

Postup při získávání finanční spoluúčasti obcí

VERZE 2 (platná od 1. 1. 2019)¹

Stručné shrnutí na úvod:

Tento dokument byl zpracován s ohledem na podání pokud možno komplexní informace o současném stavu drogové problematiky v Jihočeském kraji, cestách k jejímu řešení a odůvodnění finančních nároků, kladených na ty, kdo poskytování služeb spolufinancují, v tomto konkrétním případě samosprávy jednotlivých obcí. V rámci možností jsme se pokusili stručnou formou² popsat základní východiska, a návrhy řešení. Inspirací nám byl obdobný model, zavedený od roku 2012 v Libereckém kraji³, ale pokusili jsme se převzít spíše jeho silné stránky, a pokud možno omezit slabé stránky, které spočívaly v jeho poměrně značné administrativní náročnosti (tvůrci modelu odhadují, že cca 30 % získaných finančních prostředků pohltí jeho administrace). Proto, kromě odůvodnění obsahuje tento dokument či metodika i popis jednotlivých kroků, které by obce měly akceptovat právě proto, aby se co největší objem získaných finančních prostředků dostal tam, kam patří, tedy do přímé práce s ohroženými obyvateli Jihočeského kraje a jeho obcí.

Na samotný počátek zdůrazňujeme, že účast v tomto modelu je pro obce zcela dobrovolná. Konkrétní podoba byla projednána a připomínkována nejen samotnými poskytovateli služeb a odpovědnými úředníky jednotlivých obecních/ městských úřadů, ale především zástupci samospráv, kterým není tato problematika lhostejná, a chápou, že civilizované a odborné řešení této problematiky nemůže být nikdy zdarma, a že v péči o své občany stojí právě místní samosprávy (v rámci svých možností) v první řadě. Jednání k tomuto modelu se zúčastnili zástupci samospráv měst Blatná, Soběslav, Strakonice, Tábor, Týn nad Vltavou, Vimperk, Vodňany a Jihočeského kraje.

Na jednání ze dne 2. 10. 2013 byl zástupci těchto samospráv doporučen tento model jako přehledný, jednoduchý, efektivní a spravedlivý a přítomní vyjádřili přesvědčení, že jeho přijetí dalšími samosprávami obcí Jihočeského kraje povede ke zlepšení situace v oblasti užívání drog v Jihočeském kraji.

V letech 2017 – 2018 došlo na základě nařízení vlády ke zvýšení mezd v oblasti sociálních služeb. Tato verze „Metodiky“ reaguje na tyto i další změny, které v této oblasti nastaly mezi lety 2014 – 2018.

¹ Aby byly odlišeny aktuální změny k 1.1.2019, jsou označeny modrou barvou (změny oproti verzi z roku 2014)

² Viz http://www.kraj-jihocesky.cz/index.php?parfid_vj=346&parflangj=CS, na této adrese naleznete podrobnější informace k celé problematice protidrogové politiky Jihočeského kraje (Závěrečné zprávy, krajskou strategii apod...).

³ Viz: http://www.kraj-jihocesky.cz/index.php?parfid_vj=346&parflangj=CS, VI. Adiktologická konference Jihočeského kraje, Materiály z konference ke stažení 1, příspěvky 03 (Spolufinancování Liberecký kraj) a 04 (pohled neziskovky zapojení obcí).

Obsah:

ČÁST 1 – OBECNÉ ODŮVODNĚNÍ

1.1 – Popis situace v užívání drog v Jihočeském kraji	3
1.2 – Popis sítě služeb v Jihočeském kraji	3
1.3 – Popis stávajícího stavu financování služeb v Jihočeském kraji	7
1.4 – Doplnění - poznámky k efektivitě financování protidrogových služeb	9

ČÁST 2 – VLASTNÍ MODEL SPOLUFINANCOVÁNÍ PROTIDROGOVÝCH SLUŽEB ZE STRANY SAMOSPRÁV

2.1 – Odůvodnění potřeby spolufinancování	12
2.2 – Role aktérů modelu	14
2.3 – Vlastní popis modelu spolufinancování	15
2.4 – Praktická aplikace modelu	17

ČÁST 1 – OBECNÉ ODŮVODNĚNÍ

1. 1. Popis situace v oblasti užívání drog v Jihočeském kraji⁴

- Odhadované počty UD: Často diskutovaná otázka. Podle celopopulačních průzkumů má zkušenost s alespoň jednorázovým užitím drogy více než 30 % (podle některých údajů až 37 % obyvatel ČR - ve věkové skupině 15 – 64 let). To by při mechanickém přepočtu na obyvatele v Jihočeském kraji znamenalo cca 135 000 osob. Užití v posledním měsíci – tedy aktuální, činí v měřítku ČR cca 9 %, tedy asi 40 000 osob za Jihočeský kraj. Co se týče nelegálních drog, mezi kategoriemi „celoživotní prevalence“ a „problémový uživatel drog“ se nachází celá řada osob – obyvatel kraje, u kterých patří opakované užití/ víceméně pravidelné užívání nelegálních návykových látek (obvykle společně s těmi legálními) k jejich životnímu stylu. Pro tyto skupiny používáme v odborné terminologii názvy experimentátoři, rekreační uživatelé, pravidelní (rizikovní) uživatelé nebo přímo problémoví uživatelé drog, kteří ovšem nespadají pod vymezení EMCDDA (užívají „problémově“ jiné látky než opiáty, kokain, amfetaminy). Je velmi obtížné přesně vyčíslit, kolik osob v Jihočeském kraji by spadalo do těchto kategorií, přesto se domníváme, že kvalifikovaný odhad výskytu opakovaného užívání nelegálních drog by mohl činit až cca 30 000 osob/ rok (převažuje marihuana, stejně jako u všech zmíněných kategorií).
- Odhadované počty PUD (problémoví uživatelé drog – podle definice „injekční užívání jakékoli drogy⁵ a/nebo dlouhodobé a pravidelné užívání opiátů a/nebo kokainu a/nebo drog met-/amfetaminového typu“: **2 100 osob**.
- Odhadované počty IUD (injekční uživatelé drog – jsou již obsaženi v definici problémových uživatelů): **1 800 osob**.
- Stručný přehled uživatelů drog v kontaktu s nízkoprahovými službami v Jihočeském kraji za rok 2017 (podrobněji viz VZ Jihočeského kraje 2017):
 - Počet klientů/ uživatelů drog – 1 655 osob
 - z toho INJEKČNÍCH uživatelů drog – 1 218 osob
 - z toho se základní drogou PERVITIN – 1 032 osob
 - z toho se základní drogou OPIÁTY – 259 osob
 - Počet neuživatelů, kteří využili alespoň jednou služeb programu – 239 osob

1. 2. Popis sítě služeb v Jihočeském kraji

Popis zajištění protidrogové politiky kraje službami (o síti služeb a konkrétně o konkrétních službách).

