

Alkoholová politika



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

Datum publikace: 27.2.2026

Shrnutí

Tato práce modeluje dopad čtyř vybraných alkoholových politik – **minimální cena, zvýšení zdanění o 10 %, krátké intervence v primární péči a regulace marketingu** – na nemocnost, zdravotní zátěž (DALY) a na výdaje českého zdravotního systému v horizontu deseti let. Výsledky ukazují, že všechna opatření vedou ke snížení výskytu onemocnění spojených s alkoholem a současně generují čisté úspory zdravotnímu rozpočtu, přičemž nejvyšší populační zdravotní i fiskální přínos přinášejí cenová opatření.

Hlavní zjištění

Čtyři modelovaná opatření působí odlišnými mechanismy a zasahují různé skupiny populace, proto se liší jejich dopady na zdraví i na výdaje zdravotního systému. Ve všech scénářích však vedou ke snížení zdravotní zátěže a k čistým úsporám ve zdravotnictví. Rozdíly ve výsledcích přitom vycházejí především z povahy jednotlivých nástrojů a z toho, zda opatření působí plošně, nebo na specifické rizikové skupiny.

- **Dopad na výdaje zdravotnictví (10 let):**
 - Minimální cena: čisté snížení výdajů o **25,8** mld. Kč
 - Zdanění: čisté snížení výdajů o **16,1** mld. Kč
 - Krátké intervence: čisté snížení výdajů o **7,4** mld. Kč
 - Regulace marketingu a reklamy: čisté snížení výdajů o **2,1** mld. Kč
- **Dopad na zdravotní zátěž (DALY, 10 let):**
 - Minimální cena: **111 917** odvrácených DALY
 - Zdanění: **77 313** odvrácených DALY
 - Krátké intervence: **49 634** odvrácených DALY
 - Regulace marketingu a reklamy: **32 691** odvrácených DALY

Interpretace přínosů: Hodnocení zahrnuje pouze 8 onemocnění souvisejících s alkoholem. Nezahrnutá nemocnost tedy naznačuje, že odhadované přínosy pravděpodobně představují spíše **spodní hranici** skutečného celkového dopadu.

Úvod

Cílem **daňové politiky** je odradit spotřebitele od konzumace zvýšením maloobchodní ceny alkoholických nápojů. Toto opatření předpokládá **jednotné zvýšení ceny o 10 %** a svým rozsahem odpovídá nedávné úpravě spotřební daně v letech 2024 a 2025 s tím rozdílem, že by se uplatnilo stejně na všechny druhy alkoholických nápojů. **Krátké intervence** jsou strukturované, časově omezené rozhovory se zdravotníky. Jejich účelem je **povzbudit jednotlivce zamyslet se nad tím, jak pijí alkohol, a případně si stanovit cíle pro jeho omezení**. Tyto intervence rozšiřují poradenství v primární péči zaměřené zejména na **vysoce rizikové konzumenty alkoholu**, kteří nejsou závislí. **Politika minimální ceny** je státem stanovená cenová hranice, která **neumožňuje nabízet alkohol za nižší než stanovenou cenu**. Toto opatření se v České republice v současnosti neuplatňuje, hodnotíme ji proto jako kontrafaktuální opatření vycházející z mezinárodních zkušeností. **Regulace marketingu a reklamy** předpokládá **zákonné omezení propagace alkoholických nápojů**. Jejím cílem je snížit vystavení obyvatelstva marketingovým sdělením podporujícím konzumaci alkoholu a ovlivnit tak normy a poptávku.

Finanční dopad těchto opatření modelujeme na základě jejich vlivu na výdaje na zdravotní péči. Omezení konzumace alkoholických nápojů totiž snižuje výskyt onemocnění přiřaditelných alkoholu a následně i využívání zdravotní péče a vznik souvisejících výdajů. Model zahrnuje ischemickou chorobu srdeční a ischemickou cévní mozkovou příhodu, alkoholovou cirhózu jater, onkologická onemocnění související s užíváním alkoholu (rakovina jater, prsu a jícnu), pankreatitidu, epilepsii, poruchy způsobené užíváním alkoholu a úrazy.

Kontext a motivace

Důkazy spojující konzumaci alkoholu s nepříznivými důsledky pro zdraví jsou přesvědčivé ([Rehm a kol., 2014](#)). Na příčinnou souvislost mezi konzumací alkoholu a řadou onemocnění i úrazů poukazuje i Světová zdravotnická organizace (WHO). Konzumace alkoholu může podle WHO významně přispívat k rozvoji závažných onemocnění, jako jsou cirhóza jater a některé druhy rakoviny ([WHO, 2024](#)). Je důležité poznamenat, že několik studií spojuje zvýšená rizika pro zdraví i se střídmou konzumací alkoholu ([Sohi a kol., 2024](#); [The U.S Surgeon General's Advisory, 2025](#)).

Tyto dopady na zdraví se promítají do značné finanční zátěže. Odhady z nedávné doby naznačují, že v roce 2021 vynaložilo české zdravotnictví **7,64 miliard Kč** na zdravotní péči související s alkoholem ([Dataozdravi, 2025](#)). Tyto náklady by v zásadě nemusely vznikát, neboť se objevují kvůli konzumaci alkoholu, která je individuální rizikovou volbou jednotlivce. Její důsledky ale nese celá společnost v podobě morbidit, mortality a výdajů na zdravotní péči.

