schváleno usnesením č. 327/2015/ZK-19 ze dne 5. 11. 2015

# SÍŤ PROTIDROGOVÝCH SLUŽEB NA ÚZEMÍ JIHOČESKÉHO KRAJE

## na období 2015 - 2017

Odbor sociálních věcí a zdravotnictví Jihočeského kraje

Oddělení prevence a humanitních činností

STRUKTURA / OBSAH


**1/ ŠIRŠÍ RÁMEC/ ODŮVODNĚNÍ** **str. 3**

**2/ POKUS O DEFINICI (Co je vlastně síť?)** **str. 4**

**2.1/ Obecnější definice z různých zdrojů** **str. 4**

**2.2/ Definice z dokumentu předcházejícího (minimální síť protidrogových služeb na území Jihočeského kraje 2012 – 2014)** **str. 5**

**2. 3/ Definice sítě protidrogových služeb Jihočeského kraje na období 2015 – 2017** **str. 5**

**2.4/ Popis sítě protidrogových služeb na území Jihočeského kraje – obecné zásady** **str. 6**

**3/ POPIS SITUACE (JIHOČESKÝ KRAJ A CÍLOVÁ SKUPINA)** **str. 9**

**4/ POPIS SLUŽEB (JIHOČESKÝ KRAJ)** **str. 12**

**4/1 Druhy služeb, jejich specifika ve vztahu k dostupnosti a velikosti potenciální skupiny** **str. 12**

**4/2 Služby, poskytované v Jihočeském kraji - stav ke konci roku 2014** **str. 17**

**Nízkoprahové služby (kontaktní centra a terénní programy)** **str. 17**

**Další ambulantní programy (mimo kontaktní centra)** **str. 22**

**Ambulantní léčba v psychiatrických ambulancích** **str. 24**

**Rezidenční/ pobytové programy** **str. 29**

**5/ POPIS minimálního stavu pokrytí jihočeského kraje na období 2015 – 2017** **str. 34**

**Matrice sítě protidrogových služeb na území Jihočeského kraje - MINIMÁLNÍ STAV** **str. 37**

**6/ POPIS ideálního stavu pokrytí jihočeského kraje na období 2015 – 2017** **str. 38**

**Matrice sítě protidrogových služeb na území Jihočeského kraje - OPTIMÁLNÍ STAV** **str. 49**

**7/ POPIS FINANCOVÁNÍ SLUŽEB MINIMÁLNÍ SÍTĚ 2012 – 2014** **str. 50**

**Oblast primární prevence** **str. 50**

**Oblast adiktologických služeb (sekundární a terciální prevence)** **str. 53**

Matrice skutečných nákladů sítě ambulantních a terénních protidrogových služeb na území Jihočeského kraje - **MINIMÁLNÍ STAV** **str. 61**

Matrice předpokládaných nákladů sítě ambulantních a terénních protidrogových služeb na území Jihočeského kraje - **OPTIMÁLNÍ STAV** **str. 62**

**8/ SAMOSTATNÁ KAPITOLA – doplnění k adiktologickým ambulancím** **str. 63**

**9/ SAMOSTATNÁ KAPITOLA – OBLAST PRIMÁRNÍ PREVENCE** **str. 67**

**10/ SHRNUTÍ** **str. 70**

## 1/ ŠIRŠÍ RÁMEC/ ODŮVODNĚNÍ

**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.

Z výše popsaného zákonného rámce pak vychází konkrétní strategie Jihočeského kraje v oblasti realizace protidrogové politiky kraje, která se odráží v řadě koncepčních materiálů.

- **Program rozvoje Jihočeského kraje na období 2014 – 2020 (především Prioritní osa 3)**[1]
- **Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb Jihočeského kraje na období 2014 – 2016**[2]
- **Strategie protidrogové politiky Jihočeského kraje na období 2015 – 2017**[3]

Síť protidrogových služeb je konkrétní nástroj, kterým Jihočeský kraj naplňuje nejen požadavky zákona, ale i strategické cíle rozvoje kraje a uspokojování potřeb jeho obyvatel.

[1] http://www.kraj-jihocesky.cz/710/program_rozvoje_jihoceskeho_kraje.htm
[2] http://www.kraj-jihocesky.cz/1225/strednedoby_plan_rozvoje_socialnich_sluzeb_jihoceskeho_kraje.htm nebo v http://www.kpjck.cz/
[3] http://www.kraj-jihocesky.cz/346/informace_k_drogove_problematice_v_jihoceskem_kraji.htm

## 2/ POKUS O DEFINICI Co je vlastně síť?

### 2.1/ Obecnější definice z různých zdrojů

**zákon 108/2006 Sb. o sociálních službách; § 3; písm. i)** sítí sociálních služeb *(rozumíme)* souhrn sociálních služeb, které v dostatečné kapacitě, náležité kvalitě a s odpovídající místní dostupností napomáhají řešit nepříznivou sociální situaci osob na území kraje a které jsou v souladu se zjištěnými potřebami osob na území kraje a dostupnými finančními a jinými zdroji; síť sociálních služeb je součástí střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb kraje.

*...v zákoně je dále zmíněna i předpokládaná existence „prováděcího právního předpisu pro tvorbu SPRSS" (§ 101 a, odst. 3, písm. c - ...Podmínky pro zpracování a strukturu střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb stanoví prováděcí právní předpis.) – v době zpracování tohoto dokumentu nebyl k dispozici. Je reálné, že by mohl obsahovat i podrobnější definici sítě služeb a popis nástrojů nebo postupů její tvorby.*

Dokument **Koncepce sítě specializovaných adiktologických služeb v České republice**[4] (citace části textu, týkající se definice sítě služeb)**: „**Dostupnost specializované péče pro klienty/pacienty bývá obecně prohlašována za základní princip funkční sítě veřejných služeb.
Vedle čtyř základních kritérií dostupnosti, jak je vymezuje O'Donnell (2007): (i) existence služby (availability), (ii) geografická přístupnost (availability), (iii) finanční dosažitelnost (affordability) a (iv) dostupnost ve společenském a kulturním kontextu (acceptability), je možné síť služeb analyzovat i z hlediska dalších dimenzí. Příkladem může být „psychosociální dostupnost", která je podmíněna motivací pacienta/klienta vyhledat odborné služby, nebo „dostupnost odborně zdravotnická", čili z pohledu adiktologie přístupnost velmi úzce specializovaných služeb (např. paliativní péče, dětská adiktologie apod.). Lze se setkat i s pojmem „organizační dostupnost", která si všímá provázanosti a návaznosti různých druhů zdravotní (adiktologické) péče (např. organizace přeposílání pacientů/klientů do navazujících služeb, specializovaných center, síťování služeb, case-management). Bariéry v dostupnosti adiktologických služeb mohou pramenit jednak ze strany poptávky – klientů služeb, tak i ze strany nabídky – od poskytovatelů služeb (Ensor & Cooper, 2004; O'Donnell, 2007).
Dostupnost na komunitním principu, podle kterého můžeme projektovat minimální dostupnost sítě služeb, vychází ze souladu reálného životního stylu obyvatel lokality a respektování přirozených center regionů. Dostupnost má pro klienty/pacienty garantovat reálnou možnost dosahu standardně stanoveného profilu služeb v jeho úplnosti (minimální síť služeb). Dostupnost je i vyjádřením práva rovného přístupu široké veřejnosti (daňových poplatníků) ke garantované kvalitě služby (Libra & Novák, 2005–2006). Vzniká-li v lokalitě drogový problém a jsou-li jím občané žijící v této lokalitě ohroženi, je třeba zajistit dostupnost adekvátní služby s garantovanou kvalitou. *Územní dosažitelnost (geografická dostupnost) je primárně úkolem veřejné politiky, nikoliv zařízení poskytujících odborné služby.*
Kritéria dostupnosti služeb na straně poskytovatelů ohraničují Standardy odborné způsobilosti (Libra et al., 2012). Poskytovatel služby se zavazuje realizovat opatření ke zvýšení dostupnosti způsobem odpovídajícím povaze cílové skupiny a typu služby, což se realizuje zejména: šířením informací o službě, monitorováním využívané kapacity a čekací doby, poskytováním informací zájemcům a jejich rodinám o dalších možnostech odborné péče apod. Požadavek na místní a časovou dostupnost služby se projeví výběrem místa poskytování služby a denní (otvírací) doby tak, aby odpovídaly cílům a charakteru služby a potřebám cílové skupiny (např. ve spádové oblasti u ambulantních služeb). Pro zabezpečení komplexní a kontinuální péče poskytovatel služby aktivně vytváří a udržuje vztahy s dalšími poskytovateli služeb. Standardy přímo podporují provázanost

[4] Viz např. http://snncls.cz/wp/wp-content/2014/06/Koncepce-sítí-specializoavaných-adi-služeb-ČR.pdf

služeb v lokalitě a poskytovatele zavazují podporovat pacienta/klienta v jejich využití v případě indikace, případně mu s nimi zprostředkovávat kontakty."

**2.2/ Definice předcházejícího z dokumentu**

Minimální síť protidrogových služeb na území Jihočeského kraje 2012 – 2014, schválena usnesením č. 32/2013/ZK-2 ze dne 20. 12. 2012

**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 byl zvolen z důvodu rovnoměrné distribuce služeb, nezůstanou „bílá místa" a zajišťuje:

- 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 zároveň 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.

**2. 3/ Definice sítě protidrogových služeb Jihočeského kraje na období 2015 – 2017**

**Úvodem:** V předešlých dokumentech[5] jsme se spíše než na popis komplexní sítě služeb zaměřili na ty služby, které dle našeho názoru náleží kompetencím kraje jako samosprávnému celku. Citujeme vymezení, použité v „Minimální síti… 2012 – 2014": *„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 (nebo zákonných povinností) 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."*

Toto vymezení/ omezení bylo zvoleno z čistě pragmatických a praktických důvodů, popsaných výše. Nicméně v uplynulém období se v oblasti koordinace protidrogové politiky na všech úrovních událo několik změn, na které považujeme za potřebné (a nutné) reagovat. Některé jsou dosud v běhu a teprve čas ukáže, jaký budou mít reálný dopad do této oblasti. Mezi nejdůležitější změny patří:

- Zařazení tzv. „adiktologických výkonů" do vyhlášky Ministerstva zdravotnictví č. 134/1998 Sb., (seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami) a tzv. Sazebník výkonů, Sbírka zákonů 428/2013, částka 167, vyhláška o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2014) a proces vyjednávání se zdravotními pojišťovnami o jejich reálných úhradách z veřejného zdravotního pojištění;
    - ...s tím související definice adiktologických služeb jako nového prvku systému, především tzv. „adiktologických ambulancí" v dokumentu Koncepce sítě

[5] V plném znění jsou dostupné na: http://www.kraj-jihocesky.cz/346/informace_k_drogove_problematice_v_jihoceskem_kraji.htm

specializovaných adiktologických služeb v České republice a příprava jejich vzniku/ zavedení do praxe;
    - ... což může mít úzkou vazbu na probíhající reformu psychiatrické péče v ČR (v této souvislosti nás zajímají především ambulantní služby);
- Dále rozšíření záběru protidrogové politiky státu, koordinované Radou vlády pro koordinaci protidrogové politiky, na další cílové skupiny a jevy (užívání alkoholu, patologické hraní);
- Do jisté míry bude mít vliv i změna dalších, dlouhodobě stabilních či neměnných průvodních okolností, které dopadnou, byť některé možná pouze dílčím způsobem, na praktickou realizaci protidrogové politiky;
    - Inovace/ aktualizace Standardů odborné způsobilosti (RVKPP);
    - Inovace/ aktualizace Standardů kvality sociálních služeb, resp. celého procesu kontroly kvality sociálních služeb;
    - Změny zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách;
    - Změny zákona 379/2005 Sb., resp. nový zákon, který jej má nahradit;
    - Plánované/ předpokládané změny ve financování jak sociálních služeb jako takových, tak NNO speciálně;
    - … a možné další vlivy, v této chvíli s nepředvídatelným dopadem (např. možnost financování vzniku nových služeb z ESF atd.).

Souběh všech výše popsaných okolností či změn, jejichž aktéři předpokládají aktivnější roli samospráv na realizaci protidrogové politiky (včetně odborné garance či finanční spoluúčasti) a to, že přece jen lépe známe situaci v kraji v této oblasti, nás vede k podrobnějšímu popisu ideální či optimální sítě protidrogových/ adiktologických služeb v Jihočeském kraji. Nicméně i tato aktualizovaná síť služeb bude zčásti vymezena striktně ve vztahu k předpokládané podpoře ze strany Jihočeského kraje a spolupracujících obcí. To pokládáme za logický krok a důležitý aspekt celého dokumentu, pokud bude i nadále platit, že kraje a obce se podílí na realizaci protidrogové politiky **v samostatné působnosti**.

**Sítí služeb rozumíme dostupný, ucelený a koordinovaný systém odborných služeb pro specifickou cílovou skupinu, který má potenciál řešit potřeby cílové skupiny komplexně, efektivně a koordinovaně.**

**Základní vlastnosti sítě:**
- Optimální dostupnost
- Optimální efektivita
- Odbornost
- Komplexnost
- Prostupnost

## 2.4/ POPIS SÍTĚ PROTIDROGOVÝCH SLUŽEB NA ÚZEMÍ JIHOČESKÉHO KRAJE – OBECNÉ ZÁSADY

Z POHLEDU **CÍLOVÉ SKUPINY**: Cílovou skupinu sítě služeb tvoří osoby, ohrožené závislostí/ závislostním chováním (především užívání nelegálních návykových látek, alkoholu, patologické hraní), a jejich sociální okolí.
**Prioritní cílová skupina nízkoprahových služeb (užší definice):** Měli-li bychom definovat cílovou skupinu bez vztahu ke konkrétní látce či druhu závislosti, pak bychom do ní zařadili osoby, které jsou výrazně ohroženy (spolu s jejich sociálním okolím) rizikovým způsobem života (kterým kromě svého vlastního zdraví a života ohrožují minimálně i zdraví svého okolí) souvisejícím především s užíváním návykových látek či z něj vyplývajícím. Tito lidé pro plnohodnotné zařazení/ návrat do společnosti potřebují intenzivní podporu specializovaných služeb (nejsou obvykle schopni využít nabídky standardních zdravotních nebo sociálních služeb, anebo tyto nejsou schopny odpovídající přístup

k potřebám těchto osob nabídnout). Obvykle se jedná o mladé až velmi mladé lidi, s nedokončeným vzděláním, nedostatečnou kvalifikací, osoby tzv. „na ulici“, často s kriminální kariérou. U těchto osob se obvykle jedná o kumulaci řady negativních faktorů, které jim brání využít pro změnu mechanismy běžně dostupné většinové populaci. Zároveň jejich aktuální potřeby odpovídají nabídce programů, aktivit a služeb, které tvoří základ nízkoprahového přístupu, včetně nutného dodržení zásady anonymity klientů.

Primárně budou do této cílové skupiny patřit osoby, kde je základním problémem užívání/ abúzus návykových látek (ve všech myslitelných kombinacích, včetně kombinace s patologickým hráčstvím), a prvotním cílem služeb je „pomoc k přežití“[6], zdravotní stabilizace klienty, obnova sociálních kompetencí a motivace k cestě k celkové úzdravě[7].

Sekundární (přitom neméně významnou) cílovou skupinou jsou i osoby blízké a sociální okolí klienta služby, kteří získávají od služby především odborné informace a podporu v této obvykle obtížné životní situaci.[8]

Z POHLEDU **DOSTUPNOSTI:** Místní, časová, finanční. Z hlediska formy poskytování služeb se jedná o služby terénní, ambulantní a pobytové (rezidenční), konkrétní forma poskytování služby některé aspekty dostupnosti limituje.

**MÍSTNÍ:** Je definována geograficky. Bude nutně rozdílná pro různé typy služeb, nejen z hlediska charakteru služby a její cílové skupiny, ale například roli bude hrát i předpokládaná frekvence intervencí. Zjednodušeně lze říci, že primárním cílem terénních programů je dojet za uživatelem, ambulantní služby (zvláště pak ty s předpokládaným dlouhodobým/ strukturovaným kontaktem s klientem) by měly být dostupné v míře, kterou určuje jednak vzdálenost bydliště (případně místa zaměstnání) klienta/ pacienta, jednak dostupnost veřejnou hromadnou dopravou, v různých dokumentech či studiích bývá definována různě. Z dlouhodobých zkušeností poskytovatelů služeb (kontaktní centra v Jihočeském kraji) vyplývá, že pro klienty je ještě odpovídající/ snesitelná vzdálenost cca 15/ 20 km. Pro účely tvorby sítě u ambulantních služeb (kde bychom chtěli dosáhnout skutečně optimální dostupnosti) využíváme správních jednotek ORP, které se (v podmínkách Jihočeského kraje) víceméně shodují s regiony s optimální dopravní obslužností.[9] Pro služby pobytové (pokud se např. nejedná o domovy se zvláštním určením, kde je přece jen výhodné, pokud jsou jejich klienti přiměřeně dosažitelní pro své rodinné příslušníky, a se specifickou výjimkou pobytového doléčování) nehraje místní dostupnost pro úspěšnost jejich intervencí zásadní roli.

**ČASOVÁ:** Doba poskytování služby odpovídá možnostem, potřebám a zvyklostem cílové skupiny (např. u ambulantní léčby by provozní doba, omezená pouze na dopolední hodiny automaticky vyřadila značnou část potenciálních klientů., především těch zaměstnaných)

**FINANČNÍ:** Neznamená automaticky, že by všechny služby měly být automaticky bezplatné, nicméně je vždy nutné vážit, zda je platba ze strany klienta efektivní vzhledem k účelu služby (je-li např. účelem intervence ochrana populace před šířením infekčních onemocnění, pak je z pohledu účelu efektivnější poskytovat testování na přenosné nemoci bezplatně, zvláště v sociálně slabým skupinám).

[6] Pomoc k přežití je heslem, které dle našeho názoru přesně vystihuje cíl nízkoprahových služeb (používá jej např., systém protidrogové politiky města Frankfurt nad Mohanem)
[7] Kde si můžeme představit i jiné výsledky než absolutní abstinenci…
[8] Viz Strategie protidrogové politiky Jihočeského kraje na období 2015 - 2017
[9] viz např.: Nodální dopravní regiony v Jihočeském kraji., RNDr. Stanislav Kraft, 2013, dostupné na: http://cenars.upol.cz/wp-content/uploads/2013/06/KraftValtice.pdf

Z POHLEDU **EFEKTIVITY**: Poskytování odborných služeb je činnost náročná na lidské i finanční zdroje. Ve vztahu k efektivitě vydaných veřejných prostředků je nutné zkoumat, zda jsou vydané prostředky v rovnováze s přínosy. Zjednodušeně řečeno, smysl má poskytovat služby tam, kde je po nich taková poptávka, která odpovídá kapacitě služby. Z tohoto důvodu je logické soustředění především ambulantních služeb do větších sídel, obvykle přirozených center širších regionů. Jak se mění specializace služby (čímž se zužuje její cílová skupina), tím se regionální spádovost logicky rozšiřuje – v přímém vztahu právě k efektivitě služby a možnostem veřejných rozpočtů. Proto není reálné, aby byly všechny typy služeb automaticky rozmístěny ve stejné podobě všude, jak by například hledisko místní dostupnosti naznačovalo.

## 3/ POPIS SITUACE Jihočeský kraj a cílová skupina

Primární cílovou skupinou služeb, zařazených do modelu minimální sítě protidrogových služeb na území Jihočeského kraje jsou:

- **Uživatelé psychoaktivních/ návykových látek;**
  - Mezi psychoaktivní látky řadíme (v souladu s Mezinárodní klasifikací nemocí, používaná zkratka MKN – 10) alkohol, opioidy, kanabinoidy, sedativa nebo hypnotika, kokain, stimulancia (včetně kofeinu), halucinogeny, tabák, organická rozpouštědla a případně další látky nebo kombinace látek. Diagnostické skupiny F10 až F19.
  - Primárně jsou tyto služby pro osoby/ uživatele ve stádiu škodlivého užívání a závislosti.
- **Patologičtí hráči;**
  - Podle MKN – 10 se jedná o diagnostickou jednotku F63 z okruhu nutkavých a impulsivních poruch – patologické hráčství;
  - Primárně jsou tyto služby pro osoby/ uživatele ve stádiu rizikového hraní a závislosti
- **Sociální okolí uživatelů NL a patologických hráčů;**
  - Primárně se jedná o rodinné příslušníky, partnery apod.

### ODHADY RIZIKOVÉHO/ PROBLÉMOVÉHO UŽÍVÁNÍ NÁVYKOVÝCH LÁTEK (A GAMBLINGU) V OBECNÉ POPULACI JIHOČESKÉHO KRAJE

**Počty ohrožených osob podle jednotlivých rizikových skupin:**

**Uživatelé alkoholu** (škodlivé nebo rizikové pití v obecné populaci):
- VZ ČR 2012[10] – 8,2 % dospělé populace[11], po přepočtu cca **5,5 % obecné[12] populace;**
- Koncepce rozvoje adiktologických služeb- na 100 000 obyvatel cca 1 500 osob závislých na alkoholu, tedy cca **1,5 %[13] 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 2014[14] – 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**.

[10] 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)
[11] Mínněna zjevně dospělá populace (věková skupina 15 – 64 let)
[12] Přepočet na obecnou populaci je vždy uváděn pro jednodušší práci s dalšími přepočty, ty jsou již prováděny se celkovými počty obyvatel obcí/ území/ regionů
[13] „Koncepce rozvoje…“ pracuje s odhady v kategorii „závislých“ osob, my z různých důvodů pracujeme s odhady o úroveň nižší (stručně shrnuto – není důvod čekat, až se rozvine skutečná závislost…)
[14] Publikace hazardní hraní v České republice a jeho dopady, Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, Praha 2014

**Doplňující odhady:** V dokumentu Koncepce rozvoje adiktologických služeb jsou na 100 000 obyvatel odhadovány další potenciálně cca stovky pacientů s problematikou abúzu ostatních NL včetně léků. Toto doplnění se dotýká řádově cca 0,2 až 0,5 % obecné populace. Ovšem je nutné si uvědomit, že problematika zneužívání léků, předepisovaných lékaři, respektive jejich užívání na pomezí škodlivého užívání/ závislosti (sedativa, hypnotika apod.) v běžné populaci není v současné době v ČR dostatečně zpracována. Ve skutečnosti se může jednat o násobky uvedeného odhadu.

Prostým součtem výše uvedených čísel se dostaneme k odhadu (dle NMS), že **7,2 % obyvatel ČR** je výrazně ohroženo rizikových chováním[15], spojeným s užíváním alkoholu, nelegálních návykových látek nebo patologickým hráčstvím (gambling). „Koncepce rozvoje…" 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.), nejeví se jako odpovídající realitě pracovat s pouhým součtem jednotlivých procent. Vzhledem k co nejobjektivnějšímu pojetí dalších výpočtů/ odhadů považujeme tedy za dostatečně konzervativní odhad **5 % obyvatel kraje**[16], kteří by mohli být, vzhledem k rizikovým faktorům, pacienty/ klienty odborných poradenských/ zdravotnických zařízení.

- Pro odhady potenciálních klientů/ pacientů adiktologických služeb a ilustrační mapy v tomto dokumentu jsme tyto údaje přepočetli na úroveň jednotlivých okresů a případně ORP. Zaprvé pro větší názornost/ ilustraci rozšíření těchto jevů na co nejnižší úroveň – byť se jedná o přepočtené/ statistické údaje, což znamená, že v konkrétních regionech může být situace mírně odlišná. [17] Tato mapa, resp. údaje v ní obsažené, by měly sloužit jako základní, hrubý odhad a vodítko pro stanovení kapacity adiktologických služeb.
    - Pro okresy jsme propočetli (podle dlouhodobého stavu obyvatel) počty potenciálních klientů/ pacientů služeb (dále i PP) podle klíče:
      **Alkohol** (škodlivé nebo problémové pití/ předstupeň závislosti) – **5,5 % obyvatel**
      **Konopí** (vysoké riziko užívání) – **0,8 % obyvatel**
      **Problémoví uživatelé drog** – **0,4 % obyvatel**
      **Gambling** (vysoké riziko vzniku závislosti) – **0,5 % obyvatel**

**Za Jihočeský kraj (cca 630 000 obyvatel) jako celek můžeme předpokládat počet potenciálních klientů/ pacientů ambulantních služeb na této úrovni:**

| | | |
|---|---|---|
| **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** |

[15] Úmyslně se v tomto dokumentu vyhýbáme užívání pojmu závislost, respektive s principem, že teprve závislost je hodná péče či léčby. Tyto služby, které jsou předmětem Minimální sítě, mají i preventivní charakter, efektivnější než čekat, až se závislost rozvine, je jejímu vzniku předcházet…

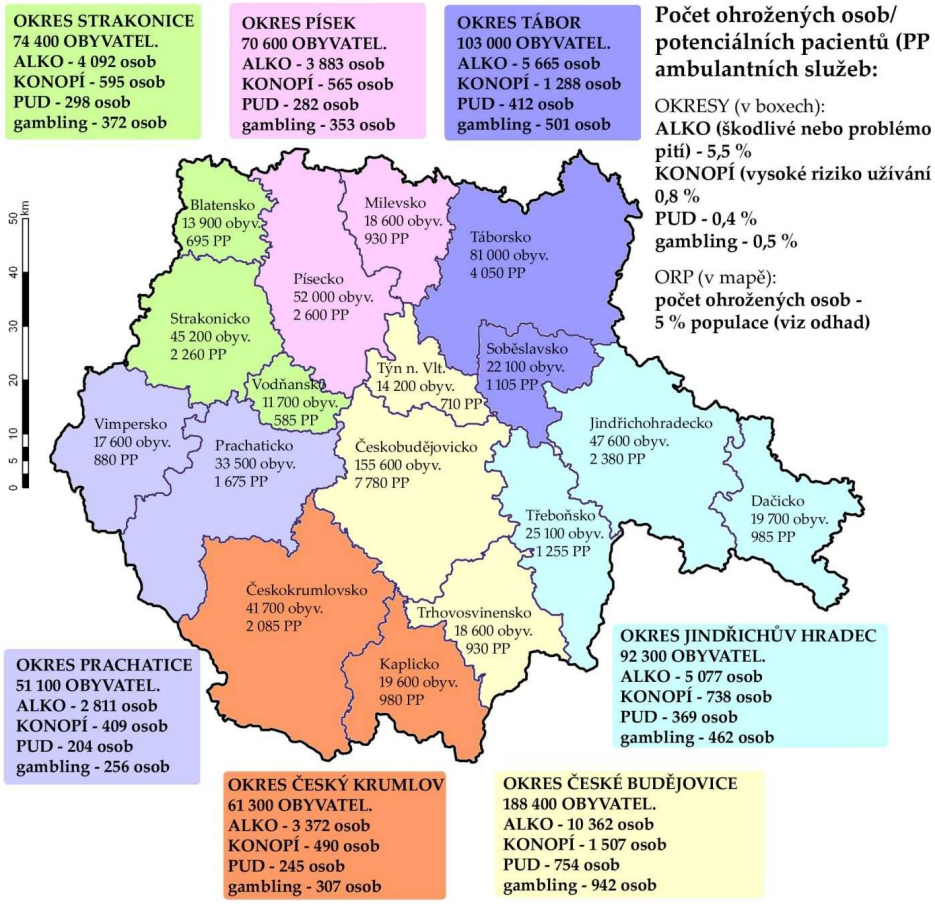
[16] Jihočeské kraje, ale i ČR…

[17] Vhledem k tomu, že se jedná o extrapolaci národní úrovně, lze předpokládat, že ve srovnání s některými regiony ČR může být situace v některých regionech kraje mírně příznivější. Na druhou stranu jsou nepochybně v Jihočeském kraji regiony, kde bude situace naopak horší než statistický průměr (souvislost s úrovní nezaměstnanosti, špatnou dostupností služeb – prostorové vyloučení regionů, jinými negativními jevy – např. prostituce apod.).

**Podle metody, použité pro rámcové odhady na úrovni ORP (5 %) obyvatele) – 31 500 obyvatel kraje, kteří by měli mít přístup k DOSTUPNÉ odborné péči.**

Na úrovni ORP jsme pro ilustraci a zjednodušení použili 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 PP[18].

**Mapa 1:** Odhady počtů potenciálních pacientů/ klientů adiktologických ambulantních služeb (léčba a doléčování[19]).




V mapě je uveden počet (resp. kvalifikovaný odhad na základě celostátních statistik) potenciálních klientů/ pacientů adiktologických ambulancích pro jednotlivá území okresů/ ORP v Jihočeském kraji.

[18] I když v některých regionech může být počet osob s rizikem nižší (viz pozn. výše), pak reálný počet klientů/ pacientů 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.

[19] 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.

# 4/ POPIS SLUŽEB (JIHOČESKÝ KRAJ)

## 4/1 Druhy služeb, jejich specifika ve vztahu k dostupnosti a velikosti reálné/ potenciální cílové skupiny

Jako pro rozdělení jednotlivých druhů služeb byly zvoleny standardy RVKPP. Důvodem je především respektování bio – psycho – sociálního modelu závislostí a nutnost multidisciplinárního přístupu k řešení problematiky (včetně činností a složení týmu). Některé typy zde popsaných služeb jsou popsané v zákonu o sociálních službách (nicméně nikoli v jejich efektivní podobě)[20], některé spadají do oblasti zdravotních služeb.

**1. Detoxifikace**
Popis[21]: Lůžková akutní standardní péče poskytovaná při předcházení a léčení odvykacích stavů spojených s přerušením či vysazením užívání návykové látky.

**2. Terénní programy**
Popis: Služba aktivního vyhledání, prvního kontaktu, kontaktní práce, poradenství, zdravotní péče a sociální práce v přirozeném a vlastním sociálním prostředí uživatelů drog. Služba je vedena především přístupem snižování rizik (včetně možnosti programu výměny injekčního náčiní) s cílem ovlivnit motivaci klienta ke změně životního stylu, rizikového chování a k vyhledání dalších vhodných služeb. Cílovou skupinou služby jsou osoby užívající návykové látky problémově, rekreační uživatelé drog, osoby experimentující či škodlivě užívající návykové látky včetně alkoholu, osoby ohrožené patologickým hráčstvím.

*Nízkoprahová je terénní služba, používající především (ale ne jenom nebo výhradně) přístupu „Harm reduction". Je klientům poskytována především v jejich přirozeném prostředí, nicméně charakter služby nevylučuje ani částečně ambulantní práci (tam, kde intervence „na ulici" není možná, nebo je obtížná – například nabídka realizace testů na infekční nemoci, delší a náročnější intervence, konzultace, individuální práce). Cílovou skupinou jsou aktivní uživatelé NNL, alkoholu. Svým zaměřením je služba primárně zaměřena na injekční uživatele drog – výměnný program, informace o „bezpečnějším braní", distribuce informačních materiálů. Aktivity ideálně směřují k náhledu klienta na svou situaci a referenci do substitučních programů, odvykací léčby. Služba je mobilní, intervenuje přímo na místech s vyšší koncentrací cílové skupiny, dojíždí za nimi. Služby jsou financovány z veřejných rozpočtů státu (RVKPP, MPSV, MZ), samospráv (kraje, obce) a dalších, spíše doplňkových zdrojů. Systém dotací je jednoletý. Poskytovateli služeb jsou obvykle NNO, církevní organizace.*

**3. Kontaktní a poradenské služby**
Popis: Nízkoprahová služba zaměřená na navázání kontaktu s cílovou skupinou, na kontaktní práci, poradenství v oblasti prevence a léčby závislosti, práci s motivací pacientů/klientů, na sociální práci, na vybrané výkony zdravotní péče. Je vedena zejména přístupem snižování rizik spojených s problémovým užíváním drog (včetně možnosti programu výměny injekčního náčiní), usilujícím o ovlivnění motivace pacientů/klientů ke změně životního stylu, rizikového chování a k vyhledání

[20] Například panují rozdílné názory na zařazení potřebných a používaných činností (výměnný program, testování na infekční nemoci) do spektra základních činností těchto služeb (jedná se především o tzv. nízkoprahové služby – KC, TP).

