



Sekretariát Rady vlády
pro koordinaci
protidrogové politiky

KOORDINACE

Souhrnná zpráva

o realizaci protidrogové politiky v krajích v roce 2017

T. Černíková, D. Dárek, T. Klíma

>24



Sekretariát Rady vlády
pro koordinaci
protidrogové politiky

Souhrnná zpráva o realizaci protidrogové politiky v krajích v roce 2017

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

Schváleno usnesením Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky ze dne 5. února 2019.

Souhrnná zpráva o realizaci protidrogové politiky v krajích v roce 2017
1. vydání

© Úřad vlády České republiky, 2019

Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky,
nábřeží E. Beneše 4, 118 01 Praha 1

tel.: +420 224 002 111

rvkpp.vlada.cz, drogy-info.cz

Autoři/ Mgr. Tereza Černíková, Daniel Dárek, Tomáš Klíma, DiS.

Editor/ Ing. Lucia Kiššová

Odpovědný redaktor/ Mgr. Tereza Černíková

Jazyková korektura/ PhDr. Alena Palčová

Grafický design/ Missing Element, missing-element.com

Sazba/ Michal Korecký, TAG

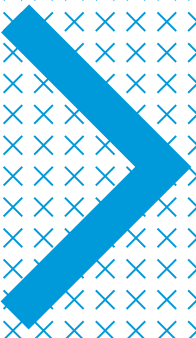
ISBN 978-80-7440-223-4

Pro bibliografické citace/

ČERNÍKOVÁ, T., DÁREK, D., KLÍMA, T. 2019. Souhrnná zpráva o realizaci protidrogové politiky v krajích v roce 2017 [Summary report on the implementation of drug policy in the regions in 2017] KIŠŠOVÁ, L. (Ed.). Praha: Úřad vlády České republiky.

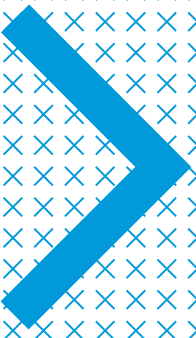
Obsah

Úvod	5
Souhrn	7
Drogová situace v krajích	7
Koordinační mechanismy protidrogové politiky na krajské a místní úrovni	8
Finanční zajištění protidrogové politiky v krajích	9
Síť poskytovatelů služeb pro uživatele drog	10
Kapitola 1	
Drogová situace v krajích	13
1.1 Trendy v užívání drog a způsoby aplikace	13
1.2 Služby na taneční sféře	16
1.3 Užívání drog ve specifických skupinách	17
1.4 Sociálně vyloučené lokality	20
1.5 Hazardní hráčství	23
1.6 Lokální odhady problémových uživatelů drog	23
1.7 Infekční onemocnění v souvislosti s užíváním drog	24
1.8 Intoxikace a předávkování návykovými látkami	25
1.9 Drogová kriminalita	25
1.10 Přestupky v oblasti ochrany před škodami působenými alkoholem a tabákem	26
1.11 Přestupky v oblasti držení drog	27
1.12 Realizované studie na úrovni krajů v oblasti mapování drogové scény	30
Kapitola 2	
Koordinační mechanismy protidrogové politiky na krajské a místní úrovni	33
2.1 Krajské protidrogové koordinátory	33
2.2 Komise a pracovní skupiny v oblasti protidrogové politiky v krajích	35
2.3 Strategické dokumenty protidrogové politiky krajů	37
2.4 Hodnocení strategických dokumentů kraje	41
2.5 Spolupráce s dalšími subjekty	41
2.6 Další aktivity realizované v krajích v oblasti protidrogové politiky	41
2.7 Místní protidrogové koordinátory	41
2.8 Spolupráce krajských a místních protidrogových koordinátorů	46
2.9 Koncepční dokumenty protidrogové politiky měst a obcí s rozšířenou působností	47
2.10 Regulace v oblasti hazardních her rozšířená o loterie a jiné podobné hry v obcích	48
Kapitola 3	
Finanční zajištění protidrogové politiky v krajích	51
3.1 Zajištění financování protidrogové politiky z rozpočtu krajů	51
3.2 Zajištění financování protidrogové politiky v obcích	60
3.3 Výdaje krajů a obcí na protidrogovou politiku v r. 2017	63
3.4 Financování z prostředků evropského sociálního fondu	70
3.5 Analýzy financování sítě služeb v kraji	74
Kapitola 4	
Síť poskytovatelů služeb pro uživatele drog	77
4.1 Programy primární prevence v krajích	79
4.2 Služby v oblasti snižování rizik	82
4.3 Služby v oblasti ambulantní léčby	86
4.4 Služby v oblasti rezidenční léčby	89
4.5 Služby v oblasti následné péče	92
4.6 Ostatní specializované programy	93
4.7 Analýzy sítě služeb a jiné realizované výzkumy	95
4.8 Služby v oblasti hazardního hraní	97
4.9 Shrnutí identifikovaných nedostatků v síti služeb jednotlivých krajů	99
Přílohy	
Seznam tabulek	101



Úvod

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 (Drogová situace v krajích, str. 13), souhrnný přehled a vzájemné srovnání krajů v oblasti koordinace (Koordinační mechanismy protidrogové politiky na krajské a místní úrovni, str. 33), financování protidrogové politiky (Finanční zajištění protidrogové politiky v krajích, str. 51) a dostupnosti služeb v oblasti závislostí (Sít' poskytovatelů služeb pro uživatele drog, str. 77). Tato zpráva poskytuje prostor pro informace vycházející ze znalostí lokální scény, individuálních a třeba i ojedinělých zkušeností poskytovatelů služeb, místních a krajských protidrogových koordinátorů.



Souhrn

Drogová situace v krajích

- ✕ Zneužívání fentanylu, respektive injekční aplikace substance vzniklé vyvařením použitých fentanylových náplastí ze zdravotnického odpadu nebo získaných přímo od onkologických pacientů či jejich příbuzných, bylo poprvé zaznamenáno v r. 2011 a v r. 2017 bylo zaznamenáno v Praze, Středočeském, Plzeňském, Karlovarském, Ústeckém, Libereckém a ojediněle v Jihočeském kraji. Stejně jako v předchozích letech se zvyšuje počet klientů, pro které se fentanyl stává primární drogou.
- ✕ Injekční užívání léku Vendal Retard® bylo poprvé zaznamenáno v r. 2011 a v r. 2017 bylo hlášeno v Jihočeském, Karlovarském, Ústeckém a Plzeňském kraji. V Plzeňském kraji byl v r. 2017 tento lék nejčastěji užívaným opioidem mezi klienty terénních programů a substituční léčby. V Praze je tento lék pravděpodobně používán k výrobě heroínu a morfinu.
- ✕ Z několika krajů bylo hlášeno injekční užívání dalších léků: Palladone® (Plzeňský kraj), OxyContin® (Středočeský, Plzeňský a Jihomoravský kraj), buprenorfinové preparáty (Praha a Ústecký kraj) a Ritalin® (Středočeský kraj).
- ✕ Zpráva Jihočeského kraje uvádí i v r. 2017 mírný nárůst počtu uživatelů heroínu. Obdobný trend byl zaznamenán i v Ústeckém kraji. Ve Středočeském kraji pokračuje proměnlivost v dostupnosti heroínu, v r. 2017 byla opět zaznamenána jeho zvýšená dostupnost v kraji, která přinesla snížení v užívání fentanylu.
- ✕ V Praze, Středočeském, Ústeckém, Libereckém, Královohradeckém a Zlínském kraji se i nadále projevuje stárnutí uživatelů drog, což je doprovázeno zhoršujícím se zdravotním stavem a současně špatnou dostupností lékařské péče. Zprávy krajů ukazují, že v některých regionech se zvyšuje procentuální zastoupení žen v kontaktu s nízkoprahovými službami.
- ✕ Ze strany poskytovatelů služeb jsou hlášena různá specifika práce s romskou menšinou, jako např. nedůvěřivost vůči programům, problémy s vrácením použitých injekčních setů či opakované používání injekčních stříkaček a sdílení použitých jehel, nemožnost navázat práci s klientem více strukturovaně, vícegenerační užívání, nízký věk při zkušenostech s legálními návykovými látkami a nízký věk problémových uživatelů drog.
- ✕ V sociálně vyloučené lokalitě Předlice (Ústecký kraj) identifikovali pracovníci terénních programů faktory důležité pro navázání kontaktů s klienty v sociálně vyloučených lokalitách: zajištění, aby do lokality docházeli stejní pracovníci, orientace v rodových klanech, zapojení místní autority do spolupráce, jednoduchá a stručná komunikace, soulad neverbální komunikace s mluveným projevem, poskytování jasných informací o fungování služby, vyhýbání se zobecňování chování Romů, chápání času v kontextu „ted' a tady“ a znalost příběhu klienta.
- ✕ Ve zprávách krajů se častěji než v předchozích letech objevují informace o uživatelích drog z vietnamské komunity. V Praze se i nadále projevuje fenomén propojování vietnamských občanů bez přístřeší závislých na návykových látkách s osobami bez domova pocházejícími z majoritní společnosti, sdílení společně vybudovaných přístřeší, squatů a stanů. I nadále však tato komunita zůstává napříč kraji pro adiktologické služby obtížně přístupná.

Koordinační mechanismy protidrogové politiky na krajské a místní úrovni

- ✗ Funkce krajského protidrogového koordinátora (KPK) je zřízena ve všech krajích; v Moravskoslezském kraji agendu zajišťuje referent pro sociální služby. Funkce koordinátora je často kumulovaná s jinou agendou, na celý úvazek funkci krajského protidrogového koordinátora v r. 2017 vykonávalo 7 koordinátorů. V Kraji Vysočina nebyla pozice KPK obsazená od listopadu 2016 do července 2017, v Praze od prosince 2016 do května 2017.
- ✗ V 7 krajích ze 14 jsou zřízeny komise kraje pro otázky protidrogové politiky; ve 3 krajích se protidrogovou politikou zabývají poradní komise se širším záběrem (Plzeňský, Karlovarský, Ústecký). V dalších 3 krajích (Královéhradeckém, Jihomoravském a Moravskoslezském), ve kterých není zřízena komise, existují pracovní skupiny, které se koordinací protidrogové politiky zabývají. Ve Zlínském kraji v r. 2017 nepůsobila ani komise, ani pracovní skupina změněná na oblast protidrogové politiky.
- ✗ V Karlovarském kraji v r. 2017 zanikla Krajská protidrogová komise, i nadále zůstává zřízena pracovní skupina, která se specificky zabývá tématem protidrogové politiky. Do r. 2016 byl v kraji platný samostatný strategický dokument upravující protidrogovou politiku, na který však v r. 2017 nenavázal žádný další strategický dokument.
- ✗ Protidrogová politika krajů většinou vychází z krajského specifického strategického dokumentu pro oblast protidrogové politiky, s výjimkou Plzeňského kraje, kde je protidrogová politika součástí širší strategie pokrývající celkově oblast prevence kriminality, Královéhradeckého kraj, kde je protidrogová politika součástí strategie prevence sociálně nežádoucích jevů a Karlovarského kraje.
- ✗ Až na výjimky specifické strategické dokumenty krajů zahrnují i problematiku hazardního hraní, alkoholu a tabáku. Strategie Jihomoravského kraje nezačleňuje ani oblast alkoholu a tabáku, ani hazardního hraní a zabývá se pouze otázkami nelegálních drog. Tyto oblasti v Jihomoravském kraji upravují krátkodobé strategické dokumenty, které rozvíjejí strategii protidrogové politiky kraje a jsou nástrojem pro její implementaci. Obdobně i strategie Jihočeského kraje tyto oblasti protidrogové politiky nezahrnuje, ale dokument *Minimální síť protidrogových služeb na území Jihočeského kraje 2015–2017* se zabývá službami jak pro uživatele drog, tak alkoholu i pro hazardní hráče.
- ✗ V několika krajích vešly v r. 2017 v platnost nové strategické dokumenty protidrogové politiky: Koncepce prevence kriminality a sociálně patologických jevů Plzeňského kraje na léta 2017–2020, Akční plán realizace Koncepce protidrogové politiky Středočeského kraje na období 2017–2018 a Akční plán protidrogové politiky na rok 2017 s výhledem pro rok 2018 v Praze.
- ✗ Na úrovni obcí zajišťují koordinaci protidrogové politiky místní protidrogoví koordinátoři (MPK). Pozice MPK byla v r. 2017 ustavena ve všech 22 správních obvodech Prahy a ve 192 obcích s rozšířenou působností z celkového počtu 205. Z toho v 15 obcích nejde přímo o pozici MPK, ale o určenou kontaktní osobu pro danou problematiku. V r. 2017 došlo k ustanovení pozice MPK ve 4 obcích Středočeského kraje a 3 obcích Pardubického kraje, naopak ke snížení počtu MPK došlo v Královéhradeckém a Moravskoslezském kraji.
- ✗ V r. 2017 vešel v platnost Plán protidrogové politiky města Bruntál na období 2017–2021 a Koncepce prevence kriminality a protidrogové politiky města Opavy

2017–2021 (Moravskoslezský kraj) a Plán činnosti v oblasti prevence kriminality, protidrogové prevence a prevence rizikového chování v regionu Moravský Krumlov na období 2017–2019 (Jihomoravský kraj). Město Havířov (Moravskoslezský kraj), kde je dosud protidrogová politika řešena v rámci Koncepce prevence kriminality, připravuje samostatný strategický dokument upravující protidrogovou politiku.

Finanční zajištění protidrogové politiky v krajích

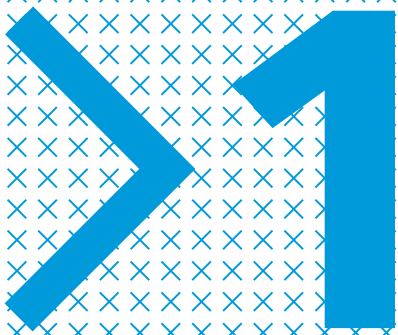
- ✘ Na financování protidrogové politiky se podílí jak rozpočet státu, tak i rozpočty krajů a obcí. Pravděpodobně nejvýznamnější rozdíly jsou v charakteru, rozsahu a zaměření jednotlivých nástrojů, které kraje používají k financování adiktologických služeb. Dominantním nástrojem podpory jsou i nadále jednoleté dotace distribuované na základě výsledků dotačních či grantových řízení, které jsou využívány ve všech krajích. V Praze jsou jednoleté dotace použity v kombinaci s víceletými individuálními, účelovými dotacemi, ve Středočeském, Pardubickém, Plzeňském, Libereckém a Moravskoslezském kraji s individuálními dotacemi na základě přímé žádosti poskytovatele služeb.
- ✘ Adiktologické služby, kromě čistě zdravotnických nebo školských, zahrnují kraje do systému sociálních služeb a přizpůsobují tomu i jejich financování. Služby pro uživatele drog poskytované nestátními neziskovými organizacemi se tak na úrovni krajů čím dál častěji stávají pouze součástí sociálních služeb, bez potřeby opory ve specifických sítích drogových služeb, systémech kontroly kvality či zvláště určených dotačních titulech. Celkem 11 krajů financuje ze svých prostředků v oblasti adiktologických služeb výhradně registrované sociální služby a další 3 kraje financování adiktologických služeb prostřednictvím dotačních titulů určených pro sociální služby umožňují.
- ✘ Z celkem 40 dotačních programů vyhlášených kraji je certifikace odborné způsobilosti adiktologických služeb, která dokládá odbornost poskytované péče, jako podmínka aplikována pouze u 12.
- ✘ Kraje v r. 2017 vynaložily na protidrogovou politiku ze svých zdrojů 225,2 mil. Kč, obce pak 77 mil. Kč, samosprávy celkem tedy 302,2 mil. Kč, což představuje nejvýraznější meziroční nárůst za posledních 10 let. Objem výdajů z rozpočtů samospráv se oproti r. 2016 navýšil o 33,4 mil. Kč.
- ✘ Měřeno absolutní výší částky, v r. 2017 se nejvíce finančních prostředků na protidrogovou politiku ze strany samospráv vynaložilo v Praze (71,9 mil. Kč), v Moravskoslezském (37,2 mil. Kč) a Jihomoravském kraji (33,6 mil. Kč).
- ✘ Na spolufinancování protidrogové politiky v kraji z rozpočtu samospráv se obce podílí různou měrou. Jejich podíl se pohybuje od 5,6 % v Královéhradeckém kraji, 11,8 % v Karlovarském kraji a 13,4 % v Kraji Vysočina až po 41,7 % v Plzeňském kraji, 53,0 % v Moravskoslezském kraji a 65,5 % v Ústeckém kraji. Celorepublikový průměrný podíl obcí na celkovém financování samospráv je 25,5 %.
- ✘ V r. 2017 se obce a kraje celkem podílely na financování jednotlivých oblastí protidrogové politiky následovně: oblast harm reduction (82,4 mil. Kč), záchytné stanice (74,3 mil. Kč), primární prevence (41,0 mil. Kč), ambulantní služby (35,6 mil. Kč), rezidenční služby (35,6 mil. Kč), následná péče (22,6 mil. Kč), preventivní a léčebné služby ve vězení (1,4 mil. Kč), koordinace, výzkum a informace (1,7 mil. Kč) a ostatní oblasti (7,5 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. Podle tohoto modelu činily v r. 2017 finanční příspěvky od obcí Jihočeského kraje celkem 2 213 223 Kč. 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. 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.

Síť poskytovatelů služeb pro uživatele drog

- × 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 (Středočeský, Plzeňský, 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 z pohledu geografické dostupnosti. Problémem, na který krajští protidrogoví koordinátoři v dostupnosti služeb upozorňují především, je dostupnost časová, kapacitní (personální) a také dostupnost některých složek či programů jednotlivých služeb.
- × Významné nedostatky koordinátoři napříč kraji konstatují, stejně jako v předchozích letech, zejména v dostupnosti ambulantní léčby, neochotě lékařů pracovat s klientelou uživatelů návykových látek a péče pro klienty s duálními diagnózami.
- × Kontaktní centrum organizace POINT 14 v Plzni od prosince 2016 zavedlo program výměny injekčních stříkaček a jehel. Od ledna 2018 je také opět v nepřetržitém provozu automat na injekční materiál, který v r. 2017 nebyl přístupný.
- × V r. 2017 vznikaly napříč kraji nové služby: adiktologická ambulance pro děti a dorost organizace Prev-Centrum, adiktologické centrum organizace Středisko prevence a léčby závislostí – Drop-In (Praha), dorostová ambulance v Příbrami v rámci Centra adiktologických služeb organizace Magdaléna (Středočeský kraj), adiktologická ambulance pro děti a mládež organizace DRUG-OUT Klub a rozšíření ambulantních poradenských služeb v Chomutově a Klášterci nad Ohří organizace Světlo Kadaň (Ústecký kraj), adiktologická ambulance organizace Remedis v Brně a služby ambulantní léčby a následné péče organizace Renadi (Jihomoravský kraj).
- × Zejména díky dotačnímu titulu Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky na podporu služeb pro patologické hráče je od r. 2013 zaznamenán vznik nových služeb pro hazardní hráče či rozšíření cílové skupiny stávajících služeb o hazardní hráče. V 9 krajích byla v r. 2017 krajská centra pro léčbu patologického hráčství (Praha, Jihočeský, Plzeňský, Ústecký, Liberecký, Královéhradecký, Jihomoravský, Olomoucký a Zlínský kraj). S tím souvisí i nárůst počtu hazardních hráčů v kontaktu se službami.

- ✘ 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.
- ✘ Z poskytnutých údajů ve výročních zprávách stojí za zmínku stav sítě služeb v Karlovarském kraji, kde nebylo (stejně jako v předchozích letech) identifikováno více typů služeb, v r. 2017 v kraji působil pouze 1 certifikovaný poskytovatel primární prevence, zcela chybí detoxifikace, program substituční léčby, doléčovací program či terapeutická komunita.
- ✘ Informace o kapacitách jednotlivých služeb jsou pouze orientační. Data ze služeb zajišťujících snižování rizik jsou nejpodrobnější a nejlépe zpracována. Bohužel, ani krajsí 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 protidrogových koordinátorů ve spolupráci s místními protidrogovými koordinátory a poskytovateli služeb.



1.1 Trendy v užívání drog a způsoby aplikace

V r. 2011 bylo poprvé zaznamenáno zneužívání opioidních léků na lékařský předpis (viz Souhrnnou zprávu 2012), tento trend pokračoval i v r. 2017. Zneužívání fentanylu, respektive injekční aplikace substance vzniklé vyvařením použitých fentanylových náplastí ze zdravotnického odpadu nebo získaných přímo od onkologických pacientů či jejich příbuzných, se objevuje v Praze, Středočeském, Plzeňském, Karlovarském, Libereckém a Ústeckém kraji a ojediněle v Jihočeském kraji. Stejně jako v předchozích letech se zvyšuje počet klientů, pro které se fentanyl stává primární drogou. V Plzeňském kraji terénní programy Spolu Ulice Plzeň poprvé v historii nezaznamenaly žádného klienta užívajícího heroin jako primární drogu, heroin nahradily opioidní léky. Pokračuje také trend vyvařování buprenorfinových náplastí a následně injekční užívání vzniklého roztoku.

Injekční užívání léku Vendal Retard®, obsahujícího morfin, bylo v r. 2017 hlášeno v Jihočeském, Plzeňském, Karlovarském a Ústeckém kraji. V Plzeňském kraji byl v r. 2017 Vendal Retard® druhou nejčastěji užívanou látkou mezi klienty terénních programů (četnější byli uživatelé pervitinu) a nejčastější primární drogou klientů vstupujících do substituční léčby. V Praze je tento lék používán k výrobě heroínu a morfinu; v r. 2017 se na trhu objevoval silný heroin acetylizovaný pravděpodobně z léku Vendal Retard®.

Dále bylo zaznamenáno injekční užívání léku Palladone® s účinnou látkou hydromorfon v Plzeňském kraji a léku OxyContin® s účinnou látkou oxykodon na Kyjovsku (Jihomoravský kraj), na Kolínsku, Kutnohorsku a Čáslavsku (Středočeský kraj) a na Rokycansku (Plzeňský kraj). Také ve Zlínském kraji bylo zaznamenáno užívání opioidních léků na předpis, v Královéhradeckém kraji narůstá počet jejich uživatelů.

Část klientů jimi nahrazuje užívání substitučních přípravků. Na Mostecku (Ústecký kraj) byl zaznamenán nárůst injekčních uživatelů přípravků s obsahem buprenorfinu.

Napříč kraji byla zaznamenána zhoršená nebo kolísavá kvalita pervitinu, v souvislosti s tím byly u klientů služeb zaznamenány zdravotní komplikace, častější toxické psychózy či jiné nepředvídatelné duševní stavy. Důsledkem kolísavé kvality pervitinu také pracovníci služeb častěji pozorovali vzrůstající trend polymorfního užívání či nahrazování pervitinu jinými látkami. V jednotlivých krajích šlo zejména o užívání alkoholu (Středočeský, Plzeňský, Karlovarský, Ústecký, Liberecký, Jihomoravský a Olomoucký kraj), organických rozpouštědel (Plzeňský, Karlovarský a Jihomoravský kraj), konopných látek (Středočeský, Plzeňský, Liberecký, Jihomoravský a Olomoucký kraj), nových syntetických drog (Praha a Jihočeský kraj) a benzodiazepinů (Středočeský, Jihočeský, Plzeňský, Karlovarský, Ústecký, Liberecký, Jihomoravský a Olomoucký kraj). V některých regionech dochází během letních měsíců k užívání surového opia (Praha, Středočeský, Královéhradecký, Jihomoravský, Olomoucký a Zlínský kraj). Užívání opiátů získaných sběrem surového opia na makových polích s sebou přináší rizika zdravotních komplikací. Obdobně je sezonně běžné užívání psychoaktivních hub (Středočeský, Liberecký, Jihomoravský a Olomoucký kraj).

Zpráva Jihočeského kraje uvádí i v r. 2017 mírný nárůst počtu uživatelů heroinu. Obdobný trend byl zaznamenán i v Ústeckém kraji. Ve Středočeském kraji pokračuje proměnlivost v dostupnosti heroinu, v r. 2015 byl zaznamenán návrat heroinu na drogovou scénu, následně v r. 2016 došlo ke snížení jeho nabídky a v r. 2017 byla opět zaznamenána zvýšená dostupnost heroinu, která přinesla snížení v užívání fentanylu. V Plzeňském kraji se zvyšuje počet klientů užívajících organická rozpouštědla, zvyšuje se i počet klientů, kteří je označují za primární drogu. Uživatelé organických rozpouštědel jsou hlášeni i z Ústeckého a Moravskoslezského kraje. Na Kolínsku, Kutnohorsku a Čáslavsku (Středočeský kraj) pracovníci služeb zaznamenali injekční užívání léku Ritalin® s účinnou látkou metylfenidát. V Jihočeském kraji se stejně jako v předchozích letech stále častěji objevují nárazové informace o užívání kokainu¹, obdobné informace přináší i zpráva Královéhradeckého kraje.

Stejně jako v předchozích letech platí, že užívání nových syntetických látek se objevuje mezi klienty adiktologických služeb napříč všemi kraji velmi ojediněle a jednorázově. V Karlovarském kraji služby zaznamenaly zneužívání tzv. poppers². V Plzeňském kraji klienti zmiňovali obavy související s užíváním nových syntetických drog. Na Mostecku (Ústecký kraj) pracovníci služeb zaznamenali skupinu experimentátorů s novými syntetickými látkami, se kterou se však nedaří navázat kontakt. V Praze se v r. 2017 objevovaly četné případy zneužívání léku Stopex® s účinnou látkou dextromethorfan dětmi, mladistvými a psychiatrickými pacienty.

Služby na Brněnsku (Jihomoravský kraj) poukazují na častý vzorec chování klientů, užívání alkoholu pro zmírnění těžkých duševních stavů. U žen byl zaznamenán vzorec skrývaného pití alkoholu, často související se vztahovou dynamikou a v kombinaci

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

2 Poppers je slangový výraz pro chemické látky alkyl nitridy. Jde o těkavé látky s krátkodobým účinkem v řádu minut. Jejich zneužívání je často spojováno se sexuálními zkušenostmi.

s užíváním benzodiazepinových léků. Na Vyškovsku (Jihomoravský kraj) byla rozšířena cílová skupina nízkoprahové služby o uživatele alkoholu.

Nejčastější forma užívání pervitinu či opiátů je i nadále injekční užívání. V Jihočeském kraji se v r. 2017, stejně jako v předchozích 2 letech, snižoval počet problémových uživatelů drog v kontaktu s nízkoprahovými službami. Nově však v kraji došlo i k poklesu vydaných injekčních stříkaček. Naopak na Brněnsku a Kyjovsku (Jihomoravský kraj) počet vydaných injekčních stříkaček i nadále meziročně narůstá. V Libereckém kraji pracovníci nízkoprahových služeb zaznamenali tendence přecházení k injekční aplikaci, zejména u mladších uživatelů. Terénní program Centrum JANA v Plzeňském kraji (organizace Network East-West) evidoval v r. 2017 nárůst počtu vyměněných stříkaček oproti loňskému roku o 100 %. Přestože Centrum terénních programů Středočeského kraje (Semiramis) již druhým rokem zaznamenalo meziroční pokles celkového počtu výměn přibližně o 20 %, došlo v r. 2017 k výraznému navýšení počtu vydaných injekčních stříkaček v lokalitách Neratovice, Čelákovice a Kralupy nad Vltavou. V Přerově a v Prostějově (Olomoucký kraj) probíhala v některých lékárnách i v r. 2017 bezplatná distribuce setů s harm reduction materiálem k injekční aplikaci.

Služby napříč regiony kormě injekční aplikace zmiňují i jiné způsoby užívání drog. Na Blanensku (Jihomoravský kraj) dlouhodobě klesá počet injekčních uživatelů drog, klienti přecházejí na alternativní způsoby aplikace, nebo s injekční aplikací nezačínají. Kontaktní centrum v Trutnově organizace RIAPS Trutnov (Královéhradecký kraj) i přes nárůst počtu klientů zaznamenalo pokles vydaných injekčních stříkaček, a naopak nárůst vydaných želatinových kapslí o 184 %. Na Nymbursku (Středočeský kraj) se lehce snížil počet injekčních uživatelů drog, jako alternativu častěji využívali alobal, tzv. šňupátka a želatinové kapsle. V Plzeňském kraji i v r. 2017 pokračovalo snižování počtu distribuovaných kusů tzv. šňupátek a alobalů ke kouření, naopak se navýšil počet distribuovaných želatinových kapslí. Také v regionech Kolínska, Čáslavska a Kutnohorska (Středočeský kraj) byl stejně jako v předchozím roce zaznamenán častější zájem o želatinové kapsle a tzv. šňupátka mezi problémovými uživateli drog. Na Kadaňsku (Ústecký kraj) se pracovníkům nízkoprahových služeb podařilo, aby část klientů přešla k méně rizikovému způsobu užívání prostřednictvím želatinových kapslí nebo tzv. šňupátek. Naopak v Libereckém kraji je zejména mezi mladšími uživateli drog tendence přecházet z alternativních způsobů aplikace k injekční aplikaci. Zájem o distribuci harm reduction materiálu pro alternativní aplikaci drog byl zaznamenán zejména ze strany klientů s vážnějšími somatickými problémy.

V Praze, Středočeském, Ústeckém, Libereckém, Královéhradeckém a Zlínském kraji se i nadále projevuje stárnutí uživatelů drog, což je doprovázeno zhoršujícím se zdravotním stavem a současně špatnou dostupností lékařské péče, zejména péče gynekologické, chirurgické, dermatovenerologické a péče praktických lékařů. Samostatnou oblastí je téměř absolutní nedostupnost stomatologické péče, při které je pravidlem finanční spoluúčast pacienta.

Zprávy krajů ukazují, že v některých regionech se zvyšuje procentuální zastoupení žen v kontaktu s nízkoprahovými službami. Na Znojemsku (Jihomoravský kraj) se poměr mezi muži a ženami vyrovnává, ve Středočeském kraji podíl mužů v kontaktu s nízkoprahovými programy již 5. rokem klesá. V kontaktním centru v Chomutově (Ústecký kraj) je situace obdobná, ženy představují třetinu klientů služby, v předchozích letech to byla čtvrtina.

I v r. 2017 pokračovala osvědčená spolupráce substitučního centra Spolku Ulice Plzeň (Plzeňský kraj) s agenturou domácí péče. Dvěma klientům, kteří vlivem dlouhodobě nepříznivého somatického zdravotního stavu nemohou denně docházet do substitučního centra, je tak zajištěn výdej substituční látky.

