

Jak snížit spotřebu alkoholu v Česku: Čtyři opatření a jejich dopad

1. Infografika: Čtyři opatření alkoholové politiky přinášejí zdravotní přínos i čisté úspory v desetiletém horizontu (2024–2033)

Metodologie a reference

Metodologie – vlastní zpracování na základě dat z národních a mezinárodních zdrojů. Metody výpočtu jsou popsány v závěru v části [Použité metody](#).

Reference

Infografika je souhrnem informací napříč celou analýzou a vychází z referencí uvedených u jednotlivých sekcí níže.

2. Infografika: Procentuální změna týdenní konzumace alkoholu dle zavedené politiky

Metodologie a reference

Metodologie – vlastní zpracování na základě dat z národních a mezinárodních zdrojů. Metody výpočtu jsou popsány v závěru v části [Použité metody](#).

Reference

1. Státní zdravotní ústav. (n.d.). *NAUTA – Národní výzkum užívání tabáku a alkoholu v České republice*. [LINK](#)

Další reference

1. Angus, C., Li, J., Romero-Rodriguez, E., Anderson, P., Parrott, S., & Brennan, A. (2019). *Cost-effectiveness of strategies to improve delivery of brief interventions for heavy drinking in primary care: Results from the ODHIN trial*. *European Journal of Public Health*, 29(2), 219–225. [LINK](#).
2. Cecchini, M., Devaux, M., & Sassi, F. (2015). *Assessing the impacts of alcohol policies: A microsimulation approach* (OECD Health Working Papers No. 80). Organisation for Economic Co-operation and Development. [LINK](#).

3. Keyes, K. M., Shev, A., Tracy, M., & Cerdá, M. (2019). Assessing the impact of alcohol taxation on rates of violent victimization in a large urban area: An agent-based modeling approach. [LINK](#).

3. Infografika: Procentuální změna nově vzniklých případů onemocnění po zavedené politiky

Metodologie a reference

Metodologie – vlastní zpracování na základě dat z národních a mezinárodních zdrojů.

Reference

2. Corrao, G., Bagnardi, V., Zambon, A., & La Vecchia, C. (2004). A meta-analysis of alcohol consumption and the risk of 15 diseases. *Preventive Medicine*, 38(5), 613–619. [LINK](#).
3. Global Burden of Disease Collaborative Network. (2024). *Global Burden of Disease Study 2023 (GBD 2023) results*. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). [LINK](#).
(Data retrieved [date you accessed the results])
4. Rehm, J., Greenfield, T. K., & Rogers, J. D. (2003). The relationship of average volume of alcohol consumption and patterns of drinking to burden of disease: An overview. *Addiction*, 98(12), 1209–1228. [LINK](#).

Další reference

1. Cecchini, M., Devaux, M., & Sassi, F. (2015). *Assessing the impacts of alcohol policies: A microsimulation approach* (OECD Health Working Papers No. 80). Organisation for Economic Co-operation and Development. [LINK](#).
2. Angus, C., Meng, Y., Ally, A., Holmes, J., & Brennan, A. (2014). *Model-based appraisal of minimum unit pricing for alcohol in the Republic of Ireland: An adaptation of the Sheffield Alcohol Policy Model version 3* (Report). SchARR, University of Sheffield. [LINK](#).
3. Federal Office of Public Health (Switzerland). (2022). *Final Report on the International Alcohol Policy Model* (OECD/Swiss report). [LINK](#).
4. Maharaj, T., Angus, C., Fitzgerald, N., Allen, K., Stewart, S., MacHale, S., & Ryan, J. D. (2023). *Impact of minimum unit pricing on alcohol-related hospital outcomes: Systematic review*. *BMJ Open*, 13(2), e065220. [LINK](#).

4. Infografika: Úspory ve zdravotnictví dle zavedené politiky

Metodologie a reference

Metodologie – vlastní zpracování na základě dat z národních a mezinárodních zdrojů.

