



Sekretariát Rady vlády
pro koordinaci
protidrogové politiky

KOORDINACE

Souhrnná zpráva

o realizaci protidrogové politiky v krajích v roce 2016

T. Černíková, D. Dárek, T. Klíma



Sekretariát Rady vlády
pro koordinaci
protidrogové politiky

Souhrnná zpráva o realizaci protidrogové politiky v krajích v roce 2016

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

Schváleno usnesením Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky č. 03/1117
ze dne 2. listopadu 2017

Souhrnná zpráva o realizaci protidrogové politiky v krajích v r. 2016

© Úřad vlády České republiky, 2017

sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky

Nábřeží E. Beneše 4, 118 01 Praha 1

tel.: +420 296 153 222

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

Autoři: Tereza Černíková, Daniel Dárek, Tomáš Klíma

Editor: Lucie Kiššová

Odpovědný redaktor: Lucie Grolmusová

Jazyková korektura: PhDr. Alena Palčová

Design: Missing-Element

Sazba: Vladimír Vašek

© Úřad vlády České republiky, 2017

Sekretariát rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, 1. vydání

ISBN 978-80-7440-204-3

Obsah

Souhrn	5
---------------------	----------

Kapitola 1

Drogová situace v krajích	11
1.1 Trendy v užívání drog a způsoby aplikace	11
1.2 Služby na taneční sféře	14
1.3 Užívání drog ve specifických skupinách	15
1.4 Sociálně vyloučené lokality	17
1.5 Hazardní hráčství	19
1.6 Lokální odhady problémových uživatelů drog	20
1.7 Infekční onemocnění v souvislosti s užíváním drog	21
1.8 Intoxikace a předávkování návykovými látkami	22
1.9 Drogová kriminalita	23
1.10 Přestupky v oblasti ochrany před škodami působenými alkoholem a tabákem	24
1.11 Přestupky v oblasti držení drog	24
1.12 Realizované studie na úrovni krajů v oblasti mapování drogové scény	28

Kapitola 2

Koordinální mechanismy protidrogové politiky na krajské a místní úrovni . . .	31
2.1 Krajské protidrogové koordinátory	31
2.2 Komise a pracovní skupiny v oblasti protidrogové politiky v krajích	33
2.3 Strategické dokumenty protidrogové politiky krajů	35
2.4 Hodnocení strategických dokumentů kraje	39
2.5 Spolupráce s dalšími subjekty	39
2.6 Další aktivity realizované v krajích v oblasti protidrogové politiky	39
2.7 Místní protidrogové koordinátory	43
2.8 Spolupráce krajských a místních protidrogových koordinátorů	44
2.9 Koncepční dokumenty protidrogové politiky měst a obcí s rozšířenou působností	45
2.10 Regulace v oblasti hazardních her rozšířená o loterie a jiné podobné hry v obcích	46

Kapitola 3

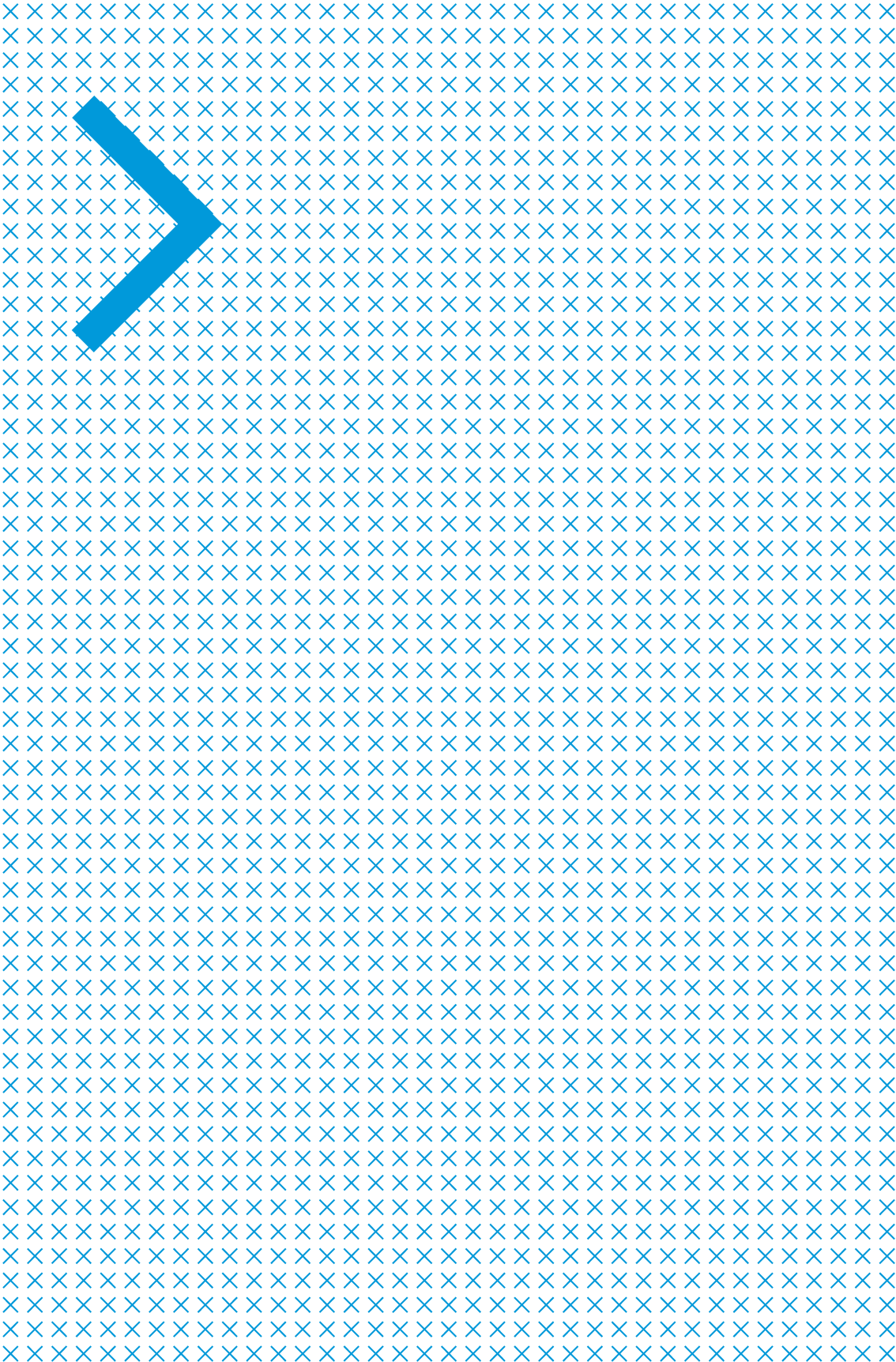
Finanční zajištění protidrogové politiky v krajích	49
3.1 Zajištění financování protidrogové politiky z rozpočtu krajů	49
3.2 Zajištění financování protidrogové politiky v obcích	56
3.3 Výdaje na protidrogovou politiku v obcích v r. 2016	58
3.4 Financování z prostředků Evropského sociálního fondu	66
3.5 Analýzy financování sítě služeb v kraji	69

Kapitola 4

Síť poskytovatelů služeb pro uživatele drog	73
4.1 Programy primární prevence v krajích	76
4.2 Služby v oblasti snižování rizik	78
4.3 Služby v oblasti ambulantní léčby	82
4.4 Služby v oblasti rezidenční léčby	85
4.5 Služby v oblasti následné péče	87
4.6 Ostatní specializované programy	88
4.7 Analýzy sítě služeb	90
4.8 Shrnutí identifikovaných nedostatků v síti služeb jednotlivých krajů	92
4.9 Problematika hazardního hraní	92

Příloha

Seznam tabulek	95
----------------------	----



Souhrn

Souhrnná zpráva o realizaci protidrogové politiky v krajích je vypracována na základě výročních zpráv o realizaci protidrogové politiky v jednotlivých krajích, které zpracovávají krajsí protidrogoví koordinátoři od r. 2004. Souhrnná zpráva nabízí popis aktuální situace a nových trendů v krajích (kapitola 1), souhrnný přehled a vzájemné srovnání krajů v oblasti koordinace (kapitola 2), financování (kapitola 3) a dostupnosti služeb v oblasti závislostí (kapitola 4). Tato zpráva poskytuje prostor pro informace vycházející ze znalostí lokální scény, individuálních a třeba i ojedinělých zkušeností poskytovatelů služeb, místních a krajských protidrogových koordinátorů.



- × Zneužívání fentanylu, respektive intravenózní aplikace substance vzniklé vyvařením použitých fentanylových náplastí ze zdravotnického odpadu nebo získaných přímo od onkologických pacientů či jejich příbuzných se objevuje v hl. m. Praze, Plzeňském, Ústeckém, Středočeském a Karlovarském kraji a ojediněle v Jihočeském kraji. Zvyšuje se také počet klientů, pro které se fentanyl stal primární drogou.
- × Injekční užívání léku Vendal® Retard proti bolesti (poprvé zaznamenáno v r. 2011) bylo v r. 2016 hlášeno v hl. m. Praze, Jihočeském a Plzeňském kraji. Plzeňský kraji také upozorňuje na výrazný nárůst klientů užívajících opioidní analgetika, pro které se tento lék stává také primární drogou. V Hl. m. Praha je tento lék zřejmě používán k výrobě heroinu a morfinu.
- × Injekční užívání léků bylo hlášeno z několika krajů: Palladone® (Plzeňský a Ústecký kraj), OxyContin® (Jihomoravský, Středočeský kraj), Tramal® a léky s obsahem tramalů (Jihomoravský, Zlínský kraj) a buprenorfinové preparáty Addnok® (hl. m. Praha).
- × V r. 2016 lektoři primární prevence v Brně zaznamenali zneužívání DXM ve formě tablet proti kašli mezi studenty středních škol a druhého stupně základních škol. Nejčastěji užívají 8–12 tablet, někteří žáci experimentují s množstvím větším než 25 tablet, což je následováno nepříjemnými stavy.
- × Informace z krajů upozorňují na nasální uživatele pervitinu v prostředí nočního života ve věku okolo 19 let (Liberecký kraj), na klienty, kteří pervitin užívají za účelem zvýšení svého pracovního výkonu (Liberecký, Karlovarský kraj), či na změnu v kontaktu s klienty, kdy mizí trend odpočinku v kontaktní místnosti a klienti službu vyhledávají pouze v případě potřeby (Jihomoravský kraj – služba si to vysvětluje změnou zaměstnanosti klientů, cca 80 % klientů mělo v r. 2016 práci).
- × V některých regionech bylo i v r. 2016 během letních měsíců výrazné užívání surového opia, šlo o Středočeský kraj (zejména Benešovsko a Mělnicko), Královéhradecký, Liberecký, Jihomoravský kraj (zejména Vyškovsko a Znojemsko), Olomoucký a Zlínský kraj (zejména Kroměřížsko a nově i Vsetínsko). Užívání opiátů získaných sběrem

surového opia na makových polích s sebou přináší rizika zdravotních komplikací způsobených rizikovým způsobem užívání v přírodním prostředí. Obdobně je sezónně běžné užívání psychoaktivních hub (Liberecký a Olomoucký kraj).

- ✗ Obecně lze říci, že oproti předchozím letům téměř vymizelo užívání nových syntetických látek. Služby napříč všemi kraji zaznamenávají ojedinělé či jednorázové zkušenosti. Výjimku v tomto ohledu i nadále tvoří hl. m. Praha, kde byl v první polovině roku zaznamenán nárůst užívání látek s označením FUNKY. Ve druhé polovině roku klienti nízkoprahových služeb referovali o horší dostupnosti syntetických stimulantů.
- ✗ V Libereckém, Středočeském, Zlínském a Královéhradeckém kraji se projevuje stárnutí uživatelů drog, stejně jako v hl. m. Praze, kde se výrazně zhoršuje i jejich zdravotní stav a současně je i špatná dostupnost lékařské péče pro tuto cílovou skupinu (zejména stomatologická, gynekologická, chirurgická a péče praktických lékařů).
- ✗ Ze strany poskytovatelů služeb jsou hlášena různá specifika práce s romskou menšinou, jako např. nedůvěřivost vůči programům (Jihomoravský kraj), problémy s vrácením použitých injekčních setů (Jihomoravský kraj) či opakované používání injekčních stříkaček a sdílení použitých jehel (Ústecký, Královéhradecký a Středočeský kraj), nemožnost navázat práci s klientem více strukturovaně (Jihomoravský kraj), vícegenerační užívání (Středočeský a Královéhradecký kraj) a nízký věk při zkušenostech s legálními návykovými látkami a nízký věk problémových uživatelů drog (Ústecký kraj).
- ✗ V Jihočeském kraji se v r. 2016 nárazově, ale s mnohem větší intenzitou než v předchozích letech objevují informace o užívání kokainu.
- ✗ V r. 2016 se v Hl. m. Praze nadále projevoval fenomén propojování vietnamských občanů bez přístřeší závislých na návykových látkách s majoritní společností, sdílení společně vybudovaných přístřeší a squatů, zřejmě za účelem distribuce, případně výroby nelegálních návykových látek.
- ✗ Funkce krajského protidrogového koordinátora existuje ve všech krajích; v Moravskoslezském kraji agendu zajišťuje referent pro sociální služby. Funkce koordinátora je často kumulovaná s jinou agendou. Funkci krajského protidrogového koordinátora na celý úvazek v r. 2016 vykonávalo 8 koordinátorů. V Kraji Vysočina nebyla pozice KPK obsazená od listopadu 2016 do července 2017. Obdobná situace byla od prosince 2016 do května 2017 i v hl. m. Praze.
- ✗ V 9 krajích ze 14 jsou zřízeny komise kraje pro otázky protidrogové politiky; ve 2 krajích se protidrogovou politikou zabývají poradní komise se širším záběrem. V dalších 3 krajích (Královéhradeckém, Moravskoslezském a Jihomoravském), ve kterých není zřízena komise, existují pracovní skupiny, které se koordinací protidrogové politiky zabývají.
- ✗ Protidrogová politika krajů většinou vychází krajského specifického strategického dokumentu pro oblast protidrogové politiky, kromě Plzeňského kraje, kde protidrogová politika je součástí širší strategie pokrývající celkově oblast prevence kriminality, a nově od r. 2016 také v Královéhradeckém kraji, kde nová Strategie prevence sociálně nežádoucích jevů v Královéhradeckém kraji 2017–2021 zahrnuje 3 oblasti: prevence kriminality, protidrogové politiky a sociálně vyloučených lokalit.
- ✗ Nové strategické dokumenty protidrogové politiky kraje byly v r. 2016 schváleny: v Plzeňském kraji (Koncepte prevence kriminality a sociálně patologických jevů Plzeňského kraje na léta 2017–2020, která byla zpracovávána nově vzniklou Pracovní

skupinou protidrogovou a prevence kriminality), v Středočeském kraji (Konceptce protidrogové politiky Středočeského kraje na léta 2016–2020), v Kraji Vysočina (Strategie protidrogové politiky Kraje Vysočina na období 2016–2019).

- × Na úrovni obcí zajišťují koordinaci protidrogové politiky místní protidrogoví koordinátoři (MPK). Pozice MPK byla v r. 2016 ustavena ve všech 22 správních obvodech hl. m. Prahy a ve 186 obcích s rozšířenou působností z celkového počtu 205. Z toho ve 14 obcích se nejedná přímo o pozici MPK, ale o určenou kontaktní osobu pro danou problematiku. V r. 2016 nedošlo k výrazným změnám v počtu MPK v jednotlivých krajích.
- × V r. 2016 vešla v platnost Konceptce protidrogové politiky města Chebu a ostatních patologických závislostí na období 2016–2020 a Plán protidrogové politiky města Chebu a ostatních patologických závislostí na rok 2016 (Karlovarský kraj). V Moravskoslezském kraji byl zpracován Plán protidrogové politiky města Bruntál na období 2017–2021 a Konceptce prevence kriminality a protidrogové politiky města Opavy 2017–2021. Město Havířov, kde je dosud protidrogová politika řešena v rámci Konceptce prevence kriminality, připravuje samostatný dokument, jehož schválení se předpokládá do konce r. 2017.
- × Až na výjimky specifické strategické dokumenty krajů zahrnují i problematiku hazardního hraní, alkoholu a tabáku. Konceptce Karlovarského kraje a strategie Jihočeského kraje reálně nezačleňují ani oblast alkoholu a tabáku, ani hazardního hraní a zabývají se pouze otázkami nelegálních drog. Obdobně i strategie Jihočeského kraje tyto nové oblasti protidrogové politiky nezahrnuje, ale dokument Minimální síť protidrogových služeb na území Jihočeského kraje 2015–2017 se zabývá službami jak pro uživatele drog a alkoholu, tak i pro hazardní hráče.
- × Na financování protidrogové politiky se podílí jak rozpočet státu, tak i rozpočty krajů a obcí. Kraje finanční prostředky ze svých rozpočtů na financování služeb rozdělují, až na výjimky, prostřednictvím jednoletých dotačních nebo grantových řízení. Rozdíly lze spatřovat ve využití těchto řízení, např. Kraj Vysočina, Karlovarský, Moravskoslezský, Plzeňský a Středočeský kraj využívají dotační tituly k dofinancování služeb na základě již známých výsledků dotačních řízení státní správy, další kraje je vyhledávají nezávisle na státních orgánech – Zlínský, Jihočeský nebo Liberecký kraj.
- × V souvislosti se změnou konceptce financování sociálních služeb, zavedením nástroje vyrovnávací platby, lze pozorovat, že služby pro uživatele drog poskytované nestátními neziskovými organizacemi se na úrovni některých krajů stávají pouze jednou z mnoha podskupin sociálních služeb – 8 krajů financuje v oblasti sekundární a terciární prevence a péče ze svých prostředků pouze registrované sociální služby. V 11 krajích existují specifické dotační tituly pro financování adiktologických služeb.
- × Z celkem 38 dotačních programů vyhledávaných kraji je certifikace odborné způsobilosti adiktologických služeb, která dokládá odbornost poskytované péče¹, jako podmínka aplikována pouze u 11.

1 Podle usnesení vlády č. 283 ze dne 18. dubna 2012 lze účelovou dotaci na poskytování typů služeb v oblasti primární, sekundární a terciární prevence užívání drog, které jsou součástí systémů Certifikace odborné způsobilosti služeb pro uživatele drog (usnesení vlády č. 300/2005) a Certifikace programů primární prevence užívání návykových látek (usnesení vlády č. 693/2006), poskytnout pouze na službu certifikovanou.

- × Kraje v r. 2016 vynaložily na protidrogovou politiku ze svých zdrojů 198,8 mil. Kč, obce pak 70 mil. Kč, samosprávy celkem tedy 268,8 mil. Kč. Objem výdajů z rozpočtů samospráv se tak oproti roku 2015 navýšil pouze zcela nepatrně o 476 tis. Kč.
- × Měřeno absolutní výší částky, na protidrogovou politiku se vynaložilo ze strany samospráv v r. 2016 nejvíce finančních prostředků v hl. m. Praze (63,4 mil. Kč), v Moravskoslezském (31,5 mil. Kč) a Jihomoravském kraji (27,2 mil. Kč).
- × Na spolufinancování protidrogové politiky v kraji z rozpočtu samospráv se obce podílí různou měrou. Jejich podíl se pohybuje od 6,5 % v Královéhradeckém kraji, 9,1 % v Kraji Vysočina a 15,3 v Karlovarském kraji až po 50,4 % v Ústeckém kraji, 51,5 % v Moravskoslezském kraji a 53,2 % v Plzeňském kraji. Celorepublikový průměrný podíl obcí na celkovém financování samospráv je 25,9 %.
- × V r. 2016 se obce a kraje celkem podílely na financování jednotlivých oblastí protidrogové politiky následovně: oblast harm reduction (80 mil. Kč), záchytné stanice (64 mil. Kč), primární prevence (34,7 mil. Kč), ambulantní služby (28,3 mil. Kč), rezidenční služby (28,1 mil. Kč), následná péče (15,5 mil. Kč), preventivní a léčebné služby ve vězení (1,7 mil. Kč), koordinace, výzkum a informace (1 mil. Kč) a ostatní oblasti (7,9 mil. Kč).
- × Některé kraje a obce se pokoušejí o systematické, koordinované spolufinancování služeb na svém území. Od r. 2014 je v Jihočeském kraji k dispozici model jednotného spolufinancování protidrogových služeb obcemi, kde výše příspěvku obcí je navržena v částce přepočtené na jednoho obyvatele, podle konkrétního druhu služby. V r. 2016 se do tohoto modelu zapojilo 135 obcí celkovou částkou 2 145 390 Kč, tedy asi 21,6 % všech obcí v kraji. V Libereckém kraji je od r. 2009 vytvořen systém, který vychází z typu obce a počtu jejích obyvatel. Získané prostředky se dělí dohodnutým poměrem mezi služby, zřetel je brán na typ služby a její dostupnost v území. V Pardubickém kraji je financování ze strany obcí částečně koordinováno s jediným poskytovatelem služeb v kraji, kdy po domluvě s poskytovatelem služeb jsou terénní programy poskytovány převážně v obcích, které přispívají (alespoň minimálně) na jejich provoz. Pardubický kraj doporučil minimální příspěvek ve výši 50 000 Kč, tímto doporučením se řídí pouze 4 obce v kraji.
- × V oblasti snižování rizik je síť služeb v České republice relativně dobře vybudovaná. Území Moravy je pokryto rovnoměrně, v každém okrese je kontaktní centrum či sídlo terénního programu se zázemím (výjimkou je okres Brno-venkov), naopak v Čechách jsou tyto služby rozmístěny nerovnoměrně (Plzeňský, Středočeský, Liberecký, Královéhradecký, Pardubický kraj a Kraj Vysočina).
- × Většina krajů popisuje síť služeb ve výročních zprávách jako reálné, těžko udržitelné a často nedostačující minimum. Kraje spíše konstatují stabilitu relativně dobré dostupnosti služeb, zejména programů snižování rizik, spíše z pohledu geografické dostupnosti. Problémem, na který však krajští protidrogoví koordinátoři ohledně dostupnosti služeb upozorňují především, je dostupnost časová, kapacitní (personální) a také dostupnost některých složek či programů jednotlivých služeb.
- × Významné nedostatky koordinátoři napříč republikou konstatují, stejně jako v předcházejícím roce, zejména v dostupnosti ambulantní léčby, neochotě lékařů pracovat s klientelou uživatelů návykových látek a péči pro klienty s duálními diagnózami. Potvrdil to i průzkum Jihočeského kraje realizovaný v r. 2015 mezi 44 psychiatrickými

ambulancemi (zpráva upozorňuje na řadu problémů s dostupností psychiatrické ambulantní léčby – poddimenzovanost péče, nedostatečná kvalifikace lékařů pro tuto cílovou skupinu, chybějící reálná správa sítě apod.).

- × Na druhou stranu se v r. 2016 podařilo v některých krajích stimulovat vznik nových nebo rozšíření stávajících služeb.
- × Zejména díky dotačnímu titulu RVKPP na podporu služeb věnujících se patologickým hráčům byla v roce 2016 napříč kraji věnována péče klientům ve stávajících i nové vznikajících ambulantních službách a doléčovacích programech (Jihomoravský, Jihočeský, Královehradecký, Liberecký, Olomoucký, Plzeňský, Středočeský, Ústecký, Moravskoslezský, Zlínský kraj a Kraj Vysočina). V některých krajských městech se daří realizovat samostatné programy pouze pro cílovou skupinu hazardních hráčů.
- × Kromě nových služeb a programů pro hazardní hráče vznikly v r. 2016 také další nové služby. V Olomouckém kraji vzniklo nové zdravotnické zařízení – Adiktologická ambulance organizace Darmoděj z.ú. v Jeseníku a Adiktologická ambulance prevence a léčby závislosti (Nestátní interní oddělení s.r.o.) v Olomouci; v Praze byl v rámci terénního programu NO BIOHAZARD (PROGRESSIVE o.p.s.) zaveden nový program PARTYHARMreduction, který je zaměřen na terénní práci v prostředí nočního života; ve Středočeském kraji v r. 2016 se služba CHRPA (Magdaléna o.p.s.) začala specializovat na populaci klientů s duální diagnózou; v Ústeckém kraji založila v r. 2016 organizace WHITE LIGHT I., z.ú., Centrum primární prevence se sídlem v Ústí nad Labem. Dále byly v r. 2016 podniknuty kroky ke vzniku adiktologické ambulance pro děti a mládež, která zahájila svůj provoz v r. 2017. V Jihočeském kraji vznikl program Adiktologické služby ve věžeňství Prevent v Českých Budějovicích a významná je i změna v Psychiatrické léčebně Červený Dvůr, kde vzniklo nové oddělení „3D“.
- × Často je ve zprávách krajů zmiňována absence terénní práce s náctiletými uživateli konopí, kterým se většina harm reduction terénních programů nemá kapacitu věnovat. Někteří koordinátoři upozorňují také na absenci návazných služeb, které by s osobami po propuštění z protialkoholní záchytné stanice dlouhodobě pracovaly na léčbě závislosti či na motivaci ke změně chování.
- × Z poskytnutých údajů ve výročních zprávách stojí za zmínku stav sítě služeb v Karlovarském kraji, kde nebylo (stejně jako v r. 2015) identifikováno více typů služeb, v r. 2016 nebyl v tomto kraji ani jeden poskytovatel primární prevence (mimo škol, školských zařízení a aktivit policie), chybí také detoxifikace, substituční program, doléčovací program či terapeutická komunita.
- × Informace o kapacitách jednotlivých služeb jsou pouze orientační. Data za služeb zajišťujících snižování rizik jsou nejpodrobnější a nejlépe zpracována. Bohužel, ani krajské koordinátoři mnohdy nedisponují přesnými údaji, zejména v případě pobytových zdravotnických zařízení. U ambulancí je potom kapacita složitě určitelná a mnohdy je vyplňována aktuální kapacita oproti roční kapacitě.



Kapitola 1

Drogová situace v krajích

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



1.1 Trendy v užívání drog a způsoby aplikace

Uživatelé drog i mladí experimentátoři zneužívají léky na lékařský předpis, zneužívání opiátových léků bylo poprvé zaznamenáno v r. 2011 (viz Souhrnnou zprávu 2012).

Zneužívání fentanylu, respektive intravenózní aplikace substance vzniklé vyvařením použitých fentanylových náplastí ze zdravotnického odpadu nebo získaných přímo od onkologických pacientů či jejich příbuzných se objevuje v hl. m. Praze, Plzeňském, Ústeckém, Středočeském a Karlovarském kraji a ojediněle v Jihočeském kraji. Zvyšuje se také počet klientů, pro které se fentanyl stal primární drogou. V Plzeňském kraji zaznamenali, že fentanyl se stává normou pro stále více klientů a nově také trend vyvažování buprenorfinových náplastí a následné injekční užívání vzniklého roztoku.

Injekční užívání léku Vendal® Retard proti bolesti, obsahujícího morfin (poprvé zaznamenáno v r. 2011, viz Souhrnná zpráva 2012) bylo v r. 2016 hlášeno v hl. m. Praze, Jihočeském a Plzeňském kraji. Plzeňský kraji upozorňuje na výrazný nárůst klientů kontaktního centra užívajících opioidní analgetika, ta jsou také uváděna i jako primární droga u klientů vstupujících do substituční léčby a Vendal® Retard se stal druhou nejčastěji užívanou látkou mezi klienty terénních programů (četnější jsou uživatelé pervitinu). V hl. m. Praze je tento lék používán k výrobě heroínu a morfinu; v první polovině r. 2016 se na trhu objevoval velmi silný heroin acetylizovaný pravděpodobně z léku Vendal® Retard.

Dále bylo zaznamenáno injekční užívání léku Palladone® s účinnou látkou hydromorfon (Plzeňský a Ústecký kraj), léku OxyContin® s účinnou látkou oxykodon na Kyjovsku (Jihomoravský kraj) a na Kolínsku, Kutnohorsku a Čáslavsku (Středočeský kraj), buprenorfinového preparátu Addnok® (Hl. m. Praha), léku Tramal® na Kyjovsku a Břeclavsku (Jihomoravský kraj) nově také injekčně a sezónní užívání dalších léků s obsahem tramadolu (Zlínský kraj).

Lektoři primární prevence v Brně zaznamenali zneužívání DXM ve formě tablet proti kašli mezi studenty středních škol a druhého stupně základních škol. Nejčastěji užívají 8–12 tablet, někteří žáci experimentují s množstvím větším než 25 tablet, což je následováno nepříjemnými stavy.

Vzrůstající trend polymorfního užívání či nahrazování pervitinu jinými látkami byl i v r. 2016 zaznamenán na mnoha místech České republiky. Šlo v jednotlivých krajích zejména o užívání: alkoholu (Jihomoravský, Karlovarský, Středočeský, Olomoucký a Plzeňský kraj), těkavých látek (Plzeňský a Jihomoravský kraj), marihuany (Jihomoravský, Olomoucký, Liberecký a Plzeňský kraj), nových syntetických drog (hl. m. Praha a Jihočeský kraj) a benzodiazepinů (Jihočeský, Karlovarský, Olomoucký, Jihomoravský, Plzeňský a Středočeský kraj). V některých regionech dochází během letních měsíců k užívání surového opia (Středočeský kraj – zejména Benešovsko a Mělnicko, Královéhradecký, Liberecký, Jihomoravský kraj – zejména Vyškovsko a Znojemsko, Olomoucký a Zlínský kraj – zejména Kroměřížsko a nově i Vsetínsko. Užívání opiátů získaných sběrem surového opia na makových polích s sebou přináší rizika zdravotních komplikací způsobených rizikovým způsobem užívání v přírodním prostředí. Obdobně je sezónně běžné užívání psychoaktivních hub (Liberecký a Olomoucký kraj).

Na vysoký počet klientů, jejichž primární drogou je marihuana upozorňuje Královéhradecký kraj – jde především o klienty ve věku 15–19 let, kteří kouří několikrát denně marihuanu s vysokým obsahem THC. Také služby v Pardubickém kraji zaznamenaly meziroční nárůst klientů o 29,1 %, jejich primární drogou jsou konopné drogy.

Služby na Brněnsku (Jihomoravský kraj) poukazují na častý vzorec chování klientů, užívání alkoholu pro zmírnění těžkých duševních stavů. Ambulantní služby v Pardubickém kraji zaznamenaly zvyšující se počet klientů, uživatelů alkoholu a rodičů, kteří se na služby obrací v souvislosti s užíváním alkoholu či jiných návykových látek jejich dětmi; zvýšený počet rodičů dětí užívajících návykové látky zaznamenal i Ústecký kraj.

V Jihočeském kraji se nárázově, ale s mnohem větší intenzitou než v předchozích letech, objevují informace o užívání kokainu¹. Zpráva Libereckého kraje upozorňuje, že velkou skupinu na místní drogové scéně tvoří nazální uživatelé pervitinu v prostředí nočního života ve věku okolo 19 let. Rovněž nově upozorňuje na klienty, kteří pervitin užívají za účelem zvýšení svého pracovního výkonu či zvládnutí všedních záležitostí (např. užívají pervitin vždy před nástupem noční směny) a na pravidelné víkendové uživatele pervitinu. I zpráva Karlovarského kraje upozorňuje na klienty nízkoprahových služeb, kteří mají stálé zaměstnání, bydlení a rodiny a své užívání korigují. Na Kyjovsku (Jihomoravský kraj) služby pozorují změnu v kontaktu s klienty, mizí trend odpočinku v kontaktní místnosti, klienti službu vyhledávají pouze v případech potřeby. To pravděpodobně souvisí se změnou zaměstnanosti klientů, cca 80 % klientů mělo v r. 2016 práci.

