

Výroční zpráva o realizaci protidrogové politiky v kraji za rok 2015

Kraj: Jihočeský

Zpracoval /jméno a funkce/: Mgr. Marek Nerud, protidrogový koordinátor

Projednáno a/nebo schváleno (kým):

Mgr. Petr Studenovský, vedoucí Odboru sociálních věcí a zdravotnictví

Zpráva byla předložena Radě a Zastupitelstvu Jihočeského kraje

Odkaz na internetovou prezentaci kraje, věnovanou drogám:

http://www.kraj-jihocesky.cz/346/informace_k_drogove_problematice_v_jihoceskem_kraji.htm

Cesta:

www.kraj-jihocesky.cz

– Krajský úřad

– Odbor sociálních věcí a zdravotnictví

- Informace k drogové problematice v Jihočeském kraji

Výroční zpráva o realizaci protidrogové politiky v kraji je určena pro odbornou i laickou veřejnost. Je zdrojem základních informací o koordinaci a institucionálním zajištění protidrogové politiky a politiky v oblasti hazardního hraní v kraji, koncepčních opatřeních, spolupráci s obcemi, finančním zajištění a finančních deficitech protidrogové politiky, charakteristice drogové scény a situace v oblasti hazardního hraní, síti služeb pro uživatele drog a problémové/patologické hráče¹ a aktivitách realizovaných kraji v oblasti protidrogové politiky (např. vzdělávání, analýzy, rozvojové projekty apod.).

Výroční zpráva o realizaci protidrogové politiky v kraji je jedním ze zdrojů při vytváření Souhrnné zprávy o realizaci protidrogové politiky v krajích, Výroční zprávy o stavu ve věcech drog v ČR a Výroční zprávy o hazardním hraní v ČR a jeho dopadech. Zároveň je také důležitým informačním materiálem pro politiku na místní, krajské i centrální úrovni.

¹ Termín problémový hráč je širší – zahrnuje osoby v riziku rozvoje patologického hráčství i osoby s diagnózou patologický hráč (dg. F 63.0).

Souhrn

V roce 2015 jsme nezaznamenali v oblasti protidrogové politiky zásadní změny. Jihočeský kraj dostal své zákonné povinnosti realizovat na svém území protidrogovou politiku v samostatné působnosti stejně odpovědně, jako v letech minulých.

Vlastní jednoznačně identifikovatelné výdaje kraje na podporu jednotlivých oblastí protidrogové politiky činily v roce 2015 cca 11,8 mil. Kč, z toho 1,3 mil. Kč na oblasti specifické primární prevence, cca 6,2 mil. Kč na podporu dalších odborných služeb (terénní programy, kontaktní centra apod., v této oblasti odhadujeme realisticky spoluúčast kraje na podpoře jednotlivých služeb ve výši více než 30 % z jejich celkových rozpočtů), a 4 mil. Kč vydal kraj na podporu provozu záchytné stanice. Podrobněji v příslušné kapitole zprávy.

Jihočeský kraj i v roce 2015 aktivně působil jako partner institucí na celostátní úrovni (především Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, jednotlivých ministerstev), stejný význam ale přikládal i spolupráci s jednotlivými obcemi.

Pokračovala aktivita Model spolufinancování protidrogových služeb místními samosprávami v oblasti koordinaci protidrogové politiky, která přinesla do sítě odborných služeb další potřebné finanční prostředky. Zapojilo se 140 obcí, a oproti roku 2013 se od obcí podařilo získat o 544 392 Kč více prostředků na podporu místně dostupných adiktologických služeb. Za srovnatelně důležitý výsledek této aktivity považujeme i to, že se začala rozbíhat diskuse s místními samosprávami o smyslu protidrogové politiky, významu konkrétních služeb v konkrétních regionech a byl dán prostor k partnerské komunikaci mezi jednotlivými obcemi a poskytovateli služeb. Podrobněji v příloze této zprávy.

Co se užívání nelegálních návykových látek na území kraje týče, situace se jistě nedá srovnávat s extrémně zasaženými regiony České republiky. Do značné míry situaci v kraji považovat za stabilizovanou, nicméně užívání nelegálních návykových látek, především pervitinu, rozhodně není na ústupu, dostupné informace naznačují spíše trend opačný. Již dlouhodobě se mění situace v oblasti užívání opiátů, po dlouhé době převažujícího užívání buprenorfinu (nad heroinem) vstupují na scénu opiáty farmakologické, dlouhodobě je zřetelný značný přísun těchto látek (nejviditelnější je Vendal Retard) na drogovou scénu prostřednictvím (pravděpodobně nepříliš odpovědně) vydávaných receptů. Nízkoprahové služby hlásí také vyšší počty uživatelů heroinu, kteří jsou jejich klienty, byť nárůst se prozatím nejeví jako dramatický, jedná se o desítky osob. Nejužívanější NNL je tradičně marihuana, kusé a pravděpodobně ne zcela přesné informace máme o ostatních látkách (extáze, halucinogeny, tzv. „nové syntetické drogy“). V roce 2015 máme první zprávu o záchytu tzv. „nové drogy“, podrobněji v kapitole přestupky.

Co se týče nejrizikovější skupiny uživatelů (nejen ve vztahu k vlastní osobě, ale i k okolí), tedy **injekčních uživatelů NNL (IUD)**, jejich počet v Jihočeském kraji odpovědně a realisticky odhadujeme na (minimálně) **1 800 osob** (převažují z cca 3/4 uživatelé pervitinu jako primární drogy). Počet dalších problémových uživatelů, opět z větší části uživatelů pervitinu (neinjekčních) odhadujeme na dalších minimálně cca 200 osob. **Celkem odhad problémových uživatelů drog v kraji 2 100 osob.** Velmi pravděpodobně bude skrytá populace větší, než se dosud jeví, a máme za to, že totéž platí i pro jiné regiony ČR.

V oblasti služeb v průběhu roku 2015 došlo ke dvěma změnám, které lze snad považovat za počátek významnějších posunů v oblasti koordinace a především financování protidrogové politiky. Některé zdravotní pojišťovny (včetně VZP) uzavřely smlouvu o hrazení výkonů s Adiktologickou poradnou Prevent (v oblasti ambulantní léčby), což by mohlo znamenat příslib do budoucnosti ohledně lepší dostupnosti ambulantní léčby pro klienty z Jihočeského kraje. Zároveň byly z úrovně RVKPP podpořeny první projekty, specializované pro oblast patologického hráčství (ambulantní léčba a doléčování).

Podrobnější údaje a informace lze nalézt na příslušných místech zprávy, další informace jsou dostupné na webových stránkách Jihočeského kraje.

Obsah a struktura výroční zprávy:

1	Drogová scéna – situace v kraji	4
2	Koordinace protidrogové politiky	18
2.1	Institucionální zajištění	20
2.1.1	Krajské institucionální zajištění koordinace	20
2.1.2	Místní zajištění koordinace protidrogové politiky	21
2.2	Strategické dokumenty protidrogové politiky kraje	23
2.2.1	Koncepce, strategie, akční plány a jejich zaměření	23
2.2.2	Hodnocení strategických dokumentů/protidrogové politiky kraje	25
2.3	Zadané/realizované analýzy/studie v oblasti drogové politiky a drogové situace	25
2.4	Další významné aktivity v oblasti protidrogové politiky v r. 2012 na krajské i místní úrovni	26
3	Finanční zajištění služeb pro uživatele drog	27
4	Služby poskytované uživatelům drog a osobám ohroženým drogami	32
5	Různé - další údaje	48

1 Drogová scéna – situace v kraji

1.1 Užívání návykových látek v obecné populaci, ve školní populaci

Stav v užívání návykových látek v obecné populaci nepovažujeme za výrazně odlišný od stavu v celé České republice. Toto přesvědčení sice nemáme potvrzeno žádnými specificky zaměřenými analýzami nebo průzkumy na místní úrovni, nicméně jsme přesvědčeni, že ČR je natolik homogenní území, že rozdíly mezi většími regiony nejsou, nemohou být nikterak významné (za významné rozdíly považujeme rozdíly vyšší než násobky zastoupení jednotlivých jevů). Na úrovni regionů menších než kraje pak rozdíly mohou být výraznější, příčiny mohou být různé, např. výraznější zastoupení jiných sociálně rizikových jevů (v podmínkách Jihočeského kraje např. pouliční prostituce v příhraničí), kumulace vyloučených lokalit (jev v Jihočeském kraji naopak řídký), dlouhodobě vysoká nezaměstnanost apod. Obdobně tomu je ve školní populaci, velkou roli hraje typ školy, umístění v regionu... kromě toho, že bychom realizaci takovýchto průzkumů považovali za neefektivní z výše popsaných důvodů, tedy že bychom se patrně nedozvěděli žádná nová fakta nebo informace, v jejich realizaci nám brání i relativní nedostatek finančních prostředků, určených na protidrogovou politiku kraje. Již asi od roku 2008 Jihočeský kraj nefinancuje ze svého rozpočtu žádné výzkumné a obdobně zaměřené aktivity/ projekty, neboť všechny prostředky, určené na tuto problematiku vkládá do přímé práce s osobami, které jsou závislostním chováním ohrožené. Kraj především významně spolufinancuje služby primární prevence a ty služby, které pracují přímo s ohroženými osobami, případně s jejich sociálním okolím.

Další překážkou je pak, kromě nepochybné finanční náročnosti, i nutnost zajistit vysokou odbornost zpracování takového průzkumu. Není jednoduché zvládnout takto náročný úkol typu užívání návykových látek v obecné populaci, případně dalších skrytých projevů rizikového chování. Tyto informace jsou pro mnoho lidí velmi osobní záležitostí, a je skutečně nutné, chtěli-li bychom dosáhnout dostatečně vypovídajících, realitě blízkých výsledků, angažovat dostatečně zkušené experty v oboru. Běžně používané výzkumné metody nemusí být dostatečně účinné.

Co se týká regionálních, místních výzkumů, nemáme za rok 2015 informaci o tom, že by takové akce byly na území Jihočeského kraje realizovány.

Pro úplnost uvádíme popis mechanismu, který považujeme za postačující pro práci s tímto typem informací (viz dokument Minimální síť protidrogových služeb na území Jihočeského kraje 2015 – 2017).

Počty ohrožených osob podle jednotlivých rizikových skupin (kvalifikovaný odhad):

Uživatelé alkoholu (škodlivé nebo rizikové pití v obecné populaci):

- VZ ČR 2012² – 8,2 % dospělé populace³, po přepočtu cca **5,5 % obecné⁴ populace**;
- Koncepce rozvoje adiktologických služeb- na 100 000 obyvatel cca 1 500 osob závislých na alkoholu, tedy cca **1,5 % populace**.

Uživatelé konopí (vysoké riziko užívání)

- VZ ČR 2012 – 1,2 % dospělé populace, po přepočtu cca **0,8 % obecné populace**;
- Koncepce rozvoje adiktologických služeb- na 100 000 obyvatel cca 1 000 problematických uživatelů konopí, tedy cca **1,0 % populace**.

Problémoví uživatelé drog (opiáty a/nebo amfetaminy, a/ nebo injekční užívání):

- VZ ČR 2012 – 0,6 % dospělé populace, po přepočtu cca **0,4% obecné populace**
- Koncepce rozvoje adiktologických služeb- na 100 000 obyvatel cca 500 problémových uživatelů, tedy cca **0,5 % populace**.

Gambling (vysoké riziko, tedy riziko vzniku závislosti):

- Hazardní hraní NMS 2014⁵ – 0,6 – 1,0 % dospělé populace po přepočtu cca **0,5 % obecné populace**;
- Koncepce rozvoje adiktologických služeb- na 100 000 obyvatel cca 500 patologických hráčů, tedy cca **0,5 % populace**.

² Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v ČR v roce 2012, Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (dále jen VZ ČR letopočet, NMS)

³ Míněna zjevně dospělá populace (věková skupina 15 – 64 let)

⁴ Přepočet na obecnou populaci je vždy uváděn pro jednodušší práci s dalšími přepočty, ty jsou již prováděny se celkovými počty obyvatel obcí/ území/ regionů

⁵ Publikace hazardní hraní v České republice a jeho dopady, Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, Praha 2014

Prostým součtem výše uvedených čísel se dostaneme k odhadu (dle NMS), že **7,2 % obyvatel ČR je výrazně ohroženo rizikových chováním⁶**, spojeným s užíváním alkoholu, nelegálních návykových látek nebo patologickým hráčstvím (gambling). Dokument „Koncepce rozvoje adiktologických služeb“ předpokládá cca **3,5 - 4 % potenciálních pacientů ambulantních adiktologických služeb** z počtu obyvatel daného regionu.

Vzhledem k tomu, že u některé skupiny se sklony k jednotlivým způsobům rizikového chování se překrývají (alkohol s gamblingem i nelegálními návykovými látkami, část uživatelů NNL - především pervitinu - s gamblingem, atd.), nejví se jako odpovídající realitě pracovat s pouhým součtem jednotlivých údajů. Vzhledem k co nejobektivnějšímu pojetí dalších výpočtů/ odhadů považujeme za dostatečně konzervativní odhad **5 % obyvatel kraje⁷**, kteří jsou rizikovým chováním ohroženi, a mohli by být, vzhledem k popsaným rizikovým faktorům, pacienty/ klienty odborných poradenských/ sociálních/ zdravotnických zařízení a služeb.

Za Jihočeský kraj (cca 630 000 obyvatel) můžeme předpokládat počet ohrožených osob v jednotlivých kategoriích:

Alkohol (škodlivé nebo problémové pití)	5,5 % obyvatel	34 650 obyvatel
Konopí (vysoké riziko užívání)	0,8 % obyvatel	5 040 obyvatel
Problémoví uživatelé drog	0,4 % obyvatel	2 520 obyvatel
Gambling (vysoké riziko vzniku závislosti)	0,5 % obyvatel	3 150 obyvatel

Podle metody, použité pro rámcové odhady (5 % obyvatel) – předpokládáme celkem 31 500 obyvatel kraje, kteří by měli mít přístup k DOSTUPNÉ odborné péči.

Na úrovni ORP jsme pro ilustraci a zjednodušení použili výše zmíněný kvalifikovaný a dle našeho názoru konzervativní odhad podílu **5 %** obyvatelstva regionů, kteří jsou ohroženi negativními jevy popsanými výše. Do tohoto počtu je nutno pro potřebu návrhu kapacity především ambulantních služeb zahrnout (do odhadu nejsou zahrnuti) sociální okolí PP, tedy především rodiče, partnery a případně další blízké, kteří budou také intervenci/ pomoc/ podporu potřebovat buď individuálně, nebo budou zapojeni do poradenského/ terapeutického procesu společně s potenciálními primárními uživateli služeb, tedy osobami, které vykazují rysy rizikového chování⁸.

⁶ Úmyslně se vyhýbáme užívání pojmu závislost, respektive pojmu spojeného s principem, že teprve závislost je hodná péče či léčby. Sužby, aby byly dostatečně efektivní, mají i preventivní charakter, je vhodnější umět oslovit i osoby ve zvýšeném riziku a věnovat se řešení jejich problému než čekat, až se závislost rozvine, jejímu vzniku je výhodně předcházet...

⁷ Jihočeské kraje, ale i ČR...

⁸ I když v některých regionech může být počet osob s rizikem nižší, pak reálný počet klientů/ pacientů právě díky této cílové skupině bude nepochybně vždy vyšší. S touto cílovou skupinou v odhadech nepočítáme (v této chvíli nevíme, podle jakého klíče bychom v odhadech měli postupovat), byť je nesmírně důležitá a odbornou pomoc nepochybně potřebuje.

Mapa: Odhady počtů jednotlivých ohrožených skupin obyvatel/ potenciálních pacientů/ klientů adiktologických ambulantních služeb (léčba a doléčování⁹).



1.2 Užívání drog v prostředí zábavy, nočního života

V současné době není stále k dispozici nástroj, který by nahradil v minulosti realizované intervence zaměřené do této oblasti, tedy kvalitativní testování tablet tzv. extáze. Ani občasné a spíše nárazové intervence služeb harm reduction v tomto prostředí nemohou získat dostatek relevantních kontaktů nebo informací, které by dokázaly toto prostředí dostatečně zmapovat. Jsme odkázáni na zprostředkované informace, které nejsou dostatečně podložené. Je nepochybné, že se v tomto prostředí návykové látky objevují (včetně těch legálních). V minulých letech, vzhledem k tomu, že látky, prodávané jako „extáze“ byly uživateli hodnoceny jako nedostatečně kvalitní (snížující se obsah MDMA, její nahrazování jinými látkami), byl i v Jihočeském kraji zaznamenán trend „přestupu“ uživatelů ke známějšímu a předvídatelnějšímu pervitinu, jehož názální užívání je v tomto prostředí poměrně rozšířené. V poslední době objevují – spíše nárazově, a zprostředkovaně, informace o experimentech s tzv. „novými drogami“, v prostředí skupin osob s vyšším sociálním statutem pak užívání kokainu (nebo v některých případech kokain naopak slouží přímo jako symbol tohoto statusu).

Ze zpráv, které máme k dispozici, lze konstatovat, že užívání NNL v prostředí zábavy a nočního života se principiálně neliší od užívání v jiných oblastech či sférách (co se týče druhu látek atp.), výjimkou je pochopitelně intenzita či četnost užívání, neboť toto prostředí je primárně vhodným pro začátek experimentu, a je hlavním prostředím pro tzv. rekreační/ tedy víkendové užívání.

V prostředí zábavy nebo nočního života služby pro uživatele drog v Jihočeském kraji systematicky nepracují (nárazově mapují situaci na jednotlivých akcích – festivaly, slavnosti, koncerty), hlavními důvody jsou jednak nedostatek finančních prostředků, jednak skutečnost, že uživatelé v tomto specifickém prostředí mají zájem

⁹ Doléčování – v mapě jsou uvedeny odhady velikosti ohrožených skupin obyvatel, tedy spíše odhady pro oblast ambulantní léčby. Nicméně z této skupiny se po návratu z pobytové léčby budou rekrutovat i pacienti/ klienti doléčovacích, resocializačních, stabilizačních programů. Zvláště v menších regionech považujeme za efektivní oba programy realizovat (z důvodů snížení administrativy apod.) jedním zařízením/ službou.

přednostně o to „užít si“, nikoli řešit problém¹⁰, který momentálně necítí. Tím se vracíme obloukem k začátku této kapitoly – službám chybí specifický nástroj, kterým by mohly (mimo klasického informačního servisu, výměnného programu atp.) tyto skupiny oslovit.

1.3 Problémové formy užívání drog

Co se týče problémového užívání drog, v Jihočeském kraji dlouhodobě převažuje cca ze ¾ užívání pervitinu, ¼ opiáty (především Subutex, zdá se, že poněkud narůstá počet uživatelů heroinu). Setrvalým trendem je nárůst (převážně injekčního) užívání léčiv na bázi opiátů (typicky Vendal Retard), a to i mezi „tradičními“ uživateli pervitinu, důvodem je patrně jednoduchá dostupnost. U velké části uživatelů jsou tyto tradiční drogy obvykle „doplněny“ užíváním léčiv (benzodiazepiny apod.), nárazově nebo spíše ojediněle i užíváním tzv. „nových drog“. Nárazově, nicméně s mnohem větší frekvencí než v předchozích letech, se objevují informace o užívání kokainu, to se ovšem obvykle děje v prostředí, kam standardní drogové služby svými aktivitami, nabídkou služeb nedosáhnou.

Za rok 2015 činí odhad (konzervativní, spíše při dolní hranici) za Jihočeský kraj:

- počet PUD v Jihočeském kraji cca 2 100 osob
 - o z toho IUD cca 1 800 osob

Komentář: Vycházíme v této souvislosti z dlouhodobého sledování počtu klientů nízkoprahových služeb. Považujeme Jihočeský kraj dlouhodobě za pokrytý relativně dostupnými službami. V uplynulých letech jsme při vědomí možných překryvů mezi regionálními službami (týkalo se čtyř ze sedmi okresů kraje, kde zároveň dlouhodobě působil souběžně¹¹ terénní program a kontaktní centrum) prováděli cílené dotazování na možnost, zda se klienti ve zmíněných službách vyskytují souběžně, využívají obě služby (podrobně za roky 2012 a 2013). Po revizi celkového počtu některých zásadních kategorií uživatelů těchto služeb jsme došli k tomu, že toto překrytí není nevýznamné, a z jeho výsledků jsme odhadli pomocí multiplikační metody reálný počet problémových uživatelů drog v Jihočeském kraji.

V dokumentu Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice za rok 2014 (NMS 2015) je uveden pro Jihočeský kraj odhad **2 800 problémových uživatelů drog**. Vzhledem k poněkud odlišné metodologii získávání vstupních dat, a vzhledem k tomu, že významná část této populace zůstává někdy významně dlouho skrytá (především v počátcích své drogové kariéry) nepovažujeme tento nesoulad za zásadní.

Tabulka: Porovnání počtu klientů nízkoprahových služeb, pokus o očištění o překryvy osob v kontaktu se službou (nízkoprahové služby na území Jihočeského kraje).

	2012 součet	2012 reální klienti	2013 součet	2013 reální klienti	2015 součet	2015 reální klienti; odhad
počet klientů (UD)	1880	1630	2022	1733	1944	1644
počet injekčních UD	1422	1177	1545	1296	1469	1169
zákl. droga PERVITIN	1272	1075	1442	1240	1282	1090
zákl. droga OPIÁTY	264	216	255	252	242	206

Doplňující poznámka: Údaje za roky 2012 a 2013 byly konzultovány přímo s nízkoprahovými službami, některé z nich přistoupili i k porovnání databází klientů (dle kódů), tedy lze údaje považovat za věrohodné. Za rok 2015 byl učiněn odhad na základě zjištěných skutečností/ trendů v předchozích letech.

¹⁰ Což ovšem neznamená, že tyto aktivity nemají smysl – pro řadu návštěvníků to může být první kontakt se službami, a důvod k tomu začít uvažovat o své situaci, případně pak službu kontaktovat. Pro službu samotnou pak znamená mapování místní drogové scény v jiném kontextu, možnost oslovení té části uživatelů, kteří jinak s (především) terénním programem v místě do kontaktu nepřijdou.

¹¹ Okresy České Budějovice, Strakonice, Prácheň a Písek. V okresech Český Krumlov a Jindřichův Hradec působí pouze terénní programy. V okrese Tábor se terénní program teprve postupně rozjíždí, dlouhodobě na jeho území působí pouze kontaktní centrum.