Reference

1. International Agency for Research on Cancer. (n.d.). *Global Cancer Observatory* (GCO). World Health Organization. [LINK](#).
2. Národní registry a informační systémy (NZIP). (n.d.). *Datová podpora dohodovacího řízení – datové souhrny*. [LINK](#).
3. Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR. (n.d.). *Zdravotní výkony – číselník zdravotních výkonů*. [LINK](#)

Další reference

1. Angus, C., Ally, A., Holmes, J., et al. (2024). *Doh-MUP revised modelling* (Report). Drugs and Alcohol Information and Research Unit. [LINK](#).
2. Chomynová, P., Dvořáková, Z., Grohmannová, K., Orliková, B., Galandák, D., Černíková, T., & Franková, E. (2024). *Zpráva o alkoholu v České republice 2023* [Report]. Úřad vlády České republiky. [LINK](#).
3. Národní registry a informační systémy (NZIP). (n.d.). *Datová podpora dohodovacího řízení – datové souhrny*. [LINK](#).
4. Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR. (n.d.). *Zdravotní výkony – číselník zdravotních výkonů*. [LINK](#).

5. Infografika: Odvrácené DALY dle zavedené politiky

Metodologie a reference

Metodologie – vlastní zpracování na základě dat z národních a mezinárodních zdrojů.

Reference

1. Global Burden of Disease Collaborative Network. (2024). *Global Burden of Disease Study 2023 (GBD 2023) results*. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). [LINK](#).

Další reference

1. Brennan, A., Meier, P., Purshouse, R., Rafia, R., Meng, Y., Hill-Macmanus, D., Angus, C., & Holmes, J. (2015). *The Sheffield Alcohol Policy Model — A mathematical description*. *Health Economics*, 24(10), 1368–1388. [LINK](#).

2. Cecchini, M., Devaux, M., & Sassi, F. (2015). *Assessing the impacts of alcohol policies: A microsimulation approach* (OECD Health Working Papers No. 80). Organisation for Economic Co-operation and Development. [LINK](#).

6. Infografika: Úspory ve zdravotnictví v důsledku zavedených politik a náklady na jejich zavedení

Metodologie a reference

Metodologie – vlastní zpracování na základě dat z národních a mezinárodních zdrojů.

Reference

1. Cecchini, M., Devaux, M., & Sassi, F. (2015). *Assessing the impacts of alcohol policies: A microsimulation approach* (OECD Health Working Papers No. 80). Organisation for Economic Co-operation and Development. [LINK](#).
2. International Agency for Research on Cancer. (n.d.). *Global Cancer Observatory* (GCO). World Health Organization. [LINK](#).
3. Národní registry a informační systémy (NZIP). (n.d.). *Datová podpora dohodovacího řízení – datové souhrny*. [LINK](#).
4. Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR. (n.d.). *Zdravotní výkony – číselník zdravotních výkonů*. [LINK](#).

7. Infografika: Souhrn dopadů modelovaných opatření v desetiletém horizontu (2024–2033)

Metodologie a reference

Metodologie – vlastní zpracování na základě dat z národních a mezinárodních zdrojů. Metody výpočtu jsou popsány v závěru v části [Použité metody](#).

Reference

Infografika je souhrnem informací napříč celou analýzou a vychází z referencí uvedených u jednotlivých sekcí níže.

Použité metody

Spotřeba alkoholu

Spotřebu alkoholu simulujeme na úrovni jednotlivců a kalibrujeme ji podle externě pozorovaného rozložení na základě věku a pohlaví, přičemž postupujeme v souladu s mikrosimulačním rámcem [SPHeP-NCDs](#). Populaci zahrnutou do simulace jsme omezili na osoby ve věku od 15 let a rozdělili ji do čtyř věkových skupin: 15–24 let, 25–44 let, 45–64 let a 65 let a starší. Osoby jsou klasifikovány jako abstinenti nebo konzumenti alkoholu. Pravděpodobnost abstinence je kalibrována podle věkové skupiny a pohlaví tak, aby míry abstinence podle věku a pohlaví odpovídaly podílům pozorovaným ve studii [NAUTA 2023](#). Spotřebu alkoholu mezi konzumenty modelujeme jako zkrácené gama rozdělení s definičním oborem od 0 po 200 gramů denně. Parametry tohoto rozdělení se mohou lišit podle věkové skupiny a pohlaví. Gama rozdělení je pro každou skupinu podle věku a pohlaví kalibrováno opět tak, aby odpovídalo pozorovaným podílům rizikové a škodlivé konzumace mezi konzumenty alkoholu. Prahové hodnoty rizikové a škodlivé konzumace alkoholu se liší podle pohlaví, kdy u žen jsou stanoveny niž než u mužů. Simulované hodnoty konzumace odpovídají skutečně pozorované míře abstinence i podílům rizikového a škodlivého pití podle věku a pohlaví. Případné malé rozdíly jsou dány pouze náhodnou odchylkou způsobenou použitím metody Monte Carlo.

