стандартів у сфері прав людини та науково обґрунтованих практик. Такий підхід дасть змогу зосередитись на впровадженні заходів, які водночас убезпечують країни ЄС від наркотрафіку, забезпечують дотримання прав людини та покращують показники громадського здоров'я, що в сукупності сприятиме наближенню до цілей євроінтеграції.

1.2.1. Основні питання для реформування українського законодавства та правозастосовних практик в сфері наркополітики

1. Підхід, орієнтований на права людини та охорону здоров'я

Поточний стан: Наркополітика України, як і раніше, зосереджена на каральних заходах, а криміналізація торкається значної частини людей, які вживають наркотики. У 2018 році 84% обвинувальних вироків у наркотичних справах стосувалися переважно зберігання мінімальних кількостей для особистого споживання. Такий каральний підхід обмежує доступ до медичних послуг, зокрема опіоїдної замісної терапії (ОЗТ), яка доступна лише в небагатьох в'язницях і слідчих ізоляторах. Крім того, система обліку осіб, які вживають наркотики, дозволяє владі відстежувати таких осіб, порушуючи їхні основні права на приватне життя, здоров'я та соціальну інтеграцію. Незважаючи на політичні зобов'язання, Міністерство внутрішніх справ продовжує перешкоджати реформам ліквідації цієї системи, що вказує на інституційний опір прийняттю підходів, що ґрунтуються на правах людини.

Невідповідність трендам ЄС: Країни ЄС підтримують підхід, що розглядає вживання наркотиків як проблему охорони здоров'я, а не виключно як кримінальний злочин, з акцентом на важливість програм зниження шкоди (Стратегія ЄС з наркотиків, Розділ 2.2.1; План дій, Мета 1). Переважна більшість каральних заходів та криміналізація наркозалежних в Україні суперечать цим пріоритетам ЄС. Обмеження у наданні ОЗТ та доступності програм зниження шкоди навряд вказують на інституційний провал у забезпеченні здоров'я та прав людини для наркоспоживачів, що призводить до високої поширеності ВІЛ та недостатності медичних послуг у в'язницях та суспільстві.

2. Альтернативні санкції та декриміналізація дрібних правопорушень, пов'язаних з наркотиками

Поточний стан: В українському законодавстві передбачено кримінальне покарання за зберігання навіть незначних кількостей наркотиків. Не менш як 50% вироків у справах, пов'язаних із наркотиками, стосуються кількостей, що не перевищують 0,5 грама героїну. Міністерство охорони здоров'я намагалося переглянути порогові кількості з метою пом'якшення каральної політики, але Міністерство внутрішніх справ неодноразово блокувало ці ініціативи, посиляючись на хибне тлумачення міжнародних стандартів. Така жорстка політика призводить до високого рівня ув'язнення серед споживачів наркотиків та сприяє переповненню пенітенціарних установ, не вирішуючи при цьому першопричин наркозалежності.

Невідповідність трендам ЄС: У країнах ЄС поширена де-факто або де-юре декриміналізація зберігання наркотиків для особистого вживання, а також застосування альтернативних заходів, як-от реабілітація, громадські роботи або програми лікування (Стратегія ЄС з наркотиків, Розділ 2.2.1; План дій, Ціль 2). Криміналізація незначних правопорушень в Україні та занижені порогові значення, які фактично прирівнюють особисте вживання до злочину, суперечать підходу ЄС, що ґрунтується на охороні здоров'я та реабілітації. Такий розрив обмежує здатність України впроваджувати пропорційний і збалансований підхід до регулювання вживання наркотиків, підміняючи соціальну та медичну підтримку каральними механізмами.

3. Антикорупційні заходи та прозорість у правоохоронній системі

Поточний стан: Правозастосування у сфері наркоконтролю в Україні сильно піддається корупції. Правоохоронні органи відіграють значну роль у формуванні наркополітики та перешкоджають активній та значній участі інших груп та зацікавлених сторін, наприклад порушених проблемою наркотиків груп населення. Наприклад, Міністерство внутрішніх справ істотно впливає на визначення порогових кількостей наркотиків, фактично блокуючи реформи, спрямовані на пом'якшення каральних заходів. Додатково до цього, такі правоохоронні практики, як кримінальна відповідальність для медичних працівників за незначні помилки при призначенні знеболювальних засобів, перешкоджають доступу до необхідної допомоги та наражають пацієнтів та лікарів на ризик переслідування.

Невідповідність стандартам ЄС: ЄС наголошує на важливості прозорості та підзвітності у правоохоронній системі, особливо у сфері наркополітики, де високі ризики корупції (Стратегія ЄС з наркотиків, Розділ 2.2.2; План дій, Мета 6). В Україні правоохоронні органи відіграють надмірно велику роль у формуванні наркополітики, яка має орієнтуватися на здоров'я та права людини. Підриваючи авторитет медичних працівників при призначенні знеболювальних препаратів та впливаючи на регулювання порогових значень, Україна підтримує каральну культуру, яка перешкоджає належному управлінню больовим синдромом та сприяє страху серед медиків. Це суперечить прагненню ЄС до прозорості та орієнтованої на охорону здоров'я системи наркополітики.

4. Незалежність судів та справедливе звернення у справах, пов'язаних з наркотиками

Поточний стан: Судова система України дотримується карального підходу до справ, пов'язаних із наркотиками, з мінімальними можливостями для альтернативних санкцій або реабілітації. Справи про зберігання наркотиків, які становлять значну частину обвинувальних вироків, зазвичай завершуються покаранням, а не лікуванням. Рівень довіри громадськості до судової системи залишається низьким, зокрема через непослідовність розгляду справ, пов'язаних із наркотиками, та збереження значного впливу правоохоронних органів на судовий процес.

Невідповідність стандартам ЄС: Стандарти ЄС акцентують на пропорційності покарань, справедливому судовому розгляді та незалежності судів, особливо щодо незначних правопорушень, пов'язаних із наркотиками. ЄС підтримує альтернативи ув'язненню, такі як програми лікування, ресоціалізації та відновного правосуддя (Стратегія ЄС з наркотиків, Розділ 2.2.4; План дій, Цілі 3 та 4). В Україні жорстка каральна політика, відсутність дієвих альтернативних санкцій і залежність від правоохоронних впливів засвідчують суттєву розбіжність із підходами ЄС, орієнтованими на реабілітацію та соціальну інтеграцію.

5. Розробка політики, заснованої на даних, та моніторинг

Поточний стан: Підхід України до наркополітики не передбачає повноцінного збору даних і моніторингу, заснованого на доказах. Дані про результати застосування законодавства щодо наркотиків в Україні є неповними, а аналіз їхнього впливу на громадське здоров'я та соціальну стабільність (Impact Assessment) — відсутній. Заходи зі зменшення шкоди, зокрема програми обміну шприців і замісна терапія (ОЗТ), залишаються недостатньо розвиненими, без належної оцінки їхньої ефективності або потенціалу масштабування на національному рівні. Доступність опіоїдних анальгетиків в Україні суттєво нижча, ніж у країнах ЄС, що безпосередньо порушує право пацієнтів на належну медичну допомогу.

Невідповідність стандартам ЄС: Стратегія ЄС з наркотиків наголошує на необхідності розробки політики на основі доказів та постійного моніторингу для адаптації до нових викликів (Стратегія ЄС з наркотиків, Розділ 2.2.4; План дій, Мета 9). Відсутність надійного збору даних та обмежене впровадження заходів щодо зниження шкоди в Україні обмежують її можливості щодо розробки адаптивної наркополітики, орієнтованої на громадське здоров'я. Без комплексного збору інформації та її аналізу Україна не може коригувати свій підхід відповідно до вимог ЄС, що ще більше поглиблює розрив між українською наркополітикою та очікуваннями ЄС у сфері реформ, заснованих на доказах.

1.2.2. Пріоритетні напрями реформування законодавства та правозастосовної практики з питань обігу наркотиків

Проект Стратегії наркополітики України до 2030 року вирізняється амбітністю та включає широкі цілі, що перегукуються з принципами стратегічних документів ЄС, зокрема Стратегії ЄС з наркотиків на 2021–2025 роки. Обидві стратегії акцентують увагу на важливості збалансованого підходу, інтегруючи питання охорони громадського здоров'я та безпеки з акцентом на права людини. Українська стратегія спрямована на вирішення проблем, пов'язаних із наркотиками, покращення доступу до медичної допомоги та профілактику шкоди, спричиненої вживанням наркотиків. Ці завдання узгоджуються з пріоритетами ЄС щодо зміцнення системи громадського здоров'я та зменшення шкоди.

Однак у частині правозастосовних та регулятивних заходів виявляються розбіжності. У той час як Стратегія ЄС з наркотиків закликає до цілеспрямованих дій, зосереджених на великих наркозлочинах та організованій злочинності, стратегія України не дає чіткого розмежування між серйозними та незначними правопорушеннями, пов'язаними з наркотиками. Відсутність чітких критеріїв, щоб відокремити особисте вживання та незначні правопорушення від комерційного збуту, є важливою прогалиною. Це розмежування має вирішальне значення в контексті ЄС, оскільки воно пріоритетно розглядає незастосування кримінального покарання та соціальні інтервенції для дрібних правопорушень, пов'язаних із наркотиками (План дій ЄС, ст. 4.4).

Порівняння з іншими міжнародними стратегіями

Світова практика, наприклад досвід Португалії та Швейцарії, демонструє важливість зосередження зусиль правоохоронних органів на великих наркозлочинах при декриміналізації або значного зниження правоохоронного тиску на людей, які допускають придбання, зберігання або інші дії в контексті особистого вживання. Такий підхід, орієнтований на здоров'я, а не на покарання, виявився ефективним як для зниження ризиків громадського здоров'я, так і для боротьби з наркозлочинами. Такий підхід непогано простежувався у стратегії України 2013 року. На відміну від цього, стратегія України до 2030 року, всупереч пріоритетності громадського здоров'я, зберігає незайманими елементи криміналізації, які з урахуванням репресивної правозастосовної практики, що склалася, зазвичай призводять до результатів, які можуть не повністю відповідати міжнародним практикам.

Цілі стратегії України охоплюють широкий спектр завдань, починаючи від протидії наркоторговельним мережам і закінчуючи просуванням «здорового способу життя». Такий всеосяжний підхід може виявитися контрпродуктивним, оскільки успішні міжнародні стратегії, як правило, фокусуються на встановленні чітких функцій держави та досягненні конкретних цілей. Стратегії, які вузько націлені на державні обов'язки у сфері охорони здоров'я та правозастосування, такі як зниження шкоди, реабілітація та судова

реформа, надають чіткіші шляхи реалізації та дають вимірні результати. Звуження цілей України до акценту на створення ефективної системи державних заходів може запропонувати більш практичну та дієву основу.

Амбітні завдання демонструють прагнення вирішення проблем, пов'язаних з наркотиками. Проте, заявлені в Стратегії до 2030 року цілі можуть бути надто широкими для досягнення практичних результатів у встановлені терміни. Хоча розв'язання широкого кола соціальних питань, таких як здоров'я та безпека, є важливим, стратегія могла б виграти від зосередження на створенні чіткої системи державних заходів у відповідь. Загальна мета будь-якої державної стратегії в будь-якій сфері суспільного життя полягає у створенні комплексного та системного підходу (системи заходів) до вирішення ключових проблем та викликів у певній галузі з метою покращення якості життя населення, забезпечення сталого розвитку та дотримання прав та свобод людини. Незалежно від конкретних формулювань у тих чи інших офіційних документах, загальна мета Стратегії наркополітики України, на наш погляд, має полягати у створенні стійкої та збалансованої системи науково обґрунтованих і правових заходів, що гарантують верховенство права та спрямовані на:

- зниження попиту на наркотичні засоби та психотропні речовини;
- скорочення незаконної пропозиції наркотиків;
- мінімізацію шкоди, заподіяної вживанням наркотичних речовин;
- забезпечення доступності наркотичних засобів і психотропних речовин для медичних та наукових цілей.

Така стратегія враховує інтереси всіх залучених сторін і спрямована на досягнення довгострокових результатів, таких як підвищення ефективності функціонування державних інститутів, поліпшення соціально-економічних умов та зміцнення верховенства права.

Пріоритизація реформ, спрямованих на внесення змін до Кримінального кодексу, впровадження альтернативних заходів для дрібних правопорушень, пов'язаних з наркотиками, встановлення порогових розмірів психоактивних речовин **на основі фармацевтично обґрунтованих розрахунків летальних доз для наркотичних та психотропних речовин**, операціоналізацію схем скерування залежних людей на лікувально-профілактичні послуги при розширенні доступу до програм зниження шкоди можуть бути досягнуті цілями до 2030 року.

Попри загальну відповідність стандартам ЄС, стратегія наразі не містить чіткої дорожньої карти для визначення пріоритетних напрямів реформ, що може перешкоджати її ефективному впровадженню. Відсутність пріоритизації вимагає структурованішого підходу до визначення першочергових заходів, особливо в тих сферах, що безпосередньо впливають на громадське здоров'я, права людини та судову реформу.

Оптимізація правоохоронного фокусу у сфері наркоконтролю

Оптимальний підхід до реформи наркополітики в Україні міг би передбачати повне скасування кримінальних санкцій за зберігання наркотичних засобів для особистого вживання за відсутності наміру збуту. У цьому випадку при збереженні регулювання або заборони обороту контрольованих речовин основний акцент переноситься з широкої криміналізації зберігання та інших дій у контексті вживання застосування заходів у галузі охорони здоров'я та регулювання. Однак можливість отримати широку громадську підтримку для такої ідеальної реформи у 2024 році в Україні залишається обмеженою,

враховуючи тривалу державну підтримку суворих кримінальних заходів за дії, пов'язані з наркотиками, а також практику визначення кримінальних та адміністративних заходів покарання, що вкоренилася, на основі порогових величин підконтрольних речовин.

В Україні доцільно було б запровадити модель, за якої встановлення порогових величин для провадження у кримінальних справах передбачало б два етапи:

1. **Нормативне визначення порогових розмірів психоактивних речовин**, що має відбуватись на основі фармацевтично обґрунтованих розрахунків доз небезпечних для життя (див. більш детально пункт 2.3. розділу II дослідження)
2. **Оцінка порогових значень з урахуванням обставин справи**: Другий етап, адаптований до конкретних обставин кожного випадку, враховуватиме такі фактори, як чистота речовини та рівень переносимості (толерантності) особою активних компонентів вилученої речовини. Питання оцінки порогових значень на цьому етапі вирішуватимуться на основі висновків судових експертів у галузі хімії та психіатрії, що забезпечить баланс між науковою точністю та повагою до прав особи.

Тобто в межах цього підходу, визначення порогової величини буде визначатись з урахуванням обставин конкретної справи, враховуючи рівень толерантності особи і чистоту речовини. Такий підхід, з високою ймовірністю, знижуватиме ризик довільних арештів та гарантуватиме, що ресурси правоохоронної системи будуть спрямовані на тяжкі правопорушення у сфері наркоторгівлі.

Оновлена законодавча база має чітко вказувати, що за зберігання кількості нижче встановленого порогового розміру не передбачаються ані кримінальні, ані адміністративні, ані інші санкції. Важливо, щоб у законі було чітко закріплено, що встановлені граничні значення не можуть застосовуватися таким чином, щоб призвести до де-юре або де-факто обмеження права на справедливий судовий розгляд, включаючи презумпцію невинуватості. Наприклад, зберігання кількості, що перевищує встановлений поріг, не повинно автоматично розуміти умисел на збут і саме по собі не може бути достатнім доказом вчинення правопорушення, пов'язаного зі збутом.

Це вимагатиме, в тому числі глибокої реформи Наказу Міністерства охорони здоров'я № 188 від 1 серпня 2000 року. Крім нормативного визначення порогових розмірів психоактивних речовин, наказ має встановлювати порядок і критерії оцінки порогових значень, з урахуванням обставин конкретного кримінального провадження. Для встановлення та коригування нормативних порогових розмірів у Наказі необхідно передбачити створення Постійної консультативної Ради з граничних кількостей при Міністерстві охорони здоров'я. Рада має складатися з експертів у галузі охорони здоров'я, представників спільнот, включаючи осіб з особистим досвідом вживання наркотиків. Рада має надавати рекомендації щодо відповідних порогових кількостей на основі прозорих, наукових (передусім фармацевтичних) даних, а також принципів орієнтованих на права людини, з можливістю консультації з Європейським агентством з наркотиків для застосування найкращих практик ЄС (іншими словами це означає, що порогові розміри психоактивних речовин мають визначатись за відповідною методикою та, відповідні розрахунки мають проводитись, з урахуванням того, яка кількість наркотичних чи психотропних речовин вважається небезпечною або критичною для людини).

Також має бути створений ефективний механізм оцінки впливу, що передбачатиме:

- **Постійний міжвідомчий моніторинг та оцінка:** Створити постійний міжвідомчий орган для регулярного моніторингу та оцінки впливу наркополітики на охорону здоров'я, права людини, наукові дослідження та інші аспекти суспільного та особистого життя. Цей механізм може ґрунтуватися на моделі, яку застосовує Робоча група з прав людини у сфері ВІЛ та ТБ, координована Центром громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я.
- **Широку участь зацікавлених сторін:** Залучати представників громадянського суспільства, групи моніторингу, організовані спільнотами, та осіб із особистим досвідом наркоспоживання у процес оцінки, забезпечуючи, щоб механізм відображав широкий спектр точок зору та досвіду. Дані, отримані цим міжвідомчим органом, повинні використовуватися для інформування Національної стратегії у сфері наркополітики та Плану дій, щоб гарантувати, що результати моніторингу громадянського суспільства та оцінки впливу активно інтегруються у розробку та перегляд політики.

Паралельно реформи мають зосередити зусилля правоохоронних органів на припиненні діяльності міжнародних мереж наркоторгівлі, у тісній співпраці з ЄС та міжнародними партнерами. Для розрізнення діяльності наркодилерів від осіб, які займаються дрібним збутом необхідно чітко юридичне визначення «організованої торгівлі» забороненими речовинами, що включатиме елемент систематичного збагачення, значно перевищує основні потреби особи та її сім'ї. У той час як порогові значення, визначені на першому етапі, можуть бути орієнтиром для виявлення випадків, які потребують втручання правоохоронних органів, їх застосування буде обмежено оцінкою конкретних обставин справи задля уникнення автоматичної криміналізації діяння особи.

Цей сценарій початку реформи закладає міцний фундамент для переходу до масового застосування заходів у сфері соціального регулювання та охорони здоров'я замість широкого застосування санкцій за пов'язану зі збутом поведінку, що відповідає гуманному підходу до реформування наркополітики. При цьому, значно звужується сфера відповідальності правоохоронних органів у питаннях наркоконтролю. Це звільняє шлях для більш активного залучення в процес реформування суб'єктів охорони здоров'я, професіоналів у сфері науки, медицини та права та у реалізацію заходів державного регулювання обігу наркотиків, з активним залученням громадськості.

РОЗДІЛ II

АПРОКСИМАЦІЯ (НАБЛИЖЕННЯ) КРИМІНАЛЬНОГО ЗАКОНОДАВСТВА УКРАЇНИ ТА ПОЛІТИКИ ЩОДО ОБІГУ НАРКОТИКІВ ТА ПАР ДО ПРАВА ЄС

2.1. Сучасний контекст змін кримінального законодавства в сфері наркополітики: стан і напрямки розвитку

Згідно даних Національного звіту щодо наркотичної ситуації в Україні за 2023 рік¹⁸, під наглядом на кінець 2022 року перебувало 65511 осіб з розладами психіки та поведінки внаслідок вживання ПАР. Поширеність вживання наркотичних і психотропних речовин у 2022 році становила 17 осіб на 10000 населення. Останніми роками спостерігається щорічне стабільне збільшення показника поширеності вживання кількох речовин, а також стійка тенденція до зростання кількості смертей, пов'язаних зі вживанням ПАР та отруєння ними (з незначними спадами в деяких роках).

Зважаючи на суттєвий вплив радянської культурно-етичної традиції на формування політики стосовно наркотиків у нашій державі, проблеми в цій сфері замовчуються і відкидаються. Особливо у військовій сфері. Зокрема, табується питання зростання числа залежностей, поведінкових розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин серед ветеранів та цивільних. А цифри в цій сфері вражають.

До початку повномасштабного російського вторгнення, 24 лютого 2022 року, в Україні налічувалося майже пів мільйона учасників бойових дій проти російської агресії – ветеранів і учасників АТО. На сьогодні, за даними Міністерства у справах ветеранів України в країні в цілому налічується 1,3 млн. учасників бойових дій. До оборони держави залучено майже мільйон українців.

Споживання ПАР, інших стимуляторів учасниками бойових дій вже сьогодні створює серйозний соціальний та медичний виклик для держави, що виникає з різних аспектів, пов'язаних з безпосередньою участю захисників і захисниць у війні. Потенційно, через рік після закінчення війни ми можемо отримати більш одного мільйона людей, які будуть залежними від ПАР і потребуватимуть допомоги.

Вжиття ПАР тягне за собою підвищену ризиковану поведінку і збільшує ризики передачі соціально небезпечних захворювань, зокрема ВІЛ, гепатитів, інфекцій, що передаються статевим шляхом, а також збільшення числа правопорушень серед військових і ветеранів.

¹⁸ Національний звіт Центру громадського здоров'я щодо наркотичної ситуації в Україні 2024 (за даними 2023 року). Доступно [онлайн](#)

Згідно результатів оглядів на стан сп'яніння внаслідок вживання психоактивних речовин (включаючи алкоголь), проведених закладами охорони здоров'я у 2023 році (інформація отримана ЦГЗ МОЗ України від 289 ЗОЗ із 17 областей), кількість оглянутих на стан сп'яніння військовослужбовців складає 40 721 осіб (36,99 % від загальної кількості оглядів у 2023 році), серед яких встановлено стан сп'яніння у 28 219 особи (44,56 % від загальної кількості висновків про встановлений стан сп'яніння).

У червні в [інтерв'ю](#) Радіо Свобода міністр внутрішніх справ Ігор Клименко повідомив, що від початку 2024 року [рівень домашнього насильства в Україні зріс](#) на 14% і продовжує зростати далі. За його словами, існує пряма кореляція між зростанням домашнього насильства і психологічними розладами у військових ветеранів, що повернулися з війни.

Від Афганістану до В'єтнаму є багато доказів з історії того, як конфлікт сприяє вживанню наркотиків. Якщо говорити про Україну, то [результати соціологічного опитування](#), проведеного нами в рамках цього дослідження, показали, що серед найбільш поширених причин вживання ПАР військовими в зоні бойових дій є фізичне та психологічне перевантаження, попередній досвід вживання наркотиків, а також оточення, яке спонукає до вживання. У ветеранів причини здебільшого пов'язані з важкими психологічними та фізіологічними травмами — зокрема, з втратою кінцівок, що може призводити до втрати життєвих орієнтирів. Вживання ПАР у військовому середовищі може «задовольняти» кілька потреб: втеча від реальності, швидке відновлення, покращення фізичних та ментальних здібностей, уникнення відчуття страху, притуплення болю — як фізичного, так і психічного (наприклад, через втрату близьких або побратимів).

Наслідки війни можуть тривати десятиліттями після припинення бойових дій, посилюючи залежність, насильство та нестабільність. Світовий досвід показує, що запобігти цьому можна тільки забезпечивши реалізацію збалансованого, орієнтованого на здоров'я людини підходу в наркополітиці.

Такий підхід передбачає інтегрування пріоритету питань громадського здоров'я та прав людини в правозастосовну діяльність державних органів (особливо правоохоронних).

У попередньому розділі нами вже було проаналізовано основні документи Європейського Союзу, глобальних організацій у сфері наркополітики, рекомендації яких важливі для євроінтеграції України, формування комплексної стратегії наркополітики та її подальшого реформування. Водночас, нижче ми більш детально аналізуємо ці акти в контексті наближення кримінального законодавства України до права ЄС.

Так, у Рамковому рішенні **Ради ЄС 2004/757/JHA** від 25 жовтня 2004 року встановлюються мінімальні положення щодо складових елементів кримінальних діянь і покарань у сфері незаконного обігу наркотиків, зокрема, пропонується кожній державі-члену вжити необхідних заходів для забезпечення того, щоб визначена у цьому документі навмисна поведінка, вчинена без права, була покараною. Йдеться про такі кримінальні правопорушення, як: виробництво, видобуток, підготовка, пропозиція, пропозиція для продажу, розповсюдження, продаж, доставка на будь-яких умовах, посередництво, відправлення, відправлення транзитом, транспортування, імпорт або експорт наркотиків; вирощування опіумного маку, кокаїнового куща або коноплі; зберігання або придбання наркотиків з метою здійснення одного з видів діяльності, перелічених вище; виготовлення, транспортування або розповсюдження прекурсорів, знаючи, що вони будуть використані для незаконного виробництва або виготовлення наркотиків.

Окремо є застереження: дія, описана вище, не входить до сфери застосування цього Рамкового рішення, якщо вона вчиняється особами, виключно **для власного особистого споживання**, як це визначено національним законодавством.

Дія 49 Стратегічного пріоритету 7 **Плану дій ЄС щодо боротьби з наркотиками 2021-2025** «Втручання зі зменшення ризику та шкоди та інші заходи для захисту та підтримки людей, які вживають наркотики» Розділу III «Подолання шкоди, пов'язаної з наркотиками» передбачає, в тому числі, пошук та запровадження заходів, альтернативних примусовим санкціям для правопорушників, які вживають наркотики. Схожий зміст щодо альтернативи примусовим санкціям для осіб, які вживають наркотики закладений у Дію 65 Стратегічного пріоритету 9 «Посилання міжнародного співробітництва з третіми країнами».

Отже, стратегія ЄС з наркотиків на 2021–2025 роки, рекомендації органів/агентств ООН, інших міжнародних органів дозволяють встановити найпріоритетніші напрями для невідкладних реформ в Україні. Ці напрями включають **насамперед очищення сфери регулювання обігу наркотиків від надмірного застосування інструментів кримінального та правоохоронного характеру**.

У пункті 56 Докладу Управління Верховного комісара ООН з прав людини (54 сесія, 11.09.–06.10.2023р.) зазначено, «приймаючи до уваги наслідки каральної політики стосовно наркотиків для прав людини, міжнародні правозахисні механізми прийняли прогресивні рекомендації державам щодо застосування в рамках їх політик відносно наркотиків підходу, заснованого на захисті здоров'я населення і дотриманні прав людини, у тому числі шляхом **декриміналізації зберігання наркотиків для особистого споживання** й надання послуг зі зниження шкоди. Крім того, спільна позиція системи ООН з питань, пов'язаних з наркотиками, передбачає **декриміналізацію зберігання наркотиків для особистого споживання**, а Міжнародний комітет з контролю за наркотиками дійшов висновку, що така **декриміналізація відповідає конвенціям ООН по контролю над наркотиками**. Зниження шкоди як невід'ємна частина права на здоров'я, та його позитивні результати визнані міжнародними правозахисними організаціями і мають бути інкорпоровані на регіональному й національному рівнях».

В протилежність окресленим вимогам міжнародних актів, наркополітика в Україні, як і раніше, зосереджена на каральних заходах, а криміналізація торкається значної частини людей, які вживають наркотики. Як було зазначено в попередньому розділі, в країні все ще зберігається **найбільш репресивне законодавство щодо порогових розмірів**, які визначають кримінальну та адміністративну відповідальність за зберігання наркотиків, продовжується архаїчна та дискримінаційна практика реєстрації осіб, які мають залежності внаслідок вживання ПАР. Це серйозно впливає на їхні права на охорону здоров'я, освіту, працю, особисте та сімейне життя, призводить до більш ризикованої практики вживання наркотиків і зростання рівня поширеності ВІЛ і вірусу гепатиту С.

Змінити вектор наркополітики в Україні намагались ще з 2013 року, коли було прийнято Розпорядження КМУ від 28.08.2013р. №735 «Про схвалення Стратегії державної політики щодо наркотиків на період до 2020 року». Зокрема, стратегія встановлювала, що «стратегічна парадигма державної політики щодо наркотиків - потреба у всебічному переході від карального, кримінально-правового спрямування антинаркотичних заходів до лікувально-профілактичних як найбільш плідних у контексті подолання наркоманії». Однак,

реалізувати вказану парадігму так і не вдалось. Фактично, ця стратегія, з точки зору зміни вектору наркополітики завершилась, так і не почавшись: було декілька спроб внести зміни у Наказ МОЗ України від 01.08.2000р. №188 «Про затвердження таблиць невеликих, великих та особливо великих розмірів наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, які знаходяться у незаконному обігу» щодо збільшення порогових значень наркотичних речовин. По жодному проєкту документу згоди досягнуто не було.

Великі сподівання щодо зміни вектору розвитку кримінального законодавства в сфері обігу наркотичних засобів були пов'язані з розробкою нового Кримінального кодексу України.

Зокрема, з метою реформування законодавства України, у тому числі кримінального, Указом Президента України № 584/2019 від 7 серпня 2019р. було створено Комісію з питань правової реформи, частиною якої є Робоча група з питань розвитку кримінального права. Зазначена робоча група розробила Концепцію реформування кримінального законодавства. Іншими словами – розробила проєкт Нового кримінального кодексу України.

Необхідність цього, як зазначено на сайті Робочої групи, є недосконалістю Кримінального кодексу 2001р. Зокрема, до нього внесено більше 800 змін й обґрунтованість та необхідність деяких з них є доволі сумнівними. Внесення таких змін, численні внутрішні суперечності, прогалини та неточності, а також **невідповідність деяких положень Кримінального кодексу міжнародним зобов'язанням України** обумовлює необхідність прийняття нового КК.

Зі слів розробників кодексу, він повинен врахувати пріоритети європейської кримінально-правової політики. А за таких обставин має враховувати **дискурс і тенденції закладені Стратегію ЄС та іншими міжнародними актами, згаданими у розділі 1 цього дослідження**. Зупинимось на розділі проєкту цього кодексу, що регламентує кримінальну відповідальність за злочини, пов'язані з незаконним обігом наркотичних засобів.

За проєктом КК України кримінальне правопорушення, передбачене ст. 5.2.5 – «Незаконний обіг наркотичного засобу, психотропної речовини або їх аналогу без мети збуту» (прототип/аналог ст. 309 КК України) виладено наступним чином – особа, яка наркотичний засіб, психотропну речовину або їх аналог, в значних розмірах, без мети збуту незаконно: 1) виробила, 2) виготовила, 3) набула, 4) зберігала або 5) переміщувала) – визначається злочином 1 ступеня (у проєкті кримінальні правопорушення поділяються на проступки та злочини).

Натомість у чинній редакції КК України діяння, описані у ст. 309 КК України, є проступком. Видається, що така **пеналізація незаконного обігу наркотиків без мети збуту** (призначення покарання, пов'язаного з позбавленням волі) **не узгоджується з задекларованим обґрунтуванням прийняття нового КК України** – урахувати сучасні виклики та вимоги міжнародних актів (в тому числі, й у сфері наркополітики) й оприлюдненою Концепцією реформування кримінального законодавства в цілому.

У 2022 році МОЗ України було підготовлено новий проєкт Стратегії з наркополітики до 2030 року. Однак, не дивлячись на вимоги Єврокомісії щодо її затвердження, до теперішнього часу вона не прийнята. Очікувана дата – орієнтовно кінець 2025 року.

Проект Стратегії знов передбачає перехід від застосування заходів кримінально-правового характеру до медичних, психосоціальних та профілактичних заходів щодо правопорушень, пов'язаних із зберіганням наркотичних засобів, психотропних речовин або їх аналогів у невеликих розмірах для особистого вживання без мети збуту шляхом внесення відповідних змін до нормативно-правових актів.

З урахуванням наведених вище положень міжнародних та національних документів, основними елементами такого переходу можуть бути:

- скасування адміністративної відповідальності та заміна її заходами медичного і соціального реагування (на підставі спеціальних профілактичних програм та програм зі зменшення шкоди);
- внесення змін до ч.1 статті 309 ККУ щодо виключення з її змісту кримінальної караності за зберігання наркотичних засобів для власних потреб без мети збуту. Іншими словами, пропонується декриміналізувати¹⁹ зберігання наркотичних засобів для власного вживання.
- внесення змін до частини 4 статті 309 ККУ щодо розширення переліку суб'єктів звільнення від кримінальної відповідальності за дії, передбачені ч.1 статті 309 ККУ. Наразі під її дію підпадають тільки особи, які хворі на залежність. Це обмежує інших осіб, що не мають таких наслідків у праві скористатись можливостями звільнення від кримінальної відповідальності. Можлива конструкція диспозиції ч.4 ст.309 КК може бути наступною: «Особа, яка вчинила дії, передбачені ч.1 статті 309 КК, і яка добровільно звернулась до ЗОЗ і погодилась розпочати проходження курсу психологічної допомоги та/або лікування за медичними показами, звільняється від кримінального покарання».
- проведення категоризації наркотичних речовин з урахуванням ступеня небезпеки впливу на організм людини та перегляд у бік збільшення існуючих порогових розмірів щодо певних наркотичних засобів, незаконні дії зараз з якими (без мети збуту) є достатніми для притягнення особи до кримінальної відповідальності. Мова йде про внесення змін у Наказ МОЗ від 01.08.2000 року №188 «Про затвердження таблиць невеликих, великих та особливо великих розмірів наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, які знаходяться у незаконному обігу» (або викладення його у новій редакції).

¹⁹ В науці кримінального права поняття, яке означає усунення злочинності діяння, виключення його з числа злочинів, тобто оголошення його таким, що не визнається більше злочином і не породжує у держави повноваження на кримінальне переслідування, дістало назву декриміналізації злочину. Декриміналізація шляхом виключення з кримінального закону такої ознаки об'єктивної сторони складу злочину як кримінально протиправне діяння найбільш показова у тих випадках, коли з диспозиції статті Особливої частини КК виключається одне чи декілька з альтернативних діянь (що пропонується зробити відносно зберігання наркотичних засобів для власних потреб).

Обґрунтування внесення таких змін потребує проведення аналізу наступних даних:

- **Статистики правопорушень** – дослідження кількісних показників адміністративних і кримінальних правопорушень та судових справ, пов'язаних з наркозлочинами (особливо, що стосуються зберігання невеликих кількостей наркотиків, а також змістовний аналіз вироків по таких справах). Важливо також встановити як ці правопорушення впливають на систему правосуддя.
- **Міжнародного досвіду** – вивчення практик інших країн, які вже реалізували подібні стратегії декриміналізації вживачів наркотиків.
- **Впливу на здоров'я населення** – аналіз медичних показників, пов'язаних з вживанням наркотичних речовин, впливу на систему охорони здоров'я, а також випадків лікування залежності.
- **Соціально-економічних наслідків** – оцінка витрат на кримінальне переслідування з порушників порівняно з витратами на програми лікування та реабілітації.

В рамках цього дослідження нами було проведено аналіз міжнародного досвіду декриміналізації зберігання ПАР для власного споживання та статистики правопорушень за статтею 44 КУпАП (незаконне зберігання наркотичних засобів або психотропних речовин без мети збуту в невеликих розмірах) та кримінальних злочинів у сфері обігу наркотичних засобів, в тому числі і за статтею 309 Кримінального кодексу України (яка стосується зберігання наркотичних засобів без мети збуту). Аналіз цих двох складових елементів, може створити основу для обґрунтованих висновків стосовно доцільності скасування адміністративної та кримінальної відповідальності за зберігання наркотиків для власного споживання. Безумовно, це питання є складним і багатограним, і підходити до його вирішення потрібно з урахуванням соціальних і медичних аспектів. Їх аналіз потребує проведення окремого дослідження.

2.2. Міжнародний досвід декриміналізації зберігання наркотичних засобів для власного споживання

ООН про декриміналізацію вживання та зберігання наркотиків

Декриміналізація людей, які вживають наркотики, історично підтримувалася агентствами ООН. Понад десять років тому Всесвітня організація охорони здоров'я закликала до декриміналізації вживання та зберігання наркотиків, визнаючи, що це необхідний «важливий фактор» для здоров'я. У 2015 році Програма розвитку ООН додала свій голос до заклику щодо реформ, заявивши, що декриміналізація необхідна для «сприяння стратегії та програмам щодо політики та контролю над наркотиками, чутливих до розвитку».

Існуючі правозахисні механізми ООН постійно закликають до декриміналізації не лише вживання наркотиків, а й вирощування та пов'язаної з ними діяльності. У 2021 році WGAD (Робоча група ООН із свавільних затримань) рекомендував державам «декриміналізувати використання, володіння, придбання або вирощування наркотиків для особистого вживання, включаючи володіння пов'язаними атрибутами»²⁰. Нещодавно у квітні 2024 року Спеціальний доповідач з питань права на здоров'я закликав країни «декриміналізувати використання, зберігання, купівлю та вирощування наркотиків для особистого використання та перейти до альтернативних регуляторних підходів»²¹.

²⁰ Серед іншого, E/C.12/NOR/CO/6

²¹ A/hrc/56/52

У 2017 році 12 організацій ООН опублікували спільну заяву «Припинення дискримінації в закладах охорони здоров'я». Суть їхньої рекомендації полягала в тому, щоб держави переглянули та скасували «каральні закони, які, як було доведено, мають негативні наслідки для здоров'я та суперечать підтвердженим доказам охорони здоров'я», включаючи припинення криміналізації вживання та зберігання наркотиків для особистого використання. У 2018 році у [звіті Ради з прав людини ОНЧР](#) (Управління ООН з прав людини) рекомендувало «декриміналізувати особисте вживання наркотиків і незначні злочини, пов'язані з наркотиками», щоб дотримати принцип пропорційності в рамках кримінально-правової системи та вирішити проблему переповненості в'язниць²².

Кульмінацією закликів до прогресивної реформи закону про наркотики від цих та інших агентств ООН, включаючи UNAIDS та [UN Women](#)²³, стала [Спільна позиція ООН](#)²⁴ щодо політики щодо наркотиків 2018 року, опублікована Головним виконавчим комітетом, який представляє всі 33 агентства ООН, що звернулися до держав-членів: «сприяти використанню альтернатив засудженню та покаранню у відповідних випадках, включаючи декриміналізацію зберігання наркотиків для особистого вживання, а також сприяти дотриманню принципу пропорційності, вирішувати проблему переповненості в'язниць і надмірного ув'язнення осіб, обвинувачених у злочинах, пов'язаних з наркотиками, підтримувати впровадження ефективного кримінального правосуддя відповідно забезпечення правових гарантій та належних процесуальних гарантій щодо кримінального судочинства, і забезпечувати своєчасний доступ до правової допомоги та право на справедливий суд, а також підтримувати практичні заходи щодо заборони свавільного арешту, затримання та тортур.

Декриміналізація вживання наркотиків і зберігання невеликої кількості наркотиків також є ключовим компонентом Глобальної стратегії протидії СНІДу (GAS) на 2021-2026 роки. Зараз існує глобальна ціль, визначена як «громадський фактор», який передбачає, що не менш ніж 10% країн повинні декриміналізувати вживання та зберігання наркотиків, що було прийнято державами-членами в Політичній декларації з ВІЛ/СНІДу 2021 року.

Імплементация документів ООН в національне законодавче поле відповідних держав, має фундаментальне значення для реалізації переваг заходів декриміналізації щодо громадського здоров'я та громадської безпеки, а також для забезпечення дотримання прав людини та дотримання верховенства права.

Досвід декриміналізації зберігання наркотичних засобів у світі

Більшість країн на даний момент декримінализують лише особисте використання та зберігання наркотиків, дозволяючи таке використання або зберігання лише для приватного використання.

Декриміналізація може стосуватися лише одного наркотику. В цьому випадку це завжди канабіс, як у Люксембурзі, Бразилії, багатьох країнах Карибського басейну та Південній Африці. Або декриміналізується обіг всіх наркотиків як у Німеччині, Португалії, Чехії, Італії, Нідерландах, Перу, Мексиці, Швейцарії, Парагваї, Колумбії, Іспанії, Чилі, Коста-Ріці, Хорватії, Уругваї, Аргентині, Естонії, Польщі, Вірменії і Словенії.

²² Управління Верховного комісара Організації Об'єднаних Націй з прав людини (ОНЧР), Подання до Робочої групи ООН з питань свавільних затримань, 2018 р., доступно онлайн.

²³ Організація Об'єднаних Націй з питань гендерної рівності та розширення прав і можливостей жінок (UN Women).

²⁴ Об'єднана рада виконавчих директорів Організації Об'єднаних Націй (СЕВ), Спільна позиція ООН щодо наркотичної політики, 2018 р., доступно онлайн.

У багатьох країнах публічне використання або зберігання наркотиків залишається цивільним правопорушенням, як, наприклад, в Іспанії, де публічне зберігання тягне за собою штраф, але приватне використання та зберігання не тягне за собою санкцій²⁵. У Бразилії, Тринідаді і Тобаго та Делавері, де існують лише адміністративні санкції за зберігання канабісу, публічне вживання залишається злочином²⁶.

У країнах, де декриміналізовано зберігання канабісу, вирощування, як правило, також декриміналізовано, наприклад, на Ямайці, у багатьох країнах Карибського басейну, Мальті, деяких штатах США, Чехії, Колумбії та інших. Відповідно до міжнародного законодавства про права людини та контроль за наркотиками, такий підхід є допустимим. Наприклад, у Чеській Республіці дії зі смолою канабісу до 5 г та з висушеним канабісом до 10 г не вважаються злочином.

Хоча більшість підходів до декриміналізації у світі обмежуються особистим володінням, існують деякі винятки, які дозволяють й постачання. Найвідомішою з них є «модель соціального клубу канабісу», яка наразі прийнята або впроваджується в Іспанії, Амстердамі, Німеччині, Швейцарії та на Мальті (Асоціації зменшення шкоди від канабісу). Так, у Німеччині з квітня 2024 року легалізовано зберігання без мети збуту до 25 г канабісу. У Португалії легалізовано зберігання без мети збуту і вживання будь-якого наркотичного засобу, в тому числі і канабісу у розмірі, що не перевищує 10 доз для вживання. У Південній Африці дарування марихуани не є правопорушенням, а отримання прибутку вже розглядається як злочин.

В рідкісних випадках, за декриміналізацією слідувала легалізація всього ланцюга постачання наркотиків, як в Уругваї (грудень 2013 року) і в пілотних проектах у Німеччині. Однак, стосувалося це виключно канабісу.

Іспанія дозволяє постачання будь-яких контрольованих наркотиків, якщо немає фінансової вигоди та діяльність відбувається в приватних приміщеннях.

Порогові розміри часто є елементом декриміналізації, якому приділяється найбільша увага, як до, так і після впровадження, незважаючи на те, що немає системного підходу до розробки цих величин. Деякі країни вважають за краще не використовувати порогові значення, а використовують такі терміни, як «невелика кількість» або «розумна вага», інші юрисдикції не мають таких визначень, надаючи перевагу визначати, чи особа мала намір постачати наркотик, чи він був у її володінні для особистого використання.

У той час як більшість юрисдикцій, які приймають порогові розміри, використовують вагу речовини для встановлення порогу, деякі використовують як чистоту, так і вагу. У деяких країнах використовуються обов'язкові порогові значення, під якими розуміється що немає дискреційних дій, тобто особа, спіймана у зберіганні перевищення вказаної ваги, або зіткнеться з кримінальним звинуваченням у зберіганні або може існувати припущення, що особа мала намір постачати.

²⁵ DeBeck K, Cheng T, Montaner JS, Beyrer C, Elliott R, Sherman S, Wood E, Baral S. HIV and the criminalization of drug use among people who inject drugs: a systematic review. *Lancet HIV*. 2017 Aug;4(8):e357-e374. doi: 10.1016/S2352-3018(17)30073-5. Epub 2017 May 14. PMID: 28515014; PMCID: PMC6005363.

²⁶ Csete J, Kamarulzaman A, Kazatchkine M, Altice F, Balicki M, Buxton J, Cepeda J, Comfort M, Goosby E, Goulão J, Hart C, Kerr T, Lajous AM, Lewis S, Martin N, Mejía D, Camacho A, Mathieson D, Obot I, Ogunrombi A, Sherman S, Stone J, Vallath N, Vickerman P, Záborský T, Beyrer C. Public health and international drug policy. *Lancet*. 2016 Apr 2;387(10026):1427-1480. doi: 10.1016/S0140-6736(16)00619-X.

Одинадцять із тридцяти дев'яти країн, які мають рамки декриміналізації, не використовують порогові розміри. Натомість, такі терміни, як «розумна кількість», «невелика кількість», або докази того, що не було наміру постачати чи отримувати прибуток, є тими підходами, які прийняті цими країнами. Використання некваліфікованих термінів, таких як «розумний» або «невеликий», не має правової визначеності, а це означає, що люди, які вживають наркотики, не знають, коли їм загрожує криміналізація за зберігання або більш серйозний злочин. Це також надає поліції значну свободу дій у тому, як працює система, що призводить до несправедливих рішень.

Різниця в порогових розмірах в країнах, які застосовують цей підхід, є значною. Це є свідченням того, що порогові розміри є довільним за своєю природою, не мають ґрунтованого на фактах підходу, і часто встановлюється на таких низьких рівнях, що сама модель непрацездатна (як це є в Україні). Приклади країн, наведені нижче, демонструють цю варіацію. Звертає на себе увагу діапазон, який коливається від 50 мг героїну або 0,5 грамів кокаїну в Мексиці (обов'язковий) до 3 грамів героїну та 7,5 грамів кокаїну в Іспанії (орієнтовний).

У Чехії для визначення порогового розміру використовується рівень активного інгредієнта в препараті разом із вагою ліків. Як правило, використання чистоти, або активного інгредієнта (як основи для порогового розміру) є незадовільним, оскільки більшість людей не матимуть уявлення про те, що міститься в їхніх ліках.

Оскільки більшість підходів обмежується особистим використанням, багато країн використовують «кількісні пороги», щоб визначити: призначені наркотики, якими володіє особа, для особистого використання, чи для постачання (наприклад, володіння понад 5г MDMA в Німеччині буде вважатися постачанням, якщо не надано доказів протилежного). Таким чином, адміністративні або кримінальні санкції будуть застосовуватися відповідно до цих порогових значень.

Підходи до декриміналізації (депеналізації) можуть або скасувати всі санкції для особистого користування, як у Німеччині та Уругваї, або натомість замінити кримінальні санкції адміністративними санкціями, які можуть включати втручання у здоров'я, як у Чеській Республіці чи в Комісіях з переконання Португалії.

Досвід різних країн свідчить про те, що будь-яка форма карального підходу або санкції, відтворює шкоду кримінальних підходів. Де-факто такі підходи, як депеналізація²⁷, можуть передувати ширшій законодавчій реформі, оскільки вони можуть бути реалізовані швидше. Однак перевага надається реформі де-юре, оскільки реформа де-факто (депеналізація) має кілька недоліків, найбільшими для занепокоєння з яких є автономія та свобода дій, збережена за певними державними суб'єктами. Таким суб'єктом, як правило, є поліція. Саме ці органи приймають рішення відносно того, кого та коли притягувати до кримінальної відповідальності. Результатом цього є невизначеність і продовження надмірного контролю за тими, хто вже маргіналізований²⁸.

²⁷ «Депеналізація, якщо вдатися до традиційної термінології, є не що інше, як звільнення від кримінальної відповідальності і (або) від покарання. Видами депеналізації є: – звільнення від кримінальної відповідальності; – звільнення від покарання; – звільнення від відбування покарання». Депеналізація як метод кримінально-правової політики [Електронний ресурс]/Костянтин Марисюк, Володимир Канцір. — Доступно онлайн

²⁸ Цей аргумент чітко викладено в роботі Аліси Грір, Метта Бонна, Кейтлін Шейн, Алекса Стівенса, Наташі Тусенард, Елісон Ріттер, *«Деталі декриміналізації: розробка некримінальної реакції на володіння наркотиками для особистого використання»*, Міжнародний журнал політики щодо наркотиків, Том 102, 2022.

Декриміналізація є фундаментальним кроком до реалізації прав людей, які вживають наркотики, а також потужним інструментом для створення сприятливого правового середовища, що підтримує людей у доступі до медичних і соціальних послуг.

Однак, як показує міжнародний досвід, реформа законодавства про наркотики, в частині декриміналізації, не може здійснюватися сама по собі і бути єдиною причиною позитивних результатів. Позитивним є досвід тих країн, де (принаймні протягом певного періоду), паралельно з реформою декриміналізації, були підтримка державою програм зменшення шкоди, надання послуг лікування та інших соціальних послуг (і відповідне їх фінансування). Декриміналізація є ефективною тільки у взаємодії з такими послугами. За такого підходу, усувається фактор страху криміналізації та стигматизацію для тих, хто потребує доступу до цих послуг.

І, навпаки, фактичні дані проведених реформ у світі, свідчать про те, що існує вживання наркотиків може стати безпечнішим, якщо діє декриміналізація (що сприяє покращенню результатів для здоров'я). Це може бути пов'язано з тим, що декриміналізація зменшує стигматизацію та полегшує доступ до лікування, або тому, що декриміналізація може забезпечити ефективніші служби зменшення шкоди. У Португалії участь у лікуванні за десятиліття після реформи зросла на 94% (хоча попит знизився на 37%)²⁹. Навпаки, посилення поліцейського контролю шляхом конфіскацій наркотиків на вулицях було пов'язане з ризикованішою практикою вживання наркотиків, що призвело до збільшення передозування наркотиками.

Слід зазначити, що проводячи реформи декриміналізації в сфері обігу наркотиків, дуже важливо визначати цілі декриміналізованої моделі вживання, зберігання наркотиків та інших пов'язаних дій. Зрештою, ці цілі мають полягати в наступному: покращення результатів у сфері громадського здоров'я для людей, які вживають наркотики, і для суспільства в цілому; відстоювання прав і свобод людей, які вживають наркотики, та їх сімей; зниження ризику специфічної шкоди здоров'ю, наприклад, передозування; зменшення кількості ув'язнених; покращення доступу до соціальних програм та житла; покращення доступу до роботи та освіти, тощо. На рівні країни мають бути конкретні цілі, які відображають реалії та потреби громад.

Конфіскація наркотиків правоохоронними органами є загальною рисою більшості національних правових систем, однак такий підхід може сприяти підвищенню шкоди здоров'ю, вимагаючи від людей більш частого доступу до незаконного ринку.

Деякі країни, зокрема Німеччина, Колумбія, Уругвай, Нідерланди та Іспанія, запровадили модель без санкцій, вирішивши не карати людей, які вживають наркотики. Досвід цих країн показує, що відсутність санкцій не призводить до більш згубних наслідків порівняно з тими, які карають за діяльність, пов'язану з наркотиками.

Фундаментальним для розробки будь-якої моделі декриміналізації є забезпечення дотримання прав людини. Це означає, що є певні «червоні лінії» яких потрібно дотримуватися. Наприклад, будь-яка пропозиція лікування має бути добровільною та за інформованою згодою, а будь-яке покарання, яке позбавляє людей волі, є просто продовженням кримінального підходу.

²⁹ Bretteville-Jensen AL, Mikulic S, Bem P, Papamalis F, Harel-Fisch Y, Sieroslowski J, Costa Storti C, Costs and Unintended Consequences of Drug Control Policies. [Report by the Expert Group on Possible Adverse Effects and Associated Costs of Drug Control Policies](#). Strasbourg: Pompidou Group, Council of Europe; 2017; Love M & Sibilla N, [Accessing SNAP and TANF Benefits after a Drug Conviction: A Survey of State Laws](#), Collateral Consequences Resource Centre; December 2023; [Uprooting the Drug war](#), Housing: The Drug War Invades Our Homes, Drug Policy, New York; 2021.

2.3. Аналіз статистичних показників застосування статті 44 КУпАП і статті 309 КК України

В цьому дослідженні питання боротьби з правопорушеннями, пов'язаними з незаконним обігом наркотичних засобів, розглядається як з точки зору кримінального, так і з точки зору адміністративного права. Зокрема, стаття 44 Кодексу України про адміністративні правопорушення (КУпАП України) передбачає відповідальність за незаконне виробництво, придбання, зберігання, перевезення, пересилання наркотичних засобів або психотропних речовин без мети збуту в невеликих розмірах, тоді як Кримінальний кодекс України (КК України) містить статті, що охоплюють подібні, але більш суспільно-небезпечні діяння передбачаючи вже кримінальну відповідальність.

Нижче міститься аналіз статистичних показників з офіційних джерел (Єдиний реєстр судових рішень, статистика Офісу Генерального прокурора та деякі інші) застосування зазначених норм в Україні. Проаналізована нами статистика дозволяє зробити висновок про неефективність існуючих заходів (як кримінальних, так і адміністративних), спрямованих на боротьбу з незаконним обігом наркотичних та психотропних речовин та виявити зростаючу потребу в реформі наркополітики.

2.3.1. Аналіз статистичних показників притягнення осіб до адміністративної відповідальності за статтею 44 КУпАП «Незаконні вироблення, придбання, зберігання, перевезення, пересилання наркотичних засобів або психотропних речовин без мети збуту в невеликих розмірах»³⁰

За 2023 рік було складено 13802 протоколи за вчинення адміністративних правопорушень скоєних у стані наркотичного сп'яніння.

У 2023 році на розгляді у місцевих загальних судах перебувало 10 276 справ про адміністративні правопорушення за інкримінацію статті 44 КУпАП;

з них надійшло за звітний період – 9 672 справи;

розглянуто 8 690 справ та прийнято відповідні рішення.

За період 2016-2023 рр. майже незмінним залишається показник кількості справ, які були розглянуті, – у середньому 84,0 % від загальної кількості справ про адміністративні правопорушення, пов'язані з обігом наркотиків, які перебували на розгляді у судах першої інстанції.

³⁰ Джерело даних: Національний звіт Центру громадського здоров'я щодо наркотичної ситуації в Україні 2024 (за даними 2023 року). Доступно [онлайн](#)

Рішення про накладання адміністративного стягнення є найпоширенішим рішенням судів у справах про адміністративні правопорушення у сфері обігу наркотиків: їхня частка в загальній кількості рішень за 2023 рік склала 73,8 %.

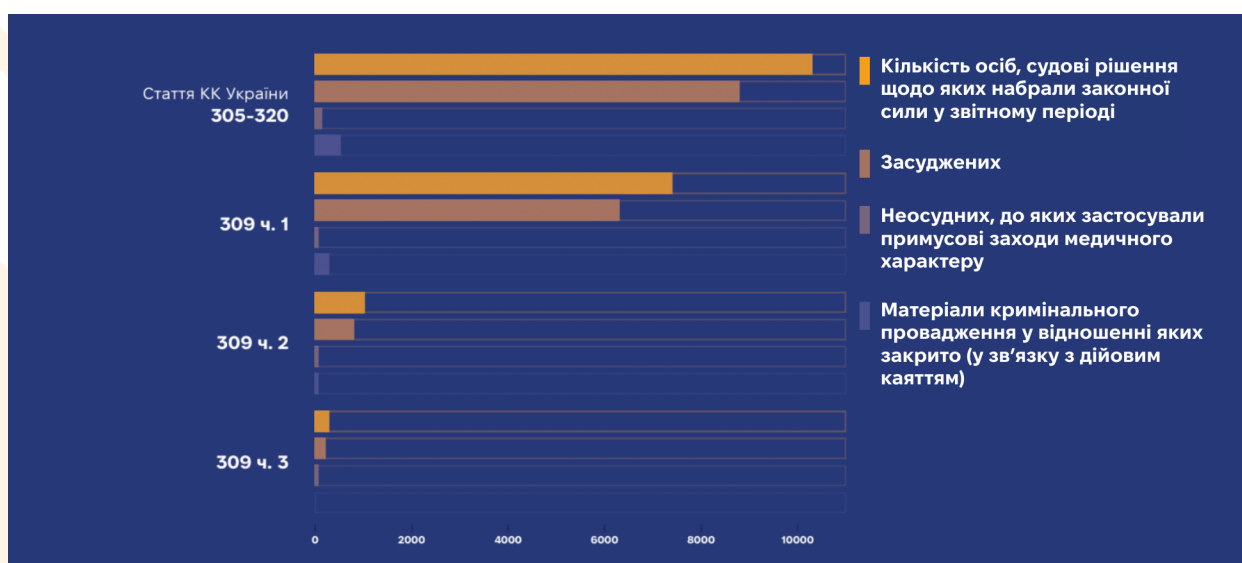


Рис. 1. Динаміка кількості осіб, щодо яких прийнято рішення про накладання адміністративного стягнення у 2016-2023 рр.