1.4 Užívání drog ve specifických skupinách

Trvá stav z posledních let, tedy informace o intenzivním užívání (včetně nitrožilního) pervitinu v romské populaci. Zprávy přicházejí jak od organizací, které s Romy přímo pracují, tak od Romů samotných. Situace se pravděpodobně liší podle konkrétních komunit, nicméně některé informace terénních programů s dobrou znalostí místa a cílové skupiny jsou alarmující, jejich kvalifikované a zkušenosti podložené odhady hovoří v některých místech až o cca 10 % uživatelů (včetně injekčních) pervitinu v především mladších věkových skupinách, což je oproti většinové populaci více než desetinásobek dlouhodobého celorepublikového průměru.

U ostatních specifických skupin obyvatel kraje nemáme k tomuto tématu dostatek informací, nicméně vzhledem k problematice výroby a distribuce drog ve skupině cizinců – Vietnamců lze do budoucna předpokládat nárůst užívání i uvnitř této populace.

1.5 Sociálně vyloučené lokality

Při popisu tzv. „vyloučených lokalit“ vycházíme z „Gabalovy analýzy“ (2006, 2015), v roce 2010 byl na úrovni kraje proveden vlastními silami Oddělení prevence a humanitních činností průzkum menších lokalit (doplnění analýzy z roku 2006). V roce 2014 proběhla aktualizaci údajů o tomto jevu v podmínkách Jihočeského kraje, zároveň jsme spolupracovali na opakovaném celostátním průzkumu, který probíhal především v roce 2014, a měl za úkol aktualizovat právě výše zmíněnou analýzu z roku 2006.

V Jihočeském kraji bylo při posledním průzkumu stavu identifikováno 38 vyloučených lokalit s rozpětím obyvatel cca 2000 – 2600 osob, což Jihočeský kraj řadí mezi dalších pět krajů, které jsou tímto jevem nejméně zasaženy (pro srovnání, počet obyvatel lokalit je na nejvyšší úrovni odhadován v Ústeckém kraji, cca 36000 – 38500 osob).

Stručný přehled nejvýznamnějších lokalit (s vědomím, že na řadě míst se situace rychle mění, včetně počtů obyvatel - obvyklým jevem je i migrace obyvatel těchto lokalit, nejen v rámci kraje):

Přehled identifikovaných vyloučených lokalit v Jihočeském kraji (dle ORP, Gabalova analýza 2015)

- **České Budějovice** – pět (identifikovaných) lokalit, cca 700 - 800 obyvatel
- **Písek** – čtyři lokality, cca 100 - 300 obyvatel
- **Milevsko** – jedna lokalita, do 100 obyvatel
- **Tábor** – jedna lokalita; cca 100 - 200 obyvatel
- **Jindřichův Hradec** – jedna lokalita; do 100 obyvatel
- **Český Krumlov** – osm lokalit, 400 - 700 obyvatel
- **Kaplice** – čtyři lokality, do 200 obyvatel
- **Prachatice** – tři lokality; do 100 obyvatel
- **Strakonice** – čtyři lokality, 200 - 300 obyvatel
- **Vimperk** – tři lokality; do 100 obyvatel
- **Volary** – jedna lokalita; cca 100 – 150 obyvatel...
- **Třeboň** – čtyři lokality; 100 - 200 obyvatel
 - o v současné době na území ORP Třeboň působí Agentura pro sociální začleňování, město České Velenice

V podstatě ve všech lokalitách Jihočeského kraje působí protidrogové služby, především terénní programy. Počet služeb zůstává konstantní, v podstatě lze konstatovat, že každý terénní program v Jihočeském kraji působí v některé z lokalit. Vzhledem k velikosti lokalit nepovažujeme pro nejbližší období za potřebné navyšovat speciálně kvůli lokalitám kapacitu služeb, nebo dokonce iniciovat vznik specializovaných služeb.

1.6 Uživatelé drog v léčbě a ve službách

NÍZKOPRAHOVÉ SLUŽBY

Tabulka: Počet uživatelů drog (IUD a ostatní kategorie, pouze TP a KC – prosté součty)

	2004	2008	2010	2012	2013	2014	2015
Počet klientů / UD	1 207	1 540	1 675	1 880	2 022	2 038	1 994
z toho INJEKČNÍCH uživatelů drog	879	1 200	1 347	1 422	1 545	1 535	1 469
z toho se základní drogou PERVITIN	512	1 004	1 212	1 272	1 442	1 335	1 282
z toho se základní drogou heroin	122	38	40	14	30	91	13
z toho se základní drogou Subutex	-	235	215	250	225	178	229
... OPIÁTY celkem	-	273	255	264	254	269	242
z toho se základní drogou kanabinoidy	107	152	109	221	250	334	290
Průměrný věk klienta	23,8	25,7	27,5	26	28	29	31
Počet neuživatelů, kteří využili alespoň jednou služeb programu	356	310	339	272	305	283	223

Komentář k tabulce: V tabulce jsou uvedeny výhradně součty za nízkoprahové služby (terénní programy a kontaktní centra), působící v Jihočeském kraji. Výhradně nízkoprahové služby jsou vybrány proto, aby nedocházelo k nadměrným duplicitám (jednotlivý klient by neměl být počítán dvakrát, aby nedošlo ke zkreslování reálné situace), neboť lze důvodně předpokládat, že by jeden klient mohl během jednoho roku ve statistice vyskytnout vícekrát – typickým příkladem by byl klient KC, který by v průběhu roku zahájil ambulantní léčbu (nebo by využil jakoukoli jinou službu – substituce, pobytová léčba apod.). V této tabulce jsou uvedeny prosté součty klientů služeb. Vzhledem k tomu, že ve většině regionů/ území okresu (tedy v mezích přiměřené dostupnosti) bývají realizované dva nízkoprahové programy, KC i TP, může docházet k přesahům.

AMBULANTNÍ LÉČBA

Tabulka: Struktura klientů vybraných služeb ambulantní léčby v Jihočeském kraji, Adiktologická poradna Prevent (2011 – 2015)

	počet klientů celkem	z toho NNL	z toho alkohol	z toho gambling	z toho prvních kontaktů	z toho neuživatelé
2015 G	22	x	x	22	22	0
2015	359	177	29		131	153
2014	272	141	13	13	113	105
2013	251	116	14	2	101	119
2012	245	112	16	4	73	113
2011	174	70	9	6	45	89

Pozn.: Signatura **G** v prvním řádku vlastní tabulky (modře podbarveno) znamená oddělené údaje za část služby, zaměřené výhradně na oblast gamblingu.

Tabulka: Struktura klientů vybraných služeb ambulantní léčby v Jihočeském kraji, Auritus Tábor – ambulantní léčba (2011 – 2015)

	klienti			výkony	
	počet klientů celkem	z toho NNL	neuživatelé	individuální terapie (1,0 hod.)	poradenství pro rodiče (1,5 hod.)
2015	118	62	56	680	297
2014	113	57	56	251	117
2013	126	60	66	254	126
2012	125	61	64	318	93
2011	86	36	50	194	64

Pozn.: Klienti i výkony jsou započteny do celkových údajů za službu Farní charity Tábor – Auritus – centrum pro lidi ohrožené drogou, Kontaktní a poradenské služby dle standardů RVKPP, proto je nelze mechanicky přičítat navíc k údajům o klientech nízkoprahových služeb. Je to z toho důvodu, že žadatel obě služby, tedy kontaktní centrum a ambulantní léčbu do sebe neodděluje, z důvodu snížení administrativních nákladů.

Údaje o počtu pacientů v ambulantní léčbě (PSO) jsou uvedeny v příslušných kapitolách této zprávy, ovšem nejsou dosud za roky 2014 ani 2015 dosud k dispozici.

SUBSTITUČNÍ LÉČBA

Tabulka: Struktura klientů substituční léčby v Jihočeském kraji, Jihočeské substituční centrum Prevent (2012 – 2015)

	KLIENTI								
	počet klientů	z toho injekčních UD	z toho ZD heroin	z toho ZD buprenorfin nelegálně	z toho ZD ostatní opiáty	substituce buprenorfinem	substituce metadonem	první kontakt	neuživatelé
2015	28	26	4	15	9	11	17	6	5
2014	28	28	20	3	3	7	21	6	4
2013	24	23	18	5	0	3	21	1	0
2012	32	31	27	4	0	7	27	11	4

NÁSLEDNÁ PÉČE

Tabulka: Struktura klientů následné péče v Jihočeském kraji, Centrum následné péče Prevent (2012 – 2015)

	KLIENTI							
	počet klientů	z toho NNL	z toho alkohol	z toho gambling	z toho prvních kontaktů	z toho chráněné bydlení	z toho matky s dětmi	úspěšně dokončili program
2015	41	21	14	6	27	33	1 AMB, 2 CHB	12
2014	45	34	10	1	30	32	2 AMB, 2 CHB	17
2013	49	28	19	2	33	34	x	19
2012	49	36	11	2	32	41	4 CHB	11

Poznámky: Za rok 2015 sečteny údaje ze dvou nově oddělených součástí služeb: klienti gambling a klienti ostatní závislosti. Použité zkratky: **AMB** = ambulantní léčba **CHB** = ambulantní léčba s chráněným bydlením

POBYTOVÁ LÉČBA

Nemáme k dispozici souhrnné a vypovídající údaje o počtech pacientů/ klientů – obyvatel Jihočeského kraje v pobytové léčbě. Důvodem je skutečnost, že pobytová léčba je v zásadě službou s celostátní spádovostí, a není problém ji absolvovat (i vzhledem k velikosti ČR) v podstatě kdekoli (této možnosti také část uživatelů návykových látek využívá – jednak z důvodu ochrany anonymity, jednak proto, že je mnohdy vhodné absolvovat tuto léčbu mimo místa, která jsou spjata s jejich závislostní kariérou). Dalším důvodem mohou být aktuální potřeby pacientů/ klientů a okamžitá dostupnost této léčby na území kraje. Pro ilustraci uvádíme známé údaje o počtu pacientů/ klientů z Jihočeského kraje v zařízeních na území kraje za rok 2015:

- PL Červený Dvůr (podrobněji samostatná kapitola zprávy): 777 pacientů/ z toho 149 Jihočeský kraj
- Terapeutická komunita (dále jen TK) Němčice: 3 klienti z Jihočeského kraje
- TK Karlov: 2 klienti/ matky z Jihočeského kraje (plus 2 děti; program pro matky s dětmi)
- TK Podcestný mlýn: 40 klientů (klienti z Jihočeského kraje neuvedeni)

1.7 Infekční onemocnění v souvislosti s užíváním drog

Tabulka: Vybrané virové hepatitidy v Jihočeském kraji v období 2010 až 2015 (srovnání; vývoj)

DG / rok	počet onemocnění celkem						v anamnéze i. v. aplikace drog						podíl i. v. narkomanů
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2015
akutní VHA	9	4	3	1	18	13	1	1	1	0	2	0	0 %
akutní VHB	5	3	5	1	2	2	0	0	3	0	2	2	100 %
chron. VHB	19	13	12	12	7	6	1	1	1	3	1	0	0 %
akutní VHC	3	1	7	1	4	5	0	1	3	1	4	3	60 %
chron. VHC	65	48	83	102	70	86	57	40	68	84	57	65	76 %
celkem	101	69	110	117	101	112	59	43	76	88	66	70	63 %

ZDROJ: KHS Č. Budějovice - Epidat

Tabulka: Počet onemocnění virovými hepatitidami v Jihočeském kraji – rok 2015, jednotlivé okresy a shrnutí

	VHA	VHB akut	VHC akut	VHE	VHB chron	VHC chron	celkem
Č. Budějovice	4	0	1	2	3	12	22
Č. Krumlov	1	1	2	1	1	51	57
J. Hradec	5	0	1	7	0	5	18
Písek	0	0	1	1	0	0	2
Prachatice	1	1	0	0	0	4	6
Strakonice	1	1	0	0	0	4	6
Tábor	2	0	0	0	0	8	10
celkem 2015	13	2	5	11	6	86	123

ZDROJ: KHS Č. Budějovice - Epidat

Tabulka: Celkový počet onemocnění virovými hepatitidami v Jihočeském kraji – od roku 2009

	VHA	VHB akut	VHC akut	VHE	VHB chron	VHC chron	celkem
2014	18	2	4	15	7	70	116
2013	1	1	1	7	12	102	124
2012	3	5	7	6	12	83	116
2011	4	3	1	13	13	48	82
2010	9	5	3	3	19	65	106
2009	13	13	7	8	22	87	150

ZDROJ: KHS Č. Budějovice - Epidat

Komentář: Na počtu VHC chronické u i. v. (nitrožilních) uživatelů drog se významně podepisuje existence PL Červený Dvůr (nachází se v okrese Český Krumlov). Stejně jako v přecházejících zprávách lze důvodně předpokládat, že skutečný stav v této oblasti nejen u i. v. uživatelů, ale i u dalších cílových skupin bude poněkud

odlišný (vyšší, nerozpoznaný průběh). V první řadě to bude souviset s dostupností testování a následných zdravotních služeb a vlastní léčby, která není rozhodně ideální.

Tabulka: Celkový počet onemocnělých virovými hepatitidami v Jihočeském kraji, vybrané věkové skupiny, rok 2015 (a srovnání od roku 2011)

Věková skupina	Celkový počet					Z toho: i. v. narkomani				
	2011	2012	2013	2014	2015	2011	2012	2013	2014	2015
15 - 19	3	7	5	5	5	3	4	3	3	3
20 - 24	16	20	29	14	15	14	16	24	11	5
25 - 34	25	49	57	49	52	20	39	46	36	40
35 - 44	12	27	25	23	22	5	17	15	15	15
45 - 54	12	0	4	9	14	1	0	0	2	5
55 - 64	-	-	-	-	7	-	-	-	-	2
celkem	82	116	124	116	123*	43	76	88	67	70**

ZDROJ: KHS Č. Budějovice - Epidat

* v tabulce jsou u celkového počtu virových hepatitid uvedeny pouze údaje za věkové skupiny, v nichž se vyskytuje souběžně i výskyt hepatitid mezi i. v. narkomany. Proto je součet celkového počtu onemocnění u této kategorie vyšší, než údaje přímo uvedené v tabulce.

** všechny údaje za i. v. narkomany, viz pozn. výše

Informace k situaci v kraji ohledně **HIV/AIDS** je zpracována podle statistik Národního programu boje proti AIDS v ČR (<http://www.szu.cz/tema/prevence/rocni-zpravy-o-vyskytu-a-sireni-hiv-aids-v-cr>).

Z měsíčních přehledů za rok 2015 vyplývá, že:

- **V Jihočeském kraji bylo k 31. prosinci 2015** (za období od 1. 10. 1985) zaznamenáno 84 HIV pozitivních osob, z toho 21 osob s nemocí AIDS;
- Jihočeský kraj se v absolutním počtu osob, nakažených virem HIV nachází na 7. místě mezi kraji ČR (první Praha – 1 292 případů, nejnižší výskyt kraj Vysočina – 34 osob). V roce 2015 se v počtu nově zjištěných nakažených osob Jihočeský kraj umístil na 5. místě mezi ostatními kraji (relativně, tedy vzhledem k přepočtu na počet obyvatel). V absolutních počtech je to celkem 6. místo.
 - o V celé ČR je to 2 620 případů HIV+, z toho 458 AIDS, za rok 2015 v celé ČR přibylo 266 nových případů HIV;
 - o Podíl přenosu prostřednictvím injekčního užívání drog je v ČR na rozdíl od přenosu sexuálního dlouhodobě nízký.
- *Pro srovnání: V Jihočeském kraji bylo k 31. prosinci 2014 (za období od 1. 10. 1985) zaznamenáno 73 HIV pozitivních osob, z toho 17 osob s nemocí AIDS;*
- **Za rok 2015 přibylo v kraji 11 nových případů** (celkem 11 mužů, žádné ženy, přenos převážně sexuální cestou – homosexuální/ bisexuální – celkem 8 případů, dva případy kombinace injekčního užívání drog a homo/ bisexuální, jeden případ heterosexuální – nebyl zaznamenán žádný přenos injekčním užíváním drog);
- *Pro srovnání: Za rok 2014 přibylo v kraji 7 nových případů (celkem 5 mužů, dvě ženy, přenos sexuální cestou – homosexuální, heterosexuální – nebyl zaznamenán žádný přenos injekčním užíváním drog);*

Testování na infekční onemocnění pro různé cílové skupiny/ klienty protidrogových služeb Jihočeský kraj dlouhodobě podporuje, je dostupné pro klienty všech služeb, zařazených do Minimální sítě.

1.8 Předávkování, včetně smrtelných

K této oblasti nemáme aktuální informace, v případě potřeby vycházíme z odborně ověřených informací, které zpracovává NMS ve VZ za celou ČR.

1.9 Další zdravotní komplikace v souvislosti s užíváním drog

K této oblasti nemáme aktuální informace, v případě potřeby vycházíme z odborně ověřených informací, které zpracovává NMS ve VZ za celou ČR.

1.10 Jiné nové trendy a fenomény

Platí stále dlouhodobý trend, popsany již v minulých zprávách. Jihočeská drogová scéna je poměrně konzervativní, významné nové trendy nepozorujeme (máme na mysli oblast problémového či rizikového užívání). Vycházíme-li z údajů od protidrogových služeb, je na trvalém vzestupu užívání pervitinu, v posledních letech provázené mírným, ale setrvalým růstem injekčního užívání. Za rok 2014 vzrostl, především v hustě osídlených regionech (Táborsko, Českobudějovicko) počet vyměněného injekčního materiálu (především KC Auritus Tábor o cca 1/3 a KC České Budějovice ve srovnání s rokem 2013 cca o 1/4), za rok 2015 obdobné výkyvy nepozorujeme.

V oblasti opiátů se objevuje dlouhodobě a lze říci, že již setrvale, zneužívání léčiv na předpis, především se jedná o Vendal Retard. První signály se začaly objevovat v roce 2011, nyní se jedná již o poměrně rozšířený fenomén. Dle poznatků, které mají k dispozici pracovníci nízkoprahových služeb a substitučního programu, především v Českých Budějovicích, se jedná o léky, které uživatelé získávají na předpisy, vydané lékaři. O pozadí můžeme pouze spekulovat, ale na rozdíl od Subutexu (kde se cena pohybuje podle obsahu účinné látky, cena 1 balení 8 g*7 tbl. kolem cca 1 400 Kč) se jedná o lék s minimálním doplatkem (v řádu korun), byť sami uživatelé naznačují (neověřeno), že za předpis platí přímo lékaři, sám lék je pak předmětem černého trhu (cca 150 Kč/tbl.). Aktuálně je minimálně jeden případ podezření na nadměrné předepisování těchto léčiv předán orgány krajského úřadu k řešení PČR.

1.11 Nové syntetické drogy

(uveďte informace o míře rozšíření (užívání) nových syntetických drog, jiné než známé a tradičně užívané syntetické látky, zkušenosti uživatelů/služeb, trhu (nabídce) s novými syntetickými drogami)

Stále platí stav, že o faktické míře rozšíření tzv. „nových syntetických drog“ nemáme informace, ze kterých by se dalo usuzovat, že by jejich užívání v Jihočeském kraji bylo srovnatelné s „tradičními“ nelegálními návykovými látkami (marihuana, ale i pervitin), jak co se týče frekvence, tak s užíváním spojených rizik. Jejich uživatelé se ve službách pro uživatele (dosud) neobjevují, spíše se stává, že uživatelé především pervitinu přiznávají ojedinělé zkušenosti s jejich užitím. Stejně jako nejsou tzv. „nové syntetické drogy“ předmětem trestního stíhání (respektive jejich distributoři, dealeri). Za rok 2015 byl zaznamenán jeden případ (historicky první svého druhu v kraji) řešení přestupku podle § 30, odst. 1, písm. j) zákona č. 200/1990 Sb., tedy přechovávání v malém množství pro svou potřebu. Přestupek byl řešen Magistrátem města České Budějovice. Bližší podrobnosti nejsou známy, jedná se o zcela ojedinělý případ.

Míra užívání těchto látek není v obecné populaci Jihočeského kraje pravděpodobně nijak významná (aniž bychom zlehčovali známá rizika) pravděpodobně i proto, že zde neexistují (a nikdy neexistovaly) kamenné obchody, a pravděpodobně i díky jistému konzervatismu místních uživatelů NNL.

Druhým důvodem může být, že ČR, především díky NMS, zachytila tento trend včas, a objektivní informace (byť neúplné a ne vždy dostatečně podrobné) o možných rizicích apod. se dostaly do povědomí širší veřejnosti dříve, než se mohly „usadit“ informace od samotných prodejců nebo dealerů, a především než se mohly rozrůst právě kamenné obchody a etablovat se. Internetový prodej je přece jen větší překážkou pro rychlé získání látky, než kontakt s běžným prodejcem.

1.12 Hazardní hraní

Na území Jihočeského kraje se fenomén hazardního hraní vyskytuje, obdobně jako v celé České republice. Nemáme ale dosud zcela objektivní, pokud možno přesné a objektivní, realistické informace o tomto fenoménu.

Vzhledem k omezenému množství finančních prostředků, které má na řešení problematiky prevence Jihočeský kraj k dispozici, a vzhledem k dlouhodobé strategii kraje vkládat tyto prostředky do přímé práce s osobami, které pomoc a podporu potřebují, ani nepředpokládáme v dohledné době realizaci studií, analýz či průzkumů na krajské

úrovni. Navíc ani nevnímáme jako potřebné na území kraje nějaké sofistikované (a tím pádem nákladné) realizovat, vzhledem k velikosti ČR a poměrně homogennímu území a rozvrstvení obyvatelstva považujeme pro sledování problematiky, vyhodnocování rizik a stanovování jednotlivých dílčích opatření za dostatečné údaje z národní úrovně.

Pro roli kraje v realizaci integrované protidrogové politiky jsou především podstatné údaje o počtech osob v riziku vzniku závislosti na hře. Jak patrně vyplývá z předchozích kapitol zprávy, dovedeme takové počty odhadnout, nicméně druhým problémem je navázání kontaktu s příslušnými službami, zviditelnění této cílové skupiny, a především její ochota se svou situací začít něco dělat.

Podle vyjádření místních protidrogových koordinátorů příslušných obcí Jihočeského kraje je tato cílová skupina skrytá, sami koordinátoři, ani ve svých dalších rolích (sociální pracovník, kurátor atp.) se těmito klienty setkávají velmi zřídka, v řadě případů vůbec.

To může být zapříčiněno vícero vlivy, ale patrně platí, že hlavní tohoto stavu bude okolnost, že pokud nebudou k dispozici příslušné odborné služby, nebudou mít patologičtí hráči důvod vystupovat z anonymity.

