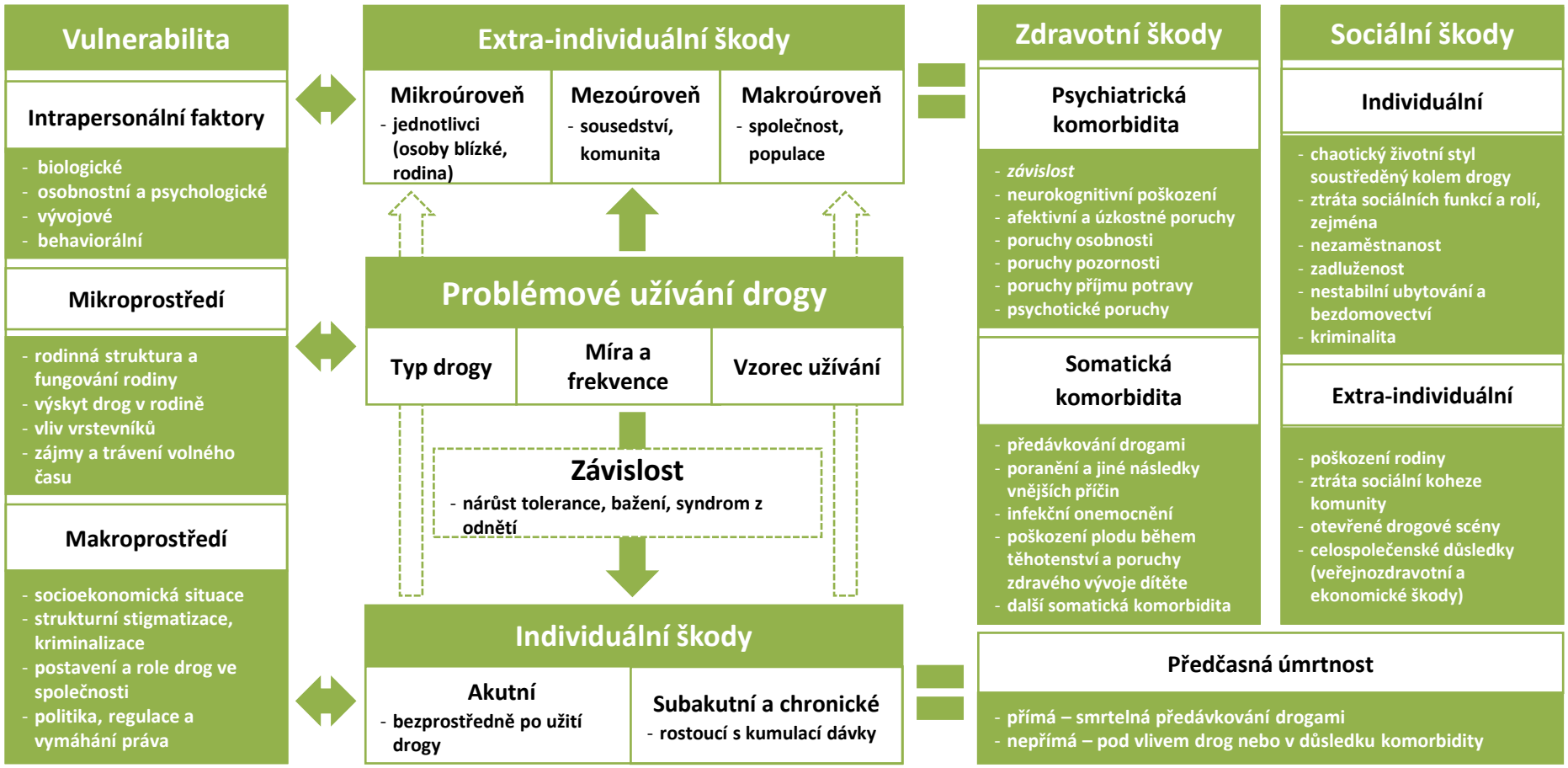
Národní monitorovací
středisko pro drogy
a závislosti

Veřejnozdravotní význam návykových látek

MUDr. Viktor Mravčík, Ph.D.

Problémové užívání návykových látek



Rizikový potenciál různých návykových látek (1)

