



Sekretariát Rady vlády
pro koordinaci
protidrogové politiky

KOORDINACE

Souhrnná zpráva

o realizaci protidrogové politiky v krajích v roce 2015

T. Černíková, D. Dárek, T. Klíma

>22



Sekretariát Rady vlády
pro koordinaci
protidrogové politiky

Souhrnná zpráva o realizaci protidrogové politiky v krajích v roce 2015

Autoři: T. Černíková, D. Dárek, T. Klíma

Schváleno usnesením Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky č. 03/1016
ze dne 27. října 2016

Souhrnná zpráva o realizaci protidrogové politiky v krajích v r. 2015

© Úřad vlády České republiky, 2016

1. vydání

sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky

Nábřeží E. Beneše 4, 118 01 Praha 1

tel.: +420 296 153 222

rvkpp.vlada.cz, www.drogy-info.cz

Autoři: T. Černíková, D. Dárek, T. Klíma

Editor: L. Kiššová

Odpovědný redaktor: Lucie Grolmusová

Jazyková korektura: PhDr. Alena Palčová

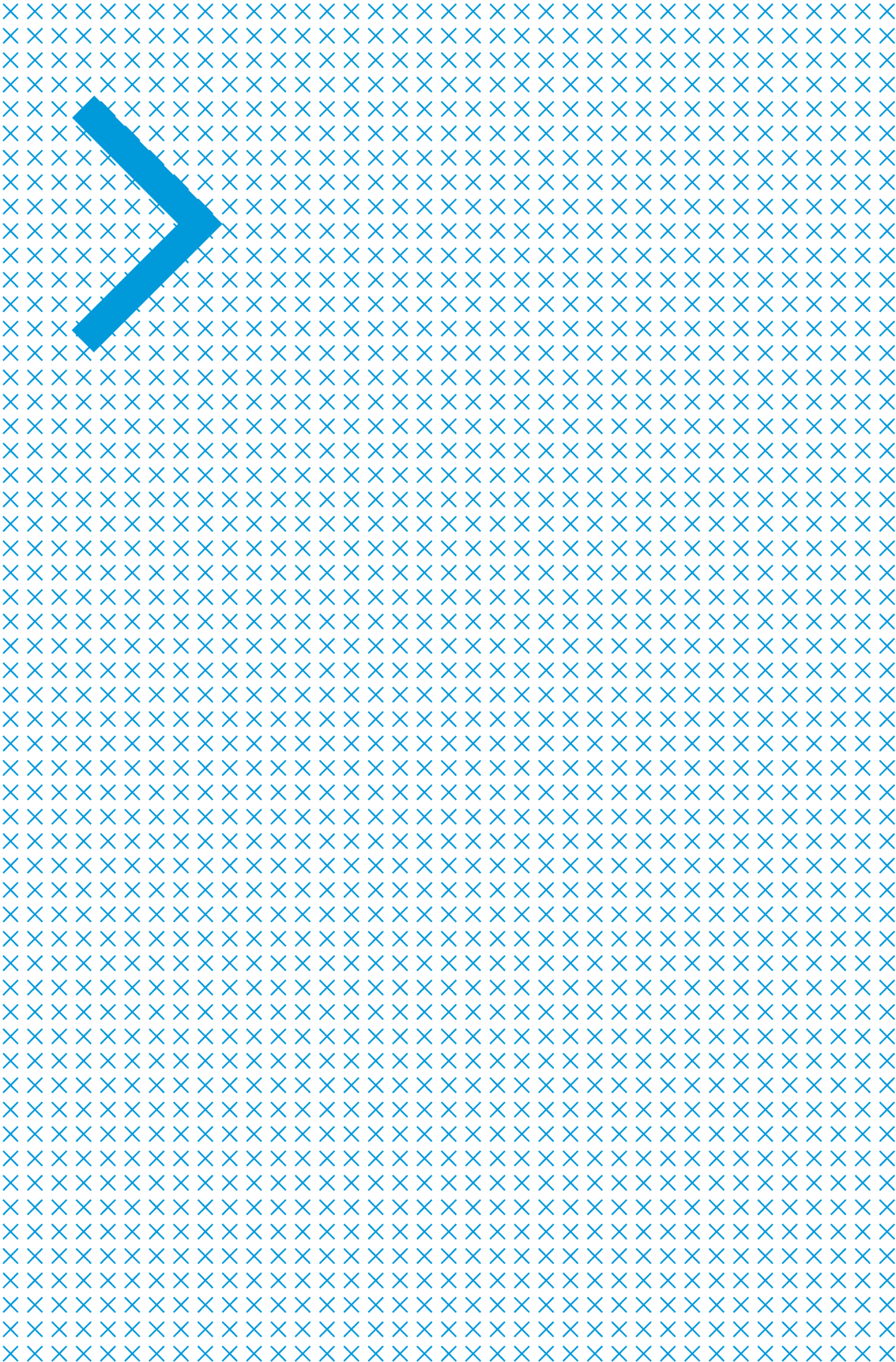
Design: Missing-Element

Sazba: Vladimír Vašek

ISBN 978-80-7440-176-3

Obsah

Souhrn	5
Kapitola 1	
Drogová situace v krajích	11
1.1 Trendy v užívání drog a způsoby aplikace	11
1.2 Služby na tanečních akcích	13
1.3 Užívání drog ve specifických skupinách	14
1.4 Sociálně vyloučené lokality	15
1.5 Hazardní hráčství	17
1.6 Lokální odhady problémových uživatelů drog	18
1.7 Infekční onemocnění v souvislosti s užíváním drog	19
1.8 Intoxikace a předávkování návykovými látkami	20
1.9 Drogová kriminalita	20
1.10 Přestupky v oblasti ochrany před škodami působenými alkoholem a tabákem ..	21
1.11 Přestupky v oblasti držení drog	21
1.12 Realizované studie na úrovni krajů v oblasti mapování drogové scény	25
Kapitola 2	
Koordinační mechanismy protidrogové politiky na krajské a místní úrovni	29
2.1 Krajské protidrogové koordinátory	29
2.2 Komise a pracovní skupiny v oblasti protidrogové politiky v krajích	31
2.3 Strategické dokumenty protidrogové politiky krajů	33
2.4 Hodnocení strategických dokumentů kraje	36
2.5 Spolupráce s dalšími subjekty	36
2.6 Další aktivity realizované v krajích v oblasti protidrogové politiky	37
2.7 Místní protidrogové koordinátory	40
2.8 Spolupráce krajských a místních protidrogových koordinátorů	42
2.9 Koncepční dokumenty protidrogové politiky měst a obcí s rozšířenou působností	42
2.10 Regulace v oblasti hazardních her rozšířená o loterie a jiné podobné hry v obcích	43
Kapitola 3	
Finanční zajištění protidrogové politiky v krajích	47
3.1 Zajištění financování protidrogové politiky z rozpočtu krajů	47
3.2 Zajištění financování protidrogové politiky v obcích	52
3.3 Výdaje na protidrogovou politiku v obcích v r. 2015	54
3.4 Financování z prostředků Evropského sociálního fondu	62
3.5 Analýzy financování sítě služeb v kraji	64
Kapitola 4	
Síť poskytovatelů služeb pro uživatele drog	69
4.1 Programy primární prevence v krajích	71
4.2 Služby v oblasti snižování rizik	73
4.3 Služby v oblasti ambulantní léčby	76
4.4 Služby v oblasti rezidenční léčby	79
4.5 Služby v oblasti následné péče	81
4.6 Ostatní specializované programy	83
4.7 Analýzy sítě služeb	85
4.8 Shrnutí identifikovaných nedostatků v síti služeb jednotlivých krajů	86
Příloha	
Seznam tabulek	89



Souhrn

Souhrnná zpráva o realizaci protidrogové politiky v krajích je vypracována na základě výročních zpráv o realizaci protidrogové politiky v jednotlivých krajích, které zpracovávají krajsí protidrogoví koordinátoři od r. 2004. Souhrnná zpráva nabízí popis aktuální situace a nových trendů v krajích (kapitola 2), souhrnný přehled a vzájemné srovnání krajů v oblasti koordinace (kapitola 3), financování (kapitola 4) a dostupnosti služeb v oblasti závislostí (kapitola 5). Tato zpráva poskytuje prostor pro informace vycházející ze znalostí lokální scény, individuálních a třeba i ojedinělých zkušeností poskytovatelů služeb, místních a krajských protidrogových koordinátorů.



- × V r. 2015 se i nadále objevuje vzestupný trend zneužívání opioidních léků, který byl poprvé zaznamenán v r. 2011 (viz Souhrnnou zprávu 2012). Zneužívání fentanylu, respektive roztoku z fentanylových náplastí, se objevuje v Hl. m. Praze, Plzeňském a Karlovarském kraji. Pro některé klienty se fentanyl stal primární drogou. Experimenty s fentanylem byly nově zaznamenány také ve Středočeském a Libereckém kraji. Dále pokračoval trend převážně injekčního užívání léku Vendal® Retard, obsahujícího morfin, v Hl. m. Praze, Jihočeském, Plzeňském, Karlovarském a Ústeckém kraji. V Plzeňském kraji se stal pro řadu klientů primární drogou.
- × I nadále se v Plzeňském a Ústeckém kraji objevuje injekční užívání léku Palladone®, s účinnou látkou hydromorfon. V Jihomoravském kraji se nově objevuje injekční užívání léku OxyContin®, s účinnou látkou oxycodon.
- × Na mnoha místech v České republice byl zaznamenán vzrůstající trend polymorfního užívání či nahrazování pervitinu jinými látkami. Snížení kvality drog a užívání nových a často neznámých látek pozorují i pracovníci nízkoprahových služeb v Libereckém kraji, což má za následek zhoršení zdravotního stavu, včetně častějšího výskytu psychotických epizod. Na Benešovsku (Středočeský kraj) pracovníci terénních programů v posledním roce zaznamenali výrazně rozšířené užívání opiátů získaných sběrem surového opia na makových polích a tím způsobených zdravotních komplikací spojených s rizikovým způsobem užívání.
- × Výroční zprávy Královéhradeckého, Pardubického a Jihomoravského kraje upozorňují na nárůst počtu klientů, jejichž primární drogou je marihuana. Ve Středočeském kraji byl zaznamenán nárůst dětských uživatelů marihuany, kteří se dostávali do kontaktu se službami.
- × V Sedlčanech (Středočeský kraj) zaznamenali injekční aplikaci mezi stále mladšími klienty. Naopak v Ústeckém, Libereckém a Královéhradeckém kraji se projevuje stárnutí uživatelů drog, stejně jako v Hl. m. Praze, kde se výrazně zhoršuje i jejich zdravotní stav a ekonomická situace. Tyto skutečnosti vedou také k odklonu od nelegálních drog směrem k užívání alkoholu, který je levnější a dostupnější.

- × Středočeský kraj i nadále uvádí mezi hlavními trendy setrvalé pronikání heroinu do drogové scény Mladoboleslavska, která byla dosud téměř bez heroinu. Návrat heroinu na drogovou scénu je spojován s jeho lepší dostupností a vyšší kvalitou. Nárůst počtu uživatelů heroinu se objevuje také v Jihočeském kraji.
- × I v r. 2015 se v Hl. m. Praze nadále projevoval fenomén propojování vietnamských občanů bez přístřeší závislých na návykových látkách s majoritní společností, sdílení společně vybudovaných přístřeší a squatů, zřejmě za účelem distribuce, případně výroby nelegálních návykových látek.
- × V souvislosti s problematikou přeshraničního pašování pervitinu do Německa a zapojení vietnamské komunity do drogové trestné činnosti, vyvíjí služby aktivy zaměřené na kontaktování uživatelů drog z vietnamské komunity. Poskytovatelé služeb však naráží na uzavřenost a těžkou přístupnost této komunity. Pro větší informovanost v rámci této komunity byly v Děčíně (Ústecký kraj) vytvořeny letáky o dostupných adiktologických službách ve vietnamštině.
- × Funkce krajského protidrogového koordinátora existuje ve všech krajích s výjimkou Moravskoslezského, kde agendu zajišťuje referent pro sociální služby. Funkce koordinátora je často kumulovaná s jinou agendou. Funkci krajského protidrogového koordinátora na celý úvazek vykonávalo v r. 2015 osm koordinátorů, nově byla tato funkce zřízena na plný úvazek ve Středočeském kraji.
- × V devíti krajích ze čtrnácti jsou zřízeny komise kraje pro otázky protidrogové politiky; ve dvou krajích se protidrogovou politikou zabývají poradní komise se širším záběrem. V dalších třech krajích (Královéhradeckém, Moravskoslezském a Jihomoravském), ve kterých není zřízena komise, existují pracovní skupiny, které se koordinací protidrogové politiky zabývají.
- × Protidrogová politika krajů většinou vychází z krajského strategického dokumentu pro oblast protidrogové politiky. Jen ve dvou krajích (Středočeském a Plzeňském) je protidrogová politika součástí širší strategie pokrývající celkově oblast sociální politiky nebo prevence kriminality.
- × V r. 2015 pokračoval v Ústeckém kraji trend pozitivních změn v zajištění koordinace protidrogové politiky. V předešlých letech byla protidrogová politika pouze součástí širších strategických dokumentů pokrývajících celkovou oblast sociální politiky nebo prevence kriminality. Zastupitelstvo Ústeckého kraje schválilo na počátku r. 2015 Strategii protidrogové politiky Ústeckého kraje na období 2015–2018, která je realizována prostřednictvím Akčního plánu realizace na období 2015–2018. V Ústeckém kraji došlo v průběhu r. 2015 ke schválení i dalších strategických dokumentů obsahujících otázky protidrogové politiky.
- × V r. 2015 byl ve Středočeském kraji připravován samostatný strategický dokument protidrogové politiky, Koncepce protidrogové politiky Středočeského kraje na léta 2016–2020. Zastupitelstvo Libereckého kraje schválilo v r. 2015 samostatný strategický dokument Plán protidrogové politiky Libereckého kraje na období 2015–2018. V Jihočeském kraji byla v r. 2015 schválena Minimální síť protidrogových služeb na území Jihočeského kraje 2015–2017.
- × Na úrovni obcí zajišťují koordinaci protidrogové politiky místní protidrogoví koordinátoři (MPK). Pozice místního protidrogového koordinátora byla v r. 2014 ustavena ve všech 22 správních obvodech Hl. m. Prahy a ve 188 obcích s rozšířenou působností

z celkového počtu 205. Z toho ve 13 obcích se nejedná přímo o pozici MPK, ale o určenou kontaktní osobu pro danou problematiku. V r. 2015 nedošlo k výrazným změnám v počtu MPK v jednotlivých krajích.

- ✘ V r. 2015 byla zpracována Koncepce protidrogové politiky města Chebu a ostatních patologických závislostí na období 2016–2020 a Plán protidrogové politiky města Chebu a ostatních patologických závislostí na rok 2016 (Karlovarský kraj). V několika obcích v Moravskoslezském kraji vznikl nový strategický dokument: Strategie protidrogové politiky statutárního města Ostravy na období 2016–2020, Koncepce prevence kriminality, protidrogové prevence a prevence jiných závislostí 2016–2020 města Frenštát pod Radhoštěm, Koncepce prevence kriminality Statutárního města Karviná na období 2016–2020 včetně Koncepce protidrogové prevence Statutárního města Karviná na období 2016–2020.
- ✘ Kraj Vysočina, Královéhradecký, Středočeský, Karlovarský, Plzeňský, Ústecký a Liberecký kraj zaznamenaly využívání zákonné kompetence obcí k regulaci hazardního hraní na svém území a s tím spojené snižování počtu videoloterijních terminálů na území těchto obcí.
- ✘ Kraje v r. 2015 vynaložily na protidrogovou politiku ze svých zdrojů 198,4 mil. Kč, obce pak 69,9 mil. Kč, samosprávy celkem tedy 268,3 mil. Kč. Objem výdajů z rozpočtů samospráv se tak oproti roku 2014 navýšil o 26,7 mil. Kč, a to i po odečtení částky na domovy se zvláštním režimem (7,7 mil. Kč), která nebyla v předchozích letech započítávána.
- ✘ Měřeno absolutní výší částky, na protidrogovou politiku se vynaložilo ze strany samospráv v r. 2015 nejvíce finančních prostředků v Hl. m. Praze (72,5 mil. Kč), v Moravskoslezském (33,7 mil. Kč) a Jihomoravském kraji (26,7 mil. Kč).
- ✘ Na spolufinancování protidrogové politiky v kraji z rozpočtu samospráv se obce podílí různou měrou. Jejich podíl se pohybuje od 9,1 % v Královéhradeckém kraji, 13,1 % v Karlovarském kraji a v Kraji Vysočina, 48,7 % v Moravskoslezském a Plzeňském kraji, až po 70,1 % v Ústeckém kraji, ve kterém je podíl obcí významně vyšší než podíl kraje.
- ✘ V r. 2015 se samosprávy podílely na financování jednotlivých oblastí protidrogové politiky následovně: záchytné stanice (80,1 mil. Kč), oblast harm reduction (79,6 mil. Kč), primární prevence (32,3 mil. Kč), rezidenční služby (27,8 mil. Kč), ambulantní služby (24,6 mil. Kč), následná péče (16 mil. Kč), preventivní a léčebné služby ve vězení (1,6 mil. Kč), koordinace, výzkum a informace (1,7 mil. Kč), sociální podniky (0,5 mil. Kč) a ostatní oblasti (4,5 mil. Kč).
- ✘ V oblasti snižování rizik je síť služeb v České republice relativně dobře vybudovaná. Území Moravy je pokryto rovnoměrně, v každém okrese existuje kontaktní centrum či sídlo terénního programu se zázemím (výjimkou je okres Brno-venkov), naopak v Čechách jsou tyto služby rozmístěny nerovnoměrně (Plzeňský, Středočeský, Liberecký, Královéhradecký, Pardubický kraj a Kraj Vysočina).
- ✘ Kraje spíše konstatují stabilitu relativně dobré místní dostupnosti služeb, zejména programů snižování rizik, nicméně dostupnost služeb z časového hlediska, z hlediska kapacit (personálních) a z hlediska spektra nabízených služeb je značně limitovaná. Z důvodu finančních problémů dochází k omezování jednotlivých činností a provozní doby a také ke snižování časové dotace na práci s klientem.

- ✗ Kraje již dlouhodobě upozorňují na nedostatky v síti služeb ambulantní léčby, na jejich nerovnoměrné rozložení a poddimenzovanost. Kraje rovněž upozorňují na nízký počet psychoterapeutů, psychiatrů a dalších lékařů, kteří jsou ochotní pracovat s uživateli drog v ambulantních zdravotnických zařízeních. Pozitivním trendem je vzrůstající počet specializovaných ambulancí pro patologické hráče financovaný prostřednictvím dotačního titulu RVKPP (Olomoucký, Zlínský, Jihomoravský, Liberecký, Ústecký, Královéhradecký, Jihočeský, Moravskoslezský kraj a Kraj Vysočina).
- ✗ Z poskytnutých údajů ve výročních zprávách stojí za zmínku situace sítě služeb v Karlovarském kraji, kde nebylo (stejně jako v roce 2014) identifikováno více typů služeb, v r. 2015 nebyl v tomto kraji ani jeden poskytovatel primární prevence (mimo škol, školských zařízení a aktivit policie), chybí také detoxifikace, substituční program, doléčovací program či terapeutická komunita.
- ✗ Informace o kapacitách jednotlivých služeb jsou pouze orientační. Data za primární prevenci jsou oproti r. 2014 ucelenější, a to i z důvodu, že velká část neziskových organizací prošla v r. 2015 certifikací MŠMT. Data za služby zajišťující snižování rizik jsou asi nejlépe zpracována a jsou nejpodrobnější. Bohužel, ani krajští koordinátoři mnohdy nedisponují přesnými informacemi (zejména u pobytových zdravotnických zařízení). U ambulancí je potom kapacita složitě určitelná (mnohdy je vyplňována aktuální kapacita oproti roční kapacitě).



Kapitola 1

Drogová situace v krajích

Tato kapitola se zaměřuje především na popis situace a trendy uváděné krajskými protidrogovými koordinátory v okruzích, které byly obsaženy v pokynech pro vypracování výročních zpráv o realizaci protidrogové politiky v jednotlivých krajích. Komplexní analýzu situace v ČR v oblasti užívání drog a jeho následků z různých zdrojů přináší každý rok Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v ČR. Tato kapitola tedy přináší spíše informace o jednotlivých místních drogových scénách, které vychází ze znalostí a náhledu krajských aktérů.



1.1 Trendy v užívání drog a způsoby aplikace

V r. 2015 se i nadále objevuje vzestupný trend zneužívání opiatových léků, který byl poprvé zaznamenán v r. 2011 (viz Souhrnnou zprávu 2012). Vzrůstající trend zneužívání fentanylu, respektive intravenózní aplikace substance vzniklé vyvařením použitých fentanylových náplastí ze zdravotnického odpadu nebo získaných přímo od onkologických pacientů či jejich příbuzných se objevuje v Hl. m. Praze, Plzeňském a Karlovarském kraji. Pro některé klienty se fentanyl stal primární drogou. Experimenty s fentanylem byly nově zaznamenány také v Kralupech nad Vltavou a v druhé polovině roku i v Mladé Boleslavi (Středočeský kraj) a v Libereckém kraji.

V r. 2015 také v Hl. m. Praze, Jihočeském, Karlovarském, Ústeckém a Plzeňském kraji pokračoval vzestupný trend převážně injekčního užívání léku Vendal® Retard proti bolesti, obsahujícího morfin (poprvé zaznamenáno v r. 2011, viz Souhrnná zpráva 2012). Při vstupu do Substitučního centra Plzeň organizace Spolek Ulice Plzeň klienti v 81 %¹ případů užívali Vendal® Retard jako primární drogu. V Hl. m. Praze je Vendal® Retard používán k výrobě heroinu a morfinu. Spolek Ulice Plzeň (Plzeňský kraj) obecně uvádí lék Vendal® Retard jako druhou nejčastěji užívanou látku mezi klienty svých služeb (četnější jsou uživatelé pervitinu). I nadále se v Plzeňském a Ústeckém kraji objevuje injekční užívání léku Palladone®, s účinnou látkou hydromorfon. Na Hodonínsku a Kyjovsku (Jihomoravský kraj) se nově objevuje injekční užívání léku OxyContin®, s účinnou látkou oxykodon. Pro zesílení účinků léku bývá jeho užívání také často nebezpečně kombinováno s alkoholem.

Vzrůstající trend polymorfního užívání či nahrazování pervitinu jinými látkami byl i v r. 2015 zaznamenán na mnoha místech České republiky. Jednalo se v jednotlivých krajích zejména o užívání: alkoholu (Jihomoravský, Středočeský, Olomoucký, Plzeňský

1 U klientů, kteří mají trvalý pobyt v Plzni, je to 100 %.

kraj a Hl. m. Praha), těkavých látek (Pardubický, Plzeňský, Středočeský kraj – Mladoboleslavsko a Jihomoravský kraj – Kyjovsko), marihuany (Jihomoravský, Olomoucký, Středočeský, Liberecký a Plzeňský kraj), nových syntetických drog (Hl. m. Praha a Jihočeský kraj), vietnamského crystal speedu (Karlovarský kraj), benzodiazepinů (Hl. m. Praze, Jihočeský, Olomoucký, Jihomoravský, Ústecký, Plzeňský a Středočeský kraj) či opioidních analgetik (Jihomoravský kraj). Na Příbramsku (Středočeský kraj) byl pervitin nahrazován MDMA v roli rekreační drogy. Na Benešovsku (Středočeský kraj) pracovníci terénních programů v posledním roce zaznamenali výrazně rozšířené užívání opiátů získaných sběrem surového opia na makových polích a s tím spojené zdravotní komplikace způsobené rizikovým způsobem užívání v přírodním prostředí. Sběr a užívání surového opia během letních měsíců bylo zaznamenáno i ve Zlínském, Jihomoravském, Olomouckém, Pardubickém a Středočeském kraji.

Výroční zprávy Královéhradeckého, Pardubického a Jihomoravského kraje upozorňují na nárůst počtu klientů, jejichž primární drogou je marihuana. Ve Středočeském kraji byl zaznamenán nárůst dětských uživatelů marihuany, kteří se dostávali do kontaktu se službami. V Jihočeském kraji a Hl. m. Praze se nárázově, ale s mnohem větší intenzitou než v předchozích letech, objevují informace o užívání kokainu². Zpráva Libereckého kraje upozorňuje, že velkou skupinu na místní drogové scéně tvoří nazální uživatelé pervitinu v prostředí nočního života ve věku okolo 19 let.

V Sedlčanech (Středočeský kraj) zaznamenali injekční aplikaci mezi stále mladšími klienty. Naopak v Ústeckém, Libereckém a Královéhradeckém kraji se projevuje stárnutí uživatelů drog, stejně jako v Hl. m. Praze, kde se výrazně zhoršuje i jejich zdravotní stav a ekonomická situace, což je mimo jiné způsobeno i zpřísněním pravidel ve sběrných surovinách. Tyto skutečnosti vedou také k odklonu od nelegálních drog směrem k užívání alkoholu, který je levnější a dostupnější. Služby na Brněnsku poukazují na častý vzorec chování u klientů užívacích alkohol pro zmírnění těžkých duševních stavů.

Oproti r. 2014, kdy došlo v řadě krajů k výraznému nárůstu počtu vydaných injekčních stříkaček, byl tento trend v r. 2015 zaznamenán pouze na Brněnsku (Jihomoravský kraj) a Nymbursku (Středočeský kraj). Naopak, na Chebsku (Karlovarský kraj) došlo k poklesu počtu vydaných kusů injekčních stříkaček. V Přerově a v Prostějově (Olomoucký kraj) probíhala v některých lékárnách v omezené míře bezplatná distribuce setů s harm reduction materiálem k injekční aplikaci.

Služby se napříč regiony i nadále snažily pracovat s klienty na zvýšení motivace k přechodu k méně rizikovým způsobům aplikace. Přestože byl v Plzeňském kraji zaznamenán zvýšený zájem o distribuci alobalů a tzv. šňupátek, zájem o perorální kapsle se snížil. V Karlovarském kraji zaznamenali zájem o distribuci želatinových kapslí ze strany klientů s vážnými žilními problémy, a to pouze dočasně, do zlepšení zdravotního stavu. Obdobná situace je v Libereckém kraji, kde někteří klienti omezují injekční aplikaci a volí jiné způsoby aplikace při prohlubování závažných zdravotních problémů. Ve Středočeském kraji byl zaznamenán mírný nárůst počtu klientů, kteří v r. 2015 využívali možnost aplikace pomocí kapslí.

2 Užívání kokainu se ovšem typicky vyskytuje v prostředí, kam standardní drogové služby svými aktivitami a nabídkou služeb nedosáhnou.

Obecně lze říci, že oproti předchozím letům téměř vymizelo užívání nových syntetických látek. Výjimku v tomto ohledu tvoří Hl. m. Praha, kde se terénní pracovníci i nadále setkávají s klienty, kteří vlivem kolísání kvality a dostupnosti pervitinu užívají syntetické deriváty z řad katinonů, které jsou oproti pervitinu levnější, často také bývají za pervitin prodeji zaměňovány. Snížení kvality drog a užívání nových a často neznámých látek pozorují i pracovníci nízkoprahových služeb v Libereckém kraji, což má za následek zhoršení zdravotního stavu, včetně častějšího výskytu psychotických epizod.

V Moravskoslezském kraji byl zaznamenán trend využívání nových komunikačních technologií a přesunu komunikace ohledně užívání a distribuce nelegálních návykových látek do internetového prostředí na uzavřených sociálních sítích.

Středočeský kraj i nadále uvádí mezi hlavními trendy setrvalé pronikání heroinu do drogové scény Mladoboleslavska, která byla dosud téměř bez heroinu. Návrat heroinu na drogovou scénu je spojován s jeho lepší dostupností a vyšší kvalitou. Zvýšená kvalita heroinu byla zaznamenána i v dalších místech Středočeského kraje. Nárůst počtu uživatelů heroinu se objevuje také v Jihočeském kraji.

