

Komplexné vyhodnotenie Národnej protidrogovej stratégie 2009 – 2012

1 Úvod

Národná protidrogová stratégia na obdobie 2009-2012 bola štvrtým programovým dokumentom vlády SR v oblasti riešenia drogového problému. V jej zábere sú predovšetkým nelegálne drogy, resp. nelegálne zneužívanie inak legálnych látok (najmä niektoré liečivá, ale aj prchavé inhaláty). Problematikou užívania tabaku a alkoholu, ako legálne dostupných spotrebných komodít sa stratégia zaoberá najmä v uvedenom kontexte a tieto sú ťažiskovo riešené v rámci iných súborov politických opatrení.

Jedným z hlavných rysov Národnej protidrogovej stratégie na obdobie 2009-2012 bol tesnejší príklon k politike medzinárodného európskeho spoločenstva formulovanej v Európskej protidrogovej stratégii, čo vyplýva z poznatku, že drogový problém možno riešiť len v čo najširšej vzájomnej a koordinovanej spolupráci, nielen v rámci Európy, ale aj globálne.

Stratégia bola ťažiskovým politickým dokumentom pre danú oblasť a ako taká predstavovala najmä rámce riešenia drogového problému, strategické ciele, priority a zásady, ktoré si vláda predsavzala dosiahnuť. Nebola však dokumentom jediným.

Jej súčasťou bol rámcový akčný plán ako významný nástroj plnenia jej cieľov a priorít, opierajúci sa o skúsenosti získané v minulosti. Predstavoval základný rámec pre rozpracovanie a praktickú implementáciu Národnej protidrogovej stratégie na obdobie rokov 2009-2012 v konkrétnych podmienkach, prostrediach a úrovniach. Vytvoril priestor pre integrovaný a vyvážený prístup k plneniu úloh vyplývajúcich z cieľov národnej protidrogovej stratégie jednotlivými rezortmi.

Národná protidrogová stratégia na obdobie 2009-2012 a rámcový akčný plán tvorili základné východiská pre tvorbu akčných plánov príslušných ústredných orgánov štátnej správy, zastúpených vo Výbore ministrov pre drogové závislosti a kontrolu drog – poradnom orgáne vlády Slovenskej republiky pre drogovú problematiku. Tieto dokumenty predstavovali konkretizáciu úloh rezortov pri dosahovaní cieľov stratégie s ohľadom na stanovené priority.

Predmetom komplexného hodnotenia je predovšetkým pokus, o vyhodnotenie naplnenia ducha stratégie v národnom kontexte i medzinárodnom porovnaní, na základe dostupných informácií o stave drogovej problematiky v Slovenskej republike, a to najmä v piatich prioritných oblastiach, vytýčených v stratégii:

- Znižovanie dopytu
- Znižovanie ponuky
- Koordinácia a spolupráca
- Medzinárodná spolupráca
- Informovanosť, výskum a hodnotenie

Drogovú situáciu na Slovensku v sledovanom období monitorovalo NMCD, ktorého údaje, dostupné k termínu prípravy hodnotiacej správy, tvoria informačný základ hodnotenia.

2 Situačná analýza vo vzťahu k určeným prioritám a cieľom stratégie a rámcového akčného plánu

2.1 Hlavné trendy

Obdobie rokov 2009-2012 prinieslo prehĺbenie a potvrdenie skôr začatých zmien a odhalilo niektoré nové trendy, s ktorými pôvodne stratégia nerátala.

Predovšetkým pokračoval pokles v užívaní hlavnej opioidovej drogy – heroínu, sprevádzaný poklesom injekčného užívania drog. Súčasne sa predpokladá tiež zníženie dostupnosti heroínu na Slovensku. Tento pozitívny trend bol na druhej strane vyvážený nárastom užívania nových látok, najmä kanabisu a amfetamínových stimulantov, z nich najčastejšie pervitínu. Rast užívania kanabisu, najmä u mládeže, bol najmä zo začiatku hodnoteného obdobia značný a zaradil Slovenskú republiku v európskych porovnaniach na popredné miesta. Neskoršie štúdie ukázali, že tento nepriaznivý trend sa v posledných rokoch podarilo ak nie zvrátiť, tak prinajmenšom zastaviť či významne spomaliť.

Pervitín je vyhľadávaný najmä pre jeho stimulačné účinky a relatívne dobrú dostupnosť, vzhľadom na dostupnosť surovín a nízke náklady na jeho výrobu. Tieto skutočnosti sa odrazili aj na jeho nižšej cene v porovnaní s inými stimulantmi, napr. kokaínom. Hoci pervitín nemá taký potenciál vyvolať závislosť ako napr. heroín, rizikové je jeho injekčné užívanie časťou populácie a psychózy, ktoré užívanie tejto drogy môže vyvolať o mnohých konzumentov. V súčasnosti tvoria pacienti, ktorí vyhľadajú liečbu v dôsledku užívania pervitínu, najpočetnejšiu skupinu pacientov liečených v zdravotníckych zariadeniach kvôli problémom s užívaním nelegálnych drog.

Hoci došlo k poklesu užívania opioidov, tieto sa užívať neprestali. Údaje síce poukazujú na to, že nových užívateľov pribúda pomalšie oproti minulosti, stále je tu však veľká časť chronických užívateľov, u ktorých sa s pokračujúcim užívaním zhoršujú zdravotné poškodenia.

Mnohí z nich prešli v rámci ďalšieho z výrazných trendov hodnoteného obdobia, tzv. polyúzu (užívania viacerých psychoaktívnych látok súčasne) na užívanie aj ďalších drog, ktorými mohli byť jednak iné opioidy (napríklad zneužívané substancie určené na substitučnú liečbu – metadón a buprenorfín, ale tiež lieky s obsahom opioidov, prípadne iné náhrady – fentanyl), ale tiež iné látky, často aj s opačným účinkom (stimulanciá).

Vyhľadávanie a užívanie nových drog nielen závislými užívateľmi, ale aj v rámci experimentálneho užívania, ďalej komplikovalo situáciu v liečbe závislostí.

Dopytu po nových látkach zo strany experimentujúcich užívateľov, sa trh veľmi rýchlo prispôbil a v priebehu krátkeho času bol zaplavený množstvom nových psychoaktívnych látok, propagovaných a predávaných novými agresívnymi marketingovými metódami, so širokým využívaním internetu a mobilných technológií.

Vo výskyte infekčných chorôb súvisiacich s užívaním drog nedošlo k dramatickým zmenám, hoci séropozitivita na vírus hepatitídy C ostáva v populácii injekčných užívateľov drog stále vysoká, okolo 40%. Našťastie sa u tejto časti užívateľov neprejavila epidémia HIV,

ako sa to v posledných rokoch stalo v niektorých európskych štátoch (napr. v Grécku a v Rumunsku).

V oblasti politických opatrení sa obdobie rokov 2009-2012 nieslo aj na Slovensku v znamení svetovej finančnej a hospodárskej krízy. To znamenalo predovšetkým obrátenie pozornosti na akútne ekonomické problémy a problematiku drog odsunulo do úzadia. Takisto sa obmedzili finančné prostriedky venované v minulých obdobiach na túto oblasť. Zhoršili sa podmienky pre rozvoj – či dokonca realizáciu – výskumnej činnosti. Administratívno-ekonomickým rozhodnutím boli zrušené programy realizované v rámci Inštitútu drogových závislostí pri Centre pre liečbu drogových závislostí v Bratislave, kde sa realizoval praktický aplikovaný výskum v súvislosti s liečbou závislostí. Bol zrušený aj Ústav pre výskum verejnej mienky Štatistického úradu SR, ktorý periodicky vykonával populačné prieskumy o užívaní drog a postojoch obyvateľstva k užívaniu a k drogám samotným. Takisto sa znížil objem prostriedkov na podporu preventívnych projektov najmä z oblasti znižovania dopytu a Protidrogový fond, ktorý tieto dotačné prostriedky prerozdeľoval, bol zákonom zrušený. Rozpadol sa systém regionálnych koordinátorov protidrogovej prevencie pri krajských úradoch.

Zhoršili sa tiež podmienky koordinácie protidrogovej politiky, čo súviselo okrem iných faktorov s relatívne stabilizovanou situáciou v oblasti drog a s politickými zmenami v dôsledku striedania vlád (2010, 2012). Kľúčovým sa z tohto pohľadu javí rok 2010, kedy podpredseda vlády odmietol prevziať po svojom predchodcovi drogovú agendu, čo viedlo k zániku Výboru ministrov pre drogové závislosti a kontrolu drog a oslabeniu pozície koordinačných štruktúr, ktoré sa ešte umocnilo ich organizačným začlenením v rámci Úradu vlády SR.

Celkovo ku koncu obdobia možno konštatovať postupné uvoľnenie až narúšanie systému realizácie a koordinácie protidrogovej politiky, vybudovaného za predchádzajúcich 15-20 rokov.

2.2 Znižovanie dopytu

Hlavná priorita: Prostredníctvom rozširovania intervencií založených na získaných poznatkoch a dobrých skúsenostiach predchádzať užívaniu drog u jednotlivca a znížiť zdravotné a sociálne dôsledky spojené s užívaním drog v spoločnosti.

2.2.1 Cieľ 1. Predchádzať užívaniu drog a rizikám s tým spojeným

Prevencia s osobitným dôrazom na deti a mládež bola od počiatku etablovania národných protidrogových stratégií na Slovensku jedným z jej základných pilierov, s kľúčovou zodpovednosťou rezortu školstva v spolupráci s rezortom zdravotníctva, rezortom práce, sociálnych vecí a rodiny a rezortom vnútra. Na rôznych úrovniach má charakter opatrení, resp. zásahov (intervencií), smerujúcich k jednotlivým cieľovým skupinám počínajúc od všeobecnej populácie (univerzálna prevencia) cez zraniteľné a ohrozené skupiny (selektívna prevencia) k predisponovanejším jedincom vyžadujúcim formy indikovanej prevencie, a to v prostrediach školy, komunity a rodiny s cieľom predísť a vyhnúť sa budúcim problémom.

Hodnotenie účinnosti preventívnych zásahov a programov, teda toho čo a či to vôbec funguje a malo byť neoddeliteľnou súčasťou a bezpodmienečnou podmienkou - je však

ojedinelé¹. Podobne ako v mnohých ďalších krajinách, vzťahuje sa to najmä na úroveň univerzálnej prevencie.

Môže to byť dôsledok rôznych rezortných priorít, ale aj pretrvávajúcej absencie štandardov prevencie, resp. kvality ponúkaných preventívnych aktivít pre deti a mládež – čo platí pre väčšinu subjektov občianskej spoločnosti, obcí a miest pokiaľ dôsledne nespolupracujú s kvalifikovanými [Centrami psychologicko-pedagogického poradenstva a prevencie](#)². Nedostatočná vzájomná informovanosť rozdielna interpretácia terminologických pojmov, ale aj spôsob krátkodobého financovania (max. na 1 rok) sú ďalšími príčinami, ovplyvňujúcimi kvalitu prevencie a jej posun do izolovaných a jednorazových aktivít na úkor dlhodobých³ a hodnotených programov.

Do klasického delenia úrovní prevencie (univerzálna – pre všeobecnú populáciu, s dôrazom na subpopuláciu detí a mládeže, selektívna – pre ohrozené a zraniteľné skupiny a indikovanú – pre jedincov) sa podľa EMCDDA má zaradiť aj [environmentálna prevencia](#), čo znamená zmenu/zmeny bezprostredného kultúrneho, sociálneho, fyzického a ekonomického prostredia, v ktorom si jedinec volí možnosť užívať alebo neužívať psychoaktívne látky (napr. zvýšenie cien cigariet, obmedzenie fajčenia na verejných miestach, alebo zákony obmedzujúce sponzoring športových podujatí subjektmi ako výrobcovia alkoholu, tabaku, zlacnenie nealkoholických nápojov a pod).