- **SÍŤ SLUŽEB v Jihočeském kraji:** Jihočeský kraj má, od roku 2007, popsanou síť služeb v oblasti protidrogové politiky, a jak při vlastním rozhodování o výši finančních příspěvků na jednotlivé programy, tak při obhajobě finančních nároků služeb na národní úrovni se tohoto modelu drží. Základní ideou popsané sítě služeb je zajistit

⁴ Podrobnější údaje lze nalézt ve VZ Jihočeského kraje, odkaz: https://www.kraj-jihocesky.cz/346/informace_k_drogove_problematice_v_jihoceskem_kraji.htm, Výročních zprávách ČR, odkaz: http://www.drogy-info.cz/index.php/publikace/vyrocní_zpravy

⁵ V České republice jde nejčastěji o metamfetamin (tzv. pervitin), heroin a/nebo Subutex.

občanům kraje co možná neoptimálnější dostupnost alespoň základních, bazálních služeb. Hlavními rysy této sítě je potřebnost, odbornost, dostupnost.⁶

- Citace jako příklad: „Ponaučení, které si můžeme vzít z české drogové politiky“ (Zdroj: Talking Drugs, 31. 7. 2013, odkaz: <http://www.drogy.net/>).
„Česká republika patří k zemím s nejprogresivnější protidrogovou politikou. Nespočívá v dnešní rozsáhlé dekriminální, ale především ve velmi pragmatickém přístupu k vytváření protidrogové legislativy. Dialog o drogové reformě má vždy tendenci sklouzávat do říše neověřených, neracionálních a mylných interpretací. V České republice je však tento dialog a promýšlení zákonů vždy vedeno s přísným ohledem na důkazy poskytované lékařskou komunitou a předními protidrogovými odborníky nevládních organizací působících v první linii.“
- Drogové služby jsou v České republice pod poměrně přísným drobnohledem hlavních garantů systému protidrogové politiky. Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky již dlouhodobě používá jako nástroj ověření odborné kvality služeb systém certifikací odborné způsobilosti (ekvivalent inspekci sociálních služeb), který zajišťuje přísnou kontrolu poskytovaných služeb. Vyhovět požadavkům standardů odborné způsobilosti je podmínkou získání dotace jak z Rady vlády ČR, tak i od ostatních příspěvatelem do tohoto systému (ministerstvo zdravotnictví, Jihočeský kraj). Pokud program poskytuje sociální služby, musí být jako sociální služba registrován a podléhá i procesu inspekci. Pokud subjekt poskytuje zdravotnické služby, musí být registrován (obvykle jako nestátní zdravotnické zařízení) a je kontrolován orgány kraje a ministerstva. Odborná úroveň služeb v Jihočeském kraji je tedy garantována z více úrovní současně (některé služby, jako například – substituční centrum – podléhá všem třem výše popsaným kontrolním mechanismům; obvyklejší je souběh standardů RVKPP a inspekci sociálních služeb – kontaktní centra, terénní programy apod.).

Nízkoprahové služby (Kontaktní centra, terénní programy):

- **Terénní programy:** Komunitní programy pro problémové uživatele drog; jejich souhrnným cílem je usnadnit zlepšení zdravotního stavu a omezit s drogami spojená rizika a poškození u jednotlivců a skupin, kteří nejsou v kontaktu s existujícími zdravotními, zdravotně-sociálními a sociálními službami a s běžnými zdravotně výchovnými (osvětovými) programy, tj. s tzv. skrytou populací. Terénní programy se zaměřují především na nitrožilní uživatele drog s cílem snížit jejich rizikové chování (sdílení injekčního náčiní, nechráněný sex) a omezit tak riziko přenosu a šíření HIV a virů hepatitidy B a C. Terénní programy mohou intervenovat již na počátku drogové kariéry uživatele, ještě předtím, než přejde k nebezpečnějším způsobům aplikace. K běžným typům služeb poskytovaných terénními programy patří: (a) výměna injekčních jehel a stříkaček, (b) distribuce dalšího náčiní pro méně rizikovou aplikaci: sterilní vodu, dezinfekční tampóny, bavlněné filtry, případně i aluminiovou fólii pro úplný odklon od nitrožilního užívání, (c) distribuce kondomů, (d) základní zdravotní

⁶ Podrobnější popis sítě služeb, její principy a vysvětlení základních pojmů nalezne případný zájemce v dokumentu „Minimální síť protidrogových služeb na území Jihočeského kraje 2012 – 2014“, odkaz: [http://www.kraj-jihocesky.cz/index.php?par\[id_v\]=346&par\[lang\]=CS](http://www.kraj-jihocesky.cz/index.php?par[id_v]=346&par[lang]=CS)

ošetření, (e) základní, tzv. kontaktní poradenství a informace, (f) distribuce zdravotně výchovných informačních materiálů, letáků, brožurek, svépomocných časopisů apod.⁷

V Jihočeském kraji působí terénní programy v těchto lokalitách: *Jihočeský streetwork Prevent* (Prevent 99, z. ú.) – dlouhodobě okresy České Budějovice, Strakonice, Prachatice. Od 1. 1. 2019 okres Jindřichův Hradec. *Terénní program pro města Český Krumlov a Kaplici* (CPDM, o.p.s. Český krumlov) – okres Český Krumlov. *Terénní program Arkáda* (Arkáda - sociálně psychologické centrum, z. ú., Písek) – okres Písek. *Auritus – centrum adiktologických služeb* (Farní charita Tábor) – terénní program doplňkově jako terénní forma poskytování sociální služby Kontaktní centrum – pro město Tábor, od 1. 1. 2019 postupně zbývající území okresu Tábor.

- **Kontaktní centra:** Kontaktní centra (KC) nabízejí své služby cílové skupině drogově závislých, která není v kontaktu s jinými zdravotními a sociálními institucemi (skrytá populace). KC překonávají psychologické a administrativní bariéry dostupnosti a umožňují této klientele přístup ke službám bez jakéhokoliv doporučení, přímo z ulice, anonymně a v neformálním prostředí, proto se též nazývají „nizkoprahová“ ("low threshold").

V Jihočeském kraji působí kontaktní centra v těchto městech: *Kontaktní centrum Prevent Strakonice* (Strakonice), *Kontaktní centrum Prevent Prachatice* (Prachatice), *Kontaktní centrum Prevent České Budějovice* (Č. Budějovice), *Kontaktní centrum Arkáda* (Písek), *Auritus – centrum adiktologických služeb* (Tábor).

- **Ambulantní léčba:** Léčba prováděná bez vyčlenění klienta z původního prostředí. Při ambulantní léčbě pacient/klient dochází do zařízení, kde se léčba poskytuje, přičemž délka kontaktu, frekvence kontaktů a doba docházení je individualizovaná, přizpůsobená jeho potřebám a zakotvená v jeho ústní či písemné dohodě (kontraktu) s terapeutem nebo se zařízením. Nejčastější formou ambulantní léčby jsou individuální rozhovory (poradenské nebo terapeutické) v délce obvykle 30-60 minut a s frekvencí 1-2x týdně. Mimořádná situace (počátek léčby, krize) může vyžadovat denní kontakt, jehož délka může být kratší, při stabilizovaném stavu se naopak intervaly mezi návštěvami prodlužují (např. 1x za 14 dní, případně ještě nižší frekvence). Skupinová forma: ambulantní skupiny se obvykle scházejí 1x týdně na dobu 1,5 hod., frekvenci 2x týdně nacházíme výjimečně. Farmakoterapie (jen ve zdravotnických zařízeních, aplikovaná lékařem) se používá jednak na počátku ke zmírnění příznaků z vysazení drogy (ambulantní detoxifikace), jednak dle potřeby i průběžně pro zmírnění doprovodných psychických příznaků, jako je úzkost, deprese nebo vztahovačnost. Spektrum možností ambulantní péče doplňuje sociální práce, rodinná terapie, klubové a volnočasové aktivity, pracovní a právní poradenství apod. Ambulantní léčba je vhodná pro pacienty/klienty s nižším potenciálem pro relaps, větší schopností sebekontroly a motivací ke změně a s podpurným nebo alespoň neškodícím sociálním zázemím. Prokázaně efektivní je ambulantní léčba s 2-3 kontakty týdně po dobu minimálně 3 měsíců, může pak plynule přecházet do ambulantního doléčování.

