

Schváleno usnesením č. 32/2013/ZK-2 ze dne 20. 12. 2012

MINIMÁLNÍ SÍŤ PROTIDROGOVÝCH SLUŽEB NA ÚZEMÍ JIHOČESKÉHO KRAJE

NA OBDOBÍ 2012 - 2014

**Odbor sociálních věcí a zdravotnictví Jihočeského kraje
Oddělení prevence a humanitních činností**

ODŮVODNĚNÍ POTŘEBNOSTI STANOVENÍ MINIMÁLNÍ SÍTĚ PROTIDROGOVÝCH SLUŽEB NA ÚZEMÍ JIHOČESKÉHO KRAJE

ŠIRŠÍ ZÁKONNÝ RÁMEC:

Zákon č.129/2000 Sb. o krajích

Samostatná působnost kraje § 14

(1) **Do samostatné působnosti kraje patří záležitosti, které jsou v zájmu kraje a občanů kraje, pokud nejde o přenesenou působnost kraje.**

(2) **Do samostatné působnosti kraje patří zejména záležitosti uvedené v § 11, 35, 36 a 59, s výjimkou vydávání nařízení kraje, a dále záležitosti, které do samostatné působnosti svěří zákon.**

Zákon č.379/2005 Sb. o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami a o změně souvisejících zákonů.

§ 22 1/ Kraj v samostatné působnosti

a) **koordinuje a podílí se na realizaci protidrogové politiky na svém území**, za tím účelem spolupracuje se státními orgány, s orgány obcí a s poskytovateli služeb v oblasti protidrogové politiky,

b) ve spolupráci se státními orgány i s orgány obcí **zpracovává krajskou strategii protidrogové politiky,**

c) **podílí se na financování programů protidrogové politiky a kontroluje účelné využití těchto finančních prostředků,**

d) zřizuje za účelem koordinace protidrogové politiky na svém území funkci krajského protidrogového koordinátora,

e) zřizuje svůj iniciativní nebo poradní orgán pro oblast protidrogové politiky v souladu se zvláštním právním předpisem,

f) zřizuje záchytné stanice v rozsahu stanoveném vyhláškou Ministerstva zdravotnictví,

g) koordinuje zřizování a činnost záchytných stanic zřizovaných obcemi v samostatné působnosti,

h) ročně soustřeďuje a vyhodnocuje údaje o situaci týkající se škod působených tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami na svém území.

KONCEPČNÍ A STRATEGICKÉ DOKUMENTY JIHOČESKÉHO KRAJE:

Program rozvoje Jihočeského kraje ¹

Zastupitelstvo kraje svým usnesením č. 195/2008/ZK ze dne 27. 5. 2008 schválilo Program rozvoje Jihočeského kraje.

Program rozvoje Jihočeského kraje pro období do roku 2013 je základním střednědobým dokumentem regionálního rozvoje na úrovni vyššího územně samosprávného celku, který kraj zpracovává v samostatné působnosti na základě platné legislativy. Pečovat o všestranný rozvoj svého území, to je základní úkol, který krajům ukládá zákon. Zastupitelstvo kraje ve své samostatné působnosti schvaluje Program rozvoje kraje, zajišťuje jeho realizaci a kontroluje jeho plnění.

Prioritní osa: 2. Lidské zdroje a sociální soudržnost

Opatření: 2.3. Sociální a zdravotní oblast

Operační cíle:

- Vytvoření sítě sociálních a zdravotních služeb odpovídající odůvodněným potřebám obyvatel;
- Funkční síť terénních sociálních a zdravotních služeb jako prevence před sociálním vyloučením;
- Zkvalitnění prevence a podpora zdravého životního stylu;

Aktivity:

- Podpora cílené prevence sociálně patologických jevů;
- Podpora dostupnosti sociálních služeb - místní, časová a ekonomická...;
- Zvyšování kvality sociálních a zdravotních služeb v souladu s podmínkami stanovenými zákonem (v souladu se standardy poskytovaných služeb);

¹ www.kraj-jihocesky.cz. Přímý odkaz: [http://www.kraj-jihocesky.cz/index.php?par\[fd_v\]=710&par\[lang\]=CS](http://www.kraj-jihocesky.cz/index.php?par[fd_v]=710&par[lang]=CS)

Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb Jihočeského kraje 2011 – 2013 ²

Zastupitelstvo kraje svým usnesením č. 383/2010/ZK-18 ze dne 2. 11. 2010 schválilo Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb Jihočeského kraje 2011 – 2013

Povinnost plánování vychází ze zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. Tento právní předpis ukládá krajům povinnost zpracovat střednědobý plán rozvoje sociálních služeb. Plán reflektuje záměr zajistit základní dostupnost a kvalitu poskytovaných sociálních služeb, zohledňuje priority Evropské unie v sociální oblasti a deklaraci záměrů v oblasti sociální politiky státu. Na jeho tvorbě se podíleli zadavatelé, uživatelé a poskytovatelé sociálních služeb. Vize SPRSS: „Zajištění optimální sítě sociálních služeb na území Jihočeského kraje pro naplnění potřeb uživatelů a možností zadavatelů na úrovni 21. století“

Priority pro cílovou skupinu osoby ohrožené drogou nebo na drogách závislé:

- Podpora systému poskytovaných služeb
- Zkvalitnění poskytovaných sociálních služeb
- Doprovodné aktivity

Strategie protidrogové politiky Jihočeského kraje na období 2012 – 2014 ³

Zastupitelstvo kraje svým usnesením č. 165/2012/ZK-31 ze dne 15. 5. 2012 schválilo **Koncepci oddělení prevence a humanitních činností 2012 – 2014 (její součástí je i Strategie protidrogové politiky)**

Obecný cíl: Snižít a/nebo stabilizovat užívání všech typů drog a potenciální rizika a škody, které mohou jednotlivcům a společnosti v důsledku jejich užívání nastat.

Oblasti působnosti Strategie:

- Primární prevence / služby a aktivity zaměřené na neuživatelé návykových látek;
- Zdravotně sociální služby / služby pro uživatele drog;
- Snižování nabídky drog a prosazování práva;
- Koordinace a vzdělávání na úrovni kraje;
- Koordinace na národní úrovni;
- Informace - výzkum – hodnocení;
- Financování

V této Strategii je termín minimální síť používán pro dokument, popisující rozložení protidrogových služeb na území kraje tak, aby plnily svou funkci na nejvyšší možné odborné úrovni v souladu s aktuálními vědeckými poznatky a strategickými dokumenty na národní úrovni, a zároveň byly v přiměřené míře dostupné svým klientům. Dalším hlediskem je dostupnost služeb, mapování jejich potřebnosti a efektivita vynakládání veřejných prostředků.

