**Dėl PRIKLAUSOMYBĖS LIGŲ PREVENCIJOS, GYDYMO, REABILITACIJOS IR REINTEGRACIJOS PASLAUGŲ SISTEMOS SUKŪRIMO KONCEPCIJOS (gairių) PATVIRTINIMO**

2012 m. spalio 10 d. Nr. 1246
Vilnius

Vadovaudamasi Lietuvos Respublikos Seimo 2011 m. birželio 30 d. nutarimo Nr. XI-1573 „Dėl metadono naudojimo teisėtumo“ (Žin., 2011, Nr. [83-4027](http://www3.lrs.lt/pls/inter/dokpaieska.showdoc_l?p_id=403231))1 straipsnio 1 punktu, Lietuvos Respublikos Vyriausybė nutaria:

1. Patvirtinti Priklausomybės ligų prevencijos, gydymo, reabilitacijos ir reintegracijos paslaugų sistemos sukūrimo koncepciją (gaires) (pridedama).

2. Pasiūlyti savivaldybėms, asocijuotoms verslo struktūroms, socialiniams partneriams, nevyriausybinėms ir tarptautinėms organizacijoms dalyvauti įgyvendinant šiuo nutarimu patvirtintą Priklausomybės ligų prevencijos, gydymo, reabilitacijos ir reintegracijos paslaugų sistemos sukūrimo koncepciją (gaires).

Ministras Pirmininkas Andrius Kubilius

Sveikatos apsaugos ministras Raimondas Šukys

PATVIRTINTA
Lietuvos Respublikos Vyriausybės
2012 m. spalio 10 d. nutarimu Nr. 1246

**PRIKLAUSOMYBĖS LIGŲ PREVENCIJOS, GYDYMO, REABILITACIJOS IR REINTEGRACIJOS PASLAUGŲ SISTEMOS SUKŪRIMO KONCEPCIJA (GAIRĖS)**

1. **Bendrosios nuostatos**

1. Priklausomybės ligų prevencijos, gydymo, reabilitacijos ir reintegracijos paslaugų sistemos sukūrimo koncepcijos (gairių) (toliau – Koncepcija (Gairės) tikslas – nustatyti priklausomybės ligų prevencijos, gydymo, reabilitacijos ir reintegracijos paslaugų plėtojimo kryptis, siekiant sukurti Lietuvos Respublikoje bendrą ir veiksmingą priklausomybės ligų prevencijos, gydymo, reabilitacijos ir reintegracijos paslaugų sistemą.

2. Teisinis Koncepcijos (Gairių) rengimo pagrindas – Lietuvos Respublikos Seimo 2011 m. birželio 30 d. nutarimo Nr. XI-1573 „Dėl metadono naudojimo teisėtumo“ (Žin., 2011, Nr. [83-4027](http://www3.lrs.lt/pls/inter/dokpaieska.showdoc_l?p_id=403231)) 1 straipsnio 1 punktas.

3. Koncepcija (Gairės) parengta atsižvelgiant į Lietuvos Respublikos alkoholio kontrolės įstatymo (Žin., 1995, Nr. [44-1073](http://www3.lrs.lt/pls/inter/dokpaieska.showdoc_l?p_id=17752); 2004, Nr. [47-1548](http://www3.lrs.lt/pls/inter/dokpaieska.showdoc_l?p_id=229451)) ir Lietuvos Respublikos tabako kontrolės įstatymo (Žin., 1996, Nr. [11-281](http://www3.lrs.lt/pls/inter/dokpaieska.showdoc_l?p_id=24500); 2003, Nr. [117-5317](http://www3.lrs.lt/pls/inter/dokpaieska.showdoc_l?p_id=223448)) tikslus, Lietuvos nacionalinės visuomenės sveikatos priežiūros 2006–2013 metų strategijos, patvirtintos Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2001 m. liepos 27 d. nutarimu Nr. 941 (Žin., 2001, Nr. [66-2418](http://www3.lrs.lt/pls/inter/dokpaieska.showdoc_l?p_id=146046); 2006, Nr. [70-2574](http://www3.lrs.lt/pls/inter/dokpaieska.showdoc_l?p_id=278474)), Nacionalinės narkotikų kontrolės ir narkomanijos prevencijos 2010–2016 metų programos, patvirtintos Lietuvos Respublikos Seimo 2010 m. lapkričio 4 d. nutarimu Nr. XI-1078 (Žin., 2010, Nr. [132-6720](http://www3.lrs.lt/pls/inter/dokpaieska.showdoc_l?p_id=385362)), ir Penkioliktosios Lietuvos Respublikos Vyriausybės veiklos programos, kuriai pritarta Lietuvos Respublikos Seimo 2008 m. gruodžio 9 d. nutarimu Nr. XI-52 (Žin., 2008, Nr. [146-5870](http://www3.lrs.lt/pls/inter/dokpaieska.showdoc_l?p_id=333778)), ketvirtosios dalies XXII skyriaus ,,Kova su nesaikingu alkoholio vartojimu ir narkomanija“ nuostatas, vadovaujantis Lietuvos Respublikos nacionalinio saugumo pagrindų įstatymu (Žin., 1997, Nr. [2-16](http://www3.lrs.lt/pls/inter/dokpaieska.showdoc_l?p_id=34169)), Lietuvos Respublikos narkotinių ir psichotropinių medžiagų kontrolės įstatymu (Žin., 1998, Nr. [8-161](http://www3.lrs.lt/pls/inter/dokpaieska.showdoc_l?p_id=48770)), Lietuvos Respublikos narkotinių ir psichotropinių medžiagų pirmtakų (prekursorių) kontrolės įstatymu (Žin., 1999, Nr. [55-1764](http://www3.lrs.lt/pls/inter/dokpaieska.showdoc_l?p_id=82575); 2008, Nr. [65-2455](http://www3.lrs.lt/pls/inter/dokpaieska.showdoc_l?p_id=321395)), Lietuvos Respublikos cheminių medžiagų ir preparatų įstatymu (Žin., 2000, Nr. [36-987](http://www3.lrs.lt/pls/inter/dokpaieska.showdoc_l?p_id=99898); 2008, Nr. [76-3000](http://www3.lrs.lt/pls/inter/dokpaieska.showdoc_l?p_id=323622)) ir kitais teisės aktais.

4. Koncepcijoje (Gairėse) vartojamos sąvokos apibrėžtos Lietuvos Respublikos narkologinės priežiūros įstatyme (Žin., 1997, Nr. [30-711](http://www3.lrs.lt/pls/inter/dokpaieska.showdoc_l?p_id=37503)), Lietuvos Respublikos tabako kontrolės įstatyme, Lietuvos Respublikos alkoholio kontrolės įstatyme, Lietuvos Respublikos Seimo 2010 m. lapkričio 4 d. nutarime Nr. XI-1078 „Dėl Nacionalinės narkotikų kontrolės ir narkomanijos prevencijos 2010–2016 metų programos patvirtinimo“ ir kituose teisės aktuose.

**II. ESAMA PADĖTIS**

5. Pirminė psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo prevencija. Lietuvos Respublikos mokyklose greta formaliojo ugdymo programų įgyvendinamos ir neformaliajam vaikų švietimui priskiriamos socialinių ir gyvenimo įgūdžių programos. Jos jaunam žmogui padeda išsiugdyti tvirtesnį pasitikėjimą savimi, savitvardą, atsparumą neigiamai įtakai, moko kritiškai mąstyti, priimti sprendimus, ugdo bendravimo įgūdžius ir yra svarbios ne tik kiekvienam mokiniui, bet ir mokyklų bendruomenėms. Šios programos padeda iš mokyklų išstumti patyčias, ugdyti atsparumą žalingiems įpročiams, sveiką gyvenseną, kurti saugesnę aplinką ir draugiškesnę bendravimo kultūrą. Lietuvos Respublikoje diegiamos ne tik užsienio, bet ir šalies mokslininkų parengtos prevencinės programos. Daugiau nei 100 mokyklų, įgyvendinančių „Olweus“ patyčių prevencijos programą, 2008–2010 metais patyčių mastas sumažėjo 27 procentais, o nuo 2007 iki 2011 metų padaugėjo paauglių, nevartojančių alkoholinių gėrimų ir tabako gaminių.