⁷ definice u jednotlivých druhů/typů služeb jsou použity z: Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí, kamil Kalina a kol., Úřad vlády ČR 2011

V Jihočeském kraji působí certifikované programy ambulantní léčby v těchto městech: *Adiktologická poradna Prevent a Poradna pro nelátkové závislosti (České Budějovice), Auritus – centrum adiktologických služeb (Tábor), Adiktologická poradna Jindřichův Hradec (Metha, z. ú.).*

- **Substituční léčba:** Substituce je způsob léčby, kdy je užívání původní drogy nahrazeno (téměř vždy lékařsky předepsaným) užíváním látky s podobnými účinky a vlastnostmi, avšak s výrazně menšími riziky, než původní droga. (např. heroin je nahrazen metadonem). Dále může jít o substituci škodlivého způsobu užití (cigarety nahrazeny nikotinovými náplastmi nebo žvýkačkami), případně kombinace obou způsobů (injekční aplikování heroinu je nahrazeno orálně podávaným metadonem). Cílem substituce je eliminování nebo snížení užívání určité drogy, zvláště pokud je ilegální, nebo snížení škodlivé formy a metody podávání, provázející techniky nebezpečné zdraví (např.: sdílení jehel) a snižování sociálních následků. Substituční léčba má být doprovázena psychoterapií, poradenstvím a/nebo socioterapií. Může trvat od několika týdnů k mnoha letům, někdy neohrazeně.

V Jihočeském kraji působí certifikované programy substituční léčby v těchto městech: *Substituční centrum Prevent (České Budějovice)*

- **Pobytová léčba:** Léčebné programy, při nichž klient žije v chráněném prostředí léčebného či rehabilitačního (resocializačního) zařízení. Tyto programy se snaží vytvořit pozitivní prostředí bez drog, v němž se od klientů očekává participace na individuálním poradenství a na skupinové práci, která má rozvíjet sociální a jiné životní dovednosti. Pojem se nejčastěji používá pro léčbu a resocializaci v terapeutické komunitě.

V Jihočeském kraji se nachází tyto certifikované programy pobytové léčby (terapeutické komunity): *TK Němčice (Sananim Praha), TK Karlov (Sananim Praha), TK v Podcestném mlýně (Společnost Podané ruce Brno).* Významným ústavním zařízením (program střednědobé léčby) je Psychiatrická léčebna Červený Dvůr.

- **Následná péče:** Smyslem následné péče je udržet u klienta změny, které nastaly v průběhu léčby, popř. spontánně nebo po předchozích intervencích. Následná péče může mít různé formy: Tradiční v našich podmínkách jsou tzv. opakovací léčby. Další formou následné péče jsou doléčovací skupiny. Ty se scházejí zpravidla jednou týdně a rovněž zde se setkávají klienti po ukončení základní léčby i klienti v léčbě. Jejich cílem je stejně jako u opakovacích léčeb posílení abstinence a výměna zkušeností. Následná péče může mít formu individuálních pohovorů, zajišťovaných AT ordinacemi, popřípadě K-centry nebo klinickými psychology. Také tady je kladen důraz na posilování abstinence, často však s absencí socioterapie - na rozdíl od doléčovacích programů a rekvalifikace/resocializace. Velmi důležitou roli v procesu následné péče hrají též svépomocné skupiny. Specializovaná pracoviště pro následnou péči se u nás většinou nazývají doléčovací centra. Ta zasahují širší spektrum služeb (viz heslo Doléčování). Pracují v nich multidisciplinární týmy, které umožňují flexibilně reagovat na individuální potřeby klienta. Díky tomu je následná péče intenzivnější a kratší. - Pojem „následná péče“ se z určitého pohledu kryje s pojmem „doléčování,“ užívá se však i pro péči poskytovanou po jakémkoliv dosažení abstinence (detoxifikace, spontánní abstinování).

V Jihočeském kraji působí certifikované programy následné péče v těchto městech: *Doléčovací centrum Prevent (České Budějovice) – ambulantní i pobytová forma.*

OBECNÉ PRINCIPY POSKYTOVÁNÍ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

- Obecné principy, jimiž se řídí protidrogové služby (co lze od nich očekávat, k čemu jsou dobré, kde jsou jejich hranice... apod.
 - **Dobrovolnost** – *Klienti služeb (uživatelé drog) musí sami chtít se službami spolupracovat (vyjma soudně nařízené léčby apod. – to se ale týká pouze těch pachatelů trestné činnosti, kde má užívání drog přímou souvislost s činností, za kterou jsou odsouzeni). Z toho důvodu jsou práva a povinnosti klientů v různých typech služeb do jisté míry odlišně nastavena, nabídka poskytnutých programů v rámci jednotlivých služeb musí odrážet jak přání společnosti (cesta k abstinenci), tak aktuální možnosti a potřeby uživatele drog. Nelze nikomu nařít úspěšně spolupracovat s konkrétní službou pro jeho vlastní dobro (anebo protože si myslíme, že by to pro jeho dobro bylo dobré...).*
 - **Motivace** – *Drogové služby od prvních kontaktů s klientem budují jeho motivaci k životu bez drog. Některé služby (léčba, doléčování) k tomu směřují přímo, některé služby (především nízkoprahové služby, substituce) klienta na tuto cestu motivují, připravují. Vzhledem k individuálním rozdílům, které se nachází u ostatní populace stejně jako u uživatelů drog, je to proces, který klade vysoké nároky na odbornost poskytovatelů služeb, a výsledky nejsou nikdy předpověditelné. Závislost je stav, do kterého se člověk, který užívá drogu/y, relativně dlouhou dobu propracovává... Změna směrem k abstinenci bývá zpravidla stejně zdlouhavá, a motivovat uživatele drog k této změně, nebo jej na ní doprovázet, není jednoduchý proces.*
 - **Anonymita:** Služby neposkytují nikomu konkrétní údaje o svých klientech. Je to jeden z nezákladnějších principů adiktologických služeb, proto vznikly v této podobě. Bez respektování tohoto principu by nemohly fungovat. **Je to naprosto základní princip i z pohledu jejich klientů, bez důvěry klientů by služby neměly smysl, nebyly by využívány.**

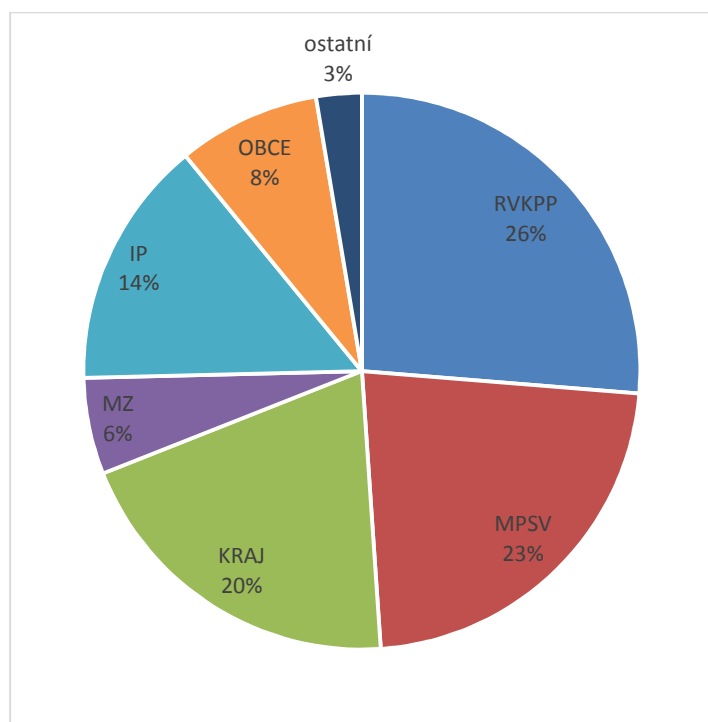
1. 3 Popis stávajícího stavu financování služeb v Jihočeském kraji

- Kolik to všechno stojí, jestli to stačí.... meze současného stavu financování služeb v podmínkách ČR
 - Kolik stojí všechny protidrogové služby v Jihočeském kraji (údaje za rok 2017, mimo terapeutických komunit)

▪ Celkem	28 340 759 Kč	100 %
▪ Kraj	5 620 000 Kč	20 %
▪ Obce	2 314 224 Kč	3 %

Současný způsob financování protidrogových služeb v ČR je poměrně složitý a podílí se na něm celá řada institucí. Největší přispěvatel do sítě služeb byla v roce 2017 Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky 26 %, prostředky ze státního rozpočtu na podporu sociálních služeb (MPSV) celkem 23 %, Jihočeský kraj 20 % celkových nákladů služeb. Prostředky z Individuálního projektu Jihočeského kraje (OPZ, pouze terénní programy) 14 %, obce 8 %, ministerstvo zdravotnictví 6 %. Ostatní zdroje (nadace, dary apod.) činily 3 % nákladů sítě.