Výskyt onemocnění a relativní rizika

Základní hodnoty vypovídající o incidenci onemocnění podle věku a pohlaví jsme převzali od Institutu pro měření a vyhodnocování zdraví (IHME) a aplikovali je na individuální úrovni. Alkohol ovlivňuje výskyt onemocnění skrze trvale přítomné riziko vztahu mezi dávkou alkoholu a odezvou organismu (dose-response relative risk, RR), které se hodnotí na základě spotřeby jednotlivce. Individuální pravděpodobnosti vzniku onemocnění normalizujeme podle průměrného základního relativního rizika (RR) dané skupiny, takže průměrná modelovaná incidence odpovídá cílové základní míře. Při uplatňování opatření se mění konzumace a s ní i relativní rizika. Pravděpodobnost incidence proto přepočítáváme pomocí stejného normalizačního postupu, takže rozdíly mezi opatřeními vyplývají ze změn individuálního rizika, zatímco základní míra incidence se nemění.

Mikrosimulace

V mikrosimulaci sledujeme jedince po dobu deseti let, kdy každý z nich je charakterizován podle věku, pohlaví a míry konzumace alkoholu. V každém kroku simulace pak všechny osoby stárnou deterministicky vždy o jeden rok. U jednotlivých onemocnění každoročně generujeme výskyt nových případů na základě míry incidence pro konkrétní věkové skupiny a pohlaví kalibrované podle údajů [IHME](#). Individuální riziko onemocnění závisí na aktuálním rizikovém profilu daném mírou konzumace alkoholu podle funkcí relativního rizika specifických pro dané onemocnění odvozených z několika studií: [Corrao a kol. \(2004\)](#), [Rehm a kol. \(2003\)](#) a [Carr a kol. \(2024\)](#). Případy onemocnění u každé skupiny definovaných věkem, pohlavím a rokem (v rámci desetileté simulace) přiřazujeme jednotlivcům pravděpodobnostně tak, že vyšší pravděpodobnost připadá osobám s vyšším relativním rizikem. Díky tomu incidence koreluje s mírou konzumace, zatímco celková incidence zůstává v souladu s externími cíli.

Ústup nemocí modelujeme pro každou chorobu zvlášť. Chronická onemocnění považujeme za nevratná, jakmile se u jednotlivce projeví, zůstávají přítomna až do smrti. Jiný postup se uplatňuje u onkologických onemocnění, ze kterých se mohou jednotlivci v průběhu času uzdravit. Pravděpodobnost ústupu se u nich zvyšuje s narůstající dobou od přežití diagnózy. Remisi onkologických onemocnění pro každý rok zadáváme před tím, než generujeme nové případy. U

jednotlivců, kteří rakovinou onemocní, resetujeme dobu od diagnózy na nulu. Maximální dobu výskytu rakoviny stanovujeme na 5 let. U poruch způsobených užíváním alkoholu (alcohol use disorder, AUD) se u remise uplatňuje jiné pravidlo – v souladu s publikací zveřejněnou Moosem a Moosovou (2005) každoročně odezní 5 % aktuálních prevalenčních případů těchto poruch (samostatně pro základní míru a při uplatnění opatření). Případy jsou vybírány náhodně ze skupiny osob se zaznamenaným rizikem. S úrazy nakládáme odlišně než s onemocněními. Modelujeme je jako akutní případy bez prevalence, protože jednotlivci nejsou po vyléčení nadále zranění a úraz se může v každém roce simulace vyskytnout u kohokoliv znovu. Tento postup nám umožňuje opakovat u jednotlivců v průběhu času výskyt zranění a nezapočítávat ta, která by přetrvávala v důsledku akumulace prevalence.

Úmrtí v každém roce simulace přiřazujeme osobám s daným onemocněním podle míry úmrtnosti specifické pro jejich věk, pohlaví a typ onemocnění na základě dat institutu IHME. Jakmile jednotlivec zemře, nezohledňujeme jej nadále v populaci ani u stavů souvisejících s prevalencí onemocnění.