[21] STANDARDY ODBORNÉ ZPŮSOBILOSTI pro zařízení a programy poskytující adiktologické odborné služby (Standardy služeb pro uživatele drog, závislé a patologické hráče). Schváleno Radou vlády pro koordinaci protidrogové politiky dne 03. 03. 2015. http://www.vlada.cz/cz/ppov/protidrogova-politika/certifikace/inovovane-standardy-odborne-zpusobilosti-sluzeb-pro-uzivatele-drog-127658/ Podrobněji dále např. in: Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí, Kalina, K. a kol., (C) Úřad vlády České republiky, 2001. http://www.drogy-info.cz/index.php/publikace/glosar_pojmu

další odborné pomoci. Služba poskytuje vedle poradenství i zhodnocení stavu pacienta/klienta a zprostředkování léčby. Rovněž poskytuje podmínky pro vykonání osobní hygieny. Cílovou skupinou služby jsou osoby užívající návykové látky, problémoví, rekreační uživatelé drog, osoby experimentující či škodlivě užívající návykové látky včetně alkoholu, osoby ohrožené patologickým hráčstvím.

**TERÉNNÍ PROGRAMY a KONTAKTNÍ A PORADENSKÉ SLUŽBY (tradiční název „kontaktní centra") řadíme mezi tzv. „NÍZKOPRAHOVÉ SLUŽBY".**
Jejich hlavní charakteristikou je, že jsou zcela anonymní. Klient může být pro potřeby statistiky, zpracování dat a zjednodušení práce označen např. kódem, nicméně není nutné, aby odhalil svou pravou totožnost. Pokud by nastala situace, kdy by k tomu mohlo dojít (např. v souvislosti s pozitivním testováním na vybrané infekční onemocnění), pak se toto děje s klientovým souhlasem. Podmínka anonymity klientů je nepodkročitelná (bez jejího dodržování lze očekávat mnohem nižší efektivitu těchto služeb, klienti jim nebudou důvěřovat). Do této kategorie patří především terénní programy a kontaktní centra.

**Definice:** *Nízkoprahová je služba, používající ve značné míře přístup „Harm reduction" - výměnný program, informace o „bezpečnějším braní", distribuce informačních materiálů, testy na infekční nemoci. Dále například hygienický program (nabídka praní, očisty těla), potravinový program (v ČR v omezené míře – obvykle nápoje, výjimečně např. instantní polévky). Jádrem služby je kontaktní místnost, kam mají za splnění minimalisticky nastavených kritérií klienti služeb volný přístup. Na rozdíl od terénního programu jsou poskytovány i cílenější a dlouhodobější intervence (individuální poradenství, motivační trénink apod.). Jedná se o ambulantní službu, vázanou na konkrétní místo, klienti docházejí do služby. Je efektivní poskytovat (vzhledem k vyšší finanční/ personální náročnosti zajištění provozu) v místech s vyšší koncentrací cílové skupiny.*
**Základní nabízené/ poskytované služby (řídí se principem v zásadě ničím neomezeného přístupu[22] do služby - žádné doporučení, čekací doby, nutnost dokladů apod.):**

- Odborné poradenství a podpora při vyřizování běžných záležitostí, může být spojeno s asistencí;
- Zprostředkování základní/ potřebné zdravotní péče;
- Hygienický servis;
- Výměnný program;
- Bezplatné testování (infekční nemoci);
- Motivace k léčbě závislosti a její prostředkování.

*Služby jsou financovány z veřejných rozpočtů státu (RVKPP, MPSV, MZ), samospráv (kraje, obce) a dalších, spíše doplňkových zdrojů. Systém dotací je jednoletý. Poskytovateli služeb jsou obvykle NNO, církevní organizace.*

**4. Ambulantní léčba**
Popis: Ambulantní léčebná a preventivní péče poskytovaná jako zdravotní a/nebo sociální služba. Specializovaná ambulantní péče poskytovaná diferencovaně uživatelům všech typů návykových látek, patologickým hráčům a lidem trpícím obdobnými poruchami. Sestává zejména z komplexní diagnostiky, individuální a skupinové psychoterapie, poradenství, sociální práce, farmakoterapie, socioterapie, rodinné terapie a edukace příbuzných osob pacientů/klientů. Cílovou skupinou jsou osoby, které trpí adiktologickými poruchami nebo jsou jimi ohroženy. Dalšími využívanými léčebnými metodami dle specifických potřeb pacientů/klientů může být např. detoxifikace v domácím prostředí.

[22] Pochopitelně v rámci možností služby, omezení je dáno např. otevírací dobou ambulantních služeb, časovým rozvrhem TP…

*Zdravotnická služba, zaměřená na léčbu směrem k trvalé/ udržitelné abstinenci. Jádrem je standardní léčba, pravidelný docházkový režim, strukturovaná péče. Potřebným doplňkem, mimo vlastní léčby, je podpora pacientů v oblasti sociální, součástí mohou být skupinové aktivity/ terapeutické skupiny jak pro pacienty, tak pro rodinné příslušníky, sociální okolí. Služba není anonymní, o pacientovi je vedena standardní zdravotnická dokumentace. V ČR jsou tyto služby hrazeny (převážně) ze systému zdravotního pojištění, malá (ale výkonná) část služeb, jejichž realizátory jsou především NNO, je financována vícezdrojově (systém jednoletých dotací – RVKPP, MZ, samosprávy; někdy s částečným spolufinancováním ze zdravotního pojištění).*

- Na úroveň ambulantní léčby patří i tzv. **Adiktologické ambulance**

**5. Ambulantní stacionární péče**
Popis: Ambulantní léčebná a preventivní péče poskytovaná jako zdravotní a/nebo sociální služba. Specializovaná ambulantní péče poskytovaná diferencovaně uživatelům všech typů návykových látek, patologickým hráčům a lidem trpícím obdobnými poruchami. Sestává zejména z komplexní diagnostiky, individuální a skupinové psychoterapie, poradenství, sociální práce, farmakoterapie, socioterapie, rodinné terapie a edukace příbuzných osob pacientů/klientů. Cílovou skupinou jsou osoby, které trpí adiktologickými poruchami nebo jsou jimi ohroženy. Dalšími využívanými léčebnými metodami dle specifických potřeb pacientů/klientů může být např. detoxifikace v domácím prostředí. Péče je doplněna o strukturované programy denních, popř. nočních či odpoledních stacionářů v délce 3-4 měsíce. Tento standard naplňuje požadavky odborné způsobilosti ambulantní léčby a rozšiřuje je o požadavky na strukturované stacionární programy.

*Strukturované ambulantní programy s celodenním programem (klient do služby dochází na celý den). Vyšší úroveň ambulantní léčby, program je určený pro klienty, pro něž není ještě indikována pobytová léčba, nicméně vzhledem ke stupni závislosti, povaze problému je předpoklad nižší účinnosti „klasické" ambulantní léčby. Vzhledem k výlučným charakteristikám cílové skupiny je reálný předpoklad efektivního fungování služby v místech s vysokou koncentrací cílové skupiny.*
*V ČR v současné době funguje jediná služba (v Praze), je financována z veřejných rozpočtů státu (RVKPP, MPSV, MZ), samospráv (kraje, obce) a dalších, spíše doplňkových zdrojů. Poskytovatelem služby je NNO.*

**6. Krátkodobá a střednědobá ústavní léčba**
Popis: Krátkodobá a střednědobá léčba závislých na alkoholu, jiných návykových látkách a patologických hráčů v rámci lůžkové péče na samostatných specializovaných odděleních zdravotnických zařízení v obvyklém rozsahu 5-24 týdnů. Je nezbytné službu poskytovat jako zdravotní službu.

*Standardní pobytová léčba zaměřená na abstinenci, pro osoby, u nichž není předpoklad úspěšné ambulantní léčby (nebo jim není aktuálně dostupná). Je obvykle poskytována ve větších zdravotnických zařízeních (psychiatrické léčebny), s kapacitou i více než stovek pacientů současně. Léčba je multidisciplinární, se sociální složkou, její součástí je pracovní terapie, volnočasové aktivity, v posledních letech se oproti původnímu spíše direktivnímu vedení pacientů stále více prosazují komunitní prvky a přístupy.*
*V ČR jsou tyto služby hrazeny obvykle ze systému zdravotního pojištění (pro pacienty bývají bezplatné), některé specifické složky léčby mohou být financovány vícezdrojově (především ze strany MZ, v uplynulém programovacím období z ESF, resp. OP LZZ – programy zaměřené na návrat pacientů na trh práce).*

**7. Rezidenční péče v terapeutických komunitách**
Popis: Střednědobá a dlouhodobá lůžková odborná péče v zařízeních typu terapeutických komunit, obvykle v délce 6-18 měsíců. Terapeutická komunita je pobytové zařízení, jehož prvořadým cílem je pomáhat klientům k zotavení či úzdravě jejich adiktologických poruch prostřednictvím postupů

podporujících jejich osobním rozvoj za současného dodržování abstinence od návykových látek. Terapeutická komunita nabízí strukturované, bezpečné a podnětné prostředí pro učení, růst a zrání, které se děje především prostřednictvím sociálního učení v kontextu vymezeném jasnými a srozumitelnými pravidly. Terapeutický potenciál TK se spatřuje ve stálém napětí mezi realitou a terapií, mezi každodenním spolužitím na straně jedné a podporovaným a monitorovaným sociálním učením a nácvikem na straně druhé. *Pozn.: Pro terapeutickou komunitu (TK) je typická vnitřní terapeuticko-sociální organizace s definovanými a plně využívanými účinnými faktory, nikoliv vnější znaky nebo typ klientely. Doba pobytu může být i delší než zde uvedených 18 měsíců, ale z odborného hlediska se doporučuje zvažovat účelnost pobytu nad 12 měsíců.*

*Pobytová léčby, směřující k abstinenci. Jedná se o programy pro menší skupinu klientů, kapacita komunity bývá obvykle cca 15 – 20 osob. Léčba je dlouhodobá, určená pro klienty s dlouhou drogovou nebo závislostní kariérou, přidruženými komplikacemi (zdravotními, sociálními), které se nejeví reálné zvládnout ve standardní pobytové léčbě. Významnou součástí léčby je vedení klientů k odpovědnosti nejen za svůj vlastní život a léčbu, ale i konkrétní podíl na zajištění chodu zařízení, spolurozhodování o jeho chodu atp.* [23]
*Služby jsou financovány z veřejných rozpočtů státu (RVKPP, MPSV, MZ), samospráv (kraje, obce) a dalších, spíše doplňkových zdrojů. Systém dotací je jednoletý. Poskytovateli služeb jsou obvykle NNO, církevní organizace.*

**8. Doléčovací programy**
Popis: Strukturované programy intenzivního doléčování jsou určeny abstinujícím osobám s anamnézou závislosti na návykových látkách nebo problematikou patologického hráčství s doporučenou minimální dobou abstinence 3 měsíce. Doléčovací programy jsou částečně založeny na formě odpoledních stacionářů, v délce minimálně 6 měsíců. Programy jsou zaměřené na podporu a udržení abstinence klientů/pacientů po léčbě v základním léčebném programu a pomáhají jim v navrácení do podmínek běžného života. V terapeutickém kontinuu bývají zařazovány do následné péče. Programy poskytují podpůrnou individuální a skupinovou psychoterapii, sociální práci, prevenci relapsu, nabídku volnočasových aktivit a dle svých možností i chráněné bydlení a chráněná pracovní místa a rekvalifikaci. Služba je poskytována jako zdravotní a/nebo sociální.
*Pozn. 1: Součástí doléčovacího programu může být chráněné bydlení. Chráněné bydlení je prostředek sociální stabilizace klienta formou přechodně poskytovaného ubytování. Pozn. 2: Součástí doléčovacího programu mohou být chráněné pracovní programy. Chráněné pracovní programy slouží k zvýšení pracovních dovedností až do úrovně rekvalifikace, zpevnění pracovních návyků a získání práce u externího zaměstnavatele.*

*Programy, určené pro pacienty/ klienty po úspěšně dokončené léčbě. Spíše než o samotnou léčbu se jedná o podporu v abstinenci, a především o reintegraci do společnosti, na což především v krátkodobé ústavní léčbě nezbývá dost prostoru – tedy sociální stabilizaci, úpravu/ obnovení rodinných vazeb, nalezení bydlení, zaměstnání apod. Služba je obvykle primárně poskytovaná jako ambulantní, se strukturovaným programem, omezenou dobou účasti v programu (obvykle cca do 6 měsíců). Je poskytována bezplatně (klienti si obvykle hradí pouze ubytování, pokud je nabízeno).*
*Služby jsou financovány z veřejných rozpočtů státu (RVKPP, MPSV, MZ), samospráv (kraje, obce) a dalších, spíše doplňkových zdrojů. Systém dotací je jednoletý. Poskytovateli služeb jsou obvykle NNO, církevní organizace.*

[23] K tématu TK existuje v ČR dostatek informací i kvalitní literatura, např.: Průvodce léčbou v terapeutické komunitě, Preston, A., Malinowski, A. a Šefránek, ÚV ČR 2007, dostupné na: http://www.drogy-info.cz/index.php/publikace/navykove_latky/metodika/pruvodce_lecbou_v_terapeuticke_komunite , nebo Terapeutická komunita pro drogově závislé I., II., Nevšímal Petr, Středočeský kraj 2007 a další.

**9. Substituční léčba**

Popis: Ambulantní časově předem neomezená udržovací léčba substituční látkou. Je určena osobám závislým na opiátech často s přítomností psychických a somatických komplikací. Jejím cílem je efektivně potlačit odvykací příznaky a spolupůsobením zdravotní účinků poskytované zdravotní péče a sociálních služeb všestranně zlepšit kvalitu života pacientů/klientů. Služba je poskytována jako zdravotní služba formou ambulantní péče.

*Ambulantní služba, primárně určená dlouhodobým uživatelům opiátů, opakovaně selhávajícím v léčbě, směřované k abstinenci. V ČR je v současné době zavedena substituční léčba metadonem, která je sice pro klienty/ pacienty zdarma, ale není ideálně dostupná (jedná se o cca 10 metadonových substitučních center), pro větší část substituční léčby jsou používány preparáty na bázi buprenorfinu. Tato forma léčby je dostupnější z pohledu jejího rozšíření (předepisovat tato léčiva může lékař bez ohledu na odbornost), nicméně pacienti si hradí plnou cenu přípravku. Druhým problémovým místem v této oblasti je skutečnost, že jen velmi málo služeb/ programů nabízí komplexní, multidisciplinární přístup, tedy jak složku farmakologickou, tak sociální, terapeutickou. Většinou se to týká zmíněných větších substitučních/ metadonových center.*

*Komplexněji pojaté služby (obvykle provozované NNO; naplňující standard komplexní substituční léčby) jsou financovány z veřejných rozpočtů státu (RVKPP, MPSV, MZ), samospráv (kraje, obce) a dalších, spíše doplňkových zdrojů. Systém dotací je jednoletý.*

*Předepisování receptů na buprenorfin, resp. poskytování substituce na úrovni nižšího standardu léčebné péče (tzv. základní, ale v praxi spíše minimální léčba[24]) se děje v rámci poskytování často výrazně odlišných zdravotnických služeb, jejichž provoz je hrazen z veřejného zdravotního pojištění (netýká se úhrady používaných preparátů).*

**10. Adiktologické služby ve vězení**

Popis: Adiktologická služba pro uživatele všech typů psychoaktivních látek (nelegálních i legálních) a patologické hráče, poskytované ve vazebních věznicích, věznicích a po výstupu z vězení. Služby jsou poskytovány v oblasti prevence a léčby závislostí, zacílené na změnu životního stylu a prevenci recidivy drogové i kriminální.

Na základě zájmu věznice, potřeb klientů a možnostech služby mohou být služby poskytovány individuelně či skupinově. Intenzita kontaktu s jednotlivými klienty je stanovena dle individuálních potřeb klientů, možností služby a podmínek stanovených věznicí.

Služby jsou pro klienty dobrovolné a případné odmítnutí není sankcionováno.

S ohledem na skutečnost, že do věznice z logistických důvodů dochází služba jednoho typu, musí tato být schopna zahrnout spektrum služeb o HR poradenství po terapii. Přesná podoba služby je utvářena s ohledem na stav motivace klienta k abstinenci – v případě nezájmu o abstinenci, jsou poskytovány informace a poradenství zejména v oblasti HR a sociálně právní. Pokud má klient zájem o změnu, je možné s ním navázat dlouhodobější spolupráci a v tom případě má služba poradensko terapeutický charakter, přičemž délka kontaktu, frekvence kontaktů a doba poskytování služby je individualizovaná (s ohledem na délku výkonu trestu a zda je klient ve výkonu vazby nebo výkonu trestu).

Adiktologické služby ve vězení (ASV) doplňují nabídku péče o uživatele drog v prostředí věznic, kterou zajišťují zaměstnanci Vězeňské služby (VS). Využívá efektu externisty, kdy drogově závislí vězni více důvěřují osobám, které nejsou součástí vězeňského systému.

ASV jsou významným mezičlánkem mezi věznicemi a návaznými civilními službami a mají řadu specifik vyplývajících z kontextu vězeňského systému. Tyto služby není možné realizovat bez intenzivní spolupráce s vězeňskou službou.

[24] *viz Standard substituční léčby, Věstník 3/2008 MZ, přímý odkaz:* http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik_3610_1774_11.html

## 4/2 Služby, poskytované v Jihočeském kraji - stav ke konci roku 2014

### NÍZKOPRAHOVÉ SLUŽBY

**Terénní programy:** V roce 2014 byly poskytovány na území všech okresů Jihočeského kraje. Vzhledem k velikosti (rozloze) okresů, jejich lidnatosti a efektivitě poskytování služeb, hrazených z veřejných rozpočtů považujeme toto řešení za nejvýhodnější způsob.

**Historie a souvislosti:** Do roku 2015 se síť terénních programů vyprofilovala tak, že jsou realizovány ve všech okresech (a v podstatě i větších městech) Jihočeského kraje. Jakkoli byly historicky prvními preferovanými protidrogovými službami na území Jihočeského kraje spíše kontaktní centra (konec devadesátých let minulého století), v průběhu minulých let (cca od roku 2004 – 2005) nastalo období rozvoje terénních programů. Důvodem bylo především zjištění, že ambulantní služba není na území okresu zárukou vyhovující dostupnosti nízkoprahových služeb. Navíc zkušenosti s provozem kontaktních center z měst Český Krumlov, Třeboň a Jindřichův Hradec ukázaly, že forma ambulantní služby (KC) nemusí být dostatečně akceptovatelná/ přitažlivá ani pro potenciální klienty - obyvatele menších měst, kde KC sídlí (hlavní překážkou udržení těchto konkrétních služeb se patrně staly obavy o ztrátu anonymity ze strany klientů, které se odrazily v nízké výkonnosti těchto KC, ty byly důvodem jejich následné transformace v terénní programy). V některých okresech kraje navíc k problematice samotného užívání drog přistupují i další rizikové faktory, například existence větších vyloučených lokalit, existence pouliční prostituce apod. Za těmito cílovými skupinami je nutné „dojet" na místo, protože bariérou k návštěvě ambulantní služby v centru okresu kromě vzdálenosti může být i otázka finanční (náklady na cestu), časová (není mezi všemi obcemi ani v rámci okresu ideální možnost spojení, a pro některé klienty – studující, zaměstnané – není akceptovatelná ztráta času, stráveného na cestě veřejnou dopravou[25]) jazyková (oblast prostituce) a další.

**Ambulantní složka terénních programů**

**Historie a souvislosti:** V současné době je k dispozici pouze jako součást terénního programu Streetwork pro města Český Krumlov a Kaplici (realizátor CPDM, o.p.s., Český Krumlov). Tuto modifikaci služby si „vynutili", dle vyjádření pracovníků služby, především místní (českokrumlovští) uživatelé služby, kteří se jednak obávali ztráty anonymity na malém městě[26]. Některé činnosti (testování na infekční nemoci, časově náročnější poradenství, objemově větší výměny apod.) je navíc nepochybně jak pro službu, tak pro klienty, vhodnější, bezpečnější či pohodlnější realizovat v chráněném prostředí.
V ostatních okresech nepovažujeme za nutné tento segment služby v současné době podporovat, neboť terénní programy mohou své klienty, kteří by tuto službu využili, delegovat do příslušných kontaktních center. Jedinou výjimkou je okres Jindřichův Hradec, kde by bylo rozšíření terénního programu o tuto složku bylo představitelné, a pravděpodobně i potřebné.

Službu poskytovaly v roce 2014 (a letech předcházejících) celkem čtyři subjekty:

- **Arkáda -sociálně psychologické centrum – Terénní program Arkáda**: okres Písek (města Písek, Protivín, Milevsko);
- **Centrum pro pomoc dětem a mládeži – Streetwork pro města Český Krumlov a Kaplice**: okres Český Krumlov (města a obce Č. Krumlov, Kaplice, Velešín, Větřní, oblast Lipenska);
- **Sdružení META – Terénní program pro okres Jindřichův Hradec**: města Jindřichův Hradec, Třeboň, České Velenice, Dačice[27] a další;

[25] Nejde pouze o čas, strávený na cestě, ale spíše o frekvenci spojení, nutnosti čekat na zpáteční spoj i několik hodin…
[26] Viz poznámka výše – KC a anonymita klientů na malém městě.
[27] Ve městě Dačice poskytuje službu i TP při KC „Centrum u Větrníku", Jihlava. V Dačicích působí cca od roku 2006, jednou týdně. Vzhledem k tomu, že tento způsob zajištění služeb není systémový (vybraná jedna lokalita,

- **OS Prevent – Jihočeský streetwork Prevent**: okresy České Budějovice, Strakonice, Prachatice, Tábor (města České Budějovice, Trhové Sviny, Prachatice, Vimperk, Vodňany, Strakonice, Blatná, Soběslav, Veselí nad Lužnicí a další)
    - okrajově pak **Farní charita Tábor** – terénní program pouze pro město Tábor (jako doplněk služeb kontaktního centra Auritus, služba nebyla v daném období samostatně certifikována).

**Tabulka 4.2.1**: Porovnání výkonů terénních programů za rok 2014

| region | Obyvatelé okres | Počet klientů/ UD | Z toho počet klientů/ IUD | Počet kontaktů s UD | Vydané JIS |
|---|---|---|---|---|---|
| Č. Budějovice | 188 512 | 386 | 307 | 2 334 | 35 209 |
| Č. Krumlov | 61 204 | 237 | 148 | 1 168 | 19 492 |
| J. Hradec | 92 120 | 121 | 69 | 364 | 15 689 |
| Písek | 70 459 | 87 | 77 | 617 | 12 082 |
| Prachatice * | 51 006 | 109 | 77 | 990 | 4 197 |
| Strakonice * | 70 546 | 66 | 32 | 317 | 14 084 |
| Tábor ** | 102 596 | 29 | 17 | 125 | 1 292 |

Poznámky:
* - v okresech Strakonice a Prachatice provádí terénní program JČSW výměny v městech, kde sídlí kontaktní centrum, spíše výjimečně. Cílem je spíše motivovat místní uživatele k využití služeb dostupných v místním kontaktním centru.
** - v okrese Tábor se jedná o údaje za dvě města (TP JČSW začal službu pravidelně poskytovat počátkem roku 2014). Nejsou doplněny údaje za místní TP FCH Tábor ve městě Tábor (realizován cca 2 hod./týdně), kde se jedná o jednotlivé klienty, kteří navíc s velkou pravděpodobností využívají služby KC v místě.

**Kontaktní centra:** Službu poskytovaly v roce 2014 tři subjekty, celkem pět zařízení je umístěno v největších městech kraje, ta jsou přirozenou spádovou oblastí pro širší region.

**Historie a souvislosti:** V současné době v Jihočeském kraji jsou tyto služby poskytovány v pěti městech: České Budějovice, Tábor, Písek, Prachatice a Strakonice. Kontaktní centra byla prvními službami, zaměřenými přímo a jednoznačně na cílovou skupinu uživatelů nelegálních drog. Ta, která fungují dosud, začala vznikat někdy mezi lety 1996 – 1999, obvykle na základě spolupráce tehdejších okresních protidrogových koordinátorů a motivovaných NNO. Jejich podoba je různá, některá kontaktní centra jsou součástí širokého spektra protidrogových služeb v rámci organizace (OS Prevent), jiné je komplexem protidrogových služeb a programů v míře širší než obvyklé (Centrum „Auritus…“) Farní charity Tábor by spíše odpovídal charakteru tzv. „drogové agentury“, mimo jiných programů má certifikovanou službu „ambulantní léčba“). KC Arkáda (Písek) je součástí organizace, která realizuje i další služby a aktivity pro jiné cílové skupiny než uživatele drog (včetně primární prevence apod.), zároveň je KC personálně propojeno s místním terénním programem. Ve všech případech se jedná o dlouhodobě poskytované služby, na vysoké odborné úrovni, v regionu potřebné a využívané, s odpovídající výkonností.

- **Arkáda -sociálně psychologické centrum** – KC Arkáda, město Písek;
- **OS Prevent**
    - KC Prevent České Budějovice;
    - KC Prevent Strakonice;

---

poskytovatel nemá vazby na širší region, aktivita poskytovatele nebyla předjednána nebo jinak koordinována), nepovažujeme za potřebné podporovat ze strany kraje tyto aktivity.

- KC Prevent Prachatice;
- **Farní charita Tábor** – Auritus – centrum pro lidi ohrožené drogou, město Tábor.

**Tabulka 4.2.2**: Porovnání výkonů kontaktních center za rok 2014

| region | Obyvatelé okres | Počet klientů/ UD | Z toho počet klientů/ IUD | Počet kontaktů s UD | Vydané JIS |
|---|---|---|---|---|---|
| Č. Budějovice | 188 512 | 417 | 404 | 7 774 | 110 889 |
| Písek | 70 459 | 123 | 100 | 2 606 | 34 288 |
| Prachatice | 51 006 | 126 | 83 | 876 | 13 609 |
| Strakonice | 70 546 | 158 | 102 | 863 | 12 455 |
| Tábor | 102 596 | 179 | 119 | 4 783 | 45 207 |

**Tabulka 4.2.3**: Počty klientů nízkoprahových služeb po jednotlivých okresech, celkové součty za rok 2014

| region | Obyvatelé okres | Služby | Počet klientů/ UD | Z toho počet klientů/ IUD | Počet PUD/ okres |
|---|---|---|---|---|---|
| Č. Budějovice | 188 512 | KC + TP | **803** | **711** | **700** |
| Č. Krumlov | 61 204 | pouze TP | **237** | **148** | **220** |
| J. Hradec | 92 120 | pouze TP | **121** | **69** | **250** |
| Písek | 70 459 | KC + TP | **210** | **177** | **280** |
| Prachatice | 51 006 | KC + TP | **235** | **160** | **180** |
| Strakonice | 70 546 | KC + TP | **224** | **134** | **200** |
| Tábor | 102 596 | KC + TP | **208** | **136** | **300** |

**Poznámky a doplnění k tabulce 4.2.3:**

**1/ Počet klientů služeb v okresech**, kde jsou souběžně poskytovány služby kontaktní centrum a terénní program nejsou počty jedinečných fyzických osob. Do jisté míry dochází k překrytí části klientů mezi oběma programy. V letech 2011 – 2013 bylo u konkrétních služeb provedeno dotazování, kdy služby měly odhadnout/ identifikovat toto překrytí (je znázorněno v tabulce níže). Po přepočtu na všechny klienty nízkoprahových služeb v kraji lze odhadnout, že dlouhodobě činí toto překrytí cca 15 – 20 % (okresů Č. Krumlov a J. Hradec se toto netýká, na jejich území je poskytována pouze jedna služba - terénní program). Další dotazování se týkalo kvalifikovaného odhadu, jak velká část klientů nízkoprahových služeb využívá jiné nízkoprahové služby (mimo okres), a je tedy zachycena ve statistikách více nízkoprahových služeb. Poskytovatelé se shodli na intervalu cca 5 – 10 %.

**Za rok 2014 činil počet klientů v nízkoprahových službách Jihočeského kraje cca 1 600 osob/ v kategorii problémových uživatelů (v tom v kategorii injekčních uživatelů cca 1 200 osob/ IUD). Na základě dlouhodobých výzkumů v ČR lze s vysokou mírou pravděpodobnosti konstatovat, že skutečný počet fyzických osob – všech klientů nízkoprahových služeb činí cca 75 – 80 % uživatelů drog (problémových uživatelů).**

**2/ Počet PUD** (odhad učiněn za období 2011 – 2013, předpokládáme jeho přetrvávající platnost – respektive nemáme dosud žádné závažné signály, které by nás opravňovaly k jeho zásadnímu přehodnocení)

**1/ POČET PROBLÉMOVÝCH UŽIVATELŮ DROG V JIHOČESKÉM KRAJI MINIMÁLNĚ CCA 1 900 OSOB CELKEM**

Rozmezí 1 900 – cca 2 400 osob

**2/ z toho: POČET INJEKČNÍCH UŽIVATELŮ V JIHOČESKÉM KRAJI ZA ROK 2012 MINIMÁLNĚ 1 700 OSOB**

Rozmezí 1 700 – 2 000 osob

**Tabulka 4.2.4**: Počty klientů nízkoprahových služeb za období 2011 až 2013, očištěno o přesahy mezi službami v rámci okresu

| 2011 korekce celkového součtu/ abs. | Podíl z celkového hrubého součtu v % | 2012 korekce celkového součtu/ abs. | Podíl z celkového hrubého součtu v % | 2013 korekce celkového součtu/ abs. | Podíl z celkového hrubého součtu v % |
|---|---|---|---|---|---|
| **1610 klientů/ UD** | **89,7** | **1630 klientů/ UD** | **86,7** | **1 733 klientů/ UD** | **85,7** |
| **1281 IUD** | **87,4** | **1177 IUD** | **82,8** | **1 296 IUD** | **83,4** |
| **223** opiáty celkem | **85,8** | **216** opiáty celkem | **81,8** | **252** opiáty celkem | **98,8** |
| **1119** pervitin celkem | **88,3** | **1075** pervitin celkem | **74,5** | **1 240** pervitin celkem | **86,0** |

**POČTY KLIENTŮ NÍZKOPRAHOVÝCH SLUŽEB**

**Celkový počet klientů**, kteří prošli nízkoprahovými službami od doby, kdy jsou tyto údaje krajem sledovány. Prostý součet všech klientů služeb/ UD by činil od roku 2002, kdy jsou sledované statistické údaje souhrnně za celé území Jihočeského kraje, 20 041 osob. To je ovšem počet osob vykazovaných jednotlivými službami. Od roku 2005 se stalo součástí statistik služeb sledování tzv. prvních kontaktů – jedná se o osoby, které využijí službu poprvé („noví klienti“). Díky tomuto ukazateli můžeme odhadnout skutečný počet fyzických osob, které za toto období službami prošly, na 8 134 jednotlivců (celkový vykazovaný počet klientů je 16 706 osob). Vezmeme-li v úvahu kvalifikovaný odhad výše (koeficient 80 %, viz pozn. 1 k tabulce 4.2.4, přesahy mezi jednotlivými službami), pak můžeme s velkou mírou pravděpodobnosti odhadnout, že za období 2005 – 2014 pomohly nízkoprahové služby celkem 6 500 osobám. A protože za rok 2014 měly tyto služby cca 1 600 klientů, lze odhadnout, že pravděpodobně[28] více než 5 000 osob nějakým způsobem drogovou kariéru opustilo, anebo se minimálně jejich životní styl změnil tak, že tyto služby již nepotřebují využívat.