Mokyklose ir savivaldybių administracijose veikia vaiko gerovės komisijos, kurių funkcijos – kurti saugią ir palankią vaiko ugdymui aplinką, palaikyti draugiškus ir pagarbius mokytojų ir mokinių santykius, organizuoti švietimo pagalbos teikimą, koordinuoti prevencinę veiklą ir kita. Kasmet šalies mokyklose Policijos departamentas prie Vidaus reikalų ministerijos kartu su Švietimo ir mokslo ministerija ir Generaline prokuratūra organizuoja nacionalinį teisinių žinių konkursą „Temidė“, vykdomos kitos priemonės.

Alkoholio, tabako ir kitų psichiką veikiančių medžiagų vartojimo prevencijos programą, patvirtintą švietimo ir mokslo ministro 2006 m. kovo 17 d. įsakymu Nr. ISAK-494 (Žin., 2006, Nr. [33-1197](http://www3.lrs.lt/pls/inter/dokpaieska.showdoc_l?p_id=272725)), įgyvendina ikimokyklinio, priešmokyklinio, pradinio, pagrindinio ir vidurinio ugdymo įstaigos. Švietimo ir mokslo ministerijos duomenimis, 2011 metais bendrojo ugdymo mokyklose buvo įgyvendinamos 28 socialinio emocinio ugdymo programos, tačiau jos neakredituotos, todėl kyla abejonių dėl įgyvendinamų socialinio emocinio ugdymo programų veiksmingumo ir pasiektų rezultatų.

6. Asmenų, sergančių priklausomybės ligomis, gydymas. Asmens sveikatos priežiūros organizavimą ir teikimą reglamentuoja šie teisės aktai: Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas (Žin., 1996, Nr. [66-1572](http://www3.lrs.lt/pls/inter/dokpaieska.showdoc_l?p_id=29546); 1998, Nr. [109-2995](http://www3.lrs.lt/pls/inter/dokpaieska.showdoc_l?p_id=68391)), Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas (Žin., 1996, Nr. [102-2317](http://www3.lrs.lt/pls/inter/dokpaieska.showdoc_l?p_id=31932); 2009, Nr. [145-6425](http://www3.lrs.lt/pls/inter/dokpaieska.showdoc_l?p_id=359503)), Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas (Žin., 1994, Nr. [63-1231](http://www3.lrs.lt/pls/inter/dokpaieska.showdoc_l?p_id=5905); 1998, Nr. [112-3099](http://www3.lrs.lt/pls/inter/dokpaieska.showdoc_l?p_id=69452)), Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymas (Žin., 1996, Nr. [55-1287](http://www3.lrs.lt/pls/inter/dokpaieska.showdoc_l?p_id=28356); 2002, Nr. [123-5512](http://www3.lrs.lt/pls/inter/dokpaieska.showdoc_l?p_id=197457)), Lietuvos Respublikos narkologinės priežiūros įstatymas, Lietuvos Respublikos psichikos sveikatos priežiūros įstatymas (Žin., 1995, Nr. [53-1290](http://www3.lrs.lt/pls/inter/dokpaieska.showdoc_l?p_id=18311)), sveikatos apsaugos ministro 2002 m. gegužės 3 d. įsakymas Nr. 204 „Dėl Priklausomybės ligų gydymo ir reabilitacijos standartų patvirtinimo“ (Žin., 2002, Nr. [47-1824](http://www3.lrs.lt/pls/inter/dokpaieska.showdoc_l?p_id=165856)). Asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės užtikrinimą reglamentuoja Minimalių asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės reikalavimų aprašas, patvirtintas sveikatos apsaugos ministro 2008 m. balandžio 29 d. įsakymu Nr. V-338 (Žin., 2008, Nr. [53-1992](http://www3.lrs.lt/pls/inter/dokpaieska.showdoc_l?p_id=319609)).

Sveikatos apsaugos ministerijos duomenimis, visose Lietuvos stacionarinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose veikia skyriai ar padaliniai, kuriuose teikiamos būtinosios medicinos pagalbos paslaugos visiems Lietuvos Respublikos piliečiams ir Lietuvos Respublikos teritorijoje laikinai ar nuolat esantiems asmenims. Ambulatorinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose yra būtinosios medicinos pagalbos įranga ir medikamentų rinkinių. Narkotines ir psichotropines medžiagas vartojantiems ir nuo jų vartojimo priklausomiems asmenims būtinoji medicinos pagalba dažniausiai teikiama apsinuodijus.

Asmenų, sergančių priklausomybės ligomis, gydymas Lietuvos Respublikoje priskiriamas gydytojo psichiatro, vaikų ir paauglių gydytojo psichiatro kompetencijai. Asmuo į gydytoją psichiatrą gali kreiptis tiesiogiai arba gavęs šeimos (bendrosios praktikos) gydytojo siuntimą.

Valstybinio psichikos sveikatos centro duomenimis, 2012 metais pirminio lygio psichikos sveikatos priežiūrą Lietuvoje vykdo 104 psichikos sveikatos centrai. Apmokėjimo už pirminio lygio psichikos sveikatos priežiūrą tvarka nustatyta Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo ir apmokėjimo tvarkos apraše, patvirtintame sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 5 d. įsakymu Nr. V-943 (Žin., 2005, Nr. [143-5205](http://www3.lrs.lt/pls/inter/dokpaieska.showdoc_l?p_id=267313)).

Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo ir apmokėjimo tvarkos apraše psichologui nustatytas gana didelis maksimalus aptarnaujamų gyventojų skaičius (40 000 gyventojų), todėl psichologo paslaugos nepakankamai prieinamos ir nesudaromos galimybės plėtoti ankstyvosios intervencijos ir kitas paslaugas.

Antrinio lygio specializuotą psichikos sveikatos priežiūrą vykdo kai kurie psichikos sveikatos centrai, psichiatrijos ligoninės ir priklausomybės ligų centrai Vilniuje, Kaune, Klaipėdoje, Šiauliuose ir Panevėžyje. Priklausomybės ligų centrų paskirtis – teikti ambulatorines ir stacionarines priklausomybės ligų psichiatrijos paslaugas tiek draustiems privalomuoju sveikatos draudimu, tiek nedraustiems asmenims. Nuo 2010 m. liepos 1 d. panaikinus apskričių viršininkų administracijas, kurioms buvo pavaldūs priklausomybės ligų centrai, jie buvo perduoti savivaldybėms. Tai lėmė, kad priklausomybės ligų gydymas tapo daug sunkiau prieinamas kitų savivaldybių gyventojams, nes priklausomybės ligų centrų finansavimas iš Lietuvos Respublikos valstybės biudžeto (toliau – valstybės biudžetas) tapo sudėtingesnis. Sveikatos apsaugos ministerija, kaip nacionalinis sveikatinimo veiklos valdymo subjektas, šioje srityje neteko svertų, būtinų priklausomybės ligų gydymo paslaugų centruose tinkamumui, valstybės biudžeto lėšų naudojimo veiksmingumui užtikrinti ir tolygiam paslaugų prieinamumui visiems Lietuvos Respublikos gyventojams lygiomis teisėmis garantuoti. Europos Sąjungos valstybėse narėse vis labiau pripažįstamas priklausomybės ligų gydymo specifiškumas bendroje psichikos sveikatos priežiūros sistemoje ir specialaus personalo (gydytojų, slaugytojų, psichologų, socialinių darbuotojų) poreikis. Lietuvoje šiuo metu būtina plėtoti specialistų, teikiančių paslaugas sergantiems psichikos ir priklausomybės ligomis, mokymą ir kvalifikacijos tobulinimą.