Model simulujeme pro dva různé scénáře. V prvním, základním, sledujeme běžný stav. Ve druhém scénáři předpokládáme situaci při uplatňování jednoho nebo více opatření, která vedou k individuálnímu snižování konzumace alkoholu. To následně ovlivňuje riziko vzniku onemocnění, přičemž zohledňujeme relativní rizika pro každou z nemocí. U každého z uplatněných opatření počítáme konzumaci alkoholu po jeho zavedení na úrovni jednotlivců podle charakteristik dané politiky. Riziko jednotlivých onemocnění znovu vypočítáme pomocí stejných funkcí relativního rizika, které vyjadřují vztah mezi množstvím vypitého alkoholu a zdravotním dopadem. Pravděpodobnosti výskytu onemocnění tedy přepočítáme podle nové úrovně konzumace. Rozdíly ve zdravotních výsledcích mezi jednotlivými opatřeními tak vyplývají výhradně ze změn v individuální spotřebě alkoholu a z odpovídajících relativních rizik.

Model pro každé z opatření jsme opakovali stokrát, abychom zohlednili nejistotu ve vzorkování.

Opatření (politiky)

Zdanění

U opatření spočívajícího v uplatnění jednotné 10% spotřební daně modelujeme změny v konzumaci s využitím cenové elasticity odvozené z modelu OECD CDP-Alcohol především na základě metaanalýz zpracovaných Wagenaarem a kol. (2009) a Galletem (2007). Elasticita se liší podle pohlaví, věkové skupiny (mladší 25 let, 25–59 let a 60 a více let) a počáteční míry konzumace alkoholu. Implicitní procentní změna spotřeby se pohybuje přibližně od –1,7 % u mladých mužů konzumujících alkohol škodlivým způsobem do –6 % u dospělých žen, které pijí střídavě.

Tabulka 1: Cenová elasticita podle věku a pohlaví

Věk	Muži, nerizikovní konzumenti	Ženy, nerizikové konzumentky	Muži, rizikovní konzumenti	Ženy, rizikové konzumentky
Mladší 25 let	–1,90 %	–4,20 %	–1,70 %	–2,40 %

25–59 let	–4,20 %	–6 %	–2,40 %	–3,50 %
60 let a starší	–4,10 %	–5,90 %	–2,40 %	–3,40 %

Předpokládané zdanění alkoholu představuje roční náklady ve výši 0,42 mezinárodního dolaru na obyvatele přepočítaného podle parity kupní síly (PPP, 2008) navýšené na ceny roku 2025 se zohledněním českého indexu spotřebitelských cen (CPI). Celkové náklady byly vypočteny podle počtu obyvatel v roce 2025 a diskontovány 3% sazbou.

Minimální cena

Cílem tohoto opatření je zabránit cenovým akcím, kdy se alkohol nabízí pod minimální cenovou hranicí. Snížení spotřeby alkoholu modelujeme v souladu s modelem OECD CDP-Alcohol, který převádí empirické důkazy uvedené ve studiích zkoumajících minimální ceny v [Kanadě](#) a vzorce reakcí skupin konzumentů alkoholu v sheffieldském modelu alkoholové politiky na procentuální snížení spotřeby jednotlivců podle výchozí úrovně konzumace alkoholu. V modelu se očekává pokles průměrné konzumace přibližně o 1,7 % u umírněných konzumentů, o 2,9 % u rizikových konzumentů a o 6,4 % u osob konzumujících alkohol škodlivým způsobem.

Odhadované roční náklady na zavedení minimální ceny jsou ve výši 0,12 Kč na obyvatele (přepočteno na paritu kupní síly k USD za rok 2008). Do této částky jsou zahrnuty náklady na administraci, plánování, monitorování a prosazování opatření, přičemž prosazování opatření představuje největší podíl na celkových nákladech. Tuto částku převádíme na české koruny podle parity kupní síly vůči USD (PPP) a navyšujeme ji podle míry inflace v České republice na ceny roku 2025.

Krátké intervence

U tohoto opatření modelujeme oportunistický screening rizikové konzumace alkoholu prováděný v rámci primární péče u osob ve věku 18–70 let konzumujících alkohol rizikovým nebo škodlivým způsobem (pravidelní nebo tzv. kvartální konzumenti). Po něm následuje krátké poradenství zaměřené na snížení konzumace alkoholu, které má podobu stručné konzultace Životního stylu. To zahrnuje úvodní pětiminutovou diskusi s praktickým lékařem o škodlivosti alkoholu a o konkrétních krocích ke snížení konzumace, předání tištěných edukačních materiálů a další strukturované dvacetiminutové setkání s vyškoleným odborníkem. Účinnost parametrizujeme na základě důkazů podle Kanerové a kol. (2018), přičemž se předpokládá, že se spotřeba sníží o 42,2 g za týden u mužů a o 30,27 g za týden u žen. Při implementaci opatření ve stylu OECD SPHeP-NCD touto intervencí projde každý rok 20 % osob konzumujících nadměrné množství alkoholu, které mají na takovou péči nárok (tj. přibližně 2 % celkové populace). Plného účinku je dosaženo po dvanácti měsících a účinnost přetrvává po dobu pěti let s lineárním poklesem během posledního roku. Na další intervence mají konzumenti znovu nárok až po úplném vymizení účinku.