Z počtu klientů nízkoprahových služeb jednoznačně převažují injekční uživatelé a uživatelé, kteří by se díky způsobu užívání a typu užívané látky (pervitin a opiáty) dali klasifikovat jako problémoví uživatelé (cca 75 % všech klientů/ UD), viz orientační grafy níže. Z ostatních návykových látek mají největší podíl uživatelé marihuany jako hlavní drogy, z kategorie ostatní jsou to uživatelé těkavých látek, minimálně a výjimečně extáze, kokain atp. Uživatelů alkoholu (kteří nejsou započteni do těchto statistik) je v kontaktu s nízkoprahovými službami dlouhodobě minimum, už vzhledem k charakteru nabízených služeb. Pokud již v kontaktu jsou, jedná se spíše o kombinaci alkoholu s jinými návykovými látkami. Za toto období využilo služeb těchto programů 4 308 neuživatelů drog, zde se s nejvyšší pravděpodobností jedná o víceméně reálný počet fyzických osob. V nejvyšší míře jsou zastoupeni rodinní příslušníci uživatelů, kterým je poskytnuto poradenství v jejich složité životní situaci.[29]

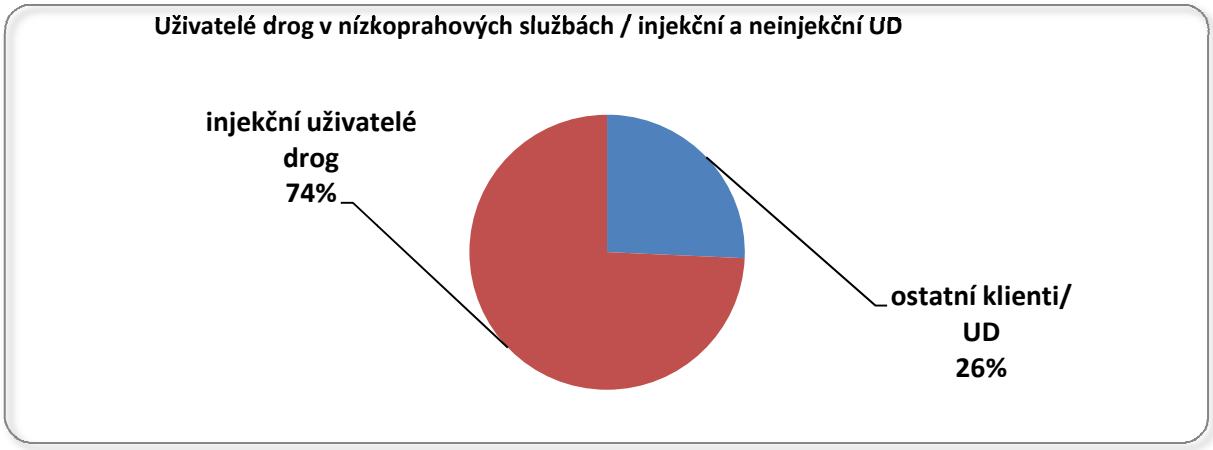
Místa pravidelné působnosti terénních programů v roce 2014 (interval od „denně“ do „1*za 14 dnů“): Kaplice, Větřní, Český Krumlov, Loučovice, Vyšší Brod, Velešín, Jindřichův Hradec, České Velenice, Třeboň, Dačice, Slavonice, Písek, Protivín, Milevsko, Strakonice, Volyně, Vodňany, Blatná, Týn nad Vltavou, Borovany, Horní Stropnice, Trhové Sviny, Volary, Vimperk, Netolice, Horní Vltavice, Kubova Huť, Soběslav, Veselí nad Lužnicí, České Budějovice, Prachatice. **Celkem území o 345 513 obyvatelích** (54,2 % obyvatelstva kraje).

Nepravidelné působení terénních programů 2014 (dle aktuální potřeby, případně monitoring situace): **Celkem území o 43 932 obyvatelích** (6,9 % obyvatel kraje). Viz následující mapa (4. 2. 1)

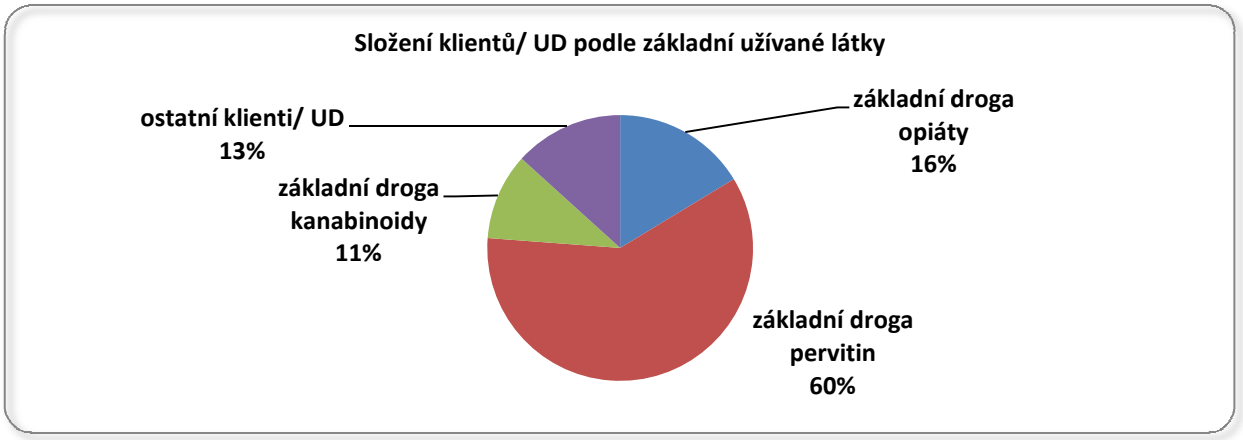
[28] Pravděpodobně znamená mj. např. i to, že počátkem sledovaného období (rok 2005 a další) nebyly terénní programy v Jihočeském kraji natolik rozšířené (např. TP na Táborsku a na Písecku neexistoval), aby bylo možné počítat se stejnou úrovní přesahů jako v letech 2011 – 2013 a dalších… Síť kontaktních center již byla stejná.

[29] Podrobnější statistické údaje za období 2002 – 2014 lze nalézt v souhrnné tabulce – PŘÍLOHA 1

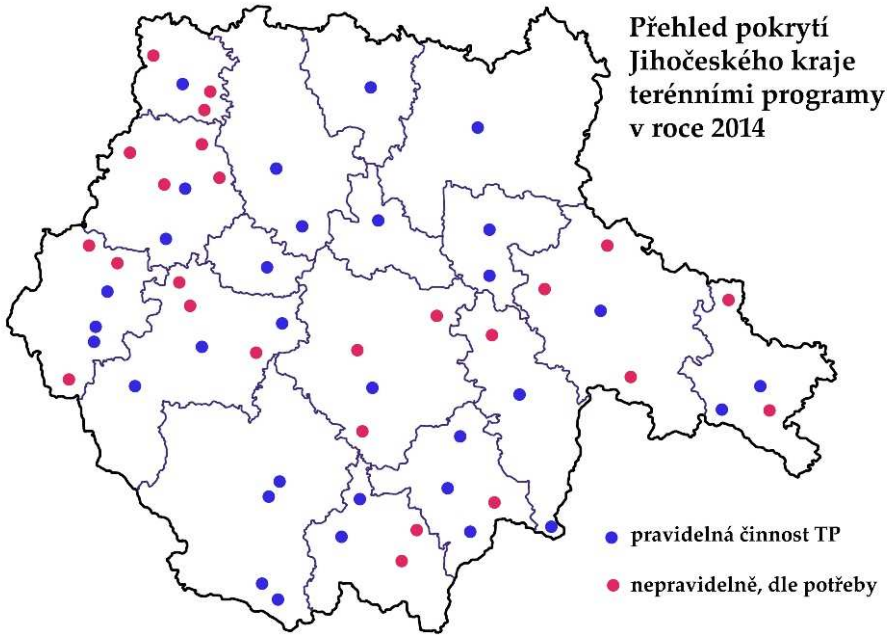
**Graf 4.2.1**: Uživatelé drog v nízkoprahových službách / injekční a neinjekční UD




**Graf 4.2.2**: Složení klientů podle základní užívané látky




**Mapa 4. 2. 1:** Pokrytí území kraje terénními programy (za rok 2014)



**SOUHRNNÁ TABULKA 4. 2. 5: Nízkoprahové služby v Jihočeském kraji - počty klientů, jejich struktura a základní výkony za období 2002 – 2014**

| kategorie/ rok | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | CELKEM |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **počet klientů / uživatelů drog (UD)** | **1 084** | **1 052** | **1 207** | **1 442** | **1 182** | **1 495** | **1 540** | **1 637** | **1 675** | **1 795** | **1 880** | **2 022** | **2 038** | **16 706** |
| **z toho injekčních UD** | **600** | **835** | **879** | **894** | **872** | **1 147** | **1 200** | **1 160** | **1 347** | **1 466** | **1 422** | **1 545** | **1 535** | |
| **z toho se ZD opiáty** | **256** | **306** | **122** | **176** | **223** | **313** | **273** | **237** | **255** | **260** | **264** | **255** | **334** | |
| **z toho heroin** | 256 | 306 | 122 | 176 | 32 | 41 | 38 | 53 | 40 | 33 | 14 | 30 | 91 | |
| **Z toho Subutex atd.** | | | | | 191 | 272 | 235 | 184 | 215 | 227 | 250 | 225 | 243 | |
| **z toho se ZD pervitin** | **43** | **46** | **512** | **600** | **615** | **886** | **1 004** | **962** | **1 212** | **1 267** | **1 272** | **1 442** | **1 335** | |
| **z toho se ZD kanabinoidy** | 123 | 98 | 107 | 108 | 114 | 149 | 152 | 186 | 109 | 159 | 221 | 250 | 334 | |
| **průměrný věk klienta** | **22** | **22** | **24** | **24** | **25** | **26** | **26** | **28** | **28** | **28** | **26** | **28** | **29** | |
| **počet neuživatelů, kteří využili služeb programu** | 324 | 493 | 356 | 304 | 250 | 381 | 310 | 359 | 339 | 332 | 272 | 305 | 283 | **4 308** |
| **počet kontaktů** | | | | 14 325 | 11 173 | 17 456 | 18 973 | 22 253 | 21 068 | 22 567 | 20 290 | 21 415 | 23 577 | **193 097** |
| **počet prvních kontaktů** | | | | **750** | **642** | **799** | **764** | **765** | **611** | **598** | **607** | **1 079** | **827** | **7 442** |
| **počet výměn** | | | | 7 801 | 7 340 | 9 799 | 10 900 | 10 954 | 9 708 | 11 740 | 11 057 | 11 128 | 9 280 | **99 707** |
| **počet vydaných JIS** | | | | 124 723 | 140 965 | 124 723 | 227 872 | 240 114 | 242 833 | 266 977 | 224 996 | 252 517 | 318 503 | **2 164 223** |

Vysvětlivky: **UD** – uživatelé drog (míněny nelegální návykové látky, tedy mimo alkohol). **ZD** – základní droga. **Subutex atd.** – v této kategorii jsou mimo samotný Subutex (legálně i nelegálně) uvedeny i ostatní opiáty, např. z kategorie léčiv (typicky v posledních létech Vendal Retard apod.). **První kontakt** – v podstatě znamená nového klienta, který službu využije. Každá fyzická osoba se započítává pouze jednou (na překážku by nemělo být ani dlouhodobé opuštění služby – z důvodu přerušení užívání, výkonu trestu apod. – při návratu do služby by již taková osoba neměla být počítána jako nový kontakt). **JIS** – jednorázová injekční stříkačka.
Takto označená pole znamenají, že se v daném období tyto statistické údaje nesledovaly.
Součet počtu klientů/ UD je za období 2005 – 2014 (pro potřeby odhadu reálných fyzických osob ve službách – v konfrontaci s prvními kontakty)

## DALŠÍ AMBULANTNÍ PROGRAMY (mimo kontaktní centra)

**Substituční léčba:** Podle Standardu MZ (úroveň komplexní substituční léčby), je v Jihočeském kraji poskytována jediná služba, **Substituční centrum Prevent** (včetně metadonového programu).

**Tabulka 4.2.6:** Souhrnné statistické údaje Substitučního centra Prevent (klienti)

| | počet klientů | z toho injekčních UD | z toho ZD heroin | z toho ZD buprenorfin nelegálně | z toho ZD ost. opiáty | substituce buprenorfinem | substituce metadonem | z toho prvních kontaktů | neuživatelé |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 |

**Tabulka 4.2.7:** Souhrnné statistické údaje Substitučního centra Prevent (výkony)

| | kontakt UD | podání subst. látky | individuální terapie | sociální práce | lékařské vyšetření | testy na přítomnost drog |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 2014 | **3882** | **2512** | 174 | 38 | 203 | 674 |
| 2013 | **4649** | **3346** | 194 | 30 | 206 | 679 |
| 2012 | **5274** | **4065** | 343 | 54 | 295 | 265 |

**Historie a souvislosti:** V současné době v Jihočeském kraji je substituční léčba poskytována po dvou víceméně oddělených liniích.
**Komplexní substituční léčba** (včetně podávání metadonu), zahrnující terapeuticko sociální složku je dostupná v Českých Budějovicích (substituční centrum Prevent, od roku 2006). Tato služba v Jihočeském kraji (stejně jako vznik většiny substitučních center v ČR) vznikla na podnět ministerstva zdravotnictví, pro které byl v období cca 2004 – 2006 vznik substitučních center minimálně ve všech krajských městech prioritou jeho protidrogové politiky.
**Minimální substituční léčba**, spočívající víceméně pouze ve vydávání receptů na buprenorfin (Subutex, Suboxone apod.) ze strany lékařů je poskytována na území Jihočeského kraje nerovnoměrně. Podle informací především z nízkoprahových služeb jsou regiony, kde není tato již standardní intervence, specificky zaměřená na uživatele opiátů, dostupná. Situace se navíc průběžně mění, souhrnně lze konstatovat, že spíše směrem k ještě obtížnější dostupnosti samotné substituční látky. Co se týče terapeuticko sociální složky substituční léčby (pokud je realizována tímto způsobem), je v podstatě nedostupná (částečně je suplována kontaktními centry, případně jinými ambulantními službami, jedná se ale o nestandardní řešení).
Ač opiátová scéna v Jihočeském kraji není v porovnání s některými jinými regiony ČR příliš rozsáhlá, je substituční léčba důležitým prvkem sítě služeb.

**Ambulantní léčba:** V roce 2014 byly v Jihočeském kraji dostupné dvě služby, certifikované dle Standardů RVKPP (obě jsou poskytované NNO).

- **OS Prevent – Adiktologická poradna Prevent**
  - město České Budějovice (spádová oblast širší region, výjimečně klienti z jiných oblastí kraje)

**Tabulka 4.2.8:** Souhrnné statistické údaje Adiktologické poradny Prevent (klienti)

| | počet klientů celkem | z toho NNL | z toho alkohol | z toho gambling | z toho prvních kontaktů | Z toho neuživatelé |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 |

**Tabulka 4.2.9:** Souhrnné statistické údaje Adiktologické poradny Prevent (výkony)

| | kontakty | skupinová terapie | individuální terapie | párová terapie | rodinná terapie | rodičovská skupina | sociální práce |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 2014 | 1110 | 0 | 637 | x | 95 | 1 | 21 |
| 2013 | 1085 | 10 | 566 | x | 79 | 26 | 30 |
| 2012 | 649 | 2 | 1060 | 32 | 174 | 15 | 30 |
| 2011 | 404 | 0 | 726 | 32 | 388 | 11 | 28 |

- **Farní charita Tábor – Auritus – centrum pro lidi ohrožené drogou**/ program **Poradenské centrum**
  - realizováno ve městě Tábor (spádová oblast okres Tábor, výjimečně i klienti mimo území kraje – především sousedící regiony Středočeského kraje;
  - klienty jsou téměř výhradně uživatelé nelegálních návykových látek;
  - část aktivit programu je spíše než ambulantní léčbou následnou péčí.

**Tabulka 4.2.10:** Souhrnné statistické údaje* Poradenského centra Auritus, FCH Tábor

| | **počet klientů celkem** | z toho NNL | z toho neuživatelé | individuální terapie / 60 min. | poradenství pro rodiče / 90 min. |
|---|---|---|---|---|---|
| 2014 | **113** | 57 | 56 | 251 | 117 |
| 2013 | **126** | 60 | 66 | 254 | 126 |
| 2012 | **125** | 61 | 64 | 318 | 93 |
| 2011 | **86** | 36 | 50 | 194 | 64 |

* v tomto případě jsou statistické údaje, resp. jejich struktura skromnější než u ostatních služeb, protože přestože je ambulantní léčba v rámci zařízení řádně certifikována, projekt je realizován jako souhrn KC a ambulantní léčby (a tedy závěrečná tabulka se statistickými údaji je společná, odděleně služba sleduje pouze tyto údaje, viz každoroční Výroční zprávy…)

**Historie a souvislosti:** obdobně jako u substituční léčby je léčba ambulantní poskytována po dvou liniích.

**Ambulantní léčba poskytovaná dle Standardů RVKPP** je spíše výjimečnou záležitostí. Obě služby (Č. Budějovice i Tábor) vznikly v místech s nejvyššími počty uživatelů nelegálních návykových látek. A ač se zároveň jedná o místa s nejvyšší dostupností ambulantní psychiatrické léčby (kam patří i léčba závislostí), realita (neochota významné části psychiatrů/ psychologů se touto léčbou zabývat, dlouhé objednací doby u těch „ochotných“ apod.) si „vynutila“ vznik specializovaných služeb. Ambulantní léčba v Českých Budějovicích (od r. 2009) vznikla na přímý podnět magistrátu města.

**Léčba v psychiatrických ambulancích** je co do počtu míst, kde je poskytována, rozšířenější variantou, nicméně její dostupnost v jednotlivých regionech kraje je velmi rozdílná. Vždy záleží na preferenci, odbornosti a ochotě jednotlivých lékařů (psychiatrů, klinických psychologů) se cílovou skupinou osob, ohrožených závislostí, zabývat. Není neobvyklým přístup, kdy si lékaři vybírají pouze specifickou část cílové skupiny (nejobvyklejší jsou uživatelé alkoholu, specifičtěji pak uživatelé alkoholu po absolvované ústavní léčba), a ostatní klienty/ pacienty z této cílové skupiny odmítají (obvykle s poukazem na to, že na tuto léčbu nemají odbornost, nebo kapacitu – což souvisí s obecnou poddimenzovaností systému ambulantní psychiatrické léčby).

Podrobněji viz následující samostatná kapitola.

## AMBULANTNÍ LÉČBA V PSYCHIATRICKÝCH AMBULANCÍCH, AT ORDINACÍCH

### Reální pacienti služeb ambulantní léčby v oblasti závislostí, Jihočeský kraj

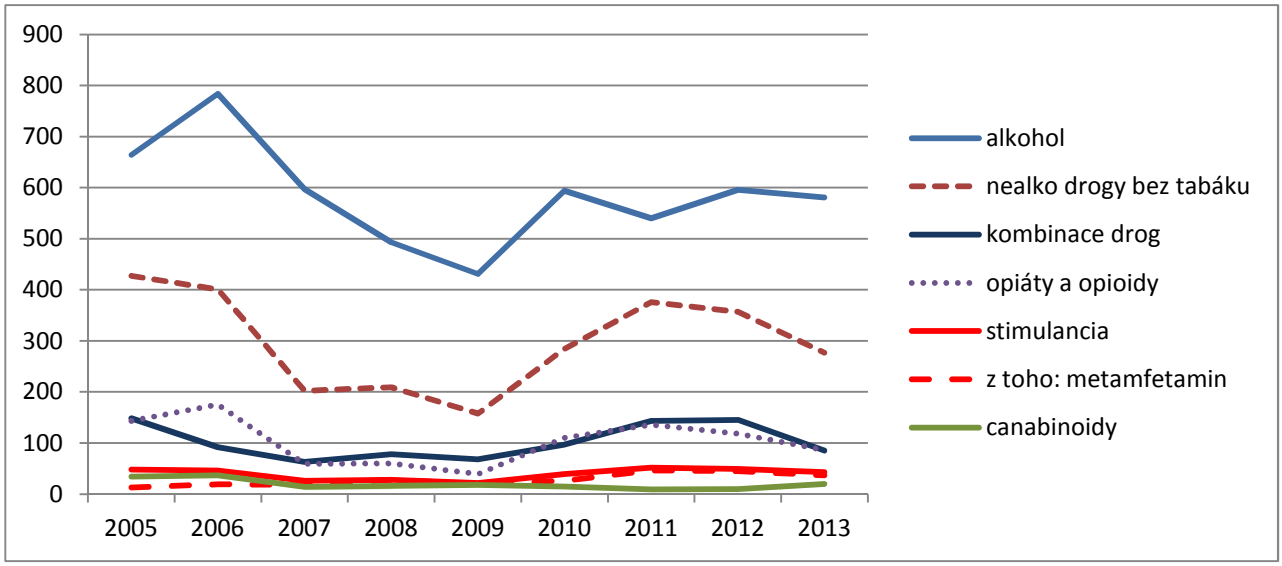
**Tabulka 4. 2. 11:** Struktura pacientů psychiatrických ambulancí v Jihočeském kraji 2005 – 2013 (počty pacientů)

| | 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**

Pozn. k tabulce: Co se absolutních počtů pacientů AT za sledované období týče, není zřetelný významný výkyv nebo vývoj v celkových počtech ve vztahu k předpokládaným počtům uživatelů NL v kraji. Zvláště u skupin, kde máme o situaci přehled z údajů nízkoprahových služeb (uživatelé opiátů, pervitinu; především jejich injekční uživatelé), počty léčených ani zdaleka neodpovídají předpokládanému počtu jedinců u skupin uživatelů konopí nebo alkoholu. Pozn.: *Údaje k roku 2014 nebyly v době zpracování tohoto dokumentu k dispozici, Zdravotnické ročenky jednotlivých krajů ÚZIS obvykle zveřejňuje na podzim následujícího roku.*

**Graf 4.2.3:** Hlavní sledované látky. Trend léčených uživatelů NL v AT ambulancích v Jihočeském kraji 2005 – 2013 (počty pacientů)



**Tabulka 4. 2. 12:** Počet pacientů psychiatrických ambulancí v Jihočeském kraji na 10 000 obyvatel v roce 2013, srovnání s ČR

| | počet pacientů na 10 000 obyv. KRAJ | počet pacientů na 10 000 obyv. ČR | pořadí JčK mezi ostatními kraji |
|---|---|---|---|
| **opiáty a opioidy** | **1,4** | **3** | **9** |
| z toho: heroin | 0,1 | 0,9 | 14 |
| **canabinoidy** | **0,3** | **1,3** | **14** |
| sedativa, hypnotika | 0,5 | 2 | 14 |
| kokain | 0 | 0 | |
| **stimulancia** | **0,7** | **3,3** | **14** |
| z toho: metamfetamin | 0,6 | 3,1 | 14 |
| halucinogeny | 0 | 0,1 | 14 |
| prchavá rozpustidla | 0 | 0,1 | 14 |
| **kombinace drog** | **1,3** | **3** | **12** |
| **nealko drogy bez tabáku** | **4,4** | **12,9** | **14** |
| tabák | 0,2 | 0,5 | 13 |
| **alkohol** | **9,1** | **21,2** | **13** |

**zdroj: ÚZIS**

Pozn. k tabulce: Jihočeský kraj je ve většině kategorií v porovnání s ČR na posledním místě, což nás ovšem neopravňuje k tvrzení, že je v Jihočeském kraji současně nejmenší počet uživatelů návykových látek. Tabulku je nutné číst především ve srovnání počtu léčených na 10 000 obyvatel. Z tohoto údaje nelze vysledovat počet uživatelů jednotlivých návykových látek, ale především ty, kdo se dostanou do léčby. Například v kategorii uživatelů opiátů můžeme předpokládat, že v jiných regionech ČR bude větší podíl jejich uživatelů (Praha, Ústecký, Moravskoslezský kraj), a tedy cca poloviční počet osob v léčbě oproti celorepublikovému průměru nemusí být alarmující (převážná část uživatelů opiátů v Jihočeském kraji se nachází v krajském městě, kde možnosti ambulantní léčby jsou výrazně vyšší, než v jiných částech kraje). Ale například v případě pervitinu nelze tvrdit, že jeho užívání je v kraji na 20 % úrovni ve srovnání s průměrem ČR… Obdobně užívání kanabinoidů, sedativ apod.

**Pozn. závěrečná: Obě tabulky lze interpretovat především tak, že dostupnost ambulantní léčby uživatelů návykových látek je v Jihočeském kraji na velmi nízké úrovni, pravděpodobně jedna z nejhorších v ČR a počet pacientů ve zdravotnických službách neodráží skutečný počet uživatelů návykových látek nebo rozšíření užívání NL v obecné populaci.**

Tomuto tvrzení odpovídá i srovnání odhadů počtu potenciálních klientů/ pacientů z předchozí kapitoly s reálnými počty vykázaných pacientů (dle statistik ÚZIS[30]).

- **Pokud je počet/ odhad osob ve vysokém ohrožení alkoholismem v Jihočeském kraji 34 650 obyvatel kraje, pak se průměrně za období 2005 – 2013 dostalo každoročně péče cca 586[31] z nich, tedy asi 1,7 %…**
  - … na úrovni ČR[32] je to asi (v tom i údaje za JčK) 22 316 z 577 500 ohrožených osob, tedy **3,8 %** (více než dvojnásobek léčených osob v JčK)**;**
- **Pokud je počet/ odhad osob ve vysokém ohrožení užíváním konopí v Jihočeském kraji 5 040 obyvatel kraje, pak se průměrně za období 2005 – 2013 dostalo každoročně péče cca 19 z nich, tedy asi 0,4 %…**

[30] Nejde v tomto případě pouze o výsledky srovnání statistik nebo nějaké hry čísel. Poznatky z terénu tento jev potvrzují, ostatně historie vzniku služeb ambulantní léčby, poskytované NNO v Jihočeském kraji podle standardů RVKPP také – tento vznik byl vynucen reálnou nedostupností zdravotnických služeb v oblasti ambulantní léčby.

[31] Viz tabulka Struktura pacientů psychiatrických ambulancí v Jihočeském kraji 2005 – 2013 (počty pacientů), průměr pacientů za sledované období (je použito i pro další kategorie)

[32] Zdravotnická ročenka ČR 2013, str. 92 - 93

- … na úrovni ČR[33] je to asi (v tom i údaje za JčK) 1 366 z 84 000 ohrožených osob, tedy **1,6 %** (čtyřnásobek léčených osob v JčK)**;**

- **Pokud je počet/ odhad osob, problémových uživatelů drog v Jihočeském kraji 2 520 obyvatel kraje, pak se průměrně za období 2005 – 2013 dostalo každoročně péče cca 131 z nich, tedy asi 5,2 %…**
  - … na úrovni ČR[34] je to asi (v tom i údaje za JčK) 9 493 ze 42 000 ohrožených osob, tedy **22,6 %** (více než čtyřnásobek podílu léčených osob v JčK)**;**
- **Podíl počtu pacientů užívajících psychoaktivní látky, evidovaných v ambulantních psychiatrických zařízeních v Jihočeském kraji ve srovnání se zbytkem ČR (rok 2013, ÚZIS):**
  - Pacienti celkem: podíl JčK na údajích za celou ČR **2,44 %**
  - Pacienti (alkohol), podíl JčK na údajích za celou ČR **2,67 %**
  - Pacienti (ostatní NL bez tabáku), podíl JčK na údajích za celou ČR **2,09 %**
  - Podíl obyvatel Jihočeského kraje na obyvatelstvu ČR **6,04 %**

**Podrobnější údaje o struktuře pacientů, výkonů nebo jejich rozložení (např. podle jednotlivých regionů kraje) nemáme z oficiálních zdrojů k dispozici[35].**

Pro přípravu tohoto dokumentu byl vlastními silami Jihočeského kraje proveden v polovině roku 2015 rychlý a orientační průzkum, který se týkal počtu pacientů v psychiatrických ambulancích Jihočeského kraje. Formou velmi stručného dotazníku bylo osloveno 40 registrovaných psychiatrických ambulancí, ambulancí klinických psychologů nebo psychiatrických oddělení nemocnic. Z toho tři zařízení nevyvíjely k tomuto datu žádnou činnost. Vyplněných se vrátilo 19 dotazníků (což je z počtu 37 aktivních zařízení návratnost mírně nad 50 %). Konkrétní výsledky:

**Tabulka 4. 2. 13:** 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 na základě konzultací mezi 50 – 75 %). Na ostatní zdravotnická zařízení (18 subjektů) tedy zbývá celkem 133 pacientů. Měli – li bychom odhadnout zbývající počet pacientů v kraji za rok 2014, pohybovali bychom se v někde cca mezi 200 – 300 pacienty (motivem pro nevrácení 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

[33] Zdravotnická ročenka ČR 2013, str. 92 - 93
[34] Zdravotnická ročenka ČR 2013, str. 92 - 93
[35] V první polovině roku byl spuštěn systém sledování pohybu léčených uživatelů drog, tzv. Národní registr léčby uživatelů drog, který v budoucích letech poskytne mnohem sofistikovanější a konkrétnější údaje. Podrobnější informace viz http://www.uzis.cz/registry-nzis/nrlud

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 4. 2. 14:** 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 | hráčství F.63.0 | CELKEM 2014 |
|---|---|---|---|---|
| počet pacientů | **25** | **23** | **3** | **51** |

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

**AMBULANTNÍ LÉČBA NNO (podle standardů RVKPP)**

V Jihočeském kraji působí v současné době dvě služby ambulantní léčby dle Standardů odborné způsobilosti RVKPP (Adiktologická poradna Prevent, České Budějovice a Auritus – centrum pro lidi ohrožené drogou, Tábor – v jednom zařízení je poskytována služba kontaktní centrum i ambulantní léčba). V Jindřichově Hradci pak P.centrum sdružení Meta, registrovaná jako sociální služba (odborné sociální poradenství).
Související – služby následné péče (Arkáda Písek, Doléčovací centrum Prevent), Substituční centrum Prevent.
Pro účely kvalifikovaných odhadů potenciálních počtů klientů/ pacientů (ve vazbě na rozpočet služby) využijeme statistické údaje Adiktologické poradny, pro srovnání[36] pak údaje farní charity Tábor (Auritus – centrum pro lidi ohrožené drogou, Poradenské centrum = AL).