V Libereckém, Středočeském, Zlínském a Královéhradeckém kraji se projevuje stárnutí uživatelů drog, stejně jako v hl. m. Praze, kde se výrazně zhoršuje i jejich zdravotní stav a současně je i špatná dostupnost lékařské péče pro tuto cílovou skupinu (zejména stomatologická, gynekologická, chirurgická a péče praktických lékařů). U klientů služeb

¹ Užívání kokainu se ovšem typicky vyskytuje v prostředí, kam standardní drogové služby svými aktivitami a nabídkou služeb nedosáhnou.

byla zaznamenána zvýšena agresivita ve službách Karlovarského kraje, dále častěji se objevující psychosomatické problémy a zdravotní komplikace spojené s užíváním nekvalitních drog, zejména pervitinu, častější toxické psychózy či jiné nepředvídatelné psychické potíže (Ústecký a Liberecký kraj). Na základě rozhovorů s klienty byla zhoršená kvalita pervitinu zaznamenána také ve Středočeském a Plzeňském kraji, kde důvodem je pravděpodobně snížení počtu tzv. vaříčů. Pracovníci organizace Spolek Ulice Plzeň v r. 2016 řešili psychotický stav 2 klientů, přičemž se ukázal problém s hospitalizací klientů substituovaných metadonem (Plzeňský kraj).

U dvou klientů Spolku Ulice Plzeň (Plzeňský kraj) v souvislosti s dlouhodobě nepříznivým somatickým zdravotním stavem, který jim znemožňoval denní docházku do substitučního centra, se osvědčilo zařízení výdeje substituční látky prostřednictvím agentury domácí péče.

Nejčastější forma užívání pervitinu či opiátů je injekční užívání. V r. 2016 byla v součtu vydaných injekčních stříkaček a jehel zaznamenána stagnace či nižší počet vydaných injekčních stříkaček, výměn i kontaktů v některých regionech (Praha oproti Ústeckému kraji). V Praze lze tuto skutečnost částečně interpretovat změnou koncepce práce indigenních pracovníků. V Přerově a v Prostějově (Olomoucký kraj) probíhala v některých lékárnách v omezené míře bezplatná distribuce setů s harm reduction materiálem k injekční aplikaci.

Služby napříč regiony zmiňují i jiné způsoby aplikace drog než nitrožilní užívání. Na Břeclavsku (Jihomoravský kraj) došlo k poklesu užívání pomocí želatinových kapslí. V Plzeňském kraji se snížil počet distribuovaných kusů tzv. šňupátek alobalů ke kouření. Želatinových kapslí bylo vydáno přibližně stejné množství jako v r. 2015, avšak nižšímu počtu klientů. V regionech Kolínska, Čáslavska a Kutnohorska (Středočeský kraj) byl naopak zaznamenán častější zájem o želatinové kapsle a tzv. šňupátka mezi problémovými uživateli drog. V Libereckém kraji je zejména mezi mladšími uživateli drog tendence přecházet z alternativních způsobů aplikace k nitrožilní aplikaci. Zájem o distribuci harm reduction materiálu pro alternativní aplikaci drog byl zaznamenán zejména ze strany klientů s vážnějšími somatickými problémy, obdobná situace je i ve Zlínském kraji.

Obecně lze říci, že oproti předchozím letům téměř vymizelo užívání nových syntetických látek. Služby napříč všemi kraji zaznamenávají ojedinělé či jednorázové zkušenosti. Výjimku v tomto ohledu i nadále tvoří Hl. m. Praha, kde byl v první polovině roku zaznamenán nárůst užívání látek s označením FUNKY. Ve druhé polovině roku klienti nízkoprahových služeb referovali o horší dostupnosti syntetických stimulantů.

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

Zpráva Jihočeského kraje uvádí nárůst počtu uživatelů heroinu. Naopak ve Středočeském kraji po návratu heroinu na drogovou scénu v předchozích letech došlo v r. 2016 ke snížení jeho nabídky. V Kralupech nad Vltavou se v první polovině r. 2016 uživatelé opioidů orientovali směrem k užívání heroinu, po snížení jeho dostupnosti se ve zvýšené

míře začalo objevovat zneužívání fentanylových a buprenorfinových náplastí. Pouze na Mladoboleslavsku i nadále platí návrat heroinu na drogovou scénu. Na Přeloučsku (Pardubický kraj) bylo nově zaznamenáno užívání opiátů skupinou osob, které nejsou v kontaktu s nízkoprahovými programy. V Jihomoravském a Plzeňském kraji byl zaznamenán nárůst počtu klientů, kteří užívají organická rozpouštědla. V Plzeňském kraji je dokonce někteří klienti uvádí jako primární drogu.

1.2 Služby na taneční sféře

Specifické preventivní programy na tanečních a hudebních akcích nejsou v ČR rozšířené, což souvisí s velmi limitovanou finanční podporou těchto aktivitám a neexistencí vhodného prostředku pro navázání kontaktu s touto specifickou scénou, který by nahradil v minulosti realizované intervence kvantitativního testování tablet (trvá od doby, kdy nebyl na národní úrovni akceptován tento nástroj přístupu harm reduction). Stále častěji se ale terénní služby preventivním aktivitám v prostředí noční zábavy v rámci provozování a poskytování stávajících programů věnují, zejména v letních měsících.

Informace o užívání drog na taneční scéně jsou získávány od terénních pracovníků z regionů. Nejčastěji užívanými návykovými látkami v prostředí zábavy jsou alkohol a tabák, z nelegálních návykových látek pak marihuana, pervitin, extáze a halucinogenní látky. V Jihočeském a Karlovarském kraji se objevují informace o užívání kokainu, zejména mezi mladými lidmi s vyšším sociálním statusem. Na Nymbursku (Středočeský kraj) bylo v poslední době zaznamenáno užívání pervitinu velmi mladou populací navštěvující podniky nočního života již pod vlivem stimulační drogy. Na Litoměřicku (Ústecký kraj) bylo lokálně zaznamenáno pravidelné užívání ketaminu na tanečních party.

Na území Hl. m. Prahy od poloviny r. 2016 působí v prostředí nočního života, zejména se zaměřením na akce s produkcí elektronické hudby, nový program PARTYHARMreduction organizace PROGRESSIVE o.p.s. Problematice užívání drog v prostředí nočního života se věnují i programy organizací SANANIM, z.ú., a Střediska prevence a léčby drogových závislostí – DROP IN, o.p.s. V r. 2016 realizovaly preventivní aktivity na letních hudebních festivalech v Olomouckém kraji Terénní programy Olomouc (Společnost Podané ruce o.p.s.) a na Přerovsku ojediněle také Terénní program organizace KAPPA-HELP z.s. Terénní programy Magdaléna o.p.s. v rámci letních hudebních festivalů působily v okresech Beroun, Benešov, Příbram, Rakovník a Praha – západ. Ve Středočeském kraji v lokálním měřítku působí, i když spíše výjimečně, také terénní programy organizací Semiramis, z.ú., a Laxus, z.ú. V Jihočeském kraji dochází ze strany služeb k nárazovému mapování situace na jednotlivých akcích (festivally, slavnosti a koncerty). V Plzeňském kraji POINT 14 ve spolupráci s místním klubem realizuje 1× měsíčně projekt Be Safe – intervence v prostředí noční zábavy a v letních měsících působí i na venkovních akcích a festivalech²; a organizace KOTEC, o.p.s., realizuje noční terénní práce³. V Ústeckém kraji organizace Most k naději z.s. realizuje tzv. THC terén zaměřený na vyhledávání a poskytování intervencí uživatelům marihuany v prostředí nočních barů a klubů.

2 V průběhu r. 2017 plánuje zmapování situace užívání nových syntetických drog v rámci projektu Intervence v prostředí noční zábavy.

3 V r. 2017 plánuje rozšíření poskytování služeb na malých, lokálních techno party.

Program Terénních programů Brno Společnosti Podané ruce o.p.s. s názvem Hard & Smart – terénní práce v prostředí noční zábavy nabízí řadu intervencí prostřednictvím informačního stánku⁴ a tzv. klidových zón. V r. 2016 terénní pracovníci v prostředí nočního života a zábavy navštívili celkem 28 akcí, z nichž 17 v rámci Brněnské klubové a festivalové scény, 6 v Praze, 2 v Olomouci a 3 v dalších lokalitách. Během těchto akcí služeb programu využilo 2 640 klientů, z toho 1 846 uživatelů návykových látek. V r. 2016 byly s 2 hudebními podniky uskutečněny kroky směřující ke splnění podmínek certifikace podniků k tzv. safer clubbingu.

1.3 Užívání drog ve specifických skupinách

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

V Jihočeském kraji kvalifikované odhady terénních programů v některých oblastech hovoří až o 10 % uživatelů pervitinu mezi Romy. Na Karlovarsku byl zaznamenán postupný nárůst uživatelů návykových látek z romského etnika v kontaktu s nízkoprahovými programy. Romové tvoří více než 40 % z celkového počtu klientů kontaktního centra a více než 35 % z celkového počtu klientů terénních programů. V Jihomoravském kraji Terénní programy v Brně organizace Společnost Podané ruce o.p.s. odhadují až 60 % klientů romského etnika. Ti jsou významně zastoupení i v brněnských substitučních programech, v metadonovém substitučním programu se všichni registrovaní klienti hlásí k romskému etniku. Heroin je mezi klienty Kontaktního centra v Brně (Společnost Podané ruce o.p.s.) rozšířený obzvláště v romské komunitě. Na Ústecku tvoří Romové až jednu třetinu klientů adiktologických služeb, na Šluknovsku a Teplicku potom až jednu polovinu. Kontaktní centrum v Mostě během r. 2016 zaznamenalo výrazný nárůst romské klientely, odhadem tvoří až jednu polovinu všech klientů (Ústecký kraj). Na Nymbursku (Středočeský kraj) pak Romové tvoří 35 % z celkového počtu klientů kontaktního centra. Ve většině případů jde o polyvalentní uživatele, kde dominuje užívání heroínu. Kvalifikované odhady upozorňují, že minimálně 60 % těchto klientů je pozitivní na virovou hepatitidu typu C. Typická pro tyto klienty je také migrace mezi jednotlivými obcemi v okolí města Nymburk. Přibližně 50 % všech klientů Terénních programů Ulice organizace Spolek Ulice Pízeň náleží k romské menšině. Při práci v bytech uživatelů je to až 95 % klientů.

Ze strany poskytovatelů služeb jsou hlášena různá specifika práce s romskou menšinou, jako např. nedůvěřivost vůči programům (Jihomoravský kraj), problémy s vrácením použitých injekčních setů (Jihomoravský kraj) či opakované používání injekčních stříkaček a sdílení použitých jehel (Ústecký, Královéhradecký a Středočeský kraj), nemožnost navázat práci s klientem více strukturovaně (Jihomoravský kraj), vícegenerační užívání (Středočeský a Královéhradecký kraj) a nízký věk při zkušenostech s legálními návykovými látkami a nízký věk problémových uživatelů drog (Ústecký kraj).

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

V r. 2016 se v rámci terénních programů na Kolínsku podařilo více proniknout do skupiny olašských Romů, se kterou byly kontakty v minulých letech velmi sporadické z důvodů časté fluktuace a nástupu do výkonu trestu odnětí svobody. Tyto klienty se postupně podařilo navázat i na služby kontaktního centra a AT ambulance. V Ústeckém kraji se i nadále daří navazovat kontakt s romskou populací uživatelů drog. Službám se neosvědčily informační letáky v romštině, ale ústně předávané informace v rámci etnika, zejména klienti z mladší generace Romů si mezi sebou předávají dobrou zkušenost se službami. S šířením povědomí o poskytování služeb úzce souvisí význam indigenních pracovníků, kteří snáze navazují kontakty se skrytou populací. Díky všem těmto faktorům dochází v lokalitě k postupnému získávání důvěry v terénní programy, zvyšuje se počet nově kontaktovaných klientů a informovanost mezi uživateli drog. V kontaktu s romskou klientelou se napříč kraji osvědčily některé metody práce: indigenní pracovníci (Ústecký, Plzeňský kraj), kontaktní práce v bytech (Plzeňský kraj) a sekundární výměna (Středočeský kraj).

Na Mostecku, Děčínsku a Lounsku (Ústecký kraj) byl zaznamenán v romských komunitách vyšší výskyt inhalace těkavých látek, obdobná situace byla i na Benešovsku (Středočeský kraj), kde byly těkavé látky ve větší míře oblíbené mezi romskou mládeží pro svou finanční dostupnost. V Olomouckém kraji je injekční užívání buprenorfinu spojeno téměř výhradně s komunitou olašských Romů. V Královéhradeckém kraji byl v rámci romské komunity zaznamenán snižující se věk uživatelů drog, stejně jako vysoká tolerance k užívání alkoholu a tabáku, a to i ve vztahu k nezletilým.

Na území Prahy se i nadále projevuje nový fenomén, a to vietnamští občané bez přístřeší závislí na nelegálních návykových látkách. Pokračuje propojování těchto osob s osobami bez domova pocházejícími z majoritní společnosti, sdílení společně vybudovaných přístřeší, squatů a stanů. Nadále také pokračuje trend orientace občanů vietnamské národnosti na výrobu, distribuci a prodej pervitinu, včetně jeho užívání.

Služeb organizací ve Středočeském, Jihomoravském, Karlovarském, Královéhradeckém a Plzeňském kraji využívají také cizinci, zejména Slováci, Poláci a Ukrajinci. Zprávy upozorňují na zvyšující se počet cizinců v souvislosti se zvyšující se nabídkou zaměstnání a fluktuací pracovních sil, kteří žijí na ubytovnách (Tachovsko – Plzeňský kraj, Mladoboleslavsko – Středočeský kraj). Mezi těmito cizinci je rozšířené nadužívání alkoholu a snadný přístup k pervitinu (Plzeňský kraj) a tyto skupiny nejsou ve většině v kontaktu se službami (Středočeský kraj). Liberecký kraj zase upozorňuje na problém každodenního dojíždění občanů polské národnosti z Polska do firem v Libereckém kraji, které může hrát významnou roli v nelegálním dovozu léků s obsahem pseudoefedrinu.

V Substitučním centru Plzeň organizace Spolek Ulice Plzeň byli v r. 2016 v léčbě 4 cizinci. Tito klienti upřednostňují práci před léčbou, abstinenci často porušují užíváním pervitinu za účelem zvýšení produktivity práce. Pro pracovníky je tak obtížné s klienty vytvářet terapeutický plán. Z rozhovorů s klienty má organizace informace o užívání pervitinu na ubytovnách i v práci. Existují i další zájemci o léčbu v substitučním centru z řad cizinců, avšak seznámením s pravidly programu tento zájem opadá.

V r. 2016 nebyl v Plzni přístupný prodejní automat na injekční materiál zřizovaný organizací POINT 14. z.s. V minulosti tyto služby využívaly zejména specifické skupiny, jako jsou cizinci, etnické menšiny či skryté populace uživatelů drog.

Programy napříč republikou pracují i se skrytou populací uživatelů drog ve zprostředkovaném kontaktu. Terénní programy v Brně (Společnost Podané ruce o.p.s.) odhadují počet těchto klientů na 192, v Královéhradeckém kraji odhad organizace Laxus z.ú. hovoří o přibližně 500 klientech ve skryté populaci. Terénní program na Litoměřicko evidoval přibližně 100 injekčních uživatelů ze skryté populace, na Děčínsku pak evidují přibližně jednu čtvrtinu celkového objemu vyměněného materiálu prostřednictvím sekundárních výměn (Ústecký kraj). Ve Zlínském kraji podle odhadů tvoří skrytá populace problémových uživatelů drog méně než polovinu celkového počtu těchto uživatelů – poskytovatelé služeb byli v kontaktu přibližně se třemi čtvrtinami uživatelů drog. Ve zprostředkovaném kontaktu byly služby v r. 2016 s 250 klienty. Organizace Semiramis, z.ú., zaznamenala ve Středočeském kraji pokles počtu klientů ve zprostředkovaném kontaktu, způsobený především přechodem těchto klientů do přímého kontaktu s pracovníky nízkoprahových programů. Na Nymbursku se častěji objevuje užívání drog v bytech a ubytovnách, drogová scéna je čím dál uzavřenější. Na Kladensku probíhal zprostředkovaný kontakt se 150–200 klienty. Pracovnice Centra JANA oslovily 6 lékáren na Domažlicku, z nichž 3 lékárny souhrnně prodají injekční stříkačky pro 20–30 uživatelů drog měsíčně (Plzeňský kraj).

Na území hl. m. Prahy je i nadále realizován terénní program organizace SANANIM, z.ú., který je zaměřen na specifické skupiny klientů, jako jsou cizinci (zejména ruský hovořící), klienti s duální diagnózou a Romové, kteří potřebují specifickou pomoc. Terénní program Centrum JANA spolku Network East-West, z.s., (město Domažlice, Plzeňský kraj) v r. 2014 zavedl výměnu injekčního materiálu pro klienty pohybující se na scéně sex byznysu. Na základě zvýšené poptávky po této službě je od r. 2017 Centrum JANA registrováno v rámci rozšíření terénní činnosti o tuto službu.

1.4 Sociálně vyloučené lokality

Informace o sociálně vyloučených lokalitách čerpají kraje většinou z Analýzy sociálně vyloučených romských lokalit a komunit a absorpční kapacity subjektů působících v této oblasti zpracované v r. 2006 a Analýzy sociálně vyloučených lokalit zpracované v r. 2015 pro MPSV, tedy z tzv. Gabalových analýz⁵. Některé kraje analýzu z r. 2006 aktualizovaly: Jihomoravský (v r. 2008), Karlovarský a Jihočeský (v r. 2010), Plzeňský (v r. 2011 a 2012), Královéhradecký (v r. 2012), Liberecký (v r. 2013), Jihočeský (v r. 2014) a Ústecký kraj (v r. 2015).

V Jihočeském kraji bylo při posledním průzkumu identifikováno 38 vyloučených lokalit ve 12 obcích s rozšířenou působností⁶ (ORP), na území ORP Třeboň (obec Česká

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

6 České Budějovice, Písek, Milevsko, Tábor, Jindřichův Hradec, Český Krumlov, Kaplice, Prachatice, Strakonice, Vimperk, Volary a Třeboň.

Velenice) působí Agentura pro sociální začleňování. Během r. 2016 probíhaly přípravy, počátkem r. 2017 již zahájili svou činnost poskytovatelé sociálních služeb, které byly identifikovány jako potřebné pro naplňování místní strategie, a to včetně služeb pro osoby závislé či závislostí ohrožené. V Jihomoravském kraji jsou sociálně vyloučené lokality rozmístěny v 7 obcích⁷. V Moravskoslezském kraji se nachází přibližně 60 vyloučených lokalit; Pardubický kraj kromě sociálně vyloučených lokalit⁸ zaznamenaných v Gabalově analýze eviduje několik dalších oblastí, které taktéž vykazují prvky sociálního vyloučení⁹. V Libereckém kraji je celkem 48 vyloučených lokalit rozmístěných v 7 obcích¹⁰. Analýza provedená v r. 2012 v Karlovarském kraji¹¹ identifikovala celkem 31 sociálně vyloučených lokalit a dalších 9 lokalit je ohroženo sociálním vyloučením. V Ústeckém kraji vzrostl počet sociálně vyloučených lokalit za posledních 9 let o jednu třetinu¹². Zároveň se v sociálně vyloučených lokalitách kraje nachází výrazně vyšší koncentrace sociálně vyloučených osob, než je tomu v jiných krajích ČR¹³. Na území hl. m. Prahy uvádí sociálně vyloučené lokality pouze městská část Praha 14. Analýza sociálně vyloučených lokalit zpracovaná v rámci programového období 2014–2020 hovoří o nárůstu vyloučených lokalit v hl. m. Praze o jednu, pravděpodobně právě na území městské části Praha 14. Od února 2016 je na tomto území realizován terénní program organizace PROGRESSIVE o.p.s.

Karlovarský kraj ve své zprávě uvádí také odhad populace ohrožené sociálním vyloučením, respektive populace žijící v sociálně vyloučených lokalitách (většinou se jedná o romskou menšinu), a to 7 000 osob. V Brně se odhaduje, že v deseti zjištěných sociálně vyloučených lokalitách žije přibližně 7 000 Romů. V Pardubickém kraji žije odhadem 10 000–13 000 Romů, z nichž přibližně 80 % se potýká se sociální exkluzí.

Specifické programy zaměřené na drogovou problematiku osob žijících v sociálně vyloučených lokalitách až na výjimky neexistují. Většinou se uživatelům drog z vyloučených lokalit věnují drogové služby v rámci své běžné činnosti. V sociálně vyloučených lokalitách Olomouckého kraje jsou poskytovány služby zaměřené spíše na sociální začleňování, v některých probíhají i terénní programy pro uživatele drog (např. ve městech Přerov, Jeseník, Prostějov a v obcích Šumperska a Jesenicka). Ve vyloučených lokalitách v Brně probíhá velká část Terénních programů organizace Společnost Podané ruce o.p.s. Terénní pracovníci využívali také platformy v rámci širšího týmu APK (DROM) pro spolupráci a předávání informací s ostatními organizacemi a institucemi působícími ve vyloučené lokalitě. Terapeutické centrum na Bratislavské v Brně (Společnost Podané ruce o.p.s.), které pracuje především s klienty ze sociálně vyloučených lokalit, rozšířilo

7 Brno, Břeclav, Hodonín, Ivančice na Hané, Vyškov, Zastávka a Znojmo.

8 Česká Třebová, Hrochův Týnec, Chrast, Chrudim, Pardubice, Prachovice, Svitavy, Ústí nad Orlicí, Vysoké Mýto

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

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

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

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

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

v r. 2016 svou nabídku služeb o výměnný injekční program přímo v prostorách centra. Centrum prevence v Brně (Společnost Podané ruce o.p.s.) odhaduje zkušenosti dětí z vyloučených lokalit s užíváním návykových látek: 70 % dětí 1.–3. třídy někdy v životě vyzkoušelo cigaretu, pravidelně jich kouří přibližně 30 %; na druhém stupni se objevují i zkušenosti s užíváním těkavých látek a heroínu – do přímého kontaktu s uživateli heroínu se dostane přes 60 % dětí. V Karlovarském kraji se potýkají s nedostatkem návazných služeb pro klienty z vyloučených lokalit, chybí zejména možnost detoxifikace, noclehárny, ambulantní léčba včetně psychiatrů. Královéhradecký kraj ve své zprávě uvádí vysokou toleranci k užívání tabáku a alkoholu ve vztahu k nezletilým a snižující se věk uživatelů drog v sociálně vyloučených lokalitách. Snižující se věk uživatelů se objevuje i v Ústeckém kraji, stejně jako rostoucí míra kriminality a agrese. Některé lokality se vyznačují vysokou mírou prostituce (Dubí, Předlice). V Plzeňském kraji byla v sociálně vyloučené lokalitě ve městě Horažďovice monitorována vysoká fluktuace obyvatel a větší výskyt uživatelů drog a nadužívání alkoholu.

V regionech Kladno, Slaný, Unhošť a Stochov (Středočeský kraj) se podařilo navázat spolupráci s organizací Člověk v tísni a s terénními programy pro osoby ohrožené bezdomovectvím, která vede k získání informací o výskytu uživatelů především alkoholu a pervitinu a jejich následné kontaktování terénními programy. Obdobná spolupráce funguje i v Kraji Vysočina, kde v sociálně vyloučených lokalitách působí terénní programy SOVY (Oblastní charita Jihlava) a v případě kontaktu s klientem se závislostním problémem zprostředkovává kontakt s kontaktním centrem.

V Moravskoslezském kraji působil v r. 2016 v Ostravě jeden terénní program, který se specializoval na uživatele alkoholu.

1.5 Hazardní hráčství

Informace o počtu hazardních hráčů v léčbě získávají kraje většinou z ÚZIS ČR, případně velmi ojediněle ze služeb. Z limitovaných údajů, které krajsí koordinátoři mají k dispozici, uvádí ve svých zprávách výrazný nárůst počtu hazardních hráčů v kontaktu se službami a v léčbě oproti předchozím rokům. To souvisí se vznikem nových služeb pro hazardní hráče, větší informovaností veřejnosti o této problematice a síťováním služeb se spolupracujícími organizacemi v regionech. Stále častěji také poradenství a podporu vyhledávají rodinní příslušníci a osoby blízké hazardním hráčům a v Jihomoravském kraji přibývá i žen – ženy hráčky do kontaktu se službou přichází často v pozdějších fázích svého problému a oproti mužům se u nich více projevují pocity studu a hanby o samotě, v ústraní.

Často bývá zmiňován výskyt kombinované diagnózy: pracovníci brněnské služby Lotos o.p.s. uvádí u přibližně 20 % klientů závislost na alkoholu v kombinaci s patologickým hráčstvím; kombinace hazardního hraní a užívání pervitinu či alkoholu evidují i poskytovatelé služeb v Karlovarském, Zlínském, Ústeckém, Plzeňském a Středočeském kraji. Také v regionech Středočeského kraje (Mladoboleslavsko, Příbramsko, Benešovsko, Berounsko, Rakovnicko, Kladensko a Praha-západ) se problém hazardního hráčství jeví jako velmi úzce spjatý právě s užíváním pervitinu, alkoholu nebo kombinací obojího.

Co se týče populace mladistvých, služby upozorňují na nárůst úniku dětí k hraní počítačových her a do on-line prostředí (Jihomoravský kraj) či na nárůst kyberšikany (Jihočeský kraj). Mezi klienty dorostové ambulance ZSI Kladno (Středočeský kraj) se objevovali i nezletilí sázkaři. V této souvislosti realizuje od poloviny r. 2016 Centrum protidrogové prevence a terapie, o.p.s., (Plzeňský kraj) preventivní projekt Stand By, zaměřený na snižování rizik spojených s nadužíváním virtuálních médií u dětí a mladistvých.

Klienti s problémem hazardního hraní vyhledávají pomoc ve stávajících službách pro uživatele návykových látek. Ačkoli ve službách i nadále převládají hazardní hráči technických her¹⁴, je sledován trend vyššího počtu hráčů on-line hazardních her a sázkových her (Jihočeský, Jihomoravský a Středočeský kraj). Jako spouštěč nejproblémovějšího sázení klienti reflektují moment, kdy přešli na live sázky na internetu.

Specifické služby pro cílovou skupinu hazardních hráčů existují stále spíše ojediněle, přesto vznikly v r. 2016 nové služby, jejichž vznik byl stimulován zejména dotačním titulem RVKPP. V r. 2016 vznikla v Českých Budějovicích (Jihočeský kraj) nová Poradna pro nelátkové závislosti v rámci organizace PREVENT 99 z.ú. Kyjovská nízkoprahová služba rozšířila svou službu o cílovou skupinu hazardních hráčů (Jihomoravský kraj). Na území hl. m. Prahy vznikla nová Poradna pro gambling (organizace SANANIM, z.ú.) a v Olomouckém kraji začala nově pracovat podpůrná skupina pro hazardní hráče v rámci Terapeutického centra v Olomouckém kraji (Společnost Podané ruce o.p.s.). Organizace WHITE LIGHT I. založila v r. 2016 v Ústí nad Labem Krajské centrum ambulantní léčby a poradenství pro patologické hráče v Ústeckém kraji s pobočkami v Teplicích a Rumburku. V Jihočeském kraji se v r. 2016 na rozdíl od předchozích let objevily případy řešené sociálními odbory jednotlivých obcí související s problémy s hazardním hraním.

V celém Středočeském kraji byla v r. 2016 uskutečněna informační kampaň s názvem F 63 – špatná sázka, v rámci které vznikla i webová stránka F63.cz určená hazardním hráčům, jejich blízkým i profesionálům. V r. 2016 byl v Libereckém kraji organizací ADVAITA, z.ú., realizován projekt síťování služeb pro hazardní hráče, uživatele alkoholu a tabáku, čímž došlo k posílení ambulantní léčby v kraji.

1.6 Lokální odhady problémových uživatelů drog

Základním zdrojem informací o počtu problémových uživatelů drog¹⁵ v jednotlivých krajích jsou odhady Národního monitorovacího střediska pro drogy a závislosti (dále NMS) zveřejněné ve Výroční zprávě o stavu ve věcech drog v ČR. V r. 2016 polovina krajů uvedla ve svých výročních zprávách vlastní odhady problémového užívání drog, při kterých vychází spíše z expertních odhadů služeb pracujících s touto cílovou skupinou.

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

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

V Jihočeském kraji je odhad za r. 2016, založený na údajích nízkoprahových služeb, cca 2 100 osob, z toho injekčních uživatelů drog cca 1 800 osob. Ze tří čtvrtin převažuje užívání pervitinu, čtvrtina jsou opiáty, především Subutex®, avšak narůstá počet uživatelů heroinu. Jihočeský kraj v r. 2016 vytvořil mapu odhadu problémových uživatelů drog, alkoholu a hazardních hráčů podle jednotlivých okresů.¹⁶

V Karlovarském kraji poskytovatelé služeb odhadují populaci problémových uživatelů drog na 2 000 osob; v kontaktu s nízkoprahovými službami je odhadem přibližně 60 % rizikové populace uživatelů drog. Více než 90 % klientů služeb nejčastěji užívá nitrožilně pervitin.

Královéhradecký kraj uvádí 750 uživatelů drog v kontaktu s nízkoprahovými službami. Odhad na základě statistik adiktologických služeb a odhadů obcí v Libereckém kraji činí 3 000 problémových uživatelů drog.

Zpráva Ústeckého kraje uvádí lokální odhady problémových uživatelů návykových látek: Ústí nad Labem 5 000–6 000, Most 1 500, Litvínov 500, Bílina 400, Louny 200, Žatec 200 a v dalších obcích 100 a méně.

V Pardubickém kraji se dlouhodobě odhaduje počet problémových uživatelů na 650 osob. Tento odhad se zásadně neliší od kvalifikovaného odhadu pracovníků harm reduction služeb, který činí 750 problémových uživatelů drog v kraji.

Ve zprávě Zlínského kraje je uveden průměrný počet klientů služeb přepočtený na 10 000 obyvatel, což v kraji činí 21 osob, z toho 18 injekčních uživatelů drog.

1.7 Infekční onemocnění v souvislosti s užíváním drog

Krajští protidrogoví koordinátoři čerpají informace o výskytu infekčních onemocnění u uživatelů drog zejména ze statistik krajských hygienických stanic – pro celorepublikové srovnání viz Výroční zprávu o stavu ve věcech drog v ČR v r. 2016.

