



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost

Úřad vlády České republiky



Analýza současných systémů zajištění dostupnosti adiktologických služeb v České republice

Kryštof Hanzlík

Konzultanti: Lucia Kiššová, Josef Radimecký, Daniel Dárek

Praha, 2018

Analýza systémů zajištění

dostupnosti adiktologických služeb v České republice

Analýza byla zpracována 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: Mgr. Kryštof Hanzlík

Konzultanti: Mgr. Lucia Kiššová, PhDr. Josef Radimecký, Ph.D., MSc., Daniel Dárek

Odborná redakce: Michaela Valentová

Úřad vlády České republiky, Odbor protidrogové politiky,
Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky
Praha, 2018

ISBN: 978-80-7440-227-2

Analýza systémů zajištění dostupnosti adiktologických služeb v České republice

SEKRETARIÁT RADY VLÁDY PRO KOORDINACI PROTIDROGOVÉ POLITIKY

Kryštof Hanzlík



Obsah

Úvod	1
Shrnutí.....	3
1 Teoretická východiska	7
1.1. Potřeby a potřebnost	7
1.1.1 Definice potřeb.....	7
1.1.2 Typy potřeb	8
1.1.3 Metody zjišťování potřebnosti	9
1.2. Dostupnost služeb	11
1.3. Obecný rámec tvorby sítě služeb	14
2 Systémy zajištění dostupnosti adiktologických služeb	19
2.1 Protidrogová politika	19
2.1.1 Legislativní a strategický rámec, klíčoví aktéři.....	20
2.1.2 Financování služeb v rámci protidrogové politiky	21
2.1.3 Definování normativních potřeb, cílových skupin a služeb	21
2.1.4 Nástroje definování a tvorby sítě adiktologických služeb	24
2.1.5 Diskuze k využívaným nástrojům tvorby sítě služeb	27
2.2 Rámec sociálních služeb	30
2.2.1 Legislativní a strategický rámec, klíčoví aktéři.....	30
2.2.2 Financování sociálních služeb.....	31
2.2.3 Definování normativních potřeb, služeb a cílových skupin	32
2.2.4 Nástroje definování a tvorby sítě sociálních služeb.....	33
2.2.5 Diskuze k využívaným nástrojům tvorby sítě sociálních služeb.....	36
2.3 Rámec zdravotních služeb	38
2.3.1 Legislativní a strategický rámec, klíčoví aktéři.....	38
2.3.2 Financování zdravotních služeb.....	39
2.3.3 Definování normativních potřeb, služeb a cílových skupin	40
2.3.4 Nástroje definování a tvorby sítě zdravotních služeb	41
2.3.5 Diskuze k využívaným nástrojům tvorby sítě zdravotních služeb.....	43
3 Závěr a shrnutí poznatků.....	47
Literatura.....	53
Zkratky.....	56

Seznam obrázků	57
Seznam tabulek	57

Úvod

Adiktologické služby jsou mezioborové a multidisciplinární služby, které poskytují specializovanou péči osobám závislým nebo ohroženým závislostí. V současné době jsou adiktologické služby poskytovány především v síti sociálních a zdravotních služeb, jsou to tedy často služby zdravotní nebo sociální, nebo zdravotní a sociální zároveň, případně služby edukativní.

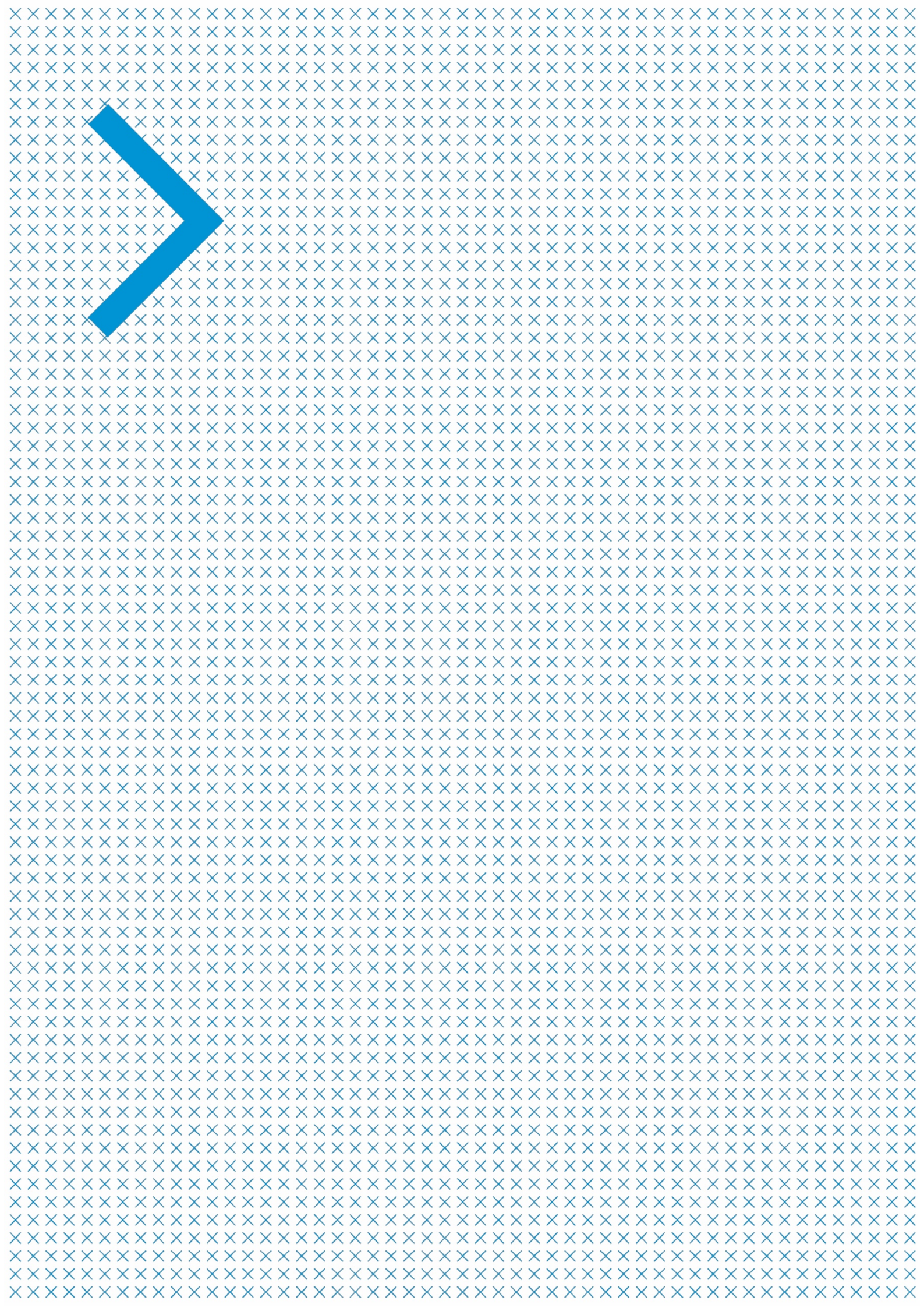
Adiktologické služby jsou tak vázány mnohdy rozdílnými povinnostmi a závazky, které vyplývají z rozdílných zákonů a podzákonných norem, případně z rozdílných přístupů a metod tvorby sítě služeb. Jejich definice dostupnosti a směřování vývoje ovlivňují různorodé strategické materiály, z nichž každý sleduje své vlastní ideové koncepty a cíle. Tyto rozdíly pak mohou vést i k rozdílným podobám a nekompatibilitě sítí služeb sociálních, zdravotních či preventivních a v praxi tak mohou znamenat např. zařazení mezioborové služby pouze do jedné ze sítí a neakceptaci dané služby v síti jiné.

Tato analýza se zaměřuje na popis a porovnání stávajících nástrojů využívaných pro definování a tvorbu sítě služeb, které ovlivňují podobu adiktologických služeb, zejména s ohledem na jejich zakotvení v systémech sociálních a zdravotních služeb. Zaměření analýzy je výrazně systémové a metodologické. Analýza porovnává nástroje plánování a tvorby sítě služeb z hlediska využívaných metod, forem zapojení klíčových aktérů, rozdělení kompetencí a zodpovědnosti či jejich propojení se širším legislativním a strategickým rámcem.

První část analýzy vymezuje některé základní pojmy, jako jsou potřeby, potřebnost, dostupnost nebo síť služeb, shrnuje základní metody, které lze používat ke zjišťování potřeb, shrnuje rozměry dostupnosti, které lze sledovat, a nastiňuje obecný teoretický rámec tvorby sítě služeb, se kterým se dále pracuje v analýze.

Následující kapitoly jsou věnovány jednotlivým systémům zajištění dostupnosti adiktologických služeb v ČR, resp. institucionálním rámcům, v nichž jsou tyto služby v ČR plánovány. Mezi tyto institucionální rámce patří protidrogová politika, rámec sociálních služeb a rámec zdravotních služeb, u nichž jsou postupně popsány jejich základní legislativní a strategické rámování, systém financování služeb, způsob definování potřeb, cílových skupin a služeb a nástroje definování a tvorby sítě služeb.

V závěru analýzy jsou jednotlivé atributy tvorby sítě v jednotlivých rámcích vzájemně porovnány v přehledových tabulkách. Srovnání poukazuje na možné soulady či odlišnosti v nastavení a procesu definování sítě služeb v rámci zdravotním, sociálním a v rámci protidrogové politiky.



Shrnutí

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 závislostí 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 *Koncepce 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

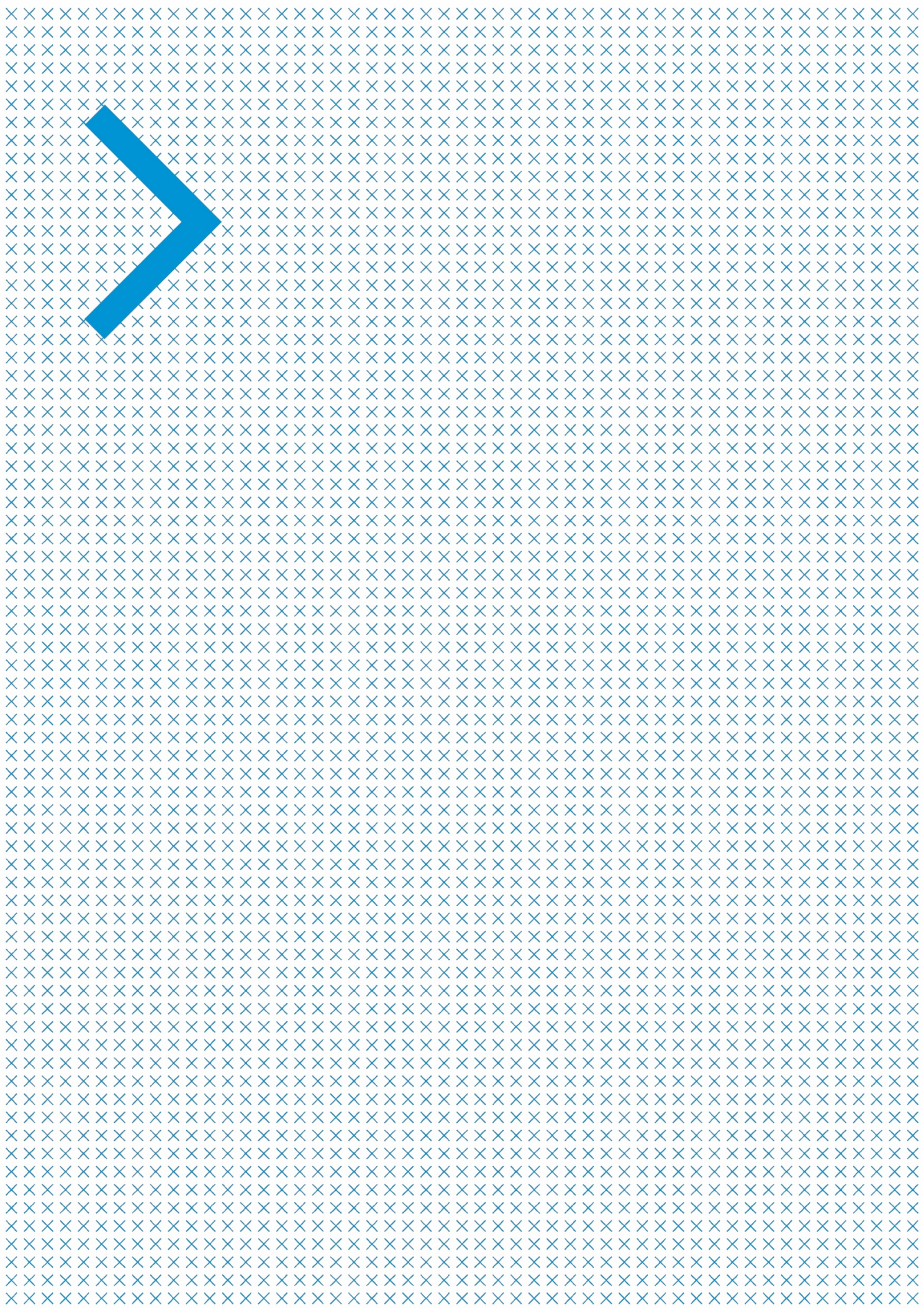
a vyhláškách (v případě sociálních služeb jako explicitně definované typy služeb, v případě zdravotních služeb jako kombinace druhů, forem a personálního zabezpečení, resp. oborové specializace pracovníků služeb). Typologie služeb podle *Standardů odborné způsobilosti* je uvedena pouze v usnesení vlády, 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 sítě 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.
-



1 Teoretická východiska

Tvorba a definice sítě služeb je procesem zahrnujícím činnosti od zjišťování potřeb, které by měly být službami saturovány, definování odpovídajících služeb či intervencí, až po nastavení a definování dostupnosti těchto služeb. Tato kapitola shrnuje teoretická východiska k jednotlivým částem uvedeného procesu a poskytuje teoretický rámec pro definování potřeb a metod jejich zjišťování, dostupnosti a jejich rozměrů a procesu tvorby sítě služeb.

1.1. Potřeby a potřeba

1.1.1 Definice potřeb

Systematické zjišťování a vyhodnocování potřeb cílových skupin je základním předpokladem pro správné nastavení služeb (nebo produktů), které jsou jim určeny. Provádí se dnes běžně v mnoha rozličných oblastech, jako jsou vzdělávací politika, řízení organizací či ochrana veřejného zdraví. Tento proces je v rámci různých přístupů a modelů označován jako *needs assessment*, *needs analysis*, *performance analysis*, *discrepancy analysis* či *gap analysis*.

Pro definování potřeb a vymezení základních obecných rysů jejich zjišťování je v rámci této analýzy využita teoretická literatura explicitně zaměřená na *needs assessment*, dále se však s tímto pojmem pracuje spíše volně, případně se v analýze odkazuje jednoduše ke „zjišťování potřeb“. Konkrétní metody a postupy budou přiblíženy v kapitolách věnovaných jednotlivým institucionálním rámcům plánování sociálních, zdravotních a specializovaných adiktologických služeb pro osoby závislé či ohrožené závislostmi.

Needs assessment a příbuzné přístupy definují potřebu jako mezeru (gap) či rozdíl mezi současným a žádoucím stavem, mezi tím, čeho bylo v dané oblasti již dosaženo a čeho má být dosaženo (WATKINS, 2012, 19). Snaha získat co nejzřetelnější představu o této mezeře, její velikosti, směru a vlastnostech je důležitým kontrolním mechanismem, který nám pomáhá minimalizovat rizika opomenutí určitých řešení a neuvážených voleb řešení nevhodných či neefektivních (Ibid., 15-6). Jak zdůrazňuje Kaufman (KAUFMAN, 1993), procesy, které mají vést k uspokojení potřeb cílové populace, by nikdy neměly být chápány jako cíle samy o sobě, nýbrž vždy pouze jako prostředky k jejich dosažení.

Systematické vyhodnocení potřeb znamená příležitost vzájemně porovnat různá řešení, kombinovat je mezi sebou a stanovit priority v zájmu maximálně efektivního využití dostupných zdrojů. Hlavním kritériem efektivity těchto operací by při tom měla zůstat jejich schopnost uzavřít mezery odpovídající identifikovaným potřebám (WATKINS, 2012). Výsledkem zjišťování potřeb ovšem může být také závěr o saturaci těchto potřeb – usoudíme-li, že již dosažené výsledky přesahují ty, k nimž jsme chtěli směřovat, můžeme se zaměřit na snižování nákladů na uspokojování daných potřeb či alokovat disponibilní zdroje na jiné aktivity.

V perspektivě *needs assessment* tedy potřeby nereprezentují pouhé údaje o současném stavu, nýbrž vztahy mezi současným a žádoucím stavem, to znamená, že odrážejí jejich vzájemnou podmíněnost. Na jedné straně vymezujeme žádoucí výsledky na základě znalosti současného stavu, na druhé straně se zaměřujeme právě na ty vlastnosti současného stavu, které odpovídají naší představě žádoucího stavu a uvažovaným prostředkům k jeho dosažení. Identifikování potřeb není nikdy pouze jejich popisem, nýbrž má vždy určitý normativně preskriptivní rozměr, tj. vždy je nějak ovlivněné hodnotami, postoji, znalostmi či osvědčenými postupy těch, kteří je formulují (KAVALÍR, 2006, 27).

Příklad: Předpokládáme u osob se sníženou soběstačností potřebu pomoci při zvládání běžných úkonů, zajištění hygieny a stravy apod. Máme k dispozici data o míře, v jaké jsou lidé ochotni starat se o rodinné příslušníky se sníženou soběstačností, a zároveň usilujeme poskytovat co nejvíce služeb v přirozeném

prostředí klientů. Dojdeme k závěru, že je třeba nabízet v určité míře ambulantní odlehčovací služby (v České republice podle zákona o sociálních službách č. 108/2006 Sb.). Potřeba pomoci se stává potřebou konkrétní služby, která je schopna tuto pomoc nabídnout. S odlišnými daty, v odlišné populaci, v odlišném institucionálním prostředí a s odlišným expertním názorem by ovšem tatáž potřeba mohla být rámována zcela jiným způsobem, např. jako potřeba posílení pobytových služeb.

V souladu s vědomím nevyhnutelné předpojatosti našeho pohledu na potřeby bychom měli chápat jejich zjišťování jako dynamický a vždy otevřený proces. Zjišťování potřeb nikdy nezačíná „na zelené louce“, nýbrž se opírá o již existující normativy, které nám pomáhají zaměřit pozornost a pragmaticky zúžit okruh toho, od koho a jak je budeme zjišťovat. Tyto normativy pak můžeme dále korigovat na základě konfrontace s našimi zjištěními o současném stavu, rozhodnout o zahrnutí nových cílových skupin, metod sběru dat apod. Výsledná opatření tento stav upravují a do budoucna zakládají nový současný stav, se kterým můžeme operovat v rámci dalšího zjišťování potřeb. Takto bychom měli postupně směřovat ke stále těsnější korespondenci současného a žádoucího stavu.

1.1.2 Typy potřeb

Jednu z klasických typologií potřeb formuloval v kontextu sociálních služeb Bradshaw (1972). Rozlišil v ní 4 typy potřeb:

- 1) **Normativní** – potřeby definované ve vztahu ke specifickým, měřitelným standardům vytvořeným experty, tvůrci politik, poskytovateli služeb aj.
- 2) **Pocitované** – potřeby formulované cílovou skupinou na základě dotazování ze strany expertů aj., mohou a nemusí být vyjádřené.¹
- 3) **Vyjádřené** – pocitované potřeby zhmotněné v jednání, poptávka po určitých formách pomoci, tj. určitých typech sociálních služeb.
- 4) **Komparativní** – potřeby extrapolované z vyjádřených potřeb určité populace na populaci s podobnými charakteristikami, kde odpovídající potřeby zůstávají nevyjádřené.

Normativní a pocitované potřeby mají společné to, že jsou pouze formulované, tj. představují způsoby definování potřeb. Obě jsou tedy přísně vzato normativní, jelikož odrážejí hodnotově zatížené představy o tom, jaké potřeby jsou důležité, jak by měly být uspokojovány apod. Rozdíl mezi nimi spočívá v tom, že pocitované potřeby jsou formulovány na základě osobní zkušenosti jednotlivců a jejich hodnotových soudů o tom, co je pro ně dobré, zatímco v případě normativních potřeb jde o konfrontaci hodnotových soudů expertů a dalších aktérů s informacemi o vnějších (verbálních i neverbálních) projevech cílové skupiny. V návaznosti na to nabývají pocitované potřeby mnoha rozličných, subjektivně zabarvených podob, zatímco normativní potřeby jsou zpravidla poměřovány jasně definovanými, operacionalizovanými a měřitelnými standardy. I sémantická šíře pocitovaných potřeb bývá nicméně v různé míře omezena, zejm. v závislosti na zvolené formě jejich zjišťování.

Oba typy potřeb nám tedy poskytují specifické druhy informací, které mají své výhody i nedostatky. Pocitované potřeby představují informace „z první ruky“, relativně málo zkreslené zprostředkováním dalšími osobami, a mohou být kvalitativně velmi bohaté. Na druhé straně jsou zkresleny právě uzavřením jednotlivce ve vlastní situaci a limitovanou možností nahlédnout ji s odstupem. Podle Kavalíra má většina jednotlivců tendenci rozšiřovat své potřeby o „ideální přání“, někteří se zas zdráhají nebo se stydí připustit si, že potřebují pomoc (KAVALÍR, 2006, 32). Svěbytné podoby, kterých mohou pocitované potřeby nabývat, se také nemusí potkávat s možnostmi dostupných opatření nebo si mohou navzájem protiřečit. Expertní rámec vymezení normativních potřeb oproti tomu zpravidla systematicky zohledňuje různé informace z různých zdrojů, odráží tedy více pohledů na situaci cílové skupiny. Standardy, se kterými pracují odborníci, jsou také dobře sledovatelné a umožňují zavádět přehledná, jasně zacílená opatření. Jedním rizikem při definování normativních potřeb je, že budou odrážet pouze hodnoty těch, kteří je definují, a nebudou tak věrně reprezentovat skutečné potřeby

¹ Vyjádřené nikoli ve smyslu „formulované“, nýbrž v souladu s definicí následujícího typu potřeb.

cílové skupiny. Rovněž není neobvyklé, že expertních rámců vymezujících normativní potřeby nalézáme v téže oblasti více a popř. se stane, že samy nejsou vnitřně jednotné. Možným úskalím při definování potřeb je tedy i obtížnost nalezení konsensu na jednotné definici normativních potřeb, kterou by bylo možné převést do standardní praxe jejich saturování.

Vyjádřené potřeby můžeme poměrně exaktně empiricky definovat jako poptávku cílové skupiny po existujících službách, resp. počet jedinců vyhledávajících (ať už úspěšně či neúspěšně) služby.

Komparativní potřeby pak představují zobecnění poptávky na základě porovnání dvou populací – přisuzujeme je populaci, která nemá přístup k určité službě, vykazuje však podobné charakteristiky jako populace, které tento přístup má. Je proto třeba klást zvláštní důraz na volbu vhodných charakteristik, na nichž chceme podobnost obou populací stavět (BRADSHAW, 1972).

Jiní autoři explicitně rozlišují potřeby a poptávku. Např. Brown (BROWN, 1997) vymezuje v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb **poptávku po léčbě** jako všechny pacienty, kteří vyhledávají léčbu (ať už do ní byli přijati, či o ni zatím pouze žádají, popř. na ni byli odkázáni odborníky), a **potřebu léčby** jako všechny poptávající plus všechny, kteří by také mohli z léčby těžit podle specifických odborných kritérií (BROWN, 1997, 2). Poptávce po léčbě by tedy zhruba odpovídaly Bradshawovy vyjádřené potřeby, potřebě léčby pak určitá „suma všech potřeb“, tj. sjednocení vyjádřených a komparativních potřeb.

Z Brownova rozlišení příznačně vypadávají pocítované potřeby, které představují i nejproblematictější kategorii Bradshawovy typologie potřeb. Pocítované potřeby jsou v drtivé většině zjišťovány již v určitém rámci, který je vymezen teoreticko-výzkumným zázemím zjišťování potřeb zvolenou metodou zjišťování či jeho konkrétním obsahem. Zbývá tak jen malý prostor pro formulaci takových pocítovaných potřeb, které by neodpovídaly předpokládaným normativním potřebám, což zakládá neméně omezený prostor pro realizaci poptávky, která by nebyla od začátku předurčena existující nabídkou služeb. V ekonomii popisuje situaci aktivního vytváření poptávky nabídkou tzv. *revidovaná sekvence nabídky a poptávky* (PASS ET AL., 2005). Za určitou výjimku můžeme považovat podkategorii pocítovaných potřeb, kterou se zabýval Ervin (ERVIN, 2000), tj. potřeby vyjádřené jinými způsoby než poptávkou po službách, např. lobbováním či veřejnými demonstracemi a dalšími formami občanského aktivismu.