1.2 Služby na tanečních akcích

Specifické preventivní programy na tanečních a hudebních akcích nejsou v ČR rozšířené, což souvisí s velmi limitovanou finanční podporou těmto aktivitám a neexistencí vhodného prostředku pro navázání kontaktu s touto specifickou scénou, který by nahradil v minulosti realizované intervence kvantitativního testování tablet (trvá od doby, kdy nebyl na národní úrovni akceptován tento nástroj přístupu harm reduction). Služby se preventivním aktivitám v prostředí noční zábavy věnují okrajově v rámci provozování a poskytování stávajících programů, zejména terénních. Informace o užívání drog jsou získávány od terénních pracovníků z regionů.

V r. 2015 realizovaly preventivní aktivity na letních hudebních festivalech v Olomouckém kraji Terénní programy Olomouc, Terénní programy Šumpersko (Společnost Podané ruce o.p.s.) a ojedinele také Terénní program organizace o.s. KAPPA-HELP. Terénní programy Magdaléna o.p.s. v rámci letních hudebních festivalů působily v okresech Beroun, Benešov, Příbram, Rakovník a Praha-západ. V Jihočeském kraji dochází ze strany služeb k nárazovému mapování situace na jednotlivých akcích (festivaly, slavnosti a koncerty). Organizace POINT 14 v Plzeňském kraji plánuje od června 2016 spuštění pilotního projektu intervencí v prostředí noční zábavy.

Na Brněnské klubové scéně působí program Terénních programů Brno Společnosti Podané ruce o.p.s. – terénní práce v prostředí noční zábavy. Nabízené intervence probíhají prostřednictvím informačního stánku³ a tzv. klidových zón. V roce 2015 terénní pracovníci v prostředí nočního života a zábavy navštívili 10 akcí v rámci brněnské klubové scény a 4 letní venkovní akce.

3 V rámci informačního stánku kromě poskytování informací a poradenství existuje možnost distribuce harm reduction materiálu, otestování se pomocí alkotestru či měření tepu a tlaku (především po užití návykových látek).

V Královéhradeckém kraji probíhají v některých městech kontroly zaměřené na požívání alkoholických nápojů či jiných návykových látek nezletilými. Výroční zprávy napříč kraji zmiňují celostátní akci „ALKOHOL“, zaměřenou na zakázaný prodej alkoholu nezletilým, která probíhala od října do prosince 2015. Do akce byli zapojeni zástupci státní správy a samosprávy včetně kontrolních složek státu (ČOI, živnostenské úřady).

1.3 Užívání drog ve specifických skupinách

O užívání drog ve specifických skupinách populace, jako jsou cizinci, etnické menšiny či skryté populace, nejsou k dispozici dostatečné informace. K nejpočetnější etnické menšině, se kterou drogové služby v jednotlivých krajích pracují, patří Romové. Cizinci nebo jiné etnické menšiny jsou v kontaktu se službami jen ojedinelé.

V Jihočeském kraji kvalifikované odhady terénních programů v některých oblastech hovoří až o 10 % uživatelů pervitinu mezi Romy. Na Karlovarsku tvoří Romové cca 36 % z celkového počtu klientů terénních programů a cca 45 % z celkového počtu registrovaných klientů v kontaktním centru. Na Ústecku tvoří až jednu třetinu klientů adiktologických služeb, na Mostecku, Šluknovsku a Teplicku potom až jednu polovinu (Ústecký kraj). V regionech Nymburska a Poděbradska (Středočeský kraj) kvalifikované odhady služeb hovoří o 25 % klientů romského etnika z celkového počtu klientů. Ve většině případů se jednalo o polyvalentní uživatele, kde dominuje užívání heroinu. Z průběžných orientačních testů bylo zřejmé, že minimálně 50 % těchto klientů je pozitivní na virovou hepatitidu C. Přibližně 50 % všech klientů Terénních programů Ulice organizace Spolek Ulice Plzeň náleží k romské menšině.

Ze strany poskytovatelů služeb jsou hlášena různá specifika práce s romskou menšinou, jako např. nedůvěřivost vůči programům (Ústecký kraj), problémy s vrácením použitých injekčních setů (Jihomoravský kraj) či opakované používání injekčních stříkaček a sdílení použitých jehel (Ústecký a Středočeský kraj), nemožnost navázat práci s klientem více strukturovaně (Jihomoravský, Ústecký kraj), skupinové kontakty a přítomnost dětí u kontaktů (Královéhradecký kraj) vícegenerační užívání (Středočeský, Královéhradecký kraj). V Libereckém kraji byl i v r. 2015 vedle užívání návykových látek zaznamenán zvýšený výskyt gamblersství, které se nevyhýbá ani romským ženám.

V Královéhradeckém kraji se však daří navázat relativně otevřený a sdílný kontakt s romskou komunitou. Obecně romská menšina využívá nejčastěji služeb výměnného programu a substituční terapie. V kontaktu s romskou klientelou se osvědčily některé metody: tzv. indigenní pracovníci (Ústecký, Plzeňský kraj), kontaktní práce v bytech (Plzeňský kraj) a sekundární výměna (Středočeský kraj). Na území hl. m. Prahy i nadále působí terénní program organizace SANANIM z.ú., který se zabývá specifickými skupinami klientů, jako jsou cizinci a Romové, pokud potřebují specifický přístup. Organizace POINT 14 (Plzeňský kraj) uvádí, že specifické skupiny, jako jsou cizinci, etnické menšiny či skryté populace, využívaly služeb prodejního automatu na injekční materiál. Poskytovatelé služeb v Ústeckém kraji uvádí, že mezi klienty patří spíše mladší generace Romů, kteří si mezi sebou předávají dobrou zkušenost se službami. Službám se neosvědčily informační letáky v romštině, ale ústně předávané informace v rámci etnika.

Na Mostecku a Lounsku (Ústecký kraj) a v Moravskoslezském kraji byl během r. 2015 zaznamenán mezi romskými komunitami vyšší výskyt inhalace těkavých látek. V Jihomoravském kraji dochází u Romů také ke zneužívání především těkavých látek, nežídká již v předškolním věku, a heroinu. Trendem nadále zůstává zapojení osob vietnamské národnosti a Romů do distribuce heroinu.

Služby zmiňovaly i problematiku navázání kontaktu s klienty z vietnamské komunity. V Ústeckém a Karlovarském kraji spatřují základní problém spolupráce v jazykové bariéře. Pro větší informovanost v rámci této komunity vytvořila v Děčíně (Ústecký kraj) organizace Centrum sociálních služeb Děčín p.o. letáky o dostupných adiktologických službách ve vietnamštině. Na základě informací od klientů kontaktního centra je na Mladoboleslavsku (Středočeský kraj) ve vietnamské komunitě užívání drog velmi rozšířené, ti však nejsou v přímém kontaktu se službami kontaktního centra. Přesto služby v několika krajích uvádějí občasný kontakt s vietnamskými uživateli v rámci nízkoprahových služeb (Karlovarský, Jihomoravský, Ústecký kraj).

Na území Prahy se nadále projevuje nový fenomén, a to vietnamští občané bez přístřeší závislí na nelegálních návykových látkách. I nadále pokračuje propojování těchto osob s osobami bez domova pocházejícími z majoritní společnosti, sdílení společně vybudovaných přístřeší, squatů a stanů, zřejmě za účelem distribuce, případně výroby nelegálních návykových látek

Služeb organizací v Karlovarském, Středočeském, Zlínském a Plzeňském kraji využívají také další cizinci, zejména Slováci, Bulhaři a Ukrajinci. V Substitučním centru Plzeň organizace Spolek Ulice Plzeň stoupl počet přijatých cizinců, kteří v České republice pracují a zrecidivovali zde. Pracovníci organizace KOTEC o.p.s. se setkávají s českými prostředníky, kteří poskytují výměnu injekčního materiálu i cizincům, kteří žijí na ubytovnách, harm reduction služby ze svých zemí neznají a mají tak obavu z přímého kontaktu. Na Mladoboleslavsku (Středočeský kraj) je vyšší počet uživatelů drog mezi cizinci, způsobený velkou fluktuací pracovních sil a přílivem zahraničních pracovníků žijících na ubytovnách, bez zakotvení ve městě či regionu. Tyto skupiny však nejsou v kontaktu se službami.

1.4 Sociálně vyloučené lokality

Informace o sociálně vyloučených lokalitách čerpají kraje většinou z Analýzy sociálně vyloučených romských lokalit a komunit a absorpční kapacity subjektů působících v této oblasti zpracované v r. 2006 a Analýzy sociálně vyloučených lokalit zpracované v r. 2015 pro MPSV, tedy z tzv. Gabalových analýz⁴. Některé kraje analýzu z r. 2006 aktualizovaly: Jihomoravský (v r. 2008), Karlovarský a Jihočeský (v r. 2010), Plzeňský (v r. 2011 a 2012), Královéhradecký (v r. 2012), Liberecký (v r. 2013), Jihočeský (v r. 2014) a Ústecký kraj (v r. 2014).

4 Realizované společnostmi GAC spol. s.r.o., a Nová škola, o. p. s., v letech 2005–2006 a společností GAC spol. s.r.o. v letech 2014 – 2015.

V Jihočeském kraji bylo při posledním průzkumu identifikováno 38 vyloučených lokalit ve 12 ORP⁵, na území ORP Třeboň (obec České Velenice) působí Agentura pro sociální začleňování; v Jihomoravském kraji jsou sociálně vyloučené lokality rozmístěny v sedmi obcích⁶; v Moravskoslezském kraji se nachází přibližně 60 vyloučených lokalit; Pardubický kraj kromě sociálně vyloučených lokalit⁷ zaznamenaných v Galalové analýze eviduje několik dalších oblastí, které taktéž vykazují prvky sociálního vyloučení⁸; v Libereckém kraji je celkem 48 vyloučených lokalit rozmístěných v sedmi obcích⁹; v Hl. m. Praze se sociálně vyloučené lokality nachází na území MČ Prahy 14. Analýza provedená v r. 2012 v Karlovarském kraji¹⁰ identifikovala celkem 31 obcí, jež lze považovat za sociálně vyloučené. V r. 2015 došlo na Ašsku (Karlovarský kraj) k zániku jedné sociálně vyloučené lokality¹¹. V Ústeckém kraji vzrostl počet sociálně vyloučených lokalit za posledních 9 let o jednu třetinu¹². Zároveň se v sociálních lokalitách kraje nachází výrazně vyšší koncentrace sociálně vyloučených osob, než je tomu v jiných krajích ČR¹³.

Karlovarský kraj ve své zprávě uvádí také odhad populace ohrožené sociálním vyloučením, respektive populace žijící v sociálně vyloučených lokalitách (většinou se jedná o romskou menšinu), a to 7000 osob. V Brně se odhaduje, že v deseti zjištěných sociálně vyloučených lokalitách žije přibližně 7000 Romů.

Specifické programy zaměřené na drogovou problematiku osob žijících v sociálně vyloučených lokalitách až na výjimky neexistují. Většinou se uživatelům drog z vyloučených lokalit věnují drogové služby v rámci své běžné činnosti. V první polovině r. 2015 probíhalo v jedné ze sociálně vyloučených lokalit na Vsetínsku (Zlínský kraj) pilotní ověření možnosti zahájení specifické části terénního programu, které však bylo z personálních důvodů spojených s omezenou bezpečností pracovníků přerušeno. Ve vyloučených lokalitách v Brně probíhá velká část Terénních programů organizace Společnost Podané ruce o.p.s. NZDM v Brně udává, že 90 % klientely tvoří děti a mládež pocházející ze sociálně vyloučených lokalit, a to aniž by se služba v dané lokalitě nacházela. Na Kladensku, Slánsku a Unhošťsku (Středočeský kraj) upozorňují organizace na nezájem o intenzivní spolupráci ze strany osob žijících ve vyloučených lokalitách. V Pardubickém kraji započalo v r. 2015 Centrum terénních programů organizace Laxus z.ú. práci v největší sociálně vyloučené lokalitě kraje – Borek v České Třebové. Pracovníkům se během krátké doby podařilo kontaktovat řadu uživatelů pervitinu a marihuany.

5 České Budějovice, Písek, Milevsko, Tábor, Jindřichův Hradec, Český Krumlov, Kaplice, Prachovice, Strakonice, Vimperk, Volary a Třeboň

6 Brno, Břeclav, Hodonín, Ivančice na Hané, Vyškov, Zastávka a Znojmo

7 Česká Třebová, Hrochův Týnec, Chrast, Chrudim, Pardubice, Prachovice, Svítavy, Ústí nad Orlicí, Vysoké Mýto

8 Soukromá ubytovna Padevět v České Třebové, lokalita v obci Čankovice, Lužec, Skuteč, jednotlivé domy v malých obcích na Chrudimsku

9 Liberec, Jablonec nad Nisou, Frýdlant, Semily, Česká Lípa, Tanvald, Nový Bor

10 Analýza sociálně vyloučených romských lokalit v Karlovarském kraji v rámci Individuálního projektu Podpora sociálního začleňování příslušníků sociálně vyloučených lokalit v Karlovarském kraji

11 Sociálně vyloučená lokalita Štítary zanikla z důvodu odkoupení domů obcí Krásná a jejich následné demolice.

12 V r. 2006 bylo v Ústeckém kraji označeno 63 sociálně vyloučených lokalit, na základě aktuální analýzy se udává 89 těchto lokalit.

13 Průměrný počet osob žijících v jedné sociálně vyloučené lokalitě v České republice činí 188 osob, v Ústeckém kraji je to 471 osob.

V Moravskoslezském kraji působil v r. 2015 v Ostravě jeden terénní program, který se specializoval na uživatele alkoholu.

Kraje se situaci v sociálně vyloučených lokalitách snaží řešit také prostřednictvím individuálních projektů. Např. v Kraji Vysočina byl 1. 4. 2014 zahájen projekt Podpora sociální integrace příslušníků romských lokalit, ukončen byl v polovině r. 2015. Dne 28. 5. 2015 se uskutečnila závěrečná konference pro odbornou a laickou veřejnost, na které byly prezentovány výstupy projektu.

V Pardubickém kraji probíhaly v rámci projektu Podpora integrace příslušníků sociálně vyloučených romských lokalit v Pardubickém kraji do poloviny r. 2015 v osmi sociálně vyloučených romských lokalitách programy terénní sociální práce a v šesti sociálně vyloučených romských lokalitách služby nízkoprahových zařízení pro děti a mládež z těchto lokalit.

Dále byl realizován projekt Podpora sociálního začleňování příslušníků sociálně vyloučených lokalit v Karlovarském kraji. Prostřednictvím jeho klíčové aktivity Podpora terénní sociální práce ve vyloučených lokalitách probíhaly do 30. 4. 2015 v 17 vybraných nejrizikovějších lokalitách programy individuální sociální práce. Aktivity projektu však pokračují i po jeho ukončení, za financování z prostředků ze státního rozpočtu ČR, z rozpočtů územních samospráv a strukturálních fondů EU.

1.5 Hazardní hráčství

Informace o počtu hazardních hráčů v léčbě získávají kraje většinou z ÚZIS ČR, případně velmi ojediněle ze služeb. Z limitovaných údajů, které krajsí koordinátoři mají k dispozici, uvádí ve svých zprávách nárůst počtu hazardních hráčů ve službách a léčbě oproti předchozím rokům. Stále častěji také poradenství a podporu vyhledávají rodinní příslušníci a osoby blízké hazardním hráčům (Jihomoravský, Plzeňský, Pardubický, Liberecký, Středočeský a Ústecký kraj).

V Jihomoravském kraji přibývá i žen, které služby pro patologické hráče vyhledaly. Ženy dochází častěji v pozdějších fázích svého problému, kdy necítí jinou možnost řešení situace. Daleko více než u mužů se u nich projevují pocity studu. I u žen se objevuje široké spektrum druhů patologického hráčství, jde však často o chování o samotě a u ústraní, nikoli o společenskou aktivitu.

Často bývá zmiňován výskyt kombinované diagnózy: pracovníci brněnské služby Lotos o.p.s. uvádí u cca 20 % klientů závislost na alkoholu v kombinaci s patologickým hráčstvím; na Karlovarsku poskytovatelé služeb evidovali častou kombinaci patologického hráčství s užíváním návykových látek; v Ústeckém kraji evidují velkou skupinu patologických hráčů, kteří jsou zároveň uživateli pervitinu. Také v regionech Středočeského kraje (Mladoboleslavsko, Příbramsko, Benešovsko, Berounsko, Rakovnicko a Praha-západ) se problém hazardního hráčství jeví jako velmi úzce spjatý právě s užíváním pervitinu, alkoholu nebo kombinací obojího. Výjimkou však nebyli ani uživatelé marihuany a opiátů.

NZDM v Brně Společnosti Podané ruce o.p.s. uvádí, že problém s patologickým hráčstvím má 30 % jejich klientů. Z toho důvodu zavádí program Hra na hraně,

vzdělávací program zaměřený na problémové hráčství, převedený na české prostředí pro preventivní pracovníky s dětmi a mládeží v NZDM. Specifické služby pro cílovou skupinu hazardních hráčů existují stále spíše ojediněle, přesto se jejich počet meziročně postupně navyšuje. Klienti s problémem hazardního hraní i nadále vyhledávají pomoc ve stávajících službách pro uživatele návykových látek.

Ve Středočeském kraji nabízí služby patologickým hráčům a jejich blízkým Magdaléna, o.p.s.; v Libereckém kraji organizace ADVAITA, z.ú.; v Královéhradeckém a Pardubickém kraji Laxus z.ú.; v Ústeckém kraji organizace WHITE LIGHT I., z.ú., Světlo Kadaň z.s., DRUG - OUT Klub, z.s. a Centrum sociálních služeb Děčín, p.o., v Moravskoslezském kraji organizace Krystal Help o.s. a Modrý kříž v České republice; v Jihočeském kraji organizace PREVENT 99 z.ú.; v Plzeňském kraji Centrum protidrogové prevence a terapie, o. p. s. Organizace Společnost Podané ruce o.p.s. své služby patologickým hráčům a jejich blízkým nabízela i v r. 2015 v Jihomoravském, Olomouckém a Zlínském kraji. Na území Hl. m. Prahy služby patologickým hráčům poskytuje Prev-Centrum, z.ú., SANANIM, z.ú. a Centrum ALMA, o.p.s.

Ačkoli ve službách i nadále převládají hazardní hráči technických her¹⁴, je sledován trend vyššího počtu hráčů on-line hazardních her a sázkových her (Jihomoravský a Středočeský kraj). V některých regionech Středočeského kraje se stále častěji ve službách objevovali i hazardní hráči kasinových her a rulety.

V r. 2015 vznikly v Jihočeském kraji dvě nové služby pro patologické hráče v rámci organizace PREVENT 99 z.ú. Od r. 2015 poskytuje Centrum protidrogové prevence a terapie, o. p. s. v Plzeňském kraji základní poradenské a terapeutické služby pro patologické hráče rovněž při kontaktním centru, organizace Kolpingovo dílo v Kraji Vysočina služby ambulantní léčby pro cílovou skupinu patologických hráčů.

1.6 Lokální odhady problémových uživatelů drog

Základním zdrojem informací o počtu problémových uživatelů drog¹⁵ v jednotlivých krajích jsou odhady Národního monitorovacího střediska pro drogy a závislosti (dále NMS) zveřejněné ve Výroční zprávě o stavu ve věcech drog v ČR. Většina krajů nerealizuje vlastní odhady míry problémového užívání drog; při odhadování skryté populace problémových uživatelů drog vychází spíše z expertních odhadů služeb pracujících s touto cílovou skupinou.

V Jihočeském kraji je odhad z r. 2013, založený na údajích nízkoprahových služeb, cca 1900–2100 osob, z toho injekčních uživatelů drog 1700–1800 osob. Dalších cca 200 osob tvoří neinjekční uživatelé zejména pervitinu. Převažuje cca ze tří čtvrtin užívání pervitinu, čtvrtina jsou opiáty (především Subutex®).

14 Pojem „technická hra“ je v této zprávě užíván pro hazardní hru provozovanou prostřednictvím technického zařízení přímo obsluhovaného sázejícím. Laicky jsou tato zařízení často označována jako automaty, patří k nim výherní hrací přístroje, lokální loterijní systémy, (interaktivní) videoloterijní terminály, elektromechanická ruleta, tzv. kvízomaty, tzv. slevostroje, popř. další méně časté hry, např. elektronické kostky.

15 V odhadech NMS na národní úrovni je problémové užívání drog definováno jako injekční užívání drog a/nebo dlouhodobé a pravidelné užívání opiátů/opioidů a/nebo pervitinu.

V Karlovarském kraji poskytovatelé služeb odhadují skrytou populaci problémových uživatelů drog na cca 1 500 osob; v kontaktu s nízkoprahovými službami je odhadem přibližně 60 % populace problémových uživatelů drog. Nejčastěji užívanou drogou je pervitin, který je nitrožilně aplikován denně, případně obden. Královéhradecký kraj uvádí 743 uživatelů drog v kontaktu s nízkoprahovými službami, z toho 413 injekčních uživatelů drog. Odhad na základě statistik adiktologických služeb a odhadů obcí v Libereckém kraji činí 3000 problémových uživatelů drog.

V Pardubickém kraji se dlouhodobě odhaduje počet problémových uživatelů na cca 700–800 osob, jde o odhad realizovaný v r. 2003, kdy byly použity 3 způsoby odhadu založené na datech služeb pro uživatele drog. Tento odhad se shoduje i s kvalifikovaným odhadem pracovníků harm reduction služeb, který činí 750 problémových uživatelů drog v kraji. S použitím multiplikační metody, podle metodiky NMS, se odhaduje v r. 2015 přibližně 1614 problémových uživatelů drog, z toho injekčních uživatelů drog na 712 osob.

Ve zprávě Zlínského kraje je uveden průměrný počet klientů služeb přepočtený na 10 000 obyvatel, což v kraji činí 23 osob, z toho 19 injekčních uživatelů drog.

1.7 Infekční onemocnění v souvislosti s užíváním drog

Krajští protidrogoví koordinátoři čerpají informace o výskytu infekčních onemocnění u uživatelů drog zejména ze statistik krajských hygienických stanic – pro celorepublikové srovnání viz Výroční zprávu o stavu ve věcech drog v ČR v r. 2014.

Podle pracovníků v Pardubickém kraji z hovorů s klienty vyplývá jejich vzrůstající informovanost a tendence k zodpovědnějšímu chování. V Plzeňském kraji byl zaznamenán velký nárůst poptávky ze strany klientů o testování krví přenosných onemocnění. Protestovanost ve službách Centra protidrogové prevence a terapie, o.p.s., se ve srovnání s r. 2014 zvýšila o 110 %. Zároveň byl zaznamenán nárůst počtu osob, které se o službě anonymního bezplatného testování dozvěděly prostřednictvím internetu. Podíl testovaných uživatelů drog na infekční nemoci na celkovém počtu uživatelů se pomalu navyšuje, nicméně v některých případech služby uvádí, že zejména z finančních důvodů byly nuceny testování svých klientů pozastavit. Organizace KOTEC o.p.s. (Plzeňský kraj) byla z finančních důvodů nucena ukončit službu testování na HIV a virové hepatitidy v polovině r. 2015. Ve Zlínském kraji opět došlo ve srovnání s předchozím rokem k poklesu testovaných osob i počtu provedených testů u obou typů virových hepatitid.

V reakci na epidemické šíření virové hepatitidy typu A (VHA) mezi injekčními uživateli drog v okrese Liberec bylo v Libereckém kraji v r. 2015 zorganizováno testování 33 klientů Kontaktního centra Liberec organizace ADVAITA, z.ú., na virovou hepatitidu typu A v součinnosti s Krajskou hygienickou stanicí a Odborem zdravotnictví Krajského úřadu Libereckého kraje. Následně proběhlo očkování 13 klientů, kteří projevíli zájem a nebyli VHA pozitivní.

V Bruntále (Moravskoslezský kraj) byla v prosinci 2014 uzavřena smlouva s platností do 31. 12. 2015 mezi Podhorskou nemocnicí, a.s. a Městským úřadem Bruntál

o anonymním testování osob užívajících návykové látky na virovou hepatitidu typu A, B a C. Tato smlouva byla prodloužena v průběhu r. 2015 až do 31. 12. 2016. Testování probíhá vždy v měsících únor, květen, srpen a listopad.

Některé služby se v r. 2014 zúčastnily testování v rámci Evropského testovacího týdne na HIV/AIDS a v rámci Světového dne AIDS (Ústecký, Plzeňský kraj).

Kontaktní a poradenské centrum v Děčíně (Ústecký kraj) realizovalo v r. 2015 projekt „Prevence je správná cesta“, jehož smyslem bylo preventivně formou terénní práce působit na mládež ve věku 10–26 let v oblasti rizikového chování a pohlavně přenosných nemocí, především HIV/AIDS, a zajistit dostupnost anonymního testování pro veřejnost. Projektu se zúčastnilo 192 mladých lidí. Součástí projektu bylo i 6 besed na uvedené téma, kterých se zúčastnilo 142 osob.

1.8 Intoxikace a předávkování návykovými látkami

Opětovně je hlavním zdrojem informací o intoxikacích návykovými látkami či případy předávkování Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v ČR.

V průběhu r. 2015 byly v Moravskoslezském kraji zaznamenány 2 případy úmrtí v důsledku předávkování, Plzeňské služby také zaznamenaly případy předávkování: organizace POINT 14 uvedla 1 případ smrtelného předávkování, organizace Spolek Ulice Plzeň poskytla informaci, že došlo k několika úmrtím klientů, ovšem bez možnosti potvrdit přímou souvislost s předávkováním.

V Ústeckém kraji byl zaznamenán jeden případ smrtelného předávkování, způsobeného relapsem obvyklou dávkou drogy po návratu z léčby. Kontaktní centrum organizace Most k naději, z.s., uvádí 2 případy smrtelného předávkování, služby na Ústecku pak dalších 6 úmrtí klientů z důvodů předávkování, sepse a přehřátí organismu. V Libereckém kraji došlo k jednomu úmrtí vlivem předávkování, ve Středočeském kraji byl zaznamenán případ úmrtí jedné osoby vlivem akutní intoxikace letálními dávkami léků.

Služby terénních programů na Kladensku, Slánsku a Unhošťsku (Středočeský kraj) zaznamenaly několik případů vážného předávkování způsobených problémovým užíváním drog a jejich substituce zároveň. Na Kladensku (Středočeský kraj) byla evidována 2 úmrtí klientů v přímé souvislosti s předávkováním.

1.9 Drogová kriminalita

Tato kapitola uvádí příklady nejvýznamnějších realizovaných případů odhalení drogové kriminality na úrovni krajů.

✗ Ve Zlínském kraji byly v r. 2015 odhaleny 2 velké pěstírny rostlin konopí umístěné v nebytových prostorech. Zajištěno bylo v jedné z nich cca 680 rostlin, ve druhé cca

800 (nejvyšší záchyt konopí ve Zlínském kraji byl 1618 rostlin v roce 2012). V jednom z případů byl na pěstování zjištěn podíl osob vietnamské národnosti.

- ✕ Zejména v příhraničních oblastech se i nadále zvyšuje trend zapojení vietnamských občanů do velkoobjemové výroby a distribuce metamfetaminu a konopných drog (Jihočeský, Ústecký, Liberecký a Karlovarský kraj). Ve zprávě Karlovarského kraje za účinná považují zavedená součinnostní opatření s policií Spolkové republiky Německo a rozsáhlé kontroly ve vietnamských tržnicích. V Ústeckém kraji byl koncem r. 2014 zřízen pracovní tým TOXI, který byl v r. 2015 rozšířen na 54 pracovníků a vedle potírání drogové kriminality zajišťuje výměnu informací týkajících se drogové kriminality v příhraničí s policií Svobodného státu Sasko.
- ✕ Nadále je zaznamenán trend dovozu léčivých přípravků s obsahem pseudoefedrinu určených k výrobě pervitinu z Polska (Liberecký, Ústecký, Zlínský, Pardubický a Moravskoslezský kraj). Zpráva Libereckého kraje v souvislosti s dovozem léků s obsahem pseudoefedrinu upozorňuje na zaměstnance každodenně dojíždějící z Polska do Libereckého kraje.
- ✕ V Karlovarském kraji byly v r. 2015 odhaleny 3 případy zvláště závažného zločinu nedovolené výroby a jiného nakládání s OPL a jedy. Zadržení muži u sebe přechovávali látky obsahující metamfetamin¹⁶. Ve dvou případech se jednalo o cizince.
- ✕ I v r. 2015 pokračoval na území Ústeckého kraje trend odklonu od velkých pěstíren rostlin konopí a naopak zřizování většího množství menších pěstíren, u drobných výrobců metamfetaminu byl zaznamenáván přesun z bytů do přírody či zahrádkářských kolonií. Podobný trend se objevuje i ve Zlínském kraji.