Na Kyjovsku (Jihomoravský kraj) pozorují pracovníci nízkoprahového zařízení proměnu v uplatnění na trhu práce, v r. 2017 mělo práci 80 % klientů služby. Obdobná situace byla zaznamenána i v regionech Mostecká a Lounská (Ústecký kraj), kde došlo ke snížení počtu nezaměstnaných klientů odhadem o 30 %. S tím souvisí i zvýšená možnost ubytovat se v ubytovnách a menší potřeba navštěvovat kontaktní místnost v nízkoprahových zařízeních za účelem instrumentální pomoci. Naopak v Ústí nad Labem (DRUG-OUT Klub) či v Plzni (Spolek Ulice Plzeň) je pozorováno zhoršení socioekonomického stavu klientů, intenzivněji čerpají nabídku potravin z potravinové banky nebo oblečení z šatníku, které služba nabízí. V Plzeňském kraji za uplynulých 11 let pozorují pracovníci nízkoprahových služeb změnu v bydlení klientů, a to z městských bytů na ubytovny až k současnému bydlení ve squatech a v dalších prostorách, které nejsou k bydlení primárně určeny.

1.2 Služby na taneční sféře

Specifické preventivní programy na tanečních a hudebních akcích nejsou v ČR rozšířené, což souvisí s limitovanou finanční podporou těchto aktivitám a neexistencí specifického nástroje pro navázání kontaktu s touto specifickou scénou, který by nahradil v minulosti realizované intervence testování nebo sběr vzorků drog na chemickou analýzu, které nebyly na národní úrovni akceptovány jako nástroj přístupu harm reduction. Stále častěji se ale preventivním aktivitám v prostředí noční zábavy věnují terénní programy, 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 konopné látky, pervitin, extáze, halucinogenní látky a poppers, ojediněle i tzv. nové syntetické drogy. Zejména v Jihočeském kraji byl zaznamenán dlouhodobý trend návratu extáze do prostředí noční zábavy, informace o návratu extáze se objevují také ve zprávě Olomouckého kraje. V Královéhradeckém kraji se objevuje ve větší míře užívání extáze a stimulačních látek na tanečních akcích a v klubech osobami, které do kraje za tímto účelem přijíždí, nejčastěji z Prahy. V Jihočeském a Karlovarském kraji se i nadále objevují informace o užívání kokainu, zejména mezi mladými lidmi s vyšším sociálním statutem. V Karlovarském kraji bylo zaznamenáno i snížení ceny kokainu. Na Mladoboleslavsku (Středočeský kraj) byl v prostředí noční zábavy zaznamenán příklon k hazardní hře, častěji se objevují hráči hazardních her, kteří jej nekombinují s užíváním návykových látek.

Program Terénních programů Brno Společnosti Podané ruce s názvem *Hard & Smart – terénní práce v prostředí noční zábavy* nabízí řadu intervencí prostřednictvím informačního stánku³ a tzv. klidových zón. V r. 2017 terénní pracovníci programu navštívili celkem 18 akcí v Praze, Jihomoravském a Olomouckém kraji, působili také ve Zlínském kraji.

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

Na nich se ukázalo, že tzv. undergroundové akce elektronické hudby byly více spojeny s užíváním nelegálních návykových látek, zatímco na ostatních akcích směřovaly zakázky návštěvníků spíše k tématům rizikové konzumace alkoholu. V r. 2017 služba zaznamenala zvýšený zájem ze strany majitelů hudebních podniků a organizátorů festivalů. Přesto pracovníci programu označují prostředí nočního života v Brně za dlouhodobě rizikové a koncepčně nepodchycené. Naopak v Královéhradeckém kraji ze strany promotérů akcí není o služby v prostředí noční zábavy zájem a ve Středočeském kraji se pracovníci adiktologických programů na festivaly nemohou dostat oficiální cestou s vysvětlením, že drogy se na těchto akcích nevyskytují. Informace od klientů a účastníků festivalu však ukazují na vysokou dostupnost drog.

V Praze působí v prostředí nočního života programy organizací PROGRESSIVE, SANANIM, Středisko prevence a léčby drogových závislostí – Drop In a Společnost Podané ruce. V r. 2017 realizovaly preventivní aktivity na letních hudebních festivalech v Olomouckém kraji Terénní programy Olomouc (Společnost Podané ruce). Terénní programy Magdaléna 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 a Laxus. V Jihočeském kraji dochází ze strany služeb k nárazovému mapování situace na jednotlivých akcích. V Plzeňském kraji organizace POINT 14 ve spolupráci s místními kluby realizuje 1× měsíčně projekt *Be Safe – intervence v prostředí noční zábavy* a v letních měsících působí i na venkovních akcích a festivalech. V Ústeckém kraji organizace Most k naději realizuje tzv. THC terén, který se zaměřuje na vyhledávání a poskytování intervencí uživatelům marihuany v prostředí nočních barů a klubů. Terénní programy na Litoměřicku (organizace Oblastní spolek Českého červeného kříže Litoměřice) v r. 2017 opakovaně zprostředkovaly společná setkání majitele největšího hudebního klubu, zástupců obce a městské policie, od r. 2018 jsou v tomto klubu realizované noční terénní programy. V Jihočeském a Středočeském kraji v rámci intervencí v prostředí noční zábavy nebyl v r. 2017 nabízen výměnný program, podle zkušeností pracovníků o něj nebyl zájem.

V několika krajích byla zaznamenána i spolupráce organizací působících v prostředí nočního života s výrobci alkoholu na osvětových akcích týkajících se rizik spojených s konzumací alkoholu, např. *Respektuj 18* (Plzeňský kraj) nebo *Pijte s Mírou* (Jihomoravský kraj).

1.3 Užívání drog ve specifických skupinách

O užívání drog ve specifických skupinách populace, jako jsou cizinci, etnické menšiny či skryté populace, jsou k dispozici pouze velmi omezené informace. Nejpočetnější etnickou menšinou, se kterou služby v jednotlivých krajích pracují, jsou Romové. Cizinci a další 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, především v mladších věkových skupinách. V Českých Budějovicích tvoří Romové 27 % klientů terénního programu. Pracovníci odhadují, že 60 % klientů Terénních programů v Brně organizace Společnost Podané ruce jsou romského etnika (Jihomoravský kraj). Injekční užívání heroínu je mezi klienty Kontaktního centra v Brně (Společnost Podané ruce) rozšířené obzvláště v romské

komunitě. Romové jsou primární cílovou skupinou v brněnském Terapeutickém centru na Bratislavské (Společnost Podané ruce) a významně jsou zastoupeni i v brněnských substitučních programech: v metadonovém substitučním programu se všichni registrovaní klienti hlásí k romskému etniku. Ke konci r. 2017 (resp. počátku r. 2018) vzniklo v Brně nové kontaktní centrum organizace Drom, kde cílovou skupinou jsou zejména romští uživatelé. Naopak ve Znojmě (Jihomoravský kraj) se nedaří navázat kontakt s romskými klienty, přestože ve městě je skrytá početná skupina uživatelů drog tohoto etnika.

Napříč republikou se daří pracovat s romskými klienty v terénních programech a kontaktních centrech, jejich počet v kontaktu roste. Výjimku v tomto ohledu tvoří Praha, kde v r. 2017 došlo ke snížení počtu romských klientů vlivem problémů s bydlením a následným přestěhováním do obcí ve Středočeském kraji.

Na Karlovarsku byl i v r. 2017 zaznamenán postupný nárůst počtu uživatelů návykových látek z romského etnika v kontaktu s nízkoprahovými programy. Romové tvoří více než 20 % z celkového počtu klientů kontaktního centra a 15–20 % z celkového počtu klientů terénních programů. V Jablonci nad Nisou (Liberecký kraj) tvoří klienti romského etnika 35 % ze všech klientů terénních programů. Informace z Libereckého kraje ukazují, že Romové starší 6 let přicházejí do kontaktu s užíváním drog, buď v rodině, nebo ve skupině kamarádů a užívání drog se u nich objevuje od věku 15 let. Kontaktní centrum v Plzeňském kraji (organizace KOTEC) zaznamenalo nárůst počtu romských uživatelů drog, jde především o víkendové užívání. Přibližně 50 % všech klientů Terénních programů Ulice organizace Spolek Ulice Plzeň náleží k romské menšině. Při práci na bytech uživatelů je to až 95 % klientů. V Ústeckém kraji tvoří Romové až třetinu klientů adiktologických služeb, na Šluknovsku a Teplicku potom až polovinu. Na Nymbursku (Středočeský kraj) Romové tvoří třetinu z celkového počtu klientů kontaktního centra, ve většině případů jde o polyvalentní uživatele, kde dominuje užívání heroínu. Kvalifikační odhady pracovníků upozorňují na velmi vysokou prevalenci virové hepatitidy typu C, typická pro tyto klienty je také migrace mezi jednotlivými obcemi v okolí města Nymburk. V r. 2017 pracovníci poprvé zaznamenali více uživatelů legálně získaných substitučních preparátů než těch, kteří získávají substituční přípravky z černého trhu. Ve Zlínském kraji je v kontaktu s nízkoprahovými službami přibližně 50 uživatelů drog z romského etnika. V Olomouckém kraji je injekční užívání buprenorfinu spojeno téměř výhradně s komunitou oláských Romů.

V Ústeckém kraji zaznamenali pracovníci služeb informace o možném vlivu tzv. brexitu⁴ na drogovou scénu v kraji. Objevují se informace o návratu Romů, v současnosti žijících ve Velké Británii, kteří mají problémy s užíváním konopných látek a stimulačních drog, včetně kokainu. Objevují se také obavy z budoucích konfliktů těchto osob s místní romskou komunitou.

I nadále se nedaří romské klienty ve větší míře motivovat do léčby a stejně jako v předchozích letech jsou ze strany poskytovatelů služeb napříč kraji hlášena různá specifika práce s romskou klientelou, jako např. nedůvěřivost vůči programům, problémy s vracením použitých injekčních setů, opakované používání injekčních stříkaček či sdílení použitých jehel, nemožnost navázat více strukturovaný kontakt, vícegenerační užívání,

4 Brexit je zkrácený název pro ukončení členství Velké Británie v Evropské unii, ke kterému má dojít na základě rozhodnutí britských voličů v referendu konaném v červnu 2016.

nízký věk při zkušenostech s legálními návykovými látkami a nízký věk problémových uživatelů drog.

V Ústeckém kraji se zvyšuje zapojení Romů do drogové kriminality, v Jihočeském kraji je vysoké zapojení romské populace do výroby a obchodu s pervitinem ustáleným trendem posledních let.

V r. 2017 se stejně jako v předchozím roce dařilo terénním programům na Kolínsku více proniknout do skupiny olašských Romů, se kterou byly v minulosti kontakty velmi sporadické. Některé z klientů se dařilo navázat i na služby kontaktního centra a AT ambulance. Problémem i nadále zůstává nízká protestovanost těchto klientů na přítomnost HIV a hepatitid z důvodů velkých obav z výsledků testů. V Ústeckém kraji se i nadále daří navazovat kontakt s romskou populací uživatelů drog prostřednictvím ústně předávaných informací v rámci etnika. S tím souvisí i význam indigenních pracovníků, kteří snáze navazují kontakty se skrytou populací. Tento nástroj se v kontaktu s romskou klientelou dlouhodobě osvědčuje, stejně jako kontaktní práce v bytech a sekundární výměna.

Kontaktní centrum organizace POINT 14 od prosince 2016 zavedlo program výměny injekčních stříkaček a jehel. Do té doby organizace výměnu uskutečňovala zejména prostřednictvím terénních programů. S nově zavedeným výměnným programem v kontaktním centru se mění i struktura klientů, navýšil se počet romských injekčních uživatelů, pracovníci v sex byznysu a uživatelů opioidů.

Stejně jako v předchozím roce nebyl v r. 2017 v Plzni přístupný prodejní automat na injekční materiál zřízený organizací POINT 14. V minulosti tyto služby využívaly zejména specifické skupiny, jako jsou cizinci, etnické menšiny či skryté populace uživatelů drog. Od ledna 2018 je automat opět v nepřetržitém provozu. V r. 2017 byly přístupné automaty na injekční stříkačky a injekční materiál ve městech Strakonice (Prevent 99) a Kolín (Prostor plus), v Kolíně byl automat na konci r. 2017 poškozen.

Služeb organizací v Středočeském, Jihočeském, Plzeňském, Karlovarském, Ústeckém, Královéhradeckém, Jihomoravském a Zlínském kraji využívají také cizinci. Na Tachovsku a Stříbřsku (Plzeňský kraj) se zvyšuje počet cizinců v souvislosti se zvyšující se nabídkou zaměstnání a fluktuací pracovních sil. Mezi těmito cizinci je rozšířené nadužívání alkoholu a snadný přístup k pervitinu. Sociální odbor města Stříbro v r. 2017 zaplatil 5 cizincům, kteří nejsou evidováni u žádné zdravotní pojišťovny, provedená vyšetření na tuberkulózu související s jejím výskytem ve skupině uživatelů drog. Na problémy související s užíváním alkoholu mezi cizinci, agenturními zaměstnanci, upozorňuje i zpráva Královéhradeckého kraje.

V Substitučním centru Plzeň organizace Spolek Ulice Plzeň byli v r. 2017 v léčbě 4 cizinci. Tito klienti upřednostňují práci před léčbou, abstinenci často porušují užíváním alkoholu a užíváním pervitinu za účelem zvýšení produktivity práce. Pro pracovníky je tak obtížné s klienty vytvářet terapeutický plán, obecně se projevuje větší nedůvěřivost vůči zařízení.

Ve zprávách krajů se častěji než v předchozích letech objevují informace o uživatelích drog z vietnamské komunity. Na Mostecku a Litvínovsku (Ústecký kraj) bylo zaznamenáno užívání heroínu, především kouřením z alobalu a užívání konopných látek zejména mladý-

mi Vietnamci. V Jihočeském kraji je předpokládán nárůst užívání drog ve vietnamské populaci. Na území Prahy se i nadále projevuje fenomén vietnamských občanů bez přístřeší závislých na nelegálních návykových látkách. Pokračuje propojování těchto osob s osobami bez domova pocházejícími z majoritní společnosti, sdílení společně vybudovaných přístřeší, squatů a stanů. Pokračuje také trend orientace občanů vietnamské národnosti na výrobu, distribuci a prodej pervitinu, včetně jeho užívání. I nadále však tato komunita zůstává napříč kraji pro adiktologické služby obtížně přístupná. Bylo zaznamenáno, že v rámci komunity je situace nezletilých uživatelů drog řešena jejich odvozem zpět do Vietnamu.

Programy ve všech krajích pracují i se skrytou populací uživatelů drog ve zprostředkovaném kontaktu, dochází k navýšení sekundární výměny, tzn., že jeden klient mění injekční stříkačky pro více klientů. Rovněž na menších městech je popisováno uzavírání drogové scény (organizace Laxus). Ve Zlínském kraji jsou podle odhadů poskytovatelé služeb v kontaktu s přibližně třemi čtvrtinami uživatelů drog, ve zprostředkovaném kontaktu byli v r. 2017 s přibližně 250 klienty. Terénní program na Litoměřicku evidoval přibližně 100 injekčních uživatelů ze skryté populace, na Děčínsku pak evidují přibližně čtvrtinu celkového objemu vyměněného materiálu prostřednictvím sekundárních výměn, v Ústí nad Labem to je přibližně 20 % všech injekčních stříkaček (Ústecký kraj). Na Nymbursku (Středočeský kraj) je skrytá populace uživatelů drog odhadována na 450, v r. 2017 byl zaznamenán pokles přímých kontaktů s klienty programu, nicméně počet distribuovaných stříkaček v rámci sekundárního výměnného programu se zvyšoval. Centrum terénních programů Středočeského kraje (Semiramis) zaznamenalo v r. 2017 nárůst skupiny uživatelů drog ve zprostředkovaném kontaktu, kvalifikovaný odhad uvádí 112 klientů ve zprostředkovaném kontaktu. Na Kolínsku (Středočeský kraj) byly terénní programy sporadicky v kontaktu se skupinou dělníků původem z jiných částí republiky. Terénní programy v Brně (Společnost Podané ruce) odhadují počet klientů ve zprostředkovaném kontaktu na 151.

Na území Prahy je i nadále realizován terénní program organizace SANANIM, který je zaměřen na specifické skupiny klientů, jako jsou cizinci (zejména rusky hovořící), klienti s duální diagnózou a Romové, kteří potřebují specifickou pomoc. Zpráva Plzeňského kraje zmiňuje i skupinu pracovníků v sex byznysu, 60 % klientů terénního programu organizace Network East-West a 62 klientek terénního programu Spolku Ulice Plzeň v r. 2017 pracovalo v sex byznysu.

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 Ministerstvo práce a sociálních věcí (MPSV), tedy z tzv. *Gabalových analýz*⁵. Některé kraje analýzy aktualizovaly (viz Souhrnnou zprávu za r. 2016) či vychází z dalších analýz provedených na lokální úrovni.

⁵ Realizované společnostmi GAC a Nová škola v letech 2005–2006 a společnost GAC v letech 2014–2015.

V Jihočeském kraji bylo při posledním průzkumu identifikováno 38 vyloučených lokalit ve 12 obcích s rozšířenou působností⁶ (ORP), ve kterých odhadem žije 2200–3150 osob. V Jihomoravském kraji jsou sociálně vyloučené lokality rozmístěny v 7 obcích.⁷ V Libereckém kraji je celkem 48 vyloučených lokalit rozmístěných v 7 obcích.⁸ V Moravskoslezském kraji se nachází přibližně 60 vyloučených lokalit. V Karlovarském kraji bylo identifikováno celkem 31 sociálně vyloučených lokalit a dalších 9 lokalit je ohroženo sociálním vyloučením.⁹ Odhadem v těchto lokalitách žije 7000 osob, dalších 9000 osob je ohroženo sociálním vyloučením. V Ústeckém kraji vzrostl od r. 2006 počet sociálně vyloučených lokalit o 1/3, na současných 89 lokalit.¹⁰ Zároveň se v sociálně vyloučených lokalitách kraje nachází výrazně vyšší koncentrace sociálně vyloučených osob, než je tomu v jiných krajích ČR.¹¹ Na území 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 Praze o jednu, pravděpodobně právě na území městské části Praha 14. Od r. 2016 je na tomto území realizován terénní program organizace PROGRESSIVE, který však nevyhodnotil rozdíly v charakteristice klientů a způsobech užívání drog v sociálně vyloučené lokalitě v porovnání s ostatními lokalitami, ve kterých působí.

V Brně se odhaduje, že v 10 zjištěných sociálně vyloučených lokalitách žije přibližně 7000 Romů. Na území města Liberec je podle analýzy sociálně vyloučených lokalit a ubytoven¹² celkem 7 vyloučených lokalit. V Pardubicích podle sdělení romského poradce došlo k zániku sociálně vyloučených lokalit, nicméně krajský protidrogový koordinátor na základě místní znalosti uvádí, že i nadále jsou v Pardubicích lokality vykazující znaky sociálního vyloučení. V rámci kraje je obdobná situace i v obci Moravská Třebová.

Kraje napříč republikou uvádí spolupráci s Agenturou pro sociální začleňování (ASZ) při Úřadu vlády ČR, činnost terénních programů pro osoby ohrožené sociálním vyloučením a asistentů prevence kriminality z programu prevence kriminality Ministerstva vnitra ČR.

Je zaznamenána snaha intenzivněji v sociálně vyloučených lokalitách působit prostřednictvím společného projektu ASZ a Státního zdravotního ústavu,¹³ v rámci kterého budou vyškoleni tzv. mediátoři podpory zdraví. Tito pracovníci budou působit v každém kraji a jejich činnost bude zahrnovat i oblast adiktologie.

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

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

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

9 Údaje za Karlovarský kraj vycházejí z *Analýzy sociálně vyloučených romských lokalit v Karlovarském kraji* v rámci Individuálního projektu *Podpora sociálního začleňování příslušníků sociálně vyloučených lokalit v Karlovarském kraji*.

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

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

12 *Analýza sociálně vyloučených lokalit a ubytoven na území města Liberec*, dostupná z http://www.liberec.cz/files/vizitky_prilohy/analýza-socialne-vyloucenych-lokalit-ubytoven-uzemi-mesta-liberce_verejna-verze.pdf [2018-11-02]

13 projekt *Efektivní podpora zdraví osob ohrožených chudobou a sociálním vyloučením*

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, např. v Ústeckém kraji s přizpůsobenými informačními materiály v romštině. Zpráva Jihočeského kraje uvádí, že ve všech sociálně vyloučených lokalitách působí adiktologické terénní programy. V r. 2017 v kraji zahájili činnost poskytovatelé sociálních služeb, které byly identifikovány jako potřebné pro naplňování místní strategie sociálního začleňování, a to včetně adiktologických služeb.

V sociálně vyloučených lokalitách Olomouckého kraje jsou poskytovány služby zaměřené spíše na sociální začleňování, v některých lokalitách jsou poskytovány i terénní programy pro uživatele drog (např. ve městech Přerov, Jeseník, Prostějov a v obcích Šumperska a Jesenicka). Ve vyloučených lokalitách v Brně je uskutečňována velká část Terénních programů organizace Společnost Podané ruce. 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), které pracuje především s klienty ze sociálně vyloučených lokalit, navázalo dobrou spolupráci se zdravotnickým zařízením Remedis, zejména v oblasti testování na infekční onemocnění a v návaznosti další integrované péče.

V sociálně vyloučené lokalitě Předlice (Ústecký kraj) zajišťují terénní programy i doplňkové aktivity ke své hlavní činnosti, jako např. donášku oblečení pro děti a distribuci potravin. Pracovníci terénních programů v této lokalitě kontaktují v oblasti prevence infekčních onemocnění i děti, které mají v současné době dobré povědomí o práci terénního programu a samy pracovníky často upozorňují na nález použitého injekčního materiálu.

Pracovníci identifikovali faktory důležité pro navázání kontaktů s klienty v sociálně vyloučené lokalitě: zajištění, aby do lokality docházeli stejní pracovníci, orientace v rodových klanech, zapojení místní autority do spolupráce, jednoduchá a stručná komunikace, soulad neverbální komunikace s mluveným projevem, poskytování jasných informací o fungování služby, vyhýbání se zobecňování chování Romů, chápání času v kontextu „teď a tady“ a znalost příběhu klienta.

V Karlovarském kraji se potýkají s nedostatkem návazných služeb pro klienty z vyloučených lokalit, chybí zejména možnost detoxifikace, noclehárny a ambulantní léčba včetně psychiatrické. Město Liberec v r. 2017 zpracovalo projekt *Kontaktní sociální práce Liberec 2018–2020*, který je zaměřen na podporu aktivizačních služeb pro rodiny s dětmi a terénní programy. Ústecký kraj ve zprávě za r. 2017 uvádí i nadále se snižující věk uživatelů drog v sociálně vyloučených lokalitách. Některé lokality v kraji se vyznačují vysokou mírou sex byznysu (Dubí, Předlice). V sociálně vyloučených lokalitách na Mostecku (Ústecký kraj) byl zaznamenán návrat trendu inhalování pervitinu ze žárovky v domnění, že tento způsob aplikace nijak nepoškozuje zdraví.

1.5 Hazardní hráčství

Základním zdrojem informací o situaci v oblasti hazardního hraní a o počtu hazardních hráčů v jednotlivých krajích je Výroční zpráva o hazardním hraní v ČR. Informace o počtu hazardních hráčů v léčbě získávají kraje ze specializovaných služeb a z ÚZIS ČR.

V r. 2017 se nadále podporovala síť služeb pro hazardní hráče, jejíž vznik byl od r. 2013 stimulován zejména dotačním titulem Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky (RVKPP). Ambulantní léčba pro hazardní hráče byla v r. 2017 poskytována ve 39 městech, v 9 krajích byla krajská centra pro léčbu patologického hraní (Praha, Jihočeský, Plzeňský, Ústecký, Liberecký, Královéhradecký, Jihomoravský, Olomoucký a Zlínský kraj). S tím souvisí i nárůst počtu hazardních hráčů v kontaktu se službami. Kyjovská nízkoprahová služba (Jihomoravský kraj) a kontaktní centrum v Chebu (Karlovarský kraj) v r. 2017 rozšířily cílovou skupinu o hazardní hráče. Také nízkoprahové služby ve Středočeském kraji zaznamenaly nárůst cílové skupiny hazardních hráčů či jejich blízkých.

V několika krajích je sledován trend vyššího počtu hráčů on-line hazardních her a sázkových her (Středočeský, Jihočeský, Pardubický a Jihomoravský kraj). Často bývá zmiňován výskyt kombinované diagnózy: pracovníci brněnské organizace Lotos 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 Středočeském, Plzeňském, Karlovarském, Ústeckém, Jihomoravském a Zlínském kraji.

V Jihočeském kraji byl zaznamenán zvyšující se zájem škol o preventivní programy v oblasti hazardního hraní a souvisejících témat rizikového užívání nových technologií a kyberšikany. Ve Středočeském kraji byl ve školách zaznamenán nárůst hraní on-line her a tráveného času na internetu včetně sociálních sítí, na což centra primární prevence v kraji reagovala úpravou metodických materiálů. Klienti dětské a dorostové ambulance ZSI Kladno (Středočeský kraj) měli možnost zúčastnit se skupinové terapie specializované na téma nelátkových závislostí. V této souvislosti realizuje od poloviny r. 2017 Centrum protidrogové prevence a terapie (Plzeňský kraj) preventivní projekt *Stand By* zaměřený na snižování rizik spojených s nadužíváním virtuálních médií u dětí a mladistvých. Ve Středočeském kraji se i v r. 2017 uskutečnila informační kampaň s názvem *F 63 – špatná sázka*, v Olomouckém kraji v r. 2017 Centrum komplexní péče v Olomouckém kraji (Společnost Podané ruce) zajišťovalo chod podpůrné skupiny pro hazardní hráče a provozovalo webové stránky pro hazardní hráče.

1.6 Lokální odhady problémových uživatelů drog

Základním zdrojem informací o počtu problémových uživatelů drog¹⁴ v jednotlivých krajích jsou odhady Národního monitorovacího střediska pro drogy a závislosti (NMS) zveřejněné ve Výroční zprávě o stavu ve věcech drog v ČR. Stejně jako v předchozích letech, i za r. 2017 uvedly některé kraje ve svých výročních zprávách vlastní odhady problémového užívání drog, při kterých vychází spíše z expertních odhadů služeb pracujících s touto cílovou skupinou.

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

V Karlovarském kraji poskytovatelé služeb odhadují populaci problémových uživatelů drog na 2000 osob; v kontaktu s nízkoprahovými službami je odhadem přibližně 60 % rizikové populace uživatelů drog. Více než 90 % klientů služeb nejčastěji užívá pervitin injekčně. V Pardubickém kraji je odhadován počet problémových uživatelů drog na přibližně 700–800, jejich rozmístění v kraji podle odhadů pracovníků nízkoprahových služeb kopíruje osídlení kraje. V Ústeckém kraji jsou k dispozici odhady problémových uživatelů drog pro město Ústí nad Labem (5000–6000) a Louny a okolí (250–300).

V Jihočeském kraji je odhad problémových uživatelů drog za r. 2017, založený na údajích nízkoprahových služeb, přibližně 2100 osob, z toho přibližně 1800 injekčních uživatelů drog. Ze tří čtvrtin převažují uživatelé pervitinu, čtvrtina jsou uživatelé opioidů, především léků s obsahem buprenorfinu a opioidních analgetik (typicky Vendal Retard®), avšak narůstá počet uživatelů heroínu. I nadále trvá trend z posledních let a snižuje se počet klientů v kontaktu s nízkoprahovými službami.

Ve zprávě Zlínského kraje je uveden průměrný počet klientů služeb přepočtený na 10 000 obyvatel, což v kraji činí 24 osob, z toho 21 uživatelů pervitinu a 19 injekčních uživatelů drog.

1.7 Infekční onemocnění v souvislosti s užíváním drog

Ucelený přehled o výskytu infekčních onemocnění u uživatelů drog a celorepublikové srovnání nabízí Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v ČR.

Krajští koordinátoři ve svých zprávách v souvislosti s užíváním drog nejčastěji zmiňují problematiku virové hepatitidy typu C (VHC), v menší míře pak HIV, virovou hepatitidu typu B (VHB), virovou hepatitidu typu A (VHA) a sexuálně přenosná onemocnění. Služby napříč kraji poskytují rychlé testování na přítomnost těchto infekčních onemocnění.

V Libereckém kraji byl v r. 2017 zaznamenán výrazně nižší výskyt VHA oproti předchozím letům. Ve Zlínském kraji byl v posledních letech zaznamenán výrazně nižší zájem klientů o testování na přítomnost VHB, proto některé služby testování na VHB již neposkytují. V Dubí (Ústecký kraj) německá organizace Karo provádí 1× týdně screeningové testy v rámci terénních programů primárně zaměřených na pracovníce v sex byznysu.

Od r. 2017 v areálu nemocnice v Teplicích (Ústecký kraj) nově působí HIV poradna, která nabízí bezplatné anonymní testování na HIV a další pohlavně přenosná onemocnění. Poradnu zřizuje Česká společnost AIDS, působnost poradny je severozápad Čech. V Ústí nad Labem je 2 dny v měsíci ve speciálně upravené sanitce zajištěna možnost testování na HIV.

Některé adiktologické služby se v r. 2017 zúčastnily testování v rámci Evropského testovacího týdne na HIV/AIDS a v rámci Světového dne AIDS (Ústecký, Plzeňský kraj). Spolek Ulice Plzeň (Plzeňský kraj) v rámci International AIDS Candlelight Memorial ve spolupráci se zdravotním ústavem nabízel testování spojené s poradenstvím v místním gay klubu.

1.8 Intoxikace a předávkování návykovými látkami

Hlavním zdrojem informací o intoxikacích návykovými látkami či případech předávkování zůstává Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v ČR.

V Moravskoslezském kraji byla v r. 2017 zaznamenána celkem 4 úmrtí v důsledku předávkování, ve 2 případech šlo o fentanyl a ve 2 případech o úmrtí po užití pervitinu. V Karlovarském kraji byla zaznamenána 2 úmrtí v důsledku intoxikace a zdravotních komplikací souvisejících s účinkem drog. V Plzeňském kraji zaznamenali pracovníci úmrtí celkem 2 dlouhodobých injekčních uživatelů drog a u 1 klienta nefatální opakovaná předávkování fentanylem.

V Kyjově (Jihomoravský kraj) zaznamenali pracovníci kontaktního centra úmrtí 1 klienta z jiných příčin než intoxikace, v několika případech se však objevily výrazné zdravotní komplikace po aplikaci nekvalitního pervitinu a opioidů. V Hodoníně (Jihomoravský kraj) bylo ve 3 případech nutné zavolat přímo do kontaktního centra záchrannou zdravotní službu z důvodu bezvědomí klienta vlivem akutní intoxikace. Na Teplicku (Ústecký kraj) v průběhu r. 2017 došlo k úmrtím 5 klientů, z toho v 1 případě předávkováním. Na Mostecku (Ústecký kraj) zemřeli v důsledku předávkování 3 klienti. Ve Zlínském kraji bylo zaznamenáno úmrtí 13 uživatelů drog, avšak ne v bezprostředním důsledku užití drogy. Na Kolínsku (Středočeský kraj) 1 klient zemřel v důsledku endokarditidy způsobené injekčním užíváním buprenorfinových léků.

