



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost

Úřad vlády České republiky



Komplexní návrh systémových změn strukturního rámce integrované protidrogové politiky

Autor: Petr Pleva a realizační tým projektu RAS

Praha, 2021

Komplexní návrh systémových změn strukturního rámce

integrované protidrogové politiky

Materiál byl zpracován jako součást projektu „Systémová podpora rozvoje adiktologických služeb v rámci integrované protidrogové politiky“, registrační číslo CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_030/0003035, prioritní osa OPZ: 2 – Sociální začleňování a boj s chudobou.

Autor: Petr Pleva

Realizační tým projektu RAS: Ondřej Brom, Roman Bureš, Daniel Dárek, Renáta Habiňáková, Kryštof Hanzlík, Daniela Havlíčková, Veronika Havlíčková, Vojtěch Jágl, Lucia Kiššová, Michaela Klementová, Lukáš Klímek, Gaziza Lutseva, Matyáš Teodor Lucký, Elizabeth Nováková, Alexandra Roubalová, Lucie Svobodová, Marta Sobková, Jan Šalomoun, Zuzana Šimrádová

Konzultanti: Hana Fidesová, Martina Richterová Těmínová, Eva Heisslerová, Petr Popov, Petr Hanuš, Vojtěch Janouškovec, Pavel Nepustil

Odborná redakce: Lukáš Klímek

Úřad vlády České republiky, Odbor protidrogové politiky
Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky
Praha, 2021

ISBN:



Sekretariát Rady vlády
pro koordinaci
protidrogové politiky

Komplexní návrh systémových změn strukturního rámce integrované protidrogové politiky

Autoři: Petr Pleva a realizační tým RAS

Konzultanti: Hana Fidesová, Martina Richterová Těmínová, Eva Heisslerová, Petr Popov, Petr Hanuš, Vojtěch Janouškovec, Pavel Nepustil

SEKRETARIÁT RADY VLÁDY PRO KOORDINACI PROTIDROGOVÉ POLITIKY

Předmluva

Tato publikace vznikla jako veřejný výstup projektu „Systémová podpora rozvoje adiktologických služeb v rámci integrované protidrogové politiky“ *registrační číslo CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_030/0003035, prioritní osa OPZ: 2 – Sociální začleňování a boj s chudobou* (projekt RAS).

Projekt RAS je prvním samostatným projektem v ČR financovaným z Evropského sociálního fondu v oblasti boje se závislostmi a řešení problémů spojených se závislostním chováním, realizovaným veřejnou správou. Projekt probíhal v období od 1. září 2016 do 31. srpna 2021.

Realizátorem projektu je Odbor protidrogové politiky Úřadu vlády České republiky.

Projekt RAS si klade za cíl systematizaci a koncepční rozvoj služeb, programů a dalších nástrojů naplňujících cíle protidrogové politiky ČR a její vizi ohledně snižování negativních dopadů závislostního chování a souvisejících jevů na společnost. Projekt zapadá do politického a odborného vývoje, kterým ČR i Evropa v oblasti postoje k drogám a závislostem prošla a prochází.

Cílem projektu RAS je zefektivnění a zkvalitnění sítě služeb, které využívají nebo mohou využívat osoby závislé na alkoholu, tabáku, omamných a psychotropních látkách, osoby s návykovým chováním, osoby těmito závislostmi ohrožené a jejich blízcí.

Hlavním cílem projektu je vytvoření nového strukturního rámce pro adiktologické služby a nového integrovaného systému kvalitních a dostupných adiktologických služeb, postaveného na jasném kompetenčním zakotvení v soustavě veřejných služeb a na stabilním systému financování.

Do realizace protidrogové politiky je zapojeno velké množství institucí státní správy se svébytnými pravomocemi a úkoly. Tyto instituce jsou koordinovány RVKPP. Zajistit jejich součinnost a spolupráci je velmi komplikované, navíc na ně bude klást nová integrovaná protidrogová politika další požadavky. Zásadním úkolem projektu bude vytvořit podmínky pro vyjasnění kompetencí a posílení vzájemně provázaných postupů všech resortů, do jejichž agendy téma závislostí či témata příbuzná patří (nejdůležitější je v tomto ohledu spolupráce Odboru protidrogové politiky Úřadu vlády ČR, Ministerstva práce a sociálních věcí, Ministerstva zdravotnictví a Ministerstva spravedlnosti) a dále pro úpravu stávajících koordinačních platforem (či vznik platforem nových) s cílem posílit integrovanou realizaci celé šíře témat a opatření nové protidrogové politiky v souladu s podporou rozvoje adiktologických služeb. Projekt RAS není zaměřen na přímou podporu a pomoc osobám závislým a závislostmi ohroženým, avšak bude mít na jejich rizikovou situaci dopad nepřímo - zefektivněním a zkvalitněním sítě adiktologických služeb, které využívají nebo mohou využívat. Je zaměřen především na nástroje, které povedou ke zvýšení dostupnosti a úspěšnosti léčby a sociálního začleňování prostřednictvím těchto služeb pro ty nejohroženější skupiny uživatelů drog (např. mladí lidé), pro skupiny, na něž zatím neměly adiktologické služby příliš velký dopad (např. etnické menšiny), nebo tam, kde je závislostmi zasažena velmi početná populace (tabák, alkohol), které dosud rovněž nebyla věnována adekvátní pozornost.

Projekt „Systémová podpora rozvoje adiktologických služeb v rámci integrované protidrogové politiky“ je nástrojem realizace hned několika významných celostátních strategií v oblasti sociálního začleňování nebo jeho různých aspektů a je tedy v souladu s relevantními oborovými politikami, a vstupuje dále do nového legislativního prostředí, v němž pomůže ukotvit řadu nových mechanismů. Zásadní úlohou projektu je prakticky implementovat integrovanou protidrogovou politiku, která v sobě spojuje

Komplexní návrh systémových změn strukturního rámce integrované protidrogové politiky

opatření v oblasti látkových a nelátkových závislostí a posiluje boj proti klasickým, kulturním drogám, a to vytvořením Komplexního návrhu změny systémových opatření funkčního strukturního rámce integrované protidrogové politiky a Návrhu institucionálního uspořádání koordinačních mechanismů integrované protidrogové politiky.

Realizační tým projektu RAS

Obsah

Předmluva	5
Obsah	7
Úvod	10
1 Protidrogová politika	16
1.1. Mezinárodní kontext protidrogové politiky	16
1.2. Vývoj protidrogové politiky a rozvoj adiktologických služeb v ČR do r. 2020	23
1.3. Priority protidrogové politiky v EU	24
1.4. Národní strategie prevence a snižování škod spojených se závislostním chováním	25
2 Hlavní cíl projektu „Systémová podpora rozvoje adiktologických služeb“	31
2.1. Adiktologické služby a jejich úloha v protidrogové politice ČR	31
2.2. Identifikovaná bílá místa v oblasti rozvoje adiktologických služeb	44
2.3. Systémová východiska rozvoje adiktologických služeb	46
2.4. Souhrn monitoringu, analýz, studií a výzkumů, z nichž projekt vychází	56
3 Závěry analytických prací zpracovávaných v rámci realizace projektu	68
3.1. Analýza systémů zajištění dostupnosti adiktologických služeb v ČR	68
3.2. Analýza informačních systémů a podklady pro revizi výkonů v adiktologických službách	70
3.3. Komparativní analýza nástrojů financování	71
3.4. Komparativní analýza zahraničních modelů zajištění kvality adiktologických služeb a výběr prvků využitelných v prostředí ČR	73
3.5. Analýza systémového rámce protidrogové politiky	75
4 Návrh systémových změn	80
4.1. Adiktologické služby – mezirezortní s částečnou centralizací	81
4.2. Adiktologické služby – mezirezortní s financováním z jednoho zdroje	82
4.3. Adiktologické služby – samostatný obor s vícezdrojovým financováním	83
4.4. Adiktologické služby – samostatný obor s financováním z jednoho zdroje	84
5 Návrh legislativního rámce	87
5.1. Změny legislativy na základě mezinárodních strategických dokumentů	90
5.2. Změny legislativy na základě analytických prací	93
5.3. Zákon o Agentuře pro prevenci a léčbu závislostí	98
5.4. Zákon o Adiktologických službách	99
5.5. Adiktologický zákon	100
6 Prováděcí předpisy	103
6.1. Zákon o Agentuře	103
6.2. Zákon o Adiktologických službách	103
6.3. Adiktologický zákon	103
7 Implementace	107

Komplexní návrh systémových změn strukturního rámce integrované protidrogové politiky

7.1. Návrh harmonogramu legislativních postupů	107
Seznam zkratk:	108
Seznam literatury:	109
Seznam příloh	111



Úvod

Projekt „Systémová podpora rozvoje adiktologických služeb v rámci integrované protidrogové politiky“ je prvním samostatným a velkým projektem v ČR financovaným z ESF v oblasti boje se závislostmi. Projekt si klade za cíl systematizaci a koncepční rozvoj služeb, programů a dalších nástrojů naplňujících protidrogovou politiku ČR a její vizi ohledně potírání drog a souvisejících negativních jevů a zapadá do politického a odborného vývoje, jímž ČR (a Evropa) v oblasti drog a závislostí prošla a prochází.

V roce 2016, kdy byl projekt zahájen, se odhadoval, dle dat Národního monitorovacího střediska pro drogy a závislosti (NMS) (Mravčík et al., 2017), počet lidí, kteří se ocitli v riziku vzniku závislosti (a jsou tak nositeli společenských, zdravotních sociálních problémů na úrovni jednotlivce i společnosti) dle jednotlivých drog takto:

- tabák (2 mil. osob)
- alkohol (1,5–1,7 mil. osob, z toho vysoké riziko závislosti 450–700 tis. osob)
- konopí (120 tis. osob, ve vysokém riziku 80 tis. osob)
- problémoví uživatelé nelegálních drog – především pervitinu (44,9 tis. osob)
- počet osob ve vysokém riziku rozvoje patologického hráčství se odhaduje na 80–100 tis.

V obecné populaci je z návykových látek nejčastěji užíván alkohol a tabák, přičemž míra užívání těchto látek v ČR patří mezi nejvyšší v Evropě i ve světě. V r. 2013 bylo identifikováno 292 případů smrtelných předávkování etanolem, tedy běžným alkoholem (a 9 metanolem, což je pokles ve srovnání s 36 případy v r. 2012, kdy v září vypukl hromadný výskyt otrav metanolem). Smrtelná předávkování alkoholem jsou ale stejně mnohonásobně vyšší v porovnání s nelegálními látkami a těkavými látkami dohromady, kdy se jednalo o 47 smrtelných předávkování. Užívání alkoholu a tabáku především mladými lidmi a dětmi se pohybuje v ČR na velmi vysoké úrovni (např. denně kouří až čtvrtina šestnáctiletých a opakovaně v jednom měsíci je opilá více než pětina šestnáctiletých). Zprávy OECD, WHO i studie ESPAD poukazují na závažné zhoršování užívání alkoholu i tabáku populaci dětí mladších 16 let, tj. ve věku základní školy. V současné době mladá česká populace zaujímá v těchto ukazatelích první místo v EU i ve světě.

Po alkoholu a tabáku jsou nejčastěji užívanou nelegální drogou konopné látky, které v životě vyzkoušela přibližně čtvrtina dospělé populace. Zkušenosti s ostatními nelegálními drogami se pohybují na výrazně nižší úrovni – extáze (5 %) a halucinogenní houby (2 %) populace, další nelegální drogy se pohybují pod 1 %. Nové psychoaktivní drogy užila v životě 2 % dospělé populace, v mladších věkových skupinách 4 %. Při pohledu na dlouhodobé trendy je patrný pokles aktuálního užívání konopných látek v obecné populaci, zejména v mladších věkových skupinách. Ve školní populaci jsou zkušenosti s konopnými látkami na úrovni 26–33 % mezi 14–15letými žáky ZŠ a 42–47 % mezi 16letými studenty SŠ. I tak ale v tomto parametru ČR vykazuje dlouhodobě nejvyšší počet kuřáků marihuany v celé EU. Zdá se však, že je pro českou populaci užívání konopných látek, respektive především marihuany, sociálně a kulturně odděleným fenoménem od ostatních nelegálních drog. Dlouhodobě vysoký počet kuřáků marihuany nekoreloval v nárůstu problémového užívání dalších nelegálních drog. Jinými slovy se v ČR nikdy neprokázala kauzální spojitost marihuany, jako tzv. vstupní drogy k jiným nelegálním návykovým látkám. V ČR se spíše ukazuje (v souladu se současnými trendy v EU i jinde), že

nárůst počtu problémových uživatelů dalších nelegálních drog koreluje nejčastěji s předčasným užíváním legálních drog, a to především dětmi do 16 let, jako je tabák a alkohol. Z poslední studie ESPAD jasně vyplývá, že trend užívání těchto látek dětí před 16 rokem v ČR patří již od roku 1995 v některých závažných parametrech narostl až o 100 %. Tento nárůst pravděpodobně podporuje také lehká dostupnost těchto látek a neschopnost ČR v tomto smyslu vymáhat současné zákony. Přes postupný pokles užívání konopných látek v populaci není možné podceňovat dopady množství intenzivních kuřáků marihuany na veřejného zdraví a zdraví daných jednotlivců. I když například z pohledu společenské nebezpečnosti se tyto látky zařazují k méně závažným rizikům, tak obzvláště v současné situaci tzv. in-door pěstování, kdy obsah účinných látek je mnohonásobně vyšší ve srovnání s počátkem této epidemie, může podle dostupných studií intenzivní užívání této látky výrazně zhoršovat negativní dopady na zdraví jednotlivců, a to zejména v oblasti duševního zdraví. V tuto chvíli však chybí v ČR relevantní studie dopadů intenzivního užívání této látky a zdá se, že i obecná informovanost o rizicích je stále nízká.

Pokud jde o nelegální drogy, více než 70 % tzv. problémových uživatelů drog jsou primárně uživatelé metamfetaminu, českého pervitinu. Opiátové nelegální drogy typu heroin jsou aktuálně menším problémem, vyjma velkých měst (především hlavního města Prahy). Trh s opiáty se ale významně změnil fenoménem úniku nových farmaceutických látek, jako je buprenorfin, na černý trh – vytlačují tím z nabídky samotný heroin. Za podstatný faktor takových úniků farmaceutik na černý trh považujeme nedostatečně pokrytou síť substitučních center, která by zamezila vytváření této poptávky na černém trhu, a dále zatím stále malé množství lékařů, kteří mají povinnost při předepisování této látky hlásit tuto skutečnost do zvláštního registru. Další příčinu vidíme v nedostatečné finanční podpoře substituční léčby v ČR, kdy systém zdravotního pojištění nekryje náklady na nákup nejužívanějšího léku, tj. buprenorfinu, a pacienti jsou nuceni na jeho pořízení z vlastních zdrojů vydávat částky kolem 10 tis. a více Kč měsíčně. Tato situace vede k tomu, že část získaného množství léku prodávají na černém trhu, aby mohli financovat svou vlastní léčbu. To je z etického hlediska jak pro pacienty, tak pro léčebný systém velmi problematická situace.

Injekční užívání drog je rozšířené mimo jiné proto, že z ekonomického hlediska představuje pro uživatele způsob aplikace, který využívá dávku drogy nejefektivněji. Zde je pak dle WHO nejzávažnějším problémem přenos nakažlivých chorob přes sdílené stříkačky a jehly mezi těmito uživateli. V ČR je přibližně 30 % těchto osob nakažených VHC. Toto číslo je relativně nízké ve srovnání s EU průměrem, ale dle doporučení WHO je tento fenomén přesto nejzávažnějším rizikem v politikách veřejného zdraví v oblasti drogové epidemie, protože vytváří významná epicentra nákazy i pro obecnou populaci, a to nejen místně, ale i globálně. V ČR se sice daří dlouhodobě udržet nízký výskyt přenosných chorob, jako je HIV/AIDS, mezi nitrožilními uživateli drog, alarmující však je, že kvůli hrozícímu rozpadu sítě preventivních a léčebných zařízení se tento trend jeví jako dlouhodobě neudržitelný.

O užívání drog ve specifických skupinách populace, jako jsou cizinci, etnické menšiny, 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 ojediněle. Ze strany poskytovatelů služeb jsou hlášena různá specifika práce s romskou menšinou, jako např.: nedůvěřivost vůči programům (Liberecký kraj), problémy s vrácením použitých injekčních setů (Jihomoravský kraj) či opakované používání injekčních stříkaček a sdílení použitých jehel

(Ústecký a Královéhradecký kraj), nemožnost navázat práci s klientem více strukturovaně (Jihomoravský kraj), vícegenerační užívání (Královéhradecký, Liberecký kraj).

V Praze se v souvislosti s vietnamskou komunitou objevil nový fenomén – vietnamští občané bez přístřeší závislí na nelegálních návykových látkách. V roce 2014 bylo zaznamenáno propojování těchto osob s osobami bez domova pocházejících z majoritní společnosti – sdílení společně vybudovaných přístřeší a squatů, zřejmě za účelem distribuce, případně výroby nelegálních návykových látek.

Z hlediska rozvoje problémového a patologického hráčství představují v ČR v tuto chvíli stále nejvyšší riziko tzv. automaty, tedy elektronická herní zařízení (EHZ). Hráči na EHZ tvoří zdaleka nejvyšší podíl patologických hráčů. Z dostupných dat dále vyplývá, že ve zvýšeném riziku se nacházejí také on-line hráči, kteří podobně jako hráči EHZ vykazují v průměru vysoké skóre problémového hraní a vysokou průměrnou výši sázek. Nabídka hazardních her statisticky významně koreluje na úrovni okresů s negativními sociodemografickými ukazateli, jako jsou nezaměstnanost, nízký příjem a úbytek obyvatelstva. Na úrovni obcí byla pozorována souvislost provozování hazardních her v hernách s vyšším výskytem rušení veřejného pořádku, opilostí a s hraním osob pobírajících sociální dávky. V současnosti je však nejdynamičtěji se rozvíjejícím segmentem hazardního trhu on-line hazard. V r. 2012 představoval on-line hazard 10 % trhu se vklady ve výši 14 mld. Kč u provozovatelů licencovaných v ČR. V r. 2014 dosáhl objem internetových kurzových sázek již 29,4 mld. Kč a příjmy ze hry byly 3,3 mld. Kč s meziročním nárůstem 34 %, čímž se on-line hraní stalo nejrychleji rostoucím segmentem hazardního trhu v ČR. Novým významným problémem je nárůst sázení velmi mladými lidmi – až 30 % nezletilých mezi věkem 15–17 let má zkušenost se sázením, především s kurzovými sázkami, loteriemi a hraním on-line.

Užívání drog a závislosti s sebou přinášejí tyto negativní zdravotní a sociální jevy:

- zhoršení zdraví – infekční onemocnění, psychické problémy
- zvýšená úmrtnost v důsledku předávkování či rizikového způsobu života
- ztráta zaměstnání, kvalifikace a pracovních návyků
- zadluženost
- ztráta bydlení, bezdomovectví
- nelegální způsob získávání prostředků, trestná činnost
- rozpad rodinných a přátelských vazeb
- stigmatizace a izolace v subkultuře/komunitě uživatelů drog
- rezignace na konstruktivní životní a profesní perspektivy
- sociální vyloučení

Např. vliv užívání návykových látek na výskyt trestné činnosti je velmi podstatný. Podle údajů Policie ČR bylo v roce 2014 18,2 tis. zjištěných trestných činů spácháno pod vlivem návykových látek, což je cca 15 % celkové trestné činnosti v ČR (z toho téměř 90 % byly činy spáchané pod vlivem alkoholu).

Uživatelé nelegálních drog ale páchají dle odhadů přibližně třetinu drobných majetkových trestných činů, především krádeží. Problémem je výskyt alkoholu a dalších drog v dopravě, v r. 2013 vzrostl počet zemřelých při nehodách zaviněných pod vlivem návykových látek; kromě vlivu alkoholu, který problému návykových látek v dopravě stále dominuje, jde dále zejména o pervitin.

Užívání návykových látek a závislostní chování, jako je patologické hráčství, způsobují také vysoké společenské náklady, a to souhrnně odhadem 60 až 100 miliard Kč ročně v závislosti na metodice odhadu. Z pohledu společenských nákladů se dá říci, že nelegální drogy jsou spíše minoritním problémem a dominuje problém tabáku a alkoholu. Podle dostupných odhadů činí stínová ekonomika v ČR 15 až 16 % HDP, přičemž je tažena zejména skrýváním a přehodnocováním ekonomických aktivit (zejm. trh práce, výroba, velkoobchod a maloobchod, stavebnictví). Z pohledu integrované protidrogové politiky představují největší výzvu zejména neoficiální výrobní a distribuční kanály, jejichž prostřednictvím se výrobky s návykovými látkami různé kvality dostávají k uživatelům či závislým, a kromě daňových úniků přispívají k nárůstu společenských nákladů. Profitabilitu fungování trhů šedé a černé ekonomiky zajišťuje absence daňové složky na koncové ceně návykových látek pro spotřebitele, existence výjimek a komplikovaná legislativa zvyšující náklady regulace a dohledu, a v neposlední řadě neefektivní dialog mezi regulátorem a oficiálními producenty a distributory, kteří mají vysokou motivaci odhalovat prvky stínové ekonomiky a upozorňovat na ně regulátora, neboť tyto přímo negativně dopadají na ekonomické ukazatele jejich podnikání.

Nová data z roku 2019 (Mravčík et al., 2020) naznačují, že dochází k poklesu prevalence kouření tabáku, užívání alkoholu i nelegálních drog mezi českými dospívajícími, i když ve srovnání s obdobím 2011–2015 se pokles zpomalil. U ukazatelů rizikové konzumace alkoholu nedošlo žádné zásadní změně, naopak u dívek došlo k nárůstu rizikového pití. Potvrdil se trend vyrovnávání rozdílů zkušeností mezi chlapci a dívkami, který se týká i nelegálních drog (konopí). Nejvyšší míru zkušeností vykázali žáci odborných učilišť.

Zkušenosti s kouřením uvedlo 54 % šestnáctiletých, u zkušenosti s alkoholem to bylo dokonce 95,1 % respondentů. V posledních 30 dnech kouřilo 23,6 % a alkohol konzumovalo 62,7 % studentů.

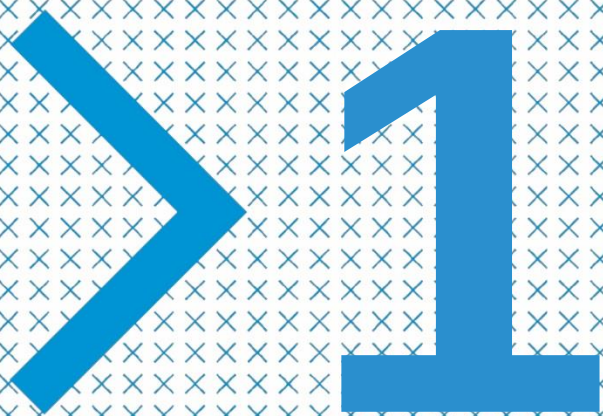
Zkušenost s některou z nelegálních drog uvedlo celkem 29,3 % respondentů. Nejčastěji šlo o konopné látky (28,4 %), dále extázi (3,6 %), LSD nebo jiné halucinogeny (3,5 %), halucinogenní houby (2,5 %), pervitin (1,5 %), kokain (1,6 %), heroin nebo jiné opiáty (méně než 1 %). Těkavé látky užilo celkem 4,9 %. Zkušenosti studentů s nelegálními drogami dlouhodobě klesají s výjimkou kokainu, ale nárůst v období 2015–2019 byl zaznamenán také u extáze.

Dlouhodobě dochází mezi dospívajícími k nárůstu průměrného věku při prvním užití návykových látek. Průměrný věk první zkušenosti s kouřením cigaret dosahuje 13 let, k začátku denního kouření dochází průměrně v 14,3 roku. Průměrný věk 1. zkušenosti s vypitím sklenice alkoholu je 14,4 roku. K prvnímu užití konopných látek dochází nejčastěji kolem 14,5 roku.

V dospělé populaci je rovněž zřetelný trend poklesu kuřáků. Cca 1,8 milionů obyvatel ČR kouří pravidelně. Denních konzumentů alkoholu je téměř 850 tisíc z toho 15,9 % konzumuje alkohol v nadměrných dávkách. Studie realizované v r. 2019 potvrdily, že nejčastěji užitou nelegální drogou v ČR jsou konopné látky, které někdy v životě vyzkoušelo 26–39 % osob. Zkušenosti s ostatními drogami jsou mnohem méně časté – extázi někdy v životě užilo cca 6 %, halucinogenní houby 4–6 %, ostatní nelegální drogy 2–3 % dospělých osob.

Rozdílný je trend v oblasti nelátkových závislostí, zejména hazardního hraní. Míra hazardního hraní v dospělé populaci aktuálně dále roste, především kvůli nárůstu míry hraní číselných a okamžitých loterií. Účast na HH v posledních 12 měsících uvádí 40–50 % dospělých, přičemž nejčastěji je uváděna právě

účasť na loteriách. Obdobný trend je patrný u obou pohlaví a rovněž ve skupině mladých dospělých ve věku 15–34 let. K nárůstu přispělo pravděpodobně také otevření on-line prostředí od r. 2017.



1 Protidrogová politika

Drogy provázejí naši civilizaci od jejího počátku. Vlastnosti makové šťávy byly známy už v neolitické době. Na Indickém subkontinentu je tradičně využíváno konopí. V indické literatuře je uváděno jako lék proti mnoha nemocem. V Jižní Americe je pravděpodobně už 5000 let využíván pro své stimulační účinky list koky.

„Výjimečné postavení má mezi drogami alkohol. Patří mezi nejstarší, nejrozšířenější a nejvíce užívané drogy, jeho zneužívání má velmi závažné důsledky. Již mezi prvními doklady o pěstování obilovin byly nalezeny i stopy po výrobě kvašených nápojů. Nicméně teprve s dobou velkých objevů v 19. století, s rozvojem farmaceutického výzkumu a průmyslu dochází k opravdu masovému rozšiřování drog zejména v Evropě a Severní Americe a prudký nárůst uživatelů a s tím spojené problémy zdravotní, sociální i kriminální. Teprve ve 20. století začíná dělení drog na legální (alkohol a nikotin) a nelegální (např. kokain, heroin, konopí apod.) a vznikají první zákony, které výrobu a konzumaci drog zakazují“ (Fišerová, 2000). S touto změnou paradigmatu se objevuje pojem „závislost“ a vyvstává potřeba nějak na tento problém reagovat.

První mezinárodní jednání o zákazu drog probíhají na tzv. opiových konferencích v Šanghaji (1909), Haagu (1912) a Ženevě (1925). Univerzální mezinárodní dohodou, která se zabývá regulací všech druhů návykových látek je Jednotná úmluva o omamných látkách z roku 1961 (OSN, 1961) (Single Convention on Narcotic Drugs).

1.1. Mezinárodní kontext protidrogové politiky

Mezinárodní právo (resp. mezinárodní právo veřejné) vstupuje do většiny společenských vztahů. V nejobecnější rovině je definovatelné „jako souhrn právních pravidel, jež upravují vzájemné vztahy rovných subjektů, zejména vztahů“ (Malenovský, J., 2002). Tím přispívá ke stabilitě mezinárodního společenství, z čehož plyne, že reguluje i oblast drogové problematiky. V základním členění lze prameny následně dělit na závazné a nezávazné. Pro plné pochopení problematiky je nutné si nejdříve uvést důvody závaznosti, přičemž z hlediska českého právního řádu jsou zásadní tyto články Ústavy:

- Čl. 10 Ústavy: „Vyhlášené mezinárodní smlouvy, k jejichž ratifikaci dal Parlament souhlas a jimiž je Česká republika vázána, jsou součástí právního řádu; stanoví-li mezinárodní smlouva něco jiného než zákon, použije se mezinárodní smlouva.“ Ze znění plyne, že mezinárodní smlouva má přednost před zákonem z hlediska aplikace, avšak nestojí nad zákonem.
- Čl. 10a Ústavy: „(1) Mezinárodní smlouvou mohou být některé pravomoci orgánů České republiky přeneseny na mezinárodní organizaci nebo instituci.“ I přes obecné formulace míří daný článek zejména na Evropskou unii, obecně se přenesením v tomto případě rozumí pravomoci „svrchované“, např. část zákonodárné činnosti.

Pro oblast protidrogové politiky jsou rozhodující zejména úmluvy OSN a předpisy EU.

Závazné mezinárodní právní předpisy

Nejdůležitější závazné mezinárodní předpisy, které legislativně upravují protidrogovou politiku, jsou následující normy:

Úmluvy OSN

**Jednotná úmluva o omamných látkách (vyhláška ministra zahraničních věcí č. 47/1965 Sb.)
ve znění Protokolu o změnách Jednotné úmluvy o omamných látkách z roku 1961 (sdělení
federálního ministerstva zahraničních věcí č. 458/1991 Sb.)**

- stanoví seznam látek podléhajících mezinárodní kontrole,
- zavádí mechanismus rozšiřování, změny kategorizace a vyjímání látek ze seznamů látek podléhajících kontrole,
- uvádí definiční kritéria omamné látky (zejména schopnost vyvolat závislost a stimulovat, resp. utlumovat centrální nervovou soustavu),
- omezuje předepisování vyjmenovaných látek lékaři,
- zavádí mechanismus kontroly pěstování a vývozu sledovaných látek, a to pouze pro léčebné a výzkumné použití,
- zavádí boj proti nedovolenému obchodu, včetně trestních sankcí

Úmluva o psychotropních látkách (vyhláška ministra zahraničních věcí č. 62/1989 Sb.)

- navazuje na Jednotnou úmluvu o omamných látkách a rozšiřuje definiční aparát tak, aby postihl i nové syntetické drogy
- zavádí mechanismus rozšiřování, změny kategorizace a vyjímání látek ze seznamů látek podléhajících kontrole,
- uvádí definiční kritéria omamné látky (zejména schopnost vyvolat závislost a stimulovat, resp. utlumovat centrální nervovou soustavu),
- omezuje používání vyjmenovaných látek na léčebné a vědecké účely,
- zavádí kontrolu reklamy psychotropních látek.

**Jednotná úmluva proti nezákonnému obchodu s omamnými a psychotropními látkami (sdělení
federálního ministerstva zahraničních věcí č. 462/1991 Sb.)**

- úmluva má napomáhat sbližování právních řádů,
- zavádí možnosti konfiskace finančních prostředků pocházejících z trestné činnosti (resp. i prostředků k výrobě omamných látek),
- klasifikování drogových trestných činů jako trestných činů extradičních,
- maximalizaci právní pomoci mezi signatáři v drogových věcech,
- specifikování prostředků proti nelegálnímu obchodu s drogami na moři.

**Mezinárodní úmluva proti dopingu ve sportu vyhlášená sdělením Ministerstva zahraničních věcí
pod č. 58/2007 Sb. m. s.**

- zavádí povinnost států v boji proti dopingu na národní úrovni,
- zavádí povinnost finanční podpory a usnadňování dopingových kontrol a podpory Světové antidopingové agentury,

- stanovuje seznam zakázaných látek a metod dopingů.

Rámcová úmluva Světové zdravotnické organizace o kontrole tabáku vyhlášená sdělením Ministerstva zahraničních věcí pod č. 71/2012 Sb. m. s.

- zavádí cenová a necenová opatření ke snižování poptávky po tabáku,
- zavádí ochranu před vystavováním se tabákovému kouři,
- reguluje obsahu tabákových výrobků,
- reguluje zveřejnění informací o tabákových výrobcích,
- zavádí označení tabákových výrobků,
- deklaruje podporu vzdělávání a informovanosti veřejnosti o rizicích spojených s tabákem,
- zakazuje či omezuje reklamu, propagaci a sponzoring tabákových výrobků,
- zavádí opatření ke snížení poptávky týkající se závislosti na tabáku a ukončení jeho užívání.

Legislativa Evropské unie

Nařízení EP a Rady (ES) č. 273/2004, o prekursorech drog

- definuje prekurzory,
- povinnost dokumentace,
- povinnosti obchodujících subjektů – jmenování odpovědné osoby, získání povolení příslušného úřadu atd.

Nařízení EP a Rady (ES) č. 111/2005, kterým se stanoví pravidla pro sledování obchodu s prekursory drog mezi Společenstvím a třetími zeměmi

- stanovuje pravidla pro sledování obchodu mezi Unií a třetími zeměmi
- vztahuje se na dovoz, vývoz a zprostředkovatelskou činnost

Směrnice Evropského parlamentu a Rady 2003/33/ES ze dne 26. května 2003 o sbližování právních a správních předpisů členských států týkajících se reklamy na tabákové výrobky a sponzorství souvisejícího s tabákovými výrobky.

Směrnice navazuje na Rámcovou úmluvu WHO o kontrole tabáku a reguluje tabákovou reklamu a propagaci:

- v tištěných médiích,
- v rozhlasovém vysílání,
- ve službách informační společnosti,
- prostřednictvím sponzorství v souvislosti s tabákovými výrobky, včetně bezplatného rozdělování těchto výrobků

Směrnice Evropského parlamentu a Rady 2014/40/EU ze dne 3. dubna 2014 o sbližování právních a správních předpisů členských států týkajících se výroby, obchodní úpravy a prodeje tabákových a souvisejících výrobků a o zrušení směrnice 2001/37/ES.

Směrnice rovněž navazuje na Rámcovou úmluvu WHO o kontrole tabáku a stanovuje pravidla na úrovni Unie týkající se tabákových výrobků. Určuje:

- maximální množství emisí škodlivých látek na jednu cigaretu,

- seznam látek, které je zakázáno do cigaret přidávat (např. látky vzbuzující dojem, že tabákový výrobek je zdravý),
- vzory varování na krabičkách,
- zakazuje propagaci výrobků např. formou připodobňování cigaret k jídlu,
- cílí i na elektronické cigarety.

Rámcové rozhodnutí Rady 2004/757/SVV ze dne 25. října 2004, kterým se stanoví minimální ustanovení týkající se znaků skutkových podstat trestných činů a sankcí v oblasti nedovoleného obchodu s drogami (úřední věstník L 335, 11. 11. 2004)

Rámcové rozhodnutí navazuje na Jednotnou úmluvu o omamných látkách

- definuje trestné činy a sankce,
- zavádí odpovědnost právnických osob,
- definuje soudní příslušnost.

Směrnice Evropského parlamentu a Rady 2017/2103/EU ze dne 15. listopadu 2017, kterou se mění rámcové rozhodnutí Rady 2004/757/SVV s cílem zahrnout do definice drogy nové psychoaktivní látky a zrušuje rozhodnutí Rady 2005/387/SVV

Směrnice stanovuje postup, jakým jsou nové psychoaktivní látky, které nejsou uvedeny v Jednotné úmluvě Organizace spojených národů o omamných látkách z roku 1961, zařazovány na seznam drog.

Doporučující mezinárodní právní předpisy a dokumenty

Doporučující mezinárodní předpisy v oblasti tabáku (například WHO Strategie M-POWER, 2008) již byly nahrazeny závaznými předpisy. Předpisy, týkající se alkoholu nejsou sice zcela promítnuty do legislativy, nicméně hrají významnou roli při tvorbě národních strategických dokumentů a akčních plánů jejich realizace.

