

Zpráva z evaluace
Národní strategie protidrogové politiky na období 2005–2009

Obsah

1.	Cíl evaluace a její části	14
2.	Protidrogová politika České republiky na období 2005–2009	16
2.1.	Podoba a obsah strategických dokumentů	16
2.1.1.	Národní strategie protidrogové politiky na období 2005–2009	16
2.1.2.	Akční plány realizace Národní strategie protidrogové politiky.....	17
2.2.	Proces tvorby strategických dokumentů	18
2.3.	Koordinační nástroje protidrogové politiky	18
2.4.	Subjektivní hodnocení strategických dokumentů ze strany aktérů protidrogové politiky ČR 19	
3.	Formulování protidrogové politiky.....	22
3.1.	Zhodnocení změn ve struktuře strategických dokumentů ještě ve fázi jejich formulování ..	22
3.1.1.	Změny týkající se formulace Národní strategie 2005–2009.....	23
3.1.2.	Změny týkající se finální podoby Akčního plánu 2005–2006.....	23
3.1.3.	Shrnutí	25
3.2.	Hodnocení aktivit Akčního plánu 2007–2009 a hodnocení vzájemné provázanosti Akčního plánu s Národní strategií protidrogové politiky 2005–2009.....	26
3.2.1.	Hodnotící pracovní skupina.....	26
3.2.2.	Posuzování aktivit Akčního plánu 2007–2009	27
3.2.3.	Posuzování vzájemné provázanosti aktivit Akčního plánu 2007–2009 s cíli Strategie29	
3.2.4.	Reflexe indikátorů/ukazatelů stanovených v Akčním plánu 2007–2009 k jednotlivým aktivitám 35	
3.2.5.	Shrnutí a případná doporučení.....	36
4.	Průběh implementace akčních plánů protidrogové politiky	39
4.1.	Monitoring implementace aktivit akčních plánů.	39
4.1.1.	Implementace aktivit Akčního plánu 2005–2006.....	40
4.1.2.	Implementace aktivit Akčního plánu 2007–2009.....	41
4.1.3.	Shrnutí	44
4.2.	Identifikování externích vlivů působících na proces realizace protidrogové politiky a na dosažení předpokládaných výsledků	45
4.2.1.	Identifikování faktorů působících na implementaci aktivit Akčního plánu 2007–2009	45
4.2.2.	Další vlivy působící na úroveň dosažení žádaných výsledků protidrogové politiky	46
4.3.	Podmínky pro implementaci protidrogové politiky na krajské úrovni	47
4.3.1.	Reflexe národních strategických dokumentů protidrogové politiky v krajských dokumentech protidrogové politiky	47
4.3.2.	Spolupráce státu a krajů.....	49
4.3.3.	Postavení krajského protidrogového koordinátora	51
4.3.4.	Zabezpečení realizace protidrogové politiky v krajích.....	51
5.	Evaluace výsledků protidrogové politiky	54
5.1.	Zhodnocení změny stavu v jednotlivých oblastech protidrogové politiky za období 5 let... 54	
5.1.1.	Oblast primární prevence	54
5.1.2.	Oblast léčby a následné péče	55
5.1.3.	Snižování rizik	56
5.1.4.	Potlačování nabídky a vymáhání práva	56
5.1.5.	Koordinace	56
5.1.6.	Financování	57
5.1.7.	Informace, výzkum, hodnocení	58
5.1.8.	Mezinárodní spolupráce	58
5.2.	Evaluace stupně dosažení stanovených cílů strategie na základě vývoje kvantitativních ukazatelů drogové situace.	60
5.2.1.	Cíl I. – Stabilizovat případně snížit počet problémových uživatelů drog	60
5.2.2.	Cíl II. – Zastavit nárůst experimentálního a příležitostného užívání legálních a nelegálních drog	61
5.2.3.	Cíl III. – Stabilizovat případně snížit spotřebu legálních a nelegálních drog ve společnosti, zejména mezi nezletilými mladými lidmi.....	64
5.2.4.	Cíl IV. – Snížit potenciální rizika užívání všech typů drog a ekonomické, zdravotní a sociální dopady jejich užívání na jedince a společnost	65
5.2.5.	Cíl V. – Zvyšovat kvalitu života uživatelů všech typů drog, jejich rodičů a blízkých prostřednictvím zajištění dostupnosti kvalitních služeb léčby a resocializace.....	66

5.2.6.	Cíl VI. Snížit dostupnost legálních a nelegálních drog pro obecnou populaci a zejména pro nezletilé mladé lidi prostřednictvím efektivnějšího využívání existujících legislativních a institucionálních nástrojů	67
6.	Závěr – úspěchy a neúspěchy protidrogové politiky.....	70
7.	Přílohy	80
7.1.	Dotazník vnímání strategických dokumentů protidrogové politiky ČR a faktorů ovlivňujících jejich implementaci.....	80
7.2.	Příklad výsledné hodnotící tabulky	84
7.3.	Otázky v Hodnotící zprávě realizace aktivit Akčního plánu 2007–2009	85
7.4.	Dotazník k evaluaci NSPP 2005–2009 pro krajské protidrogové koordinátory	87
7.5.	Data k hodnocení specifických strategických cílů v tabulkách a grafech	91
7.6.	Seznam obrázků	108
7.7.	Seznam tabulek	108
7.8.	Literatura	110

Slovo na úvod

Souhrnná zpráva z interní¹ Evaluace Národní strategie protidrogové politiky na období 2005–2009 a Akčních plánů (2005–2006; 2007–2009) představuje v kontextu historie české protidrogové politiky jedinečný počin. Ne snad, že by předcházející koncepční dokumenty, definující podobu realizace protidrogové politiky, nebyly hodnoceny. Ale jejich hodnocení zpravidla zjišťovala, nakolik se v nich stanovených cílů podařilo či nepodařilo dosáhnout či kolik z plánovaných aktivit se uskutečnilo. V porovnání s těmi předchozími má tato evaluace mnohem širší záběr, je sofistikovanější a nesrovnatelně komplexnější. Nesnaží se zhodnotit pouze CO a JAK se povedlo, případně nepovedlo, ale doplnit tyto poznatky o odpovědi na otázku PROČ tomu tak je.

A právě tato – kvalitativní – část hodnocení se jeví být pro klíčové účastníky tvorby a realizace české protidrogové politiky nejpřínosnější. Nabízí přehled pozitivních i negativních faktorů, které mohou formulaci a implementaci protidrogové politiky na další období ovlivňovat a už od počátku ji vést směrem, který slibuje úspěch nebo ji naopak odsoudit k neúspěchu. Je ale důležité uvést, že řada ze zmíněných faktorů je účastníky procesu tvorby a realizace protidrogové politiky ovlivnitelná, řada nikoli.

Zpráva naznačuje, že řadě překážek úspěšné implementace národní strategie protidrogové politiky a jejího následného hodnocení bylo možné předejít nebo jejich vliv alespoň minimalizovat. Zdá se, že k těm hlavním patří rezignace na cílené uplatňování ve strategii schválených opatření ve vztahu ke snižování dostupnosti i poptávky po legálních drogách, jež jsou v ČR ve srovnání s dalšími zeměmi vysoké. Není pak divu, že i dostupnost a poptávka po některých ilegálních drogách tento stav „kopíruje“. Roli patrně sehrál i proces a výsledek diskuze na téma prioritního zaměření minulé strategie, která probíhala v roce 2004 na pozadí bouřlivé politické diskuze o budoucím směřování české protidrogové politiky, a ta posléze slevila z důsledného uplatňování konceptu ochrany veřejného zdraví, jak je definován Světovou zdravotnickou organizací. Dále lze uvést nekonzistenci mezi strategií a v ní stanovenou strukturou akčních plánů, jež nebyla dodržena. To mohlo vést k vágnímu stanovení cílů a aktivit k nim vedoucím, jež byly identifikovány jako významné faktory nenaplnění stanovených cílů.

Zpráva ale uvádí rizikových faktorů mnohem více, čímž nabízí klíčovým aktérům české protidrogové politiky možnost, aby se poučili z chyb, jichž se mohli při její formulaci a realizaci – snad právě z nedostatku informací o jejích limitech – v minulosti dopustit a postupovat jinak, lépe.

Člověk se dokáže z předchozích chyb poučit, musí ale chtít a umět rozlišovat podstatné od nepodstatného. Aby tato zpráva přispěla k efektivním změnám české protidrogové politiky, je třeba splnit několik předpokladů. Za prvé je třeba si zprávu přečíst. To nemusí být, vzhledem k jejímu rozsahu, snadné. Ale její přečtení mohu všem doporučit s tím, že skutečně obsahuje řadu cenných poznatků o tom, PROČ nebyly některé cíle dosaženy či co mohlo realizaci plánovaných aktivit bránit. Druhým předpokladem je vůle měnit přemýšlení o problémech, jejich příčinách a chování při formulaci a realizaci postupů pro jejich řešení. Třetí předpoklad vystihuje tzv. modlitba Anonymních alkoholiků, jež přibližně praví: „Ať dokážu měnit věci, které jsem schopen měnit a přijmout ty, které změnit nedokážu. Ať mezi nimi dokážu rozlišovat.“

Nezbývá, než přát nám všem, kteří v oboru pracují, aby klíčoví aktéři české protidrogové politiky výše uvedené základní předpoklady naplnili.

PhDr. Josef Radimecký, PhD., MSc.
člen Rady pro evaluaci národní strategie při RVKPP

¹ Tzn. realizované přímými účastníky formulace a realizace české protidrogové politiky, jež se liší od evaluace prováděné externím, nezávislým subjektem. Ta ale nebyla z důvodu finančních limitů v ČR realizována, nicméně interní evaluace je lepší než žádná.

Souhrn

Hodnocení české protidrogové politiky za období 2005–2009 bylo realizováno na základě úkolu uloženého v Akčním plánu realizace Národní protidrogové politiky na období 2007–2009 (aktivita č. 26.3). Evaluace opatření a přijímání rozhodnutí založených na objektivních datech a nejnovějšího vědeckého poznání je jedním ze základních principů české protidrogové politiky a tedy i protidrogové strategie na období 2005–2009.

Evaluace protidrogové politiky za období 2005–2009 probíhala na přelomu let 2009/2010. Předmětem evaluace byly dva strategické dokumenty, a to Národní strategie protidrogové politiky na období 2005–2009 (Národní strategie 2005–2009) a její druhý akční plán Akční plán realizace Národní strategie protidrogové politiky na období 2007–2009 (Akční plán 2007–2009). Evaluaci realizoval sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky a účastnily se jí především subjekty přímo nebo nepřímo zapojené do implementace aktivit protidrogové politiky. V tomto smyslu šlo tedy o interní evaluaci protidrogové politiky.

Cílem evaluace bylo zjistit, do jaké míry se podařilo dosáhnout cílů stanovených v Národní strategii 2005–2009, jaký byl její účinek na drogovou situaci, a tedy zhodnotit její úspěchy či neúspěchy za dané období.

Evaluace vycházela ze (zjednodušeného) modelu politického cyklu: *definování veřejně společenského problému – (re)formulace politiky – implementace politiky – evaluace politiky*. Teoretická východiska uvádí, že fáze formulování a implementace do jisté míry ovlivňují dosažení konečného výsledku veřejné politiky a poznání toho, co se odehrálo v předcházejících fázích, je důležité pro interpretaci nebo stanovení hypotéz, proč se plánovaného záměru podařilo nebo nepodařilo dosáhnout. Hodnocení procesu formulování a implementace je tedy součástí evaluace a podle toho je členěna i evaluační zpráva.

V jednotlivých částech evaluační studie byly použity různé metody sběru a analýzy dat.

Proces formulování strategických dokumentů a jejich formální stránka byly hodnoceny metodou analýzy a komparace oficiálních (a interních) dokumentů, byl proveden semi–strukturovaný rozhovor s klíčovým aktérem protidrogové politiky a částečně byly využity výsledky dotazníkového průzkumu mezi aktéry protidrogové politiky.

V rámci procesu implementace byly metody sběru a analýzy dat zaměřeny na tři základní podoblasti:

- Hodnocení průběhu implementace protidrogové politiky bylo založeno na dotazníkovém průzkumu, který vyplňovala ministerstva a ostatní subjekty odpovědné za implementaci aktivit akčních plánů.
- K identifikaci faktorů působících na proces implementace byl proveden online anonymní dotazníkový průzkum mezi aktéry protidrogové politiky – zástupci státní správy, samosprávy i odborné společnosti. Dále byly zhodnoceny výsledky z expertních pracovních skupin k hodnocení strategie a akčního plánu a přípravě následující strategie.
- Ke zhodnocení podmínek pro implementaci národní strategie na krajské úrovni byl realizován adresný dotazníkový průzkum mezi krajskými protidrogovými koordinátory.

Zhodnocení výsledků, kterých protidrogová politika v období uplynulých pět let dosáhla, tj. zhodnocení dosažení strategických cílů na období 2005–2009, bylo založeno na výstupech z již zmíněných expertních pracovních skupin a na analýze vývoje kvantitativních ukazatelů drogové situace.

Co se týče výsledků, hodnocení poukázalo na typický problém veřejných politik, a to vágní a nejasné formulování některých aktivit nebo cílů. Akční plán 2007–2009 obsahoval většinu (93 %) *jasně*¹ formulovaných aktivit. Ta část aktivit, která nebyla jasně formulovaná, umožňovala různou interpretaci. Zkomplikovala se tak jejich implementace i vyhodnocení. Opět většina (88 %) aktivit byla *konkrétně*² zformulována. Byla zjištěna pozitivní korelace mezi *jasností a srozumitelností* definování aktivity a stavem jejího splnění, tzn. pokud byla aktivita jasně a srozumitelně zformulována, měla větší šanci na úspěšnou realizaci.

² Rozdíl mezi uvedenými pojmy viz blíže kap. 3.2.2.

Konkrétně definované aktivity byly dále charakteristické tím, že ukazatele, které pro ně byly stanoveny, umožňovaly jednoznačně sledovat průběh aktivity a dosažení výsledku. U všeobecně formulovaných nekonkrétních aktivit plnily ukazatele další (vedlejší) funkce, jako např. zpřesnění a rozfázování realizace aktivity.

Protidrogová politika v období 2007–2009 byla zaměřena spíše na zdokonalování koordinačního a organizačního rámce – tento charakter měla téměř polovina aktivit (83 z celkem 170 aktivit, tj. 48 %) Akčního plánu 2007–2009. Důraz byl dále zjevně kladen i na hodnocení opatření a přijatých intervencí (32 % aktivit).

Ještě ve fázi formulování strategických dokumentů došlo oproti původnímu záměru ke změnám, které narušily jejich vzájemnou návaznost. Při tvorbě akčních plánů byla vyřazena plánovaná oblast *Užívání legálních drog* a došlo ke změně plánované oblasti *Vztahy s veřejností* na oblast *Informace, výzkum, hodnocení*. Ukázalo se, že jeden ze šesti strategických cílů, cíl III. *Stabilizovat/snížit spotřebu drog...* se překrýval s jinými cíli a jako samostatný cíl byl pravděpodobně nadbytečný.

Prvnímu akčnímu plánu na roky 2005–2006 se podařilo splnit 73 % aktivit a druhému na roky 2007–2009 52 % aktivit. Nesplněných nebo nehodnotitelných aktivit bylo v prvním plánu 22 % a ve druhém 29 %. Implementace druhého akčního plánu byla tedy méně úspěšná. Úroveň jeho implementace však byla posuzována podle „náročnějších“ kritérií hodnocení a navíc plnění aktivit akčního plánu mohla do jisté míry ovlivnit časová a personální náročnost přípravy a zabezpečení výkonu předsednictví ČR v Radě EU v první polovině roku 2009.

Úspěšná implementace protidrogové politiky je založena zejména na odborném potenciálu expertů, na dostupnosti relevantních informací a institucionálním zabezpečení protidrogové politiky (sítě služeb, funkčnost institucí, které mají realizaci protidrogové politiky koordinovat a zajišťovat na národní i krajské úrovni). Úroveň koordinace a vzájemné spolupráce odpovědných subjektů v protidrogové politice byla hodnocena jako nevyvážená a působila jako silný článek, ale i jako faktor způsobující problémy při implementaci politiky.

Nedostatečná implementace protidrogové politiky může být způsobena rozdílnými výchozími přístupy resortů k protidrogové politice a prohlubováním resortizmu nebo formálností ve stanovení i plnění aktivit, případně stanovením nereálných cílů a aktivit. Protidrogová politika se do značné míry potýká s problémy vyplývajícími z nedostatku finančních zdrojů, upřednostňování jiných oblastí při alokaci finančních zdrojů a snižujícím se zájmem o problematiku drog ze strany politiků. K významným faktorům, které mohou mít vliv zejména v oblasti primární prevence, je vysoká společenská tolerance legálních drog a podceňování rizik návykových látek, zejména legálních.

Provedené hodnocení naznačuje, že úspěšnost v dosahování strategických cílů koresponduje s charakterem, zaměřením a potenciálem aktivit, které byly v dané oblasti naplánovány, a také s úspěšností jejich implementace (viz dále).

Za úspěch protidrogové politiky lze považovat udržení relativně stabilní situace v počtu problémových uživatelů nelegálních drog (cíle I.) a udržení výskytu infekčních onemocnění mezi injekčními uživateli drog a dalších zdravotních rizik na nízké úrovni (cíle IV.). S dosažením uvedených cílů souvisí především oblast *Snižování rizik*, která je ze čtyř pilířů protidrogové politiky podle výsledků analýzy oblastí s největším potenciálem *změnit drogovou situaci* – obsahuje nejvíce aktivit, které přímo přispívají k dosažení většiny specifických cílů strategie, obsahuje nejvyšší zastoupení (65 %) aktivit, které jsou specificky zaměřeny přímo na řešení problému. Zároveň má průměrnou úspěšnost v implementaci aktivit.

K úspěchům protidrogové politiky dále patří i udržení sítě služeb s relativně širokou nabídkou programů pro uživatele zejména nelegálních drog (cíle V.). Výjimku však tvoří dostupnost ambulantních zdravotnických zařízení specializovaných na léčbu uživatelů drog (AT poradny), jejichž počet se dlouhodobě snižuje. Oblast *Léčby a následné péče* je relativně vyváženou oblastí, pokud jde o zastoupení specifických a rámcových aktivit a oblastí s průměrnou úspěšností v implementaci aktivit.

Nepříznivá je situace v dosažení tří specifických cílů strategie, které spolu souvisí: cíle II. *Zastavit nárůst experimentálního užívání drog*, cíle III. *Stabilizovat/snížit spotřebu drog...* a cíle VI. *Snížit*

dostupnost drog..., jichž se nepodařilo zcela dosáhnout. V případě experimentálního užívání došlo k zastavení nárůstu užívání mezi mladými lidmi, nicméně na vysokých hodnotách – zejména v užívání konopných drog – vykazuje ČR nejvyšší míry užívání v Evropě. Ani v obecné (dospělé) populaci ČR nedošlo k zastavení nárůstu užívání drog, spotřeba alkoholu a tabáku je stabilizovaná na vysoké úrovni; spotřeba nelegálních drog vzrostla. Nepodařilo se snížit dostupnost legálních ani nelegálních drog. V užívání alkoholu se situace od 90. let mezi mladými lidmi v ČR nezlepšila, míra užívání alkoholu zůstává na relativně vysoké úrovni (včetně rizikových vzorců užívání v nadměrných množstvích).

Cíle VI. se nepodařilo dosáhnout, přestože je oblast *Snižování nabídky a prosazování práva* téměř nejúspěšnější v implementaci svých aktivit ze čtyř pilířů protidrogové politiky a je vyváženou oblastí co do poměru zastoupení specifických a rámcových aktivit.

Oblast *Primární prevence* je ze čtyř pilířů protidrogové politiky téměř nejslabší oblastí – na základě výsledků analýzy mohla svými plánovanými aktivitami přímo přispět k dosažení technicko-organizačních cílů strategie, nikoliv však specifických cílů; měla vysoké zastoupení tzv. rámcových aktivit (70 % – 14 z 20 aktivit), tedy těch, které jsou zaměřeny na vytváření organizačně-koordinačního rámce, a obsahovala jen několik málo aktivit, které byly přímo zaměřeny na řešení problémů s užíváním drog. Navíc, co se týče úspěšnosti v implementaci, byla nejslabší oblastí jak mezi čtyřmi pilíři protidrogové politiky, tak mezi všemi sedmi oblastmi akčního plánu.

Z technicko-organizačních cílů, které mají vytvářet podporu pro dosažení specifických cílů strategie, se příznivou situací daří držet u cíle X. *Mezinárodní spolupráce* a tato oblast je i nejúspěšnější oblastí v implementaci naplánovaných aktivit.

Částečné úspěchy se podařilo dosáhnout u cílů VII. *Efektivní financování..* a VIII. *Koordinace...*, nedošlo však k jejich plnému dosažení. V případě cíle VII. se nepodařilo splnit stěžejní aktivity, které patřily k důležitým předpokladům pro dosažení tohoto strategického cíle. Nicméně dílčí úspěchy existují v podobě částečně inovovaného dotačního systému RVKPP a v zohlednění certifikovaných programů v dotačních řízeních resortů, krajů a obcí. Nepodařilo se však zabezpečit plánované navýšení finančních prostředků dotačního programu RVKPP, naopak došlo k jejich snížení. Proto pouhé udržení stavu sítě služeb, jak je zmiňuje cíl IV. a V., nikoliv tedy jejich rozvoj, lze za těchto podmínek považovat za úspěch, který byl dosažen kompenzací propadu rozpočtu dotačního řízení RVKPP pomocí navýšení dotací jednotlivými resorty (zejména MPSV) a kraji.

Co se týče cíle VIII., hodnocení komplikovala jeho formulace – cíl obsahuje spojení více podcílů s různou úrovní splnění. Stěžejní aktivita, která by byla východiskem pro dosažení cíle, nebyla zrealizována³. Přestože se cíl nepodařilo splnit úplně, k jeho dosažení směřovalo celkem 83 aktivit, téměř polovina všech aktivit z Akčního plánu 2007–2009. V období let 2005–2009 došlo k přijetí významných zákonných norem důležitých pro koordinaci protidrogové politiky na národní úrovni (zákon č. 379/2005 Sb.), pro sociální služby (zákon č. 108/2006 Sb.), či pro oblast trestního práva (zákon č. 40/2009 Sb.). Nicméně důležitá legislativa chybí v oblasti zdravotnictví. Podařilo se uzákonit novou profesi adiktologa, zavést systém certifikací odborné způsobilosti drogových služeb pracujících s uživateli drog. Naopak kritizována je nadále chybějící zpětná vazba a spolupráce mezi jednotlivými subjekty participujícími na realizaci protidrogové politiky, překrývání kompetencí a prohlubující se rezortismus.

Poslední dva cíle se nepodařilo vyhodnotit. Pro zhodnocení cíle XI. *Evaluace aktivit...* nebyla k dispozici spolehlivá data a ani nebyla uskutečněna žádná specifická studie, která by se zhodnocením tohoto cíle zabývala. Cíl IX. *Informování veřejnosti...* nebyl provázán s aktivitami v akčním plánu ve smyslu *vytvoření flexibilního modelu komunikace*, což byla součástí tohoto cíle. V průběhu tvorby prvního akčního plánu došlo k změně původně plánované oblasti protidrogové politiky *Vztahy s veřejností* na oblast *Informace, výzkum, hodnocení*. Je otázkou, do jaké míry mohla tato změna dosažení cíle ovlivnit. Přesto byla v akčních plánech oblasti distribuce informací věnována dostatečná pozornost a tato oblast je i odbornou veřejností vnímána jako jeden ze silných článků české protidrogové politiky.

³ Analýza právního rámce protidrogové politiky a jejích existujících koordinačních mechanismů. Aktivita by byla klíčová jak pro splnění strategického cíle, tak i pro zhodnocení úrovně jeho dosažení.

Podle výsledků hodnocení se protidrogové politice dosud nepodařilo dosáhnout jednoho z důležitých principů protidrogové politiky, kterým je integrování legálních drog do systému protidrogové politiky. To se projevuje nepřehledností koordinačních mechanismů v oblasti legálních drog, nižší dostupností dat o alkoholu a tabáku nebo nedostatečně zakotvenou sítí a spektrem služeb určených uživatelům legálních drog. Akční plány měly původně obsahovat i oblast *Užívání legálních drog*. Nicméně tato oblast nebyla do akčních plánů zařazena a některé z aktivit, které měly původně tvořit obsah této oblasti, se staly součástí jiných oblastí akčního plánu.

Je zřejmé, že úroveň dosažení cílů protidrogové politiky a jejich záměrů nezávisí jen na faktorech, které byly v rámci evaluace analyzovány. Podstatnou roli zde hrají i další aspekty, jako např. vliv dalších politik (sociální, zdravotní, vzdělávací), vliv demografických, sociálních, ekonomických, bezpečnostních a dalších faktorů na drogovou situaci, nezamýšlené důsledky realizovaných opatření apod. Navíc mnohé výzkumné zprávy zmiňují omezenou schopnost protidrogové politiky ovlivnit drogovou situaci, což pro tvůrce politiky představuje výzvu, jak definovat v akčních plánech opatření, které potenciál změny mají, nebo jak cíle národní protidrogové politiky realisticky formulovat.

Summary

The evaluation of the 2005-2009 Czech drug policy was carried out as assigned by the Action Plan for the Implementation of the National Drug Policy Strategy for the Period 2007-2009 (Action No. 26.3). The evaluation of measures and decision making based on objective data and the latest research evidence are the key principles of the Czech drug policy and, accordingly, the 2005-2009 drug strategy.

The evaluation of the 2005-2009 drug policy was conducted at the turn of 2010. Two strategic documents were subjected to evaluation: the National Drug Policy Strategy for the Period 2005 to 2009 (the 2005-2009 National Strategy) and its second plan of action, the Action Plan for the Implementation of the National Drug Policy Strategy for the Period 2007-2009 (the 2007-2009 Action Plan). The evaluation was carried out by the Secretariat of the Government Council for Drug Policy Coordination and involved especially the entities participating, either directly or indirectly, in the implementation of the activities of the drug policy. Therefore we can call the drug policy evaluation an internal evaluation.

The evaluation sought to identify to what degree the objectives defined in the 2005-2009 National Strategy were fulfilled and what effect the Strategy had on the drug situation, i.e. to assess its successes or failures in the period under consideration.

The evaluation was based on a (simplified) model of a political cycle: *definition of a public problem – (re)formulation of a policy – implementation of a policy – evaluation of a policy*. The theoretical background suggests that, to a certain extent, the stages of formulation and implementation influence the final outcome of a public policy, and the understanding of what occurred in the previous stages is important in terms of the interpretation or articulation of hypotheses as to why an intended goal was accomplished or not. Therefore, the evaluation of the process of formulation and implementation is a part of evaluation, which is reflected in the structure of the evaluation report.

A range of methods of data collection and analysis were used in different parts of the evaluation study.

Both the process of the articulation of strategic documents and their formal aspects were evaluated using the method of analysis and comparison of official (and internal) documents; a semi-structured interview with a key actor in the drug policy was conducted, and parts of a questionnaire survey among drug policy stakeholders were also utilised.

As regards the implementation process, the data collection and analysis methods focused on three main areas:

- The evaluation of the course of the implementation of the drug policy was based on a questionnaire survey administered to ministries and other entities responsible for the implementation of the activities specified in the action plans.
- An online anonymous questionnaire survey was carried out among drug policy stakeholders – policy makers and members of the professional community – in order to identify the factors involved in the process of implementation. In addition, expert working groups' input into the evaluation of the Strategy and the Action Plan and the preparation of the subsequent strategy was considered.
- A specific questionnaire survey among regional drug coordinators was conducted in order to assess the conditions for the implementation of the national strategy on the regional level.

The evaluation of the results achieved by the drug policy in the past five years, the evaluation of the level of fulfilment of the strategic objectives for 2005-2009, was based on the input provided by the aforementioned expert working groups and on the analysis of the developments in the quantitative indicators of the drug situation.

As far as the results are concerned, the evaluation pointed to a typical problem of public policies, which is the vague and unclear formulation of certain activities and objectives. The majority (93%) of the activities included in the 2007-2009 Action Plan were formulated *clearly*⁴. Those activities which

⁴ For differences between the terms used see Section, 3.2.2. p.22

had unclear definitions allowed various interpretations. This made it difficult both to implement and evaluate them. Again, the majority (88%) of activities were formulated *specifically*¹. A positive correlation between the *clarity* and *comprehensibility* of the definition of an activity on one hand and the status of its fulfilment on the other hand was found, i.e. if an activity was articulated clearly and comprehensibly, it had a better chance of being performed successfully.

It was a characteristic of the *specifically* defined activities that the indicators assigned to such activities made it possible to clearly follow their course of action and its final result. Where activities were formulated in general, unspecific terms, the indicators played additional (secondary) roles, such as providing a more precise description of an activity or breaking it down into partial steps.

The 2007-2009 drug policy was more concerned with the improvement of the coordination and organisational framework; almost a half of the activities included in the 2007-2009 Action Plan (83 out of the total of 170, i.e. 48%) were designed to pursue this goal. In addition, an apparent emphasis was also placed on the evaluation (32% of activities).

Even at the stage of the formulation of the strategic documents, variations on the original intention were already made. These changes interfered with the interrelationship/coherence between the documents. At this stage, the domain of the *Use of Legal Drugs*, which it was originally intended to incorporate into the documents, was excluded and the prospective area of *Public Relations* was changed into *Information, Research, and Evaluation*. It also turned out that one of the six strategic objectives, Objective III, involving efforts to stabilise/reduce the consumption of drugs, overlapped with other goals and thus was probably redundant as a separate objective.

73% of the activities included in the first action plan for the period 2005-2006 were successfully completed and 52% of those in the subsequent one, spanning the years 2007-2009, were accomplished. The activities set out in the first and the second plans which were not accomplished or it was impossible to evaluate accounted for 22% and 29% respectively. In conclusion, the implementation of the second action plan was less successful. However, the degree of its implementation was assessed against "more demanding" evaluation criteria. Moreover, the fulfilment of the activities in the latter action plan may have been partly affected by the time and staff constraints related to the preparation of and support for the Czech presidency of the EU Council in the first half of 2009.

The successful implementation of the drug policy may be attributed, first and foremost, to experts' professional potential, the availability of relevant information, and institutional support for the drug policy (a network of drug services and the efficient operation of institutions designated to coordinate and manage the implementation of the drug policy on both the national and regional levels). The quality of coordination and liaison among the relevant entities involved in the drug policy was viewed as being varied; while constituting a strong element at times, the inter-agency aspect also acted as a factor causing problems in putting the policy into practice.

The insufficient implementation of the drug policy may be attributed to the government departments' different baseline approaches to the drug policy and the increasing perceived preference for certain portfolios, the perfunctory definition and performance of activities, and/or the setting of unrealistic objectives and measures. To a great degree, the drug policy faces problems resulting from a lack of financial resources, the preferential allocation of funding to other areas, and a decline in interest in the drugs issue on the part of politicians. Significant factors which may have an impact, particularly on primary prevention, include the high level of social tolerance for legal drugs and the underestimation of the risks associated with addictive substances, especially legal ones.

The evaluation suggests that the level of achievement of strategic objectives corresponds with the nature, focus, and potential of the activities planned for the respective drug policy areas, as well as with the level of implementation of such activities (for more details see below).

The drug policy may be considered successful in keeping the situation concerning the number of problem users of illicit drugs relatively stable (Objective I) and in keeping the level of infectious diseases among injecting drug users and other health risks low (Objective IV). The accomplishment of the objectives as indicated is particularly related to *Harm Reduction*. Out of the four cornerstones of the drug policy, as shown by analysis, this domain has the greatest potential *to change the drug*

situation – it involves the largest number of measures which contribute directly to the achievement of the majority of the Strategy's specific objectives and features the highest representation of activities (65%) which are specifically focused on problem solving. In addition, it shows an average rate in terms of the successful implementation of activities.

Other successes of the drug policy include the maintaining of a network of services with a relatively wide offer of programmes for users of (especially illegal) drugs (Objective V). However, an exception in this respect is the long-term declining trend in the number of outpatient healthcare facilities specialising in drug treatment (AT counselling centres), which affects their availability. The domain of *Treatment and Aftercare* is relatively well balanced as regards the representation of specific and framework activities and is an area with an average success rate in terms of the implementation of activities.

Unfortunately, three specific objectives of the Strategy, which are interrelated – Objective II, *to halt the rise in experimental drug use*, Objective III, *to stabilise/reduce drug consumption*, and Objective VI, *to reduce the availability of drugs* – fell short of complete fulfilment. As far as experimental use is concerned, the rising trend of such use among young people has been stopped. Nevertheless, the levels of experimental use of drugs, cannabis in particular, in the Czech Republic rank among the highest in Europe. Neither has the increase in drug use in the general (adult) population of the Czech Republic been reversed; the consumption of alcohol and tobacco remains stabilised at high levels, and illegal drug consumption has risen. Efforts to reduce the availability of both legal and illegal drugs were to no avail. The situation concerning the use of alcohol among young people in the Czech Republic has not improved since the 1990s; the level of alcohol use has remained relatively high (including risky patterns of excessive drinking).

Objective VI was not achieved although, out of the four cornerstones of the drug policy, the domain of *Harm Reduction and Law Enforcement* was almost the most successful in the implementation of its measures and was well-balanced in terms of the ratio of specific and framework activities.

Among the four cornerstones of the drug policy, *Primary Prevention* was almost the weakest domain; as shown by the results of the analysis, activities planned as part of primary prevention were likely to directly facilitate the accomplishment of the Strategy's technical and organisational objectives, but not the specific objectives. Primary prevention featured a high rate of the so-called framework activities (70% – 14 out of 20 activities), i.e. those aimed at developing an organisational and coordination framework, and only involved a few activities which focused directly on solutions to drug use-related problems. As far as successful implementation is concerned, moreover, this domain showed the worst performance of the four cornerstones of the drug policy, as well as of all the seven areas of the Action Plan.

As for the technical and organisational objectives which are intended to create support for the achievement of the Strategy's specific objectives, a favourable situation was maintained in relation to Objective X, *International Cooperation*. This area is also the most successful in the implementation of activities that have been planned.

Although some success was achieved as regards Objective VII, *Effective Funding*, and Objective VIII, *Coordination*, the set goals were not met in their entirety. Specifically, Objective VII fell short of the completion of its core activities, which were among the important prerequisites for the accomplishment of this strategic goal. Nevertheless, positive achievements in this area include the partially innovated subsidy system of the Government Council for Drug Policy Coordination and the certificate of quality of drug programmes being taken into account in subsidy proceedings managed by government departments, regions, and municipalities. However, efforts to secure an increase in financial resources for the GCDPC's subsidy programme as planned were to no avail; on the contrary, they were reduced. Given the circumstances, therefore, the mere fact that the existing network of services was retained, as mentioned under Objectives IV and V, and not developed further, may be considered a success which was achieved by an increase in subsidies provided by the individual government departments (especially the Ministry of Labour and Social Affairs) and regions in compensation for the drop in funds earmarked for the GCDPC's subsidy proceedings.

As for Objective VIII, the evaluation was complicated by the way the objective had been formulated – it involves an aggregate of a number of subobjectives with different levels of completion. The core

activity which would have provided the basis for the fulfilment of the objective was not accomplished⁵. Although the objective was not completed in its entirety, a total of 83 activities, almost a half of all of those included in the 2007-2009 Action Plan, were aimed at its fulfilment. The period 2005-2009 experienced the adoption of significant legal norms which were relevant to the coordination of the drug policy at the national level (Act No. 379/2005 Coll.), social services (Act No. 108/2006 Coll.), and to the field of criminal law (Act No. 40/2009 Coll.). However, important legislation in relation to the healthcare system is missing. While certain positive achievements occurred – the new profession of an addictologist was incorporated into the relevant law and the system of certification of the professional competency of drug services was introduced – there are still areas of concern: a lack of feedback and liaison among the different agencies involved in the implementation of the drug policy, the overlap of competencies, and the increasing preference for certain governmental portfolios.

Two final objectives were impossible to evaluate. No reliable data were available to assess Objective XI., *Evaluation of activities*. Neither was any specific study conducted in relation to the evaluation of this objective. Objective IX, *Public awareness*, was not linked to the activities of the Action Plan in terms of the *development of a flexible model of communication*, which was a part of this objective. During the drawing up of the first Action Plan, a drug policy domain which it was originally intended to incorporate into the document, *Public Relations*, was changed into *Information, Research, and Evaluation*. The question is to what extent this change could have affected the fulfilment of the objective. In spite of this fact, the action plans paid close attention to the dissemination of information; this area, too, is perceived by the professional community as a strong feature of the Czech drug policy.

According to the results of the evaluation, the drug policy has not yet fulfilled one of its major principles, namely the integration of legal drugs into the drug policy system. This has been manifested by inconsistencies in coordination regarding legal drugs, the limited availability of data on alcohol and tobacco, and the insufficiently secured network and range of services catering to users of legal drugs. The action plans intended to include the domain of the *Use of Legal Drugs*. Eventually, however, this area was not incorporated into the action plans, and some of the activities originally designed to constitute the content of this domain became segments of other domains of the Action Plan.

Apparently, the level of fulfilment of the drug policy's objectives and their purposes does not only rely on the factors which were analysed as part of the evaluation process. Additional aspects, such as the impact of other policies (social, health, and education ones), the influence of a range of factors, including demographic, social, economic, and safety ones, with a bearing on the drug situation, and unintended consequences of measures taken, also play an important role in this sense. Last but not least, numerous research reports point out the drug policy's limited ability to influence the drug situation, which poses a challenge for policy makers in how to define measures included in the action plans for them to have the potential to make a difference or how to produce realistic formulations of the objectives of the national drug policy.

⁵ *Analysis of the legal framework of the drug policy and of the existing coordination mechanisms*. This activity would have been vital for both the accomplishment of the strategic objective and the evaluation of the degree to which it had been achieved.

(§§§ vnitřek publikace)

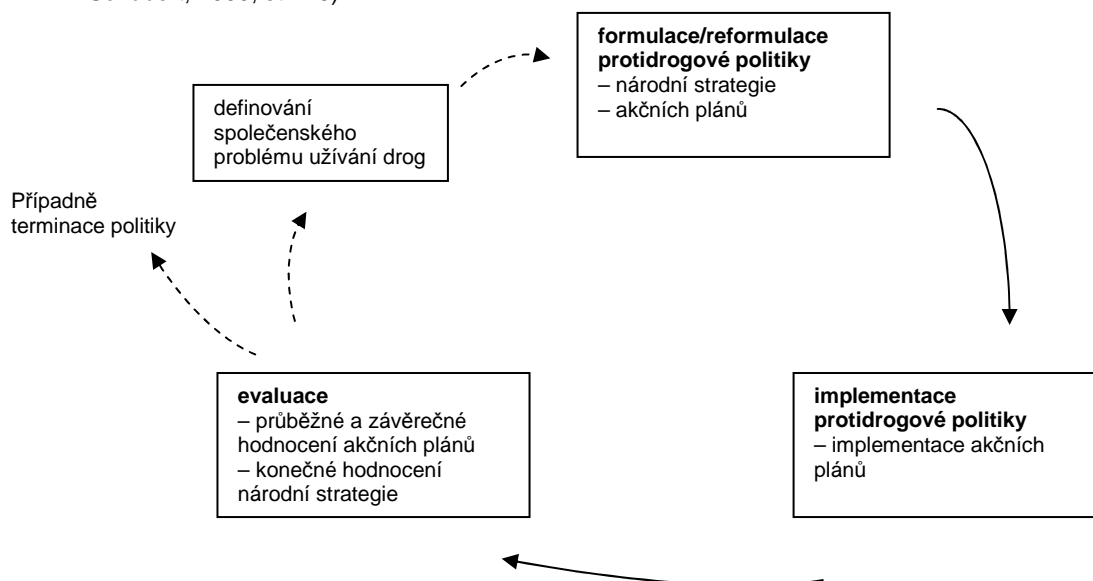
1. Cíl evaluace a její části

Cílem evaluace obecně je zjistit, jak zvolené nástroje konkrétní veřejné politiky působí při řešení problémů a nakolik jsou účinné (Potůček et al., 2005) – tedy jak se jejich prostřednictvím daří naplňovat a dosahovat stanovené cíle. Dalším cílem evaluace je poskytnout informace, které jsou využitelné v dalším veřejně politickém procesu.

Tato evaluační zpráva se zabývá hodnocením protidrogové politiky České republiky, která byla realizována v období let 2005–2009. Česká protidrogová politika byla formálně definována v podobě Národní strategie protidrogové politiky na období 2005–2009 (Národní strategie 2005–2009) a dvou akčních plánů – Akčního plánu realizace Národní strategie protidrogové politiky na období 2005–2006 a na období 2007–2009 (Akční plán 2005–2006 nebo Akční plán 2007–2009). Pojmem „protidrogová politika“ se v evaluační zprávě stává proto synonymem pro Národní strategii 2005–2009 a/nebo akční plán(y).

Cílem hodnocení protidrogové politiky ČR bylo zjistit, do jaké míry se podařilo dosáhnout cílů stanovených v Národní strategii 2005–2009, jaký je její účinek na drogovou situaci, a tedy zhodnotit její úspěchy či neúspěchy za dané období. Na úroveň dosažení cílů a na interpretaci získaných výsledků mají větší nebo menší vliv faktory působící v jednotlivých fázích politického cyklu (Howlet M. and Ramesh M., 1995). Ten nejvíc zjednodušený model obsahuje čtyři fáze cyklického procesu: definování veřejně společenského problému – (re)formulace politiky – implementace politiky – evaluace politiky. Evaluace se proto částečně zaměřila i na fázi formulování a fázi implementace protidrogové politiky.

Obrázek 1: Zjednodušený model politického procesu v protidrogové politice (upraveno z publikace Fiala a Schubert, 2000, str. 76).



Evaluační zpráva je rozdělena na následující části, které respektují výše uvedené fáze politického cyklu:

Popis předmětu evaluace (kapitola 2):

Popisuje strukturu a obsah Národní strategie 2005–2009 a akčních plánů její realizace. Na závěr kapitoly jsou uvedeny výsledky anonymního dotazníkového průzkumu mezi aktéry protidrogové politiky a jejich názory na oba typy koncepčních dokumentů.

Formulování protidrogové politiky (kapitola 3):

Zaměřuje se na hodnocení formální stránky strategických dokumentů, způsob vyjádření cílů strategie a aktivit akčního plánu. Její součástí jsou:

Kapitola 3.1 – Zhodnocení vlivu procesu formulování a přípravy strategických dokumentů na jejich strukturu a obsah.

Kapitola 3.2 – Hodnocení vzájemné provázanosti Akčního plánu 2007–2009 s Národní strategií protidrogové politiky 2005–2009.

Implementace protidrogové politiky (kapitola 4):

Zaměřuje se na zhodnocení průběhu implementace plánovaných aktivit a výstupů (tzv. monitoring implementace) a na pochopení procesu jejich realizace a faktorů, které ji ovlivnily. Evaluace fáze implementace obsahuje:

Kapitola 4.1 – Shrnutí průběhu implementace ve smyslu, jak se aktivity podařilo nebo nepodařilo splnit ze strany ministerstev a ostatních odpovědných subjektů .

Kapitola 4.2 – Identifikování externích vlivů působících na proces realizace protidrogové politiky a na dosažení předpokládaných výsledků.

Kapitola 4.3 – Zhodnocení podmínek a faktorů důležitých pro implementaci strategie na krajské úrovni.

Hodnocení výsledků a účinků⁶ protidrogové politiky (kapitola 5 a 6):

I tato fáze evaluace má několik částí:

Kapitola 5.1 – Zhodnocení změny stavu v jednotlivých oblastech protidrogové politiky za období pěti let na základě názorů expertů v expertních pracovních skupinách.

Kapitola 5.2. – Hodnocení úrovně dosažení specifických cílů na základě zhodnocení vývoje drogové situace v kvantitativních ukazatelích.

Kapitola 6. – Závěr a zhodnocení dosažených úspěchů a neúspěchů protidrogové politiky za sledované období.

Jednotlivé části evaluační zprávy obsahují podrobnější popis předmětu evaluace, použitých metod, výsledky hodnocení, závěry a případná doporučení.

Provedení evaluace protidrogové politiky, realizované v období 2005–2009, bylo limitováno nedostatkem finančních prostředků. Z toho důvodu byla upřednostněna interní evaluace před externí. Evaluace byla realizována koordinačním orgánem protidrogové politiky – sekretariátem Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky a zúčastnily se jí subjekty přímo nebo nepřímo zapojené do realizace aktivit.

Dalším omezením použité metodiky byly omezené personální zdroje. Výsledná interpretace, ale i zpracování výsledků hodnocení mohou být do jisté míry ovlivněny subjektivním vnímáním zpracovatele evaluační zprávy, a to i přesto, že hodnocení je založeno na oficiálních dokumentech, veřejně dostupných publikovaných datech a legitimně získaných názorech expertů. V průběhu procesu evaluace protidrogové politiky se nepodařilo vytvořit mechanismy průběžné zpětné kontroly a objektivizace výsledků evaluace. Nicméně podařilo se zřídit ad hoc Radu pro evaluaci národní strategie⁷ (při Radě vlády pro koordinaci protidrogové politiky), která se stala odborným orgánem pro počáteční metodologické posouzení procesu evaluace a použitých evaluačních nástrojů a pak v závěrečné fázi pro odbornou oponenturu výsledků evaluace a finální verze evaluační zprávy.

⁶ V hodnotících zprávách se často uvádějí a zaměřují anglické pojmy output, outcome a impact evaluation. Jejich význam je uváděn převážně takto:

- output evaluation – výstupy, aktivity, které se bezprostředně vztahují k realizovanému programu, intervenci (Fiala a Schubert, 2000)
- outcome evaluation – zkoumá prokazatelný a přímý efekt politiky na cílovou skupinu
- impact evaluation – je širším pojetím evaluace výsledků, posuzuje celkový efekt politiky (ať už zamýšlený nebo ne) (Veselý a Nekola, 2007).

⁷ Rada byla vytvořena v červnu 2009 a byla složena z 6 odborníků věnujících se vědecko výzkumné činnosti v drogové problematice ve složení: M. Miovský, P. Popov, J. Radimecký, T. Zábranský, P. Zeman, L. Csémy.

2. Protidrogová politika České republiky na období 2005–2009

Předmětem evaluace je protidrogová politika České republiky, která byla realizována v období let 2005–2009. Ta je oficiálně formulovaná ve dvou strategických dokumentech, a to v Národní strategii protidrogové politiky na období 2005–2009 a ve dvou Akčních plánech realizace Národní strategie protidrogové politiky na období 2005–2006 a na období 2007–2009. Základní popis obsahu a struktury strategických dokumentů, stručný popis jejich tvorby a koordinačních mechanismů české protidrogové politiky je uveden v následujících podkapitolách. Závěr kapitoly obsahuje výsledky dotazníkového průzkumu mezi aktéry protidrogové politiky zaměřený na to, jak aktéři tyto dokumenty vnímali.

2.1. Podoba a obsah strategických dokumentů

2.1.1. Národní strategie protidrogové politiky na období 2005–2009

Národní strategie 2005–2009 je klíčovým strategickým dokumentem protidrogové politiky. Je dokumentem, který definuje základní východiska a směry řešení problému užívání drog, přístupy a principy, na kterých protidrogová politika staví; stanovuje cíle, kterých se snaží dosáhnout, časový horizont implementace strategie a nakonec vymezuje role a odpovědnosti klíčových resortů v protidrogové politice.

Podle Národní strategie 2005–2009 je základním východiskem protidrogové politiky vnímání drog jako komplexního fenoménu – tj. strategie pod pojmem „drogy“ zahrnuje jak legální (alkohol a tabák) tak i nelegální drogy a dále vnímá protidrogovou politiku jako komplexní soubor preventivních, vzdělávacích, léčebných, sociálních, regulačních, kontrolních a dalších opatření včetně vymáhání práva, uskutečňovaných na mezinárodní, národní, krajské a na místní úrovni (Úřad vlády České republiky, 2005a).

Hlavním principem protidrogové politiky je koncept ochrany veřejného zdraví. Dalšími principy, které uplatňuje protidrogová politika a jsou definované v Národní strategii 2005–2009, jsou realistický a poučený přístup (cíle jsou měřitelné a realistické); priorita ověřených dat a strategie (evidence-based interence); partnerství a společný přístup (zapojení všech článků veřejné správy a občanské společnosti); komplexní přístup; hodnocení efektivity přijatých opatření a poslední dlouhodobé plánování.

Národní strategie 2005–2009 na období své platnosti definovala několik cílů:

Dva hlavní cíle:

- potírat organizovaný zločin zapojený do nezákonného nakládání s drogami a vymáhat dodržování zákonů ve vztahu k distribuci legálních drog,
- snížit užívání všech typů drog a potenciální rizika a škody, které mohou jednotlivcům a společnosti v důsledku jejich užívání nastat.