GRAF: přehled míry spoluúčasti na financování protidrogových služeb na území Jihočeského kraje v roce 2017



Pozn.: Pro tento přehled nebereme v úvahu náklady na terapeutické komunity - jedná se o služby s celostátní spádovostí, na území Jihočeského kraje se z historických důvodů usídlily tři služby tohoto druhu, na území jiných krajů naopak chybí vůbec. Nejsou započteny náklady na medicínskou léčbu závislostí, financovanou z prostředků veřejného zdravotního pojištění.

Co se **kontrolních mechanismů v oblasti finanční tíče**, rozpočty služeb jsou kontrolovány dlouhodobě a průběžně všemi hlavními donory. Je možné konstatovat, že po stránce finanční (jedná se o prostředky z veřejných rozpočtů) jsou jednotliví poskytovatelé služeb pod stejně přísným dohledem jako po stránce odborné úrovně poskytování služeb.

- Základem je předběžná kontrola projektové žádosti, po ukončení projektu (obvykle dotace na službu na každý jednotlivý kalendářní rok) každý dárce kontroluje písemné vyúčtování projektu, obvyklé jsou veřejnosprávní kontroly na místě. Nesprávné využití finančních prostředků (nebo nedostatečné vyúčtování apod.) může mít za následek, kromě dalších sankcí, vyřazení dotčeného programu z dalších dotačních řízení na následující období, od roku 2002, tedy od převzetí regionální koordinace protidrogové politiky Jihočeským krajem u stávajících služeb tento případ nenastal.
- Další kontrolu u poskytovatelů služeb vykonávají pravidelně (někdy každoročně) tyto instituce: Finanční úřad, Česká správa sociálního zabezpečení apod.
- V roce 2013 proběhla rozsáhlá plošná kontrolní akce NKÚ⁸, která se týkala oblasti financování protidrogové politiky v ČR. Byly kontrolovány i některé služby v Jihočeském kraji. Citace: „NKÚ u dotací na protidrogovou politiku nenašel vážné chyby“ (Deník CZ, 10. 6. 2013).

⁸ Viz: http://www.denik.cz/z_domova/nku-u-dotaci-na-protidrogovou-politiku-nenasel-vazne-chyby-20130610.html

„Praha – Prostředky na financování protidrogové politiky jsou v Česku vynakládány hospodárně. Zjistil to Nejvyšší kontrolní úřad (NKÚ), který při prověrce činnosti vládních institucí i příjemců dotací za období 2010 až 2011 odhalil jen méně vážná pochybení.“

1. 4 Doplnění - poznámky k efektivitě financování protidrogových služeb

Odmítání protidrogových služeb a snižování jejich přínosů společnosti je zpravidla odůvodňováno ideologickými argumenty. Její součástí může být také nepoučená a často prvoplánová argumentace ohledně jejich neefektivity a významné ekonomické nákladnosti (obvykle se tyto způsoby argumentace prolínají). Ve skutečnosti existuje řada odborných studií, které dokazují významné ekonomické přínosy těchto služeb a poukazují na celospolečenskou výhodnost řešení této problematiky cestou snižování rizik, léčby uživatelů drog, podpory jejich sociálního okolí.

Zjednodušený model hodnocení efektivity poskytování protidrogových služeb pracuje s tím, že osoba závislá na drogách bez jakékoli intervence zvenčí působí sobě i svému okolí velké množství škod různého druhu. Tyto škody dopadají na samotného uživatele a patří k nim riziko předávkování touto drogou, zdravotní komplikace spojené s užíváním drog, stejně jako úmrtí způsobená nebezpečnější/ neznámou látkou a dalšími příměsemi. Na společnost jsou přenášeny v podobě sdílených nákladů zdravotního systému, ekonomických nákladů ušlé produktivity a nehmotných nákladů spojených se ztrátou lidského života.

Injekční uživatelé drog jsou současně ohroženi infekčními onemocněními, která vychází přímo z jejich životního stylu (krví přenosné nemoci, sexuálně přenosné nemoci atd.). Infekční onemocnění se mohou z komunity uživatelů drog relativně snadno přenést do většinové společnosti - především se jedná o přenos nejnebezpečnějších infekčních onemocnění (HIV – AIDs, ale i další pohlavně přenosné nemoci). Služby snižování škod v této souvislosti působí jako primární nástroj ochrany veřejného zdraví.

Uživatel nelegálních drog je také rizikový z hlediska páčání trestné činnosti (tzv. primární drogové kriminality, pod kterou spadá výroba a prodej drog, stejně jako tzv. sekundární drogové kriminality, kterou představuje další trestná činnost související s organizovaným zločinem nebo významnou majetkovou trestnou činností – ta je podmíněná především potřebou sehnat finanční prostředky na drogu samotnou). Další složkou společenských nákladů je násilná trestná činnost. Na rozdíl od alkoholu, který je významným faktorem pro násilné chování jeho uživatelů, v případě nelegálních drog jsou jejich uživatelé v řadě případů naopak sami oběťmi trestné činnosti (jejich závislost je mnohdy zneužívána dalšími – typicky nucení k prostituci, krádeže na objednávku, podvody – „bílí koně“ atd.). V této souvislosti vznikají pro společnost tzv. náklady vymáhání práva vynakládané ze státního rozpočtu na potlačení této kriminality, a dále potom náklady spojené s ušlou produktivitou uvězněných osob, stejně jako náklady spojené se ztrátami na majetku, nebo s jeho poškozením.

Významným ohrožením je/ může být i souvislost užívání drog a výkonu povolání (výkon některých činností pod vlivem návykové látky může být pro okolí významně ohrožující – obsluha strojů atd.), řízení motorového vozidla, násilná trestná činnost apod. (k tomu je ale nutné dodat, že v řadě případů jsou naopak uživatelé drog sami oběťmi trestné činnosti, jejich závislost je mnohdy zneužívána dalšími – typicky nucení k prostituci, organizované trestné činnosti – krádeže na objednávku, podvody – „bílí koně“ atd...).

Zjednodušeně lze říci, že práce s osobami závislými na drogách (nebo problémovými či rizikovými uživateli) přináší dva druhy úspor: **úspory teď** (v blízkém časovém horizontu) a **úspory v budoucnosti** (snížení nákladů, které by v budoucnosti nastaly, kdyby se problém neřešil včas). Typické konkrétní příklady:

úspory teď: uživatel v léčbě (substituční nebo orientované k abstinenci) má mnohem menší potřebu páchat především majetkovou trestnou činnost, neboť nepotřebuje prostředky na opatření návykové látky.

Příklad: I ti policisté, kteří nemají důvod mít tuto cílovou skupinu v lásce, připouštějí, že zavedením substituce v ČR kolem roku 2006 v městech s významným počtem uživatelů opiátů, především heroinu, výrazně poklesl počet typických drogově motivovaných trestných činů, především vloupání do aut, vloupání a krádeží.