Globální strategie pro omezování škodlivého užívání alkoholu, WHO 2010

Základní východiskem přijetí strategie byl negativní dopad užívání alkoholu v celosvětovém měřítku. Konkrétně každý rok zabije škodlivé užívání alkoholu asi 2,5 milionu lidí (z toho 320 000 mladých lidí mezi 15. a 29. rokem věku). Tomu odpovídá i strategický koncept opatření proti škodlivému užívání alkoholu, který cílí na škodlivé požívání alkoholu jako takové, na osoby blízké osobě, která takto konzumuje alkohol i na celospolečenská opatření proti škodlivému užívání alkoholu. Strategie má pět základních cílů:

- Zvýšení celosvětového povědomí o zdravotních, sociálních a ekonomických dopadech škodlivého užívání alkoholu a zvýšení odhodlání vlád zabývat se škodlivým užíváním alkoholu.
- Zlepšení znalostí o míře dopadů škodlivého užívání alkoholu, účinných protiopatřeních a způsobu vyhodnocování velikosti těchto dopadů.
- Zvýšení technické podpory členských států v oblasti předcházení škod způsobených škodlivým užíváním alkoholu.
- Zlepšení mezinárodní koordinace a zefektivnění využívání zdrojů k zabránění škod způsobených škodlivým užíváním alkoholu.

- Zlepšení systému monitoringu škod způsobených škodlivým užíváním alkoholu a výměny informací v této oblasti.

Strategie určuje základní zásady omezování škodlivého užívání alkoholu:

- Opatření by měla vycházet z nejlepších dostupných informací s důrazem na ochranu veřejného zdraví.
- Opatření by měla respektovat národnostní, náboženská a kulturní specifika.
- Nedílnou součástí aktivit by měla být ochrana vysoce ohrožených skupin obyvatel.
- Jednotlivci i rodiny zasažení škodlivým užíváním alkoholu by měli mít přístup ke zdravotním i sociálním službám.
- Děti, dospívající a abstinující dospělí by měli být chráněni před sociálními tlaky nabádajícími je k požívání alkoholu.
- Aktivity zaměřené na škodlivé užívání alkoholu by měly cílit na všechny alkoholické nápoje.
- Zejména pak Globální strategie pro omezování škodlivého užívání alkoholu poskytuje konkrétní doporučení vždy směřovaná ke konkrétní oblasti.

Doporučení v oblasti politického vedení a celospolečenského povědomí (rozvoj stávajících strategických dokumentů v oblasti škodlivého užívání alkoholu, zřízení jedné odpovědné instituce pro danou oblast, koordinace aktivit napříč různými stupni veřejné správy, zajištění celospolečenského povědomí o škodlivosti alkoholu a nutnosti preventivně působit proti jeho škodlivému užívání, destigmatizovat jednotlivce a skupiny zasažené závislostí).

Doporučení v oblasti zdravotní péče (zvýšení kapacity systému zdravotních a sociálních služeb pro osoby trpící poruchami způsobenými alkoholem, podpora screeningu v oblasti škodlivého užívání alkoholu, zlepšení systému prevence fetálního alkoholového syndromu a systému pomoci osobám syndromem trpícím, rozvoj strategií prevence a léčby přidružených poruch a chorob jako je deprese, HIV či tuberkulóza, obecně zajistit dostupnost zdravotní péče i pro osoby s nízkým socioekonomickým postavením, zavedení systému sledování nemocnosti a úmrtnosti způsobené alkoholem).

Doporučení v oblasti komunit a komunitního plánování (podpora plánování intervencí na místní úrovni, podpora zvyšování povědomí o škodlivém užívání alkoholu na místní úrovni, podpora a rozvoj regionálních/místních strategických plánů s cílem omezit škodlivé užívání alkoholu, na komunální úrovni podporovat kontrolu zákazu prodeje alkoholu mladistvým).

Doporučení pro oblast silničního provozu (zavedení horní hranice alkoholu v krvi pro řidiče a její snížení pro řidiče z povolání či začínající řidiče, odebrání řidičských oprávnění, nulová tolerance alkoholu pro začínající řidiče, podporovat používání alkoholového zamykání zapalování, podporovat používání alternativní dopravy včetně veřejné dopravy a zavedení pevné zavírací hodiny v zábavních podnicích, provádění preventivně-bezpečnostních akcí cílených na časové období, např. prázdniny či vyčleněné skupiny řidičů, např. mladé řidiče).

Doporučení pro oblast dostupnosti alkoholu (zavedení licenčního systému pro prodej alkoholu nebo státního monopolu s důrazem na veřejné zdraví, regulace počtu míst, kde je prodáván alkohol, regulace dnů a prodejní doby maloobchodního prodeje alkoholu, zavedení minimální věkové hranice pro prodej alkoholu, kontrola dodržování zákazu prodeje mladistvým či podnapilým osobám, stanovení pravidel pro požívání alkoholu na veřejnosti a veřejných akcích, snižování dostupnosti nelegálně vyrobeného alkoholu).

Doporučení v oblasti reklamy na alkoholické nápoje (legislativní regulace obsahu a množství reklamy na alkohol, legislativní regulace sponzorských aktivit podporujících alkoholické nápoje, omezení či úplný zákaz reklamních kampaní cílících na mladé lidi, regulace nových forem marketingu, např. na sociálních sítích).

Doporučení v oblasti cenové politiky (zavedení specifického zdanění alkoholu se zohledněním objemové jednotky alkoholu v nápoji, zavedení zákazu prodeje za cenu nižší než výrobní náklady, stanovení minimální ceny alkoholu, snížení či zastavení dotací hospodářským subjektům vyrábějícím alkohol).

Doporučení v oblasti snižování negativních důsledků intoxikace alkoholem (snížení množství násilí spojeného s požíváním alkoholu, např. prodeje v plastových lahvích na veřejných akcích, zavedení školení pro pracovníky v příslušných službách, jak rozpoznat agresivní a podnapilé hosty, snížení objemové jednotky alkoholu ve vybraných nápojích, poskytování nezbytné péče pro těžce podnapilé osoby, značit alkoholové nápoje s uvedením informace o škodlivosti alkoholu).

Doporučení v oblasti snížení dopadů pronikání nelegálního alkoholu na trh (zavedení účinného kontrolního systému včetně daňových kolků, zavedení systému výměny informací v dané oblasti na vnitrostátní i mezinárodní úrovni, varovat veřejnost v případě kontaminace nelegálního alkoholu proniklého na legální trh).

Doporučení v oblasti monitoringu (zavedení systému hodnocení účinnosti zavedených regulací v oblasti alkoholu, vytváření úložiště údajů na úrovni států na základě mezinárodně dohodnutých ukazatelů a vykazování údajů v dohodnutém formátu pro WHO a další příslušné mezinárodní organizace, zřízení instituce odpovědné za shromažďování údajů v oblasti škodlivého užívání alkoholu).

Rámcová politika WHO o alkoholu v evropském regionu, 2006

V dokumentu se konstatuje, že požívání alkoholu je zakořeněno v mnoha evropských kulturách jako společenská zvyklost. Vzhledem k tomuto faktu byla stanovena nutnost:

- Vycházet vždy z nejlepších vědeckých poznatků (popř. uplatnit princip předběžné opatrnosti);
- nutnost sblížovat právní řády v oblasti regulace alkoholu;
- zapojit do debaty o ochraně veřejného zdraví širokou veřejnost.

V rámci ochrany veřejného zdraví Rámcová politika zakotvuje i některá doporučení v oblasti konzumace alkoholu a její regulace.

Doporučuje se podpora abstinence během těhotenství, není totiž známo, zda existuje bezpečná úroveň konzumace alkoholu v těhotenství.

Doporučuje se nestanovovat „bezpečné množství alkoholu“. Může pak sloužit jako výchozí bod pro zkoumání osobních limitů konzumace. Pokud už je bezpečné množství určeno, mělo by respektovat místní kulturní specifika.

Nedoporučuje se doporučovat konzumaci (i malých dávek alkoholu) jako prostředek prevence onemocnění (např. kardiovaskulárního systému).

Doporučuje se neodrazovat od pití alkoholu zcela, vždy je však nutno upozorňovat na lékařská a společenská (legislativní) omezení (těhotenství, bezpečnosti práce, kontraindikace s některými léčivými).

Doporučení Rady 2001/458/ES ze dne 5. června 2001 týkající se konzumace alkoholu mladými lidmi, zejména dětmi a dospívající mládeží.

Základní doporučení cílí na formulování strategických dokumentů vztahujících se ke konzumaci alkoholu mladými lidmi. Při formulování těchto dokumentů by státy měly:

- Podporovat výzkumy za účelem vytvoření lepších preventivních opatření.
- Zajistit, aby programy podpory zdraví mladých lidí vždy zahrnovaly oblast věnující se konzumaci alkoholu.
- Rozšířit informovanost o faktorech ovlivňujících skutečnost, že mladí lidé začnou požívat alkohol (spouštěcí faktory).
- Podporovat multisektorovou spolupráci (nevládních organizací, vzdělávacích institucí, orgánů ochrany práva) v přístupu k informování mladých lidí o škodlivosti alkoholu.
- Podporovat zapojení mladých lidí do konkrétních aktivit, využití jejich příspěvku ve veřejné diskusi.
- Podporovat šíření informačních materiálů pro rodiče mladých lidí za účelem posílení diskuse o škodlivosti alkoholu.
- Rozvíjet preventivní aktivity zejména ve vztahu k řízení motorových vozidel a ve vztahu k místům, kde mladí lidé tráví čas (např. zábavní podniky).
- V boji proti nelegálnímu prodeji alkoholu se přednostně zaměřit na jeho šíření mezi mladými lidmi.

Další doporučení se týkají zejména propagace a reklamy na alkohol opět se zaměřením za ochranu mladých lidí a dětí. Státy by v této oblasti měly:

- Zajistit, aby výrobci nevyráběli alkoholické nápoje specificky zaměřené na mladé lidi.
- Mladí lidé a děti by neměli být marketingovou cílovou skupinou (k tomu má sloužit zamezení inzerce alkoholu v médiích zaměřených na děti a mladistvé, zamezení bezplatné distribuce alkoholu, zamezení používání k propagaci prvky spojené s kulturou mládeže).
- V případě potřeby zavést školení pro prodejce za účelem uplatnění zásad ochrany dětí a mládeže.
- Zajistit poradenství před spuštěním marketingových kampaní či uvedením výrobku na trh za účelem ověření souladu se zásadami ochrany dětí a mládeže.
- Zajistit mechanismy stížností a podnětů upozorňujících na výrobky a kampaně porušující zásady ochrany dětí a mládeže a zajistit jejich stažení či ukončení.

Sdělení Komise Radě, Evropskému parlamentu, Evropskému hospodářskému a sociálnímu výboru a Výboru regionů – Strategie EU na podporu členských států při snižování škod souvisejících s alkoholem

Dokument sumarizuje pět základních témat:

- Ochranu mladých lidí, dětí a plodu v těle matky,
- snížení počtu zranění a úmrtí při silničních dopravních nehodách, ke kterým dochází v souvislosti s konzumací alkoholu,
- předcházení škodám spojeným s alkoholem u dospělých a snížení negativní dopadů alkoholu na pracovišti,

- informování, vzdělávání a zvyšování povědomí občanů EU o dopadu škodlivé a nebezpečné konzumace alkoholu a o vhodných konzumačních návycích,
- vypracování, podporu a udržování společné evidenční základny.

Mezi konkrétní doporučení lze uvést:

- Lepší prosazování současných věkových hranic při prodeji a podávání alkoholu,
- vzdělávací programy o škodlivosti alkoholu pro mladé lidi,
- zavedení a prosazování pravidel proti podávání alkoholu intoxikovaným osobám,
- vývoj rámce umožňujícího namátkové dechové zkoušky všech řidičů,
- prosazování opatření proti řízení motorových vozidel pod vlivem alkoholu a používání odrazujících sankcí u všech řidičů.

1.2. Vývoj protidrogové politiky a rozvoj adiktologických služeb v ČR do r. 2020

„Ojedinelé pokusy o léčbu závislostí na našem území začínají počátkem 20. století a jedná se o léčbu závislosti na alkoholu. Systematičtější přístup k této léčbě je spojován se jménem doc. MUDr. Jaroslava Skály, který zahajuje činnost prvního protialkoholního oddělení U Apolináře a stává se rovněž tvůrcem koncepce protialkoholních zachytných stanic, které jako první na světě nejsou koncipovány jako represivní instituce, ale jako preventivně léčebné zdravotnické pracoviště“ (Popov, 2005). Samostatná lůžková oddělení pro léčbu alkoholismu a později i ostatních závislostí postupně vznikají ve všech psychiatrických nemocnicích. Vzniká také ambulantní síť protialkoholních poraden, které se na počátku 70. let transformují v AT ambulance (psychiatrické ambulance se specializací na alkoholismus a toxikomanie. V 90. letech se síť služeb rozvíjí a vznikají nové komunitní služby zřizované pracovníky nestátních nezdravotnických organizací převážně pro uživatele nelegálních drog. S ukončením činnosti Okresních ústavů národního zdraví se rozpadá ucelená síť AT ambulancí a zůstává pouze třetina původního stavu.

Se změnou společenského řádu (liberalizace společnosti, otevření hranic, snížení společenské kontroly po r. 1989) reaguje i stát a v roce 1993 vzniká první ucelená protidrogová koncepce, jejímž autorem je první národní protidrogový koordinátor doc. MUDr. PhDr. Kamil Kalina, CSc. Na ní navazují další strategické materiály a v roce 2001 je vládou schválena první Národní strategie protidrogové politiky. Ta se zaměřuje výhradně na oblast nelegálních drog. Tak je tomu až do přijetí Národní strategie protidrogové politiky na období 2010–2018. V rámci dvou revizí, které proběhly v r. 2014 a 2016 je do strategie doplněna oblast nelátkových závislostí, zejména hazardního hraní a také legálních návykových látek – tabáku a alkoholu. Pro každou oblast – nelegální drogy, tabák, alkohol a hazardní hraní – je zpracován samostatný akční plán, který specifikuje úkoly jednotlivých aktérů protidrogové politiky, tj. vlády, ministerstev, dalších orgánů státní správy a municipalit. Tímto integrovaným přístupem se česká protidrogová politika řadí na přední místo mezi vyspělými zeměmi.

Vláda se svojí protidrogovou politikou hlásí mimo jiné k mezinárodním úmluvám Organizace spojených národů o drogách, k „Politické deklaraci o základních principech snižování poptávky po drogách Zvláštního zasedání Valného shromáždění OSN“ z června 1998, k „Politické deklaraci a Akčnímu plánu o mezinárodní spolupráci vedoucí k vytvoření komplexní a vyvážené strategie v rámci boje proti světovému problému drog“ (Komise pro narkotika OSN, březen 2009), k závěrům Dublinské konference o podobě budoucí protidrogové strategie Evropské unie – „Cesta vpřed“ z května 2004 a k programu Světové zdravotnické organizace „Zdraví pro všechny v 21. století“. Česká „Národní strategie

protidrogové politiky“ na období 2010 až 2018 navazuje na cíle a opatření „Protidrogové strategie EU“ (2005-2012) a „Protidrogového akčního plánu EU“ na období 2009-2012.

Zejména souvislosti s protidrogovou politikou EU a jejích členských států jsou pro Českou republiku v tomto období významné. Potvrzuje se, že všechny členské státy EU vycházejí ze stejných základních zásad: uplatňují vyvážený přístup ke snižování nabídky drog a poptávky po drogách a ve své protidrogové politice upevňují hodnoty, na kterých je Unie založena: úctu k lidské důstojnosti, svobodu, demokracii, rovnost, solidaritu, právní stát a lidská práva. Cílem strategií a akčních plánů v jednotlivých členských zemích EU je ochrana a zvýšení blaha společnosti i životní spokojenosti jednotlivců, ochrana veřejného zdraví a poskytování vysoké úrovně bezpečnosti široké veřejnosti. Česká republika tyto zásady, principy a cíle uplatňovala ve své protidrogové politice již před vstupem do EU, a i nyní po svém vstupu je nadále rozvíjí a prohlubuje.

1.3. Priority protidrogové politiky v EU

Hlavním cílem protidrogové agendy EU je ochrana občanů EU prostřednictvím koordinovaných opatření, která se budou zaměřovat na vyvážený soubor represivních i preventivních opatření. Za tímto účelem byla přijata **Strategie EU pro oblast drog na období 2021–2025** a navazující Akční plán.

Strategie je rozdělena do tří oblastí: I.) Snižování nabídky drog: posílení bezpečnosti, II.) Snižování poptávky po drogách: služby v oblasti prevence, léčby a péče a III.) Řešení nepříznivých důsledků souvisejících s drogami, a obsahuje rovněž tři průřezová témata na podporu uvedených oblastí: IV.) Mezinárodní spolupráce a V.) Výzkum, inovace a prognostika a VI.) koordinace, správa a provádění. Jednotlivé oblasti obsahují dílčí strategické priority.

Pro oblast adiktologických služeb jsou zásadní zejména témata, která se zabývají prevencí a léčbou a řešením nepříznivých důsledků souvisejících s drogami. Jedná se o následující strategické priority:

Strategická priorita 5: Předcházet užívání drog a zvýšit informovanost o nepříznivých účincích drog

- Podporovat zdravotní gramotnost a volbu zdravého životního stylu.
- Zajistit dostupnost preventivních opatření s využitím všech dostupných komunikačních kanálů a podporovat zejména osoby s vícenásobným znevýhodněním.
- Zavádět opatření zaměřená na mladé lidi a umožnit participaci rodinných příslušníků, sportovních a zájmových organizací mládeže. Podporovat rovněž participaci osob, které mají vlastní zkušenosti s drogami.
- Zapojovat pracovníky primární zdravotní péče do systému včasných intervencí.
- Podporovat ověřenou prevenci založenou na důkazech.
- Věnovat zvýšenou pozornost prevenci řízení motorových vozidel pod vlivem drog.

Strategická priorita 6: Zajistit přístup ke službám v oblasti léčby a péče a tyto služby posílit

- Zajistit dobrovolný a nediskriminační přístup k širokému spektru služeb, včetně odborného poradenství, farmakoterapie, substituční léčby a programů rehabilitace.
- Zajistit návaznost těchto služeb na další sociální služby.
- Do práce s klienty zapojit peer pracovníky

- Zajistit, aby tyto služby byly dostatečně financovány a byly přiměřené potřebám klientů tak, aby neobsahovaly žádné bariéry a aby rovněž zohledňovaly genderové hledisko.
- Řešit stigmatizaci v souvislosti s užíváním drog.
- Zaměřit se na specifické potřeby žen a možná traumata spojená s domácím násilím apod.
- Zaměřit se rovněž na poskytování služeb nejohroženějším skupinám osob.

Strategická priorita 7: Intervence zaměřené na zmírňování rizik a nepříznivých důsledků užívání drog a další opatření na ochranu a podporu osob, které užívají drogy

- Zaměřit se na zlepšení dostupnosti služeb Harm reduction, zejména v souvislosti s prevencí a léčbou infekčních nemocí přenášených krví (HIV, VHC). Kromě výměny injekčního materiálu rovněž rozšířit testování na tyto nemoci.
- Zajistit léčbu opioidními antagonisty, jako je naloxon včetně programů distribuce naloxonu k domácímu užívání.
- Zlepšit monitorování úmrtí v důsledku předávkování.
- Zapojit do poskytování služeb občanskou společnost.
- Poskytnout službám na všech úrovních zdroje v odpovídající výši.

Strategická priorita 8: Řešit zdravotní a sociální potřeby osob, které užívají drogy ve vězeňském prostředí a po propuštění

- Podporovat opětovné začlenění propuštěných vězňů do společnosti. Poskytnout těmto osobám veškeré služby včetně léčby a rehabilitace a podporovat jejich destigmatizaci.
- Zavádět programy Harm reduction ve věznicích.
- Podporovat programy zaměstnávání bývalých vězňů, usnadňovat přístup k bydlení a dalším sociálním službám.

1.4. Národní strategie prevence a snižování škod spojených se závislostním chováním

Národní strategie prevence a snižování škod spojených se závislostním chováním 2019-2027 (NSZ 2019-2027) je základním dokumentem České republiky v oblasti protidrogové politiky. Vychází ze strategických dokumentů WHO a EU a navazuje na Národní strategii protidrogové politiky na období 2010-2018. Je prvním dokumentem tohoto typu, který od počátku obsahuje integrovaný přístup ke všem závislostem.

Hlavní principy strategie

NSZ 2019–2027 je založena na následujících principech:

Evropské hodnoty

Politika respektuje a uplatňuje společné evropské hodnoty: demokracii, rovnost, solidaritu, odpovědnost, úctu k lidské důstojnosti, svobodu, právní stát a lidská práva včetně práva na zdraví, na zdravotní péči a rovnost přístupu ke službám, právo jednotlivce, rodiny a komunity na zdravé a bezpečné prostředí.

Integrovaný přístup v oblasti závislostí

Integrovaný přístup zohledňuje skutečnost, že látky nebo činnosti, které se podílejí na vzniku onemocnění, jež označujeme jako závislost či závislostní chování, mohou mít různý legislativou přiznaný statut.

Vědecky ověřená účinná opatření a dobrá praxe

Realistická národní politika a aktivity v ní realizované jsou založeny na analýze současné situace, identifikovaných problémech, potřebách a prioritách, tedy na důkazní bázi, nikoli na předpokladech a domněnkách.

Vyvážený přístup mezi svobodou jednotlivce a ochranou společnosti

Národní politika při přijímání opatření hledá rovnováhu mezi základními právy a svobodami jednotlivce (rozhodování se o svém zdraví) a ochranou společnosti jako celku před negativními dopady závislostního chování; v tomto ohledu bude česká drogová politika sledovat změny regulačního rámce na mezinárodní úrovni a prosazovat racionální a vyvážená řešení.

Vyvážený přístup mezi vymáháním práva a preventivními opatřeními

V národní politice uplatňovaný vyvážený přístup předpokládá rovnováhu mezi důsledným vymáháním práva a dostupností preventivně-léčebných intervencí.

Diferencovaný přístup podle rizikovosti návykových látek, hazardních her a dalšího závislostního chování

Regulační, represivní, preventivní a léčebné aktivity budou diferencovány mimo jiné podle míry celospolečenských dopadů jednotlivých návykových látek nebo hazardních her.

Cílení dostupných zdrojů prioritně tam, kde hrozí největší škody nebo kde lze očekávat nejvyšší veřejnozdravotní zisky

Politika stojí na racionální alokaci finančních a dalších zdrojů do oblastí a aktivit, kde fakta ukazují největší (potenciální) škody a jejichž realizaci tedy společnost získá největší prospěch. Součástí racionálního financování je podpora aktivit a služeb s ověřenou kvalitou.

Zvýšená ochrana dětí a mladistvých

Zvýšenou pozornost je potřeba věnovat dostupnosti a užívání návykových látek a závislostnímu chování u dětí a mladistvých, neboť představují zranitelnou skupinu z hlediska probíhajícího vývoje centrální nervové soustavy, snížené schopnosti kontroly impulzů a výskytu rizikového chování.

Koordinovaný postup

Řešení problému užívání návykových látek a také problémového hráčství vyžaduje dlouhodobý komplexní a strukturovaný přístup, v němž mají jednotlivé složky politiky v oblasti závislosti nezastupitelnou a rovnocennou roli. Změny vývoje tak komplexního jevu, jako je závislostní chování, nelze dosáhnout dílčími ani izolovanými opatřeními v jedné z oblastí protidrogového působení, ale koordinovaným dlouhodobým a komplexním přístupem na všech úrovních (národní i místní) a se

zapojením všech relevantních aktérů (jako jsou např. odborné společnosti, zastřešující organizace poskytovatelů služeb, výzkumné instituce, plátcí zdravotních služeb, sociálních služeb).

Posílení role samospráv

Politika bude výrazněji přenášet zodpovědnost a s nimi spojené kompetence a nástroje na úroveň samospráv, a to včetně financování, a podpoří rozšíření místní regulace v oblasti návykových látek a závislostí. Místní politiky nemohou pouze kopírovat národní strategii, ale na základě analýzy místní situace musí mít možnost nastavit místní priority.

Participace odborných společností, poskytovatelů služeb určených osobám s adiktologickou poruchou, dalších odpovědných institucí a klientů

Realizátoři politiky spolupracují s relevantními odbornými a profesními společnostmi a se všemi adekvátními aktéry působícími v oblasti závislostního chování, a to v rámci celého procesu nastavování a tvorby protidrogové politiky, při jejím vyhodnocování a implementaci. To se týká především oblasti prevence, snižování rizik a léčby závislostního chování.

Sdílená odpovědnost, racionální, vyvážený a vědecky ověřený přístup v mezinárodní kontrole drog

Tvůrci národní politiky respektují, že fenomén závislostního chování není možné řešit pouze v rámci hranic České republiky, a budou vnímat a reflektovat trendy a změny v protidrogové politice světové.

Cíl strategie

Předcházení a snižování zejména zdravotních, sociálních, ekonomických i nehmotných škod vyplývajících

- z užívání návykových látek, hazardního hraní a dalšího závislostního chování a
- z existence legálních i nelegálních trhů s návykovými látkami, hazardním hraním a dalšími produkty se závislostním potenciálem

prostřednictvím trvale udržitelného souboru moderních, efektivních, vzájemně koordinovaných a na důkazech založených vzdělávacích, preventivních, léčebných, sociálních, legislativních, ekonomických, represivních a dalších opatření.

Cíle a priority strategie

NSZ 2019-2027 se v následujících 9 letech zaměří prioritně na následující oblasti, v jejichž rámci definuje obecné cíle a zároveň i specifické cíle, činnosti a aktivity, které budou konkretizovány v akčních plánech:

- posílení prevence a zvýšení informovanosti,
- zajištění kvalitní a dostupné sítě adiktologických služeb,
- efektivní regulace trhů s návykovými látkami a závislostními produkty,
- posílení řízení, koordinace a efektivní financování protidrogové politiky,
- strategie se bude zabývat i problematikou léčivých přípravků s obsahem psychoaktivních látek, nadužívání internetu a nových technologií a problematikou konopí a kanabinoidů.

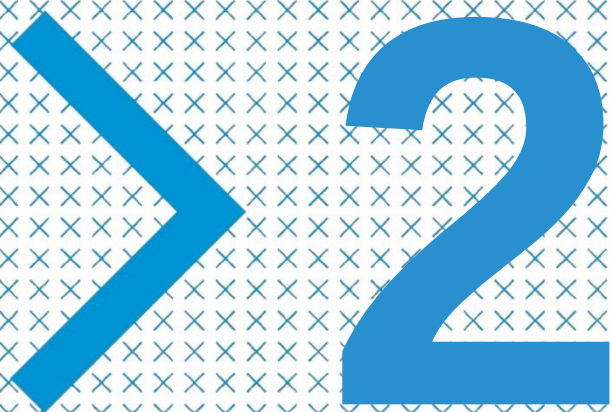
Hlavní oblasti strategie

NSZ 2019–2027 je postavena na uplatňování čtyř základních strategických oblastí moderní politiky v oblasti závislostí, které jsou vzájemně nezastupitelné a doplňují se. Těmito základními oblastmi jsou:

- prevence,
- minimalizace rizik a škod,
- léčba a resocializace,
- regulace trhu a snižování nabídky.

Intervence ve čtyřech strategických oblastech politiky v oblasti závislostí mohou být efektivně uplatňovány pouze ve funkčním institucionálním prostředí, včetně zajištěné dostatečné finanční podpory. Proto jsou nedílnou součástí NSZ 2019–2027 i opatření a intervence v těchto oblastech: koordinace a spolupráce,

- financování,
- monitoring, informace, výzkum, evaluace,
- mezinárodní závazky, dobrá praxe, zkušenosti, mezinárodní spolupráce.



2 Hlavní cíl projektu „Systémová podpora rozvoje adiktologických služeb“

Do realizace protidrogové politiky je zapojeno velké množství institucí státní správy se svébytnými pravomocemi a úkoly. Tyto instituce jsou koordinovány RVKPP. Zajistit jejich součinnost a spolupráci je velmi komplikované, navíc na ně bude klást nová – integrovaná protidrogová politika další požadavky. Zásadním úkolem projektu bude vytvořit podmínky pro vyjasnění kompetencí a posílení vzájemně provázaných postupů všech resortů, do jejichž agendy téma závislostí či témata příbuzná patří (nejdůležitější je v tomto ohledu spolupráce Odboru protidrogové politiky Úřadu vlády ČR, Ministerstva práce a sociálních věcí, Ministerstva zdravotnictví a Ministerstva vnitra), a dále pro úpravu stávajících koordinačních platforem (či vznik platforem nových) s cílem posílit integrovanou realizaci celé šíře témat a opatření nové protidrogové politiky. Tato kapitola reflektuje situaci v oblasti protidrogové politiky a adiktologických služeb v době počátku realizace projektu RAS.

2.1. Adiktologické služby a jejich úloha v protidrogové politice ČR

Adiktologickými službami se v kontextu tohoto projektu rozumí mezioborové a multidisciplinární služby, které poskytují specializovanou péči osobám závislým nebo závislostí ohroženým. Jejich výčet:

1. detoxifikace
2. terénní programy
3. kontaktní a poradenské služby
4. ambulantní léčba
5. stacionární programy
6. krátkodobá a střednědobá ústavní léčba
7. rezidenční péče v terapeutických komunitách
8. ambulantní doléčovací programy
9. substituční léčba
10. adiktologické služby ve vězení
11. specializované preventivní programy, především programy selektivní a indikované prevence v oblasti závislostí

Tyto programy jsou v praxi buďto přímo některými ze sociálních či zdravotních služeb či jejich kombinací. Další návazné sociální či zdravotní služby mohou s klienty s problémy se závislostí pracovat (např. azylové domy, noclehárny, krizová centra), nejsou však označovány jako služby adiktologické.

Poskytovatelé adiktologických služeb jsou zpravidla poskytovateli služeb sociálních nebo zdravotních, popř. jejich kombinací. Přímá práce či péče s cílovou skupinou či v její prospěch zahrnuje široké spektrum metod sociální práce v jejich standardní podobě, popř. modifikovaných pro práci s cílovou skupinou. Mezi standardní metody sociální práce patří mimo jiné depistáž, základní sociální poradenství, zjišťování poznatků o sociální situaci klienta či zprostředkování další pomoci či služeb. Mezi modifikované či specifické metody sociální práce poskytované – v ideálním případě – adiktologickými službami patří motivační trénink zaměřený na pozitivní změnu klientova náhledu na

vlastní situaci, metody minimalizace rizik (spojených s rizikovým užíváním drog), individuální a skupinová podpůrná psycho a socioterapie, case/care management, empowerment, kompletní posouzení situace klienta, prevence relapsu či režimová a pracovní terapie. Mezi zvláštní metody sociální práce, které se primárně nezaměřují na přímou práci s klientem, patří také sociální práce zaměřená na síťování mezi jednotlivými druhy pomáhajících služeb a věcně příslušnými pomáhajícími pracovníky a orgány veřejné správy, komunikaci s/mezi orgány veřejné správy, propojování s dalšími pomáhajícími profesemi, začleňování služeb a klientů do běžného života místní komunity.

Fenoménem dneška je komunikace prostřednictvím elektronických médií a nástrojů a na sociálních sítích. Projekt prozkoumá možnost poskytování specifických služeb (specifickým cílovým skupinám) prostřednictvím těchto moderních elektronických nástrojů, podobně jako je tomu ve veřejném zdraví u metod e-health a m-health.

Současnou síť služeb považujeme za obtížně udržitelné a v řadě krajů nedostačující minimum. Konstatujeme relativně dobrou dostupnost služeb, zejména programů snižování rizik, z pohledu geografického rozmístění programů. Problémem, na který upozorňují např. krajští koordinátoři, je nedostatečná dostupnost časová a kapacitní (personální) a také nedostatečná dostupnost některých složek či programů jednotlivých služeb. Upozorňují tím primárně na problém ve financování, kdy poskytovatelé služeb nejsou schopni při stávající výši financování zajistit a naplnit potřeby a rostoucí poptávku svých klientů a také požadavky regionů a obcí. Spíše, než k rozvoji sítě služeb tak dochází k omezování jednotlivých činností a tlak na nárůst výkonů má za následek snížení časové dotace na práci s klientem.

Přístupy ke tvorbě krajské sítě se kraj od kraje liší. Způsoby tvorby sítě služeb na území krajů nebyly zatím např. v rámci výročních zpráv krajů zmapovány. Např. Jihočeský kraj do „Minimální sítě protidrogových služeb“ na svém území začleňuje pouze služby, které jsou certifikované v rámci Standardů odborné způsobilosti RVKPP (případně standardů primární prevence MŠMT). Služby dále musí splňovat podmínku krajem požadované dostupnosti. Do této sítě nejsou zahrnuty čistě zdravotnické služby (financované z prostředků veřejného zdravotního pojištění) a výhradně sociální služby financované z dotací MPSV nebo ESF. Lze předpokládat, že jiný přístup bude uplatněn, pokud je síť služeb pro uživatele návykových látek uvedena ve „Střednědobém plánu rozvoje sociálních služeb“ nebo v „Akčních plánech protidrogové politiky“ (Odbor sociálních věcí a zdravotnictví Jihočeského kraje, 2012).

V souvislosti s účinností novely zákona sociálních službách od 1. ledna 2015 vstoupily v platnost změny v přístupu krajů a obcí ke tvorbě „Střednědobých plánů rozvoje sociálních služeb“. Plány stále slouží jako analyticko-strategický dokument, který vychází ze situace na daném území, budou definovat žádoucí stav a opatření, která povedou k jeho naplnění. Novou nezbytnou součástí plánů jsou síť sociálních služeb, které jsou v novele 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“. Plány jsou schvalovány na období 3 let, mohou být doplněny jednoletými akčními plány. Nově je stanovena i povinnost obcí předávat kraji relevantní informace pro tvorbu sítě, kraj bude mít povinnost tyto informace zohledňovat. Další zásadní novelu MPSV připravuje k datu účinnosti 01. 01. 2017.

Přehled dokumentů upravujících síť služeb pro uživatele návykových látek v kraji v r. 2014

Kraj	Dokument definující síť služeb pro uživatele návykových látek v kraji
Praha	Síť adiktologických služeb v HMP
Středočeský	Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb Středočeského kraje 2012–2014
Jihočeský	Minimální síť protidrogových služeb na území Jihočeského kraje na období 2012–2014
Plzeňský	Koncepce prevence kriminality a sociálně patologických jevů Plzeňského kraje na léta 2013–2016, Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb v Plzeňském kraji na období 2008–2010, aktualizován dodatky
Karlovarský	Síť služeb není definována.
Ústecký	Střednědobý plán sociálních služeb Ústeckého kraje na období 2014–2017
Liberecký	Zdravotní politika Libereckého kraje v roce 2014 (uvedena stávající síť služeb), Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb Liberecký kraj 2014–2017
Královéhradecký	Analýza drogových služeb Královéhradeckého kraje. Období platnosti: 2011–2015
Pardubický	Akční plán rozvoje sociálních služeb Pardubického kraje na rok 2014
Vysočina	Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb Kraje Vysočina na období 2012–2014
Jihomoravský	Strategie protidrogové politiky Jihomoravského kraje na období 2010–2018
Olomoucký	Síť služeb není definována.
Zlínský	Koncepce protidrogové politiky ve Zlínském kraji na léta 2010–2014
Moravskoslezský	Síť služeb není definována.