Roční náklady na program modelujeme jako součet variabilních nákladů ve výši 941,2 Kč na osobu v péči (33 CHF v roce 2021, při zohlednění inflace k roku 2025 a přepočtu v kurzu 26,35 Kč) a fixních nákladů ve výši 6,85 Kč na jednoho obyvatele za rok, což u české populace odpovídá 74,6 milionům Kč za rok. Předpokládaná roční diskontní sazba nákladů je ve výši 3 %.

Regulace marketingu a reklamy na alkohol

Regulaci marketingu a reklamy na alkohol modelujeme jako částečné omezení, které snižuje vystavení obyvatelstva propagaci alkoholu, nikoli jako úplný zákaz. V souladu s modelem OECD CDP-Alcohol se toto opatření definuje jako soubor regulačních opatření vedoucích ke snížení výdajů na reklamu na alkohol v tradičních a digitálních médiích, výdajů na sponzoring, značku a na vystavování produktů v místě prodeje o 25 %. Předpokládá se, že toto opatření vstoupí v platnost v prvním roce a jeho prosazování zajistí stávající regulační orgány.

Podle studie, kterou zpracovali Saffer a Dave ([2006](#)), se předpokládá, že nižší vystavení obyvatelstva reklamě v této podobě sníží průměrnou spotřebu alkoholu v obecné populaci přibližně o 0,8 %. Silnější reakce se předpokládá u mladých konzumentů z důvodu jejich vyšší citlivosti na reklamu, což u této skupiny vede k poklesu průměrné konzumace přibližně o 0,84 % a ke snížení pití nadměrných dávek při jednorázové epizodě, tzv. binge drinking, o 1,6 %. Změny v konzumaci aplikujeme na individuální úrovni a převádíme je do změn rizika onemocnění s využitím stejných mechanismů relativního rizika jako u ostatních uvedených opatření.

Odhadované roční náklady na regulaci reklamy a marketingu alkoholu v České republice dosahují 1,66 Kč na obyvatele v přepočtu na paritu kupní síly vůči USD (2008 USD, PPP) a spočívají zejména v monitorování, prosazování opatření, administraci a částečném proškolení zaměstnanců regulačního orgánu. Tato částka je převedena na české koruny s využitím parity kupní síly a se zohledněním inflace roku 2025 v České republice. Celkové roční náklady jsme vypočítali vynásobením nákladů na jednoho obyvatele počtem obyvatel České republiky a diskontovali je po dobu trvání simulace sazbou 3 %.

Výsledky

Úspory ve zdravotnictví jsme odhadli na základě modelovaného snížení výskytu onemocnění a průměrných ročních nákladů na léčbu jednotlivých onemocnění.

Ukazatel DALY jsme vypočítali podle odhadovaného snížení výskytu onemocnění a úmrtnosti s použitím váhových koeficientů disability specifických pro daná onemocnění. Tyto váhy vycházejí z mikrosimulačního modelu [OECD z roku 2015](#), který data pro modelovaná onemocnění (tabulka 4) uvádí na základě dat od Světové zdravotnické organizace ([WHO](#)).

Data

Úspory ve zdravotnictví jsme vypočítali na základě údajů o nákladech převzatých od [NZIP](#) a [VZP](#) a v případě potřeby také z mezinárodních zdrojů ([GCO](#)).

Demografická data včetně údajů o populaci podle věku, pohlaví a průměrné délky života jsme převzali z [populačních statistik OSN](#).

Data o spotřebě alkoholu jsme získali ze studie NAUTA ([2023](#)).

Data k onemocněním jsme převzali od Institutu pro měření a vyhodnocování zdraví, ([IHME, 2025](#)).

Data pro relativní rizika byla získána od [Corrao a kol., \(2004\)](#), [Rehm a kol., \(2003\)](#) a [Carr a kol. \(2024\)](#).