Smerovanie takýchto environmentálnych opatrení vo vzťahu k alkoholu a tabaku je sformulované najmä v týchto strategických dokumentoch:

Národný akčný plán na kontrolu tabaku (v jurisdikcii MZ SR); je orientovaný na zlepšenie opatrení v prevencii fajčenia na všetkých stupňoch škôl, v zdravotníckych zariadeniach a v zariadeniach sociálnych služieb, zvýšenie kontroly fajčenia⁴ na verejných miestach, kontrola obsahu a zloženia tabakových výrobkov, rozšírenie sietí poradní na odvykanie od fajčenia na RÚVZ a na vysokých školách (vrátane vybavenia prístrojmi na meranie oxidu uhoľnatého, krvného tlaku, cukru v krvi, vitálnej kapacity pľúc a iného materiálo-technického vybavenia).

Za výrazný pokrok možno považovať programovaný výskum⁵ o efektívnosti preventívnych opatrení s cieľom vyhodnotenia efektívnosti použitých prístupov a vynaložených finančných prostriedkov. Výskum by sa týkal najmä legislatívnych opatrení na ochranu nefajčiarov, ktoré boli prijaté v minulosti a ktorých efekt sa dá hodnotiť formou prieskumov verejnej mienky.

¹ V šk. roku 2010/2011 bolo hodnotených 49 programov čo reprezentuje 5,48% 1. (UIPŠ, Slovíková 2012)

² V šk. roku 2010/11 centrá realizovali 894 preventívnych programov. Nárast oproti šk. roku 2009/2010 bol o viac ako štvrtinu (28% - 252 programov) a oproti šk. roku 2008/2009 až o 338 preventívnych programov (UIPŠ Slovíková, 2012).

³ Napr. pravidelne hodnotený program Cesta k emocionálnej zrelosti, ktorý realizujú pedagógovia na školách - počet zúčastnených žiakov v šk. roku 2010/2011 - 14 178 (14 096 v roku 2009/2010).

⁴ Podľa zákona č. 377/2004 Z. z. o ochrane nefajčiarov a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.

⁵ Realizácia dvojročného prieskumu (2012 – 2014) o hodnotení opatrení na ochranu nefajčiarov a dodržiavania zákona č. 377/2004 Z. z. o ochrane nefajčiarov a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov

Národný akčný plán pre problémy s alkoholom⁶ (v jurisdikcii MZ SR) o. i. akcentuje dôraz na opatrenia, ktoré majú vplyv na sociálnu dostupnosť alkoholu, zmenu sociálnych stereotypov a postojov k experimentovaniu a nadmernému a škodlivému pitiu s cieľom meniť (tolerantné) spoločenské postoje k pitiu jednotlivca a postoje k abstinencii, na rešpektovanie práva jedinca nepiť, zlepšiť imidž nepijúceho v zmysle pozitívneho príkladu správania a zdravia; zdôraznenie zodpovednosti jedinca za svoje pitie; zmeniť spôsoby pitia alkoholických nápojov smerom k málo škodlivému, menej nebezpečnému pitiu.

Aj ďalšie strategické dokumenty, a to „Program podpory zdravia“ (posledná aktualizácia v decembri 2011), Akčný plán politiky mládeže na roky 2010 – 2011, ktorý vyplýva z Kľúčových oblastí a akčných plánov štátnej politiky vo vzťahu k deťom a mládeži v SR na roky 2008 – 2013 zdôrazňujú kontrolu uplatňovania právnych predpisov o ochrane pred zneužívaním alkoholických nápojov (zákaz predaja a obmedzovanie možností požívania alkoholických nápojov maloletým a mladistvým).

2.2.2 Užívanie drog vo všeobecnej populácii

Údaje z takmer všetkých populačných prieskumov realizovaných v rokoch 2010-2011 naznačili stabilizáciu, niekde dokonca mierny pokles najmä pokiaľ ide o skúsenosť a experimentovanie s nelegálnymi „klasickými“ drogami. V rámci tohto trendu ostáva dominantnou nelegálnou drogou marihuana.

Populačný⁷ prieskum, ktorý po štyroch rokoch obnovilo⁸ NMCD v roku 2010, poukázal na mierny pokles, minimálne však stabilizáciu, a to v štandardnej vzorke populácie vo veku 15-64 rokov, ale aj v „rizikovejšej“ vzorke 15-24 ročnej populácie, ktorá je z hľadiska veku osobitne vnímavou skupinou na experimentovanie s drogami.

Prípadný optimizmus v tomto ohľade však limituje objavenie sa nových syntetických látok⁹ ktoré sú pre mladých ľudí lákavé ako legálne dostupná možnosť experimentovať s psychoaktívnymi látkami s cieľom dosiahnuť zmenu psychiky. „Stabilizačné“, resp. mierne klesajúce trendy v užívaní klasických nelegálnych látok potom môžu byť aj krátkodobejšou reakciou vyskúšať túto novú „sortimentnú ponuku“.

Podľa populačného prieskumu NMCD udávalo skúsenosť s novými látkami v roku 2010 takmer 3% mladých vo veku 15-24 rokov, podľa prieskumu ESPAD 2011 malo skúsenosť so syntetickými kanabinoidmi 4,1% a skúsenosť s mefedronom 1,7% mladých vo veku 15-20 rokov. Prieskumy na malých vzorkách respondentov v r. 2011 a 2012 v špecifických prostrediach poskytli vyššie zastúpenie tých, ktorí už nové látky vyskúšali (18,7% v roku 2011, 8,9% a 42,40% v roku 2012).

Pokiaľ ide o špecifické prostredia aj prieskum UIPŠ¹⁰ uskutočňovaný v rokoch 1998,2005 a 2011 v špeciálnych výchovných zariadeniach rezortu školstva reedukačných a diagnostických centrách na vzorke chovancov týchto centier poukázal na ich výraznejšiu

⁶ <http://www.cpldz.sk/storage/data/nappa.pdf>

⁷ Respondenti vybraní náhodne alebo podľa určitých znakov (kvót) , sú interviewovaní individuálne rôznymi spôsobmi – anketármi v priamom osobnom kontakte alebo prostredníctvom telefonického dotazovania, resp. on-line prostredníctvom PC.

⁸ V období 1994-2006 realizoval tieto prieskumy v dvojročných intervaloch už zrušený Ústav pre výskum verejnej mienky pri ŠÚ SR

⁹ <http://www.sme.sk/c/6627441/mefedron-fentanyl-ma-4-nova-droga-pribudne-v-europe-kazdy-tyzden.html>

¹⁰ UIPŠ uskutočňuje aj opakovaný populačný prieskum na vzorke 15-26 ročných respondentov

afinitu k užívaniu legálnych a ilegálnych psychoaktívnych látok. Podiel tých, ktorí skúsili nelegálnu drogu sa zvýšil z 66% v roku 1998 na takmer 84% v roku 2011.

Od roku 1995 signalizoval vzostup užívania psychoaktívnych látok medzi stredoškolskou mládežou vo veku 15-16 rokov v krajinách strednej a východnej Európy pravidelný – v štvorročných intervaloch sa opakujúci - [európsky školský prieskum o užívaní alkoholu a iných drogách \(ESPAD\) aj na Slovensku](#)

Skúsenosť s marihuanou u slovenských stredoškolákov prevýšila trojnásobok východiskových hodnôt – z 9 % v 1995 na 32 % v 2007. Ostatný prieskum v roku 2011 však ukázal pokles na 27%. (podľa pohlavia tradične prevažovali chlapci (31 %) nad dievčatami - 23 %).

Užívanie marihuany na úrovni LYP (užil/a minulý rok) a súčasné užívanie LMP (užil/a minulý mesiac) bolo zaznamenané u 19 %, resp. 9 % stredoškolákov. Podiel tých, ktorí užili extázu stúpol od roku 1995 z nulovej hodnoty na 6% a v roku 2011 klesol na 4%. Skúsenosť s amfetamínom a LSD (LTP) sa od roku 2007 nezmenila – 2%, resp. 4% pre LSD.

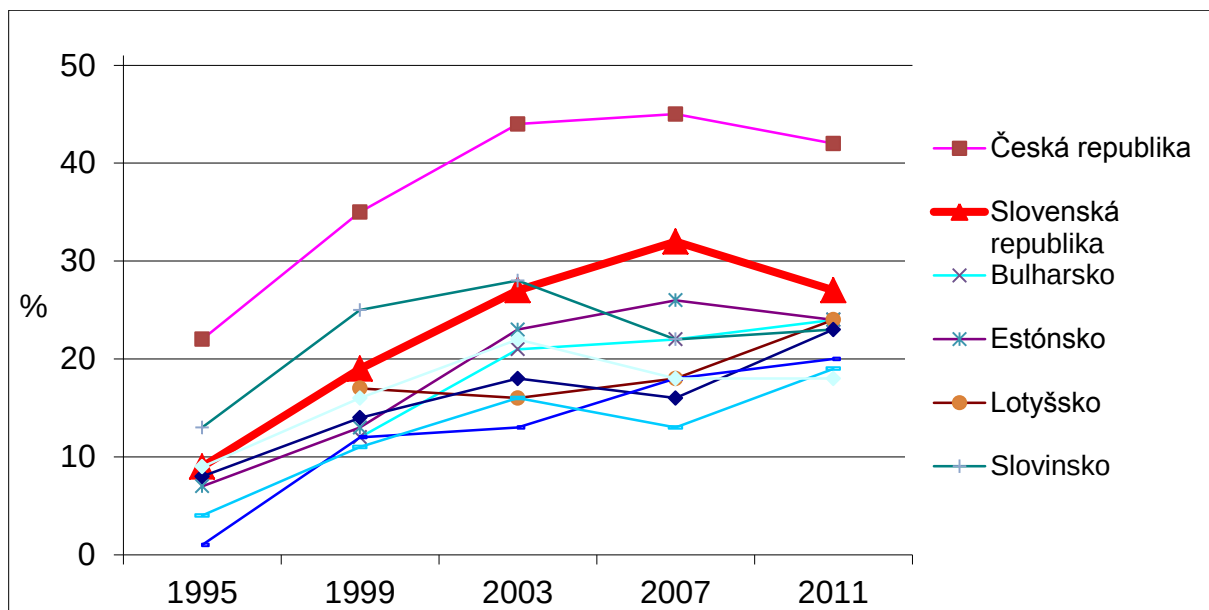
Klesol aj podiel tých detí, ktoré mali skúsenosť s prchavými látkami, a to z 13 % v roku 2007 na 10 % v roku 2011.

Na Slovensku sa metodika ESPAD realizuje na širšej vekovej vzorke 15 až 19 (resp.20 ročných) študentov. Podľa údajov z tohto výberového súboru s vyše 10.000 respondentmi je možné za [rok 2011](#) (Nociar,2011) hovoriť o stabilizácii užívania kontrolovaných látok.

