



Úřad vlády České republiky
Nábřeží Edvarda Beneše 4
118 01 Praha 1 – Malá Strana
tel.: 296 153 222
fax: 296 153 264

Akční plán realizace
Národní strategie protidrogové politiky na období 2013 až 2015

schváleno vládou dne 27. března 2013

Obsah:

Předmluva	3
1. Funkce akčního plánu	5
2. Hodnocení naplňování strategických cílů Národní strategie protidrogové politiky na období 2010–2018.....	6
2.1. Snížit míru experimentálního a příležitostného užívání drog zejména mladými lidmi.....	6
2.2. Snížit míru problémového a intenzivního užívání drog	6
2.3. Snížit potenciální rizika spojená s užíváním drog pro jedince a společnost	7
2.4. Snížení dostupnosti drog zejména pro mladé lidi	7
3. Priority Akčního plánu na období 2013–2015	9
3.1. Snížit míru nadměrného pití alkoholu a míru (intenzivního) užívání konopí mladými lidmi.. .	9
3.2. Zaměřit se na vysokou míru problémového užívání pervitinu (metamfetaminu) a opiátů.	9
3.3. Zefektivnit financování protidrogové politiky – definovat a zavést systémové změny v zajištění a koordinaci financování protidrogové politiky	10
3.4. Integrovaná protidrogová politika – aktivity snižující nadměrné užívání alkoholu a reflektující jeho dopady jsou neoddělitelnou součástí protidrogové politiky	10
4. Efektivní a udržitelné financování protidrogové politiky.....	12
5. Struktura akčního plánu.....	16
6. Aktivity akčního plánu na období 2013–2015	17
Specifická primární prevence užívání návykových látek.....	17
Léčba uživatelů návykových látek.....	20
Snižování rizik	24
Snižování dostupnosti legálních a nelegálních drog.....	27
Koordinace a financování.....	30
Monitoring, výzkum, hodnocení	35
Mezinárodní spolupráce	38

Předmluva

Drogová politika je pro každou vládu jedno z nejobtížnějších témat k uchopení a pro její tvorbu neexistují jasně stanovené postupy. Na základě dostupných dat však lze identifikovat účinné principy, které se při tvorbě účinné protidrogové politiky uplatňují. Jedná se především o princip vyváženosti a o princip rozhodování na základě ověřených poznatků (evidence based).

Vyvážená politika se rovnoměrně odehrává na škále mezi represí, tj. redukcí nabídky drog a léčebně preventivními přístupy, tj. redukcí poptávky po drogách, přičemž se pokoušíme hledat spojení mezi nimi, finanční prostředky se rovnoměrně rozkládají a obě části téže politiky intenzivně hledají společná východiska a společná řešení.

Politika založená na vědeckých důkazech hledá nejúčinnější nástroje na základě vyhodnocení vědeckých poznatků, monitoringu a hledání nejlepší účinné praxe. Je politikou racionální, nikoliv politikou postavenou na společenských náladách, ideologii, či momentální politické poptávce.

V poslední dekádě se stále častěji ukazuje další princip protidrogových politik, a to vzhledem k významným proměnám drogové situace, o kterých ještě v tomto Akčním plánu bude řeč. Je to princip integrace spojující témata jako je kontrola v oblastech výroby, distribuce a užívání drog, alkoholu, tabáku a hazardu do společných politik. Fenomén návykového chování v jednotlivých oblastech je dnes úzce propojen, jde do určité míry o stejné cílové skupiny obyvatel, často o skupinu, která se potýká s problémy v některých a/nebo ve všech uvedených oblastech návykového chování. Jak celkovou politiku, tak jednotlivé intervenční snahy je z pohledu nákladů a přínosů neefektivnější propojit ve společné síti služeb a spolupráce. Řada zemí v EU (např. Německo, Rakousko) se nyní přiklání k politice, která zahrnuje komplexní sadu kontrolních, preventivních a/nebo léčebných opatření zaměřených na drogy legální a nelegální či případně na další formy závislostního chování jako je např. hraní sázkových her. Takovou politiku nazýváme integrovanou a mnohé rozvinuté země ji již formulovaly ve svých národních strategiích a také česká Národní strategie protidrogové politiky na období 2010–2018 tento integrační princip reflektuje.

Předkládaný akční plán je druhým akčním plánem Národní strategie protidrogové politiky a staví na vyhodnocení Akčního plánu 2010–2012 a na principech a cílech strategie. Akční plán 2013–2015 je tvořen v době ekonomické recese, kdy dochází k redukci veřejných prostředků téměř ve všech oblastech veřejného života včetně protidrogové politiky. Vzhledem k této skutečnosti klesá kapacita nejen pro rozvoj nových, ale i pro udržení stávajících aktivit a intervencí a současně roste tlak i potřeba udržení kvality a rozsahu již existujících aktivit a opatření.

Mnohé vlády, a to nejen rozvinutých zemí, vydávají mnohonásobně více prostředků na protidrogovou politiku než ČR, a to i po relativním přepočtu například na HDP. Přesto nejsou výsledky protidrogové politiky ČR v jejich hlavních segmentech špatné. Dlouhodobě se daří udržet nízký výskyt přenosných chorob, jako je HIV/AIDS, mezi nitrožilními uživateli drog, počet problémových uživatelů drog ve srovnání se zbytkem světa je poměrně nízký. Alarmující však je, že kvůli hrozícímu rozpadu sítě preventivních a léčebných zařízení se tento trend jeví jako dlouhodobě neudržitelný. Nakonec také míra kriminality v oblasti drogového organizovaného zločinu je v ČR v globálním srovnání také nízká a je pravděpodobné, že je to právě výsledkem racionálního a celkově dobře nastaveného a vyváženého přístupu v oblasti vymáhání práva v rámci protidrogové politiky v ČR.

Vzhledem k současné nepříznivé ekonomické situaci má Akční plán 2013–2015 tedy za úkol především udržet stávající ověřené a zavedené aktivity a funkce protidrogové politiky a případně zvýšit jejich efektivitu. Akční plán ovšem ani v současné situaci nemůže pouze konzervovat současný stav a musí být zaměřen také na další rozvoj české protidrogové politiky a reagovat na nové trendy.

Drogová situace a drogová scéna se proměňují – mění se užívané drogy, míra a intenzita jejich užívání včetně těch nejzávažnějších forem, jakou je například pravidelná injekční aplikace drog, a závažnost a rozsah následků a společenských škod, které užívání drog přináší. Intenzivní formy užívání návykových látek se vyskytují často v polymorfní formě, kdy je užíváno více drog současně a užívání návykových látek je potom součástí celého komplexu problémů, které jsou součástí konkrétní životní situace jednotlivce nebo drogové situace na populační úrovni.

Užívání alkoholu, užívání nelegálních drog a/nebo patologické hráčství jsou propojeny ve větší či menší míře v různých populačních skupinách s různými vzorci či rozvojem závažnosti užívání návykových látek od užívání experimentálního po užívání problémové či závislostní. Užívání návykových látek koreluje se socioekonomickými parametry, i když i tady jsou vztahy mezi

jednotlivými vlivy a faktory komplexní. Je však nicméně jasné, že nepříznivá sociální situace a tím častější sociální exkluze různých skupin obyvatel jsou faktory, které s rozvojem rizikového a závislostního chování také úzce souvisí.

Stejnou složitost a provázanost je možno vidět i v realizaci protidrogové politiky jako takové. Protidrogová politika je vedle celé zdravotní, sociální či bezpečnostní politiky politikou malou. Je ze své povahy politikou multidisciplinární, průřezovou, a tedy mezirezortní. Proto je při jejím uskutečňování velmi podstatný prvek vzájemné komunikace a koordinace. Je politikou specializovanou a cílenou na relativně úzce vymezený problém, který má ovšem celospolečenský výskyt a široké a závažné společenské dopady a náklady jak v oblasti zdravotní a sociální, tak v oblasti vymáhání práva. Z dobrých důvodů by tedy protidrogová politika neměla být politikou podceňovanou.

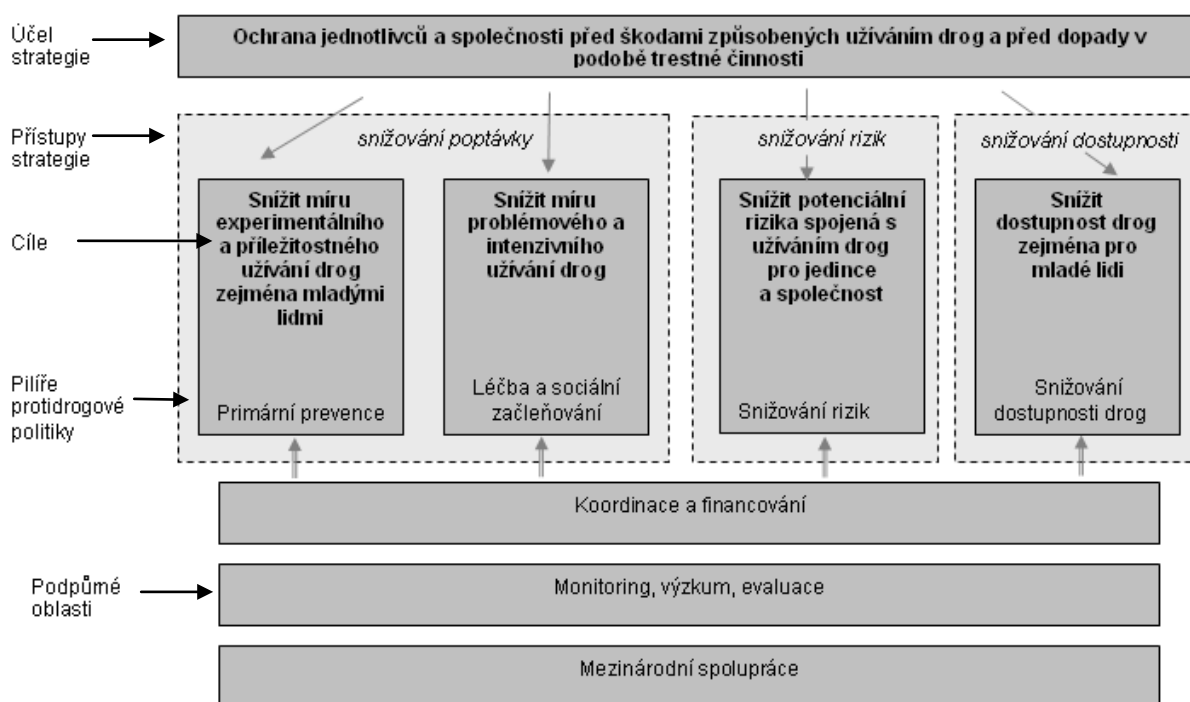
1. Funkce akčního plánu

Akční plán je nástrojem realizace Národní strategie protidrogové politiky na období 2010 až 2018 (dále jen „Národní strategie 2010–2018“), kterou vláda České republiky schválila svým usnesením č. 340 ze dne 10. května 2010. Po dobu platnosti Národní strategie 2010–2018 budou zpracovány tři akční plány.

Národní strategie 2010–2018 se v období 9 let zaměří na dosažení 4 hlavních cílů:

- i) snížit míru experimentálního a příležitostného užívání drog¹ zejména mladými lidmi,
- ii) snížit míru problémového a intenzivního užívání drog,
- iii) snížit potenciální rizika spojená s užíváním drog pro jedince a společnost,
- iv) snížit dostupnost drog zejména pro mladé lidi.

Graficky lze koncept protidrogové politiky ČR a národní strategie znázornit následovně:



Účelem akčních plánů je detailněji rozpracovat plánované postupy pro naplňování cílů Národní strategie 2010–2018 a definovat opatření v klíčových (podpůrných) technicko-organizačních oblastech. Akční plány plní tedy funkci:

- implementačního nástroje strategie v dané oblasti – určují konkrétní aktivity a výstupy, rozdělení odpovědnosti, termíny plnění a odhadované zdroje pro realizaci aktivit,
- kontrolního nástroje realizace strategie – definují ukazatele dosažení stanovených cílů, ukazatele uskutečnění plánované aktivity a definují potřebné zdroje informací pro jednotlivé ukazatele,
- usměrňujícího dokumentu pro realizaci protidrogové politiky různými subjekty působícími v dané oblasti – definují priority protidrogové politiky na období pokryté příslušným akčním plánem.

¹ Pod pojmem „droga/y“ národní strategie protidrogové politiky rozumí všechny návykové látky, včetně legálních.

2. Hodnocení naplňování strategických cílů Národní strategie protidrogové politiky na období 2010–2018

Akční plán má reagovat na aktuální situaci a přizpůsobovat svoje aktivity, tak aby se jejich prostřednictvím podařilo dosáhnout cíle Národní strategie 2010–2018. V r. 2012 skončila platnost prvního akčního plánu národní strategie, který byl sestaven na období let 2010–2012. Tato kapitola proto obsahuje stručné průběžné zhodnocení naplňování stanovených strategických cílů Národní strategie 2010–2018. Zhodnocení bylo zpracováno na základě dat každoročně zveřejňovaných ve Výroční zprávě o stavu ve věcech drog v ČR². Na základě tohoto průběžného zhodnocení strategických cílů byly následně aktualizovány priority protidrogové politiky pro období 2013–2015 (kap. 3 Priority Akčního plánu na období 2013–2015).

2.1. Snížit míru experimentálního a příležitostného užívání drog zejména mladými lidmi

Užívání drog v obecné populaci ČR je stabilní a mezi mládeží dokonce klesající. Přesto se však Česká republika objevuje v různých evropských či světových srovnávacích studiích v žebříčcích (např. konzumace alkoholu, konopných a jiných drog apod.) na nelichotivých prvních místech. Zároveň je ČR jednou ze zemí, kde můžeme pozorovat pozitivní trendy ve vývoji situace v oblasti užívání nelegálních drog mezi studenty.

Míra užívání drog v obecné populaci ČR je stabilní. Výsledky populačních dotazníkových průzkumů realizovaných v posledních třech letech v dospělé populaci ukazují, že nejčastěji užitou nelegální drogou jsou konopné látky (23–34 %), následované extází (4–10 %), halucinogenními houbami (4–9 %) a LSD (2–6 %).