V Ústeckém kraji je od r. 2016 sledována intoxikace i ve věkové kategorii novorozenců, v r. 2017 byla intoxikace prokázána u 78 novorozenců.

Adiktologické služby ve vězení a následné po-výstupní péče v Jihomoravském kraji od r. 2015 poskytují rozšířené poradenství v oblasti prevence předávkování související s ukončením trestu odnětí svobody. Rozšíření poradenské služby bylo zavedeno na základě několika případů předávkování v r. 2014. Zvýšený počet předávkování po delším období abstinence vlivem výkonu trestu odnětí svobody či léčby v rezidenčním zařízení je zmiňován i ve zprávě Ústeckého kraje.

1.9 Drogová kriminalita

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

- × I v r. 2017 pokračoval trend výroby pervitinu v příhraničních oblastech Polska, pervitin je určen pro zahraniční trh. Policii ČR v Libereckém kraji 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*.
- × Nadále je zaznamenán trend dovozu léčivých přípravků s obsahem pseudoefedrinu určených k výrobě pervitinu z Polska (Středočeský, Liberecký, Ústecký, Zlínský kraj).
- × Zejména v příhraničních oblastech (Jihočeský, Karlovarský, Ústecký a Liberecký kraj) nadále přetrvává trend zapojení vietnamských občanů do velkoobjemové výroby

a distribuce pervitinu a konopných látek, drogovou kriminalitu ze strany vietnamských občanů za r. 2017 hlásily i Středočeský a výjimečně Zlínský kraj. Ve zprávě Karlovarského kraje se za účinná považují zavedená součinnostní opatření s policií Spolkové republiky Německo a rozsáhlé kontroly ve vietnamských tržnicích.

- ✗ V Ústeckém kraji byl koncem r. 2014 zřízen specializovaný pracovní TOXI tým s 38 členy s cílem potírat drogovou kriminalitu a zajistit výměnu informací s policií Spolkové republiky Německo. Od února 2017 byl počet pracovníků TOXI týmu navýšen na 60 osob.
- ✗ Ve Zlínském kraji je organizovaná výroba pervitinu spíše ojedinělá. Podle informací Policie ČR dochází i nadále k výrobě pervitinu českými občany v malých laboratořích situovaných v městských či vesnických bytech, domech a dalších prostorech (Jihočeský, Ústecký a Zlínský kraj).
- ✗ Byl zaznamenán přesun komunikace týkající se prodeje drog do internetového prostředí. Ve Zlínském kraji došlo v r. 2017 k záchytu extáze, která byla v rámci EU doručována poštou na základě objednávky přes tzv. darknet a objednávka byla hrazena virtuální měnou bitcoin.

1.10 Přestupky v oblasti ochrany před škodami působeními alkoholem a tabákem

V r. 2017 došlo v oblasti legislativního ukotvení přestupků k několika zásadním změnám. Od července 2017 nabyl účinnosti nový přestupkový zákon,¹⁵ který však nevymezuje konkrétní skutkové podstaty jednotlivých přestupků. Většina přestupků v oblasti ochrany před alkoholismem a jinými toxikomaniemi, vymezených v ustanovení § 30 zákona č. 200/1990 Sb., o přestupcích, byla převedena do zákona č. 65/2017 Sb., o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek, který nahradil dosavadní zákon č. 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami působeními tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami a o změně souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů. Některé přestupky v oblasti ochrany před alkoholismem a jinými toxikomaniemi byly s účinností od července 2017 přesunuty do zákona č. 167/1998 Sb., o návykových látkách – bližší viz Výroční zprávu o stavu ve věcech drog v ČR v roce 2016.

Zlínský kraj jako jediný uvedl ve své výroční zprávě také údaje o počtu kontrol. Městská policie ve Zlínském kraji ve smyslu právní úpravy platné pro r. 2017 provedla nejméně 2770 kontrol,¹⁶ při kterých bylo zjištěno celkem 235 přestupků.

¹⁵ zákon č. 250/2016 Sb., o odpovědnosti za přestupky a řízení o nich (přestupkový zákon), a s ním související zákon č. 251/2016 Sb., o některých přestupcích, ve kterém jsou stanoveny některé přestupky vyskytující se napříč veřejnou správou

¹⁶ Jde o údaj bez informací od městské policie Rožnov pod Radhoštěm, Uherský Brod a Valašské Klobouky.

1.11 Přestupky v oblasti držení drog

Počet řešených přestupků drogy v malém množství pro vlastní potřebu a pěstování psychoaktivních rostlin nebo hub v malém množství pro vlastní potřebu¹⁷ 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 ČR. Tyto údaje je potřeba považovat za orientační, ovšem jejich přínosem je rozdělení případů podle drog, které oficiální sběrný systém Ministerstva vnitra ČR neumožňuje. Následující tabulky uvádějí počet přestupků zvlášť podle písm. j) a k) odst. 1 § 30 zákona č. 200/1990 Sb. a od 1. 7. 2017 zvlášť podle písm. a) a písm. b) odst. 2 § 39 zákona č. 167/1998 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 – tabulka 1-1, tabulka 1-2 a tabulka 1-3.

Tabulka 1-1: Počet pachatelů přestupků projednaných v r. 2017 podle § 30, odst. 1, písm. j) zákona č. 200/1990 Sb., resp. podle § 39, odst. 2, písm. a) zákona č. 167/1998 Sb. v rozdělení podle druhu drogy

Kraj	Konopné drogy	Pervitin	Extáze	Heroin	Kokain	Subutex® / Suboxone®	Houby obsahující OPL	Jiná OPL	Celkem osob
Praha	140	68	9	8	17	6	2	7	250
Středočeský	182	68	2	2	1	0	2	2	256
Jihočeský	59	14	1	0	0	0	0	1	75
Plzeňský	38	22	0	0	0	0	0	4	59
Karlovarský	19	9	2	0	1	0	0	0	28
Ústecký	122	90	3	1	4	4	1	8	229
Liberecký	51	16	1	0	0	0	0	2	70
Královéhradecký	40	12	1	0	0	0	0	0	53
Pardubický	49	8	1	0	0	0	0	0	58
Vysočina	21	15	0	0	0	0	0	3	39
Jihomoravský	70	21	0	1	0	0	1	1	89
Olomoucký	37	15	1	0	0	0	0	0	53
Zlínský	59	25	3	0	1	0	1	8	81
Moravskoslezský	88	35	1	0	0	0	0	17	141
Celkem osob	975	418	25	12	24	10	7	53	1 481
– z toho do 18 let	138	27	1	0	4	0	0	5	170
– z toho přes 18 let	834	391	24	12	20	10	7	47	1 311

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“.

¹⁷ Do 30. 6. 2017 byly drogové přestupky uvedeny v § 30, odst. 1, písm. j) a písm. k) zákona o přestupcích a poté od 1. 7. 2017 byly přesunuty do § 39, odst. 2, písm. a) a písm. b) zákona č. 167/1998 Sb., o návykových látkách.

Tabulka 1-2: Počet pachatelů přestupků projednaných v r. 2017 podle § 30, odst. 1, písm. k) zákona č. 200/1990 Sb., resp. podle § 39, odst. 2, písm. b) zákona č. 167/1998 Sb. podle věku pachatele a druhu drogy

Kraj	Rostliny konopí	Jiné rostliny nebo houby obsahující OPL	Celkem osob
Praha	5	0	5
Středočeský	28	2	30
Jihočeský	22	0	22
Plzeňský	11	0	11
Karlovarský	0	5	5
Ústecký	46	0	46
Liberecký	36	0	36
Královéhradecký	17	0	17
Pardubický	11	0	11
Vysočina	10	0	10
Jihomoravský	20	1	21
Olomoucký	5	0	5
Zlínský	8	7	14
Moravskoslezský	51	1	52
Celkem osob	270	16	285
– z toho do 18 let	51	1	52
– z toho přes 18 let	224	10	233

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. 2017 v rámci projednaných přestupků podle § 30, odst. 1, písm. j) a k) zákona č. 200/1990 Sb., resp. podle § 39, odst. 2, písm. a) a písm. b) zákona č. 167/1998 Sb., v rozdělení podle druhu drogy

Kraj	Konopné drogy (g)	Rostliny konopí (ks)	Pervitin (g)	Extáze (ks tablet)	Heroin (g)	Kokain (g)	Subutex®/Suboxone® (ks tablet)	Houby obsahující OPL (ks)	Jiné rostliny obsahující OPL (g)
Praha	1 268,31	8	82,31	37,5	8,80	14,13	11	80,73 g	1,4
Středočeský	1 420,52	45	36,13	1	6,70*	0,17	0	30	-
Jihočeský	353,50**	15	7,47	3	-	-	-	-	-
Píseňský	404,43	7	21,14	-	-	-	-	-	-
Karlovarský	71,15	15,50 g	9,91	5	-	1,36	-	-	-
Ústecký	7 463,54	37	777,35	1,5	0,96	8,26	1,75 g	4,72 g	-
Liberecký	225,39	27,15 g	18,50	4	-	1,36	-	-	-
Královéhradecký	269,81	5	1,39	-	-	-	8	-	-
Pardubický	381,99	119	745,85	-	-	-	-	-	-
Vysočina	65,27	7	0,37	-	-	-	-	-	-
Jihomoravský	388,79	30	10,99	-	0,05	-	-	2,14 g	-
Olomoucký	367,21	20	3,21	-	-	-	-	-	-
Zlínský	393,79	13	7,93	3 ks	-	0,28	-	2,86 g	13
Moravskoslezský	944,79	25	21,27	-	-	-	-	-	-
Celkem	14 018,50	331 ks + 42,65 g	1 743,83	55 ks	16,51	24,19	19 ks + 1,75 g	30 ks + 90,45 g	14,4

Pozn.: Některé kraje vykazaly množství zachycených drog v kusech/tabletách, jiné v gramech. * Středočeský kraj – bylo zachyceno 4,5 ml blíže nespecifikovaného opiátu.

** Jihočeský kraj – byl zachycen 1 ks marihuanyové cigarety.

1.12 Realizované studie na úrovni krajů v oblasti mapování drogové scény

V některých krajích byly v r. 2017 realizovány lokální studie či analýzy mapující drogovou situaci. Přehled studií uvedených v krajských zprávách uvádí tabulka 1-4.

Tabulka 1-4: Přehled realizovaných studií v r. 2017

Kraj	Název studie	Realizátor	Výsledky
Praha	Bezpečné klima v pražských školách	Centrum sociálních služeb Praha	www.praha.eu/public/44/fb/a3/2670131_871825_Dotaznikove_setreni_RCH_2017_zaci.pdf
Plzeňský	Možnosti a limity terénní práce s problémovými uživateli alkoholu z pohledu klienta TP Ulice	Terénní program Ulice (Spolek Ulice Plzeň)	archiv.streetwork.cz/index.php?option=com_content&task=view&id=5674&site=cas
Karlovarský	Analýza drogové scény Karlovarského kraje	J. Radimecký (Klinika Adiktologie 1. LF UK a VFN, v rámci IP KK <i>Podpora procesu střednědobého plánování rozvoje sociálních služeb v Karlovarském kraji</i>)	www.kr-karlovarsky.cz/krajsky-urad/cinnosti/Stranky/krizsituatione/seznam/protidrog_polit.aspx
Ústecký	Sociálně patologické jevy u studentů středních škol v Ústeckém kraji	Ústecký kraj, Univerzita Jana Evangelisty Purkyně, SCAN	–
Liberecký	Plán prevence kriminality města Liberec pro období 2016–2018, Program prevence kriminality statutárního města Liberec na rok 2018	Městská policie	www.liberec.cz/mestska-policie/prevence/plany-prevence-kriminality-bezpecnostni-analyzy
Královéhradecký	Výzkumný projekt – hazardní hraní na elektronických herních zařízeních v Královéhradeckém a Pardubickém kraji (probíhá)	Laxus	–
Pardubický	Analýza skrytých scén injekčních uživatelů	Laxus	–
Vysočina	Krizová intervence v podmínkách školy	Kraj Vysočina	–

Kraj	Název studie	Realizátor	Výsledky
Vysočina	Sociální a psychologická problematika informační bezpečnosti kyberkriminality	Kraj Vysočina	–
	Bezpečné klima na školách	Kraj Vysočina	–
Jihomoravský	Akční výzkum – proces vznikání nového psychosomatického oddělení v Dětské nemocnici	Spolek Narativ	www.brno.cz/sprava-mesta/magistrat-mesta-brna/usek-socialne-kulturni-a-dopravy/odbor-socialni-pece-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	–
	Evaluace projektu a analýza potřeb cílové skupiny	Centrum poradenských služeb ve vězení a po výstupu, Společnost Podané ruce	–
Zlínský	Průzkum rizikových typů chování	Krajská školská koordinátorka	www.zkola.cz/zdz/temata/prevence/Stranky/Mapovani-rizikoveho-chovani-ve-skolach-Zlinskeho-kraje.aspx

➤ 2

Kapitola 2

Koordinační mechanismy protidrogové politiky na krajské a místní úrovni

Základními koordinačními nástroji protidrogové politiky na krajské úrovni jsou:

- × funkce krajského protidrogového koordinátora (v ideálním stavu plný úvazek),
- × iniciativní nebo poradní orgány pro oblast protidrogové politiky (protidrogové komise a 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 až do května 2017 legislativně ukotveny 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. V nové legislativní úpravě je ukotvena povinnost krajské strategie protidrogové politiky a dále možnost zřízení funkce krajského koordinátora pro protidrogovou politiku a místního koordinátora pro protidrogovou politiku na obecní úrovni.

2.1 Krajsští protidrogoví koordinátoři

Funkce krajského protidrogového koordinátora (KPK) je zřízena ve všech krajích; v Moravskoslezském kraji tuto funkci zastává referent pro sociální služby. Většina krajských protidrogových koordinátorů má ve své náplni i další agendy, nejčastěji zajišťují oblast prevence kriminality – tabulka 2-1.

Krajsští protidrogoví koordinátoři jsou v organizační struktuře krajského úřadu zařazení většinou na pozici referenta odborů sociálních věcí (8×), odboru zdravotnictví (2×) a odboru zabývajícím se otázkou bezpečnosti (2×); v 1 případě je krajský koordinátor v odboru kanceláře hejtmána a v 1 případě na pozici referenta odboru školství. Ve Středočeském kraji došlo ke změně v zařazení KPK do struktury krajského úřadu. Nově je KPK zařazen v Odboru Bezpečnostní ředitel – oddělení prevence kriminality, zatímco ještě v r. 2016 byla pozice KPK zřízena v rámci Odboru školství, mládeže a sportu –

oddělení prevence a koncepce. K obdobné změně došlo i v Karlovarském kraji, kde je KPK zařazen namísto původního Odboru sociálních věcí do Odboru bezpečnosti a krizového řízení – oddělení bezpečnosti a prevence. Krajský úřad Královéhradeckého kraje plánuje rozsáhlé organizační změny ve struktuře úřadu během léta 2018, lze tedy očekávat i změnu v zařazení KPK Královéhradeckého kraje ve struktuře úřadu.

Tabulka 2-1: Postavení krajských protidrogových koordinátorů v r. 2017

Kraj	Zařazení funkce KPK v organizaci krajského úřadu	Úvazek KPK*	Další agendy vykonávané KPK
Praha	Odbor zdravotnictví, sociální péče a prevence MHMP, oddělení prevence	1,0	–
Středočeský	Odbor Bezpečnostní ředitel, oddělení prevence kriminality	1,0	–
Jihočeský	Odbor sociálních věcí, oddělení prevence a humanitních činností	1,0	vedoucí oddělení prevence a humanitních činností
Plzeňský	Odbor sociálních věcí, oddělení správních a realizace projektů	0,5	koordinátor prevence kriminality
Karlovarský	Odbor bezpečnosti a krizového řízení, oddělení bezpečnosti a prevence	0,3	vedoucí oddělení bezpečnosti a prevence
Ústecký	Odbor sociálních věcí, oddělení sociální práce	0,7	odborný garant individuálního projektu Ústeckého kraje <i>Podpora sociálních služeb v Ústeckém kraji 2</i>
Liberecký	Odbor sociálních věcí, oddělení sociální práce	0,75	metodik sociální prevence
Královéhradecký	Odbor sociálních věcí, oddělení analýz, koncepcí a financování	1,0	koordinátor prevence kriminality, agenda ochrany měkkých cílů
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, koordinátor evropských projektů na úseku sociálních služeb, koordinátor tvorby plánu vyrovnávání příležitostí osob se zdravotním postižením, koordinátor domácí hospicové péče
Jihomoravský	Odbor školství, oddělení prevence a volnočasových aktivit	0,5	krajský školský koordinátor prevence
Olomoucký	Odbor zdravotnictví	1,0	–
Zlínský	Odbor Kanceláře hejtmána, oddělení organizačních činností a 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

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

Funkci KPK v r. 2017 na celý úvazek vykonávalo 7 koordinátorů. Ke změně úvazku na pozici KPK došlo v Karlovarském kraji, v r. 2016 byl úvazek KPK navýšen na 0,4 a v průběhu r. 2017 opět snížen na 0,3 úvazku. Ke snížení úvazku KPK došlo v r. 2017 i v Ústeckém kraji, kde nově vykonává i činnost odborného garanta v rámci individuálního projektu *Podpora sociálních služeb v Ústeckém kraji 2*, a úvazek KPK byl vzhledem k této činnosti ponížen na 0,7. V Kraji Vysočina nebyla pozice KPK obsazena do července 2017, v Praze do května 2017.

K žádným dalším změnám ve funkci ani v postavení krajských protidrogových koordinátorů v r. 2017 nedošlo.

2.2 Komise a pracovní skupiny v oblasti protidrogové politiky v krajích

V 7 krajích jsou zřízeny komise kraje pro otázky protidrogové politiky; ve 3 krajích se protidrogovou politikou zabývají poradní komise se širším záběrem (Plzeňský, Karlovarský, Ústecký). V Karlovarském kraji v r. 2017 zanikla Krajská protidrogová komise, i nadále zde, stejně jako v dalších 2 krajích, ve kterých není zřízena komise pro otázky protidrogové politiky, zůstává zřízena pracovní skupina, která se specificky zabývá tématem protidrogové politiky. V dalších 3 krajích (Královéhradeckém, Moravskoslezském a Jihomoravském) komise není zřízena, ale existují zde alespoň pracovní skupiny, které se koordinací protidrogové politiky zabývají. Výjimku nově tvoří Zlínský kraj, ve kterém byla do r. 2016, resp. do konce volebního období, zřízena Komise Rady Zlínského kraje pro protidrogovou prevenci a prevenci kriminality. V r. 2017 v kraji nepůsobila ani komise, ani pracovní skupina zaměřená na oblast protidrogové politiky – tabulka 2-2.

Všechny 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, 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 Královéhradeckém kraji se komise v r. 2017 nesešla, naopak v Plzeňském kraji protidrogová komise jednala 11x. Tématy jednání nejčastěji byla aktuální drogová situace, finanční zajištění protidrogové politiky v kraji, příprava a realizace strategie a akčních plánů protidrogové politiky atd. V r. 2017 se objevovala i témata efektivních primárně preventivních programů, změny ve financování sociálních služeb či nové typy služeb nebo služby pro specifickou cílovou skupinu (např. děti a mladiství, senioři, vězni).

Stálé pracovní skupiny zabývající se otázkami protidrogové politiky jsou zřízeny ve všech krajích kromě Pardubického. V Jihočeském kraji byla v r. 2017 v souvislosti s přípravou střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb kraje dočasně zřízena *Pracovní skupina pro cílovou skupinu Osoby ohrožené závislostí*. Ve Středočeském kraji došlo ke sloučení 2 pracovních skupin, nově se *Pracovní skupina pro primární prevenci* zabývá i otázkami koordinace a vzdělávání. V Libereckém kraji došlo k rozšíření *Pracovní skupiny pro koordinaci* o oblast financování.

V Moravskoslezském kraji byla v r. 2017 ustanovena pracovní skupina zaměřená na oblast plánování aktivit pro nezletilé uživatele návykových látek za účelem komplexního řešení této problematiky. Pracovní skupina je včleněna pod *Pracovní skupinu protidrogové prevence v Moravskoslezském kraji*.

Tabulka 2-2: Komise a pracovní skupiny protidrogové politiky v krajích v r. 2017

Kraj	Název komise / rok vzniku	Pracovní skupiny (PS) / stálá, ad hoc / počet jednání v r. 2017
Praha	Protidrogová komise Rady HMP / 1995	Sekce primární prevence / stálá / –
		Sekce harm reduction / stálá / –
		Sekce léčby a následné péče / stálá / –
		Sekce komunitního bezpečí / stálá / –
Středočeský	Krajská protidrogová komise / 2013	PS pro harm reduction / stálá / 2×
		PS pro léčbu a resocializaci / stálá / 2×
		PS pro primární prevenci, koordinaci a vzdělávání / stálá / 3×
		PS pro financování / stálá / 2×
Jihočeský	Krajská protidrogová koordinační skupina / 2002	PS pro cílovou skupinu Osoby ohrožené závislostí / ad hoc / 2×
Plzeňský	specifická komise není zřízena Komise sociální Rady Plzeňského kraje	PS protidrogová a prevence kriminality Plzeňského kraje / stálá / 4×
Karlovarský	specifická komise není zřízena Komise prevence kriminality / 2016	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 / 7×
		PS pro prevenci kriminality / stálá / –
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 a financování / ad hoc / 0×
Královéhradecký	–	Mezioborová pracovní skupina pro drogovou problematiku / stálá / 0×
Pardubický	Komise rady PK pro koordinaci protidrogové politiky / 2002	–
Vysočina	Komise sociální a pro oblast protidrogové politiky / 2012	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 ohrožené návykovým jednáním / stálá / 6×
		Občané ohrožené drogou / stálá / –
		PS pro prevenci kriminality / ad hoc / –
Zlínský	–	PS nízkoprahových zařízení pro děti a mládež / stálá / 2×
Moravskoslezský	–	PS protidrogové prevence v Moravskoslezském kraji / stálá / 2×

2.3 Strategické dokumenty protidrogové politiky krajů

Protidrogová politika krajů, kromě Karlovarského, Plzeňského a Královéhradeckého vychází ze specifického krajského strategického dokumentu. V Karlovarském kraji byl do r. 2016 platný samostatný strategický dokument upravující protidrogovou politiku v kraji,¹⁸ na který v r. 2017 nenavázal žádný další strategický dokument. V Plzeňském kraji je protidrogová politika součástí širší strategie pokrývající celkově oblast prevence kriminality, od r. 2017 je v platnosti nová *Koncepce prevence kriminality a sociálně patologických jevů Plzeňského kraje na léta 2017–2020*. V Královéhradeckém kraji je protidrogová politika součástí strategie prevence sociálně nežádoucích jevů – tabulka 2-3.

V Jihočeském kraji byla v průběhu r. 2017 připravována nová podoba krajské strategie protidrogové politiky, která je součástí strategického dokumentu *Koncepce oddělení prevence a humanitních činností na období 2018–2020*. Strategie bude nově integrovat i problematiku hazardního hraní a alkoholu. Se strategií protidrogové politiky kraje úzce souvisí *Minimální síť protidrogových služeb na území Jihočeského kraje na období 2015–2017*, během r. 2018 bude tento strategický dokument zpracován na další období, a to v koordinaci se vznikem nového střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb Jihočeského kraje.

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*, od r. 2017 je v platnosti i *Akční plán realizace Koncepce protidrogové politiky ve Středočeském kraji na období 2017–2018*. Nový *Akční plán protidrogové politiky na rok 2017 s výhledem pro rok 2018* vešel v r. 2017 v platnost i v Praze.

I v ostatních krajích se protidrogové politiky dotýkají také další koncepční dokumenty krajů, jako jsou např. střednědobý plán rozvoje sociálních služeb, koncepce prevence kriminality nebo krajský plán prevence rizikového chování. Ve Zlínském kraji byla prodloužena platnost *Krajského plánu primární prevence pro období 2015–2017*, a to až do konce r. 2018. V r. 2017 vešly v platnost následující strategické dokumenty krajů: *Strategie prevence kriminality Olomouckého kraje na období 2017–2021*, *Koncepce prevence kriminality Jihomoravského kraje na období 2017–2021*, *Koncepce prevence kriminality Pardubického kraje na období 2017–2021*, *Strategie prevence kriminality Ústeckého kraje na období 2017–2021*, *Plán primární prevence rizikového chování Plzeňského kraje 2017–2021* a *Koncepce prevence kriminality Moravskoslezského kraje 2017–2021*. Další strategické dokumenty byly v r. 2017 na úrovni kraje schváleny a od r. 2018 vchází v platnost: *Akční plán realizace protidrogové politiky Kraje Vysočina na období 2018–2019*, *Strategie Královéhradeckého kraje v oblasti sociálních služeb na období 2018–2026*, *Koncepce prevence kriminality Středočeského kraje na léta 2018–2021*, *Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb v Olomouckém kraji pro roky 2018–2020*, *Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb Libereckého kraje na období 2018–2020* a *Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb v Karlovarském kraji 2018–2020*.

¹⁸ Koncepce prevence kriminality a krajská protidrogová strategie Karlovarského kraje na léta 2013–2016

Až na výjimky specifické strategické dokumenty krajů zahrnují i problematiku hazardního hraní (10×), alkoholu (11×) a tabáku (9×) – tabulka 2-4.

Tabulka 2-3: Aktuální strategické dokumenty protidrogové politiky v krajích v r. 2017

Kraj	Hlavní strategický dokument upravující protidrogovou politiku v kraji	Další strategické dokumenty, týkající se protidrogové politiky
Praha	Protidrogová politika hlavního města Prahy na období 2014–2020 Akční plán protidrogové politiky hlavního města Prahy na období 2017–2018	Konceptce 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 Konceptce návrhů řešení problematiky bezdomovectví v Praze v letech 2013–2020
Středočeský	Konceptce protidrogové politiky Středočeského kraje na období 2016–2020 Akční plán realizace Konceptce protidrogové politiky ve Středočeském kraji na období 2017–2018	Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb ve Středočeském kraji na období 2015–2019 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 – Konceptce oddělení prevence a humanitních činností 2015–2017) Minimální síť protidrogových služeb na území Jihočeského kraje 2015–2017	Konceptce oddělení prevence a humanitních činností 2015–2017
Plzeňský	Konceptce prevence kriminality a sociálně patologických jevů Plzeňského kraje na léta 2017–2020	Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb v Plzeňském kraji na období 2015–2018 Plán primární prevence rizikového chování Plzeňského kraje (2017–2019)
Karlovarský	–	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 2017–2021 Strategie podpory zdraví a rozvoje zdravotních služeb v Ústeckém kraji na 2015–2020 Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb v Ústeckém kraji na období 2016–2018 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

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	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 2017–2021 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 2017–2021 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 2017–2018	Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb v Olomouckém kraji pro roky 2015–2017 Strategie prevence kriminality Olomouckého kraje na období 2017–2021
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 (platnost prodloužena do 2018)
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 2017–2021 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
Praha	ano	ano	ano	ano	Protidrogová politika hlavního města Prahy na období 2014–2020 a její akční plán
Středočeský	ano	ano	ano	ano	Koncepce protidrogové politiky Středočeského kraje na období 2016–2020
Jihočeský	ano	ne	ne	ne	Strategie protidrogové politiky Jihočeského kraje 2015–2017
	ano	ano	ano	ne	Minimální síť protidrogových služeb na území Jihočeského kraje 2015–2017
Plzeňský	ano	ano	ano	ano	Koncepce prevence kriminality a sociálně patologických jevů Plzeňského kraje na léta 2017–2020
Karlovarský	–	–	–	–	–
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
	ano	ano	ano	ano	Krátkodobý realizační plán protidrogové politiky Jihomoravského kraje na období 2017–2018
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. 2017 průběžné hodnocení strategických dokumentů protidrogové politiky realizovalo 7 krajů (Středočeský, Jihočeský, Plzeňský, Ústecký, Pardubický, Zlínský a Moravskoslezský). 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 a na časové zpoždění naplňování aktivit, které souvisí právě i s nedostatečným finančním zajištěním. Praha průběžně hodnotí strategické dokumenty kraje v rámci dvouletých akčních plánů v oblasti protidrogové politiky.

Žádný z krajů ve výroční zprávě nevedl informaci o závěrečném hodnocení krajských strategických dokumentů protidrogové politiky. 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*.