Příloha

V příloze představujeme výsledky získané prostřednictvím našeho modelu, v článku jsou prezentovány v infografikách 1–5.

Tabulka 2: Změna spotřeby po zavedení jednotlivých opatření

Kategorie	Politika zdanění	Politika minimálních cen	Politika krátkých intervencí	Nařízení o marketingu a reklamě na alkohol
Mírná konzumace	1,00 %	0,64 %	0,58 %	0,18 %
Riziková konzumace	−6,69 %	3,43 %	−3,67 %	0,24 %
Škodlivá konzumace	−5,24 %	−12,96 %	−3,23 %	−2,70 %

Tabulka 3: Snížení incidence vybraných onemocnění za období 10 let, v procentech

Choroba	Politika zdanění	Politika minimálních cen	Politika krátkých intervencí	Nařízení o marketingu a reklamě na alkohol
Poruchy způsobené užíváním alkoholu	−7,47 % (−7,16 % až −7,80 %)	−13,34 % (−13,03 % až −13,78 %)	−4,44 % (−4,29 % až −4,61 %)	−2,78 % (−2,63 % až −2,94 %)
Zranění	−0,27 % (0,26 % až −0,28 %)	−0,26 % (−0,25 % až −0,27 %)	−0,19 % (−0,19 % až −0,20 %)	−0,07 % (−0,07 % až −0,07 %)
Ischemická cévní mozková příhoda	−0,68 % (0,53 % až −0,82 %)	−1,31 % (−1,14 % až −1,50 %)	−0,35 % (−0,26 % až −0,46 %)	−0,30 % (−0,25 % až −0,44 %)
Epilepsie	−2,24 % (−1,82 % až −3,07 %)	−1,76 % (−1,20 % až −2,31 %)	−1,48 % (−1,08 % až −1,92 %)	−0,43 % (−0,20 % až −0,68 %)
Pankreatitida	−0,79 % (−0,61 % až −0,97 %)	−0,84 % (−0,62 % až −1,03 %)	−0,35 % (−0,23 % až −0,51 %)	−0,21 % (−0,14 % až −0,30 %)
Cirhóza	−3,49 % (−2,45 % až −4,46 %)	−4,34 % (−3,32 % až −5,64 %)	−2,07 % (−1,39 % až −2,64 %)	−1,01 % (−0,61 % až −1,40 %)

Onkologická onemocnění	-0,58 % (-0,32 % až -1,07 %)	-0,57 % (-0,31 % až -1,07 %)	-0,28 % (-0,11 % až -0,68 %)	-0,20 % (-0,08 % až -0,44 %)
Ischemická choroba srdeční	0 % (0 % – 0 %)	0 % (0 % – 0 %)	-0,02 % (-0,01 % až -0,03 %)	0 % (0 % – 0 %)

Tabulka 4: Snížení výdajů na zdravotní péči podle jednotlivých opatření za období 10 let

	Politika zdanění	Politika minimálních cen	Politika krátkých intervencí	Nařízení o marketingu a reklamě na alkohol
Úspory ve zdravotnictví, 3% diskontovaná současná hodnota	17039509067 (16432593082 – 17735117610)	26451971692 (25690204357 – 27223452276)	9294628776 (8955335483 – 9664425839)	5844432028 (5498996183 – 6302894362)

Tabulka 5: Zisky odvrácených DALY plynoucí z jednotlivých opatření za období 10 let

	Politika zdanění	Politika minimálních cen	Politika krátkých intervencí	Nařízení o marketingu a reklamě na alkohol
DALY (ztracené roky života způsobené předčasným úmrtím nebo disabilitou)	77313 (72161 – 83577)	111917 (106701 – 116669)	49633 (45824 – 53211)	32691 (28720 – 36137)

Tabulka 6: Náklady na zavedení jednotlivých opatření a úspory výdajů na zdravotní péči za období 10 let

	Politika zdanění	Politika minimálních cen	Politika krátkých intervencí	Nařízení o marketingu a reklamě na alkohol
Úspory ve zdravotnictví, 3% diskontovaná současná hodnota	17039509067 (16432593082 – 17735117610)	26451971692 (25690204357 – 27223452276)	9294628776 (8955335483 – 9664425839)	5844432028 (5498996183 – 6302894362)
Náklady na pojistné smlouvy, 3%	952412411	680294579	1872311446	3764296672

diskontovaná současná hodnota				
----------------------------------	--	--	--	--