Výsledky studie ESPAD v r. 2011 potvrdily dlouhodobé trendy v poklesu prevalence užití pervitinu, heroinu, extáze i halucinogenních hub v populaci šestnáctiletých; v r. 2011 došlo poprvé k poklesu také v případě konopných látek. Přesto však Česká republika patří k zemím s nejvyšší mírou konzumace alkoholu, včetně nadměrného pití alkoholu, a zkušeností s nelegálními drogami, především konopných látek 16letými studenty, v Evropě. Dostupnost návykových látek je v ČR vysoká. Konopné látky by si celkem snadno nebo velmi snadno dokázalo obstarat 59 % dotázaných, extází 20 % a pervitin téměř 9 % dotázaných. Na vysoké úrovni zůstává v ČR mezi mladými lidmi subjektivně vnímaná dostupnost cigaret a alkoholu, v čase se snižuje dostupnost nelegálních drog včetně konopných látek (ESPAD, 2011³).

V české společnosti se mírně snižuje přijatelnost kouření tabáku (byť je pořád na vysoké úrovni), zatímco přijatelnost konzumace alkoholu zůstává na stejné úrovni a naopak se zvyšuje přijatelnost užívání konopných látek. Roste podíl osob, které nesouhlasí s trestním postihem uživatelů konopných látek vůbec, uživatelů konopí k léčebným účelům i osob, které si pěstují konopné látky pro vlastní spotřebu (ESPAD, 2011). V září 2012 propukla série otrav z metanolu. Vzniklá situace upozornila na dlouhodobou bagatelizaci problémů spojených s existencí nelegálního trhu s alkoholem a jeho užíváním a vyústila k časově omezenému zavedení prohibice destilátů. Po této zkušenosti již nelze pochybovat o tom, že alkohol je společensky nebezpečná droga, jež by měla podléhat systémové kontrole stejně, jako nelegální návykové látky.

2.2. Snížit míru problémového a intenzivního užívání drog

Počet problémových uživatelů drog v ČR se dlouhodobě pohybuje mezi 35–40 tisíci. V posledních letech roste střední hodnota odhadu problémových uživatelů opiátů a pervitinu. Před pěti lety se mluvilo o odhadu 30 tis. osob, v r. 2011 se střední odhad pohybuje na úrovni 40,2 tis. osob, z toho bylo 38,6 tis. injekčních uživatelů drog.

V r. 2010 byly provedeny odhady rozsahu aktuálního intenzivního či problémového užívání dalších drog. Alespoň jednou týdně v posledním měsíci užilo v ČR sedativa téměř 1 mil. osob, konopné látky 360 tis. osob, extází 35 tis. osob, halucinogenní houby 30 tis. osob a kokain téměř 15 tis. osob ve věku 15–64 let, především mladých dospělých. Pro 70 % uživatelů konopných drog představuje užívání relativně malé riziko, ovšem až 10 % uživatelů konopných drog je ve značném riziku problémů spojených s jejich užíváním a závislosti. Extrapoluje-li se tento podíl na celou populaci ČR, znamená

² Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v ČR je dostupná na stránkách www.drogy-info.cz.

³ Csémy, L., a Chomynová, P. (2012) Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD): Přehled hlavních výsledků studie v České republice v roce 2011. *Zaostřeno na drogy* 10, 1–12.

to cca 1,0–1,5 % dospělé populace, tj. 75–110 tis. uživatelů konopných látek ve vysokém riziku. Alkohol užívá rizikově či škodlivě přibližně 1 až 1,4 mil osob a ve značném riziku závislosti nebo závislých je v ČR odhadem 50–150 tis. dospělých osob do 64 let.

Počet poskytovatelů ambulantních zdravotních služeb vykazujících léčbu uživatelů drog se v posledních letech téměř nezměnil. Klesá počet ambulantně léčených pacientů o více než 2 %, na což měl vliv jak pokles pacientů užívajících alkohol, tak i pacientů užívajících nealkoholové drogy (bez tabáku). Došlo k poklesu počtu pacientů u všech tří nejčetnějších skupin nealkoholových drog, tj. opiátů/opioidů, ostatních stimulantů (bez kokainu) a kombinace drog.

Zvyšuje se počet pacientů evidovaných v registru substituční léčby, a to jak ve specializovaných centrech, tak i v ordinacích ostatních lékařů předepisujících přípravky s obsahem buprenorfinu, léčba těmito preparáty však stále není v plném rozsahu v registru evidována. Nově jsou sledovány agregované údaje o počtu pacientů v substituční léčbě v ordinacích psychiatrů a praktických lékařů pro dospělé. Do registru substituční léčby bylo v r. 2011 nahlášeno 2290 osob, což je přibližně polovina počtu, který byl celkem vykázán psychiatry a praktickými lékaři.

Počet uživatelů drog v Registru žádostí o léčbu hygienické služby roste⁴ od r. 2008. V r. 2011 vyhledalo léčebné služby celkem 9284 uživatelů drog, tj. o 279 osob více než v r. 2010. Žadatelům o léčbu dlouhodobě dominují uživatelé stimulantů (64,9 %) – u většiny z nich je základní drogou pervitin. Stejně jako v předchozích letech tvořili druhou nejčetnější skupinu mezi všemi žadateli uživatelé opiátů/opioidů (19,3 %), mezi prvožadateli jsou na druhém místě uživatelé konopných látek (18,6 %). Je patrné stárnutí populace žadatelů o léčbu, v r. 2011 byl průměrný věk žadatelů o léčbu 27,4 let. Ženy tvoří stabilně necelou třetinu žadatelů o léčbu.

2.3. Snížit potenciální rizika spojená s užíváním drog pro jedince a společnost

V této oblasti se v České republice daří udržet relativně pozitivní stav. V r. 2010 a 2011 přetrvávala relativně příznivá situace ve výskytu infekcí mezi injekčními uživateli drog – promořenost HIV je stále pod 1 %, i když v různých zdrojích dat byl na těchto nízkých hodnotách zaznamenán nárůst.

Nově bylo identifikováno v posledních dvou letech 14 HIV pozitivních osob, u kterých mohlo dojít k nákaze injekčním užíváním drog. Počet nově hlášených případů virové hepatitidy typu C (VHC) u injekčních uživatelů drog v roce 2011 vzrostl, v předchozích letech však mírně klesal. U virové hepatitidy typu B (VHB) zůstal počet případů stejný jako v r. 2010. Prevalence VHC mezi uživateli drog se pohybuje od přibližně 20 % v nízkoprahových programech do 40 % ve věznicích a až 70 % u uživatelů drog v substituční léčbě – tyto výsledky je však potřeba hodnotit opatrně vzhledem k tomu, že pochází z různých monitorovacích systémů screeningového nebo diagnostického testování a jsou pravděpodobně zatíženy výběrovou chybou.

Po několikaletém poklesu provedených testů na HIV a VHC je v posledních třech letech patrný zřetelný nárůst provedených testů na infekční choroby mezi uživateli drog v kontaktu s nízkoprahovými službami. Největší meziroční nárůst v r. 2011 zaznamenalo testování na syfilis. Podle dostupných údajů dlouhodobě klesá mezi injekčními uživateli drog míra rizikového chování, jako je např. sdílení jehel. Dlouhodobě stoupá také počet kontaktů a množství vyměněného injekčního materiálu a dalších parafernálií pro injekční aplikaci – v 99 nízkoprahových programech bylo v r. 2011 distribuováno více než 5 mil. ks injekčních jehel a stříkaček. Dále se rozšiřují také programy distribuce želatinových kapslí jako perorální alternativy injekční aplikace pervitinu. Léčba nemocných AIDS včetně injekčních uživatelů drog je v ČR poskytována v 7 AIDS centrech, léčba virových hepatitid probíhá v cca 75 centrech pro léčbu virových hepatitid, z nichž přibližně polovina léčí také uživatele drog.

2.4. Snížení dostupnosti drog zejména pro mladé lidi

Dle průzkumu ESPAD zůstává na vysoké úrovni v ČR mezi mladými lidmi subjektivně vnímaná dostupnost cigaret a alkoholu, v čase se snižuje dostupnost nelegálních drog včetně konopných látek. U pervitinu od r. 1999 a u extáze od r. 2003 se snižuje subjektivně vnímaná dostupnost extáze, poprvé v roce 2011 byl zaznamenán také pokles subjektivně vnímané dostupnosti konopných látek.

⁴ Registr Žádostí o léčbu Hygienické stanice se týká všech poskytovatelů služeb, tedy ambulantních, pobytových i nezávodnických zařízení. Více viz kap. 5 Výroční zprávy o stavu ve věcech drog v ČR v r. 2011.

V r. 2011 byly nejvíce dostupnými nelegálními drogami marihuana a pervitin, zvyšuje se obliba a dostupnost kokainu. Ceny a čistota drog jsou stabilní nebo v rozmezí, ve kterém je možno pozorovat mírné meziroční výkyvy u některých drog. Většina vypěstované marihuany je určena pro domácí trh.

Pervitin vyrábí tuzemští výrobci zejména v malých domácích laboratořích zejména pro domácí trh. Stále častěji ale dochází k produkci pervitinu ve vyšším objemu. Jako prekurzor výroby pervitinu slouží zejména léky s obsahem pseudoefedrinu dovážené především z Polska. ČR v r. 2009 zavedla opatření na omezení dostupnosti léků s obsahem pseudoefedrinu v lékárnách. Na národní úrovni toto opatření bylo účinné, nicméně způsobilo zvýšení dovozu těchto léků ze zahraničí, zejména z Polska. Na významu nabývá drogový trh s pervitinem v severozápadních Čechách stimulovaný rostoucí poptávkou ze strany německých občanů.

Na výrobě pervitinu pro německý trh se podle NPC výraznou měrou podílí skupiny osob původem z Vietnamu, což může negativně ovlivnit další vývoj na ilegálním trhu s pervitinem nejen v ČR, ale také jinde v Evropě. Pervitin vyráběný osobami z řad vietnamské komunity je podle předběžných zpráv policie kvalitnější a zároveň levnější, což by dále mohlo zvýšit dostupnost pervitinu v ČR i v zahraničí.

Kokain se v ČR vyskytuje zejména v prostředí zábavy a nočního života. Od r. 2008 roste počet záchytů i objem zabaveného kokainu.

Dále od r. 2010 je v ČR patrný zvýšený výskyt nových syntetických drog. Jedná se o látky, které mají podobné účinky jako tradiční drogy (pervitin, marihuana, extáze, halucinogeny aj.), ale nejsou na seznamu zakázaných OPL a vymykají se tak mezinárodnímu i národnímu systému kontroly nelegálních drog.

V oblasti legálních drog se stále ukazuje vysoká míra tolerance a nízká vymahatelnost práva v oblasti užívání a dostupnosti těchto látek mladistvým. Zde byla zřízena pracovní skupina předsedou vlády, která přichystala konkrétní návrhy dílčích změn zákona č. 379/2005 Sb., které byly předány MZ k zapracování do návrhu zákona o ochraně před škodami působenými návykovými látkami, který by měl nahradit zákon č. 379/2005 Sb. Podstatou navrhovaných změn bylo zlepšení vymáhání práva v oblasti dostupnosti alkoholu mladistvým. Potřeba implementace dalších opatření v oblasti dostupnosti alkoholu se ukazuje v novém světle také vzhledem k nedávné epidemii otrav metanolem včetně smrtelných, která vypukla v září 2012.

3. Priority Akčního plánu na období 2013–2015

Národní strategie 2010–2018 je rozvedena v akčních plánech, které stanoví priority protidrogové politiky na období jejich působení. Priority pro následující období vychází z předchozího akčního plánu a byly dále doplněny a aktualizovány dle průběžného zhodnocení dosahování hlavních cílů Národní strategie 2010–2018. Priority by měly být uplatňovány při přijímání rozhodnutí a realizaci opatření v rámci jednotlivých intervenčních oblastí protidrogové politiky. Priority jsou uvedeny v pořadí, které nesouvisí s jejich důležitostí.

3.1. Snížit míru nadměrného pití alkoholu a míru (intenzivního) užívání konopí mladými lidmi.

Tento cíl z minulého Akčního plánu se prozatím nepodařilo uspokojivě naplnit. Bylo definováno několik specifických aktivit, které se zaměřovaly na cílovou skupinu intenzivních uživatelů konopí, z nichž se jen málo podařilo realizovat. Také v oblasti nadměrného pití alkoholu mladými lidmi se nepodařilo realizovat cílená opatření kromě vytvoření legislativního návrhu zaměřeného na účinnější vymáhání práva v oblasti podávání alkoholu mladistvým, který však dosud neprošel schvalovacím procesem. Hlavním důvodem omezené realizace plánovaných aktivit je nedostatečné a průběžně klesající množství finančních prostředků, které jsou na jejich zavádění do praxe z veřejných rozpočtů vyčleňovány.

Aktivity protidrogové politiky v oblasti prevence by se měly zaměřit na implementaci ověřených a evaluovaných programů protidrogové prevence do škol. Důraz by měl být kladen na zavedení metod screeningu a včasné intervence do praxe v různých systémech a prostředích (školy, lékaři, sociální služby) a na zavedení specifických intervencí pro cílovou skupinu intenzivních uživatelů konopí.

V české společnosti převládá vysoká tolerance ke kouření tabáku, konzumaci alkoholu a zvyšuje se přijatelnost užívání konopných látek. Prostředí a jeho různé faktory jsou významnými determinantami zdravotního stavu včetně závislostí a užívání návykových látek. Regulace faktorů prostředí hraje významnou roli v oblastech protidrogové politiky cílených na tabák a alkohol, ale uplatňuje se také v oblasti nelegálních drog. Hovoří se zde o tzv. environmentálních strategiích nebo environmentální prevenci jako o čtvrtém preventivním pilíři (vedle všeobecné, selektivní a indikované). Správné nastavení faktorů prostředí spolu se správným nastavením práce s postoji veřejnosti může mít preventivní účinek a může přispět k ovlivnění postojů veřejnosti. V tomto smyslu se uplatňují jak různá regulační a legislativní opatření, tak soustředěné a cílené informační kampaně. Řada opatření v tomto směru jsou součástí tohoto akčního plánu.