PROTIDROGOVÉ SLUŽBY – VYMEZENÍ

Podle zákona o sociálních službách – zákon č.108/2006 Sb.

Sociální poradenství, § 37 b) odborné sociální poradenství - je poskytováno se zaměřením na potřeby jednotlivých okruhů sociálních skupin osob v občanských poradnách, manželských a rodinných poradnách, poradnách pro seniory, poradnách pro osoby se zdravotním postižením, poradnách pro oběti trestných činů a domácího násilí; zahrnuje též sociální práci s osobami, jejichž způsob života může vést ke konfliktu se společností.

Kontaktní centra, § 59 - jsou nízkoprahová zařízení poskytující ambulantní, popřípadě terénní služby osobám ohroženým závislostí na návykových látkách. Cílem služby je snižování sociálních a zdravotních rizik spojených se zneužíváním návykových látek.

Služby následné péče, § 64 - jsou ambulantní nebo pobytové služby poskytované osobám s chronickým duševním onemocněním a osobám závislým na návykových látkách, které absolvovaly ústavní léčbu ve zdravotnickém zařízení, absolvovaly ambulantní léčbu nebo se jí podrobují, nebo osobám, které abstnují.

² www.kraj-jihocesky.cz. Přímý odkaz: <http://www.kpjck.cz/>

³ www.kraj-jihocesky.cz. Přímý odkaz: [http://www.kraj-jihocesky.cz/index.php?par\[fd_v\]=346&par\[lang\]=CS](http://www.kraj-jihocesky.cz/index.php?par[fd_v]=346&par[lang]=CS)

Terapeutické komunity, § 68 - poskytují pobytové služby i na přechodnou dobu pro osoby závislé na návykových látkách nebo osoby s chronickým duševním onemocněním, které mají zájem o začlenění do běžného života.

Terénní programy, § 69 - jsou terénní služby poskytované osobám, které vedou rizikový způsob života nebo jsou tímto způsobem života ohroženy. Služba je určena pro problémové skupiny osob, uživatele návykových látek nebo omamných psychotropních látek, osoby bez příštěší, osoby žijící v sociálně vyloučených komunitách a jiné sociálně ohrožené skupiny. Cílem služby je tyto osoby vyhledávat a minimalizovat rizika jejich způsobu života. Služba může být osobám poskytována anonymně.

Podle Standardů odborné způsobilosti (RVKPP, 2003)

Cílem standardů je stanovit ve veřejném zájmu kritéria péče o problémové uživatele drog a drogově závislé, která se stanou závazná pro všechny poskytovatele odborných služeb. Standardy jsou základním nástrojem pro zabezpečení kvality a účinnosti poskytované péče a poskytují orgánům státní a veřejné správy, veřejným zdravotním pojišťovnám a jiným institucím poskytujícím finanční prostředky nástroj pro dohled na úroveň služeb poskytovaných veřejnosti a kontrolu efektivity vynakládání poskytnutých finančních prostředků

1. Detoxifikace - léčení odvykacího syndromu, abstinčních příznaků spojených s přerušením užívání návykové látky (v případech, kdy nejsou ohroženy vitální funkce organismu)

2. Terénní programy - služby prvního kontaktu v terénu včetně komplexního programu „harm reduction“ s cílem ovlivnit motivaci pacienta/klienta ke změně životního stylu, rizikového chování a k vyhledání příslušných odborných zařízení

3. Kontaktní a poradenské služby - kontaktní služby, poradenství a motivační trénink, programy „harm reduction“, diferenciatně diagnostický filtr a zprostředkování léčby v nízkoprahových kontaktních centrech, poradenských a preventivních centrech

4. Ambulantní léčba - ambulantní léčebná a preventivní péče v AT ordinacích a jiných zdravotnických zařízeních

5. Stacionární programy - intenzivní ambulantní péče: strukturované programy denních, popř. nočních či odpoledních stacionářů v délce 3-4 měsíce

6. Krátkodobá a střednědobá ústavní léčba - lůžková péče na samostatných odděleních psychiatrických léčeben a klinik, na samostatných specializovaných odděleních všeobecných nemocnic, případně v samostatných zdravotnických zařízeních, v obvyklém rozsahu 5-14 týdnů

7. Rezidenční péče v terapeutických komunitách - Střednědobá a dlouhodobá lůžková odborná péče v zařízeních typu terapeutických komunit, obvykle v délce 6-18 měsíců

8. Ambulantní doléčovací programy – **A)** Strukturované programy intenzivního ambulantního doléčování, částečně na principu odpoledních stacionářů, v délce minimálně 6 měsíců, **B)** Chráněné bydlení: Součástí doléčovacího programu může být chráněné bydlení. Chráněné bydlení je prostředek sociální stabilizace klienta formou přechodně poskytovaného ubytování.

9. Substituční léčba - ambulantní udržovací léčba substituční látkou s psychosociální komponentou, plánovaná na období delší než 12 měsíců

Podle standardů odborné způsobilosti poskytovatelů programů primární prevence (MŠMT, 2006)

Certifikace odborné způsobilosti poskytovatelů programů primární prevence uživatelů návykových látek je posouzení a formální uznání, že program odpovídá stanoveným normám kvality a komplexnosti. Tyto normy jsou rozpracovány a schváleny Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy, Radou vlády pro koordinaci protidrogové politiky a Výborem pro udělování certifikací primární prevence uživatelů návykových látek při MŠMT.

1. Programy specifické primární prevence poskytované v rámci školní docházky
2. Programy specifické primární prevence poskytované mimo rámec školní docházky
3. Programy včasné intervence
4. Vzdělávací programy v oblasti specifické primární prevence
5. Ediční činnost v oblasti primární prevence

FINANCOVÁNÍ PROTIDROGOVÝCH SLUŽEB

Úvodem:

Financování drogových služeb je v ČR specifické v tom, že jsou z velké části financovány prostřednictvím dotací a grantů, v maximální míře (více než 95%) z veřejných rozpočtů. Toto financování je jednoleté, finanční prostředky jsou obvykle na účet poskytovatelů těchto služeb, kteří reagují na společenskou zakázku, poskytovány opožděně, s čímž jsou spojeny nemalé komplikace. Nejvyšší část těchto finančních prostředků plyne ze státního rozpočtu (RVKPP, MPSV, MZ, MŠMT), menší část z ostatních veřejných rozpočtů (kraje, obce). Pouze malá část služeb je financována z prostředků zdravotního pojištění. Účast ostatních subjektů na spolufinancování těchto služeb je marginální (samotní uživatelé, sponzoři atp.).