Příklad: Uživatel drog v ústavní léčbě je pro společnost „lacinější“, než uživatel drog ve vězení, i když rozdíly v nákladech nejsou extrémně významné (nejedná se o úsporu v násobcích). Při počtu osob, které v současné době potřebují v ČR léčbu, se již ale nejedná o zanedbatelnou částku. Další přínos je ale již dlouhodobý. Uživatel drog v léčbě má mnohem větší potenciál užívání drog opustit, a tím se i nevrátit k trestné činnosti (a do vězení), než uživatel drog ve výkonu trestu. Konkrétní výsledky vědeckých studií ohledně efektivity služeb:

Jaké jsou výnosy (benefit) z prostředků vynaložených na léčbu závislosti (cost)? COST – BENEFIT analýza (CBA)

Godfrey, C., D. Stewart, et al. (2004) – „NTORS“

náklady na jednoho uživatele nelegálních drog 2 roky před vstupem do léčby a 2 roky po léčbě + náklady na další zdravotní péči, náklady na kriminalitu (snížení o 27 mil GBP X zvýšení nákladů na léčbu o 1,5 mil GBP)

1 : 18, aneb za každou libru na léčbu uživatelů drog dochází k úspoře 18 liber z veřejných prostředků

Jaké jsou náklady (cost) na získaný užitek ze substituční léčby (utility)? COST-UTILITY analýza (CUA)
Zaric (2000)

efektivnost metadonová substituce na prodloužení života (díky snížení počtu onemocnění HIV a hepatitidy C, a snížení míry předávkování)

dopad na QALYs (kvalitní léta získaného života) – Léta získaného života: úmrtnost uživatelů drog 63 x vyšší, než v obecné populaci, v programu jen 12 x vyšší → 5,5 X nárůst pravděpodobnosti přežití. Získaná kvalita života uživatele 0,8 X v substituci 0,9

3 300 – 9 100 USD / QALY hodnota jednoho QALY v USA je 80 000 USD

1 : 9 až 1 : 24, za každý USD vložený do substituční léčby získá SPOLEČNOST 9 až 24 USD

úspory v budoucnosti: Kupodivu je stále kontroverzním tématem problematika snižování rizik, tedy přímo výměna injekčního materiálu injekčním uživatelům drog. Přesto jsou v této oblasti dlouhodobé přínosy velmi výrazné. Odborným odhadem náklady pouze na léky pro nemocného AIDS pohybují kolem 25 – 30 000 Kč měsíčně ([http://respekt.ihned.cz/index.php?p=R00000_print&article\[id\]=51884550](http://respekt.ihned.cz/index.php?p=R00000_print&article[id]=51884550)). Náklady na komplexní léčbu budou mnohem vyšší. Náklady na léčbu nemocného žloutenkou typu C se odhadují na cca 500 000 Kč/rok.

Přítom právě systematickou podporou programů snižování rizik si odborníci vysvětlují, že „narkomanů (nakažených HIV) je ve srovnání s jinými evropskými zeměmi (v ČR) poměrně málo“ (viz předchozí odkaz).

Konkrétní výsledky vědeckých studií ohledně efektivity služeb:

Jaké jsou náklady (cost) na jednu odvrácenou infekci HIV (effect)? COST-EFFECTIVENESS analýza (CEA) Laufer, F. N. (2001)

7 výměnných programů ve státě New York, celkové roční náklady 2 miliony USD, odvrácení 87 HIV případů - 20 100 USD by stála jedna odvrácená infekce HIV

Ušetřené náklady na léčbu HIV by byly 200 000 USD. Poměr je mezi 1 : 6 až 1 : 10, tj. za každý dolar na program snižování rizik (Harm reduction) se jich ZDRAVOTNICTVÍ vrátí 6 až 10

Uvedené příklady jsou pochopitelně kusé, souhrnná studie efektivity, vytvořená speciálně pro podmínky ČR není momentálně k dispozici. Nicméně k dispozici je studie společenských nákladů (www.adiktologie.cz/naklady), která identifikuje celospolečenské náklady spojené s užíváním alkoholu, tabáku a nelegálních drog v ČR za rok 2007. Existují i další náklady, které jsou obtížně kvantifikovatelné, nebo nejsou brány v potaz – mezi ně patří konkrétní a dlouhodobé dopady neřešení této problematiky na život místních komunit. Jsou jimi například zvýšené náklady na bezpečnostní opatření (počty městských policistů, všeobecně zvýšené náklady na zabezpečení veřejného i soukromého majetku), dopad na zdravotní stav komunity jako celku (s tím souvisí ekonomický potenciál), vnímání komunity jejími obyvateli jako přijatelné místo k životu a realizaci ekonomických aktivit (odliv těch, kdo si to mohou dovořit, odliv ekonomických subjektů).

Problémem při efektivním rozhodování o financování programů protidrogové politiky bývá, že náklady na prevenci často nesou jiné subjekty než ty, kteří mají z jejich výsledků přímý ekonomický prospěch (například zdravotní pojišťovny a obecně zdravotnické systémy se v české republice nepodílí na financování programů snižování rizik, a jsou tak tzv. „černými pasažéry“ systému prevence drogových závislostí – přitom k úsporám v souvislosti s těmito programy dochází právě v sektoru zdravotnictví).

Analogií budiž kupříkladu prevence v dopravě – školy a další školské instituce a jejich zřizovatelé realizují (a nesou finanční náklady s tím spojené) výuku bezpečného chování v dopravě, aby primárně chránili zdraví a životy svých žáků, protože to je pro ně důležitější, než uvažovat, že tím mimo jiné šetří finanční prostředky komerčních pojišťoven.

Na úrovni místní drogové politiky by k drogové problematice mělo být přistupováno obdobným způsobem – místní a regionální rozpočty spolufinancují programy péče o uživatele drog a ochrany veřejného zdraví nikoli na principu výnosů pro místní rozpočet, ale z důvodu ochrany a dobré správy komunity.

ČÁST 2 – VLASTNÍ MODEL SPOLUFINANCOVÁNÍ PROTIDROGOVÝCH SLUŽEB ZE STRANY SAMOSPRÁV

2. 1. Odůvodnění potřeby spolufinancování

Představovaný Model financování operoval v roce 2014 s částkou cca 25 mil. korun, jako částkou potřebnou pro adekvátní financování sítě adiktologických služeb v Jihočeském kraji. Tato síť ovšem z podstatné části fungovala v roce 2012 za reálnou částku 19,6 mil. korun. V roce 2017 činily náklady na síť služeb celkem 28,3 mil. Kč, ovšem optimální výši nákladů na zajištění stávajících služeb lze odhadnout na cca 35 mil. Kč, největší část činí osobní náklady pracovníků v přímé péči, na nárůstu v uvedeném období má největší podíl růst osobních nákladů.