1.10 Přestupky v oblasti ochrany před škodami působeními alkoholem a tabákem

Zlínský kraj uvedl ve své výroční zprávě také údaje o počtu přestupků podle zákona č. 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami působeními tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami (dále „zákon 379/2005 Sb.“).

Na úseku ochrany před alkoholismem bylo v r. 2015 ve Zlínském kraji městskou (obecní) policií provedeno 3 913¹⁷ kontrol podle zákona č. 379/2005 Sb., při kontrolách bylo zjištěno celkem 407 přestupků. Krajské ředitelství policie uvedlo, že bylo provedeno celkem 109 kontrol podle zákona č. 379/2005, přičemž bylo zjištěno 137 přestupků. Na meziročně zvýšeném počtu kontrol i počtu zjištěných přestupků se podílely celostátní kontroly zakázaného prodeje alkoholu mladistvým a dětem v rámci AKCE AKOHOL. V souvislosti se zákonem č. 200/1990 Sb., o přestupcích, bylo ve Zlínském kraji zjištěno 2 104 přestupků, přičemž více než 80 % z nich v oblasti alkoholu.

1.11 Přestupky v oblasti držení drog

Počet řešených přestupků držení drogy v množství malém, tj. podle § 30, odst. 1, písm. j) a k) zákona č. 200/1990 Sb., o přestupcích, podle druhu drogy a množství

¹⁶ Jednalo se o zadržené množství 9885,9 g, 3200 g a 1600 g.

¹⁷ Jedná se o údaj bez informací od městské policie Rožnov pod Radhoštěm, Uherský Brod a Valašské Klobouky.

zadržené látky, je sbírán z obcí prostřednictvím krajských protidrogových koordinátorů. Je nutné uvést, že údaje uvedené v této zprávě se liší od údajů z oficiálních výkazů o přestupcích Ministerstvu vnitra. Tyto údaje je potřeba považovat za orientační, ovšem jejich přínosem je rozdělení případů podle drog, které oficiální sběrný systém Ministerstva vnitra neumožňuje. Následující tabulky uvádějí počet přestupků zvlášť podle písm. j) a k) odst. 1 § 30 zákona č. 200/1990 Sb. a dále také množství drog zadržených při těchto přestupcích, což je také údaj, který není dostupný z ročního výkazu o přestupcích pro Ministerstvo vnitra ani z jiných zdrojů.

Tabulka 1-1: Počet pachatelů přestupků projednaných v r. 2015 podle § 30, odst. 1, písm. j) zákona č. 200/1990 Sb. v rozdělení podle druhu drogy

Kraj	Konopné drogy	Pervitin	Extáze	Heroin	Kokain	Subutex® / Suboxone®	Houby obsahující OPL	Jiná OPL	Celkem osob
Hl. m. Praha	342	125	6	13	8	3	1	100	573
Středočeský	379	76	4	6	1	2	0	2	470
Jihočeský	44	12	3	1	1	0	0	1	58
Plzeňský	61	18	0	0	0	0	0	1	80
Karlovarský	23	15	0	1	0	0	0	0	39
Ústecký	124	61	2	6	0	3	1	3	194
Liberecký	46	36	0	0	1	0	0	0	93
Královéhradecký	912	61	4	0	0	0	3	0	1 009
Pardubický	62	3	0	0	0	0	2	0	67
Vysočina	29	0	0	1	0	0	0	1	31
Jihomoravský	86	32	3	1	1	0	1	2	118
Olomoucký	49	7	0	0	0	0	1	0	55
Zlínský	68	30	1	0	0	0	3	0	101
Moravskoslezský	–	–	–	–	–	–	–	–	104
Celkem osob	2 227	476	23	29	11	8	12	110	2 992
– z toho do 18 let	124	7	2	0	0	0	2	1	146
– z toho přes 18 let	2 103	469	21	29	11	8	10	109	2 846

Pozn.: „Celkem osob“ nemusí být součtem osob v řádku, protože jedna osoba mohla být sankcionována za držení více drog zároveň. Např. jedna osoba, která byla sankcionována zároveň za držení konopných drog, pervitinu a extáze, bude vykázána v každém řádku podle typu drogy, ale jen jednou v řádku „Celkem osob“.

Tabulka 1-2: Počet pachatelů přestupků projednaných v r. 2015 podle § 30, odst. 1, písm. k) zákona č. 200/1990 Sb. podle věku pachatele a druhu drogy

Kraj	Rostliny konopí	Jiné rostliny nebo houby obsahující OPL	Celkem osob
Hl. m. Praha	9	0	9
Středočeský	16	0	16
Jihočeský	9	0	8
Plzeňský	9	0	9
Karlovarský	7	1	8
Ústecký	23	5	28
Liberecký	15	0	15
Královéhradecký	16	0	16
Pardubický	9	0	9
Vysočina	3	0	3
Jihomoravský	18	2	20
Olomoucký	3	0	3
Zlínský	10	0	10
Moravskoslezský	0	0	7
Celkem	147	8	161
– z toho do 18 let	5	0	5
– z toho přes 18 let	142	8	156

Pozn.: „Celkem osob“ nemusí být součtem osob v řádku, protože jedna osoba mohla být sankcionována za držení více drog zároveň. Např. jedna osoba, která byla sankcionována zároveň za držení konopných drog, pervitinu a extáze, bude vykázána v každém řádku podle typu drogy, ale jen jednou v řádku „Celkem osob“.

Tabulka 1-3: Množství drog zajištěných v r. 2015 v rámci projednaných přestupků podle § 30, odst. 1, písm. j) a k) zákona č. 200/1990 Sb. v rozdělení podle druhu drogy

Kraj	Konopné drogy (g)	Rostliny konopí (ks)	Pervitin (g)	Pervitin (ml)	Extáze (ks tablet)	Heroin (g)	Kokain (g)	Subutex®/Suboxone® (ks tablet)	Houby obsahující OPL (ks)	Jiné rostliny obsahující OPL (g)
Hl. m. Praha	752,74*	36	74,59	32,25	87	3,55 g + 0,45 ml	14,14	2,4	–	–
Středočeský	620,21**	60	68,78	–	23 ks + 0,13 g	6,85	1	5	–	15,24
Jihočeský	448,06	27	9,09	–	778,9 g	–	0,59	–	–	–
Plzeňský	761,53	432,7 g	9,09	–	–	–	–	–	–	–
Karlovarský	209,69	–	5,42	–	–	–	0,08	–	–	–
Ústecký	2 873,24	19	29,51	–	2	1,38	–	0,63 g	8 ks	–
Liberecký	931,64	10	242,97	–	–	–	–	–	–	–
Královéhradecký	331,14	39	28,98	–	–	–	–	–	30 ks	–
Pardubický	1 376,35	6	5,78	–	–	–	–	–	–	–
Vysočina	111,14	14	–	–	–	0,46	–	–	–	0,69
Jihomoravský	7 808,66	42	16,97	–	5	–	0,71	–	38 ks	–
Olomoucký	482,60	12	7,55	–	–	–	–	10	–	–
Zlínský	2 639,19	23	15,97	–	–	–	–	–	3,17 g	–
Moravskoslezský	475,48	10	7,76	8	–	–	–	–	–	–
Celkem	19 821,67	298 ks + 432,7 g	522,46	40,25	117 ks à 779,16 g	12,24 g à 0,45 ml	16,52	93,4 ks à 0,63 g	76 ks a 3,17 g	15,93 g

* Praha – k tomu ještě bylo zachyceno 10 čipků s 105mg THC.

** Středočeský kraj – k tomu bylo zachyceno ještě 361,16 g vč. obalu, 19,44 g bez obalu a 57,24 g vč. obalu v obci Kolín a 322,83 g vč. obalu v obci Mladá Boleslav.

Pozn.: K údajům uvedeným v tabulce bylo ještě zachyceno: Hl. m. Praha – Dihydrokodein 0,645 g, Diazepam 5mg.


1.12 Realizované studie na úrovni krajů v oblasti mapování drogové scény

V některých krajích byly v roce 2015 realizovány lokální studie či analýzy mapující drogovou situaci. Přehled studií uvedených v krajských zprávách uvádí následující tabulka.

Tabulka 1-4: Přehled realizovaných studií v roce 2015

Kraj	Název studie	Realizátor	Výsledky
Hl. m. Praha	Nové psychoaktivní látky v České republice – Efektivní reakce na nové psychoaktivní látky mezi problémovými uživateli drog v Evropě	SANANIM z.ú. (A. Herzog, T. Vejrych, J. Richter)	http://www.edekontaminace.cz/clanek/1/454/nove-psychoaktivni-latky-v-Ceske-republice.html
Plzeňský	Preference jednotlivých opioidů mezi klienty spolku Ulice – Agentura sociální práce	J. Frýbert, M. Ackrmannová (Spolek Ulice Plzeň)	http://casopis.adiktologie.cz/casopis/3-15-2015
	Rivotril	P. Kubečková, P. Krumposová (Terénní program Ulice, Spolek Ulice Plzeň)	http://www.edekontaminace.cz/clanek/1/469/rivotril.html
Pardubický	Monitoring prevence rizikového chování mateřských, základních a středních škol Pardubického kraje	Pedagogicko-psychologická poradna Ústí nad Orlicí – Krajské centrum primární prevence	https://www.pardubickykraj.cz/viewDocument.asp?document=30029
Vysočina	Analýza potřebnosti a kapacity léčebných služeb v kraji	Kraj Vysočina	
Zlínský	Průzkum rizikových typů chování	Krajská školská koordinátorka	
	Gambling u dlouhodobých uživatelů pervitinu	J. Zahradník (FF Univerzita Palackého v Olomouci)	
Jihomoravský	Situační analýza – drogová situace ve městě Brně a systém pomoci	J. Černý	http://brno.cz/sprava-mesta/magistrat-mesta-brna/usek-socialne-kulturni/odbor-socialni-pece/
	Stručná analýza sociálního vyloučení na území města Brna	město Brno ve spolupráci s Agenturou pro sociální začleňování	http://brno.cz/sprava-mesta/magistrat-mesta-brna/usek-socialne-kulturni/odbor-socialni-pece/
	Výzkumná evaluace preventivních programů „Na zdraví?“ a „Do dna?“ (prevence užívání alkoholu)	Centrum prevence v Brně, Společnost Podané ruce, o.p.s., a FF Masarykova Univerzita Brno	

Kraj	Název studie	Realizátor	Výsledky
Královéhradecký	Analýza drogové problematiky – Broumov	RIAPS Trutnov	http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/socialni-oblast/socialni-prevence/protidrogova-politika/analiza-drogove-problematiky-broumov-91796/
	Program prevence rizikového chování pro roky 2012–2015	Nové Město nad Metují	http://www.novemestonm.cz/Program_prevence_rizikoveho_chovani



➤ 2

Kapitola 2

Koordinační mechanismy protidrogové politiky na krajské a místní úrovni

Základními koordinačními nástroji protidrogové politiky na krajské a místní úrovni jsou:

- × funkce krajského protidrogového koordinátora (měl by mít plný úvazek),
- × iniciativní nebo poradní orgány pro oblast protidrogové politiky (protidrogové komise, pracovní skupiny),
- × krajské strategie a akční plány protidrogové politiky,
- × vyhodnocení situace v oblasti protidrogové politiky ve výroční zprávě o realizaci protidrogové politiky kraje.

Na místní, respektive obecní úrovni je koordinace protidrogové politiky zajišťována analogicky a obce v případě potřeby:

- × zřizují funkci místního protidrogového koordinátora (částečný úvazek),
- × vytváří zvláštní iniciativní nebo poradní orgány,
- × zpracovávají místní protidrogové plány.

2.1 Krajsští protidrogoví koordinátoři

Funkce krajského protidrogového koordinátora (dále KPK) je zřízena ve všech krajích s výjimkou Moravskoslezského kraje, kde tuto funkci zastává referent pro sociální služby. Přestože zákon č. 379/2005 Sb. výslovně stanoví, že v rámci pracovního poměru krajského protidrogového koordinátora nemůže být sjednán jiný druh práce, než je plnění úkolů krajského protidrogového koordinátora, má většina krajských protidrogových koordinátorů ve své náplni i další agendy, nejčastěji prevenci kriminality.

Krajsští protidrogoví koordinátoři jsou v organizační struktuře krajského úřadu zařazeni většinou na pozici referenta odborů sociálních věcí (9×), na odboru zdravotnictví (2×), na odboru školství (2×); v jednom případě je krajský koordinátor zařazen na odboru kanceláře hejtmána.

Funkci KPK na celý úvazek vykonávalo v r. 2015 osm koordinátorů. Nově byla zřízena pozice KPK na plný úvazek ve Středočeském kraji, kde rovněž došlo ke změně v zařazení v organizaci krajského úřadu, nově KPK spadá pod Odbor mládeže a sportu, oddělení prevence a koncepce. Během r. 2015 došlo k personálním obměnám ve funkci KPK v Pardubickém, Královéhradeckém a Středočeském kraji. K žádným dalším změnám ve funkci ani v postavení krajských protidrogových koordinátorů v r. 2015 nedošlo.

Tabulka 2-1: Postavení krajských protidrogových koordinátorů v r. 2015

Kraj	Zařazení funkce KPK v organizaci krajského úřadu	Úvazek KPK*	Další agendy vykonávané KPK
Hl. m. Praha	Odbor zdravotnictví, sociální péče a prevence MHMP, oddělení prevence	1,0	–
Středočeský	Odbor školství, mládeže a sportu, oddělení prevence a koncepce	1,0	–
Jihočeský	Odbor sociálních věcí a zdravotnictví, oddělení prevence a humanitních činností	1,0	vedoucí oddělení prevence a humanitních činností
Plzeňský	Odbor sociálních věcí, oddělení správní a realizace projektů	0,5	koordinátor prevence kriminality
Karlovarský	Odbor sociálních věcí, oddělení sociálních věcí	0,33	manažer prevence kriminality a krajský metodik prevence
Ústecký	Odbor sociálních věcí, oddělení plánování a rozvoje služeb	1,0	činnost v rámci individuálního projektu Podpora integrace romské komunity v Ústeckém kraji 2
Liberecký	Odbor sociálních věcí, oddělení sociální práce	0,75	koordinace tvorby krajského plánu pro začleňování osob zdravotně postižených
Královéhradecký	Odbor sociálních věcí, oddělení analýz, koncepcí a financování	1,0	prevence kriminality
Pardubický	Odbor sociálních věcí, oddělení koncepční	0,5	manažer prevence kriminality
Vysočina	Odbor sociálních věcí, oddělení sociálních služeb	1,0	koordinátor primární prevence sociálně patologických jevů
Jihomoravský	Odbor školství, oddělení prevence a volnočasových aktivit	0,5	krajský školský koordinátor prevence
Olomoucký	Odbor zdravotnictví	1,0	–
Zlínský	Odbor Kanceláře hejtmána, oddělení neziskového sektoru	1,0	oblast rizikových typů chování, prevence kriminality
Moravskoslezský**	Odbor sociálních věcí, oddělení rozvoje sociálních služeb	0,5	služby sociální prevence, projekty v rámci OPZ na podporu služeb a aktivit v oblasti sociální prevence

* Jde o odhad.

** Funkce KPK není zřízena, agendu zajišťuje referent pro sociální služby.

2.2 Komise a pracovní skupiny v oblasti protidrogové politiky v krajích

V devíti krajích ze 14 jsou zřízeny komise kraje pro otázky protidrogové politiky; ve dvou krajích se protidrogovou politikou zabývají poradní komise se širším záběrem. V dalších třech krajích (Královéhradeckém, Moravskoslezském a Jihomoravském) komise není zřízena, ale existují zde alespoň pracovní skupiny, které se koordinací protidrogové politiky zabývají. Deset krajů (Hl. m. Praha, Liberecký, Jihočeský, Ústecký, Královéhradecký, Moravskoslezský, Středočeský, Karlovarský, Zlínský kraj a Kraj Vysočina) ve svých výročních zprávách uvádí, že komise či pracovní skupiny zabývající se protidrogovou politikou se rovněž věnují problematice alkoholu a hazardního hraní alespoň ad hoc.

Protidrogové komise jsou stabilně složeny z politických reprezentantů, zástupců odborů krajského úřadu, odborníků veřejné správy, státních i nestátních institucí, jako např. krajské hygienické stanice a zástupců represivních složek, představitelů služeb pro uživatele drog a případně i místních protidrogových koordinátorů. V Praze je dlouhodobě členem i národní protidrogový koordinátor.

Počet setkání protidrogové komise se v každém kraji různí. V některých krajích se komise sešla za rok jen jednou, v Praze protidrogová komise v r. 2015 jednala 10x. V Královéhradeckém kraji se v r. 2015 Mezioborová pracovní skupina pro drogovou problematiku nesešla ani jednou z důvodů personálních změn na pozici KPK, komunikace a výměna informací tak byla zajištěna elektronicky. Tématy jednání jsou většinou aktuální drogová situace, finanční zajištění protidrogové politiky v kraji, příprava a realizace strategie a akčních plánů protidrogové politiky atd.

Stálé pracovní skupiny zabývající se otázkami protidrogové politiky jsou zřízeny ve všech krajích kromě Jihočeského, Plzeňského a Pardubického. V polovině r. 2015 byla zřízena Pracovní skupina protidrogové politiky Kraje Vysočina, která se do konce r. 2015 sešla celkem 3x. Na základě zhodnocení situace a potřeb v Hl. m. Praze nově vznikla pracovní skupina Sekce komunitního bezpečí. Vznik této sekce umožnilo i rozšíření Protidrogové komise Hl. m. Prahy o příslušníky Policie ČR.

V Ústeckém kraji zřídil odbor sociálních věcí krajskou koordinační strukturu pro plánování a rozvoj sociálních služeb v Ústeckém kraji, která byla dne 29. 4. 2015 schválena Radou Ústeckého kraje. Tato nově vzniklá koordinační struktura, zabývající se mimo jiné i adiktologickými službami, je tvořená následujícími pracovními skupinami: Řídící skupina, Pracovní skupina pro plánování sociálních služeb, pracovní skupiny podle regionů (za účasti zástupců služeb), Finanční pracovní skupina, Pracovní skupina „pro úkol, na téma“ a Odborná pracovní skupina odboru sociálních věcí Krajského úřadu Ústeckého kraje pro plánování, kvalitu a financování sociálních služeb, jejímž členem je i krajský protidrogový koordinátor.

Tabulka 2-2: Komise a pracovní skupiny protidrogové politiky v krajích v r. 2015

Kraj	Název komise / rok vzniku	Pracovní skupiny (PS) / stálá, ad hoc / počet jednání v r. 2015
Hl. m. Praha	Protidrogová komise Rady HMP / 1995	Sekce primární prevence / stálá / 8×
		Sekce harm reduction / stálá / 10×
		Sekce léčby a následné péče / stálá / 4×
		Sekce komunitního bezpečí / stálá / 3×
Středočeský	Krajská protidrogová komise / 2013	PS pro harm reduction / stálá / 2×
		PS pro léčbu a resocializaci / stálá / 2×
		PS pro primární prevenci / stálá / 2×
Jihočeský	Krajská protidrogová koordinační skupina / 2002	–
Plzeňský*	specifická komise není zřízena Komisí sociální Rady Plzeňského kraje	–
Karlovarský	Krajská protidrogová komise Karlovarského kraje / 2001	PS pro realizaci protidrogové politiky v kraji / stálá / 2×
Ústecký	specifická komise není zřízena Komisí sociální a zdravotní Rady kraje / 2008	PS protidrogové politiky Ústeckého kraje / stálá / 7× PS pro prevenci kriminality / stálá / 2×
Liberecký	Protidrogová komise Rady Libereckého kraje / 2002	PS pro oblast primární prevence / ad hoc / 3×
		PS pro léčbu a resocializaci / ad hoc / 1×
		PS pro snižování rizik / ad hoc / 1×
		PS pro koordinaci / ad hoc / 4×
Královéhradecký	–	Mezioborová pracovní skupina pro drogovou problematiku / stálá / 0×
Pardubický	Komise rady PK pro koordinaci protidrogové politiky / 2002	–
Vysočina	Komise sociální a pro oblast protidrogové politiky / 2012	PS k problematice alkoholismu / stálá / 6× PS protidrogové politiky kraje/stálá/3×
Jihomoravský	–	PS prevence kriminality / stálá / 2×
Olomoucký	Komise pro prevenci kriminality a drogových závislostí Rady Olomouckého kraje / 2005	Osoby ohrožené návykovým jednáním / stálá / 12× Občané ohrožené drogou/stálá/ 3× PS pro prevenci kriminality / ad hoc / 4×
Zlínský	Komise Rady Zlínského kraje pro protidrogovou prevenci a prevenci kriminality / 2013	PS nízkoprahových zařízení pro děti a mládež / stálá / 3×
Moravskoslezský	–	PS protidrogové prevence v Moravskoslezském kraji / stálá / 2×

* KPK spolupracuje s Komisí sociální Rady Plzeňského kraje a Výborem pro sociální věci a zdravotnické Zastupitelstva PK při řešení otázek protidrogové politiky.

2.3 Strategické dokumenty protidrogové politiky krajů

Protidrogová politika krajů většinou vychází ze specifického krajského strategického dokumentu. Jen ve dvou krajích (Středočeském a Plzeňském) je protidrogová politika součástí širší strategie pokrývající celkově oblast sociální politiky nebo prevence kriminality.

V širším kontextu je protidrogová politika Středočeského kraje upravena ve střednědobém plánu rozvoje sociálních služeb na období 2015–2017, který byl v r. 2014 schválen Radou Středočeského kraje. V r. 2015 byl připravován samostatný strategický dokument protidrogové politiky, Koncepce protidrogové politiky Středočeského kraje na léta 2016–2020. V Plzeňském kraji je protidrogová politika v širším kontextu rovněž upravena v novém střednědobém plánu rozvoje sociálních služeb na období 2015–2018. Obdobná situace existovala do r. 2015 i v Libereckém kraji, kde byl 27. 10. 2015 schválen Zastupitelstvem Libereckého kraje strategický dokument Plán protidrogové politiky Libereckého kraje na období 2015–2018. Zastupitelstvo Olomouckého kraje také 24. 4. 2015 schválilo nový dokument, Strategický protidrogový plán Olomouckého kraje na období 2015–2018 a jeho prováděcí dokument, Akční plán realizace protidrogové politiky v Olomouckém kraji na období 2015–2016.

V předchozích letech byla v Ústeckém kraji protidrogová politika také pouze součástí širších strategických dokumentů. Počátkem r. 2014 byla ustanovena pracovní skupina pro protidrogovou politiku, která během r. 2014 pracovala na tvorbě strategického dokumentu. Zastupitelstvo Ústeckého kraje schválilo dne 16. 2. 2015 Strategii protidrogové politiky Ústeckého kraje na období 2015–2018, která je realizována prostřednictvím Akčního plánu realizace na období 2015–2018. V Ústeckém kraji došlo v průběhu r. 2015 ke schválení i dalších strategických dokumentů obsahujících otázky protidrogové politiky: Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb v Ústeckém kraji na období 2015–2017 a jeho následná aktualizace Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb v Ústeckém kraji na období 2016–2018¹. Zároveň vešla v platnost Strategie podpory zdraví a rozvoje zdravotních služeb v Ústeckém kraji na období 2015–2020.

I v ostatních krajích se protidrogové politiky dotýkají další koncepční dokumenty krajů, jako jsou např. střednědobý plán rozvoje sociálních služeb, koncepce prevence kriminality nebo krajský plán prevence rizikového chování. V několika krajích (Kraj Vysočina, Královéhradecký kraj a Hl. m. Praha) došlo v r. 2015 k aktualizaci stávajícího střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb. Podle výročních zpráv krajů došlo v r. 2015 ke schválení následujících dokumentů: Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb Zlínského kraje na léta 2016–2018, Krajský plán primární prevence rizikového chování Jihomoravského kraje na období 2016–2018, Krajský plán prevence rizikového chování Pardubického kraje na období 2015–2018, Krajský plán primární prevence ve Zlínském kraji pro období 2015–2017.

1 Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb v Ústeckém kraji na období 2015–2017 byl v průběhu r. 2015 aktualizován v souvislosti se změnou financování prostřednictvím vyrovnávací platby a nových strategií v oblasti sociálního začleňování a sociálního bydlení.

V Jihočeském kraji byla v r. 2015 schválena Minimální síť protidrogových služeb na území Jihočeského kraje 2015–2017. Zároveň v r. 2015 vešla v platnost nová Konceptce oddělení prevence a humanitních činností 2015–2017, jejíž součástí je mimo jiné i Strategie protidrogové politiky Jihočeského kraje 2015–2017. Krajský protidrogový koordinátor Jihočeského kraje byl v r. 2015 zapojen do přípravy Konceptce rozvoje oboru psychiatrie v Jihočeském kraji, respektive do části týkající se Konceptce rozvoje adiktologických služeb.

Nový strategický dokument upravující protidrogovou politiku Moravskoslezského kraje Strategie protidrogové politiky Moravskoslezského kraje na období 2015–2020 byl schválen 11. 9. 2014. Od r. 2015 vešly v Moravskoslezském kraji v platnost i další dokumenty týkající se protidrogové politiky: Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb na období 2015–2020 a Strategie integrace romské komunity Moravskoslezského kraje na období 2015–2020.