Kromě zdravotních dopadů a vzniku nákladů na zdravotní péči způsobuje konzumace alkoholu také **ztrátu produktivity** ([Dataozdravi, 2025](#)). V literatuře se obvykle rozlišují dvě formy (1) **absentismus**, kdy zaměstnanec v důsledku konzumace alkoholu zmešká pracovní dny, a (2) **prezentismus**, kdy lidé přicházejí do zaměstnání pod vlivem alkoholu, což snižuje jejich výkonnost. Odhadované ztráty produktivity přiřaditelné konzumaci alkoholu se značně liší v závislosti na definici, zdroji dat a metodách oceňování. Studie, které jsou k dispozici pro Českou republiku, naznačují, že prezentismus a absentismus tvoří zhruba 12 % celkových nákladů spojených s alkoholem ([Dataozdravi, 2025](#)). Tyto údaje je nicméně třeba interpretovat s opatrností kvůli k přetrvávajícím metodickým omezením, jako jsou chyby v měření údajů o konzumaci alkoholu a o poškození zdraví uváděných samotnými konzumenty nebo rozdílné definice.

Veřejná diskuse o alkoholu nabývá v České republice, v zemi s dlouholetou tradicí vysoké spotřeby alkoholu na obyvatele, vzhledem k těmto problémům na důležitosti. Místní politiky vedou k tomu, že jsou lidé alkoholu vystaveni ve velké míře a pravidla pro jeho regulaci jsou poměrně volná a nastavená nejednotně. Sazby spotřební daně se liší podle typu nápoje a tiché víno se historicky nezdaňuje. Toto nastavení je často předmětem kritiky, neboť takové zdanění nezohledňuje škodlivé dopady konzumace alkoholu ([drogy-info, 2024](#)). Marketing propagující alkohol je stále velmi viditelný včetně sponzorských vazeb na sport, zábavu a kulturu, přičemž regulace se týká zejména omezení obsahu a samoregulace odvětví. Diskuse vedené v České republice se proto stále více zaměřují právě na harmonizaci zdanění alkoholu, posílení prevence (včetně krátkých intervencí) a zpřísnění pravidel pro reklamu a dostupnost alkoholu ([Chomynova a kol., 2025](#)).

Naším cílem je přispět do této debaty vyčíslením potenciálních zdravotních a daňových dopadů, které by přineslo uplatňování čtyř uvedených opatření: **harmonizace zdanění alkoholu, širší využití krátkých intervencí v primární péči, zavedení politiky minimální ceny za alkoholické nápoje a regulace marketingu a reklamy na alkoholické nápoje**. V článku posuzujeme, jak tato opatření snižují spotřebu alkoholu a související výskyt nemocí a zátěž na veřejné výdaje. Vzhledem k současné situaci v České republice, kdy trvale rostou výdaje na zdravotní péči a probíhá aktivní veřejná debata o škodlivých účincích alkoholu, považujeme toto téma za aktuální.

Metody

Náš metodický přístup využívá mikrosimulační model založený zejména na mikrosimulačním rámci OECD pro alkohol a zčásti na sheffieldském modelu alkoholové politiky (Sheffield Alcohol Policy Model) (OECD, 2015; Brennan a kol., 2014). Mikrosimulační modely projektují životní trajektorie na úrovni jednotlivců. Trajektorie v našem modelu vycházejí z průzkumů pití alkoholu provedených na národní úrovni, z administrativních dat a ze vztahů mezi alkoholem a vznikem onemocnění podle relativních rizik, které s sebou alkohol podle několika studií nese (Rehm a kol., 2003; Rehm a kol., 2017; Corrao a kol., 2004).

V simulaci pracujeme s jednou kohortou české populace ve věku od 15 do 89 let po dobu 10 let, a to ve čtyřech kontrafaktuálních scénářích odpovídajících jednotlivým politikám. Abychom zachytili stárnutí a následný nástup onemocnění v průběhu simulovaného období, začínáme v modelu pracovat s populací ve věku 15–79 let, která na konci simulace dosáhne věku 25–89 let. Čtyři uvedené politiky se odlišují navrhovanými opatřeními i cílovou skupinou, proto se očekává, že povedou k odlišným změnám v incidenci onemocnění, mortalitě a výdajích na zdravotní péči. Detailní metodika je dostupná v sekci [Metodologie a reference](#).

- **Provádění opatření.** V modelu pracujeme se čtyřmi opatřeními, jsou jimi harmonizované desetiprocentní zvýšení zdanění alkoholu, častější využití krátkých intervencí v primární péči, regulace marketingu a reklamy na alkohol a stanovení minimální ceny za alkohol.
- **Reakce odrážející se ve spotřebě alkoholu.** Spotřeba alkoholu klesá v reakci na každou z politik různě v závislosti na věku, pohlaví a vstupní úrovni konzumace alkoholu. Konzumenty rozdělujeme do tří kategorií v závislosti na způsobu konzumace alkoholu – střídmá, riziková a škodlivá. Změny spotřeby v důsledku zavedených opatření jsme zohlednili v rámci každé kategorie podle věku, pohlaví a způsobu konzumace alkoholu.
- **Zdravotní dopady.** Nižší konzumace alkoholu vede k poklesu výskytu onemocnění spojených s alkoholem i k nižší úmrtnosti, protože s klesající spotřebou klesá také relativní riziko, které konzumace alkoholu přináší. Mezi tato onemocnění patří ischemická choroba srdeční, ischemická cévní mozková příhoda, alkoholová cirhóza jater, onkologická onemocnění související s alkoholem (rakovina jater, prsu a jícnu), zánět slinivky břišní, epilepsie, poruchy způsobené užíváním alkoholu a úrazy.
- **Výsledky.** Změny v incidenci a mortalitě se v průběhu simulovaného období promítají do úspor ve výdajích za zdravotní péči a získaných let života, které by byly jinak ztraceny kvůli předčasnému úmrtí nebo postižení (DALY).