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 předemětných 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 – tabulka 2-5. 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. 2017

Kraj	Seminář/konference (organizátor)	Jiná aktivita (organizátor)
Praha	Sociální práce a drogy (SANANIM, konference) Konference primární prevence rizikového chování (Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze, SCAN, Praha)	AntiFetFest 2017 aneb jde to i jinak (Praha, MČ Praha 1 – Praha 22, soutěž amatérských filmů s tematikou prevence rizikového chování dětí)

Kraj	Seminář/konference (organizátor)	Jiná aktivita (organizátor)
Praha	<p>Konference Remedis <i>Čistá 4 – prevence a léčba závislostí</i> (MČ Praha 4, Remedis)</p> <p>Seminář ke Grantovému programu hl. m. Prahy pro oblast primární prevence ve školách a školských zařízeních pro rok 2018 (Praha, Centrum sociálních služeb Praha, vzdělávací akce pro pedagogy)</p> <p>Pražské fórum primární prevence rizikového chování 2017 na téma <i>Bezpečné klima v pražských školách 2018</i> (Praha, Centrum sociálních služeb Praha, konference)</p> <p>Seminář k problematice řešení školní šikany (Praha, Centrum sociálních služeb Praha)</p> <p>Seminář <i>Odvykání kouření pro nelékařské odborníky</i> (Jules a Jim, Praha)</p> <p>Minimalizace šikany na středních odborných učilištích (AISIS ve spolupráci s Prahou, seminář)</p>	<p>Plody na perníku (SANANIM, veřejná debata)</p>
Středočeský	<p>9. Adiktologická konference (Středočeský kraj)</p> <p>Středočeská konference primární prevence rizikového chování (Středočeský kraj, VISK)</p> <p>Efektivní školská prevence v praxi (konference, Středočeský kraj, VISK, NNO)</p> <p>Semináře na prevenci gamblingu (Magdaléna, Prostor plus, Semiramis)</p> <p>Semináře primární prevence rizikového chování (Středočeský kraj, VISK)</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> <p>Kulaté stoly pro poskytovatele sociálních služeb (ZSI Kladno)</p>
Jihočeský	<p>XI. Adiktologická konference Jihočeského kraje (Prevent 99, Jihočeský kraj)</p> <p>VI. Krajská konference primární prevence rizikového chování (Jihočeský kraj)</p>	–
Plzeňský	<p>Seminář o substituční léčbě (Spolek Ulice Plzeň)</p> <p>Týden s Ulicí – konference v rámci oslav 15 let organizace (Spolek Ulice Plzeň)</p> <p>Panelová diskuse <i>Aktuální stav péče o závislé v ČR, respektive Plzeňském kraji a možnosti spojené s reformou psychiatrické péče</i> (Spolek Ulice Plzeň)</p>	<p>Den s Ulicí – divadla s následnou diskusí o životě s drogou (Spolek Ulice Plzeň)</p> <p>Evropský týden testování na HIV (SZU, Spolek Ulice Plzeň)</p> <p>VII. Pracovní setkání místních protidrogových koordinátorů s organizacemi poskytujícími protidrogové služby (Pardubický kraj)</p> <p>Respektuj 18! – projektová kampaň ke snížení dostupnosti alkoholu mladistvým (Plzeň, Plzeňský prazdroj, CPPT)</p> <p>Projekt Čistý podchod – za účelem snížení stigmatizace uživatelů drog, zvýšení pracovních návyků a motivace k léčbě (POINT 14 ve spolupráci s městem Plzeň)</p>

Kraj	Seminář/konference (organizátor)	Jiná aktivita (organizátor)
Ústecký	Děti a rodiče – seminář pro pracovníky OSPOD (Ústecký kraj) Adiktologický seminář pro lékaře (Krajská zdravotní, Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem)	Správným směrem 4 (soutěž pro studenty o nejkreativnější znázornění drogové problematiky – plakát zaměřený na boj proti drogám, NPC, město Litoměřice) Preventivní aktivita – edukativní filmové spoty pro veřejnost prezentující služby pro osoby závislé a jejich blízké (Ústecký kraj) Odvykání kouření pro nelékařské odborníky (Česká koalice proti tabáku, Jules a Jim) Kurz pro pedagogy na téma prevence užívání tabáku, marihuany a alkoholu (Česká koalice proti tabáku, Jules a Jim)
Liberecký	Nové závislosti – IX. AT seminář Libereckého kraje (Liberecký kraj) Krajská konference primární prevence <i>Prakticky a spolu III.</i> (Maják, Liberecký kraj)	Společně proti kouření – 6. ročník kampaně zaměřené na prevenci kouření (Maják) Evropský týden testování na HIV (Nemocnice Jablonec nad Nisou) Internetové závislosti – přednášky pro rodiny (Jablonec nad Nisou, Advaita) Hepatitida – prevence (školení pro zaměstnance městského úřadu, Tanvald, KHS Libereckého kraje) Prevence nebolí – preventivní akce pro veřejnost (sdružení VESNA) Zdravé je nekouřit – přednáška pro děti z dětských domovů (PNE NsP Česká Lípa) Víkendová cesta k životu bez mříží (pobyt pro děti zaměřený na prevenci kriminality a užívání NL, Železný Brod) Drogové závislosti – přednáška pro veřejnost (Velké Hamry) Setkání multidisciplinárního týmu (Jilemnice)
Královéhradecký	–	Vzdělávání v oblasti návykových látek a tvorba metodiky pro pracovníky OSPOD (Královéhradecký kraj) Nastavení spolupráce OSPOD a poskytovatelů soc. služeb pro uživatele legálních a nelegálních drog (Královéhradecký kraj, odborné setkání)

Kraj	Seminář/konference (organizátor)	Jiná aktivita (organizátor)
Pardubický	Seminář pro místní protidrogové koordinátory (Pardubický kraj) 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 (Pardubický kraj)
Vysočina	Krizová intervence v podmínkách školy – seminář pro školní metodiky prevence a pedagogické pracovníky (Kraj Vysočina, seminář) Sociální a psychologická problematika informační bezpečnosti kyberkriminality – seminář pro školní metodiky prevence a pedagogické pracovníky (Kraj Vysočina, seminář) Bezpečné klima na školách – seminář pro školní metodiky prevence a pedagogické pracovníky (Kraj Vysočina, seminář)	–
Jihomoravský	Racionální drogová politika (A.N.O. a Společnost Podané ruce, konference) Celostátní adiktologická konference (ÚPLZ A Kluby Brno) Krajské fórum prevence 2017 zaměřené na ochranu veřejného zdraví (Jihomoravský kraj, konference) Krajská konference primární prevence rizikového chování <i>Bezpečné klima ve školách JMK</i> (PPP Brno ve spolupráci s Jihomoravským krajem) Sekty a nová náboženská hnutí a Extremismus a radikalismus v ČR (Jihomoravský kraj, vzdělávací seminář) Právo a rizikové chování (Jihomoravský kraj, vzdělávací seminář) Agresivita a možnosti práce s klienty (Jihomoravský kraj, vzdělávací seminář)	Bezpečně v kyberprostoru (Jihomoravský kraj, dlouhodobý vzdělávací projekt) Vzdělávání v oblasti drogových závislostí (Společnost Podané ruce) Národní preventivní den (Magistrát města Brna) I hodné děti berou drogy – Specifika péče o děti se závislostním problémem (DÚ pro mládež SVP a ŠJ Brno, Jihomoravský kraj, přednáška) Odvykání kouření pro nelékařské odborníky – kurz (Jules a Jim, Jihomoravský kraj) Prevence užívání tabáku, marihuany a alkoholu – kurz (Jules a Jim, Jihomoravský kraj)
Olomoucký	Regionální konference PPRCH (Pedagogicko-psychologická poradna Olomouc)	Závislosti a my (školní konference, Střední škola sociální péče a služeb Zábřeh)
Zlínský	Krajská konference k primární prevenci rizikového chování (Zlínský kraj) Konference – Mezinárodní den boje proti drogám v Kroměříži dne 23. 6. 2017 (Oblastní charita Kroměříž, Kontaktní centrum PLUS pod záštitou Zlínského kraje) Mapování rizikových typů chování ve školách (Zlínský kraj)	Mezinárodní den boje proti drogám – výstava (KPK ve spolupráci s poskytovateli drogových služeb a Psychiatrickou nemocnicí Kroměříž)

Kraj	Seminář/konference (organizátor)	Jiná aktivita (organizátor)
Moravskoslezský	X. Krajská konference primární prevence v Moravskoslezském kraji (Moravskoslezský kraj)	Diskusní fórum na téma: Personální zajištění služeb pro uživatele návykových látek, kapacita a činnosti jednotlivých služeb (Moravskoslezský kraj) Diskusní fórum na téma: Personální zajištění služeb následné péče pro uživatele návykových látek (Moravskoslezský kraj) Diskusní fórum na téma: Terapeutická komunita jako sociální služba (Moravskoslezský kraj) Akce Jehla v obcích Havířov, Český Těšín, Karviná, Opava a Ostrava (Městská policie Prahy, akce pro veřejnost zaměřená na předcházení nebezpečí souvisejících s použitým injekčním materiálem)

2.7 Místní protidrogoví koordinátoři

Na úrovni obcí zajišťují koordinaci protidrogové politiky místní protidrogoví koordinátoři (MPK). V r. 2017 došlo k výrazným změnám počtu MPK – tabulka 2-6. Ve Středočeském kraji došlo k ustanovení pozice MPK ve 4 obcích (Brandýs nad Labem – Stará Boleslav, Říčany, Slaný a Lysá nad Labem), v Pardubickém kraji ve 3 obcích (Hlinsko, Chrudim, Polička) a v současné době je tak pozice MPK opět zřízena ve všech obcích s rozšířenou působností Pardubického kraje. V rámci Ústeckého kraje zůstal v r. 2017 zachován stejný počet MPK jako v předchozím roce: v obci Teplice byla tato pozice nově ustanovena a naopak v obci Lovosice zrušena. Pozice MPK byla zrušena také v obci Jablunkov (Moravskoslezský kraj) a v obci Jičín (Královéhradecký kraj). V Karlovarském a Ústeckém kraji je i nadále pozice většiny MPK zastoupena kontaktní osobou.

Místní protidrogoví koordinátoři byli v r. 2017 ustanoveni ve všech 22 správních obvodech Prahy, stejně jako v r. 2016 a ve 192 obcích s rozšířenou působností z celkového počtu 205 (186 v r. 2016). Z toho v 15 obcích nejde 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 Jihočeský, Plzeňský, Karlovarský, Liberecký, Pardubický, Olomoucký, Zlínský kraj a Kraj Vysočina.

Výše úvazku a kumulace funkcí se napříč obcemi liší. Až na výjimky místní protidrogoví koordinátoři vykonávají funkci pouze na část úvazku, většinou však na minimální úvazek. MPK 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

Tabulka 2-6: Počet místních protidrogových koordinátorů v obcích s rozšířenou působností v r. 2017

Kraj	Počet obcí s MPK	Obce, v nichž není ustaven MPK
Praha	22 z celkem 22 správních obvodů	–
Středočeský	22 z celkem 26 obcí	Černošice, Rakovník, Mnichovo Hradiště, Lysá nad Labem
Jihočeský	17 z celkem 17 obcí	–
Plzeňský	15 z celkem 15 obcí	–
Karlovarský	7 z celkem 7 obcí (z toho ve 4 obcích jsou ustanoveni kontaktní pracovníci)	Karlovy Vary, Cheb, Aš, Mariánské Lázně
Ústecký	14 z celkem 16 obcí (z toho v 11 obcích jsou ustanoveni kontaktní pracovníci)	Rumburk, Lovosice
Liberecký	10 z celkem 10 obcí	–
Královéhradecký	12 z celkem 15 obcí*	Vrchlabí, Trutnov, Jičín
Pardubický	15 z celkem 15 obcí	–
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	18 z celkem 22 obcí	Bohumín, Kravaře, Odry, Jablunkov
Celkem ČR	213 z celkem 227 obcí s rozšířenou působností nebo městských částí (z toho v 15 obcích jsou určeny kontaktní osoby)	–

Pozn.: * Z toho ve 2 obcích není zřízena pozice MPK, aktivity obvyklé pro MPK jsou vykonávány nad rámec agendy daného úředníka. ** Jde o neformální zřízení pozice MPK.

nedostatky v činnosti MPK. V Moravskoslezském kraji je funkce MPK v třetině obcí, kde je tato funkce zřízena, včleněna pod činnost městské policie.

Problémem, na který dále upozorňují někteří KPK, je nestabilita a střídání zaměstnanců obcí vykonávajících funkci MPK. Dalším problémem s tímto jevem spojeným je nedostatečné celostátní vzdělávání místních koordinátorů, MPK obvykle nemají v dané oblasti zkušenosti.

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:

- × MPK jsou členy pracovních skupin kraje, např. MPK jsou členy krajské protidrogové koordinační skupiny (Středočeský, Jihočeský a Liberecký kraj), samostatné pracovní skupiny (Karlovarský kraj) nebo jsou členy některých pracovních skupin protidrogové

komise kraje. MPK jsou aktivně zapojováni do procesu vzniku strategických dokumentů kraje.

- × KPK organizují speciální setkání pro MPK, např. společné metodické porady. V Praze je ustanovena sekce koordinátorů a setkání probíhají pravidelně 1× měsíčně, v Kraji Vysočina, Ústeckém, Libereckém, Pardubickém a Zlínském kraji 1–2× ročně. Ve Středočeském kraji dochází k metodickému setkání čtvrtletně.
- × Organizována jsou také setkání MPK se zástupci organizací poskytujících služby uživatelům drog (Středočeský, Plzeňský, Liberecký, Jihomoravský a Zlínský kraj). Na úrovni krajů jsou organizovány vzdělávací semináře pro MPK nebo regionální adiktologické konference.
- × Zprostředkování informací o konání akcí pořádaných krajem (konferencí, seminářů, výzkumů, analýz apod.) nebo formou individuálních konzultací a osobních návštěv KPK 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*, *Plán protidrogové politiky města Bruntál na období 2017–2021 a Koncepce prevence kriminality a protidrogové politiky města Opavy 2017–2021* (Moravskoslezský kraj), *Místní plán protidrogové politiky města Kyjova a jeho prováděcí dokument Akční plán protidrogové politiky města Kyjova na období 2016–2017* (Jihomoravský kraj) či *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). Protidrogová politika v Brně je implementována do 4. *Komunitního plánu sociálních služeb města Brna pro období 2016–2017* a *Strategického plánu sociálního začleňování města Brna pro období 2016–2019*. V Plzeňském kraji jde o *Koncepci prevence kriminality a protidrogové prevence města Plzně 2016–2020*, ve Středočeském kraji je platný samostatný strategický dokument upravující protidrogovou politiku v obcích Benešov a Vlašim. V Pardubickém kraji byl v r. 2017 koncepční dokument upravující protidrogovou politiku platný v 7 obcích (Česká Třebová, Lanškroun, Moravská Třebová, Pardubice, Svitavy, Ústí nad Orlicí, Vysoké Mýto). V Libereckém kraji má 13 obcí zahrnutou proble-

matiku protidrogové politiky v některém z jiných strategických dokumentů. V Jihočeském kraji má pouze obec Milevsko platný koncepční dokument upravující protidrogovou politiku, v Kraji Vysočina jsou to obce Jihlava, Nové Město na Moravě, Třebíč a Žďár nad Sázavou. V Praze je samostatný koncepční dokument upravující protidrogovou politiku platný v 11 z 22 městských částí. V Královéhradeckém kraji je v obcích Hradec Králové, Nový Bydžov a Nové Město nad Metují platný obecnější dokument, ve kterém je téma závislostí zohledněno.

V r. 2017 vešel v platnost *Plán činnosti v oblasti prevence kriminality, protidrogové prevence a prevence rizikového chování v regionu Moravský Krumlov na období 2017–2019* (Jihomoravský kraj). Město Havířov (Moravskoslezský kraj), kde je dosud protidrogová politika řešena v rámci Koncepce prevence kriminality připravuje samostatný strategický dokument upravující protidrogovou politiku.

Samostatnou zprávu o stavu drogové problematiky obce zpravidla nezpracovávají, téměř všechny však spolupracují s KPK na přípravě podkladů pro výroční zprávu o realizaci protidrogové politiky v krajích. Samostatnou zprávu o drogové situaci za r. 2016 zpracovaly obce Benešov, Mělník, Kralupy nad Vltavou a Hořovice (Středočeský kraj), Žďár nad Sázavou (Kraj Vysočina), stejně jako 20 (z celkového počtu 22) městských částí Prahy a všech 10 obcí s rozšířenou působností v Libereckém kraji.¹⁹ V Pardubickém kraji zprávu o realizaci protidrogové politiky za předchozí rok zpracovalo celkem 13 obcí,²⁰ a to organizací Laxus v rámci její působnosti na území těchto obcí. V Jihočeském kraji samostatnou zprávu o stavu drogové problematiky zpracovaly obce Blatná a Kaplice.

Některá města mají zřízenou specifickou pracovní skupinu či komisi pro protidrogovou politiku, respektive pro osoby ohrožené závislostmi (např. město Plzeň, Karlovy Vary a Nový Bor).

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

Od 1. 1. 2017 jsou účinné zákon č. 186/2016 Sb., o hazardních hrách, a zákon č. 187/2016 Sb., o dani z hazardních her, které nahradily zákon č. 202/1990 Sb., o loteriích a jiných podobných hrách. Zákon č. 186/2016 Sb., o hazardních hrách, změnil systém povolování provozování hazardních her a jejich kontroly.

Přechodná ustanovení zákona č. 186/2016 Sb., o hazardních hrách, umožňují provozování hazardních her povolených ještě podle předchozí právní úpravy a za jejich podmínek. Provozování podle zákona č. 202/1990 Sb., o loteriích a jiných podobných hrách je možné pouze po dobu platnosti povolení, ale nejdéle po dobu 6 let ode dne nabytí účinnosti zákona č. 186/2016 Sb., o hazardních hrách. Počet technických a živých her povolených podle předchozí právní úpravy však neustále klesá spolu s tím, jak těmto povolením dobíhá platnost – bližší viz Výroční zprávu o hazardním hraní v České republice za rok 2017.

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

20 Pardubice, Svitavy, Litomyšl, Polička, Ústí nad Orlicí, Lanškroun, Česká Třebová, Letohrad, Moravská Třebová, Přelouč, Chrudim, Žamberk, Vysoké Mýto

Ve městě Liberec byla v r. 2017 vydána vyhláška o regulaci provozování hazardních her²¹ s cílem postupné regulace hazardních her na území obce. Většina obcí Libereckého kraje, které v předchozích letech zavedly nulovou toleranci, začíná uplatňovat postupnou regulaci hazardu.

V některých obcích podle zpráv krajů probíhají pravidelné kontroly heren: v obcích Smržovka a Harrachov (Liberecký kraj) 2× týdně, ve městě Litoměřice (Ústecký kraj) se v r. 2017 uskutečnilo celkem 18 namátkových kontrol.

21 Vyhláška č. 2/2017 o regulaci provozování hazardních her v katastru statutárního města Liberec. Účinnost vyhlášky je od 1. 8. 2017 s přechodným ustanovením pro vydaná povolení do 31. 12. 2017.

➤ 3

Kapitola 3

Finanční zajištění protidrogové politiky v krajích

Pro financování adiktologických služeb je i nadále typický vícezdrojový charakter. Státní správa i samosprávy využívají k financování služeb i nadále stejné nástroje. Zásadní změny se nestaly ani v jejich aplikaci, byť dochází k jejich částečným modifikacím, např. k větší provázanosti s vytvářenými sítěmi sociálních služeb. Největší objem vynaložených finančních prostředků je stejně jako v předchozích letech rozdělen prostřednictvím jednoletých dotací, které jsou také nejčastějším způsobem financování služeb. Největší část výdajů krajů a obcí na protidrogovou politiku jsou náklady spojené s financováním běžných činností adiktologických služeb, značný podíl však tvoří záchytné stanice. Mezi výdaje na protidrogovou politiku jsou od r. 2015 systematicky započítávány také částky na služby pro hazardní hráče. Jejich přesné vyčíslení je často znesnadněno zejména tím, že služby pro hazardní hráče jsou často poskytovány v rámci adiktologického zařízení či programu zaměřeného i na uživatele návykových látek. Tyto služby jsou podporovány v rámci jednoho dotačního či grantového řízení. Mezi veřejné zdroje, které se podílí na spolufinancování protidrogové politiky, patří také podpora z prostředků Evropských strukturálních a investičních fondů, nejvíce pak z Evropského sociálního fondu (ESF), která je distribuována poskytovatelům služeb prostřednictvím jednotlivých krajů či přímo z úrovně ústředních orgánů státní správy. Do této zprávy nejsou zahrnuty prostředky systému veřejného zdravotního pojištění, přestože jsou významným zdrojem financování zdravotních služeb. Kraje je do svých výročních zpráv tradičně nezahrnují také proto, že k přesným datům nemají přístup.



3.1 Zajištění financování protidrogové politiky z rozpočtu krajů

Finanční prostředky z rozpočtů krajů určené k financování adiktologických služeb jsou až na výjimky poskytovány prostřednictvím jednoletých dotačních nebo grantových řízení. Vycházejí přitom z jednotlivých protidrogových politik krajů a jejich vnitřních

norem a strategií. Zohledňují jak specifika, sledovaný účel a cíle protidrogové politiky krajů, tak obecně přístup krajů k zabezpečení dostupnosti 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 – sociálních, zdravotních, školských nebo bezpečnosti, výjimečně jsou některé prostředky rozpočtovány v kanceláři hejtmána (Zlínský kraj). Financování služeb ve všech krajích je obdobně jako na úrovni ústředních orgánů státní správy vícezdrojové, poskytovatelé adiktologických služeb mohou v rámci jednoho kraje žádat o podporu z několika (od 2 do 5) různě zaměřených dotačních programů – tabulka 3-1.

Přestože je na úrovni krajů financování adiktologických služeb a protidrogové politiky v mnohém podobné, lze mezi jednotlivými kraji najít řadu rozdílů, které souvisí především s tím, v rámci jakého celku je protidrogová politika kraje koordinována a financována. Může jít o samostatně vyčleněnou agendu kraje či o součást širšího celku. Rozdíly mezi kraji jsou i v prioritách a zaměření dotačních či grantových titulů určených specificky pro adiktologické služby, v podílu na celkové finanční podpoře adiktologických služeb na svém území a v míře využívání možností Evropských strukturálních a investičních fondů.

Pravděpodobně nejvýznamnější rozdíly jsou v charakteru, rozsahu a zaměření jednotlivých nástrojů, které kraje používají k financování adiktologických služeb. Dominantním nástrojem podpory jsou i nadále jednoleté dotace distribuované na základě výsledků dotačních či grantových řízení, které jsou využívány ve všech krajích. V Praze jsou jednoleté dotace v kombinaci s víceletými individuálními účelovými dotacemi a ve Středočeském, Plzeňském, Libereckém, Pardubickém a Moravskoslezském kraji s individuálními dotacemi na základě přímé žádosti poskytovatele služeb. Individuální dotace umožňují krajům a poskytovatelům služeb rychleji reagovat na vzniklé potřeby na území kraje a zajistit stabilitu dlouhodobě vybraným a ověřeným poskytovatelům služeb bez administrativní zátěže a nejistoty spojené s účastí v dotačních řízeních. Na druhou stranu mohou také znamenat omezení soutěže mezi poskytovateli služeb, konzervaci stávajícího stavu a omezení potřebného rozvoje spektra služeb na území kraje. Pokud je kraj zřizovatelem adiktologické služby, financuje ji také příspěvkem zřizovatele (např. příspěvková organizace RIAPS Trutnov nebo záchytné stanice zřizované Moravskoslezským krajem).

Specifickou formou dotací jsou jednoleté dotace poskytované v režimu vyrovnávací platby, které jsou kraji využívány pro financování místních a regionálních sociálních služeb, mezi které patří také některé adiktologické služby. V návaznosti na tzv. malou novelu zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, která nabyla účinnosti 1. 1. 2015, bylo přímé financování místních a regionálních sociálních služeb převedeno z úrovně MPSV na úroveň krajů. Kraje od r. 2015 předkládají MPSV souhrnnou žádost o dotaci za všechny sociální služby na svém území, které jsou součástí krajských sítí sociálních služeb a tedy i střednědobých plánů rozvoje sociálních služeb.

Od r. 2016 poskytují kraje dotace na sociální služby v režimu vyrovnávací platby, který se vztahuje jak na přerozdělované prostředky z MPSV, tak na prostředky krajů a v některých případech i obcí. Součástí tohoto systému financování je také jednoleté

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

Kraj	Vyhlašované dotační programy, ve kterých může žádat i poskytovatel adiktologických služeb	Víceleté financování	Podmínka certifikace	Dotační priority
Praha	<ol style="list-style-type: none"> 1. Grantový program hlavního města Prahy pro oblast primární prevence ve školách a školských zařízeních pro rok 2017 2. Grantový program hlavního města Prahy pro oblast adiktologických služeb pro rok 2017 3. Grantový program hlavního města Prahy pro oblast adiktologických služeb pro rok 2017 pro městské části 4. Grantové řízení hlavního města Prahy pro rok 2017 v oblasti sociálních služeb 5. Městský program prevence kriminality na rok 2017 v hl. m. Praze 	ano u programu 1–2	ano u programu 1–2	–
Středočeský	<ol style="list-style-type: none"> 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	ano u programu 2	–
Jihočeský	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dotační program Podpora a rozvoj protidrogové politiky Jihočeského kraje v roce 2017 2. Krajský dotační program na podporu sociálních služeb pro rok 2017 3. Dotační program Podpora prevence kriminality v Jihočeském kraji 4. Dotační program Podpora služeb nedefinovaných v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách 	ne	ano u programu 1 a 3	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	<ol style="list-style-type: none"> 1. Program podpory projektů protidrogové prevence v Plzeňském kraji 2017 2. Podpora preventivních aktivit a výchovy k toleranci v roce 2017 	ne	ne	u programu 2 projekty zaměřené na realizaci certifikovaných programů primární prevence
Karlovarský	<ol style="list-style-type: none"> 1. Program na podporu aktivit v oblasti prevence rizikového chování u dětí a mládeže 2. Program na podporu sociálních služeb 	ne	ne	–

Kraj	Vyhlašovány dotační programy, ve kterých může žádat i poskytovatel adiktologických služeb	Víceleté financování	Podmínka certifikace	Dotační priority
Ústecký	<ol style="list-style-type: none"> 1. Podpora Ústeckého kraje na sociální služby protidrogové politiky 2017 2. Podpora vybraných sociálních služeb v Ústeckém kraji 2017 3. Podpora vybraných služeb zdravotní péče 2017 4. Fond Ústeckého kraje 5. Certifikace primární prevence rizikového chování pro poskytovatele sociálních protidrogových služeb 	ne	ne	–
Liberecký	<ol style="list-style-type: none"> 1. Přímé neinvestiční dotace z rozpočtu kraje a jednotlivých odborů 2. Dotace na podporu sociálních služeb z rozpočtu Libereckého kraje na rok 2017 3. Dotační titul na předfinancování sociálních služeb na rok 2017 4. Specifická primární prevence 	ne	ano	<ol style="list-style-type: none"> 1. podpora certifikovaných sociálních služeb 2. ostatní sociální služby
Královéhradecký	<ol style="list-style-type: none"> 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 	částečně u programu 2 (víceletá pověření + jednoleté dotace)	ne	–
Pardubický	<ol style="list-style-type: none"> 1. Grantové řízení Pardubického kraje na podporu programů protidrogové politiky (v rámci Programu podpory sociálních služeb poskytovaných podle zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách) 2. Primární prevence realizovaná školami a školními zařízeními a jiné nezařazené preventivní programy 	ne	ne	definovány ve Střednědobém plánu rozvoje sociálních služeb a jeho Akčním plánu

Kraj	Vyhlašovány dotační programy, ve kterých může žádat i poskytovatel adiktologických služeb	Víceleté financování	Podmínka certifikace	Dotační priority
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	ano u programu 2	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. Řízení o přiznání finanční podpory Jihomoravského kraje pro rok 2017 v oblasti podpory poskytování sociálních služeb z prostředků Jihomoravského kraje 2. Dotační program z rozpočtu Jihomoravského kraje pro oblast protidrogových aktivit	ne	ano u programu 2	přednostní podpora službám začleněným do strategického dokumentu Minimální síť služeb, efektivita, odborná garance, přiměřenost požadavku
Olomoucký	1. Program Olomouckého kraje pro oblast protidrogové prevence pro rok 2017 2. Program finanční podpory poskytování sociálních služeb v Olomouckém kraji 2017 3. Dotační program pro sociální oblast 2017 – Podpora prevence kriminality	ne	ano u programu 1	–
Zlínský	1. Podprogram Programového fondu 07–17 na podporu nestátních neziskových organizací, škol a školských zařízení v oblasti prevence rizikových typů chování v roce 2017 2. Zajištění priorit sociálních služeb na území Zlínského kraje pro rok 2017	ne	ne	NZDM, certifikované programy nebo projekty v oblasti primární prevence rizikových typů chování, další projekty PP; definované ve Střednědobém plánu rozvoje sociálních služeb

Kraj	Vyhlašovvané dotační programy, ve kterých může žádat i poskytovatel adiktologických služeb	Víceleté financování	Podmínka certifikace	Dotační priority
Moravskoslezský	1. Program na podporu financování běžných výdajů souvisejících s poskytováním sociálních služeb včetně realizace protidrogové politiky kraje na rok 2017 2. Program na podporu neinvestičních aktivit v oblasti prevence kriminality 2017	ne	ne	dofinancování nákladů poskytovatelů registrovaných sociálních služeb pro osoby závislé; v rámci prevence kriminality široké spektrum aktivit bez priorit

(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. Rozsah poskytovaných služeb stanovený v Pověření je definován jednoznačně stanovenými jednotkami, které se liší v závislosti na druhu služby. Jde např. o časovou dostupnost za týden definovanou v hodinách, počet lůžek nebo o kapacitu vyjádřenou průměrným přepočteným počtem pracovníků v přímé práci s klientem za rok. Pověření je jednostranný právní akt, kterým kraj ve své roli správce sítě místních a regionálních služeb na základě transparentního výběru zavazuje jednotlivé poskytovatele služeb k zajištění dostupnosti potřebných kapacit sociálních služeb na svém území. Pověření obsahuje výpočet vyrovnávací platby a zejména v případě víceleté varianty může mít pro financování služeb ze strany krajů stabilizační efekt.

Vyrovnávací platba je kategorie evropského práva a zároveň režim či metoda financování služeb. V zásadě jde 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 subjekt vybrán a bylo mu uděleno pověření. Vyrovnávací platba vychází legislativně z rozhodnutí Evropské komise.²² Tato metoda byla původně určena pro potřeby jednozdrojového financování. V případě adiktologických služeb, které jsou tradičně financovány vícedrojoově, s sebou nese řadu obtíží a negativních důsledků, např.:

- ✗ veřejná správa ne vždy disponuje dostatečným množstvím prostředků k pokrytí vypočtených nákladů,
- ✗ kraje jako pověřující subjekt nejsou vždy schopny plně uhradit výši vyrovnávací platby uvedené v Pověření,

²² 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.

- ✗ není vždy jednoznačně zřejmé, které dotace je nutno do vyrovnávací platby zahrnout, neexistuje jednotný mechanismus výpočtu nákladů,
- ✗ administrativní zátěž je neúměrně vysoká.

I z těchto důvodů jde spíše o poskytování dotací v režimu vyrovnávací platby, ne o vyrovnávací platbu ve svém původním významu.

Adiktologické služby jsou ve všech krajích rozděleny na sociální, financované v režimu vyrovnávací platby a na zdravotní, hrazené prostřednictvím úhrad ze systému veřejného zdravotního pojištění. Zatímco režim financování sociálních služeb je součástí uceleného přístupu k sociálním službám, který vychází ze zákona o sociálních službách a který zabezpečuje jak společné financování těchto služeb z prostředků MSPV a krajů, tak jednotný systém jejich zabezpečení a hodnocení kvality prostřednictvím registrací a inspekci kvality sociálních služeb, dostupnost a financování služeb zdravotních je v kompetenci zdravotních pojišťoven a kraje na jejich podobu mají zcela minimální vliv. Kraje administrují výběrová řízení na uzavření smlouvy o poskytování a úhradě zdravotních služeb mezi poskytovatelem zdravotních služeb a pojišťovnami, nicméně zdravotní pojišťovny nejsou povinny s vybranými subjekty uzavírat smlouvy. V oblasti zdravotních adiktologických služeb pak mají kraje přímou kompetenci pouze ve vztahu k zajištění činnosti protialkoholní záchytné stanice na svém území.

Systém sociálních služeb tak prostřednictvím krajů jako administrátorů procesů na regionální úrovni umí zjišťovat potřebnost a zajistit dostupnost všech sociálních služeb, včetně adiktologických, za využití registru sociálních služeb, dat z výkaznictví sociálních služeb, vlastních krajských analytických metod (např. benchmarking v Králověhradeckém kraji) a procesů tvorby a průběžných úprav definovaných sítí.

Správa takto komplexního systému je náročná, proto většina krajů zahrnuje všechny služby, kromě čistě zdravotnických nebo školských služeb, do systému sociálních služeb a přizpůsobuje tomu i jejich financování. Služby pro uživatele drog poskytované nestátními neziskovými organizacemi se tak na úrovni krajů čím dál tím častěji stávají pouze součástí sociálních služeb, bez potřeby opory ve specifických sítích drogových služeb, systémech kontroly kvality či zvláště určených dotačních titulech. Celkem 11 krajů financuje ze svých prostředků v oblasti adiktologických služeb výhradně registrované sociální služby a další 3 kraje financování adiktologických služeb prostřednictvím dotačních titulů určených pro sociální služby umožňují.