3.2. Zaměřit se na vysokou míru problémového užívání pervitinu (metamfetaminu) a opiátů.

V České republice je problémové užívání drog dlouhodobě spojeno především s pervitinem a dále pak s opiáty/opioidy. Uživatelé pervitinu se nejvíc podílejí na nárůstu problémových uživatelů drog, zatímco počet uživatelů opiátů je víceméně stabilizovaný.

Akční plán 2010–2012 se zaměřil také na regulaci dostupnosti prekursorů pro výrobu pervitinu. Přijatá regulační opatření byla na národní úrovni účinná, nicméně podpořil se tím rozvoj dovozu léků s obsahem pseudoefedrinu ze zahraničí. Rozvoj mezinárodní spolupráce při omezení dostupnosti prekursorů pro výrobu pervitinu musí být tedy nezbytnou součástí tohoto akčního plánu. Akční plán 2013–2015 se dále zaměří na pokračování aktivity v oblasti rozšíření opiátové substituce za současného posílení kontroly, registrace (a její vymahatelnosti) a úhrady z veřejného zdravotního pojištění.

Nárůst problémových uživatelů drog, tj. pervitinu a opiátů/opioidů z hlediska ochrany veřejného zdraví si vyžaduje zajištění dostupné sítě služeb prvního kontaktu s touto populací uživatelů drog. Je jí zejména síť nízkoprahových programů, která je finančně podporována téměř výhradně z dotačních titulů jednotlivých resortů a samospráv. Vzhledem k situaci ve financování z veřejných rozpočtů a restriktivním opatřením v souvislosti s finanční krizí je nutné zajistit udržení této sítě. Stále platí, že i když je pervitin v ČR nelegální problémovou drogou č. 1, je realizováno minimum cílených programů a chybí specifická intervence jakou je u opiátů farmakologická substituční léčba opioidovými agonisty. Tento akční plán bude proto hledat nástroje k přenesení vědeckých poznatků a možné dobré praxe v oblasti farmakologické léčby uživatelů pervitinu.

3.3. Zefektivnit financování protidrogové politiky – definovat a zavést systémové změny v zajištění a koordinaci financování protidrogové politiky

Ani cíle v této oblasti se nepodařilo dosáhnout a způsob financování adiktologických služeb formou jednoročních dotací, na které není právní nárok, je zastaralý, vede k nahodilostem a nikoli k plánovanému a hospodárnému využívání zdrojů z veřejných rozpočtů. V rámci této priority jde zejména o změnu stávajícího způsobu financování preventivních, poradenských, léčebných, harm reduction služeb pro uživatele návykových látek a jejich blízké. Již v rámci předchozího akčního plánu se začalo s realizací systémových aktivit, které k naplnění této priority významnou měrou přispívají (práce na definování koncepce sítě služeb v oboru adiktologie, definování adiktologických výkonů). V průběhu tohoto akčního plánu je nezbytné v systémových změnách pokračovat. Nejedná se jen o přenastavení systému financování služeb pro uživatele návykových látek, ale o změny v celém systému zajištění a koordinaci celého systému, o parametrické nastavení sítě adiktologických služeb. S těmito změnami souvisí i změny samotných nástrojů financování a řízení dostupnosti adiktologických služeb v rámci systému zdravotního pojištění nebo v rámci dotačních řízení. Provedení těchto změn směrem k vyšší efektivitě využití vynakládaných finančních prostředků i celého systému naléhavě ukazuje jako potřebné zejména v době nedostatku prostředků ve veřejných rozpočtech. Otázce financování se samostatně věnuje zvláštní část tohoto akčního plánu – viz dále.

3.4. Integrovaná protidrogová politika – aktivity snižující nadměrné užívání alkoholu a reflektující jeho dopady jsou neoddělitelnou součástí protidrogové politiky

Integrace alkoholu a nelegálních drog do protidrogové politiky probíhá na mnoha úrovních. V oblasti preventivní došlo k integraci obou, resp. všech témat v oblasti závislostí do konceptu prevence rizikového chování, v oblasti adiktologických služeb jsou obě drogy integrovány zejména v oblasti zdravotních služeb (často je např. používán historický termín AT péče, který odkazuje na obě substance), v oblasti sociálních služeb jsou cílovou skupinou adiktologických sociálních služeb „osoby ohrožené závislostí nebo závislé na návykových látkách“ – čili kategorie integrující všechny návykové látky. Také na úrovni koncepční a strategické došlo k formulaci integrujícího paradigmatu v minulé a zejména současné Národní strategii protidrogové politiky.

Nedostatky přetrvávají zejména v koordinaci a implementaci problematiky kontroly v oblastech výroby, distribuce a užívání alkoholu, zejména ve srovnání s koordinací a implementací politiky v oblasti kontroly nelegálních drog. Nedostatky se projevují také v nižší dostupnosti dat o rozsahu a důsledcích užívání alkoholu a tabáku, o realizovaných opatřeních, nebo se jedná o nedostatečně definovanou síť a spektrum specializovaných adiktologických služeb určených uživatelům legálních drog nebo integraci uživatelů alkoholu – pro něž řada srovnatelných služeb v ČR stále chybí - do sítě služeb určených primárně uživatelům nelegálních drog.

Světové zdravotnické shromáždění přijalo v r. 2010 Globální strategii pro omezování škodlivého užívání alkoholu (rezolucí č. WHA 63.13). V oblasti snižování důsledků škodlivého užívání alkoholu jsou podle WHO (a podle ověřené efektivity) neúčinnější ty, které jsou postavené na regulaci a kontrole, tedy ty, jež mají regulační a kontrolní povahu. Jde o balík opatření jako např.: regulace prostředí/trhu s alkoholem, snížení fyzické dostupnosti alkoholu (regulace počtu prodejných míst, hodin prodeje), omezení (nebo zákaz) reklamy na alkohol a propagování alkoholu, striktní vymáhání propagování alkoholu, striktní vymáhání práva ve vztahu k řízení pod vlivem alkoholu, k podávání alkoholu nezletilým a podávání alkoholu podnapilým osobám.

V roce 2011 byl v návaznosti na Globální strategii pro omezení škodlivého užívání alkoholu přijat na 61. zasedání Regionálního výboru WHO pro Evropu Evropský akční plán pro omezování škodlivého užívání alkoholu (2012–2020).

Některá z výše uvedených doporučení již byla rozpracována zvláštní pracovní skupinou ustavenou premiérem (viz výše), která připravila návrh legislativních změn, zejména zákona č. 379/2005 Sb. a doplňuje tak celkovou revizi zákona č. 379/2005 Sb. v gesci Ministerstva zdravotnictví. Tyto změny v oblasti environmentální strategie v oblasti alkoholu je nutné dokončit, na což je ale nezbytné vyčlenit potřebné finanční prostředky. Proto byla doporučení WHO z Globální strategie pro omezování škodlivého užívání alkoholu zapracována do jednotlivých oblastí akčního plánu.

Také téma sázkových her, zákonného rámce jejich provozování a monitorování situace v oblasti sázkových her a jejich dopadů se stalo předmětem několika jednání vlády a řady legislativních, politických i občanských iniciativ. Vláda také mimo jiné uložila ministru financí zpracovat do konce

srpna 2012 studii o dopadech patologického hráčství. Za tímto účelem MF zřídilo pracovní skupinu, která se zabývala dostupností relevantních informací v ČR.

Otázkou definování koordinačních mechanismů integrované politiky včetně finančních dopadů resp. vyčíslení finančních nároků na její zajištění a financování potřebné sítě služeb jsou předmětem samostatného úkolu v oblasti Koordinace a financování.

4. Efektivní a udržitelné financování protidrogové politiky

Protidrogová politika je financována z mnoha zdrojů. Jen zčásti však lze hovořit o systému financování protidrogové politiky. Podstatná část finančních zdrojů, které jsou vyčleňovány na uskutečňování opatření protidrogové politiky má nesystémovou či nesystematickou povahu – nelze je plánovat ani přeskupovat, část zdrojů nelze ani přesně identifikovat a zbývá je „pouze“ odhadovat. To se týká např. prostředků MPSV, kterými jsou financovány sociální služby pro uživatele návykových látek – jsou rozpočtovány v rámci celého balíku na sociální služby, nejedná se o rozpočtový „program protidrogové politiky“, tj. prostředky pro uživatele návykových látek nepředstavují zvlášť sledovaný ukazatel a jejich objem tedy podléhá náhodným vlivům. Totéž se týká rozpočtu na činnost NPC nebo Celní protidrogové jednotky GŘC.

Zpřehlednění a zefektivnění financování protidrogové politiky tedy představuje jednu z největších výzev jak v současnosti, tak v nadcházejícím období, kdy se projevují a projeví škrty na výdajové straně veřejných rozpočtů.

V r. 2011 činily výdaje z rozpočtů státní správy a samosprávy na protidrogovou politiku celkem 563,8 mil. Kč, z toho výdaje státního rozpočtu dosáhly 341,9 mil. Kč (60,6 %) a z místních rozpočtů 221,9 mil. Kč, z krajů šlo 157,0 mil. Kč (27,9 %) a z obcí 64,9 mil. Kč (11,5 %). Ve srovnání s předchozím rokem klesly celkové výdaje o 10,1 % (státní rozpočet o 8,0 %, kraje o 18,9 %, výdaje obcí na protidrogovou politiku vzrostly o 4,5 %). Je to za sledované období vůbec poprvé, co výdaje meziročně klesly, po očištění o inflaci je tento pokles ještě výraznější – podrobně tabulka 1 a tabulka 2.

Klesly výdaje na všechny kategorie služeb. Nejvíce poklesly výdaje na záchytné stanice (o 22,9 %) a na prosazování práva (o 10,6 %). Dotace na programy primární prevence se snížily o 11,8 %, harm reduction o 8,1 % a na léčbu o 6,2 % – podrobně tabulka 3 a tabulka 4. Záchytné stanice jsou financovány téměř výhradně z rozpočtu krajů – přes pokles jejich podpory v r. 2011 tvoří výdaje na záchytné stanice více než třetinu výdajů na všechna další opatření protidrogové politiky z rozpočtu krajů.

Neblaze do budoucnosti financování protidrogové politiky vstupuje ESF – část služeb pro uživatele drog byla v minulých letech financována právě zejména z tzv. individuálních projektů. Na základě dostupných údajů lze odhadnout, že v r. 2011 byly programy drogové prevence a služeb pro uživatele drog financovány z ESF nezanedbatelnou částkou téměř 100 mil. Kč⁵. Vzhledem k tomu, že lze předpokládat výraznou redukci projektů financovaných z ESF v následujícím období, bude propad rozpočtových prostředků na protidrogovou politiku ještě výraznější.

Léčba je ovšem hrazena především ze zdravotního pojištění – na zdravotnickou léčbu spojenou s užíváním psychoaktivních látek (dg. F10 až F19) v r. 2010 (poslední dostupný rok) vynaloženy náklady ve výši 1633 mil. Kč, z toho 1173 mil. Kč na léčbu uživatelů alkoholu a 459 mil. Kč na léčbu uživatelů nealkoholových drog. Z toho přibližně 50 % čerpají odbornosti v rámci oboru psychiatrie. Na AT specializovanou péči bylo vykázáno v lůžkové péči 148 mil. Kč na alkohol a 62 mil. Kč na ostatní návykové látky, v ambulantní péči 8 mil. Kč a 4 mil. Kč, což je v úhrnu na specializovanou AT péči 14 % nákladů ze zdravotního pojištění na léčbu uživatelů a závislých na návykových látkách. Měřeno počtem pacientů v ambulancích, které je možno považovat za specializované na AT (AT klientela tvoří více než 50 % klientely), tvoří AT ambulance cca jednu třetinu psychiatrické péče o uživatele návykových látek – to také naznačuje, že za specializovanými AT zdravotnickými službami jde orientačně šestina výdajů ze zdravotního pojištění na léčbu, tj. přibližně 270 mil. Kč, z toho 195 mil. Kč na lůžkovou a 75 mil. Kč na ambulantní péči. Zbytek z 1633 mil. Kč, tj. přibližně 1300 až 1400 mil. Kč, je spotřebován na jinou péči, kde přibližně 20 % tvoří léky, 5–0% tvoří podpůrné služby včetně laboratoří a ostatní jde na vrub jiné než zdravotní péči poskytované jinými než adiktologickými specializovanými (AT) zdravotními službami – podrobně tabulka 5.

Protidrogová politika má reálně k dispozici finanční prostředky, se kterými lze předem plánovat, tzn. jsou předem účelově určené/plánované na protidrogovou politiku, přibližně ve výši 110 mil. Kč

⁵ Prostřednictvím MPSV byly na projekty protidrogové politiky na místní úrovni čerpány také finanční prostředky kofinancované z Evropského sociálního fondu (ESF) ve výši 87,8 mil. Kč. Jednalo se o několik výzev MPSV a řadu individuálních projektů v krajích především na programy podpory zaměstnanosti osob s problémy s užíváním drog. Dále se oblastí drog v některých krajích týkají projekty z ESF z operačního programu vzdělávání pro konkurenceschopnost – ve výročních zprávách krajů bylo v r. 2011 uvedeno celkem 7,5 mil. Kč z ESF do oblastí drogové prevence.

rozpočtovaných na protidrogovou politiku ze státního rozpočtu, 160 mil. Kč z rozpočtu krajů (z toho cca 65 mil. Kč je na záchytné stanice) a 65 mil. Kč z rozpočtu obcí.

S odkazem na výše uvedené jsou nutná následující opatření v oblasti financování protidrogové politiky v krátkodobém až střednědobém horizontu:

- Udržení stávající úrovně prostředků rozpočtovaných na program protidrogové politiky ve státním, krajských a obecních rozpočtech (úspora 0 Kč).
- Zpřehlednění financování zdravotnických specializovaných služeb pro uživatele drog (tzv. adiktologické či AT péče) ze zdravotního pojištění – soustředění péče na uživatele alkoholu a dalších drog do sítě specializovaných zařízení (úspora minimálně 300 mil. Kč ze zdravotního pojištění – tj. orientačně třetina až čtvrtina nákladů, které jsou dosud vydávány na péči o uživatele návykových látek mimo specializovaná zařízení za současného 100% posílení sítě specializovaných zařízení).
- Soustředěné efektivní financování definované sítě služeb z více zdrojů z různých úrovní (úspora 0 Kč, ovšem efekt nárůstu zdrojů v definované síti služeb minimálně o 10 %) zejména formou lepší organizace a zajištění adiktologické péče.
- Analýza a řešení vlivu ESF na financování služeb pro uživatele drog a návrh na řešení v případě výpadku tohoto zdroje.
- Hledání dalších rozpočtových a mimorozpočtových zdrojů na financování opatření protidrogové politiky.