Tvorba sítě adiktologických služeb není centrálně metodicky uchopena, je nejednotná a neexistuje o ní (o specifikách jednotlivých krajů) dostatek informací. Projekt „Systémová podpora rozvoje adiktologických služeb v rámci integrované protidrogové politiky“ mapuje přístupy jednotlivých krajů (KA 1) a posiluje strukturní rámec adiktologických služeb tak, aby byla jejich síť vytvářena systémově (KA 2).

Programy primární prevence v krajích

Tato podkapitola se zabývá poskytováním programů primární prevence jinými subjekty než školami a školskými zařízeními. V celkovém součtu nejsou také zahrnuty aktivity městské policie či jednorázové návštěvy ve službách pro uživatele návykových látek, besed apod. V roce 2014 došlo oproti r. 2013 ke sjednocení postupu vykazování poskytovatelů služeb/programů prevence rizikového chování v krajských výročních zprávách, proto je celkový počet vykazovaných poskytovatelů v r. 2014 nižší. Z poskytnutých údajů o poskytovatelích služeb/programů primární prevence v jednotlivých krajích lze konstatovat, že programy primární prevence mimo škol a školských zařízení jsou zajišťovány ve vyšší míře certifikovanými poskytovateli (tj. 38 v r. 2014 a 33 v r. 2013) (Mravčík et al., 2015).

Komplexní návrh systémových změn strukturního rámce integrované protidrogové politiky

Programy primární prevence realizované v r. 2014

Kraj	Počet poskytovatelů PP v kraji	Typ poskytované prevence			Počet poskytovatelů v kraji*	
		všeobecná	selektivní	indikovaná	certifikovaných	necertifikovaných
Praha	5	5	4	1	5	0
Středočeský	2	1	2	–	1	1
Jihočeský	5	5	2	1	5	0
Plzeňský	2	2	1	1	2	0
Karlovarský	–	–	–	–	–	–
Ústecký	2	2	–	–	1	1
Liberecký	2	2	–	–	1	1
Královéhradecký	3	3	1	–	3	0
Pardubický	2	2	1	–	1	1
Vysočina	6	6	–	–	6	0
Jihomoravský	4	4	2	2	3	1
Olomoucký	4	3	3	–	2	2
Zlínský	4	3	1	1	2	2
Moravskoslezský	9	8	3	1	6	3
Celkem	50	42	20	7	38	12

* Jako certifikovaný poskytovatel primární prevence je zde uveden poskytovatel, který měl v r. 2014 certifikován alespoň jeden program (typ) PP.

Situace v jednotlivých krajích v roce 2014:

Stejně jako v předchozím roce, i v r. 2014 nebyly v Karlovarském kraji realizovány žádné aktivity poskytovatelů NNO týkající se primární prevence. Preventivní aktivity jsou v kraji realizovány školami pod metodickým vedením pedagogicko-psychologické poradny.

Liberecký kraj konstatoval 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. Zcela chybí programy selektivní a indikované prevence. Na programy primární prevence nebyly z rozpočtu Libereckého kraje v r. 2014 uvolněny žádné finanční prostředky resortem školství ani resortem zdravotnictví.

Také Jihočeský kraj upozorňoval na problém faktické dostupnosti programů primární prevence, a to vzhledem k nedostatečné výši podpory těchto programů z veřejných zdrojů. Ve zprávě se usuzuje, že akutní poptávka od škol by byla mnohem vyšší v případě vyšší podpory z veřejných rozpočtů, a že finanční spoluúčast není pro školy mnohdy akceptovatelná.

Způsob fungování PPRCH Královéhradeckého kraje je průběžně hodnocen na pracovních setkáních metodiků prevence. Ve všech okresech byly služby primární prevence pokryty. Jak ukázala předchozí zjištění, nejslabší pokrytí bylo v okresech Náchod a Trutnov.

V Pardubickém kraji v rámci seminářů pořádaných Centrem celoživotního vzdělávání Jezerka, o.p.s. vznikly 4 metodické materiály s tematikou výchovy k nekuřáctví, protidrogové prevence a prevence rizikového chování, k využití v učitelské praxi.

V roce 2014 zanikl program primární prevence v Moravskoslezském kraji v okrese Bruntál – CITADELA Bruntál a program primární prevence poskytovaný při kontaktním centru Karviná (Občanské sdružení NET).

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 a Karviné), naopak v Čechách jsou tyto služby rozmístěny nerovnoměrně. Okresy, kam musí dojíždět pracovníci terénních programů z jiných okresů, jsou Domažlice, Klatovy, Plzeň-sever, Plzeň-jih, Rokycany, Česká Lípa, Jablonec nad Nisou, Semily, Jičín, Kutná Hora, Havlíčkův Brod, Pelhřimov, Náchod, Rychnov nad Kněžnou, Chrudim, Ústí nad Orlicí, Svitavy. Je 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. I v roce 2014 byly užívány automaty na stříkačky a injekční materiál, které jsou umístěny v kontaktních centrech v Plzni (POINT 14), Kolíně (Prostor plus, o.p.s.) a ve Strakonici (Občanské sdružení PREVENT).

Služby v oblasti snižování rizik poskytované v r. 2014 (včetně programů snižování rizik na tanečních akcích, v klubech a prostředí noční zábavy)

Kraj	Počet okresů	Počet obyvatel v kraji (15–64)	Odhad PUD*	Typ služby**			Počet klientů programu		Počet kontaktů	Počet výměn	Počet vydaných stříkaček	Certifikovaný program
				KPS	TP	KPS	celkem	z toho UD				ano/ne
Praha	22 ** **	849 650	14 300	3	5	–	12 865	12 563	143 792	116 100	2 643 336	8/0
Středočeský	12	877 061	3 100	5	9	–	29 70	2 610	2557 1	17 378	504 277	8/6
Jihočeský	7	431 848	2 800	5	4	–	2 433	20 38	23 577	12 827	318 503	9/0
Plzeňský	7	388 651	1 100	3	3	–	20 43	15 96	2545 6	1121 5	287 141 *****	5/1
Karlovarský	3	207 086	1 700	3	2	–	1 630	11 87	31 002	1836 2	195 292	4/1
Ústecký	7	564 807	5 900	9	8	–	62 26	54 13	84 913	54 506	941 810	17/0
Liberecký	4	297 848	2 500	2	1	–	18 56	1 705	1838 0	9385	207 660	3/0

Komplexní návrh systémových změn strukturního rámce integrované protidrogové politiky

Královéhradecký	5	370 260	1 10 0	1	1	1	12 31	11 05	11 191	5 597	266 672	4/0
Pardubický	4	349 330	60 0	1	1	–	59 6	35 7	3117	1 542	86 890	2/0
Vysočina	5	346 246	1 30 0	–	–	3	10 49	81 8	9 769	3 607	145 246	6/0
Jihomoravský	7	792 933	3 10 0	2	5	3	30 22	22 43	27 22 4	1352 4	336 496	12/0
Olomoucký	5	432 582	3 00 0	4	4	1	23 06	17 44	2509 3	–	204 578	10/0
Zlínský	4	399 421	1 90 0	3	3	1	1 52 9	13 13	1384 7	5624	112 247	8/0
Moravskoslezský	6	841 096	2 50 0	5	5	1	20 44	16 74	38 412	25 052	451 489	9/3
Celkem	98	7 148 816	44 90 0	46	5 1	1 1	41 80 0	36 36 6	454 120	294 719	6 701 637	105/8

Pozn.: *Ide o odhady NMS zveřejněné ve Výroční zprávě o stavu ve věcech drog v ČR za r. 2013. 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. Praha.

*****údaje uvedené včetně 8 284 injekčních stříkaček vydaných z automatu.

Situace v jednotlivých krajích v roce 2014:

V Hlavním městě Praha v roce 2014 ukončil svou činnost Terénní program pro uživatele návykových látek (organizace ESET-HELP, o.s.). Lokality, ve kterých terénní pracovníci působili, převzaly stávající organizace. Poznatky z praxe a analýzy situace jednoznačně ukazují, že je potřeba rozšířit síť kontaktních a poradenských služeb a posílit personálně terénní programy. Také se však ukazuje, že městské části nechtějí adiktologické služby na svém území. To jednoznačně ukázala analýza, kterou zpracoval odbor ZSP MHMP jako informační materiál pro Zastupitelstvo HMP v roce 2014. Analýza se týká pouze kontaktních a poradenských služeb, ale závěr je jednoznačný – rozvoj služeb naráží na postoj MČ a požadavek občanů, aby adiktologické služby byly 2 km od hřišť, škol a školských zařízení. Tento požadavek není na území Prahy reálný.

V Jihočeském kraji došlo k rozšíření terénního programu Jihočeský streetwork (Občanské sdružení PREVENT) na území okresu Tábor. Kontaktní centra ve Strakoniciích a Prachaticích stále (již asi pět let) fungují v krizovém režimu, tedy uživatelům jsou služby poskytovány s omezenou časovou dostupností – důvodem je malá personální kapacita služeb, terénní programy jsou personálně poddimenzovány. Lze odhadnout, že chyběly prostředky celkem na cca 6–8 úvazků, tedy zhruba 3 mil. Kč.

Občanské sdružení DRUG-OUT Klub v Ústí nad Labem evidovalo v červnu 2014 rekordní počet návštěvnosti kontaktního centra za celou dobu své existence (20 let), a to 105 osob za den. Oblastní spolek ČČK Litoměřice zprovoznil v květnu 2014 další výměnnou místnost spojenou s poradenskými

službami v obci Roudnice nad Labem. Služba tím navázala na dobrou praxi s výměnnými místnostmi v Lovosicích a ve Štětí, které otevřela v předchozích letech. V roce 2014 byl ukončen terénní program Mostu k naději v obci Postoloprty, a to z důvodu nezájmu obce službu finančně podpořit. V roce 2014 byl ukončen terénní program poskytovatele WHITE LIGHT I. v obci Krásná Líba v souvislosti s ukončením projektu, ze kterého byl podpořen terénní pracovník. Naopak se podařilo organizaci WHITE LIGHT I. zajistit od měsíce června poskytování terénního programu v obci Šluknov. V roce 2014 došlo k navýšení počtu klientů v obci Dubí v rámci terénního programu na Teplicku (WHITE LIGHT I.), a to o 53 %.

Zlepšení dostupnosti terénních služeb měla v období 2014–2015 zajistit realizace individuálního projektu Libereckého kraje IP5 – Podpora a rozvoj služeb v sociálně vyloučených lokalitách. V rámci projektu byl terénní program realizován od listopadu 2014 do června 2015 pouze na Jablonecku (drogový terén zajišťuje Most k naději jako subdodávku pro Oblastní charitu Most). Zadávací řízení na pokrytí Českolipska, Frýdlantska, Liberecka, Novoborska a Semilska terénními programy byla zrušena z důvodu nepodání nabídek. Ani v r. 2014 se poskytovateli kontaktního centra v České Lípě (Most k naději) nepodařilo zajistit vhodnější prostory pro poskytování služby.

V Královéhradeckém kraji Laxus o.s. 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 a ve Svitavách) tak, aby byly dostupné pro všechny klienty v kraji. Terénní programy byly v roce 2014 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 byl 1 dvoučlenný tým, který by zajišťoval terénní program v dané lokalitě.

Síť služeb se z hlediska územního pokrytí a dostupnosti služeb v Olomouckém kraji v jednotlivých regionech jeví jako dostačující. Problémem bylo i v tomto roce nedostatečné financování některých služeb, zejména terénních programů, které jim neumožnilo vykonávat jejich činnost v dostatečném rozsahu a kvalitě.

V roce 2014 ukončilo svou činnost kontaktní centrum v Karvině (Občanské sdružení NET), což je s ohledem na to, že se jedná o jedno z nejlidnatějších měst Moravskoslezského kraje zatížené vysokou nezaměstnaností a indexem kriminality, velmi nežádoucí. Dále v roce 2014 přestala organizace Open House o.p.s. poskytovat terénní program v Opavě. Terénní program pro uživatele drog byl naopak tímto sdružením poskytován ve Vrbně pod Pradědem a v Kravařích. V Opavě byl terénní program pro uživatele drog zajišťován organizací Krizové a kontaktní centrum "Pod slunečníkem" o.p.s. V květnu 2014 byla v rámci terénního programu na Novojičínsku uvedena do provozu poradenská místnost v Kopřivnici. Tato skutečnost reagovala na identifikované potřeby osob závislých a závislostmi ohrožených, kteří z důvodu absence jiného poradenského pracoviště v dané oblasti neměli možnost problematiku drog a návykových látek odborně konzultovat.

Služby v oblasti ambulantní léčby

Kraje ve svých výročních zprávách většinou upozorňují na nedostatky v síti služeb ambulantní léčby, na jejich nerovnoměrné rozložení a nízkou kapacitu. Kraje rovněž upozorňují na nízký 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 veskrze negativní postoj. Údaje o kapacitě či počtu klientů nejsou u některých typů služeb dostupné. Krajští protidrogoví koordinátoři uvádějí celkem 64 služeb ambulantní léčby, 16 programů substituční léčby a 2 stacionární programy (Praha a Moravskoslezský kraj). Poskytování systematické ambulantní substituční léčby není zajištěno v krajích Středočeském, Karlovarském, Libereckém, Pardubickém, Zlínském a v Kraji Vysočina.

Služby v oblasti ambulantní léčby v r. 2014

Kraj	Počet služeb v kraji*			Kapacita služby			Počet certifikovaných programů	
		SL	SP	AL	SL	SP	ano	ne
Praha		6	1	19 75	32 5	50 0	14	3
Středočeský		1		–			4	3
Jihočeský		1		2	25	–	3	0
Plzeňský		1			40		1	0
Karlovarský							0	1
Ústecký		1		6	12 5		0	8
Liberecký		1		**	**	–	1	6
Královéhradecký		1		74	30		1	5
Pardubický				7			1	4
Vysočina		–	–	2	–	–	–	1
Jihomoravský		2		7	**		6	1
Olomoucký		1					2	4
Zlínský				n. a.	n. a.	n. a.	1	2
Moravskoslezský		1	1				0	7
Celkem		16	2				34	46

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

** neúplná data

Situace v jednotlivých krajích v roce 2014:

V roce 2014 zahájila činnost Ambulance dětské a dorostové adiktologie Všeobecná fakultní nemocnice v Praze (Klinika adiktologie).

V Jihočeském kraji stojí za zmínku dohoda města Blatná a Adiktologické poradny (Občanské sdružení PREVENT). Od podzimu 2014 byl zaveden model poskytování služby poradny (která sídlí v Českých Budějovicích) přímo ve městě Blatná, na cca 4 hod/14 dní. Tento model by mohl být inspirací pro plánované šíření služeb ambulantní léčby/ doléčování/ psychosociální složky substituce do menších regionů.

Ústecký kraj se potýkal s nedostatkem psychiatrů a psychoterapeutů, kteří by byli ochotni pracovat s osobami závislými na omamných a psychotropních látkách. Kraj zmiňuje absenci ambulantní služby pro dospělé i pro děti do 16 let. Většina organizací upozorňuje na nedostatek lékařů, kteří by byli ochotni nejen s touto cílovou skupinou pracovat na řešení jejich situace, ale také předepisovat substituční léky (př. Děčínsko, Mostecko, Kadaňsko). Výjimečně bylo úspěšné Kontaktní centrum Litoměřice, kterému se podařilo navázat užší spolupráci s místním psychiatrem, především pro klienty s psychózou. Vzhledem k absenci ambulantních adiktologických služeb a vysoké poptávce po nich, nejen od klientů, ale také ze strany institucí (probační a mediační služba, sociální odborů úřadů) se některé služby zaměřily na práci s mladistvými uživateli, závislými rodiči, s patologickými hráči a abstinujícími klienty, kteří se chtějí léčit bez nutnosti předchozí rezidenční léčby. V této souvislosti zahájily v Ústí nad Labem provoz ambulantní organizace Občanské sdružení - "DRUG - OUT Klub" a WHITE LIGHT I., v Děčíně Centrum sociálních služeb Děčín, p.o., v Kadani a v Chomutově Občanské sdružení Světlo Kadaň (již od září 2013). Vzhledem k nízké finanční podpoře probíhalo poskytování některých těchto nových služeb v roce 2014 v omezené míře. Ambulance občanského sdružení DRUG-OUT Klub rozšířila ve 2. polovině roku 2014 služby pro klienty, kteří jsou medikováni legálně předepsaným buprenorfinovým preparátem; vykazali celkem 25 klientů a 64 výkonů v této oblasti.

Karlovarský kraj se i v roce 2014 potýkal s nedostatkem služeb léčby, a to jak rezidenční, krátkodobé, střednědobé, tak i dlouhodobé. Stejně jako v roce 2013, byla v kraji velmi omezená dostupnost ambulantních služeb léčby, psychiatrické, psychoterapeutické i psychologické péče. Postrádána byla lůžková a pobytová zařízení, do kterých by poskytovatelé sociálních služeb mohli odesílat klienty na krátkodobý či střednědobý pobyt, nebo jej využít jako emergenční stanici pro momentální krizi klienta. V kraji také zcela chyběla substituční léčba.

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 léčba – AT ordinace. Substituční léčbu v celém kraji nabízel pouze jeden lékař v rámci nemocnice v Semilech.

V Královéhradeckém kraji jsou ambulantní programy nerovnoměrně zastoupeny, programy pro uživatele drog jsou situovány v Hradci Králové a v Trutnově, možnosti využívání ambulantních služeb jsou pro uživatele drog velmi limitované jejich časovou a finanční situací. Dlouhodobě se uvažuje o možnosti zřídit ambulanci v Náchodě (Laxus o.s.).

AT ambulance a psychiatrické ambulance v Pardubickém kraji jsou dlouhodobě poddimenzovány. V roce 2014 byla v okrese Pardubice jediná psychiatrická ambulance se specializací na problematiku závislostí, a to převážně léčbu závislosti na alkoholu. Tato ambulance poskytovala i ochrannou, soudem nařízenou ambulantní léčbu jak uživatelům drog, tak i alkoholu. V ostatních zdravotnických zařízeních (AT ambulancích) byli uživatelé drog dlouhodobě spíše odmítáni. V okrese Chrudim byl k dispozici pro celý okres 1 lékař, který ale neměl problematiku závislostí jako stěžejní. Obdobná situace byla i v okrese Ústí nad Orlicí a Svitavy. Lékaři neměli prostory na dlouhodobou individuální a skupinovou práci s klientem, který má problém se závislostí na alkoholu a jiných látkách. V Pardubickém kraji nebylo dále v roce 2014 žádné zařízení, které by poskytovalo systematickou ambulantní substituční léčbu. Při Nemocnici Pardubického kraje provozuje Národní síť podpory zdraví, z.s. poradenské služby dostupné 4 hodiny týdně. Od ledna 2014 byla poprvé od roku 2002 zavedena finanční spoluúčast klientů poradny ve výši 250 Kč jednorázově, a to při 1. návštěvě bez ohledu na celkový počet návštěv.

Poplatek se netýkal hospitalizovaných pacientů, mladistvých do 18 let ani doprovodu partnera či rodiče kuřáka.

V Olomouckém kraji zahájila provoz nově vzniklá zdravotnická zařízení – adiktologická ambulance organizace Darmoděj, z.ú. v Jeseníku a Adiktologická ambulance prevence a léčby závislosti (Nestátní interní oddělení s.r.o.) v Olomouci.

Ve Zlínském kraji na začátku r. 2014 ukončila činnost ambulance ve Valašském Meziříčí (specializace: psychiatrie, návykové nemoci).

Ze strany obcí a poskytovatelů služeb pro uživatele návykových látek zaznívá dlouhodobě poznatek, že je v Moravskoslezském kraji nedostatek psychiatrické péče pro osoby závislé na návykových látkách, zejména pak pro děti a mladistvé. Z tohoto důvodu realizoval v roce 2014 Moravskoslezský kraj individuální projekt kraje Specifické intervence pro mladistvé uživatele návykových látek, který je určen jednak mladistvým, ale také jejich rodinným příslušníkům. V roce 2014 byly prostřednictvím tohoto projektu podporovány případové intervence pro mladistvé a terénní program pro mladistvé v Ostravě.

Služby v oblasti rezidenční léčby

Z poskytnutých dat ve výročních zprávách krajů se ukazuje, že statistické informace o kapacitě či počtu klientů služeb 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. Krajsští protidrogoví koordinátoři uvedli v rámci služeb rezidenční léčby v roce 2014 celkem 19 služeb detoxifikace, 22 lůžkových zdravotních služeb, 17 terapeutických komunit a 6 domovů se zvláštním režimem pro cílovou skupinu uživatelů návykových látek.

Služby v oblasti rezidenční léčby v r. 2014 (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
Praha	3	115	2	118					3	2
Středočeský	1		1		3	41			1	4
Jihočeský	1		1	103	3	56			3	2
Plzeňský					1	15			1	0
Karlovarský	–	–	1	40	–	–	–	–	0	1
Ústecký	1	4	2	130	1	15	1	28	2	3
Liberecký	1	10	1	10	1	15	1	20	1	3
Královéhradecký	2	6	1	50			1	49	0	3
Pardubický	2		1	61			1		0	4
Vysočina	3		3	67	1	18	1	90	1	7
Jihomoravský	2	25	2		2	15			1	5
Olomoucký	1	27	3		3	43			0	7
Zlínský	1		1	140	0	0	1		0	3
Moravskoslezský	1		3		2				1	5

Celkem	19	187	2	929	1	226	6	187	14	49
---------------	-----------	------------	----------	------------	----------	------------	----------	------------	-----------	-----------

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

Situace v jednotlivých krajích v roce 2014:

V Karlovarském kraji byl program ambulantní léčby, detoxifikace a krátkodobé hospitalizace zajištěn na psychiatrickém oddělení nemocnice Ostrov.

V Jihočeském kraji existovali mimo PL Červený Dvůr další tři psychiatrické léčebny (PL U Honzíčka, PL Lnáře, Dětská psychiatrická nemocnice Opařany) které v omezené míře přijímali pacienty s diagnózou závislosti. 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 uživatelům (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.

Jihomoravský kraj měl ve své síti léčebných rezidenčních zařízení 3 terapeutické komunity, které i finančně podporoval; 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. Dle informací z kraje ale klienty přijímá.

Psychiatrické oddělení Krajské zdravotní a. s. – Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem provozuje detoxifikační jednotku. Jedná se opět o ojedinělou službu. Ze strany zdravotníků i pracovníků služeb byl vnímán akutní nedostatek detoxifikačních lůžek pro zajištění celého kraje, jednotka disponuje pouze 4 lůžky. Nevyhovující byla 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. 2014 vykazalo detoxifikační jednotka 465 klientů.

V Pardubickém kraji výjimečně přijímá klienty závislé na drogách nebo na alkoholu i na detoxifikaci pouze OLÚ Žamberk. Detoxifikace a krátkodobá léčba byla pro klienty v Pardubickém kraji stále nedostupná. V Pardubickém kraji je 1 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 není služba krátkodobé intenzivní pobytové léčby, dlouhodobé pobytové léčby, terapeutická komunita ani detoxifikace. V současné době není v záměrech kraje tyto služby zřizovat.

Ve Zlínském kraji existuje mimo PL Kroměříž také Resocializační terapeutická komunita Grunt, která není certifikována ani registrována a nedostává tedy ani prostředky od kraje. Není tak zařazena do celkového souhrnu.

Také v Moravskoslezském kraji existuje terapeutická komunita Pastor Bonus, která není registrována, ale je provozována, proto je zařazena v součtové tabulce. Rovněž v oblasti rezidenční léčby uživatelů

návykových látek vyvstává potřeba pobytového zařízení pro děti a mladistvé s problémem zneužívání návykových látek. V roce 2014 bylo pro tuto cílovou skupinu určeno v kraji pouze dětské oddělení Psychiatrické nemocnice v Opavě, které však svým charakterem (léčba psychotických a neurotických poruch) neodpovídá potřebám dětí a mladistvých s problémem závislosti.

V oblasti služeb rezidenční léčby byla v ČR zpracována „Koncepte sítě specializovaných adiktologických služeb v České republice“ (vznikla jako výstup projektu NETAD „Sítování vědecko-výzkumných kapacit a cílený rozvoj spolupráce mezi vysokými školami, veřejnou správou, soukromým a neziskovým sektorem v adiktologii“, reg. č. CZ.1.07/2.4.00/17.0111 OPVK). Tato koncepce byla některými odbornými a zastřešujícími společnostmi v oblasti adiktologických služeb přijata jako odborný a referenční dokument, jinými však nikoliv a nelze ji tedy označit jako materiál obecně akceptovaný celou odbornou obcí, svou roli sehrává především při komunikaci se systémem veřejného zdravotního pojištění a jeho sítě služeb.

Služby v oblasti následné péče

Krajští protidrogoví koordinátoři uvedli v roce 2014 celkem 33 programů ambulantního doléčování, z toho 22 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.

Služby v oblasti následné péče v r. 2014

Kraj	Počet služeb		Kapacita služeb		Počet osob, kt. služby využily	Počet certifikovaných programů	
	ADP	CH	ADP	CHB		ano	ne
Praha	3	2	102	27	364	3	0
Středočeský	2	1	40	5	82	1	1
Jihočeský	2	1	5	11	90	1	1
Plzeňský	3	3	54	20	197	2	1
Karlovarský	–	–	–	–	–	–	–
Ústecký	3	2	17	16	81	2	1
Liberecký	4	1	10	10	58	1	3
Královéhradecký	1	0	30		59	0	1
Pardubický	1	0	2		58	1	0
Vysočina	2	2	-	27	55	1	1
Jihomoravský	5	4	45	25	644	5	0
Olomoucký	2	2			100	2	0
Zlínský	2	1	n.a.	9	41	0	2
Moravskoslezský	3	3	8**	46	260	1	4
Celkem	33	22	313	196	2089	20	13

* ADP – ambulantní doléčovací program, CHB – chráněné bydlení

** Krajský úřad Moravskoslezského a Libereckého kraje za rok 2014 nemá k dispozici informace o výkonnosti všech programů působících v kraji

Situace v jednotlivých krajích v roce 2014:

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

Ve Zlínském kraji byla ve Vsetíně v r. 2014 zaregistrována služba následné péče s názvem MOSTY (poskytovatel Na Cestě z.s.) určená osobám ve věku 15 až 50 let závislým na návykových látkách po absolvování léčby závislosti. V r. 2014 byl dále realizován Doléčovací program Darmoděj z.ú. v Kroměříži, která není samostatně certifikovaná a zatím není zařazena do dotačního řízení kaje.

V Moravskoslezském kraji chybí služby následné péče v regionu Bruntálska.

Ostatní specializované programy

V krajích působí kromě výše uvedených další typy specializovaných programů pro uživatele návykových látek.

Protialkoholní záchytné stanice jsou zřízené ve všech krajích kromě Ústeckého. Ne všechny kraje ale disponují daty o počtu hospitalizovaných klientů. Někteří koordinátoři upozorňují na absenci návazných služeb, které by se zadrženými po propuštění z protialkoholní záchytné stanice dlouhodobě pracovaly na léčbě závislosti nebo změně chování).

Služby poskytované nestátními organizacemi pro uživatele drog ve vězení v r. 2014 působily v kraji Hl. m. Praha (253 klientů), v Středočeském (93 klientů), Královéhradeckém (105 klientů), Pardubickém (13 klientů), Plzeňském (239 klientů), Jihomoravském (321 klientů), Libereckém (210 klientů), Olomouckém kraji (190 klientů) a v Kraji Vysočina (43 klientek). V Ústeckém kraji organizace Most k naději realizovala i v roce 2014 ve spolupráci s věznicí Bělušice projekt odborného sociálního poradenství zaměřený na prevenci sociálně patologických jevů po propuštění osob z výkonu trestu odnětí svobody. Celkově se projektu zúčastnilo již 69 odsouzených osob.

Služby pracovní a sociální agentury/rehabilitace jsou poskytovány v Hl. m. Praha (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) 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.).

Dále jsou poskytovány služby internetové drogové poradny v Hl. m. Praha (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. Praha a Vzdělávací centrum I.E.S. Společnost Podané ruce o.p.s. v Jihomoravském kraji.

Na území Karlovarského kraje město Cheb zřídilo unikátní službu – Poradenství pro osoby ohrožené recidivou drogové závislosti a osoby blízké (v rámci Individuálního projektu města Chebu na změnu situace sociálně vyloučených obyvatel, zejména obyvatel sídliště Zlatý vrch) – zaměřeno na osoby, které abstinují od drog.

2.2. Identifikovaná bílá místa v oblasti rozvoje adiktologických služeb

Identifikované nedostatky v síti služeb

Jak je zřejmé z textů výše, v síti adiktologických služeb je řada bílých míst. Kraje ve svých výročních zprávách chybějící služby a kapacity identifikují – viz. tabulka níže.

Identifikované nedostatky v síti služeb z výročních zpráv krajů v r. 2014

Kraj	Identifikované nedostatky v síti služeb z výročních zpráv krajů v r. 2014
Praha	V Hlavním městě Praze v roce 2014 ukončila svou činnost organizace ESET-HELP, o.s. - Terénní program pro uživatele návykových látek.
Středočeský	Nerovnoměrné pokrytí ambulantních služeb a chybějící péče o pacienty v dětském věku.
Jihočeský	Absence detoxifikace pro klienty, kteří nenastupují do léčby v psych. léčebně Červený Dvůr.
Plzeňský	Absence „nízkoprahové AT ambulance“, denního stacionáře.
Karlovarský	Absence poskytovatele primární prevence, samostatné detoxifikace, substitučního programu, doléčovacího programu, terapeutické komunity.
Ústecký	Nedostatečná ambulantní péče, nedostatečné pokrytí rizikových regionů terénními programy.
Liberecký	Chybějící zdravotnická léčba – AT ordinace. Substituční léčba-malé pokrytí.
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	Ve Zlínském kraji na začátku r. 2014 ukončila činnost ambulance ve Valašském Meziříčí (specializace: psychiatrie, návykové nemoci).
Moravskoslezský	V roce 2014 zanikl program primární prevence v okrese Bruntál – CITADELA Bruntál a program primární prevence poskytovaný při kontaktním centru Karviná (Občanské sdružení NET).

Ke stavu sítě adiktologických služeb v roce 2014, z něž máme poslední souhrnná data, připojujeme i krátký obecnější popis a hodnocení jejich celkové situace:

Společenský vývoj po roce 1990 přinesl řadu změn v oblasti rozvoje služeb a následného poskytování odborné péče pro uživatele psychoaktivních látek. Především došlo k nerovnoměrnému vývoji služeb pro uživatele alkoholu a uživatele nelegálních návykových látek, který vedl k jejich – z dnešního pohledu – umělému a nesystémovému rozdělení, kdy služby pro uživatele nelegálních návykových látek byly v rámci protidrogové politiky státu dlouhodobě podporovány veřejnými dotacemi. To, včetně chybějící koncepce transformace bývalých AT ordinací do podoby pracovišť pružně reagujících na nové trendy v užívání návykových látek a uplatňujících výzkumem podložené novější přístupy prevence a léčby, vedlo ke snížení kvality, dostupnosti a návaznosti různých typů a úrovní odborné

specializované péče pro jednotlivé skupiny jejich klientů a pacientů. K hlavním dlouhodobým slabinám systému a sítě adiktologických služeb patří:

- Omezený počet ambulantních zdravotních služeb v oblasti léčby návykových poruch v městech České republiky a výrazně nedostatečná realizace adiktologické péče v privátních psychiatrických ambulancích.
- Neefektivita podpory adiktologických zdravotních služeb z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Péče o adiktologické klienty není soustředěna do specializovaných zařízení, chybí definice a úhrada specifických adiktologických výkonů.
- Potřeba poskytování určitého objemu a profilu výkonů zdravotní odborné péče je v rozporu s tím, že tyto výkony nejsou hrazeny z veřejného pojištění nebo jsou hrazeny nedostatečně (např. sociální práce, rozsah psychoterapie, toxikologická vyšetření, opiatová substitute).
- Pacienti jsou ze služeb vylučováni dříve, než dojde k vytvoření sociální stability z důvodu tlaků ze strany plátců péče, kteří odmítají úhradu tzv. sociálních hospitalizací.
- Zúžené spektrum cílových skupin některých adiktologických služeb – nezdravotnické programy se většinou zaměřují jen na práci s uživateli nelegálních drog a neposkytují služby jiné specifické klientele (uživatelům alkoholu, patologickým hráčům), některé specializované zdravotnické programy (např. některé AT ambulance) pracují zase např. jen s uživateli alkoholu; poradny pro odvykání kouření jsou dalším zřejmým příkladem nesystémové úzké specializace.
- Nerovnoměrný rozvoj jednotlivých typů služeb v rámci zmíněných různých systémů, jejich neprovázanost v rámci regionu, nespolupráce, rozdílné metodiky a/nebo metody práce.
- Nestabilní a nedostatečné financování adiktologických služeb z veřejných zdrojů, zejména služeb závislých na každoročních dotacích.
- Preference striktně bio-medicínského přístupu v kombinaci s omezenou dostupností psychosociálních komponent léčby uživatelů návykových látek ve většině současných zdravotních adiktologických služeb, kdy žádoucí je širší uplatňování bio-psycho-sociálně-spirituálního modelu závislosti dle Světové zdravotnické organizace.
- Mezi stávajícími adiktologickými programy chybí programy pro adiktologické pacienty s jinými komorbiditami a duálními diagnózami (tedy programy využívající ve větší míře postupů „case-managementu“).
- Veškeré standardy a teoretické teze odvykacího programu vycházejí často z představy plné a trvalé abstinence a plné resocializace pacienta. Pro velkou část pacientů/klientů jsou to nepředstavitelné a nereálné cíle. Současné koncepty „redukce konzumace“ nebo „redukce rizik“, aplikovatelné stále častěji i mimo oblast injekčního užívání drog, nejsou dosud v adiktologii plně akceptovány.

Samostatnou kapitolu tvoří primární prevence, která se vyvíjela asynchronně vůči léčebným službám. Jednotlivé kroky tak byly v této oblasti činěny vždy s určitým časovým odstupem. Zřejmě největší překážkou v rychlejší vývoji byla komplexnost záběru a nemožnost vyčlenit adiktologickou prevenci ze širšího rámce prevence rizikového chování. Trvalo relativně dlouho, než se podařilo vyřešit tento zásadní koncepční problém. V současnosti však zůstává přetrvávající problém nedostatečného ověření některých klíčových konceptů, a především pak postupná implementace celého navrženého systému do praxe a přetrvávající obrovská rezistence jak na straně části poskytovatelů péče (tj. menší zájem zapojit se do systému, a především pak nemuset podléhat jakémukoli hodnocení kvality a efektivity), tak bohužel na straně části donorů. Větší část prostředků, které dnes plynou do primární prevence,

nepodléhá žádnému systému hodnocení a kontroly, a kromě duplicit je přetrvávajícím problémem nízká kvalita a efektivita užívaných programů a nekvalitní příprava a nedostatečná podpora podstatné části poskytovatelů programů.