V Libereckém kraji v r. 2016 pokračovalo epidemické šíření virové hepatitidy typu A (VHA), zejména v okrese Jablonec nad Nisou. Za r. 2016 bylo hlášeno 146 onemocnění, VHA byla tak druhou nejvyšší příčinou nemoci v kraji. Zdroj onemocnění a způsob přenosu se nepodařilo u všech nemocných jednoznačně objasnit, později však docházelo ke kontaktnímu přenosu v komunitě osob injekčních uživatelů drog a u osob žijících ve squatech. V druhé polovině r. 2016 se epidemie opět šířila i mezi osoby bez rizikového chování. V rámci protiepidemických opatření bylo vyhlášeno mimořádné očkování, očkováno bylo celkem 505 osob. VHA se objevila i mezi uživateli drog na Hodonínsku (Jihomoravský kraj). Naopak na území hl. m. Prahy byl v r. 2016 zaznamenán výrazně nižší výskyt VHA oproti roku 2015, a to téměř o 72 %.

Ve Zlínském kraji byl zaznamenán výrazně snížený zájem o testování na přítomnost virové hepatitidy typu B (VHB) ze strany klientů. Z toho důvodu některé služby v kraji testování na VHB již ani neposkytují. Některé služby se v r. 2016 zúčastnily testování v rámci Evropského testovacího týdne na HIV/AIDS a v rámci Světového dne AIDS

¹⁶ Blíže viz Výroční zprávu o realizaci protidrogové politiky Jihočeského kraje v roce 2016.

(Ústecký, Plzeňský kraj). Spolek Ulice Plzeň (Plzeňský kraj) v rámci Evropského testovacího týdne na HIV/AIDS ve spolupráci se SZÚ uskutečnil testování spojené s poradenstvím v místním gay klubu.

Spolek DRUG-OUT Klub z.ú. (Ústecký kraj) uskutečnil v rámci Světového dne boje proti AIDS v Ústí nad Labem 2 projekty: Den boje proti AIDS a HIV není tabu. Druhý jmenovaný projekt se zaměřoval na téma sexuálního chování dospívající mládeže a informovanost o problematice rizikového chování a pohlavně přenosných nemocí, zejména HIV/AIDS, zajištění dostupnosti anonymního testování pro veřejnost a distribuci informačních materiálů. V rámci projektů se uskutečnily besedy na středních školách a v nízkoprahovém zařízení pro děti a mládež. Do projektu bylo zapojeno celkem 212 osob ve věku 18–22 let.

V Plzeňském kraji zaznamenala organizace KOTEC o.p.s. mezi klienty výskyt tuberkulózy s následným úmrtím (zemřeli 2 klienti) a stoupající zájem o orientační testy na HIV, VHC a VHB.

Pracovníci služeb v Pardubickém kraji informovali, že z hovorů s klienty vyplývá jejich vzrůstající informovanost a zodpovědnější chování se stává normou.

1.8 Intoxikace a předávkování návykovými látkami

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

V r. 2016 byly v Českých Budějovicích (Jihočeský kraj) zaznamenány 2 úmrtí v důsledku předávkování opiáty, které byly doprovázeny několika dalšími předávkováními, nikoli již ale s fatálními následky. K předávkování došlo po užití výluhu z fentanylových náplastí. Na základě následných intervencí ze strany pracovníků terénních programů se situace uklidnila. V Kyjově (Jihomoravský kraj) zaznamenali pracovníci kontaktního centra úmrtí klientů v důsledku psychiatrické komorbidity a suicidia. V Břeclavi (Jihomoravský kraj) byla shledána přímá souvislost mezi sebevraždou mladé ženy a užíváním pervitinu. V Karlovarském kraji v průběhu r. 2016 došlo k 11 úmrtím v důsledku intoxikace. Adiktologické služby na Kolínsku (Středočeský kraj) také zaznamenaly jeden případ úmrtí klientky z důvodu srdečního selhání po aplikaci stimulační látky. Užívání fentanylu na Mělnicku (Středočeský kraj) s sebou přineslo zvýšený počet předávkování, nebyl však zaznamenán žádný případ fatálního předávkování. V Ústeckém kraji byla v r. 2016 nově sledována intoxikace ve věkové kategorii novorozenců, intoxikace se prokázala u 81 novorozenců. Ve Zlínském kraji bylo zaznamenáno úmrtí 2 uživatelů drog, avšak ne v bezprostředním důsledku užití drogy, v Královehradeckém kraji došlo ve 2 případech k akutní intoxikaci tekutou extází (GABA) v kombinaci s alkoholem a následnému bezprostřednímu ohrožení života. V r. 2016 došlo v Terénním programu na Novojičínsku (Moravskoslezský kraj) ke snížení počtu vyměněných injekčních setů. Jedno z možných vysvětlení je úmrtí několika klientů, kteří zemřeli v důsledku předávkování fentanylem.

1.9 Drogová kriminalita

Tato kapitola uvádí příklady zajímavých trendů v oblasti drogové kriminality a účinné spolupráce za účelem odhalení drogové kriminality.

- ✕ V r. 2016 se policisté v Libereckém kraji setkali s novým trendem, kdy se z Polska nedováží pouze léky na výrobu drogy pervitin, ale tato droga se začala v Polsku přímo vyrábět. K výrobě dochází v příhraničních oblastech Polska a droga je od samotného počátku určena na zahraniční trh. Policii ČR se podařilo zdokumentovat snahy o prodej takto vyrobené drogy do České republiky a do Německa.
- ✕ V Libereckém kraji i nadále pokračuje spolupráce české a polské strany v rámci projektu DRUGSTOP. Realizace projektu DRUGSTOP byla v průběhu r. 2016 zahájena také v Moravskoslezském kraji.
- ✕ Nadále je zaznamenán trend dovozu léčivých přípravků s obsahem pseudoefedrinu určených k výrobě pervitinu z Polska (Liberecký, Ústecký, Zlínský, Středočeský, Pardubický a Moravskoslezský kraj). Zpráva Libereckého kraje v souvislosti s dovozem léků s obsahem pseudoefedrinu upozorňuje na zaměstnance každodenně dojíždějící z Polska do Libereckého kraje.
- ✕ Situaci v Libereckém kraji výrazně ovlivnila aktivní činnost toxikologického týmu Policie ČR. Tým vznikl v březnu 2014 s cílem řešit nejenom závažnou drogovou trestnou činnost v rámci kraje, tedy výrobu a distribuci OPL, ale rovněž snížit zneužívání OPL ve veřejném prostoru a zintenzivnit spolupráci s polskou stranou ve věci masivního dovozu prekurzorů z Polska. Zvýšená represivní činnost však vyvolala nedůvěru mezi klienty harm reduction služeb, včetně nedůvěry ke službám samotným.
- ✕ V Ústeckém kraji byl v r. 2016 zaznamenán výrazný útlum tzv. drogové turistiky občanů z Německa, který může být důsledkem zvýšených hraničních kontrol v souvislosti s ilegální migrací.
- ✕ Zejména v příhraničních oblastech se i nadále zvyšuje trend zapojení vietnamských občanů do velkoobjemové výroby a distribuce metamfetaminu a konopných drog (Jihočeský, Ústecký, Liberecký a Karlovarský kraj). Ve zprávě Karlovarského kraje se za účinná považují zavedená součinnostní opatření s policií Spolkové republiky Německo a rozsáhlé kontroly ve vietnamských tržnicích.
- ✕ V r. 2016 se v Karlovarském kraji ve spolupráci s policejními orgány ze Spolkové republiky Německo uskutečnilo 12 bezpečnostních akcí pod názvem GABRIELA se zaměřením na distribuci OPL ve vietnamských tržnicích. Zkontrolováno bylo více než 2 tis. cizinců a trhovců, objasněno bylo 7 trestných činů.
- ✕ V dubnu 2016 byla v Ústeckém kraji dokončena realizace rozsáhlého případu s názvem EXPRES, během kterého bylo zahájeno trestní stíhání celkem 17 osob, které organizovaly a z Polska dovážely léky s obsahem pseudoefedrinu. Během akce byly zadrženy 3 varny, 14 gramů pervitinu a několik litrů matečného roztoku, jehož zpracováním by bylo získáno 8 kg pervitinu.
- ✕ I v r. 2016 pokračoval na území Ústeckého kraje trend odklonu od velkých pěstíren rostlin konopí a naopak zřizování většího množství menších pěstíren. Na území Zlínského kraje se v řadě případů pěstování rostlin marihuany, jednalo o malé pěstírny. V případě pěstování většího počtu rostlin registruje policie jisté prvky rozmělnění

„podnikatelského“ rizika, kdy pěstitelé zřizují více pěstíren, aby pro případ odhalení jedné z nich, zůstaly další mimo policejní prověřování nebo vyšetřování.

1.10 Přestupky v oblasti ochrany před škodami působenými alkoholem a tabákem

Zlínský kraj, jako jediný, uvedl ve své výroční zprávě také údaje o počtu přestupků podle zákona č. 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami (dále „zákon 379/2005 Sb.“). Na úseku ochrany před alkoholismem bylo v r. 2016 ve Zlínském kraji městskou (obecní) policií provedeno nejméně 4 099¹⁷ kontrol podle zákona č. 379/2005 Sb., při kontrolách bylo zjištěno celkem 323 přestupků.

1.11 Přestupky v oblasti držení drog

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

17 Jde o údaj bez informací od Městské policie Rožnov pod Radhoštěm.

Tabulka 1-1: Počet pachatelů přestupků projednaných v r. 2016 podle § 30, odst. 1, písm. j) zákona č. 200/1990 Sb. v rozdělení podle druhu drogy

Kraj	Konopné drogy	Pervitin	Extáze	Heroin	Kokain	Subutex® / Suboxone®	Houby obsahující OPL	Jiná OPL	Celkem osob
Hl. m. Praha	542	192	14	21	10	3	1	50	833
Středočeský	313	72	5	0	4	1	2	5	411
Jihočeský	80	4	2	0	0	0	0	0	87
Plzeňský	51	19	1	0	1	0	0	1	61
Karlovarský	13	17	0	1	0	0	0	1	41
Ústecký	139	90	3	0	3	1	3	2	223
Liberecký	106	51	2	0	0	0	2	0	161
Královéhradecký	763	43	11	0	1	0	1	0	763
Pardubický	50	6	0	0	0	0	1	0	57
Vysočina	19	10	0	0	1	0	0	0	30
Jihomoravský	80	31	2	1	0	0	1	1	104
Olomoucký	47	16	0	0	0	0	0	0	63
Zlínský	57	11	4	0	0	0	1	4	66
Moravskoslezský	–	–	–	–	–	–	–	–	82
Celkem osob	1 718	370	30	2	10	2	11	14	2 906
– z toho do 18 let	140	7	2	0	0	0	1	5	155
– z toho přes 18 let	2 120	557	42	23	20	5	12	59	2 838

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

Tabulka 1-2: Počet pachatelů přestupků projednaných v r. 2016 podle § 30, odst. 1, písm. k) zákona č. 200/1990 Sb. podle věku pachatele a druhu drogy

Kraj	Rostliny konopí	Jiné rostliny nebo houby obsahující OPL	Celkem osob
Hl. m. Praha	4	0	4
Středočeský	30	0	19
Jihočeský	11	0	11
Plzeňský	7	0	7
Karlovarský	–	–	1
Ústecký	43	1	44
Liberecký	20	0	20
Královéhradecký	5	0	5
Pardubický	9	0	9
Vysočina	4	0	4
Jihomoravský	19	0	10
Olomoucký	16	0	16
Zlínský	13	0	13
Moravskoslezský	9	0	6
Celkem	190	1	171
– z toho do 18 let	11	0	11
– z toho přes 18 let	142	1	143

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

Tabulka 1-3: Množství drog zajištěných v r. 2016 v rámci projednaných přestupků podle § 30, odst. 1, písm. j) a k) zákona č. 200/1990 Sb. v rozdělení podle druhu drogy

Kraj	Konopné drogy (g)	Rostliny konopí (ks)	Pervitin (g)	Pervitin (ml)	Extáze (ks tablet)	Heroin (g)	Kokain (g)	Subutex®/Suboxone® (ks tablet)	Houby obsahující OPL (ks)	Jiné rostliny obsahující OPL (g)
Praha	1 578,96	27	125,14	2	18 ks + 4,56 g	12,63	5,5	–*	170,8 g	–
Středočeský	4 492,21**	54	105,81	–	4 ks + 0,68 g	–	1,92	2	0,28 g	–
Jihočeský	910,78	22	3,91	–	16	–	–	–	54	–
Píseňský	5 143,81	3	8,62	–	4	–	–	–	–	–
Karlovarský	80,27	–	7,51	–	0,16 g	–	–	–	–	–
Ústecký	4 399,97	35***	35,7	–	8	–	0,54	1	–	249 ks
Liberecký	393,78	38	26,9	–	5	1,48	–	–	107	–
Královéhradecký	2 600,41	15 ks + 262 g	1,24	–	5 ks + 0,32 g	–	8,01	–	3,54 g	–
Pardubický	699,54	7	–	–	–	–	–	–	69,19 g	–
Vysočina	63,28	–***	6,35	–	–	–	0,1	–	–	–
Jihomoravský	1 284,89	52	22,28	–	7	0,76	–	–	1,2 g	0,25
Olomoucký	1 231,91	69	7,16	–	–	–	–	–	–	–
Zlínský	2 196,93	45	3,29	–	18	–	–	–	260	–
Moravskoslezský	600	7	21,3	–	0,36 g	0,04	–	–	–	–
Celkem	25 676,74	374 ks + 262 g	375,21	2	85 ks + 6,08 g	14,91	16,07	3	421 ks + 245,01 g	0,25 g + 249 ks

* Praha – bylo zachyceno blíže nespecifikované množství tablet přípravků Subutex®/Suboxone®.

** Středočeský kraj – k tomu bylo zachyceno ještě 258,16 g včetně obalu a 6 ks marihuanaových cigaret.

*** Ústecký kraj – k tomu bylo zachyceno ještě 351 ks malých kultivarů.

**** Kraj Vysočina – bylo zachyceno blíže nespecifikované množství rostlin konopí.

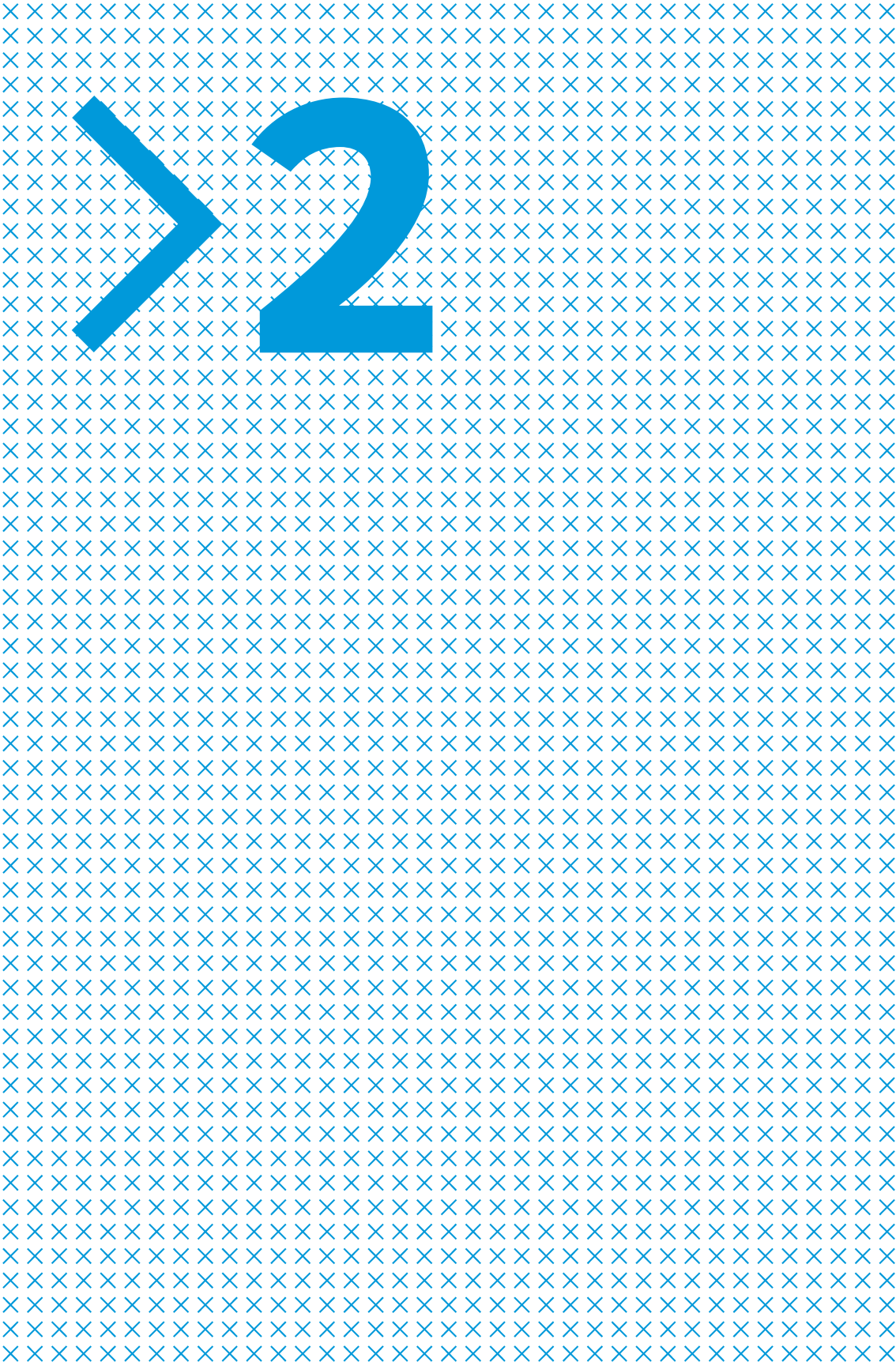
1.12 Realizované studie na úrovni krajů v oblasti mapování drogové scény

V některých krajích byly v roce 2016 realizovány lokální studie či analýzy mapující drogovou situaci. Přehled studií uvedených v krajských zprávách uvádí následující tabulka.

Tabulka 1-4: Přehled realizovaných studií v roce 2016

Kraj	Název studie	Realizátor	Výsledky
Praha	Anonymní dotazníkové šetření „Agresivní chování vůči učitelům“	Centrum sociálních služeb Praha a Magistrát hl. m. Prahy	http://prevence-praha.cz/attachments/article/17/pruzkumsikana%20web.pdf
	Dotazníkové šetření rizikového chování u žáků pražských škol	Centrum sociálních služeb Praha a Magistrát hl. m. Prahy	http://www.praha.eu/jnp/cz/o_meste/magistrat/odbory/odbor_zdravotnictvi_socialni_pece/primarni-prevence_rizikoveho_chovani/vystupy_dotaznikova_setreni/index.html
Plzeňský	Jde to i jinak! Analýza vztahů sexuální práce, zákonů a policie	P. Kutálková, J. Frýbert, J. Poláková (Spolek Ulice Plzeň)	http://www.rozkosbezrizika.cz/ke-stazeni/knihy/soubory/knihy/publikace-r-r-jde-to-i-jinak/detail
	Jak snižujeme rizika užívání drog u injekčních uživatelů na Plzeňsku?	J. Frýbert (Spolek Ulice Plzeň)	http://sananim.cz/ke-stazeni/publikace-sananimu.html
	Rizika při zneužívání opioidních léků injekčními uživateli drog	J. Frýbert (Spolek Ulice Plzeň)	http://www.policie.cz/clanek/bulletin.aspx
Pardubický	Analýza realizace programů primární prevence ve školách a školských zařízeních Pardubického kraje	Pedagogicko-psychologická poradna Ústí nad Orlicí – Krajské centrum primární prevence	
Zlínský	Průzkum rizikových typů chování	Krajská školská koordinátorka	https://www.zkola.cz/management/omsrlz/prevenecerizchovani/Stranky/Vysledky-mapovani-vyskytu-rizikoveho-chovani-ve-skolach-a-skolskych-zarizenich-ZK.aspx
Moravskoslezský	Reflexe drogové scény v Ostravě	Ostravská univerzita	
	Analýza v oblasti drogové problematiky ve městě Bruntál	město Bruntál ve spolupráci s AUGUR Consulting s.r.o. Brno	
	VRCHA (výskyt rizikového chování u adolescentů)	Pedagogicko-psychologická poradna Bruntál a město Krnov	

Kraj	Název studie	Realizátor	Výsledky
Liberecký	Program prevence kriminality statutárního města Liberec na rok 2017	Městská policie	Http://www.liberec.cz/mestska-policie/prevence/plany-prevence-kriminality-bezpecnostni
	Průzkum pocitu bezpečí v rizikových lokalitách ve Frýdlantu	Městský úřad Frýdlant	http://www.mesto-frydlant.cz/cs/obcan/bezpecnost/prevence-kriminality/ve-meste-pribudou-dalsi-kamery.html
	Monitoring terénního programu protidrogové prevence v lokalitách Lomnicka a Jilemnicka	Laxus, z.ú.	
Jihomoravský	Analýza drogové situace ve městě Brně a související doporučení pro městskou drogovou strategii	K. Škařupová, P. Nepustil, J. Černý	http://www.brno.cz/sprava-mesta/magistrat-mesta-brna/usek-socialne-kulturni-a-dopravy/odbor-socialni-pece/ ; http://socialnipece.brno.cz/texty/9/podmenu/117/protidrogova-prevence/
	Výzkumné šetření mezi žáky devátých ročníků brněnských základních škol	Centrum prevence v Brně, Společnost Podané ruce o.p.s	
	Evaluace projektu a analýza potřeb cílové skupiny	Centrum poradenských služeb ve vězení a po výstupu, Společnost Podané ruce o.p.s.	
Královéhradecký	Výzkumný projekt – hazardní hraní na elektronických herních zařízeních v Královéhradeckém a Pardubickém kraji	Laxus, z.ú.	



➤ 2

Kapitola 2

Koordinační mechanismy protidrogové politiky na krajské a místní úrovni

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

- × funkce krajského protidrogového koordinátora (měl by mít plný úvazek),
- × iniciativní nebo poradní orgány pro oblast protidrogové politiky (protidrogové komise, pracovní skupiny),
- × krajské strategie a akční plány protidrogové politiky,
- × vyhodnocení situace v oblasti protidrogové politiky ve výroční zprávě o realizaci protidrogové politiky kraje.
- × Na místní, respektive obecní úrovni je koordinace protidrogové politiky zajišťována analogicky a obce v případě potřeby:
- × zřizují funkci místního protidrogového koordinátora (částečný úvazek),
- × vytváří zvláštní iniciativní nebo poradní orgány,
- × zpracovávají místní protidrogové plány.

Tyto jednotlivé koordinační mechanismy byly v r. 2016 ukotveny legislativně v zákoně č. 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami, který byl s účinností od 31. 5. 2017 nahrazen zákonem č. 65/2017 Sb., o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek.

2.1 Krajsští protidrogoví koordinátoři

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

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

Funkci KPK v r. 2016 na celý úvazek vykonávalo 8 koordinátorů. Ke změně úvazku na pozici KPK došlo v Karlovarském kraji, z původního úvazku 0,33 je nově pozice KPK vykonávána na úvazek 0,4. Během r. 2016 došlo k personálním obměnám ve funkci KPK v Pardubickém kraji. V Kraji Vysočina nebyla pozice KPK obsazena od listopadu 2016 do července 2017. Obdobná situace byla od prosince 2016 do května 2017 i v hl. m. Praze.

V Ústeckém kraji došlo v průběhu roku 2016 ke změně organizační struktury v rámci krajského úřadu. Nově je pozice KPK přesunuta v rámci odboru sociálních věcí do oddělení sociální práce. Od r. 2017 KPK vykonává i činnost v rámci projektového týmu individuálního projektu Podpora sociálních služeb v Ústeckém kraji 2 a úvazek KPK byl vzhledem k této činnosti ponížen na 0,7 úvazku. K žádným dalším změnám ve funkci ani v postavení krajských protidrogových koordinátorů v r. 2016 nedošlo.

Tabulka 2-1: Postavení krajských protidrogových koordinátorů v r. 2016

Kraj	Zařazení funkce KPK v organizaci krajského úřadu	Úvazek KPK*	Další agendy vykonávané KPK
Hl. m. Praha	Odbor zdravotnictví, sociální péče a prevence MHMP, oddělení prevence	1,0	–
Středočeský	Odbor školství, mládeže a sportu, oddělení prevence a koncepce	1,0	–
Jihočeský	Odbor sociálních věcí a zdravotnictví, oddělení prevence a humanitních činností	1,0	vedoucí oddělení prevence a humanitních činností
Plzeňský	Odbor sociálních věcí, oddělení správní a realizace projektů	0,5	koordinátor prevence kriminality
Karlovarský	Odbor sociálních věcí, oddělení sociálních věcí	0,4	manažer prevence kriminality a krajský metodik prevence
Ústecký	Odbor sociálních věcí, oddělení plánování a rozvoje služeb	1,0	–
Liberecký	Odbor sociálních věcí, oddělení sociální práce	0,75	metodik sociální prevence, koordinace tvorby krajského plánu pro začleňování osob zdravotně postižených
Královéhradecký	Odbor sociálních věcí, oddělení analýz, koncepcí a financování	1,0	koordinátor prevence kriminality
Pardubický	Odbor sociálních věcí, oddělení koncepční	0,5	manažer prevence kriminality
Vysočina	Odbor sociálních věcí, oddělení sociálních služeb	1,0	koordinátor primární prevence sociálně patologických jevů
Jihomoravský	Odbor školství, oddělení prevence a volnočasových aktivit	0,5	krajský školský koordinátor prevence
Olomoucký	Odbor zdravotnictví	1,0	–
Zlínský	Odbor Kanceláře hejtmána, oddělení neziskového sektoru	1,0	oblast rizikových typů chování, prevence kriminality
Moravskoslezský**	Odbor sociálních věcí, oddělení rozvoje sociálních služeb	0,5	služby sociální prevence, projekty v rámci OPZ na podporu služeb a aktivit v oblasti sociální prevence

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

2.2 Komise a pracovní skupiny v oblasti protidrogové politiky v krajích

V devíti krajích ze 14 jsou zřízeny komise kraje pro otázky protidrogové politiky; ve dvou krajích se protidrogovou politikou zabývají poradní komise se širším záběrem. V dalších třech krajích (Královéhradeckém, Moravskoslezském a Jihomoravském) komise není zřízena, ale existují zde alespoň pracovní skupiny, které se koordinací protidrogové politiky zabývají. Všechny kraje s výjimkou Jihočeského kraje ve svých výročních zprávách uvádí, že komise či pracovní skupiny zabývající se protidrogovou politikou se rovněž věnují problematice alkoholu a hazardního hraní alespoň ad hoc. Protidrogové komise jsou stabilně složeny z politických reprezentantů, zástupců odborů krajského úřadu, odborníků veřejné správy, státních i nestátních institucí, jako např. krajské hygienické stanice, a zástupců represivních složek, představitelů služeb pro uživatele drog a případně i místních protidrogových koordinátorů. V Praze je dlouhodobě členem i národní protidrogový koordinátor.

Počet setkání protidrogové komise se v každém kraji různí. V některých krajích se komise sešla za rok jen jednou, v Praze protidrogová komise v r. 2016 jednala 11×. Krajské volby v r. 2016 měly ve většině krajů vliv na složení protidrogových komisí, kde docházelo k obměnám. Tématy jednání jsou většinou aktuální drogová situace, finanční zajištění protidrogové politiky v kraji, příprava a realizace strategie a akčních plánů protidrogové politiky atd. V r. 2016 bylo často projednáváno i téma efektivních primárně preventivních programů.

Stálé pracovní skupiny zabývající se otázkami protidrogové politiky jsou zřízeny ve všech krajích kromě Jihočeského a Pardubického. V prosinci 2016 byla v Plzeňském kraji stálá Pracovní skupina prevence kriminality Plzeňského kraje rozšířena i o zástupce adiktologických služeb, a došlo tak ke změně názvu na Pracovní skupina protidrogová a prevence kriminality Plzeňského kraje. Pracovní skupina se zabývá i problematikou alkoholu a hazardního hraní, během r. 2016 se sešla celkem 4×. Krajská protidrogová komise Středočeského kraje v září 2016 zřídila jako svůj poradní orgán 2 nové pracovní skupiny: Pracovní skupinu pro koordinaci a vzdělávání a Pracovní skupinu pro financování.

V Kraji Vysočina od r. 2013 fungovala Pracovní skupina k problematice alkoholismu, která se zabývala kromě problematiky alkoholu i problematikou hazardního hraní. V r. 2016 byla však činnost této pracovní skupiny ukončena z důvodů úzkého zaměření a obtížného naplnění vytyčených cílů skupiny z pozice kraje.

Tabulka 2-2: Komise a pracovní skupiny protidrogové politiky v krajích v r. 2016

Kraj	Název komise / rok vzniku	Pracovní skupiny (PS) / stálá, ad hoc / počet jednání v r. 2016
Hl. m. Praha	Protidrogová komise Rady HMP / 1995	Sekce primární prevence / stálá / 8×
		Sekce harm reduction / stálá / 11×
		Sekce léčby a následné péče / stálá / 4×
		Sekce komunitního bezpečí / stálá / 6×
Středočeský	Krajská protidrogová komise / 2013	PS pro harm reduction / stálá / 2×
		PS pro léčbu a resocializaci / stálá / 2×
		PS pro primární prevenci / stálá / 3×
		PS pro financování / stálá / 1×
		PS pro koordinaci a vzdělávání / stálá / 1×
Jihočeský	Krajská protidrogová koordinační skupina / 2002	–
Plzeňský*	specifická komise není zřízena Komise sociální Rady Plzeňského kraje	PS protidrogová a prevence kriminality Plzeňského kraje / stálá / 4×
Karlovarský	Krajská protidrogová komise Karlovarského kraje / 2001	PS pro realizaci protidrogové politiky v kraji / stálá / 2×
Ústecký	specifická komise není zřízena Komise sociální a zdravotní Rady kraje / 2008	PS protidrogové politiky Ústeckého kraje / stálá / 6× PS pro prevenci kriminality / stálá / 5×
Liberecký	Protidrogová komise Rady Libereckého kraje / 2002	PS pro oblast primární prevence / ad hoc / 0×
		PS pro léčbu a resocializaci / ad hoc / 0×
		PS pro snižování rizik / ad hoc / 0×
		PS pro koordinaci / ad hoc / 0×
Královéhradecký	–	Mezioborová pracovní skupina pro drogovou problematiku / stálá / 2×
Pardubický	Komise rady PK pro koordinaci protidrogové politiky / 2002	–
Vysočina	Komise sociální a pro oblast protidrogové politiky / 2012	PS k problematice alkoholismu / stálá / 1× PS protidrogové politiky kraje / stálá / 1×
Jihomoravský	–	PS prevence kriminality / stálá / 2×
Olomoucký	Komise pro prevenci kriminality a drogových závislostí Rady Olomouckého kraje / 2005	Osoby ohrožení návykovým jednáním / stálá / 12×
		Občané ohrožení drogou / stálá / 3×
		PS pro prevenci kriminality / ad hoc / 4×
Zlínský	Komise Rady Zlínského kraje pro protidrogovou prevenci a prevenci kriminality / 2013	PS nízkoprahových zařízení pro děti a mládež / stálá / 3×
Moravskoslezský	–	PS protidrogové prevence v Moravskoslezském kraji / stálá / 2×

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

2.3 Strategické dokumenty protidrogové politiky krajů

Protidrogová politika krajů většinou vychází ze specifického krajského strategického dokumentu, kromě dvou. V Plzeňském kraji je protidrogová politika součástí širší strategie pokrývající celkově oblast prevence kriminality. V r. 2016 byla zastupitelstvem schválena nová Koncepce prevence kriminality a sociálně patologických jevů Plzeňského kraje na léta 2017–2020, která byla zpracována nově vzniklou Pracovní skupinou protidrogovou a prevence kriminality Plzeňského kraje. Také v Královéhradeckém kraji byla schválena nová Strategie prevence sociálně nežádoucích jevů v Královéhradeckém kraji 2017–2021. Nová Strategie zahrnuje 3 oblasti: prevence kriminality, protidrogové politiky a sociálně vyloučených lokalit, resp. zmírňování sociálního vyloučení osob žijících v sociálně vyloučených lokalitách. Na základě proběhlé analýzy se podle kraje potvrdil předpoklad, že tyto 3 oblasti spolu úzce souvisí a ovlivňují se, proto je krajský strategický dokument integruje.