Výše uvedená opatření mají nelegislativní, ale i legislativní charakter. V oblasti nelegislativní se jedná zejména o koordinační mechanismy, výměnu informací mezi jednotlivými institucemi a další procesy, které jsou definovány v Pravidlech financování protidrogové politiky, které přijímá vláda (naposledy usnesením č. 03/0312 ze dne 8. března 2012). V oblasti legislativní se jedná zejména o ustanovení zákona č. 379/2005 Sb., která se týká koordinace a zodpovědnosti jednotlivých státních orgánů, krajů a obcí za realizaci a spolufinancování opatření protidrogové politiky.

tabulka 1: Výdaje na protidrogovou politiku (nelegální drogy) ze státního rozpočtu podle rezortů v I. 2005–2011, v tis. Kč

Rezort /instituce	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
RVKPP	105 657	108 788	104 442	99 979	97 476	85 504	90 852
MŠMT	9 386	10 809	12 557	12 447	11 263	14 967	12 993
MO	3 968	4 875	3 595	5 276	4 280	4 384	2 999
MPSV	46 049	49 698	57 013	79 472	86 785	91 743	76 931
MZ	33 467	18 000	22 241	18 874	15 057	21 462*	21 167
MS	36 723	41 251	12 610	7 385	10 817	7 081	4 059
GŘC	14 500	23 488	26 725	10 656	3 180	2 100	1 931
NPC	94 972	106 482	127 743	137 846	146 548	144 370	131 000
Celkem	344 722	363 391	366 926	371 935	375 406	371 611	341 932

Pozn.:* Nárůst je způsoben započítáním výdajů na výzkum.

tabulka 2: Výdaje na protidrogovou politiku z místních rozpočtů (krajů a obcí) v I. 2005–2011 podle krajů, v tis. Kč

Kraje	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
PHA	42 772	43 534	53 815	63 934	60 494	62 415	54 834
STC	20 001	20 656	21 315	22 677	16 072	21 516	17 750
JHC	6 840	7 350	7 639	12 124	12 263	10 070	10 677
PLK	7 313	7 874	8 157	14 122	13 656	14 403	15 217
KVK	1 803	1 813	1 829	2 756	1 165	6 256	4 991
ULK	11 518	12 668	10 697	10 251	11 049	12 374	10 715
LBK	9 162	8 948	7 252	13 102	9 850	10 986	11 258
HKK	2 892	3 920	7 803	7 969	10 909	7 604	8 338
PAK	6 654	2 694	7 027	7 394	6 889	8 545	8 141
VYS	7 925	3 356	9 065	4 562	4 053	4 143	5 119
JHM	12 155	8 500	13 666	14 268	25 571	21 799	25 360
OLK	3 385	4 679	5 231	10 791	12 174	11 082	11 419
ZLK	4 066	1 851	6 246	8 886	11 671	20 734	7 447
MSK	14 457	15 215	30 893	32 522	36 290	43 839	30 628
Celkem	150 943	143 058	190 635	225 357	232 106	255 764	221 895

tabulka 3: Srovnání celkových výdajů z veřejných rozpočtů podle kategorií služeb v r. 2007–2011, v tis. Kč

Kategorie služby	2007		2008		2009		2010		2011	
	Výdaje	%	Výdaje	%	Výdaje	%	Výdaje	%	Výdaje	%
Prevence	48 673	8,7	58 360	9,8	54 955	9,0	62 296	9,9	54 921	9,7
Harm reduction	140 977	25,3	159 354	26,7	174 965	28,8	166 196	26,5	152 663	27,1
Léčba	105 958	19,0	121 965	20,4	113 138	18,6	108 856	17,4	102 157	18,1
Záchytné stanice	46 635	8,4	62 577	10,5	64 030	10,5	87 236	13,9	69 015	12,2
Následná péče	20 525	3,7	24 919	4,2	31 761	5,2	31 316	5,0	29 494	5,2
Koordinace, výzkum, hodnocení	16 788	3,0	12 559	2,1	11 139	1,8	18 952	3,0	18 598	3,3
Prosazování práva	160 791	28,8	152 142	25,5	154 718	25,5	149 367	23,8	133 538	23,7
Ostatní, nezařazeno	17 215	3,1	5 417	0,9	2 807	0,5	3 156	0,5	3 441	0,6
Celkem	557 562	100,0	597 293	100,0	607 513	100,0	627 376	100,0	563 827	100,0

tabulka 4: Výdaje na protidrogovou politiku v ČR v r. 2011 podle kategorií služeb, v tis. Kč

Kategorie služby	Státní rozpočet	Kraj	Obce	Celkem	Celkem (%)	
Primární prevence	17 781	21 390	15 750	54 921	9,7	
Harm Reduction	Kontaktní centra	56 076	18 761	17 304	92 141	16,3
	Terénní programy	29 750	11 088	11 386	52 224	9,3
	Nezařazené*	5 768	1 724	806	8 298	1,5
	Celkem	91 594	31 574	29 495	152 663	27,1
Léčba	Zdravotnická péče**	11 075	6 619	1 860	19 554	3,5
	Nezdr. amb. péče***	16 289	7 396	5 020	28 705	5,1
	Terapeutické komunity	36 166	13 337	4 396	53 898	9,6
	Celkem	63 529	27 352	11 276	102 157	18,1
Záchytné stanice	0	67 154	1 861	69 015	12,2	
Následná péče	16 912	7 230	5 352	29 494	5,2	
Prosazování práva	133 538	0	0	133 538	23,7	
Koordinace, výzkum hodnocení	17 569	799	229	18 598	3,3	
Ostatní, nezařazeno	1 008	1 528	905	3 441	0,6	
Celkem	341 932	157 027	64 868	563 827	100,0	

tabulka 5: Celkové náklady zdravotních pojišťoven na dg. F10–F19 podle druhu péče v l. 2007–2010, v tis. Kč (Nechanská, 2012d)

Druh péče	Náklady na dg. F10				Náklady na dg. F11–F19			
	2007	2008	2009	2010	2007	2008	2009	2010
Léčebná péče	742 256	762 689	865 818	838 716	217 265	253 372	298 884	313 236
Lůžková péče	661 429	679 806	769 353	740 381	183 795	218 139	256 639	269 273
Lůžková intenzivní péče	28 707	24 180	35 081	41 324	8 959	9 399	12 971	14 771
v tom psychiatrická	1 304	759	1 233	1 448	3 378	3 089	3 592	3 261
ostatní	27 403	23 421	33 848	39 876	5 581	6 310	9 379	11 510
Lůžková standardní péče	82 193	85 788	101 975	77 548	35 772	43 092	43 958	46 063
v tom psychiatrie	41 060	41 041	41 663	26 964	24 157	28 631	25 018	25 395
dětská psychiatrie	0	42	27	18	34	29	249	35
ostatní	41 133	44 705	60 285	50 567	11 581	14 433	18 691	20 633
Lůžková dlouhodobá péče	549 929	568 993	631 473	620 282	138 870	165 333	199 400	207 981
v tom AT	129 963	111 778	146 783	147 998	46 803	44 176	61 017	62 251
psychiatrie	417 930	455 162	481 351	468 909	90 605	118 702	135 448	142 326
dětská psychiatrie	14	0	2	30	1 413	2 440	2 724	3 323
ostatní	2 022	2 053	3 336	3 346	49	15	211	81
Jednodenní péče	600	846	824	1 226	194	315	309	458
Ambulantní péče	78 910	79 380	94 544	96 074	32 872	33 959	41 537	43 103
Primární péče	1 427	1 050	1 599	1 684	656	426	706	781
Stomatologie	302	285	1 165	362	101	105	429	147
Ambulantní specializovaná péče	60 456	62 405	74 641	75 998	25 856	27 584	33 121	35 587
v tom AT	8 684	7 234	7 798	7 692	4 156	3 549	4 522	3 994
psychiatrie	37 845	37 407	36 170	35 503	15 322	16 156	16 743	17 742
dětská psychiatrie	132	99	112	94	425	310	433	369
ostatní	22 479	24 899	38 359	40 401	10 110	11 118	15 945	17 477
Další ambulantní specializovaná péče	9 358	11 063	10 438	11 371	2 506	3 254	3 158	2 995
v tom klinická psychologie	8 034	8 401	9 317	10 292	2 094	2 282	2 730	2 567
psychoterapie	0	0	1	6	6	10	17	14
ostatní	7	3	23	39	3	3	11	12
Domácí péče	1 317	2 658	1 097	1 034	403	959	399	402
Rehabilitační péče	620	635	7 287	9 342	265	224	2 773	3 785
Rehabilitační péče - lůžková	208	224	2 375	2 144	64	80	925	874
Samostatné pracoviště ergoterapeutů	0	0	4	90	0	1	8	77
Rehabilitační péče ambulantní	412	411	4 908	7 108	202	143	1 840	2 833
Dlouhodobá péče	11 249	18 816	18 842	21 686	1 017	3 844	2 750	4 011
Dlouhodobá péče - lůžková	9 846	17 166	15 336	18 039	598	3 413	1 567	2 745
Dlouhodobá péče - domácí	1 403	1 650	3 505	3 647	419	431	1 184	1 266
Podpůrné služby	50 007	51 128	61 510	65 155	39 402	38 002	43 259	45 457
Laboratoře	18 263	19 315	25 265	27 745	32 449	30 528	34 627	36 266
v tom toxikologie	4 350	4 104	5 083	4 852	8 183	8 418	10 759	8 877
ostatní	13 914	15 210	20 181	22 893	24 266	22 111	23 868	27 389
Zobrazovací metody	7 777	7 643	10 027	10 392	2 332	2 363	3 393	3 707
Doprava a ZZS	23 966	24 171	26 218	27 018	4 621	5 111	5 238	5 484
Léky a zdravotnické prostředky	221 376	204 878	251 232	229 155	71 089	76 443	91 793	89 758
v tom léky	207 129	192 004	232 952	213 467	66 493	71 600	85 110	83 585
prostředky zdravotnické techniky	14 247	12 873	18 281	15 688	4 597	4 842	6 683	6 173
Prevence	6 398	14 265	9 708	8 115	2 116	20 500	4 265	3 161
Neznámo	823	2 078	650	2 549	279	773	258	529
Celkem	1 032 129	1 053 643	1 214 224	1 173 491	331 240	392 843	443 673	459 478

5. Struktura akčního plánu

Akční plán 2013–2015 obsahuje intervenční oblasti odpovídající 4 pilířům a 3 podpůrným oblastem protidrogové politiky definovaným v Národní strategii 2010–2018. Oproti předešlému akčnímu plánu byly intervence z oblasti týkající se užívání legálních drog (alkoholu a tabáku – oblast 8.) začleněny do kapitol akčního plánu dle druhu jednotlivých intervencí. Akční plán chce tímto podpořit trend integrované drogové politiky, kdy je téma závislosti pojímáno souhrnně, bez ohledu na druh návykové látky, či chování. Zdůrazňuje se tím, že téma závislosti na legálních návykových látkách je nedílnou součástí protidrogové politiky České republiky.

Akční plán je tedy členěn do následujících intervenčních oblastí:

1. Specifická primární prevence užívání návykových látek
2. Léčba uživatelů návykových látek
3. Snižování rizik
4. Snižování dostupnosti legálních a nelegálních drog
5. Koordinace a financování
6. Monitoring, výzkum, hodnocení
7. Mezinárodní spolupráce

Akční plán definuje v každé intervenční oblasti aktivity, které mají vést k dosažení strategických cílů stanovených v Národní strategii 2010–2018 a současně reagovat na priority stanovené pro období 2013–2015. K dosažení strategických cílů vedou konkrétní aktivity, jejichž definice v akčním plánu obsahuje následující komponenty:

Komponent	Charakteristika
Aktivity	Definice aktivit
Termíny – Milníky/Výstupy	Pokud je aktivita složitější, jde o ucelené kroky, fáze, součásti realizace aktivity spolu s termínem plnění těchto dílčích úkolů. Pokud nemá aktivita dílčí součásti, milníky se nevyplňují (nebo se stanoví jen termín jejího splnění). Zároveň se zde definují konkrétní hmatatelné výsledky aktivit akčního plánu (manuál, standardy a pod.)
A) Odpovědná instituce	Hlavní gestor úkolu. Odpovědnou institucí byl měl být jen jeden subjekt. Jen ve výjimečných případech je možné uvést více gestorů (např. dotační řízení jednotlivých rezortů).
B) Vyžadovaná / doporučená spolupráce s	Ostatní subjekty, které se podílejí na plnění aktivity.
Finanční předpoklady	Jde o podmínky, které je nutné splnit k realizaci aktivit (např. dostatek finančních prostředků na realizaci aktivity).

6. Aktivity akčního plánu na období 2013–2015

Specifická primární prevence užívání návykových látek

Při tvorbě Akčního plánu 2010–2012 bylo kritizováno nízké pokrytí ČR preventivními programy s prokázanou účinností a dále zejména roztržitost koordinace a koncepčního vedení preventivních aktivit. Období 2010–2012 bylo věnováno tvorbě koncepčních dokumentů a koordinačních mechanismů v oblasti primární prevence. Byly aktualizovány Standardy odborné způsobilosti poskytovatelů školské primární prevence a Certifikační řád, byla zpracována doporučená struktura a rozsah Minimálního preventivního programu, shromážděny příklady dobré praxe preventivních programů a připraven výkladový slovník základních pojmů v oblasti prevence rizikového chování. Jde o aktivity definované v předchozím akčním plánu, jenž se podařilo dosáhnout díky projektu VYNSPI⁶. Zavedení do praxe výstupů projektu VYNSPI a tedy i předchozího akčního plánu by mělo proběhnout v období 2013–2015.