Tento deficit se projevuje v posledních letech především v těchto dvou oblastech:

- **Poddimenzovaný personálem ve službách**
 - Cože je dáno jednak nedostatečnou personální kapacitou v některých službách, jednak **odměnou** – téměř **95%** personálu adiktologických služeb jsou profesionálové s **vysokoškolským vzděláním**, velké procento jsou certifikovaní psychoterapeuti, někteří psychologové i lékaři. Odměna těchto profesionálů je však nesrovnatelná s odměnou, která se nabízí v jiných profesích, u jiných zaměstnavatelů. Tato situace musí být dlouhodobě řešena, neboť jsou služby akutně **ohroženy potenciálním odlivem profesionálů z tohoto segmentu služeb**.
 - **V podstatě velmi omezeným prostorem pro vznik nových služeb v regionech, kde není dostatečně zajištěna jejich dostupnost, nebo i vznikem služeb pro nové cílové skupiny;**
 - Mezi lety 2014 – 2018 vznikly pouze dvě zcela nové služby – Poradna pro nelátkové závislosti Prevent (pro hráče a sázkaře, ve městě České Budějovice), a Adiktologické služby ve vězení Prevent (Vazební věznice České Budějovice). Obě s výraznou podporu ze strany rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky.
- Odůvodnění této podoby modelu
 - Výhodou je přehlednost, jednoduchost, spravedlnost. Užívání drog není výsadou nebo specifíkem konkrétních skupin osob, nelze je definovat bydlištěm, sociálním, vzdělanostním nebo jiným statusem nebo je rozpoznat před tím, než nastoupí cestu užívání drog podle jiných charakteristik. Užívání drog je problém, který je (nejen) v české republice rozprostřen plošně, a ve všech vrstvách obyvatelstva. Proto považujeme za spravedlivé, a efektivní, když se na řešení tohoto problému budou podílet všechny úrovně (od jednotlivých obcí až po stát). Tento model má znaky jakéhosi systému „pojištění“ obcí, respektive jejich občanů. Je postaven na principu alespoň základní dostupnosti základních služeb v této oblasti, tak, aby v případě potřeby byly dostupné komukoli, kdo je potřebuje. Model má spolupomoci zajistit **kontinuální fungování potřebných a odborně zdatných služeb, jejich předvídatelné a stabilní financování**.
 - Důležitou složkou tohoto modelu je akceptování jeho administrativní jednoduchosti, která minimalizuje finanční náklady na jeho provoz. Jde o to, aby se co největší část získaných finančních prostředků dostala do přímé práce s klienty, nikoli aby se její podstatná část (podle zkušeností z Libereckého kraje až 30 – 40 %) vyplývala na vytváření dalších dokumentů, kopírování a korespondenci (což mimo nákladů na papír a poštovné znamená pochopitelně i náklady na lidskou práci). *Pokud by se podařilo v rámci tohoto modelu získat finanční*

prostředky v plánované výši, mohlo by to znamenat rozšíření služeb do více menších regionů a posílení těch stávajících, odhadem možná i o 8 – 10 úvazků v přímé práci s klienty (především u nízkoprahových služeb). Je to lepší varianta, než aby přibylo pouze pět pracovníků v přímé péči, a pět pracovníků v administrativě poskytovatelů služeb (pro konkrétní představu – v Jihočeském kraji je 623 obcí. Model je nastaven tak, že by obce měly být minimálním způsobem přispět na pět základních služeb, ale v případě, že by se neřešila administrativní jednoduchost tohoto modelu, by to mohlo v konečném důsledku znamenat až několik tisíc souborů dokumentů /žádost + závěrečná zpráva + vyúčtování apod... / ročně ke každé službě. Pro lepší představu – vznikla by potřeba vytvořit asi 20 těchto souborů dokumentů každý pracovní den – k dosavadní běžné administrativě poskytovatelů služeb).

Situace 1: Každá z cca 630 obcí vyžaduje každoročně smlouvu, konkrétní vyúčtování, kopie dokladů, lokálně příslušnou závěrečnou zprávu a výroční zprávu organizace, případně kontrolu na místě. (Výpočet vychází z kalkulace 300,-/h (5,-/min), což je odhadovaná cena všech provozních nákladů spojených s chodem organizace nebo instituce na 1 hodinu práce jakéhokoli pracovníka průměrně).

• Vypracování (v dalších letech úpravy a kontroly smlouvy) obec (30 min)	150,-
• Vypracování (v dalších letech úpravy a kontroly smlouvy) poskytovatel služby (30 min)	150,-
• Vedení dotace odděleně (vč. Účelového plnění a účetního zpracování) (30 min)	150,-
• Zpracování lokálně příslušné závěrečné zprávy (20-60 min)	100, - -(300,-)
• Průměr za kopírování orig. dokladů (při cca 1.000 dokladech celkem)	(20,-)
• Rozúčtování hromadných dokladů	(50,-)
• Výroční zpráva organizace (zpracování a tisk)	80,-
• Zpracování vyúčtování dotace (30 min)	150,-
• Oboustranná korespondence (smlouvy, závěrečná a výroční zpráva, vyúčtování atd.)	50,-
• Související administrativní úkony (30 min)	150,-
• CELKEM:	980 – (1.250,-) Kč

Násobeno 630 obcemi docházíme k částce ve výši mezi **617 a 787 tisíce korun**, již **pohlít** výše manifestovaná **administrativa**.

Kdyby měly všechny **obce fyzicky kontrolovat** svou dotaci na místě a tato kontrola by zabrala pouze 1 hodinu přítomnosti statutárního zástupce, ekonoma a účetní (standardní složení) a pouze 1 hodinu přípravy (pouze ekonom) – ze strany příjemce dotace; a 2 hodiny 1 pracovníka ze strany poskytovatele dotace, navýší se administrativní zátěž o dalších **více než 1 100 000 Kč**.

Nereflektovaným lpěním na administrativě, která není nutná, můžeme z dotací určených na péči o klienty odčerpat až 10 – 30% finančních prostředků.

Při akceptaci modelu (Dodatek 2.) navrhujícího dlouhodobé smlouvy, kumulovaného účetního vedení dotace, hromadné účetní sjetiny s vyznačením dotace a elektronické komunikace **bude administrativní zátěž představovat 100 – 200 tis. korun (cca ½ - 1 h / obec).**

Situace 2: Každá z cca 630 obcí akceptuje dlouhodobou smlouvu, kumulovanou účetní sjetinu, elektronicky Závěrečnou zprávu určenou pro Radu vlády pro koordinaci protidrogové politiky (RVKPP) a Jihočeský kraj a namátkovou hromadnou kontrolu.

V tomto případě by každá z obcí obdržela scan účetní sestavy z uzavřeného účetnictví, kde prostředky získané na zakázce „obce“ budou prokázány ve stejné výši jako „vydané“. Dále obec obdrží v elektronické podobě Výroční zprávu organizace a Závěrečnou zprávu pro RVKPP.

Příjemce dotací bude povinen podrobit se hromadné kontrole, a to napříč jednotlivými obecními dotacemi, vybranou kontrolní skupinou složenou ze zástupců více obcí. **Tato verze zatíží systém max 100 - 200 tis. korun.**

Pozn.1: Tyto modelové příklady nákladnosti administrace byly vypočteny na základě kvalifikovaného odhadu největšího poskytovatele služeb –Prevent 99, z. ú.

Pozn. 2: Příklad pochází z roku 2014, pro aktuální období je nutné počítat s náklady o cca 25 – 30 % vyššími.

2. 2. Role aktérů modelu

ROLE KRAJE

- V protidrogové politice obecně: **Kraj realizuje protidrogovou politiku v samosprávné působnosti** – tedy je v této problematice partner vlády, nikoli podřízený článek.)
 - **V tomto modelu:**
- Garant spolufinancování (5 620 000 Kč v roce 2018). Garant komunikace mezi službami a obcemi. Dohled nad odbornou úrovní služeb, jejich efektivním fungováním. Spolupráce na národní úrovni – obhajoba zájmů občanů kraje, poskytovatelů služeb i samospráv (především prostřednictvím aktivní účasti na dotačních řízeních na celostátní úrovni – RVKPP, ministerstva apod. – otázka financování služeb. Aktivní účast při přípravě strategických dokumentů, zákonných opatření apod.