У 2019-2023 роках кількість осіб, щодо яких були прийняті рішення про накладення адміністративного стягнення, мала тенденцію до збільшення.

У 2023 році 6 590 осіб було притягнуто до адміністративної відповідальності та накладено адміністративне стягнення, водночас на переважну кількість осіб (95,4 %) було накладено стягнення у вигляді штрафу.

На Рис. 2 наведено дані щодо кількості прийнятих рішень із застосуванням окремих видів стягнення.

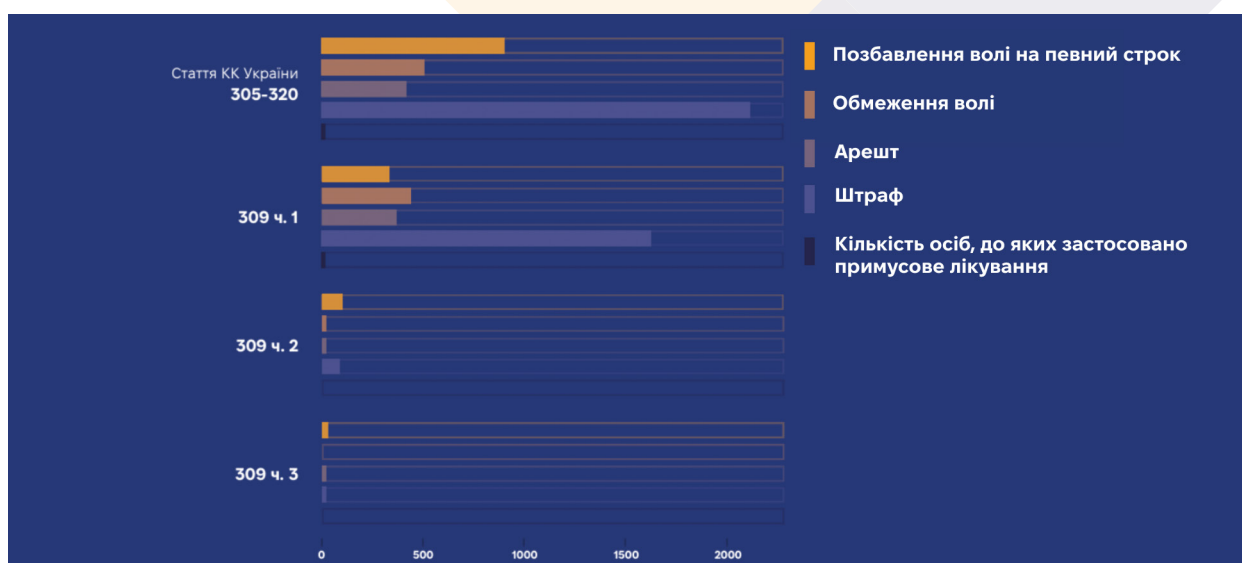


Рис. 2. Прийняті рішення про накладення адміністративного стягнення у 2023 році, за видом стягнення

У 2016-2023 роках основним видом адміністративного стягнення залишився штраф. Частка осіб, щодо яких прийнято рішення про накладення штрафу стабільно збільшувалася із року в рік. Відповідно, частки осіб, на яких накладено адміністративні стягнення у вигляді громадських робіт та адміністративного арешту, зменшувалися

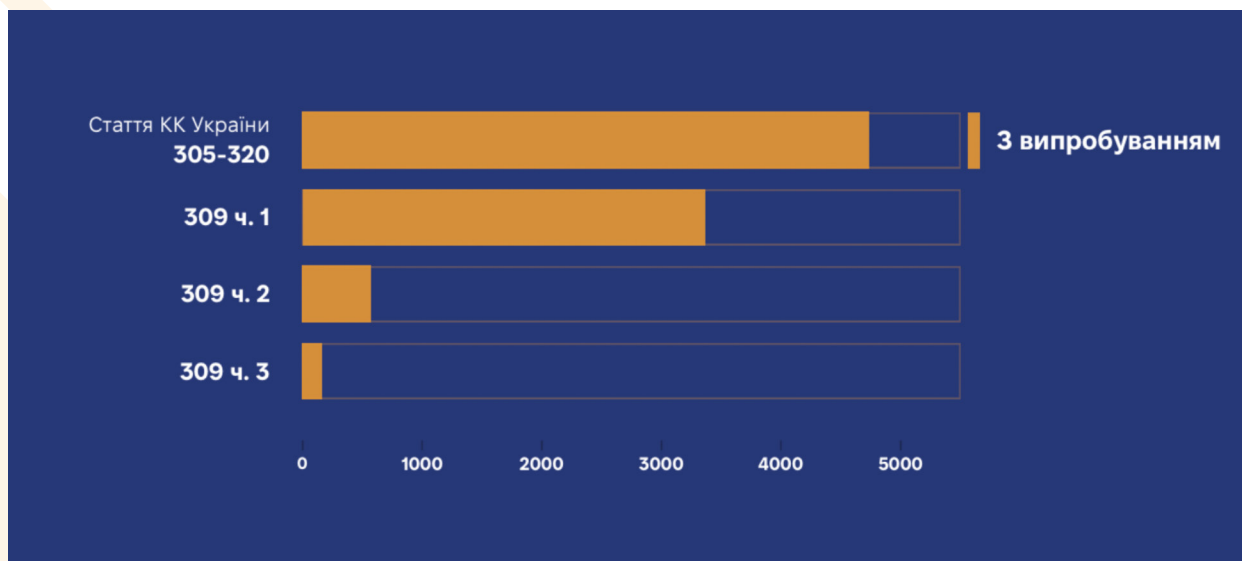


Рис. 3. Кількість осіб, щодо яких прийнято рішення про накладення адміністративного стягнення у 2016-2023 рр., за видом стягнення

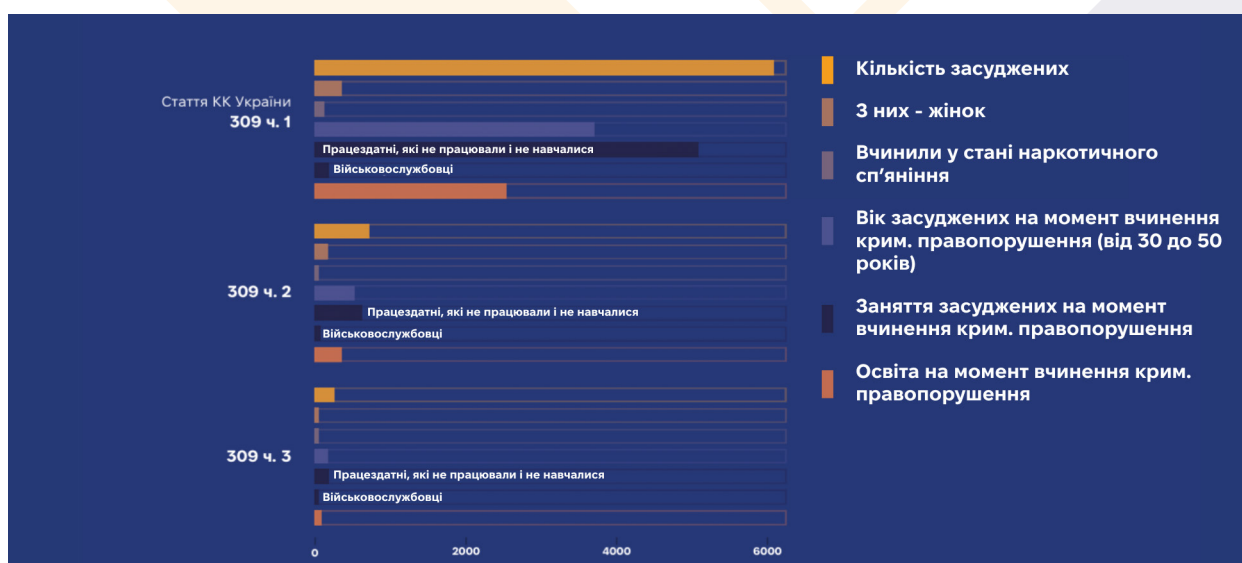


Рис. 4. Частки осіб, щодо яких прийнято рішення про накладення адміністративного стягнення у 2016-2023 рр., за видом стягнення (%)

У 2023 році було прийнято рішення про закриття справи по відношенню до 2 031 особи (23,4 % від загальної кількості осіб, щодо яких справи було розглянуто). Головною причиною закриття справи є закінчення строків накладення адміністративного стягнення (75,8 % у структурі причин закриття справ). Частка осіб, щодо яких було прийнято рішення про закриття справи через закінчення строків накладення адміністративного стягнення, у 2016-2022 роках залишалась найбільшою і складала в середньому 89,1 %. Проте, у 2023 році частка таких осіб зменшилась та склала 75,8 % осіб.

Також спостерігається збільшення часток осіб, щодо яких справу закрито через звільнення від відповідальності при малозначності правопорушення та через відсутність події і складу адміністративного правопорушення.

Загальна сума штрафів за 2023 рік, накладених за рішенням суду у справах про адміністративні правопорушення, склала 5 675 322,00 грн (в середньому – 861,20 грн на особу). Загальна кількість вилучених наркотичних засобів у справах про адміністративні правопорушення у 2023 році склала 2 кг.

За результатами аналізу даних про притягнення до адміністративної відповідальності за статтею 44 КУпАП України можна зробити наступні висновки:

1. **Невисока ефективність адміністративних санкцій:** аналіз статистичних даних (за 2016-2023рр.) показав, що штраф стабільно залишався основним видом адміністративного стягнення, однак ефективність такого заходу є доволі сумнівною, з огляду на те, що майже незмінним залишається показник кількості справ за вказаний період. Фактично, мова йде про те, що штраф не відіграє превентивну функцію та не запобігає вчиненню нових адміністративних правопорушень за ст.44 КУпАП (особливо беручи до уваги те, що середній розмір штрафу становить 861,20 грн на особу, що, очевидно, не є адекватним інструментом для зміни поведінки і потребує більш виваженого комплексного підходу, про що йтиметься нижче).
2. **Тенденція до зростання закриття справ:** у 2023 році 23,4% справ були закриті, і 75,8% з них через закінчення строків накладення адміністративного стягнення. Це свідчить про те, що більшість справ не призводять до належного правозастосування, а отже, адміністративне покарання втрачає свою превентивну функцію.
3. **Зниження різноманітності покарань:** невелика частка альтернативних видів стягнень, таких як громадські роботи чи адміністративний арешт, вказує на те, що суди вважають застосування штрафу найбільш доцільним, що, однак, не сприяє ефективній реабілітації правопорушників.
4. **Зростання закриття справ через малозначність правопорушення:** збільшення кількості закриття справ через малозначність або відсутність складу правопорушення свідчить про те, що правозастосування статті 44 КУпАП не відповідає реаліям сучасного суспільства, де більш ясні та жорсткі механізми контролю і лікування потребують більш широкого впровадження.
5. **Потреба у комплексному підході:** для вирішення проблеми вживання наркотичних засобів потрібен більш комплексний підхід, що включає не лише адміністративну відповідальність, а й більш широке впровадження програми реабілітації, медичної допомоги та соціальної інтеграції осіб, які вживають наркотики.

Враховуючи наведені дані та висновки, можна стверджувати, що існуюча адміністративна відповідальність за статтею 44 КУпАП України потребує перегляду, і її заміни медичними та соціальними заходами допомоги і реабілітації може сприяти більш ефективному вирішенню проблеми вживання наркотиків в українському суспільстві.

2.3.2. Аналіз статистичних показників про кримінальні правопорушення за статтею 309 ККУ та їх співвідношення з іншими злочинами у сфери незаконного обігу наркотичних речовин і прекурсорів (статті 305-320 КК)³¹

В Україні у 2023 році зареєстровано 38 670 кримінальних правопорушень у сфері обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів або прекурсорів, з них у 31 454 кримінальні правопорушення, у яких особам вручено повідомлення про підозру, у яких 19 723 особам вручено повідомлення про підозру та виявлено 18 247 осіб, які вчинили правопорушення у сфері обігу наркотиків³².

Кримінальні правопорушення у сфері обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів або прекурсорів та інші кримінальні правопорушення проти здоров'я населення традиційно посідають одне з перших місць серед зареєстрованих кримінальних правопорушень. Така тенденція зберігалася до 2022 року. Так, за результатами 2021 року зазначена група кримінальних правопорушень посідала своє «звичне» третє місце серед всіх зареєстрованих кримінальних правопорушень із кількістю 29587, після кримінальних правопорушень проти життя та здоров'я особи (33657) та кримінальних правопорушень проти власності (158729).

У 2022 році кількість зареєстрованих кримінальних правопорушень у сфері обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів або прекурсорів та інших кримінальних правопорушень проти здоров'я населення зросла та склала 34398 і посіла четверте місце серед усіх зареєстрованих кримінальних правопорушень, що пояснюється появою в офіційній статистиці кримінальних правопорушень нової для нашої держави зареєстрованої групи діянь – кримінальних правопорушень проти миру, безпеки людства та міжнародного правопорядку.

За результатами 2023 року зберіглася тенденція 2022 року щодо кількості зареєстрованих кримінальних правопорушень у сфері обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів або прекурсорів та інших кримінальних правопорушень проти здоров'я населення – 39124, що так само, як і у 2022 році, помістило цю групу кримінальних правопорушень на четверте місце серед усіх зареєстрованих кримінальних правопорушень.

Як бачимо, кількість зареєстрованих кримінальних правопорушень у сфері обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів або прекурсорів та інших кримінальних правопорушень проти здоров'я населення за останні три роки збільшується. Серед зазначеної групи кримінальних правопорушень найбільшу групу утворюють діяння, пов'язані із незаконним виробництвом, виготовленням, придбанням, зберіганням, перевезенням чи пересиланням наркотичних засобів, психотропних речовин або їх аналогів без мети збуту. (стаття 309 ККУ). Так, у 2021 році обліковано 14109 кримінальних правопорушень, передбачених ст. 309 КК України з 29587 усіх облікованих наркозлочинів; у 2022 році – 20140 з 34398 усіх облікованих наркозлочинів; у 2023 році – 20155 з 39124.

Отже, простежується суттєве збільшення кількості облікованих кримінальних правопорушень за ст. 309 КК України за 2022-2023 роки.

³¹ Джерела даних: офіційна статистика Офісу Генерального прокурора щодо зареєстрованих кримінальних правопорушень за відповідні роки

Національний звіт Центру громадського здоров'я щодо наркотичної ситуації в Україні 2024 (за даними 2023 року). Доступно [онлайн](#)

³² Джерело даних: Національний звіт Центру громадського здоров'я щодо наркотичної ситуації в Україні 2024 (за даними 2023 року). Доступно [онлайн](#)

Якщо подивитись динаміку щодо кількості правопорушень протягом 2016-2023 років відповідно до статей 305-320 ККУ, то можна побачити, що кількість облікованих правопорушень має тенденцію до зростання.

Аналіз динаміки кількості облікованих кримінальних правопорушень у сфері обігу наркотиків у 2016-2023 рр., за видом правопорушення демонструє, що:

- починаючи з 2016 року відбувається постійне і стрімке збільшення кількості облікованих кримінальних правопорушень за статтею 307 ККУ (виробництво, придбання, зберігання, перевезення чи пересилання наркотичних засобів, психотропних речовин або їх аналогів з метою збуту). У процентному відношенні цей показник за один рік (2022-2023р.р.) збільшився на 40,7 % (2293 випадки у 2016 році, 10162 – у 2022р. й вже 14302 випадки у 2023 році).
- кількість облікованих правопорушень за статтею 309 ККУ мала тенденцію до зниження з 2016 року по 2021 рік (17398 випадків у 2016 р.), та зросла у 2022-2023 рр. (20140 випадків у 2022р. та 20155 випадків у 2023р.). Тобто у 2023 році кількість облікованих кримінальних правопорушень за статтею 309 ККУ збільшилась на 0,1 % порівняно із 2022 роком.

За результатами аналізу даних про кримінальні правопорушення за статтею 309 ККУ та їх співвідношення з іншими злочинами у сфері незаконного обігу наркотичних речовин і прекурсорів (статті 305-320 ККУ) можна зробити наступні висновки:

1. **Зростання кількості реєстрацій кримінальних правопорушень:** статистика у цьому питанні свідчить про те, що протягом останніх років кількість зареєстрованих злочинів у сфері обігу наркотичних засобів невпинно зростає. Найбільша частка злочинів, пов'язаних із наркотиками, складається з правопорушень, які передбачають зберігання наркотичних засобів без мети збуту (ст. 309 КК України). Це свідчить про те, що більшість осіб, які вчиняють дані правопорушення, скоріше за все, є споживачами, а не торговцями наркотиками.
2. **Неефективність кримінальної політики:** зростання зазначених правопорушень може свідчити про неефективність існуючих заходів, спрямованих на боротьбу з наркотиками. Держава (в особі правоохоронних органів) не справляється з сучасними викликами, пов'язаними з наркотиками, що вимагає нових підходів до превенції, боротьби та лікування наркозалежностей. Криміналізація зберігання наркотичних засобів для особистого споживання не лише не вирішує проблему, але може й посилювати її. Багато осіб, які перебувають на обліку, можуть бути споживачами, які потребують лікування, а не покарання.
3. **Зміна у криміногенній ситуації:** зростання випадків реєстрації злочинів за статтею 307 ККУ може вказувати на те, що злочинці адаптуються до змін у законодавстві або правоохоронній діяльності, шукають нові способи для нелегального обігу наркотиків і отримання фінансової вигоди. Підвищення показників з реєстрацією правопорушень за статтею 309 ККУ в останні роки (при зниженні ранніми роками) може вказувати на стабільність обсягу споживання наркотичних засобів, які не пов'язані зі збутом (але все ще є важливими для аналізу наркоторгівлі).
4. **Зростаюча потреба в реформі:** ситуація вказує на потребу в реформуванні підходів до проблеми наркотиків, з акцентом на охорону здоров'я, соціальну реабілітацію та зменшення шкоди. Декриміналізація зберігання наркотиків для особистого споживання могла б забезпечити стратегії, які більше орієнтуються на профілактику та лікування, а не на покарання.

2.3.3. Аналіз судової статистики щодо результатів розгляду кримінальних справ та призначення покарань за злочини у сфері незаконного обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів (стаття 309 ККУ)³³.

Перед усім нами зверталася увага на кількість осіб, які скоїли кримінальні правопорушення, передбачені окремо кожною з частин ст. 309 КК України (основний, кваліфікований та особливо кваліфікований склад кримінального правопорушення) та види покарань, які застосовувалися судом до таких осіб, окремо наводиться кількість випадків звільнення від покарання та його відбування. Також пропонується типовий портрет особи кримінального правопорушника за період 2021-2023 роки.

2021 рік

Стаття КК України

Кількість осіб, судові рішення щодо яких набрали чинності

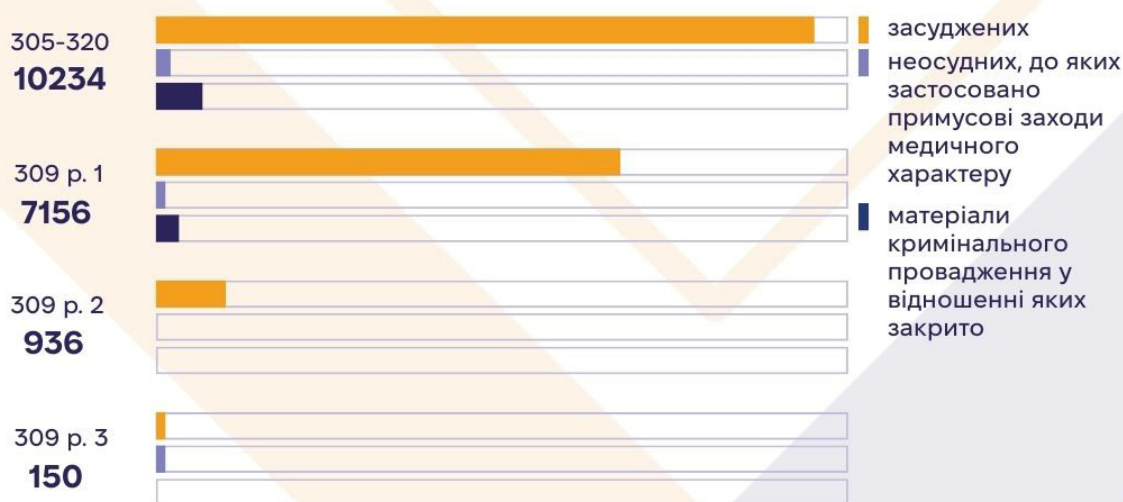


Рис. 5. Кількість осіб, засуджених за наркотичні кримінальні правопорушення

³³ Джерела даних:

Звіти Державної судової адміністрації України:

- Звіт про осіб притягнутих до кримінальної відповідальності та види кримінального покарання за 2021, 2022 та за 2023 роки (форма 6 річна);
- Звіт про склад засуджених за 2021, 2022 та за 2023 роки (форма 7 річна);

Дані Єдиного державного реєстру судових рішень України.

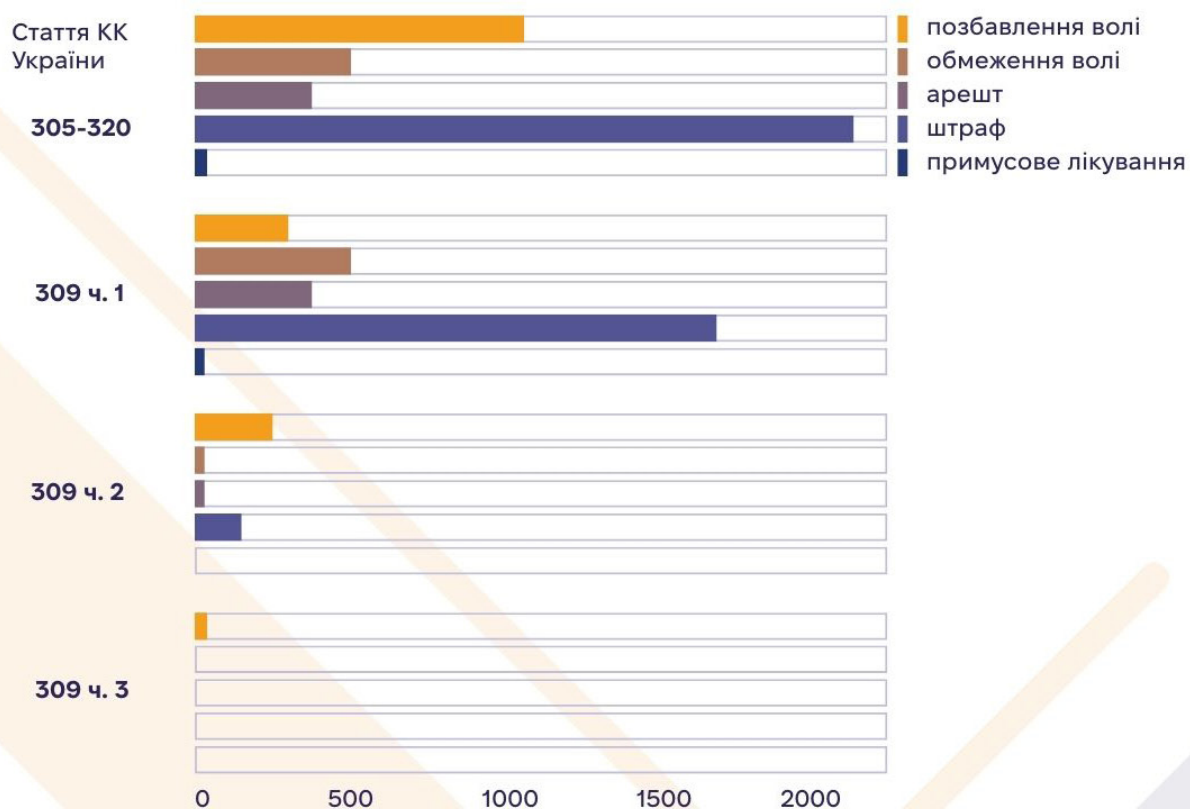


Рис. 6. Покарання, призначені особам, засудженим за наркотичні кримінальні правопорушення

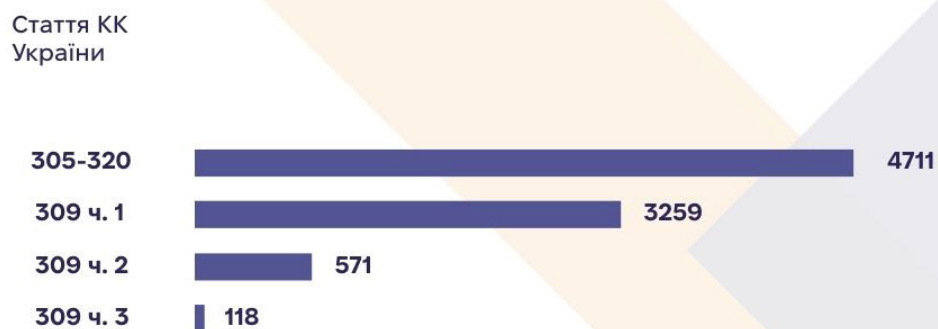


Рис. 7. Кількість засуджених за наркотичні кримінальні правопорушення осіб, яких звільнено від покарання

Стаття КК України
Кількість засуджених

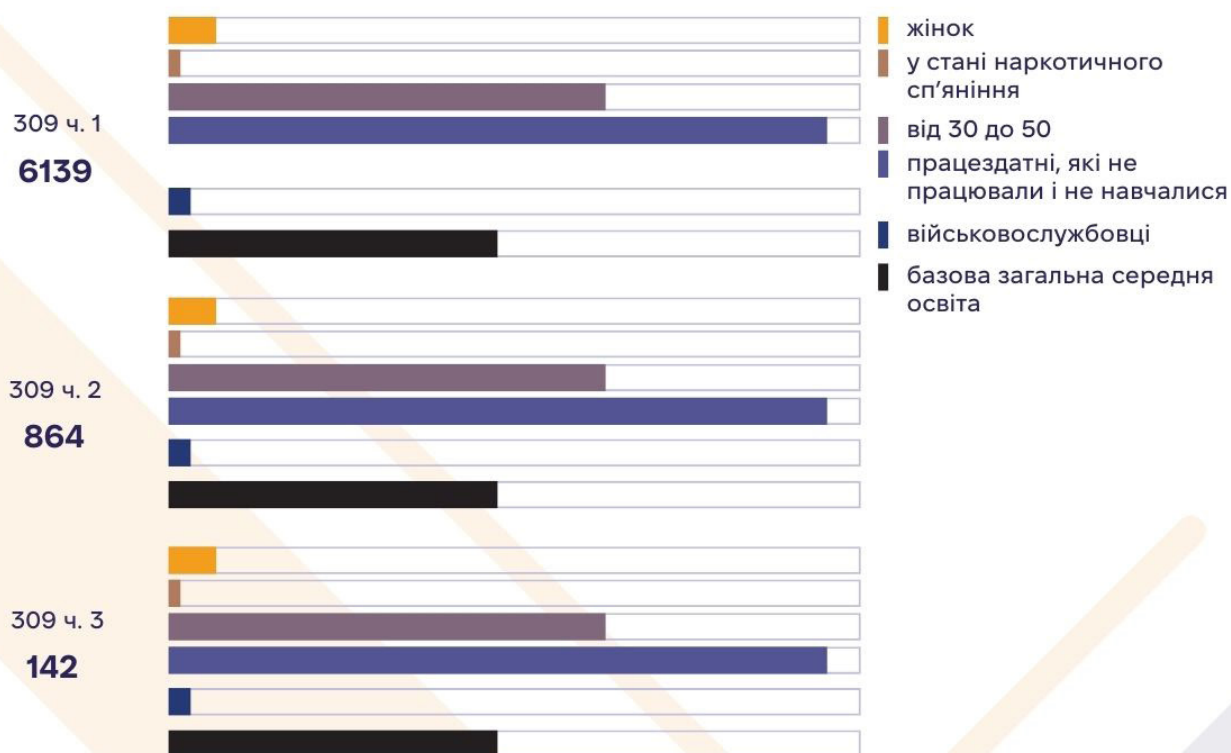


Рис. 8. Характеристика особи, засудженої за ст. 309 КК України

2022 рік

Стаття КК України
Кількість осіб, судові рішення щодо яких набрали чинності

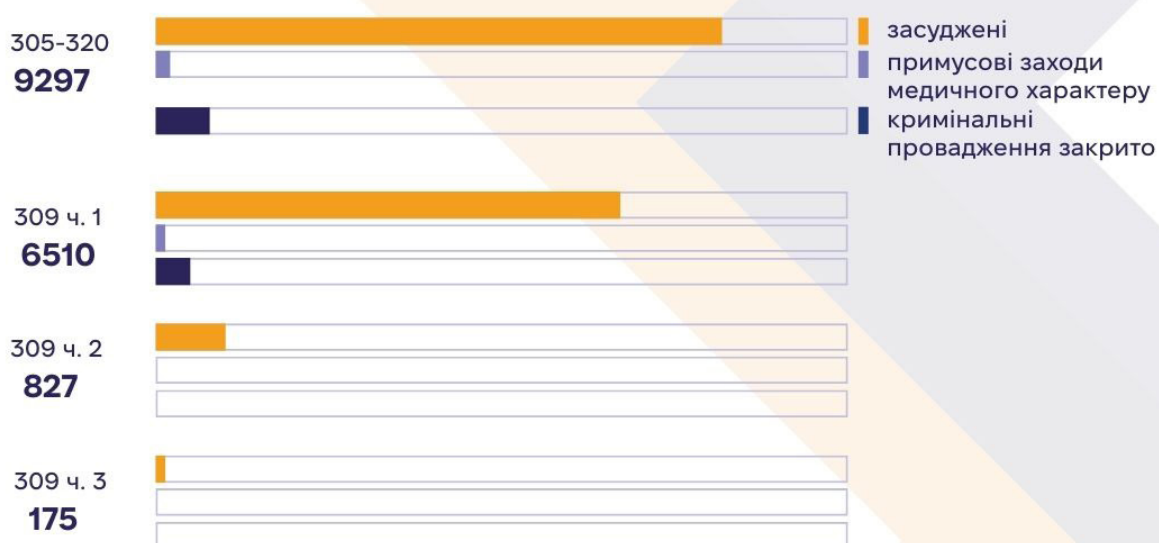


Рис. 9. Кількість осіб, засуджених за наркотичні кримінальні правопорушення

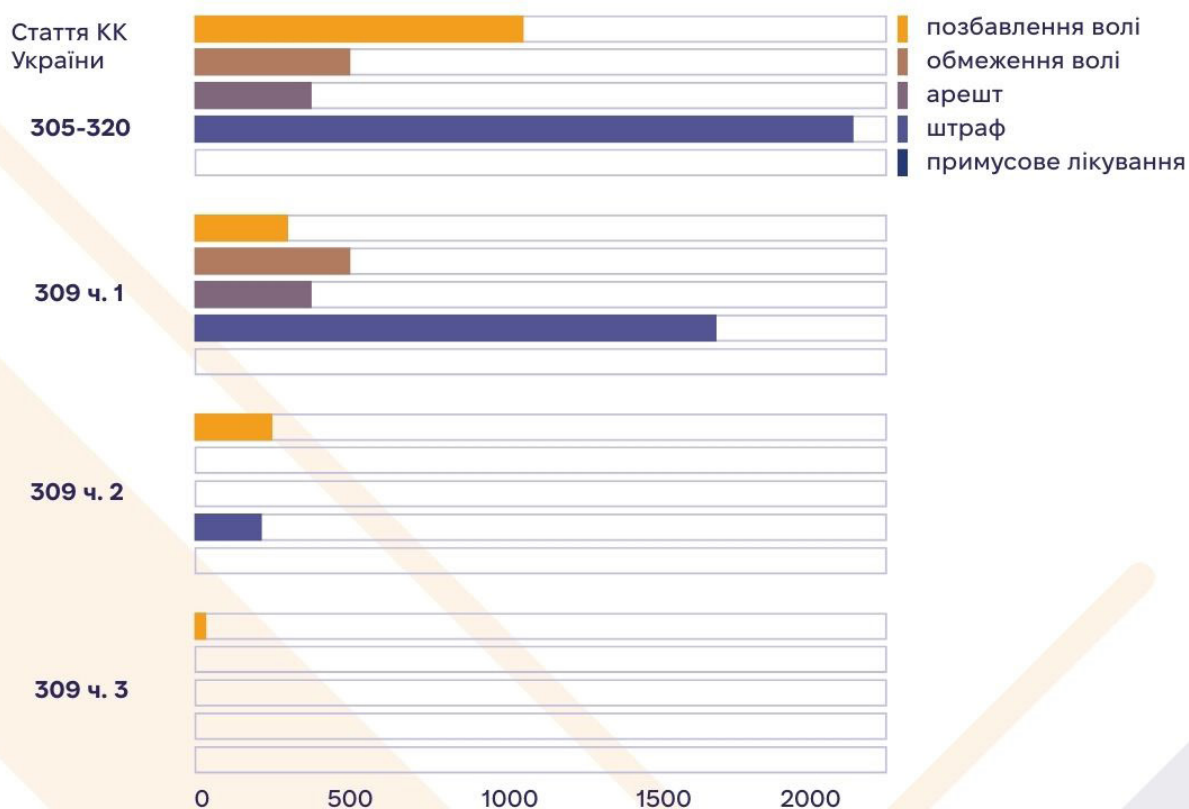


Рис. 10. Покарання, призначені особам, засудженим за наркотичні кримінальні правопорушення

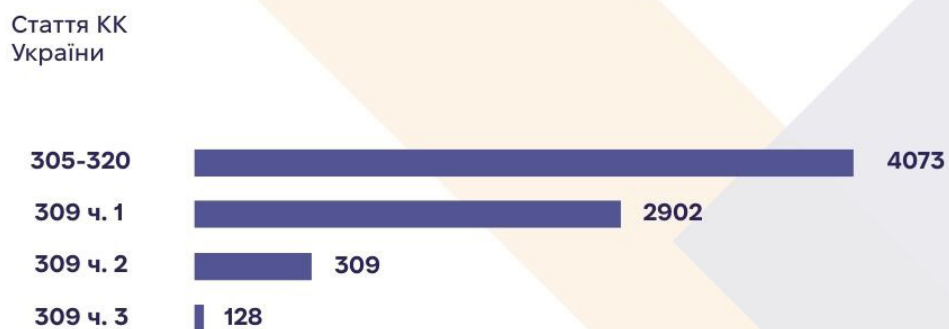


Рис. 11. Кількість засуджених за наркотичні кримінальні правопорушення осіб, яких звільнено від покарання

Стаття КК України
Кількість засуджених

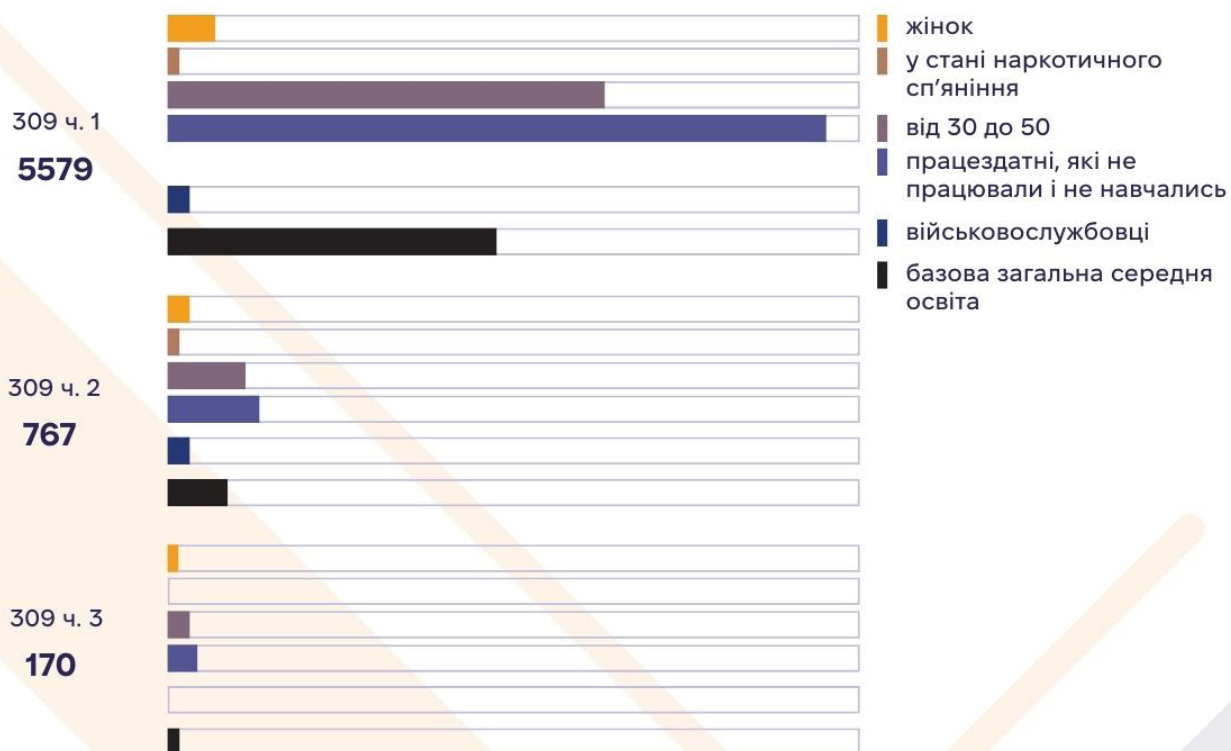


Рис. 12. Характеристика особи, засудженої за ст 309 КК України

2023 рік

Стаття КК України
Кількість осіб, судові рішення щодо яких набрали чинності

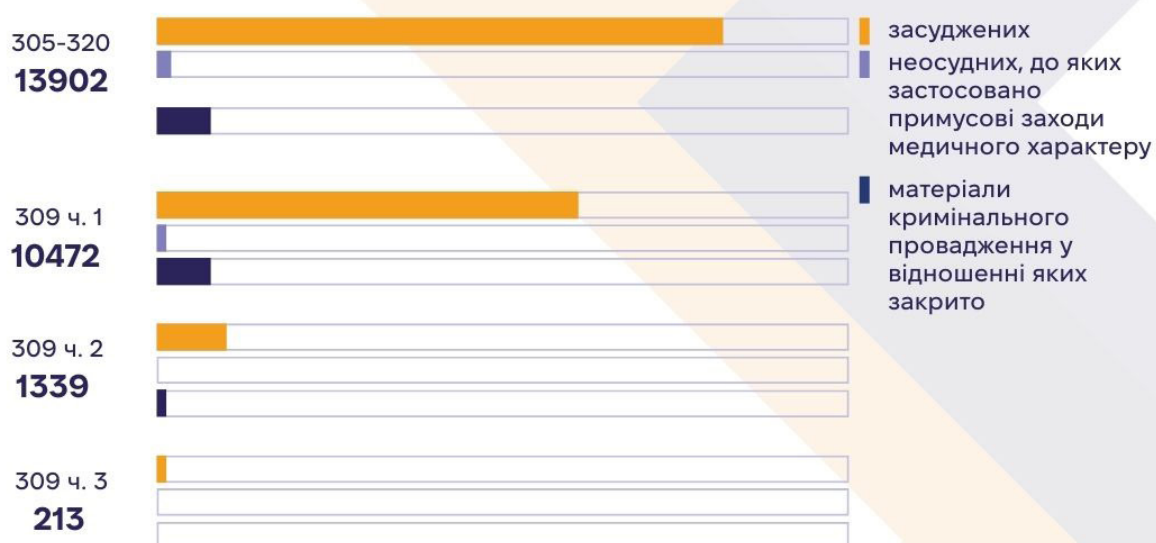


Рис. 13. Кількість осіб, засуджених за наркотичні кримінальні правопорушення

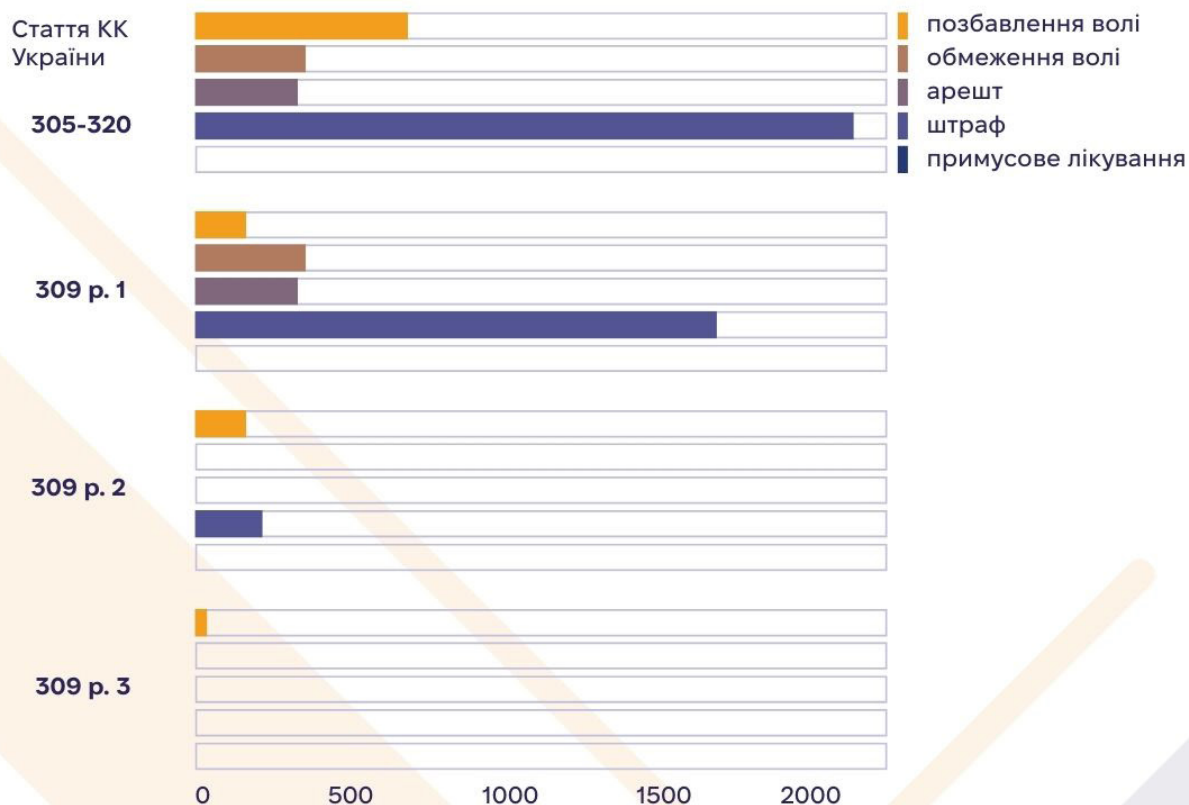


Рис. 14. Покарання, призначені особам, засудженим за наркотичні кримінальні правопорушення

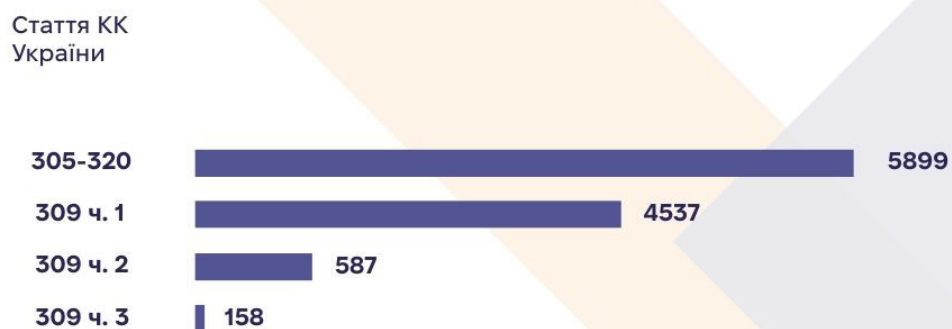


Рис. 15. Кількість засуджених за наркотичні кримінальні правопорушення осіб, яких звільнено від покарання

Стаття КК України
Кількість засуджених

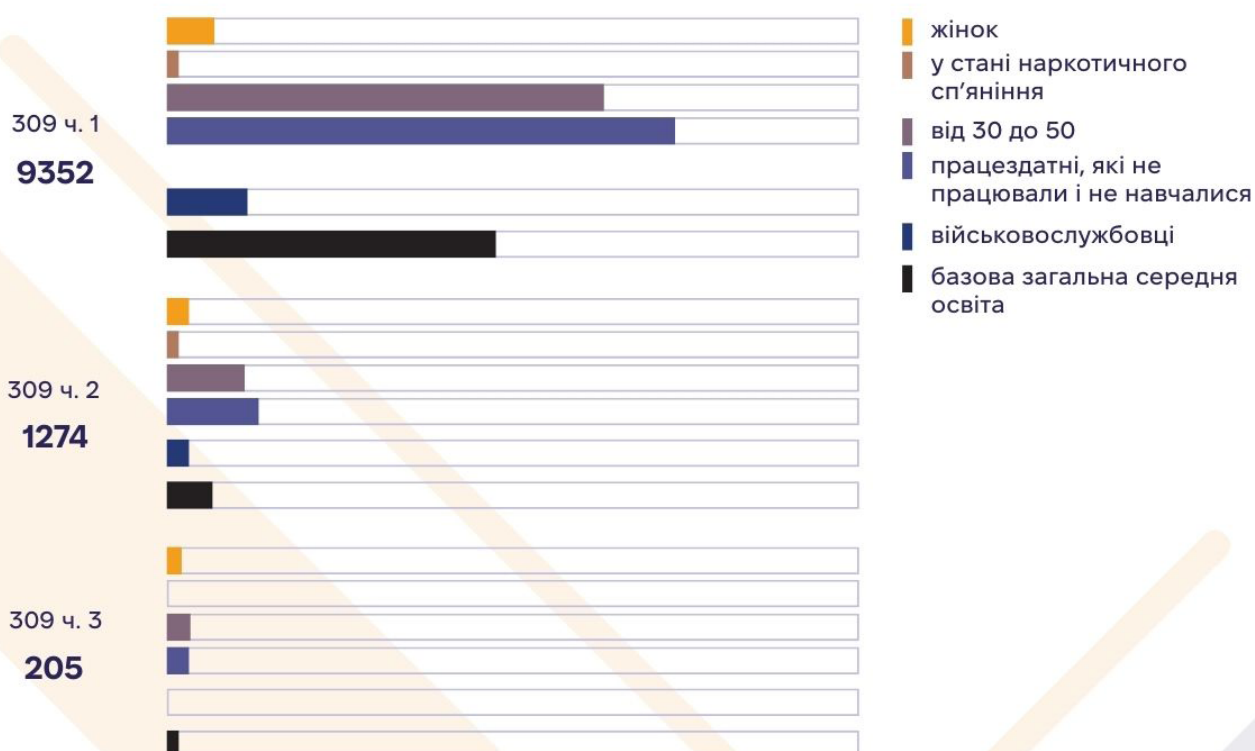


Рис. 16. Характеристика особи, засудженої за ст. 309 КК України

Узагальнення даних:

Кількість осіб, судові рішення щодо яких набрали законної сили у 2022 році за обвинуваченням у вчиненні кримінального правопорушення за ст. 309 КК України, складає 81% від кількості всіх осіб, судові рішення щодо яких набрали законної сили у 2022 році за обвинуваченням у вчиненні наркотичних правопорушень.

У 2023 році кількість осіб, судові рішення щодо яких набрали законної сили за обвинуваченням у вчиненні кримінального правопорушення за ст. 309 КК України, складає 86% від кількості всіх осіб, судові рішення щодо яких набрали законної сили за обвинуваченням у вчиненні наркотичних правопорушень.

Кількість осіб, засуджених у 2022 році за вчинення кримінального правопорушення, передбаченого ст. 309 КК України, складає 82% від загальної кількості осіб, засуджених за вчинення наркотичних кримінальних правопорушень.

Кількість осіб, засуджених у 2023 році за вчинення кримінального правопорушення, передбаченого ст. 309 КК України, складає 87,4% від загальної кількості осіб, засуджених за вчинення наркотичних кримінальних правопорушень.

Такі цифри говорять про суттєве збільшення кількості обвинувальних вироків, винесених судами за ст. 309 КК. У 2023 році за ст.309 КК було засуджено 10 831 осіб. Для порівняння у 2022 році ця цифра становила 6516 осіб. Як бачимо, за рік відбувся зріст обвинувальних вироків більш ніж у 1,5 раза.

У 2022 році кількість засуджених осіб, за ст. 309 КК України, які були звільнені від відбування покарання з випробуванням (ст. 75 КК України) складає 53% (засуджених до обмеження чи позбавлення волі).

У 2023 році кількість засуджених осіб, за ст. 309 КК України, які були звільнені від відбування покарання з випробуванням (ст. 75 КК України) складає 49% (засуджених до обмеження чи позбавлення волі).

Наведені показники ще раз свідчать про боротьбу правоохоронних органів зі споживачами наркотиків, власне хворих людей (з залежністю від ПАР), а не з розповсюджувачами наркотиків.

Судова практика застосування ст. 309 КК України «Незаконне виробництво, виготовлення, придбання, зберігання, перевезення чи пересилання наркотичних засобів, психотропних речовин або їх аналогів без мети збуту» за 2022-2023 роки свідчить про те, що суди при призначенні покарання у виді позбавлення волі у 90 % випадків звільняють від відбування покарання з випробуванням, при цьому не покладаючи на звільнену від відбування покарання особу обов'язку пройти курс лікування від розладів психіки та поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин, передбаченого п. 5 ч. 3 ст. 76 КК України. Також практично не застосовується до цієї категорії осіб пробаційна програма, передбачена Законом України від 05.02.2015 № 160 «Про пробацію», яка передбачає комплекс заходів, спрямованих на корекцію соціальної поведінки або її окремих проявів, формування соціально сприятливих змін особистості, які можливо об'єктивно перевірити.

На основі аналізу кількісних та якісних показників щодо незаконного виробництва, виготовлення, придбання, зберігання, перевезення чи пересилання наркотичних засобів, психотропних речовин або їх аналогів без мети збуту, а також складання типового кримінологічного портрета споживача наркотиків в Україні у 2021–2023 роках, нижче наведено результати вивчення характеру таких кримінальних правопорушень за останні два роки.

Зокрема, нами проаналізовано вирoki судів першої інстанції, винесені за статтею 309 Кримінального кодексу України у 2022–2023 роках у таких областях: Вінницька, Волинська, Дніпропетровська, Донецька, Житомирська, Закарпатська, Запорізька, Івано-Франківська, Київська, Кіровоградська, Львівська, Миколаївська, Одеська, Полтавська, Рівненська, Сумська, Тернопільська, Харківська, Херсонська, Хмельницька, Черкаська, Чернівецька, Чернігівська.

У Луганській області за 2022 та 2023 роки судова практика за статтею 309 КК України відсутня.

По кожній області вибірково проаналізовано по 10 вироків за 2022 рік і 10 вироків за 2023 рік. Усього вивчено 460 вироків.³⁴

2022 рік

Усього було вивчено 230 вироків, винесених у 2022 році (нижче у деяких таблицях та малюнках сукупна кількість може бути більша, оскільки в одному вирокі може бути кілька різних предметів) див. рис.17:



Рис. 17. Кількість вироків за ст. 309 КК України за частинами у 2022 році

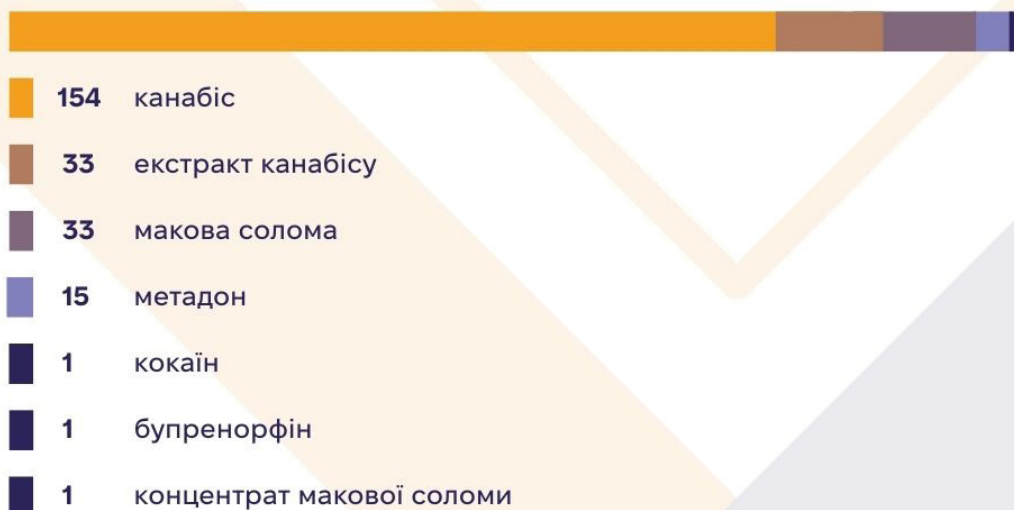


Рис. 18. Види наркотичних засобів, які є предметом кримінального правопорушення, передбаченого ст. 309 КК України

³⁴ Примітка: така кількість проаналізованих вироків є, скоріше, якісним дослідженням і, безумовно, не дає підстави для формування глобальних висновків щодо застосування ст.309 КК України у правозастосовчій практиці. Поряд із цим, такий аналіз дозволяє виявити важливі тенденції щодо особливостей розгляду кримінальних справ та призначення покарань за злочини у сфері незаконного обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів (стаття 309 ККУ). Розуміння цих тенденцій та особливостей є вкрай важливим в контексті напрацювання пропозицій щодо змін у кримінальному законодавстві України для його наближення до права ЄС. Зауважимо, що додатково на замовлення БФ «Здорові рішення» було проведено деталізоване аналітичне дослідження всіх вироків, що містяться в Єдиному реєстрі судових рішень, для виявлення особливостей застосування кримінального законодавства щодо наркозлочинів з акцентом на злочини, вчинені військовослужбовцями. Результати цього дослідження доступні онлайн за посиланням. Висновки за результатами такого дослідження повністю корелюються із висновками, що містяться нижче по тексту.

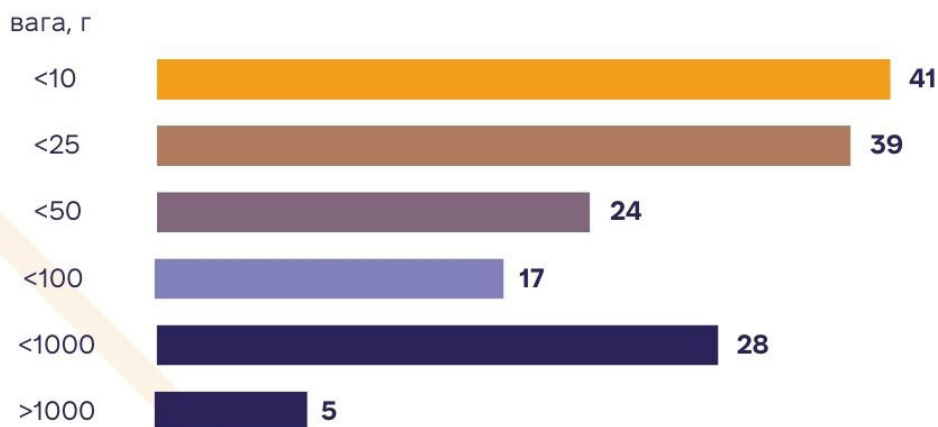


Рис. 19. Вага канабісу у вироках за ст. 309 КК України

Також у 5-ти вироках предметом кримінального правопорушення був канабіс вагою більше 1000 г – 1368г, 2531г, 3515г, 5218г, 9913г.