Šest specifických cílů:

- I. stabilizovat, případně snížit počet problémových uživatelů drog,
- II. zastavit nárůst experimentálního a příležitostného užívání legálních a nelegálních drog,
- III. stabilizovat, případně snížit spotřebu legálních a nelegálních drog ve společnosti, zejména mezi nezletilými mladými lidmi,
- IV. snížit potenciální rizika užívání všech typů drog a ekonomické, zdravotní a sociální dopady jejich užívání na jedince a společnost,
- V. zvyšovat kvalitu života uživatelů všech typů drog, jejich rodičů a blízkých prostřednictvím zajištění dostupnosti kvalitních služeb léčby a resocializace,
- VI. snížit dostupnost legálních a nelegálních drog pro obecnou populaci a zejména pro nezletilé mladé lidi prostřednictvím efektivnějšího využívání existujících legislativních a institucionálních nástrojů.

Pět technicko-organizačních cílů:

- VII. efektivní financování – zefektivnit a zpřehlednit financování jednotlivých strategií a opatření protidrogové politiky na základě identifikovaných potřeb a jejich prokázané efektivity,

- VIII. koordinace – vytvořit dostatečnou zákonnou oporu protidrogové politiky, zkvalitnit její stávající systém a vybudovat funkční a přehlednou strukturu založenou na efektivní koordinaci aktivit zapojených subjektů na všech úrovních s jasně definovanými a rozdělenými povinnostmi a kompetencemi,
- IX. informování veřejnosti – navrhnout a zavést do praxe flexibilní model všestranné komunikace a stanovit kompetence zúčastněných subjektů, aby byly veřejnosti poskytovány komplexní, objektivní, spolehlivé a vyvážené informace o užívání drog, jeho dopadech a o realizovaných opatřeních,
- X. mezinárodní spolupráce – plně se zapojovat do mezinárodní spolupráce a zajišťovat aktivní účast zástupců ČR v procesech harmonizace protidrogové politiky s ostatními zeměmi Evropské unie,
- XI. evaluace aktivit – důsledně uplatňovat výzkumem ověřené postupy při vyhodnocování účinnosti opatření ve všech oblastech protidrogové politiky a aplikovat poznatky z evaluací v praxi.

Platnost strategie byla určena na období pěti let 2005–2009 a byla rozpracována do dvou akčních plánů na období 2005–2006 a 2007–2009.

2.1.2. Akční plány realizace Národní strategie protidrogové politiky

Akční plány na období 2005–2006 a na období 2007–2009 jsou nástroji implementace Národní strategie 2005–2009. Mají detailněji rozvíjet naplňování specifických a technicko-organizačních cílů strategie, které je zajištěno v sedmi oblastech akčního plánu:

1. primární prevence,
2. léčba a následná péče,
3. snižování rizik,
4. snižování nabídky a prosazování práva,
5. koordinace a financování,
6. informace, výzkum a hodnocení,
7. mezinárodní spolupráce.

Akční plány v těchto základních oblastech definují konkrétní cíle, jednotlivé činnosti k naplnění těchto cílů, určují odpovědnosti subjektů s časovými termíny a definují ukazatele plnění (Úřad vlády České republiky, 2005b). Příklad struktury akčního plánu je uvádí Tabulka 1.

Tabulka 1.: Příklad struktury akčního plánu (Úřad vlády České republiky, 2007a)

cíl	činnost	termín	zodpovídá	ukazatel
29. Funkční právní a organizační rámec současné protidrogové politiky	29.1. Vytvořit pracovní skupinu, zajistit její činnost a vydefinovat problémové oblasti a potřeby	31. 12. 2007	RVKPP ve spolupráci s MZ, MV, MPSV, MŠMT, MO, MS, MZV, MF, MPO, doporučená spolupráce krajů, obcí a NNO	seznam definovaných problémových oblastí
	29.2. Analýza problémových oblastí stávajícího právního a organizačního rámce protidrogové politiky	31. 12. 2008	RVKPP ve spolupráci s MZ, MV, MPSV, MŠMT, MO, MS, MZV, MF a MPO, doporučená spolupráce krajů, obcí a NNO	provedená analýza, závěry analýzy zpracované formou doporučení pro RVKPP
	29.3. Navrhnout aktualizaci legislativních a systémových opatření vycházející ze závěrů analýzy	30. 6. 2009	RVKPP ve spolupráci s MZ, MV, MPSV, MŠMT, MO, MS, MZV, MF a MPO, doporučená spolupráce krajů, obcí a NNO	zpracované návrhy doporučení na aktualizaci a harmonizaci právních předpisů a dalších opatření

Akční plán na období 2005–2006 obsahoval 43 cílů a 144 aktivit, akční plán na období 2007–2009 obsahoval opět 43 cílů a 170 aktivit. Jednotlivé cíle akčního plánu obsahovaly od nejméně 1 do max. 17 aktivit.

2.2. Proces tvorby strategických dokumentů

Strategické dokumenty protidrogové politiky ČR (národní strategie a první akční plán) se vytvářely v roce 2004. Postup tvorby strategických dokumentů schválila vláda v únoru 2004 a za koordinaci celého procesu odpovídal sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky (vláda České republiky, 2004a). Tvorba strategických dokumentů probíhala prostřednictvím pracovních skupin: Primární prevence, Léčba a resocializace, Minimalizace rizik, Potlačování nabídky drog, Alkohol a tabák, Financování, Koordinace, Vztahy s veřejností, Mezinárodní spolupráce.

Pracovní skupiny stanovovaly vizi, hlavní a specifické cíle budoucí strategie, a to na základě a) analýzy stavu, tj. SWOT analýzy v konkrétní oblasti protidrogové politiky podle výše zmíněných pracovních skupin a b) na základě vývoje epidemiologické situace podle Výroční zprávy o stavu ve věcech drog v ČR (sRVKPP, 2004). K cílům byly následně definovány odpovídající aktivity k jejich dosažení. Po schválení nové národní strategie měly pracovní skupiny pokračovat v činnosti a rozpracovat cíle strategie a navržené aktivity do konkrétních činností. Výstupy z pracovních skupin sloužily jako podklady ke konečnému zpracování na sekretariátu Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky. Finální návrhy dokumentů byly předloženy k řádnému mezirezortnímu připomínkovému řízení a následně byly předloženy vládě ČR.

Národní strategie 2005–2009 byla vládou schválena v prosinci 2004 (vláda České republiky, 2004b), první Akční plán realizace Národní strategie protidrogové politiky na období 2005–2006 v červenci 2005 (vláda České republiky, 2005) a druhý Akční plán realizace Národní strategie protidrogové politiky na období 2007–2009 v červenci 2007 (vláda České republiky, 2007). Více k procesu tvorby viz kapitolu 3.1.

2.3. Koordinační nástroje protidrogové politiky

Zodpovědnost za tvorbu a naplňování protidrogové politiky ČR nese vláda. Ta využívá pro koordinaci aktivit několik nástrojů:

- poradní a koordinační orgán vlády – Radu vlády pro koordinaci protidrogové politiky (RVKPP),
- Sekretariát RVKPP jako jeho exekutivu,
- výbory RVKPP,
- pracovní skupiny,
- národní strategii protidrogové politiky.

Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky (RVKPP nebo „Rada“) je nejdůležitějším orgánem ve vytváření, v koordinaci spolupráce a praktické implementaci Národní strategie protidrogové politiky na centrální a místní úrovni. Členy Rady byli v roce 2009 ministři příslušných rezortů, do jejichž působnosti problém drog zasahuje a dále zástupce Asociace krajů ČR, zástupce Společnosti pro návykové nemoci České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně a zástupce nestátních organizací zabývajících se prevencí a léčbou drogových závislostí.

Sekretariát Rady odpovídá za praktickou implementaci a každodenní koordinaci protidrogové politiky. Sekretariát RVKPP organizačně zajišťuje i činnost dalších nástrojů koordinace a realizace drogové politiky, jako jsou výbory a pracovní skupiny. Součástí sRVKPP je Národní monitorovací středisko (NMS) pro drogy a drogové závislosti, které je odpovědné za sběr, analýzu, distribuci a koordinaci sběru dat o drogách na národní úrovni.

V zájmu vzájemného propojení centrální a místní úrovně a v zájmu implementace drogové politiky na krajské/místní úrovni existuje systém krajských a místních protidrogových koordinátorů, protidrogových komisí a pracovních skupin. Kraje rovněž využívají nástroje jako jsou krajské protidrogové strategie a akční plány i výroční zprávy o realizaci protidrogové politiky kraje.

Rozdělení odpovědnosti klíčových subjektů zainteresovaných na implementaci protidrogové politiky v jednotlivých oblastech je možné znázornit následovně:

oblast	stěžejní státní instituce	další instituce	poradní orgány RVKPP
primární prevence	MŠMT	MZ, sRVKPP, MV, MO, neziskové organizace	

		(A.N.O.), Centrum adiktologie	
léčba a následná péče	MZ, MPSV	MŠMT, sRVKPP, Společnost pro návykové nemoci ČLS JEP	
minimalizace rizik	MZ, MPSV, MS, sRVKPP	neziskové organizace (A.N.O.)	pracovní skupina Prevence a snižování rizik užívání drog na tanečních akcích
kvalita služeb pro uživatele drog	RVKPP, MPSV a MZ		výbor pro udělování certifikací
potlačování nabídky drog	MV a MF, MS	MZ, sRVKPP	pracovní skupina RVKPP pro metamfetamin (částečně zaměření)
financování	sRVKPP, MPSV, MF	MZ, MŠMT, samospráva	výbor RVKPP pro poskytování účelových dotací ze státního rozpočtu
koordinace	sRVKPP	MV, MZ, MPSV, MŠMT, MZv, MS, MO, samospráva	výbor zástupců resortů a institucí RVKPP, Výbor zástupců regionů
mezinárodní spolupráce	MZv, sRVKPP	MV, MZ, MPSV, MŠMT, MS, MO,	Pracovní skupina pro spolupráci s Evropskou unií – Rezortní koordinační skupina
monitoring, výzkum	sRVKPP–NMS	Centrum adiktologie, MPSV a další rezorty	Poradní výbor RVKPP pro sběr dat o drogách, pracovní skupiny NMS ⁸

2.4. Subjektivní hodnocení strategických dokumentů ze strany aktérů protidrogové politiky ČR

Cílem této části evaluace bylo zjistit, jak aktéři zapojení do implementace Národní strategie protidrogové politiky na období 2005–2009 a Akčního 2007–2009 vnímají uvedené strategické dokumenty, zda jsou dokumenty pro jejich práci užitečné, zda jim vyhovuje jejich struktura, jak hodnotí způsob formulace cílů apod.

V průběhu srpna 2009 byl za tímto účelem proveden dotazníkový průzkum mezi aktéry protidrogové politiky. Průzkum probíhal formou anonymního online dotazníku; dotazník byl neveřejný, přístup k němu měli jenom ti respondenti, kteří byli přímo osloveni. Dotazník obsahoval 19 uzavřených otázek a jednu otázku otevřenou (v příloze 7.1). Celkový počet oslovených tvořilo 55 e–mailových adres aktérů protidrogové politiky, kterým bylo zasláno pozvání ke konání průzkumu: 33 ministerských úředníků, 14 krajských protidrogových koordinátorů a 8 členů odborných společností. Záměrem bylo, aby se průzkumu účastnili aktéři, kteří se skutečně podílejí na implementaci strategických dokumentů, resp. realizaci aktivit v nich obsažených. Náš odhad velikosti cílové skupiny byl proto kolem 35–40 aktérů, kteří by mohli dotazník vyplnit⁹. Vycházeli jsme přitom z počtu členů výborů RVKPP (Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky, 2009).

Šetření mapovalo názory na strategické dokumenty a na faktory, které podle názoru aktérů negativně nebo pozitivně ovlivnily implementaci Akčního plánu 2007–2009. Tyto výsledky jsou uvedeny v kap. 4.2.

V rámci průzkumu se vrátilo celkem 35 platných dotazníků – 24 ze státní správy, 7 ze samosprávy a 4 z jiných organizací (odborné společnosti¹⁰); 15 dotazníků nebylo kompletních, nemohly být tedy do analýzy výsledků zahrnuty.

⁸ Pracovní skupiny NMS jsou zaměřeny na sběr a analýzu dat a částečně tedy zasahují i do příslušných oblastí akčního plánu. Jsou to: pracovní skupina Populační a školské průzkumy o postojích k užívání drog, Infekční nemoci spojené s užíváním ilegálních drog, Žádosti o léčbu v souvislosti s užíváním drog, Odhady prevalence a mortality problémových uživatelů drog, Úmrtí spojená s užíváním drog, Data trestně-právního sektoru, Systém včasného varování před novými drogami.

⁹ Osloveni byli i formálně odpovědní zaměstnanci rezortů za implementaci strategických dokumentů, kteří ale nemuseli reálně pracovat s danými dokumenty např. nadřízení, kteří nesou formální odpovědnost, ale skutečnou realizaci pověřili svého podřízeného.

¹⁰ Jako členové RVKPP byli osloveni A.N.O. – Asociace nestátních organizací a Společnost pro návykové nemoci ČLS JEP

Vzorek je tvořen malým počtem respondentů a počet je ještě nižší v jednotlivých podskupinách při jejich vzájemném srovnávání, proto je třeba při interpretaci výsledků postupovat opatrně.

Výsledky průzkumu

Podle zjištěných výsledků je mezi aktéry protidrogové politiky znalost akčních plánů lepší než znalost samotné Národní strategie 2005–2009. Obecně je zároveň akční plán realizace národní strategie protidrogové politiky také považován za užitečnější pro práci respondentů (za velmi a dost užitečný jej považuje 19 respondentů z 35). Spokojenost byla vyjádřena i se strukturou akčního plánu.

Akční plán je obecně aktéry protidrogové politiky vnímán jako užitečný dokument, který po dobu své platnosti odrážel aktuální situaci a potřeby, přestože někteří respondenti uvedli, že nepokrýval některé aktivity protidrogové politiky realizované jejich institucí.

Uvedená konstatování platí obecně pro celou skupinu respondentů. Dochází však k rozdíům, pokud sledujeme názory na akční plán mezi jednotlivými skupinami respondentů. Respondenti ze státní správy (ministerští úředníci), respondenti, kteří uvedli velmi dobrou znalost strategických dokumentů, a respondenti, kteří pracují v institucích, jejichž hlavní náplní není protidrogová politika, vnímají akční plán jako užitečný dokument pro svoji práci. K tomuto názoru se naopak nepřiklánějí respondenti ze samospráv či jiných organizací (odborné společnosti) a respondenti, kteří uvedli slabší znalost strategických dokumentů.

Zároveň ale platí, že ve skupině respondentů pracujících v institucích, ve kterých je protidrogová politika hlavní náplní, se názory dost liší; polovina považuje akční plán spíše za neužitečný pro svou práci (6 odpovědí ze 16), druhá polovina naopak za užitečný (7 odpovědí ze 16).

Akční plán je v oficiálních dokumentech protidrogové politiky definován jako nástroj k dosažení cílů Národní strategie 2005–2009, který má pomoci při její implementaci tím, že jednotlivé cíle rozvíjí do konkrétních aktivit (Úřad vlády České republiky, 2007a). Podle průzkumu však dotazovaní aktéři byli spíše zdrženliví a zastávali neutrální názor na to, zda akční plán je skutečně účinným nástrojem vedoucím k dosažení cílů Národní strategie (neutrální postoj zastávala téměř polovina respondentů).

Ministerští úředníci a respondenti, kteří uvedli velmi dobrou znalost strategických dokumentů, se víc přiklánějí k názoru, že akční plán by mohl být (byl) účinným nástrojem pro dosažení strategických cílů. Respondenti ze samosprávy a odborné veřejnosti a respondenti, kteří uvedli slabší znalost strategických dokumentů, naopak inklinují k opačnému názoru, tedy, že akční plán asi nebyl účinným nástrojem k dosažení strategických cílů.

S ohledem na přípravu nové národní strategie byli respondenti dále dotazováni na aktuálnost a reálnost strategických cílů stanovených na období 2005–2009 (kap. 2.1.1). O cílech Národní strategie protidrogové politiky na období 2005–2009 si respondenti obecně myslí, že většina z nich pořád odráží reálné problémy drogové problematiky pro příští období (téměř 3/4 respondentů). Výrazný rozdíl mezi skupinami respondentů se objevil v názoru na reálnost dosažení stanovených cílů. Skupina respondentů z institucí, ve kterých je protidrogová hlavní náplní, si myslí, že jen některé cíle byly skutečně reálné; ostatní respondenti považují za reálné téměř všechny cíle.

Respondenti zastávali spíše neutrální postoj, pokud šlo o posouzení, zda strategické dokumenty jasně vymezovaly priority pro dané období.

V závěru průzkumu byly zjišťovány názory aktérů protidrogové politiky na opatření, kterým by měla být věnována pozornost „aby problémů s drogami ubylo“: 25 respondentů (z 35) si myslí, že by se víc měla podporovat prevence, vzdělávání, výchova a 7 si myslí, že by se měly víc rozšiřovat různé formy pomoci uživatelům drog.

Krátké shrnutí a případná doporučení:

- Jsou naznačeny rozdíly ve vnímání akčního plánu mezi skupinami aktérů co do jeho užitečnosti pro samotnou práci respondentů nebo jako účinného nástroje k dosažení cílů strategie.
- Zdá se, že struktura strategických dokumentů respondentům vyhovovala.

- Většinu strategických cílů lze pravděpodobně ponechat v platnosti i pro příští strategii, i když reálnost jejich dosažení je zpochybněna aktéry z institucí, kde je protidrogová politika hlavní náplní činnosti.
- Výzvou se zdá být oblast primární prevence, její zaměření, způsob vydefinování aktivit v této oblasti a podpora jejich realizace (viz také kap. 5.1).

3. Formulování protidrogové politiky

Jedním z obecně a často uváděných problémů pro hodnotitele veřejných politik je vágní a nejasné formulování cílů, nebo aktivit politiky, která má být hodnocena (Estievenart, G., 2000). Pokud cíle nejsou dostatečně definované nebo kvantifikované, ztěžuje se konečné vyhodnocení efektu realizované politiky. Způsob vyjádření cílů a obsahu veřejné politiky je dále úskalím nejen při jejím hodnocení, ale je i jedním z problémů její faktické implementace (Potůček et al., 2005).

Dále uvedená analýza se v první svojí části zabývá zhodnocením struktury Národní strategie 2005–2009 a Akčního plánu 2005–2006 a jejich změn, které nastaly ještě ve fázi jejich přípravy a schvalování. Druhá část této kapitoly se zabývá formální stránkou dokumentů, tj. způsobem formulace konkrétních cílů strategie a aktivit akčního plánu a posuzováním aktivit z hlediska jejich charakteru (rámcového nebo specifického), významnosti (váhy, potenciálu změny situace) a vztahu k jednotlivým strategickým cílům. Hodnocení se pak zaměřilo na reflexi indikátorů, které byly v Akčním plánu 2007–2009 stanoveny k jednotlivým aktivitám ke sledování jejich plnění.

Obě části hodnocení jsou založeny na analýze strategických dokumentů protidrogové politiky, druhá část byla provedena interní pracovní skupinou koordinačního orgánu protidrogové politiky (sRVKPP).

Faktory působící ve fázi formulování strategických dokumentů přispěly ke změnám jak v Národní strategii 2005–2009 tak i v Akčním plánu 2006–2007. Změny do jisté míry narušily původní záměr týkající se podoby a struktury těchto dokumentů a jejich vzájemnou bezprostřední návaznost.

Většina všech aktivit Akčního plánu 2007–2009 byla zaměřena na vytváření organizačního rámce a systémové změny. Oblast *Snižování rizik* obsahovala aktivity s nejvyšším potenciálem změny drogové situace. Naopak oblast *Primární prevence* má vysoké zastoupení tzv. rámcových aktivit (70 %) zaměřených na vytváření organizačně-koordinačního rámce a nízké zastoupení specifických aktivit zaměřených na řešení konkrétního problému. Primární prevence dále obsahuje pouze aktivity, které jsou klíčové pro dosažení technicko-organizačních cílů, ale žádnou pro dosažení některého ze specifických cílů strategie¹¹.

Akční plán 2007–2009 obsahoval většinu (93 %) srozumitelně formulovaných aktivit. O něco méně (88 %) bylo aktivit, které byly dostatečně konkrétně formulovány a bylo jasné, jak se má postupovat při jejich realizaci. Přibližně polovina nekonkrétně formulovaných byla zaměřena na systémové změny. U jasně a konkrétně formulovaných aktivit umožňovaly i stanovené ukazatele a indikátory jednoznačně sledovat průběh aktivity a dosažení jejich výsledku. U nejasných a nekonkrétně formulovaných aktivit měly ukazatele a indikátory nejasnou funkci, případně více funkcí.

I když sebelépe formulovaná a definovaná protidrogová politika nezajistí úspěch v dosažení žádaných výsledků, porozumění případným úskalím procesu formulace strategických dokumentů může pomoci při další interpretaci výsledků hodnocení úrovně dosažení cílů nebo účinku strategie. Dále poskytuje hodnocení nový pohled na formulaci strategických dokumentů a na zaměření a charakter aktivit v nich obsažených. Výsledky analýzy poskytly nové podněty pro přípravu budoucích strategií.

3.1. Zhodnocení změn ve struktuře strategických dokumentů ještě ve fázi jejich formulování

V průběhu práce se strategickými dokumenty české protidrogové politiky byla zjištěna jistá nekonzistence týkající se struktury akčních plánů. Ve vládou schválené Národní strategii protidrogové politiky na období 2005–2009 je uvedena struktura akčních plánů, podle které měly být akční plány zpracovány. Nicméně struktura Akčního plánu 2005–2006 schváleného vládou o pár měsíců později se od struktury uvedené ve strategii liší. To vedlo k tomu, že se evaluace zaměřila i na proces formulování obou strategických dokumentů.

Příprava strategických dokumentů byla zahájena počátkem roku 2004. V prosinci 2004 byla vládou přijata Národní strategie 2005–2009 a v červenci 2005 Akční plán 2005–2006. Mezi přijetími obou dokumentů došlo k personální změně na postu aktéra odpovědného za koordinaci tvorby strategických dokumentů (ředitele sekretariátu RVKPP). Strategie byla tedy ještě zpracována předcházejícím aktérem, na ni navazující první akční plán již novým. Evaluace byla proto postavena

¹¹ O specifických a technicko-organizačních cílech strategie viz kap. 2.1.1.

na srovnání původní struktury akčního plánu s jeho schválenou konečnou podobou. Pro zjištění původní představy byla použita hlavně metoda analýzy oficiálně schválených i interních dokumentů (interní dokumenty byly použity pro zjištění doplňujících a vysvětlujících informací). Pro ověření získaných informací a doplnění dalších informací byl dále proveden rozhovor s bývalým ředitelem sekretariátu RVKPP.

3.1.1. Změny týkající se formulace Národní strategie 2005–2009

Stručný popis administrativního procesu tvorby a formulování Národní strategie protidrogové politiky 2005–2009 a jejího prvního Akčního plánu 2005–2006 je uveden v kap. 2.2.

Do procesu tvorby, formulace a schvalování politiky včetně protidrogové zasahují různé faktory a vlivy. Komplexním popisem a analýzou faktorů (např. role jednotlivých aktérů protidrogové politiky, hodnotové konflikty mezi nimi, politizace problému apod.), které působily právě při tvorbě Národní strategie 2005–2009, se zabývá práce Radimeckého (2007).

První hlavní cíl Národní strategie 2005–2009 *snížit užívání všech typů drog a potenciální rizika a škody, které mohou jednotlivcům a společnostem v důsledku jejich užívání nastat*, byl ve schvalovacím procesu na základě požadavku ministerstva vnitra doplněn o druhý hlavní cíl *potírat organizovaný zločin zapojený do nezákonného nakládání s drogami a vymáhat dodržování zákonů ve vztahu k distribuci legálních drog*.¹²

Analýza se zaměřila na to, zda došlo oproti původnímu záměru ke změnám ve struktuře a obsahu strategických dokumentů, zejména Akčního plánu 2005–2006.

3.1.2. Změny týkající se finální podoby Akčního plánu 2005–2006

Po schválení strategie došlo ke změně původně plánované struktury Akčního plánu. Toto zjištění vyplývá z komparativní analýzy původní představy, která byla definována jak ve schválené Národní strategii 2005–2009, tak i v interních dokumentech sekretariátu Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky (sRVKPP, 2004). Srovnávaná byla struktura akčních plánů, tj. typ a charakteristika jednotlivých komponent, které měl akční plán obsahovat a které ve skutečnosti obsahuje, a oblastí, na které se měl akční plán zaměřit a na které se skutečně zaměřuje. Prvotní záměr podoby akčních plánů byl ověřován i v rozhovoru s odpovědným aktérem, s bývalým ředitelem sekretariátu RVKPP.

Akční plán 2005–2006¹³ obsahuje 7 oblastí protidrogové politiky (kap. 2.1.2). Oproti původnímu záměru však neobsahuje oblast *Užívání legálních drog*, přestože Národní strategie 2005–2009 se tím v kontextu vývoje české drogové politiky poprvé otevřeně hlásí k řešení oblastí alkoholu a tabáku. Některé z aktivit, které měly původně tvořit obsah oblasti *Užívání legálních drog*, se staly součástí jiných oblastí akčního plánu. Zůstává otázkou, zda a do jaké míry mělo „vyřazení“ alkoholu a tabáku jako samostatné oblasti za následek oslabení záměru Národní strategie 2005–2009 (snížení koncentrace a úsilí) zahrnout legální drogy do jednotné protidrogové politiky. Je to jistě kombinace různých faktorů, ale faktem zůstává, že oblast společného řešení otázek užívání alkoholu, tabáku a nelegálních drog byla vyhodnocena jako značný neúspěch protidrogové politiky (viz dále kap. 5.1 nebo 6).

Původně plánovaná oblast protidrogové politiky *Vztahy s veřejností* byla nahrazena oblastí *Informace, výzkum, hodnocení*. Již samotný název napovídá o obsahově jiném charakteru nové oblasti oproti původnímu záměru. Je opět těžké zhodnotit, do jaké míry měla (ne)úmyslná změna této oblasti vliv na definování aktivit, které měly vést k naplňování strategických cílů. Nejsou přesně známy okolnosti, za kterých se akční plán po změně hlavního aktéra tvořil. Nicméně cíl IX: *Informování veřejnosti – navrhnout a zavést do praxe flexibilní model všestranné komunikace a stanovit kompetence zúčastněných subjektů, aby byly veřejnosti poskytovány komplexní, objektivní, spolehlivé a vyvážené*

¹² Tento druhý hlavní cíl byl kritizován z hlediska toho, že jde spíše o prostředek, který by měl k dosažení nějakého cíle vést. Kritika byla založena na argumentech, že potírat organizovaný zločin a vymáhat dodržování zákonů je hlavní náplní činnosti policejních složek a ne cílem v pravém slova smyslu; dále bylo poukázáno na to, že koncept ochrany veřejného zdraví, a tedy i první hlavní cíl, který z tohoto konceptu vychází, v sobě principiálně obsahuje i aktivity snižování nabídky (Radimecký, 2006, 2007).

¹³ I když je zde hodnocen a uváděn Akční plán 2005–2006, všechna konstatování se bez výjimky vztahují i k Akčnímu plánu 2007–2009.

informace o užívání drog, jeho dopadech a o realizovaných opatřeních, který souvisí s oblastí Informace, výzkum, hodnocení (původně s oblastí Vztahy s veřejností), nebyl de facto splněn, protože k vytvoření modelu komunikace, čili „první části“ cíle nevedla žádná aktivita žádného z obou akčních plánů. Definované aktivity přispívaly spíše k druhé části cíle, tj. k oblasti poskytování informací (více kap. 3.2).

Z původní plánované struktury, podle které měla každá oblast akčního plánu obsahovat 10 komponent, obsahuje schválený Akční plán 2005–2006 jen 5, z nichž některé mají změněný význam. Srovnání plánované struktury s definitivní podobou Akčního plánu 2005–2006 spolu s vysvětlením účelu jednotlivých komponent je uvedeno v následující tabulce.

Tabulka 2: Srovnání původní a finální struktury akčních plánů pro každou oblastí protidrogové politiky.

původní návrh struktury akčních plánů	struktura schválených akčních plánů
výchozí stav	není obsažen
Šlo o popis a analýzu současné situace s identifikovanými problémy, potřebami a prioritami. Měl být společný pro danou konkrétní oblast akčního plánu. Byl odůvodněn, proč byl ten který specifický cíl stanoven.	–
Hlavní cíl	není obsažen
Cíl, k němuž bude protidrogová politika v dané oblasti směřovat. Podle interních dokumentů se tento měl volit z hlavních cílů schválených v Národní strategii 2005–2009. Národní strategie 2005–2009 obsahovala dva hlavní cíle, tedy mohl být zvolený jeden ze dvou nebo oba dva (kap. 2.1.1).	–
specifické cíle	cíl
Šlo o specifitější popisy stavu, kterého chce protidrogová politika prostřednictvím aktivit v dané oblasti docílit, které podporují hlavní cíl. Podle interních dokumentů měly být specifické cíle volené z Národní strategie tj. jeden z 11 specifických cílů strategie I. až XI. (kap. 2.1.1).	Akční plán 2005–2006 obsahuje 43 cílů. Jejich konstrukce neodpovídá původním instrukcím. Zdá se, že byly vytvořeny uměle (ad hoc), podle pravidel, o kterých nejsou známy informace.
indikátory	ukazatel
Specifické cíle měly mít stanovené indikátory, podle kterých by bylo možné měřit jejich dosažení. Měla být i definovaná metoda, jak dosažení cílů verifikovat. Převážně se mělo jednat o číselné ukazatele.	Vztahuje se k aktivitám, ne k dosažení cíle. Indikátory/ukazatele uváděné v akčním plánu mají nepřesně definovaný účel a zastávají minimálně tři různé funkce (blíže viz kapitulu 3.2.4).
strategie	není obsažen
Šlo o metody (soubor činností a nástrojů) použité za účelem dosažení hlavního cíle a specifických cílů.	–
aktivity	činnosti
Jednotlivé konkrétní činnosti či kroky nezbytné ke splnění strategie, plánovaných a prováděných v logickém sledu.	Je srovnatelné s původním záměrem.
gestor	zodpovídá
Odpovědné ministerstvo nebo jiný orgán veřejné správy.	Je srovnatelné s původním záměrem.
výstupy	není obsažen
Šlo o konečné produkty jednotlivých aktivit (písemný materiál, usnesení vlády, návrh zákona apod.)	(viz hodnocení ukazatelů v kap. 3.2.4)
milníky	termín
Aktivity měly být zpravidla dosaženy k určitému termínu a v určité logické posloupnosti, šlo tedy o termín plnění. Měly ověřovat, zda se plánovaná opatření a intervence vyvíjejí správným směrem. V interních materiálech bylo dále rozepsáno, že pokud aktivita sestávala s dílčími kroky, tyto kroky měly být tady specifikovány i s termínem plnění.	Obsahuje jen datum splnění aktivity.
výsledky	není obsažen
Dosažené změny oproti původním stavu. Stav, jehož dosažení se mohlo očekávat po realizaci aktivity oproti původnímu stavu před začátkem realizace aktivity.	–

Zdroje: Úřad vlády České republiky (2005a); vláda České republiky (2004a); Úřad vlády České republiky (2005b); sRVKPP (2004).

3.1.3. Shrnutí

Faktory působící ve fázi formulování strategických dokumentů ovlivnily konečnou podobu a vzájemnou návaznost Národní strategie 2005–2009 a v Akčního plánu 2006–2007. Tyto změny do značné míry narušily původní záměr zpracovatelů těchto dokumentů a jejich vnitřní konzistenci.

Zejména změna struktury akčního plánu narušila jeho bezprostřední návaznost na Národní strategii 2005–2009. Vyhodnocení této vzájemné souvislosti obou dokumentů je uvedeno dále v kapitole 3.2.3. Vyřazením oblasti *Užívání legálních drog* z akčního plánu mohlo dojít k oslabení klíčového záměru Národní strategie 2005–2009 spojit politiku legálních a nelegálních drog. Tuto hypotézu podporuje zjištění, že propojování řešení oblastí alkoholu, tabáku a nelegálních drog bylo vyhodnoceno jako neúspěch protidrogové politiky. Otázkou zůstává, do jaké míry měla změna zaměření oblasti *Vztahy s veřejností* vliv na dosažení strategického cíle IX.

Je zřejmé, že externí faktory působí v kterékoliv fázi politického cyklu a není možné je eliminovat. Je však užitečné jim porozumět a pochopit také změny, které jejich působením vznikly. Dopady působení těchto faktorů se odráží v dalších fázích politického cyklu a musí být brány v úvahu při interpretaci výsledků evaluace.

Pro formulaci nových strategických dokumentů protidrogové politiky lze formulovat tato doporučení:

- po stanovení a definování strategických cílů dbát na jasnou provázanost akčních plánů a aktivit protidrogové politiky se zvolenými cíli strategie.
- jasně definovat omezený počet priorit protidrogové politiky pro konkrétní časový úsek a v nich koncentrovat pozornost, úsilí a dostupné zdroje.

3.2. Hodnocení aktivit Akčního plánu 2007–2009 a hodnocení vzájemné provázanosti Akčního plánu s Národní strategií protidrogové politiky 2005–2009

Hodnocení provázanosti aktivit akčního plánu s cíli strategie bylo provedeno také z toho důvodu, že jejich vzájemná souvislost byla oproti původnímu záměru pozměněna při jejich přípravě a schvalování. Hodnocení se podrobně věnovalo otázkám formální stránky strategických dokumentů, zejména způsobu formulace cílů strategie a aktivit akčního plánu.

Evaluační je založená na posuzování Národní strategie 2005–2009 a Akčního plánu 2007–2009. Základní princip této evaluace vychází z myšlenky logframe analysis (analýza logického rámce) (NORAD, 1999, Trimbos Institute, 2006). Metoda umožňuje uspořádat jednotlivé charakteristiky projektu do vzájemných souvislostí¹⁴, a tím napomáhá k upřesnění vzájemných vztahů mezi cíli, výstupy a konkrétními aktivitami projektu (NORAD, 1999).

Evaluační byla provedena orgánem odpovědným za koordinaci protidrogové politiky, tedy sekretariátem Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky (RVKPP), resp. jeho interní pracovní skupinou. Evaluační a její základní výsledky lze rozdělit do třech základních oblastí (viz dále):

- Posuzování aktivit Akčního plánu 2007–2009 z hlediska způsobu jejich formulace, zaměření a významnosti.
- Posuzování vzájemné provázanosti Akčního plánu 2007–2009 s Národní strategií 2005–2009, tj. hodnocení aktivit z hlediska relevantnosti (vzájemného vztahu) k 6 specifickým a 5 technicko-organizačním cílům strategie.
- Reflexe indikátorů/ukazatelů, které byly v Akčním plánu 2007–2009 stanoveny ke sledování plnění jednotlivých aktivit.

Analýza pokrývala tříleté období Akčního plánu 2007–2009. Celkově se posuzovalo 171 aktivit rozdělených do 7 intervenčních oblastí protidrogové politiky ve vztahu k 11 strategickým cílům.¹⁵ Nejvyšší počet aktivit obsahovala oblast *Informace, výzkum, hodnocení* – počtem 44 aktivit převyšovala ostatní oblasti téměř dvojnásobně. Oblast *Koordinace a financování* obsahovala 30 aktivit, ostatní oblasti byly z hlediska počtu aktivit relativně srovnatelné, nacházelo se v nich od 15 do 24 aktivit.

3.2.1. Hodnotící pracovní skupina

Výhodou pracovní skupiny bylo její sestavení ze služebně starších a služebně mladších pracovníků sekretariátu RVKPP – tedy z pracovníků, kteří byli přímo zapojeni do procesu tvorby obou strategických dokumentů, a z nových pracovníků, kteří do něj zapojeni nebyli. Vzájemná interakce mezi služebně staršími a mladšími členy pracovní skupiny poskytla užitečnou platformu pro hodnocení formulace aktivit akčního plánu a cílů strategie.

Vyskytly se totiž případy aktivit, u kterých docházelo k různým interpretacím a pochopením. Některé aktivity byly formulovány tak, že jim nebylo možno porozumět bez dodatečného vysvětlení. Členové skupiny, kteří byli zapojeni do tvorby Akčního plánu 2007–2009, měli výhodu, že si mohli vzpomenout na genezi formulace dané aktivity.

Nejasná formulace strategických cílů nebo aktivit akčního plánu byla překážkou, která ztěžovala hodnocení vzájemné provázanosti Akčního plánu 2007–2009 s Národní strategií 2005–2009.

Někdy nebylo možné držet se přesného znění strategického cíle, ale spíše jejího rámce, resp. oblasti, na kterou se daný cíl zaměřoval. Takovým příkladem je zejména strategický cíl IX.

Informování veřejnosti – navrhnout a zavést do praxe flexibilní model všestranné komunikace a stanovit kompetence zúčastněných subjektů, aby byly veřejnosti poskytovány komplexní, objektivní, spolehlivé a vyvážené informace o užívání drog, jeho dopadech a o realizovaných opatřeních..

¹⁴ www.kvic.cz/showFile.asp?ID=2103

¹⁵ Konkrétní znění oblastí akčního plánu a strategických cílů viz kap. 2.1.

Cíl je formulován zcela jednoznačně a konkrétně a jeho hlavním výstupem mělo být vypracování *flexibilního modelu všestranné komunikace*. Výstup vyjádřený v první části lze ale také považovat za nástroj k dosažení stavu vyjádřeného v druhé části cíle. Pokud bychom tedy vzali v úvahu celou jeho sémantickou formulaci, cíl by byl vyhodnocen jako nesplněný. K vytvoření *modelu všestranné komunikace a k jeho zavedení do praxe* nedošlo a nevedla k němu žádná z aktivit akčních plánů. Na druhou stranu poskytování informací byla v akčním plánu věnována značná pozornost. Došlo tedy k situaci, kdy aktivity nepřispívaly k „první části“ cíle, ale k jeho „druhé části“.

Během diskuze v pracovní skupině dále vystoupila do popředí otázka účelnosti strategického cíle III: *Stabilizovat případně snížit spotřebu legálních a nelegálních drog ve společnosti, zejména mezi nezletilými mladými lidmi* jako cíle rovnocenného s ostatními cíli. *Stabilizace nebo snížení spotřeby drog* souvisí nebo navazuje na jiné specifické cíle. Drogy jsou spotřebovávány uživateli drog a dá se předpokládat, že se zvýšením nebo snížením počtu uživatelů se zvýší nebo sníží i spotřeba drog. Z toto důvodu došlo také k tomu, že všechny aktivity, které přispěly k dosažení cíle III., přispívaly současně k plnění předchozích dvou strategických cílů (viz také kap. 3.2.3.1).

3.2.2. Posuzování aktivit Akčního plánu 2007–2009

3.2.2.1. Způsob hodnocení

Hodnotící pracovní skupina posuzovala aktivity Akčního plánu 2007–2009 z hlediska jejich:

- a) formulace,
- b) zaměření, tj. zda přímo řeší konkrétní problémy, nebo zda vytváří podmínky a předpoklady pro jejich řešení,
- c) významnosti pro řešení drogového problému, tj. jejich váhy, resp. potenciálu přispět ke změně drogové situace.

Při posuzování přesnosti formulace aktivity se sledovala srozumitelnost formulace a konkrétnost aktivity, tedy to, zda je aktivita popsána jako konkrétní, jasný a cílený úkol, nebo jestli její popis zůstal ve všeobecné rovině.¹⁶

Příklady:

Aktivita: *koordinovaná podpora a rozvoj programů léčby a následné péče* – je srozumitelná a jasná, není však konkrétní, tzn. není jasná konkrétní podoba podpory.

Aktivita: *dotazníková šetření mezi pedagogickými pracovníky zaměřená na prevenci rizikových forem chování* – není jasná a srozumitelná (nevíme, co je cílem dotazníkového šetření: Zjistit vědomosti pedagogů o existenci rizikových forem chování? Zjistit prevalenci rizikových forem chování mezi pedagogy?). Aktivita je ale konkrétní, víme, že se má realizovat dotazníkový průzkum.

Aktivity se dále posuzovaly z hlediska jejich zaměření v rámci intervenční oblasti, ve které byly zařazeny (*Primární prevence, Léčba a následná péče, Snižování rizik* apod.). To rozdělilo aktivity do dvou skupin: na „specifické“, tj. aktivity přímo zaměřené na řešení konkrétního problému, přímo přispívající k jeho řešení a „rámcové“, tj. aktivity vytvářející nebo zdokonalující rámec, ve kterém se mají specifické aktivity realizovat; vytvářejí tedy podmínky pro řešení problému.

Příklady:

Specifická aktivita: *pilotní ověření kvality programů specifické primární prevence rizikového chování v Praze*.

Rámcová aktivita: *vytvořit předpoklady pro realizaci certifikovaných programů primární prevence ve školách a školských zařízeních*.

¹⁶ Posuzování by mělo proběhnout optimálně jak na straně koordinačního orgánu, tak na straně subjektu odpovědného za její realizaci (http://changingminds.org/disciplines/hr/performance_management/smart_objectives.htm). Takové hodnocení nebylo z administrativních a organizačních důvodů možné, a tak posuzování srozumitelnosti formulace aktivity zůstalo na koordinačním orgánu.

Při hodnocení významnosti aktivity se posuzovalo, jakou váhu, resp. jak silný potenciál změny drogové situace mají pro oblast, ve které je zařazena (*Primární prevence, Léčba a následná péče, Snižování rizik* apod.). Současně se posuzoval systémový dopad a rozsah změny, kterou měla realizace aktivity přinést, a její návaznost na jiné aktivity. Výsledkem bylo rozdělení aktivit do tří kategorií: A, B, C. Jednotlivé kategorie byly orientačně určeny následujícími charakteristikami (nebylo nutné, aby aktivity splňovaly každou z nich):

- A – Šlo o systémové řešení (systémová změna), aktivita měla značný potenciál změnit drogovou situaci, byla důležitá z hlediska národního, měla předpokládanou dlouhodobou účinnost, jednalo se o inovativní aktivitu.
- B – Nebyla systémovým řešením, měla nižší nebo žádný potenciál změnit drogovou situaci, měla dílčí působnost a dostatečnou předpokládanou účinnost.
- C – Nebyla systémovým řešením, neměla potenciál změnit drogovou situaci, měla význam jen v dílčí oblasti, byla jednorázová, krátkodobá, měla nízkou předpokládanou účinností, nenavazovala na žádnou aktivitu a ani na ni nenavazovala jiná aktivita.

Mohlo se stát, že některé aktivity nebylo možné jednoznačně zařadit, pak bylo výsledné zařazení aktivity výsledkem konsenzu pracovní skupiny po proběhlé diskuzi.

Příklady:

Kategorie A – *Stanovit opatření ke snížení rizika zneužívání volně prodejných léčiv obsahujících pseudoefedrin* – jde o systémové řešení, které má potenciál měnit drogovou situaci zejména v oblasti snižování nabídky a dostupnosti metamfetaminu.

Kategorie B – *Vypracovat a zveřejnit terminologickou příručku „Vybrané pojmy z oblasti primární prevence“* – aktivita má dlouhodobou účinnost a je důležitá z hlediska dílčí oblasti.

Kategorie C – *Dotazníková šetření mezi pedagogickými pracovníky zaměřená na prevenci rizikových forem chování* – aktivita nepřináší žádnou systémovou změnu, je jednorázová, nemá vliv na změnu situace¹⁷.

Výsledky posuzování každé aktivity z hlediska výše zmíněných charakteristik byly zaznamenávány do tabulky. Příklad je uveden níže.

aktivita	formulace		kontext. charakt.	váha
	srozumitelnost	konkrétnost		
8.1. Vybudování nových kapacit a podpora stávající činnosti terapeutických center pro uživatele drog	ano	ano	specifická	B

3.2.2.2. Výsledky hodnocení aktivit Akčního plánu 2007–2009

Akční plán 2007–2009 obsahoval většinu jasně formulovaných aktivit. Srozumitelných aktivit bylo podle výsledků hodnocení 93 %. O něco méně bylo konkrétně formulovaných aktivit (88 %), tedy těch, při kterých bylo zřejmé, jakým způsobem se při jejich realizaci mělo postupovat. Podíl nekonkrétně formulovaných aktivit je celkově nízký. Přibližně polovina všech nekonkrétně formulovaných aktivit byla ze skupiny A – šlo tedy o nekonkrétní systémové změny/aktivity. Co se týká jednotlivých oblastí, nejvíce nekonkrétně formulovaných aktivit obsahovala oblast *Snižování rizik* (6 z 11 aktivit).

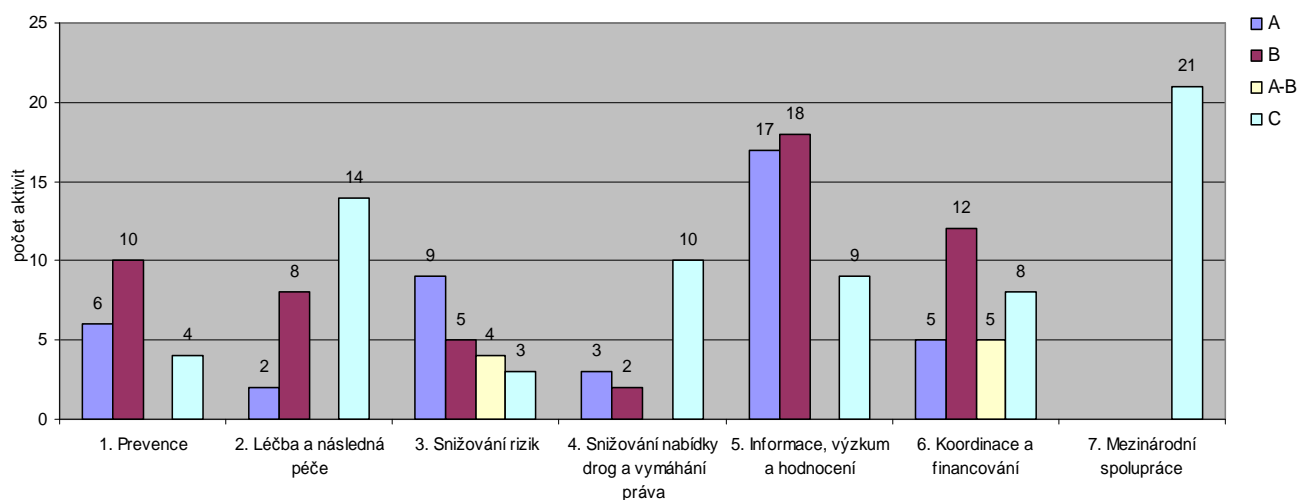
¹⁷ Do kategorie C byly zařazeny všechny aktivity v oblasti mezinárodní spolupráce. Důležitost těchto aktivit pro mezinárodní spolupráci je zřejmá, dopad těchto aktivit na drogovou scénu v ČR však není bezprostředně viditelný (zřejmý). Hodnotící tým se proto rozhodl tuto oblast nehodnotit, resp. zařadit ji jednotně do kategorie C a posuzovat jenom aktivity v oblastech, které se přímo týkají české scény a jejího organizačního rámce.

Zastoupení specifických a rámcových aktivit bylo poměrně vyvážené u dvou intervenčních oblastí – *Léčba a následná péče* a *Snižování nabídky drog a vymáhání práva*, kde byl jejich poměr cca 1 : 1. Nejvyšší podíl (65 %) specificky zaměřených aktivit obsahovala oblast *Snižování rizik*, zatímco oblast *Primární prevence* je možné charakterizovat vytvářením koordinačních a pomocných mechanismů – v prevenci bylo cca 70% zastoupení rámcových aktivit (14 z 20 aktivit).

Ostatní intervenční oblasti (*Informace, výzkum, hodnocení, Koordinace a financování, Mezinárodní spolupráce*) mají podpůrný charakter pro realizaci specifických opatření, proto všechny jejich aktivity byly označeny jako rámcové.

Rozložení aktivit z hlediska jejich váhy/významnosti/důležitosti pro intervenční oblast, ve které jsou zařazeny, znázorňuje následující Obrázek 2.

Obrázek 2: Aktivity v jednotlivých oblastech AP 2007–2009 podle jejich váhy



Pozn.: V legendě označená kategorie A–B znamená, že hodnotící skupina nedosáhla konsenzu v konečném zařazení aktivity.

3.2.3. Posuzování vzájemné provázanosti aktivit Akčního plánu 2007–2009 s cíli Strategie

Vzájemná provázanost Akčního plánu 2007–2009 s 11 strategickými cíli byla provedena pro každou aktivitu zvlášť. Byl sledován jejich vztah ke každému strategickému cíli – výsledky aktivit měly přispět ke splnění cíle, k němuž byly hodnotící pracovní skupinou přiřazeny.

Ke strategickému cíli byla aktivita přiřazena jen v tom případě, že její realizace a výstupy směřovaly k dosažení cíle.¹⁸ Přistoupilo se přitom ke striktně konzervativnímu způsobu posuzování – pokud aktivita měla jen vzdálenou souvislost s dosažením cíle a musely by se učinit ještě další kroky, aby mohla být dána do souvislosti s daným cílem, potom se k němu nepřifařila.

Aktivity mohly být pro dosažení strategického cíle klíčové, nebo k jeho dosažení mohly nepřímo přispívat¹⁹. Aktivity byly dále u 6 specifických cílů (C I–C VI) děleny do dvou typů:

- typ 1 – aktivita byla pro daný cíl klíčová, měla přímou souvislost s dosažením cíle,
- typ 2 – aktivita byla pro daný cíl vedlejší, měla nepřímou souvislost s dosažením cíle, ale byla pro daný cíl relevantní (vytvářela např. podmínky nezbytné pro jeho dosažení).