Lietuvos Respublikos Vyriausybė 2010 m. birželio 16 d. nutarimu Nr. 779 „Dėl Kauno apskrities priklausomybės ligų centro savininko teisių ir pareigų bei turto perdavimo“ (Žin., 2010, Nr. [73-3717](http://www3.lrs.lt/pls/inter/dokpaieska.showdoc_l?p_id=376087)), 2010 m. birželio 21 d. nutarimu Nr. 860 „Dėl Klaipėdos priklausomybės ligų centro ir Klaipėdos sutrikusio vystymosi kūdikių namų savininko teisių ir pareigų bei turto perdavimo“ (Žin., 2010, Nr. [77-3954](http://www3.lrs.lt/pls/inter/dokpaieska.showdoc_l?p_id=377390)), 2010 m. liepos 1 d. nutarimu Nr. 984 „Dėl Šiaulių apskrities priklausomybės ligų centro savininko teisių ir pareigų bei turto perdavimo Šiaulių miesto savivaldybei“ (Žin., 2010, Nr. [82-4349](http://www3.lrs.lt/pls/inter/dokpaieska.showdoc_l?p_id=378051)) ir 2010 m. birželio 29 d. nutarimu Nr. 945 „Dėl sveikatos priežiūros įstaigų savininko turtinių ir neturtinių teisių, pareigų bei turto perdavimo Panevėžio miesto savivaldybei“ (Žin., 2010, Nr. [81-4240](http://www3.lrs.lt/pls/inter/dokpaieska.showdoc_l?p_id=377672)) perdavė Kauno, Klaipėdos, Šiaulių ir Panevėžio priklausomybės ligų centrų savininko teises ir pareigas bei turtą atitinkamai Kauno, Klaipėdos, Šiaulių ir Panevėžio miestų savivaldybėms savarankiškosioms ir valstybės perduotoms funkcijoms įgyvendinti ir pavedė Finansų ministerijai rengiamuose atitinkamų metų Lietuvos Respublikos valstybės biudžeto ir savivaldybių biudžetų finansinių rodiklių patvirtinimo įstatymo projektuose numatyti Kauno, Klaipėdos, Šiaulių ir Panevėžio miestų savivaldybėms valstybės biudžeto specialiąsias tikslines dotacijas Kauno, Klaipėdos, Šiaulių ir Panevėžio priklausomybės ligų centrų veiklai ir ūkio reikmėms finansuoti. Šioms įstaigoms išlaikyti 2012 metais buvo skirta 4 551 tūkst. litų valstybės biudžeto lėšų. Vilniaus priklausomybės ligų centro veiklai ir ūkio reikmėms finansuoti 2011 ir 2012 metais skirta po 5 531,8 tūkst. litų Vilniaus miesto savivaldybės biudžeto lėšų.

Lietuvos Respublikos 2013 metų valstybės biudžeto ir savivaldybių biudžetų finansinių rodiklių projektų rengimo plano, patvirtinto Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2012 m. vasario 29 d. nutarimu Nr. 226 (Žin., 2012, Nr. [29-1304](http://www3.lrs.lt/pls/inter/dokpaieska.showdoc_l?p_id=419301)), 14 punkte nustatyta, kad ministrai teikia jiems pavestų valdymo sričių 2013–2015 metų strateginių veiklos planų projektus (juose turi būti įskaitytas lėšų poreikis jų kuruojamoms valstybinėms (valstybės perduotoms savivaldybėms) funkcijoms atlikti). Kauno, Klaipėdos, Šiaulių ir Panevėžio priklausomybės ligų centrams išlaikyti 2013 metais numatoma skirti 4 551 tūkst. litų valstybės biudžeto lėšų iš Sveikatos apsaugos ministerijai skirtų asignavimų.

Įgyvendinant 2009–2012 metų priklausomybės ligų gydymo programą, patvirtintą sveikatos apsaugos ministro 2008 m. gruodžio 31 d. įsakymu Nr. V-1288 (Žin., 2009, Nr. [4-108](http://www3.lrs.lt/pls/inter/dokpaieska.showdoc_l?p_id=335252)), priklausomybės ligų centrai papildomai finansuojami Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis. Šiai programai skiriamos lėšos iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto: 2011 ir 2012 metais skirta po 1 813,7 tūkst. litų. 2009–2012 metų priklausomybės ligų gydymo programa sveikatos apsaugos ministro 2012 m. rugsėjo 17 d. įsakymu Nr. V-864 (Žin., 2012, Nr. [110-5602](http://www3.lrs.lt/pls/inter/dokpaieska.showdoc_l?p_id=433325)) pratęsta 2013 metams. Tikslinga būtų 2013 metais iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo skirti Priklausomybės ligų gydymo programai ne mažesnį nei praėjusiais metais finansavimą.

Sveikatos apsaugos ministro 2011 m. gruodžio 23 d. įsakymu Nr. V-1109 patvirtinti Asmenų, kurie kreipiasi į asmens sveikatos priežiūros įstaigas dėl psichikos ir elgesio sutrikimų, vartojant narkotines ir psichotropines medžiagas, stebėsenos informacinės sistemos nuostatai ir duomenų saugos nuostatai (Žin., 2011, Nr. [162-7697](http://www3.lrs.lt/pls/inter/dokpaieska.showdoc_l?p_id=416096)).

Asmenų, kurie kreipiasi į asmens sveikatos priežiūros įstaigas dėl psichikos ir elgesio sutrikimų, vartojant narkotines ir psichotropines medžiagas, stebėsenos informacinė sistema 2012 m. liepos 1 d. pradėjo veikti Valstybiniame psichikos sveikatos centre. Ji organizacinėmis priemonėmis užtikrina tvarkomų duomenų patikimumą ir saugumą. Valstybinis psichikos sveikatos centras analizuoja šioje sistemoje sukauptą informaciją, apibendrina ir pateikia išvadas nuolatiniam duomenų gavėjui – Narkotikų, tabako ir alkoholio kontrolės departamentui ir kitiems duomenų gavėjams pagal poreikį.

Europos narkotikų ir narkomanijos stebėsenos centras 2008–2011 metais organizavo ekspertų susitikimus. Juose buvo analizuojama Europos Sąjungos valstybių narių asmens sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų teikimo asmenims, priklausomiems nuo narkotinių ir psichotropinių medžiagų vartojimo, patirtis. Europos narkotikų ir narkomanijos stebėsenos centras 2012 metais pateikė techninę specifikaciją, kurioje apibrėžta stacionarinio gydymo sąvoka: „tai programos ar gydymo modeliai, kurie apima terapinį gydymą ir kitokias pagalbos narkotikų vartotojams formas, įskaitant medicinines-socialines intervencijas kartu su apgyvendinimu. Pagrindinis šių programų bruožas tas, kad jos sprendžia kelis gydomojo asmens poreikius, įskaitant (bet neapsiribojant tuo) šias sritis: narkotikų vartojimas, sveikata, gyvenimo kokybė ir socializacijos grąžinimas, arba resocializacija. Šis apibrėžimas neapima vien tik stacionarinės detoksikacijos, programų, skirtų vien tik socialinės paramos (pavyzdžiui, prieglaudos) teikimui narkotikų vartotojams, narkotikų vartotojų gydymo kalėjimuose“. Pagal šią techninę specifikaciją visose Europos Sąjungos valstybėse narėse atliekamos analizės rezultatai bus pateikti 2013 metais.