**Tabulka 4. 2. 15:** Struktura pacientů Adiktologické poradny Prevent 2013 - 2014

| | 2013 | 2014 |
|---|---|---|
| Počet klientů – uživatelů nealkoholových drog (počet jednotlivých uživatelů drog, kteří využili v daném období alespoň jednou služeb programu) | 132 | 141 |
| – z toho prvních kontaktů[1)] | 101 | 113 |
| – z toho mužů | 68 | 88 |
| – z toho injekčních uživatelů drog | 68 | 79 |
| – z toho se základní drogou heroin | 4 | 0 |
| – z toho se základní drogou pervitin | 84 | 99* |
| – z toho se základní drogou kokain/crack | 0 | 1 |
| – z toho se základní drogou kanabinoidy | 20 | 35* |
| – z toho se základní látkou Subutex nelegálně | 5 | 14* |
| Průměrný věk klientů – uživatelů nealkoholových drog | 27,65 | 28,06 |
| Počet klientů – uživatelů alkoholu a gamblerů | 11 | 26* |
| Počet klientů – neuživatelů drog, kteří využili alespoň jednou v daném období služeb programu[2)] | 119 | 105 |

**Tabulka 4. 2. 16:** Struktura a počet výkonů Adiktologické poradny Prevent 2013 - 2014

[36] Údaje nejsou dostupné v obdobné struktuře, jsou vykazovány jako součást komplexu Auritus… stejně tak nejsou oddělené rozpočty.

| Služba | Počet osob, které danou službu využily | | Počet výkonů (v jednotkách uvedených v pravém sloupci) | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | 2013 | 2014 | 2013 | 2014 | |
| Kontakt s uživateli nealkoholových drog | 132 | 167[37] | 1085 | 1110 | Počet kontaktů |
| – z toho prvních kontaktů | 101 | 113 | 101 | 113 | Počet kontaktů |
| Skupinová terapie, poradenství | 6 | 0 | 10/90m. | 0 | Počet skupin/délka trvání jedné |
| Sociální práce | 19 | 21 | 30 | 21 | Počet intervencí |
| Individuální terapie, poradenství | 95 | 143 | 566/60 | 637/60 | Počet sezení/délka trvání jednoho |
| Rodinná terapie, poradenství | 133 | 59 | 79/60 | 95/60 | Počet sezení/délka trvání jednoho |
| Rodičovská skupina | 14 | 3 | 26/90 | 1/90 | Počet skupin/délka trvání jedné |
| Krizová intervence | 6 | 2 | 6 | 3 | Počet intervencí |
| Testy HIV | 6 | 4 | 6 | 4 | Počet provedených testů |
| Testy HCV | 10 | 4 | 10 | 4 | Počet provedených testů |
| Testy na přítomnost drog | 32 | 58 | 155 | 353 | Počet provedených testů |

Poznámka: Za rok úvazek celkem 2,0 v přímé péči, struktura vedoucí pracovník (adiktolog) – 0,5, sociální práce 1,0, psycholog 0,5. Služba byla v roce 2014 realizována od pondělí do čtvrtka v době od 9:00 – 17:00, v pátek pouze pro objednané klienty do 15 hod. Individuální terapii byla možno využít také ve zvláštních časech dle možností klienta. Rodičovská skupina nebyla pro nezájem ze strany rodičů v roce 2014 realizována. Nejpočetnějšími klienty je skupina uživatelů pervitinu. Další početnou cílovou skupinou jsou uživatelé alkoholu, kuřáci marihuany (většinou nezletilí v doprovodu rodičů) a hazardní hráči a sázkaři. Nejméně početnou skupinou jsou uživatelé opiátů. Do Adiktologické poradny referují klienty často pracovnice OSPOD, kurátoři pro děti a mládež, pracovníci PMS, azylové domy, linky důvěry, krizového centra, kontaktního centra a terénního programu či jiní klienti nebo rodiče. Služba je certifikována podle standardů RVKPP a je registrována jako zdravotnické zařízení.

Poradenské centrum (Auritus – centrum pro lidi ohrožené drogou, Farní charita Tábor). V poradenském centru jsou převážně uživatelé pervitinu a THC, kteří jsou v počáteční fázi závislosti, mají dobré sociální zázemí, velmi často se pracuje zároveň s celou rodinou:

**Rok 2014:**
- Počet rodičů a blízkých v PC: **56 osob**
- Počet klientů v PC: **57 osob** (průměrný věk 23 let, 49% pervitin, 37% THC)
- Individuální poradenství klienti: **251x** (rozsah 1 hod na jedno sezení)
- Poradenství pro rodiče: **117x** (rozsah 1,5 hod na jedno sezení)

**Rok 2013:**
- Počet rodičů a blízkých v PC: **66 osob**
- Počet klientů v PC: **60 osob** (průměrný věk 22,7 let)
- Individuální poradenství klienti: **508x** (rozsah 1 hod na jedno sezení)
- Poradenství pro rodiče: **378x** (rozsah 1,5 hod na jedno sezení)

**Rok 2012:**
- Počet rodičů a blízkých v PC: **64 osob**
- Počet klientů v PC: **61 osob**
- Individuální poradenství klienti: **318x** (rozsah 1 hod na jedno sezení)
- Poradenství pro rodiče: **93x** (rozsah 1,5 hod na jedno sezení)

[37] Jedná se o všechny uživatele služby – drogové, alkoholové i nelátkové. Nejsou zohledněny v tabulkách.

**Ambulantní doléčovací programy:**

- **Arkáda -sociálně psychologické centrum** – při KC Arkáda (program není certifikován RVKPP, je registrován jako sociální služba Následná péče);
    - město Písek (včetně širšího regionu), program je určen téměř výhradně uživatelům alkoholu (obvykle po absolvování pobytové léčby) Roční počty klientů cca 40 osob, deklarovaná kapacita 60 klientů/ rok;
    - program není certifikován dle standardů RVKPP, je poskytován jako registrovaná sociální služba (proto jiná struktura statistických údajů o službě).

**Tabulka 4. 2. 17:** Souhrnné statistické údaje* služby Následná péče Arkáda

| | CELKEM hodin přímá práce s klienty | **POČTY KLIENTŮ** |
|---|---|---|
| **2014** | 356 | **37** |
| **2013** | 377 | **36** |

* údaje pochází z výkazů sociálních služeb pro potřeby MPSV (systém OK služby/poskytovatel). Aktuálnější data jsou dostupná pouze za roky 2013 a 2014.

- **OS Prevent – Doléčovací centrum Prevent.** Program se skládá ze dvou částí (ambulantní a ambulantní s pobytovou složkou – chráněné bydlení):
    - Ambulantní léčba – cílovou skupinou jsou obyvatelé města České Budějovice (včetně širšího regionu), roční počty klientů v programu ambulantní léčby cca 15 – 20 (v programu s chráněným bydlením cca 30 – 40) – souhrnně cca 50 klientů ve strukturovaném programu ročně. Souhrnné statistiky níže, u pobytové formy programu.

**REZIDENČNÍ/POBYTOVÉ PROGRAMY**

**Pobytové doléčovací programy:**

- **OS Prevent – Doléčovací centrum Prevent.** Program se skládá ze dvou částí:
    - Ambulantní léčba s chráněným bydlením (kapacita aktuálně 11 lůžek, max. doba pobytu 6 měsíců, pro matky s dětmi aktuálně max. 12 měsíců) – obyvatelé ČR (přichází z pobytových zařízení – léčebny, komunity - z celé ČR). Roční počty klientů v programu s chráněným bydlením cca 30 – 40.
    - Kapacita strukturovaného programu byla v roce 2014 16 klientů (11 lůžek plus 5 v ambulantní léčbě).
    - **Zájem o účast v programu v roce 2014 - 114** potencionálních klientů
        - počet nepřijatých žadatelů: **61**
        - počet nepřijatých žadatelů z kapacitních důvodů: **21**
        - počet nepřijatých žadatelů z ostatních důvodů (nedostavili se k přijímacímu pohovoru, nesplnění podmínky cílové skupiny-např. 3 měsíční léčby atd.): **40**

**Tabulka 4. 2. 18:** Souhrnné statistické údaje Doléčovacího centra Prevent (klienti strukturovaného programu)

| | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 2014 | **45** | 34 | 10 | 1 | 30 | 32 | 2 AMB / 2 CHB | **17** |
| 2013 | **49** | 28 | 19 | 2 | 33 | 34 | | **19** |
| 2012 | 49 | 36 | 11 | 2 | 32 | 41 | 4 CHB | 11 |

**Tabulka 4. 2. 19:** Souhrnné statistické údaje Doléčovacího centra Prevent (výkony – počty výkonů)

| | počet klientodnů | počet lůžkodnů | skupinová terapie | individuální terapie | sociální práce |
|---|---|---|---|---|---|
| 2014 | 5066 | 2645 | 125 | 1101 | 461 |
| 2013 | 4207 | 2852 | 69 | 993 | 291 |
| 2012 | 4623 | 2980 | 47 | 945 | 239 |

**Krátkodobá a střednědobá lůžková péče:** V Jihočeském kraji je poskytována převážně v PL Červený Dvůr.

**PL Červený Dvůr:** Psychiatrická léčebna Červený Dvůr je zařízení 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 550 až 750 pacientů. Léčebna má v současnosti 4 oddělení – příjmové detoxifikační oddělení (detox) a tři oddělení psychoterapeuticko-režimová.
Léčené poruchy: Syndrom závislosti na alkoholu F 10., syndrom závislosti na heroinu (případně kodeinu či Subutexu) F 11.2, syndrom závislosti na pervitinu F 15.2, syndrom patologického hráčství F 63.0, syndrom polymorfní závislosti F 19.2.
Zastoupení jednotlivých skupin diagnóz podstupuje vývoj (pravděpodobně v důsledku výskytu jednotlivých závislostí v republice). V roce 94 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.[38]

PL Červený Dvůr je přímo zřizovanou organizací Ministerstva zařízení ČR.

Sídlo léčebny: Červený Dvůr 1, Český Krumlov 381 01

**Tabulka 4. 2. 20[39]:** Celkový počet pacientů PL Červený Dvůr za období 2011 – 2014

| rok | **2011** | **2012** | **2013** | **2014** |
|---|---|---|---|---|
| Pacienti | 690 | 741 | 740 | **782** |
| ...z toho muži | 444 | 486 | 495 | **497** |
| ...z toho ženy | 246 | 255 | 245 | **285** |

**Tabulka 4. 2. 21:** Zastoupení jednotlivých skupin diagnóz 2011 – 2014 (podíl z celkového počtu pacientů)

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

[38] Podrobněji např. http://cervenydvur.cz/
[39] Údaje v tabulkách, týkajících se počtů pacientů a jejich skladby poskytlo pro potřeby JčK vedení léčebny.

**Tabulka4.2.22:** Počet pacientů v léčbě podle jednotlivých krajů, roky 2013 - 2014 (bez určení diagnózy)

| | 2013 | 2014 |
|---|---|---|
| **Jihočeský kraj** | **179*** | **188** |
| Praha | 178 | 153 |
| Ústecký kraj | 57 | 111 |
| Karlovarský kraj | 93 | 99 |
| Středočeský kraj | 79 | 91 |
| Západočeský kraj | 79 | 78 |
| Královéhradecký kraj | 25 | 48 |
| Liberecký kraj | 57 | 33 |
| Jihomoravský kraj | 27 | 23 |
| Olomoucký kraj | 24 | 12 |
| Zlínský kraj | 1 | 11 |
| Moravskoslezský kraj | 5 | 9 |
| Pardubický kraj | 3 | 4 |
| Vysočina | 2 | 5 |
| Bydliště mimo území ČR | 4 | 3 |
| Bezdomovci | 1 | 0 |

* Pro srovnání: **Podle statistik ÚZIS bylo v roce 2013 hospitalizováno[40] v ČR celkem 718 obyvatel Jihočeského kraje pro diagnózu F10 – F19** (ve všech věkových skupinách; ve věkové skupině 0 – 14 let se jednalo o jednoho pacienta). Z toho hospitalizace pro závislost na alkoholu 411 pacientů, závislost na nealkoholových drogách 307 osob. Z toho vyplývá, že kapacita PL Červený Dvůr by v současné době sama o sobě postačovala pro potřeby obyvatel Jihočeského kraje (s výhradou, že do této statistiky ÚZIS není zahrnuta dg. 63.0), a za druhé, že reálně se v léčebně léčí cca ¼ všech obyvatel Jihočeského kraje[41], kteří jsou hospitalizováni pro výše popsané diagnózy. Při zastoupení obyvatel Jihočeského kraje cca pěti procenty (přesněji 4,8 %) na celkovém počtu hospitalizací v ČR při poměru počtu obyvatel kraje vůči obyvatelstvu ČR cca 6 % se jeví zastoupení obyvatel kraje jako odpovídající, dostupnost pobytové léčby je velmi pravděpodobně na přiměřené úrovni (což poněkud koliduje s dostupností/ využívaností léčby ambulantní).

Zdroj: Psychiatrická péče 2013, Vydává Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, http://www.uzis.cz/

**Rezidenční péče v terapeutických komunitách:** Na území Jihočeského kraje je služba poskytovaná ve třech zařízeních.

**Terapeutická komunita Němčice** (Sananim, z.ú.)**:** Vznikla v roce 1991 jako první komunita pro drogově závislé u nás a ve své historii plnila roli modelového zařízení pro další programy v ČR. V síti terapeutických komunit má nezastupitelné místo, protože se zaměřuje na starší klienty s velmi dlouhou kariérou pravidelného užívání drog, které ostatní často odmítají. Na zájemce o léčbu klade minimální vstupní požadavky, a je tak určena těm skutečně nejpotřebnějším. Mnozí klienti mají duální psychiatrické diagnózy, jsou i víc poškozeni somaticky (hepatitidy B, C) a téměř polovina z nich absolvovala v minulosti výkon trestu odnětí svobody. Závažná trestná činnost nejen jako pachatelů, ale také v roli svědků či obětí je u nich častá a v jejich anamnéze se běžně objevuje rovněž zneužívání,

[40] Statistickou jednotkou je jeden případ hospitalizace, za který se považuje každé ukončení hospitalizace na jednom oddělení, ať již hospitalizace skončila propuštěním nebo úmrtím pacienta, či jeho přeložením na jiné oddělení zdravotnického zařízení. Jeden pacient může být hospitalizován vícekrát a tím se počet hospitalizovaných osob a hospitalizací liší. Pozn.: Jedná se o součet hospitalizací v psych. léčebnách a psych. lůžkových oddělení nemocnic.

[41] … a cca 5 % všech hospitalizací v rámci ČR (za rok 2013 celkem 15 604 hospitalizací)…

násilí a jiné traumatizace (od dětství až do závěru drogové kariéry). Stěhování TK Němčice do nového objektu v Heřmani U Písku proběhlo v r. 2014. [42]

Kapacita TK je 20 klientů, optimální doba léčby 10 – 15 měsíců.

Sídlo komunity: Heřmaň 36, 398 11 Heřmaň

**Tabulka 4. 2. 23:** Vybrané statistické údaje TK Němčice (klienti)

| | Počet klientů celkem | úspěšně dokončili léčbu v daném roce | Počet lůžkodnů | **Počet klientů z Jihočeského kraje** | **...z toho úspěšně ukončili léčbu** |
|---|---|---|---|---|---|
| 2014 | **40** | 10 | 5 962 | **4** | **3** |
| 2013 | **38** | 5 | 4 872 | * | * |
| 2012 | **45** | 11 | 4 883 | **x** | **x** |

**Terapeutická komunita Karlov** (Sananim, z.ú.)**:** Je určena pro mladistvé a mladé dospělé a pro matky s dětmi. Činnost zahájila v r. 1998; první matky s dětmi byly přijaty o tři roky později. V současné době nabízí 12 míst pro mladistvé, 9 míst pro matky (+ 10 míst pro děti).

**Mladiství klienti** (16 – 25 let)**.** Do léčby přicházejí často přímo z výchovných ústavů a přinášejí si s sebou řadu negativních návyků, které se snaží vnést do života komunity. Jejich motivace léčit se je obvykle nižší než u starších klientů nebo matek. V řadě případů pocházejí z neúplných rodin nebo z rodin ohrožených sociálně-patologickým chováním jednoho z rodičů, nejčastěji závislostí na alkoholu, a to spolupráci s rodinou značně problematizuje. Většinou jsou závislí na pervitinu, ale nebezpečně experimentují i s jinými drogami a kombinují je podle toho, jak jsou dostupné; při intoxikaci se chovají značně rizikově. Jejich průměrný věk je 20 let; část je mladší 18 let. Kapacita 12 klientů.

**Matky.** K léčbě je přivedlo především rozhodnutí zůstat s dítětem, které by jí jinak bylo odebráno z péče. Drogová závislost a s ní související značné sociální poškození způsobují, že terapeutický proces je u matek dlouhodobou záležitostí a léčba je pro ně náročná. Kapacita 9 matek a 10 dětí.

**Děti.** Při nástupu do léčby s matkami jsou vyšetřeny somaticky, případně psychologicky. Každé má individuální plán péče a rozvoje a je mu vedena standardní osobní dokumentace. Při pobytu na Karlově udělají děti většinou velký pokrok.[43]

Sídlo komunity: Karlov 3, 398 04 Smetanova Lhota. Pošta Čimelice, okres Písek

**Tabulka 4. 2. 24:** Vybrané statistické údaje TK Karlov (program **matky s dětmi**)

| | Počet matek celkem | úspěšně dokončily léčbu v daném roce | Počet dětí matek v léčbě | Počet lůžkodnů | **Počet matek v léčbě z Jihočeského kraje** | **...z toho úspěšně ukončily léčbu** |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 2014 | **26** | 10 | 33 | 5 930 | **4/4 děti** | **3/3 děti** |
| 2013 | **26** | 10 | 28 | 5 423 | * | * |
| 2012 | **23** | 11 | 25 | 6 172 | **x** | **x** |

* Sananim na rok 2013 nepodal žádost o podporu svých služeb (TK Karlov, TK Němčice), nemáme tedy za tento rok k dispozici Závěrečnou zprávu s konkrétními údaji o klientech z Jihočeského kraje (nicméně předpokládáme obdobné počty jako v jiných letech – tedy v řádu jednotek klientů).

[42] Citace z VZ Sananim za rok 2013. Viz http://www.sananim.cz/vyrocni-zpravy/152/vyrocni-zprava-za-rok-2013.html , upraveno o aktualizované údaje o kapacitě programů atp. z webu Sananim, z.ú.

[43] Citace z VZ Sananim za rok 2013. Viz http://www.sananim.cz/vyrocni-zpravy/152/vyrocni-zprava-za-rok-2013.html , upraveno o aktualizované údaje o kapacitě programů atp. z webu Sananim, z.ú.

**Tabulka 4. 2. 25:** Vybrané statistické údaje TK Karlov (program **mladiství**)

| | Počet klientů celkem | úspěšně dokončili léčbu v daném roce | Počet lůžkodnů | **Počet klientů v léčbě z Jihočeského kraje** | **...z toho úspěšně ukončili léčbu** |
|---|---|---|---|---|---|
| 2014 | **46** | 24 | **4 294** | **x** | **x** |
| 2013 | **59** | 20 | **3 910** | **x** | **x** |
| 2012 | **52** | 19 | **3 935** | **x** | **x** |

**x** –Sananim nepodává žádost na podporu tohoto programu, proto o klientech této služby z Jihočeského kraje nemáme informace.

**Terapeutická komunita v Podcestném mlýně** (Společnost Podané ruce, o.p.s.)**:** Služba je určena pro osoby s diagnózou závislosti na nealkoholových drogách, popřípadě smíšené závislosti. Klienti/ky mohou být muži a ženy starší 18 let. Kapacita zařízení je 15 míst, kde jsou čtyři místa trvale rezervována pro ženy. Převážně se jedná o muže a ženy s víceletou drogovou kariérou s intravenózním užíváním a četnými kriminálními delikty. Terapeutická komunita nabízí pobytovou léčbu na 9-12 měsíců.[44]

Sídlo komunity: Kostelní Vydří 64, 380 01 Dačice

**Tabulka 4. 2. 26:** Vybrané statistické údaje TK v Podcestném mlýně

| | Počet klientů celkem | Počet lůžkodnů | **Počet klientů z Jihočeského kraje** | **...z toho úspěšně ukončili léčbu** |
|---|---|---|---|---|
| 2014 | **35** | **4 598** | **3** | **x** |
| 2013 | **32** | **4 657** | **4** | **x** |
| 2012 | **28** | **4 718** | **x** | **x** |

[44]Citace z http://www.podaneruce.cz/programy-a-pece/terapeutick-komunita-podcestn-mln/

# 5/ POPIS MINIMÁLNÍHO STAVU POKRYTÍ REGIONŮ JIHOČESKÉHO KRAJE NA OBDOBÍ 2015 - 2017

Grafické znázornění stavu „Minimální sítě“ viz tabulka 5.1

Do „Minimální sítě protidrogových služeb na území Jihočeského kraje“ zahrnujeme pouze **služby, jejichž podobu** (dostupnost, kapacitu, odbornou způsobilost poskytování služeb apod.) **má Jihočeský kraj možnosti ovlivnit**. Hlavním nástrojem pro ovlivňování podoby „Minimální sítě“ je finanční podpora, která umožňuje stanovit takové podmínky, které odpovídají potřebám obyvatel kraje a zároveň naplňují protidrogovou strategii Jihočeského kraje.
Služby jsou členěny dle **Standardů odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující adiktologické odborné služby** (Standardy služeb pro uživatele drog, závislé a patologické hráče, schválené Radou vlády pro koordinaci protidrogové politiky dne 03. 3. 2015), které považujeme za základní nástroj pro jejich popis a systemizaci.

### 1. Detoxifikace

**Aktuální stav:** Služba je na území Jihočeského kraje poskytována (v omezené míře).
**Pro plánované období není součástí minimální sítě služeb.**

*Poznámka k aktuálnímu stavu: Neznamená to, že služba není pro občany kraje dostupná, nicméně její **dostupnost není optimální**.*
*Detoxifikace je dostupná pro pacienty PL Červený Dvůr, osoby, nastupující pobytovou léčbu v jiném zařízení mohou využít (a využívají) detoxifikační jednotky jiných psychiatrických nemocnic či léčeben (Apolinář, Bohnice, Sv. Karel Boromejský aj.). Krizová detoxifikace (přesněji detoxikace) je v jednotlivých (urgentních/ krizových) případech realizována na jednotkách JIP jednotlivých nemocnic v rámci kraje.*

### 2. Terénní programy

**Aktuální stav:** Služba je na území Jihočeského kraje poskytována.
**Minimální rozsah: Za minimální rozsah poskytování terénních programů považujeme jejich pravidelnou činnost ve všech městech a obcích Jihočeského kraje nad 5 000 obyvatel**, s tím, že tyto programy budou za spolupráce s obcemi, případně jinými institucemi, schopny vytipovávat i další místa se zvýšeným výskytem uživatelů především nelegálních návykových látek (s důrazem na injekční formu užívání), ať se již jedná o menší obce s momentálně nepříznivou situací v této oblasti, vyloučené lokality, místa s vyšší koncentrací pouliční prostituce (či o kombinaci těchto faktorů), a budou schopny tam působit (budou na to mít dostatečnou kapacitu – personální, finanční atd.).
Přednostně budou podporováni poskytovatelé služeb, kteří přijmou závazek za větší region (minimální jednotkou je okres).

**DOPLNĚNÍ: Ambulantní složka terénních programů.** Pro okresy (Č. Krumlov, J. Hradec), kde není dosud dostupná ambulantní nízkoprahová služba, může být vhodným řešením poskytování některých specifických činností ambulantně (strukturované poradenství, testy na infekční nemoci apod.).
**Minimální rozsah: Udržet pro TP realizovaný na Českokrumlovsku podmínky pro poskytování této služby**.

### 3. Kontaktní a poradenské služby (kontaktní centra)

**Aktuální stav:** Služba je na území Jihočeského kraje poskytována.
**Minimální rozsah: Za minimální rozsah poskytování těchto služeb považujeme zachování stávajícího stavu,** který se dlouhodobě osvědčil. Tedy udržení provozu kontaktních center v městech České Budějovice, Tábor, Písek, Strakonice a Prachatice.

**4. Ambulantní léčba**

**Aktuální stav**: Služba je na území Jihočeského kraje poskytována. Certifikované programy ambulantní léčby v městech České Budějovice a Tábor.
**Minimální rozsah: Za minimální rozsah poskytování těchto služeb považujeme zachování stávajícího stavu,** který se dlouhodobě osvědčil. Tedy udržení provozu služeb certifikovaných programů ambulantní léčby v městech České Budějovice a Tábor.

**5. Ambulantní stacionární péče**

**Aktuální stav:** Služba není na území Jihočeského kraje poskytována.
**Pro plánované období není součástí minimální sítě služeb.**

**6. Krátkodobá a střednědobá lůžková péče**

**Aktuální stav:** Služba je na území Jihočeského kraje poskytována.
**Pro plánované období není součástí minimální sítě služeb.**
*Poznámka k aktuálnímu stavu: Neznamená to, že služba není pro občany dostupná. Specializovaná ústavní léčba tohoto typu je dostupná na území kraje v PL Červený Dvůr, další osoby využívají pobytovou léčbu v jiných zařízeních na území celé ČR (Apolinář, Bohnice, Sv. Karel Boromejský, PL Opava, PL Kroměříž).*

**7. Rezidenční péče v terapeutických komunitách**

**Aktuální stav:** Služba je na území Jihočeského kraje poskytována.
**Pro plánované období není součástí minimální sítě služeb.**
**Minimální rozsah: Za minimální rozsah poskytování těchto služeb považujeme zachování stávajícího stavu.** Podporu provozu terapeutických komunit, které sídlí na území Jihočeského kraje. Jedná se o TK Němčice (Sananim, z.ú.), TK Karlov (Sananim, z.ú.) a TK Podcestný mlýn (Společnost Podané ruce, o.p.s.).

**8. Doléčovací programy**

**Aktuální stav:** Služba je na území Jihočeského kraje poskytována.
**Minimální rozsah: Za minimální rozsah poskytování těchto služeb považujeme zachování stávajícího stavu**. Tedy udržení provozu služby ambulantního doléčování (včetně chráněného bydlení) v Českých Budějovicích.

**9. Substituční léčba**

**Aktuální stav:** Služba je na území Jihočeského kraje poskytována.
**Minimální rozsah: Za minimální rozsah poskytování těchto služeb považujeme zachování stávajícího stavu**. Tedy udržení provozu služby substituční léčby v Českých Budějovicích.

**10. Adiktologické služby ve vězení a následná po-výstupní péče**

**Aktuální stav:** Služba není na území Jihočeského kraje poskytována**.**
**Pro plánované období není součástí minimální sítě služeb.**
*Poznámka k aktuálnímu stavu: Neznamená to, že služba není pro občany kraje dostupná. V části věznic v ČR tyto služby fungují. Vzhledem k tomu, že charakter jediné věznice v Jihočeském kraji (v Českých Budějovicích) se léty částečně změnil z vazební věznice na věznici s výkonem trestu, bude pravděpodobně nutné do budoucna uvažovat i o podpoře tohoto typu služby.*
*Poznámka 2: V době přípravy tohoto dokumenty neměl krajský koordinátor k dispozici informace od vedení věznice, které by nasvědčovaly potřebnosti této služby.*

**TABULKA 5.1:** Matrice sítě protidrogových služeb na území Jihočeského kraje - **MINIMÁLNÍ STAV** (barevně označené služby jsou podporovány ze strany Jihočeského kraje a jejich podpora je plánována i do následujícího období)

| okres | ORP | TP | KPS/ KC | AL | DP amb. | SL | detox | DP pobyt. | ASP | KLP | RPTK | ASV |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Č. Budějovice | Č. Budějovice | Prevent | Prevent | Prevent | Prevent | Prevent | Služba není ideálně dostupná, viz pozn. v textu kapitoly. | Dostupná (s omezením plynoucím z její kapacity) především v programu DP Prevent, viz pozn. v textu kapitoly | Služba není dostupná, v JčK není poskytována, viz pozn. v textu kapitoly | **dostupná především v PL Červený Dvůr, dále viz pozn. v textu kapitoly.** | Dostupná především TK Němčice, TK Karlov, TK Podcestný mlýn, viz pozn. v textu kapitoly | Služba není v JčK poskytována, viz pozn. v textu kapitoly |
| | Týn nad Vltavou | | viz ČB | viz ČB | viz ČB | | | | | | | |
| | Trhové Sviny | | | | | | | | | | | |
| Č. Krumlov | Č. Krumlov | CPDM | | | | | | | | | | |
| | Kaplice | | | | | | | | | | | |
| J. Hradec | J. Hradec | Metha | | Metha** | | | | | | | | |
| | Třeboň | | | | | | | | | | | |
| | Dačice | | | | | | | | | | | |
| Písek | Písek | Arkáda | Arkáda | | Arkáda*** | | | | | | | |
| | Milevsko | | viz Písek | | | | | | | | | |
| Prachatice | Prachatice | Prevent | Prevent | | | | | | | | | |
| | Vimperk | | viz PT | | | | | | | | | |
| Strakonice | Strakonice | Prevent | Prevent | | | | | | | | | |
| | Vodňany | | viz ST | | | | | | | | | |
| | Blatná | | | Prevent | | | | | | | | |
| Tábor | Tábor | Prevent* | Auritus | Auritus | | | | | | | | |
| | Soběslav | | viz Tábor | viz Tábor | | | | | | | | |

| **LEGENDA/ služba je…** | PLNĚ DOSTUPNÁ | | ČÁSTEČNĚ DOSTUPNÁ | | NEDOSTUPNÁ | | K VYSVĚTLENÍ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

| **VYSVĚTLUJÍCÍ POZNÁMKY** | | |
|---|---|---|
| Prevent* | k TP Tábor | TP ve městě Tábor zajišťuje FCH Tábor (Auritus), zbytek okresu pokrývá Jihočeský streetwork (Prevent) |
| Metha*** | AL J. Hradec | Odborné soc. poradenství (reg. soc. služba). Nikoli komplexní služba dle Standardů RVKPP. |
| Arkáda*** | DP Písek | Ambulantní doléčování (reg. jako sociální služba). Klienti především dg. F10 (alko). Tedy nikoli komplexní služba dle Standardů RVKPP. |
| viz ČB atd. | KPS, AL, DP amb. | Poznámka znamená, že částečně jsou služby dostupné pro občany, žijící na území celého okresu, byť služba sídlí v ORP. |

# 6/ POPIS IDEÁLNÍHO STAVU POKRYTÍ REGIONŮ JIHOČESKÉHO KRAJE NA OBDOBÍ 2015 – 2017 / OPTIMÁLNÍ SÍŤ

V této kapitole budeme uvádět rozdíl mezi minimálním či současným stavem (do r. 2015) a potřebami, vyplývajícími především v nastavení systému služeb, tak aby byla zajištěna jejich optimální místní dostupnost pro všechny občany kraje, kteří spadají do cílové skupiny.