V této kapitole nám šlo o to ukázat (na příkladu dat sebraných za rok 2014) současný stav sítě adiktologických služeb a zasadit je do kontextu jejich celkového vývoje s cílem doložit potřebnost projektu, který bude tuto síť stabilizovat, systematizovat a dále rozvíjet. Adiktologické služby dnes trpí řadou nedostatků: dostupnost programů primární prevence je v ČR velmi nerovnoměrná a jejich zajišťování je díky problematickému financování nestabilní, dostupnost služeb snižování rizik se v Čechách a na Moravě radikálně liší, v důsledku změn ve financování dochází např. k zániku některých ověřených a potřebných služeb, ambulantní a rezidenční léčba je v ČR naprosto nedostatečná - nelze zde hovořit o provázané síti - jde o jednotlivá a obtížně udržitelná zařízení. V důsledku těchto problémů není v řadě případů možné dodržet celý léčebný a integrační cyklus osoby se závislostí, což ji vystavuje zvýšenému riziku relapsu. Vývoj adiktologie v ČR pak vedl k tomu, že preventivní/sociální a zdravotní složka se konstituovaly odděleně a v odlišném tempu, existují mezi nimi odborné nejasnosti a zařízení obou typů spolu často nedokáží odpovídajícím způsobem spolupracovat. Na druhou stranu řada služeb prochází certifikací, která zvyšuje jejich kvalitu. Projekt „Systémová podpora rozvoje adiktologických služeb v rámci integrované protidrogové politiky“ bude kvalitu adiktologických služeb dále podporovat procesem jejich standardizace (KA 2), bude systematizovat a upevňovat způsob jejich financování (KA 2), bude sloužit ke koncepčnímu založení chybějících sítí služeb (KA 2), k metodickému vyjasnění role různých typů služeb vůči sobě a ke zlepšení vzájemné komunikace těchto služeb (KA 4).

2.3. Systémová východiska rozvoje adiktologických služeb

Popis a hodnocení koordinace protidrogové politiky

(charakteristika rolí aktérů)

Územní samosprávy

Organizační zajištění koordinace a realizace protidrogové politiky na regionální úrovni je ukotveno v zákoně č. 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami a o změně souvisejících zákonů, ve znění pozdějších právních předpisů.

Kraje a obce jsou klíčovými partnery centrálních institucí při přípravě a realizaci „Národní strategie protidrogové politiky“ a při jejím zavádění do praxe na příslušných úrovních veřejné správy, a jsou také jedním z kontrolních orgánů. Uskutečňují opatření a intervence protidrogové politiky v souladu s hlavními cíli, principy, prioritami a postupy doporučenými národní strategií, zohledňují přitom místní podmínky a potřeby. Za tímto účelem jsou zástupci samosprávy jak členy „Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky“, tak členy poradních a pracovních orgánů rady a pracovních skupin sekretariátu „Rady a Národního monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti“.

Kraje a některé obce (zejména obce s rozšířenou působností) navíc v různé míře přijímají vlastní protidrogové strategie a plány, v jejichž rámci přijímají opatření vhodná pro dané území. Různorodost jejich přístupů se projevuje v celé řadě dílčích aspektů; v rámci koordinace protidrogové politiky však postupně dochází k harmonizaci a k zavádění osvědčené praxe na základě přenášení zkušeností mezi kraji. Významnými spolupracujícími subjekty v rámci veřejné správy jsou také orgány sociálně právní

ochrany dětí, především kurátoři pro děti a mládež, dále pak sociální kurátoři, obecně všichni sociální pracovníci. Úroveň spolupráce a znalostí metod práce s touto specifickou klientelou se liší opět region od regionu.

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.

Funkce krajského protidrogového koordinátora („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.

Krajští protidrogoví koordinátoři jsou v organizační struktuře krajského úřadu zařazeni většinou na pozici referenta odborů sociálních věcí (10x), na odboru zdravotnictví (2x), na odboru školství (1x); v jednom případě je krajský koordinátor zařazen na odboru kanceláře hejtmana.

Funkci KPK na celý úvazek vykonávalo v r. 2014 sedm koordinátorů. Během r. 2014 došlo k personálním obměnám ve funkci KPK v Pardubickém kraji a v Kraji Vysočina.

Co se týče komisí a pracovních skupin, v 9 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. 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. Zástupci sekretariátu RVKPP se také pravidelně účastní některých krajských komisí či skupin (Pardubický kraj, Jihomoravský kraj).

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. 2014 jednala dvanáctkrát. Protidrogová komise hlavního města Prahy byla v r. 2014 rozšířena o příslušníky Policie ČR, došlo také k vytvoření nové sekce komunitního bezpečí. Tématy jednání jsou většinou aktuální drogová situace, finanční zajištění protidrogové politiky v kraji, příprava a realizace strategie, akčních plánů protidrogové politiky atd. Stálé pracovní skupiny zabývající se otázkami protidrogové politiky jsou zřízeny ve všech krajích kromě Jihočeského, Plzeňského a Pardubického. Počátkem r. 2014 byla v rámci Krajského úřadu Ústeckého kraje vytvořena Pracovní skupina protidrogové politiky, která se během r. 2014 sešla k jednání desetkrát.

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

Příklady z jednotlivých krajů:

V širším kontextu je protidrogová politika Středočeského kraje upravena ve „Střednědobém plánu rozvoje sociálních služeb na období 2012–2013, jehož součástí je dodatek platný pro r. 2014, který byl v r. 2014 schválen Radou Středočeského kraje. V r. 2014 byl také schválen navazující dokument, „Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb ve Středočeském kraji na období 2015–2017“. V současné době je platným také samostatný strategický dokument protidrogové politiky, a to „Koncepce protidrogové politiky Středočeského kraje na léta 2015–2018“.

Také v Libereckém kraji je v platnosti Plán protidrogové politiky Libereckého kraje na období 2015–2018.

V Ústeckém kraji byla během r. 2014 ustanovena pracovní skupina za účelem tvorby „Strategie protidrogové politiky Ústeckého kraje“ na období 2015–2018. Tento dokument byl schválen Zastupitelstvem Ústeckého kraje na počátku r. 2015.

V Moravskoslezském kraji se „Pracovní skupina protidrogové prevence“ ve spolupráci se zástupci obcí, poskytovateli služeb a ostatními zainteresovanými subjekty intenzivně věnovala zpracování návazného strategického dokumentu „Strategie protidrogové politiky Moravskoslezského kraje“ na období 2015–2020, která byla zastupitelstvem kraje schválena v září 2014.

Až do r. 2015 je „Strategie protidrogové politiky“ vytvořena v Královéhradeckém kraji, v r. 2014 došlo k revizi a aktualizaci akčního plánu.

V r. 2014 byla schválena nová Koncepce oddělení prevence a humanitních činností 2015–2017, jejíž součástí je mimo jiné i „Strategie protidrogové politiky Jihočeského kraje“ na období 2015–2017. Dále byl připraven strategický dokument kraje, „Minimální síť protidrogových služeb na území Jihočeského kraje“ na období 2015–2017.

V r. 2014 realizovalo průběžné hodnocení strategických dokumentů protidrogové politiky 8 krajů (Jihočeský, Královéhradecký, Pardubický, Liberecký, Zlínský, Olomoucký, Moravskoslezský a Praha). Šlo hlavně o interní průběžný monitoring splnění naplánovaných opatření a priorit. Výsledky hodnocení často poukazují na nedostatečně zajištěné financování jako na jedno z nejslabších míst v plnění protidrogové politiky v krajích. V některých krajích na základě průběžného hodnocení strategických dokumentů došlo k úpravám a aktualizacím těchto dokumentů. V Praze v r. 2014 hodnocení proběhlo v přímé souvislosti s tvorbou nových koncepčně strategických dokumentů.

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 týchž

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 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.

Na místní, respektive obecní úrovni je koordinace protidrogové politiky zajišťována v případě potřeby následujícím způsobem:

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

Na úrovni obcí zajišťují koordinaci protidrogové politiky místní protidrogoví koordinátoři („MPK“). V r. 2014 nedošlo k výrazným změnám počtu MPK v jednotlivých krajích. Od r. 2012 se ovšem významně snížil počet MPK ve Středočeském kraji, z původních 24 na 18. V několika krajích došlo meziročně k obměně obcí, v nichž je MPK ustanoven. V Moravskoslezském kraji je tato funkce nově zřízena v Českém Těšíně a Karviné, oproti r. 2013 byla zrušena v obcích Kravaře a Rýmařov. Obdobná situace je i ve Středočeském kraji, kde v obcích Neratovice a Příbram nově působí MPK, zatímco v Hořovicích, Rakovníku a Slaném byla tato funkce zrušena.

Místní protidrogoví koordinátoři byli v r. 2013 ustanoveni ve všech 22 městských částech hl. m. Prahy a ve 184 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 Prahy dále Plzeňský, Liberecký, Pardubický, Jihomoravský, Olomoucký kraj a Kraj Vysočina. V Jihočeském kraji není pozice MPK zřízena pouze v obci Soběslav.

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 krajští 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).

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 koordináční skupiny (Jihočeský 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 byla vytvořena sekce koordinátorů a setkání probíhá 1krát měsíčně, v Kraji Vysočina, Libereckém, Královéhradeckém, a Moravskoslezském kraji 1–2krát ročně. Ve Středočeském kraji dochází k metodickému setkání čtvrtletně, v Královéhradeckém kraji se v r. 2014 uskutečnilo 5 těchto setkání. Jsou organizována setkání místních protidrogových koordinátorů se zástupci organizací poskytujících služby uživatelům drog (Zlínský, Jihomoravský, Plzeňský kraj).
- Vzdělávací semináře pro místní protidrogové koordinátory (Pardubický, Liberecký a Jihomoravský kraj).
- 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 tak diskutovány a řešeny i vznikající ad hoc problémy.

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 Milevska“ na období 2010–2014 (Jihočeský kraj), „Strategie protidrogové politiky města Brna“ na období 2011–2014 či „Místní plán protidrogové politiky města Kyjova“ a jeho prováděcí dokument „Akční plán protidrogové politiky města Kyjova“ na období 2014–2015, který byl v r. 2013 schválen Radou i Zastupitelstvem města Kyjova (Jihomoravský kraj). V Plzeňském kraji se jedná o „Protidrogový plán města Plzně“ na období 2013–2015 a jeho „Akční plán na rok 2014“ a ve Středočeském kraji o „Plán protidrogové prevence pro Benešov“ na období 2014–2016. V roce 2014 byla schválena „Strategie protidrogové politiky města Frýdek-Místek“ na období 2015–2020 (Moravskoslezský kraj). Ve stejném kraji má vytvořený samostatný strategický dokument také město Bruntál – „Plán protidrogové politiky města Bruntál“ na období 2014–2015.

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 v r. 2014 zpracovala pouze města Benešov a Mělník (Středočeský kraj).

Vzdělávací potřeby koordinátorů

Jde zejména o dlouhodobé a podpůrné systematické vzdělávání zaměřené na klíčové znalosti a dovednosti, spojené s výkonem role: od soft skills ve vyjednávání, mediaci a komunikaci, přes samotnou znalost legislativního rámce, jeho aktualizaci, praktické dopady zejména v oblasti kompetencí jednotlivých aktérů a systému koordinace, povědomí o metodách práce s klienty adiktologických služeb v jednotlivých druzích služeb, dovednosti a znalosti spojené s praktickou administrací financování služeb, znalost národních a nadnárodních strategií.

Koordinace realizace protidrogové politiky na úrovni samospráv má zákonem stanovenou organizační strukturu i zaběhnutý systém plánování a reportingu. Přesto stále vykazuje nedostatky např. v nedostatečné kapacitě koordinátorů, jejich rozdílné kvalifikaci a profesním předpokladům pro výkon této funkce nebo ve způsobu příprav regionálních a místních strategických dokumentů. Projekt „Systémová podpora rozvoje adiktologických služeb v rámci integrované protidrogové politiky“ bude podporovat (vzděláváním, metodickou podporou a poradenstvím – KA 3) územní samosprávy a jejich koordinátory v kvalitním plánování a řízení krajských/místních sítí adiktologických služeb.

Státní správa

Národní protidrogová politika je realizována ve spolupráci mezi zástupci orgánů veřejné správy na všech úrovních a ve spolupráci se členy odborných společností a zástupců občanské společnosti. Za realizaci opatření, která vyplývají z „Národní protidrogové strategie“, nese na centrální úrovni odpovědnost či spoluodpovědnost věcně příslušný člen vlády nebo Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky.

Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky

„Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky“ (RVKPP) je poradní, koordinační a iniciační orgán vlády ČR v otázkách protidrogové politiky. Vytváří platformu pro průběžnou komunikaci s ministerstvy, s dalšími články sociální správy a s dalšími subjekty, které se podílejí na realizaci protidrogové politiky (včetně nestátních neziskových organizací a odborných společností). Rada předkládá vládě návrhy opatření a aktivit protidrogové politiky, koordinuje a vyhodnocuje jejich realizaci a provádí na všech úrovních kontrolu plnění úkolů vyplývajících z národní strategie a z akčních plánů. Rada doporučuje k financování programy protidrogové politiky realizované na centrální a místní úrovni. Rada rovněž garantuje systém zabezpečení kvality programů prevence a snižování rizik užívání drog, léčby a sociálního začleňování uživatelů návykových látek a závislých na návykových látkách. Rada dále koordinuje zapojení ČR do mezinárodních a evropských záležitostí v drogové problematice.

Pro praktické dennodenní zajišťování uvedených činností má rada k dispozici sekretariát – „Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky“ (Sekretariát RVKPP), který je organizačně začleněn do Úřadu vlády České republiky. „Sekretariát RVKPP“ odpovídá za přípravu strategických dokumentů protidrogové politiky, jejich praktickou implementaci a každodenní koordinaci protidrogové politiky mezi jednáními rady, za financování programů protidrogové politiky, za certifikaci odborné způsobilosti služeb pro uživatele drog a mezinárodní spolupráci. „Sekretariát RVKPP“ dále organizačně zajišťuje činnost dalších nástrojů koordinace a realizace drogové politiky a monitorování situace v oblasti drog, kterými jsou výbory a pracovní skupiny.

Rada dále koordinuje sběr, analýzu a distribuci dat o užívání drog, o jeho dopadech a o realizovaných opatřeních protidrogové politiky. Tuto činnost zajišťuje prostřednictvím „Národního monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti“, které je organizační součástí „Sekretariátu RVKPP“. Monitorovací středisko koordinuje a metodicky podporuje činnost resortů a dalších subjektů, které se na sběru dílčích dat o sledovaných ukazatelích podílejí – nástrojem plánování a koordinace v této věci je „Národní plán drogového informačního systému“, schvalovaný RVKPP. Monitorovací středisko dále za účelem koordinace vzájemné komunikace zřizuje pracovní skupiny složené ze zástupců resortů a dalších subjektů. Monitorovací středisko je i českým národním partnerem decentralizované agentury Evropské unie pro monitorování drog – „Evropského monitorovacího centra pro drogy a drogovou

závislost“ a českým partnerem sítě „REITOX“, zřízené a podporované národními vládami a Evropskou unií s cílem monitorovat situaci v oblasti psychotropních látek.

V přenosu úkolů a poznatků z centrální na místní úroveň a zpět hraje významnou roli síť krajských a místních protidrogových koordinátorů a protidrogových komisí krajů a měst. Vyhodnocují provedená opatření i jejich dopad na vývoj užívání návykových látek na území daného regionu a podílejí se na aktualizaci realizovaných opatření protidrogové politiky na základě potřeb identifikovaných ve spolupráci s centrálními institucemi.

Věcně příslušná ministerstva

Ministerstvo zdravotnictví

Odpovídá za legislativu týkající se legálního zacházení s návykovými látkami, přípravky, prekursorů a pomocnými látkami. Povoluje zacházení s návykovými látkami, s přípravky, které je obsahují, s prekursorů a s pomocnými látkami, povoluje dovozy a vývozy těchto látek, vykonává kontrolní činnost a plní hlášenou povinnost o dovozu, vývozu, výrobě, spotřebě a stavu zásob uvedených látek pro orgány OSN a EU. Dále odpovídá za legislativu týkající se ochrany před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami včetně léčby návykových nemocí, za realizaci a financování této léčby a snižování zdravotních rizik, výchovu a intervenci v oblasti zdravého životního stylu a profesní vzdělávání pracovníků resortu a protidrogovou politiku v oblasti legálních návykových látek.

Ministerstvo práce a sociálních věcí

Protidrogová politika je součástí sociální politiky resortu práce a sociálních věcí. Odpovídá za řešení sociálních problémů souvisejících s užíváním všech typů drog, tj. legálních a nelegálních, a za realizaci a financování sociálních služeb pro osoby ohrožené užíváním návykových látek, uživatele návykových látek, jejich blízké a rodinné příslušníky. Odpovídá za legislativu týkající se budování, financování a zajištění dostupnosti a kvality systému sociálních služeb pro uživatele všech typů návykových látek.

Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy

V protidrogové politice odpovídá především za primární prevenci užívání všech typů drog dětmi a mladými lidmi, kterou staví na výzkumem ověřených opatřeních a aktivitách. Dále odpovídá za realizaci preventivních programů ve školách a ve školských zařízeních a za financování dalších preventivních programů realizovaných státními i nestátními organizacemi. Rovněž odpovídá za profesní přípravu pedagogických pracovníků pro účinné preventivní působení při výuce, vzdělávání a při výchově dětí a mládeže. V rámci speciálního školství nese odpovědnost za zabezpečení programů včasné a krizové intervence, léčebně-výchovné péče u dětí a mladých lidí, kteří s návykovými látkami experimentují nebo je zneužívají.

Ministerstvo vnitra

V protidrogové politice odpovídá především za regulaci opatření potlačování nabídky ilegálních návykových látek a za vymáhání práva ve vztahu k distribuci legálních návykových látek. V obecné rovině odpovídá za ochranu veřejného pořádku a bezpečnosti a potírání trestné činnosti páchané v souvislosti s užíváním všech typů návykových látek. Odpovídá i za profesní přípravu pracovníků resortu a Policie ČR. Zajišťuje též akreditaci vzdělávacích programů pro úředníky územních samosprávných

celků, zabývající se prevencí a prací se závislými na návykových látkách a jejich sociálním okolím. Policie ČR dosahuje potlačování nabídky zejména odhalováním a potíráním organizovaného drogového zločinu a pouliční drogové kriminality, kontrolou a vymáháním dodržování platných zákonů. Odpovídá za odhalování protiprávního jednání u účastníků silničního provozu, podezřelých z konzumace legálních a nelegálních návykových látek před jízdou nebo během jízdy. Policie ČR odpovídá za vymáhání práva v oblasti zákazu kouření, užívání alkoholu a návykových látek osobami, které vykonávají činnost, při níž by mohly ohrozit život nebo zdraví svoje anebo dalších osob nebo poškodit majetek. Policie ČR kontroluje dodržování povinností provozovatelů ve věci prodeje tabákových nebo alkoholických výrobků nezletilým. Odpovídá za kontrolu nelegální výroby a prodeje legálních návykových látek.

Ministerstvo spravedlnosti

Odpovídá za tvorbu legislativních návrhů v oblasti trestního práva. Vytváří podmínky pro činnost soudů a státních zastupitelství ve věcech týkajících se drogové trestné činnosti. Zabezpečuje činnost Probační a mediační služby, odklony v trestním řízení nebo alternativy trestu odnětí svobody. Odpovídá za realizaci služeb prevence, léčby a minimalizace rizik a odpovídající pomoci osobám závislým na návykových látkách v podmínkách výkonu vazby, výkonu trestu odnětí svobody a výkonu zabezpečovací detence. Současně nese odpovědnost za profesní vzdělávání soudců, státních zástupců a pracovníků Vězeňské služby a Probační a mediační služby.

Ministerstvo obrany

Zabezpečuje ochranu bezpečnosti a suverenity ČR, vyčleňuje síly a prostředky k účasti na operacích na podporu a udržení míru, záchranných a humanitárních akcích mimo území ČR. Svou roli v protidrogové politice sehrává zejména ve vztahu k nebezpečí užívání návykových látek vojáky v činné službě. Nese odpovědnost za včasnou identifikaci problémů spojených s užíváním návykových látek vojáky, za kvalitní přípravu příslušníků velitelského sboru, pracovníků vojenského školství a všech ostatních zaměstnanců resortu ve vztahu k problematice užívání všech návykových látek.

Ministerstvo zahraničních věcí

Koordinuje plnění úkolů vyplývajících z mezinárodních smluv, jimiž je Česká republika vázána, a z členství ČR v Organizaci spojených národů (OSN); jde zejména o Mezinárodní výbor pro kontrolu narkotik (INCB) a Komisi pro narkotika OSN (CND) a Valné shromáždění OSN. Na koordinaci evropských záležitostí se podílejí kromě Ministerstva zahraničních věcí další dva orgány, a to Útvar ministra pro evropské záležitosti, a odbor kompatibility při Úřadu vlády České republiky.

Ministerstvo financí

Spolupodílí se na vytváření pravidel financování neziskové sféry a dozoruje jejich soulad se zákonem č. 218/2000 Sb., o rozpočtových pravidlech a o změně některých souvisejících zákonů (rozpočtová pravidla), ve znění pozdějších předpisů. Uskutečňuje metodickou a konzultační pomoc při poskytování dotací ze státního rozpočtu a při kontrole souvisejících finančních toků.

Ministerstvo financí je také ústředním orgánem státní správy pro cenovou a daňovou politiku. Ministerstvo financí, a to konkrétně odbor 34 – Státní dozor nad sázkovými hrami a loteriemi, je dále regulátorem v oblasti hazardních her, má ve své gesci zákon č. 202/1990 Sb., o loteriích a jiných hrách (loterijní zákon). MF především povoluje provozování loterií a jiných podobných her definovaných v

loterijním zákoně, případně ruší tato povolení, a provádí monitoring herních zařízení. V případě zjištěných pochybení může ukládat sankce podle § 48 loterijního zákona.

Celní správa ČR, ve své působnosti, vykonává činnosti v oblasti snižování nabídky nelegálních návykových látek, prekurzorů, tabákových výrobků a alkoholu, zaměřené především na odhalování nelegálních zásilek z/do zahraničí. K těmto činnostem celní správa využívá kontrolních kompetencí, které jsou výlučně v gesci Celní správy ČR a také které jsou komplementární s pravomocemi Policie ČR. Dále odpovídá za kontrolu a evidenci legální produkce máku setého a technického konopí. Podporuje a provádí preventivní programy související s nelegální přepravou.

Ministerstvo průmyslu a obchodu

Ministerstvo v rámci své gesce odpovídá za regulaci reklamy v oblasti legálních drog – alkoholu a tabáku (zákon č. 40/1995 Sb., o regulaci reklamy) a je strategickým partnerem při stanovování regulačních opatření v oblasti dostupnosti alkoholu a alkoholických produktů; prostřednictvím České obchodní inspekce dohlíží na řádné dodržování a vymáhání zákonů a regulačních opatření v oblasti dostupnosti alkoholu. Podílí se na regulaci výroby tabákových výrobků a výroby a prodeje chemických látek.

Ministerstvo zemědělství

Odborně spolupracuje s Generálním ředitelstvím cel při evidenci legální produkce máku setého a technického konopí, tj. zemědělských plodin obsahujících omamné a psychotropní látky a je ústředním orgánem státní správy ve věci potravinového práva. Orgán dozoru ministerstva (Státní zemědělská a potravinářská inspekce) vykonává dozor nad dodržováním povinností stanovených dle zákona č. 110/1997 Sb., o potravinách a tabákových výrobcích a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, včetně kompetencí v oblasti kontroly bezpečnosti a kvality alkoholických nápojů.

Ministerstvo dopravy

Ministerstvo dopravy v rámci svých kompetencí odpovídá za tvorbu státní politiky v oblasti dopravy a v rozsahu své působnosti za její uskutečňování. Podílí se na realizaci opatření v oblasti prevence a potírání výskytu návykových látek v dopravě, zejména v silničním provozu, která jsou stanovena v Národní strategii bezpečnosti silničního provozu pro období 2011–2020. Součástí resortu je samostatné oddělení BESIP, které je expertním orgánem v oblasti působení na lidského činitele. Zabývá se například metodikou dopravní výchovy dětí ve školách, ale i preventivními dopravně-bezpečnostními kampaněmi zaměřenými mj. na prevenci řízení pod vlivem návykových látek na národní a regionální úrovni.

Ministerstvo kultury

Do kompetence Ministerstva kultury spadá mimo jiné oblast médií (tisk, rozhlasové a televizní vysílání), audiovizí a kinematografie. Ministerstvo kultury je gestorem zákonů č. 231/2001 Sb., o provozování rozhlasového a televizního vysílání a o změně dalších zákonů, ve znění pozdějších předpisů, zákon č. 132/2010 Sb., o audiovizuálních mediálních službách na vyžádání a o změně některých zákonů (zákon o audiovizuálních mediálních službách na vyžádání), ve znění pozdějších předpisů, zákon č. 46/2000 Sb., o právech a povinnostech při vydávání periodického tisku a o změně některých dalších zákonů (tiskový zákon), ve znění pozdějších předpisů, zákon č. 483/1991 Sb., o České televizi, ve znění

pozdějších předpisů, zákon č. 484/1991 Sb., o Českém rozhlasu, ve znění pozdějších předpisů, zákon č. 496/2012 Sb., o audiovizuálních dílech a podpoře kinematografie a o změně některých zákonů (zákon o audiovizu).

Další subjekty

Zdravotní pojišťovny

Zdravotní pojišťovny jsou významným plátcem zdravotnické léčby spojené s užíváním návykových látek, jsou tedy důležitým partnerem v otázkách koordinace financování sítě specializované adiktologické péče.

Odborné společnosti, nestátní neziskové organizace a vysoké školy

Klíčovými odbornými partnery institucí veřejné správy v otázkách protidrogové politiky na všech úrovních jsou odborné společnosti, nestátní neziskové organizace, výzkumné instituce a univerzity. Jejich zástupci se ve spolupráci s orgány veřejné správy podílejí zejména na plánování a realizaci opatření a aktivit protidrogové politiky, na jejich vyhodnocování a na zvyšování kvality a efektivity služeb, které poskytují s finanční podporou z veřejných zdrojů.

Zájmy odborné společnosti, nestátního a akademického sektoru jsou zastupovány prostřednictvím členství jejich reprezentantů v Radě vlády pro koordinaci protidrogové politiky a poradních a pracovních orgánech Rady a pracovních skupinách sekretariátu Rady a Národního monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti.

Shrnutí – silné a slabé stránky

Silné stránky:

- existence koordinačního mechanismu v podobě Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky
- existence funkce Národního protidrogového koordinátora
- ukotvení v rámci ústředního orgánu státní správy
- shoda na evidence based přístupu při tvorbě opatření protidrogové politiky
- opora ve vědecky zjišťovaných datech a informacích
- formalizovaná i neformální meziresortní a mezioborová spolupráce prostřednictvím jednotlivých tematicky vymezených výborů a pracovních skupin Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky
- strategické plánování prostřednictvím Národních strategií protidrogové politiky a od nich odvozených Akčních plánů v rovině praktických cílů a úkolů
- vertikální koordinace za účasti krajských protidrogových koordinátorů
- zapojení všech relevantních aktérů – veřejné správy, poskytovatelů služeb, vědeckých institucí
- opora v zákonných a podzákonných normách
- existence specializovaných koordinačních a strategických nástrojů a struktur v oblasti protidrogové politiky na krajské a obecní úrovni (koordinátoři, komise, rady, strategie a akční plány) navazujících na národní struktury

Slabé stránky:

- slabé legislativní zakotvení koordinačních mechanismů,
- formální přístup k plnění úkolů v oblasti protidrogové politiky,
- kompetenční nevyjasněnost a překryvy,
- komplikovaný a široký odborný záběr
- nejednotné zařazení KPK na útvarech v krajích
- nízká podpora pozice koordinátorů a nízká podpora jejich vzdělávání,
- časté změny na pozicích koordinátorů, zejména místních protidrogových koordinátorů, chybějící koordinátoři na některých obcích s rozšířenou působností
- kumulace agend a úkolů, nadměrná byrokracie,
- nerovnoměrná podpora protidrogové politiky ze strany některých krajů a obcí
- různé systémy financování služeb, nevyjasněné kompetence jednotlivých ústředních orgánů státní správy, systému zdravotního pojištění, krajů a obcí
- překryvy a bílá místa ve financování některých typů služeb vyplývající z jejich existence na sociálně zdravotním pomezí
- vysoká administrativní zátěž systému financování jak na úrovni donátorů, tak na úrovni poskytovatelů služeb
- absence víceletého financování bez možnosti závazně a systematicky služby plánovat, včetně jejich rozvoje,
- roztržitost dotačního řízení do více výzev, nárůst administrativy pro poskytovatele

2.4. Souhrn monitoringu, analýz, studií a výzkumů, z nichž projekt vychází

Problematika drog a závislostí je v ČR silně založena na „evidence based“ přístupu, což dokládá i působení Národního monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti, které spravuje drogový informační systém. Kromě toho jsou zadávány jak v ČR, tak v Evropě výzkumy a studie mapující různé aspekty závislostí. Projekt vychází z analýzy situace, která byla mapovaná prostřednictvím těchto zdrojů, např.:

A KLUBY ČR O.P.S. 2014. Statistika Mládež a drogy 2013. Dotazníkový průzkum mezi žáky a studenty jihomoravských škol. Brno: A Kluby ČR o.p.s.

ABAGIU, A. O., CAVAR, Z., DANNON, P., GEORGE, P., HABRAT, B., MAHOMEDY, Z., POPOV, P., SARASVITA, R., UTAMI, D. S. & KASTELIC, A. 2014. Outcomes from the International Survey Informing Greater Insights in Opioid Dependence Treatment (INSIGHT) project. *Drugs: Education, Prevention, and Policy*, 1-11.

ADAMEČEK, D., RICHTEROVÁ TĚMÍNOVÁ, M. & KALINA, K. 2003. Rezidenční léčba v terapeutických komunitách. Kapitola 8/8. In: KALINA, K. (ed.) *Drogy a drogové závislosti - mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády ČR.

AGENTURA PRO SOCIÁLNÍ ZAČLEŇOVÁNÍ 2014. Průběžná zpráva o bezpečnostních rizicích v sociálně vyloučených lokalitách za první pololetí 2014.

BAILLARGEON, S. & RIVEST, L. P. 2007. Rcapture: Loglinear models for capture-recapture in R. *Journal of Statistical Software*, 19, 1-31.

BECK, F. & LEGLEYE, S. 2008. Measuring cannabis-related problems and dependence at the population level. In: EMCDDA (ed.) A cannabis reader: global issues and local experiences, vol. II. Luxembourg: EMCDDA.

BĚLÁČKOVÁ, V. 2014. Národní výzkum užívání návykových látek 2012 - zpracování modulu konopných trhů.

BĚLÁČKOVÁ, V., NECHANSKÁ, B., CHOMYNOVÁ, P. & HORÁKOVÁ, M. 2012. Celopopulační studie užívání návykových látek a postojů k němu v České republice v roce 2008. Praha: Úřad vlády České republiky.

BUREŠOVÁ, Z., MRAVČÍK, V., POPOV, P. & MIOVSKÝ, M. 2013. Institucionální analýza současného stavu záchytných stanic v České republice. Česká a slovenská psychiatrie, 109 (3), 115-121.

CELNÍ PROTIDROGOVÁ JEDNOTKA 2014. Záchyty OPL a prekursorů drog v roce 2013 Celní správou ČR.

CENTRUM PRO VÝZKUM VEŘEJNÉHO MÍNĚNÍ 2013. Názory občanů na drogy - květen 2013. Praha: Centrum pro výzkum veřejného mínění.

CSÉMY, L. & CHOMYNOVÁ, P. 2012. Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD): Přehled hlavních výsledků studie v České republice v roce 2011 [ESPAD: An overview of the main results in the Czech Republic in 2011]. Zaostřeno na drogy, 10, 1-12.

ČEJDOVÁ, E. 2014. Komorbidita závislosti na nelegálních návykových látkách a poruch příjmu potravy. Klasifikovaná zápočtová práce pro předmět: Metodologie výzkumu v adiktologii 2.

ČESKÁ HEPATOLOGICKÁ SPOLEČNOST. 2012. Novinky v léčbě chronické hepatitidy C [On-line]. Available: <http://www.ces-hep.cz/> [2012-12-18].

ČTRNÁCTÁ, Š. (ed.) 2013. Rodina a drogy. Sborník odborné konference, Praha 16.-17. května 2013., Praha: SANANIM.

DARKE, S., WARD, J., HALL, W., HEATHER, N. & WODAK, A. 1991. The Opiate Treatment Index (OTI) Researcher's Manual. National Drug and Alcohol Research Centre, Technical Report No. 11. .

DAVIDOVÁ ET AL. 2010. Kvalita života a sociální determinanty zdraví u Romů v České a Slovenské republice. Praha: Triton.

DOLEJŠ, M., SKOPAL, O. & SUCHÁ, J. 2014. Vybrané osobnostní rysy a rizikové formy chování u českých žáků a žákyň.

DOLEŽALOVÁ, P., VACEK, J. & SEDLÁČKOVÁ, S. Treatment of pregnant women with substance use disorder at high risk of stigmatization. Eighth Annual Conference of the International Society for the Study of Drug Policy, 21-23. 5. 2014 2014 Roma, Italy. Klinika adiktologie and DropIn.

DVOŘÁČEK, J. 2003. Předlékařská a lékařská první pomoc při akutní intoxikaci obecné otázky. Kapitola 5/5. - Zvládání akutní intoxikace - speciální postupy u jednotlivých návykových látek. Kapitola 5/6. - Detoxifikace, léčba odvykacího syndromu. Kapitola 5/7. In: KALINA K. ET AL. (ed.) Drogy a drogové závislosti - mezioborový přístup. Praha: Úřad vlády České republiky.

EMCDDA 2013. DRID Guidance Module: Example questionnaire for bio-behavioural surveys in people who inject drugs. Lisbon: European monitoring centre for drugs and drug addiction.

EUROPEAN COMMISSION 2014. Young People and Drugs. Flash Eurobarometer 401. European Commission.

FIDESOVÁ, H., SKLENÁŘ, O., VAVRINČÍKOVÁ, L., KIŠŠOVÁ, L. & MIOVSKÝ, M. 2013. Vstup adiktologických služeb do systému zdravotnictví. Praktický návod registrace a provozu adiktologické služby jako zdravotnického zařízení. *Zaostřeno na drogy*, 11(6).