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 40 dotačních programů vyhlášených kraji je certifikace jako podmínka aplikována pouze u 12 z nich.

Jako především sociální vnímají služby pro uživatele drog kromě Moravskoslezského kraje také kraj Plzeňský, Karlovarský, Liberecký, Králověhradecký, Pardubický 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 Prahy. Zbývající

kraje využívají pro financování služeb specifické protidrogové dotační tituly, individuální dotace, možnosti dalších příbuzných dotačních titulů (např. primární prevence rizikového chování, prevence kriminality) nebo tyto možnosti kombinují. Některé kraje si stanovují průřezové podmínky pro podporu těchto služeb ve všech dotačních titulech, např. certifikaci (Praha), 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 dokumenty kraje (Pardubický kraj), jejich explicitním výčtem (Kraj Vysočina a Zlínský kraj) nebo v některých případech kraje svými dotacemi podporují specifickou část sítě služeb, na jejichž úhradu nejsou prostředky ve větších zastřešujících systémech. Jde např. o ambulantní služby nehrazené ze systému veřejného zdravotního pojištění a síť služeb pro patologické hráče ve Středočeském kraji, podporu substituční léčby v Ústeckém kraji nebo dotační program pro podporu činnosti, které navazují, kooperují nebo rozšiřují sociální služby v Královéhradeckém kraji. Zcela výjimečný je dotační titul Ústeckého kraje, který se v r. 2017 zaměřil na podporu procesu certifikace organizací poskytujících primární prevenci, ve všech ostatních krajích bylo financováno pouze přímé poskytování služeb, nikoli podpora identifikovaných potřebných procesů.

Kraj se navzájem liší také tím, jaké odbory, jsou zodpovědné za správu dotačních titulů a dalších forem financování adiktologických služeb. Dominantní roli hrají především odbory sociální, které ve všech krajích administrují dotační tituly na podporu sociálních služeb, odbory zdravotnické, které spravují protialkoholní záchytné stanice, popř. přímo zřízené zdravotnické organizace, a odbory školství, které se zabývají podporou primární prevence. Toto obecné rozdělení neplatí pro všechny kraje. V Jihomoravském kraji spravuje specifický dotační titul pro všechny typy adiktologických služeb odbor školství, v Jihočeském kraji je oblast primární prevence financována jednak prostřednictvím dotačního titulu *Podpora prevence kriminality*, jednak prostřednictvím dotačního titulu *Podpora a rozvoj protidrogové politiky Jihočeského kraje* (zahrnuje i další adiktologické služby). Obdobně primární prevenci v Praze financoval odbor zdravotnictví, sociální péče a prevence. V některých krajích hrají při financování protidrogové politiky významnou roli také odbory, které mají jiné kompetence, ve Zlínském kraji *Dotace na podporu nestátních neziskových organizací, škol a školských zařízení v oblasti prevence rizikových typů chování v r. 2017* vyhlášovala kancelář hejtmána, ve Středočeském kraji pak poskytoval individuální dotace službám odbor bezpečnostní ředitel.

Jihomoravský kraj umožňuje financování neziskových organizací ze dvou různorodých dotačních titulů, první je obecný dotační titul pro sociální služby,²³ druhý je specifický *Dotační program pro oblast protidrogových aktivit*, který upřednostňuje služby uvedené ve strategickém dokumentu *Minimální síť služeb* a zároveň sleduje efektivitu, odbornou garanci a přiměřenost požadavku. Tento titul je také jednoznačně nejvýznamnějším objemem alokovaných prostředků Jihomoravského kraje ve výši 9 000 000 Kč. Některé v minulosti využívané dotační tituly zanikly, např. dotační titul tzv. *projektů do 25 000 Kč* nebo tzv. *významné projekty* v Olomouckém kraji a *Program víceleté podpory sociálních služeb na území Jihomoravského kraje*. Naopak, některé dotační tituly nově vznikly, např. *Podpora prevence kriminality v Jihočeském kraji* nebo *Dotační program pro sociál-*

23 Řízení o přiznání finanční podpory Jihomoravského kraje pro r. 2017 v oblasti podpory poskytování sociálních služeb z prostředků Jihomoravského kraje v souladu s ustanovením § 105 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

ní oblast 2017 – Podpora prevence kriminality v Olomouckém kraji. Oba zmíněné dotační tituly se zaměřují na oblast primární prevence.

Služby pro uživatele návykových látek a osoby závislé jsou také v několika případech zřizovány přímo kraji jako příspěvkové organizace. V takovém případě jsou financovány prostřednictvím příspěvku zřizovatele. Jde např. o Terapeutickou komunitu Kladno – Dubí (organizace Zařízení sociální intervence Kladno ve Středočeském kraji), Regionální institut ambulantních psychosociálních služeb (Sdružení ozdravoven a léčeben okresu Trutnov), domov se zvláštním režimem Domov Dolní Zámek v Královéhradeckém kraji, domov se zvláštním režimem Ústav sociální péče Nové Syrovice v Kraji Vysočina a protialkoholní záchytné stanice (např. v obci Sokolov v Královéhradeckém kraji). V Pardubickém kraji zajišťuje všechny adiktologické služby pouze jeden poskytovatel, který je financován krajem i obcemi.

V r. 2016 zajišťoval Ústecký a Liberecký kraj tzv. předfinancování poskytovatelů služeb prostřednictvím krajských dotačních programů. Dotační řízení v těchto krajích byla realizována tak, aby dotace na základě uzavřených smluv byly připsány na účty poskytovatelů služeb již do konce roku předcházejícímu roku podpory. Cílem těchto opatření bylo ulehčit nepříznivou situaci spojenou s nedostatkem financí na počátku kalendářního roku, nicméně oba kraje od tohoto způsobu financování v r. 2017 ustoupily. Důvodem byla větší stabilizace sítě služeb a systému financování sociálních služeb prostřednictvím pověření.

Kraje ustupují také od víceletého financování, v r. 2016 bylo víceleté financování využito v Praze a v Jihomoravském kraji, v r. 2017 bylo využíváno pouze v Praze v rámci *Grantového programu hlavního města Prahy pro oblast adiktologických služeb pro rok 2017*, což je jeden z pěti grantových programů Prahy určených pro financování adiktologických služeb. Do čtyřletého financování jsou řazeny projekty, které byly již v předchozích letech v jednoletém nebo víceletém systému financování, a jsou tedy ověřené a pro Prahu je nezbytné zachovat kontinuitu jejich realizace. Žadatel předkládá žádost o 4leté financování služby a v případě souhlasu Zastupitelstva Prahy je na jejím základě uzavřena dotační smlouva o poskytnutí dotace na následující 4 roky. Výplata dotace na další rok pak probíhá každý rok po předložení zprávy o realizaci projektu a vyúčtování příslušného roku (standardně během února). Takový systém zajišťuje kontinuální financování, žadatelé se nedostávají počátkem roku do finanční tísně a služby mohou být realizovány dlouhodobě ve stejné kvalitě. V odůvodněných případech je možné každoročně žádat o navýšení dotace.

Výjimečná je i přímá finanční podpora protidrogové politiky obcí krajem prostřednictvím dotačního programu, jako jediná ji svým městským částem již dlouhodobě poskytuje Praha. Od r. 2014 nahradila dosavadní plošnou podporu městským částem 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 financování vybraných typů certifikovaných adiktologických služeb. V r. 2017 bylo z tohoto programu podpořeno 16 městských částí celkovou částkou 1 050 000 Kč.

Záchytné stanice jsou v jednotlivých krajích financovány příspěvkem zřizovatele (Praha, Jihočeský, Karlovarský, Královéhradecký kraj), prostřednictvím veřejných zakázek

(Jihomoravský kraj), dotacemi (Středočeský, Liberecký kraj a Kraj Vysočina) či přímými příspěvky z rozpočtu kraje, např. na základě smlouvy (Plzeňský, Olomoucký a Zlínský kraj). Pardubický kraj protialkoholní záchytnou stanicí financuje prostřednictvím vyrovnávací platby za závazek veřejné služby. V Moravskoslezském kraji jsou v provozu celkem 4 záchytné stanice, z nich 3 zřizuje a financuje příspěvkem zřizovatele kraj, 1 zřizuje Ostrava a kraj ji spolufinancuje dotacemi. V Ústeckém kraji záchytná stanice není zřízena. Provoz záchytných stanic je velmi nákladný, v r. 2017 činila podpora jejich činnosti ze strany krajů celkem 73,9 mil. Kč, což představuje 32,8 % celkových výdajů krajů na protidrogovou politiku.

3.2 Zajištění financování protidrogové politiky v obcích

Obce jsou i nadále jedním z nejdůležitějších zdrojů financování služeb pro uživatele návykových látek a hazardní hráče, financují také řadu dalších opatření v oblasti protidrogové politiky. Podíl obcí na financování se v jednotlivých krajích liší (viz kapitolu Výdaje krajů a obcí na protidrogovou politiku v r. 2017, str. 63). V r. 2017 činil podíl obcí na celkovém financování protidrogové politiky ze strany samospráv 25,5 % (26 % v r. 2016). Na celkových výdajích na protidrogovou politiku z veřejných rozpočtů se obce podílejí ve výši 5,6 %. Spoluúčast obecních rozpočtů na financování adiktologických služeb je nadále založena na dobrovolném principu, byť některé z krajů vytvářejí různorodá systémová opatření, pomocí kterých chtějí financování obcí provázat s vlastním financováním. Výše podpory ze strany obcí převyšuje výši podpory ze strany kraje v Ústeckém (finanční podpora obcí představuje 189,7 % příspěvku kraje) a Moravskoslezském kraji (112,6 %). Ve zbývajících krajích je finanční podpora obcí nižší, v některých však ne příliš (v Plzeňském kraji představuje 71,4 % příspěvku kraje), v jiných výrazně (v Karlovarském kraji dosahuje příspěvek obcí 13,4 % příspěvku kraje, v Královhradeckém kraji 5,9 %).

Finanční i nefinanční podpora službám ze strany obcí má různý charakter. Velká či magistrátní města využívají k financování adiktologických služeb převážně vlastní dotační tituly a grantová řízení, menší města a obce podporují poskytování služeb prostřednictvím jednorázových příspěvků upravených oboustrannými smlouvami, a to buď na základě individuálních žádostí poskytovatelů, nebo na základě vlastních identifikovaných potřeb. Obdobně jako na úrovni krajů mají dotační tituly obcí různá zaměření. Některé jsou zaměřeny přímo na adiktologické služby (např. v Plzni, Brně, Českých Budějovicích, Kyjově a ve většině městských částí Prahy), další mají širší působnost či jsou primárně jinak zacíleny, např. na prevenci kriminality či podporu sociálních služeb (např. obce v Moravskoslezském kraji, Pardubice, Hodonín a Moravský Krumlov). Okrajově využívanou formou podpory, související s přijetím role zadavatele služeb na svém území, je realizace služeb na základě přímé objednávky ze strany některých obcí nebo městských částí Prahy. Víceleté financování ze strany obcí je zcela výjimečné, např. obec Rokycany v Plzeňském kraji od r. 2005 každé 3 roky uzavírá smlouvu o výkonu terénní sociální práce s organizací Spolek Ulice Plzeň. Obce podporují služby také dalšími formami finančních transferů – bezúročnými půjčkami (Chomutov v Ústeckém kraji), dary (Ivančice v Jihomoravském kraji), poskytnutím příspěvku na provozní náklady (Klatovy v Plzeňském kraji). Podpora ze strany obcí je i prostřednictvím nefinančních transferů, např. pronájmem prostoru pro provoz služby za symbolickou cenu (Veselí nad Moravou a Znojmo v Jihomoravském kraji) nebo dotací na pronájem prostor (Pardubice v Pardubickém kraji).

Specifickým typem podpory je hromadné financování jednorázových akcí, např. turné projektu *Revolution Train* Nadačního fondu Nové Česko, které v r. 2017 financovaly obce Moravskoslezského kraje (Bohumín, Český Těšín, Frýdlant nad Ostravicí, Havířov, Karviná, Kopřivnice, Krnov, Ostrava a Vítkov) v celkové částce 1 358 183 Kč, což činilo 6,9 % výdajů obcí na protidrogovou politiku v kraji.

Obce většinou financují služby sídlící či poskytované na svém území, popř. se podílejí i na financování služeb pro své občany v jiných obcích. Některé kraje a obce vyvíjejí snahy o systematické, koordinované spolufinancování služeb na svém území. S ohledem na dobrovolný charakter financování, bez jakékoli zákonné povinnosti stanovené obcím, závisí úspěch těchto snah na mnoha faktorech: na vlastním pochopení vzájemné prospěšnosti takové formy spolupráce ze strany obcí, na zvoleném přístupu kraje a obcí k řešení problému jako celku, na míře zapojení obcí do krajských a vlastních procesů zjišťování potřeb a zajištění dostupnosti služeb a také na míře nároků na administrativu, která je s procesy koordinace nutně spojena. V případech shody obcí a kraje je důležité, zda zvolí model spolufinancování určený specificky pro protidrogovou politiku nebo zda tyto služby zahrnou do komplexnějších modelů, jakým je např. proces plánování a financování sociálních služeb. Konkrétním příkladem je model předem stanovených podílů jednotlivých úrovní samospráv v roli zadavatelů u nově vznikajících sociálních služeb, který je uplatňován např. na území Moravskoslezského kraje, nebo dohoda např. obcí Vyškov a Bučovice, kdy byla konkrétní služba s terénních programů finančně podpořena obcí Bučovice, zatímco obec Vyškov této službě poskytla prostory k pronájmu.

Naopak městské části Prahy se na financování služeb pro uživatele drog podílí na základě svého dobrovolného rozhodnutí. Ani přidělení dotace z rozpočtu Prahy v rámci *Grantového programu hlavního města Prahy pro oblast adiktologických služeb pro městské části* není podmíněno spoluúčastí na financování z rozpočtu městské části Prahy. I přesto se městské části na financování služeb podílí. Způsob financování se odvíjí od míry zasažení městské části problematikou užívání drog a možnostmi rozpočtu. Většina městských částí realizuje vlastní dotační řízení na podporu služeb pro uživatele drog, popř. financuje služby v rámci dotačních programů v oblasti sociálních služeb. Výjimkou není ani realizace služeb na základě přímé objednávky programu/služeb ze strany městské části Prahy.

Mezi cíleně protidrogové a koordinované způsoby financování patří od r. 2014 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), násobený aktuálním počtem obyvatel obce. Vstup do modelu je dobrovolný, kraj není nadřazeným orgánem a spolupráce probíhá partnersky. Do spolupráce se v r. 2014 zapojilo celkem 185 obcí, v r. 2016 pak 135 obcí z celkového počtu 624 obcí v Jihočeském kraji (tj. 21,6 % obcí v r. 2016). Podle tohoto modelu činily v r. 2017 finanční příspěvky od obcí Jihočeského kraje celkem 2 213 223 Kč (2 319 264 Kč v r. 2014) pro celkem 12 služeb. Největším příspěvatelem byly České Budějovice. Oproti r. 2013, kdy se na financování popsaných služeb podílely převážně pouze obce s rozšířenou působností, bylo pro služby v Jihočeském kraji získáno v r. 2017 navíc 474 176 Kč.

Rovněž Liberecký kraj má již od r. 2009 vytvořen 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 územní dostupnost. Tento mechanismus funguje na dobrovolné bázi, je obcím pouze doporučován. Některé obce tento způsob financování akceptují, jiné financují dle vlastních nastavených podmínek, velká část obcí se však na spolufinancování nepodílí vůbec.

V Pardubickém kraji se na financování služeb pro uživatele drog podílí zejména město Pardubice, které financuje služby formou třech 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, další obce v kraji se podílí na financování terénních programů. Po domluvě s organizací Laxus jsou terénní programy poskytovány převážně v obcích, které alespoň minimálně přispívají na provoz terénních programů, čímž deklarují potřebnost této služby na svém území. Příspěvek obce je dobrovolný, Pardubický kraj však doporučil minimální výši příspěvku ve výši 50 000 Kč. Tento požadavek akceptují pouze 4 obce v kraji (Pardubice, Chrudim, Svitavy, Lanškroun). Ostatní obce, které se na financování služeb podílejí, přispívají částkou nižší, nicméně i tento nižší příspěvek je akceptován na pokrytí nezbytných nákladů na zajištění obce terénním programem pro uživatele drog.

V Olomouckém kraji obce velmi často nemají ve svých rozpočtech přesně vyčleněnou částku na podporu protidrogové prevence, nicméně všechny služby, na jejichž financování se v r. 2017 podílel Olomoucký kraj, byly podpořeny i z rozpočtů obcí.

Obce využívají k zabezpečení dostupnosti adiktologických služeb také systém plánování a financování sociálních služeb. Ačkoliv to není jejich zákonná povinnost, některé obce se zapojují do financování sociálních služeb v režimu vyrovnávací platby. Prostřednictvím právního aktu tzv. přistoupení k Pověření se obce formálně přihlašují ke své roli zadavatele či 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 na rozhodnutí obce, případně na dohodě na podílu spolufinancování jednotlivých úrovní samosprávy v rámci kraje. Byť je tento nástroj organizačně složitý a administrativně náročný a existují značné individuální rozdíly v přístupech krajů i obcí, je zřejmé, že je kraji vnímán jako nejvíce systémový, a proto se snaží o maximální zapojení obcí.

V Libereckém kraji služby zařazené do krajské základní sítě sociálních služeb mají stanoven povinný podíl spolufinancování z jiných zdrojů, zvláště z rozpočtů obcí, krajská výroční zpráva tomuto faktu přičítá i meziroční navýšení podpory ze strany obcí o cca 80 000 Kč.

Všechny obce Moravskoslezského kraje, ve kterých působí poskytovatel služeb pro uživatele návykových látek, se spolupodílí na financování sociálních služeb jako zadavatelé těchto služeb. Podpora je poskytována zpravidla v rámci dotačních řízení na protidrogovou prevenci nebo na financování provozu sociálních služeb, v případě sociálních služeb pak předem pevně stanoveným podílem.

Postupně zaváděný způsob financování sociálních služeb znamená značný posun směrem ke koordinaci vynaložených prostředků všech úrovní samospráv, společný formalizovaný a jednoznačně upravený postup krajů a obcí při spolufinancování nejen sociálních služeb však stále není dominantní. Přistoupení k Pověření pro obce znamená značný smluvní závazek, proto nejčastěji i nadále využívají své vlastní postupy nezávisle na krajích, s ohledem na vlastní potřeby, politická rozhodnutí, historii poskytování těchto služeb a nutnost zachovat kontinuitu ve zvoleném způsobu a výši podpory. Podobu a výši finanční podpory jednotlivých obcí významně ovlivňuje také míra a způsob reflexe významu problematiky závislosti jako oblasti, kterou je nutno na úrovni obce řešit např. prostřednictvím podpory specializovaných služeb.

3.3 Výdaje krajů a obcí na protidrogovou politiku v r. 2017

Kraje a obce se významným způsobem podílejí na vícezdrojovém spolufinancování protidrogové politiky v České republice. V r. 2017 kraje vynaložily na protidrogovou politiku 225,2 mil. Kč, obce pak 77 mil. Kč, samosprávy celkem tedy 302,2 mil. Kč. Objem výdajů z rozpočtů samospráv se úhrnem oproti r. 2016 navýšil o 33,4 mil. Kč, což je nejvýraznější meziroční nárůst v posledních deseti letech. Meziroční vývoj výše výdajů na protidrogovou politiku z rozpočtů krajů a obcí obsahuje tabulka 3-2.

Z hlediska celkové výše výdajů na protidrogovou politiku ze strany samospráv v r. 2017 nejvíce finančních prostředků vynaložila Praha (72 mil. Kč), Moravskoslezský (37,3 mil. Kč) a Jihomoravský kraj (33,6 mil. Kč).

Výdaje samospráv na protidrogovou politiku v celonárodním průměru činí 45 Kč na obyvatele ve věku 15–64 let, meziročně se tato částka navýšila o 6,4 Kč, a to zejména z důvodu výrazného nárůstu výše podpory ze strany obcí a krajů. Nejvyšší objem finančních prostředků na protidrogovou politiku na obyvatele ve věku 15–64 let poskytly samosprávy v Praze (87,3 Kč), v Královéhradeckém kraji (51,8 Kč) a v Kraji Vysočina (50,2 Kč). Naopak nejméně v kraji Ústeckém (22,4 Kč), Středočeském (26,0 Kč), a Pardubickém (26,1 Kč) – tabulka 3-3.

Podíl obcí na financování protidrogové politiky z rozpočtu samospráv se pohybuje od 5,6 % v Královéhradeckém kraji, 11,8 % v Karlovarském kraji a 13,4 % v Kraji Vysočina až po 41,7 % v Plzeňském kraji, 53 % v Moravskoslezském kraji a 65,5 % v Ústeckém kraji. Celorepublikový průměrný podíl obcí na celkovém financování ze strany samospráv je 25,5 %.

Do výdajů samospráv nejsou zahrnuty prostředky ESF, kterým je věnována kapitola Financování z prostředků Evropského sociálního fondu (str. 70) a které se v některých krajích (např. Ústeckém či Jihočeském) podílejí na financování vybraných typů sociálních služeb – tabulka 3-4 (v poznámce pod tabulkou).

Popis financování služeb pro hazardní hráče nebo osoby ohrožené hazardním hraním obsahuje pouze několik výročních zpráv krajů. 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, neboť prostředky jsou rozdělovány podle typu služeb (Praha), nebo částky nejsou samo-

Tabulka 3-2: Vývoj výdajů na protidrogovou politiku z rozpočtů samospráv v letech 2013–2017 v tis. Kč

Kraj	2013		2014		2015		2016		2016	
	kraj	obce	kraj	obce	kraj	obce	kraj	obce	kraj	obce
Praha	54 049	7 889	50 440	6 954	62 101	10 399	52 362	11 079	60 896	11 052
Středočeský	3 790	2 451	10 097	3 218	11 861	3 702	16 145	4 041	17 905	4 490
Jihočeský	9 289	1 981	11 290	2 537	11 818	2 538	11 805	2 357	14 133	2 582
Píseňský	6 797	6 027	6 501	6 682	7 415	7 043	6 168	7 021	10 300	7 358
Karlovarský	7 514	679	4 324	734	4 186	629	5 588	1 009	5 562	744
Ústecký	2 680	5 564	3 190	5 153	2 795	6 825	6 985	7 095	4 069	7 718
Liberecký	8 469	2 960	8 260	2 986	8 810	3 594	9 248	3 062	9 940	3 145
Královéhradecký	13 531	398	13 231	1 225	13 994	1 400	15 505	1 074	16 682	985
Pardubický	8 588	1 345	3 870	1 551	4 136	1 969	5 231	1 983	5 461	3 042
Vysočina	9 324	1 229	11 850	2 013	14 782	2 231	15 688	1 585	13 937	2 152
Jihomoravský	17 557	8 382	17 403	9 710	18 237	8 507	18 579	8 570	25 534	8 095
Olomoucký	8 599	3 781	8 789	1 118	13 192	2 660	10 343	2 992	13 716	3 285
Zlínský	8 046	1 987	8 038	2 391	7 753	2 021	9 818	1 922	9 531	2 558
Moravskoslezský	14 174	17 852	15 800	14 547	17 267	16 412	15 283	16 213	17 534	19 747
Celkem ČR	172 407	62 525	173 083	60 819	198 347	69 930	198 749	70 004	225 200	76 953
Samospráva celkem	234 932		233 902		268 277		268 753		302 153	

Tabulka 3-3: Výdaje samospráv na jednoho obyvatele ve věku 15–64 v r. 2017

Kraj	Počet obyvatel v kraji (15–64)	Odhad PUPO*	Celkové výdaje samospráv (v tis. Kč)	Výdaje na obyvatele (15–64) v Kč
Praha	824 480	16 600	71 948	87,3
Středočeský	861 920	2 300	22 395	26,0
Jihočeský	400 520	2 500	16 715	41,7
Plzeňský	364 548	2 300	17 658	48,4
Karlovarský	187 823	1 300	6 306	33,6
Ústecký	525 280	6 700	11 787	22,4
Liberecký	278 957	2 300	13 085	46,9
Královéhradecký	341 350	1 000	17 667	51,8
Pardubický	325 731	500	8 503	26,1
Vysočina	320 519	900	16 089	50,2
Jihomoravský	744 932	3 100	33 629	45,1
Olomoucký	397 822	2 400	17 001	42,8
Zlínský	366 957	1 900	12 089	32,9
Moravskoslezský	769 895	4 100	37 281	48,4
Celkem ČR	6 710 734	47 800	302 153	45,0

Pozn.: * PUPO – problémoví uživatelé opioidů a pervitinu, jde o odhady NMS za r. 2017

statně vyčleněny a jsou zahrnuty v částce na návykové látky (Pardubický kraj). Jihočeský kraj zmiňuje, že v relevantních adiktologických službách na svém území tvořili hazardní hráči vždy spíše marginální skupinu klientů, v průběhu r. 2016 se však situace změnila v důsledku vzniku specializované poradny pro nelátkové závislosti organizace Prevent 99 v Českých Budějovicích. Finanční podpora města České Budějovice tomuto zařízení v r. 2017 byla 100 000 Kč. Poradna má v péči aktuálně přibližně 50 klientů, dalších přibližně 10 osob je v péči ambulantního centra Auritus v Táboře. Moravskoslezský kraj uvádí, že město Opava v r. 2017 financovalo služby pro hazardní hráče poskytované Krizovým a kontaktním centrem „Pod slunečníkem“ částkou 80 000 Kč v rámci celkové podpory 880 000 Kč. Ze 4 452 478 Kč, které na protidrogovou politiku vynaložilo město Brno, bylo 1 283 000 Kč určeno na problematiku hazardního hraní. U dotací Jihomoravského kraje výši výdajů na adiktologické programy pro hazardní hráče nelze přesně určit, neboť jsou součástí komplexních projektů. Podobně z 6 479 502 Kč vynaložených městem Plzeň bylo 335 000 Kč určeno na problematiku hazardního hraní, z 303 700 Kč vynaložených městem Jihlava to bylo 300 Kč a z celkové částky 1 085 600 Kč poskytnutých městem Třebíč to bylo 14 000 Kč. Konkrétní částku z rozpočtu kraje uvádí pouze Liberecký a Středočeský kraj. V případě Libereckého kraje šlo o 416 000 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 nákladu spojených s léčbou hazardních hráčů. Středočeským krajem pak byl financován projekt *Síť služeb pro patologické hráče*, realizovaný vícero poskytovateli, částkou 715 714 Kč.

V r. 2017 se obce a kraje celkem podílely na financování jednotlivých oblastí protidrogové politiky následovně: oblast harm reduction (82, 4 mil. Kč), záchytné stanice (74,3 mil. Kč), primární prevence (41 mil. Kč), ambulantní služby (35,6 mil. Kč), rezidenční služby (35,6 mil. Kč), následná péče (22,6 mil. Kč), preventivní a léčebné služby ve vězení (1,4 mil. Kč), koordinace, výzkum a informace (1,7 mil. Kč) a ostatní oblasti (7,5 mil. Kč) – tabulka 3-4.