1) Reakce spotřeby na opatření Nejprve v simulacích pro jednotlivé politiky modelujeme, jak se pod vlivem odlišných opatření mění spotřeba alkoholu. U **zvýšení daně** modelujeme reakce spotřebitelů na změny cen pomocí elasticity poptávky podle Wagenaara a kol. (2009) a Galleta (2007), a to stejně jako je tomu u mikrosimulačního modelu OECD. V případě **krátkých intervencí** odhadujeme v souladu s přístupem OECD velikost účinku podle publikované metaanalýzy (Jonas a kol., 2012; Kanet a kol., 2009). Předpokládáme, že 20 % vysoce rizikových konzumentů alkoholu, kteří nejsou závislí, podstoupí každý rok krátkou intervenci a pozitivně na ni zareagují. Toto číslo odpovídá přibližně 2 % dospělé populace. Pokud jde o **politiku minimální ceny**, odhadujeme velikost účinku podle Stockwella a kol. (2012) tak jako OECD. Vzhledem k tomu, že jsou odhady účinků opatření pro Českou republiku omezené, vycházejí naše základní předpoklady z mezinárodních důkazů. Pro modelování **zákazu marketingu a reklamy** pracujeme s výstupy studií Galleta (2007) a Saffera a Davea (2006) tak jako OECD. Model předpokládá 25% pokles výdajů na marketing a reklamu alkoholu, nicméně i v tomto případě vycházíme z výsledků ze zahraničí.

Pokud jde o citlivost spotřebitelů na cenu, jsou pro Českou republiku k dispozici odhady pro pivo, lihoviny a víno. Jsou ale sledovány podle typu nápoje, nikoli podle způsobu konzumace. Vzhledem k tomu, že naše data neumožňují spolehlivé přiřazení typu nápoje ke způsobu konzumace (střídmá, riziková, škodlivá), používáme globální odhady elasticity použité OECD (2015), abychom zachovali soulad s naším rozdělením konzumace alkoholu.

2) Rozložení základní spotřeby Rozložení základní spotřeby alkoholu jsme převzali ze studie NAUTA a modelovali ji podle věkových skupin pomocí gama rozložení, což je standardní postup pro znázornění asymetrického rozložení spotřeby v populaci (Rehm a kol., 2010). Stejně jako u jiných mikrosimulačních modelů založených na údajích závislých na rozpomenutí se respondentů, je tento přístup náchylný ke zkreslení kvůli podhodnocení a nepřesnému vybarvení si skutečností. Předpoklady specifické pro jednotlivá opatření použité k promítnutí uvedených politik do změny spotřeby jsou podrobně popsány v části Metody.

3) Konzumace alkoholu je spojena s výskytem nemocí a s úmrtností Dále odhadujeme změny ve výskytu nových případů onemocnění a úmrtí, a to na úrovni jednotlivců. Funkce relativního rizika specifického pro věk a pohlaví jsme převzali od Corrao a kol. (2004) v souladu se specifikací OECD (2017). S tím, jak se v průběhu simulovaného období zvyšuje věk jednotlivců, aktualizujeme jejich základní pravděpodobnost vzniku jednotlivých onemocnění i relativní riziko související s užíváním alkoholu. Jak modelovaná populace postupně stárne, zvyšuje se i podíl osob ve věkových skupinách s vyšším rizikem, což odráží obecně rostoucí výskyt chronických onemocnění ve vyšším věku.

4) **Zdravotní zátěž a náklady** Dopady na zdraví kvantifikujeme pomocí ukazatele sledujícího ztracené roky života v důsledku předčasného úmrtí či postižení (DALY), a to s využitím typů zdravotního postižení a indexu užitečnosti (health-state utilities) (GBD, 2025). Úspory ve zdravotnictví počítáme na základě snížení počtu nových případů a přepočítáváme je pomocí údajů o výdajích na české zdravotnictví.

5) **Analýza nejistoty a citlivosti** Všechny výsledky prezentujeme s 95% intervaly spolehlivosti, které zachycují variabilitu vzorkování.

Výsledky

Čtyři opatření alkoholové politiky přináší zdravotní přínos i čisté úspory v desetiletém horizontu (2024–2033).

	Minimální cena	Zdanění (+10 %)	Krátké intervence	Regulace marketingu
Mechanismus	Cenový práh omezuje dostupnost nejlevnějších a nejškodlivějších produktů.	Jednotné zvýšení cen působí plošně napříč populací.	Screening a krátké poradenství v primární péči pro rizikové konzumenty.	Omezení reklamy a propagace snižuje expozici alkoholu.
Zdravotní přínos	Největší pokles nemocnosti napříč sledovanými diagnózami.	Významné snížení incidence chronických onemocnění souvisejících s alkoholem.	Silný přínos na osobu; výrazné snížení poruch způsobených užíváním alkoholu.	Mírnější, ale konzistentně pozitivní dopad na nemocnost.
Úspory ve zdravotnictví	Úspory 26,45 mld. Kč při nákladech 0,68 mld. Kč.	Úspory 17,04 mld. Kč při nákladech 0,96 mld. Kč.	Úspory 9,29 mld. Kč při nákladech 1,86 mld. Kč.	Úspory 5,84 mld. Kč při nákladech 3,76 mld. Kč.