Tabulka 2-3: Aktuální strategické dokumenty protidrogové politiky v krajích v r. 2015

Kraj	Hlavní strategický dokument upravující protidrogovou politiku v kraji	Další strategické dokumenty, týkající se protidrogové politiky
Hl. m. Praha	Protidrogová politika hlavního města Prahy na období 2014–2020 Akční plán protidrogové politiky hlavního města Prahy na období 2014–2016	Konceptce primární prevence rizikového chování dětí a mládeže na území Hl. m. Prahy na období 2014–2020 Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb na území hlavního města Prahy na období 2013–2015 (aktualizace v r. 2015) Konceptce návrhů řešení problematiky bezdomovectví v Praze v letech 2013–2020
Středočeský		Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb ve Středočeském kraji na období 2015–2017 Konceptce prevence kriminality Středočeského kraje na léta 2014–2016 Krajský plán primární prevence rizikového chování na léta 2013–2015
Jihočeský	Strategie protidrogové politiky Jihočeského kraje na období 2015–2017 (je součástí koncepčního dokumentu se širším záběrem – Konceptce oddělení prevence a humanitních činností 2015–2017) Minimální síť protidrogových služeb na území Jihočeského kraje 2015–2017	Konceptce oddělení a humanitních činností 2015–2017 Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb Jihočeského kraje 2014–2016
Plzeňský	Konceptce prevence kriminality a sociálně patologických jevů Plzeňského kraje na léta 2013–2016	Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb v Plzeňském kraji na období 2015–2018 Plán primární prevence rizikového chování Plzeňského kraje (2013–2016)
Karlovarský	Konceptce prevence kriminality a krajská protidrogová strategie Karlovarského kraje na léta 2013–2016	Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb v Karlovarském kraji 2014–2017

Kraj	Hlavní strategický dokument upravující protidrogovou politiku v kraji	Další strategické dokumenty, týkající se protidrogové politiky
Ústecký	Strategie protidrogové politiky Ústeckého kraje na období 2015–2018 Akční plán realizace na období 2015–2018	Strategie prevence kriminality na území Ústeckého kraje na období 2012–2016 Strategie podpory zdraví a rozvoje zdravotních služeb v Ústeckém kraji na 2015–2020 Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb v Ústeckém kraji na období 2015–2017 Krajský akční plán prevence na období 2013–2018
Liberecký	Plán Protidrogové politiky Libereckého kraje na období 2015–2018	Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb Liberecký kraj 2014–2017 Zdravotní politika Libereckého kraje Koncepce prevence kriminality Libereckého kraje na období 2012–2016
Královéhradecký	Strategie protidrogové politiky Královéhradeckého kraje na období 2011–2015	Plán rozvoje sociálních služeb v Královéhradeckém kraji na období 2011–2016 Koncepce prevence kriminality v Královéhradeckém kraji na léta 2012–2016 Koncepce školské primární prevence rizikového chování dětí a mládeže Královéhradeckého kraje na období 2014–2018
Pardubický	Strategie protidrogové politiky Pardubického kraje na období 2012–2018 Akční plán na období 2015–2018	Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb Pardubického kraje 2012–2015 Koncepce prevence kriminality Pardubického kraje na období 2013–2016 Krajský plán prevence rizikového chování Pardubického kraje 2015–2018
Vysočina	Strategie protidrogové politiky Kraje Vysočina na období 2012–2015 Akční plán realizace Strategie protidrogové politiky Kraje Vysočina na období 2014–2015	Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb Kraje Vysočina na období 2012–2014 (aktualizace pro r. 2015)
Jihomoravský	Strategie protidrogové politiky Jihomoravského kraje na období 2010–2018 Krátkodobý realizační plán protidrogové politiky Jihomoravského kraje na období 2013–2015	Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb v Jihomoravském kraji na období 2015–2017 Koncepce prevence kriminality JMK na období 2013–2016 Krajský plán primární prevence rizikového chování Jihomoravského kraje na období 2013–2015
Olomoucký	Strategický protidrogový plán Olomouckého kraje na období 2015–2018 Akční plán realizace protidrogové politiky v Olomouckém kraji na období 2015–2016	Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb v Olomouckém kraji pro roky 2015–2017 Strategie prevence kriminality Olomouckého kraje na období 2013–2016
Zlínský	Koncepce protidrogové politiky ve Zlínském kraji na léta 2015–2019	Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb Zlínského kraje na léta 2016–2018 Koncepce prevence kriminality ve Zlínském kraji na léta 2012–2016 Krajský plán primární prevence pro období 2015–2017

Kraj	Hlavní strategický dokument upravující protidrogovou politiku v kraji	Další strategické dokumenty, týkající se protidrogové politiky
Moravsko-slezský	Strategie protidrogové politiky Moravskoslezského kraje na období 2015–2020	Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb na období 2015–2020 Strategie integrace romské komunity Moravskoslezského kraje na období 2015–2020 Konceptce prevence kriminality Moravskoslezského kraje 2012–2016 Strategie prevence rizikového chování u dětí a mládeže v Moravskoslezském kraji na období 2013–2018

2.4 Hodnocení strategických dokumentů kraje

V r. 2015 průběžné hodnocení strategických dokumentů protidrogové politiky realizovalo 7 krajů (Královéhradecký, Liberecký, Pardubický, Plzeňský, Zlínský, Ústecký a Hl. m. Praha). Šlo hlavně o interní průběžný monitoring splnění naplánovaných opatření a priorit. Výsledky hodnocení často poukazují na nedostatečně zajištěné financování jako na jedno ze slabých míst protidrogové politiky v krajích.

V Jihočeském kraji bylo realizováno závěrečné interní hodnocení strategického dokumentu Konceptce oddělení prevence a humanitních činností 2012–2014, jehož součástí je i samotná Strategie protidrogové politiky Jihočeského kraje 2012–2014. Podařilo se naplnit opatření především v oblastech, ve kterých má kraj k dispozici potřebné nástroje a kompetence. Nesplněné úkoly byly zohledněny při přípravě nové strategie, případně byly přeformulovány tak, aby byly realisticky dosažitelné. I v některých dalších krajích došlo na základě průběžného hodnocení strategických dokumentů k úpravám a aktualizacím těchto dokumentů.

2.5 Spolupráce s dalšími subjekty

Spolupráce krajských protidrogových koordinátorů s krajskými školskými koordinátory prevence, koordinátory prevence kriminality, koordinátory pro romské záležitosti, národnostní menšiny, koordinátory sociálních služeb apod. je podle sdělení krajských protidrogových koordinátorů pravidelná a na dobré úrovni. Zaměstnanci různých útvarů zapojených do protidrogové politiky jsou členy těchto pracovních skupin. Posílení vzájemné spolupráce napomáhá i zařazení předmětných agend na stejné oddělení. Jednotlivé subjekty spolupracují zejména na přípravě strategických dokumentů, projednávání protidrogové politiky v kraji, organizačním zajištění jednání pracovních skupin atd. Spolupráce s dalšími subjekty, jakými jsou Probační a mediační služba ČR, Policie ČR, Krajské hygienické stanice nebo poskytovatelé služeb, probíhá také na formální i neformální úrovni, zejména prostřednictvím pracovních skupin. Intenzita spolupráce je vázána na aktuální potřeby jak kraje, tak ostatních spolupracujících subjektů.

2.6 Další aktivity realizované v krajích v oblasti protidrogové politiky

Kraje jsou aktivní v pořádání různých akcí v oblasti protidrogové politiky – konferencí, seminářů a dalších aktivit, nebo se na organizaci takových aktivit podílejí. Tyto akce vedou kromě zvyšování odborných znalostí a úrovně také k udržování a posilování vzájemných kontaktů a ke zlepšení spolupráce různých subjektů protidrogové politiky v kraji.

Tabulka 2-4: Přehled realizovaných konferencí a seminářů v krajích v r. 2015

Kraj	Seminář/konference (organizátor)	Jiná aktivita (organizátor)
Hl. m. Praha	Úzdrava a drogy (SANANIM z.ú., konference) Drogové závislosti – násilníci a oběti (SANANIM z.ú., konference) Zajištění adiktologické péče o děti do 18 let věku (Sekce léčby a následné péče při PK RHMP, odborný seminář) HIV poradenství u vybraných rizikových skupin (SZÚ, odborný seminář) Seminář pro pedagogické pracovníky na téma šikana (ZSP MHMP, AISIS, o.s., PCPP – CSSP, FF UK) Konference primární prevence rizikového chování – Dobrá praxe v prevenci aneb „Konec řečí, jdeme k věci“ (Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze, ZSP MHMP) XXI. ročník AT konference (Český adiktologický institut, SNN ČLS JEP) 54. ročník konference AT sekce Psychiatrické společnosti ČLS JEP (Český adiktologický institut, SNN ČLS JEP) Pražské fórum primární prevence rizikového chování 2015 (Oddělení prevence ZSP MHMP PCPP, konference) Seminář primární prevence rizikového chování dětí a mládeže (Oddělení prevence ZSC PSPP) Seminář ke Světovému dni bez tabáku (Senát PČR, Společnost pro léčbu závislosti na tbáku, kancelář WHO v Praze) Cena adiktologie – „Program Zdraví 2020 jako příležitost pro rozvoj preventivních a léčebných opatření také v adiktologii?“ (SNN ČLS JEP, Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze, ČAA)	AntiFetFest 2015 Celopražské finále (Oddělení prevence, ZSP, PCPP, soutěž amatérských filmů s tematikou prevence rizikového chování dětí) Substituční léčba (Poslanecká sněmovna PČR, kulatý stůl)
Středočeský	7. adiktologická konference (KÚ Středočeského kraje) Kulaté stoly pro poskytovatele sociálních služeb (Vega Kladno) Konference „Preventivní cestou – necestou“ (Magdaléna, o.p.s.) Konference VYNSPI II. (Magdaléna, o.p.s.)	Vzdělávání místních protidrogových koordinátorů (KÚ Středočeského kraje) Pracovní skupiny pro pracovníky sociálních odborů (ZSI Kladno)

Kraj	Seminář/konference (organizátor)	Jiná aktivita (organizátor)
Jihočeský	IX. adiktologická konference Jihočeského kraje (Prevent 99 z.ú., JK)	Železný adiktolog (Prevent 99 z.ú.) Vzdělávací kurz pro místní protidrogové koordinátory (Společnost Podané ruce, o.p.s.)
Plzeňský		Den s Ulicí - divadla s následnou diskusí o životě s drogou (Spolek Ulice Plzeň) Evropský týden testování na HIV (SZU, Spolek Ulice Plzeň, CPPT o.p.s.) VI. pracovní setkání místních protidrogových koordinátorů s organizacemi poskytujícími protidrogové služby (OSV KÚPK) Respektuj 18! – projektová kampaň ke snížení dostupnosti alkoholu mladistvým (Odbor bezpečnosti a prevence kriminality MMP, Plzeňský prazdroj, a.s., CPPT, o.p.s.) Projekt Čistý podchod – za účelem snížení stigmatizace uživatelů drog, zvýšení pracovních návyků a motivace k léčbě (POINT 14 ve spolupráci s Odborem bezpečnosti a prevence kriminality MMP) Projekt „Spojme se proti násilí na ženách ze sexbyznysu“ (Rozkoš bez rizika, Spolek Ulice Plzeň)
Ústecký	„Duální diagnózy“ (KÚ Ústeckého kraje, seminář) Konference „Cesta k úspěchu – vzdělávání dětí ze sociálně vyloučených lokalit“ (individuální projekt „Podpora integrace romské komunity v Ústeckém kraji 2“)	Vzdělávací akce na téma „Drogy“ (pro ředitele a metodiky prevence základních škol, město Ústí n. Labem) Správným směrem 3 (soutěž pro studenty o nejkreativnější znázornění drogové problematiky – plakát zaměřený na boj proti drogám, NPC, města Litoměřice a Štětí)
Liberecký	Podpora zaměstnávání osob s problematikou závislosti a jejich uplatnění na trhu práce – VII. AT seminář Libereckého kraje (KÚ LK) Krajská konference primární prevence „Prakticky a spolu II.“ (Maják o.p.s., KÚ LK)	Společně proti kouření – 4. ročník kampaně zaměřené na prevenci kouření (MAJÁK, o.p.s.) Hepatitida – prevence (školení pro zaměstnance MěÚ, MP Tanvald, KHS LK) Víkendová cesta k životu bez mříží (pobyt pro děti zaměřený na prevenci kriminality a užívání NL, město Železný Brod) Ověření metodiky krátkých intervencí v praxi II (prevence užívání tabáku a nadměrné spotřeby alkoholu, SZÚ) Rizika zneužívání drog na pracovišti a ve škole (workshop pro pedagogické pracovníky a veřejnost, KÚ LK a PPP Liberec v rámci veletrhu vzdělávání a pracovních příležitostí) Setkání senátorů a poslanců Parlamentu ČR z LK na téma Společná podpora protidrogové politiky (KÚ LK) Drogová situace a protidrogová politika LK – prezentace pro metodiky prevence (PPP v kraji) Setkání protidrogových a souvisejících organizací (Statutární město Liberec)

Kraj	Seminář/konference (organizátor)	Jiná aktivita (organizátor)
Olomoucký	„Implementace a evaluace minimálně preventivních programů a systémové vzdělávání v prevenci rizikového chování na školách“ (P-centrum, Klinika Adiktologie 1. LF UK a VFN, konference) Regionální konference PPRCH (Pedagogicko-psychologická poradna Olomouc)	
Pardubický	Seminář pro místní protidrogové koordinátory (KÚ Pardubického kraje) Seminář pro školní metodiky prevence (Pedagogicko-psychologická poradna Pardubice)	Setkání se zástupci NNO v oblasti primární prevence (KÚ Pardubického kraje, Krajské centrum primární prevence) Pracovní setkání vedoucích odborů školství obcí s rozšířenou působností v kraji (KÚ Pardubického kraje)
Vysočina	„Role sociálních a zdravotních služeb v oblasti drogové problematiky“ (Kraj Vysočina, adiktologická konference) „Domácí násilí“ (Kraj Vysočina, seminář)	
Jihomoravský	Celostátní adiktologická konference (ÚPLZ A Kluby Brno, z.ú.) „Krajské fórum prevence 2015 aneb legální závislost“ (JMK, konference) Krajská konference primární prevence rizikového chování „Příklady dobré praxe práce třídních učitelů a jejich spolupráce s ŠMP“ (PPP Brno ve spolupráci s KÚ JMK) Nedej pokušení šanci (Policie ČR v Blansku, Brně, Brně – venkově, Vyškově, Hodoníně a Znojmě, seminář) „Nelátkové závislosti napříč věkovými a sociálními vrstvami“ (JMK, vzdělávací seminář) „Dynamika chování dětí a mladistvých – jak jí porozumět a jak identifikovat cíle nevhodného chování“ (JMK, vzdělávací seminář) „Syndrom rizikového chování dospívajících“ (JMK, seminář) „Trestná činnost páchaná na dětech“ (JMK, vzdělávací seminář)	Bezpečně v kyberprostoru (dlouhodobý vzdělávací projekt, JMK) Vzdělávání v oblasti drogových závislostí (Společnost Podané ruce, o.p.s., I.E.S.) „Do dna?“ – program zaměřený na prevenci užívání alkoholu (vzdělávací program, Společnost Podané ruce o.p.s.) Nástrahy internetu (odborná přednáška, Seznam.cz a.s.) „Děti a závislost aneb Mne se to (ne)týká“ (Tým pro mládež Brno – venkov, Společnost Podané ruce, o.p.s. ve spolupráci s KÚ JMK, výstava)

Kraj	Seminář/konference (organizátor)	Jiná aktivita (organizátor)
Zlínský	<p>Krajská konference k primární prevenci rizikového chování (Odbor školství, mládeže a sportu Krajského úřadu Zlínského kraje)</p> <p>Konference – Mezinárodní den boje proti drogám v Kroměříži dne 26. 6. 2014 (Oblastní charita Kroměříž, Kontaktní centrum PLUS pod záštitou Zlínského kraje)</p> <p>Mapování rizikových typů chování ve školách (Odbor školství, mládeže a sportu Krajského úřadu Zlínského kraje)</p> <p>Seminář pro pracovníky kontaktních center „Práce s těhotnými ženami a matkami“ (Oblastní charita Kroměříž ve spolupráci s PhDr. Presslovou)</p> <p>Konference Sdílení dobré praxe (PS NZDM Zlínského kraje)</p>	<p>Mezinárodní den boje proti drogám – výstava (KPK ve spolupráci s poskytovateli drogových služeb a Psychiatrickou nemocnicí Kroměříž)</p>
Moravskoslezský	<p>VIII. krajská konference primární prevence v Moravskoslezském kraji (MK)</p> <p>Konference „Mladiství a návykové látky – možnosti pomoci v Moravskoslezském kraji (MK)</p> <p>Odborný seminář „Respektuj 18“ (Prazdroj, hejtman Moravskoslezského kraje)</p>	

2.7 Místní protidrogoví koordinátoři

Na úrovni obcí zajišťují koordinaci protidrogové politiky místní protidrogoví koordinátoři (dále „MPK“). V r. 2015 nedošlo k výrazným změnám počtu MPK v jednotlivých krajích. Od r. 2012 byl ve Středočeském kraji patrný trend snižování počtu MPK (z původních 24 na 18 v r. 2014). V r. 2015 došlo ke zrušení pozice MPK v obci Říčany, ale byli ustanoveni noví MPK v obcích Hořovice, Kralupy nad Vltavou a Kutná Hora. V Moravskoslezském kraji je tato funkce nově zřízena v obcích Rýmařov a Krnov.

Místní protidrogoví koordinátoři byli v r. 2015 ustanoveni ve všech 22 správních obvodech Hl. m. Prahy a ve 188 obcích s rozšířenou působností z celkového počtu 205. Z toho ve 12 obcích se nejedná přímo o pozici místního protidrogového koordinátora, ale o určenou kontaktní osobu pro danou problematiku. MPK ve všech obcích s rozšířenou působností má kromě Hl. m. Prahy dále Plzeňský, Liberecký, Pardubický, Olomoucký kraj, Kraj Vysočina a nově také Jihočeský kraj, kde byla pozice MPK v r. 2015 zřízena v obci Soběslav. Naopak, v průběhu r. 2015 došlo ke zrušení funkce MPK v Trutnově (Královéhradecký kraj) a Bučovicích (Jihomoravský kraj).

U místních protidrogových koordinátorů zákon kumulaci agend připouští, ovšem pouze za podmínky, že tím není ohroženo plnění úkolů místního protidrogového koordinátora. Výše úvazku a kumulace funkcí se napříč obcemi liší. Až na výjimky místní protidrogoví koordinátoři vykonávají funkci pouze na část úvazku (0,1–0,5), většinou na minimální úvazek. Místní protidrogoví koordinátoři mají obvykle přidruženo několik dalších agend,

jakými jsou funkce romského poradce, kurátora pro mládež, kurátora pro mládež a dospělé, prevence, komunitní plánování sociálních služeb, agenda příspěvků v sociální oblasti, vedoucí odboru sociálních věcí, zdravotnictví apod. Nadměrná kumulace agend ztěžuje činnost pracovníka obce při realizaci protidrogové politiky a způsobuje, že naplňování této agendy se může stát spíše formální a okrajovou záležitostí. Tato skutečnost patří mezi nejčastěji uváděné nedostatky v činnosti MPK.

Problémem, na který dále upozorňují někteří krajsí protidrogoví koordinátoři, je nestabilita a střídání zaměstnanců obcí vykonávajících funkci místního protidrogového koordinátora. Dalším problémem s tímto jevem spojeným je nedostatečné celostátní vzdělávání místních koordinátorů (místní protidrogoví koordinátoři většinou nemají zkušenosti v dané oblasti).

Tabulka 2-5: Počet místních protidrogových koordinátorů v obcích s rozšířenou působností v roce 2015

Kraj	Počet obcí s místním protidrogovým koordinátorem	Obce, v nichž není ustaven MPK
Praha	22 z celkem 22 správních obvodů	–
Středočeský	20 z celkem 26 obcí	Brandýs nad Labem – Stará Boleslav, Černošice, Český Brod, Rakovník, Říčany, Slaný
Jihočeský	17 z celkem 17 obcí	
Plzeňský	15 z celkem 15 obcí	–
Karlovarský	3 z celkem 7 obcí (v ostatních obcích jsou ustanoveni kontaktní pracovníci)	Karlovy Vary, Cheb, Aš, Mariánské Lázně
Ústecký	12 z celkem 16 obcí (v 9 obcích jsou ustanoveni kontaktní pracovníci)	Rumburk, Teplice, Varnsdorf, Žatec
Liberecký	10 z celkem 10 obcí	–
Královéhradecký	13 z celkem 15 obcí	Vrchlabí, Trutnov
Pardubický	15 z celkem 15 obcí	–
Vysočina	15 z celkem 15 obcí	–
Jihomoravský	20 z celkem 21 obcí	Bučovice
Olomoucký	13 z celkem 13 obcí (plus ve 4 dalších obcích)	–
Zlínský	13 z celkem 13 obcí	
Moravskoslezský	18 z celkem 22 obcí	Bílovec, Bohumín, Kravaře, Odry
Celkem ČR	210 z celkem 227 obcí s rozšířenou působností nebo městských částí (z toho ve 13 obcích jsou určeny kontaktní osoby)	–

2.8 Spolupráce krajských a místních protidrogových koordinátorů

Krajští protidrogoví koordinátoři spolupracují s místními protidrogovými koordinátory, zajišťují vzdělávání formou seminářů, konferencí, společných setkání apod. Spolupráce s místními protidrogovými koordinátory a jejich vzdělávání má řadu forem:

- ✗ Místní protidrogoví koordinátoři jsou členy pracovních skupin kraje, např. místní protidrogoví koordinátoři jsou členy krajské protidrogové koordinační skupiny (Jihočeský a Středočeský kraj), samostatné pracovní skupiny (Karlovarský kraj) nebo jsou členy některých pracovních skupin protidrogové komise kraje.
- ✗ Krajští protidrogoví koordinátoři organizují speciální setkání pro MPK, např. společné metodické porady místních protidrogových koordinátorů s krajským protidrogovým koordinátorem. V Praze je ustanovena sekce koordinátorů a setkání probíhají pravidelně 1× měsíčně, v Kraji Vysočina, Ústeckém, Libereckém, Královéhradeckém a Moravskoslezském kraji 1–2× ročně. V Královéhradeckém kraji se v r. 2015 uskutečnilo také pouze 1 setkání, ve Středočeském kraji dochází k metodickému setkání čtvrtletně. Organizována jsou také setkání místních protidrogových koordinátorů se zástupci organizací poskytujících služby uživatelům drog (Jihomoravský, Plzeňský kraj).
- ✗ Vzdělávací semináře pro místní protidrogové koordinátory (Ústecký, Jihočeský, Pardubický, Liberecký, Středočeský a Jihomoravský kraj). V Královéhradeckém kraji o vzdělávání není ze strany místních protidrogových koordinátorů projevem zájem z důvodů výrazného zatížení v jiných agendách. V Jihomoravském kraji byla pro MPK vedle vzdělávacích seminářů uspořádána také odborná přednáška a krajská konference na téma závislostí na legálních návykových látkách.
- ✗ Zprostředkování informací o konání akcí pořádaných krajem (konferencí, seminářů, výzkumů, analýz apod.) nebo formou individuálních konzultací a osobních návštěv krajského protidrogového koordinátora v obcích podle potřeby. Individuální osobní, telefonická nebo e-mailová komunikace funguje ve všech krajích. Takto jsou diskutovány a řešeny i vznikající ad hoc problémy.

2.9 Koncepční dokumenty protidrogové politiky měst a obcí s rozšířenou působností

Oblast protidrogové politiky měst a obcí je obvykle alespoň v minimální míře (v oblasti specifických sociálních služeb a jejich podpory) zpracována v místních komunitních plánech sociálních služeb. Dále bývá protidrogová politika zpracována např. v koncepcích prevence kriminality nebo v rámci dokumentů o životním stylu. Existuje několik málo obcí, které protidrogovou problematiku nemají zpracovanou vůbec.

Jsou však i příklady měst a obcí s rozšířenou působností, které mají specifický dokument pro protidrogovou politiku. Mezi takové patří např. Strategie protidrogové politiky města Frýdek-Místek na období 2015–2020, Plán protidrogové politiky města Bruntál na období 2014–2015, Strategie protidrogové politiky statutárního města Ostravy na období 2016–2020, Plán prevence kriminality a protidrogové prevence v Kopřivnici na léta 2014–2015, Koncepce prevence kriminality, protidrogové prevence a prevence jiných závislostí 2016–2020 města Frenštát pod Radhoštěm, Koncepce prevence kriminality Statutárního

města Karviná na období 2016–2020 včetně Konceptce protidrogové prevence Statutárního města Karviná na období 2016–2020 (Moravskoslezský kraj) či Místní plán protidrogové politiky města Kyjova a jeho prováděcí dokument Akční plán protidrogové politiky města Kyjova na období 2014–2015 (Jihomoravský kraj). V Brně byla do r. 2014 platná samostatná strategie protidrogové politiky, aktuálně je protidrogová politika implementována do 4. komunitního plánu sociálních služeb města Brna pro období 2016–2017, Konceptce prevence kriminality ve městě Brně na léta 2013–2016 a Strategického plánu sociálního začleňování města Brna pro období 2016–2019. Obec Hlinsko (Pardubický kraj) má koncepci protidrogové politiky integrovanou do konceptce prevence kriminality. V Plzeňském kraji se jedná o Protidrogový plán města Plzně na období 2013–2015 a jeho Akční plán, ve Středočeském kraji o Plán protidrogové prevence pro Benešov na období 2014–2016.

V r. 2015 byla zpracována Konceptce protidrogové politiky města Chebu a ostatních patologických závislostí na období 2016–2020 a Plán protidrogové politiky města Chebu a ostatních patologických závislostí na rok 2016 (Karlovarský kraj). V Jihočeském kraji má samostatnou Strategii protidrogové politiky zpracovanou a schválenou pouze obec Milevsko.

Samostatnou zprávu o stavu drogové problematiky obce zpravidla nezpracovávají, téměř všechny však spolupracují s krajským protidrogovým koordinátorem na přípravě podkladů pro výroční zprávu o realizaci protidrogové politiky v kraji. Samostatnou zprávu o drogové situaci za r. 2014 zpracovaly obce Benešov a Hořovice (Středočeský kraj), AŠ (Karlovarský kraj), stejně jako všechny městské části Hl. m. Prahy a všech deset obcí s rozšířenou působností v Libereckém kraji². V Jihočeském kraji tradičně zpracovává samostatnou zprávu o stavu drogové problematiky obec Tábor, za r. 2015 ji zpracovala rovněž obec Blatná.

Některá města mají zřízenou specifickou pracovní skupinu či komisi pro protidrogovou politiku, respektive pro osoby ohrožené závislostmi (např. město Plzeň, Nový Bor, Liberec a Ústí nad Labem). V Ústí nad Labem v r. 2015 vznikla Pracovní skupina pro hazard, která se zabývá možnostmi regulace hazardu na území města.

2.10 Regulace v oblasti hazardních her rozšířená o loterie a jiné podobné hry v obcích

Novela loterijního zákona (zákon č. 300/2011 Sb.) výrazně rozšířila zmocnění obcí omezit na svém území hazardní hry o loterie a jiné podobné hry, uvedené v novém znění § 2 písm. e), g), i), l), m) a n), a loterie a jiné podobné hry podle § 2 písm. j) a § 50 odst. 3 zákona o loteriích. Některé kraje zmiňují ve svých výročních zprávách i reakci obcí na regulaci hazardu na svém území.

V Ústeckém kraji mají všechny obce s rozšířenou působností nějakým způsobem regulovanou oblast hazardu prostřednictvím obecně závazných vyhlášek. Některé vyhlášky stanovují pouze podmínky a opatření pro provozování her na svém území, jiné hazard zcela zakazují. V mnoha obcích se v současnosti řeší problém s obcházením regulace

2 Železný Brod, Turnov, Tanvald, Semily, Nový Bor, Liberec, Jilemnice, Jablonec nad Nisou, Česká Lípa, Frýdlant

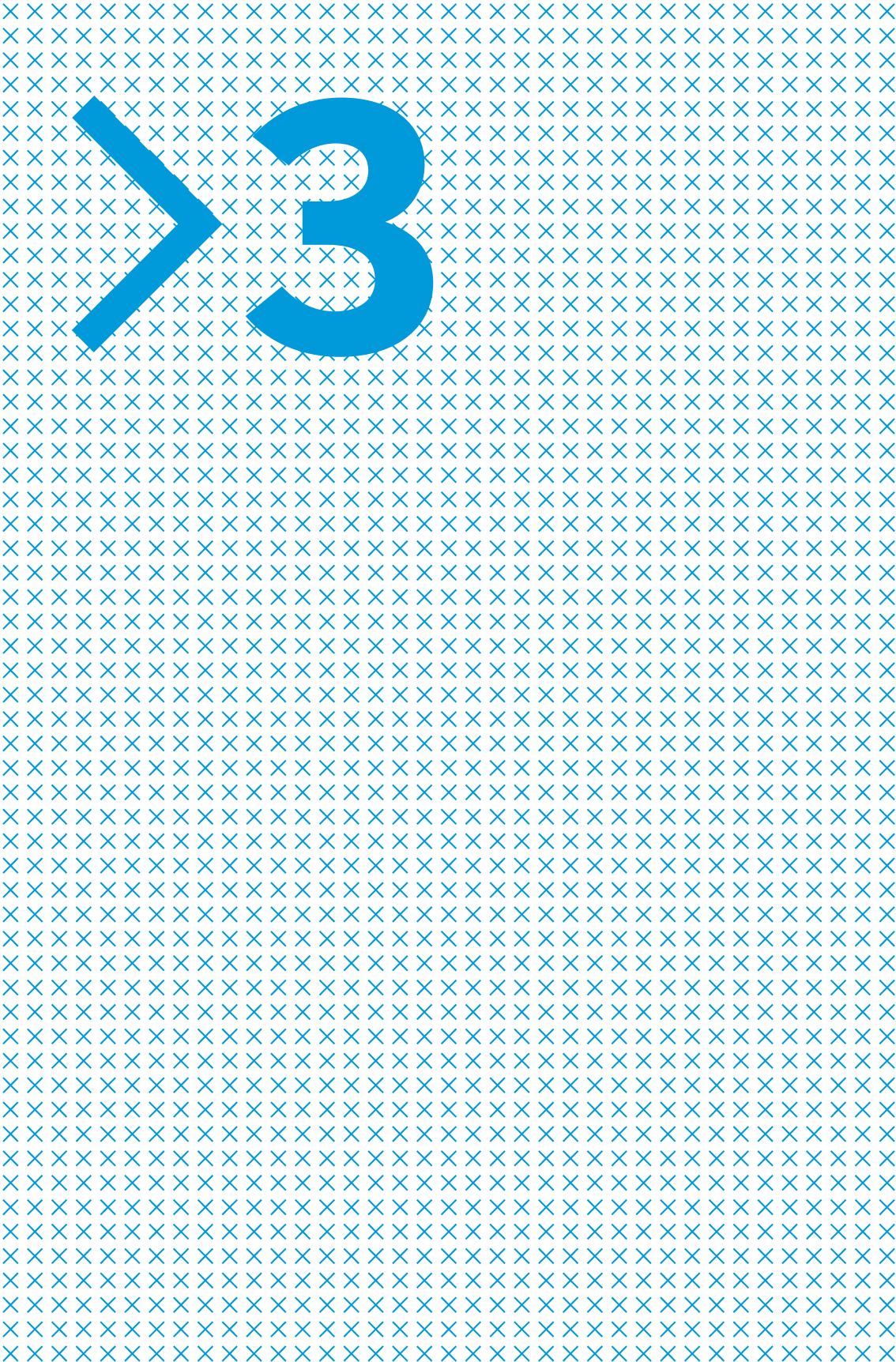
hazardu, a to nahrazováním výherních automatů tzv. kvízomaty (např. Litvínov, Chomutov a Děčín). V roce 2015 byly v Chomutově, Lovosicích a v Teplicích schváleny nové vyhlášky k regulaci hazardu. Největší pokles provozoven lze očekávat v roce 2016 a 2017, kdy přestanou platit licence na provozování her v jiných zařízeních, než jsou kasina.