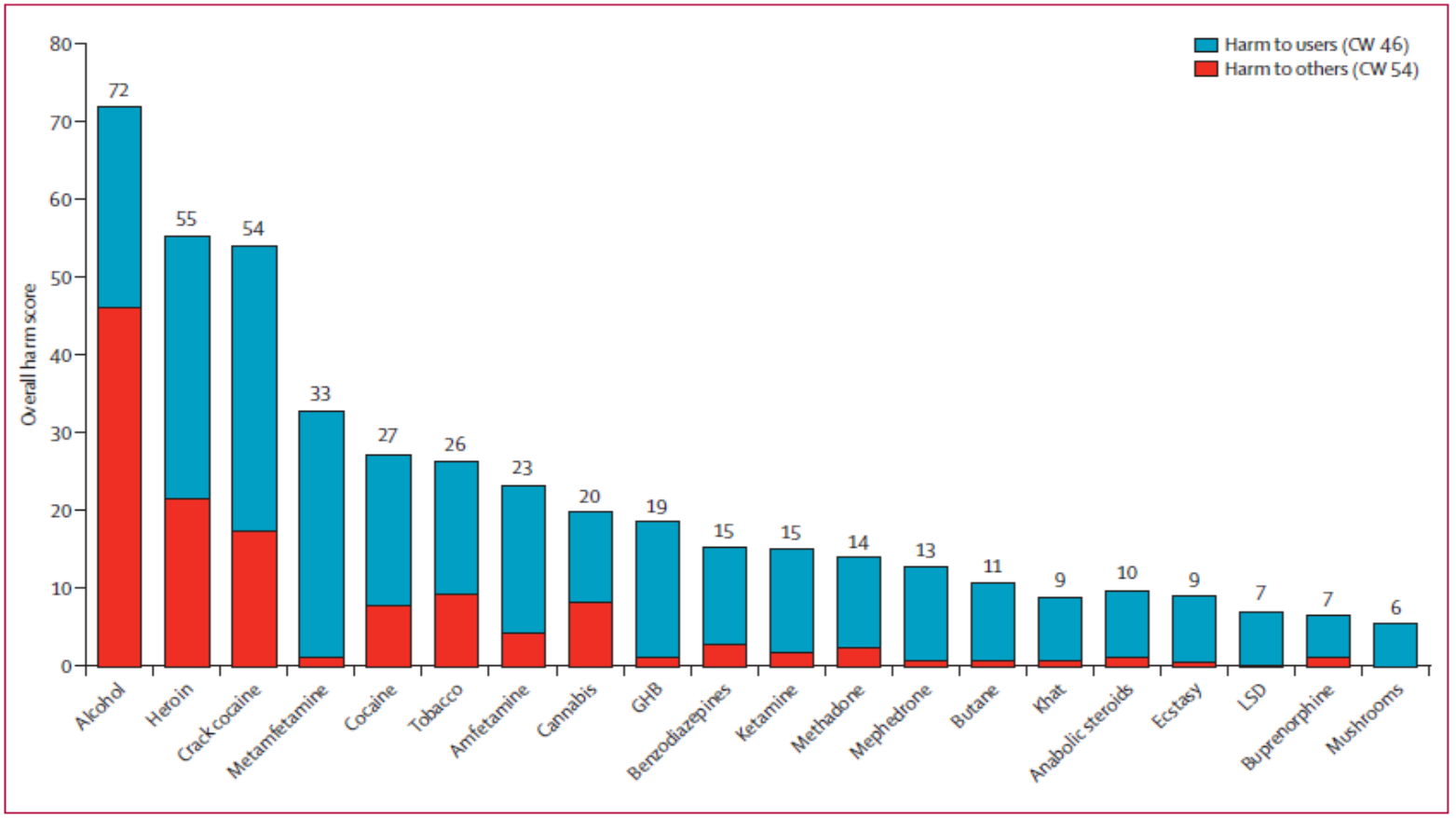


Figure 2: **Drugs ordered by their overall harm scores, showing the separate contributions to the overall scores of harms to users and harm to others**
The weights after normalisation (0–100) are shown in the key (cumulative in the sense of the sum of all the normalised weights for all the criteria to users, 46; and for all the criteria to others, 54). CW=cumulative weight. GHB=γ hydroxybutyric acid. LSD=lysergic acid diethylamide.

Nutt, D. J., King, L. A., & Phillips, L. (on behalf of the Independent Scientific Committee on Drugs) (2010). Drug harms in the UK: A multicriteria decision analysis. The Lancet, 376(9752), 1558–1565

Rizikový potenciál různých návykových látek (2)