GABRHELÍK, R., CALAFAT, A., SUMNALL, H., BRENZA, J., JUAN, M., MENDES, F., KARLSSON RÅDELIUS, E., TALIĆ, S., CSÉMY, L. & GROUP, T. E. 2014. (Self) Organizing Potential of European Parents to Prevent Children from Alcohol, Tobacco and Other Drug Use. *Adiktologie*, 14 (2), 116-124.

GENERÁLNÍ ŘEDITELSTVÍ VĚZEŇSKÉ SLUŽBY ČR 2014a. Analýza možnosti pilotního zavedení distribuce harm reduction materiálu ve věznicích

GENERÁLNÍ ŘEDITELSTVÍ VĚZEŇSKÉ SLUŽBY ČR 2014b. Statistická ročenka VS ČR za rok 2013.

GENERÁLNÍ ŘEDITELSTVÍ VĚZEŇSKÉ SLUŽBY ČR 2014c. Údaje o testování a léčbě vězňů pro VHB, VHC a HIV v r. 2013.

GENERÁLNÍ ŘEDITELSTVÍ VĚZEŇSKÉ SLUŽBY ČR 2014d. Vyhodnocení činnosti VS ČR v protidrogové politice za rok 2013.

GYEPESI, A., URBÁN, R., FARKAS, J., PIONTEK, D., PAKSI, B., HORVÁTH, G., MAGI, A., EISINGER, A., PILLING, J., KÖKÖNYEI, G., KUN, B. & DEMETROVICS, Z. 2014. Psychometric Properties of the Cannabis Abuse Screening Test in Hungarian Samples of Adolescents and Young Adults. *European Addiction Research*, 20, 119-128.

HETZEROVÁ, L. & GABRHELÍK, R. 2014. Pohled personálu ženského lůžkového oddělení Kliniky adiktologie na léčbu pacientek závislých na pervitinu: Pilotní studie. *Adiktologie*, 14 (1), 22-29.

CHOMYNOVÁ, P. 2013. Národní výzkum užívání návykových látek 2012. Kouření, užívání alkoholu a dalších drog v obecné populaci [2012 National Survey on Substance Abuse. Smoking, alcohol and other drugs use in the general population]. *Zaostřeno na drogy*, 11, 1-16.

CHOMYNOVÁ, P., CSÉMY, L., GROLMUSOVÁ, L. & SADÍLEK, P. 2014. Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD): Výsledky průzkumu v České republice v roce 2011. Praha: Úřad vlády České republiky.

JANOVSKÁ, A., OROSOVÁ, O. & JURYSTOVÁ, L. 2014. Rizikové správanie vysokoškolákov v kontexte vybraných sociodemografických charakteristik - porovnanie štyroch krajín v rámci medzinárodnej štúdie SLiCE. *Adiktologie*, 14 (2), 134-144.

KAJANOVÁ, A. & HAJDUCHOVÁ, H. 2014. Romská minorita a návykové látky v České republice a na Slovensku. *Adiktologie*, 14 (2), 168-172.

KALINA ET AL. 2003. Standardy odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující odborné služby problémových uživatelů a závislým na návykových látkách, verze 7 - 2.revize.

KANCELÁŘ RADY VLÁDY PRO ZÁLEŽITOSTI ROMSKÉ MENŠINY & SEKRETARIÁT RADY VLÁDY PRO NÁRODNOSTNÍ MENŠINY 2013. Zpráva o stavu romské menšiny v České republice za rok 2012

LEGLEYE, S., KARILA, L., BECK, F. & REYNAUD, M. 2007. Validation of the CAST, a general population Cannabis Abuse Screening Test. *Journal of Substance Use* 12, 233-242.

LEGLEYE, S., PIONTEK, D. & KRAUS, L. 2011. Psychometric properties of the Cannabis Abuse Screening Test (CAST) in a French sample of adolescents. *Drug and Alcohol Dependence*, 113, 229-235.

LIBRA ET AL. 2012. Inovované Standardy odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující adiktologické odborné služby (Standardy služeb pro uživatele drog, závislé a patologické hráče). Verze 2.4 : Po připomínkách resortů MPSV, MZ, září 2012.

LUNDBECK. 2013. Příbalová informace: informace pro pacienta: Selincro 18 mg potahované tablety nalmefenum [On-line]. Available: http://www.lundbeck.com/upload/cz/files/pdf/Selincro_18mg_PIL.pdf [Accessed 22. 04. 2014].

MINISTERSTVO SPRAVEDLNOSTI ČR 2014a. Přehled o pravomocně odsouzených osobách v r. 2013 podle paragrafů trestního zákoníku.

MINISTERSTVO SPRAVEDLNOSTI ČR 2014b. Přehled o pravomocně odsouzených osobách v r. 2013 podle typů drog a drogových paragrafů.

MINISTERSTVO SPRAVEDLNOSTI ČR 2014c. Přehled o stíhaných, podezřelých, obžalovaných a obviněných osobách v r. 2013 podle paragrafů trestního zákoníku.

MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ, MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY, 2014. Údaje o specializovaných odděleních pro děti ohrožené drogovou závislostí v pobytových zařízeních speciálního školství.

MINISTERSTVO VNITRA ČR 2014. Přestupky na úseku ochrany před alkoholismem a jinými toxikomaniemi v r. 2013.

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR 2008. Věstník MZ ČR částka 3/2008 - Standard substituční léčby. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR.

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR 2014. Přehled dovozu a distribuce metadonu a přípravků obsahujících buprenorfin v r. 2013.

MRAVČÍK, V., BUREŠOVÁ, Z., POPOV, P. & MIOVSKÝ, M. 2013a. Záchytné stanice v ČR v kontextu obdobných služeb o akutně intoxikované v Evropě. *Časopis lékařů českých*, 152(3), 129-134.

MRAVČÍK, V., GROHMANNOVÁ, K., CHOMYNOVÁ, P., NEČAS, V., GROLMUSOVÁ, L., KIŠŠOVÁ, L., NECHANSKÁ, B., FIDISOVÁ, H., KALINA, K., VOPRAVIL, J., KOSTELECKÁ, L. & JURYSTOVÁ, L. 2012. Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2011, Praha, Úřad vlády ČR.

MRAVČÍK, V., HORÁKOVÁ, M., PEŠEK, R. & KOŇÁK, T. 2011a. Drogy a vězni v ČR: Výsledky dotazníkové studie mezi osobami ve výkonu trestu odnětí svobody. *Zaostřeno na drogy*, 9 (5), 1-15.

MRAVČÍK, V., CHOMYNOVÁ, P., GROHMANNOVÁ, K., NEČAS, V., GROLMUSOVÁ, L., KIŠŠOVÁ, L., NECHANSKÁ, B., SOPKO, B., FIDISOVÁ, H., VOPRAVIL, J. & JURYSTOVÁ, L. 2013b. Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2012, Praha, Úřad vlády ČR.

MRAVČÍK, V., KORČÍŠOVÁ, B., LEJČKOVÁ, P., MIOVSKÁ, L., ŠKRDLANTOVÁ, E., PETROŠ, O., RADIMECKÝ, J., SKLENÁŘ, V., GAJDOŠÍKOVÁ, H. & VOPRAVIL, J. 2004. Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2003, Praha, Úřad vlády České republiky.

MRAVČÍK, V. & NEČAS, V. 2014. Somatická komorbidita uživatelů drog. nepublikovaný rukopis.

MRAVČÍK, V. & NECHANSKÁ, B. 2013. České terapeutické komunity ve Sčítání adiktologických služeb 2012. *Adiktologie*, 13 (2), 92-105.

MRAVČÍK, V., NECHANSKÁ, B. & ŠTASTNÁ, L. 2011b. Ambulantní péče o uživatele a závislé na návykových látkách v ČR ve zdravotnické statistice od r. 1963. . *Epidemiologie, Mikrobiologie, Imunologie*, 60 (2), 64-73.

MRAVČÍK, V. & ORLÍKOVÁ, B. 2007. Překryv klientů mezi jednotlivými nízkoprahovými programy a zneužívání buprenorfinu v Praze. *Adiktologie*, 7 (1), 13-20.

MRAVČÍK, V., PEŠEK, R., ŠKAŘUPOVÁ, K., ORLÍKOVÁ, B., ŠKRDLANTOVÁ, E., ŠTASTNÁ, L., KIŠŠOVÁ, L., BĚLÁČKOVÁ, V., GAJDOŠÍKOVÁ, H. & VOPRAVIL, J. 2009. Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2008, Praha, Úřad vlády ČR.

MRAVČÍK, V., ŠKAŘUPOVÁ, K., ORLÍKOVÁ, B., ZÁBRANSKÝ, T., KARACHALIOU, K. & SCHULTE, B. 2011c. Use of gelatine capsules for application of methamphetamine: A new harm reduction approach. *International Journal of Drug Policy*, 22(2), 172-73.

NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI 2013. Výsledky monitoringu nabídky nových drog v e-shopech v r. 2013.

NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI 2014a. Prevalenční odhady problémových uživatelů drog metodou Capture-Recapture z dat nízkoprahových zařízení v Praze.

NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI 2014b. Prevalenční odhady problémových uživatelů drog z dat multiplikační metodou z dat nízkoprahových zařízení v r. 2013.

NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI 2014c. Sčítání adiktologických služeb 2012 – analýza dat pro účely výroční zprávy o stavu ve věcech drog.

NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI 2014d. Systém včasného varování před novými drogami - zpráva za rok 2013.

NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI 2014e. Výsledky monitoringu nabídky nových drog v e-shopech v r. 2014.

NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI 2014f. Výsledky monitorování testování infekčních nemocí v nízkoprahových zařízeních v r. 2013.

NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI 2014g. Zpracování závěrečných zpráv k dotačnímu řízení RVKPP za rok 2013.

NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI & FACTUM INVENIO 2011. Prevalence užívání drog v populaci ČR.

NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI & FOCUS – CENTRUM PRO SOCIÁLNÍ A MARKETINGOVOU ANALÝZU 2014. Somatická komorbidita problémových uživatelů drog, podomácku připravované drogy: hrubé výsledky studie mezi klienty 4 nízkoprahových programů v Praze.

NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI & INRES-SONES 2009. Výzkum názorů a postojů občanů k problematice zdravotnictví a zdravého způsobu života.

NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI & INRES-SONES 2010. Výzkum názorů a postojů občanů k problematice zdravotnictví a zdravého způsobu života.

NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI & INRES-SONES 2013. Výzkum názorů a postojů občanů k problematice zdravotnictví a zdravého způsobu života v r. 2012.

NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI & PPM FACTUM RESEARCH 2013. Prevalence užívání drog v populaci ČR v roce 2012.

NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI & PPM FACTUM RESEARCH 2014. Prevalence užívání drog v populaci ČR v roce 2013.

NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI & SC&C 2013. Výsledky Národního výzkumu užívání návykových látek 2012.

NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI & SSLST ČLS JEP 2014. Speciální registr úmrtí spojených s užíváním drog v r. 2012.

NÁRODNÍ PROTIDROGOVÁ CENTRÁLA & NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI 2014. Retrospektivní odhad rozsahu finančně motivované sekundární drogové kriminality v r. 2013.

NÁRODNÍ PROTIDROGOVÁ CENTRÁLA SKPV POLICIE ČR 2014a. Údaje pro standardní tabulky EMCDDA za r. 2013.

NÁRODNÍ PROTIDROGOVÁ CENTRÁLA SKPV POLICIE ČR 2014b. Výroční zpráva 2013.

NECHANSKÁ, B. 2014. Informace z Národního registru uživatelů lékařsky indikovaných substitučních látek - rok 2013. Aktuální informace č. 01/2014. Praha: ÚZIS ČR.

NECHANSKÁ, B., MRAVČÍK, V. & POPOV, P. 2012. Zneužívání psychoaktivních léků v České republice. Idnetifikace zdrojů dat, Praha, Úřad vlády České republiky.

NECHANSKÁ, B., NEČAS, V. & MRAVČÍK, V. 2013. Sčítání adiktologických služeb 2012. Zaostřeno na drogy, 2013/5, 1-16.

NEJVYŠŠÍ STÁTNÍ ZASTUPITELSTVÍ 2014. Zpráva o činnosti státního zastupitelství za rok 2013.

NEPUŠTIL, P., PANČOCHA, K., FRIŠAUFOVÁ, M., KALIVODOVÁ, R. & BÁRTOVÁ, A. 2012. Užívání drog ve skupinách s obtížným přístupem k drogovým službám. Situace v ČR: analýza informačních zdrojů, Praha, Úřad vlády ČR, Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti.

NEŠPOR, K. 2010. Doporučené postupy v léčbě návykových poruch a patologického hráčství, Praha, Psychiatrická společnost ČLS JEP.

NEZDAROVÁ, E. 2011. Zkušenosti klientů terénního programu s želatinovými kapslemi. 1. lékařská fakulta, Centrum adiktologie. Praha: Univerzita Karlova v Praze.

PAPÁČEK, A. 2013. Nebezpečí drogové závislosti na středních školách. Bc., Mendelova univerzita v Brně.

PAVLAS MARTANOVÁ, V. 2012a. Certifikační řád a metodika místního šetření pro proces certifikace dle Standardů odborné způsobilosti poskytovatelů programů školské primární prevence rizikového chování. Praha: Univerzita Karlova v Praze & Togga.

PAVLAS MARTANOVÁ, V. 2012b. Manuál certifikátora. Praha: Univerzita Karlova v Praze & Togga.

PAVLAS MARTANOVÁ, V. 2012c. Standardy odborné způsobilosti poskytovatelů programů školské primární prevence rizikového chování. Praha: Univerzita Karlova v Praze & Togga.

PETRÁŠOVÁ, B. & FÜLEOVÁ, A. 2014. Výroční zpráva: Incidence, prevalence, zdravotní dopady a trendy léčených uživatelů drog v České republice v roce 2013, Praha, Hygienická stanice hl. m. Prahy, referát drogové epidemiologie.

PIONTEK, D., KRAUS, L. & KLEMPPOVA, D. 2008. Short scales to assess cannabis-related problems: a review of psychometric properties. Substance Abuse, Treatment, Prevention and Policy, 3.

PISKÁČKOVÁ, K. 2013. Získávání konopných drog mladistvými: srovnání zkušeností svěřenců ze zařízení pro cizince s vybranými zařízeními pro svěřence české národnosti. [Obtaining cannabis drugs by adolescents: experience of wards of selected facilities of Czech and other nationality comparison] Mgr., Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie.

POLICEJNÍ PREZIDIUM POLICIE ČR 2014. Statistické přehledy kriminality v r. 2013 (ESSK).

POPOV, P. & NEŠPOR, K. 2006. Závislost na psychoaktivních látkách. In: RABOCH ET AL. (ed.) Psychiatrie - Doporučené postupy psychiatrické péče II. Praha: Psychiatrická společnost ČLS JEP.

PROBAČNÍ A MEDIAČNÍ SLUŽBA 2014. Informace o činnosti Probační a mediační služby v souvislosti s drogovou problematikou za r. 2013.

RADA VLÁDY ČESKÉ REPUBLIKY PRO ZÁLEŽITOSTI ROMSKÉ MENŠINY 2014. Výroční zpráva Rady vlády České republiky pro záležitosti romské menšiny za rok 2013.

RAPP, R. C., XU, J., CARR, C. A., LANE, D. T., WANG, J. & CARLSON, R. 2006. Treatment barriers identified by substance abusers assessed at a centralized intake unit. J Subst Abuse Treat, 30, 227-35.

ROZSYPAL, H., STAŇKOVÁ, M., SEDLÁČEK, D., SNOPOKOVÁ, S., KAPLA, J., ASTER, M., MACHALA, L., JILICH, D., DLOUHÝ, P., KOLČÁKOVÁ, J., ZJEVÍKOVÁ, A., JERHOTOVÁ, Z. & OLBRECHTOVÁ, L. 2013.

Doporučený postup péče o dospělé infikované HIV a postexpoziční profylaxe infekce HIV. Klinická mikrobiologie a infekční lékařství, 19, 62-71.

ŘEDITELSTVÍ SLUŽBY DOPRAVNÍ POLICIE POLICEJNÍHO PREZIDIA ČR 2014. Přehled o nehodovosti na pozemních komunikacích v České republice za rok 2013. Praha: Ředitelství služby dopravní policie Policejního prezidia ČR.

ŘEZNÍČKOVÁ, M. & NEDVĚD, T. 2004. Zkušenosti terénních pracovníků s uživateli Subutexu na otevřené drogové scéně. Adiktologie, 4, 410-411.

SEKRETARIÁT RADY VLÁDY PRO KOORDINACI PROTIDROGOVÉ POLITIKY 2014a. Seznam certifikovaných programů k 30. červnu 2014.

SEKRETARIÁT RADY VLÁDY PRO KOORDINACI PROTIDROGOVÉ POLITIKY 2014b. Souhrnná zpráva o realizaci protidrogové politiky v krajích ČR za r. 2013.

SKOPAL, O. & DOLEJŠ, M. 2014. Školní dotazníková studie o návykových látkách, dalších formách rizikového chování a osobnostních charakteristikách adolescentů. Adiktologie, 14 (1), 54-65.

SOLFRONKOVÁ, R. 2014. Společná ústavní léčba patologického hráčství a syndromu závislosti: potřeby, zkušenosti a postoje pacientů. [Conjoint inpatient treatment of pathological gambling and addiction syndrome: needs, experiences and attitudes of patients] Mgr., Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie.

SOPKO, B., NEČAS, V., ŠKAŘUPOVÁ, K. & MRAVČÍK, V. 2013. The capture-recapture estimation of problem drug users in Prague in 2011 from low-threshold data: adjusting for non-coded clients Odesláno k publikaci.

SOVINOVÁ, H. & CSÉMY, L. 2013. Užívání tabáku a alkoholu v České republice v roce 2012. Praha: Státní zdravotní ústav.

SPIILKA, S., JANSSEN, E. & LEGLEYE, S. 2013. Detection of problem cannabis use: The Cannabis Abuse Screening Test (CAST). Saint-Denis: Observatoire Francais des Drogues et des Toxicomanies.

SPIILKOVÁ, J. 2014. Výzkum zdravotně rizikového chování mládeže. Přehled výsledků zpracovaných pro NMS.

SPOLEČNOST PRO NÁVYKOVÉ NEMOCI ČLS JEP, KLINIKA ADIKTOLOGIE 1. LF UK A VFN V PRAZE & ČESKÁ ASOCIACE ADIKTOLOGŮ 2013. Koncepce sítě specializovaných adiktologických služeb v České republice. Verze 4.7 z 5. listopadu 2013. In: VAVRINČÍKOVÁ, L., LIBRA, J., MIOVSKÝ, M., MRAVČÍK, V. & JEP, V. S. P. N. N. Č. (eds.). Praha.

SPOLEČNOST PRO LÉČBU ZÁVISLOSTI NA TABÁKU. 2014. Centra pro závislé na tabáku [On-line]. Společnost pro léčbu závislosti na tabáku. Available: <http://www.slzt.cz/centra-lecby> [Accessed 5 August 2014].

SPŮROVÁ, N. 2013. Mapování a metodika zvládání somatických komplikací injekčních uživatelů drog. [Mapping and metodological management of physical complications of injecting drug users]. Mgr., Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie.

STAŇKOVÁ, M. 2013. Trendy a perspektivy léčby HIV/AIDS v České republice. In: STEHLÍKOVÁ, D. (ed.) Ročenka Národního programu HIV/AIDS v České republice 2011–2012. Praha: Státní zdravotní ústav.

STÁTNÍ ÚSTAV PRO KONTROLU LÉČIV 2014. Vývoj prodeje léčiv obsahujících pseudoefedrin v ČR 2007–2013.

STÁTNÍ ZDRAVOTNÍ ÚSTAV PRAHA 2014a. Virové hepatitidy 1996–2013 (EPIDAT) – analýza pro účely VZ 2013.

STÁTNÍ ZDRAVOTNÍ ÚSTAV PRAHA 2014b. Výskyt a šíření HIV/AIDS v ČR v roce 2013 – analýza pro účely VZ 2013 zpracovaná NRL pro AIDS.

STEMMLER, M., HALL, T., PROKOPIK, P. & SHOPTAW, S. 2014. A time-site survey of substance use, sexual behaviors, and HIV-testing practices among women attending social venues in Prague. Cent Eur J Public Health, in press.

SVATOŠ, R. & KŘÍHA, J. (eds.) 2014. II. kriminologické dny, České Budějovice: Vysoká škola evropských a regionálních studií.

ŠŤASTNÁ, L., ADÁMKOVÁ, T. & CHOMYNOVÁ, P. 2010. Užívání drog v národnostních menšinách v ČR. Adiktologie, (10) 1, 36–44.

ŠULCOVÁ, A. & POPOV, P. 2013. Nalmefen v léčbě alkoholové závislosti. Psychiatrie, 17 (3), 151–155.

THANKI, D., DOMINGO-SALVANY, A., BARRIO ANTA, G., SANCHEZ MANEZ, A., LLORENZ ALEIXANDRE, N., SUELVEZ, J. M., BRIME BETETA, B. & VICENTE, J. 2013. The Choice of Screening Instrument Matters: The Case of Problematic Cannabis Use Screening in Spanish Population of Adolescents. Addiction, 2013, 13.

THE GALLUP ORGANIZATION 2011. Youth attitudes on drugs. Flash Eurobarometer No. 330. The Gallup Organization for European Commission.

TRIMBOS INSTITUTE 2013. Further insights into aspects of the illicit EU drugs market Justice, Luxembourg, Publications Office of the European Union.

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY 2013. Údaje z informačního systému Zemřelí - extrakce případů drogových úmrtí. Praha: ÚZIS ČR.

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY 2014a. Informace z ročního výkazu oboru gastroenterologie a infekční lékařství.

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY 2014b. Údaje z informačního systému Zemřelí ČSÚ – extrakce případů drogových úmrtí.

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY 2014c. Údaje z Národního registru hospitalizovaných.

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY 2014d. Údaje z Národního registru pohlavních nemocí.

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY 2014e. Údaje z Registru tuberkulózy.

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY 2014f. Údaje ze statistického zjišťování MZ – výkaz o činnosti oboru chirurgie.

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY 2014g. Údaje ze statistického zjišťování MZ – výkaz o činnosti oboru soudní lékařství.

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY 2014h. Údaje ze statistického zjišťování MZ – výkazy ambulantních zařízení oboru psychiatrie, praktického lékařství pro dospělé a detoxifikace.

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY, ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD & STÁTNÍ ZDRAVOTNÍ ÚSTAV 2014. Evropské výběrové šetření o zdraví EHIS 2014 (European Health Interview Survey): Základní informace o šetření. Praha: ÚZIS ČR, ČSÚ a SZÚ.

VÁGNEROVÁ, M., CSÉMY, L. & MAREK, J. 2013. Bezdomovectví jako alternativní existence mladých lidí, Praha, Karolinum.

VAVRINČIKOVÁ, L., MRAVČÍK, V., BUREŠOVÁ, Z., KIŠŠOVÁ, L., NEČAS, V. & VOPRAVIL, J. 2013. Mapování dostupnosti a charakteru sítě služeb oboru Adiktologie. Analytická zpráva pro Ministerstvo zdravotnictví ČR – program Národní akční plány a koncepce 2012. Praha: Klinika adiktologie VFN a 1. LF UK v Praze.

VEŘEJNÝ OCHRÁNCE PRÁV 2014. Zpráva ze systematických návštěv protialkoholních záchytných stanic.

VĚTROVEC, M. 2003. Užívání buprenorfinu na pražské drogové scéně Harm reduction konference Praha.

VONDRKA, J. 2014. Výskyt zadluženosti a souvisejících faktorů u klientů v programu následné péče DC Restart Jeseník. Klasifikovaná zápočtová práce pro předmět: Metodologie výzkumu v adiktologii 2.

VOPRAVIL, J. 2014. Odhad drogových trhů a spotřeby drog v r. 2013. unpublished.

VŠETIČKA, J. 2014. Souvislosti mezi užíváním pervitinu a marihuany, toxickými psychózami a schizofrenií. Česká a slovenská psychiatrie, 110 (2), 67-74.

ZÁBRANSKÝ, T., BĚLÁČKOVÁ, V., ŠTEFUNKOVÁ, M., VOPRAVIL, J. & LANGROVÁ, M. 2011. Společenské náklady užívání alkoholu, tabáku a nelegálních drog v ČR v roce 2007, Praha, Centrum adiktologie PK 1. LF UK v Praze.

ZEMAN, P. & GAJDOŠÍKOVÁ, H. 2010. Nový trestní zákoník. Zaostřeno na drogy, 8 (1), 1-12.

ZVINGEROVÁ, N. 2013. Úmrtí za přítomnosti opioidů v Praze v letech 2005-2011. [Opioids related deaths in Prague between years 2005-2011]. Bc., Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie.

3

3 Závěry analytických prací zpracovávaných v rámci realizace projektu

V rámci první fáze projektu „Systémová podpora rozvoje adiktologických služeb v rámci integrované protidrogové politiky“ byly zpracovány analytické práce, které se staly východiskem k vypracování návrhu systémových změn.

3.1. Analýza systémů zajištění dostupnosti adiktologických služeb v ČR

Studie se zabývá systémy zajištění dostupnosti adiktologických služeb v České republice, tj. nástroji tvorby sítě adiktologických služeb a institucionálními rámci, v nichž jsou tyto nástroje využívány: rámec protidrogové politiky, sociálních služeb a zdravotních služeb. V ČR v současnosti neexistuje jednotný nástroj tvorby sítě adiktologických služeb, ani není jasné, kdo by měl síť spravovat. Současné nástroje jsou částečně sjednocené z normativního hlediska (některé definice služeb, normativních potřeb a cílových skupin, či některé standardy kvality), na institucionální úrovni ale zůstávají převážně oddělené a nejsou spolu reálně koordinovány. Resortní rámce fungují v ČR spíše jako paralelní systémy, které disponují vlastním právním a strategickým zakotvením, vlastními kritérii potřebnosti a dostupnosti služeb, procedurami tvorby sítě služeb, mechanismy financování či systémy vykazování údajů o službách.

Studie porovnává, jak jsou v jednotlivých institucionálních rámcích definovány normativní potřeby (tj. potřeby definované odborníky, tvůrci veřejných politik a dalšími aktéry), cílové skupiny a typy služeb, a jaké jsou v nich využívány nástroje tvorby sítě. Pokud jde o definice normativních potřeb, cílových skupin a typů služeb, studie konstatuje, že jsou často nominálně shodné či podobné, reálně ale mohou odkazovat k odlišným východiskům i praxi poskytování služeb. V institucionálním rámci sociálních služeb se osoby závislé a závislosti ohrožené řadí do cílových skupin osob v nepříznivé sociální situaci a osob se sníženou soběstačností. Primárním úkolem sociálních služeb a intervencí je předcházet tomu, aby se osoby v riziku dostaly do nepříznivé sociální situace, a podporovat sociální začlenění těch, kteří se v této situaci ocitli. Zdravotní služby se převážně orientují na otázku zdraví a předcházení a léčbu nemoci, stanovení diagnózy a začlenění těchto potřeb do systému zdravotnictví, jemuž nemusí odpovídat vymezení adiktologických služeb stanovené protidrogovou politikou. Rámec protidrogové politiky a adiktologických služeb pak představuje nejvíce specializované – interdisciplinární – normativní zakotvení sítě služeb, integrující definice dané v rámcích sociálních a zdravotních služeb.

Porovnání definic konkrétních typů služeb v jednotlivých institucionálních rámcích rovněž ukazuje na výhody rámce protidrogové politiky z hlediska vysoce specifického, interdisciplinárního vymezení adiktologických služeb, zároveň však odkrývá některé jeho nedostatky.

- Stále chybí konsensus na jednotné typologii adiktologických služeb. Standardy odborné způsobilosti RVKPP pracují s ustálenou typologií v rámci procesů certifikace služeb a dotačního řízení RVKPP, odborná veřejnost ale diskutuje o alternativách, např. typologii specializovaných adiktologických služeb, jak ji definuje Koncepte sítě specializovaných adiktologických služeb. Ta se zaměřuje především na rozlišení jednotlivých zdravotních adiktologických služeb, tedy chce ustavit specifické zdravotnické provozy, jako jsou lékařské ordinace pro návykové

poruchy, adiktologická ambulance či adiktologický stacionář. Byla totiž vypracována při plánování vstupu adiktologických služeb do systému zdravotnictví a obsahuje tedy jen okrajové zmínky o nízkoprahových programech a dalších aktivitách orientovaných převážně na sociální práci.

- Typologie služeb adiktologických služeb podle standardů RVKPP i typologie navrhovaná v Koncepci sítě nejsou vymezeny v legislativě. Typologie adiktologicky relevantních sociálních a zdravotních služeb jsou oproti nim jednoznačně stanoveny v příslušných zákonech a vyhláškách (v případě sociálních služeb jako explicitně definované typy služeb, v případě zdravotních služeb jako kombinace druhů, forem a personálního zabezpečení, resp. oborové specializace pracovníků služeb). Typologie služeb podle Standardů odborné způsobilosti je uvedena pouze v usnesení vlády, které nemá závazný charakter.
- Absence zakotvení adiktologických služeb v zákoně se dále promítá do omezené legislativní a institucionální opory jejich plánování. Zatímco zodpovědnost za tvorbu sítě sociálních a zdravotních služeb je opět jednoznačně právně definována, adiktologické služby se mohou spoléhat pouze na zcela obecné vymezení uvedené v zákoně č. 65/2017 a na strategické dokumenty protidrogové politiky, postrádající váhu právně závazných dokumentů. V předchozí právní úpravě, tj. v zákoně č. 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami, byly ještě vymezeny typologie služeb dle Standardů odborné způsobilosti RVKPP a stanovena povinnost krajů zřizovat krajské a místní koordinátory protidrogové politiky. V současnosti typologie adiktologických služeb není zákonem definována a provádění koordinace protidrogové politiky je ponecháno čistě na rozhodnutí krajů a samospráv.
- Klíčovou oporou pro tvorbu sítě adiktologických služeb tak zůstává vyčlenění samostatné rozpočtové kapitoly pro financování adiktologických programů v rámci dotačních řízení RVKPP. Tvorba sítě se tak omezuje na možnost rozdělování finančních prostředků a nezajišťuje systematické zjišťování potřeb a strategický přístup. Tato zavedená praxe tak jednak neumožňuje zakládat tvorbu sítě služeb primárně na zjištěných potřebách, jednak favorizuje služby operující v režimu sociálních či zdravotních služeb. Věcná kritéria jsou ovšem i v případě sociálních a zdravotních služeb vymezena velmi obecně a nepředstavují žádné závazné omezení pro rozhodování o podobě sítě služeb.
- Paralelně k systému adiktologických služeb existuje nástroj zdravotně pojistných plánů a smluvních sítí zdravotních pojišťoven. Ten si všímá více parametrů kvality a hospodaření než kritérií potřebnosti a dostupnosti.
- Pro všechny rámce platí, že neexistuje jednotný systém zjišťování potřebnosti; nejbližší k němu má rámec protidrogové politiky, kde jsou v rámci činnosti Národního monitorovacího střediska pro drogy a závislosti pravidelně monitorovány epidemiologické indikátory, u certifikovaných služeb rovněž existuje solidní báze údajů o využití služeb.

Z uvedených závěrů lze odvodit několik doporučení pro další vývoj systému zajištění dostupnosti adiktologických služeb v České republice. Jejich podrobnější rozpracování bude předmětem navazujícího dokumentu „Návrh nástroje zajišťování dostupnosti adiktologických služeb v ČR. V tuto chvíli lze nicméně doporučit jako žádoucí následující změny:

- Úprava typologie adiktologických služeb s ohledem na zajištění maximální kompatibility s legislativně zakotvenými typy či druhy sociálních a zdravotních služeb při současném zachování multi-disciplinarity a komplexního přístupu adiktologických služeb.
- Legislativní zakotvení adiktologických služeb a procesů/parametrů pro jejich strategické plánování, tvorbu a koordinaci.
- Vypracování systému hodnocení potřebnosti a dostupnosti adiktologických služeb.
- Propojení systému vytváření a správy sítě služeb se systémem financování sítě služeb a posílení prvku stability ve financování základní sítě služeb.
- Tvorba sítě služeb by měla nejen deklaratorně (jak je tomu nyní), ale i reálně vycházet v první řadě ze zjištěných potřeb. Současně by hodnocení potřebnosti služby mělo být dostatečně flexibilní a dát prostor pro etablování nových služeb či zohlednit specifické místní a další podmínky služby.
- Určujícím kritériem pro hodnocení služeb v síti by neměla být efektivita služeb, měřená např. indikátory úspěšnosti léčby, ale vycházet by se mělo spíše z procesních indikátorů, jako jsou údaje o míře využití služeb, parametry cílové skupiny, struktura výkonů apod.

3.2. Analýza informačních systémů a podklady pro revizi výkonů v adiktologických službách

Analýza současných informačních systémů a následný rozbor výkonů poskytovaných v rámci adiktologických služeb ukázaly jednu zásadní skutečnost. I přes letité snahy se nepodařilo vytvořit ideální systém, který by plně uspokojoval nároky a potřeby uživatelů – tedy poskytovatelů služeb. Tato skutečnost však nevyplyvá v první řadě z technologických omezení, nýbrž z důvodu nekompatibility výkonů poskytovaných s ohledem na různé resorty, neexistující závazné metodiky pro převod těchto výkonů a hlavně z důvodu složitého systému financování v adiktologických službách. Již tak složitě vícezdrojové financování bylo zásadním způsobem zneprůhledněno rozdělováním prostředků z MPSV jednotlivým krajům, které používají naprosto odlišné metodiky, terminologie, termíny odevzdávání zpráv, své vlastní informační systémy atd.

Ke zdárnému vedení výkaznictví za jednu službu je nezbytná nejen detailní znalost specifických podmínek, ale navíc i zpracování výkaznictví do několika zásadně odlišných datových struktur – formulářů.

Uvedené okolnosti i přes dlouholeté snahy vedou k nejednotné struktuře výkaznictví (odlišnost sledovaných výkonnostních parametrů, nejednotnost jejich nastavení a věcného významu), která je primárně nastavena směrem k hlavnímu donorovi a následné zpracovávání výkaznictví výkazu pro celou řadu systémů, které musí vyhovovat požadavkům jednotlivých poskytovatelů dotací.

Tato skutečnost pak vede v naprosté většině případů k nutnosti používání sekundárních informačních systémů, většinou upravených excelových tabulek, kde se získané datové sady opakovaně přepočítávají a strukturují.

Jak uvádí Mgr. Jiří Richter v *Analýze podmínek vybraných dotačních řízení pro zajištění služeb v oblasti protidrogové politiky* (Richter, 2016), tak výše uvedené má za následek obrovskou administrativní zátěž odborného personálu, vyšší náklady na administrativu projektů a snižování času věnovanému klientům.