V širším kontextu byla v předchozích letech protidrogová politika Středočeského kraje upravena ve střednědobém plánu rozvoje sociálních služeb. V r. 2016 byl schválen samostatný strategický dokument protidrogové politiky, Koncepce protidrogové politiky Středočeského kraje na období 2016–2020. V Kraji Vysočina vstoupila v platnost v r. 2016 nová protidrogová strategie, Strategie protidrogové politiky Kraje Vysočina na období 2016–2019.

Protidrogové politiky se také dotýkají další koncepční dokumenty krajů, jako jsou např. střednědobý plán rozvoje sociálních služeb, koncepce prevence kriminality nebo krajský plán prevence rizikového chování. V r. 2016 došlo ke schválení aktualizace stávajícího střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb (v Kraji Vysočina) a nového střednědobého plánu v hl. m. Praze. V Pardubickém kraji vešel v platnost nový střednědobý plán rozvoje sociálních služeb; dále vešly v platnost: Krajský plán primární prevence rizikového chování na období 2016–2018 (Středočeský kraj), Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb ve Středočeském kraji na období 2015–2019, Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb v Ústeckém kraji na období 2016–2018, Akční plán rozvoje sociálních služeb v Ústeckém kraji na rok 2017, Základní síť sociálních služeb (Ústecký kraj) a byla zpracovaná Strategie prevence kriminality na území Ústeckého kraje na období 2017–2021, která byla schválena v únoru 2017. Dále Krajský plán primární prevence rizikového chování Jihomoravského kraje na období 2016–2018, Koncepce prevence kriminality v Pardubickém kraji 2017–2021, Plán rozvoje sociálních služeb v Královéhradeckém kraji 2011–2017.

Až na výjimky specifické strategické dokumenty krajů zahrnují i problematiku hazardního hraní, alkoholu a tabáku. Koncepce Karlovarského kraje nezačleňuje ani oblast alkoholu a tabáku, ani hazardního hraní a zabývá se pouze otázkami nelegálních drog.

Tabulka 2-3: Aktuální strategické dokumenty protidrogové politiky v krajích v r. 2016

Kraj	Hlavní strategický dokument upravující protidrogovou politiku v kraji	Další strategické dokumenty, týkající se protidrogové politiky
Hl. m. Praha	Protidrogová politika hlavního města Prahy na období 2014-2020 Akční plán protidrogové politiky hlavního města Prahy na období 2014-2016	Koncepte primární prevence rizikového chování dětí a mládeže na území hl. m. Prahy na období 2014-2020 Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb na území hlavního města Prahy na období 2016-2018 Koncepte návrhů řešení problematiky bezdomovectví v Praze v letech 2013-2020
Středočeský	Koncepte protidrogové politiky Středočeského kraje na období 2016-2020	Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb ve Středočeském kraji na období 2015-2019 Koncepte prevence kriminality Středočeského kraje na léta 2014-2016 Krajský plán primární prevence rizikového chování na léta 2016-2018
Jihočeský	Strategie protidrogové politiky Jihočeského kraje na období 2015-2017 (je součástí koncepčního dokumentu se širším záběrem – Koncepte oddělení prevence a humanitních činností 2015-2017) Minimální síť protidrogových služeb na území Jihočeského kraje 2015-2017	Koncepte oddělení a humanitních činností 2015-2017 Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb Jihočeského kraje 2014-2016
Plzeňský	Koncepte prevence kriminality a sociálně patologických jevů Plzeňského kraje na léta 2013-2016	Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb v Plzeňském kraji na období 2015-2018 Plán primární prevence rizikového chování Plzeňského kraje (2013-2016)
Karlovarský	Koncepte prevence kriminality a krajská protidrogová strategie Karlovarského kraje na léta 2013-2016	Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb v Karlovarském kraji 2014-2017
Ústecký	Strategie protidrogové politiky Ústeckého kraje na období 2015-2018 Akční plán realizace na období 2015-2018	Strategie prevence kriminality na území Ústeckého kraje na období 2012-2016 Strategie podpory zdraví a rozvoje zdravotních služeb v Ústeckém kraji na 2015-2020 Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb v Ústeckém kraji na období 2015-2017 Krajský akční plán prevence na období 2013-2018
Liberecký	Plán Protidrogové politiky Libereckého kraje na období 2015-2018	Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb Liberecký kraj 2014-2017 Zdravotní politika Libereckého kraje Koncepte prevence kriminality Libereckého kraje na období 2012-2016

Kraj	Hlavní strategický dokument upravující protidrogovou politiku v kraji	Další strategické dokumenty, týkající se protidrogové politiky
Královéhradecký	Strategie prevence sociálně nežádoucích jevů v Královéhradeckém kraji 2017–2021	Plán rozvoje sociálních služeb v Královéhradeckém kraji na období 2011–2016 Koncepce prevence kriminality v Královéhradeckém kraji na léta 2012–2016 Koncepce školské primární prevence rizikového chování dětí a mládeže Královéhradeckého kraje na období 2014–2018
Pardubický	Strategie protidrogové politiky Pardubického kraje na období 2012–2018 Akční plán na období 2015–2018	Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb Pardubického kraje 2016–2018 Koncepce prevence kriminality Pardubického kraje na období 2013–2016 Krajský plán prevence rizikového chování Pardubického kraje 2015–2019
Vysočina	Strategie protidrogové politiky Kraje Vysočina na období 2016–2019	Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb Kraje Vysočina na období 2012–2014 (aktualizace pro r. 2016–2018)
Jihomoravský	Strategie protidrogové politiky Jihomoravského kraje na období 2010–2018	Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb v Jihomoravském kraji na období 2015–2017 Koncepce prevence kriminality JMK na období 2013–2016 Krajský plán primární prevence rizikového chování Jihomoravského kraje na období 2016 - 2018
Olomoucký	Strategický protidrogový plán Olomouckého kraje na období 2015–2018 Akční plán realizace protidrogové politiky v Olomouckém kraji na období 2015 – 2016	Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb v Olomouckém kraji pro roky 2015–2017 Strategie prevence kriminality Olomouckého kraje na období 2013–2016
Zlínský	Koncepce protidrogové politiky ve Zlínském kraji na léta 2015–2019	Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb Zlínského kraje na léta 2016–2018 Koncepce prevence kriminality ve Zlínském kraji na léta 2012–2016 Krajský plán primární prevence pro období 2015–2017
Moravskoslezský	Strategie protidrogové politiky Moravskoslezského kraje na období 2015–2020	Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb na období 2015–2020 Strategie integrace romské komunity Moravskoslezského kraje na období 2015–2020 Koncepce prevence kriminality Moravskoslezského kraje 2012–2016 Strategie prevence rizikového chování u dětí a mládeže v Moravskoslezském kraji na období 2013–2018

Tabulka 2-4: Začlenění oblasti hazardního hraní, alkoholu a tabáku do specifických strategických dokumentů protidrogové politiky kraje.

Kraj	Obsahuje nelegální drogy	Obsahuje hazardní hraní	Obsahuje alkohol	Obsahuje tabák	Název strategického dokumentu
Hl. m. Praha	ano	ano	ano	ano	Protidrogová politika hlavního města Prahy na období 2014 až 2020 a její akční plán
Středočeský	ano	ano	ano	ano	Koncepce protidrogové politiky Středočeského kraje na období 2016–2020
Jihočeský	ano ano	ne ano	ne ano	ne ne	Strategie protidrogové politiky Jihočeského kraje 2015–2017 Minimální síť protidrogových služeb na území Jihočeského kraje 2015–2017
Plzeňský	ano	ano	ano	ano	Koncepce prevence kriminality a sociálněpatologických jevů Plzeňského kraje na léta 2017–2020
Karlovarský	ano	ne	ne	ne	Koncepce prevence kriminality a krajská protidrogová strategie Karlovarského kraje na léta 2013–2016
Ústecký	ano	ano	ano	ano	Strategie protidrogové politiky Ústeckého kraje na období 2015–2018
Liberecký	ano	ano	ano	ano	Plán Protidrogové politiky Libereckého kraje na období 2015–2018
Královéhradecký	ano	ano	ano	ano	Strategie prevence sociálně nežádoucích jevů v Královéhradeckém kraji 2017–2021
Pardubický	ano	ne	ano	ano	Strategie protidrogové politiky Pardubického kraje 2012–2018
Vysočina	ano	ano	ano	ano	Strategie protidrogové politiky Kraje Vysočina na období 2016–2019
Jihomoravský	ano	ne	ne	ne	Strategie protidrogové politiky Jihomoravského kraje na období 2010–2018
Olomoucký	ano	ano	ano	ano	Strategický protidrogový plán Olomouckého kraje na období 2015–2018
Zlínský	ano	ano	ano	ne	Koncepce protidrogové politiky ve Zlínském kraji na léta 2015–2019
Moravskoslezský	ano	ano	ano	ne	Strategie protidrogové politiky Moravskoslezského kraje na období 2015–2020

2.4 Hodnocení strategických dokumentů kraje

V r. 2016 průběžné hodnocení strategických dokumentů protidrogové politiky realizovalo 6 krajů (Ústecký, Pardubický, Plzeňský, Zlínský, Jihočeský a Liberecký). Šlo hlavně o interní průběžný monitoring splnění naplánovaných opatření a priorit. Výsledky hodnocení často poukazují na nedostatečně zajištěné financování jako na jedno ze slabých míst protidrogové politiky v krajích.

V Jihomoravském kraji v r. 2016 proběhlo závěrečné interní hodnocení dokumentu Krátkodobý realizační plán na období 2013–2015, který rozvíjel Strategii protidrogové politiky Jihomoravského kraje na období 2010–2018 a byl nástrojem pro její implementaci. V Ústeckém kraji bylo realizováno závěrečné hodnocení strategického dokumentu Strategie prevence kriminality Ústeckého kraje na období 2012–2016 v souvislosti se zpracováním koncepčního dokumentu pro další období. V Moravskoslezském kraji se uskutečnilo závěrečné interní hodnocení Strategie protidrogové politiky Moravskoslezského kraje na období 2011–2014. V Libereckém kraji byl na jednání Protidrogové komise počátkem r. 2017 vznesen požadavek provést revizi cílů a opatření obsažených v Plánu protidrogové politiky Libereckého kraje na období 2015–2018. Tato revize je přílohou Výroční zprávy o realizace protidrogové politiky Libereckého kraje za rok 2016.

2.5 Spolupráce s dalšími subjekty

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

2.6 Další aktivity realizované v krajích v oblasti protidrogové politiky

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

Tabulka 2-5: Přehled realizovaných konferencí a seminářů v krajích v r. 2016

Kraj	Seminář/konference (organizátor)	Jiná aktivita (organizátor)
Hl. m. Praha	<p>Harm reduction (SANANIM z.ú., konference)</p> <p>Konference primární prevence rizikového chování – Co děláme, když děláme minimální preventivní program? (Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze, SCAN, ZSP MHMP)</p> <p>Pražské fórum primární prevence rizikového chování 2016 (Oddělení prevence ZSP MHMP, CSS Praha, konference)</p> <p>Seminář k problematice řešení školní šikany (Oddělení prevence ZSC MHMP, CSS Praha)</p> <p>Prevence užívání alkoholu ve školách (Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze, SCAN, MHMP, seminář)</p> <p>Minimalizace šikany na středních odborných učilištích (AISIS, o.s., ve spolupráci s MHMP, seminář)</p> <p>Seminář ke Grantovému programu hl. m. Prahy pro oblast primární prevence ve školách a školských zařízeních pro rok 2017 (MHMP, CSS Praha)</p>	<p>AntiFetFest 2016 aneb jde to i jinak (Oddělení prevence, ZSP, PCPP, soutěž amatérských filmů s tematikou prevence rizikového chování dětí)</p>
Středočeský	<p>8. adiktologická konference (KÚ Středočeského kraje)</p> <p>Středočeská konference primární prevence rizikového chování (KÚ Středočeského kraje, VISK)</p> <p>Efektivní školská prevence v praxi (konference, KÚ Středočeského kraje, VISK, NNO)</p> <p>Kulaté stoly pro poskytovatele sociálních služeb (Vega Kladno)</p> <p>Semináře na prevenci gamblingu (Magdaléna o.p.s., Prostor plus o.p.s., Semiramis z.ú.)</p>	<p>Pracovní skupiny pro pracovníky sociálních odborů (ZSI Kladno)</p> <p>Semináře pro samosprávy (ZSI Kladno)</p> <p>Pracovní skupiny se soudci Okresního soudu Kladno (ZSI Kladno)</p>
Jihočeský	<p>X. adiktologická konference Jihočeského kraje (Prevent 99 z.ú., Jihočeský kraj)</p> <p>V. krajská konference primární prevence rizikového chování „Vztahy, spolupráce a komunikace s žáky, rodiči a kolegy v rámci školy“ (Jihočeský kraj)</p>	<p>Železný adiktolog (Prevent 99 z.ú.)</p>

Kraj	Seminář/konference (organizátor)	Jiná aktivita (organizátor)
Plzeňský	IX. AT konference v Plzeňském kraji (CPPT, o.p.s., Spolek Ulice Plzeň, POINT 14, z.s., Středisko křesťanské pomoci Plzeň)	Den s Ulicí – divadla s následnou diskuzí o životě s drogou (Spolek Ulice Plzeň) Evropský týden testování na HIV (SZU, Spolek Ulice Plzeň, KOTEC o.p.s., CPPT o.p.s.) VII. pracovní setkání místních protidrogových koordinátorů s organizacemi poskytujícími protidrogové služby (OSV KÚPK) Respektuj 18! – projektová kampaň ke snížení dostupnosti alkoholu mladistvým (Odbor bezpečnosti a prevence kriminality MMP, Plzeňský prazdroj, a.s., CPPT o.p.s.) Projekt Čistý podchod – za účelem snížení stigmatizace uživatelů drog, zvýšení pracovních návyků a motivace k léčbě (POINT 14, z.s., ve spolupráci s Odborem bezpečnosti a prevence kriminality MMP) Projekt „Spojme se proti násilí na ženách ze sexbyznysu“ (Rozkoš bez rizika, Spolek Ulice Plzeň)
Ústecký	Děti a rodiče – seminář pro pracovníky OSPOD (KÚ Ústeckého kraje)	Správným směrem 4 (soutěž pro studenty o nejkreativnější znárodnění drogové problematiky – plakát zaměřený na boj proti drogám, NPCměsta Litoměřice) Setkání národního protidrogového koordinátora se zástupci kraje a poskytovateli služeb (Úřad vlády ČR, KÚ Ústeckého kraje) Metodické setkání s pracovníky věznic (KÚ Ústeckého kraje) Preventivní aktivita – edukativní filmové spoty pro veřejnost prezentující služby pro osoby závislé a jejich blízké (KÚ Ústeckého kraje)
Liberecký	Drogy a rodina – VIII. AT seminář Libereckého kraje (KÚ LK) Krajská konference primární prevence „Prakticky a spolu II“ (Maják o.p.s., KÚ LK)	Společně proti kouření – 5. ročník kampaně zaměřené na prevenci kouření (MAJÁK, o. p. s.) Hepatitida – prevence (školení pro zaměstnance MěÚ, MP Tanvald, KHS LK) Prevence nebolí – preventivní akce pro veřejnost (sdružení VESNA) Zdravé je nekouřit – přednáška pro děti z dětských domovů (PNE NsP Česká Lípa, a.s.) Víkendová cesta k životu bez mříží (pobyt pro děti zaměřený na prevenci kriminality a užívání NL, město Železný Brod) Drogová situace a protidrogová politika LK – prezentace pro metodiky prevence (PPP v kraji)
Olomoucký	Regionální konference PPRCH (Pedagogicko-psychologická poradna Olomouc) Celostátní sjezd záchytných stanic v České republice (konference, Psychiatrické oddělení Vojenské nemocnice Olomouc)	
Pardubický	Seminář pro místní protidrogové koordinátory (KÚ Pardubického kraje) Seminář pro školní metodiky prevence (Pedagogicko-psychologická poradna Pardubice, Pedagogicko-psychologická poradna Ústí nad Orlicí)	Pracovní setkání vedoucích odborů školství obcí s rozšířenou působností v kraji (KÚ Pardubického kraje)

Kraj	Seminář/konference (organizátor)	Jiná aktivita (organizátor)
Vysočina	„Práce s menšinami“ (Kraj Vysočina, seminář)	
Jihomoravský	Celostátní adiktologická konference (ÚPLZ A Kluby Brno, z.ú.) „Krajské fórum prevence 2016 zaměřené na rizikové chování na internetu“ (JMK, konference) Krajská konference primární prevence rizikového chování „Práce školního poradenského pracoviště s ohledem na zdravé sociální klima v třídních kolektivech – příklady dobré praxe“ (PPP Brno ve spolupráci s KÚ JMK) Nedej pokušení šanci (Policie ČR v Blansku, Brně, Brně – venkově, Vyškově, Hodoníně a Znojmě, seminář) „Islám v České společnosti“ a „Náboženství a násilí“ (JMK, vzdělávací seminář) „Mládežnické subkultury“ (JMK, vzdělávací seminář) „Poruchy osobnosti“ (JMK, vzdělávací seminář)	Bezpečně v kyberprostoru (dlouhodobý vzdělávací projekt, JMK) Vzdělávání v oblasti drogových závislostí (Společnost Podané ruce o.p.s., I.E.S.) „Správným směrem“ (vernisáž protidrogových plakátů, NPC ve spolupráci s JMK)
Královéhradecký	Návykové látky z hlediska legislativy a PCR (seminář, KÚ Královéhradeckého kraje)	Nastavení spolupráce OSPOD a poskytovatelů sociálních služeb pro uživatele legálních a nelegálních drog (odborné setkání, KÚ Královéhradeckého kraje) Podpora zvyšování kvality a deinstitucionalizace vybraných sociálních služeb v Královéhradeckém kraji pro osoby s postižením (konzultace, KÚ Královéhradeckého kraje)
Zlínský	Krajská konference k primární prevenci rizikového chování (Odbor školství, mládeže a sportu Krajského úřadu Zlínského kraje) Konference – Mezinárodní den boje proti drogám v Kroměříži dne 23. 6. 2015 (Oblastní charita Kroměříž, Kontaktní centrum PLUS pod záštitou Zlínského kraje) Mapování rizikových typů chování ve školách (Odbor školství, mládeže a sportu Krajského úřadu Zlínského kraje)	Mezinárodní den boje proti drogám – výstava (KPK ve spolupráci s poskytovateli drogových služeb a Psychiatrickou nemocnicí Kroměříž)
Moravskoslezský	IX. krajská konference primární prevence v Moravskoslezském kraji (MK) Konference „Návykové látky, mladiství a děti školou povinné“ (Olga Nevosadová) Odborný seminář „Respektuj 18“ (Plzeňský Prazdroj)	Diskusní fórum: Spolupráce zdravotních služeb a neziskového sektoru v oblasti závislostního chování (MK) Diskusní fórum na téma (Síť adiktologických/drogových služeb v Moravskoslezském kraji (MK)

2.7 Místní protidrogoví koordinátoři

Na úrovni obcí zajišťují koordinaci protidrogové politiky místní protidrogoví koordinátoři (dále „MPK“). V r. 2016 nedošlo k výrazným změnám počtu MPK v jednotlivých krajích. Od r. 2012 byl ve Středočeském kraji patrný trend snižování počtu MPK (z původních 24 na 18 v r. 2014). V r. 2015 došlo k navýšení počtu MPK, ale v r. 2016 byla zrušena pozice MPK v obcích Mnichovo Hradiště a Votice. Také v Pardubickém kraji došlo ke snížení počtu MPK, tato pozice byla zrušena v obcích Polička, Chrudim a Hlinsko. Naopak v Moravskoslezském kraji je tato funkce nově zřízena v obci Bílovec a v Ústeckém kraji v obcích Žatec a Varnsdorf.

Místní protidrogoví koordinátoři byli v r. 2016 ustanoveni ve všech 22 správních obvodech hl. m. Prahy a ve 186 obcích s rozšířenou působností z celkového počtu 205. Z toho ve 14 obcích se nejedná přímo o pozici místního protidrogového koordinátora, ale o určenou kontaktní osobu pro danou problematiku. MPK ve všech obcích s rozšířenou působností má kromě Prahy dále Plzeňský, Jihočeský, Zlínský, Liberecký, Olomoucký kraj a Kraj Vysočina.

U místních protidrogových koordinátorů zákon kumulaci agend připouští, ovšem pouze za podmínky, že tím není ohroženo plnění úkolů místního protidrogového koordinátora. Výše úvazku a kumulace funkcí se napříč obcemi liší. Až na výjimky místní protidrogoví koordinátoři vykonávají funkci pouze na část úvazku (0,1–0,5), většinou však na minimální úvazek. Místní protidrogoví koordinátoři mají obvykle přidruženo několik dalších agend, jakými jsou funkce romského poradce, kurátora pro mládež, kurátora pro mládež a dospělé, prevence, komunitní plánování sociálních služeb, agenda příspěvků v sociální oblasti, vedoucí odboru sociálních věcí, zdravotnictví apod. Nadměrná kumulace agend ztěžuje činnost pracovníka obce při realizaci protidrogové politiky a způsobuje, že naplňování této agendy se může stát spíše formální a okrajovou záležitostí. Tato skutečnost patří mezi nejčastěji uváděné nedostatky v činnosti MPK. V Moravskoslezském kraji je funkce MPK ve 30 % obcí, kde je tato funkce zřízena, včleněna pod činnost městské policie.

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

Tabulka 2-6: Počet místních protidrogových koordinátorů v obcích s rozšířenou působností v roce 2016

Kraj	Počet obcí s místním protidrogovým koordinátorem	Obce, v nichž není ustaven MPK
Hl. m. Praha	22 z celkem 22 správních obvodů	–
Středočeský	18 z celkem 26 obcí	Brandýs nad Labem – Stará Boleslav, Černošice, Český Brod, Rakovník, Říčany, Slaný, Mnichovo Hradiště, Voovice
Jihočeský	17 z celkem 17 obcí	–
Plzeňský	15 z celkem 15 obcí	–
Karlovarský	3 z celkem 7 obcí (v ostatních obcích jsou ustanoveni kontaktní pracovníci)	Karlovy Vary, Cheb, Aš, Mariánské Lázně
Ústecký	14 z celkem 16 obcí (v 10 obcích jsou ustanoveni kontaktní pracovníci)	Rumburk, Teplice
Liberecký	10 z celkem 10 obcí	–
Královéhradecký	13 z celkem 15 obcí	Vrchlabí, Trutnov
Pardubický	12 z celkem 15 obcí	Hlinsko, Chrudim, Polička
Vysočina	15 z celkem 15 obcí	–
Jihomoravský	20 z celkem 21 obcí	Bučovice
Olomoucký	13 z celkem 13 obcí (plus ve 4 dalších obcích)	–
Zlínský	13 z celkem 13 obcí	–
Moravskoslezský	19 z celkem 22 obcí	Bohumín, Kravaře, Odry
Celkem ČR	208 z celkem 227 obcí s rozšířenou působností nebo městských částí (z toho ve 14 obcích jsou určeny kontaktní osoby)	–

2.8 Spolupráce krajských a místních protidrogových koordinátorů

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

- × Místní protidrogoví koordinátoři jsou členy pracovních skupin kraje, např. místní protidrogoví koordinátoři jsou členy krajské protidrogové koordinační skupiny (Jihočeský, Liberecký a Středočeský kraj), samostatné pracovní skupiny (Karlovarský kraj) nebo jsou členy některých pracovních skupin protidrogové komise kraje.
- × Krajští protidrogoví koordinátoři organizují speciální setkání pro MPK, např. společné metodické porady místních protidrogových koordinátorů s krajským protidrogovým koordinátorem. V Praze je ustanovena sekce koordinátorů a setkání probíhají pravidelně 1× měsíčně, v Kraji Vysočina, Ústeckém, Libereckém, Královéhradeckém a Moravskoslezském kraji 1–2× ročně. Ve Středočeském kraji dochází k metodickému setkání čtvrtletně. Organizována jsou také setkání místních protidrogových koordinátorů se zástupci organizací poskytujících služby uživatelům drog (Jihomoravský, Středočeský, Zlínský, Liberecký a Plzeňský kraj).
- × Vzdělávací semináře pro místní protidrogové koordinátory (Ústecký, Jihočeský, Pardubický, Liberecký a Jihomoravský kraj). V Jihomoravském kraji byla pro MPK vedle vzdělávacích seminářů uspořádána také krajská konference zaměřená na téma primární prevence.

- × Zprostředkování informací o konání akcí pořádaných krajem (konferencí, seminářů, výzkumů, analýz apod.) nebo formou individuálních konzultací a osobních návštěv krajského protidrogového koordinátora v obcích podle potřeby. Individuální osobní, telefonická nebo e-mailová komunikace funguje ve všech krajích. Takto jsou diskutovány a řešeny i vznikající ad hoc problémy.

2.9 Koncepční dokumenty protidrogové politiky měst a obcí s rozšířenou působností

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

Jsou však i příklady měst a obcí s rozšířenou působností, které mají specifický dokument pro protidrogovou politiku. Mezi takové patří např. Strategie protidrogové politiky města Frýdek-Místek na období 2015–2020, Strategie protidrogové politiky statutárního města Ostravy na období 2016–2020, Strategie protidrogové politiky města Třince na období 2014–2020, Koncepce prevence kriminality, protidrogové prevence a prevence jiných závislostí 2016–2020 města Frenštát pod Radhoštěm, Koncepce prevence kriminality Statutárního města Karviná na období 2016–2020 včetně Koncepce protidrogové prevence Statutárního města Karviná na období 2016–2020 (Moravskoslezský kraj) či Místní plán protidrogové politiky města Kyjova a jeho prováděcí dokument Akční plán protidrogové politiky města Kyjova na období 2016–2017 (Jihomoravský kraj). Protidrogová politika v Brně je implementována do 4. komunitního plánu sociálních služeb města Brna pro období 2016–2017, Koncepce prevence kriminality ve městě Brně na léta 2013–2016 a Strategického plánu sociálního začleňování města Brna pro období 2016–2019. V Plzeňském kraji byla v r. 2016 schválena Koncepce prevence kriminality a protidrogové prevence města Plzně 2016–2020, která navazuje na předchozí samostatný koncepční dokument. Ve Středočeském kraji jde o Plán protidrogové prevence pro Benešov na období 2014–2016. Ve Středočeském kraji má také obec Vlašim zpracovaný platný samostatný koncepční dokument upravující protidrogovou politiku. V Pardubickém kraji byl v r. 2016 koncepční dokument upravující protidrogovou politiku platný ve 4 obcích. V Libereckém kraji má 13 obcí zahrnutou problematiku protidrogové politiky v některém z jiných strategických dokumentů. V Královéhradeckém kraji nemá žádná obec zpracovaný samostatný koncepční dokument, ve 4 obcích je platný obecnější dokument, který se tématem závislostí zabývá jen velmi okrajově.

V r. 2016 vešla v platnost Koncepce protidrogové politiky města Chebu a ostatních patologických závislostí na období 2016–2020 a Plán protidrogové politiky města Chebu a ostatních patologických závislostí na rok 2016 (Karlovarský kraj). V Moravskoslezském kraji byl zpracován Plán protidrogové politiky města Bruntál na období 2017–2021 a Koncepce prevence kriminality a protidrogové politiky města Opavy 2017–2021. Město Havířov, kde je dosud protidrogová politika řešena v rámci Koncepce prevence kriminality připravuje samostatný dokument, jehož schválení se předpokládá do konce r. 2017.

Samostatnou zprávu o stavu drogové problematiky obce zpravidla nezpracovávají, téměř všechny však spolupracují s krajským protidrogovým koordinátorem na přípravě podkladů pro výroční zprávu o realizaci protidrogové politiky v kraji. Samostatnou zprávu o drogové situaci za r. 2015 zpracovaly obce Benešov, Mělník, Sedlčany a Hořovice (Středočeský kraj), stejně jako všechny městské části hl. m. Prahy a všech deset obcí s rozšířenou působností v Libereckém kraji¹. V Pardubickém kraji zprávu o realizaci protidrogové politiky v r. 2015 zpracovaly 4 obce. V Jihočeském kraji tradičně zpracovávají samostatnou zprávu o stavu drogové problematiky obce Tábor a Blatná.

Některá města mají zřízenou specifickou pracovní skupinu či komisi pro protidrogovou politiku, respektive pro osoby ohrožené závislostmi (např. město Plzeň, Nový Bor, Liberec a Ústí nad Labem). Město Karlovy Vary zřídilo Komisi protidrogové prevence, prevence kriminality a bezpečnosti.

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

Krajům, resp. krajským úřadům v oblasti hazardních her nepřísluší téměř žádné pravomoci. Pravomoc obcí regulovat na jejich území provozování hazardních her byla výrazně rozšířena novelou č. 300/2011 Sb. (tzv. Farského novela) loterijního zákona. Obce od ledna 2012 mohly zcela zakazovat či časově i místně omezit dostupnost hazardních her, jako byly výherní hrací přístroje, videoloterijní terminály, lokální loterní systémy, ale i kasinové hry či bingo [§ 2 písm. e), g), i), j), l), m), n) a § 50 odst. 3 loterijního zákona]. Rok 2016 byl posledním rokem účinnosti loterijního zákona (202/1990 Sb.) a od 1. 1. 2017 je účinný zcela nový zákon č. 186/2016 Sb., o hazardních hrách.

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

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

I v Královéhradeckém kraji dochází spíše než k úplným zákazům k regulacím hazardu ze strany obcí s rozšířenou působností. Kraj Vysočina ve své výroční zprávě uvádí regulaci hazardu prostřednictvím obecně závazných vyhlášek v obcích Žďár nad Sázavou, Jihlava, Havlíčkův Brod, Pelhřimov a Třebíč. V Plzeňském kraji platí úplný zákaz v obcích Rokycany a Horažďovice.

Ve Středočeském kraji je regulace hazardu prostřednictvím obecně závazných vyhlášek realizována hned v několika obcích s rozšířenou působností, např. v obcích Vlašim, Sedlčany, Příbram, Čáslav či Hořovice, Kutná Hora či Slaný.