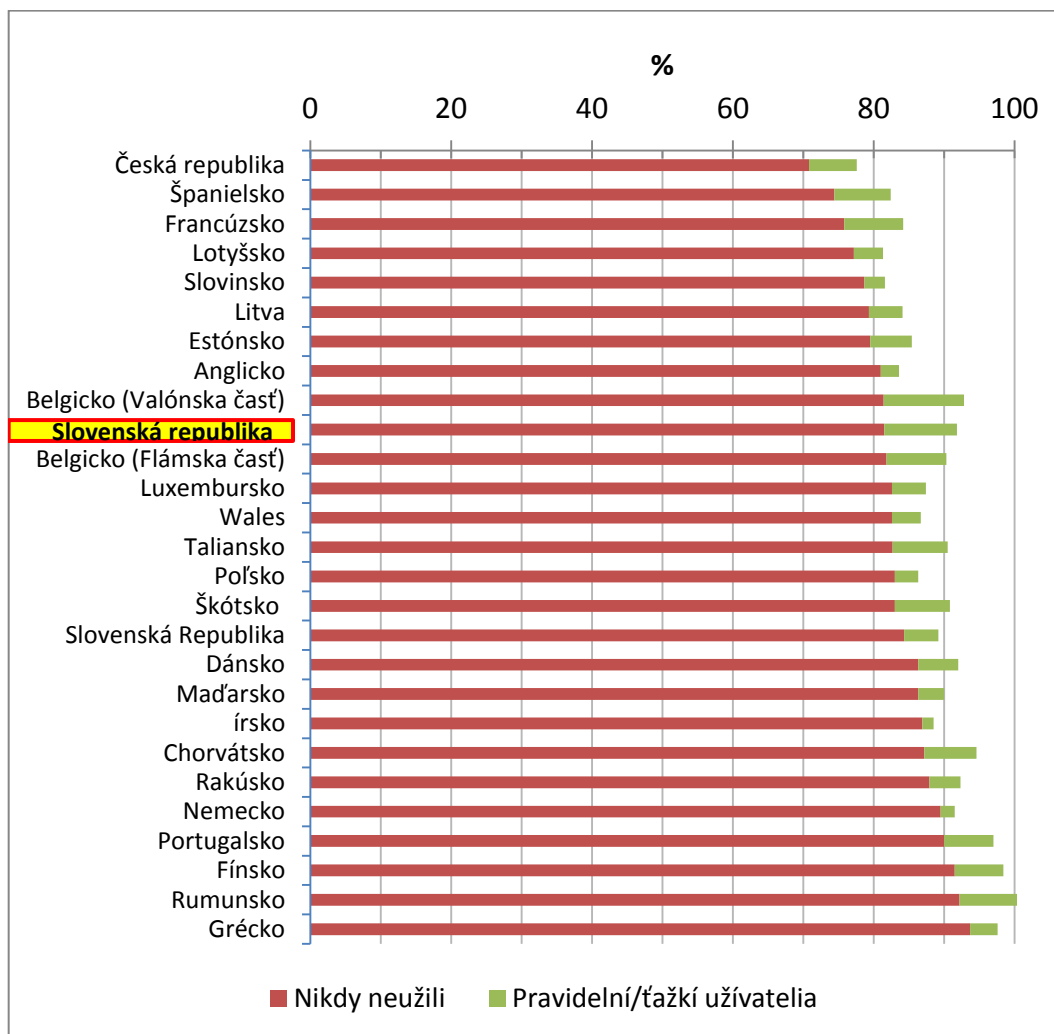
Ďalšie školské¹¹ prieskumy – [slovenský prieskum TAD](#) a medzinárodný prieskum [Health Behaviour of School-aged Children](#) na Slovensku potvrdili stabilizáciu v experimentovaní s nelegálnou marihuanou.

¹¹ Najvýraznejší rozdiel medzi školskými a všeobecnými populačnými prieskumami je v spôsobe interviewovania - administrácie dotazníka - školské sa uskutočňujú skupinovo, v triedach. Populačný prieskum sa realizuje individuálnym dotazovaním.

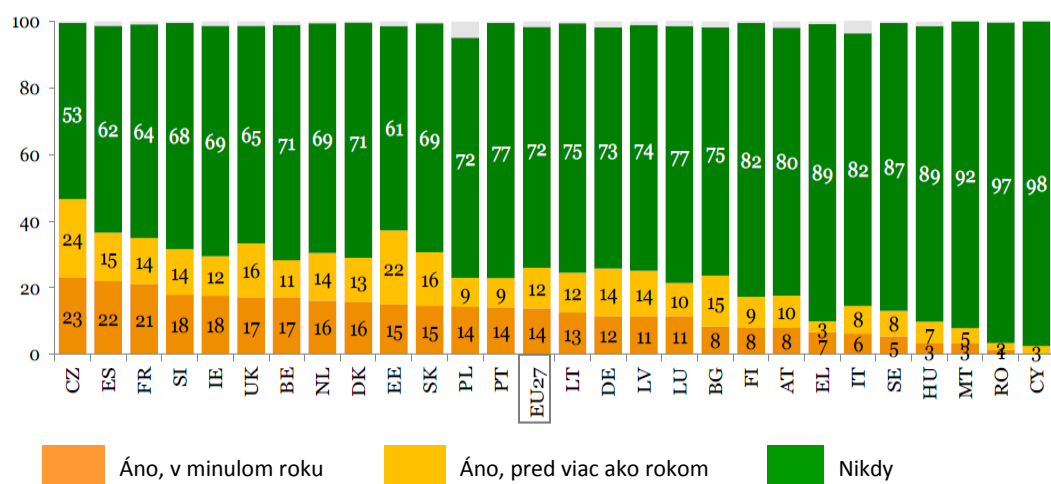
Graf 1 Trendy v celoživotnom užívaní marihuany u 15-16 ročných žiakov vo vybraných európskych krajinách, percentuálny podiel užívajúcich (Zdroj: štúdia ESPAD)



Graf 2. Porovnanie miery užívania marihuany vo všeobecnej populácii podľa v Európe (Zdroj: EMCDDA 2012)



Graf 3 Užitie marihuany v členských štátoch podľa prieskumu Eurobarometer 2011



Ciel' 2. Prostredníctvom cielej prevencie predchádzať vysokorizikóvemu správaniu užívateľov drog

2.2.3 Problémové užívanie drog

Pre sledovanie problémového užívania drog sú k dispozícii dva zdroje údajov. Prvý zo štandardného štatistického zisťovania [Národného centra zdravotníckych informácií](#) (Hlásenie liečby užívateľa drog).

Druhým zdrojom sú údaje z občianskych združení, ktoré pôsobia ako nízkoprahové – prevažne mobilné terénne agentúry.

Podobne ako v predchádzajúcich rokoch sa uskutočnilo zisťovanie počtu osôb - klientov nízkoprahových programov zameraných na znižovanie škodlivých dôsledkov užívania drog a tým aj na ochranu verejného zdravia. Klienti týchto programov - obvykle problémoví užívatelia drog, resp. osoby pracujúce v sexbiznise - využívajú najmä distribúciu a výmenu ihliel a striekačiek, kondómov, ale aj podporu motivácie k liečbe a ďalšie poradenstvo.

Počet klientov všeobecne prístupných nízkoprahových programov ostal relatívne stabilný v porovnaní s rokom 2010 (2 305 v roku 2011, 2 267 v roku 2010). Zmeny nastali v štruktúre klientov podľa užívanej psychoaktívnej látky. Počet a podiel užívateľov heroínu v roku 2011 vzrástol mierne (31,7%), značne vrástol počet užívateľov niekoľkých psychoaktívnych látok súčasne (polyvalentné užívanie), a to až o 16%. Na druhej strane sa stabilizoval počet osôb zneužívajúcich buprenorfin a poklesol aj počet osôb užívajúcich pervitín, hoci ich podiel bol v danom roku dominantný (36,5%).

Získané údaje sa uvažujú pre štúdiu pre odhad prevalence, založenej na kombinovaných údajoch zo zdrojov nízkoprahových agentúr a zdravotníckych zariadení. Z doterajších zistení z oboch zdrojov sa ukazuje relatívne stabilný podiel tých, ktorí absolvovali liečbu v minulom roku (20,9% v roku 2011 a 21,3% v roku 2010).

2.2.4 Úmrtia spojené s užívaním drog

V roku 2011 bolo zaznamenaných 20 priamych úmrtí spôsobených všetkými drogami, z toho 12 v dôsledku predávkovania opioidmi.

Nepriame úmrtia (samovraždy, nehody pod vplyvom látky) boli zaznamenané v 67 prípadoch; kde primárnu úlohu zohrali benzodiazepíny, v takmer tretine boli zastúpené amfetamíny a metamfetamín, po 10% boli zastúpené opioidy a marihuana.

Monitoring úmrtí spojených s psychoaktívnymi látkami je zložitý vzhľadom na klesajúci počet pitvaných (v roku 2011 tvorili 14,2% podiel zo všetkých zomretých osôb) a súčasne náročnosť toxikologickej expertízy, Táto zohráva úlohu najmä v prípadoch kombinovaného užívania psychoaktívnych látok.

Výskyt nových syntetických látok na drogovej scéne situáciu v tomto ohľade ešte viac komplikuje.

Retrospektívna kohortová štúdia CPLDZ (Slezáková, Okruhlica, 2012) sa týkala druhého aspektu tohto indikátora, a to úmrtnosti užívateľov drog, ktorí boli liečení v Centre pre liečbu drogových závislostí na Hraničnej ul. v Bratislave. Najvyššia mortalita bola medzi pacientmi liečenými od závislosti na sedatívach, nasledovaná úmrtnosťou pacientov závislých od inhalantov a napokon od opioidov (7,3 úmrtí na 1000 pacientov). Úmrtnosť pacientov liečených pre závislosť od opioidov je pod priemerom údajov z mnohých európskych krajín (Španielsko - 38 ; Lotyšsko - 21,6; Nórsko - 21; Spojené kráľovstvo - 21,9, Londýn -10; Rumunsko - 9,2), je však vyššia ako úmrtnosť všeobecnej populácie v relevantnej vekovej skupine.

Cieľ 3. Udržaním dostupnosti a kvality služieb posilniť účinnosť protidrogovej liečby a rehabilitácie

Cieľ 4. Poskytnúť prístup k zdravotnej starostlivosti pre väzňov užívajúcich drogy s cieľom predchádzať škodlivým účinkom drog

2.2.5 Liečba

Cieľom opatrení v oblasti liečby je jednak umožniť dostupnosť samotnej liečby pre užívateľov drog, udržiavať a zvyšovať jej kvalitu a znižovanie negatívnych zdravotných dopadov, vrátane najzávažnejších, ktorými sú drogové úmrtia. Už spomínaný systém včasného varovania (EWS) pred novými syntetickým drogami umožňuje monitorovanie a medzinárodnú výmenu informácií o látkach a ich kombináciách, spôsobujúcich smrť ich užívateľov. Prostredníctvom EWS sa tieto informácie a varovania dostávajú do terénu (lekári v klinickej praxi, terénne programy harm reduction, rizikové prostredie väznic, biochemické a toxikologické pracoviská) a umožňujú informačnú prípravu na úspešnejšie zvládnutie podobných situácií, ako aj pripraviť organizačné a administratívne opatrenia na zabránenie legálneho i nelegálneho prieniku nebezpečných látok k potenciálnym užívateľom.

V roku 2011 boli publikované výsledky štúdie [OZ Plán B](#), skúmajúcej dostupnosť liečby a prístup do liečby pre užívateľov drog. Jej výsledky potvrdili potrebu a súčasne nedostatok špecializovanej zdravotnej starostlivosti v oblasti závislosti, ktorá sa javí ako najúčinnnejšia.

Štúdie na priamy dôkaz efektivity liečby závislostí neboli na Slovensku realizované, avšak kohortová štúdia medzi pacientami špecializovaného Centra pre liečbu drogových závislostí v Bratislave, pri ktorej sa sledujú osudy pacientov v centre liečených, opakovane preukázala, že spomedzi pacientov, ktorí absolvovali liečbu, približne dve tretiny absentovali od užívania alkoholu alebo drog po troch rokoch od ukončenia liečby. Viaceré zahraničné štúdie

dokazujú, že z pohľadu riešenia problémov jednotlivca je pre spoločnosť liečba ekonomicky omnoho výhodnejšia, než represívne postupy¹².

Ako však ukázal projekt medzinárodný projekt IATPAD (zlepšenie dostupnosti do liečby pre ľudí s problémami súvisiacimi s užívaním drog a alkoholu), ktorého riešiteľom na Slovensku bolo Centrum pre liečbu drogových závislostí v Bratislave, aj v prípade, že služby existujú, nemusí to ešte znamenať ich dobrú dostupnosť pre tých, ktorí ich potrebujú. Na základe analýzy štúdie sa ako kľúčové faktory dostupnosti liečby ukázali nasledovné:

- cenová prístupnosť liečby;
- integrovaná sieť zdravotníckych služieb pre pacientov s chorobami v súvislosti s užívaním psychoaktívnych látok;
- dobré geografické pokrytie službami;
- poskytovanie širokej škály diferencovaných možností liečby
- slobodná voľba možností liečby, služieb, programov pre osoby hľadajúce pomoc¹³.