Z tohoto pohledu si lepší přehled o situaci slibujeme od nových programů, které v Jihočeském kraji vznikly v průběhu roku 2015 (a 2016) za podpory RVKPP.

Stále trvá postoj, že svou roli vidíme především v **koordinaci** služeb léčby, případně doléčování u osob závislých, v širším měřítku pak společně s dalšími sociálními službami, či jejich zadavateli, v zajištění dostupnosti dalších specifických služeb (především se tato oblast bude týkat dluhového poradenství). Co se týče **finančního** zajištění těchto služeb, pak roli jeho garanta vidíme jednoznačně na úrovni těch, kdo z příjmů herního průmyslu spoluprofitují, tedy státu a obcí. Zatímco v případě nelegálních návykových látek jsou zisky z jejich výroby a prodeje pro veřejnou správu nedostupné a tedy nezbyvá nic jiného, máme-li tuto oblast účinně řešit, než vydávat veřejné prostředky z jiných příjmů orgánů veřejné správy, u příjmů z hazardního a sázkového hraní je situace výrazně odlišná. Proto ze strany Jihočeského kraje nepředpokládáme do budoucna významnou přímou finanční podporu u těchto služeb, spíše pokračování současného stavu, kdy u služeb/ příjemců dotací ze strany kraje tolerujeme, respektive považujeme za přirozené, pokud jsou jejich klienty i osoby, závislé na hraní. To především platí pro služby ambulantní léčby, případně doléčování. Pokud se v Jihočeském kraji do budoucna podaří zresuscitovat systém ambulantní léčby na jeho území tak, že bude zajištěna přiměřená dostupnost těchto služeb ve všech regionech (což je dlouhodobý cíl nové podoby Minimální sítě protidrogových služeb na území jihočeského kraje), pak tyto služby budou otevřené i osobám s diagnózou F 63.

Co se týče regulace v této oblasti, Jihočeském kraji (stejně jako na ostatním území ČR) minimálně poslední roky trvá stav jistě „rozpolcenosti“ měst a obcí v souvislosti s povolováním/ zakazováním/ regulací výherních automatů na jejich území. Na straně jedné jsou příjmy od provozovatelů ne nevýznamným příjmem obecních rozpočtů (který bývá alespoň někde nebo zčásti přerozdělován na tzv. veřejně prospěšné aktivity, sportovní, vzdělávací nebo sociální, což ovšem vyvolává u odpovědnějších a přemýšlejících příjemců takto získaných prostředků dilema, do jaké míry je etické přijímat finanční prostředky, které jsou získány v mnoha případech na úkor celých rodin). Etické dilema si uvědomují i některé obce. Povolit či nepovolit výherní automaty se stává spíše než odborným sporem otázkou politickou, kde i někteří příjemci dotací z obecních rozpočtů (sportovní kluby, kulturní instituce apod.) hrají roli silných lobby proti omezování provozu těchto zařízení. Za rok 2015 nemáme k dispozici z obecní úrovně žádné zprávy ze strany obcí, které by tuto situaci vnímaly jako problematickou, či krizovou, z pohledu dopadu závislosti na hraní na jejich občany. To ovšem do značné míry, dle našeho názoru, souvisí s tím, že následky nadměrného hraní jsou často skryté. Ze strany obcí, které přistoupily k výrazné regulaci hracích automatů na svém území, máme informace, že jsou velké problémy v případě, pokud je v obci odhalena „nelegální“ herna. Samostatnou otázkou, která vzbuzuje již snad roky údiv, je stav ohledně tzv. „kvízomatů“. Je s podivem, že v právním státě neexistuje způsob, jak jednoznačně, a snad i logicky prohlásit, že jestliže kdokoli vkládá peníze do hazardní hry, která slibuje výhru, hraje hazardní, a nikoli vědomostní hru... Lze předpokládat, že až se snad jednou konečně podaří v ČR tento stav vyřešit, můžeme se těšit na další, nekonečná pokračování, například si umíme představit „musicmaty“ (mohu vyhrát vložené finanční prostředky za poslouchání hudby a současného točení válců), „videomaty“, a co dokonce kombinace kávomatu s výherním automatem („winwincafé“)...

1.13 Drogová kriminalita:

TRESTNÉ ČINY

Statistické údaje za rok 2015:

Tabulka: Počty a struktura stíhaných osob za drogové trestné činy (srovnání 2007 – 2015)

TOXI CELKEM	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
stíhaných osob	152	178	127	178*	193	188	259	252	216
osoby do 15 let	8	6	3	1	2	1	5	1	4
osoby 16-18 let	14	18	10	10	17	11	7	8	5
dospělí	130	154	114	167	174	182	247	243	207
muži	131	139	104	145	168	163	198	207	192
ženy	21	29	23	33	25	31	49	45	24

Zdroj: NPDC (výroční zprávy 2007 – 2015); Krajské ředitelství policie Jihočeského kraje

Pozn. k tabulce výše: Co se týče státní příslušnosti, převažují občané ČR (195 osob). Slovensko 9 osob, Vietnam 5 osob, Ukrajina a Rakousko po dvou osobách. Francie, Makedonie a Mongolsko po jedné osobě.

Tabulka: Trestné činy dle paragrafů / zahájeno trestní řízení, Jihočeský kraj 2015 (srovnání od 2009)

§	187	187a	188	188a	283	284	285	286	287	288
Počet TČ 2009	135	27	13	4	-	-	-	-	-	-
Počet TČ 2010	17	2	0	1	130	20	16	12	0	0
Počet TČ 2011	1	0	0	0	152	27	19	8	2	0
Počet TČ 2012	0	0	0	0	167	20	12	10	1	0
Počet TČ 2013	0	0	0	0	190	30	17	26	12	0
Počet TČ 2014	0	0	0	0	203	45	18	9	4	0
Počet TČ 2015	0	0	0	0	165	36	11	16	0	0

Zdroj: NPDC (výroční zprávy 2009 – 2015); Krajské ředitelství policie Jihočeského kraje

Pozn. k tabulce: § 283 – výroba, distribuce, dovoz, vývoz. § 284 – držení většího množství pro vlastní potřebu. § 285 – pěstování marihuany v množství větším pro vlastní potřebu. § 286 -držení předmětu k výrobě. § 287 – šíření toxikomanie. § 288 – výroba a držení anabolik.

Tabulka: Trestné činy a pachatelé podle okresů (srovnání mezi lety 2012 - 2015)

okres/ rok	Realizace				Pachatelé			
	2012	2013	2014	2015	2012	2013	2014	2015
České Budějovice	46	55	60	60	50	59	61	59
Český Krumlov	14	20	13	14	14	24	15	19
Jindřichův Hradec	8	17	20	20	12	23	25	22
Písek	17	33	30	27	21	52	34	32
Prachatice	9	11	17	6	13	20	19	10
Strakonice	5	11	13	16	7	12	33	22
Tábor	37	17	30	19	57	29	48	39
KŘ	5	3	3	3	14	11	6	9
Celní správa			13	3			11	4
CELKEM	141	167	199	168	188	230	252	216

Zdroj: NPDC (výroční zprávy 2012 – 2015); Krajské ředitelství policie Jihočeského kraje

Tabulka: Množství zadržených OPL, Jihočeský kraj 2015 (srovnání od 2009)

rok	cannabis (g)	cannabis - rostliny (ks)	cannabis - pěstírna	hašiš (g)	heroin (g)	metamfetamin (g)	metamfetamin - varna
2009	13 058	1 406	4	0,5	49,4	72,70	10
2010	27 094,80	3 289	13	0	0	110,73	13
2011	40 113,15	885	7	0	0	386,13	14
2012	54 201,20	5 107	8	0	0	23,21 + 92,20 pseudofedrin	12
2013	24 501, 30	2 343	12	0	0	324,30	16
2014	59 569,8	1 111	18	0	0	60,6	10
2015	12 206,9	1 037	13	0	299,4	868,5	16

Zdroj: NPDC (výroční zprávy 2009 – 2015); Krajské ředitelství policie Jihočeského kraje

Pozn. k tabulce: 2014 - Mimo malých množství jiných drog (např. 0,5 amfetamin, XTC – 0,8 g) zadrženo i větší množství prekurzorů, sloužících k výrobě metamfetaminu (Nurofen, Sudamed, Cirrus a Claritine Activ – cca 11 000 tablet). 2015 – Kromě zanedbatelných množství jiných OPL (např. 1 tbl. XTC) zadrženo větší množství látek k výrobě metamfetaminu (87 g pseudofedrinu, cca 1 500 tbl. Především Cirrus, Nurofen).

Komentář: V Jihočeském kraji zůstává i nadále výrazným problémem masová nelegální výroba metamfetaminu v domácích, tzv. „kuchyňských“ laboratořích. Trvá vysoký podíl zapojení vietnamských občanů do velkoobjemové výroby a distribuce metamfetaminu, jež je orientována na pokrytí zvýšené poptávky v příhraničních oblastech se SRN a Rakouskem. Rozhodujícím prvkem při páchání trestné činnosti směrem do zahraničí jsou vietnamské příhraniční tržnice na české straně hranic (ve výroční zprávě NPDC za rok 2014 byly za riziková místa kromě kamenných obchodů ve Strážném označeny tržnice v Kaplici – U Lomu, v Novém údolí, Řasnici a Českých Velenicích), které zásobují zákazníky nejen marihuanou, ale i metamfetaminem. Jednotliví zákazníci si odvázejí sice většinou relativně malá množství drogy, ale vzhledem k počtům odběratelů se jedná v součtu o významná množství. Relativně běžným jevem v Jihočeském příhraničí je spojení „sexturistiky“ s „drogovou turistikou“, zákazníci, převážně z německy mluvících zemí, často požadují obojí. Dalším již ustáleným trendem v rámci kraje je skutečnost, že romská populace se stále častěji zapojuje do obchodu s metamfetaminem (včetně výroby, jev před několika málo lety velmi vzácný).

Výrazným trendem posledních let (první zprávy cca v polovině roku 2012) je v oblasti opiátů významný příliv „legálních“ léčiv na drogovou scénu, zvláště se jedná o lék Vendal Retard, byť se v Jihočeských policejních statistikách za rok 2014 mezi zadrženými drogami neobjevuje. Podle zpráv z terénu se jedná (minimálně v převážné většině) o lék vydaný na předpis, získaný od lékaře (tedy nikoli získaný trestnou činností samotných uživatelů - krádeže, pašování apod.).

sekundární drogová kriminalita: O této problematice nemáme k dispozici věrohodné a relevantní údaje, jedná se o metodologicky složitou oblast.

PŘESTUPKY V GESCI OBCÍ

Údaje byly získány od všech 17 obcí s rozšířenou působností na území Jihočeského kraje, které obvykle zpracovávají přestupkovou agendu i pro ostatní obce na svém spádovém území. Zpracování těchto přestupků úřady jiných obcí je sice možné, nicméně málo pravděpodobné, a velmi pravděpodobně by se jednalo o statisticky nevýznamná data¹².

¹² Například ve správním obvodu ORP Třeboň tyto přestupky řeší pro většinu obcí MěÚ Třeboň (podle § 30/1 j ale pro všechny obce), nicméně v regionu ještě tuto agendu částečně zpracovávají obce České Velenice, Suchdol, Rapšach, Staňkov, Chlum u Třeboně samostatně. Nicméně všechny tyto obce dle dostupných informací řešili za rok 2015 jediný přestupek v této oblasti (je do statistiky započten). Navíc se jedná výhradně o přestupky podle § 30/1 a, b. Pouze informativní poznámka.

Celkový počet přestupků podle § 30, odst. 1, písm. j) a písm. k) ke zpracování (přijatých) v r. 2015: 86

Celkový počet přestupků podle § 30, odst. 1, písm. j) a písm. k) projednaných v r. 2015: 66

Pozn. k přestupkům získaných od obcí nebyla přičtena data od policie z blokového řízení

Tabulka 1-1: Počet osob/pachatelů přestupků **projednaných** v r. 2015 podle § 30, odst. 1, písm. j) zákona č. 200/1990 Sb., o přestupcích, v rozdělení podle věku pachatele a drogy:

Přestupky držení drog § 30 odst. 1, písm. j	Věk osoby	
	Do 18 let	Přes 18 let
Konopné drogy	4	42
Pervitin	1	11
Extáze	0	3
Heroin	0	1
Kokain	0	1
Subutex/ Suboxone	0	0
Houby obsahující OPL	0	0
Jiná OPL	0	1*
Celkem osob	5	53

* **poznámka:** jednalo se o 25I-NBOMe - Fenetylaminy

Tabulka 1-2: Počet osob/pachatelů přestupků **projednaných** v r. 2015 podle § 30, odst. 1, písm. k) zákona č. 200/1990 Sb., o přestupcích, podle věku pachatele a drog

Rostliny/houby	Věk osoby	
	Do 18 let	Přes 18 let
Rostliny konopí	1	8
Jiné rostliny nebo houby obsahující OPL	0	0
Celkem osob	1	7

Poznámka: "Celkem osob" nemusí být součtem osob ve sloupci, protože jedna osoba mohla být sankcionována za držení více drog zároveň. Např. 1 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. 2015 v rámci **projednaných** přestupků podle § 30, odst. 1, písm. j) a k) zákona č. 200/1990 Sb. v rozdělení podle drog

Druh drogy	Celkové množství
Konopné drogy (g)	448,06
Rostliny konopí (ks rostlin)	27
Pervitin (g)	9,09
Extáze (ks tablet)	778,9 mg MDMA
Heroin (g)	0
Kokain (g)	0,59
Subutex/ Suboxone (ks tablet)	0
Houby obsahující OPL (ks)	0
Jiné rostliny obsahující OPL (ks)	0

Tabulka 1-4: Počet osob/pachatelů přestupků projednaných v r. 2015 (1) na úseku ochrany před alkoholismem a jinými toxikomaniiemi podle § 30 odst. 1, zákona č. 200/1990 Sb., o přestupcích.

Přestupek	Počet osob/pachatelů přestupků
§ 30, odst. 1, písm. a)	48
§ 30, odst. 1, písm. b)	3
§ 30, odst. 1, písm. d)	0
§ 30, odst. 1, písm. e)	4
§ 30, odst. 1, písm. f)	2
§ 30, odst. 1, písm. p)	0

Tabulka 1-5: Počet osob/pachatelů správních deliktů podle zákona č. 379/2005 o opatřeních k ochraně před škodami způsobenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami.

Správní delikt	Počet osob/pachatelů správního deliktu
§ 4: Prodej tabáku pomocí automatu, u kterého nelze vyloučit prodej osobě mladší 18 let věku	
§ 6 Prodej tabáku osobám mladším 18 let	
§ 8 Zákaz kouření na veřejných a jiných zákonem specifikovaných místech	2 (§ 30/1/m)
§ 12 Zákaz prodeje alkoholu (mladším 18 let, pomocí automatů apod.)	
§ 13 Zákaz prodeje alkoholu na veřejných akcích s důvodným rizikem nárůstu problémů	
§ 15 Zákaz vstupu osob zjevně pod vlivem alkoholu nebo jiných návykových látek	

SAMOSTATNÁ KAPITOLA

Drogová problematika klientů PMS – Jihočeský soudní kraj

V roce 2015 bylo na střediscích PMS v Jihočeském soudním kraji evidováno celkem 155 spisů klientů (125 mužů, 30 žen/144 dospělých a 11 mladistvých), u kterých byla zaznamenána trestná činnost v souvislosti s drogovou problematikou. Ze statistiky vyplývá, že celkem 83 evidovaných klientů spáchalo trestné činy vymezené pod označením nedovolená výroba a jiné nakládání s OPL, přechovávání OPL, nedovolené pěstování rostlin obsahující OPL, výroba a držení předmětu k nedovolené výrobě OPL. Další skupinu (tj. ostatní tr. činnost) tvoří odsouzení, kteří spáchali např. tr. čin krádeže z důvodu opatření finančních zdrojů na nákup drog. Do ostatní tr. činnosti spadají také tr. činy – ohrožení pod vlivem návykové látky, maření výkonu úředního rozhodnutí a vykázání, porušování domovní svobody, loupež apod. V tabulce je uveden i poměr mezi celkovým nápadem nových případů v jednotlivých okresech a počtem klientů evidovaných s drogovou problematikou.

Uvedené případy byly u PMS evidovány ve fázi: podmíněné odsouzení s dohledem (44), obecně prospěšné práce (44), náhrada vazby dohledem probačního úředníka (16), ZRK – zprostředkování řešení konfliktu (33), podmíněné propuštění z výkonu trestu odnětí svobody s dohledem (9), trest domácího vězení (0), ostatní (9).

Tabulka: Přehled trestné činnosti a počet evidovaných klientů v rámci jednotlivých soudních okresů, rok 2015

	Trestné činy spojené s drog. kriminalitou	Ostatní trestná činnost	Počet klientů – CELKEM (nápad nových případů)
České Budějovice	21	31	633
Český Krumlov	15	13	294
Jindřichův Hradec	11	4	272
Písek	2	6	156
Prachatice	2	6	191
Strakonice	6	6	222
Tábor	26	6	299

Závěr:

Při vycházení ze základního předpokladu, že pracovníci PMS přistupují ke všem klientům rovnoměrně, docházíme k tomuto výsledku. Činnost Probační a mediační služby se odvíjí ze základních cílů: a) kontrola pachatelů, b) podpora a pomoc obětem trestných činů, c) zapojení komunity do řešení následků trestné činnosti. Ty jsou doplněny posláním, které vede ke zprostředkování účinného a společensky prospěšného řešení konfliktu spojeného s trestnou činností, zajištění efektivního výkonu alternativních trestů a kvalitní práci s obětí trestného činu. Z toho vyplývá, že pokud klient nespáchá tr. činnost vymezenou pod označením nedovolená výroba a jiné nakládání s OPL, přechovávání OPL, nedovolené pěstování rostlin obsahující OPL, výroba a držení předmětu k nedovolené výrobě OPL, šíření toxikomanie, **popř. zda soud spolu s jiným trestem neukládá ochranné léčení** je obtížně rozpoznatelné, zda jeho jiná tr. činnost (např. krádež) byla motivována potřebou získat finanční zdroj na nákup OPL. Praxe ukazuje, že u klientů, kterým byl uložen trest OPP (obecně prospěšné práce) není ani vzhledem k menšímu počtu konzultací možné takovou souvislost odhalit. Naproti tomu je zjevné, že při práci s klientem v rámci uloženého probačního dohledu (zkušební doby v průměrné délce 3 – 4 roky) je možno na toto téma s odsouzeným hovořit, i zde je opět naše zjištění závislé pouze na jeho sdělení. Zde se jeví jako účinné vyhodnocení informací při zjišťování rizik a potřeb klientů. Hodnocení rizik a potřeb pachatele není vnímáno jako cíl sám o sobě, ale jako prostředek pro další zacházení a působení na hodnocenou osobu. Z tohoto důvodu je možné při sestavování probačního plánu dohledu zpracovat na základě dobrovolnosti ze strany klienta systém namátkového testování na přítomnost alkoholu a OPL. Pracovníci PMS nejsou zatím školeni na rozpoznání různých závislostí a veškeré informace jsou do elektronického systému AIS PMS (Lotus Notes) zaznamenávány pouze na výsledku rozhovoru s klientem. Z tohoto důvodu se může některá informace související s popsáním tématem do systému zadat později a tím se v aktuální statistice neobjeví.

Jiná situace se nabízí s možností ukládání nových institutů tr. zákoníku (tj. trest domácího vězení, trest zákazu vstupu na sportovní, kulturní a jiné společenské akce a možnosti propuštění z ochranného léčení dle §99, odst. 6 tr. zákoníku). Na základě přijetí nových národních metodických standardů mohou pracovníci vykonávat svou činnost ještě ve fázi před rozhodnutím soudu (např. institut předběžného šetření před uložením trestu domácího vězení). Při této činnosti na základě analýzy rizik obviněného můžeme příslušnému soudci navrhnout, aby klientovi byl určitý typ trestu zpřísněn formou přiměřeného omezení a přiměřené povinnosti – např. podrobit se namátkovému testování na přítomnost OPL, které provádí PMS, popř. zdržet se požívání alkoholických nápojů nebo jiných návykových látek.

V současnosti jsou všechna střediska PMS v JČ kraji (i republikově) vybavena orientačními testy na přítomnost OPL ze slin a z moči. Zároveň je smluvně zajištěna možnost sekundárního testování vzorků metodou plynové chromatografie v Masarykově nemocnici v Ústí nad Labem. Tato možnost je využívána zejména ve sporných případech.

Od roku 2011 jsou všichni pracovníci JČ soudního kraje proškoleni v dovednosti použití a vyhodnocení těchto testů (spolu s dalšími tématy např. komunikace s klientem, celková etika testování – průběh, hygiena a další). Testy jsou využívány jak během konzultací na střediscích PMS, tak i v terénu, během konzultací např. v bydlíšti klientů, v místě výkonu trestu obecně prospěšných prací apod. Průběžně jsou proškolováni noví zaměstnanci a zároveň jsou realizovány semináře s drogovou problematikou.

Lze konstatovat, že drogové testování se stalo běžnou součástí praxe pracovníků PMS. Testy jsou využívány zcela napříč spektrem klientů PMS, ať již v oblasti přípravného řízení (před rozhodnutím soudu nebo státního zástupce) nebo v průběhu vykonávacího řízení (po pravomocném rozhodnutí soudu). Počty testovaných se zvyšují a evidujeme v této oblasti zlepšující se spolupráci s OČTŘ, kdy v rámci řady ukládaných trestů či trestních opatření je zároveň uložena povinnost drogového testování. Testy jsou využívány jako účinný kontrolní nástroj, ale i jako nástroj motivační, a to zejména u klientů mladistvých a dětí mladších 15 let.