Všechna čtyři opatření jsou v horizontu 10 let finančně návratná. Cenová opatření přináší nejvyšší čistý přínos.

[online verze infografiky](#)

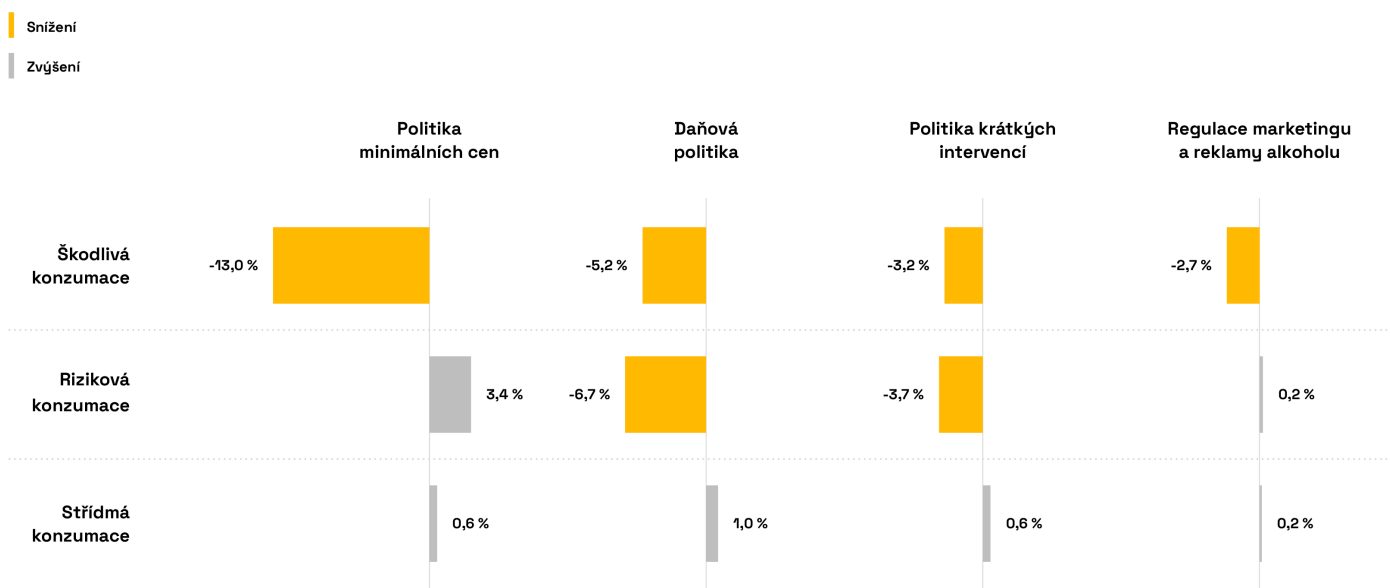
Interpretace

Výsledky uvádíme jako (i) procentní změny ve spotřebě alkoholu, (ii) výskyt modelovaných onemocnění přiřaditelných alkoholu, jako výsledné (iii) snížení množství let života ztracených v důsledku předčasného úmrtí nebo postižení (DALY) a jako (iv) úspory výdajů ve zdravotnictví a (v) nákladů na provádění daných opatření. Každá z těchto oblastí je podrobněji vysvětlena v následujících sekcích níže.

Snížení spotřeby alkoholu

Snížení spotřeby alkoholu se liší v závislosti na tom, které ze čtyř opatření sledujeme, a zároveň vykazuje značnou variabilitu napříč populačními podskupinami. Procentuální změna týdenní konzumace po jejich zavedení se výrazně odlišuje podle typu spotřeby alkoholu (střídmá, riziková a škodlivá), což odráží rozdíly v jejich nastavení a mechanismech působení.

Hodnoty jsou v gramech alkoholu a odpovídají konečným hodnotám po 10 letech dané politiky (2024–2033).



[online verze infografiky](#)

Interpretace

Změnu konzumace alkoholu nejvíce ovlivňuje **politika stanovující minimální cenu**. Model odhaduje, že alkohol začnou více omezovat ti, kdo pijí rizikovým a škodlivým způsobem než mírní konzumenti, a rozložení jednotlivých skupin konzumace se tak začne měnit. U škodlivé konzumace předpokládáme pokles o 12,96 % a u rizikové kategorie naopak nárůst o 3,43 %. Tento rozdíl je dán současnými přesuny části rizikových konzumentů do kategorie umírněné konzumace. Minimální cena tak vede k přeskupení konzumačních kategorií s výraznějším dopadem na skupiny s vyšší úrovní spotřeby.