Prostor pro úpravy expertních definic potřeb, ať už zohledněním zjištěných pocítovaných potřeb či vyhověním tlaku veřejnosti, zůstává vždy otevřený úpravám. Mají-li se však tyto úpravy stát základem pro nová systémová řešení, musí být pocítované potřeby dříve či později reformulovány jako normativní potřeby zajištění specifické služby/produktu či skupiny služeb/produktů. Pocítované potřeby jsou tak chronicky reziduální kategorií – jakmile o sobě dají s dostatečnou účinností vědět, stanou se normativními potřebami. Tento poněkud skeptický závěr by nám ovšem neměl bránit ve snaze zjišťovat pocítované potřeby co nejvalidnějšími metodami a pracovat s nimi jako s důležitým zdrojem pro (byť jen dílčí) inovace našich normativních rámců.

1.1.3 Metody zjišťování potřebnosti

Metody zjišťování potřebnosti volíme především podle toho, *jaké potřeby* chceme zjišťovat a *od koho*. Pro zjišťování pocítovaných potřeb uživatelů služeb jsou zvláště vhodné kvalitativní metody, které nám umožňují jít více do hloubky v postihování jejich specifík. Na druhé straně normativní, vyjádřené a komparativní potřeby jsou přirozeným materiálem pro využití kvantitativních metod, s jejichž pomocí můžeme konstruovat standardizované indikátory potřebnosti. Neméně důležité je ovšem také vhodné propojení kvantitativních a kvalitativních metod v rámci celého procesu zjišťování potřeb.

Metody zjišťování potřeb můžeme rozdělit na:

- Sledování míry využití služeb (de facto poptávky po službách) a struktury klientů podle jejich sociodemografických a uživatelských charakteristik

- O míře využití služeb vypovídá počet klientů, jejich věková struktura, místo pobytu a další charakteristiky. Můžeme ji měřit také pomocí různých jednotek kapacity odpovídajících danému typu služby – počtem, případně délkou kontaktů, intervencí nebo výkonů, či mírou vytížení stanovené kapacity, např. obložeností lůžek.
- Sledování těchto proměnných umožňuje identifikovat přímý empirický vztah mezi nabídkou (dostupností) služeb a poptávkou po nich, méně jednoznačně již popisuje vztah mezi poptávkou a existencí potřeb.

Příklad: *Vysoký počet klientů může znamenat pouze to, že služba je využívána, protože je dobře dostupná (ve velkém městě s vysokou koncentrací potenciálních příjemců služby), nikoli že je potřebná s ohledem na konkrétní potřeby klientů. Nízký počet klientů naopak nemusí znamenat nízkou potřebnost služby, jelikož někteří klienti nevyhledávají služby z důvodu psychosociálních bariér, jako je např. stigma spojené s užíváním návykových látek a závislostním chováním zejména v menších městech.*

- Dalším metodologickým omezením může být nejednotnost vykazování údajů o míře využití služby, znesnadňující práci se souhrnnými údaji (ERVIN, 2000; KAVÁLÍR, 2006, 60)
- Sociální, socioekonomické a epidemiologické indikátory
 - Kvantitativní statistická data umožňují získat souborné, standardizované údaje o výskytu potřeb na populační úrovni.
 - Ve vztahu k uživatelům návykových látek a osobám závislým a ohroženým závislostí hrají klíčovou roli ve zjišťování potřeb tzv. epidemiologické indikátory. V souladu s metodickými doporučeními Evropského monitorovacího centra pro drogy a závislosti (EMCDDA) je v ČR zjišťováno sledování tzv. 5 harmonizovaných epidemiologických indikátorů, které slouží jako minimální soubor dat umožňující kvalifikovaně a srovnatelně zhodnotit míru a závažnost zneužívání omamných a psychotropních látek na mezinárodní, národní, regionální či lokální úrovni. Tyto indikátory zahrnují: Průzkumy užívání drog v populaci, odhady prevalence problémového užívání drog, žádosti o léčbu spojenou s užíváním drog, úmrtí spojená s užíváním drog a mortalita uživatelů drog, infekční nemoci spojené s užíváním drog.
 - Omezení těchto metod spočívají v možné necitlivosti k lokálním rozdílům a v převedení potřeb uživatelů do řeči proměnných a indikátorů, která zahrnuje mnoho různých jevů pod několik málo kvalitativně chudých údajů, sjednocených úzce zaměřeným normativním rámcem.
- Dotazníková šetření
 - Dotazníková šetření jsou zdrojem kvantitativních dat, která ve srovnání se sledováním míry využití služeb mohou nabídnout větší šíři informací než standardně sledované údaje, případně mohou být získána i od klientů, kteří nevyužívají dané služby.
 - Jde o metodu relativně málo nákladnou, jak časově, tak finančně či personálně. Častými praktickými problémy jsou nízká návratnost dotazníků a také relativní obtížnost sestavení kvalitního dotazníku (KAVÁLÍR, 2006, 63).
 - Formou dotazníkového šetření je konstruován i jeden z 5 epidemiologických indikátorů EMCDDA Průzkumy užívání drog v populaci. Výsledky těchto průzkumů jsou označovány jako epidemiologický indikátor, jelikož dlouhodobě zjišťují pomocí standardizovaných dotazníků stabilní soubor jevů v ustáleném souboru obyvatel mnoha evropských zemí. Dotazníková šetření se nicméně provádějí na mnoha různých úrovních, nejen velkými výzkumnými institucemi, ale i jednotlivými poskytovateli služeb, a často zjišťují potřeby menších subpopulací, které nelze vždy snadno zobecnit na úrovni populace.

- Kvalitativní metody
 - Kvalitativní metody nám umožňují jít více do hloubky, pokud jde o způsob definování pocíťovaných potřeb uživatelů, preference v jejich uspokojování apod., poskytují však údaje, které jsou obtížně standardizovatelné a zobecnitelné na populaci. Rovněž jde o relativně nákladné metody.
 - Ke kvalitativním metodám se řadí (semi-strukturované) rozhovory s účastníky cílové skupiny. Ty mají svá omezení, které lze částečně překonat rozhovory s vhodnými reprezentanty cílové skupiny, tzv. klíčovými informátory, odborníky na danou oblast či osobami disponujícími dobrou znalostí dané situace. Další možností zefektivnění sběru dat jsou skupinové rozhovory, např. tzv. fokusní skupiny (*focus groups*), v jejichž rámci skupina pod vedením výzkumníka diskutuje na předem daná témata.
- Sekundární analýza dokumentů
 - Zjišťování potřeb nezbytně navazuje na již existující odborné publikace a strategické dokumenty pokrývající tuto problematiku. Při jejich zohledňování je nutné brát ohled na konkrétní kontext, v nichž byly dokumenty vytvořeny, a jejich přizpůsobení současné situaci.

1.2. Dostupnost služeb

Dostupnost služeb, tj. míra, v jaké je uspokojována, resp. uspokojitelná poptávka po službách, má mnoho rozměrů a můžeme ji definovat různými způsoby. Světová zdravotnická organizace (WHO) definuje dostupnost jako možnost dostat péči „v případě, kdy ji člověk potřebuje, s ohledem na to, aby tyto služby byly dostatečně kvalitní a efektivní“ (NERUD ET AL., 2016, 68). Dostupnost jakožto přístup ke zdravotnické službě má podle O'Donnella (O'DONNELL, 2007) čtyři základní rozměry:

- 1) Dostupnost ve smyslu existence služby (*availability*)
- 2) Geografická dostupnost (*geographic accessibility*)
- 3) Dostupnost z pohledu finanční dosažitelnosti (*affordability*)
- 4) Dostupnost v širším společenském a kulturním kontextu (*acceptability*)

Další rozměry dostupnosti jsou v českém kontextu reflektovány např. ve zdravotnické legislativě – nařízení vlády č. 307/2012 Sb. o místní a časové dostupnosti zdravotních služeb hrazených z veřejného pojištění, v „Metodikách pro vytváření optimální krajské sítě sociálních služeb a pro plánování finančních prostředků v rámci procesů vytváření krajských střednědobých plánů rozvoje sociálních služeb“ (GI PROJEKT, O. P. S., 2011-2012) či koncepčních materiálech zabývajících se tvorbou sítě adiktologických služeb (KIŠŠOVÁ, 2012; MIOVSKÝ, 2013). Podle nich lze rozlišovat dostupnost **geografickou, místní** (popř. územní), **časovou, kapacitní, finanční, informační, odbornou, organizační** a **psychosociální**.

Tabulka 1 Rozměry dostupnosti

O' Donnell 2007	Dokumenty k plánování služeb v ČR
Dostupnost ve smyslu existence služby (<i>availability</i>)	Geografická dostupnost
Geografická dostupnost (<i>geographic accessibility</i>)	Místní/územní dostupnost
Finanční dosažitelnost (<i>affordability</i>)	Finanční dostupnost
Dostupnost v širším sociokulturním kontextu (<i>acceptability</i>)	Psychosociální dostupnost (částečně)
	Kapacitní dostupnost
	Časová dostupnost
	Informační dostupnost
	Odborná dostupnost
	Organizační dostupnost

Zdroj: Vlastní zpracování

Dostupnost ve smyslu **existence služby** (*availability*) představuje určité minimální pojetí dostupnosti, kde jednotkou dostupnosti je existence služby, bez ohledu na její konkrétní parametry. Můžeme zůstat u binárního pojetí, kdy pro zvolenou územní jednotku konstatujeme, zda je daný typ služby dostupný, či nikoli. Také ale můžeme sledovat *míru*, v jaké je dostupný, typicky jako přepočet jednotek služeb připadajících na určitou populační veličinu, např. počet obyvatel, počet zástupců cílové skupiny či incidenci/prevalenci výskytu daného problému, např. indikátory sociálního vyloučení či různé epidemiologické indikátory.

V některých materiálech vypracovaných pro potřeby tvorby sítě adiktologických služeb v ČR (MIOVSKÝ, 2013) je pojem **geografická dostupnost** používán právě jako označení míry dostupnosti jednotek služeb na územní jednotku (MIOVSKÝ, 2013, 57). *Geographic accessibility*, jak ji definuje O' Donnell (O'DONNELL, 2007), pak v českém kontextu odpovídá pojem místní, popř. územní dostupnosti.

Místní dostupnost vyjadřuje dostupnost služby z hlediska schopnosti klienta dostat se k ní v určité přijatelné době, např. jako nejzazší dojezdovou dobu. Pro komplexní zhodnocení geografické dostupnosti služby je třeba uvažovat nejen vzdálenost služby od místa bydliště či pracoviště klienta, ale také další faktory ovlivňující jeho schopnost za ní dojet, zejm. dopravní dostupnost, tj. „míru dosažitelnosti (...) při využití přepravního systému“ (ŠÍDLA ET AL., 2017, 4). Dopravní dostupnost můžeme dělit na časovou, vzdálenostní a frekvenční – časová a vzdálenostní se využívá spíše při analýze dopravní dostupnosti osobním automobilem, frekvenční při analýze využití veřejné dopravy (Ibid.). Vedle vzdálenosti, dojezdové doby a spojení veřejnou dopravu bychom měli dále uvažovat o charakteru daného území, zejm. zda ze sociálně-geografického hlediska představuje jádrovou či periferní oblast – rozlehlejší periferní oblasti mají často horší dopravní dostupnost než oblasti jádrové s vysokou hustotou osídlení (ŠÍDLA ET AL., 2017, 13). Místní dostupnost jako komplex těchto faktorů můžeme kvantifikovat pomocí tzv. Geografických informačních systémů (GIS).

Finanční dostupnost popisuje, nakolik je pro cílovou skupinu možné hradit službu z vlastních finančních prostředků. Využívání významné části sociálních a zdravotních služeb hradí klientům v nějakém rozsahu stát, např. čerpáním zdravotního pojištění, příspěvku na péči či dávek v hmotné nouzi, nebo hradí-li celý provoz služby stát prostřednictvím dotací. Specifické náklady představují ve zdravotních službách předepisovaná léčiva, jejichž míra dostupnosti se může lišit od dostupnosti samotné služby, tzn., že i když je např. služba plně hrazená, klient musí doplácet na léky. Tyto úhrady z vlastních zdrojů mohou být natolik vysoké, že léky, a tedy i léčba samotná, se pro pacienta stávají nedostupnými.

Významným rozměrem dostupnosti je **kapacitní dostupnost**, která měří dostupnost na určitém území pomocí specifických jednotek kapacity služeb. Ve srovnání s geografickou dostupností tak představuje řádově přesnější ukazatel míry dostupnosti služeb. V rámci zjišťování či nastavování kapacitní dostupnosti se vychází na jedné straně z údajů o rozsahu a charakteru provozu služby, které jsou normativně dané, na druhé straně z empirických údajů o míře využití služby v daném období neboli zjištěné poptávce po ní. Vztah mezi oběma typy údajů by měl odrážet již popsanou dynamiku zjišťování potřeb: Empirické údaje nám dávají informaci o tom, v jaké míře je kapacita služeb využívána a tedy jak dobře jsou kapacitní normativy nastavené. Podle toho je pak můžeme v rámci možností upravovat a sledovat, zda lépe či hůře vyplňují mezery v podobě potřeb.

Nejobecnějším vyjádřením kapacity jednotlivé služby je **počet míst, která jsou k dispozici cílové skupině pro uspokojení dané potřeby** (v určité minimální nepodkročitelné kvalitě). Ten může být dán technickými parametry služby, např. počtem lůžek v pobytových zařízeních, či méně exaktně velikostí/kapacitou prostor vyhrazených pro výkon služby. Dále může být posuzován z hlediska personálního zajištění služby, tedy z hlediska personální kapacity, kterou má služba k dispozici pro přímou práci s klienty či práci související a která může být definována a vyhodnocována několika rozdílnými způsoby za použití rozdílných jednotek, popř. jejich kombinací. Vedle počtu pracovníků v přímé nebo i nepřímé práci můžeme zohledňovat také velikost pracovních úvazků (tzv. přepočtený počet pracovníků, nebo také průměrný přepočtený úvazek), věkovou a pohlavní strukturu pracovníků či objem práce připadající na časovou jednotku (např. hodinový objem práce). Dalšími veličinami ke

zvážení jsou mezní frekvence a časová náročnost jednotlivých intervencí či výkonů. Zejm. u zdravotních výkonů je normativně definováno, kolik času má připadat na kterou intervenci a jak často ji lze vykonávat. Nastavení výše uvedených parametrů může v různé míře vycházet z údajů o využití služeb, zejm. počtu a struktuře klientů a provedených intervencí. Dále můžeme v rámci kapacitní dostupnosti rozlišit **okamžitou kapacitu**, která nám říká, kolika klientům lze poskytovat služby v jednu chvíli, a **kapacitu v určitém časovém horizontu**, např. denní či roční, která vyjadřuje, kolik klientů lze obsloužit v daném časovém úseku, popř. kolik intervencí v něm lze provést.

Časová dostupnost služby popisuje, kdy a v jaké lhůtě může být poskytnuta. *Kdy* vyjadřuje zpravidla provozní doba zařízení poskytujícího danou službu, která by měla být přizpůsobena potřebám a možnostem cílové skupiny. *V jaké lhůtě* může být vyjádřeno dobou, do které by služba *nejpozději* měla být poskytnuta, což mohou ošetřovat předepsané normativy, často ale také dobou, kdy může být *nejdříve* reálně poskytnuta. Zejm. v případě služeb s dlouhodobě plnými kapacitami má často podobu čekací doby, která je závislá čistě na momentální míře využití kapacit služby a může dosahovat dnů až týdnů. Jedná se tedy o dynamickou vlastnost, která variuje v čase, jejíž hodnota se mění v míře závislé na a) potřebách členů cílové skupiny tuto službu v daném čase využívat a b) kapacitní dostupnosti.

Informační dostupnost odpovídá schopnosti efektivně šířit informace o službě mezi cílovou skupinu v souladu s jejími možnostmi přístupu k takovým informacím (v jakých lokalitách a typech veřejných zařízení se vyskytují, s kým přijdou do styku, zda mají přístup k internetu apod.).

Odborná dostupnost je schopnost zajistit úzce specializované služby odpovídající potřebám cílové skupiny a účelu služby, tj. odpovídající technické zázemí, kvalifikovaný personál či vyhovění specializovaným standardům kvality odborné péče.

Organizační dostupnost odkazuje k provázanosti a návaznosti různých typů péče.

Velký význam má také **psychosociální dostupnost**, která souvisí především s motivací potenciálních klientů vyhledat službu a důvěrou, kterou tito potenciální klienti vkládají v její poskytovatele. Zejm. v případě marginalizovaných a stigmatizovaných cílových skupin je žádoucí brát zvláštní ohled na minimalizaci psychosociálních bariér pro vstup do služby z hlediska klientů, o což usilují zejm. *nízkoprahové* služby. Tyto služby naplňují princip nízkoprahovosti ve smyslu přístupu ke klientům, který je neodsuzující a neklade na ně zvláštní nároky a současně garantuje zachování anonymity nebo alespoň šetrného nakládání s poskytnutými údaji klientů (HERZOG, 2007),

V souvislosti s odbornou, organizační a psychosociální dostupností se někdy mluví také o **přístupnosti**² služeb. Pro zajištění optimální přístupnosti služeb je klíčové vytvoření vhodných podmínek pro překračování prahů jednotlivých služeb, tj. vytvoření takových podmínek, za kterých budou služby co nejefektivněji a nej přirozeněji doplňovat individuální snahy klientů o stabilizaci či změnu vlastní nepříznivé situace, zejm. pokud jde o získání jejich důvěry a motivaci k dalšímu využívání služeb. Subjektivní vnímání prahů ze strany klientů ale ovlivňují také širší sociálně-kulturní faktory, např. míra celospolečenské tolerance rizikového chování klientů spojeného s jejich nepříznivou situací. V případě klientů náchylných k porušování zákona, např. uživatelů nelegálních návykových látek, mohou přístupnost služby dočasně ovlivnit např. i zásahy policejních složek proti uživatelům v dané lokalitě v nedávné době. Práh služby může mít dále vliv také na geografickou dostupnost služeb – ochota kontaktovat služby s vyšším prahem může klesat s rostoucí vzdáleností služby.

Mnohé z uvedených rozměrů dostupnosti se uplatňují v úzké součinnosti. Řídce osídlené, hornaté oblasti mají např. horší dopravní dostupnost, což má vliv na místní a časovou dostupnost služby. Nízká hustota osídlení může negativně ovlivnit také informační dostupnost.

Příklad: Mezi osobami závislými a ohroženými závislostmi je oblíbenou a osvědčenou technikou šíření informací tzv. *metoda sněhové koule*, kdy se přes službyami kontaktované uživatele dostávají informace k dalším a takto se „nabalují“ další potenciální klienti služeb (MIOVSKÁ ET AL., 2003, 15). Lze předpokládat,

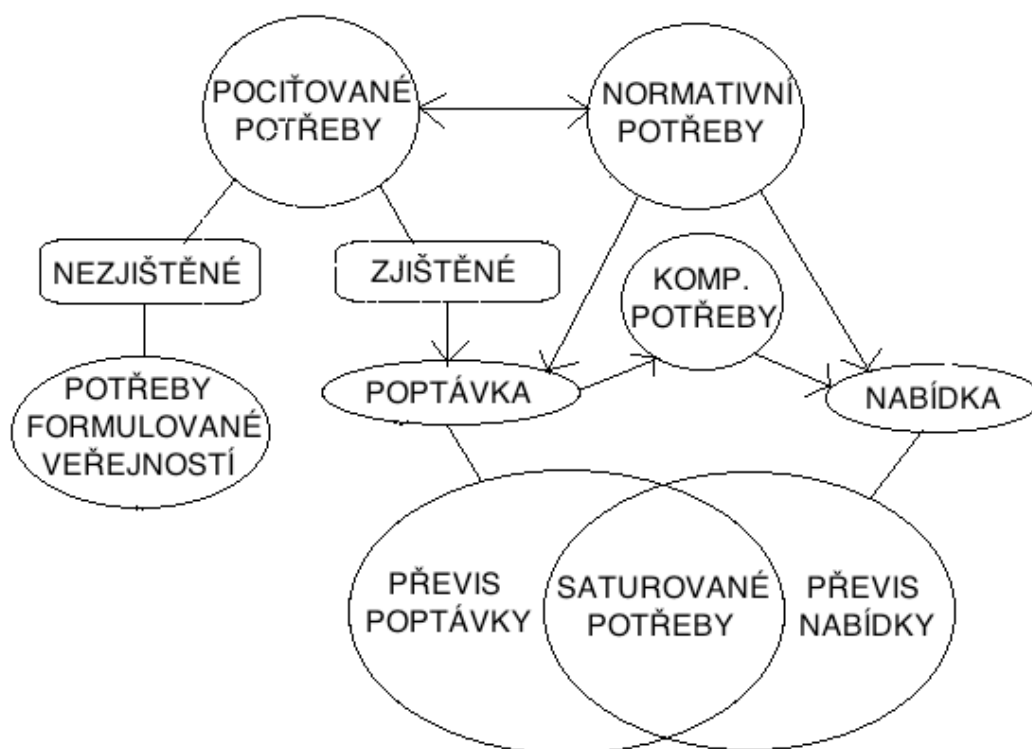
² Lze se setkat i s jinými pojmovými distinkcemi, např. v českých překladech oficiálních doporučení WHO zhruba odpovídá zde definované přístupnosti dostupnost a dostupnosti dosažitelnost (WHO, 2000, 18)

že v hustě osídlených městech budou většinou hustší sítě uživatelů a přenos informací v rámci nich bude snadnější. Města dále např. disponují větším množstvím příležitostí účinně distribuovat letáky s informacemi o službě.

1.3. Obecný rámec tvorby sítě služeb

V této části jsou uvedené přístupy a definice shrnuty v obecné schéma zjišťování potřeb, které je dále zasazeno do širšího kontextu **tvorby sítě služeb**, v jehož rámci na zjišťování potřeb navazuje nastavení dostupnosti služeb a zařazování konkrétních služeb do vznikající sítě.

Obrázek 1 Model zjišťování potřeb a vytváření odpovídající nabídky služeb



Zdroj: Vlastní zpracování

Na počátku zjišťování potřeb stojí jejich formulace či definice v podobě **pocitovaných potřeb** a **normativních potřeb**. Pociťované potřeby se vždy přizpůsobují existujícím možnostem, nadto jsou většinou zjišťovány experty právě za účelem optimálního využití těchto možností; formulace normativních potřeb se tak vždy přinejmenším zavazuje vycházet ze zjištěných pocitovaných potřeb. Normativní potřeby můžeme vymezit s různým stupněm obecnosti. Mohou to pro nás být spíše jen okruhy potřeb, které jsou na základě rozličných expertíz předpokládány u klientů, můžeme je ale vymezit i jako potřeby zcela konkrétních služeb či intervencí. Kategorie **nezjištěných pocitovaných potřeb** je chápána jako základ **potřeb formulovaných veřejností** (běžným jazykem lze hovořit o „společenské poptávce“), které zahrnuje mezi vyjádřené potřeby (ERVIN, 2000).

Konfrontace zjištěných pocitovaných potřeb a normativních potřeb dává vzniknout **vyjádřeným potřebám** ve smyslu **poptávky po službách**. Normativní potřeby jsou zároveň teoretickým a metodologickým základem pro vytvoření **nabídky služeb**. Pozorovaná poptávka, vyjádřená ukazateli míry využití služeb v různých lokalitách, pak umožňuje vymezit **komparativní potřeby**, které

představují podnět pro další rozšíření nabídky. Tam, kde se poptávka po službách setkává s odpovídající nabídkou, lze mluvit o míře využití služeb či **saturevaných potřebách**. Nedostatečné pokrytí poptávky službami označujeme jako **převís poptávky** (nesaturevané potřeby), nevyužité kapacity služeb jako **převís nabídky** (volné kapacity služeb).

V návaznosti na obecnou definici potřeb můžeme definovat **potřebnost služeb** jako kvantitativní vyjádření míry pokrytí potřeb cílové skupiny příslušnými službami, resp. vyjádření mezer v jejich poskytování (HIRT, HŮLE, TOUŠEK, 2007, 10). V rámci načrtnutého schématu by tak potřebnost odpovídala především převisu poptávky, ale také komparativním potřebám, popř. veřejně formulovaným potřebám.

Potřebnost je v rámci plánování služeb standardně chápána jako jeden z klíčových předpokladů pro nastavení **dostupnosti služeb**, tedy schopnosti nabídky služeb saturovat potřeby cílové skupiny, včetně případných rezerv v podobě převisu této nabídky. V kvalitativní rovině by nastavení dostupnosti mělo obnášet také rozhodnutí o tom, jaké rozměry dostupnosti (geografickou, místní, kapacitní, časovou aj.) služeb budou sledovány.