I v Královéhradeckém kraji dochází spíše než k úplným zákazům k regulacím hazardu ze strany obcí s rozšířenou působností. Kraj Vysočina ve své výroční zprávě uvádí regulaci hazardu prostřednictvím obecně závazných vyhlášek v obcích Žďár nad Sázavou, Jihlava, Havlíčkův Brod, Pelhřimov a Třebíč. V Plzeňském kraji platí úplný zákaz v obcích Rokycany a Horažďovice. V příhraničí na Chebsku (Karlovarský kraj) přetrvává poměrně otevřený postoj obcí k hazardu, ale přímo v obci Cheb je hazard regulován prostřednictvím vyhlášky.

V Libereckém kraji je regulace hazardu prostřednictvím obecně závazných vyhlášek realizována ve všech 10 obcích s rozšířenou působností¹⁹, z toho v obcích Nový Bor a Turnov platí úplný zákaz provozování sázkových her, loterií a jiných podobných her. Obdobný přístup k řešení problematiky hazardního hraní lze sledovat i u obcí I. a II. stupně, kde postupují na základě obecně závazných vyhlášek týkajících se stanovení míst a času možného provozování her a omezení jejich propagace. Pravidelné kontroly provozoven sázkových a hazardních her zmiňuje ve své zprávě Liberec a Tanvald.

Město Liberec na počátku r. 2014 přistoupilo k řešení problematiky přijetím závazných pravidel směřujících k potlačení negativních vlivů hazardního hraní v Liberci a upravilo podmínky pro provozování loterií. Součástí těchto opatření je umístění letáků ADVAITA, z.ú., s informacemi o prevenci a léčbě závislosti ve všech provozovnách na území města. Od března 2015 jsou pro provozovatele platná další pravidla upravující režim provozoven (např. odstranění reklamy obsahující herní a peněžní symboly, odstranění nápisu herna či kasino, zneprůhlednění výloh a vstupů, eliminace vstupu podnapilých od 22 hodiny apod.).

Ve Středočeském kraji je regulace hazardu prostřednictvím obecně závazných vyhlášek realizována v několika obcích s rozšířenou působností, např. v obcích Vlašim, Sedlčany, Příbram, Čáslav či Hořovice. Od r. 2015 je hazard regulován obecní vyhláškou i v Kolíně. V obcích Kralupy nad Vltavou (Středočeský kraj) a Litoměřice (Ústecký kraj) je problematika hazardních her řešena častějším prováděním kontrol v hernách, především se zaměřením na mladistvé osoby.



3

Kapitola 3

Finanční zajištění protidrogové politiky v krajích

Financování služeb pro uživatele návykových látek a hazardní hráče má i nadále vícezdrojový charakter. Podílí se na něm všechny úrovně veřejné zprávy, tj. stát, kraje a obce, každá z nich používá podobné nástroje. Nejvýznamnějším z hlediska objemu vynaložených prostředků a také nejčastěji využívaným způsobem je financování prostřednictvím jednoletých dotací. Z hlediska objemu výdajů na protidrogovou politiku z prostředků krajů a obcí je největší podíl vynakládán na financování běžných činností služeb pro uživatele návykových látek či osoby tímto ohrožené. Do výdajů na protidrogovou politiku jsou v souvislosti s rozšířením její působnosti započítávány také částky na služby pro hazardní hráče. K financování protidrogové politiky přispívá také podpora přicházející ze zdrojů Evropských strukturálních a investičních fondů, nejvíce pak z Evropského sociálního fondu. Ta je poskytována jak prostřednictvím jednotlivých krajů, tak přímo z úrovně ústředních orgánů státní správy.



3.1 Zajištění financování protidrogové politiky z rozpočtu krajů

Finanční prostředky z rozpočtů krajů určené na financování služeb jsou rozdělovány převážně prostřednictvím jednoletých dotačních nebo grantových řízení, která jsou postavena na vlastních normách krajů a sledují jak specifika a cíle protidrogové politiky jednotlivých krajů, tak obecně politiku krajů ve vztahu k pomáhajícím službám. Žádosti jsou hodnoceny příslušnými krajskými komisemi, navržené dotace pak schvalují výkonné orgány samosprávy, především zastupitelstva. V rámci rozpočtové struktury jednotlivých krajů jsou prostředky vyčleněny buď v samostatné rozpočtové kapitole „protidrogová politika kraje“ nebo v rozpočtech jednotlivých odborů podle charakteru podporovaných služeb. Poskytovatelé služeb pro uživatele návykových látek a hazardní hráče si mohou podávat i v rámci jednoho kraje žádosti o podporu ve vícero různě zaměřených dotačních programech. Přehled dotačních titulů či grantových řízení v jednotlivých krajích je uveden v tabulce 4-1.

Přístupy krajů k financování protidrogové politiky se různí, u některých však lze nalézt společné prvky. Rozdíly lze sledovat zejména v tom, v jaké návaznosti vyhláší kraje svá

dotační řízení – Kraj Vysočina, Moravskoslezský, Plzeňský a Středočeský kraj využívají dotační tituly svých krajů k dofinancování služeb na základě již známých výsledků žádostí o dotaci služeb v dotačních řízeních ústředních orgánů státní správy, čemuž je přízřívobeno i načasování vyhlášení těchto krajských titulů, další kraje své dotační tituly na protidrogovou politiku vyhlásují nezávisle či paralelně s dotačními tituly státních orgánů – Zlínský, Jihočeský nebo Liberecký kraj.

Druhý rozdíl přístupu souvisí úzce s tím, zda kraje akcentují samostatné financování protidrogových služeb a s tím související sítí, způsob hodnocení kvality apod., nebo zda služby pro uživatele návykových látek a hazardní hráče zahrnují mezi většími systémy pomáhajícími službami. Služby pro uživatele drog řadí primárně mezi sociální služby kraj Karlovarský, Královéhradecký, Pardubický, Plzeňský a Kraj Vysočina. V souvislosti s novelou zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů („zákon o sociálních službách“)¹ dochází v některých krajích i k zásadním změnám v přístupu k financování protidrogové politiky. V Moravskoslezském kraji se oproti předchozímu roku financování již nezaměřuje na síť certifikovaných služeb, nýbrž na dofinancování provozních nákladů poskytovatelů sociálních služeb v oblasti protidrogové prevence, s tím, že pro účely zajištění dostupnosti služeb v kraji pracuje s nově definovanou sítí sociálních služeb podle výše uvedené novely. Rovněž byla zrušena certifikace jako podmínka.

Financování protidrogové politiky Jihočeského kraje naopak staví na vlastní specifické Minimální síti protidrogových služeb na území Jihočeského kraje a certifikace je podmínkou podpory služby, obdobný je také přístup Hl. m. Prahy.

Zbývající kraje využívají kombinace vlastních dotačních titulů specifických pro protidrogovou politiku spolu s tituly se širším zaměřením, z nichž některé si stanovují průřezové podmínky pro podporu těchto služeb ve všech dotačních titulech, např. certifikaci, nebo si stanovují zvláštní podmínky pro jednotlivé dotační tituly. V Jihomoravském kraji si mohou neziskové organizace žádat ve třech dotačních titulech, z nichž „Dotační program pro oblast protidrogových aktivit“ upřednostňuje služby uvedené v platném strategickém dokumentu Minimální síť služeb. Služby v Olomouckém kraji mohou žádat o dotaci také v rámci dotačního titulu tzv. „projekty do 25 000 Kč“ nebo cestou tzv. „významných projektů“. Někteří poskytovatelé služeb jsou příspěvkové organizace zřizované kraji a jako takové jsou financování prostřednictvím příspěvku zřizovatele. Mezi takové patří Terapeutická komunita Kladno – Dubí spadající pod organizaci Zařízení sociální intervence Kladno ve Středočeském kraji. V Královéhradeckém kraji se jedná o Regionální institut ambulantních psychosociálních služeb (Sdružení ozdravení a léčeben okresu Trutnov, p. o.) a Domov Dolní Zámek, v Kraji Vysočina pak Ústav sociální péče Nové Syrovice, p. o.

V Ústeckém kraji jsou služby pro tuto cílovou skupinu zařazeny do dotačních titulů Podpora sociálních služeb a aktivit na podporu rodiny a Podpora vybraných služeb zdravotní péče. V roce 2015 kraj vytvořil a vyhlásil samostatný dotační program na podporu sociálních služeb pro cílovou skupinu osob závislých a ohrožených závislostí pro

1 Tato novela účinná od 1. 1. 2015 mimo jiné stanoví, že kraj „určuje síť sociálních služeb na území kraje“, a také ruší přímé financování místních a regionálních sociálních služeb z úrovně MPSV a převádí je na úroveň krajů.

rok 2016 s názvem „Podpora Ústeckého kraje na sociální služby protidrogové politiky 2016“ s vyčleněnou alokací 3 mil. Kč. V Pardubickém kraji je krajem i obcemi financována pouze jedna organizace zajišťující všechny služby na jeho území.

Víceleté financování je stále spíše výjimkou. Historicky je nejdéle využíváno v Hl. m. Praze. Zde jsou služby takto financovány v rámci II. programu dotačního řízení „Zdravé město Praha 2015“. Jedná se o nezbytné projekty základní sítě služeb z oblasti sekundární a terciární protidrogové prevence, kterým jsou dotace přidělovány vždy na čtyřleté období. V řádně zdůvodněných případech je možné žádat o navýšení finančních prostředků přidělených víceletou smlouvou. Základní podmínkou přidělení dotace je certifikace konkrétního typu služby, pokud pro něj existují standardy odborné způsobilosti. Tento způsob financování zavedlo Hl. m. Praha v roce 2006 a většina navrhovaných projektů ve čtyřletém financování žádá již ve třetím období, poprvé byly takto podpořeny v roce 2008. Víceleté financování je zde hodnoceno jako dobrý nástroj pro stabilizaci kvalitních a osvědčených služeb, které tak mají zajištěny finanční prostředky i v prvním čtvrtletí kalendářního roku.

Královéhradecký kraj zavedl systém víceletého financování sociálních služeb, pomocí kterého jsou financovány i služby pro osoby závislé či závislostí ohrožené. Jedná se ale především o prostředky MPSV distribuované krajem. Také služby, které jsou součástí základní sítě sociálních služeb Libereckého kraje, mají jistotu poskytnutí dotace po dobu tří let (tedy 2015, 2016 a 2017) – týká se přerozdělování státní dotace MPSV na úrovni kraje. Jihomoravský kraj využívá Program víceleté podpory sociálních služeb na území Jihomoravského kraje, což je jeden z výše zmíněných tří dotačních titulů.

Hl. m. Praha již dlouhodobě podporuje protidrogovou politiku jednotlivých městských částí. Od roku 2014 odstoupila od dosavadní praxe podpory plošně pevnou částkou a dotuje městské části na základě výsledku posouzení žádosti ve III. programu grantového řízení „Zdravé město Praha“, ve kterém si stanovila řadu podmínek pro přidělení podpory, např. vypracované strategie a plány protidrogové politiky či následná podpora pouze certifikovaných služeb. V roce 2015 se do tohoto programu se přihlásilo 18 městských částí, s celkovým požadavkem 955 350 Kč.

Specifickou kapitolou je financování záchytných stanic, které je realizováno prostřednictvím veřejných zakázek (Jihomoravský kraj), příspěvkem zřizovatele (Hl. m. Praha, Královéhradecký, Karlovarský a Jihočeský kraj), dotacemi (Liberecký, Středočeský kraj a Kraj Vysočina) či přímými příspěvky z rozpočtu, např. na základě smlouvy (Zlínský, Olomoucký a Plzeňský kraj). V Pardubickém kraji je protialkoholní záchytná stanice financována prostřednictvím vyrovnávací platby za závazek veřejné služby. Moravskoslezský kraj zřídil tři záchytné stanice, které financuje příspěvkem zřizovatele. Protialkoholní stanici, kterou zřídilo Statutární město Ostrava, financuje dotacemi.

Tabulka 3-1: Přehled zdrojů financování (dotačních titulů), v rámci kterých si drogové služby mohou žádat o podporu v jednotlivých krajích

Kraj	Vyhlášené dotační programy, ve kterých může žádat i poskytovatel drogových služeb	Víceleté financování	Podmínka certifikace	Dotační priority
Hl. m. Praha	1. Program pro školy a školská zařízení na podporu aktivit primární prevence rizikového chování dětí a mládeže v gesci školství 2. Program pro specializované adiktologické organizace 3. Program pro městské části Praha 1 až 22 na podporu aktivit protidrogové prevence na místní úrovni	ano	ano	–
Středočeský	1. Humanitární fond Středočeského kraje – Sociální oblast – Podpora aktivit v oblasti sociálně zdravotních/ adiktologických služeb 2. Středočeský Fond vzdělávání, sportu, volného času a primární prevence	ne	ne	–
Jihočeský	1. Dotační program „Podpora a rozvoj protidrogové politiky Jihočeského kraje v roce 2015“ 2. Dotační program „Krajský dotační program na podporu sociálních služeb pro rok 2015“ (v minimální míře)	ne	ano	podpora specifické protidrogové primární prevence; stabilizace a podpora programů a projektů zařazených do Minimální sítě protidrogových služeb na území Jihočeského kraje v oblasti sekundární a terciální prevence drogových závislostí
Plzeňský	1. Program podpory projektů protidrogové prevence v Plzeňském kraji 2015 2. Program podpory sociálních služeb v Plzeňském kraji 2015 3. Podpora preventivních aktivit a výchovk tolerancí v roce 2015 4. Podpora sociálních služeb podle § 101a zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, pro rok 2015 – Plzeňský kraj 5. Záchytné stanice 2015	ne	ne	zejména žadatelé s certifikovanými protidrogovými službami
Karlovarský	1. Program na podporu aktivit v oblasti prevence rizikového chování u dětí a mládeže 2. Fond na podporu nestátních neziskových organizací	ne	ne	–
Ústecký	1. Podpora sociálních služeb a aktivit zaměřených na podporu rodiny 2. Podpora vybraných služeb zdravotní péče 3. Prevence rizikového chování 4. Fond Ústeckého kraje	ne	ne	–

Kraj	Vyhlašovány dotací programy, ve kterých může žádat i poskytovatel drogových služeb	Víceleté financování	Podmínka certifikace	Dotací priority
Liberecký	1. Prostřednictvím přímých neinvestičních dotací z rozpočtu jednotlivých odborů kraje 2. Dotací fond Libereckého kraje 3. Specifická primární prevence	částečné	ano	1. podpora certifikovaných služeb 2. ostatní sociální služby
Královéhradecký	1. Programy zaměřené na prevenci rizikového chování a zdravý životní styl dětí a mládeže 2. Dotací program z rozpočtu Královéhradeckého kraje na podporu sociálních služeb definovaných v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách 3. Dotací program pro podporu činností, které navazují, kooperují nebo rozšiřují sociální služby v Královéhradeckém kraji	ne	ne	–
Pardubický	1. Grantové řízení Pardubického kraje na podporu programů protidrogové politiky (v rámci Programu podpory sociálních služeb poskytovaných podle zák. 108/2006 Sb., o sociálních službách)	ne	ne	kontaktní centra a terénní programy realizující přístupy minimalizace škod, odborné sociální poradenství v rámci programů zajišťujících léčbu a resocializaci
Vysočina	1. Dotací řízení kraje na financování provozních nákladů sociálních služeb v Kraji Vysočina 2. Dotací řízení na poskytování programů specifické primární prevence rizikového chování ve školách v Kraji Vysočina	ne	ano	podpora ambulantních, terénních a pobytových protidrogových služeb, zejména kontaktních center, terénních programů, terapeutických komunit a služeb následné péče; podpora programů primární prevence realizovaných na základních školách a nižších stupních víceletých gymnázií
Jihomoravský	1. Dotací program na podporu a rozvoj poskytovatelů sociálních služeb 2. Dotací program z rozpočtu Jihomoravského kraje pro oblast protidrogových aktivit 3. Program víceleté podpory sociálních služeb na území Jihomoravského kraje	částečné	ano	přednostní podpora službám začleněným do strategického dokumentu Minimální síť služeb, efektivita, odborná garance, přiměřenost požadavku
Olomoucký	1. Dotací program Olomouckého kraje pro oblast protidrogové prevence pro rok 2015 2. Projekty do 25 000 Kč 3. Významné projekty	ne	ano	–

Kraj	Vyhlášené dotační programy, ve kterých může žádat i poskytovatel drogových služeb	Víceleté financování	Podmínka certifikace	Dotační priority
Zlínský	1. Podprogram PF07-15 na podporu nestátních neziskových organizací, škol a školských zařízení v oblasti prevence rizikových typů chování ve Zlínském kraji Programového fondu Zlínského kraje	ne	ano	kontaktní a poradenské služby a terénní programy zaměřené na osoby závislé na návykových látkách, poradenství a terapie, NZDM, kvalitní programy nebo projekty v oblasti primární prevence rizikových typů chování
Moravskoslezský	1. Program protidrogové politiky kraje na rok 2015 2. Dotační program Podpora aktivit v oblasti prevence rizikového chování dětí a mládeže pro školní rok 2014/2015 3. Program na podporu neinvestičních aktivit v oblasti prevence kriminality na rok 2015	ne	ne	dofinancování nákladů poskytovatelů registrovaných sociálních služeb pro osoby závislé na návykových látkách v roce 2015

2.3 Zajištění financování protidrogové politiky v obcích

Obce jsou i nadále jedním z významných donátorů služeb pro uživatele návykových látek a hazardní hráče. Podíl obcí na financování v jednotlivých krajích se různí (viz kapitolu 4.3.) Průměrný podíl obcí na celkovém financování protidrogové politiky ze strany samospráv činí 27,7 %. Na celkových výdajích na protidrogovou politiku z veřejných rozpočtů se v celorepublikovém průměru podílejí přibližně 4,9 %. Participace obcí na financování adiktologických služeb je zcela dobrovolná. Objem podpory ze strany obcí převyšuje objem podpory ze strany kraje pouze v Ústeckém kraji (244,1 % příspěvku kraje), ve zbývajících krajích je nižší, v některých jen minimálně (Plzeňský a Moravskoslezský kraj cca 95 % příspěvku kraje), v některých zásadně – v Královehradeckém dosahuje příspěvek obcí 10 % příspěvku kraje, v Karlovarském 15 %.

Formy finanční i nefinanční podpory službám ze strany obcí jsou různého charakteru. Větší obce a magistráty krajských měst jsou významní donoři a využívají k zajištění poskytování služeb na svém území dotační tituly, menší obce podporují poskytování služeb prostřednictvím smlouvy na základě individuální žádosti bez existence dotačního titulu, popř. dochází ke kombinaci obojího. Dotační tituly mají podobně jako ty na úrovni krajů různou šíři a zaměření. Některé jsou specificky protidrogové (např. Plzeň a Brno), nebo se širším zaměřením, např. na prevenci kriminality či podporu sociálních služeb (např. Pardubice). Výjimečným příkladem víceletého financování ze strany obcí je přístup obce Rokycany, která má uzavřenou smlouvu o výkonu terénní sociální práce s neziskovou organizací Spolek Ulice Plzeň, smlouva je uzavírána vždy na dobu 3 let, a to již

od roku 2005. Obce podporují služby i bezúročnými půjčkami (Chomutov), poskytnutím příspěvku na provozní náklady (Klatovy), nefinančními transfery, např. formou bezplatného poskytnutí prostoru pro provoz služby (Kyjov a Židlochovice), pronájmem prostoru pro provoz služby pouze za symbolickou cenu (Vyškov, Veselí nad Moravou, Tišnov a Znojmo) nebo dotací na pronájem prostor (Pardubice).

Obce většinou financují služby existující či poskytované na svém území, popř. se podílejí i na financování služeb pro své občany v jiných obcích. Některé kraje se pokoušejí o systematické, koordinované zapojení obcí do spolufinancování služeb na svém území. S ohledem na dobrovolný charakter bez jakékoli zákonné povinnosti stanovené obcím závisí úspěch těchto snah na vlastním pochopení vzájemné prospěšnosti takové formy spolupráce ze strany obcí a také na míře administrativní náročnosti, která je s procesy koordinace nutně spojena.

V Jihočeském kraji je již od roku 2014 zaveden tzv. Model spolufinancování protidrogových služeb obcemi Jihočeského kraje, který umožňuje obcím jednotným způsobem spolufinancovat místně a regionálně dostupné služby pro uživatele návykových látek a hazardní hráče. Výše příspěvku obcí byla navržena v částce přepočtené na jednoho obyvatele podle konkrétního druhu služby. Celková výše příspěvku obce je tedy vypočtena jako součet výše prostředků podle služeb, které v regionu reálně působí (a jsou tudíž jeho občanům dostupné) násobená aktuálním počtem obyvatel obce. Vstup do modelu je dobrovolný, kraj není nadřazeným orgánem. Do tohoto modelu se zapojilo v r. 2015 140 z celkových 624 obcí kraje, tj. cca 22 % obcí, které se podílely na cca 10 % celkových nákladů služeb, v celkovém objemu 2,24 mil. Kč.

Všechny obce Moravskoslezského kraje, ve kterých působí nějaký poskytovatel služeb pro uživatele návykových látek, se na financování těchto sociálních služeb jako zadavatelé spolupodílí. Podpora je zpravidla poskytována v rámci dotačních řízení na protidrogovou prevenci nebo na podporu sociálních služeb.

Liberecký kraj má již od roku 2009 vytvořen dobrovolný systém finanční participace obcí na zajištění protidrogových služeb pomocí klíče, který vychází z typu obce a počtu jejích obyvatel. Získané prostředky se následně dělí dohodnutým poměrem mezi služby, zřetel je brán na typ služby a její dostupnost v území. Některé obce tento způsob financování akceptují, jiné financují podle vlastních nastavených podmínek, velká část obcí se na spolufinancování nepodílí vůbec. Sociální služby zařazené do krajské základní sítě sociálních služeb mají navíc stanoven povinný podíl spolufinancování z jiných zdrojů, zvláště z rozpočtů obcí.

V Pardubickém kraji je financování ze strany obcí částečně koordinováno i s jediným poskytovatelem služeb v kraji. Centrum terénních programů organizace Laxus z.ú. poskytuje své služby převážně v obcích, které alespoň v minimální míře přispívají na provoz terénních programů, čímž deklarují potřebnost této služby na území obce. Pardubický kraj pouze doporučil minimální dobrovolný příspěvek ve výši 50 000 Kč, v této výši se však doporučení drží pouze 4 obce v kraji (Pardubice, Chrudim, Svitavy a Lanškroun). Dalších 8 obcí, ve kterých je služba poskytována, přispívá částkou v rozmezí 10 000–30 000 Kč.

V roce 2015 i nadále platí, že společný formalizovaný postup krajů a obcí při spolufinancování služeb není příliš rozšířený. Kraje i obce jako samosprávné celky většinou nezávisle na sobě využívají své vlastní postupy s ohledem na historii poskytování těchto služeb a vůli zachovat určitou kontinuitu, popř. pracují s neformálními dohodami, které zohledňují neúčelnost nekoordinovaného vynakládání veřejných prostředků.

Významnou změnou, která bude zasahovat jak do vztahu obcí a krajů, tak do způsobu financování protidrogové politiky, je i zavádění financování sociálních služeb prostřednictvím institutu vyrovnávací platby. Jihočeský kraj uvádí, že v této souvislosti lze očekávat kromě obav ze strany obcí ohledně změn v samotných procesech financování sociálních služeb (konflikt s oblastí tzv. veřejné podpory) také zvýšené nároky na rozpočty obcí ohledně nárůstu tlaku na spolufinancování sociálních služeb obecně. Lze předpokládat, že pokud rozpočty obcí nebudou pamatovat na zvýšenou potřebu spolufinancování sociálních služeb všeho druhu z jiných než státních a krajských prostředků, pro protidrogové služby pak pochopitelně zůstane k dispozici méně finančních prostředků než v současnosti (nebo v minulosti).

3.3 Výdaje na protidrogovou politiku v obcích v r. 2015

I v roce 2015 jsou kraje a obce spolu se zdroji jednotlivých ústředních orgánů státní správy významnými aktéry ve financování protidrogové politiky. Kraje v r. 2015 vynaložily na protidrogovou politiku 198,4 mil. Kč, obce pak 69,9 mil. Kč, samosprávy celkem tedy 268,3 mil. Kč. Objem výdajů z rozpočtů samospráv se tak oproti roku 2014 navýšil o značných 26,7 mil. Kč, a to i po odečtení částky na domovy se zvláštním režimem (7 676 000 Kč), která nebyla v předchozích letech započítávána. Vývoj výdajů na protidrogovou politiku z místních rozpočtů uvádí tabulka 3-2.

Tabulka 3-2: Vývoj výdajů na protidrogovou politiku z rozpočtů samospráv v letech 2011–2015 v tis. Kč.

Kraj	2011		2012		2013		2014		2015	
	kraj	obce	kraj	obce	kraj	obce	kraj	obce	kraj	obce
Hl. m. Praha	48 103	6 732	54 196	9 282	54 049	7 889	50 440	6 954	62 101	10 399
Středočeský	13 282	4 468	13 077	3 975	3 790	2 451	10 097	3 218	11 861	3 702
Jihočeský	8 829	1 848	9 730	1 789	9 289	1 981	11 290	2 537	11 818	2 538
Píseňský	7 846	7 371	7 409	6 869	6 797	6 027	6 501	6 682	7 415	7 043
Karlovarský	4 576	415	6 350	406	7 514	679	4 324	734	4 186	629
Ústecký	3 617	7 098	2 912	6 358	2 680	5 564	3 190	5 153	2 795	6 825
Liberecký	8 280	2 978	8 300	3 162	8 469	2 960	8 260	2 986	8 810	3 594
Královéhradecký	7 651	687	7 991*	1 056	13 531	398	13 231	1 225	13 994	1 400
Pardubický	6 390	1 751	6 320	1 608	8 588	1 345	3 870	1 551	4 136	1 969
Vysočina	3 890	1 229	9 111	1 259	9 324	1 229	11 850	2 013	14 782	2 231
Jihomoravský	18 212	7 149	17 479	10 987	17 557	8 382	17 403	9 710	18 237	8 507
Olomoucký	8 924	2 495	8 799	3 272	8 599	3 781	8 789	1 118	13 192	2 660
Zlínský	4 500	1 380	4 966	1 831	8 046	1 987	8 038	2 391	7 753	2 021
Moravskoslezský	12 927	17 701	19 491	12 487	14 174	17 852	15 800	14 547	17 267	16 412
Celkem	157 027	63 302	176 131	64 343	172 407	62 525	173 083	60 819	198 347	69 930
Samospráva celkem	220 329		240 474		234 932		233 902		268 277	

Měřeno absolutní výší částky, vynaložilo se na protidrogovou politiku ze strany samospráv v r. 2015 nejvíce finančních prostředků v Hl. m. Praze (72, 5 mil. Kč), v Moravskoslezském (33,7mil. Kč) a Jihomoravském kraji (26,7 mil. Kč).