Druhý nejvyšší vliv na rozložení kategorií konzumentů alkoholických nápojů má **10% zvýšení daně**. Při uplatnění politiky vyššího zdanění se zvyšuje počet mírných konzumentů (přibližně o 1 %) a zároveň se snižuje počet jednotlivců, jejichž pití je rizikové nebo škodlivé (přibližně o 7 % v prvním případě a o 5 % ve druhém). Tento vzorec odráží skutečnost, že se konzumenti přesouvají z kategorie vysoce rizikových do kategorie umírněných konzumentů, cenový signál tak vnímají všichni spotřebitelé, i když v různé míře.

Účinek politiky využívající **krátké intervence** je oproti předchozím více soustředěný. Model ukazuje, že krátké intervence mohou snížit spotřebu alkoholu u lidí, kteří pijí rizikově nebo škodlivě, ale nejsou závislí.

A konečně, **zákaz reklamy a marketingu** ovlivňuje spotřebu nejméně. Model odhaduje pouze mírný pokles spotřeby u osob, které konzumují alkohol škodlivým způsobem. Tím pádem dochází kvůli přesunu do nižší kategorie k mírnému nárůstu počtu jedinců, kteří alkohol konzumují umírněným nebo riskantním způsobem.

Změny ve složení jednotlivých kategorií spotřeby obecně nejvíce ovlivňuje politika stanovující minimální cenu, protože má vliv na všechny kategorie konzumace (střídmou, rizikovou, škodlivou), přičemž silnější dopad je patrný u osob konzumujících vyšší množství alkoholu. Posun o úroveň níž ze škodlivé úrovně nicméně mírně zvyšuje výskyt rizikových spotřebitelů alkoholu a stejně je tomu u nejnižší kategorie, kam se přesouvají rizikovní spotřebitelé alkoholu (mírní spotřebitelé).

Kontext

Získané výsledky jsou srovnatelné s předchozími studii využívajícími mikrosimulace. Například v mikrosimulaci OECD CDP-Alcohol (2015) se předpokládá, že 10% zvýšení daně sníží spotřebu přibližně o 2,9 % až 6 % u konzumentů s nízkým rizikem a zhruba o 1,7 % až 3,5 % u rizikových konzumentů. Odráží se zde fakt, že rizikovější konzumenti jsou méně citliví na cenu. Stejná studie OECD modeluje regulaci marketingu a reklamy jako balíček opatření vedoucí ke snížení výdajů na reklamu o 25 %, což odpovídá odhadovanému snížení celkové poptávky po alkoholu o 0,8 % (a snížení průměrné spotřeby mezi mladými konzumenty přibližně o 0,84 %) (OECD, 2015). Obdobně došlo ke snížení počtu jedinců konzumujících vysoké množství alkoholu z 12,2 % na 9,61 % také při NYC agent-based mikrosimulaci (tj. relativní snížení o 21 % odpovídající poklesu o 2,6 %) (Keyes a kol., 2019). V případě krátkých intervencí předpokládala studie EU věnovaná modelování poskytované primární péče na základě důkazů podle Cochrane evidence (Angus a kol., 2019), že příjemci krátkých intervencí sníží střední spotřebu alkoholu za 12 měsíců o 12,3 %.

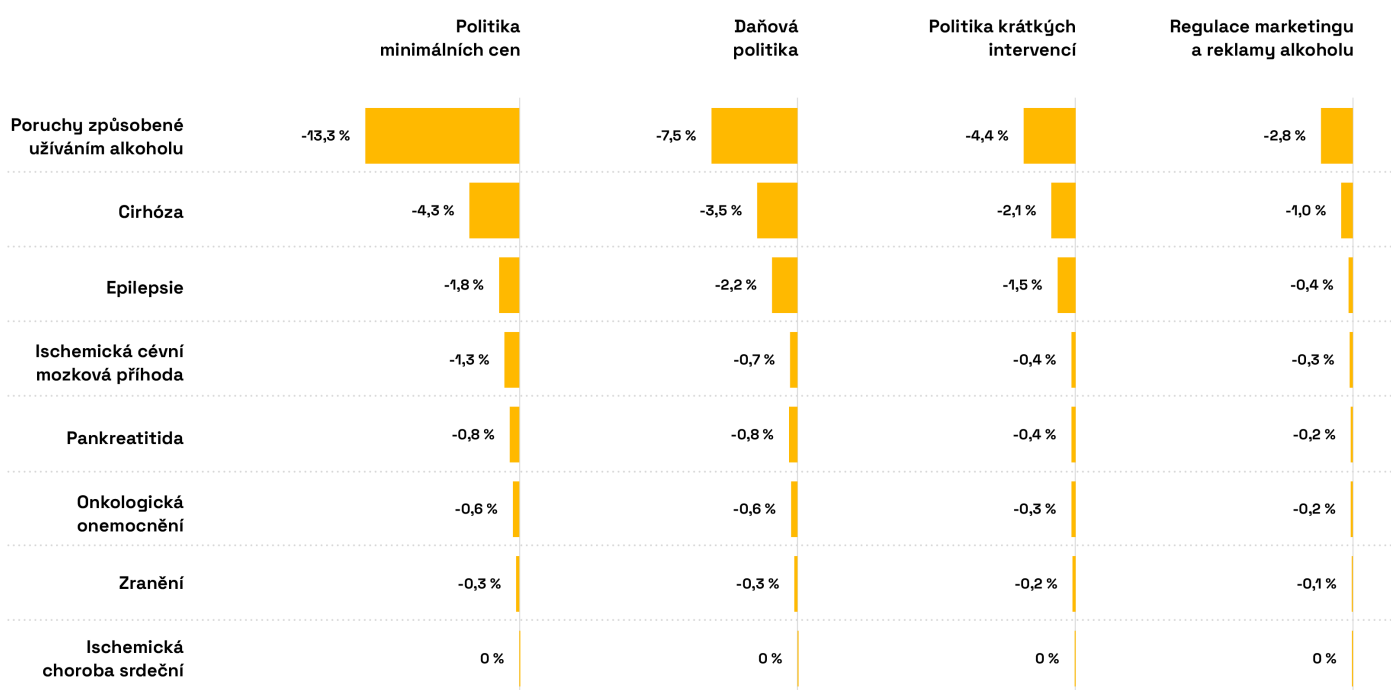
Pokud jde o modelování opatření, kdy je stanovena minimální cena, Sheffield Alcohol Policy Model naznačuje, že politika uplatňování minimálních cen za jednotku alkoholu, a to zejména při vyšších prahových hodnotách, by spíše než u umírněných konzumentů snížila spotřebu mezi těmi, kdo konzumují vysoké množství alkoholu, neboť více nakupují levné produkty s vysokým obsahem alkoholu. To odpovídá rozdílným dopadům předpokládaným v mikrosimulacích a odhadům cenové citlivosti uplatňovaným při modelování politik (Angus a kol., 2019).