Změny v uvedených dokumentech respektují zaměření prevence z pohledu MŠMT, které zdůrazňuje komplexní přístup k prevenci, která bude zahrnovat všechny formy rizikového chování, včetně užívání návykových látek. Akční plán zde zdůrazňuje aktivity potřebné k realizaci v oblasti specifické protidrogové prevence.

Oblasti, na které se aktivity ve Specifické primární prevenci užívání návykových látek zaměřují:

1. Koordinace specifické primární prevence užívání návykových látek
2. Realizace programů screeningu a včasné intervence problémů s užíváním alkoholu, konopných drog a dalších nelegálních drog

⁶ ESF Projekt OP VK, oblast Další vzdělávání pracovníků škol a školských zařízení (projektové číslo CZ.1.07/1.3.00/08.0205) Tvorba systému modulárního vzdělávání v oblasti prevence sociálně patologických jevů pro pedagogické a poradenské pracovníky škol a školských zařízení na celostátní úrovni.

Oblast aktivit 1: Koordinace specifické primární prevence užívání návykových látek				
	Aktivita	Termín /Výstupy	A) Odpovědná instituce B) Spolupráce	Předpoklady
1.1.	Zpracovat připravované strategické dokumenty MŠMT s ohledem na potřebu zajištění koordinace a dostupnosti programů prevence užívání návykových látek a závislostního chování.	03/2013 – koncepční dokument Strategie primární prevence rizikového chování na období zabezpečující koordinovaný přístup ke školské prevenci na meziresortní úrovni	A) MŠMT	–
1.2.	Vytvoření Modelu realizace a koordinace prevence užívání návykových látek u dětí a mládeže s jasným rozdělením kompetencí a působnosti resortů a definováním meziresortní a mezioborové spolupráce.	12/2014 – vytvoření modelu realizace a koordinace specifické protidrogové prevence užívání návykových látek 08/2015 – předložení dokumentu RVKPP	A) sRVKPP B) MŠMT, včetně příslušné resorty, doporučení – Klinika adiktologie	Kč 100 000,-
1.3.	Implementace výstupů projektu VYNSPI do praxe: – Ověřit a vytvořit implementační plán a zahájit implementaci pro navrženou strukturu minimálního preventivního programu prevence rizikového chování pro základní školy, zajistit metodickou podporu při jeho implementaci, – Ověřit v praxi čtyřúrovňový model kvalifikačních stupňů pro pracovníky v primární prevenci rizikového chování ve školství, – Spustit Certifikace odborné způsobilosti poskytovatelů programů školské primární prevence, – Zajistit pokračování a rozvoj práce s příklady dobré praxe prostřednictvím tzv. manuálu programů prevence a prosazovat užívání a šíření prověřených programů do praxe (tj. programů u nichž byla provedena evaluace efektu nebo byl ověřen princip, na kterém jsou vystavěny v návaznosti na bod 1.6.).	2013 – 2015 – průběžná realizace uvedených výstupů 01/2014 01/2015 01/2015 – předložit zprávu do RVKPP o průběhu implementace uvedených výstupů včetně údajů o počtu základních škol, které pracují s doporučenou strukturou MPP, počtu realizovaných vzdělávacích akcí v rámci 4stupňového modelu vzdělávání a počtu účastníků a o průběhu certifikace 10/2014 – sjednocené tematizované dokumenty v oblasti primární prevence v gesci MŠMT 10/2015 – zmapovat možnosti harmonizace terminologie v oblasti primární prevence v dokumentech v gesci MZ	A) MŠMT B) MZ	Kč 3 000 000,-
1.4.	Zmapovat síť programů primární prevence rizikového chování (včetně programů prevence užívání návykových látek). Do úvah o koncepci sítě služeb pro uživatele návykových látek začlenit i síť programů a zařízení specifické prevence užívání návykových látek v ČR včetně informací o charakteristikách programů, jejich pokrytí, výkonnosti atd.	12/2013 – informační zpráva o stavu realizace aktivity 12/2014 – vytvořena a předána RVKPP mapa sítě programů prevence rizikového chování, ze které bude možné kvantifikovat počet programů prevence užívání návykových látek	A) MŠMT B) sRVKPP, doporučení – kraje	Kč 50 000,-
1.5.	V statistikách MŠMT a dotačního titulu MŠMT zajistit sledování protidrogové složky minimálních preventivních programů nebo programů specificky zaměřených na drogovou prevenci a práci s dětmi ohroženými závislostmi ve školách a školských zařízeních	03/2013 03/2014 03/2015 – předkládat informace o preventivních programech protidrogové politiky RVKPP	A) MŠMT B) doporučení – kraje	–

	včetně zařízení speciálního školství, včetně výdajů na jejich realizaci.			
1.6.	Podporovat rozšíření preventivních programů, založené na evidence based přístupu, tzn. zejména těch programů, které byly evaluovány, anebo byl evaluován princip, na kterém jsou postavené s řádným publikováním výsledků.	Průběžně – finančně podpořit realizaci těchto programů / počet podpořených programů, jenž byly evaluovány a výsledky evaluace publikovány	A) MŠMT B) doporučení – kraje	Kč 1 000 000,-

Oblast aktivit 2: Realizace programů screeningu a včasné intervence problémů s užíváním alkoholu, konopných drog a dalších nelegálních drog

	Aktivity	Termín /Výstupy	A) Odpovědná instituce B) Spolupráce	Předpoklady
2.1.	Zajistit podmínky pro volné šíření a implementaci nástrojů screeningu ve školství vytvořených v rámci projektu VYNSPI. (Nutnost dořešit autorská práva k volnému šíření nástrojů screeningu.)	12/2013 – koupená autorská práva resp. souhlas autorů s volným šířením	A) MŠMT B) doporučení – Klinika adiktologie	–
2.2.	Vytvořit Manuál prevence rizikového a škodlivého užívání návykových látek a péče o závislé: vodítka pro praktické lékaře pro dospělé, těhotenské poradny, resp. gynekology, infekcionisty, lékárníky.	12/2013 – manuál prevence rizikového a škodlivého užívání návykových látek a péče o závislé	A) MZ	Kč 50 000,-
2.3.	Zpracovat metodický pokyn pro provádění screeningu a včasné intervence lékaři pro děti a dorost.	12/2013 – zpracovaný metodický pokyn 06/2014 – zpracovaný vzdělávací program	A) MZ	Kč 30 000,-
2.4.	Zpracovat metodický pokyn pro provádění screeningu a včasné intervence lékaři pro dospělé.	12/2014 – zpracovaný metodický pokyn	A) MZ	Kč 30 000,-
2.5.	Zpracovat manuál pro screening a včasnou intervenci pro pracovníky v sociálních službách, zejména NZDM, terénní programy pro děti a mládež, sociální pracovníky na obcích, kurátory pro děti a mládež a iniciovat spolupráci mezi nimi a poskytovateli adiktologických služeb.	12/2015 – manuál pro screening a včasnou intervenci pro pracovníky v sociálních službách	A) MPSV B) sRVKPP	Kč 50 000,-

Léčba uživatelů návykových látek

Pomoc uživatelům návykových látek a závislým je v ČR poskytována službami různých typů s relativně širokým spektrem programů a s dobrou dostupností. Systému byla během přípravy akčního plánu vytýkána dvoukolejnost péče o uživatele legálních a nelegálních drog, nedostatečný zájem o lékové závislosti, či omezené spektrum služeb ve věznicích.

Jedním ze stěžejních úkolů v oblasti léčby uživatelů návykových látek bylo v předchozím akčním plánu vytvoření Koncepce sítě adiktologických služeb. Definice sítě je základem pro zajištění její funkčnosti, kvality a dostupnosti včetně financování (viz také kapitolu koordinace a financování).

Koncepce adiktologických služeb ve zdravotnictví byla představena v r. 2012 odbornou společností SNN ČLS JEP. Koncepce integruje péči o uživatele legálních, nelegálních drog a případně jiné cílové skupiny jako jsou patologičtí hráči a definuje síť specializovaných programů. Její přijetí a schválení je klíčové pro další definici sítě adiktologických služeb. Přestože se jedná o koncepci zdravotních služeb, koncepce zdůrazňuje nezbytnost mezioborového charakteru služeb v rámci dvou hlavních rámců – zdravotního a sociálního, včetně překryvu mezi oběma rámci, transformací sociálních služeb na zdravotnická zařízení a naopak, pohyb služeb mezi oběma rámci apod.

Pozornost je také věnována programům pro uživatele návykových látek ve vězení. Odhadem desetina až čtvrtina vězňů, tj. přibližně 2–5 tis. osob, vykazuje při nástupu do věznice znaky aktuálního problémového užívání návykových látek, což je přibližně 20–50krát vyšší prevalence problémového užívání návykových látek než v obecné populaci.

Oblasti, na které se aktivity v Léčbě a sociálním začleňování zaměřují:

3. Síť služeb pro uživatele návykových látek, jejich dostupnost a kvalita
4. Rozvoj programů pro uživatele návykových látek ve vězení a udržení jejich dostupnosti
5. Rozvoj a zvyšování kvality poskytování substituční léčby

Oblast aktivit 3: Síť služeb pro uživatele drog, jejich dostupnost a kvalita				
	Aktivity	Termín /Výstupy	A) Odpovědná instituce B) Spolupráce	Předpoklady
3.1.	Schválení Koncepce sítě služeb oboru adiktologie, včetně nízkoprahových zařízení (pro uživatele legálních a nelegálních návykových látek, hazardní hráče a jiné závislosti).	12/2013 – schválena koncepce sítě adiktologických služeb, vydaná ve věstníku MZ	A) MZ B) členové RVKPP	–
3.2.	Dokončení dohodovacího procesu se zdravotními pojišťovnami na téma tvorby a financování sítě adiktologických služeb.	12/2015	A) doporučení – pojišťovny B) MZ, sRVKPP	–
3.3.	Na základě koncepce adiktologické péče podpořit vznik a transformaci jednotlivých částí sítě adiktologických služeb v oblasti léčebně-preventivní péče pro oblast problémového užívání nelegálních drog, alkoholu, tabáku a patologického hráčství.	09/2013 – vydefinování potřebnosti transformace léčebné a preventivní péče pro celé území ČR 06/2014 – zpráva pro RVKPP o geografické dostupnosti služeb pro uživatele nelegálních drog, alkoholu, tabáku a pro patologické hráče	A) MZ B) sRVKPP, doporučení – odborné společnosti (Klinika adiktologie, SNN ČLS JEP)	Kč 100 000,-
3.4.	Zpracovat a vydat doporučené postupy pro oblast adiktologie.	12/2013 – zpracovat seznam doporučených postupů oboru adiktologie, které je nutné vydat. 12/2015 – zpracování vydefinovaných doporučených postupů pro oblast adiktologie a jejich vydání.	A) doporučení – SNN ČLS JEP B) MZ	Kč 100 000,-
3.5.	Systémově analyzovat možnosti poradenství, vyhledávání, prevence, včasné diagnostiky a intervence zaměřené na intenzivní uživatele konopí a dalších návykových látek z řad mládeže a mladých dospělých s cílem zlepšit včasnou detekci v dané oblasti, oslovit skrytou populaci a motivovat ji pro spolupráci s danými službami.	12/2013 – analýza možné sítě zařízení 12/2014 – identifikace a formování sítě zařízení	A) sRVKPP B) doporučení – střešní organizace NNO	Kč 40 000,-
3.6.	Výcvik pracovníků z vybraných zařízení existující sítě služeb v oblasti poradenství a léčby uživatelů konopných a dalších drog.	2015	A) doporučení – střešní organizace NNO/vzdělávací instituce	—
3.7.	Podporovat programy specifického internetového poradenství, jež budou splňovat kritéria tohoto akčního plánu (tzn. poskytování krátké intervence dle standardizovaných nástrojů nebo internetové léčebné intervence, jež je systematická, strukturovaná, pracuje individuálně s konkrétním klientem několik týdnů).	Průběžně – finanční podpora/ přehled finančně podpořených programů Průběžně – informování veřejnosti o zavedených intervencích	A) rezorty B) doporučení – kraje, NNO	Kč 1 000 000,-

3.8.	Dokončit proces schválení inovovaných standardů odborné způsobilosti služeb pro uživatele návykových látek (RVKPP) a jejich zavedení do praxe.	05/2013 – pilotní ověření inovovaných standardů 10/2013 – inovované Standardy schválené RVKPP	A) sRVKPP	Kč 120 000,-
3.9.	V návaznosti na přijaté standardy aktualizovat dokumenty certifikačního procesu dle nutnosti.	10/2013 – aktualizované dokumenty certifikačního procesu schválené RVKPP	A) sRVKPP	Kč 50 000,-
3.10.	Uznání protokolů a závěrečných zpráv z šetření pro certifikaci služeb jako důkazního materiálu při kontrole naplňování standardů kvality poskytovatelů sociálních služeb (inspekci).	03/2013 – metodický pokyn s doporučením pro inspektory při provádění inspekční činnosti v adiktologických službách registrovaných současně i jako sociální služby	A) MPSV B) sRVKPP	—
3.11.	Zajištění vzdělání inspektorů kvality sociálních služeb s akcentem na specifičnost služeb pro uživatele návykových látek.	02/2013 – tematický blok o adiktologických službách registrovaných současně i jako sociální služby ve vzdělávání inspektorů kvality sociálních služeb	A) MPSV B) sRVKPP	—
3.12.	Navrhnout systém certifikací služeb poskytovaných VS ČR uživatelům drog ve vězení.	12/2015 – návrh systému certifikací	A) MS (GŘ VS) B) sRVKPP, doporučení – SNN ČLS JEP	Kč 200 000,-

Oblast aktivit 4: Rozvoj programů pro uživatele návykových látek ve vězení a udržení jejich dostupnosti