U 5 technicko–organizačních cílů (C VII – C XI) byly aktivity děleny do tří typů:

¹⁸ Jediným úkolem, který nebyl přiřazen k žádnému cíli bylo: *Zmapování možností snižování rizik patologického hráčství*

¹⁹ Mohlo částečně docházet k překrývání s předchozím hodnocením aktivit AP 2007–2009 z hlediska jejich kontextuálního významu. Zde však šlo o jiný pohled, proto byla každá aktivita posuzována znovu a nezávisle na výsledcích předchozího hodnocení.

- typ 1 – aktivita vedla přímo k splnění cíle, zásadním způsobem se podílela na vytváření nebo zdokonalení systémového rámce,
- typ 2 – aktivita přispěla k dosažení částečně, částečně vytvářela nebo zdokonalovala systémový rámec,
- typ 3 – aktivita spadala do oblasti strategického cíle okrajově.

Příklady:

U specifického cíle IV – *snížit dostupnost legálních a nelegálních drog pro obecnou populaci a zejména pro nezletilé mladé lidi prostřednictvím efektivnějšího využívání existujících legislativních a institucionálních nástrojů.*

Typ 1 – klíčová aktivita: *stanovit opatření ke snížení rizika zneužívání volně prodejných léčiv obsahujících pseudoefedrin* je klíčová pro specifický cíl VI.

Typ 2 – vedlejší aktivita: *analýza platné legislativy s ohledem na možnost omezení prodeje těkavých rozpouštědel pouze osobám starším 18 let s případným návrhem doporučených opatření (legislativních a jiných)* vytváří podmínky pro dosažení cíle VI.

U technicko-organizačního cíle C VII – *Efektivní financování* – zefektivnit a zprůhlednit financování jednotlivých strategií a opatření protidrogové politiky na základě identifikovaných potřeb a jejich prokázané efektivity:

Typ 1 – *inovace dotačního systému RVKPP* – přímo přispívala k cíli.

Typ 2 – *příprava metodiky k posuzování efektivity vynakládání finančních prostředků na služby poskytované uživatelům drog* – nepřímo přispívá k dosažení cíle.

Typ 3 – *včasné plánování nákladů na realizaci protidrogové politiky ČR* – neřeší daný problém, ale spadá do oblasti financování.

3.2.3.1. Výsledky hodnocení vzájemné provázanosti Akčního plánu 2007–2009 a Národní strategie 2005–2009

Hodnocením vzájemné provázanosti obou strategických dokumentů vznikla tzv. incidenční matice (Tavares et al., 2005), která je vyjádřením vztahů mezi jednotlivými cíli strategie a aktivitami Akčního plánu 2007–2009 v jednotlivých oblastech protidrogové politiky. Sloupce korespondují se strategickými cíli a řádky zase s intervenčními oblastmi. Jednotlivé buňky pak obsahují ty aktivity akčního plánu, které jsou přiřazeny současně danému cíli i oblasti akčního plánu. Je potřebné si zde uvědomit, že jedna aktivita mohla přispívat zároveň k více cílům (viz Tabulka 3).

Incidenční matice (IM) umožňuje bezprostředně a přehledně zjistit hustotu rozložení plánovaných aktivit Akčního plánu 2007–2009 mezi strategickými cíli. Prostřednictvím IM lze hodnotit vyváženost realizovaných aktivit, identifikovat bílá místa nedostatečného pokrytí nebo jejich překryv.

Incidenční matice všech aktivit Akčního plánu 2007–2009

Tabulka 3 znázorňuje rozdělení všech aktivit Akčního plánu 2007–2009 mezi cíle Národní strategie 2005–2009. Tato IM je hrubým znázorněním, tzn. že nebere v úvahu rozdílnou individuální váhu a další charakteristiky jednotlivých aktivit.

V IM je nejvíce bílých míst v průniku posledních třech oblastí – *Informace, výzkum, hodnocení, Koordinace a financování, Mezinárodní spolupráce* – se specifickými strategickými cíli. Je to z toho důvodu, že jde o podpůrné oblasti, které jsou důležité pro vytváření fungujícího koordinačního rámce, rámce pro optimální alokaci zdrojů, získávání a šíření informací o drogovém fenoménu a pro zabezpečení závazků na mezinárodní úrovni, přímo však neřeší dosažení specifických cílů, které jsou zaměřeny na řešení užívání drog a jejich dostupnosti.

IM je víc vypovídající v horní části u specifických intervenčních oblastí, odpovídajících čtyřem pilířům protidrogové politiky – *Primární prevence, Léčba a následná péče, Snižování rizik a Snižování nabídky a vymáhání práva.*

Oblastí, která přispívá nejvíce cílům strategie (10 z celkem 11 cílů) alespoň jednou svou aktivitou je oblast *Snížování rizik*. Naopak oblast *Primární prevence* přispívá k dosažení šesti cílů, z toho jen dvou specifických.

Dále je patrné překrývání aktivit cíle III. s aktivitami v předchozích dvou cílech. Všechny aktivity, bez výjimky, které vedou k dosažení cíle III., jsou již přiřazeny cílům I. nebo II. Samostatný cíl *Stabilizace nebo snížení spotřeby drog* se proto zdá být nadbytečný (viz také kap. 3.2.1).

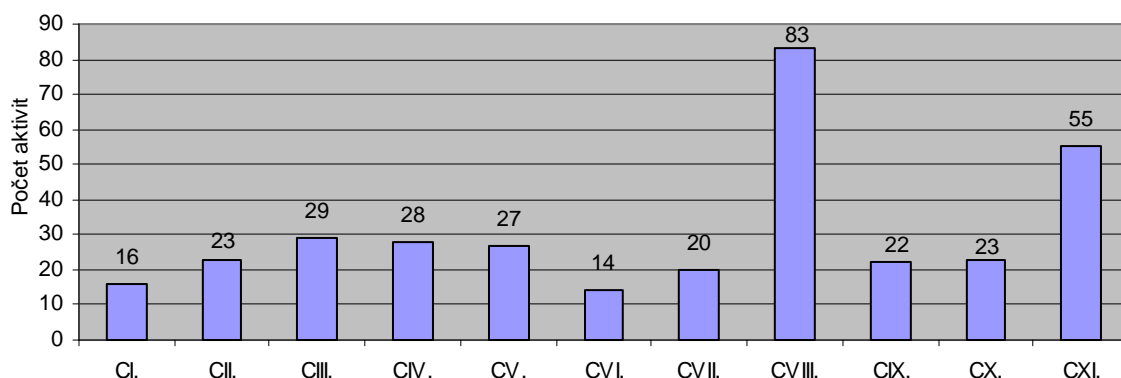
Tabulka 3: Rozdělení všech aktivit Akčního plánu 2007–2009 mezi cíle strategie

	C I	C II	C III	C IV	C V	C VI	C VII	C VIII	C IX	C X	C XI
	stabilizovat / snížit počet problémových uživatelů	zastavit nárůst experimentálního užívání	stabilizovat / snížit spotřebu drog	snížit rizika užívání drog	zvyšovat kvalitu života uživatelů drog	snížit dostupnost drog	efektivní financování	koordinace	informování veřejnosti	mezinárodní spolupráce	evaluace aktivit
1. prevence		1.1, 1.2, 1.3, 2.1, 2.2, 2.3, 2.4, 2.5, 2.6, 3.1, 3.2, 3.3, 3.4, 3.5, 3.6, 5.1, 5.2	1.1, 1.2, 1.3, 2.1., 2.2, 2.3, 2.4, 2.5., 2.6, 3.1, 3.2, 3.3., 3.4, 3.5, 3.6, 5.1, 5.2				1.1., 2.1., 2.4., 2.6., 3.6.	1.2, 1.3, 1.4, 2.1, 5.1, 5.2	1.4, 2.3, 2.4		2.1, 2.2, 2.3, 2.5, 2.6, 3.4, 4.1, 4.2
2. léčba a následná péče	6.1 6.6, 7.1, 8.1, 8.2, 8.3, 8.5, 8.6, 8.7, 8.8, 9.2		6.1 6.6, 7.1, 8.9	6.1 6.6, 6.8, 7.1, 7.3, 7.4, 8.1, 8.3, 8.9, 9.2	6.1 6.2, 6.3, 6.4, 6.5, 6.6, 6.7, 6.8, 7.1, 7.2, 7.3, 7.4, 8.1, 8.3, 8.5, 8.6, 8.7, 9.1, 9.2	8.2	6.1.	6.1, 6.2, 6.3, 6.4, 6.5, 6.7, 6.8, 7.2, 7.3, 7.4, 8.1, 8.4., 8.5, 8.8, 8.10, 9.1, 9.2			6.7., 7.2., 9.1
3. snižování rizik	10.1, 10.2, 13.1	11.1, 11.2, 11.3, 11.4	10.1, 10.2, 11.2, 11.3, 11.4, 13.1	10.1, 10.2, 10.4, 10.5, 10.6, 11.1, 11.2, 11.3, 11.4, 12.1, 12.2, 13.1, 14.2, 14.3	10.5, 10.6, 11.3, 11.4, 12.1, 12.2, 14.3	10.3	10.1, 10.2, 13.1	10.1, 10.2, 10.4, 10.5, 10.6, 11.1, 12.2, 13.1	11.2		14.1, 14.3
4. snižování nabídky drog a vymáhání práva	15.1, 15.2	18.1, 19.1	15.1, 15.2	17.1		15.1, 15.2, 16.3, 18.1, 19.1, 20.1, 21.3, 21.4, 21.5		15.1, 15.2, 16.1, 16.2, 16.3, 17.1, 18.1, 19.1, 21.1, 21.2, 21.4			17.2, 18.1
5. informace, výzkum a hodnocení				23.1, 24.7, 23.2	28.2	24.7, 26.7, 26.8	26.6, 28.3	23.2, 24.1, 24.6, 25.3, 25.4, 26.1, 26.2, 26.3, 26.4, 26.5, 26.6, 27.2, 27.3, 27.4, 27.5, 27.6, 27.7, 27.8, 28.4	22.1, 22.2, 22.3, 22.4, 22.5, 22.6, 22.7, 23.1, 24.1, 24.2, 24.3, 24.4, 24.5, 24.7, 25.1, 25.2, 28.4, 28.1	22.1, 22.2	22.1, 22.2, 22.6, 24.1, 24.8, 24.9, 24.10, 24.11, 25.2, 25.4, 24.4., 24.5, 24.6, 25.3, 26.1, 26.2, 26.3, 26.4, 26.5, 26.6, 26.7, 26.8, 27.1, 27.2., 27.3., 27.4, 27.5., 27.6., 27.7, 27.8, 28.1, 28.2, 28.3, 28.4
6. Koordinace a financování							33.5., 34.1., 34.2., 34.3, 34.4., 35.1., 35.2, 35.3., 36.1.	29.1., 29.2., 29.3., 30.1., 30.2., 30.3., 30.4., 30.5., 30.6., 30.7., 30.8., 30.9., 31.1., 31.2., 32.1., 33.1., 33.2., 33.3., 33.4., 33.7., 33.6., 34.4.			29.2., 29.3., 33.1., 34.2., 34.3., 33.6.
7. Mezinárodní spolupráce										37.1., 37.2., 37.3., 37.4., 37.5., 37.6., 38.1., 39.1., 40.1., 40.2., 40.3., 41.1., 41.2., 42.1., 42.2., 42.3., 42.4., 42.5., 43.1., 43.2., 43.3	

Z porovnání obsahu a charakteru aktivit, které byly obsaženy v akčním plánu, vyplývá, že Akční plán 2007–2009 byl zaměřen zejména na zdokonalování koordinačního rámce. Téměř polovina, tj. 83 ze 170 aktivit (48 %), totiž přispívala k dosažení cíle VIII. *Efektivní koordinace* (Obrázek 3). Tento vysoký podíl je způsoben tím, že v oblastech *Primární prevence*, *Léčba a následná péče*, *Snižování rizik* a dalších byly definovány i aktivity, které měly charakter vytváření koordinačního a legislativního rámce.

Dále byl v Akčním plánu 2007–2009 zjevně kladen důraz na hodnocení opatření a přijatých intervencí. S cílem XI. *Evaluace aktivit* souvisí 55 (32 %) aktivit. Rozložení aktivit Akčního plánu 2007–2009 mezi další strategické cíle je pak relativně vyvážené, k jejich dosažení přispívá 14 až 26 aktivit.

Obrázek 3: Počet aktivit přispívajících k jednotlivým cílům strategie (C I–C VI specifické, C VII–C XI technicko–organizační)



Incidenční matice klíčových aktivit Akčního plánu 2007–2009 pro dosažení jednotlivých strategických cílů

Na rozdíl od předchozí IM, která je grafickým znázorněním rozložení všech aktivit, následující IM (Tabulka 4) bere v úvahu jednu z podstatných charakteristik každé aktivity, a to, zda byla aktivita pro dosažení strategického cíle klíčová (viz kap. 3.2.3).

Nejvíce klíčových aktivit, tedy aktivit přímo přispívajících k dosažení strategických cílů, bylo obsaženo v podpůrných oblastech *Informace, výzkum, hodnocení, Koordinace a financování, Mezinárodní spolupráce* – jejich aktivity směřují zejména k dosažení pěti technicko–organizačních cílů.

Ze specifických intervenčních oblastí Akčního plánu 2007–2009, odpovídajících čtyřem pilířům protidrogové politiky, měla oblast *Snižování rizik* nejvyšší potenciál změnit drogovou situaci. Tato oblast obsahuje nejvíce aktivit, které přímo přispívají k dosažení většiny specifických cílů, jsou pro jejich dosažení klíčové, a obsahuje i nejvyšší zastoupení aktivit, které jsou specificky zaměřeny přímo na řešení problému. Oblast *Primární prevence* obsahuje aktivity klíčové jen pro dosažení technicko–organizačních cílů, ale žádnou aktivitu klíčovou pro některý ze specifických cílů (Tabulka 4). Tato oblast zároveň obsahuje vysoké zastoupení aktivit zaměřených na vytváření organizačně–koordinačního rámce (70 %).

Tabulka 4: Incidenční matice klíčových aktivit AP 2007–2009 pro dosažení jednotlivých strategických cílů.
(U všech cílů jde o aktivity označeny „Typu 1“, viz kap. 3.2.3)

	C I	C II	C III	C IV	C V	C VI	C VII	CVIII.	CIX.	CX.	CXI.
	stabilizovat / snížit počet problémových uživatelů	zastavit nárůst experimentálního ho užívání	stabilizovat / snížit spotřebu drog	snížit rizika užívání drog	zvyšovat kvalitu života uživatelů drog	snížit dostupnost drog	efektivní financování	koordinace	informování veřejnosti	mezinárodní spolupráce	evaluace aktivit
1. Prevence							2.1	1.2, 1.3, 5.2	1.4, 2.4		2.1, 2.2, 2.6, 3.4, 4.1
2. Léčba a následná péče	8.3			8.3	6.6, 8.1, 8.3, 8.5, 8.6, 8.7						
3. Snížování rizik	10.1, 10.2, 13.1	11.1, 11.2, 11.3, 11.4		10.1, 10.2, 10.4, 10.5, 10.6, 11.1, 11.2, 11.3, 11.4, 12.1, 12.2, 13.1, 14.2, 14.3	10.5, 10.6, 11.3, 11.4, 12.1, 12.2, 14.3	10.3			11.2		14.1, 14.3
4. Snížování nabídky drog a vymáhání práva							15.1, 15.2, 21.3		15.1, 15.2, 17.1		17.2, 18.1
5. Informace, výzkum a hodnocení				24.7			26.6, 28.3	24.1, 26.1, 26.2, 26.3, 26.4, 26.5, 26.6	22.1, 22.2, 22.3, 22.4, 22.5, 22.6, 22.7, 25.1, 25.2		25.3, 26.1, 26.2, 26.3, 26.4, 26.5, 26.6, 26.7, 26.8, 27.1, 27.2, 27.3, 27.4, 27.5, 27.6, 27.7., 27.8, 28.2, 28.3
6. Koordinace a financování							33.5, 34.1, 35.1	29.1, 29.2, 29.3, 30.1, 30.2, 30.3, 30.4, 30.5, 30.8, 30.9, 33.2, 33.7			33.1, 34.2, 34.3
7. Mezinárodní spolupráce										37.1, 37.2, 37.3, 37.4, 37.5, 37.6, 38.1, 39.1, 40.1, 40.2, 40.3, 41.1, 41.2, 42.1, 42.2, 42.3, 42.5	

3.2.4. Reflexe indikátorů/ukazatelů stanovených v Akčním plánu 2007–2009 k jednotlivým aktivitám

Akční plán 2007–2009 uvádí u každé aktivity ukazatele/indikátory, na jejichž základě se monitoruje průběh jejího plnění. Jejich stanovení by mělo vycházet z podmínky měřitelnosti výstupu a hodnotitelnosti aktivity. Znamená to, že postup při realizaci aktivit by měl být sledován a rovněž by mělo být jasné, jak a kdy byla aktivita splněna²⁰.

Cílem evaluace nebylo exaktně hodnotit, zda aktivity mají či nemají dobře definovaný ukazatel/indikátor, ale spíše zhodnotit a poukázat na potřebu stanovení indikátorů ve smyslu výše zmíněné definice.

Ukazuje se, že ukazatele/indikátory, které umožňují jednoznačně sledovat průběh aktivity a dosažení jejího výsledku, byly stanoveny spíše u těch aktivit, které byly konkrétní a které byly definovány srozumitelně a jednoznačně.

Naopak u všeobecně formulovaných a nekonkrétních aktivit lze identifikovat minimálně tři funkce ukazatelů/indikátorů:

První funkce – konkretizace a zpřesnění toho, co se danou aktivitou myslí. Např. pod pojmem „podpora“ se myslí v různých případech něco jiného, např.:

- přidělení finančních prostředků u aktivity *Koordinovaná podpora a rozvoj programů, které zajišťují specifickou primární prevenci*, kde byly stanoveny ukazatele: *Počet a přehled finančně podpořených programů, Výše finančních prostředků pro tyto programy*,
- metodika u aktivity *Podpora aktivit snižování rizik na tanečních akcích*, kde byly jako ukazatele stanoveny: *Metodika snižování rizik na tanečních akcích, Zpráva o aktivitách*,
- realizace školení u aktivity *Podpora vzdělávání pracovníků harm–reduction programů v oblasti práce s cizinci*. Ta neměla na rozdíl od předcházejících příkladů jednoznačně definovanou formu podpory ani prostřednictvím stanovených indikátorů. Podle ukazatelů *Počet akcí, Počet proškolených účastníků* lze usuzovat, že „podporou“ je myšleno organizování školení. Mohlo by to ale také znamenat něco jiného, např. „finanční podporu“ – v tom případě by se ukazatel *Počet akcí* vztahoval k počtu finančně podpořených vzdělávacích akcí.

Druhá funkce – ukazatel jako nástroj hodnocení účinnosti/dopadu dané aktivity nebo jako nástroj hodnocení stupně dosažení dílčího cíle AP 2007–2009 v propojení na drogovou situaci. Např.:

U dílčího cíle X Akčního plánu 2007–2009. *Snižování rizik zdravotních poškození souvisejících s užíváním drog* u aktivity: *10.1 Koordinovaná podpora a rozvoj programů, které zajišťují poradenství, vzdělávání a motivační trénink uživatelů drog v prevenci předávkování a infekčních onemocnění...* byl ukazatel definován jako:

Počet programů pro problémové uživatele drog, Počet uživatelů drog (z toho počet "prvokontaktů"), kteří využili jejich služeb, Počet uživatelů drog, kterým byla těmito programy zprostředkována léčba, Odhad podílu uživatelů drog v kontaktu s pomáhajícími institucemi.

Takto definované ukazatele jsou zcela jistě vhodné pro sledování potenciálního dopadu dané aktivity na drogovou situaci, na druhou stranu však neumožňují koordináčnímu orgánu hodnotit a přímo monitorovat, zda a jak aktivita probíhá nebo jaký je její výstup.

²⁰ http://changingminds.org/disciplines/hr/performance_management/smart_objectives.htm

Třetí funkce – ukazatele/indikátory jsou detailnějším popisem dané aktivity. Můžeme je považovat za návod k tomu, jak danou aktivitu realizovat. Např.:

aby se dosáhlo naplnění aktivity 16.3 *Zmapování inovativních metod a příkladů dobré praxe v postihu pouliční distribuce drog v Evropě a jejich zavedení do praxe v ČR*, je potřeba udělat následující kroky, které byly definované jako ukazatele plnění: *Vyhodnocení informací získaných od zahraničních partnerů (leden 2008)*, *Vypracování metodiky k postupu Policie ČR při postihu pouliční distribuce drog (duben 2008)*, *Zavedení inovativních postupů do praxe Policie ČR*.

3.2.5. Shrnutí a případná doporučení

Konstrukce Národní strategie protidrogové politiky na období 2005–2009 (Národní strategie 2005–2009) a Akčního plánu realizace Národní strategie protidrogové politiky na období 2005–2006 a 2007–2009 jako strategických dokumentů respektuje základní principy strategického managementu. Strategie v širším kontextu, jak jí vnímá Quinn, J.B. (1998), v sobě integruje hlavní cíle protidrogové politiky a aktivity do jednoho soudržného celku. Národní strategie protidrogové politiky na období 2005–2009 v sobě obsahuje hlavní a specifické cíle protidrogové politiky, ale také se zaměřuje i na vytvoření podmínek, které je třeba zkvalitnit pro dosažení stanovených cílů. Tyto podmínky jsou definovány v technicko–organizačních cílech.

Součástí strategie je soubor aktivit, které mají vést k dosažení stanovených cílů. Soubor aktivit je formulován v Akčním plánu realizace Národní strategie protidrogové politiky a je zároveň nástrojem jejich implementace. Akční plány byly konstruovány tak, aby definovaly všechny charakteristiky relevantní pro úspěšnou realizaci Národní strategie 2005–2009. Stanovují aktivity, termíny jejich plnění, rozdělení odpovědností za realizaci aktivit i ukazatele/indikátory sloužící k monitorování implementace aktivit a dosažení výsledku. Akční plány v sobě tedy integrují i nástroje pro zpětnou vazbu a hodnocení, což je důležitá součást a předpoklad úspěšné realizace.

Hodnocení poukázalo na problém, který doprovází veřejné politiky obecně – nejasnou formulaci aktivit akčního plánu nebo strategických cílů, což v konečném důsledku ovlivnilo i jejich evaluaci. Jde např. o jeden z hlavních strategických cílů, na který upozorňuje Radimecký (2006) *Potírání organizovaný zločin zapojený do nezákonného nakládání s drogami a vymáhat dodržování zákonů ve vztahu k distribuci legálních drog* – cíl je spíše prostředkem, který by měl k nějakému výsledku vést, není však zřejmé k jakému.

Pro tvůrce drogové politiky lze k formulaci cílů nebo aktivit akčních plánů formulovat následující doporučení:²¹

1. Záměry drogových politik by měly být definovány pomocí pojmů s přímým empirickým krytím, které vyjadřují pokud možno měřitelné konání. Např. formulace „zvýšit počet center poskytujících metadonovou léčbu“ a „podporovat programy metadonové léčby“ se co do měřitelnosti značně liší.
2. Je vhodné vždy přesně vymežit nejen samotný očekávaný výsledek, ale i jeho stav (rozsah, kvalitu, intenzitu) a časové rozpětí, v jehož rámci je očekáván. Formulaci „podpořit vytvoření sítě nízkoprahových center“ je možné z tohoto hlediska považovat za nedostatečnou. Aby respektovala uvedené kritérium, měla by mít například podobu „do roka zabezpečit, aby každé krajské město disponovalo aspoň jedním nízkoprahovým centrem“.
3. Dále by formulace cílů měla respektovat princip jejich analytického rozlišení. Např. formulace cíle VIII „Vytvořit dostatečnou zákonnou oporu protidrogové politiky, zkvalitnit její stávající systém a vybudovat funkční a přehlednou strukturu založenou na efektivní koordinaci aktivit zapojených subjektů na všech úrovních s jasně definovanými a rozdělenými povinnostmi a kompetencemi“ je problematická v tom, že obsahuje spojení více cílů: 1. vytvořit dostatečnou zákonnou oporu protidrogové politiky, 2. zkvalitnit stávající systém protidrogové politiky a 3. vybudovat efektivní strukturu koordinace aktivit zapojených subjektů. Když je naplněn jeden cíl a nesplněn druhý, do jaké míry je možné hovořit o naplnění celkového záměru?

²¹ Adaptovaná doporučení Rossiho, Lipseyho, Freemana (2004) uvedená v článku Fedačka (2008).

Tvorba zejména politických dokumentů, jakými jsou i národní strategie protidrogové politiky a akční plány, jejich formulování a definování konkrétních opatření, jsou výsledkem kompromisů zúčastněných stran, které do procesu tvorby koncepčních dokumentů vstupují se svými hodnotami a zájmy (Radimecký, 2003)., Výsledek pak pochopitelně nemusí zcela korespondovat s kritérii doporučenými vědecko-výzkumnou obcí. Ani sebelepší formulování protidrogové politiky však nezajistí její úspěšnou realizaci – stává se, že hůře formulované politiky jsou někdy realizovány úspěšněji než ty dobře formulované.

Může se zdát, že zpětná analýza formální stránky koncepčních dokumentů nemá praktické využití. Nicméně výsledky analýzy poskytují nové podněty k přemýšlení o protidrogové politice a k přípravě budoucích strategických dokumentů.

Možnosti vidíme např. ve využití incidenční matice (viz kap. 3.2.3.1), která by v upravené verzi v kombinaci s metodou logického rámce mohla být použita již při tvorbě akčních plánů. Stala by se tak užitečnou pomůckou dávající zpětnou vazbu k plánovaným opatřením hned na počátku jejich definování. Například:

- poskytla by okamžitou reflexi rovnoměrnosti rozložení aktivit mezi jednotlivé oblasti a cíle protidrogové politiky, aby nedocházelo k překrývání aktivit nebo opačně k opomenutí některé oblasti,
- pomohla by také reflektovat, zda většina plánovaných aktivit má skutečně přímou souvislost s dosažením plánovaných cílů – viz např. výsledek analýzy, který poukazuje na to, že nejvýznamnější potenciál pro dosažení některých ze stanovených specifických cílů Národní strategie 2005–2009 mají aktivity obsažené v oblasti *Snižování rizik* – tato oblast obsahuje nejvíce aktivit, které přímo přispívají k dosažení většiny specifických cílů; naopak, nejnižší potenciál k dosažení nějaké změny má oblast *Primární prevence*, ve které není zahrnuta ani jedna aktivita přímo přispívající k dosažení některého ze specifických cílů,
- pomohla by také limitovat případné odklony od původního záměru (viz např. cíl IX a nenávaznost aktivit na jeho dosažení (kap. 3.2.1),
- Některé principy logického rámce by mohly přispět k vyjasnění funkce ukazatelů a indikátorů pro sledování plnění aktivit nebo dosažení stanovených cílů – viz popis minimálně tří dalších funkcí, ukazatelů u nekonkrétně definovaných aktivit (kap. 3.2.4).

Přestože Národní strategie 2005–2009 definovala své cíle z hlediska epidemiologické situace ve vztahu k užívání a distribuci drog (Radimecký, 2006), analýza naznačuje, že většina aktivit je zaměřena na vytváření organizačního rámce protidrogové politiky. Ke zkvalitňování koordinačního rámce protidrogové politiky (cíle VIII) vedlo nejvíce aktivit (48 %).

Prostor pro zlepšení existuje ve formulaci a lepším definování aktivit akčního plánu. Přestože většina (93 %) aktivit Akčního plánu 2007–2009 byla formulována srozumitelně a jasně, měla by se pozornost soustředit na pečlivější formulaci aktivit, aby se zabránilo jejich různé interpretaci.

Analýza byla limitovaná tím, že nezahrnovala první Akční plán 2005–2006 a dále interním charakterem hodnocení ze strany koordinačního orgánu odpovědného za tvorbu a realizaci protidrogové politiky. Nicméně hodnocení poskytlo nové informace o procesu klíčových faktorech formulace obou strategických dokumentů.

Shrnutí a doporučení

- V následující strategii by cíle mohly být definovány jako stav, o který strategie usiluje.
- Cíl by neměl být nahrazen popisem prostředku nebo nástroje k dosažení předem nedefinovaného stavu.
- Při stanovení budoucích strategických cílů je třeba věnovat pozornost jejich vzájemnému překrývání.
- Při formulaci strategických cílů by pozornost měla být věnována dodržování principu tzv. analytického rozlišení, tzn. vyvarovat se slučování několika cílů do jednoho.
- Také při formulaci aktivit v akčním plánu by měl být dodržen princip analytického rozlišení.

- Při formulování aktivit akčního plánu je potřeba přesně definovat klíčové pojmy (tj. např. definovat, co znamená „podpora“).
- Jako užitečné se zdá podrobit navržené aktivity akčního plánu zpětně reflexi, z hlediska následujících kritérií:
 - zda aktivity mají přímou nebo částečnou souvislost s dosažením cíle strategie nebo dílčího cíle akčního plánu tj. přímou nebo částečnou souvislost s dosažením žádaného stavu,
 - zda jsou aktivity formulovány tak, aby vyjadřovaly pokud možno měřitelné konání,
 - zda jsou aktivity formulovány tak, aby neumožňovaly jejich různorodou interpretaci.
- Při tvorbě a formulování ukazatelů/indikátorů je potřeba ujasnit si a jasně definovat jejich funkce a to, zda mají měřit dosažení stanoveného cíle, dosažení výstupu/žádaného stavu nebo monitorovat průběh plnění aktivity.
- Výzvou pro tvůrce příštích strategických dokumentů, akčního plánu, bude rovnoměrné a vyvážené rozložení specifických a rámcových opatření.
- Důležitým momentem je (externí) zhodnocení výběru ukazatelů/indikátorů u jednotlivých aktivit. Toto zhodnocení by mělo být provedeno již při tvorbě akčního plánu, aby byly stanoveny vhodné ukazatele/indikátory, které jsou důležitým nástrojem pro zpětnou vazbu a průběžnou korekci implementace aktivit.

4. Průběh implementace akčních plánů protidrogové politiky

Při interpretaci hodnocení výsledků a výstupů akčního plánu nebo při stanovování hypotéz, proč se žádaných výsledků programu nebo politiky nedosáhlo, je nezbytné znát proces implementace. Obecně se má za to, že někdy je neúspěch určitého záměru (opatření) výsledkem spíše jeho chybné implementace než neexistencí relevantních efektivních programů (Rossi, Lipsey, Freeman, 2004). Proces implementace může tedy ovlivnit konečné výstupy, na druhou stranu implementace samotná je ovlivněna různými vnějšími i vnitřními faktory (Hill J. Michael and Hupe L. Peter, 2002)

Kapitola se v první části zaměřuje na zmapování toho, kolik z plánovaných aktivit obou akčních plánů se podařilo skutečně zrealizovat. Hodnocení implementace zejména Akčního plánu 2007–2009 je založeno na přístupu, který je v odborné literatuře znám jako přístup *shora–dolů*. Pro sběr informací byl použit dotazník, který vyplnili aktéři protidrogové politiky přímo nebo nepřímo odpovědní za realizaci aktivit akčních plánů. Prvnímu akčnímu plánu se podařilo splnit 73 % aktivit a druhému 52 %. Z tohoto hlediska neúspěšnějšími oblastmi byly *Mezinárodní spolupráce a Informace, výzkum, hodnocení*. Naopak oblast *Primární prevence* byla oblastí s nejnižším podílem splněných aktivit. Kapitola se také nepřímo dotýká i problémů spojených s implementací stanovených aktivit. Analýza poukázala na nedostatky ve vzájemné koordinaci a spolupráci subjektů zejména u těch aktivit, které měly mezirezortní charakter. Poukázala také na nedostatečné využití nebo pochopení významu ukazatelů pro hodnocení stavu plnění aktivity ze strany hlavních realizátorů aktivit.

Další část kapitoly je věnována analýze příčin, které bránily procesu úspěšné realizace aktivit a dosažení žádaných výsledků protidrogové politiky jako celku za zkoumané období 5 let. Jako zdroj informací byl použit anonymní dotazníkový průzkum mezi aktéry odpovědnými za realizaci aktivit akčních plánů (35 respondentů) a výsledky srovnávací SWOT analýzy realizované v expertních pracovních skupinách (celkem 60 expertů).

Nedílnou součástí implementace národní protidrogové politiky je vytvoření podmínek pro její realizaci na krajské úrovni a zabezpečení jejich vzájemné návaznosti. Proto je poslední podkapitola v této části hodnocení věnována zmapování podmínek, které byly v krajích vytvořeny pro realizaci krajské protidrogové politiky a zmapování úrovně provázanosti krajských strategických dokumentů s Národní strategií 2005–2009. Pro zmapování byl použit on–line dotazník, který vyplnilo 14 krajských protidrogových koordinátorů. Zabezpečení sítě programů pro uživatele drog v krajích je oblastí, která se v průběhu 5 let výrazně zlepšila. Jako nedostatek v zabezpečení protidrogové politiky v krajích byla identifikována slabá pozice krajských protidrogových koordinátorů.

4.1. Monitoring implementace aktivit akčních plánů

Při hodnocení implementace Akčního plánu 2007–2009 byl zvolen přístup známý jako *shora dolů*. Při tomto přístupu se vychází z toho, že politika má na centrální úrovni stanoveny cíle a výzkum je zaměřen na to, jak byly tyto cíle dosahovány, co dosažení cílů bránilo a v jaké míře byly výstupy a výsledky programu konzistentní se stanovenými cíli (Veselý a Nekola, 2007).

Hodnocení neboli monitoring implementace akčních plánů lze považovat za interní hodnocení, protože informace k jednotlivým aktivitám poskytovaly subjekty a instituce přímo odpovědné za realizaci aktivit. Za celkovou koordinaci hodnocení implementace obou akčních plánů byl odpovědný sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky (sekretariát RVKPP).

Implementace akčních plánů byla průběžně vyhodnocována jednou za rok, v této kapitole jsou uvedeny výsledky závěrečného zhodnocení stavu splnění aktivit. U Akčního plánu 2005–2006 i u Akčního plánu 2007–2009 probíhal sběr informací pomocí strukturovaného dotazníku. Nicméně rozsah otázek (položek k vyplnění) i počet subjektů podílejících se na hodnocení se mezi oběma akčními plány lišil.

Při hodnocení Akčního plánu 2005–2006 poskytli informace hlavní gestoři aktivit (ministerstva), kteří se vyjadřovali ke stavu splnění aktivity formou komentáře.

Informace k plnění Akčního plánu 2007–2009 poskytli hlavní realizátoři aktivity i spolupracující subjekty (včetně odborných společností a asociace NNO a krajů). Celkem bylo osloveno 36 subjektů, 5 z nich nepodal informace. Informace byly sbírány pomocí dotazníku obsahujícího 14 položek.

Kromě zhodnocení stavu splnění aktivity měli respondenti popsat způsob realizace aktivity, potíže nebo důvody proč se aktivita nezrealizovala, stav, který se aktivitou dosáhl, měli se pokusit vyčíslit finanční výdaje na realizaci aktivity a také poskytnout data podle stanovených ukazatelů (příloha 7.3) Poprvé byli realizátoři požádáni také o předložení konkrétních výstupů z realizace aktivit jako jsou metodiky, standardy, zprávy apod. Nicméně ani jeden subjekt požadované výstupy nepředložil.

4.1.1. Implementace aktivit Akčního plánu 2005–2006

Celkové vyhodnocení splnění aktivit Akčního plánu 2005–2006 bylo provedeno v únoru 2007. Akční plán 2005–2006 obsahoval celkem 144 aktivit rozdělených do 43 cílů vztahujících se k 7 oblastem protidrogové politiky: *Primární prevence, Léčba a následná péče, Snižování rizik, Snižování nabídky a prosazování práva, Koordinace a financování, Informace, výzkum a hodnocení a Mezinárodní spolupráce*. Celkově se ze 144 aktivit podařilo splnit 73 % (abs. 105), 5 % (7 aktivit) částečně, 18 % (28 aktivit) se splnit nepodařilo a o 4 aktivitách nebyla podána dostatečná informace. Celkové zhodnocení splněných a nesplněných aktivit uvádí Tabulka 5.

Tabulka 5: Plnění aktivit Akčního plánu 2005–2006 podle oblastí (Mravčík et al., 2007)

oblast	celkem aktivit	z toho splněno		z toho splněno částečně		z toho nesplněno/ nepodána informace	
		abs.	%	abs.	%	abs.	%
primární prevence	24	14	58,3	2	8,3	8	33,3
léčba a následná péče	27	12	44,4	3	11,1	12	44,4
snížení rizik	9	7	77,8	0	0,0	2	22,2
snížení nabídky a prosazování práva	24	18	75,0	0	0,0	6	25,0
Informace – výzkum – hodnocení	27	24	88,9	0	0,0	3	11,1
koordinace a financování	23	20	87,0	2	8,7	1	4,3
mezinárodní spolupráce	10	10	100,0	0	0,0	0	0,0
celkem	144	105	72,9	7	4,9	32	22,2

Z uvedených přehledů vyplývá, že nejlépe realizovanou oblastí Akčního plánu na období 2005–2006 byla *Mezinárodní spolupráce*, kde bylo splněno 100 % aktivit, dále následují oblast *Koordinace a financování*, kde bylo splněno 89 % aktivit a oblast *Informace–výzkum–hodnocení*, kde bylo splněno 87 % aktivit. Nejmenší počet splněných aktivit zaznamenala oblast *Léčby a následné péče* 44 % a *Primární prevence* 58 %.

Souhrnná zpráva k hodnocení plnění Akčního plánu 2005–2006 konstatuje, že vzhledem k uvedeným výsledkům (78 % aktivit splněno nebo částečně splněno, 22 % nebylo splněno nebo bylo bez dostatečné informace o plnění) „nelze považovat realizaci Akčního plánu na období 2005–2006 za zcela úspěšnou“ (Úřad vlády České republiky, 2007b).

K nejvýznamnějším aktivitám, které se podařilo zabezpečit v období 2005 – 2006, dle Souhrnné zprávy (ibid.) patří:

- schválení zákona č. 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami a o změně souvisejících zákonů²², který mimo jiné definuje odpovědnosti v oblasti zabezpečení protidrogové politiky orgány státní správy a samosprávy a poprvé v dějinách ČR definuje základní typy služeb pro uživatele drog,
- schválení zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, který upravuje podmínky poskytování pomoci osobám v nepříznivé životní situaci prostřednictvím sociálních služeb. Zákon definuje základní typy sociálních služeb pro uživatele drog,

²² I když uvedený zákon znamená posun v legislativě, odborníci stávající stav nepokládají za uspokojivý a volají po jeho aktualizaci kompletní novelizací.

- spuštění systému certifikací odborné způsobilosti služeb pro uživatele a závislé na návykových látkách a zohlednění certifikovaných programů v dotačních řízeních z veřejných rozpočtů,
- spuštění systému certifikací odborné způsobilosti služeb programů specifické primární prevence,
- schválení pravidel pro čerpání finančních prostředků ze státního rozpočtu na protidrogovou politiku přijatých usnesením vlády č. 300/2005.

Celkové hodnocení implementace aktivit Akčního plánu 2005–2006 je k dispozici na www.vlada.cz v sekci Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky: <http://www.vlada.cz/scripts/detail.php?pgid=386>.

4.1.2. Implementace aktivit Akčního plánu 2007–2009

Vyhodnocení plnění aktivit Akčního plánu 2007–2009 proběhlo na přelomu let 2009/2010. Akční plán 2007–2009 obsahoval 43 cílů a 170 aktivit rozložených v 7 oblastech akčního plánu *Primární prevence, Léčba a následná péče, Snižování rizik, Snižování nabídky a prosazování práva, Koordinace a financování, Informace, výzkum a hodnocení, Mezinárodní spolupráce*.

Celkově se podařilo splnit 52 % (abs. 88) všech aktivit Akčního plánu 2007–2009, částečně bylo splněno 20 % (abs. 34), nesplněných nebo nehodnotitelných aktivit bylo 29 % (49 aktivit). Nejvíce aktivit bylo splněno v oblasti *Mezinárodní spolupráce* (65 %), pak v oblasti *Snižování nabídky a prosazování práva* (60 %) a *Informace, výzkum, hodnocení* (59 %), nejméně v oblasti *Primární prevence* (35 %) a *Koordinace a financování* (40 %). Celkové zhodnocení splněných a nesplněných aktivit uvádí Tabulka 6.

Tabulka 6: Plnění aktivit Akčního plánu 2007–2009 podle oblastí (Úřad vlády České republiky, 2010)

oblast	celkem aktivit	z toho splněno		z toho částečně splněno		z toho nesplněno		z toho nehodnotitelné	
		abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
prevence	20	7	35,0	5	25,0	8	40,0	–	–
léčba a následná péče	23	14	58,0	3	13,0	7	29,0	–	–
snížení rizik	17	7	41,0	7	41,0	3	18,0	–	–
snížení nabídky a prosazování práva	15	9	60,0	3	20,0	3	20,0	–	–
koordinace a financování	30	12	40,0	9	30,0	9	30,0	–	–
informace, výzkum, hodnocení	44	26	59,0	6	14,0	12	27,0	–	–
mezinárodní spolupráce	20	13	65,0	1	5,0	5	25,0	1	5,0
celkem	170	88	52,0	34	20,0	47	28,0	1	1,0

Pozn.: „Nehodnotitelné“ znamená, že nebyly získané dostatečné informace pro zodpovědné vyhodnocení aktivity.

K nejvýznamnějším aktivitám, které se podařilo zabezpečit v období 2007–2009 patří:

- spuštění provozu elektronického registru substituční léčby v roce 2008,
- vytvoření standardu pro léčbu virových hepatitid u uživatelů drog v roce 2008,
- legislativní ukotvení nové zdravotnické profese adiktologa v roce 2008,
- rozšíření substituční léčby do vězení (v roce 2009 šlo o 10 věznic z 36),
- vypracování návrhu indikátorů hodnocení aktivit snižování nabídky a prosazování práva,
- stanovení opatření ke snížení rizika zneužívání volně prodejných léčiv obsahujících pseudoefedrin – zařazení léčiv s obsahem pseudoefedrinu do skupiny léčivých přípravků vydávaných bez lékařského předpisu s omezením, a to od začátku roku 2009,
- v roce 2009 schválení zákona č. 40/2009 Sb., trestního zákoníku, účinného od 1. ledna 2010, který nově upravuje problematiku trestněprávního postihu nedovoleného nakládání s omamnými a psychotropními látkami; trestní zákoník nově stanoví rozdílné trestní sazby za

neoprávněné přechovávání drogy pro vlastní potřebu v množství větším než malém u konopných drog na jedné straně a u ostatních OPL na straně druhé; byly zavedeny nové skutkové podstaty spočívající v neoprávněném pěstování rostlin obsahujících OPL pro vlastní potřebu v množství větším než malém, přičemž výši trestní sazby zákon odlišuje takové pěstování rostliny konopí od pěstování jiných rostlin a hub obsahujících OPL; nařízení vlády nově závazně stanoví, jaké je množství větší než malé u omamných látek, psychotropních látek a přípravků je obsahujících (nařízení vlády č. 467/2009 Sb.), respektive které rostliny nebo houby se považují za rostliny a houby obsahující OPL a jaké je jejich množství větší než malé (nařízení vlády č. 455/2009 Sb.); přechovávání OPL pro vlastní potřebu v malém množství či pěstování rostlin a hub obsahujících OPL pro vlastní potřebu v malém množství zůstává přestupkem²³,

- zabezpečení předsednictví ČR v horizontální pracovní skupině pro drogy v rámci předsednictví ČR v Radě EU.

Z Akčního plánu 2007–2009 se podařilo úspěšně zrealizovat méně aktivit (téměř o 21 procentních bodů) než v předchozím Akčním plánu 2005–2006. Z prvního akčního plánu bylo úplně splněno 105, z druhého 88 aktivit. Samotné vyhodnocení aktivit Akčního plánu 2007–2009 a jejich plnění mohlo podle názoru interních hodnotitelů (rezortů) komplikovat několik okolností, jako např. časová a personální náročnost přípravy a zabezpečení výkonu předsednictví EU, rozdílné přístupy rezortů k protidrogové politice nebo legislativa – např. zastavení legislativně schvalovacích procesů nových právních norem v oblasti zdravotnictví, nedostatečné legislativní ukotvení primární prevence. Dále byly uvedeny i okolnosti týkající se tvorby a formulace akčního plánu: chybná definice aktivity, dlouhodobé plánování aktivit s malou možností reflektovat aktuální situaci nebo chyby v gesční odpovědnosti při vytváření akčního plánu (v určování hlavního odpovědného realizátora aktivity)

Podklady k hodnocení Akčního plánu 2007–2009 ze strany ministerstev, institucí a dalších subjektů vykazovaly různou úroveň kvality, různý rozsah poskytnutých informací a různou přesnost a úplnost informací. Z podkladů některých subjektů nebylo vždy možné správně vyhodnotit, zda daná aktivita byla splněna, zejména pokud původní znění aktivity v souvislosti s původně stanovenými ukazateli plnění (např. Tabulka 1) neodpovídaly nahlášeným informacím o splnění aktivity. Nejednoznačné bylo i vyhodnocení aktivit, u kterých došlo k situaci, že hlavní gestor informace o splnění aktivity neposkytl nebo aktivitu nerealizoval, ale spolupracující instituce danou aktivitu realizovaly individuálně v rámci svého rezortu.

Plnění aktivit Akčního plánu 2007–2009 prošlo revizí sedmičlennou interní pracovní skupinou sekretariátu RVKPP. Při této revizi došlo ke konečnému vyhodnocení stavu splnění aktivity. Skupina srovnávala znění aktivity a plánované ukazatele/výstupy s informacemi uvedenými v podkladech od jednotlivých subjektů. Za stěžejní faktor bylo považováno předložení relevantních ukazatelů nebo výstupů z dané aktivity. Pokud žádné výstupy neexistovaly (nebyly předloženy realizátorem nebo nebyly nalezeny v jiných zdrojích) nebo pokud nebylo možné ověřit splnění aktivity jiným způsobem, aktivita byla vyhodnocena jako nesplněná.

Z analýzy informací, které byly získány z podkladů od gestorů i od spolupracujících subjektů, vyplývá, že u části aktivit, které měly mezirezortní charakter, ke spolupráci nedošlo. Týkalo se to také aktivit státních organizací, u kterých bylo doporučeno zapojení krajů do jejich realizace. Často uváděným důvodem, proč se spolupracující subjekty na realizaci aktivity nepodílely, byla skutečnost, že nebyly hlavním gestorem aktivity ke spolupráci osloveny. To současně znamená, že spolupracující resorty garanty v případě jejich pasivity samy neoslovily a případně přistoupily k řešení aktivity individuálně bez koordinace hlavního gestora.

Akční plán u každé aktivity definoval ukazatele splnění dané aktivity (Tabulka 1). Ukázalo se však, že rezorty a další subjekty tyto ukazatele pro objektivní monitorování a zhodnocení plnění aktivity nevyužívaly. U částí aktivit nebyla data k ukazatelům poskytnuta vůbec nebo poskytnutá data nekorespondovala se stanoveným ukazatelem. Jako objektivní ukazatel splnění aktivity byl v akčním plánu často uváděn konkrétní výstup z realizace aktivity (metodika, standardy, výzkumné a jiné zprávy apod.). Tyto konkrétní výstupy měly být předloženy RVKPP spolu s hodnocením akčního plánu, nicméně žádný subjekt tyto výstupy nepředložil.

²³ Zeman a Gajdošíková, 2010

Jako užitečné se ukázalo požádat o informace k aktivitám také spolupracující subjekty. Tyto podklady byly dobrým zdrojem informací o aktivitách v případech, kdy hlavní gestor podklady o plnění aktivit sekretariátu RVKPP nepředložil. Mnohé aktivity tak bylo možno vyhodnotit alespoň částečně.

Souhrnná zpráva hodnocení implementace Akčního plánu 2007–2009 je k dispozici na www.vlada.cz v sekci protidrogová politika.

Hodnocení plnění aktivit Akčního plánu 2007–2009 podle jejich důležitosti (váhy)

V rámci hodnocení formální struktury Akčního plánu 2007–2009 (kapitola 3.2) se aktivity posuzovaly mimo jiné z hlediska jejich váhy a potenciálu změnit situaci v oblasti akčního plánu, ve kterých byly zařazeny. Výsledkem bylo rozdělení aktivit do tří kategorií: A (vysoký potenciál), B (nižší potenciál) a C (minimální potenciál). Pro bližší vysvětlení viz kapitola 3.2.2. Tato část kapitoly uvádí přehled stavu splněných aktivit Akčního plánu 2007–2009 z hlediska jejich váhy.