7. Socialinės paslaugos. Socialinių paslaugų organizavimą ir teikimą reglamentuoja Lietuvos Respublikos socialinių paslaugų įstatymas (Žin., 2006, Nr. [17-589](http://www3.lrs.lt/pls/inter/dokpaieska.showdoc_l?p_id=270342)).

Narkotikų, tabako ir alkoholio kontrolės departamento duomenimis, socialinės rizikos suaugusiems asmenims, priklausomiems nuo psichoaktyviųjųmedžiagų vartojimo, trumpalaikės socialinės globos paslaugos Lietuvos Respublikoje teikiamos 19-oje psichologinės ir socialinės reabilitacijos įstaigų, taip pat veikia 6 socialinių paslaugų dienos centrai, skirti asmenims, priklausomiems nuo psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo. Trumpalaikės socialinės globos (psichologinės ir socialinės reabilitacijos įstaigose) paslaugos 2005 metais suteiktos 319 socialinės rizikos suaugusių asmenų, priklausomų nuo psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo, 2006 metais – 426 asmenims, 2007 metais – 430, 2008 metais – 510, 2009 metais – 450 asmenų, 2010 metais – 621 asmeniui, 2011 metais – 668 asmenims.

2009–2012 metais iš Europos Sąjungos struktūrinių fondų pagal priemonę „Socialinės rizikos ir socialinę atskirtį patiriančių asmenų integracija į darbo rinką“ finansuota 15 projektų, teikiančių socialinės rizikos suaugusiems asmenims, priklausomiems nuo psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo, trumpalaikės socialinės globos paslaugas. Šiems projektams įgyvendinti skirta 34,1 mln. litų.

Narkotikų kontrolės departamentas prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės iki 2008 metų finansavo psichologinės ir socialinės reabilitacijos įstaigų projektus, pagal kuriuos buvo teikiamos trumpalaikės socialinės globos paslaugos socialinės rizikos asmenims, priklausomiems nuo psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo, ir koordinavo psichologinės ir socialinės reabilitacijos įstaigų veiklą. Esamas psichologinės ir socialinės reabilitacijos įstaigų finansavimas, kai Europos Sąjungos struktūrinių fondų lėšos skiriamos atskiriems projektams, neužtikrina tinkamo koordinavimo sistemos funkcionavimo ir nesudaro sąlygų efektyviai veikti socialinių paslaugų sistemai, kuria siekiama teikti trumpalaikės socialinės globos paslaugas socialinės rizikos asmenims, priklausomiems nuo psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo, – neužtikrinamas šių paslaugų tęstinumas, prieinamumas ir kokybė.

Nuo 2013 metų, vadovaujantis Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2012 m. gegužės 16 d. nutarimu Nr. 528 ,,Dėl Socialinės globos įstaigų licencijavimo taisyklių patvirtinimo“ (Žin., 2012, Nr. [57-2864](http://www3.lrs.lt/pls/inter/dokpaieska.showdoc_l?p_id=424791)), bus licencijuojamos socialinės globos įstaigos. Nuo 2015 metų teikti trumpalaikę socialinę globą socialinės rizikos asmenims, priklausomiems nuo psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo, galės tik licencijas įgijusios psichologinės ir socialinės reabilitacijos įstaigos.

Narkotikų, tabako ir alkoholio kontrolės departamento duomenimis, kurie kasmet renkami iš psichologinės ir socialinės reabilitacijos įstaigų, teikiančių trumpalaikės socialinės globos paslaugas socialinės rizikos asmenims, priklausomiems nuo psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo, 2011 metais darbo neturėjo 72 procentai visų gaunančių paslaugas psichologinės ir socialinės reabilitacijos įstaigose asmenų. Šiuo metu psichologinės ir socialinės reabilitacijos įstaigose daugiausia suteikiama socialinių paslaugų (socialinių darbuotojų konsultacijos, savęs pažinimo ugdymas, grupiniai ir individualūs užsiėmimai, šeimos narių konsultavimas ir kita). Įdarbinimo klausimas vis dar labai aktualus, nes šios įstaigos, bendradarbiaudamos su teritorinėmis darbo biržomis ir mokymo centrais, kol kas įdarbinimo ir perkvalifikavimo paslaugų gali suteikti mažiausiai – 2011 metais tokios paslaugos buvo suteiktos tik 22 procentams asmenų, gavusių paslaugas psichologinės ir socialinės reabilitacijos įstaigose.

Europos narkotikų ir narkomanijos stebėsenos centro metinėje 2011 metų ataskaitoje nurodyta, kad socialinės rizikos asmenų, priklausomų nuo psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo, integracija į jų vietos bendruomenes pripažįstama pagrindine išsamių kovos su narkotikais strategijų sudedamąja dalimi, nes ją vykdant daugiausia dėmesio skiriama socialinių įgūdžių gerinimui, švietimo ir galimybių įsidarbinti skatinimui ir būsto poreikių tenkinimui.

8. Tabako ir alkoholio prieinamumo mažinimas. Tabako ir alkoholio vartojimas labai paplitęs tarp Lietuvos gyventojų. Lietuvos Respublikos alkoholio kontrolės įstatymas ir Lietuvos Respublikos tabako kontrolės įstatymas yra vieni dažniausiai keičiamų įstatymų. Nuo 2008 metų padėtis pradėjo keistis, priėmus alkoholio kontrolės politikos srityje tokius sprendimus kaip alkoholio reklamos uždraudimas transliuojamose programose nuo 6 iki 23 valandos (išskyrus tiesiogiai ir ištisai transliuojamus ar retransliuojamus tarptautinius meno, kultūros ar sporto renginius), reklamos uždraudimas nuo 2012 metų visose visuomenės informavimo priemonėse, išorinės alkoholio reklamos uždraudimas, prekybos alkoholiniais gėrimais darbo laiko ribojimas, draudimas asmenims iki 18 metų ne tik vartoti alkoholinius gėrimus, bet ir jų turėti, įpareigojimas viešojo maitinimo įmonėms užtikrinti, kad jose nepilnamečiai nevartotų alkoholinių gėrimų, teisės suteikimas savivaldybių taryboms, atsižvelgiant į prekybos alkoholiniais gėrimais vietą, gyventojų, bendrijų, visuomeninių organizacijų ar kitų institucijų nuomonę, policijos komisariatų pasiūlymus, neišduoti licencijų verstis mažmenine prekyba alkoholiniais gėrimais, kitus svarbius sprendimus. Narkotinių ir psichotropinių medžiagų, narkotinių ir psichotropinių medžiagų pirmtakų (prekursorių), tabako ir alkoholio kontrolės koncepcijos, patvirtintos Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2011 m. spalio 27 d. nutarimu Nr. 1277 (Žin., 2011, Nr. [134-6358](http://www3.lrs.lt/pls/inter/dokpaieska.showdoc_l?p_id=410505)), tikslas – nustatyti narkotinių ir psichotropinių medžiagų, narkotinių ir psichotropinių medžiagų pirmtakų (prekursorių), tabako ir alkoholio kontrolės tobulinimo gaires, siekiant užtikrinti didesnį narkotinių ir psichotropinių medžiagų, narkotinių ir psichotropinių medžiagų pirmtakų (prekursorių), tabako ir alkoholio kontrolės efektyvumą. Vadovaujantis Lietuvos Respublikos alkoholio kontrolės įstatymo 24 straipsnio ir Lietuvos Respublikos tabako kontrolės įstatymo 24 straipsnio reikalavimais, parengta ir Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2012 m. rugsėjo 14 d. nutarimu Nr. 1080 (Žin., 2011, Nr. [115-5415](http://www3.lrs.lt/pls/inter/dokpaieska.showdoc_l?p_id=406685)) patvirtinta Alkoholio ir tabako kontrolės 2012–2014 metų programa (tarpinstitucinis veiklos planas).