Z tohto pohľadu je významné, že náklady na liečbu sú hradené zo zdravotného poistenia. Treba si v tejto súvislosti uvedomiť, že liečba drogovej závislosti nie je len pomocou samotným užívateľom, ktorí v štádiu závislosti nie sú schopní plne korigovať svoje správanie a potreby, ale plní významnú funkciu aj z pohľadu ochrany zdravia ostatnej populácie znížením rizika šírenia infekčných chorôb, ako aj znížovania negatívnych sociálnych dôsledkov problémového užívania drog, akým je napríklad pridružená kriminalita.

Z hľadiska ochrany verejného zdravia sú významné najmä programy testovania infekčných ochorení súvisiacich s drogami a ich dostupnosť. Hoci pacienti sú o pozitívnom výsledku vyšetrenia krvi informovaní, neexistujú zákonné prostriedky, ktoré by ich donútili k liečbe a z tohto pohľadu je veľmi potrebná osвета a informovanosť medzi užívateľmi drog o nebezpečenstve chorôb, možnostiach liečby a najmä o možnostiach ochrany pred nakazením. V oblasti liečby infekčnej hepatitídy C boli v tomto období zavedené do praxe nové prípravky – telaprevir a boceprevir pre špecifický genotyp vírusov. Liečbu infekčnej hepatitídy C môžu podstúpiť aj pacienti v substitučnej liečbe. Poistovňa takúto liečbu z väčšej časti hradí, okrem prípadov aktívnych problémových užívateľov drog. Napriek tomu, podľa publikovaných výsledkov štúdie (Slezáková & Okruhlica, 2011), z 290 pacientov s infekciou hepatitídy C sa 45% neliečilo kvôli podmienkam poisťovne, 22% nemalo záujem o liečbu, 6% sa obávalo vedľajších účinkov a 27% udalo iný dôvod.

Na určenie výskytu psychóz, ako závažnej komorbidity vyskytujúcej sa najmä pri užívaní syntetických stimulancií, je potrebné včasné toxikologické vyšetrenie, ktoré sa však – aj z ekonomických dôvodov – často zanedbá, čím sa následne komplikuje a zdržiava postup liečby.

¹² Napr. podľa americkej štúdie (Rydell, C.P. & Everingham, S.S., Controlling Cocaine, Prepared for the Office of National Drug Control Policy and the United States Army (Santa Monica, CA: Drug Policy Research Center, RAND Corporation, 1994), str. xvi) úspora u programov na kontrolu ponuky je nižšia než u liečebných, pri ktorých sa náklady na kriminalitu a stratu produktivity znižujú o 7,46 dolára na každý dolár vynaložený na liečbu. Náklady na represiu stoja štvornásobne viac než liečba pri rovnakom znížení počtu užívateľov, sedemnásobne viac pri dosiahnutí rovnakého zníženia spotreby a pätnásťnásobne viac pri znižovaní spoločenských nákladov.

Podľa štúdie Washingtonského štátneho ústavu pre verejnú politiku je liečba látkových závislostí v terapeutickej komunite omnoho efektívnejšia pokiaľ ide o vložené náklady, než väzenie alebo iné trestné opatrenia a odhaduje sa, že každý dolár vynaložený na protidrogovú liečbu v komunite sa vráti ako 18,52 dolárov spoločenského zisku.

¹³ Kolektív autorov: Projekt IATPAD (záverečná správa), CPLDZ Bratislava, 2009

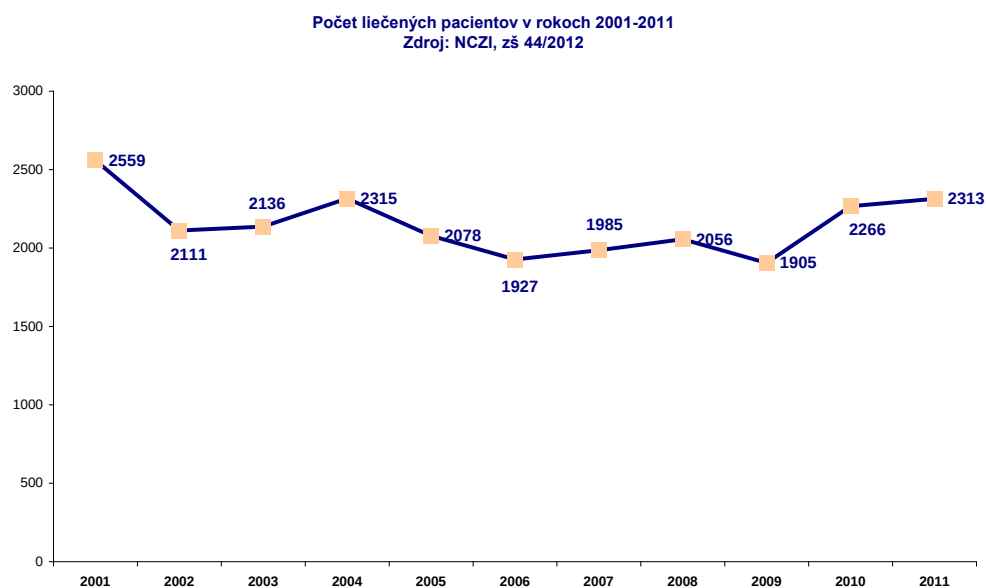
Súčasťou opatrení je aj priebežné školenie a vzdelávanie profesionálov prichádzajúcich do kontaktu s užívateľmi drog. V tomto procese zohrávajú význam najmä profesijné združenia a motivujúci akreditačný systém. Významným nástrojom šírenia odborných poznatkov je špecializovaný [časopis Alkoholizmus a drogové závislosti](#), vydávaný Slovenskou lekárskou spoločnosťou. Vrcholným odborným podujatím v oblasti adiktológie je výročná AT konferencia „Bojnické dni“ organizovaná [Psychiatrickou spoločnosťou SLS](#).

Počet liečených pacientov

V roku 2011 sa podľa [údajov Národného centra zdravotníckych informácií](#)¹⁴ v zdravotníckych zariadeniach rezortu zdravotníctva a zariadeniach Ministerstva spravodlivosti (väzenské zdravotnícke zariadenia) liečilo od závislosti na kontrolovaných psychoaktívnych látkach spolu 2313 pacientov, čo reprezentuje mierny nárast (o 2% - 47 osôb) v porovnaní s rokom 2010. Počet liečených mužov bol 1 896 a 417 žien. Až 70 % boli liečení užívatelia drog vo veku od 20 do 34 rokov.

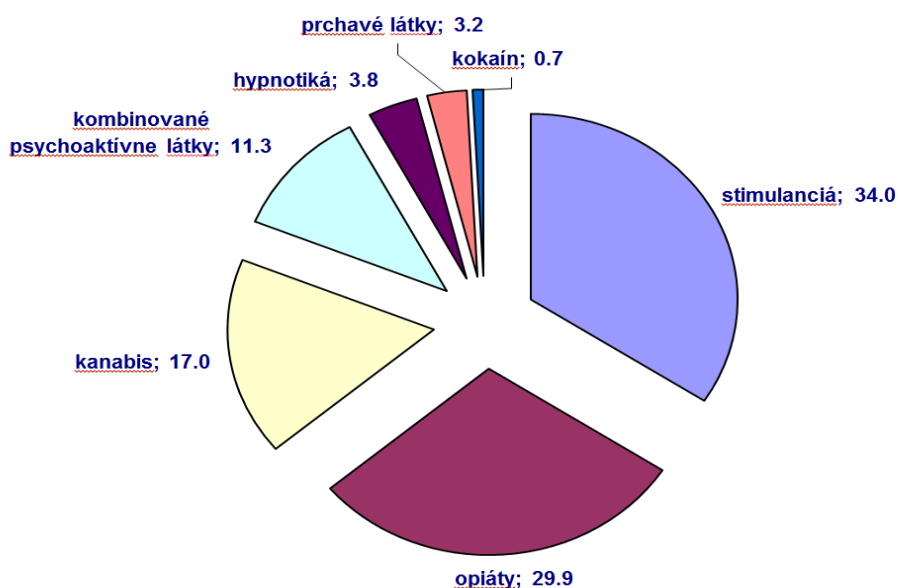
Vo vekovej skupine 15- až 19-ročných bolo v roku 2011 liečených 302 osôb a 14 detí vo veku do 14 rokov. Za posledné obdobia sa zvyšuje počet liečených pacientov vo vekovej kategórii osôb nad 55 rokov.

Graf 4 Vývoj počtu pacientov liečených v SR kvôli problémom s užívaním drog, 2001-2011 (Zdroj: NZCI)



¹⁴ NCZI 2012, ZŠ 44/2012

Graf 5 Podiel v % liečených drogovzo závislých pacientov podľa hlavných skupín užívanej drogy (Zdroj: NCZI)



Od roku 2006 NCZI sleduje v štatistickom zisťovaní kombinované užívanie psychoaktívnych drog oproti roku 2010 tento spôsob užívania stúpol o 35 %.

Podľa požiadavky EMCDDA sa detailne analyzujú údaje tých pacientov, ktorí sa podrobujú liečbe drogovej závislosti v zdravotníckych zariadeniach, kde je motívom k vyhľadaniu liečby vlastné rozhodnutie pacienta. Z tohto dôvodu sa údaje o liečených pacientoch líšia pokiaľ ide o údaje zo zdroja NCZI pre celkovú štatistiku (vrátane osôb vo výkone trestu a súdom nariadenou liečbou) a pre indikátor „požiadavky na liečbu“, sledovaný NMCD.

V zdravotníckych zariadeniach sa v roku 2011 liečilo 1609 pacientov, čo bolo takmer o 7% viac ako v roku 2010 (1 505). Výrazne sa medzi pacientmi liečenými v roku 2011 po prvýkrát zvýšil podiel pacientov mladších ako 20 rokov.

Ani v rámci tejto skupiny neboli zaznamenané žiadne významné zmeny pokiaľ ide o zastúpenie jednotlivých drog, ktoré boli dôvodom k liečbe. Viac ako tretina pacientov sa liečila kvôli problémom so stimulačnými látkami (35%). Počet užívateľov opioidov sa znížil medzi pacientmi, ktorí sa liečili po prvýkrát, ale aj medzi všetkými liečenými. Podiel užívateľov kanabisu ostal nezmenený. Podiel užívateľov drog, ktorí si aplikovali látku injekčne (tzv. IDU - Injection Drug User) v zariadeniach rezortu zdravotníctva mierne a opätovne klesol (z 39,2% na 36,5%).

Drogy vo väzniciach

Viac ako o tretinu sa v roku 2011 zvýšil podiel evidovaných drogovovo závislých vo väzení čo zatiaľ predstavuje najvyšší podiel - 18% (v roku 2008 uviedlo 11,6% väzňov, že pred vstupom do väzenia užívalo drogy; v roku 2009 – 14,2% a v roku 2010 - 13,8%).

V rámci štandardných drogových skríningov vo väzenskej populácii bolo vo výsledkoch 2304 testov vykonaných na prítomnosť drog v biologických vzorkách zistených 10% pozitívnych vzoriek, najčastejšie na prítomnosť benzodiazepínov, marihuany a amfetamínov¹⁵.

5719 väzňov bolo v roku 2011 podrobených skríningovému vyšetreniu na prítomnosť niektorých infekčných krvou prenosných ochorení. Bolo zistených 7% pozitívnych nálezov.