Tabulka 7: Rozdělení aktivit podle důležitosti (váhy) v jednotlivých oblastech Akčního plánu 2007–2009

oblast	celkem aktivit	z toho s váhou A	z toho s váhou A–B	z toho s váhou B	z toho s váhou C
prevence	20	6	–	9	5
léčba a následná péče	23	2	–	8	14
snižování rizik	17	7	3	4	3
potlačování nabídky	15	3	–	2	10
koordinace a financování	30	5	5	12	8
informace, výzkum, hodnocení	44	16	1	18	9
mezinárodní spolupráce	20	–	–	–	20
celkem	170	39	9	53	69

Pozn.: Kategorie A–B znamená, že hodnotící skupina nedosáhla konsenzu v konečném zařazení aktivity.

Z celkového počtu aktivit bylo u Akčního plánu 2007–2009 přibližně 23 % (abs. 39) aktivit s váhou A. Nejvíce jich bylo identifikováno v oblasti *Informace, výzkum, hodnocení*. Dále Akční plán 2007–2009 obsahoval 9 aktivit (5 %), u kterých pracovní skupina nerozhodla jednoznačně co se týče jejich váhy a spadají tak mezi kategorii A a B. 31 % aktivit (abs. 53) bylo označeno váhou B. Nakonec 69 aktivit (41 %) bylo označeno váhou C.

Tabulka 8: Přehled splněných aktivit podle váhy aktivity

váha aktivity	celkem aktivit	z toho splněno		z toho částečně splněno		z toho nesplněno		z toho nehodnotitelné	
		abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
aktivita s váhou A	39	16	41,0	14	36,0	9	23,0	–	–
aktivita s váhou mezi A–B	9	5	56,0	1	11,0	3	33,0	–	–
aktivita s váhou B	53	29	55,0	16	30,0	8	15,0	–	–
aktivita s váhou C	69	38	55,0	18	26,0	11	16,0	2	3,0
celkem	170	88	52,0	49	29,0	31	18,0	2	1,0

Tabulka 9: Přehled stavu splnění aktivit s váhou A podle oblastí

oblast	celkem aktivit s váhou A	z toho splněno		z toho částečně splněno		z toho nesplněno	
	abs.	abs.	%	abs.	%	abs.	%
prevence	6	1	17,0	2	33,0	3	50,0
léčba a následná péče	2	0	0,0	1	50,0	1	50,0
snižování rizik	7	5	67,0	2	29,0		0,0

potlačování nabídky	3	2	71,0	1	33,0	0	0,0
koordinace a financování	5	2	40,0	1	20,0	2	40,0
informace, výzkum, hodnocení	16	6	38,0	2	13,0	8	50,0
mezinárodní spolupráce	–	–	–	–	–	–	–
celkem	39	16	41,0	9	23,0	14	36,0

Z celkového počtu 39 aktivit, které byly označeny váhou A, bylo splněno 16 (41 %), částečně splněno 9 (23 %) a nesplněno 14 (36 %) aktivit. Nejvíc aktivit s touto váhou se podařilo splnit v oblasti *Informace, výzkum, hodnocení* a v oblasti *Snižování rizik* a nejméně v oblasti *Primární prevence* (1 ze 6) a v oblasti *Léčba a následná péče* (0 aktivit ze 2).

Analýza vzájemné provázanosti Akčního plánu 2007–2009 s Národní strategií 2005–2009 umožnila přiřadit jednotlivé aktivity daného akčního plánu ke konkrétním strategickým cílům. Následující tabulka je přehledem klíčových aktivit pro dosažení jednotlivých cílů strategie, tedy těch, které přímo vedly k dosažení cíle a stavu jejich splnění (tj. aktivity typu 1, viz kap. 3.2.3).

Tabulka 10: Přehled splněných aktivit, přímo vedoucích k dosažení strategického cíle.

stav splnění aktivity	cíl 1	cíl 2	cíl 3	cíl 4	cíl 5	cíl 6	cíl 7	cíl 8	cíl 9	cíl 10	cíl 11
splněna	4	0	0	8	7	3	2	14	10	12	14
částečně splněna	0	3	0	6	4	1	3	5	1	0	4
nesplněna	0	1		2	2		1	6	1	3	14
nehodnotitelný	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
celkem	4	4	0	16	13	4	6	25	12	16	32

4.1.3. Shrnutí

Z prvního akčního plánu se podařilo zcela splnit 73 % aktivit a z druhého 52 %. Nesplněných nebo nehodnotitelných aktivit bylo v prvním případě 22 % a v druhém 29 %. Se srovnáním těchto výsledků vyplývá, že druhý akční plán na roky 2007–2009 byl méně úspěšný při realizaci aktivit než první. Na druhou stranu úspěšnost implementace Akčního plánu 2007–2009 byla posuzována podle „náročnějších“ kritérií hodnocení. Stav splnění aktivit revidovala sedmičlenná pracovní skupina koordinačního orgánu, od rezortů se vyžadovaly podrobné informace o průběhu plnění aktivity, a pracovní skupina srovnávala znění aktivity a výstupy/výsledky realizace aktivity. Nepředložení výstupů nebo nemožnost nalezení výstupu ve veřejně dostupných zdrojích bylo důvodem pro vyhodnocení aktivity jako nesplněné.

Z uvedených přehledů vyplývá, že nejlépe realizovanou oblastí akčních plánů byla *Mezinárodní spolupráce*, kde bylo splněno v prvním akčním plánu 100 % a v druhém akčním plánu 65 % aktivit. Další úspěšnou oblastí je oblast *Informace, výzkum, hodnocení*, kde bylo splněno 87 % a 59 % aktivit. Naopak v obou akčních plánech byla *Primární prevence* oblastí s nejnižším podílem splněných aktivit. Oblast *Koordinace a financování* byla úspěšnější v prvním akčním plánu, v druhém byla vyhodnocena jako jedna z oblastí s nejmenším počtem úspěšně splněných aktivit.

Ukázalo se, že striktním hodnocením stavu splnění aktivit srovnáním konkrétních výstupů a dat se zněním aktivit lze do značné míry minimalizovat subjektivní hodnocení a formálnost plnění aktivit ze strany realizátorů.

Analýza informací, které byly poskytnuty v rámci hodnocení Akčního plánu 2007–2009, poukázala na nedostatky ve vzájemné koordinaci a spolupráci subjektů zejména u aktivit, které mají meziresortní, mezioborový nebo mezisektorový charakter. Také se ukázalo nedostatečné využití nebo pochopení významu ukazatelů realizace aktivity pro objektivní zhodnocení stavu splnění aktivity.

4.2. Identifikování externích vlivů působících na proces realizace protidrogové politiky a na dosažení předpokládaných výsledků

Implementace protidrogové politiky, stejně jako jakékoliv jiné veřejné politiky, je ovlivněna vnějšími i vnitřními faktory prostředí, v němž je realizována. K obecně uváděným problémům implementace politik patří: nedostatečná znalost prostředí, samotný fakt obtížné ovlivnitelnosti společenského vývoje a obtížné předvídání budoucnosti, setrvačnost hodnotových orientací a chování osob i institucí, vzájemné působení jiných veřejných politik nebo skrývané oportunní chování aktérů veřejných politik, riziko neplánovaných důsledků realizace přijatých opatření apod.

Proces implementace může mít vliv na změnu původního obsahu politiky a na dosažení předpokládaných výsledků protidrogové politiky. V rámci hodnocení implementační fáze se analýza zaměřila na identifikování faktorů, které ovlivnily proces implementace aktivit a které v konečném důsledku mohly ovlivnit i výsledky protidrogové politiky v letech 2005–2009.

Faktory působící na proces implementace Akčního plánu 2007–2009 byly zjišťovány pomocí anonymního on-line dotazníku mezi aktéry (35 respondentů) odpovědnými za realizaci aktivit. Bližší popis průzkumu je uveden v kapitole 2.4.

Informace o externích vlivech působících na úroveň dosažení žádaných výsledků protidrogové politiky byly zjišťovány také pomocí zhodnocení naplnění *hrozeb* identifikovaných z roku 2004 v rámci SWOT analýzy v 7 expertních pracovních skupinách s celkovým počtem přibližně 60 osob (více viz kap. 5.1).

4.2.1. Identifikování faktorů působících na implementaci aktivit Akčního plánu 2007–2009

Bližší popis průzkumu je uveden v kapitole 2.4. Respondenti v dotazníku označovali míru vlivu, a to v pozitivním i negativním směru, u předem vytipovaných faktorů, které mohly na implementaci aktivit v letech 2007–2009 působit. Respondentům byla ponechána i možnost volných odpovědí pro identifikaci jiných faktorů v dotazníku nezmiňovaných.

Názory na vliv faktorů, které působily na implementaci Akčního plánu 2007–2009, jsou u jednotlivých faktorů na hodnotící škále rozprostřeny – názory aktérů nejsou tedy jednoznačné. Z analýzy přesto vyplývá, že k faktorům, které kladně ovlivnily realizaci aktivit, patřily: míra odborných vědomostí pracovníků odpovědných za implementaci drogové politiky (26 odpovědí), jasnost formulace aktivit²⁴ (25), množství dostupných informací pro splnění aktivit (22), míra motivace a aktivity profesionálů a institucí působících v drogové problematice (22), institucionální zabezpečení jako jsou síť služeb, funkčnost institucí, které mají realizaci protidrogové politiky zajišťovat (21). Posledním faktorem, který do jisté míry mohl kladně ovlivnit implementaci aktivit, je personální zabezpečení (experti, pracovníci věnující se drogové problematice na plný úvazek apod.) – zde je ale také relativně vysoká míra neutrality v názorech na jeho vliv.

Ve volných odpovědích byly respondenty zmíněny jako pozitivně působící faktory také spolupráce se zahraničními subjekty (např. EMCDDA) nebo spolupráce s univerzitními pracovišti (Centrum adiktologie).

Na druhou stranu mezi faktory, které negativně ovlivnily implementaci aktivit Akčního plánu 2007–2009, patřily podle názoru aktérů protidrogové politiky jednoznačně nedostatečný objem alokovaných finančních zdrojů (21 odpovědí) a reálnost odhadu náročnosti realizace aktivity při jejím plánování (16). Mezi negativně působící faktory byly také respondenty ve volných odpovědích uvedeny časté personální změny, formálnost implementace aktivit, politické změny a zájmy, které zasahují do veřejné správy a dále podceňování nebo nezájem o drogovou problematiku ze strany resortů. V této souvislosti si aktéři podle průzkumu převážně myslí, že na národní úrovni a na úrovni obcí s rozšířenou působností je drogové problematice věnována nízká pozornost (51 %, respektive 74 %); oproti tomu si aktéři převážně (57 %) myslí, že střední, tj. vyšší, pozornost je věnována problematice na krajské úrovni.

Úroveň koordinace odpovědných a zainteresovaných subjektů při implementaci aktivit Akčního plánu 2007–2009, úroveň jejich vzájemné spolupráce při realizaci aktivity, míra jejich flexibility v reagování

²⁴ Podle hodnocení aktivit Akčního plánu 2007–2009 a hodnocení vzájemné provázanosti Akčního plánu s Národní strategií protidrogové politiky 2005–2009 (kap. 3.2) bylo jasně a srozumitelně formulováno 93 % aktivit.

na nový vývoj a změny situace, ale také jednoznačnost ve vymezení odpovědnosti za realizaci jednotlivých aktivit Akčního plánu 2007–2009 uvnitř institucí byly hodnoceny jak jako pozitivní, tak také jako negativní faktory.

Aktéři protidrogové politiky odpovídali na otázku, zda si myslí, že byl ve strategických dokumentech jasně definován způsob, jak stanovených cílů dosáhnout. Většina respondentů označila odpověď „spíše ano“. K vyšší rozmanitosti názorů však došlo, když měli označit vliv tohoto faktoru na implementaci Akčního plánu 2007–2009. Výsledkem je, že tato oblast je považována za faktor s pozitivním i negativním vlivem.

Důležitým předpokladem správné implementace aktivit je rozdělení odpovědností za jejich realizaci mezi odpovědné subjekty. Dalším prvkem, který by mohl být užitečný při dosažení cílů strategie, je určení priorit, které by měly sloužit např. jako vodítko při rozhodování v situaci nedostatku zdrojů. Z průzkumu vyplynulo, že odpovědi aktérů jsou spíše rovnoměrně rozloženy mezi neutrálním hodnocením a vyjádřením názoru, že uvedené prvky byly jasně ve strategických dokumentech definovány.

4.2.2. Další vlivy působící na úroveň dosažení žádaných výsledků protidrogové politiky

Kromě výše zmíněných faktorů, které byly zjišťovány pomocí on-line dotazníku, je dalším zdrojem informací hodnocení naplněných *hrozeb*, které byly identifikovány v roce 2004 v rámci SWOT analýzy při přípravě Národní strategie 2005–2009. Experti v pracovních skupinách v roce 2009 posuzovali, zda identifikovaná hrozba v průběhu pěti let nastala či ne (více viz kap. 5.1).

Podle názoru expertů došlo k plnému nebo alespoň částečnému naplnění hrozeb identifikovaných v roce 2004, a to ve formě formálnosti v plnění aktivit, stanovování nereálných aktivit nebo v prohlubování rezortizmu. V jisté míře dochází ke zpolitizování drogové problematiky, rozhodnutí jsou přijímána na základně politických postojů bez zohledňování odborných stanovisek, přestože existuje dostatek informací pro kvalifikovanou rozhodnutí. Služby v protidrogové politice se potýkají s vysokou fluktuací pracovníků, která je podmíněna vnímanou nízkou atraktivitou profese v důsledku stigmatizace pracovníků a jejich nedostatečného profesního ocenění. Podle expertů došlo i k naplnění hrozby v podobě nedostatečné komunikace a spolupráce mezi jednotlivými subjekty např. na přípravě a vyjednávání zákonů týkajících se drogové problematiky. Podle expertů došlo také k podfinancování protidrogové politiky v kombinaci se zvýšenými finančními nároky a inflací. Uvedené faktory, které negativně ovlivnily jednotlivé oblasti protidrogové politiky, korespondují i s výsledky získanými z dotazníkového průzkumu (kap. 4.2.1).

Protidrogová politika se potýká s vysokou společenskou tolerancí k legálním drogám, dochází k podceňování problému drog, zejména legálních, což je velkým úskalím pro oblast *Primární prevence*. Zcela jednoznačně se dle expertů naplnila (ve srovnání s problematikou nelegálních drog) hrozba pomíjení alkoholu, tabáku, zneužívání léků nebo patologického hráčství.

Dosažení žádoucích změn zejména v oblasti *Primární prevence* mírně naplnění hrozeb v podobě nefunkčního systému koordinace primární prevence, v zapojení neodborníků do primární prevence nebo v podobě konzumního životního stylu. Oblast prevence je často v společnosti přeceňována a dochází k nerealistickým očekáváním a „mýtům“ o jejich možnostech.

Relativním úspěchem protidrogové politiky je udržení nízkého výskytu infekčních onemocnění mezi uživateli drog i přesto, že podle expertů došlo k úplnému nebo částečnému naplnění hrozby v podobě migrace uživatelů drog ze států s vysokým výskytem infekčních onemocnění a reakce na tento fenomén nebyla v ČR dostatečná. Riziko šíření infekčních onemocnění v izolovaných skupinách uživatelů a jeho podceňování jsou vnímány jako přetrvávající hrozby.

Otevření vnitřních hranic EU přineslo naplnění hrozeb zejména pro oblast potlačování nabídky drog, a to zejména v podobě ztráty informačních zdrojů.

Shrnutí a doporučení

- Protidrogová politika staví na odborném potenciálu expertů a na informačním (dostupnost relevantních informací) a institucionálním zabezpečení protidrogové politiky (síť služeb, funkčnost institucí, které mají realizaci protidrogové politiky zajišťovat na národní i krajské úrovni).

- Úroveň koordinace a vzájemné spolupráce odpovědných subjektů v protidrogové politice není vyvážená a může působit jako její silný článek, ale i jako oblast způsobující problémy při implementaci politiky. Budoucí strategické dokumenty by se proto měly věnovat posílení této oblasti.
- Negativními jevy, které znesnadňují dosažení žádaných výsledků, jsou formálnost v plnění aktivit a nereálnost při jejich stanovování. V budoucím období by se tyto faktory měly eliminovat pečlivějším odhadem reálné náročnosti plánovaných aktivit a pečlivějším definováním způsobu, jak stanovené aktivity dosáhnout.
- Protidrogová politika se do značné míry potýká s nedostatkem finančních zdrojů, s upřednostňováním jiných oblastí veřejné politiky při alokaci finančních zdrojů a také s rezortizmem a nízkým zájmem o problematiku ze strany politiků.
- K významným negativním faktorům, patří také vysoká společenská tolerance k legálním drogám a podceňování rizik spojených s užíváním návykových látek.

4.3. Podmínky pro implementaci protidrogové politiky na krajské úrovni

Naplnění cílů národní strategie protidrogové politiky není možné bez adekvátního zabezpečení a podpory její realizace na krajské úrovni. V srpnu 2009 byl proto realizován dotazníkový průzkum mezi krajskými protidrogovými koordinátory. On-line *Dotazník k evaluaci NSPP 2005–2009 pro krajské protidrogové koordinátory* (viz příloha 7.3), vyplnilo neanonymně všech 14 koordinátorů²⁵. Účelem průzkumu bylo zmapovat úroveň provázanosti krajských strategických dokumentů s Národní strategií protidrogové politiky na období 2005–2009 a Akčními plány její realizace na období 2005–2006 a 2007–2009. Dotazník zároveň sloužil i ke zmapování podmínek, které jsou v krajích vytvořeny pro realizaci krajské protidrogové politiky.

4.3.1. Reflexe národních strategických dokumentů protidrogové politiky v krajských dokumentech protidrogové politiky

Zřízení funkce krajského protidrogového koordinátora²⁶ má napomáhat realizaci protidrogové politiky na místní úrovni a sladovat jednotlivé aktivity tak, aby byly zohledňovány místní podmínky a současně aby realizovaná opatření a intervence byly uskutečňovány v souladu s cíli a principy národní strategie. Kraje, které si většinou zpracovávají vlastní strategické dokumenty protidrogové politiky (strategie, strategické plány nebo akční plány), vycházejí při jejich tvorbě zpravidla právě z národní strategie. Proto bylo jedním z cílů dotazníkového průzkumu zjistit úroveň provázanosti krajských strategických dokumentů s národní strategií a akčními plány.

V r. 2004 mělo vlastní strategické dokumenty protidrogové politiky kraje vypracováno 8 krajů, v roce 2008 je mělo zpracováno všech 14 krajů²⁷; 6 krajů má zpracováno jenom jeden strategický dokument (protidrogovou strategii kraje nebo akční plán), 8 má zpracovány oba.

Národní strategií protidrogové politiky na období 2005–2009 se při tvorbě svých strategických dokumentů inspirovalo 13 krajů, tedy všechny kromě Libereckého kraje. Přestože Liberecký kraj uvedl, že se Národní strategií 2005–2009 neinspiroval, v *Akčním plánu protidrogové politiky Libereckého kraje na období 2008–2009* se objevily 3 cíle, které obsahuje i Národní strategie 2005–2009.

Ty kraje, které se Národní strategií 2005–2009 inspirovaly, do svých strategických dokumentů převzaly jednotně jeden z hlavních cílů: *snížit užívání všech typů drog a potenciální rizika a škody, které mohou jednotlivcům a společnosti v důsledku jejich užívání nastat*²⁸.

²⁵ V Moravskoslezském kraji není již od roku 2005 funkce krajského protidrogového koordinátora zřízena. Agendu na částečný úvazek zabezpečuje referent pro sociální služby odboru sociálních věcí.

²⁶ Principy zřizování funkce okresních protidrogových koordinátorů zavedla již *Koncepce a program protidrogové politiky na období 1993–1996* (Radimecký et al., 2004). Od roku 2005 byla funkce krajského i místního protidrogového koordinátora ukotvena i legislativně, konkrétně v § 23 zákona č. 379/2005 Sb. o opatřeních k ochraně před škodami způsobenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami a o změně souvisejících zákonů.

²⁷ V Plzeňském kraji je problematika drog součástí *Koncepce prevence kriminality a sociálně patologických jevů Plzeňského kraje na léta 2009–2011*. Ostatní kraje mají pro oblast protidrogové politiky zpracovány samostatné dokumenty.

Další specifické a technicko–organizační cíle z Národní strategie 2005–2009 se v krajských strategických protidrogových dokumentech objevují v různém zastoupení – od 3 cílů (Liberecký kraj) až po všech 11 cílů (Hl. město Praha).

Tabulka 11: Přehled specifických cílů Národní strategie 2005–2009 a jejich převzetí do krajských protidrogových strategických dokumentů

specifický cíl národní strategie 2005–2009	počet krajů, které daný cíl převzaly do strategických dokumentů
stabilizovat/snížit počet problémových uživatelů drog	11
zastavit nárůst experimentálního a příležitostného užívání drog	7
stabilizovat/snížit spotřebu (i)legálních drog	7
snížit potenciální rizika užívání drog pro jednotlivce a společnost	14
zvýšit kvalitu života uživatelů a jejich blízkých dostupností kvalitních služeb	11
snížit dostupnost drog lepším využíváním legislativních a institucionálních nástrojů	5
žádný z uvedených cílů	0

Tabulka 12: Přehled technicko-organizačních cílů Národní strategie 2005–2009 a jejich převzetí do krajských protidrogových strategických dokumentů

technicko-organizační cíl národní strategie 2005–2009	Počet krajů, které daný cíl převzaly do strategických dokumentů
efektivní financování – zefektivnit a zprůhlednit financování opatření	10
koordinace – vytvořit zákonnou oporu, zkvalitnit její stávající systém, vybudovat přehlednou strukturu založenou na efektivní koordinaci	14
informování veřejnosti – zavést do praxe model komunikace, aby byly poskytovány komplexní, objektivní informace	9
mezinárodní spolupráce – plně se zapojovat do mezinárodní spolupráce	2
evaluace aktivit – uplatňovat výzkumem ověřené postupy	6
žádný z uvedených cílů	0

K dalším cílům, které obsahují jednotlivé strategické dokumenty protidrogové politiky některých krajů, patří: zvyšovat odbornou úroveň lidí, kterých se drogová problematika dotýká, podporovat vzájemnou spolupráci subjektů protidrogové politiky, zajistit kvalitní programy služeb nebo zvýšit efektivitu systému protidrogové politiky kraje; k intervencím pro uživatele drog přidaly některé kraje i intervence pro patologické hráče (sít' léčby a následné péče pro obě cílové skupiny).

Akční plán realizace Národní strategie protidrogové politiky je jako druhý strategický dokument základním implementačním nástrojem strategie. Akční plán v 7 základních oblastech protidrogové politiky²⁹ stanovuje aktivity, které mají přispět k naplnění cílů národní strategie. Některé aktivity v akčním plánu jsou uvedeny jako doporučení pro kraje k realizaci na krajské úrovni, v případě některých jiných aktivit je hlavním realizátorům doporučeno spolupracovat s kraji při jejich realizaci.

Podle odpovědí koordinátorů v dotazníkovém průzkumu se první Akční plán 2005–2006 promítl do krajských protidrogových strategických dokumentů v 8 krajích, druhý Akční plán 2007–2009 v 10 krajích. Ani jeden akční plán nebyl reflektován ve strategických dokumentech ve třech krajích: na Vysočině a v krajích Pardubickém a Plzeňském.

²⁸ Druhý hlavní cíl Národní strategie 2005–2009 *Potírat organizovaný zločin zapojený do nezákonného nakládání s drogami a vymáhat dodržování zákonů ve vztahu k distribuci legálních drog*, nepatří do kompetence krajů, proto se krajské dokumenty protidrogové politiky k tomuto cíli nehlásí. K formulaci tohoto cíle viz také kap. 3.2.

²⁹ Primární prevence, Léčba a resocializace, Snižování rizik, Snižování nabídky a prosazování práva, Informace, výzkum, hodnocení, Koordinace a financování, Mezinárodní spolupráce

Tabulka 13: Přehled oblastí Akčního plánu 2007–2009, které jsou obsaženy v krajských protidrogových strategických dokumentech

oblasti Akčního plánu 2007–2009	počet krajů, ve kterých je daná oblast obsažena v strategických dokumentech
prevence	12
léčba a následná péče	13
snižování rizik	13
snižování nabídky a prosazování práva	5
informace – výzkum – hodnocení	6
koordinace a financování	13
mezinárodní spolupráce	2
žádná z uvedených oblastí	1*

Pozn.: * Vysočina.

Dotazníkový průzkum zjišťoval i postoje krajských protidrogových koordinátorů k aktivitám, které byly formulovány v Akčním plánu 2007–2009 jako doporučení pro kraje. Měli možnost vyjádřit svůj názor, zda považují tato doporučení za dostatečná pro své potřeby a zda jim doporučení formulovaná v akčním plánu pomáhají při prosazování protidrogové politiky v kraji. Výsledky uvádí následující tabulka.

Tabulka 14: Názory krajských protidrogových koordinátorů na doporučení krajům v Akčním plánu 2007–2009

kategorie odpovědí	výčet doporučení je pro kraje dostatečný	doporučení v AP pomáhají při prosazování protidrogové politiky v kraji
ano	1	3
spíše ano	7	6
spíše ne	3	4
ne	0	0
neumím posoudit	3	1
celkem	14	14

4.3.2. Spolupráce státu a krajů

Pro lepší koordinaci a implementaci protidrogové politiky je důležitá spolupráce jednotlivých článků protidrogové politiky, včetně spolupráce centrální úrovně (státní správy) se samosprávou. Jak už bylo uvedeno výše, některé aktivity akčního plánu přímo doporučují spolupráci státních orgánů a institucí s kraji při jejich realizaci.

V rámci dotazníkového průzkumu hodnotili krajscí protidrogoví koordinátoři na pětibodové škále úroveň spolupráce vybraných ústředních orgánů státní správy s kraji na realizaci Akčního plánu 2007–2009. Kraje byly nejvíce spokojeny s úrovní spolupráce se sekretariátem RVKPP, spolupráce ostatních ústředních orgánů státní správy s kraji je hodnocena jako slabší. Souvisí to ale i s tím, že charakter agendy některých ministerstev spolupráci s kraji bezprostředně nevyžaduje (např. u ministerstev financí nebo spravedlnosti), u jiných ke spolupráci nedochází vůbec.

Tabulka 15: Průměrné bodové hodnocení spolupráce krajů s centrálními úřady

ministerstvo	průměrné bodové hodnocení
Úřad vlády ČR – RVKPP	4,4
ministerstvo práce a sociálních věcí	2,6
ministerstvo vnitra	2,5
ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy	2,4
ministerstvo zdravotnictví	2,3
ministerstvo financí	1,7
ministerstvo spravedlnosti	1,3
ministerstvo průmyslu a obchodu	ke spolupráci nedochází
ministerstvo obrany	ke spolupráci nedochází
ministerstvo zahraničních věcí	ke spolupráci nedochází

Pozn.: 5 – výborná spolupráce, 1 – špatná spolupráce

S průměrným hodnocením spolupráce krajů se státní správou může souviset i subjektivně vnímaná relativně nízká možnost ovlivňování národní protidrogové politiky, její tvorby či realizace s průměrným bodovým hodnocením 2,5 bodu na stupnici 1 – vůbec nemohu ovlivňovat, 5 – mohu výrazně ovlivnit.

V roce 2007 schválila RVKPP zřízení Výboru zástupců regionů složeného z krajských protidrogových koordinátorů, který vznikl transformací pracovní skupiny Vertikální koordinace protidrogové politiky, jež vznikla v roce 2003. Účelem bylo posílení vzájemné provázanosti a spolupráce centrální a krajské úrovně protidrogové politiky. Dotazníkový průzkum zjišťoval, jak krajské protidrogové koordinátory vnímají činnosti tohoto výboru. Koordinátory hodnotili činnost výboru jako potřebnou a obsah jeho jednání jako zajímavý a užitečný. Zároveň by byli rádi, kdyby se výbor setkával častěji (7 odpovědí), případně jako dosud (6).

Výbor se rovněž setkává s Výborem zástupců resortů a institucí³⁰, což poskytuje prostor pro výměnu informací a pro harmonizaci postupů ústředních orgánů státní správy a krajů. Tato společná jednání byla rovněž hodnocena pozitivně, i když ne natolik výrazně jako samostatná jednání Výboru zástupců regionů. Na rozdíl od Výboru zástupců regionů, kde by si koordinátory spíše přáli, aby se setkával častěji, frekvence společných jednání s Výborem zástupců resortů a institucí cca 2x ročně je pro většinu z nich zcela vyhovující (11 odpovědí).

Tabulka 16: Hodnocení užitečnosti Výboru zástupců regionů a společných jednání s Výborem zástupců resortů a institucí

hodnocena oblast	průměrné bodové hodnocení	
	výbor zástupců regionů	společná jednání s výborem zástupců resortů a institucí
potřebnost jednání	4,1	3,9
zajímavost obsahu jednání	4,0	3,7
užitečnost obsahu jednání	4,3	3,7

Pozn.: škála hodnocení: 5 – nejlepší a 1 – nejhorší hodnocení

Všichni koordinátory vyjádřili spokojenost se spoluprací drogových služeb s krajem na krajské úrovni. Obecně spolupráci charakterizovali jako dobrou, na vysoké úrovni a v průběhu posledních 4 let stále se zlepšující (viz i kap. 4.3.4). Problémem v udržení dobré spolupráce se službami může být ale častá obměna krajských protidrogových koordinátorů, jak tomu bylo např. ve Zlínském kraji, kde se v průběhu 4 let vyměnil protidrogový koordinátor 3x. Noví protidrogové koordinátory pak musí navazovat vztahy se službami od začátku.

³⁰ Výbor byl RVKPP schválen v roce 1999. Jeho členy jsou pracovníci resortů a institucí, kteří v příslušném ministerstvu a/nebo institucí odpovídají za realizaci opatření a aktivit protidrogové politiky. Výbor projednává otázky postupu a spolupráce ve veřejné správě, zejména na centrální úrovni (RVKPP, 2009).

4.3.3. Postavení krajského protidrogového koordinátora

V roce 2004 byly funkce krajských protidrogových koordinátorů ustanoveny ve všech 14 krajích. V roce 2005 však v Moravskoslezském kraji byla funkce krajského koordinátora zrušena a od té doby nebyla znovu zřízena.

Krajští protidrogoví koordinátoři podle průzkumu působí většinou na pozici referenta, jen ve dvou krajích působí krajský protidrogový koordinátor na pozici vedoucího oddělení nebo odboru.

Ve Výročních zprávách o realizaci protidrogové politiky v kraji je vykazovaný pracovní úvazek krajských protidrogových koordinátorů většinou 1,0. Ve většině případů však koordinátoři zajišťují ještě další agendy (prevence kriminality, grantová řízení kraje) (sRVKPP, 2008). Průzkum se proto zaměřil i na zmapování situace v zatížení krajských protidrogových koordinátorů jinými agendami, a to v posledním měsíci.

Agendě protidrogové politiky se na 100% úvazek věnuje 5 koordinátorů, přesto ale dva z nich uvedli, že jiné agendy tvořily v posledním měsíci 20 % a 5 % jejich pracovní činnosti. Dalších 9 koordinátorů je zatíženo jinými agendami v různé míře. Za poslední měsíc uvedly vysoký podíl zatíženosti jinými agendami tři kraje – Moravskoslezský (90 %), Ústecký (80 %) a Vysočina (70 %). Přesně polovinu pracovní činnosti věnovanou jiným agendám uvedly Plzeňský a Královéhradecký kraj. U ostatních koordinátorů se podíl jiných agend liší, v průměru však dosahuje přibližně 18 %.

Tabulka 17: Zatížení krajských protidrogových koordinátorů jinými agendami v posledním měsíci

procento pracovních povinností věnovaných jiným agendám v posledním měsíci	počet koordinátorů
0 %	3
5 % až 30 % (průměr 18 %)	6
50 %	2
70 % až 90 %	3
celkem	14

Většina krajských protidrogových koordinátorů je podle jejich vyjádření členem relevantních krajských poradních, pracovních nebo koordinačních orgánů, které souvisí s drogovou problematikou. Méně často jsou však již přítomni na důležitých jednáních krajských orgánů, na kterých se rozhoduje o otázkách protidrogové politiky. Dá se říci, že nejlepší pozici mají krajští protidrogoví koordinátoři ve Středočeském, Královéhradeckém, Jihočeském a Libereckém kraji a v Hl. městě Praze, ve kterých se účastní všech nebo většiny jednání koordinačních, ale i rozhodovacích orgánů v otázkách drogové problematiky. Z tohoto pohledu má naopak slabou pozici krajský protidrogový koordinátor na Vysočině, v Ústeckém a Plzeňském kraji, ve kterých se účastní jednání jen některých koordinačních orgánů a jednání rozhodovacích orgánů jen zřídka nebo nikdy.

Nicméně se zdá, že výše uvedená pozice nijak výrazně neovlivňuje možnosti krajských protidrogových koordinátorů přímo ovlivňovat tvorbu a realizaci protidrogové politiky kraje. Všichni koordinátoři odpověděli, že tyto možnosti mají nebo spíše mají. Výjimkou je koordinátor Ústeckého kraje, který má sice možnost ovlivnit tvorbu protidrogové politiky, nikoliv však její realizaci – vůbec se nezúčastňuje rozhodovacích procesů v otázkách protidrogové politiky.

4.3.4. Zabezpečení realizace protidrogové politiky v krajích

Krajští protidrogoví koordinátoři hodnotili v rámci průzkumu vývoj situace v zabezpečení protidrogové politiky kraje v posledních 4 letech. Nejvýrazněji bylo hodnoceno zlepšení v oblasti zabezpečení sítě programů pro uživatele drog; ta se zlepšila v 11 krajích a nezměnila se na Vysočině, v Karlovarském a Pardubickém kraji.

V oblasti personálního zabezpečení se situace nezměnila v 7 krajích a ve dvou krajích se situace změnila k horšímu. Finanční situace se zhoršila ve 4 krajích. Zhoršení politické podpory protidrogové politiky bylo zmíněno ve dvou krajích. Souhrnně charakterizuje vývoj v zabezpečení protidrogové politiky v kraji na základě vývoje ve čtyřech oblastech (politické rozhodování, zabezpečení sítě programů pro uživatele drog, zabezpečení personálních a finančních zdrojů) následující tabulka.

Tabulka 18: Stručná charakteristika vývoje zabezpečení protidrogové politiky

vývoj situace	kraj	součet bodového ohodnocení ve 4 oblastech
zlepšila se	Středočeský	12
	Jihočeský	12
	Olomoucký	12
	Liberecký	12
	Královehradecký	11
	Praha	11
	Plzeňský	10*
mírně se zlepšila	Moravskoslezský	10
	Jihomoravský	9*
nezměnila se	Zlínský	9**
	Karlovarský	7
	Vysočina	7
spíše se zhoršila	Ústecký	7**
	Pardubický	6

Pozn.: Bodové hodnocení každé ze čtyř oblastí: 3 body – situace se zlepšila, 2 body – situace se nezměnila, 1 bod – situace se zhoršila.

* zhoršila se jen oblast personálního zabezpečení

** zlepšila se jen síť poskytovatelů drogových služeb

Krajští protidrogoví koordinátoři uváděli, co je podle nich limitujícím faktorem realizace krajské protidrogové politiky. Přestože jen 4 kraje uvedly zhoršení finanční situace, finanční podpora protidrogové politiky zůstává nejdůležitějším limitujícím faktorem, který znesnadňuje realizaci aktivit protidrogové politiky na krajské úrovni. V souvislosti s nedostatečnou finanční podporou uváděli např. pokles finanční podpory ze strany státu (někdy i kraje), časté změny v systému financování, byly zmíněny i obavy z možných důsledků finanční krize nebo z povolebních změn.

Dalšími často zmiňovanými limitujícími faktory byly pozice samotného krajského nebo místního protidrogového koordinátora (kumulace funkcí, nedostatek prostoru pro samotnou práci), některé chybějící typy drogových služeb v kraji nebo nedostatečná odbornost subjektů zabývajících se protidrogovou politikou.

Dále byly méně často zmiňovanými negativními faktory např. vztah policejních orgánů ke službám pro uživatele drog, nedostatečná mezirezortní spolupráce, nedostatečná politická podpora, slabá podpora na úrovni obcí, nedostatečně řešený problém legálních drog (alkoholu a tabáku) v rámci protidrogové politiky.

Shrnutí a doporučení

V roce 2008 mělo vlastní protidrogové strategické dokumenty zpracováno všech 14 krajů; 6 krajů mělo zpracováno jenom jeden strategický dokument (protidrogovou strategii kraje nebo akční plán), 8 mělo zpracovány oba (krajskou strategii i akční plán).

Cíle Národní strategie protidrogové politiky na období 2005–2009 byly v různé míře přeneseny do krajských strategických dokumentů – od 3 cílů až po všech 11 cílů. První Akční plán 2005–2006 se promítl do krajských protidrogových strategických dokumentů v 8 krajích, druhý Akční plán 2007–2009 v 10 krajích, ani jeden v třech krajích.

Spolupráce s centrální úrovní je kraji celkově hodnocena jako spíše podprůměrná, výjimkou je spolupráce se sekretariátem RVKPP. V této oblasti existuje prostor pro zlepšení.

Přestože se oficiálně vykazuje pracovní úvazek krajských protidrogových koordinátorů většinou jako 1,0, jen 3 koordinátoři uvedli, že se drogové problematice věnovali ve 100 %.

Většina krajských protidrogových koordinátorů je členem relevantních krajských poradních orgánů, které souvisí s drogovou problematikou; méně často jsou však již přítomni na důležitých jednáních krajských rozhodovacích orgánů

V průběhu pěti let se v krajích výrazně zlepšila oblast zabezpečení služeb pro uživatele drog – zlepšení uvedlo 11 krajů.

K nejčastějším bariérám, které znesnadňují realizaci protidrogové politiky na krajské úrovni, patří finanční zabezpečení, kumulace agend koordinátora nebo absence některých typů služeb.

5. Evaluace výsledků protidrogové politiky

Evaluace dosažených výsledků protidrogové politiky, resp. úrovně dosažení strategických cílů, je založena na dvou zdrojích informací. V první podkapitole je uvedeno hodnocení vývoje protidrogové politiky v jednotlivých oblastech akčního plánu, které je založeno na výsledcích srovnání SWOT analýz provedených v roce 2004 a 2009, čili hodnocení založené na názorech expertů v expertních pracovních skupinách. Tento nástroj sběru dat byl použit jako nástroj k hodnocení také technicko-organizačních cílů. Druhým zdrojem informací, a to pro zhodnocení specifických cílů strategie, které směřovaly ke změně drogové situace, byly trendy vybraných kvantitativních ukazatelů.

5.1. Zhodnocení změny stavu v jednotlivých oblastech protidrogové politiky za období pěti let

Tato část hodnocení se zabývá vývojem v sedmi oblastech akčních plánů v období působnosti Národní strategie 2005–2009, čili za období pěti let. Jde o zhodnocení celkového vývoje a změn v jednotlivých oblastech protidrogové politiky, identifikaci zlepšení, nebo naopak zhoršení situace, případně identifikaci případných selhání protidrogové politiky.

Hodnocení je založeno na názorech expertů v sedmi expertních pracovních skupinách podle jednotlivých oblastí akčního plánu: *Primární prevence, Léčba a sociální začleňování, Snižování rizik, Snižování nabídky drog, Koordinace a financování, Monitoring, výzkum, hodnocení, Mezinárodní spolupráce*. Do expertních pracovních skupin bylo zapojeno přibližně 60 odborníků aktivních v oblasti drog, přičemž průměrně se jedné skupiny účastnilo 15–20 expertů.

Při evaluaci byla využita SWOT analýza provedená v roce 2004, která tvořila základ pro formulaci Národní strategie 2005–2009. Experti v pracovních skupinách posuzovali, zda se slabé stránky podařilo v průběhu pěti let odstranit či ne, zda se podařilo tehdy identifikované příležitosti využít či ne, zda se silné stránky podařilo udržet nebo zda došlo k jejich oslabení³¹. Následně byly identifikovány i nové položky SWOT analýzy platné pro rok 2009.

Použitá metoda je limitována tím, že jde o subjektivní názory jednotlivých expertů, které se mezi jednotlivci nebo skupinami jednotlivců mohou lišit nebo si mohou protiřečit. Takovým případem může být např. vnímání mezinárodní prestiže České republiky (jedni vnímají posílení prestiže ČR v průběhu pěti let, jiní vnímají její ztrátu) nebo názory na existenci informací ohledně užívání legálních drog (opět jedni vnímají úplnou absenci informací, jiní zase jejich dostatek). Nicméně, i když se tyto případy vyskytnout mohly, výsledky zde uváděné jsou většinou konsenzuálním vyjádřením názorů skupiny expertů.

Dalším omezujícím faktorem, který je nutné brát v úvahu při posuzování a interpretaci výsledků, je fakt, že i když byly v roce 2004 některé problémy identifikovány, nemusely být nutně považovány za priority. K vyřešení daných problémů pak nemusely vést žádné aktivity.

Výsledky hodnocení jsou také podkladem nebo i přímo zhodnocením dosažení technicko-organizačních cílů strategie, jejichž krátké vyhodnocení je uvedeno v kapitole 6.

5.1.1. Oblast primární prevence

V oblasti *Primární prevence* nedošlo patrně podle výsledků z dané expertní pracovní skupiny ke zlepšení situace v otázkách specifických pro tuto oblast. Oproti r. 2004 se podařilo odstranit nedostatky v podobě neaktuální legislativy, tj. přijetí zákona 379/2005 Sb. o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami a o změně souvisejících zákonů, který je významný pro celou protidrogovou politiku, nejen pro oblast *Primární prevence*. Podařilo se odstranit tehdy vnímaný nedostatek dat o stavu užívání návykových látek v ČR.

Při tvorbě Národní strategie 2005–2009, tedy v roce 2004, byla identifikována nutnost věnovat pozornost vzdělávání pracovníků v oblasti *Primární prevence*, které bylo označeno jako značně

³¹ Pro položky Slabé a Silné stránky se použily čtyři hodnotící kategorie: „je opakem“ – „již není“ – „zůstává“ – „je více“
Pro položky Příležitosti a Hrozby se použily dvě hodnotící kategorie: Příležitost – „využita/nevyužita“; Hrozba – „naplněna/nenaplněna“

roztříštěné a vzdělávání pro pedagogické i nepedagogické pracovníky v dané oblasti bylo vnímáno jako nesystémové. To se podle názoru expertů podařilo sice zlepšit, není to již vnímáno jako slabá stránka, nicméně stále existuje potřeba realizovat patřičné aktivity pro zlepšení vzdělávání pedagogických i nepedagogických pracovníků.

V oblasti *Primární prevence* došlo k oslabení řady silných stránek identifikovaných v roce 2004. Za silnou stránku protidrogové politiky v oblasti primární prevence odborníci po pěti letech již nepovažují nastavení kritérií kvality (standardů) a nástrojů hodnocení kvality a efektivity programů primární prevence. Tyto nástroje se, podle vysvětlení odborníků, v roce 2004 vytvářely a hodně se od nich slibovalo. Po pěti letech je však jejich efekt v praxi vnímán jako značně diskutabilní a neefektivní. Za ztrátu silné stránky lze považovat i horizontální a vertikální spolupráci mezi jednotlivými subjekty. Podobně jako tomu bylo i v případě certifikací a nástrojů hodnocení kvality, tyto systémy spolupráce se v roce 2004 nastavovaly. Po pěti letech je však koordinace primární prevence vnímána jako problematická stránka a *neefektivní propojení systémů na horizontální meziresortní úrovni* je považováno za prioritní k řešení v budoucím období. Hodně se slibovalo také od omezení propagace tabákových výrobků, které bylo v roce 2004 uvedeno mezi silnými stránkami protidrogové politiky, dnes je toto vnímání zcela opačné. K podobnému přesunu ze silných stránek do slabých došlo i v případě vymezení jednotné terminologie v oblasti primární prevence, zejména mezi jednotlivými rezorty.

Dále slabou stránkou oblasti *Primární prevence* zůstává i po pěti letech nerovnoměrnost v pokrytí regionů a různých cílových skupin programy primární prevence, absence regionálních a místních článků primární prevence nebo neefektivní realizace programů primární prevence ve školách a školských zařízeních.

5.1.2. Oblast léčby a následné péče

V oblasti *Léčby a následné péče* byla protidrogová politika již o něco úspěšnější. V průběhu pěti let se ještě silnější stránkou stala podle vnímání expertů odborná úroveň personálu v zařízeních drogových služeb. Oproti roku 2004 se podařilo zlepšit dostupnost a kapacitu následné péče pro uživatele nelegálních drog, která je momentálně vnímána jako „standard“. Problémem však zůstává dostupnost a kapacita následné péče pro uživatele legálních drog. Dále se podařilo zlepšit tehdy stále vnímanou omezenou nabídku léčby ve vězení a zejména rozvinout poskytování substituční léčby pro uživatele drog ve výkonu vazby a trestu odnětí svobody. Oproti roku 2004 se také podle vnímání odborníků zlepšila spolupráce mezi státními a nestátními zařízeními. Ke zlepšení také došlo v dostupnosti substituční léčby a v úrovni managementu poskytovatelů služeb, nicméně tyto dvě stránky protidrogové politiky v oblasti léčby pořád zůstávají slabou stránkou. V oblasti legislativy byl konstatován významný posun neboli úspěch a to v podobě přijetí nové sociální legislativy, na druhou stranu za neúspěch lze považovat neexistenci celého balíku nové zdravotnické legislativy.

Slabou stránkou v oblasti *Léčby a následné péče* i po pěti letech zůstává nízká dostupnost ambulantní péče. Podle vyjádření expertů je ambulantní léčba „*vesměs formální, nedostatečná či neexistující*“. Problémem taky zůstává nízká dostupnost léčby pro specifické cílové skupiny (národnostní menšiny, děti do 16 let), dále nejednotné vykazování poskytnuté péče, nejasná indikace klientů k určitému typu péče či absence vydefinování minimální sítě služeb. Ta je problémem spíše na národní úrovni, na úrovni krajů byly vypracovány dokumenty specifikující optimální nebo minimální síť služeb. V uvedených oblastech tedy nedošlo v průběhu působnosti Národní strategie 2005–2009 ke zlepšení.

Výrazně byla v expertních pracovních skupinách akcentována „*neexistence protidrogové politiky v oblasti legálních drog*“, kterou lze považovat za neúspěch protidrogové politiky jako takové. Toto konstatování v různých podobách a formulacích zaznívalo vícekrát i v jiných skupinách (*dlouhodobé nezohledňování legálních drog a jejich řešení na úrovni koordinace a financování, nerefluktování problematiky legálních drog, „bagatelizace“ problému*). V oblasti léčby to znamená přetrvávající dualismus v přístupu řešení problematiky legálních a nelegálních drog, nedostatečné spektrum služeb pro uživatele legálních drog, ale i nedostatečné řešení lékových závislostí.

Experti v pracovní skupině pro léčbu konstatovali také ztrátu existujících silných stránek z roku 2004. Vnímaná ztráta silných stránek se týkala zejména koordinace, využívání standardů odborné způsobilosti nebo spolupráce s A.N.O. Závěry a konstatování expertní pracovní skupiny jsou proto uvedeny v části Koordinace (kapitola 5.1.5).

5.1.3. Snížení rizik

V oblasti *Snížení rizik* došlo od r. 2004 k posílení několika silných stránek. K takovým patří hustá síť služeb poskytujících služby harm reduction, kontakt zaměstnanců nízkoprahových zařízení s aktivními uživateli drog v jejich přirozeném prostředí a jejich vysoký kontaktní potenciál a také dostupnost základních statistických údajů z nízkoprahových zařízení. Jako silná stránka bylo experty hodnoceno, že minimalizace rizik je standardní součástí české protidrogové politiky a programy minimalizace rizik jsou podporovány z veřejných rozpočtů (státního, krajských, obecních).

Nicméně ani jedna slabá stránka identifikovaná v roce 2004 nebyla experty vyhodnocena jako taková, u které by došlo k zásadnímu zlepšení nebo úplnému odstranění. Jisté zlepšení bylo konstatováno v komunikaci s represivními složkami a ve zvýšení zájmu o drogovou problematiku ze strany krajů. Nadále ale tyto stránky zůstávají slabými.

I po pěti letech zůstala slabou stránkou stabilita služeb harm reduction, která souvisí zejména s omezenými finančními prostředky. Dále zůstávají slabými stránkami nízká dostupnost resp. nedostupnost služeb v některých specifických skupinách (např. vězení, migranti, rekreační uživatelé), neochota léčit problémové uživatele drog ve standardních léčebných zařízeních (somatická komorbidita), vysoký poměr injekčních uživatelů mezi problémovými uživateli nebo i to, že aktivity služeb snížení rizik jsou často poskytovány jen „*instrumentálně*“, tj. případová práce s klientem není samozřejmostí. I vzhledem k dlouhotrvající převaze uživatelů pervitinu (metamfetaminu), kteří tvoří 2/3 problémových uživatelů v ČR, neexistuje možnost substituční léčby u těchto uživatelů. Experti považují za neúspěch protidrogové politiky v oblasti *Snížení rizik* absenci programů snížení rizik ve věznicích.

Ještě horší situace než v roce 2004 byla experty hodnocena situace v dostupnosti testování na virové hepatitidy a HIV pro uživatele drog, která se trvale snižuje od roku 2004, a přetrvávající nedostatek poradenství v oblasti HIV, virových hepatitid a sexuálně přenosných nemocí po zániku okresních hygienických stanic.