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

3

Kapitola 3

Finanční zajištění protidrogové politiky v krajích

Pro financování služeb pro uživatele návykových látek a hazardní hráče je stále typický vícezdrojový charakter. Všechny úrovně veřejné správy, tj. stát, kraje a obce, používají k finanční podpoře podobné nástroje, na úrovni státu jsou pak zřetelné tendence nástroje průběžně rozvíjet např. směrem k víceletému financování nebo s ohledem na výklad evropské legislativy. Tyto změny pak mají logicky vliv na krajské modely distribuce finančních prostředků. Největší podíl vynaložených prostředků je stejně jako v předchozích letech distribuován prostřednictvím jednoletých dotací, které jsou také nejčastějším způsobem financování. Největší objem výdajů krajů a obcí na protidrogovou politiku je vynakládán na financování běžných činností služeb pro uživatele návykových látek či osoby tímto ohrožené. Do výdajů na protidrogovou politiku jsou v souvislosti s rozšířením její působnosti započítávány také částky na služby pro hazardní hráče, mnohdy jsou však tyto služby poskytovány v rámci jednoho zařízení či programu, což znesnadňuje rozlišení jejich využití pro jednotlivé cílové skupiny. Mezi veřejné zdroje, které se podílí na financování protidrogové politiky, patří rovněž podpora z prostředků Evropských strukturálních a investičních fondů, nejvíce pak z Evropského sociálního fondu. Ta je distribuována poskytovatelům služeb prostřednictvím jednotlivých krajů či přímo z úrovně ústředních orgánů státní správy.



3.1 Zajištění financování protidrogové politiky z rozpočtu krajů

Kraje finanční prostředky ze svých rozpočtů určené k financování služeb rozdělují až na výjimky prostřednictvím jednoletých dotačních nebo grantových řízení. Tato řízení vycházejí z jednotlivých protidrogových politik krajů a jejich vnitřních norem a strategií. Zohledňují přitom jak specifika a cíle protidrogové politiky jednotlivých krajů, tak obecně přístup krajů k podpoře pomáhajících služeb na svém území. Žádosti poskytovatelů služeb jsou hodnoceny příslušnými krajskými komisemi, jimi navržené výše částek

následně schvalují především zastupitelstva v roli nejvyšších samosprávných orgánů krajů. V rámci rozpočtové struktury jednotlivých krajů jsou prostředky vyčleněny buď v samostatné rozpočtové kapitole „protidrogová politika kraje“ nebo v rozpočtech jednotlivých odborů podle charakteru podporovaných služeb – sociálních, zdravotních nebo školských. Poskytovatelé služeb pro uživatele návykových látek a hazardní hráče v rámci jednoho kraje mohou žádat o podporu z několika (od dvou do pěti) různě zaměřených dotačních programů. Přehled dotačních titulů či grantových řízení v jednotlivých krajích je uveden v tabulce 3-1.

Kraje k financování protidrogové politiky přistupují různě, některé prvky jsou však společné. Rozdíly lze najít především v tom, v jaké návaznosti vyhlášují kraje své dotační řízení – Kraj Vysočina, Karlovarský, Moravskoslezský, Plzeňský a Středočeský kraj využívají dotační tituly svých krajů k dofinancování služeb na základě již známých výsledků žádostí o dotaci služeb v dotačních řízeních ústředních orgánů státní správy, čemuž je přizpůsobeno i načasování vyhlášení těchto krajských titulů, další kraje své dotační tituly na protidrogovou politiku vyhlášují nezávisle či paralelně s dotačními tituly státních orgánů – Zlínský, Jihočeský nebo Liberecký kraj.

Druhý rozdíl přístupu souvisí úzce s tím, zda kraje akcentují samostatné financování protidrogových služeb a s tím související specifickou sítí, způsob hodnocení kvality apod., nebo zda služby pro uživatele návykových látek a hazardní hráče zahrnují mezi větší systémy pomáhajících služeb. Značný vliv má v této oblasti nový způsob poskytování dotací pro sociální služby místního a regionálního charakteru z rozpočtu MPSV. V souvislosti s tzv. malou novelou zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů („zákon o sociálních službách), která nabyla účinnosti 1. 1. 2015, bylo zrušeno přímé financování místních a regionálních sociálních služeb z úrovně MPSV a převedeno na úroveň krajů. Kraje předkládají od r. 2015 MPSV souhrnnou žádost o dotaci za všechny sociální služby na svém území, které zařadily do svých sítí sociálních služeb. Prostředky MPSV jsou následně rozdělovány z úrovně krajů, spolu s prostředky z vlastních rozpočtů krajů.

Od r. 2016 navíc kraje takto postupují v režimu vyrovnávací platby, který je aplikován jak na přerozdělované prostředky MPSV, tak na vlastní prostředky krajů a v některých případech i obcí. Součástí tohoto systému financování je také jednoleté (např. Středočeský kraj) či víceleté (např. Královehradecký nebo Liberecký kraj) „Pověření zajištěním dostupnosti poskytování sociální služby zařazením do Sítě veřejně poskytovaných sociálních služeb“ (Pověření), kterým kraj pověřuje konkrétní organizaci k poskytování daného typu sociální služby v předem stanoveném rozsahu. Pověření je jednostranný právní akt kraje, který vychází z potřebných kapacit definovaných v sítích sociálních služeb a zejména v případě víceleté varianty může mít pro financování služeb ze strany krajů jistý stabilizační efekt.

Vyrovnávací platba je kategorie evropského práva a zároveň režim či metoda financování služeb. V zásadě se jedná o pokrytí čistých nákladů poskytovatele služeb vynaložených při plnění závazků veřejné služby, po odečtení prostředků, které získá vlastní činností (výnosů). Je to platba z veřejných rozpočtů, kterou veřejná instituce poskytuje určitému subjektu k pokrytí nákladů veřejně prospěšných služeb, k jejichž poskytování byl vybrán a kterému bylo uděleno pověření. Legislativně vychází z Rozhodnutí Komise č. 2012/21/EU ze dne 20. prosince 2011 o použití čl. 106 odst. 2 Smlouvy o fungování Evropské

unie na státní podporu ve formě vyrovnávací platby za závazek veřejné služby udělené určitým podnikům pověřeným poskytováním služeb obecného hospodářského zájmu. Tento nástroj či režim je dobře aplikovatelný zejména v situaci jednozdrojového financování, v komplikovaném vícezdrojovém financování adiktologických služeb s sebou nese řadu rizik a negativních důsledků – veřejná správa ne vždy disponuje dostatečným množstvím prostředků k pokrytí vypočtených nákladů, neexistuje jednotný mechanismus výpočtu nákladů, administrativní zátěž je neúměrně vysoká apod.

Služby jsou tak ve většině krajů rozděleny na sociální, financované v režimu vyrovnávací platby a na zdravotní, hrazené z úhrad pojišťoven, případně služby financované z dotačních titulů. Nový režim financování sociálních služeb je součástí komplexního přístupu k sociálním službám, který vychází ze zákona o sociálních službách a který zabezpečuje jak společné financování těchto služeb z prostředků rezortu MSPV a krajů, tak jednotný systém jejich zabezpečení a hodnocení kvality prostřednictvím registrací a inspekcí kvality sociálních služeb. Zároveň za využití registru sociálních služeb, dat z výkaznictví sociálních služeb a procesů tvorby a průběžných úprav definovaných sítí sociálních služeb tento systém umí, v závislosti na kvalitě nastavených procesů v rámci jednotlivých krajů, zjišťovat potřebnost a zajistit dostupnost všech sociálních služeb, včetně adiktologicky orientovaných.

Pro kraje jsou však tyto změny samy o sobě organizačně i administrativně náročné, stejně jako celá správa takto celistvě pojatého systému sociálních služeb. Většina krajů proto zahrnuje veškeré jiné než čistě zdravotnické nebo školské služby pod systém sociálních služeb a tomu přizpůsobuje i jejich financování. Služby pro uživatele drog poskytované nestátními neziskovými organizacemi se tak na úrovni krajů čím dál tím častěji stávají pouze jednou z mnoha podskupin sociálních služeb bez potřeby opory ve specifických sítích drogových služeb, systémech kontroly kvality či zvlášť určených dotačních titulech – 8 krajů financuje v oblasti sekundární a terciární prevence a péče ze svých prostředků pouze registrované sociální služby. V 11 krajích existuje celkem 12 dotačních titulů určených cíleně a pouze pro financování adiktologických služeb, počet těchto titulů klesl oproti předchozímu roku o jeden.

Moravskoslezský kraj od r. 2015 financování již nezaměřuje na síť certifikovaných služeb, nýbrž na dofinancování provozních nákladů poskytovatelů sociálních služeb v oblasti protidrogové prevence, s tím, že pro účely zajištění dostupnosti služeb v kraji pracuje s nově definovanou sítí sociálních služeb podle výše uvedené novely. Rovněž byla zrušena certifikace jako podmínka. Z celkem 38 dotačních programů vyhlášených kraji je certifikace jako podmínka aplikována pouze u 11.

Jako k především sociálním přistupují ke službám pro uživatele drog kromě Moravskoslezského kraje také kraj Liberecký, Karlovarský, Královohradecký, Pardubický, Plzeňský a Kraj Vysočina. Jihočeský kraj má naopak provázáno financování protidrogové politiky s vlastní specifickou Minimální sítí protidrogových služeb na území Jihočeského kraje a certifikace je podmínkou podpory služby, obdobný je také přístup hl. m. Prahy.

Ostatní kraje kombinují při financování služeb specifické protidrogové dotační tituly s podporou z dalších, širěji zaměřených dotačních titulů. Některé kraje si stanovují průřezové podmínky pro podporu těchto služeb ve všech dotačních titulech, např. certifikaci, nebo si stanovují zvláštní podmínky pro jednotlivé dotační tituly, např. podporu

vybraných typů služeb, které kraj vnímá jako potřebné, a to buď s odkazem na strategické materiály kraje (Pardubický kraj), nebo jejich explicitním výčtem (Kraj Vysočina, Zlínský kraj). Jihořmoravský kraj umožňuje financování neziskových organizací ze třech různorodých dotačních titulů, přičemž „Dotační program pro oblast protidrogových aktivit“ upřednostňuje služby uvedené v platném strategickém dokumentu Minimální síť služeb, zároveň sleduje efektivitu, odbornou garanci a přiměřenost požadavku. Tento titul je také jednoznačně nejvýznamnější objemem alokovaných prostředků ve výši 9 000 000 Kč. Naopak některé v minulosti využitelné dotační tituly zanikly, např. v Olomouckém kraji žadatelé již nemohou žádat o dotaci v rámci dotačního titulu tzv. projekty do 25 000 Kč nebo cestou tzv. významných projektů. Služby pro tuto cílovou skupinu jsou také v několika málo případech přímo zřizovány kraji jako příspěvkové organizace, v takovém případě jsou financovány přímo prostřednictvím příspěvku zřizovatele. Patří mezi ně např. Terapeutická komunita Kladno – Dubí spadající pod organizaci Zařízení sociální intervence Kladno ve Středočeském kraji, Regionální institut ambulantičních psychosociálních služeb organizace Sdružení ozdravoven a léčeben okresu Trutnov, p.o., a Domov Dolní Zámek v Královehradeckém kraji, v Kraji Vysočina pak domov se zvláštním režimem Ústav sociální péče Nové Syrovice, p. o. Na území Pardubického kraje zajišťuje všechny služby pouze jeden poskytovatel, který je financován krajem i obcemi.

Ústecký kraj zajišťuje „předfinancování“ poskytovatelů služeb prostřednictvím krajských dotačních programů tím, že realizuje dotační řízení tak, aby byly dotace na základě uzavřených smluv připsány na účty poskytovatelů již do konce roku předcházejícímu roku podpory (z titulů „Podpora Ústeckého kraje na sociální služby protidrogové politiky 2016“ a „Podpora vybraných sociálních služeb v Ústeckém kraji“). Tím pomáhá zajistit financování sociálních služeb v období prvního čtvrtletí následujícího roku, a to do doby, než poskytovatelé obdrží prostředky, které kraj dostává na podporu sociálních služeb ze státního rozpočtu. Obdobně postupuje také Liberecký kraj, celkovou částku na podporu protidrogových služeb rozdělil na dvě části. Větší část ve výši 3,2 mil. Kč byla rozdělena v prvním čtvrtletí r. 2016, zbývajících disponibilních 400 tis. Kč kraj poskytl na konci roku s tím, že prostředky byly určeny pro předfinancování služeb na r. 2017. Cílem bylo opět ulehčit nepříznivou situaci spojenou s nedostatkem financí na počátku kalendářního roku. Tento způsob byl se zástupci organizací projednán na společných jednáních.

I přes výhody víceletých pověření bylo čistě víceleté financování využito pouze ve třech krajích. Nejdéle je využíváno v Praze, aktuálně v rámci „Grantového programu hl. m. Prahy pro oblast adiktologických služeb pro rok 2016“, což je pouze jeden z pěti grantových programů hl. m. Prahy určených pro financování služeb. Do čtyřletého financování jsou řazeny projekty, které byly v rámci předchozích let financovány v jednoletém nebo víceletém systému financování, jsou tedy ověřené a pro hl. m. Prahu je nezbytné zachovat kontinuitu jejich realizace. Žadatel předkládá žádost o čtyřleté financování služby a na jejím základě je, v případě souhlasu Zastupitelstva hl. m. Prahy, uzavřena dotační smlouva o poskytnutí dotace na následující 4 roky. Výplata dotace pak probíhá každý rok po předložení zprávy o realizaci projektu a vyúčtování příslušného roku (standardně tedy během února). Tento systém financování zajišťuje kontinuální financování a žadatelé se tak nedostávají v počátku roku do finanční tísně a služby mohou být realizovány dlouhodobě ve stejné kvalitě. V odůvodněných případech je možné každoročně žádat o navýšení dotace. V Jihořmoravském kraji je pro víceleté financování využíván „Program víceleté podpory sociálních služeb na území Jihořmoravského kraje“, další dva dotační tituly jsou jednoleté.

Výjimečná je i přímá finanční podpora kraje protidrogové politiky obcí prostřednictvím dotačního programu. Jako jediné k ní přistoupilo hl. m. Praha, které dlouhodobě podporuje protidrogovou politiku jednotlivých městských částí a počínaje rokem 2014 nahradilo dosavadní plošnou podporu pevnou částkou každoročním vyhlášením grantového programu. Maximální výše dotace pro městskou část v rámci „Grantového programu hlavního města Prahy pro oblast adiktologických služeb pro městské části v roce 2016“ je 70 tis. Kč. Základní podmínkou pro podání žádosti je zřízení funkce protidrogového koordinátora a použití dotace pouze na vybrané typy certifikovaných služeb. V r. 2016 bylo z tohoto programu podpořeno 18 městských částí částkou v celkové výši 871 tis. Kč.

Financování záchytných stanic je v jednotlivých krajích realizováno mnoha různými způsoby: příspěvkem zřizovatele (Hl. m. Praha, Královhradecký kraj), prostřednictvím veřejných zakázek (Jihomoravský, Karlovarský a Jihočeský kraj), dotacemi (Liberecký, Středočeský kraj a Kraj Vysočina) či přímými příspěvky z rozpočtu, např. na základě smlouvy (Zlínský, Olomoucký a Plzeňský kraj). Pardubický kraj protialkoholní záchytnou stanicí financuje prostřednictvím vyrovnávací platby za závazek veřejné služby. V Moravskoslezském kraji jsou provozovány 4 záchytné stanice, 3 z nich zřídil kraj a financuje je příspěvkem zřizovatele, jednu pak zřídilo Statutární město Ostrava, tu kraj financuje dotacemi. V Ústeckém kraji není záchytná stanice zřízena. Nutno uvést, že provoz záchytných stanic je finančně velmi náročný a podpora krajů každoročně tvoří významnou část výdajů krajů na protidrogovou politiku (66,524 tis. Kč, 33,47 %).

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

Kraj	Vyhlašované dotační programy, ve kterých může žádat i poskytovatel drogových služeb	Víceleté financování	Podmínka certifikace	Dotační priority
Hl. m. Praha	1. Grantový program hlavního města Prahy pro oblast primární prevence ve školách a školských zařízeních na rok 2016 2. Grantový program hlavního města Prahy pro oblast adiktologických služeb pro rok 2016 3. Grantový program hlavního města Prahy pro oblast adiktologických služeb pro městské části v roce 2016 4. Grantové řízení hlavního města Prahy pro rok 2016 v oblasti sociálních služeb 5. Městský program prevence kriminality na rok 2016 v hl. m. Praze	ano u programu 1 a 2	ano u programu 1 a 2	–
Středočeský	1. Humanitární fond Středočeského kraje – Sociální oblast – Podpora aktivit v oblasti sociálně zdravotních/adiktologických služeb 2. Středočeský Fond vzdělávání, sportu, volného času a primární prevence	ne	ne	–

Kraj	Vyhlašované dotační programy, ve kterých může žádat i poskytovatel drogových služeb	Víceleté financování	Podmínka certifikace	Dotační priority
Jihočeský	1. Dotační program „Podpora a rozvoj protidrogové politiky Jihočeského kraje v roce 2016“ 2. Dotační program „Krajský dotační program na podporu sociálních služeb pro rok 2016“ 3. Podpora služeb nedefinovaných v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách	ne	ano u programu 1	podpora specifické protidrogové primární prevence; stabilizace a podpora programů a projektů zařazených do Minimální sítě protidrogových služeb na území Jihočeského kraje v oblasti sekundární a terciální prevence drogových závislostí
Plzeňský	1. Program podpory projektů protidrogové prevence v Plzeňském kraji 2016 2. Podpora preventivních aktivit a výchovy k toleranci v roce 2016	ne	ne	zejména žadatelé s certifikovanými protidrogovými službami, u programu 1 pouze poskytovatelé sociálních služeb
Karlovarský	1. Program na podporu aktivit v oblasti prevence rizikového chování u dětí a mládeže 2. Fond na podporu nestátních neziskových organizací	ne	ne	–
Ústecký	1. Podpora Ústeckého kraje na sociální služby protidrogové politiky 2016 2. Podpora vybraných sociálních služeb v Ústeckém kraji 3. Podpora vybraných služeb zdravotní péče 4. Fond Ústeckého kraje 5. Prevence rizikového chování v Ústeckém kraji	ne	ne	–
Liberecký	1. Přímé neinvestiční dotace z rozpočtu kraje a jednotlivých odborů 2. Dotace na podporu sociálních služeb z rozpočtu Libereckého kraje na rok 2016 3. Specifická primární prevence	ne	ano u programu 1 a 2	1. podpora certifikovaných sociálních služeb 2. ostatní sociální služby
Královéhradecký	1. Programy zaměřené na prevenci rizikového chování a zdravý životní styl dětí a mládeže 2. Dotační program z rozpočtu Královéhradeckého kraje na podporu sociálních služeb definovaných v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách 3. Dotační program pro podporu činností, které navazují, kooperují nebo rozšiřují sociální služby v Královéhradeckém kraji	ne	ne	–

Kraj	Vyhlašované dotační programy, ve kterých může žádat i poskytovatel drogových služeb	Víceleté financování	Podmínka certifikace	Dotační priority
Pardubický	1. Grantové řízení Pardubického kraje na podporu programů protidrogové politiky (v rámci Programu podpory sociálních služeb poskytovaných podle zák. 108/2006 Sb., o sociálních službách) 2. Podpora aktivit navazujících na služby poskytované podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách	ne	ne	definovány ve Střednědobém plánu rozvoje sociálních služeb a jeho Akčním plánu
Vysočina	1. Dotační řízení kraje na financování provozních nákladů na základní činnosti poskytovatelů sociálních služeb v Kraji Vysočina 2. Dotační řízení na poskytování programů specifické primární prevence rizikového chování ve školách v Kraji Vysočina	ne	pouze u primární prevence	podpora ambulantních, terénních a pobytových protidrogových služeb, zejména kontaktních center, terénních programů, terapeutických komunit a služeb následné péče; podpora programů primární prevence realizovaných na základních školách a nižších stupních víceletých gymnázií
Jihomoravský	1. Dotační program na podporu a rozvoj poskytovatelů sociálních služeb 2. Dotační program z rozpočtu Jihomoravského kraje pro oblast protidrogových aktivit 3. Program víceleté podpory sociálních služeb na území Jihomoravského kraje	ano u programu 3	ano	přednostní podpora službám začleněným do strategického dokumentu Minimální síť služeb, efektivita, odborná garance, přiměřenost požadavku
Olomoucký	1. Dotační program Olomouckého kraje pro oblast protidrogové prevence pro rok 2016 2. Program finanční podpory poskytování sociálních služeb v Olomouckém kraji 2016	ne	ano u programu 1	–
Zlínský	1. Podprogram Programového fondu 07-16 na podporu nestátních neziskových organizací, škol a školských zařízení v oblasti prevence rizikových typů chování v roce 2016 2. Zajištění priorit sociálních služeb na území Zlínského kraje pro rok 2016	ne	ano u programu 1	kontaktní a poradenské služby a terénní programy zaměřené na osoby závislé na návykových látkách, poradenství a terapie, NZDM, kvalitní programy nebo projekty v oblasti primární prevence rizikových typů chování

Kraj	Vyhlašované dotační programy, ve kterých může žádat i poskytovatel drogových služeb	Víceleté financování	Podmínka certifikace	Dotační priority
Moravsko-slezský	1. Program na podporu financování běžných výdajů souvisejících s poskytováním sociálních služeb včetně realizace protidrogové politiky kraje na rok 2016 2. Krajský program na podporu neinvestičních aktivit v oblasti prevence kriminality 2016	ne	ne	dofinancování nákladů poskytovatelů registrovaných sociálních služeb pro osoby závislé; v rámci prevence kriminality široké spektrum aktivit bez priorit

3.2 Zajištění financování protidrogové politiky v obcích

Mezi významné donátory služeb pro uživatele návykových látek a hazardní hráče patří i nadále obce, které zároveň financují řadu dalších opatření ve prospěch protidrogové politiky. Podíl obcí na financování se v jednotlivých krajích různí (viz kapitolu 4.3.) Průměrná výše podílu obcí na celkovém financování protidrogové politiky ze strany samospráv činí 26 %. Participace obcí na financování adiktologických služeb je zcela dobrovolná, ačkoli zde existují snahy některých krajů zapojit obce do systematického financování služeb na svém území. Objem podpory ze strany obcí převyšuje objem podpory ze strany kraje pouze v Plzeňském, Moravskoslezském kraji a Ústeckém kraji (113,8 %, 106 % a 101,6 % příspěvku kraje), ve zbývajících krajích je nižší, v některých výrazně – v Královéhradeckém kraji dosahuje příspěvek obcí 6,9 % příspěvku kraje, v Kraji Vysočina 10,1 %. V celorepublikovém srovnání činí příspěvek obcí 35,2 % příspěvku krajů.

Formy finanční i nefinanční podpory službám ze strany obcí jsou různého charakteru. Větší obce a magistráty krajských měst využívají k financování služeb na svém území převážně dotační tituly, menší města a obce podporují poskytování služeb prostřednictvím jednorázových příspěvků upravených oboustrannými smlouvami, a to většinou na základě individuálních žádostí poskytovatelů, popř. dochází ke kombinaci těchto individuálních smluv a dotačních řízení. Dotační tituly mají obdobně jako ty na úrovni krajů různou šíři a zaměření. Některé jsou zaměřeny cíleně na adiktologické služby (např. Plzeň, Brno, České Budějovice a některé městské části Prahy), další jsou zaměřeny širěji, např. na prevenci kriminality či podporu sociálních služeb (např. Pardubice či obce v Moravskoslezském kraji). Ne příliš často využívanou formou podpory související s přijetím role zadavatele služeb na svém území je realizace služeb na základě přímé objednávky ze strany některých městských částí hl. m. Prahy.

Výjimečným příkladem víceletého financování ze strany obcí je přístup obce Rokycany, která již od r. 2005 pravidelně každé 3 roky uzavírá s neziskovou organizací Spolek Ulice Plzeň smlouvu o výkonu terénní sociální práce.

Obce podporují služby také dalšími formami finančních transferů: bezúročnými půjčkami (Chomutov), poskytnutím příspěvku na provozní náklady (Klatovy), daru (Ivančice) nebo nefinančními transfery, např. pronájmem prostoru pro provoz služby pouze za symbolickou cenu (Vyškov, Veselí nad Moravou, Tišnov a Znojmo) nebo dotací na pronájem prostor (Pardubice).

Obce většinou financují služby existující či poskytované na svém území, popř. se podílejí i na financování služeb pro své občany v jiných obcích. Některé kraje a obce se pokoušejí o systematické, koordinované spolufinancování služeb na svém území. S ohledem na dobrovolný charakter bez jakékoli zákonné povinnosti stanovené obcím závisí úspěch těchto snah na mnoha faktorech: na vlastním pochopení vzájemné odpovědnosti takové formy spolupráce ze strany obcí, na zvoleném přístupu obcí k řešení problému jako celku, na míře zapojení obcí do zjišťování potřeb a zajištění dostupnosti služeb a také na míře administrativní náročnosti, která je s procesy koordinace nutně spojena. V případě shody obcí a kraje je také důležité, zda zvolí model spolufinancování určený specificky pro protidrogovou politiku nebo zda zahrnou tyto služby do větších zastřešujících celků, jakým je např. financování sociálních služeb.

Již od r. 2014 je k dispozici tzv. Model spolufinancování protidrogových služeb obcemi Jihočeského kraje, který umožňuje obcím jednotným způsobem spolufinancovat místně a regionálně dostupné služby pro uživatele návykových látek a hazardní hráče. Výše příspěvku obcí byla navržena v částce přepočtené na jednoho obyvatele, podle konkrétního druhu služby. Celková výše příspěvku obce je tedy vypočtena jako součet výše prostředků podle služeb, které v regionu reálně působí (a jsou tudíž jeho občanům dostupné) násobená aktuálním počtem obyvatel obce. Vstup do modelu je dobrovolný, kraj není nadřazeným orgánem. V r. 2016 se do tohoto modelu zapojilo 135 obcí celkovou částkou 2 145 390 Kč, tedy asi 21,6 % všech obcí v kraji. Nicméně, jak samotný kraj uvádí, do budoucna zůstává otázkou, zda vzhledem k poměru získané částky a administrativní náročnosti celého procesu pro poskytovatele služeb bude tento systém efektivní.

Rovněž Liberecký kraj má již od r. 2009 vytvořen dobrovolný systém finanční participace obcí na zajištění protidrogových služeb pomocí klíče, který vychází z typu obce a počtu jejích obyvatel. Získané prostředky se následně dělí dohodnutým poměrem mezi služby, zřetel je brán na typ služby a její dostupnost v území. Některé obce tento způsob financování akceptují, jiné financují podle vlastních nastavených podmínek, velká část obcí se na spolufinancování nepodílí vůbec.

V Pardubickém kraji se na financování služeb obcemi podílí převážně Magistrát města Pardubice prostřednictvím tří dotačních řízení: program podpory v sociální oblasti, program podpory v programu prevence kriminality a dotace z prostředků na nájemné nebytových prostor v sociální oblasti. Financování ze strany zbývajících obcí je částečně koordinováno s jediným poskytovatelem služeb v kraji. Po domluvě s organizací Laxus z.ú. jsou terénní programy poskytovány převážně v obcích, které přispívají (alespoň minimálně) na jejich provoz, tím obce deklarují potřebnost služby. Příspěvek je dobrovolný, Pardubický kraj doporučil minimální výši 50 000 Kč, tímto doporučením se řídí pouze 4 obce v kraji (Pardubice, Chrudim, Svitavy, Lanškroun). Ostatní obce přispívají částkou nižší, nicméně i tento nižší příspěvek je akceptován na pokrytí nezbytných nákladů na zajištění obce terénním programem pro uživatele drog.

K zabezpečení služeb pro osoby závislé a závislostí ohrožené obce využívají také systém financování sociálních služeb. Přestože to není jejich zákonná povinnost, zapojují se některé obce do financování sociálních služeb v režimu vyrovnávací platby. Prostřednictvím právního aktu, tzv. přistoupení k pověření, se obce formálně přihlašují ke své roli spoluzadavatele a zavazují se ke spolufinancování vyrovnávacích plateb konkrétních služeb, tím zároveň akceptují síť sociálních služeb stanovenou krajem, její kapacity, stejně jako krajský způsob výpočtu výše vyrovnávací platby. Samotná výše příspěvku obce pak závisí čistě na rozhodnutí obce a souvisí také s tím, zda v kraji existuje dohoda na podílu financování z jednotlivých úrovní. Vzhledem k jeho složitosti, značným individuálním rozdílům jak mezi kraji, tak v přístupu obcí je zřejmé, že tento nově zaváděný nástroj financování ještě není obcemi přijímán jako dominantní, byť zde existuje zřetelná snaha krajů a MPSV o maximální zapojení obcí do tohoto modelu. V Libereckém kraji služby zařazené do krajské základní sítě sociálních služeb mají stanoven povinný podíl spolufinancování z jiných zdrojů, zvláště z rozpočtů obcí. Všechny obce Moravskoslezského kraje, ve kterých působí nějaký poskytovatel služeb pro uživatele návykových látek, se spolupodílí na financování sociálních služeb jako zadavatelé těchto služeb. Podpora je zpravidla poskytována v rámci dotačních řízení na protidrogovou prevenci, nebo na financování provozu sociálních služeb.

Přestože nový způsob financování sociálních služeb znamenal značný posun směrem ke koordinaci vynaložených prostředků všech úrovní samospráv, společný formalizovaný a jednoznačně upravený postup krajů a obcí při spolufinancování nejen sociálních služeb není příliš rozšířený. Obce nezávisle na krajích využívají své vlastní postupy s ohledem na své potřeby, historii poskytování těchto služeb a vůlí zachovat určitou kontinuitu. Významným faktorem, který ovlivňuje podobu a výši jednotlivých podpor, je i fakt, zda daná obec vnímá problematiku závislostí jako problém.

Zvýšení nároku na administrativu související se správou dotačních řízení přinesla také novela zákona č. 250/2000 Sb., o rozpočtových pravidlech územních rozpočtů, která vstoupila v platnost k 1. 1. 2015. Ta zpřísnila podmínky poskytování dotací ze strany samospráv, omezila možnosti samospráv poskytovat jednorázové dotace prostřednictvím smluv na základě individuální žádosti bez vypsaného dotačního řízení a přinesla nové povinnosti pro příjemce týkající se poskytování informací o osobě příjemce.

3.3 Výdaje na protidrogovou politiku v obcích v r. 2016

Kraje a obce přispívají výrazným způsobem k financování protidrogové politiky v České republice. Kraje v r. 2016 vynaložily na protidrogovou politiku 198,8 mil. Kč, obce pak 70 mil. Kč, samosprávy celkem tedy 268,8 mil. Kč. Úhrnem se objem výdajů z rozpočtů samospráv oproti r. 2015 navýšil pouze zcela nepatrně o 476 tis. Kč. Meziroční vývoj výše výdajů na protidrogovou politiku z rozpočtů krajů a obcí shrnuje tabulka 3-2.