Рис. 20. Види психотропних речовин, які є предметом кримінального правопорушення, передбаченого ст. 309 КК України



Рис. 21. Види покарань за ч.1 ст. 309 КК України



Види та розміри покарання засуджених за ч. 2 ст. 309 КК України

2023 рік

Усього було вивчено 230 вироків, винесених у 2023 році (нижче у деяких таблицях та малюнках сукупна кількість може бути більша, оскільки в одному вирокі може бути кілька різних предметів) див. рис. 22:



Рис. 22. Види наркотичних засобів, які є предметом кримінального правопорушення, передбаченого ст. 309 КК України



Рис. 23. Види наркотичних засобів, які є предметом кримінального правопорушення, передбаченого ст. 309 КК України

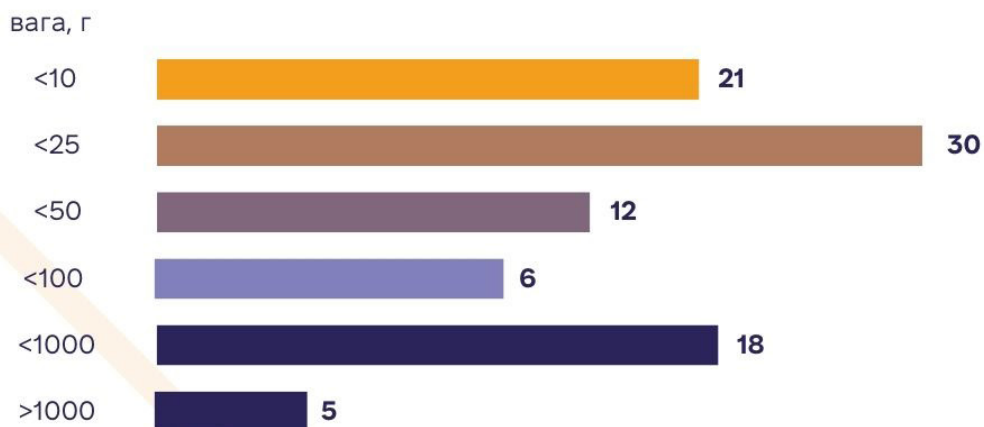


Рис. 24. Вага канабісу у виробах за ст. 309 КК України

Також у 5-ти виробах предметом кримінального правопорушення був канабіс вагою більше 1000 г – 1200г, 1520г, 1584г, 1833г, 6468г.



Рис 25. Види психотропних речовин, які є предметом кримінального правопорушення, передбаченого ст. 309 КК України



Рис. 26. Види та розміри покарання засуджених за ч. 1 ст. 309 КК України

11	штраф
20	обмеження волі

Види та розміри покарання засудженим за ч. 2 ст. 309 КК України

Висновки за аналізом судової статистики щодо результатів розгляду кримінальних справ та призначення покарань за злочини у сфері незаконного обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів (стаття 309 ККУ) :

- 1. Високий відсоток осіб, засуджених за статтею 309 КК України:** за даними 2022 та 2023 років, у більш ніж 80% випадків осіб, що були засуджені за наркотичні право- порушення, підпадали під частину 1 статті 309. Це, як і у випадку з попередніми ста- тистичними даними, свідчить про те, що основна частина кримінальних проваджень стосується споживачів, а не розповсюджувачів наркотиків, що підтверджує необхід- ність розгляду цих осіб як хворих, а не як злочинців.
- 2. Звільнення від покарання:** значна частина осіб, засуджених за незаконне зберігання наркотиків (47-53% за вказані роки), отримує звільнення з випробувальним терміном. Це свідчить про розуміння судовою системою, що дані особи не є серйозною загрозою для суспільства та потребують лікування, а не кримінального покарання.
- 3. Недостатнє лікування та реабілітація:** судова практика демонструє, що з величезної кількості осіб, звільнених від відбування покарання, дуже невеликій кількості засуджених суд встановлює обов'язок пройти курс лікування. Це вказує на відсутність акценту на медичну допомогу та реабілітацію, що є важливими для порятунку життів і покращення здоров'я споживачів наркотиків.
- 4. Відсутність пробаційних програм:** згідно з законодавством, пробаційні програми можуть суттєво допомогти особам, які мають проблеми з наркотиками, але практика їх застосування майже відсутня. Це вказує на те, що наявні механізми не використовуються для допомоги людям, які потребують підтримки в подоланні своєї залежності.
- 5. Соціально-економічні витрати:** тримати осіб, які не становлять загрози для суспільства, у рамках кримінального правосуддя є витратним як для держави, так і для суспільства загалом. Витрати на утримання таких осіб у місцях позбавлення волі можуть бути перенаправлені на програми з лікування та реабілітації.
- 6. Розмір наркотичних засобів, що є предметом кримінального правопорушення:** найбільшу кількість вироків за ст. 309 КК України у 2022 та 2023 роках, становлять вирoki, в яких особи були засуджені за незаконні дії з канабісом вагою до 10 г. та до 25 г. (що складає 67% таких злочинів). Серед найрозповсюдженіших також виділяємо: амфетамін (МДМА), PVP (20% серед всіх ПАР) та метадон).

Підсумовуючи наведені статистичні дані та результати їх аналізу, можна стверджувати, що декриміналізація незаконного зберігання наркотичних засобів, передбаченого частиною 1 статті 309 Кримінального кодексу України, сприятиме не лише зниженню навантаження на кримінальну юстицію, а й дозволить зосередити зусилля на медичній реабілітації осіб із розладами, пов'язаними з вживанням наркотиків. Такий підхід є більш ефективним і гуманним у розв'язанні проблеми наркотичної залежності та відповідає сучасному соціально-правовому контексту.

2.4. Перегляд порогових розмірів наркотичних засобів як обов'язковий елемент зміни вектора кримінально-правової політики в Україні

План заходів на 2019-2020 роки з реалізації Стратегії державної політики щодо наркотиків на період до 2020 року, затверджений Розпорядженням КМУ від 06.02.2019р. №56-р, передбачав здійснення МОЗ України перегляду невеликих, великих, особливо великих розмірів наркотичних засобів та психотропних речовин щодо змін їх порогових розмірів, а також доповнення розмірами для нових речовин, що включені до переліку наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, затвердженого Постановою КМУ від 06.05.2000р. №770. Аналогічне положення містить і проєкт Операційного плану до Державної стратегії з наркополітики до 2030 року.

Наявність зазначеного заходу в обох документах показує консенсус серед експертів, державних органів та громадських організацій щодо необхідності перегляду порогових розмірів наркотичних речовин, що містяться в Таблицях невеликих, великих та особливо великих розмірів наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, які знаходяться у незаконному обігу, затверджених Наказом МОЗ України від 01.08.2000 року №188.

Причинами цього є те, що затверджені в Україні порогові розміри мають довільний характер, не відображають реалії ринку наркотиків і відмінності в їх споживанні. Вони автоматично ставлять у невідповідне становище людей, які мають залежність (або підвищений рівень допусків), піддаючи їх підвищеному ризику переслідування за незаконне зберігання, або, навіть, за правопорушення у сфері постачання.

У науково необґрунтованих розмірах умовної добової дози, яка покладена в основу обчислень невеликих, великих та особливо великих розмірів наркотичних засобів і психотропних речовин, що знаходяться у незаконному обігу, криється причина труднощів і зловживань (у тому числі і корупційних) при кваліфікації злочинів, пов'язаних з незаконним обігом наркотиків. В результаті реальна разова доза психоактивної речовини перетворюється на кілька разових доз і, як наслідок, злочин кваліфікується за тією частиною статті Кримінального кодексу, яка передбачає більш суворе покарання. Таким чином, на підставі необґрунтовано низьких «порогів» до кримінальної відповідальності хворі на залежність притягуються за те, що в більшості цивілізованих країн світу взагалі не вважається злочином. Як свідчить наведена нами вище статистика, тисячі наркозалежних в Україні щорічно отримують покарання, а платники податків вимушені сплачувати за утримання кожної такої особи. Державою на місячне утримання засудженого виділяється 14 165 грн на особу, що вдвічі більше за мінімальну зарплату та значно перевищує суму середнього пенсійного забезпечення більшості громадян пенсійного віку. Отже, саме хвора особа страждає від необґрунтованих порогових розмірів.

Затверджені на сьогодні обсяги наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, що перебувають у незаконному обігу, занижені в десятки разів порівняно з даними Міжнародного комітету з контролю за наркотиками ООН, відповідними показниками в інших країнах, а також результатами розрахунків середніх добових доз споживання наркотичних засобів і психотропних речовин в Україні.

На підтвердження цього наводяться порівняльні дані, зібрані Альянсом громадського здоров'я.

Країна	Кримінальна відповідальність за зберігання опію/героїну	Кримінальна відповідальність за зберігання амфетаміну/метамфетаміну/МДМА (грам/табл.)
Україна	0,005	0,15
Норвегія	0,5	0,2/0,6
Нідерланди	0,5	0,5/1 табл.
Німеччина	1-3	3
Іспанія	3	2,4
Австрія	3	30
Португалія	1	1
Чехія	1,5	0,4/4 табл.

Такий підхід фактично криміналізував сферу обігу наркотичних засобів, посилив її латентність, у той час як масштаби нелегального ринку таких засобів не скоротилися, а навпаки розширилися.

Занижені пороги кримінальної відповідальності зв'язують руки поліції вимушеною боротьбою з дрібними проступками, в той час, як наркобізнес має комфортні умови для свого процвітання.

Отже, необхідність зміни вектору кримінально-правової політики щодо обігу наркотичних засобів вимагає **актуалізації порогових розмірів, які б відображали сучасні соціальні, медичні та правові виклики.** Зокрема:

1. **Актуальність порогових розмірів:** з моменту прийняття наказу змінилися соціально-економічні умови, а також ставлення суспільства до проблеми наркоманії та обігу наркотичних засобів. Порогові розміри є застарілими та не враховують сучасних реалій.
2. **Протидія криміналізації хворих на залежність:** стандартизація порогових розмірів може суттєво зменшити кількість випадків криміналізації осіб за незначні порушення. Це зменшить навантаження на судову та правоохоронну системи, а також дозволить зосередити ресурси на боротьбі з більш серйозними злочинами.
3. **Ризики для здоров'я:** необґрунтовано низькі порогові розміри зумовлюють обмеження доступності наркотичних засобів для залежних осіб, які потребують допомоги (лікування та реабілітації), а не покарання. Це, в свою чергу, може призвести до фізичних та психічних страждань таких осіб.
4. **Гармонізація з міжнародними стандартами:** для інтеграції з міжнародними стандартами боротьби з наркотиками та зміни у політиці зворотного зв'язку, які враховують медичні та соціальні аспекти, необхідно оновити чинні норми.
5. **Соціальна справедливість:** перегляд порогових розмірів може допомогти забезпечити соціальну справедливість, уникнути надмірного покарання за випадки, які не є кримінальними за своєю природою.

У 2019 році Міністерство охорони здоров'я України намагалось внести відповідні зміни до наказу та переглянути порогові розміри наркотичних засобів і психотропних речовин у бік збільшення. Методологічно пропонувалося визначати ці розміри на основі існуючої міжнародної практики, яка ґрунтується на встановлених добових дозах для статистичних цілей (defined daily doses for statistical purposes, С-ВДД) відповідно до даних Міжнародного комітету з контролю за наркотиками ООН. До невеликих розмірів пропонувалося відносити такі, що не перевищують 10 С-ВДД. Оскільки Міжнародний комітет не надає даних щодо С-ВДД для окремих речовин, зокрема канабісу, МДМА та кокаїну, було проведено аналіз практики низки європейських країн, де за зберігання певних кількостей цих речовин не передбачено кримінальної відповідальності. На основі цього аналізу було визначено середній розмір відповідних речовин, який і пропонувалося встановити як невеликий.

Однак, зазначені зміни не були прийняті. Державна служба України з лікарських засобів (Держліксслужба) та інші органи наводили такі **аргументи** на обґрунтування відмови у погодженні змін: «посилання до проєкту внесення змін до наказу на те, що збільшення розмірів обумовлене приведенням їх до розмірів, рекомендованих МККН, не є обґрунтуванням для суттєвого збільшення розмірів, запропонованих розробником Проєкту наказу, оскільки S-DDD – технічна одиниця виміру, що використовується з метою статистичного аналізу. ... Разом з тим, для прийняття рішення щодо суттєвого збільшення розмірів наркотичних засобів і психотропних речовин, що знаходяться у незаконному обігу, досвіду таких країн як Португалія, Німеччина, Норвегія тощо недостатньо, оскільки досвід їх розвитку не зовсім притаманний історичним, політичним, соціально-економічним, державотворчим процесам в Україні».

Отже, на сьогодні, головною проблемою зміни порогових розмірів наркотичних речовин є визначення відповідної методики.

У пункті 2.2. цього розділу ми вже аналізували міжнародний досвід декриміналізації зберігання наркотичних засобів для особистого споживання, в тому числі ми торкалися питання встановлення порогових розмірів наркотичних засобів, однак нижче вважаємо за необхідне навести додаткові аргументи на користь важливості перегляду порогових розмірів наркотичних засобів для зміни вектора кримінально-правової політики в Україні.

Існують відмінності у підходах країн до обґрунтування встановлених ними порогових кількостей. Аналіз відповідних нормативно-правових актів, що регулюють визначення порогових розмірів, свідчить про різноманітність методів їх розрахунку: за вагою (чистою або змішаною), за дозуванням (наприклад, дві таблетки або капсули), за орієнтовною добовою нормою споживання (наприклад, обсяг, розрахований на п'ятиденне вживання) або за кількістю, небезпечною для життя (як це передбачено австрійським законодавством).

Країни використовують значно відмінні кількісні межі як порогові значення. Обґрунтування таких розбіжностей, як правило, не наводиться у відкритих джерелах, однак гіпотетично вони можуть бути пов'язані з різними моделями споживання наркотиків у кожній конкретній країні.

Щодо останнього, показовим є порівняльний аналіз даних Global Drug Survey щодо обігу MDMA у дев'яти країнах, який було проведено групою вчених і опубліковано у Міжнародному журналі з наркополітики (**Додаток №1 дослідження**).

Відповідно до нього, порогові кількості коливалися від 1 таблетки до 100 таблеток (щоб відрізнити володіння для особистого користування від постачання) для тих місць, де вказано кількість доз. Вага в грамах для MDMA, як зазначено в законі чи інструкціях, становила від 0,5 г до 30 г. Проте, як було чітко видно з даних дослідження, між цими країнами майже не було відмінностей у моделях споживання. Типове споживання становить 1 пігулку або у формі порошку від 0,2 до 0,4 г. Типова купівельна кількість порошку/кристалів MDMA становить 1 г і коливається від 2 до 5 для таблеток або капсул. Це свідчить про те, що в усьому світі існує невелика варіація в моделях споживання або покупки MDMA для особистого використання. Проте закони та вказівки, які визначають кількість препарату, дуже відрізняються. (Keelin O'Reillya, Michala Kowalski, Monica J. Barratt, Alison Ritter, Distinguishing personal use of drugs from drug supply: Approaches and challenges; International Journal of Drug Policy 103 (2022) 103653).

Отже, введення моделі споживання в основу методології розрахунку та обґрунтування порогових розмірів навряд чи є ефективним підходом. Проблематичним також є визначення цільової групи та її характеристик, оскільки різні особи мають різний рівень толерантності до наркотичних речовин, а також відрізняються за практиками їх вживання.

На нашу думку, **процес визначення методики встановлення порогових розмірів психоактивних речовин має відбуватись на основі фармацевтично обґрунтованих розрахунків летальних доз для наркотичних та психотропних речовин. Аналогічний підхід запроваджено в Австрії.** Це відповідатиме передовій практиці ЄС.

Метрика **LD₅₀ (летальна доза для 50% смертності)** – це токсикологічний термін, науково визнаний³⁵ показник, який використовуються для опису летальності хімічної речовини, включаючи наркотичні та психотропні речовини. **LD₅₀ (Летальна доза 50%)** – це доза речовини, яка спричиняє смерть у **50% тестованої популяції**. Зазвичай виражається в **міліграмах речовини на кілограм маси тіла (мг/кг)**. Цей показник служить стандартним показником **гострої токсичності**, допомагаючи оцінити потенційну небезпеку впливу речовини на людину.

LD₁₀₀ (Летальна доза 100%) – це доза, яка спричиняє смерть 100% тестованої популяції, також виражається в мг/кг, аналогічно до LD₅₀. Цей показник визначає абсолютно летальну дозу, при якій ніхто не виживає, що дає уявлення про верхню межу токсичності речовини.

У світовій практиці метрики **LD₁₀₀ та LD₅₀** допомагають оцінити гостру токсичність речовин, визначити безпечні дози споживання, сприяють розробці протоколів лікування, профілактики, дозволяють запобігти летальним випадкам та передозуванню, наприклад, зазначені метрики дозволяють оцінити потенціал передозування для таких наркотичних засобів, як опіоїди (фентаніл, героїн, морфін), стимулятори (кокаїн, метамфетамін), депресанти (бензодіазепіни, барбітурати).

На відміну від DDD (підхід визначеної добової дози, який наразі використовується в Україні, попри відсутність будь-якої фармакологічної обґрунтованості, оскільки не враховує реальну токсичність і летальність різних наркотичних і психотропних речовин), **LD₅₀ дозволяє визначити реальні ризики, пов'язані із вживанням наркотиків.**

³⁵ загальне обґрунтування сутності та необхідності впровадження зазначеної метрики було представлено на заході, організованому 07 квітня 2025 року БФ «Здорові рішення» у презентації УНЗ ООН, програмного офісу України

Величезні відмінності у токсичності між речовинами (LD_{50} фентанілу $\approx 0,03$ мг/кг проти LD_{50} героїну $\approx 21,8$ мг/кг) свідчать про необхідність фармакологічно-обґрунтованої класифікації, а не єдиної системи добового дозування.

Запровадження $LD_{50} \times 10$, $LD_{50} \times 100$ і $LD_{50} \times 1000$ як референтних меж для категоризації обсягів зберігання допоможе встановити справедливі, пропорційні ліміти, що розрізняють особисте використання, високий ризик і торгівлю наркотиками. Для кращого розуміння потенційних наслідків споживання високих доз, у Додатку №2 цього дослідження наведено таблицю з розрахованими дозами при $10\times$, $100\times$ та $1,000\times$ LD_{50} для людини вагою 70 кг.

Використання LD_{100} та його кратних значень ($LD_{100} \times 10$, $LD_{100} \times 100$, $LD_{100} \times 1000$) може забезпечити ще більш точне визначення високого ризику, особливо у випадках надпотужних синтетичних опіоїдів, таких як карфентаніл або його аналоги.

Однак такий підхід несе значні ризики, адже LD_{100} представляє рівень, що є летальним у 100% випадків досліджуваної популяції, а отже, навіть невеликі збільшення цих значень можуть значно підвищити ризик смертності та передозування в реальних умовах. Тому, на нашу думку, **LD_{50} є найбільш обґрунтованою точкою відліку**, оскільки використання саме цієї метрики дозволяє забезпечити **баланс між безпекою та ефективністю регулювання** – використання LD_{50} дозволяє розробити науково обґрунтовані граничні норми, що враховують середню токсичність речовини, не спираючись на екстремальні випадки. Це важливо для встановлення юридичних меж щодо зберігання та обігу наркотичних засобів, мінімізуючи ризик як надмірної криміналізації, так і загрози здоров'ю населення.

Перехід до класифікації, заснованої на LD_{50} , дозволить правоохоронним органам, судовій системі та законодавцям застосовувати раціональний, орієнтований на охорону здоров'я підхід, спрямований на зменшення шкоди, а не суто каральні заходи. Ця зміна відповідає сучасним світовим політикам щодо наркотиків, які декриміналізують малі обсяги для особистого використання, водночас залишаючи суворі санкції для великомасштабного наркообігу.

Реформа, заснована на LD_{50} , надасть **унікальну можливість** для модернізації законодавства, що дозволить досягти балансу між **ефективністю правозастосування, стратегією громадського здоров'я та гуманним підходом до наркополітики**.

Важливо, щоб реформована модель визначення порогових розмірів була гнучкою. Це означає, що порогове значення слід розглядати як нижню межу, а не верхню. Під сферу декриміналізації мають підпадати не лише особи, затримані з кількістю наркотичних речовин, що не перевищує встановлений поріг, а й ті, хто має більші обсяги, за умови відсутності доказів наміру на збут або постачання.

2.5. Зміна підходів у діяльності правоохоронних органів і органів кримінальної юстиції в сфері протидії незаконному обігу наркотиків

Успішне проведення будь-яких реформ у сфері декриміналізації обігу наркотичних засобів є неможливим без зміни підходів у діяльності правоохоронних органів у боротьбі з наркотиками на більш прозорі. Це допомагає мінімізувати корупційні ризики та суттєво покращує положення залежних осіб щодо захисту їх прав.

Стратегією ЄС щодо наркотиків на 2021–2025рр. визначено три основні напрямки наркополітики: зменшення пропозиції (постачання) наркотиків; скорочення попиту на наркотики; зменшення шкоди від немедичного вживання наркотиків. Стратегія визначає низку заходів, які необхідно здійснити за вищезазначеними напрямками наркополітики.

На відміну від попередніх стратегій ЄС щодо наркотиків, у Стратегії на 2021–2025 роки вперше було введено окремий розділ, присвячений зменшенню шкоди, пов'язаної з вживанням наркотиків.

У зв'язку з адаптацією законодавства України до законодавства ЄС виникає необхідність узгодження правового регулювання окремих напрямів діяльності підрозділів боротьби з наркозлочинністю Національної поліції України з вимогами Стратегії ЄС щодо наркотиків на 2021–2025 роки.

Зокрема, йдеться про налагодження взаємодії та партнерських відносин із інститутами громадянського суспільства, що надають соціальні та медичні послуги особам із наркотичною залежністю, у тому числі щодо реалізації програм зменшення шкоди від немедичного вживання наркотиків.

Такий підхід сприятиме гуманізації законодавства та підвищенню ефективності взаємодії органів Національної поліції з громадянським суспільством у впровадженні ключових напрямів наркополітики відповідно до стандартів ЄС.

Реформування підрозділів поліції, що здійснюють боротьбу з наркозлочинністю, зумовлює необхідність законодавчого врегулювання порядку їх діяльності та закріплення обов'язку діяти на засадах партнерства, довіри та взаємної поваги.

Не менш важливою є тісна співпраця правоохоронців із населенням, територіальними громадами та громадськими об'єднаннями — передусім із тими, що надають соціальні й медичні послуги наркозалежним особам, а також беруть участь у реалізації програм зменшення шкоди від немедичного вживання наркотиків.

Основні завдання та напрями діяльності підрозділів боротьби з наркозлочинністю мають базуватися на принципах гуманного ставлення до осіб із наркотичною залежністю, зокрема з метою підтримки програм зменшення шкоди.

Ці завдання та напрями слід чітко закріпити в нормативно-правових актах.

Відсутність нормативно закріплених положень, які регламентують діяльність поліції у цій сфері, призводить до низки негативних наслідків, зокрема: зловживань з боку поліції, порушення прав наркозалежних осіб, соціальних та медичних працівників, створення загроз життю та здоров'ю особам, які є пацієнтами програми замісної підтримувальної терапії, тощо.

На сьогодні підрозділи боротьби з наркозлочинністю у своїй діяльності окрім Закону України «Про Національну поліцію», також керуються низкою відомих нормативно-правових актів:

1. Положенням про Департамент боротьби з наркозлочинністю Національної поліції України, яке затверджено наказом Національної поліції України від 18 червня 2020 року № 474. У вказаному положенні визначено лише функції Департаменту боротьби з наркозлочинністю Національної поліції України, які спрямовані на боротьбу з кримінальними правопорушеннями щодо наркотиків. Таким чином потребує внесення відповідних змін та доповнень до Положення про Департамент боротьби з наркозлочинністю Національної поліції України в частині визначення додаткових функцій цього підрозділу з метою реалізації вимог Закону України «Про Національну поліцію». Необхідно віднести до завдання Департаменту боротьби з наркозлочинністю Національної поліції України наступні положення:
 - превенція правопорушень, пов'язаних з обігом наркотичних засобів та психотропних речовин, їх аналогів і прекурсорів;
 - надання допомоги громадським інституціям у реалізації наркополітики, спрямованої на скорочення попиту на наркотичні засоби та психотропні речовини та зменшення шкоди від їх немедичного вживання.
2. Наказом МВС від 28.08.2023р. №712, було скасовано Наказ МВС України від 18 серпня 2004 року № 962-дск «Про затвердження Інструкції з організації роботи органів внутрішніх справ України щодо протидії незаконному обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів і прекурсорів». Водночас, новий нормативний акт прийнято не було. Враховуючи необхідність адаптації законодавства України до законодавства ЄС в частині реалізації наркополітики, необхідно розробити нову інструкцію з організації діяльності підрозділів та територіальних органів Національної поліції України у протидії незаконному обігу наркотиків, яка повинна передбачати три основні напрямки діяльності підрозділів боротьби з наркозлочинністю:
 - зменшення пропозиції (поставок) наркотиків;
 - скороченню попиту на наркотики;
 - зменшення шкоди від немедичного вживання наркотиків.

Визначення заходів із взаємодії підрозділів боротьби з наркозлочинністю під час реалізації заходів щодо скорочення попиту на наркотики та зменшення шкоди від немедичного вживання наркотиків потребують нового наповнення. Так, у новій інструкції повинно бути відображено два нових підрозділи і визначено напрями та порядок взаємодії працівників підрозділів боротьби з наркозлочинністю з інститутами громадянського суспільства щодо:

- профілактики немедичного вживання наркотиків, лікування, реабілітацією наркозалежних осіб, надання соціальних та медичних послуг з реалізації програм зменшення шкоди від немедичного вживання наркотиків, зокрема у реалізації безперервності замісної підтримувальної терапії;
- створення та діяльності дорадчо-консультаційних органів у вигляді громадських спостережних рад при Департаменті боротьби з наркозлочинністю Національної поліції України³⁶.

³⁶ Буковський Ю. Д. Напрями покращення нормативно-правового регулювання взаємодії підрозділів боротьби з наркозлочинністю Національної поліції України з інститутами громадянського суспільства. Актуальні проблеми вітчизняної юриспруденції № 6, 2022, стор.114-117.

У межах зміни вектору наркополітики в Україні важливо забезпечити ефективну систему стримувань і противаг щодо рішень органів Національної поліції. У цьому контексті особливе значення має діяльність органів прокуратури, зокрема Офісу Генерального прокурора. Організація та процесуальне керівництво досудовим розслідуванням наркозлочинів (ст. 36 КПК України) є дуже важливим та ефективним інструментом забезпечення добросовісності, ефективності та законності їх розслідування.

Фактично процесуальне керівництво з боку прокуратури виявляється в тому, що прокурори мають контролювати законність під час розслідування. Такий контроль важливий, адже наркозлочини здебільшого вчиняються в умовах неочевидності із застосуванням різноманітних схем та засобів конспірації та за відсутності потерпілих. Це зумовлює їх високу латентність. Тому офіційна статистика неспроможна відбити реальну картину наркозлочинності (звіти правоохоронних органів переважно містять інформацію лише про ті злочини, які були викриті оперативними підрозділами за власною ініціативою). Це надає можливість маніпуляцій з показниками заради виконання вимог, які ставить перед оперативними підрозділами та органами досудового розслідування керівництво відповідних міністерств і відомств. Як наслідок, виникає проблема оцінки ефективності протидії наркозлочинності оперативними підрозділами й органами досудового розслідування та **неефективності відомчого контролю**. Вивчення практики засвідчує, що зазначені маніпуляції, серед іншого можуть здійснюватися і за рахунок **штучного створення показників шляхом застосування провокацій вчинення наркозлочинців** (замість реальної протидії даному виду кримінальних правопорушень). Крім того, ураховуючи надприбутки, які забезпечує наркобізнес, завжди існують високі ризики залучення до нього правоохоронців з метою забезпечення безпеки, організації та координації злочинних оборудок.

Саме тому важливим є посилення прокурорського контролю під час розслідування наркозлочинів, що дозволить зробити боротьбу з наркозлочинністю більш ефективною, справедливою та відповідною міжнародним стандартам. Не менш важливим є професійне навчання прокурорів сучасним підходам до боротьби з наркозлочинами, орієнтованим не лише на покарання, а й на реабілітацію.

Важливе значення має діяльність судових органів щодо визначення порядку і обсягів обмеження прав осіб, що звинувачуються у вчиненні правопорушень у сфері незаконного обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів.

Судова система України здебільшого дотримується карального підходу до справ, пов'язаних із наркотиками (з мінімальними можливостями для альтернативних покарань чи реабілітації). Справи про зберігання наркотиків, що становлять значний відсоток усіх обвинувальних вироків, практично завжди призводять до ув'язнення, а не лікування.

У дослідженнях громадських організацій часто згадується про низький рівень суспільної довіри до судової системи. У тому числі й через непослідовність у розгляді справ, пов'язаних з наркотиками, та збереження сильного впливу правоохоронних органів на судові процеси.

Покращити ситуацію мали внесені до Кримінального, Кримінального процесуального кодексів України та інших законодавчих актів України зміни щодо удосконалення видів кримінальних покарань (Закон № 3342 від 23.08.2023р.).

Зокрема, ККУ доповнювався статтею 59-1 «Пробаційний нагляд». Відповідно до неї «суд може покласти на засудженого до пробаційного нагляду обов'язки: пройти курс лікування від наркотичної, алкогольної залежності, розладів психіки та поведінки внаслідок

вживання психоактивних речовин або захворювання, що становить небезпеку для здоров'я інших осіб». Змін зазнали також санкції окремих статей КК України, в тому числі й ч. 1 ст. 309, з якої був виключений такий вид покарання, пов'язаний з позбавленням волі, як арешт строком до шести місяців, натомість санкція була доповнена новим видом покарання – пробаційний нагляд на строк до п'яти років.

За змістом правообмежень пробаційний нагляд практично ідентичний т.зв. «випробуванню», яке на підставі ст. 76 КК застосовується до особи, звільненої від відбування покарання відповідно до ст. 75 КК. Єдина відмінність – пробаційний нагляд може бути пов'язаний з обов'язком використовувати електронний засіб контролю і нагляду та обов'язком проживати за вказаною у вирокі суду адресою, який відсутній у змісті випробування. У зв'язку з цим багато науковців і практиків ставлять слушне питання: чи перетворює наявність цього додаткового обов'язку, що є аналогічним процесуальному обмежувальному заходу, те, що формально не є видом покарання, на покарання за своєю суттю? Як інакше пояснити ситуацію, в якій пробаційний нагляд вважається видом покарання, тоді як випробування таким не визнається?

З огляду на те, що чинності зазначений Закон України набув лише 28 березня 2024 року, дослідити судову практику застосування нового виду покарання – пробаційного нагляду за вчинення кримінального правопорушення, передбаченого ч. 1 ст. 309 КК України, не вдалося.

Після спливу майже 1,5 року, на практиці дана норма закону часто не застосовується. Мабуть це частково пов'язано з тим, що до теперішнього часу так і не врегульовано питання яка саме програма лікування, якої тривалості та інтенсивності може бути прийнятною для осіб щодо яких застосовується зазначена норма та які є індикатори її ефективності. Також не врегульовано питання взаємодії ЗОЗ з Уповноваженим органом з питань пробації за місцем проживання засудженого, зокрема у частині інформування стосовно виконання рішення. Все це не дає можливості для формування більш гуманної судової практики щодо осіб, хворих на залежність від ПАР.

Ключову роль у зміні підходів до формування судової практики має відігравати Верховний суд України, висновки якого щодо застосування норм права, викладені у постановах, є обов'язковими для всіх суб'єктів владних повноважень, які застосовують у своїй діяльності нормативно-правовий акт, що містить відповідну норму права (ч.5 статті 13 Закону України «Про судоустрій і статус суддів»).

Значення правових висновків ВС у справах, пов'язаних з наркозлочинами, важко переоцінити, адже вони впливають на сотні й тисячі проваджень, що перебувають на розгляді національних судів. Дотримання позицій ВС судами першої та апеляційної інстанцій забезпечуватиме прогнозованість і стабільність судової практики, зокрема в цій категорії справ.

Дискусійними в аспекті діяльності судів щодо розгляду справ про правопорушення у сфері незаконного обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів є наступні питання:

- застосування судами прецедентної практики ЄСПЛ (з урахуванням правових реалій України). Так, судами широко застосовується рішення ЄСПЛ щодо провокації злочинів. В той же час, застосування інших прецедентних рішень ЄСПЛ не знаходить свого відображення: *Wenner проти Німеччини*)³⁷ (порушення ст. 3 у зв'язку з незабезпечен-

³⁷ Веннер проти Німеччини, Європейський суд з прав людини, №. 62303/13, § 59, ЄСПЛ 2016

ням доступу до замісної терапії), Jalloh проти Німеччини (2006)³⁸ (заборона тортур є абсолютною і не може бути обґрунтована ні тяжкістю злочину, ні міркуваннями національної чи громадської безпеки), Kalandia проти Грузії (2021); Shubitidze проти Грузії (2021); Kobiashvili проти Грузії (2019); Tlashadze та Kakashvili проти Грузії (2021) – у цих справах суд встановив порушення ст. 6 у зв'язку з тим, що заявники вказували на підкидання наркотиків поліцією з метою фабрикивання доказів, а суд не забезпечив належної перевірки їх заяв^{39,40,41,42}.

· законність покладення судом на особу обов'язку пройти курс лікування від наркотичної, залежності відповідно до п.5 ч.3 статті 59-1 КК України у разі якщо вона відмовляється від цього (потенційний спір до Європейського суду).

Висновки за розділом II:

Наближення кримінального законодавства України та політики щодо обігу наркотиків та ПАР до права ЄС має передбачати:

1. Декриміналізацію зберігання наркотиків у особистих цілях (внесення змін у статтю 309 ККУ). Після декриміналізації – перегляд вироків і призначених покарань, й, за необхідності, їх скасування чи пом'якшення. Коригування потребує також частина 4 статті 309 ККУ в частині розширення переліку суб'єктів звільнення від кримінальної відповідальності за дії, передбачені ч. 1 статті 309 ККУ.
2. Скасування адміністративної відповідальності за незаконне виробництво, придбання, зберігання, перевезення, пересилання наркотичних засобів або психотропних речовин без мети збуту в невеликих розмірах (виключення з КУпАП статті 44). Запровадження механізму направлення осіб (що мають проблеми з наркотиками) до медичних установ для отримання лікування, якщо є медична необхідність. Розробка і впровадження програм реабілітації або терапії для осіб, які мають проблеми з наркотиками. Це може сприяти зниженню ризику повторного правопорушення, а також допомагати в подоланні залежності. Запровадження програм навчання правоохоронних органів алгоритмам дій у разі виявлення в особи ознак наркотичного сп'яніння при розширенні доступу до програм зниження шкоди.
3. Існує нагальна необхідність актуалізації порогових розмірів заборонених речовин (та відповідно внесення змін у Наказ МОЗ №188 від 01.08.2000р.). Процес визначення методики встановлення порогових розмірів психоактивних речовин має відбуватись на основі фармацевтично обґрунтованих розрахунків летальних доз для наркотичних та психотропних речовин (за прикладом Австрії). У якості найбільш обґрунтованої точки відліку доцільно, на нашу думку, використати метрику LD₅₀, оскільки використання саме цієї метрики дозволить розробити науково обґрунтовані граничні норми, що враховуватимуть середню токсичність речовини, не спираючись на екстремальні випадки. Вказані зміни беззаперечно відповідатимуть передовій практиці ЄС.

³⁸ Jalloh проти Німеччини, No. 54810/00, European Court of Human Rights, judgment of 11 July 2006, HUDOC, доступне за [посиланням](#)

³⁹ Каландія проти Грузія, Заява № 57255/10, Рішення від 22 квітня 2021 р. [Онлайн](#)

⁴⁰ Шубітідзе проти Грузії, заявка № 43854/12, Рішення від 17 червня 2021 р. [Онлайн](#)

⁴¹ Кобіашвілі проти Грузії, заявка № 36416/06, Рішення від 14 березня 2019 р. [Онлайн](#)

⁴² Тлашадзе та Какашвілі проти Грузії. Заява № 41674/10. Рішення від 25 травня 2021 р. [Онлайн](#)

4. Виділення з переліку, затвердженого Наказом МОЗ України №188 від 01.08.2000р., певних видів наркотичних речовин і прекурсорів (обіг яких є обмеженим) щодо яких встановити порогові кількості, які не передбачають настання адміністративної або кримінальної відповідальності (наприклад, канабіс та МДМА).
5. Впровадження в діяльність органів, які розслідують наркозлочини як обов'язкового етапу - оцінки порогових значень з урахуванням обставин справи. На цьому етапі мають бути встановлені такі фактори, як чистота речовини та рівень переносимості (толерантності) особою активних компонентів вилученої речовини. Питання оцінки порогових значень вирішуватимуться на основі висновків судових експертів у галузі хімії та психіатрії, що забезпечить баланс між науковою точністю та повагою до прав конкретної особи.
6. Закріплення в нормативних актах принципу, що встановлені граничні значення не можуть застосовуватися таким чином, щоб призвести до де-юре або де-факто обмеження права на справедливий судовий розгляд, включаючи презумпцію невинності. Це означатиме, що зберігання кількості, що перевищує встановлений поріг, не повинно автоматично розуміти умисел на збут і саме по собі не може бути достатнім доказом вчинення правопорушення, пов'язаного зі збутом.
7. У контексті адаптації законодавства України до законодавства ЄС важливим є реформування підрозділів поліції, що займаються боротьбою з наркозлочинністю. Зокрема, важливо закріпити у нормативно-правових актах основні завдання та напрямки діяльності підрозділів боротьби з наркозлочинністю, що мають ґрунтуватися на гуманному ставленні поліцейських до наркозалежних. Одними із нових напрямків діяльності поліції, що займатимуться боротьбою з наркозлочинністю, мають стати: зменшення пропозиції (поставок) наркотиків; скорочення попиту на наркотики; зменшення шкоди від немедичного вживання наркотиків.
8. Для підвищення прозорості діяльності правоохоронних та інших державних органів важливим є посилення прокурорського контролю під час досудового розслідування наркозлочинів, що дозволить зробити боротьбу з наркозлочинністю більш ефективною, справедливою та відповідною міжнародним стандартам. Не менш важливим є професійне навчання прокурорів сучасним підходам до боротьби з наркозлочинами, орієнтованим не лише на покарання, а й на реабілітацію.
9. Формування Верховним судом України судової практики щодо розгляду справ пов'язаних з наркозлочинами нових підходів до оцінки вчиненого залежною особою в цій сфері правопорушення і обрання для нього співмірних заходів відповідальності (реагування).
10. Виключення надмірних повноважень правоохоронних органів щодо регулювання медичних питань у сфері наркополітики. Скасування спільного Наказу МОЗ, ГПУ, МВС та Мін'юста №306 від 10.10.1997р. «Про затвердження Інструкції про порядок виявлення та постановки на облік осіб, які незаконно вживають наркотичні засоби або психотропні речовини»).

РОЗДІЛ III

АНАЛІЗ ПРАВОВИХ БАР'ЄРІВ В ДОСТУПІ ДО ЛІКУВАННЯ ЛІКАРСЬКИМИ ЗАСОБАМИ, ЯКІ МІСТЯТЬ НАРКОТИЧНІ ТА ПСИХОТРОПНІ РЕЧОВИНИ

Вживання ПАР включаючи алкоголь наразі є однією з найбільших проблем громадського здоров'я, оскільки пов'язана з розвитком розладів психіки та поведінки, ризиком передозування та гострої інтоксикації, підвищеним ризиком виникнення психічної коморбідності, ризиками інфікування ВІЛ, вірусними гепатитами В та С, ІПСШ, підвищеними ризиками самогубства, насильства, дорожньо транспортних пригод та низки супутніх соматичних патологій, зокрема серцево-судинної системи, неврологічними захворюваннями тощо.

Серед осіб, які вживають ПАР надзвичайно поширеними є психічні розлади, як первинні захворювання, які в свою чергу призводять до подальшого вживання; стани безпосередньо індуковані вживанням речовини та пов'язані з ефектом речовини, що вживаються (наприклад алкогольний делірій, психоз викликаний вживанням галюциногенів тощо); або вторинні, які виникли як результат вживання ПАР.

Тісний зв'язок між вживанням психоактивних речовин, до яких зокрема належить і алкоголь, і психічних розладів, призводить до того, що загальне погіршення стану психічного здоров'я, що відбувається як наслідок війни в Україні, сприяє зростанню вживання ПАР серед населення. Так, за даними третьої хвилі дослідження Gradus Research, яке було проведене для оцінки динаміки стану психічного здоров'я українців та ставлення до психологічної допомоги, порівняно з показниками 2023 та 2024 років, збільшились частки тих, хто оцінює свій психоемоційний стан як незадовільний (з 8% до 13%) та зменшилась частка тих, хто вважає свій стан задовільним (з 41% до 36%). Підвищилась кількість тих, хто переживає втому, безсилля, розчарування, розгубленість, відчай та самотність, та зменшилась кількість тих, хто відчуває надію та гордість. Хоча за останні півроку 40% респонденти відчували необхідність у психологічній допомозі, лише 8% звертались до спеціаліста.

У загальносвітовій тенденції, за даними звіту Управління ООН з наркотиків та злочинності (World Drug Report 2024) зростає число осіб, які вживали наркотики. В свою чергу до небезпечних трендів пов'язаних з вживанням належить зміна наркосцени з поширенням синтетичних наркотиків, таких як синтетичні канабіноїди та катинони, психоактивна речовина, яка продається під вуличною назвою "вуличний метадон" і склад якої наразі не відомий.

Відбувається зростання полівживання, та, відповідно полезалежності. Як наслідок вживання синтетичних ПАР, збільшення їх потентності, вживання ПАР, які одночасно часто мають багато компонентний склад, зростає кількість індукованих вживанням психозів, збільшується кардіо/нейро/ниркова токсичність речовини, що має більш драматичні наслідки на стан здоров'я споживача.

Зважаючи на зазначене, особливої актуальності набуває розбудова якісних, заснованих на доказовій базі моделей надання послуг пов'язаних із вживанням ПАР, включаючи алкоголь, починаючи від раннього скринінгу, забезпечення доступу до подальшої діагностики та відповідних послуг різної інтенсивності залежно від потреб пацієнта та тяжкості залежності.

3.1. Нормативно-правова база надання послуг з лікування розладів психіки та поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин та алкоголю

3.1.1. Нормативно-правові акти, які регулюють надання послуг з діагностики та лікування розладів пов'язаних з вживанням психоактивних речовин та алкоголю

Основними нормативно-правовими актами за напрямом діагностики та лікування розладів пов'язаних з вживанням алкоголю та наркотиків наразі є:

- ЗУ “Про психіатричну допомогу”
- ЗУ “Про заходи протидії незаконному обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів та зловживанню ними”
- Медико-технологічні документи зі стандартизації медичної допомоги (див. пит. 3.1.2. підрозділу 3.1.)

Накази МОЗ, які регулюють використання Міжнародних класифікаторів захворювань, зокрема:

- наказ МОЗ України від 04.01.2018 року № 13 «Про деякі питання застосування Україномовного варіанту Міжнародної класифікації первинної медичної допомоги(ICPC-2-E)»,
- наказ МОЗ України від 08.10.1998 року № 297 «Про перехід органів і закладів охорони здоров'я України на Міжнародну статистичну класифікацію хвороб і споріднених проблем охорони здоров'я десятого перегляду».
- наказ МОЗ від 13.12.2003 № 2118 “Про організацію надання психосоціальної допомоги населенню”

Щодо діагностики та лікування

Наразі існує протиріччя у двох законах України – «Про психіатричну допомогу» та «Про заходи протидії незаконному обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів та зловживанню ними» у частині:

а) невідповідності термінології відповідно до МКХ-10 та використання стигматизуючого та такого, що наразі більше не використовується терміну «наркоманія» (ЗУ «Про протидію...»), на противагу коректній термінології з ЗУ «Про психіатричну допомогу» – «психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання опіоїдів»,

б) протиріч між окремими положеннями Законів України, які по різному визначають і описують процедуру постановки діагнозу – одноосібно лікарем або лікарсько-консультативною комісією та зокрема в умовах стаціонару).

Детальний аналіз невідповідності зазначених ЗУ, наведено в розділі IV даного дослідження. Зазначена невідповідність потребує врегулювання, зокрема у частині скасування норм ЗУ «Про заходи протидії незаконному обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів та зловживанню ними», які визначають медичні аспекти.

Щодо кодування діагнозів

Кодування діагнозів в Україні здійснюється згідно з Міжнародною статистичною класифікацією хвороб і споріднених проблем охорони здоров'я десятого перегляду (далі – МКХ-10) (розроблена Всесвітньою організацією охорони здоров'я та введена у дію з 1993 року). В свою чергу, з 01 січня 2022 року в світі впроваджено МКХ-11 перегляду (версія розроблялась понад 10 років), перехід на яку має відбуватися і в Україні, проте строки такого переходу зараз чітко неокреслені. Перехід на МКХ-11 у частині розладів психіки та поведінки внаслідок вживання ПАР та алкоголю є важливим зважаючи на зміни, що відбулись в діагностичних критеріях (представлені нижче).

Порівняно з МКХ-10 до МКХ-11 додано нові категорії розладів:

- 6C50/6C51 – ігрова залежність (game addiction) та залежність від азартних ігор (gambling addiction).
- 6C4C – Розлади, пов'язані з вживанням MDMA або подібних речовин, включно з MDMA.
- 6C4D – Розлади, зумовлені вживанням дисоціативних препаратів, таких як кетамін і PCP.
- 6C4E – Розлади, зумовлені вживанням інших специфікованих психоактивних речовин, включно з медикаментами.
- 6C4F – Розлади, зумовлені вживанням кількох психоактивних речовин, що важливо для пацієнтів із полінаркоманією.
- 6C4G – Розлади, пов'язані з вживанням невідомих або неуточнених психоактивних речовин
- 6C4H – Розлади, викликані вживанням не психоактивних речовин.

У кодуваннях, які ідентифікують синдром залежності від ПАР та алкоголю, впроваджено підкатегорії **у залежності від поточного статусу вживання та досягнення ремісії**, зокрема: поточне вживання рання повна ремісія (утримання від вживання від 1 до 12 місяців) тривала часткова ремісія (вживання значно меншої кількості понад 12 місяців за відсутності критеріїв залежності) тривала повна ремісія (утримання від вживання від 12 місяців).

Додано нові підкатегорії для діагностики психічної коморбідності, наприклад:

- розлад настрою, індукований опіоїдами/кокаїном/синтетичними канабіноїдами/седативними засобами, снодійними або анксіолітиками/тимуляторами, включаючи амфетаміни, метамфетамін або меткатиноном тощо;
- тривожний розлад, індукований опіоїдами/кокаїном/синтетичними канабіноїдами/седативними засобами, снодійними або анксіолітиками тощо;
- деменція, зумовлена вживанням седативних засобів, снодійних або анксіолітиків тощо;
- obsesивно-компульсивний або споріднений розлад, індукований кокаїном/стимуляторами, включаючи амфетаміни, метамфетамін або меткатиноном тощо;
- розлад контролю імпульсів, індукований стимуляторами, включаючи амфетаміни, метамфетамін або меткатиноном/кокаїном тощо.

Розширено рубрику **Вживання зі шкодою** (в МКХ-10, критерії діагностики: повторне вживання ПАР/алкоголю, що спричиняє фізичну, психічну або соціальну шкоду. Відсутність синдрому залежності. Негативні наслідки для здоров'я та соціального функціонування). У МКХ-11 диференційовано епізод шкідливого вживання та патерн шкідливого вживання.

Епізод шкідливого вживання (критерії діагностики: «одноразове вживання, що призвело до серйозних негативних наслідків для здоров'я. Для алкоголю уточнено, що: симптоми можуть включати порушення когнітивних функцій, поведінкові зміни та фізичні пошкодження»; для опіоїдів додано – «часто пов'язане з ризикованими діями»; для кокаїну додано: «включно з небезпекою для здоров'я інших» тощо.

Шкідливий патерн вживання (критерії для діагностики: регулярне або епізодичне вживання, що викликає фізичні чи психічні проблеми. Включає порушення повсякденного функціонування) з виділенням підкатегорій: шкідливий патерн вживання опіоїдів, епізодичний шкідливий патерн вживання опіоїдів, постійний шкідливий патерн вживання опіоїдів, неуточнений.

Таким чином, оновлена редакція МКХ-11 відповідає останнім сучасним баченням щодо залежностей, дозволяє чіткіше диференціювати розлад, що відповідно впливає на якість медичної допомоги. Приділяє значну увагу питанням психічної коморбідності, зокрема у частині індукованих вживанням психічних розладів. Внесено нові кодування, які враховують тенденції наркосцени та вживання ПАР.

Важливо, що виходячи з розуміння природи залежності як хронічного розладу, визначено, що досягається не виліковування, а ремісія, стійкість якої залежить від часу утримання та того чи є утримання від вживання повним, або частковим (скорочення частоти). МКХ-11 впроваджуючи нову систему кодування, створює підґрунтя до розширення розуміння, що ми можемо вважати успіхом лікування, зокрема впроваджуючи поняття “часткової, неповної ремісії”, де успіх лікування, не обов'язково повна зупинка вживання (“drug-free” підхід), а прийнятним може бути значне його скорочення.

Щодо впровадження психосоціальних інтервенцій на базі ЗОЗ

Враховуючи, що одним з основних методів лікування розладів пов'язаних із вживанням ПАР є психосоціальні інтервенції, важливо щоб на рівні держави було врегульовано їх надання на рівні ЗОЗ. Так, можливість надання психосоціальних послуг на базі ЗОЗ визначена Наказом МОЗ від 13.12.2003 №2118 «Про організацію надання психосоціальної допомоги населенню» (далі – наказ №2118) зокрема:

1. надавач психосоціальної допомоги – лікар-психотерапевт, клінічний психолог (психолог), психотерапевт, які відповідають кваліфікаційним вимогам визначеними Довідником кваліфікаційних характеристик професій працівників «Випуск 78 Охорона здоров'я», та надають психосоціальну допомогу в межах професійної компетенції індивідуально або в складі мультидисциплінарної команди; лікар, що надає первинну медичну допомогу;
2. розділ III п. 1 **Надання психосоціальної допомоги первинного рівня** передбачає надання першої психологічної допомоги та психосоціальний супровід осіб з психічними розладами, що має на меті сприяння, соціальній адаптації (реадаптації) отримувачів послуг та передбачає сприяння психічному здоров'ю та психосоціальному благополуччю, а також здійснення профілактичних заходів щодо груп, сімей та окремих осіб, які мають найвищий ризик потрапляння у складні життєві обставини через вплив несприятливих зовнішніх та/або внутрішніх факторів;

розділ III п. 5. **Психосоціальна допомога вторинного рівня** орієнтована на осіб з такими проблемами (крім випадків, коли особі має бути надано психосоціальну допомогу третинного рівня):

- в яких за результатами психологічної діагностики встановлено психічні, поведінкові та пов'язані з вживанням психоактивних речовин розлади, які не перебувають у невідкладному або гострому стані;
- які мають психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання психоактивних речовин та не перебувають у невідкладному або гострому стані (делірій, абстинентний синдром, тощо);

3. розділ III п. 6-8 **Психосоціальна допомога третинного рівня** надається надавачами у складі мультидисциплінарної команди відповідно до Закону України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я», як комплексна психологічна допомога у реабілітації, що передбачає відновлення та підтримку функціонування особи у фізичній, емоційній, інтелектуальній, соціальній та духовній сферах із застосуванням методів психологічної та психотерапевтичної допомоги у формах психотерапії, психологічного консультування за індивідуальним планом реабілітації.

Як бачимо, законодавець врегулював питання надання психосоціальних послуг на первинному та вторинному рівні; на третинному рівні психосоціальні послуги пов'язані із залежністю можуть надаватись лише особам, які проходять реабілітацію та одночасно мають залежність від ПАР. Також врегульовано надання психосоціальних послуг для осіб, які мають психічні та поведінкові розлади пов'язані з вживанням ПАР, проте соціальні послуги надають або лікар, що надає первинну медичну допомогу або фахівець, що має психологічну освіту (психотерапевт, психолог), що не дозволяє виконувати структуровані психологічні інтервенції, які є основним інструментом в лікуванні розладів пов'язаних із залежностями, лікарем-наркологом, лікарем-психіатром, сестрою медичною.

Враховуючи вищевикладене, зміни в регулюванні надання послуг з діагностики та лікування розладів пов'язаних з вживанням психоактивних речовин та алкоголю мають включати:

- внесення змін до ЗУ «Про заходи протидії незаконному обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів та зловживанню ними» з метою його узгодження з ЗУ «Про психіатричну допомогу» зокрема у частині узгодження та використання сучасної термінології, можливостей постановки діагнозу лікарем-психіатром одноосібно не в умовах стаціонару, що значно покращить маршрут послуг та сприятиме швидкому отриманню лікування.
- врегулювання у Наказі МОЗ №2118 можливості надання послуг лікарями-психіатрами, лікарями-наркологами, сестрами медичними.
- пришвидшення переходу країни на МКХ-11 з метою впровадження кращих практик надання послуг з діагностики та лікування (наразі в країні використовується МКХ-10, водночас вже наявний МКХ-11, який містить принципові зміни у частині діагностичних критеріїв).

3.1.2. Стандартизація послуг щодо діагностики та лікування розладів психіки та поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин та алкоголю

З метою запровадження використання в країні доказових підходів щодо діагностики та лікування, зокрема і для розладів пов'язаних з вживанням ПАР та алкоголю в країні запроваджено підходи до Стандартизації медичної допомоги.

Ключова рамка стандартизації медичної допомоги визначено [ЗУ “Основи законодавства України про охорону здоров'я”](#), Стаття 14-1. “Система стандартів у сфері охорони здоров'я”.

Так, ЗУ визначено, що Галузевими стандартами у сфері охорони здоров'я є:

- стандарт медичної допомоги (медичний стандарт) - сукупність норм, правил і нормативів, а також показники (індикатори) якості надання медичної допомоги;
- клінічний протокол - вимоги до діагностичних, лікувальних, профілактичних методів надання медичної допомоги та їх послідовність;
- протокол надання реабілітаційної допомоги - визначає вимоги до реабілітаційних заходів та їх послідовність;
- таблиць матеріально-технічного оснащення - мінімальний перелік обладнання, устаткування та засобів, необхідних для оснащення ЗОЗ чи ФОП;
- лікарський формуляр - перелік зареєстрованих в Україні лікарських засобів, що включає ліки з доведеною ефективністю, допустимим рівнем безпеки, використання яких є економічно прийнятним;
- стандарт реабілітаційної допомоги - сукупність норм, правил і нормативів, а також показники (індикатори) якості надання реабілітаційної допомоги.

Галузеві стандарти у сфері охорони здоров'я розробляються і затверджуються МОЗ України, за виключенням: таблиць матеріально-технічного оснащення, стандартів, обсягів надання домедичної допомоги та медичної допомоги **на догоспітальному етапі під час ведення бойових дій** та підготовки сил безпеки і сил оборони за призначенням у тактичних умовах (затверджуються Міністерством оборони України).

Додержання Галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я є обов'язковим для всіх закладів охорони здоров'я, а також для фізичних осіб-підприємців.