Právní rámec financování protidrogových služeb

Státní rozpočet - podle Zásad vlády pro poskytování dotací ze státního rozpočtu České republiky nestátním neziskovým organizacím ústředními orgány státní správy (Usnesení vlády ČR č. 92 ze dne 1. února 2010; příloha):

- **Část druhá:** Postup při poskytování dotací
 - Odst. 7) Dotace se poskytuje do 70 % rozpočtových nákladů projektu a tato podmínka je zahrnuta do příslušného rozhodnutí o dotaci. V odůvodněných případech může ústřední orgán rozhodnout o poskytnutí dotace až do výše 100% rozpočtovaných nákladů projektu.
 - Odst. 10) projekt může být spolufinancován z obecních a krajských rozpočtů, z prostředků evropských fondů a z dalších zdrojů. Pokud je projekt financován z různých státních zdrojů, nesmí souběh těchto zdrojů činit víc než 70% nákladů projektu. Duplicitní úhrada stejných nákladů na projekt z různých zdrojů včetně státního rozpočtu není povolena.

Rozpočty územně samosprávných celků (kraje)

- Podle **zákona č.129/2000 Sb.**, o krajích:
 - § 36, odst.1, písm.c - Zastupitelstvu je dále vyhrazeno rozhodování o ... :
 - poskytování dotací občanským sdružením, humanitárním organizacím a jiným právnickým a fyzickým osobám působícím na území kraje v oblasti mládeže, sportu a tělovýchovy, sociálních služeb, podpory rodin, požární ochrany, kultury, vzdělávání a vědy, zdravotnictví, protidrogových aktivit, prevence kriminality...
- Podle **zákona č.379/2005 Sb.**, o opatřeních k ochraně... :
 - § 22, odst. 1, písm. c - kraj v samostatné působnosti:
 - podílí se na financování programů protidrogové politiky a kontroluje účelné využití těchto finančních prostředků,

Rozpočty obcí:

- Podle **zákona č. 128/2000 Sb.**, o obcích
 - § 35, odst.2:
 - Do samostatné působnosti obce patří zejména záležitosti uvedené v § 84, 85 ... Obec v samostatné působnosti ve svém územním obvodu dále pečuje v souladu s místními předpoklady a s místními zvyklostmi o vytváření podmínek pro rozvoj sociální péče a pro uspokojování potřeb svých občanů. Jde především o uspokojování potřeby bydlení, ochrany a rozvoje zdraví, dopravy a spojů, potřeby informací, výchovy a vzdělávání...
 - § 85, písm. c) - zastupitelstvu obce je dále vyhrazeno rozhodování o ... :
 - poskytování dotací občanským sdružením, humanitárním organizacím a jiným fyzickým nebo právnickým osobám působícím v oblasti mládeže, tělovýchovy a sportu, sociálních služeb, podpory rodin, požární ochrany, kultury, vzdělávání a vědy, zdravotnictví, protidrogových aktivit, prevence kriminality ...,
- Podle **zákona č.379/2005 Sb.**, o opatřeních k ochraně... :
 - § 22, odst. 2, písm. c - Obec v samostatné působnosti:
 - v případě potřeby se podílí na financování programů protidrogové politiky a kontroluje účelné využití těchto finančních prostředků,

Uživatelé služeb - podle zákona o sociálních službách (zákon č.108/2006 Sb.)

- Kontaktní centra, terénní programy atp. - sociální služby bez úhrady nákladů, § 72
- Terapeutické komunity, pobytové služby následné péče, úhrada za ubytování a stravu, § 76

Podíly na financování služeb:

Lze konstatovat, že nejvyšší podíl na financování protidrogových služeb zajišťuje stát (v případě Jihočeského kraje odhadem cca 60%).⁴ Na druhém místě, a tento trend je dlouhodobě vzrůstající, se podílí Jihočeský kraj, v objemu cca 30 %, následují obce (cca 5 %). O zbylých 5 % se dělí marginální zdroje (jiné vlastní příjmy organizací, nadace, sponzoři a dary).

Základní zdroje na centrální úrovni jsou v současné době tyto (řazeno dle významu a objemu prostředků):

- Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky (projekty certifikované dle standardů RVKPP)
- Ministerstvo práce a sociálních věcí (sociální služby, nebo sociální složky jednotlivých programů)
- Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy (primární prevence)
- Ministerstvo zdravotnictví (zdravotnické služby, ochrana veřejného zdraví a prevence šíření infekčních onemocnění)
- Ministerstvo spravedlnosti (programy ve vězeňství a resocializační programy)

Závěr:

Současná podoba služeb, poskytovaných uživatelům drog se formovala koncem devadesátých let 20. století. Jádrem této činnosti je směřováno spíše do sociální než do zdravotní oblasti, což lze přičítat faktu, že hlas zdravotníků, specializujících se na tuto oblast nebyl v době transformace českého zdravotnictví slyšet dostatečně na to, aby byla optimálně naplněna potřeba financování této problematiky z prostředků veřejného zdravotního pojištění (ze zdravotního pojištění je financována část ambulantní léčby, a větší část pobytové léčby). Z tohoto důvodu jsou poskytovatelé protidrogových služeb na území Jihočeského kraje v oblasti primární, sekundární a terciální prevence (Harm reduction, snižování rizik) převážně NNO, a jsou odkázáni na financování z veřejných rozpočtů.

Protože se na ně vztahují „Zásady vlády pro poskytování dotací ...“, které jim z centrální úrovně přiznávají maximální možnost financování nákladů na tyto služby ve výši 70%, jsou do značné míry závislí na dalších veřejných rozpočtech, tedy rozpočtech krajů a obcí.

Cílem tohoto dokumentu je tedy mimo jiné do budoucna vhodným způsobem rozložit toto spolufinancování mezi donory finančních prostředků z veřejných rozpočtů u protidrogových služeb v Jihočeském kraji tak, aby nebylo ohroženo poskytování těchto služeb, a zároveň aby největší tíže jejich podpory neležela pouze na jednom z nich – na kraji.