Zdroj: Mgr. Martin Pilný, regionální vedoucí Jihočeského soudního kraje

2 Koordinace protidrogové politiky

2.1 Institucionální zajištění

2.1.1 Krajské institucionální zajištění koordinace

2.1.1.1 Krajský protidrogový koordinátor

- Jméno **Mgr. Marek Nerud**
- Kontaktní údaje: nerud@kraj-jihocesky.cz
- Vykonává funkci KPK od data: **06/2006**
- Zařazení ve struktuře úřadu kraje: **Odbor sociálních věcí a zdravotnictví, oddělení prevence a humanitních činností,**
- Přímý nadřízený (jméno, funkce): **Mgr. Petr Studenovský, vedoucí OSVZ,**
- Velikost pracovního úvazku KPK: **1,0,**
- Jiné agendy vykonávané KPK (jaké?): **vedoucí oddělení**
- změny v r. 2015 (změna postavení, zařazení KPK, změna úvazku apod.): **beze změn**

2.1.1.2 Krajská protidrogová komise

- Název komise: **Krajská protidrogová koordinační skupina,**
- Vznik krajské komise (rok): **2002,**
- Zařazení komise: **poradní orgán náměstkyně hejtmana pro otázky sociální**

Tabulka: Složení komise (seznam členů)

Jméno a příjmení	Instituce	Funkce v instituci
Mgr. Marek Nerud	Jihočeský kraj – Krajský úřad	vedoucí OPHČ, krajský protidrogový koordinátor
Bc. Tomáš Bílý, DiS.	Jihočeský kraj – Krajský úřad	krajský školský koordinátor prevence rizikového chování
Kpt. Michal Frydrych	KŘ PČR Jihočeského kraje	
Mgr. Pavel Vácha	PPP Č. Budějovice	ředitel PPP Č. Budějovice
MUDr. Květoslava Kotrbová, Ph.D.	KHS Č. Budějovice	Odbor zdravotní politiky KHS
Mgr. Júsuf Traore	MěÚ Vodňany	vedoucí Odboru SVaZ
Bc. Hana Zíková	MěÚ Písek	Odbor SVaZ
Bc. Janoušková Václava	MěÚ Kaplice	kurátor - Odbor SVaZ
Mgr. Vladislav Vlášek	MěÚ Trhové Sviny	kurátor - Odbor SVaZ
Kateřina Malečková	MěÚ Blatná	starostka města Blatná
Lenka Tomanová	MěÚ Vimperk	sociální pracovník - Odbor SVaZ
Pavla Jansová, DiS	MěÚ Milevsko	zást. vedoucího - Odbor soc. věcí
Edita Cíchová	MěÚ Týn nad Vltavou	kurátor Odbor sociálních věcí
Alena Šedivá	MěÚ Třeboň	kurátor - Odbor školství a soc. věcí
Mgr. Miroslav Dobiáš	Magistrát Statutárního města České Budějovice	referent - Odbor sociálních věcí
Ing. Jiří Čermák	MěÚ Český Krumlov	referent - Odbor SVaZ
Bc. Dagmar Čermáková	MěÚ Dačice	kurátor - Odbor sociálních věcí
Dita Jírová, DiS	MěÚ Jindřichův Hradec	kurátor - Odbor sociálních věcí
Michal Němec	MěÚ Strakonice	referent - Odbor sociálních věcí
Mgr. Jana Hrdličková	MěÚ Tábor	referent - Odbor sociálních věcí
Hana Rabenhauptová	MěÚ Prachatice	referent - Odbor kancelář starosty

- zabývá se komise problematikou alkoholu? ☒ ano ☐ ne
- zabývá se komise problematikou hazardního hraní? ☒ ano ☐ ne
- počet jednání komise v r. 2015 **jedno jednání**

- *nejdůležitější projednávaná témata v roce 2015:* Otázky financování protidrogové politiky na krajské a místní úrovni, síť protidrogových služeb na území kraje, odborné vzdělávání místních koordinátorů.

- *změny, které proběhly v r. 2015:*

Beze změn, vyjma pravidelné obměny některých členů z řad místních protidrogových koordinátorů. V době přípravy této zprávy nebyl ustanoven protidrogový koordinátor města České Budějovice (funkce neobsazena od října 2015).

2.1.1.3 Přehled pracovních skupin v oblasti protidrogové politiky

V Jihočeském kraji nejsou zřízeny stálé pracovní skupiny pro oblast protidrogové politiky. Za svým způsobem obdobný orgán lze považovat tradiční „Pracovní skupinu pro osoby ohrožené závislostí“, která je pravidelně (cca každé tři roky) ustanovena pro účely tvorby Střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb Jihočeského kraje.

2.1.1.4 Vzájemná spolupráce subjektů protidrogové politiky na krajské úrovni

Naprostá většina spolupráce krajského protidrogového koordinátora s dalšími subjekty na úrovni krajského úřadu se odehrává v rámci Oddělení prevence a humanitních činností (vedoucí oddělení zároveň vykonává funkci KPK, na oddělení jsou zařazeni školský metodik prevence, manažer prevence kriminality, romský koordinátor a metodik sociálních kurátorů). Jedná se o každodenní kontinuální spolupráci, jak při řešení konkrétních situací, tak v rámci dotačních řízení kraje i těch na celostátní úrovni (MŠMT, MV, Úřad vlády ČR) nebo při přípravě strategických dokumentů (jednotlivé dílčí strategie či koncepce, včetně strategie protidrogové politiky kraje, jsou zpracovávány v rámci oddělení a následně předloženy samosprávě kraje v souhrnné podobě – jako Koncepce oddělení prevence a humanitních činností, stejně tak i následné výroční zprávy za jednotlivé oblasti). Další spolupráce probíhá především v rámci odboru – především s koordinátorem střednědobého plánování sociálních služeb, OSPOD, oddělením sociálních služeb. Z ostatních odborů krajského úřadu se užíší spolupráce (prevence rizikového chování, část agendy romského koordinátora týkající se vzdělávání) týká především Odboru školství, mládeže a tělovýchovy. Spolupráce se všemi zainteresovanými subjekty je bezproblémová, ač není nijak formalizovaná (nebo právě proto). Významným prvkem v koordinaci protidrogové politiky je spolupráce na tvorbě Střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb kraje (zpracovávání samotného plánu, Akčních plánů na jednotlivé roky a jejich následné vyhodnocování), v roce 2015 byl KPK zapojen do přípravy/ koordinace Koncepce rozvoje oboru psychiatrie v Jihočeském kraji (část týkající se Koncepce rozvoje adiktologických služeb).

- *zhodnocení kvality spolupráce*

Bezproblémová, podle potřeb jednotlivých aktérů.

- *spolupráce s dalšími institucemi (Probační a mediační služba, policie NNO, státní zařízení apod.)*

V oblasti protidrogové politiky spolupracujeme v největší míře se samosprávami obcí na území kraje a NNO (ale i s dalšími poskytovateli služeb – např. PL Červený Dvůr), podle aktuálních potřeb a kompetencí. S dalšími institucemi (policie, PMS, atd.) spolupracujeme dle potřeby, především co se týče předávání informací o stavu problematiky na území kraje z pohledu jednotlivých rezortů, dalším styčným bodem je zapojení do vzdělávání v souvisejících oblastech.

- *změny v r. 2015: : Bez významných změn*

2.1.1 Místní zajištění koordinace protidrogové politiky

počet obcí s rozšířenou působností v kraji 17 správních obvodů ORP

počet obcí s rozšířenou působností, ve kterých je pozice místního MPK 17 obcí

vyjmenujte obce s rozšířenou působností, kde nejsou MPK 0

*vyjmenujte další obce, kde jsou případně ustanoveni MPK **žádné další obce**
počet obcí s platným koncepčním dokumentem upravujícím protidrogovou politiku 1*

(Milevsko)

Co se týče zpracovávání koncepčních dokumentů, strategií jednotlivými obcemi, stále platí stav, že jen výjimečně mívají obce samostatný dokument, věnovaný výhradně protidrogové politice. Samostatnou strategii protidrogové politiky má schválenou pouze město Milevsko,

Obvyklejší bývá přiřazení protidrogové politiky do strategického dokumentu se širším záměrem, obvykle Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb (např. Strakonice, Prachatice, Český Krumlov, Vodňany, Tábor.), Koncepce prevence kriminality (např. město Blatná). Některá města mají oblast protidrogové politiky zachycenou ve více dokumentech tohoto typu (SPRSS, prevence kriminality apod. – např. Jindřichův Hradec, Týn nad Vltavou, Kaplice)

Část měst (neboť se jedná zpravidla o ORP) prohlašuje, že nemá protidrogovou politiku prozatím nijak koncepčně uchopenou (obvykle se jedná o menší města, kde působí jedna – dvě adiktologické služby, jeden – dva lékaři psychiatři, tedy ani není příliš s kým na řešení problematiky spolupracovat. V příslušném SPRSS ovšem obvykle bývá alespoň zmíněna příslušná služba, byť se plán nijak zásadně širšími souvislostmi nebo touto cílovou skupinou nezabývá.).

počet obcí, které zpracovaly Zprávu o realizaci protidrogové politiky v předchozím roce 2
(Tábor, Jindřichův Hradec)

Tabulka: seznam místních protidrogových koordinátorů

Obec	Jméno	Úvazek	Zařazení ve struktuře obecního úřadu	Kontakt
Vodňany	Mgr. Júsuf Traore	není stanoven	vedoucí Odboru SVaZ	tel.: 383 379 150 traore@muvodnany.cz
Písek	Bc. Hana Zíková	0,1	zástupce velitele Městské policie Písek	tel.: 382 330 819 hana.zikova@mupisek.cz
Kaplice	Bc. Václava Janoušková	0,1	kurátor - Odbor SVaZ	tel.: 380 303 191 janouskova@mestokaplice.cz
Trhové Sviny	Jana Průková, DiS.	0,025	kurátor, soc. prac. - Odbor SVaZ	tel.: 386 301 444 socpece@tsviny.cz
Blatná	Kateřina Malečková	není stanoven	starostka města Blatná	tel.: 383 416 212 maleckovak@mesto-blatna.cz
Vimperk	Mgr. Petra Zůnová	0,05	sociální pracovník - Odbor SVaZ	tel.: 388 459 027 petra.zunova@mesto.vimperk.cz
Milevsko	Pavla Jansová, DiS	0,05	zástupce vedoucího - Odbor soc. věcí	tel.: 382 504 141 pavla.jansova@milevsko-mesto.cz
Týn nad Vltavou	Edita Cíchová	0,2	Kurátor - Odbor sociálních věcí	tel.: 385 772 296 edita.cichova@tnv.cz
Třeboň	BC. Barbora Dědičová	není stanoven	soc. pracovník - Odbor školské a soc. věcí	tel.: 384 342 109 barbora.dedicova@mesto-trebon.cz
České Budějovice	Mgr. Miroslav Dobiáš	není stanoven	Referent – Odbor soc. věcí	tel.: 386 804 234 dobias@c-budejovice.cz
Český Krumlov	Ing. Jiří Čermák	není stanoven	referent Odboru SVaZ	tel.: 380766488 jiri.cermak@mu.ckrumlov.cz
Dačice	Bc. Dagmar Čermáková	není stanoven	kurátor - Odbor sociálních věcí	tel.: 384 401 250 kurator@dacice.cz
Jindřichův Hradec	Dita Jírová, DiS	0,1	kurátor - Odbor sociálních věcí	tel.: 384 351 323 jirova@jh.cz
Strakonice	Michal Němec	300 hod./ rok DPP	referent - Odbor sociálních věcí	tel.: 602 716 904 nemec@os-prevent.cz
Tábor	Mgr. Jana Hrdličková	není stanoven	referent, kurátor - Odbor soc. věcí	tel.: 381 486 424 jana.hrdlickova@mutabor.cz
Prachatice	Hana Rabenhauptová	není stanoven	referent - Odbor kancelář starosty	tel.: 388 607 533 hrabenhauptova@mupt.cz

- *popis systému spolupráce krajských protidrogových koordinátorů (KPK) a protidrogových koordinátorů (MPK):*

V Jihočeském kraji jsou všichni místní protidrogoví koordinátoři členy krajské protidrogové koordinační skupiny. Výhodou takového stavu je možnost pravidelného kontaktu, přímé předávání informací, možnost osobních konzultací a efektivního řešení problémů/ potřeb koordinace protidrogové politiky na místní úrovni, apod. Zároveň se místní koordinátoři aktivně zapojují do přípravy strategických dokumentů kraje v oblasti protidrogové politiky (samotná Strategie, Minimální síť protidrogových služeb...), ale i v dalších oblastech (například SPRSS Jihočeského kraje 2014 – 2016, kdy někteří byli členy pracovní skupiny pro osoby ohrožené drogou).

Spolupráci považujeme za bezproblémovou a oboustranně prospěšnou.

V roce 2015 se díky vzájemné spolupráci kraje a místních protidrogových koordinátorů (a jejich úřadů) podařilo z velké míry vyřešit zásadní nedostatek, a totiž absenci odborného vzdělání v jejich působnosti. Byl realizován vzdělávací kurz Společnosti Podané ruce (Vzdělávací centrum I. E. S.) „Vzdělávací kurz pro protidrogové koordinátory“, akreditovaný MV a MPSV, o celkovém rozsahu 40 hodin. Část nákladů hradil Jihočeský kraj, část zaměstnavatelé místních koordinátorů.

Jako každý rok se na pozicích místních koordinátorů vystřídal několik pracovníků (odhadem pravidelně cca tři obměny ročně, za rok 2015 celkem pět změn)

Jihočeský kraj již dlouhodobě pořádá, respektive spolufinancuje Adiktologickou konferenci s převážně regionálním záběrem, která je v první řadě určena pro předávání informací, znalostí a zkušeností mezi protidrogovými službami a institucemi v podmínkách Jihočeského kraje, pro místní protidrogové koordinátory je to velmi důležitý zdroj odborných informací a pravidelně se jí v hojném počtu účastní, i aktivní formou.

- *zhodnocení činnosti MPK v jednotlivých obcích, vč. popisu potřeb, příp. nedostatků:*

Vzhledem k okolnostem, z nichž některé jsou popsány výše (malé úvazky MPK, nedostupné nebo špatně dostupné odborné vzdělávání, rozdílná důležitost, kterou problematice přisuzují nadřízení MPK, častá obměna na jednotlivých pozicích) považujeme spolupráci za bezproblémovou, vzájemně prospěšnou a možná by se dalo říci, že i na hranici možného.

- *vzájemná spolupráce subjektů protidrogové politiky na místní úrovni:*

Je na různých městských úřadech/ regionech kraje velmi podobná, v jednotlivostech rozdílná. Prvotní spolupráce se týká především sociálního odboru, kde významná část koordinátorů přímo působí, pak městského úřadu jako celku, a dalších subjektů, působících v této oblasti (především poskytovatelé protidrogových služeb, v podmínkách Jihočeského kraje jsou to zejména NNO). Spolupráce s dalšími organizacemi/ institucemi (zdravotnické, vzdělávací, případně represivní) obvykle závisí na lidském faktoru, a prioritách protidrogové/ sociální politiky daného regionu, politické vůli samosprávy k řešení této problematiky. Strategické plánování, případně i samotná podpora služeb probíhá obvykle v rámci procesů střednědobého plánování rozvoje sociálních služeb.

- *změny v r. 2015*

Změny na pozicích jednotlivých koordinátorů, viz výše. Na druhou stranu v roce 2015 byla ustanovena funkce protidrogového koordinátora na MěÚ Soběslav, kde do té doby nebyla pozice ustanovena.

2.2 Strategické dokumenty protidrogové politiky kraje

2.2.1 Koncepce, strategie, akční plány a jejich zaměření

2.2.1.1. Specifické strategické dokumenty protidrogové politiky kraje

Název: **Strategie protidrogové politiky Jihočeského kraje**

Období platnosti: **2015 - 2017**

Schváleno dne: **18. 12. 2014**

www stránky dokumentu ke stažení:

http://www.kraj-jihocesky.cz/346/informace_k_drogove_problematice_v_jihoceskem_kraji.htm

Stručná charakteristika dokumentu: Strategie protidrogové politiky Jihočeského kraje je primárně, již dlouhodobě a tradičně, zaměřena na oblasti, kde má kraj možnosti nebo kompetenci ovlivňovat řešení identifikovaných problémů, tedy:

- Oblast nelegálních drog, gamblerství nebo okrajově alkoholu, s významným důrazem na **zajištění dostupnosti služeb pro uživatele, ohrožené osoby a jejich sociální okolí**. Primárně se jedná především o nízkoprahové služby (které nemají ekvivalent v jiných systémech pomoci). Tvorba a správa Sítě protidrogových služeb Jihočeského kraje;
- Oblast **prevence rizikového chování, především ve školském prostředí**, oblast nelegálních drog, gamblerství nebo tabáku, alkoholu. Další závislosti;
- Oblast **koordinace na místní úrovni**, spolupráce s obcemi a místními samosprávami;
- Oblast **koordinace na národní úrovni** (především spolupráce s RVKPP);
- Oblast financování (**spolufinancování služeb z vlastního rozpočtu kraje**, spolupráce s obcemi při spolufinancování služeb z jejich strany, účast na dotačních řízeních centrálních orgánů a obecně spolupráce s nimi v této oblasti).

Uvedený strategický dokument se zabývá problematikou nelegálních drog ☒ ano ☐ ne
 Uvedený strategický dokument se zabývá problematikou alkoholu ☐ ano ☒ ne
 Uvedený strategický dokument se zabývá problematikou tabáku ☐ ano ☒ ne
 Uvedený strategický dokument se zabývá problematikou hazardního hraní ☒ ano ☐ ne

Název: **Minimální síť protidrogových služeb na území Jihočeského kraje**

Období platnosti: **2015 - 2017**

Schváleno dne: **5. 11. 2015**

www stránky dokumentu ke stažení:

http://www.kraj-jihocesky.cz/346/informace_k_drogove_problematice_v_jihoceskem_kraji.htm

Dokument se zabývá:

- popisem aktuálního stavu v oblasti pokrytí kraje službami zaměřenými na oblast užívání legálních i nelegálních návykových látek, dalších závislostí;
- pokusem o kvantifikaci problémem zasažených cílových skupin;
- následně pak návrhem na změny kapacit sítě v těchto hlavních oblastech:
 - posouzení kapacit, dostupnosti stávajících služeb;
 - identifikováním slabých míst, zvláště z hlediska místní dostupnosti;
 - návrhem ideální sítě adiktologických ambulancí (nelékařských).

Uvedený strategický dokument se zabývá problematikou nelegálních drog ☒ ano ☐ ne
 Uvedený strategický dokument se zabývá problematikou alkoholu ☒ ano ☐ ne
 Uvedený strategický dokument se zabývá problematikou tabáku ☐ ano ☒ ne
 Uvedený strategický dokument se zabývá problematikou hazardního hraní ☒ ano ☐ ne

Strategické dokumenty kraje se širším kontextem

2.2.1.2. Strategické dokumenty kraje se širším kontextem obsahující také otázky protidrogové politiky

Název: **Koncepce oddělení prevence a humanitních činností**

Období platnosti: **2015 - 2017**

Schváleno dne: **18. 12. 2014**

www stránky dokumentu ke stažení:

http://www.kraj-jihocesky.cz/346/informace_k_drogove_problematice_v_jihoceskem_kraji.htm

Stručná charakteristika dokumentu:

Hlavní dokument je souhrnem celkem pěti koncepčních dokumentů v oblastech, které jsou řešené oddělením prevence a humanitních činností. Každá z koncepcí je samostatným dokumentem, toto řešení bylo zvoleno s ohledem na efektivitu při přípravě a schvalovacím procesu dokumentů, a zároveň jako nástroj k lepší provázanosti jednotlivých strategií (oblast závislostí, prevence rizikového chování ve školském prostředí, prevence kriminality, oblast romské integrace, oblast sociálního začleňování).

Poznámka: Dalším zásadním, přesahovým strategickým dokumentem kraje, souvisejícím s touto oblastí, je Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb.

Uvedený strategický dokument se zabývá problematikou nelegálních drog	☒ ano	☐ ne
Uvedený strategický dokument se zabývá problematikou alkoholu	☐ ano	☒ ne
Uvedený strategický dokument se zabývá problematikou tabáku	☐ ano	☒ ne
Uvedený strategický dokument se zabývá problematikou hazardního hraní	☒ ano	☐ ne

2.2.2 Hodnocení strategických dokumentů/protidrogové politiky kraje

Název evaluovaného dokumentu: **Koncepce Oddělení prevence a humanitních činností, jeho součástí je samostatná Strategie protidrogové politiky Jihočeského kraje**

Typ hodnocení:

☐ průběžně	☐ externí
☒ závěrečně	☒ interní
	☐ kombinace obou

- **předmět hodnocení:** Předmětem hodnocení bylo posouzení stavu naplnění konkrétních Opatření Strategie. Hodnocena byla všechna Opatření, snahou bylo zaměřit se na co nejkonkrétnější, jednoduše evaluovatelné indikátory (s tímto cílem byla ostatně samotná Strategie vytvořena).
- **metody použité při hodnocení:** Jednalo se především o interní proces. Hodnocení na základě jasně daných ukazatelů prováděl protidrogový koordinátor.
- **hlavní výsledky hodnocení:** Hlavním výsledkem bylo zjištění, že Opatření, která protidrogová strategie kraje obsahuje, se podařilo naplnit především v oblastech, kde má kraj zároveň k dispozici potřebné nástroje nebo kompetence. Nesplněné úkoly byly buď zohledněny při přípravě pokračující Strategie, případně byly realisticky přeformulovány tak, aby byly dosažitelné. Stále platí základní premise přístupu Jihočeského kraje k této problematice, že je lépe udržet si pragmatický, realistický přístup a soustředit se na oblasti, kde můžeme věci měnit či posouvat dopředu, než snažit se převzít maximálně možné spektrum úkolů, a rozmělnit úsilí ve snaze měnit situaci tam, kde to není z pohledu samosprávné působnosti kraje reálné.
- *www stránky dokumentu evaluace ke stažení:*
- http://www.kraj-jihocesky.cz/346/informace_k_drogove_problematice_v_jihoceskem_kraji.htm

2.3 Zadané/realizované analýzy/studie v oblasti drogové politiky a drogové situace

2.3.1 Uveďte, zda byly v r. 2015 zadané/realizované nějaké analýzy/studie v oblasti legálních, nelegálních drog a hazardního hraní v kraji:

V roce 2015 nebyly žádné obdobné analýzy či studie ze strany Jihočeského kraje zadány, ani realizovány.

2.4 Další významné aktivity v oblasti protidrogové politiky v r. 2015 na krajské i místní úrovni

Tabulka 2-1: Aktivity v oblasti protidrogové politiky

Název aktivity	Realizátor	Cílová skupina	Popis aktivity
IX. Adiktologická konference Jihočeského kraje	Jihočeský kraj, organizační a odborné zajištění PREVENT99	Pracovníci adiktologických služeb, protidrogoví koordinátoři a pracovníci v souvisejících odbornostech.	Dvoudenní odborná, oborová konference. Akreditovaná Českou asociací sester, ČAA, Asociací klinických psychologů ČR.
Vzdělávací kurz pro protidrogové koordinátory	Společnost Podané ruce, o.p.s., Vzdělávací centrum I.E.S.	Místní protidrogoví koordinátoři	40 vyučovacích hodin, akreditace MPSV: 2015/0516-SP/VP, číslo akreditace MV: AK/PV-185/2015

3 Finanční zajištění služeb pro uživatele návykových látek a osoby ohrožené problémovým hráčstvím

3.1 Způsob financování služeb krajem (popis)

Standardní, dlouhodobý způsob spolufinancování protidrogových služeb v Jihočeském kraji:

V roce 2015 si poskytovatelé služeb pro uživatele drog mohli na zajištění těchto služeb požádat především v grantovém programu „Podpora a rozvoj protidrogové politiky Jihočeského kraje v roce 2015“. Celková alokace GP na rok 2015 činila 7,5 mil. Kč.