Dále zkoumáme snížení incidence u všech modelovaných onemocnění. Vzhledem k tomu, že rizika některých onemocnění přiřaditelných alkoholu nelineárně stoupají s vyšší konzumací, může stejné průměrné snížení konzumace alkoholu znamenat velmi různé přínosy pro zdraví, a to podle toho, kde se daná osoba nachází v rámci rozložení spotřeby. V následujících grafech převádíme tyto změny v rozložení spotřeby na změny ve výskytu onemocnění a na DALY. Vyjadřujeme je rovněž formou dopadů na výdaje na zdravotní péči, které určují celkové pořadí uvedených čtyř opatření z pohledu efektivity nákladů.

Snížení incidence onemocnění

Vliv politik na výskyt vybraných onemocnění uvádíme v procentech nových případů, jejichž vzniku se v průběhu simulovaného období 10 let (2024–2033) podařilo zabránit.

Hodnoty odpovídají konečným hodnotám po 10 letech dané politiky (2024–2033).



[online verze infografiky](#)

Interpretace

Snížení výskytu nových případů onemocnění se liší podle uplatňovaného opatření. Odráží se zde jak rozdíly v rozsahu účinku politiky, tak heterogenita cílové skupiny (tedy zda opatření cílí na celou populaci, nebo na konkrétní skupiny). Největší relativní snížení výskytu je u všech opatření patrné u poruch způsobených užíváním alkoholu, které na změnu reagují velmi citlivě, neboť riziko úzce souvisí s intenzitou konzumace. I malé změny v pití alkoholu, a to zejména u jednotlivců konzumujících vyšší dávky, mohou vést k výraznému snížení výskytu nových případů. **Největší snížení výskytu poruch způsobených užíváním alkoholu pozorujeme při uplatňování opatření stanovujících minimální cenu a zdanění.** Krátké intervence zaznamenávají podobné výsledky, přestože cílí na menší část populace, tedy na osoby s vyšším rizikem, kterým se dostává intenzivnější pozornosti. Opatření regulující marketing a reklamu má na snížení výskytu všech uvedených onemocnění ve srovnání s předchozími třemi nejmenší vliv.

U onkologických onemocnění a zánětu slinivky břišní předpokládáme relativně nízký dopad jednotlivých opatření. Naproti tomu u onemocnění přímo přiřaditelných užívání alkoholu, jako je alkoholová cirhóza, epilepsie nebo poruchy užívání alkoholu, model predikuje výraznější relativní pokles výskytu při aplikaci všech politik. V desetiletém horizontu dochází k relativnímu snížení incidence přibližně o 1,48 % u epilepsie, o 7,01 % u alkoholové cirhózy a o 2,73 % u cirhózy. Naopak u úrazů a kardiovaskulárních onemocnění (ischemické choroby srdeční a ischemické cévní mozkové příhody) model odhaduje pouze mírný relativní pokles výskytu při současném zavedení všech čtyř opatření.

Kontext

Předchozí mikrosimulační modely uvádějí obecně srovnatelné vzorce dopadů na onemocnění při uplatňování politiky minimální ceny za alkohol a regulace marketingu. V případě Švýcarska předpokládá mezinárodní model alkoholové politiky OECD, že 10% zvýšení daně nebo ceny (2020–2050) sníží výskyt cirhózy v průměru o 2,31 %, úrazů o 0,46 % a onkologických onemocnění spojených s konzumací alkoholu o 0,44 % (OECD, 2021). Stejný rámec při uplatňování regulace marketingu a reklamy vykazuje snížení výskytu cirhózy o 0,57 %, úrazů o 0,32 % a onkologických onemocnění spojených s konzumací alkoholu o 0,20 %, což odpovídá názoru, že omezení marketingu má na snížení spotřeby nižší vliv než plošná opatření ovlivňující cenu. Důkazy předložené sheffieldským modelem alkoholové politiky (Sheffield Alcohol Policy Model) také naznačují, že cenové politiky mohou mít na některé konečné výsledky potenciálně větší vliv – 10% zvýšení ceny v Irsku podle odhadů snížilo počet hospitalizací kvůli alkoholovým onemocněním jater přibližně o 11 % (Angus a kol., 2014). Předchozí mikrosimulace a modelování politik také předpokládají, že podobný vliv na výskyt onemocnění souvisejících s konzumací alkoholu mají i politiky minimální ceny.