ROLE OBCÍ

- V protidrogové politice obecně: **Obce realizují protidrogovou politiku v samosprávné působnosti** – tedy jsou v této problematice partnerem kraje.
- **V tomto modelu:** Garant spolufinancování (2 314 224 Kč v roce 2017). Spolupráce na regionální i krajské úrovni – obhajoba zájmů a potřeb obyvatel, ale i místních správních orgánů (především prostřednictvím MěÚ ORP – OSPOD, sociální pracovníci obcí, případně městské policie a místní vzdělávací instituce apod.). Partner poskytovatelů místních služeb na místní úrovni (nejen prostřednictvím spolufinancování, ale i aktivní účasti na dotačních řízeních na vyšší úrovni – kraj, RVKPP, ministerstva apod. – především prostřednictvím místních protidrogových koordinátorů/ ORP).

ROLE POSKYTOVATELŮ SLUŽEB

- V protidrogové politice obecně: Konkrétně a věcně naplňují opatření protidrogových politik jednotlivých subjektů státní správy a samosprávy (naplňování cílů jednotlivých Strategii a jejich akčních plánů, především v oblasti přímé práce s uživateli drog (a ostatními). **Naplňují společenskou objednávku.**
- **V tomto modelu:** Podílejí se na naplňování Strategie protidrogové politiky Jihočeského kraje a souvisejících dokumentů. Podílí se na řešení konkrétní situace v oblasti užívání drog v konkrétních místech a regionech, v mantinelech standardů odborné způsobilosti a podle aktuálních vědeckých poznatků pracují (i přímo v terénu) s uživateli drog. Spolupracují s Jihočeským krajem a jednotlivými místními samosprávami. Jsou partnery místních samospráv a jimi zřízených institucí, informují je o své činnosti a situaci v jednotlivých konkrétních lokalitách, přijímají podněty pro svou práci... apod.

2. 3. Vlastní popis modelu spolufinancování

Základní principy modelu

- Zapojení všech obcí v kraji (624 obcí)
- Přepočítání na počet obyvatel (cca 638 000 obyvatel v kraji)
- Diferenciace finanční zátěže podle dostupnosti a pokrytí službami

Základním principem tohoto „Modelu“ je podíl všech obcí Jihočeského kraje na financování konkrétních služeb, poskytovaných v jejich regionu (za spádovou oblast terénních a ambulantních služeb byl zvolen okres) **a jejich občanům podle jednoduchého klíče.** Ten spočívá v částce, vypočtené podle počtu obyvatel obce (v jednotkách Kč na jednu osobu, podle charakteru konkrétního druhu služby). Výše příspěvku se vztahuje ke kalendářnímu roku.

Další principy modelu jsou:

DOBROVOLNOST Jsme si vědomi toho, že Jihočeský kraj nemá žádné zákonné prostředky, jak obce k přistoupení do tohoto „Modelu“ „donutit“, a neměl to ani nikdy v úmyslu. Kraje realizují, stejně jako obce, protidrogovou politiku na svém území v samosprávné působnosti. Chceme tedy obce k přijetí tohoto „Modelu“ motivovat, a to i tím, že se sami budeme zde popsanými principy a zásadami řídit, a zároveň ve stejném duchu budeme, tak jako dosud, spolupracovat s ostatními institucemi, především na celostátní úrovni;

SPRAVEDLNOST Jak již bylo zmíněno, do této chvíle se ze samospráv na území Jihočeského kraje na spolufinancování protidrogových služeb podílí především obce s rozšířenou působností, případně další větší města či obce. Jejich obyvatelé však nejsou jediní, kteří těchto místních služeb využívají;

PŘEHLEDNOST „Model“ spolufinancování popisuje jednoznačně, přehledně práva, povinnosti a případně odpovědnost všech jeho (dobrovolných) aktérů;

JEDNODUCHOST A EFEKTIVITA V doprovodných přílohách k metodice „Modelu“ jsou nabídnuta jednoduchá, typová řešení a vzory hlavních dokumentů – žádosti o příspěvek, smlouvy, návrh realizovat kontroly poskytnutých prostředků hromadně, formulář závěrečné zprávy atp. Apelujeme na všechny aktéry, pokud to bude z jejich pohledu možné, aby těchto návrhů využili;

ODBORNOST Jako podporované služby jsou zvolené pouze takové služby, které jsou držiteli certifikátu odborné způsobilosti Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, a jako takové jsou zároveň podporovány z úrovně Jihočeského kraje; tedy jsou součástí Minimální sítě protidrogových služeb na území Jihočeského kraje. Proces certifikací odborné způsobilosti služeb je v ČR na vysoké úrovni, a ČR je v této oblasti hodnocena i na mezinárodní úrovni jako vzorový příklad; model certifikací je přejímán i dalšími zeměmi v Evropě. Považujeme jej za důvěryhodný a akceptujeme jej jako měřítko odborné úrovně jednotlivých služeb.

Diferenciace podle dostupnosti (Kč/ obyvatel; výhradně certifikované služby)

Původní model – od roku 2014 do konce roku 2018

Tabulka 1: Původní podoba modelu (do konce roku 2018, v Kč)

Terénní program v okrese	Terénní program (působí s KC v místě)	Kontaktní centrum v místě	Kontaktní centrum v okrese	Substituční léčba v okrese	Ambulantní léčba v okrese	Doléčovací program v místě
5,00	2,00	8,00	1,00	2,50	2,50	2,00

Aktualizovaný model – k 1. 1. 2019

VÝPOČET: V průběhu let 2017 - 2018 došlo nařizením vlády k významnému navýšení mezd sociálních pracovníků. V součtu se jednalo o navýšení mzdových tabulek o celkem 34%. Výpočet níže připočítává k původním výším 27,2% dle logiky:

Z celkových nákladů služeb činí osobní náklady 80 %, tudíž původní výše spoluúčasti na obyvatele je nejprve ponížena na 80 %, a k takto získané výše je dopočteno 34% navýšení mezd. Nakonec je opět připočteno 20 % provozních a ostatních nákladů služby.

Konkrétní příklad výpočtu:

- **1 Kč** nákladů služeb se v průměru skládá z: 80 % mzdových nákladů a 20 % provozních/ ostatních nákladů;
- 0,80 Kč (podíl mzdových nákladů z rozpočtu)*1,34 (navýšení mezd)=1,07 (mzdové náklady po navýšení);
- 0,2 (provozní náklady rozpočtu)+1,07 (mzdové náklady po navýšení)=**1,27 Kč**

Tabulka 2: Aktuální podoba modelu (od 1. 1. 2019, v Kč)

Terénní program v okrese	Terénní program (působí s KC v místě)	Kontaktní centrum v místě	Kontaktní centrum v okrese	Substituční léčba v okrese	Ambulantní léčba v okrese	Doléčovací program v místě
6,36	2,54	10,18	1,27	3,18	3,18	2,54

KONKRÉTNÍ PŘÍKLADY:

Obec „A“ (22 951 obyvatel = 12,72 Kč / na obyvatele = 291 936,72 Kč)

- Kontaktní centrum (KC) v místě 233 641,18 Kč
- Terénní program (TP) v místě 58 295,54 Kč

Obec „B“ (8 344 obyvatel = 7, 63Kč / na obyvatele = 63 664,72 Kč)

- Kontaktní centrum (KC) v okrese 10 596,88 Kč
- Terénní program (TP) v okrese 53 067,84 Kč

Obec „C“ (1 350obyvatel = 13,99 Kč / na obyvatele = cca 18 886,5 Kč)

- Terénní program (TP) v okrese 8 586 Kč
- Kontaktní centrum (KC) v okrese 1714,5 Kč
- Ambulantní léčba (AL) v okrese 4 293 Kč
- Substituční léčba (SL) v okrese 4 293 Kč

2. 4. Praktická aplikace modelu

2. 4. 1 Způsob financování

- Žádost o příspěvek:
 - Podávají konkrétní realizátoři na konkrétní služby (podle dohodnutého modelu, výhradně na dohodnutou částku, 1* ročně)
- Způsob proplacení
 - Na základě **žádosti o příspěvek** proplácí obce (je možné informovat o tom Jihočeský kraj, není podmínkou – za podrobnou zprávu o spolufinancování odpovídají poskytovatelé služeb)
 - Bude-li obec trvat na **spolufinancování služeb prostřednictvím vlastního systému grantových či dotačních řízení**, je toto možné (pravděpodobně se to ale bude týkat jednotek obcí). V každém případě ale je potřebné v případě navrhování/ přidělování finančních prostředků vážít roli obce v navrženém modelu.