**Podrobněji je „matrice" optimálního/ ideálního pokrytí kraje/ jednotlivých regionů zpracována jako tabulka 6.1**

Do „Optimální sítě protidrogových služeb na území Jihočeského kraje" primárně zahrnujeme pouze **služby, jejichž podobu** (dostupnost, kapacitu, odbornou způsobilost poskytování služeb apod.) **má Jihočeský kraj možnosti ovlivnit**. Hlavním nástrojem pro ovlivňování podoby „minimální sítě" je finanční podpora, která umožňuje stanovit takové podmínky, které odpovídají potřebám obyvatel kraje a zároveň naplňování protidrogovou strategii Jihočeského kraje. Týká se **především** terénních a ambulantních služeb, kde je důležitým hlediskem jejich koordinace vzhledem k počtu potenciálních klientů a optimální regionální dostupnosti (pro tyto služby, kde je nutné být „k dispozici" – kontaktní centra, nebo je nezbytný pravidelný kontakt – denní, týdenní nebo obdobná frekvence u substituční léčby, ambulantní léčby nebo ambulantního doléčování - hraje geografické umístění podstatnou roli).

U pobytových služeb (léčebny, komunity apod.) toto regionální hledisko postrádá smysl, neboť jejich dostupnost je dána v první řadě dostatečnou kapacitou služby, nikoli vzdáleností od místa bydliště, pobytu či zaměstnání potenciálních klientů/ pacientů. I vzhledem k velikosti území ČR (jednotlivých krajů) a stávajícímu stavu sítě pobytových služeb (tedy geografickému rozmístění léčeben, terapeutických komunit apod.) nepovažujeme za vhodné (a ekonomicky ani odborné opodstatněné) měnit síť těchto služeb ve vztahu k potřebám jednotlivých krajů. Na území Jihočeského kraje je tato péče zajištěna velmi dobře (existence specializované léčebny a tří terapeutických komunit[45]), na území některých krajů tyto služby nejsou dostupné buď vůbec, nebo s výrazně menší kapacitou.

Služby jsou členěny dle **Standardů odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující adiktologické odborné služby** (Standardy služeb pro uživatele drog, závislé a patologické hráče, schválené Radou vlády pro koordinaci protidrogové politiky dne 03. 3. 2015), které považujeme za základní nástroj pro jejich popis a systemizaci.

Pro zjednodušení jsou v této kapitole uvedeny i již existující služby minimální sítě (popisy případného rozvoje jsou pro přehlednost uvedeny v modrých boxech). Zbylý text se týká žádoucích změn v síti – „nových" či inovovaných, transformovaných služeb.

### 1. Detoxifikace

**Pro plánované období není součástí minimální sítě služeb.**

***Aktuálním stav:*** *Detoxifikace je dostupná pro pacienty PL Červený Dvůr, osoby, nastupující pobytovou léčbu v jiném zařízení mohou využít (a využívají) detoxifikační jednotky jiných psychiatrických nemocnic či léčeben. Krizová detoxikace je v jednotlivých případech realizována na jednotkách JIP jednotlivých nemocnic v rámci kraje.*

**Rozvoj:** Dle vyjádření vedení PL Červený Dvůr je záměrem do budoucna zpřístupnit detox i jiným pacientům z Jihočeského kraje, tedy nikoli pouze pacientům léčebny.

### 2. Terénní programy

**Rozvoj:** Zajistit nárůst kapacity terénních programů tam, kde je to účelné, posílení úvazků v přímé péči. To se týká v této chvíli především TP realizovaného na území města České Budějovice (v souvislosti s vysokou koncentrací uživatelů NNL a situací v některých částech města), TP na

[45] z celkového počtu klientů/ pacientů je ale občanů Jihočeského kraje menší část…

Českokrumlovsku (především v souvislosti s pouliční prostitucí jako významným rizikovým faktorem) a na Jindřichohradecku (především faktor rozlehlosti okresu, velké dojezdové vzdálenosti).
Konkrétní míra nárůstu kapacity bude vždy záležet na konkrétních podmínkách (například na novém způsobu financování sociálních služeb, což může změnit výši stávajících úvazků v přímé péči apod.).
Celkově odhadujeme potřebu navýšit kapacitu TP ve zmíněných oblastech o ca 3,0 – 4,0 úvazku (i s ohledem na následující poznámku, tedy rozšíření TP na jindřichohradecku o ambulantní formu poskytování služby).
V případě zajištění dostatečné kapacity TP a při předpokladu zjištění potřebnosti (doložené výkonností) na jindřichohradecku umožnit v místě působícímu TP rozšířit svou činnost o ambulantní složku[46].

**DOPLNĚNÍ - Ambulantní složka terénních programů.** Pro okresy (Č. Krumlov, J. Hradec), kde není dostupná ambulantní nízkoprahová služba, může být vhodným řešením poskytování některých specifických činností ambulantně (strukturované poradenství, testy na infekční nemoci apod.).
**Minimální rozsah:**

- Udržet pro TP realizovaný na **Českokrumlovsku** podmínky pro poskytování této služby.
- V případě zajištění dostatečné kapacity a výkonnosti na **jindřichohradecku** umožnit v místě působícímu TP rozšířit svou činnost i o tuto součást služby[47].

### 3. Kontaktní a poradenské služby (kontaktní centra)

**Rozvoj:** V případě kontaktních center by se spíše jednalo o návrat ke stavu, který zde byl před rokem 2010, tedy personální posílení služeb ve městech Prachatice a Strakonice. V posledních letech je provoz obou kontaktních center zajištěn jedním týmem, personální kapacita je poddimenzovaná a tím je omezena především časová dostupnost kontaktní místnosti (a souvisejících služeb). Posílení týmu o cca 1,5 – 2,0 úvazku by umožnilo obnovit plnohodnotný provoz obou služeb.
V obou konkrétních případech by řešením mohlo být rozšíření zařízení o adiktologickou ambulanci (odborný pracovník – adiktolog nebo sociální pracovník AA by mohl o část úvazku posílit provoz nízkoprahového zařízení).

### 4. Ambulantní léčba

**Rozvoj:** V případě ambulantních služeb by se jednalo o poměrně složitý, na koordinaci i finančně náročný proces. Proto je oblast ambulantní léčby, dlouhodobě neuspokojivě řešená (nejen v podmínkách Jihočeského kraje) řešena samostatnou kapitolou tohoto dokumentu.
Stručně shrnuto – pro zajištění optimální podoby sítě v této oblasti (včetně oblasti substituční léčby a ambulantního doléčování) je nutný významný zásah do sítě služeb, nárůst počtu služeb, úvazků, finančních prostředků.

## AMBULATNÍ LÉČBA – NÁVRH SÍTĚ

Lze důvodně předpokládat, že síť služeb ambulantní léčby v oblasti závislostí (legální a nelegální návykové látky a gambling, dg. F-10 až F-19 a F-63) je v Jihočeském kraji dlouhodobě nedostatečná,

[46] Nejedná se o finančně náročnou aktivitu. V podstatě by jednalo pouze o provozní náklady na jednu poradenskou místnost (ideálně, ale nikoli nutně, se sociálním zázemím pro klienty), v případě potřeby navýšení úvazku v minimální výši (cca 0,1 – 0,2). Vzhledem k malému počtu uživatelů služby TP přímo z města J. Hradec by toto opatření mohlo k využití služby motivovat další místní uživatele NNL (viz otázka anonymity…).
[47] Nejedná se o finančně náročnou aktivitu. V podstatě by jednalo pouze o provozní náklady na jednu poradenskou místnost (ideálně, ale nikoli nutně, se sociálním zázemím pro klienty), v případě potřeby navýšení úvazku v minimální výši (cca 0,1 – 0,2). Vzhledem k malému počtu uživatelů služby TP přímo z města J. Hradec by toto opatření mohlo k využití služby motivovat další místní uživatele NNL (viz otázka anonymity…).

poddimenzovaná a především nikoli optimálně dostupná (což souvisí s charakterem kraje – rozlehlé území s malou hustotou obyvatelstva. Máme minimálně tři důvody, které považujeme za relevantní:

1. Velmi malý počet pacientů s diagnózou závislosti, které vykazují psychiatrické ambulance v Jihočeském kraji (viz statistiky ÚZIS) ve srovnání s předpokládanými/ odhadovanými počty cílových skupin (viz tab. 4. 2. 10 – v popisu odhadů, str. 24);
2. V tabulce 4. 2. 11 (str. 25) uvedené srovnání počtů pacientů, léčících se v psychiatrických ambulancích vykazovaných psychiatrickými ambulancemi v Jihočeském kraji ve srovnání s údaji za celou ČR (není ani tak důležité umístění – někdo musí být poslední. Zarážející jsou nepoměry v přepočtu na počet obyvatel – až několikanásobné rozdíly v uvedených údajích nesvědčí nepochybně o násobně menším rozšíření těchto jevů v kraji);
3. ...a údaje přímo z praxe. Nedostupnost těchto programů léčby je dlouhodobě známou skutečností.

V nejexponovanějších místech kraje (města České Budějovice, Tábor, částečně Písek) byla v minulých letech faktická nedostupnost ambulantní léčby a doléčování řešena především iniciativou NNO, působících v oblasti adiktologických/ protidrogových služeb (případně ve spolupráci s obcemi, krajem). Vznikly jednotlivé programy ambulantní léčby a doléčování, nenapojené na systém veřejného zdravotního pojištění, financované výhradně z veřejných rozpočtů státu, kraje a obcí.

Toto dosavadní řešení má ale několik zásadních úskalí.

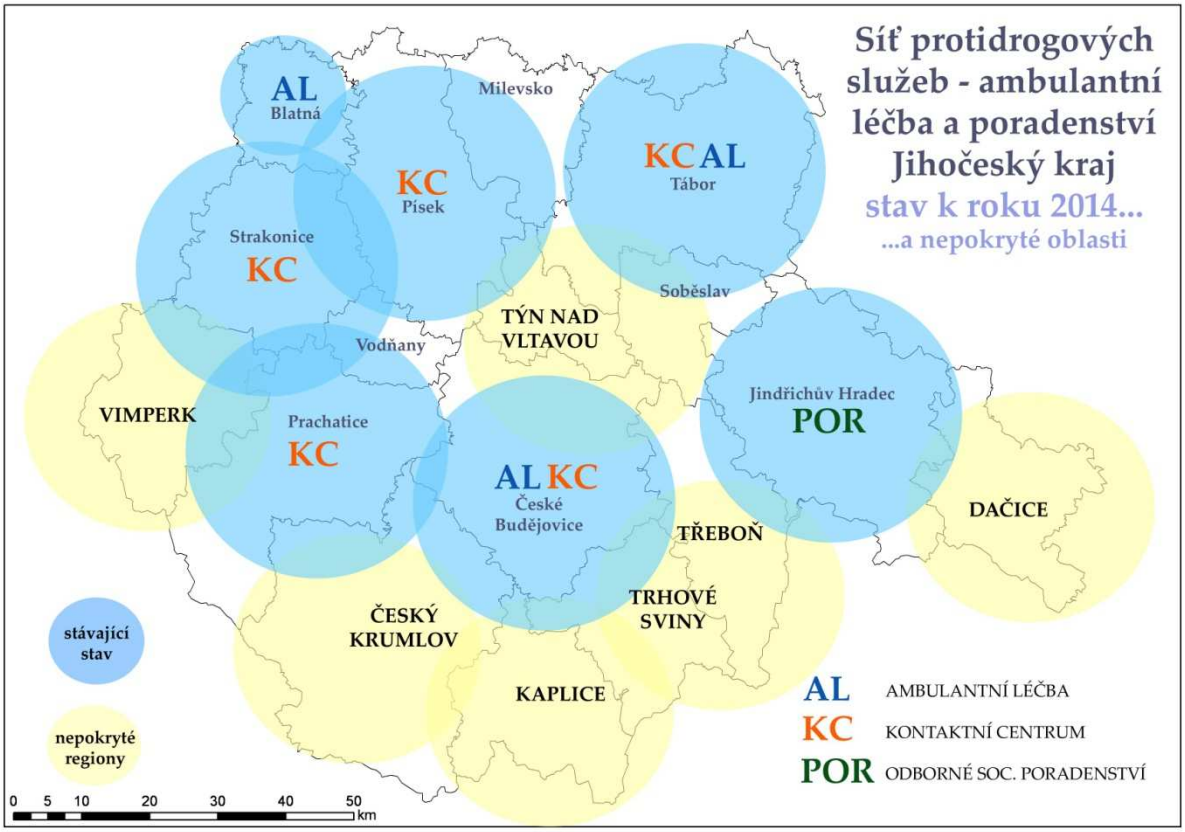
**1/ Veřejné rozpočty/ zdroje nejsou neomezené**. V oblasti protidrogové politiky nedošlo během posledních let k významnějšímu nárůstu finančních prostředků na tuto problematiku, na úrovni státu spíše k jeho faktickému snižování. V každém případě lze z dlouhodobého vývoje financování adiktologických služeb usuzovat, že na této úrovni není vůle k tak výraznému rozvoji služeb ambulantní léčby (významnému nárůstu jejich finanční podpory), který by situace s ohledem na jejich optimální dostupnosti vyžadovala. Samosprávné rozpočty (kraje a obce) jistý potenciál k rozvoji podpory protidrogové politiky sice ještě mají, ale již nyní spolufinancují tyto služby na úrovni cca 40 %, což je nejen v procentuálním vyjádření, ale i v absolutním objemu nemalá částka. Přitom se jedná o standardní zdravotnické služby, které by měly být logicky financované prostřednictvím veřejného zdravotního pojištění, a samosprávy mnohdy řeší dilema, proč mají sanovat nevůli zdravotních pojišťoven se touto problematikou zabývat, když by nepochybně bylo efektivnější, kdyby mohly vydávat své prostředky na jiné oblasti a služby v oblasti protidrogové politiky, které nemají adekvátní oporu v existujících systémech pomoci – například nízkoprahové služby, oblast primární prevence apod. Stručně shrnuto – rozvoj sítě služeb ambulantní léčby z těchto finančních zdrojů na potřebnou úroveň není v dohledné době reálný, jak ve smyslu potřebného navýšení zdrojů, tak ani ve smyslu případných úspor uvnitř dosavadního systému.

**2/ Programy historicky vznikaly tam, kde si je vynutil tlak klientů nízkoprahových služeb**, a zároveň tam, kde je/ byla tak velká koncentrace potenciálních klientů, že se projekt/ program mohl od prvopočátku projevit jako efektivní. V tomto případě můžeme konstatovat, že ve zmíněných oblastech vznik služeb pomáhá řešit problematiku závislostí, nicméně jedná se pouze o část území kraje, není zajištěna optimální a potřebná dostupnost pro další regiony (nebo cílové skupiny – např. ambulantní doléčovací program Arkáda se zabývá především uživateli alkoholu, ambulantní léčba Farní charity Tábor výhradně uživateli nelegálních návykových látek. Tato omezení jsou dána opět především limity veřejných prostředků na podporu zmíněných služeb.).

**3/ Chybí, stejně jako u ostatních služeb, dlouhodobá perspektiva financování**, udržitelnosti těchto programů.

Pokud tedy budeme chtít síť služeb ambulantní léčby koncipovat jako efektivní a udržitelnou, budeme se muset zabývat otázkou **dostupnosti** (s ohledem na regionální potřebu)a finanční **udržitelnosti** (s vědomím, že v menších regionech nemusí být služba stejně finančně efektivní jako v oblastech s vyšší koncentrací obyvatel, a tedy i vyšší koncentrací potenciálních klientů/ pacientů).

**Mapa 6.1:** Stávající pokrytí jihočeského kraje adiktologickými ambulantními službami



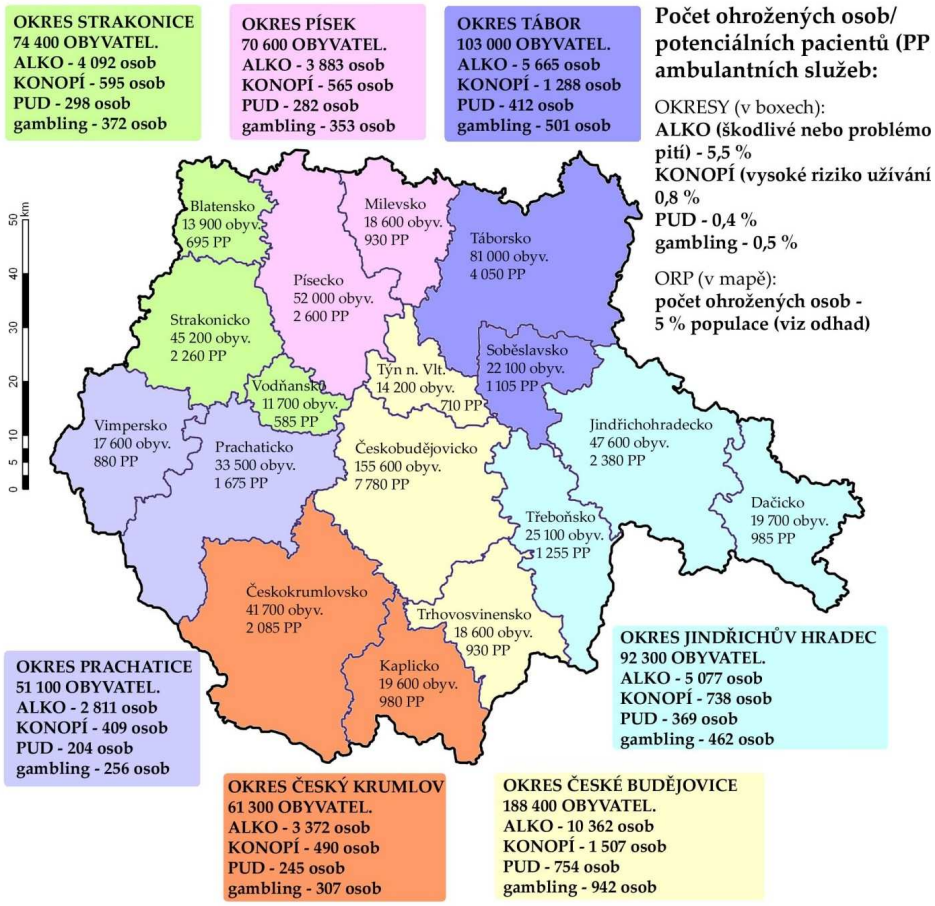

**OPTIMÁLNÍ DOSTUPNOST SLUŽEB**[48]

Za jeden z faktorů, které ovlivňují nepříliš pozitivní stav ambulantní léčby v této oblasti, považujeme již zmíněné geografické a demografické charakteristiky kraje, tedy velká rozloha, relativně velmi nízká hustota osídlení, dlouhé dojížďkové vzdálenosti mezi přirozenými centry regionů (bývalá okresní města). Za řešení považujeme zajištění dostupnosti služeb v menších regionech s přirozenější spádovostí, tedy na úrovni ORP. Zatímco u kontaktních center – což jsou služby pro specifické cílové skupiny (injekční, problémové uživatele návykových látek) lze za optimální hranici dostupnosti (i s ohledem na finanční náročnost poskytování této služby) považovat okres, a za efektivní místo poskytování služby město s více než ca 10 000 – 15 000 obyvateli (tedy cca 150 – 200 potenciálních klientů v místě), pro ambulantní služby v oblasti léčby a doléčování (pro mnohem širší cílovou skupinu) je možno za optimální hranici dostupnosti uvažovat hranici ORP (s ohledem na obvykle

[48] S ohledem na stávající zkušenosti, dostupné statistické poklady apod.

optimální dopravní obslužnost prostředky hromadné veřejné dopravy) a potenciálem cca 500 - 1 000[49] a více pacientů/ klientů.

**Mapa 6.2:** Odhady počtů potenciálních pacientů/ klientů adiktologických ambulantních služeb (léčba a doléčování[50]).




V mapě je uveden počet (resp. kvalifikovaný odhad na základě celostátních statistik) potenciálních klientů/ pacientů adiktologických ambulancích pro jednotlivá území ORP v Jihočeském kraji. Na základě konsensu odborné obce[51] byl poprvé popsán jakýsi základní požadavek na efektivní poskytování odborné ambulantní péče – viz „Koncepce adiktologických služeb“, především kapitoly 7, 8.

V tomto dokumentu je jako měřítko efektivnosti popsána potřeba zřízení/ existence lékařské ambulance pro návykové poruchy a adiktologické ambulance cílová skupina cca 3 500 – 4 000 potenciálních klientů *(obě zařízení souběžně fungující na území při dospělé populaci na 100 tis. obyvatel, tj. orientačně cca 500 problémových uživatelů NL (injekčních uživatelů), 1000*

[49] Počty potenciálních pacientů/ klientů budou vodítkem pro nastavení velikosti služby – prostřednictvím navržených úvazků na zajištění přímé práce.

[50] Doléčování – v mapě jsou uvedeny odhady velikosti ohrožených skupin obyvatel, tedy spíše 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.

[51] Společnost pro návykové nemoci České lékařské společnosti J. E. Purkyně, viz http://snncls.cz/category/koncepce-adiktologie/ (Koncepce sítě specializovaných adiktologických služeb v ČR 2014 – 2012 – dále jen „Koncepce adiktologických služeb“

*problematických uživatelů konopných látek, 1500 závislých na alkoholu a 500 patologických hráčů. Uživatelé ostatních NL včetně léků mohou potenciálně tvořit další řádově stovky pacientů/klientů[52]).*

**Lékařská ambulance pro návykové poruchy:** Vedoucí psychiatr min. 0,5 úvazku.

- Tým multidisciplinární, tedy dále zdravotní sestra, adiktolog (nelékařský zdravotnický pracovník)…;
- Hlavní typy intervencí: Léčebná a preventivní péče, farmakoterapie, individuální a skupinová psychoterapie, edukace, sociální práce – komplexní přístup;
- Předpokládaný/odhadovaný rozsah úvazků: cca 2,0 (0,5 psychiatr, ostatní zdravotní sestra, adiktolog);
- Předpoklad: Služba **je plně financována ze systému veřejného zdravotního pojištění** (s možností dofinancování sociální práce z jiných systémů – pokud se projeví nutnost zajištění plného úvazku kvalifikovaného sociálního pracovníka).

**Adiktologická ambulance:** Vedoucí adiktolog (se smluvně zajištěným psychiatrem).

- Tým multidisciplinární, tedy např. sociální pracovník, zdravotní sestra nebo zdravotní asistent…;
- Hlavní typy intervencí: Zdravotní péče – adiktologická terapie, minimalizace rizik, včasná diagnostika a intervence, edukace, skupinová práce, individuální poradenství, sociální práce, externě zajištěná psychiatrická a psychologická péče – komplexní přístup;
- Předpokládaný/odhadovaný rozsah úvazků: cca 2,5 – 3,0 (1,0 adiktolog, 1,0 sociální pracovník, případně jiný zdravotnický pracovník – sestra…);
- Předpoklad: Služba **je částečně financována ze systému veřejného zdravotního pojištění** (výkony adiktologa), ostatní náklady (většina, viz dále) ze stávajících systémů financování protidrogové politiky (veřejné rozpočty státu – MPSV, RVKPP, MZ, krajů, obcí).

Pozn. k potřebnosti zajištění obou služeb/ typů péče: Tvůrce „Koncepce adiktologických služeb" k rozdělení ambulantní léčby na tyto dva typy služeb vedla úvaha, vyplývající z reálného stavu poskytování psychiatrické péče v ČR. Na jedné straně potřeba kvalifikované psychiatrické péče o některé skupiny pacientů, včetně potřeby medikace (kterou adiktolog nemůže předepisovat), na straně druhé nedostatečné pokrytí potřeb pacientů/ potenciálních pacientů těmito službami, což vede k odmítání této cílové skupiny ze strany psychiatrů (např. je odůvodňováno potřebou věnovat se těžším případům). Navíc náklady na specializovanou psychiatrickou péčí nejsou malé, ve srovnání s nelékařskými službami, a jejich poskytování profesí adiktologa pro řadu pacientů či intervencí může být nákladově efektivnější při zajištění odpovídající, potřebné odborné úrovně péče. Adiktologická ambulance tedy má zajistit péči pro ty pacienty/ klienty, kde by intervence psychiatra byla buď zbytečně nákladná, nebo nedostupná. Adiktologická ambulance tedy může odlehčit ambulantní psychiatrii, a zajistit péči pro ty, kdo tuto péči potřebují, a přitom by jí nedosáhli. Obě služby jsou komplementární, doplňují se a vzájemně kooperují.

Jak je uvedeno výše u stručných popisů obou služeb, dopad na veřejné rozpočty (stávající systém financování protidrogových/ adiktologických služeb) předpokládáme pouze u adiktologických ambulancí. **Proto budeme pracovat s odhadem potřeby cca 2,5 úvazku na 100 000 obyvatel, cca 3 500 potenciálních pacientů/ klientů těchto služeb[53].**

[52] Kapitola 8, tab. 8/1

[53] Je pravděpodobné, že praxe si vyžádá, poté co se model projeví v praxi – redukce nebo naopak posílení. To bude vždy záležet i na místní potřebě, stavu situace v konkrétním regionu. Odhad výše úvazků nicméně koresponduje i se zkušenostmi stávajícího stavu – Adiktologická poradna Prevent, spádovost cca okres České Budějovice. Fakticky se již nyní jedná o typickou adiktologickou ambulanci, ať již složením týmu, nebo spektrem činností a poskytovaných intervencí.

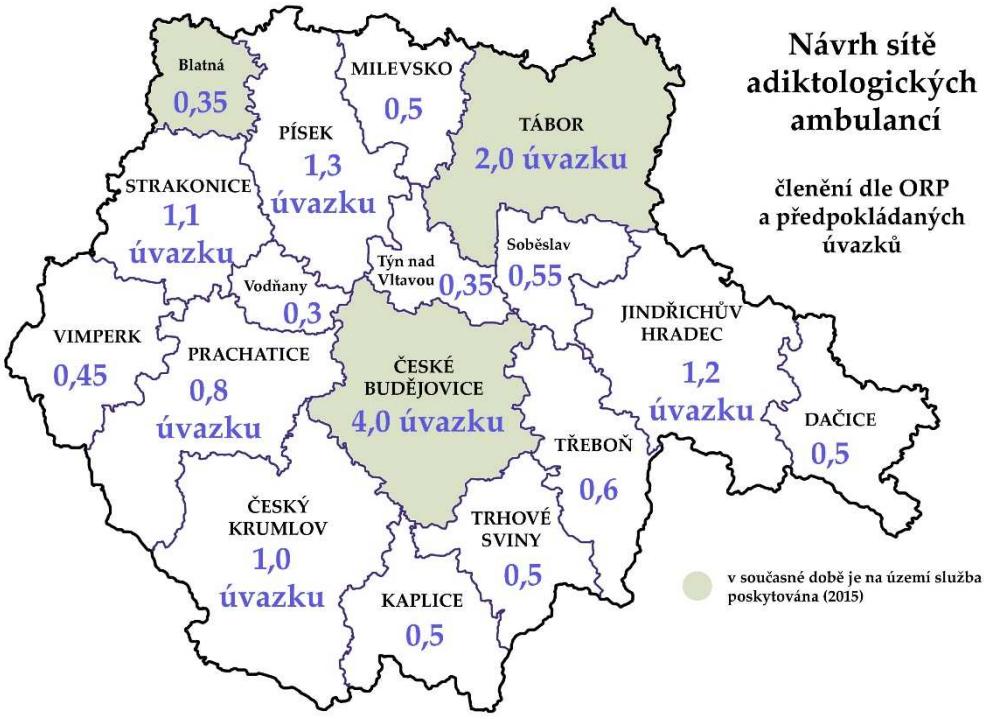
**Na území kraje (630 000 obyvatel) tedy předpokládáme nutnost zajistit, pro zajištění optimální dostupnosti sítě služeb, celkem cca 16 úvazků[54] v adiktologických ambulancích.**

V jednotlivých regionech (ORP):

| | | |
|---|---|---|
| Blatná: | 14 000 obyvatel | = cca 0,35 úvazku |
| České Budějovice: | 156 000 obyvatel | = cca 4,0 úvazky |
| Český Krumlov: | 42 000 obyvatel | = cca 1,0 úvazku |
| Dačice: | 20 000 obyvatel | = cca 0,5 úvazku |
| Jindřichův Hradec: | 48 000 obyvatel | = cca 1,2 úvazku |
| Kaplice: | 20 000 obyvatel | = cca 0,5 úvazku |
| Milevsko: | 19 000 obyvatel | = cca 0,5 úvazku |
| Písek: | 52 000 obyvatel | = cca 1,3 úvazku |
| Prachatice: | 34 000 obyvatel | = cca 0,8 úvazku |
| Soběslav: | 22 000 obyvatel | = cca 0,55 úvazku |
| Strakonice: | 45 000 obyvatel | = cca 1,1 úvazku |
| Tábor: | 81 000 obyvatel | = cca 2,0 úvazku |
| Trhové Sviny: | 19 000 obyvatel | = cca 0,5 úvazku |
| Třeboň: | 25 000 obyvatel | = cca 0,6 úvazku |
| Vimperk: | 18 000 obyvatel | = cca 0,45 úvazku |
| Vodňany: | 12 000 obyvatel | = cca 0,3 úvazku |
| Týn nad Vltavou: | 14 000 obyvatel | = cca 0,35 úvazku |

CELKEM **= 16 úvazků, z toho min. 6,3 úvazku adiktolog; 6,3 soc. pracovník**

**Mapa 6.3:** Návrh pokrytí regionů kraje adiktologickými ambulancemi, celé úvazky (adiktolog, sociální pracovník a další)




[54] K tomu je nutné mít na mysli cca 12,5 úvazků v lékařských ambulancích, z toho min. 3,15 úvazku psychiatra – specialisty na návykové poruchy. Celkem tedy síť ambulantní léčby v Jihočeském kraji cca 29 úvazků.