Tabulka 3-4: Výdaje samospráv podle typu služeb a aktivit protidrogové politiky v r. 2017 v tis. Kč

Typ služeb/aktivity	Praha		Středočeský		Jihočeský		Píseňský		Karlovarský		Ústecký		Liberecký		Královéhradecký	
	kraj	obce	kraj	obce	kraj	obce	kraj	obce	kraj	obce	kraj	obce	kraj	obce	kraj	obce
Primární prevence*	11 500	5 343	2 000	1 394	1 380	547	1 200	1 798	1 100	1 100	404	493	552	1 319	0	0
Primárně preventivní programy realizované školami a školskými zařízeními	5 434	2 775	1 490	740	150	152	830	505	450	0	66	343	411	1 105	0	0
Primárně preventivní programy realizované jinými subjekty	4 883	2 196	510	654	1 230	395	370	1 193	200	0	338	120	91	214	0	0
Jiné a nezařazené preventivní programy	1 184	372	0	0	0	0	0	100	450	0	0	30	50	0	0	0
Harm reduction	15 197	2 100	3 114	2 303	3 830	1 445	1 289	3 020	714	744	2 189	4 170	1 773	1 489	1 566	804
Terénní programy	6 638	1 474	1 659	1 345	1 070	801	572	1 517	445	229	809	1 435	716	915	49	335
Kontaktní centra	8 559	146	1 077	958	2 760	644	717	1 169	269	515	1 380	2 735	1 057	573	362	362
Sloučené programy kontaktních center a terénních programů	0	481	378	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1 155	107
Jiné a nezařazené harm reduction programy	0	0	0	0	0	0	0	335	0	0	0	0	0	0	0	0
Ambulantní služby	17 349	1 837	3 418	458	1 090	409	237	619	0	0	1 092	451	474	415	181	181
Ambulantní služby zdravotní	5 873	378	2 360	0	580	166	0	0	0	0	350	0	0	0	0	0
Ambulantní služby sociální	9 376	1 459	1 058	458	0	6	0	0	0	0	57	246	474	415	181	181
Jiné a nezařazené ambulantní služby	2 100	0	0	0	510	237	237	619	0	0	684	205	0	0	0	0
Preventivní a léčebné služby ve vězení	0	0	0	0	100	0	94	203	0	0	104	10	300	23	0	0
Residenční služby	7 156	600	1 155	0	810	0	437	963	0	0	282	429	1 274	307	7 416	0

Tabulka 3-4: Výdaje samospráv podle typu služeb a aktivit protidrogové politiky v r. 2017 v tis. Kč (pokračování)

Typ služeb/aktivity	Praha		Středočeský		Jihočeský		Píseňský		Karlovarský		Ústecký		Liberecký		Královéhradecký		
	kraj	obce	kraj	obce	kraj	obce	kraj	obce	kraj	obce	kraj	obce	kraj	obce	kraj	obce	
Lůžkové zdravotní služby	400	600	0	0	230	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Terapeutické komunity	6 756	0	1 155	0	580	0	437	963	0	0	282	329	1 274	307	0	0	0
Domovy se zvláštním režimem	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	60	0	0	7 416	0	0
Jiné a nezařazené residenční služby	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	40	0	0	0	0	0
Služby následná péče	5 310	704	1 817	0	660	180	743	755	0	0	202	2 236	582	359	0	0	0
Následná péče ambulantní	1 661	476	310	0	660	180	0	0	0	0	20	160	582	359	0	0	0
Následná péče pobytová	3 159	95	1 507	0	0	0	0	0	0	0	182	2 076	0	0	0	0	0
Jiné a nezařazené služby následné péče	490	133	0	0	0	0	743	755	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	0
Záchytné stanice a ošetření intoxikovaných osob	0	0	6 400	335	6 143	0	6 300	0	3 749	0	0	0	5 000	0	6 200	0	0
Prevence drogové kriminality	0	108	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Koordinace/výzkum/informace	800	88	0	0	120	0	0	0	0	0	100	0	0	0	0	0	0
Jiné nezařazené	3 584	272	0	0	0	0	0	0	0	0	0	18	44	0	0	0	0
Celkem	60 896	11 052	17 905	4 490	14 133	2 582	10 300	7 358	5 562	744	4 069	7 718	9 940	3 145	16 682	985	0

Pozn.: Jednotlivé typy služby v krajích byly z ESF financovány následovně: Jihočeský kraj – terénní programy (4 mil. Kč), Píseňský kraj – terénní programy (1,7 mil. Kč), Ústecký kraj – terénní programy, poradenská centra (16,5 mil. Kč), Královéhradecký kraj – služby následné péče (820 tis. Kč). * Výdaje na nízkoprahová zařízení pro děti a mládež a na domovy se zvláštním režimem se do výdajů na protidrogovou politiku nezapočítávají. ** podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

tabulka 3-4: Výdaje samospráv podle typu služeb a aktivit protidrogové politiky v r. 2017 v tis. Kč (pokračování)

Typ služeb/aktivity	Pardubický		Vysočina		Jihomoravský		Olomoucký		Zlínský		Moravskoslezský		Celkem 2017	
	kraj	obce	kraj	obce	kraj	obce	kraj	obce	kraj	obce	kraj	obce	kraj	obce
Primární prevence*	2 094	869	3 000	425	2 440	87	459	810	310	113	0	1 287	27 395	13 629
Primárně preventivní programy realizované školami a školskými zařízeními	200	584	0	0	1 500	0	0	0	0	0	0	100	11 502	5 334
Primárně preventivní programy realizované jinými subjekty	1 600	286	3 000	425	940	60	259	810	310	113	0	1 187	13 736	7 747
Jiné a nezařazené preventivní programy	294	0	0	0	0	27	200	0	0	0	0	0	2 158	549
Harm reduction	618	1 492	1 443	967	6 083	5 198	4 374	1 540	1 521	2 021	1 922	9 500	45 633	36 795
Terénní programy	281	753	0	276	3 326	1 115	1 970	833	343	760	844	3 234	18 723	15 022
Kontaktní centra	337	739	0	0	1 456	1 814	2 404	707	777	727	1 078	6 254	22 233	17 342
Sloučené programy kontaktních center a terénních programů	0	0	1 443	691	1 300	1 406	0	0	401	535	0	0	4 677	3 220
Jiné a nezařazené harm reduction programy	0	0	0	0	0	864	0	0	0	0	0	12	0	1 211
Ambulantní služby	246	570	0	194	860	0	1 377	530	0	164	465	2 948	26 787	8 777
Ambulantní služby zdravotní	0	0	0	0	0	0	52	70	0	0	0	560	9 215	1 175
Ambulantní služby sociální	246	570	0	0	360	0	1 325	460	0	164	465	2 318	13 541	6 278
Jiné a nezařazené ambulantní služby	0	0	0	194	500	0	0	0	0	0	0	70	4 031	1 325
Preventivní a léčebné služby ve vězení	0	0	0	0	430	0	0	135	0	0	0	0	1 028	371
Rezidenční služby	0	0	3 975	0	6 616	1 088	0	0	0	0	661	2 449	29 781	5 836
Lůžkové zdravotní služby	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	630	600
Terapeutické komunity	0	0	1 600	0	1 900	530	0	0	0	0	661	2 449	14 644	4 578

Tabulka 3-4: Výdaje samospráv podle typu služeb a aktivit protidrogové politiky v r. 2017 v tis. Kč (pokračování)

Typ služeb/aktivity	Pardubický		Vysočina		Jihomoravský		Olomoucký		Zlínský		Moravskoslezský		Celkem 2017	
	kraj	obce	kraj	obce	kraj	obce	kraj	obce	kraj	obce	kraj	obce	kraj	obce
Domovy se zvláštní režimem	0	0	2 375	0	4 643	0	0	0	0	0	0	0	14 434	60
Jiné a nezařazené rezidenční služby	0	0	0	0	73	558	0	0	0	0	0	0	73	598
Služby následná péče	62	110	572	565	1 628	1 482	1 407	270	0	255	789	1 910	13 772	8 826
Následná péče ambulantní	62	70	0	0	740	0	0	0	0	255	266	515	4 301	2 015
Následná péče pobytová	0	0	0	0	888	1 482	0	0	0	0	190	350	5 926	4 003
Jiné a nezařazené služby následné péče	0	40	572	565	0	0	1 407	270	0	0	333	1 045	3 545	2 808
Sociální podniky	0	0	0	0	220	0	0	0	0	0	0	0	220	0
Záchytné stanice a ošetření intoxikovaných osob	2 341	0	4 947	0	7 057	0	6 099	0	7 700	0	12 000	0	73 936	335
Prevence drogové kriminality	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	108
Koordinace/výzkum/informace	100	0	0	0	0	0	0	0	0	5	0	500	1 120	593
Jiné nezařazené	0	0	0	0	200	240	0	0	0	0	1 697	1 153	5 526	1 684
Celkem	5 461	3 042	13 937	2 152	25 534	8 095	13 716	3 285	9 531	2 558	17 534	19 747	225 200	76 953

Pozn.: Jednotlivé typy služeb v krajích byly z ESF financovány následovně: Jihočeský kraj – terénní programy (4 mil. Kč), Plzeňský kraj – terénní programy (1,7 mil. Kč), Ústecký kraj – terénní programy, poradenská centra (16,5 mil. Kč), Královéhradecký kraj – služby následné péče (820 tis. Kč). * Výdaje na nízkoprahová zařízení pro děti a mládež a na domovy se zvláštním režimem se do výdajů na protidrogovou politiku nezapočítávají. ** podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

3.4 Financování z prostředků Evropského sociálního fondu

Popsat, jakým způsobem přispívají finanční prostředky Evropského sociálního fondu (ESF) k financování protidrogové politiky, je i nadále velmi komplikované, především proto, že primární účel těchto prostředků není podílet se na kontinuálním zajištění dostupnosti adiktologických služeb. Nejvýznamnější rozdíly ve vlastnostech tohoto způsobu financování v porovnání s běžnými nástroji financování z prostředků jednotlivých úrovní veřejné správy ČR jsou cíle, východiska a širší cílových skupin, dále pak délka, způsob administrace projektů, průběžný monitoring plnění předem stanovených kritérií a distribuce prostředků, víceletá podpora, převažující ex ante financování a zaměření spíše na rozvoj a změnu dosaženou v jasně vymezeném čase. Politika, kterou ESF sleduje a od které se odvíjí její jednotlivé cíle a východiska, je především politika podpory zaměstnanosti a sociální soudržnosti,²⁴ nikoliv protidrogová. Pokud se tyto prostředky v časově omezeném období podpory použijí přímo k financování služeb, jde zejména o zvýšení jejich kvality, popř. rozšíření stávající podoby a kapacity a předpokládá se, že v následném předem definovaném časovém úseku tzv. udržitelnosti projektů bude financování zajištěno 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.

Okolností, která neulehčuje přiřazení výše podpory z prostředků ESF k jednotlivým kalendářním rokům a tím pádem i její srovnání s výší národních prostředků a zpracování výročních zpráv, je víceletý charakter projektů ESF. Projekty mohou začít svou realizaci kdykoli v průběhu roku, vykazování je tedy nutné rozdělit do jednotlivých let a k těmto letům přiřadit příslušné platby, které jsou vypláceny přibližně každých 6 měsíců běhu projektů. Orientace v tak komplikované oblasti není snadná ani pro tvůrce výročních zpráv krajů, proto je potřeba k datům z této oblasti vykazovaným v jednotlivých výročních zprávách krajů přistupovat s jistou mírou obezřetnosti. Ve výročních zprávách krajů nejsou údaje o financování vždy zcela přesně identifikovány a přiřazeny k jednotlivým zdrojům či konkrétním výzvám a individuálním projektům. Některé z krajů uvádí, že prostředky ESF na protidrogovou politiku využívány nebyly (Praha, Středočeský, Liberecký, Pardubický, Olomoucký a Moravskoslezský kraj), jiné možnost financování jako takovou nevylučují a pravděpodobně přesněji uvádějí, že služby a programy protidrogové prevence nejsou krajem financovány prostřednictvím individuálních projektů ESF (Jihomoravský kraj), poskytovatelé mohou individuálně využít možnosti financovat služby i prostřednictvím ESF, avšak bližší informace nejsou k dispozici (Kraj Vysočina), do financování služeb, které byly krajem podporovány, nezasahovala finanční podpora z evropských fondů (Zlínský kraj), popř. kraj nerealizoval individuální projekty a nevyužil financování služeb, programů či projektů pro uživatele drog z prostředků ESF (Karlovarský kraj). Další kraje uvádí stručně zdroj a výši podpory (Plzeňský kraj) doplněně o konkrétního příjemce (Královéhradecký kraj). Jihočeský a Ústecký kraj popisují situaci v této oblasti podrobněji.

V r. 2014 vstoupilo v platnost nové programové období Evropských strukturálních a investičních fondů 2014–2020, od r. 2016 jsou služby financovány již z prostředků nových operačních programů. Všechny projekty, které jsou financovány z ESF, musí být zároveň

24 <http://www.esfcr.cz/evropsky-socialni-fond-v-cr> [2018-10-10]

spolufinancovány povinným podílem státu a krajů, ten se v programovém období 2014–2020 liší v závislosti na regionu a na charakteru subjektu a činnosti příjemce.²⁵ Tyto prostředky nejsou započítávány do výdajů státního rozpočtu na protidrogovou politiku nebo do výdajů krajů.

Pro financování služeb v rámci ESF je od r. 2016 využíván pouze Operační program Zaměstnanost (OPZ), jehož řídicím orgánem, který sleduje, zda jsou dodržovány zásady operačních programů a zda je pomoc z fondů EU poskytována správně a efektivně, je MPSV. V rámci tohoto operačního programu organizace mohly žádat o finanční podporu prostřednictvím několika otevřených výzev vycházejících z globálních grantů (tj. tematicky zaměřených okruhů) výzev vypsanych 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 (tj. žádostí o finanční podporu nezastřešenou tematickým okruhem, která je příjemci distribuována z úrovně kraje či resortu).

Za účelem přímého financování z prostředků ESF prostřednictvím individuálních projektů kraje nejčastěji využívají výzvu č. 03_15_005 Prioritní osy 2.1. OPZ k předkládání žádostí o podporu *Průběžná výzva pro kraje – podpora vybraných sociálních služeb v návaznosti na krajské střednědobé plány rozvoje sociálních služeb*. Každému kraji s výjimkou Prahy byla v rámci této výzvy alokována částka, kterou kraje mohly využít pro podporu vybraných sociálních služeb.²⁶ MPSV výzvu vyhlásilo 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 Královhradecký 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. Přímá finanční podpora zapojených služeb započala k 1. 4. 2016, její ukončení se předpokládá k 31. 12. 2018. Za r. 2017 činila podpora terénních programů z tohoto zdroje celkem 4 041 183 Kč. Jihočeský kraj uvádí, že podpora z individuálních projektů měla v minulosti pro služby významný stabilizační efekt, na druhou stranu konstatuje, že financování z ESF nemělo na standardní provoz protidrogových služeb významnější vliv, neboť z těchto fondů nebylo v minulém programovém období možné spolufinancovat běžný provoz většiny adiktologických služeb.

Ústecký kraj z této výzvy realizuje na základě doporučení MPSV 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, které jsou zařazeny do *Základní sítě sociálních služeb Ústeckého kraje na období 2016–2018*. Jedná se o sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi, terénní programy pro uživatele návykových látek a intervenční centra. Podpora jednotlivých služeb započala 1. 4. 2017 a bude trvat do 31. 3. 2020, z celkových 31 podpořených

25 <http://www.strukturalni-fondy.cz/getmedia/495ea682-77ab-4053-a231-29550d532418/Pravidla-spolufinancovani-evropskych-fondu-v-PO-2014-2020.pdf> [2018-10-10]

26 Pro Prahu byla vyhlášena obdobná výzva *Průběžná výzva pro hl. m. Prahu – podpora vybraných sociálních služeb v návaznosti na střednědobé plány rozvoje sociálních služeb* číslo výzvy 03_15_006, nicméně její využití není ve VZ Prahy uvedeno.

služeb je 7 terénních adiktologických programů, ve sledovaném roce byly podpořeny částkou 10 816 500 Kč.

Plzeňský kraj ze svého individuálního projektu *Podpora sociálních služeb v Plzeňském kraji 2016–2019* v rámci této výzvy v r. 2017 podpořil terénní programy částkou 1 647 147 Kč.

Královéhradecký kraj již od r. 2016 z individuálního projektu *Služby sociální prevence v Královéhradeckém kraji IV* podporuje službu následné péče organizace Laxus částkou 703 324 Kč. Podařilo se také získat prostředky z výzvy Prioritní osy 3.2. OPZ na realizaci individuálního projektu *Rozvoj dostupnosti a kvality sociálních služeb v Královéhradeckém kraji V*, z této výzvy byla v r. 2017 spolufinancována transformace Domova se zvláštním režimem Dolní zámek v Teplicích nad Metují částkou 47 800 Kč.

Dalším zdrojem finanční podpory nového programového období OPZ ESF je specifický nástroj Koordinovaný přístup v sociálně vyloučených lokalitách Agentury pro sociální začleňování (KPSVL), v rámci něhož lze podpořit také cílovou skupinu závislých osob. V obcích, které s Agenturou pro sociální začleňování navázaly spolupráci, se podařilo od r. 2016 podpořit některé adiktologické služby organizace Světlo Kadaň. Od poloviny r. 2016 jsou tak z těchto zdrojů financovány terénní programy v obcích Kadaň a Prunéřov, od počátku r. 2017 také v Klášterci nad Ohří (Ústecký kraj). Díky této finanční podpoře je terénní program v uvedených lokalitách zajištěn každý den, v rámci běžného financování byla služba poskytována omezeně. Další podpořenou službou je Poradna Světlo v Kadani od poloviny r. 2016, a od 1. 1. 2017 v Klášterci nad Ohří, i zde došlo k rozšíření poskytování služby. Další obdobně podpořená byla organizace Most k naději, která od 1. 7. 2016 poskytuje v sociálně vyloučené lokalitě Litvínov – Janov (Ústecký kraj) Sociální protidrogovou poradnu, ta je od března 2017 plně financována z ESF. Obdobná sociální poradna pro uživatele návykových látek je z prostředků KPSVL financována také v obci Velenice v Jihočeském kraji. Do KPSVL se v obci Postoloprty (Ústecký kraj) zapojil spolek DRUG-OUT Klub, který od 1. 10. 2017 zajišťuje 3× týdně terénní program. V r. 2017 byly protidrogové služby financované v rámci KPSVL podpořeny celkovou částkou 5 702 094 Kč.

Kraje ve svých výročních zprávách nezmiňují prostředky, které organizace poskytovatelů služeb získávají prostřednictvím globálních grantů přímo z úrovně ministerstev. Důvodem může být i minimální provázanost se strategickými dokumenty krajů, byť z jiných informačních zdrojů lze podporu jednotlivých projektů dohledat.²⁷ Naopak individuální projekty krajů byly podmíněny souladem s krajskými strategickými dokumenty, především střednědobým plánem rozvoje sociálních služeb kraje, výběr realizovaly kraje a rozhodnutí o podpoře byla plně v jejich kompetenci.

Přehled zdrojů evropských fondů využívaných jednotlivými kraji ukazuje tabulka 3-5. Informace uváděné v této kapitole vycházejí výhradně z informací uvedených ve výročních zprávách krajů.

27 např. http://www.esfcr.cz/documents/21802/5968995/Z%C3%A1pis+z+jedn%C3%A1n%C3%AD+VK_V%C3%BDzva+%C4%8D.+71.pdf/6430c337-9573-4c8c-8d31-c79f308348?t=1514367248392 [2018-10-10]

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
Praha	ne	0	ne	0	ne	0
Středočeský	ne	0	ne	0	ne	0
Jihočeský	ano	4 041	ne	0	ne	0
Plzeňský	ano	1 647	ne	0	ne	0
Karlovarský	ne	0	ne	0	ne	0
Ústecký	ano	16 519	ne	0	ne	0
Liberecký	ne	0	ne	0	ne	0
Královéhradecký	ano	751	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	ne	0	ne	0
Zlínský	ne	0	ne	0	ne	0
Moravskoslezský	ne	0	ne	0	ne	0

* Kraj Vysočina uvádí, že informace nejsou k dispozici.

Využití prostředků ESF pro financování adiktologických služeb či k realizaci systémových opatření služeb se mezi jednotlivými kraji liší a závisí na rozhodnutích správců operačních programů, jednotlivých krajů a poskytovatelů služeb. Vliv ESF na financování projektů protidrogové politiky má své pozitivní i negativní stránky. Mezi pozitivní patří podpora vzniku potřebných služeb nebo rozvoj služeb stávajících zejména v době, kdy pro tato opatření nebyla v rozpočtech státu a samospráv dostatečná výše prostředků. V některých případech umožnila podpora z ESF zachovat potřebný rozsah rozpočtů jednotlivých služeb a takto pomohla zachovat i rozsah poskytovaných služeb. Řada organizací si jejím prostřednictvím mohla osvojit nové postupy či metody, zaměřit se na nové lokality či cílové skupiny. Mezi negativa 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. Řada výzev je orientovaná primárně na sociální služby v rozsahu sítí sociálních služeb definovaných kraji, což může vést k tlaku na některé poskytovatele služeb směrem k přizpůsobení podoby poskytování svých služeb podmínkám výzev. Komplikované také může být financování v režimu vyrovnávací platby, zařazování do základních sítí po ukončení podpory a vykazování některých indikátorů týkajících se klientů zejména v případech anonymně poskytovaných služeb.

3.5 Analýzy financování sítě služeb v kraji

V žádném z krajů není vytvořen mechanismus, kterým by kraj pravidelně analyzoval financování komplexního spektra adiktologických služeb na svém území. Přestože kraje ve svých zprávách neuvádějí důvod tohoto stavu, lze předpokládat, že existuje celá řada příčin:

- × žádný zákon ani jiná norma jim tuto povinnost neukládá,
- × financování služeb je svou vícezdrojovostí extrémně komplikované,
- × k některým údajům nemusí mít kraje přímý přístup, zejména k datům systému veřejného zdravotního pojištění či ESIF.

V minulosti některé kraje samostatně či ve spolupráci s poskytovateli služeb vytvářely jedno- či víceleté jednorázové analýzy zaměřené cíleně na adiktologické služby (např. v r. 2016 Středočeský kraj), v r. 2017 žádná takováto analýza provedena nebyla. Pouze ve Zlínském a Libereckém kraji se uskutečnilo několik dílčích analytických prací a v Plzeňském kraji průběžné vyhodnocování.

Ve Zlínském kraji předcházelo vyhlášení *Programu Zlínského kraje k zajištění priorit sociálních služeb* dílčí operativní analyzování situace v oblasti financování. Cílem analýzy bylo optimální nastavení parametrů pro dofinancování v kraji působících služeb sociální prevence zahrnujících služby pro uživatele návykových látek, v tomto případě šlo výhradně o služby v oblasti harm reduction.

Liberecký kraj provedl monitoring oblasti Jilemnicka a Lomnice nad Popelkou, kde působil v rámci protidrogové prevence pouze terénní program, který se vlivem nepříznivé personální a finanční situace v minulosti potýkal s problémy zajíždět do těchto území. Pracovníci krajského odboru sociálních věcí se ve spolupráci se zaměstnanci obcí a službami snažili pomocí monitoringu v místě zjistit potřebnost služby a zda by nebylo finančně efektivnější službu poskytovat organizací působících v sousedním kraji s kratší dojezdovou vzdáleností. 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 podmínkou podpory v podobě pravidelného monitorování oblasti a poskytování informací o drogové situaci v lokalitě.

Plzeňský kraj vyhodnocuje dostupnost a potřebnost služeb na pravidelných setkáních s poskytovateli služeb a místními protidrogovými koordinátory. Vyhodnocení sítě služeb, hlavní změny a nedostatky jsou identifikovány i ve výroční zprávě kraje.

Přesto kraje disponují řadou analytických nástrojů v rámci systému sociálních služeb. Nelze tak usuzovat, že kraje nemají k dispozici žádné systémové nástroje k analýze potřeb sítě služeb a jejich finanční náročnost. Výjimku v tomto ohledu tvoří zdravotní služby, na tvorbu jejichž sítě mají kraje pouze minimální vliv prostřednictvím schvalování žádostí o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb a organizací výběrových řízení na smlouvy mezi zdravotními pojišťovnami a zdravotnickými zařízeními.

Každý kraj musel pro účely financování sociálních služeb místního a regionálního charakteru na svém území jako součást žádosti o dotaci z kapitoly 313 – MPSV pro r. 2017

vypočítávat optimální výši podpory sociální služby, přičemž výpočet vycházel z analýzy výnosu a nákladů sociálních služeb na základě dat z předchozích let. Výpočet musel být stanoven jednotným objektivizovaným a nediskriminujícím způsobem pro všechny žadatele bez ohledu na jejich právní formu.

Z tohoto dotačního titulu bylo podporováno poskytování pouze těch sociálních služeb, které jsou součástí sítě sociálních služeb uvedených v krajských střednědobých plánech rozvoje sociálních služeb. Síť sociálních služeb, jako výstup procesu zjišťování potřebnosti, obsahující výčet a kapacitu jednotlivých služeb, byly nezbytnými součástmi krajských žádosti o dotace z kapitoly 313 – MPSV. Sociální služby byly pro účely tohoto dotačního řízení analyzovány pouze v rozsahu jejich základních činností, proto závěry a výstupy těchto analýz lze vztáhnout jen na takto vymezenou část adiktologických služeb na území krajů.

Každý kraj využívá pro tuto činnost vlastní metody, ve výročních zprávách však nejsou specifikovány. Nicméně např. Pardubický kraj má již dlouhodobě k dispozici benchmarkingovou databázi sociálních služeb kraje a výkazy, které poskytovatelé zpracovávají pro potřeby MPSV, tedy i informace o počtu uživatelů služby, personálním zajištění, příjmech, výdajích a jejich struktuře a umí je porovnat s jinými, obdobně zaměřenými službami. Na jejich základě určuje průměrné optimální náklady na zajištění jednotlivých druhů sociálních služeb a stanoví v souladu s výše zmíněnou povinností mechanismus výpočtu výše dotace kraje na poskytování konkrétní sociální služby v kraji. Z těchto výpočtů kraje pak vyplývá, že v r. 2017 náklady na optimální zajištění sociálních služeb pro uživatele návykových látek činily 7 373 000 Kč, z toho podíl účelové a programové dotace z rozpočtu kraje činil přibližně 5 000 000 Kč.

Využití dlouhodobých nástrojů spojených se systémem sociálních služeb výslovně uvádí Kraj Vysočina (analýza finančních potřeb jako podklad pro zásady financování z prostředků MPSV a kraje), Královehradecký (každoroční sběr podnětů služeb na změny v síti), Ústecký, Pardubický a Moravskoslezský kraj.

Moravskoslezský kraj uvádí, že plánování služeb pro uživatele návykových látek 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 Ústeckém kraji nebyla v r. 2017 realizována analýza potřebnosti/potřeb sítě služeb kraje a její finanční náročnosti, pouze probíhaly revize modelů nákladovosti jednotlivých druhů sociálních služeb v souvislosti s přípravou nového střednědobého plánu od r. 2019.

Zbývající kraje analýzu financování sítě služeb ve svých zprávách nezmiňují či uvádí, že r. 2017 nebyla provedena.

> 4

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. Podrobnější analýzu a 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.



Ve většině krajů je síť služeb pro uživatele drog definována ve strategických dokumentech kraje, nejčastěji ve střednědobém plánu rozvoje sociálních služeb – tabulka 4-1. Výjimku v tomto ohledu tvoří Karlovarský, Olomoucký a Moravskoslezský kraj, ve kterých není síť služeb pro uživatele návykových látek definována. Nicméně ve Strategickém protidrogovém plánu Olomouckého kraje na období 2015–2018 je uveden základ neformální sítě a 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.

Kraje mají povinnost vytvářet síť sociálních služeb. Střednědobé plány jejich 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 č. 108/2006 Sb., 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. Způsoby a východiska tvorby sítě služeb na území kraje nebyly v rámci výročních zpráv krajů zmapovány. Příkladem je Jihočeský kraj, který do Minimální sítě protidrogo-

vých služeb na území Jihočeského kraje (jakožto příslušného strategického dokumentu) začleňuje pouze služby, které jsou certifikované v rámci Standardů odborné způsobilosti služeb pro uživatele drog²⁸ (případně Standardů odborné způsobilosti poskytovatelů programů školské primární prevence rizikového chování).²⁹ Služby dále musí splňovat podmínku krajem požadované dostupnosti.

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 2017). 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 či přímo obcí. Významné

Tabulka 4-1: Přehled dokumentů upravujících síť služeb pro uživatele návykových látek v kraji v r. 2017

Kraj	Dokument definující síť služeb pro uživatele návykových látek v kraji
Praha	Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb na území hlavního města Prahy na období 2016–2018 Protidrogová politika hlavního města Prahy na období 2014–2020 Akční plán protidrogové politiky hlavního města Prahy na rok 2017 s výhledem pro rok 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 2018–2020
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 2017
Vysočina	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 Zlínského kraje na léta 2016–2018
Moravskoslezský	Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb v Moravskoslezském kraji na období 2015–2020 je zastřešujícím dokumentem. Služby pro uživatele drog jsou zahrnuty v krajské síti sociálních služeb.

28 Standardy Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky

29 Standardy Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy ČR

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. 2017 podařilo v některých krajích stimulovat vnik nových nebo rozšíření stávajících služeb. Zejména díky dotačnímu titulu RVKPP na podporu služeb věnujících se patologickým hráčům, byla i v r. 2017 napříč kraji věnována péče klientům ve stávajících i nově vznikajících ambulancích službách a doléčovacích programech (Středočeský, Jihočeský, Plzeňský, Ústecký, Liberecký, Královéhradecký, Jihomoravský, Olomoucký, Zlínský, Moravskoslezský kraj a Kraj Vysočina). V některých krajských městech se daří realizovat i samostatné programy pouze pro cílovou skupinu hazardních hráčů.

4.1 Programy primární prevence v krajích

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

Přehled poskytovatelů a typů poskytované prevence v jednotlivých krajích poskytuje tabulka 4-2. Z dostupných údajů o poskytovatelích primární prevence v jednotlivých krajích lze sledovat dlouhodobý trend meziročního nárůstu počtu certifikovaných poskytovatelů programů primární prevence mimo školy a školská zařízení, v r. 2017 to bylo 47 programů (45 v r. 2016, 43 v r. 2015, 38 v r. 2014).

Tabulka 4-2: Programy primární prevence realizované v r. 2017

Kraj	Počet poskytovatelů PP v kraji	Typ poskytované prevence			Počet poskytovatelů v kraji*	
		všeobecná	selektivní	indikovaná	certifikovaných	necertifikovaných
Praha	9	7	7	1	9	0
Středočeský	4	4	2	1	3	1
Jihočeský	5	5	1	1	5	0
Plzeňský	2	2	1	1	2	0
Karlovarský	1	–	1	–	1	0
Ústecký	4	4	0	–	2	2
Liberecký	3	3	1	1	2	10
Královéhradecký	7	7	3	–	6	1
Pardubický	2	2	1	–	2	0
Vysočina	7	7	1	–	6	1
Jihomoravský	3	3	2	2	2	1
Olomoucký	4	4	3	–	2	2
Zlínský	6	5	1	1	2	4
Moravskoslezský	8	8	1	0	3	5
Celkem	64	61	25	8	47	26

Pozn.: Mimo prevence realizované školami a školskými zařízeními, preventivních aktivit městské policie, exkurzí v kontaktních centrech, besed apod. PP – primární prevence. * Jako certifikovaný poskytovatel primární prevence je zde uveden poskytovatel, který měl v r. 2017 certifikován alespoň jeden program (typ) PP. Jeden poskytovatel může mít více certifikovaných programů (typů) PP.

Ústecký kraj v r. 2017 prostřednictvím specifického dotačního titulu umožnil realizaci certifikace odborné způsobilosti programů primární prevence Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy (MŠMT). Tím došlo k navýšení počtu certifikovaných poskytovatelů primární prevence v kraji.

V Praze je dostupnost programů dostatečná, přesto je zmiňován nedostatek proškolených lektorů primární prevence.

Ve Středočeském kraji byla zmíněna nedostupnost služeb indikované prevence, žádný poskytovatel primární prevence neměl tento program certifikovaný. Na Kladensku a Rakovnicku zcela chybělo pokrytí službami primární prevence, v těchto oblastech nepůsobil žádný certifikovaný poskytovatel, ani zde nedošlo k výraznější podpoře v akreditovaném vzdělávání pedagogických pracovníků v oblasti primární prevence rizikového chování. Také oblast Kolínska a Kutnohorska nebyla dostatečně pokryta, pouze částečně službami organizace Semiramis. Program primární prevence organizace Prostor plus nedostal v r. 2017 finanční podporu, přestože jde o certifikovaný program.

Jihočeský kraj upozorňuje na nedostatečnou finanční podporu programům, zejména selektivní a indikované prevence. Organizace Arkáda – sociálně psychologické centrum z důvodů nedostatečných finančních prostředků během r. 2017 ukončila svou činnost v oblasti primární prevence. V průběhu r. 2017 se celkově téma finančního a personálního zajištění programů objevovalo častěji, a to v souvislosti s nárůstem mezd v ostatních sektorech, na který poskytovatelé služeb nemohou adekvátně reagovat. V důsledku toho je pro služby obtížné získat a dlouhodobě udržet odborně schopné pracovníky.

Výroční zpráva Plzeňského kraje zdůrazňuje priority kraje v oblasti primární prevence: nutnost pokračovat v koordinaci institucí zapojených do oblasti primární prevence (tj. definovat síť), definovat koncepci na úrovni zřizovatelů škol (tj. obce a kraj) ve vztahu k pozici všeobecné primární prevence, zajistit kontinuální financování primárně preventivních programů, a to odděleně na dva dotační tituly: podpora neziskových organizací a podpora školských zařízení (takto realizováno od r. 2018). V souvislosti s tématem primární prevence je v kraji vnímána absence kapacity ambulantních programů, včetně strukturované adiktologické péče, pro děti a mladistvé ohrožené závislostním chováním.

Preventivní aktivity jsou v Karlovarském kraji realizovány školami pod metodickým vedením pedagogicko-psychologické poradny. Organizace KOTEC realizovala ve školách v průběhu r. 2017 workshopy na téma závislostí. Jediným certifikovaným poskytovatelem, který v kraji působil, je organizace Společně k bezpečí.