9. Tabako ir alkoholio vartojimas. Rūkymas labai paplitęs tarp Lietuvos gyventojų. Remiantis 2010 metų suaugusių Lietuvos žmonių gyvensenos tyrimo duomenimis (Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, Kaunas, 2011), 2010 metais kasdien rūkė 34,2 procento vyrų ir 15 procentų moterų. Niekada nerūkė 30,4 procento vyrų ir 62,2 procento moterų. Metusių rūkyti vyrų buvo 19,6 procento, moterų – 12 procentų. Iki 2000 metų rūkymas smarkiai plito visoje populiacijoje, pavyzdžiui, tarp moterų išaugo 2,3 karto. Vėlesniais metais rūkančių vyrų sumažėjo 1,5 karto, o moterų – nesumažėjo.

Lietuvos statistikos departamento duomenimis, 2010 metais mažmeninės prekybos ir maitinimo įmonėse vienam gyventojui parduota vidutiniškai 37 pakeliai cigarečių, o vienam 15 metų ir vyresniam gyventojui – 43 pakeliai, tai atitinkamai 23 ir 28 pakeliais mažiau nei 2008 metais. Lietuvos statistikos departamento išankstiniais skaičiavimais, 2011 metais mažmeninės prekybos ir maitinimo įmonėse vienam gyventojui parduoti vidutiniškai 42 pakeliai cigarečių, o vienam 15 metų ir vyresniam gyventojui – 49 pakeliai, tai atitinkamai 5 ir 6 pakeliais daugiau nei 2010 metais.

Higienos instituto Sveikatos informacijos centro duomenimis, 2009 metais nuo su rūkymu susijusių piktybinių navikų mirė 1 638 asmenys (49/100 000 gyventojų), 2010 metais – 1 577 asmenys (48/100 000 gyventojų), 2011 metais – 1 645 (51,1/100 000 gyventojų); 2011 metais nuo lūpų, burnos ertmės ir ryklės piktybinių navikų mirė 255 asmenys, 2010 metais – 275, 2009 metais – 256; 2011 metais nuo trachėjos, bronchų ir plaučių piktybinių navikų mirė 1 390 asmenų, 2010 metais – 1 302 asmenys, 2009 metais – 1 382.

Alkoholio ir kitų narkotikų Europos mokyklose tyrimo (toliau – ESPAD 2011) duomenimis, 15–16 metų moksleivių tabako vartojimas bent kartą gyvenime nuo 2003 iki 2007 metų labai sumažėjo, tačiau nuo 2007 iki 2011 metų keliais procentais padidėjo ir siekė 74 procentus. 2011 metais bent kartą gyvenime rūkiusių berniukų buvo 79 procentai, mergaičių – 70 procentų. Berniukų ir mergaičių tabako vartojimas padidėjo maždaug tiek pat. Tabako vartojimas per paskutines 30 dienų per pastaruosius 4 metus tarp berniukų paplitęs tiek pat (2011 metais siekė 39 procentus), o tarp mergaičių kiek padidėjo – nuo 29 procentų 2007 metais iki 35 procentų 2011 metais.

Tabako gaminių prieinamumas mokiniams Lietuvos Respublikoje nuo 2007 metų nepakito – ESPAD 2011 duomenimis, jis vis dar didesnis už tyrime dalyvavusių šalių vidurkį. Kad lengva ir labai lengva būtų įsigyti cigarečių, 2011 metais nurodė 72 procentai mokinių (ESPAD 2011 vidurkis – 65 procentai), kad labai lengva ir lengva įsigyti cigarečių, mano 66 procentai kaimų ir miestelių mokyklų mokinių ir 72–76 procentai miestų mokyklų mokinių.

Rūkymo ir alkoholio vartojimo per 30 dienų iki apklausos rodikliai Lietuvos Respublikoje aukštesni už ESPAD 2011 tyrime dalyvavusių šalių vidurkį.

Rizikingas alkoholinių gėrimų vartojimas – viena iš pagrindinių priešlaikinių mirčių, ligų ir traumų priežasčių. Piktnaudžiavimas alkoholiu sukelia daugybę socialinių problemų. 2010 metais vyrai per savaitę vidutiniškai suvartojo 13,5 standartinio alkoholio vieneto, moterys – 6,1 (standartinis alkoholio vienetas– alkoholinio gėrimo tūris, kuriame yra 10 gramų etanolio, t. y. vienas standartinis alkoholio vienetas gaunamas išgėrus 250 mililitrų 5 procentų stiprumo alaus arba 125 mililitrus 12 procentų stiprumo vyno, arba 25 mililitrus 40 procentų stiprumo alkoholinių gėrimų). Nuo 1994 metų vyrų per savaitę suvartotų standartinių alkoholio vienetų kiekis nepasikeitė, o moterys 2010 metais jų suvartojo 2 kartus daugiau nei 1994 metais. Per 16 metų bent kartą per savaitę gėrusių stipriuosius alkoholinius gėrimus vyrų šiek tiek sumažėjo, o moterų – padaugėjo. Alaus vartojimas sparčiai didėjo 1994–2002 metais. Lietuvos sveikatos mokslų universiteto paskutiniais 2 tyrimais nustatyta tendencija, kad bent kartą per savaitę gėrusių alaus vyrų ir moterų mažėja, tačiau alaus vartojančių asmenų vis dar gana daug – 2010 metais bent kartą per savaitę gėrė alų pusė tirtų suaugusiųjų vyrų ir 12 procentų moterų.

Lietuvos statistikos departamento duomenimis, alkoholinių gėrimų (tik legalių) suvartojimas, nuo 1999 metų nuolat didėjęs, 2008 metais stabilizavosi, o 2009 metais netgi sumažėjo, tačiau 2010 metais pradėjęs augti suvartojimas 2011 metais dar labiau paspartėjo, per 2011 metus ir taip didelis alkoholio suvartojimas išaugo net 9,2 procento: 1999 metais vienam Lietuvos gyventojui teko 9,3 litro absoliutaus (100 procentų) alkoholio, 2007 ir 2008 metais – po 11,2 litro, 2009 metais – 10,6, 2010 metais – 10,9, o 2011 metais – 11,9.

Lietuvos statistikos departamento duomenimis, 2011 metais dėl alkoholio vartojimo mirė 927 asmenys, t. y. 46,8 procento mažiau nei 2007 metais (1 741 asmuo). 2008 metais dėl alkoholio vartojimo mirė 1 475 asmenys, 2009 metais – 1 019 asmenų, 2010 metais – 962 asmenys. 2011 metais daugiausia žmonių mirė nuo alkoholinės kepenų ligos – 454 atvejai (49 procentai), nuo atsitiktinio apsinuodijimo alkoholiu – 308 (33,2 procento) ir nuo alkoholinės kardiomiopatijos – 118 atvejų (12,7 procento). Palyginti su 2007 metais, mirusiųjų nuo alkoholinės kardiomiopatijos 2011 metais sumažėjo 2,6 karto, nuo alkoholinės kepenų ligos – 1,9 karto, atsitiktinio apsinuodijimo alkoholiu – 1,6 karto. Nustatyta, kad sumažėjo alkoholinių psichozių. Valstybinio psichikos sveikatos centro duomenimis, 2011 metais dėl alkoholinės psichozės į gydymo įstaigas pirmą kartą kreipėsi 698 asmenys, 2010 metais – 798, 2009 metais – 835, 2008 metais – 1 217 asmenų, 2007 metais – 1 456 asmenys. Alkoholinių psichozių atvejų sumažėjo nuo 111,3/100 000 gyventojų 2007 metais iki 102,6/100 000 gyventojų 2011 metais. Ligotumas ir sergamumas priklausomybės ligomis vartojant alkoholį toks pat (ligotumo atvejų 2009 metais – 1 829,9/100 000 gyventojų, 2011 metais – 1 725,2/100 000 gyventojų, sergamumo atvejų 2009 metais – 62,3/100 000 gyventojų, 2011 metais – 67/100 000 gyventojų).