	Aktivity	Termín /Výstupy	A) Odpovědná instituce B) Spolupráce	Předpoklady
4.1.	Zajistit spolupráci s komunitními (civilními) poradenskými a léčebnými službami při poskytování služeb ve věznicích, zejména při přípravě na ukončení výkonu trestu odnětí svobody a předávání vězňené osoby do péče v civilním životě.	Průběžně – počet vězňených osob zařazených do zařízení následné péče po ukončení výkonu trestu odnětí svobody.	A) MS (GŘ VS) B) NNO	—
4.2.	Zvýšit využívání alternativních trestů u pachatelů méně závažných drogových trestných činů.	Průběžně – nárůst počtu udělených alternativních trestů u pachatelů méně závažných drogových trestných činů	A) MS B) PMS	—
4.3.	Provést analýzu možnosti zavedení profese adiktologa ve vězeňské službě.	12/2013 – zpracovaná analýza možností zavedení profese adiktologa ve VS ČR	A) MS (GŘ VS)	—
4.4.	Sjednotit systém služeb poskytovaných vězeňskou službou s civilními léčebnými standardy.	12/2014 – návrh standardů pro jednotlivá odborná pracoviště (poradna drogové prevence, bezdrogová zóna, specializované oddělení)	A) MS (GŘ VS)	—
4.5.	Vypracovat a pravidelně aktualizovat seznam služeb, které pracují s osobami po výkonu trestu v daném kraji ČR a zajistit jejich propojení a využívání s vězeňskou službou.	10/2013 – vypracovaný seznam služeb, které pracují s osobami po výkonu trestu v daném kraji ČR Průběžně - (1x ročně) – aktualizovat seznam	A) doporučení – krajský protidrog.koordinátoři B) MS (GŘ VS)	—

4.6.	Navázat na výsledky „Analýzy možnosti distribuce harm reduction materiálu ve věznicích“ a Implementovat preventivní poradenské a léčebné intervence v oblasti infekčních onemocnění spojených s užíváním návykových látek ve věznicích.	06/2013 – předložení zprávy o implementaci navržených léčebně-preventivních opatření	A) MS (GR VS)	—
------	---	--	---------------	---

Oblast aktivit 5: Rozvoj a zvyšování kvality poskytování substituční léčby

	Aktivity	Termín /Výstupy	A) Odpovědná instituce B) Spolupráce	Předpoklady
5.1.	Schválit a vydat standard substituční léčby ve Věstníku MZ.	06/2013 – vydaný Standard substituční léčby	A) MZ B) doporučení SNN ČLS JEP	—
5.2.	Zapojení lékáren do systému výdeje substitučních látek v rámci substituční léčby pro uživatele drog.	10/2014 – analýza možnosti zavádění opatření 10/2015 – realizace domluvených opatření	A) MZ (SÚKL) B) doporučení – ČLnK	—
5.3.	Revize podmínek pro úplnou úhradu substitučního přípravku ze zdravotního pojištění (buprenorfin)	12/2014 – informativní zpráva předložena na RVKPP 2015 – realizace navrženého řešení na základě revize	A) doporučení – SNN ČLS JEP B) MZ, VZP	Kč 50 000 ,-
5.4.	Zmapovat možnosti substituční nebo jiné farmakologické léčby závislých uživatelů pervitinu s pilotním ověřením a návrhem doporučení pro praxi.	12/2013 – analýza možností substituční nebo jiné farmakologické léčby závislosti na pervitinu a návrh pilotního projektu substituční nebo jiné farmakologické léčby závislosti na pervitinu 06/2015 – návrh pro zavedení nových farmakologických a psychosociálních intervencí do praxe předložené na RVKPP	A) doporučení – Klinika adiktologie B) MZ	Kč 7 000 000,- Podmíněno získáním grantu
5.5.	Účinná kontrola a efektivní vymáhání dodržování zákona (ukládání sankcí) při nevykazování do registru uživatelů substituční léčby.	Průběžně – počet sankcionovaných lékařů	A) MZ B) doporučení – SNN, SUKL, ČLK	—

Snižování rizik

V oblasti snižování potenciálních rizik spojených s užíváním nelegálních návykových látek pro jedince a společnost je situace relativně stabilizovaná a příznivá (viz kapitola 2.3 Snížit potenciální rizika spojená s užíváním drog pro jedince a společnost). Znatelné jsou však deficity v realizaci opatření snižování rizik pro problémové a/nebo závislé uživatele alkoholu, což demonstrovala série otrav metanolem z nelegálně vyráběného a distribuovaného alkoholu v září 2012.

Na snižování rizik užívání nelegálních návykových látek se v ČR podílí hustá síť nízkoprahových programů, která se v posledních letech významně nezměnila. Jedná se o služby prvního kontaktu s problémovými uživateli drog, proto je jejich úloha v systému služeb pro uživatele návykových látek klíčová a otázka udržitelnosti jejich dostupnosti a kvality by měla být prioritní. Specifickou výzvou pak je otázka rozšíření jejich působnosti i pro cílovou skupinu problémových uživatelů alkoholu, pro něž daný typ služeb v ČR prakticky zcela chybí.

Oblasti, na které se aktivity ve Snižování rizik zaměřují:

6. Prevence infekčních onemocnění a dalších rizik spojených s injekčním / problémovým užíváním drog
7. Prevence předávkování a dalších rizik v rekreačním kontextu užívání návykových látek a mezi konzumenty obecně

Oblast aktivit 6: Prevence infekčních onemocnění a dalších rizik spojených s injekčním / problémovým užíváním drog.

	Aktivity	Termín /Výstupy	A) Odpovědná instituce B) Spolupráce	Předpoklady
6.1.	Podílet se na zabezpečení provozu nízkoprahových harm reduction služeb (zejména informační servis, kontaktní a sociální práce, výměnné programy, dostupnost testování na infekce) pro uživatele návykových látek podle lokálních potřeb na celém území ČR.	Průběžně – finanční podpora programů / Počet a přehled finančně podpořených programů	A) věcně příslušné rezorty B) doporučení – kraje	190–220 mil. Kč
6.2.	Zabezpečit dostupnost poradenských a harm reduction programů pro uživatele návykových látek (zejména terénních programů) v sociálně vyloučených lokalitách.	06/2014 – zpráva předložená RVKPP	A) sRVKPP B) Agentura pro sociální začleňování / zmocněnkyně pro LP, doporučení – kraje	—
6.3.	Zabezpečit dostupnost poradenských a harm reduction programů pro uživatele návykových látek (zejména terénních programů) ve stigmatizovaných a jiných obtížně dostupných skupinách populace.	06/2014 – zpráva předložená RVKPP	A) sRVKPP B) zmocněnkyně pro LP, doporučení – kraje	—
6.4.	Vyjasnit podmínky testování v programech pro uživatele drog, zejména v nízkoprahových službách. Specifikovat spolupráci a návaznost na dispenzární péči a programy orgánů ochrany veřejného zdraví dle principů v doporučení EMCDDA a ECDC k prevenci a kontrole infekcí mezi uživateli návykových látek.	06/2014 – vydání metodického pokynu	A) MZ B) sRVKPP	—
6.5.	Poskytovat testování nebo zprostředkovat testování infekčních nemocí (HIV, VHC a syfilis) ve všech službách pro uživatele drog, zejména pro uživatele injekční.	Průběžně – počet programů poskytující testování nebo zprostředkovávající testování infekčních nemocí	A) doporučení – poskytovatelé služeb B) resorty (finanční podpora)	—
6.6.	Rozšíření cílové skupiny nízkoprahových služeb pro uživatele návykových látek i o uživatele alkoholu a zavádění služeb minimalizaci rizik pro tuto cílovou skupinu (otravy, předávkování, binge drinking atd.)	12/2015 – rozšíření cílové skupiny nízkoprahových zařízení / množství finančních prostředků na to určených	A) doporučení – poskytovatelé služeb B) resorty (finanční podpora)	150 mil. Kč

Oblast aktivit 7: Prevence předávkování a dalších rizik v rekreačním kontextu užívání drog a mezi konzumenty obecně

	Aktivity	Termín /Výstupy	A) Odpovědná instituce B) Spolupráce	Předpoklady
7.1.	Podporovat komunitní spolupráci mezi místními politiky, úředníky, večerními provozovny podávajícími alkohol, preventivními, sociálními a zdravotními službami, městskou policií apod. při zajištění prevence bezpečnostních a zdravotních rizik v prostředí noční zábavy.	Průběžně	A) doporučení obcím	—
7.2.	Zmapovat a vytvořit podmínky pro vytvoření nového programu v oblasti prevence se zaměřením na komunikaci s veřejností na témata – prevence rizikového užívání nezletilými, alkohol za volantem program pro mladé lidi, kteří ještě nemají oprávnění řídit, komunikace s výrobcí a prodejci alkoholu o zodpovědné reklamě, zodpovědné nabídce a zodpovědném prodeji.	12/2013 – zpracovaná analýza možností a podmínek pro vytvoření programu zaměřeného na komunikaci s veřejností 2014–2015 – implementace – informování veřejnosti prostřednictvím preventivního programu 10/2015 – zpráva o průběhu a výsledcích předložena na RVKPP	A) členové RVKPP	150 mil Kč – Finančně zajištěno z prostředků z ESF a Evropské komise

Snížení dostupnosti legálních a nelegálních drog

Základním cílem této oblasti zůstává snížení dostupnosti legálních drog, zejména alkoholu pro mladé lidi a ilegálních drog na černém trhu v ČR. Vzhledem k relativně dobrému stavu v oblasti legislativní, organizační i politické – existenci potřebných zákonných předpisů – je možné dosáhnout zlepšení při naplňování uvedeného cíle především efektivnějším využíváním existujících podmínek, zdrojů a legislativy, případně jejich doplňováním. V průběhu platnosti předchozího akčního plánu bylo vytvořeno několik legislativních pozměňovacích a novelizačních návrhů, které mají pomoci k zvýšení jejich efektivity. Jen málo z nich však bylo přijato vládou v době přípravy tohoto akčního plánu na období 2013–2015. Nyní je stěžejní dokončení jejich legislativního procesu a pak vyhodnocení účinnosti zavedených opatření.

Ohledně dostupnosti pseudoefedrinu pro výrobu pervitinu je stěžejní vyjednávání se sousedními zeměmi, aby přijala opatření k zabránění neomezeného prodeje léků s obsahem pseudoefedrinu v lékárnách a následně jejich pašování do ČR. Aktivity jsou uvedeny v oblasti Mezinárodní spolupráce.

Oblasti, na které se aktivity ve Snížení dostupnosti drog zaměřují:

8. Zefektivnění odhalování případů nelegální přepravy drog do ČR a přes území ČR
9. Snížení dostupnosti legálních a nelegálních drog a zvýšení vymahatelnosti práva

Oblast aktivit 8: Zefektivnění odhalování případů nelegální přepravy drog a prekurzorů drog do ČR a přes území ČR				
	Aktivita	Termín /Výstupy/Indikátory	A) Odpovědná instituce B) Spolupráce	Předpoklady
8.1.	Nadále zvyšovat efektivitu skupin Mobilního dohledu Celní správy ČR při odhalování nelegální přepravy alkoholu a drog. Posílit podmínky k provádění těchto kontrol.	Průběžně – počet akcí v každém roce v poměru k počtu úspěšného odhalení nelegální přepravy drog a nelegálně vyráběného alkoholu	A) Celní správa	—
8.2.	Nadále pokračovat v provádění důkladných celních kontrol na základě využití informací z mezinárodního systému NCTS (New Computerised Transit System).	Průběžně – počet provedených kontrol na základě informací z NCTS, počet a druh zabavených legálních a nelegálních drog	A) Celní správa	—
8.3.	Vytvořit spolupráci se spedičními/přepravními společnostmi na zvýšení jejich povědomí o možném nelegálním převozu zboží podléhajícím zákonům a omezením a následně vytvoření „drogové pašerácké linky“.	12/2014 – počet oslovených přepravních společností	A) Celní správa	—
8.4.	Zvýšit efektivitu celních kontrol na mezinárodních letištích zaměřených na odhalování nelegální přepravy drog.	Průběžně – počet provedených kontrol, počet a druh zabavených legálních a nelegálních drog	A) Celní správa	—

Oblast aktivit 9: Snížení dostupnosti legálních a nelegálních drog a zvýšení vymahatelnosti práva				
	Aktivita	Termín /Výstupy/Indikátory	A) Odpovědná instituce B) Spolupráce	Předpoklady
9.1.	Předložit vládě novelu zákona č. 167/1998 Sb., o návykových látkách a zákon o prekurzorech drog, které jsou navrženy za účelem zrychlení legislativního procesu zařazování nových látek na seznam kontrolovaných látek.	06/2013 – novela zákona vyhlášená ve Sbírce zákonů 06/2013 – zákon o prekurzorech drog	A) MZ	—
9.2.	Předložit vládě novelu zákona o léčivech, která je navržena za účelem zavedení opatření minimalizující únik léků pro opiátovou substituční léčbu na černý trh.	06/2013 – novela zákona vyhlášená ve Sbírce zákonů	A) MZ	—
9.3.	Zhodnotit účinnost přijatého legislativního opatření (novely zákona o léčivech, která je navržena za účelem zavedení opatření minimalizující únik léků pro opiátovou substituční léčbu na černý trh).	10/2015 – zpracovaná analýza	A) MZ B) MV, sRVKPP	Kč 200 000,-
9.4.	Iniciovat a koordinovat postup kontrolních inspekčních a správních orgánů v rámci kontroly zejména tržnic v příhraničních oblastech	Průběžně – počet provedených kontrol	A) MV B) věcně příslušné	—

	(samospráva, NPC, policie, krajské hygienické stanice, COI, hasiči....).		resorty a orgány, doporučení ke spolupráci dotčeným krajům a obcím	
9.5.	Snížit dostupnost alkoholu pro mladistvé, a to zejména zvýšením odpovědnosti provozovatele pohostinských zařízení za prodej nebo podávání alkoholu mladistvým.	02/2013 – předložit vládě návrh zákona o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami, který nahradí zákon č. 379/2005 Sb. s uvedeným cílem 12/2013 – novela zákona vyhlášená ve Sbírce zákonů	A) MZ B) sRVKPP, MV	–

Koordinace a financování

Koordinace a racionalizace zdrojů jsou organizačními aktivitami veřejné správy, které zahrnují mechanismy zabezpečující koordinaci a efektivní rozložení odpovědnosti mezi orgány veřejné správy a jiné instituce, stejně jako optimalizaci zdrojů s cílem zamezit jejich překrývání ve sféře financování opatření kontroly zacházení s návykovými látkami. Aktivity obsažené v této oblasti proto směřují ke zkvalitnění koordinace a financování.