V celonárodním průměru vydává samospráva na protidrogovou politiku 40 Kč na obyvatele ve věku 15–64 let, meziročně se tato částka navýšila o 4,9 Kč, a to i přes nárůst počtu obyvatel v tomto věkovém rozsahu (+ 31 310 ob.). Nejvíc finančních prostředků na protidrogovou politiku na obyvatele ve věku 15–64 let alokují samosprávy v Praze (89,8 Kč), v Kraji Vysočina (52,6 Kč) a v Královéhradeckém kraji (44,9 Kč). Naopak nejméně v kraji Ústeckém (18,2 Kč), Středočeském (18,3 Kč), a Pardubickém (18,7 Kč), viz tabulka 3-3.

Na spolufinancování protidrogové politiky v kraji z rozpočtu samospráv se obce podílí různou měrou. Jejich podíl se pohybuje od 9,1 % v Královéhradeckém kraji, 13,1 % v Karlovarském kraji a v Kraji Vysočina až po 48,7 % v Moravskoslezském a Plzeňském kraji až do 70,1 % v Ústeckém kraji, ve kterém je podíl obcí významně větší než podíl kraje.

Tabulka 3-3: Výdaje samospráv na jednoho obyvatele ve věku 15–64 v r. 2015.

Kraj	Počet obyvatel v kraji (15–64)	Odhad PUD*	Celkové výdaje samospráv v tis. Kč	Výdaje na obyvatele (15–64) v Kč
Hl. m. Praha	807 313	14 900	72 500	89,8
Středočeský	848 958	2 400	15 563	18,3
Jihočeský	401 769	2 900	14 356	35,7
Plzeňský	363 456	2 000	14 458	39,8
Karlovarský	189 684	1 500	4 815	25,4
Ústecký	527 318	6 000	9 620	18,2
Liberecký	278 599	2 500	12 404	44,5
Královéhradecký	342 765	1 000	15 394	44,9
Pardubický	326 177	400	6 105	18,7
Vysočina	323 656	1 000	17 013	52,6
Jihomoravský	743 926	3 300	26 744	35,9
Olomoucký	400 961	2 600	15 852	39,5
Zlínský	370 697	1 900	9 774	26,4
Moravskoslezský	778 546	4 700	33 679	43,3
Celkem	6 703 825	46 900	268 277	40,0

*Jde o odhady NMS zveřejněné ve Výroční zprávě o stavu ve věcech drog v ČR za r. 2015. Jihočeský kraj odhaduje méně, tj. na 1 900–2 100 problémových uživatelů drog ve svém kraji.

Do výdajů samospráv nejsou zahrnuty prostředky ESF, kterým je věnována kapitola 3.4 a které se v některých krajích (např. Olomouckém, Moravskoslezském a Hl. m. Praze) významně podílejí na financování vybraných typů sociálních služeb pro osoby ohrožené závislostmi nebo závislé. Částky financování jednotlivých typů služeb v krajích jsou rovněž uvedeny v tabulce 3-4. Do výdajů na protidrogovou politiku jsou v tomto roce

i přes svou specifickou povahu a neuzavřenou odbornou debatu zařazeny domovy se zvláštním režimem určené osobám s diagnózou závislosti.

Pouze některé výroční zprávy krajů popisují financování služeb pro hazardní hráče nebo osoby ohrožené hazardním hraním, a to velmi okrajově. Většina krajů žádné údaje o tomto financování neuvádí. Jihomoravský kraj uvádí, že z 8,5 mil. Kč na protidrogovou politiku vynaložených obcemi bylo 500 tis. Kč určeno na hazard, s tím, že u dotací kraje nelze přesně rozlišit podíl na tuto cílovou skupinu. Ve zprávách jiných krajů jsou vyjmenované obce, které specificky na tuto oblast přispívají – Děčín 152 tis. Kč, Třebíč 30 tis. Kč a Plzeň 50 tis. Kč. Konkrétní částku z rozpočtu kraje uvádí pouze Liberecký kraj a to 360 tis. Kč na program ambulantního poradenství, jehož klienty jsou drogově závislí i hazardní hráči. Jihočeský kraj zmiňuje, že garanta finančního zajištění těchto služeb vidí jednoznačně na úrovni těch, kdo z příjmů herního průmyslu spoluprofitují, tedy státu a obcí.

V r. 2014 se samosprávy podílely na financování jednotlivých oblastí protidrogové politiky následovně: záchytné stanice (80,1 mil. Kč), oblast harm reduction (79,6 mil. Kč), primární prevence (32,3 mil. Kč), rezidenční služby (27,8 mil. Kč), ambulantní služby (24,6 mil. Kč), následná péče (16 mil. Kč), preventivní a léčebné služby ve vězení (1,6 mil. Kč), koordinace, výzkum a informace (1,7 mil. Kč), sociální podniky (0,5 mil. Kč), a ostatní oblasti (4,5 mil. Kč). Blíže viz tabulku 3-4.

Tabulka 3-4: Výdaje samospráv podle typu služeb a aktivit protidrogové politiky v r. 2015 v tis. Kč

Typ služeb/aktivity	Hl. m. Praha		Středočeský		Jihočeský		Plzeňský		Karlovarský		Ústecký		Liberecký		Královéhradecký	
	kraj	obce	kraj	obce	kraj	obce	kraj	obce	kraj	obce	kraj	obce	kraj	obce	kraj	obce
Primární prevence*	7 960	5 327	328	1 569	1 300	245	900	1 934	450	22	0	5	280	527	1 322	0
Primárně-preventivní programy realizované školami a školskými zařízeními	5 500	3 190	228	377	0	210	700	665	450	22	0	0	250	251	1 021	0
Primárně-preventivní programy realizované jinými subjekty	2 460	1 662	100	1 192	1 300	35	200	1 169	0	0	0	5	0	256	0	0
Jiné a nezařazené preventivní programy	0	475	0	0	0	0	0	100	0	0	0	0	30	20	301	0
Harm reduction	13 600	1 911	3 494	1 845	4 000	1 694	1 835	2 520	522	607	2 070	4 824	1 200	1 816	2 105	1 080
Terénní programy	5 550	1 509	2 061	1 135	1 100	1 044	988	1 309	258	159	410	2 281	400	867	703	515
Kontaktní centra	6 950	225	1 433	710	2 900	650	748	1 161	264	153	1 660	2 542	800	950	586	450
Sloučené programy kontaktních center a terénních programů	0	82	0	0	0	0	0	0	0	295	0	0	0	0	816	115
Jiné a nezařazené harm reduction programy	1 100	95	0	0	0	0	100	50	0	0	0	0	0	0	0	0
Ambulantní služby	10 800	1 186	49	126	1 190	373	200	563	0	0	445	642	360	409	64	320
Ambulantní služby zdravotní	10 800	871	0	0	580	146	0	0	0	0	310	0	0	0	0	0
Ambulantní služby sociální	0	215	49	126	60	10	0	0	0	0	135	642	360	409	64	320
Jiné a nezařazené ambulantní služby	0	100	0	0	550	217	200	563	0	0	0	0	0	0	0	0
Preventivní a léčebné služby ve vězení	200	0	109	0	0	0	204	160	0	0	0	9	280	39	0	0
Rezidenční služby	6 600	600	1 866	0	620	0	650	1 003	0	0	130	312	1 360	311	5 120	0

Typ služeb/aktivity	Hl. m. Praha		Středočeský		Jihočeský		Plzeňský		Karlovarský		Ústecký		Liberecký		Královéhradecký	
	kraj	obce	kraj	obce	kraj	obce	kraj	obce	kraj	obce	kraj	obce	kraj	obce	kraj	obce
Lůžkové zdravotní služby	800	600	0	0	190	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Terapeutické komunity	5 800	0	1 866	0	430	0	650	1 003	0	0	130	312	1 360	311	0	0
Domovy se zvláštním režimem	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5 120	0
Služby následné péče	3 570	190	970	0	580	187	694	834	0	0	150	1 033	300	251	0	0
Následná péče ambulantní	970	178	300	0	580	187	257	0	0	0	40	96	300	251	0	0
Následná péče pobytová	2 600	12	670	0	0	0	337	0	0	0	110	937	0	0	0	0
Jiné a nezařazené služby následné péče	0	0	0	0	0	0	100	834	0	0	0	0	0	0	0	0
Sociální podniky	450	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Záchytné stanice a ošetření intoxikovaných osob	16 432	0	5 000	162	4 000	0	2 899	0	3 214	0	0	0	5 000	240	5 383	0
Prevence drogové kriminality	0	68	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Koordinace/výzkum/informace	1 450	39	0	0	128	40	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Jiné nezařazené	1 038	1 068	45	0	0	0	33	29	0	0	0	0	30	0	0	0
CELKEM	62 100	10 399	11 861	3 702	11 818	2 538	7 415	7 043	4 186	629	2 795	6 825	8 810	3 594	13 994	1 400

* Vydaje na nízkoprahová zařízení pro děti a mládež a na domovy se zvláštním režimem se do výdajů na protidrogovou politiku nezapočítávají. ** podle zákona 108/2006 Sb. Pozn.: Jednotlivé typy služby v krajích byly z ESF financovány následovně: Hl. m. Praha – preventivní a léčebné služby ve vězení (340 tis. Kč), služby následné péče (2,4 mil. Kč), ambulantní služby (950 tis. Kč, Jihočeský kraj – harm reduction programy (3,6 mil. Kč), Ústecký kraj – harm reduction programy (234 tis. Kč), preventivní a léčebné služby ve vězení (548 tis. Kč) ambulantní služby (720 tis. Kč), Liberecký kraj – harm reduction programy (413 tis. Kč), na preventivní a léčebné služby ve vězení (203 tis. Kč), Královéhradecký kraj – služby následné péče (1,4 mil. Kč)

Tabulka 3-4: Výdaje samospráv podle typu služeb a aktivit protidrogové politiky v r. 2015 v tis. Kč (pokračování)

Typ služeb/aktivity	Pardubický		Vysočina		Jihomoravský		Olomoucký		Zlímský		Moravskoslezský		Celkem 2015	
	kraj	obce	kraj	obce	kraj	obce	kraj	obce	kraj	obce	kraj	obce	kraj	obce
Primární prevence*	1 360	20	3 000	626	940	212	324	385	200	138	1 000	1 924	19 364	12 931
Primárně-preventivní programy realizované školami a školskými zařízeními	80	20	0	548	0	0	324	0	0	0	0	0	8 553	5 282
Primárně-preventivní programy realizované jinými subjekty	1 200	0	3 000	78	940	212	0	385	200	48	1 000	1 924	10 400	6 964
Jiné a nezařazené preventivní programy	80	0	0	0	0	0	0	0	0	90	0	0	1 411	685
Harm reduction	500	1 406	1 959	1 450	5 531	5 205	4 007	1 220	1 635	1 465	2 290	7 835	44 748	34 878
Terénní programy	244	700	0	657	1 380	1 151	2 714	461	575	602	840	1 963	17 222	14 353
Kontaktní centra	256	706	0	0	1 985	2 842	954	619	630	415	1 450	5 873	20 616	17 295
Sloučené programy kontaktních center a terénních programů	0	0	1 959	793	1 516	672	339	140	430	448	0	0	5 060	2 545
Jiné a nezařazené harm reduction programy	0	0	0	0	650	540	0	0	0	0	0	0	1 850	685
Ambulantní služby	402	543	0	0	1 033	1 607	995	630	95	394	489	1 697	16 122	8 490
Ambulantní služby zdravotní	0	0	0	0	0	0	126	510	0	0	0	650	11 816	2 177
Ambulantní služby sociální	375	543	0	0	879	1 404	868	120	95	394	489	1 047	3 374	5 231
Jiné a nezařazené ambulantní služby	27	0	0	0	154	203	0	0	0	0	0	0	931	1 083
Preventivní a léčebné služby ve vězení	0	0	0	0	430	125	50	0	0	0	0	0	1 272	333
Rezidenční služby	0	0	4 015	0	1 768	577	0	0	0	0	350	2 008	22 479	4 811
Lůžkové zdravotní služby	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	990	600
Terapeutické komunity	0	0	1 459	0	1 768	577	0	0	0	0	350	2 008	13 813	4 211
Domovy se zvláštním režimem	0	0	2 556	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7 676	0
Služby následné péče	0	0	861	155	1 278	781	1 718	300	0	25	350	1 799	10 471	5 554
Následná péče ambulantní	0	0	0	0	250	270	250	0	0	25	0	386	2 947	1 393
Následná péče pobytová	0	0	0	0	808	491	1 468	300	0	0	0	300	5 993	2 039

Typ služeb/aktivity	Pardubický		Vysočina		Jihomoravský		Olomoucký		Zlínský		Moravskoslezský		Celkem 2015		
	kraj	obce	kraj	obce	kraj	obce	kraj	obce	kraj	obce	kraj	obce	kraj	obce	
Jiné a nezařazené služby následné péče	0	0	861	155	220	20	0	0	0	0	0	350	1 113	1 531	2 122
Sociální podniky	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	450	10
Záchytné stanice a ošetření intoxikovaných osob	1 858	0	4 947	0	7 057	0	6 099	5	5 823	0	12 000	0	79 713	407	
Prevence drogové kriminality	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	68
Koordinace/výzkum/informace	16	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1 594	79
Jiné nezařazené	0	0	0	0	200	0	0	120	0	0	788	1 150	2 134	2 367	
CELKEM	4 136	1 969	14 782	2 231	18 237	8 507	13 192	2 660	7 753	2 021	17 267	16 412	198 347	69 929	

* Výdaje na nízkoprahové zařízení pro děti a mládež a na domovy se zvláštním režimem se do výdajů na protidrogovou politiku nezapočítávají. ** podle zákona 108/2006 Sb. Pozn.: Jednotlivé typy služeb v krajích byly z ESF financovány následovně: Jihomoravský kraj – harm reduction (372 tis. Kč), Olomoucký kraj – harm reduction (836 tis. Kč), služby následné péče (1,8 mil. Kč), Moravskoslezský kraj – harm reduction (3 mil. Kč), ambulantní služby (1,4 mil. Kč), rezidenční služby (74 tis. Kč), služby následné péče (1,5 mil. Kč).

3.4 Financování z prostředků Evropského sociálního fondu

Situace v oblasti financování protidrogové politiky z prostředků Evropského sociálního fondu (dále „ESF“) se nemění a zůstává nadále složitá, zejména ve vztahu k jednotlivým vlastnostem tohoto způsobu financování. Ve srovnání se standardními průběžnými nástroji financování ze strany veřejné správy ČR patří mezi odlišné atributy zejména cíle, východiska a širší cílových skupin, stejně jako délka, způsob administrace projektů, průběžný monitoring a distribuce prostředků, víceletost a zaměření spíše na rozvoj než na financování běžné činnosti. Také politika, od které se tyto vlastnosti odvíjí, je primárně politika zaměstnanosti a sociální soudržnosti², nikoliv protidrogová. S tím souvisí i fakt, že takto zaměřené financování není určeno k pokrytí běžných nákladů souvisejících s poskytováním služeb, jeho cílem je zvýšení kvality, popř. rozšíření stávající podoby a kapacity služeb a to na období podpory a předem definovaného časového úseku tzv. udržitelnosti projektů, s předpokladem následného financování z jiných zdrojů.

Problematické zůstává i nadále vykazování podle jednotlivých kalendářních let pro účely výročních zpráv krajů. Projekty financované z ESF jsou většinou víceleté a mohou začít svou realizaci kdykoli v průběhu roku, vykazování je tedy potřeba rozdělit na kalendářní roky a k těmto jednotlivým rokům přidělit příslušné platby, které jsou vypláceny po cca 6 měsících běhu projektů. Proto i k datům v této oblasti vykazovaným v jednotlivých výročních zprávách krajů je nutno přistupovat s jistou mírou obezřetnosti, neboť některé kraje uvádějí ve své výroční zprávě rozpočty projektů na celou dobu realizace (např. Pardubický kraj) nebo údaje nejsou zcela přesně specifikovány a přiřazeny k jednotlivým zdrojům. Některé kraje explicitně uvádí, že tyto prostředky na protidrogovou politiku využívány nebyly (Středočeský, Zlínský, Plzeňský a Jihočeský kraj s výjimkou terénních programů) nebo tyto prostředky ve svých zprávách vůbec nezmiňují. Některé projekty, např. Zpátky jinak, realizován organizací Laxus z.ú., mají nadregionální charakter, tzn. že jsou určeny pro více krajů (Středočeský, Pardubický, Královéhradecký a Liberecký) a nelze určit, jaká jejich část je explicitně určena pro konkrétní kraj. Některé kraje, za spolupráce s místně příslušnými poskytovateli služeb, již s ESIF systematicky pracují – využívají specifika financování z ESF a v souladu protidrogovou politikou kraje je kombinují s dalšími veřejnými zdroji (Moravskoslezský kraj) nebo využívají možnost financovat z těchto prostředků vlastní systémová opatření, např. tvorbu střednědobých plánů rozvoje sociálních služeb a v nich obsažených minimálních sítí (Ústecký kraj).

Projekty financované z ESF jsou zároveň spolufinancovány povinným podílem státu, který v programovém období 2007–2013 činil 15 %. Tyto prostředky nejsou započítávány do výdajů státního rozpočtu na protidrogovou politiku nebo do výdajů HI. m. Prahy v případě projektů realizovaných na jejím území z Operačního programu Praha Adaptabilita ESF. V roce 2014 vstoupilo v platnost nové programové období Evropských strukturálních a investičních fondů 2014–2020, první projekty financované z nových operačních programů lze očekávat v roce 2016. V tomto programovém období se povinný podíl spolufinancování liší v závislosti na charakteru příjemců a výzev.

K financování služeb byly v krajích v rámci ESF do roku 2015 využívány 2 operační programy – OP Lidské zdroje a zaměstnanost, za jehož administraci nese odpovědnost

² <http://www.esfcr.cz/evropsky-socialni-fond-v-cr>

MPSV, a OP Praha Adaptabilita, který spadá do jiného cíle ESF a který administruje přímo Hl. m. Praha³. V rámci těchto operačních programů mohly organizace žádat o finanční podporu prostřednictvím několika výzev vycházejících z globálních grantů (tematicky zaměřený okruh výzev vypsaných orgánem spravujícím přidělené prostředky z operačních programů, z něhož jsou prostředky přerozdělovány jednotlivým žadatelům) a také prostřednictvím řady individuálních projektů veřejné správy, v tomto případě krajů (individuální projekt – žádost o finanční podporu nezastřešená tematickým okruhem, finanční podpora je distribuována příjemci z úrovně kraje).

Příkladem využití možností individuálních projektů v novém programovém období je aktivita Ústeckého kraje, který podal projektový záměr do výzvy k předkládání žádostí o podporu „Průběžná výzva pro kraje – podpora vybraných sociálních služeb v návaznosti na krajské střednědobé plány rozvoje sociálních služeb“, číslo výzvy 03_15_005 v rámci Operačního programu Zaměstnanost ESF. Dílčí alokace pro Ústecký kraj, která činí 631 150 000 Kč, bude na základě doporučení MPSV vyčerpána ve dvou po sobě jdoucích projektech. Záměrem prvního projektu s názvem „Podpora sociálních služeb v Ústeckém kraji 2“ je zajištění dostupnosti poskytování vybraných druhů sociálních služeb v Ústeckém kraji. Jedná se o sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi, terénní programy pro uživatele návykových nebo omamných a psychotropních látek a intervenční centra. Předpokládaný termín realizace projektu je 1. 10. 2016 – 31. 12. 2019.

Finanční podpora z globálních grantů byla poskytována příjemcům přímo z úrovně ministerstev (v případě OP PA z úrovně Hl. m. Prahy), její návaznost na strategické dokumenty kraje a vliv politických rozhodnutí krajů byla minimální. Naopak individuální projekty krajů byly podmíněny souladem s krajskými strategiemi, především Střednědobým plánem rozvoje sociálních služeb kraje, výběr realizovaly kraje a rozhodnutí o podpoře byla plně v jejich kompetenci.

Zcela výjimečnou je podpora z Finančního mechanismu EHP/Norsko, ve výročních zprávách krajů je uvedena pouze jediná přímo podpořená organizace, DRUG-OUT Klub, z.s., která z těchto fondů získala finanční podporu pro svou adiktologickou ambulanci v Ústí nad Labem.

Níže uvedený přehled ukazuje, které zdroje evropských fondů jednotlivé kraje využívají. Informace uváděné v této kapitole vycházejí výhradně z informací uvedených ve výročních zprávách krajů.

3 <http://www.strukturalni-fondy.cz/cs/Fondy-EU/Programy-2007-2013/Operacni-programy-Praha>

Tabulka 3-5: Přehled financování adiktologických projektů z prostředků ESF v tis. Kč

Kraj	IP OP LZZ (OP PA)		granty OP LZZ (OP PA)		IP OP VK	
	využito	objem	využito	objem	využito	objem
Hl. m. Praha	ne	0	ano	3 717	ne	0
Středočeský	ne	0	ne	0	ne	0
Jihočeský	ano	3 625	ne	0	ne	0
Plzeňský	ne	0	ne	0	ne	0
Karlovarský	ne	0	ne	0	ne	0
Ústecký	ano	234	ano	1 268	ne	0
Liberecký	ano	616	ne	0	ne	0
Královéhradecký	ano	1 414	ne	0	ne	0
Pardubický	ne	0	ano	0*	ne	0
Vysočina	ne	0	ne	0**	ne	0
Jihomoravský	ne	0	ano	372	ne	0
Olomoucký	ne	0	ano	2 618	ne	0
Zlínský	ne	0	ne	0	ne	0
Moravskoslezský	ano	4 183	ano	1 781	ne	0

* Projekt nadregionálního charakteru, ve VZ Pardubického kraje z toho důvodu není uvedeno konkrétní vyčíslení za kraj.

** Kraj Vysočina uvádí, že informace nejsou k dispozici.

Použití prostředků ESF k financování adiktologických služeb či k realizaci systémových opatření se liší kraj od kraje, závisí na rozhodnutích správců operačních programů, jednotlivých krajů a poskytovatelů služeb. Hodnocení vlivu ESF na financování projektů protidrogové politiky má své klady i zápory. Mezi klady patří zejména podpora vzniku potřebných služeb nebo rozvoj služeb stávajících v době, kdy k těmto opatřením nebyly v rozpočtech veřejné správy dostatečné prostředky. V některých případech umožnily zachovat část finanční podpory a tím pádem i zabránily ukončení existence služeb, jejich prostřednictvím si řada služeb mohla osvojit nové know-how či postupy. Mezi zápory pak patří mnohdy nevyjasněná situace s následnou udržitelností projektů po ukončení podpory z ESF a následující debaty o podílu a spoluzodpovědnosti jednotlivých částí veřejné správy za zachování projektů v těchto podobách.

3.5 Analýzy financování sítě služeb v kraji

Kraje provádí analýzy financování sítě služeb na svých územích vždy v závislosti na přístupu ke svým protidrogovým politikám a zejména v návaznosti na strategické dokumenty krajů, které jednotlivé protidrogové politiky formují, vytváří jedno- či víceleté jednorázové analýzy, nebo používají dlouhodobé či trvale zavedené průběžně revidované analýzy.

Jedinou výjimkou z tohoto individuálního přístupu, která je platná pro všechny kraje, jsou krajské analýzy výnosů a nákladů sociálních služeb a s nimi přímo související ekonomické analýzy potřeb identifikovaných v jednotlivých střednědobých plánech rozvoje sociálních služeb. Tyto analýzy jsou nezbytnými součástmi krajských žádostí o dotaci na podporu

poskytování sociálních služeb, které mají místní či regionální charakter, a to v rámci dotačního řízení MPSV pro kraje a Hl. m. Prahu pro rok 2015 v oblasti podpory poskytování sociálních služeb. Zde je však nutno uvést, že jak toto dotační řízení, tak tyto analýzy se vztahují primárně k sociálním službám, a to v rozsahu stanoveném základními činnostmi u jednotlivých druhů sociálních služeb. Není tedy možné je obecně chápat jako nástroje, které z hlediska financování analyticky popisují celou síť všech služeb pro uživatele drog ve všech krajích.

Na druhou stranu, v roce 2015 nebyla provedena žádná ad hoc jednorázová analýza financování sítě služeb. Mnohé kraje však uvádí, že využívají výše uvedených dlouhodobých analýz spojených se systémem sociálních služeb.

V Praze byla v roce 2014 v rámci tvorby koncepčních materiálů provedena analýza finančních potřeb drogových služeb kraje. Na jejím podkladě vznikl Akční plán na období 2014–2016, ve kterém jsou poprvé vyjádřeny potřeby pro zachování a rozvoj sítě s vazbou na potřebné finanční prostředky. Na analýze a přípravě materiálů se podílela protidrogová komise Rady Hlavního města Prahy, její pracovní skupiny, oddělení prevence Odboru zdravotnictví sociální péče a prevence Hlavního města Prahy a Pražské centrum primární prevence. Analýza finančních potřeb drogových služeb Hl. m. Prahy tak pro rok 2015 obsahuje předpoklad 52 750 000 Kč.

Využití dlouhodobých nástrojů spojených se systémem sociálních služeb výslovně uvádí Kraj Vysočina, Moravskoslezský a Pardubický kraj.

Pardubický kraj má zpracovanou analýzu sociálních služeb pro potřeby jejich hodnocení a financování. Díky benchmarkingové databázi sociálních služeb Pardubického kraje a výkazům, které poskytovatelé zpracovávají pro MPSV, má kraj informace o počtu uživatelů služby, o personálním zajištění, příjmech, výdajích a jejich struktuře apod. a umí je porovnat s jinými, obdobně zaměřenými službami. Na základě uvedené analýzy jsou určeny průměrné optimální náklady na zajištění jednotlivých druhů sociálních služeb a je stanoven mechanismus výpočtu výše dotace Pardubického kraje na poskytování konkrétní sociální služby v kraji.

Moravskoslezský kraj uvádí, že plánování služeb pro uživatele drog a osoby ohrožené závislostmi na návykových látkách probíhá v rámci procesu střednědobého plánování rozvoje sociálních služeb. Jednotlivé potřeby jsou přenášeny z úrovně municipalit na úroveň krajskou. Střednědobé plánování rozvoje sociálních služeb probíhá ve všech 22 obcích s rozšířenou působností Moravskoslezského kraje, kraj toto plánování koordinuje a metodicky vede.

V rámci projektu QUALITAS PRO PRAXIS podpořeného z ESF byl vytvořen Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb v Ústeckém kraji na období 2015–2017. Dokument je členěn na 8 regionů podle okresů, za každý region zpracovávaly podklady pracovní skupiny za oblast sociální péče, služeb sociální prevence a odborné sociální poradenství, za finanční část zodpovídala finanční skupina. Plán je členěn na analytickou, finanční a popisnou část. Analytická část plánu obsahuje základní sociodemografické údaje o kraji, popis struktury a rozložení sociálních služeb v kraji podle jednotlivých druhů služeb, informace o sociálních službách zajišťovaných příspěvkovými organizacemi kraje a údaje o financování služeb. V rámci předchozího plánu byla stanovena finanční nákl-

dovost všech sociálních služeb, tj. stanovení optimálních modelů rozpočtů všech služeb, definovaných zákonem o sociálních službách, v návaznosti na danou kapacitu. Modely byly aktualizovány a ke každé službě byl nově zpracován přehled o počtu pracovníků, úvazků a nákladovosti podle jednotlivých regionů. Popisná část plánu definuje společné cíle a opatření pro všechny druhy sociálních služeb. Samostatná kapitola je věnována sociálním službám s celokrajskou působností a jejich specifickým. Přílohou střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb je Základní síť sociálních služeb Ústeckého kraje pro rok 2015. Tento plán byl v průběhu r. 2015 následně aktualizován.