2.2.6 Resocializácia – sociálna integrácia

Drogovo závislí a osoby s iným druhom závislosti nie sú osobitnou skupinou v rámci špecifických opatrení na prevenciu sociálneho vylúčenia a opatrení na opätovné začlenenie sa do spoločnosti. Všetky dostupné opatrenia v tomto smere však môžu využívať, resp. sú im poskytované.

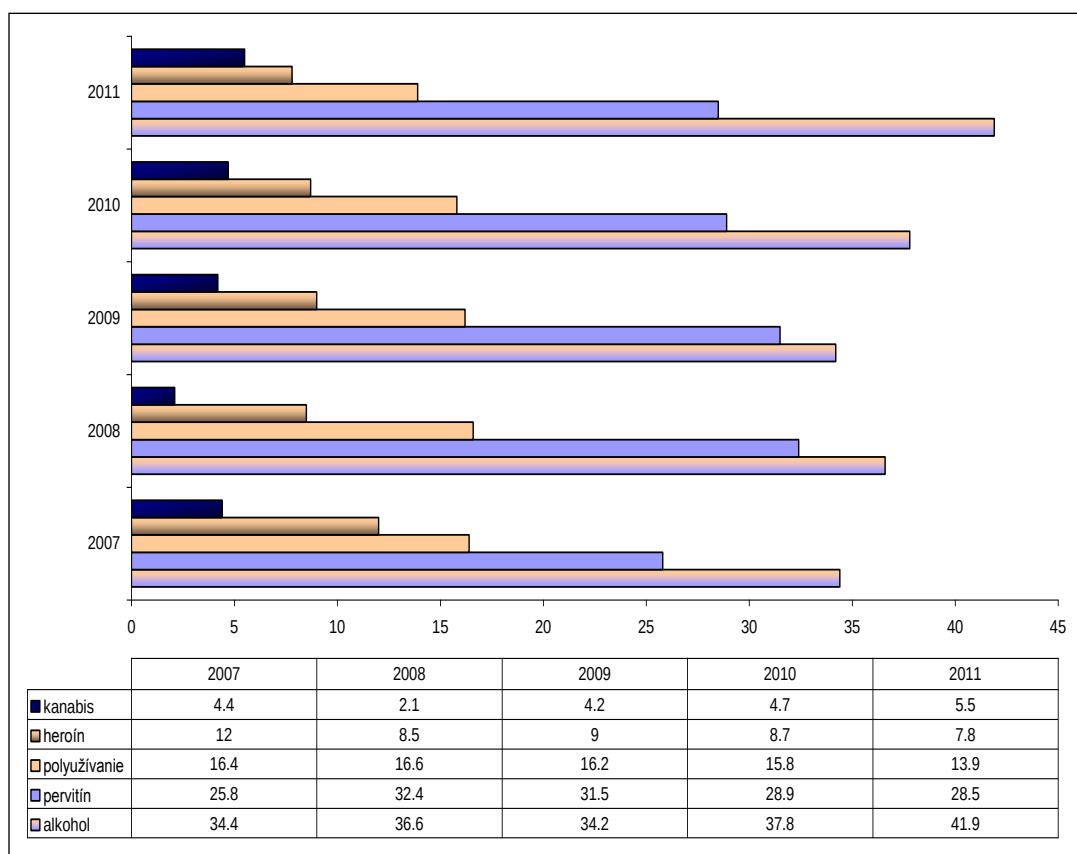
Naviac sú pre nich sú určené osobitné rezidenčné zariadenia, poskytujúce služby rehabilitácie a resocializácie, a aj sociálne služby, ktoré majú uľahčiť osobám návrat do prirodzeného prostredia (rodiny) a začlenenie sa do spoločnosti (kritériá sociálnej integrácie : vzdelávanie, zamestnanosť a bývanie).

NMCD opakovane sleduje 19 resocializačných centier pokiaľ ide o štruktúru klientov (primárny dôvod, ktorý viedol k ich pobytu v RS) a poskytované služby. Tieto resocializačné centrá na Slovensku sú pre výkon opatrení sociálno-právnej ochrany detí a kurately (detí a dospelých) [akreditované Ministerstvom práce, sociálnych vecí a rodiny](#), aby sa zabezpečila kvalifikovaná pomoc pri opätovnom začlenení sa do spoločnosti, resp. prirodzeného prostredia.

Podľa prieskumov NMCD v rokoch 2007-2011 počet klientov rastie (zo 614 v roku 2007 na 842 v roku 2011), mierne klesá podiel nových klientov. Dominantný podiel primárnej psychoaktívnej látky, ktorá bola dôvodom k resocializácii si dlhodobo udržuje alkohol, nasledovaný pervitínom a súčasným užívaním viacerých látok.

Graf 6 Vývoj štruktúry klientov resocializačných zariadení v SR podľa prieskumov NMCD (Zdroj: NMCD)

¹⁵ Predovšetkým metamfetamínu



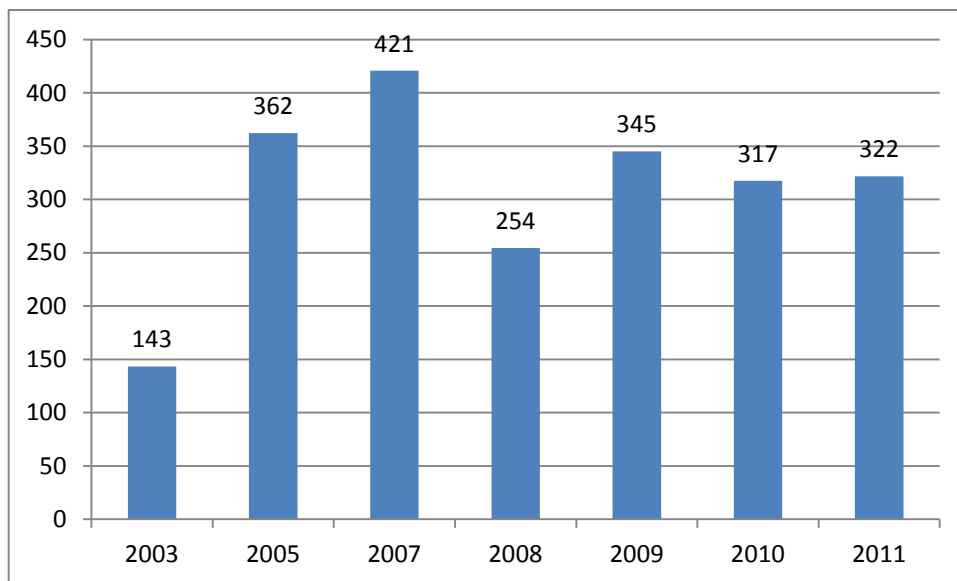
Cieľ 5. Zabezpečiť prístup k službám v oblasti znižovania škôd spôsobených drogami s cieľom spomaliť šírenie HIV/AIDS, hepatitídy C a ostatných s drogami súvisiacich infekčných chorôb prenášaných krvou a znížiť počet úmrtí spôsobených užívaním drog

2.2.7 Služby harm reduction – znižovanie poškodenia

Výmena použitých striekačiek a ihl, ako aj distribúcia sterilných nástrojov a vybavenia je významnou súčasťou činnosti občianskych združení – nízkoprahových agentúr zameraných na znižovanie zdravotných dôsledkov užívania drog a ochranu verejného zdravia. V roku 2011 sa klientom piatich združení (v deviatich programoch a v lokalitách 6 miest), poskytlo spolu 351 532 striekačiek a ihl, čo je približne rovnaký počet ako v roku 2010.

Ďalších 15 064 striekačiek sa distribuovalo prostredníctvom stacionárneho programu Centra pre liečbu drogových závislostí v Bratislave.

Graf 7 Vývoj počtu vydaných injekčných ihl/striekačiek v zariadeniach a programoch mimovládnych organizácií zameraných na znižovanie poškodení v dôsledku užívania drog (harm reduction) (Zdroj: NMCD)



2.2.8 Infekčné choroby súvisiace s drogami

Počet osôb infikovaných vírusom HIV stále ostáva nízky a neepidemický, čo platí pre vysoko rizikovú skupinu injekčných užívateľov drog. V roku 2011 sa medzi nimi nevyskytol pozitívny prípad infikovania vírusom HIV. V údajoch za ďalšie roky sledovaného obdobia je výskyt HIV pozitívnych osôb medzi injekčnými užívateľmi na úrovni menej ako 1%, i keď počet všetkých infikovaných vo všeobecnej populácii kumulatívne narastá. Na základe uvedeného sa zdá, že prenos cestou injekčného užívania drog nie je hlavnou cestou šírenia tejto infekcie.

Subpopulácia injekčných užívateľov tradične zahŕňa vysoký počet osôb pozitívnych na hepatitídu typu C. Podľa sentinelovej štúdie CPLDZ v Bratislave podiel pacientov pozitívnych na HCV ostal na stabilnej úrovni 40%, podiel pacientov pozitívnych na protilátky hepatitídy typu B klesol na 22%.

2.3 KOORDINÁCIA A SPOLUPRÁCA

Hlavná priorita: Prostredníctvom spoločných stratégií a koordinovaných postupov orgánov a inštitúcií verejnej správy zvyšovať účinnosť prijatých opatrení, zameraných na obmedzenie narastajúceho dopytu po drogách a redukciu ponuky drog na národnej, regionálnej a miestnej úrovni.

Ciele:

Cieľ 11. Zabezpečiť, aby sa vyvážený koordinovaný prístup odrážal vo vnútroštátnej protidrogovej politike na národnej a regionálnej úrovni

Cieľ 12. Zabezpečiť realizáciu a účinnú koordináciu protidrogovej stratégie SR na úrovni vlády SR

Cieľ 13. Zabezpečiť účinnú koordináciu realizácie protidrogovej politiky na úrovni Výboru ministrov

Cieľ 14. Vytvárať podmienky pre účasť občianskej spoločnosti na realizácii protidrogovej stratégie

V roku 2011 pokračovala realizácia aktivít a cieľov vyplývajúcich zo štvrtej Národnej protidrogovej stratégie 2009 – 2012 a súčasne na rokovanie vlády SR a NR SR bola predložená správa o jej strednodobom plnení (2009-2010). V priebehu roka 2012 sa dôraz kládol na finálne hodnotenie protidrogovej stratégie a akčných plánov, ktoré sa majú predložiť na rokovanie vlády a následne do NR SR na jar 2013.

Podľa uznesenia vlády SR 610/2012 z 31. októbra 2012 o prenose pôsobností v oblasti protidrogovej politiky a monitoringu drogovej situácie na Slovensku bude gestorom tejto úlohy ministerka zdravotníctva.

Drogová problematika nie je explicitne zmienená v rámci priorít štvorročného [vládného programu](#), ktorý prijala nová vláda po predčasných parlamentných voľbách v máji 2012.

V oblasti medzinárodnej spolupráce sa zdôrazňuje spolupráca v rámci globálnych protidrogových programov Úradu OSN pre drogy a kriminalitu a v oblasti zdravotnej politiky, ochrany a podpory zdravia sú to opatrenia voči fajčeniu, alkoholu a drogám.

2.3.1 Legislatívne a organizačné zmeny v koordinácii protidrogovej politiky

V druhej polovici roku 2010 sa prijatou legislatívou - novelou [zákona č.575/2001 o činnosti vlády a ústrednej štátnej správy](#) problematika drog vypustila z pôsobnosti podpredsedu vlády pre ľudské práva a menšiny, kde patrila od roku 1995. Nová vláda (marec 2012) funkciu vicepremiéra s takouto pôsobnosťou neobnovila.

Uznesením vlády č. 135/2011 boli zrušené niektoré poradné orgány vlády a niektoré boli pretransformované do všeobecnejšej Ministerskej rady, čo bol aj prípad poradného a konzultačného orgánu vlády SR – [Výboru ministrov pre drogové závislosti a kontrolu drog](#).

Počas prvých dvoch rokov svojho pôsobenia Ministerská rada neobnovila prepojenie s odbornými kapacitami podporujúcimi činnosť predchádzajúceho Výboru ministrov pre drogové závislosti a kontrolu drog (VM DZKD).