ESPAD 2011 duomenimis, alkoholio vartojimas tarp 15–16 metų moksleivių tebėra labai paplitęs – maždaug toks pat kaip 2007 metais. Abstinentų – per savo gyvenimą visai nevartojusių alkoholio mokinių tarp šios grupės moksleivių nuo 2007 metų maždaug tiek pat: 2007 metais – 4,5 procento, 2011 metais – 4,7 procento. Abstinentų berniukų vis dar šiek tiek daugiau negu mergaičių. Alkoholio vartojimo paplitimas per paskutines 30 dienų per pastaruosius 4 metus tarp 15–16 metų berniukų ir mergaičių šiek tiek sumažėjo ir 2011 metais siekė atitinkamai 63 ir 64 procentus.

Paauglių alkoholinių gėrimų prieinamumo vertinimas nuo 2007 metų nepakito, jis artimas ESPAD 2011 tyrime dalyvavusių šalių vidurkiui: 80 procentų paauglių nurodė, kad jiems būtų labai lengva ir gana lengva įsigyti kokio nors alkoholinio gėrimo (Europos vidurkis – 81 procentas). Bet pagal kitą rodiklį – alkoholinių gėrimų įsigijimo per 30 dienų iki apklausos atvejų skaičių – Lietuvos rodikliai kiek skiriasi nuo ESPAD 2011 vidurkio: 43 procentai Lietuvos mokinių nurodė per pastarąsias 30 dienų pirkę kokių nors alkoholinių gėrimų savo reikmėms parduotuvėje (daugiau už Europos vidurkį – 37 procentus). Lengviausiai įsigyjami gėrimai – alus ir sidras, o alkoholiniai gėrimai prieinamesni paaugliams perkant parduotuvėje ar kioske, mažiau prieinami – baruose, kavinėse, diskotekose. Alkoholiniai gėrimai prieinamesni paaugliams miestuose, o miesteliuose ir kaimuose visi gėrimai jiems mažiau prieinami.

10. Narkotinių ar psichotropinių medžiagų neteisėtas vartojimas. Narkotikų kontrolės departamento prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2008 metų reprezentatyvaus 15–64 metų Lietuvos gyventojų tyrimo duomenimis, labiausiai šalyje paplitęs kanapių vartojimas, bent kartą per paskutinius 12 mėnesių kanapių yra vartoję 5,6 procento Lietuvos gyventojų (2004 metais – 2,2 procento); ekstazį vartojo vienas procentas (2004 metais – 0,4 procento), amfetaminą – 0,7 procento (2004 metais – 0,3 procento). 2004–2008 metais kitų narkotinių ir psichotropinių medžiagų neteisėto vartojimo duomenys beveik nepakito.

Valstybinio psichikos sveikatos centro duomenimis, Lietuvos asmens sveikatos priežiūros įstaigose 2011 metais pirmą kartą dėl psichikos ir elgesio sutrikimų vartojant narkotines ar psichotropines medžiagas registruotas 251 asmuo (2010 metais – 328 asmenys, 2009 metais – 345, 2008 metais – 272, 2007 metais – 318 asmenų). 2011 metais sergamumo narkomanija atvejų buvo 7,8/100 000 gyventojų, tai mažiau už pastarųjų 7 metų vidurkį. Daugiau kaip 90 procentų šių asmenų neteisėtai vartojo švirkščiamąsias narkotines ir psichotropines medžiagas, iš jų apie 80 procentų vartojo opiatus.

ESPAD 2011 duomenimis, bent kartą gyvenime kokį nors narkotiką vartojo 21 procentas 15–16 metų paauglių (27 procentai berniukų ir 16 procentų mergaičių). Nuo 2007 metų tokių moksleivių padaugėjo maždaug vienu procentu. Dauguma mokinių vartojo marihuaną / hašišą (kanapes) – 20 procentų (25 procentai berniukų ir 14 procentų mergaičių). Kanapių vartojimo bent kartą gyvenime paplitimas Lietuvoje nuo 2007 metų padidėjo beveik 2 procentais – nuo 18,2 procento iki 20 procentų, per paskutinius 12 mėnesių padidėjo beveik vienu procentu, t. y. nuo 11,7 iki 12,5 procento, o kanapių vartojimo per paskutines 30 dienų paplitimas beveik nepakito (2007 metais – 4,7 procento, 2011 metais – 5 procentai).

Lietuvos paaugliai pagal raminamųjų ir migdomųjų vaistų vartojimą yra trečioje vietoje (13 procentų) tarp ESPAD 2011 tyrime dalyvavusių šalių po Lenkijos (15 procentų) ir Monako (14 procentų) ir jų dalis dukart viršija Europos šalių vidurkį (6 procentai). Šiuos vaistus mergaitės vartoja daugiau negu dvigubai dažniau nei berniukai (7 procentai berniukų ir 19 procentų mergaičių).

Raminamųjų ir migdomųjų vaistų vartojimas tarp paauglių, gydytojui nepaskyrus, susijęs ir su aukštais jų prieinamumo vertinimo rodikliais: kad lengvai ar labai lengvai įsigytų gydytojo nepaskirtų šių vaistų, nurodė 34 procentai Lietuvos paauglių, iš jų 41 procentas mergaičių ir 26 procentai berniukų (Europos vidurkis – 23 procentai).

ESPAD 2011 duomenimis, narkotikų prieinamumas nuo 2008 iki 2011 metų sumažėjo, kaimuose ir mažesniuose miestuose jie daug mažiau prieinamesni nei didžiuosiuose miestuose, tačiau padaugėjo atvejų, kai mokiniai susidūrė su galimybe pabandyti kanapių, nors jų ir nebandė.

11. Lietuvos laisvės atėmimo vietose 2011 m. gruodžio 31 d. buvo 9 920 asmenų (1 347 suimtieji ir 8 573 nuteistieji), iš jų 1 491 (15 procentų) asmuo registruotas kaip turintis psichikos ir elgesio sutrikimų vartojant narkotines ir psichotropines medžiagas. Laisvės atėmimo vietose esantiems asmenims taikomos 7 prevencinės ir gydymo programos.

**III. PRIKLAUSOMYBĖS LIGŲ PREVENCIJOS, GYDYMO, REABILITACIJOS IR REINTEGRACIJOS PASLAUGŲ SISTEMOS tobulinimo principai ir pagrindinės nuostatos**

12. Numatomo teisinio reguliavimo tikslas – sudaryti teisines, administracines, finansines sąlygas sukurti ir tobulinti veiksmingą prevencijos, gydymo, reabilitacijos ir reintegracijos paslaugų sistemą Lietuvos Respublikoje ir siekti, kad sergantys priklausomybės ligomis asmenys sugrįžtų į visuomenę, šeimą, darbo rinką.

13. Siekiant stiprinti pirminę (bendrąją, atrankinę ir tikslinę) psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo prevenciją, tikslinga:

13.1. parengti Lietuvos Respublikos teisės aktus, kurie reglamentuotų prevencijos programų akreditavimo, vykdymo ir stebėsenos Lietuvos Respublikoje tvarką;

13.2. tobulinti prevencijos programų finansavimo modelį;

13.3. gerinti institucijų, koordinuojančių ir vykdančių pirminę psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo prevenciją, bendradarbiavimą ir ypač daug dėmesio skirti alkoholio ir tabako prieinamumo nepilnamečiams mažinimui;

13.4. mažinti alkoholinių gėrimų ir tabako gaminių prieinamumą – planuoti ir įgyvendinti tabako ir alkoholio kontrolės priemones, vadovaujantis Pasaulio sveikatos organizacijos Tabako kontrolės pagrindų konvencija ir Pasaulio sveikatos organizacijos Alkoholio kontrolės strategijos nuostatomis.