**Poznámka 1:** Návrh sítě adiktologických služeb v Jihočeském kraji (jako součást připravované reformy psychiatrické péče, v této fázi pracovní dokument) předpokládá rovnoměrnou distribuci lékařů/ adiktologů na území kraje podle velikosti jednotlivých regionů/ ORP. Přímá citace pracovního textu:
V kraji by byl žádoucí vznik adiktologických ambulancí v tomto předpokládaném rozsahu služby (s cílovou skupinou uživatelé alkoholu a ostatních NL, patologičtí hráči). **Předpokládaná potřeba úvazků lékařů/ adiktologů v přímé péči** (zajištění dostupnosti v kraji):
České Budějovice – 3 úvazky, Tábor – 1,5 úvazek, Soběslav – 0,2 úv., Písek – 1 úv., Milevsko – 0,2 úv., Strakonice – 0,5 úv., Blatná – 0,2 úv., Prachatice – 0,5 úv., Vimperk – 0,2 úv., Vodňany – 0,2 úv., Český Krumlov – 0,5 úv., Kaplice 0,2 úv., J. Hradec – 0,5 úv., Třeboň – 0,2 úv., Dačice – 0,2 úv., Č. Velenice 0,2 úv. – **celkem cca 9 - 10 úvazků lékaře/ adiktologa v přímé péči**.
*Pozn. 1.1: Jedná se o odhad, síť bude budována postupně a nejsou vyloučeny změny, které si vyžádá situace v konkrétních regionech.*
*Pozn. 2: Není zvažován úvazek sociálního pracovníka (tedy sociální rozměr práce s touto cílovou skupinou), případně zapojení dalších odborností (zdravotnický pracovník, psycholog, terapeut).*

**Mapa 6.4:** Návrh pokrytí regionů kraje adiktologickými ambulancemi, úvazky adiktologa

**Doplnění 2:** Návrh distribuce kapacit služby odborné sociální poradenství pro cílovou skupinu uživatelů návykových látek (z přípravy AP SPRSS Jihočeského kraje na rok 2016):
Návrh nastavení parametrů odborného sociálního poradenství v JčK pro rok 2016

- podpora pouze ambulantní formy poskytování služby,
- základní dostupnost 1000 hod./týdně na území JčK v rámci všech 17 správních obvodů ORP,
- zohlednění počtu obyvatel na daném území správního obvodu ORP,
- časová a místní dostupnost sociální služby na daném území, optimálně v poměru:
  - 50% v oblasti finančního poradenství,
  - 40% v oblasti problematiky osob se ZP a seniorů, vč. příspěvků a dávek,
  - **10% v oblasti problematiky osob se závislostmi** (tedy 100 hodin týdně = 2,5 úvazku na celý Jihočeský kraj – doplněno pro přehlednost)

*Pozn.: jedná se o rámcový návrh, který by měl být naplňován postupně, dle možností poskytovatelů a konkrétní situace v jednotlivých ORP.*

Jak je patrné z obou výše uvedených citací, odborná lékařská/ psychiatrická obec i Jihočeský kraj (respektive jeho pracovníci, odpovědní za plánování sociálních služeb) jsou si vědomi stávající nedostatečné, respektive nerovnoměrné dostupnosti relevantních služeb pro obyvatele kraje v této oblasti. Klíčem je vždy rozložení kapacit služeb dle počtu obyvatel regionu, tedy přizpůsobení se relativnímu zatížení rizikovými jevy, předpokládané/ odhadované cílové skupině. Což je i základní východisko tohoto dokumentu.

**Dobrá praxe:**

Možný model rozjezdu adiktologických ambulancí v Jihočeském kraji, především co se týče menších regionů s malými úvazky, je momentálně realizován ve městě Blatná. Na žádost města zde v listopadu 2014 OS Prevent z. s. zřídilo pobočku Adiktologické poradny Prevent (ta má sídlo v Českých Budějovicích), respektive její složky - služby odborného sociálního poradenství pro osoby, ohrožené závislostí.

Služba je poskytována sociálním pracovníkem (který je zároveň zkušeným adiktologem) 1*za 14 dnů 4 hodiny (úvazek 0,05). Vlastní poskytování služby započalo k 1. 1. 2015, první klient se dostavil k 1. 2. 2015, druhý k 10. 3. 2015. Cca od května 2015 se již služba fungovala víceméně standardně, v říjnu již byla kapacita zaplněna (tedy optimální počet klientů na úvazek adiktologa). Aktuálně je v péči sedm klientů, pro které není v místě dostupná jiná, obdobná služba.

Klienti jsou delegováni buď sociálním odborem města, nebo se rekrutují z pacientů PL Lnáře, kteří ukončili léčbu závislosti (jedná se tedy z větší části o ambulantní doléčování). Převažují uživatelé alkoholu, na druhém místě jsou rodinní příslušníci. Z devíti dosavadních klientů dva pocházejí z obcí mimo region ORP (Strakonice, Příbram – důvodem jsou obavy ze ztráty anonymity v místě).

Město poskytlo Adiktologické poradně prostory, kde se poradna střídá s dalšími obdobnými službami. Dle vyjádření pracovníků to žádné problémy nepřináší (přivezou a odvezou si notebook), nicméně s ohledem na možnou registraci zdravotnického zařízení bude nutné dořešit některé technické záležitosti (čekárna, sociální zařízení apod.). Město přispívá částkou 17 450 Kč.

Shrnutí a poznatky:

- službu ambulantní léčby si najdou i klienti v takto malých regionech;
- „rozjezd“ služby bude nějakou dobu trvat – je možné tedy koncipovat síť adiktologických ambulancí modelem postupně rostoucích úvazků jednotlivých ambulancí (jak si potenciální klienti/ pacienti budou „zvykat“);
- Nepůjde pouze o ambulantní léčbu, ale i o doléčování, odborné poradenství (terapii) pro rodinné příslušníky apod.;
- obvyklým jevem budou i nadále „přeshraniční“ klienti;
- je možný model (což je výhodné z ekonomických důvodů), že se o jedno místo poskytování může dělit více služeb;
- atd...

### 5. Ambulantní stacionární péče

**Není aktuálně součástí „Minimální sítě“**

**Rozvoj:** Otázka k řešení v dlouhodobějším horizontu. Máme za to, že personální, odborné zdroje na zajištění tohoto typu péče v kraji k dispozici jsou. Chybí dvě podmínky pro zahájení aktivit směrem ke vzniku této služby v kraji. Větší zkušenosti s ambulantní léčbou a odhadem počtu potenciálních klientů služby (což je nezbytné pro posouzení potřebnosti a potenciální efektivity služby) a finanční zdroje (tedy disponibilní prostředky ve veřejných rozpočtech garantů protidrogové politiky – kraj, RVKPP, MPSV, MZ). Realistické náklady na provoz této služby odhadujeme na cca 2 mil. Kč/ rok. Pravděpodobně jediným místem v Jihočeském kraji, kde by tato služba získala dostatečný počet klientů, by byly v případě její ambulantní podoby České Budějovice.

**6. Krátkodobá a střednědobá lůžková péče**

**Aktuální stav**: Specializovaná ústavní léčba tohoto typu je dostupná na území kraje v PL Červený Dvůr, další osoby využívají pobytovou léčbu v jiných zařízeních na území celé ČR, nebo v menších léčebnách/ psychiatrických nemocnicích na území kraje.

**Rozvoj:** U služeb s celostátní spádovostí předpokládáme významnější spoluúčast logického správce takové sítě, tj. centrální úrovně (za celostátně dostupné služby považujeme především služby pobytové a není ani v našich ambicích, ani v našich možnostech dokázat stanovit potřebnou kapacitu.

**Pozn.:** *Podle dokumentu „Koncepce sítě specializovaných adiktologických služeb v ČR" je optimální kapacita 90 lůžek pro pacienty nad 18 let na 500 000 obyvatel, což víceméně adekvátně naplňuje kapacita PL Červený Dvůr (kapacita léčebny je 103 lůžek, podle přepočtu je na území kraje potřeba 113 lůžek; při tříměsíční délce programu je kapacita cca 410 osob ročně, pochopitelně při dodržení celého programu – reálně projde léčebnou ročně 550 až 750 pacientů).*
*Počet reálných pacientů z Jihočeského kraje pouze v této léčebně přitom byl v roce 2014 v této léčebně 188 – což svědčí o tom, že kapacita léčebny je z větší části využívána pro jiné pacienty, než by odpovídalo předpokladům, a pravděpodobně i potřebám kraje (údaje o pacientech z Jihočeského kraje z jiných léčebných pobytových zařízení nemáme k dispozici, zařízení je nesledují). I to je jeden z důvodů, proč je u stanovení kapacity krajské sítě v těchto případech nutná úzká koordinace s centrální úrovní.*

**7. Rezidenční péče v terapeutických komunitách**

**Aktuální stav**: Terapeutické komunity, které sídlí na území Jihočeského kraje. TK Němčice (Sananim, z.ú.), TK Karlov (Sananim, z.ú.) a TK Podcestný mlýn (Společnost Podané ruce, o.p.s.).

**Rozvoj:** U služeb s celostátní spádovostí předpokládáme významnější spoluúčast logického správce takové sítě, tj. centrální úrovně (za celostátně dostupné služby považujeme především služby pobytové a není ani v našich ambicích, ani v našich možnostech dokázat stanovit potřebnou kapacitu.

**Pozn.:** *Podle dokumentu „Koncepce sítě specializovaných adiktologických služeb v ČR" je optimální kapacita 5 lůžek na 100 000 obyvatel, což více než adekvátně naplňuje kapacita tří terapeutických komunit, které se na území kraje nacházejí (celkem 56 lůžek; plus 10 míst pro děti léčících se matek v TK Karlov). Potřeba by činila 32 lůžek.*
*Reálně prošlo komunitami v roce 2014 celkem 147 klientů, ale z toho máme informace o 11 klientech z Jihočeského kraje. Z toho plyne, že převážná část kapacity těchto komunit je využita pro klienty z jiných krajů (i když jsme si vědomi, že i v dalších komunitách v ČR se léčí obyvatelé kraje, přesto je realitou, že na území kraje se nachází největší počet těchto služeb, naopak na území některých krajů se nenachází ani jedna terapeutická komunita.). To je další z důvodů, proč je u stanovení kapacity krajské sítě v těchto případech nutná úzká koordinace s centrální úrovní.*

**8. Doléčovací programy**

**Aktuální stav**: Existence služby ambulantního doléčování (včetně chráněného bydlení) v Českých Budějovicích.

**Rozvoj (pobytová služba):** U služeb s celostátní spádovostí předpokládáme významnější spoluúčast logického správce takové sítě, tj. centrální úrovně (za celostátně dostupné služby považujeme především služby pobytové a není ani v našich ambicích, ani v našich možnostech dokázat stanovit potřebnou kapacitu.

**Pozn.:** *Podle dokumentu „Koncepce sítě specializovaných adiktologických služeb v ČR“ je optimální kapacita 2 lůžka na 100 000 obyvatel (12,6 v přepočtu – což při obvykle šestiměsíčním programu znamená minimální kapacitu 26 osob ročně), což víceméně adekvátně naplňuje kapacita Doléčovacího centra Prevent (aktuálně 11 lůžek). Tím se Jihočeský kraj blíží ideálnímu pokrytí, ale protože na území některých krajů se tato služba nenachází (typicky reciproční služba, tzn., že klienti, opouštějící pobytovou léčbu v řadě případů odchází do jiných regionů – proto je důležitá pobytová složka následné péče), lze si představit, že pro řadu obyvatel kraje není fakticky dostupná (v jiných regionech). Reálně prošlo touto službou v roce 2014 v Doléčovacím centru 45 klientů, z toho 17 z Jihočeského kraje. Údaje z ostatních programů nemáme k dispozici – i proto je míra potřebné kapacity doléčovacích pobytových programů otázka pro centrální úroveň.*

**Rozvoj (ambulantní služba):** V kontextu tohoto dokumentu by ambulantní doléčování mělo být součástí programů, nabízených adiktologickými ambulancemi.

**9. Substituční léčba**

*Aktuální stav:* Služba komplexní substituční léčby v Českých Budějovicích.

**Rozvoj:** V kontextu tohoto dokumentu by substituční léčba, nebo poskytování její psychosociální komponenty (pokud předepisování buprenorfinu zůstane v pravomoci praktických lékařů) měla být součástí programů, nabízených adiktologickými ambulancemi.

**10. Adiktologické služby ve vězení a následná po-výstupní péče**

**Aktuální stav**: Služba je pro občany kraje dostupná ve věznicích mimo Jihočeský kraj. v jediné věznici (České Budějovice) dosud není poskytována.

**Rozvoj:** V tomto případě bude záležet v první řadě na postoji vedení jediné věznice v Jihočeském kraji. Službu bychom považovali z našeho pohledu za potřebnou.

**TABULKA 6.1:** Matrice sítě protidrogových služeb na území Jihočeského kraje - **OPTIMÁLNÍ STAV**

<table>
<tr><th>okres</th><th>ORP</th><th>TP</th><th>KPS</th><th>AL/ AA</th><th>DP amb.</th><th>SL</th><th>detox</th><th>DP pobyt.</th><th>ASP</th><th>KLP</th><th>RPTK</th><th>ASV</th></tr>
<tr><td rowspan="3">Č. Budějovice</td><td rowspan="2">Č. Budějovice</td><td rowspan="2">Prevent</td><td rowspan="2">Prevent</td><td>Prevent</td><td>Prevent</td><td>Prevent</td><td rowspan="14">Změna režimu detoxu PL Č. Dvůr a jeho zpřístupnění jiným osobám, než pacientům PL. Viz podrobný komentář v kapitole ideální podoba sítě.</td><td rowspan="14">Dostupná především v programu DP Prevent. Viz podrobný komentář v kapitole ideální podoba sítě.</td><td rowspan="14">Možný vznik do budoucna - předpoklad je podrobná analýza stavu amb. léčby v kraji, možný vznik služby (za předpokladu koordinace postupu všech aktérů - realizátora i plátců). Viz podrobný komentář v kapitole ideální podoba sítě.</td><td rowspan="14">Dostupná především v PL Červený Dvůr. Viz komentář v kapitole Minimální síť.</td><td rowspan="14">Dostupná především TK Němčice, TK Karlov, TK Podcestný mlýn. Viz komentář v kapitole Minimální síť.</td><td rowspan="14">Možný vznik do budoucna - předpoklad je koordinace postupu všech aktérů - realizátora i plátců). Viz podrobný komentář v kapitole ideální podoba sítě.</td></tr>
<tr><td colspan="3">celkem AA úvazek cca 4,0</td></tr>
<tr><td>Týn nad Vltavou</td><td>Prevent</td><td>viz ČB</td><td colspan="3">* AA, úvazek cca 0,35</td></tr>
<tr><td>Trhové Sviny</td><td>Prevent</td><td rowspan="2">viz ČB</td><td colspan="3">* AA, úvazek cca 0,5</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Č. Krumlov</td><td>Č. Krumlov</td><td>CPDM</td><td colspan="4">AA, úvazek cca 1,0</td></tr>
<tr><td>Kaplice</td><td>CPDM</td><td colspan="4">AA, úvazek cca 0,5</td></tr>
<tr><td rowspan="3">J. Hradec</td><td>J. Hradec</td><td>Metha</td><td colspan="4">* AA, úvazek cca 1,2</td></tr>
<tr><td>Třeboň</td><td>Metha</td><td colspan="4">* AA, úvazek cca 0,6</td></tr>
<tr><td>Dačice</td><td>Metha</td><td colspan="4">* AA, úvazek cca 0,5</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Písek</td><td>Písek</td><td>Arkáda</td><td>Arkáda</td><td colspan="3">* AA, úvazek cca 1,3</td></tr>
<tr><td>Milevsko</td><td>Arkáda</td><td>viz Písek</td><td colspan="3">* AA, úvazek cca 0,5</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Prachatice</td><td>Prachatice</td><td>Prevent</td><td>Prevent</td><td colspan="3">AA, úvazek cca 0,8</td></tr>
<tr><td>Vimperk</td><td>Prevent</td><td>viz PT</td><td colspan="3">AA, úvazek cca 0,45</td></tr>
<tr><td rowspan="3">Strakonice</td><td>Strakonice</td><td>Prevent</td><td>Prevent</td><td colspan="3">AA, úvazek cca 1,1</td></tr>
<tr><td>Vodňany</td><td>Prevent</td><td rowspan="2">viz ST</td><td colspan="3">AA, úvazek cca 0,3</td></tr>
<tr><td>Blatná</td><td>Prevent</td><td colspan="3">* AA, úvazek cca 0,35</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Tábor</td><td>Tábor</td><td>Prevent*</td><td>Auritus</td><td colspan="3">* AA, úvazek cca 2,0</td></tr>
<tr><td>Soběslav</td><td>Prevent</td><td>viz Tábor</td><td colspan="3">* AA, úvazek cca 0,55</td></tr>
<tr><td>LEGENDA</td><td colspan="12"></td></tr>
<tr><td></td><td colspan="12">barva označuje služby, které již jsou součástí Minimální sítě, a je záměrem Jihočeského kraje je podporovat i do budoucna. Pro přehlednost jsou uvedeni stávající poskytovatelé.</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="12">barva označuje služby, které v Jihočeském kraji chybí. Jejich vznik je však vázán na koordinovaný postup více stran (nejen z důvodu financování)</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="12">barva označuje služby, kde nepředpokládáme spoluúčast Jihočeského kraje. Změna je plně v režii příslušného zařízení.</td></tr>
<tr><td>(*)</td><td colspan="12">barva označuje služby (Adiktologické ambulance), které z převážné části dosud neexistují, nebo nejsou poskytovány v potřebné míře (otevřenost všem cílovým skupinám, celé spektrum péče). Vznik bude vázán na dohodu více aktérů (poskytovatelé, ZP, kraj a další přispěvatelé). Je reálný předpoklad částečného spolufinancování ze strany kraje. Symbol * znamená, že lze navázat na již poskytovanou službu. Podrobněji viz text kapitoly.</td></tr>
</table>

# 7/ POPIS FINANCOVÁNÍ SLUŽEB MINIMÁLNÍ SÍTĚ 2012 – 2014

**Finanční zajištění Minimální sítě protidrogových služeb na území Jihočeského kraje za období 2012 – 2014**

Služby, zařazené v minimální síti, jsou dlouhodobě (od vzniku současné podoby vzniku koordinované protidrogové politiky ČR, tedy 1995 – 1996) financovány vícezdrojově, převážně z veřejných rozpočtů státu a samospráv. V maximální míře se jedná o jednoleté dotační programy jednotlivých subjektů. Jsou uváděny převážně finanční prostředky z veřejných rozpočtů, bez veřejného zdravotního pojištění.

Na centrální úrovni se na spolufinancování podílí tyto subjekty:

V oblasti **primární prevence**:

- Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy;
- Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky (odborný a poradní orgán vlády ČR).

V oblasti **sekundární a terciální prevence** (adiktologické služby):

- Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky (odborný a poradní orgán vlády ČR);
- Ministerstvo práce a sociálních věcí;
- Ministerstvo zdravotnictví;
- Ministerstvo spravedlnosti.

Základní podmínkou pro financování konkrétních služeb (prostřednictví jednotlivých projektů) je získání certifikátu odborné způsobilosti služeb (podle standardů RVKPP, v případě služeb prevence dle Standardů MŠMT) a vyjádření příslušného kraje k potřebnosti konkrétní služby/ projektu, pro oblast sociálních služeb je to registrace dle zákona č. 108/2006 Sb. a zařazení do krajské sítě sociálních služeb (SPRSS příslušného kraje).

Jihočeský kraj se podílí na spolufinancování protidrogové politiky od doby svého vzniku (2002), kdy převzal výkon koordinace protidrogové politiky na svém území od zrušených okresních úřadů. Prostřednictví grantových programů se podílí na spolufinancování obou hlavních oblastí.

Financování protidrogové politiky se děje na základě konkrétních ustanovení zákona č. 279/2005 Sb., případně usnesení vlády ČR.

## OBLAST PRIMÁRNÍ PREVENCE

## Státní zdroje

### MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ, MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY

**Programy na podporu aktivit v oblasti prevence rizikového chování na rok 2012**

Finanční prostředky jsou poskytovány formou dotace ze státního rozpočtu. Dotace mohla být poskytnuta pouze na podporu následujících typů programů v oblasti prevence rizikového chování:

- Certifikované programy dlouhodobé všeobecné primární prevence užívání drog, zvláště zaměřené na prevenci užívání legálních drog - alkoholu, tabákových výrobků (tedy projekty poskytovatelů primární prevence, v maximální výši 350 000 Kč na jednu žádost);
- Programy nepodléhající certifikaci:
    - programy dlouhodobé všeobecné primární prevence rizikového chování včetně závislostního chování – oblast adiktologie (především projekty škol a školských zařízení, maximální možná výše 80 000 Kč na 1 žádost);
    - projekty evaluace potřebnosti, dostupnosti a efektivnosti služeb a projekty zaměřené na poskytování odborných a ověřených informací odborné či laické veřejnosti.

Žadatel mohl žádat o dotaci na víceletý projekt na období 2010 – 2012 s tím, že dotace bude vždy poskytována na příslušný kalendářní rok. **Programy na podporu aktivit v oblasti prevence rizikového chování na rok 2013 – 2014:** Obdobné podmínky jako v předchozím období.

**Výsledky dotačních řízení MŠMT v období 2012 – 2014**

**Tabulka 7.1:** Podpořené projekty z Jihočeského kraje (MŠMT ČR v roce 2012)

| **Zařízení/realizátor** | **Schválené finanční prostředky** |
|---|---|
| OS DO SVĚTA | 308 805 Kč |
| OS PORTUS PRACHATICE | 276 869 Kč |
| OS PORTUS PRACHATICE | 211 452 Kč |
| Arkáda – sociálně psychologické centrum, o. s. | 269 984 Kč |
| **Dotace MŠMT – certifikované služby** | **1 067 110 Kč** |
| SUPŠ sv. Anežky České v České Krumlově | 28 234 Kč |
| SŠ a VOŠ cestovního ruchu České Budějovice | 70 584 Kč |
| Základní škola Kaplice, Fantova | 69 702 Kč |
| Základní škola Prachatice, Vodňanská | 48 703 Kč |
| Gymnázium Strakonice, Máchova | 60 649 Kč |
| SOŠ a SOU Jindřichův Hradec | 70 196 Kč |
| **Dotace MŠMT – školy a školská zařízení** | **348 068 Kč** |
| **Dotace MŠMT 2012- CELKEM pro JIHOČESKÝ KRAJ** | **1 415 178 Kč** |

**Tabulka 7.2:** Podpořené projekty z Jihočeského kraje (MŠMT ČR v roce 2013)

| **Zařízení/realizátor** | **Schválené finanční prostředky** |
|---|---|
| OS PORTUS PRACHATICE | 322 700 Kč |
| ARKÁDA – sociálně psychologické centrum, o. s. | 350 000 Kč |
| OS DO SVĚTA | 350 000 Kč |
| Sdružení META | 190 000 Kč |
| THEIA o.s. | 144 900 Kč |
| **Dotace MŠMT – certifikované služby** | **1 357 600 Kč** |
| Česko-anglické gymnázium, s.r.o. | 69 700 Kč |
| Střední zdravotnická škola, Tábor, Mostecká | 74 800 Kč |
| Základní škola PJB Vlachovo Březí | 20 000 Kč |
| Základní škola Netolice | 20 000 Kč |
| Základní škola TGM Vimperk | 20 000 Kč |
| **Dotace MŠMT – školy a školská zařízení** | 204 500 Kč |
| **Dotace MŠMT 2013- CELKEM pro JIHOČESKÝ KRAJ** | **1 562 100 Kč** |

**Tabulka 7.3:** Podpořené projekty z Jihočeského kraje (MŠMT ČR v roce 2014)

| **Realizátor** | **Schválené finanční prostředky** |
|---|---|
| OS PORTUS PRACHATICE | 189 400 Kč |
| ARKÁDA – sociálně psychologické centrum, o. s. | 156 200 Kč |
| OS DO SVĚTA | 150 500 Kč |
| OS DO SVĚTA | 150 500 Kč |
| OS DO SVĚTA | 150 500 Kč |
| Sdružení META | 157 800 Kč |
| THEIA o.s. | 91 900 Kč |
| **Dotace MŠMT – certifikované služby** | **1 185 300 Kč** |
| Česko-anglické gymnázium, s.r.o. | 69 700 Kč |
| Střední zdravotnická škola, Tábor, Mostecká | 74 800 Kč |
| Základní škola PJB Vlachovo Březí | 20 000Kč |
| Základní škola Netolice | 20 000 Kč |
| Základní škola TGM Vimperk | 20 000 Kč |
| **Dotace MŠMT – školy a školská zařízení** | **199 500 Kč** |
| **Dotace MŠMT 2014- CELKEM pro JIHOČESKÝ KRAJ** | **1 384 800 Kč** |

## Samospráva – kraj

V období platnosti předchozího dokumentu (na období 2012 – 2014) si certifikovaní poskytovatelé služeb primární prevence na zajištění těchto služeb mohli o grantovou podporu požádat v GP „Podpora a rozvoj protidrogové politiky Jihočeského kraje“, Opatření 1 na podporu specifické protidrogové primární prevence.

PRIMÁRNÍ PREVENCE - dotační priority za sledované období:

- dlouhodobé a ucelené programy zacílené na oblast „nelegálních drog“ v regionech Jihočeského kraje;
- dlouhodobé a ucelené programy zacílené na oblast „alkohol, tabák a léčiva“ v regionech Jihočeského kraje;
- dlouhodobé, ucelené vzdělávací a informativní programy pro rodiče zaměřené na prevenci užívání drog jejich dětmi;
- programy pro rizikové skupiny mládeže zaměřené na prevenci užívání drog realizované mimo školská zařízení.

**Tabulka 7.4: Podpora služeb primární prevence z rozpočtu Jihočeského kraje**

| REALIZÁTOR | PROJEKT/ SLUŽBA | VÝŠE POSKYTNUTÉ DOTACE (v Kč) | | |
|---|---|---|---|---|
| | | 2012 | 2013 | 2014 |
| Sdružení META | Specifická prevence pro školy ... okresu J. Hradec | 225 000 | 180 000 | 160 000 |
| Arkáda Písek | Systém primární prevence v regionu Písek… | 200 000 | 200 000 | 180 000 |
| OS Prevent | Primární drogová prevence Strakonicko, PT a Pí | 235 000 | 200 000 | 190 000 |
| OS Prevent | Primární drogová prevence Českobudějovicko, ČK | 235 000 | 200 000 | 200 000 |
| OS Prevent | Primární drogová prevence Táborsko a JH | 115 000 | 100 000 | 100 000 |
| Portus Prachatice | Primární prevence Phénix | 235 000 | 200 000 | 190 000 |
| PorCeTa | Primární drogová prevence Táborsko | nežádáno | 100 000 | 90 000 |
| **CELKEM primární prevence** | | **1 275 000** | **1 180 000** | **1 110 000** |

## Samospráva - obce

Tuto oblast v uvedeném období spolufinancovaly i obce. Máme k dispozici pouze dílčí údaje, neboť:

- v Jihočeském kraji je 623 obcí. Není reálné (ani efektivní) každoročně zjišťovat dotazem u všech obcí, zda se ze svých rozpočtů podílely na financování těchto aktivit. Údaje, které jsou ověřené a jsou k dispozici, pochází od obcí s rozšířenou působností (kde působí místní protidrogoví koordinátoři jako spolehlivý zdroj informací). Předpokládáme, že konečná částka by byla vyšší;
- na spolufinancování se podílí i školy samotné. Buď z příspěvku zřizovatele (obce, kraj), nebo z prostředků vlastních (například z těch, které v řádech desetikorun vyberou od žáků nebo rodičů). Podrobnější informace nejsou (opět vzhledem k velkému počtu subjektů, tedy škol a školských zařízení) k dispozici.

**Spolufinancování primární prevence z rozpočtu obcí 2012 – 2014 (pouze ověřené údaje)**

2012 215 941 Kč
2013 167 850 Kč
2014 113 985 Kč

# OBLAST ADIKTOLOGICKÝCH SLUŽEB
# (sekundární a terciární prevence)

## Státní zdroje

### RADA VLÁDY PRO KOORDINACI PROTIDROGOVÉ POLITIKY (odborný a poradní orgán vlády ČR)

V popsaném období byly podporovány jednak certifikované (adiktologické) služby, jednak projekty, nepodléhající certifikaci (služby pro uživatele drog ve výkonu trestu a ve vazbě, projekty evaluace potřebnosti, dostupnosti a efektivity služeb, projekty zaměřené na poskytování odborných a ověřených informací uživatelům drog či jiným příjemcům služeb a odborné či laické veřejnosti.). Do přehledu tohoto dotačního řízení jsou za kraj zahrnuty pouze certifikované služby s místní/ regionální dostupností, tedy terénní programy, kontaktní centra, ambulantní léčba, ambulantní doléčování a ambulantní doléčování. Terapeutické komunity na území nezahrnujeme z důvodů:

- Výše finančních prostředků by zkreslovala přehled o finančních prostředcích na realizaci protidrogové politiky v samostatné působnosti kraje (tedy služby pro jeho obyvatele poskytované na jeho území);
- Jedná se o služby s celostátní působností (jsou v ČR kraje, kde TK nesídlí, to by v případě mezikrajského srovnání znamenalo další zkreslení);
- Služby jsou v dotačním řízení RVKPP posuzovány podle sídla poskytovatele, v tomto případě se jedná o Prahu (Sananim) a Jihomoravský kraj (Společnost Podané ruce).

Dotační řízení RVKPP „**Protidrogová politika**“ za jednotlivá období podrobněji. [55]

**Rok 2012** (dvě kola dotačního řízení, hlavní dotační řízení a dofinancování)

- Počet podpořených projektů/ služeb celkem: **121 projektů**;
  - z toho Jihočeský kraj: **11 projektů/ služeb**[56];
- Schválené (vyplacené) finanční prostředky celkem: **85 764 000 Kč;**
  - z toho služby Minimální sítě Jihočeský kraj: **4 342 000 Kč.**[57]

CELKEM bylo za rok 2012 RVKPP podpořeno 11 projektů protidrogových služeb z Jihočeského kraje v souhrnné výši **4 342 000 Kč**.

**Rok 2013** (dvě kola dotačního řízení, plus samostatné dotační řízení na oblast patologického hráčství[58])

- Počet podpořených projektů hlavní dotační řízení celkem[59]: **135 projektů;**
  - z toho Jihočeský kraj: **12 projektů/ služeb;**
- Počet podpořených projektů dofinancování celkem[60]: **76 projektů** (obvykle z projektů, schválených v hlavním DŘ);
  - z toho Jihočeský kraj: **8 projektů/ služeb** (výhradně dofinancování projektů z hlavního DŘ);
- Schválené (vyplacené) finanční prostředky hlavní dotační řízení celkem: **76 350 000 Kč;**
  - z toho Jihočeský kraj: **3 967 000 Kč;**
- Schválené (vyplacené) finanční prostředky dofinancování celkem: **10 000 000 Kč;**

[55] Podrobněji viz http://www.vlada.cz/cz/ppov/protidrogova-politika/protidrogova-politika-72746/
[56] Lze připočíst tři terapeutické komunity, působící na území kraje (z důvodu přehlednosti nebudou dále započítávány).
[57] Terapeutické komunity na území kraje byly v tomto řízení podpořeny v souhrnné výši 7 043 000 Kč. To je také důvod, proč nejsou ve statistikách uváděny.
[58] Na toto dotační řízení alokováno 5 mil. Kč, nebyl podán žádný projekt z Jihočeského kraje.
[59] Dále mimo oblast patologického hráčství
[60] Dále mimo oblast patologického hráčství

- z toho Jihočeský kraj: **690 000 Kč.**

CELKEM bylo za rok 2013 RVKPP podpořeno 12 projektů protidrogových služeb z Jihočeského kraje v souhrnné výši **4 657 000 Kč**.