Exekutívou VM DZKD bol v čase pôsobnosti jeho Generálny sekretariát. Po zániku VM DZKD úlohu exekutívy prevzal pretransformovaný Generálny sekretariát, pod názvom odbor koordinácie protidrogovej stratégie (OKPS), v rámci ktorého pôsobilo aj Národné monitorovacie centrum pre drogy. OKPS bol následne v rámci nového organizačného usporiadania Úradu vlády SR zaradený do jednej z jeho sekcií – do Sekcie zahraničnej spolupráce.

OKPS sa po niekoľkých mesiacoch pôsobenia transformovalo v máji 2012 do ďalšieho odboru, ktorý prevzal názov odbor [Národné monitorovacie centrum pre drogy](#), pričom utrpel kvantitatívne (počet zamestnancov klesol zo 14 na 9) i kvalitatívne personálne straty. Tento odbor mal plniť prechodne okrem monitorovania všetky ostatné úlohy bývalého OKPS: úlohy v oblasti koordinácie národnej protidrogovej stratégie, agendu dotačnej schémy [na podporu aktivít v rámci stratégie](#) ako aj agendu medzinárodnej spolupráce v rámci Európskej komisie a globálnych štruktúr (Úrad OSN pre drogy a kriminalitu, Komisia pre narkotické látky, a i.). Takéto provizórne usporiadanie počítalo s neskorším odčlenením oddelení zaoberajúcich sa koordinačnými úlohami v oblasti protidrogovej politiky a s ich delimitáciou na Ministerstvo zdravotníctva SR od roku 2013. Neskôr v priebehu roka 2012 však bolo rozhodnuté o delimitácii celého pracoviska, čím sa zakonzervovalo jeho provizórne usporiadanie a kapacitné oklieštenie.

Tento odbor bol od [1. januára 2013 delimitovaný](#) na [Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky](#), pričom sa pri delimitácii ďalej znížil stav zamestnancov na 7. Všetky tieto kroky závažne narušili dovtedy vykonávané koordinačné funkcie.

- Zrušením politickej zodpovednosti člena vlády za výkon protidrogovej politiky sa táto stala „agendou nikoho“, stratila svoj politický rozmer a jej riadenie sa dostalo na úroveň formálneho vedenia administratívnych postupov v rámci služobného úradu;
- Preradením OKPS v organizačnej štruktúre Úradu vlády SR na nižšiu úroveň utrpela voči vonkajším partnerom autorita koordinačného orgánu, vloženie medzičlánku riadenia bez zaistenia odbornej kompetencie sa znížila akcieschopnosť odboru a dosah na reálny výkon koordinácie, najmä v časti prenosu medzi odbornými poznatkami a požiadavkami z terénu na jednej strane a prijímaním potrebných rozhodnutí a opatrení na strane druhej.
- Znížením personálnej kapacity OKPS sa znížila schopnosť odboru plniť riadne všetky funkcie v domácej i zahraničnopolitickej oblasti, avšak zmeny zasiahli aj oblasť monitorovania, nakoľko nastala potreba presunu monitorovacích kapacít na zabezpečovanie oslabených funkcií odboru aspoň v provizórnom režime.
- Presunom z medzirezortného prostredia Úradu vlády SR na jeden z rezortov, bez akejkoľvek odbornej analýzy potrieb a dôsledkov opatrení, sa potlačil odborníkmi všeobecne uznávaný multidisciplinárny prístup k riešeniu drogového problému v spoločnosti, ktorého praktickým vyjadrením bolo práve umiestnenie pracoviska exekutívy a koordinácie protidrogovej politiky mimo rezortov. Ďalej sa tým vytvára prirodzený tlak, aby personálne oslabené koordinačné pracovisko okrem medzirezortných koordinačných úloh pribralo aj výkon rezortných úloh v drogovej oblasti. Týmto krokom sa sťažila východisková pozícia taktiež pre výkon monitorovania drogovej situácie.

Na centrálnej vládnej úrovni čiastočne inkorporovala drogovú problematiku Rada vlády SR pre prevenciu kriminality, a to v rámci [Stratégie prevencie kriminality a inej protispoločenskej činnosti na roky 2012 - 2015](#).

[Rada vlády pre prevenciu kriminality](#) je poradným orgánom vlády SR a je etablovaná na ministerstve vnútra SR.

[Podľa zákona č.121/2011 Z.z o zrušení Protidrogového fondu](#) zanikol tento fond oficiálne od mája 2011. Neštátny Protidrogový fond sústreďoval a poskytoval peňažné prostriedky na

prevenciu drogových závislostí a na liečebnú a resocializačnú pomoc drogovu závislým osobám od roku 1997; jeho najväčším a často jediným prispievateľom bol však štát. Od roku 2009 prevzal kompetencie Protidrogového fondu Úrad vlády SR a naďalej¹⁶ poskytoval [dotácie na protidrogové aktivity v rámci Národnej protidrogovej stratégie 2009-2012.](#)

2.3.2 Regionálny aspekt

Napriek pôvodným plánom sa nepodarilo vybudovať sieť regionálnych koordinátorov protidrogovej politiky v rámci regionálnych štruktúr. V návrhu zákona (...) sa presadilo vytvorenie koordinátorov prevencie kriminality, ale tí kapacitne nedokážu v rámci svojej agendy pokryť požadovanú šírku protidrogovej prevencie.

Hoci sú drogy všade vo svete predovšetkým problémom veľkých miest a ZMOS je jedným z partnerov pri príprave akčných plánov, nebol zatiaľ v Slovenskej republike zadokumentovaný prípad vypracovania ucelenej koncepcie regionálnej, alebo komunitnej, resp. mestskej protidrogovej politiky – a to ani v hlavnom meste, hoci Bratislava si permanentne udržuje prvenstvo v sledovaných indikátoroch drogovej situácie vrátane trestnoprávneho aspektu drogovej problematiky, ucelená koncepcia komunitnej, resp. mestskej protidrogovej politiky v hlavnom meste Slovenska absentuje.

Neplatí to však o existencii špecifických „pomáhajúcich“ inštitúcií a ich aktivít v Bratislave, ktoré vznikali na základe aktuálnych potrieb a situácie, najmä od polovice deväťdesiatych rokov (tzv. heroínová epidémia).

V oficiálnych rozvojových dokumentoch mesta je špecifické prvenstvo Bratislavy na úrovni komunity reflektované okrajovo, a to v kontexte dvoch oblastí - rozvoja a poskytovania sociálnych služieb a bezpečnosti obyvateľov.

Podľa dotazníkového prieskumu v najnovšej analýze potrieb a nárokov na sociálne služby (r.2012¹⁷) medzi prijímateľmi niektorej sociálnej služby poskytovanej hl. mestom, sa 10% respondentov (N=1041) vyjadrilo v prospech špecifických služieb pre osoby závislé od psychoaktívnych látok.

2.3.3 Finančná podpora protidrogovej politiky

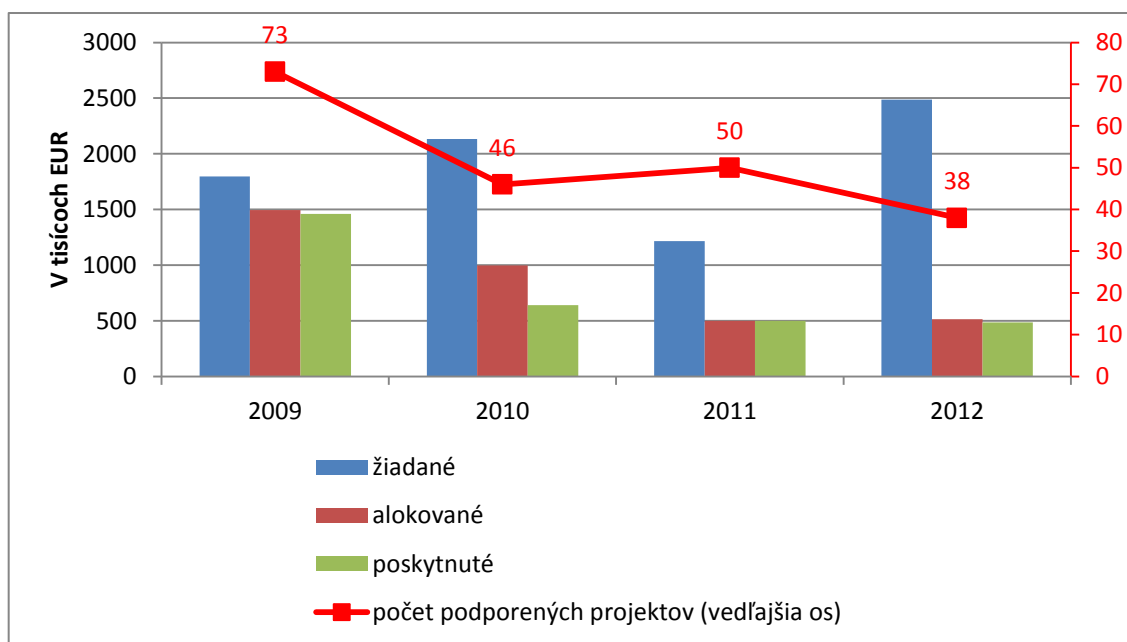
2.3.3.1 Priama finančná podpora formou dotácií

Objem finančných prostriedkov na podporu protidrogových aktivít a projektov sa v sledovanom období postupne znižoval

Graf 8 Prehľad objemu požadovaných, alokovaných a poskytnutých finančných prostriedkov na dotačnú podporu projektov z oblasti protidrogovej politiky

¹⁶ V roku 2009 bolo podporených 75 projektov v celkovej výške 1,361 175,50 EUR . V roku 2010 bolo dotovaných 45 projektov a objem pridelených finančných prostriedkov predstavoval 639 203 EUR.

¹⁷ Komunitný plán rozvoja sociálnych služieb Hl. mesta SR Bratislavy, november 2012 <http://www.infodrogy.sk/index.cfm?module=Library&page=Document&DocumentID=1019>



Alokovaný objem finančných prostriedkov na podporu protidrogových aktivít 500.000,00 EUR v roku 2011 bol vyčerpaný a podporených bolo 50 projektov¹⁸, najvyšší podiel dotácií získali projekty deklarované ako preventívne aktivity (vzdelávanie, osвета, výroba filmu, ale aj harm reduction, a i.), a to 67%. V roku 2011 bolo 82% dotácií poskytnutých žiadateľom tretieho sektora (občianske združenia, neziskové organizácie), celkom vo výške 411.229,28 EUR.

V roku 2012 predstavoval objem pridelených finančných prostriedkov na podporu protidrogových aktivít 515.000,00 EUR a bol vyčerpaný na 94% (484 025,00 €). Celkove bolo podporených 38 projektov¹⁹. 68% dotácií bolo poskytnutých žiadateľom tretieho sektora (občianske združenia, neziskové organizácie), celkom vo výške 329 225,80 EUR. Aj v roku 2012 smeroval najvyšší objem finančných prostriedkov na preventívne aktivity.

Tabuľka 1 Štruktúra poskytnutých dotácií na projekty z oblasti protidrogovej politiky v roku 2012

Poskytnuté podľa zamerania žiadateľa v oblasti	Suma	%
Liečba	10 000,00 €	2,00
Prevencia (vrátane harm reduction) ²⁰	337 863,34 €	69,86

¹⁸ Zoznam schválených a Úradom vlády Slovenskej republiky poskytnutých dotácií na protidrogové aktivity v roku 2011

¹⁹ Zoznam schválených a Úradom vlády Slovenskej republiky poskytnutých dotácií na protidrogové aktivity v roku 2012

²⁰ V prevencii sú zahrnuté aj podporené projekty harm reduction vo výške 38 522,08 EUR (8%).