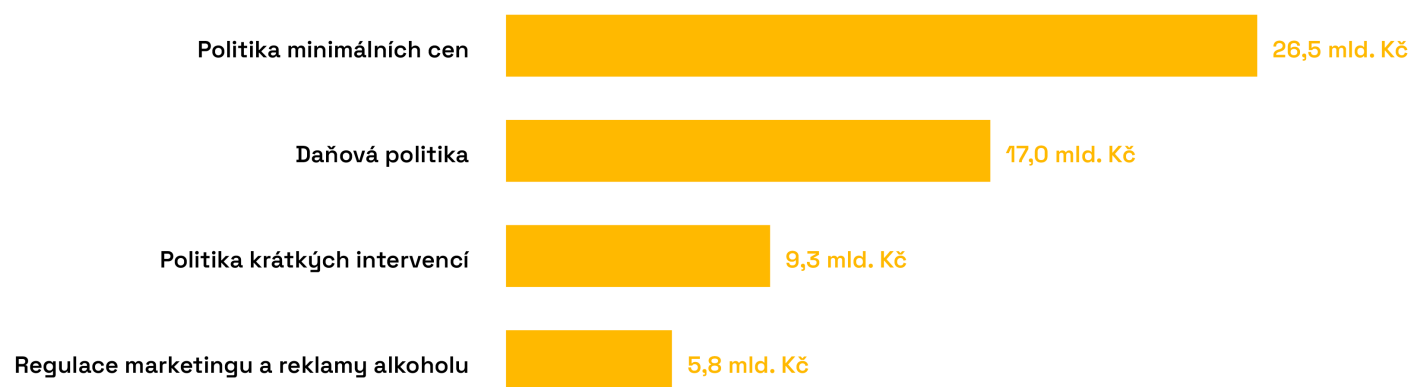
Systematická posouzení důkazů získaných z modelování například odhadují, že stanovení minimální ceny za jednotku alkoholu (minimum unit pricing, MUP) by mohlo ve srovnání se situací, kdy takové opatření není zavedeno, snížit počet hospitalizací v důsledku onemocnění souvisejících s konzumací alkoholu přibližně o 3 % až 10 % za rok, což by znamenalo snížení výskytu nových případů akutních a chronických onemocnění souvisejících s konzumací alkoholu, například zranění nebo onemocnění jater ([Maharaj a kol., 2023](#)).

Dále uvádíme, jak se snížení incidence znázorněné na druhé infografice promítá do úspor za zdravotní péči. Vzhledem k tomu, že se jednotkové náklady na léčbu u jednotlivých onemocnění výrazně liší, je vliv vzorců výskytu onemocnění na výdaje ve zdravotnictví neproporcionální.

Snížení nákladů na zdravotní péči

Úspory nákladů na zdravotní péči po zavedení jednotlivých politik se odhadují pomocí kombinace modelovaného sníženého výskytu onemocnění a průměrných ročních nákladů na léčbu podle onemocnění s využitím údajů o nákladech poskytovaných NZIP a VZP, v případě potřeby se zohledňují i mezinárodní zdroje ([GCO](#)).

Částky jsou přepočteny na současnou hodnotu při 3% roční sazbě. Úspory vyplývají ze snížení počtu případů všech uvažovaných onemocnění za období 10 let (2024–2033).



[online verze infografiky](#)

Interpretace

Na snížení výskytu všech onemocnění souvisejících s konzumací alkoholu mají největší vliv opatření zavádějící zdanění a minimální cenu, a to včetně poruch způsobených užíváním alkoholu, epilepsie, alkoholové cirhózy a kardiovaskulárních onemocnění. Třetí nejvyšší snížení nákladů na zdravotní péči pozorujeme při využití krátkých intervencí v primární péči. V tomto výsledku se odráží intenzivní pozornost věnovaná krátkým intervencím u jednotlivců, kteří konzumují alkohol rizikovým nebo škodlivým způsobem, ale nejsou na něm závislí. U těchto skupin jsou základní rizika onemocnění způsobených konzumací alkoholu nejvyšší a snížení spotřeby se u nich proto projeví výraznými a koncentrovanými přínosy pro zdraví. Tento výsledek odráží významný potenciál pro úspory výdajů na zdravotní péči, ke kterému lze dospět zintenzivněním využití krátkých intervencí v primární péči u dospělé populace ve věku 18–70 let přibližně o 2 %. Omezení reklamy a marketingu ve srovnání s ostatními opatřeními přináší nejnižší úspory ve zdravotnictví, přičemž většina přínosů opět souvisí se snížením výskytu poruch způsobených užíváním alkoholu a v nižší míře i ostatních onemocnění.

Poruchy způsobené užíváním alkoholu stojí z pohledu všech opatření za podstatnou částí úspor výdajů na zdravotní péči. To odráží jejich vysokou základní prevalenci, díky čemuž tvoří významnou složku výdajů na zdravotní péči vynakládaných v souvislosti s alkoholem, i vysokou citlivost na změny ve spotřebě. Například za rok 2023 byly celospolečenské náklady související s těmito onemocněními odhadnuty na 836,9 milionů Kč ([Chomynová a kol., 2024](#)).