⁴ Viz. Např. Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v ČR v roce 2008, str. 11, tab. 1-6

MINIMÁLNÍ SÍŤ PROTIDROGOVÝCH SLUŽEB NA ÚZEMÍ JIHOČESKÉHO KRAJE

Specifická primární prevence (primární prevenci má na centrální úrovni v gesci jako hlavní garant MŠMT)

Výtah ze Strategie protidrogové politiky Jihočeského kraje na období 2012 – 2014

Priorita 1.1/ Podpora odborně způsobilých služeb zařazených na základě jejich potřeby do minimální sítě protidrogových služeb na území Jihočeského kraje

Opatření:

1.1.1: Finanční podpora služeb, zařazených na základě jejich potřeby a odborné způsobilosti do minimální sítě služeb

1.1.2: Koordinační podpora služeb (komunikace s centrálními orgány, podpora u dalších možných zdrojů financí, vzdělávání a informovanost služeb)

Realizátoři: NNO, fyzické osoby, případně další subjekty, splňující podmínky, dále nastavené v popisu tohoto dokumentu, především podmínku odbornosti.

Cílové skupiny preventivních aktivit:

PRIMÁRNÍ cílová skupina (**DĚTI A MLÁDEŽ**): Zaměření programů především na tři věkové kategorie: děti do věku 6 let (předškolní věk), děti ve věku povinné školní docházky (základní škola), žáci a studenti středních škol.

- jednotlivci, kteří dosud do styku s návykovými látkami nepřišli (relativně jednoduchá kvantifikace, vychází z počtu obyvatel kraje a jeho věkové struktury, rok 2010)⁵
 - věková skupina 0 – 14 let celkem cca 93 000 osob
 - věková skupina 15 – 19 let celkem cca 36 500 osob

nebo také takto (vzhledem k charakteru primární prevence) (školní rok 2010/2011)

○ počet dětí v MŠ	cca 21 300 dětí	884 tříd
○ počet žáků ZŠ	cca 48 000 žáků	227 škol
○ počet studentů SŠ	cca 34 100 studentů a učňů	95 škol

Další cílovou skupinu tvoří **PEDAGOGIČTÍ PRACOVNÍCI** (případně další osoby, pracující s dětmi a mládeží) – jejich vzdělávání ve znalostech a dovednostech, spojených prevencí užívání drog (výchova ke zdravému životnímu stylu apod.).

Východiska a zásady, podle nichž je koncipována síť služeb:

A/ Dostupnost služeb: Rovnoměrné pokrytí území kraje po regionech (okresy) prostředky pro spolufinancování vybranými programy specifické primární protidrogové prevence, z důvodu rovnoměrné distribuce služeb

- maximalizace možnosti kontaktu se všemi školami v kraji, nikoli jen podle toho, kde právě sídlí odborně zdatný poskytovatel služby;
- dostupný kvalifikovaný poradenský servis pro pedagogické pracovníky, rodiče, děti;
- přiměřená dostupnost všeobecně, zapojení do místních preventivních aktivit nebo alespoň možnost jejich ovlivnění (i prevence v širším smyslu - volnočasové aktivity);
- podpora veřejného zdraví (Public Health, aktivní přístup);
- získání spoluúčasti z místních zdrojů – sponzoři, veřejné rozpočty (obce), obce a regiony mají možnost hodnotit potřebnost a efektivitu služeb. Toto je cesta k začleňování preventivních programů do místní, komunitní vzdělávací a sociální politiky na základě znalosti terénu a ocenění důležitosti těchto služeb ze strany vedení škol a jejich zřizovatelů (obcí).

⁵ Údaje jsou čerpány ze Statistické ročenky Jihočeského kraje 2011 (ČSÚ), rok 2010 a Výroční zprávy o stavu a rozvoji vzdělávací soustavy v Jihočeském kraji za školní rok 2010/2011 (OŠMT KÚ Jihočeského kraje)

Spolufinancování ze strany obcí (nebo zřizovatele či vedení školy) bude vnímána jako výraz potřeby pro místní úroveň.

B/ Odbornost služeb:

Z finančních prostředků Jihočeského kraje v oblasti protidrogové politiky považujeme za efektivní podporovat pouze ty služby (a jejich poskytovatele), které (kteří) obhájí svou úroveň v procesu certifikace odborné způsobilosti poskytovatelů programů primární prevence užívání návykových látek (dále jen PPUNL, programy pro děti a mládež), nebo které mají vzdělávací a výcvikové programy akreditované MŠMT (programy pro osoby pracující s dětmi a mládeží). Finanční prostředky mohou být žádány (a využity) pouze v souladu s uděleným typem certifikace. Důvodem je zajištění odbornosti služeb, soulad programů s neaktuálnějšími současnými vědeckými poznatky a zkušenostmi dobré praxe, souladu se strategiemi a přístupy k řešení této problematiky na národní úrovni, zajištění předvídatelnosti a opakovatelnosti programů, zajištění podmínek pro vyhodnocování účinnosti těchto programů. Od roku 2008 jsou tyto certifikace vyžadovány i od ostatních poskytovatelů dotací, především na centrální úrovni (viz bod C).

C/ Efektivita financování:

Z prostředků kraje (mimo zajištěné odbornosti) předpokládáme financování především služeb a programů, které mají zajištěné další financování z jiných úrovní, ať již centrální (především MŠMT) nebo místní (školy, obce).

Z důvodu efektivity vynakládání finančních prostředků Jihočeským krajem, aby nedošlo k tříštění vynakládaných finančních prostředků na osamocené, jednorázové aktivity, které nejsou jako potřebné a důležité hodnocené (zvláště přímo na místní úrovni, čili přímo „u zdroje“).

Popis významných poskytovatelů těchto služeb - současný stav (k 30. 9. 2012)

(certifikování poskytovatelů služeb v regionech podle sídla organizace / název organizace)

Region Českokrumlovs	Sdružení Spirála	V rámci školní docházky
Region Jindřichohradeck	OS META	V rámci školní docházky
Region Píseck	OS Arkáda	V rámci školní docházky
Region Prachatick	OS Portus	V rámci školní docházky
Region Strakonick	OS Do Světa	V rámci školní docházky, Mimo ...
Region Českobudějovick	nesídlí certifikovaný poskytovatel	významným poskytovatelem
služby v tomto regionu je OS Do Světa		
Region Táborsk	nesídlí certifikovaný poskytovatel	poskytovatelem služby
v tomto regionu je OS Do Světa		

Varianty podoby sítě pro období 2012 - 2014:

Základem této sítě není idea, postavená na konkrétních organizacích, poskytujících služby v oblasti specifické primární prevence drogových závislostí. Tyto organizace se mohou měnit, zanikat a nové vznikat, mohou certifikace získávat, a naopak. Jako efektivnější a dlouhodobě výhodnější se jeví systém, opřený o rozdělení finančních prostředků podle regionů, které budou primárně určeny na podporu poskytovatelů těchto služeb (kteří splní podmínky, uvedené v bodech B a C předcházející kapitoly⁶), kteří budou pokrývat potřeby v konkrétních regionech – bez ohledu na sídlo organizace.