Resocializácia	136 161,66 €	28,14
		100,00

2.3.3.2 Podpora plnenia stratégie v rámci rozpočtových kapitol rezortov – mimorezortný finančný program Protidrogová politika

Konkrétne programy a aktivity v rezortoch sú často „samofinancované“ v tom zmysle, že ide o opatrenia, ktoré sa vzhľadom na spoločenskú závažnosť drogového problému rezort/inštitúcia vykonáva aj bez ich plánovania v akčnom pláne, ako súčasť svojej vecnej náplne, resp. ako preventívnu aktivitu či program pre vlastných zamestnancov alebo inú cieľovú skupinu. V rezorte zdravotníctva sa vykonáva liečba, rezort hospodárstva vedie evidenciu obchodovania s látkami, ktoré môžu byť prekursorami, v školách bežia preventívne aktivity, projekty a programy, a podobne.

Náklady, ktoré rezorty na tieto opatrenia vynakladajú sú oprávnené stať sa nákladmi na riešenie drogového problému v konkrétnom dosahu pôsobnosti. Aby sa tieto prostriedky zreteľne vymedzili v tomto zmysle, postupuje sa v zmysle metodického pokynu MF SR č. 5238/2004-42 na usmernenie programového rozpočtovania. Prostriedky medzirezortného finančného programu Protidrogová politika ostávajú súčasťou rozpočtovej kapitoly príslušného rezortu, vedú sa však v tomto osobitne zriadenom medzirezortnom finančnom programe. Systematickým a konsenzuálnym metodologickým vylepšovaním hlásnej disciplíny rezortov voči tomuto programu bude možné presnejšie sledovať a v prípade potreby regulovať veľkosť, štruktúru a efektívnosť finančných prostriedkov vynakladaných na

2.4 Znižovanie ponuky

Hlavná priorita : Zlepšiť účinnosť presadzovania práva v oblasti drog. Rozvíjať aktivity zamerané na potláčanie drogovej trestnej činnosti. Skvalitniť efektívnosť a koordináciu vnútroštátnych aktivít a na úrovni EÚ. Úsilie sústrediť na oblasť zneužívaniu prekursorov, výrobu a distribúciu drog a cezhraničné nelegálne obchodovanie s drogami.

2.4.1 Ciele:

Cieľ 6. Posilniť spoluprácu pri presadzovaní práva v oblasti potláčania výroby drog a nezákonného obchodu s nimi na národnej a medzinárodnej úrovni

Cieľ 7. Rozvoj justičnej spolupráce v oblasti boja proti obchodovaniu s drogami a presadzovania práva v oblasti obchodovania s drogami (prekurzormi) a prania špinavých peňazí súvisiacich s týmto obchodom

Cieľ 8. Rýchla a účinná reakcia na operačnej, regulačnej a politickej úrovni na nové hrozby (napr. nové drogy, nové trasy)

Cieľ 9. Znížiť výrobu a ponuku syntetických drog

Cieľ 10. Zredukovať zneužívanie a nezákonný obchod s prekurzormi, používanými na výrobu nelegálnych drog

Koncepčný rámec pre monitorovanie situácie v oblasti ponuky nelegálnych drog doteraz zahŕňa tri zložky:

- trh s drogami
- kriminalita spojená s drogami
- opatrenia na redukcii ponuky drog.

2.4.2 Trh s drogami

Pozíciu najzneužívanejšej nelegálnej drogy v SR si podľa počtu záchytov v období 2009 - 2011 udržala marihuana, na Slovensku pestovaná predovšetkým indoorovým spôsobom v rozmeroch priemyselnej výroby, ktorú zabezpečujú vietnamskí imigranti. Väčšina z takto dopestovanej marihuany bola určená pre domáci trh a menšia časť sa vyvážala do zahraničia. Aj pervitín bol dostupný vo všetkých regiónoch SR a vyrábal sa najmä z voľne dostupných liečiv. Na trhu sa okrem pervitínu z domácej produkcie vyskytoval i pervitín dovážaný z ČR (s koncentráciou nad 80%).

V roku 2011 sa takmer o štvrtinu zvýšil počet záchytov drog, v porovnaní s rokom 2010. Vzrástli záchyty: marihuany, pervitínu (tu však kleslo zaistené množstvo), hašiša, kokaínu a kanabisových rastlín. Takmer dve tretiny (65%) z celkového počtu záchytov predstavovali záchyty kanabisových produktov a vyše štvrtinu prípadov (27%) predstavovali záchyty pervitínu.

Trend poklesu heroínu na trhu a jeho nahrádzanie fentanylom, ktorý bol pozorovaný ešte v roku 2010, sa naplno prejavil v prvej polovici 2011, kedy bol heroín takmer úplne vytlačený fentanylom (najmä v Bratislave a okolí). Pokles heroínu na trhu potvrdil pokles záchytov (takmer o štyri pätiny menej ako v roku 2010). Okrem toho bol zaznamenaný výrazný pokles koncentrácie heroínu (zo 14,6% v roku 2010 na 4,1% v roku 2011).

Z prekurzorov sa v SR najviac zneužíval efedrín a pseudoefedrín, hoci ich celkové záchyty klesli na najnižšiu úroveň za posledných šesť rokov (11). Klesli aj záchyty anhydridu kyseliny octovej - v roku 2011 bol tento prekurzor na Slovensku zachytený v objeme 1l (v roku 2009 - 860 kg, v roku 2010 v objeme 5 l,).

Z pohľadu vývoja cien jednotlivých drog - ako sú sledované v rámci operatívnej činnosti príslušných zložiek policajného zboru - sa rok 2011 vyznačoval rastom cien metamfetamínu (v rozmedzí od 20-100 Eur/g) a kokaínu (50-100 Eur/g). Cena heroínu poklesla (20-55 Eur/g). Cena marihuany je na úrovni roku 2009 (6-22 Eur).

2.4.3 Nové psychoaktívne látky

Takéto súborné označenie sa postupne presadzuje pre pomenovanie skupiny psychoaktívnych látok, ktoré sa v minulosti označovali aj ako „legálne drogy“ („legal highs“), „smart“-drogy, dizajnérske drogy, spice, kúpeľová soľ a podobne. Je to súbor rôznorodých látok, ktoré však majú niektoré spoločné črty:

- ich molekuly sa „dizajnujú“ na objednávku tak, aby bol dosahovaný požadovaný účinok;
- vo väčšine prípadov ide o deriváty už známych látok, vyrobené malou zmenou molekuly, v dôsledku ktorej sa nezníži psychoaktívny účinok, ale vznikne nová zlúčenina, ktorá následne po istý čas nie je na zoznamoch kontrolovaných látok a môže sa legálne predávať;
- v predávaných produktoch sa často miešajú, či už kvôli kombinácií účinku, alebo jeho zvýšeniu, prípadne pre sťaženie detekcie;
- predaj produktov s ich obsahom prebieha v režime utajenia, avšak legálne – často ako tovar odlišného určenia (darčkové predmety, kúpeľová soľ, hnojivo), i keď stranám zainteresovaným na predaji je známy účel ich využitia ako drogy;
- produkty z ich obsahom sa predávajú najmä prostredníctvom internetu, ale tiež v kamenných predajniach s označením „shop“ s rôznymi prívlastkami (Crazy-shop, Euphoria-shop, Smart-shop a pod.);
- toxicita a psychotropné účinky týchto látok a ich zmesí nie sú u človeka vôbec, alebo len málo, objektívne preskúmané;

V rámci sledovania rozvoja a trendov trhu s novými psychoaktívnymi látkami vykonáva Národné monitorovacie centrum pre drogy v Slovenskej republike od roku 2012 monitorovanie predaja takýchto látok na internete, podľa metodológie EMCDDA.

Na zachytenie výskytu a užívania nových psychoaktívnych látok slúži tiež [systém včasného varovania](#), koordinovaný EMCDDA v spolupráci s Europolom a v Slovenskej republike fungujúcim v rámci NMCD. Do systému sú na jednej strane začlenené informácie z prostredia členských štátov EÚ o záchytoch nových psychoaktívnych látok a o prípadných zistených účinkoch na užívateľov, niekedy fatálnych, na druhej strane domáce inštitúcie, a organizácie z ktorých viaceré predstavujú prvý kontakt s užívateľmi (liečba, nízkoprahové terénne sociálne služby, toxikologické laboratória, nemocničné zariadenia...). V prípade zistenia výskytu novej psychoaktívnej látky, najmä ak ho sprevádza zdravotné poškodenie užívateľov, alebo úmrtia, sa informácie následne rýchlo šíria oboma smermi.

Rovnako ako na európskej, aj na národnej úrovni bol v sledovanom období zaznamenaný prudký nárast výskytu nových psychoaktívnych látok.

V priebehu rokov 2011-2012 sa podnikli opatrenia na redukcii „legálnych psychoaktívnych látok“, (smart drugs, dizajnérske drogy), ktoré boli distribuované prostredníctvom internetových, ale aj kamenných obchodov (u nás známych pod názvom *Crazy Shops* a i). K iniciácii novely [zákona č. 139/1998 Z.z o omamných a psychotropných](#)

látkach a prípravkoch významne prispelo Národné monitorovacie centrum pre drogy v rámci ktorého pôsobí národný koordinátor systemu včasného varovania (Early Warning System). Podľa novely (zákon č.43/2011) sa rozšírila kontrola na 43 nových látok, z toho 38 je zaradených do I. skupiny.

Najnovšia novela²¹ zákona o omamných látkach, psychotropných látkach a prípravkoch umožňuje Ministerstvu zdravotníctva SR vydávať zoznam rizikových látok a pružnejšie tak reagovať na situáciu s novými syntetickými látkami. Zákon je účinný od 1.apríla 2013.

2.4.4 Drogová kriminalita

Základom hodnotenia sú štandardne zisťované štatistické údaje z polície (resp. MV SR) Generálnej prokuratúry a Ministerstva spravodlivosti, ktoré zastrešuje aj oblasť väzenstva.

Pojem „drogová kriminalita“ zahŕňa páchatel'ov zatknutých, stíhaných a odsúdených za nasledujúce trestné činy podľa Trestného zákona: prechovávanie drogy²² pre osobnú potrebu ďalej výrobu, obchodovanie alebo prechovávanie väčšieho množstva drogy ako 10 obvykle jednorazových dávok (ďalej iba „dílovanie“); výrobu alebo zadováženie predmetu²³ určeného na výrobu drogy a šírenie toxikománie.

Stíhaní páchatelia

V roku 2011 bol podiel políciou stíhaných páchatel'ov vyšší o 6,4% a evidovala o 38% vyšší podiel drogových trestných činov, v porovnaní s rokom 2010. Viac ako polovica páchatel'ov bola stíhaná v súvislosti s marihuanou (62%), pričom vyše dve tretiny z nich za prechovávanie pre osobnú potrebu.

Po marihuane bolo najviac páchatel'ov stíhaných v súvislosti s pervitínom (27%), za ktorým nasledovali stíhaní za drogové trestné činy súvisiace s heroínom (6%) a kokaínom (1,8%).

Odsúdení za drogové trestné činy

Súdy v roku 2011 odsúdili za drogovú trestnú činnosť o 6% obžalovaných viac, ako v roku 2010. Počet odsúdených za prechovávanie drogy pre osobnú potrebu bol takmer totožný s rokom 2010 – 629; v roku 2011 - 626.

Počet odsúdených za trestné činy súvisiace s ponukou drog – za výrobu a obchodovanie stúpol o 61 páchatel'ov.

Najviac osôb bolo odsúdených v súvislosti s marihuanou (56%), pervitínom (21%) a heroínom (10%).

V roku 2011 súdy uložili viac ako dvom tretinám páchatel'ov, niektorý z alternatívnych trestov k väzeniu: podmienený trest (60%), peňažný trest (6%) a trest povinnej práce (3%).