Ústecký kraj, resp. odbor sociálních věcí Krajského úřadu Ústeckého kraje realizoval v r. 2017 mimořádný dotační program pro podporu procesu certifikace programů primární prevence rizikového chování prostřednictvím dotačního programu *Certifikace primární prevence pro poskytovatele sociálních služeb protidrogové politiky* s finančními prostředky v celkové výši 125 000 Kč. Hlavním cílem vyhlášeného dotačního programu byla podpora certifikací programů školské primární prevence rizikového chování, zefektivnění sítě poskytovatelů programů školské primární prevence rizikového chování a zajištění kvalitních programů primární prevence rizikového chování, především specifické prevence v adiktologii ve školách prostřednictvím odborníků z adiktologických služeb v Ústeckém kraji. V dotačním řízení podpořeni celkem 4 poskytovatelé

programů primární prevence, ve kterých musí do konce r. 2018 proběhnout místní šetření. Organizace WHITE LIGHT I. již proces certifikace odborné způsobilosti programů primární prevence podstoupila.

Liberecký kraj upozorňuje na nedostatečné zajištění službami primární prevence. Nejvýznamnějším poskytovatelem programů primární prevence v kraji je organizace Maják, která z kapacitních a finančních důvodů není schopna pokrýt poptávku ze strany škol. V rámci kraje dále působí organizace Advaita, která realizuje programy selektivní a indikované primární prevence a nově disponuje certifikátem odborné způsobilosti.

V Pardubickém kraji působí nově certifikovaný poskytovatel primární prevence Acet ČR, který se však v rámci prevence rizikového chování nezabývá primárně adiktologickými tématy.

Všechny okresy Královéhradeckého kraje jsou službami primární prevence pokryty a fungování programů primární prevence rizikového chování Královéhradeckého kraje je průběžně hodnoceno na pracovních setkáních metodiků prevence.

Kraj Vysočina na základě vzájemné spolupráce a dohody poskytovatelů primární prevence, u kterých lze porovnat činnost a aktivitu na základě vyúčtování krajské dotace, označuje dostupnost programů za dobře zajištěnou. Za problematické však označuje podfinancování programů, které má za následek časté odchody vyškolených pracovníků.

Centrum prevence v Brně – Společnost Podané ruce (Jihomoravský kraj) realizovalo na podzim r. 2017 evaluaci programu (*Ne)alko?*³⁰ zaměřeného na prevenci konzumace alkoholu u dětí. Její součástí bylo zmapování prevalence užívání alkoholu u dětí, které se programu účastnily. V srpnu a září 2017 realizovalo také šetření zaměřené na rizikové užívání nových technologií.³¹ Cílovou skupinou šetření byly děti a jejich rodiče, dotazníkového šetření na Brněnsku se zúčastnilo celkem 200 respondentů, z toho 100 dětí a 100 rodičů. Většina dětí i rodičů má povědomí o zdravotních problémech, které může trávením času u počítače, na internetu nebo mobilu přinášet. Znalost pojmu netolismus uvedlo 73 % rodičů a 30 % dětí. Děti obvykle tráví na počítači, tabletu nebo mobilu 3–6 hodin denně, což odpovídá i odhadu rodičů.

V rámci Olomouckého kraje na Jesenicku a Vidnavsku začala nově v oblasti primární prevence působit organizace AZ Help, která realizuje vzdělávání pedagogů.

Národní ústav pro vzdělávání ve spolupráci s MŠMT nastavil v r. 2016 v rámci vertikální koordinace celoplošný systém výkaznictví, který umožňuje jednotný sběr dat v oblasti primární prevence rizikového chování v rámci celé ČR. Jihomoravský kraj jako jeden z mála krajů se k tomuto elektronickému systému připojil od jeho počátku, v r. 2017 do systému vstupovalo 381 škol (64,1 %). Z elektronické evidence vyplývá, že hlavními problémy v oblasti projevů rizikového chování u dětí a mládeže ve školách jsou záškoláctví, závislost na mobilních telefonech nebo počítačích, kouření, neplnění školních povinností, šikana a závažné přestupky vůči školnímu řádu.

30 <http://www.podaneruce.cz/data/public/Zprava-z-vyzkumu-2017.pdf> [2018-08-10]

31 <http://aktualne.podaneruce.cz/vyzkum-netolismus> [2018-08-10]

Téma závislosti na mobilních telefonech a počítačích je zmiňováno u cílové skupiny dětí a mladistvých napříč všemi kraji. Pro školní r. 2016/2017 ze získaných dat vyplynulo, že hlavními problémy škol Zlínského kraje v oblasti projevů rizikového chování u dětí a mládeže nebyla s výjimkou kouření typická závislostní chování, ale zejména neplnění školních povinností, záškoláctví a přestupky vůči školnímu řádu. Výrazněji se však začaly objevovat problémy s nově sledovanými závislostmi na technologiích (mobilní telefony a PC; podíl přes 13 %).

Dlouhodobou strategií Moravskoslezského kraje v oblasti primární prevence je zvyšování kompetencí poradenských pracovníků ve školách (školních metodiků prevence, výchovných poradců, školních psychologů a školních speciálních pedagogů) a podpora vzdělávání všech pedagogických pracovníků s cílem soběstačnosti škol v oblasti primární prevence rizikového chování. Na základě výroční zprávy Moravskoslezského kraje by posílení v oblasti primární prevence na školách bylo potřeba zejména v okresech Nový Jičín a Karviná.

Výroční zprávy krajů zmiňují i projekt *Revolution Train* Nadačního fondu Nové Česko. V r. 2017 vlak navštívil Karlovarský, Královéhradecký, Pardubický, Jihomoravský, Olomoucký, Zlínský kraj a Kraj Vysočina. V Karlovarském kraji byl již v r. 2016 realizován pilotní projekt, kdy vlak navštívili žáci ZŠ z Aše a okolí. Následně byl připraven společně s městem Cheb navazující projekt, kdy v r. 2017 proběhlo školení místních odborníků, a byla vytvořena pracovní skupina, která bude dále působit na území kraje a bude zajišťovat protidrogovou prevenci. V Aši bylo vyškoleny 5 osob. V novém školním roce budou ve školách probíhat přednášky, pro které byl film z vlaku přepracován. Tyto aktivity budou podle vyjádření kraje probíhat i v dalších letech a dále se bude rozvíjet vzájemná spolupráce. Během r. 2017 byly pro podporu projektu uvolněny nemalé finanční prostředky krajů a obcí, např. z Moravskoslezského kraje a obcí tohoto kraje. Pro více informací o projektu a přehled výdajů z rozpočtu obcí a krajů viz Výroční zprávu o stavu ve věcech drog.

4.2 Služby v oblasti snižování rizik

Sít služeb v oblasti snižování rizik je v České republice relativně dobře vybudovaná a stabilní – tabulka 4 3. Území Moravy je pokryto rovnoměrně, kontaktní centrum či sídlo terénního programu se zázemím je v každém okrese, s výjimkou okresu Brno-venkov. Naopak v Čechách jsou tyto služby rozmístěny nerovnoměrně. Okresy, kam musí dojíždět pracovníci terénních programů z jiných okresů, jsou Domažlice, Klatovy, Plzeň-sever, Plzeň-jih, Rokycany, Jablonec nad Nisou, Semily, Jičín, Kutná Hora, Havlíčkův Brod, Pelhřimov, Náchod, Rychnov nad Kněžnou, Chrudim, Ústí nad Orlicí a Svitavy. Dojíždění do okolních okresů však nemůže plně zastoupit existenci nízkoprahové služby se sídlem v daném okrese, dojíždění je pro jednotlivé terénní programy finančně a časově náročné. Jako řešení situace se v některých regionech osvědčilo budování zázemí pro terénní programy v místech, kam dojíždějí. Zázemí je vybudováno např. v obcích Lovosice, Roudnice, Štětí, možnost zřízení detašovaného pracoviště se diskutuje také v Jablonci nad Nisou a Valašském Meziříčí.

Terénní programy stále častěji využívají osobních automobilů, což zvyšuje jejich mobilitu a rovněž umožňuje pracovat s větším objemem zdravotního materiálu a působit i v méně dostupných lokalitách. V kontaktních centrech se potom organizacím daří zvyšovat

Tabulka 4-3: Služby v oblasti snižování rizik poskytované v r. 2017 (včetně programů snižování rizik v prostředí noční zábavy)

Kraj	Počet okresů v kraji	Počet obyvatel v kraji*	Odhad PUPO**	Typ služby			Počet klientů programu		Počet kontaktů	Počet výměn	Počet vydaných stříkaček	Certifikovaný program*** (ano/ne)
				KPS		KPS a TP	Celkem	z toho				
				KPS	TP							
Praha	22+	1 294 513	16 600	3	34	-	10 201	9 584	125 113	89 114	2 416 033	7/0
Středočeský	12	1 352 795	2 300	4	6	1	2 200	1 966	17 507	11 421	492 326	10/11
Jihočeský	7	640 196	2 500	5	4	-	2 162	1 655	23 019	10 299	326 240	9/0
Píseňský	7	580 816	2 300	3	4	-	2 797	1 887	26 957	10 090	242 352	5/2
Karlovarský	3	295 686	1 300	3	2	-	1 039	937	16 606	16 446	183 236	4/1
Ústecký	7	821 080	6 700	9	8	-	7 410	6 072	90 293	55 013	978 887	17/0
Liberecký	3	441 300	2 300	2	1	-	1 688	1 294	15 600	8 709	241 013	3/0
Královéhradecký	5	551 089	1 000	1	1	1	767	682	7 145	4 259	265 495	4/0
Pardubický	4	518 337	500	1	1	-	601	339	2 889	1 469	106 611	2/0
Vysočina	5	508 916	900	-	-	3	784	552	8 788	2 291	115 072	6/0
Jihomoravský	7	1 183 207	3 100	1	3	4	2 605	1 954	30 700	15 754	366 224	12/0
Olomoucký	5	633 178	2 400	4	4	1	2 349	2 054	19 660	9 402	162 203	10/0
Zlínský	4	583 056	1 900	3	3	1	1 542	1 393	14 938	5 162	116 618	8/0
Moravskoslezský	6	1 205 886	4 100	4	7	2	3 068	2 255	36 505	23 580	450 161	8/4
Celkem	98	10 610 055	47 800	43	48	13	39 213	32 624	435 720	2 630 009	6 345 853	105/14

Pozn.: KPS – kontaktní centra, TP – terénní programy, KPS a TP – sloučené programy. * Jde o údaje Českého statistického úřadu k 1. 1. 2018. ** PUPO – problémoví uživatelé opioidů a pervitinu, jde o odhady NMS za r. 2017. Jihočeský kraj odhaduje méně, tj. 1900–2100 PUPO ve svém kraji. *** Sloučené programy KPS a TP mají 2 certifikáty.
+ Jde o 22 městských částí Prahy.

kvalitu materiálně technického zázemí rekonstrukcí, nebo výstavbou nových center (např. kontaktní centrum v Karlových Varech, Žďáru nad Sázavou, Mostě a Liberci). To zkvalitňuje služby pro klienty a zároveň zvyšuje kvalitu zázemí pro pracovníky. Vyšší reprezentativnost objektů zvyšuje důvěru i rodičů, kteří do center dochází za účelem poradenství. Finanční prostředky na rekonstrukce jsou často čerpány z Evropských fondů.

Celkem 8 krajů uvádí pokles klientů, uživatelů drog (Středočeský, Jihočeský, Plzeňský, Karlovarský, Královehradecký, Pardubický, Vysočina a Jihomoravský), 7 krajů uvádí pokles vyměněného injekčního materiálu (Jihočeský, Plzeňský, Karlovarský, Ústecký, Liberecký, Královehradecký a Zlínský). U 7 krajů je uveden pokles výkonu distribuce HR materiálu (Jihočeský, Ústecký, Liberecký, Královehradecký, Vysočina, Olomoucký a Zlínský).

V celkovém součtu vydaných injekčních stříkaček a jehel je zaznamenán nižší počet vydaných injekčních stříkaček, výměn i kontaktů v některých regionech, ale toto nelze vztahovat na celou republiku. Mírný nárůst vykazuje Středočeský, Pardubický, Jihomoravský, Olomoucký kraj a Kraj Vysočina. V Moravskoslezském kraji jsou všechny údaje oproti r. 2016 vyšší. V kontextu celé republiky ale došlo k mírnému poklesu u všech sledovaných údajů.

Ve Středočeském kraji terénní programy organizace Semiramis po loňském poklesu v počtu vyměněných stříkaček znamenaly v r. 2017 opětovný nárůst (o 14 165 kusů více než v r. 2016). Zvýšení počtu vyměněných stříkaček se týkalo lokalit Neratovice, Čelákovice a Kralupy nad Vltavou, jinde došlo k poklesu (Bělá pod Bezdězem). To potvrzuje fakt o dynamice lokálních scén, kde k podobným proměnám dochází každoročně. Do tohoto procesu vstupovala podoba skryté drogové scény, její podíl ve zprostředkovaném kontaktu a migrace uživatelů. Nárůst či pokles vyměněných stříkaček tak dokáže v řádu tisíců způsobit i malá skupinka klientů.

Ve zprávách krajů je i ve vyšší míře než v předchozích letech zmiňována absence terénní práce s náctiletými uživateli konopí, se kterými v současné době většina harm reduction programů nemá kapacitu strukturovaně pracovat. Naopak, služby např. ve Středočeském, Jihočeském, Královehradeckém, Pardubickém a Zlínském kraji začaly s touto cílovou skupinou intenzivněji pracovat.

Základním nedostatkem sítě harm reduction služeb v Jihočeském kraji je nedostatek finančních prostředků na jejich provoz, především personální náklady. Odhadem chybí prostředky na cca 6 úvazků v přímé práci, zejména v kontaktním centru ve Strakonickách a v Prachaticích a terénních programech pro regiony Jindřichohradecka, Táborska a Českokrumlovska. Od r. 2015 je v kraji zaznamenán setrvalý trend snižování počtu uživatelů pervitinu a opioidů, kteří jsou v kontaktu s nízkoprahovými službami, včetně injekčních uživatelů drog a s tím související mírný pokles distribuovaného injekčního materiálu.

V Karlovarském kraji jsou od r. 2017 terénními programy pokryty obce Horní Slavkov, Rotava, Oloví, Kraslice, Rovná, Bukovany, Habartov, Kynšperk nad Ohří, Březová a Svatava.

Dostupnost kontaktních center v Ústeckém kraji je dostatečná s výjimkou Lounska. V r. 2017 se v kraji podařilo rozšířit terénní programy podle potřeb regionů, jde o obce ve

Šluknovském výběžku, na Chomutovsku, Kadaňsku, Ústecku a v Postoloprtech.³² Spolek DRUG-OUT Klub navýšil kapacitu služby a od r. 2017 rozšířil terénní program o obce Chlumec a Chabařovice, ve kterých dosud žádná odborná služba nepůsobila, přestože jsou z hlediska problematiky závislostí zasaženými obcemi. V Ústeckém kraji se v r. 2017 v oblasti Dubí realizoval 1 × týdně terénní program německá organizace Karo,³³ která se zaměřuje na klientky pracující v sexbyznysu a v rámci programu provádí sreeningové testy na infekční onemocnění. Kontaktní centrum v Ústí nad Labem zaznamenalo čtyřnásobný počet klientů uživatelů alkoholu oproti předchozímu roku. Pro tuto cílovou skupinu byla v r. 2017 založena nová svépomocná skupina (DRUG-OUT Klub).

V Libereckém kraji je popisována absence terénních programů na Lomnicku a Jilemnicku. Organizace Most k naději plánuje v Jablonci nad Nisou realizovat multifunkční sociální službu, bude diskutováno, zda samostatné kontaktní centrum či detašované pracoviště terénního programu. Kontaktní centrum v České Lípě je i nadále realizováno v nevyhovujícím objektu, zejména vzhledem k lokalitě, ve které je umístěn. Naopak se podařilo zajistit lepší prostory pro kontaktní a poradenské služby v Liberci, které by měly být k nastěhování v lednu 2019.

V Královehradeckém kraji dochází k poklesu počtu klientů v kontaktu s nízkoprahovými službami, nemění se však počet vyměněných injekčních stříkaček. Služby tuto situaci interpretují nárůstem sekundární výměny, uzavíráním scény na menších městech a zvyšující se zaměstnaností klientů a s tím související nižší potřebou návštěvy kontaktní místnosti. Služby také zmiňují úspěšné navázání komunikace s OSPOD, včetně vyjasnění kompetencí.³⁴ Terénní programy v kraji se v r. 2017 ve vyšší míře věnovaly problematice intenzivních uživatelů konopných drog.

Síť služeb v oblasti snižování rizik je v Pardubickém kraji dlouhodobě minimální. S ohledem na rozložení kraje by byl žádoucí vznik 2 dalších kontaktních a poradenských služeb, v České Třebové a v Ústí nad Orlicí. Terénní programy za potřebné považují navýšení úvazků pro přímou práci s klienty na 8, aby tak terénní program pro každý okres zajišťoval jeden dvoučlenný tým (dosud bylo v přímé práci 5,04 úvazku).

V r. 2017 byly organizací Laxus prezentovány výstupy z průzkumu v lékárnách v rámci *Analýzy skrytých scén injekčních uživatelů*. Podařilo se získat data z celkem 297 lékáren (v Královehradeckém, Pardubickém a části Středočeského kraje). Analýza byla zaměřena na dostupnost injekčního materiálu v lokalitách, kde působí harm reduction služby Laxus, zjišťování poměru distribuce injekčního materiálu mezi programy harm reduction a lékárnami a rovněž využití informací z lékáren pro přesnější odhady počtů problémových uživatelů drog na skryté scéně.

V Kraji Vysočina jsou služby v oblasti snižování rizik v okresech Havlíčkův Brod a Pelhřimov zajištěny prostřednictvím terénní práce.

32 Terénní program v obci Postoloprty vznikl za finanční podpory z OPZ ESF ve spolupráci s obcí, služba je v lokalitě poskytována 3 × týdně od října 2017.

33 Německá organizace Karo pracuje s klientkami i v Chebu v Karlovarském kraji.

34 Evropský projekt *Nastavení a spolupráce OSPOD a poskytovatelů sociálních služeb pro uživatele legálních a nelegálních drog*.

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 působili v prostředí nočního života a zábavy prostřednictvím programu Hard & Smart, který se v r. 2017 osamostatnil od Terénního programu Brno. Ke konci r. 2017 (resp. počátku 2018) vzniklo v Brně nové kontaktní centrum organizace Drom, kde cílovou skupinou jsou zejména romští uživatelé.

Síť služeb v Olomouckém kraji se z hlediska územního pokrytí a dostupnosti služeb v jednotlivých regionech jeví jako dostačující. Problémem však zůstává nedostatečné financování zejména terénních programů, které neumožňuje vykonávat činnost terénních programů v dostatečném rozsahu a kvalitě. Na Prostějovsku zůstává bez služeb harm reduction oblast Konicka, klienti z této lokality musí dojíždět do města Prostějov nebo Olomouc. Město Konice dlouhodobě nemá zájem o realizaci harm reduction služeb na svém území a finančně je ze svého rozpočtu nepodporuje.

Poslední změna v síti služeb Zlínského kraje se uskutečňovala v průběhu r. 2017, kdy postupně docházelo k dokončení fúze společnosti ONYX Zlín se Společností Podané ruce a projekty Kontaktního centra ve Zlíně a Terénních programů ve Zlíně jsou od 1. 1. 2018 realizovány jako projekty Společnosti Podané ruce se sídlem v Brně.

V Moravskoslezském kraji byla v r. 2017 popisována absence služby v oblasti harm reduction na Vítkovsku. Jako nedostačující se s ohledem na velikost města a počet uživatelů návykových látek jeví počet pracovníků vyčleněných na terénní program v Havířově (2 × 0,5 úvazku). Kapacitně poddimenzované se jeví rovněž kontaktní centrum ve Frýdku-Místku. Ve městě Karviná je evidována potřeba vzniku kontaktního centra, což je zahrnuto i v komunitním plánu města na r. 2018.

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 postoje. Údaje o kapacitě či počtu klientů nejsou u některých typů služeb dostupné – tabulka 4-4.

Krajští protidrogoví koordinátoři uvedli celkem 114 služeb ambulantní léčby, programů substituční léčby a stacionárních programů. Poskytování systematické ambulantní substituční léčby není zajištěno v Karlovarském, Libereckém, Pardubickém, Zlínském kraji a v Kraji Vysočina. Celkový počet ambulantních služeb byl ale v r. 2017 vyšší oproti roku předešlému, kdy bylo uvedeno celkem 90 služeb ambulantní léčby, programů substituční léčby a stacionárních programů.

V r. 2017 došlo v Praze k rozšíření služeb. V lednu 2017 zahájila činnost Adiktologická ambulance pro děti a dospívající organizace Prev-Centrum, která se zaměřuje na děti již od deseti let věku. V květnu se díky dotacím Prahy podařilo pro Poradnu pro rodiče, Adiktologickou ambulanci, Pracovní a sociální agenturu, Gambling ambulanci a rozšíření služeb CADAS organizace SANANIM zajistit nové reprezentativní prostory v objektu

v centru města v Žitné ulici. Od května rovněž funguje komplexní Adiktologické centrum na Praze 12 poskytující široké spektrum služeb: od adiktologické ambulance, AT ambulance přes služby primární prevence po substituční program. Centrum provozuje Středisko prevence a léčby drogových závislostí – Drop In.

Tabulka 4-4: Služby v oblasti ambulantní léčby v r. 2017

Kraj	Počet služeb v kraji			Kapacita služby*			Počet certifikovaných programů**	
	AL	SL	SP	AL	SL	SP	ano	ne
Praha	13	6	1	2 027	736	38	19	1
Středočeský	8	2	0	–	–	–	6	2
Jihočeský	3	1	0	4***	25	–	4	0
Plzeňský	1	1	0	100	40	–	1	1
Karlovarský	1	0	0	–	–	–	0	1
Ústecký	10	1	0	–	125	–	2	8
Liberecký	8	1	0	–	–	–	1	7
Královéhradecký	7	2	0	–	25	–	1	4
Pardubický	11	0	0	29	–	–	1	10
Vysočina	1	0	0	25	–	–	1	0
Jihomoravský	6	2	0	32	80	–	6	2
Olomoucký	14	1	0	–	–	–	3	11
Zlínský	3	0	0	–	–	–	1	2
Moravskoslezský	8	1	1	–	–	–	2	8
Celkem	94	18	2	–	–	–	49	55

Pozn.: AL – ambulantní léčba, SL – substituční léčba, SP – stacionární program. * Problematické se jeví mísení roční kapacity a kapacity aktuální, kapacita je tedy orientační údaj. ** Odráží již stav z r. 2018.

*** momentální kapacita

V Středočeském kraji v r. 2017 vznikly nové internetové stránky zsi-kladno.cz s přímým kontaktním formulářem na adiktologickou ambulanci pro děti a mladistvé Ada+. Nově začala fungovat dorostová ambulance v Příbrami v rámci Centra adiktologických služeb (Magdaléna).

V Jihočeském kraji schází koordinace ambulantní péče se zdravotními pojišťovnami. Údaje o ambulantní léčbě³⁵ jsou obtížně dostupné, převážná většina ambulantních zařízení má velmi málo pacientů s adiktologickým problémem. Regionální distribuce těchto služeb se liší, v některých regionech zcela chybí ambulantní psychiatrická péče, nebo se omezuje pouze na vybrané spektrum pacientů (např. uživatelé alkoholu) nebo činností (např. následná péče). V současné době na území Třeboňska působí Agentura pro sociální začleňování, počátkem r. 2017 zahájily činnost sociální služby, které byly identifikovány jako potřebné pro naplňování místní strategie sociálního začleňování. Mezi nimi jsou i služby určené pro cílovou skupinu osob ohrožených závislostí zajišťované organizací Spolek 3P a financované z OPZ. V druhé polovině r. 2017 zahájila Agentura pro sociální začleňování spolupráci také s městem Písek.

35 S výjimkou služeb certifikovaných Radou vlády pro koordinaci protidrogové politiky.

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

V Karlovarském kraji zcela chybí substituční léčba. Program ambulantní léčby, detoxikace a krátkodobé hospitalizace je zajištěn na psychiatrickém oddělení nemocnice Ostrov NEMOS plus.

Také v Ústeckém kraji se potýkají s nedostatkem psychiatrů a psychoterapeutů, kteří jsou ochotni pracovat se závislými osobami. Během r. 2017 se podařilo v Ústí nad Labem zřídit adiktologickou ambulanci pro děti a mládež (DRUG-OUT Klub). Dále došlo k rozšíření ambulantních poradenských služeb v Chomutově a Klášterci nad Ohří (Světlo Kadaň).

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 sítě léčebných služeb v kraji jsou děti do 15 let. Existující zařízení se primárně zaměřují na řešení výchovných problémů klientů.

V Královéhradeckém kraji jsou ambulantní zařízení se zaměřením na problémy s návykovými látkami zajištěna ve městech Trutnov (Sdružení ozdravoven léčeben okresu Trutnov – RIAPS) a Hradec Králové (Laxus). V dalších obcích kraje takové ambulance nejsou zřízeny. Především kurátoři a sociální pracovníci v obcích vnímají situaci jako velmi neuspokojivou. Jako problematická je v kraji dále vnímána ambulantní péče o nezletilé, pokrytí kraje dětskými psychiatry je nedostačující.

AT ambulance a psychiatrické ambulance v Pardubickém kraji zůstávají nadále poddimenzovány. Lékaři nemají prostor na dlouhodobou individuální a skupinovou práci s klientem, který má problém se závislostí na alkoholu a jiných látkách. Zároveň kraj považuje za potřebné nové poradenské služby a programy nabízející ambulantní léčbu, zejména z důvodu stávající špatné geografické dostupnosti. Při Nemocnici Pardubického kraje provozuje Národní síť podpory zdraví poradenské služby v rámci projektu *Poradenství a léčba závislosti na tabáku v Pardubickém kraji* (grantový program odboru sociálních věcí Krajského úřadu Pardubického kraje). Tyto služby využívají klienti z celého kraje.

Poradenské pracoviště v Nemocnicích Pardubického kraje v Pardubicích a Chrudimi jsou součástí sítě center pro závislé na tabáku.

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. Přestože je v Kraji Vysočina stěžejní ambulantní službou v oblasti závislosti ambulantní léčba ve Žďáru nad Sázavou (Kolpingovo dílo České republiky), v Jihlavě, Pelhřimově

a Havlíčkově Brodě se osobám s adiktologickým problémem věnují i soukromí poskytovatelé.

V Jihomoravském kraji jsou služby ambulantního typu zajišťovány 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 hazardním hráčům. Nově byla otevřena adiktologická ambulance organizace Remedis v Brně jako nestátní zdravotnické zařízení ve vyloučené lokalitě na ulici Bratislavská. Nabízí nejen ambulantní adiktologickou péči, ale i screeningové testování na přítomnost návykových látek, strukturované programy pro specifické skupiny uživatelů návykových látek (např. těhotné uživatelky, rodiče s dětmi, pacienti s fixací na jehlu, pacienti s virovou hepatitidou), sociální poradenství a skupinovou terapii. Dalším novým poskytovatelem v kraji je organizace Renadi, která poskytuje ambulantní léčbu i programy následné péče uživatelům návykových látek i hazardním hráčům.

Kromě stabilní činnosti již tradičních služeb v Olomouckém kraji se v obci Zábřeh a v Olomouci (v prostorách organizace P-centrum) schází skupina Anonymních alkoholiků. Přerovská organizace KAPPA-HELP provozuje ve spolupráci s městem Poradenské centrum pro problém se závislostí v Kojetíně. Ambulantní léčbu závislosti na legálních i nelegálních drogách poskytují také psychiatrické ordinace.³⁶ Po přesunu v dotačních titulech kraje, služby uvádějí výrazné podfinancování ambulantní léčby i programu následné péče.

V Moravskoslezském kraji nejsou pokryty ambulantními službami pro uživatele návykových látek Frenštát pod Radhoštěm, Nový Jičín, Kopřivnice a Frýdlant nad Ostravicí. V r. 2017 se podařilo rozšířit kapacitu a provozní dobu (na 46 hodin týdně) u Terapeutického centra Renarkon (z 2,4 úvazku na 3 úvazky), které poskytuje své služby v Ostravě.

4.4 Služby v oblasti rezidenční léčby

Z poskytnutých dat z výročních zpráv krajů vyplývá, že statistické informace o kapacitě či počtu klientů všech služeb v oblasti rezidenční léčby nejsou krajským koordinátorům dostupné. Problematické se jeví mísení roční kapacity a kapacity aktuální, kapacita je tedy pouze orientační údaj. 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 7 domovů se zvláštním režimem pro cílovou skupinu uživatelů návykových látek – tabulka 4-5.

Ve výročních zprávách krajů nejsou v oblasti rezidenční péče obvykle zmiňovány terapeutické komunity, které nejsou certifikovány či podporovány v dotačním řízení RVKPP. Jde většinou o komunity, jejichž zřizovatelem jsou církve, např. TK Teen challenge a TK Bétel, či nejsou zaměřeny primárně na léčbu závislosti, např. TK Kaleidoskop (vše Středočeský kraj). TK Pastor Bonus v tabulce 4-5 zahrnutá je. Dále nejsou zmiňována

36 Základní přehled ambulantních služeb Olomouckého kraje je dostupný na <http://www.kr-olomoucky.cz/prehled-psychiatrickych-a-adiktologickych-sluzeb-cl-2757.html> [2018-08-10]

Tabulka 4-5: Služby v oblasti rezidenční léčby v r. 2017

Kraj	DTX		LZS		RPTK*		DSZR		Počet certifikovaných programů	
	počet	kapacita	počet	kapacita	počet	kapacita	počet	kapacita	ano	ne
Praha	3	114**	2	178**	0	–	0	–	3	2
Středočeský	1	–	1	–	2	29	0	–	2	2
Jihočeský	1	–	4	109***	3	66	0	–	3	4
Plzeňský	1	–	1	–	1	15	0	–	1	2
Karlovarský	0	–	1	54	0	–	0	–	0	1
Ústecký	1	4	2	130	1	15	1	42+	2	3
Liberecký	1	5	1	10	1	15	1	20	1	3
Královéhradecký	2	6	1	50	0	–	1	49	0	4
Pardubický	2	–	1	61	0	–	2	–	0	3
Vysočina	3	–	3	67	1	16	1	75	2	6
Jihomoravský	2	25	2	–	1	15	0	–	1	5
Olomoucký	4	–	3	–	3	–	0	–	0	10
Zlínský	1	–	1	129	0	0	1	64	0	3
Moravskoslezský	1	–	3	170	2	61**	0	–	1	3
Celkem	23	154	26	958	15	232	7	250	16	51

Pozn.: DTX – detoxifikace, LZS – lůžkové zdravotní služby, RPTK – terapeutické komunity, DSZR – domovy se zvláštním režimem. * Terapeutické komunity jsou zařazeny ke kraji podle místa realizace projektu. ** Včetně dat z PN Bohnice. *** Jde o kapacitu Psychiatrické léčebny Červený Dvůr. + Jde o kapacitu chráněného bydlení DSZR. ** Včetně 46 osob inzerovaných na internetových stránkách Pastor Bonus (služba není registrována).

soukromá léčebná zařízení, např. Neocentrum a Branické sanatorium Moniky Plocové. Tyto služby cílí na movitější či zahraniční klientelu, stojí za nimi ale pracovníci, kteří v certifikovaných službách v minulosti pracovali či je vedli.