5.1.4. Potlačování nabídky a vymáhání práva

V roce 2004 byl v oblasti *Potlačování nabídky* konstatován relativně dobrý výchozí stav v oblasti legislativní, organizační i politické, v existenci potřebných zákonných předpisů, politické vůle, dobré mezinárodní spolupráce a funkčního systému. Národní strategie 2005–2009 se proto zaměřila především na efektivnější využívání existujících podmínek a zdrojů (sRVKPP, 2004).

V této oblasti se v průběhu pěti let podařilo dosáhnout zlepšení situace ve sběru dat z trestněprávní oblasti obecně. Významným bylo akceptování návrhu indikátorů potlačování nabídky, které předložila Česká republika v rámci Horizontal Drug Group (HDG) v průběhu svého předsednictví v roce 2009. Návrh indikátorů znamená významný posun ve využití dat z trestněprávního sektoru pro výzkumné účely.

Nicméně i přes úspěchy v oblasti sběru dat z trestněprávního sektoru zůstává problémem nepropojenost a nepropojitelnost evidencí jednotlivých složek orgánů činných v trestném řízení. To má dopad jednak na realizaci komplexnějších analýz a jednak na praktickou stránku průběhu trestněprávního řízení (např. rychlá výměna informací). Nepodařilo se zlepšit situaci s ohledem na zdoluhavé trestní řízení a jeho přetrvávající formálnost. Dále se nepodařilo odstranit nedostatky v podobě slabé spolupráce mezi státní správou, samosprávou a orgány činnými v trestném řízení (včetně kontroly legálních drog), v podobě nezapojení probační a mediační služby již do počáteční fáze trestního řízení a nakonec ani nevyjasněný přesah rolí mezi zástupci prevence a represe v oblasti primární prevence. Jako slabá stránka byly také identifikovány chybějící mechanismy kontroly zneužívání legálně získávaných léčiv. Za neúspěch lze považovat nedostatečnou kontrolu dodržování zákona o návykových látkách č. 379/2005 Sb. v oblasti nedostatečné kontroly prodeje alkoholu a tabáku mladistvým, kde bylo konstatováno zhoršení situace.

5.1.5. Koordinace

Pro oblast *Koordinace* protidrogové politiky na národní úrovni bylo významné přijetí některých legislativních norem. Klíčový byl zejména již zmiňovaný zákon č. 379/2005 Sb. o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami a o změně souvisejících zákonů. Jeho přijetím se podařilo uzákonit již uplatňované principy protidrogové politiky,

kterým však chyběla zákonná norma (Mravčík et.al, 2006)³². Nicméně odborníci zákon považují za nedostatečný a volají po jeho komplexní novelizaci. Dále schválení zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, který upravuje podmínky poskytování pomoci osobám v nepříznivé životní situaci prostřednictvím sociálních služeb – zákon definuje základní typy sociálních služeb pro uživatele drog, nebo přijetí nového trestního zákoníku (zákon č. 40/2009 Sb.).

Nicméně, i když se legislativa v protidrogové oblasti posunula dopředu, podle expertů je existující legislativa pořád nedostatečná a v praxi nedostatečně vymahatelná (zejména se to týká oblasti legálních drog).

Experty bylo konstatováno zlepšení spolupráce a koordinace protidrogové politiky na všech úrovních – národní, krajské i místní. Pokrok byl vnímán zejména v koordinaci na krajské úrovni, kde v průběhu pěti let došlo ke zlepšení informovanosti a zvýšení zájmu představitelů krajů o informace v oblasti protidrogové politiky. Nicméně i přes konstatované zlepšení zůstává koordinace slabou stránkou.

Přestože experti považují zlepšení koordinace na všech úrovních za úspěch protidrogové politiky, hned paralelně s tím označili neprovázanost a chybějící zpětnou vazbu mezi subjekty a přetrvávající resortismus jako oblasti, které se nepodařilo v průběhu pěti let vyřešit. Přetrvává i nezáměr o protidrogovou politiku na centrální úrovni, což se i po pěti letech projevuje mimo jiné malou účastí ministrů věcně příslušných resortů odpovědných za danou problematiku na jednáních RVKPP.

I v oblasti *Koordinace* došlo ke ztrátě nebo alespoň ke zpochybnění některých silných stránek identifikovaných v roce 2004. Při tvorbě Národní strategie 2005–2009 bylo konstatováno zlepšování postavení sekretariátu RVKPP jako koordinačního orgánu protidrogové politiky, které tehdy tvořilo jednu ze silných stránek protidrogové politiky. I když skupina pro koordinaci přímo nekonstatovala ztrátu této silné stránky, ze strany jiných expertních pracovních skupin tomu bylo jinak. Bylo vyjádřeno zpochybnění silného postavení a činnost sekretariátu RVKPP ve vztahu ke koordinaci aktivit a spolupráci mezi rezorty, což účastníci expertních pracovních skupin odůvodnili tím, že sekretariát RVKPP není hierarchicky nad rezorty, a proto plnění aktivit nebo implementace protidrogové politiky není „vymahatelné“. Zřetelně se tak dává prostor pro uplatňování rezortismu a formálnímu plnění aktivit z akčních plánů. Dále byl sekretariát RVKPP kritizován za podceňování nebo ztrátu zájmu o zahraniční agendu.

Ztráta další silné stránky koordinace protidrogové politiky byla také konstatována u zastřešující instituce neziskových organizací A.N.O., která byla kritizována z pohledu jak její vnitřní organizace, tak její spolupráce s externími subjekty.

Významným krokem v protidrogové politice bylo zavedení standardizace a certifikace odborné způsobilosti drogových služeb. Nicméně úskalím zavedených certifikací podle odborníků zůstává vícečetnost hodnotících systémů kvality jednotlivých rezortů, jejich vzájemné překrývání, neakceptování ze strany některých centrálních institucí a nedostatečné využití jejich potenciálu v praxi.

Také skupina pro koordinaci výrazně konstatovala neúspěch v otázce integrace legálních drog do stávajícího systému protidrogové politiky (více kap. 5.1.2).

5.1.6. Financování

Oproti r. 2004 se podařilo odstranit nesystémovost dotačního financování ze strany regionů a podařilo se je zapojit do systému financování programů protidrogové politiky. Na úrovni krajů se dále podařilo vypracovat a definovat tzv. minimální nebo optimální síť drogových služeb. Podařilo se odstranit absenci legislativy v oblasti zabezpečení finančních toků na realizaci programů primární prevence a kontrolních mechanismů jejich čerpání. V průběhu pěti let se podle expertů zlepšila i úroveň finančního managementu žadatelů o dotace, tj. zejména neziskových organizací.

³² Nahradil tak zákon č 37/1989 Sb. o ochraně před alkoholizmem a jinými toxikomaniemi, který nedostatečně vymezoval povinnosti a kompetence ústředních orgánů státní správy, krajů a obcí, nedefinoval systém služeb vzniklých po změně politického režimu v 1989 ani činnosti v přenesené a samostatné působnosti kraje a obcí ani rozsah a zajištění spolupráce mezi centrálními orgány, kraji a obcemi s rozšířenou působností.

Naopak problémy, které se nepodařilo v průběhu pěti let vyřešit, zůstávají roztržštěnost (nesjednocení) dotačního financování na úrovni rezortů a RVKPP, management dotací ze strany státních organizací, tj. pozdní vyplácení dotací, pozdní definování priorit apod., nebo nemožnost víceletého financování certifikovaných osvědčených služeb. V roce 2004 se plánovalo promítnutí certifikací odborné způsobilosti do přístupu poskytovatelů služeb k veřejným financím, což se dosud nepodařilo uspokojivě zrealizovat.

Co je důležité, nepodařilo se zabezpečit plánované navýšení finančních prostředků na dotační titul RVKPP. Navíc došlo ještě ke snížení finančních prostředků přímo směřovaných na podporu drogových služeb a programů z dotačního titulu RVKPP o několik desítek milionů korun. Jistou kompenzací tohoto propadu bylo navýšení dotací jednotlivými rezorty (zejména MPSV) a kraji. Nicméně s finančními prostředky, které jsou drogovým službám přidělovány ad hoc (jako je to v případě MPSV), tzn. není dopředu znám balík financí, které budou specificky zaměřeny na protidrogovou politiku, nelze protidrogovou politiku plánovat a koordinovat.

5.1.7. Informace, výzkum, hodnocení

Tato oblast měla být původně oblastí *Vztahů s veřejností* (public relations) (kap. 3.1.2). Nebylo proto možné využít analýzy situace provedené v roce 2004 pro zhodnocení stavu a jeho vývoje v této oblasti. Nicméně, i když public relation nepatřilo do činnosti skupiny, byla SWOT analýza z roku 2004 zhodnocena z pohledu skupiny pro monitoring, výzkum a hodnocení.

V oblasti *Vztahů s veřejností* skupina konstatovala, že problémy identifikované v roce 2004 zůstávají přibližně stejné: podceňování/opomíjení problematiky legálních drog, slabá podpora vztahů s veřejností u poskytovatelů služeb, jisté zlepšení bylo konstatováno u podpory public relations z resortních prostředků. Dále byla jako slabá stránka hodnoceno, že sekretariát RVKPP nemá (pravidelná) pracovní setkání s tiskovými pracovníky rezortů, krajů a Policie ČR. Zejména od zástupců neziskových organizací v jiných expertních pracovních skupinách však vyplynula potřeba zlepšit public relations protidrogové politiky (skupina pro léčbu a následnou péči a pro snižování rizik).

Z pohledu oblasti *Informace, výzkum, hodnocení* bylo konstatováno zlepšení některých silných stránek. V průběhu pěti let došlo podle expertů k ještě většímu posílení pozice Národního monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti jako poskytovatele informací, ke zlepšení spolupráce sekretariátu RVKPP s kraji v oblasti poskytování informací, k posílení publikační činnosti a ke zlepšení poskytování informací prostřednictvím webových stránek.

Za úspěch, tedy odstranění slabé stránky, lze považovat konsolidaci drogového informačního systému, zabezpečení kvalitního mapování drogové situace, pravidelné poskytování a dobrou dostupnost informací. Ke zlepšení situace došlo v oblasti propojenosti, výměně a poskytování informací mezi rezorty, nicméně mezirezortní spolupráce zůstává slabou stránkou.

Expertní pracovní skupina identifikovala ještě další silné a slabé stránky pro oblast *Informace, výzkum, hodnocení* v roce 2009, nicméně srovnání jejich vývoje v průběhu pěti let není možné z důvodů uvedených výše.

5.1.8. Mezinárodní spolupráce

V roce 2004 byla za slabou stránku bránící efektivnímu využívání možností, které mezinárodní spolupráce poskytuje, považována nedostatečná jazyková vybavenost českých odborníků, která stěžovala komunikaci se zahraničím. Dále pověření pracovníci orgánů veřejné správy postrádali odpovídající znalosti o mezinárodní legislativě v oblasti protidrogové politiky. Vnímána byla i nízká schopnost orgánů veřejné správy na všech úrovních získávat finanční zdroje z EU, čili nedostatek schopností a zkušeností s žádostmi o finanční podporu na realizaci mezinárodních projektů. Tyto oblasti se podle hodnocení skupiny podařilo v průběhu pěti let zlepšit a odstranit.

Za silnější stránku v oblasti *Mezinárodní spolupráce* je považována legislativa v oblasti potlačování nabídky a v oblasti kontroly legálního zacházení s omamnými a psychotropními látkami (OPL) a prekurzory drog, dobrá multidisciplinární a bilaterální spolupráce v oblasti kontroly legálního zacházení s OPL a prekurzory drog.

Významným z hlediska mezinárodní spolupráce bylo předsednictví ČR Evropské unii v prvním pololetí 2009. Za úspěch lze považovat prosazení priorit protidrogové politiky ČR na úrovni EU, zejména jde o prosazení principů harm-reduction do Akčního plánu EU na roky 2009–2012. V rámci předsednictví ČR v Radě EU bylo experty zmíněno několik dalších úspěchů: vedení HDG (Horizontal Drug Group), hodnocení deklarace UNGASS z roku 1998³³, zvýšení zájmu ze strany třetích zemí (střední Asie) o spolupráci s ČR, přijatý návrh ČR pro sledování indikátorů snižování nabídky drog. V průběhu předsednictví ČR byl přijat Akční plán boje proti drogám EU se zeměmi střední Asie (2009–2013), Akční plán boje proti drogám EU se zeměmi západního Balkánu (2009–2013), došlo k zahájení dialogu s východními partnery (Bělorusko, Moldavsko) a k prohloubení dialogu s Ukrajinou. Dalšími událostmi bylo uskutečnění 11. setkání na nejvyšší úrovni týkající se spolupráce a koordinačních mechanismů v oblasti drog mezi EU a LAC³⁴ (Quito) a implementace Rozhodnutí Rady pro posílení činnosti členských států EU v oblasti represe k potírání pašování drog v západní Africe³⁵.

Nicméně nepodařilo se vyřešit resp. vybudovat jednoznačný mechanismus pro posuzování a zařazování nových látek na seznam OPL, nepodařilo se odstranit nedostatky ve sdílení informací mezi jednotlivými subjekty protidrogové politiky (mezirezortní komunikace). Jako slabá stránka v roce 2004 i v roce 2009 byla vnímána neexistující politika a podpora účasti odborníků a zástupců neziskových organizací na mezinárodních projektech a spolupráce v rámci odborných sítí a účasti na odborných konferencích v rámci EU. Za významnou slabou stránku v roce 2009 je považována nedostatečná spolupráce ČR s nečlenskými zeměmi EU nebo absence právní úpravy trestní odpovědnosti právnických osob v národním právním systému, která znemožňuje ratifikaci mezinárodních úmluv důležitých i pro protidrogovou politiku.

Diskutabilní je vnímání prestiže ČR na evropské a mezinárodní úrovni, která se dle oblastí mezinárodní spolupráce mezi odborníky liší. Jako lepší je prestiž ČR vnímána např. v oblastech jako spolupráce s EMCDDA, v oblastech kterou zabezpečovalo ministerstvo vnitra, zdravotnictví či ministerstvo zahraničních věcí. Na druhou stranu bylo kritizováno opuštění pozic ČR v Pompidou Group Rady Evropy.

³³ UN General Assembly Special Session

³⁴ XI. High level meeting of the cooperation and coordination mechanism on drugs EU – LAC

³⁵ Council Conclusions designed to reinforce the law enforcement action of EU Member States in the fight against drug trafficking in West Africa

5.2. Evaluace stupně dosažení stanovených cílů strategie na základě vývoje kvantitativních ukazatelů drogové situace

Evaluace míry dosažení cílů strategie se týká prvních šesti specifických cílů, které se vztahují ke změně drogové situace. Cíle jsou hodnoceny na základě interpretace vývoje vybraných kvantitativních ukazatelů. Prvním rokem časové řady je u většiny indikátorů rok 2004. Každý hodnocený specifický cíl je členěn do podkapitol, které obsahují: i) popis použitých indikátorů; ii) srovnání vývoje dané oblasti v průběhu sledovaných let; iii) celkové zhodnocení dosažení cíle.

Data k této kapitole, z nichž hodnocení vychází, jsou ve formě tabulek a grafů uvedena v příloze 7.5.

5.2.1. Cíl I – Stabilizovat případně snížit počet problémových uživatelů drog

5.2.1.1. Popis použitých indikátorů

Zhodnocení situace týkající se problémových uživatelů drog vychází primárně z dat získaných z nízkoprahových zařízení pro uživatele drog, z registru žádosti o léčbu spojenou s užíváním drog hygienické služby ČR a z dalších zdrojů uvedených u příslušných tabulek (příloha 7.5). Důraz je zaměřen na vývoj:

- počtu problémových uživatelů a jejich charakteristiky (průměrný věk, injekční užívání, primární droga),
- počtu problémových uživatelů v kontaktu a v léčbě (ambulantní, rezidenční, substituční).

5.2.1.2. Vývoj sledované problematiky v čase

Problémové užívání

Problémové užívání drog je podle EMCDDA definováno jako dlouhodobé a/nebo injekční užívání opiátů a/nebo amfetaminů a/nebo kokainu³⁶. V České republice je každoročně odhadováno 30 000 až 32 500 problémových uživatelů drog (PUD), zhruba dvě třetiny z nich jsou uživateli pervitinu, třetina užívá opiáty heroin nebo Subutex® – viz také Tabulka 19. V posledních dvou letech došlo k mírnému nárůstu odhadovaného počtu PUD, s ohledem na šířku intervalu spolehlivosti ale nemusí jít o statisticky významný nárůst. Vyšší odhady mohou také souviset se zvyšujícím se počtem PUD v kontaktu s nízkoprahovými zařízeními, na jejichž datech jsou odhady založeny.

Odhad podílu PUD v kontaktu s nízkoprahovou službou byl v minulých letech zjišťován nepravidelně, nicméně se zdá, že v posledních letech roste. Roste i průměrný věk klientů v kontaktu s nízkoprahovými programy, což by mohlo být rovněž indikátorem toho, že noví PUD z mladších věkových kategorií přibývají méně (Tabulka 20). Kraji s nejvyšší prevalencí problémového užívání jsou stabilně Hl. m. Praha, Ústecký a Jihomoravský kraj.

Injekční užívání

Injekční aplikace je mezi problémovými uživateli drog stále převažujícím způsobem užívání – podíl injekčních uživatelů se zatím nedaří uspokojivě snížit. Nízkoprahová zařízení jsou nicméně v tomto ohledu aktivní a přicházejí s novými strategiemi, jak injekční užívání a s ním spojená rizika snížit či omezit – v minulých letech například některá z nich zahájila distribuci želatinových kapslí k orální aplikaci pervitinu.

Subutex®

Mírně roste počet problémových uživatelů Subutexu®, zřejmě částečně na úkor uživatelů pouličního heroinu. Meziročně roste i odhadovaná spotřeba Subutexu® a počet pacientů registrovaných v substitučních programech. Nárůst v NRULIS (registru substituční léčby) je ovšem třeba chápat v kontextu postupného dohlašování již dříve léčených pacientů nově registrovanými lékaři a také neúplným pokrytím substituční léčby. Podrobně také viz také Tabulka 21 a 22.

Problémoví uživatelé v léčbě

³⁶ V ČR není součástí prevalenčních odhadů problémové užívání kokainu, resp. cracku, a to z důvodu velmi nízkého počtu uživatelů kokainu napříč registry, což znemožňuje provedení odhadu.

Počet žadatelů o léčbu v souvislosti s užíváním pervitinu je od roku 2004, pokud odhlédneme od meziročních výkyvů, víceméně stabilní; počet žadatelů o léčbu v souvislosti s opiáty a konopnými látkami v posledních čtyřech letech mírně klesá. Mírný nárůst je patrný u počtu léčených uživatelů opiátů v psychiatrických ambulancích, což může souviset s rozšiřujícím se poskytováním substituční léčby v nich. Kraji s nejvyšším počtem žádostí o léčbu v souvislosti s užíváním nelegálních drog jsou Hl. m. Praha, Ústecký kraj a Vysočina. Průměrný věk žadatelů i prvožadatelů o léčbu se zvyšuje.

Rizikové užívání alkoholu

O míře nadužívání alkoholu mezi dospělými Čechy chybí spolehlivé údaje. Podle odhadů je závislých na alkoholu a/nebo problémových pijáků alkoholu v ČR minimálně 300 tisíc (z toho asi 150 tisíc osob pravděpodobně na alkoholu závislých). Poslední údaje hovoří dokonce o 450 tis. osob (Sovinová H, Csémy L, 2010) Rizikovým nebo škodlivým způsobem pije cca 1,3 miliónu osob z dospělé, ekonomicky aktivní populace (Csémy a kol. 2008). V souvislosti s cílovou skupinou mladých lidí je podle studie ESPAD z roku 2007 nepříznivou zprávou to, že ve srovnání s předchozím obdobím přetrvává velmi časté užívání legálních drog (tabáku a alkoholu) mezi mládeží. Narůstajícím problémem dospívajících je také excesivní pití ve snaze dosáhnout stavu opilosti. V roce 2007 podle studie ESPAD zaznamenala ČR nejvyšší prevalence v rámci Evropy v souvislosti s intenzivní rizikovou konzumací alkoholu – 48 % 16letých Čechů bylo v posledních 12 měsících opilých – evropský průměr byl 39 %. Výskyt tohoto rizikového vzorce užívání stoupá v posledních letech zejména u dívek. Podle studie HBSC provedené mezi 15letými žáky v roce 2006 (SZÚ 2009) jsou české děti a mladiství v čele žebříčku pravidelné konzumace piva, alespoň jednou za týden se napije každý třetí chlapec a každá pátá dívka.

Stručné shrnutí a zhodnocení dosažení cíle

Podle dostupných indikátorů se zdá, že situace v oblasti problémového užívání drog je stabilizovaná, na čemž může mít zásluhu i dobré pokrytí ČR nízkoprahovými programy a dalšími (léčebnými) službami pro uživatele drog – viz také dále cíl V. Jako problematická se jeví vysoká míra injekčního užívání mezi problémovými uživateli drog, již se nedaří uspokojivě snižovat.

Míra problematického užívání alkoholu je dlouhodobě stabilizovaná na vysoké úrovni, v posledních letech dochází k nárůstu rizikivosti užívání alkoholu u dívek.

5.2.2. Cíl II – Zastavit nárůst experimentálního a příležitostného užívání legálních a nelegálních drog

5.2.2.1. Popis použitých indikátorů

Pro zhodnocení oblasti jsou použita především data z celopopulačních studií provedených NMS, ÚZIS, ze školní studie ESPAD, dále údaje Agentury pro certifikace v oblasti prevence a v neposlední řadě také údaje z Výročních zpráv o stavu ve věcech drog v České republice (Mravčík et al. 2005 – 2009). Sledován je zejména vývoj:

- prevalence užívání drog v obecné populaci,
- prevalence užívání drog mezi mladistvými (ve školní populaci),
- struktury a institucionální podpory programům primární prevence.

5.2.2.2. Vývoj sledované problematiky v čase

Prevalence užívání drog v obecné populaci

Průzkumy užívání drog v obecné a specifických populacích naznačují, že experimentální užívání drog v ČR neklesá. Podle dotazníkových šetření provedených v letech 2004 a 2008, které byly zaměřeny na užívání drog v populaci, se naopak zkušenosti s nelegálními drogami ve všech třech sledovaných časových horizontech (celoživotní, dvanáctiměsíční a třicetidenní prevalence) výrazně zvýšily – Tabulka 24 a 25. Nejvyšší nárůst se týká užívání konopných látek, u nichž celoživotní prevalence v populaci ve věku mezi 15 a 64 lety vzrostla mezi roky 2004 a 2008 z 20,6 % na 36,5 %, roční prevalence pak z 9,3 % na 15,2 %. Mírnější rostoucí trend se týká i zkušeností s extází, LSD, lysohlávkami, amfetaminy (pervitinem), kokainem a heroinem. Vysoký rozdíl v užívání nelegálních drog mezi lety 2004 a 2008 lze částečně vysvětlit metodologickými rozdíly v obou provedených studiích – v dotazníku z roku 2004 byly zahrnuty i otázky týkající se zdravého životního stylu obyvatel, které vedou k menší ochotě respondentů přiznat zkušenost s drogami, a tudíž k výslednému

podprezentování užívání drog. Tyto údaje rovněž staví Českou republiku mezi evropské země s nejvyššími prevalencemi užívání konopných látek, extáze, halucinogenů a amfetaminových drog.

Prevalence užívání drog ve školní populaci

Skutečnost, že experimentální užívání drog v České republice neklesá, potvrzují i průzkumy školní populace. Výsledky studie ESPAD, která je realizována od roku 1995 každé čtyři roky, naznačují mírný nárůst či stabilizaci v užívání konopí – celoživotní prevalence vzrostla mezi lety 2003 a 2007 o 2 procentní body. U všech ostatních drog dochází k výraznějšímu poklesu – týká se to především extáze – podrobněji Obrázek 4 a Tabulka 26. Z mezinárodního srovnání posledních výsledků studie nicméně vyplývá, že čeští šestnáctiletí studenti mají v Evropě jedny z nejvyšších zkušeností s nelegálními drogami, výjimečně vysoké prevalence se týkají především konopných látek. Určitým vodítkem k interpretaci aktuální situace v ČR je právě srovnání s vývojem v jiných evropských zemích, které v roce 2003 vykazovaly vysoké prevalence konopných látek (např. Francie, Německo, Velká Británie). V uvedených zemích zkušenosti s užíváním konopí mezi lety 2003 a 2007 výrazně poklesly a jde přitom o země, v nichž byly v uplynulých letech zavedeny rozsáhlé preventivní aktivity a/nebo poradenské služby pro (mladé dospělé) uživatele (konopných) drog. V České republice žádná podobná opatření zavedena nebyla.

Negativním jevem je i nárůst podílu šestnáctiletých studentů a žáků, kteří začali experimentovat s tabákem, alkoholem a nelegálními drogami ve věku 13 let nebo dříve. To se týká především zkušeností s konopím, tabákem a pivem – viz tabulku 2–4. Jak vysoký podíl šestnáctiletých se zkušenostmi s návykovými látkami, tak nízký věk, v němž s nimi začínají experimentovat, mohou souviset se subjektivním vnímáním rizik užívání drog a se subjektivním hodnocením dostupnosti uvedených látek (Tabulka 28 a Obrázek 5). Mezi lety 2003 a 2007 se významně snížil podíl šestnáctiletých, kteří považují za rizikové kouření dvaceti a více cigaret za den, mírně se zvýšilo vnímání rizikovitosti u alkoholu, konopí a amfetaminů. Na rozdíl od extáze a amfetaminů, jejichž subjektivně vnímaná dostupnost se mezi šestnáctiletými studenty snižuje, konopné látky jsou (subjektivně) dostupné pro více než polovinu respondentů a jejich dostupnost se dokonce mezi lety 2003 a 2007 zvýšila. Zatímco v roce 2003 kouřilo 27,0 % šestnáctiletých, v roce 2007 tento podíl poklesl o necelé dva procentní body (25,3 %), zvýšil se ovšem podíl silných kuřáků (11 a více cigaret denně) ze 7,6 % na 8,2 %. Nárůst je patrný i v případě pití nadměrných dávek alkoholu, a to více u dívek než u chlapců – Tabulka 29.

Prostředí zábavy

Mezi mladými lidmi, kteří navštěvují taneční párty a hudební festivaly, aktuálně klesá užívání extáze, naopak zvyšuje se podíl konzumentů stimulancií – pervitinu a kokainu. Nárůst užívání kokainu lze mimo jiné zřejmě vysvětlit jeho zvyšující se nabídkou, snižující se cenou (což je celoevropský trend) a rostoucí kupní silou české společnosti. Nárůst v užívání pervitinu v prostředí zábavy je možná způsoben odklonem od (hůře dostupné či méně kvalitní) extáze a jeho stále výrazně nižší cenou ve srovnání s kokainem. Stále přitom platí, že míra užívání drog v prostředí zábavy je výrazně vyšší než ve věkově srovnatelné obecné populaci.

Institucionální podpora primární prevence

Z hlediska primární prevence je k dispozici několik indikátorů. Data o celkových výdajích z veřejných rozpočtů poukazují na nárůst financí uvolněných na primární prevenci (v roce 2007 to bylo 48,7 mil. Kč / 8,7 % výdajů veřejných rozpočtů uvolněných na protidrogovou politiku; v roce 2008 to bylo 58,6 mil Kč / 10,5 %).

Koordinací (školské) primární prevence užívání drog je pověřeno MŠMT. Základním nástrojem pro realizaci prevence ve školách je od roku 2001 minimální preventivní program (MPP), který je pro školy závazný, rámcově jej definuje MŠMT a podléhá kontrole České školní inspekce (ČŠI). Realizaci MPP na škole zajišťuje školní metodik prevence ve spolupráci s dalšími pedagogy a školy realizující tento program mohou doplňovat o programy externích subjektů, včetně NNO. Problémem škol v minulém období bylo nedostatečné vzdělávání a příprava školních metodiků prevence a nedostatečné ocenění jejich práce, což může vést k méně aktivnímu přístupu k problematice prevence. MPP je definován velmi obecně a obsahuje řadu požadavků, které jsou na úrovni jednotlivých škol často obtížně realizovatelné. Školy se pak omezují na částečnou realizaci programu a využívají služeb externích subjektů (např. NNO, PPP, SVP, Policie ČR) (viz např. Miovský, 2007).

Mezi lety 2005 a 2008 poklesl počet programů podpořených MŠMT v rámci Programu 1 (dotace školám i školským zařízením) i objem prostředků, které byly takto přerozděleny. Za období 2005–2008 byl naopak sledován nárůst podílu podporovaných programů realizovaných mimo školní docházku (2006: 17 %, 2008: 45 %). Poklesl podíl podporovaných programů v rámci školní docházky (2006: 82 %, 2008: 43 %). Zaznamenán byl rovněž nárůst podílu adaptačních kursů (2006: 14,7 %, 2008: 48 %), pokles podílu zážitkových programů (2006: 17,6 %, 2008: 10 %), pokles podílu jednorázových přednášek a besed ((2006: 13,6 %, 2008: 4 %). V roce 2006 bylo konstatováno, že oproti roku 2005 kleslo zastoupení programů na principu vrstevnického přístupu (peer programů), programů včasné intervence a dlouhodobých cyklů přednášek a seminářů (realizovaných v průběhu jednoho a více roků).

Postupně se snižoval počet programů, které vykázaly primárně preventivní aktivity v rámci dotačního řízení RVKPP (2005: 67 programů, 2006: 51 programů, 2007: 45 programů, ale pouze 35 jich vykázalo v závěrečných zprávách statistické údaje, 2008: 35 programů). Postupně se také snižoval počet škol, ve kterých byly financované programy realizovány a počet oslovených žáků/studentů se pohyboval v rozmezí 100 – 135 tis. za rok.

Positivně lze hodnotit implementaci preventivních programů, u nichž byla zhodnocena jejich efektivita nebo evaluace v daném období probíhala. V roce 2006 bylo například zahájeno pokračování mezinárodního projektu EU-DAP (Implementation of European Drug Addiction Prevention), do kterého se zapojila i ČR. V roce 2007 proběhla evaluace preventivního programu Unplugged vytvořeného v rámci první vlny projektu EU-DAP pro českou populaci žáků 2. stupně základních škol. V roce 2007 byl ukončen pětiletý Projekt evaluace komunitního primárně preventivního programu o.s. Prev-Centrum.

Pro hodnocení kvality programů specifické primární prevence byly v roce 2005 definovány Standardy odborné způsobilosti poskytovatelů programů primární prevence užívání návykových látek (MŠMT 2005) a certifikační systém v oblasti prevence byl spuštěn v roce 2006. V prosinci 2008 MŠMT schválilo aktualizovanou verzi standardů a certifikačního řádu. Od prosince r. 2006 do konce r. 2008 požádalo o certifikaci celkem 40 zařízení, resp. 54 programů, z toho podmínkám certifikace vyhovělo 36 zařízení, resp. 48 programů; v roce 2008 proběhlo 8 místních šetření u 9 programů (Agentura pro certifikace, 2009).

V r. 2007 vznikl v rámci projektu Pilotní ověření databáze pro evidování výkonů primární prevence realizovaného Centrem primární prevence o. s. Prev-Centrum dokument Seznam a definice výkonů v oblasti primární prevence a na jeho základě byla otestována a spuštěna elektronická aplikace pro evidenci klientů a výkonů v primární prevenci PrevData (dostupná na www.drogozsluzby.cz).

Stručné shrnutí a zhodnocení dosažení cíle

Uvedené trendy naznačují, že cíl II. – Zastavit nárůst experimentálního a příležitostného užívání legálních a nelegálních drog se podařilo splnit pouze částečně. Stabilizace či snížení užívání některých drog (např. extáze) je pravděpodobně dáno snižující se popularitou extáze způsobenou spontánními sociokulturními změnami ve skupině mladistvých a mladých dospělých, zejména v prostředí zábavy a na taneční scéně. Užívání nelegálních drog v obecné populaci roste, týká se to zejména konopných drog, ve školní populaci zůstává stabilně na vysoké úrovni. Nedaří se ani omezování užívání legálních drog mezi mladými lidmi.

Nulovou změnu nebo zhoršení stavu v rámci tohoto cíle lze částečně přičíst na vrub faktu, že v České republice neprobíhají žádné soustředěné specifické kampaně a preventivní aktivity, které by měly prokázanou efektivitu, mají velmi omezené pokrytí (např. projekt EU-Dap či projekt Prev-Centra v Praze). Oblast prevence zároveň trpí některými neduhy, mezi něž patří např. překryvy kompetencí a financování, častá podpora a realizace jednorázových neúčinných programů typu „vším proti drogám“, nedostatek specifických programů selektivní a indikované prevence, nedostatek odborníků a vzdělávacích programů pro oblast indikované prevence, formálnost Minimálních preventivních programů ve školách apod.

5.2.3. Cíl III – Stabilizovat případně snížit spotřebu legálních a nelegálních drog ve společnosti, zejména mezi nezletilými mladými lidmi

5.2.3.1. Popis použitých indikátorů

Hodnocení dosažení cíle vychází z odhadů spotřeby nelegálních drog, které jsou založeny na průzkumech v obecné (průzkum GENACIS z roku 2002 a Celopopulační studie o užívání návykových látek v ČR z roku 2008) či školní populaci (studie ESPAD) a na odhadech počtu problémových uživatelů drog (týká se především heroinu a pervitinu).

Spotřeba legálních drog alkoholu a tabáku vychází z odhadů spotřeby potravin prováděných každoročně Českým statistickým úřadem. Jde vždy o průměrnou spotřebu (na jednoho obyvatele ČR) vypočítanou na základě středního stavu obyvatelstva v jednotlivých letech. Do spotřeby cigaret jsou zahrnuty pouze cigarety v kusech, nejedná se tedy o spotřebu všech tabákových výrobků včetně dýmkového tabáku, doutníků apod. Do spotřeby piva uvedené v litrech jsou zahrnuta i nealkoholická piva.

5.2.3.2. Vývoj sledované problematiky v čase

Spotřeba alkoholu a cigaret

Ze srovnání odhadované spotřeby alkoholu a cigaret v letech 2004 až 2008 (Tabulka 33) vyplývá, že se situace dlouhodobě významně nemění. Celková spotřeba alkoholických nápojů je v letech 2004 a 2008 téměř shodná, přičemž mezi těmito lety kolísala a pohybovala se směrem nahoru. Rozdělení alkoholických nápojů podle typu naznačuje spíše proměňující preferenci alkoholických nápojů – mezi lety 2004 a 2008 se o 2 l/osobu zvýšila spotřeba vína, o 4 l/osobu však poklesla spotřeba piva.

Spotřeba čistého lihu ovšem od r. 2004 trvale roste a to jak celkem, tak s ohledem na druh alkoholického nápoje. Pokles spotřeby piva je tak doprovázen nárůstem spotřeby čistého lihu obsaženém v pivu; nárůst spotřeby čistého lihu je patrný i u lihovin a vína, kde je současně doprovázen rovněž nárůstem spotřeby obou typů alkoholických nápojů. Uvedené údaje mohou naznačovat častější preference kvalitnějšího či dražšího piva s vyšším obsahem alkoholu na úkor slabšího (levnějšího) piva a nahrazování piva vínem.

Spotřeba cigaret zřejmě rovněž dlouhodobě neklesá, ačkoliv mezi lety 2007 a 2008 je patrné snížení spotřeby o 238 cigaret na osobu – jde přitom o první snížení spotřeby cigaret od roku 2001. Je proto problematické jej interpretovat – může se jednat jak o přechod kuřáků k levnějším variantám spotřeby např. sypaného tabáku nebo může jít o počátek klesajícího trendu spotřeby tabákových výrobků obecně jako výsledek protikuřáckých kampaní z posledních let.

Spotřeba ostatních drog

Informace o spotřebě nelegálních drog jsou k dispozici pouze za roky 2003 a 2008, přičemž u všech drog s výjimkou heroinu došlo k výraznému nárůstu. Spotřeba extáze a LSD vzrostla na téměř čtyřnásobek, nárůst u konopných drog je téměř 70 %, u pervitinu jde o více než 20 % zvýšení spotřeby. Spotřeba heroinu naopak poklesla o 41 % – viz také Tabulka 34. Pokles spotřeby heroinu lze do jisté míry vysvětlit zavedením a dostupností substituční léčby a zneužíváním substitučního přípravku s obsahem buprenorfinu (Subutex®). Odhady spotřeby nelegálních drog je třeba interpretovat opatrně, neboť jejich hlavní složkou jsou data z celopopulačních průzkumů z roku 2002 a 2008, které byly rozdílně zaměřeny, obsahovaly odlišně položené otázky a zároveň zjišťovaly o užívání drog a zvyklostech uživatelů rozdílné podrobné informace. I když určitý nárůst spotřeby sledovaných drog v roce 2008 je pravděpodobný, je třeba uvedená aktuální data považovat mimo jiné i za zpřesnění stávajících odhadů.

Informace z průzkumů v obecné populaci a mezi návštěvníky tanečních akcí naznačují (viz také zhodnocení cíle I.), že lze do budoucna očekávat snížení spotřeby extáze (způsobené snižující se poptávkou), a naopak nárůst spotřeby kokainu.

Stručné shrnutí a zhodnocení dosažení cíle

Hodnocení dosažení cíle je s ohledem na kvalitu a srovnatelnost dostupných informací problematické. Validní a srovnatelná jsou data o užívání legálních drog alkoholu a tabáku, která naznačují, že spotřeba obou látek je v ČR stabilní a neklesá, v budoucnosti zřejmě je možné očekávat pokles spotřeby cigaret.

Spotřeba nelegálních drog podle dostupných údajů v ČR roste, výjimkou je snížení spotřeby heroínu, které zřejmě souvisí s užíváním opiátových substitučních přípravků ať už lege artis užívanými, či jejich zneužíváním z černého trhu.

5.2.4. Cíl IV – Snížit potenciální rizika užívání všech typů drog a ekonomické, zdravotní a sociální dopady jejich užívání na jedince a společnost

5.2.4.1. Popis použitých indikátorů

Při hodnocení cíle jsou používána data dostupná z Výročních zpráv o stavu ve věcech drog v České republice ve sledovaných letech (Mravčík et al. 2005 – 2009). Sledován je zejména vývoj:

- smrtelných předávkování nelegálními drogami a úmrtí za přítomnosti drog;
- výskytů infekčních nemocí mezi uživateli drog;
- počty distribuovaných injekčních stříkaček, počty provedených testů na infekční choroby a další intervence v (nízkoprahových) programech pro uživatele drog.

5.2.4.2. Vývoj sledované problematiky v čase

Úmrtí uživatelů drog

Ze srovnání let 2004 a 2008 vyplývá stabilní výskyt či mírně sestupný trend výskytu smrtelných předávkování (přímých drogových úmrtí) vybranými nelegálními drogami a těkavými látkami (Tabulka 35), relativně stejnou měrou se na výskytu podílely opiáty, amfetaminy a těkavé látky. V průběhu sledovaného období nebyl zaznamenán žádný případ smrtelného předávkování konopnými látkami ani halucinogeny a ojedinělé případy předávkování kokainem. V případě MDMA to byla pouze dvě předávkování v roce 2005. Pokud se jedná o nepřímá drogová úmrtí (tj. úmrtí z jiných příčin než předávkování s pozitivním nálezem OPL), je z dlouhodobějšího pohledu patrný nárůst případů s pozitivním nálezem THC a stimulancií (pervitinu), které se na výskytu nepřímých úmrtí podílejí nejvyšší měrou (Obrázek 6). Počet úmrtí z jiných příčin než předávkování za přítomnosti nelegálních drog je vyšší než počet předávkování jimi způsobených. Na nepřímých úmrtích se podílejí také úmrtí za přítomnosti drog při dopravních nehodách.

Infekční onemocnění mezi uživateli

Ve sledovaném období přetrvávala relativně příznivá situace ve výskytu nově diagnostikovaných případů HIV infekce mezi injekčními uživateli drog, i když v letech 2007 a 2008 došlo k nárůstu případů na dvojnásobek počtu případů identifikovaných v minulých letech. Výskyt hlášených případů žloutenek typu C (VHC) u injekčních uživatelů drog (IUD) má vzestupnou tendenci, i když v letech 2006–2008 byl pozorován sestupný trend. Výskyt nových případů žloutenek typu B (VHB) mezi IUD má dlouhodobě sestupnou tendenci, jehož příčinou je pravděpodobně zavedení pravidelného očkování proti VHBv roce 2001 (Tabulka 36 a Obrázek 7). Prevalence HIV mezi injekčními uživateli drog je dlouhodobě stabilizována na či pod úrovni 1 promile. Oproti r. 2004 je však v následujících letech patrný pokles počtu HIV testů u IUD (Tabulka 37 a Tabulka 38).

Opatření a intervence

Síť nízkoprahových programů pro uživatele drog (kontaktních center a terénních programů) je dlouhodobě stabilní s počtem přibližně 100 programů. Dlouhodobě roste počet výkonů (kontaktů) vykázaných v této síti.

Pokud se zaměříme na počty testů na infekční nemoci v nízkoprahových zařízeních (Tabulka 39 a Obrázek 8), je zřejmé, že se od roku 2004 snížil celkový počet testujících programů a množství provedených testů i v tomto monitorovacím systému. Nejvýraznější pokles je patrný u testů na hepatitidu typu C, kdy počet provedených testů klesl z 2 582 v roce 2004 na 687 v roce 2008.

Od roku 2004 se téměř zdvojnásobil počet vyměněných stříkaček a jehel. Podobný trend lze pozorovat i v počtu provedených výměn. Za příznivý lze označit nárůst počtu výměnných programů a také narůstající počet injekčních uživatelů využívajících služeb nízkoprahových programů. Podle informací ze závěrečných zpráv si každý injekční uživatel, který nízkoprahové zařízení v roce 2008 navštívil, vyměnil průměrně 9,7krát (10,3krát v roce 2007) a obdržel celkem 208 sterilních stříkaček (214 v roce 2007). Rozložení objemu distribuovaného injekčního materiálu v jednotlivých krajích odpovídá relativnímu počtu injekčních (problémových) uživatelů drog. Srovnatelné údaje, týkající se míry sdílení jehel a stříkaček ve sledovaném období, jsou k dispozici z registru žádostí o léčbu.

Vzhledem k tomu, že se jedná o údaje o celoživotní prevalenci sdílení injekčního náčiní, je interpretace aktuálního trendu obtížná (Tabulka 41).

V prostředí noční zábavy byl po delší době výraznějším pokusem oživit aktivity směřující ke snížení rizik rekreačního užívání drog projekt Safer Party Tour³⁷. Situace v oblasti poskytování služeb harm-reduction pro rekreační uživatele drog v prostředí noční zábavy se od r. 2008 částečně také díky tomuto projektu zlepšila. V roce 2008 poskytovalo služby celkem 6 terénních programů a jednalo se tak o první nárůst počtu poskytovatelů od roku 2004, kdy došlo v důsledku omezení financování těchto programů k výraznému omezení jejich aktivit (v r. 2003 to bylo 18 programů).

Stručné shrnutí a zhodnocení dosažení cíle

Ze srovnání vývoje mezi lety 2004 a 2008 vyplývá sestupný trend smrtelných předávkování nelegálními drogami s výjimkou pervitinu, kde se jedná o mírný nárůst. Roste naopak počet nepřímých úmrtí; z dlouhodobějšího pohledu je patrný zejména nárůst případů s pozitivním nálezem THC a pervitinu.

V oblasti infekčních chorob mezi injekčními uživateli během posledních pěti let přetrvává příznivá situace u infekce HIV, kde se promořenost pohybuje dlouhodobě pod či na úrovni jednoho promile. U akutní a chronické VHC dochází k dlouhodobému mírnému nárůstu počtu pozitivních případů mezi injekčními uživateli drog, přičemž v posledních dvou letech se situace stabilizovala. Celkový počet všech provedených testů (na HIV, VHB a VHC) se od roku 2004 snížil o více než 60 procent. Důvodem je zejména absence rychlých testů, ke které došlo od začátku r. 2006 a kterou se nepodařilo v plné míře do r. 2008 nahradit, a dále absence spolupráce drogových služeb se zdravotnickými zařízeními či orgány ochrany veřejného zdraví facilitované z centrální úrovně.

Na základě uvedených dat můžeme konstatovat, že potenciální rizika užívání všech typů drog a ekonomické, zdravotní a sociální dopady jejich užívání na jedince a společnost se v ČR daří držet na nízké úrovni a v hodnoceném období se podařilo ve sledovaných oblastech udržet stabilní situaci.

5.2.5. Cíl V. – Zvyšovat kvalitu života uživatelů všech typů drog, jejich rodičů a blízkých prostřednictvím zajištění dostupnosti kvalitních služeb léčby a resocializace

5.2.5.1. Popis použitých indikátorů

Při hodnocení cíle jsou používána data dostupná z Výročních zpráv o stavu ve věcech drog v České republice ve sledovaných letech. (Mravčík et al. 2005 – 2009). Sledován je zejména vývoj:

- typů, dostupnosti a nabídky služeb pro uživatele drog,
- vybraných charakteristik žadatelů o léčbu.

5.2.5.2. Vývoj sledované problematiky v čase

V r. 2008 nedošlo k výrazné změně počtu programů/služeb oproti předchozím rokům. Od r. 2005 dochází k poklesu počtu ambulantních zdravotnických zařízení, která v tzv. „živé“ kartotéce evidují také uživatele drog. V roce 2007 a 2008 také výrazně klesl počet pacientů léčených v ambulantních zdravotnických zařízeních. Vzrostl počet specializovaných substitučních (metadonových) center, substituční léčba se rozšířila v roce 2008 také do 10 věznic (od r. 2006 probíhal pilotní projekt ve 2 věznicích); počet ambulantních lékařů předepisující přípravky obsahující buprenorfin se v roce 2007 odhadoval na 390 a počet pacientů léčených mimo specializovaná substituční centra na 3 500 až 3 800. Počet psychiatrických léčeben, dětských psychiatrických léčeben a psychiatrických oddělení nemocnic se výrazně nezměnil. Počet pacientů léčených v těchto zařízeních je také stabilní. Oproti r. 2004 klesl počet terapeutických komunit a také počet klientů v nich léčených. Počet programů následné péče je stabilní, vzrostl ovšem počet klientů následné péče. V průběhu posledních čtyř let vzrostl počet detoxifikačních jednotek ve věznicích a také počet jejich klientů. Geografické rozložení služeb se od r. 2004 výrazně nezměnilo. Všechny typy léčebných služeb jsou regionálně relativně dobře dostupné (Tabulka 42).

³⁷ Projekt vznikl z iniciativy občanského sdružení Chillio.org³⁷ v roce 2008, probíhá na vybraných letních festivalech a spolupracuje na něm několik neziskových organizací. Jeho součástí je rozsáhlá evaluace, zahrnující např. dotazník mapující užívání alkoholu a ilegálních drog mezi návštěvníky párty.

V r. 2005 byl spuštěn systém certifikací odborné způsobilosti služeb pro uživatele drog. V průběhu let 2005–2009 vzrůstal počet provedených místních šetření a počet udělených certifikací. Počet certifikovaných programů k 31. 6. 2009 byl 177. Vzhledem k tomu, že certifikace je podmínkou udělení dotace RVKPP, bylo nejvíce certifikací uděleno v počátečních letech 2005 a 2006 (Tabulka 43).

Socio-ekonomické charakteristiky žadatelů o léčbu se od r. 2002 nemění. Z celkového počtu 8 487 žadatelů o léčbu v roce 2008 bylo 11,1 % bez domova, dalších 6,8 % pobývalo v zařízeních (např. ve věznicích, ústavech, na ubytovnách nebo v azylových domech); stálé bydliště udalo 52,3 %. Necelá polovina všech i nově evidovaných léčených uživatelů drog žije s rodiči, 20,6 % všech léčených klientů uvedlo, že žijí sami – častěji muži (21,8 %) než ženy (12,6 %); z nově evidovaných klientů žije samo 18,2 %. Celkem 522 (6,2 %) léčených uživatelů drog uvedlo, že žijí společně s dětmi. Více než polovina žadatelů o léčbu byla nezaměstnaná nebo vykonávala příležitostnou práci. Pravidelně zaměstnaní vykazuje 20,8 % prvožadatelů a 22,2 % všech žadatelů o léčbu. Vyšší podíl nezaměstnaných či příležitostně pracujících je mezi muži. Téměř 50 % žadatelů o léčbu má základní vzdělání. Nedokončené základní vzdělání má 6,0 % prvožadatelů a 4,1 % všech žadatelů o léčbu (Studničková and Petrášová, 2009).

Stručné shrnutí a zhodnocení dosažení cíle

Počet programů a služeb se v průběhu posledních čtyř let výrazně nemění, klesá počet ambulantních zdravotnických zařízení poskytujících péči uživatelům drog a klesá i počet jejich pacientů – uživatelů drog. Regionální dostupnost služeb je relativně dobrá. Od roku 2005 funguje systém certifikací odborné způsobilosti drogových služeb (týká se především NNO financovaných formou dotací ze státního rozpočtu), který zaručuje minimální kvalitu poskytovaných služeb. V průběhu sledovaného období se tedy dařilo udržet stávající stav a relativně širokou nabídku služeb pro uživatele drog a jejich blízké.