[Наказом МОЗ від 28.09.2012 № 751 “Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України”](#) визначено процедуру розробки медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги.

Так, наказом визначено:

- Методику розробки та впровадження медичних стандартів медичної допомоги;
- Методику розробки системи індикаторів якості медичної допомоги;
- Положення про мультидисциплінарну робочу групу з розробки медичних стандартів (уніфікованих клінічних протоколів) медичної допомоги;
- Положення про реєстр медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги.

У частині розробки МТД функції визначені наступним чином:

МОЗ, визначає тему розробки МТД, затверджує склад РГ з розробки, здійснює контроль за впровадженням МТД, затверджує Стандарт медичної допомоги та Уніфікований клінічний протокол;

Державний експертний Центр здійснює організаційно-методичну підтримку розробки МТД шляхом координації роботи групи, веде [реєстр](#) МТД, здійснює моніторинг клінічних індикаторів якості медичної допомоги.

Важливо зазначити, що МДТ можуть розроблятися не лише щодо певного захворювання чи патологічного стану, а й щодо питань громадського здоров'я, зокрема профілактики тощо.

До МТД входять:

- адаптована клінічна настанова (основа для подальшого написання стандарту або уніфікованого клінічного протоколу);
- стандарти медичної допомоги (для найбільш актуальних медичних проблем);
- новий клінічний протокол медичної допомоги (затверджується шляхом вибору клінічної настанови, що підлягає застосуванню на території України, її перекладу українською мовою або викладання англійською мовою чи мовою оригіналу);
- уніфікований клінічний протокол медичної допомоги розробляється на основі стандарту медичної допомоги (класичний спосіб) або на основі адаптованої клінічної настанови за відсутності стандарту медичної допомоги (прямий або скорочений спосіб).

Лікарські засоби, що зазначаються у стандартах/протоколах медичної допомоги тільки за міжнародними непатентованими назвами, повинні міститися у:

- випуску Державного формуляра лікарських засобів (наказ Міністерства охорони здоров'я України від 22 липня 2009 року № 529) або
- Державному реєстрі лікарських засобів.

Зважаючи на зазначене, наразі неможливо включити до стандарту та протоколу ті ЛЗ, які наразі не зареєстровано, що може створювати значні обмеження, оскільки потенційні виробники можуть бути не зацікавлені у реєстрації ЛЗ до моменту отримання більш надійних гарантій щодо наявності на них попиту, що зокрема відображається у наявності рекомендацій щодо використання ЛЗ у медико-технологічних документах зі стандартизації медичної допомоги.

Так, наприклад, наразі не зареєстровано лікарські засоби для лікування розладів пов'язаних з вживанням алкоголю за міжнародної непатентованою назвою «акампросат», «налтрексон» та лікарський засіб «тіамін», який призначається особам з розладами вживання алкоголю для профілактики та лікування синдрому Корсакова-Верніке. У частині лікування залежності від алкоголю препаратами першої лінії є «акампросат» та «налтрексон», тоді як препаратом другої лінії, використання якого пов'язано з більшою кількістю обмежень є «дісульфірам» – єдиний лікарський засіб, зареєстрований в країні.

Одним з рішень щодо використання незареєстрованих лікарських засобів є розробка **нового клінічного протоколу медичної допомоги (далі – НКП)**. На відміну від стандартів та уніфікованих клінічних протоколів, які розробляються на основі Адаптованої клінічної

настанови та мають враховувати поточні можливості системи надавати певні інтервенції, – НКП є перекладом (без адаптації) відібраної настанови іншої країни або фахової медичної асоціації країн-членів Європейського Союзу, Сполучених Штатів Америки, Канади та Австралійського Союзу. Такий НКП може існувати разом з уніфікованим клінічним протоколом медичної допомоги при такому самому захворюванні. У випадку, що відсутній уніфікований клінічний протокол, то використання НКП є обов'язковим (за умови його затвердження наказом МОЗ).

У випадку одночасної наявності уніфікованого клінічного протоколу та НКП при одному й тому самому захворюванні існує можливість застосування НКП за рішенням лікаря за наявності попередньої інформованої згоди пацієнта на його застосування (форма такого дозволу визначена МОЗ). В такому випадку, зокрема у медикотехнологічному документі може бути згадано про всі наявні, та не обов'язково, зареєстровані в країні лікарські засоби.

По напрямку психічного здоров'я та залежностей наразі розробляються переважно стандарти медичної допомоги та уніфіковані клінічні протоколи. Існує лише один НКП – «Ігрова залежність» (лудоманія), затверджений Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 10 липня 2024 року № 1201.

З метою ефективної імплементації МТД наказом МОЗ від 28.09.2012 № 751 зокрема визначено, розробку клінічного маршруту пацієнта. Так, маршрут передбачає чіткий алгоритм руху пацієнта по підрозділах ЗОЗ, пунктах контактів з лікарями та іншим медичним персоналом у процесі надання медичної допомоги, а також за потреби взаємодії між ЗОЗ. У свою чергу розробка такого маршруту не є обов'язковою, наказом також не передбачено форму такого маршруту, що призводить до того, що в більшості ЗОЗ такі маршрути або відсутні або не є ефективними. Моніторинг наявності маршрутів на національному рівні не здійснюється. В свою чергу саме через відсутність та неефективність маршрутів пацієнтів відбувається найбільша кількість втрат пацієнтів в процесі отримання медичної допомоги.

У частині Стандартизації послуг пов'язаних з діагностикою та лікуванням розладів пов'язаних із залежностями наразі затверджено два Стандарти медичної допомоги, зокрема:

- [«Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання опіоїдів», наказ МОЗ від 09.11.2020 № 2555](#) (наразі в процесі оновлення). На сайті Державного експертного центру розміщено Настанову за темою «Опіоїди»
- [«Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання психоактивних речовин та стимуляторів за виключенням опіоїдів», наказ МОЗ від 13.01.2025р. №84](#) (опубліковано на сайті Державного експертного центру 13.01.2025р.)

У процесі розробки перебуває Стандарт «Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання алкоголю» (наказом МОЗ від 19 жовтня 2023 року № 1827 України створено робочу групу, в процесі розробки Настанова).

Тому, якщо говорити про налагодження ефективної системи виявлення та лікування розладів пов'язаних з вживання ПАР та алкоголю та надання якісних послуг з лікування, важливо щоб питання скринінгу, діагностики, переадресації для отримання спеціалізованої допомоги було інтерновано в інші медико-технологічні документи, зокрема за напрямом психічних розладів зважаючи на широку поширеність коморбідних розладів та несприятливий прогноз лікування для обох захворювань у випадку якщо кожному з них не приділяється увага.

У табл. 1 представлено огляд наявних медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги за напрямом психічного здоров'я та розладів психіки та поведінки з аналізом наявності в них рекомендацій щодо врахування питання психічної коморбідності у частині вживання/залежності від ПАР та алкоголю. Як можна побачити з аналізу, попри високу поширеність супутньої залежності та вживання ПАР та алкоголю серед осіб, які мають психічні розлади, їх діагностиці та врахуванню при лікуванні майже не приділено увагу.

Таблиця 1. «Аналіз відображення рекомендацій пов'язаних з вживанням ПАР та алкоголю при надання послуг за напрямом стандартизації»

Тема	Вид документу та посилання	Дата затвердження	Наявність положень та рекомендацій у частині Коморбідність з алкоголем та ПАР
Розлади аутистичного спектру (розлади загального розвитку)	Протокол Розлади аутистичного спектру (розлади загального розвитку)	15.06.2015	Рекомендації відсутні
Гендерна дисфорія	Протокол Гендерна дисфорія	15.09.2016	с. 14 – зазначено про необхідність проведення профілактичних бесід щодо шкоди, загрози життю і здоров'ю, що може виникнути внаслідок вживання психоактивних речовин (зокрема, канабіноїдів) проте не зазначено як проводити такі бесіди; с. 24 – при проведенні первинної діагностики гендерної дисфорії в ЗОЗ, що надають вторинну та третинну допомогу, зазначено про необхідність визначити чи вживає пацієнт ПАР, проте не зазначено про оцінку вживання алкоголю; не визначено перелік інструментів, які мають використовуватись при оцінці та не описано подальші дії у випадку виявлення вживання ПАР
	Настанова Гендерна дисфорія	липень, 2017	с. 27 – при первинній оцінці психіатра зазначено, про необхідність з'ясувати чи вживає пацієнт ПАР, але не зазначено, яким чином отримувати цю інформацію та які подальші кроки у разі ствердної відповіді
Деменція	Протокол Деменція	19.07.2016	с. 9, 12 – зазначено, що для людей середнього та похилого віку одними з факторів ризику деменції є надмірне споживання алкоголю. Для вторинної профілактики рекомендовано розглянути серед факторів ризику розвитку деменції надмірне споживання алкоголю, і, за необхідності, застосувати відповідне лікування. В свою чергу не зрозуміло, що означає «розглянути». В переліку методів діагностики та оцінки відсутні рекомендації щодо скринінгу та діагностики розладів пов'язаних з вживанням ПАР та алкоголю, а також подальші кроки у разі виявлення вживання алкоголю та ПАР
	Настанова Деменція	19.07.2016	с. 105 – зазначено про необхідність інтегрування з послугами на прямому консультування з питань вживання алкоголю та наркотиків

Тема	Вид документу та посилання	Дата затвердження	Наявність положень та рекомендацій у частині Коморбідність з алкоголем та ПАР
Депресія	Протокол Депресія	25.12.2014	с. 13, 46 – зазначено про необхідність виключити можливість зловживання ПАР зокрема у випадку відсутності відповіді на лікування та його ефективності. Не зазначено про необхідність оцінки вживання ПАР та алкоголю на початку призначення лікування (враховуючи, що вживання алкоголю пов'язано з великим депресивним розладом, а також те, що вживання окремих ПАР, особливо стимуляторів, також може індукувати депресію, скринінг вживання ПАР та алкоголю є обов'язковим при первинній оцінці та призначенні лікування)
	Настанова Рекурентні депресивні розлади	25.12.2014 (застаріла, використовувати з обережністю)	с. 422 – визначено, що комплексна оцінка людини з депресією має включати оцінку наявності розладів, пов'язаних з вживанням алкоголю та ПАР, проте відсутні рекомендації як це має здійснюватись і які мають бути подальші дії у разі виявлення проблем
	Настанова Депресія (легкий або помірний депресивні епізоди без соматичного синдрому або з соматичним синдромом)	25.12.2014 (застаріла, використовувати з обережністю)	с. 25 – зазначено, що “Вивчення споживання алкоголю як причинного фактору депресії виходить за рамки цієї настанови”. Зазначено, про загальне інформування пацієнта з депресією щодо стилю життя, що включає поради стосовно вживання алкоголю та наркотиків
Епілепсія у дорослих	Протокол Епілепсії у дорослих	17.04.2014	с. 18 – зазначено про необхідність запобігання факторів, що провокують епілептичні напади, серед яких зазначено вживання алкоголю, наркотичних та психоактивних речовин
	Настанова Епілепсія	17.04.2014 (застаріла, використовувати з обережністю)	с.14 – зазначено необхідність забезпечувати доступ підліткам із епілепсією до джерел інформації, пов'язаної з питаннями щодо вживання ПАР, алкоголю; с.60 – у коментарях робочої групи наведено рекомендації батькам підлітків з епілепсією виключити вживання алкоголю; с.78 – у Протоколі лікування судомного епілептичного статусу у дорослих і дітей наведено рекомендації використовувати Rabrinex (мультивітамінний комплекс, який містить вітаміни групи В та вітамін С) при наявності підозри на зловживання алкоголю
Епілепсії у дітей	Протокол Епілепсії у дітей	17.04.2014	Рекомендації відсутні

Тема	Вид документу та посилання	Дата затвердження	Наявність положень та рекомендацій у частині Коморбідність з алкоголем та ПАР
Ігрова залежність	Новий клінічний Протокол Ігрова залежність (лудоманія)	10.07.2024	с. 15, 44 – зазначено, що люди з високим ризиком проблем із азартними іграми, включно з тими, хто звертається за лікуванням або для оцінки проблем із залежністю від азартних ігор, можуть пройти скринінг зокрема на розлади пов'язані з вживанням алкоголю та ПАР. В свою чергу відсутні прямі вказівки щодо необхідності проведення такого скринінгу та оцінки та алгоритм подальшого реагування у випадку виявлення проблем
Гостра реакція на стрес. Посттравматичний стресовий розлад. Порушення адаптації	Протокол Гостра реакція на стрес . Посттравматичний стресовий розлад. Порушення адаптації	19.07.2024	с. 12 – зазначено важливість повідомляти під час консультації пацієнта про несприятливий вплив алкоголю та інших ПАР на перебіг ПТСР, с. 18, 26 – зазначено про необхідність врахування наявної коморбідної патології, зокрема розладів пов'язаних з вживанням ПАР при лікуванні; с. 24, 64 – визначено, що під час оцінки до уваги має братись наявність супутньої коморбідності пов'язаної з вживанням алкоголю та ПАР, зокрема проводиться диференційна діагностика у частині чи не були певні симптоми викликані вживанням алкоголю чи ПАР
	Настанова Гостра реакція на стрес . Посттравматичний стресовий розлад. Порушення адаптації	19.07.2024	с. 36, 133 – зазначено, що при комплексній оцінці ПТСР потрібно брати до уваги коморбідні стани, зокрема, вживання ПАР; с. 45, 46, 108, 118, 130 – зазначено про негативний вплив коморбідності, пов'язаної, зокрема, із розладами вживання алкоголю, на процес лікування. Також наведено рекомендації щодо одночасного лікування ПТСР та розладів із вживання ПАР, а також можливої взаємодії медикаментів при лікуванні ПТСР та ПАР. с. 72 – зазначено про поширену коморбідність у підлітків ПТСР та розладів, пов'язаних із вживанням ПАР; с. 155, 164 – вказано про важливість враховувати коморбідність ПТСР та вживання алкоголю і ПАР серед окремих груп населення (військовослужбовців та ветеранів, біженців та шукачів притулку, фахівців екстрених служб). Водночас не вказано інструментів для проведення оцінки вживання алкоголю та ПАР, а також наступних кроків у разі необхідності проведення лікування зазначених розладів

Тема	Вид документу та посилання	Дата затвердження	Наявність положень та рекомендацій у частині Коморбідність з алкоголем та ПАР
Вживання опіоїдів	Стандарт <u>Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання опіоїдів</u>	09.11.2020	с. 5, 22-27 – оцінка вживання інших ПАР із використанням інструменту "АССИСТ"
	Настанова <u>Психічні та поведінкові розлади (синдром залежності) внаслідок вживання опіоїдів</u>	вересень, 2020	По тексту – необхідність врахування супутнього вживання та залежності від інших ПАР та алкоголю, зокрема зловживання лікарськими засобами
Інсульт	Настанова <u>Настрій, когніція та відчуття втоми/знесилення після інсульту</u>	27.06.2023	с. 47 – при оцінці судинних порушень та використання інструментів оцінки врахування обмеження їх використання у випадку вживання та залежності від ПАР та алкоголю
	Стандарт <u>Когнітивні та психологічні розлади після інсульту</u>	27.06.2023	Рекомендації відсутні
Розлади дефіциту уваги з гіперактивністю	Настанова <u>РДУГ у дітей та молоді</u>		Рекомендації відсутні

Наступною проблемою у частині лікування, зокрема розладів психіки та поведінки та психічних розладів є відсутність затверджених FDA⁴³ лікарських засобів для лікування розладів пов'язаних з вживанням стимуляторів, до прикладу, як існують лікарські засоби для лікування розладів пов'язаних з вживанням алкоголю та опіоїдів. Попри відсутність міжнародного консенсусу щодо наявності таких лікарських засобів, існують певні докази (наразі з низьким рівнем доказовості) щодо можливості використання певних ЛЗ поза інструкцією – off-label use.

Так, наприклад в керівництві The ASAM/AAAP Clinical Practice Guideline on the Management of Stimulant Use Disorder. American Society of Addiction Medicine & American Academy of Addiction Psychiatry зазначено, що попри відсутність переконливих даних, в окремих

⁴³ FDA — це американське управління з контролю за продуктами й ліками, яке займається контролем харчових продуктів і кормів, дієтичних добавок, ліків (для людей і тварин), косметики, медичних приладів, обладнання, що випромінює радіацію (включаючи немедичне), біологічних матеріалів і похідних крові. Критерії FDA підтверджують високу якість продукції, її ефективність і безпеку використання. Відповідність нормам FDA дозволяє, серед іншого, використовувати хімічні речовини (сировину) у кінцевих продуктах, які контактують з харчовими продуктами або використовуються у виробництві ліків.

випадках призначення ЛЗ off-label може принести користь, особливо якщо мова йде про наявність психічної коморбідності. Зазначається, що у випадку такого призначення необхідно ретельно зважувати ризики та переваги, ретельно моніторити стан пацієнта, зокрема у частині зловживання ЛЗ через інструменти збільшення частоти візитів до лікувального закладу, проведення тестування сечі на вміст психоактивних речовин, підрахунку залишків таблеток виданих на руки для їх самостійного прийому тощо.

Так, в керівництві зокрема надаються рекомендації щодо використання лікарських засобів за МНН:

Таблиця 2. Рекомендовані за МНН ЛЗ та поточний статус реєстрації в Україні

№	МНН	Зареєстрована в Україні лікарська форма	Використовується для лікування
1	Bupropion	таблетки	Розлади, пов'язані зі вживанням кокаїну Розлади, спричинені вживанням стимуляторів амфетамінового ряду
2	Topiramate	таблетки	Розлади, пов'язані зі вживанням кокаїну Розлади, спричинені вживанням стимуляторів амфетамінового ряду
3	Bupropionу комбінації з Naltrexone	таблетки порошок (субстанція) у поліетиленовому пакеті для фармацевтичного застосування	Розлади, спричинені вживанням стимуляторів амфетамінового ряду
4	Mirtazapine	таблетки	Розлади, спричинені вживанням стимуляторів амфетамінового ряду
5	Психостимулятори (Phenibut)	таблетки	Розлади, внаслідок вживання стимуляторів
6	Modafinil	таблетки	Розлади, пов'язані зі вживанням кокаїну
7	Topiramateу комбінації змішаними солями амфетаміну тривалої дії (MAS-ER)	таблетки препарати не зареєстровані	Розлади, пов'язані зі вживанням кокаїну
8	Психостимулятори тривалої дії на основі амфетаміну	препарати не зареєстровані	Розлади, пов'язані зі вживанням кокаїну
9	Methylphenidate	таблетки пролонгованої дії	Розлади, викликані вживанням стимуляторів амфетамінового ряду

В Україні, до недавнього часу не було дозволено використання ЛЗ поза інструкцією (off-label). Лише в серпні 2024 року зазначене питання було врегульовано шляхом затвердження ЗУ № 3911-IX, від 21.08.2024 «Про внесення змін до деяких законів України щодо врегулювання окремих питань у сферах охорони здоров'я, реабілітації, соціального захисту та державної реєстрації окремих об'єктів санітарних заходів». Зазначений закон вступить в силу 18.12.2024.

Законом внесено зокрема зміни до ЗУ "Основи законодавства про охорону здоров'я" зокрема додано: **«Стаття 44- 2. Застосування зареєстрованого лікарського засобу не за призначенням («off-label use»).**

Відповідно до внесених змін дозволяється призначення лікарського засобу:

- за показаннями,
- віковими обмеженнями,
- дозуваннями,
- способами застосування,

не зазначеними в інструкції до медичного застосування чи короткій характеристиці лікарського засобу за умови отримання інформованої згоди пацієнта на медичне втручання, при одночасному дотриманні таких умов:

- у пацієнта підтверджено наявність захворювання, що загрожує життю пацієнта та/або призводить до тривалого та значного погіршення якості життя;
- в Україні не зареєстрований або відсутній доступ до лікарського засобу з необхідними показаннями до застосування, необхідний для лікування пацієнта за відповідними показаннями до застосування;
- консилиумом лікарів підтверджено відсутність лікарських засобів, що можуть мати очікувану ефективність застосування у пацієнта та застосовуватися згідно з інструкцією до медичного застосування;
- консилиумом лікарів підтверджено неефективність застосування у пацієнта інших лікарських засобів, що мають необхідні показання до застосування;
- очікувана користь від застосування лікарського засобу не за призначенням («off-label use») переважає ризики його незастосування, що підтверджено інформацією з галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я (в тому числі нових клінічних протоколів).

В такому випадку в первинній обліковій документації має бути зафіксовано та належним чином обґрунтоване рішення консилиуму лікарів (необхідно зазначити дані всіх лікарів, які брали участь у обговоренні, зазначити галузеві стандарти, інші джерела доказових даних, які рекомендують використання такого ЛЗ). В свою чергу, пацієнт має бути проінформований про ризики та переваги такого використання, наявні альтернативи лікування або його відсутності. Для проведення такого інформування можна запропонувати використання підходу спільного прийняття рішення (Shared decision-making).

Decision-making and mental capacity, NICE guideline. Published: 3 October 2018

Крім стандартів медичної допомоги, в країні існують стандарти соціальних послуг, які затверджуються Міністерством соціальної політики. Так, у частині залежностей існує Державний стандарт соціальної послуги соціально-психологічної реабілітації осіб із залежністю від наркотичних засобів чи психотропних речовин, що затверджений наказом Міністерства соціальної політики від 01.10.2020 № 677.

Зазначений наказ наразі є неузгодженим у частині розподілу функцій між ЗОЗ та надавачами зазначеної соціальної послуги, оскільки виходить з такого, що не відповідає сучасним підходам щодо залежностей, організаційного принципу. Зокрема у документі зазначено, що "Стаціонарно соціальна послуга надається отримувачам соціальної послуги, які пройшли курс лікування залежності від наркотичних засобів чи психотропних речовин у закладах охорони здоров'я". Залишається незрозумілим, що оцінюється як отримане лікування. В свою чергу, відповідно до сучасних Рекомендацій з лікування залежностей (настанови NICE, Австальської настанови, Настанов Американської асоціації психіатрів та інших джерел доказових даних), лікування залежностей передбачає комбінацію медикаментозного лікування (у випадку гострої інтоксикації, синдрому відміни або залежності від опіоїдів та алкоголю) та психологічних методів. В Стандарті ж пропонуються стаціонарні або амбулаторні послуги когнітивно-поведінкової терапії, мотиваційного консультування тощо, які визначаються одними з ключових методів лікування. Зважаючи на зазначене існує потреба у диференціюванні послуг, які надаються особам з розладами психіки та поведінки внаслідок вживання ПАР та алкоголю різними провайдерсами послуг, зокрема з акцентом, що лікування має надаватись на базі ЗОЗ, тоді як соціальні послуги мають надаватись в частині ресоціалізації та вирішення супутніх проблем.

Таким чином, зміни у частині стандартизації послуг щодо діагностики та лікування розладів психіки та поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин та алкоголю мають передбачати:

- Здійснення адвокації серед виробників реєстрації лікарських засобів за МНН «акам-просат», «налтрексон», «тіамін», які використовуються для лікування розладів вживання алкоголю та профілактики синдрому Корсакова-Верніке для можливості їх включення до Стандарту медичної допомоги та використання на території країн.
- Враховуючи обмеження щодо неможливості включення до Стандарту медичної допомоги незареєстрованих лікарських засобів (до часу коли вони будуть зареєстровані) для можливості використання лікарських засобів за МНН «акампросат», «налтрексон», «тіамін» для лікування розладів пов'язаних з розладами внаслідок вживання алкоголю – розробка та затвердження разом з Стандартом медичної допомоги – Нового клінічного протоколу.
- При розробці/оновленні медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги за напрямом психічного здоров'я передбачити інтеграцію з послугами щодо раннього виявлення, діагностики та лікування розладів пов'язаних з вживанням ПАР та алкоголю.
- Сприяння розвитку використання лікарських засобів off-label у випадках, коли переваги від використання переважають ризики та з урахуванням визначених чинним законодавством критеріїв задля забезпечення лікування осіб, які не відповідають на традиційне лікування або не мають альтернативного традиційного лікування розладу. З метою ефективного використання лікарських засобів off-label розвивати підхід щодо спільного прийняття рішень шляхом інтеграції цього підходу до навчальних програм до дипломної та післядипломної освіти.
- Провести чітку диференціацію між метою, завданням та послугами, що надаються в рамках галузевих стандартів медичної допомоги та стандарту соціальної допомоги.
- Для розладів по яким розроблено медико-технологічні документи розробляти типові маршрути з подальшою їх адаптацією на рівні регіонів та ЗОЗ.

3.2. Надавачі послуг діагностики та лікування розладів психіки та поведінки внаслідок вживання ПАР та алкоголю

3.2.1. Мережа провайдерів послуг

Провайдерами послуг пов'язаних із залежностями наразі є:

- сімейні лікарі та центри первинної медичної допомоги (у частині впровадження Керівництва mhGAP: для ведення психічних, неврологічних розладів і розладів, пов'язаних зі вживанням психоактивних речовин, у не спеціалізованих закладах охорони здоров'я, [версія 2.0](#))
- спеціалізовані наркологічні/психіатричні ЗОЗ, які законтрактовані Національною службою здоров'я за пакетом ПМГ «Стаціонарна психіатрична допомога», «Психіатрична допомога дорослим та дітям, яка надається мобільними мультидисциплінарними командами», «Лікування осіб з психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання опіоїдів із використанням препаратів замісної підтримувальної терапії»
- ЗОЗ загального профілю, включаючи кластерні та надкластерні заклади, які мають в своєму штаті лікаря-психіатри або лікаря-нарколога.

У частині ролі сімейних лікарів та ЦПМСД, підґрунтям до надання послуг, пов'язаних із залежностями, є впровадження Керівництва mhGAP та існування окремого мотиваційного пакету (впроваджено з кінця 2022 року) – «Супровід та лікування дорослих та дітей з психічними розладами на первинному рівні медичної допомоги». Цим пакетом передбачено:

- скринінг на психічні чи неврологічні розлади;
- направлення на аналізи чи інструментальні дослідження,
- перша психологічна допомога,
- при необхідності направлення до психіатра,
- супровід пацієнтів із психічними чи неврологічними розладами,
- телемедичні консультації тощо.

Умовою отримання зазначеного пакету є проходження навчання за програмою mhGAP.

У свою чергу починаючи з 2025 року вказаний окремий пакет було скасовано, і надання окремих послуг з питань психічного здоров'я сімейними лікарями було включено у пакет [«Первинна медична допомога»](#).

Враховуючи, що відповідно до ЗУ «Про психіатричну допомогу» діагноз психічного розладу може ставитись лише лікарем психіатром, а сімейні лікарі не можуть діагностувати розлад, проблемним питанням є розробка регіональних маршрутів переадресації пацієнтів з позитивним результатом скринінгу до постановки діагнозу до лікаря спеціаліста. Для ефективної реалізації такого маршруту необхідна розгалужена мережа географічно доступних психіатрів.

У частині спеціалізованих наркологічних/психіатричних ЗОЗ наразі в країні продовжується об'єднання служб шляхом приєднання наркологічних ЗОЗ до психіатричних лікарень, або великих кластерних лікарень.

Станом на листопад, функціонують:

- 10 наркологічних лікарень
- 19 психіатричних лікарень
- 15 ЗОЗ, утворені внаслідок об'єднання наркологічних та психіатричних лікарень.

Об'єднання наркологічної та психіатричної служб відповідає сучасним світовим тенденціям та є оптимальним рішенням спрямованих на інтеграцію послуг та комплексне ведення пацієнтів з розладами психіки та поведінки внаслідок вживання ПАР та алкоголю, які часто є коморбідними і відтак успіх лікування залежить від одночасного ведення обох станів.

Надання послуг ЗОЗ загального профілю, включаючи кластерні або надкластерні лікарні у частині розладів пов'язаних із вживанням ПАР та алкоголю наразі належним чином не врегульовано. Зокрема не визначено перелік послуг, які вони можуть надавати і такі послуги переважно залежать від наявності у штаті лікарні лікаря психіатра або нарколога.

Зважаючи на доволі обмежену мережу ЗОЗ, які надають спеціалізовану наркологічну та психіатричну допомогу та виходячи з принципів забезпечення територіального доступу до послуг, орієнтації на амбулаторну допомогу на противагу стаціонарної, впровадженню інтервенцій різної інтенсивності залежно від ступеня розладів наразі активно обговорюється створення Центрів ментального здоров'я на базі кластерних лікарень спроможної мережі закладів охорони здоров'я, та амбулаторно-поліклінічних закладах.

Послуги у них фінансуватимуться в межах Програми медичних гарантій, а отже – будуть безоплатними для пацієнтів. Відповідно до концепції, у Центрах ментального здоров'я допомогу надаватиме мультидисциплінарна команда, яка складатиметься з лікаря-психіатра та/або лікаря-психіатра дитячого, лікаря-психолога та/або лікаря-психотерапевта, та/або психолога (клінічного психолога), та/або психотерапевта та соціального працівника або фахівця соціальної роботи. Детальний склад МДК команди, перелік завдань та функцій центрів ментального здоров'я описаний в [Типовому положенні про Центр ментального \(психічного\) здоров'я у закладі охорони здоров'я](#), затверджений Наказом МОЗ від 24 жовтня 2024 року № 1796.

У частині забезпечення фінансування послуг, що надаються зазначеною вище мережею провайдерів.

У 2024 році за програмою ПМГ на надання пакетів послуг за напрямами законтрактовано:

- 89 ЗОЗ за пакетом «Психіатрична допомога дорослим та дітям в стаціонарних умовах» (174 – місць провадження діяльності (далі – МПД)). З них 85 (169 МПД) – комунальної та 4 (5 МПД) – приватної форми власності; 98 ЗОЗ за пакетом «Психіатрична допомога дорослим та дітям, яка надається мобільними мультидисциплінарними командами» (103 МПД, тільки комунальні);
- 222 ЗОЗ за пакетом «Лікування осіб з психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання опіоїдів із використанням препаратів замісної підтримувальної терапії» (місць провадження діяльності – 239). З них 216 (231 МПД) – комунальної та 6 (6 МПД) – приватної форми власності; 1 091 ЗОЗ за пакетом «Супровід та лікування дорослих та дітей з психічними розладами на первинному рівні медичної допомоги» (3 831 МПД). З них, 931 ЗОЗ (3 600 МПД) – комунальні;
- 160 ЗОЗ (231 МПД) – приватні.

У зоні активних бойових дій 303 контрактуються за пакетом «Готовність та забезпечення надання медичної допомоги населенню, яке перебуває на території, де ведуться бойові дії» (до якого входить і надання стаціонарної психіатричної допомоги). В 2024 році таких 303 – 26.

В табл. 3 представлено інформацію щодо кількості 303 комунальної форми власності в розрізі регіонів законтракованих за пакетами ПМГ, що передбачають надання психіатричної/наркологічної допомоги (за виключенням первинної ланки).

Таблиця 3. Кількість 303 комунальної форми власності в розрізі регіонів законтракованих за одним з пакетів ПМГ: «Психіатрична допомога дорослим та дітям в стаціонарних умовах»/»Психіатрична допомога дорослим та дітям, яка надається мобільними мультидисциплінарними командами»/ «Лікування осіб з психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання опіоїдів із використанням препаратів замісної підтримувальної терапії»

№	Область	Кількість 303
1	Вінницька	20
2	Волинська	7
3	Дніпропетровська	31
4	Донецька	5
5	Житомирська	8
6	Закарпатська	7
7	Запорізька	4
8	Івано-Франківська	14
9	Київська	8
10	Київ	9
11	Кіровоградська	14
12	Луганська	1
13	Львівська	23
14	Миколаївська	15
15	Одеська	16
16	Полтавська	15
17	Рівненська	11
18	Сумська	13
19	Тернопільська	8
20	Харківська	12
21	Херсонська	2
22	Хмельницька	14
23	Черкаська	24
24	Чернівецька	5
25	Чернігівська	9

Як можна побачити, в регіонах спостерігається нерівномірний доступ до психіатричної допомоги, для оцінки якого необхідним є проведення картування доступності послуг з точки зору географічного доступу.

Таким чином, зміни в мережі провайдерів послуг мають передбачати:

- сімейні лікарі та ЗОЗ, які надають первинну медичну допомогу відіграють важливу роль у первинному скринінгу та впровадженні коротких інтервенцій у частині розладів пов'язаних з вживанням ПАР та алкоголю. Підґрунтям для таких послуг є надання сімейними лікарями окремих послуг з психічного здоров'я, що передбачено в пакеті «Первинна медична допомога».
- враховуючи обмеження ролі сімейних лікарів у частині діагностики розладів пов'язаних із вживанням ПАР та алкоголю, необхідним є розробка регіональних маршрутів пацієнтів, які отримали позитивні результати скринінгу щодо розладів психіки та поведінки внаслідок вживання ПАР та алкоголю до отримання спеціалізованої медичної допомоги.
- наявна мережа ЗОЗ, що надає наркологічну та психіатричну допомогу, наразі не забезпечує географічну доступність послуг та орієнтована в першу чергу на надання стаціонарної психіатричної допомоги, в свою чергу значна кількість осіб потребують амбулаторного лікування різної інтенсивності. Зважаючи на зазначене потребує розвитку впровадження амбулаторних послуг з психіатричної допомоги, зокрема через впровадження їх надання на базі кластерних та над кластерних лікарень.
- Центри ментального здоров'я, створення яких є пріоритетним завданням МОЗ, є перспективними в плані надання на їх базі послуг щодо діагностики та лікування розладів пов'язаних з вживанням ПАР та алкоголю.
- з метою забезпечення підходу щодо переходу на амбулаторну психіатричну допомогу у тих випадках, коли це є доцільним, необхідним є впровадження пакету ПМГ Амбулаторної психіатричної допомоги.

3.2.2. Надавачі послуг та нормативне регулювання вимог до надавачів, контроль якості

При аналізі поточної ситуації щодо надавачів послуг за напрямом діагностики та лікування розладів психіки та поведінки внаслідок вживання ПАР та алкоголю важливо визначити такі питання:

- які є послуги (медичні, соціально-психологічні) і чи можливо їх чітко диференціювати хто є надавачами послуг (наркологи, психіатри, психологи, психотерапевти, медичні сестри/брати) і які послуги вони можуть надавати
- якою є кількість надавачів і чи є вона достатньою
- які існують інструменти щодо стандартизації вимог до надавачів послуг.

Надавачі послуг щодо діагностики та лікування розладів пов'язаних з вживанням алкоголю та ПАР діляться традиційно на надавачів медичних та психосоціальних послуг. В традиційній і застарілій парадигмі, медичні послуги полягають у призначенні лікарських засобів, проведенні інструментальних та лабораторних обстежень або хірургічних втручань. В свою чергу, в контексті залежностей, одним з основних методів роботи є використання структурованих психологічних інструментів, психотерапії. Завдяки прийняттю наказу МОЗ № 2118 врегульовано, що на базі ЗОЗ можуть надаватись психосоціальні послуги, що створює нормативне підґрунтя щодо їх впровадження. Проте наказом обмежено коло фахівців які можуть надавати психосоціальні послуги лише спеціалістами з психологічною/психотерапевтичною освітою.

Враховуючи, що значна частина роботи лікаря нарколога або психіатра в роботі з особами, що мають розлади психіки та поведінки внаслідок вживання ПАР та алкоголю, полягає у використанні інструментів мотиваційного консультування, елементів когнітивно-поведінкової терапії тощо, зазначене обмеження створює перешкоди для надання якісної та заснованої на доказовій базі, допомоги.

Відповідно до ЗУ «Про психіатричну допомогу» психіатричну допомогу можуть надавати лікарі-психіатри та лікарі-наркологи (у випадку якщо вони мають спеціалізацію по психіатрії або у частині розладів пов'язаних з вживанням ПАР та алкоголю), та у випадку замісної підтримувальної терапії, відповідно до наказу МОЗ від 27.03.2023 № 200 “Про затвердження Порядку проведення замісної підтримувальної терапії осіб з психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання опіоїдів” – лікарі інших спеціальностей, які пройшли курси тематичного удосконалення.

Таким чином наразі потребує уточнення які саме послуги можуть надаватись медичними працівниками у частині зокрема використання структурованих інтервенцій.

Вимоги до професійної освіти та компетенцій надавачів послуг, які працюють в ЗОЗ, затверджені Довідником кваліфікаційних характеристик професій працівників «Випуск 78 Охорона здоров'я». Так в Довіднику визначено вимоги до знань, обов'язків та освіти наступних посад:

- 34 лікар-нарколог
- 35 лікар нарколог-дільничний
- 57 лікар-психіатр 58 лікар-психіатр дитячий
- 59 лікар-психіатр дитячий дільничний
- 60 лікар-психіатр дільничний
- 63 лікар-психолог
- 64 лікар-психотерапевт.

Важливо зазначити, що відповідно до описаних вимог лікар-психіатр, поміж іншого має знати основи та методи психотерапії (проте не визначено чи має їх застосовувати та володіти структурованими інтервенціями, наприклад мотиваційним консультуванням). В свою чергу, серед знань, якими має володіти лікар-нарколог зокрема є: загальні принципи психотерапії, соціальної реабілітації, реадaptaції наркологічних хворих (також не зазначено, чи має лікар-нарколог застосовувати підходи психотерапії).

У свою чергу зазначений Довідник є рамковим документом, який не детально вимоги щодо освіти, переліку компетенцій, необхідних знань надавача послуг. Відповідно до сучасних, зокрема Європейських підходів, детальні вимоги до спеціалістів за напрямками (включаючи вимоги до освіти, професійного навчання, безперервного професійного розвитку, професійних компетенцій тощо) визначаються **Професійними стандартами**.

В Україні, в ст. 39 ЗУ «Про освіту» нормативно врегульовано розробку Професійних стандартів. Так, у зазначеній статті визначено, що «Професійний стандарт – це затверджені в установленому порядку вимоги до компетентностей працівників, що слугують основою для формування професійних кваліфікацій».

Згодом Постановою КМУ від 31 травня 2017 р. № 373 «Про затвердження Порядку розроблення, введення в дію та перегляду професійних стандартів» визначено яким чином

здійснюється розробка таких [Стандартів](#). Установою яка визначена відповідальною за затвердження Професійних стандартів є [Національна агенція кваліфікацій](#).

Професійні стандарти включають:

- вимоги до освіти і навчання
- вимоги до компетентностей працівників,
- опис трудових функцій, знань, умінь та навичок.

Професійні Стандарти відіграють важливу роль у забезпеченні якості послуг формуючи вимоги до їх надавачів, рівня компетенцій та наявних знань. Так, для прикладу, для досягнення високої якості послуг психологічного консультування та психотерапії в Європейських країнах працює система професійних стандартів, яка крім освіти визначає для психотерапевта вимоги щодо наявності особистої практики психотерапії, проходження навчання та отримання спеціалізації (із відповідною сертифікацією) за одним з напрямів психотерапії (що здійснюється на базі наявної психологічної або гуманітарної освіти), визначає кількість навчальних годин по дисциплінах, встановлює вимоги щодо годин роботи під супервізією та її наявність для здійснення подальшої роботи за напрямом психотерапії.

У свою чергу, в Україні відсутній документ який би затверджував такі вимоги, що призводить до низької якості послуг, надання послуг некваліфікованими спеціалістами, які часто не мають спеціалізації за напрямом психотерапії, які практикують, але не проходять супервізію тощо.

Для прикладу нижче наведено перелік вимог до психотерапевта відповідно до Професійного стандарту Європейської психологічної асоціації – [EuroPsy](#) (or European Certificate in Psychology) is a European standard of education, professional training and competence in psychology set by the European Federation of Psychologists' Associations ([EFPA](#)))

1. Мінімальні вимоги до навчання – не менше 90 кредитів ЕКТС, з яких не менше 400 годин присвячених вивченню теорії за напрямом.
2. Мінімальні вимоги до практики під час супервізії та подальшої супервізійної підтримки:
 - мінімум три роки післядипломної освіти за обраним напрямом психотерапії, з яких 500 годин практики під супервізією
 - мінімум 150 годин особистої супервізії (в середньому 50 годин щороку).

Окремими програмами в рамках отримання спеціалізації в напрямі психотерапії також передбачено проходження певної кількості годин особистої психотерапії.

Поточний стан розробки професійних стандартів за напрямом

Попри існування нормативного регулювання розробки Професійних стандартів, на практиці, їх розробка не є обов'язковою, відповідно наразі:

не затверджено, але розроблено за ініціативи Національної психологічної асоціації та подано на погодження до Національної агенції кваліфікацій два Професійні стандарти:

- **клінічний психолог** (проект розроблено та подано – Громадська спілка «Національна психологічна асоціація», проведено громадське обговорення)
- **психотерапевт в закладі охорони здоров'я** (проект розроблено та подано Громадська спілка «Національна психологічна асоціація», проведено громадське обгово-

рення)

Визначено необхідність розробки та внесено заявку в реєстр

- **лікар-психотерапевт/лікар-психолог/психіатр** (заявлений розробник – МОЗ)
- **психолог** (заявлений розробник – Товариство з обмеженою відповідальністю “Міжнародне агентство професійних кваліфікацій”)
- **військовий психолог** (заявлений розробник – Громадська спілка «Всеукраїнське об’єднання надавачів соціальних та реабілітаційних послуг»)
- **лікар судово-психіатричний експерт; лікар-психіатр дитячий; експерт-психолог судовий** (заявлений розробник – Громадська спілка «Українська федерація професійних медичних об’єднань»)
- **психолог в організації та на підприємстві; психолог діяльності в особливих умовах; спеціальний психолог** (заявлений розробник – Громадська спілка «Українська федерація професійних медичних об’єднань»)
- **нейропсихолог; практичний психотерапевт** (заявлений розробник – Громадська організація «Асоціація клінічних психологів та психотерапевтів України).

Наявні та затверджені професійні стандарти

- [практичний психолог в закладах освіти](#)
- [практичний психолог \(соціальна сфера\)](#)
- [психолог установи соціального захисту](#)

У частині надавачів послуг та нормативного регулювання вимог до надавачів вирішення потребують наступні питання:

- відсутність врегульованого чіткого розподілу функцій медичного персоналу та надавачів психосоціальних послуг у частині різної інтенсивності психосоціальних втручань при наданні послуг для осіб, що мають розлади пов’язані з вживанням ПАР та алкоголю, через відсутність професійних Стандартів для лікарів-наркологів та лікарів-психіатрів, лікарів психотерапевтів, психотерапевтів, лікарів-психологів, психологів тощо.
- обмеженість надання психосоціальних послуг лише фахівцями з психологічною та психотерапевтичною освітою, що може впливати на якість допомоги, оскільки в ЗОЗ наявна мала кількість спеціалістів саме з психологічною та психотерапевтичною освітою, тоді як в лікуванні розладів психіки та поведінки внаслідок вживання ПАР та алкоголю зазначені послуги є ключовими.
- відсутність обов’язкової норми щодо розробки професійних стандартів та їх фактична відсутність призводить до відсутності національного регулювання якості послуг надавачів психосоціальних послуг, низької якості надання психологічної та психотерапевтичної допомоги населенню попри зростання потреби у такому типі допомоги.

Рекомендації:

- затвердження професійних Стандартів для: лікаря-психотерапевта, психотерапевта, клінічного психолога, лікаря-психолога, лікаря-нарколога та лікаря-психіатра, психолога, психотерапевта тощо;
- широкомасштабне навчання сімейних лікарів та лікарів ЗОЗ або психологів/психотерапевтів ЗОЗ, що надають спеціалізовану допомогу та які можуть мати пацієнтів, які поряд з основним захворюванням вживають ПАР/мають розлади пов'язані з вживанням ПАР основам скринінгу та коротким втручанням;
- популяризація та широкомасштабне впровадження посад психотерапевтів, лікарів-психотерапевтів, лікарів-психологів/психологів, клінічних психологів в роботу ЗОЗ;
- розширення функцій та повноважень середнього медичного персоналу у частині навчання підходам щодо скринінгу та коротким втручанням (надання порад, інформації) спрямованим на скорочення/відмову від вживання ПАР, включаючи алкоголь;
- впровадження підходів телемедицини, електронних додатків (що частково компенсують брак кадрів);
- налагодження співпраці та використання потенціалу спільнот щодо надання послуг «рівний-рівному» а також залучення місцевих громад для реалізації заходів з ресоціалізації.

3.3. Фінансування послуг

Наразі послуг з лікування для осіб, що мають психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання ПАР фінансуються з трьох джерел:

- за кошти пацієнта через отримання послуг на базі приватних закладів, реабілітаційних центрів, неурядових організацій, діяльність яких є неврегульованою та не контролюється державою;
- через програму медичних гарантій в рамках пакета медичної допомоги;
- через закупівлю соціальної послуги «соціально-психологічна реабілітація осіб із залежністю від наркотичних засобів чи психотропних речовин».

Можливості фінансування послуг пов'язаних з діагностикою та лікуванням розладів пов'язаних із вживанням ПАР визначені пакетами НСЗУ:

- **Стационарна психіатрична допомога** (у специфікації визначено обов'язкову наявність спеціалістів: лікар-психолог та/або лікар-психотерапевт, та/або психолог, та/або клінічний психолог, та/або психотерапевт – щонайменше 2 особи із зазначеного переліку, які працюють за основним місцем роботи в цьому ЗОЗ);
- **Психіатрична допомога дорослим та дітям, яка надається мобільними мультидисциплінарними командами** (у специфікації визначено обов'язкову наявність: лікар-психолог або лікар-психотерапевт, або психолог, або клінічний психолог або психотерапевт – щонайменше 1 особа, яка працює за основним місцем роботи в цьому ЗОЗ);
- **Супровід і лікування психічних розладів на первинці;**

- **Амбулаторна допомога** (пакет не вигідний для надання послуг пов'язаних із залежністю, можуть виконуватись лише короткі структуровані інтервенції).

Міністерство соціальної політики України мало б закуповувати послуги, керуючись Наказом № 677 від 01.10.2020 року «Про затвердження Державного стандарту соціальної послуги соціально-психологічної реабілітації осіб із залежністю від наркотичних засобів чи психотропних речовин». Проте, на практиці зазначені послуги не надаються.

Наразі, ЗОЗ не зацікавлені надавати амбулаторні послуги, пов'язані із залежністю, оскільки відсутній окремий пакет НСЗУ на надання амбулаторної психіатричної допомоги, тоді як у більшості випадків особи з розладами пов'язаними з вживанням ПАР потребують амбулаторної допомоги.

Вартість пакета Стаціонарної психіатричної допомоги скоригованої за нозологією розладів пов'язаних із вживанням ПАР коштує 6 903,16 грн за пролікований випадок⁴⁴, що є недостатньою для надання Стаціонарної допомоги з лікуванням розладів пов'язаних із вживанням ПАР, оскільки цей пакет може покрити лише короткотривале лікування, зокрема лікування гострої інтоксикації або синдрому відміни, яке зазвичай триває не більше тижня. Відповідно лікування синдрому залежності, для осіб, які потребують стаціонарного лікування має тривати від одного місяця (або трьох тижнів) і до трьох місяців, під час яких особа постійно перебуває в ЗОЗ, з подальшим переведенням на амбулаторне лікування – спочатку інтенсивне, а потім зменшуючи інтенсивність до відвідування ЗОЗ від разу на день до разу на тиждень.

Таким чином, вирішення потребують наступні питання:

- відсутність належного фінансування у рамках чинних пакетів ПМГ, яке б могло покрити витрати, пов'язані з комплексним лікуванням розладів спричинених вживанням ПАР та алкоголю. У рамках пакету Стаціонарної психіатричної допомоги можливим є покриття витрат лише на короткочасне перебування в умовах стаціонару – переважно для лікування гострої інтоксикації та синдрому відміни, яка потребує госпіталізації, проте не на тривале лікування синдрому залежності\$
- проведення розрахунків та виокремлення окремого пакету Амбулаторної психіатричної допомоги, враховуючи, що лікування синдрому залежності є тривалим і потребує амбулаторного лікування різної інтенсивності, а існуючий пакет Амбулаторної допомоги не покриває зазначених витрат;
- чітке розмежування послуг, що фінансуються різними відомствами та визначення змісту послуги.

3.4. Особливості надання послуг з діагностики та лікування розладів пов'язаних з вживанням алкоголю та ПАР серед військових

Окремою проблемою наразі є вживання ПАР та алкоголю серед військових та ветеранів. Офіційні дані щодо поширеності відсутні, проте інформація отримана від експертів, військових та ветеранів, а також досвід інших країн, які мали досвід активних бойових дій та війни, свідчать про наявність та масштабність проблеми. Так, відповідно до «Поведінкового дослідження щодо питань, пов'язаних зі здоров'ям активних військовослужбовців

⁴⁴ сума оплати пролікованого випадку за глобальною ставкою, тому вказана сума може відрізнятись в залежності від умов договору із надавачем медичних послуг

США», проведеного Міністерством оборони США у 2018 році, серед 17,166 активних військовослужбовців більше третини повідомили про запої за останні 30 днів, і майже 10% були віднесені до категорії «осіб з психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання алкоголю».

Відповідно до [дослідження](#) SAMHSA у 2020 році, 26,2% (5,2 млн) ветеранів мали психічні розлади і/або залежність від ПАР:

- 19,7% (3,9 млн) мали психічні захворювання,
- 12,0% (2,4 млн) мали залежність від ПАР,
- 5,7% (1,1 млн) мали одночасно психічне захворювання та залежність від ПАР.

Первинна залежність на момент початку військової служби

Відповідно до наказу Міністерства оборони України від 14.08.2008 № 402 «Про затвердження Положення про військово-лікарську експертизу в Збройних Силах України», зокрема ст 15 Додатку 1 до Положення про військово-лікарську експертизу в Збройних Силах України (пункт 1.2 глави 1 розділу II):

особи з розладами психіки та поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин F10-F19 (алкоголю, опіоїдів, канабіоїдів, седативних, снодійних, кокаїну, галюциногенів, летючих розчинників, наркотичних засобів та інших):

а) при синдромі залежності з тяжкими, стійкими психічними розладами визнаються непридатними до військової служби з виключенням з військового обліку;

б) при синдромі залежності з помірними або легкими психічними розладами визнаються придатними до служби у військових частинах забезпечення, ТЦК та СП, ВВНЗ, навчальних центрах, закладах (установах), медичних підрозділах, підрозділах логістики, зв'язку, оперативного забезпечення, охорони.

Своєю чергою:

до пункту «а» належать психічні і поведінкові розлади, зумовлені зловживанням психоактивних речовин з активною залежністю. Характерні різко виражені зміни особистості з інтелектуально-мнестичними і психотичними порушеннями, з відсутністю позитивного ставлення до лікування та критики до свого стану;

до пункту «б» належать психічні та поведінкові розлади, зумовлені зловживанням психоактивними речовинами, при синдромі залежності з помірними або незначними психічними розладами та збереження критичного ставлення до свого стану і поведінки.

Наказом визначено, що поодинокі або епізодичне вживання психоактивних речовин або інших токсичних речовин без психічних та соматичних розладів не може бути підставою для застосування цієї статті. Також зазначено, що у випадку якщо військовослужбовці, які перенесли гостре отруєння психоактивними речовинами – одужали, відпустка для подальшого лікування не надається.

Враховуючи зазначений наказ, пацієнти замісної підтримувальної терапії, залежно від важкості залежності та наявності та тяжкості супутніх психічних розладів, є або непридатними або придатними до служби у тилових структурах, проте наразі частина з них несе службу у зоні активних бойових дій. В свою чергу, препарати ЗПТ можуть видаватись для їх самостійного прийому на строк лише до 10 днів, відтак пацієнт має кожні 10 днів відвідувати ЗОЗ для продовження лікування. Проте наразі жодним нормативно-право-

вим актом не врегульовано забезпечення безперервності лікування таких пацієнтів, що створює значні ризики як для пацієнта, так і для оточення у випадку настання ситуації неможливості своєчасного отримання та прийому лікарських засобів.

Згідно статті 110-1 ЗУ «Про Статут внутрішньої служби Збройних Сил України», Начальник медичного пункту бригади (полку, окремого батальйону, батальйону) зобов'язаний:

якісно проводити медичний огляд та обстеження особового складу в медичному пункті, особисто проводити амбулаторний прийом;

вести постійне медичне спостереження за особами з хронічними захворюваннями (розлади психіки та поведінки внаслідок вживання ПАР та алкоголю є хронічних захворюванням), надавати командирам підрозділів рекомендації щодо зміцнення їх здоров'я і контролювати їх виконання;

організовувати направлення і транспортування в госпіталь хворих, які потребують госпітального обстеження і лікування, проведення консультацій у медичних працівників (фахівців) лікувально-профілактичних закладів.

Згідно з абзацом третього пункту 1 статті 11 ЗУ «Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей», у разі відсутності за місцем проходження військової служби, навчальних (або перевірочних) та спеціальних зборів або за місцем проживання військовослужбовців військово-медичних закладів охорони здоров'я, відповідних відділень або ліжко-місць чи спеціального медичного обладнання, а також у невідкладних випадках медична допомога військовослужбовцям надається державними або комунальними закладами охорони здоров'я (ЗОЗ) за рахунок програми державних гарантій медичного обслуговування населення або інших бюджетних програм, розпорядниками яких є органи управління такими закладами.

Відповідно, основним механізмом забезпечення військовослужбовцям спеціалізованого амбулаторного догляду і лікування при хронічних захворюваннях є направлення начальником медичного пункту підрозділу до найближчого цивільного ЗОЗ. Зважаючи на вищезазначене, посилаючись на згадані нормативно-правові акти, забезпечення ЗПТ має здійснюватись на базі ЗОЗ цивільного сектору, а військовослужбовець має регулярно отримувати можливість відвідування такого закладу, зокрема для отримання препаратів ЗПТ.

Вживання під час військової служби без попереднього анамнезу залежності

Окрім первинної залежності, певна частка військовослужбовців починають та продовжують вживання ПАР та алкоголю під час військової служби. Причинами вживання ПАР серед військових, які до цього не мали розладу пов'язаного з вживанням ПАР чи алкоголю, є наступні:

- посилення виконавчих можливостей та приведення себе у стан бойової готовності (наприклад вживання стимуляторів штурмовими бригадами тощо);
- усунення больового синдрому, що виникає через важкі умови служби (наприклад болі в спині або в суглобах через тривале носіння надважкого спорядження та екіпіровки, виконання певних завдань та відсутності належної медичної допомоги тощо);
- послаблення певних психологічних станів (тривога, страх тощо) та "самолікування" психічних розладів, які не діагностуються або не лікуються.

При організації послуг, зокрема задля визначення їх інтенсивності/формату, для діючих

військовослужбовців та ветеранів важливим є встановлення наступних фактів:

- чи є залежність від вживання ПАР первинним (розлад наявний на момент вступу на військову службу) або вторинним захворюванням (тобто індукованим факторами психічного здоров'я або соматичних розладів, що виникає під час військової служби);
- чи можливим є усунення дії фактору, що провокує вживання;
- яка інтенсивність послуг є можливою.

У такому випадку мова йде про вторинну залежність/вживання як наслідок дії певних чинників або психічної коморбідності, після усунення дії яких може відбутись значне скорочення/зупинка вживання. У цьому випадку пріоритетом є:

- ранній скринінг та розв'язання питання психічної коморбідності, які провокує вживання (наприклад вживання алкоголю задля усунення тривоги, вживання стимуляторів задля усунення депресії, вживання різних ПАР задля переживання дисоціації при психічній травмі тощо);
- своєчасне лікування розладів, які пов'язані з больовим синдромом або іншими хронічними станами та вживанням медикаментів, що можуть мати потенціал до зловживання (знеболювальні лікарські засоби, в першу чергу опіоїди, бензодіазепіни);
- раннє виявлення проблем пов'язаних зі зловживанням (включаючи зловживання медикаментами) та впровадження коротких інтервенцій спрямованих на запобігання формуванню залежності;
- розробка та впровадження алгоритмів реагування у випадку виявлення залежності та переадресація для отримання спеціалізованої допомоги в цивільних ЗОЗ, що спеціалізуються на лікуванні осіб з розладами психіки та поведінки внаслідок вживання ПАР та алкоголю.