Nedostatkem nastíněného konceptuálního schématu zajišťování dostupnosti služeb na základě zjištěných potřeb je jeho relativní statickost, tedy nezohlednění časové roviny. Saturace potřeb není zajištěna jednou provždy, nýbrž musí být zabezpečována kontinuálně – potřeby saturevané stávající nabídkou služeb nelze do budoucna vyjmout z předpokládané potřebnosti, využívání této nabídky je naopak jedním z klíčových dokladů existence příslušných potřeb. **Uzavření, resp. minimalizace mezery mezi současným a žádoucím stavem tak z velké části obnáší také udržení současného stavu, které není samozřejmostí zvláště v případě služeb, které jsou závislé na státní podpoře a měly by neustále prokazovat svou hodnotu a schopnost uspokojovat definované potřeby.**

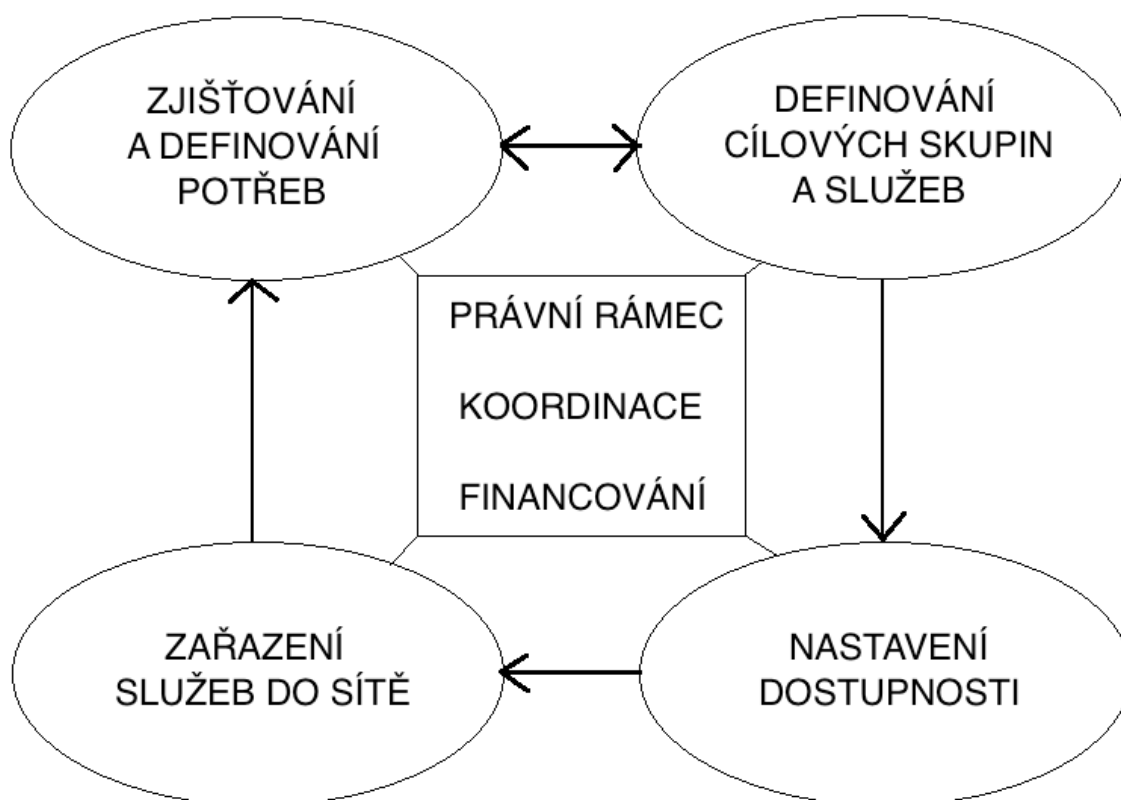
Dále je třeba zdůraznit, že v rámci systematického *plánování* služeb je vymezení vztahu mezi potřebností a dostupností v pojmech poptávky a nabídky pouze pomocné a naráží na zřetelné limity, a to jak v kvalitativní rovině definování potřeb, tak v rovině jejich kvantifikace. V kvalitativní rovině jde především o již zmíněnou poplatnost pocítovaných potřeb normativním potřebám a předurčenost poptávky nabídkou. Zde je namístě určitý pragmatický kompromis mezi uznáním praktické opodstatněnosti symbolické a institucionální dominance normativních potřeb a snahou nenechat je zcela pohltit pocítované potřeby. Podle Kavalíra představují zpravidla normativní a komparativní potřeby dobře opodstatněný základ pro vytvoření odpovídající nabídky služeb, který vychází z odborných znalostí a dlouholeté zkušenosti poskytovatelů služeb a dalších aktérů a zavádí „smysluplný společný kontext uživatelů, který předmětu zkoumání vystavuje jisté hranice“ (KAVALÍR, 2006, 34). V souladu s tím nachází Kavalír smysl analýzy potřeb uživatelů služeb především „ve zjišťování názorů na (ne)poskytované služby a (...) nikoli ve zjišťování potřeb souvisejících s jejich nepříznivou sociální situací“ (Ibid.). Nabídka tak z velké části nereaguje na poptávku vytvářením nových typů služeb, šitých na míru pocítovaným potřebám uživatelů, ale převážně úpravou stávajících typů služeb a jejich kapacit v souladu s potřebami uživatelů. Rovněž je třeba zohlednit omezenou schopnost služeb zohledňovat potřeby uživatelů jako jednotlivců – v zájmu účelného nastavení služeb jsou uživatelé rozdělováni do **cílových skupin**, u nichž se předpokládají určité společné charakteristiky, jimž je přizpůsobována nabídka služeb. Toto rozdělení zpravidla není pouze symbolické, naopak bývá klíčovým atributem zákonného vymezení působnosti služeb a jejich systémového plánování.

Pokud jde o kvantitativní zjišťování potřebnosti a nastavování rozsahu kapacit, situace je rovněž značně vzdálena pomyslné situaci na dokonale konkurenčním trhu. Poptávka a nabídka zde nepředstavují jevy, které by na sebe citlivě reagovaly skrze tržní mechanismus utváření ceny služeb. Např. výrazně zvýšená poptávka po určitém typu služby se neprojevuje odpovídajícím snížením ceny této služby pro uživatele (ta je zpravidla daná a v případě služeb plně hrazených státem navíc nominálně nulová), ani odpovídajícím zvýšením nabídky (sítě služeb jsou např. v ČR plánované minimálně na jeden rok dopředu a jejich okamžité rozšíření mívá nanejvýš podobu čerpání rezervních, krizových kapacit). Může

se však projevít snížením kvality poddimenzovaných služeb, snížením dostupnosti služby, resp. nedostupností pro ty uživatele, kteří spadají do převisu poptávky, či nějakou kombinací obou jevů. Procesy zjišťování potřeb a zajišťování dostupnosti mohou nanejvýš vytvářet podmínky minimalizující přílišné výkyvy v dostupnosti. Proto je také klíčové zajištění co nejužší spolupráce mezi poskytovateli služeb, popř. dalšími aktéry, v rámci níž lze odkazovat uživatele na jiné typy služeb, schopné alespoň částečného uspokojení jejich potřeb, nebo služby dostupné v jiných územních oblastech.

Uvedené limity zjišťování potřeb a nastavování dostupnosti služeb jsou ve významné míře předurčeny **institucionálním rámcem**, v němž se plánování služeb odehrává. Kostru tohoto rámce tvoří právní normy a strategické dokumenty vymezující základní náležitosti poskytování služeb a kompetence klíčových aktérů, včetně nástrojů jejich koordinace a mechanismů financování služeb. Tuto kostru pak vyplňují konkrétní opatření, která daní aktéři provádějí v manévrovacích prostorech vytyčených danými institucionálními rámci. Bez zohlednění specifických vlastností konkrétních institucionálních rámců nemá smysl mluvit o žádných systémech či nástrojích zajištění dostupnosti služeb.

Obrázek 2 Nástroj tvorby sítě služeb



Zdroj: Vlastní zpracování

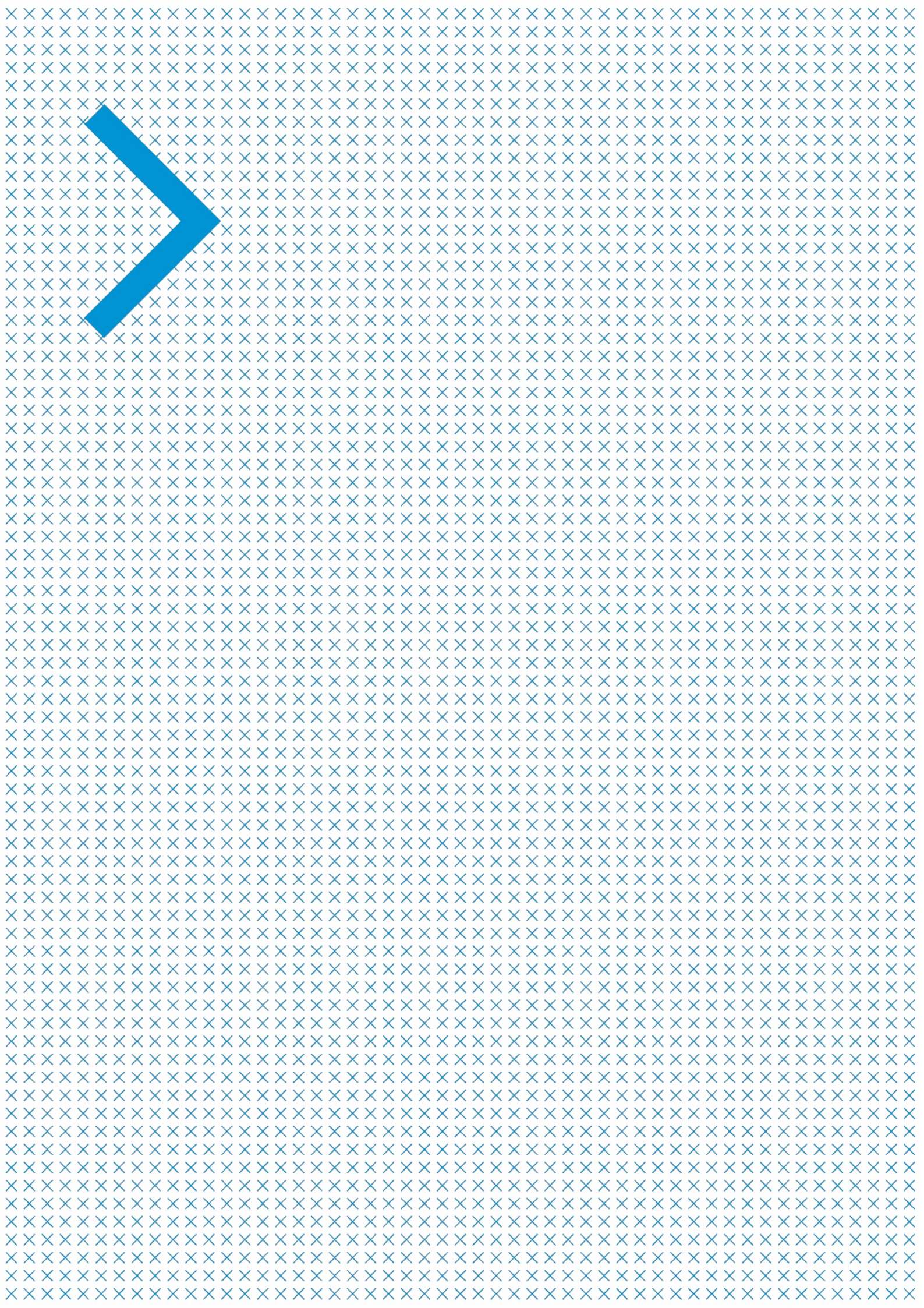
Sítě služeb v této analýze míníme soubor služeb pokrývajících určitou územní jednotku, který spojuje stejný koncepční a institucionální rámec jejich nastavení, tj. normativní definice potřeb, cílových skupin a odpovídajících služeb, využívané nástroje či metody zjišťování potřeb, způsob sledování a nastavení požadované dostupnosti služeb (místní, kapacitní aj.) kritéria pro zařazování služeb do sítě, popř. mechanismy financování. Standardní podobu celého procesu plánování sítě, od zjišťování potřeb po tvorbu sítě služeb, budeme nazývat **nástrojem tvorby sítě služeb**. Kontext, ve kterém je tento nástroj uplatňován, vymezený právním rámcem či využívanými nástroji koordinace a financování, označujeme jako **institucionální rámec**.

Podle navrženého schématu je výchozím bodem tvorby sítě zjišťování potřeb, které je ze své podstaty zároveň definováním normativních potřeb, popř. převedením pocítovaných potřeb na normativní.

Normativní potřeby jsou následně rozděleny mezi definované **cílové skupiny** a je jim přiřazena nabídka konkrétních **typů služeb**. Dalším krokem je nastavení dostupnosti služeb, které spočívá jednak v definování rozměrů dostupnosti, které budou sledovány, jednak v odhadu konkrétních parametrů požadované dostupnosti (např. počtů kapacit, dojezdové doby aj.). Na základě tohoto nastavení nakonec probíhá **zařazování služeb do sítě**, čímž je empiricky definována (tedy vytvořena) síť služeb. Ve všech těchto krocích se uplatňují specifika institucionálního rámce, v němž síť vzniká, nejvýznamněji ale v posledním z nich – institucionálně jsou stanovována kritéria pro zařazování služeb do sítě, na jejichž splnění je vázáno uznání a především finanční podpora služeb.

Můžeme rozlišit několik podob či úrovní sítě podle míry předpokládaného zajištění dostupnosti služeb. **Optimální síť** můžeme definovat jako takové nastavení služeb, kdy „není opomenuta žádná významná cílová skupina, typ intervence, dostupnost služeb pro obyvatele a vynaložené náklady odpovídají reálnému přínosu zvoleného řešení“ (NERUD ET AL., 2016, 66). **Minimální síť** nebo také **základní síť** představuje určité ještě udržitelné minimum dostupnosti s ohledem na omezené finanční prostředky. Obvykle prioritizuje zajištění služeb, které nemají alternativu v jiných systémech, a které pokrývají potřeby nejohroženější, nejrizikovější či nejopomíjenější cílové skupiny **Síť – nesíť** či **výchozí síť** je spíše historicky vzniklým uspořádáním příbuzných služeb než výsledkem jejich systematického plánování (Ibid., 66). Je dobré mít na paměti, že toto uspořádání je často skutečně *výchozí* v tom smyslu, že tvoří základ sítě, která se až posléze začíná systematicky plánovat. Není výjimkou (a může být i holou nutností), aby plánování služeb spočívalo především v udržování historicky fungující podoby sítě.

Chceme-li nadále kultivovat tuto síť pomocí validních a reliabilních metod zjišťování potřebnosti, je tedy žádoucí nespouštět ze zřetele širší společenský a institucionální kontext, z něhož vzešla. Shrňme-li všechny uvedené faktory, můžeme konstatovat, že zajišťování dostupnosti služeb vždy vychází vedle odborného, analytického posouzení potřeb také z vyhodnocení možností systémů správy a koordinace sítě služeb, dostupných prostředků na její financování a konečně také její historie.



2 Systémy zajištění dostupnosti adiktologických služeb

Zjišťování potřeb a tvorba sítí služeb, kterými se zabývá tato analýza, je rozprostřeno mezi několika **institucionálních rámců**, které se v nějaké míře doplňují, z velké části se ale také překrývají a často spolu nejsou nijak reálně koordinovány. Na jedné straně nalézáme rámec protidrogové politiky, který v současnosti zaštiťuje Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky (dále „RVKPP“), poradní, koordinační a iniciační orgán vlády ČR v otázkách protidrogové politiky. Na druhé straně se setkáváme s rámci primárně vymezenými jednotlivými ministerstvy (resorty), mezi něž spadají především Ministerstvo práce a sociálních věcí, zodpovědné za plánování **sociálních služeb**, a Ministerstvo zdravotnictví, zodpovědné za plánování **zdravotních služeb**, ve kterém ovšem hrají významnou roli také zdravotní pojišťovny

Dalšími zainteresovanými resorty jsou ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy, v jehož gesci jsou především školní programy primární prevence rizikového chování, ale také různá šířeji zaměřená výchovná zařízení, ministerstvo spravedlnosti, zodpovědné za služby pro uživatele návykových látek poskytované ve vězeňských zařízeních, či ministerstvo vnitra, zodpovědné za programy prevence kriminality. Některými z těchto institucionálních rámců se budeme zabývat v dokumentu „Zajištění dostupnosti pomáhajících služeb v České republice – zakotvení praxe v relevantních normách a strategiích“, který navazuje na tuto analýzu.

Vedle nastíněného **horizontálního** rozdělení se institucionální krajina plánování sítí služeb štěpí také **vertikálně** podle jednotlivých úrovní veřejné správy – v každém z rámců lze rozlišit celonárodní (státní), regionální (kraje) a místní (města a obce s rozšířenou působností) úroveň. Jak bude dále vidno z analýzy, v jednotlivých rámcích mají různé úrovně různou míru důležitosti, od čehož se dále odvíjí míra, v jaké mohou klíčové instituce těchto rámců centrálně spravovat síť služeb a sjednocovat tak jejich parametry napříč regiony.

Vymezení jednotlivých rámců vychází ze zavedených pojmů, s nimiž se setkáváme v legislativě a klíčových strategických dokumentech. Intuitivně jsou tak relativně snadno uchopitelné, při bližším pohledu se ale ukazují jako velmi široce vymezené a složité ohraničitelné. Z toho důvodu se tato analýza převážně zaměřuje na ty aspekty, které jsou relevantní pro popis nástrojů tvorby sítí služeb.

Nástroj tvorby sítí služeb je pojem specificky definovaný v souladu s potřebami této analýzy. Jednotlivé nástroje jsou v ní popisovány jako soubory jasně definovaných atributů, které ovšem nelze vždy nalézt pohromadě v nějaké závazné, kodifikované podobě, tedy v zákoně či nějakém strategickém dokumentu. Je tak třeba vždy uvažovat o působení více reálných nástrojů plánování, z nichž každý naplňuje definici nástroje jen částečně, a rovněž popsat ty, které zůstaly jen v návrhové rovině nebo se omezují na definici sítě „na papíře“.

Analýza se zaměřuje na srovnání definic používaných v jednotlivých rámcích normativních potřeb, cílových skupin, typologie služeb, využívaných nástrojů definice a tvorby sítí služeb, s cílem zmapování dostupných nástrojů a metod a navržení vhodného nástroje definování sítí adiktologických služeb.

2.1 Protidrogová politika

Pozn.: Podrobným popisem legislativního a strategického rámce se zabývá analýza zpracovaná v rámci klíčové aktivity KA1 projektu „Systémová podpora rozvoje adiktologických služeb v rámci integrované protidrogové politiky“, finanční mechanismy popisuje analýza zpracovávaná v rámci klíčové aktivity KA2.4. Popis institucionálního rámce a mechanismů financování je proto jen rámcový.

2.1.1 Legislativní a strategický rámec, klíčoví aktéři

Základní právní rámec protidrogové politiky vymezuje **zákon č. 65/2017 Sb., o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek**, který je v gesci Ministerstva zdravotnictví. Tento zákon ukládá vládě, ministerstvům a územním samosprávným celkům provádět opatření protidrogové politiky ve smyslu ochrany zdraví populace před škodlivými účinky návykových látek a návykového chování. Vláda podle něj provádí protidrogovou politiku na národní úrovni. Za tím účelem přijímá nejméně jednou za 10 let Národní strategii protidrogové politiky a podílí se na zajištění zde stanovených opatření ve spolupráci s ministerstvy. Kraje v samostatné působnosti provádějí protidrogovou politiku na svých územích a nejméně jednou za 10 let přijímají krajskou strategii protidrogové politiky.

Hlavním koordinačním a poradním orgánem vlády v oblasti protidrogové politiky je **Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky** (dále „RVKPP“), která je složena z ministrů relevantních ministerstev, zástupců odborných společností a krajů. RVKPP koordinuje realizaci strategických dokumentů protidrogové politiky a plnění úkolů v nich definovaných, koordinuje systémy zajištění kvality adiktologických služeb, financování protidrogové politiky, priority dotačních řízení jednotlivých resortů, metodicky vede krajské protidrogové koordinátory apod.

Základním strategickým dokumentem určujícím podobu a směřování protidrogové politiky je **Národní strategie protidrogové politiky** (aktuálně na období 2010–2018) a její **akční plány**. Národní strategie definuje 4 pilíře/oblasti protidrogové politiky, kterými jsou primární prevence, léčba a sociální začleňování, snižování rizik a snižování nabídky, resp. dostupnosti návykových látek, a 3 podpůrné oblasti: koordinace a financování, monitoring a hodnocení, mezinárodní spolupráce (Kiššová, 2011, 14). Záběr všech čtyř pilířů je v posledních letech v souladu s tzv. integrovaným přístupem k protidrogové politice postupně rozšiřován také na legální návykové látky, zejm. tabák a alkohol, a nelátkové závislosti, zejm. problémové či patologické hráčství³. Implementačními nástroji národní strategie jsou její 4 akční plány zaměřené na oblasti alkoholu, tabáku, nelegálních drog a hazardního hraní.

Na krajské a místní úrovni zajišťují realizaci protidrogové politiky **krajští a místní protidrogoví koordinátoři**. Koordinátoři vyhodnocují prováděná opatření protidrogové politiky na území jednotlivých krajů, resp. měst a obcí s rozšířenou působností, a podílejí se na jejich aktualizaci na základě potřeb identifikovaných ve spolupráci s centrálními institucemi. Hrají také rozhodující úlohu při zpracovávání **krajských koncepcí protidrogové politiky**, které koncepčně vycházejí z národní strategie protidrogové politiky a dále zahrnují analýzu současného stavu v oblasti užívání návykových látek, popř. nelátkových závislostí v regionu, přehled poskytovaných služeb včetně jejich financování a rozbor jejich institucionálního zázemí, a také tzv. návrhovou část, kde jsou stanovovány vize a cíle a koncepce. V krajských koncepcích jsou rovněž uvedeny jednotlivé aktivity kraje v oblasti protidrogové politiky. Kompetence protidrogových koordinátorů byly donedávna ukotveny také legislativně, z nového zákona č. 65/2017 Sb. však vypadly a samotné zřízení funkce krajského protidrogového koordinátora přestalo být pro kraje a samosprávy povinné.

Z odborného hlediska je realizace opatření v protidrogové politice v oblasti snižování poptávky úzce spjata s vědním oborem **adiktologie** a s **adiktologickými službami**. Adiktologii můžeme definovat jako „interdisciplinární obor zaměřující se na prevenci, léčbu a/nebo minimalizaci poruch a nemocí souvisejících s užíváním návykových látek a poruch vznikajících v souvislosti s různými formami závislostního chování“ (Mioviský, 2013, 9). Obor je jedinečně svázan s českým prostředím, explicitně nicméně vychází ze současných trendů v Evropské unii, které od roku 1993 udává Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogové závislosti (Mioviský, 2001, 3). Klíčovými aktéry na poli adiktologie jsou Klinika adiktologie při 1. Lékařské fakultě Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnici v Praze a odborné společnosti, zejm. Společnost pro návykové nemoci ČLS JEP, Česká

³ Tato integrace byla oficiálně schválena Usnesením vlády České republiky č. 1060 z 15. prosince 2014 ve smyslu revize Národní strategie protidrogové politiky na období 2010–2018.

asociace adiktologů a Asociace nestátních organizací poskytujících adiktologické a sociální služby pro osoby ohrožené závislostním chováním.

2.1.2 Financování služeb v rámci protidrogové politiky

Financování adiktologických služeb je vícezdrojové – můžeme rozlišit zejména výdaje ze státního rozpočtu a rozpočtu samospráv, zdravotních pojišťoven a evropských fondů. Podíl financování z dalších zdrojů, jako jsou nadace, fondy či úhrady uživatelů služeb, je minoritní, spíše ojedinělý. Financování adiktologických služeb ze státního rozpočtu a rozpočtu samospráv je realizováno většinou prostřednictvím dotačních řízení jednotlivých donátorů. Ze státních institucí se na financování adiktologických služeb podílejí výdaje RVKPP (preventivní programy, nízkoprahové programy, ambulantní léčba, stacionární programy, substituční léčba, doléčovací programy, terapeutické komunity, služby ve výkonu trestu a ve vazbě, služby poradenství) ministerstva zdravotnictví (nízkoprahové programy, ambulantní léčba, substituční léčba, detoxifikace, lůžková péče), ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy (na programy školní prevence) a ministerstva spravedlnosti (na adiktologické služby ve vězení). Uvedené resorty mají ve své kapitole samostatnou rozpočtovou položku určenou na financování protidrogové politiky. V rozpočtu ministerstva práce a sociálních věcí (dále „MPSV“) samostatná položka protidrogové politiky schází, nicméně je z něj také podporována významná část adiktologických služeb (MRÁVČÍK ET AL., 2016, 30-2).

Financování adiktologických služeb z rozpočtů krajů a obcí probíhá především v rámci výdajů na krajské sítě sociálních služeb.

Výdaje zdravotních pojišťoven jsou v rámci financování služeb z veřejného zdravotního pojištění vynakládány na léčbu poruch spojených s užíváním návykových látek (dg. F10-F19). Jde jednak o výdaje přímo identifikovatelné, tj. vykázané na léčbu v souvislosti se základní diagnózou, a výdaje neidentifikovatelné bez vazby na diagnózu, jejichž podíl na F10-F19 je pouze odhadován (MRÁVČÍK ET AL., 2016, 35). Více k financování zdravotních služeb z veřejného zdravotního pojištění viz kapitolu 2.3.2.