Koordinační mechanismy protidrogové politiky, jak na národní tak i na krajské úrovni, jsou obecně považovány za docela dobře implementované a fungující. Již dlouholetým problémem jsou omezení vyplývající s resortního přístupu k řešení problematiky návykových látek a nerespektování mezioborového a meziresortního aspektu veřejné zdravotní a sociální politiky prevence závislosti a snižování rizik spojených s užíváním návykových látek. Systém koordinace a koordinační mechanismy v této oblasti by měly zůstat zachovány, proto jsou také součástí aktivit tohoto akčního plánu, nezbytné je lépe v praxi dosahovat konsenzu a koordinace při řešení praktických úkolů.

V době finanční krize a v situaci výše popsaných změn na scéně návykových látek je nanejvýš jasné, že je nutné redukovat roztržitost všech souvisejících agend, integrovat politiku do jedné silné politiky a výrazně posílit jedno koordinační místo. Jen takto dokážeme na jedné straně přinést úspory a zároveň zefektivnit danou politiku. Máme dostatek indicií, že jen integrovaná politika, se silným mandátem koordinačního místa může řešit celou škálu problému spojených s danou agendou. Nedávná kauza metanol jasně ukazuje, jak právě v oblasti legálních drog takový „úřad“ chybí.

Zároveň je jasné, že jen jasně vydefinované koordinační místo se silným mandátem a s jediným úkolem „úzce“ zaměřeným pouze na tento fenomén může efektivně plnit úkoly (mít jasné zaměření a dostatek času), jako je hledání spolupráce mezi státem a samosprávami, prevencí a represí, potřebou mezinárodních iniciativ atd.

V oblasti financování je pak klíčovým definování a zavedení systémového financování základní sítě preventivních a léčebných služeb pro uživatele návykových látek a pro osoby se závislostním chováním (patologické hráčství). Cílem je odklon financování podstatné části sítě těchto služeb od dotačních titulů na standardní formu financování a řízení služeb, tak aby se dotační tituly staly doplňkovým zdrojem financování. Nicméně za současného stavu je další pokles dotačních prostředků pro dlouho budovanou síť služeb likvidační – s tím souvisí také předpokládaný výpadek financování adiktologických služeb z ESF.

Stěžejním úkolem je definování sítě adiktologických služeb, na to navazující případná transformace stávajících zařízení pro uživatele návykových látek apod. Tyto úkoly souvisí také s nastavením dostupnosti systému léčby pro uživatele návykových látek a pro hazardní hráče, jsou tedy uvedeny v kapitole Léčba uživatelů návykových látek. Na síť služeb pak navazuje systém a nástroje financování definované sítě služeb – zde je jedním z klíčových úkolů zpřehlednění financování adiktologických služeb ze zdravotního pojištění. Klíčové bude zajištění domluvy různých plátců péče na koordinovaném a společném financování sítě služeb a případně identifikace dalších rozpočtových a mimorozpočtových zdrojů pro financování opatření politiky prevence závislosti a hazardního hráčství.

Výše uvedená opatření mají nelegislativní, ale i legislativní charakter. V oblasti nelegislativní se jedná zejména o koordinační mechanismy, výměnu informací mezi jednotlivými institucemi a další procesy, které jsou definovány v Pravidlech financování protidrogové politiky, které přijímá vláda (naposledy usnesením č. 03/0312 ze dne 8. března 2012). V oblasti legislativní se jedná zejména o ustanovení zákona č. 379/2005 Sb. o opatřeních k ochraně před škodami, která se týkají koordinace a zodpovědnosti jednotlivých státních orgánů, krajů a obcí za realizaci protidrogové politiky.

Oblasti, na které se aktivity Koordinace a financování zaměřují:

10. Koordinace protidrogové politiky na národní úrovni
11. Vzdělávání aktérů v oblasti protidrogové politiky
12. Koordinace protidrogové politiky na krajské úrovni
13. Efektivní financování protidrogové politiky

Oblast aktivit 10: Koordinace protidrogové politiky na národní úrovni				
	Aktivita	Termín – Výstupy/Indikátory	A) Odpovědná instituce B) Spolupráce	Předpoklady
10.1.	Zpracovat Akční plán Národní strategie protidrogové politiky k omezení škod způsobených alkoholem. Akční plán bude obsahovat implementaci doporučení strategie WHO a dalších mezinárodních dokumentů k omezení rizik způsobených nadměrnou konzumací alkoholu.	06/2013 – návrh akčního plánu předložen RVKPP 12/2013 – schválení akčního plánu vládou	A) MZ B) členové RVKPP, doporučení odborným společenstvem (SNN ČLS JEP, Klinika adiktologie apod.)	–
10.2.	Zpracovat Akční plán realizace Národní strategie protidrogové politiky na období 2016-2018.	10/2015 – návrh akčního plánu 2016-2018 předložen RVKPP 03/2016 – schválení akčního plánu na 2016-2018 vládou	A) sRVKPP B) členové RVKPP	–
10.3.	Vyhodnotit míru naplňování opatření a doporučení uvedených v Rámcové úmluvě WHO o kontrole tabáku /FCTC/ a navrhnout další postup implementace FCTC v podmínkách ČR.	07/2014 – návrh konkrétních opatření pro postup implementace Rámcové úmluvy WHO o kontrole tabáku v podmínkách ČR předložený na RVKPP 2014 – příprava průběžné zprávy o implementaci FCTC pro Sekretariát FCTC 10/2015 – (průběžná) zpráva o implementaci přijatých opatření k omezení škodlivého užívání tabáku předložena na RVKPP.	A) MZ B) členové RVKPP a další rezorty	Pozn. Bez návrhu konkrétních opatření nelze odhadnout nezbytné náklady na jejich implementaci.
10.4.	Pravidelně analyzovat plnění Akčního plánu a konkrétních úkolů protidrogové politiky s návrhem na případné změny.	Průběžně – průběžné hodnocení plnění Akčního plánu	A) sRVKPP B) členové RVKPP	–
10.5.	Analýza možností a formulace koordinačních mechanismů a systému financování integrované protidrogové politiky v podmínkách ČR.	06/2013 – navržení kroků a jednotlivých postupů 10/2013 – návrh zefektivnění výkonu funkce Národního koordinátora a zajištění formulace legislativního návrhu pozice RVKPP a národního koordinátora v zákoně, který nahradí zákon č. 379/2005 Sb. 2014 – organizační zavedení případných potřebných koordinačních opatření	A) sRVKPP B) členové RVKPP	–
10.6.	Rozšíření kompetence RVKPP o koordinaci preventivních, léčebných a regulačních opatření v oblasti patologického hráčství.	12/2013 – návrh materiálu do vlády	A) RVKPP	–
10.7.	Zlepšení spolupráce mezi státní správou a samosprávami: – Posílení spolupráce ústředních orgánů státní správy s rozhodovacími orgány krajů a posílení spolupráce s Asociací krajů ČR a Svazem měst a obcí ČR v oblasti protidrogové	06/2013 – rozšířit RVKPP o zástupce Svazu měst a obcí ČR Průběžně – počet realizovaných jednání s Asociací krajů ČR a Svazem měst a obcí ČR Průběžně – počet uskutečněných individuálních setkání zástupců	A) sRVKPP B) členové RVKPP, doporučení – krajské protidrogové	–

	prevence (nastavení pravidelné formy komunikace); – Podpořit platformy setkávání zástupců krajů a zástupců RVKPP v individuálních krajích (např. zvát zástupce RVKPP jako hosty do krajských protidrogových komisí a pracovních skupin); – Poskytovat jednotlivým krajům a městům (obcím) konzultace a metodickou podporu při tvorbě a hodnocení strategických dokumentů (protidrogové strategie, akční plány).	krajů, měst a obcí a RVKPP, Průběžně – počet konzultací	koordinátoři, relevantní komise AK ČR	
--	---	--	---------------------------------------	--

Oblast aktivit 11: Vzdělávání aktérů v oblasti protidrogové politiky

	Aktivity	Termín – Výstupy/Indikátory	A) Odpovědná instituce B) Spolupráce	Předpoklady
11.1.	Dokončení národní koncepce celoživotního vzdělávání v oboru adiktologie.	03/2014 – národní koncepce celoživotního vzdělávání v oboru adiktologie 10/2015 – zakotvení systému specializačního celoživotního vzdělávání pro adiktology lékaře i nelékaře v legislativě.	A) doporučení – ČAA, Klinika adiktologie, SNN ČLS JEP	–
11.2.	Dokončit akreditované vzdělávání pro krajské protidrogové koordinátory, místní protidrogové koordinátory a finančně zajistit jeho realizaci v praxi.	12/2013 – popis systému a vypracované curriculum	A) sRVKPP B) doporučení – vzdělávací instituce	Kč 500 000,-
11.3.	Zajistit systémové vzdělávání pracovníků vězeňské služby pracující s uživateli drog.	Průběžně – počet realizovaných kurzů	A) MS (GŘ VS) B) sRVKPP, doporučení – Klinika adiktologie	–
11.4.	Vyhodnotit dostupné zkušenosti poskytovatelů služeb pro uživatele návykových látek s klienty ze sociálně vyloučených skupin a lokalit a začlenit informace týkající se specifík práce v sociokulturně odlišném prostředí do vzdělávání pracovníků služeb a dalších aktérů protidrogové politiky.	10/2014 – vyhodnocení dostupných zkušeností s klienty ze sociálně vyloučených skupin a lokalit 10/2015 – začlenění informací do vzdělávání jednotlivých aktérů protidrogové politiky	A) sRVKPP B) zmocněnkyně vlády pro lidské práva	–

Oblast aktivit 12: Koordinace protidrogové politiky na krajské úrovni				
	Aktivita	Termín – Výstupy/Indikátory	A) Odpovědná instituce B) Spolupráce	Předpoklady
12.1.	Zpracovávat strategické dokumenty protidrogové politiky kraje (krajské strategie, akční plány) a realizovat jejich průběžné a závěrečné hodnocení.	průběžně – existence strategických dokumentů protidrogové politiky v každém kraji / počet krajů průběžně – hodnocení krajských akčních plánů a/nebo strategií počet krajů s realizovaným hodnocením strategických dokumentů	A) doporučení – kraje a obce	–
12.2.	Do krajských strategických dokumentů rozpracovat úkoly stanovené v Akčním plánu protidrogové politiky na období 2013–2015.	průběžně	A) doporučení – kraje a obce	–
12.3.	Sbírat data o situaci o užívání návykových látek v krajích o přijatých opatření a zpracovávat je do tzv. Výročních zpráv krajů o realizaci protidrogové politiky.	07/2013, 07/2014, 07/2015 – publikované Výroční zprávy krajů o realizaci protidrogové politiky	A) doporučení – kraje a obce	–
12.4.	Aktualizovat metodický materiál ke složení krajské protidrogové komise.	09/2013 – zpracovaný metodický materiál ke složení krajské protidrogové komise	A) sRVKPP B) doporučení – krajský protidrog. koordinátoři	–
12.5.	Realizovat nezávislé analýzy potřeb kraje v protidrogové politice např. o stavu stávajících služeb a o potřebách rozvoje sítě služeb o potřebách uživatelů návykových látek apod.	průběžně – počet analýz iniciovaných krajem	A) doporučení – kraje a obce	–

Oblast aktivit 13: Efektivní financování protidrogové politiky.				
	Aktivita	Termín – Výstupy/Indikátory	A) Odpovědná instituce B) Spolupráce	Předpoklady
13.1.	Udržení nebo navýšení stávající úrovně prostředků rozpočtovaných na program protidrogové politiky ve státním, krajských a obecních rozpočtech.	2013 – zpráva pro RVKPP dle termínů v Pravidlech financování protidrogové politiky	A) sRVKPP B) členové RVKPP, doporučení – kraje a obce	–
13.2.	Analýza a řešení vlivu ESF na financování služeb pro uživatele návykových látek a návrh na řešení v případě výpadku tohoto zdroje.	06/2013 – zpráva pro RVKPP	A) sRVKPP B) členové RVKPP, doporučení – kraje	–
13.3.	Pilotně ověřit zavedení tzv. Memoranda o financování služeb v kraji jako domluvu mezi státem, krajem, obcemi a zdravotními pojišťovnami.	12/2013 – návrh memoranda 01-12/2014 – realizace memoranda	A) sRVKPP B) členové RVKPP, doporučení – kraje,	–

			pojišťovny	
13.4.	Vydefinovat výkony jak pro lékaře, tak pro nelékařské zdravotnické pracovníky/adiktology, které budou financovány zdravotními pojišťovnami a vést jednání se zdravotními pojišťovnami, aby byly ochotny výkony reálně proplácet.	10/2015 – definované výkony pro lékaře a nelékařské zdravotnické pracovníky/adiktology	A) doporučení ČAA B) členové RVKPP	–
13.5.	Sjednocené a koordinované financování adiktologické péče na základě memoranda mezi státem, krajem, obcemi a zdravotními pojišťovnami.	2015 – na základě výsledku úkolu výše	A) sRVKPP, členové RVKPP B) doporučení – pojišťovny	–
13.6.	Analýza možností zavedení víceletého projektování/financování do dotačních řízení rezortů v oblasti protidrogové politiky a případná analýza možností zřízení Národní agentury po vzoru britské National Treatment Agency.	06/2015 – víceleté financování v dotačních řízeních resortů zavedené v praxi	A) RVKPP, MZ, MPSV B) MF	–
13.7.	Sjednocení/harmonizace podmínek dotačních řízení jednotlivých resortů.	06/2015 – sjednocené podmínky dotačních řízení projednané RVKPP	A) RVKPP, MZ, MPSV, MŠMT	–
13.8.	Zvážit možnost zavedení nestátního fondu (případně podpora již existujícího mechanismu) nebo vzniku jiného mechanismu pro soustředění příspěvků soukromého sektoru (prodejci a výrobci alkoholu, provozovatelů hazardních her apod.) na financování aktivit protidrogové politiky.	12/ 2013 – analýza předložená RVKPP	A) sRVKPP B) MF	–
13.9.	Zanalyzovat možnosti účasti soukromých sponzorů na financování aktivit protidrogové politiky – např. formou projektů společenské odpovědnosti firem.	12/2014 – analýza předložená RVKPP	A) sRVKPP B) doporučení – nestátní organizace, kraje	–
13.10	Zanalyzovat možnosti zavedení a případných dopadů změny účelového určení části daně z hazardních her a daně z prodeje alkoholu a tabáku na opatření protidrogové politiky, případně účelového určení daně z příjmu fyzických a právnických osob.	12/2013 – zpracovaná analýza předložena RVKPP	A) členové RVKPP	–
13.11	Analýza/zpřehlednění financování zdravotnických specializovaných služeb pro uživatele drog (tzv. adiktologické či AT péče) ze zdravotního pojištění – soustředění péče o uživatele alkoholu a dalších drog do sítě specializovaných zařízení.	12/2013	A) MZ B) sRVKPP, doporučení – SNN ČLS JEP, ČAA, Klinika adiktologie	–

Monitoring, výzkum, hodnocení

Aktivity této oblasti jsou směřovány k získání validních, včasných a srovnatelných dat o rozsahu a dopadech užívání drog jako základního předpokladu pro přijímání kvalifikovaných rozhodnutí (politických na národní a místní úrovni i rozhodnutí individuálních). Evaluační metody jsou využívány pro zhodnocení účinnosti přijatých opatření jako podkladu pro racionální rozhodování o alokaci zdrojů. Informace o drogovém problému a o účinnosti opatření k jeho řešení jsou poskytovány nositelům rozhodovacích pravomocí a odborné i laické veřejnosti.