У частині зловживання медикаментами, зокрема опіоїдної групи необхідним є вивчення питання щодо практики їх призначення, з точки зору доцільності та відсутності альтернатив, військовослужбовцям під час проходження військової служби. Наразі на рівні країни відсутня система моніторингу зловживання лікарськими засобами, в свою чергу не всі рецептурні лікарські засоби продаються за рецептом, що створює значні ризики зловживання ними.

У частині виявлення військовослужбовців, які можуть вживати ПАР та алкоголь та зловживання ним, функціонує Постанова КМУ від 12 січня 2024 року №32, що затверджує "Порядок направлення військовозобов'язаних та резервістів під час проходження зборів, а також військовослужбовців Збройних Сил для огляду на стан алкогольного, наркотичного чи іншого сп'яніння або щодо перебування під впливом лікарських препаратів, що знижують їх увагу та швидкість реакції, та проведення такого огляду". Зазначені огляди здійснюються в ЗОЗ, які визначені такими управліннями охорони здоров'я місцевих держадміністрацій.

В свою чергу наразі не передбачено подальших дій у випадку підтвердження стану сп'яніння, які б мали реалізовуватись, зокрема:

- проведення діагностики щодо наявності розладу залежності;
- скринінгу та діагностики супутньої психічної коморбідності, яка може індукувати вживання ПАР та алкоголю;

- надання структурованих інтервенцій різної інтенсивності залежно від виявлених розладів та їх інтенсивності, починаючи від інформування та мотиваційного консультування, інтервенцій середньої інтенсивності (сесії когнітивно-поведінкової терапії, комбінації психологічних інтервенцій та медикаментозного лікування у випадку наявності розладів пов'язаних із вживанням алкоголю тощо) або інтенсивного лікування в умовах стаціонару.

3.5. Обіг контрольованих речовин в Україні та впровадження новітніх лікарських засобів (інноваційних методів) лікування психічних розладів, розладів психіки та поведінки внаслідок вживання ПАР та алкоголю

3.5.1. Обіг контрольованих речовин в Україні: поточний стан та проблеми

Під міжнародним і національним контролем знаходиться ряд наркотичних і психотропних речовин (далі – контрольовані речовини), які використовуються в медицині як лікарські засоби⁴⁵ (далі – контрольовані ЛЗ). Рівень контролю над цими речовинами визначається співвідношенням їхньої терапевтичної ефективності та ймовірності зловживання ними, у тому числі їх витоку для використання з незаконною метою.

Міжнародні конвенції^{46,47}, що регулюють обіг наркотичних і психотропних речовин визнають, що такі речовини часто знаходять законне застосування у науково-дослідній та медичній роботі. Тому, учасники Конвенції, в тому числі і Україна зобов'язуються обмежити використання контрольованих речовин виключно медичними та науковими цілями і забезпечити доступність цих речовин для вищезазначених цілей.

Завдяки своїм фармакологічним властивостям контрольовані речовини знаходять своє законне застосування для лікування сильного та помірного больового синдрому, для наркозу, премедикації і седації, лікування епілепсії та тривожних розладів, для лікування опіоїдної наркоманії в програмах замісної підтримувальної терапії.

За оціночними даними в Україні понад 320 тисяч українців мають потребу в паліативній допомозі і щонайменше 68 тисяч з них відчувають хронічний біль. Внаслідок військових дій кількість таких пацієнтів щодня зростає у зв'язку з отриманням поранень та травм як серед військових, так і серед цивільних, які спричинили ампутації, або призвели до інвалідизації. Стан здоров'я таких людей потребує щоденного знеболення та контролю больового синдрому протягом тривалого періоду часу.

Також, у зв'язку зі збройною агресією, у царині громадського здоров'я з'явилися нові виклики у вигляді зростання запиту на послуги зі збереження та відновлення ментального здоров'я, як серед цивільного населення, так і серед військових та ветеранів.

Нормативно-законодавча база обігу контрольованих ЛЗ в Україні

Перелік наркотичних і психотропних речовин (далі – контрольовані речовини), за якими в Україні здійснюються заходи контролю визначається Постановою КМУ від 6 травня 2000 р. № 770 «Про затвердження переліку наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів»⁴⁸ (далі Перелік). Таблиця II і III містять списки наркотичних (99) і

⁴⁵ WHO Model List of Essential Medicines – 23rd list, 2023.

⁴⁶ Єдина Конвенція про наркотичні засоби 1961 року. Доступна [онлайн](#)

⁴⁷ Конвенція Організації Об'єднаних Націй про боротьбу проти незаконного обігу наркотичних засобів і психотропних речовин. Доступна [онлайн](#)

⁴⁸ [Про затвердження переліку наркот...](#) | від 06.05.2000 № 770 (rada.gov.ua)

психотропних речовин (97), обіг яких обмежено. Перелік лікарських засобів, що містять контрольовані речовини.

Основний документ, що визначає політику в сфері обігу наркотичних засобів та психотропних речовин в Україні є Закон України «Про наркотичні засоби, психотропні речовини і прекурсори»⁴⁹.

Згідно з цим документом заходи контролю за обігом наркотичних засобів включають, але не обмежуються:

- визначенням основних умов, вимог, правил і системи заходів ліцензування;
- запровадженням системи дозволів;
- визначенням щорічної потреби;
- поданням суб'єктами господарювання звітів про діяльність та статистичних даних щодо фактичного обігу;
- відпуском фізичним особам наркотичних засобів, психотропних лише за рецептом лікаря і відповідно до медичних показань;
- встановленням спеціальних вимог щодо зберігання;
- створенням системи звітної та облікової документації;
- встановленням спеціальних вимог до перевезення та знищення наркотичних засобів;
- обмеженням реклами про наркотичні засоби;
- встановленням гранично допустимої кількості наркотичних засобів, що містяться в препаратах.

Серед основних нормативних документів, що на сьогодні визначають вимоги до обігу контрольованих ЛЗ у медичних цілях та вимоги до ліцензування суб'єктів, що його здійснюють:

- Постанова КМУ від 13 травня 2013 р. № 333 «Про затвердження Порядку придбання, перевезення, зберігання, відпуску, використання та знищення наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів у закладах охорони здоров'я»⁵⁰. З прийняттям Постанови КМУ №333 суттєво змінено систему обігу контрольованих ЛЗ, зокрема: дозволено призначати ці препарати лікарям усіх спеціальностей, надано можливість отримувати пацієнтами контрольовані ЛЗ як у закладі охорони здоров'я, так і в аптеці і самостійно їх приймати за призначенням лікаря, збільшено обсяги препаратів, які може отримувати пацієнт, збільшено обсяги зберігання та спрощено систему обліку цих препаратів.
- Постанова КМУ від 03.06.09 № 589 «Про затвердження Порядку провадження діяльності, пов'язаної з обігом наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, та контролю за їх обігом»⁵¹. Вказана постанова регулює, в тому числі питання утилізації ЛЗ. Так, у цій постанові залишається пункт щодо знищення порожніх ампул, що суперечить Постанові КМУ №333 і діючій практиці (див. Додаток 3 дослідження). Також, логічним виглядає, щоб Постанова КМУ №333 регулювала всі питання обігу

⁴⁹ [Про наркотичні засоби, псих... | від 15.02.1995 № 60/95-ВР \(rada.gov.ua\)](#)

⁵⁰ [Про затвердження Порядку придбан... | від 13.05.2013 № 333 \(rada.gov.ua\)](#)

⁵¹ [Про затвердження Порядку провадж... | від 03.06.2009 № 589 \(rada.gov\)](#)

контрольованих речовин у суб'єктів господарювання, що здійснюють медичну практику, а Постанова КМУ 589 поширювалась на всіх інших суб'єктів господарювання (див. Додаток 3 та Додаток 4 дослідження).

- Наказ МОЗ №494 від 07.08.2015 «Про деякі питання придбання, перевезення, зберігання, відпуску, використання та знищення наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів у закладах охорони здоров'я»⁵².
- Постанова КМУ №469 від 13.04.2011 «Деякі питання видачі дозволу на використання об'єктів і приміщень, призначених для провадження діяльності, пов'язаної з обігом наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів»⁵³.
- Постанова КМУ від 06.04.2016 № 282 «Деякі питання ліцензування господарської діяльності з культивування рослин, включених до таблиці I переліку наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, затвердженого Кабінетом Міністрів України, розроблення, виробництва, виготовлення, зберігання, перевезення, придбання, реалізації (відпуску), ввезення на територію України, вивезення з території України, використання, знищення наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, включених до зазначеного переліку»⁵⁴.
- Наказ МВС від 29.01.2018 № 52 «Про затвердження Вимог до об'єктів і приміщень, призначених для здійснення діяльності з обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, прекурсорів та зберігання вилучених з незаконного обігу таких засобів і речовин»⁵⁵.
- Наказ МОЗ від 19.07.2005 № 360 «Про затвердження Правил виписування рецептів на лікарські засоби і медичні вироби, Порядку відпуску лікарських засобів і медичних виробів з аптек та їхніх структурних підрозділів, Інструкції про порядок зберігання, обліку та знищення рецептурних бланків»⁵⁶.

Призначення і використання контрольованих ЛЗ у військовій медицині, розрахунок потреби здійснюється відповідно до нормативних актів КМУ та МОЗ щодо обігу цих речовин у медичній сфері.

Використання контрольованих ЛЗ в медицині

Нами проаналізовано, головним чином, використання контрольованих речовин у медицині (для лікування болю, при наданні психіатричної допомоги, а також у військовій медицині). Нижче подано короткий огляд використання контрольованих ЛЗ в кожній із сфер.

Використання контрольованих ЛЗ для лікування болю

Наркотичні анальгетики є життєво необхідними лікарськими засобами для лікування гострого болю, наприклад, післяопераційного, а також хронічного больового синдрому середньої та сильної інтенсивності. Наркотичні анальгетики є невід'ємною складовою надання паліативної допомоги⁵⁷.

⁵² [Про деякі питання придбання, пер... | від 07.08.2015 № 494 \(rada.gov.ua\)](#)

⁵³ [Деякі питання видачі дозволу на ... | від 13.04.2011 № 469 \(rada.gov.ua\)](#)

⁵⁴ [Деякі питання ліцензування госпо... | від 06.04.2016 № 282 \(rada.gov.ua\)](#)

⁵⁵ [Про затвердження Вимог до об'єкті... | від 29.01.2018 № 52 \(rada.gov.ua\)](#)

⁵⁶ [Про затвердження Правил виписува... | від 19.07.2005 № 360 \(rada.gov.ua\)](#)

⁵⁷ [IAHPC List of Essential Medicines for Palliative Care](#)

Визнаним (серед медичної спільноти) стандартом лікування болю помірної та сильної інтенсивності на міжнародному рівні признано пероральний морфін⁵⁸.

В Україні до 2013 р. на ринку були присутні лише ін'єкційні наркотичні знеболювальні. Пероральний морфін було зареєстровано у 2013 р. Упродовж останніх років на ринку з'явилися також фентанілові трансдермальні терапевтичні системи та пролонговані пероральні форми.

У 2023 р. було затверджено нові Стандарти медичної допомоги «Хронічний больовий синдром у дорослих та дітей»⁵⁹, якими передбачено оцінку больового синдрому і його лікування, в тому числі з використанням наркотичних анальгетиків, згідно з доказовими міжнародними практиками.

Проте, попри затвердження клінічних протоколів, покращення знань про основні механізми та кращі методи лікування болю, багато людей із болем отримують неадекватну допомогу через обмежену доступність наркотичних ЛЗ.

Обмежена доступність контрольованих ЛЗ, які рекомендовані до застосування клінічними протоколами, спричиняють ситуацію, коли лікарі й пацієнти використовують ЛЗ не рекомендовані клінічними протоколами, наприклад, налбуфін (більш детально про цей лікарський засіб йтиметься далі).

Проблемними питаннями є також відсутність в Україні: дієвої системи збору даних щодо кількості та форм лікарських препаратів, які були використані в системі медичної допомоги; узагальненої методики обрахування потреби в цих лікарських препаратах; методики обрахування державних квот, в межах яких може здійснюватися обіг наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів. Це спричинює ситуацію, коли на національному рівні не можна оцінити споживання у порівнянні з розрахованою потребою.

Використання контрольованих ЛЗ при наданні психіатричної допомоги

До контрольованих психотропних речовин належать бензодіазепіни (діазепам, лоразепам, мідазолам) які застосовуються для премедикації, а також в психіатрії для седації хворого, лікування епілепсії у дорослих та дітей, лікування гострих тривожних станів, у невідкладній терапії алкогольного абстинентного синдрому.

Використання цих ЛЗ передбачено Міжнародними клінічними протоколами Duodecim⁶⁰ з напрямку «Психіатрія»: «Гострий психоз», «Шизофренія», «Тривожний розлад», «Лікарські засоби для екстреної психіатричної допомоги», «Агресивний або схильний до насильства пацієнт», а також, клінічними протоколами з лікування епілепсії⁶¹, затвердженими в Україні. Варто зазначити, що клінічні протоколи з лікування Епілепсії та Депресії⁶², застарілі і потребують оновлення.

⁵⁸ <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550390>

⁵⁹ https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2023/04/smd_643_06042023.pdf

⁶⁰ Міністерство Охорони Здоров'я України (moz.gov.ua)

⁶¹ Епілепсії (dec.gov.ua)

⁶² Депресія (dec.gov.ua)

Використання контрольованих ЛЗ у військовій медицині

Підконтрольні лікарські засоби у військовій медицині застосовуються на різних рівнях допомоги (домедична, тактична і госпітальний етап).

Застосування наркотичних ЛЗ та психотропних з метою седації (кетамін, бензодіазепіни), знеболення (наркотичні анальгетики), купірування судом (лоразепам, мідозалам) та при подальшому транспортуванні пацієнтів передбачено адаптованими настановами «Тактична екстрена медична допомога» (2016)⁶³, Клінічним протоколом «Екстрена медична допомога: догоспітальний етап» (2019)⁶⁴, нещодавно затвердженими новими протоколами з напрямку «Бойова травма» (2024)⁶⁵.

До 2024 р. у складі наплічника медичного загальновійськового санітара та санітарного інструктора⁶⁶ був присутній синтетичний опіоїд налбуфіну гідрохлорид, який може бути замінений на морфіну гідрохлорид (ін'єкційна форма) чи фентаніл (льодяники)⁶⁷.

Актуальним питанням є зловживання військовими налбуфіном. Цей ЛЗ не входить до Переліку №770 і відповідно він не є підконтрольним лікарським засобом (так само його використання не відповідає міжнародним рекомендаціям). Поряд із цим, цей ЛЗ за фармакологічними властивостями є наркотичним анальгетиком і сильним знеболюючим, що пояснює його широке використання у військовій медицині. Проблемою також є те, що налбуфін є агоністом-антагоністом опіоїдних рецепторів, вживання цього препарату значно ускладнює подальше призначення опіоїдних препаратів для анестезії та знеболення.

01 липня 2024р. було затверджено обсяги надання домедичної допомоги, які надаються під час ведення бойових дій та підготовки сил безпеки і сил оборони за призначенням у тактичних умовах⁶⁸. Згідно з затвердженим переліком лікарських засобів, які застосовуються військовослужбовцями для надання допомоги постраждалим на середньому та вищому рівні домедичної допомоги розширеної, застосовуються діазепам/мідазолам, кетамін, фентаніл.

Відповідно було затверджено нові переліки ЛЗ, якими забезпечується особовий склад сил безпеки і сил оборони для надання домедичної допомоги⁶⁹. Згідно з затвердженими переліками, контрольовані ЛЗ присутні в складі наплічника медичного бойового медика/старшого бойового медика (НМБМ) – оральний трансмукозний фентанілу цитрат 800 мкг, у формі льодяників⁷⁰; фентаніл, розчин для ін'єкцій; кетамін, розчин для ін'єкцій; мідазолам, розчин для ін'єкцій або діазепам, розчин для ін'єкцій.

Важливо зазначити, що до складу наплічника було внесено ЛЗ налоксон, розчин для ін'єкцій. Налоксон є життєво необхідним препаратом при передозуванні опіоїдів.

⁶³ [2016_612_akn_ekstr.pdf](#) (dec.gov.ua)

⁶⁴ [2019_1269_nkp_ekstren_ditdor.pdf](#) (dec.gov.ua)

⁶⁵ [Бойова травма](#) (dec.gov.ua)

⁶⁶ [Наказ МОЗ №6 від 05.01.2017](#)

⁶⁷ В Україні незареєстровані

⁶⁸ <https://ips.ligazakon.net/document/RE42329?an=599>

⁶⁹ [Про затвердження Переліків лікар...](#) | від 24.07.2024 № 506 (proofpointisolation.com)

⁷⁰ Не зареєстрований в Україні

Забезпечення населення контрольованими ЛЗ

Забезпечення населення контрольованими ЛЗ відбувається як за бюджетні кошти так і за кошти пацієнтів.

Централізовано ДП «Медичні закупівлі» закуповуються фентанілові пластирі за напрямом «Дитяча онкологія»⁷¹, які розподіляються між усіма надавачами медичних послуг, які уклали договір з Національною службою здоров'я⁷².

Закупівлю контрольованих ЛЗ здійснюють місцеві державні адміністрації та заклади охорони здоров'я відповідно до Національного переліку⁷³ (див. Додаток №5 дослідження).

Для військової медицини контрольовані ЛЗ закуповуються та використовуються відповідно до затвердженого Командуванням медичних сил формуляру. На різних етапах допомоги використовуються різні ЛЗ (див. Додаток №6 дослідження).

Програма реімбурсації

Значним досягненням у розширенні доступності населення до наркотичних анальгетиків стало включення з серпня 2023 р. до реімбурсації в межах програми медичних гарантій пероральних препаратів морфіну та трансдермальних терапевтичних систем фентанілу⁷⁴, які паліативні хворі можуть отримати безкоштовно або з доплатою у аптечних закладах (див. Додаток №4 дослідження).

До вересня 2024 р. у програмі реімбурсацію приймали участь тільки таблетовані препарати морфіну, що може бути пов'язано з ціновою політикою на препарати фентанілу.

З серпня 2024р. програму реімбурсації розширено ще двома контрольованими ЛЗ (див. Додаток №4 дослідження).

Варто зауважити, що ринок контрольованих ЛЗ, які зареєстровані в Україні обмежений лікарськими формами. Так, відсутні пролонговані форми морфіну, відсутні дитячі форми наркотичних і психотропних ЛЗ – ректальні та пероральні розчини.

Ліцензування

В Україні ліцензуванню підлягають такі види діяльності: культивування рослин, включених до Переліку; розроблення, виробництво, виготовлення, зберігання, перевезення, придбання, реалізація (відпуск), ввезення на територію України, вивезення з території України, використання, знищення наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, включених до Переліку препаратів, що містять наркотичні засоби, психотропні речовини і прекурсори в кількості, що перевищує гранично допустиму.

⁷¹ Деякі питання закупівлі лікарськ... | від 07.03.2022 № 216 (rada.gov.ua)

⁷² Деякі питання реалізації програ... | від 22.12.2023 № 1394 (rada.gov.ua)

⁷³ Деякі питання державного регулюв... | від 25.03.2009 № 333 (rada.gov.ua)

⁷⁴ Деякі питання реалізації програ... | від 22.12.2023 № 1394 (rada.gov.ua)
[ka-ukrainy-2020-god](#)

Ліцензування аптечних закладів

У 2020 році реалізовувати контрольовані ЛЗ мали можливість 234 аптечних підприємства, які провадили свою діяльність у 471 місці реалізації – аптеці⁷⁵, що становило 2,3% від загальної кількості аптек на ринку України⁷⁶. З початку повномасштабного вторгнення ця кількість зменшилась у зв'язку з окупацією територій (на сьогодні приблизно 350).

За програмою реімбурсації на сьогодні за напрямом «Опіїдні анальгетики» відпускають лише 236 аптек (108 суб'єктів), з більш ніж 15 тис. аптек, які працюють за програмою реімбурсації⁷⁷.

Обмежена кількість суб'єктів господарювання, які отримують ліцензію на здійснення обігу контрольованих ЛЗ пояснюється необхідністю додаткових інвестицій і отриманню численних дозволів.

Нагальним є перегляд чинних вимог до об'єктів і приміщень, призначених для здійснення діяльності з обігу контрольованих речовин які регулюються Наказом МВС від 29.01.2018 № 52, з метою спрощення вимог щодо наявності окремої кімнати для зберігання і обладнання засобами сигналізації (Додаток 3, Таблиця 5).

Також, необхідно внести зміни у ліцензійні умови, з метою надання можливості спільного користування приміщеннями більш ніж двома суб'єктами господарювання, а також спрощення документу шляхом вилучення правил обліку, утилізації та технологічних вимог до приміщень, які регулюються іншими нормативними актами (Додаток 3, Таблиця 4).

Варто підкреслити, що для призначення контрольованих ЛЗ та виписування рецепту необхідна лише ліцензія на медичну практику. Водночас є ситуації, коли суб'єкти господарювання не виписують контрольовані ЛЗ через відсутність ліцензії на обіг контрольованих речовин.

Питання ліцензування аптек з обігу контрольованих ЛЗ потребує або ж втручання на рівні держави (наприклад, обов'язкове забезпечення певної кількості ліцензованих аптек у кожній області) або ж налагодження конструктивного діалогу з аптечними підприємствами і актуалізація/оновлення ліцензійних вимог, враховуючи як необхідність забезпечення схоронності цих речовин так і бачення суб'єктів підприємництва.

Ліцензування військових частин

Для військових частин запроваджено спрощені процедури отримання ліцензій на медичну практику та діяльність з обігу підконтрольних речовин.

На час воєнного стану для отримання дозвільних документів на медичну практику для військової частини необхідно подати єДекларації через портал Дія. Для отримання ліцензії на діяльність з обігу контрольованих речовин військові частини подають необхідні документи в електронній формі на електронну пошту Держлікслужби.

Ця процедура повертає діяльність військових частин в правове поле, а саме дозволяє самостійно отримувати на військову частину контрольовані ЛЗ, їх використовувати й обліковувати відповідно до вимог (до цього облік контрольованих ЛЗ у військових частинах здійснювали відповідальні особи з госпіталів).

⁷⁵ Опіїдні анальгетики. Споживання в Україні 2016-2019pp. Аналітичний звіт, 2021. Опіїдні анальгетики - Інститут аналітики та адвокатури (iaa.org.ua)

⁷⁶ <https://pro-consulting.ua/ua/issledovanie-rynka/analiz-farmaceuticheskogo-i-aptechnogo-ryn>

⁷⁷ Електронна карта місць відпуску лікарських засобів за eРецептом (e-health.gov.ua)

Рецептурний відпуск

Після введення в дію Постанови КМУ №333 було внесено ряд змін в Наказ МОЗ 360, які значно полегшили процес виписування рецептів на контрольовані ЛЗ.

Згідно з чинною нормативною базою контрольовані ЛЗ виписуються пацієнту за наявності відповідних показань лікарем будь-якої спеціальності суб'єкту господарювання незалежно від форми власності і рівня надання медичної допомоги.

Контрольовані ЛЗ можуть відпускатися хворим за рецептами:

- за повну вартість коштом споживача
- за програмою реімбурсації
- на пільгових умовах згідно з Постановою КМУ 1303⁷⁸

З листопада 2022 р. було введено в практичну реалізацію можливість виписування електронного рецепта на контрольовані ЛЗ, паралельно з існуванням можливості виписувати у паперовій формі. А з жовтня місяця 2023 р., виписування і відпуск цих ЛЗ здійснюється виключно за електронним рецептом, крім ситуацій, коли це відбувається на територіях активних бойових дій або тимчасово окупованих, або у випадку виписування за повну вартість і пільгову у разі виникнення технічного збою в роботі центральної бази даних системи (про що офіційно повідомляє ДП «Електронне здоров'я»).

Серед переваг електронного рецепта можна виділити наступні:

- відсутність питань щодо розбірливого почерку, виправлень;
- мінімізовано можливість помилок щодо назви препарату і дозування;
- якщо пацієнт потребує продовження призначення контрольованого ЛЗ за попередньо встановленим діагнозом (виключення призначення при ЗПТ), лікар може виписати електронний рецепт на ЛЗ без проведення особистого прийому пацієнта;
- за електронним рецептом за один раз можна відпустити меншу кількість ЛЗ, ніж зазначено;
- неможливість отримати ЛЗ за декількома рецептами (у випадку виписування виключно в електронному вигляді).

Недоліки виписування виключно в електронному вигляді:

- при технічному збої в системі МІС, відключенні світла або інших технічних причинах пацієнт залишається без рецепта і відповідно без ліків. Така ситуація склалася у грудні, коли була кібератака на Київстар і впродовж 2х днів пацієнти не могли отримати знеболення;
- пацієнти похилого віку часто не мають телефону, або можуть залишити його вдома, не вміти користуватися SMS;
- у деяких випадках до аптек надходять паперові рецепти з окупованих територій і територій бойових дій, і, на жаль, у цьому випадку фармацевти повинні відмовити пацієнту (родичу);
- проблемні питання верифікації даних, які останнім часом виникали в аптеках блоку-

⁷⁸ Про впорядкування безоплатного ... | від 17.08.1998 № 1303 (rada.gov.ua)

вали відпуск на добу. Враховуючи, що цих аптек дуже мало, виникають ситуації коли пацієнти днями залишаються без ліків.

Виписування рецептів в межах програми реімбурсації

Згідно з Наказом МОЗ №360 рецепти за програмою реімбурсації для надання паліативної допомоги особам з розладами психіки та поведінки виписуються лікарями за спеціальностями «Психіатрія», «Дитяча психіатрія», «Наркологія», для всіх інших пацієнтів рецепти на ЛЗ для лікування болю та надання паліативної допомоги виписують лікарі, які надають первинну медичну допомогу (ПМД).

Згідно з вимогами/правилами НСЗУ рецепти на реімбурсації наркотичних анальгетиків можна виписати пацієнтам у яких облікований стан Z.51.5 «Паліативна допомога» і облікований діагноз «Постійний біль».

Водночас НСЗУ на сьогодні обмежила цей механізм та створює додаткові перепони в отриманні знеболення пацієнтам. Якщо пацієнт має облікований стан Z.51.5 (для цього пацієнт повинен звернутися на амбулаторний рівень до вузького спеціаліста) лікар ПМД може самостійно призначити/змінити і виписати рецепт за програмою реімбурсації лише у випадку якщо пацієнт з онкозахворюванням.

У випадку якщо пацієнт не має онкологічного діагнозу лікар ПМД може виписати рецепт за програмою реімбурсації лише на основі попереднього призначення на рівні СМД. Тобто, якщо пацієнт не окню і потребує призначення наркотичного анальгетика або заміни у зв'язку з тим, що терапія не діє, то лікар ПМД повинен скерувати пацієнта на рівень спеціалізованої медичної допомоги для призначення або корегування терапії.

Це спричинює ситуацію, коли пацієнт довгий час може залишатися без адекватного лікування, адже:

- потрапити до вузького спеціаліста займає час (2-4 тижні);
- не завжди потрібний вузький спеціаліст наявний у місцевості, де проживає пацієнт;
- не завжди вдається одразу потрапити до необхідного вузького спеціаліста.

Крім того, можна стверджувати, що вузькі спеціалісти на сьогодні менш компетентні у лікуванні болю і призначенні знеболення паліативним хворим ніж лікарі МПД, адже саме лікарі ПМД впродовж останніх років за підтримки БФ «Відродження» та в рамках програм USAID постійно проходять тренінги за цим напрямком. Також, призначення знеболення потребує оцінки всього стану пацієнта, історію призначень і лікування.

Обмеження щодо можливості оцінки болю і призначення наркотичних анальгетиків лікарями ПМД лише у випадку онкологічного болю є необґрунтованим, адже згідно з стандартом медичної допомоги «Хронічний больовий синдром у дорослих та дітей» медична допомога пацієнтам надається лікарями усіх рівнів медичної допомоги і не обмежується/ранжується окремими діагнозами.

3.5.2. Впровадження новітніх лікарських засобів (інноваційних методів) лікування психічних розладів, розладів психіки та поведінки внаслідок вживання ПАР та алкоголю

Використання психоделічно-асистованої психотерапії

Зважаючи на високу поширеність психічних розладів та супутньої психічної коморбідності наразі актуальним є питання щодо лікування резистентних форм психічних розладів, які не піддаються стандартним формам лікування. Наразі, в першу чергу мова йде

про депресію та посттравматичний стресовий розлад (далі – ПТСР).

Наразі у світі проведено і триває низка клінічних досліджень щодо використання психоделіків у рамках психоделічно асистованої терапії. Ці дослідження стосувались таких психоделіків:

- псилоцибін – випробовувався для лікування депресії (особливо стійкої до лікування депресії та великого депресивного розладу), обсесивно-компульсивного розладу, розладів харчової поведінки, а також розладів, пов'язаних із вживанням нікотину та алкоголю
- МДМА – клінічні дослідження в основному були спрямовані на лікування посттравматичного стресового розладу (ПТСР), розладів вживання алкоголю і симптомів соціальної тривожності у пацієнтів з розладами аутистичного спектра
- ЛСД – випробовували для лікування тривоги наприкінці життя та розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин
- кетамін – для лікування депресії та ПТСР.

Уже отримано обнадійливі результати щодо використання психоделіків, зокрема:

- МДМА для лікування ПТСР (Mitchell, J. M., Bogenschutz, M., Lilienstein, A., Harrison, C., Kleiman, S., Parker-Guilbert, K., Ot'alora G., M., et al. (2021), '[MDMA-assisted therapy for severe PTSD: A randomized, double-blind, placebo-controlled phase 3 study](#)', Nature Medicine 27:6, pp. 1025-1033.),
- Псилоцибіну для зниження депресивних симптомів у пацієнтів з стійкою депресією та великим депресивним розладом (see e.g. Goodwin et al., 2022; von Rotz et al., 2023). (Goodwin, G. M., Aaronson, S. T., Alvarez, O., Arden, P. C., Baker, A., Bennett, J. C., Bird, C., et al. (2022), '[Single-dose psilocybin for a treatment-resistant episode of major depression](#)', The New England Journal of Medicine 387:18, pp. 1637–1648; von Rotz, R., Schindowski, E. M., Jungwirth, J., Schuldt, A., Rieser, N. M., Zahoranszky, K., Seifritz, E., et al. (2023), '[Single-dose psilocybin-assisted therapy in major depressive disorder: A placebo-controlled, double-blind, randomised clinical trial](#)', eClinicalMedicine 56:101809.)
- Кетаміну для лікування резистентної до традиційного лікування депресії та ПТСР

Австралія зараз лідирує у частині впровадження психоделічно асистованої психотерапії. На цей час Австралійська адміністрація лікарських засобів (Therapeutic Goods Administration – TGA) дозволяє використовувати метилендіоксиметамфетамін (МДМА) для лікування ПТСР, а псилоцибін – для депресії, резистентної до лікування. В інших країнах, таких як Ізраїль, США, Канаді, Швейцарії, Великій Британії психоделіки використовуються в клінічних дослідженнях як супутній засіб при психотерапії. В свою чергу, в Австралії випущено [position paper](#), яке регулює використання психоделічної психотерапії.

У січні 2024 року перший пацієнт в Австралії отримав зазначене лікування не в рамках клінічного дослідження, а як нормативно врегульований метод лікування. Наразі для його призначення лікарі мають отримати спеціальний дозвіл (податись на отримання такого дозволу можна з 1 липня 2023 року) та мати статус лікаря, якому дозволено здійснювати таке призначення, і відповідно проводити психоделічно асистовану психотерапію в рамках якої псилоцибін призначається для лікування стійкої депресії, а МДМА – для лікування стійкого до лікування традиційними методами, ПТСР.

З метою врегулювання використання МДМА та псилоцибіну в Австралії їх було перенесено з переліку заборонених речовин – Schedule 9 (Poisons) до Переліку тих, обіг яких контролюється – Schedule 8 (Controlled Substances).

Щодо досвіду використання в країнах Європейського союзу

За [інформацією](#), наданою Європейською агенцією з наркотиків, станом на 30 липня 2024 року використання «класичних» психоделіків не було схвалено жодним регуляторним органом в країнах ЄС. В свою чергу було схвалено використання “не класичного” психоделіка – ескетаміну ([Spravato*](#)), який дозволено для використання для лікування дорослих з вираженою депресією стійкою до лікування традиційними методами. Водночас, в клініках Європи зафіксовано зростання використання кетаміну off-label.

*назальний спрей, призначається для пацієнтів разом з антидепресантами та у випадку якщо два види лікування виявились не ефективними; враховуючи ризики зловживання препарат приймається під наглядом лікаря.

У частині погодження використання кетаміну FDA, наразі такого дозволу не надано, натомість у жовтні 2023 року FDA випустило попередження стосовно його використання – [FDA warns patients and health care providers about potential risks associated with compounded ketamine products, including oral formulations, for the treatment of psychiatric disorders | FDA](#). Зокрема наголошено на потенційних ризиках пов'язаних зі зловживанням кетаміну, пригніченням дихання, підвищенням артеріального тиску, психічних розладів. Зважаючи на зазначене, необхідний контроль з боку медичного працівника на предмет седативного ефекту, дисоціації, зміни артеріального тиску та частоти серцевих скорочень.

Щодо рекомендацій для лікування військовослужбовців

У грудні 2023 року Конгрес США схвалив законопроект фінансування військових досліджень та клінічних випробувань психоделічних препаратів в лікуванні активних військових. У січні 2024 року Міністерство у справах ветеранів США анонсувало про фінансування дослідження використання псилоцибіну та метилендіоксиметамфетамін (МДМА) для визначення їх ефективності в лікуванні ветеранів з ПТСР та депресією. Утім, відповідно до керівництва із ведення ПТСР та гострого стресового розладу (ГСР), який станом на 2023 рік є найновішим спільним документом Міністерства у справах ветеранів США і Міністерства оборони, використання МДМА і псилоцибіну для лікування ПТСР ні не підтримується, ні не заперечується. Зараз, зокрема, триває друга фаза дослідження МДМА разом із груповою терапією для ветеранів (очікувана дата закінчення – вересень 2025 року) <https://classic.clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT05961527>, та друга фаза клінічних досліджень використання псилоцибіну – очікувані дати закінчення дослідження: [липень](#) і [серпень](#) 2025 року)

Загальне зростання інтересу до психоделічно асистованої психотерапії, підкріплене обнадійливими даними щодо її користі призводить до загального зростання інтересу до психоделіків, зокрема в Європі, про що говорить Європейська агенція з наркотиків (EUDA). Так, за оцінкою EUDA існують свідчення про зростання вживання психоделіків в рамках духовних практик та в нерегульованих умовах (так звані «психоделічні ретрити»). З метою моніторингу зазначених трендів EUDA розпочала реалізацію проекту з картування існування практик і втручань, пов'язаних з психоделіками, в Європі. Зростання уживання психоделіків в якості інструменту самопізнання, самолікування та духовної практики зазвичай відбувається, за самозвітами, як «мікродозинг», проте наразі відсутній консенсус, які саме дози можна вважати мікродозами і який їх вплив.

У свою чергу, попри наявність обнадійливих даних та інтересу до такого виду лікування міжнародний консенсус щодо використання психоделічно-асистованої терапії наразі не досягнуто. Значний внесок у відсутність визнання методу є відхилення погодження U.S. Food and Drug Administration (FDA) використання МДМА (FDA в серпні 2024 року відхилила погодження використання МДМА) посиляючись на недостатність даних щодо безпеки, фіксації побічних реакцій, врахування питання ризиків щодо зловживання тощо.

Попри це існує визнання його як перспективного та обнадійливого методу лікування.

Ключовими обмеженнями пов'язаними з використанням психоделічно асистованої психотерапії є:

- питання якості отриманих даних (обмеження даних буде розглянуто нижче)
- нормативне регулювання використання психоактивних речовин.

Щодо нормативного регулювання використання. За деякими винятками, більшість типових (ЛСД, псилоцибин, мескалін) і нетипових (МДМА, мескалін, кетамін) психоделічних речовин контролюються відповідно до Списку I Конвенції Організації Об'єднаних Націй про психотропні речовини 1971 року (Організація Об'єднаних Націй, 1971), тобто обіг їх заборонено. Наступним нормативним обмеженням щодо використання (зокрема МДМА) є відхилення його погодження U.S. Food and Drug Administration, про що зазначено вище.

У частині питання якості даних та сили доказів даних. Незважаючи на велику увагу до психоделіків, існує низка моментів, які потрібно брати до уваги у частині розвитку зазначеного виду лікування та які впливають на силу доказів щодо їх використання, зокрема⁷⁹:

1. відсутня належна фіксація побічних реакцій та небажаних ефектів використання психоделіків, включаючи довготривалі наслідки. Існують обмежені дані щод між лікарської взаємодії;
2. проблема «засліплення» та контрольних груп. Дослідження часто проводяться без контрольних груп, що не дозволяє достовірно оцінити результати дослідження. У разі наявності контрольної групи, учасники зазвичай знають, в якій із груп вони перебувають, і це зазвичай підвищує ефективність втручання, та зменшує ймовірність отримання достовірних даних. Таке розуміння в якій групі пацієнт: тій, яка приймає «плацебо» або психоделік, пов'язано з важкістю або неможливістю «засліплення» - наразі неможливо підібрати препарат, який би імітував дію МДМА або псилоцибіну;
3. селективне упередження (упередженість відбору) – учасники досліджень часто були волонтерами або самі зверталися до дослідників для участі в дослідженні, а отже були позитивно налаштовані до лікування;
4. обмеження об'єму вибірки – розмір вибірки в дослідженнях зазвичай був невеликим, що не дозволяє узагальнити результати для більшої популяції;
5. короткий час спостереження. Немає достатньої кількості довготривалих клінічних досліджень для оцінки впливу психоделіків у довгостроковій перспективі, оскільки невідомо, чи позитивний результат є ефектом після вживання психоделіків, чи справді це позитивні результати лікування ПАТ психічних захворювань.

⁷⁹ інформація з виступів спікерів на Європейській конференції з питань залежностей, Лісабон, 2024).
[Доступно online](#)

Загальні рекомендації щодо впровадження психоделічно асистованої психотерапії:

- використання зазначеного лікування як резервного методу останнього вибору у випадку якщо традиційне лікування виявилось неефективним;
- проведення лікування лише спеціально підготовленим персоналом (можливе ліцензування спеціалістів та отримання спеціального дозволу);
- врегулювання політики щодо взаємодії пацієнта та лікаря/психотерапевта, який проводить психоделічно асистовану психотерапію у частині дотиків, тілесної взаємодії та запобігання зловживанням сексуального характеру (для прикладу в керівництві Австралії для цього визначено, що сесію проводить два терапевти різної статі);
- ретельна фіксація побічних та небажаних реакцій;
- подальше вивчення передумов ефективної відповіді на психоделічно асистовану психотерапію для формування умов для потенційного відбору кандидатів на її проведення з урахуванням ймовірності відповіді на лікування.

У частині впровадження психоделічно асистованої психотерапії існують наступні нормативні обмеження:

- відсутність міжнародного консенсусу щодо використання психоделіків, що зокрема виражається у отриманні погодження щодо їх використання зі сторони FDA (FDA в серпні 2024 року відхилила погодження використання МДМА), що, в свою чергу, обмежує їх включення до національних керівництв (відповідно до чинного законодавства щодо розробки медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги (див. розділ 1.2), в Україні при розробці Стандарту медичної допомоги або Уніфікованого клінічного протоколу використовуються міжнародні настанови з високим рівнем доказовості)
- віднесення МДМА (3,4-метилендіоксиметамфетамін) та Псилоцибін (3-[2-(диметиламіно)етил]-індол-4-іл дигідрофосфат) до Таблиці 1 Список № 2 Особливо небезпечні психотропні речовини, обіг яких заборонено (ПЕРЕЛІК наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, що затверджений Постановою Кабінету Міністрів України від 6 травня 2000 р. № 770).

В свою чергу кетамін не є забороненим в Україні, його зареєстровано та віднесено до Списку № 2 – «Психотропні речовини, обіг яких обмежено». Відповідно до інструкції до лікарського засобу – кетамін використовується як анестезійний засіб (монотерапія) при проведенні нетривалих (короткочасних) діагностичних процедур і хірургічних втручань у дітей та в деяких особливих випадках у дорослих: введення в наркоз та його підтримання.

Для проведення психотерапії зазначений ЛЗ може використовуватись лише off-label. Використання інших психоделіків наразі в Україні заборонене.

Використання медичного канабісу

У частині нових підходів до лікування, та, зокрема, використання новітніх ЛЗ, наразі врегульовано використання медичного канабісу. Зокрема, 16 серпня 2024 р. в Україні набув чинності закон, який дозволяє і регулює обіг канабісу (рослин роду коноплі) в Україні. Закон дозволяє культивувати (виросувати) медичні коноплі в Україні, імпортувати субстанцію канабісу та готові ЛЗ, реалізовувати, виготовляти та використовувати лікарські засоби на основі канабісу для медичних цілей. Обіг рослин коноплі та ЛЗ на основі них, повинно здійснюватися лише із суворим дотриманням вимог.⁸⁰

На виконання Закону було вже прийнято ряд підзаконних актів та розроблено проекти, які детально врегульовують всі процеси та дозволятимуть пацієнту отримати ліки з медичного канабісу. Так, канабіс, його смола, екстракти й настоянки виключені з переліку особливо небезпечних речовин і перенесено до списку «Наркотичні засоби та рослини, обіг яких обмежено»⁸¹.

Прийнято порядок придбання насіння рослин⁸², затверджено положення про електронну систему обліку медичного канабісу на всіх етапах обігу⁸³ (очікується, що електронна система запрацює восени).

Внесено зміни у постанову, що регулює перевезення контрольованих речовин⁸⁴.

Також, внесено зміни у наказ МОЗ щодо Правил виписування рецептів на лікарські засоби і медичні вироби та їх Порядку відпуску з аптек та їхніх структурних підрозділів⁸⁵. ЛЗ на основі канабісу, як і всі контрольовані ЛЗ, будуть відпускатися виключно за призначенням лікаря відповідно до медичних показань та за електронним рецептом. Для реалізації виготовлення ЛЗ в умовах аптеки на основі канабісу внесено зміни у Наказ МОЗ «Про затвердження Правил виробництва (виготовлення) та контролю якості лікарських засобів в аптеках», зокрема, передбачено можливість застосування фармакопеї держав — членів Європейського Союзу, зокрема, але не виключно, Німецька фармакопея⁸⁶.

Окрім регулювання питань обігу медичного канабісу важливим є питання регулювання підходів щодо його призначення, зокрема у частині критеріїв призначення, показів до призначення. Зазначені питання врегульовано завдяки прийняттю наказу МОЗ від 13.09.2024 № 1586 «Про затвердження Переліку форм лікарських засобів, які можуть виготовлятися в умовах аптеки з рослинної субстанції канабісу, Переліку захворювань та станів, за наявності яких призначаються лікарські засоби, які можуть виготовлятися в умовах аптеки з рослинної субстанції канабісу, Особливостей призначення та медичного застосування лікарських засобів, які можуть виготовлятися в умовах аптеки з рослинної субстанції канабісу»

Відповідно до зазначеного наказу Лікарські засоби канабісу призначає лікар з надання первинної медичної допомоги або лікар з надання спеціалізованої медичної допомоги. В свою чергу, визначено, що такі ЛЗ призначаються не як перша лінія лікування, а у випадку якщо (одна з умов):

⁸⁰ <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3528-20#Text>

⁸¹ [Про внесення змін до переліку на...](#) | від 24.05.2024 № 653 (rada.gov.ua)

⁸² <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/776-2024-%D0%BF#Text>

⁸³ <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/857-2024-%D0%BF#Text>

⁸⁴ <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/366-2008-%D0%BF#Text>

⁸⁵ [Про затвердження Правил виписува...](#) | від 19.07.2005 № 360 (rada.gov.ua)

⁸⁶ https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1846-12?find=1&text=%D0%B1%D1%96%D1%81#w1_1

- відсутній належний ефект від інших ЛЗ;
- використання інших ЛЗ для лікування розладу пов'язане з виникненням побічних реакцій або погано переносяться пацієнтом.

Таким чином, врегульовано, що використання ЛЗ на основі канабісу не є першою лінією лікування. У наказі також визначено протипокази щодо призначення таких ЛЗ. Зокрема, для:

- вагітних жінок та жінок, які годують груддю (у разі використання лікарських засобів з тетрагідроканабінолом);
- пацієнтів з відомою чи підозрюваною особистою або сімейною історією шизофренії чи іншого психотичного розладу, а також у разі наявності у пацієнта тяжких розладів особистості, крім депресії, пов'язаної з основним захворюванням (у разі використання лікарських засобів з тетрагідроканабінолом).
- у разі виявлення помірних або тяжких порушень функцій печінки, призначення ЛЗ на основі канабісу варто уникати, або коли це не можливо – призначати менші дози.
- у окремих випадках, можливим є призначення ЛЗ на основі канабісу категоріям пацієнтів, про які йшла мова вище, але таке призначення може здійснюватись лише за наявності:
- висновку лікарсько-консультативної комісії, клінічної бази закладів медичної освіти, університетської клініки або лікарні та відповідних рекомендації в галузевих стандартах в сфері охорони здоров'я або в наукових публікаціях, що опубліковані в наукових виданнях, які індексуються у базах даних Web of Science Core Collection та/або Scopus і ґрунтуються на результатах клінічних випробувань.

Висновки за розділом III⁸⁷:

I. Нормативно-правова база надання послуг з лікування розладів психіки та поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин

Нормативно-правові акти, які регулюють надання послуг з діагностики та лікування розладів пов'язаних з вживанням психоактивних речовин

- Потребує внесення змін до ЗУ “Про заходи протидії незаконному обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів та зловживанню ними” з метою його узгодження з ЗУ “Про психіатричну допомогу” зокрема у частині узгодження та використання сучасної термінології, можливостей постановки діагнозу лікарем-психіатром одноосібно не в умовах стаціонару, що значно покращить маршрут послуг та сприятиме швидкому отриманню лікування.
- Одним з основних методів лікування розладів пов'язаних із вживанням ПАР є психосоціальні інтервенції, важливо щоб на рівні держави було врегульовано їх надання на рівні ЗОЗ. Можливість надання психосоціальних послуг на базі ЗОЗ визначена Нака-

⁸⁷ З огляду на значний обсяг матеріалу у розділі III, для зручності та кращого розуміння надаємо висновки за розділом за окремими напрямками

зом МОЗ від 13.12.2003 № 2118 “Про організацію надання психосоціальної допомоги населенню”. Ним врегульовано надання психосоціальних послуг на первинному та вторинному рівні; на третинному рівні психосоціальні послуги пов’язані із залежністю можуть надаватись лише особам, які проходять реабілітацію та одночасно мають залежність від ПАР. Проте соціальні послуги надають або лікар, що надає первинну медичну допомогу або фахівець, що має психологічну освіту (психотерапевт, психолог), що не дозволяє надавати структуровані психологічні інтервенції (які є основним інструментом в лікуванні розладів пов’язаних із залежностями) лікарям наркологам, лікарям психіатрам, медичним сестрам.

- Наразі в країні використовується МКХ-10, водночас вже наявний МКХ-11, який містить принципові зміни у частині діагностичних критеріїв. З метою впровадження кращих практик надання послуг з діагностики та лікування необхідним є пришвидшення переходу країни на МКХ-11.

Стандартизація послуг щодо діагностики та лікування розладів психіки та поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин та алкоголю

- Здійснити адвокацію серед виробників реєстрації лікарських засобів за МНН “акампросат”, “налтрексон”, “тіамін”, які використовуються для лікування розладів вживання алкоголю та профілактики синдрому Корсакова-Верніке для можливості їх включення до Стандарту медичної допомоги та використання на території країн.
- Враховуючи обмеження щодо неможливості включення до Стандарту медичної допомоги незареєстрованих лікарських засобів (до часу коли вони будуть зареєстровані) для можливості використання лікарських засобів за МНН “акампросат”, “налтрексон”, “тіамін” для лікування розладів пов’язаних з розладами внаслідок вживання алкоголю – розробка та затвердження разом з Стандартом медичної допомоги – Нового клінічного протоколу.
- При розробці/оновленні медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги за напрямом психічного здоров’я передбачити інтеграцію з послугами щодо раннього виявлення, діагностики та лікування розладів пов’язаних з вживанням ПАР та алкоголю.
- Сприяти розвитку використання лікарських засобів off-label у випадках коли переваги від використання переважають ризики та з урахуванням визначених чинним законодавством критеріїв задля забезпечення лікування осіб, які не відповідають на традиційне лікування або не мають альтернативного традиційного лікування розладу. З метою ефективного використання лікарських засобів off-label розвивати підхід щодо спільного прийняття рішень шляхом інтеграції цього підходу до навчальних програм до дипломної та післядипломної освіти.
- Провести чітку диференціацію між метою, завданням та послугами, що надаються в рамках галузевих стандартів медичної допомоги та стандарту соціальної допомоги.
- Для розладів по яким розроблено медико-технологічні документи розробляти типові маршрути з подальшою їх адаптацією на рівні регіонів та ЗОЗ.

Надавачі послуг діагностики та лікування розладів психіки та поведінки внаслідок вживання ПАР та алкоголю

Мережа провайдерів послуг

- Сімейні лікарі та ЗОЗ, які надають первинну медичну допомогу відіграють важливу

роль у первинному скринінгу та впровадженні коротких інтервенцій у частині розладів пов'язаних з вживанням ПАР та алкоголю. Підґрунтям для таких послуг є можливість надання окремих послуг з питань психічного здоров'я за пакетом «Первинна медична допомога».

- Враховуючи обмеженість ролі сімейних лікарів у частині діагностики розладів пов'язаних із вживанням ПАР та алкоголю, потрібна розробка регіональних маршрутів пацієнтів, які отримали позитивні результати скринінгу щодо розладів психіки та поведінки внаслідок вживання ПАР та алкоголю до отримання спеціалізованої медичної допомоги.
- Наявна мережа ЗОЗ, що надає наркологічну та психіатричну допомогу, наразі не забезпечує географічну доступність послуг та орієнтована в першу чергу на надання стаціонарної психіатричної допомоги, в свою чергу значна кількість осіб потребують амбулаторного лікування різної інтенсивності. Зважаючи на зазначене потребує розвитку впровадження амбулаторних послуг з психіатричної допомоги, зокрема через впровадження їх надання на базі кластерних та над кластерних лікарень.
- Центри ментального здоров'я, створення яких є пріоритетним завданням МОЗ, є перспективними в плані надання на їх базі послуг щодо діагностики та лікування розладів пов'язаних з вживанням ПАР та алкоголю.
- З метою забезпечення підходу щодо переходу на амбулаторну психіатричну допомогу у тих випадках, коли це є доцільним, необхідним є впровадження пакету ПМГ Амбулаторної психіатричної допомоги.
- Надавачі послуг та нормативне регулювання вимог до надавачів, контроль якості
- Не врегульовано чіткий розподіл функцій медичного персоналу та надавачів психосоціальних послуг у частині різної інтенсивності психосоціальних втручань при наданні послуг для осіб, що мають розлади пов'язані з вживанням ПАР та алкоголю, через відсутність професійних Стандартів для лікарів-наркологів та лікарів-психіатрів, лікарів психотерапевтів, психотерапевтів, лікарів-психологів, психологів тощо.
- Обмежено надання психосоціальних послуг лише фахівцями з психологічною та психотерапевтичною освітою, що може впливати на якість допомоги, оскільки в ЗОЗ наявна невелика кількість спеціалістів саме з психологічною та психотерапевтичною освітою, тоді як в лікуванні розладів психіки та поведінки внаслідок вживання ПАР та алкоголю зазначені послуги є ключовими.
- Відсутність обов'язкової норми щодо розробки професійних стандартів та їх фактична відсутність веде до відсутності національного регулювання якості послуг надавачів психосоціальних послуг, низької якості надання психологічної та психотерапевтичної допомоги населенню попри зростання потреби у такому типі допомоги.

Зважаючи на наведене шляхами вирішення проблеми є:

- затвердження професійних Стандартів для: лікаря-психотерапевта, психотерапевта, клінічного психолога, лікаря-нарколога та лікаря-психіатра, психолога, психотерапевта тощо;
- широкомасштабне навчання сімейних лікарів та лікарів ЗОЗ або психологів/психотерапевтів ЗОЗ, що надають спеціалізовану допомогу та які можуть мати пацієнтів, які поряд з основним захворюванням вживають ПАР/мають розлади пов'язані з вживанням ПАР основам скринінгу та коротким втручанням;

- популяризація та широкомасштабне впровадження посад психотерапевтів, лікарів-психотерапевтів, лікарів-психологів/психологів, клінічних психологів в роботу ЗОЗ;
- розширення функцій та повноважень середнього медичного персоналу у частині навчання підходам щодо скринінгу та коротким втручанням (надання порад, інформації) спрямованим на скорочення/відмову від вживання ПАР, включаючи алкоголь;
- впровадження підходів телемедицини, електронних додатків (що частково компенсує брак кадрів);
- налагодження співпраці та використання потенціалу спільнот щодо надання послуг «рівний-рівному», а також залучення місцевих громад для реалізації заходів з ресоціалізації.

Фінансування послуг

- Наразі в рамках існуючих пакетів ПМГ відсутнє належне фінансування, яке б могло покрити витрати пов'язані з комплексним лікуванням розладів, викликаних з вживанням ПАР та алкоголю. Чинний пакет Стаціонарної психіатричної допомоги може покривати витрати лише на короткочасне перебування в умовах стаціонару – переважно для лікування гострої інтоксикації та синдрому відміни, яка потребує госпіталізації, проте не на тривале лікування синдрому залежності.
- Враховуючи, що лікування синдрому залежності є тривалим і зокрема потребує амбулаторного лікування різної інтенсивності, а існуючий пакет Амбулаторної допомоги не покриває зазначених витрат – існує потреба у проведенні розрахунків та виокремлення окремого пакету Амбулаторної психіатричної допомоги.
- Чітке розмежування послуг, що фінансуються різними відомствами та визначення змісту послуги.

II. Особливості надання послуг з діагностики та лікування розладів пов'язаних з вживанням алкоголю та ПАР серед військових

- Відповідно до наказу МОУ, у випадку синдрому залежностей з тяжкими, стійкими розладами, особа визнається непридатною до військової служби, тоді як особи з помірними та легкими розладами визначаються придатними до служби лише у тилових структурах. Проте нині відсутні чіткі критерії, які дозволяють диференціювати ступінь розладу як тяжкий, стійкий або помірний та легкий. Незрозуміло яким чином приймати рішення у випадку наявності супутньої коморбідності – залежності від ПАР чи алкоголю та наявності декількох психічних розладів, зокрема помірно виражених.
- Існує обмеження щодо подальшого лікування у випадку гострої інтоксикації ПАР, що може призвести до того, що значна частина осіб, які мають залежність (всі особи, які отримують лікування внаслідок гострої інтоксикації ПАР, потребують діагностики на наявність залежності) не будуть своєчасно діагностовані, та відповідно не отримують лікування.
- Зважаючи на те, що розлади за кодами F10-F19 є підставою для визнання непридатності до військової служби або придатності у тилових структурах, а діагноз виставляється переважно за суб'єктивними критеріями пацієнта без можливості щодо проведення інструментальних чи інших методів обстеження – існує ризик щодо симуляції розладу та корупційної складової у частині постановки діагнозу. В свою чергу, існування зазначених ризиків призводить до збільшення та повернення практики встановлення діагнозу в умовах стаціонару та/або із залученням лікарсько-консультативної комісії, що може здійснюватись в рамках ЗУ «Про протидію незаконному обігу....»,

що в свою чергу ускладнює доступ до медичної допомоги.