5.2.6. Cíl VI – Snížit dostupnost legálních a nelegálních drog pro obecnou populaci a zejména pro nezletilé mladé lidi prostřednictvím efektivnějšího využívání existujících legislativních a institucionálních nástrojů

5.2.6.1. Popis použitých indikátorů

Při hodnocení cíle jsou používána data dostupná z Výročních zpráv o stavu ve věcech drog v České republice ve sledovaných letech (Mravčík et al., 2005 – 2009). Sledován je zejména vývoj:

- počtu záchyťů a objemů záchyťů hlavních typů drog,
- množství zachycených prekurzorů a léků s obsahem pseudoefedrinu určených pro výrobu pervitinu, odhalených varen a zadrženoého pervitinu,
- počet a podíl trestně stíhaných, obžalovaných a odsouzených osob za drogové trestné činy,
- subjektivně vnímaná dostupnost drog na českém trhu.

5.2.6.2. Srovnání vývoje v porovnání s výchozím stavem

Záchyty drog

Údaje o počtu a objemu záchyťů jednotlivých typů drog po dané období standardně poskytovaly Národní protidrogová centrála a Celní správa ČR. Počet záchyťů u marihuany byl v posledních 4 letech stabilní a pohyboval se v rozmezí 550–600 záchyťů ročně, v roce 2008 se nicméně objem zadrženoé marihuany více jak ztrojnásobil a narostl také počet zabavených rostlin konopí. V této souvislosti je evidentní trend nárůstu odhalených pěstíren konopí –v roce 2008 jich bylo odhaleno zhruba čtyřikrát více než v roce 2005. Počet i objem záchyťů hašiše se snížil. Druhou nejčastěji zadrženoou drogou po marihuaně zůstává pervitin; od r. 2004 je počet i objem záchyťů relativně stabilní, roste ovšem počet odhalených varen a narůstá rovněž množství léků s obsahem pseudoefedrinu zabavených v souvislosti s výrobou pervitinu –Tabulka 44. Počty a objemy záchyťů u některých typů drog vykazují v některých letech výrazné výkyvy (např. hašišv roce 2005, extázev roce 2007, kokainv roce 2007). Zřejmě jde o vliv více faktorů (např. záchyt většího počtu a/nebo objemu drog v rámci dlouhodobě připravované akce, náhodné vlivy apod.) – podrobněji Tabulka 45 Tabulka 46.

Stíhání, obžalování, odsouzení za drogové trestné činy

Dalším indikátorem jsou počty a podíly osob stíhaných, obžalovaných a odsouzených za drogové trestné činy (DTČ). DTČ jsou míněny trestné činy podle ustanovení § 187, 187a, 188 a 188a trestního zákona platného do konce r. 2009. Za sledované období se počet stíhaných osob za DTČ významně nezměnil, počet obžalovaných a odsouzených zůstal rovněž stabilní – podrobněji Tabulka 47. Zhruba dvě třetiny trestů tvořily podmíněné tresty, které byly ukládány hlavně v souvislosti s porušením § 187 TZ a v souvislosti s pervitinem. Nejčastěji byly osoby stíhány, obžalovány či odsouzeny za porušení § 187 TZ (cca 75 %), § 187a (8–15 %), § 188 (5–10 %), § 188a (1–12 %). S ohledem na typ drogy související s DTČ převažuje pervitin (50–60 %) a konopné látky (20–30 %). Nejvíce osob (jak v absolutním počtu tak poměrně) stíhaných za DTČ bylo v Ústeckém kraji, v Praze a v Karlovarském kraji.

Ceny a čistota základních typů drog byly relativně stabilní. Pozorovatelný byl mírný nárůst potence marihuany (ze 3 %v roce 2004 na 5,5 %v roce 2008) – podrobněji Tabulka 48 a 49.

Dostupnost drog

Z hlediska dostupnosti drog lze hovořit o dvou indikátorech – o odhadech Policie ČR a o subjektivně vnímané dostupnosti, jak byla změřena v populačních průzkumech. Podle výročních zpráv NPC (NPC, 2009, 2008, 2007, 2006, 2005) jsou všechny typy hlavních drog dostupné především ve větších městech v ČR, přičemž se v posledních letech zvyšuje jejich dostupnost i v městech menších a na venkově.

Nejdostupnější drogou v ČR je marihuana a zvyšuje se dostupnost marihuany s vyšším obsahem THC. Podle Celopopulační studie z roku 2008 představovala největší podíl konopných drog v ČRv roce 2008 indoor vypěstovaná marihuana, kterou si obstaralo 37 % respondentů, včetně těch, kteří si indoor marihuanu sami vypěstovali. Outdoor marihuana představovala 26,8 % a hašiš 2,7 % naposledy získané konopné drogy. Podle výsledků CS 2008 většina (57 %) uživatelů konopných drog označila ČR jako zemi původu naposledy získané konopné drogy, následovalo Nizozemí (6,5 %), jiná evropská země (2 %). Podle expertních odhadů je 20 % marihuany dostupných na tuzemském trhu importováno ze zahraničí, z toho cca 60 % z Holandska. Semena vysokopotentního konopí nejsou v oficiální nabídce žádného z českých „grow shopů“ (oficiálně obchody s potřebami pro pěstitele, neoficiálně pro pěstitele konopí, kterých je v ČR cca přes 25). Nicméně tato semena lze získat v rámci sociálních sítí anebo prostřednictvím internetových diskusí v komunitě pěstitelů konopí; semena si lze také komerčně objednat online ze zahraničí. Více než polovina (54 %) všech respondentů CS 2008 označila získání konopných drog za celkem obtížné až nemožné, 20 % naopak za velmi snadné. Pro tři čtvrtiny mladých lidí ve věku 15–24 let je ovšem získání konopné drogy snadné nebo velmi snadné (více viz speciální kapitola in Mravčík et al., 2009).

V rámci CS 2008 byla na dostupnost drog zaměřena otázka: „Kolikrát v životě vám byla nabídnuta droga zdarma nebo ke koupi?“. Z výsledků vyplývá, že polovině respondentů byla alespoň jednou nabídnuta marihuana, každému čtvrtému extáze, každému pátému halucinogenní houby, 13 % respondentů byl alespoň jednou nabídnut pervitin nebo LSD, a nejméně často se respondenti setkali s nabídkou heroinu nebo kokainu (7 % respondentů) – Tabulka 50. Tyto výsledky nelze porovnat s výsledky předchozí studie, protože v ní nebyla obsažena výše uvedená otázka. Výsledky budou porovnatelné až s výsledky následující celopopulační studie, která bude realizována v roce 2012.

Dostupnost kokainu roste ve velkých městech, zejména v Praze, a to především v prostředí noční zábavy. V souvislosti s růstem počtu záchyťů kokainu a jeho zachyceného objemu se předpokládá i jeho vyšší dostupnost v Brně.

Heroin je dostupný především v Praze a Ústeckém kraji, což koresponduje s vyšší prevalencí problémových uživatelů opiátů.

Od roku 2002 je popisován výskyt Subutexu na černém trhu v Praze, v dalších letech i v dalších, zejména českých krajích. Od roku 2003 je evidován také výskyt žadatelů o léčbu v souvislosti se zneužíváním Subutexu, a to také jako primární drogy. Uživatelé Subutexu tvořili v roce 2008 odhadem 4900 (43 %) z celkem 11 300 problémových uživatelů opiátů, ve většině (80–90 %) probíhá užívání Subutexu z černého trhu formou injekční aplikace. Na černý trh se Subutex dostává cestou preskripce nadměrného množství léku, resp. cestou tzv. *doctor shopping*, tj. preskripce léku jedné osobě více lékaři.

Dostupnost alkoholu a tabáku

V souvislosti s dostupností legálních drog – alkoholu a tabáku – je k dispozici několik zdrojů dat. Tabákem se zabývaly 3 mezinárodní studie, kterých se ČR účastnila: studie WHO Mládež a zdraví (HBSC – The Health Behaviour in School aged Children), studie WHO–CDC GYTS (Global Youth Tobacco Survey) a ESPAD (Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách). Prevalence kuřáctví mezi dospělými od poloviny devadesátých let stagnuje (asi 29 % kuřáků), je sledován mírný pokles u mužů. V letech 2002–2007 je sledován pokles počtu 13–15letých kuřáků (z 35 % na 31 %); v roce 2002 denně kouřilo 22 % 15letých, v roce 2006 to bylo 16 %; průměrná týdenní spotřeba cigaret u 15letých kuřáků byla 34 cigaret v roce 2002 a 36 cigaret v roce 2006 (SZÚ, 2009). Zřejmá je také pozitivní souvislost mezi kouřením a užíváním jiných návykových látek (např. s užíváním alkoholu, kouřením marihuany, užíváním extáze). Podle výsledků GYTS se dostupnost cigaret pro děti a mládež mírně zvýšila – současných 13–15letých kuřáků, kterým nebyl odmítnut prodej cigaret kvůli věku, bylo 72 % v roce 2002 a 77 % v roce 2007 (SZÚ 2009).

Legislativní rámec

Na počátku roku 2009 došlo ke schválení nového trestního zákoníku. Nový trestní zákoník byl vyhlášen ve Sbírce zákonů dne 9. února 2009 jako zákon č. 40/2009 Sb. a nabyl účinnosti dne 1. ledna 2010. Drogové trestné činy, dosud upravené v ustanoveních § 187 až § 188a trestního zákona č. 140/1961 Sb., jsou nově obsaženy v § 283 až § 287 nového trestního zákoníku. Trestní zákoník nově stanoví rozdílné trestní sazby za neoprávněné přechovávání drogy pro vlastní potřebu v množství větším než malém u konopných drog na jedné straně a u ostatních OPL na straně druhé. Byly zavedeny nové skutkové podstaty spočívající v neoprávněném pěstování rostlin obsahujících OPL pro vlastní potřebu v množství větším než malém, přičemž výši trestní sazby zákon odlišuje takové pěstování rostliny konopí od pěstování jiných rostlin a hub obsahujících OPL. Nařízení vlády nově závazně stanoví, jaké je množství větší než malé u omamných látek, psychotropních látek a přípravků je obsahujících (nařízení vlády č. 467/2009 Sb.), resp. které rostliny nebo houby se považují za rostliny a houby obsahující OPL a jaké je jejich množství větší než malé (nařízení vlády č. 455/2009 Sb.). Přechovávání OPL pro vlastní potřebu v malém množství či pěstování rostlin a hub obsahujících OPL pro vlastní potřebu v malém množství zůstává přestupkem.

Došlo ke změnám v oblasti nakládání s léčivy obsahujícími pseudoefedrin v návaznosti na nový zákon o léčivech, tj. zákon č. 378/2007 Sb., který je účinný od 1. ledna 2008. Od 1. května 2009 byl omezen výdej léků s obsahem do 30 mg pseudoefedrinu v tabletě (jejichž prodej nebyl do uvedeného data nijak omezen), a to na základě rozhodnutí Státního ústavu pro kontrolu léčiv (SÚKL), který provedl v souladu s ustanovením § 39, odst. 3 zákona o léčivech změnu registrace těchto léků a přijal následující omezení: (1) zákaz zásilkového prodeje, (2) stanovení maximální dávky na 1 pacienta měsíčně bez lékařského předpisu (1 800 mg, tj. v praxi tedy 60 tbl. po 30 mg), (3) zavedení registrace výdeje do centrálního úložiště elektronických receptů. V říjnu 2009 však byl provoz centrálního úložiště elektronických receptů z rozhodnutí Úřadu na ochranu osobních údajů přerušeno a v současnosti (duben 2010) je výdej těchto léků omezen množstvím 900 mg pseudoefedrinu (30 tbl. po 30 mg) při jednorázovém výdeji bez možnosti ověření v centrálním úložišti elektronických receptů. Krátce po omezení výdeje léků s obsahem pseudoefedrinu v lékárnách byly zaznamenány případy nelegálního dovozu těchto léků ze zahraničí, zejména z Polska.

Stručné shrnutí a zhodnocení dosažení cíle

Nejdostupnější drogou v ČR jsou konopné látky, následuje extáze, pervitin a kokain. Roste objem zachyceného konopí, kde tento nárůst souvisí především s častějším odhalováním velkopěstíren konopí. Roste počet odhalených varen pervitinu. Konopné drogy a pervitin jsou relativně snadno dostupné prakticky na celém území ČR. Ve větších městech narůstá dostupnost kokainu, heroin je dostupný zejména v Praze a dále v českých krajích (zejména v Ústeckém kraji). Počty a podíly stíhaných, obžalovaných a odsouzených osob za drogové trestné činy se v průběhu sledovaného období významně nezměnily. Stále vysoká je dostupnost alkoholu a tabáku, a to i v populaci osob mladších 18 let – důvodem je mj. nedostatečné vymáhání práva v této oblasti. Pozitivním krokem bylo zavedení omezení výdeje léků s obsahem pseudoefedrinu, který se používá jako prekurzor pro výrobu pervitinu.

Na základě uvedených dat můžeme konstatovat, že v průběhu sledovaného období se nepodařilo snížit dostupnost legálních a nelegálních drog pro obecnou populaci ani pro nezletilé mladé lidi.

6. Závěr – úspěchy a neúspěchy protidrogové politiky

Předmětem evaluace byla česká protidrogová politika v období let 2005–2009. Cílem evaluace bylo zjistit, do jaké míry se v uvedeném období podařilo dosáhnout cíle stanovené v Národní strategii protidrogové politiky na období 2005–2009, jaký byl účinek protidrogové politiky na drogovou situaci, a tedy zhodnotit její úspěchy či neúspěchy za dané období. Vzhledem k teoretickým východiskům, které uvádí, že fáze formulování a implementace veřejné politiky do jisté míry ovlivňují dosažení konečného výsledku, bylo součástí evaluace i hodnocení formulování strategických dokumentů (cílů a aktivit protidrogové politiky) i průběh a výsledky implementace.

Národní strategie protidrogové politiky na období 2005–2009 je dokumentem, který v sobě obsahuje hlavní a specifické cíle protidrogové politiky. Zaměřuje se ale také na vytvoření podmínek, které je třeba zkvalitnit pro dosažení stanovených cílů; tyto podmínky jsou definovány v technicko–organizačních cílech. Akční plány byly konstruovány tak, aby již konkrétně definovaly všechny elementy relevantní pro úspěšnou realizaci Národní strategie 2005–2009. Stanovují aktivity, termíny jejich plnění, rozdělení odpovědností za realizaci aktivit i ukazatele/indikátory sloužící k monitorování implementace aktivit a dosažení výsledku.

Je patrné, že aktéři působící v oblasti protidrogové politiky pracují a znají lépe akční plány než samotnou národní strategii. Akční plán je jako strategický dokument užitečnější zejména pro práci zaměstnanců státní správy (ministerských úředníků) a pro zaměstnance institucí, kde protidrogová politika není hlavní náplní. Dále byly v průzkumu mezi aktéry protidrogové politiky identifikovány rozdíly mezi jejich různými skupinami ve vnímání akčního plánu jako účinného nástroje k dosažení cílů strategie. Ministerští úředníci a respondenti, kteří uvedli velmi dobrou znalost strategických dokumentů, se víc přiklánějí k názoru, že akční plán byl účinným nástrojem pro dosažení strategických cílů. Respondenti ze samosprávy a odborné veřejnosti a respondenti, kteří uvedli slabší znalost strategických dokumentů, naopak inklinují k opačnému názoru, tedy že akční plán asi nebyl účinným nástrojem k dosažení strategických cílů.

Hodnocení formální stránky strategických dokumentů poukázalo u části aktivit (i některých strategických cílů) na problém obecně doprovázející veřejné politiky, a to jejich vágní a nejasné formulování. Akční plán 2007–2009 obsahoval většinu (93 %) jasně formulovaných aktivit. Ta část aktivit, která nebyla jasně formulovaná, umožňovala různou interpretaci a komplikovala tak jejich implementaci i vyhodnocení. O něco méně (88 %) bylo konkrétně formulovaných aktivit, tj. bylo u nich zřejmé, jak se má postupovat při jejich realizaci. Přibližně u poloviny nekonkrétně formulovaných aktivit šlo o aktivity systémového charakteru. Ze statistického srovnání lze říct, že existuje pozitivní korelace mezi *jasností a srozumitelností* definování aktivity a stavem jejího splnění – pokud je aktivita jasně a srozumitelně definovaná, má větší šanci na úspěšnou realizaci. Tato korelace však neexistuje u *konkrétnosti* formulovaných aktivit.

Přestože Národní strategie 2005–2009 definuje své specifické cíle z hlediska epidemiologické situace ve vztahu k užívání a distribuci drog, porovnání obsahu a charakteru aktivit naznačuje, že většina aktivit Akčního plánu 2007–2009 je zaměřena na zdokonalování koordinačního a organizačního rámce protidrogové politiky. Téměř polovina aktivit (48 %, celkem 83 aktivit ze 170 aktivit) totiž přispívá k dosažení cíle VIII. *Efektivní koordinace...* Uvedený vysoký podíl aktivit koordinačního charakteru je způsoben tím, že v oblastech jako *Primární prevence, Léčba a následná péče, Snižování rizik* atd. byly definovány i aktivity, které měly charakter vytváření koordinačního a legislativního rámce pro dané oblasti. V Akčním plánu 2007–2009 byl dále zjevně kladen důraz na hodnocení opatření a přijatých intervencí. S cílem XI. *Evaluace aktivit...* souviselo 55 ze 170 (32 %) aktivit. Rozložení všech aktivit Akčního plánu 2007–2009 mezi další strategické cíle bylo pak relativně vyvážené, k jejich dosažení přispívalo 14 až 26 aktivit.

Ze čtyř pilířů protidrogové politiky byla oblast *Snižování rizik* identifikována jako oblast s největším potenciálem *změnit drogovou situaci*. Na druhou stranu to neplatí pro oblast *Primární prevence*. Tato oblast měla vysoké zastoupení tzv. rámcových aktivit (70 % – 14 z 20 aktivit), tedy těch, které byly zaměřeny na vytváření organizačně koordinačního rámce a obsahuje jen málo aktivit, které byly přímo zaměřeny na řešení problémů s užíváním drog. *Primární prevence* dále obsahovala aktivity, které byly

klíčové jen pro dosažení technicko–organizačních strategických cílů, ale žádnou aktivitu klíčovou pro dosažení některého ze specifických cílů strategie³⁸.

Z analýzy změn ve struktuře strategických dokumentů vyplývá, že došlo ke změnám, které do jisté míry narušily původní záměr zpracovatelů těchto dokumentů a jejich vnitřní konzistenci ve smyslu vzájemné bezprostřední návaznosti akčního plánu a národní strategie. Při tvorbě akčních plánů byla vyřazena původně plánovaná oblast *Užívání legálních drog* a došlo ke změně plánované oblasti *Vztahy s veřejností* na oblast *Informace, výzkum, hodnocení*.

Při hodnocení provázanosti aktivit Akčního plánu 2007–2009 s Národní strategií 2005–2009 vystoupila do popředí otázka účelnosti strategického cíle III: *Stabilizovat případně snížit spotřebu legálních a nelegálních drog ve společnosti, zejména mezi nezletilými mladými lidmi* jako cíle rovnocenného s ostatními cíli. Všechny aktivity, které přispívaly k dosažení cíle III., totiž současně přispívaly k plnění předchozích dvou strategických cílů: cíle I – *Snížit nebo stabilizovat problémové užívání* a cíle II. *Snížit experimentální a příležitostné užívání drog*.

Prvnímu akčnímu plánu na roky 2005–2006 se podařilo splnit 73 % aktivit a druhému na roky 2007–2009 52 % aktivit. Nesplněných nebo nehodnotitelných aktivit bylo v prvním plánu 22 % a v druhém 29 %. Ze srovnání těchto výsledků vyplývá, že druhý akční plán byl mnohem méně úspěšný při realizaci aktivit než první – rozdíl je 21 procentních bodů. Úspěšnost implementace Akčního plánu 2007–2009 byla posuzována podle „náročnějších“ kritérií hodnocení – při hodnocení se rigorózně srovnávalo znění aktivity a výstupy/výsledky realizace aktivity, což mohlo také ovlivnit rozdíly v hodnocené úspěšnosti obou akčních plánů. Navíc plnění aktivit druhého akčního plánu mohla do jisté míry ovlivnit časová a personální náročnost přípravy a zabezpečení výkonu předsednictví ČR v Radě EU v první polovině roku 2009.

Z různých zdrojů byly identifikovány faktory pozitivně či negativně ovlivňující realizaci protidrogové politiky, které se dají shrnout následovně:

- Protidrogová politika staví na odborném potenciálu expertů z této oblasti a na informačním (dostupnosti relevantních informací) a institucionálním zabezpečení protidrogové politiky (sít služeb, funkčnost institucí, které mají realizaci protidrogové politiky zajišťovat na národní i krajské úrovni).
- Úroveň koordinace a vzájemné spolupráce odpovědných subjektů v protidrogové politice je nevyvážená a může působit jako její silný článek, ale i jako oblast způsobující problémy při implementaci politiky.
- Negativními jevy, které znesnadňují dosažení žádaných výsledků, může být formálnost stanovených aktivit nebo formálnost v jejich plnění, nereálnost při stanovování cílů a aktivit, rozdílné výchozí přístupy rezortů k protidrogové politice a prohlubování rezortizmu.
- Protidrogová politika se do značné míry potýká s problémy vyplývajícími z nedostatku finančních zdrojů, upřednostňování jiných oblastí veřejného života při alokaci finančních zdrojů a snižujícím se zájmem o problematiku drog ze strany politiků.
- K významným faktorům, které mohou mít vliv zejména v oblasti primární prevence, je vysoká společenská tolerance legálních drog a podceňování rizik návykových látek, zejména legálních.

Evaluace protidrogové politiky se dotkla také otázky hodnocení implementace akčního plánu pomocí stanovených ukazatelů/indikátorů. Akční plány uvádí u každé aktivity ukazatele, na základě kterých se má monitorovat průběh jejího plnění. Jejich stanovení by mělo vycházet z podmínky měřitelnosti/hodnotitelnosti plánované aktivity. Znamená to, že postup při realizaci aktivit by mělo být možné sledovat a rovněž by mělo být jasné, jak a kdy byla aktivita splněna. Analýzou bylo zjištěno, že stanovené ukazatele umožňovaly jednoznačně sledovat průběh aktivity a dosažení jejích výsledků u aktivit, které byly jednoznačné a konkrétní. U všeobecně formulovaných a nekonkrétních aktivit lze popsat další tři funkce ukazatelů: i) ukazatel konkretizuje a zpřesňuje to, co se danou aktivitou myslí, ii) je nástrojem hodnocení účinnosti/dopadu dané aktivity nebo nástrojem hodnocení stupně dosažení dílčího cíle akčního plánu v návaznosti na drogovou situaci, iii) je detailnějším popisem dané aktivity, resp. podrobnějším návodem, jak danou aktivitu realizovat.

³⁸ Pro rozlišení specifických cílů strategie a technicko-organizačních viz kap. 2.1.1.

Od subjektů, které poskytovaly podklady pro vyhodnocení plnění Akčního plánu 2007–2009, se vyžadovalo i předložení dat k ukazatelům nebo předložení konkrétních výstupů z realizace aktivit. Analýza podkladů však ukázala, že rezorty a další subjekty ukazatele pro objektivní monitorování a zhodnocení skutečného naplnění aktivity nevyužívaly nebo si neuvědomily jejich význam. U částí aktivit nebyla data k ukazatelům poskytnuta vůbec nebo byla v některých případech poskytnuta data, která nekorespondovala se stanoveným ukazatelem. Konkrétní výstupy z realizace aktivity (jako metodiky, standardy, výzkumné a jiné zprávy apod.), které byly koordinačním orgánem vyžadovány pro objektivní zhodnocení plnění aktivity, nebyly aktivně předloženy žádným subjektem zodpovědným za realizaci aktivit mimo sekretariátu RVKPP.

Zhodnocení dosažení cíle I – Stabilizovat případně snížit počet problémových uživatelů drog

Získané informace a data naznačují, že se strategický cíl podařilo naplnit, převládá stabilizovaná situace, nicméně míra zejména rizikové konzumace alkoholu mezi mladými lidmi je vysoká.

Podle dostupných indikátorů se zdá, že je situace v oblasti problémového užívání (nelegálních) drog v ČR stabilizovaná. Ročně (v období 2004–2008) je odhadováno 30 000 – 32 5000 problémových uživatelů drog; mírný nárůst v posledních dvou letech není statisticky významný. Na uvedené příznivé situaci může mít zásluhu i dobré pokrytí ČR nízkoprahovými programy a dalšími (léčebnými) službami pro uživatele drog – viz také dále cíl V.

Byly identifikovány 4 aktivity z Akčního plánu 2007–2009, které přímo vedly k dosažení strategického cíle I. (zejména podpora nízkoprahových programů a rozšíření substituční léčby), z nichž všechny se podařilo splnit.

Nicméně jako problematická se jeví vysoká míra injekčního užívání mezi problémovými uživateli drog, již se nedaří uspokojivě snižovat. Míra problematického užívání alkoholu je v ČR dlouhodobě stabilizovaná na vysoké úrovni. Zejména alarmující jsou nejvyšší prevalence konzumace alkoholu u mladistvých v rámci Evropy a nárůst rizikovitosti užívání alkoholu u dívek v posledních letech.

Zhodnocení dosažení cíle II – Zastavit nárůst experimentálního a příležitostného užívání legálních a nelegálních drog a vývoje v oblasti Primární prevence

Zjištěné trendy v oblasti experimentálního a příležitostného užívání legálních i nelegálních drog naznačují, že cíl se nepodařilo zcela splnit.

Zkušenosti s užitím drog v obecné populaci neklesají, naopak se mezi r. 2004 a 2008 zvýšily. Nedaří se ani omezování užívání alkoholu a tabáku mezi mladými lidmi. U mládeže dostupná data dále naznačují mírný nárůst či stabilizaci užívání konopí na vysoké úrovni. ČR patří mezi země s nejvyššími prevalencemi užívání konopných drog v Evropě. U zkušeností s ostatními drogami byl zaznamenán ve školní populaci pokles. Stabilizace či snížení užívání některých drog (jako např. extáze) je pravděpodobně dáno spíše snižující se poptávkou po extázi způsobenou spontánními sociokulturními změnami ve skupině mladistvých a mladých dospělých, zejména v prostředí zábavy a na taneční scéně.

Oblast *Primární prevence*, jejíž aktivity by měly nejvíce souviset s dosažením uvedeného cíle, lze na základě provedených analýz charakterizovat:

- *Primární prevence* byla oblastí akčního plánu, která svými aktivitami mohla přímo přispět k dosažení jen technicko–organizačních cílů strategie, ale neobsahovala žádnou aktivitu, která by vedla k dosažení některého ze specifických cílů (tedy ani tohoto hodnoceného cíle);
- oblast *Primární prevence* obsahovala vysoké zastoupení (70 %) tzv. rámcových aktivit, které byly zaměřeny na zlepšování systémových podmínek a na vytváření organizačně–koordinačního rámce, ale jen 30 % aktivit, které byly zaměřeny přímo na řešení (konkrétního) problému;
- oblast *Primární prevence* je jednou z oblastí, v rámci které se podařilo splnit nejméně plánovaných aktivit – v období 2005–2006 se podařilo splnit 58 % aktivit, v období 2007–2009 jen 35 %; podařilo se splnit jen jednu ze 6 aktivit charakterizovaných jako aktivity s vysokým potenciálem změnit drogovou situaci (tj. aktivit s váhou A);

- ve srovnání s rokem 2004 nedošlo v oblasti *Primární prevence* podle výsledků SWOT analýzy ke zlepšení situace v otázkách specifických pro tuto oblast; navíc došlo k oslabení řady silných stránek identifikovaných v roce 2004;
- byly identifikovány 4 klíčové aktivity, které měly přímou souvislost s dosažením tohoto strategického cíle z různých oblastí Akčního plánu 2007–2009, ze kterých se nepodařilo úplně splnit ani jednu a 3 pouze částečně.

Dosažení žádaného výsledku může být dále ovlivněno tím, že protidrogová politika se potýká s vysokou společenskou tolerancí legálních drog, dochází podle expertů k podceňování problému drog, zejména legálních; došlo k naplnění hrozeb v podobě nevytvořeného funkčního systému koordinace primární prevence, v zapojování neodborníků do primární prevence. V oblasti prevence dochází k překryvům kompetencí, k časté podpoře a realizaci jednorázových neúčinných programů, je nedostatek specifických programů selektivní a indikované prevence. Minimální preventivní programy ve školách jsou často formální. V České republice neprobíhají žádné soustředěné specifické kampaně a preventivní aktivity, které by měly prokázanou efektivitu, mají velmi omezené pokrytí. Na rozdíl od západních zemí, kde se podařilo prevalence užívání konopí pravděpodobně díky specifickým programům snížit, vláda ČR na cílený specifický projekt zaměřený na snížení užívání konopí, vytvořený v roce 2009 sekretariátem RVKPP, nevyčlenila požadované finanční prostředky.

Zhodnocení dosažení cíle III. *Stabilizovat případně snížit spotřebu legálních a nelegálních drog ve společnosti, zejména mezi nezletilými mladými lidmi*

Hodnocení dosažení cíle je s ohledem na kvalitu a srovnatelnost dostupných informací problematické.

Validní a srovnatelná jsou data o užívání alkoholu a tabáku. Naznačují, že spotřeba obou látek je v ČR stabilní a neklesá, v budoucnosti je pravděpodobně možné očekávat pokles spotřeby cigaret.

Spotřeba nelegálních drog podle dostupných údajů v ČR roste, výjimkou je snížení spotřeby heroinu, které zřejmě souvisí s užíváním opiátových substitučních přípravků ať už *lege artis* či jejich zneužíváním z černého trhu.

V rámci analýzy vzájemné provázanosti aktivit Akčního plánu 2007–2009 s cíli Národní strategie 2005–2009 nebyla identifikována ani jedna klíčová aktivita, která by přímo vedla k dosažení tohoto strategického cíle. Navíc se ukázalo, že dochází k překrývání daného strategického cíle s prvními dvěma – všechny aktivity, které přispívají k dosažení cíle III., přispívají také k plnění strategických cílů I. a II. Proto je otázkou, zda uvedený cíl ponechat i pro příští strategii jako rovnocenný s ostatními.

Zhodnocení dosažení cíle IV – *Snížit potenciální rizika užívání všech typů drog a ekonomické, zdravotní a sociální dopady jejich užívání na jedince a společnost a oblast Snížování rizik*

Na základě analyzovaných dat se dá konstatovat, že se daří plnit stanovený cíl ve smyslu stabilizace situace – potenciální rizika užívání všech typů drog, zejména zdravotní a sociální dopady jejich užívání na jedince a společnost se v ČR daří dlouhodobě držet na nízké úrovni.

Ve sledovaném období lze pozorovat sestupný trend smrtelných předávkování nelegálními drogami s výjimkou pervitinu. Roste naopak počet nepřímých úmrtí za přítomnosti drog z jiných příčin (zejména úrazů/nehod a sebevražd). Promořenost infekcí HIV se mezi injekčními uživateli pohybuje dlouhodobě pod či na úrovni jednoho promile, což je podprůměrná míra v evropském kontextu. U akutní a chronické VHC dochází k dlouhodobému mírnému nárůstu počtu pozitivních případů mezi injekčními uživateli drog, přičemž v posledních dvou letech se situace stabilizovala. Za úspěch v této oblasti lze dále považovat rozšíření nabídky substituční léčby, zejména její rozšíření ve vězení.

Na druhou stranu, celkový počet všech provedených testů (na HIV, VHB a VHC) injekčními uživateli drog v nízkoprahových programech se od roku 2004 snížil o více než 60 %. Důvodem je zejména absence rychlých testů, ke které došlo na začátku roku 2006 a kterou se nepodařilo v plné míře do roku 2008 nahradit, a dále absence spolupráce drogových služeb se zdravotnickými zařízeními či orgány ochrany veřejného zdraví.

Ze čtyř pilířů protidrogové politiky byla oblast *Snižování rizik* na základě výsledků evaluace oblastí s nejvýznamnějším potenciálem *změnit drogovou situaci*:

- obsahovala nejvíce aktivit, které přímo přispívají k dosažení většiny specifických cílů, aktivity byly pro jejich dosažení klíčové,
- obsahovala i nejvyšší zastoupení (65 %) aktivit, které byly specificky zaměřeny přímo na řešení problému,
- celkově se této oblasti podařilo splnit z prvního akčního plánu 78 % aktivit (nejvíc ze všech pilířových oblastí), méně úspěšná však byla u druhého akčního plánu, kde se jí podařilo splnit pouze 41 %. K dosažení strategického cíle přímo směřovalo 16 klíčových aktivit Akčního plánu 2007–2009, ze kterých se 8 podařilo splnit úplně a 6 částečně.

Silnou stránkou protidrogové politiky je hustá síť služeb poskytujících služby harm–reduction a jejich udržení v posledním období lze považovat za úspěch zejména vzhledem ke snižujícímu se objemu finančních prostředků z RVKPP.

Zhodnocení dosažení cíle V – *Zvyšovat kvalitu života uživatelů všech typů drog, jejich rodičů a blízkých prostřednictvím zajištění dostupnosti kvalitních služeb léčby a resocializace a oblast Léčba a následná péče*

Evaluace ukázala, že cíl se daří částečně naplňovat – v průběhu sledovaného období se dařilo udržet stávající stav a relativně širokou nabídku služeb pro uživatele nelegálních drog a jejich blízké, nicméně pro uživatele alkoholu a tabáku situace tak příznivá není.

Podle údajů z monitoringu se počet programů a služeb v průběhu posledních čtyř let výrazně nezměnil a regionální dostupnost služeb byla relativně dobrá. V průběhu pěti let se v krajích výrazně zlepšila oblast zabezpečení sítě programů pro uživatele drog, zlepšení uvedlo 11 krajů. Podle vnímání odborníků se podařilo zlepšit dostupnost a kapacitu následné péče pro uživatele nelegálních drog. Ke zlepšení také došlo v dostupnosti substituční léčby, včetně rozvinutí substituční léčby ve vězení (o výskytu substitučního léku Subutex na černém trhu viz Zhodnocení dosažení cíle VI.). Byla přijata nová legislativa v oblasti sociálních služeb. Od r. 2005 funguje systém certifikace odborné způsobilosti drogových služeb (týká se především NNO financovaných formou dotací ze státního rozpočtu), který zaručuje minimální kvalitu poskytovaných služeb.

Na druhou stranu se nepodařilo zabezpečit přijetí nové zdravotnické legislativy, protože legislativní proces byl pozastaven. Výrazným nedostatkem je nízká dostupnost ambulantní péče pro uživatele drog, kterou se nepodařilo v průběhu pěti let vyřešit; počet ambulantních zařízení klesá a klesá i počet jejich pacientů – uživatelů drog. Síť speciálních ambulantních služeb (AT ambulancí) je nekonsolidovaná. Problémem zůstává také spektrum služeb a dostupnost a kapacita následné péče pro uživatele legálních drog.

- V oblasti *Léčby a následné péče* se prvnímu akčnímu plánu podařilo splnit nejnižší podíl aktivit (44 %). V druhém akčním plánu byla tato oblast již o něco úspěšnější a podařilo se jí splnit 58 % z celkem 23 aktivit.
- Přímo k dosažení cíle vedlo 13 aktivit Akčního plánu 2007–2009 (většinou zaměřených na uživatele nelegálních drog), 7 se jich podařilo splnit.
- Oblast *Léčby a následné péče* byla relativně vyvážená pokud jde o zastoupení specifických a rámcových aktivit, jejich vzájemný poměr byl cca 1 : 1.

Zhodnocení dosažení cíle VI – *Snížit dostupnost legálních a nelegálních drog pro obecnou populaci a zejména pro nezletilé mladé lidi prostřednictvím efektivnějšího využívání existujících legislativních a institucionálních nástrojů a oblast Snižování nabídky a prosazování práva*

Na základě dostupných dat lze konstatovat, že v průběhu sledovaného období se nepodařilo tohoto cíle dosáhnout jak v populaci obecně, tak mezi nezletilými mladými lidmi.

Díky relativně dobrému výchozímu stavu v roce 2004 v oblasti legislativní, organizační i politické, v existenci potřebných zákonných předpisů a dobré mezinárodní spolupráce se strategie zaměřila především na efektivnější využívání existujících podmínek a zdrojů. Dá se říct, že tato situace přetrvává i po pěti letech. Jako úspěch bylo akcentováno zlepšení situace ve sběru dat v trestněprávní oblasti, zejména významným bylo akceptování návrhu indikátorů potlačování nabídky, které předložila Česká republika v rámci Horizontal Drug Group v průběhu svého předsednictví EUv roce 2009. Pozitivním krokem bylo zavedení omezení výdeje léčiv s obsahem pseudoefedrinu, který se používá jako prekurzor pro výrobu pervitinu. Praktická realizace opatření je však od října 2009 zkomplikována.

Nejdostupnější drogou v ČR zůstávají konopné látky, extáze a pervitin. Roste objem zachyceného konopí, což souvisí především s častějším odhalováním velkopěstíren konopí. Roste počet odhalených varen pervitinu. Ve větších městech narůstá dostupnost kokainu, heroin je dostupný zejména v Praze a dále v českých krajích (zejména v Ústeckém kraji); také zejména v těchto krajích se na černý trh dostává substituční lék Subutex. Stále vysoká je dostupnost alkoholu a tabáku, a to i v populaci osob mladších 18 let. V této souvislosti bylo konstatováno dokonce zhoršení situace ve vymáhání práva a nedostatečné kontroly dodržování zákona o návykových látkách 379/2005 Sb., čili v nedostatečné kontrole prodeje alkoholu a tabáku mladistvým. Jako slabá stránka byly také identifikovány chybějící mechanismy kontroly zneužívání legálně získávaných léčiv.

- Z prvního Akčního plánu 2005–2006 se oblasti *Potlačování nabídky a vymáhání práva* podařilo splnit 75 % aktivit, z druhého Akčního plánu 2007–2009 60 %.
- Přímo k dosažení cíle vedly v Akčním plánu 2007–2009 celkem 4 klíčové aktivity, 3 z nich se podařilo splnit.
- Oblast *Potlačování nabídky a vymáhání práva* byla relativně vyvážená pokud jde o zastoupení specifických a rámcových aktivit, jejich poměr byl cca 1:1.

Zhodnocení dosažení cíle VII – *Efektivní financování – zefektivnit a zprůhlednit financování jednotlivých strategií a opatření protidrogové politiky na základě identifikovaných potřeb a jejich prokázané efektivity a oblast Financování*

Z dostupných informací lze tento strategický cíl vyhodnotit jako částečně splněný.

Stěžejní aktivity definované v Akčním plánu 2007–2009, které patřily k důležitým předpokladům pro dosažení strategického cíle jako např.: aktivita č. 35.2. *Provést analýzu současného systému financování programů protidrogové politiky*, aktivita č. 35.3. *Návrh inovace systému financování zohledňující výstupy analýzy*, nebo aktivita č. 34.3. *Příprava metodiky k posuzování efektivnosti vynakládání finančních prostředků na služby poskytované uživatelům drog*, byly vyhodnoceny jako nesplněné.

Ve zkoumaném období se podařilo částečně inovovat dotační systém RVKPP (aktivita č. 35.1 Akčního plánu 2007–2009), v rámci kterého se podporované projekty a programy protidrogové politiky hodnotí i z pohledu nákladové efektivity ve vztahu rozpočet – výkon. Dále se podařilo zohlednit certifikované programy v dotačních řízeních resortů, krajů a obcí, což bylo hlavním předpokladem podpory financování efektivních služeb a programů pro uživatele drog. Podle hodnocení expertů je však potenciál certifikací odborné způsobilosti v praxi nedostatečně využitý. Ke zlepšení v oblasti financování došlo zejména na úrovni krajů, kde se podařilo odstranit nesystémovost dotačního financování.

Neuspokojivá situace zůstává na národní úrovni, kde přetrvávají nedostatky v podobě roztržitosti a nejednotnosti dotačního financování protidrogové politiky ze strany resortů. Nepodařilo se zabezpečit plánované navýšení finančních prostředků z dotačního titulu RVKPP na protidrogovou politiku. Naopak došlo ještě ke snížení těchto finančních prostředků o několik desítek milionů korun. Proto pouhé udržení stavu sítě služeb jak je zmiňuje cíl IV. a V., nikoliv tedy jejich rozvoj, lze za těchto podmínek považovat za úspěch protidrogové politiky, který byl dosažen kompenzací propadu rozpočtu dotačního řízení RVKPP pomocí navýšení dotací jednotlivými resorty (zejména MPSV) a kraji.

Zhodnocení dosažení cíle VIII – Koordinace – vytvořit dostatečnou zákonnou oporu protidrogové politiky, zkvalitnit její stávající systém a vybudovat funkční a přehlednou strukturu založenou na efektivní koordinaci aktivit zapojených subjektů na všech úrovních s jasně definovanými a rozdělenými povinnostmi a kompetencemi a oblast Koordinace

Dosažení strategického cíle lze obtížně vyhodnotit.

Analýza formální stránky strategických dokumentů poukázala na to, že cíl obsahuje spojení více podcílů: 1. vytvořit dostatečnou zákonnou oporu protidrogové politiky, 2. zkvalitnit stávající systém protidrogové politiky a 3. vybudovat efektivní strukturu koordinace aktivit zapojených subjektů. Otázkou je, do jaké míry je možné hovořit o naplnění „celkového záměru“, když je naplněn jeden (pod)cíl a nesplněn druhý.

I přesto, že bylo identifikováno 83 aktivit, téměř polovina všech aktivit z Akčního plánu 2007–2009, které měly souvislost s dosažením cíle, nelze říci, že se plánovaný cíl podařilo zcela splnit. Navíc k jeho objektivnímu zhodnocení chybí dostatek informací. Pro zhodnocení úrovně dosažení strategického cíle by bylo užitečné mít výsledky z analýzy právního rámce protidrogové politiky a jejích existujících koordinačních mechanismů. Provedení analýzy byla jedna z aktivit Akčního plánu 2007–2009, nepodařilo se jej však zrealizovat. Tato aktivita by byla klíčová i pro splnění strategického cíle jako východisko pro stanovení dalších opatření.

Z informací, které se podařilo při evaluaci získat, se dá situace v oblasti koordinace zhodnotit následovně:

- Klíčovým pro koordinaci protidrogové politiky na národní úrovni bylo přijetí zákona č. 379/2005 Sb. o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami a o změně souvisejících zákonů – podařilo se tak uzákonit dosud uplatňované principy protidrogové politiky. Dalšími klíčovými momenty bylo schválení zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, který upravuje podmínky poskytování pomoci osobám v nepříznivé životní situaci prostřednictvím sociálních služeb nebo přijetí nového trestního zákoníku (zákon č. 40/2009 Sb.).
- Stále chybí nová zdravotnická legislativa a v praxi existuje velmi slabá vymahatelnost zákonů, zejména zákona č. 379/2005 Sb.
- Experti konstatovali zlepšení koordinace protidrogové politiky na všech úrovních, k nejvýraznějšímu pokroku došlo na úrovni krajů a v koordinaci a spolupráci v oblasti sběru dat (monitoringu).
- Paralelně s tím však byla kritizována neprovázanost a chybějící zpětná vazba a spolupráce mezi jednotlivými subjekty participujícími na realizaci protidrogové politiky. To se nakonec odrazilo i při implementaci některých společných aktivit definovaných v akčních plánech, u kterých se ukázalo, že ke spolupráci ne vždy dochází. Vyplynulo to i z dotazníkového průzkumu, kde se ukázalo, že úroveň koordinace a vzájemné spolupráce odpovědných subjektů není vyvážená a může působit jako její silný článek, ale i jako oblast způsobující problémy při implementaci politiky.
- V některých oblastech přetrvává nejasné vymezení nebo překrývání kompetencí, zejména v oblasti primární prevence.
- Bylo konstatováno prohlubování rezortizmu, což mělo také přímý vliv na implementaci některých konkrétních aktivit akčních plánů.
- Dále byl výrazně konstatován neúspěch v otázce integrace legálních drog do stávajícího systému koordinace protidrogové politiky.
- Za úspěch lze považovat vznik a uzákonění adiktologie jako profese i studijního oboru a zavedení standardizace a systému certifikace odborné způsobilosti (kvality) drogových služeb pracujících s uživateli drog. Nicméně úskalím zavedených certifikací podle odborníků zůstává vícečetnost hodnotících systémů kvality jednotlivých resortů, jejich vzájemné překrývání, neakceptování ze strany některých centrálních institucí a nedostatečné využití jejich potenciálu v praxi.
- Koordinace protidrogové politiky na krajské úrovni je relativně dobrá. Většina krajských protidrogových koordinátorů je členem relevantních krajských poradních/pracovních/koordinačních orgánů, naopak méně často jsou koordinátoři přítomni na důležitých jednáních krajských rozhodovacích orgánů. Toto postavení však převážně neovlivňuje možnosti krajských protidrogových koordinátorů přímo ovlivňovat tvorbu a realizaci protidrogové politiky kraje.
- Přestože se oficiálně vykazuje pracovní úvazek krajských protidrogových koordinátorů většinou ve výši 1,0, jen 3 ze 14 koordinátorů uvedli 100% věnování se drogové problematice v průběhu posledního měsíce.

Zhodnocení dosažení cíle IX – Informování veřejnosti – navrhnout a zavést do praxe flexibilní model všestranné komunikace a stanovit kompetence zúčastněných subjektů, aby byly veřejnosti poskytovány komplexní, objektivní, spolehlivé a vyvážené informace o užívání drog, jeho dopadech a o realizovaných opatřeních a oblast Informace, výzkum, hodnocení

Vyhodnocení cíle je značně problematické a nelze ho rigorózně vyhodnotit. Přispělo k tomu několik faktorů.

- Není známo, do jaké míry mohly ovlivnit dosažení cíle změny provedené již ve fázi tvorby strategických dokumentů. Nicméně došlo k změně původně plánované oblasti protidrogové politiky *Vztahy s veřejností* na oblast *Informace, výzkum, hodnocení*.
- Cíl je formulován zcela jednoznačně a konkrétně – jeho hlavním výstupem měl být flexibilní model všestranné komunikace. Analýzou akčních plánů bylo zjištěno, že k dosažení tohoto výstupu nevedla žádná z aktivit v žádném z obou akčních plánů – v tomto případě se dá hovořit o vzájemné nepropojenosti akčních plánů se strategií.

Samotné činnosti informování veřejnosti – získání, vyhodnocování a šíření informací o drogové problematice – však byla věnována značná pozornost. Oblast *Informace, výzkum, hodnocení*:

- Obsahovala nejvíce aktivit v obou akčních plánech.
- Patřila k oblastem, ve kterých se podařilo splnit nejvíce aktivit obou akčních plánů. Přímo k dosažení účelu definovaného v druhé části strategického cíle směřovalo 12 klíčových aktivit Akčního plánu 2007–2009, z nichž 10 se podařilo splnit.
- Obsahovala nejvíce aktivit, které jsou důležité z hlediska systémové změny a z hlediska celonárodní působnosti (váha A).
- Byla experty obecně vnímána velmi pozitivně. Dostupnost relevantních informací byla uvedena v rámci dotazníkového průzkumu jako jeden z hlavních faktorů pozitivně podporujících realizaci protidrogové politiky. Této oblasti se podařilo ještě více posílit několik silných stránek definovaných již v roce 2004.
- Za úspěch byla považována konsolidace drogového informačního systému, zkvalitnění systému sběru dat, i když existují oblasti s nedostatečným výzkumným pokrytím.

Zhodnocení dosažení cíle X – Mezinárodní spolupráce – plně se zapojovat do mezinárodní spolupráce a zajišťovat aktivní účast zástupců ČR v procesech harmonizace protidrogové politiky s ostatními zeměmi Evropské unie a oblast Mezinárodní spolupráce

Ke zhodnocení cíle nebyl realizován specifický sběr dat. Nicméně podle dat získaných z evaluace lze cíl vyhodnotit jako pravděpodobně naplněný.

Oblast *Mezinárodní spolupráce* byla jednou z nejlépe hodnocených oblastí, co se týče splnění realizace aktivit definovaných akčními plány. Z Akčního plánu 2005–2006 se podařilo splnit 100 % (z celkem 10 aktivit). Z druhého Akčního plánu 2007–2009 se podařilo splnit 65 % (z celkem 20 aktivit). Z uvedených 20 aktivit až 16 souviselo přímo s dosažením cíle, z nich se 12 podařilo splnit.

Odborníci v expertní pracovní skupině celkově hodnotili mezinárodní spolupráci pozitivně. Za velmi zdařilé považují české předsednictví Evropské unie v roce 2009 a označili ho za úspěch protidrogové politiky. V rámci předsednictví se mj. podařilo prosadit návrh ČR týkající se indikátorů potlačování nabídky, což znamená významný posun ve využití dat pro výzkumné účely, nebo se podařilo prosadit priority protidrogové politiky ČR na úrovni EU (harm–reduction do EU Akčního plánu 2009–2012). Naopak významným limitem z hlediska mezinárodní spolupráce je absence právní úpravy trestní odpovědnosti právnických osob v národním právním systému ČR, která znemožňuje ratifikaci mezinárodních úmluv důležitých i pro protidrogovou politiku. Nepodařilo se také ratifikovat Rámcovou úmluvu o kontrole tabáku.