V případě mimořádných situací (potřeba mimořádné nebo výjimečné podpory provozu služeb, podpora jiných fakultativních služeb apod.) jsou k dispozici ještě minimálně tyto dva krajské dotační programy (v odborné gesci OSVZ), protidrogovými službami jsou ovšem využívány minimálně.

- DP „Krajský dotační program na podporu sociálních služeb pro rok 2015“. Program je určen na podporu a spolufinancování sociálních služeb, které jsou poskytovány na území Jihočeského kraje v souladu se Střednědobým plánem rozvoje sociálních služeb Jihočeského kraje na období 2014 – 2016 a Akčním plánem Střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb Jihočeského kraje pro rok 2015. *Pro ilustraci, z protidrogových služeb „Minimální síť...“ v roce 2015 byl podpořen pouze projekt organizace PREVENT99. jednalo se o podporu sociální služby odborné sociální poradenství (součást služeb substituční léčby, ambulantní léčby dle Standardů RVKPP), výše dotace činila 44 100 Kč.*
- DP „Podpora služeb nedefinovaných v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách“. Program je určen na podporu projektů/činností, které nejsou definovány v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, jako základní druhy sociálních služeb, ale které sociální služby poskytované podle tohoto zákona na území Jihočeského kraje rozšiřují, navazují na ně a kooperují s nimi. *Z protidrogových služeb „Minimální síť...“ v roce 2015 nebyl podpořen žádný projekt.*

- definované dotační priority pro r. 2015

Opatření 1 - na podporu specifické protidrogové primární prevence (alokace 1,3 mil. Kč):

- Dlouhodobé a ucelené programy zacílené na prevenci užívání návykových látek v regionech Jihočeského kraje;
- Dlouhodobé, ucelené, vzdělávací a informativní programy pro rodiče zaměřené na prevenci užívání návykových látek jejich dětmi;
- Programy pro rizikové skupiny mládeže zaměřené na prevenci užívání návykových látek, realizované mimo školská zařízení;

Opatření 2: stabilizace a podpora programů a projektů, zařazených do Minimální sítě protidrogových služeb na území Jihočeského kraje v oblasti sekundární a terciální prevence drogových závislostí (služby pro UD, alokace 6,2 mil. Kč)

- terénní programy;
- kontaktní a poradenské služby („kontaktní centra“);
- ambulantní léčba;
- rezidenční péče v terapeutických komunitách („terapeutické komunity“);
- ambulantní doléčovací programy;
- substituční léčba;
- výjimečně mohou být podporované programy registrované pouze jako sociální služby, v tomto případě připadá v úvahu druh služby odborné sociální poradenství (§ 37 zák. č. 108/2006 Sb., o sociálních službách).

Certifikace odborné způsobilosti dle Standardů RVKPP je podmínkou pro podporu služby/ projektu (druhou zásadní podmínkou je zařazení do Minimální sítě protidrogových služeb na území Jihočeského kraje). Výjimečně může být služba žadatele registrována jako služba sociální (podle zákona č. 108/2006 Sb.). Tato výjimka byla využita pouze u jedné služby – odborné sociální poradenství pro uživatele návykových látek (P. Centrum

Jindřichův Hradec). Důvodem výjimky je rozlehlost okresu, nedostupnost jiné ambulantní adiktologické služby v regionu. Do blízké budoucnosti předpokládáme její certifikaci podle Standardů RVKPP (pravděpodobně podle speciálního standardu Ambulantní léčba).

Jedná se o standardní dotační řízení (programová dotace dle 250/2000 Sb.), náklady projektu jsou uznatelné za celý kalendářní rok (od 1. 1. 2015 do 31. 12. 2015). Financování je jednoleté.

3.2 Způsob zajištění financování drogových služeb ze strany obcí

V roce 2014 byl v Jihočeském kraji uveden do praxe tzv. „Model spolufinancování protidrogových služeb obcemi Jihočeského kraje“. (podrobnější údaje na webu kraje, část věnovaná protidrogové problematice – popis modelu apod.). „Model“ byl připraven ve spolupráci se zástupci samospráv obcí v průběhu roku 2013, týká se místně/regionálně dostupných služeb pro UD. Výše příspěvku obcí byla navržena v částce na jednoho obyvatele, podle konkrétního druhu služby. Celková výše příspěvku obce je vypočtena jako součet výše prostředků podle služeb, které v regionu reálně působí (a jsou tudíž jeho obyvatelům dostupné) krát počet aktuálních obyvatel obce. Účast obce v „modelu“ je pochopitelně dobrovolná, komunikace mezi obcemi a krajem probíhá na úrovni samosprávy, tedy subjekty nejsou sobě podřízeny či nadřízeny, jsou partneři. Jihočeský kraj má 624 obcí, a do „modelu“ se zapojilo v roce 2014 celkem 185 obcí, v roce 2015 pak 140 obcí.

Celkem za rok 2015 činily finanční příspěvky od obcí Jihočeského kraje celkem 2 244 838 Kč (rok 2014 – 2 319 264 Kč) pro 12 služeb. Největším přispěvatelem do „modelu“ bylo tradičně Statutární město České Budějovice. Oproti roku 2013, kdy se na financování podílely víceméně pouze obce s rozšířenou působností, bylo pro služby v Jihočeském kraji získáno v roce 2014 navíc 580 114 Kč, v roce 2015 pak 544 392 Kč.

Některé obce, které do systému, jež byl navržen jako pokud možno co nejjednodušší po administrativní stránce (k dispozici vzor žádosti, vzor smlouvy a způsob poskytnutí formou individuální dotace) sice přispívají, nicméně trvají na zachování svých postupů, především co se týče zařazení do vlastních dotačních programů, vlastních vzorů smluv, vlastních pravidel pro vyúčtování. Toto vše administrativu „modelu“ prodražuje. Svůj dopad měla i novela zákona o rozpočtových pravidlech územních rozpočtů (Zákon č. 250/2000 Sb.), která sice nepřinesla žádné významné změny faktické, nicméně administrativu také významně nezjednodušila. Pro rok 2016 očekáváme obdobnou situaci v oblasti zavádění tzv. vyrovnávacích plateb.

Do budoucnosti zůstává otázkou, zda tento systém ještě bude efektivní, právě vzhledem k poměru získané částky a administrativní náročnosti celého procesu pro poskytovatele služeb. Zároveň se změnami ohledně zavedení institutu vyrovnávací platby a přistoupení k Pověření službou obecného hospodářského zájmu (u sociálních služeb) lze očekávat kromě obav ze strany obcí ohledně změn v samotných procesech financování sociálních služeb (konflikt s oblastí tzv. veřejné podpory) také zvýšené nároky na rozpočty obcí ohledně nárůstu tlaku na spolufinancování sociálních služeb obecně. Lze předpokládat, že pokud rozpočty obcí nebudou pamatovat na zvýšenou potřebu spolufinancování sociálních služeb všeho druhu z jiných než státních/ krajských prostředků, pro protidrogové služby pak pochopitelně zůstane k dispozici méně finančních prostředků, než v současnosti (nebo v minulosti). Vzhledem k tomu, že k těmto zásadním změnám došlo koncem roku 2015, a nejsou dosud ještě zcela usazené, pak v roce 2016 bude nutné vyvinout mnohem větší úsilí k udržení stavu alespoň blízkému roku 2015.

3.3 Financování služeb evropskými fondy (popis)

V Jihočeském kraji platilo v roce 2015, stejně jako pravděpodobně v ostatních krajích ČR, že financování z ESF (především OP LZZ) nemělo na standardní provoz protidrogových služeb významnější vliv, z těchto fondů nebylo možné běžný provoz většiny služeb financovat/ spolufinancovat.

Výjimkou byly terénní programy, spolufinancované z Individuálního projektu Jihočeského kraje, kde ovšem zapojené služby musely rozšířit své stávající cílové skupiny (uživatelé návykových látek) z důvodu širšího spektra podporovaných cílových skupin, čímž se poněkud pozměnil i způsob jejich práce. Nicméně pro tento segment služeb měla podpora z IP Jihočeského kraje významný stabilizační dopad. Individuální projekt **Podpora sociálních služeb v Jihočeském kraji III byl zahájen 1. 10. 2014**. Projekt skončil k 31. 10. 2015 (podpora služeb do 30. 9. 2015).

3.4 Analýza finančních potřeb drogových služeb kraje

Analýza finančních potřeb drogových služeb nebyla v roce 2015 v Jihočeském kraji realizována.

Odhady potřeb jednotlivých služeb v této oblasti či plány finančního zajištění služeb jsou realizovány v rámci činnosti protidrogového koordinátora, jsou pravidelně zpracovávány na základě vyhodnocení předešlého roku (po stránce finančních nákladů služeb, i po stránce posouzení jejich reálné výkonnosti). Tyto informace jsou součástí jednak závěrečných či výročních zpráv, jednak jsou zpracovávány ad hoc pro jednotlivá dotační řízení (jak na úrovni kraje, tak na úrovni centrální – programy RVKPP, MPSV, MZ). Pravidelně je současně vyhodnocováno po stránce finanční i plnění Akčního plánu SPRSS Jihočeského kraje na daný rok.

3.5 Rozpočtové výdaje na protidrogovou politiku v kraji

Tabulka 3-1: Rozpočtové zdroje kraje na protidrogovou politiku v roce 2015

Rozpočtový zdroj	Popis	Výše výdajů (v Kč) na návykové látky	Výše výdajů (v Kč) na hazardní hraní
OEZI – grantový program	GP Podpora a rozvoj protidrogové politiky Jihočeského kraje v roce 2014	7 500 000	-
OSVZ - Provozní příspěvek	Provozní náklady záchytné stanice	4 000 000	-
OSVZ – provozní příspěvek na podporu zřizovaných organizací	Provozní náklady (nehrazené ze ZP) PL Lnáře (celkem 380 000 Kč)	190 000	-
OSVZ – dílčí rozpočet OPHČ	Organizační zajištění IX. Adiktologické konference JČK	100 000	-
OSVZ – dílčí rozpočet OPHČ	Odborné vzdělávání KPK	28 000	-
Celkem	-	11 818 000	-

Tabulka 3-2: Výdaje z rozpočtu obcí v roce 2015

Obec	Popis (typ podporované aktivity)	Výše výdajů (v Kč) na protidrogovou politiku	Výše výdajů (v Kč) na hazardní hraní
Obce okresu ¹³ Č. Budějovice	služby pro UD ¹⁴	1 246 148	0
Obce okresu Č. Krumlov	služby pro UD	119 830	0
Obce okresu J. Hradec	služby pro UD	107 998	0
Obce okresu Písek	služby pro UD	64 517	0
Obce okresu Prachatice	služby pro UD	108 320	0
Obce okresu Strakonice	služby pro UD	284 744	0
Obce okresu Tábor	služby pro UD	323 281	0
Město Kaplice	Primární prevence	25 000	0
Město Jindřichův Hradec	Primární prevence	10 000	0
Město Vodňany	Primární prevence	122 940	0
Město Týn nad Vltavou	Primární prevence	55 000	0
Město České Budějovice	Ostatní aktivity/ Železný adiktolog	40 000	0
Celkem	...	2 539 778	0

Tabulka 3-3: Výdaje z rozpočtu evropských fondů v roce 2015

Operační program	Nástroj	Celková výše výdajů (v Kč) za kraj	Výše výdajů (v Kč) na protidrogovou politiku	Výše výdajů (v Kč) na hazardní hraní
OP LZZ	Individuální projekt kraje	1 581 686	3 625 046	-
Celkem	...	1 581 686	3 625 046	-

¹³ Vzhledem k velkému počtu obcí, zapojených do modelu spolufinancování protidrogových služeb v Jihočeském kraji (185 obcí) nepovažujeme za potřebné a efektivní rozepisovat všechny jednotlivé zdroje/ obce, podrobnosti jsou uvedeny v příloze této zprávy.

¹⁴ Jedná se pouze o služby, zařazené do výše zmíněného modelu spolufinancování, tedy terénní a ambulantní, místně dostupné služby, s certifikátem odborné způsobilosti dle Standardů RVKPP.

Tabulka 3-4: Souhrn výdajů podle typu služeb/podle účelu (v Kč)

Typ služeb	2014			2015		
	rozpočty		Evropské	rozpočty		Evropské
	krajů	obcí	fondy	krajů	obcí	fondy
Primární prevence*	1 110 000	215 941	0	1 300 000	244 940	0
Primárně-preventivní programy realizované školami a školskými zařízeními	0 0	0	0	0	209 940	0
Primárně-preventivní programy realizované jinými subjekty	1 110 000	58 985	0	1 300 000	35 000	0
Jiné a nezařazené preventivní programy	0	0	0	0	0	0
Harm reduction	3 800 000	1 709 037	3 547 852	4 000 000	1 695 398	3 625 046
Terénní programy	900 000	1 109 854	3 547 852	1 100 000	1 045 498	3 625 046
Kontaktní centra	2 900 000	599 183	0	2 900 000	649 900	0
Sloučené programy kontaktních center a terénních programů	0	0	0	0	0	0
Jiné a nezařazené harm reduction programy	0	0	0	0	0	0
Ambulantní služby	1 190 000	513 557	0	1 190 000	372 934	0
Ambulantní služby zdravotní	580 000	266 976	0	580 000	146 322 ¹⁵	0
Ambulantní služby sociální	60 000	0	0	60 000	10 000	0
Jiné a nezařazené ambulantní služby	0	0	0	550 000	216 612	0
Preventivní a léčebné služby ve vězení	0	0	0	0	0	0
Rezidenční služby	310 000	0	0	620 000	0	0
Lůžkové zdravotní služby	190 000	0	0	190 000	0	0
Terapeutické komunity	320 000	0	0	430 000	0	0
Jiné a nezařazené rezidenční služby	0	0	0	0	0	0
Služby následná péče	610 000	200 000	0	580 000	186 506	0
Následná péče ambulantní	610 000	200 000	0	580 000	186 506 ¹⁶	0
Následná péče pobytová	0	0	0	0	0	0
Jiné a nezařazené služby následné péče	0	0	0	0	0	0
Sociální podniky	0	0	0	0	0	0
Záchytné stanice a ošetření intoxikovaných osob	4 000 000	0	0	4 000 000	0	0
Prevence drogové kriminality	0	0	0	0	0	0
Koordinace/výzkum/informace	100 000	0	0	128 000	0	0
Jiné nezařazené***	0	0	0	0	40 000	0
CELKEM	11 290 000	2 536 579	3 547 852	11 818 000	2 539 778	3 625 046

* Výdaje na nízkoprahové zařízení pro děti a mládež se do výdajů na protidrogovou politiku nezapočítávají.

** dle zákona 108/2006 Sb.

*** Specifikujte

¹⁵ Substituční centrum Prevent¹⁶ Doléčovací centrum Prevent (ambulantní doléčování s pobytovou složkou)

3.6 Další důležité informace / změny proběhlé v r. 2015

Tabulka: Služby protidrogové prevence, podpora Jihočeského kraje za období 2013 – 2015 (v Kč)

poskytovatel	působnost - region	2013	2014	2015
METHA	Primární prevence pro region Jindřichův Hradec	180 000	160 000	150 000
METHA	Selektivní primární prevence	0	0	90 000
Arkáda	Primární prevence pro region Písek	200 000	180 000	170 000
Do Světa	Primární prevence pro region Strakonice	200 000	190 000	210 000
Do Světa	Primární prevence pro region České Budějovice	200 000	200 000	220 000
Do Světa	Primární prevence pro region Tábor	100 000	100 000	160 000
Portus	Primární prevence pro region Prachatice	200 000	190 000	180 000
PorCeTa	Primární prevence pro region Tábor	100 000	90 000	120 000
Jihočeský kraj CELKEM		1 180 000	1 110 000	1 300 000

Tabulka: Služby pro uživatele drog s krajskou spádovostí, podpora ze strany Jihočeského kraje za období 2013 – 2015 (v Kč)

poskytovatel	popis služby	2013	2014	2015
CPDM o.p.s.	Terénní program (TP) Českokrumlovsko	220 000	160 000	210 000
METHA	TP Jindřichohradecko	200 000	160 000	210 000
Arkáda	Kontaktní centrum (KC) Písek	550 000	500 000	500 000
Arkáda	TP Písecko	180 000	160 000	160 000
FCH Tábor	KC Tábor	700 000	700 000	700 000
PREVENT 99	KC České Budějovice	530 000	700 000	700 000
PREVENT 99	KC Prachatice	500 000	500 000	500 000
PREVENT 99	KC Strakonice	550 000	500 000	500 000
PREVENT 99	TP ČB, PT, ST, Tábořsko	350 000	420 000	520 000
PREVENT 99	Substituční centrum Prevent	580 000	580 000	580 000
PREVENT 99	Doléčovací centrum Prevent	610 000	580 000	580 000
PREVENT 99	Adiktologická poradna Prevent	670 000	550 000	550 000
METHA	P.Centrum J. Hradec	60 000	60 000	60 000
CELKEM		5 700 000	5 570 000	5 770 000

Tabulka: Služby pro uživatele drog s celostátní spádovostí, podpora ze strany Jihočeského kraje za období 2013 – 2015 v Kč)

poskytovatel	popis služby	2013	2014	2015
Sananim	TK Němčice	-	100 000	130 000
Sananim	TK Karlov	-	100 000	170 000
Společnost Podané ruce	TK v Podcestném mlýně	120 000	120 000	130 000
CELKEM		120 000	320 000	430 000

4 Služby poskytované uživatelům návykových látek, problémovým hráčům a osobám závislostí ohroženým

4.1 Uvedte, zda je definována síť služeb pro uživatele drog ve vašem kraji:

Název dokumentu: **Minimální síť protidrogových služeb na území Jihočeského kraje 2015 - 2017** Období platnosti: 2015 - 2017

www stránky ke stažení: http://www.kraj-jihocesky.cz/346/informace_k_drogove_problematice_v_jihoceskem_kraji.htm

Do Minimální sítě protidrogových služeb na území Jihočeského kraje začleňujeme pouze ty služby, které jsou certifikované v rámci Standardů odborné způsobilosti RVKPP (v případě primární prevence Standardy MŠMT), a současně služby, které jsou Jihočeským krajem spolufinancovány. Služby musí splňovat i další podmínku, totiž kritérium (krajem) požadované dostupnosti.

Do „Sítě...“ nejsou zahrnuty zdravotnické služby (financované z prostředků veřejného zdravotního pojištění; důvodem je vlastně rozpor mezi povinnostmi správce koordinovat zajištění služeb do sítě zařazených – a neexistence nástrojů pro tuto koordinaci v oblasti těchto služeb, kraj nemá k jejich koordinaci potřebné kompetence, ty jsou téměř výhradně v rukou nezávislých zdravotních pojišťoven) a výhradně sociální služby, byť mají jako cílovou skupinu i uživatele návykových látek, osoby závislé apod.

Síť služeb, respektive organizace a služby, které jsou jejím základem, historicky vznikla v době, kdy protidrogovou politiku koordinovaly již zrušené Okresní úřady. Koncem 90 let vzniklo v každém okrese Jihočeského kraje kontaktní centrum (dvě z nich, z menších měst, se postupně transformovala v plnohodnotné samostatné terénní programy). Další služby, léčebný program, substituční léčba a ambulantní léčba, a významný rozvoj terénních programů přišel následně, již v době působnosti kraje jako koordinačního prvku.

Základním pilířem sítě v Jihočeském kraji je zajištění základního provozu nízkoprahových služeb v každém okrese (okres byl vybrán jako minimální jednotka dostupnosti - byl zvolen proto, že tyto v minulosti správní jednotky mají na svém území zajištěnu stále ještě poměrně dostačující obslužnost veřejnou hromadnou dopravou). Jihočeský kraj je územně členěn na 7 okresů, v každém je minimálně jedna tato základní služba zajištěna.

Aktualizovaná podoba dokumentu (schválena v roce 2015) se zaměřuje především na odůvodnění potřeby rozvoje ambulantních služeb (adiktologické ambulance nelékařské), v návaznosti na zpracovanou a publikovanou Koncepti sítě specializovaných adiktologických služeb v ČR (SNN ČLS J.E.P.), filosofie sítě byla konzultována i rámci tvorby Konceptu adiktologických služeb v Jihočeském kraji (v souvislosti s probíhající reformou psychiatrické péče).