- Пацієнти ЗПТ залежно від ступеня важкості розладу та наявності та ступеня тяжкості супутніх психічних розладів визнається непридатним або придатним до військової служби у тилових структурах. Для пацієнтів, які визнаються придатними лікування має здійснюватись на базі цивільних ЗОЗ, для організації чого необхідною є розробка спільного, міжвідомчого наказу між Міністерством охорони здоров'я України та Міністерством оборони України у частині порядку забезпечення лікування осіб, що мають розлади психіки та поведінки внаслідок вживання опіоїдів із використанням препаратів ЗПТ. Беручи до уваги також необхідність врегулювання питання алгоритму скринінгу та діагностики ВІЛ-інфекції та вірусних гепатитів та беручи до уваги високу поширеність одночасно цих захворювань, порядок може включати окрім питання ЗПТ, врегулювання питань пов'язаних з алгоритмами скринінгу, діагностики та лікування ВІЛ та вірусних гепатитів.
- Потребують розробки та впровадження програми раннього скринінгу та виявлення військовослужбовців, які мають проблемне вживання ПАР, розпочате під час військової служби із забезпеченням доступу їх до відповідних сервісів та послуг, зокрема в першу чергу коротких структурованих інтервенцій та послуг з психічного здоров'я, з подальшим (за потреби) направленням для отримання інтенсивної допомоги (у випадку якщо короткі інтервенції низької або середньої інтенсивності не виявилися ефективними). Зазначений порядок має передбачати порядок дій у випадку підтвердження стану сп'яніння військовослужбовця, що здійснюється в рамках виконання Постанови КМУ від 12 січня 2024 року №32, що затверджує «Порядок направлення військовозобов'язаних та резервістів під час проходження зборів, а також військовослужбовців Збройних Сил для огляду на стан алкогольного, наркотичного чи іншого сп'яніння або щодо перебування під впливом лікарських препаратів, що знижують їх увагу та швидкість реакції, та проведення такого огляду».
- Потребує розробки національна система моніторингу зловживання за лікарськими засобами, зокрема рецептурними (з акцентом на опіоїдні знеболювальні засоби, барбітурати) задля попередження формування залежності. В рамках розробки зазначеної системи, існує потреба у проведенні оцінки наявних практик призначення та використання військовослужбовцями знеболювальних лікарських засобів.

III. Проблема обігу контрольованих лікарських засобів в Україні. Впровадження новітніх лікарських засобів та інноваційних методів лікування психічних розладів та розладів психіки та поведінки внаслідок вживання ПАР та алкоголю

- Збільшення випадків хронічних захворювань та наслідки збройної агресії росії призводять до зростання потреби у наркотичних і психотропних лікарських засобах. Ця тенденція підкреслює важливість забезпечення доступності цих засобів для населення України.
- Ринок контрольованих лікарських засобів в Україні значно обмежений порівняно з міжнародним, особливо щодо лікарських форм. Відсутність деяких форм, таких як дитячі та пролонговані форми, суттєво обмежує лікування пацієнтів.
- За останні десять років нормативна база щодо обігу контрольованих речовин зазнала значних змін у напрямку лібералізації та збільшення доступності для медичних потреб. Проте, залишається необхідність внесення певних змін для узгодження законодавства та усунення суперечностей.
- Катастрофічно низька кількість аптечних закладів, що здійснюють реалізацію контр-

ольованих ЛЗ, що обмежує доступність цих препаратів, особливо для пацієнтів сільської місцевості, прифронтових зон, деокупованих територій.

- Необхідно створити ефективну електронну систему збору інформації щодо споживання та потреби у контрольованих лікарських засобах для подальшого розрахунку квот на основі цих даних. Це допоможе оптимізувати забезпечення населення необхідними препаратами.
- Психоделічно-асистована терапія є одним з обнадійливих напрямів надання допомоги, дослідження щодо переваг якої наразі проводяться в світі для лікування стійкої до традиційних форм лікування депресії, ПТСР. Ведуться окремі дослідження щодо використання зазначеної терапії для лікування розладів пов'язаних з вживанням ал-

РОЗДІЛ IV

УДОСКОНАЛЕННЯ ДІЯЛЬНОСТІ І МІЖВІДОМЧОЇ КООРДИНАЦІЇ ПРАВООХОРОННИХ ОРГАНІВ, ОРГАНІВ КРИМІНАЛЬНОГО ПРАВОСУДДЯ ТА СИСТЕМАМИ МЕДИЧНОЇ ТА СОЦІАЛЬНОЇ ДОПОМОГИ ЛЮДЯМ, ЯКІ ВЖИВАЮТЬ НАРКОТИКИ

Напрями міжвідомчої співпраці та взаємодії за напрямом наркополітики зокрема визначаються міжнародними зобов'язаннями щодо її впровадження та виходять з практичних завдань.

У межах виконання пункту 3 Протоколу наради під головуванням Віцепрем'єр-міністра з питань європейської та євроатлантичної інтеграції України Стефанішиної О.В. щодо підготовки до двосторонніх зустрічей з Європейською Комісією в рамках проведення офіційної оцінки стану імплементації актів права Європейського Союзу в законодавство України від 20 травня 2024 року № 16482/0/1-24 Міністерством юстиції України проведено міжвідомчі наради (07 та 19 червня 2024 року) з метою організації роботи з підготовки Дорожньої карти «Верховенство права».

Розроблення Дорожньої карти за сферою «Верховенство права» є передумовою відкриття переговорних розділів за основоположним кластером. Дорожня карта «Верховенство права» закріплює зобов'язання української сторони щодо наближення до стандартів ЄС (законодавчих, інституційних, імплементаційних) та має охоплювати основні завдання/зобов'язання України за переговорними розділами 23 «Судова влада та основоположні права» та 24 «Юстиція, свобода і безпека». Структура Дорожньої карти та основні відповідальні державні органи визначені за результатами наради, яка відбулася 19 червня 2024 року.

Одними із блоків зазначеного переговорного розділу є блоки 2. «Співробітництво у сфері боротьби з наркотиками» / «Cooperation in the field of drugs» та 3. «Боротьба з тероризмом та запобігання радикалізації» / «Fight against terrorism and prevention of radicalisation».

До переговорного розділу 24 належить сфера «Співпраця у сфері наркотиків». Зазначений розділ задає рамку та визначає ключові напрями де очікується співпраця суб'єктів реалізації наркополітики з міжнародними інституціями.

Так, відповідно до Постанови Кабінету Міністрів України від 28 лютого 2023 р. № 189 «переговорні розділи» - це розділи, що співвідносяться з пріоритетними сферами права Європейського Союзу (acquis EC) та відповідно до яких організовується процес переговорів про вступ України до Європейського Союзу.

З урахуванням програм роз'яснювальних зустрічей та зразків дорожніх карт Албанії та Сербії зазначений розділ має включати інформацію щодо :

- національної системи раннього оповіщення про появу нових ПАР (National early warning system – NEWS);
- національну обсерваторію з наркотиків (NDO) та співпрацю з European Drug Agency (EUDA);
- впровадження національної стратегії щодо наркотиків;
- заходів з профілактики, лікування та зменшення шкоди, пов'язаної з наркотиками;
- аналізу національного законодавства про психоактивні речовини та прекурсори та його наближення до регуляції ЄС;
- системи регулярного оновлення переліку заборонених психоактивних речовин;
- створення правової бази для належного процесу знищення прекурсорів тощо.
- Скринінг законодавства за цим розділом має охоплювати акти, що входили до селф-скринінгу щодо відповідності національного законодавства Європейським директивам, в т.ч.:
- Регламент (ЄС) 2023/1322 Європейського Парламенту та Ради від 27 червня 2023 року про Агентство Європейського Союзу з наркотиків (EUDA),
- Стратегія ЄС щодо наркотиків,
- Директива (ЄС) 2017/2103 Європейського Парламенту та Ради від 15 листопада 2017 року про внесення змін до Рамкового рішення Ради 2004/757/JHA з метою включення нових психоактивних речовин у визначення «наркотику»,
- Регламент (ЄС) № 273/2004 Європейського Парламенту та Ради від 11 лютого 2004 року про прекурсори наркотичних засобів,
- Регламент (ЄС) 2017/2101 Європейського Парламенту та Ради від 15 листопада 2017 року про внесення змін до Регламенту (ЄС) № 1920/2006 щодо обміну інформацією про нові психоактивні речовини, системи раннього оповіщення та процедури оцінки ризику, міжнародні багатосторонні договори.

Але варто наголосити, що впровадження зазначених директив та регуляцій неможливе без забезпечення ефективної міжсекторальної та міжвідомчої взаємодії.

У висновках Ради щодо людей, які мають розлади, пов'язані з вживанням наркотиків, які виникають разом з іншими розладами психічного здоров'я, затверджені Радою (Юстиція та внутрішні справи) на її 3992- му засіданні 4 грудня 2023 року визначено необхідність впровадження міждисциплінарного та міжсекторального підходу у вирішенні проблем пов'язаних із вживанням, зокрема:

1.Визнати розлади пов'язані з вживанням ПАР, які часто зустрічаються разом з коморбідними психічними розладами, важливими викликами для системи надання медичної допомоги та політик, які потребують мультидисциплінарного та комплексного підходу та відповіді на потреби осіб, які вживають ПАР.

2.Розвивати інтервенції на різних рівнях надання допомоги особам з розладами пов'язаними із вживанням ПАР та супутніми психічними розладами із використанням мультидисциплінарного підходу, який передбачає залучення ключових стейкхолдерів, включаючи осіб, які приймають рішення, фахівців з медичної та соціальної сфер, академічної спільноти, громадянського суспільства та представників осіб, з числа тих, хто має досвід вживання ПАР та розлади, пов'язані з їх вживанням.

4.1. Національні механізми регулювання міжвідомчої та міжсекторальної взаємодії за напрямом наркополітики

4.1.1 Перелік суб'єктів наркополітики та розподіл функцій та повноважень між ними

Для ефективної реалізації наркополітики необхідним є чітке розуміння всіх суб'єктів її реалізації, їх повноважень за напрямом та розподіл функцій між ними.

Нормативно-правовими актами, що визначають перелік Суб'єктів формування і реалізації наркополітики та їх функції наразі є:

- Розпорядження КМУ від 28 серпня 2013 р. № 735-р «Про схвалення Стратегії державної політики щодо наркотиків на період до 2020 року» (далі – чинна Стратегія) – перелік суб'єктів та розподіл функцій між ними;
- Постанова КМУ від 10 липня 2019 р. № 689 «Питання проведення моніторингу наркотичної та алкогольної ситуації в Україні» – перелік суб'єктів моніторингу;
- Статутні документи суб'єктів;
- Положення окремих Законів України, зокрема ЗУ «Про національну поліцію», «Про заходи протидії незаконному обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів та зловживанню ними», «Про наркотичні засоби, психотропні речовини і прекурсори».

Аналіз переліку суб'єктів наркополітики та повноважень між ними на основі Стратегії наркополітики до 2020 року

Наразі відсутній нормативно-правовий акт, який би визначав суб'єктів, які приймають участь у формуванні та реалізації наркополітики в Україні. Проєкт нової Стратегії наркополітики до 2030 неодноразово змінювався і остання її редакція (оприлюднена для громадського обговорення) містить згадування про те, що стратегічне планування, загальна координація, забезпечення взаємодії та інтеграції політик, пов'язаних з реалізацією Стратегії, а також моніторинг та оцінка її виконання і доведення результатів такої оцінки до органів державної влади, зацікавлених сторін та суспільства покладатиметься на МОЗ. Крім цього, серед інструментів що впливають на ефективність реалізації Стратегії та базуються на її керівних засадах та принципах, зазначається координаційна роль МОЗ у формуванні та реалізації державної політики щодо обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів і прекурсорів, протидії їх незаконному обігу. Водночас із тексту проєкту Стратегії незрозуміло вичерпне коло суб'єктів формування та реалізації наркополітики, що може суттєво вплинути на ефективність взаємодії між органами під час виконання поставлених Стратегією завдань (примітно, що в Стратегії 2013 року суб'єктам формування та реалізації наркополітики був присвячений окремий розділ).

З огляду на те, що координація між суб'єктами наркополітики впливає на ефективність виконання завдань, визначених Стратегією, доцільно проаналізувати повноваження ключових суб'єктів в цій сфері.

Аналіз повноважень суб'єктів наркополітики на основі аналізу їх статутної діяльності

Центральним органом виконавчої влади в Україні, який забезпечує формування та реалізацію державної політики, зокрема, у сфері обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів і прекурсорів, протидії їх незаконному обігу, є **Міністерство охорони здоров'я України**.

Відповідно до Положення про МОЗ затвердженого постановою КМУ від 25 березня 2015 року № 267 зі змінами від 15 листопада 2023 року (далі – Положення), МОЗ:

- здійснює державний контроль діяльності психіатричних установ та фахівців, які беруть участь у наданні психіатричної допомоги;
- затверджує переліки дозволених до застосування методів профілактики, діагностики, лікування, реабілітації та лікарських засобів (реалізується зокрема через створення медико-технологічних документів з надання медичної допомоги, таких як Стандарти медичної допомоги);
- затверджує форми первинної облікової документації;
- затверджує правила проведення заходів фізичного обмеження та (або) ізоляції особи, яка страждає на психічний розлад;
- затверджує правила виписування рецептів на лікарські засоби, включаючи наркотичні ЛЗ;
- затверджує перелік препаратів, що містять малі кількості наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, що підлягають контролю під час ввезення на територію України та вивезення з території України;

затверджує порядки:

- виявлення та взяття на облік осіб, які незаконно вживають наркотичні засоби або психотропні речовини;
- реєстрації, ведення обліку і зберігання рецептів на наркотичні засоби, психотропні речовини, включені до таблиць II і III переліку наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, а також правила їх оформлення;
- проведення медичного огляду та медичного обстеження осіб, які зловживають наркотичними засобами або психотропними речовинами;
- функціонування інформаційної системи раннього оповіщення про нові психоактивні речовини;
- встановлює переліки посад медичних і фармацевтичних працівників, а також закладів охорони здоров'я, яким може надаватися право на реалізацію (відпуск) наркотичних засобів, психотропних речовин фізичним особам;
- розробляє і затверджує навчальні програми, методичні рекомендації та посібники з питань обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів;
- організовує проведення навчальних курсів для фахівців, зайнятих у сфері обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів;
- подає щороку Кабінетові Міністрів України звіт про результати формування та реалізації державної політики у сфері обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів і прекурсорів, протидії їх незаконному обігу;
- виявляє умови та причини, що призводять до незаконного обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів і прекурсорів, організовує в межах своїх повноважень здійснення заходів щодо їх усунення;

- проводить постійний моніторинг стану протидії злочинам у сфері обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів і прекурсорів, забезпечує збирання та узагальнення інформації про джерела і шляхи надходження в незаконний обіг наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів і прекурсорів;
- отримує, аналізує та узагальнює інформацію про обіг наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів і прекурсорів, протидію їх незаконному обігу;
- затверджує порядок віднесення засобів і речовин до аналогів наркотичних засобів і психотропних речовин;
- затверджує таблиці невеликих, великих та особливо великих розмірів наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, які перебувають у незаконному обігу;
- **координує в межах своїх повноважень виконання зобов'язань, передбачених міжнародними договорами, згода на обов'язковість яких надана Верховною Радою України, у сфері обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів і прекурсорів, протидії їх незаконному обігу;**

готує та вносить в установленому порядку на розгляд Кабінету Міністрів України пропозиції щодо:

- визначення переліку наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів та змін до нього;
- визначення гранично допустимої кількості наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, що містяться у препаратах;
- визначення переліку інструментів та обладнання, які використовуються для виробництва і виготовлення наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів та підлягають контролю, і правил розроблення, виробництва, виготовлення, зберігання, розподілу, перевезення, пересилання, придбання, реалізації (відпуску), ввезення на територію України, вивезення з території України, використання та знищення зазначених інструментів та обладнання;
- порядку провадження діяльності, пов'язаної з обігом наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, та контролю за їх обігом.

Реалізація зазначених функцій в МОЗ розділено між різними департаментами, зокрема медичним департаментом, фармацевтичним департаментом, департаментом громадського здоров'я та структурним підрозділом, що відповідає за міжнародну співпрацю та євроінтеграцію, що в свою чергу може призводити до розкоординованості зусиль. Єдиний структурний підрозділ МОЗ, який би координував питання наркополітики у МОЗі відсутній. Відтак, для ефективної роботи необхідним є розробка чітких внутрішніх інструкцій між дотичними до наркополітики департаментами МОЗ.

Таким чином наразі, положенням про МОЗ, нормативно не врегульовано координаційну функцію з питань формування наркополітики, зводячи роль МОЗ до функцій контролю за обігом наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів та координації медичної практики.

Також звертаємо увагу, що в оновленій редакції Положення про МОЗ використовуються стигматизуючі поняття «наркоманія».

У структурі підпорядкування МОЗ є дві установи, які виконують функції за напрямом наркополітики, зокрема:

- **ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України»**
- **ДУ «Інститут судової психіатрії МОЗ України»**

До статутних повноважень зазначених структур, за напрямом наркополітики належить ДУ «Інститут судової психіатрії МОЗ України» відповідає за наукові дослідження та розробку інноваційних методів діагностики та лікування психічних розладів, проведення судової експертизи, реалізацію навчальних та освітніх заходів.

Своєю чергою ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України» відповідає за:

- розробку проєктів нормативно-правових актів і стратегій у сфері громадського здоров'я (включаючи психічне здоров'я у сфері громадського здоров'я), спрямованих на профілактику інфекційних та неінфекційних хвороб та промоцію здоров'я, у тому числі, шляхом координації з питань управління, профілактики та протидії туберкульозу, ВІЛ-інфекції, вірусних гепатитів та опіоїдної залежності на національному рівні;
- забезпечення проведення моніторингу наркотичної та алкогольної ситуації в Україні шляхом:
 - збору інформації від суб'єктів реалізації державної політики щодо наркотичних речовин та алкогольних напоїв та проведення аналізу інформації про стан процесів і явищ у сфері обігу психоактивних речовин та алкогольних напоїв, протидії їх незаконному обігу, доступу до послуг з профілактики діагностики та лікування;
 - прогнозування розвитку наркотичної та алкогольної ситуації в Україні;
 - підготовки пропозицій щодо покращення ситуації стосовно вживання наркотичних речовин та споживання алкогольних напоїв;
 - розробки та координації впровадження програм моніторингу алкогольної та наркотичної ситуації на регіональному рівні, оцінки ризиків для здоров'я населення;
 - підготовки пропозицій до документів з питань забезпечення доступу до послуг з профілактики, зменшення шкоди, діагностики та лікування розладів пов'язаних із вживанням психоактивних речовин та споживання алкогольних напоїв;
 - координації діяльності закладів громадського здоров'я з питань проведення моніторингу і оцінки алкогольної та наркотичної ситуації соціальних і економічних факторів їх розвитку;
 - взаємодії з міністерствами та іншими центральними органами виконавчої влади, органами місцевого самоврядування, щодо моніторингу алкогольної та наркотичної ситуації;
 - проведення досліджень за напрямом поширеності, основних характеристик тощо вживання психотропних речовин та споживання алкогольних напоїв;
 - розширення міжнародного співробітництва та впровадження кращих міжнародних практик і досвіду щодо забезпечення проведення моніторингу наркотичної та алкогольної ситуації в Україні, членства в Європейському моніторинговому центрі з наркотиків та наркотичної залежності;
 - забезпечення діяльності щодо збереження здоров'я та сприяння здоровому способу життя, профілактики неінфекційних хвороб, у тому числі шляхом участі в організації, координації та проведенні замісної підтримувальної терапії осіб, з психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання опіоїдів.

Державна служба з лікарських засобів відповідно до положення про Державну службу України з лікарських засобів та контролю за наркотиками затверджено КМУ від 12 серпня 2015 року № 647 Держлікслужба відповідно до покладених на неї завдань:

- розробляє проекти державних цільових програм з питань здійснення контролю якості лікарських засобів і медичних виробів та здійснення контролю у сферах обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, протидії їх незаконному обігу, бере участь у забезпеченні виконання таких програм;
- видає суб'єктам господарювання ліцензії на провадження господарської діяльності з культивування рослин, включених до таблиці I Переліку наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, та з розроблення, виробництва, виготовлення, зберігання, перевезення, придбання, реалізації (відпуску), ввезення на територію України, вивезення з території України, використання та знищення наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, включених до зазначеного Переліку;
- здійснює контроль за дотриманням суб'єктами господарювання ліцензійних умов провадження господарської діяльності у сфері обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів;
- приймає в установленому порядку рішення про анулювання ліцензій на провадження господарської діяльності з культивування рослин, включених до таблиці I Переліку наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, та з розроблення, виробництва, виготовлення, зберігання, перевезення, придбання, реалізації (відпуску), ввезення на територію України, вивезення з території України, використання та знищення наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, включених до зазначеного Переліку;
- видає суб'єктам господарювання дозволи на право ввезення (вивезення) та на право транзиту через територію України наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів; проводить щорічні розрахунки та попередньо визначає потребу України в наркотичних засобах, психотропних речовинах;
- готує пропозиції щодо визначення квот, у межах яких здійснюється обіг наркотичних засобів, психотропних речовин;
- здійснює обстеження складських, торговельних та інших приміщень, що використовуються у сфері обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів;
- взаємодіє з правоохоронними органами, громадянами, громадськими та міжнародними організаціями у сфері протидії незаконному обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів;
- здійснює згідно з міжнародними договорами України взаємодію та обмін інформацією з відповідними міжнародними організаціями з питань здійснення контролю за обігом наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, а саме: інформує відповідно до міжнародних договорів, згода на обов'язковість яких надана Верховною Радою України, компетентні органи інших держав про вивезення з території України або транзит через територію України наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, а також повідомляє про виконання таких операцій Міжнародному комітетові з контролю за наркотиками ООН;
- забезпечує інформування громадськості з питань здійснення контролю за введенням в обіг медичних виробів та обігом наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів.

Розподіл функцій та повноважень між **правоохоронними органами** виглядає наступним чином:

МВС – Відповідно до Положення про Управління забезпечення формування державної політики у сфері протидії наркозлочинності Міністерства внутрішніх справ України, затвердженого наказом МВС України від 12 грудня 2019 року № 1038, належить виконання покладених завдань:

- участь у забезпеченні формування державної політики у сфері протидії наркозлочинності та здійснення, за дорученням керівництва МВС, координації діяльності у цій сфері;
- вивчення та впровадження позитивного міжнародного та вітчизняного досвіду щодо способів і методів виявлення, документування та припинення фактів незаконного обігу наркотичних речовин;
- забезпечення участі в здійсненні міжнародного співробітництва у сфері протидії транснаціональній та організованій наркозлочинності, налагодження дієвої взаємодії на вказаному напрямку.
- Реалізацію зазначених функцій здійснює Управління забезпечення формування державної політики у сфері протидії наркозлочинності МВС, яке зокрема:
- бере участь у розробленні та внесенні пропозицій щодо забезпечення реалізації державної політики у сфері протидії наркозлочинності, політичних та стратегічних цілей, принципів і напрямів її розвитку;
- вносить пропозиції щодо вдосконалення законодавства у сфері протидії наркозлочинності;
- здійснює аналіз галузевих проблем щодо формування та реалізації державної політики у сфері протидії наркозлочинності, за його результатами розробляє пропозиції стосовно спрямування та координації діяльності Національної поліції України в цій сфері;
- бере участь у проведенні наукових, аналітичних, кримінологічних, соціологічних досліджень стану протидії наркозлочинності;
- здійснює систематичний аналіз діяльності Національної поліції України у сфері протидії наркозлочинності;
- ініціює проведення структурними підрозділами апарату МВС, закладами вищої освіти зі специфічними умовами навчання та науково-дослідними установами, що належать до сфери управління МВС, аналітичних та наукових досліджень із актуальних проблем протидії наркозлочинності;
- здійснює комплексний аналіз тенденцій та динаміки у сфері протидії наркозлочинності, вчинення суспільно-політичних, соціально-економічних, демографічних та інших факторів, що мають на неї суттєвий вплив, а також причини та умови їх виникнення.

Національна поліція – здійснює реалізацію заходів з протидії незаконному обігу наркотичних засобів, психотропних речовин або їх аналогів, запобігання витоку наркотичних засобів, психотропних речовин або їх аналогів з об'єктів їх легального обігу в нелегальний, попередження та розкриття злочинів, пов'язаних із незаконним обігом наркотичних засобів, психотропних речовин або їх аналогів. Згідно з Постановою КМУ від 28 жовтня 2015 року №877 «Про затвердження Положення про Національну поліцію», пункту

22 частини першої статті 23 Закону України «Про Національну поліцію» Національна поліція відповідно до покладених на неї завдань: здійснює у визначеному законодавством порядку приймання, зберігання та знищення наркотичних засобів або психотропних речовин.

В свою чергу, постановою Кабінет Міністрів України від 13 січня 2023 р. № 131 “Про ліквідацію територіального органу Національної поліції ліквідовано як юридичну особу публічного права Департамент боротьби з наркозлочинністю як міжрегіональний територіальний орган Національної поліції. Національна поліція здійснює наразі зазначені функції та повноваження.

Служба безпеки України – протидія незаконному міжнародному обігу наркотичних засобів, психотропних речовин або їх аналогів, проведення контррозвідальних і оперативно-розшукових заходів, попередження, запобігання та розкриття злочинів в організованих формах, що вчиняються на транснаціональному рівні.

Офіс генерального прокурора – Генеральний прокурор, керівники відповідних прокуратур, їх перші заступники та заступники відповідно до розподілу обов’язків координують діяльність правоохоронних органів відповідного рівня у сфері протидії злочинності. Основною формою координації є проведення координаційних нарад з керівниками правоохоронних органів, на яких заслуховується інформація щодо їхньої діяльності у сфері протидії злочинності. Рішення координаційної наради є обов’язковим до виконання всіма зазначеними в ньому правоохоронними органами. Порядок та інші форми координації затверджуються наказом Генерального прокурора.

Прокурор підтримує державне обвинувачення в судовому провадженні щодо кримінальних правопорушень, користуючись при цьому правами і виконуючи обов’язки, передбачені Кримінальним процесуальним кодексом України. У разі встановлення ознак адміністративного чи кримінального правопорушення прокурор зобов’язаний здійснити передбачені законом дії щодо порушення відповідного провадження.

Прокурор, здійснюючи нагляд за дотриманням законів при виконанні судових рішень у кримінальних справах, а також при застосуванні інших заходів примусового характеру, пов’язаних з обмеженням особистої свободи громадян, має право у будь-який час за посвідченням, що підтверджує займану посаду, відвідувати місця тримання затриманих, попереднього ув’язнення, установи, в яких засуджені відбувають покарання, установи, де перебувають особи, щодо яких застосовані примусові заходи медичного або виховного характеру, та будь-які інші місця, до яких доставлено осіб з метою складення протоколу про адміністративне правопорушення чи в яких особи примусово тримаються згідно з судовим рішенням або рішенням адміністративного органу.

Адміністрація Держприкордонслужби – реалізація завдань, пов’язаних з протидією незаконному обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів і прекурсорів транскордонного характеру, контрабандній діяльності, у тому числі у взаємодії із компетентними органами та військовими формуваннями іноземних держав, міжнародними організаціями в порядку і на засадах, установлених законодавством.

Державна прикордонна служба України та Державна митна служба України – протидія контрабанді наркотиків.

Окрім зазначених вище суб'єктів, в ЗУ «Про наркотичні засоби, психотропні речовини і прекурсори» визначено наступні функції **Кабінету Міністрів України**:

- затвердження Перелік медичних психіатричних протипоказань, інших протипоказань щодо виконання окремих видів діяльності (робіт, професій, служби), пов'язаних з обігом наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів;
- затвердження Переліку інструментів та обладнання, які використовуються для виробництва, виготовлення наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів та підлягають контролю, і Правила розроблення, виробництва, виготовлення, зберігання, розподілу, перевезення, пересилання, придбання, реалізації (відпуску), ввезення на територію України, вивезення з території України, використання та знищення інструментів та обладнання, які використовуються для виробництва, виготовлення наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів та підлягають контролю;
- затвердження квот на наркотичні засоби і психотропні речовини – максимальну кількість наркотичних засобів і психотропних речовин, визначеного періоду;
- порядок знищення наркотичних засобів та психотропних речовин у разі якщо первинна (внутрішня) та вторинна (зовнішня) упаковки і маркування наркотичного засобу або психотропної речовини, що дозволені до використання в медичній практиці, не відповідають вимогам;
- порядок використання наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів у ветеринарній медицині;
- порядок видачі дозволу на право ввезення на територію України, вивезення з території України чи на право транзиту через територію України наркотичних засобів, психотропних речовин або прекурсорів.

МОН, Мінсоцполітики, Мінмолодьспорт, Нацсоцслужба – реалізують функції з профілактики вживання ПАР (первинна профілактика) та надання психосоціальних послуг особам, які вживають ПАР, зокрема розглядаючи їх як осіб, які потрапили у складні життєві обставини.

Мінмолодьспорт – вживає заходів для популяризації та утвердження здорового способу життя, організації змістовного дозвілля молоді, розвитку вуличних культур, неформальних молодіжних об'єднань, проводить інформаційно-просвітницьку роботу з протидії поширенню у молодіжному середовищі соціально небезпечних захворювань та різних форм залежності. Таким чином Мінмолодьспорт опосередковано через реалізацію заходів залучено до первинної профілактики.

МОН відповідно до покладених на нього завдань: затверджує положення про психологічну службу у системі освіти, де зокрема реалізуються заходи з профілактики вживання ПАР. Так, МОН визначено створення в закладах освіти психологічної служби, в рамках якої соціальний педагог закладу та/або установи освіти здійснює: просвітницьку та профілактичну роботу серед учасників освітнього процесу з питань запобігання та протидії домашньому насильству, у тому числі стосовно дітей та за участю дітей, злочинності, вживання алкоголю та ПАР. В свою чергу напрямом діяльності працівників психологічної служби є корекція – усунення виявлених труднощів соціально-психічного розвитку здобувачів освіти, зниження ризиків проблем адаптації до освітнього середовища, схильності до залежностей та правопорушень, різних форм девіантної поведінки.

Нацсоцслужба – здійснює координацію діяльності структурних підрозділів місцевих держадміністрацій, виконавчих органів сільських, селищних, міських рад з питань соціального захисту населення щодо організації роботи з надання соціальних послуг сім'ям (особам), які перебувають у складних життєвих обставинах, іншим соціально вразливим верствам населення а також здійснює контроль та організаційно-методичне забезпечення щодо надання соціальної підтримки та соціальних послуг, зокрема через центри надання адміністративних послуг, сім'ям (особам).

Нацсоцслужба:

- координує заходи з виявлення сімей/осіб, які перебувають у складних життєвих обставинах, надання їм соціальних послуг, забезпечення соціального супроводу таких сімей/осіб;
- координує заходи щодо соціальної профілактики складних життєвих обставин.

В свою чергу, особливості надання допомоги особам в складних життєвих обставинах визначені в наказі Мінсоцполітики від 31.03.2016 № 318 «Про затвердження Державного стандарту соціального супроводу сімей (осіб), які перебувають у складних життєвих обставинах».

Відповідно до Постанови КМУ від 1 червня 2020 р. № [587](#) «Про організацію надання соціальних послуг» до осіб/сімей, які перебувають у складних життєвих обставинах або мають найвищий ризик потрапляння в такі обставини належать зокрема особи/сім'ї, які мають психічні та поведінкові розлади, у тому числі пов'язані із вживанням психоактивних речовин.

Моніторинг ефективності профілактичних заходів з реабілітації та ресоціалізації залежних від вживання психоактивних речовин здійснюється структурними підрозділами соціального захисту населення, у тому числі закладами соціальними підтримки сімей, дітей та молоді, зокрема центрами соціальних служб, відділами проведення соціальної роботи із сім'ями, дітьми та молоддю центрів надання соціальних послуг, в яких надаються соціальні послуги та центрами соціально- психологічної реабілітації.

Профілактична робота проводиться соціальними працівниками шляхом надання соціальних послуг, впровадження апробованих профілактичних програм з формування життєвих навичок та умінь протистояти ризикам і загрозам, пов'язаним із вживанням наркотиків, залучення до заходів батьків та підвищення їхньої компетентності, залучення наркозалежних осіб до участі в соціальних програмах та програмах ресоціалізації, а також перепідготовки соціальних працівників та психологів.

Під час здійснення соціального супроводу з членами сімей проводиться інформаційно-просвітницька робота, спрямована на формування здорового способу життя, формується мотивація до зміни поведінки та лікування, надаються індивідуальні консультації щодо наслідків вживання алкоголю та наркотиків, пропонуються послуги, що надаються у центрах соціально-психологічної реабілітації та у інших суб'єктів соціальної роботи.

Міністерство юстиції – координує виконання кримінальних покарань та пробації, одним із основних завдань якого є контроль за дотриманням прав людини і громадянина, вимог законодавства щодо виконання і відбування кримінальних покарань, реалізацією законних прав та інтересів засуджених та осіб, взятих під варту.

З метою формування здорового способу життя у засуджених, які мають наркотичну та алкогольну залежності, сприяння у її подоланні та реабілітації під час відбування покарання, в установах Державної кримінально-виконавчої служби України, які координуються Міністерством юстиції, реалізуються наступні програми:

- «Програма реабілітації для засуджених та осіб, взятих під варту, з психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання психоактивних речовин»,
- «Подолання наркотичної залежності» та
- «Подолання алкогольної залежності».

СУБ'ЄКТ	ФУНКЦІЇ
МОЗ	· формування наркополітики за напрямом обігу наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів та попередження їх зловживання · розробка та затвердження Стандартів лікування із використанням наркотичних ЛЗ, організації медичної допомоги · затвердження звітних форм та медичної документації щодо наркотичних ЛЗ · звітування до КМУ щодо заходів наркополітики · віднесення засобів і речовин до аналогів наркотичних засобів і психотропних речовин · визначення віднесення наркотичних засобів до невеликих, великих, особливо великих · координація виконання міжнародних зобов'язань за напрямом обігу наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів · моніторинг стану протидії злочинам у сфері обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів і прекурсорів · забезпечення функціонування інформаційної системи раннього оповіщення про нові психоактивні речовини
Держлікслужба	· видача ліцензій на роботу з наркотичними засобами · підготовка пропозицій щодо квот · надання дозволів на ввезення та вивезення наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів · контроль за дотриманням ліцензійних умов пов'язаних з наркотичними засобами, психотропними речовинами · звітування відповідно до міжнародних зобов'язань
МВС	забезпечення формування державної політики у сфері протидії наркозлочинності
Національна поліція	реалізація заходів з протидії наркозлочинності
СБУ	протидія незаконному міжнародному обігу наркотичних засобів, психотропних речовин або їх аналогів, проведення контррозвідувальних і оперативно-розшукових заходів, попередження, запобігання та розкриття злочинів в організованих формах, що вчиняються на транснаціональному рівні
Мінсоцполітики	забезпечення формування державної політики у сфері надання соціальних послуг та соціального захисту

СУБ'ЄКТ	ФУНКЦІЇ
Нацсоцслужба	координація надання допомоги (соціальних послуг) особам/сім'ям, які перебувають у складних життєвих обставинах, серед яких психічні та поведінкові розлади, у тому числі пов'язані із вживанням психоактивних речовин
МОН	координація заходів з профілактики вживання ПАР та алкоголю серед дітей
Міністерство юстиції	координація роботи Державної кримінально-виконавчої служби України
Державна прикордонна служба України та Державна митна служби України	протидія контрабанді наркотиків

З огляду на вищевикладене, можна підсумувати:

1. Затримка з прийняттям нової Стратегії (яка б містила окремий розділ, присвячений міжвідомчій координації) призводить до неузгодженості функцій між суб'єктами її формування та реалізації, оскільки наявні значні відмінності між різними нормативними актами, які визначають функції та повноваження суб'єктів за напрямом.
2. Відповідно до проаналізованих Статутів, функції з формування наркополітики наразі розділено між МОЗ та МВС, де МОЗ відповідає за формування та реалізацію державної політики, зокрема, у сфері обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів і прекурсорів, протидії їх незаконному обігу, тоді як МВС – за забезпечення формування державної політики у сфері протидії наркозлочинності.

У повноваженнях Кабінету Міністрів – розробка та затвердження окремих політик за напрямом.

3. Наразі чітко не **визначено який суб'єкт відповідає за здійснення державного регулювання, контролю та координації діяльності органів виконавчої влади** у цій сфері, що призводить до дискоординації зусиль, їх неузгодженості, відсутності загального стратегічного бачення подальшого розвитку та пріоритетів.
4. Затвердження проекту Стратегії наркополітики, де функціями МОЗ визначено таке: "забезпечення формування наркополітики з питань обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів і прекурсорів, профілактики та протидії їх вживанню без медичних показань, координації діяльності органів виконавчої влади із зазначених питань.... Тощо".... дозволило б значно покращити якість міжвідомчої координації.
5. На рівні МОЗ необхідно чітко розподілити функції з наркополітики між дотичними департаментами

4.1.2. Нормативне регулювання взаємодії суб'єктів наркополітики між собою та її узгодженість з статутною діяльністю. Механізми реалізації взаємодії

Механізм координації діяльності суб'єктів за напрямом здійснюється через створення та забезпечення функціонування міжвідомчих робочих груп, які є майданчиками для обговорення, обміну інформацією та спільного прийняття рішень. Зокрема наразі на базі МОЗ створено три такі групи:

1. Міжвідомча робоча група з питань удосконалення нормативно-правових актів у сфері обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів і прекурсорів, протидії їх незаконному обігу. Наказ МОЗ від 02 березня 2017 року № 204. Зміни – 19 липня 2023 року № 1310
2. Міжвідомча робоча група з питань розробки Стратегії державної політики щодо наркотиків на період до 2030 року в Україні. Наказ МОЗ від 19 серпня 2020 року № 1912. Зміни – від 15 березня 2024 року № 442
3. Міжвідомча робоча група з питань замісної підтримувальної терапії та зменшення шкоди. Наказ МОЗ від 06.02.2020 року № 268. Зміни – від 02.11.2023 року № 1895.

Представництво установи/організації	гр1	гр2	гр3
Представники Міністерств та державних органів влади			
Міністерство охорони здоров'я (Департамент громадського здоров'я – по 2 особи в кожній групі)	3	3	3
Міністерство юстиції України (Директорат правосуддя та кримінальної юстиції Міністерства юстиції України – 1 гр)	2		
Міністерства внутрішніх справ України (Департамент взаємодії з Національною поліцією України)	2	1	1
Міністерство освіти і науки України (Директорат науки та інновацій)		2	
Міністерства молоді та спорту України (Департамент молодіжної політики)		1	
Міністерство закордонних справ України (Департамент міжнародних організацій)		1	
Збройні сили України (Управління запобігання вчиненню, виявлення і припинення кримінальних та інших правопорушень Головного управління Військової служби правопорядку)	1		
Служба безпеки України (Департамент захисту національної державності Служби безпеки України – гр 1;	3	3	
Рада національної безпеки і оборони України	1		
Національна поліція України (Департамент протидії наркозлочинності – гр.1; Департамент боротьби з наркозлочинністю – гр.3))	2	3	2
Державне бюро розслідувань	2		
Народні депутати	2		
Уповноважений з соціальних прав людини Верховної Ради України		1	

Представництво установи/організації	гр1	гр2	гр3
Департамент моніторингу соціальних прав Секретаріату Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини		1	
Департамент моніторингу рівних прав і свобод Секретаріату Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини		1	
Державна митна служба (Департамент боротьби з контрабандою та порушеннями митних правил, Управління нетарифного регулювання – гр 1)	2	1	
Державна служба України з лікарських засобів та контролю за наркотиками (Управління державного регулювання та контролю у сфері обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, прекурсорів і протидії їх незаконному обігу)	6	4	4
Державна служба України з питань праці		1	
Державна судова адміністрація України		1	
Державна прикордонна служба України (Департамент оперативно-розшукової діяльності)		3	
Представники Державних установ			
Державна установа «Інститут психіатрії, судово-психіатричної експертизи та моніторингу наркотиків Міністерства охорони здоров'я України»	2		
Державна установа «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України»	2	1	3
Державна установа «Центр охорони здоров'я Державної кримінально-виконавчої служби України» Міністерства юстиції України		1	1
Державна установа «Центр пробації»		1	
Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України			2
Представники донорів та проєктів міжнародної технічної підтримки			
Глобальний фонд для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією з прав людини			1
Офіс Управління ООН з наркотиків і злочинності	1		1
Офіс Центру США з контролю та профілактики захворювань (CDC) в Україні		2	1
ЮНЕЙДС в Україні			1
Міжнародний фонд «Відродження»	1	2	
Представники науково-дослідних інститутів, університетів, фахових спільнот			
Науково-дослідний інститут вивчення проблем злочинності імені академіка В.В. Сташиса Національної академії правових наук України		1	
Університетська клініка Київського національного університету імені Тараса Шевченка	1	1	
Національний університет охорони здоров'я імені П.Л. Шупика		1	
Громадська організація «Асоціація психіатрів України»	1		

Представництво установи/організації	гр1	гр2	гр3
Українська військово-медична академія	1		
Громадська організація «Український інститут соціальних досліджень імені Олександра Яременка»		1	
Київський науково-дослідний інститут судових експертиз Міністерства юстиції України		2	
Спеціалізована лабораторія з питань експертизи та досліджень Державної митної служби України	1		
Представники ЗОЗ			
Комунальне некомерційне підприємство Сумської обласної ради «Обласний клінічний медичний центр соціально небезпечних захворювань»			1
Комунальне некомерційне підприємство «Київська міська наркологічна клінічна лікарня «Соціотерапія» КМДА		1	1
Національний військово-медичний клінічний центр «Головний військовий клінічний госпіталь»		1	
Представники ГО та спільноти пацієнтів			
Національна Гаряча Лінія з питань наркозалежності і ЗПТ та вірусних гепатитів			1
Фонд «Надія та Довіра»/Всеукраїнське об'єднання наркозалежних жінок «ВОНА»			1
Громадська організація «Асоціація експертів та фахівців у сфері обігу підконтрольних та наркотичних речовин»	1		
Громадська спілка «Міжнародна Антинаркотична Асоціація»		1	
Громадська організація «Українська конопляна асоціація»	1		
Міжнародний благодійний фонд «Альянс громадського здоров'я»	1	2	2
Благодійна організація «Благодійний фонд «Добробут поколінь»	1	2	
Благодійна організація «Вільна зона»			1
Благодійна організація «Український інститут політики громадського здоров'я»		1	1
Благодійна організація «Благодійний фонд «Здорові рішення для відкритого суспільства»		2	
Благодійна організація «Благодійний Фонд «всеукраїнське об'єднання людей з наркозалежністю (ВОЛНА)»	1	2	
Благодійна організація «100 ВІДСОТКІВ ЖИТТЯ»	1	1	1

3 огляду на вищевикладене, можна підсумувати:

1. наразі в структурі МОЗ працює три робочі групи, до повноважень яких належать питання пов'язані з різними аспектами наркополітики, зокрема:
 - ЗПТ та ЗШ
 - розробка Стратегії наркополітики
 - обіг наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів і прекурсорів, протидії їх незаконному обігу

Водночас **відсутня національна робоча група до завдань, функцій та повноважень якої входила б загальна координація наркополітики**, зокрема питань пов'язаних з міжвідомчою координацією, зменшення попиту на ПАР, через впровадження ефективних та доказових заходів з профілактики, моніторингу та оцінки наркоситуації та оцінки ефективності наркополітики, забезпечення доступу до діагностики та лікування (за виключенням ЗПТ) тощо. Таким чином на національному рівні створені механізми охоплюють лише вузькі теми наркополітики, що призводить до її фрагментарності.

Зазначені робочі групи працюють недостатньо ефективно у частині регулярності проведення засідань. Так група № 1 жодного разу не збиралась у 2023 та 2024 роках, група № 2 збиралась до двох разів протягом 2023 та 2024 рр. Найбільш активно працює група № 3, якою проводиться не менше трьох засідань на рік.

2. До складу всіх груп входять ключові представники Міністерств охорони здоров'я, державних органів влади, державних установ, представники ключових донорів та проєктів міжнародної технічної підтримки, науково-дослідних інститутів та університетів, ЗОЗ, громадського сектору. Потенційно, зазначене дозволяє забезпечити широку експертизу у питаннях, що розглядаються та збалансувати рішення з урахуванням різних аспектів. В свою чергу потребує перегляду участь певних представників громадянського суспільства у РГ, зокрема через непідтвердження експертизи та наявність конфлікту інтересів. Також можна визначити слабе представництво наукової спільноти в роботі груп та формуванні політик. Відтак, прийняття рішень може відбуватись не збалансовано.
3. Рекомендованим є перегляд груп та створення окремої РГ щодо координації заходів з наркополітики з виокремленням окремих підгруп за тематичними напрямками:
 - моніторинг наркоситуації, система даних для прийняття рішень
 - організація та надання послуг з профілактики, діагностики та лікування та ЗШ щодо вживання ПАР
 - координація органів державної влади за напрямом наркополітики, посилення міжвідомчої співпраці та євроінтеграції.

Сфери відносин, де визначено взаємодію суб'єктів наркополітики та ключові нормативно-правові акти, які її регулюють

До ключових сфер взаємодії суб'єктів, можна віднести:

- профілактика (зменшення попиту на наркотики)
- забезпечення доступу до послуг зі ЗШ

- забезпечення доступу до послуг з діагностики та лікування
- попередження незаконного обігу наркотичних ЛЗ через механізми державного регулювання
- моніторинг ситуації пов'язаної з наркотиками, система обміну даними (розглянуто у окремому розділі)

Нижче представлено огляд ключових нормативних актів за напрямом визначеної взаємодії. В свою чергу окремі напрями взаємодії є такими, що містять багато невизначеностей у частині ролі та залученості суб'єктів.

Напрямок – профілактика (зменшення попиту на наркотики)

Більша частина первинної профілактики, зокрема серед підлітків та молоді реалізується в системі освіти та відповідно координується Міносвіти. В свою чергу наразі відсутні ефективні механізми взаємодії між закладами освіти, які можуть виявляти підлітків, які мають ознаки вживання ПАР, та ЗОЗ, що надають медичну допомогу.

Крім того, на рівні країни первинна профілактика, має здійснюватись із залученням широкого кола учасників та на різних рівнях. Так, відповідно до Європейської навчальної програми з профілактики, розробленої Європейською агенцією з наркотиків, профілактика є міжсекторальною та має здійснюватись:

- у закладах освіти
- на робочому місці
- на рівні громади
- в медіа
- на рівні ЗОЗ.

Водночас, зважаючи на те, що відсутній єдиний нормативно-затверджений Стандарт профілактики, який би охоплював всі рівні, базувався на доказових даних, враховував питання міжсекторальної координації – первинна профілактика здійснюється хаотично та невпорядковано та не передбачається зв'язок між службами у випадку виявлення осіб з груп підвищеного ризику щодо вживання або тих, хто вживає ПАР для своєчасного реагування.

Напрямок – забезпечення доступу до послуг зі ЗШ

Наразі послуги зі ЗШ надаються в рамках наказу МОЗ від 20.02.2024 № 288 “Про затвердження Порядку надання послуг з профілактики ВІЛ серед представників деяких ключових груп щодо інфікування ВІЛ”. Зазначений наказ не передбачає міжвідомчої співпраці та координації.

В свою чергу, наразі на рівні країни не впроваджуються такі інноваційні підходи до ЗШ як:

- перевірка наркотиків на їх чистоту та склад (drug checking)
- кімнати безпечного вживання
- оскільки погодження зазначених активностей має бути здійснено правоохоронними органами.

Враховуючи, що наразі на ринку наркосцени домінують синтетичні ПАР, склад яких зазвичай невідомий, з'являється інформація щодо появи фентанілу/карфентанілу в ПАР та інших небезпечних домішок, наразі надзвичайно актуальним є розвиток інноваційних програм ЗШ, зокрема які надавали б споживачам можливість перевірити склад речовини, що в свою чергу сприятиме запобіганню передозувань.

Напрямок – забезпечення доступу до послуг з діагностики та лікування, соціальних послуг

Сфери/напрями	Суб'єкти взаємодії	Нормативно-правовий акт який регулює взаємодію
надання соціальних послуг особам, які перебувають у складних життєвих обставинах	суб'єкти виявлення осіб у складних життєвих обставинах надавач соціальних послуг	Постанова від 1 червня 2020 р. № 587 <u>“Про організацію надання соціальних послуг”</u>

Порядок визначає механізм виявлення осіб/сімей, які перебувають у складних життєвих обставинах або мають найвищий ризик потрапляння в такі обставини, та організації надання їм соціальних послуг відповідно до індивідуальних потреб. В Постанові зазначено широкий перелік Суб'єктів виявлення осіб/сімей, які належать до вразливих категорій населення або перебувають у складних життєвих обставинах. Зокрема це:

- структурні підрозділи з питань соціального захисту населення районних у м. Києві та Севастополі держадміністрацій,
- виконавчі органи сільських, селищних, міських рад (далі – уповноважений орган),
- центри соціальних служб, центри надання соціальних послуг, територіальні центри соціального обслуговування (надання соціальних послуг), інші установи/заклади надання соціальних послуг, зокрема спеціалізовані служби підтримки осіб, які постраждали від домашнього насильства та/або насильства за ознакою статі;
- служби у справах дітей, соціальні менеджери, фахівці із соціальної роботи, соціальні працівники або інші уповноважені посадові особи уповноваженого органу,
- заклади освіти,
- охорони здоров'я,
- установи з надання безоплатної первинної правничої допомоги, центри з надання безоплатної вторинної правничої допомоги, а також підприємства, установи, організації незалежно від форми власності, громадські об'єднання, благодійні, релігійні організації, фізичні особи – підприємці та фізичні особи, які надають соціальні послуги з догляду без провадження підприємницької діяльності, волонтери (далі – суб'єкт).

Суб'єкт у разі виявлення такої особи/сім'ї інформує про це уповноважений орган або надавача соціальних послуг шляхом надсилання не пізніше ніж наступного робочого дня повідомлення у письмовій або електронній формі, засобами електронних комунікацій.

Не пізніше ніж наступного робочого дня після отримання інформації про виявлення особи/сім'ї, яка належить до вразливих категорій населення або перебуває під впливом чинників, що можуть зумовити потрапляння у складні життєві обставини, уповноваже-

ний орган повідомляє, зокрема за допомогою засобів Соціального веб-порталу електронних послуг Мінсоцполітики, соціальному менеджеру/фахівцю із соціальної роботи для проведення ним оцінювання потреб особи/сім'ї в соціальних послугах.

За результатами оцінювання потреб менеджер/фахівець із соціальної роботи складає акт оцінки потреб сім'ї/особи (у паперовій або електронній формі, зокрема за допомогою цифрового інструменту "Ведення випадку" (кейс-менеджмент), який не пізніше ніж наступного робочого дня подається, зокрема за допомогою засобів Соціального порталу Мінсоцполітики, до уповноваженого органу для прийняття рішення про надання/відмову в наданні соціальних послуг.

В Постанові також прописано механізм самозвернення особи.

Форма акта оцінки потреб сім'ї/особи затверджується Мінсоцполітики.

Таким чином зазначений нормативний акт, зокрема визначає порядок повідомлення інших суб'єктів про потребу у наданні соціальних послуг особам, які опинились у складних життєвих обставинах.

Окремого аналізу потребує оцінка стану реалізації зазначених положень, зокрема у частині взаємодії з ЗОЗ, які найбільше працюють з особами, які вживають ПАР та, відповідно, в більшості потребують соціальних послуг. Наразі, на практиці ЗОЗ, не інформують уповноважений орган або надавача соціальних послуг, про потребу в послугах для своїх пацієнтів.

Сфери/напрями	Суб'єкти взаємодії	Нормативно-правовий акт який регулює взаємодію
надання психіатричної допомоги в примусовому порядку - примусові заходи медичного характеру	ЗОЗ з надання психіатричної допомоги суд за місцем розташування ЗОЗ (прийняття рішення про надання допомоги в примусовому порядку) орган опіки та піклування (у випадку надання психіатричної допомоги особам до досягнення ними 14 років та відсутності батьків або незгоди на госпіталізацію)	ЗУ "Про психіатричну допомогу" Наказ МОЗ від 31.08.2017 № 992 "Про затвердження Правил застосування примусових заходів медичного характеру в спеціальному закладі з надання психіатричної допомоги" - визначаються за рішенням суду до осіб, які скоїли суспільно-небезпечне діяння, що підпадає під ознаки діяння, передбаченого Особливою частиною Кримінального кодексу України

У частині міжвідомчої взаємодії (ст 8) ЗУ визначає залучення поліцейських у випадку надання психіатричної допомоги та запобігання небезпечним діям з боку осіб, які страждають на психічні розлади. Так, поліцейські зобов'язані подавати допомогу медичним працівникам або батькам (одному з батьків), чоловіку (дружині), особи, яка потребує психіатричної допомоги, за їх зверненням, у разі надання психіатричної допомоги в примусовому порядку та забезпечувати безпечні умови для доступу до особи та її психіатричного огляду, госпіталізації. У ст. 13, 15 визначено, щодо яких осіб орган опіки та піклування приймає рішення щодо госпіталізації, зокрема у разі незгоди одного з батьків або за відсутності батьків особи віком до 14 років (малолітньої особи) та у випадку коли особа, визнана у встановленому законом порядку недієздатною, яка за станом свого здоров'я не здатна висловити прохання або надати усвідомлену письмову згоду.

Примусові заходи медичного характеру застосовуються за рішенням суду у випадках та в порядку, встановлених Кримінальним, Кримінальним процесуальним кодексами України, цим Законом та іншими законами.

За рішенням суду застосовуються такі примусові заходи медичного характеру:

1. надання амбулаторної психіатричної допомоги в примусовому порядку;
2. госпіталізація до закладу з надання психіатричної допомоги із звичайним наглядом;
3. госпіталізація до закладу з надання психіатричної допомоги з посиленням наглядом;
4. госпіталізація до закладу з надання психіатричної допомоги з суворим наглядом.

Зазначений нормативний акт наразі задає ключову рамку надання психіатричної допомоги особам з розладами пов'язаними із вживанням ПАР та не містить дискримінаційних норм. В свою чергу після прийняття зазначеного нормативного акту не було скасовано дублюючі положення, що містяться в ЗУ ЗУ «Про заходи протидії незаконному обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів та зловживанню ними».

Сфери/напрями	Суб'єкти взаємодії	Нормативно-правовий акт який регулює взаємодію
визначення термінології,, система постановки діагнозу, направлення на медичне обстеження	МОЗ ЗОЗ Міністерство внутрішніх справ України Офісу Генерального прокурора Національна поліція Суд	ЗУ « Про заходи протидії незаконному обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів та зловживанню ними »

Закон України «Про заходи протидії незаконному обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів та зловживанню ними», в свою чергу, оперує застарілими дискримінаційними поняттями, такими як «наркоманія», якого не існує в МКХ-10 та має положення, які суперечать Закону України «Про психіатричну допомогу». Так, в зазначеному законі визначено, що діагноз «наркоманія» встановлюється лікарсько-консультативною комісією в умовах стаціонару, що суперечить ЗУ «Про психіатричну допомогу».

Наявні застарілі законодавчі норми, що містяться в Законі України «Про заходи протидії незаконному обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів і зловживанню ними» передбачають процедуру та умови встановлення діагнозу психічних та поведінкових розладів внаслідок вживання ПАР: лише в умовах стаціонару та комісійно.