14. Siekiant plėtoti ankstyvosios intervencijos paslaugų prieinamumą ir gerinti jų kokybę ir koordinavimą Lietuvos Respublikoje, tikslinga:

14.1. parengti ar papildyti galiojančius Lietuvos Respublikos teisės aktus, reglamentuojančius ankstyvosios intervencijos paslaugų teikimą bendruomenėse ir asmens sveikatos priežiūros įstaigose, – nustatyti paslaugų teikimo sąlygas, kokybės reikalavimus, paslaugų teikimo tęstinumą ir keitimosi informacija apie klientą (pacientą) tvarką;

14.2. tobulinti psichologų, socialinių darbuotojų ir kitų specialistų, teikiančių ankstyvosios intervencijos paslaugas, kvalifikaciją.

15. Siekiant gerinti asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą ir kokybę asmenims, sergantiems priklausomybe nuo psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo, tikslinga:

15.1. tikslinti Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo ir apmokėjimo tvarkos aprašą – sumažinti šiuo metu psichologui nustatytą maksimalų 40 000 aptarnaujamų gyventojų skaičių iki 20 000 gyventojų, taip siekti gerinti psichologo teikiamų paslaugų prieinamumą psichikos sveikatos centruose ir sudaryti galimybes plėtoti ankstyvosios intervencijos ir kitas paslaugas;

15.2. siekti kompensuoti iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo išlaidas vaistams, išrašytiems asmenų, turinčių psichikos ir elgesio sutrikimų vartojant alkoholį, ambulatoriniam gydymui;

15.3. siekti kompensuoti iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo išlaidas vaistams, išrašytiems asmenų, turinčių psichikos ir elgesio sutrikimų vartojant opiatus, ambulatorinio gydymo kursui iki 2 metų ir kartu užtikrinti patikimą opiatų, skirtų priklausomybei nuo opiatų gydyti, legalios apyvartos kontrolę.

16. Siekiant užtikrinti asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą apdraustiems ir neapdraustiems privalomuoju sveikatos draudimu asmenims, sergantiems priklausomybe nuo psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo, tikslinga:

16.1. reorganizuoti Vilniaus, Kauno, Klaipėdos, Šiaulių ir Panevėžio priklausomybės ligų centrus ir įsteigti asmens sveikatos priežiūros biudžetinę įstaigą – Valstybinį priklausomybės ligų centrą. Jo struktūroje numatyti filialus Vilniuje, Kaune, Klaipėdoje, Šiauliuose ir Panevėžyje ir pagalbą asmenims (suaugusiesiems ir vaikams), sergantiems priklausomybės ligomis, teikiančio personalo mokymo ir kvalifikacijos tobulinimo centrą. Siūlyti savivaldybėms perduoti valstybės nuosavybėn savivaldybių nuosavybėje esantį ir priklausomybės ligų centrų reikmėms naudojamą turtą. Numatyti, kad Valstybinis priklausomybės ligų centras (ir jo filialai) teiktų asmens sveikatos priežiūros ir socialines paslaugas;

16.2. siekiant įgyvendinti lygiateisiškumo principą, suvienodinti biudžetinėse ir viešosiose įstaigose dirbančių darbuotojų atlyginimų dydžius.

17. Siekiant gerinti socialines paslaugas, tikslinga:

17.1. didinti psichologinių ir socialinių paslaugų socialinės rizikos asmenims, priklausomiems nuo psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo, prieinamumą – nustatyti asmenų, gavusių paslaugas asmens sveikatos priežiūros įstaigose, patekimo į psichologinės ir socialinės reabilitacijos įstaigas, neatsižvelgiant į asmens deklaruotą gyvenamąją vietą, tvarką;

17.2. gerinti trumpalaikės socialinės globos, teikiamos psichologinės ir socialinės reabilitacijos įstaigose socialinės rizikos asmenims, priklausomiems nuo psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo, kokybę, atsižvelgiant į Socialinės globos normų aprašą, patvirtintą socialinės apsaugos ir darbo ministro 2007 m. vasario 20 d. įsakymu Nr. A1-46 (Žin., 2007, Nr. 24-931);

17.3. užtikrinti, kad nuo 2015 metų trumpalaikę socialinę globą socialinės rizikos asmenims, priklausomiems nuo psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo, teiktų tik licenciją teikti trumpalaikę socialinę globą turinčios psichologinės ir socialinės reabilitacijos įstaigos;

17.4. tobulinti trumpalaikės socialinės globos, teikiamos socialinės rizikos suaugusiems asmenims, priklausomiems nuo psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo, psichologinės ir socialinės reabilitacijos įstaigose, finansavimo tvarką.

18. Plėtoti socialines ir kitas paslaugas asmenims, turintiems psichikos ir elgesio sutrikimų vartojant psichoaktyviąsias medžiagas, pasibaigus jų gydymui asmens sveikatos priežiūros įstaigose ir trumpalaikės socialinės globos (psichologinės ir socialinės reabilitacijos) teikimui, siekiant integruoti juos į visuomenę.

19. Laisvės atėmimo vietose plėtoti asmens sveikatos priežiūros, psichologines ir socialines paslaugas asmenims, turintiems psichikos ir elgesio sutrikimų vartojant narkotines ir psichotropines medžiagas.

**IV. TEIGIAMOS IR NEIGIAMOS NUMATOMO TEISINIO REGULIAVIMO PASEKMĖS**

20. Parengus prevencijos programų akreditavimo tvarką, bus užtikrintas veiksmingų prevencijos programų įgyvendinimas, gerės prevencinių priemonių kokybė ir poveikis tikslinėms grupėms.

21. Išplėtojus ankstyvosios intervencijos paslaugų prieinamumą, bus sudarytos sąlygos daugiau asmenų gauti šias paslaugas, atsižvelgiant į tikslinės grupės ypatumus ir poreikius.

22. Užtikrinus psichologų, socialinių darbuotojų ir kitų specialistų, teikiančių ankstyvosios intervencijos paslaugas, nuolatinį kvalifikacijos tobulinimą, pagerės teikiamų paslaugų kokybė.

23. Padidinus psichologo teikiamų paslaugų prieinamumą psichikos sveikatos centruose, bus sudarytos galimybės plėtoti ankstyvosios intervencijos ir kitas paslaugas.

24. Reorganizavus Vilniaus, Kauno, Klaipėdos, Šiaulių ir Panevėžio priklausomybės ligų centrus, bus įsteigta asmens sveikatos priežiūros biudžetinė įstaiga – Valstybinis priklausomybės ligų centras ir sudarytos sąlygos teikti pagalbą asmenims (suaugusiesiems ir vaikams), sergantiems priklausomybės ligomis, neatsižvelgiant į jų gyvenamąją vietą.

25. Įsteigus asmens sveikatos priežiūros biudžetinę įstaigą – Valstybinį priklausomybės ligų centrą, bus teikiamos personalo, dirbančio priklausomybės ligų srityje (teikiančio pagalbą suaugusiesiems ir vaikams), mokymo ir kvalifikacijos tobulinimo paslaugos.

26. Suvienodinus biudžetinėse ir viešosiose įstaigose dirbančių darbuotojų atlyginimų dydžius, bus įgyvendintas lygiateisiškumo principas.

27. Pratęsus 2009–2012 metų priklausomybės ligų gydymo programą 2013 metams ir skyrus pakankamą finansavimą, bus užtikrintas asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo tęstinumas asmenims (suaugusiesiems ir vaikams), sergantiems priklausomybės ligomis.