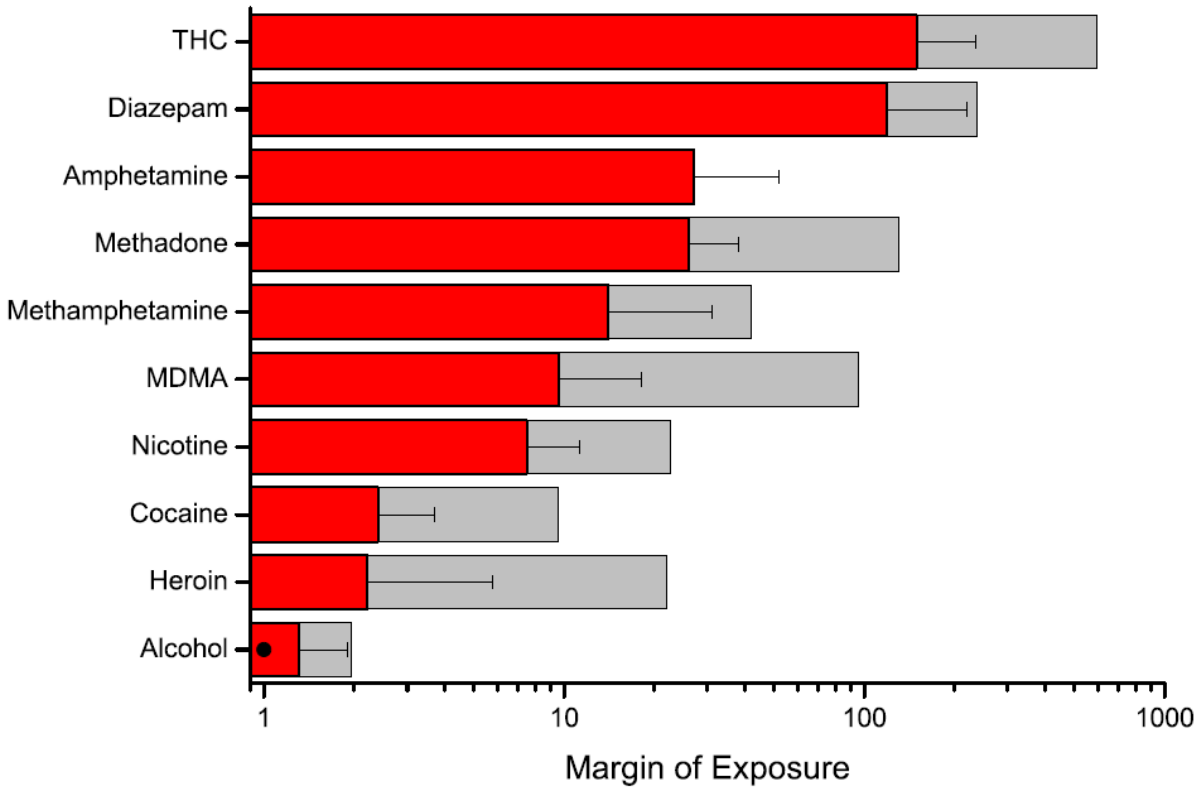
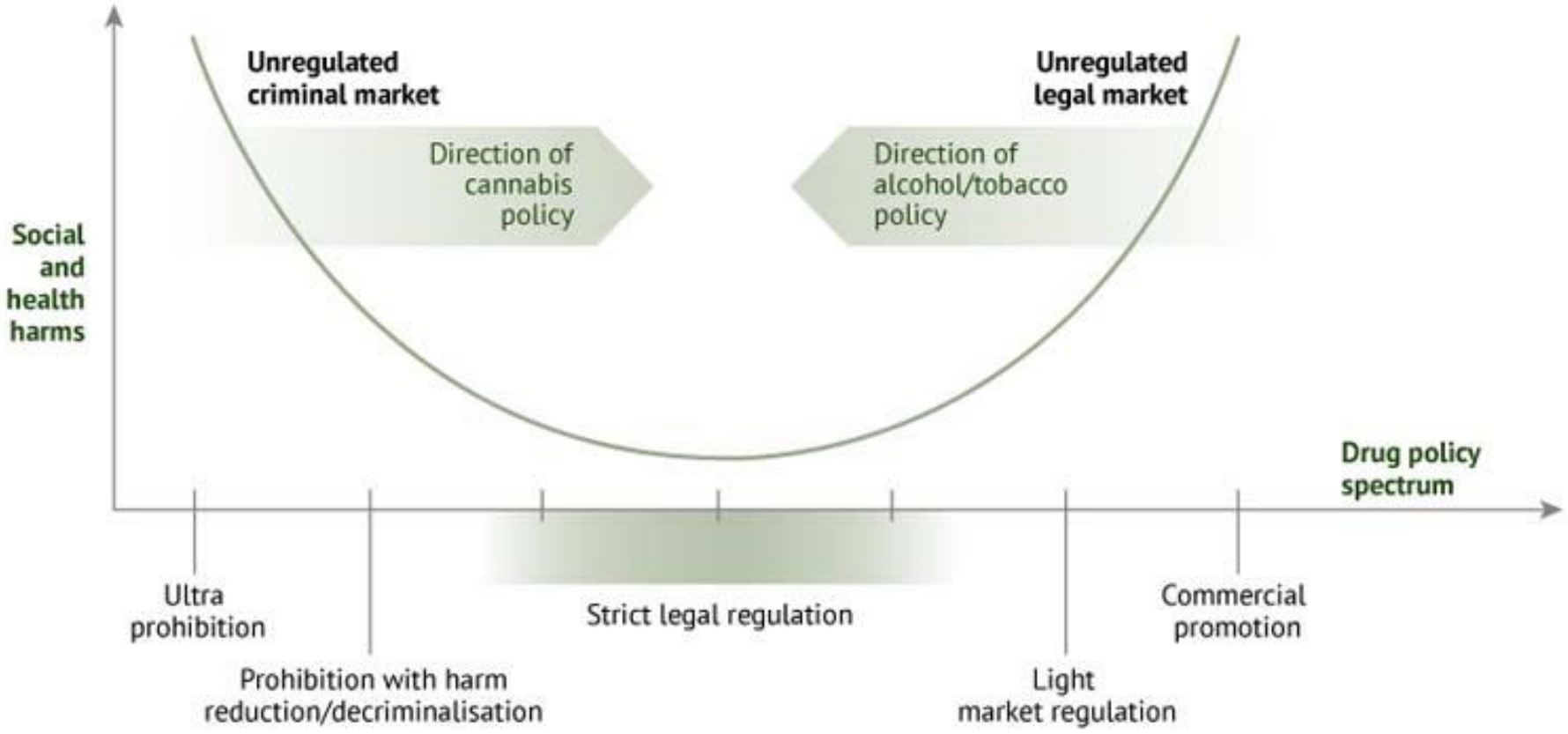


Figure 1 | Margin of exposure for daily drug use estimated using probabilistic analysis (left red bar: average; error bar: standard deviation; right gray bar: tolerant user; circle symbol (for alcohol): value based on human data).