Zhodnocení dosažení cíle XI – *Evaluace aktivit – důsledně uplatňovat výzkumem ověřené postupy při vyhodnocování účinnosti opatření ve všech oblastech protidrogové politiky a aplikovat poznatky z evaluací v praxi*

Z dat získaných z evaluace Národní strategie 2005–2009 nelze daný cíl objektivně zhodnotit. Nebyla ani uskutečněna žádná specifická studie, která by se zhodnocením tohoto cíle zabývala.

S dosažením strategického cíle souviselo 55 aktivit (druhý největší počet) druhého Akčního plánu 2007–2009. Dá se proto usuzovat, že evaluačním aktivitám je věnována značná pozornost, nicméně ze získaných dat se nedá konstatovat, do jaké míry jsou závěry a znalosti získané z jednotlivých evaluací skutečně uplatňovány v praxi.

Na závěr hodnocení dosažení cílů nelze nezmínit hodnocení jednoho z důležitých principů protidrogové politiky, kterým je integrování legálních drog do systému protidrogové politiky. Při evaluaci Národní strategie 2005–2009 byla ze strany odborníků v různých expertních pracovních skupinách otázka společného řešení užívání alkoholu, tabáku a nelegálních drog označena za značný neúspěch protidrogové politiky. Zcela jednoznačně se tak v protidrogové politice naplnila hrozba zaměření pouze na nelegální drogy a opomíjení alkoholu a tabáku, která byla identifikována již v roce 2004.

Původně měly akční plány obsahovat i oblast *Užívání legálních drog*, čímž by se protidrogová politika skutečně otevřeně přihlásila i k řešení otázek užívání alkoholu a tabáku. Nicméně tato oblast nebyla do akčních plánů zařazena a některé z aktivit, které měly původně tvořit obsah této oblasti, se staly součástí jiných oblastí akčního plánu. Zůstává otázkou, zda a do jaké míry mělo „vyřazení“ alkoholu a tabáku jako samostatné oblasti akčních plánů za následek opomíjení nebo snížení cílené koncentrace aktivit a úsilí v naplňování tohoto důležitého záměru Národní strategie 2005–2009.

I když se při hodnocení dosažení cílů protidrogové politiky stanovených na roky 2005–2009 hodnotily i změny ve fázi formulování strategických dokumentů, formální struktura strategických dokumentů a úspěšnost implementace, je zřejmé, že se nejedná o jediné vlivy působící na úroveň dosažení definovaných strategických cílů protidrogové politiky. Protidrogová politika je ovlivněna vnějším i vnitřním prostředím, v němž je realizována, a existencí řady dalších faktorů, které lze obtížně ovlivnit. Protidrogová politika nefunguje izolovaně, ale probíhá v kontextu dalších politik (sociálních, zdravotních, vzdělávacích), na drogovou situaci mají vliv faktory demografické, sociální, ekonomické, bezpečnostní, a to na úrovni národní, evropské i globální. Nelze ani opomenout riziko neplánovaných důsledků realizace přijatých opatření (Merton K. Robert, 1936; Roots I. Roger, 2004). Vzhledem ke komplexnosti a složitosti všech těchto aspektů a faktorů je nebylo možné při evaluaci české protidrogové politiky v letech 2005–2009 postihnout všechny a analýza se zaměřila jen na některé z nich.

Mnohé výzkumné zprávy zmiňují omezenou schopnost protidrogové politiky ovlivnit drogovou situaci (Reuband, 1998; Reuter a Stevens, 2007; Reuter, 2009; Reuter a Trautmann, eds., 2009), což pro tvůrce politiky představuje výzvu, jak definovat v akčních plánech opatření, které potenciál změny mají nebo jak cíle národní protidrogové politiky realisticky formulovat.

Nicméně na základě provedeného hodnocení lze pozorovat, že úspěšnost v dosahování strategických cílů ve značné míře koresponduje s charakterem, zaměřením a potenciálem aktivit, které byly v dané oblasti naplánovány, jako i s úspěšností jejich implementace (viz např. oblast *Primární prevence* versus oblast *Snížování rizik*).

Provedení evaluace a zejména zvolení evaluačních metod bylo limitováno nedostatkem finančních prostředků, z toho důvodu byla upřednostněna interní evaluace před externí. Evaluace byla realizována koordinačním orgánem protidrogové politiky – sekretariátem Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky a subjekty přímo nebo nepřímo zapojenými do realizaci aktivit nebo zodpovědnými za jejich realizaci. Hodnocení a jednotlivé analýzy jsou založeny na oficiálních dokumentech nebo legitimně získaných názorech expertů, nicméně interpretace výsledků může být ovlivněna subjektivním pohledem zpracovatele evaluační zprávy.

Zbývá doufat, že evaluační zpráva poskytuje užitečnou zpětnou vazbu k jednotlivým fázím tvorby a realizace protidrogové politiky a k vývoji a výsledkům české protidrogové politiky v letech 2005–2009 a

že přináší nové podněty k uvažování o protidrogové politice a k přípravě strategických dokumentů v budoucnu.

Pro formulaci nových strategických dokumentů protidrogové politiky lze formulovat následující důležité závěry a doporučení:

- Formální struktura dosavadních strategických dokumentů byla spíše vyhovující a většinu strategických cílů lze pravděpodobně ponechat po jejich zpřesnění v platnosti.
- Je nutné dbát na jasnou provázanost akčních plánů a aktivit protidrogové politiky se zvolenými cíli.
- Je třeba jasně definovat omezený počet priorit protidrogové politiky pro konkrétní časový úsek z důvodu koncentrace pozornosti, úsilí a dostupných zdrojů.
- Při formulování aktivit v akčních plánech je nutné přesně definovat klíčové pojmy (tj. např. definovat, co znamená „podpora“) a přísně dodržovat princip tzv. analytického rozlišení, tzn. neslučovat dosažení vícero cílů do jednoho.
- Podrobit plánované aktivity reflexi již ve fázi tvorby akčního plánu z hlediska jejich vazby ke strategickým cílům a z hlediska jejich reálné splnitelnosti ve stanoveném čase v rámci personálního nebo finančního zabezpečení.
- Dbát na rovnoměrné a vyvážené definování specifických a rámcových opatření napříč všemi oblastmi akčních plánů.
- Jasně definovat funkce ukazatelů/indikátorů, to, zda mají měřit dosažení stanoveného cíle, výstupu aktivity nebo monitorovat průběh plnění aktivity. Ukazatele je vhodné definovat tak, aby jejich sběr a hlášení nebyly finančně ani časově náročné.

7. Přílohy

7.1. Dotazník vnímání strategických dokumentů protidrogové politiky ČR a faktorů ovlivňujících jejich implementaci

- Označte vaši organizaci, nebo pozici:
 - státní správa
 - samospráva
 - jiné
- Označte Vaši náplň činnosti v rámci protidrogové politiky ve vaší organizaci:
 - koordinace
 - výzkum/monitorování
 - poskytování služeb v oblasti prevence
 - poskytování léčebných a poradenských služeb
 - prosazování práva
- Označte jakým způsobem se vaše instituce podílí na implementaci Akčního plánu realizace Národní strategie 2007–2009:
 - přímo odpovědná za realizaci některých z úkolů Akčního plánu
 - je jen jako spolupracující subjekt, nenese přímou odpovědnost za realizaci žádného úkolu
 - není přímo zapojena do implementace AP

4. V následující otázce uveďte na bodové stupnici 1–5, do jaké míry znáte strategické dokumenty české protidrogové politiky:

Národní strategii protidrogové politiky na období 2005–2009:

- | | | | | |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| neznám vůbec | | | | znám velmi dobře |

Akční plány realizace národní strategie na období 2007–2009:

- | | | | | |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| neznám vůbec | | | | znám je velmi dobře |

V následujících otázkách vyjádřete svůj názor ohledně strategických dokumentů protidrogové politiky

- Kolik cílů Národní strategie protidrogové politiky na období 2005–2009 bylo, podle Vás, z hlediska jejich dosažitelnosti reálných?
 - 1 Žádný
 - 2 Jen některé
 - 3 Většina
 - 4 Všechny
 - 5 Neumím posoudit
- Byl ve strategických dokumentech jasně definován způsob, jak stanovených cílů dosáhnout?
 - Ano
 - Spíše Ano
 - Spíše Ne
 - Ne
- Zahrnoval Akční plán 2007–2009 aktivity protidrogové politiky, které vaše instituce realizovala?
 - Ano
 - Spíše Ano
 - Spíše Ne
 - Ne
- Do jaké míry si myslíte, že bylo ze strategických dokumentů jasné jaké jsou při jejich realizaci priority?
 - 1
 - 2
 - 3
 - 4
 - 5

7.2. Příklad výsledné hodnoticí tabulky

Posuzování aktivit Akčního plánu

Posuzování vzájemné provázanosti AP 2007–2009 s Národní strategií

Aktivita	Formulace		Kontext. charakt.	Váha	Relevantnost z hlediska definovaných cílů strategie										
	srozumitelnost	konkrétnost			CI.	CII.	CIII.	CIV.	CV.	CVI.	CVII.	CVIII.	CIX.	CX.	CXI.
8.1. Vybudování nových kapacit a podpora stávající činnosti terapeutických center pro uživatele drog	A	A	S	B	2				2	1			3		
8.2. Zachování bezdrogových zón se současným spektrem jejich fungování (6.2 – rozšíření počtu)	A	A	S	C	2						2				
8.3. Poskytování substituční léčby ve věznicích (6.3)	A	A	S	B	1				1	1					
8.4. Spolupráce Vězeňské služby při poskytování služeb NNO ve věznicích včetně financování (6.4 – zvýšit kapacitu služeb NNO ve vězeních)	A	N	R	C									3		
10.1. Koordinovaná podpora a rozvoj programů, které zajišťují poradenství, vzdělávání a motivační trénink uživatelů drog v prevenci předávkování a infekčních onemocnění a které je mohou ovlivňovat směrem k bezpečnějšímu životnímu stylu, léčbě, abstinenci.	A	N	R	A	1		2		1			2	2		

Vysvětlivky:

Formulace – srozumitelnost: A – ano, jasná

N – ne, není jasná

Formulace – konkrétnost: A – ano, konkrétní

N – ne, není konkrétní

Kontext.charakteristika: S – specifická

R – rámcová

Váha: A, B, C – označení kategorie váhy/významnosti aktivity (viz kap. 1.1.2.1)

Relevantnost z hlediska definovaných cílů strategie:

CI.–CVI.: 1 – aktivita byla pro daný cíl klíčová

2 – aktivita byla pro daný cíl „vedlejší“

CVII.–CXI.: 1 – aktivita vedla přímo k splnění cíle

2 – aktivita přispívá k dosažení cíle v určité části

3 – aktivita okrajově spadá do oblasti strategického cíle

7.3. Otázky v Hodnotící zprávě realizace aktivit Akčního plánu 2007–2009

A. Část obecná

Týká se zhodnocení Akčního plánu realizace Národní strategie protidrogové politiky na období 2007–2009 (dále jen „Akční plán“) resortu jako celku.

1. Souhrnně charakterizujte aktivity resortu v oblasti protidrogové politiky realizované v rámci Akčního plánu i mimo něj (všeobecně popište, jak se podílíte jako resort na realizaci protidrogové politiky)
2. Uveďte faktory, které ovlivnily (kladně nebo záporně) dosažení plánovaných výsledků aktivit Akčního plánu. Uveďte, které 3 nejdůležitější faktory vnímáte jako znesnadňující implementaci Akčního plánu (vnější a vnitřní faktory, potíže, nové skutečnosti). Uveďte, které 3 nejdůležitější faktory vnímáte jako akcelerující, napomáhající implementaci akčního plánu.
3. Popište oblasti, které považujete za nedostatečně pokryté aktivitami – jak v rámci Akčního plánu, tak i aktivitami samotného resortu – realizovanými mimo Akční plán.

B. Část specifická

Individuálně je u každé aktivity popsán stav jejího plnění, průběh realizace aktivity a stupeň splnění definovaných výstupů/cílů aktivity. Hodnocení se týká úkolů, za které byla instituce přímo odpovědná, i úkolů, na kterých se realizace měla podílet.

Z předcházejících hodnotících zpráv, které byly vypracovány v roce 2008, byly u některých aktivit již zaměstnanci sRVKPP vyplněny informace o jejich plnění. Protože se však jednalo o průběžná hodnocení, žádáme Vás o doplnění, upřesnění a aktualizaci informací.

Pozn.: U aktivit, jejichž termín plnění spadá do období roku 2009, se poskytnou informace o průběžném zabezpečení jejich plnění.

Subjekt jako hlavní realizátor úkolu.

1. Číslo a název cíle
2. Číslo a název aktivity
3. Byla aktivita realizována? (ano–ne–částečně)
4. Byla aktivita realizována ve stanoveném termínu? (ano–ne)
5. Pokud byla aktivita realizována, popište souhrnně její realizaci (tedy jaké kroky jste podnikli na její realizaci)
6. Popište potíže, se kterými jste se při realizaci aktivity setkali. Resp. pokud aktivita nebyla realizována, nebo jen částečně, popište důvody/příčiny její nerealizace.
7. Uveďte stručný popis stavu, který se realizaci aktivity dosáhl. (Zda aktivita splnila, a jak, svůj smysl/účel, kvůli kterému byla realizována)
8. Bylo dosaženo alternativních nebo jiných neplánovaných výsledků? Uveďte jakých.
9. Indikátory plnění cíle aktivity – uveďte informace k ukazatelům splnění cíle aktivity
10. Byly výstupy aktivity zveřejněny? (web, publikace, článek) (ano–ne–částečně)
11. Uveďte odkaz kde byly/jsou výsledky zveřejněny
12. Pokud je to možné, uveďte výšku finančních výdajů na realizaci dané aktivity a jejich stručný popis
13. Bude aktivita pokračovat i v následujícím období (AP)? (ano–ne)
14. Plánujete na aktivitu v dalším akčním plánu navázat jinou aktivitou? (ano–ne)
15. Stručně navazující aktivitu popište
16. Komentáře

Subjekt jako spolurealizátor úkolu

1. Cíl
2. Aktivita/činnost
3. Byla aktivita realizována? (ano–ne)
4. Pokud byla aktivita realizována, popište jak jste se na její realizaci podíleli?
5. Pokud jste se na aktivitě nepodíleli, popište důvody/příčiny, proč tomu tak bylo.

6. Uveďte stručný popis stavu, kterého se podle Vás realizací této aktivity dosáhlo. (Zda aktivita splnila, a jak, svůj smysl/účel, kvůli kterému byla realizována.)
 7. Bylo dosaženo alternativních nebo jiných neplánovaných výsledků? Uveďte jakých.
 8. Uveďte výšku finančních výdajů na spolurealizaci dané aktivity a jejich stručný popis
 9. Komentáře
-

C. Aktivity, které byly uskutečněné mimo rámec Akčního plánu

V této části jsou popsány individuální aktivity, které byly uskutečněné mimo rámec Akčního plánu 2007–2009, ale které napomáhají plnění dosáhnutí cílu strategie a akčního plánu.

1. Byly uskutečněné nějaké aktivity mimo rámec Akčního plánu, které napomáhají dosáhnutí cíle strategie / Akčního plánu? (ano–ne)
2. Pokud ANO, popište realizované aktivity v následovní struktuře:
3. Název strategického cíle, kterému přispívají:
4. Oblast Akčního plánu, ke které přispívají: (prevence, léčba...)
5. Číslo a název cíle Akčního plánu, kterému přispívají (pokud je relevantní):
6. (Pracovní) název aktivity:
7. Cíl aktivity:
8. Obsah aktivity– popis:
9. Období realizace/termín splnění:
10. Výstupy:

7.4. Dotazník k evaluaci NSPP 2005–2009 pro krajské protidrogové koordinátory

Kraj:

1. Má váš kraj vypracovanou vlastní strategii protidrogové politiky kraje?

Ano Ne

2. Má váš kraj vypracovaný vlastní akční plán protidrogové politiky kraje?

Ano Ne

Pokud jste u obou předchozích otázek odpověděli „NE“ pokračujte otázkou č. 10.

3. Inspirovali jste se při tvorbě strategických dokumentů protidrogové politiky kraje Národní strategií protidrogové politiky na období 2005–2009?

Ano Ne

4. Který z hlavních cílů Národní strategie protidrogové politiky na období 2005–2009 byl převzatý do vašich krajských strategických dokumentů protidrogové politiky kraje?

potírat organizovaný zločin a vymáhat dodržování zákonů snížit užívání drog a rizika a škody s užíváním spojené

žádný z uvedených cílů

5. Které ze 6 specifických cílů Národní strategie protidrogové politiky na období 2005–2009 byly převzaté do vašich krajských strategických dokumentů protidrogové politiky kraje?

Stabilizovat/snížit počet problémových uživatelů drog Snížit potenciální rizika užívání drog pro jednotlivce a společnost

Zastavit nárůst experimentálního a příležitostného užívání drog Zvýšit kvalitu života uživatelů a jejich blízkých dostupností kvalitních služeb

Stabilizovat/snížit spotřebu (i)legálních drog Snížit dostupnost drog využíváním legislativních a institucionálních nástrojů

žádný z uvedených cílů

6. Které z 5 technicko–organizačních cílů Národní strategie protidrogové politiky na období 2005–2009 bylo převzatých do vašich krajských strategických dokumentů protidrogové politiky kraje?

Efektivní financování – ... Mezinárodní spolupráce – ...

Koordinace – ... Evaluace aktivit – ...

Informování veřejnosti – ... žádný z uvedených cílů

7. Pokud obsahují strategické dokumenty protidrogové politiky vašeho kraje ještě jiné cíle, uveďte jaké:

.....

.....

.....

8. Promítly se do strategických dokumentů protidrogové politiky vašeho kraje i Akční plány realizace Národní strategie na období 2005–2006 a 2007–2009?

Ano Ne

9. Označte oblasti Akčního plánu realizace Národní strategie na období 2007–2009, které jsou obsaženy ve strategických dokumentech protidrogové politiky vašeho kraje:

Prevence Snižování nabídky a prosazování práva

Léčba a následná péče

Snižování rizik

Informace – výzkum – hodnocení

Koordinace a financování

Mezinárodní spolupráce

10. Vyjádřete na bodové škále 1–5, jak hodnotíte spolupráci s ústředními orgány státní správy s Vámi při realizaci plnění aktivit akčního plánu.
(1–špatně, 5 – výborně) Pokud jste s institucí nespolupracovali vůbec, zaškrtněte políčko „žádná“

<input type="checkbox"/> MZ	<input type="checkbox"/> žádná	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
<input type="checkbox"/> MPSV	<input type="checkbox"/> žádná	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
<input type="checkbox"/> ÚV ČR–RVKPP	<input type="checkbox"/> žádná	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
<input type="checkbox"/> MSMT	<input type="checkbox"/> žádná	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
<input type="checkbox"/> MS	<input type="checkbox"/> žádná	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
<input type="checkbox"/> Mze	<input type="checkbox"/> žádná	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
<input type="checkbox"/> MPO	<input type="checkbox"/> žádná	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
<input type="checkbox"/> MO	<input type="checkbox"/> žádná	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
<input type="checkbox"/> MF	<input type="checkbox"/> žádná	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
<input type="checkbox"/> MZV	<input type="checkbox"/> žádná	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
<input type="checkbox"/> MV	<input type="checkbox"/> žádná	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

11. Stručně charakterizujte, jak s Vámi spolupracovali poskytovatelé služeb ve vašem kraji. Zároveň zhodnoťte, zda se spolupráce vyvíjí – k lepšímu, k horšímu, nebo je stejná v průběhu posledních 4 let.

.....
.....
.....

12. Vyjádřete na bodové škále 1–5, jak hodnotíte existenci Výboru zástupců regionů:
(1–špatně, 5 – výborně)

Do jaké míry vnímáte činnost Výboru za potřebnou:

1 2 3 4 5

Do jaké míry je obsahem jednání to co Vás zajímá:

1 2 3 4 5

Do jaké míry je obsahem jednání to co je pro Vás užitečné:

1 2 3 4 5

Doporučili byste, aby se Výbor scházel:

častěji tak jako dosud méně častěji

13. Vyjádřete na bodové škále 1–5, jak hodnotíte společné jednání Výboru zástupců regionů s Výborem zástupců resortů a institucí:
(1–špatně, 5 – výborně)

Do jaké míry vnímáte společná jednání za potřebná:

1 2 3 4 5

Do jaké míry je obsahem jednání to, co Vás zajímá:

1 2 3 4 5

Do jaké míry je obsahem jednání to, co je pro Vás užitečné:

1 2 3 4 5

Doporučili byste, aby se výbory scházely:

častěji tak jako dosud méně častěji

.....

14. Je v kraji zřízena funkce krajského protidrogového koordinátora?

Ano Ne

15. Jako krajský protidrogový koordinátor jste ve vnitřní organizační struktuře zařazen na pozici:

referenta vedoucího oddělení/odboru
 poradce jiné, jaké:

16. Jako krajský protidrogový koordinátor zajišťujete i jiné agendy kromě drogové problematiky?:

Ano Ne

17. Kolika procenty se na Vaší agendě podílely pracovní úkoly z jiné oblasti v posledním měsíci?

.....

18. Máte jako krajský protidrogový koordinátor možnost ovlivňovat tvorbu protidrogové politiky v kraji?

Ano Spíše Ano Spíše Ne Ne

19. Máte jako krajský protidrogový koordinátor možnost ovlivňovat realizaci protidrogové politiky v kraji?

Ano Spíše Ano Spíše Ne Ne

20. Jaké je Vaše vnímání Vašich možností ovlivňovat tvorbu národní protidrogové politiky? (1 – vůbec nemůžu ovlivňovat, 5 – můžu ovlivňovat výrazně)

1 2 3 4 5

21. Jaké je Vaše vnímání Vašich možností ovlivňovat realizaci národní protidrogové politiky? (1 – vůbec nemůžu ovlivňovat, 5 – můžu ovlivňovat výrazně)

1 2 3 4 5

22. Jste jako krajský protidrogový koordinátor členem relevantních krajských poradních/ pracovních/ koordinačních orgánů, které souvisejí s drogovou problematikou?

Ano všech Ano většiny jen některých Ne

23. Uveďte prosím, kterých poradních/ pracovních/ koordinačních orgánů podle Vašeho názoru by jste měl být členem a nejste?

.....

.....

.....

24. Jste jako krajský protidrogový koordinátor přítomen na jednáních krajských orgánů, na kterých se rozhoduje o otázkách protidrogové politiky?

vždy často zřídka nikdy

25. Jak se podle Vás změnila podpora protidrogové politiky ve vašem kraji v posledních čtyřech letech z pohledu:

- | | | | |
|---|---|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> politického rozhodování | <input type="checkbox"/> změnila se k lepšímu | <input type="checkbox"/> nezměnila se | <input type="checkbox"/> změnila se k horšímu |
| <input type="checkbox"/> sítě programů pro uživatele drog | <input type="checkbox"/> změnila se k lepšímu | <input type="checkbox"/> nezměnila se | <input type="checkbox"/> změnila se k horšímu |
| <input type="checkbox"/> personálních zdrojů | <input type="checkbox"/> změnila se k lepšímu | <input type="checkbox"/> nezměnila se | <input type="checkbox"/> změnila se k horšímu |
| <input type="checkbox"/> finančních zdrojů | <input type="checkbox"/> změnila se k lepšímu | <input type="checkbox"/> nezměnila se | <input type="checkbox"/> změnila se k horšímu |

26. Považujete doporučení pro kraje uvedené v Akčním plánu realizace Národní strategie 2007–2009 za dostatečná?

- Ano Spíše Ano Spíše Ne Ne neumím posoudit

27. Pomáhají Vám doporučení pro kraje uvedené v Akčním plánu realizace Národní strategie 2007–2009 při prosazování protidrogové politiky v kraji?

- Ano Spíše Ano Spíše Ne Ne

28. Uveďte nejdůležitější bariéry/limitující faktory, které znesnadňují realizaci úkolů protidrogové politiky na krajské úrovni. Označte z nich max. tři, které by se podle Vás měly co nejdříve změnit, aby byla protidrogová politika na krajské úrovni realizována úspěšněji.

.....
.....
.....
.....
.....

29. Existují různé názory na osoby, které užívají drogy, i na to jak by se měla problematika drog řešit. Zajímá nás nyní Váš osobní názor. Co by se podle Vás mělo dělat, aby problémů s drogami ubylo?

- 1) měly by se víc rozšiřovat různé formy pomoci postiženým
- 2) nemělo by se dělat vůbec nic
- 3) měly by se přitvrdit postihy za užívání drog a jejich šíření
- 4) měla by se víc podporovat prevence, vzdělávání, výchova

7.5. Data k hodnocení specifických strategických cílů v tabulkách a grafech

Cíl I. Stabilizovat případně snížit počet problémových uživatelů drog

Tabulka 19: Odhad počtu problémových uživatelů drog (Zdroj: Mravčík et al. 2005–2009)

	2004	2005	2006	2007	2008
celkový odhad problémových uživatelů	30 000	31 800	30 200	30 900	32 500
odhad problémových uživatelů opiátů	9 700	11 300	10 500	10 000	11 300
– z toho uživatelů heroinu	–	–	6 150	5 750	6 400
– z toho uživatelů Subutexu®	2 028	2 699	4 300	4 250	4 900
odhad problémových uživatelů pervitinu	20 300	20 500	19 700	20 900	21 200
odhad injekčních uživatelů	27 000	29 800	29 000	29 500	31 200

Tabulka 20: Počet a podíl problémových uživatelů drog, kteří využili služeb nízkoprahových zařízení (Mravčík et al., 2005–2009)

	2004	2005	2006	2007	2008
počet problémových uživatelů (PUD) v kontaktu s harm reduction programy	24 200	27 800	25 900	27 200	28 300
podíl problémových uživatelů v kontaktu na celkovém počtu PUD	80,67 %	87,42 %	85,76 %	88,03 %	87,08 %

Tabulka 21: Počet a podíl problémových uživatelů drog v léčebných zařízeních a injekční užívání (Mravčík et al., 2005–2009); výroční zprávy HS HI. m. Prahy, Centrálního pracoviště drogové epidemiologie 2005–2009, ÚZIS)

		2004	2005	2006	2007	2008
počet problémových uživatelů opiátů	zařízení oboru psychiatrie	4 592	5 558	4 640	4 259	4 585
	registr žádostí o léčbu spojenou s užíváním drog provozovaný hygienickou službou	2 169	2 058	2 126	1 961	2 063
	závěrečné zprávy programů ambulantní léčby v dotačním řízení sRVKPP	223	517	350	372	503
počet problémových uživatelů pervitinu	zařízení oboru psychiatrie	2 579	2 662	3 055	3 272	3 330
	Registr žádostí o léčby spojenou s užíváním drog hygienické služby	4 790	4 855	4 889	5 177	4 925
	závěrečné zprávy programů ambulantní léčby v dotačním řízení sRVKPP	540	540	771	511	456
počet injekčních uživatelů v léčbě (registr žádostí o léčbu spojenou s užíváním drog provozovaný hygienickou službou)		6 364	6 125	6 054	6 109	5 986
podíl injekční aplikace u uživatelů heroinu v léčbě (registr žádostí o léčbu spojenou s užíváním drog provozovaný hygienickou službou)		90,8	90,0	90,4	86,5	88,9
podíl injekční aplikace u uživatelů pervitinu v léčbě (registr žádostí o léčbu spojenou s užíváním drog provozovaný hygienickou službou)		84,9	82,9	80,7	81,0	79,8

Tabulka 22: Substituční léčba (Zdroj: Mravčík et al. 2005–2009); Výroční zprávy HS HI. m. Prahy, Centrálního pracoviště drogové epidemiologie 2004–2009; ÚZIS–NRÚLISL; SUKL)

	2004	2005	2006	2007	2008
odhadovaný počet uživatelů Subutexu [®] – odhad NMS a)	–	–	4 300	4 250	4 850
odhadovaný počet uživatelů Subutexu [®] – odhad NMS b)	2 030	2 670	3 120	3 030	3 280
počty žadatelů o léčbu v souvislosti s užíváním Subutexu [®] – základní droga (registr žádostí o léčbu spojenou s užíváním drog provozovaný hygienickou službou)	145 + 114 = 259	225 + 187 = 412	331 + 194 = 525	315 + 211 = 526	336 + 254 = 590
počet registrovaných pacientů v specializovaných substitučních centrech (NRULIS ÚZIS)	832	831	950	1 064	1 615
spotřeba Subutexu [®] v ČR (gramy) (IOPL MZ ČR)	2 222	2 957	3 414	3 315	3 595

a) multiplikační metoda

b) odhad byl založen na spotřebě Subutexu[®], průměrných dávkách a průměrné době užívání

Tabulka 23: Průměrný věk prvožadatelů o léčbu (výroční zprávy HS HI. m. Prahy, Centrálního pracoviště drogové epidemiologie 2005–2009)

uživatelé podle drogy	2004	2005	2006	2007	2008
uživatelé opiátů (v letech)	25,1	25,5	25,7	27,3	28,7
uživatelé pervitinu (v letech)	23,1	23,4	22,7	23,7	25,4

Cíl II – Zastavit nárůst experimentálního a příležitostného užívání legálních a nelegálních drog

Tabulka 24: Prevalence užití návykových látek v dospělé populaci roce 2004 (celoživotní a v posledních 12 měsících, v %) (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2005d)

droga	celoživotní prevalence			v posledních 12 měsících		
	muži	ženy	celkem	muži	ženy	celkem
jakákoliv nelegální droga	28,3	16,4	22,3	13,9	6,8	10,4
konopné látky	26,0	15,2	20,6	12,5	6,1	9,3
extáze	9,2	4,8	7,1	4,6	2,3	3,5
LSD	2,2	0,8	1,4	0,7	–*	0,4
lysohlávky, jiné přírodní haluc.	5,1	1,9	3,5	2,2	0,6	1,4
amfetaminy	3,6	1,5	2,5	1,2	–*	0,7
opiáty	0,8	–*	0,5	–*	–*	–*
kokain, crack	1,4	0,9	1,1	–*	–*	–*

Pozn.: * hodnoty nižší než 0,5 % jsou v celopopulačních průzkumech považovány za nulové

Tabulka 25: Prevalence užití návykových látek v dospělé populaci v roce 2008 (celoživotní, v posledních 12 měsících a v posledních 30 dnech, v %). (Mravčík et al., 2009)

droga	celoživotní prevalence			dvanáctiměsíční prevalence			třicetidenní prevalence		
	muži	ženy	celkem	muži	ženy	celkem	muži	ženy	celkem
jakákoliv nelegální droga	45,0	27,8	36,5	22,2	11,6	17,0	13,5	5,1	9,3
jakákoliv nelegální droga mimo konopí	21,3	11,6	16,5	9,8	4,7	7,3	4,1	1,7	2,9
marihuana/hašiš	42,5	26,0	34,3	20,1	10,1	15,2	12,4	4,6	8,5
extáze	11,9	7,3	9,6	4,8	2,6	3,6	1,5	0,9	1,2
amfetamin/pervitin	5,7	3,0	4,3	2,3	1,0	1,7	0,9	0,5	0,7
kokain	2,8	1,2	2,0	1,2	–*	0,7	0,6	–*	–*
heroin	1,7	0,5	1,1	0,7	–*	–*	–*	–*	–*
LSD	7,8	3,4	5,6	2,8	1,4	2,1	0,9	0,6	0,7
lysohlávky	12,4	5,0	8,7	4,4	1,7	3,1	1,8	–*	1,1

Pozn.: * hodnoty nižší než 0,5 % jsou v celopopulačních průzkumech považovány za nulové

Tabulka 26: Prevalence užití návykových látek mezi šestnáctiletými studenty ve studii ESPAD 2007 v % (Csémy et al., 2009)

droga	prevalence v posledních 12 měsících			prevalence v posledních 30 dnech		
	chlapci	dívky	celkem	chlapci	dívky	celkem
jakákoliv nelegální droga	39,1	33,7	36,3	21,9	16,5	19,1
jakákoliv nekonopná droga	8,9	6,8	7,8	3,7	2,7	3,2
konopné látky	37,8	32,1	34,8	20,9	15,6	18,1
těkavé látky	3,4	3,3	3,4	1,9	1,5	1,7
lysohlávky, jiné přírodní halucinogeny	4,1	2,4	3,2	0,8	0,4	0,6
extáze	3,0	2,9	3,0	1,4	0,9	1,2
LSD	3,0	2,3	2,7	1,4	0,9	1,1
pervitin	2,3	2,0	2,1	1,2	1,2	1,2
heroin, opiáty	1,2	1,2	1,2	0,7	0,5	0,6
kokain	0,8	0,3	0,5	0,3	0,2	0,3

Tabulka 27: Podíl 16letých studentů s první zkušeností s užitím legálních a nelegálních drog ve věku 13 let a mladší ve studii ESPAD v % (Csémy et al., 2009)

	1999	2003	2007
cigarety – první cigareta	51	54	57
– denně	11	13	13
alkohol (alespoň jednu sklenici)			
pivo	54	59	66
víno	52	57	52
lihoviny	29	34	30
byl/a opilý/á	16	19	18
cannabis (marihuana nebo hašiš)	1	6	9
amfetaminy			0
extáze	0	1	1
těkavé látky	2	2	2
trankvilizéry/sedativa	3	2	2

Tabulka 28: Subjektivní vnímání rizika užití návykových látek jednou nebo dvakrát v životě mezi mladými – odpovědi „velké riziko (v %), ESPAD (Csémy et al., 2009; Csémy et al., 2006)

	1999	2003	2007
cigarety (balíček nebo víc za den)	63	67	52
alkohol (5+ nápojů přes víkend)	28	25	36
konopné drogy (marihuana nebo hašiš)	19	13	18
amfetaminy	36	37	42
extáze	32	23	26
těkavé látky	44	38	n.a.

Tabulka 29: Nadměrné pití alkoholu mezi šestnáctiletými studenty (v %), ESPAD, Csémy et al., 2009; Csémy et al., 2006)

nadměrné dávký alkoholu	chlapci				dívky				celkem			
	1995	1999	2003	2007	1995	1999	2003	2007	1995	1999	2003	2007
	19,9	24	23,1	23,5	6,6	10,4	12,6	16,7	13,9	16,8	17,5	19,9

Tabulka 30: Celoživotní, dvanáctiměsíční a třicetidenní prevalence užívání návykových látek mezi návštěvníky tanečních akcí (Tanec a drogy 2000–2007)

	celoživotní			dvanáctiměsíční			třicetidenní	
	2000	2003	2007	2000	2003	2007	2003	2007
alkohol	86,6	97,9	96,8	81,4	95,0	94,4	84,0	89,6
konopné drogy	82,6	91,9	91,2	78,9	84,4	75,8	64,4	60,0
extáze	53,6	66,9	69,0	39,3	54,0	49,7	32,5	30,0
pervitin	33,4	44,6	47,6	21,7	24,9	28,0	13,8	15,8
lysohlávký	37,8	43,0	47,6	21,4	20,3	19,8	3,5	3,9
poppers	10,8	35,1	44,9	5,4	21,1	16,6	7,9	5,8
LSD	49,0	45,2	43,0	31,0	22,8	20,7	8,8	6,8
kokain	18,7	20,1	30,9	9,9	12,4	19,3	4,3	7,7
heroin	9,1	6,1	6,4	3,7	1,1	1,2	0,4	0,7
GHB	9,8	6,7	6,2	5,4	2,1	1,4	0,9	0,3

Tabulka 31: Celkové výdaje MŠMT na protidrogovou politiku v rámci programů I, II, III za období 2004–2008 (Mravčík et al., 2009)

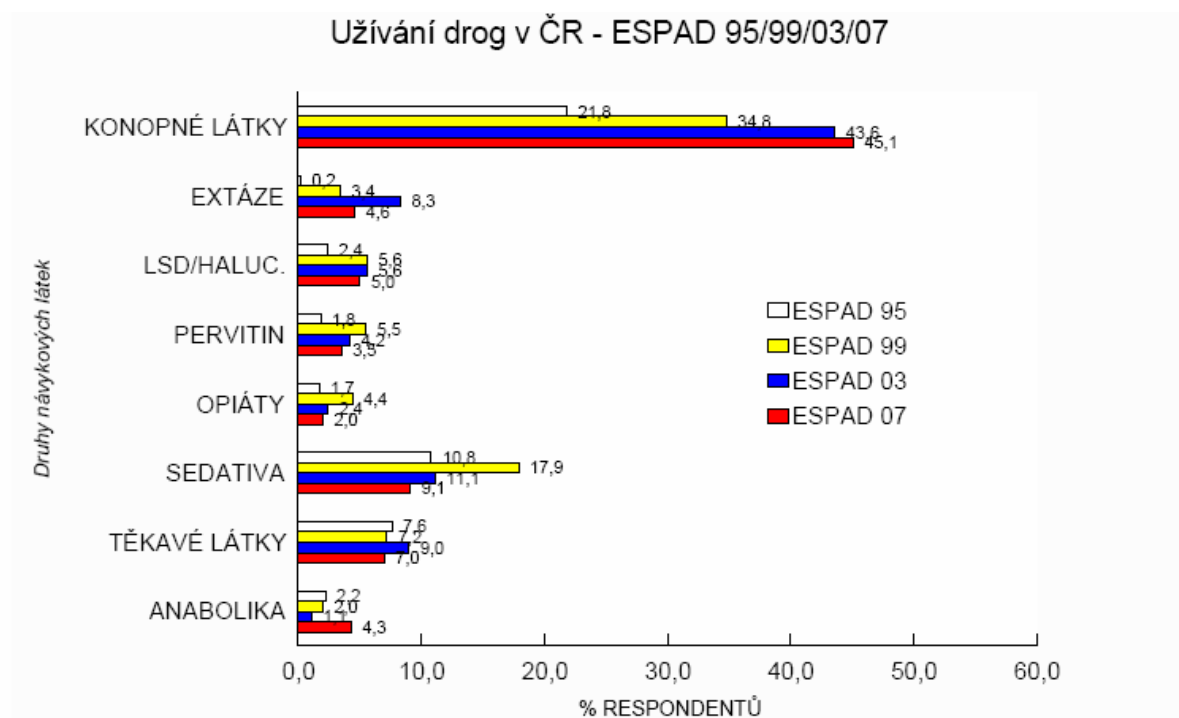
	2004	2005	2006	2007	2008
částka (v mil. Kč)	10,1	9,4	10,8	12,6	12,4

Tabulka 32: Certifikované programy specifické primární prevence podle krajů, počtu měst, zařízení a typů programů na konci roku 2008 (Agentura pro certifikace, 2009).

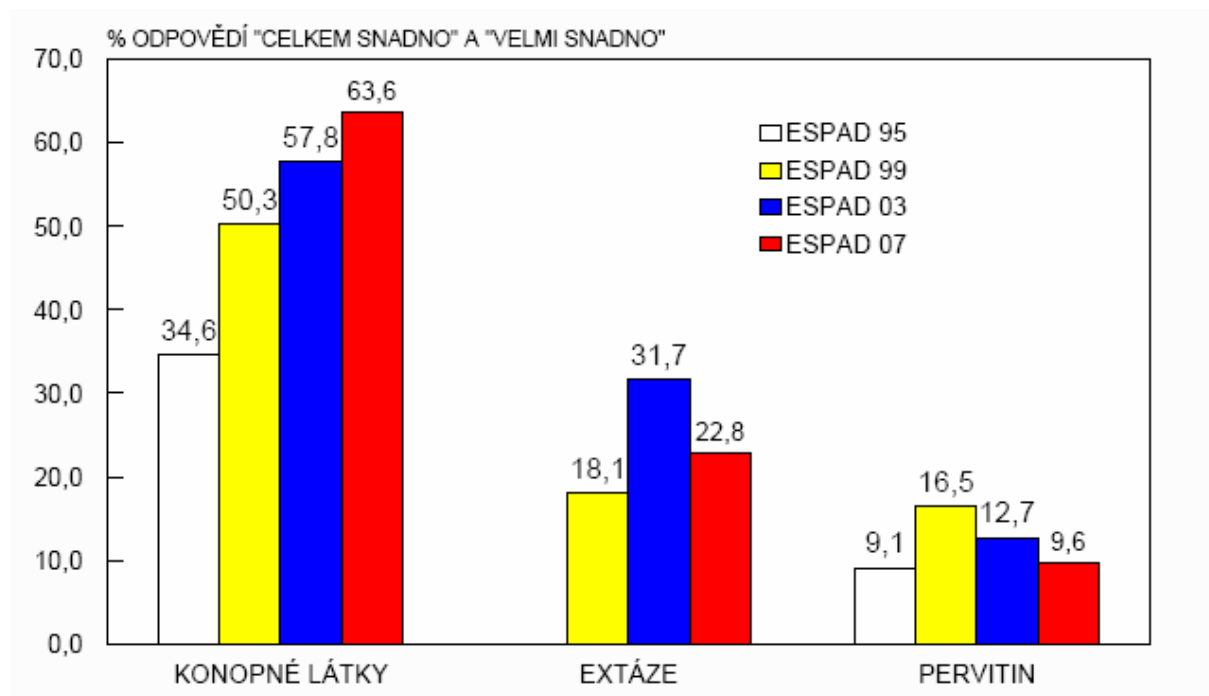
kraj	počet měst	počet zařízení	počet programů	typ programu*				
				ŠD	MŠD	VI	VP	EČ
Jihomoravský	3	4	5	4	0	0	1	0
Jihočeský	6	6	7	6	1	0	0	0
Královéhradecký	0	0	0	0	0	0	0	0
Karlovarský	1	1	1	1	0	0	0	0
Liberecký	0	0	0	0	0	0	0	0
Olomoucký	3	3	4	3	1	0	0	0
Moravskoslezský	2	2	5	2	1	2	0	0
Pardubický	0	0	0	0	0	0	0	0
Plzeňský	1	2	3	2	1	0	0	0
Středočeský	4	4	4	4	0	0	0	0
Ústecký	2	2	2	2	0	0	0	0
Vysočina	4	5	5	5	0	0	0	0
Zlínský	1	1	1	1	0	0	0	0
Hl. m. Praha	1	6	11	5	0	0	3	3
celkem	28	36	48	35	4	2	4	3

Pozn.: * ŠD – Programy specifické PP poskytované v rámci školní docházky, MŠD – Programy specifické PP poskytované mimo rámec školní docházky, VI – Programy včasné intervence, VP – Vzdělávací programy v oblasti specifické PP, EČ – Ediční činnost v oblasti PP.

Obrázek 4: Celoživotní prevalence užití návykových látek mezi šestnáctiletými studenty ve studiích ESPAD, v %. (Zdroj: Csémy et al. 2009; Csémy et al. 2006)



Obrázek 5: Podíl studentů, pro něž jsou uvedené látky snadno nebo celkem snadno dostupné (ESPAD, v %). (Csémy et al., 2009; Csémy et al., 2006)



Cíl III – Stabilizovat, případně snížit spotřebu legálních a nelegálních drog ve společnosti, zejména mezi nezletilými mladými lidmi

Tabulka 33: Spotřeba alkoholu a tabáku na jednoho obyvatele roce 2004–2008 (Zdroj: ČSÚ, 2009)

	měřicí jednotka	2004	2005	2006	2007	2008
alkoholické nápoje celkem	litry	184,6	188,1	184,3	185,8	183,2
– v hodnotě čistého lihu	litry	9,8	10,2	10,2	10,4	10,4
lihoviny (40 %)	litry	7,6	7,8	8,0	8,2	8,1
– v hodnotě čistého lihu	litry	3,0	3,1	3,2	3,3	3,2
víno	litry	16,5	16,8	17,2	18,5	18,5
– v hodnotě čistého lihu	litry	1,9	1,9	2,0	2,1	2,1
pivo	litry	160,5	163,5	159,1	159,1	156,6
v hodnotě čistého lihu	litry	4,9	5,2	5,0	5,0	5,1
cigarety celkem	ks	2 243	2 275	2 338	2 345	2 107

Tabulka 34: Spotřeba nelegálních drog roce 2003 a 2008 (Vopravil, 2005; Vopravil, 2010)

	2003	2008	změna v %
konopné látky (g)	11 504 152	18 846 470	+ 64 %
extáze (tbl.)	1 235 841	4 714 833	+ 282 %
LSD (ks)	275 567	1 053 683	+ 282 %
pervitin (g)	3 654 603	4 435 600	+ 21 %
heroin (g)	2 220 511	1 313 833	– 41 %
Subutex [®] (g)	654 700	n.a.	n.a.
kokain (g)	n.a.	956 610	n.a.