V Jihočeském kraji jsou v tabulce zahrnuti 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. V Jihočeském kraji 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 využití detoxifikace v léčebně i pro pacienty, kteří nejsou žadatelé o léčbu v tomto zařízení, a nově je otevřena i možnost využít jej pro cílovou skupinu osob mladších 18 let. Pokud by tato zařízení byla určena pouze pro obyvatele Jihočeského kraje, kapacita střednědobé i dlouhodobé rezidenční léčby by byla postačující, kapacita terapeutických komunit by pravděpodobně nebyla zcela využita. Všechna tato zařízení však mají celorepublikovou působnost. Kapacita domovů se zvláštním režimem je v kraji nedostatečná.

V Karlovarském kraji je popisován nedostatek lůžkových a pobytových zařízení, a to jak pro krátkodobou léčbu, střednědobou léčbu, tak pro řešení aktuální krize klienta v podobě

emergenčních stanic. Detoxifikace a krátkodobá hospitalizace je zajištěna pouze psychiatrickým oddělením nemocnice Ostrov NEMOS plus.

V Ústeckém kraji provozuje detoxifikační jednotku Psychiatrické oddělení Krajské zdravotní – Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem. Jde o ojedinělou 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 směřovány právě na psychiatrické oddělení. Ani v r. 2017 v kraji nebyla zajištěna protialkoholní a protitoxikomanická záchytná stanice, ale probíhal proces přípravy jejího zřízení. V průběhu r. 2018 by měla být zřízena v rámci Krajské zdravotní v nemocnici v Teplicích.

V Královéhradeckém kraji domov se zvláštním režimem Domov Dolní Zámek během r. 2017 skončil projekt na rozvoj deinstitutionalizace. Výstupy naznačují, že část klientů by při úpravě podmínek mohla profitovat a žít např. v domovech pro seniory.

Detoxifikace a krátkodobá rezidenční léčba je pro klienty v Pardubickém kraji i nadále nedostupná. Pouze OLÚ Žamberk přijímá klienty s problémem závislosti na nelegálních drogách nebo na alkoholu, výjimečně i na detoxifikaci. Přestože jsou v kraji 2 domovy se zvláštním režimem pro cílovou skupinu dlouhodobě duševně nemocných,³⁷ je nedostupný takový typ zařízení pro uživatele návykových látek.

Zpráva Libereckého kraje uvádí, že v r. 2017 služeb detoxifikace a pobytové léčby v PN Kosmonosy využilo celkem 46 klientů, resp. 110 klientů. Skutečnost, že se PN Kosmonosy nachází ve Středočeském kraji, zpráva interpretuje jako nedostatek lůžek v kraji.

Kraj Vysočina nově zmiňuje dětskou psychiatrickou nemocnici Velká Bíteš, která uvádí, že zvýšenou pozornost věnuje léčbě poruch chování a léčbě problémových uživatelů návykových látek. Tato služba v souhrnné zprávě o realizaci protidrogové politiky v krajích dosud zanesena nebyla. V kraji působí celkem 2 domovy se zvláštním režimem (Želetava a detašované pracoviště Nové Syrovice), které jako cílovou skupinu uvádí uživatele alkoholu.

Jihomoravský kraj v krajské síti léčebných rezidenčních zařízení uvádí 3 terapeutické komunity, které finančně podporuje, na území Jihomoravského kraje je však situována pouze 1. Další terapeutická komunita na území kraje, Salebra, není certifikována RVKPP, se zástupci kraje nekomunikuje ani nečerpá finanční podporu. V porovnání s jinými kraji je síť Jihomoravského kraje v tomto segmentu naddimenzována.

Ve Zlínském kraji je ze strany OSPOD z jednotlivých obcí i na úrovni kraje zmiňována absence specializovaných pobytových léčebných zařízení pro děti a mladistvé užívající návykové látky.

Ze strany obcí Moravskoslezského kraje je zdůrazňována potřeba pobytové služby pro děti a mladistvé uživatele návykových látek.

37 Jde o Domov na hradě Rychmburk a Domov U Kostelíčka.

4.5 Služby v oblasti následné péče

Krajští protidrogoví koordinátoři uvedli celkem 32 programů ambulantního doléčování a 21 programů s chráněným bydlením – tabulka 4-6. Údaje o kapacitě jsou obdobně jako u ostatních typů zařízení pouze orientační. Převážně jde o neziskové organizace, které podstoupily proces certifikace odborné způsobilosti. V Karlovarském kraji není uveden ani jeden program následné péče.

V Jihočeském kraji je celková kapacita zařízení následné péče nízká, ale tento typ péče poskytují i jiná než specializovaná zařízení na poskytování služeb následné péče. Jediný certifikovaný program tohoto typu se nachází v Českých Budějovicích (Prevent 99), nicméně i v dalších regionech jsou služby následné péče zajišťovány jinými poskytovateli (Farní charita Tábor, Arkáda – sociálně psychologické centrum). Některé složky doléčování jsou poskytovány v rámci běžného provozu kontaktních center, v některých případech přijímají do péče tyto osoby i ambulantní psychiatři. Chybí údaje o klientech z kraje, kteří využili služeb následné péče v jiných krajích.

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 chráněných bytů a azylového bydlení pro matky s dětmi.

V Ústeckém kraji jsou méně dostupné programy následné péče a ambulantní poradenská zařízení, která působí jen v několika místech kraje. Z praxe vyplývá i potřeba následné péče po výstupu z trestu odnětí svobody.

V Libereckém kraji jsou dostupné údaje pouze ze zařízení následné péče organizace Advaita. Stejně jako jiné typy služeb je v Jablonci nad Nisou nedostupná i následná péče.

Tabulka 4-6: Služby v oblasti následné péče v r. 2017

Kraj	Počet služeb		Kapacita služeb		Počet klientů	Počet certifikovaných programů	
	ADP	CHB	ADP	CHB		ano	ne
Praha	4	3	120	39	309	4	0
Středočeský	3	3	120	25	82	1	1
Jihočeský	3	1	68	15	50	2	1
Plzeňský	2	2	55	21	145	2	0
Karlovarský	0	0	–	–	–	0	0
Ústecký	2	2	19	19	123	2	1
Liberecký	4	1	10	10	52	1	3
Královéhradecký	1	0	32	–	2	0	1
Pardubický	2	0	5	–	60	1	0
Vysočina	2	1	19	8	52	1	1
Jihomoravský	4	3	97	38	300	4	0
Olomoucký	2	2	14	39	79	2	0
Zlínský	1	0	–	–	40	0	1
Moravskoslezský	2	3	7*	49	126	1	4
Celkem	32	21	566	263	1 420	21	13

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

Následná péče pro klienty z Pardubického kraje je poskytována v rámci ambulantního centra Laxus. Stejná organizace zajišťuje služby následné péče i v Hradci Králové, rovněž v rámci ambulantního centra. V Královéhradeckém kraji je tento typ služby nabízen i v Trutnově (Sdružení ozdraven a léčeben okresu Trutnov). Kapacita se jeví jako dostatečná, nicméně pobytové služby v kraji chybí, zcela absentují např. chráněné byty.

V Kraji Vysočina poskytuje od r. 2017 Doléčovací centrum Oblastní charity Třebíč nejen ambulantní služby, ale také pobytovou formou 4 lůžka v chráněném bydlení.

V Jihomoravském kraji působí nový poskytovatel Renadi, který nabízí i služby následné péče.

Ve Zlínském kraji je i nadále 1 ambulantní služba, a to v okrese Vsetín (MOSTY). V ostatních 3 okresech nahrazují specializovaná zařízení následné péče jiné typy služeb, např. AT ambulance Psychiatrické nemocnice v Kroměříži či Terapeutické centrum ve Zlínském kraji.

V Moravskoslezském kraji v r. 2017 byla navýšena kapacita pobytové formy doléčovacího programu Renarkon o další 2 místa na současných 16, a to díky nově zřízenému tréninkovému bytu. Tréninkové bydlení je dalším rozšířením Doléčovacího centra v rámci pobytového doléčovacího programu, a to především pro specifické cílové skupiny klientů, které potřebují vyšší míru podpory (především klienti s dlouhodobou minulostí užívání návykových látek, s vysokou mírou zadluženosti, s duální diagnózou, po výkonu trestu odnětí svobody apod.).

4.6 Ostatní specializované programy

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

Protialkoholní záchytné stanice (PZS) jsou zřízeny ve všech krajích kromě Ústeckého – tabulka 4-7. Strategie podpory zdraví a rozvoje zdravotních služeb v Ústeckém kraji na období 2015–2020 však zřízení záchytné stanice v kraji deklaruje. V r. 2017 byly 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 PZS dlouhodobě pracovaly na motivaci ke změně chování či na řešení problémů souvisejících s konzumací alkoholu. Data za záchytné stanice byla zmíněna jen v některých výročních zprávách krajů, jsou tedy orientační.

Zdravotní záchranná služba (ZZS) provozuje jedinou PZS v Jihočeském kraji, včetně specializovaného oddělení pro děti a mladistvé. Pacienti s podezřením na intoxikaci jinými látkami než alkoholem nejsou převáženi na PZS, ale jsou rovnou umístováni na specializovaná oddělení příslušných nemocnic. Sami pracovníci ZZS zpravidla intoxikované pacienty nevyhledávají, ty jim předává Policie ČR, případně městská policie. V zařízení je 9 lůžek. Především neexistence standardů péče a neprovázanost do zbytku systému činí z těchto zařízení spíše službu na udržení veřejného pořádku než zdravotnické zařízení.

V Moravskoslezském kraji byly i v r. 2017 provozovány čtyři PZS, z toho 3 PZS v rámci zdravotnických zařízení, jejichž zřizovatelem je Moravskoslezský kraj. Jde o Nemocnici

Tabulka 4-7: Kapacita protialkoholních záchytných stanic v r. 2017

Kraj	Počet PZS	Počet lůžek	Počet klientů	Město
Praha	1	22*	5 646*	–
Středočeský	3	14*	864*	Mladá Boleslav, Kolín, Příbram
Jihočeský	1	9	1 357	České Budějovice
Plzeňský	1	9*	1 685*	Plzeň
Karlovarský	1	5	875	Sokolov
Ústecký	0	0	0	–
Liberecký	1	10	716	Liberec
Královéhradecký	1	8	1 303	Hradec Králové
Pardubický	1	11	1 803	Pardubice
Vysočina	1	13*	1 147*	Jihlava
Jihomoravský	1	13	3 062	Brno
Olomoucký	1	15	1 696	Olomouc
Zlínský	1	7	943**	Kroměříž
Moravskoslezský	4	35*	5 594*	Frýdek-Místek, Karviná, Opava, Ostrava
Celkem	18	171*	26 691*	

* údaje o PZS nejsou aktualizovány, ** 943 při 1388 hospitalizacích

ve Frýdku-Místku a pracoviště Zdravotnické záchranné služby Moravskoslezského kraje v Opavě a Karviné. Další PZS je provozována Městskou nemocnicí Ostrava, jejímž zřizovatelem je Ostrava.

Služby pracovní a sociální rehabilitace jsou poskytovány v Praze (Pracovní a sociální agentura, organizace SANANIM), v Plzeňském kraji (organizace Středisko křesťanské pomoci Plzeň a POINT 14), dále pak ve Středočeském kraji (Sociální rehabilitace, organizace Magdaléna) a v Jihomoravském kraji (Přechodové byty, Poradenské centrum Pasáž, Sociálně terapeutická dílna – Eikón a Vzdělávací centrum I.E.S., organizace Společnost Podané ruce). V Olomouckém kraji je organizací P-centrum úspěšně provozován sociální podnik Naše café, který podporuje klienty Doléčovacích centra v začlenění do pracovního procesu. Sociální podnik se stabilně začlenil mezi vyhledávané kavárny centra města Olomouce a v r. 2017 došlo k rozšíření pracovních míst v cukrářském provozu. V Moravskoslezském kraji organizace Renarkon provozuje v rámci doléčovacích centra program Klub Absolvent.

Služby internetového poradenství v oblasti návykových látek a závislostí jsou poskytovány v Praze (Drogové informační centrum, Končím s hulením, Končím s pitím, organizace SANANIM) v Jihomoravském kraji (EXTC poradna, organizace Společnost Podané ruce) a v Moravskoslezském kraji (Drogová poradna, organizace Renarkon). K dalším ojedinělým realizovaným službám patří Právní poradna A. N. O. v Praze a Vzdělávací centrum I.E.S. Společnosti Podané ruce v Jihomoravském kraji. I na základě podpory RVKPP je realizována Národní linka pro odvykání kouření.

V několika krajích organizace poskytují adiktologické služby ve věznicích, v Praze a v dalších krajích organizace SANANIM, ve Středočeském kraji byla organizací Laxus poskytována adiktologická služba ve Věznici Jiřice a Věznici Vinařice. Pokrytí poptávky

po službách bylo v r. 2017 odpovídající s ohledem na personální možnosti organizace Laxus a možnosti věznic. Ve Vazební věznici České Budějovice (Jihočeský kraj) působí Prevent 99 a ve Věznici Plzeň, Věznici Horní Slavkov, Věznici Oráčov, Věznici Ostrov nad Ohří poskytuje adiktologické služby organizace Centrum protidrogové prevence a terapie (CPPT). Organizace Most k naději je dlouhodobým poskytovatelem služeb ve věznicích v Ústeckém kraji. V rámci registrované sociální služby odborné sociální poradenství realizuje program *Protidrogové programy v penitenciárních zařízeních*, který disponuje certifikací odborné způsobilosti RVKPP. Program byl zajišťován terénní formou ve Věznici Bělušice, Věznici Nové Sedlo, od r. 2017 také adiktologické služby ve vězení poskytuje CPPT ve věznici Všehrdy a Vazební věznici Litoměřice. Organizace DRUG-OUT Klub rozšířila od r. 2017 službu odborného sociálního poradenství o terénní formu, v rámci níž zajišťuje penitenciární péči ve Vazební věznici Litoměřice a pracuje s klienty ve vazbě. Program poskytuje klientům individuální podporu. Skupinovou práci pak zajišťuje program Mostu k naději. V Libereckém kraji v rámci adiktologických služeb ve vězení působí 2 certifikované programy: organizace Laxus (Věznice Rýnovice, Věznice Stráž pod Ralskem, Vazební věznice Liberec) a organizace Most k naději (Vazební věznice Liberec). V Královhradeckém kraji působí organizace Laxus také ve Věznici Valtice, Věznici Odolov a Věznici Hradec Králové, v Pardubickém kraji služby zajišťuje v rámci vězeňského programu. V Jihomoravském kraji organizace Společnost Podané ruce poskytuje adiktologické služby ve Vazební věznici Brno, Věznici Rapotice, Věznici Kuřim, v dalších krajích pak ve Věznici Znojmo, Věznici Světlá nad Sázavou, Věznici Ostrov nad Ohří, Věznici Opava, Věznici Břeclav, včetně detašovaného objektu Poštorná. Společnost Podané ruce v rámci realizace projektu *Práce s klienty v konfliktu se zákonem* úzce spolupracuje zejména s Vazební věznici Olomouc a s Věznici Mírov, ve Vazební věznici Olomouc je dále realizován strukturovaný program *Život bez drog* (1 × týdně). Ve Věznici Ostrava – Heřmanice, Věznice Ostrov nad Ohří a Věznice Opava realizuje služba svoji činnost 1 × za 6 měsíců nebo individuálně podle potřeby klienta.

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, webového poradny a prevence zneužívání syntetických drog.

4.7 Analýzy sítě služeb a jiné realizované výzkumy

V r. 2017 proběhlo šetření v rámci projektu *Bezpečné klima v pražských školách*, které realizovalo Centrum sociálních služeb Praha, odd. Pražské centrum primární prevence. Cílem průzkumu bylo zmapovat, které oblasti rizikového chování nejčastěji řeší pedagogové pražských škol. Dále bylo cílem zjistit, jak kompetentní se pedagogové cítí být pro řešení jednotlivých oblastí rizikového chování a zjistit jejich vzdělávací potřeby. Dotazování proběhlo v listopadu 2017 prostřednictvím on-line dotazníku. V šetření odpovědělo 1022 respondentů, pedagogů ze základních a středních škol. Výsledky byly statisticky zpracovány a průběžně prezentovány odborné veřejnosti. Výsledky budou využívány při plánování podpory realizace preventivních a vzdělávacích aktivit.

Nejvíce pedagogů řešilo v uplynulém roce záškoláctví, nejčastější řešenou oblastí je závislost na internetu, hrách, mobilech. Ve frekvenci řešených témat nejsou zásadní rozdíly mezi třídními učiteli a ostatními pedagogickými pracovníky. Nejvíce pedagogů považuje své kompetence za dostatečné v oblasti záškoláctví, nejméně v oblasti

syndromu CAN.³⁸ Nejvíce respondentů má zájem o vzdělávání v tématu zvládnání stresu a syndromu vyhoření, z oblastí rizikového chování jde o téma závislosti na internetu, hráčů a mobilních telefonech a téma kyberšikany. Z respondentů studuje či studium pro školní metodiky prevence dokončilo 77 % pedagogů, kteří vykonávají funkci školního metodika prevence. Dalším tématem zkoumání by mohly být konkrétní způsoby řešení a intervence pedagogů v případech rizikového chování žáků. Podrobněji je také potřeba prozkoumat rizikové chování související s kyberprostorem, které zahrnuje celou škálu jevů od agresivního jednání po závislostní chování dětí a dospívajících. Podrobné výstupy a závěry z dotazníkového šetření mapujícího rizikové chování v pražských školách z pohledu pedagogů jsou k dispozici na portálu Prahy.³⁹

Ústecký kraj realizoval v r. 2017 ve spolupráci s Fakultou sociálně ekonomickou Univerzity Jana Evangelisty Purkyně a SCAN grantový projekt *Sociálně patologické jevy u studentů středních škol v Ústeckém kraji*. Dotazníková studie mezi studenty středních škol na téma rizikového chování se zaměřovala na zkušenosti dospívajících s legálními i nelegálními návykovými látkami, hazardním hraním a rizikovým užíváním nových technologií, vnímání jejich dostupnosti a rizikovosti.

Karlovarský kraj v r. 2017 zadal v rámci individuálního projektu *Podpora procesu střednědobého plánování rozvoje sociálních služeb v Karlovarském kraji* ke zpracování *Analýzy drogové scény*.⁴⁰ Výstupy analýzy obsahují několik doporučení: provést analýzu realizace aktivit primární prevence na základních a středních školách Karlovarského kraje a potřeb škol a školských zařízení jako východisko pro vytvoření ucelené koncepce primární prevence; vytvořit finanční a organizační podmínky nezbytné pro realizaci nového běhu specializačního akreditovaného vzdělávání pro školní metodiky prevence; najít a oslovit potenciální poskytovatele chybějících služeb (zdravotních a/nebo sociálních), uspořádat pracovní setkání typu kulatých stolů a diskutovat o jednotlivých tématech; udržet stávající nízkoprahové služby a posílit jejich kapacity, a tím zvýšit dostupnost v jednotlivých obcích, vytvořit odpovídající fond z rozpočtů kraje, měst a obcí pro spolufinancování nových, dosud chybějících služeb.

Organizace Laxus realizovala v letech 2016–2017 za finanční podpory RVKPP *Výzkum hazardního hraní v kamenných provozovnách v Královehradeckém a Pardubickém kraji*. Výstupy budou mít mj. přesah i do terénní práce s cílovou skupinou hráčů. Dále byla v letech 2017–2018 realizována *Analýza skrytých scén injekčních uživatelů – Výstupy z výzkumu v lékárnách*. Výstupy bude shrnovat analyticko-výzkumný tým Laxus. V rámci této analýzy byla navázána spolupráce s lékárnami v Královehradeckém, Pardubickém a části Středočeského kraje.

V Plzeňském kraji byla realizována analýza *Možnosti a limity terénní práce s problémovými uživateli alkoholu z pohledu klienta TP Ulice*.⁴¹

38 Syndrom CAN je syndrom týraného, zanedbávaného a zneužívaného dítěte.

39 http://www.praha.eu/public/44/fb/a3/2670131_871825_Dotaznikove_setreni_RCH_2017_zaci.pdf [2018-08-10]

40 Realizátorem analýzy je PhDr. Josef Radimecký, Ph.D., MSc., Klinika adiktologie 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze. Analýza je dostupná na: http://www.kr-karlovarsky.cz/krajsky-urad/cinnosti/Stranky/krizsitace/seznam/protidrog_polit.aspx [2018-08-10]

41 http://archiv.streetwork.cz/index.php?option=com_content&task=view&id=5674&print=1 [2018-08-10]

V Jihomoravském kraji Spolek Narativ realizoval *Akční výzkum – proces vznikání nového psychosomatického oddělení v Dětské nemocnici* s cílem výzkumně podpořit proces vzniku nového psychosomatického oddělení FN Brno, které by se v rámci komplexního projektu Jihomoravského kraje mělo stát součástí systému péče o děti a dospívající ohrožené závislostí.

4.8 Služby v oblasti hazardního hraní

Specifické služby pro cílovou skupinu hazardních hráčů existují stále spíše ojediněle. Od r. 2013 je však jejich vznik a rozvoj stimulován zejména dotačním titulem RVKPP. Ukotvení hazardního hraní ve strategických dokumentech krajů ukazuje tabulka 4-8. Detailněji zmíněné informace k síti služeb pro hazardní hráče v jednotlivých výročních zprávách krajů představuje tato kapitola.

Tabulka 4-8: Problematika patologického hraní ve strategických dokumentech krajů v r. 2017

Kraj	Problematika patologického hraní je obsažena ve strategických dokumentech
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 2015–2017
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

V Praze k eliminaci výskytu hazardního hraní pomohlo ve vybraných městských částech uzavření heren a non stop barů v souvislosti s obecně závaznou vyhláškou č. 10/2015 Sb. MČ Praha 6 zaznamenala mezi klienty využívání tzv. paysafecard – karty, na kterou se nahrají peníze a pak se převedou do hry (např. hra Counter-Strike). V Praze funguje specializovaná ambulance pro gambling organizace SANANIM.

Ve Středočeském kraji došlo k nárůstu klientů po proběhlé informační kampani s názvem F 63 – špatná sázka. Ambulantní centrum v Mladé Boleslavi (Semiramis) zaznamenalo nárůst počtu hráčů, kteří nemají v anamnéze užívání návykových látek. Významný byl dále celkový nárůst počtu hazardních hráčů v adiktologických službách kraje, kdy mezi klienty ambulantních služeb v r. 2017 evidovali 145 hazardních hráčů. Stále více se také setkávali s řešením situací, které plynou z nadměrného a rizikového pohybu mládeže na sociálních sítích a užívání mobilních telefonů. Mezi dětmi se do popředí jejich zájmu dostává tzv. youtubering.

V Jihočeském kraji v r. 2017 působila již etablovaná ambulance v Českých Budějovicích (Prevent 99), cca desítku klientů – hráčů vykazali i v Táboře (Auritus).

V Plzeňském kraji od r. 2017 působí Krajské centrum pro nelátkové závislosti (Centrum protidrogové prevence a terapie), jehož hlavním cílem je realizovat komplexní léčbu osob ohrožených patologickým hráčstvím. Ambulance je koncipována jako sestava terapeutických a poradenských služeb zaměřených na podporu abstinence či její dosažení.

V Libereckém kraji organizace Advaita v rámci sítě poraden v jednotlivých městech služby hazardním hráčům poskytuje alespoň 2× měsíčně. Poradenská centra tedy jsou i v menších městech kraje.⁴² V obci Hrádek nad Nisou byla služba v r. 2017 ukončena.

V Olomouckém kraji je na cílovou skupinu hazardních hráčů a jejich blízkých osob zaměřena zejména činnost Centra komplexní péče v Olomouckém kraji (Společnost Podané ruce), které nabízí své služby ve městech Olomouc, Prostějov a Zábřeh. Služba připravuje rozšíření péče i do Přerova.

V Karlovarském kraji pracují s gamblery v rámci sítě stávajících kontaktních center.

V Královéhradeckém kraji zaznamenali v ambulantních službách pokles v počtu klientů z řad hazardních hráčů, výrazněji i u jejich blízkých osob.

Ačkoli v léčbě stále převládají hazardní hráči, kteří mají problém s hraním klasických herních zařízení, neustále je sledován trend vyššího počtu klientů, kteří sází, většinou v on-line prostředí. Obdobný trend je sledován i v Pardubickém kraji, klienti se přesouvají z hraní technických her do on-line prostředí. Služby v Pardubickém kraji také upozorňují na nárůst počtu klientů, kteří kombinují hazardní hraní s užíváním alkoholu a/nebo užíváním konopných drog.

V Moravskoslezském kraji v r. 2017 vzniklo Adiktologické centrum při PN v Opavě. Jedná se o novou ambulantní poradenskou službu v Opavě, která vznikla z tradičních doléčovacích aktivit oddělení D za podpory RVKPP (projekt *Podpora terapeutických programů pro osoby závislé na hazardním hraní a sázení v PN Opava*). Hlavní náplní činnosti Adiktologického centra je poskytování odborného poradenství a terapeutické péče osobám závislým na hazardním hraní a sázení, jejich rodinným příslušníkům, známým a osobám blízkým, kteří se s tímto problémem setkají.

Ve Zlínském kraji je na cílovou skupinu hazardních hráčů a jejich blízkých osob specializované Centrum komplexní péče pro hazardní hráče ve Zlínském kraji (Společnost Podané ruce), které v r. 2017 evidovalo 65 klientů – hazardních hráčů a 47 blízkých osob.

42 Poradenská centra pro hazardní hráče jsou v obcích Liberec, Jablonec nad Nisou, Česká Lípa, Turnov, Nový Bor, Semily, Frýdlant a Nové Město pod Smrkem.

4.9 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 4-9. V některých krajích se nedostatky v síti opakují.

Tabulka 4-9: Identifikované nedostatky v síti služeb z výročních zpráv krajů v r. 2017

Kraj	Identifikované nedostatky v síti služeb z výročních zpráv krajů v r. 2017
Praha	Nedostatek substitučních center a kontaktních a poradenských center.
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. Snaha o posílení dětské adiktologické péče.
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 stanice 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, potřeba detoxifikace a substituce i v jiných regionech (dostupné pouze v krajském městě, potřeba dojezdu klientů např. z Litoměřicka, Mostecka, Šluknovského výběžku), nedostatek psychiatrů a psychologů, pobytové služby pro uživatele kombinované s jakýmkoliv zdravotním postižením, ambulantní a pobytové služby pro uživatele alkoholu.
Liberecký	Nedostatečná podpora a metodické vedení primární prevence. Chybějící zdravotnická ambulantní léčba (AT ordinace) a zařízení specializované na léčbu dětí a mladistvých. Nízké pokrytí kraje substituční léčbou.
Královéhradecký	Ambulantní programy jsou v kraji nerovnoměrně zastoupené. V rámci doléčování chybí chráněné bydlení.
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, programů stacionárního doléčování a terapeutické komunity.
Vysočina	Absence ambulantní poradny v okresech Pelhřimov a Havlíčkův Brod.
Jihomoravský	Nedostatek terénních pracovníků pro krajské město (Brno).
Olomoucký	Absence ambulantní péče v Šumperku.
Zlínský	Nedostatek psychiatrických ambulancí se specializací na návykové nemoci, jejich nerovnoměrné umístění v kraji (absence v spádových okresech Kroměříž, Uherské Hradiště a Vsetín).
Moravskoslezský	Absence pobytové služby pro děti a mladistvé uživatele návykových látek.



Příloha

Seznam tabulek

Tabulka 1-1:	Počet pachatelů přestupků projednaných v r. 2017 podle § 30, odst. 1, písm. j) zákona č. 200/1990 Sb., resp. podle § 39, odst. 2, písm. a) zákona č. 167/1998 Sb. v rozdělení podle druhu drogy	27
Tabulka 1-2:	Počet pachatelů přestupků projednaných v r. 2017 podle § 30, odst. 1, písm. k) zákona č. 200/1990 Sb., resp. podle § 39, odst. 2, písm. b) zákona č. 167/1998 Sb. podle věku pachatele a druhu drogy	28
Tabulka 1-3:	Množství drog zajištěných v r. 2017 v rámci projednaných přestupků podle § 30, odst. 1, písm. j) a k) zákona č. 200/1990 Sb., resp. podle § 39, odst. 2, písm. a) a písm. b) zákona č. 167/1998 Sb., v rozdělení podle druhu drogy	29
Tabulka 1-4:	Přehled realizovaných studií v r. 2017	30
Tabulka 2-1:	Postavení krajských protidrogových koordinátorů v r. 2017	34
Tabulka 2-2:	Komise a pracovní skupiny protidrogové politiky v krajích v r. 2017 ...	36
Tabulka 2-3:	Aktuální strategické dokumenty protidrogové politiky v krajích v r. 2017	38
Tabulka 2-4:	Začlenění oblasti hazardního hraní, alkoholu a tabáku do specifických strategických dokumentů protidrogové politiky kraje	40
Tabulka 2-5:	Přehled realizovaných konferencí a seminářů v krajích v r. 2017	42
Tabulka 2-6:	Počet místních protidrogových koordinátorů v obcích s rozšířenou působností v r. 2017	46
Tabulka 3-1:	Přehled zdrojů financování (dotačních titulů), v rámci kterých adiktologické služby mohou žádat o finanční podporu v jednotlivých krajích ..	53
Tabulka 3-2:	Vývoj výdajů na protidrogovou politiku z rozpočtů samospráv v letech 2013–2017 v tis. Kč	64
Tabulka 3-3:	Výdaje samospráv na jednoho obyvatele ve věku 15–64 v r. 2017	65
Tabulka 3-4:	Výdaje samospráv podle typu služeb a aktivit protidrogové politiky v r. 2017 v tis. Kč	66
Tabulka 3-5:	Přehled financování adiktologických projektů z prostředků ESF v tis. Kč	73
Tabulka 4-1:	Přehled dokumentů upravujících síť služeb pro uživatele návykových látek v kraji v r. 2017	78
Tabulka 4-2:	Programy primární prevence realizované v r. 2017	79
tabulka 4-3:	Služby v oblasti snižování rizik poskytované v r. 2017 (včetně programů snižování rizik v prostředí noční zábavy)	83
Tabulka 4-4:	Služby v oblasti ambulantní léčby v r. 2017	87
Tabulka 4-5:	Služby v oblasti rezidenční léčby v r. 2017	90
Tabulka 4-6:	Služby v oblasti následné péče v r. 2017	92
Tabulka 4-7:	Kapacita protialkoholních záchytných stanic v r. 2017	94
Tabulka 4-8:	Problematika patologického hraní ve strategických dokumentech krajů v r. 2017	97
Tabulka 4-9:	Identifikované nedostatky v síti služeb z výročních zpráv krajů v r. 2017	99

Souhrnná zpráva

o realizaci protidrogové politiky v krajích v roce 2017

- > 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 internetových stránkách na rvkpp.vlada.cz a drogy-info.cz.
- > Distribuci zajišťuje vydavatel.

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

Neprodejné

ISBN 978-80-7440-223-4



9 788074 402234