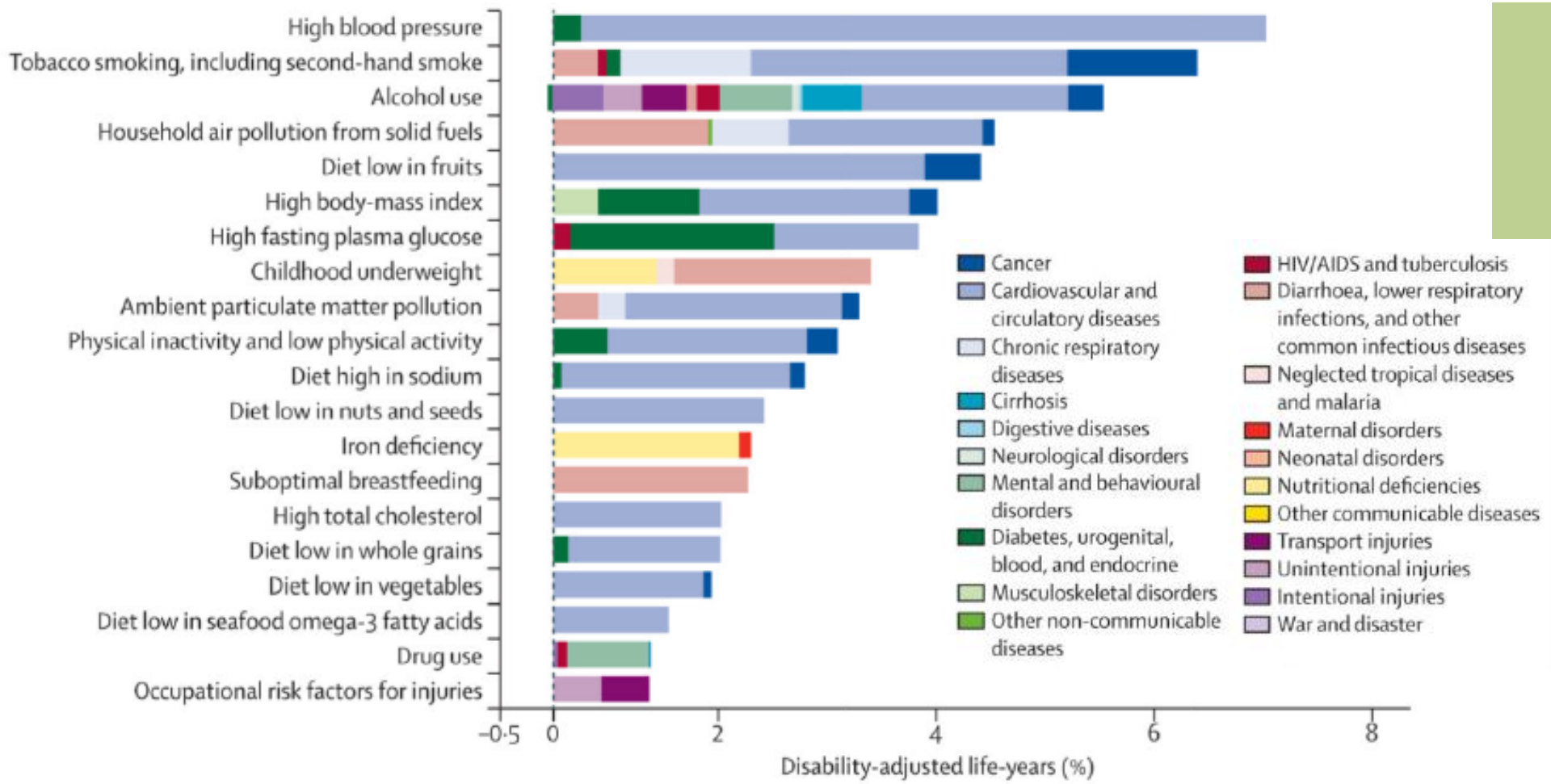
LACHENMEIER, D. W. & REHM, J. 2015. Comparative risk assessment of alcohol, tobacco, cannabis and other illicit drugs using the margin of exposure approach. Sci Rep, 5, 8126.