Tabulka 3-2: Vývoj výdajů na protidrogovou politiku z rozpočtů samospráv v letech 2012–2016 v tis. Kč

Kraj	2012		2013		2014		2015		2016	
	kraj	obce	kraj	obce	kraj	obce	kraj	obce	kraj	obce
Hl. m. Praha	54 196	9 282	54 049	7 889	50 440	6 954	62 101	10 399	52 362	11 079
Středočeský	13 077	3 975	3 790	2 451	10 097	3 218	11 861	3 702	16 145	4 041
Jihočeský	9 730	1 789	9 289	1 981	11 290	2 537	11 818	2 538	11 805	2 357
Plzeňský	7 409	6 869	6 797	6 027	6 501	6 682	7 415	7 043	6 168	7 021
Karlovarský	6 350	406	7 514	679	4 324	734	4 186	629	5 588	1 009
Ústecký	2 912	6 358	2 680	5 564	3 190	5 153	2 795	6 825	6 985	7 095
Liberecký	8 300	3 162	8 469	2 960	8 260	2 986	8 810	3 594	9 248	3 062
Královéhradecký	7 991	1 056	13 531	398	13 231	1 225	13 994	1 400	15 505	1 074
Pardubický	6 320	1 608	8 588	1 345	3 870	1 551	4 136	1 969	5 231	1 983
Vysočina	9 111	1 259	9 324	1 229	11 850	2 013	14 782	2 231	15 688	1 585
Jihomoravský	17 479	10 987	17 557	8 382	17 403	9 710	18 237	8 507	18 579	8 570
Olomoucký	8 799	3 272	8 599	3 781	8 789	1 118	13 192	2 660	10 343	2 992
Zlínský	4 966	1 831	8 046	1 987	8 038	2 391	7 753	2 021	9 818	1 922
Moravskoslezský	19 491	12 487	14 174	17 852	15 800	14 547	17 267	16 412	15 283	16 213
Celkem	176 131	64 341	172 407	62 525	173 083	60 819	198 347	69 930	198 749 749 749	70 004
Samospráva celkem	240 472		234 932		233 902		268 277		268 753	

Z hlediska celkové výše částky se na protidrogovou politiku vynaložilo ze strany samospráv v r. 2016 nejvíce finančních prostředků v hl. m. Praze (63, 4 mil. Kč), v Moravskoslezském (31,5 mil. Kč) a Jihomoravském kraji (27,2 mil. Kč).

Výdaje samospráv na protidrogovou politiku v celonárodním průměru činí 38,6 Kč na obyvatele ve věku 15–64 let, meziročně se tato částka snížila o 1,4 Kč, a to zejména z důvodu výrazného nárůstu počtu obyvatel v tomto věkovém rozsahu (+265 710 obyv.). Nejvyšší objem finančních prostředků na protidrogovou politiku na obyvatele ve věku 15–64 let poskytly samosprávy v hl. m. Praze (75,1 Kč), v Kraji Vysočina (51,5 Kč) a v Královéhradeckém kraji (46,4 Kč). Naopak nejméně v kraji Pardubickém (21,2 Kč), Středočeském (23,1 Kč) a Ústeckém (25,9 Kč), blíže tabulka 3-3.

Podíl obcí na financování protidrogové politiky z rozpočtu samospráv se pohybuje od 6,5 % v Královéhradeckém kraji, 9,1 % v Kraji Vysočina a 15,3 v Karlovarském kraji až po 50,4 % v Ústeckém kraji, 51,5 % v Moravskoslezském kraji a 53,2 % v Plzeňském kraji. Celorepublikový průměrný podíl obcí na celkovém financování samospráv je 25,9 %.

Tabulka 3-3: Výdaje samospráv na jednoho obyvatele ve věku 15–64 v r. 2016

Kraj	Počet obyvatel v kraji (15–64)	Odhad PUD	Celkové výdaje samospráv v tis. Kč	Výdaje na obyvatele (15–64) v Kč
Hl. m. Praha	845 151	16 200	63 441	75,1
Středočeský	873 183	2 800	20 186	23,1
Jihočeský	419 856	2 700	14 162	33,7
Plzeňský	380 935	1 900	13 190	34,6
Karlovarský	197 819	1 800	6 597	33,3
Ústecký	543 881	7 000	14 080	25,9
Liberecký	288 467	2 200	12 311	42,7
Královéhradecký	357 649	1 000	16 579	46,4
Pardubický	339 676	400	7 214	21,2
Vysočina	335 549	900	17 274	51,5
Jihomoravský	775 188	3 200	27 148	35,0
Olomoucký	417 273	2 400	13 335	32,0
Zlínský	386 561	1 800	11 740	30,4
Moravskoslezský	808 347	3 500	31 496	39,0
Celkem	6 969 535	47 600	268 753	38,6

Do výdajů samospráv nejsou zahrnuty prostředky ESF, kterým je věnována kapitola 3.4 Financování z prostředků Evropského sociálního fondu a které se v některých krajích (např. Olomouckém či Jihočeském) podílejí na financování vybraných typů sociálních služeb pro osoby ohrožené závislostmi nebo závislé. Podpora jednotlivých typů služeb ze strany ESF je uvedena v poznámkách k tabulce 3-4.

Pouze některé z výročních zpráv krajů obsahují podrobnější popis financování služeb pro hazardní hráče nebo osoby ohrožené hazardním hraním. Většina krajů žádné údaje o tomto financování neuvádí, popř. zmiňuje, že služby pro hazardní hráče podporuje,

nicméně jejich podíl nelze vzhledem ke komplexnímu poskytování služeb všem cílovým skupinám vyčíslit (Hl. m. Praha), nebo obdobně, že částky nejsou samostatně vyčleněny a jsou zahrnuty v celkové podpoře (Pardubický kraj). Jihočeský kraj zmiňuje, že vždy považoval tyto osoby za nedílnou část cílové skupiny služeb pro osoby ohrožené závislostí a částky přímo pro tuto skupinu nevyděloval z dotace na provoz konkrétních služeb, a to i z důvodu administrativního, neboť by se jednalo o další komplikaci procesu dotací jak pro kraj, tak pro realizátora služby (z jednoho současného projektu dva, dvě žádosti, dvě vyúčtování, dvě kontroly apod.). Jihomoravský kraj uvádí, že z 8 050 tis. Kč, které na protidrogovou politiku vynaložil Magistrát města Brna, bylo 843 tis. Kč určeno na oblast hazardu, s tím, že u dotací kraje nelze přesně rozlišit podíl na tuto cílovou skupinu. Ze zbývajících zpráv krajů pouze 2 uvádějí konkrétní obce a částky, kterými byly služby pro hazardní hráče podpořeny – Děčín 132 tis. Kč a Plzeň 70 tis. Kč. Konkrétní částku z rozpočtu kraje uvádí pouze Liberecký kraj, a to 373 tis. Kč na program ambulantního poradenství, jehož klienty jsou drogově závislí i hazardní hráči s tím, že dotace poskytnuté obcemi na ambulantní léčbu jsou určeny i na pokrytí nákladů spojených s léčbou hazardních hráčů, ovšem bez vyčíslení.

V r. 2016 se obce a kraje celkem podílely na financování jednotlivých oblastí protidrogové politiky následovně: oblast harm reduction (80 mil. Kč), záchytné stanice (64 mil. Kč), primární prevence (34,7 mil. Kč), ambulantní služby (28,3 mil. Kč), rezidenční služby (28,1 mil. Kč), následná péče (15,5 mil. Kč), preventivní a léčebné služby ve vězení (1,7 mil. Kč), koordinace, výzkum a informace (1 mil. Kč) a ostatní oblasti (7,9 mil. Kč). Blíže viz tabulku 3-4.

Data využitá pro zpracování této kapitoly vycházejí z jednotlivých výročních zpráv krajů platných k 31. 8. 2017.

Tabulka 34: Výdaje samospráv podle typu služeb a aktivit protidrogové politiky v r. 2016 v tis. Kč

Typ služeb/aktivity	Hl. m. Praha		Středočeský		Jihočeský		Plzeňský		Karlovarský		Ústecký		Liberecký		Královéhradecký	
	kraj	obce	kraj	obce	kraj	obce	kraj	obce	kraj	obce	kraj	obce	kraj	obce	kraj	obce
Primární prevence*	10 050	5 770	1 731	1 102	1 300	71	900	1 522	651	132	40	269	300	637	1 322	0
Primárně-preventivní programy realizované školami a školskými zařízeními	9 000	2 404	1 342	636	0	61	610	505	451	0	0	0	250	345	1 021	0
Primárně-preventivní programy realizované jinými subjekty	1 050	2 850	389	465	1 300	10	290	1 017	200	132	0	229	20	213	0	0
Jiné a nezařazené preventivní programy	0	517	0	0	0	0	0	0	0	0	40	40	30	79	301	0
Harm reduction	12 901	1 579	3 233	1 859	3 740	1 614	1 291	3 036	1 339	877	5 644	4 967	1 463	1 442	2 147	872
Terénní programy	5 676	1 320	1 507	906	1 000	1 016	630	1 645	684	0	2 333	2 242	506	837	575	450
Kontaktní centra	7 225	259	1 126	953	2 740	598	661	1 321	553	467	3 311	2 726	957	605	270	328
Sloučené programy kontaktních center a terénních programů	0	0	600	0	0	0	0	0	0	410	0	0	0	0	1 302	94
Jiné a nezařazené harm reduction programy	0	0	0	0	0	0	0	70	102	0	0	0	0	0	0	0
Ambulantní služby	14 758	1 277	2 623	740	1 260	419	88	587	0	0	704	447	416	358	0	202
Ambulantní služby zdravotní	5 458	250	2 300	0	630	220	0	0	0	0	350	0	0	0	0	0
Ambulantní služby sociální	7 300	260	323	740	80	0	0	0	0	0	354	447	416	358	0	202
Jiné a nezařazené ambulantní služby	2 000	767	0	0	550	198	88	587	0	0	0	0	0	0	0	0
Preventivní a léčebné služby ve vězení	0	0	0	0	90	0	140	160	0	0	69	8	300	74	0	0
Residenční služby	5 920	600	1 769	0	670	0	388	988	0	0	205	321	1 220	265	6 653	0

Typ služeb/aktivity	Hl. m. Praha		Středočeský		Jihočeský		Plzeňský		Karlovarský		Ústecký		Liberecký		Královéhradecký	
	kraj	obce	kraj	obce	kraj	obce	kraj	obce	kraj	obce	kraj	obce	kraj	obce	kraj	obce
Lůžkové zdravotní služby	0	600	0	0	190	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Terapeutické komunity	5 920	0	1 769	0	480	0	388	988	0	0	150	261	1 220	265	0	0
Domovy se zvláštním režimem	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	56	60	0	0	6 653	0
Služby následné péče	3 800	270	1 289	0	630	200	692	729	0	0	219	1 083	504	286	0	0
Následná péče ambulantní	960	265	289	0	630	200	442	317	0	0	30	30	504	286	0	0
Následná péče pobytová	2 690	5	1 000	0	0	0	250	412	0	0	189	1 053	0	0	0	0
Jiné a nezařazené služby následné péče	150	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sociální podniky	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Záchytné stanice a ošetření intoxikovaných osob	0	0	5 500	340	4 000	0	2 668	0	3 598	0	0	0	5 000	0	5 383	0
Prevence drogové kriminality	0	420	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Koordinace / výzkum / informace	740	19	0	0	115	54	0	0	0	0	105	0	17	0	0	0
Jiné nezařazené	4 193	1 144	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	28	0	0	0
CELKEM	52 362	11 079	16 145	4 041	11 805	2 357	6 168	7 021	5 588	1 009	6 985	7 095	9 248	3 062	15 505	1 074

* Vydaje na nízkoprahová zařízení pro děti a mládež a na domovy se zvláštním režimem se do výdajů na protidrogovou politiku nezapočítávají. ** podle zákona 108/2006 Sb. Pozn.: Jednotlivé typy služeb v krajích byly z ESF financovány následovně: Jihočeský kraj – terénní programy (3,3 mil. Kč), Plzeňský kraj – harm reduction programy (233 tis. Kč), Ústecký kraj – terénní programy (484 tis. Kč), Královéhradecký kraj – služby následné péče (661 tis. Kč)

Tabulka 3-4: Výdaje samospráv podle typu služeb a aktivit protidrogové politiky v r. 2016 v tis. Kč (pokračování)

Typ služeb/aktivita	Pardubický		Vysočina		Jihomoravský		Olomoucký		Zlínský		Moravskoslezský		Celkem 2016	
	kraj	obce	kraj	obce	kraj	obce	kraj	obce	kraj	obce	kraj	obce	kraj	obce
Primární prevence*	1 690	80	3 941	381	2 419	184	150	871	331	90	0	533	24 824	11 642
Primárně-preventivní programy realizované školami a školskými zařízeními	80	80	0	0	1 500	0	0	0	0	0	0	0	14 253	4 031
Primárně-preventivní programy realizované jinými subjekty	1 600	0	3 941	381	919	184	0	871	331	0	0	533	10 040	6 885
Jiné a nezařazené preventivní programy	10	0	0	0	0	0	150	0	0	90	0	0	531	726
Harm reduction	571	1 325	1 581	1 010	4 901	5 068	3 050	1 186	1 787	1 624	1 919	8 839	45 568	35 299
Terénní programy	238	695	0	261	1 936	1 116	1 757	384	543	774	773	3 030	18 158	14 676
Kontaktní centra	323	630	0	0	1 665	2 368	954	662	803	384	1 146	5 809	21 733	17 108
Sloučené programy kontaktních center a terénních programů	0	0	1 581	750	1 300	1 016	339	140	442	467	0	0	5 564	2 876
Jiné a nezařazené harm reduction programy	10	0	0	0	0	0	569	0	0	0	0	0	112	639
Ambulantní služby	298	528	0	0	210	270	994	629	0	153	0	2 116	21 351	7 726
Ambulantní služby zdravotní	0	0	0	0	0	0	126	597	0	0	0	560	8 864	1 627
Ambulantní služby sociální	298	528	0	0	210	270	868	32	0	153	0	1 526	9 848	4 517
Jiné a nezařazené ambulantní služby	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	30	2 638	1 582
Preventivní a léčebné služby ve vězení	0	0	0	0	430	252	50	105	0	0	0	0	1 079	599
Rezidenční služby	0	0	4 562	0	1 900	540	0	0	0	0	227	1 888	23 515	4 602
Lůžkové zdravotní služby	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	190	600
Terapeutické komunity	0	0	1 586	0	1 900	540	0	0	0	0	227	1 888	13 640	3 942
Domovy se zvláštním režimem	0	0	2 976	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9 685	60
Služby následné péče	0	50	657	194	1 462	1 815	0	0	0	50	290	1 372	9 543	6 050
Následná péče ambulantní	0	0	214	0	174	295	0	0	0	50	0	582	3 243	2 025
Následná péče pobytová	0	0	0	0	1 068	1 520	0	0	0	0	0	287	5 197	3 277

Typ služeb/aktivity	Pardubický		Vysočina		Jihomoravský		Olomoucký		Zlínský		Moravskoslezský		Celkem 2016	
	kraj	obce	kraj	obce	kraj	obce	kraj	obce	kraj	obce	kraj	obce	kraj	obce
Jiné a nezařazené služby následné péče	0	50	443	194	220	0	0	0	0	0	290	503	1 103	747
Sociální podniky	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Záchytné stanice a ošetření intoxikovaných osob	2 572	0	4 947	0	7 057	0	6 099	201	7 700	0	12 000	0	66 524	541
Prevence drogové kriminality	0	0	0	0	0	440	0	0	0	0	0	0	0	860
Koordinace / výzkum / informace	100	0	0	0	0	0	0	0	0	5	0	0	1 077	78
Jiné nezařazené	0	0	0	0	200	0	0	0	0	0	847	1 463	5 268	2 607
CELKEM	5 231	1 983	15 688	1 585	18 579	8 570	10 343	2 992	9 818	1 922	15 283	16 213	198 749	70 004

* Výdaje na nízkoprahové zařízení pro děti a mládež a na domovy se zvláštním režimem se do výdajů na protidrogovou politiku nezapočítávají. ** podle zákona 108/2006 Sb.
 Pozn.: Jednotlivé typy služeb v krajích byly z ESF financovány následovně: Olomoucký kraj – ostatní (235 tis. Kč)

3.4 Financování z prostředků Evropského sociálního fondu

Financování protidrogové politiky z prostředků Evropského sociálního fondu (dále „ESF“) je nadále komplikovanou oblastí, zejména s ohledem na jednotlivé vlastnosti tohoto způsobu financování. Srovnáme-li způsob financování z prostředků ESF se standardními průběžnými nástroji financování z prostředků jednotlivých článků veřejné správy ČR, zjistíme, že mezi nejvýznamnější rozdílné vlastnosti patří zejména cíle, východiska a šíře cílových skupin, dále pak délka, způsob administrace projektů, průběžný monitoring a distribuce prostředků, víceletost a zaměření spíše na rozvoj než na financování běžné činnosti. Také politika, od které se cíle a východiska odvíjí, je především politika podpory zaměstnanosti a sociální soudržnosti¹, nikoliv protidrogová. Takto orientované financování je primárně určeno ke zvýšení kvality, popř. rozšíření stávající podoby a kapacity služeb, a to na období podpory a předem definovaného časového úseku tzv. udržitelnosti projektů, s předpokladem následného financování z jiných zdrojů. Úhrada běžných nákladů souvisejících s poskytováním služeb nepatří mezi priority, byť jsou prostředky ESF v případě některých výzev využívány i k tomuto účelu.

Faktorem, který znesnadňuje přiřazení podpory z prostředků ESF k jednotlivým kalendářním rokům a tím pádem i jejich srovnání s národními prostředky a zpracování výročních zpráv, je víceletý charakter projektů ESF. Ty mohou začít svou realizaci kdykoli v průběhu roku, vykazování je tedy potřeba rozdělit po jednotlivých letech a k těmto letům přiřadit příslušné platby, které jsou vypláceny po cca 6 měsících běhu projektů. K datům v této oblasti vykazovaným v jednotlivých výročních zprávách krajů je tedy nutno přistupovat s jistou mírou obezřetnosti, neboť je zřejmé, že orientace v tak komplikované oblasti je nesnadná i pro tvůrce výročních zpráv krajů. Převažujícím problémem je, že ve výročních zprávách krajů nejsou údaje o financování zcela přesně identifikovány a přiřazeny k jednotlivým zdrojům. Některé kraje explicitně uvádí, že tyto prostředky na protidrogovou politiku využívány nebyly (Hl. m. Praha, Kraj Vysočina, Pardubický, Karlovarský, Středočeský a Zlínský kraj), údaje o takovémto využití nemají k dispozici (Kraj Vysočina), služby nebyly financovány prostřednictvím individuálních projektů (Jihomoravský kraj) nebo tyto prostředky ve svých zprávách vůbec nezmiňují.

V r. 2014 vstoupilo v platnost nové programové období Evropských strukturálních a investičních fondů 2014–2020, v r. 2016 byly poprvé služby financovány již z prostředků nových operačních programů. Projekty financované z ESF jsou zároveň spolufinancovány povinným podílem státu a krajů, který se v programovém období 2014–2020 liší v závislosti na regionu a na charakteru subjektu a činnosti příjemce². Tyto prostředky nejsou započítávány do výdajů státního rozpočtu na protidrogovou politiku nebo do výdajů krajů.

K financování služeb byl v krajích v rámci ESF od r. 2016 využíván pouze Operační program Zaměstnanost, za jehož administraci nese odpovědnost MPSV. V rámci tohoto operačního programu organizace mohly žádat o finanční podporu prostřednictvím několika výzev vycházejících z globálních grantů (tematicky zaměřený okruh výzev

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

2 <http://www.strukturalni-fondy.cz/getmedia/495ea682-77ab-4053-a231-29550d532418/Pravidla-spolufinancovani-evropskych-fondu-v-PO-2014-2020.pdf>

vypsaných orgánem spravujícím přidělené prostředky z operačních programů, z něhož jsou prostředky přerozdělovány jednotlivým žadatelům) a také prostřednictvím řady individuálních projektů veřejné správy, v tomto případě krajů (individuální projekt – žádost o finanční podporu nezastřešená tematickým okruhem, finanční podpora je distribuována příjemci z úrovně kraje).

Pro účely přímého financování z prostředků ESF prostřednictvím individuálních projektů kraje nejčastěji využívají výzvu Prioritní osy 2.1. Operačního programu Zaměstnanost k předkládání žádostí o podporu „Průběžná výzva pro kraje – podpora vybraných sociálních služeb v návaznosti na krajské střednědobé plány rozvoje sociálních služeb“, číslo výzvy 03_15_005. Každému kraji (s výjimkou hl. m. Praha) byla v rámci této výzvy alokována částka, kterou kraje mohly využít pro podporu vybraných služeb. Výzva byla MPSV vyhlášena 26. 5. 2016, jejím cílem byla podpora a rozvoj relativně širokého spektra sociálních služeb, což některé z krajů využily i k financování terénních programů či kontaktních center. Využití této výzvy ve svých zprávách explicitně zmiňují Jihočeský, Ústecký, Plzeňský a Královéhradecký kraj.

Jihočeskému kraji byl v rámci této výzvy schválen individuální projekt „Podpora sociálních služeb v Jihočeském kraji IV“ s dobou realizace od 1. 11. 2015 do 30. 4. 2019. Z jeho prostředků pak byly v r. 2016 podpořeny terénní programy částkou 3 254 882 Kč.

V Ústeckém kraji budou z této výzvy na základě doporučení MPSV realizovány dva po sobě jdoucí projekty. Záměrem prvního projektu s názvem „Podpora sociálních služeb v Ústeckém kraji 2“ je zajištění dostupnosti poskytování vybraných druhů sociálních služeb v Ústeckém kraji. Jedná se o sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi, terénní programy pro uživatele návykových nebo omamných a psychotropních látek a intervenční centra. Podpora jednotlivých služeb započne až od 1. 4. 2017 a není tedy do této zprávy započítaná.

Plzeňský kraj realizuje z této výzvy individuální projekt „Podpora sociálních služeb v Plzeňském kraji 2016–2019“, v jehož rámci byly v r. 2016 podpořeny terénní programy částkou 232 818 Kč.

Královéhradecký kraj v rámci této výzvy podpořil z individuálního projektu „Služby sociální prevence v Královéhradeckém kraji IV“ jedinou službu následné péče Laxus částkou 642 209 Kč, podařilo se mu také získat prostředky z výzvy Prioritní osy 3.2. Operačního programu Zaměstnanost na realizaci individuálního projektu „Rozvoj dostupnosti a kvality sociálních služeb v Královéhradeckém kraji V“, z této částky byla v r. 2016 financována výše zmíněná služba částkou 18 480 Kč.

Dalším zdrojem finanční podpory nového programového období Operačního programu Zaměstnanost ESF je specifický nástroj Koordinovaný přístup v sociálně vyloučených lokalitách Agentury pro sociální začleňování, v rámci něhož lze podpořit také cílovou skupinu závislých osob. V r. 2016 se podařilo podpořit některé protidrogové služby v obcích, které s Agenturou navázaly spolupráci. Organizace Světlo Kdaň je od poloviny r. 2016 zapojena s terénním programem v obcích Kdaň a Pruněřov.

Finanční podpora z globálních grantů byla poskytována příjemcům přímo z úrovně ministerstev, její návaznost na strategické dokumenty kraje a vliv politických rozhodnutí

krajů byla minimální, možná i z tohoto důvodu ji kraje ve svých výročních zprávách nezmiňují, byť je známo, že poskytovatelé služeb tuto podporu využívají. Naopak individuální projekty krajů byly podmíněny souladem s krajskými strategiemi, především střednědobým plánem rozvoje sociálních služeb kraje, výběr realizovaly kraje a rozhodnutí o podpoře byly plně v jejich kompetenci.

Zcela výjimečná je podpora z Finančního mechanismu EHP/Norsko, ve výročních zprávách krajů je uvedena pouze jediná přímo podpořená organizace, Darmoděj, z.ú. Z těchto fondů získala finanční podporu pro své Centrum služeb pro osoby s chronickým duševním onemocněním v Jeseníku.

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

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

Kraj	IP OP Zaměstnanost		granty OP Zaměstnanost		IP OP VK	
	využito	objem	využito	objem	využito	objem
Hl. m. Praha	ne	0	ne	0	ne	0
Středočeský	ne	0	ne	0	ne	0
Jihočeský	ano	3 255	ne	0	ne	0
Plzeňský	ano	233	ne	0	ne	0
Karlovarský	ne	0	ne	0	ne	0
Ústecký	ne	0	ano	484	ne	0
Liberecký	ne	0	ne	0	ne	0
Královéhradecký	ano	661	ne	0	ne	0
Pardubický	ne	0	ne	0	ne	0
Vysočina	ne	0	ne	0*	ne	0
Jihomoravský	ne	0	ne	0	ne	0
Olomoucký	ne	0	ano	235**	ne	0
Zlínský	ne	0	ne	0	ne	0
Moravskoslezský	ne	0	ne	0	ne	0

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

Využití prostředků ESF k financování adiktologických služeb či k realizaci systémových opatření se liší kraj od kraje, závisí na rozhodnutích správců operačních programů, jednotlivých krajů a poskytovatelů služeb. Vliv ESF na financování projektů protidrogové politiky má své kladné i záporné stránky. Mezi ty kladné patří zejména podpora vzniku potřebných služeb nebo rozvoj služeb stávajících v době, kdy k těmto opatřením nebyly v rozpočtech státu a samospráv dostatečné prostředky. V některých případech umožnila podpora z ESF zachovat potřebný rozsah rozpočtů jednotlivých služeb a takto pomohla zachovat i rozsah poskytovaných služeb nebo si jejím prostřednictvím řada služeb mohla osvojit nové metody či postupy. Mezi zápory pak patří mnohdy nevyjasněná situace s následnou udržitelností projektů po ukončení podpory z ESF a následující debaty o podílu a spoluzodpovědnosti jednotlivých částí veřejné správy za zachování projektů v těchto podobách. Skutečností je, že řada výzev je orientovaná pouze na sociální

služby v rozsahu sítí sociálních služeb definovaných kraji a někteří poskytovatelé služeb přizpůsobují rozsah cílových skupin podmínkám výzev.

3.5 Analýzy financování sítě služeb v kraji

Pro způsob, jakým kraje přistupují k vytváření analýz financování sítě služeb na svých územích, je určující přístup krajů ke svým protidrogovým politikám. Především v návaznosti na strategické dokumenty krajů, které jednotlivé protidrogové politiky formují, vytváří kraje jedno- či víceleté jednorázové analýzy, nebo používají dlouhodobé či trvale zavedené průběžně revidované analytické nástroje a postupy.

Výjimkou z tohoto individuálního přístupu, obecně platnou pro všechny kraje, jsou krajské analýzy výnosů a nákladů sociálních služeb a s nimi přímo související ekonomické analýzy potřeb identifikovaných v jednotlivých střednědobých plánech rozvoje sociálních služeb, jejich výstupy jsou jedním z podstatných podkladů, které následně slouží k definování podoby jednotlivých krajských sítí sociálních služeb. Zároveň jsou nezbytnými součástmi krajských žádostí o dotaci na podporu poskytování sociálních služeb, které mají místní či regionální charakter, a to v rámci dotačního řízení MPSV pro kraje a hl. m. Prahu pro r. 2016 v oblasti podpory poskytování sociálních služeb. Toto dotační řízení, stejně jako s ním spojené analýzy, se zaměřuje především na sociální služby v rozsahu stanoveném základními činnostmi jednotlivých druhů sociálních služeb. Není tedy možné k nim přistupovat jako k nástrojům, které analyzují financování celé sítě všech služeb pro uživatele drog ve všech krajích.

Každý kraj využívá pro tuto činnost vlastní metody, např. Pardubický kraj má již dlouhodobě k dispozici benchmarkingovou databázi sociálních služeb kraje a výkazy, které poskytovatelé zpracovávají pro potřeby MPSV, tím pádem i informace o počtu uživatelů služby, personálním zajištění, příjmech a výdajích služby, jejich struktuře apod. Lze je tak porovnat s jinými, obdobně zaměřenými službami. Na jejich základě se určují průměrné optimální náklady na zajištění jednotlivých druhů sociálních služeb a je stanoven mechanismus výpočtu výše dotace kraje na poskytování konkrétní sociální služby v kraji. Z těchto výpočtů kraje pak vyplývá, že náklady na optimální zajištění sociálních služeb pro cílovou skupinu závislých či závislostí ohrožených pro r. 2017 činí 9 407 000 Kč, z toho podíl účelové a programové dotace z rozpočtu kraje činí 6 308 000 Kč.

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

V Praze byla v r. 2014 v rámci tvorby koncepčních materiálů provedena analýza finančních potřeb drogových služeb kraje. Na jejím podkladě vznikl Akční plán na období 2014–2016, ve kterém jsou poprvé vyjádřeny potřeby pro zachování a rozvoje sítě s vazbou na potřebné finanční prostředky. Na analýze a přípravě materiálů se podílela protidrogová komise Rady hl. m. Prahy, její pracovní skupiny, oddělení prevence Odboru zdravotnictví sociální péče a prevence hl. m. Prahy a Pražské centrum primární prevence. V r. 2016 probíhala tvorba Akčního plánu protidrogové politiky hl. m. Prahy na období 2017 až 2018.

Moravskoslezský kraj uvádí, že plánování služeb pro uživatele drog a osoby ohrožené závislostmi na návykových látkách probíhá v rámci procesu střednědobého plánování

rozvoje sociálních služeb. Jednotlivé potřeby jsou přenášeny z úrovně municipalit na úroveň krajskou. Střednědobé plánování rozvoje sociálních služeb probíhá ve všech 22 obcích s rozšířenou působností Moravskoslezského kraje, kraj toto plánování koordinuje a metodicky vede.

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

Co se týče jednorázových analýz financování sítě služeb, v r. 2016 byl ze strany krajů proveden pouze v Libereckém kraji monitoring oblasti Jilemnicka a Lomnice nad Popelkou. V těchto lokalitách působil v rámci protidrogové prevence pouze terénní program, který se vlivem nepříznivé personální a finanční situace v minulosti potýkal s problémy zajíždět do území. Pracovníci Odboru sociálních věcí Krajského úřadu Libereckého kraje se ve spolupráci se zaměstnanci obcí a službami snažili pomocí monitoringu v místě zjistit, jaká je potřeba služby a zda by nebylo finančně efektivnější službu poskytovat jinou organizací s kratší dojezdovou vzdáleností (organizace působící v sousedním kraji). Z monitoringu a následné diskuse vyplynula nutnost tamní drogovou scénu sledovat a zejména kvůli znalosti terénu a důvěře klientů ke známým pracovníkům podpořit organizaci, která v lokalitě již působila. Liberecký kraj navrhl podporu na zajištění této služby s tím, že podmínkou bude monitorování oblasti a pravidelné informace o drogové situaci v lokalitě.

Na území Středočeského kraje byla zpracována Analýza finanční potřeby poskytovatelů pro zajištění sociálních služeb, kterou provedli pracovníci organizací poskytujících adiktologické služby na území kraje (Magdaléna, o.p.s., Semiramis, z.ú., Laxus, z.ú. a Prostor plus o.p.s.).