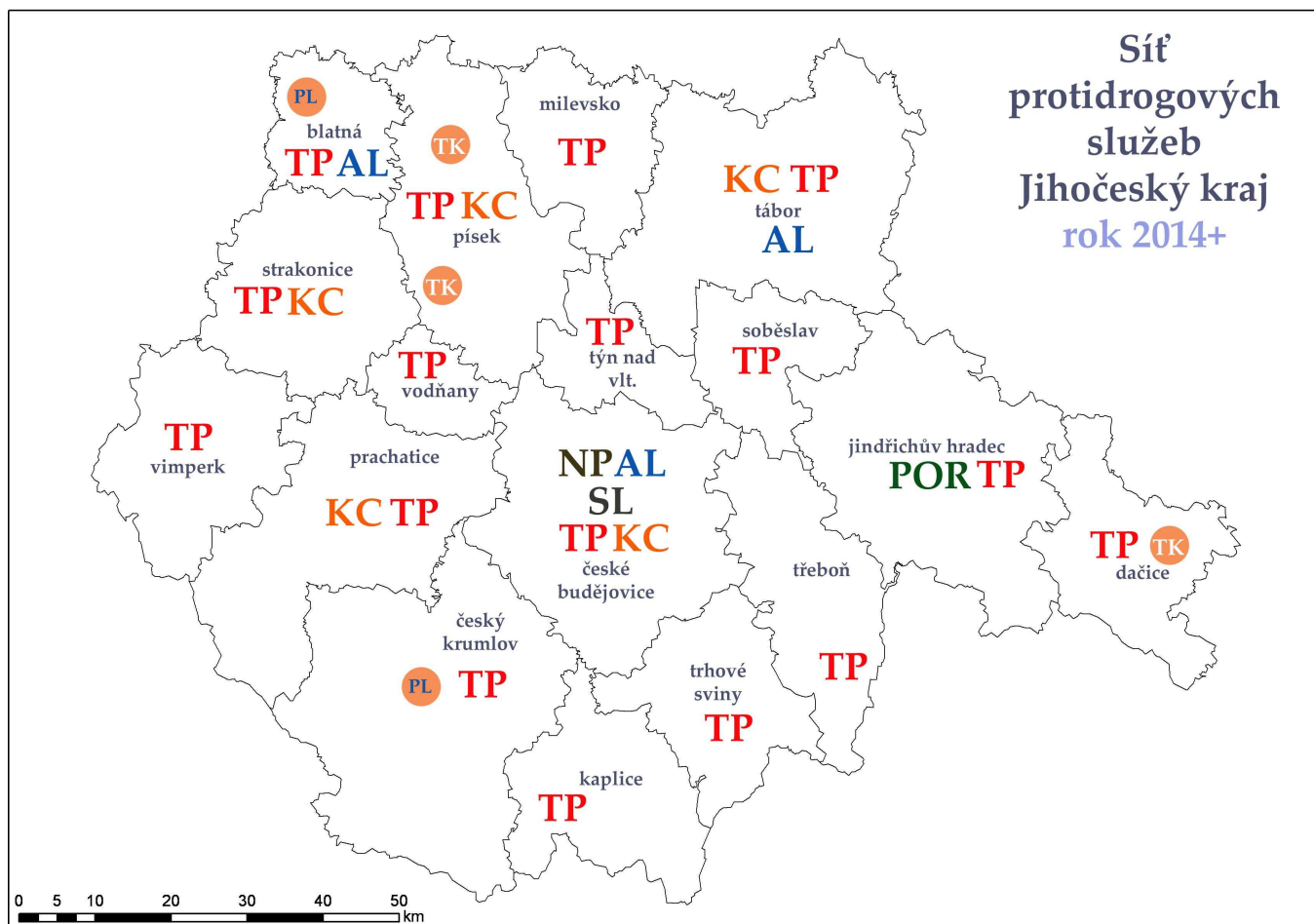
Aktuální stav sítě:

- okres České Budějovice – terénní program, kontaktní centrum, substituční ambulantní léčba, následné péče;
- okres Český Krumlov – terénní program;
- okres Jindřichův Hradec – terénní program;
- okres Písek – terénní program, kontaktní centrum;
- okres Prachatice – terénní program, kontaktní centrum;
- okres Strakonice – terénní program, kontaktní centrum;
- okres Tábor – terénní program, kontaktní centrum, ambulantní léčba.

Terapeutické komunity na území kraje vznikly bez příspěvku nebo poptávky ze strany kraje, důvodem, proč právě v Jihočeském kraji působí hned tři terapeutické komunity je dán historicky, a nejvýznamnější roli při tom nepochybně hrála možnost získat odpovídající zázemí pro realizaci služby. Do minimální sítě jsou tyto komunity (TK Karlov a TK Němčice – Sananim; Podcestný mlýn – Sdružení Podané ruce) zařazeny spíše proto, že Jihočeský kraj vnímá jejich zásadní potřebnost, byť spíše z celostátního pohledu (mnohonásobně vyšší kapacitu – a využití) má pro občany kraje PL Červený Dvůr. K popsaným službám/ zařízením považujeme za nutné dodat,

že stejně jako například u pobytové složky následné péče je považujeme za služby s celostátní dostupností/ působností a za vhodný model bychom považovali zařazení těchto služeb do „národní“ sítě. Základním důvodem je, že nejsme schopni vyhodnotit potřebnost jejich kapacit apod. z krajského úhlu pohledu.

MAPA: Síť protidrogových služeb na území Jihočeského kraje (rok 2015)



Podrobnější informace o konstrukci sítě jsou k dispozici v aktuálním dokumentu „Minimální síť protidrogových služeb na území Jihočeského kraje 2011 – 2014“, viz web Jihočeského kraje.

4.2 Popis situace podle jednotlivých typů (standardů) služeb

Tabulka 4-1: Programy primární prevence realizované v r. 2015 (mimo prevence realizované školami a školskými zařízeními)
(Uvádějte prosím přehled programů ne realizátorů primární prevence)

Název projektu/programu	Realizátor	Typ služby*	Cílová skupina	Charakteristika aktivit	Počet akcí/osob	Certifikace (ano/ne)
Systém primární prevence v regionu Písek a Milevsko	Arkáda, sociálně psychologické centrum, z. ú. Písek	VP	žáci ZŠ, SŠ, pedagogové, rodiče	besedy a semináře, dlouhodobé programy	34/ 748	ANO
Specifická prevence pro školy a škol. zařízení okresu Jindřichův Hradec	Metha, z. ú. Jindřichův Hradec	VP	žáci ZŠ, SŠ, pedagogové, rodiče	besedy a interaktivní semináře	76/ 1503	ANO
Specifická – selektivní prevence mimo školní zařízení	Metha, z. ú. Jindřichův Hradec	SP	děti do 15 let	práce s malou skupinou dětí, která vykazuje zvýšený výskyt rizikového chování	8/ 15	ANO
Primární prevence Phénix	Portus Prachatic, o. p. s.	VP	žáci ZŠ a SŠ	interaktivní semináře, besedy	68/ 1077	ANO
Primární selektivní prevence Phénix	Portus Prachatic, o. p. s.	SP	žáci ZŠ a SŠ	interaktivní semináře	25/ 489	ANO
Primární drogová prevence (Českobudějovicko, ČK, Strakonicko, PT, Tábořsko, JH)	Do Světa, Strakonice	VP	žáci ZŠ, SŠ, pedagogové	interaktivní semináře	170/ 3 315	ANO
Primární drogová prevence pro žáky, studenty a rodiče v regionu Tábořska	PorCeTa, o.p.s., Tábor	VP	žáci ZŠ, SŠ, pedagogové, rodiče	besedy a semináře,	23/ 370	ANO
Program indikované prevence v adiktologické oblasti	PorCeTa, o.p.s., Tábor	IP	děti do 15 let, mládež	individuální konzultace	8 osob	ANO

* VP – všeobecná prevence, SP – selektivní prevence, IP – indikovaná prevence

- zhodnocení sítě služeb v oblasti prevence:

Vzhledem k charakteru služeb primární prevence nelze o jejich „síti“ uvažovat podobným způsobem jako u služeb, které jsou vázány na konkrétní klienty, ať již ambulantní nebo terénní.

U ambulantních služeb záleží významně na místní dostupnosti služby pro klienty z pohledu jejich možného doježdění do služby, u terénních programů naopak z hlediska dlouhodobého, pravidelného doježdění služby za klienty do jejich přirozeného prostředí.

U služeb primární prevence dostupnost místní tak zásadní roli, jako u jiných typů služeb, respektive je jí nutno posuzovat jiným způsobem. Poněkud se podobá dostupnosti služby terénního programu „na zavolání“, tedy je podstatné, aby služba byla „k dispozici“ (čili otázka personální kapacity), a pak svou roli hraje spíše již jen ekonomické hledisko (tedy aby náklady na dojížděku nebyly extrémně vysoké).

Jihočeský kraj je ovšem svou rozlohou druhý největší kraj v ČR a zabírá cca 13 % její rozlohy, a zároveň je krajem s poměrně roztržštěnou sídelní strukturou, s nejmenší hustotou osídlení. Proto je jedním z aspektů sítě primární prevence snaha trvat na regionální distribuci služeb, pokrytí jednotlivých regionů/ okresů certifikovanými, odborně zdatnými službami. V roce 2015 Jihočeský kraj podpořil pět (viz. tab. 4-1) realizátorů programů primární prevence, kteří víceméně rovnoměrně pokrývají území kraje. V menších regionech si lze představit jednoho dominantního poskytovatele služeb primární prevence, v Jihočeském kraji nevidíme tuto alternativu jako efektivní, ekonomicky únosnou, právě s ohledem na vysoké dojezdové vzdálenosti.

Druhý pohled je ovšem dostupnost faktická, tedy dostatek finančních prostředků na pokrytí poptávky ze stran především škol a školských zařízení (zajištění optimální personální kapacity). Podle všech známek je finanční podpora programů primární prevence (nejen v Jihočeském kraji) nedostatečná. Tyto služby mají dva významné, víceméně stabilní zdroje financí (kraj, MŠMT, které dle našeho odhadu mohou společně tvořit cca 60 % jejich zdrojů). Ostatní prostředky získávají realizátoři zpravidla od škol, nebo od jejich zřizovatelů (obvykle obce). Zdá se potvrzené, že poptávka od škol by byla mnohem vyšší v případě, pokud by služby prevence byly více podpořené z jiných veřejných rozpočtů, spoluúčast není pro školy mnohdy akceptovatelná.

Shrnuto: Z hlediska místní dostupnosti, tedy co se týče existence aktuálních, certifikovaných poskytovatelů na území Jihočeského kraje, považujeme síť služeb v této oblasti za spíše minimální. Z hlediska dostupnosti pro školy není nabídka (pro školy finančně přijatelná) zdaleka optimální.

- *hlavní změny v poskytování služeb, zaniklé nebo nové programy v kraji v roce 2015*

V roce 2015 se v dotačním řízení kraje projevily důsledky nově nastartovaného procesu certifikací. Nikoli noví žadatelé (vzhledem k tomu, že trváme na podmínce certifikace programů v oblasti adiktologie), ale spíše nové programy, především projekty na realizaci selektivní a indikované prevence. To je oblast, kde zatím neumíme dostatečně vyhodnotit potřebnost konkrétních projektů, a vzhledem k tomu, že finanční prostředky kraje na podporu aktivit primární prevence zůstávají dlouhodobě na víceméně stejné úrovni (a žádanější, a podpora MŠMT se spíše snižuje), snažíme se udržet z našeho pohledu potřebnější programy všeobecné prevence (mají potenciál zasáhnout širší cílovou skupinu).

- *hlavní nedostatky v poskytování služeb v kraji v roce 2015:*

V souladu s předcházejícími komentáři lze konstatovat, že hlavním nedostatkem je, nejen z pohledu samotných poskytovatelů služeb a jednotlivých škol, nedostatek finančních prostředků, věnovaných z veřejných rozpočtů na tuto problematiku (čímž míníme i rozpočty zřizovatelů). S tím souvisí:

- Tradiční každoroční nejistota poskytovatelů, zda budou moci vyvíjet svou činnost i v dalším roce...
- ... a zároveň objednavatelů, tedy škol, zda se podaří plánované aktivity pro jejich žáky uskutečnit.

Nový systém certifikací přinesl nové úrovně primární prevence, selektivní a indikovanou prevenci, ale zavedením těchto nových druhů preventivního působení nebylo doprovázeno nárůstem finančních prostředků do této oblasti. A nejen to, domníváme se, že tyto dvě specifické formy intervence nelze zcela efektivně financovat stávajícím způsobem, tedy standardní dotační řízení, kdy od vyhlášení programu po vyplacení finančních prostředků uběhne mnohdy i půl roku, žádosti (na MŠMT) se podávají počátkem nového školního roku, kdy problém ještě nemusí být identifikován, a finanční prostředky jsou v lepším případě k dispozici počátkem roku kalendářního, nebo se žádosti podávají počátkem roku kalendářního (Jihočeský kraj), finanční prostředky jsou k dispozici v květnu – červnu, a přijdou prázdniny. Navíc pokud je situace ve škole, třídě nebo u jednotlivce taková, že je nutné realizovat program selektivní nebo indikované prevence, je ho nutné realizovat co nejdříve... Související otázkou je nastavení průhledných, a přitom dostatečně odborných pravidel pro posuzování nutnosti takových intervencí (jsou obvykle mnohem finančně náročnější, než prevence všeobecná). V případě prvního problému by tedy patrně nebylo vhodné řešit prostřednictvím dotačního programu, ale spíše nákup konkrétní služby u konkrétního poskytovatele, za účinné spolupráce škola, její zřizovatel, pedagogicko psychologická poradna, a gestor finanční podpory, ať již kraj nebo jiná instituce (MŠMT). Systém by mohl být nastaven obdobně, jako když si sociální instituce nakupují například služby terapeutů, mediátorů, odborných poradců apod. pro své klienty, v případech, kdy problém přesahuje jejich odbornost nebo kompetence.

Tabulka 4-2: Služby v oblasti snižování rizik poskytované v r. 2015 (včetně programů snižování rizik na tanečních akcích, v klubech a prostředí noční zábavy)

Název projektu / programu	Realizátor	Typ služby*	Cílová skup.	Počet osob, kt. služby využily /z toho UD	Počet kontaktů ¹⁷	Počet výměn ¹⁸	Počet vydaných inj. stří.	Územní působnost, spádovost	Certifikace (ano/ne)
Kontaktní centrum Prevent České Budějovice	PREVENT 99	KPS	UD	469/ 401	8135	3799	92025	Česko budějovicko	ANO
Kontaktní centrum Prevent Prachatic	PREVENT 99	KPS	UD	202/ 145	1102	498	15709	Prachaticko	ANO
Kontaktní centrum Prevent Strakonice	PREVENT 99	KPS	UD	224/ 175	1574	676	14175	Strakonicko	ANO
Jihočeský streetwork Prevent	PREVENT 99	TP	UD	514/ 467	2854	2170	46164	ČB, St, Pt, Tábor	ANO
Kontaktní centrum Arkáda	Arkáda – soc. psych. centrum	KPS	UD	99/ 91	2193	3693	40879	Písecko	ANO
Terénní program Arkáda	Arkáda – soc. psych. centrum	TP	UD	87/ 76	656	330	13000	Písecko	ANO
Auritus – centrum pro lidi ohrožené drogou	Farní charita Tábor	KPS	UD	243/ 177	3942	1145	48651	Táborsko	ANO
Streetwork pro města Č. Krumlov a Kaplici	CPDM, o.p.s.	TP	UD	298/ 270	1261	970	26076	Česko krumlovsko	ANO
Terénní program pro okres J. Hradec	Sdružení META	TP	UD	196/ 142	1028	298	14759	Jinřichovo hradecko	ANO

* TP – terénní programy, KPS – kontaktní centra, KPS a TP – sloučené programy

- *zhodnocení sítě služeb v oblasti snižování rizik:*

Síť nízkoprahových služeb považujeme za blízkou optimálnímu stavu, pokrývá podstatnou část území kraje (co se týče počtu v nich žijících obyvatel). Dostupnost služeb pro občany kraje hodnotíme na stejné úrovni. V každém případě je nutné zdůraznit, že se sice dlouhodobě daří udržet služby, tak jak na základě potřebnosti vznikaly v průběhu uplynulých let, ale vzhledem k neustále se fakticky¹⁹ snižujícím prostředkům na jejich provoz dochází k pomalému, ale setrvalému snižování úvazků pracovníků v přímé práci s klienty, což dostupnost do jisté míry omezuje.

Jihočeský kraj se skládá ze sedmi okresů, přičemž za optimální z hlediska dostupnosti/ pokrytí kraje považujeme kontaktní centrum v přirozeném centru okresu, doplněné terénním programem. Tento model plně funguje v pěti okresech (České Budějovice, Písek, Strakonice, Prachatic, Tábor). V okrese Tábor působí kontaktní centrum

¹⁷ Kontakt: Každá návštěva/situace, při které dochází k interakci mezi klientem a pracovníkem programu (tzn. poskytnutí určité služby, informace, nebo poradenství - včetně skupinového. Příjem telefonického hovoru není kontakt.

¹⁸ Výměna: Kontakt, při kterém dochází k výměně (příp. jen odevzdání či výdeji) jedné nebo více injekčních jehel.

¹⁹ Celkový objem finančních prostředků se v průběhu uplynulých cca 10 let významně nemění, což ovšem znamená, že vzhledem k rostoucím provozním nákladům (energie, ceny materiálů, ale i cena práce apod.) není fakticky možné za tytéž finanční prostředky realizovat službu ve stejném rozsahu.

s omezeným terénním programem téhož poskytovatele, který působí pouze ve městě, pokrytí celého okresu zajišťuje terénní program jiného poskytovatele (Prevent99). V okresech Prachatic a Strakonice působí kontaktní centra organizace PREVENT99, kde dlouhodobě jejich provoz v podstatě zajišťuje jeden tým, právě s ohledem na omezené finanční prostředky. Situaci řeší tak, že je především omezena otevírací doba kontaktní místnosti, v každém zařízení cca dvakrát týdně, a pracovníci se na zajištění provozu střídají, respektive pendlují mezi oběma městy. V okresech Jindřichův Hradec a Český Krumlov působí pouze terénní programy – v minulosti v obou okresech primárně vznikla kontaktní centra (města Český Krumlov a Třeboň – následně Jindřichův Hradec), ovšem nebyla vytížena (nejpravděpodobnějším důvodem byly obavy potenciálních klientů ze ztráty anonymity na malém městě, možná malá zkušenost poskytovatelů), proto se postupně plně transformovala do podoby terénních programů.

Za optimální stav bychom považovali:

- Udržení stávajících kontaktních center;
- Doplnění terénních programů na Českokrumlovsku a Jindřichohradecku o ambulantní poradenství (vzhledem k velikosti cílové skupiny se v této chvíli nejvíce jeví jako efektivní standardní provoz kontaktního centra. Terénní program v Českém Krumlově služby klientům ambulantní formou poskytuje, vzhledem k charakteru regionu a cílové skupiny tuto okolnost hodnotíme jako praktickou, ne všechny potřebné úkony lze realizovat přímo v terénu; navíc řada klientů právě z města Český Krumlov tuto ambulantní formu kontaktu upřednostňuje – z důvodu obav o ztrátu anonymity na malém městě. Terénní program v Jindřichově Hradci referuje klienty, kteří vyžadují z obdobných důvodů ambulantní formu kontaktu, do služeb P.centra, což je registrovaná služba odborné sociální poradenství pro cílovou skupinu uživatelé návykových látek.).

O vzniku zcela nové služby v oblasti harm reduction v Jihočeském kraji neuvažujeme, nejvíce se jako akutně potřebná. Za potřebné bychom považovali posílení stávajících služeb o úvazky v přímé práci (zmíněná KC Strakonice a Prachatic, posílení úvazků TP – Jindřichohradecko, Tábořsko, případně další).

- *hlavní změny v poskytování služeb, zaniklé nebo nové programy v kraji v roce 2015*

V roce 2015 nedošlo k významnějším změnám. Přes dlouhodobě nepříliš příznivou finanční situaci se podařilo udržet základní služby minimální sítě. Nedošlo ke vzniku nové služby, ani k zániku dlouhodobě poskytovaných služeb.

- *hlavní nedostatky v poskytování služeb v kraji v roce 2015:*

Viz odůvodnění výše, popsany stav dlouhodobě trvá. Za hlavní nedostatek lze považovat malou, až kritickou personální kapacitu již existujících služeb. Konkrétně:

- Kontaktní centra ve Strakonici a Prachatic stále dlouhodobě pracují v krizovém režimu, uživatelům jsou služby poskytovány s omezenou časovou dostupností (především je omezen provoz kontaktní místnosti) – důvodem je malá personální kapacita služeb;
- Terénní program Jihočeský streetwork by si zasloužil personální posílení – jednak s ohledem na pokrytí regionu Tábořska, jednak s ohledem na nárůst (významný) užívání drog přímo v krajském městě (nejen romští uživatelé);
- Terénní program Sdružení Metha (Jindřichohradecko) by zasluhoval personální posílení s ohledem na rozlehlost okresu, kde působí;
- Terénní program na Českokrumlovsku se vzhledem k situaci na místní drogové scéně (silně spojené s pouliční prostitucí na E 55, vyloučenými lokalitami) také potýká s nedostatečným personálním zabezpečením;
- Vzhledem k počtu klientů, vytíženosti programů a potřebě odborné, systematické práce s nimi (neomezit se pouze na základní úkony jako je testování a výměny, pobyt na kontaktní místnosti – ale také mít prostor pro vlastní, řekněme motivační, terapeutickou, poradenskou práci s klientem) lze za personálně podhodnocené označit také minimálně dva další největší programy – kontaktní centra – v Táboři a Českých Budějovicích.

SHRNUTO: Základním nedostatkem sítě služeb HARM REDUCTION v kraji je nedostatek finančních prostředků na jejich provoz, především personální náklady. Lze odhadnout, že chybí prostředky na minimálně 6 úvazků v přímé práci celkem, tedy cca 3 mil. Kč/ rok.

Tabulka 4-3: Služby v oblasti ambulantní léčby v r. 2015

Název projektu/programu	Realizátor	Typ služby*	Cílová skupina	Kapacita ²⁰	Počet osob, kt. služby zař. využily	Počet nově evid. žádostí o léčbu	Územní působnost, spádovost	Certifikace (ano/ne)
Adiktologická poradna Prevent	PREVENT 99	AL	UD, sociální okolí	2 ²¹	259 ²²	153	Českobudějovicko, ale i širší – území kraje	ANO
Substituční centrum Prevent	PREVENT 99	SL	UD - uživatelé opiátů	25	33	6	Především Českobudějovicko	ANO
Auritus – centrum pro lidi ohrožené drogou	Farní charita Tábor	AL	UD, sociální okolí	program Poradenské centrum 62 klientů -UD, 56 rodinných příslušníků (údaje jsou zaneseny ve společné statistice KPS)			Táborsko, ale i širší	ANO

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

- zhodnocení sítě služeb v oblasti ambulantní léčby:

AMBULANTNÍ LÉČBA NNO

Ambulantní léčba není v Jihočeském kraji optimálně dostupná. Stav ambulantní léčby pro cílovou skupinu uživatelů NNL, hrazené z prostředků veřejného zdravotního pojištění, vedl v Českých Budějovicích (a následně v Táboře – ve dvou největších městech kraje) ke vzniku dvou samostatných služeb, poskytovaných NNO podle standardů odborné způsobilosti RVKPP. Tím se alespoň v těchto dvou městech/ regionech stala služba výrazně dostupnější; v ostatních regionech kraje ale buď chybí zcela, nebo je poskytována nesystémově (někteří ambulantní specialisté pracují pouze s cílovou skupinou uživatelů alkoholu, někteří odmítají předepisovat substituční látky, někteří nechtějí řešit případy toxické psychózy – apod., viz samostatná kapitola níže). V některých především větších městech (Tábor, Písek) vznikají menší služby, například pod záštitou organizace (PorCeTa Tábor), nebo jako víceméně soukromé praxe (Psychologická a adiktologická poradna Písek) vznikají malé služby, kde kvalifikovaní odborníci (adiktologové apod.) poskytují služby ambulantní léčby/ doléčování klientům/ pacientům mimo systém veřejného zdravotního pojištění, nebo certifikací RVKPP a dotačních řízení. Pacienti si platí péči sami (v rozmezí, podle dostupných informací 400 – 500 Kč). Na pomezí odborného poradenství a ambulantní léčby se pohybuje P.centrum Jindřichův Hradec (Metha, z. ú.).