2.1.3 Definování normativních potřeb, cílových skupin a služeb

Strategické dokumenty protidrogové politiky definují **adiktologické služby** v souladu s definicí oboru adiktologie jako takového: jde o mezioborové a multidisciplinární služby, které poskytují specializovanou péči **cílové skupině** osob závislých nebo ohrožených závislostí. Zákon č. 65/2017 Sb. pak v návaznosti na obsah strategických dokumentů protidrogové politiky shrnuje základní okruhy **normativních potřeb**, které by tyto služby měly saturovat, když definuje adiktologickou péči jako „odbornou péči, která zahrnuje prevenci poruch zdravotního stavu spojených s touto poruchou, včetně snižování zdravotních a sociálních rizik, jejich včasnou diagnostiku a léčbu, poradenství, sociální rehabilitaci a reintegraci osob postižených těmito poruchami.“ Tuto péči podle zákona poskytují poskytovatelé zdravotních služeb, jde-li o zdravotní služby, a poskytovatelé sociálních služeb, jde-li o sociální služby, podle právních předpisů upravujících poskytování těchto služeb. (Odbornou péči osobám ve výkonu vazby, trestu odnětí svobody nebo zabezpečovací detence zajišťuje Vězeňská služba.)

Cílová skupina adiktologických služeb, tedy osoby závislé nebo ohrožené závislostí, zahrnuje uživatele legálních i nelegálních psychoaktivních látek, patologické hráče a jedince trpící obdobnými poruchami a jejich blízké. Podle fáze závislosti/užívání látek nebo druhu závislosti lze tyto cílové skupiny definovat specifičtěji:

- Problémoví uživatelé návykových látek – tradičně je tato skupina definována jako „injekční a/nebo dlouhodobé užívání drog a pravidelné užívání drog opiátového a/nebo amfetaminového a/nebo kokainového typu“ (EMCDDA, 2009). V r. 2013 byla tato definice rozšířena o užívání dalších drog s vysokou frekvencí a užívání drog přinášející uživatelům zdravotní či sociální problémy (THANKI & VICENTE, 2013). V České republice je sledována především prevalence problémového, zpravidla injekčního užívání pervitinu a opiátů.

- Experimentátoři s psychoaktivními látkami, opakovaně užívající drogy v relativně dlouhých intervalech,
- Rekreační uživatelé, kteří pravidelně užívají drogy za účelem zábavy či odreagování, často s ustáleným settingem i typem užívané látky. V obou případech jde o uživatele, kteří zpravidla nesplňují kritéria závislosti podle MKN-10, výjimkou ale nejsou ani uživatelé, kteří tato kritéria splňují, nicméně mají ustálené vzorce užívání a stabilizované sociální zázemí, resp. jim závislost nezpůsobuje další zdravotní ani sociální problémy, a současně se nedostávají do konfliktu se zákonem (Miovský, 2001, 34).
- Rodinní příslušníci, partneři a další blízké osoby, kteří mohou využívat poradenských služeb.

Některé typy adiktologických služeb mají své charakteristické cílové skupiny z hlediska zdroje/objektu závislosti, resp. problémového užívání nebo chování. Nízkoprahové služby zaměřené na snižování rizik (terénní programy a kontaktní a poradenské služby) jsou primárně využívány injekčními uživateli nelegálních návykových látek, zejm. pervitinu a opiátů (ale také rizikovými uživateli dalších návykových látek). Snižování rizik obnáší v jejich případě především výměnu injekčního materiálu a základní zdravotní ošetření, dále motivování k přechodu na méně rizikové způsoby užívání, v omezené míře také testování na infekční nemoci. Substituční léčba je určena osobám závislým na opiátech, v drtivé většině heroinu. Pro patologické hráče jsou někdy zřizovány specializované ambulantní služby přizpůsobené jejich specifickým potřebám.

Klíčovým dokumentem, který momentálně definuje typologii **adiktologických služeb** a umožňuje určité sjednocení požadavků na péči, jsou *Standardy odborné způsobilosti pro služby a programy poskytující adiktologické služby* (Libra et al., 2015, dále „Standardy odborné způsobilosti RVKPP“). Tyto standardy jsou definovány pro 10 typů služeb a obsahují mj. požadavky na personální zajištění služeb, specifické cílové skupiny jednotlivých typů služeb a popis péče, kterou poskytují.

Tabulka 2 Typy služeb podle Standardů odborné způsobilosti RVKPP

Typ služby	Normativní potřeby/Typy intervencí	Cílové skupiny
Detoxifikace (D)	Krátkodobá lůžková léčba stavů spojených s přerušáním či vysazením užívání návykové látky	Uživatelé návykových látek s různě vyjádřenými odvykacími příznaky (primárně)
Terénní programy (TP)	Snižování zdravotních a sociálních rizik spojených s problémovým užíváním návykových látek Motivace ke změně životního stylu, rizikového chování a vyhledání další odborné pomoci	Problémoví uživatelé návykových látek (primárně) Rekreační uživatelé se zdravotními riziky Osoby experimentující či škodlivě užívající návykové látky Osoby ohrožené patologickým hráčstvím
Kontaktní a poradenské služby (KPS)	Snižování zdravotních a sociálních rizik spojených s problémovým užíváním návykových látek Motivace ke změně životního stylu, rizikového chování a vyhledání další odborné pomoci Poradenství v oblasti prevence a léčby závislosti Zhodnocení stavu klienta Sociální práce Zprostředkování léčby Poskytování podmínek pro vykonání osobní hygieny Základní zdravotní ošetření Testování na infekční nemoci	Problémoví uživatelé návykových látek (primárně) Rekreační uživatelé se zdravotními riziky Osoby experimentující či škodlivě užívající návykové látky Osoby ohrožené patologickým hráčstvím Rodinní příslušníci těchto cílových skupin a osoby blízké

Typ služby	Normativní potřeby/Typy intervencí	Cílové skupiny
Ambulantní léčba (AL) a Ambulantní stacionární péče (ASP)	Komplexní diagnostika Individuální a skupinová psychoterapie Farmakoterapie Socioterapie Rodinné terapie Poradenství Sociální práce a sociální začleňování Edukace příbuzných osob klientů	Problémoví uživatelé návykových látek Osoby experimentující či škodlivě užívající návykové látky Závislí motivovaní i nemotivovaní k abstinenci Absolventi ústavního léčení Patologičtí hráči a osoby s nelátkovými závislostmi Rodinní příslušníci a partneři těchto cílových skupin
Krátkodobá a střednědobá lůžková péče (KSÚL)	Komplexní diagnostika Individuální a skupinová psychoterapie Režimová terapie Farmakoterapie Socioterapie Rodinné terapie Poradenství Sociální práce Edukace příbuzných osob klientů	Osoby závislé na návykových látkách Patologičtí hráči Rodinní příslušníci a partneři těchto cílových skupin
Rezidenční péče v terapeutických komunitách (RPTK)	Individuální a skupinová psychoterapie Socioterapie Rodinná terapie Ubytování a stravování Sociální práce a sociální začleňování	Osoby závislé na návykových látkách Osoby s těžkými adiktologickými poruchami Patologičtí hráči Rodinní příslušníci a partneři těchto cílových skupin
Doléčovací programy (ADP) vč. programů Chráněného bydlení (CHB) a Chráněných pracovních programů (CHP)	Individuální a skupinová psychoterapie Sociální práce a sociální začleňování Prevence relapsu Nabídka volnočasových aktivit Chráněné bydlení (CHB) Chráněná pracovní místa a rekvalifikace (CHP)	Abstinující osoby s anamnézou závislosti na návykových látkách nebo patologického hráčství
Substituční léčba (SL)	Podávání substituční látky Psycho-sociální péče	Osoby závislé na opiátech, často s přítomností psychických a somatických komplikací
Adiktologické služby ve vězení (Ambulantní služba přizpůsobená podmínkám detenčních zařízení)	Zhodnocení stavu klienta, Snižování zdravotních a sociálních rizik spojených s problémovým užíváním návykových látek Motivace ke změně životního stylu a rizikového chování Individuální a skupinová psychoterapie/poradenství Sociální práce Socioterapie Edukace Prevence relapse Zprostředkování léčby	Osoby závislé a ohrožené závislostí ve výkonu trestu

Zdroj: Vlastní zpracování

V popisech péče poskytovaných v jednotlivých typech služeb, jak je uvádějí Standardy odborné způsobilosti RVKPP, lze identifikovat **normativní potřeby** saturované příslušnými službami, a to ve smyslu potřeb, které jsou na základě expertízy a zkušeností poskytovatelů přisouzeny cílovým skupinám a ohraničeny konkrétním výkonem či intervencí. Definitivní výčet nabízí dokument *Seznam*

a definice výkonů drogových služeb, který vydal sekretariát RVKPP a který uvádí všechny výkony, které jsou vykazovány adiktologickými službami certifikovanými podle *Standardů odborné způsobilosti RVKPP*.

Vedle potřeb uvedených cílových skupin pokrývají adiktologické služby také část **potřeb obecné populace**, jako jsou prevence kriminality, snižování společenských nákladů či ochrana před šířením infekčních nemocí. Uspokojování těchto potřeb právě adiktologickými službami je nicméně produktem normativních definic expertů a tvůrců protidrogové politiky, které se vždy v nějaké míře rozcházejí s představami obecné populace. Např. s poskytováním injekčního materiálu uživatelům drog zdarma souhlasilo v r. 2013 pouze 37 % občanů ČR a 41 % bylo proti (CVVM, Sociologický ústav AV ČR, v. v. i., 2013, 3). Přes nesporný dopad této služby na výskyt infekčních nemocí mezi populací uživatelů drog, popř. obecnou populací, tak postoje veřejnosti v této otázce zdaleka nejsou jednoznačně pozitivní.

Alternativní definici a typologii adiktologických služeb nabízí dokument *Koncepce sítě specializovaných adiktologických služeb v České republice* (Miovský, 2013), který v r. 2013 schválily odborné společnosti Společnost pro návykové nemoci ČLS JEP a Česká asociace adiktologů. Tento dokument operuje s pojmem **specializované adiktologické služby**, nebo také „služby specializované adiktologické péče“, jejichž spojujícím prvkem by měla být zejm. certifikace podle Standardů odborné způsobilosti RVKPP (Miovský, 2013, 26). Zároveň ovšem předpokládá fungování těchto služeb v režimu zdravotnictví, včetně příslušných požadavků na personální zabezpečení či minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení. Zde uvedená typologie adiktologických služeb rozlišuje následující typy služeb:

Tabulka 3 Typy služeb podle Koncepce sítě specializovaných adiktologických služeb v ČR (Miovský, 2013).

Ambulantní služby	Lékařská ordinace pro návykové poruchy (může plnit úlohu specializovaného centra opiátové substituční léčby) Adiktologická ambulance (může integrovat kontaktní a poradenské služby) Adiktologický stacionář
Jednodenní péče	Stabilizační jednotka, záchytná stanice, lůžka pro jednodenní hospitalizaci
Lůžková péče	Detoxifikační jednotka Krátkodobá a střednědobá odvykací léčba (psychiatrická léčebna, oddělení pro léčbu závislosti) Rezidenční péče v terapeutické komunitě

Zdroj: Miovský, 2013

2.1.4 Nástroje definování a tvorby sítě adiktologických služeb

Síť adiktologických služeb není v současnosti jednoznačně definována v žádném dokumentu. Existují různé návrhy či klíče, jak tuto síť definovat, žádný z nich však nemá oporu v zákoně a žádný nelze chápat jako plnohodnotný nástroj tvorby sítě služeb, jak ji definujeme v této analýze, tedy jako „soubor služeb pokrývajících určitou územní jednotku, který spojuje stejný koncepční a institucionální rámec jejich nastavení, tj. normativní definice potřeb a cílových skupin a odpovídajících služeb, využívané nástroje či metody zjišťování potřeb, způsobů sledování a nastavení dostupnosti (místní, kapacitní aj.) kritérií pro zařazování služeb do sítě, popř. mechanismus financování“. Některé mají veskrze monitorující charakter (Sčítání adiktologických služeb, Výroční zprávy krajských protidrogových koordinátorů), některé se primárně týkají financování služeb (dotační řízení RVKPP), další představují ucelenější pokusy o nastavení sítě, jež však zůstaly na úrovni koncepce a nebyly systematicky realizovány (Koncepce sítě adiktologických služeb, Návrh optimalizace sítě v oblasti protidrogové politiky zaměřené na snižování rizik – Kontaktní centra a Terénní programy, Návrh optimalizace sítě kontaktních a poradenských služeb v ČR).

Sčítání adiktologických služeb

Jeden ze způsobů, jak definovat síť adiktologických služeb ve smyslu celku služeb poskytovaných na území ČR, nabízí Sčítání adiktologických služeb, které provádí jednou za 2 roky Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti (NMS). Podle posledního Sčítání adiktologických služeb v r. 2014 bylo v ČR 271 zařízení poskytujících služby cílové skupině uživatelů návykových látek a patologických hráčů.

Kritériem pro zařazení do sítě adiktologických služeb je splnění alespoň jedné z následujících podmínek:

- a) Zařízení deklaruje práci s cílovou skupinou jako hlavní náplň práce,
- b) zařízení je držitelem certifikátu odborné způsobilosti RVKPP,
- c) zařízení má smlouvu se zdravotní pojišťovnou na poskytování péče v oboru návykových nemocí. (NMS, 2014)

Toto vymezení sítě služeb je vymezením sítě ex-post na základě monitoringu, které je v podstatě jen výčtem služeb se společnými znaky, přičemž dostačujícím společným znakem je deklarace příslušnosti ke skupině služeb zaměřených na tutéž cílovou skupinu. Takto vymezená síť služeb nepracuje s vymezením potřebnosti ani nastavením dostupnosti služeb, spíše je teprve podkladem pro tvorbu sítě v tomto smyslu.

Výroční zprávy krajů o realizaci protidrogové politiky

Dalším takovým podkladem pro tvorbu sítě služeb jsou Výroční zprávy o realizaci protidrogové politiky krajů. Krajské protidrogové koordinátory v těchto zprávách uvádějí seznam služeb a jejich kapacit, které považují ve svém kraji za síť služeb pro uživatele návykových látek a patologické hráče. Kvalita těchto údajů je však napříč kraji kolísavá a z výročních zpráv některých krajů není zcela jasné, podle jakého klíče v nich byly služby evidovány. Např. v Hlavním městě Praha jsou uváděny všechny služby, které jsou podporovány z rozpočtu HMP, v Jihočeském kraji pouze služby certifikované dle Standardů odborné způsobilosti RVKPP.

Koncepce protidrogové politiky krajů

Na krajské úrovni jsou dále zpracovávány koncepce protidrogové politiky krajů, které koncepčně vycházejí z Národní strategie protidrogové politiky a dále obsahují analýzu stavu v oblasti užívání návykových látek, popř. nelátkových závislostí na daném území, přehled poskytovaných služeb včetně jejich financování a rozbor jejich institucionálního zázemí, a také tzv. návrhovou část, kde jsou stanovovány vize a cíle a uváděny jednotlivé aktivity kraje v oblasti protidrogové politiky. Některé dokumenty obsahují, stejně jako výroční zprávy krajských protidrogových koordinátorů, seznam poskytovaných služeb a jejich kapacit, tento popis nicméně nemá žádnou vazbu na reálné vytváření sítě ve smyslu zařazování služeb do sítě ani na garanci finanční podpory z veřejných rozpočtů. Uváděné služby, které jsou registrovány jako sociální, bývají nicméně součástí krajských sítí sociálních služeb, definovaných v krajských Střednědobých plánech rozvoje sociálních služeb.

Certifikace služeb podle Standardů odborné způsobilosti RVKPP

Systém certifikace služeb podle Standardů odborné způsobilosti pro služby a programy poskytující adiktologické služby (Standardy odborné způsobilosti RVKPP) je nástrojem RVKPP, jehož smyslem je navázat finanční podporu služeb na splnění určitých základních standardů odborné poskytované péče. Odborná způsobilost služeb je vyhodnocována u služeb, které zažádají o certifikaci, prostřednictvím místních šetření, které zajišťuje vždy externí tým 3 odborníků. Na základě jeho posouzení je službě na 1–4 roky udělena certifikace, čímž jí vzniká nárok na přidělení dotace v rámci dotačního řízení RVKPP.

Standardy odborné způsobilosti RVKPP definují požadavky na odbornou způsobilost programu/služby a její dostupnost na úrovni konkrétních adiktologických služeb jednak v obecné podobě (část Obecné standardy), jednak s ohledem na specifika jednotlivých typů služeb (část Speciální standardy).

Požadavky na místní a časovou dostupnost služeb jsou vymezeny pouze obecně, a to např.

následovně: „1.8 Místo poskytování služby a denní doba, během níž je služba poskytována, odpovídají

uvedeným cílům a charakteru služby, dále specifiku prostředí (...) a potřebám cílové skupiny ve spádové oblasti u ambulantních služeb.“ Standardy dále uvádějí podmínku informační dostupnosti služeb (co všechno má služba o sobě uvádět) a také požadavek veřejné přístupnosti bez ohledu na pohlaví, věk a rasu klienta, jeho politické přesvědčení, náboženství, právní či společenské postavení, psychický či fyzický stav (včetně HIV pozitivitu apod.).

Standardy odborné způsobilosti RVKPP dále definují údaje o využití služeb, které by měly služby sledovat, publikovat ve výročních zprávách a pravidelně vyhodnocovat. Pouze u služeb kontaktních center a terénních programů je také uveden indikátor sledování odhadovaného počtu problémových uživatelů drog jako nástroj zjišťování potřeby.

Dotační řízení RVKPP

O síti služeb pro uživatele nelegálních návykových látek a patologické hráče se mluví také v rámci dotačního řízení Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky (RVKPP). Jednou z priorit dotačního řízení RVKPP je „udržení stávající sítě služeb“ pro uživatele nelegálních drog, resp. „vytvoření a rozvoj sítě služeb pro patologické hráče“.⁴

Kritéria pro definování sítě nejsou explicitně stanovena, za stávající síť služeb se de facto považuje historicky vyvinutá síť služeb pro uživatele nelegálních drog. Služby musí splňovat dvě kritéria, a to:

- a) Služba je dlouhodobě podporována z dotačního řízení RVKPP,
- b) služba je držitelem certifikátu Standardů odborné způsobilosti RVKPP.

V případě, kdy není k dispozici dostatek finančních prostředků, se dalším kritériem podpory služeb stává geografická dostupnost – prioritně jsou podporovány projekty v krajském městě nebo jen jeden typ adiktologické služby na velikost okresního města apod.

V případě sítě služeb pro patologické hráče je kritérium sítě definováno jako zájem vytvořit krajská centra pro patologické hráče, tzn. jedno specializované krajské centrum v kraji, a pak až podpora vzniku služeb pro patologické hráče v dalších městech, blíže nedefinováno.

Hodnocení služeb zařazených do dotačního řízení RVKPP je postaveno na 5 pilířích: a) hodnocení kvality, b) hodnocení naplnění priorit dotačního řízení, c) hodnocení míry potřeby a dostupnosti, d) hodnocení nákladové efektivity, e) hodnocení rozpočtu projektu.

Lze říct, že dotační řízení reaguje na normativní potřeby, a to ty, které byly definované v akčních plánech protidrogové politiky v oblasti sítě služeb. Potřeba služeb vyplývá z pravidelného monitoringu situace v oblasti užívání drog a hazardního hraní, základním kritériem je zejména poměr osob v léčbě vs. odhadovaný počet osob, které jsou v riziku závislosti. Příkladem může být tvorba sítě pro patologické hráče, kde monitoring epidemiologických indikátorů poukázal na fakt, že v léčbě se nachází odhadem cca 2–5 % osob z celkového počtu patologických hráčů, kteří by pomoc potřebovali, a v celé ČR se nachází pouze 10–20 specializovaných programů pro patologické hráče (MRAVČÍK ET AL., 2017, 165).

Koncepce sítě specializovaných adiktologických služeb v ČR

V r. 2013 byla v rámci plánovaného vstupu adiktologických služeb do systému zdravotnictví vypracována Koncepce sítě specializovaných adiktologických služeb v ČR (MIOVSKÝ, 2013), která měla mj. nastavit normativy dostupnosti adiktologické péče. Koncepce zavádí pojem *specializované adiktologické služby*, také *služby specializované adiktologické péče*, za které se považují služby, které úspěšně prošly procesem certifikace podle Standardů odborné způsobilosti RVKPP. Dále nastavuje novou typologii adiktologických služeb a definuje jejich cílovou skupinu s hlavními intervencemi a personálním obsazením.

⁴ Vyhlášení dotačního řízení RVKPP na rok 2018 je dostupné na <http://www.vlada.cz/cz/ppov/protidrogova-politika/dotace/2018/prvni-zprava-158764/>.

Jako kritérium dostupnosti specializovaných adiktologických služeb si autoři zvolili geografickou dostupnost měřenou počty jednotlivých typů služeb na jednotku kraje, popř. okresu. Požadavky na takto definovanou kapacitu služeb stanovili diferencovaně podle počtu obyvatel a prevalence uživatelů návykových látek a závislých v daném okrese/kraji – při použití orientačních údajů 500 problémových uživatelů, 1000 problematických uživatelů konopných látek, 1500 závislých na alkoholu a 500 patologických hráčů na 100 000 obyvatel. (Mioviský, 2013, 71).

Další analýzy a návrhy optimalizace sítě služeb

V r. 2005 byla pro sekretariát RVKPP provedena analýza **Návrh optimalizace sítě v oblasti protidrogové politiky zaměřené na snižování rizik – Kontaktní centra a Terénní programy** (STANIČEK, 2005), ve které autor podrobně analyzuje zajištění služeb kontaktních center (dále „KC“) a terénních programů v každém kraji a navrhuje doporučení. Při definici potřebnosti vychází z velikosti sídelních komunit a velikosti cílové skupiny v dané komunitě – vzhledem k tomu, že jde o harm-reduction programy, jde o velikost skryté populace injekčních uživatelů drog. Dostupnost služeb hodnotí na základě technické možnosti klienta dostat se cca do 1 hodiny do kontaktu se službou. (Dostupnost KC je hodnocena možností klienta kontaktovat KC do 1 hodiny, což je dáno možností využít veřejnou dopravu a propojením silničními komunikacemi. Dostupnost terénních služeb je dána schopností terénních pracovníků dostat se na místo do cca 1 hodiny, opět za využití hromadné dopravy nebo auta). V oblasti nákladovosti a výkonnosti služby navrhuje autor využít hodnocení zvolených kritérií ve vztahu ke skryté populaci (srovnání počtu vydaných injekčních stříkaček k počtu stříkaček odhadnuté ideální spotřeby skryté populace, nebo míra kontaktovaných injekčních uživatelů z celkové skryté populace).

Libra a Novák ve svém **Návru optimalizace sítě kontaktních a poradenských služeb v ČR** (Libra; Novák, 2006) nastavili požadavky na kapacitní dostupnost kontaktních a poradenských služeb, konkrétně doporučený průměrný počet pracovních úvazků na okres podle jeho velikosti/lidnatosti.

2.1.5 Diskuze k využívaným nástrojům tvorby sítě služeb

Kvantitativní srovnání návrhů definice sítě služeb

Jak můžeme vidět v tabulce 4 (viz **Tabulka 4**), počty služeb, jak je evidují jednotlivé návrhy definování sítě služeb, se v závislosti na rozdílných kritériích zařazení služeb do sítě výrazně liší. Sčítání adiktologických služeb se nedotazuje na typy služeb, nýbrž typy péče, které nabízejí jednotlivá zařízení, přičemž tato zařízení neuvádějí převažující typ péče, nýbrž všechny typy péče, kterou poskytují. Část nízkoprahových programů zároveň uvedla poskytování ambulantní péče a část ambulancí zároveň uvedla poskytování nízkoprahových služeb. Poskytování následné péče uváděly nejen specializované ambulantní doléčovací programy, ale také psychiatrická lůžková zařízení a terapeutické komunity. Počty jednotlivých typů péče se tak překrývají a nelze je jednoduše sečíst. Uváděná čísla navíc vycházejí mj. i ze self-reportingu (deklarace práce s cílovou skupinou jako hlavní náplň práce), významná část evidovaných služeb tedy nemá pro svá označení žádnou institucionální oporu v podobě certifikace či registrace služby.

Výroční zprávy koordinátorů uvádějí typy služeb podle jejich hlavního zaměření, disponující certifikátem odborné způsobilosti RVKPP, registrací zařízení jako sociální služby, nebo registrací zařízení jako zdravotní služby. O zařazení služeb do sítě zde rozhodují krajští koordinátoři, přičemž kritéria zařazení, která používají, jsou proměnlivá, což je také hlavním nedostatkem tohoto nástroje definice sítě.

Sít' služeb, která vychází z dotačního řízení RVKPP, je vázána na podmínku faktické finanční podpory dané služby/programu z dotačního řízení. Dotační řízení má navíc podmínku platného certifikátu odborné způsobilosti, proto z této sítě vypadávají služby, které si do dotačního řízení RVKPP o finanční prostředky nežadají, nebo ty, které nemají platný certifikát odborné způsobilosti.

Síť služeb podle Standardů odborné způsobilosti RVKPP zase uvádí pouze certifikované služby. V souladu s tím jsou uváděné počty služeb jak dle dotačního řízení RVKPP, tak dle Standardů výrazně nižší než u Sčítání adiktologických služeb a Výročních zpráv krajských koordinátorů. Vzájemné rozdíly v řádech jednotek služeb jsou dány jednak finanční podporou nových služeb, které mají podle pravidel dotačního řízení RVKPP nárok na přidělení dotace bez prokázání certifikace po dobu jednoho roku/dvou let, jednak existencí služeb, které mají platný certifikát, avšak nežadají o finanční prostředky z dotačního řízení RVKPP.