Vliv protidrogové politiky na rizikovost užívání: U křivka



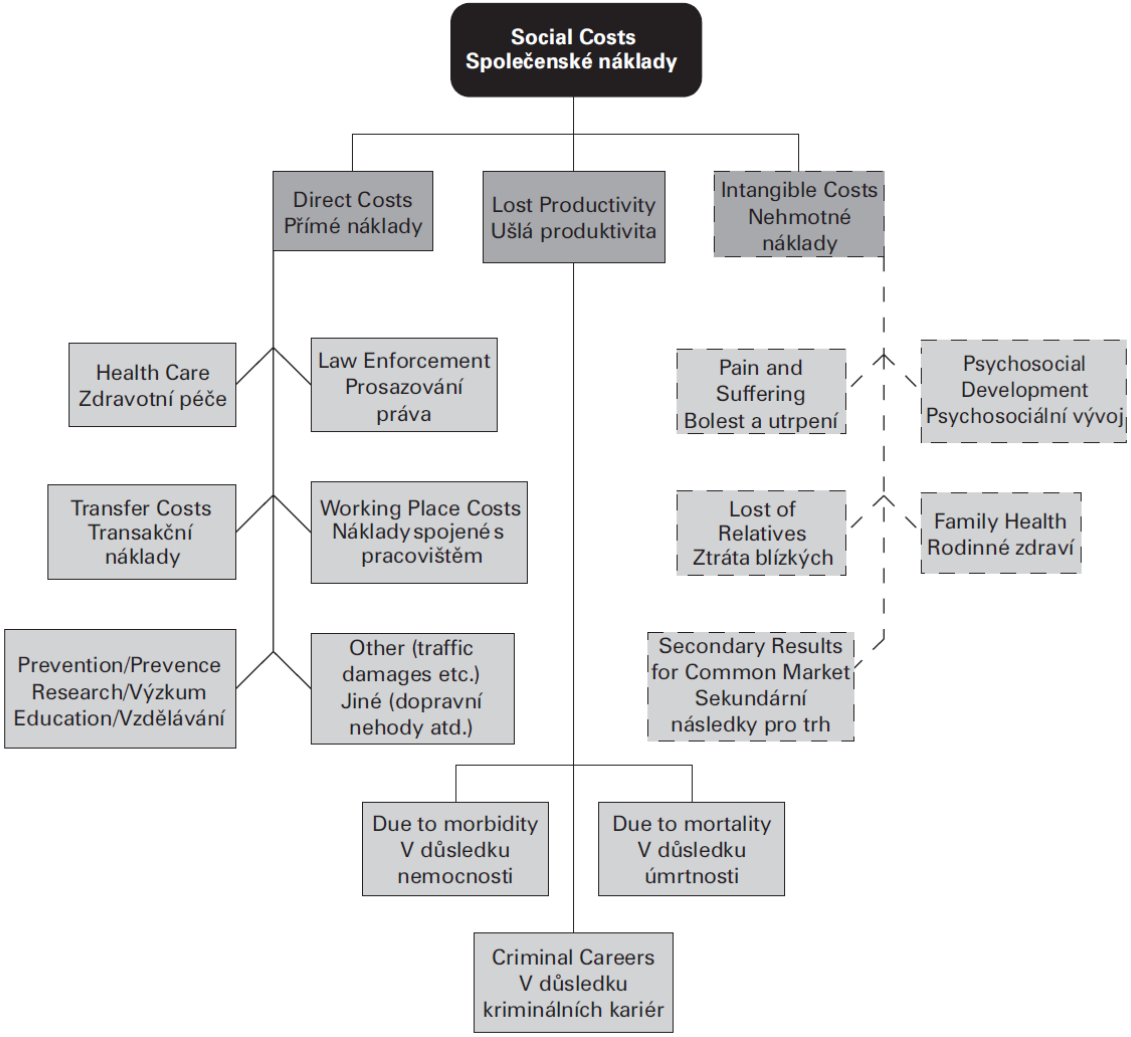
http://healthycanadians.gc.ca

Návykové látky v kontextu dalších rizikových faktorů



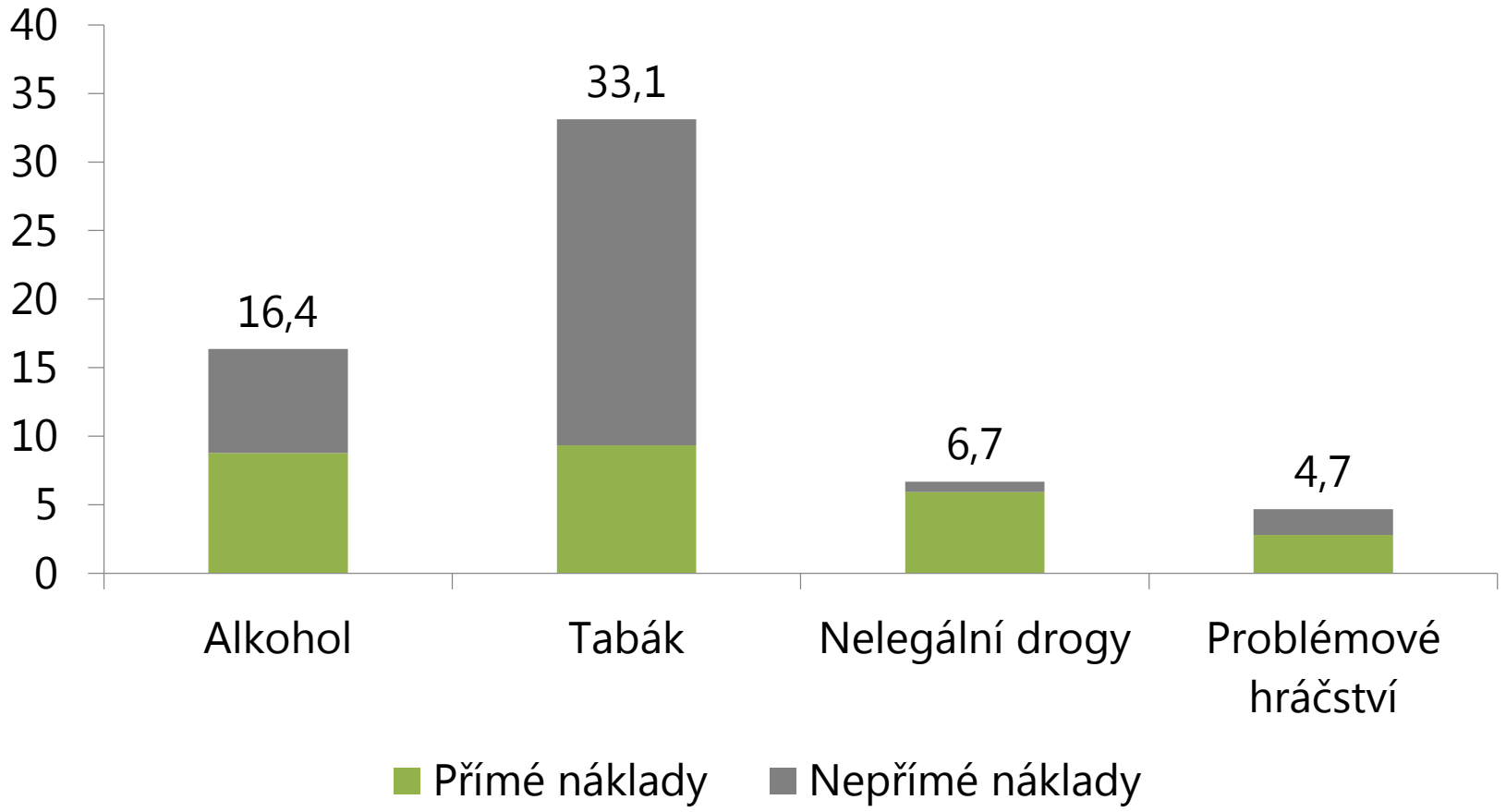