Tuto skutečnost si jasně uvědomuje i MPSV, které ve své studii *Výkaznictví sociálních služeb* píše: „Důsledkem nejasné definice pak data nejsou mezi sebou porovnatelná, protože vždy záleží na konkrétním výkladu jednotlivého poskytovatele.“ A v předcházejících odstavcích: „Pokud by došlo k jasné formulaci a sjednocení (zejména s krajskými systémy výkaznictví) definic, je možné využívat k vykazování sociálních služeb jedinou aplikaci, v níž budou agregovány všechny ukazatele, které se s poskytováním sociálních služeb pojí.“ (Hauk, 2015)

V konečném důsledku je pak nutné konstatovat, že za současných podmínek není možné navrhnout universální informační systém, který by pokrýval veškeré potřeby výkaznictví v adiktologických službách. Jedinou smysluplnou alternativou se jeví návrh systému, který bude v co největší míře splňovat nároky poskytovatelů dotací, jejichž systémy jsou stabilizované a dostatečně standardizované. Jedná se především o RVKPP a MPSV. I tato situace však jako první krok předpokládá jednání mezi těmito poskytovateli a návrh závazných metodických pokynů pro převod jednotlivých sad výkonů. Na základě tohoto kroku je pak možné vytvořit systém, který ze stávajících systémů převezme to nejlepší a nejosvědčenější (softwarová platforma, ustálené postupy atd.) a přinese uživatelům kompatibilitu minimálně pro dva zásadní donátory.

Exporty do NRLUD je možné zajistit již za stávající situace. Výstupy pro MS, MZ a MŠMT by bylo možné do jednotného systému implementovat také, avšak za předpokladu, že se požadavky na poslední chvíli nebudou měnit. Což je bohužel častá praxe. Funkční výstupy pro tyto donátory tedy předpokládají součinnost subjektů minimálně na úrovni oznamování zamýšlených změn v dostatečném časovém horizontu, který by umožnil implementaci změn do jednotného IS.

Pro vlastní potřeby jednotlivých krajů by bylo postupně možné implementovat výstupy opět pouze v součinnosti s daným donátorem, a to pouze za předpokladu stanovení závazných metodických pravidel a ustálení požadavků těchto donátorů. Toto se však dlouhodobě nedaří ani MPSV, a tak nezbyvá než konstatovat, že tato vize není pro adiktologické služby příliš reálná. Jedinou alternativou je tak implementovat do IS funkcionalitu, která by umožnila vytvářet nad datovými sadami dynamické dotazy podle potřeb uživatelů, které by bylo možné následně plně nebo částečně využívat pro krajské donátory. Tento způsob je však z hlediska implementace velmi náročný a nemůže zaručit splnění všech požadavků.

Na závěr je třeba zdůraznit, že výstupy z porovnání adiktologických výkonů za různé rezorty mají být pouze podkladem pro vytvoření univerzálního informačního systému. Analýza poukázala také na problematiku využití výkonů pro kalkulační vzorce hodnotících nákladovost služeb či jejich efektivnosti, resp. jejich provázanost na výpočet dotací, kdy je toto praxí velmi kritizováno vzhledem k nejednotnému vykazování výkonů službami, či nemožnosti adekvátního porovnání náročnosti klientů.

3.3. Komparativní analýza nástrojů financování

Komparativní analýza nástrojů financování by měla představovat první krok k diskusi o změně stávajícího systému financování adiktologických služeb v ČR, neboť současná situace neodpovídá ani představám poskytovatelů finančních prostředků, ani samotných příjemců těchto finančních prostředků.

Současnému systému financování adiktologických služeb je vytýkáno zejména:

- Adiktologické služby jsou z velké části hrazeny z veřejných zdrojů, avšak finance jsou poskytovány několika orgány státní a veřejné správy, přičemž si každý orgán vytváří vlastní podmínky pro uchazeče, často s odlišným harmonogramem a v jiném režimu. Chybí rovněž nástroj na racionální posouzení přiměřenosti nákladů konkrétní služby.
- Není stanovena jasná strategie podpory a rozvoje adiktologických služeb v České republice ve střednědobém horizontu.
- Finanční prostředky udržují stávající síť adiktologických služeb, která často ještě vychází z historických zvyklostí a různých politických zájmů, již však neodpovídají aktuálnímu stavu užívání návykových látek v České republice.
- Jednoleté dotace, které jsou nejpoužívanějším nástrojem financování adiktologických služeb, by ze své podstaty neměly tvořit oporu ve financování běžného provozu, ale měly by spíše pokrývat specifické požadavky související se zkvalitňováním adiktologických služeb.
- Dotační řízení, na kterém financování adiktologických služeb zejména staví, je flexibilním nástrojem pro poskytovatele finančních prostředků (v případě získání finančních prostředků v průběhu roku lze vyhlásit mimořádné dotační řízení), na druhou stranu zvyšuje administrativní zátěž a komplikuje dlouhodobější plánování a nastavování služeb.
- Z obecného hlediska nelze opomenout požadavek „good governance“ v oblasti veřejných služeb, které budou splňovat tyto základní parametry: transparentnost, stabilita, otevřenost, efektivita a hospodárnost (Bevir, 2009).

Analýza se zabývá zejména popisem a porovnáním nástrojů financování, které jsou využívány pro účely financování adiktologických služeb, tj. služeb pro osoby ohrožené závislostmi/se závislostmi v České republice. Popsány jsou rovněž nástroje financování, které jsou využívány v zahraničí.

Doporučení

Cílem projektu „Systémová podpora rozvoje adiktologických služeb v rámci integrované protidrogové politiky“ je nalézt optimální nástroj financování protidrogové politiky v ČR. K tomuto cíli autorský tým směřoval prostřednictvím série aktivit, které měly za cíl analyzovat klíčové oblasti relevantní pro danou problematiku: zahraniční nástroje financování, silné a slabé stránky stávajících nástrojů financování protidrogové politiky a jejich benchmarking s nástroji, které ve stávajícím systému zatím nejsou intenzivně využívány, ale které mají potenciál k tomu stát se součástí systému, skrze který jsou rozdělovány prostředky k cílovým institucím. Jelikož u podobných analyticky zaměřených projektů hrozí, že autorský tým je odtržen od reality a jeho závěry nereflektují zkušenosti z praxe (terénu), byly v rámci aktivity projektu velmi intenzivně zohledněny zkušenosti subjektů z praxe, a to jak z řad poskytovatelů finančních prostředků, tak i z řad příjemců prostředků, především neziskových institucí zabývajících se poskytováním tzv. službových projektů.

Je možné konstatovat, že požadavky všech zúčastněných na systém jsou velmi podobné: stabilita, transparentnost, předvídatelnost a co nejmenší administrativní zátěž. Hovoříme tedy spíše o skupině vlastností, které by optimální nástroj financování protidrogové politiky v ČR měl mít, než o konkrétním „optimálním“ finančním nástroji. V konečném důsledku je poskytovatelům služeb jedno, jestli nástroj dostane nálepkou „dotace“ nebo „finanční příspěvek“, jde především o to, aby mohli poskytovat své služby bez nutnosti vynakládat vzácné zdroje na neefektivní činnosti.

Není podstatná forma financování, protože každá forma financování z úrovně státu či místní správy bude mít vždy své negativní stránky. Vždy se bude jednat o buď složitý a administrativně náročný

system vlastní žádosti a finančního vyúčtování s relativně jednoduchým systémem výkaznictví výkonů, nebo se bude jednat o relativně jednodušší systém získávání finančních prostředků se složitějším systémem výkaznictví. Na hospodaření s veřejnými prostředky jsou čím dál více kladeny podmínky, které brání různým způsobům jejich zneužívání, ale zároveň tím zvyšují administrativní náročnost jejich poskytování a výkon nezbytné kontroly jejich využití.

Je tedy možné konstatovat, že ideální je kombinovat vlastnosti těch nástrojů, které se v hodnocení umístily na čelních příčkách, tedy víceleté dotace a platba za výkon, s doporučením soustředit se dále na vlastnosti systému definované v rámci pracovních skupin workshopu k financování protidrogové politiky v listopadu 2018.

Jedním z důležitých kritérií, které poskytuje jiný rozměr na nahlížení na nástroje financování a nebylo zahrnuto do kritérií popisu jednotlivých nástrojů financování, je vliv a dopad nástroje na samotnou službu, její program (např. zvolené terapeutické postupy pracovníků). Tento faktor by bylo vhodné zohlednit při následné tvorbě nástroje nového.

Při návrhu nového nástroje financování či změnách v systému financování je potřeba brát v úvahu externí faktory, které ovlivňují financování adiktologických služeb či paralelní procesy, které v oboru adiktologie probíhají. Jedná se o aktuální ekonomickou situaci v ČR, změny v chování cílových skupin či změny v oblasti návykového chování a epidemiologickou situaci. Co se týká paralelních procesů, v oboru vzniká síť krajských adiktologických ambulancí pro dospělé pacienty/klienty, probíhá reforma péče o duševní zdraví, vznikla nová typologie adiktologických služeb apod. Je potřeba vytvořit koncepční dokument, který definuje síť adiktologických služeb, jejich dostupnost a zajištění jejich financování.

3.4. Komparativní analýza zahraničních modelů zajištění kvality adiktologických služeb a výběr prvků využitelných v prostředí ČR

Většina členských zemí EU realizuje řadu různorodých aktivit, které se zaměřují na zajištění kvality služeb a intervencí pro osoby se závislostmi a/nebo závislostmi ohrožené. K těm patří zejména tvorba léčebných postupů (treatment guidelines), benchmarking služeb, vzdělávání personálu, certifikace, respektive akreditace procesů a/nebo standardů kvality.

V r. 2015 schválili ministři členských zemí v Radě EU závěry rady, které stanovily 16 minimálních standardů kvality v oblasti snižování poptávky po drogách a vyzvaly členské země, aby je integrovaly do svých drogových politik s cílem zlepšit efektivitu a kvalitu preventivních programů, služeb minimalizace rizik, léčby a rehabilitace uživatelů návykových látek.

Evropské standardy kvality jsou souborem požadavků pro prevenci, léčbu, minimalizaci rizik a sociální reintegraci. Propojují kvalitu intervencí ke konkrétním opatřením včetně požadavků na vzdělávání personálu a poskytování intervencí podložených výzkumem. Navíc obsahují klíčové principy pro intervence snižování poptávky po drogách, jako je dodržování etických principů a respekt k lidským právům (klientů služeb). Zdůrazněna je i nezbytnost adaptovat výzkumem podložené standardy na místní podmínky a systém zajištění služeb.

Podle Evropského monitorovacího centra pro drogy a drogovou závislost (EMCDDA) existují standardy kvality ve většině zemí EU a mohou být využívány k různým účelům. V některých zemích slouží k hodnocení poskytovaných adiktologických služeb. Naplňování standardů je v některých zemích stanoveno jako podmínka pro účast poskytovatelů služeb v soutěžích či dotačních řízeních na kontraktování služeb a/nebo jako nástroj pro interní sebehodnocení služeb.

K zavádění standardů kvality a systémů zajištění kvality adiktologických služeb vyzývá členské státy i Protidrogová strategie EU (2013—2020).

Tato analýza nabízí přehled, zda a jak probíhá zajištění kvality služby v pěti zemích vybraných zadavatelem „Komparativní analýzy zahraničních modelů zajištění kvality adiktologických služeb a výběr prvků využitelných v prostředí ČR“, tj. v Německu, Nizozemsku, Polsku, Rakousku a Spojeném království.

Hlavní zjištění

Provedená komparativní analýza systémů/modelů zajištění kvality služeb pro osoby se závislostmi a/nebo závislostmi ohrožené vede k závěru, že se český systém certifikací RVKPP zdá být, v porovnání se systémy hodnocení kvality tohoto typu služeb ve vybraných zemích EU:

- nejlépe popsany ve veřejně dostupných dokumentech,
- vytvořený pro všechny existující typy adiktologických služeb (prevence, léčba a rehabilitace, minimalizace rizik),
- standardně a v dané podobě nejdéle zaveden do praxe pro všechny typy adiktologických služeb,
- srozumitelně a transparentně nastaven pro všechny jeho účastníky,
- srovnatelný co do procesních úkonů (studium dokumentace, případně místní šetření, zpráva z hodnocení, možnost odvolání proti závěrům hodnocení, projednání zprávy hodnotícím orgánem, autorizace) a vícestupňového systému hodnocení (autorizátor, hodnotící mezirezortní orgán, instituce zajišťující logistiku, tým externích proškolených hodnotitelů, poskytovatel služby). Zahraniční modely zajištění kvality adiktologických služeb

I přesto lze v oblasti zajištění kvality adiktologických služeb v České republice — při porovnání s vybranými pěti zeměmi EU — identifikovat prostor pro zlepšení. Jde zejména o zajištění kvality adiktologických služeb minimalizace rizik, léčby a rehabilitace, v němž v současné době existují, na rozdíl od jediného systému Certifikace MŠMT, tři systémy:

- Certifikace odborné způsobilosti služeb pro uživatele drog RVKPP (Úřad vlády ČR),
- Registrace a inspekce sociálních služeb MPSV,
- Hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb MZ.

Výše uvedené systémy, které se v odlišném rozsahu podílejí na zajištění kvality adiktologických služeb, jsou v různé míře duplicitní, realizovány nekoordinovaně a navzájem neuznatelné. To v důsledku vede k nadměrné administrativní zátěži jak na straně poskytovatelů služeb, tak na straně věcně příslušných ústředních orgánů státní správy, stejně jako k nehospodárnému financování systémů zajištění kvality z veřejných prostředků. To je patrně nejvýraznější slabá stránka současného systému zajištění kvality adiktologických služeb v ČR.

Další výraznou slabou stránkou je — na rozdíl od srovnávaných zemí EU — v ČR přetrvávající rezortismus, který představuje překážku ve vnímání, financování, poskytování, ale i hodnocení kvality adiktologických služeb v souladu se současným stavem vědeckého poznání (tzv. evidence-based) v ucelené, mezioborové — tj. zdravotně-sociální — podobě.

Hlavní doporučení

Z výše uvedených zjištění stejně jako z inspirace stávajícími zahraničními systémy/modely zajištění kvality adiktologických se odvíjejí i hlavní doporučení změn na dvou úrovních:

- v institucionálním rámci v českých systémech zajištění kvality adiktologických služeb,
- v doplnění dílčích prvků do procesu certifikací.

Doporučení změn v institucionálním rámci

- zavést zákonnou oporu pro Certifikace odborné způsobilosti služeb pro uživatele drog RVKPP,
- změnit statut adiktologických služeb na zdravotně-sociální,
- zamezit duplicitám výše uvedených tří systémů zajištění kvality adiktologických služeb minimalizace rizik, léčby a rehabilitace,
- zavést institut vzájemného uznávání mezi výše uvedenými třemi systémy zajištění kvality adiktologických služeb,
- zavést do systémů zajištění kvality adiktologických služeb licenční systém opravňující k poskytování služby, případně zavedení zákazu/pozastavení poskytování služby při vážném nenaplnění standardů,
- jednotně zavést záruku stabilního financování služeb na dobu platnosti certifikátu kvality služby i pro další plátce, nejen ze strany RVKPP.

Návrh doplnění dílčích prvků do procesu certifikací

- zvážit prodloužení platnosti certifikace z nejvýše čtyř na nejvýše pět let,
- zvážit zavedení možnosti upustit při opakované certifikaci služby od místního šetření,
- zvážit znovuzavedení sebehodnotícího formuláře jako součásti žádosti o certifikaci, Zahraniční modely zajištění kvality adiktologických služeb
- pro cílené šetření doplnit jako další důvod případ přestěhování služby,
- v zájmu uznávání certifikací RVKPP a inspekcí MPSV zajistit, aby v certifikačním týmu byl alespoň a nejvýše jeden inspektor.

V otázkách klíčových aktérů Certifikace RVKPP a jejího financování zpracovatel analýzy žádné změny nenavrhuje.

3.5. Analýza systémového rámce protidrogové politiky

Zpracování tohoto dokumentu přecházela externí „**Analýza mezinárodního a národního legislativního rámce protidrogové politiky a mezinárodních, národních a regionálních strategických dokumentů**“ (Sociotrendy, 2018), kterou zpracovala agentura Sociotrendy. V této analýze jsou uvedeny všechny povinnosti, které vyplývají z mezinárodních smluv, kterými je Česká republika vázána a všechna doporučení, která vyplývají z mezinárodních strategických dokumentů.

Rovněž jsou zpracovány vnitrostátní právní předpisy, které se týkají činnosti a financování adiktologických služeb i předpisy, které celou oblast protidrogové politiky ovlivňují. Dokument obsahuje také analýzu národních strategických dokumentů i strategických dokumentů na municipální úrovni. Je také analyzována protidrogová politika v jednotlivých členských státech Evropské unie.

Navazující **„Analýza systémového rámce protidrogové politiky (Pleva, Fidesová, 2018)“** vyhodnocuje plnění povinností a doporučení vyplývajících z mezinárodních dokumentů, analyzuje limity, nedostatky či kolize v národních právních předpisech a analyzuje dopady legislativy na praxi adiktologických služeb. Podrobně rozebírá jednotlivé systémy, ve kterých jsou adiktologické služby ukotvené. Jedná se zejména o systém zdravotních služeb a sociálních služeb. Věnuje se také preventivním adiktologickým službám, které jsou poskytovány převážně v prostředí školského systému a adiktologickým službám poskytovaným v prostředí vězeňství. Rovněž se zabývá analýzou aktuálního modelu koordinace protidrogové politiky a základního strategického dokumentu Národní strategie protidrogové politiky. Na základě podkladů z „Analýzy mezinárodního a národního legislativního rámce protidrogové politiky a mezinárodních, národních a regionálních strategických dokumentů“ analyzuje modely protidrogové politiky v zemích EU a dává doporučení pro možnou revizi národní politiky.

Analýza upozorňuje na následující nedostatky v protidrogové politice, které by měly být alespoň částečně řešeny v návrzích projektu RAS:

- Nedůsledná realizace integrované protidrogové politiky. Nevyvážené přístupy k legálním a nelegálním drogám a k návykovému chování. Nedostatečná péče v oblasti legálních drog a návykového chování, včetně nedostatečné publicity a absence jednoznačných postojů veřejných autorit k tomuto problému. Nedostatkem je i tvorba sítě pomáhajících služeb a nerovnoměrné rozdělení finančních prostředků na oblast legálních a nelegálních drog. Zatímco v oblasti zdravotních služeb je praktikován relativně vyvážený přístup, v oblasti sociálních služeb je důraz kladen zejména na nelegální návykové látky. Zcela poddimenzovaná je léčba závislosti na tabáku. Zcela nedostatečně je pokryta oblast adiktologické péče o děti do 18 let věku, a to jak z hlediska kapacity, tak z hlediska typů služeb.
- Striktní oddělení zdravotních a sociálních služeb z hlediska požadavků, standardů a financování služeb. Adiktologické služby jsou však ze své podstaty službami zdravotně sociálními. V praxi vzniká paradoxní situace, že pro kvalitní provádění dané služby je nutné absolvovat proces dvojí registrace, který je neúměrně administrativně náročný a nezaručuje rentabilitu zdravotnických výkonů, nebo je zapotřebí pohybovat se na hraně (mnohdy i za hranou) zákona.
- Téměř absentují služby poskytované v přirozeném prostředí klienta. Problematický je rovněž nedostatek chráněných pracovišť pro aktivní uživatele a klienty s duální diagnózou. Chráněná pracoviště jsou z legislativního hlediska rovněž velkým problémem, protože kvůli stávající zákonné úpravě mají v praxi velké problémy s finanční rentabilitou.
- U zdravotních služeb dosud není dokončen proces přípravy specializačního a dalšího celoživotního vzdělávání. Vzdělávací program pro obor Klinická adiktologie se v současné době připravuje. Stejně tak je třeba vytvořit širší nabídku certifikovaných kurzů v oblasti celoživotního vzdělávání. V oblasti adiktologické lékařské péče problém spočívá v nedostatečném počtu psychiatrů, kteří by se tomuto oboru věnovali, a současně v absenci specializačního vzdělávání v oboru Návykové nemoci.

- Neexistující koncepce tvorby sítě adiktologických služeb. Stávající mechanismy zajišťování dostupnosti služeb jsou nedostatečné a mohou způsobovat lokální absenci některých adiktologických služeb a jejich faktickou nedostupnost pro některé potenciální klienty. V oblasti zdravotních služeb chybí především specializované adiktologické ambulance a nedostatečná je i nabídka substituční léčby. Nedostatečná je rovněž práce s pacienty s duálními diagnózami. Velmi problematická je rovněž oblast dětské a dorostové adiktologie, kde téměř absentují služby následné péče. V oblasti sociálních služeb je velmi nedostatečný až absentující proces zjišťování potřeb klientů jako nástroj pro tvorbu sítě. Proces zařazování do sítě služeb je administrativně i časově velmi náročný.
- Nedostatečné financování adiktologických služeb. Úhrada některých zdravotních adiktologických služeb z veřejného zdravotního pojištění je nastavena problematicky a nasmlouvaná síť těchto služeb je poddimenzovaná. Zdravotní pojišťovny nekalkulují své náklady v dlouhodobějším horizontu (výrazný dlouhodobý finanční benefit prevence před léčbou následků), ale v horizontu jednoho rozpočtového období. Výrazné podfinancování sociálních služeb způsobuje odliv zkušených pracovníků z tohoto segmentu služeb.
- Rozdílný přístup k adiktologickým službám v jednotlivých krajích. Jednotlivé kraje přistupují k odlišným způsobům výpočtu tzv. vyrovnávací platby a i různým způsobům tvorby sítě sociálních služeb. Také přístup ke koordinaci protidrogové politiky je různý. V některých krajích dokonce dochází k zakonzervování stávajících (nedostatečných) kapacit, či k preferenci pobytových služeb před službami sociální prevence. Nedostatečné zapojení měst a obcí do procesu tvorby sítě služeb (zejména neochota podílet se na přímém či nepřímém financování těchto služeb).
- Složitost v čerpání prostředků na adiktologické služby z více veřejných zdrojů a s tím spojená velká administrativní náročnost v procesu podávání žádostí a jejich vyúčtování. Problémy způsobuje i neprovázanost jednotlivých systémů výkaznictví a vzrůstající nároky na objem vykazovaných dat pro různé subjekty veřejné správy. Často tak může docházet k paradoxní situaci, že administrativě je věnováno více času než přímé práci s klientem.
- Velký problém představuje účelovost poskytnutých finančních prostředků, která mnohdy omezuje možnost použít část prostředků na financování běžných provozních nákladů. Rovněž je obtížné v tomto systému financování zajistit povinné vzdělávání zaměstnanců služby. Obdobné problémy představuje nedostatek investičních prostředků (přestože investice jsou často nutné k prostému naplnění zákonných požadavků). Částečně by byl tento problém řešitelný zavedením tzv. paušálních výdajů (což rozpočtová pravidla umožňují), které by vytvořily zdroj na úhradu neuznatelných nákladů.
- Značně omezující je jednoleté financování adiktologických služeb, zvláště služeb zařazených do krajských sítí sociálních služeb. Dotace jsou poskytovány mnohdy s několikaměsíčním zpožděním, což například pro neziskové organizace znamená zásadní provozní potíže a dodatečné (neuznatelné!) náklady na úvěrování běžného provozu. Tato situace fakticky znemožňuje dlouhodobé plánování a rozvoj služeb.
- Nedostatečné legislativní ukotvení typologie a standardů adiktologických služeb. Na rozdíl od předchozí právní úpravy v současně platném zákoně č. 65/2017 Sb., o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek, není typologie zakotvena a jediná právní úprava je usnesení vlády ze dne 16. března 2005 č. 300/2005. Problematická je také povinnost adiktologických služeb splňovat různé typy standardů současně (standards sociálních služeb, standards zdravotních služeb, standards RVKPP) a s tím i procházet dvojím systémem

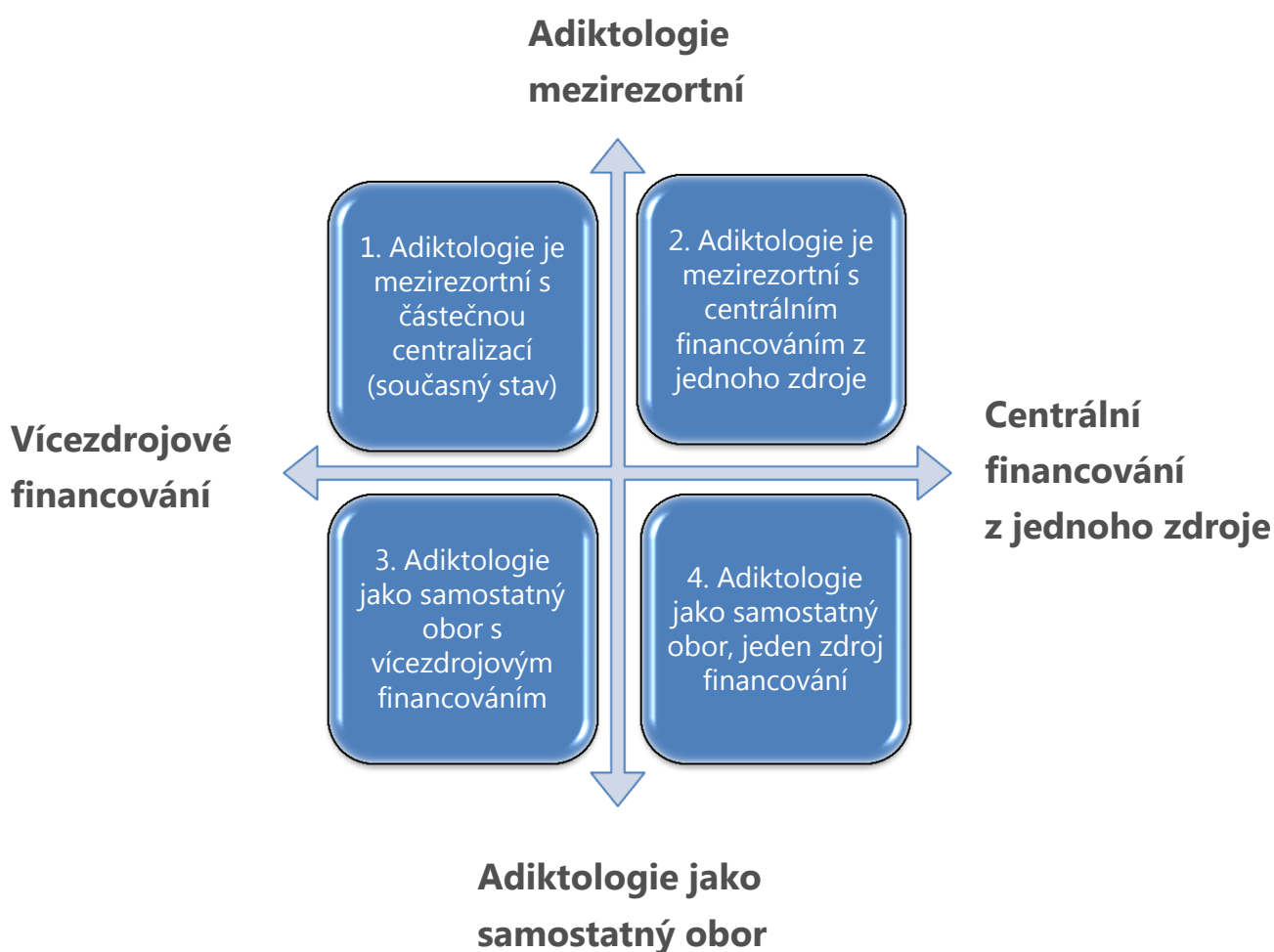
hodnocení (inspekce sociálních služeb a certifikace odborné způsobilosti RVKPP). Tato povinnost dále zvyšuje administrativní zátěž adiktologických služeb. Zdravotnická zařízení tak velmi často neusilují o certifikaci RVKPP, protože možný finanční přínos nevyváží nutnou administrativu. Sociální adiktologické služby tato skutečnost staví do nerovného postavení oproti ostatním sociálním službám, které dvojím hodnocením kvality procházet nemusejí. Pro právní jistotu poskytovatelů služeb by bylo vhodnější řešit typologii a navazující standardy např. podzákonnou normou. Pouze tak by bylo možné legislativně zajistit, aby vyjmenované adiktologické služby procházely pouze jedním procesem ověřování kvality. Pevnější legislativní ukotvení by bylo vhodné i vzhledem ke skutečnosti, že mnohé kraje považují platnou certifikaci RVKPP za podmínku pro zařazení adiktologické služby do krajské sítě sociálních služeb.

- Za úvahu rovněž stojí možné nové legislativní ukotvení dalších služeb harm reduction tak, jak je zmiňuje Protidrogový akční plán EU na období 2017–2020, zejména naloxonového programu, programů na zmírňování nepříznivých důsledků užívání drog v nočních podnicích, apod.

>4

4 Návrh systémových změn

Tvorba návrhu systémových změn vychází ze čtyř základních modelů fungování adiktologických služeb. Na první ose je řešena samostatnost adiktologických služeb, tedy fakt, zda budou i nadále součástí resortních systémů (zdravotního, sociálního a školského), nebo zda bude vytvořen samostatný segment adiktologických služeb. Na druhé ose je řešena otázka financování těchto služeb, tedy zda bude zachováno tzv. vícezdrojové financování, či zda bude vytvořen samostatný subjekt, který bude finančně zodpovědný za celou oblast adiktologických služeb.



Před započítím prací na jednotlivých legislativních návrzích byla udělána základní analýza jednotlivých modelů, která slouží jako východisko k návrhům systémových změn.

4.1. Adiktologické služby – mezirezortní s částečnou centralizací

Legislativní ukotvení: Legislativní ukotvení adiktologických služeb zůstává stejné. Na základě stávající praxe se novelizují dílčí zákony, aby se snížila byrokratická zátěž adiktologických služeb a zlepšilo se jejich fungování. Nová typologie adiktologických služeb včetně způsobu certifikace je přijata Usnesením vlády nebo podzákonnou normou.

Financování služeb: V současné době je financování adiktologických služeb vícezdrojové. Z národní úrovně je financováno Ministerstvem práce a sociálních věcí a z Úřadu vlády ČR prostřednictvím sekretariátu Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky. Dále je financováno z regionální úrovně kraji a obcemi, z Evropských strukturálních fondů a z veřejného zdravotního pojištění. Částečná centralizace finančních prostředků zmírnila administrativní náročnost pro poskytovatele služeb. Počet donátorů je však nadále relativně vysoký, proto by měla do budoucna přetrvávat snaha o jejich redukci. Jedním z řešení je navrácení přerozdělování finančních prostředků z MPSV na státní úrovni namísto krajské. V případě, že zůstanou adiktologické služby v sociálně-zdravotním pomezí při současném zachování vyššího počtu donorů, bylo by vhodné sjednotit podmínky a časové harmonogramy pro proces přerozdělování peněz, včetně zavedení jednotného výkaznictví.

Zvýšení stability financování a zjednodušení administrativy by částečně zajistilo smluvní víceleté financování, ideálně na tři roky.

Sít'/dostupnost/potřebnost: V současné době by měli koordinovat zajišťování dostupnosti (tvorbu sítě) adiktologických služeb na úrovni krajů krajsí protidrogoví koordinátoři (KPK). Tato jejich činnost nicméně není nijak zakotvena v zákoně a v praxi se KPK podílejí na tvorbě sítě jen v některých krajích. KPK by měli mimo jiné provádět analýzu potřeb a vycházet z ní při tvorbě sítě, často na to však nemají dostatečnou kapacitu ani prostředky. Při zachování tohoto uspořádání by bylo vhodné alespoň co nejvíce posílit vzdělávání a metodickou podporu KPK ze strany RVKPP. Rovněž by bylo vhodné apelovat na vedení krajů, aby byly do tvorby sítě adiktologických služeb KPK zapojeni vždy.

Kvalita služeb: Zajištění kvality se odvíjí od typu služby (zdravotní nebo sociální) a vyplývá ze zákona. Dalším způsobem ověřování kvality je compliance se Standardy odborné způsobilosti adiktologických služeb. Při dostatečné míře naplňování Standardů je službě udělen certifikát odborné způsobilosti. To umožňuje čerpání finančních prostředků ze státního rozpočtu. Uvedené systémy zajištění kvality jsou orientovány zejména na kvalitu externí a není dostatečně ošetřená vzájemná uznatelnost. Zásadním krokem je legislativní ukotvení Standardů odborné způsobilosti a systému certifikace. V současné době lze rozvíjet systém zajištění kvality například zřízením servisní organizace, která poskytuje poradenství ohledně udržování a zvyšování kvality, umožňuje předcertifikační konzultace, rozvojové audity a vytváří metodické materiály a postupy pro poskytovatele adiktologických služeb. Dále lze současný systém zajištění a podpory kvality rozvíjet reflexí aktuální situace, kde vznikají služby agenturního typu. Revize standardů odborné způsobilosti směřující k dosažení určité míry kompatibility a zjednodušení procesu ověřování kvality pomocí Certifikací v gesci RVKPP může přispět ke snížení administrativní náročnosti a zvýšení kvality služeb. Významným faktorem pro zlepšení situace je podpora rozvoje interní kvality.

Výhody modelu: Výhodou je poměrně dlouhá doba fungování, a tudíž adaptace aktérů na tento model. Další výhodou, byť při současné úrovni financování spíše teoretickou, je možnost vzniku nových typů služeb.

Nevýhody: Nadále přetrvává nutnost přizpůsobit se zákonným, odborným a dalším změnám resortů. Nejednotnost v přístupu, financování, kontrolám kvality a tvorbám sítě. Striktní oddělení zdravotních a sociálních služeb z hlediska požadavků, rezortních standardů a financování jde proti zdravotně sociální podstatě adiktologických služeb. Další nevýhodou je velká administrativní náročnost a odlišný přístup k adiktologickým službám v jednotlivých krajích.

Dopady modelu v praxi: Neexistuje koncepce tvorby sítě adiktologických služeb. Stávající mechanismy zajišťování dostupnosti služeb jsou nedostatečné a mohou způsobovat lokální absenci některých adiktologických služeb a jejich faktickou nedostupnost pro některé potenciální klienty. Současná aplikační praxe se vyznačuje nevyváženým přístupem k legálním a nelegálním drogám a k návykovému chování, která způsobuje nedostatečné zajištění péče v oblasti legálních drog a návykového chování.

Jaké problémy se tím vyřeší (příležitosti): Od stávajícího modelu nelze očekávat zlepšení současné situace.

4.2. Adiktologické služby – mezirezortní s financováním z jednoho zdroje

Legislativní ukotvení: Služby zůstávají legislativně ukotveny ve stávajícím systému zdravotních a sociálních služeb. Prostřednictvím novelizace zákona č. 65/ 2017 Sb. je zmocněna vláda k vytvoření sítě adiktologických služeb. Sít služeb je definována prostřednictvím podzákoné normy (nařízení vlády). Norma řeší rovněž systém certifikace a hodnocení kvality adiktologických služeb.

Financování služeb: V současné době je financování adiktologických služeb vícezdrojové. Pokud by se do budoucna podařilo zredukovat počet donorů na jeden centrální zdroj financování, výrazně by to zjednodušilo administrativní náročnost, zejména pro příjemce finančních prostředků (jedna žádost, jedna průběžná a závěrečná zpráva, vyúčtování). Adiktologie by nadále zůstala v systému sociálních a zdravotních služeb. Vzhledem k tomu, že jsou adiktologické služby podfinancované, bylo by vhodné hledat další zdroje finančních prostředků a služby nacenit. Centrální zdroj by si rovněž mohl nadefinovat systém přerozdělování (nový nástroj financování). Financování by bylo víceleté, ideálně na tři roky.