Klíčem pro rozdělení finančních prostředků do regionů bude:

- Rozdělení každoročně vyčleněné částky na specifickou protidrogovou prevenci pro jednotlivé regiony podle počtu žáků v daném regionu (základní a střední školy - % zastoupení z celého Jihočeského kraje, přepočtené podle oficiálních statistických údajů z Výroční zprávy OŠMT KÚ JČK, podle údajů k 30. 9. 2007.
- Dodržení dalších podmínek, stanovených tímto dokumentem (odbornost, spolufinancování)
- Naplnění dalších podmínek, stanovených příslušnou směrnicí příslušného grantového programu JČK (indikátory)

⁶ Především kritérium odbornosti a efektivity financování (čili spoluúčast z dalších zdrojů)

Jihočeský kraj (školní rok 2010/2011) 79 940 žáků ZŠ a SŠ (denní studium) 100%

Region Českobudějovicko	25 452 žáků ZŠ a SŠ	32 % z celkového počtu JČK
Region Českokrumlovsko	6 725	8 %
Region Jindřichohradecko	11 200	14 %
Region Písecko	8 770	11 %
Region Prachaticko	5 468	7 %
Region Strakonicko	8 978	11 %
Region Tábořsko	13 347	17 %

Předpokládáme-li, že po dobu platnosti tohoto dokumentu vyčlenění částky 1.000.000,-Kč (GP Podpora a rozvoj protidrogové politiky JČK; částka může být i vyšší, podle možností rozpočtu kraje), bude rozdělení do podpory Minimální sítě protidrogových služeb – oblast PRIMÁRNÍ PREVENCE, vpadat takto (minimální výše příspěvku)

ROK 2012 (platí i pro 2013, 2014)

Jihočeský kraj celkem	100%	1 000 000 Kč
	% z celkového počtu žáků	minimální výše podpory
Region Českobudějovicko	32 %	320 000 Kč
Region Českokrumlovsko	8 %	80 000 Kč
Region Jindřichohradecko	14 %	140 000 Kč
Region Písecko	11 %	110 000 Kč
Region Prachaticko	7 %	70 000 Kč
Region Strakonicko	11 %	110 000 Kč
Region Tábořsko	17 %	170 000 Kč

Výběr projektů na oblast primární prevence v rámci Minimální sítě bude probíhat ve dvou krocích:

- V prvním budou posouzeny žádosti právě s ohledem na regionální členění sítě;
- Podmínkou ovšem je, aby se žadatel v indikátorech zavázal k pokrytí přiměřené části potřeb školských zařízení v regionu (i s ohledem na plánovaný počet oslovených žáků a studentů); tyto indikátory budou součástí Pravidel GP;
- Pokud ovšem pro některý region nebude podána žádost, nebo nebude splňovat podmínky dané tímto dokumentem a příslušnou grantovou směrnicí, tyto finanční prostředky budou následně přerozděleny na realizaci ostatních projektů, splňujících příslušné podmínky.

Smyslem tohoto opatření je prioritně naplnit cíle tohoto dokumentu, tj. co nejrovnoměrnější pokrytí území kraje službami primární prevence.

Služby Harm reduction, (kontaktní a poradenské služby), léčba a doléčování

4.2.1/ Východiska:

Plošné pokrytí celého území kraje po regionech (okresy) vybranými programy (z důvodu základní dostupnosti poskytování služeb a zároveň i efektivity jejich (spolu)financování ze strany kraje).

Tento způsob je zvolen z důvodu rovnoměrné distribuce služeb, nezůstanou „bílá místa“

- kontakt s uživateli;
- kvalifikovaný poradenský servis pro obyvatele regionů;
- dostupnost všeobecně, zapojení do místních systémů sociálních služeb (jejich plánování a rozvoj – KPSS);
- ochrana veřejného zdraví (Harm reduction, reaktivní přístup);
- podpora veřejného zdraví (Public Health, aktivní přístup);
- získání spoluúčasti z místních zdrojů – sponzoři, veřejné rozpočty (obce), obce a regiony mají možnost hodnotit efektivitu služeb a je to cesta k jejich začleňování do místní sociální politiky na základě znalosti terénu od poskytovatelů služeb a ocenění důležitosti těchto služeb ze strany zadavatelů.

4.2.2/ Podoba sítě - současný stav:

- **Detox (mladiství):** V současné době není, ale není ani doložena jeho bezprostřední naléhavá potřeba. V rámci celé ČR plní tuto úlohu Detoxifikační centrum Nemocnice Milosrdných sester sv. Karla Boromejského v Praze, a ani jeho kapacita není beze zbytku využita;
- **Detox (dospělí):** V současné době není. Není zcela odůvodněna potřeba samostatného, specializovaného zařízení. Tato problematika je řešena jednak detoxem PL Červený Dvůr – pouze pro pacienty, kteří tam nastupují do léčby, v případě nástupu do jiné léčebny si klient ve spolupráci s léčebnou nebo poradenským pracovištěm zajišťuje detox sám. V naléhavých ostatních případech prostřednictvím oddělení JIP a ARO jednotlivých nemocnic;
- **Kontaktní centrum nebo terénní program** (vždy s poradenským servisem) – v každém regionu/okrese:

Region Českobudějovicko	KC a terénní program
Region Českokrumlovsko	Terénní program (s poradenským servisem)
Region Jindřichohradecko	Terénní program (s poradenským servisem)
Region Písecko	KC a terénní program
Region Prachaticko	KC a terénní program
Region Strakonicko	KC a terénní program
Region Tábořsko	Kontaktní centrum (KC)

- **Ambulantní léčba - 1 zařízení v kraji** (České Budějovice);
 - Program ambulantní léčby v Českých Budějovicích podle Standardů RVKPP, realizovaný OS Prevent, vznikl na základě spolupráce magistrátu města České Budějovice, Jihočeského kraje a realizátora jednak jako reakce na potřebu zajistit dostupnost této formy léčby závislostí v přiměřeném čase, jednak jako reakce na zaznamenané nepřilíživé postoje zdravotnických zařízení k této cílové skupině. V Jihočeském kraji existuje více možností, jak podstoupit ambulantní léčbu závislostí, tento segment péče je ale financován z prostředků zdravotního pojištění, Jihočeský kraj nemá reálnou možnost podobu sítě těchto služeb nijak významně ovlivnit, proto ani tyto služby nejsou součástí tohoto dokumentu.
- **Substituční léčba (metadon, buprenorfin) - 1 zařízení v kraji** (České Budějovice)
 - Program ambulantní léčby v Českých Budějovicích podle Standardů RVKPP, realizovaný OS Prevent, vznikl na základě spolupráce Jihočeského kraje a realizátora jako reakce na potřebu zajistit dostupnost této formy léčby závislostí v přiměřeném