Průzkum, či zhodnocení stavu sítě ambulantní léčby poskytované zdravotnickými zařízeními byl aktualizován v roce 2015, na první pohled se situace od roku 2010 nezměnila.

AMBULANTNÍ LÉČBA POSKYTOVANÁ VE ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍCH

Co se týče **ambulantní léčby, realizované v lékařských (psychiatrických) ambulancích**, byl v roce 2015 realizován rychlý průzkum prostřednictvím jednoduchých dotazníků, které rozeslal a následně vyhodnotil protidrogový koordinátor (jednoduchost jsme považovali za nutný předpoklad k alespoň nějaké návratnosti, na základě předchozích zkušeností).

Osloveno bylo celkem **44 ambulantních psychiatrických zařízení**, které jsou v současné době v Jihočeském kraji registrovány (psychiatrické ambulance a ambulance klinických psychologů).

²⁰ **Kapacita:** Uvádí se u těchto služeb, kde je to relevantní. Kapacita znamená, pro kolik klientů současně je program maximálně určen; počet míst v zařízení/programu.

²¹ Momentální kapacita, služba má dva pracovníky v přímé péči.

²² včetně 22 klientů za oblast patologické hráčství

Odpovědělo celkem 18 subjektů, z nich se **4 oblastí závislostí nevěnují vůbec** (případně je směřují přímo do ordinace kolegy – jeden případ).

Ze zbývajících 14 psychiatrů nebo klinických psychologů 6 odpovědělo, že se závislostmi zabývá **velmi okrajově**, obvykle s nimi přijdou do styku jako s diagnózami, přidruženými k jiné, hlavní diagnóze.

Závislostmi se z těch, kdo odpověděli, zabývá v měřítku větším než malém celkem **8 ambulancí** (mají více než 5 pacientů za kalendářní rok).

Jako poslední ukazatel toho, jak to dotazovaní myslí s léčbou závislostí vážně, jsme se zeptali, zda chtějí být uvedeni jako veřejně dostupný kontakt právě pro oblast léčby závislostí. **Kladně odpověděly 4 subjekty.**

STRUČNÉ SHRUTÍ A ZÁVĚRY:

Stále platí zjištění z obdobných předcházejících průzkumů:

- V Jihočeském kraji (což nebude jistě jen jeho specifikem) jsou údaje o ambulantní léčbě (mimo certifikovaných služeb NNO) obtížně zjistitelné;
- K dispozici jsou každoročně pouze údaje od ÚZIS, ty se ovšem jednak vztahují k celému území kraje, o menších regionech údaje již k dispozici nejsou – tedy je v podstatě nemožné objektivně zhodnotit stav dostupnosti léčby (vyjma obdobných dotazníkových akcí, kde ovšem za prvé nelze zajistit potřebnou návratnost dotazníků, ani ověřit věrohodnost uvedených údajů). Na druhou stranu ne všichni lékaři tyto údaje hlásí, setkali jsme se i s tím, že ve stejném roce uvedla konkrétní ordinace odlišné statistické údaje ÚZIS, a jiné na naši žádost Jihočeskému kraji (to bylo v době, kdy ještě v Českých Budějovicích fungovala krajská pobočka ÚZIS, a tedy bylo možné údaje ověřit – rok 2008);
- I v údajích od ÚZIS chybí relevantní informace ohledně struktury léčby (je popsána pouze struktura pacientů z pohledu pohlaví a typu užívané látky, případně stanovená diagnóza „závislost“). Do statistik „léčených“ pacientů se tak například mohou dostat i osoby, kterým bylo pouze provedeno vstupní vyšetření a vystaveno doporučení do ústavní léčby (pro zařazení do statistiky stačí pacient se záznamem ne starším než jeden rok). Nejsou k dispozici další potřebné údaje o způsobu léčby, i když od lékařů například víme, že někteří:
 - o Neberou do péče osoby závislé na nelegálních návykových látkách, nebo patologické hráče;
 - o Někteří nevěří v účinnost ambulantní léčby jako takové, a jako první volbu nabízejí pacientům automaticky ústavní léčbu;
 - o Někteří přijímají do péče pouze právě pacienty po absolvované ústavní léčbě (tedy se spíše jedná o svým způsobem následnou péči nebo doléčování, nikoli ambulantní léčbu jako takovou);
 - o Někteří lékaři nejsou ochotni poskytovat substituční léčbu, a pokud ano, obvykle již nikoli s podpornou psychosociální složkou;
 - o Dokonce se stává, že lékaři odmítají pacienty s jinou diagnózou, pokud je k ní přidruženo užívání návykových látek;
 - o ... a je pochopitelně možná i kombinace všech uvedených přístupů.

Z výše uvedeného vyplývá, že kromě toho, že nevíme spolehlivě, jak je ve kterém regionu ambulantní léčba reálně dostupná, nevíme zcela přesně, v jakém spektru jsou poskytovány služby, neexistuje nic jako závazný standard poskytovaných služeb, způsob, jak zajistit léčbu dostupnou v optimálním spektru činností a pro všechny cílové skupiny.

Na druhou stranu se nedomníváme, že se tomu tak děje pouze vinou samotných lékařů. Z rozhovorů s některými z nich vyplývá, že se touto oblastí nezabývají (nebo nechtějí zabývat) z důvodů své nedostatečné kvalifikace (to je poměrně častá odpověď samotných lékařů), dávají přednost jiným diagnózám (všeobecně známý argument o tzv. „velké“ psychiatrii a méněcennějších podoborech – kam někteří z nich léčbu závislosti řadí), a hlavním argumentem je, že síť ambulantních psychiatrických služeb je v kraji poddimenzovaná, a tedy se lékaři musí soustředit na nejobtížnější pacienty/ diagnózy (kam někteří závislosti neřadí; někdy argumentují zkušenostmi s opakovaným selháváním takových pacientů a jejich neschopností dodržovat léčebný režim – a tedy neefektivností ambulantní léčby jako takové; a nechybí ani argumenty typu „já nemohu do péče ani přijmout všechny pacienty, kteří si svůj problém nezavinili sami“).

V podstatě tedy chybí v této oblasti především reálná správa sítě, kde by odpovědné instituce (v tomto případě jednoznačně zdravotní pojišťovny, neboť pouze ty disponují nástroji, kterými mohou síť regulovat a řídit) měly mít zájem zajistit optimální místní dostupnost služby v potřebném rozsahu činností.

STATISTICKÉ VÝSTUPY OHLEDNĚ POČTU LÉČENÝCH PACIENTŮ (Z DOŠLÝCH DOTAZNÍKŮ):**Tabulka: Počty pacientů ambulantních zařízení 2014 (z vrácených dotazníků)**

diagnóza	alkohol F10	NNL F11-F19	tabák F17	hráčství F63.0	CELKEM 2014
počet pacientů kraj	527	189	107	39	862
z toho počet pacientů AT nemocnice ČB	454	145	100	30	729

Komentář k tabulce:

1/ Údaje nelze interpretovat tak, že by bylo možné odhadnout, že ve skutečnosti jsou počty ambulantně léčených pacientů v této skupině diagnóz cca dvojnásobné (podle poměru rozeslaných a vrácených pacientů). Údaje zaslala i AT ambulance nemocnice České Budějovice, a.s., která je dlouhodobě největším poskytovatelem zdravotní péče v těchto skupinách diagnóz v Jihočeském kraji (dlouhodobě odhadem a na základě konzultací mezi 50 – 75 %). Na ostatní zdravotnická zařízení (18 subjektů) tedy zbývá celkem 133 pacientů. Měli – li bychom odhadnout zbývajících počet pacientů v kraji za rok 2014, pohybovali bychom se někde mezi cca 200 – 300 pacienty (motivem pro nevrácení dotazníků ze strany některých zařízení může být skutečnost, že se touto skupinou pacientů nezabývají, na druhou stranu chybí údaje od druhého tradičního většího specializovaného zařízení v kraji).

2/ Ve srovnání s údaji ÚZIS za rok 2013 (celkem 868 vykázaných pacientů ve všech skupinách diagnóz) by se tedy kvalifikovaný odhad cca 1 150 pacientů v ambulantní léčbě jevil jako významný nárůst. Nicméně vezmeme-li v úvahu, že za rok 2013 bylo vykázáno celkem 10 pacientů s diagnózou závislost na tabáku, a za rok 2014 činil jejich počet 107 osob, pak se jedná u ostatních skupin závislostí o poměr 858 léčených v roce 2013 oproti odhadu 1 050 za rok 2014, což již není tak významný nárůst. A pokud vezmeme v úvahu, že část zařízení nepochybně ÚZIS údaje neposkytuje, lze odhadnout, že meziroční změna (mezi 2013 a 2014) nebude nijak výrazná.

TABULKA: Počet pacientů/ žadatelů o léčbu, kteří nemohli být z kapacitních, případně jiných důvodů v roce 2014 přijati k léčbě

diagnóza	alkohol F10	NNL F11-F19	tabák F17	hráčství F63.0	CELKEM 2014
počet pacientů kraj	527	189	107	39	862
z toho počet pacientů AT Nemocnice ČB	454	145	100	30	729

Pozn. Poslední dotaz se týkal odhadu počtu potenciálních pacientů v regionu, kde zařízení působí. Respondenti na tuto otázku již nedokázali odpovědět.

Poznámka závěrečná: Tento text, tedy obě tabulky s komentáři, je převzat z dokumentu Minimální síť protidrogových služeb na území Jihočeského kraje 2015 – 2017. V době, kdy byl tento dokument připravován, jsme ještě nemohli vycházet ze statistických údajů ÚZIS za rok 2014 (pro srovnání vlastního kvalifikovaného odhadu ohledně počtu ambulantně léčených pacientů s oficiálními údaji). To bylo na podzim roku 2015. V době zpracovávání této zprávy (květen 2016) stále nejsou data za rok 2014 k dispozici. I tato informace snad poslouží pro podporu tvrzení, že situace v oblasti ambulantní léčby závislostí je málo přehledná, údaje nejsou ani zdaleka optimálně dostupné, ani prakticky využitelné a jakákoli statistická srovnání jsou tedy ošidná. Jako závěrečné shrnutí celé problematiky uvádíme souhrnnou tabulku s počty pacientů psychiatrických ambulancí v Jihočeském kraji za období 2005 až 2013.

TABULKA: Struktura pacientů psychiatrických ambulancí v Jihočeském kraji 2005 – 2013 (počty pacientů)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
opiáty a opioidy	143	175	59	60	39	110	136	118	86
z toho: heroin	100	99	18	9	3	34	7	23	5
canabinoidy	34	37	14	16	18	15	9	10	20
sedativa, hypnotika	52	47	36	26	11	22	36	30	35
kokain	0	0	1	0	0	0	0	0	1
stimulancia	48	46	26	28	22	39	52	49	43
z toho: metamfetamin	13	19	18	28	20	26	46	45	37
halucinogeny	1	3	3	1	0	0	0	5	3
prchavá rozpustidla	1	1	0	0	0	1	0	0	3
kombinace drog	148	92	63	78	68	97	143	145	85
nealko drogy bez tabáku	427	401	202	209	158	284	376	357	277
tabák	0	0	0	0	104	48	19	33	10
alkohol	664	784	597	493	431	594	540	596	581

zdroj: ÚZIS

SUBSTITUČNÍ LÉČBA

Substituční léčba dle standardů RVKPP (a tzv. Komplexní substituční léčba, dle Standardu substituční léčby MZ, Věstník MZ 4/2001, původní podoba standardu byla aktualizována) je v Jihočeském kraji zajištěna pouze v Českých Budějovicích (Substituční centrum PREVENT, poskytovatel PREVENT 99). Poskytuje jak metadonovou substituci, tak substituci buprenorfinem, včetně potřebné psycho sociální podpůrné složky léčby. Počet klientů je dlouhodobě stabilizovaný, kapacita služby do značné míry odpovídá potřebám regionu.

Druhou variantou je poskytování substituční léčby ve výhradně zdravotnických zařízeních, kde se jedná částečně o tzv. základní substituční léčbu (dle příslušného standardu MZ), ale v praxi jde spíše o minimální variantu této léčby, tj. prostý výdej substituční látky (nejčastěji receptu na buprenorfin) bez jakékoli návazné péče (psychoterapie, sociální práce apod.), čímž se pochopitelně účinnost léčby snižuje. K tomu je nutné dodat, že rozsah substituční léčby je obtížně zmapovatelný, ze zpráv poskytovatelů jiných adiktologických služeb vyplývá, že obdobně jako ambulantní léčba je substituční léčba v některých regionech kraje zcela nedostupná (a to i léčba dle minimálního standardu MZ).

Užívání opiátů sice není charakteristickým znakem drogové scény v Jihočeském kraji, užívání heroinu je setrvale na nízké úrovni, nicméně užívání dalších opiátů (jak léčiv na bázi buprenorfinu, tak dalších, především v posledních letech léku Vendal Retard; tyto látky patrně v nejvyšší míře unikají ze zdravotnických ambulancí) není neobvyklé, a potřeba substituční léčby v dalších regionech kraje (mimo Českých Budějovic) se objevuje, zvláště v kombinaci s podpůrnou psychosociální složkou.

Na rozdíl od trendů v hodnocení substituční léčby některými subjekty v ČR (NPC, některá politická hnutí, zákonodárná iniciativa hl. m. Prahy) se nedomníváme, že substituční léčba jako taková je významným problémem. I výše citovaný výraz „únik“ opiátů z lékařských ordinací nemusí nutně znamenat pouze kriminální jednání, ale může se jednat o nezkušenost lékařů, malé kapacity ambulancí k realizaci substituční léčby takovým způsobem, aby byla skutečně efektivní léčbou, a nikoli pouze mechanickým předepisováním léčiv. Chybí koordinace této léčby ze strany příslušných správců sítí těchto služeb, a spolupráce mezi zdravotnickým a adiktologickým sektorem obecně. Cestou do budoucna jistě není drakonické omezování substituční léčby, to by pro některé regiony v ČR (především ty s vysokým podílem uživatelů heroinu) znamenalo návrat do devadesátých let minulého století, tedy především výrazné zdravotní komplikace u samotných uživatelů, nárůst předávkování, ale také významné zvýšení kriminality (především krádeže, vloupání) spojené s užíváním heroinu. Cestou je podpora nárůstu kapacity služeb v této oblasti, především doprovodných programů, psycho sociální složky, anebo ustanovení povinnosti lékařům, kteří pouze předepisují substituční látku, spolupracovat s dalšími programy, v zájmu pacienta/ klienta a právě jako prevence úniků substituční látky na černý trh. To by ovšem znamenalo umět na národní úrovni příslušné služby systémově podpořit, tak aby byly dostupné tam, kde jsou potřeba.

SHRNUTO: Síť ambulantní léčby není v Jihočeském kraji dlouhodobě zajištěna na optimální úrovni, není v dostatečné míře dostupná pro všechny obyvatele kraje. V případě těchto služeb nemůžeme se vši odpovědností považovat Jihočeský kraj za hlavního garanta sítě, neboť pokud je správcem sítě ten, kdo má k dispozici regulační a podpůrné nástroje, umožňující aktivní účast na formování potřebné podoby sítě, jsou to zdravotní pojišťovny.

Kraje, případně jiné územně správní celky, případně stát, pochopitelně potřebné nástroje k dispozici mají také – jsou jimi finanční prostředky. Pokud by ale především samosprávy přistoupily k financování zjevně zdravotních služeb jen z toho důvodu, že zdravotní pojišťovny této oblasti nevěnují dostatek pozornosti, pak by se za prvé jednalo o nepříliš efektivní vynakládání veřejných prostředků (bylo by financováno něco, co má být financováno z jiných systémů), a druhou zásadní otázkou je: Pokud by samosprávy významně financovaly oblast zdravotní péče pro osoby ohrožené závislostmi, které další nedostatečně financované zdravotnické obory by požadovaly, nebo by si zasluhovaly, totéž?

Jako příležitost vnímáme aktuální dění kolem tzv. „adiktologických ambulancí“ a možnosti vyjednávat se zdravotními pojišťovnami – to bude ovšem na lokální úrovni odsouzeno k neúspěchu, pokud nebudou alespoň rámcové podstatné, strategické okolnosti žádoucích a možných změn předjednány na úrovni centrální. Pro nejbližší období VZP přislíbila pilotní podporu 7 službám ambulantní léčby v krajských městech (včetně Českých Budějovicích), otázkou je, jaká kritéria jsou nastavena pro posouzení „úspěšnosti“ této pilotní akce a jak bude podpora ambulantní léčby ze strany velkých zdravotních pojišťoven vypadat do budoucna.

Návrh optimální podoby sítě ambulantní léčby, včetně analýzy stávajícího stavu, je jádrem aktualizace Minimální sítě protidrogových služeb na území Jihočeského kraje (období 2015 – 2017).

- hlavní změny v poskytování služeb, zaniklé nebo nové programy v kraji v roce 2015

Rok 2015 proběhl bez významných změn v oblasti poskytování služeb.

Na základě dohody města Blatná a Adiktologické poradny Prevent byl od podzimu 2014 zaveden model poskytování služby poradny (která sídlí v Českých Budějovicích) přímo ve městě Blatná, na cca 4 hod./ 14 dní. V průběhu roku 2015 se podle dostupných informací služba v regionu zcela etablovala, kapacita se naplnila. Lze konstatovat, že takovýto model zvýšení dostupnosti specializovaných služeb do menších regionů (město Blatná má ca 6 500 obyvatel, ORP Blatná 26 obcí, asi 13 800 obyvatel) je realizovatelný, a patrně by byl mnohem efektivnější, z hlediska včasného řešení této problematiky, než koncentrace služeb v několika málo větších městech kraje, nebo dokonce pouze v krajských městech. Podle informací realizátora služby jsou mezi klienty této služby i obyvatelé sousedících regionů, kde jsou obdobné služby nedostupné.

V roce 2015 v rámci samostatného řízení RVKPP pro oblast patologického hráčství (které proběhlo právě v roce 2015 poprvé) byly z Jihočeského kraje úspěšné dva projekty, ambulantní léčba a doléčování. Tyto projekty nebereme jako cestu k zřízení dalších specializovaných, samostatných služeb, ale spíše jako krok k tomu, aby byla i této cílové skupině věnována dostatečná pozornost, a předpokládáme, že do budoucna se tato oblast integruje do standardní ambulantní léčby, jen bude pravděpodobně nějaký čas trvat, než se podaří v dostatečné míře motivovat cílovou skupinu, aby léčbu využívala.

Asi nejzásadnější změnou za rok 2015, s vysokým potenciálem navození změny k lepšímu do budoucna v oblasti ambulantní léčby, je skutečnost, že na podzim 2015 proběhlo výběrové řízení na poskytování služby adiktologické ambulance v Jihočeském kraji. Výběrového řízení se zúčastnila organizace PREVENT 99, a na základě tohoto výběrového řízení jednotlivé zdravotní pojišťovny (dosud snad s výjimkou OZP) s ní uzavřely smlouvy. Což by mohl být, po delším období, první krok k systémovějšímu pokrytí Jihočeského kraje službami ambulantní léčby.

- hlavní nedostatky v poskytování služeb v kraji v roce 2015:

z výše popsaných skutečností lze učinit tyto závěry:

- V oblasti ambulantní léčby u zdravotnických zařízení nejednotnost přístupu lékařů – jak v oblasti metod práce, tak v preferencích cílových skupin omezuje významně místní dostupnost léčby;
- V některých regionech kraje není standardní ambulantní léčba místně dostupná vůbec;
- V některých regionech kraje není dostupná substituční léčba (buprenorfinová);
- Víceméně plošně schází podpůrná psychosociální složka substituční léčby (mimo služeb Substitučního centra Prevent v Českých Budějovicích);
- A především schází koordinace řešení této situace se zdravotními pojišťovnami...

Podrobnější popis optimální sítě ambulantní léčby v kraji je obsažen v dokumentu Minimální síť protidrogových služeb na území Jihočeského kraje 2015 – 2017.

Tabulka 4-4: Služby v oblasti rezidenční léčby v r. 2015

Název projektu/programu	Realizátor	Typ služby*	Cílová skupina	Kapacita ²³	Počet osob, kt. služby zař. využily ²⁴	Územní působnost, spádovost	Certifikace (ano/ne)
TK Němčice	Sananim	RPTK	UD (23+) muži a ženy	20 lůžek	3	ČR	ANO
TK Karlov	Sananim	RPTK	UD 1/ matky s dětmi; 2/ mladiství 16 – 25 let	1/ 9 lůžek matky, 10 dětí 2/ 12 lůžek	2 matky a 2 děti	ČR	ANO
TK Podcestný mlýn	Společnost Podané ruce	RPTK	UD (18+); muži a ženy	15 lůžek	nezjištěno	ČR	ANO

²³ Kapacita - pro kolik klientů současně je program maximálně určen; počet míst v zařízení/programu.

²⁴ Pouze klienti z Jihočeského kraje

*DXT – detoxifikace, LZS – lůžkové zdravotní služby, RPTK – terapeutické komunity, DSZR – domovy se zvláštním režimem, - jiné

- *zhodnocení sítě služeb v oblasti rezidenční léčby:*

V oblasti pobytové léčby se na území Jihočeského kraje nachází několik zařízení, které tuto službu poskytují. V první řadě se jedná o tři terapeutické komunity, které se specializují přímo na cílovou skupinu uživatelů nelegálních návykových látek – TK Němčice (o. s. Sananim), TK Karlov (o. s. Sananim) a TK Podcestný mlýn (Sdružení Podané ruce).

V oblasti rezidenční léčby pro širší cílovou skupinu (nelegální návykové látky, alkohol, gambling) je jednoznačné vůdčí postavení Psychiatrická léčebna Červený Dvůr (včetně detoxu – **podrobněji viz připojená samostatná kapitola**). V kraji existují další tři psychiatrické léčebny (PL U Honzíčka, PL Lnáře, PL Opařany – dětská léčebna), které ve víceméně omezené míře přijímají pacienty s diagnózou závislosti.