Certifikace služeb podle Standardů odborné způsobilosti RVKPP a dotační řízení RVKPP pracují s reálně jednotnou sítí služeb z hlediska společných standardů kvality, resp. zdroje finanční podpory. Toto řešení se v současnosti jeví jako nedostačující, jelikož významná část služeb poskytujících odbornou adiktologickou péči stále nedisponuje certifikátem, ze sítě služeb by tedy vypadla.

Tabulka 4 Počty zařízení poskytujících adiktologické služby podle jednotlivých zdrojů za r. 2016

	Sčítání adi. služeb 2014	Výroční zprávy koordinátorů	Dotační řízení RVKPP	Standardy odb. způsob. RVKPP
Nízkoprahové programy Ambulantní léčba, vč. substituční léčby a stacionárního programu	128	113	91	104
Rezidenční léčba	134	90	44	43
Následná péče (z toho chráněné bydlení)	58	70**	11	19
Adiktologické služby ve vězení*	93 (48)	28 (20)	17	19
	-	-	5	7
Celkem	271	291	168	193

* V r. 2014 tento typ služby ještě ve standardní podobě podle SOZ RVKPP neexistoval.

** Ze 70 programů rezidenční péče uvádějí krajské protidrogové koordinátory 6 domovů se zvláštním režimem.

Zdroj: Data OPK, vlastní zpracování

Další významný návrh sjednocení představuje Koncepce sítě specializovaných adiktologických služeb, která předpokládala fungování adiktologických služeb v systému zdravotnictví. To se v současnosti jeví jako nereálné s ohledem na požadavky na minimální personální zabezpečení služeb a na technické a věcné vybavení spojené s registrací služeb jako zdravotnických zařízení. Podle studie, kterou realizovala v r. 2012 Klinika adiktologie mezi 60 nízkoprahovými zařízeními, splňuje tyto požadavky méně než polovina zařízení/programů. Zároveň se odhadlo, že reálný zájem o změnu statutu má asi 30 % nízkoprahových zařízení (NMS, 2013, 11-12).

Uvedený popis a srovnání jednotlivých návrhů nástrojů definice sítě adiktologických služeb ukazuje na nejednotnost v definování sítě služeb a na nutnost domluvit se v rámci protidrogové politiky a adiktologie na jednotných kritériích toho, co je adiktologická služba, a přihlásit se k jednotné síti těchto služeb.

Srovnání návrhů sítě z hlediska nastavení dostupnosti a zjišťování potřeby

Jelikož v oblasti protidrogové politiky, resp. adiktologických služeb, zatím neexistuje závazný dokument definující síť služeb, schází i jednoznačná formalizace nastavení dostupnosti služeb a nástroje zjišťování potřeby služeb či intervencí. Napříč výše uvedenými návrhy definování, popř. tvorby sítě adiktologických služeb, můžeme pozorovat různé kombinace přístupů, zakládající možné varianty, jak přistoupit k jednotné definici sítě a vytvoření jednotného nástroje tvorby sítě. Jejich přehled uvádí

Tabulka 5.

Tabulka 5 Přístupy k definování dostupnosti a potřebnosti v návrzích sítě adiktologických služeb

	Nastavení dostupnosti	Indikátory zjišťování potřebnosti
Sčítání adiktologických služeb	-	-
Výroční zprávy krajů o realizaci protidrogové politiky	-	-
Dotační řízení RVKPP	Geografická dostupnost (úroveň krajských a okresních měst)	Odhad počtu klientů v léčbě (Počet osob v léčbě, Údaje o využití služeb) vs. odhad velikosti cílové skupiny Odhady problémových uživatelů drog v daném kraji
Certifikace služeb podle Standardů odborné způsobilosti služeb pro uživatele návykových látek a patologické hráče	Stanovují kritéria dostupnosti na straně poskytovatelů služeb, a to místní, časové a informační dostupnosti a přístupnosti cílové skupině (bez diskriminace), prostřednictvím povinně sledovaných ukazatelů kapacity také kapacitní dostupnosti	Údaje o využití služeb Odhady problémových uživatelů drog (u KPS a TP)
Koncepce sítě specializovaných adiktologických služeb v ČR	Geografická dostupnost – počet zařízení na jednotku kraje/okresu	Počty obyvatel a prevalence uživatelů návykových látek a závislých v daném okrese/kraji (500 problémových uživatelů, 1 000 problematických uživatelů konopných látek, 1 500 závislých na alkoholu a 500 patologických hráčů na 100 000 obyvatel)
Návrh optimalizace sítě v oblasti protidrogové politiky zaměřené na snižování rizik (Staníček, 2005)	Místní dostupnost (dojezdová vzdálenost 1 hod.)	Velikost sdílené komunity Velikost cílové populace (injekční uživatelé drog) Poměr počtu vydaných injekčních stříkaček a počtu stříkaček odhadnuté ideální spotřeby skryté populace
Návrh optimalizace sítě kontaktních a poradenských služeb v ČR (Libra, Novák, 2006)	Kapacitní dostupnost – počet úvazků na jednotku okresu (odstupňováno podle velikosti)	Počet obyvatel v daném okrese

Zdroj: Vlastní zpracování

Z uvedeného přehledu lze konstatovat, že nejčastěji navrhovaným a využívaným nástrojem zjišťování potřebnosti je odhadovaný počet problémových uživatelů drog, a to zejména pro kontaktní centra a terénní programy, v nichž představují primární cílovou skupinu. I v případě těchto typů služeb má bohužel tento indikátor sám o sobě omezenou vypovídací hodnotu. Prevalence problémového užívání je pouhým odhadem, získávaným na základě matematického modelování, a nelze ji spolehlivě zjistit žádnými přímými metodami. Pro to jsou tři hlavní důvody: 1) v rámci obecné populace je prevalence velmi nízká – stěží přesahuje oblast statistické chyby přímých metod, např. v Evropě se pohybuje mezi 0,5 % a 1 %, 2) cílová skupina je obtížně dosažitelná přímými metodami, 3) cílová skupina má tendenci skrývat problémové užívání vzhledem k jeho protispolečenské (stigmatizující), popř. protizákonné povaze (ZÁBRANSKÝ, 2003, 38).

Způsoby sledování dostupnosti služeb a nastavení požadované dostupnosti se liší případ od případu. I v případě kapacitní dostupnosti, kterou využívají dva z návrhů, jsou využity diametrálně odlišné

jednotky kapacity. Na úrovni poskytovatelů existuje jednotný soubor ukazatelů kapacity, které jsou povinně sledovány a vykazovány službami, nejsou však systematicky využívány pro nastavení kapacitní dostupnosti na úrovni správce sítě.

Komplexnější přístup z hlediska potřeby je navržen v Konceptu sítě specializovaných adiktologických služeb v ČR (MIOVSKÝ, 2013), kde se vychází nejen z odhadovaného počtu nejen problémových uživatelů drog, ale i rizikových uživatelů dalších návykových látek (alkohol, konopné drogy) či odhadovaného počtu patologických hráčů. Současně však uvažuje o sledování geografické dostupnosti pouze v celých jednotkách zařízení, nereflexuje tedy kapacitu konkrétních zařízení. Libra a Novák (2006) ve svém návrhu sítě kontaktních a poradenských služeb měřili kapacitu zařízení počtem pracovních úvazků jejich pracovníků, pro zjištění potřeby si ovšem zvolili velmi hrubý indikátor počtu obyvatel v okrese.

Ve všech návrzích, ať jde o Miovského 2013 (MIOVSKÝ, 2013), Libru a Nováka (LIBRA, NOVÁK, 2006) nebo Staníčka (STANÍČEK, 2005) je dále zdůrazňováno zajištění dostupnosti na **komunitním principu**, tzn., že „má být v souladu s reálným životním stylem obyvatel a má respektovat přirozená centra regionů“ (LIBRA, NOVÁK, 2006, 2). To odpovídá požadavkům vyjádřeným v usnesení vlády ČR č. 824 ze dne 1. září 2004 ke Strategii dostupnosti a kvality veřejných služeb, které ukládá využívat metodu komunitního plánování při řešení otázky dostupnosti a kvality veřejných služeb. V rámci protidrogové politiky by hybateli komunitního plánování měli a mohli být především místní protidrogoví koordinátoři, kteří na to však často reálně nemají kapacitu (činnost koordinátora vykonávají v rámci velmi malých úvazků, až 0,01 úvazku), případně krajský protidrogový koordinátor.

Obdobně jako je tomu u definice sítě adiktologických služeb, i v oblasti definování potřeb a dostupnosti se setkáváme s různými přístupy. I přes jistou nesourodost popsaných nástrojů tvorby sítě nicméně existuje v ČR relativně jednotný, komplexní systém sběru dat o situaci v oblasti užívání návykových látek a hazardním hraní, a to jak na národní úrovni, tak na úrovni konkrétních služeb. V souladu s doporučeními Evropského monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti je v ČR sledováno všech 5 epidemiologických indikátorů. Údaje o využití služeb jsou povinně sledovány u dotovaných služeb/programů RVKPP, kde jde o dobře využitelná data, která mají jednotnou podobu napříč všemi službami. Současně vzniká množství dalších relevantních analýz, jednak na akademické úrovni, jednak na objednávku krajů či obcí. Sběr všech těchto typů dat lze dobře využít k nastavení požadované dostupnosti služeb a indikátorů zjišťování potřeby služeb pro účely definování jednotné sítě adiktologických služeb uznané RVKPP.

2.2 Rámec sociálních služeb

Pozn.: Podrobným popisem legislativního a strategického rámce se zabývá analýza zpracovaná v rámci klíčové aktivity KA1 projektu „Systémová podpora rozvoje adiktologických služeb v rámci integrované protidrogové politiky“, finanční mechanismy popisuje analýza zpracovávaná v rámci klíčové aktivity KA2.4. Popis institucionálního rámce a mechanismů financování je proto jen rámcový.

2.2.1 Legislativní a strategický rámec, klíčoví aktéři

Poskytování sociálních služeb legislativně vymezuje především **zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách**, upravující podmínky poskytování sociálních služeb a příspěvku na péči, podmínky pro vydání oprávnění k poskytování sociálních služeb, výkon veřejné správy v oblasti sociálních služeb, inspekci poskytování sociálních služeb a předpoklady pro výkon činnosti v sociálních službách. Státní správu podle tohoto zákona vykonávají **Ministerstvo práce a sociálních věcí** (dále „MPSV“), **kraje, obce a okresní správy sociálního zabezpečení**, v přenesené působnosti také krajské úřady a obecní úřady obcí s rozšířenou působností.

MPSV podle zákona řídí a kontroluje výkon státní správy v oblasti sociálních služeb a zpracovává za účasti krajů a zástupců poskytovatelů i uživatelů sociálních služeb **Národní strategii rozvoje sociálních služeb** (v současné podobě na období 2016–2025). Tuto strategii schvaluje spolu s **Akčním**

plánem rozvoje sociálních služeb vláda. Další strategické dokumenty se týkají konkrétních oblastí sociálních služeb či cílových skupin, např. Strategie sociálního začleňování 2014–2020 či Národní strategie ochrany práv dětí 2012–2018.

MPSV dále poskytuje metodickou podporu v podobě různých dokumentů doporučujícího, tedy právně nezávazného charakteru. V roce 2011 zpracoval na objednávku MPSV GI projekt o.p.s. „Analýzu střednědobých plánů rozvoje sociálních služeb“, která se stala podkladem pro vytvoření „Metodik pro vytváření optimální krajské sítě sociálních služeb a pro plánování finančních prostředků v rámci procesů vytváření krajských střednědobých plánů rozvoje sociálních služeb“ (dále „metodiky MPSV“). Tyto metodiky slouží v současné době jako jeden z hlavních zdrojů metodické podpory zajišťování potřebnosti, dostupnosti, efektivity a kvality služeb pro kraje a obce, na který odkazuje velká část dále uváděných strategických dokumentů.

Krajům a obcím ukládá zákon mj. zjišťovat potřeby poskytování sociálních služeb na svých územích, zajišťovat dostupnost informací o možnostech a způsobech poskytování sociálních služeb a spolupracovat s dalšími obcemi, kraji a poskytovateli sociálních služeb při zprostředkování pomoci. Kraje mají povinnost zpracovávat **Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb** (dále „SPRSS“), sledovat a vyhodnocovat plnění tohoto plánu a informovat MPSV a obce na území kraje o výsledcích plánování. SPRSS se vytváří na období několika, nejčastěji tří let. Měl by obsahovat soubor analytických, statistických, kvantitativních i kvalitativních podkladů a poznatků, vizi rozvoje sítě služeb, popis prioritních oblastí, popis sítě služeb včetně přesného nastavení hlavních i dílčích parametrů, plán rozdělení prostředků podle druhů služeb a cílových skupin na celé období platnosti SPRSS a shrnutí prostředků vázaných na jednotlivé aktivity a opatření. V souladu se SPRSS pak kraje zajišťují dostupnost poskytování sociálních služeb na svém území. Kraje jsou tedy zákonem pověřenými tvůrci krajských sítí sociálních služeb a vystupují v roli jejich správců. Obce podle zákona mají zpracovávání SPRSS pouze jako možnost. Vedle toho mohou mít, bez vazby na zákon, zpracované *místní akční plány* a *komunitní plány*.

2.2.2 Financování sociálních služeb

V ČR je financování sociálních služeb vícezdrojové. Je realizováno v první řadě z veřejných rozpočtů, další prostředky mohou služby čerpat ze soukromého sektoru, různých nadací či fondů, v rámci individuálních projektů financovaných z Evropských strukturálních a investičních fondů (ESIF) či z úhrad uživatelů služeb. Mezi veřejné rozpočty, z nichž jsou financovány sociální služby, patří zejména rozpočty MPSV, krajů a obcí.

Financování probíhá prostřednictvím dotací, přidělovaných **v režimu vyrovnávací platby**. Na celostátní úrovni upravuje pravidla a podmínky pro poskytování dotací Metodika MPSV pro poskytování dotací ze státního rozpočtu poskytovatelům sociálních služeb a posouzení žádosti o dotaci ze státního rozpočtu v oblasti podpory poskytování sociálních služeb (dále „Metodika MPSV pro poskytování dotací“).

MPSV poskytuje ze svého rozpočtu finanční prostředky krajům k plnění jejich povinnosti, dané ze zákona, zajistit dostupnost sociálních služeb na svém území. Finanční prostředky krajům jsou účelově určená dotace na financování běžných výdajů souvisejících s poskytováním základních druhů a forem sociálních služeb v rozsahu stanoveném základními činnostmi u jednotlivých druhů sociálních služeb⁵. Financování sociálních služeb na území kraje je striktně vázáno na zpracovaný Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb. Služby nezařazené do tohoto plánu nemají nárok na finanční prostředky pro sociální služby. Kraje přidělují finanční prostředky službám na základě „Pověření poskytováním služby obecného hospodářského zájmu“. Vydání tohoto pověření je jednou z povinných náležitostí, které musí služba podle právních předpisů EU splnit, aby nedocházelo k nedovolené veřejné podpoře. Vydávají jej orgány státní správy a územní samosprávy na všech úrovních.

⁵ Prostředky z dotací nelze využít např. na poskytování ošetrovatelské a rehabilitační péče, které tak musí být financováno z jiných zdrojů, např. fondů zdravotních pojišťoven.

Za posuzování a hodnocení žádostí o dotace ze státního rozpočtu na daný kalendářní rok a návrh výše dotace zodpovídají zaměstnanci krajských odborů sociálních služeb, sociální práce a sociálního bydlení. Hodnocení provádějí na základě dostupných informací o dané službě, tj. informací obsažených v samotné žádosti, informací na webových stránkách poskytovatele, výstupů z provedených kontrol a inspekce kvality poskytování služeb u poskytovatele či závěrů odborných analýz. Při určení potřeby a priority v zajištění dostupnosti dále vycházejí z priorit stanovených v krajských SPRSS.

Vedle dotačního programu určeného službám místního či krajského charakteru, poskytovaným v souladu s místními a regionálními potřebami (program podpory A), je v současnosti vyhlášen také program podpory B pro služby s nadregionální či celostátní působností. Financování těchto služeb zajišťuje ze svého rozpočtu přímo MPSV.

2.2.3 Definování normativních potřeb, služeb a cílových skupin

Sociální služby definuje zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, jako služby určené **cílové skupině** "osob v nepříznivé sociální situaci", popř. "osobám se sníženou soběstačností", a zahrnují služby sociálního poradenství, sociální péče a sociální prevence, poskytované pobytovou, ambulantní či terénní formou. Tyto okruhy služeb jsou dále rozděleny na konkrétní typy služeb určené jedné či více specifickým cílovým skupinám. Jednou z těchto cílových skupin jsou také „osoby ohrožené závislostí na návykových látkách“. Toto označení víceméně odpovídá definici cílové skupiny v adiktologických službách, definování jejich **normativních potřeb** je nicméně v rámci sociálních služeb velmi obecné a z velké části zahrnuje potřeby, které vyjadřují i jiné cílové skupiny, jako jsou poradenství, sociální začleňování a rehabilitace, chráněné bydlení, chráněná pracovní místa apod. Cílové skupiny lze podle zákona dále rozlišit podle stupně závislosti na pomoci jiné fyzické osoby za účelem zajištění potřebné pomoci, od kterého se odvíjí výše nároku na příspěvek na péči. Rozlišuje se lehká, středně těžká, těžká a úplná závislost (stupně I., II., III. a IV.)

Jediný typ služby výlučně orientovaný na osoby ohrožené závislostí na návykových látkách představují kontaktní centra (§ 59), jejichž vymezení odpovídá vymezení kontaktních a poradenských služeb (KPS) podle Standardů odborné způsobilosti RVKPP. Jako jedna z cílových skupin dále figurují osoby ohrožené závislostí na návykových látkách u terénních programů (§ 69), služeb následné péče (§ 64), terapeutických komunit (§ 68) a domovů se zvláštním režimem (§ 50). Z těchto typů služeb odpovídají příslušným standardům podle Standardů odborné způsobilosti RVKPP terénní programy (TP) a terapeutické komunity (RPTK). Definice služeb následné péče je omezena na sociálně terapeutické činnosti, sociální práci a poskytnutí ubytování a stravy, nezahrnuje tak v sobě poskytnutí komplexní adiktologické péče, jak je vymezena Standardy odborné způsobilosti RVKPP (Miovský, 2013, 50-1). Domovy se zvláštním režimem jsou evidovány některými subjekty v oblasti protidrogové politiky, tento typ služby nicméně postrádá jednoznačné vymezení v tomto rámci⁶. Některé ambulantní služby jsou dále zřizovány jako služby odborného poradenství (§ 37). Všechny typy služeb podle druhového zařazení a cílových skupin uvedených v zákoně uvádí **Tabulka 6**.

⁶ Je to způsobeno mimo jiné tím, že tento typ služby směřoval obecně na klientelu, která potřebuje „přísnější“ režim poskytované péče, než je obvyklé například v domovech pro seniory či Domovy pro osoby se zdravotním postižením. Navíc při konstrukci tohoto druhu služby se skutečně diskutovalo o zařazení s klienty s vysokou mírou závislosti na péči jiné osoby zejména v seniorském věku (zda byl důvod potřeby restriktivního režimu v neurologické nemoci, abusu návykových látek nebo kombinaci všeho nerozhodovalo).

Tabulka 6 Typy sociálních služeb z hlediska druhu a cílových skupin služeb

Typ sociální služby	Druh sociální služby	Cílové skupiny
Kontaktní centra	Sociální prevence	Osoby ohrožené závislostí na návykových látkách
Terénní programy	Sociální prevence	Osoby ohrožené závislostí na návykových látkách Osoby bez přístřeší Osoby žijící v sociálně vyloučených komunitách Jiné sociálně ohrožené skupiny
Služby následné péče	Sociální prevence	Osoby ohrožené závislostí na návykových látkách Osoby s chronickým duševním onemocněním
Terapeutické komunity	Sociální prevence	Osoby ohrožené závislostí na návykových látkách Osoby s chronickým duševním onemocněním
Domovy se zvláštním režimem	Sociální péče	Osoby ohrožené závislostí na návykových látkách Osoby s chronickým duševním onemocněním Osoby se stařeckou, Alzheimerovou či jinou demencí
Odborné sociální poradenství	Sociální poradenství	Všechny
Základní sociální poradenství (všechny typy služeb)	Sociální poradenství	Všechny

Zdroj: Vlastní zpracování

Pro personální zajištění sociálních služeb je klíčová role sociálního pracovníka či dalších odborných pracovníků s vysokoškolským vzděláním a odpovídající praxí ve službách zaměřených na osoby ohrožené závislostí; sociální služby přitom respektují nutnou multidisciplinaritu. Některé výkony, jako jsou výměna injekčního materiálu, testování na infekční nemoci či základní zdravotní ošetření, vykonávají nelékařští zdravotničtí pracovníci.

2.2.4 Nástroje definování a tvorby sítě sociálních služeb

V zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, nacházíme **definici sítě sociálních služeb** jako „soubor sociálních služeb, které v dostatečné kapacitě, náležitě 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; síť sociálních služeb je součástí střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb kraje“.

Krajskou síť sociálních služeb definují Metodiky MPSV jako „krajem vymezený, řízený a financovaný soubor činností poskytovaných v rámci sociálních služeb reagujících na zjištěné potřeby občanů“ (GI Projekt o.p.s., 2011-2012, 12). Zařazování služeb do sítě a na ně navázané přidělování dotací ze státního rozpočtu poskytovatelům služeb probíhá v souladu se Střednědobými plány rozvoje sociálních služeb. Síť je dále aktualizována každoročně zpracováváním akčními plány rozvoje sociálních služeb.

Sociální služby, které jsou nadregionální či mají celostátní působnost, jsou podporované přímo z dotačního programu MPSV (program podpory B). Tyto služby by měly být zahrnuty do sítě sociálních služeb s nadregionální či celostátní působností. V současnosti ovšem tato síť není v žádném dokumentu definována.

Krajské sítě služeb

Krajské sítě služeb jsou vytvářeny v souladu se Střednědobými plány rozvoje sociálních služeb (SPRSS), které uvádějí mj. strategické priority kraje na dané období, kritéria zařazení služeb do sítě, stávající podobu sítě ve smyslu výčtu služeb a jejich kapacit a přehled jejich financování. Službám, které jsou

zařazeny do sítě, vzniká nárok na financování z krajského rozpočtu (pokud již nemají zajištěné financování např. z ESIF).

Kritéria pro zařazení služby do krajské sítě služeb můžeme rozdělit na administrativní a věcná.

Mezi **administrativní kritéria** závazná pro všechny kraje patří: a) oprávnění k poskytování sociálních služeb (registrace) podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, b) zápis v registru poskytovatelů sociálních služeb (§ 85 odst. 1 zákona č. 108/2006 Sb.), c) sídlo služby na území ČR, d) realizace poskytovaných služeb na území ČR. Získání oprávnění k poskytování sociálních služeb je vázáno na vyhovění Standardům kvality sociálních služeb (dále „SQSS“), které uvádí Vyhláška č. 505/2006 Sb. Služba, která získá oprávnění, je následně zapsána do Registru poskytovatelů sociálních služeb.

Stanovení **věcných kritérií** pro zařazení služby do sítě vychází ze základních parametrů doporučených MPSV, kterými se přinejmenším formálně řídí všechny SPRSS. Podle metodik MPSV jsou hlavními čtyřmi parametry: a) potřebnost, b) kvalita, c) nákladovost, d) dostupnost (viz. tab. 2.6).

Kraj jako správce sítě by měl po jednotlivých poskytovatelích služeb požadovat „specifikaci a podrobné popsání základních činností vedoucích k uspokojení zjištěných potřeb“ (ONDRUŠOVÁ ET AL., 2012). Tento požadavek je formulován i v Standardech kvality sociálních služeb, jež vymezují nezbytný obsah minimální nabídky služeb, kterou musí mít zveřejněnou a garantovanou každá služba. Minimální nabídka musí podle nich obsahovat: a) co služba v rámci dané činnosti přesně nabízí, b) v jakém množství, c) kolik to stojí, d) jak často se to děje, e) jak se to dělá.

Na základě takto specifikovaných činností je pak možné validně ocenit kapacitu nabízené sociální služby. Dále je nutné definovat „náklady na zajištění těchto činností ve smyslu administrativního a provozního chodu organizací, které zajišťují poskytování sociálních služeb“ (GI Projekt o.p.s., 2011-2012, 13). **Sít sociálních služeb je tak definována v jednotkách kapacit** – správce sítě si podle prokázané potřebnosti objednáva jednotlivé kapacity služeb.