V Jihočeském kraji patří odhady finančních potřeb jednotlivých služeb či plány finančního zajištění mezi činnosti protidrogového koordinátora. Tyto jsou pravidelně zpracovávány na základě vyhodnocení předešlého roku, a to jak po stránce finančních nákladů služeb, tak po stránce jejich reálné výkonnosti. Tyto informace jsou součástí závěrečných či výročních zpráv a zároveň jsou zpracovávány ad hoc pro jednotlivá dotační řízení na úrovni kraje či na úrovni centrální (programy RVKPP, MPSV, MZ). Pravidelně je současně vyhodnocováno po stránce finanční i plnění Akčního plánu Střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb Jihočeského kraje na daný rok. Rovněž Zlínský kraj uvádí ve své zprávě stručnou analýzu finančních potřeb, jejímž autorem je krajský protidrogový koordinátor a která se kriticky zaměřuje především na objem disponibilních prostředků a na problematiku vnímání financování protidrogových služeb.

Ostatní kraje uvádí, že analýza financování sítě služeb v kraji ve sledovaném roce provedena nebyla, nebo ji ve svých zprávách vůbec nezmiňují.



Kapitola 4

Sít' poskytovatelů služeb pro uživatele drog

Tato kapitola nabízí přehled o síti služeb pro uživatele návykových látek a hazardní hráče v návaznosti na informace o těchto službách uvedené ve výročních zprávách krajských protidrogových koordinátorů. Analýzu či zevrubné kvalitativní srovnání krajů v dostupnosti služeb na místní úrovni omezuje nejednotnost v rozsahu poskytovaných informací od krajských protidrogových koordinátorů. V některých případech jsou konkrétnější údaje o kapacitě či počtu klientů služeb limitovány neochotou poskytovatelů služeb sdělit tyto informace krajskému koordinátorovi, zpravidla v případě, kdy daná služba není financována z rozpočtu kraje.



Pouze ve třech krajích (Karlovarský, Olomoucký a Moravskoslezský kraj) není síť služeb pro uživatele návykových látek v kraji definována. V ostatních krajích je síť služeb definována ve strategických dokumentech kraje, nejčastěji ve střednědobém plánu rozvoje sociálních služeb.

Většina krajů popisuje síť služeb jako reálné, těžko udržitelné a v řadě krajů nedostačující minimum. Kraje spíše konstatují stabilitu relativně dobré dostupnosti služeb, zejména programů snižování rizik, spíše z pohledu geografické dostupnosti (viz Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2015). Problémem, na který však krajští protidrogoví koordinátoři ohledně dostupnosti služeb upozorňují především, je dostupnost časová, kapacitní (personální) a také dostupnost některých složek či programů jednotlivých služeb. Upozorňují tím primárně na problém ve financování, poskytovatelé služeb nejsou schopni při stávající výši financování zajistit a naplnit potřeby a rostoucí poptávku svých klientů a také regionů/obcí. Spíše než k rozvoji dochází k omezování jednotlivých činností a tlak na nárůst výkonů má za následek snížení časové dotace na práci s klientem.

Významné nedostatky koordinátoři napříč republikou konstatují zejména v dostupnosti (geografické i časové) ambulantní léčby a péče pro klienty s duálními diagnózami.

Zejména díky dotačnímu titulu RVKPP na podporu služeb věnujících se patologickým hráčům, byl napříč kraji zaznamenán vznik nových služeb či rozšíření spektra stávajících ambulantních služeb i doléčování (Jihomoravský, Jihočeský, Královehradecký, Liberecký, Olomoucký, Plzeňský, Středočeský, Ústecký, Moravskoslezský, Zlínský kraj a Kraj Vysočina).

Síť služeb v Hl. m. Praze poskytuje všechny typy zatím běžných adiktologických služeb. Kapacity sítě jsou prakticky vyčerpány. Stále platí, že se Hl. m. Praha musí zaměřovat na rozšiřující a rozvojové projekty podle Akčního plánu protidrogové politiky hlavního města Prahy na období 2014–2016. Podle akčního plánu stále chybí služby, jako např. ubytovny pro akutní uživatele drog. Hl. m. Praha má také nedostatek substitučních center a kontaktních a poradenských středisek.

Lze předpokládat, že přístupy ke tvorbě sítě na území kraje se liší. Filozofie tvorby sítě služeb na území kraje nebyla v rámci výročních zpráv krajů zmapována. Příkladem je Jihočeský kraj, který do Minimální sítě protidrogových služeb na území Jihočeského kraje (jakožto příslušného strategického dokumentu) začleňuje pouze služby, které jsou certifikované v rámci Standardů odborné způsobilosti služeb pro uživatele drog¹ (případně Standardů odborné způsobilosti poskytovatelů programů školské primární prevence rizikového chování²). Služby dále musí splňovat podmínku krajem požadované dostupnosti. Do uvedeného dokumentu nejsou zahrnuty čistě zdravotnické služby (financované z prostředků veřejného zdravotního pojištění) a výhradně sociální služby.

Kraje mají povinnost vytvářet síť sociálních služeb. Střednědobé plány rozvoje slouží jako analyticko-strategické dokumenty, které vycházejí ze situace na daném území, definují žádoucí stav a opatření, která povedou k jeho naplnění. V plánech jsou uvedeny síť sociálních služeb, které jsou v novele zákona o sociálních službách definovány jako „souhrn sociálních služeb, které v dostatečné kapacitě, náležité kvalitě a s odpovídající místní dostupností napomáhají řešit nepříznivou sociální situaci osob na území kraje a které jsou v souladu se zjištěnými potřebami osob na území kraje a dostupnými finančními a jinými zdroji“. Nově je stanovena i povinnost obcí předávat krajům relevantní informace pro tvorbu sítě, kraj bude mít povinnost tyto informace zohledňovat.

1 Standardy RVKPP.

2 Standardy MŠMT.

Tabulka 4-1: Přehled dokumentů upravujících síť služeb pro uživatele návykových látek v kraji v r. 2015

Kraj	Dokument definující síť služeb pro uživatele návykových látek v kraji
Hl. m. Praha	Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb (aktualizace pro rok 2015)
Středočeský	Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb ve Středočeském kraji na období 2015–2017
Jihočeský	Minimální síť protidrogových služeb na území Jihočeského kraje 2015–2017
Plzeňský	Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb v Plzeňském kraji na období 2015–2018
Karlovarský	síť služeb není definována
Ústecký	Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb v Ústeckém kraji na období 2015–2017
Liberecký	Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb Liberecký kraj 2014–2017
Královéhradecký	Výroční zpráva o realizaci protidrogové politiky v Královéhradeckém kraji za rok 2015
Pardubický	Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb Pardubického kraje 2012–2015
Vysočina	Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb Kraje Vysočina (aktualizace pro rok 2015)
Jihomoravský	Strategie protidrogové politiky Jihomoravského kraje na období 2010–2018
Olomoucký	síť služeb není definována
Zlínský	Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb ve Zlínském kraji pro období 2016–2018
Moravskoslezský	síť služeb není definována

4.1 Programy primární prevence v krajích

Tato podkapitola se zabývá poskytováním programů primární prevence jinými subjekty než školami a školskými zařízeními. V celkovém součtu nejsou zahrnuty aktivity městské policie či jednorázové návštěvy ve službách pro uživatele návykových látek, účasti na besedách apod.

Tabulka 4-2 níže udává přehled poskytovatelů a typů poskytované prevence v jednotlivých krajích. Z dostupných údajů o poskytovatelích primární prevence v jednotlivých krajích lze konstatovat, že programy primární prevence mimo škol a školských zařízení jsou oproti r. 2014 zajišťovány ve vyšší míře certifikovanými poskytovateli (tj. 38 v r. 2014 a 43 v r. 2015). To pravděpodobně souvisí s plynulým průběhem procesu certifikací. Certifikát odborné způsobilosti uděluje programům primární prevence MŠMT na dobu až 5 let.

Tabulka 4-2: Programy primární prevence realizované v r. 2015 (mimo prevence realizované školami a školskými zařízeními, preventivních aktivit městské policie, exkurzí v kontaktních centrech, besed apod.)

Kraj	Počet poskytovatelů PP v kraji	Typ poskytované prevence			Počet poskytovatelů v kraji*	
		všeobecná	selektivní	indikovaná	certifikovaných	necertifikovaných
Hl. m. Praha	7	5	6	1	6	1
Středočeský	3	3	2	–	3	0
Jihočeský	5	5	2	1	5	0
Plzeňský	2	2	1	1	2	0
Karlovarský	–	–	–	–	–	–
Ústecký	4	4	–	–	1	3
Liberecký	2	2	1	1	1	1
Královéhradecký	5	5	1	–	5	0
Pardubický	2	2	1	–	1	1
Vysočina	6	6	–	–	6	0
Jihomoravský	4	4	2	2	3	1
Olomoucký	3	2	2	–	2	1
Zlínský	4	3	1	1	2	2
Moravskoslezský	9	8	3	1	6	3
Celkem	56	51	22	8	43	13

* Jako certifikovaný poskytovatel primární prevence je zde uveden poskytovatel, který měl v r. 2015 certifikován alespoň jeden program (typ) PP.

Specifická primární prevence je jednou z priorit Hl. m. Prahy a podle toho také zajišťuje její financování. Díky spolupráci oddělení prevence Magistrátu hl. m. Prahy, metodiků prevence z pedagogicko-psychologických poraden, místních protidrogových koordinátorů a poskytovatelů služeb jsou služby primární prevence v kraji dostatečně pokryty. V Plzeňském kraji je zmiňována absence preventivních programů v okrese Tachov.

Jihočeský kraj upozorňuje na nedostatečnou finanční podporu programům primární prevence, specificky u oblasti selektivní a indikované prevence. Kraj navrhuje jako dobré řešení nákup konkrétní služby u konkrétního poskytovatele, za účinné spolupráce školy, zřizovatele, pedagogicko-psychologické poradny a gestora finanční podpory, ať již kraje nebo jiné instituce (MŠMT). Systém by mohl být nastaven obdobně, jako když si sociální instituce pro své klienty nakupují například služby terapeutů, mediátorů, odborných poradců apod., v případech, kdy problém přesahuje jejich odbornost nebo kompetence.

Stejně jako v předchozím roce, i v r. 2015 nebyly v Karlovarském kraji realizovány žádné aktivity poskytovatelů z řad nestátních neziskových organizací týkající se primární prevence. Preventivní aktivity jsou v kraji realizovány školami pod metodickým vedením pedagogicko-psychologické poradny. Ve všech okresech Královéhradeckého

kraje jsou služby primární prevence pokryty. Jak ukázala předchozí zjištění, nejslabší pokrytí je v okresech Náchod a Trutnov. Způsob fungování primární prevence rizikového chování Královohradeckého kraje je průběžně hodnocen na pracovních setkáních metodiků prevence.

Liberecký kraj konstatuje nedostatečné zajištění službami primární prevence. Nejvýznamnějším poskytovatelem programů primární prevence je Maják o.p.s., který z kapacitních a finančních důvodů není schopen pokrýt poptávku ze strany škol v kraji. Organizace ADVAITA, z.ú., začala realizovat programy selektivní a indikované prevence.

Na základě výroční zprávy Moravskoslezského kraje by okresy Nový Jičín a Karviná zasluhovaly posílení v oblasti primární prevence na školách. Vzhledem k vyšší potřebě zajištění programů primární prevence a jejich nedostatečnému pokrytí v rámci Ústeckého kraje bude kraj usilovat o finanční zajištění certifikací primární prevence odborných protidrogových služeb.

4.2 Služby v oblasti snižování rizik

Síť služeb v oblasti snižování rizik je v České republice relativně dobře vybudovaná. Území Moravy je pokryto rovnoměrně, kontaktní centrum či sídlo terénního programu se zázemím je v každém okrese (kromě Brna-venkov), naopak v Čechách jsou tyto služby rozmístěny nerovnoměrně. Okresy, kam musejí dojíždět pracovníci terénních programů z jiných okresů, jsou Domažlice, Klatovy, Plzeň-sever, Plzeň-jih, Rokycany, Tachov, Česká Lípa, Jablonec nad Nisou, Semily, Jičín, Kutná Hora, Havlíčkův Brod, Pelhřimov, Náchod, Rychnov nad Kněžnou, Chrudim, Ústí nad Orlicí a Svitavy. Je tedy otázkou, nakolik je dojíždění finančně a časově náročné pro jednotlivé terénní programy. Detailnější informace k programům v oblasti snižování rizik jsou uvedeny v komentářích pod tabulkou. Přestože je v součtu oproti předcházejícímu roku nižší počet vydaných injekčních stříkaček, je zaznamenán vyšší počet kontaktů a výměň.

Taktéž v r. 2015 byly užívány automaty na stříkačky a injekční materiál, které jsou umístěny v objektech kontaktních center v Plzni (POINT 14), Kolíně (Prostor plus o.p.s.) a ve Strakonících (PREVENT 99 z.ú.).

Často je ve zprávách zmiňována absence terénní práce s náctiletými uživateli konopí, kterým se většina harm reduction terénních programů nemá kapacitu věnovat.

Tabulka 4-3: Služby v oblasti snižování rizik poskytované v r. 2015 (včetně programů snižování rizik na tanečních akcích, v klubech a prostředí noční zábavy)

Kraj	Počet okresů v kraji	Počet obyvatel v kraji*	Odhad PUD**	Typ služby***		Počet klientů programu		Počet kontaktů	Počet výměn	Počet vydaných strikacek	Certifikovaný program****
				KPS	TP	KPS a TP	celkem				
				ano/ne							
Hl. m. Praha	22****	1 267 449	14 900	3	4	-	12 493	11 388	107 923	2 479 435	7/0
Středočeský	12	1 326 857	2 400	5	9	-	2 693	2 415	62 211	478 772	8/6
Jihočeský	7	637 834	2 900	5	4	-	2 332	1 944	13 579	311 438	9/0
Píseňský	7	576 635	2 000	3	3	-	2 324	1 799	9 415	256 800	5/1
Karlovarský	3	297 804	1 500	3	2	-	1 376	1 009	19 054	176 012	4/1
Ústecký	7	822 850	6 000	9	8	-	6 992	5 325	54 644	936 579	17/0
Liberecký	4	439 639	2 500	2	1	-	1 791	1 220	10 897	252 842	3/0
Královéhradecký	5	551 421	1 000	1	1	1	1 162	700	7 096	235 383	4/0
Pardubický	4	516 149	400	1	1	-	566	527	1 462	88 737	2/0
Vysočina	5	509 475	1 000	-	-	3	908	703	2 771	116 366	6/0
Jihomoravský	7	1 175 023	3 300	2	4	3	3 153	2 902	13 393	349 099	12/0
Olomoucký	5	634 720	2 600	4	4	1	2 135	1 786	-	192 614	10/0
Zlínský	4	584 676	1 900	3	3	1	1 509	1 320	5634	129 198	8/0
Moravskoslezský	6	1 213 311	4 700	4	6	1	1 971	1 567	21 862	434 744	9/3
Celkem	98	10 553 843	46 900	45	50	10	41 402	34 605	329 941	6 438 019	104/11

Pozn.: * Jedná se o údaje Českého statistického úřadu k 1. 1. 2016.

**Jde o odhady NMS zveřejněné ve Výroční zprávě o stavu ve věcech drog v ČR za r. 2015. Jihočeský kraj odhaduje méně, tj. na 1 900–2 100 problémových uživatelů drog ve svém kraji.

*** KPS – kontaktní centra, TP – terénní programy, KPS a TP – sloučené programy.

**** Sloučené programy KPS a TP mají 2 certifikáty.

***** Jde o 22 městských částí hl. m. Prahy.

V r. 2015 poznatky z praxe a analýzy situace v Hl. m. Praze jednoznačně ukazují, že je potřeba rozšířit síť kontaktních a poradenských služeb a personálně posílit terénní programy. V r. 2015 byla snaha zřídit nové kontaktní a poradenské centrum, protože v současné době 3 provozovaná centra již kapacitně nestačí, ale nepodařilo se najít vhodné prostory. Pozitivní je, že došlo k rozšíření terénních programů, monitorování drogové situace v dalších lokalitách, vyhodnocení výsledků a přijetí opatření podporou vhodných služeb a spolupráce.

Ve Středočeském kraji se dlouhodobě nedaří systematicky pracovat s minoritními skupinami obyvatel Kladenska a Slánska a obtížně se navazuje kontakt s nezletilými uživateli. Na základě zájmu ze strany klientů byla v r. 2015 zahájena jednání o získání prostoru v Kladně, kde by mohla pravidelně probíhat setkání klientů formou klubu.

V Jihočeském kraji jsou základním nedostatkem sítě harm reduction služeb chybějící finanční prostředky na provoz, především personální náklady. Lze odhadnout, že chybí prostředky na minimálně 6 úvazků v přímé práci s klienty, celkem tedy cca 3 mil. Kč/rok. Za potřebné považují posílení stávajících služeb o úvazky v přímé práci (KC Strakonice a Prachatice, TP – Jindřichohradecko, Tábořsko, případně další).

Kontaktní centrum v Ústí nad Labem evidovalo v červnu 2015 rekordní návštěvnost za celou dobu své existence (20 let), a to 103 osob za den. Vzhledem ke geografickému členění Ústeckého kraje a související dopravní obslužnosti je v určitých lokalitách horší dostupnost terénních programů, přestože jsou vcelku rovnoměrně pokryty všechny regiony. Kontaktní centra jsou dostupná, v některých lokalitách by bylo třeba rozšířit terénní služby i do menších nezajištěných obcí (např. na Šluknovsku, Mostecku, Kadaňsku a v dalších oblastech). Přestože má kraj zajištěnou funkční síť certifikovaných služeb, chybí péče o určité skupiny uživatelů, zejména pro mladistvé do 15 let.

V Libereckém kraji je zmiňována dobrá spolupráce s odborem zdravotnictví Krajského úřadu a Krajskou hygienickou stanicí. Spolupráce proběhla po zjištěném výskytu virové hepatitidy typu A v Liberci a Jablonci nad Nisou. Podařilo se zajistit mimořádné očkování pro klienty kontaktního centra v Liberci. Z Operačního programu Lidské zdroje a zaměstnanost byl v roce 2015 financován terénní program pro uživatele drog (poskyvatel Most k naději, z. s.), a to v rámci individuálního projektu Libereckého kraje IP5 – Podpora a rozvoj služeb v sociálně vyloučených lokalitách. Terénní program byl zajišťován pouze na Jablonecku, a to formou subdodávky. Nepodařilo se naplnit původní záměr projektu, tedy zajištění terénních programů v identifikovaných sociálně vyloučených lokalitách v rámci celého kraje (Novoborsko, Českolipsko, Liberecko, Frýdlantsko a Semilsko), a to z důvodu nepodání nabídek do vypsaných zadávacích řízení. Ani v r. 2015 se zřizovateli kontaktního centra v České Lípě (Most k naději, z.s.) nepodařilo zajistit vhodnější prostory pro poskytování služby. I v r. 2015 pokračoval výrazný nárůst počtu klientů kontaktního centra v Liberci (tento trend byl poprvé zaznamenán v r. 2014). Lze uvažovat o možné souvislosti se zrušením výměnné místnosti v Jablonci nad Nisou v r. 2013, což je obec s dlouhodobě vysokou drogovou promořeností (terénní program pro drogově závislé zde vykazuje vysoký počet klientů a výměn). Zvýšený počet klientů kontaktního centra v Liberci je na hranici únosnosti kapacity zařízení, omezuje prostor pro individuální práci s klienty a ztěžuje každodenní provoz zařízení.

V Královéhradeckém kraji Laxus z.ú. rozšířil terénní program do regionu Broumovska (Broumov, Hronov a Police nad Metují), což je region s obtížnou dopravní obslužností. Síť služeb v oblasti snižování rizik v Pardubickém kraji je dlouhodobě minimální – 1 kontaktní centrum v Pardubicích, 1 terénní program působící v celém kraji. S ohledem na prostorové rozložení kraje by bylo žádoucí, kdyby v kraji vznikly ještě 2 kontaktní a poradenské služby (v České Třebové nebo v Ústí nad Orlicí) tak, aby byly dostupné pro všechny klienty v kraji. Potřebné by byly zejména poradenské služby a programy nabízející ambulantní léčbu, jelikož je pro klienty z východní části kraje náročné cestovat 80 km každý týden na konzultaci. Terénní programy byly v r. 2015 zajišťovány pouze 4 pracovníky, což se jeví jako nedostatečné. V optimálním případě by bylo potřebné navýšit počet pracovníků na 8 tak, aby pro každý okres zajišťoval terénní program v dané lokalitě jeden dvoučlenný tým. Od r. 2013 se podařilo navýšit počet úvazků na 4, takže bylo možné ustanovit dva týmy terénních pracovníků, čímž byl terénní program částečně posílen.

V Jihomoravském kraji je síť nízkoprahových služeb pro nelegální drogy dobře dostupná, problémem je nadále situace v Brně, kde je počet terénních pracovníků vzhledem k počtu obyvatel ve městě dlouhodobě nedostačující. V okrese Hodonín fungují 2 kontaktní centra s terénními programy. Hodonínský okres se však vyznačuje velkou lidnatostí, vysokou mírou nezaměstnanosti, vysokým počtem heren a velkým počtem uživatelů nelegálních i legálních drog, takže činnost dvou center je opodstatněná. Svoji působnost v rámci okresu mají centra dlouhodobě regionálně rozdělenou.

Síť služeb v Olomouckém kraji se z hlediska územního pokrytí a dostupnosti služeb v jednotlivých regionech jeví jako dostačující. Problémem stále zůstává nedostatečné financování zejména terénních programů, které jim tak neumožňuje vykonávat jejich činnost v dostatečném rozsahu a kvalitě.

Ve Vsetíně (Zlínský kraj) byla výrazně ztížena práce týmu a zajištění anonymity služby klientům kvůli rekonstrukci objektu sousedícího s kontaktním centrem. Z tohoto důvodu došlo i k poklesu výkonů služby.

V Moravskoslezském kraji se v r. 2015 podařilo nově realizovat terénní program pro uživatele návykových látek v Karviné, čímž byly alespoň zčásti saturovány potřeby harm reduction služeb v této lokalitě (poskytovatel Slezská diakonie). V prosinci 2014 byla v Bruntále uzavřena smlouva mezi Podhorskou nemocnicí, a.s., a Městským úřadem Bruntál, a to na dobu určitou s účinností od 1. 12. 2014 do 31. 12. 2015, o anonymním testování osob užívajících návykové látky na onemocnění virovou hepatitidou typu A, B a C. Tato smlouva byla prodloužena do 31. 12. 2016. Testování probíhá vždy v měsících únor, květen, srpen a listopad.

4.3 Služby v oblasti ambulantní léčby

Kraje většinou ve svých výročních zprávách upozorňují na nedostatky v síti služeb ambulantní léčby, na jejich nerovnoměrné rozložení a nízkou kapacitu. Kraje rovněž poukazují na nedostatečný počet psychoterapeutů, psychiatrů a dalších lékařů, kteří jsou ochotní pracovat s uživateli drog v ambulantních zdravotnických zařízeních. Uvádějí, že lékaři vůči cílové skupině uživatelů drog zaujímají dlouhodobě negativní postoj. Údaje o kapacitě či počtu klientů nejsou u některých typů služeb dostupné.

Krajští protidrogoví koordinátoři uvedli celkem 71 služeb ambulantní léčby, 17 programů substituční léčby a 2 stacionární programy (Hl. m. Praha a Moravskoslezský kraj). Poskytování systematické ambulantní substituční léčby není zajištěno v krajích Karlovarském, Libereckém, Pardubickém, Zlínském a v Kraji Vysočina.

Tabulka 4-4: Služby v oblasti ambulantní léčby v r. 2015 (problematické se jeví mísení roční kapacity a kapacity aktuální, kapacita je tedy pouze orientační údaj)

Kraj	Počet služeb v kraji*			Kapacita služby			Počet certifikovaných programů	
	AL	SL	SP	AL	SL	SP	ano	ne
Hl. m. Praha	11	6	1	1 975	325	500	17	1
Středočeský	9	2	0	–	–	–	4	7
Jihočeský	2	1	0	2**	25	–	3	0
Plzeňský	0	1	0	–	40	–	1	0
Karlovarský	1	0	0	–	–	–	0	1
Ústecký	9	1	0	60	125	–	3	7
Liberecký	7	1	0	–	–	–	1	6
Královéhradecký	5	1	0	46	30	–	1	5
Pardubický	8	0	0	9	–	–	1	7
Vysočina	1	–	–	20	–	–	1	0
Jihomoravský	5	2	0	27	80	–	6	1
Olomoucký	5	1	0	–	–	–	3	3
Zlínský	2	0	0	n.a.	n.a.	n.a.	1	1
Moravskoslezský	6	1	1	–	–	–	0	8
Celkem	71	17	2	–	–	–	42	47

* AL – ambulantní léčba, SL – substituční léčba, SP – stacionární program

** momentální kapacita

V Hl. m. Praze zahájila svou činnost Adiktologická ambulance organizace SANANIM z.ú. a Adiktologická ambulance Všeobecné fakultní nemocnice v Praze (Klinika adiktologie 1. LF UK). Centrum ALMA, o.p.s., které bylo zaměřeno na doléčování žen závislých na alkoholu, mění svůj program na adiktologickou ambulanci a zaměřuje se i na práci s cílovou skupinou mužů a dětí. Pražské organizace se v porovnání s předchozími roky více věnují problematice patologického hráčství, mapování situace a ambulantní péči. Sekce léčby a následné péče při Protidrogové komisi Rady hl. m. Prahy zjišťuje faktický počet lékařů zabývajících se léčbou závislostí nebo alespoň preskripcí substitučních látek na území Hl. m. Prahy. První zjištění ukazují, že zdaleka ne všichni lékaři s registrací AT službu praktikují. Je potřeba dalších substitučních center s menší kapacitou.

V Jihočeském kraji proběhl průzkum mezi 44 psychiatrickými ambulancemi. Výstupem je, že informace o reálné dostupnosti ambulantní léčby v jednotlivých regionech není spolehlivá. Neví se zcela přesně, v jakém spektru jsou služby poskytovány, neexistuje

závazný standard poskytovaných služeb ani způsob, jak zajistit léčbu dostupnou v optimálním spektru činností a pro všechny cílové skupiny. Na druhou stranu se tomu tak neděje pouze vinou samotných lékařů. Z rozhovorů s některými z nich vyplývá, že se touto oblastí nezabývají z důvodů své nedostatečné kvalifikace. Dávají přednost jiným diagnózám a hlavním argumentem je, že síť ambulantních psychiatrických služeb je v kraji poddimenzovaná, a tedy se lékaři musí soustředit na nejobtížnější pacienty/diagnózy. V podstatě tedy v této oblasti chybí především reálná správa sítě, kde by odpovědné instituce (v tomto případě zdravotní pojišťovny) měly mít zájem zajistit optimální místní dostupnost služby v potřebném rozsahu činností.

V Plzeňském kraji je zmiňován rozdíl v nabídce služeb mezi krajským městem, kde je situace relativně stabilizovaná a ostatními městy v kraji, kde je nabídka nedostatečná. Na Tachovsku pocítují absenci ambulantní léčby.

Ve Středočeském kraji je kapacitně poddimenzováno Kolínsko. V závěru roku 2015 organizace Zařízení sociální intervence Kladno zahájila jednání s městem Slaný o otevření poradenského místa i na území této obce vzhledem k počtu zájemců o tuto službu z oblasti Slánska.

V Karlových Varech (Karlovarský kraj) ukončila v r. 2015 činnost AT poradna. Karlovarský kraj se i v roce 2015 potýkal s nedostatkem služeb léčby, a to ve všech formách. Stejně jako v r. 2014 je v kraji velmi omezená dostupnost ambulantní léčby, psychiatrické, psychotherapeutické i psychologické péče. Byla zaznamenána absence lůžkových a pobytových zařízení, do kterých by poskytovatelé sociálních služeb mohli odesílat klienty na krátkodobý či střednědobý pobyt, nebo je využít jako emergenční stanici pro momentální krizi klienta. V kraji také zcela chybí substituční léčba.