čase a kvalitě, zároveň jako respektování priorit Ministerstva zdravotnictví v tomto segmentu péče. V Jihočeském kraji neexistuje jiný program nebo zařízení, které poskytují substituční léčbu metadonem, a zároveň je k dispozici mizivé množství programů nebo služeb, které zajišťují substituci buprenorfinem v plném rozsahu standardů, tedy včetně návazných programů a aktivit (přesněji konstatováno, mimo samotné předepisování substitučních preparátů se jedná v rámci kraje spíše o výjimečné pokusy), které účinnost léčby významně zvyšují. Zbylý segment této péče (zdravotnický) je ale financován z prostředků zdravotního pojištění, Jihočeský kraj nemá reálnou možnost podobu sítě těchto služeb nijak významně ovlivnit, proto ani tyto služby nejsou součástí tohoto dokumentu.

- **Pobytová léčba.** V Jihočeském kraji jsou na léčbu závislostí tato specializovaná zařízení – především psychiatrická léčebna Červený Dvůr (zřizovatel Ministerstvo zdravotnictví), terapeutické komunity Podcestný Mlýn (OS Podané ruce Brno), Karlov a Němčice (OS Sananim, Praha);
 - Pacienti z Jihočeského kraje ovšem vyhledávají léčbu i v jiných zařízeních, pobytová léčba je typická služba s celostátní působností. I z toho důvodu je příspěvek, poskytovaný dlouhodobě především terapeutickým komunitám, spíše solidární, než pro jejich rozpočet významný.
- **Následná péče - 1 zařízení v kraji (České Budějovice,);**
 - Jediná služba tohoto druhu v Jihočeském kraji, ambulantní doléčování i pobytová forma. Služba s celostátní spádovostí, vyhledávají ji i klienti z jiných krajů (po léčbě závislosti mnohdy potřebují změnit prostředí, přetrhat kontakty na místa, kde získali závislost.

- *Tato podoba sítě není definitivní a pochopitelně se může v čase, na základě nově vyvstalých potřeb, měnit, především co se týče druhů služeb, jejich spádovosti a podobně.*
- *Zásadní systémové změny nepředpokládáme vzhledem k tomu, že se tento model osvědčil (zajištění dostupnosti, efektivity a odbornosti služeb).*

Priority modelu Minimální sítě protidrogových služeb na území Jihočeského kraje (řazeny sestupně dle důležitosti):

- **Priorita 1/ Služby prvního kontaktu (nizkoprahové služby)**
 - Tyto služby nemají reálnou nebo plnohodnotnou alternativu v jiných segmentech péče (sociální služby, zdravotnictví). Zaměřují se na vyhledávání uživatelů drog v jejich přirozeném prostředí, pracují s nimi na minimalizaci (nejen) zdravotních rizik jak pro klienty, tak pro celou společnost, motivují je k léčbě. Typicky regionální služby, vzhledem ke zdravotnickému systému je jejich nenahraditelnou předností nizkoprahovost, vzhledem k systému sociálních služeb významná složky zdravotní.
- **Priorita 2/ Ambulantní služby v regionech s největší potřebností (poskytované občanům Jihočeského kraje):**
 - **Ambulantní léčba:** V případě významného výpadku financování nejnáze nahraditelná služba, i tak ovšem s velkým otazníkem. Její poskytování v českobudějovickém regionu nevyplynulo z toho důvodu, že by v místě nebyli lékaři, specialisté na tuto oblast; ale proto, že pacienti se závislostí (a jejich sociální okolí) nechtěli přijímat do léčby, nebo měli mnohdy velmi dlouhé (měsíce) dlouhé čekací lhůty. V Jihočeském kraji je služba poskytována (a podporována) v Českých Budějovicích především z toho důvodu, že se jedná o největší a nejhustěji osídlený region kraje (cca 200 000 obyvatel, tedy asi 1/3 obyvatel kraje, v mezích rozumné dostupnosti služby). S největší pravděpodobností by si tato služba zasloužila rozšíření i do jiných regionů kraje, zde jsou ovšem limitující dvě okolnosti. Celkový nedostatek finančních prostředků, a předpokládaná nevysoká efektivita služby v méně

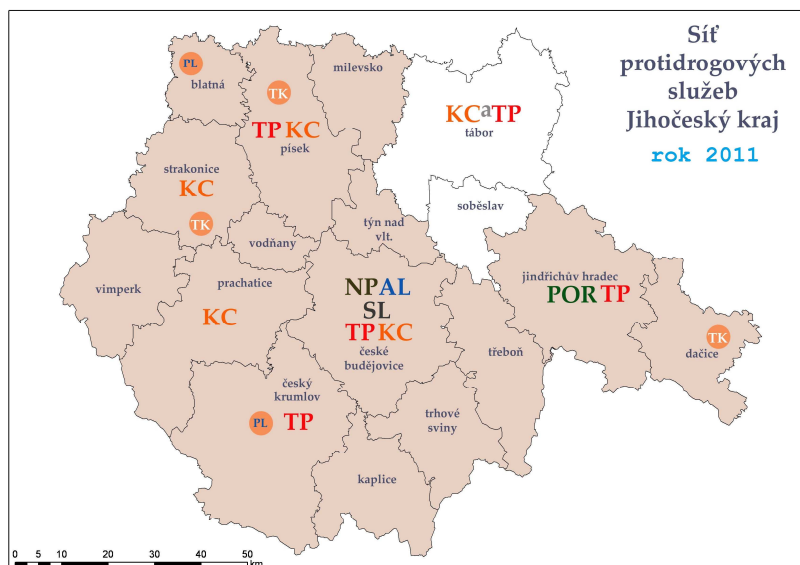
zaldiněných regionech. Subjektem, primárně zodpovědným za dostupnost efektivní a účinné ambulantní léčby jsou zdravotní pojišťovny.