Tabulka 7 Definování věcných kritérií zařazení do sítě služeb

Věcné kritérium	Popis/definice věcného kritéria
Potřebnost	Zjišťování potřeb by mělo být realizováno kombinací přístupů od šetření v terénu mezi osobami v potenciálně nepříznivé sociální situaci přes zprostředkovaná zjištění od sociálních pracovníků, pečujících osob a dalších aktérů poskytujících služby, po expertní či sekundární zdroje. Důraz je položen na systematické porovnávání těchto různých typů údajů a na hledání příčin zjištěných jevů oproti pouhému zjišťování jejich důsledků. Na základě definování sociálních služeb a činností v jejich rámci, které mají řešit identifikované problémy, pak zpracovatel stanovuje potřebnost sociálních služeb.
Nákladovost	Vymezení nákladovosti služeb, popř. přiměřenosti jejich rozpočtu, spočívá v první řadě ve stanovení cenového rozmezí u základních činností, a to s ohledem na rovnováhu mezi ekonomickou náročností a „nepodkročitelností kvality činností“ (GI projekt o.p.s. 2011-2012, 15-18). Cílem je tedy volit maximálně hospodárné služby, které jsou ještě schopné provádět dané činnosti ve stanovené kvalitě.
Kvalita	Nepodkročitelnou kvalitu služeb by měly garantovat SQSS. Kontrola kvality probíhá v režimu státní kontroly – inspekce poskytování sociálních služeb, kterou provádí u registrovaných sociálních služeb krajský úřad (v případě služeb, vůči nimž kraj vykonává funkci zřizovatele nebo zakladatele) nebo MPSV. Splnění SQSS nicméně není podmínkou získání oprávnění k poskytování služby a kontroly jsou reálně prováděny namátkově u řádově několika procent sociálních služeb.
Dostupnost	Metodiky MPSV uvádějí „dva zásadní komplexy dílčích atributů“, ze kterých by měla sestávat doporučená dostupnost služeb: územní dostupnost a kapacitní dostupnost: a) Územní dostupnost - Dopravní dostupnost – čas, vzdálenost, spojení veřejnou dopravou - Dostupnost pro danou cílovou skupinu na daném území - Charakter území

Věcné kritérium	Popis/definice věcného kritéria
	- Možnosti uspokojení poptávky po službě jinými prostředky - Informační dostupnost – jak se ke klientům dostávají informace o službě
b) Kapacitní dostupnost	- Časová dostupnost – služba je k dispozici, když ji klient potřebuje, zpravidla vyjádřena provozní dobou služby - Finanční dostupnost - Kapacitní dostupnost – služba má volné ubytovací, prostorové a/nebo personální kapacity pro přijetí klienta
	<i>Zdroj: Ondrušová et al., 2012, 17; GI Projekt o.p.s., 2011-2012</i>

Důležité je dosažení určité míry flexibility dané služby (v čase, prostoru i kapacitách), proto Metodiky MPSV doporučují zajišťovat pro určité cílové skupiny tzv. „pohotovostní kapacity“. Důraz na stanovení kapacitní dostupnosti služeb odráží následující shrnutí: „Úlohou krajského plánování je postupně vytvořit a kultivovat krajskou síť sociálních služeb, nastavit její rozsah prostřednictvím **žádoucích kapacit služeb a kapacit personálního zajištění** (počty úvazků), včetně vazby mezi kapacitou služby (počet uživatelů, intervencí apod.) a počtem úvazků pracovníků (zejména pracovníků v přímé péči).“

Obvykle používanými ukazateli kapacity jsou:

- počet klientů/uživatelů (v jeden okamžik/za dané období)
- počet kontaktů (10 min. jednání)
- počet intervencí (30 min. jednání)
- počet hovorů (u telefonicky poskytovaných služeb)
- počet hodin připadajících na poskytování služby
- počet lůžek (u pobytových služeb)
- počet pracovních úvazků připadajících na přímou péči („průměrný přepočtený úvazek“)

Při bližším pohledu na jednotlivé SPRSS se ukazuje, že uvedené ukazatele kapacity se v jednotlivých krajích uplatňují v různé míře. V popisech krajských sítí služeb, uváděných v přílohách SPRSS, je kapacita služeb nejčastěji vyjadřována počtem lůžek (všech 14 krajů) a počtem úvazků (12 krajů). Ostatní ukazatele se používají v menší míře: počty uživatelů, intervencí, kontaktů nebo hovorů (6 krajů), okamžitá kapacita (4 kraje), hodiny přímé práce, zejm. u terénních, ale také některých ambulantních služeb (3 kraje).

Kraje také uvádějí vlastní specifická kritéria zařazení do sítě služeb, zejm. deklarovanou/každoročně realizovanou spoluúčasť obce na pokrytí nákladů ve stanovené výši, jakožto prokázání potřeby na místní úrovni – spoluúčasť obce 10–20 % (podle typu služby) je podmínkou Jihomoravského kraje, Královéhradecký kraj považuje za účelné financovat některé typy služeb pouze z krajského a státního rozpočtu a Středočeský či Jihočeský kraj mají finanční spoluúčasť obcí nikoli podmínkou, nýbrž výhodou (služby získají více bodů v rámci hodnocení podle rozsahu spoluúčasti). Kraje ovšem zároveň nemohou spoluúčasť na financování sociálních služeb obcím nařídít, zůstává tak na poskytovatelích, aby o ní představitele obcí přesvědčovali.

Finanční dostupnost sociálních služeb určuje, zda se uživatel podílí na finančním hrazení služby, v jakém rozsahu tak činí a jaké dodatečné prostředky jsou mu poskytnuty na toto hrazení. U služeb, které vyžadují finanční spoluúčasť klientů, může být spoluúčasť na hrazení služby financována s pomocí příspěvku na péči, který je podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, poskytován osobám závislým na pomoci jiné fyzické osoby za účelem zajištění potřebné pomoci, ve výši odvíjející se od stupně této závislosti. K úhradě sociálních služeb mohou klienti využít také finančních prostředků získaných prostřednictvím dávek v hmotné nouzi.

Tabulka 8 Finanční dostupnost sociálních služeb

Typ služby	Rozsah hrazení služby uživatelem
Kontaktní centra	Bez úhrady
Terénní programy	Bez úhrady
Služby následné péče	Ubytování, strava (jsou-li poskytnuty)
Terapeutické komunity	Ubytování, strava
Domovy se zvl. režimem	Ubytování, strava, péče ve sjednaném rozsahu

Zdroj: Vlastní zpracování

Služby, které vyhoví administrativním kritériím a v dostatečné míře také kritériím věcným, jsou zařazeny do krajské sítě sociálních služeb. Tyto sítě mají zpravidla podobu **minimální** či **základní sítě**, oproti níž je někdy explicitně definována **optimální síť** na základě zjištěných potřeb, kterým nemohlo být v plné míře vyhověno s ohledem na nedostatek finančních prostředků. Některé sítě jsou diferencované podle míry a zdrojů dotační podpory. Jihočeský kraj rozlišuje vedle základní sítě také „podmíněnou síť“, do níž jsou zařazovány služby financované jako individuální projekty z Evropských strukturálních a investičních fondů (ESIF)⁷. U takto financovaných služeb je udržitelnost jejich provozování limitována (zpravidla několikaletým) trváním projektů, jeho další pokračování je tak závislé na financování prostřednictvím dotací, na které často nedosáhnou a posléze zanikají. Liberecký kraj rozlišuje „rozšířenou síť“, která je pouze částečně financována z veřejného rozpočtu, a také „ostatní služby“, které jsou financovány jednorázově či vůbec, nemohou být nicméně opomenuty z hlediska potřeby (ve smyslu optimální sítě).

Celostátní síť sociálních služeb

Celostátní síť sociálních služeb není v současnosti definována v žádném dokumentu. Lze do ní zařadit služby, které jsou podporovány přímo z dotačního programu MPSV podpory B. Jak uvádí Metodika MPSV pro poskytování dotací ze státního rozpočtu, jde o služby, které mají celostátní či nadregionální charakter a jsou zaměřeny na cílovou skupinu, u níž riziko sociálního vyloučení nemá jen regionální charakter, ale dopadá na celou společnost. Oblast podpory je směřována na konkrétní pomoc a podporu pro uživatele sociální služby. Z adiktologických služeb čerpají podporu z programu B terapeutické komunity, služby následné péče (doléčovací centra) či služby odborného sociálního poradenství.

Požadavek na nadregionální a celostátní charakter je specifikován jako podmínka rozsahu **poskytování sociální služby na území minimálně 3 sousedících krajů**. Dále musí být uznáno, že poskytovatel nemůže vzhledem k charakteristikám poskytované služby uskutečňovat podporu služby v rámci jednotlivých krajů samostatně, v případě celostátní působnosti je požadován také systémový přístup k řešení problematiky určité cílové skupiny v rámci celé ČR. V opačném případě je žadatel považován za poskytovatele regionálních, místních sociálních služeb a podává žádost podle místa realizace služby na příslušný krajský úřad. MPSV si vyhrazuje právo změnit program podpory v případě chybného zařazení sociální služby do jednotlivých programů podpory.

2.2.5 Diskuze k využíváním nástrojům tvorby sítě sociálních služeb

Rámec plánování sociálních služeb disponuje relativní hojností metodických materiálů, doporučení v nich obsažená se ovšem často do praxe plánování služeb promítají jen ve velmi omezené míře. Podle analýzy SPRSS k roku 2011 většina SPRSS není schopna uspokojivě naplňovat základní požadované parametry sítě služeb a obvykle nejsou schopny podložit rozdělování finančních prostředků validními a srovnatelnými údaji (ONDRUŠOVÁ ET AL., 2011, 8). Jak dále uvádí analýza, vlivem nedostatečné metodické podpory ze strany MPSV se jednotlivé krajské sítě sociálních služeb dlouhodobě vyvíjely do

⁷ Financování individuálních projektů je nicméně problematické.

značné míry nezávisle na sobě, výsledkem jsou „kvantitativně rozdílné přístupy, rozdílná pojetí významu a důležitosti plánování a 14 více či méně nesrovnatelných a nekompatibilních SPRSS“ (ibid.). Jako hlavní nedostatky v plánování sociálních služeb a tvorbě SPRSS uvádějí Metodiky MPSV: absenci zjišťování potřebnosti ve většině krajů, konzervaci stávajícího stavu ve většině krajů, častou absenci přehledu o finančním krytí pro zajištění realizace SPRSS, absenci mechanismů zajišťujících kvalitu služeb, plánování a řízení sítě stavějící na jednotlivcích, nikoli na systému a kultuře práce, častou nekompetenci jedinců zodpovědných za plánování a řízení sítě, nedostatečné řízení sítě na národní úrovni a vymáhání realizace strategií MPSV, nesoulad mezi jednotlivými úrovněmi řízení sítě (MPSV – kraje – obce).

Materiál zpracovaný v rámci projektu *Podpora procesů v sociálních službách* (WICKI, M., 2012) popisuje některé nedostatky ukazatelů kapacity uváděných v sítích sociálních služeb. Sledování počtu uživatelů podle něj představuje neúnosné normování individuálních uživatelů, kteří se nacházejí v často velmi rozdílných sociálně nepříznivých situacích a disponují rozdílnými potřebami. Počet kontaktů a intervencí, popř. hovorů, zase normují jednotlivé činnosti a jejich trvání v čase, což neodpovídá realitě různorodosti časových požadavků na ně – časový rozměr je vhodnější měřit reálným časem, např. v hodinách či minutách. U všech uvedených ukazatelů autoři dále kritizují chybějící popis činností a jeho návaznosti na náročnost činností z hlediska pracovníka i uživatele. Interpretace činností někdy zahrnují pouze přímou práci s uživatelem (face to face), někdy i přímou práci spojenou s uživatelem (bez přímého kontaktu). Jako jediný vyhovující ukazatel kapacity označují počet lůžek – lůžko jako jednotka kapacity představuje z hlediska výkonnosti „originální kombinaci činností (výkonů) poskytovaných uživateli na lůžku podle jeho individuálních potřeb“ (Ibid., 4).

V obecnější rovině identifikují autoři problém směřování dvou druhů ukazatelů – kapacity a výkonu. Kapacita by podle nich měla být dána jasně vymezenou kapacitní jednotkou pro každý typ služby, odpovídající lůžku, židli (ve stacionárních službách) nebo místě ve službě vymezeném 1 pracovníkem či 1 plným úvazkem v přímé péči. Kapacitní jednotka a jejich počet v daném zařízení představuje referenční rámec pro popis zařízení, k němuž je dále třeba popsat „činnosti, kterých se týká, a činnosti v časovém vyjádření – výkony“ (Ibid., 9). Výkony lze pak kvantifikovat a normovat buď z pohledu uživatele (uživatel má nárok na určitý časový objem poskytování služby za časovou jednotku) nebo z pohledu pracovníka (pracovník provádí určitou činnost po vymezenou část své pracovní doby), popř. lze stanovit volně a až zpětně vyhodnocovat (Ibid., 9-10).

Pokud jde o zjišťování potřebnosti, rámec sociálních služeb nenabízí žádný závazný standardní postup, jak je provádět. Metodiky MPSV nabízejí spíše doporučení týkající se organizační stránky celého procesu, popř. způsobů zapojení jednotlivých aktérů, o konkrétních nástrojích či metodách zjišťování potřeb už mnoho neříkají. Jak se výstižně uvádí v dokumentu *Dílčí analýzy sociálních služeb na území Statutárního města Liberec z roku 2015*, v České republice stále schází jednotná metodika pro zjišťování potřebnosti sociálních služeb – metodická doporučení jsou buď příliš obecná a teoretická nebo přizpůsobená pro určitou cílovou skupinu nebo druh služby; doporučované kombinace kvalitativních a kvantitativních analytických metod pak často končí u „nepříliš šťastně připraveného dotazníkového šetření“, 13) a jediným zdrojem informací a podkladem pro plánování dalšího období jsou údaje od poskytovatelů služeb. V rámci krajského plánování je navíc v případě nedostatku validních údajů umožněna varianta „orientačního“ nastavení sítě, kdy jsou namísto jasně definovaných kapacit služeb požadovány pouze hrubé počty služeb, nebo jsou zachovávány kapacity z předchozího období, čehož také mnohé SPRSS využívají (LIBEREC, 2015). Jak už však bylo řečeno, plánování služeb se stále významně liší napříč jednotlivými kraj i a můžeme se setkat i s příklady plánování, které by v nějaké míře mohly sloužit jako příklady dobré praxe, ale také s hodnotnými analýzami potřeb, které bohužel zůstaly v praxi spíše nevyužité.

2.3 Rámec zdravotních služeb

Pozn.: Podrobným popisem legislativního a strategického rámce se zabývá analýza zpracovaná v rámci klíčové aktivity KA1 projektu „Systémová podpora rozvoje adiktologických služeb v rámci integrované protidrogové politiky“, finanční mechanismy popisuje analýza zpracovávaná v rámci klíčové aktivity KA2.4. Popis institucionálního rámce a mechanismů financování je proto jen rámcový.

2.3.1 Legislativní a strategický rámec, klíčoví aktéři

Systém plánování zdravotních služeb v ČR je charakteristický rozdělením klíčových kompetencí mezi Ministerstvo zdravotnictví, kraje a obce, které zodpovídají zejm. za poskytování zdravotních služeb, a zdravotní pojišťovny, které zodpovídají za úhrady zdravotní péče poskytovatelům a z velké části také za zajištění její dostupnosti na úrovni sítě služeb.

Zdravotní služby, podmínky jejich poskytování a s tím spojený výkon státní správy na úrovni MZ, krajů i obcí upravují **zákony č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, a zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách**. Poskytování zdravotních služeb je dále specifikováno v dalších právních předpisech, jako jsou **vyhláška č. 92/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče, vyhláška č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb** či **zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání**. Činnost Veřejné zdravotní pojišťovny upravují **zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění** a **vyhláška MZ č. 134/1998 Sb.,** kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami.

Ministerstvo zdravotnictví (dále „MZ“) provádí podle zákona o zdravotních službách kontrolu dodržování podmínek poskytování zdravotních služeb stanovených zákonem, a to v součinnosti s příslušnými správními orgány a krajskými úřady. MZ zodpovídá také za zřizování fakultních nemocnic, které jsou podle zákona státními příspěvkovými organizacemi. Významným nástrojem MZ pro dílčí úpravy poskytování zdravotních služeb jsou vedle vyhlášek také **věstníky MZ**, kterými upravuje mj. některé náležitosti týkající se personálního zajištění či dostupnosti služeb.

V oblasti strategického směřování zdravotnictví je MZ gestorem různých strategických dokumentů, nejobecnějším z nich je dokument **Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí**, dále např. **Koncepce hygienické služby a primární prevence v ochraně veřejného zdraví** (2013), **Národní program řešení problematiky HIV/AIDS v ČR** na období 2013–2017 či **Strategie reformy psychiatrické péče**.

Kraje mají zákonem dány přímé obligatorní kompetence udělovat oprávnění k poskytování zdravotních služeb a vyhlášovat a organizovat výběrová řízení pro poskytovatele (s výjimkou zdravotních služeb zřizovaných ministerstvem obrany, ministerstvem spravedlnosti a ministerstvem vnitra, kterým udělují oprávnění tato ministerstva). Odpovídají také za zajištění dostupnosti některých typů služeb, mj. zdravotnické záchranné služby a protialkoholní a protitoxikomanické záchytné stanice. Kraje zpracovávají, stejně jako v případě sociálních služeb, strategické dokumenty rozvoje služeb na období několika let. Tyto dokumenty nemají jednotnou nomenklaturu jako Střednědobé plány rozvoje sociálních služeb, zpravidla je lze nalézt pod tituly „**Koncepce zdravotnictví**“ či „**Strategie podpory zdraví a rozvoje zdravotních služeb**“. V současnosti ale nejsou veřejně dostupné pro každý kraj. Rovněž neexistuje jednotná metodika Ministerstva zdravotnictví pro plánování zdravotních služeb, velká část krajských dokumentů má nicméně podobný obsah i strukturu jako dokumenty pro plánování sociálních služeb. Měly by obsahovat socio-demografické, ekonomické a další charakteristiky kraje, SWOT analýzu zdravotních služeb v kraji, popis procesu realizace práce na aktualizaci plánu rozvoje zdravotních služeb a tzv. programovou část, vymezující vize, cíle a priority kraje, v přílohách pak popis sítě poskytovatelů zdravotních služeb a finanční kalkulace.

O celkové struktuře a rozsahu sítě služeb rozhodují primárně **zdravotní pojišťovny**, které mají podle zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění povinnost zajišťovat poskytování zdravotních služeb svým pojištěncům, včetně místní a časové dostupnosti, a v návaznosti na to také rozdělují rozhodující objem finančních prostředků na poskytování zdravotní péče.

2.3.2 Financování zdravotních služeb

Financování zdravotních služeb je vícezdrojové, zabezpečují je všeobecné zdravotní pojištění a finanční spoluúčast pacientů, státní rozpočet a rozpočty krajů a obcí, přímé úhrady fyzických a právnických osob, a různé další zdroje, jako jsou sponzoři, nadace apod. (DURDISOVÁ, 2005).

Systém **veřejného zdravotního pojištění** vychází z tzv. Bismarckova pojišťovacího modelu, kdy občan povinně odvádí určitý obnos ze mzdy pojišťovně, která na smluvním základě proplácí lékaři či zdravotnickému zařízení zdravotní péči. Tato forma zajištění péče odpovídá systému veřejného pojištění, který pokrývá většinu populace a základní rozsah péče. Převahou veřejného pojištění je akcentován princip solidarity, péči nad jím garantované minimum zdravotní péče zajišťuje trh prostřednictvím soukromého připojištění. (FALTUSOVÁ, 2007, 13). Mezi plátce veřejného zdravotního pojištění patří zaměstnavatelé, zaměstnanci, osoby samostatně výdělečně činné a osoby bez zdanitelných příjmů, vedle toho hradí pojistné stát tzv. státním pojištěncům, mezi které spadají nezaopatřené děti a studenti do 26 let, důchodci, občané na mateřské a rodičovské dovolené, nezaměstnaní evidovaní na úřadu práce, invalidé, občané pobírající sociální dávky, osoby ve výkonu trestu, osoby ve výkonu ústavního ochranného léčení, nejsou-li pojištěny z jiného titulu, a některé další skupiny obyvatel (tvoří cca 57,3 % všech pojištěnců). Prostředky poskytované státním pojištěncům ze státního rozpočtu jsou nicméně výrazně nižší – měsíční pojistné v r. 2017 činilo 920 Kč, zatímco pro zaměstnance a osoby bez zdanitelných příjmů 1.485 Kč a pro OSVČ s hlavní činností 1.906 Kč.

Finanční prostředky z veřejného zdravotního pojištění podléhají v současnosti stoprocentnímu přerozdělování podle nákladovosti pojištěnce měřené věkem a pohlavím – tzv. **indexy nákladovosti** pojištěnců jsou určovány podle 36 věkových skupin, zvláště pro ženy a pro muže. Systém stoprocentního přerozdělování pojistného je v současnosti relativně nejvýhodnější pro Všeobecnou zdravotní pojišťovnu, která v roce 2016 hradila péči 57 % pojištěncům (viz **Tabulka 9**), mezi nimiž zároveň dlouhodobě figuruje největší počet starých lidí a pacientů s mimořádnými náklady⁸.

Všeobecná zdravotní pojišťovna (dále „VZP“) má ve srovnání s ostatními, tzv. zaměstnaneckými zdravotními pojišťovnami výsadní postavení i z právně-institucionálního hlediska – je zřízena podle zvláštního zákona č. 551/1991 Sb. (Zákon České národní rady o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky) a má některé zvláštní povinnosti a kompetence. Jde o jedinou pojišťovnu, která nemůže na základě platné zákonné úpravy zaniknout (FALTUSOVÁ, 2007, 25). Vedle úhrad péče zodpovídá za činnosti potřebné pro fungování celého zdravotního systému, mj. vede centrální registr pojištěnců, spravuje Informační centrum zdravotního pojištění, jež slouží ke kontrole čerpání prostředků jednotlivými zdravotnickými zařízeními, a vede účet přerozdělení pojistného (FALTUSOVÁ, 2007, 27). Organizační struktura VZP sestává z Ústředí, krajských poboček a dalších územních pracovišť.

Tabulka 9 Počet pojištěnců jednotlivých zdravotních pojišťoven za rok 2016 (v mil. Kč)

	VZP ČR	VoZP ČR	ČPZP	OZP	ZPŠ	ZP MV ČR	RBP	Celkem
Počet pojištěnců	5 933,6	707,5	1 210,6	735,3	139,9	1 258,1	430,9	10 415,9
Podíl pojištěnců	57 %	6,8 %	11,6 %	7,1 %	1,3 %	12,1 %	4,1 %	100 %

VZP ČR = Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR; ČPZP = Česká průmyslová zdravotní pojišťovna; OZP = Oborová zdravotní pojišťovna; ZPŠ = Zaměstnanecká pojišťovna Škoda; ZP MV ČR = Zdravotní pojišťovna Ministerstva vnitra ČR; RBP = Revírní bratrská pokladna.

Zdroj: Vlastní zpracování

⁸ Od 1. 1. 2005 je jako kompenzace těchto mimořádných nákladů zaveden zvláštní příspěvek z účtu přerozdělení na „drahé“ pojištěnce.

2.3.3 Definování normativních potřeb, služeb a cílových skupin

Vzhledem k univerzalitě potřeb zdravotní péče zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách **nevymezuje zdravotní služby ani zdravotní péči s odkazem na specifickou cílovou skupinu**, jak to v případě adiktologických, resp. sociálních služeb činí zákon č. 65/2017 Sb., o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek, a zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Cílovou skupinou je zde „**pacient**“, který je definován jednoduše jako „fyzická osoba, které jsou poskytovány zdravotní služby“.

Zdravotní služby jsou obecně vymezeny výčtem okruhů služeb, od zcela obecného „poskytování zdravotní péče (...) zdravotnickými pracovníky“ po specifické služby, jako je např. „přeprava pacientů neodkladné péče“. **Zdravotní péče** je definována jako soubor činností prováděných za účelem „předcházení, odhalení a odstranění nemoci, vady nebo zdravotního stavu, udržení, obnovení nebo zlepšení zdravotního a funkčního stavu, udržení a prodloužení života a zmírnění utrpení, pomoc při reprodukci a porodu či posuzování zdravotního stavu“ a to prostřednictvím „preventivních, diagnostických, léčebných, léčebně rehabilitačních, ošetrovatelských nebo jiných zdravotních výkonů prováděných zdravotnickými pracovníky“. **Normativní potřeby** jsou tedy vztaženy ke stavům o různé míře patologie, od nemoci po víceméně fyziologické stavy, které lze nicméně optimalizovat. Zásahy do těchto stavů zahrnují jak diagnostiku a léčbu, tak prevenci, rehabilitaci, ošetření a péči spojenou s udržováním vážných zdravotních stavů a zmírňováním utrpení. Kompetence provádět jednotlivé intervence spadající do těchto okruhů jsou vázány na odbornou způsobilost zdravotnických pracovníků, zejm. na to, zda jsou zdravotnickými pracovníky lékařskými či nelékařskými. Podle toho můžeme rozlišovat lékařskou a nelékařskou zdravotní péči.

Lékařská péče poskytovaná ve zdravotnických zařízeních je podmíněna stanovením diagnózy, v případě osob závislých a ohrožených závislostí, konkrétně **diagnózami** duševních poruch a poruch chování způsobených užíváním psychoaktivních látek a patologickým hráčstvím, jak jsou definovány MKN-10 (**F10-F19** a **F63.0**). Tyto cílové skupiny adiktologických služeb v rámci lékařské péče jednoznačně odpovídají skupinám jedinců s danými diagnózami⁹. **Do procesu reformulace pocíťované potřeby jako normativní potřeby tak vstupuje požadavek vyjádření potřeby klinickým jazykem** jako potřeby zdravotní intervence a její jednoznačné klasifikace v podobě konkrétní diagnózy či kombinace diagnóz. Samotná péče pak obvykle vychází v první řadě z principů odvykací léčby, tedy léčby, jejímž cílem je úplné vyléčení dané závislosti a kategorické ustoupení od užívání dané návykové látky či daného závislostního chování.