Зазначена норма щодо постановки діагнозу лікарсько-консультативною комісією та в умовах стаціонару значно обмежує доступ пацієнтів до лікування, призводить до надмірного та невиправданого витрачання бюджетних коштів, як на оплату перебування у стаціонарі, так і утримання у штатному розкладі закладу охорони здоров'я великої кількості лікарів певної спеціалізації для утворення комісії. Така практика постановки діагнозу є обтяжливою і економічно невиправданою, а також такою, що не дозволяє опе-

ративно надавати послуги із лікування та реагувати на потреби пацієнта.

Зазначений ЗУ визначає також низку дискримінаційних та необґрунтованих заходів з боку правоохоронних органів, які суперечать, зокрема ЗУ «Про психіатричну допомогу». Зокрема в Статті 12. «Виявлення осіб, які незаконно вживають наркотичні засоби або психотропні речовини» визначено, що:

«Особа, відносно якої до закладів охорони здоров'я, центрального органу виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів і прекурсорів, протидії їх незаконному обігу Національної поліції надійшла інформація від установ, підприємств, організацій, медіа або окремих громадян про те, що вона незаконно вживає наркотичні засоби або психотропні речовини чи перебуває у стані наркотичного сп'яніння, підлягає медичному огляду».

У свою чергу факт незаконного вживання може встановлюватись на основі показань свідків. Зазначена норма порушує основні принципи прав людини, фактично створює підґрунтя для застосування примусових заходів психіатричного огляду за відсутності на це обґрунтованих підстав – на основі заяви фізичних або юридичних осіб.

Зазначеним ЗУ також визначено, що:

“Порядок виявлення та постановки на облік осіб, які незаконно вживають наркотичні засоби або психотропні речовини, визначається спільним нормативно-правовим актом центральних органів виконавчої влади, що забезпечують формування державної політики у сферах охорони здоров'я, обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів і прекурсорів, протидії їх незаконному обігу, Міністерства внутрішніх справ України, Офісу Генерального прокурора”.

“Порядок проведення медичного огляду та медичного обстеження визначається спільним нормативно-правовим актом центральних органів виконавчої влади, що забезпечують формування державної політики у сферах охорони здоров'я, обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів і прекурсорів, протидії їх незаконному обігу, Міністерства внутрішніх справ України, Офісу Генерального прокурора”.

Водночас зазначені суб'єкти правовідносин, відповідно до їхніх статутних повноважень, не мають регулювати питання діагностики та постановки на обліки осіб, що само по собі є практикою успадкованою від репресивної наркополітики.

Зважаючи на зазначене, закон потребує скасування або перегляду у частині виключення з нього медичних питань, які вже визначені в профільному ЗУ “Про психіатричну допомогу”, приведення термінології у відповідність до МКХ-10, виключення надмірних повноважень правоохоронних органів щодо регулювання медичних питань.

Разом з внесенням змін до зазначеного ЗУ, у частині термінології, потребує внесення змін до наступних нормативно-правових актів:

- Кримінально-виконавчого кодексу України, Кримінального кодексу України,
- Кодексу України про адміністративні правопорушення,
- Сімейного кодекс України,
- ЗУ: «Основи законодавства України про охорону здоров'я»,
- «Про кінематографію»,

- «Про протидію захворюванню на туберкульоз»,
- «Про охоронну діяльність»,
- «Про основи соціального захисту бездомних осіб і безпритульних дітей»,
- «Про імміграцію»,
- «Про участь громадян в охороні громадського порядку і державного кордону»,
- «Про органи і служби у справах дітей та спеціальні установи для дітей».

Зазначений Закон зокрема «Стаття 59-1. Пробаційний нагляд» визначає, що Суд може

Сфери/напрями	Суб'єкти взаємодії	Нормативно-правовий акт який регулює взаємодію
пробаційний нагляд	Суд (прийняття рішення) Уповноважені органи з питань пробації за місцем проживання засудженого (контроль виконання рішення) Правоохоронні органи (реагування у випадку ухилення від виконання, розшук) Засуджені до покарання у вигляді пробаційного нагляду ЗОЗ (надання лікування)	ЗУ «Про внесення змін до Кримінального, Кримінального процесуального кодексів України та інших законодавчих актів України щодо удосконалення видів кримінальних покарань», № 3342-IX прийняття від 23.08.2023, набрання чинності – 28.03.2024

покласти на засудженого до пробаційного нагляду обов'язки: пройти курс лікування від наркотичної, алкогольної залежності, розладів психіки та поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин або захворювання, що становить небезпеку для здоров'я інших осіб.

Водночас наразі не врегульовано питання яка саме програма лікування, якої тривалості та інтенсивності може бути прийнятною для осіб щодо яких застосовується зазначена норма та які є індикатори її ефективності. В іншому випадку існують ризики, що перевага надаватиметься максимально простим інтервенціям, що не мають значного впливу на скорочення/зупинку вживання ПАР. Також не врегульовано питання взаємодії ЗОЗ з Уповноваженим органом з питань пробації за місцем проживання засудженого, зокрема у частині інформування стосовно виконання рішення.

Сфери/напрями	Суб'єкти взаємодії	Нормативно-правовий акт який регулює взаємодію
порядок виявлення та постановки на облік осіб, які незаконно вживають наркотичні засоби або психотропні речовини	МОЗ МВС Національна поліція	наказ Міністерства охорони здоров'я України, Генеральної прокуратури України, Міністерства внутрішніх справ України, Міністерства юстиції України <u>Про затвердження Інструкції про порядок виявлення та постановки на облік осіб, які незаконно вживають наркотичні засоби або психотропні речовини</u> від 10 жовтня 1997 року № 306/680/21/66/5

Зазначений наказ був прийняти більш ніж 25 років тому, зміни до нього жодного разу не вносились попри оновлення нормативно-правових актів в суміжних сферах правовідносин. З огляду на зазначене, чинний на даний час наказ № 306/680/21/66/5 містить суперечності з іншими актами законодавства та оперує застарілою термінологією.

Крім того, Законом України «Про психіатричну допомогу» психіатричний, наркологічний чи інший спеціалізований заклад охорони здоров'я, центр, відділення, кабінет тощо, інші заклади та установи будь-якої форми власності, діяльність яких пов'язана з наданням психіатричної допомоги, визначено як «заклад з надання психіатричної допомоги». Водночас, наказ № 306/680/21/66/5 досі оперує поняттям «лікувально-профілактичний заклад».

Також, важливо звернути увагу, на те, що відповідно до положень наказу № 306/680/21/66/5 встановлення діагнозу здійснює лікарсько-консультативна комісія. Тоді як, частиною другою статті 27 Закону України «Про психіатричну допомогу» передбачено, що встановлення діагнозу психічного розладу є виключно компетенцією лікаря-психіатра або лікарів-психіатрів. Через дану колізію, особи, які мають психічні або поведінкові розлади внаслідок вживання психоактивних речовин мають труднощі з отриманням відповідного лікування, зокрема вимушені проходити ускладнену процедуру постановки діагнозу, а саме скликання лікарсько-консультативної комісії, необхідність якої часто призводить до відмов від отримання лікування. Окрім того, норма щодо встановлення діагнозу лікарсько-консультативною комісією призводить до необґрунтованих витрат ЗОЗ.

Більш того, наказ № 306/680/21/66/5 визначає порядок взаємодії органів внутрішніх справ, виправно-трудових закладів та органів охорони здоров'я по забезпеченню всеохопності та повноти обліку споживачів наркотичних засобів і психотропних речовин. З огляду на це, варто зазначити, що Виправно-трудовий кодекс України, який встановлював поняття виправно-трудових закладів, втратив чинність у зв'язку із ухваленням Кримінально-виконавчого кодексу України, згідно з яким кримінально-виконавчі установи поділяються на кримінально-виконавчі установи відкритого типу і кримінально-виконавчі установи закритого типу.

Законом України «Про Національну поліцію» визнано таким, що втратив чинність, Закон України «Про міліцію». Водночас, у наказі № 306/680/21/66/5 досі використовуються поняття «міліція». Окрім цього, Законом, який втратив чинність, було передбачено, що міліція відповідно до своїх завдань зобов'язана у встановленому порядку виявляти і повідомляти закладам охорони здоров'я і здійснювати за поданням закладу охорони

здоров'я з санкції прокурора привід осіб, хворих на хронічний «алкоголізм» і «наркоманів», які вводять наркотичні засоби шляхом ін'єкцій, для обов'язкового обстеження і лікування.

В той же час, Законом України «Про Національну поліцію» на значений правоохоронний орган не покладено завдань подібного роду. Проте, відповідно до частини першої статті 13 Закону України «Про заходи протидії незаконному обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів та зловживанню ними» передбачено проведення медичного огляду за направленням поліцейських, а медичне обстеження – за направленням лікаря-нарколога. Особа, яка ухиляється від медичного огляду чи медичного обстеження, підлягає приводу до наркологічного закладу органом Національної поліції.

Наказ № 306/680/21/66/5 не лише не узгоджується із національним законодавством, але й не відповідає Міжнародній статистичній класифікації хвороб і споріднених проблем охорони здоров'я десятого та одинадцятого перегляду (далі – МКХ-10,11), а саме, у визначенні назви діагнозу. У наказі № 306/680/21/66/5 міститься визначення діагнозу «наркоманія», тоді як у МКХ-10. Відповідно до положень статті 1 Закону України «Про психіатричну допомогу», психіатрична допомога надається особам, які страждають на психічні розлади, у тому числі внаслідок вживання психоактивних речовин, а не осіб із «наркоманією».

Крім того, у наказі № 306/680/21/66/5 міститься поняття диспансерний наркологічний нагляд. Поняттям диспансерного нагляду також оперував наказ Міністерства охорони здоров'я України від 22 січня 2007 року № 20 «Про затвердження Інструкції з організації диспансерного та консультативного нагляду осіб, які страждають на психічні розлади, при наданні амбулаторної психіатричної допомоги», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 05 квітня 2007 року за № 314/13581. Проте, даний наказ було визнано таким, що втратив чинність, відповідно до наказу Міністерства охорони здоров'я України №1063 від 13 травня 2019 року, зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 06 червня 2019 року за № 584/33555.

Враховуючи вищевикладене, наказ № 306/680/21/66/5 потребує скасування.

Сфери/напрями	Суб'єкти взаємодії	Нормативно-правовий акт який регулює взаємодію
огляд водіїв на стан сп'яніння	МОЗ ЗОЗ МВС Національна поліція	Постанова КМУ від 17 грудня 2008 р. № 1103 <u>“Про затвердження Порядку направлення водіїв транспортних засобів для проведення огляду з метою виявлення стану алкогольного, наркотичного чи іншого сп'яніння або перебування під впливом лікарських препаратів, що знижують увагу та швидкість реакції, і проведення такого огляду”</u>

Сфери/напрями	Суб'єкти взаємодії	Нормативно-правовий акт який регулює взаємодію
огляд водіїв на стан сп'яніння	МОЗ ЗОЗ МВС Національна поліція	Наказ МОЗ та МВС <u>"Про затвердження Інструкції про порядок виявлення у водіїв транспортних засобів ознак алкогольного, наркотичного чи іншого сп'яніння або перебування під впливом лікарських препаратів, що знижують увагу та швидкість реакції"</u> від 09.11.2015 № 1452/735
огляд військовозобов'язаних та резервістів під час проходження зборів, а також військовослужбовців Збройних Сил для огляду на стан сп'яніння або щодо перебування під впливом лікарських препаратів, що знижують їх увагу та швидкість реакції	МОЗ ЗСУ (орган управління Військової служби; військова частина; інше створене відповідно до законів України військове формування; правоохоронний орган спецпризначення)	Постанова КМУ <u>"Про затвердження Порядку направлення військовозобов'язаних та резервістів під час проходження зборів, а також військовослужбовців Збройних Сил для огляду на стан алкогольного, наркотичного чи іншого сп'яніння або щодо перебування під впливом лікарських препаратів, що знижують їх увагу та швидкість реакції, та проведення такого огляду"</u> від 12 січня 2024 р. № 32

Огляди на стан сп'яніння є однією з найбільш затребуваних послуг, які надаються ЗОЗ наркологічного спрямування. Нормативно-правовими актами наразі врегульовано здійснення оглядів на стан сп'яніння лише водіїв та військовослужбовців, тоді як існує потреба щодо врегулювання стосовно інших категорій громадян.

Наразі відсутні дієві механізми фінансування зазначеної послуги. Матеріально технічне оснащення ЗОЗ, необхідне для проведення оглядів, є незадовільним. Необхідне обладнання/витратні матеріали має менше половини ЗОЗ, що здійснюють огляд, що в свою чергу може призводити до отримання хибно негативних результатів в цілому, та по окремим речовинам – зокрема.

Також відсутні стандарти проведення досліджень. Єдиним документом наразі є Методичні рекомендації "Порядок відбору від живих осіб зразків біологічного матеріалу, поводження з ними та організація проведення токсикологічних досліджень з метою виявлення стану алкогольного, наркотичного чи іншого сп'яніння або перебування під впливом лікарських препаратів, що знижують увагу та швидкість реакції" (узгоджено Директором Департаменту розвитку медичної допомоги МОЗ України Хобзей М.К. 18.01.2011 р.). Зазначені рекомендації потребують перегляду.

Через відсутність розпорядчого врегулювання, систематичний збір, узагальнення та систематизація результатів оглядів на стан сп'яніння внаслідок вживання алкоголю та/або психоактивних речовин ЗОЗ не здійснюється, що унеможливорює комплексний епідеміологічний нагляд та відповідне реагування з боку держави.

З метою запобігання подальшим ускладненням у зв'язку з вживанням ПАР та алкоголю, своєчасного виявлення осіб, які мають розлади пов'язані із вживанням та направлення їх для отримання подальших послуг – необхідним є впровадження комплексної системи надання послуг особам, які мають психічні та поведінкові розлади пов'язані з вживанням ПАР та алкоголю. Зокрема, всі особи, у яких було виявлено стан сп'яніння мають отримати послуги з діагностики та подальші втручання залежно від ступеня виявлених проблем – від короткої інтервенції (для всіх) до направлення для отримання лікування в стаціонарних або амбулаторних умовах.

Важливим застереженням та обмеженням, яке частково обумовлено слабкою матеріально технічною базою, наразі є неможливість ідентифікувати речовини в біологічних зразках, зокрема у випадку вживання нових ПАР. У зв'язку з чим висновок є хибнонегативним.

Зважаючи на зазначене наразі існує потреба щодо:

- розробки нормативно-правових актів, які регламентують порядок направлення та проведення оглядів на стан сп'яніння населення (не лише водіїв та військових) з врегулюванням фінансових механізмів фінансування зазначеної послуги;
- розробки системи документування та фіксації в інформаційних системах результатів проведених медичних оглядів всіх категорій осіб на стан сп'яніння внаслідок вживання психоактивних речовин у ЗОЗ;
- впровадження алгоритмів надання послуг з діагностики, профілактики та лікування для всіх осіб, які отримали позитивні висновки за результатами оглядів на стан сп'яніння;
- розробки стандартів проведення досліджень та впровадження механізму формування висновку на основі клінічних показників, а не лише підтвердження наявності речовини в біологічному зразку; посилення матеріально-технічної бази ЗОЗ.

Напрямок – попередження незаконного обігу наркотичних ЛЗ через механізми державного регулювання

Сфери/напрями	Суб'єкти взаємодії	Нормативно-правовий акт який регулює взаємодію
підготовка квот на ввезення та вивезення наркотичних ЛЗ	Кабінет Міністрів України Державна служба з лікарських засобів Суб'єкти господарювання (ДОЗ, ЗОЗ, виробники ЛЗ) Заінтересовані органи (у частині погодження)	ЗУ “Про наркотичні засоби, психотропні речовини і прекурсори” Постанова КМУ від 3 червня 2009 р. № 589 “Про затвердження Порядку провадження діяльності, пов'язаної з обігом наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, та контролю за їх обігом”

ЗУ «Про наркотичні засоби, психотропні речовини і прекурсори» визначено необхідність щорічного подання та затвердження на національному рівні обсягу квот на наркотичні засоби і психотропні речовини, в межах яких здійснюються культивування рослин, що містять наркотичні засоби чи психотропні речовини, включених до Переліку, виробництво, виготовлення, зберігання, ввезення на територію України, вивезення з території України наркотичних засобів, психотропних речовин, включених до Переліку.

Ст 5 Закону визначено, що Центральний орган виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів і прекурсорів, протидії їх незаконному обігу, в межах своїх повноважень (наразі це Державна служба з лікарських засобів) готує пропозиції щодо визначення квот, у межах яких здійснюється обіг наркотичних засобів, психотропних речовин. Зазначені пропозиції, після погодження з зацікавленими сторонами подаються на затвердження до Кабінету Міністрів України.

Постановою КМУ від 3 червня 2009 р. № 589 “Про затвердження Порядку провадження діяльності, пов’язаної з обігом наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, та контролю за їх обігом”, п 8 визначено, що виробництво, виготовлення, зберігання, ввезення на територію України, вивезення з її території наркотичних засобів і психотропних речовин, включених до таблиць II і III переліку, препаратів, що містять наркотичні засоби, психотропні речовини в кількості, що перевищує гранично допустиму, понад визначені Кабінетом Міністрів України обсяги квот забороняється.

Наразі відповідно до чинної нормативно правової бази, для визначення обсягів квот:

Міністерство охорони здоров’я Автономної Республіки Крим, управління охорони здоров’я обласних, Київської та Севастопольської міських держадміністрацій щороку до 15 листопада подають МОЗ розрахунок потреби в наркотичних засобах і психотропних речовинах, за визначеною формою;

суб’єкти господарювання подають щороку до 1 грудня Держлікслужбі заяву на визначення квоти;

на підставі проведених розрахунків Держлікслужба готує та подає МОЗ пропозиції щодо визначення обсягів квот;

перед поданням для затвердження на Кабінет Міністрів України квоти погоджуються з зацікавленими сторонами, до переліку яких, зокрема належать представники правоохоронних органів, таких як СБУ, МВС, Національна поліція.

В свою чергу, в Україні з 2015 і до 2022 року і дотепер квоти було затверджено лише один раз у 2022 році. Зазначене пов’язане з відсутністю чіткої методології їх розрахунку, і відтак значними складнощами щодо їх погодження зі сторони правоохоронних органів. Так, для прикладу, кожен суб’єкт (наприклад завод) подає свої пропозиції маючи намір виграти на національному тендері для виробництва препаратів за міжнародною непатентованою назвою “метадон” та “бупренорфін”, що в свою чергу призводить до подвоєння обсягу квот. ЗОЗ також подають зазначені квоти. Також не визначено яким чином подаються квоти у випадку великих національних програм, де закупівля і відповідно постачання ЛЗ здійснюється централізовано. Відсутність єдиної, чіткої методології, яка б не просто збирала потребу від суб’єктів, а дозволяла оцінювати її адекватність потребам країни, зокрема і в умовах воєнного стану, призводить до їх непогодження. Відповідно, фактично, країна працює в умовах порушення законодавства та неможливості належно контролювати ввезення та вивезення наркотичних засобів і психотропних речовин.

Сфери/напрями	Суб'єкти взаємодії	Нормативно-правовий акт який регулює взаємодію
процедура віднесення засобів і речовин до аналогів наркотичних засобів і психотропних речовин та підготовки висновків щодо належності синтетичних чи природних засобів (речовин), хімічна структура та властивості яких подібні до хімічної структури та властивостей наркотичних засобів і психотропних речовин, включених до Переліку наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 06 травня 2000 року № 770, психоактивну дію яких вони відтворюють	МОЗ ДУ «Центр психічного здоров'я і моніторингу наркотиків та алкоголю Міністерства охорони здоров'я України» МВС Національна поліція Служба безпеки України Державна служба України з лікарських засобів та контролю за наркотиками	Наказ МОЗ <u>Про деякі питання віднесення засобів і речовин до аналогів наркотичних засобів і психотропних речовин</u> від 03.04.2019 № 715

Зазначений наказ наразі визначає:

- Порядок віднесення засобів і речовин до аналогів наркотичних засобів і психотропних речовин;
- Положення про комісію Міністерства охорони здоров'я України з віднесення засобів і речовин до аналогів наркотичних засобів і психотропних речовин. Відповідно до наказу, затверджено механізм роботи групи, які надає МОЗ рекомендації МОЗ щодо включення нової психоактивної речовини до Переліку.

В свою чергу, на національному рівні не визначено чіткий та нормативно затверджений механізм оновлення Постанови Кабінету Міністрів України від 06 травня 2000 року № 770. На практиці, установи, надсилають до МОЗ, свої пропозиції по віднесенню речовин до одного з Переліків, надаючи обґрунтування у довільній формі. Після чого, МОЗ надсилає пропозиції до переліку установ та організацій, які здійснюють розгляд зазначених пропозицій. Форми надання та розгляду пропозицій, критерії для прийняття наразі відсутні.

Зазначене може призвести до несвоєчасного реагування, зокрема на нові загрози та появу нових ПАР та не дозволяє країні ефективно виконувати міжнародні зобов'язання щодо впровадження системи оперативного реагування на появу нових ПАР.

Підсумовуючи слід зазначити таке:

- Ефективне впровадження низки стратегічних напрямів та інтервенцій неможливе без налагодження ефективної міжвідомчої взаємодії та координації, зобов'язання щодо якої, зокрема визначені в рамках окремих Європейських директив та регуляцій, імплементація яких є необхідною умовою в рамках переговорного процесу щодо Євроінтеграції.
- Існує низка нормативно-правових актів, які регулюють питання міжвідомчої взаємодії за напрямом наркополітики. Було проаналізовано ключові нормативно-правові акти, які таку взаємодію визначають, по напрямкам:
 - профілактика (зменшення попиту на наркотики)
 - забезпечення доступу до послуг зі ЗШ

- забезпечення доступу до послуг з діагностики та лікування, соціальних послуг
- попередження незаконного обігу наркотичних ЛЗ через механізми державного регулювання
- моніторинг ситуації пов'язаної з наркотиками, система обміну даними (проаналізовано в окремому розділі).

3. За результатами аналізу виділено ключові нормативно-правові акти, які потребують скасування, оновлення та перелік питань, які мають бути врегульовані через розробку нормативно правових актів.

Потребують скасування:

- наказ Міністерства охорони здоров'я України, Генеральної прокуратури України, Міністерства внутрішніх справ України, Міністерства юстиції України Про затвердження Інструкції про порядок виявлення та постановки на облік осіб, які незаконно вживають наркотичні засоби або психотропні речовини від 10 жовтня 1997 року № 306/680/21/66/5

Потребують оновлення/внесення змін:

- ЗУ «Про заходи протидії незаконному обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів та зловживанню ними»

Потребують розробки:

- національні Стандарти з профілактики вживання ПАР;
- порядок реалізації статті ЗУ –»Стаття 59-1. Пробаційний нагляд” у частині проходження курсу лікування від наркотичної, алкогольної залежності, розладів психіки та поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин або захворювання, що становить небезпеку для здоров'я інших осіб, взаємодії між ЗОЗ, Уповноваженими органами з питань пробації за місцем проживання засудженого та правоохоронними органами;
- порядок оновлення Постанови Кабінету Міністрів України від 06 травня 2000 року № 770 у частині внесення до списків наркотичних засобів;
- методика розрахунку обсягу квот на наркотичні засоби і психотропні речовини, в межах яких здійснюються культивування рослин, що містять наркотичні засоби чи психотропні речовини, включених до Переліку, виробництво, виготовлення, зберігання, ввезення на територію України, вивезення з території України наркотичних засобів, психотропних речовин, включених до Переліку;
- порядок направлення та проведення оглядів на стан сп'яніння населення (не лише водіїв та військових) з врегулюванням фінансових механізмів фінансування зазначеної послуги;
- система документування та фіксації в інформаційних системах результатів проведених медичних оглядів всіх категорій осіб на стан сп'яніння внаслідок вживання психоактивних речовин у ЗОЗ;
- стандарти проведення досліджень та впровадження механізму формування висновку на основі клінічних показників, а не лише підтвердження наявності речовини в біологічному зразку; посилення матеріально-технічної бази ЗОЗ;
- порядок забезпечення лікування розладів психіки та поведінки внаслідок вживання ПАР військовослужбовців

4.2. Міжсекторальна взаємодія за напрямом обміну інформацією, система національних даних для прийняття рішень

В зазначеному розділі буде розглянуто поточний стан впровадження одного з ключових напрямів наркополітики, а саме системи моніторингу, даних для прийняття рішень, що передбачає забезпечення ефективної між секторальної співпраці між ключовими суб'єктами наркополітики, чіткий розподіл ролей та відповідність національних систем збору, аналізу даних міжнародним вимогам.

Необхідність забезпечення належної системи моніторингу, якості даних та їх використання зокрема для прийняття рішень, визначена міжнародним зобов'язанням в рамках переговорних процесів Євроінтеграції.

Рішення Ради щодо осіб з розладами психіки та поведінки внаслідок вживання наркотиків з психічними коморбідностями, схвалене на 3992-му засіданні (юстиція та внутрішні справи) 4 грудня 2023 року, визначає такі пріоритетні дії та зобов'язання для країн.

ПІДТРИМУВАТИ розробку надійних і зіставних/порівнюваних індикаторів у різних країнах як важливий інструмент для адекватного моніторингу ситуації щодо людей з розладами внаслідок вживання та іншими психічними розладами, полегшення скринінгу та діагностики коморбідних розладів, а також оцінки політик у цій сфері;

ПРІОРИТЕЗУВАТИ І ПІДТРИМУВАТИ дослідження різних аспектів щодо осіб з психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання, підкреслюючи важливість використання однакових визначень та методів/інструментів вимірювання, а також дослідження найкращих практик, які дозволять фахівцям адекватно їх застосовувати.

РЕКОМЕНДАЦІЯ РАДИ від 18 червня 2003 р. щодо запобігання та зменшення шкоди здоров'ю, пов'язаної з наркотичною залежністю (2003/488/ЄС) визначає наступні необхідні заходи членів ЄС:

Необхідно передбачити звітність на національному рівні та на рівні спільнот для моніторингу заходів, вжитих державами-членами у цій сфері, та їх результатів, а також того, яким чином впроваджуються ці рекомендації.

З метою розробки методик оцінки для підвищення ефективності та результативності профілактики наркотичної залежності та зниження ризиків для здоров'я, пов'язаних з наркотиками, державам-членам слід:

- використовувати науково доказові методи як основу для вибору відповідного втручання;
- підтримувати включення оцінки потреб на початковому етапі будь-якої програми;
- розробляти та впроваджувати адекватні протоколи оцінки для всіх програм профілактики та зменшення ризику вживання наркотиків;
- розробляти та впроваджувати критерії оцінки якості з урахуванням рекомендацій EUDA;
- організувати стандартизований збір даних та поширення інформації, відповідно до рекомендацій EUDA, через національних координаторів REITOX;
- ефективно використовувати результати оцінки з метою вдосконалення та розвитку

політики у сфері профілактики наркотичної залежності;

- створити навчальні програми з оцінки для різних рівнів та цільових груп;
- інтегрувати інноваційні методи, які дозволяють залучити до оцінювання всіх учасників та зацікавлені сторони, для підвищення рівня достовірності оцінки;
- у співпраці з Комісією заохочувати обмін результатами програм, навичками та досвідом в межах Європейського Союзу та з третіми країнами, особливо з країнами-кандидатами на вступ.

Як можна побачити з зазначених регуляцій, країна має зобов'язання не лише щодо технічного збору даних, система якості, індикаторів ефективності, збору даних для прийняття рішень тощо має бути впроваджена на всіх рівнях надання послуг та реагування на проблему нарко споживання.

4.2.1. Міжнародні зобов'язання щодо національного звітування, збору та аналізу даних

На міжнародному рівні збір даних щодо ситуації пов'язаної з наркотиками здійснюють:

- Міжнародний комітет ООН з питань наркотиків за напрямками.
- Управління ООН з наркотиків та злочинності за напрямками (UNODC). Збирає дані з країн через 5 інструментів:
 - Annual Report Questionnaire (ARQ)
 - Individual Drug Seizures (IDS)
 - United Nations Survey on Crime Trends and the Operations of Criminal Justice Systems (UN-CTS)
 - United Nations Illicit Arms Flows Questionnaire (UN-IAFQ)
 - Questionnaire for the Global Report on Trafficking in Persons (GLOTiP).
- European Union Drugs Agency (EUDA)*. Збирає дані по наступних індикаторах:
 - Problem drug use
 - Treatment demand indicator
 - Drug-related infectious diseases
 - Drug-related deaths and mortality
 - Prevalence and patterns of drug use

*до липня 2024 року EMCDDA – Європейський центр з моніторингу ситуації пов'язаної з алкоголем та наркотиками

Опис звітних індикаторів Управління ООН з наркотиків та злочинності за напрямками (UNODC).

Безпосередньо з питаннями наркотиків пов'язано два індикатори, опис яких надано нижче.

Annual Report Questionnaire (ARQ) / Опитувальник до щорічного звіту

ARQ – це система збору даних, передбачена Конвенціями про міжнародний контроль над наркотиками 1961, 1971 і 1988 років, яка збирає зведені дані з широкого кола питань, пов'язаних з наркотиками, від попиту (наприклад, поширеність вживання наркотиків, дані про лікування, смертність) до збуту/постачання (наприклад, дані про вилучення, посіви), а також інші регуляторні питання. Держави-члени щорічно повідомляють про це UNODC за допомогою інтегрованих модулів через Платформу обміну даними (DXP). Крім того, ARQ надає дані для розрахунку індикатора 3.5.1 «Охоплення лікувальними заходами (фармакологічними, психосоціальними та реабілітаційними послугами і послугами з подальшого догляду) розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин», відповідальним виконавцем якого є UNODC спільно з BOO3.

Individual drug seizures (IDS) / Індивідуальні вилучення наркотиків

IDS – це обов'язковий збір даних, в рамках якого збирається інформація про окремі випадки вилучення наркотиків; дані представляють собою кожне окреме вилучення, що відбулося на території держав-членів у конкретному місці і в конкретний момент часу. Звіти подаються до UNODC протягом року, бажано щоквартально через платформу DXP.

Звітування до UNODC по зазначеним індикаторам відбувається через визначення національного фокал-поінта, якому надається спеціальний доступ до веб платформи Data eXchange Platform (DXP) – через яку здійснюється внесення даних.

Таблиця. Перелік індикаторів в рамках міжнародного звітування щодо наркотиків до UNODC

Annual Report Questionnaire (ARQ)	Module A01 – Prevalence and extent of drug use / Модуль A01 – «Поширеність і масштаби вживання наркотиків»
	Module A02 – Registries of drug users / Модуль A02 – Реєстри споживачів наркотиків»
	Module A03 – People who inject drugs / Модуль A03 – «Люди, що вживають ін'єкційні наркотики»
	Module A04 – People with drug use disorders / Модуль A04 – «Люди з розладами, пов'язаними з вживанням наркотиків»
	Module A05 – Drug-related mortality / Модуль A05 – «Смертність, пов'язана з наркотиками»
	Module A06 – Drug-related treatment / Модуль A06 – «Лікування, пов'язане з наркотиками»
	Module A13 – Legislative, institutional and strategic framework / Модуль A13 – «Законодавча, інституційна і стратегічна основа»
	Module A14 – Innovative methods for data collection / Модуль A14 – «Інноваційні методи збору даних»
	Module R09 – Alternatives to conviction or punishment / Модуль R09 – «Альтернативи засудження або покарання»
	Module R12 – National framework / Модуль R12 – «Національна структура»
	Module A07 – Seizures and trafficking / Модуль A07 – «Вилучення та незаконний обіг»

	Module A08 – Clandestine laboratories / Модуль A08 – «Підпільні лабораторії»
	Module A09 – Illicit cultivation and eradication of crops / Модуль A09 – «Незаконне культивування та знищення насаджень»
	Module A10 – Price and purity of drugs / Модуль A10 – «Ціна на наркотики та їх чистота»
	Module A11 – Sales of drugs using the Internet and related technologies / Модуль A11 – «Продаж наркотиків з допомогою Інтернету та інтернет технологій»
	Module A12 – Drug-related criminal justice process / Модуль A12 – «Кримінальне судочинство у справах щодо наркотиків»
	Module R01 – Prisons / Модуль R01 – «Тюрми»
	Module R02 – Drug-related acute intoxication and non-fatal overdoses / Модуль R02 – «Гостра інтоксикація наркотиками та не смертельне передозування»
	Module R03 – Core treatment services / Модуль R03 – «Основні види лікувальної допомоги»
	Module R05 – Prevention of infectious diseases / Модуль R05 – «Профілактика інфекційних захворювань»
	Module R06 – Links between drug trafficking, corruption and other forms of organized crime / Модуль R06 – «Зв'язок між незаконним обігом наркотиків, корупцією та іншими формами організованої злочинності»
	Module R07 – Supply reduction activities and international cooperation / Модуль R07 – «Діяльність по зменшенню пропозиції та міжнародне співробітництво»
	Module R08 – Alternative development / Модуль R08 – «Альтернативний розвиток»
	Module R10 – New psychoactive substances identified / Модуль R10 – «Нові виявлені психоактивні речовини»
	Module R11 – Illicit financial flows and money-laundering / Модуль R11 – «Незаконні фінансові потоки та відмивання коштів»
	Module R13 – Access to internationally controlled medications / Модуль R13 – «Доступ до лікарських засобів, що знаходяться під міжнародним контролем»
Individual Drug Seizures (IDS)	Drug information
	Date and location
	Trafficking route
	Traffickers
	Details-transport, concealment, location type...
	Other variables

Внесення даних відбувається через спеціальну платформу – DXP.

Деякі з охоплених даних, збираються:

- Вилучення – Служба з контролю за наркотиками, поліція, МВС, митниця; Система кримінального правосуддя – поліція, прокуратура, суди, в'язниц; Лікування – МОЗ України; Поширеність вживання – МОЗ України.
- Строк подання даних – 31 листопада поточного року за попередній рік для Annual Report Questionnaire (ARQ), та на щоквартальній основі – для Individual Drug Seizures (IDS).

За результатами зібраної інформації з різних країн формується світовий [звіт](#)

Опис звітності, яка подається до European Union Drugs Agency (EUDA)

European Union Drugs Agency (EUDA) - є правонаступником (з розширеними функціями) Європейського центру з моніторингу ситуації пов'язаної з наркотиками. Зазначена інституція збирає інформацію з країн членів ЄС, та кандидатів-членів ЄС та готує річні [звіти](#)

Функції, повноваження EUDA визначені в [Regulation \(EU\) 2023/1322](#) of the European Parliament and of the Council of 27 June 2023 on the European Union Drugs Agency (EUDA) and repealing Regulation (EC) No 1920/2006

EUDA збирає інформацію відповідно до визначених ключових 5 індикаторів, кожне з яких має керівництво. Інформацію стосовно індикаторів представлено нижче.

Таблиця. Перелік індикаторів в рамках міжнародного звітування щодо наркотиків до EUDA

Prevalence and patterns of drug use	Поширеність вживання ПАР	Загальні популяційні дослідження, дослідження серед осіб за віковими групами 15-16 років, щодо поширеності, форм вживання психоактивних речовин
Problem drug use	Проблемне вживання наркотичних засобів та психотропних речовин	Аналіз даних щодо вживання населенням наркотичних засобів та психотропних речовин ін'єкційним шляхом, регулярного та/або довгострокового використання опіоїдів, кокаїну та/або амфетамінів, канабісу, зокрема нових наркотичних засобів і психотропних речовин
Treatment demand indicator	Звернення за лікуванням, поширеність розладів психіки та поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин	Інформація про кількість людей, які отримують лікування з приводу проблеми з наркотиками. Аналіз даних за показником дає змогу зрозуміти загальні тенденції проблемного вживання наркотиків, а також проаналізувати питання організації надання медичних послуг на базі амбулаторних та стаціонарних форм лікування
Drug-related deaths and mortality	Смертність, пов'язана з вживанням психоактивних речовин	Показник дозволяє отримати дані щодо кількості смертей, спричинених безпосередньо вживанням нелегальних наркотиків (смерті, спричинені наркотиками) та рівня смертності серед проблемних споживачів наркотиків
Drug-related infectious diseases	Інфекційні захворювання серед осіб, які вживають наркотичні засоби та психотропні речовини ін'єкційним шляхом	Статистичні дані щодо кількості осіб, які вживають наркотичні засоби та психотропні речовини ін'єкційним шляхом і які мають в анамнезі вірусні гепатити, туберкульоз, ВІЛ-інфекцію; інформацію щодо програм (наказів, інструкцій, методичних рекомендацій, проєктів громадських організацій тощо) з питань проведення тестування на ВІЛ-інфекцію

Додатково, на запит EUDA, країни подають окремі звітні форми, зокрема:

Data reporting – EU4MD II	ST11	Drug law offences/Злочини пов'язані з наркотиками з розподілом по типу – з метою збуту, без мети збуту
	ST13	Drug seizures/Вилучення ПАР – кількість, партії тощо
	ST14	Purity, potency/дані про чистоту/силу дії заборонених наркотиків
	ST15	Composition of illicit drug tablets/Дані про склад таблеток нелегальних наркотиків
	ST16	Price/дані про вартість різних нелегальних наркотиків)
2024 Data reporting – (COUNTRY)	ST1	General Population Surveys/Вживання ПАР серед населення
	ST2	School surveys/Вживання наркотиків серед підлітків віком 15-16 років
	ST6**	Evolution of direct drug-related deaths/Drug induced deaths/Смерть пов'язана з наркотиками
	ST7/8	PDU
	ST9p1	Drug-related infectious diseases results (DRID methods)
	ST9p2	DRID results
	ST9p3	DRID behaviours (voluntary)
	ST10	Harm reduction/Зменшення шкоди
	ST12	Drug use among prisoners/Вживання наркотиків серед ув'язнених
	ST18	Overall mortality and causes of death among cohorts of drug users recruited in treatment services/Загальна смертність та причин смерті серед когорти осіб, залучених до лікування
	ST24	Availability and access to treatment/Доступність лікування
	ST30	Targeted surveys (voluntary)/Інші дослідження

Для оцінки спроможності країни-члена ЄС за запитом подаються оціночні форми:

- Самоопитувальник щодо системи раннього оповіщення в країні (National Early Warning System review questionnaire)
- Оцінка наявної спроможності країни щодо реалізації ролі національного обсерваційного центру щодо наркотиків (National drug observatory: assessment).

Міжнародні зобов'язання країни щодо моніторингу наркоситуації відображено в низці нормативних актах та регуляціях, зокрема в Regulation (EU) 2023/1322 of the European Parliament and of the Council of 27 June 2023 on the European Union Drugs Agency (EUDA) and repealing Regulation (EC) No 1920/2006 <https://eur-lex.europa.eu/eli/reg/2023/1322>, яка детально описує як має виглядати система моніторингу.

Так, [Regulation \(EU\) 2023/1322](#) of the European Parliament and of the Council of 27 June 2023 on the European Union Drugs Agency (EUDA) and repealing Regulation (EC) No 1920/2006 визначає наступні ключові положення, які в свою чергу мають бути враховані при імплементації в країні:

- Використання мультидисциплінарного підходу до аналізу даних пов'язаних з наркотиками, що включає вживання наркотиків, залежність, профілактику та лікування, зменшення шкоди, реабілітацію та соціальну реінтеграцію, ринок наркотиків та їх постачання, включаючи нелегальне виробництво та такі аспекти пов'язані з вживанням як питання психічного здоров'я, потенційний вплив на громадське здоров'я, стигматизацію та маргіналізацію осіб, які вживають наркотики.
- Координація діяльності з іншими Європейськими агенціями, зокрема European Union Agency for Law Enforcement Cooperation (Europol), established by Regulation (EU) 2016/794 of the European Parliament and of the Council, для моніторингу трендів щодо постачання, виробництва, трафіку наркотиків та злочинів пов'язаних з ними, використання нових технологій та появу нових ПАР.
- Взаємодія та технічна підтримка щодо налагодження системи моніторингу в країнах, членах кандидатів до ЄС, до яких, зокрема, належить і Україна.
- Співпраця з ключовими стейкхолдерами, зокрема науковою спільнотою, громадянським суспільством, включаючи організації людей, які вживають наркотики та спільнотами осіб, які вчиняли злочин пов'язані з наркотиками для отримання даних та моніторингу трендів.
- Реалізація збору національних даних з країни через механізм визначення національного фокал-поінту на рівні кожної країни, який уповноважений країною збирати дані від усіх ключових суб'єктів моніторингу.
- Впровадження системи раннього оповіщення щодо появи нових ПАР, яка включає систему раннього виявлення, оцінки ризиків та подальшого реагування (under Regulation (EC) No 1920/2006).
- Фокус на потребі щодо посилення системи екстреного реагування на ризики пов'язані з вживанням та новими ПАР, що значною мірою полягає в ефективній системі обміну інформацією.
- Посилення лабораторної спроможності хіміко-токсикологічних лабораторій у частині виявлення ПАР та обміну інформацією.
- Акцент на доказовій профілактиці вживання ПАР, що базується на European Drug Prevention Quality Standards.

Відповідно до зазначеної директиви, одним з ключових напрямів є забезпечення оперативного інформування та впровадження системи раннього оповіщення про нові ПАР, для чого необхідно, щоб на рівні країни було визначено національного координатора з моніторингу, який в свою чергу має мати налагоджені міжвідомчі стосунки з усіма суб'єктами моніторингу наркоситуації. Щодо кожної нової ПАР, має оперативно подаватись до Європейської агенції з наркотиків інформація, яка включатиме:

- способи та моделі вживання
- виробництво
- шляхи та канали розповсюдження та трафіку

- використання в медичних, наукових, рекреаційних цілях
- виявлений та потенційний ризик.

При оцінці ризику, як фактичного так і потенційного, має братись до уваги ризик для життя та здоров'я, соціальної ситуації, ризику для інших та питання безпеки.

Директива визначає необхідність визначення на рівні країни національного координатора з питань моніторингу, який матиме нормативно врегульований мандат здійснювати на рівні країни моніторинг наркоситуації. Національний фокал-поінт має мати наукову незалежність та неупередженість для забезпечення якості даних.

Функції національного координатора:

- збирати відповідні національні дані та інформацію у сферах, відповідно до пакету визначених національних звітів, і передавати їх до Агентства; роблячи це, національний координаційний центр об'єднує досвід різних секторів, зокрема охорони здоров'я, юстиції та правоохоронних органів, і, де це доцільно, співпрацює з експертами та національними організаціями, науковою спільнотою, організаціями громадянського суспільства та іншими відповідними активними зацікавленими сторонами у сфері наркополітики;
- підтримувати, у відповідних випадках, розробку нових джерел епідеміологічних даних для подальшого своєчасного звітування про тенденції вживання психоактивних речовин;
- підтримувати спеціальні та цілеспрямовані збори даних щодо нових загроз здоров'ю та безпеці;
- надавати Агентству інформацію про нові тенденції та виклики у використанні існуючих психоактивних речовин або нових комбінацій психоактивних речовин, які становлять потенційний ризик для здоров'я, а також інформацію про можливі заходи, пов'язані зі здоров'ям;
- сприяти обміну інформацією та системі раннього попередження про нові психоактивні речовини;
- сприяти встановленню відповідних індикаторів та інших відповідних наборів даних, включаючи керівні принципи щодо їх впровадження, з метою отримання надійної та порівняльної інформації на рівні Союзу;
- призначати, на прохання Агентства, національних експертів для конкретних обговорень відповідних показників та для інших спеціальних і цільових заходів зі збору даних;
- сприяти використанню міжнародно узгоджених протоколів і стандартів збору даних для моніторингу наркотиків і вживання наркотиків у країні;
- представляти щорічний звіт про свою діяльність Агентству та іншим відповідним зацікавленим сторонам;
- запроваджувати механізми забезпечення якості для забезпечення надійності отриманих даних та інформації.

Національні координаційні центри встановлюють і підтримують необхідну співпрацю з відповідними національними та регіональними органами влади, органами, установами

та організаціями для збору інформації, необхідної їм для виконання своїх завдань. Збираючи дані, національні координаційні центри забезпечують, де це можливо, розбивку зібраних даних за статтю або статтю. Національні координаційні центри повинні враховувати гендерночутливі аспекти політики щодо наркотиків під час збору та представлення даних відповідно до цієї статті.

Відповідно до регуляції, до 3 липня 2026 року має бути проведена оцінка спроможності кожного національного координатора.

4.2.2 Національна система моніторингу ситуації пов'язаної з алкоголем та наркотиками

Для організації ефективної системи надання послуг пов'язаних із вживанням ПАР та залежністю від ПАР необхідним є розбудова національної системи моніторингу та оцінки, епідеміологічного нагляду та стратегічної інформації. Дані щодо втручань, їх ефективності мають базуватись на доказових даних, аналізі тенденцій наркосцени, поширеності вживання серед певних груп та оцінці ефективності існуючих моделей тощо.

Систему моніторингу наркотичної та алкогольної ситуації в Україні на державному рівні було запроваджено у 2019 році шляхом прийняття постанови Кабінету Міністрів України від 10.07.2019 р. № 689 «Питання проведення моніторингу наркотичної та алкогольної ситуації в Україні» (далі – постанова КМУ № 689). Постанова затверджує:

- завдання моніторингу
- суб'єктів моніторингу
- показники моніторингу.

Моніторинг проводить за показниками, визначеними:

- Європейським моніторинговим центром з наркотиків та наркотичної залежності
- Комісією з наркотичних засобів при ООН
- Міжнародним комітетом з контролю за наркотиками.

Відповідно до Постанови показниками моніторингу є:

- загальні популяційні дослідження, проведені серед осіб за віковими групами 15-16 років, щодо поширеності, форм вживання психоактивних речовин (ПАР) (із зазначенням їхніх класу, виду, наслідків вживання);
- загальні популяційні дослідження, проведені серед осіб за віковими групами 15-64 роки, щодо поширеності, форм вживання ПАР (із зазначенням їхніх класу, виду, наслідків вживання);
- звернення за лікуванням, поширеність розладів психіки та поведінки внаслідок вживання ПАР;
- проблемне вживання наркотичних засобів та психотропних речовин;
- смертність, пов'язана зі вживанням ПАР;
- інфекційні захворювання серед осіб, які вживають наркотичні засоби та психотропні речовини ін'єкційним шляхом;
- незаконний обіг ПАР та пов'язана з ним злочинність;

- профілактичні заходи, спрямовані на зниження рівня вживання ПАР;
- законодавство у сфері обігу ПАР та протидії їх незаконному обігу;
- соціальна реінтеграція осіб, залежних від вживання ПАР.

На виконання доручення заступника Міністра – головного державного санітарного лікаря України від 05.07.2023 № ДЗМ/60/8-23 з 2024 року Державною установою «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України» (далі – Центр) спільно з

ДУ «Інститут психіатрії, судово-психіатричної експертизи та моніторингу наркотиків Міністерства охорони здоров'я України» (далі – Інститут) було розроблено план заходів з передачі функцій з моніторингу наркотичної та алкогольної ситуації в Україні, що здійснюються відповідно до постанови КМУ № 689 від Інституту до Центру.

Відповідно до розробленого плану функції з моніторингу наркотичної та алкогольної ситуації в Україні, взаємодії з профільними міжнародними організаціями, а також інших питань, пов'язаних із моніторингом наркотиків переходять від Інституту до Центру. Додатково було підготовлено проєкт внесення змін до Постанови КМУ та Порядку проведення моніторингу наркотичної та алкогольної ситуації в Україні (далі – Порядок), затвердженого Постановою КМУ, які наразі проходять процедуру узгодження з заінтересованими сторонами.

Ключові зміни проєкту Постанови, яка наразі перебуває на погодженні і яка визначає систему моніторингу щодо ситуації пов'язаної з наркотиками:

- розширено та переглянуто перелік суб'єктів моніторингу;
- головною структурою, відповідальною та проведення моніторингу визначено
- ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України»;
- значно розширено перелік індикаторів та джерел отримання даних порівняно з протоколами EUDA та оновлено звітні форми;
- до переліку індикаторів додано розширений індикатор «Поширеність та особливості вживання психоактивних речовин, включаючи алкоголь, серед загального населення та окремих його груп» який дозволяє оцінити вживання наркотиків та алкоголю серед загального населення, а не лише серед осіб віком 15-16 років. Для цього в якості джерел даних включено «Загальнонаціональне дослідження для вивчення поширеності факторів ризику неінфекційних захворювань – STEPS» (далі – STEPS) та інших опитувань, що проводяться на національному та регіональному рівнях. Зазначене дослідження, крім вживання наркотиків дозволить оцінити вживання алкоголю;
- додатково, для оцінки споживання алкоголю включено в якості джерела даних подання Мінекономіки даних щодо оподаткування, обсягів виробництва і обігу спирту етилового, коньячного і плодового, алкогольних напоїв, для розрахунку споживання алкоголю на душу населення;
- індикатор «Смертність, пов'язана з вживанням психоактивних речовин» розширено шляхом включення питань алкоголю. Таким чином наразі індикатор сформульовано наступним чином: «Смертність, пов'язана з вживанням психоактивних речовин, включаючи Алкоголь».

Показник містить інформацію/дані про кількість смертей, напряду пов'язаних із вживанням психоактивних речовин, про встановлені факти наявності в біологічному матеріалі таких осіб психоактивних речовин, а також про кількість смертей від причин, у розвиток яких суттєвий вклад вносить вживання алкоголю (за статтю, віковими групами та причинами смерті (відповідно до Міжнародної статистичної класифікації хвороб та споріднених проблем (МКХ-10).

- додано індикатор «Інша шкода, пов'язана з довготривалим та короткотривалим вживанням психоактивних речовин, включаючи алкоголь». Показник містить інформацію/дані про кількість та характеристику: осіб, яким встановлено діагнози захворювань, розвиток яких напряду пов'язаний із вживанням психоактивних речовин, включаючи алкоголь, та у розвиток яких вживання психоактивних речовин, включаючи алкоголь, вносить суттєвий внесок, а також про події, частота яких пов'язана із вживанням психоактивних речовин, включаючи алкоголь.

Для збору зазначених даних НСЗУ подає інформацію щодо осіб, які звернулись за медичною пов'язаний із вживанням психоактивних речовин, включаючи алкоголь, та у розвиток яких вживання психоактивних речовин, включаючи алкоголь, вносить суттєвий внесок (за статтю, віковими групами та причинами смерті (відповідно до Міжнародної статистичної класифікації хвороб та споріднених проблем (МКХ-10);

МВС, Національна поліція подають дані щодо кількості дорожньо-транспортних пригод та пов'язаного травматизму, зокрема, пов'язаних зі вживанням психоактивних речовин та станом алкогольного сп'яніння;

Держпраці подають дані щодо кількості нещасних випадків та травматизму на виробництві (на об'єктах підвищеної небезпеки), у тому числі що сталися у стані алкогольного та наркотичного сп'яніння;

МВС, Національна поліція, МОЗ подають інформацію/дані про кількість випадків травматизму, нападів/насилля, не пов'язаних з воєнними діями, а також суїцидів та їх спроб, і окремо – із зазначенням вживання алкоголю та інших психоактивних речовин.

Наразі передача функцій зафіксована в Статуті ДУ "Центр громадського здоров'я". Водночас для здійснення повної передачі повноважень необхідним є:

- внесення змін до Постанови КМУ № 689
- перепідписання робочих домовленостей з EUDA

Після взяття країною зобов'язань щодо здійснення моніторингу (у 2019 році), на щорічній основі готувався звіт за результатами моніторингу. Звіт оприлюднювався на ресурсах установи уповноваженої щодо його проведення та розсилався зацікавленим сторонам для ознайомлення.

В свою чергу, не проводились національні заходи з презентації звіту та обговорення даних. На національному рівні не впроваджено механізм їх використання для прийняття політичних рішень.

Таблиця. Перелік звітності, зобов'язання щодо подання якої має країна

Назва звіту	Зміст		Установа до якої подається звіт
Річний звіт щодо наркоситуації	Інформація щодо поточного стану наркоситуації з відображенням даних по 5 ключовим індикаторам: 1) Problem drug use/Проблемне вживання наркотиків 2) Treatment demand indicator/Потреба в лікуванні 3) Drug-related infectious diseases/Інфекційні захворювання пов'язані з вживанням 4) Drug-related deaths and mortality/Смертність пов'язана з вживанням 5) Prevalence and patterns of drug use/Поширеність та патерни вживання ПАР		EUDA
National Early Warning System review questionnaire	Самоопитувальник щодо системи раннього оповіщення в країні (оцінка спроможності)		EUDA
National drug observatory: assessment	Оцінка наявної спроможності країни щодо реалізації ролі національного обсерваційного центру щодо наркотиків		EUDA
2023 Data reporting – EU4MD II	ST11	Drug law offences / Правопорушення, пов'язані з наркотиками	EUDA
	ST13	Drug seizures / Вилучення наркотиків	
	ST14	Purity, potency / Чистота, сила дії	
	ST15	Composition of illicit drug tablets / Склад таблеток нелегальних наркотиків	
	ST16	Price / Вартість	
2024 Data reporting – (COUNTRY)	ST1	General Population Surveys / Популяційні дослідження	
	ST2	School surveys / Шкільні дослідження	
	ST6**	Evolution of direct drug-related deaths/Drug induced deaths / Еволюція смертей, безпосередньо пов'язаних із вживанням наркотиків/індукованих наркотиками	
	ST7/8	PDU	
	ST9p1	DRID methods	
	ST9p2	DRID results	
	ST9p3	DRID behaviours (voluntary)	
	ST10	Harm reduction / Зменшення шкоди	

	ST12	Drug use among prisoners / Вживання наркотиків серед ув'язнених	
	ST18	Overall mortality and causes of death among cohorts of drug users recruited in treatment services / Загальна смертність та причини смерті серед когорт споживачів наркотиків, залучених до лікувальних послуг	
	ST24	Availability and access to treatment / Наявність та доступ до лікування	
	ST30	Targeted surveys (voluntary) / Цільові опитування (добровільні)	
	TDI-Light	TDI-Light	
UNODC 2024 Data Collection Cycle on drugs, crime and criminal justice systems	ARQ	Annual Report Questionnaire / Опитувальник до щорічного звіту	UNODC
	IDS	Individual Drug Seizures / Індивідуальні вилучення наркотиків	UNODC

Аналіз стану заповнення звітності по визначеним показникам показує, що наразі на рівні країни існують наступні прогалини в інформації:

- відсутні дані щодо поширеності вживання ПАР серед загального населення та уразливих груп, зокрема військових та ветеранів, ВПО, осіб з психічними розладами та інвалідністю тощо;
- відсутні достовірні дані щодо причин смертності, пов'язаної з наркотиками, зокрема смертності в результаті передозування та смертності, від інших причин, що пов'язана з вживанням (дорожньо транспортні аварії, травми, насильство тощо);
- обмежені дані щодо звернення за медичною допомогою та отримання лікування від розладів пов'язаних з вживанням ПАР через низьку якість звітування, дублювання клієнтів, відсутність звітів з приватного сектору, відсутність дезагрегації по статі, віку тощо;
- відсутні дані з кримінологічних лабораторій щодо складу та чистоти ПАР;
- відсутні дані щодо інших наслідків пов'язаних із вживанням, зокрема насильством.

Роль національних досліджень як джерела даних

Ключовим питанням при реалізації системи моніторингу є джерела даних та їх достовірність. У частині отримання даних за напрямом наркосцени важливу роль відіграють національні популяційні дослідження

Джерела даних щодо тенденцій поширеності вживання психоактивних речовин та наслідків для здоров'я населення, пов'язаних із їх вживанням

IBBS – Інтегроване біоповедінкове дослідження та оцінки чисельності людей, які вживають наркотики ін'єкційним шляхом, як компонент епіднагляду за ВІЛ-інфекцією/СНІДом. Біоповедінкові дослідження дозволяють отримати не лише комплексну оцінку епідемічного процесу ВІЛ інфекції серед ЛВНІ, але і надати якісну інформацію для планування та проведення профілактичних та протиепідемічних заходів.