2.4.2 – Způsob vyúčtování příspěvku

- **Finanční část**
- **V podvojném účetnictví, ve kterém vedou služby vícezdrojové financování, jsou jednotlivé finanční zdroje vedeny jak „zakázky obec X, obec Y, obec Z...atd.“. Z logiky tohoto postupu by se nabízelo takto pokračovat, ovšem není možné takto vést desítky až stovky obcí (respektive by to možné bylo, ale za cenu významného nárůstu administrativy – a naší snahou je snažit se co nejvíce prostředků vložit do přímé práce s uživateli služeb, nikoli do služeb účetních, ekonomických, administrativních). Na druhou stranu je nutné vést účetnictví tak, aby bylo transparentní čerpání každé dotace.**
- Nabízí se řešení **kumulovat všechny dotace z obecních rozpočtů pod jednu „zakázku“**. Pokud dle smluv víme, že má konkrétní služba v součtu od všech obcí obdržet např. 100 000 Kč, zaúčtování bankovních transakcí toto potvrdí a na straně nákladů se v součtu opět objeví částka 100 000 Kč, tvrdíme, že pokud byl dodržen sjednaný účel (což je okontrolovatelné na sjetině), nemůže být pochyb, že také například 156,- korun z obce „Obec“, (obsažených v oněch 100 000 Kč) bylo správně vyčerpáno. Pochyby mohou nastat v případě, pokud bychom chtěli poskytovatelům služeb nedůvěřovat, že dodržují další právní normy.
- **Věcná část:** Bude se lišit od druhu služby. Základem bude věcná část Závěrečné zprávy pro Radu vlády pro koordinaci protidrogové politiky (bez podrobné části finanční).
 - Základní zásady:
 - **ÚDAJE BUDOU VŽDY ANONYMNÍ** (v první řadě nelze uvádět jména nebo podobné údaje, podle nichž budou klienti programů identifikovatelní – tedy ani kódy apod.);
 - **ÚDAJE BUDOU ODPOVÍDAT REALITĚ, BUDOU KONTROLOVATELNÉ** (a budou/ jsou kontrolovány – garantem je RVKPP ve spolupráci s krajem);

- **ÚDAJE BUDOU VEŘEJNÉ** (obec je bude moci zveřejnit, dále s nimi pracovat – ve svých strategických dokumentech v oblasti protidrogové politiky, sociálních služeb – SPRSS apod.). Poskytovatelé je budou zveřejňovat na svých webových stránkách;
- **PRAKTICKY:** s ohledem na administrativní náklady (viz. výše) budou primárně poskytovány v elektronické podobě, pokládáme tuto podobu za dostatečnou (v listinné podobě považujeme za dostatečné, pokud budou k dispozici na Krajském úřadě Jihočeského kraje – jeden doklad a jedno poštovní místo 623 a více...)
 - **Terénní programy** podrobně popíší v textové části poskytování služby v menších obcích, kde pracují, včetně základních údajů (počet klientů, počet IUD, počet kontaktů, testů, vyměněného injekčního materiálu v každé obci – možno doplnit o další údaje /nalezené jehly, odkazování do dalších služeb, konzultace se sociálními pracovníky obcí, MěPo atd... /).
 - U **kontaktních center** se bude jednat o údaje za okres, kde působí
 - U **ambulantní léčby a ambulantního doléčování** jsou to údaje za celý kraj. (U pobytové složky doléčování v podstatě celá ČR...)
 - U **substituční léčby** se v podstatě z logiky poskytování služby jedná o údaje za České Budějovice (denní docházka je ze vzdálenějších míst v podstatě nereálná – na druhou stranu je dobré si uvědomit, že substituční léčba metadonem je dostupná pouze v Českých Budějovicích, tedy do léčby přitahuje uživatele opiátů z celého kraje, ti jsou mnohdy ochotni změnit bydliště jen proto, aby mohli být léčeni v tomto programu. Tedy se nejedná primárně pouze o občany města.)

Výroční zpráva bude ve formátu VZ RVKPP (závěrečná zpráva, tedy za proběhlý kalendářní rok; bez samostatné finanční části), důraz bude kladen na rozšířený popis dvou oblastí:

- U TP – popis místních scén, oddělení výkonů v jednotlivých obcích;
- U ostatních (ambulantní služby): zmínit – lze-li to, klienty s bydlištěm mimo samotnou obec, kde je služba poskytována, jako zvláštní kapitolu pojednat NEUŽIVATELE DROG – popsat práci s rodiči, blízkými a s dalšími organizacemi (OSPOD, sociální kurátoři, Probační a mediační služba apod. – další role drogových služeb v regionu a sociálním systému) apod. – podpora, prevence (případně informativní programy ve školách, vzdělávání ostatních spolupracujících profesí apod...).

2.4.3 – Kontrola vyúčtování

Kontrola využití dotací

Speciální kontrolní orgán: Celý systém by mohl být **kontrolovaný orgánem složeným z ekonomických odborníků obcí a kraje**. Tento orgán by měl **smluvně ukotvený přístup do účetnictví** dotovaných služeb a prováděl by namátkovou kontrolu zaúčtování, bez předem určeného rozsahu a počtu kontrol (tento návrh pochopitelně nevyklučuje samostatné kontroly od jednotlivých poskytovatelů příspěvků, pouze nabízí efektivnější řešení).

Kontroly dalších orgánů

Každá organizace podstupuje každoročně mnoho kontrol hospodaření a kvality. **Máme za to, že namátková kontrola (viz výše) dohromady s akceptací skutečnosti, že každá organizace poskytující sociální služby je povinna se řídit mnoha dalšími právními normami a také skutečnosti, že jejich dodržování je pravidelně kontrolováno kompetentními orgány, mohou tvořit přesvědčení o hospodárném a účelově správném využití finančních prostředků.**

Pro příklad uvádíme soupis kontrol, realizovaných na místě v roce 2012 u jediného poskytovatele. Kontroly proběhly bez negativních nálezů.

- Ministerstvo zdravotnictví 1x
- KÚ – krajský protidrogový koordinátor 1x
- Finanční úřad 1x
- Všeobecná zdravotní pojišťovna 1x
- Okresní správa sociálního zabezpečení 1x
- Magistrát města České Budějovice 1x
- Finanční audit 1x
- Město Volary 1x
- Certifikace (hodnocení kvality) v roce 2013 4x (každá jedna služba každé 2-4 roky)

Závěr:

Na webových stránkách Jihočeského kraje, věnovaných drogové problematice, budou zveřejněny jednak podstatné dokumenty k celému Modelu spolufinancování (včetně závěrečných zpráv poskytovatelů služeb), jednak jsou na tomtéž místě pravidelně zveřejňovány další informace k protidrogové politice, realizované Jihočeským krajem.

Webové stránky Jihočeského kraje, věnované drogové problematice:

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

Cesta: www.kraj-jihocesky.cz → sekce Krajský úřad → Odbor sociálních věcí → kapitola Kriminalita a drogová problematika → Informace k drogové problematice v Jihočeském kraji

Kontaktní osoba:

Mgr. Marek Nerud

protidrogový koordinátor Jihočeského kraje

vedoucí oddělení prevence a humanitních činností OSOV KÚ Jihočeského kraje

tel.: 386 720 649

mobil: 606 792 318

e-mail: nerud@kraj-jihocesky.cz