LIM et al. 2012. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. Lancet, 380, 2224-60.

Sociální náklady



Zdroj: Zábranský (2003)

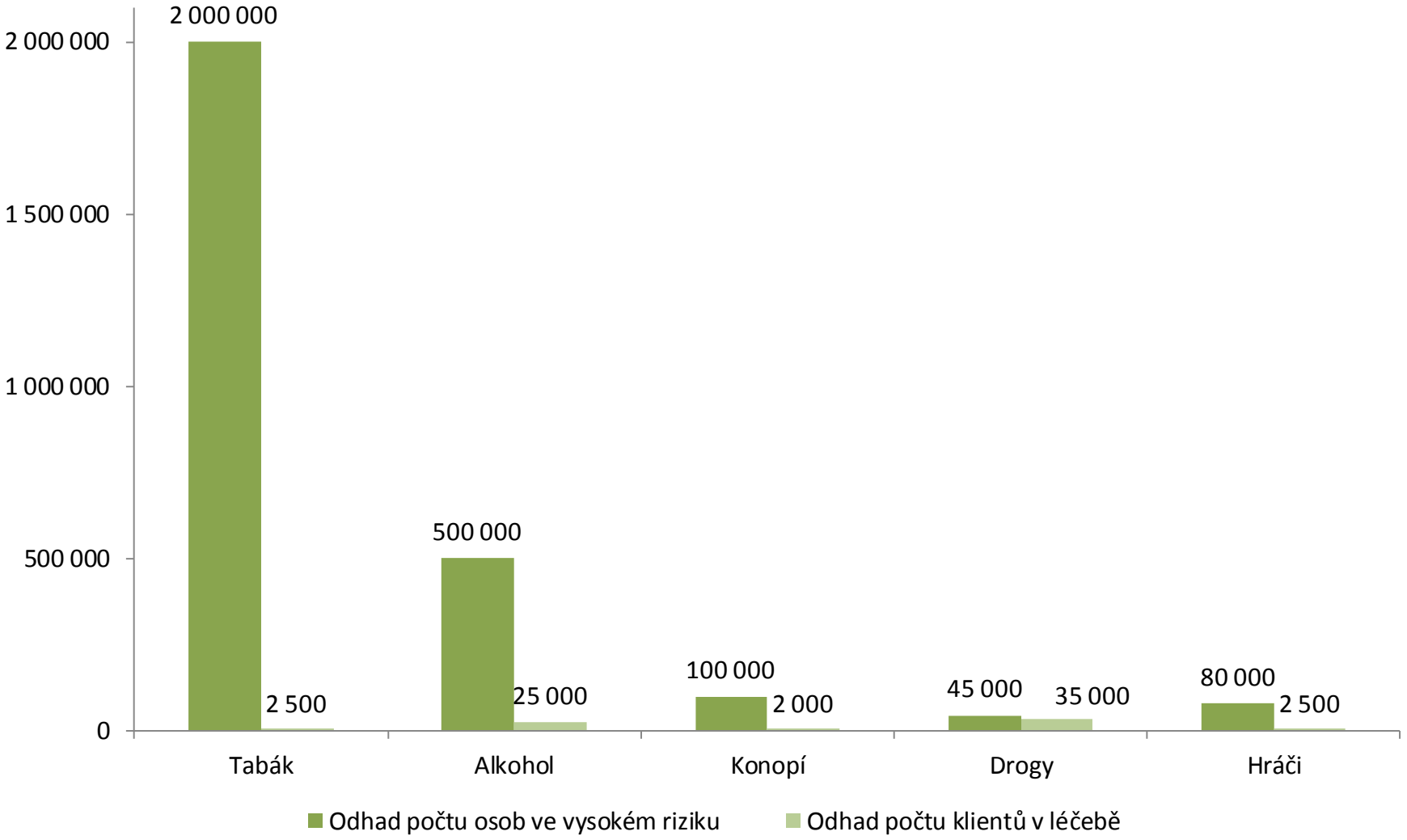
Společenské náklady užívání návykových látek (2007) a problémového hráčství (2012) v ČR (mld. Kč)