- **Substituční léčba:** S ohledem na charakter poskytovaných služeb (komplexní program substituce metadonem a buprenorfiny) v této době nezastupitelná služba. V Jihočeském kraji je služba poskytována (a podporována) v Českých Budějovicích z toho důvodu, že se zde nachází největší počet uživatelů opiátů. S největší pravděpodobností by si tato služba zasloužila rozšíření i do jiných regionů kraje, zde jsou ovšem limitující dvě okolnosti. Celkový nedostatek finančních prostředků, a předpokládaná nevysoká efektivita služby v méně zalidněných regionech. Subjektem, primárně zodpovědným za dostupnost efektivní a účinné substituční léčby, jako moderní lege artis metody léčby závislostí na opiátech, jsou zdravotní pojišťovny.
- **Ambulantní následná péče:** Služba následné péče (doléčování, resocializace apod.) je poskytována především těm klientům/ pacientům, kteří ukončili pobytovou léčbu. Významná část klientů v ambulantním programu jsou obyvatelé kraje, minimálně tato forma služby si zaslouží významnou podporu.
- **Priorita 3/ Pobytová léčba (a pobytová forma doléčování/ následné péče):** Typické služby s celostátní spádovostí, Jihočeský kraj v případě těchto služeb upřednostňuje model jejich hlavní podpory z centrální úrovně. V případě výpadku financování u tzv. regionálních služeb (KC, TP, ambulantní služby) z jiných zdrojů předpokládáme přednostní podporu právě těmto službám.

MINIMALISTICKÁ A OPTIMÁLNÍ VARIANTA „SÍŤ“

Vzhledem k dlouhodobým zkušenostem s vyhodnocováním efektivity, potřebnosti a dostupnosti služeb pro uživatele nelegálních drog Jihočeský kraj považuje současný model sítě (k 1. 1. 2012) za minimalistickou variantu. Rozšiřování služeb, spolufinancovaných Jihočeským krajem v případě optimální varianty by se do budoucna nemělo dít formou přebírání závazků jiných subjektů (především zdravotních pojišťoven nebo centrálních institucí; viz. ambulantní léčba, substituční léčba, pobytová léčba a doléčování), ale rozvojem především služeb nízkoprahových, typicky regionálních, ve spolupráci s místními samosprávami.

Mapa: Současná podoba sítě služeb, Jihočeský kraj



Vysvětlivky:

TP – terénní program KC – kontaktní centrum SL – substituční léčba PL – psychiatrická léčebna
TK – terapeutická komunita AL – ambulantní léčba (od listopadu 2011 certifikována i při službě „Auritus – centrum pro lidi ohrožené drogou“, FCH Tábor) POR – odborné sociální poradenství (zákon č. 108/2006, o sociálních službách)

	MINIMALISTICKÁ VARIANTA	OPTIMÁLNÍ VARIANTA (rozšíření oproti minimalistické variantě)
terénní programy (okresy)	<ul style="list-style-type: none"> • České Budějovice • Český Krumlov • Jindřichův Hradec • Písek • Prachatice • Strakonice 	<ul style="list-style-type: none"> • Zcela chybí TP v okrese Tábor • Významné posílení TP v okrese Jindřichův Hradec (rozlehlý okres, velké vzdálenosti, v současné době není ideálně pokryt)
kontaktní centra (ORP, centra okresů)	<ul style="list-style-type: none"> • České Budějovice • Písek • Prachatice • Strakonice • Tábor 	Není důvod k rozšiřování sítě těchto služeb. Ve městech Český Krumlov a Jindřichův Hradec (Třeboň) kontaktní centra v minulosti fungovala, nicméně vzhledem k charakteru měst (především obav klientů ze ztráty anonymity) nebyla vytižena, a v nejbližší době vzhledem k vysokým nákladům na provoz této služby nelze očekávat změnu. Efektivnější alternativou jsou terénní programy s posíleným poradenským servisem.
substituční léčba (metadon)	České Budějovice	Vzhledem k charakteru drogové scény v kraji, kde jednoznačně převažují uživatelé pervitinu, a užívání opiátů je spíše místní nebo okrajovou záležitostí nelze předpokládat efektivní využití programu v jiném regionu. Druhým důvodem je značná finanční náročnost této služby. Nepředpokládáme rozšíření služby.
ambulantní léčba	České Budějovice	Jedná se o výjimečné okolnosti, které provázely vznik této služby, hlavním důvodem je nedostatečné zajištění ambulantní léčby v nejhustěji osídleném regionu kraje a jeho nedostatečném pokrytí zdravotními službami. Primárně ale za odpovědnou instituci pro zajištění tohoto typu služeb považujeme zdravotní pojišťovny (min. zdravotnictví), tedy nepovažujeme masivní výdaje ze strany samospráv tímto směrem za efektivní. Nepředpokládáme rozšíření služby z prostředků kraje do jiných regionů.
ambulantní doléčování	České Budějovice	V Českých Budějovicích efektivně poskytovaná služba, v ostatních regionech by bylo vhodné službu rozšířit spíše než jako specializované zařízení formou programů, realizovaných pod jednotlivými KC (pravděpodobně minimálně okresy Tábor, Písek; v ostatních okresech dle zjištěných potřeb – předpokládáme podporu spíše odůvodněným navýšením rozpočtů kontaktních center).
pobytové doléčování	České Budějovice	Služba s celostátní spádovostí. Nepředpokládáme její rozšíření do dalších regionů kraje.
pobytová léčba	PL Červený Dvůr	Služba s celostátní spádovostí, financovaná z prostředků veřejného zdravotního pojištění a prostředků ministerstva zdravotnictví (přísp. organizace). Nepředpokládáme významnou finanční podporu , ani požadavek na rozšíření služby, toto považujeme za úkol pro správce sítě na národní úrovni.
terapeutické komunity	<ul style="list-style-type: none"> • TK Němčice • TK Karlov • TK Podcestný Mlýn 	Služby s celostátní spádovostí. Předpokládáme doplňkovou finanční podporu. Nemáme dostatek informací, vzhledem k charakteru služeb, které by nás vedly k požadavku na jejich rozšíření, toto považujeme za úkol pro správce sítě na národní úrovni.