**Rok 2014** (dvě kola dotačního řízení, plus samostatné dotační řízení na oblast patologického hráčství[61]

- Počet podpořených projektů hlavní dotační řízení celkem: **128 projektů;**
  - z toho Jihočeský kraj: **12 projektů/ služeb;**
- Počet podpořených projektů dofinancování celkem[62]: **98 projektů** (obvykle z projektů, schválených v hlavním DŘ);
  - z toho Jihočeský kraj: **9 projektů/ služeb** (výhradně dofinancování projektů z hlavního DŘ);
- Schválené (vyplacené) finanční prostředky hlavní dotační řízení celkem: **76 631 000 Kč**
  - z toho Jihočeský kraj: **3 967 000 Kč;**
- Schválené (vyplacené) finanční prostředky dofinancování celkem: **10 000 000 Kč;**
  - z toho Jihočeský kraj: **635 000 Kč.**

CELKEM bylo za rok 2014 RVKPP podpořeno 12 projektů protidrogových služeb z Jihočeského kraje v souhrnné výši **4 602 000 Kč**.

Poznámky:

Dotační řízení RVKPP je popsáno podrobněji než ostatní dotační řízení na centrální úrovni především z toho důvodu, se v něm setkávají a soutěží celé spektrum adiktologických služeb, poskytovaných v České republice, a nemá, co se týče formy a způsobu poskytování služeb žádné omezení (vyjma podmínky certifikace odborné způsobilosti služeb dle Standardů RVKPP).

Projekty místně/ regionálně dostupných služeb, zařazených do Minimální sítě protidrogových služeb Jihočeského kraje byly podpořeny v popsaném období ve výši cca 5 – 5,4 % z celkové částky, alokované RVKPP na projekty protidrogové politiky.

## MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ ČR

V popsaném období (2012 – 2014) bylo vyhlašovatelem dotací poskytovatelům sociálních služeb MPSV. Dotace ze státního rozpočtu se poskytovaly k financování běžných výdajů, které souvisejí s poskytováním sociálních služeb a v souladu se zpracovaným střednědobým plánem rozvoje sociálních služeb kraje, tzn., že bylo podporováno poskytování sociálních služeb, které byly součástí střednědobých plánů rozvoje sociálních služeb krajů (výjimku tvořily sociální služby s celostátní působností). Dotační program byl členěn do dvou programů - **Program podpory A** (zaměřený na podporu poskytování sociálních služeb, které mají místní či regionální charakter, v souladu s místními či regionálními potřebami - podpora podle § 101 zákona o sociálních službách), a **Program podpory B** (podpora sociálních služeb, které mají celostátní či nadregionální charakter - podpora podle § 104 odst. 3 písm. a) zákona o sociálních službách). Dotační řízení probíhalo obvykle v několika vlnách, hlavní objem žádostí a finančních prostředků v 1. kole (další kola dotačního řízení, která v různých letech probíhala poněkud odlišným způsobem, byla zaměřena jednak na podporu nově vzniklých služeb[63], jednak na dofinancování již podaných žádostí.[64]). Dotace MPSV se stejně jako v případě

[61] Na toto dotační řízení alokovány 3 mil. Kč, nebyl podán žádný projekt z Jihočeského kraje.

[62] Dále mimo oblast patologického hráčství

[63] To souvisí s harmonogram dotačního řízení. Na příklad pro rok 2012 byl základní termín odeslání žádosti na podporu poskytování služby do 27. 9. 2011. Pokud by tedy sociální služba zahájila poskytování později, neměla by bez dalších kol dotačního řízení šanci získat od MPSV prostředky na provoz v roce 2012.

RVKPP týkají pouze části rozpočtu adiktologických služeb (služeb, zařazených do Minimální sítě… Jihočeského kraje). Na rozdíl od dotačního řízení RVKPP není navíc podporováno celé spektrum činností dle standardů RVKPP, ale pouze činnosti, spadající do sociální oblasti (tedy podle zákona č. 108/2006 Sb.). Týká se konkrétně sociálních služeb: kontaktní centra, terénní programy (jejich spolufinancování se týká ještě doplnění této kapitoly o popis „Individuálního projektu"), odborné sociální poradenství a následná péče.

Dotační řízení MPSV za jednotlivá období podrobněji.

**Rok 2012** (1. kolo plus dofinancování)

- PROGRAM A
  - Počet podpořených služeb (zařazených do „Minimální sítě"): **11 služeb** (+1 služba nezařazená do sítě[65]);
  - Schválené prostředky: **3 668 000 Kč pro zařazené služby** (343 000 Kč pro nezařazenou službu);
    - z toho poskytnuto pro TP celkem[66]: **1 382 000 Kč**
- PROGRAM B
  - Počet podpořených služeb (zařazených do „Minimální sítě"): **1 služba**[67]
  - Schválené (vyplacené) prostředky: **480 000 Kč**

**Rok 2013** (1. kolo plus čtyři kola dofinancování)

- PROGRAM A
  - Počet podpořených služeb (zařazených do „Minimální sítě"): **12 služeb**[68] (+1 služba nezařazená);
  - Schválené prostředky: **3 947 000 Kč pro zařazené služby** (včetně navýšení; 371 000 Kč pro nezařazenou službu);
    - z toho poskytnuto pro TP celkem: **688 000 Kč**

- PROGRAM B
  - Počet podpořených služeb (zařazených do „Minimální sítě"): **1 služba**
  - Schválené (vyplacené) prostředky: **528 000 Kč**

**Rok 2014** (1. kolo, mimořádné kolo dotačního řízení pro nové služby plus tři kola dofinancování)

- PROGRAM A
  - Počet podpořených služeb (zařazených do „Minimální sítě"): **8 služeb**[69] (+1 služba nezařazená);

---

[64] Podle toho, jak se dařilo získat dodatečné prostředky ze státního rozpočtu. Dofinancování obvykle probíhalo na základě již podané žádosti, a za předpokladu, že v 1. Kole nebyla poskytovateli dotace v optimální výši.

[65] Program následné péče, Arkáda Písek

[66] Výše spolufinancování služeb TP je zvláště akcentována proto, že v letech 2012 a 2013 byl z dotace MPSV fakticky spolufinancován pouze půlroční provoz služeb, zbývající období bylo financováno z tzv. Individuálního projektu. Podrobněji v následující podkapitole

[67] Obdobně jako v popisu dotačního řízení RVKPP nezahrnujeme TK. Pro informaci kroku 2012 jako příklad – všechny tři TK v Jihočeském kraji získaly v součtu dotaci od MPSV v souhrnné výši 4,755 mil. Kč.

[68] Nově vzniklá služba Terénní program Arkáda (Písek)

[69] V tomto roce vzhledem k zaručenému spolufinancování terénních programů z IP Jihočeského kraje nebyly tyto služby součástí DŘ.

- Schválené (vyplacené) prostředky: **3 458 100 Kč** (včetně navýšení; 360 000 Kč pro nezařazenou službu);

- PROGRAM B
  - Počet podpořených služeb (zařazených do „Minimální sítě“): **1 služba**;
  - Schválené (vyplacené) prostředky: **501 000 Kč**

**DOPLNĚNÍ K DOTACÍM MPSV: INDIVIDUÁLNÍ PROJEKT Jihočeského kraje (OP LZZ)**

V rámci tzv. individuálních projektů (žadatelem byl Jihočeský kraj, finanční prostředky z OP LZZ) byl v letech 2012 až 2014 podpořen provoz vybraných registrovaných služeb sociální prevence s působností na území Jihočeského kraje, z adiktologických služeb se podpora týkala pouze terénních programů (s tím, že podmínkou pro jejich spolufinancování bylo rozšíření poskytování služeb na další cílové skupiny mimo obvyklých uživatelů drog). Služby, podpořené v rámci těchto projektů nemohly být souběžně spolufinancovány z dotačního řízení MPSV. Výjimkou bylo období mezi jednotlivými projekty, ve sledovaném období se jednalo o dobu mezi 1. 7. 2012 až 30. 6. 2013.

Individuální projekt **„Podpora sociálních služeb v Jihočeském kraji I.“** (2008 – 2012). Financování sociálních služeb bylo zahájeno k 1. 1. 2009, ukončeno bylo k 30. 6. 2012.

Realizace **individuálního projektu „Podpora sociálních služeb v Jihočeském kraji II.“** (2012 – 2015). Financování sociálních služeb bylo zahájeno k 1. 7. 2013, ukončeno bylo k 31. 12. 2014. V rámci projektu bylo podpořeno celkem 51 sociálních služeb na území Jihočeského kraje, na zajištění základních činností podpořených poskytovatelů sociálních služeb bylo poskytnuto 92 075 599 Kč**.**

Výše finančních prostředků za jednotlivé roky, poskytnutá službám, zařazených do „Minimální sítě“ (v tomto případě pouze terénní programy, poskytovatelé - OS Prevent, Sdružení Meta, Arkáda – sociálně psychologické centrum, CPDM, o.p.s. Český Krumlov):

- Rok 2012 **2 341 863 Kč**[70]
- Rok 2013 **2 336 121 Kč**
- Rok 2014: **3 547 852 Kč**

**Ministerstvo zdravotnictví**

V období 2012 – 2014 bylo pravidelným vyhlašovatelem neinvestičního dotačního řízení na podporu protidrogové politiky i ministerstvo zdravotnictví. Podporované priority/ služby: ambulantní léčba osob závislých na návykových látkách, substituční léčba, detoxifikace, ústavní léčba a kontaktní centra a terénní služby (pouze příspěvek na zdravotnický materiál. Omezeny jsou i uznatelné náklady (v roce 2012 např. pouze náklady na zdravotnický prostředek /např. injekční stříkačky, testy, obvazový materiál, hygienické potřeby/, substituční látky; léky, které nepodléhají úhradám ze zdravotního pojištění /vyjma Subutex/, elektřina, plyn, vodné a stočné, teplo, nájemné, školení a kurzy, mzdové náklady a odvody). Alokace dotačního řízení, zaměřeného na celou ČR, se pohybovala každoročně kolem cca 14 mil. Kč.

[70] Celkový údaj ve srovnání služeb poněkud zkresluje skutečnost, že v případě CPDM, o.p.s. byly sloučeny pro financování z IP JčK dvě služby – TP pro uživatele drog a TP Viktorie (orientovaný na pouliční prostituci v okolí E55), který není součástí „Minimální sítě). Za roky 2012 a 2013 byly TP z IP spolufinancovány jen zčásti, v roce 2014 byl financován celoroční provoz služeb).

Rok 2012:

- Počet podpořených projektů celkem: **44 projektů;**
  - z toho Jihočeský kraj: **5 projektů/ 10 služeb**[71]**;**
- Schválené (vyplacené) finanční prostředky celkem: **14 077 900 Kč**[72]**;**
  - z toho Jihočeský kraj: **719 000 Kč;**
    - mimo služby „Minimální sítě" byl podpořen projekt podpory detoxifikace PL Červený Dvůr ve výši 545 000 Kč;

Rok 2013:

- Počet podpořených projektů celkem: **40 projektů;**
  - z toho Jihočeský kraj: **5 projektů/ 11 služeb;**
- Schválené (vyplacené) finanční prostředky celkem: **13 483 630 Kč;**
  - z toho Jihočeský kraj: **824 000 Kč**
    - mimo služby „Minimální sítě" byl podpořen projekt podpory detoxifikace PL Červený Dvůr ve výši 545 000 Kč**;**

Rok 2014:

- Počet podpořených projektů celkem: **52 projektů;**
  - z toho Jihočeský kraj: **5 projektů/ 11 služeb;**
- Schválené (vyplacené) finanční prostředky celkem: **14 397 400 Kč;**
  - z toho Jihočeský kraj: **674 000 Kč;**
    - mimo služby „Minimální sítě" byl podpořen projekt podpory detoxifikace PL Červený Dvůr ve výši 550 000 Kč**;**

**Samospráva – Jihočeský kraj**

**V letech 2012 – 2013 byly adiktologické služby spolufinancovány z úrovně Jihočeského kraje ze dvou grantových programů:**

GP **Podpora minimální sítě protidrogových služeb na území Jihočeského kraje** (administrován Odborem sociálních věcí a zdravotnictví):

- alokace v roce 2012: 3 500 000 Kč (byla plně vyčerpána);
- alokace v roce 2013: 3 500 000 Kč (byla plně vyčerpána);
- prioritou byla podpora ambulantních služeb pro uživatele drog - kontaktní centra a certifikované programy ambulantní léčby.

GP **Podpora protidrogové politiky Jihočeského kraje** (administrován Odborem pro evropské záležitosti, Oddělení AP PRK):

- alokace v roce 2012: 4 000 000 Kč (byla plně vyčerpána);
- alokace v roce 2013: 3 500 000 Kč (byla plně vyčerpána);
- prioritou byla podpora služeb, nutných k zajištění dalších segmentů protidrogové politiky: především specifická protidrogová prevence a služby léčby a resocializace, terénní programy;
- prioritou GP byla podpora služeb, nutných k zajištění dalších segmentů protidrogové politiky: především specifická protidrogová prevence (Opatření 1) a služeb léčby a resocializace, terénních programů (Opatření 2).

[71] Metodika MZ předpokládá za jednu organizaci jeden projekt, proto je skutečný počet podpořených služeb vyšší.

[72] Pro názornost – z tohoto dotačního řízení byly podpořeny i příspěvkové organizace MZ v souhrnu částkou 4 436 000 Kč, tedy zhruba z 1/3 objemu financí.

*Na závěr roku 2013 proběhly na Krajském úřadu Jihočeského kraje administrativní změny v souvislosti s grantovými programy kraje. Pro dotační rok 2014 (a následující) bylo rozhodnuto o převedení naprosté většiny GP pod gesci OEZI, čímž se mělo předejít roztříštěnosti problematiky poskytování grantových podpor kraje, a její zpřehlednění pro vedení kraje a samosprávu. Tato změna se týkala i GP v protidrogové oblasti, na rok 2014 již byl vyhlášen jediný GP „Podpora a rozvoj protidrogové politiky JčK v roce 2014"*

**V roce 2014** si poskytovatelé služeb pro uživatele drog mohli na zajištění těchto služeb požádat v grantovém programu „Podpora a rozvoj protidrogové politiky Jihočeského kraje v roce 2014". Celková alokace GP na rok 2014 činila 7 mil. Kč.

**Priority dotačního řízení 2014**

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 5,8 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.

**Tabulka 7.5:** Přehled dotací z rozpočtu Jihočeského kraje za období 2012 – 2014

| REALIZÁTOR | PROJEKT/ SLUŽBA | VÝŠE POSKYTNUTÉ DOTACE (v Kč) | | |
|---|---|---|---|---|
| | | 2012 | 2013 | 2014 |
| OS Prevent | Kontaktní centrum Prevent České Budějovice | 700 000 | 530 000 | 700 000 |
| CPDM o.p.s. | Streetwork pro města Český Krumlov a Kaplici | 240 000 | 240 000 | 160 000 |
| Sdružení Meta | Terénní program pro okres Jindřichův Hradec | 250 000 | 215 000 | 160 000 |
| OS Arkáda | Kontaktní centrum Arkáda | 550 000 | 550 000 | 500 000 |
| OS Arkáda | Terénní program Arkáda | 140 000 | 215 000 | 160 000 |
| Farní charita Tábor | Auritus - centrum pro lidi ohrožené drogou | 700 000 | 700 000 | 700 000 |
| OS Prevent | Jihočeský streetwork Prevent | 290 000 | 350 000 | 420 000 |
| OS Prevent | Kontaktní centrum Prevent Strakonice | 520 000 | 500 000 | 500 000 |
| OS Prevent | Kontaktní centrum Prevent Prachatice | 520 000 | 550 000 | 500 000 |
| **CELKEM Harm reduction** | | **3 910 000** | **3 850 000** | **3 800 000** |
| SANANIM | Sociální práce v terapeutické komunitě Němčice | 140 000 | nežádáno | 100 000 |
| SANANIM | Pracovní terapie v TK Karlov | 140 000 | nežádáno | 100 000 |
| OS Prevent | Adiktologická poradna Prevent | 510 000 | 670 000 | 550 000 |
| OS Prevent | Substituční centrum Prevent | 600 000 | 550 000 | 580 000 |
| OS Prevent | Doléčovací centrum Prevent | 625 000 | 570 000 | 580 000 |
| Sdružení Podané ruce | Terapeutická komunita Podcestný Mlýn | 140 000 | 120 000 | 120 000 |
| Sdružení Meta | P.Centrum Jindřichův Hradec | 80 000 | 60 000 | 60 000 |
| CELKEM léčba a doléčování | | 2 315 000 | 1 970 000 | 2 090 000 |
| **CELKEM adiktologické služby** | | **6 225 000** | **5 820 000** | **5 890 000** |

**Samospráva - obce**

V roce 2014 byl v Jihočeském kraji uveden do praxe tzv. "Model spolufinancování protidrogových služeb obcemi Jihočeského kraje". „Model" byl připraven ve spolupráci se zástupci samospráv obcí v průběhu roku 2013 (viz zpráva za rok 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 občanům 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 623 obcí, a do „modelu“ se zapojilo 185 obcí. Celkem za rok 2014 činily finanční příspěvky od obcí Jihočeského kraje celkem 2 362 594 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 navíc 662 148 Kč, oproti roku 2012 dokonce o cca 1 mil. Kč více.

**Tabulka 7.6:** Spolufinancování adiktologických služeb zařazených do „modelu spolufinancování“ ze strany obcí JčK (srovnání 2012 – 2014), po okresech

| Region (okres/ kraj) | **rok 2012** | **rok 2013** | **rok 2014** |
|---|---|---|---|
| České Budějovice | 715 000 | 1 020 000 | 1 294 260 |
| Český Krumlov | 71 916 | 74 600 | 113 715 |
| Jindřichův Hradec | 119 959 | 66 286 | 162 095 |
| Písek | 83 000 | 93 000 | 82 824 |
| Prachatice | 25 000 | 65 000 | 127 472 |
| Strakonice | 60 400 | 141 560 | 250 646 |
| Tábor | 248 500 | 240 000 | 331 582 |
| **CELKEM OBCE JIHOČESKÉHO KRAJE** | **1 323 775** | **1 700 446** | **2 362 594** |

Celkové výdaje obcí na spolufinancování adiktologických služeb v Jihočeském kraji (2012 – 2014), platí pro všechny služby:

**2012 1 561 941 Kč**
**2013 1 813 691 Kč**
**2014 2 422 594 Kč**

**Tabulka 7.7:** Souhrnný přehled za jednotlivé služby Minimální sítě **rok 2012**

| služba | **RVKPP** | **MPSV** | **MZ** | **KRAJ** | **OBCE** | **IP 2012** | **ostatní** | **CELKEM** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **TP ČK** | 111 000 | 328 000 | 30 000 | 240 000 | 71 916 | 401 832 | 0 | **1 182 748** |
| **TP JH** | 73 000 | 300 000 | 20 000 | 250 000 | 119 959 | 376 026 | 3 493 | **1 142 477** |
| **TP Písecko** | 0 | 110 000 | 15 000 | 140 000 | 49 000 | 287 308 | 6 102 | **607 410** |
| **TP ČB, PT, ST** | 492 000 | 644 000 | 75 000 | 290 000 | 295 000 | 1 276 697 | 124 651 | **3 197 348** |
| **KC Písek** | 547 000 | 294 000 | 20 000 | 550 000 | 50 000 | 0 | 67 290 | **1 528 290** |
| **KC Tábor** | 800 000 | 392 000 | 40 000 | 700 000 | 242 500 | 0 | 83 139 | **2 257 639** |
| **KC Č. Budějovice** | 765 000 | 392 000 | 100 000 | 700 000 | 200 000 | 0 | 15 841 | **2 172 841** |
| **KC Prachatice** | 222 000 | 392 000 | 25 000 | 520 000 | 25 000 | 0 | 0 | **1 184 000** |
| **KC Strakonice** | 404 000 | 392 000 | 25 000 | 520 000 | 60 400 | 0 | 11 385 | **1 412 785** |
| **SL Č. Budějovice** | 287 000 | 190 000 | 369 000 | 600 000 | 150 000 | 0 | 93 902 | **1 689 902** |
| **NP Č. Budějovice** | 496 000 | 480 000 | 0 | 625 000 | 125 000 | 0 | 178 635 | **1 904 635** |
| **AL Č. Budějovice** | 145 000 | 171 000 | 0 | 569 535 | 140 000 | 0 | 6 196 | **1 031 731** |
| **OSP J. Hradec** | 0 | 173 000 | 0 | 80 000 | 34 000 | 0 | 4 800 | **291 800** |
| **CELKOVÉ SOUČTY** | **4 342 000** | **4 258 000** | **719 000** | **5 784 535** | **1 562 775** | **2 341 863** | **595 434** | **19 603 606** |

**Použité zkratky:** TP -terénní program, KC – kontaktní centrum, SL – substituční léčba, NP – následná péče, AL – ambulantní léčba, OSP – odborné sociální poradenství. Další – JH, ČK, ČB, ST, PT – okresy kraje.

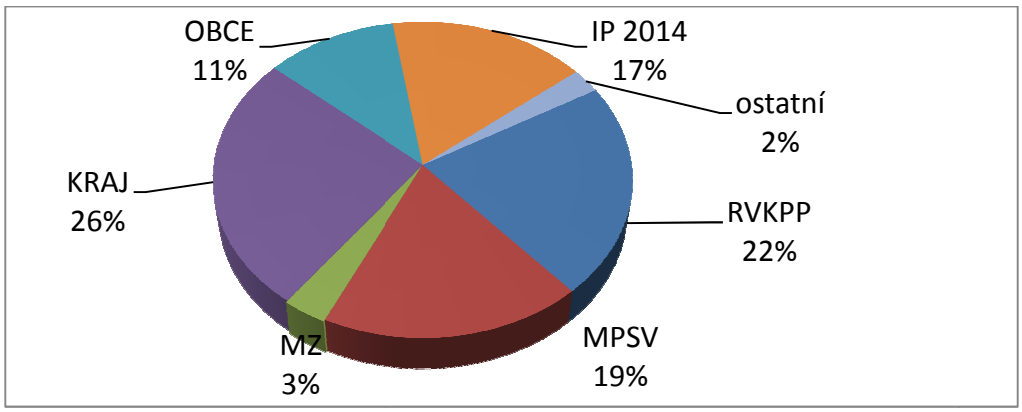
**Tabulka 7.8:** Souhrnný přehled za jednotlivé služby **rok 2013**

| služba | RVKPP | MPSV | MZ | KRAJ | OBCE | IP 2013 | ostatní | CELKEM |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TP ČK | 125 000 | 150 000 | 40 000 | 220 000 | 74 600 | 690 593 | 0 | **1 300 193** |
| TP JH | 118 000 | 146 000 | 70 000 | 200 000 | 66 286 | 239 370 | 0 | **839 656** |
| TP Písecko | 41 000 | 41 000 | 20 000 | 180 000 | 93 000 | 215 488 | 69 638 | **660 126** |
| TP ČB, PT, ST, Tá | 541 000 | 351 000 | 125 000 | 350 000 | 408 310 | 1 190 670 | 35 675 | **3 001 655** |
| KC Písek | 492 000 | 320 000 | 20 000 | 550 000 | 0 | 0 | 141 244 | **1 523 244** |
| KC Tábor | 788 000 | 500 000 | 50 000 | 700 000 | 240 000 | 0 | 94 968 | **2 372 968** |
| KC Č. Budějovice | 842 000 | 700 000 | 127 000 | 530 000 | 150 000 | 0 | 6 141 | **2 355 141** |
| KC Prachatice | 229 000 | 480 000 | 25 000 | 500 000 | 25 000 | 0 | 2 449 | **1 261 449** |
| KC Strakonice | 364 000 | 500 000 | 25 000 | 550 000 | 48 950 | 0 | 19 335 | **1 507 285** |
| SL Č. Budějovice | 411 000 | 275 000 | 268 280 | 580 000 | 220 000 | 0 | 138 487 | **1 892 767** |
| NP Č. Budějovice | 546 000 | 528 000 | 0 | 610 000 | 240 000 | 0 | 190 745 | **2 114 745** |
| AL Č. Budějovice | 160 000 | 294 000 | 53 800 | 670 000 | 150 000 | 0 | 3 923 | **1 331 723** |
| OSP J. Hradec | 0 | 190 000 | 0 | 60 000 | 22 531 | 0 | 0 | **272 531** |
| CELKOVÉ SOUČTY | **4 657 000** | **4 475 000** | **824 080** | **5 700 000** | **1 738 677** | **2 336 121** | **702 605** | **20 433 483** |

**Tabulka 7.9:** Souhrnný přehled za jednotlivé služby **rok 2014**

| služba | RVKPP | MPSV | MZ | KRAJ | OBCE | IP 2014 | OSTATNÍ | CELKEM |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TP ČK | 150 000 | 0 | 40 000 | 160 000 | 113 715 | 1 112 402 | 0 | **1 576 117** |
| TP JH | 142 000 | 0 | 70 000 | 160 000 | 162 095 | 427 728 | 10 000 | **971 823** |
| OSP J. Hradec | 0 | 209 900 | 0 | 60 000 | 0 | 0 | 0 | **269 900** |
| KC Písek | 497 000 | 340 000 | 20 000 | 500 000 | 5 374 | 0 | 52 500 | **1 414 874** |
| TP Písecko | 35 000 | 0 | 19 852 | 160 000 | 77 450 | 290 219 | 57 650 | **640 171** |
| KC Tábor | 942 000 | 500 000 | 50 000 | 700 000 | 253 252 | 0 | 0 | **2 445 252** |
| KC Č. Budějovice | 976 000 | 813 200 | 80 000 | 700 000 | 225 533 | 0 | 10 360 | **2 805 093** |
| KC Prachatice | 236 000 | 480 000 | 10 000 | 500 000 | 38 739 | 0 | 1 465 | **1 266 204** |
| KC Strakonice | 335 000 | 500 000 | 10 000 | 500 000 | 76 285 | 0 | 17 499 | **1 438 784** |
| TP ČB, PT, ST, Tá | 498 000 | 0 | 80 000 | 420 000 | 696 594 | 1 717 503 | 51 404 | **3 463 501** |
| SL Č. Budějovice | 245 000 | 275 000 | 261 800 | 580 000 | 266 976 | 0 | 149 181 | **1 777 957** |
| NP Č. Budějovice | 425 000 | 501 000 | 0 | 580 000 | 200 000 | 0 | 177 176 | **1 883 176** |
| AL Č. Budějovice | 156 000 | 340 000 | 33 200 | 550 000 | 246 581 | 0 | 4 707 | **1 330 488** |
| CELKOVÉ SOUČTY | **4 637 000** | **3 959 100** | **674 852** | **5 570 000** | **2 362 594** | **3 547 852** | **531 942** | **21 283 340** |

**Graf 7.1.:** Podíly jednotlivých finančních zdrojů, Minimální síť jihočeského kraje 2013



**TABULKA 7.10:** Matrice skutečných nákladů sítě ambulantních a terénních protidrogových služeb na území Jihočeského kraje - **MINIMÁLNÍ STAV** (za rok 2014; v Kč)

| okres | ORP | TP | KPS/ KC | AL | DP | SL | Náklady okres | Počet obyv. okres / náklady obyv. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Č. Budějovice | Č. Budějovice | **3 463 501** Prevent* (TP pro všechny tři okresy – a v r. 2014 částečně i pro Táborsko, je realizován dlouhodobě jako jedna služba/ projekt, jednotlivé okresy nelze účetně oddělit) | **2 805 093** Prevent | **1 330 488** Prevent | **1 883 176** Prevent | **1 777 957** Prevent | **8 951 214** | 190 000 obyv. - **47,1 Kč/obyv.** |
| | Týn nad Vltavou | | | | | | | |
| | Trhové Sviny | | | | | | | |
| Prachatice | Prachatice | | **1 266 204** Prevent | | | | **2 420 704** | 51 000 obyv. - **47,5 Kč/obyv.** |
| | Vimperk | | | | | | | |
| Strakonice | Strakonice | | **1 438 784** OPrevent | | | | **2 593 284** | 71 000 obyv. **– 36,5 Kč/obyv.** |
| | Vodňany | | | | | | | |
| | Blatná | | | | | | | |
| Č. Krumlov | Č. Krumlov | **1 576 117** CPDM, o.p.s. | | | | | **1 576 117** | 62 000 obyv. **– 25,4 Kč/obyv.** |
| | Kaplice | | | | | | | |
| J. Hradec | J. Hradec | **971 823** Metha | | **269 900** Metha** | | | **1 241 723** | 92 000 obyv. **– 13,5 Kč/obyv.** |
| | Třeboň | | | | | | | |
| | Dačice | | | | | | | |
| Písek | Písek | **640 171** Arkáda | **1 414 874** Arkáda | | Arkáda*** | | **2 055 045** | 71 000 obyv. **– 29 Kč/obyv.** |
| | Milevsko | | | | | | | |
| Tábor | Tábor | Prevent** | **2 445 252** FCH Tábor**** | | | | **2 445 552** | 103 000 obyv. **– 23,7 Kč/ obyv.** |
| | Soběslav | | | | | | | |
| **CELKEM NÁKLADY SLUŽBY** | | **6 651 612** | **9 370 207** | **1 600 388** | **1 883 176** | **1 777 957** | **21 283 340** | 638 000 obyv. **– 33,4 Kč/ obyv.** |

| **VYSVĚTLUJÍCÍ POZNÁMKY** | | |
|---|---|---|
| Prevent * | TP ČB, PT, ST | Pro zjednodušení byly náklady TP na okresy ČB, PT a ST pro potřeby rozdělení na jednotlivé regiony vyděleny třemi. To činí cca 1 154 500 Kč. |
| Prevent** | TP Tábor | V roce 2014 probíhal spíše omezený provoz TP, náklady by byly pravděpodobně nižší než u stabilních programů, proto nejsou započítány. |
| Metha** | AL J. Hradec | Jedná se o službu odborné sociální poradenství, nikoli plnohodnotnou ambulantní léčbu. |
| Arkáda*** | DP Písek | Služba následná péče je podporována jako sociální služba z rozpočtu MPSV, není aktuálně součástí sítě protidrogových služeb. |
| FCH Tábor**** | AL Tábor | Kontaktní centrum a ambulantní léčba jsou certifikovány dle standardů RVKPP, ale jsou poskytovány v rámci jednoho programu (Centrum Auritus). |