Ресурси: проведення біо поведінкових досліджень можливе за рахунок надання міжнародної технічної допомоги в галузі заходів з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу.

Періодичність: 1 раз на 3 роки.

Відповідальний: ЦГЗ.

STEPS – Досліджень факторів ризику (поведінкові фактори ризику: вживання тютюну, алкоголю, відсутність фізичної активності, нездорове харчування, біологічні фактори ризику) неінфекційних захворювань (НІЗ) серед дорослого населення України, як компонент епіднагляду, який здійснюється ВООЗ в межах глобального плану дій контролю за НІЗ. Дані дозволяють отримати інструменти для розробки та моніторингу стратегій профілактики та боротьби з НІЗ, зокрема, щодо вживання алкоголю. Наразі розглядається питання щодо розширення опитувальника та включення до нього питань пов'язаних з вживанням ПАР, для отримання національних популяційних даних щодо поширеності вживання ПАР.

Ресурси: в межах співпраці МОЗ України та Бюро ВООЗ.

Періодичність: 1 раз на 5 років.

Відповідальний: ЦГЗ, ВООЗ.

ESPAD – Дослідження тенденцій вживання тютюну, алкоголю та наркотичних речовин серед учнівської молоді («Європейське опитування учнівської молоді щодо вживання алкоголю та наркотичних речовин»). Отримані дані дозволяють виявити тенденції щодо поширеності вживання психоактивних речовин серед підлітків 15-16 років.

Ресурси: виділяється фінансування Європейськими агенціями/проєктами міжнародної технічної підтримки.

Періодичність: 1 раз 4 роки.

З 2028 року відповідальний за проведення – ЦГЗ.

DRUG Survey – Європейське веб-опитування щодо вживання наркотиків серед дорослих. Дослідження має на мені отримати дані щодо поширеності вживання психоактивних речовин серед дорослого населення, однак при цьому не є ретроспективним, що не дозволяє масштабувати його результати, а лише виявити тенденції та обмеженим інструментом реагування на проблему.

Ресурси: проводиться в межах ініціативи Європейського моніторингового центру з наркотиків та алкоголю (EMCDDA), фінансування відсутнє.

Періодичність: 1 раз на рік.

Відповідальний: з 2025 року ЦГЗ, до 2025 – МБФ “Альянс громадського здоров'я”.

4.2.3. Роль суб'єктів та розподіл функцій між ними у частині збору, аналізу, обміну даними для моніторингу ситуації пов'язаної з наркотиками. Використання даних для прийняття рішень: механізми та їх реалізація

Враховуючи, що ефективний моніторинг наркоситуації передбачає збір та аналіз даних щодо різних показників, зокрема пов'язаних з здоров'ям, медичними та соціальними наслідками та предикторами вживання ПАР, злочинами пов'язаними з наркотиками реалізація зазначеної активності неможлива без ефективної міжсекторальної взаємодії та комунікації.

Наразі до суб'єктів моніторингу відносяться:

МОЗ, МОН, Мінмолодьспорт, Мінсоцполітики, Мін'юст, МВС, Міноборони, Національна поліція, ДФС, Адміністрація Держприкордонслужби, Держлікслужба, Держстат, Держфінмоніторинг, МЗС, Рада міністрів Автономної Республіки Крим, обласні, Київська та Севастопольська міські держадміністрації, а також за згодою Верховний Суд, СБУ, Генеральна прокуратура України, Національна академія медичних наук, Державне управління справами, АТ "Укрзалізниця", громадські організації.

Установою відповідальною за загальну координацію суб'єктів моніторингу є ДУ "Центр громадського здоров'я МОЗ України". Водночас, як було зазначено вище, на рівні нормативно-правового акту, зокрема Постанови КМУ, питання не врегульовано.

Комунікація між суб'єктами має відбуватись як в рамках подання міжнародної звітності, так і рутинно всередині країни як частина регулярного обміну даними щодо нових тенденцій наркоспоживання та наркосцени, що зокрема може бути реалізовано через:

- затвердження порядку раннього реагування та оповіщення про появу нових ПАР;
- створення національної платформи обміну даними щодо наркоситуації та трендів пов'язаних з нею, зокрема через оперативний обмін інформацією та її триангуляцію.

Завдяки створенню національної платформи буде створено можливість щодо посилення "статусу" даних, які мають використовуватись для прийняття рішень, зокрема у частині впровадження ефективних національних заходів з профілактики, зменшення шкоди, забезпечення доступу до послуг з діагностики та лікування розладів пов'язаних з вживанням ПАР.

4.3. Роль громадських організації та цивільного сектору у прийнятті рішень щодо політик у сфері

На рівні країни існує низка механізмів залучення громадських організацій та цивільного сектору, зокрема спільноти осіб, які вживають ПАР та пацієнтів програми ЗПТ у прийнятті рішень за напрямом. Зазначені механізми реалізуються через забезпечення участі у робочих групах. Наразі існують такі групи та площадки:

- що двотижнева робоча зустріч пацієнтів ЗПТ з працівниками ЦГЗ (онлайн);
- залучення до роботи трьох робочих груп МОЗ (див розділ 1.2);
- участь у робочій групі Робочої групи з координації виконання Стратегії з комплексної відповіді на бар'єри з прав людини для доступу до послуг з профілактики і лікування ВІЛ-інфекції та туберкульозу до 2030 року (затверджена наказом ЦГЗ від 10 серпня 2023 року № 21-агд (далі – Робоча група з виконання Стратегії з комплексної відповіді на бар'єри з прав людини));

- механізм моніторингу послуг силами спільнот;
- робота гарячої лінії ЗПТ.

Робоча група з виконання Стратегії з комплексної відповіді на бар'єри з прав людини група виконує такі функції:

1. моніторинг, збір та систематизація фактів порушень прав людини у частині доступу до медичної допомоги у зв'язку з ВІЛ-інфекцією та туберкульозом;
2. здійснення аналізу причин виникнення правових бар'єрів щодо доступу до медичної допомоги та послуг;
3. розробка проєктів нормативно-правових актів та змін до актів законодавства і підзаконних нормативно-правових актів України щодо Усунення бар'єрів з прав людини;
4. здійснення заходів з адвокації, комунікації та соціальної мобілізації, спрямованих на Усунення бар'єрів з прав людини;
5. координація заходів з подолання стигми та дискримінації у зв'язку з ВІЛ інфекцією і туберкульозом;
6. забезпечення єдиних підходів та/або алгоритмів до заходів з моніторингу (в тому числі моніторингу силами спільнот) бар'єрів з прав людини щодо доступу до медичної допомоги та послуг із профілактики, лікування, догляду та підтримки у зв'язку з ВІЛ-інфекцією та туберкульозом;
7. координація впровадження інформаційних систем для фіксації фактів порушень прав людини щодо доступу до медичної допомоги та послуг із профілактики, лікування, догляду та підтримки у зв'язку з ВІЛ-інфекцією та туберкульозом.

Зазначена РГ має три тематичні підгрупи, а саме:

- моніторинг і оцінка (в тому числі моніторинг силами спільнот), аналіз даних;
- розроблення та внесення змін до нормативно-правових документів, політики і процедур;
- адвокація, комунікація та соціальна мобілізація;
- подолання стигми та дискримінації.

Якщо проаналізувати ефективність роботи площадки у вигляді що двотижневої робочої онлайн зустрічі пацієнтів ЗПТ з працівниками ЦГЗ то виявлено наступне:

площадка є дієвим та ефективним інструментом отримання інформації щодо ситуації в регіонах, яку надають представники спільноти, що в свою чергу дозволяє оперативно реагувати на ситуації порушення прав пацієнтів на національному рівні;

площадка не ефективно працює як інструмент поширення інформації щодо розвитку програми/можливих сервісів між спільнотою та пацієнтами програми, що пов'язано з тим, що учасники, які приймають участь у зустрічі не належним чином передають інформацію іншим пацієнтам або представникам спільноти;

під час візитів технічної підтримки виявлено, що лише незначна кількість пацієнтів була поінформована своїми представниками з числа спільноти щодо можливості участі у зустрічах, що призводить до того, що інформація зосереджена лише у незначній кількості осіб.

ВИСНОВКИ ЗА РОЗДІЛОМ IV:

I. Національні механізми регулювання міжвідомчої та між секторальної взаємодії за напрямом наркополітики

Ефективне впровадження низки стратегічних напрямів та інтервенцій неможливе без налагодження ефективної міжвідомчої взаємодії та координації, зобов'язання щодо якої, зокрема визначені в рамках окремих Європейських директив та регуляцій, імплементація яких є необхідною умовою в рамках переговорного процесу щодо Євроінтеграції.

Існує низка нормативно-правових актів, які регулюють питання міжвідомчої взаємодії за напрямом наркополітики. Було проаналізовано ключові нормативно-правові акти, які таку взаємодію визначають, по напрямках:

- профілактика (зменшення попиту на наркотики)
- забезпечення доступу до послуг зі ЗШ
- забезпечення доступу до послуг з діагностики та лікування, соціальних послуг
- попередження незаконного обігу наркотичних ЛЗ через механізми державного регулювання
- моніторинг ситуації пов'язаної з наркотиками, система обміну даними (проаналізовано в окремому розділі).

За результатами аналізу виділено ключові нормативно-правові акти, які потребують скасування, оновлення та перелік питань, які мають бути врегульовані через розробку нормативно правових актів.

Потребують скасування:

- наказ Міністерства охорони здоров'я України, Генеральної прокуратури України, Міністерства внутрішніх справ України, Міністерства юстиції України Про затвердження Інструкції про порядок виявлення та постановки на облік осіб, які незаконно вживають наркотичні засоби або психотропні речовини від 10 жовтня 1997 року № 306/680/21/66/5

Потребують оновлення/внесення змін:

- ЗУ «Про заходи протидії незаконному обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів та зловживанню ними»

Потребують розробки:

- національні Стандарти з профілактики вживання ПАР;
- порядок реалізації статті ЗУ –»Стаття 59-1. Пробаційний нагляд” у частині проходження курсу лікування від наркотичної, алкогольної залежності, розладів психіки та поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин або захворювання, що становить небезпеку для здоров'я інших осіб, взаємодії між ЗОЗ, Уповноваженими органами з питань пробації за місцем проживання засудженого та правоохоронними органами;
- порядок оновлення Постанови Кабінету Міністрів України від 06 травня 2000 року
- № 770 у частині внесення до списків наркотичних засобів;

- методика розрахунку обсягу квот на наркотичні засоби і психотропні речовини, в межах яких здійснюються культивування рослин, що містять наркотичні засоби чи психотропні речовини, включених до Переліку, виробництво, виготовлення, зберігання, ввезення на територію України, вивезення з території України наркотичних засобів, психотропних речовин, включених до Переліку;
- порядок направлення та проведення оглядів на стан сп'яніння населення (не лише водіїв та військових) з врегулюванням фінансових механізмів фінансування зазначеної послуги;
- система документування та фіксації в інформаційних системах результатів проведених медичних оглядів всіх категорій осіб на стан сп'яніння внаслідок вживання психоактивних речовин у ЗОЗ;
- стандарти проведення досліджень та впровадження механізму формування висновку на основі клінічних показників, а не лише підтвердження наявності речовини в біологічному зразку; посилення матеріально-технічної бази ЗОЗ;
- порядок забезпечення лікування розладів психіки та поведінки внаслідок вживання ПАР військовослужбовців

II. Міжсекторальна взаємодія за напрямом обміну інформацією, система національних даних для прийняття рішень

На міжнародному рівні визначені зобов'язання щодо впровадження системи моніторингу наркоситуації із забезпеченням оперативного інформування відповідних міжнародних інституцій про існуючі та нові тенденції наркоситуації та появу нових ПАР.

Впровадження ефективної системи моніторингу полягає у забезпеченні ефективної міжсекторальної взаємодії між всіма суб'єктами у частині оперативного обміну інформацією, що реалізується через визначення національного координатора з моніторингу ситуації пов'язаної з наркотиками, нормативного затвердження звітних форм та системи збору даних та забезпечення їх якості.

- На рівні країни повністю не врегульовано повноваження координатора з моніторингу, зокрема через внесення змін до Постанови КМУ № 685, що може позначатись на ефективності системи міжсекторального обміну даними, особливо зважаючи на їх чутливість.
- Відсутня система раннього оповіщення про появу нових ПАР, зокрема відсутній нормативно правовий акт який би визначав зазначений порядок, процес обміну даними, взаємодію між суб'єктами та джерела отримання даних.
- Окремої розробки потребує порядок епідеміологічного нагляду, який би дозволяв отримувати дані щодо кількості осіб, щодо яких ЗОЗ отримано інформацію щодо факту вживання ПАР/наявності розладів пов'язаних із вживанням ПАР.
- Попри те, що звіт щодо наркоситуації готується в країні починаючи з 2019 року, ніколи не здійснювався аналіз якості даних, а також вони не використовувались для прийняття рішень. Підготовка звіту, в першу чергу, була орієнтована на міжнародних експертів та здійснювалась в рамках робочих домовленостей.
- Окремої уваги також потребує впровадження системи оцінки наслідків та смертності, що пов'язана з вживанням ПАР, що надалі будуть використані зокрема для оцін-

ки тягаря захворювання та розрахунку його впливу на втрачені роки життя та працездатності. Наявність наближених до реальності даних щодо смертельних випадків вживання наркотиків дозволить розробити та запровадити додаткові стратегії попередження передозувань та удосконалити програми зменшення шкоди, лікування та ресоціалізації. Реалізація зазначеного не можлива без впровадження на національному рівні ефективного епіднагляду за смертністю.

- Національні дослідження, що відбуваються у форматі опитування, відіграють ключову роль у отриманні інформації щодо поточної наркоситуації та потребують фінансування. В свою чергу, для отримання більш повних даних та зважаючи на появу нових ПАР – потребують впровадження новітні методи вивчення наркосцени, такі як:
 - waste water analysis (аналіз стічних вод)
 - drug checking (перевірка ПАР на склад та чистоту)
 - used syringe analysis (аналіз ПАР на основі залишків в шприцах)
 - web/darknet scraping (аналіз Даркнету у частині ПАР).

Для запровадження яких необхідним є розробка окремих міжвідомчих наказів, зокрема, які регулюють систему раннього оповіщення. Жодне з зазначених досліджень не проводиться в країні.

- Для оцінки загальних трендів споживання ПАР необхідним є проведення національного популяційного дослідження щодо поширеності вживання ПАР серед загального населення, та зокрема серед військових та ветеранів.
- На рівні країни відсутній механізм обміну даними між всіма суб'єктами, що може бути вирішено через створення національної платформи обміну даними щодо наркоситуації та трендів пов'язаних з нею, зокрема через оперативний обмін інформацією та її триангуляцію. Необхідним є запровадження прийняття рішень на основі даних.

III. Аналіз , щодо ролі громадських організації та цивільного сектору у прийнятті рішень

На рівні країни існують дієві механізми залучення спільноти осіб, які вживають ПАР до участі у формуванні наркополітики та прийнятті рішень. Зазначені механізми зокрема реалізуються через участь у всіх ключових робочих групах за напрямом та впровадженні механізму моніторингу якості та доступності послуг силами спільнот.

Попри існування механізму моніторингу силами спільнот наразі досі відсутня методологія його проведення, спостерігається низький рівень знань щодо чинної нормативно правової бази, стандартів надання послуг у представників моніторів, що часто призводить до невпорядкованості зафіксованих фактів та висновків, помилкового фіксування порушень (зокрема фіксування як порушення того, що ним не є), пропуску фіксації порушень, упередженості тощо. Відтак, існує потреба у розробці методології та СОПів щодо моніторингу доступності та якості послуг силами спільнот.

5. Аналіз складу та участі представників з числа спільнот у процесах прийняття рішень, демонструє, що протягом років участь у зазначених процесах приймає обмежене коло представників, які не змінюються. Відтак, виникає питання наскільки озвучені питання та позиції, які виносяться на РГ, відображають думку спільноти, а не є особистими, і чи не є право бути представником спільноти – монополізованим. Зважаючи на зазначене, потребує окремого моніторингу та оцінки система комунікації та забезпечення права голосу кожного представника спільноти.

ПІДСУМКИ ТА ПРОПОЗИЦІЇ ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ ДОСЛІДЖЕННЯ:

Після початку офіційних переговорів про вступ України до ЄС у 2024 році перед державою постала необхідність системної та тривалої роботи з адаптації українського законодавства до законодавства ЄС у межах переговорних розділів. Пріоритетними напрямками такої роботи є:

ЗМІНА МОДЕЛІ НАРКОПОЛІТИКИ З ОГЛЯДУ НА ПЕРЕДОВІ ТРЕНДИ, КРАЩІ ПРАКТИКИ ЄС ТА ГЛОБАЛЬНІ ПРАКТИКИ В НАРКОПОЛІТИЦІ

З огляду на євроінтеграційні прагнення України, надзвичайно важливо, щоб в Україні було прийнято людиноцентричну стратегію реформування наркополітики, узгоджену з європейськими стандартами та кращими практиками. Така стратегія має відповідати законодавству європейських країн, зокрема *acquis communautaire* ЄС у сфері наркополітики: Угода про асоціацію, Стратегія ЄС з наркотиків на 2021–2025 роки та відповідний План дій, а також підходам, визначеним у документах ООН та інших глобальних міжнародних організацій.

Наразі, наркополітика України побудована на каральній моделі. Така модель полягає у тому, що боротьба з наркотиками – це, в основному, кримінальне переслідування і покарання наркозалежних, замість їх лікування, реабілітації та соціальної інтеграції. Для підтвердження вказаного, можна навести офіційну судову статистику за 2023 рік. Так, за ст. 309 КК України («Незаконне виробництво, виготовлення, придбання, зберігання, перевезення чи пересилання наркотичних засобів, психотропних речовин або їх аналогів без мети збуту») було засуджено 10 831 особу. Хоча у 90% випадків суди звільняють засуджених від відбування покарання з випробуванням, однак на них не покладається обов'язок пройти лікування від залежності. Пробаційні програми до них майже не застосовуються. Тобто держава інвестує більше коштів у переслідування, ніж у реальну допомогу та підтримку залежних (у тому, числі програми зменшення шкоди), що в подальшому несе в собі глобальні негативні наслідки у вигляді поширення інфекцій (випадків ВІЛ, гепатитів), зростання смертності серед залежних та погіршення стану їх здоров'я, соціальну ізоляцію та стигматизацію залежних, які через загрозу покарання бояться звертатись за допомогою.

На противагу цьому, медико-соціальний підхід, який застосовується у багатьох прогресивних європейських країнах, полягає в тому, що наркотична залежність розглядається як проблема охорони здоров'я, а не як кримінальний злочин. У фокусі уваги наркополітики країн ЄС, з одного боку, зниження попиту на наркотики через профілактику, лікування, реабілітацію та соціальну інтеграцію людей, які страждають на залежність; зниження шкоди від наркотиків через створення кімнат для безпечного вживання наркотиків, широкий доступ до тестування на ВІЛ та гепатит для раннього виявлення інфекцій тощо. З іншого боку, європейські держави працюють над зниженням пропозиції на наркотики через боротьбу з наркотрафіком та організованою наркозлочинністю. Медико-соціальний підхід не передбачає жорстке кримінальне переслідування та покарання для звичайних споживачів (за вживання та/або зберігання наркотиків). Підходи до декриміналізації вживання, зберігання наркотиків без мети збуту (в межах приватного володіння

ними) можуть різнитись від повного скасування всіх санкцій для особистого користування, як у Німеччині та Уругваї до заміни кримінальних санкцій адміністративними, які можуть включати втручання у здоров'я, як, наприклад, у Чеській Республіці.

Зміна вектору наркополітики України з карального на медико-соціальний підхід (орієнтований на права людини та громадське здоров'я) нагальна. Цивільному населенню, військовим і ветеранам має бути забезпечено доступ до ефективних програм зниження шкоди, таких як замісна підтримувальна терапія, обмін шприців та консультування, а також забезпечення доступу до кваліфікованої психіатричної допомоги.

НАБЛИЖЕННЯ КРИМІНАЛЬНОГО ЗАКОНОДАВСТВА УКРАЇНИ ЩОДО ОБІГУ НАРКОТИКІВ ДО ПРАВА ЄС

Війна в Україні значно погіршила ситуацію з психічним здоров'ям населення, спричинивши зростання рівня депресії, ПТСР та інших розладів, а також збільшивши споживання наркотиків серед цивільних і військових. Судова система та правоохоронні органи перевантажені, оскільки зосереджені на переслідуванні наркоспоживачів замість боротьби з організованою наркозлочинністю. Конвенції ООН про наркотики покладають на країни-учасниці обов'язок криміналізувати незаконний обіг наркотиків, але не криміналізувати зберігання для особистого використання. Встановлення допустимої кількості (порогового значення) наркотиків для легального зберігання та особистого вжитку потребуватиме балансу між забезпеченням інтересів залежних в частині їх лікування та зменшення шкоди від залежності (до прикладу, через безпечне вживання наркотиків) та переслідуванням дилерів та торговців, діяльність яких спрямована на поширення та продаж заборонених речовин (які вони, в тому числі зберігають), а також збільшення кількості наркозалежних в державі.

Оновлена законодавча база має чітко передбачати, що за зберігання наркотичних засобів в особистих цілях в кількості нижче встановленого порогового значення до хворого не можуть бути застосовані кримінальні чи адміністративні санкції.

Потребують оновлення також порогові значення ПАР. Цей процес має відбуватись на основі фармацевтично обґрунтованих розрахунків летальних доз для наркотичних та психотропних речовин. Це відповідатиме передовій практиці ЄС та обумовить зміну підходів у роботі правоохоронних і судових органів.

РОЗБУДОВА ЯКІСНИХ, ДОКАЗОВИХ ПОСЛУГ, ПОВ'ЯЗАНИХ ІЗ ВЖИВАННЯМ ПСИХОАКТИВНИХ РЕЧОВИН, ЯКІ ВІДПОВІДАЮТЬ ПОТРЕБАМ ПАЦІЄНТА

У рамках програм громадського здоров'я, значна увага має бути приділена наданню якісних та доказових послуг військовим та ветеранам, які через стрес та жахиття війни так чи інакше вживають психоактивні речовини (маючи або набуваючи залежність «без вини»). Ця проблема наразі табується в суспільстві, однак вона існує та набуває все більших масштабів.

Зокрема, потребують розробки та впровадження програми раннього скринінгу та виявлення військовослужбовців, які мають проблемне вживання ПАР, розпочате під час військової служби. Держава повинна забезпечити їм доступу до відповідних сервісів та

послуг: коротких структурованих інтервенцій та послуг з психічного здоров'я; а за потреби – направлення для отримання інтенсивної допомоги. Вирішення цієї проблеми потребує внесення змін у Постанову КМУ від 12.01.2024 р. №32.

Залежні військовослужбовці, які є пацієнтами ЗПТ і були визнані придатними до військової служби, мають проходити лікування на базі цивільних ЗОЗ. Для організації і впорядкування цього процесу, необхідним є розробка спільного, міжвідомчого наказу Міністерства охорони здоров'я України та Міністерства оборони України.

При розробці та оновленні стандартів медичної допомоги за напрямом психічного здоров'я треба передбачити інтеграцію з послугами щодо раннього виявлення, діагностики та лікування розладів пов'язаних з вживанням ПАР та алкоголю.

У державі на сьогодні є стандарт медичної допомоги особам із залежністю і стандарт соціально-психологічної реабілітації таких осіб. В свою чергу, досі не визначено, коли має закінчуватись надання послуг в ЗОЗ і здійснюватися направлення на соціально-психологічну реабілітацію. Отже, потрібно встановити чітку диференціацію між метою, завданням та послугами, що надаються в рамках галузевих стандартів медичної допомоги та стандарту соціальної допомоги.

Існує обмежена можливість надання психосоціальних послуг лікарям-наркологам та лікарям-психіатрам. Наказом МОЗ визначено, що такі послуги в ЗОЗ можуть надавати лише сімейні лікарі або спеціалісти з психотерапевтичною або психологічною освітою. У свою чергу, мотиваційне консультування, техніки профілактики рецидивів (які є частиною когнітивно-поведінкової терапії) є одними з основних інструментів та інтервенцій для осіб з розладами вживання ПАР та алкоголю. Важливо: лікарі-наркологи та психіатри (або навіть навчена медична сестра) повинні мати змогу виконувати такі інтервенції, адже психологи та психотерапевти є не в усіх ЗОЗ.

Проблема браку кадрів, серед іншого, зумовлена відсутністю професійних стандартів для окремих фахівців (лікаря-психотерапевта, психотерапевта, клінічного психолога, лікаря-психолога, лікаря-нарколога та лікаря-психіатра, тощо). Таке становище призводить до відсутності чіткого розподілу функцій медичного персоналу та надавачів психосоціальних послуг, а, отже, надмірного витрачання фінансових ресурсів держави.

Окремої уваги потребує географічна недоступність послуг (через існуючу мережу ЗОЗ). Наявна мережа ЗОЗ орієнтована на надання стаціонарної психіатричної допомоги, в той же час, значна кількість осіб потребують амбулаторного лікування різної інтенсивності. Тобто, є потреба у впровадженні амбулаторних послуг з психіатричної допомоги на базі кластерних та надкластерних лікарень.

Задля попередження формування залежності серед цивільного населення, військових і ветеранів, нарешті має бути затверджена і почати працювати національна система моніторингу зловживання лікарськими засобами, зокрема рецептурними (опіоїдні знеболювальні засоби, барбітурати, тощо). Складовою частиною вирішення цієї проблеми є негайне проведення оцінки наявних практик призначення та використання військовослужбовцями знеболювальних лікарських засобів.

Окремого регулювання та узгодження потребують питання забезпечення як цивільного населення, так і військових контрольованими лікарськими засобами для полегшення болю та ментального здоров'я. Наразі спостерігається катастрофічно низька кількість аптечних закладів, що здійснюють реалізацію контрольованих ЛЗ, що обмежує доступність цих препаратів, особливо для пацієнтів сільської місцевості, прифронтових зон, деокупованих територій.

Мають бути змінені підходи до фінансування комплексного лікування та надання послуг людям із розладами, внаслідок вживання ПАР та алкоголю. Наразі в рамках чинних пакетів ПМГ відсутнє належне фінансування, яке б могло покрити витрати на комплексне лікування таких розладів.

УДОСКОНАЛЕННЯ ДІЯЛЬНОСТІ ТА КООРДИНАЦІЇ СУБ'ЄКТІВ НАРКОПОЛІТИКИ

Гальмування доопрацювання та затвердження стратегії розвитку наркополітики до 2030 року, а так само приведення її у відповідність до європейських норм, стандартів, трендів значною мірою зумовлене відсутністю єдиного "центру" управління такою політикою в державі.

Провідна роль в провадженні наркополітики в Україні має належати Міністерству охорони здоров'я, яке не тільки має формувати таку політику, але й координувати діяльність інших органів виконавчої влади із зазначених питань. Однак, Положенням про МОЗ, нормативно не врегульована координуюча функція з наркополітики. Промовистим свідченням проблеми є той факт, що в оновленій редакції Положення про МОЗ досі використовуються стигматизувальні терміни, зокрема «наркоманія».

В Україні досі залишається чинним диспансерний облік залежних осіб (з персоніфікованими даними (міжвідомчий Наказ №306 від 10.10.1997р.). Він традиційно використовувався для подальшого застосування різних санкцій. Тому більшість пацієнтів, які мають залежність, вважають існування такого обліку однією з ключових речей, що відвертає їх від звернення за лікуванням до комунального ЗОЗ. Цей порядок повністю суперечить Закону України «Про психіатричну допомогу» (як в частині постановки діагнозу, так й в частині визначення порядку госпіталізації залежних осіб для надання медичної допомоги).

Європейські акти встановлюють необхідність визначення на рівні країни національного координатора з питань моніторингу, який матиме здійснювати на рівні країни моніторинг наркоситуації. Відповідно до Директив ЄС та розробленого державою плану, функції з моніторингу переходять до ДУ «ЦГЗ МОЗ України». Для врегулювання у цій частині повноважень координатора необхідно було внести зміни до Постанови КМУ № 685. Відсутність зазначених змін негативно позначається на ефективності системи міжсекторального обміну даними, затвердженні звітних форм та системи збору даних.

Якісний збір даних також неможливий без впровадження новітніх методів вивчення наркосфери, наприклад, таких як: DC (перевірка ПАР на склад та чистоту), USA (аналіз ПАР на основі залишків в шприцах), W/DS (аналіз Даркнету у частині ПАР). Жодне з зазначених досліджень в Україні не проводиться. Для впровадження цих методів потрібна розробка окремих міжвідомчих наказів, зокрема тих, що регулюють систему раннього сповіщення.

Важливою правозахисною рекомендацією міжнародних організацій у сфері контролю за обігом наркотиків є залучення організацій громадянського суспільства до прийняття рішень у сфері наркополітики. На рівні країни існує низка дієвих механізмів залучення громадських організацій та цивільного сектору. Зокрема, через впровадження механізму моніторингу якості та доступності послуг силами спільнот. Однак, наразі методологія його проведення відсутня.

Додаток №1

Пронумеровані кількості MDMA
для особистого використання, а також типові моделі споживання та купівлі
 (дані Global Drug Survey зібрані за листопад-грудень 2017 року)

Підхід	Країна	Законодавство		Global Drug Survey, дані про споживання та купівлю			
		Global Drug Survey, дані про споживання та купівлю К-ть MDMA, визначена в законі, інструкція №. Табл./пір./капс.	К-ть MDMA, визначена законом, орієнтовна кількість грамів	Середнє використання MDMA за сеанс (таблетки/капсули) К-ть таблеток/капсул	MDMA Середнє використання за сеанс (порошок) К-ть грамів	MDMA Media закупівля GDS (таблетки/капсули) К-ть таблеток/капсул	MDMA Media закупівля GDS (таблетки/капсули) К-ть таблеток/капсул
1. TQ з права	Австралія	N/A	0,5–10	2	0,3	4	1
1. TQ з права	Нова Зеландія	100	5	1	0,2	2	1
2. TQ Authority	Австрія	N/A	30	1	0,2	2	1
2. TQ Authority	Нідерланди	1	0,5	1	0,2	5	1
2. TQ Authority	Чеська Республіка	40	4	1	0,3	2	1
2. TQ Authority	Словаччина	N/A	у 10 разів більше звичайна разова доза	1	0,2	2	1
3. Рекомендації	Данія	1–2	N/A	1	0,4	3	1
3. Рекомендації	Фінляндія	10	N/A	1	0,2	2	1
3. Рекомендації	Сполучене Королівство	10–20 таблеток	N/A	1	0,4	3	1

* TQ = гранична кількість

Додаток №2

Розраховані дози при збільшенні LD₅₀ у 10×, 100×, 1000× разів

Щоб зрозуміти потенційні наслідки прийому високих доз, нижче наведено таблицю з **розрахованими дозами при 10×, 100× та 1,000× LD₅₀** для людини вагою **70 кг**:

Речовина	LD ₅₀ × 10 (мг)	LD ₅₀ × 100 (мг)	LD ₅₀ × 1,000 (мг)
Бупренорфін	21,000	210,000	2,100,000
Декстропропаксифен	161,000	1,610,000	16,100,000
Дезоморфін	25,900	259,000	2,590,000
Канабіс (ТГК)	889,000	8,890,000	88,900,000
Героїн	15,260	152,600	1,526,000
Етилморфін	700,000	7,000,000	70,000,000
Кодеїн	298,900	2,989,000	29,890,000
Кокаїн	67,200	672,000	6,720,000
Метадон	19,600	196,000	1,960,000
Меткатинон	35,000	350,000	3,500,000
Морфін	140,000	1,400,000	14,000,000
Трамадол	210,000	2,100,000	21,000,000
Тримеперидин	112,000	1,120,000	11,200,000
Фентаніл	21	210	2,100
Метилфентаніл	1.82	18.2	182
Пентазоцин	70,000	700,000	7,000,000
Бензилморфін	140,000	1,400,000	14,000,000
АН-7921	11,900	119,000	1,190,000
Ацетилфентаніл	63	630	6,300
MT-45	68,600	686,000	6,860,000
U-47700	1,750	17,500	175,000

Додаток №3

Контрольовані ЛЗ у переліку лікарських засобів, медичних виробів та допоміжних засобів до них, що закуповуються за кошти державного бюджету для виконання програм та здійснення централізованих заходів з охорони здоров'я

Лікарські засоби та медичні вироби для лікування дітей, хворих на онкологічні та онкогематологічні захворювання, та проведення трансплантації гемопоетичних стовбурових клітин дітям і дорослим		
Фентаніл	пластир трансдермальний	25 мкг/год
Фентаніл	пластир трансдермальний	50 мкг/год
Фентаніл	пластир трансдермальний	75 мкг/год
Фентаніл	пластир трансдермальний	100 мкг/год

Додаток №4

Контрольовані ЛЗ, включені до програми реімбурсації

МНН	Форма випуску	Примітка
Лікарські засоби для лікування болю та надання паліативної допомоги		
Морфін	гранули (з повільним вивільненням), розчин для перорального застосування, таблетки (пролонгованого вивільнення), таблетки	
Фентаніл (Fentanyl)	трансдермальний пластр	
Розлади психіки та поведінки, епілепсія		
Фенобарбітал (Phenobarbital)	розчин для перорального застосування, таблетки	Реімбурсація з серпня 2024 р.
Діазепам (Diazepam)	таблетки	

Додаток №5

Контрольовані ЛЗ у Національному переліку
основних лікарських засобів

Клас, група, підгрупа, міжнародна непатентована назва (МНН) українською та англійською мовами	Форма випуску, доза лікарського засобу
I. Анестетики	
Засоби для загальної анестезії та кисень	
Ін'єкційні лікарські засоби	
Кетамін (Ketamine)	ін'єкції: 50 мг/мл по 2 мл; по 10 мл
Додатковий перелік	
Ефедрин (Ephedrine)*	ін'єкції: 30 мг (гідрохлорид)/мл по 1 мл в ампулах
Місцеві анестетики	
Передопераційні та седативні засоби для короткочасних процедур	
Мідазолам (Midazolam)	ін'єкції: 1 мг/мл; 5 мг/мл
розчин для перорального застосування:	
2 мг/мл [д]	
таблетки: 7,5 мг; 15 мг	
Діазепам (Diazepam)	
(може бути використаний як альтернатива мідазоламу)	ін'єкції: 5 мг/мл
таблетки: 5 мг; 10 мг	
Морфін (Morphine)	ін'єкції: 10 мг/мл; 20 мг/мл (сульфат або гідрохлорид) в ампулах
II. Лікарські засоби для лікування болю та надання паліативної допомоги	
Опіїдні анальгетики	
Кодеїн (Codeine)	таблетки: 30 мг (фосфат)
Морфін (Morphine)	гранули (з повільним вивільненням): 20 мг - 200 мг (у вигляді морфіну сульфату) ін'єкції: 10 мг/мл; 20 мг/мл (у вигляді морфіну гідрохлориду або морфіну сульфату) в ампулах розчин для перорального застосування: 10 мг (у вигляді морфіну гідрохлориду або морфіну сульфату)/5 мл таблетки (продовженого вивільнення): 10 мг - 200 мг (у вигляді морфіну гідрохлориду або морфіну сульфату) таблетки: 5 мг; 10 мг (у вигляді морфіну гідрохлориду або морфіну сульфату)

Гідроморфон (Hydromorphone) (може бути використаний як альтернатива морфіну)	
Оксикодон (Oxycodone) (може бути використаний як альтернатива морфіну)	таблетки: 10 мг; 20 мг; 40 мг; 80 мг ін'єкції: 10 мг/мл; 50 мг/мл таблетки, вкриті плівковою оболонкою, пролонгованої дії: 10 мг; 20 мг; 40 мг; 80 мг
Фентаніл (Fentanyl)*	трансдермальний пластр: 12 мкг/год; 25 мкг/год; 50 мкг/год; 75 мкг/год; 100 мкг/год розчин для ін'єкцій: 0,05 мг/мл по 2 мл в ампулах
Додатковий перелік	
Метадон (Methadone)*	таблетки: 5 мг; 10 мг концентрат для приготування розчину для перорального застосування: 5 мг/мл; 10 мг/мл (гідрохлорид) розчин для перорального застосування: 5 мг/мл; 10 мг/мл; 5 мг/5 мл; 10 мг/5 мл (гідрохлорид); 1 мг/мл
III. Лікарські засоби для симптоматичної фармакотерапії при паліативній допомозі/Лікарські засоби для усунення інших поширених симптомів при паліативній допомозі	
Діазепам (Diazepam)	ін'єкції: 5 мг/мл розчин для перорального застосування: 2 мг/5 мл розчин ректальний: 2,5 мг; 5 мг; 10 мг таблетки: 5 мг; 10 мг
Мідазолам (Midazolam)	ін'єкції: 1 мг/мл; 5 мг/мл розчин для перорального застосування: 2 мг/мл [A] тверда пероральна лікарська форма: 7,5 мг; 15 мг
IV. Протисудомні/протиепілептичні засоби	
Діазепам (Diazepam)	гель або ректальний розчин: 5 мг/мл у тубах по 0,5 мл; по 2 мл; по 4 мл розчин для ін'єкцій: 5 мг/мл по 2 мл таблетки: 5 мг; 10 мг
Лоразепам (Lorazepam)	парентеральні форми: 2 мг/мл по 1 мл в ампулах; 4 мг/мл по 1 мл в ампулах таблетки: 1 мг; 2,5 мг
Мідазолам (Midazolam)	розчин оромукозний: 5 мг/мл; 10 мг/мл ін'єкції*: 1 мг/мл; 5 мг/мл; 10 мг/мл
Фенобарбітал (Phenobarbital)	ін'єкції: 200 мг/мл (натрій) розчин для перорального застосування: 15 мг/5 мл таблетки: 5 мг - 100 мг
V. Лікарські засоби для лікування психічних і поведінкових розладів	
Лікарські засоби, що застосовуються для лікування тривожних розладів	
Діазепам (Diazepam)	таблетки (з поділкою): 2 мг; 5 мг

Лікарські засоби для лікування розладів, викликаних вживанням психоактивних речовин

Метадон (Methadone)	концентрат для приготування розчину для перорального застосування: 5 мг/мл; 10 мг/мл (гідрохлорид) розчин для перорального застосування: 1 мг/мл; 5 мг/мл; 5 мг/5 мл; 10 мг/5 мл (гідрохлорид) таблетки: 5 мг; 10 мг; 25 мг; 40 мг
Бупренорфін (Buprenorphine)	таблетки (сублінгвальні): 0,2 мг; 0,4 мг; 2 мг; 4 мг; 8 мг

VI. Лікарські засоби, що застосовуються при наданні екстреної (невідкладної) медичної допомоги

Діазепам (Diazepam)	ін'єкції: 5 мг/мл
Морфін (Morphine)	ін'єкції: 10 мг/мл; 20 мг/мл (сульфат або гідрохлорид) в ампулах
Фентаніл (Fentanyl)	ін'єкції: 0,05 мг/мл по 2 мл в ампулах

Додаток №6

Контрольовані речовини у формулярі, затвердженим Командування медичних сил

Міжнародна назва та форма випуску	НВМКЦ	ВМКЦ	ВМКЛРЦ	РГ	ВГ 300 ліжок	ВГ 200 ліжок	ВГ 100 ліжок	ВМГ	МР	МП	Черга забезпечення
Кетамін амп 0,05/мл - 2 мл	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	1
Морфін ампули 1% - 1мл	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	1
Морфіну сульфат таблетки 0,005 або 0,01	+	+	+	+							1
Оксикодону гідрохлорид таблетки 0,01 або 0,04	+	+	+	+							1
Фентаніл ампули 0,005% - 2мл	+	+	+	+	+	+	+	+			1
Фентаніл трансдермальний пластр 12 мкг/год, 25 мкг/год, 50 мкг/год, 75 мкг/год або 100 мкг/год	+	+	+	+	+	+	+	+	+		1
Тримеперидин ампули 2% - 1 мл	+	+	+	+	+	+	+	+	+		1
Трамадол гідрохлорид ампули 5% - 2мл	+	+									1
Діазепам ампули 0,5% - 2мл	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	1
Діазепам таблетки 0,005	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	1
Мідазолам флакони 1мг/мл - 30мл	+	+									2
Мідазолам ампули 5мг/мл - 3мл	+	+	+	+	+	+	+	+	+		2
Мідазолам таблетки 0,0075	+	+	+	+	+	+	+				2
Мідазолам розчин для ін'єкцій, ампули 5мг/мл - 1мл	+	+	+	+	+	+	+	+			2

НВМКЦ – Національний військово-медичний клінічний центр «ГВКГ» (Київ)

ВМКЦ – військово-медичний клінічний центр (Львів, Вінниця, Одеса, Дніпро, Харків)

ВМКЛРЦ – військово-медичний клінічний лікувально-реабілітаційний центр (Ірпінь)

РГ – реабілітаційний госпіталь

ВГ – військовий госпіталь

ВМГ – військово-мобільний госпіталь

МР – медична рота бригади

МП – медичний пункт батальйону

Посилання

- ¹ Опитування було проведено на замовлення Благодійної організації «Благодійний фонд «Здорові рішення для відкритого суспільства». Дослідження доступно [онлайн](#)
- ² Критерії приєднання (Копенгагенські критерії). EUR-lex. Доступно онлайн: <https://eur-lex.europa.eu/EN/legal-content/glossary/accession-criteria-copenhagen-criteria.html>
- ³ Угода про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії і їхніми державами-членами, з іншої сторони. Доступно [онлайн](#)
- ⁴ Стратегія Європейського Союзу щодо наркотиків на 2021–2025 роки. Доступно [онлайн](#)
- ⁵ Договір про функціонування Європейського Союзу. Доступно [онлайн](#)
- ⁶ Рамкове рішення Ради 2004/757/JHA. Доступно [онлайн](#)
- ⁷ Робочий документ апарату комісії. Супроводжуючий документ Пропозиція щодо імплементаційного рішення Ради про затвердження оцінки плану України. Брюссель, 15.04.2024. SWD(2024) 93 фінал
- ⁸ Аналітичний звіт Комісії щодо узгодження України з *acquis* ЄС. Доступно [онлайн](#)
- ⁹ Текст Доповіді доступний на веб-сайті Комісії. Доступно [онлайн](#)
- ¹⁰ Європейська стратегія з наркотиків 2021-2025. Доступно [онлайн](#)
- ¹¹ Міжнародні керівні принципи з прав людини та наркополітики (International Guidelines on Human Rights and Drug Policy). Доступно [онлайн](#)
- ¹² Загальна позиція системи Організації Об'єднаних Націй, яка підтримує впровадження міжнародної політики контролю над наркотиками шляхом ефективної міжвідомчої співпраці. Доступно [онлайн](#)
- ¹³ Акбай та інші проти Німеччини, номери 40495/15 та 2 інші, Європейський суд з прав людини, рішення від 15 жовтня 2020 р.
- ¹⁴ Каландія проти Грузія, Заява № 57255/10, Рішення від 22 квітня 2021 р. Доступно [онлайн](#)
- ¹⁵ Шубітідзе проти Грузії, заявка № 43854/12, Рішення від 17 червня 2021 р. Доступно [онлайн](#)
- ¹⁶ Кобіашвілі проти Грузії, заявка № 36416/06, Рішення від 14 березня 2019 р. Доступно [онлайн](#)
- ¹⁷ Тлашадзе та Какашвілі проти Грузії. Заява № 41674/10. Рішення від 25 травня 2021 р. Доступно [онлайн](#)
- ¹⁸ Національний звіт Центру громадського здоров'я щодо наркотичної ситуації в Україні 2024 (за даними 2023 року). Доступно [онлайн](#)
- ¹⁹ В науці кримінального права поняття, яке означає усунення злочинності діяння, виключення його з числа злочинів, тобто оголошення його таким, що не визнається більше злочином і не породжує у держави повноваження на кримінальне переслідування, дістало назву декриміналізації злочину. Декриміналізація шляхом виключення з кримінального закону такої ознаки об'єктивної сторони складу злочину як кримінально протиправне діяння найбільш показова у тих випадках, коли з диспозиції статті Особливої частини КК виключається одне чи декілька з альтернативних діянь (що пропонується зробити відносно зберігання наркотичних засобів для власних потреб).
- ²⁰ Серед іншого, E/C.12/NOR/CO/6
- ²¹ A/hrc/56/52
- ²² Управління Верховного комісара Організації Об'єднаних Націй з прав людини (OHCHR), Подання до Робочої групи ООН з питань свавільних затримань, 2018 р., доступно онлайн.
- ²³ Організація Об'єднаних Націй з питань гендерної рівності та розширення прав і можливостей жінок (UN Women).
- ²⁴ Об'єднана рада виконавчих директорів Організації Об'єднаних Націй (СЕВ), Спільна позиція ООН щодо наркотичної політики, 2018 р., доступно онлайн.
- ²⁵ DeBeck K, Cheng T, Montaner JS, Beyrer C, Elliott R, Sherman S, Wood E, Baral S. HIV and the criminalization of drug use among people who inject drugs: a systematic review. *Lancet HIV*. 2017 Aug;4(8):e357-e374. doi: 10.1016/S2352-3018(17)30073-5. Epub 2017 May 14. PMID: 28515014; PMCID: PMC6005363.
- ²⁶ Csete J, Kamarulzaman A, Kazatchkine M, Altice F, Balicki M, Buxton J, Cepeda J, Comfort M, Goosby E, Goulão J, Hart C, Kerr T, Lajous AM, Lewis S, Martin N, Mejía D, Camacho A, Mathieson D, Obot I, Ogunrombi A, Sherman S, Stone J, Vallath N, Vickerman P, Záborský T, Beyrer C. Public health and international drug policy. *Lancet*. 2016 Apr 2;387(10026):1427-1480. doi: 10.1016/S0140-6736(16)00619-X.

Посилання

²⁷ «Депеналізація, якщо вдатися до традиційної термінології, є не що інше, як звільнення від кримінальної відповідальності і (або) від покарання. Видами депеналізації є: – звільнення від кримінальної відповідальності; – звільнення від покарання; – звільнення від відбування покарання». Депеналізація як метод кримінально-правової політики [Електронний ресурс]/Костянтин Марисюк, Володимир Канцір. — Доступно [онлайн](#)

²⁸ Цей аргумент чітко викладено в роботі Аліси Грір, Метта Бонна, Кейтлін Шейн, Алекса Стівенса, Наташі Тусенард, Елісон Ріттер, [«Деталі декриміналізації: розробка некримінальної реакції на володіння наркотиками для особистого використання»](#), Міжнародний журнал політики щодо наркотиків, Том 102, 2022.

²⁹ Bretteville-Jensen AL, Mikulic S, Bem P, Papamalis F, Harel-Fisch Y, Sieroslawski J, Costa Storti C, Costs and Unintended Consequences of Drug Control Policies. [Report by the Expert Group on Possible Adverse Effects and Associated Costs of Drug Control Policies](#). Strasbourg: Pompidou Group, Council of Europe; 2017; Love M & Sibilla N, [Accessing SNAP and TANF Benefits after a Drug Conviction: A Survey of State Laws, Collateral Consequences Resource Centre](#); December 2023; [Uprooting the Drug war](#), Housing: The Drug War Invades Our Homes, Drug Policy, New York; 2021.

³⁰ Джерело даних: Національний звіт Центру громадського здоров'я щодо наркотичної ситуації в Україні 2024 (за даними 2023 року). Доступно [онлайн](#)

³¹ Джерела даних: офіційна статистика Офісу Генерального прокурора щодо зареєстрованих кримінальних правопорушень за відповідні роки

Національний звіт Центру громадського здоров'я щодо наркотичної ситуації в Україні 2024 (за даними 2023 року). Доступно [онлайн](#)

³² Джерело даних: Національний звіт Центру громадського здоров'я щодо наркотичної ситуації в Україні 2024 (за даними 2023 року). Доступно [онлайн](#)

³³ Джерела даних:

[Звіти](#) Державної судової адміністрації України:

– Звіт про осіб притягнутих до кримінальної відповідальності та види кримінального покарання за 2021, 2022 та за 2023 роки (форма 6 річна),

– Звіт про склад засуджених за 2021, 2022 та за 2023 роки (форма 7 річна);

Дані [Єдиного державного реєстру судових рішень України](#).

³⁴ Примітка: така кількість проаналізованих вироків є, скоріше, якісним дослідженням і, безумовно, не дає підстави для формування глобальних висновків щодо застосування ст.309 КК України у правозастосовчій практиці. Поряд із цим, такий аналіз дозволяє виявити важливі тенденції щодо особливостей розгляду кримінальних справ та призначення покарань за злочини у сфері незаконного обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів (стаття 309 ККУ). Розуміння цих тенденцій та особливостей є вкрай важливим в контексті напрацювання пропозицій щодо змін у кримінальному законодавстві України для його наближення до права ЄС. Зауважимо, що додатково на замовлення БФ «Здорові рішення» було проведено деталізоване аналітичне дослідження всіх вироків, що містяться в Єдиному реєстрі судових рішень, для виявлення особливостей застосування кримінального законодавства щодо наркозлочинів з акцентом на злочини, вчинені військовослужбовцями. Результати цього дослідження доступні [онлайн за посиланням](#). Висновки за результатами такого дослідження повністю корелюються із висновками що містяться нижче по тексту.

³⁵ загальне обґрунтування сутності та необхідності впровадження зазначеної метрики було представлено на заході, організованому 07 квітня 2025 року БФ «Здорові рішення» у презентації УНЗ ООН, програмного офісу України.

³⁶ Буковський Ю. Д. Напрями покращення нормативно-правового регулювання взаємодії підрозділів боротьби з наркозлочинністю Національної поліції України з інститутами громадянського суспільства. Актуальні проблеми вітчизняної юриспруденції № 6, 2022, стор.114-117.

³⁷ Веннер проти Німеччини, Європейський суд з прав людини, №. 62303/13, § 59, ЄСПЛ 2016

³⁸ Jalloh проти Німеччини, No. 54810/00, European Court of Human Rights, judgment of 11 July 2006, HUDOC, доступне за [посиланням](#)

Посилання

- ⁴¹ Кобіашвілі проти Грузії, заявка № 36416/06, Рішення від 14 березня 2019 р. [Онлайн](#)
- ⁴² Тлашадзе та Какашвілі проти Грузії. Заява № 41674/10. Рішення від 25 травня 2021 р. [Онлайн](#)
- ⁴³ FDA — це американське управління з контролю за продуктами й ліками, яке займається контролем харчових продуктів і кормів, дієтичних добавок, ліків (для людей і тварин), косметики, медичних приладів, обладнання, що випромінює радіацію (включаючи немедичне), біологічних матеріалів і похідних крові. Критерії FDA підтверджують високу якість продукції, її ефективність і безпеку використання. Відповідність нормам FDA дозволяє, серед іншого, використовувати хімічні речовини (сировину) у кінцевих продуктах, які контактують з харчовими продуктами або використовуються у виробництві ліків.
- ⁴⁴ сума оплати пролікованого випадку за глобальною ставкою, тому вказана сума може відрізнятись в залежності від умов договору із надавачем медичних послуг
- ⁴⁵ [WHO Model List of Essential Medicines - 23rd list, 2023.](#)
- ⁴⁶ Єдина Конвенція про наркотичні засоби 1961 року. Доступна [онлайн](#)
- ⁴⁷ Конвенція Організації Об'єднаних Націй про боротьбу проти незаконного обігу наркотичних засобів і психотропних речовин. Доступна [онлайн](#)
- ⁴⁸ [Про затвердження переліку наркот...](#) | від 06.05.2000 № 770 (rada.gov.ua)
- ⁴⁹ [Про наркотичні засоби, псих...](#) | від 15.02.1995 № 60/95-ВР (rada.gov.ua)
- ⁵⁰ [Про затвердження Порядку придбан...](#) | від 13.05.2013 № 333 (rada.gov.ua)
- ⁵¹ [Про затвердження Порядку провадж...](#) | від 03.06.2009 № 589 (rada.gov.ua)
- ⁵² [Про деякі питання придбання, пер...](#) | від 07.08.2015 № 494 (rada.gov.ua)
- ⁵³ [Деякі питання видачі дозволу на ...](#) | від 13.04.2011 № 469 (rada.gov.ua)
- ⁵⁴ [Деякі питання ліцензування госпо...](#) | від 06.04.2016 № 282 (rada.gov.ua)
- ⁵⁵ [Про затвердження Вимог до об'єкті...](#) | від 29.01.2018 № 52 (rada.gov.ua)
- ⁵⁶ [Про затвердження Правил виписува...](#) | від 19.07.2005 № 360 (rada.gov.ua)
- ⁵⁷ [IAHPC List of Essential Medicines for Palliative Care](#)
- ⁵⁸ <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550390>
- ⁵⁹ https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2023/04/smd_643_06042023.pdf
- ⁶⁰ [Міністерство Охорони Здоров'я України](#) (moz.gov.ua)
- ⁶¹ [Епілепсії](#) (dec.gov.ua)
- ⁶² [Депресія](#) (dec.gov.ua)
- ⁶³ [2016_612_akn_ekstr.pdf](#) (dec.gov.ua)
- ⁶⁴ [2019_1269_nkp_ekstren_ditdor.pdf](#) (dec.gov.ua)
- ⁶⁵ [Бойова травма](#) (dec.gov.ua)
- ⁶⁶ [Наказ МОЗ №6 від 05.01.2017](#)
- ⁶⁷ В Україні незареєстровані
- ⁶⁸ <https://ips.ligazakon.net/document/RE42329?an=599>
- ⁶⁹ [Про затвердження Переліків лікар...](#) | від 24.07.2024 № 506 (proofpointisolation.com)
- ⁷⁰ Не зареєстрований в Україні
- ⁷¹ [Деякі питання закупівлі лікарськ...](#) | від 07.03.2022 № 216 (rada.gov.ua)
- ⁷² [Деякі питання реалізації програ...](#) | від 22.12.2023 № 1394 (rada.gov.ua)
- ⁷³ [Деякі питання державного регулюв...](#) | від 25.03.2009 № 333 (rada.gov.ua)
- ⁷⁴ [Деякі питання реалізації програ...](#) | від 22.12.2023 № 1394 (rada.gov.ua)
- ⁷⁵ [Опіоїдні анальгетики. Споживання в Україні 2016-2019рр. Аналітичний звіт, 2021. Опіоїдні анальгетики - Інститут аналітики та адвокації \(iaa.org.ua\)](#)
- ⁷⁶ <https://pro-consulting.ua/ua/issledovanie-rynka/analiz-farmaceuticheskogo-i-aptechnogo-ryn>

Посилання

⁷⁷ [Електронна карта місць відпуску лікарських засобів за еРецептом](https://e-health.gov.ua/) (e-health.gov.ua)

⁷⁸ Про впорядкування безоплатного ... | від 17.08.1998 № 1303 (rada.gov.ua)

⁷⁹ (<https://www.nature.com/articles/s41386-023-01656-7#Abs1>

<https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/2045125323119846>

<https://psychology.org.au/getmedia/16c54647-b0d8-4878-9e84-5783821529c4/010723aps-ps-psychedelics-p1.pdf>

інформація з виступів спікерів на Європейській конференції з питань залежностей, Лісабон, 2024)

⁸⁰ <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3528-20#Text>

⁸¹ [Про внесення змін до переліку на...](#) | від 24.05.2024 № 653 (rada.gov.ua)

⁸² <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/776-2024-%D0%BF#Text>

⁸³ <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/857-2024-%D0%BF#Text>

⁸⁴ <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/366-2008-%D0%BF#Text>

⁸⁵ [Про затвердження Правил виписува...](#) | від 19.07.2005 № 360 (rada.gov.ua)

⁸⁶ https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1846-12?find=1&text=%D0%B1%D1%96%D1%81#w1_1

⁸⁷ З огляду на значний обсяг матеріалу у розділі III, для зручності та кращого розуміння надаємо висновки за розділом за окремими напрямками