Co se domovů se zvláštním režimem týče (pokud se jedná o osoby ohrožené závislostí nebo osoby závislé), není v Jihočeském kraji pro tuto cílovou skupinu specializované zařízení, v některých případech si jednotliví poskytovatelé pobytové sociální služby (především domovů pro seniory) nechávají zaregistrovat i tuto službu (resp. cílovou skupinu osob závislých přidávají k obvyklejším cílovým skupinám), kterou ve formě vyhrazených, obvykle několika, lůžek poskytují svým uživatelům (obvykle z příslušné spádové oblasti). Věrohodné statistické údaje jsou nedostupné, respektive byly by velmi obtížně získatelné.

Lze odhadnout, že jak pro potřeby střednědobé, tak dlouhodobé rezidenční léčby by kapacita výše popsaných služeb, pokud by byly určeny pouze pro obyvatele Jihočeského kraje, byla postačující. Co se aktuální dostupnosti služeb týče, u pobytových služeb není primárním ukazatelem dostupnost místní. Časová dostupnost, tedy vlastně spíše aktuálně disponibilní kapacita bývá v některých obdobích problémem, ale stav či situace se významně liší v závislosti na řadě faktorů, které nejsou jednoduše ovlivnitelné, čekací doby obvykle ale nebývají delší než dva měsíce, v případě akutní potřeby lze obvykle nalézt rychlejší cestu. Co se týče specifických cílových skupin, máme signály, že narůstá zájem o léčbu u matek s dětmi, kapacita TK Karlov nestačí poptávce. Řešení ovšem nevidíme v tomto případě v gesci krajů, ale spíše na centrální úrovni.

- *hlavní změny v poskytování služeb, zaniklé nebo nové programy v kraji v roce 2015*

Žádné zásadní změny v roce 2015 neproběhly. V průběhu roku 2016, do doby sestavení této zprávy, proběhly změny v poskytování služeb u PL Červený Dvůr, jsou plánovány změny v TK v Podcestném mlýně (rozšíření cílové skupiny). Podrobněji budou tyto změny obsahem zprávy za rok 2016.

- *hlavní nedostatky v poskytování služeb v kraji v roce 2015:*

V Jihočeském kraji nebyl v roce 2015 dostupný detox, mimo detoxu PL Červený Dvůr, který je ovšem určen primárně pouze pro pacienty léčebny. Do budoucna vedení léčebny předpokládá jeho otevření širší cílové skupině, v souvislosti s rekonstrukcí části objektu. Tím by byl vyřešen jeden z hlavních problémů dostupnosti základních zdravotních služeb pro uživatele návykových látek.

Co se pobytové léčby týče, kapacita služeb v kraji je dostatečná, viz komentář výše. Tato kapacita ovšem není určena pouze pro občany kraje, proto jsou v některých obdobích obtíže s umístěním především osob, indikovaných k dlouhodobé léčbě (především v terapeutických komunitách). Totéž se týká ojedinělých případů, kdy je klient, i vzhledem k souběžné vážné psychiatrické diagnóze a celkovému zdravotnímu stavu spíše indikován pro pobyt v Domovu se zvláštním režimem (někdy až k paliativní péči – tyto případy budou v budoucnosti s nejvyšší pravděpodobností přibývat – i u výrazně mladších cílových skupin).

SAMOSTATNÁ KAPITOLA

Psychiatrická léčebna Červený Dvůr

Podrobné informace o léčebně

Psychiatrická léčebna Červený Dvůr je zařízení plně specializované na střednědobou ústavní léčbu závislostí na návykových látkách a patologického hráčství. Byla založena v roce 1966. V současnosti je kapacita léčebny 103 lůžek, ročně absolvuje terapeutický program v léčebně 700 až 800 pacientů. Léčebna má 4 oddělení - příjmové detoxifikační oddělení (detox) a tři oddělení psychoterapeuticko-režimová. Léčebna je celorepublikové zařízení, léčí se zde muži a ženy starší 18 let. V roce 2011 léčebna úspěšně prošla akreditací Spojené akreditační komise ČR, v roce 2014 ji úspěšně obhájila. Podrobnější údaje jsou dostupné na webových stránkách léčebny: <http://www.cervenydvur.cz/>

Léčebna poskytuje:

- střednědobou ústavní léčbu závislosti na nealkoholových drogách,
- dlouhodobou léčbu závislosti na alkoholu a patologickém hráčství,
- detoxikaci a detoxifikaci,
- rodinnou a partnerskou terapii při střednědobých a dlouhodobých léčbách zmíněných výše,
- krátkodobé stabilizační pobyty na zvládnutí relapsu,
- krátkodobé motivační (tzv. opakovací) pobyty v rámci následné péče.

Podmínky přijetí do léčby:

- věk minimálně 18 let,
- syndrom závislosti jako hlavní diagnóza,
- psychický a somatický stav nevyžadující jinou speciální léčbu a umožňující plné zapojení do všech aktivit,
- motivace k léčbě.

K přijetí pacienta do léčby není požadováno doporučení psychiatra či jiného odborníka specializujícího se na léčbu závislostí.

Nejčastější léčené primární diagnózy jsou:

- Syndrom závislosti na alkoholu F 10.2
- Syndrom závislosti na heroinu F 11.2
- Syndrom závislosti na pervitinu F 15.2
- Syndrom patologického hráčství F 63.0

Tabulka: Celkový počet pacientů za období 2011 – 2015

rok	2011	2012	2013	2014	2015
Pacienti	690	741	740	782	777
...z toho muži	444	486	495	497	494
...z toho ženy	246	255	245	285	283

Tabulka: Zastoupení jednotlivých skupin diagnóz 2011 – 2015 (podíl z celkového počtu pacientů)

rok	2011	2012	2013	2014	2015
Alkohol podíl	37 %	34 %	41 %	38 %	31%
Alkohol absolutně	253	252	291	297	241
Gambling podíl	5 %	5 %	5 %	5 %	6%
Gambling absolutně	33	35	36	42	48
nealkoholové drogy podíl	58 %	61 %	54 %	57 %	63%
Nealko drogy absolutně	404	454	379	443	488
... z toho zákl. droga pervitin	28 %	30 %	33 %	32 %	32%
... z toho zákl. droga pervitin abs.	193	221	246	248	245
... z toho zákl. droga heroin	7 %	8 %	7 %	8 %	5%
... z toho zákl. droga heroin abs.	48	60	53	62	42

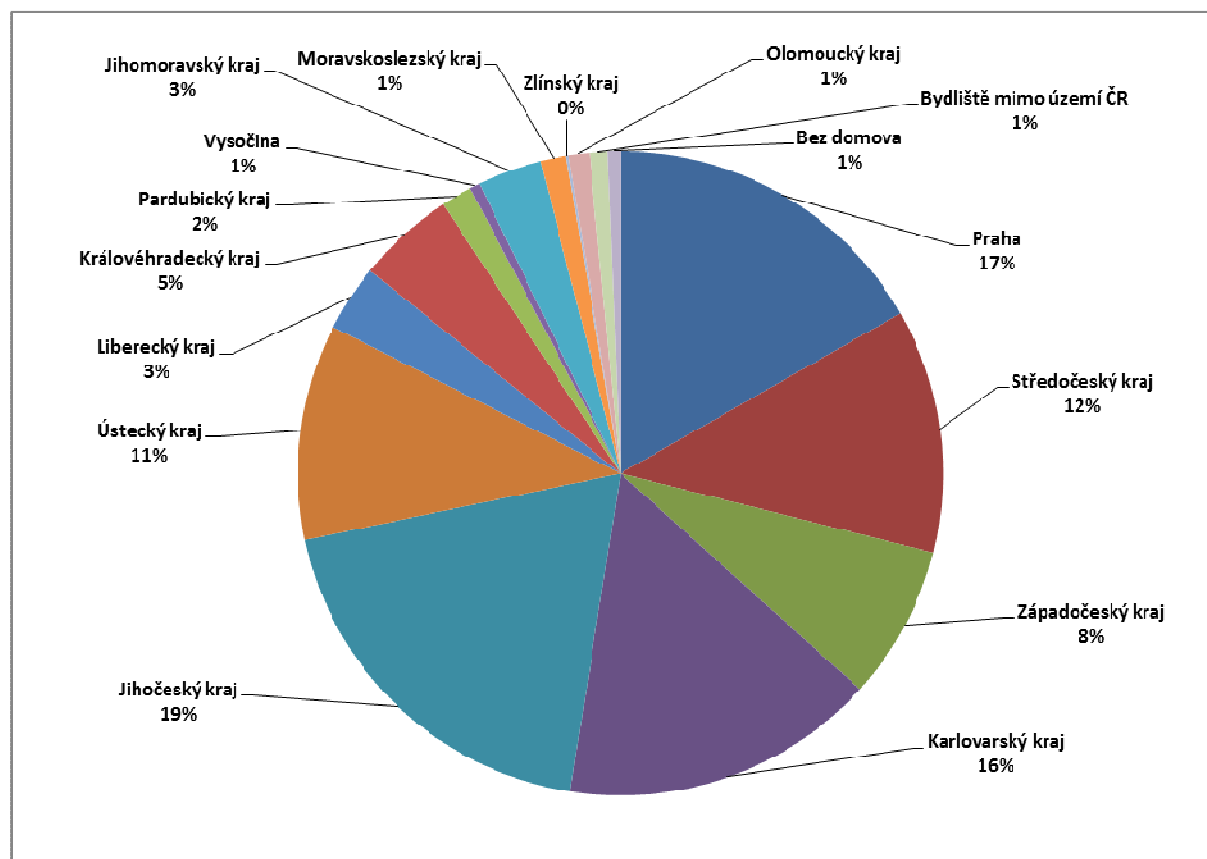
Komentář k tabulce: Zastoupení jednotlivých skupin diagnóz podstupuje vývoj (pravděpodobně v důsledku výskytu jednotlivých závislostí v republice). V roce 1994 byla léčebna téměř výhradně určena pro léčbu závislých na alkoholu, v následujících letech se razantně zvyšoval počet léčených pacientů se závislostí na nealkoholových

drogách, předpokládaným trendem je stabilizace poměru mezi závislými na alkoholu a závislými na nealkoholových drogách na 1:1. Dokončení léčby – dlouhodobě se pohybuje kolem 55 - 60%. Krajské zastoupení pacientů v léčbě v roce 2015 ukazuje následující tabulka a graf. Meziročně je nejvyšší počet pacientů z Jihočeského kraje.

Tabulka: Počet pacientů v léčbě podle jednotlivých krajů: rok 2013 - 2015

	2013	2014	2015
Praha	178	153	130
Středočeský kraj	79	91	95
Západočeský kraj	79	78	60
Karlovarský kraj	93	99	123
Jihočeský kraj	179	188	149
Ústecký kraj	57	111	84
Liberecký kraj	57	33	26
Královéhradecký kraj	25	48	38
Pardubický kraj	3	4	12
Vysočina	2	5	4
Jihomoravský kraj	27	23	25
Zlínský kraj	1	11	1
Olomoucký kraj	24	12	8
Moravskoslezský kraj	5	9	10
Bydliště mimo území ČR	4	3	7
Bezdomovci	1	0	5
CELKEM	814	868	777

Graf: Podíl pacientů v léčbě podle jednotlivých krajů, 2015



Zdroj: MUDr. Jiří Dvořáček, ředitel PL Červený Dvůr

Tabulka 4-5: Služby v oblasti následné péče v r. 2015

Název projektu/ programu	Realizátor	Typ služby	Cílová skupina	Kapacita ⁴	Počet osob, kt. služby zař. využily	Územní působnost, spádovost	Certifikace
Doléčovací centrum Prevent	PREVENT 99	Ambulantní, s chráněným bydlením	Osoby, které absolvovaly léčbu závislosti (NNL, alkohol, gambling)	11 lůžek v pobytové složce, 5 klientů současně v ambulantní složce – okamžitá kapacita	41/ 27 nově evidovaných klientů	ČR – pobytová. Ambulantní – převážně Českobudějovicko	ANO
Program následné péče	Arkáda – sociálně psych. centrum	Ambulantní	Osoby, které absolvovaly léčbu závislosti, převážně alkohol	60 osob/ rok	cca 45	okres Písek	NE. Výhradně sociální služba

- *zhodnocení sítě služeb v oblasti následné péče:*

Pobytová následná péče je dostupná ve městě České Budějovice, kde ji zajišťuje s kapacitou 11 lůžek organizace PREVENT 99. Zhodnotit dostupnost této služby si bez údajů od ostatních poskytovatelů této služby v ČR netroufáme. Jedná se o typickou službu s celostátní spádovostí, a nelze jednoznačně a odpovědně popsat potřebu dalších kapacit; to považujeme za úkol koordinace na celostátní úrovni. Mj. i vzhledem k tomu, že ne všechny kraje na svém území tuto službu mají, respektive mají ji v dostatečné kapacitě.

Lze odhadnout, že vzhledem k počtu občanů kraje, kteří absolvovali rezidenční léčbu, by bylo nutné kapacitu navýšit (je zřejmé, že pro některé klienty je změna prostředí po absolvované léčbě velmi důležitým momentem, podmiňujícím úspěšnou resocializaci – to platí především pro léčené uživatele nelegálních návykových látek a mladší věkové skupiny; tedy i občané kraje také často mění po léčbě místo pobytu, a absolvují programy následné péče mimo jeho území, začínají „nový život“ jinde), nicméně k tomu tento názor podložit fakty nám chybí naopak údaje o počtech obyvatel kraje, kteří případně absolvují tuto léčbu mimo zařízení na území kraje (otázka recipacity).

Se zhodnocením potřeby a dostupnosti ambulantní následné péče je to složitější. Jediný certifikovaný program tohoto typu se opět nachází v českých Budějovicích (OS Prevent), nicméně v některých regionech tuto službu či program nabízejí i jiní poskytovatelé (Tábor – program resocializační programy při centru Auritus, Farní charita Tábor; Písek – Arkáda – sociálně psychologické centrum – registrovaná sociální služba následná péče, převážně uživatelé alkoholu). Některé složky doléčování jsou poskytovány v rámci běžného provozu kontaktních center, v některých případech přijímají do péče tyto osoby i ambulantní psychiatři (viz kapitola ambulantní léčba; především pacienti závislí na alkoholu po prodělané ústavní léčbě).

- *hlavní nedostatky v poskytování služeb v kraji v roce 2015:*

Jak vyplývá z popisu výše, potřebnou kapacitu služeb následné péče lze velmi obtížně odhadnout. V každém případě by bylo nutné u pobytových služeb vycházet z celostátních statistik o absolvovaných léčbách (přesné údaje o občanech kraje, léčících se rezidenčně nelze vysledovat – v minulosti byly takovéto pokusy činěny, standardní odpovědí zpravidla psychiatrických léčených bylo, že „tyto údaje – *míněno místo pobytu* - u svých pacientů nesledují“). Ostatně, obdobně by tomu bylo i u doléčování ambulantního – zjednodušeně řečeno, nevíme, kolik osob po absolvované pobytové léčbě se v jednotlivých regionech kraje pohybuje, a jaká by tedy byla potřeba kapacita. Nicméně z jednotlivých služeb (nejen Doléčovací centrum Prevent, ale např. i z kontaktních center) máme informace, které svědčí o potřebě navýšení kapacit těchto programů. Cestou by bylo pravděpodobně, alespoň u uživatelů nealkoholových drog, navýšení personálních (a odborných) kapacit stávajících služeb, především kontaktních center (na způsob v minulosti diskutovaných drogových agentur, v současnosti zvažovaný model adiktologických ambulancí) – v menších okresních městech by se jednalo nepochybně o ekonomičtější model, než samostatně stojící služba. Nadbytečnými kapacitami (nejen v tomto případě) Jihočeský kraj rozhodně nedisponuje

Tabulka 4-6: Ostatní specializované programy v r. 2015 (služby ve vězení, sociální podniky, záchytné stanice apod.)

Název projektu/programu	Realizátor	Typ služby*	Cílová skupina	Kapacita ⁴	Počet osob, kt. služby zař. využily	Počet nově evid. žádostí o léčbu	Územní působnost, spádovost	Certifikace (ano/ne)
Protialkoholní záchytná stanice	ZZS Jihočeského kraje	Záchytná stanice	Uživatelé alkohol	9 lůžek	1538	1538	Jihočeský kraj	NE

* služby ve vězení, sociální podniky, záchytné stanice apod.

- zhodnocení sítě služeb:

Podrobněji viz **připojená samostatná kapitola** – zpráva o činnosti Protialkoholní záchytné stanice ZZS Jihočeského kraje.

SAMOSTATNÁ KAPITOLA

Protialkoholní záchytná stanice ZZS Jihočeského kraje

Zdravotnická záchranná služba Jihočeského kraje poskytuje odbornou zdravotní péči v těchto oborech:

Záchranná služba (výjezdové skupiny rychlé lékařské pomoci (RLP); výjezdové skupiny rychlé zdravotnické pomoci (RZP); výjezdové skupiny rendez-vous (RV); posádka letecké záchranné služby (LZS))

Protialkoholní záchytná stanice (PZS) a akutní detoxikační centrum (ADS)

Lékařská pohotovostní služba (LPS): (lékařská pohotovostní služba pro děti a dorost; lékařská pohotovostní služba pro dospělé; zubní lékařská pohotovostní služba)

Počet pacientů protialkoholní záchytné stanice v roce 2015 **1538**

o věková struktura hospitalizovaných osob

- do 19 let: **34 pacientů** (rok 2014 - 9)
- 20 – 64 let **1.041 pacientů** (rok 2014 – 1.221)
- nad 64 let: **63 pacientů** (rok 2014 - 52)

Komentář (MUDr. Marek Slabý, ředitel ZZS): ZZS provozuje jedinou protialkoholní záchytnou stanici v Jihočeském kraji, kde má i zřízené oddělení pro děti a mladistvé. Pacienti s podezřením na intoxikaci jinými látkami než alkoholem nejsou převáženi na záchytku, ale jsou rovnou umístováni na specializovaná oddělení příslušných nemocnic (děti na dětské odd.). Sami pracovníci ZZS zpravidla intoxikované pacienty nevyhledávají, ty jim předává Policie ČR, případně městská policie. V zařízení je 9 lůžek. Jediným zdrojem finančních prostředků jsou úhrady pacientů (2015 – 489 tis. Kč, to je 35,82 % ze skutečně vyfakturovaných hospitalizovaných pacientů – 1.365 tis. Kč) a příspěvek Jihočeského kraje (4,000 tis. Kč).

Tabulka: Počet pacientů protialkoholní záchytné stanice (2015 a srovnání 2014)

	Hospitalizovaní klienti		Ambulantní klienti		Celkem klientů	
	2014	2015	2014	2015	2014	2015
Leden	84	110	25	35	109	145
Únor	103	93	21	45	124	138
Březen	109	97	19	30	128	127
Duben	111	117	25	31	136	148
Květen	120	102	25	26	145	128
Červen	123	94	24	24	147	118
Červenec	101	96	29	34	130	130

Srpen	112	81	26	39	138	120
Září	106	80	28	38	134	118
Říjen	98	81	29	32	127	113
Listopad	104	94	30	32	134	126
Prosinec	111	93	35	34	146	127
Celkem	1282	1138	316	400	1598	1538

Tabulka: Podíl mužů a žen - pacientů protialkoholní záchytné stanice (2015 a srovnání 2014)

	Klienti PZS			
	muži	muži	ženy	ženy
	2014	2015	2014	2015
Celkem	1378	1307	220	231

Tabulka: Náklady a výnosy ZZS JČK, z toho záchytná stanice (2015; v tis. Kč)

Činnost	Náklady	Výnosy	Hosp. výsledek
Celkem ZZS JČK	479 514	479 751	237
Z toho PZS	7 069	5 426	-1 643
Z toho	7 069	1 365 pacienti 4 000 JČK	-1 643

Zdroj: ZZS Jihočeského kraje

- hlavní změny v poskytování služeb, zaniklé nebo nové programy v kraji v roce 2015

V průběhu roku 2015 probíhalo jednání mezi vedením vazební věznice v Českých Budějovicích, a organizací PREVENT 99. Byla dohodnuta oboustranná spolupráce, a v dotačních řízeních Ministerstva spravedlnosti a Jihočeského kraje byla podpořena nová služba ve vězeňství, která je od počátku roku 2016 realizována právě ve vazební věznici České Budějovice.

4.3 Evaluace efektivity sítě služeb

Uskutečněné evaluace efektivity sítě služeb (Popis a výsledky evaluací a průzkumů preventivních aktivit a aktivit zaměřených na efektivitu služeb pro uživatele drog):

Nebyly v roce 2015 realizovány. Sledování výkonnosti a nákladovosti služeb je v náplni protidrogového koordinátora.

5 Různé - další údaje

- Kontaktní údaje o zařízeních, která působí na území kraje:

Adresář subjektů, působících v této oblasti je zpracován jako samostatný dokument, který je zveřejněn na webových stránkách Jihočeského kraje.

ZÁVĚR:

Ve srovnání s ostatními státy se Česká republika může vykázat nejmenším počtem smrtelných předávkování na 100.000 obyvatel ze všech zemí, nejnižším počtem nakažených HIV/AIDS a virovou hepatitidou C a dalšími nebezpečnými virovými onemocněními a to i navzdory problému všeobecné tolerance závislostního chování (zejména co do zneužívání tabáku a alkoholu) i rozšířenosti experimentů (a právě jen experimentů; v rozšíření

častého / rizikového užívání konopných drog jsme pod průměrem EU) s psychotropním konopím (marihuanou), v nichž patříme mezi nejpostiženější země vůbec. „Počet předávkování nelegálními drogami je až sedmkrát nižší než u alkoholu, takže v oblasti nelegálních drog je náš přístup úspěšný. Navíc, český systém péče je vzorem po celém světě. Jiné je to samozřejmě v oblasti drog legálních, tam kralujeme předním příčkám co do počtu rizikových uživatelů, a to zejména v pití a kouření dětí a mladistvých“

Citováno z: <http://www.vlada.cz/cz/ppov/protidrogova-politika/media/mimoradne-zasedani-osn-by-melo-prinest-novy-smer-v-globalni-protidrogove-politice--ceska-republika-jde-prikladem-142624/>, staženo 19. 4. 2016. Vyjádření k účasti České republiky na mimořádném zasedání OSN v oblasti protidrogové politiky, které proběhlo v New Yorku v dubnu 2016.

Citát je použit jako závěr této zprávy z toho důvodu, že Jihočeský kraj na realizaci do značné míry úspěšné protidrogové politiky ČR (minimálně v oblasti nelegálních návykových látek) spolupracuje jako aktivní a respektovaný partner.

k 25. 5. 2016, Mgr. Marek Nerud