**TABULKA 7.11:** Matrice předpokládaných nákladů sítě ambulantních a terénních protidrogových služeb na území Jihočeského kraje - **OPTIMÁLNÍ STAV**

| okres | ORP | TP | KPS | AL/ AA | DP amb. | SL | náklady na region/ obyvatele |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Č. Budějovice | Č. Budějovice | úvazek 4,0<br>**2 300 400 Kč** | úvazek 4,5<br>**2 916 000 Kč** | úvazek 4,0 | **2 040 000 Kč** | | **7 689 900 Kč / 40,50 Kč** |
| | Týn nad Vltavou | | | úvazek 0,35 | **178 500 Kč** | | |
| | Trhové Sviny | | | úvazek 0,5 | **255 000 Kč** | | |
| Č. Krumlov | Č. Krumlov | úvazek 3,0<br>**1 728 000 Kč** | úvazek 1,0 | **510 000 Kč** | | | **2 493 600 Kč / 40,20 Kč** |
| | Kaplice | | úvazek 0,5 | **255 000 Kč** | | | |
| J. Hradec | J. Hradec | úvazek 3,0<br>**1 728 000 Kč** | úvazek 1,2 | **612 000 Kč** | | | **3 901 000 Kč / 31,50 Kč** |
| | Třeboň | | úvazek 0,6 | **306 000 Kč** | | | |
| | Dačice | | úvazek 0,5 | **255 000 Kč** | | | |
| Písek | Písek | úvazek 2,0<br>**1 152 000 Kč** | úvazek 3,0<br>**1 944 000 Kč** | úvazek 1,3 | **663 000 Kč** | | **4 014 000 Kč / 56,50 Kč** |
| | Milevsko | | | úvazek 0,5 | **255 000 Kč** | | |
| Prachatice | Prachatice | úvazek 2,0<br>**1 152 000 Kč** | úvazek 3,0<br>**1 944 000 Kč** | úvazek 0,8 | **408 000 Kč** | | **3 733 500 Kč / 71,20 Kč** |
| | Vimperk | | | úvazek 0,45 | **229 500 Kč** | | |
| Strakonice | Strakonice | úvazek 2,0<br>**1 152 000 Kč** | úvazek 3,0<br>**1 944 000 Kč** | úvazek 1,1 | **561 500 Kč** | | **3 989 000 Kč / 56,20 Kč** |
| | Vodňany | | | úvazek 0,3 | **153 000 Kč** | | |
| | Blatná | | | úvazek 0,35 | **178 500 Kč** | | |
| Tábor | Tábor | úvazek 3,0<br>**1 728 000 Kč** | úvazek 3,5<br>**2 268 000 Kč** | úvazek 2,0 | **1 020 000 Kč** | | **5 296 500 Kč / 51,40 Kč** |
| | Soběslav | | | úvazek 0,55 | **280 500 Kč** | | |
| **CELKOVÉ SOUČTY** | | **10 940 400 Kč** | **11 016 000 Kč** | úvazek 16,0 | **8 160 000 Kč** | | **30 116 400 Kč / 47,20 Kč** |

| **LEGENDA** | |
|---|---|
| Terénní programy | na jeden úvazek odhadované náklady 576 000 Kč/ včetně provozních. **Nejsou započteny materiálové náklady na výměnný program.** |
| Kontaktní centra | na jeden úvazek odhadované náklady 648 000 Kč/ včetně provozních. **Nejsou započteny materiálové náklady na výměnný program.** |
| Adiktologické ambulance | na jeden úvazek odhadované náklady 510 000 Kč/ včetně provozních |
| Náklady byly vypočteny dle doporučení MPSV. U služeb sociální prevence (ambulantní i terénní) navrhuje MPSV rozpětí nákladů na 1 pracovníka 40 0000 – 45 000 Kč (všechny náklady spojené výkonem činnosti, mzdové i provozní). Výpočet je navýšen o náklady na řízení organizace ve výši 20 %. | |

## 8/ SAMOSTATNÁ KAPITOLA – doplnění k adiktologickým ambulancím

léčba hrazená z prostředků veřejného zdravotního pojištění (ZP), pokus o stručný přehled z dostupných zdrojů (především NMS)

Ve výroční VZ ČR 2011 a 2012 byly zveřejněny údaje o nákladech zdravotních pojišťoven na léčbu uživatelů drog (rozděleno na diagnózu F10, alkohol a F11-F19, ostatní psychoaktivní látky vč. tabáku a na lůžkovou a ambulantní péči). Podrobnější údaje jsou dostupné v příslušných zprávách, pro potřeby této analýzy využijeme údaje z VZ Ř 2012, náklady zdravotních pojišťoven za rok 2011. Ty činily:

- **Na diagnózu F10**
  - **Ambulantní péče: 72 821 000 Kč**
    - v tom ambulantní specializovaná péče (AT, psychiatrie a dětská psychiatrie): 52 793 000 Kč
  - **lůžková péče: 782 142 000 Kč**
    - z toho psychiatrická lůžka: **509 824 000 Kč**
- **Na diagnózu F11-19**
  - **Ambulantní péče: 36 015 000 Kč**
    - v tom ambulantní specializovaná péče (AT, psychiatrie a dětská psychiatrie): 27 597 000 Kč
  - **lůžková péče: 278 775 000 Kč**
    - z toho psychiatrická lůžka: **193 750 000 Kč**

**Za rok 2011 vykázaly psychiatrické ambulance v ČR pro účely statistik ÚZIS[73]:**

- **Počet léčených uživatelů alkoholu[74]: 23 643 pacientů (z toho s dg. závislost 19 947 osob)**
- **Počet léčených uživatelů ostatních NL (včetně tabáku): 15 390 pacientů (z toho s dg. závislost 13 150 osob)**
  - Z toho počet léčených uživatelů ostatních NL (mimo tabáku): 14 535 pacientů (z toho s dg. závislost 12 351 osob)
  - Z toho kanabinoidy/ konopí: 1 446 pacientů (z toho s dg. závislost 979 osob)
  - Z toho PUD[75]: 10 230 pacientů (z toho s dg. závislost 8 996 osob)

**Za rok 2011 vykázaly psychiatrické léčebny v ČR pro účely statistik ÚZIS[76]:**

- **Počet léčených uživatelů alkoholu[77]: 7 330 pacientů, průměrná ošetřovací doba 64,9 dnů.**
- **Počet léčených uživatelů ostatních NL: 4 007 pacientů, průměrná ošetřovací doba 43 dnů.**

Porovnáme-li náklady na léčbu s počtem pacientů, vyjdou průměrné náklady na léčbu[78] takto:

- Diagnóza F10 ambulantní léčba: **3 080 Kč / pacient** (u specializované amb. péče 2 233 Kč / pacient)
- Diagnóza F10 lůžková péče (psychiatrie): **69 553 Kč/ pacient**

[73] VIZ http://www.uzis.cz/cr-kraje ZDRAVOTNICKÁ ROČENKA ÚZIS ČR 2011, str. 90 - 91
[74] Ve skutečnosti se jedná o pacienty evidované v ambulantních psychiatrických zařízeních, tzv. pacienti „živé kartotéky“, tedy se záznamem v dokumentaci ne starším než jeden rok.
[75] Tato kategorie není ve statistikách ÚZIS samostatně sledována (pro účely alespoň ilustrativní jsou vybráni pacienti, kteří odpovídají kategorii dle definice PUD – tedy uživatelé opiátů, metamfetaminu a kombinace drog – kde je jedna ze jmenovaných drog obvykle přítomna).
[76] VIZ http://www.uzis.cz/cr-kraje ZDRAVOTNICKÁ ROČENKA ÚZIS ČR 2011, str. 110
[77] Ve skutečnosti se jedná o pacienty evidované v ambulantních psychiatrických zařízeních, tzv. pacienti „živé kartotéky“, tedy se záznamem v dokumentaci ne starším než jeden rok.
[78] Za předpokladu správnosti a úplnosti vstupních údajů

    - na ošetřovací den (celkem 475 717): **1 071 Kč**
- Diagnóza F11-19 ambulantní léčba: **2 340 Kč / pacient** (u specializované amb. péče 1 793 Kč / pacient)
- Diagnóza F11-19 lůžková péče (psychiatrie): **48 352 Kč/ pacient**
    - na ošetřovací den (celkem 172 301): **1 124 Kč**

**LŮŽKOVÁ PÉČE – komentář:**

1/ Výrazný rozdíl mezi náklady na lůžkovou a ambulantní péči. To by mělo být motivací především pro zdravotní pojišťovny více investovat do rozšiřování sítě odborných ambulantních služeb (což neznamená, že by mohla být lůžková péče zcela nahrazena péčí ambulantní, nicméně existují signály, že ambulantní specialisté/ psychiatři z různých důvodů nechtějí do ambulantní léčby přijímat pacienty s problémy s návykovými látkami, a směřují případné zájemce o léčbu přímo do psychiatrických léčeben. To nemusí být ve všech případech nutné).
2/ Minimální rozdíl v nákladech na jednoho pacienta (respektive den léčby) podle diagnóz (poněkud vyšší náklady v případě diagnóz F11-19 mhou být způsobeny např. tím, že do léčby jsou zahrnuty náklady na vlastní detoxy léčeben atp.).
3/ Výrazný rozdíl (cca 1/3) v počtu průměrných ošetřovacích dnů na pacienta v neprospěch diagnóz F11-19 (může být vliv několika faktorů – řada léčeben spolupracuje s terapeutickými komunitami, a indikované pacienty předává do těchto zařízení relativně brzy po nástupu; přetrvávající stav, kdy „ústavní“ prostředí (některých) psychiatrických léčeben neumí reagovat adekvátně na rozdíly mezi pacienty s problémy s alkoholem / „tradiční“ cílová skupina/ a pacienty, závislými na nelegálních návykových látkách (jsou mladší, agresivnější, méně socializovaní/; je i možné, že část pacientů nemusí být pro lůžkovou péči indikována /viz pozn. 1/ a mohou se z léčeben dříve vracet do ambulantní péče).

**AMBULANTNÍ PÉČE – komentář**

1/ Rozdíl mezi náklady na ambulantní léčbu (včetně specializované) mezi dg. F 10 a F11-19 je nápadný, výraznější než u lůžkové péče. Může být dán menší schopností pacientů setrvat v léčbě a podrobit se jejímu režimu, což se ale dá vyjádřit i tak, že ambulantní specialisté v některých případech neumí příliš s touto cílovou skupinou pracovat (viz pozn. 3 k lůžkové péči).

2/ Co ale překvapuje, jsou poměrně velmi nízké náklady, které příliš nekorespondují s představou o optimální struktuře a délce trvání léčby (ve srovnání s ohodnocením příslušných výkonů). Vezmeme-li v úvahu jako standardní, resp. základní výkon v ambulantní léčbě individuální terapii (výkon Adiktologická terapie individuální, doba trvání 45 minut, cena 408,40 Kč), pak by za tuto cenu bylo možno:

- u pacienta s diagnózou F 10 (pochopitelně ve specializované amb. péči) realizovat cca 5,5 terapií, tedy asi 4 hodiny přímé práce
- u pacienta s diagnózou F 11-19 (pochopitelně ve specializované amb. péči) realizovat cca 4,4 terapií, tedy cca 3,3 hodiny přímé práce

Protože se jedná pouze o orientační výpočet, kde je kalkulováno pouze s individuální terapií, a nejsou zohledněny další výkony, které se jinak nepochybně do vypočtených nákladů promítají, bude výsledný počet hodin „čistého“ času, který má ambulantní lékař průměrně k dispozici/ zaplacen na 1 pacienta, ještě nižší…

**FINANČNÍ ÚVAHA AMBULANTNÍ LÉČBA – ROZŠÍŘENÍ SITĚ**

Optimální rozsah sítě adiktologických ambulancí (2,5 úvazku a více, dle potřeb a rozsahu poskytování služeb v konkrétním regionu).

**Varianta 1 výpočtu:** Minimální rozsah sítě Adiktologických. Skládá se z nákladů

- na úvazek 1,0 sociální pracovník (40 000 Kč/ měsíc[79]): 480 000 Kč
  - celkem 6,3 úvazku kraj: 3 024 000 Kč
- na úvazek 1,0 adiktolog (45 000 Kč/ měsíc[80]): 540 000 Kč
  - celkem 6,3 úvazku kraj: 3 402 000 Kč
- na doplnění služby, cca úvazek 0,5 (zdravotnický pracovník, terapeut apod..): 255 000 Kč
  - celkem 3,4 úvazku kraj:1 734 000 Kč

Celkem náklady na provoz standardní adiktologické ambulance optimální (2 úvazky) = 1 020 000 Kč
Celkem náklady na optimální síť ambulancí na území Jihočeského kraje (16 úvazků): **8 160 000 Kč**

**Varianta 2 -** Minimální rozsah sítě Adiktologických ambulancí (2,0 úvazku). Skládá se z nákladů[81]

- na úvazek 1,0 sociální pracovník (40 000 Kč/ měsíc[82]): 480 000 Kč
  - **celkem 6,3 úvazku kraj: 3 024 000 Kč**
- na úvazek 1,0 adiktolog (45 000 Kč/ měsíc[83]): 540 000 Kč
  - **celkem 6,3 úvazku kraj: 3 402 000 Kč**

Celkem náklady na provoz jedné standardní adiktologické ambulance minimální = 1 020 000 Kč,
Celkem náklady na minimální síť ambulancí na území Jihočeského kraje (12,6 úvazků): **6 426 000 Kč**

**Předpokládané náklady sociální část (dotační zdroj MPSV - předpoklad): 3 024 000 Kč**

***Vysvětlující poznámka:*** *Adiktologická ambulance není pochopitelně sociální službou dle zákona č. 108/2006 Sb. Stávající a průhledná praxe je taková, že sociální aspekt specializovaných adiktologických služeb v současnosti doplňuje sociální služba „odborné sociální poradenství". Jihočeský kraj v segmentu těchto služeb zvažuje (již pro rok 2015) rozdělení služeb odborného sociálního poradenství podle cílových skupin, s tím, že na cílovou skupinu osob, ohrožených závislostí, by připadalo cca 10 % předpokládané časové dotace na zajištění jejich kapacity, tedy asi 100 hod./ týden na celé území kraje = 2,5 úvazku. To by činilo – vyjádřeno finančně dle metodiky MPSV – částku v rozpětí 1,2 - 1,35 mil. Kč.*

**Poznámka – současný stav:** Dotace pro ambulantní služby z kapitoly MPSV:

- OS Prevent – Adiktologické poradna Prevent (Č. Budějovice) - OSP
- Sdružení Meta – P.centrum J. Hradec - OSP
- Arkáda – sociálně psychologické centrum (Písek) – následná péče (ambulantní)

**CELKEM rok 2014: 915 900 Kč**
**CELKEM rok 2015: 855 069 Kč**

[79] Doporučení MPSV na stanovení jednotné výše podpory na úvazek pracovníka (např. služba odborné sociální poradenství) ve výši 40 000 – 45 000 Kč na jednoho pracovníka (zahrnuje veškeré náklady služby – osobní a provozní).
[80] Rozdíl mezi náklady na soc. pracovníka a adiktologa = rozdíl v kvalifikaci a odbornosti)
[81] Pro výpočet byly použity údaje z Metodiky Ministerstva práce a sociálních věcí pro poskytování dotací ze státního rozpočtu krajům a Hl. M. Praze, příl. 1 k Rozhodnutí o poskytnutí dotace z kapitoly 313 – MPSV na rok 2015, str. 10 - 12
[82] Doporučení MPSV na stanovení jednotné výše podpory na úvazek pracovníka (např. služba odborné sociální poradenství) ve výši 40 000 – 45 000 Kč na jednoho pracovníka (zahrnuje veškeré náklady služby – osobní a provozní).
[83] Rozdíl mezi náklady na soc. pracovníka a adiktologa = rozdíl v kvalifikaci a odbornosti)

**Náklady oblast adiktologie (RVKPP, MZ):**

***Vysvětlující poznámka:*** *Adiktologická ambulance není v současnosti definovaná jako specializovaná služba dle Standardů odborné způsobilosti (RVKPP). V podstatě se jedná o službu ambulantní léčba, případně ambulantní doléčování, v možné kombinaci s dalšími službami (v úvahu dále připadá podíl služeb stacionář, substituční léčba).*

***Poznámka – současný stav:*** *Dotace pro ambulantní služby z rozpočtů RVKPP a ministerstva zdravotnictví. Dlouhodobě je podporována pouze Adiktologické poradna Prevent České Budějovice. Druhá certifikovaná služba ambulantní léčba v Jihočeském kraji (při Centru Auritus, Farní charita Tábor) není realizována jako samostatný projekt, ale jako součást komplexu služeb Auritus – centrum pro lidi ohrožené drogou, její náklady jsou obsaženy v provozních nákladech kontaktního centra. Pro rok 2015 jsou započteny (ze zdrojů RVKPP) i prostředky v rámci specifického dotačního titulu – projekty protidrogové politiky pro oblast patologického hráčství – z Jihočeského kraje byly úspěšné projekty Adiktologická poradna Prevent, Doléčovací centrum Prevent (to je také důvod významného meziročního nárůstu).*

**CELKEM rok 2014: 189 200 Kč**
**CELKEM rok 2015: 684 000 Kč**

**Doplnění (samospráva – obce): 1 575 000 Kč**

*Poznámka: Částka je odhadnuta dle modelu spolufinancování protidrogových služeb samosprávami obcí v Jihočeském kraji. V modelu je služba ambulantní léčba (dle standardů RVKPP) oceněna na 2,50 Kč/ obyvatel na místně dostupnou službu (pro území okresu). Jsou zahrnuty služby Adiktologické poradna Prevent (Č. Budějovice) a P.centrum J. Hradec, Sdružení Meta.*

**CELKEM rok 2013: 172 531 Kč**
**CELKEM rok 2014: 271 581 Kč**
**CELKEM rok 2015: dosud není uzavřen, výsledky budeme vědět počátkem roku 2016**[84]

Doplnění (samospráva – kraj): *V částce je zahrnuta podpora služeb Adiktologické poradna Prevent (Č. Budějovice) a P.centrum J. Hradec, Sdružení Meta.*

**CELKEM rok 2014: 610 000 Kč**
**CELKEM rok 2015: 610 000 Kč**

**Doplnění (veřejné zdravotní pojištění): v minulých letech nebyly služby, poskytované NNO a zařazené v „Minimální síti", z těchto zdrojů financovány, či spolufinancovány.**

**FINANCE SHRNUTÍ**

Z veřejných rozpočtů byly služby, přímo přiřaditelné[85] předpokládané náplni Adiktologických ambulancí, financovány v souhrnné výši takto:

| | |
|---|---|
| **CELKEM rok 2013** | **1 927 331 Kč** |
| **CELKEM rok 2014** | **1 986 681 Kč** |
| **ODHAD rok 2015** | **2 149 069 Kč** |
| **Předpoklad/ potřeba** Minimální varianta | **6 424 000 Kč** |
| **Předpoklad/ potřeba** Optimální varianta | **8 160 000 Kč** |

[84] Pro ostatní finanční zdroje platí, že HLAVNÍ výsledky dotačního řízení pro rok 2015 jsou známy, nepředpokládáme žádné VÝZNAMNÉ změny (je reálné snad pouze dílčí dofinancování některých služeb – především z kapitoly MPSV na podzim 2015).

[85] Nepochybně by se část přiřaditelných činností nalezla ještě minimálně u dvou služeb – KC Tábor (Auritus – centrum pro lidi ohrožené drogou) a Doléčovací centrum Prevent (ambulantní program). Oddělení nákladů by ovšem v těchto případech bylo složité, předpoklad může činit cca 1,0 pracovního úvazku (kolem 1 mil. Kč dle již zmíněné metodiky MPSV)

## 9/ SAMOSTATNÁ KAPITOLA – OBLAST PRIMÁRNÍ PREVENCE

Služby primární prevence mají svá specifikem. Tím nejhlavnějším je relativní mobilita programů (na rozdíl od služeb ambulantních), a na rozdíl od služeb terénních, kde je hledání/ kontaktování klientů vždy krokem do neznáma, také skutečnost, že reagují na konkrétní poptávku (ze strany škol). S tím také souvisí i obtížné plánování objemu potřebných služeb – některé školy si zajišťují (podle svých potřeb, ale i schopností konkrétních učitelů) některé preventivní aktivity vlastními silami, některé školy o realizaci programů externími subjekty vůbec nestojí – a některé školy mají kvůli svým specifikům (umístění, charakteristika žáků) naopak potřeby využití externích služeb v této oblasti vysoké. Jihočeský kraj disponuje ve srovnání s ČR velkým počtem realizátorů služeb primární prevence a certifikovaných programů (více jich má pouze Praha), dle údajů Národního ústavu pro vzdělávání[86] je na území Jihočeského kraje certifikováno celkem 10 programů pro prevenci v adiktologii (šest programů všeobecné prevence, tři programy selektivní prevence, jeden program indikované prevence).

**Přehled certifikovaných poskytovatelů služeb (s přihlédnutím k prevenci v adiktologii)**

| | |
|---|---|
| Arkáda – sociálně psychologické centrum | oblast všeobecná prevence |
| Do Světa | oblast všeobecná prevence |
| Metha | oblast všeobecná prevence + selektivní prevence |
| Portus | oblast všeobecná prevence + selektivní prevence |
| Společně k bezpečí | oblast všeobecná prevence + selektivní prevence |
| PorCeTa | oblast všeobecná prevence + indikovaná prevence |

**Tabulka 9. 1:** Výkony certifikovaných služeb primární prevence v roce 2012

| Typ programu / region | Realizátor | Počet programů/ osob |
|---|---|---|
| Primární prevence / Písecko | Arkáda, Písek | 40/ 776 |
| Primární prevence / Jindřichohradecko | Sdružení Meta, J. Hradec | 77/ 1 745 |
| Primární prevence / Prachaticko | OS Portus Prachatice | 111/ 2 125 |
| Primární prevence / okresy ČB, PT, ST a dílčí Tá, ČK, JH | OS Do Světa, Strakonice | 166/ 3 533 |
| **CELKEM** | | **394/ 8 179** |

**Tabulka 9. 2:** Výkony certifikovaných služeb primární prevence v roce 2013

| Typ programu / region | Realizátor | Počet programů/ osob |
|---|---|---|
| Primární prevence / Písecko | Arkáda, Písek | 46/ 928 |
| Primární prevence / Jindřichohradecko | Sdružení Meta, J. Hradec | 86/ 1 903 |
| Primární prevence / Prachaticko | OS Portus Prachatice | 125/ 1 318 |
| Primární prevence / okresy ČB, PT, ST a dílčí Tá, ČK, JH | OS Do Světa, Strakonice | 106/ 2 223 |
| Primární prevence / Táborsko | PorCeTa, o.p.s., Tábor | 27/ 547 |
| **CELKEM** | | **390/ 6 919** |

**Tabulka 9. 3:** Výkony certifikovaných služeb primární prevence v roce 2014

| Typ programu / region | Realizátor | Počet programů/ osob |
|---|---|---|
| Primární prevence / Písecko | Arkáda, Písek | 33/ 682 |
| Primární prevence / Jindřichohradecko | Sdružení Meta, J. Hradec | 79/ 1 731 |
| Primární prevence / Prachaticko | OS Portus Prachatice | 112/ 1 887 |
| Primární prevence / okresy ČB, PT, ST a dílčí Tá, ČK, JH | OS Do Světa, Strakonice | 162/ 3 259 |
| Primární prevence / Táborsko | PorCeTa, o.p.s., Tábor | 36/ 707 |
| **CELKEM** | | **422/ 8 266** |

**Pozn. k tabulkám výše:** Nejedná se o všechny výkony v oblasti specifické protidrogové prevence, realizované na území kraje, ale pouze o výkony certifikovaných služeb, které byly podpořeny z grantového programu kraje. Nicméně jsme přesvědčeni, že se jedná o naprostou většinu těchto aktivit, realizovaných na území Jihočeského kraje.

[86] Viz http://www.nuv.cz/t/pprch/pracoviste-pro-certifikace

**Cílová skupina:**

**Tabulka 9. 4:** Počty žáků, tříd a škol ve školním roce 2014/ 2015, Jihočeský kraj

| | Počet žáků | Počet tříd | Počet škol |
|---|---|---|---|
| Mateřská škola | 23 277 | 968 | 170 |
| Základní škola | 51 510 | 2 604 | 254 |
| Střední škola (včetně VOŠ) | 29 037 | 1 284 | 92 |
| **CELKEM** | **103 824** | **4 874** | **516** |

stav k 1. 9. 2014

**Shrnutí statistické oblasti primární prevence:**

Jak vyplývá ze srovnání statistického přehledu výkonů realizátorů programů primární prevence, tyto programy zasahují cca 10,2 % žáků základních a středních škol. Pravděpodobně se nejedná o zcela ideální stav, nicméně nemáme k dispozici shrnující údaje za celý Jihočeský kraj, ze kterých by bylo možné vyčíst potřebu škol v oblasti zajištění externě dodávaných preventivních programů. Vzhledem k vysokému počtu škol a školských zařízení na území kraje (viz tabulka 9. 4) je toto zjišťování velmi obtížné.

Na druhou stranu údaje, uvedené v tabulkách 9. 1 až 9.3 se vztahují pouze k projektům, podávaných realizátory do grantových programů Jihočeského kraje, nemusí tedy obsahovat kompletní údaje o jejich ostatní činnosti. Pak je zde možnost, že některé programy jsou zajišťovány službami, které nemají sídlo v Jihočeském kraji, a pak existují programy (různé úrovně), které jsou na školách realizovány, ač nejsou certifikované. Ve skutečnosti tedy můžeme předpokládat větší rozšíření preventivních aktivit ve školním prostředí, realizovaných externími subjekty.

## SÍŤ SLUŽEB PRIMÁRNÍ PREVENCE

V případě služeb primární prevence nemá patrně příliš smysl hovořit o síti služeb v obdobném smyslu jako u ostatních typů služeb/ programů, uvedených v tomto dokumentu. Jedná se v podstatě spíše o to, zda kapacita služeb, tedy nabídka odborně způsobilých programů, odpovídá potřebě, nebo přesněji řečeno poptávce ze strany škol, školských zařízení, případně dalších institucí, pracujících s dětmi a mládeží (především v případě selektivní a indikované prevence můžeme uvažovat i o nízkoprahových zařízeních pro děti a mládež, OSPOD apod.). Lze si představit regiony, kde žádný poskytovatel těchto služeb nesídlí, a služby jsou zajištěny odjinud, i když pochopitelně, z různých důvodů, je výhodnější, pokud máme k dispozici místní odborníky, s bližší znalostí regionu a spolupracujících organizací. Spíše než o konkrétních službách vztažených ke konkrétnímu místu je efektivnější postup vyvažovat poptávku po těchto službách adekvátními finančními prostředky na jejich realizaci.

V Jihočeském kraji volíme v této oblasti kombinovaný přístup. Jsme přesvědčeni, je efektivnější podporovat více poskytovatelů:

- vzhledem k rozloze kraje (nicméně netrváme striktně na předem jasně dané územní/ regionální příslušnosti konkrétního poskytovatele);
- vzhledem k potřebě různorodých programů a přístupů (aby si objednavatelé služeb mohli vybrat dle svých aktuálních potřeb);
- vzhledem k tomu, že se jedná o služby, založené na odbornosti, a dlouhodobé zkušenosti jejich pracovníků (tedy by případný zánik dominantního poskytovatele mohl přinést výpadek v poskytování těchto služeb);

Základní podmínku pro podporu ze strany Jihočeského kraje jednotlivým poskytovatelům služeb primární prevence vidíme v:

- důkazu odborné způsobilosti služby (v současné době certifikace odborné způsobilosti);

- doložené poptávce ze strany škol a školských zařízení;
- aktivitě poskytovatelů služeb směrem k ostatním možným zdrojům finančních prostředků (především MŠMT);

Zůstávají tedy zachované všechny hlavní aspekty posuzování potřebnosti programů primární prevence z předešlého dokumentu (Minimální síť protidrogových služeb na území Jihočeského kraje 2012 – 2014).

**Hlavním kritériem pro stanovení výše částky, poskytnuté v rámci GP Jihočeského kraje na podporu primární prevence bude kombinace ceny jedné hodiny odborného programu a velikost regionu, na který je projekt podáván. Smyslem tohoto opatření je prioritně naplnit cíle tohoto dokumentu, tj. co nejrovnoměrnější pokrytí území kraje službami primární prevence v kombinaci s efektivitou vynakládaných finančních prostředků. Mechanismus bude upřesněn v prováděcích dokumentech k příslušnému grantovému programu Jihočeského kraje.**

Cena realizace jedné hodiny odborné aktivity

V kalkulaci ceny jsou zahrnuty veškeré přidružené náklady, tj. např. odměna lektora (kde je zahrnuta jak přímá práce a příprava na ni, tak administrativa – dojednávání zakázky, psaní zpráv, projektových žádostí apod.), cestovné, nezbytný materiál, další odborné vzdělávání lektorů a další provozní náklady (vedení účetnictví, náklady spojené se zázemím služby – vybavení, energie, telefony apod.)

| | |
|---|---|
| **Hodina realizovaná jedním lektorem** | **800 Kč** |
| **Hodina realizovaná dvěma lektory** | **1 000 Kč** |

Poměr velikosti regionu ke kraji/ poměr velikosti navržené podpory vzhledem k velikosti regionu:

**Minimální výše podpory z alokované částky podle % z celkového počtu žáků** (Jihočeský kraj 100 %)

| | |
|---|---|
| Region Českobudějovicko | 32 % |
| Region Českokrumlovsko | 8 % |
| Region Jindřichohradecko | 14 % |
| Region Písecko | 11 % |
| Region Prachaticko | 7 % |
| Region Strakonicko | 11 % |
| Region Táborsko | 17 % |

## 10/ SHRNUTÍ

Dokument popisuje na příslušných místech dvě varianty sítě protidrogových služeb na území Jihočeského kraje, výhradně se jedná o služby terénní a ambulantní, určené obyvatelům kraje. Koordinaci služeb pobytových považujeme za přináležející centrálním orgánům.

Tzv. **minimální síť** je spíše variantou minimalistickou. Tak se v průběhu let (od roku 2002) podařilo ve spolupráci s poskytovateli služeb pokrýt území kraje službami, které slouží jeho obyvatelům.

Jsme přesvědčeni, že se jedná o naprosto základní služby, především nízkoprahové, které nemají alternativu v žádném jiném systému pomoci, a jsou pro efektivní realizaci protidrogové politiky v Jihočeském kraji nezbytné. V současné době vidíme částečný prostor k rozvoji jednotlivých služeb, tak jak je popsán, tedy mírnému navýšení personální kapacity některých služeb. Na více současné disponibilní veřejné zdroje nestačí, a není cílem tohoto dokumentu požadavkem na vznik nových služeb za stávajících podmínek (zejména finančních) ohrozit dosud poskytované služby (například tím, že bychom dostupné a omezené finanční zdroje rozdrobili mezi více programů, a tím bychom mohli zapříčinit to, že to pro některé může znamenat ohrožení jejich udržitelnosti – například vzhledem k požadavkům standardů odborné způsobilosti).

Tzv. **optimální varianta** popisuje síť služeb, které chybí k lepšímu pokrytí území kraje odbornými terénními a ambulantními službami, a efektivnějšímu řešení problematiky závislostí. Zaměřuje se především na vznik tzv. „adiktologických ambulancí“, které by mohly mít potenciál výrazně zlepšit dostupnost ambulantní léčby a ambulantního doléčování v oblasti závislostí. Reagujeme tak na současný neuspokojivý a z mnoha stran (včetně odborné veřejnosti) kritizovaný stav tohoto segmentu protidrogové politiky, i na změnu orientace národní politiky směrem k tzv. integrované protidrogové politice (tj. zahrnutí problémů s alkoholem a patologickým hráčstvím do této oblasti).

Ovšem optimální stav, popsaný v tomto dokumentu je spíše vizí. Z vyjádření jeho ekonomické náročnosti je zřejmé, že se do jeho spolufinancování musí zapojit i jiné subjekty, než Jihočeský kraj.

Příležitost vidíme v zapojení zdravotnického sektoru, i z toho důvodu, že minimálně cca 50 % předpokládané činnosti jednoznačně spadá do této oblasti. Jedním z významných zdrojů by mělo být veřejné zdravotní pojišťovny, bez jejich participace na tomto systému nevidíme realizaci tohoto záměru jako reálnou.

Mgr. Marek Nerud k 12. 10. 2015