²¹ Zákon č.40/2013 Z.z. ktorým sa mení a dopĺňa zákon č. 139/1998 Z. z. o omamných látkach, psychotropných látkach a prípravkoch v znení neskorších predpisov a ktorým sa mení zákon Národnej rady Slovenskej republiky č. 145/1995 Z. z. o správnych poplatkoch v znení neskorších predpisov

²² Termín droga, v zmysle trestného zákona (č.300/2005 Z.z.), zahŕňa akúkoľvek omamnú látku, psychotropnú látku, jed alebo prekurzor.

²³ Ide o predmet, ktorý je spravidla rozhodujúcim komponentom pri výrobe OLPL, jedu alebo prekurzora, pričom ide spravidla o prístroje, iné zariadenia ale aj suroviny, ktoré sú spôsobilé a určené na takúto výrobu (Centés, J. 2007, s.116)

Stúpol počet odsúdených, ktorým súd za prechovávanie drogy pre osobnú potrebu, uložil alternatívny trest povinnej práce. K trestu domáceho väzenia nebol v roku 2011 odsúdený žiaden páchatel'.

V prípade odsúdených mladistvých páchatel'ov bol v roku 2011 najčastejšie uložený podmienený trest (v 90% z 52 prípadov). K nepodmienečnému trestu odňatia slobody boli odsúdení dvaja mladiství – jeden za dílovanie drog a druhý za obchodovanie s drogami.

Drogy vo väzení

Viac ako o tretinu sa v roku 2011 zvýšil podiel evidovaných drogovovo závislých vo väzení čo zatiaľ predstavuje najvyšší podiel - 18% (v roku 2008 uviedlo 11,6% väzňov, že pred vstupom do väzenia užívalo drogy; v roku 2009 – 14,2% a v roku 2010 - 13,8%).

V rámci štandardných drogových skríníngov vo väzenskej populácii bolo vo výsledkoch 2304 testov vykonaných na prítomnosť drog v biologických vzorkách zistených 10% pozitívnych vzoriek, najčastejšie na prítomnosť benzodiazepínov, marihuany a amfetamínov²⁴.

5719 väzňov bolo v roku 2011 podrobených skríníngovému vyšetreniu na prítomnosť niektorých infekčných krvou prenosných ochorení. Bolo zistených 7% pozitívnych nálezov.

Najvyšší podiel na celoštátnej drogovej kriminalite mal aj v roku 2011 Bratislavský kraj, za ktorým nasledoval Nitriansky a Trnavský kraj.

2.5 MEDZINÁRODNÁ SPOLUPRÁCA

Hlavná priorita: Prostredníctvom užšej koordinácie s politikou EÚ zvýšiť účinnosť spolupráce Slovenskej republiky s medzinárodnými organizáciami v oblasti boja proti drogám Presadzovať vyvážený prístup k problému s drogami v celoeurópskom a svetovom meradle.

Ciele:

Ciel' 15. Systematicky implementovať otázky protidrogovej politiky EÚ do národnej politiky a stratégie

Ciel' 16. V súlade so zámermi EÚ rozvíjať vzťahy s tretími krajinami, resp. regiónmi

Ciel' 17. Podieľať sa na posilnení koordinácie EÚ v multilaterálnom kontexte a presadzovaní integrovaného a vyváženého prístupu

Ciel' 18. Skvalitniť spoluprácu s krajinami európskej susedskej politiky

Koordinujúcim orgánom protidrogovej politiky na úrovni Európskej únie je prierezová Horizontálna skupina pre drogy (Horizontal Drug Group). Na svojich zasadnutiach prerokúva a pripravuje politické dokumenty v súlade s prioritami a cieľmi Európskej protidrogovej stratégie a Európskeho akčného plánu pre drogy. Slovenská republika sa aktívne zapája do

²⁴ Predovšetkým metamfetamínu

práce HDG pripomienkovaním materiálov, vlastnými iniciatívnym návrhmi, účasťou expertov v zložení podľa programu rokovaní a nomináciou odborníkov.

Paralelne so štruktúrou HDG prebieha koordinácia a výmena informácií medzi členskými štátmi prostredníctvom stretnutí národných protidrogových koordinátorov, ktoré spravidla organizuje predsednícky štát únie. V dôsledku politických a organizačných zmien a tiež absencie legislatívneho ukotvenia domácej protidrogovej politiky sa do tejto činnosti Slovenská republika v posledných dvoch rokoch stratégie nezapájala.

Významné miesto v rámci protidrogovej politiky štátu má plnenie nariadenia Rady (EHS) č. 302/93 o Vytvorení Európskeho monitorovacieho centra pre drogy a drogovú závislosť (EMCDDA), nariadenia Rady EÚ 13932/01 o implementácii piatich kľúčových epidemiologických indikátorov, vytvorených Európskym monitorovacím centrom pre drogy a drogovú závislosť a nariadenia Európskeho parlamentu a Rady (ES) č. 1920/2006 o EMCDDA (prepracované znenie) týkajúcich sa realizácie monitorovania drogovej situácie v členských štátoch. Slovenská republika na účely plnenia nariadení vytvorila Národné monitorovacie centrum pre drogy ako národné kontaktné miesto medzinárodnej siete Reitox²⁵ koordinovanej EMCDDA. NMCD počas obdobia plnenia stratégie pôsobilo ako organizačná súčasť (oddelenie) koordinačného pracoviska (Generálny sekretariát Výboru ministrov pre drogové závislosti a kontrolu drog, od roku 2010 Odbor koordinácie protidrogovej stratégie) na Úrade vlády. Počas štvorročného obdobia 2009-2012 sa upevnili mechanizmy medzinárodnej spolupráce a koordinácie na tejto úrovni. Slovenská republika je v EMCDDA zastúpená jednak prostredníctvom zástupcu svojho národného kontaktného miesta siete Reitox a jednak prostredníctvom zástupcu v štatutárnom orgáne (správnej rade) EMCDDA. Takéto zapojenie umožňuje rovnocenné zapojenie SR spolu s ostatnými členskými štátmi do činnosti EMCDDA a najmä do informačnej prípravy jej výročnej správy o stave drogovej problematiky v Európe.

V sledovanom období prebehli viaceré medzinárodné stretnutia a boli prijaté viaceré opatrenia, predovšetkým v spolupráci so susednými štátmi, zamerané na riešenie cezhraničného obchodovania s drogami alebo ich prekurzormi.

Významná bola tiež spolupráca SR so štruktúrami OSN, ktorá sa realizovala predovšetkým na báze výročných stretnutí Komisie pre narkotické drogy Úradu pre drogy a kriminalitu OSN (UNODC) vo Viedni, kde má slovenská delegácia už tradične početné zastúpenie odborníkov za jednotlivé prerokúvané oblasti. Ďalšou z oblastí spolupráce medzi SR a UNODC je vyplňanie výročných dotazníkov v spolupráci vecne príslušných rezortov. Dotazníky slúžia ako podklad pre spracovanie výročnej Svetovej správy o drogách (World Drug Report), kde Slovenská republika patrí tradične medzi hlásiace štáty, ako aj poskytovanie informácií pre Medzinárodnú radu na kontrolu narkotík (INCB), ktorú zabezpečuje najmä Ministerstvo zdravotníctva SR.

Zhoršenie postavenia koordinačného orgánu na konci sledovaného obdobia prinieslo kapacitné a inštitucionálne oslabenie výkonu protidrogovej politiky aj v oblasti zahraničnej spolupráce, kde sa vytýčené ciele nedarilo plniť, alebo sa plnili len čiastočne.

²⁵ Réseau Européen d'Information sur les Drogues et les Toxicomanies

2.6 INFORMOVANOSŤ, VÝSKUM, HODNOTENIE

Hlavná priorita: Podpora a rozvoj prístupu založeného na šírení poznatkov informácií o fenoméne drog, pochopení rizík spojených s ich užívaním na zdravie jednotlivca. Skvalitniť systém monitorovania a hodnotenie vývoja drogovej scény, prijatých zámerov a cieľov protidrogovej stratégie.

Cieľ 19. Rozširovať vedomostnú základňu o drogách prostredníctvom presadzovania výskumu

Cieľ 20. Zabezpečiť priebežné hodnotenie protidrogovej politiky

Cieľ 21. Zabezpečiť zhodnotenie realizácie protidrogovej politiky

Cieľ 22. Zabezpečiť presné a politicky relevantné informácie z oblasti nelegálnych drog

Cieľ 23. Rozvoj nástrojov monitorovania situácie s drogami a účinnosti príslušných reakcií

Zdroje:

[Výročná správa o stave drogovej problematiky na Slovensku – edícia 2010 \(údaje 2009\) – v AJ](#)

[Výročná správa o stave drogovej problematiky na Slovensku – edícia 2011 \(údaje 2010\) – v AJ](#)

[Výročná správa o stave drogovej problematiky na Slovensku – edícia 2012 \(údaje 2011\) – v AJ](#)

3 Odporúčania pre plánovanie novej stratégie na ďalšie obdobie na základe hodnotenia Národnej protidrogovej stratégie na obdobie 2009-2012

- Novú národnú protidrogovú stratégiu sa odporúča pripraviť v súlade s Európskom protidrogovou stratégiou a Európskym protidrogovým akčným plánom
- Do novej stratégie sa ako osvedčený strategický prístup odporúča zapracovať opatrenia na znižovanie ponuky a na znižovanie dopytu vo vyváženom zastúpení
- Odporúča sa ako osvedčený postup v novej stratégii využívať pri rozhodovaní vyváženosť politických a odborných kritérií
- V oblasti koordinácie sa odporúča:
 - Systémové politické a legislatívne ukotvenie protidrogovej politiky prijatím legislatívnej normy
 - Vypracovanie samostatnej mestskej stratégie/politiky pre Bratislavu ako metropolu, v ktorej drogový problém dosahuje najväčší rozsah a závažné dôsledky; komplexné opatrenia v iných veľkých mestách SR sú v tomto kontexte vnímané ako taktiež nanajvýš užitočné
 - Udržanie a ďalšie metodologicko-organizačné rozpracovanie medzirezortného finančného programu Protidrogová politika
- V oblasti monitorovania:
 - Posilnenie nezávislého monitorovania situácie v oblasti drog, s prípadným rozšírením na regionálnu úroveň
 - Implementácia nového (šiesteho) kľúčového indikátora/indikátorov z oblasti presadzovania práva, v spolupráci s európskymi inštitúciami (EMCDDA, Europol)
 - Zavedenie nových metód monitorovania (napr. monitorovanie prítomnosti drog v odpadových vodách)
- Posilniť zahranično-politickú oblasť protidrogovej politiky so zreteľom na blížiac sa predsedníctvo SR, ktoré časovo spadá do obdobia vypracúvania hodnotenia európskeho protidrogového akčného plánu
- Vyvinúť úsilie na prijatie národných štandardov na hodnotenie preventívnych programov a ich široká implementácia v praxi pri hodnotení preventívnych programov a aktivít ako aj stupňa kompetencie subjektov, ktoré ich vykonávajú
- V oblasti liečby sa odporúča udržať špecializovanú liečbu ako jeden z najefektívnejších prístupov k drogovému problému
- V oblasti väzenia popri udržaní nízkej miery užívania drog vo väzniciach zvážiť možnosť pokračovania substitučnej liečby ako významného nástroja znižovania sociálnych dopadov u odsúdených so závislosťou, ktorí podstupovali substitučnú liečbu už pri nástupe na výkon trestu
- V oblasti resocializácie a sociálnej integrácie vyvinúť úsilie na oficiálne prijatie a začlenenie štandardov pre túto oblasť a ich implementáciu v praxi
- V oblasti znižovania škodlivých následkov užívania drog (harm-reduction) – vytvoriť všeobecný rámec/mechanizmus financovania efektívnych programov na posilnenie ochrany verejného zdravia
- V oblasti legislatívy sa odporúča vyhodnotiť efektívnosť trestných postihy pri spoločensky menej nebezpečných činoch a v prípade potreby navrhnúť alternatívy, pri zachovaní vyváženého prístupu znižovania ponuky a dopytu