Cíl IV. – Snížit potenciální rizika užívání všech typů drog a ekonomické, zdravotní a sociální dopady jejich užívání na jedince a společnost

Tabulka 35: Smrtelná předávkování vybranými drogami roce 2004–2008 (Mravčík et al., 2005–2009)

	2004	2005	2006	2007	2008
těkavé látky	20	18	14	14	10
opiáty/opioidy	19	24	10	14	15
amfetaminy (pervitin)	16	14	12	11	19
kokain	1	1	1	1	0
MDMA	0	2	0	0	0
halucinogeny	0	0	0	0	0
konopné látky	0	0	0	0	0
celkem nelegální drogy a těkavé látky	56	59	37	40	39
psychotropní léky					
– z nich benzodiazepiny	94	56	50	58	77
nezjištěno					
celkem	241	218	212	213	238

Tabulka 36: Hlášená incidence infekčních onemocnění v roce 2004–2008 (Mravčík et al., 2005 – 2009); SZÚ Praha – NRL pro AIDS 2005–2009; SZÚ Praha – EPIDAT 2005–2009)

	2004	2005	2006	2007	2008
HIV/ AIDS – celkem	72	90	93	122	148
– z toho IUD	6	4	4	12	9
– z toho IUD a homo/bisexuální styk	1	1	2	3	4
– % IUD +IUD h/b	9,72	5,56	6,45	12,30	8,78
akutní a chronická VHC – celkem	868	844	1022	981	974
– z toho IUD	535	526	704	667	658
– % IUD	61,64	62,32	68,88	67,99	67,56
VHB – celkem	392	361	307	307	306
– z toho IUD	129	117	87	103	78
– % IUD	32,91	32,41	28,34	33,55	25,49

Tabulka 37: Vyšetření injekčních uživatelů drog na protilátky HIVv roce 2004–2008 z výsledků laboratorní surveillance (Mravčík et al. 2005 – 2009); SZÚ Praha – NRL pro AIDS 2005–2009)

	počet	2004	2005	2006	2007	2008
testy z krve	– testů	1 382	925	994	845	886
	– pozitivních	0	1	1	1	1
	– promíle pozitivních	0,00	1,08	1,01	1,18	1,13
testy ze slin	– testů	227	449	412	531	477
	– pozitivních	0	1	0	1	0
	– promíle pozitivních	0,00	2,23	0,00	1,88	0,00
celkem	– testů	1 609	1 374	1 406	1 376	1 363
	– pozitivních	0	1	1	2	1
	– promíle pozitivních	0,00	0,73	0,71	1,45	0,73

Tabulka 38: Výsledky testování injekčních uživatelů drog na infekce v nízkoprahových zařízeních v roce 2008 (Mravčík et al. 2005–2009)

infekce	druh testu*	počet testujících programů	počet testů		počet osob		
			celkem	pozit.	celkem	pozit.	pozit. v %
HIV	test ze slin	12	241	0	155	0	0,0
	rychlý test z kapilární krve	15	311	1	281	1	0,4
	rychlý test z kapilárního séra	5	65	0	52	0	0,0
	laboratorní test ze žilního séra	8	272	0	237	0	0,0
	celkem	34	889	1	725	1	0,1
VHC	rychlý test z kapilární krve	4	78	4	76	4	5,3
	rychlý test z kapilárního séra	15	340	26	314	24	7,6
	laboratorní test ze žilního séra	11	269	52	232	45	19,4
	celkem	26	687	82	622	73	11,7
VHB	laboratorní test ze žilního séra	8	263	4	227	2	0,9
syfilis	rychlý test z kapilární krve	3	162	0	119	0	0,0
	laboratorní test ze žilního séra	5	177	3	147	3	2,0
	celkem	8	339	3	266	3	1,1

Tabulka 39: Počet testů na infekce a počet testujících nízkoprahových zařízení v roce 2004–2008 (Mravčík et al., 2005–2009)

	počet	2004	2005	2006	2007	2008
HIV	testy	2 178	2 425	1 253	609	889
	počet programů	58	54	46	53	34
VHB	testy	932	1 370	693	370	263
	počet programů	25	28	56	19	8
VHC	testy	2 582	2 664	1 133	401	687
	počet programů	53	55	62	24	26
Lues	testy	84	54	209	62	339
	počet programů	1	2	3	4	8
celkem	testy	5 776	6 513	3 288	1 442	2 178
	počet programů	137	139	167	100	76

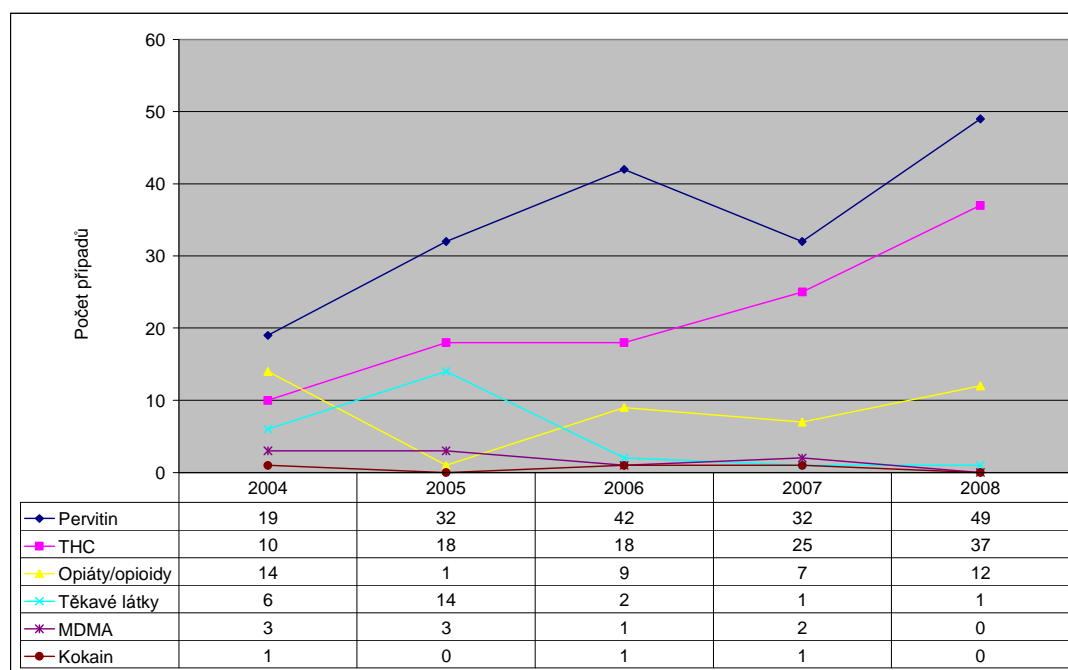
Tabulka 40: Nízkoprahové programy v ČR (Mravčík et al., 2005–2009)

	2004	2005	2006	2007	2008
počet programů	92	92	90	109	100
počet UD v kontaktu	24 200	27 800	25 900	27 200	28 300
počet kontaktů	317 900	403 900	322 900	338 100	329 466
počet IDU v kontaktu s nízkoprahovými zařízeními	16 200	17 900	18 300	20 900	22 300
podíl injekčních uživatelů drog, kteří využili služeb nízkoprahových zařízení	67 %	64 %	71 %	77 %	79 %
počet výměnných programů	86	88	93	107	98
počet výměn ve výměnných programech	139 800	249 000	191 000	215 800	217 200
počet vyměněných stříkaček a jehel	2 355 536	3 271 624	3 868 880	4 457 008	4 644 314

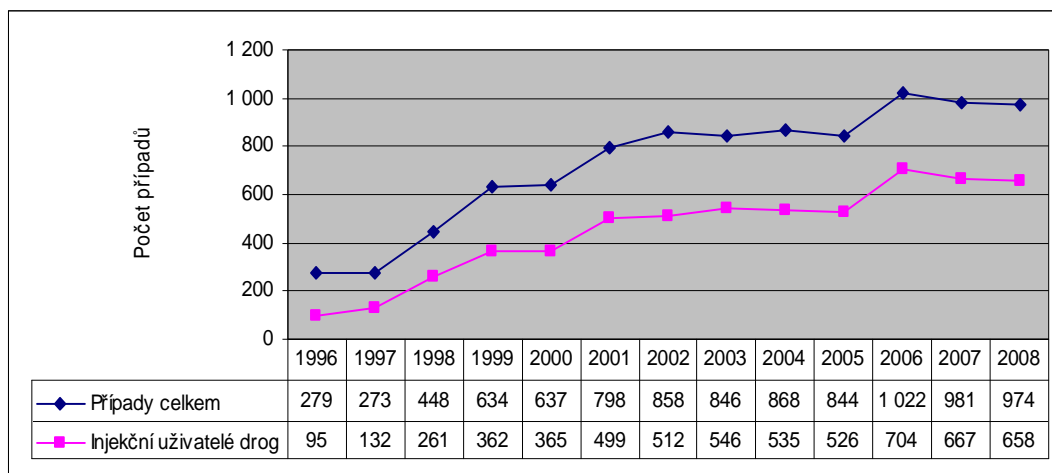
Tabulka 41: Sdílení jehel a stříkaček kdykoliv v minulosti uváděné injekčními uživateli drog žádajícími o léčbu v roce 2002–2008 (výroční zprávy HS Hl. m. Prahy, Centrálního pracoviště drogové epidemiologie 2003–2009)

rok	počet IUD	počet sdílejících	sdílející v %
2002	6 437	2 590	40,2
2003	5 901	2 356	39,9
2004	6 314	2 725	43,2
2005	5 769	2 421	42,0
2006	5 860	2 313	39,5
2007	5 338	2 139	40,1
2008	5 766	2 057	35,7

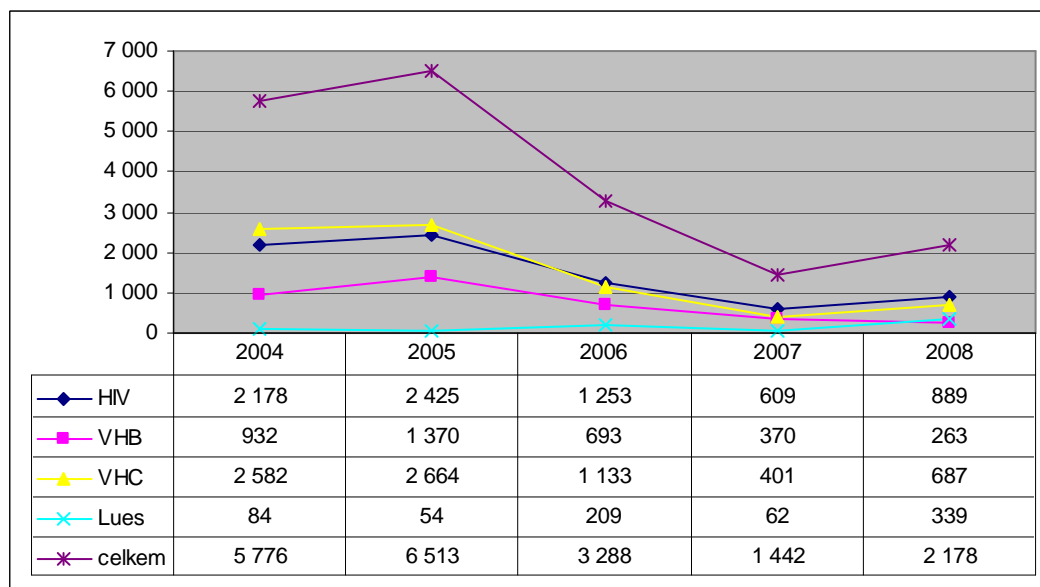
Obrazek 6: Úmrtí za přítomnosti vybraných drog zjištěná na odděleních soudního lékařství v ČR v roce 2004–2008 (Mravčík et al., 2005–2009)



Obrázek 7: Hlášená incidence akutní a chronické VHC celkem a u injekčních uživatelů drog v ČR v roce 1996–2008 (Mravčík et al., 2005 – 2009); SZÚ Praha – EPIDAT 2005–2009)



Obrázek 8: Počet provedených testů na infekční nemoci mezi klienty nízkoprahových programů v letech 2004 – 2008 (Mravčík et al., 2005–2009)



Cíl V – Zvyšovat kvalitu života uživatelů všech typů drog, jejich rodičů a blízkých prostřednictvím zajištění dostupnosti kvalitních služeb léčby a resocializace

Tabulka 42: Programy poskytující služby uživatelům drog v roce 2004–2008 (Mravčík et al., 2005–2009)

		2004	2005	2006	2007	2008
denní stacionáře	počet	2	2	1	1	1
	kapacita (míst, lůžek)	n.a.	10 ^{b)}	10	10	10
	využití (počet osob)	82	36 ^{b)}	41	40	38
ambulantní zdravotnická zařízení	počet	382	401	385	372	357
	kapacita (míst, lůžek)	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
	využití (počet osob)	15 383	17 531	17 921*	15 684*	15 711*
detoxifikační jednotky	počet	19	19	19	19	19
	kapacita (míst, lůžek)	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
	využití (počet osob)	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
záchytné stanice	počet	16	16	15	15	15
	kapacita (míst, lůžek)	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
	využití (počet osob)	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
psychiatrické léčebny	počet	17	17	17	16	16
	kapacita (míst, lůžek)	1 275*	9 538 ^{c)}	9 442**	9 307**	9 240**
	využití (počet osob)	2 883	3 104	3 200	3 423	3 389
psychiatrická oddělení nemocnic	počet	33	32	31	32	32
	kapacita (míst, lůžek)	1 501**	1 439 ^{c)}	1 420**	1 419**	1 396**
	využití (počet osob)	2 459	1 613	1 629	1 299	1 247**
dětské psychiatrické léčebny	počet	4	3	3	3	3
	kapacita (míst, lůžek)	368*	320 ^{c)}	320**	320**	300**
	využití (počet osob)	27	27	29	16	25
pobytová oddělení specializovaná na léčbu dětí ohrožených drogovou závislostí (zařízení speciálního školství)	počet		5			5
	kapacita (míst, lůžek)		66			46
	využití (počet osob)		104			76
programy následné péče	počet	17	20	18	18	18
	kapacita (míst, lůžek)	n.a.	385 ^{e)}	365****	325****	283****
	využití (počet osob)	957	865	904	883	1 041
terapeutické komunity	počet	17	15	15	15	15–20
	kapacita (míst, lůžek)	228***	193 ^{d)}	185***	169***	138***
	využití (počet osob)	546*	486 ^{d)}	451***	472***	427***
substituční (metadonová) centra	počet	9	10	14	15	13
	kapacita (míst, lůžek)	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.

	využití (počet osob)	1 043	758	949	1 064	
substituce buprenorfinem v ambulancích	počet	450****	n.a.	–	390*****	
	kapacita (míst, lůžek)	n.a.	n.a.	–	–	–
	využití (počet osob)	2 000****	1 000–2 500	–	3 500 až 3 800*****	
detoxifikační jednotky ve věznicích						
	počet	1	1	2	2	4
	kapacita (míst, lůžek)	n.a.	n.a.	n. a.	n.a.	n.a.
	využití (počet osob)	101	172	172*****	n.a.	208
bezdrogové zóny ve věznicích						
	počet	30	34	–	35	
	kapacita (míst, lůžek)	1 440	1 606	–	1 877	
	využití (počet osob)	2 528	2 859	–	3 524	
oddělení pro diferencovaný výkon trestu						
	počet	6	6	6	6	6
	kapacita (míst, lůžek)	292	286	286	258	262
	využití (počet osob)	489	523	625	419	422
oddělení pro výkon ochranné protitoxikomanické léčby ve věznicích						
	počet	3	3	3	3	3
	kapacita (míst, lůžek)	73	105	105	114	120
	využití (počet osob)	122	184	162	200	206

- 2004 Pozn.: * údaj z roku 2003, ** počet všech psychiatrických lůžek, *** údaje pouze ze 14 komunit, **** odhad
- 2005 Pozn.: a) jedná se o ambulantní zdravotnická zařízení různých specializací, nikoliv pouze AT, b) údaj pouze z 1 denního stacionáře, c) počet všech psychiatrických lůžek, d) údaje pouze z 12 komunit, e) údaj se týká pouze intenzivní následné péče, f) v bezdrogových zónách není prováděna terapie.
- 2006 Pozn.: * jedná se o počet osob v tzv. živé kartotéce, tj. počet osob, které navštívily zařízení alespoň jednou za rok, ** počet všech psychiatrických lůžek, *** údaje pouze z 12 komunit, **** údaj se týká kapacity programů intenzivní péče, ***** údaje z roku 2005.
- 2007 Pozn.: * Jedná se o počet osob v tzv. živé kartotéce, tj. počet uživatelů drog, kteří navštívili zařízení alespoň jednou za rok, ** počet všech psychiatrických lůžek, *** údaje pouze z 11 komunit, **** údaj se týká kapacity programů intenzivní péče, ***** odhad.
- 2008 Pozn.: * jedná se o počet osob v tzv. živé kartotéce, tj. počet osob, které navštívily zařízení alespoň jednou za rok, ** počet všech psychiatrických lůžek, *** údaje pouze z 15 komunit, **** údaj se týká kapacity programů intenzivní péče.

Tabulka 43: Počet certifikovaných programů k 31. 6. 2009 (Mravčík et al., 2005–2009)

typ služby	počet programů
detoxifikace	4
terénní programy	58
kontaktní a poradenské služby	59
ambulantní léčba	16
stacionární programy	1
krátkodobá a střednědobá ústavní léčba	3
rezidenční péče v terapeutických komunitách	12
ambulantní doléčovací programy	17
substituční léčba	7
celkem	177

Cíl VI – Snížit dostupnost legálních a nelegálních drog pro obecnou populaci a zejména pro nezletilé mladé lidi prostřednictvím efektivnějšího využívání existujících legislativních a institucionálních nástrojů

Tabulka 44: Množství zachycených prekurzorů a léků s obsahem pseudoefedrinu určených pro výrobu pervitinu, odhalených varen a zadržného pervitinu v roce 2004–2008 (Mravčík et al., 2009, Národní protidrogová centrála, 2005–2009)

zachyceno	2004	2005	2006	2007	2008
efedrin (g)	825	27 301	1 201	1 185	1 677
pseudoefedrin (g)	89	3	0,7	218	–
Modafen [®] (tbl.)	n.a.	10 980	2 406	3 480	7 876
Nurofen Stop Grip [®] (tbl.)	n.a.	12	4 631	11 948	21 785
Panadol Plus Grip [®] (tbl.)	n.a.	n.a.	–	72	17 021
počet varen	248	261	426	388	434
pervitin (g)	3 423	5 310	5 249	5 978	3 799

Tabulka 45: Počet záchytů a objemy záchytů hlavních typů drog v roce 2004–2008 (Mravčík et al., 2005–2009), Národní protidrogová centrála, 2005–2009)

		2004	2005	2006	2007	2008
marihuana	počet	748	602	556	563	602
	objem (g)	168 528	103 337	108 352	122 124	392 527
pervitin	počet	302	316	406	374	405
	objem (g)	3 423	5 310	5 249	5 978	3 799
heroin	počet	67	107	86	96	105
	objem (g)	35 904	36 340	27 877	20 332	46 302
rostliny konopí	počet	49	53	44	46	69
	objem (ks)	1 617	1 780	2 276	6 992	25 223
hašiš	počet	163	123	42	25	30
	objem (g)	22 693	4 625	466	387	696
extáze	počet	52	41	29	30	18
	objem (tbl.)	108 379	19 010	26 259	62 226	16 610
kokain	počet	10	16	11	38	24
	objem (g)	3 283	10 169	4 708	37 587	7 631
LSD	počet	7	5	7	5	5
	objem (dávkky)	326	3 067	1 748	117	246

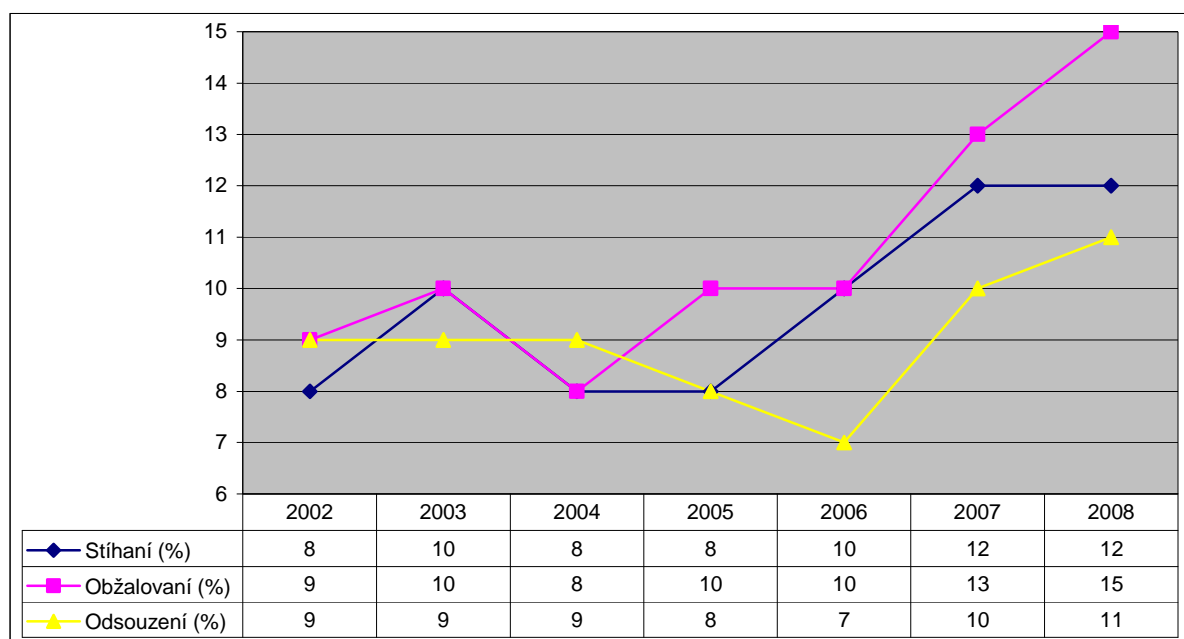
Tabulka 46: Počet varen pervitinu a pěstíren marihuany odhalených Policií ČR v roce 2004–2008 (Mravčík et al., 2005–2009, Národní protidrogová centrála, 2005–2009).

	2004	2005	2006	2007	2008
počet odhalených pěstíren marihuany	14	17	n.a.	34	79
počet odhalených varen	248	261	426	388	434

Tabulka 47: Počet trestně stíhaných, obžalovaných a odsouzených osob za drogové trestné činy v letech 2004–2008 (Mravčík et al., 2005–2009).

	2004	2005	2006	2007	2008
počet stíhaných osob					
podle údajů NPC	2 157	2 168	2 198	2 031	2 322
podle údajů PČR (ESSK)	2 149	2 209	2 344	2 023	2 296
podle údajů MS	2 944	2 429	2 630	2 282	2 304
počet obžalovaných (MS)	2 589	2 157	2 314	2 042	2 100
počet odsouzených (MS)	1 376	1 326	1 444	1 382	1 360

Obrázek 9: Vývoj podílu osob stíhaných, obžalovaných a odsouzených podle § 187a v letech 2002–2008 (Ministerstvo spravedlnosti ČR, 2009b; Ministerstvo spravedlnosti ČR, 2009a; Mravčík et al. 2008)



Tabulka 48: Průměrné a nejčastěji udávané (modus) ceny drog roce 2004–2008, v Kč (Mravčík et al., 2009; Národní protidrogová centrála, 2005–2009)

typ drogy	2004		2005		2006		2007		2008	
	průměr	modus	průměr	modus	průměr	modus	průměr	modus	průměr	modus
marihuana (g)	170	200	170	100	190	150	180	100	180	200
hašiš (g)	280	250	240	250	270	200	260	200	240	250
extáze (tableta)	230	250	210	200	220	150	210	200	220	200
pervitin (g)	1 100	1 000	1020	1000	1 060	1 000	1 130	1 000	1 130	1 000
heroin (g)	1 050	1 000	1090	1000	1 090	800	1 100	1 000	1 080	1 000
kokain (g)	2 300	2 000	2260	2000	2 220	2 000	2 060	2 000	2 000	2 000
LSD (dávkka)	170	150	180	150	160	150	180	200	180	100

Pozn.: Ceny jsou zaokrouhleny na desítky Kč.

Tabulka 49: Průměrné čistoty drog v letech 2004–2008, v % (Mravčík et al., 2009; Národní protidrogová centrála 2005–2009)

typ drogy	2004		2005		2006		2007		2008	
	počet vzorků (PV)	průměrná čistota (%) (PČ)	PV	PČ	PV	PČ	PV	PČ	PV	PČ
marihuana	n.a.	3	108	3,8	151	4,5	177	4,7	404	5,5
hašiš	n.a.	10	10	7,4	1	11,0	2	8,1	5	5,2
extáze*	n.a.	n.a.	135	27,2	54	22,6	31	27,4	20	17,5
pervitin	n.a.	50	65	62,9	58	52,3	123	66,4	145	64,3
heroin	n.a.	12	19	41,5**	35	7,9	31	17,4	47	22,6
kokain	n.a.	65	25	55,9	12	40,2	48	49,1	35	43,5

Pozn.: * Jedná se o průměrný obsah MDMA v jedné tabletě v mg; ** vysoká průměrná čistota heroínu byla způsobena započtením několika záchytů vysoce koncentrovaného heroínu.

Tabulka 50: Četnost nabídky drog v rámci celého života respondentů celopopulační studie (Běláčková, 2010).

četnost nabídky	konopné drogy	extáze	pervitin	kokain	heroin	lsd	halucinogenní houby
ani jednou	50,7	77,8	86,9	92,2	93,5	86,8	81,8
1–2x	15,4	11,1	7,0	5,3	4,0	6,6	9,4
3–5x	10,1	5,1	2,2	1,2	1,3	3,0	4,0
6–9x	5,1	2,4	1,2	0,5	0,3	1,3	1,4
10–19x	7,1	1,7	1,0	0,4	0,3	1,1	1,7
20–39x	3,9	0,9	0,5	0,1	0,2	0,4	0,7
40 a vícekrát	7,7	1,0	1,0	0,4	0,4	0,8	0,9
celkem	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Tabulka 51: Financování veřejných služeb v síti prevence a léčby 1996–2010 (v mil. Kč)

<i>rozpočty</i>	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
MZ	70,5	22,5	32,5	32	43,02	34	25,74	22,1	26,5	33,5	18	22,2	18,9	15,0	7,6**
MŠMT	30	14,8	14,8	8,03	4,78	17,05	9,5	9,3	10,1	9,4	10,8	12,6	12,4	9,3	9,3*
MPSV	14,1	9,5	13,44	14,74	24,29	29,9	35,15	44,3	42,22	46,5	49,7	57,0	73,9	86,7	86,7*
RVKPP	0	35	40	150	57	84	91,89	103,9	100,6	105,7	108,8	104,4	100,0	97,5	85,5
MS (dotace NNO)												0,6	0,6	0,6	0,6*
celkem centrální	114,6	81,8	100,74	204,77	129,09	164,95	162,28	179,6	179,42	195,1	187,3	196,8	205,8	209,1	189,8
kraje							29,34	48,08	81,6	100,33	94,9	128,4	162,9	?	?
obce							n.a.	n.a.	62,9	50,6	48,1	62,3	62,5	?	?
celkem územní							29,34	48,08	144,5	150,93	143,1	190,6	225,4	?	?
Celkem	114,6	81,8	100,74	204,77	129,09	164,95	191,62	227,68	323,92	346,03	330,4	340,2	340,2	?	?

Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti

Pozn.: * odhad na základě předchozího roku, ** předběžný odhad

Tabulka 52: Relace státních výdajů na drogové služby s HDP a výdaji státního rozpočtu 1998–2009

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
výdaje státního rozpočtu (mil. Kč)	566 741	596 909	632 268	693 921	750 683	808 718	862 891	922 798	1 020 640	1 092 275	1 083 940	1 167 010
účelově určené výdaje na služby prevence a léčby ze st. rozpočtu (mil. Kč)	100,74	204,77	129,09	164,95	162,28	179,6	179,42	195,1	187,3	196,8	205,8	209,1
účelově určené výdaje na služby prevence a léčby ze st. rozpočtu v % výdajů st. rozpočtu	0,0178	0,0343	0,0204	0,0238	0,0216	0,0222	0,0208	0,0211	0,0184	0,0180	0,0190	0,0188

Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2007 a 2008 (pracovní), * předběžné údaje

Pozn.: Pokud by výdaje na drogové služby v roce 2009 činily 0,021 % výdajů státního rozpočtu (minimálně tolik co v roce 2001–2005), činily by účelově určené výdaje na služby drogové prevence a léčby v roce 2009 cca 245 mil. Kč.

Tabulka 53: Vývoj spolufinancování projektů protidrogové politiky v rámci dotačních řízení Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, 2001–2010

rok	požadovaná finanční podpora v žádostech o dotaci celkem za rok [Kč]	dotace ze stát.rozpočtu poskytnuta prostřednictvím RVKPP za rok [Kč]	finančně nekryté požadavky v rámci finanční spoluúčasti RVKPP [Kč]	míra finančního krytí požadavku na dotaci ze strany RKPP [%]	index finanční spoluúčasti RVKPP formou dotací (meziroční nárůst či pokles z abs. čísel viz sl. 3)	index finanční spoluúčasti RVKPP formou dotací za celé období (výpočet vztážen k roku 2001 v abs. číslech viz sl. 3)
2001	101 501 146,00	75 775 000,00	-25 726 146,00	75	1,0	1
2002	110 732 450,00	85 666 500,00	-25 065 950,00	77	1,1305	1,1305
2003	130 939 473,00	94 123 000,00	-36 816 473,00	72	1,0987	1,2421
2004	135 719 243,00	97 725 000,00	-37 994 243,00	72	1,0383	1,2897
2005	148 058 516,00	101 696 000,00	-46 362 516,00	69	1,0406	1,3421
2006	154 140 466,00	105 300 000,00	-48 840 466,00	68	1,0354	1,3896
2007	156 891 211,00	100 046 000,00	-56 845 211,00	64	0,9501	1,3203
2008	152 119 654,00	95 300 000,00	-56 819 654,00	63	0,9526	1,2577
2009	147 433 885,00	93 899 000,00	-52 534 885,00	64	0,9853	1,2391
2010	139 570 699,00	81 993 000,00	-57 577 699,00	59	0,8732	1,0821

Seznam obrázků

Obrázek 1.: Zjednodušený model politického procesu v protidrogové politice (Fiala a Schubert, 2000)	14
Obrázek 2 : Aktivity v jednotlivých oblastech AP 2007–2009 podle jejich váhy	29
Obrázek 3: Počet aktivit přispívajících k jednotlivým cílům strategie (C I –C VI specifické, C VII – C XI – technicko–organizační)	33
Obrázek 4: Celoživotní prevalence užívání návykových látek mezi šestnáctiletými studenty ve studiích ESPAD, v %. (Zdroj: Csémy et al. (2009), Csémy et al. (2006))	95
Obrázek 5: Podíl studentů, pro něž jsou uvedené látky snadno nebo celkem snadno dostupné (ESPAD, v %). (Zdroj: Csémy et al. (2009), Csémy et al. (2006))	95
Obrázek 6: Úmrtí za přítomnosti vybraných drog zjištěná na odděleních soudního lékařství v ČRv roce 2004–2008 (Zdroj: Mravčík et al. 2005 – 2009)	99
Obrázek 7: Hlášená incidence akutní a chronické VHC celkem a u injekčních uživatelů drog v ČRv roce 1996–2008 (Zdroj: Mravčík et al. 2005 – 2009)	100
Obrázek 8: Počet provedených testů na infekční nemoci mezi klienty nízkoprahových programů v letech 2004 – 2008 (Zdroj: Mravčík et al. 2005 – 2009)	100
Obrázek 9: Vývoj podílu osob stíhaných, obžalovaných a odsouzených podle § 187a v letech 2002–2008 (Ministerstvo spravedlnosti ČR, 2009b; Ministerstvo spravedlnosti ČR, 2009a; Mravčík et al. 2008)	104

Seznam tabulek

Tabulka 1.: Příklad struktury akčního plánu (Úřad vlády České republiky, 2007a)	17
Tabulka 2: Srovnání původní a finální struktury akčních plánů pro každou oblastí protidrogové politiky	24
Tabulka 3: Rozdělení všech aktivit Akčního plánu 2007–2009 mezi cíle strategie	32
Tabulka 4: Incidenční matice klíčových aktivit AP 2007–2009 pro dosažení jednotlivých strategických cílů	34
Tabulka 5: Plnění aktivit Akčního plánu 2005–2006 podle oblastí (Mravčík V., et. al, 2007)	40
Tabulka 6: Plnění aktivit Akčního plánu 2007–2009 podle oblastí (Úřad vlády České republiky, 2010)	41
Tabulka 7: Rozdělení aktivit podle důležitosti (váhy) v jednotlivých oblastech Akčního plánu 2007–2009	43
Tabulka 8: Přehled splněných aktivit podle váhy aktivity	43
Tabulka 9: Přehled stavu splnění aktivit s váhou A podle oblastí	43
Tabulka 10: Přehled splněných aktivit, přímo vedoucích k dosažení strategického cíle	44
Tabulka 11: Přehled specifických cílů Národní strategie 2005–2009 a jejich převzetí do krajských protidrogových strategických dokumentů	48
Tabulka 12: Přehled technicko–organizačních cílů Národní strategie 2005–2009 a jejich převzetí do krajských protidrogových strategických dokumentů	48
Tabulka 13: Přehled oblastí Akčního plánu 2007–2009, které jsou obsaženy v krajských protidrogových strategických dokumentech	49
Tabulka 14: Názory krajských protidrogových koordinátorů na doporučení krajům v Akčním plánu 2007–2009	49
Tabulka 15: Průměrné bodové hodnocení spolupráce krajů s centrálními úřady	50
Tabulka 16: Hodnocení užitečnosti Výboru zástupců regionů a společných jednání s Výborem zástupců resortů a institucí	50
Tabulka 17: Zatížení krajských protidrogových koordinátorů jinými agendami v posledním měsíci	51
Tabulka 18: Stručná charakteristika vývoje zabezpečení protidrogové politiky	52
Tabulka 19: Odhad počtu problémových uživatelů drog (Zdroj: Mravčík et al. 2005 – 2009)	91
Tabulka 20: Počet a podíl problémových uživatelů drog, kteří využili služeb nízkoprahových zařízení (Zdroj: Mravčík et al. 2005 – 2009)	91
Tabulka 21: Počet a podíl problémových uživatelů drog v léčebných zařízeních a injekční užívání (Zdroj: Mravčík et al. 2005 – 2009)	91
Tabulka 22: Substituční léčba (Zdroj: Mravčík et al. 2005 – 2009)	92
Tabulka 23: Průměrný věk prvožadatelů o léčbu (Zdroj: Mravčík et al. 2005 – 2009)	92
Tabulka 24: Prevalence užívání návykových látek v dospělé populaci v roce 2004 (celoživotní a v posledních 12 měsících, v %) (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2005d)	92
Tabulka 25: Prevalence užívání návykových látek v dospělé populaci v roce 2008 (celoživotní, v posledních 12 měsících a v posledních 30 dnech, v %). (Mravčík et al., 2009)	93

Tabulka 26: Prevalence užití návykových látek mezi šestnáctiletými studenty ve studii ESPAD 2007 v % (Csémy et al. (2009)).....	93
Tabulka 27: Podíl 16letých studentů s první zkušeností s užitím legálních a nelegálních drog ve věku 13let a mladší ve studii ESPAD v % (Mravčík et al., 2009).....	93
Tabulka 28: Subjektivní vnímání rizika užití návykových látek jeden nebo dvakrát v životě mezi mladými – odpovědi „velké riziko (v %), ESPAD (Csémy et al. (2009), Csémy et al. (2006)	93
Tabulka 29: Nadměrné pití alkoholu mezi šestnáctiletými studenty (v %), ESPAD, (Zdroj: Csémy et al. (2009), Csémy et al. (2006).....	94
Tabulka 30: Celoživotní, dvanáctiměsíční a třicetidenní prevalence užívání návykových látek mezi návštěvníky tanečních akcí (Zdroj: Tanec a drogy 2000–2007)	94
Tabulka 31: Celkové výdaje MŠMT na protidrogovou politiku v rámci programů I, II, III za období 2004–2008 (Mravčík et al., 2009).....	94
Tabulka 32: Certifikované programy specifické primární prevence podle krajů, počtu měst, zařízení a typů programů na konci r. 2008 (Agentura pro certifikace, 2009).....	94
Tabulka 33: Spotřeba alkoholu a tabáku na jednoho obyvatele v roce 2004–2008 (Zdroj: ČSÚ, 2009).....	96
Tabulka 34: Spotřeba nelegálních drog v roce 2003 a 2008 (Zdroj: Vopravil, 2005; Vopravil, 2010) ...	96
Tabulka 35: Smrtelná předávkování vybranými drogami v roce 2004–2008 (Zdroj: Mravčík et al. 2005 – 2009).....	96
Tabulka 36: Hlášená incidence infekčních onemocnění v roce 2004–2008 (Zdroj: Mravčík et al. 2005 – 2009).....	97
Tabulka 37: Vyšetření injekčních uživatelů drog na protilátky HIV v roce 2004–2008 z výsledků laboratorní surveillace (Zdroj: Mravčík et al. 2005 – 2009).....	97
Tabulka 38: Výsledky testování injekčních uživatelů drog na infekce v nízkoprahových zařízeních v roce 2008 (Zdroj: Mravčík et al. 2005 – 2009)	98
Tabulka 39: Počet testů na infekce a počet testujících nízkoprahových zařízení v roce 2004–2008 (Zdroj: Mravčík et al. 2005 – 2009)	98
Tabulka 40: Nízkoprahové programy v ČR (Zdroj: Mravčík et al. 2005 – 2009).....	98
Tabulka 41: Sdílení jehel a stříkaček kdykoliv v minulosti uváděné injekčními uživateli drog žádajícími o léčbu v roce 2002–2008 (Zdroj: Mravčík et al. 2005 – 2009).....	99
Tabulka 42: Programy poskytující služby uživatelům drog v roce 2004–2008 (Zdroj: Mravčík et al. 2005 – 2009).....	101
Tabulka 43: Počet certifikovaných programů k 31.6.2009 (Zdroj: Mravčík et al. 2005 – 2009).....	102
Tabulka 44: Množství zachycených prekurzorů a léků s obsahem pseudoefedrinu určených pro výrobu pervitinu, odhalených varen a zadrženo pervitinu v roce 2004–2008 (Zdroj: Mravčík et al. 2008, Výroční zprávy NPC za rok 2004–2008).....	103
Tabulka 45: Počet záchytů a objemy záchytů hlavních typů drog v roce 2004–2008 (Zdroj: Mravčík et al. 2005 – 2009).....	103
Tabulka 46: Počet varen pervitinu a pěstíren marihuany odhalených Policií ČR v roce 2004–2008 (Zdroj: Mravčík et al. 2005 – 2009, Výroční zprávy NPC za rok 2004–2008).....	103
Tabulka 47: Počet trestně stíhaných, obžalovaných a odsouzených osob za drogové trestné činy v letech 2004–2008 (Zdroj: Mravčík et al. 2005 – 2009).....	103
Tabulka 48: Průměrné a nejčastěji udávané (modus) ceny drog v roce 2004–2008, v Kč (Mravčík et al. 2009; Národní protidrogová centrála, 2009).....	104
Tabulka 49: Průměrné čistoty drog v letech 2004–2008, v % (Mravčík et al. 2009; Národní protidrogová centrála SKPV Policie ČR, 2008)	104
Tabulka 50: Četnost nabídky drog v rámci celého života respondentů celopopulační studie (Běláčková 2010).....	105
Tabulka 51: Financování veřejných služeb v síti prevence a léčby 1996–2010 (v mil. Kč)	106
Tabulka 52: Relace státních výdajů na drogové služby s HDP a výdaji státního rozpočtu 1998–2009	107
Tabulka 53: Vývoj spolufinancování projektů protidrogové politiky v rámci dotačních řízení Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, 2001–2010.....	107

Literatura

- Agentura pro certifikace (2009) Seznam certifikovaných zařízení. Praha: Agentura pro certifikace, IPPP.
Notes: Zpracováno pro potřeby NMS
- Běláčková, V. (2010) Celopopulační studie užívání návykových látek v České republice za rok 2008. Úřad vlády ČR. (v tisku)
- Csémy, L., Nešpor K., Sovinová H. Kolik je v České republice alkoholiků? České pracovní lékařství 2008; (4): 150.
- Csémy, L., Lejčková, P., Sadílek, P., Sovinová, H. (2009) Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD). Výsledky průzkumu v České republice v roce 2007. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Csémy, L., Lejčková, P., Sadílek, P., Sovinová, H. (2006) Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD). Výsledky průzkumu v České republice v roce 2003. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Estievenart, G. (2000) Preface. In: Evaluation: A Key Tool for Improving Drug Prevention. Lisbon: EMCDDA.
- Fedačko, R. (2008) K vybraným aspektom skúmania nezamýšľaných dôsledkov drogových politík. In: Drogy v spoločnosti – politika a poznanie. Zborník príspevkov zo seminára Sociologického ústavu SAV a NMCD november 2007. Bratislava: Úrad vlády SR.
- Fiala, P., Schubert, K. (2000) Moderní analýza politiky. Uvedení do teorií a metod policy analysis. 1. vyd. Brno: BARRISTER & PRINCIPAL.
- Hill J. Michael and Hupe L. Peter (2002) Implementing public policy: governance in theory and practice. London: SAGE Publication Ltd. 0-7619-6629-3.
- Howlet M. and Ramesh M. (1995) Studying Public Policy. Policy Cycles and Policy Subsystems. Oxford: Oxford University Press.
- Miovský, M., Miovská, L., Trapková, B. (2007) Zhodnocení realizace tzv. Minimálního preventivního programu na základních školách Prahy 6 a okolí prostřednictvím kvalitativní části kvaziexperimentální evaluační studie. Alkoholismus a drogové závislosti (Protialkoholický obzor) 42: 3–24.
- Mravčík, V., Pešek, R., Škařupová, K., Orlíková, B., Škrdlantová, E., Šťastná, L., Kiššová, L., Běláčková, V., Gajdošíková, H., Vopravil, J. (2009) Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2008 [Annual Report on Drug Situation 2008 – Czech Republic]. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Mravčík, V., Chomynová, P., Orlíková, B., Pešek, R., Škařupová, K., Škrdlantová, E., Miovská, L., Gajdošíková, H., Vopravil, J. (2008) Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2007. Praha: Úřad vlády ČR/Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti.
- Mravčík, V., Chomynová, P., Orlíková, B., Škrdlantová, E., Trojáčková, A., Petroš, O., Vopravil, J., Vacek, J. (2007) Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2006. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Mravčík, V., Lejčková, P., Orlíková, B., Petrošová, B., Škrdlantová, E., Trojáčková, A., Petroš, O., Sklenář, V., Vopravil, J. (2006) Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2005. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Mravčík, V., Korčíšová, B., Lejčková, P., Miovská, L., Škrdlantová, E., Petroš, O., Sklenář, V., Vopravil, J. (2005) Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2004. Praha: Úřad vlády ČR.
- Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti. (2008) Tanec a drogy 2007. Souhrn hlavních výsledků studie. Dostupné z: http://www.drogy-info.cz/index.php/info/press_centrum/tanec_a_drogy_2007_vysledky_studie [staženo 1. 3. 2010]
- Národní protidrogová centrála (2009) Výroční zpráva za rok 2008. Praha: Národní protidrogová centrála SKPV Policie ČR.
- Národní protidrogová centrála (2008) Výroční zpráva za rok 2007. Praha: Národní protidrogová

- centrála SKPV Policie ČR.
- Národní protidrogová centrála (2007) Výroční zpráva za rok 2006. Praha: Národní protidrogová centrála SKPV Policie ČR.
- Národní protidrogová centrála (2006) Výroční zpráva za rok 2005. Praha: Národní protidrogová centrála SKPV Policie ČR.
- Národní protidrogová centrála (2005) Výroční zpráva za rok 2004. Praha: Národní protidrogová centrála SKPV Policie ČR.
- Národní protidrogová centrála SKPV Policie ČR (2008) Údaje pro standardní tabulky EMCDDA za r. 2007. Notes: Zpracováno pro NMS
- NORAD (1999): The Logical Framework Approach, Handbook for Objectives-oriented Planning. 4th ed. NORAD.
- Quinn J.B. (1998): Strategies for Change. The Strategy process: Revised European Edition.
- Polanecký, V., Studničková, B., Benáková, Z., Šeblová, J., Zemanová, R. (2007) Výroční zpráva – ČR 2006. Incidence, prevalence, zdravotní dopady a trendy léčených uživatelů drog. Praha: Hygienická stanice hl. m. Prahy.
- Polanecký, V., Studničková, B., Klepetková, M., Šeblová, J., Zemanová, R. (2006) Výroční zpráva ČR 2005 – Incidence, prevalence, zdravotní dopady a trendy léčených uživatelů drog. Praha: Hygienická stanice hlavního města Prahy.
- Polanecký, V., Studničková, B., Klepetková, M., Šeblová, J., Železná, Z. (2004) Výroční zpráva ČR 2003 – Incidence, prevalence, zdravotní dopady a trendy léčených uživatelů drog. Praha: Hygienická stanice hlavního města Prahy.
- Polanecký, V., Studničková, B., Klepetková, M., Šeblová, J., Železná, Z. (2005) Výroční zpráva ČR 2004 – Incidence, prevalence, zdravotní dopady a trendy léčených uživatelů drog. Praha: Hygienická stanice hlavního města Prahy.
- Potůček, M., Le Loup, L., Jenei, G., Váradi, L. (2005). Veřejná politika. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON).
- Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky. (2009) Výroční zpráva o činnosti Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky za rok 2008. Praha.
- Radimecký, J., Janíková, B., Zábranský, T. (2009) Trendy na drogové scéně v ČR. Ohniskové skupiny s pracovníky nízkoprahových programů. Notes: Nepublikováno
- Radimecký, J. (2007) Rhetoric versus Practice in the Czech Drug Policy. Journal of Drug Issues (1): 11–44.
- Radimecký, J. (2006) Když dva dělají totéž...: Srovnávací analýza strategie drogové politiky Evropské unie a České republiky na období od roku 2005. Adiktologie – časopis pro prevenci, léčbu a výzkum v adiktologii (6/4 – Supplementum).
- Radimecký, J. (2003) Rhetoric vs. Practice in the European and Czech Drug Policies. (Disertační práce.) London: Imperial College of Science, Technologies and Medicine.
<http://www.adiktologie.cz/articles/cz/90/204/Teorie-konstrukce-drogove-politiky.html>
- Reuband, K. H. (1998) Drug Policies and Drug Prevalence: The Role of Demand and Supply. In: European Journal on Criminal Policy and Research (6).
- Reuter, P. (2009) Ten years after the United Nations General Assembly Special Session (UNGASS): assessing drug problems, policies and reform proposals.
- Reuter, P., Trautmann, F., eds. (2009) A report on Global Illicit Drugs Markets 1998–2007. European Communities: Netherlands.
- Reuter, P., Stevens, A. (2007) An Analysis of UK Drug Policy. A Monograph Prepared for the UK Drug Policy

- Commission. London: UK Drug Policy Commission.
- Rossi, P., Lipsey, M., Freeman, H. (2004) Evaluation. A Systematic Approach. 7th ed. Sage.
- Tavares, L.V., Graca, P.M., Martins, O., Asensio, M., (2005) External and Independent Evaluation of the „National Strategy for the Fight Against Drugs“ and of the „National Action Plan for the Fight Against Drugs and Drug Addiction – Horizon 2004“. Portuguese National Institute of Public Administration for the Institute for Drugs and Drug Addiction
- Trimbos Institute (2006) Evaluation of the implementation of the national strategy to combat drugs. A Hungarian–Dutch cooperation. Report of the external mid-term Evaluation. Trimbos Institute.
- sRVKPP (2008) Souhrnná zpráva o realizaci protidrogové politiky krajů v roce 2007, předložené na jednání Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky v říjnu 2008 (usnesení č. 08/1008)
- sRVKPP (2004) Podkladové materiály pro vypracování akčních plánů. Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, Úřad vlády České republiky. Interní dokument.
- Sovinová, H., Csémy, L. (2010) The Czech AUDIT: Internal consistency, latent structure and identification of risky alcohol consumption. Central European Journal of Public Health (in press)
- Státní zdravotní ústav Praha. (2009) Výskyt a šíření HIV/AIDS v ČR v roce 2008. Praha: Státní zdravotní ústav, Národní referenční laboratoř pro AIDS.
Notes: <http://www.aids-hiv.cz/udajevCR.html>; zobrazeno: 2009–08–03
- Státní zdravotní ústav Praha – NRL pro AIDS (2005–2009). Informace o výskytu HIV/AIDS v České republice – informace poskytnuté pro účely zpracování Výročních zpráv o stavu ve věcech drog v ČR.
- Státní zdravotní ústav Praha – EPIDAT (2005–2009). Informace o výskytu virových hepatitid typu A, B a C v České republice – informace poskytnuté pro účely zpracování Výročních zpráv o stavu ve věcech drog v ČR.
- Studničková, B., Petrášová, B. (2009) Výroční zpráva ČR 2008. Incidence, prevalence, zdravotní dopady a trendy léčených uživatelů drog. Praha: Hygienická stanice hl. m. Prahy, Centrální pracoviště drogové epidemiologie.
- Studničková, B., Benáková, Z., Šeblová, J., Zemanová, R. (2008) Výroční zpráva – ČR 2007. Incidence, prevalence, zdravotní dopady a trendy léčených uživatelů drog. Praha: Hygienická stanice hl. m. Prahy, Centrální pracoviště drogové epidemiologie.
- Úřad vlády ČR. (2005a) Národní strategie protidrogové politiky na období 2005–2009. Praha: Úřad vlády ČR.
- Úřad vlády ČR. (2005b) Akční plán realizace Národní strategie protidrogové politiky na období 2005–2006. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Úřad vlády České republiky. (2010) Souhrnná zpráva hodnocení implementace Akčního plánu 2007–2009. Interní dokument.
- Ústav zdravotnických informací a statistiky. (2005) Výběrové šetření o zdravotním stavu a životním stylu obyvatel České republiky zaměřené na zneužívání drog. Praha: ÚZIS.
- Veselý, A., Nekola, M., eds. (2007) Analýza a tvorba veřejných politik. Přístupy, metody a praxe. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON).
- Vláda České republiky. (2004a) Usnesení vlády ze dne 4. února 2004 č. 109 o přípravě národní strategie protidrogové politiky na období let 2005–2009.
- Vláda České republiky. (2004b) Usnesení vlády ze dne 22. prosince 2004 č. 1305 k Národní strategii protidrogové politiky na období 2005–2009.
- Vláda České republiky. (2005) Usnesení vlády ze dne 13. července 2005 č. 886 k Akčnímu plánu realizace Národní strategie protidrogové politiky na období 2005–2006.

Vláda České republiky. (2007) Usnesení vlády ze dne 25. července 2007 č. 845 k Akčnímu plánu realizace Národní strategie protidrogové politiky na období 2007–2009.

Vopravil, J. (2005) Final report (PHARE Multi-beneficiary Statistical Co-operation Programme 2002, Task 2 – Data Collection: Illegal Activities). Nepublikováno.

Vopravil, J. (2010) Odhad spotřeby nelegálních drog v roce 2008. Nepublikováno.

Zeman, P., Gajdošíková, H. (2010). Nový trestní zákoník. Změny v postihu (nejen) drogové kriminality. Zaostřeno na drogy 8(1).

Záznamy z expertních pracovních skupin z roku 2004 a 2009.

Elektronické zdroje:

Český statistický úřad (ČSÚ). 2009. Spotřeba potravin, nápojů a cigaret na 1 obyvatele v ČR v letech 2000–2008. Praha: ČSÚ.
Dostupné z: <http://www.czso.cz/csu/2009edicniplan.nsf/p/3004-09> [staženo 1.3.2010]
<http://www.chillio.org.cz/> [1.2.2010]

Úřad vlády České republiky (2007a). Akční plán realizace Národní strategie protidrogové politiky na období 2007 až 2009. Praha, Úřad vlády České republiky
Dostupné z http://www.vlada.cz/assets/ppov/protidrogova-politika/dokumenty/akcni-plan/akcni_plan_realizace_narodni_strategie_protidrogove_politiky_2007-2009_web.pdf

Úřad vlády České republiky (2007b). Vyhodnocení plnění Akčního plánu za období 2005 – 2006
Dostupné z http://www.vlada.cz/assets/ppov/protidrogova-politika/dokumenty/akcni-plan/Souhrnna_zprava_o_plneni_Akcniho_planu_realizace_narodni_strategie_protidrogove_politiky_za_obdob__2005-2006.pdf

http://en.wikipedia.org/wiki/Incidence_matrix

http://changingminds.org/disciplines/hr/performance_management/smart_objectives.htm

www.kvic.cz/showFile.asp?ID=2103

SZÚ 2009. Státní zdravotní ústav, Národní monitorovací středisko pro alkohol a tabák.
Dostupné z: <http://www.szu.cz/tema/podpora-zdravi/narodni-monitorovaci-stredisko-pro-alkohol-a-tabak> [staženo 1.2.2010]

Evaluace Národní strategie protidrogové politiky na období 2005–2009

Zpráva byla projednána Radou vlády pro koordinaci protidrogové politiky v květnu 2010. Vláda zprávu projednala dne 14. června 2010 jako materiál pro informaci.

© Vydal/ Úřad vlády České republiky, 2011
Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky
1. vydání
Redakčně uzavřeno 31. ledna 2011

Design obálky Missing-Element
Sazba obálky Vladimír Vašek

ISBN 978-80-7440-044-5