Tato oblast akčního plánu byla již dříve vyhodnocena jako nejlíp implementovaná. Koordinačním místem drogového informačního systému je Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti na Úřadě vlády ČR. Za poslední léta se podařilo zajistit konsolidaci drogového informačního systému, zabezpečit pravidelné mapování drogové situace a poskytování informací odborné i laické veřejnosti. Pravidelně se provádí různé celopopulační průzkumy, studie zaměřené na zdravotní rizika, na mapování skryté populace uživatelů drog apod. Hlavním úkolem v oblasti monitoring, výzkum, hodnocení bude zejména zajištění udržení tohoto pozitivního stavu.

Úkoly jsou podrobně definovány v Národním akčním plánu drogového informačního systému (dále „NAPDIS“), který je také samostatným úkolem AP. Kromě toho jsou uvedeny zvlášť významné aktivity v oblasti monitoring drogové situace.

Oblasti, na které se aktivity v Monitoringu, výzkumu a hodnocení zaměřují:

14. Rozvoj drogového informačního systému zaměřeného na monitorování situace v oblasti drog

Oblast aktivit 14: Rozvoj drogového informačního systému zaměřeného na monitorování situace v oblasti drog.				
	Aktivity	Termín /Výstupy/Indikátory	A) Odpovědná instituce B) Spolupráce	Předpoklady
14.1.	Vytvořit Národní akční plán drogového informačního systému (NAPDIS) na období 2013–2015. Zabezpečit jeho koordinaci NMS pro drogy a drogové závislosti.	06/2013 – NAPDIS projednán RVKPP	A) sRVKPP	–
14.2.	Zajistit pravidelnou dostupnost aktuálních dat z 5 klíčových epidemiologických indikátorů (populační průzkumy, odhady problémových uživatelů drog, data o léčených uživatelích drog, infekční nemoci související s užíváním drog a úmrtí spojené s užíváním drog a mortalita uživatelů drog) a z trestně právní oblasti.	Každoročně – data dostupná ve VZ o stavu ve věcech drog v ČR	A) sRVKPP	Kč 3 000 000,- ročně
14.3.	Zajistit šíření informací o drogové situaci, o opatřeních protidrogové politiky odborné a laické veřejnosti.	Průběžně – každoročně zpracovávat a distribuovat ediční řady NMS (Výroční zprávu o stavu ve věcech drog, monografie, metodiky, Výzkumné zprávy, periodikum Zaostřeno na drogy, zpracovávání ediční řady ePublikace) a sRVKPP (protidrogová politika publikace strategie, akčních plánů, evaluace politických strategických dokumentů), Průběžně - zajistit rozvoj a provoz a aktualizaci internetových prezentací (drogy-info, rvkpp.vlada.cz, drogove-sluzby.cz, dotace-vlada.cz, a dalších internetových stránek resortů)	A) sRVKPP B) resorty, doporučení – kraje	Kč 500 000,- ročně
14.4.	Zabezpečit pravidelný systém sběru dat o užívání legálních drog a následcích jejich užívání a distribuci získaných informací.	Průběžně – každoročně zpracovávat a distribuovat Výroční zprávu o stavu ve věcech alkoholu a tabáku v ČR a předložit jí na jednání RVKPP Průběžně – zajistit realizaci celopopulačních studií na užívání alkoholu a tabáku, zpracování a publikování výsledků	A) MZ B) sRVKPP	Kč 3 000 000,- ročně
14.5.	Sběr, analýza a distribuce informací o sociálních a zdravotních dopadech hazardních her.	03/2014 – zpráva o rozsahu hazardního hraní a o sociálních a zdravotních dopadech spojených s touto problematikou předložena RVKPP	A) sRVKPP	2 pracovníci po dobu realizace studie o hazardním hráčství
14.6.	Zajistit sběr dat o dostupnosti a kapacitě služeb pro uživatele drog a závislé na drogách, o poskytnutých výkonech a intervencích, o klientech/pacientech v drogových službách.	Průběžně – provoz elektronické aplikace pro jednotný sběr dat o klientech a intervencích v drogových službách / Počet programů využívajících elektronické aplikace 12/2014 – v rámci sběru dat specifikovat data týkající se sociálně vyloučených skupin a lokalit.	A) sRVKPP B) zmocněnkyně vlády pro lidská práva	Kč 500 000,- ročně

14.7.	Definovat výkony drogových služeb, které jsou specifické pro služby poskytované VS ČR.	12/2014 – definované výkony	A) MS (GŘ VS) B) sRVKPP, doporučení – SNN ČLS JEP, Klinika adiktologie	–
14.8.	Revize výkonů adiktologických služeb a zajištění souladu mezi výkony a jejich definicemi u certifikací a inspekci kvality, včetně požadavků na výkaznictví; eliminace nutnosti vést souběžně dva oddělené systémy výkaznictví.	12/2014 – zrealizovaná revize výkonů projednaná na RVKPP	A) doporučení A.N.O. B) sRVKPP, MPSV	–
14.9.	Zavést výkaznictví výkonů drogových služeb poskytovaných VS ČR.	12/2015 – zavedení výkaznictví	A) MS (GŘ VS) B) sRVKPP	Kč 100 000,-
14.10.	Do kritérií hodnotících úspěšnost odhalování drogové kriminality doplnit nové indikátory (množství drog prokázaných v rámci trestního řízení, míra pravomocných rozsudků ve věcech a případně množství zajištěného majetku pocházejícího z trestné činnosti).	12/2014 – definované nové indikátory, existence statistických přehledů z nových indikátorů	A) MS B) MV, sRVKPP	–
14.11.	Zajistit realizaci Evropské školní studie o alkoholu a drogách (ESPAD) v ČR.	12/2015 – realizována sběrná část šesté vlny ESPAD v ČR	A) sRVKPP	Kč 1 500 000,-
14.12.	Zajistit implementaci a provoz 2 nových národních zdravotních registrů a zajistit dostupnost dat z těchto registrů pro analýzu drogové situace: - Národního registru léčby uživatelů drog (data o léčbě uživatelů drog), - Národního registru pitev na soudnělékařských odděleních (data o drogových úmrtích).	10/2013 – příprava a pilotní provoz registrů 2014 – provoz registrů	A) MZ	–

Mezinárodní spolupráce

Zapojení do mezinárodní spolupráce je definováno v rovině globálního vnímání drogového problému; na jedné straně určuje optimalizaci zapojení ČR do mezinárodních a evropských záležitostí v drogové problematice a podílení se na vytváření mezinárodního rámce protidrogové politiky, na straně druhé umožňuje ČR stavět na mezinárodních zkušenostech.

V oblasti regionální mezinárodní spolupráce je prioritní posílit spolupráci se sousedními zeměmi případně EU v otázce společného přístupu k řešení prevence a represe regionální epidemie užívání pervitinu. Ukazuje se, že opatření na národní úrovni mohou být z dlouhodobého hlediska neúčinná, pokud odborná opatření nepřijmou i sousední země. Přestože užívání pervitinu je z pohledu Evropské unie lokálním problémem (jen České republiky a Slovenska) ukazuje se, že dobře míněná opatření na národní úrovni mohou způsobit rozvoj přeshraničního pašování a obchodu a bez společného úsilí sousedních zemí lze jen těžko dosáhnout zlepšení.

Oblasti, na které se aktivity v Mezinárodní spolupráci zaměřují:

15. Posílit koordinaci České republiky s Polskem, Rakouskem a SRN v oblasti prevence a represe regionální epidemie užívání pervitinu
16. Aktivní zapojení ČR na mezinárodní úrovni a v rámci mezinárodní spolupráce v oblasti protidrogové politiky

Oblast aktivit 15: Posílit koordinaci České republiky s Polskem, Rakouskem a SRN v oblasti prevence a represe regionální epidemie užívání pervitinu				
	Aktivita	Termín /Výstupy/Indikátory	A) Odpovědná instituce B) Spolupráce	Předpoklady
15.1.	Posílit společné diplomatické úsilí všech dotčených zemí směrem ke snížení dostupnosti prekurzorů drog pro výrobu pervitinu – např. léků s obsahem pseudoefedrinu.	06/2015 – společné kroky v oblasti prevence a represe 06/2015 – Posílit bilaterální jednání zejména s Polskem a Německem, s cílem dosáhnout změny v legislativě zejména v Polsku, iniciovat obdobné aktivity na úrovni EU	A) MZV, MV, MZ, Celní správa, sRVKPP	–
15.2.	Zajistit aktivní účast EU na řešení regionální epidemie užívání pervitinu na západní hranici ČR.	03/2015 – iniciovat vytvoření odpovídající legislativy EU	A) MZV, MZ (IOPL) B) sRVKPP, MS	–

Oblast aktivit 16: Aktivní zapojení ČR na mezinárodní úrovni a v rámci mezinárodní spolupráce v oblasti protidrogové politiky				
	Aktivita	Termín /Výstupy/Indikátory	A) Odpovědná instituce B) Spolupráce	Předpoklady
16.1.	Koordinovat spolupráci ČR s orgány a institucemi EU a OSN v oblasti protidrogové politiky a monitorování drogové situace.	Průběžně	A) sRVKPP B) MZV a ostatní rezorty	–
16.2.	Ratifikace protokolu o nezákonném obchodování s tabákovými výrobky (schválen na 5. zasedání konference smluvních stran Rámcové úmluvy WHO o kontrole tabáku).	01/2014 – podpis Protokolu 10/2015 – ratifikace Protokolu schválena vládou ČR	A) Celní správa	–
16.3.	Koordinovat zapojení ČR a institucí a subjektů z ČR v mezinárodních projektech v oblasti protidrogové politiky typu rozvojové spolupráce, twinningových projektů, výzkumných projektů apod. zejména v regionech.	Průběžně	A) sRVKPP B) MZV a ostatní rezorty	–
16.4.	Aktivní účast odborníků z ČR v mezinárodních orgánech a institucích, projektech a programech včetně rozvojových.	Průběžně	A) sRVKPP, MZV a ostatní rezorty	–
16.5.	Zaměřit pozornost na vyvážené řešení drogové situace v Afghánistánu jako prioritní zemi zahraniční rozvojové spolupráce. Posílit aktivitu České republiky v hledání praktických řešení drogové situace v Afghánistánu.	12/2014 – vzdělávací projekt 10/2015 – podpora zavádění zdravotnických a sociálních služeb pro uživatele drog v rámci priorit Afgánského MZ	A) MZV B) sRVKPP	–
16.6.	Věnovat zvýšenou pozornost prohloubení spolupráce se zeměmi Latinské Ameriky, zejména s ohledem na rostoucí trendy pašování	06/2015 – vzájemná koordinace a informační síť mezi celními správami	A) MZV, Celní správa	–

	kokainu do Evropy.			
16.7.	Zaměřit pozornost na drogovou problematiku v regionu Západního Balkánu.	průběžně	A) MZV B) sRVKPP	
16.8.	Posílit účast ČR na rozvojových projektech a projektech technické pomoci a spolupráce (např. twinning) s třetími zeměmi, zejména s kandidátskými a potenciálně kandidátskými zeměmi a se zeměmi v rámci Východního partnerství.	průběžně	A) sRVKPP, MZV a ostatní rezorty	

Seznam zkratk:

Akční plán 2010-2012 – Akční plán realizace Národní strategie protidrogové politiky na období 2010 až 2012

Akční plán 2013-2015 – Akční plán realizace Národní strategie protidrogové politiky na období 2010 až 2012

A.N.O. – Asociace nestátních organizací poskytujících adiktologické a sociální služby pro osoby ohrožené závislostním chováním

AT – alkohol, toxikomanie (označení zdravotnických zařízení zabývajících se léčbou závislostí)

ČAA – Česká asociace adiktologů

ČLK – Česká lékařská komora

ESF – Evropský sociální fond

ESPAD – Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs)

GŘC – Generální ředitelství cel

GŘ VS – Generální ředitelství Vězeňské služby

HDP – hrubý domácí produkt

HIV – virus způsobující selhání lidské imunity

IOPL – Inspektorát omamných a psychotropních látek MZ

MF – Ministerstvo financí

MPSV – Ministerstvo práce a sociálních věcí

MS – Ministerstvo spravedlnosti

MŠMT – Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy

MV – Ministerstvo vnitra

MZV – Ministerstvo zahraničních věcí

MZ – Ministerstvo zdravotnictví

NADPIS – Národní akční plán drogového informačního systému

NMS – Národní monitorovací středisko

NNO – nevládní neziskové organizace

NPC – Národní protidrogová centrála

PMS – Probační a mediační služba ČR

RVKPP – Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky

SNN ČLS JEP – Společnost pro návykové nemoci České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně

SÚKL – Státní ústav pro kontrolu léčiv

VHB – virová hepatitida typu B

VHC – virová hepatitida typu C

VS ČR – Vězeňská služba ČR

WHA – Světové zdravotnické shromáždění

WHO – Světová zdravotnická organizace

* * *