Sít/dostupnost/potřebnost: V případě centralizace financování se centrální orgán (např. RVKPP) stává správcem sítě všech adiktologických služeb, resp. správcem krajských sítí těchto služeb. Tato varianta předpokládá vytvoření „detašovaných pracovišť“ centrálního orgánu, jejichž pracovníci jsou zodpovědní za tvorbu a koordinaci sítě služeb v souladu se strategickými záměry a metodickými postupy navrženými. Institut KPK by podle možností a potřeb byl buď zrušen, nebo nějakým způsobem integrován do nového uspořádání. Existence jednoho zdroje finančních prostředků by zřejmě umožnila vytvořit systém pravidelného monitoringu potřeb a jejich analýzy za účelem tvorby a koordinace sítě služeb ve všech krajích.

Kvalita služeb: Systémy zajišťování kvality jsou agregovány do jednotného systému, který respektuje požadavky všech zainteresovaných resortů. Tím je možné ověřovat úroveň poskytovaných služeb

jednotným způsobem. Zřízená servisní organizace poskytuje poradenství ohledně udržování a zvyšování kvality, umožňuje předcertifikační konzultace, rozvojové audity a vytváří metodické materiály a postupy pro poskytovatele adiktologických služeb.

Výhody modelu: Poskytovatelé služeb zasílají žádost, průběžnou a závěrečnou zprávu s vyúčtováním pouze jednomu centrálnímu zdroji. Dojde ke značnému administrativnímu zjednodušení jak pro poskytovatele služeb, tak pro poskytovatele prostředků. Jednotné podmínky a harmonogramy pro všechny žadatele. Víceleté financování zajišťuje stabilitu, předvídatelnost a snadnější plánování.

Nevýhody: Nevýhodou je nejasné postavení adiktologických zdravotních služeb a jejich vztah k systému veřejného zdravotního pojištění. Model rovněž neřeší zdravotně-sociální charakter adiktologických služeb. Problém nastává v případě, že z nějakého důvodu dojde k snížení objemu finančních prostředků poskytovaných z jediného zdroje financování.

Dopady modelu v praxi: V praxi by bylo obtížné vymezit, které činnosti zdravotní adiktologické služby budou financovány z centrálního zdroje.

Jaké problémy se tím vyřeší (příležitosti): Za předpokladu dohody správců jednotlivých sítí, by tento model mohl vest k vytvoření základní sítě adiktologických služeb.

4.3. Adiktologické služby – samostatný obor s vícezdrojovým financováním

Legislativní ukotvení: Prostřednictvím zásadní novelizace zákona č. 65/2017 Sb., nebo samostatným zákonem jsou definovány typy adiktologických služeb a je zaveden systém registrace adiktologických služeb. Registrujícím orgánem je centrální orgán, který zajišťuje certifikaci a kontrolní činnost. Centrální orgán je součástí Úřadu vlády ČR a zodpovídá za spolupráci s ostatními systémy podpor pomáhajících služeb, zejména sociálních a zdravotních služeb.

Financování služeb: Kromě legislativního ukotvení, které posiluje postavení oboru adiktologie nejsou ve financování žádné významnější změny než v modelu č. 1. To znamená, že jsou adiktologické služby financovány ze státní, regionální úrovně, zdravotního pojištění a Evropských fondů.

Sít'/dostupnost/potřebnost: Za tvorbu a koordinaci krajských sítí adiktologických služeb nadále zodpovídá KPK, již však na základě zákonné povinnosti. Tato varianta by zřejmě otevírala prostor pro důkladnější a důslednější metodickou podporu ze strany RVKPP.

Kvalita služeb: Adiktologické služby mají vlastní systém zajištění kvality, který agreguje požadavky resortů (plátců) ve svých Standardech. Ověřením compliance se Standardy dochází také ke splnění zákonných požadavků, které jsou ve Standardech zahrnuty. Zřízená servisní organizace poskytuje poradenství ohledně udržování a zvyšování kvality, umožňuje předcertifikační konzultace, rozvojové audity a vytváří metodické materiály a postupy pro poskytovatele adiktologických služeb.

Výhody modelu: Osamostatnění oboru, příležitost rozvíjet síť služeb a zvyšovat jejich kvalitu, flexibilní reakce na potřeby změn v rámci systému adiktologických služeb. Legislativní ukotvení tohoto systému v zákoně posílí vyjednávací pozici centrálního orgánu (např. RVKPP) ve vztahu k resortům a dalším subjektům.

Nevýhody: Případná rigidita/neschopnost pružně reagovat na změny v rámci jiných systémů a zákonných norem. V případě, že dojde k oslabení některého ze zdrojů financování je zhoršená možnost distribuovat riziko.

Dopady modelu v praxi: Konkrétní dopady budou záležet na tom, jak silná bude koordinační role centrálního orgánu vzhledem k ostatním aktérům v oblasti adiktologických služeb. Jako problematická se jeví koordinační úloha vůči municipalitám při současném ponechání protidrogové politiky v jejich samostatné působnosti.

Jaké problémy se tím vyřeší (příležitosti): Jednoznačné ukotvení služeb v různých systémech (především sociálním a zdravotním), potíže spojené s vícezdrojovým financováním, zakotvení oboru adiktologie v oblasti pomáhajících profesí/služeb.

4.4. Adiktologické služby – samostatný obor s financováním z jednoho zdroje

Legislativní ukotvení: Prostřednictvím zásadní novelizace zákona č. 65/2017 Sb., nebo samostatným zákonem jsou definovány typy adiktologických služeb a je zaveden systém registrace adiktologických služeb. Registrujícím orgánem je centrální orgán, který zajišťuje certifikaci a kontrolní činnost a zodpovídá za tvorbu sítě adiktologických služeb. Centrální orgán je samostatnou právnickou osobou s vlastní kapitolou ve státním rozpočtu¹.

Financování služeb: V případě tohoto modelu má obor adiktologie jasné legislativní ukotvení včetně financování. Služby se stávají rozhodnutím státu specifickou oblastí pomáhajících služeb. Velkým pozitivem tohoto návrhu je eliminace celé řady problémů, které vyplývají z dosavadní působnosti služeb na sociálně-zdravotním pomezí. Vzhledem k tomu, že jsou adiktologické služby podfinancované, je vhodné hledat další zdroje finančních prostředků a služby nacenit. Centrální zdroj by si rovněž mohl nadefinovat systém přerozdělování (nový nástroj financování). Financování je víceleté, ideálně na tři roky. Centralizovaný subjekt bude úzce spolupracovat také na financování z prostředků EU jako konečný příjemce či zprostředkující subjekt.

Sít'/dostupnost/potřebnost: V případě centralizace financování by se centrální orgán (např. RVKPP) stal správcem sítě všech adiktologických služeb, resp. správcem krajských sítí těchto služeb. Tato varianta předpokládá vytvoření „detašovaných pracovišť“ centrálního orgánu, jejichž pracovníci jsou zodpovědní za tvorbu a koordinaci sítě služeb v souladu se strategickými záměry a navrženými metodickými postupy. Institut KPK by podle možností a potřeb byl buď zrušen, nebo nějakým způsobem integrován do nového uspořádání. Existence jednoho zdroje finančních prostředků zřejmě umožňuje vytvořit systém pravidelného monitoringu potřeb a jejich analýzy za účelem tvorby a koordinace sítě služeb ve všech krajích. Zakotvení tohoto systému v zákoně posílí vyjednávací pozici centrálního orgánu (např. RVKPP) ve vztahu k resortům a dalším subjektům.

Kvalita služeb: Adiktologické služby mají vlastní systém zajištění kvality, který respektuje široké spektrum služeb a je legislativně ukotvený. Jsou zpracovávány postupy péče a další metodické materiály reflektující současný stav poznání a evidence-based postupy. Zřízená servisní organizace poskytuje

¹ Variantně lze vytvořit Fond, který bude hospodařit fondovým způsobem a bude mít zajištěny mandatorní příjmy – např. podíl ze spotřebních daní za alkohol a tabák, daně z hazardních her, zabaveného majetku v souvislosti s trestnou činností spojenou s drogami apod.

poradenství ohledně udržování a zvyšování kvality, umožňuje „předcertifikační“ konzultace, rozvojové audity a vytváří metodické materiály a postupy pro poskytovatele adiktologických služeb.

Nevýhody: Potřeba zcela zásadních (zákonných, organizačně-administrativních, procesních) změn nikoli pouze v systému financování služeb, ale také v celém systému protidrogové politiky jako takové. Legislativní úpravy budou s největší pravděpodobností zasahovat také do systémů zdravotní a sociální péče, systému školství a dalších. Potřeba přesně vydefinovat a ohraničit spektrum služeb, kompetence jednotlivých subjektů a procesy spolupráce, síť adiktologických služeb a její zabezpečení.

Dopady modelu v praxi: Hrozba izolace od dalších systému pomáhajících služeb, v praxi spojená se ztrátou možnosti distribuovat riziko v případě oslabení jednoho jediného systému.

Jaké problémy se tím vyřeší (příležitosti/výhody): Odpadá potřeba složitě koordinovat jednotlivé resortní i krajské dotační systémy a systémy ověření kvality služeb. Jednoznačné ukotvení služeb v různých systémech (především sociálním a zdravotním), potíže spojené s vícezdrojovým financováním, zakotvení oboru adiktologie v oblasti pomáhajících profesí/služeb.

5

5 Návrh legislativního rámce

Návrh nového uspořádání legislativního rámce adiktologických služeb je vytvořen na základě analýzy možných variant uspořádání adiktologických služeb popsanych v kapitole 4. Před započítáním legislativních prací bylo zapotřebí vyřešit otázku právní formy subjektu, který bude zajišťovat financování adiktologických služeb ve variantách, kdy jsou služby financovány z jednoho zdroje. Uvažovalo se o dvou možnostech, které mají oporu v současném ústavním pořádku ČR, a to o formě Státního fondu, nebo o formě Samostatné právnické osoby – státní Agentury. Vzhledem k faktu, že politická reprezentace není příliš nakloněna možnosti vzniku nových Státních fondů a že i v budoucnosti nelze příliš očekávat výraznou změnu tohoto postoje, byla zvolena právní forma státní Agentury.

Konečná podoba variant zvoleného modelu je popsána v následující analýze:

Model č. 1: Současný stav

Systémový rámec:

Výhody:

- Díky dlouhé době fungování současného modelu se jedná o relativně stabilní prostředí.
- Oblast sociálních služeb, konkrétně odborné sociální poradenství, je koncipováno natolik obecně, že teoreticky umožňuje vznik nových typů služeb.

Nevýhody:

- Striktní oddělení zdravotních a sociálních služeb navzdory faktu, že adiktologické služby mají zdravotně-sociální charakter.
- Nesoulad mezi standardy RVKPP, které definují adiktologické služby jako zdravotně sociální a systémy zajišťování kvality zdravotních a sociálních služeb.
- Nejednotná typologie adiktologických služeb – rozpor mezi standardy RVKPP a zákonem č. 108/1996 Sb., o sociálních službách.
- Velká administrativní náročnost díky nutnosti dvojí registrace a výkaznictví.

Financování a tvorba sítě služeb:

Výhody:

- Díky dlouhé době fungování se jedná o relativně stabilní prostředí, které zajišťuje financování služeb zaměřených zejména na nelegální návykové látky.

Nevýhody:

- Oddělené financování zdravotních a sociálních služeb, a to i v případě, že jsou současně poskytovány v jedné službě.
- Síť zdravotních adiktologických služeb, zejména ambulantních, nemá parametry ucelené sítě a často se jedná o financování izolovaných výkonů bez návaznosti na ostatní služby.

- Nedostatečně dimenzovaná základní síť adiktologických služeb. V některých krajích zcela absentují určité typy služeb. Rovněž zcela nedostatečně jsou pokryty dimenzovány služby pro cílové skupiny uživatelů legálních návykových látek a osoby s nelátkovými závislostmi.
- Problematická je forma financování, prostřednictvím dotací, i když se jedná o zajišťování veřejně prospěšných služeb.
- Problematické je tzv. vícezdrojové financování, kdy jsou služby financovány z různých veřejných úrovní. Z toho plyne velká administrativní náročnost procesu podávání žádostí a jejich vyúčtování.
- Značně omezující je jednoleté financování adiktologických služeb, zvláště služeb zařazených do krajských sítí sociálních služeb. Dotace jsou poskytovány mnohdy s několikaměsíčním zpožděním, což například pro neziskové organizace znamená zásadní provozní potíže a dodatečné (neuznatelné!) náklady na úvěrování běžného provozu. Tato situace fakticky znemožňuje dlouhodobé plánování a rozvoj služeb.
- Velký problém představuje účelovost poskytnutých finančních prostředků, která mnohdy omezuje možnost použít část prostředků na financování běžných provozních nákladů. Rovněž je obtížné v tomto systému financování zajistit povinné vzdělávání zaměstnanců služby a investice.
- Rozdílný přístup k adiktologickým službám v jednotlivých krajích. Jednotlivé kraje přistupují k odlišným způsobům výpočtu tzv. vyrovnávací platby, a i různým způsobům tvorby sítě sociálních služeb.
- Značně omezující je jednoleté financování adiktologických služeb, zvláště služeb zařazených do krajských sítí sociálních služeb. Dotace jsou poskytovány mnohdy s několikaměsíčním zpožděním, což například pro neziskové organizace znamená zásadní provozní potíže a dodatečné (neuznatelné!) náklady na úvěrování běžného provozu. Tato situace fakticky znemožňuje dlouhodobé plánování a rozvoj služeb.

Model č. 2: Zákon o Agentuře

Systémový rámec:

Výhody:

- Adiktologické služby kontinuálně pokračují s dosavadní registrací jako zdravotní nebo sociální služby, nejsou tedy nutné zásadní změny.
- Vznikne Agentura pro a léčbu závislostí, která přebírá dosavadní činnost Odboru protidrogové politiky ÚV ČR, má ale silnější institucionální postavení.
- Standardy odborné způsobilosti jsou upraveny zákonem.

Nevýhody:

- Striktní oddělení zdravotních a sociálních služeb navzdory faktu, že adiktologické služby mají zdravotně-sociální charakter.
- Typologie definována pouze podzákonnou normou.
- Díky samostatné registraci jako zdravotní nebo sociální služba nutnost dodržování standardů adiktologických i zdravotních nebo sociálních (nebo obojích) a s tím spojená vyšší administrativní zátěž.

Financování a tvorba sítě služeb:

Výhody:

- Díky samostatné kapitole ve státním rozpočtu je předpoklad stabilnějšího financování.
- Definici sítě služeb včetně jejich parametrů, která předpokládá dostatečně robustní síť.

Nevýhody:

- Oddělené financování zdravotních a adiktologických služeb, a to i v případě, že jsou současně poskytovány v jedné službě.
- Síť zdravotních adiktologických služeb, musí být tvořena na základě spolupráce krajů a zdravotních pojišťoven, což může být problematické.
- Financování převážně z jednoho zdroje může způsobit problémy v případě velkých propadů ekonomiky s ním spojené krácení všech veřejných rozpočtů.

Model č. 3: Zákon o adiktologických službách

Systémový rámec:

Výhody:

- Zavádí jasnou definici adiktologických služeb na základě typologie těchto služeb, včetně základních činností.
- Upravuje poskytování zdravotních služeb v adiktologických službách bez nutnosti dvojí registrace, čímž zavádí zdravotně sociální charakter těchto služeb.
- Standardy adiktologických služeb jsou upraveny zákonem.

Nevýhody:

- Nutnost registrace a následné certifikace.
- Dvojí kontrola (krajem, jako registrujícím orgánem a RVKPP).
- Nutná rozsáhlá změna legislativy.

Financování a tvorba sítě služeb:

Výhody:

- Síť služeb je definována zákonem včetně základních parametrů.
- V zákoně jsou definovány činnosti, které jsou financovány z veřejných rozpočtů.

Nevýhody:

- Při tvorbě sítě adiktologických služeb je pravděpodobné, že spolupráce současných správců sítí (krajů a zdravotních pojišťoven) bude problematická.
- Úhrada nákladů za poskytování adiktologických služeb bude trpět dosavadní roztříštěností (tzv. vícezdrojové financování).
- Předepisování výše úhrad samosprávným celkům může být právně problematické.

Model č. 4: Adiktologický zákon

Systémový rámec:

Výhody:

- Vznikne Agentura pro a léčbu závislostí, která přebírá dosavadní činnost Odboru protidrogové politiky ÚV ČR. Jako správní orgán má velmi silné institucionální postavení.
- Zavádí jasnou definici adiktologických služeb na základě typologie těchto služeb, včetně základních činností.
- Upravuje poskytování zdravotních služeb v adiktologických službách bez nutnosti dvojí registrace, čímž zavádí zdravotně sociální charakter těchto služeb.
- Standardy adiktologických služeb jsou upraveny zákonem a nahrazují registraci, čímž dochází ke značnému administrativnímu zjednodušení.

Nevýhody:

- Nutná rozsáhlá změna legislativy.

Financování a tvorba sítě služeb:

Výhody:

- Díky samostatné kapitole ve státním rozpočtu je předpoklad stabilnějšího financování.
- Definici sítě služeb včetně jejich parametrů, která předpokládá dostatečně robustní síť.
- Tvorba sítě služeb je zcela v kompetenci Agentury s fakultativní účastí krajů a zdravotních pojišťoven.
- Financování je jasně vázáno na poskytování základních činností a výkonově na poskytování adiktologických služeb.
- Na financování registrovaných služeb je právní nárok.

Nevýhody:

- Částečně problematické se může jevit financování velkých poskytovatelů zdravotní péče, kde zůstane zachováno financování zdravotních služeb z veřejného zdravotního pojištění, ale financování základních adiktologických činností bude zajišťovat Agentura.
- Financování z jednoho zdroje může způsobit problémy v případě velkých propadů ekonomiky s ním spojené krácení všech veřejných rozpočtů, nicméně díky nárokovému financování služeb zařazených v síti je toto riziko menší než v případě modelu č. 2.

5.1. Změny legislativy na základě mezinárodních strategických dokumentů

Český právní řád reflektuje poměrně dobře doporučení v oblasti tabáku a tabákových výrobků a částečně i v oblasti nelegálních drog. Nerespektování mezinárodních strategických dokumentů je největší v oblasti alkoholu. Na základě zkoumání doporučení pro všechny oblasti bylo vypracováno několik návrhů dílčích novelizací zákonů:

- **Novela zákona o regulaci reklamy, zákona o rozhlasovém a televizním vysílání a zákona o audiovizuálních mediálních službách na vyžádání – Příloha č. 1**

Norma reflektuje doporučení obsažená ve strategických dokumentech WHO a EU, zejména **Globální strategie pro omezování škodlivého užívání alkoholu, (WHO, 2010)** a **Doporučení Rady 2001/458/ES ze dne 5. června 2001** týkající se konzumace alkoholu mladými lidmi, zejména dětmi a dospívající mládeží. Předkládaný návrh zákona je koncipován jako součást komplexních opatření směřujících k omezení konzumace alkoholu v obecné rovině. Jedním z hlavních cílů je ochrana nezletilých před cílenou reklamou na alkohol. Návrh zákona zavádí obsahové omezení reklamy tak, aby mohla obsahovat jen základní sdělení týkající se produktu. Zcela zakázány jsou tzv. hrané reklamy, protože je zakázáno účinkování živých osob nebo animací neživých objektů. Zákon zavádí také zdravotní varování, obdobně jako u tabákových výrobků. Zcela zakázána jsou obchodní sdělení na alkoholické nápoje v rozhlasovém a televizním vysílání a v audiovizuálních mediálních službách na vyžádání.

- **Novela zákona o regulaci reklamy, zákona o rozhlasovém a televizním vysílání a zákona o audiovizuálních mediálních službách na vyžádání – Příloha č. 2**

Jedná se o variantu předchozí normy, která zpřísňuje reklamu na tabákové výrobky zejména zákazem reklamy v místě prodeje a také na základě zkušeností z praxe precizuje formu varování u hazardních her, aby nebylo možné ho nadále obcházet.

- **Novela zákona o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek – školení prodejců tabáku a alkoholu – Příloha č. 3**

Tento návrh vychází z **Doporučení Rady 2001/458/ES** týkající se konzumace alkoholu mladými lidmi, zejména dětmi a dospívající mládeží, ve kterém je členským zemím doporučeno, aby zavedly školení pro prodejce alkoholických nápojů za účelem uplatnění zásad ochrany dětí a mládeže. Míra konzumace legálních drog dětmi a nezletilými je v naší zemi alarmující. Česká republika vykazuje ve srovnání s ostatními evropskými zeměmi vysokou míru užívání alkoholu nejen u dospělých ale i dětí a mladistvých do 16 let. Rizikovým faktorem je zde nezodpovědné chování prodejců tabákových výrobků a alkoholických nápojů, kteří velmi často porušují zákon. Podle zjištění českých neziskových organizací je až 50 % prodejců ochotno prodat alkohol a tabák nezletilým. Navrhovaným preventivním opatřením by mělo být povinné školení pro prodejce tabákových výrobků a alkoholických nápojů, které by je seznámilo se všemi riziky spojenými s užíváním těchto látek pro mladý organismus a také s požadavky tohoto zákona. Toto opatření vychází z praxe, kterou zavádějí někteří výrobci či distributoři těchto výrobků v rámci společenské odpovědnosti. V návrhu se stanovuje povinnost těchto školení nejen pro prodejce alkoholických nápojů, ale na základě zkušeností z kontrolních akcí i pro prodejce tabákových výrobků. Je samozřejmé, že účinnost těchto opatření musí být podpořena také průběžnými kontrolami ze strany státních orgánů.

- **Novela zákona o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek – zákaz samoobslužného prodeje alkoholických nápojů – Příloha č. 4**

Strategický dokument **Globální strategie pro omezování škodlivého užívání alkoholu, WHO 2010**, obsahuje celou řadu doporučení, jejichž zavádění má přispívat k snižování nadměrné konzumace alkoholu a pozitivně tak ovlivnit zdravotní stav obyvatelstva. Jedním z těchto opatření je i omezování dostupnosti alkoholu, např. zavedením specializovaných prodejen, omezování doby prodeje alkoholu, či zákaz samoobslužného prodeje. Posledně zmíněné opatření, které se jeví jako nejvhodnější pro naše prostředí, posiluje zejména ochranu

děti a mladistvých. Jiný než samoobslužný prodej, také vylučuje prodej nezletilým z nedbalosti. Vždy musí jít o úmyslný čin, což také následně ulehčuje práci kontrolním orgánům a odstraňuje možnou důkazní nouzi.

- **Novela zákona o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek – omezení prodejní doby alkoholických nápojů – Příloha č. 5**

Strategický dokument **Globální strategie pro omezování škodlivého užívání alkoholu**, doporučuje zavést časové omezení prodejní doby alkoholu v maloobchodních prodejnách jako nástroj k omezování nadměrné konzumace alkoholu. Návrh novelizace zavádí toto doporučení do českého právního řádu. Novelou zákona č. 65/2017 Sb., dojde k výraznému omezení prodejní doby, po kterou bude možno zakoupit alkohol. Alkohol podle navrhované právní úpravy nebude možné koupit v době od 22.00 hodin do 6.00 hodin, nicméně navrhovaná právní úprava se nijak nedotkne možnosti koupě alkoholu ve stravovacích zařízeních. Navrhované opatření přispěje ke snížení nadměrné konzumace alkoholu v populaci a omezí dostupnost alkoholických nápojů pro nezletilé.

- **Novela zákona o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek – zákaz prodeje alkoholu na čerpacích stanicích – Příloha č. 6**

Tento návrh, který zakazuje prodej alkoholických nápojů na čerpacích stanicích PHM, vychází z **Globální strategie pro omezování škodlivého užívání alkoholu**, WHO 2010. Hodnotící zpráva k této strategii, kterou vydalo WHO pod názvem **Global status report on alcohol and health 2014** uvádí jako příklad dobré praxe, která přispívá k omezování dostupnosti alkoholu pro mladistvé a také významně pomáhá v uplatňování „Politiky a protipatření týkající se řízení vozidel pod vlivem alkoholu“.

- **Novela zákona o sociálních službách – peer konzultanti – Příloha č. 7**

Zapojení peer konzultantů do oblasti služeb pro osoby závislé na návykových látkách je obsaženo i v **Doporučení Rady EU o prevenci a snižování poškození zdraví v souvislosti s drogovou závislostí** (2003). Návrh vymezuje specifické činnosti vhodné pro peer konzultanta a stanovuje kvalifikační předpoklady. Rovněž snižuje požadavky na trestní bezúhonnost peer konzultantů, protože jejich trestní minulost je zpravidla spojena s jejich dřívějším životním stylem, přičemž právě tento fakt jim umožňuje předávání zkušeností se zvládáním sociálního vyloučení.

- **Novela zákona o potravinách – zdravotní varování – Příloha č. 8**

Světová zdravotnická organizace v dokumentu **Globální strategie pro omezování škodlivého užívání alkoholu**, WHO 2010 doporučuje posílit informování spotřebitelů o rizicích souvisejících s užíváním alkoholu například uváděním příslušných upozornění na alkoholických nápojích. Tento návrh toto doporučení zavádí do našeho právního řádu. Obdobně jako u tabákových výrobků bude každé balení alkoholického nápoje s vyšším obsahem než 20 % objemových etanolu obsahovat zdravotní varování. Obsah tohoto varování stanoví ministerstvo zdravotnictví podzákonnou normou.

5.2. Změny legislativy na základě analytických prací

Na základě Analýzy systémového rámce adiktologických služeb, konzultací se spolupracujícími odborníky i na základě podnětů odborné veřejnosti získaných v rámci workshopu ke Klíčové aktivitě 1, byly identifikovány následující problémy:

Nedůsledná realizace integrované protidrogové politiky. Nevyvážené přístupy k legálním a nelegálním drogám a k návykovému chování. Nedostatečná péče v oblasti legálních drog a návykového chování, včetně nedostatečné publicity a absence jednoznačných postojů veřejných autorit k tomuto problému. Nedostatkem je i tvorba sítě pomáhajících služeb a nerovnoměrné rozdělení finančních prostředků na oblast legálních a nelegálních drog. Zatímco v oblasti zdravotních služeb je praktikován relativně vyvážený přístup, v oblasti sociálních služeb je důraz kladen zejména na nelegální návykové látky. Zcela poddimenzovaná je léčba závislosti na tabáku. Zcela nedostatečně je pokryta oblast adiktologické péče o děti do 18 let věku, a to jak z hlediska kapacity, tak z hlediska typů služeb.

Striktní oddělení zdravotních a sociálních služeb z hlediska požadavků, standardů a financování služeb. Adiktologické služby jsou však ze své podstaty službami zdravotně sociálními. V praxi vzniká paradoxní situace, že pro kvalitní provádění dané služby je nutné absolvovat proces dvojí registrace, který je neúměrně administrativně náročný a nezaručuje rentabilitu zdravotnických výkonů, nebo je zapotřebí pohybovat se na hraně (mnohdy i za hranou) zákona.

Téměř absentují služby poskytované v přirozeném prostředí klienta. Problematický je rovněž nedostatek chráněných pracovišť pro aktivní uživatele a klienty s duální diagnózou. Chráněná pracoviště jsou z legislativního hlediska rovněž velkým problémem, protože kvůli stávající zákonné úpravě mají v praxi velké problémy s finanční rentabilitou.

U zdravotních služeb dosud není dokončen proces přípravy specializačního a dalšího celoživotního vzdělávání. Vzdělávací program pro obor Klinická adiktologie se v současné době připravuje. Stejně tak je třeba vytvořit širší nabídku certifikovaných kurzů v oblasti celoživotního vzdělávání. V oblasti adiktologické lékařské péče problém spočívá v nedostatečném počtu psychiatrů, kteří by se tomuto oboru věnovali, a současně v absenci specializačního vzdělávání v oboru Návykové nemoci.

Neexistující koncepce tvorby sítě adiktologických služeb. Stávající mechanismy zajišťování dostupnosti služeb jsou nedostatečné a mohou způsobovat lokální absenci některých adiktologických služeb a jejich faktickou nedostupnost pro některé potenciální klienty. V oblasti zdravotních služeb chybí především specializované adiktologické ambulance a nedostatečná je i nabídka substituční léčby. Nedostatečná je rovněž práce s pacienty s duálními diagnózami. Velmi problematická je rovněž oblast dětské a dorostové adiktologie, kde téměř absentují služby následné péče. V oblasti sociálních služeb je velmi nedostatečný až absentující proces zjišťování potřeb klientů jako nástroj pro tvorbu sítě. Proces zařazování do sítě služeb je administrativně i časově velmi náročný.

Nedostatečné financování adiktologických služeb. Úhrada některých zdravotních adiktologických služeb z veřejného zdravotního pojištění je nastavena problematicky a nasmlouvaná síť těchto služeb je poddimenzovaná. Zdravotní pojišťovny nekalkulují své náklady v dlouhodobějším horizontu (výrazný dlouhodobý finanční benefit prevence před léčbou následků), ale v horizontu jednoho rozpočtového období. Výrazné podfinancování sociálních služeb způsobuje odliv zkušených pracovníků z tohoto segmentu služeb.

Rozdílný přístup k adiktologickým službám v jednotlivých krajích. Jednotlivé kraje přistupují k odlišným způsobům výpočtu tzv. vyrovnávací platby, a i různým způsobům tvorby sítě sociálních služeb. Také přístup ke koordinaci protidrogové politiky je různý. V některých krajích dokonce dochází k zakonzervování stávajících (nedostatečných) kapacit, či k preferenci pobytových služeb před službami sociální prevence. Nedostatečné zapojení měst a obcí do procesu tvorby sítě služeb (zejména neochota podílet se na přímém či nepřímém financování těchto služeb).

Složitost v čerpání prostředků na adiktologické služby z více veřejných zdrojů a s tím spojená velká administrativní náročnost v procesu podávání žádostí a jejich vyúčtování. Problémy způsobuje i neprovázanost jednotlivých systémů výkaznictví a vzrůstající nároky na objem vykazovaných dat pro různé subjekty veřejné správy. Často tak může docházet k paradoxní situaci, že administrativě je věnováno více času než přímé práci s klientem.

Velký problém představuje účelovost poskytnutých finančních prostředků, která mnohdy omezuje možnost použít část prostředků na financování běžných provozních nákladů. Rovněž je obtížné v tomto systému financování zajistit povinné vzdělávání zaměstnanců služby. Obdobné problémy představuje nedostatek investičních prostředků (přestože investice jsou často nutné k prostému naplnění zákonných požadavků). Částečně by byl tento problém řešitelný zavedením tzv. paušálních výdajů (což rozpočtová pravidla umožňují), které by vytvořily zdroj na úhradu neuznatelných nákladů.

Značně omezující je jednoleté financování adiktologických služeb, zvláště služeb zařazených do krajských sítě sociálních služeb. Dotace jsou poskytovány mnohdy s několikaměsíčním zpožděním, což například pro neziskové organizace znamená zásadní provozní potíže a dodatečné (neuznatelné) náklady na úvěrování běžného provozu. Tato situace fakticky znemožňuje dlouhodobé plánování a rozvoj služeb.

Nedostatečné legislativní ukotvení typologie a standardů adiktologických služeb. Na rozdíl od předchozí právní úpravy v současně platném zákoně č. 65/2017 Sb., o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek, není typologie zakotvena a jediná právní úprava je usnesení vlády ze dne 16. března 2005 č. 300/2005. Problematická je také povinnost adiktologických služeb splňovat různé typy standardů současně (standards sociálních služeb, standardy zdravotních služeb, standardy RVKPP) a s tím i procházet dvojím systémem hodnocení (inspekce sociálních služeb a certifikace odborné způsobilosti RVKPP). Tato povinnost dále zvyšuje administrativní zátěž adiktologických služeb. Zdravotnická zařízení tak velmi často neusilují o certifikaci RVKPP, protože možný finanční přínos nevyváží nutnou administrativu. Sociální adiktologické služby tato skutečnost staví do nerovného postavení oproti ostatním sociálním službám, které dvojím hodnocením kvality procházet nemusejí. Pro právní jistotu poskytovatelů služeb by bylo vhodnější řešit typologii a navazující standardy např. podzákonnou normou. Pouze tak by bylo možné legislativně zajistit, aby vyjmenované adiktologické služby procházely pouze jedním procesem ověřování kvality. Pevnější legislativní ukotvení by bylo vhodné i vzhledem ke skutečnosti, že mnohé kraje považují platnou certifikaci RVKPP za podmínku pro zařazení adiktologické služby do krajské sítě sociálních služeb.

Za úvahu rovněž stojí možné nové legislativní ukotvení dalších služeb harm reduction tak, jak je zmiňuje Protidrogový akční plán EU na období 2017–2020, zejména naloxonového programu, programů na zmírňování nepříznivých důsledků užívání drog v nočních podnicích apod.

K těmto doporučením bylo vypracováno několik návrhů dílčích novelizací:

- **Novela zákona o sociálních službách – komplexní změny včetně novelizace prováděcího předpisu – přílohy č. 9 a 10**

Rozšíření definice cílové skupiny o osoby s nelátkovými závislostmi umožní bezproblémový přístup k sociálním službám všem cílovým skupinám, které jsou ohroženy nejen zneužíváním psychoaktivních látek, ale i návykovým chováním a umožní správcům sítě jasně definovat adiktologické služby ve střednědobém plánu rozvoje sociálních služeb a v krajské protidrogové strategii.

Zákon usiluje o snížení administrativní náročnosti poskytování sociálních adiktologických služeb. Cílem je také umožnění provádění rychlých orientačních testů na přítomnost infekcí a základního zdravotního ošetření v kontaktních centrech a dalších adiktologických službách a tím zlepšit epidemiologickou situaci mezi uživateli návykových látek a nepřímo i mezi obecnou populací.

Navrhované řešení má rovněž zajistit orgánům ochrany veřejného zdraví účinnější dohled nad zdravotními činnostmi v prostředí sociálních služeb.

Návrh zavádí novou službu „Ambulantní centrum“. Dosud jsou ambulantní služby pro klienty s látkovou či nelátkovou závislostí v drtivé většině registrovány jako odborné sociální poradenství. Skutečná náplň jejich činnosti a požadavky na tuto činnost vyjádřené ve standardech odborné způsobilosti RVKPP však neodpovídají definici odborného sociálního poradenství v § 37, zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a v prováděcí vyhlášce. Nová služba odpovídá současné praxi ambulantních sociálních adiktologických služeb a je v souladu se standardy odborné způsobilosti RVKPP.

Přílohou je i návrh změny Vyhlášky č. 505/2006 Sb., kterou se provádí zákon o sociálních službách.

V souvislosti s Nařízením Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679 ze dne 27. dubna 2016 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES (obecné nařízení o ochraně osobních údajů) stanovit, které osobní údaje je oprávněn zpracovávat poskytovatel sociální služby, aniž by potřeboval souhlas klienta se zpracováním těchto údajů.