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



Kapitola 4

Sít' poskytovatelů služeb pro uživatele drog

Tato kapitola nabízí přehled o síti služeb pro uživatele návykových látek a hazardní hráče v návaznosti na informace o těchto službách uvedené ve výročních zprávách krajských protidrogových koordinátorů. Analýzu či zevrubné kvalitativní srovnání krajů v dostupnosti služeb na místní úrovni omezuje nejednotnost v rozsahu poskytovaných informací od krajských protidrogových koordinátorů.

V některých případech jsou konkrétnější údaje o kapacitě či počtu klientů služeb limitovány neochotou poskytovatelů služeb sdělit tyto informace krajskému koordinátorovi, zpravidla v případě, kdy daná služba není financována z rozpočtu kraje.



Pouze ve třech krajích (Karlovarský, Olomoucký a Moravskoslezský kraj) není síť služeb pro uživatele návykových látek v kraji definována. V ostatních krajích je síť služeb definována ve strategických dokumentech kraje, nejčastěji ve střednědobém plánu rozvoje sociálních služeb. Nicméně v Moravskoslezském kraji je v dokumentu Strategie protidrogové politiky Moravskoslezského kraje na období 2015–2020 uvedeno: „zachovávat stávající síť služeb pro uživatele návykových látek a rozvíjet v oblasti protidrogové prevence takové aktivity a služby, jež povedou k postupnému snižování užívání návykových látek a ke snižování rizik, které mohou v souvislosti s jejich abúzem nastat“. Lze tedy usuzovat, že síť je v tomto dokumentu ošetřena. V Ústeckém kraji byl v prosinci 2016 zastupitelstvem kraje schválen Akční plán rozvoje na rok 2017 a Základní síť služeb platná od ledna 2017.

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

Lze předpokládat, že přístupy ke tvorbě sítě (adiktologických) služeb na území kraje se liší. Filozofie tvorby sítě služeb na území kraje nebyla v rámci výročních zpráv krajů

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

Většina krajů popisuje síť služeb ve výročních zprávách jako reálné, těžko udržitelné a často nedostačující minimum. Kraje spíše konstatují stabilitu relativně dobré dostupnosti služeb, zejména programů snižování rizik, spíše z pohledu geografické dostupnosti (viz Výroční zprávu o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2016). Problémem, na který však krajští protidrogoví koordinátoři ohledně dostupnosti služeb upozorňují především, je dostupnost časová, kapacitní (personální) a také dostupnost některých složek či programů jednotlivých služeb. Upozorňují tím primárně na problém ve financování, poskytovatelé služeb nejsou schopni při stávající výši financování zajistit a naplnit potřeby a rostoucí poptávku svých klientů a také regionů/obcí. Spíše než k rozvoji dochází k omezování jednotlivých činností a tlak na nárůst výkonů má za následek snížení časové dotace na práci s klientem. Významné nedostatky koordinátoři napříč republikou konstatují, stejně jako v předcházejícím roce, zejména v dostupnosti (geografické i časové) ambulantní léčby, neochotě lékařů pracovat s klientelou uživatelů návykových látek a péče pro klienty s duálními diagnózami.

Na druhou stranu se v r. 2016 podařilo v některých krajích stimulovat vznik nových nebo rozšíření stávajících služeb (viz dále).

Zejména díky dotačnímu titulu RVKPP na podporu služeb věnujících se patologickým hráčům byla v roce 2016 napříč kraji věnována péče klientům ve stávajících i nově vznikajících ambulancích službách a doléčovacích programech (Jihomoravský, Jihočeský, Královohradecký, Liberecký, Olomoucký, Plzeňský, Středočeský, Ústecký, Moravskoslezský, Zlínský kraj a Kraj Vysočina). V některých krajských městech se daří realizovat samostatné programy pouze pro cílovou skupinu hazardních hráčů.

V Jihočeském kraji vznikl v r. 2016 nový program „Adiktologické služby ve vězeňství Prevent“ ve spolupráci s Vazební věznicí v Českých Budějovicích a pro oblast nelátkových závislostí nová specializovaná služba ambulantní léčby, taktéž v Českých Budějovicích. Významná je i změna v Psychiatrické léčebně Červený Dvůr, vznik nového oddělení „3D“.

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

1 Standardy RVKPP

2 Standardy MŠMT

Od poloviny r. 2016 byl Praze v rámci terénního programu NO BIOHAZARD organizace PROGRESSIVE o.p.s. zaveden nový program PARTYHARMreduction, který je zaměřen na terénní práci v prostředí nočního života.

Ve Středočeském kraji se v r. 2016 služba CHRPA (Magdaléna o.p.s.), poskytovaná v Mníšku pod Brdy, začala specializovat na populaci klientů s duální diagnózou, tedy klienty se souběhem duševního onemocnění a závislosti na návykových látkách.

V Ústeckém kraji založila v r. 2016 organizace WHITE LIGHT I., z.ú., Centrum primární prevence se sídlem v Ústí nad Labem. Dále byly v r. 2016 podniknuty kroky ke vzniku adiktologické ambulance pro děti a mládež, která zahájila svůj provoz v r. 2017.

V rámci Libereckého kraje poskytovala organizace Advaita z.ú., v r. 2016 nově síť služeb i pro hazardní hráče, uživatele alkoholu a tabáku. Poradenská centra jsou i v menších městech kraje.

Tabulka 4-1: Přehled dokumentů upravujících síť služeb pro uživatele návykových látek v kraji v r. 2016

Kraj	Dokument definující síť služeb pro uživatele návykových látek v kraji
Hl. m. Praha	Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb na území hlavního města Prahy na období 2016–2018
Středočeský	Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb ve Středočeském kraji na období 2015–2017
Jihočeský	Minimální síť protidrogových služeb na území Jihočeského kraje 2015–2017
Plzeňský	Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb v Plzeňském kraji na období 2015–2018
Karlovarský	síť služeb není definována
Ústecký	Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb v Ústeckém kraji na období 2016–2018
Liberecký	Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb Liberecký kraj 2014–2017
Královéhradecký	Síť veřejně podporovaných sociálních služeb v Královéhradeckém kraji – přehled podporovaných služeb pro roky 2015–2017
Pardubický	Akční plán rozvoje sociálních služeb Pardubického kraje na rok 2016
Vysočina	Strategie protidrogové politiky Kraje Vysočina na období 2016 – 2019 Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb Kraje Vysočina Aktualizace pro rok 2016–2018
Jihomoravský	Strategie protidrogové politiky Jihomoravského kraje na období 2010–2018
Olomoucký	síť služeb není definována
Zlínský	Koncepce protidrogové politiky ve Zlínském kraji na léta 2015–2019 Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb ve Zlínském kraji pro období 2016–2018
Moravskoslezský	síť služeb není definována

4.1 Programy primární prevence v krajích

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

Tabulka 4-2 níže udává přehled poskytovatelů a typů poskytované prevence v jednotlivých krajích. Z dostupných údajů o poskytovatelích primární prevence v jednotlivých krajích lze konstatovat, že programy primární prevence mimo škol a školských zařízení jsou oproti r. 2015 zajišťovány podobným počtem certifikovaných poskytovatelů jako v předchozím roce (38 v r. 2014, 43 v r. 2015 a 45 v r. 2016).

Tabulka 4-2: Programy primární prevence realizované v r. 2016 (mimo prevence realizované školami a školskými zařízeními, preventivních aktivit městské policie, exkurzí v kontaktních centrech, besed apod.)

Kraj	Počet poskytovatelů PP v kraji	Typ poskytované prevence			Počet poskytovatelů v kraji*	
		všeobecná	selektivní	indikovaná	certifikovaných	necertifikovaných
Hl. m. Praha	7	5	6	1	6	1
Středočeský	3	3	2	–	5	0
Jihočeský	5	5	1	1	5	0
Plzeňský	2	2	1	1	2	0
Karlovarský	–	–	–	–	–	–
Ústecký	4	3	1	–	1	3
Liberecký	2	2	1	1	1	1
Královéhradecký	5	5	1	–	5	0
Pardubický	2	2	1	–	2	0
Vysočina	7	7	–	–	6	1
Jihomoravský	3	3	2	2	2	1
Olomoucký	3	2	2	–	2	1
Zlínský	4	3	1	1	2	2
Moravskoslezský	9	8	3	1	6	3
Celkem	56	50	22	8	45	13

* Jako certifikovaný poskytovatel primární prevence je zde uveden poskytovatel, který měl v r. 2016 certifikován alespoň jeden program (typ) PP. Jeden poskytovatel může mít více certifikovaných programů (typů) PP.

Na realizaci programů primární prevence v roce 2016 poskytl Kraj Vysočina 3 940 800 Kč. V porovnání s rokem 2015 došlo k navýšení o 940 800 Kč. Díky této částce bylo podpořeno 102 škol a prevence pro 20 925 žáků. Kraj má tento segment dostatečně ošetřen.

Ve Zlínském kraji jsou služby primární prevence (bez specifického zaměření výhradně na problematiku návykových látek, případně rizikového hráčství) často zajišťovány nízkoprahovými zařízeními pro děti a mládež a jejich terénními programy. Tento model je uplatňován ve všech bývalých okresních městech kraje (výjimkou v r. 2016 bylo město Kroměříž) a rovněž v některých menších obcích s rozšířenou působností Zlínského kraje.

V Ústeckém kraji založila v r. 2016 organizace WHITE LIGHT I., z.ú., Centrum primární prevence se sídlem v Ústí nad Labem. Centrum primární prevence se zaměřuje na prevenci nelátkových závislostí, užívání alkoholu a kouření a v r. 2016 zpracovalo autorský preventivní program pro žáky 5.–8. tříd ZŠ „Všeho (jenom) s Mírou“. V r. 2016 byly vytvořeny podklady pro práci se žáky, metodika pro lektory a program se pilotně ověřoval ve 4 základních školách, zúčastnilo se ho 345 žáků a 21 učitelů. Na základě pilotního ověření byl projekt na další rok modifikován pro žáky 5.–7. tříd základních škol.

V Olomouckém kraji realizovala organizace P-centrum, spolek projekt Prevence gamblingu a přidružených závislostí u středoškolské a učňovské mládeže, v jehož rámci bylo realizováno 30 programů pro celkem 650 žáků.

Specifická primární prevence je jednou z priorit hl. m. Prahy, což se odráží na zajištění financování. Díky spolupráci oddělení prevence magistrátu hl. m. Prahy, metodiků prevence z pedagogicko-psychologických poraden, místních protidrogových koordinátorů a poskytovatelů služeb jsou služby primární prevence v kraji, podle výroční zprávy kraje, dostatečně pokryty.

V Plzeňském kraji je zmiňována absence preventivních programů v okrese Tachov. Podle KPK je třeba pokračovat v koordinaci institucí na poli primární prevence (definovat síť) a zajistit kontinuální financování primárně preventivních programů oddělené od neziskových organizací a od školských zařízení a definovat „koncept“ na úrovni zřizovatelů škol (obce, kraj) ve vztahu k pozici všeobecné primární prevence.

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

Stejně jako v předchozím roce, i v r. 2016 nebyly v Karlovarském kraji realizovány žádné primárně preventivní aktivity poskytovatelů z řad nestátních neziskových organizací. Preventivní aktivity jsou v kraji realizovány školami pod metodickým vedením pedagogicko-psychologické poradny.

Ve všech okresech Královéhradeckého kraje jsou služby primární prevence pokryty a fungování programů primární prevence rizikového chování Královéhradeckého kraje je průběžně hodnoceno na pracovních setkáních metodiků prevence.

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

Na základě výroční zprávy Moravskoslezského kraje by zejména okresy Nový Jičín a Karviná zasluhovaly posílení v oblasti primární prevence na školách.

4.2 Služby v oblasti snižování rizik

Síť služeb v oblasti snižování rizik je v České republice relativně dobře vybudovaná. Území Moravy je pokryto rovnoměrně, kontaktní centrum či sídlo terénního programu se zázemím je v každém okrese (kromě okresu Brno-venkov), naopak v Čechách jsou tyto služby rozmístěny nerovnoměrně. Okresy, kam musejí dojíždět pracovníci terénních programů z jiných okresů, jsou Domažlice, Klatovy, Plzeň-sever, Plzeň-jih, Rokycany, Jablonec nad Nisou, Semily, Jičín, Kutná Hora, Havlíčkův Brod, Pelhřimov, Náchod, Rychnov nad Kněžnou, Chrudim, Ústí nad Orlicí a Svitavy. Je tedy otázkou, nakolik je dojíždění finančně a časově náročné pro jednotlivé terénní programy.

V součtu vydaných injekčních stříkaček a jehel je zaznamenána stagnace či nižší počet vydaných injekčních stříkaček, výměn i kontaktů v některých regionech (Praha oproti Ústeckému kraji). V Praze lze tuto skutečnost částečně interpretovat změnou koncepce práce indigenních pracovníků.

Taktéž v r. 2016 byly užívány automaty na stříkačky a injekční materiál, které jsou umístěny v objektech kontaktních center Kolíně (Prostor plus o.p.s.) a ve Strakonících (PREVENT 99 z.ú.).

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

Tabulka 4-3: Služby v oblasti snižování rizik poskytované v r. 2016 (včetně programů snižování rizik na tanečních akcích, v klubech a prostředí noční zábavy)

Kraj	Počet okresů v kraji	Počet obyvatel v kraji*	Odhad PUD**	Typ služby***			Počet klientů programu		Počet kontaktů	Počet výměn	Počet vydaných stříkaček	Certifikovaný program+ ano/ne
				KPS	TP	KPS a TP	celkem	z toho UD				
Hl. m. Praha	22++	1 267 449	16 200	3	4	-	14 503	11 984	124 217	91 381	2 436 380	7/0
Středočeský	12	1 326 857	2 800	4	6	1	2 312	2 050	15 300	11 099	458 392	8/3
Jihočeský	7	637 834	2 700	5	4	-	2 344	1 787	30 418	12 555	343 357	9/0
Píseňský	7	576 635	1 900	3	4	-	2 569	2 070	29 713	8 826	271 824	5/2
Karlovarský	3	297 804	1 800	3	2	-	1 208	1 044	16 066	13 185	196 746	4/1
Ústecký	7	822 850	7 000	9	8	-	8 148	5 953	88 561	58 872	992 295	17/0
Liberecký	4	439 639	2 200	2	1	-	1 791	1 220	15 945	10 897	268 860	3/0
Královéhradecký	5	551 421	1 000	1	1	1	1 033	926	8 128	4 744	265 983	4/0
Pardubický	4	516 149	400	1	1	-	527	506	2 888	1 360	83 572	2/0
Vysočina	5	509 475	900	-	-	3	921	658	8 412	2 522	99 649	6/0
Jihomoravský	7	1 175 023	3 200	1	3	4	2 773	2 509	28 318	14 891	338 189	12/0
Olomoucký	5	634 720	2 400	4	4	1	2 435	1 580	19 111	10 867	171 986	10/0
Zlínský	4	584 676	1 800	3	3	1	1 437	1 269	13 389	5 688	124 378	8/0
Moravskoslezský	6	1 213 311	3 500	5	6	1	2 486	2 106	35 901	22 399	421 799	8/4
Celkem	98	10 553 843	47 600++	44	47	12	44 487	35 662	447 724	269 286	6 473 410	103/10

* Jde o údaje Českého statistického úřadu k 1. 1. 2016. **Jde o odhady NMS zveřejněné ve Výroční zprávě o stavu ve věcech drog v ČR za r. 2016. Jihočeský kraj odhaduje méně, tj. na 1 900-2 100 problémových uživatelů drog ve svém kraji. *** KPS – kontaktní centra, TP – terénní programy, KPS a TP – sloučené programy. + Sloučené programy KPS a TP mají 2 certifikáty. ++ Jde o 22 městských částí hl. m. Praha. +++ Zaokrouhlením odhad PUD celkem neodpovídá součtu odhadů v jednotlivých krajích.

Od poloviny r. 2016 byl Praze v rámci terénního programu NO BIOHAZARD organizace PROGRESSIVE o.p.s. zaveden nový program PARTYHARMreduction, který je zaměřen na terénní práci v prostředí nočního života, zejména se zaměřením na akce s produkcí elektronické hudby, se kterými je spojeno rekreační užívání návykových látek. Problematické užívání drog v prostředí nočního života se na území hl. m. Prahy dále věnují programy organizace SANANIM, z.ú., a Střediska prevence a léčby drogových závislostí – DROP IN, o.p.s. Monitorovány jsou kluby v centru města a hudební produkce a festivaly mimo klubovou scénu. V porovnání s předchozím rokem došlo v hl. m. Praze v r. 2016 ke snížení výměn o 1,7 % (v kontaktních centrech došlo k navýšení vyměněných injekčních stříkaček a jehel o 4,3 % a v terénu ke snížení výměn o 14,2 %). V městské části Praha 12 i nadále pokračuje trend orientace občanů vietnamské národnosti na výrobu, distribuci a prodej pervitinu, včetně jeho užívání. V městské části Praha 14 je od února 2016 organizací PROGRESSIVE o.p.s. realizován Terénní program NO BIOHAZARD.

V Jihomoravském kraji je síť nízkoprahových služeb pro uživatele nelegálních drog dobře dostupná, problémem je nadále situace v Brně, kde je počet terénních pracovníků dlouhodobě nedostačující vzhledem k počtu obyvatel ve městě. Pracovníci Společnosti Podané ruce o.p.s. působili v prostředí nočního života a zábavy prostřednictvím programu Hard & Smart. Program v r. 2016 spolupracoval na celkem 28 akcích v prostředí taneční scény, nočního života a zábavy. Sedmáct akcí, kde program působil, se uskutečnilo v Brně, 6 v Praze, 2 v Olomouci a 3 v dalších lokacích. Jednalo se o akce, které probíhaly v rámci vybraných klubů i venkovních festivalů. Realizované intervence se zaměřovaly na cílovou skupinu návštěvníků tohoto prostředí s důrazem na skupinu mladistvých a mladých dospělých. Prostřednictvím intervenční a odpočinkové zóny, která byla vždy mimo hlavní proud zábavy, poskytovali informační servis, poradenství a materiál zaměřený na snižování škod v kontextu podpory veřejného zdraví. Návštěvníci měli mimo jiné možnost testování alкотesterem či si změřit tep a tlak, především po užití různých návykových látek. Cílem bylo vytvářet bezpečnější prostředí pro návštěvníky těchto akcí z hlediska rizik, která se s užíváním drog v tomto prostředí pojí. S tématem užívání alkoholu bylo nejčastěji spojeno poradenství pro řidiče a téma bezpečného návratu z akce.

Během roku byla také vyjednávána spolupráce i s dalšími kluby či pořadateli akcí ve smyslu analýzy těchto hudebních podniků a možnosti spolupráce v rámci rozšiřování působnosti programu. Dále byly realizovány kroky směřující ke splnění podmínek certifikace 2 hudebních podniků směrem k tzv. safer clubbingu pro zvýšení bezpečnosti v klubu či na akci.

Na Vysočině jsou v okresech Havlíčkův Brod a Pelhřimov HR služby zajištěny pouze prostřednictvím terénní práce.

Podle údajů nízkoprahových služeb bylo v Ústeckém kraji v r. 2016 vydáno celkem 992 295 injekčních setů, jde o nárůst o 55 716 kusů v porovnání s předchozím rokem (v r. 2015 bylo vydáno 936 579 kusů). V rámci tohoto ukazatele patří Ústecký kraj mezi kraje s nejvyšším počtem vydaných injekčních setů v České republice. V r. 2016 se podařilo rozšířit terénní programy (nebo připravit jejich rozšíření od r. 2017) do některých dosud nezajišťovaných lokalit, jde např. o Benešov nad Ploučnicí na Děčínsku, Chlumec a Chabařovice na Ústecku či obce ve Šluknovském výběžku. Spolek Most k naději zřídil novou poradenskou službu Sociální protidrogová poradna v sociálně vyloučené lokalitě

Litvínov-Janov, kde obdobná služba chyběla. Služba je poskytována od 1. 7. 2016 a od roku 2017 je plně financována prostřednictvím tzv. Koordinovaného přístupu k sociálně vyloučeným lokalitám. Terénní program Mostu k naději, z.s., i v r. 2016 aktivně vyhledával uživatele konopí, a to především v rámci činnosti v pozdních odpoledních a večerních hodinách, kdy se daří kontaktovat nejvíce uživatelů. Klientům je poskytováno poradenství v oblasti závislosti a dále speciální filtry na kouření bylinných směsí.

Síť služeb v oblasti snižování rizik je v Pardubickém kraji dlouhodobě minimální. V kraji je provozováno 1 kontaktní centrum (v Pardubicích) a 1 terénní program (působící v celém kraji). S ohledem na prostorové rozložení kraje by bylo žádoucí, kdyby v kraji vznikly ještě 2 kontaktní a poradenské služby (v České Třebové nebo v Ústí nad Orlicí) tak, aby byly tyto služby dostupné pro všechny klienty v kraji. Zároveň kraj považuje za potřebné nové poradenské služby a programy nabízející ambulantní léčbu, zejména z důvodu stávající špatné geografické dostupnosti. Terénní programy byly v r. 2016 zajišťovány pouze čtyřmi pracovníky, což se jeví jako nedostatečné. V optimálním případě by bylo potřebné navýšit počet pracovníků na 8, aby tak terénní program pro každý okres zajišťoval jeden dvoučlenný tým. Od r. 2013 se podařilo navýšit počet úvazků na 4, bylo tedy možné ustanovit dva týmy terénních pracovníků, čímž byl terénní program částečně posílen.

V Jihočeském kraji jsou základním nedostatkem sítě harm reduction služeb chybějící finanční prostředky na provoz, především na personální náklady. Lze odhadnout, že chybí prostředky na minimálně 6 úvazků v přímé práci s klienty, celkem tedy cca 3 mil. Kč/rok. Stejně jako v r. 2015 KPK považuje za potřebné posílení stávajících služeb o úvazky v přímé práci s klienty (KC Strakonice a Prachovice, TP Jindřichohradecko a Tábořsko, případně další).

V Libereckém kraji se ani v r. 2016 zřizovateli kontaktního centra v České Lípě (Most k naději, z.s.) nepodařilo zajistit vhodnější prostory pro poskytování služeb. I v r. 2016 pokračoval výrazný nárůst počtu klientů kontaktního centra v Liberci (tento trend byl poprvé zaznamenán v r. 2014). Lze uvažovat o možné souvislosti se zrušením výměnné místnosti v Jablonci nad Nisou v r. 2013, což je obec s dlouhodobě vysokou drogovou promořeností.

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

V Moravskoslezském kraji byla i v r. 2016 v rámci Terénního programu na Novojičínsku (Renarkon o.p.s.) provozována poradenská místnost v Kopřivnici a v Novém Jičíně. V r. 2016 došlo v Terénním programu na Novojičínsku ke snížení počtu vyměňovaných injekčních setů. Jedno z možných vysvětlení je úmrtí několika klientů, kteří zemřeli z důvodu předávkování fentanylem.

V Plzeňském kraji Centrum JANA již v r. 2014 zavedlo pro své klienty pohybující se na scéně sex byznysu výměnu injekčního materiálu. Postupně zaměstnanci organizace navázali kontakt i s dalšími uživateli drog mimo tuto scénu. V pravidelném kontaktu jsou s jednotlivci, kteří injekční materiál sekundárně vyměňují pro většinu skupinu lidí. Od r. 2017 je služba také registrována v rámci rozšíření terénní činnosti o tuto službu. Orga-

nizace Point 14, z.s., v Plzeňském kraji spolupracuje s klubem Darkside, kde jednou měsíčně realizuje projekt Be Safe – intervence v prostředí noční zábavy. Pracovníci nabízí poradenství v oblasti bezpečnějšího užívání a bezpečného sexu, využití alkoholsteru nebo testování na infekční onemocnění. V případě venkovní akce i využití odpočinkové zóny.

4.3 Služby v oblasti ambulantní léčby

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

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

Tabulka 4-4: Služby v oblasti ambulantní léčby v r. 2016 (problematické se jeví mísení roční kapacity a kapacity aktuální, kapacita je tedy pouze orientační údaj)

Kraj	Počet služeb v kraji*			Kapacita služby			Počet certifikovaných programů	
	AL	SL	SP	AL	SL	SP	ano	ne
Hl. m. Praha	11	6	1	1890	648	38**	17	1
Středočeský	7	2	0	–	–	–	7	2
Jihočeský	3	1	0	2**	25	–	3	1
Plzeňský	1	1	0	–	40	–	1	1
Karlovarský	1	0	0	–	–	–	0	1
Ústecký	9	1	0	112	125	–	2	7
Liberecký	7	1	0	–	–	–	1	6
Královéhradecký	3	1	0	50	30	–	1	3
Pardubický	8	0	0	26	–	–	1	7
Vysočina	1	–	–	20	–	–	1	0
Jihomoravský	6	2	0	27	80	–	6	2
Olomoucký	5	1	0	–	–	–	4	2
Zlínský	3	0	0	n.a.	n.a.	n.a.	1	2
Moravskoslezský	6	1	1	–	–	–	1	7
Celkem	71	17	2	–	–	–	46	42

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

V Kraji Vysočina je kapacita ambulantních služeb omezená a poptávka značně přesahuje možnosti služeb. V ideálním případě by byla alespoň jedna ambulance v každém okrese.

Na základě spolupráce městské části Praha 12, Střediska prevence a léčby drogových závislostí – DROP IN, o.p.s., a hl. m. Prahy se podařilo v r. 2016 zajistit financování rozšíření adiktologických služeb na území hl. m. Prahy. Vzniklo Adiktologické centrum, kde Středisko prevence a léčby drogových závislostí nabízí služby adiktologické

ambulance, AT ambulance, primární prevence a substitučního programu. Významným tématem bylo v r. 2016 rovněž plánované otevření nového adiktologického centra na území Prahy 2, provozovaného organizací SANANIM, z.ú. V Královéhradeckém kraji bylo v r. 2016 zrušeno detašované pracoviště AT ambulance nemocnice Náchod v Novém Městě nad Metují.

V Jihočeském kraji se v r. 2015 uskutečnil průzkum mezi 44 psychiatrickými ambulancemi. Výstupem je, že informace o reálné dostupnosti ambulantní léčby v jednotlivých regionech není spolehlivá. Neví se zcela přesně, v jakém spektru jsou služby poskytovány, neexistuje závazný standard poskytovaných služeb ani způsob, jak zajistit léčbu dostupnou v optimálním spektru činností a pro všechny cílové skupiny. Z rozhovorů s některými z lékařů vyplývá, že se AT problematikou nezabývají z důvodů své nedostatečné kvalifikace. Dávají přednost jiným diagnózám a hlavním argumentem je, že síť ambulantních psychiatrických služeb je v kraji poddimenzovaná, a tedy se lékaři musí soustředit na nejobtížnější pacienty/diagnózy. V podstatě tedy v této oblasti chybí především reálná správa sítě, kde by odpovědné instituce (v tomto případě zdravotní pojišťovny) měly mít zájem zajistit optimální místní dostupnost služby v potřebném rozsahu činností. V oblasti ambulantní léčby u zdravotnických zařízení nejednotnost přístupu lékařů – jak v oblasti metod práce, tak v preferencích cílových skupin – omezuje významně místní dostupnost léčby.³ V některých regionech kraje není standardní ambulantní léčba místně dostupná vůbec, v některých regionech kraje není dostupná substituční léčba (buprenorfinová). Víceméně plošně schází podpůrná psychosociální složka substituční léčby (mimo služeb Substitučního centra Prevent v Českých Budějovicích) a schází koordinace řešení této situace se zdravotními pojišťovnami.

V Plzeňském kraji je zmiňován rozdíl v nabídce služeb mezi krajským městem, kde je situace relativně stabilizovaná, a ostatními městy v kraji, kde je nabídka nedostatečná. Na Tachovsku pocítují absenci ambulantní léčby. V okrese Tachov není žádná sociální služba, která by se zaměřovala na cílovou skupinu osob s duševním onemocněním, a zároveň nedostatek či nedostupnost psychiatrů a psychologů. Neexistuje zde žádná noclehárna, azylový dům, chráněné či podporované bydlení pro skupinu lidí s duševním onemocněním či ohrožených závislostí a není zde možnost najít podporované (chráněné) zaměstnávání či sociální podnik.

Ve Středočeském kraji byla v Kladně nově otevřena adiktologická dorostová ambulance Ada+, kde se systematicky pracovalo s uživateli návykových látek, popř. s dětmi, vykazujícími návykové chování na počítačích, automatech a další elektronice.

V Karlovarském kraji je popisován nedostatek lůžkových a pobytových zařízení, do kterých by poskytovatelé sociálních služeb mohli odesílat klienty na krátkodobý či střednědobý pobyt nebo jej využít jako emergenční stanici pro momentální krizi klienta. V kraji také zcela chybí substituční léčba. Je zajišťován program ambulantní léčby, detoxikace a krátkodobé hospitalizace na psychiatrickém oddělení nemocnice Ostrov.

V Ústeckém kraji se potýkají s nedostatkem psychiatrů a psychologů, kteří jsou ochotni pracovat se závislými osobami. Vzhledem k potřebě péče o děti a mládež se závislostním chováním, a to i pro věkovou skupinu pod 15 let, bylo během r. 2016

3 Blíže viz Výroční zprávu o realizaci protidrogové politiky Jihočeského kraje v roce 2016.

usilováno o zřízení fungující adiktologické ambulance pro děti a mládež v Ústeckém kraji. Tato ambulance zahájila provoz v r. 2017.

Ve zprávě Libereckého kraje je uvedeno 7 center ambulantní léčby, z toho 2 jsou pro uživatele tabáku. Mezi nedostatky krajské sítě patří chybějící zdravotnická ambulantní léčba v AT ordinaci. Substituční léčbu v celém kraji nabízí pouze jeden lékař v rámci nemocnice v Semilech. Zcela nedostupným typem služby ambulantní péče v kraji je denní stacionář. Nezachycenou skupinou sítí léčebných služeb v kraji jsou děti do 15 let. Existující zařízení se primárně zaměřují na řešení výchovných problémů klientů. V rámci Libereckého kraje poskytuje organizace Advaita z.ú. síť služeb pro hazardní hráče, uživatele alkoholu a tabáku. Poradenská centra tedy jsou i v menších městech kraje.

V Královehradeckém kraji jsou ambulantní zařízení se zaměřením na problémy s návykovými látkami ve městech Trutnov a Hradec Králové. V dalších obcích kraje takové ambulance nejsou, nebo jsou plně hrazeny klienty služby (např. Náchod), což podstatně zvyšuje práh dostupnosti služby. Jako velmi neuspokojivou vnímají situaci především sociální pracovníci v obcích a kurátoři. Ještě výrazněji vystupuje problém ambulantní péče o nezletilé. V tomto ohledu je pokrytí kraje dětskými psychiatry naprosto nedostačující.