Zdravotní péče se podle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách dělí na druhy péče **podle časové naléhavosti** poskytnutí (neodkladná, akutní, nezbytná a plánovaná péče) a účelu poskytnutí (preventivní, diagnostická, dispenzární, léčebná, posudková, léčebně rehabilitační, ošetrovatelská, paliativní a lékárenská péče). Z hlediska **formy zdravotní péče** je rozlišována: ambulantní péče, jednodenní péče, lůžková péče a péče poskytovaná ve vlastním sociálním prostředí pacienta. Ambulantní péče se dále dělí na primární péči (s důrazem na prevenci), specializovanou a stacionární; lůžková péče na akutní intenzivní, akutní standardní, následnou a dlouhodobou.

Legislativa dále vymezuje **obory péče** a personální zabezpečení zdravotnických zařízení v těchto oborech, zejm. ve vyhlášce č. 92/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče, a vyhlášce č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb. **Lékařské obory** relevantní pro cílovou skupinu osob závislých a ohrožených závislostí jsou obory **psychiatrie, stacionární péče – psychiatrie – psychoterapie**, popř. **psychiatrická krizová péče**, z **nelékařských oborů** je to zejm. **adiktologie, klinická psychologie**, nebo také **fyzioterapie, nutriční terapie, ergoterapie, všeobecná zdravotní sestra** nebo **psychiatrická zdravotní sestra**. Lékaři mohou dále získat zvláštní odbornou způsobilost

⁹ Výjimku představuje lékařská preventivní péče, zejm. tzv. krátká intervence, kterou podle zákona č. 65/2017 Sb., o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek provádí obecně zdravotničtí pracovníci, je-li to důvodné.

v nástavbovém oboru Návykové nemoci¹⁰ na základě absolvování specializovaného výcviku. Výcvik a vydání diplomu o zvláštní odborné způsobilosti zajišťuje Ministerstvo zdravotnictví, popř. pověřená organizace.

Typem služby tedy v kontextu zdravotních služeb rozumíme péči určitého druhu poskytovanou určitou formou ve zdravotnickém zařízení se specializací v určitém oboru. Mezi **typy zdravotních služeb**, které poskytují lékařskou péči osobám závislým a ohroženým závislostí, můžeme zařadit psychiatrické ambulance a lůžkovou péči akutní intenzivní, akutní standardní a následnou v oboru psychiatrie, popř. jiné medicíny. Tyto typy služeb můžeme dále dělit na specializované a nesespecializované, legislativa bohužel pro toto rozdělení nenabízí žádnou oporu (jako obor uvádí vyhláška č. 92/2012 Sb.). Vyjdeme-li z požadavků na multidisciplinární a mezioborovou adiktologickou péči, můžeme za specializovanou lékařskou péči považovat lékařskou péči poskytovanou lékařem-psychiatrem se zvláštní odbornou způsobilostí v oboru Návykové nemoci osobám s diagnózami F10-F19 a F63.0.

S poskytováním **nelékařské adiktologické péče** je spojena především profese adiktologa. Vyhláškou č. 421/2013 Sb. byla novelizována vyhláška č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, a nově bylo oficiálně uznáno šest nelékařských adiktologických výkonů, které může adiktolog poskytovat ve zdravotnických zařízeních a které mohou být propláceny zdravotními pojišťovnami, konkrétně: vyšetření adiktologem při zahájení adiktologické péče, vyšetření adiktologem kontrolní, minimální kontakt adiktologa s pacientem, adiktologická terapie individuální, adiktologická terapie rodinná, adiktologická terapie skupinová. Adiktologové působí zejm. v rámci ambulančí a stacionářů, často také v rámci nízkoprahových programů kontaktních a poradenských služeb a terénních programů. Některá ambulantní zařízení poskytující péči osobám závislým a ohroženým závislostí se profilují jako **adiktologické ambulance**, z nichž část (v roce 2016 13 zařízení) má smlouvy se zdravotními pojišťovnami na poskytování adiktologické péče a provádění uznaných adiktologických výkonů, nebo jako **adiktologické stacionáře**.

Z hlediska normativních potřeb, cílových skupin i typů poskytované péče má v rámci zdravotních služeb jednoznačně největší význam vazba poskytování lékařské adiktologické péče na stanovení diagnózy. To zakládá několik základních rozdílů mezi rámcem zdravotních služeb a rámcem protidrogové politiky, resp. adiktologických služeb:

- K lékařské zdravotní péči nemají přístup osoby závislé nebo ohrožené závislostmi, u nichž není stanovena diagnóza, přesto ale mohou být klienty některých adiktologických služeb.
- Léčbu pacientů s diagnózami F10-F19 a F63.0 mohou poskytovat i nesespecializovaná zdravotnická zařízení, tj. zařízení, která nemají nasmlouvané úvazky s psychiatry se zvláštní odbornou způsobilostí v oboru Návykové nemoci.
- Léčba je často zaměřena na pacienty s tzv. duálními diagnózami, tedy ty, kteří mají vedle diagnóz F10-F19 či F63.0 diagnostikovanou i nějakou další duševní poruchu, a může být i primárně zaměřena na tuto další diagnózu.
- Léčba nutně nezahrnuje sociální práci s klientem nebo jen v redukované podobě.

2.3.4 Nástroje definování a tvorby sítě zdravotních služeb

Zdravotní pojišťovny odpovídají podle **zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění** za tvorbu sítě smluvních zdravotnických zařízení zdravotní pojišťovny. Poskytovatelé zdravotních služeb jsou zařazováni do této sítě na základě výběrového řízení, které navrhuje zdravotní pojišťovna nebo zdravotnické zařízení oprávněné poskytovat zdravotní péči v příslušném oboru a které vyhláší

¹⁰ Získání této specializace je poněkud problematizováno nutností získat nejdříve specializovanou způsobilost (atestaci) v základním oboru psychiatrie nebo v oboru dětská a dorostová psychiatrie, popř. zvláštní odbornou způsobilost v oboru dětská a dorostová psychiatrie. Specializovaná způsobilost v oboru „Návykové nemoci“ jakožto základním oboru byla reformou zdravotnictví z let 2012–2014 a přechodem systému vzdělávání z původního Institutu postgraduálního vzdělávání na lékařské fakulty zrušena. Podle Miovského (ed.) 2014 je následkem tohoto řešení snížení atraktivity oboru a ztráta jakýchkoli faktických výhod pro lékaře se zvláštní odbornou způsobilostí v něm (MIOVSKÝ, 2014, 9).

krajský úřad, v Praze Magistrát hlavního města Prahy. Síť služeb jsou tedy převážně vytvářeny na úrovni kraje.

Vyhlášení výběrového řízení musí obsahovat rozsah zdravotní péče a území, pro které má být poskytována, označení zdravotní pojišťovny, je-li návrhatelem výběrového řízení, a lhůtu, ve které lze podat nabídku (nesmí být kratší než 30 pracovních dnů). Poskytovatelé, kteří se chtějí zúčastnit, musí projít procesem registrace, který zahrnuje podání žádosti o schválení provozního řádu¹¹ na místně příslušnou Krajskou hygienickou stanici (v Praze na Hygienickou stanici hlavního města Prahy) a podání žádosti o oprávnění k poskytování zdravotních služeb na zdravotním odboru místně příslušného krajského úřadu. Přílohy zahrnují mj. souhlas orgánu příslušného k registraci s personálním a věcným vybavením, osvědčení k výkonu zdravotnického povolání či smluvní zajištění technicky odpovídajících prostor. Tyto a další náležitosti jsou vyspecifikovány zákonem č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách.

Uchazeči, kteří splní základní náležitosti, jsou pozváni na jednání výběrové komise. Při posuzování přihlášek přihlížejí členové komise zejm. k dobré pověsti zdravotnického zařízení (dodržování postupu lege artis), k disciplinárním opatřením uloženým podle zvláštního zákona, k etickému přístupu k pacientům, k přístupu v oblasti zvyšování bezpečí pacienta a kvality péče, ke stížnostem na poskytování zdravotní péče, či ke zjištěným nedostatkům v hospodaření zdravotnického zařízení. Účast ve výběrovém řízení je jedinou nutnou podmínkou pro uzavření smlouvy s poskytovatelem, jeho výsledek nicméně nezakládá právo na toto uzavření – zdravotní pojišťovna k výsledku pouze přihlíží a může se rozhodnout i na základě jiných důvodů. Obsahem smluv je mj. časový rozvrh poskytování péče, součet kapacit zdravotnických pracovníků jednotlivých požadovaných kvalifikací poskytujících péči na pracovišti, či seznam nasmlouvaných zdravotních výkonů.

Objem péče proplácený pojišťovnami poskytovatelům zdravotních služeb se odvozuje od vykázaných výkonů, které jsou ohodnoceny podle tzv. bodového systému. Aktuální seznam zdravotních výkonů obsahuje vyhláška č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami ve znění vyhlášky č. 354/2017 Sb.

Výše úhrad, hodnoty bodů a regulační omezení objemu péče pro výkony plně hrazené ze zdravotního pojištění jsou vždy stanovovány na následující období (zpravidla jeden kalendářní rok) v rámci tzv. dohodovacích řízení, která probíhají mezi zástupci VZP, zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven (ZZP) a profesních sdružení poskytovatelů péče. Svolavatelem a garantem dohodovacího řízení je MZ, které posuzuje obsah dohody z hlediska souladu s právními předpisy a veřejným zájmem. Pokud se uvedení aktéři nedohodnou ve lhůtě 90 dnů, rozhoduje o výši úhrad, hodnotách bodů a regulačních omezeních objemu péče ministerstvo zdravotnictví¹². V obou případech je výsledné rozhodnutí stvrzeno úhradovou vyhláškou, v níž je uveden Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami.

Základem výpočtu **hodnoty výkonu** je rozbor a ekonomické zhodnocení konkrétního zdravotního výkonu. Zvláště se zohledňují nepřímé, režijní náklady, které se počítají jako součin doby výkonu v minutách a základní minutové sazby pro příslušnou odbornost, a přímé náklady. Součet všech přímých a nepřímých nákladů odpovídá bodové hodnotě výkonu.

Vedle výkonového způsobu úhrady se setkáváme také s **úhradou paušálem** (za měsíc, čtvrtletí či rok), jejíž výpočet vychází z časově dlouhodobého průměru úhrady za konkrétní zdravotnické zařízení. Oba typy úhrad figurují jak v ambulantní, tak v lůžkové péči.

V lůžkové péči byl dále zaveden **systém diagnostických markerů DRG**. Podstatou úhrady je tzv. případový paušál, tj. souhrn průměrných nákladů na stanovený soubor zdravotních výkonů podle

¹¹ Provozní řád, který se přikládá k žádosti, musí povinně obsahovat hygienická a protiepidemická opatření k předcházení vzniku a šíření nemocničních nákaz.

¹² Podle vyjádření Sdružení ambulantních specialistů (SAS) z roku 2007 se tak dělo až příliš často a to kvůli vysokým, nerealistickým nárokům ČLK, dnes se nicméně podle zákona o dohodovacích řízeních nesmí účastnit zástupci komor a Ministerstvo zdravotnictví rozhoduje o výši úhrad, hodnotách bodů a regulačních omezeních objemu péče jen zřídka.

diagnózy pacienta, včetně ohodnocení jeho zdravotního stavu a z toho vyplývajících možných komplikací a nutnosti tyto komplikace souběžně řešit, včetně průměrné doby hospitalizace na JIP a běžném akutním lůžku a Ø nákladů na použité léky, materiál. Jednotlivé případy jsou rozděleny do tzv. případových skupin, které jsou ohodnoceny podle výkonu a celkového zdravotního stavu pacienta indexem, který vyjadřuje náklady za takto postavený případ v porovnání s ostatními případy. Tímto indexem je pak násobena základní dohodnutá (vyhlášená) DRG sazba v Kč.

Některá zdravotní zařízení disponují **akreditací zdravotnického zařízení**, kterou provádí nestátní organizace Spojená akreditační komise (SAK), o.p.s. Jde o formu externího hodnocení kvality ve zdravotnictví v souladu s akreditačními standardy, která je ovšem dobrovolná a nesleduje plnění žádných závazných předpisů pro provoz zdravotnických zařízení (to je upraveno v příslušných vyhláškách). Plní tak spíše funkci zvýšení prestiže zařízení, popř. jako nástroj pro vyjednávání se zřizovateli a dalšími subjekty, např. při rozhodování o investicích. Některé zdravotní pojišťovny deklarují vůli k poskytování vyšších úhrad ze zdravotního pojištění akreditovaným zařízením, v ČR nicméně dosud schází mechanismus, který by tyto vyšší úhrady garantoval.

Vzhledem k roli zdravotních pojišťoven je návaznost plánování zdravotních služeb na úrovni krajů a obcí na řízení jejich sítí relativně omezená. Kraje s pojišťovnami na vytváření sítě kontinuálně spolupracují (zástupci krajů mohou být např. zastoupeni v dozorčí radě VZP), pojišťovny nicméně nemají povinnost řídit se obsahem krajských plánů, principy, z nichž vycházejí, či strategickými prioritami, které stanovují. Jejich činnost se řídí v první řadě tzv. **Zdravotně pojistnými plány**, které jsou vypracovávány na každý kalendářní rok. Zdravotně pojistný plán obsahuje plán příjmů a výdajů, plán provozních nákladů, předpokládaný vývoj struktury pojištěnců, rozsah zdravotní péče hrazené pojišťovnou, či předpokládanou soustavu zdravotnických zařízení, se kterými pojišťovna uzavírá smlouvu o úhradě. Návrh plánu schvaluje Poslanecká sněmovna Parlamentu po vyjádření vlády.

Pojišťovny se musí řídit **nařízením vlády č. 307/2012 Sb., o místní a časové dostupnosti zdravotních služeb** hrazených z veřejného zdravotního pojištění. Pokud jde o místní dostupnost, stanovuje nařízení **nejzazší dojezdové doby** pro jednotlivé obory nebo služby, např. obor psychiatrie má dojezdové doby 60 minut pro ambulantní péči a 120 minut pro lůžkovou péči. Minimální časová dostupnost, tedy lhůta, do které musí být zajištěny, je stanovena pro tzv. plánované hrazené služby, tj. služby, ke kterým má být pojištěncům zajištěn „dostatečný, trvalý a vyvážený přístup“ (mezi tyto služby nespádají žádné adiktologické ani příbuzné služby).

Jak uvádí nedávno provedená analýza hodnocení dostupnosti zdravotní péče v ČR (ŠÍDLA ET AL., 2017), v českém zdravotnictví se nicméně při hodnocení dostupnosti zdravotní péče nejčastěji využívá ukazatel kapacitní dostupnosti, který „přepočítává fyzický počet lékařů na určitém území, případně lépe úvazkovou kapacitu lékařů, na počet obyvatel daného území“ (Ibid., 5). **V současnosti nicméně neexistují žádné odpovídající doporučené průměrné hodnoty lékařů na počet obyvatel.** Existuje ovšem např. normativ pro počet lůžek v pobytových zařízeních, který vydalo ministerstvo zdravotnictví ve věstníku č. 5/2012. I normativy vydávané MZ by pro pojišťovny měly být závazné. Kapacitu, resp. výkonnost zdravotnických zařízení dále upřesňují časová a frekvenční omezení jednotlivých výkonů, jak je stanovuje zákon.

Zdravotní pojišťovny by jako správci sítě zdravotních služeb měly být zodpovědné za zjišťování potřebnosti těchto služeb. Informace o způsobu, kterým je provádějí, jsou bohužel velmi nedostatečné a v této analýze jim tak nemohl být věnován prostor.

2.3.5 Diskuze k využívaným nástrojům tvorby sítě zdravotních služeb

Nejzávažnějšími nedostatky nástroje vytváření smluvních sítí zdravotních pojišťoven ve vztahu k adiktologickým službám jsou omezená míra, v jaké jsou do něj služby zapojeny, a nedostatečné či zavádějící vykazování jejich cílových skupin neboli adiktologických pacientů. Tyto problémy se týkají zejm. sítě ambulantních adiktologických služeb. Krajské koordinátory uvádějí ve výročních zprávách jako jeden z hlavních nedostatků krajských sítí ambulantních služeb nedostatečný počet psychoterapeutů,

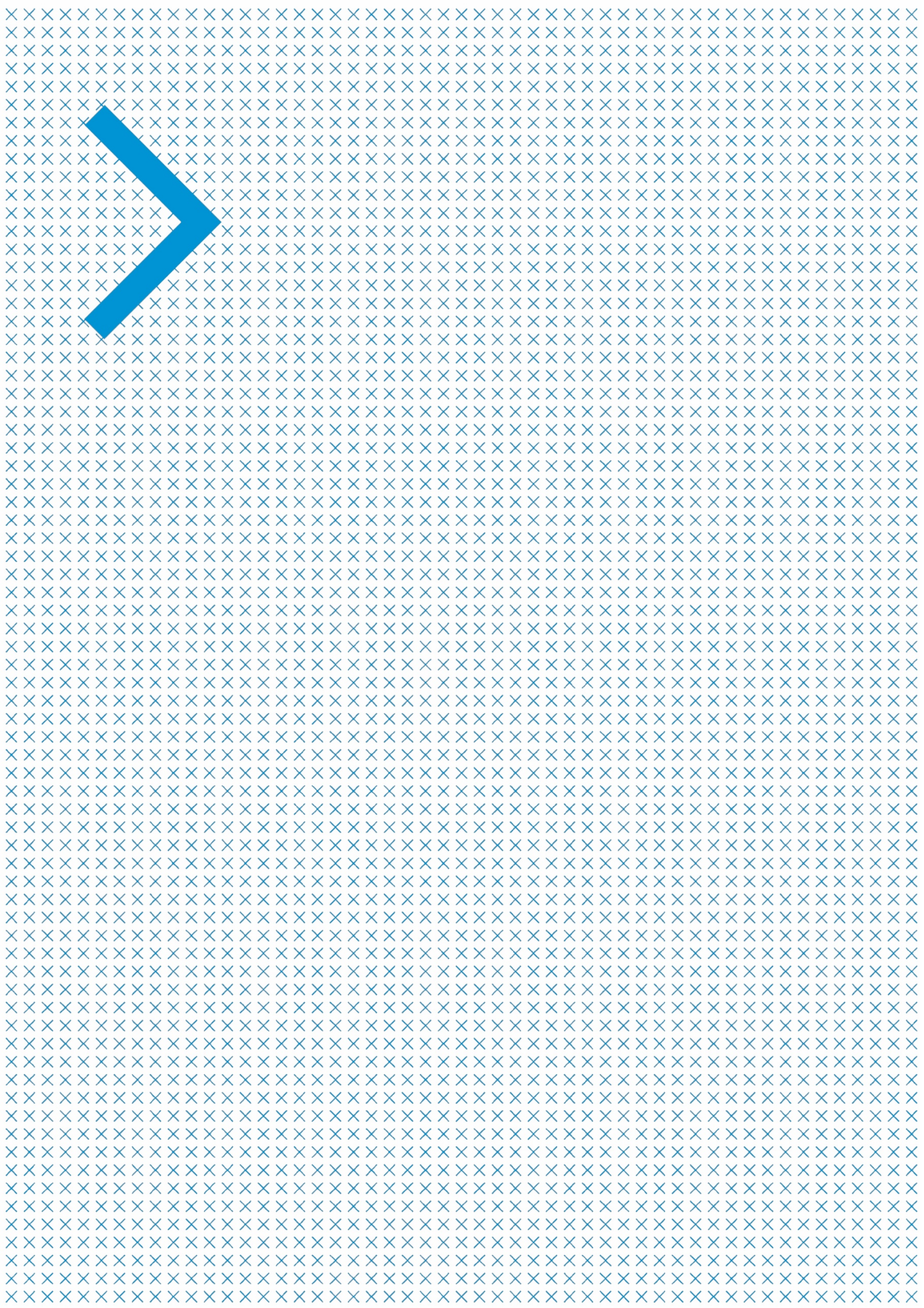
psychiatrů a dalších lékařů ochotných pracovat ambulantně s uživateli drog. Podle průzkumu, který byl proveden v Jihočeském kraji mezi 44 psychiatrickými ambulancemi, se část lékařů nezabývá oblastí závislosti a problémového užívání z důvodu nedostatečné kvalifikace – dávají přednost jiným diagnózám a z důvodu celkové poddimenzovanosti sítě ambulantních psychiatrických služeb se musí soustředit na nejobtížnější pacienty či diagnózy (ČERNÍKOVÁ ET AL., 2016, 52).

Výrazně omezenou míru, v jaké psychiatrii vykazují adiktologické pacienty, tj. pacienty se základní diagnózou F10-F19 a F63.0, potvrzují i údaje Ústavu zdravotnické informatiky a statistiky ČR (ÚZIS ČR) o pacientech vykazovaných psychiatrickými ambulancemi v letech 2013 a 2015. V roce 2015 bylo evidováno 447 ambulančí, které vykazaly léčbu alespoň jednoho adiktologického pacienta, ovšem pouze ve 47 z nich bylo adiktologických pacientů nad 50 % z celkového počtu pacientů a ve 49 bylo vykazáno nad 200 adiktologických pacientů. Jedno nebo druhé kritérium splnilo celkem 75 ambulančí, z toho 36 AT ambulančí a 39 ambulančí psychiatrů (MRAVČÍK ET AL., 2016, 117).

Omezený je také vklad prostředků zdravotních pojišťoven do zajištění služeb adiktologických ambulančí, tj. nelékařských ambulantních služeb, kde je vedoucím pracovníkem adiktolog s uznanou odbornou způsobilostí (se smluvně zajištěným kvalifikovaným lékařem). V roce 2016 uzavřelo 13 ambulančí celkem 43 smluv se zdravotními pojišťovnami, z toho 7 smluv bylo vyjednáno v rámci dvouletého pilotního projektu s VZP. Zapojení adiktologických ambulančí do systému veřejného zdravotního pojištění je nicméně na samotném počátku a naráží na zdlouhavá a náročná vyjednávání s pojišťovnami.

V návaznosti na vykazování dostupnosti zdravotní péče Šídlo et al. (2017) zdůrazňují význam sledování počtu úvazků namísto počtu pracovníků. Ve zdravotnictví je např. téměř u všech zdravotnických odborností fyzický počet pracovníků nižší než úvazková kapacita lékařů (ŠÍDLO ET AL. 2017, 9). Přepočítávání kapacit na počet obyvatel daného území nicméně autoři považují za nedostatečné, ať už uvažujeme počet pracovníků či úvazků – tento typ hodnocení dostupnosti podle nich nezohledňuje charakter územních jednotek a specifika jednotlivých poskytovatelů péče (např. strukturu zdravotnického personálu) (ŠÍDLO ET AL., 2017, 5). Zvláštní význam pro dlouhodobou udržitelnost poskytování zdravotní péče dále přisuzují věkové struktuře lékařů, která je v současnosti v oblasti primární péče výrazně regresivní, tj. vychýlená ve prospěch starších ročníků (Ibid., 9).

Jak uvádí Šídlo, (ŠÍDLO ET AL., 2017), místní dostupnost služeb ve smyslu maximální dojezdové doby, jak ji stanovuje Nařízení vlády č. 307/2013 Sb., o místní a časové dostupnosti zdravotních služeb hrazených z veřejného pojištění, je vymezena příliš obecně a neuvádí konkrétní parametry, s jejichž pomocí by bylo možné objektivně hodnotit dostupnost zdravotní péče v ČR, ani postup, kterým byly stanovené dojezdové doby vypočítány, např. použitím geografických informačních systémů (GIS). Také není specifikováno, pro jaký typ dopravy a dopravního prostředku platí uvedené dojezdové doby, či s jakou počítá průměrnou rychlostí pro jednotlivé typy komunikace. Dále autoři studie kritizují stanovení rozdílných dojezdových dob pro poskytovatele ambulantní péče a poskytovatele lůžkové péče, v jehož důsledku jsou často pro totožnou službu stanoveny odlišné dojezdové doby (ŠÍDLO ET AL., 2017, 6).



3 Závěr a shrnutí poznatků

V České republice v současnosti neexistuje jednotný nástroj tvorby sítě adiktologických služeb ani výhradní správce této sítě. Nástroje, které jsou k dispozici, spadají pod institucionální rámce, které 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 než jako doplňující resortní rámce protidrogové politiky jako paralelní systémy, které disponují vlastním právním a strategickým zakotvením, kritérii potřebnosti a dostupnosti služeb, procedurami tvorby sítě služeb, mechanismy financování či systémy vykazování údajů o službách.