V souladu s aktuální praxí poskytovatelů sociálních služeb specifikovat, u kterých typů služeb lze vést dokumentaci anonymně, tedy pouze pod kódovým označením.

- **Novela zákona o ochraně veřejného zdraví – testování na infekční nemoci – příloha č. 11**

Současná právní úprava nezajišťuje zdravotním adiktologickým službám hrazení těchto rychlých testů z veřejného zdravotního pojištění a sociálním službám neumožňuje používání nejlevnějších testů prováděných pomocí testování kapilární krve. Tyto nízkoprahová zařízení tak musí využívat řádově dražší testy z biologického materiálu získaného neinvazivní cestou nebo obcházet legislativu tzv. samotestováním klienta. Pro některé služby toto může představovat přílišnou byrokratickou a finanční zátěž a mohou na toto testování rezignovat.

Navrhované řešení má zajistit zlepšení situace ve výše zmíněné epidemiologické oblasti a zároveň zajistit orgánům ochrany veřejného zdraví účinnější dohled nad celým procesem.

- **Novela zákona o ochraně veřejného zdraví – úhrada screeningového testování HIV – příloha č. 12**

Anonymní diagnostika HIV je v zákoně č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění výslovně vyňata ze služeb hrazených ze zdravotního pojištění. V praxi to tedy znamená poskytování diagnostických vyšetření pouze pojištěncům, a naopak odmítání jejich poskytování některým nakaženou HIV zvláště ohroženým skupinám osob. Tento stav je problematický zejména pro populaci uživatelů návykových látek a cizinců. Ve skupině cizinců se jedná především o (bývalé) občany postsovětských republik, mezi kterými existuje zvýšené riziko nákazy HIV a kteří zároveň tvoří stále větší podíl rizikových uživatelů návykových látek. Pro obě ohrožené skupiny bývá v praxi obtížné předložit poskytovateli zdravotních služeb občanský průkaz a/nebo průkaz zdravotní pojišťovny, což má zpravidla za následek odmítnutí provedení testu na přítomnost infekční choroby. To v praxi nejčastěji znamená buď ztrátu kontaktu s klientem či ztrátu jeho zájmu o další diagnostiku, popřípadě léčbu. V této souvislosti je třeba podotknout, že značná část zájemců o anonymní diagnózu přichází za poskytovateli zdravotních služeb po pozitivním výsledku zdarma provedeného a anonymního orientačního testu. Důsledkem takto nastaveného systému je tedy omezení možnosti kontrolovat, popřípadě redukovat šíření HIV a dalších infekčních onemocnění v rámci těchto ohrožených populačních skupin.

Cílem tohoto návrhu je zpřístupnit tyto služby ohroženým skupinám osob, jako jsou například uživatelé návykových látek nebo cizinci. Tento přístup by v ideálním případě měl zvýšit zájem těchto osob o podstoupení diagnostického vyšetření.

- **Novely zákonů upravujících primární školskou prevenci**
 - **Novela školského zákona včetně novelizace prováděcího předpisu – přílohy č. 13 a 14**
 - **Novela zákoníku práce – příloha č. 15**

Oblast primární prevence rizikového chování není systematicky upravena v žádném právním předpisu. Podrobně se této oblasti věnují pouze strategické dokumenty, zejména **Národní strategie primární prevence rizikového chování dětí a mládeže na období 2013–2018 (MŠMT 2017)**, zpracované v gesci MŠMT a rovněž metodické pokyny MŠMT, zejména **Metodické doporučení Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy k primární prevenci rizikového chování u dětí, žáků a studentů ve školách a školských zařízeních (MŠMT 2010)**, které vychází z výše uvedené strategie a navazuje na předchozí metodiky v této oblasti. Problematické je rovněž faktické provádění primární prevence. Školní metodik prevence nemá na rozdíl od metodika informačních a komunikačních technologií sníženou přímou vyučovací povinnost a příspěvek ve výši 1 000 až 2 000 Kč měsíčně není příliš motivační. Česká školní inspekce, která je zodpovědná za vyhodnocování primární prevence, se tomuto tématu věnuje jen okrajově a informace čerpá z dokumentace a od ředitelů škol. Větší část kapitol věnovaných prevenci se soustředí na řešení problému se záškoláctvím, ve zprávě pak není ani

zmínka o použití programů všeobecné, selektivní či indikované prevence, ani o spolupráci s externími subjekty (ČŠI, 2017).

Návrh novelizace školského zákona zavádí povinnost školy nebo školského zařízení včlenit do školního vzdělávacího programu program primární prevence. Prováděcím předpisem se snižuje přímá vyučovací povinnost školského metodika prevence a novelou zákoníku práce se zvyšuje příplatek pro školského metodika.

- **Novela zákona o sociálně právní ochraně dětí – příloha č. 16**

V současné době je poskytovatel zdravotních služeb poskytující adiktologickou léčbu povinen ohlásit OSPOD, že se v jeho péči nachází dítě, které požívá alkohol nebo návykové látky nebo je ohroženo závislostí. Tato skutečnost demotivuje dětské pacienty k nástupu dobrovolné léčby, protože se obávají dopadů ve škole a nejbližším okolí i trvalejší stigmatizace. Výsledkem je nízký počet motivovaných dětských pacientů a s tím spojená častá recidiva.

Cílem návrhu je odstranění překážek pro dobrovolný nástup dětských pacientů do adiktologické léčby. V léčbě adiktologických poruch je totiž motivace pacienta ke změně postojů a chování zcela klíčovým předpokladem k dlouhodobé úspěšnosti této léčby.

- **Novela zákona o specifických zdravotních službách včetně novelizace prováděcího předpisu – záchytky – přílohy č. 17 a 18**

Návrh usiluje o jasnější vymezení práv osob umístěných v ochranném léčení tím, že dává pacientům umístěným ve zdravotnickém zařízení mimo výkon právo být seznámen s důvody uložení kárného opatření a možnost podat proti tomuto opatření odvolání.

Návrh zavádí do systému protialkoholních a protitixikomanických záchytných stanic přímou adiktologickou intervenci, vyšetření odborným lékařem nebo adiktologem, který pacientovi při propouštění doporučí odbornou péči. Dále se navrhuje, aby pro větší právní jistotu poskytovatelů zdravotních služeb, kteří provozují protialkoholní a protitoxikomanickou záchytnou stanici, byla v zákoně explicitně upravena výjimka z oznamovací povinnosti podle zvláštního zákona.

- **Novela zákona o Vězeňské službě a justiční stráži České republiky – příloha č. 19**

Návrh zmocňuje ministerstvo spravedlnosti k vydání prováděcího právního předpisu, který by měl přesně specifikovat, které služby a v jaké rozsahu budou Vězeňskou službou poskytovány nebo zajišťovány. Odstranila by se tak disproporce v poskytování služeb v různých zařízeních, kde v podstatě záleží na vedení tohoto zařízení, v jakém rozsahu, či zda vůbec bude odborná péče osobám s adiktologickou poruchou poskytována.

- **Novela vyhlášky o stanovení zdravotní způsobilosti k řízení motorových vozidel – příloha č. 20**

Návrh předpokládá sjednocení povinné abstinenci lhůty pro řízení motorových vozidel pro alkohol i psychoaktivní látky. Vyhláška ve své příloze č. 3, bodu VIII. odst. 2. písm. a) podmiňuje zdravotní způsobilost k řízení motorových vozidel osoby v minulosti závislé na alkoholu nebo neschopné vzdát se jeho vlivu při řízení bezpečným abstinencním obdobím trvajícím alespoň jeden rok. Obdobou pro osoby v minulosti závislé na „psychoaktivních látkách“ nebo

neschopné vzdát se jejich vlivu při řízení je pak ustanovení v téže příloze bodu IX. odst. 2, které však zavádí jako podmínku zdravotní způsobilosti abstinenční období v délce dvou let. Byť není termín „psychoaktivní látka“ v českém právním řádu v současnosti definován, lze mít za to, že jím zákonodárce označuje skupinu návykových látek ve smyslu § 2 písm. a) zákona č. 65/2017 Sb., o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek, platném znění, s výjimkou alkoholu a tabáku. Vědecké poznatky a statistiky ukazují, že tato skupina látek představuje pro bezpečnost dopravy na pozemních komunikacích výrazně menší hrozbu než alkohol. Dvojnásobná délka trvání abstinenčního období pro bývalé uživatele „psychoaktivních látek“ oproti bývalým uživatelům alkoholu tedy nemá logické opodstatnění.

5.3. Zákon o Agentuře pro prevenci a léčbu závislostí

Návrh zákona o **Agentuře pro prevenci a léčbu závislostí – příloha č. 21** - představuje variantu nového uspořádání systémového rámce adiktologických služeb, která představuje nejmenší zásah do současně platné legislativy, která řeší problematiku adiktologických služeb. Střešním zákonem v této oblasti je **zákon č. 65/2017 Sb., o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek**, který definuje adiktologickou poruchu jako: „*poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek, patologické hráčství a další příbuzné poruchy chování charakterizované chronickým průběhem, bažením, sníženou schopností abstinovat, postižením kontroly chování a sníženou schopností rozpoznávat či připouštět si problémy vznikající v důsledku vlastního chování*“. Osobám s adiktologickou poruchou je poskytována odborná péče podle zvláštních zákonů, konkrétně se jedná o **zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách**, podle kterého jsou poskytovány intervence spadající do sociální oblasti a **zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách**, podle kterého jsou poskytovány intervence spadající do zdravotnické oblasti. Na rozdíl od předchozí právní úpravy, kterou byl **zákon č. 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami**, není nikterak řešena oblast primární prevence.

Navrhované pojetí adiktologických služeb nepředstavuje revoluční změnu, protože tyto služby ponechává v systému zdravotních a sociálních služeb a zachovává tak současný stav. Nicméně na rozdíl od současné právní úpravy kodifikuje proces ověřování kvality těchto služeb prostřednictvím certifikace. Tento proces je poprvé stanoven přímo zákonem, respektive podzákonnými normami, pokud jde o standardy odborné způsobilosti a certifikační řád. Takto koncipovaný proces certifikace adiktologických služeb znamená výrazný posun oproti současnému stavu, kdy je certifikace podmínkou pouze pro získání dotací z kapitoly Úřad vlády (RVKPP) státního rozpočtu. Pro ostatní subjekty, které poskytují dotace z veřejných rozpočtů na činnost adiktologických služeb, je získaná certifikace pouze doporučením.

Velkým problémem současné praxe je velká administrativní náročnost celého procesu zajišťování adiktologických služeb, která spočívá zejména v odděleném výkaznictví, procesu řízení kvality služeb i financování služeb. V systému tzv. vícedrožového financování jednotliví donátoři, kterými jsou především veřejné instituce (zejména stát, kraj, obec), požadují mnohdy rozdílné vykazování poskytnutých finančních prostředků. Návrh proto předpokládá vznik nové instituce – Agentury pro prevenci a léčbu závislostí.

Agentura spravující oblast protidrogové politiky není v evropském kontextu nic neobvyklého. Obdobné orgány má zřízené Francie, Švédsko, Portugalsko, Finsko, Chorvatsko, Rumunsko, Polsko a Maďarsko. Samostatná Agentura, pověřená správou konkrétní agendy, není žádnou novinkou ani v našem

právním řádu. Existují vládní agentury, které spravují samostatnou rozpočtovou kapitolu (Grantová agentura ČR, Technologická agentura ČR, Národní sportovní agentura), agentury jednotlivých ministerstev, které jsou organizační složkou státu nebo příspěvkovou organizací (Česká rozvojová agentura, CzechTourism, CzechInvest, CzechTrade, Agentura ochrany přírody a krajiny apod.). Některé agentury mají postavení správního úřadu (Národní sportovní agentura, Agentura ochrany přírody a krajiny).

Agentura, jejíž součástí bude Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti, bude zajišťovat úkoly, které v současné době vykonává sekretariát RVKPP, a další úkoly stanovené tímto zákonem. Jedná se zejména o tvorbu a financování sítě adiktologických služeb.

Dále bude kladen větší důraz na zajišťování kvality adiktologických služeb procesem certifikace těchto služeb, který bude zakotven v předpisu vyšší právní síly (oproti současnému stavu, kdy je prováděn na základě usnesení vlády).

Novým prvkem v oblasti léčby závislosti je stanovení sítě adiktologických služeb tak, aby všechny typy těchto služeb byly dostupné v každém kraji a pro všechny cílové skupiny. V současné době přetrvává historicky podmíněné zaměření těchto služeb na uživatele omamných a psychotropních návykových látek a další oblasti jsou kapacitně značně poddimenzovány. V posledních několika letech se situace zlepšila v oblasti návykového chování, ale v oblastech užívání tabáku a zejména alkoholu je síť pomáhajících služeb naprosto nedostatečná. Návrh zákona má tuto disproporci napravit.

5.4. Zákon o Adiktologických službách

Návrh zákona o **Adiktologických službách – příloha č. 22** - představuje razantnější zásah do současné legislativy, protože vyjímá adiktologické služby ze současného systému sociálních a zdravotních služeb a vytváří specifickou kategorii adiktologických služeb. Jak již bylo zmíněno, předchází právní úprava protidrogové oblasti, a sice ***zákon č. 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami***, řešil organizaci a provádění protidrogové politiky, včetně rozdělení kompetencí a vymezení zodpovědnosti jednotlivých veřejných orgánů (vlády, ministerstev, krajů a obcí). Podrobně se také věnoval protidrogové prevenci a taxativně vyjmenovával typy odborné péče, která je poskytována osobám závislým na tabáku, alkoholu nebo jiných návykových látkách. Jedná se o následující typy péče:

- akutní lůžková péče,
- detoxifikace,
- terénní programy,
- kontaktní a poradenské služby,
- ambulantní léčba závislosti,
- stacionární programy,
- krátkodobé a střednědobé poskytnutí lůžkové péče
- rezidenční léčba v terapeutických komunitách
- programy následné péče,
- substituční léčba.

Toto legislativní ukotvení tzv. adiktologických služeb de facto kodifikuje současný stav. Zodpovědnost za jejich poskytování mají dle zákona poskytovatelé zdravotních služeb nebo poskytovatelé sociálních služeb, popřípadě jiná zařízení, zřízená za tímto účelem. V zákoně sice není specifikována forma „jiného zařízení“ nicméně se jedná o možnost poskytovat adiktologické služby i mimo systém zdravotních či

sociálních služeb. Těmto typům odborné péče jsou také přizpůsobeny standardy odborné způsobilosti RVKPP, jejichž naplnění je podmínkou získání dotace z kapitoly Úřadu vlády.

„Adiktologické služby mají – na základě zjištěné individuální situace a potřeb jejich uživatelů – integrovat specifické léčebné, edukativní a preventivní postupy včetně sociální práce“ (Vavrinčíková, Libra, Miovský, 2013), současná praxe však vyžaduje, aby každá služba, která poskytuje skutečně komplexní adiktologickou péči měla zvláštní registraci jako služba zdravotní a zvláštní registraci jako služby sociální. Zcela oddělené je i výkaznictví, proces řízení kvality služeb i financování služeb. Celý proces zajišťování těchto služeb je nesmírně administrativně náročný. Tuto náročnost dále zvyšuje systém tzv. vícezdrojového financování, kdy jednotliví donátoři jsou veřejné instituce (zejména stát, kraj, obec), kteří požadují mnohdy rozdílné vykazování poskytnutých finančních prostředků. Návrh proto předpokládá vznik samostatné kategorie adiktologických služeb, které budou poskytovat zdravotně-sociální péči a budou disponovat pouze jednou registrací. Při poskytování zdravotních služeb budou adiktologické služby povinny dodržovat personální i věcné požadavky, které jsou pro zdravotní služby stanoveny zvláštními právními předpisy. Dále bude kladen větší důraz na zajišťování kvality adiktologických služeb procesem certifikace těchto služeb, který bude zakotven v předpisu vyšší právní síly (oproti současnému stavu, kdy je prováděn na základě usnesení vlády).

Novým prvkem v oblasti léčby závislostí je stanovení sítě adiktologických služeb, a to na základě hodnocení výskytu škodlivého chování tak, aby všechny typy těchto služeb byly dostupné v každém kraji a pro všechny cílové skupiny. V současné době přetrvává historicky podmíněné zaměření těchto služeb na uživatele omamných a psychotropních návykových látek a další oblasti jsou kapacitně značně poddimenzovány. V posledních několika letech se situace zlepšila v oblasti návykového chování, ale v oblastech užívání tabáku a zejména alkoholu je síť pomáhajících služeb naprosto nedostatečná. Návrh zákona má tuto disparititu napravit.

5.5. Adiktologický zákon

Návrh **Adiktologického zákona – příloha č. 23** - představuje nejkomplexnější úpravu systémového rámce adiktologických služeb. Kombinuje v sobě předchozí návrhy, kdy rovněž zavádí samostatnou kategorii adiktologických služeb, formálně nezávislých na současném systému zdravotních a sociálních služeb, a také ustavuje Agenturu pro léčbu a prevenci závislostí. Na rozdíl od zákona o Agentuře má v tomto zákoně Agentura silnější postavení. Je nejen správcem samostatné kapitoly, ale je také správním orgánem, který odpovídá za oblast adiktologických služeb. V tomto zákoně je zrušena nutnost dvojí registrace (jako zdravotní nebo sociální služby) vícestupňový systém získávání odborné způsobilosti poskytovatel, tedy registrace krajským úřadem a navazující certifikace Agenturou nebo RVKPP je nahrazena certifikací, kterou uděluje Agentura na základě splnění požadavků ve Standardech odborné způsobilosti. Ty Agentura, na základě zákonného zmocnění, vydává jako podzákonnou normu.

Také v tomto zákoně je velký důraz kladen na síť adiktologických služeb. I zde je síť definována tak, aby v ní byly zastoupeny všechny typy adiktologické péče pro všechny cílové skupiny klientů a aby tato síť poskytovala komplexní služby, které budou obsahovat zdravotní i sociální péči. Pro tvorbu sítě jsou stanoveny přesné postupy a je počítáno s participací krajů.

Je třeba zdůraznit, že obdobně jako návrh zákona o Agentuře, tento návrh zákona řeší ustavení a financování základní sítě adiktologických služeb ze státního rozpočtu. Územně samosprávné celky

(kraje a obce) finančně neparticipují na základní síti adiktologických služeb, ale nejsou zbaveny povinnosti provádět protidrogovou politiku na svém území, kterou jim stanovuje **§ 29 zákona č. 65/2017 Sb., o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek**. Vzhledem k faktu, že oblast adiktologických služeb a intervencí je velmi flexibilní a přizpůsobuje se zájmům pacienta/klienta, vzniká tímto prostor pro vytváření nových služeb, které sice nebudou zcela konformní s deklarovaným systémem adiktologických služeb, ale budou lépe reagovat na specifické potřeby konkrétního kraje či obce.

>6

6 Prováděcí předpisy

V navrhovaných zákonech, které představují varianty nového nastavení systémového rámce adiktologických služeb, hrají velkou roli prováděcí předpisy, které na základě zmocnění v zákoně upřesňují obsah některých pojmů a způsob jejich provedení. V jednotlivých návrzích zákonů je zmocnění k vydání následujících právních předpisů:

6.1. Zákon o Agentuře

K vydání prováděcích právních předpisů je zmocněna Agentura. Jedná se o následující předpisy:

- Typologie adiktologických služeb a standardy odborné způsobilosti.
- Certifikační řád.
- Parametry sítě služeb.
- Podrobnosti úhrad a pravidla pro jejich vykazování.

6.2. Zákon o Adiktologických službách

K vydání prováděcích právních předpisů je zmocněna vláda. Jedná se o následující předpisy:

- Rozsah úkonů v rámci základních činností jednotlivých typů adiktologických služeb.
- Maximální výše úhrad za ubytování a stravu.
- Standardy odborné způsobilosti.
- Certifikační řád.
- Zdravotní stav vylučující poskytnutí adiktologické služby.
- Parametry sítě adiktologických služeb.
- Výše úhrad spojených s certifikací, externí supervizí a základními činnostmi a pravidla pro jejich vykazování.

6.3. Adiktologický zákon

K vydání prováděcích právních předpisů je zmocněna Agentura. Jedná se o následující předpisy:

- Rozsah úkonů v rámci základních činností jednotlivých typů adiktologických služeb.
- Maximální výše úhrad za ubytování a stravu.
- Standardy odborné způsobilosti a certifikační řád.
- Zdravotní stav vylučující poskytnutí adiktologické služby.
- Parametry sítě adiktologických služeb.
- Výše úhrad spojených s certifikací, externí supervizí a základními činnostmi a pravidla pro jejich vykazování.
- Seznam zdravotních výkonů a pravidla pro jejich vykazování.

Jednotlivé prováděcí předpisy nebyly v této fázi prací na systémovém rámci adiktologických služeb zpracovány, nicméně v rámci tohoto projektu jsou zpracovány analýzy jednotlivých oblastí, včetně návrhů řešení, které mohou sloužit jako základ pro tvorbu výše uvedených norem.

Rozsah úkonů poskytovaných v rámci základních činností

- Prováděcí předpis bude, obdobně jako u zákona o sociálních službách, konkretizovat jednotlivé základní činnosti prostřednictvím seznamu výkonů. Budou rovněž stanovena pravidla pro jejich vykazování prostřednictvím elektronického nástroje. Jako základ pro tvorbu prováděcího předpisu budou sloužit následující materiály, které byly vytvořeny týmem **Klíčové aktivity 2.3**:
 - **Jan Šalomoun, Alexandra Roubalová**: Seznam a definice výkonů adiktologických odborných služeb
 - **Jan Šalomoun**: Návrh softwarového řešení informačního systému

Maximální výše úhrad za ubytování a stravu

- Úhrady budou stanoveny, obdobně jako v zákoně o soc. službách, tj. maximální částka za ubytování a max. částka za jídlo. Vzhledem k faktu, že vzhledem k inflaci absolutní čísla uvedená např. ve vyhlášce mohou velmi rychle zastarat, lze uvažovat o uvedení procentní částky z životního minima apod.

Zdravotní stav, který vylučuje poskytnutí adiktologické služby

- Budou stanoveny prováděcím předpisem, bude se jednat zejména o stav, který vyžaduje akutní hospitalizaci nebo infekční nemoc, která vyžaduje karanténu.

Standardy odborné způsobilosti a certifikační řád

- Oba dokumenty budou součástí prováděcího předpisu. Standardy odborné způsobilosti jsou zpracovávány týmem **Klíčové aktivity 2.2** a v současné podobě reflektují rozdělení adiktologických služeb mezi služby sociální a zdravotní. Speciálně je rovněž upravena školská adiktologická prevence. Při tvorbě prováděcích předpisů k návrhům zákonů bude zapotřebí respektovat zvolenou variantu úpravy adiktologických služeb a dle ní i modifikovat Standardy odborné způsobilosti a Certifikační řád. Dokumenty, které budou sloužit jako východisko pro přípravu výše zmíněných právních norem jsou:
 - **Petr Hrouzek, Lucia Kiššová, Vojtěch Jágl**: Standardy odborné způsobilosti adiktologických služeb
 - **Petr Hrouzek, Lucia Kiššová, Vojtěch Jágl**: Příručka pro hodnotitele odborné způsobilosti adiktologických služeb

Parametry sítě

- Parametry sítě, zejména kapacita dle jednotlivých typů a cílových skupin, bude určována z úrovně kraje na základě komunitního plánování a aktivního zjišťování potřebnosti. Metodiku zjišťování potřebnosti zpracovával tým **Klíčové aktivity 2.1**. Pro potřeby tvorby sítě byly vytvořeny následující dokumenty, které budou sloužit jako východisko při tvorbě prováděcího předpisu:
 - **Kryštof Hanzlík**: Návrh nástroje zajištění dostupnosti adiktologických služeb a metodika k jeho praktické realizaci
 - **Kryštof Hanzlík, Benjamin Petruželka**: Zajištění dostupnosti pomáhajících služeb v České republice – zakotvení praxe v relevantních normách a strategiích

Výše úhrad nákladů spojených s certifikací, externí supervizí a základními činnostmi

- Financování bude rovněž upraveno prováděcím předpisem. Bude vycházet z typu služby, smluvní kapacity a zapsaných základních činností. V praxi je možné využít dva systémy financování: kapitace na základě výše zmíněných parametrů nebo výkonové financování na základě vykázaných výkonů. Na návrhu nového nástroje financování adiktologických služeb, který bude sloužit jako podklad pro vypracování prováděcího právního předpisu, pracoval tým **Klíčové aktivity 2.4**, který vypracoval následující dokument:
 - **Renáta Habiňáková, Marta Sobková, Ondřej Brom, Bronislava Ondrušková:** Návrh nástroje financování adiktologických služeb v České republice

Výše úhrad nákladů zdravotní péče

- Zde by pravděpodobně bylo vhodné vycházet z úhradové vyhlášky MZ, aby nedocházelo k zásadním disproporcím mezi adiktologickými a zdravotními službami. Nicméně, i zde jsou možné částečné modifikace tak, aby nemohlo docházet k podnákladovému financování.



7 Implementace

Implementace legislativního řešení nového systémového rámce adiktologických služeb by měla následovat po ukončení této fáze projektu „Systémová podpora rozvoje adiktologických služeb v rámci integrované protidrogové politiky“ a měla by probíhat v rámci běžné agendy Odboru protidrogové politiky Úřadu vlády České republiky nebo případně prostřednictvím navazujícího projektu ESF.

7.1. Návrh harmonogramu legislativních postupů

- Výběr varianty pro dopracování
- Připomínkové řízení
 - ministerstva
 - ústřední orgány státní správy
 - kraje a obce
 - odborové organizace a organizace zaměstnavatelů
 - profesní odborné organizace
 - odbor kompatibility Úřadu vlády
- Projednání ve vládě
- Zpracování definitivního paragrafového znění
- Zpracování RIA
- Zpracování prováděcích předpisů
- Připomínkové řízení
 - ministerstva
 - ústřední orgány státní správy
 - kraje a obce
 - odborové organizace a organizace zaměstnavatelů
 - profesní odborné organizace
 - odbor kompatibility Úřadu vlády
- Projednání Legislativní radou vlády
- Schválení vládou
- Předložení Poslanecké sněmovně
- Projednání Poslaneckou sněmovnou – 3 čtení
- Schválení Poslaneckou sněmovnou
- Projednání Senátem
- Postoupení k podpisu Prezidentu ČR
- Vyhlášení ve Sbírce zákonů

Seznam zkratek:

A.N.O. – Asociace nestátních organizací

AT ordinace – ordinace pro alkoholismus a (jiné) toxikomanie

BESIP – oddělení Ministerstva dopravy ČR koordinující činnosti v oblasti bezpečnosti na pozemních komunikacích a působení na lidského činitele

CND – Komise pro narkotika OSN

EHZ – elektronická herní zařízení

EMCDDA – Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost

ESF – Evropský sociální fond

ESPAD – Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs)

INCB – Mezinárodní výbor pro kontrolu narkotik

KPK – Krajský protidrogový koordinátor

MPK – místní protidrogový koordinátor

MPSV – Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky

MS – Ministerstvo spravedlnosti České republiky

MŠMT – Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy České republiky

MZ – Ministerstvo zdravotnictví České republiky

NMS – Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti

NSZ – Národní strategie prevence a snižování škod spojených se závislostním chováním

OECD – Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (Organisation for Economic Co-operation and Development)

Projekt RAS - Projekt „Systémová podpora rozvoje adiktologických služeb v rámci integrované protidrogové politiky“

RVKPP – Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky

VHC – virus hepatitidy C

WHO – Světová zdravotnická organizace (World Health Organization)

ZSP MHMP – Odbor zdravotnictví, sociální péče a prevence Magistrátu hlavního města Prahy

Seznam literatury:

Bevir, M. (2009). Key Concepts in Governance. London, New Deplhi, Sage Publications.

ČESKÁ ŠKOLNÍ INSPEKCE. (2017). Kvalita a efektivita vzdělávání a vzdělávací soustavy ve školním roce 2016/2017. Výroční zpráva České školní inspekce.

Fišerová, M. (2000) Historie, příčiny a léčení drogových závislostí, Postgraduální medicína,

Hauk, R. (2015) Výkaznictví sociálních služeb – 1. hodnotící zpráva projektu Podpora procesů v sociálních službách.

Malenovský, J. (2002). Mezinárodní právo veřejné. Brno: Doplněk

Mravčík, V., Chomynová, P., Grohmannová, K., Janíková, B., Leštinová, Z. T., Rous, Z., Kiššová, L., Kozák, J., Nechanská, B., Vlach, T., Černíková, T., Fidesová, H., Vopravil, J. (2017). Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2016 [Annual Report on Drug Situation 2016 – Czech Republic]. Dostupné z drogy-info: https://www.drogy-info.cz/data/obj_files/32732/786/VZ_2016_drogova_situace_v_CR.pdf

Mravčík, V., Chomynová, P., Grohmannová, K., Janíková, B., Černíková, T., Rous, Z., Cibulka, J., Fidesová, H., Vopravil, J. (2020). Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2019 [Annual Report on Drug Situation 2019 – Czech Republic]. Dostupné z drogy-info: https://www.drogy-info.cz/data/obj_files/33369/1076/VZdrogy2019_v02_s%20obalkou.pdf

Mravčík, V., Chomynová, P., Grohmannová, K., Janíková, B., Grolmusová, L., Tion Leštinová, Z., Rous, Z., Kiššová, L., Nechanská, B., Sopko, B., Vlach, T., Fidesová, H., Jurystová, L., Vopravil, J., Malinová, H. (2015). Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2014 [Annual Report on Drug Situation 2014 - Czech Republic]. Dostupné z drogy-info: https://www.drogy-info.cz/data/obj_files/23496/700/VZ_drogy_2014_fin03_v160202.pdf

MŠMT (2010). Metodické doporučení Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy k primární prevenci rizikového chování u dětí, žáků a studentů ve školách a školských zařízeních.

MŠMT (2017). Národní strategie primární prevence rizikového chování dětí a mládeže na období 2013–2018.

Odbor sociálních věcí a zdravotnictví Jihočeského kraje (2012). Minimální síť protidrogových služeb na území jihočeského kraje na období 2012 – 2014. Dostupné z: https://socialniportal.kraj-jihocesky.cz/files/min_sit_2012_2014.pdf

OSN (1961). Single Convention on Narcotic Drugs

Pleva, P., Fidesová, H. (2018) Analýza systémového rámce protidrogové politiky (ÚV ČR, Praha)

Popov, P. (2005). Z historie léčby alkoholismu v Českých zemích. Adiktologie

RADA EU (2021). Strategie EU pro oblast drog na období 2021–2025 (2021/C 102 I/01)

RADA EU (2003). Doporučení Rady EU o prevenci a snižování poškození zdraví v souvislosti s drogovou závislostí (Úř. věst. L 165, 3.7.2003, s. 0031 – 0033.).

RADA EU (2001). Council Recommendation of 5 June 2001 on the drinking of alcohol by young people, in particular children and adolescents. [2001/458/EC].

Richter, J. (2016). Analýza podmínek vybraných dotačních řízení pro zajištění služeb v oblasti protidrogové politiky

Sociotrendy (2018). Analýza mezinárodního a národního legislativního rámce protidrogové politiky a mezinárodních, národních a regionálních strategických dokumentů (ÚV ČR, Praha)

Vavrinčíková, L., Libra, J., Miovský, M. (2013). Koncepce sítě specializovaných adiktologických služeb v České republice (SNN ČLS JEP, Klinika adiktologie 1.LF UK a VFN v Praze)

Vláda ČR (2021). Národní strategie prevence a snižování škod spojených se závislostním chováním 2019-2027

WHO (2010). Global strategy to reduce the harmful use of alcohol.

WHO (2014). Global status report on alcohol and health 2014

Seznam příloh

Příloha č. 1 Návrh novelizace zákona č. 40/1995 Sb., o regulaci reklamy (alkohol)

Příloha č. 2 Návrh novelizace zákona č. 40/1995 Sb., o regulaci reklamy (alkohol a hazard)

Příloha č. 3 Návrh novelizace zákona č. 65/2017 Sb., o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek (Školení prodejců)

Příloha č. 4 Návrh novelizace zákona č. 65/2017 Sb., o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek (Samoobslužný prodej)

Příloha č. 5 Návrh novelizace zákona č. 65/2017 Sb., o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek (Omezení prodejní doby)

Příloha č. 6 Návrh novelizace zákona č. 65/2017 Sb., o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek (Čerpací stanice)

Příloha č. 7 Návrh novelizace zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách (peer konzultanti)

Příloha č. 8 Novela zákona č. 110/1997 Sb., o potravinách a tabákových výrobcích

Příloha č. 9 Návrh novelizace zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách (komplexní změny)

Příloha č. 10 Návrh novelizace vyhlášky č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách

Příloha č. 11 Návrh novelizace zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví (testování na infekční nemoci)

Příloha č. 12 Návrh novelizace zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví (úhrada testů HIV)

Příloha č. 13 Návrh novelizace zákona č. 561/2004 Sb., školský zákon (primární prevence)

Příloha č. 14 Návrh novelizace nařízení vlády č. 75/2005 Sb., o stanovení rozsahu přímé vyučovací, přímé výchovné, přímé speciálně pedagogické a přímé pedagogicko-psychologické činnosti pedagogických pracovníků (primární prevence)

Příloha č. 15 Návrh novelizace zákona č. 262/2006 Sb., zákoník práce (primární prevence)

Příloha č. 16 Návrh novelizace zákona č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí

Příloha č. 17 Návrh novelizace zákona č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách (záchytky)

Příloha č. 18 Návrh novelizace vyhlášky č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb (záchytky)

Příloha č. 19 Návrh novelizace zákona č. 555/1992 Sb., o Vězeňské a justiční stráží České republiky

Příloha č. 20 Návrh novelizace vyhlášky č. 277/2004 Sb., o stanovení zdravotní způsobilosti k řízení motorových vozidel

Příloha č. 21 NÁVRH ZÁKONA O AGENTUŘE PRO PREVENCI A LÉČBU ZÁVISLOSTÍ A O ZAJIŠŤOVÁNÍ ADIKTOLOGICKÝCH SLUŽEB A O ZMĚNE NĚKTERÝCH SOUVISEJÍCÍCH ZÁKONŮ

Příloha č. 22 NÁVRH ZÁKONA O ADIKTOLOGICKÝCH SLUŽBÁCH, JEJICH POSKYTOVÁNÍ A ZAJIŠŤOVÁNÍ A O ZMĚNE NĚKTERÝCH SOUVISEJÍCÍCH ZÁKONŮ

Příloha č. 23 NÁVRH ZÁKONA O ADIKTOLOGICKÝCH SLUŽBÁCH, JEJICH POSKYTOVÁNÍ A ZAJIŠŤOVÁNÍ, O AGENTUŘE PRO PREVENCI A LÉČBU ZÁVISLOSTÍ A O ZMĚNE NĚKTERÝCH SOUVISEJÍCÍCH ZÁKONŮ (ADIKTOLOGICKÝ ZÁKON)