PODPORA KRAJE:

A/ Finanční prostředky uvolněné na základě definované a vyjednané sítě služeb:

Výše požadovaných/ alokovaných finančních prostředků vychází z platných koncepčních dokumentů kraje (minimální částka, kterou se kraj zaváže poskytovat v určeném období na tyto služby - v současném stavu, tedy minimalistický přístup):

- **Koncepce Oddělení prevence a humanitních činností 2012 – 2014, Strategie protidrogové politiky Jihočeského kraje na období 2012 – 2014** (schváleno usnesením č. 165/2012/ZK-13 ze dne 15. 5. 2012). Ve strategii jsou uvedeny předpokládané finanční prostředky v tomto členění:
 - Oblast primární prevence 1,5 mil. Kč
 - Oblast služeb pro uživatele drog 6,5 mil. Kč
- **Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb Jihočeského kraje na období 2011 – 2013** (usnesení č. 383/2010/ZK-18 ze dne 2. 11. 2010).
 - Na rok 2011 byly předpokládané výdaje ze strany kraje **6 070 000 Kč** (bez zdravotnické složky programu substituce – cca 300 tis. Kč), podařilo se zajistit **5 190 000 Kč**. Na další období jsou v SPRSS předpokládané tyto finanční prostředky (ze strany Jihočeského kraje):

	rok 2012:	rok 2013:
Odborné sociální poradenství	703 500 Kč*	738 675 Kč*
Kontaktní centra	3 360 000 Kč	3 528 000 Kč
Služby následné péče	840 000 Kč	882 000 Kč
Terapeutické komunity	630 000 Kč	661 500 Kč
Terénní programy	840 000 Kč	882 000 Kč
CELKEM*:	6 373 500 Kč	6 692 175 Kč

* v tom chybí náklady na část služby substituční centrum (zdravotnická složka, cca 300 tis. Kč)

B/ Ostatní dotace na základě předložených projektů (krizové financování, větší prostor pro rozvojové a inovativní projekty – pouze v případě, že se bude jednat o navýšení prostředků nad rámec minimalistické verze sítě služeb, rozvoj by neměl být na úkor potřebných a osvědčených služeb).

ZÁKLADNÍ POŽADAVKY STANOVENÉ JIHOČESKÝM KRAJEM

- ❖ VČASNÉ VYPOŘÁDÁNÍ DOTACÍ ZA UPLYNULÉ OBDOBÍ S JIHOČESKÝM KRAJEM A OSTATNÍMI KLÍČOVÝMI POSKYTOVATELI DOTACÍ (RVKPP, MPSV, MZ)
- ❖ CERTIFIKOVANÉ SLUŽBY (RVKPP), DODRŽOVÁNÍ STANDARDŮ ODBORNÉ ZPŮSOBILOSTI VYJEDNANÝCH SLUŽEB
- ❖ ZÁVAZEK ZA SLUŽBU V DANÉM REGIONU
- ❖ SPOLUPRÁCE S OSTATNÍMI POSKYTOVATELI SOCIÁLNÍCH SLUŽEB
- ❖ SJEDNOCENÍ VÝKAZNICTVÍ (EVIDENCE)

FORMA PODPORY:

Prostředky na udržení základní sítě služeb jsou poskytované prostřednictvím stávajících GP kraje.

- **GP Podpora minimální sítě protidrogových služeb/ ambulantní služby (administrován OSVZ)**
- **GP Podpora protidrogové politiky Jihočeského kraje/ primární prevence, ostatní služby – především terénní programy, odborné sociální poradenství, léčba a doléčování). Administrován OEZI, odborný garant OSVZ.**

ZÁVĚR: Není reálné, právě vzhledem k charakteru vícezdrojového financování, stanovovat v tuto chvíli konkrétní částky pro jednotlivé služby. V uplynulých letech bylo nutné reagovat v průběhu dotačních mechanismů i na výsledky ostatních dotačních řízení, programů jiných rezortů. Proto meziročně výše prostředků v některých případech kolísala, nicméně se za uplynulé období podařilo udržet základní síť služeb v plně funkčním stavu, i přes výkyvy v oblasti veřejných financí. Vzhledem k tomu, že se v předcházejících obdobích se tento postup osvědčil, budeme pokračovat v tomto přístupu i pro období 2012 - 2014.

Návrh projednala rada Jihočeského kraje dne 4. 12. 2012 a usnesením č. 45/2012/RK-2 jej vzala na vědomí a doporučila zastupitelstvu kraje ke schválení.

Dne 20. 12. 2012 zastupitelstvo Jihočeského kraje usnesením č. 32/2013/ZK-2 dokument **Minimální síť protidrogových služeb na území Jihočeského kraje na období 2012 - 2014** schválilo.

Mgr. Marek Nerud
krajský protidrogový koordinátor
Jihočeský kraj – Krajský úřad
22. 12. 2012

PRAMENY A VÝCHODISKA

Odborné studie a analýzy Jihočeského kraje, použité pro tvorbu tohoto dokumentu: ⁷

„Analýza institucionálního kontextu drogových služeb JČ kraje - návrh minimální sítě drogových služeb Jihočeského kraje

Sdružení Podané ruce Brno, 2004, PhDr. Jiří Libra, Bc. Pavel Novák. Zadavatel studie: Jihočeský kraj

„Analýza situace a potřeb v oblasti léčby a následné péče uživatelů návykových látek v Jihočeském kraji“

WHITE LIGHT I., o.s. Ústí nad Labem, 2006, Radimecký, J., (Ed.), Kormaňáková, B., Solčány, J., Zahálka, M. a Zim, M. Zadavatel studie: Jihočeský kraj

„Monitoring situace a potřeb v oblasti protidrogových poradenských služeb pro děti, mládež a jejich sociální okolí v Jihočeském kraji“

Prevent o.s., 2008, Pešek R., Kotyzová, M., Němec, M. Zadavatel studie: Jihočeský kraj

Odborné studie, analýzy a další dokumenty ČR (v této oblasti):

„Návrh optimalizace sítě kontaktních a poradenských služeb v České republice.“ (oblasti protidrogové politiky zaměřené především na snižování rizik). Jiří Libra, Pavel Novák, 2005-2006 (pracovní text pro RVKPP)

„Nákladovost drogových služeb“. Srovnání let 2001 a 2004. Nízkoprahové služby. Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2005

„Návrh optimalizace sítě v oblasti protidrogové politiky, zaměřené na snižování rizik - Kontaktní centra a Terénní programy.“ Jiří Staníček, 2005 (pracovní text pro RVKPP)

Strategie protidrogové politiky Jihomoravského kraje 2005 – 2009 (součástí je definovaná „minimální síť služeb“). Jihomoravský kraj, Krajský úřad - odbor školství, www.kr-jihomoravsky.cz

⁷ www.kraj-jihocesky.cz. Přímý odkaz: [http://www.kraj-jihocesky.cz/index.php?par\[id_v\]=346&par\[lang\]=CS](http://www.kraj-jihocesky.cz/index.php?par[id_v]=346&par[lang]=CS)