WINKLER, P., BEJDOVÁ, M., CSÉMY, L. & WEISSOVÁ, A. 2014. *Problémové hráčství: Společenské náklady na hazardní hraní v České republice,* Praha, Psychiatrické centrum Praha.

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

Odhadovaný počet osob závislých / v riziku závislosti v ČR a počet osob v léčbě



Bariéry kontaktu s léčbou a pomocí

Vnitřní faktory:

- subjektivní absence problému
- nedostatečná sociální podpora
- strach z léčby
- obavy o soukromí
- neochota změnit životní styl

Vnější faktory:

- časový konflikt
- nízká dostupnost léčby
- potíže při vstupu do léčby
- finanční problémy

Síť specializovaných adiktologických programů

- V ČR je 250–270 stacionárních adiktologických programů:
  - 55–60 kontaktních center
  - 90–100 programů ambulantní léčby (zdravotnické i sociální služby)
  - 25–30 programů lůžkové zdravotní péče
  - 15–20 terapeutických komunit
  - 5 domovů se zvláštním režimem
  - 6 zařízení speciálního školství
  - 35–45 programů ambulantní následné péče (z nich cca 20 s chráněným bydlením, jehož celková kapacita je odhadem 200 míst)
- K tomu:
  - 50 terénních nízkoprahových programů
  - 80 certifikovaných preventivních programů
  - adiktologické služby v 11 věznicích, OST v 7 z nich

Provádění krátkých intervencí

- Průzkum NMS/Inres Sones Lékaři ČR (N=1237):

Provádění krátkých intervencí u kuřáků lékaři v ČR v r. 2016

Provádění krátkých intervencí u kuřáků	Počet	Podíl (%)
Ano, u všech pacientů	334	27,0
Ano, u většiny pacientů	289	23,4
Ano, u některých pacientů	320	25,9
Ano, ale výjimečně	161	13,0
Ne, neprovádí	133	10,8
Celkem	1237	100,0

Provádění krátkých intervencí u rizikových či intenzivních uživatelů alkoholu lékaři v ČR v r. 2016

Provádění krátkých intervencí u uživatelů alkoholu	Počet	Podíl (%)
Ano, u všech pacientů	366	29,6
Ano, u většiny pacientů	306	24,7
Ano, u některých pacientů	290	23,4
Ano, ale výjimečně	125	10,1
Ne, neprovádí	150	12,1
Celkem	1237	100,0

Síť adiktologických služeb

Dostupnost adiktologických služeb podle výročních zpráv krajů v r. 2015

Kraj	Počet okresů	PP*	KC	TP	KT	AL	SL	SP	DX	LZ	TK	DR	DP	CH
Hl. m. Praha	22**	7 (6)	3	4	0	11	6	1	3	2	0	0	3	2
Středočeský	12	3 (3)	5	9	0	9	2	0	1	1	2	0	3	2
Jihočeský	7	5 (5)	5	4	0	2	1	0	1	4	3	0	2	1
Plzeňský	7	2 (2)	3	3	0	0	1	0	1	0	1	0	2	2
Karlovarský	3	0 (–)	3	2	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0
Ústecký	7	4 (1)	9	8	0	9	1	0	1	2	1	1	3	2
Liberecký	4	2 (1)	2	1	0	7	1	0	1	1	1	1	4	1
Královéhradecký	5	5 (5)	1	1	1	5	1	0	2	1	0	1	1	0
Pardubický	4	2 (1)	1	1	0	8	0	0	2	1	0	1	1	0
Vysočina	5	6 (6)	0	0	3	1	0	0	3	3	1	1	2	2
Jihomoravský	7	4 (3)	2	4	3	5	2	0	2	2	2	0	4	4
Olomoucký	5	3 (2)	4	4	1	5	1	0	3	2	4	0	2	2
Zlínský	4	4 (2)	3	3	1	2	0	0	1	1	0	0	2	0
Moravskoslezský	6	9 (6)	4	6	1	6	1	1	1	3	2	0	6	3
Celkem	**98**	**56 (43)**	**45**	**50**	**10**	**71**	**17**	**2**	**22**	**24**	**17**	**5**	**35**	**21**