I v Pardubickém kraji jsou AT ambulance a psychiatrické ambulance dlouhodobě poddimenzovány. V okrese Pardubice je jedna psychiatrická ambulance, která se specializuje na problematiku závislostí, a to převážně léčbu závislosti na alkoholu. V ostatních zdravotnických zařízeních (AT ambulancích) jsou uživatelé drog dlouhodobě spíše odmítáni. V okrese Chrudim je pro celý okres jeden lékař, který ale není primárně zaměřený na problematiku závislostí. Obdobná situace je i v okresech Ústí nad Orlicí a Svitavy. Lékaři nemají prostor na dlouhodobou individuální a skupinovou práci s klientem, který má problém se závislostí na alkoholu a jiných látkách. V r. 2016 nebylo v kraji žádné zařízení, které by poskytovalo systematickou ambulantní substituční léčbu, ani žádné zařízení, které by aktivně hlásilo klienty do Národního registru uživatelů lékářsky indikovaných substitučních látek.

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

Kromě stabilní činnosti již tradičních služeb v Olomouckém kraji byla v r. 2016 provozována i dvě nově vzniklá zdravotnická zařízení – Adiktologická ambulance v Jeseníku (Darmoděj z.ú.) a Adiktologická ambulance prevence a léčby závislostí v Olomouci (Nestátní interní oddělení s.r.o.). Terapeutické centrum v Olomouckém kraji Společnosti Podané ruce o.p.s. (dříve Ambulance adiktologie), které se specializuje na osoby s problémem s hazardním hráčstvím a jejich blízké, působí v omezeném časovém rozsahu také ve městech Prostějov a Zábřeh. V okrese Šumperk je nedostatečná psychiatrická péče.

V Moravskoslezském kraji nejsou kapacity v dotčených službách fixně stanoveny. Všechny programy uvádějí v cílové skupině mj. i hazardní hráče. Od října 2016 byla rozšířena kapacita Drogové poradny Renarkon v Ostravě (nyní Terapeutické centrum Renarkon), byl navýšen úvazek z 1,0 na 2,4 úvazků a rozšířena provozní doba (ze 40

na 53,5 hodiny týdně). V dubnu 2016 Drogová poradna rozšířila rovněž cílovou skupinu o hazardní hráče a osoby s dalšími nelátkovými závislostmi a uživatele alkoholu. Ve Zlínském kraji s cílovou skupinou hazardních hráčů pracuje Centrum komplexní péče (Společnost Podané ruce o.p.s.).

4.4 Služby v oblasti rezidenční léčby

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

Krajští protidrogoví koordinátoři uvedli v rámci služeb rezidenční léčby celkem 23 služeb detoxifikace, 26 lůžkových zdravotních služeb, 15 terapeutických komunit a 6 domovů se zvláštním režimem pro cílovou skupinu uživatelů návykových látek.

Tabulka 4-5: Služby v oblasti rezidenční léčby v r. 2016 (terapeutické komunity jsou zařazeny ke kraji podle místa realizace projektu)

Kraj	DTX		LZS		RPTK		DSZR		Počet certifikovaných programů	
	počet	kapacita	počet	kapacita	počet	kapacita	počet	kapacita	ano	ne
Hl. m. Praha	3	114**	2	178**	-	-	-	-	3	2
Středočeský	1	-	1	-	2	29	-	-	2	2
Jihočeský	1	-	4	109****	3	66	-	-	3	4
Plzeňský	1	-	1	-	1	15	-	-	1	2
Karlovarský	-	-	1	54	-	-	-	-	0	1
Ústecký	1	4	2	130	1	15	1	28	2	3
Liberecký	1	5	1	10	1	15	1	20	1	3
Královéhradecký	2	6	1	50	-	-	1	49	0	4
Pardubický	2	-	1	61	-	-	1	-	0	3
Vysočina	3	-	3	67	1	16	1	90	2	6
Jihomoravský	2	25	2	-	1	15	-	-	1	5
Olomoucký	4	-	3	-	3	-	-	-	0	10
Zlínský	1	-	1	129	0	0	1	64	0	3
Moravskoslezský	1	-	3	190	2	15****	-	-	1	4
Celkem	23	154	26	978	15	186	6	251	16	52

* DTX – detoxifikace, LZS – lůžkové zdravotní služby, RPTK – terapeutické komunity, DSZR – domovy se zvláštním režimem, **včetně dat z PN Bohnice , *** včetně 46 osob inzerovaných na internetových stránkách Pastor Bonus (služba není registrována), **** jde o kapacitu Psychiatrické léčebny Červený Dvůr

V Jihočeském kraji jsou v tabulce zahrnuty Psychiatrická léčebna U Honzíčka, Psychiatrická léčebna Lnáře a Dětská psychiatrická nemocnice Opařany, které v omezené míře přijímají pacienty s diagnózou závislosti, a Psychiatrická léčebna Červený Dvůr. V kraji není specializovaný domov se zvláštním režimem, v některých případech si jednotliví

poskytovatelé domovů pro seniory nechávají zaregistrovat i tuto službu, kterou ve formě vyhrazených několika lůžek poskytují svým klientům (z příslušné spádové oblasti). Co se týče specifických cílových skupin, narůstá zájem o léčbu ze strany matek s dětmi, kapacita Terapeutické komunity Karlov nestačí poptávce. V tomto ohledu by mohlo pomoci plánované rozšíření Terapeutické komunity v Podcestrném mlýně o tuto cílovou skupinu.

V průběhu r. 2016 proběhly změny v poskytování služeb v Psychiatrické léčebně Červený Dvůr, provoz léčebny byl rozšířen o nové oddělení 3D (oddělení detoxikace, diagnostiky a diferencované péče). Toto oddělení slouží jednak jako jakýsi diferenciální filtr pro všechny pacienty léčebny, ale také jako léčebný program především pro pacienty, kteří by z různých důvodů běžný režim léčebny nebyli schopni akceptovat.

V Jihočeském kraji, přímo na jeho území, nebyla v předchozích letech dostupná detoxifikační léčba, s výjimkou Psychiatrické léčebny Červený Dvůr, kde byla detoxifikace určena primárně pro pacienty léčebny. Se vznikem nového oddělení léčebny 3D je od r. 2016 otevřena možnost využít detoxu léčebny i pro pacienty, kteří nejsou žadatelé o léčbu v tomto zařízení, a nově je otevřena i možnost využít jej pro cílové skupiny mladší 18 let.

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

V Ústeckém kraji provozuje detoxifikační jednotku Psychiatrické oddělení Krajské zdravotní a. s. – Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem. Jedná se o ojedinelou službu, ze strany zdravotníků i pracovníků služeb je vnímán akutní nedostatek detoxifikačních lůžek pro zajištění celého kraje, jednotka disponuje pouze čtyřmi lůžky. Nevyhovující je nejen nízká kapacita, ale také dostupnost služby. S tímto úzce souvisí absence záchytné stanice, neboť veškeré záchyty policie jsou primárně směřované právě na psychiatrické oddělení. V r. 2016 vykazuje detoxifikační jednotka 297 klientů. Dětská psychiatrická nemocnice Louny poskytla v r. 2016 péči 5 klientům s problémem závislosti.

V Královéhradeckém kraji vnímají jako zásadní naprostý nedostatek detoxifikačních zařízení pro mladistvé. Různé typy zařízení často vyžadují před přijetím dítěte do péče absolvování detoxifikace, vzhledem k naprosto přeplněné kapacitě však není takřka možné tyto podmínky splnit. Nedostatečnou kapacitu AL v kraji zmiňují zejména sociální pracovníci na obcích.

V Pardubickém kraji není žádná rezidenční služba, která by byla primárně zaměřená na léčbu závislosti. Psychiatrická oddělení jsou v Nemocnici Pardubického kraje, Odborném léčebném ústavu Žamberk a ve Svitavské nemocnici. Tato oddělení jsou určena pro léčbu jiných psychiatrických diagnóz, léčbou závislosti se zabývají spíše okrajově. Odborný léčebný ústav Žamberk klienty závislé na drogách nebo na alkoholu přijímá, výjimečně i na detoxifikaci. Detoxifikace a krátkodobá léčba je pro klienty v Pardubickém kraji stále nedostupná. Jsou zde 2 domovy se zvláštním režimem, Domov na hradě Rychmburk a Domov U Kostelíčka, které poskytují péči o dlouhodobě duševně nemocné starší 40 let, kteří potřebují ubytování a dlouhodobou péči. Primární cílovou skupinou však nejsou uživatelé návykových látek nebo alkoholu. V Pardubickém kraji není dostupná služba krátkodobé intenzivní pobytové léčby, dlouhodobé pobytové léčby, terapeutická komunita ani detoxifikace. V současné době kraj neplánuje tyto služby zřízovat.

Jihomoravský kraj má ve své síti léčebných rezidenčních zařízení 3 terapeutické komunity, které finančně podporuje, na území Jihomoravského kraje je však situována jen jedna. Další terapeutická komunita na území kraje, Salebra o.s., není certifikována, se zástupci kraje nekomunikuje ani nečerpá finanční podporu. V porovnání s jinými kraji je síť Jihomoravského kraje v tomto segmentu naddimenzována.

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

Ve Zlínském kraji ve spektru služeb je nově uveden Domov se zvláštním režimem Přžno. Tato služba je realizována od r. 2007.

4.5 Služby v oblasti následné péče

Krajští protidrogoví koordinátoři uvedli celkem 28 programů ambulantního doléčování a 20 programů s chráněným bydlením. Údaje o kapacitě jsou opět pouze orientační. Z velké většiny jde o neziskové organizace, které podstoupily proces certifikace odborné způsobilosti. V Karlovarském kraji není uveden ani jeden program následné péče.

Tabulka 4-6: Služby v oblasti následné péče v r. 2016

Kraj	Počet služeb		Kapacita služeb		Počet osob, které služby využily	Počet certifikovaných programů	
	ADP	CHB	ADP	CHB		ano	ne
Praha	4	3	147	37	309	4	0
Středočeský	2	2	120	22	82	1	1
Jihočeský	2	1	68	13	82	1	1
Plzeňský	2	2	54	21	170	2	0
Karlovarský	–	–	–	–	–	–	–
Ústecký	2	2	19	19	115	2	1
Liberecký	3	1	10	10	49	1	2
Královéhradecký	1	0	32	–	23	0	1
Pardubický	1	0	2	–	60	1	0
Vysočina	2	1	20	8	44	1	1
Jihomoravský	4	3	97	47	300	4	0
Olomoucký	2	2	14	25	80	2	0
Zlínský	1	–	n.a.	n.a.	23	0	1
Moravskoslezský	2	3	7**	49	126	1	4
Celkem	28	20	590	251	1 463	20	12

* ADP – ambulantní doléčovací program, CHB – chráněné bydlení, ** nekompletní data

Na Vysočině byla ukončena činnost služby následné péče organizace Circle of Life, o.p.s., dne 16. 1. 2016. Současně došlo k zahájení činnosti Doléčovacího centra Třebíč (Oblastní charita Třebíč), prozatím v ambulantní formě. Služba je nabízena i hazardním hráčům a poskytovatel služby uvažuje o rozšíření služeb o pobytovou formu.

Ve Středočeském kraji se v r. 2016 služba CHRPA (Magdaléna o.p.s.) poskytovaná v Mníšku pod Brdy, začala specializovat na populaci klientů s duální diagnózou, tedy klienty se souběhem duševního onemocnění a závislosti na návykových látkách. Zájem o tuto službu od počátku několikanásobně převyšuje její kapacitu, jde o jedinou službu tohoto typu v ČR.

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

Ve zprávě Plzeňského kraje je zmiňován rozdíl mezi krajským městem, kde je situace relativně stabilizovaná, a ostatními městy v kraji, kde je nabídka služeb v oblasti následné péče nedostatečná. Do Plzně je dlouhá dojezdová vzdálenost, dále je v kraji absence startovacích bytů a azylového bydlení pro matky s dětmi.

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

Následná péče pro obyvatele Královhradeckého kraje je poskytována v rámci Ambulantního centra organizace Laxus z.ú. v Hradci Králové. Kapacita se jeví jako dostatečná, nicméně pobytové služby v kraji chybí, zcela absentují např. chráněné byty. Pro absolventy léčebného programu v Léčebně návykových nemocí Nechanice jsou v rámci léčebny také k dispozici programy následné péče.

Ve Zlínském kraji jsou nově zahrnuty ve spektru péče MOSTY služby následné péče, které realizuje organizace Na Cestě z.s. ve Vsetíně.

4.6 Ostatní specializované programy

V krajích působí kromě výše uvedených i další typy specializovaných programů pro uživatele návykových látek. V hl. m. Praze je městská část Praha 12 jedinou, která vstřícně zareagovala na žádost hl. m. Prahy o spolupráci v navýšení kapacit služeb pro osoby se závislostmi a osoby bez přístřeší (viz výše).

Protialkoholní záchytné stanice jsou zřízeny ve všech krajích kromě Ústeckého. Strategie podpory zdraví a rozvoje zdravotních služeb v Ústeckém kraji na období 2015–2020 však zřízení záchytné stanice v kraji deklaruje. V r. 2016 byla definována pravděpodobně potřebná kapacita záchytné stanice v kraji a vyčkávalo se na účinnost zákona č. 65/2017 Sb., o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek, a vypracování prováděcího předpisu k provozování záchytných stanic. V r. 2017 budou zahájeny kroky k realizaci veřejné zakázky na zajištění stanice. Ne všechny kraje ale disponují údaji o počtu hospitalizovaných klientů. Někteří koordinátoři upozorňují na absenci návazných služeb, které by s osobami po propuštění z protialkoholní záchytné stanice dlouhodobě pracovaly na léčbě závislosti či na motivaci ke změně chování. Data za záchytné stanice byla ve výročních zprávách zmíněna jen některými KPK, jsou tedy orientační.

V Moravskoslezském kraji jsou v současné době provozovány 4 protialkoholní záchytné stanice. Tři protialkoholní záchytné stanice jsou provozovány v rámci zdravotnických zařízení, jejichž zřizovatelem je Moravskoslezský kraj. Jedná se o Nemocnici ve Frýdku-Místku, příspěvková organizace a pracoviště Zdravotnické záchranné služby Moravskoslezského kraje, příspěvková organizace v Opavě a Karvině. Další protialkoholní záchytná stanice je provozována Městskou nemocnicí Ostrava, příspěvkovou organizací, jejímž zřizovatelem je Statutární město Ostrava. Od října 2016 byla rozšířena kapacita Terapeutického centra Renarkon v Ostravě (dříve Drogová poradna Renarkon), byl navýšen úvazek z 1,0 na 2,4 úvazků a rozšířena provozní doba. V dubnu 2016 Drogová poradna rozšířila cílovou skupinu o hazardní hráče a uživatele alkoholu.

Tabulka 4-7: Kapacita protialkoholních záchytných stanic v r. 2016

Kraj	Počet PZS	Počet lůžek	Počet klientů	Poznámka/město
Hl. m. Praha	1	22*	5 646*	–
Středočeský	3	14*	864*	Mladá Boleslav, Kolín, Příbram
Jihočeský	1	9	1 435	České Budějovice
Plzeňský	1	9*	1 685*	Plzeň
Karlovarský	1	5	742	Sokolov
Ústecký	0	0	0	–
Liberecký	1	10	708	Liberec
Královéhradecký	1	8	1 198	Hradec Králové
Pardubický	1	11	1 006	Pardubice
Vysočina	1	13*	1 147*	Jihlava
Jihomoravský	1	13	3 062	Brno
Olomoucký	1	15*	1 645*	Olomouc
Zlínský	1	7*	1 420	Kroměříž
Moravskoslezský	4	35*	5 594*	Frýdek-Místek, Karviná, Opava (zřizovány krajem), Ostrava (zřizováno městem)
Celkem	18	171	26 152	–

* údaje o PZS nejsou aktualizovány

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

Služby internetového poradenství v oblasti návykových látek a závislostí jsou poskytovány v hl. m. Praze (Drogové informační centrum, Končím s hulením, Končím s pitím, organizace SANANIM z.ú. v Jihomoravském kraji (EXTC poradna, organizace Společnost Podané ruce o.p.s.) a v Moravskoslezském kraji (Drogová poradna, organizace Renarkon,

o.p.s.). K dalším ojedinělým realizovaným službám patří Právní poradna A. N. O. v hl. m. Praze a Vzdělávací centrum I.E.S. Společnosti Podané ruce o.p.s. v Jihomoravském kraji.

V Ústeckém kraji byl v r. 2016 ukončen projekt RELIÉF – poradenské a vzdělávací centrum. V r. 2016 již nevykazoval žádné výkony. V kraji v r. 2016 zajišťovala služby ve věznicích pouze organizace Most k naději, z.s., s programem Protidrogové programy v penitenciálních zařízeních v rámci registrované sociální služby odborné sociální poradenství. Program byl zajišťován terénní formou ve věznicích Bělušice a Nové Sedlo, služby využilo 315 klientů. Uvedený program byl v r. 2016 certifikován, od r. 2017 je plánované rozšíření o věznici Všehrdy. Spolek DRUG-OUT Klub zpracoval na základě poptávky vazebních věznic Litoměřice a Teplice v r. 2016 projekt k zajišťování penitencijní péče. V této souvislosti rozšířila organizace místa poskytování služby odborného sociálního poradenství o tyto věznice a došlo také k rozšíření formy poskytování služby na terénní tak, aby bylo možno služby ve věznicích od r. 2017 zajišťovat. V ostatních krajích mimo certifikované programy s klienty ve výkonu trestu odnětí svobody či vazební věznici pracují též organizace Renarkon o.p.s. a Prevent 99 z.ú.

Při Nemocnici Pardubického kraje provozuje Národní síť podpory zdraví, z.s., v rámci projektu Poradenství a léčba závislosti na tabáku v Pardubickém kraji⁴ poradenské služby dostupné 5 hodin týdně. Tyto služby využívají klienti z celého Pardubického kraje. Od 1. 1. 2017 byla poprvé od r. 2002 zavedena finanční spoluúčast klientů poradny ve výši 500 Kč. Poradenské pracoviště v Nemocnici Pardubického kraje v Pardubicích je součástí sítě center pro závislé na tabáku (viz www.slzt.cz).

Jihomoravský kraj se vyznačuje širokou nabídkou služeb, včetně služeb typu chráněného zaměstnávání, poradenských programů, specifických programů zaměřených na patologické hráče, substitučního programu, drogových služeb ve vězeňství a následné péče, vzdělávacího centra, webové poradny a prevence zneužívání syntetických drog.

4.7 Analýzy sítě služeb

V Jihomoravském kraji byla realizována Analýza drogové situace ve městě Brně a související doporučení pro městskou drogovou strategii. Společnost Podané ruce o.p.s. v r. 2016 realizovala výzkumné šetření mezi žáky devátých ročníků brněnských základních škol a evaluaci projektu a analýza potřeb cílové skupiny (potřeby klientů po propuštění z VTOS).

V rámci protidrogové prevence nechal Ústecký kraj v r. 2016 zhotovit informační a edukativní filmové spoty prezentující jednotlivé druhy sociálních služeb pro osoby závislé či závislostí ohrožené a jejich blízké. Smyslem aktivity bylo objasnit především laické veřejnosti význam drogových služeb a jejich nabídku v kraji. Spoty jsou dostupné veřejnosti v Katalogu sociálních služeb Ústeckého kraje v záložce „Protidrogová prevence“ a na webovém serveru <https://www.youtube.com/>. Nabídnuty k využití byly poskytovatelům drogových služeb, obcím Ústeckého kraje i spolupracujícím organizacím.

Terénní program Centra sociálních služeb Děčín (Ústecký kraj) uskutečnil v r. 2016 dotazníkové šetření zaměřené na využívání lékáren populací uživatelů drog a zjišťování

4 Grantový program odboru sociálních věcí Krajského úřadu PK.

případných možností spolupráce ve všech lékárnách v Děčíně, Benešově nad Ploučnicí a České Kamenici. Výstup šetření bude zpracován v polovině r. 2017. Dále byla v r. 2016 nově sledována kategorie novorozenců, intoxikace se prokázala u 81 novorozenců. Zdrojem dat jsou hlášení Zdravotnické záchranné služby ÚK, Nemocnice Teplice, o.z., Nemocnice Most o.z. a novorozeneckých oddělení v kraji.

Centrum sociálních služeb ve spolupráci s Magistrátem hl. m. Prahy, Pražským centrem primární prevence a agenturou MEDIAN, s.r.o., realizovalo anonymní dotazníkové šetření u žáků pražských škol Agresivní chování vůči učitelům. Sběr dat proběhl v listopadu 2016 prostřednictvím elektronického dotazníku, kterého se účastnilo 18 580 respondentů ve věku 11–21 let.

V Libereckém kraji proběhl Monitoring terénního programu v lokalitách Lomnice nad Popelkou a Jilemnice (Laxus, z.ú.). V Pardubickém kraji byly v r. 2016 prezentovány výstupy z výzkumu organizace Laxus, z.ú., Výzkum scén uživatelů konopných drog.

V Moravskoslezském kraji na přelomu roku 2015 a 2016 zpracovali zástupci Ostravské univerzity na základě objednávky Statutárního města Ostravy „Reflexi drogové scény v Ostravě“, která se stala jedním z podkladů při zpracování dokumentu Strategie protidrogové politiky statutárního města Ostravy na období 2016–2020.

V měsících červen–září 2016 byla městem Bruntál ve spolupráci se společností AUGUR Consulting s.r.o. Brno provedena Analýza v oblasti drogové problematiky ve městě Bruntál (Moravskoslezský kraj). Hlavním cílem analýzy bylo získat informace, které povedou k pochopení konkrétních potřeb jednotlivců a institucí dotčených užíváním návykových látek a závislostmi. Výsledky analýzy byly použity při zpracování Plánu protidrogové politiky Města Bruntál na období 2017–2021.

V Krnově (Moravskoslezský kraj) se i v r. 2016 uskutečnil sběr dat VRCHA (výskyt rizikového chování u adolescentů), mapující zkušenosti žáků 7. tříd základních škol s kouřením, alkoholem a marihuanou. Výsledky byly následně konzultovány se školními metodiky prevence, třídními učiteli a řediteli škol. Licenci výzkumu vlastní Filozofická fakulta Univerzity Palackého v Olomouci, Katedra psychologie.

4.8 Shrnutí identifikovaných nedostatků v síti služeb jednotlivých krajů

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

Tabulka 4-8: Identifikované nedostatky v síti služeb z výročních zpráv krajů v r. 2016

Kraj	Identifikované nedostatky v síti služeb z výročních zpráv krajů v r. 2016
Hl. m. Praha	Chybí služby uváděné v akčním plánu, jako např. ubytovny pro akutní uživatele drog. Hl. m. Praha má také nedostatek substitučních center a kontaktních a poradenských center. Diskutované téma jsou aplikační místnosti.
Středočeský	Nerovnoměrné pokrytí ambulantních služeb a chybějící péče o pacienty v dětském věku.
Jihočeský	Nedostatečná ambulantní psychiatrická péče.
Plzeňský	Absence nízkoprahové AT ambulance a denního stacionáře.
Karlovarský	Nedostatek následné péče. Chybí lůžková a pobytová zařízení, do kterých by poskytovatelé mohli odesílat klienty na krátkodobý či střednědobý pobyt či je využít jako emergenční stanici pro momentální krizi klienta. Taktéž chybí psychologové a psychiatři, kteří by mohli klienta – uživatele návykových látek přijmout bez dlouhých čekacích lhůt. Chybí substituční péče.
Ústecký	Nedostatečná ambulantní péče, nedostatek psychiatrů a psychologů pracujících s cílovou skupinou závislých osob.
Liberecký	Nedostatečná podpora a metodické vedení primární prevence. Chybějící zdravotnická ambulantní léčba (AT ordinace) a zařízení specializované na léčbu dětí a mladistvých. Nízké pokrytí substituční léčbou.
Královéhradecký	Ambulantní programy jsou v kraji nerovnoměrně zastoupené.
Pardubický	Absence kontaktních a poradenských služeb (v České Třebové nebo v Ústí nad Orlicí a ve Svitavách), nedostatečné pokrytí službami ambulantní léčby, absence substitučních programů.
Vysočina	Absence ambulantní poradny v okresech Pelhřimov a Havlíčkův Brod.
Jihomoravský	Nedostatek terénních pracovníků pro krajské město.
Olomoucký	Absence ambulantní péče v Šumperku.
Zlínský	Malý počet lékařských kapacit v oboru psychiatrie se specializací návykové nemoci, navíc nerovnoměrně umístěných v rámci kraje (absence ve spádových okresech Kroměříž, Uherské Hradiště a Vsetín).
Moravskoslezský	Absence pobytové služby pro děti a mladistvé uživatele návykových látek.

4.9 Problematika hazardního hraní

Detailněji byly v jednotlivých výročních zprávách krajů zmíněné informace uvedené v této kapitole.

Pro celý Středočeský kraj byla v r. 2016 uskutečněna informační kampaň s názvem F 63 – špatná sázka. Vznikl webový rozcestník www.F63.cz určený třem cílovým skupinám – hazardním hráčům, jejich blízkým a odborníkům v pomáhajících profesích. Sekce pro hazardní hráče obsahuje základní informace, autodiagnostická vodítka a odkazuje na adresář ambulancí. Zároveň byly distribuovány informační letáky s potřebnými informacemi, zápalky a samolepky s kontakty na pomáhající instituce a publikace

s názvem „Gambler – a co s ním“. V r. 2016 byl zahájen provoz sítě pracovišť poskytujících léčbu hazardním hráčům v 7 regionech kraje (Mladá Boleslav, Nymburk, Kolín, Benešov, Příbram, Mníšek pod Brdy a Beroun). Zaznamenaným trendem byl vzrůstající počet hazardních hráčů vyhledávajících adiktologické služby, včetně hráčů netradičních forem hazardních her (ruleta, poker).

V relevantních adiktologických službách na území Jihočeského kraje tvořili hazardní hráči v předchozích letech spíše marginální skupinu klientů služeb, v průběhu r. 2016 se situace poněkud změnila v důsledku vzniku specializované služby Poradna pro nelátkové závislosti Prevent v Českých Budějovicích. Aktuálně do poradny dochází cca 60 klientů, ve vyšší míře i v souvislosti s problematikou on-line sázení, hraní počítačových her či trávení času na počítačích a elektronických přístrojích obecně.

V rámci projektu Hazardní hraní na EHZ v Královéhradeckém a Pardubickém kraji začala realizace studie k hernám z dotace RVKPP, v r. 2016 proběhl sběr dat.

Tabulka 4-9: Problematika patologického hraní ve strategických dokumentech krajů v r. 2016

Kraj	Problematika patologického hraní je obsažena ve strategických dokumentech
Hl. m. Praha	Protidrogová politika hlavního města Prahy na období 2014–2020
Středočeský	Koncepce protidrogové politiky Středočeského kraje na období 2016–2020
Jihočeský	Minimální síť protidrogových služeb na území Jihočeského kraje 2015–2018
Plzeňský	Koncepce prevence kriminality a sociálně patologických jevů Plzeňského kraje na léta 2017–2020
Karlovarský	–
Ústecký	Strategie protidrogové politiky Ústeckého kraje na období 2015–2018
Liberecký	Plán protidrogové politiky Libereckého kraje na období 2015–2018
Královéhradecký	Strategie prevence sociálně nežádoucích jevů v Královéhradeckém kraji 2017–2021
Pardubický	–
Vysočina	Strategie protidrogové politiky Kraje Vysočina na období 2016–2019
Jihomoravský	Strategie protidrogové politiky Jihomoravského kraje na období 2010–2018
Olomoucký	Strategický protidrogový plán Olomouckého kraje na období 2015–2018
Zlínský	Koncepce protidrogové politiky ve Zlínském kraji na léta 2015–2019
Moravskoslezský	Strategie protidrogové politiky Moravskoslezského kraje na období 2015–2020



Příloha

Seznam tabulek

Tabulka 1-1:	Počet pachatelů přestupků projednaných v r. 2016 podle § 30, odst. 1, písm. j) zákona č. 200/1990 Sb. v rozdělení podle druhu drogy.	25
Tabulka 1-2:	Počet pachatelů přestupků projednaných v r. 2016 podle § 30, odst. 1, písm. k) zákona č. 200/1990 Sb. podle věku pachatele a druhu drogy.	26
Tabulka 1-3:	Množství drog zajištěných v r. 2016 v rámci projednaných přestupků podle § 30, odst. 1, písm. j) a k) zákona č. 200/1990 Sb. v rozdělení podle druhu drogy.	27
Tabulka 1-4:	Přehled realizovaných studií v roce 2016.	28
Tabulka 2-1:	Postavení krajských protidrogových koordinátorů v r. 2016	32
Tabulka 2-2:	Komise a pracovní skupiny protidrogové politiky v krajích v r. 2016	34
Tabulka 2-3:	Aktuální strategické dokumenty protidrogové politiky v krajích v r. 2016.	36
Tabulka 2-4:	Začlenění oblasti hazardního hraní, alkoholu a tabáku do specifických strategických dokumentů protidrogové politiky kraje.	38
Tabulka 2-5:	Přehled realizovaných konferencí a seminářů v krajích v r. 2016	40
Tabulka 2-6:	Počet místních protidrogových koordinátorů v obcích s rozšířenou působností v roce 2016.	44
Tabulka 3-1:	Přehled zdrojů financování (dotačních titulů), v rámci kterých drogové služby mohou žádat o podporu v jednotlivých krajích.	53
Tabulka 3-2:	Vývoj výdajů na protidrogovou politiku z rozpočtů samospráv v letech 2012–2016 v tis. Kč.	59
Tabulka 3-3:	Výdaje samospráv na jednoho obyvatele ve věku 15–64 v r. 2016	60
Tabulka 3-4:	Výdaje samospráv podle typu služeb a aktivit protidrogové politiky v r. 2016 v tis. Kč (pokračování)	64
Tabulka 3-5:	Přehled financování adiktologických projektů z prostředků ESF v tis. Kč	68
Tabulka 4-1:	Přehled dokumentů upravujících síť služeb pro uživatele návykových látek v kraji v r. 2016	75
Tabulka 4-2:	Programy primární prevence realizované v r. 2016 (mimo prevence realizované školami a školskými zařízeními, preventivních aktivit městské policie, exkurzí v kontaktních centrech, besed apod.)	76
Tabulka 4-3:	Služby v oblasti snižování rizik poskytované v r. 2016 (včetně programů snižování rizik na tanečních akcích, v klubech a prostředí noční zábavy)	79
Tabulka 4-4:	Služby v oblasti ambulantní léčby v r. 2016 (problematické se jeví mísení roční kapacity a kapacity aktuální, kapacita je tedy pouze orientační údaj)	82
Tabulka 4-5:	Služby v oblasti rezidenční léčby v r. 2016 (terapeutické komunity jsou zařazeny ke kraji podle místa realizace projektu)	85
Tabulka 4-6:	Služby v oblasti následné péče v r. 2016	87
Tabulka 4-7:	Kapacita protialkoholních záchytných stanic v r. 2016	89
Tabulka 4-8:	Identifikované nedostatky v síti služeb z výročních zpráv krajů v r. 2016	92
Tabulka 4-9:	Problematika patologického hraní ve strategických dokumentech krajů v r. 2016.	93

Souhrnná zpráva

o realizaci protidrogové politiky v krajích v roce 2016

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

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

Neprodejné

ISBN 978-80-7440-204-3



9 788074 402043