28. Nustačius asmenų patekimo į psichologinės ir socialinės reabilitacijos įstaigas po paslaugų suteikimo asmens sveikatos priežiūros įstaigose tvarką, bus išplėtotas socialinių paslaugų prieinamumas, neatsižvelgiant į asmens (suaugusiojo arba vaiko) deklaruotą gyvenamąją vietą.

29. Užtikrinus, kad socialinę globą nuo 2015 metų teiks tik licenciją teikti socialinę globą turinčios psichologinės ir socialinės reabilitacijos įstaigos, pagerės šių paslaugų prieinamumas ir kokybė.

30. Išplėtojus socialines ir kitas paslaugas asmenims, turintiems psichikos ir elgesio sutrikimų vartojant narkotines ir psichotropines medžiagas, pasibaigus jų gydymui asmens sveikatos priežiūros įstaigose ir trumpalaikės socialinės globos (psichologinės ir socialinės reabilitacijos) teikimui, bus užtikrintas šių asmenų integravimas į visuomenę.

31. Laisvės atėmimo vietose išplėtojus asmens sveikatos priežiūros ir socialines paslaugas asmenims, turintiems psichikos ir elgesio sutrikimų vartojant narkotines ir psichotropines medžiagas, bus užtikrintas principas lygiomis teisėmis gauti geros kokybės paslaugas.

**V. FINANSAVIMO ŠALTINIAI**

32. Koncepcijoje (Gairėse) numatytų nuostatų įgyvendinimo finansavimo šaltiniai:

32.1. Privalomojo sveikatos draudimo fondas;

32.2. valstybės biudžeto ir savivaldybių biudžetų lėšos;

32.3. Europos Sąjungos, tarptautinių organizacijų ir kitos teisės aktų nustatyta tvarka gautos lėšos.

**VI. KONCEPCIJOS (GAIRIŲ) ĮGYVENDINIMAS**

33. Koncepciją (Gaires) įgyvendina valstybės institucijos pagal kompetenciją ir Koncepcijoje (Gairėse) patvirtintas nuostatas, tobulindamos galiojančius teisės aktus arba prireikus rengdamos naujus teisės aktus. Planuojamų sukurti arba keisti teisės aktų sąrašas pridedamas (priedas). Įgyvendinat Koncepciją (Gaires), prireikus gali būti sukurti ar pakeisti ir kiti teisės aktai.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Priklausomybės ligų prevencijos,
gydymo, reabilitacijos ir

reintegracijos paslaugų sistemos
sukūrimo koncepcijos (gairių)

priedas

**ĮGYVENDINANT PRIKLAUSOMYBĖS LIGŲ PREVENCIJOS, GYDYMO, REABILITACIJOS IR REINTEGRACIJOS PASLAUGŲ SISTEMOS SUKŪRIMO KONCEPCIJĄ (GAIRES) PLANUOJAMŲ SUKURTI ARBA KEISTI TEISĖS AKTŲ SĄRAŠAS**

| Eil. Nr. | Planuojamas sukurti arba keisti teisės aktas | Planuojamo sukurti arba keisti teisės akto pakeitimo apibūdinimas |
| --- | --- | --- |
| 1. | Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimo „Dėl Vilniaus, Kauno, Klaipėdos, Šiaulių ir Panevėžio priklausomybės ligų centrų savininko teisių ir turto“ projektas | Gavus Vilniaus, Kauno, Klaipėdos, Šiaulių ir Panevėžio miestų savivaldybių tarybų pritarimą, Vilniaus, Kauno, Klaipėdos, Šiaulių ir Panevėžio priklausomybės ligų centrų savininko teises ir turtą perduoti Sveikatos apsaugos ministerijai |
| 2. | Lietuvos Respublikos švietimo įstatymo (Žin., 1991, Nr. [23-593](http://www3.lrs.lt/pls/inter/dokpaieska.showdoc_l?p_id=1480); 2011, Nr. [38-1804](http://www3.lrs.lt/pls/inter/dokpaieska.showdoc_l?p_id=395105)) papildymas | Siekiant nustatyti prevencijos programų akreditavimo, vykdymo ir stebėsenos Lietuvos Respublikoje tvarką, papildyti Lietuvos Respublikos švietimo įstatymą nuostata, kad akreditavimas vykdomas Lietuvos Respublikos Vyriausybės ar Lietuvos Respublikos įgaliotos institucijos nustatyta tvarka |
| 3. | Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo ir apmokėjimo tvarkos aprašo, patvirtinto sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 5 d. įsakymu Nr. V-943 (Žin., 2005, Nr. [143-5205](http://www3.lrs.lt/pls/inter/dokpaieska.showdoc_l?p_id=267313)), pakeitimas | Patikslinti Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo ir apmokėjimo tvarkos aprašą – sumažinti šiuo metu psichologui nustatytą maksimalų aptarnaujamų gyventojų skaičių nuo 40 000 iki 20 000 gyventojų |
| 4. | Ligų ir kompensuojamųjų vaistų joms gydyti sąrašo (A sąrašo), patvirtinto sveikatos apsaugos ministro 2000 m. sausio 28 d. įsakymu Nr. 49 (Žin., 2000, Nr. [10-253](http://www3.lrs.lt/pls/inter/dokpaieska.showdoc_l?p_id=94805)), papildymas | Įrašyti į Ligų ir kompensuojamųjų vaistų joms gydyti sąrašą (A sąrašą) vaistus, skirtinus asmenų, turinčių psichikos ir elgesio sutrikimų vartojant alkoholį, ambulatoriniam gydymui |
| 5. | Ligų ir kompensuojamųjų vaistų joms gydyti sąrašo (A sąrašo), patvirtinto sveikatos apsaugos ministro 2000 m. sausio 28 d. įsakymu Nr. 49, papildymas | Įrašyti į Ligų ir kompensuojamųjų vaistų joms gydyti sąrašą (A sąrašą) vaistus, skirtinus asmenų, turinčių psichikos ir elgesio sutrikimų vartojant opiatus, ambulatoriniam gydymui |
| 6. | Socialinės apsaugos ir darbo ministro 2007 m. vasario 20 d. įsakymo Nr. A1-46 ,,Dėl Socialinės globos normų aprašo patvirtinimo“ (Žin., 2007, Nr. [24-931](http://www3.lrs.lt/pls/inter/dokpaieska.showdoc_l?p_id=292682)) pakeitimas | Siekiant tobulinti socialinės globos atitikties socialinės globos normoms vertinimą, kurio reikia siekiant gauti licenciją teikti socialinę globą, papildyti ir detalizuoti socialinės globos normų turinį ir apibūdinimą. Dokumentą išdėstyti nauja redakcija (psichologinės ir socialinės reabilitacijos įstaigoms svarbus naujos redakcijos nutarimo 5 priedas ,,Socialinės rizikos asmenų, priklausomų nuo psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo, trumpalaikės socialinės globos normos, taikomos laikino gyvenimo namams (psichologinės ir socialinės reabilitacijos įstaigoms)“ |
| 7. | Socialinės apsaugos ir darbo ministro 2006 m. lapkričio 30 d. įsakymo Nr. A1-317 ,,Dėl Socialinę globą teikiančių darbuotojų darbo laiko sąnaudų normatyvų patvirtinimo“ (Žin., 2006, Nr. [132-5011](http://www3.lrs.lt/pls/inter/dokpaieska.showdoc_l?p_id=288240)) pakeitimas | Išdėstyti dokumentą nauja redakcija, patikslinti paslaugų gavėjų grupes, darbuotojų pareigybes ir pareigybių intervalus (psichologinės ir socialinės reabilitacijos įstaigoms svarbus aktualios redakcijos nutarimo 11 punktas: ,,11. Trumpalaikę socialinę globą socialinės rizikos asmenims psichologinės ir socialinės reabilitacijos įstaigose teikiančių darbuotojų darbo laiko sąnaudų normatyvai“) |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_