Pozn.: * Počet poskytovatelů programu primární prevence, resp. organizací (z toho certifikovaných). ** Počet městských částí Prahy. PP – primární prevence, KC – kontaktní centra, TP – terénní programy, KT – sloučené programy KC a TP, AL – ambulantní léčba, SL – substituční léčba, SP – stacionární program, DX – detoxifikace, LZ – lůžkové zdravotní služby, TK – terapeutické komunity, DR – domovy se zvláštním režimem, DP – ambulantní doléčovací program, CH – chráněné bydlení.

Dostupnost a pokrytí OST podle krajů 2015/2016 (ÚZIS: NRULISL/NRLUD)

Kraj	Odhadovaný počet POU	Počet registrovaných pacientů v OST	Počet registrovaných poskytovatelů OST	Počet odhadovaných POU na 1 poskytovatele	Podíl POU v OST (%)
Hl. m. Praha	8 600	1 418	20	430	16,5
Středočeský	600	152	8	75	25,3
Jihočeský	500	57	5	100	11,4
Plzeňský	300	41	3	100	13,7
Karlovarský	100	7	1	100	7,0
Ústecký	900	312	5	180	34,7
Liberecký	<50	28	3	17	56,0
Královéhradecký	100	107	3	33	107,0
Pardubický	<50	0	0	0	0,0
Vysočina	100	20	2	50	20,0
Jihomoravský	700	163	7	100	23,3
Olomoucký	100	46	1	100	46,0
Zlínský	100	1	1	100	1,0
Moravskoslezský	700	84	4	175	12,0
Cizinci	-	-	-	-	-
Celkem ČR	**12 700**	**2 436**	**63**	**202**	**19,2**

Zdroj: NMS (2016), ÚZIS ČR (2017)

Úhrada substituční léčby

- Výkony nejsou specificky hrazeny nebo bonifikovány
- Metadon je nakupován centrálně, financován MZ
- Mono preparáty buprenorfinu nejsou hrazeny
- Suboxone® je formálně hrazen, ale:
  - Vázáno na psychiatra nebo specialistu AT
  - Jako ZULP: pro léčbu v centrech, nikoliv na recept pacientovi, nutná speciální smlouva se ZP, vstupní náklady, zpětná úhrada ZP
  - Léčba není hrazena v případě non-adherence
- Takže v realitě byl Suboxone ® hrazen :
  - Podle VZP 157 klientům v r. 2014 a 2015
  - Podle NMS 75 klientům ve 4 centrech v r. 2014
  - Několik málo center hradí náklady na Suboxone ® z dotací

V důsledku čehož…

- Přes 3000 pacientů platí za buprenorfin plnou cenu
- Měsíčně při dávce 16 mg denně (flexibilní dávkování v rozmezí 12 –24(32) mg denně):
  - 3 700 Kč za Suboxone®
  - 12 000 Kč za Subutex®
- V souhrnu celkově (za předpokladu poměru mono : Suboxone 50 : 50):
  - Za předpokladu 16 mg buprenorfinu denně: 280 mil. Kč.
  - Za současného stavu: cca 60-70 mil. Kč.
- *Doctor shopping* a prodej části léku na černém trhu
- Pacienti/uživatelé jsou poddávkovaní:
  - Průměrná dávka buprenorfinu denně u probl. uživatelů na černém trhu: 3–4mg denně
  - Injekční aplikace

Závěr

- Problémové užívání návykových látek má závažné zdravotní a sociální dopady na úrovni jednotlivců, rodin, komunit i společnosti jako celku
- Společenské náklady spojené s užíváním návykových látek (zejména tabáku a alkoholu) a hazardním hraním v ČR jsou značné v řádu desítek až stovek mld. Kč ročně
- Míra pokrytí pomáhajícími programy se u problémových uživatelů různých návykových látek značně liší
- Míra provádění krátké/včasné intervence je nízká
- Zejména u tabáku a alkoholu je preventivní a léčebné pokrytí obecně nízké
- Nízká místní dostupnost některých typů péče (ambulantní AT) a péče v některých regionech (OST v Praze, obecně Karlovarský kraj)
- Nízká finanční dostupnost některých typů péče (substituční léčba)

Národní monitorovací
středisko pro drogy
a závislosti

Děkuji za pozornost

mravcik.viktor@vlada.cz

www.drogy-info.cz

rvkpp.vlada.cz

www.vlada.cz