Tabulka 10 Definice normativních potřeb, cílových skupin a služeb v jednotlivých rámcích

	Sociální služby	Adiktologické služby	Zdravotní služby
Cílové skupiny	Zákon č. 108/2006 Sb.: <i>Osoby v nepříznivé sociální situaci, osoby se sníženou soběstačností.</i> <i>Osoby závislé závislostí ohrožené</i> (pro typy služeb Kontaktní centra, Terénní programy, Terapeutické komunity, Služby následné péče a Domovy se zvláštním režimem)	- Zákon č. 65/2017 Sb.: <i>Osoby s adiktologickou poruchou</i> Národní strategie PDP 2010–2018: <i>Uživatelé návykových látek, patologičtí hráči, osoby trpící závislostí nebo závislostí ohrožené a jejich blízcí.</i> (Podskupiny: problémoví uživatelé, experimentátoři, rekreační uživatelé, blízké osoby).	Zákon č. 372/2011 Sb.: <i>Pacienti</i> Zákon č. 65/2017 Sb.: <i>Osoby s adiktologickou poruchou</i> Diagnózy podle MKN-10: <i>Osoby s duševními poruchami a poruchami chování způsobenými užíváním psychoaktivních látek a patologickým hráčstvím (F10-F19 a F63.0).</i>
Cílové skupiny (zhodnocení)	Definice více odpovídá definici cílové skupiny v adiktologických službách.	Definice v sobě integruje definici cílové skupiny sociálních i zdravotních služeb.	Až na výjimky (zejm. preventivní zdravotní péče) omezení cílové skupiny na diagnózy stanovené lékařem – vypadávají „osoby ohrožené závislostmi“ bez lékařské diagnózy
Normativní potřeby	Zákon č. 108/2006 Sb.: Vymezení okruhů služeb: <i>poradenství, sociální začleňování a rehabilitace, chráněné bydlení, chráněná pracovní místa</i>	Zákon č. 65/2017 Sb.: definice adiktologické péče Národní strategie protidrogové politiky – pilíře prevence, léčby a snižování rizik Seznam výkonů v drogových službách	Zákon č. 372/2011 Sb. – definice zdravotní péče

Zdroj: Vlastní zpracování

Definice normativních potřeb, cílových skupin a typů služeb jsou napříč jednotlivými rámci často nominálně shodné či podobné, reálně ale mohou odkazovat k odlišným východiskům i praxi poskytování služeb. V rámci sociálních služeb spadají osoby závislé a závislostí ohrožené pod cílové skupiny osob v nepříznivé sociální situaci a osob se sníženou soběstačností, což odpovídá obecně sociálnímu charakteru služeb a intervencí, které mají na tyto potřeby odpovídat. Jejich primárním cílem je předcházet tomu, aby se osoby v riziku dostaly do nepříznivé sociální situace, a podporovat sociální začlenění těch, kteří v této situaci již jsou. V rámci zdravotních služeb jsou pak potřeby a služby převážně vázány na otázku zdraví a předcházení a léčbu nemoci, stanovení diagnózy a začlenění těchto

potřeb do celku zdravotnictví, které nemusí odpovídat vymezení adiktologických služeb v souladu s protidrogovou politikou. Rámec protidrogové politiky a adiktologických služeb pak představuje nejvíce specializované – interdisciplinární – normativní zakotvení sítě služeb, integrující definice rámců sociálních a zdravotních služeb.

Tabulka 11 Typologie služeb v jednotlivých institucionálních rámcích

	Sociální služby	Adiktologické služby	Zdravotní služby
Typy péče	<u>Zákon č. 108/2006 Sb.:</u> Základní druhy sociálních služeb: Sociální poradenství Služby sociální péče, Služby sociální prevence Zařízení sociální péče: - Domovy se zvláštním režimem Zařízení sociální prevence: - Kontaktní a poradenská centra - Terénní programy - Následná péče - Terapeutické komunity Sociální poradenství: - Odborné sociální poradenství (ambulantní poradny) - Základní sociální poradenství (při všech typech služeb)	<u>Standardy odborné způsobilosti RVKPP:</u> - Detoxifikace - Terénní programy - Kontaktní a poradenské služby - Ambulantní léčba - Stacionární program - Krátkodobá a střednědobá lůžková péče - Terapeutické komunity - Doléčovací programy - Substituční léčba - Služby ve vězení	<u>Zákon č. 372/2011 Sb. a vyhlášky MZ:</u> - Ambulance poskytující specializovanou lékařskou péči (specializovaná způsobilost v oboru "Návykové nemoci") - Ambulance poskytující specializovanou nelékařskou péči (adiktolog způsobilý k výkonu povolání bez odborného dohledu) - Psychiatrické nemocnice a léčebny poskytující specializovanou lékařskou péči (viz výše) - Oddělení pro léčbu závislostí v rámci nemocnic - Psychiatrické ambulance - Ambulance jiných odborností - Psychiatrické nemocnice a léčebny - Nemocnice jiných odborností
		<u>Koncepce sítě specializovaných adiktologických služeb v ČR:</u> Ambulantní služby: - Lékařská ordinace pro návykové poruchy - Adiktologická ambulance - Adiktologický stacionář Jednodenní péče: - Stabilizační jednotka - Záchytná stanice - Lůžka pro jednodenní hospitalizaci Lůžková péče: - Detoxifikační jednotka - Krátkodobá a střednědobá odvykávací léčba (psychiatrická léčebna, oddělení pro léčbu závislostí) - Rezidenční péče v terapeutické komunitě	

Zdroj: Vlastní zpracování

Srovnání 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. Prvním z nich je přetrvávající absence konsensu na jednotné typologii adiktologických služeb. *Standardy odborné způsobilosti RVKPP* pracují s ustálenou typologií v rámci procesů certifikace služeb a dotačního řízení RVKPP, mezi odbornou veřejností jsou nicméně průběžně diskutovány alternativní pohledy na typologii služeb. Jeden z nich představuje typologie specializovaných adiktologických služeb definovaná v Koncepti sítě specializovaných adiktologických služeb (Miovský, 2013). Tato koncepce byla vypracována za účelem plánovaného vstupu adiktologických služeb do systému zdravotnictví. V souladu s tím obsahuje jen okrajové zmínky o nízkoprahových programech, orientovaných převážně na sociální práci a registrovaných jako sociální služby a zaměřuje se především na rozlišení jednotlivých zdravotních adiktologických služeb. V rámci toho usiluje etablovat specifické zdravotnické provozy, jako jsou lékařská ordinace pro návykové poruchy, adiktologická ambulance či adiktologický stacionář.

Druhým zásadním nedostatkem, kterým trpí typologie služeb podle standardů RVKPP i typologie navrhovaná v Konceptu sítě, je absence jejich zakotvení v legislativě. Typologie adiktologicky relevantních sociálních a zdravotních služeb jsou oproti nim jednoznačně zakotveny 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. Služby sociálního a zdravotního rámce se mohou tedy v rámci plánování sítě služeb opírat o váhu svého legislativně zakotveného definování a jednoznačně na ni zakládat svou potřebnost. Již samotná registrace služby podle zákona často znamená naplnění jednoho z klíčových kritérií pro zařazení do sítě služeb.

Tabulka 12 Kompetence ve vztahu k tvorbě a spravování sítě služeb

	Sociální služby	Adiktologické služby	Zdravotní služby
Formální ukotvení typologie služeb	Zákon č. 108/2006 Sb.: - konkrétní typy služeb	Zákon č. 65/2017 Sb.: - obecné vymezení - konkrétní vymezení dané usnesením vlády (<i>Standardy odborné způsobilosti RVKPP</i>)	Zákon č. 372/2011 Sb.: - konkrétní vymezení druhů a forem služeb a oborů odborné specializace
Schválený dokument definující síť služeb na národní úrovni	Deklarováno, ale nezveřejněno	Nedefinováno	Nedefinováno
Schválený dokument definující síť služeb na krajské úrovni	Střednědobé plány rozvoje sociálních služeb	Individuálně – dle krajů (jako součást akčních plánů protidrogové politiky kraje)	Zdravotně pojistné plány pro smluvní síť služeb zdravotních pojišťoven
Hlavní odpovědnost za tvorbu sítě	Kraje (krajské odbory sociálních věcí)	Nedefinováno	Zdravotní pojišťovny
Formální ukotvení odpovědnosti za tvorbu sítě	Zákonné ukotvení (zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách)	Nedefinováno	Zákonné ukotvení (Zákon č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění)
Hlavní odpovědnost za financování sítě	Kraje a MPSV	RVKPP, resorty a samospráva	Zdravotní pojišťovny
Převažující mechanismus financování	Dotace (v režimu vyrovnávací platby)	Dotace	Platby z pojištění

Zdroj: Vlastní zpracování

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 ukotveny typologie služeb dle *Standardů odborné způsobilosti RVKPP* a také povinnost krajů zřizovat krajské a místní koordinátory protidrogové politiky. V současnosti typologie adiktologických služeb zákonem definována není 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. Možnosti tvorby této sítě jsou tak významně omezovány na možnosti rozdělování finančních prostředků, a tedy ochuzovány o systematictější propojení se zjišťováním a strategickým definováním potřeb. Tento trend je ovšem příznačný i pro rámce sociálních a zdravotních služeb, kde je tvorba sítě na základě zjištěných potřeb často realizována pouze v deklarativní podobě a ve výsledku vychází především z rozdělování finančních prostředků. Možnosti ovlivňovat podobu sítě se tedy primárně řídí množstvím finančních prostředků, které jsou uvolněny na jednotlivé rozpočtové kapitoly, a vymezením rozhodovacích kompetencí k rozdělování těchto prostředků. Tato zavedená praxe tak jednak neumožňuje zakládat tvorbu sítě služeb primárně na zjištěných potřebách, jednak favorizuje služby operující v režimu sociálních či zdravotních služeb.

Tabulka 13 Definování sítě služeb, kritéria zařazení služeb do sítě a mechanismy financování

	Sociální služby	Adiktologické služby	Zdravotní služby
Nástroje vytváření sítě služeb	Přímo: Plánování krajských sítí sociálních služeb podle SPRSS	Nepřímo: Národní strategické dokumenty (strategie, akční plány, dotační řízení RVKPP) a krajské strategické dokumenty Existují různé návrhy tvorby sítě služeb v protidrogové politice (viz kap. 2.1.3)	Přímo: Zdravotně pojistné plány a smluvní sítě zdravotních pojišťoven (ZP)
Metody zjišťování potřebnosti	Nepřímo: Kombinace přístupů od šetření v terénu mezi osobami v potenciálně nepříznivé sociální situaci přes zprostředkovaná zjištění od sociálních pracovníků, pečujících osob a dalších aktérů poskytujících služby po expertní či sekundární zdroje (Metodika)	Nepřímo: Práce s epidemiologickými indikátory a údaji o využití služeb	Neznámé: Zdravotní pojišťovny nemají oficiálně zveřejněné metody, kterými zjišťují potřebnost
Administrativní kritéria zařazení do sítě	- Získání oprávnění k poskytování sociálních služeb (vyhovění Standardům kvality SQSS), - Zápis v registru poskytovatelů sociálních služeb - Sídlo na území ČR - Realizace poskytovaných služeb na území ČR	- Vzhledem k neexistenci formálně definované sítě služeb nelze určit Jistá kritéria používá RVKPP v rámci svého dotačního řízení (viz 2.1.3), zejména podmínku certifikace	Získání oprávnění k poskytování zdravotních služeb (zákon č. 372/2011 Sb., vyhláška č. 92/2012 Sb., vyhláška č. 99/2012 Sb., zákon č. 258/2000 Sb.)

	Sociální služby	Adiktologické služby	Zdravotní služby
Věcná kritéria zařazení do sítě	- Potřebnost - Kvalita (SQSS) - Nákladovost/efektivita - Dostupnost - Soulad s prioritami dotačního řízení nebo prioritami v SPRSS nebo akčních plánech	- Vzhledem k neexistenci formálně definované sítě služeb nelze určit Jistá kritéria používá RVKPP v rámci svého dotačního řízení (viz 2.1.3) (kvalita, nákladovost, potřebnost, soulad s prioritami dotačního řízení)	Odborná způsobilost, postupy lege artis Přístup v oblasti zvyšování bezpečí pacienta a kvality péče Zjištěné nedostatky v hospodaření Stížnosti na poskytování péče
Ukazatele nastavení dostupnosti služeb	Územní dostupnost - Dopravní dostupnost - Dostupnost pro danou cílovou skupinu - Charakter území - Možnosti uspokojení poptávky jinými prostředky - Informační dostupnost Kapacitní dostupnost - Časová - Finanční - Kapacitní (ubytovací, prostorové a/nebo personální kapacity)	- Vzhledem k neexistenci formálně definované sítě služeb nelze určit Jistá kritéria používá RVKPP v rámci svého dotačního řízení (viz 2.1.3)	Dojezdová vzdálenost (60 min. ambulantní péče, 120 min. lůžková péče)
Mechanismy financování	Dotační řízení krajů a MSPV – vyrovnávací platba	Dotační řízení	Proplácení péče smluvním poskytovateli služeb ZP

Zdroj: Vlastní zpracování

Zařazování služeb do sítí sociálních a zdravotních služeb se opírá o administrativní kritéria vymezená zákonem, v případě zdravotních služeb jsou dále i věcná kritéria definována zákonem o veřejném zdravotním pojištění. Tvorba sítí adiktologických služeb se na druhé straně může opírat pouze o pravidla nastavená v rámci dotačních řízení RVKPP. Věcná kritéria jsou ovšem i v případě sociálních a zdravotních služeb vymezena velmi obecně a nepředstavují žádné závazné omezení pro rozhodování o podobě sítí služeb. Výrazně paralelní existenci vykazuje nástroj zdravotně pojistných plánů a smluvních sítí zdravotních pojišťoven. Ve srovnání s ostatními rámci relativně upozaduje parametry potřebnosti a dostupnosti oproti parametrům kvality a hospodaření služeb, resp. často zůstávají nesystémové a netransparentní. 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-disciplinarit 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.

Literatura

- BRADSHAW, J. (1972.) A taxonomy of social need. In: MCLACHLAN, G. (ED.). *Problems and progress in medical care: essays on current research*. Oxford. Oxford University Press.
- BROWN, B. S. (1997). *Drug Abuse Treatment Needs Assessment Methodologies. A Review of the Literature* National Institute on Drug Abuse. Dostupné z: http://www.dronet.org/sostanze/sos_pdf/treatment1.pdf.
- ČERNÍKOVÁ, T.; DÁREK, D.; KLÍMA, T. (2017). Souhrnná zpráva o realizaci protidrogové politiky v krajích v r. 2016. Praha. Nepublikováno.
- ČESKÁ REPUBLIKA. (2005). *Zákon č. 379/2005 Sb., ze dne 19. srpna 2005, o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami*.
- ČESKÁ REPUBLIKA. (2013). *Nařízení vlády č. 307/2013 Sb., o místní a časové dostupnosti zdravotních služeb hrazených z veřejného pojištění*.
- ČESKÁ REPUBLIKA. (2017). *Zákon č. 65/2017 Sb., ze dne 19. ledna 2017, o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek*.
- CHOMYNOVÁ, P. (2013). Národní výzkum užívání návykových látek 2012. Kouření, užívání alkoholu a dalších drog v obecné populaci. *Zaostřeno na drogy 11*, 1-16.
- CVVM (CENTRUM PRO VÝZKUM VEŘEJNÉHO MÍNĚNÍ); SOCIOLOGICKÝ ÚSTAV AV ČR. (2013). *Názory občanů na drogy – květen 2013*. [Tisková zpráva ze dne 24. července 2013]. Praha. Dostupné z: https://cvvm.soc.cas.cz/media/com_form2content/documents/c2/a1389/f9/ob130724.pdf.
- DURDISOVÁ, J. (2005). *Ekonomika zdraví*. Praha: Oeconomica.
- ERVIN, A. M. (2000). *Applied Anthropology. Tools and Perspectives for Contemporary Practice*. Needham Heights: Allyn & Bacon.
- EUROPEAN MONITORING CENTRE FOR DRUGS AND DRUG ADDICTION. (2001). *EMCDDA recommendations on the 5 harmonized key indicators*. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- EUROPEAN MONITORING CENTRE FOR DRUGS AND DRUG ADDICTION. (2009). *An overview of the problem drug use (PDU) key indicator*. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- FALTUSOVÁ, K. 2007. *Analýza postavení VZP v systému zdravotní péče v ČR*. PhD Thesis. Brno: Masarykova univerzita, Ekonomicko-správní fakulta.
- GI PROJEKT, O.P.S. (2011–2012). *Metodiky pro vytváření optimální krajské sítě sociálních služeb a pro plánování finančních prostředků v rámci procesů vytváření krajských střednědobých plánů rozvoje sociálních služeb*. Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR. Praha.
- HERZOG, A. (2007). Nízkoprahovost v praxi aneb jak pracovat s prahy. In: KLÍMA, P. ED. ET AL. *Kontaktní práce: antologie textů České asociace streetwork*. [1. Vydání. Kapitola 4. Strategie, postupy a techniky.] S. 177-188.
- HIRT, T.; HŮLE, D.; TOUŠEK, L. (2007) *Analýza potřebnosti služeb sociální prevence v Plzeňském kraji*. Krajský úřad Plzeňského kraje.
- KAUFMAN, R. A.; ROJAS, A. M.; MAYER, H. (1993). *Needs assessment: A user's guide*. New Jersey: Educational Technology Publications.
- KAVALÍR, A. (2006). *Komunitní plánování sociálních služeb – příklad uplatnění antropologie v praxi*. Diploma Thesis. Plzeň: Západočeská univerzita, Fakulta filozofická.

KIŠŠOVÁ, L. (ed.). (2011). *Národní strategie protidrogové politiky na období 2010–2018*. Praha: Úřad vlády České republiky.

KIŠŠOVÁ, L. (ed.). (2012). *Mapování dostupnosti a charakteru sítě služeb oboru Adiktologie. Analytická zpráva*. Nepublikováno.

LIBREC. (2015) *Dílčí analýzy sociálních služeb na území statutárního města Liberec*. [Informace pro jednání zastupitelstva města dne 29. 10. 2015.] Dostupné z: <http://www.liberec.cz/files/zastupitelstvo/dokumenty/podklady/2015/20151029-verejnost/vii-informace-dilci-analyza-socialnich-sluzeb.pdf>.

LIBRA, J. ET AL. (2015). *Standardy odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující adiktologické odborné služby*. Praha.

LIBRA, J.; NOVÁK, P. (2006). *Návrh optimalizace sítě kontaktních a poradenských služeb v České republice (oblasti protidrogové politiky zaměřené především na snižování rizik)*. Nepublikováno.

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. (2016). *Věstník Ministerstva Zdravotnictví ČR 5/2016*. Praha.

MIOVSKÁ, L.; MIOVSKÝ, M.; GABRHELIK, R.; CHARVÁT, M. (2003) *Analýza potřeb klientů nízkoprahových zařízení v roce 2013 v Praze*. Praha. Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti.

MIOVSKÝ, M. (ed.) (2013). *Koncepce sítě specializovaných adiktologických služeb v České republice*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 1. Lékařská fakulta, Klinika adiktologie 1. LF UK v Praze a VFN v Praze.

MIOVSKÝ, M. (ed.) (2014). *Koncepce vzdělávání v oboru adiktologie pro období 2014–2020*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 1. Lékařská fakulta, Klinika adiktologie 1. LF UK v Praze a VFN v Praze

MIOVSKÝ, M. 2001. Teoretická východiska aplikace kvalitativních metod v moderním adiktologickém výzkumu. Nepublikováno.

MIOVSKÝ, M.; ŠTASTNÁ, L.; POPOV, P. (2016). Model struktury programu a činnosti ambulance dětské a dorostové adiktologie. *Adiktologie*, 16(4): 330–341.

MPSV (MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ ČR.) (2012). *Aktivita 3. Popis intervencí/činností sociálních služeb. Výkony sociálních služeb*. [Projekt Podpora procesů v sociálních službách.] Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR. Praha.

MRAVČÍK, V. (ED.) ET AL. (2017). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2016* [Annual Report on Drug Situation 2016 – Czech Republic] Praha. Úřad vlády České republiky.

NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI. (2015). *Zaostřeno na drogy 5: Sčítání adiktologických služeb 2014*. Praha: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti.

NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI. (2013). *Zaostřeno na drogy 6: Vstup adiktologických služeb do systému zdravotnictví*. Praha. Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti.

NERUD, M. ET AL. (2016). *Realizace protidrogové politiky v krajích a obcích a její koordinace. Metodické doporučení*. Praha. Úřad vlády České republiky.

O'DONNELL, O. (2007). Access to health care in developing countries: breaking down demand side barriers. *Cadernos de Saúde Publica*. 23(12): 2820–2834.

ONDROŠOVÁ, I.; SKŘIČKOVÁ, Z.; ŠPATENKA, J.; MAREK, L. (2011). *Analýza existujících střednědobých plánů sociálních služeb*. Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR. Praha.

ŠÍDLO, L.; NOVÁK, M.; ŠTYCH, P.; BURCIN, B. (2017). K otázce hodnocení dostupnosti zdravotní péče v Česku. *Čas. Lék. Čes.* 2017; 156: 43–50.

STANÍČEK, J. (2005). *Návrh optimalizace sítě v oblasti protidrogové politiky zaměřené na snižování rizik – Kontaktní centra a Terénní programy*. Nepublikováno.

- THANKI, D.; & VICENTE, J. (2013). *PDU (Problem drug use) revision summary*. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. (2014). *Ambulantní péče o pacienty užívající psychoaktivní látky (alkohol a jiné drogy) v roce 2013*. Praha. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR.
- ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. (2016a). *Údaje o detoxifikačních jednotkách a pacientech podstupujících detoxifikaci od návykových látek v roce 2015*. Praha. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR.
- ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. (2016b). *Substituční léčba závislosti na opiátech/opioidech v ČR v letech 2014 a 2015*. Praha. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR.
- ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. (2016c). *Péče o pacienty s diagnózou F63.0 - patologické hráčství v ambulantních a lůžkových zařízeních ČR 2009–2015*. Praha. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR.
- ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. (2016d). *Léčba uživatelů drog v ČR v roce 2015*. Praha. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR.
- WATKINS, R. et al. (2012). *A Guide to Assessing Needs: Essential Tools for Collecting Information, Making Decisions, and Achieving Development Results*. World Bank. Dostupné z: <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/2231> License: CC BY 3.0 IGO.
- WHO (SVĚTOVÁ ZDRAVOTNICKÁ ORGANIZACE). (2000). *Evaluace léčby poruch způsobených užíváním psychoaktivních látek*. Sešit 3: Analýza potřeb. Dostupné z: <https://www.drogy-info.cz/data/download/842/4266/file/evaluate03-potreby.pdf>.
- WICKI, M. (2012) *Podpora procesů v sociálních službách. Popis intervencí/činností sociálních služeb. Výkony sociálních služeb*. [Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR. Projekt Podpora procesů v sociálních službách. Aktivita 3.] [Online.] Dostupné z: <http://www.podporaprocesu.cz/wp-content/uploads/2013/01/V%C3%BDkony-soci%C3%A1ln%C3%ADch-slu%C5%BEEb.pdf>.
- ZÁBRANSKÝ, T. (2003). *Drogová epidemiologie*. Univerzita Palackého, Lékařská fakulta.

Zkratky

ADP	Ambulantní doléčovací programy
AL	Ambulantní léčba
ASP	Ambulantní stacionární péče
ASV	Adiktologické služby ve vězení
ČLS JEP	Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně, z. s.
D	Detoxifikace
EMCDDA	Evropské monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti
HMP	Hlavní město Praha
CHB	Chráněné bydlení
CHP	Chráněné pracovní programy
KC	kontaktní centra
KPS	Kontaktní a poradenské služby
KSÚL	Krátkodobá a střednědobá lůžková péče
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
MZ	Ministerstvo zdravotnictví
NMS	Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti
OPK	Odbor protidrogové politiky
RPTK	Rezidenční péče v terapeutických komunitách
RVKPP	Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky
SL	Substituční léčba
SPRSS	Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb
SQSS	Standardy kvality sociálních služeb
TP	Terénní programy
VZP	Veřejná zdravotní pojišťovna
WHO	Světová zdravotnická organizace

Seznam obrázků

Obrázek 1 Model zjišťování potřeb a vytváření odpovídající nabídky služeb	14
Obrázek 2 Nástroj tvorby sítě služeb	16

Seznam tabulek

Tabulka 1 Rozměry dostupnosti	11
Tabulka 2 Typy služeb podle Standardů odborné způsobilosti RVKPP	22
Tabulka 3 Typy služeb podle Koncepce sítě specializovaných adiktologických služeb v ČR (MIOVSKÝ, 2013).	24
Tabulka 4 Počty zařízení poskytujících adiktologické služby podle jednotlivých zdrojů za r. 2016 ...	28
Tabulka 5 Přístupy k definování dostupnosti a potřebnosti v návrzích sítě adiktologických služeb .	29
Tabulka 6 Typy sociálních služeb z hlediska druhu a cílových skupin služeb	33
Tabulka 7 Definování věcných kritérií zařazení do sítě služeb	34
Tabulka 8 Finanční dostupnost sociálních služeb	36
Tabulka 9 Počet pojištěnců jednotlivých zdravotních pojišťoven za rok 2016 (v mil. Kč)	39
Tabulka 10 Definice normativních potřeb, cílových skupin a služeb v jednotlivých rámcích	47
Tabulka 11 Typologie služeb v jednotlivých institucionálních rámcích	48
Tabulka 12 Kompetence ve vztahu k tvorbě a spravování sítě služeb	49
Tabulka 13 Definování sítě služeb, kritéria zařazení služeb do sítí a mechanismy financování	50