V Ústeckém kraji se potýkají s nedostatkem psychiatrů a psychotherapeutů, kteří jsou ochotni pracovat se závislými osobami. Většina organizací ve svých regionech upozorňuje na nedostatek lékařů, kteří jsou ochotní nejen s touto cílovou skupinou pracovat na řešení jejich situace, ale také předepisovat substituční léky (např. Děčínsko, Mostecko, Kadaňsko). Neziskové organizace si nemohou vzhledem ke stavu financování dovolit zaměstnat tyto odborníky ve svých službách. Dosud jedinou organizací, která měla ve svém týmu zaměstnaného psychiatra, byl DRUG - OUT Klub, z.s., v Ústí nad Labem.

Ve výroční zprávě Libereckého kraje je uvedeno 7 center ambulantní léčby, z toho 2 jsou pro uživatele tabáku. Mezi nedostatky krajské sítě patří chybějící zdravotnická ambulantní léčba v AT ordinaci. Substituční léčbu v celém kraji nabízí pouze jeden lékař v rámci nemocnice v Semilech. Zcela nedostupným typem služby ambulantní péče v kraji je denní stacionář. Populační podskupinou nezachycenou sítí léčebných služeb v kraji jsou děti do 15 let. Existující zařízení se primárně zaměřují na řešení výchovných problémů klientů.

V Královéhradeckém kraji kromě dvou měst (Trutnov a Hradec Králové) nejsou ambulantní zařízení zaměřená na návykové látky, anebo jsou plně hrazena klienty (např. Náchod), což podstatně zvyšuje práh dostupnosti služeb. Jako velmi neuspokojivou vnímají situaci především sociální pracovníci v obcích a kurátoři. Ještě výrazněji vystupuje problém ambulantní péče o nezletilé. V tomto ohledu je pokrytí kraje dětskými psychiatry naprosto nedostačující.

I v Pardubickém kraji jsou AT ambulance a psychiatrické ambulance dlouhodobě poddimenzovány. V současné době je v okrese Pardubice jediná psychiatrická ambulance, která se specializuje na problematiku závislostí, a to převážně na léčbu závislosti na alkoholu. Tato ambulance poskytuje i ochrannou, soudem nařízenou ambulantní léčbu uživatelům drog i alkoholu. V ostatních zdravotnických zařízeních (AT ambulancích) jsou uživatelé drog dlouhodobě spíše odmítáni. V okrese Chrudim je pro celý okres jeden lékař, který ale nemá problematiku závislostí jako jedinou a stěžejní činnost v ambulanci. Obdobná situace je i v okresech Ústí nad Orlicí a Svitavy. Lékaři nemají prostor na dlouhodobou individuální a skupinovou práci s klienty, kteří mají problém se závislostí na alkoholu a jiných látkách.

V Jihomoravském kraji jsou služby ambulantního typu zajišťovány po státní linii především psychiatry a ambulancemi v psychiatrických léčebnách. V kompetenci nestátních neziskových organizací působí v kraji dva ambulantní programy zaměřené na pomoc uživatelům nelegálních drog a patologickým hráčům.

Kromě stabilní činnosti již tradičních služeb v Olomouckém kraji byla v r. 2015 provozována dvě nově vzniklá zdravotnická zařízení – Adiktologická ambulance v Jeseníku (Darmoděj z.ú.) a Adiktologická ambulance prevence a léčby závislostí v Olomouci (Nestátní interní oddělení s.r.o.). Ambulance adiktologie (Společnost Podané ruce o.p.s.) začala působit v omezeném časovém rozsahu také ve městech Zábřeh a Prostějov.

V Moravskoslezském kraji i v r. 2015 pokračovala rozšířená nabídka služeb pro cílovou skupinu mladistvých uživatelů a experimentátorů s návykovými látkami, a to prostřednictvím individuálního projektu kraje Specifické intervence pro mladistvé uživatele návykových látek. Tato podpora byla realizována ve městech Ostrava, Havířov, Bruntál, Karviná, Frýdek-Místek, Krnov a Orlová. Tato skutečnost reagovala na nedostatek ambulantních i pobytových služeb pro tuto cílovou skupinu.

4.4 Služby v oblasti rezidenční léčby

Z poskytnutých dat z výročních zpráv krajů vyplývá, že statistické informace o kapacitě či počtu klientů v oblasti rezidenční léčby nejsou krajským koordinátorům u všech služeb dostupné. Problematické se jeví mísení roční kapacity a kapacity aktuální. Kapacita je tedy pouze údaj orientační.

Krajští protidrogoví koordinátoři uvedli v rámci služeb rezidenční léčby celkem 22 služeb detoxifikace, 23 lůžkových zdravotních služeb, 17 terapeutických komunit a 5 domovů se zvláštním režimem pro cílovou skupinu uživatelů návykových látek.

Tabulka 4-5: Služby v oblasti rezidenční léčby v r. 2015 (terapeutické komunity jsou zařazeny ke kraji podle místa realizace projektu)

Kraj	DTX		LZS		RPTK		DSZR		Počet certifikovaných programů	
	počet	kapacita	počet	kapacita	počet	kapacita	počet	kapacita	ano	ne
Hl. m. Praha	3	26	2	118	–	–	–	–	4	0
Středočeský	1	–	1	–	2	29	–	–	1	4
Jihočeský	1	–	4	103	3	56	–	–	3	4
Plzeňský	1	–	–	–	1	15	–	–	1	0
Karlovarský	–	–	1	40	–	–	–	–	0	1
Ústecký	1	4	2	130	1	15	1	–	2	3
Liberecký	1	10	1	10	1	15	1	20	1	3
Královéhradecký	2	6	1	50	–	–	1	49	0	4
Pardubický	2	–	1	61	–	–	1	–	0	3
Vysočina	3	–	3	67	1	6	1	90	1	7
Jihomoravský	2	25	2	–	2	15	–	–	1	5
Olomoucký	3	–	2	–	4	43	–	–	0	9
Zlínský	1	–	1	140	0	0	–	–	0	3
Moravsko-slezský	1	–	3	140	2	61**	–	–	1	5
Celkem	22	187	24	859	17	255	5	159	15	49

* DTX – detoxifikace, LZS – lůžkové zdravotní služby, RPTK – terapeutické komunity, DSZR – domovy se zvláštním režimem

** včetně 46 osob inzerovaných na internetových stránkách Pastor Bonus

V Jihočeském kraji jsou v tabulce zahrnuty PL U Honzíčka, PL Lnáře a Dětská psychiatrická nemocnice Opařany, které v omezené míře přijímají pacienty s diagnózou závislosti, a PL Červený Dvůr. V kraji není specializovaný domov se zvláštním režimem, v některých případech si jednotliví poskytovatelé domovů pro seniory nechávají zaregistrovat i tuto službu, kterou ve formě vyhrazených několika lůžek poskytují svým klientům (z příslušné spádové oblasti). Za zmínku stojí definitivní přestěhování TK Němčice (změna místa poskytování služby) – z obce Němčice u Volyně do obce Heřmaň u Putimi (okres Písek). V Jihočeském kraji je detoxifikační oddělení PL Červený Dvůr, které ovšem slouží pouze pro nastupující pacienty léčebny. Klienti, kteří mají podstoupit léčbu v jiném zařízení (nebo léčbu ambulantní), si musí detoxifikaci zajistit mimo území kraje. Do budoucna vedení léčebny předpokládá otevření širší cílové skupině v souvislosti s rekonstrukcí části objektu. Tím by byl vyřešen jeden z hlavních problémů dostupnosti základních zdravotních služeb pro uživatele návykových látek.

V Karlovarském kraji je program ambulantní léčby, detoxifikace a krátkodobé hospitalizace zajištěn psychiatrickým oddělením nemocnice Ostrov.

V Ústeckém kraji provozuje detoxifikační jednotku Psychiatrické oddělení Krajské zdravotní a. s. – Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem. Jedná se opět o ojedinělou službu. Ze strany zdravotníků i pracovníků služeb je vnímán akutní nedostatek detoxifikačních lůžek pro zajištění celého kraje, jednotka disponuje pouze čtyřmi lůžky. Nevyhovující je nejen nízká kapacita, ale také dostupnost služby pro potřeby z jiných regionů. S tímto úzce souvisí absence záchytné stanice, neboť veškeré záchyty policie jsou primárně směřované právě na psychiatrické oddělení. V r. 2015 vykazuje detoxifikační jednotka 413 klientů. Dětská psychiatrická nemocnice Louny poskytla péči 5 klientům s problémem závislosti.

V Královéhradeckém kraji vnímají jako zásadní naprostý nedostatek detoxifikačních zařízení pro mladistvé. Různé typy zařízení často vyžadují před přijetím dítěte do péče absolvování detoxifikace, vzhledem k naprosto přeplněné kapacitě však není takřka možné tyto podmínky splnit.

V Pardubickém kraji i na detoxifikaci výjimečně přijímá klienty závislé na drogách nebo na alkoholu pouze OLÚ Žamberk. Detoxifikace a krátkodobá léčba je tedy pro klienty v Pardubickém kraji stále nedostupná. V kraji je provozován jeden domov se zvláštním režimem, Domov na hradě Rychmburk, který se specializuje na péči o dlouhodobě duševně nemocné starší 18 let, kteří potřebují ubytování a dlouhodobou péči. Primární cílovou skupinou nejsou uživatelé návykových látek nebo alkoholu, tyto klienty, pokud mají duální psychiatrickou diagnózu, přijímají po posouzení lékařem. V Pardubickém kraji chybí dále i služby dlouhodobé pobytové léčby a terapeutická komunita. V současné době není v záměrech kraje tyto služby zřizovat.

Jihomoravský kraj má ve své síti léčebných rezidenčních zařízení 3 terapeutické komunity, které finančně podporuje; na území Jihomoravského kraje je však situována jen jedna. Další terapeutická komunita Salebra o.s., působící na Znojemsku, není certifikována, s krajem nekomunikuje a finanční podporu nečerpá. Oproti jiným krajům je tedy síť naddimenzována.

Ze strany obcí Moravskoslezského kraje je stále zdůrazňována potřeba pobytové služby pro děti a mladistvé uživatele návykových látek. Výrazným příspěvkem k programu reformy psychiatrické péče se jeví vytvoření Adiktologického centra např. v rámci Psychiatrické nemocnice v Opavě. Jde o zajištění programů léčby a doléčování, které není součástí ošetřovacího dne a současně nasmlouvaných aktivit. Cílovou skupinu by měli tvořit klienti s problémem abúzu drog, alkoholu, s patologickým hráčstvím a kouřením.

4.5 Služby v oblasti následné péče

Krajští protidrogoví koordinátoři uvedli celkem 35 programů ambulantního doléčování, z toho 21 programů s chráněným bydlením. Údaje o kapacitě jsou opět pouze orientační. Z velké většiny jde o neziskové organizace, které podstoupily proces certifikace odborné způsobilosti. V Karlovarském kraji není uveden ani jeden program následné péče.

Tabulka 4-6: Služby v oblasti následné péče v r. 2015

Kraj	Počet služeb		Kapacita služeb		Počet osob, které služby využily	Počet certifikovaných programů	
	ADP	CHB	ADP	CHB		ano	ne
Hl. m. Praha	3	2	102	27	364	3	0
Středočeský	3	2	120	21	82	1	1
Jihočeský	2	1	5	11	860	1	1
Plzeňský	2	2	54	29	163	2	0
Karlovarský	–	–	–	–	–	–	–
Ústecký	3	2	19	18	146	2	1
Liberecký	4	1	10	10	51	1	3
Královéhradecký	1	0	32	–	59	0	1
Pardubický	1	0	2	–	60	1	0
Vysočina	2	2	15	5	55	2	0
Jihomoravský	4	4	100	38	300	4	0
Olomoucký	2	2	14	25	106	2	0
Zlínský	2	–	n.a.	n.a.	50**	0	2
Moravskoslezský	6	3	8**	39	250	1	5
Celkem	35	21	481	204	2 537	20	14

* ADP – ambulantní doléčovací program, CHB – chráněné bydlení

** nekompletní data

V Jihočeském kraji je celková kapacita následné péče nízká, ale službu poskytují i jiná zařízení. Jediný certifikovaný program tohoto typu se nachází v Českých Budějovicích (PREVENT 99 z.ú.), nicméně v některých regionech tuto službu či program nabízejí i jiní poskytovatelé (Farní charita Tábor, Arkáda – sociálně psychologické centrum, z.ú.). Některé složky doléčování jsou poskytovány v rámci běžného provozu kontaktních center, v některých případech přijímají do péče tyto osoby i ambulantní psychiatři.

V Plzeňském kraji je zmiňován rozdíl mezi krajským městem, kde je situace relativně stabilizována a ostatními městy v kraji, kde je nabídka služeb v oblasti následné péče nedostatečná. Do Plzně je dlouhá dojezdová vzdálenost, zmiňována je absence startovacích bytů a azylového domu pro matky s dětmi (absolventkami doléčování).

V Ústeckém kraji jsou díky podpoře RVKPP nabízeny služby doléčování rovněž patologickým hráčům. V r. 2015 došlo k navýšení kapacity lůžek v pobytové části programu organizace WHITE LIGHT I., z.ú. z dosavadních 5 na 7 lůžek. Navýšená kapacita o 2 lůžka by měla být určena pro patologické hráče. V r. 2015 byl u této služby zaznamenán rostoucí zájem o podporované bydlení ve výši 1 614 lůžkodnů (v r. 2014 – 1 580 lůžkodnů), obloženost se navýšila z 91,1 % na 93,03 %. Doléčovacími programy nejsou pokryty všechny potřebné regiony, vzhledem k větší vzdálenosti nemohou mnozí z klientů stávajících služeb využít, jedná se např. o oblast Kadaňska, Chomutovska a Šluknovského výběžku.

V Jablonci nad Nisou (Liberecký kraj) je zcela nedostupná následná péče zajišťovaná sociální službou nebo psychiatrickou ambulancí/ordinací.

Následná péče pro obyvatele Královéhradeckého kraje je poskytována v rámci Ambulantního centra organizace Laxus z.ú. v Hradci Králové. Kapacita se jeví jako dostatečná, nicméně pobytové služby pro závislé klienty v Královéhradeckém kraji chybí (úplná absence chráněných bytů apod.). Další variantou jsou programy LNN Nechanice pro pacienty abstinující (nebo po recidivě), nicméně se jedná pouze o absolventy léčebného programu LNN Nechanice.

V kraji Vysočina během r. 2015 probíhaly přípravy k ukončení činnosti služby následné péče Circle of Life, o.p.s., v Koněšíně a zároveň ke vzniku nové Následné péče v Třebíči, kterou od r. 2016 zajišťuje Oblastní charita Třebíč.

Rovněž ve Zlínském kraji byl koncem r. 2015 ukončen projekt Doléčovací centrum Restart v Kroměříži (poskytovatel Darmoděj z.ú.), jehož cílem bylo poskytovat služby následné péče.

4.6 Ostatní specializované programy

V krajích působí kromě výše uvedených další typy specializovaných programů pro uživatele návykových látek. V Hl. m. Praze je městská část Praha 12 jedinou, která vstřícně zareagovala na žádost Hl. m. Prahy o spolupráci v navýšení kapacit služeb pro osoby se závislostmi a osoby bez přístřeší. Dlouhodobě se nedaří získat prostory pro rozvojové a rozšiřující projekty v oblasti adiktologické péče tak, aby mohly být naplněny potřeby města v oblasti rozvoje adiktologických služeb, a naplněny tak cíle akčního plánu.

Protialkoholní záchytné stanice jsou zřízené ve všech krajích kromě Ústeckého. Strategie podpory zdraví a rozvoje zdravotních služeb v Ústeckém kraji na období 2015 – 2020 však zřízení záchytné stanice v kraji deklaruje. Ne všechny kraje ale disponují údaji o počtu hospitalizovaných klientů. Někteří koordinátoři upozorňují na absenci návazných služeb, které by s osobami po propuštění z protialkoholní záchytné stanice dlouhodobě pracovaly na léčbě závislosti nebo změně chování.

Tabulka 4-7: Kapacita protialkoholních záchytných stanic v r. 2015

Kraj	Počet PZS	Počet lůžek	Počet klientů	Poznámka/město
Hl. m. Praha	1	22	5 646	–
Středočeský	3	14*	864*	Mladá Boleslav, Kolín, Příbram
Jihočeský	1	9	1 538	České Budějovice
Plzeňský	1	9	1 685*	Plzeň
Karlovarský	1	5	1 213*	Sokolov
Ústecký	0	0	0	–
Liberecký	1	10	789	Liberec
Královéhradecký	1	8*	1211	Hradec Králové
Pardubický	1	11	1245	Pardubice
Vysočina	1	13	1 147*	Jihlava
Jihomoravský	1	13	3 625*	Brno
Olomoucký	1	15*	1 645*	Olomouc
Zlínský	1	5	1 433	Kroměříž
Moravskoslezský	4	35*	5 594*	Frýdek-Místek, Karviná, Opava (zřizovány krajem), Ostrava (zřizováno městem)
Celkem	18	–	–	–

*údaje ÚZIS za r. 2013

Ve Zlínském kraji Krajská protialkoholní záchytná stanice vykazuje oproti r. 2014 nárůst počtu ošetřených žen o téměř dvojnásobek, rovněž je zaznamenán meziroční nárůst počtu pacientů s trvalým pobytem mimo kraj (cca 2,5x). V r. 2015 proběhla rekonstrukce objektu protialkoholní záchytné stanice umístěné nadále v areálu Kroměřížské nemocnice a.s.; kapacita byla zvýšena z 5 na 7 lůžek a v provozu je od ledna 2016.

Služby poskytované nestátními organizacemi pro uživatele drog ve vězení v r. 2015 působily v Hl. m. Praze (253 klientů), ve Středočeském (93 klientů), Ústeckém (137 klientů), Královéhradeckém (77 klientů), Pardubickém (13 klientů), Plzeňském (449 klientů), Jihomoravském (454 klientů), Libereckém (177 klientů), Olomouckém kraji (261 klientů) a v Kraji Vysočina (43 klientek). Od přelomu r. 2015 a 2016 působí organizace PREVENT 99 z.ú. ve vazební věznici České Budějovice.

Služby pracovní a sociální agentury/rehabilitace jsou poskytovány v Hl. m. Praze (Pracovní a sociální agentura, SANANIM z.ú. a Tvoje Šance, Středisko prevence a léčby drogových závislostí – DROP IN, o.p.s.), v Plzeňském kraji (Středisko křesťanské pomoci Plzeň) dále pak ve Středočeském kraji (Sociální rehabilitace, Magdaléna, o.p.s.) a v Jihomoravském kraji (Přechodové byty a Poradenské centrum Pasáž a sociálně terapeutická dílna – Eikón, Společnost Podané ruce o.p.s.). V Olomouckém kraji funguje úspěšně již dva roky sociální podnik Naše café (P-centrum, spolek), projekt Pracovní centrum Posádka v rámci projektu Restart organizace Darmoděj z.ú. v Moravskoslezském kraji pak Klub Absolvent (Renarkon, o.p.s.).

Dále jsou poskytovány služby internetové drogové poradny v Hl. městě Praze (Drogové informační centrum, SANANIM z.ú.), v Jihomoravském kraji (EXTC poradna, Společnost Podané ruce o.p.s.) a v Moravskoslezském kraji (Drogová poradna, Renarkon, o. p. s.). K dalším ojedinělým realizovaným službám patří Právní poradna A. N. O. v Hl. m. Praze a Vzdělávací centrum I.E.S. Společnosti Podané ruce o.p.s. v Jihomoravském kraji.

4.7 Analýzy sítě služeb

V Jihomoravském kraji byla provedena interní analýza potřeb a služeb sloužící pouze pro interní potřeby úřadu. V Královéhradeckém kraji byla realizována Analýza drogové problematiky – Broumov 2015. Aktivita je součástí realizace projektu OP LZZ Systémová a efektivní opatření agendy SPOD ORP Broumov, která zmiňuje kapacitně nedostatečnou síť služeb pro klienty v regionu.

V r. 2015 provedlo Krajské centrum primární prevence Pardubického kraje při Pedagogicko-psychologické poradně Ústí nad Orlicí analýzu realizace programů primární prevence ve školách a školských zařízeních Pardubického kraje. Z analýzy vyplynulo, že je třeba zvýšit odbornou erudovanost metodiků prevence školských zařízení v základních znalostech, jako je schopnost rozlišovat jednotlivé typy prevence a především zlepšení dovedností aplikovat poznatky do praxe, např. zajištěním vhodných programů prevence.

Ze závěrů analýzy potřebnosti a kapacity léčebných služeb uskutečněné v r. 2015 v Kraji Vysočina vyplývá, že počet klientů, kteří využívali služeb sekundární prevence včetně ambulantních služeb, bylo vykázáno celkem 1 049, z toho 818 uživatelů drog (jedná se o navýšení počtu klientů oproti r. 2013, kdy bylo vykázáno celkem 915 klientů, z toho 733 uživatelů drog). Klientů s trvalým pobytem v Kraji Vysočina využívajících služeb v místě trvalého bydliště bylo 429 a 10 klientů využívalo služeb sekundární prevence v jiném kraji. V oblasti terciární prevence byl zaznamenán pokles počtu klientů oproti r. 2013 ze 107 na 96. Klientů, s trvalým pobytem v Kraji Vysočina využívajících služeb v místě trvalého bydliště bylo 52 a 19 klientů využívalo služeb terciární prevence v jiném kraji. Hlavním důvodem faktu absolvování léčby klientů z jiných krajů ČR v Kraji Vysočina a opačně, klientů s trvalým pobytem v Kraji Vysočina na území jiného kraje, je anonymita léčby a vytržení léčeného z původního zločinného prostředí. Údaje vyplývající z analýzy tak potvrzují potřebnost zachování stávající sítě léčebných zařízení v kraji a snahu o vzájemnou komunikaci a spolupráci mezi léčebnými zařízeními.

4.8 Shrnutí identifikovaných nedostatků v síti služeb jednotlivých krajů

Kraje ve svých výročních zprávách identifikují jednotlivá chybějící místa v krajské síti služeb. Míra pokrytí službami je v jednotlivých krajích různá. Nedostatky sítě služeb uvádí tabulka 4-8.

Tabulka 4-8: Identifikované nedostatky v síti služeb z výročních zpráv krajů v r. 2015

Kraj	Identifikované nedostatky v síti služeb z výročních zpráv krajů v r. 2015
Hl. m. Praha	Chybí služby uváděné v akčním plánu, jako např. ubytovny pro akutní uživatele drog. Hl. m. Praha má také nedostatek substitučních center a kontaktních a poradenských středisek.
Středočeský	Nerovnoměrné pokrytí ambulantních služeb a chybějící péče o pacienty v dětském věku.
Jihočeský	Absence detoxifikace pro klienty, kteří nenastupují do léčby v psychiatrické léčebně Červený Dvůr. Nedostatečná ambulantní psychiatrická péče.
Plzeňský	Absence „nizkoprahové AT ambulance“, denního stacionáře.
Karlovarský	Absence poskytovatele primární prevence, samostatné detoxifikace, substitučního programu, doléčovacího programu a terapeutické komunity.
Ústecký	Nedostatečná ambulantní péče, nedostatečné pokrytí rizikových regionů terénními programy.
Liberecký	Chybějící zdravotnická léčba – AT ordinace. Malé pokrytí substituční léčbou.
Královéhradecký	Ambulantní programy jsou v kraji nerovnoměrně zastoupené.
Pardubický	Absence kontaktních a poradenských služeb (v České Třebové nebo v Ústí nad Orlicí a ve Svitavách), nedostatečné pokrytí službami ambulantní léčby, absence substitučních programů.
Vysočina	Absence ambulantní poradny v okresech Pelhřimov a Havlíčkův Brod.
Jihomoravský	Nedostatek terénních pracovníků pro krajské město.
Olomoucký	Absence ambulantní péče v Šumperku.
Zlínský	Malý počet lékařských kapacit v oboru psychiatrie se specializací návykové nemoci, navíc nerovnoměrně umístěných v rámci kraje (absence v spádových okresech Kroměříž, Uherské Hradiště a Vsetín).
Moravskoslezský	Absence pobytové služby pro děti a mladistvé uživatele návykových látek.



Příloha

Seznam tabulek

Tabulka 1-1:	Počet pachatelů přestupků projednaných v r. 2015 podle § 30, odst. 1, písm. j) zákona č. 200/1990 Sb. v rozdělení podle druhu drogy.	22
Tabulka 1-2:	Počet pachatelů přestupků projednaných v r. 2015 podle § 30, odst. 1, písm. k) zákona č. 200/1990 Sb. podle věku pachatele a druhu drogy	23
Tabulka 1-3:	Množství drog zajištěných v r. 2015 v rámci projednaných přestupků podle § 30, odst. 1, písm. j) a k) zákona č. 200/1990 Sb. v rozdělení podle druhu drogy.	24
Tabulka 1-4:	Přehled realizovaných studií v roce 2015.	25
Tabulka 2-1:	Postavení krajských protidrogových koordinátorů v r. 2015	30
Tabulka 2-2:	Komise a pracovní skupiny protidrogové politiky v krajích v r. 2015	32
Tabulka 2-3:	Aktuální strategické dokumenty protidrogové politiky v krajích v r. 2015	34
Tabulka 2-4:	Přehled realizovaných konferencí a seminářů v krajích v r. 2015	37
Tabulka 2-5:	Počet místních protidrogových koordinátorů v obcích s rozšířenou působností v roce 2015	41
Tabulka 3-1:	Přehled zdrojů financování (dotačních titulů), v rámci kterých si drogové služby mohou žádat o podporu v jednotlivých krajích	50
Tabulka 3-2:	Vývoj výdajů na protidrogovou politiku z rozpočtů samospráv v letech 2011–2015 v tis. Kč.	55
Tabulka 3-3:	Výdaje samospráv na jednoho obyvatele ve věku 15–64 v r. 2015.	56
Tabulka 3-4:	Výdaje samospráv podle typu služeb a aktivit protidrogové politiky v r. 2015 v tis. Kč	58
Tabulka 3-4:	Výdaje samospráv podle typu služeb a aktivit protidrogové politiky v r. 2015 v tis. Kč (pokračování)	60
Tabulka 3-5:	Přehled financování adiktologických projektů z prostředků ESF v tis. Kč.	64
Tabulka 4-1:	Přehled dokumentů upravujících síť služeb pro uživatele návykových látek v kraji v r. 2015	71
Tabulka 4-2:	Programy primární prevence realizované v r. 2015 (mimo prevence realizované školami a školskými zařízeními, preventivních aktivit městské policie, exkurzí v kontaktních centrech, besed apod.)	72
Tabulka 4-3:	Služby v oblasti snižování rizik poskytované v r. 2015 (včetně programů snižování rizik na tanečních akcích, v klubech a prostředí noční zábavy)	74
Tabulka 4-4:	Služby v oblasti ambulantní léčby v r. 2015 (problematické se jeví mísení roční kapacity a kapacity aktuální, kapacita je tedy pouze orientační údaj)	77
Tabulka 4-5:	Služby v oblasti rezidenční léčby v r. 2015 (terapeutické komunity jsou zařazeny ke kraji podle místa realizace projektu)	80
Tabulka 4-6:	Služby v oblasti následné péče v r. 2015	82

Tabulka 4-7:	Kapacita protialkoholních záchytných stanic v r. 2015	84
Tabulka 4-8:	Identifikované nedostatky v síti služeb z výročních zpráv krajů v r. 2015	86

Souhrnná zpráva

o realizaci protidrogové politiky v krajích v roce 2015

- > Souhrnná zpráva o realizaci protidrogové politiky v krajích je zpracována na základě výročních zpráv jednotlivých krajů, které zpracovávají krajsí protidrogoví koordinátoři od roku 2004 (zprávy jsou dostupné na stránkách krajů). Souhrnná zpráva nabízí popis aktuální situace a nových trendů drogové situace v krajích, souhrnný přehled a vzájemné srovnání krajů v oblasti koordinace protidrogové politiky, financování a dostupnosti služeb v oblasti závislostí.
- > Publikaci čtenářům přináší sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, který je organizační součástí Úřadu vlády České republiky. Plné znění této publikace, dříve vydané publikace a informace o připravovaných publikacích najdete na webových stránkách rady na <http://rvkpp.vlada.cz>.
- > Distribuci zajišťuje vydavatel.

Vydal Úřad vlády České republiky
nábřeží Edvarda Beneše 4, 118 01 Praha 1
www.vlada.cz

Neprodejné

ISBN 978-80-7440-176-3



9 788074 401763