Kontext

Předchozí mikrosimulační studie obdobně naznačují, že **i mírné zvýšení spotřební daně může vést k významným úsporám výdajů na zdravotní péči**. OECD ([2015](#)) například odhaduje kumulativní úspory výdajů na zdravotní péči na osobu za desetileté období v přibližné výši 55 USD (PPP) na osobu (v cenách roku 2015). Modelová studie z roku 2022 pro Severní Irsko odhaduje úspory ve výdajích na zdravotní péči v prvním roce po 10% zvýšení ceny alkoholu v přibližné výši 2,5 milionu liber. Tato úspora pak za období dvaceti let dosahuje zhruba 70 milionů liber (bez diskontování). Důkazy pro krátké intervence také poukazují na příznivé fiskální dopady. Jedna z mikrosimulačních studií uskutečněných v USA zkoumající program screeningu, krátkých intervencí a doporučení pacienta k léčbě (SBIRT) došla k závěru, že intervence ve srovnání s běžnou péčí šetří náklady a u účastníků programu za jeden rok snižují související náklady na zdravotní péči o 21 %. Jiné posouzení ekonomických aspektů sledující poměr přínosů a nákladů uvádí, že 1 dolar vynaložený na posílenou krátkou intervenci (např. motivační poradenství za účasti partnera pacienta) přináší úsporu nákladů na zdravotní péči v přibližné výši 4–5 dolarů ([Le a kol., 2023](#)).

Mikrosimulační studie z Kanady z roku 2016 také zjistila, že celostátní screening sledující užívání alkoholu a krátké intervence jsou z pohledu nákladů vysoce efektivní, neboť vyžadují nízké náklady na jednotku zdravotních přínosů. Pokud jde o regulaci reklamy, mikrosimulace provedená ve Spojeném království (2022) odhaduje, že by celostátní zákaz reklamy a propagace alkoholu mohl veřejnému zdravotnictví uspořit v prvním roce zhruba 1 milion liber, přičemž do dvaceti let by úspory díky poklesu konzumace alkoholu napříč společností narostly zhruba na 1,5 milionu liber za rok (Colin a kol., 2023).

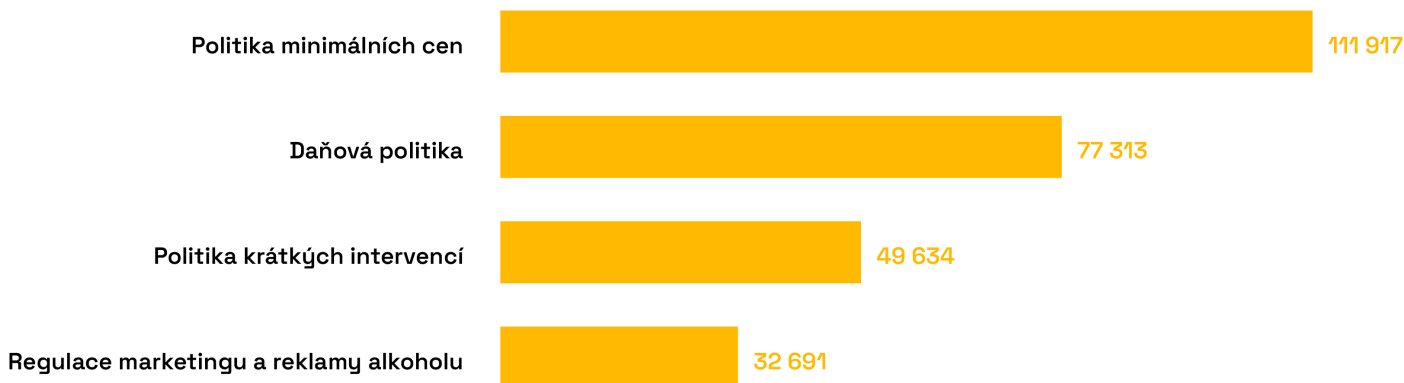
Vzhledem k tomu, že náklady na zdravotní péči zachycují pouze část sociální zátěže (welfare burden), uvedené výsledky dále zkoumáme z pohledu ukazatele DALY.

DALY

Ztracené roky života způsobené předčasným úmrtím nebo disabilitou (DALY) zachycují celkovou zátěž nemoci a zohledňují roky života ztracené v důsledku předčasné mortality i roky prožité se zdravotním postižením. V našem modelu počítáme ukazatel DALY z odhadovaného snížení výskytu onemocnění a mortality s použitím váhových koeficientů specifických pro danou nemoc (viz [Metodologie a reference](#)).

Zlepšení ukazatele DALY bezprostředně následuje snížení incidence onemocnění znázorněného ve druhé infografice, nicméně míra zlepšení u jednotlivých onemocnění není proporcionální, protože váha zdravotního postižení a riziko úmrtnosti se liší podle onemocnění. Můžeme například pozorovat snížení o deset případů u alkoholové cirhózy i u epilepsie, ale protože váha zdravotního postižení za rok prožitý s danou nemocí je u alkoholové cirhózy 0,330 a u epilepsie 0,113, je u alkoholové cirhózy výsledná hodnota ukazatele DALY 3,3 (0,330x10) a u epilepsie 1,13 (0,113x10). Tyto rozdíly společně se změnami v předčasné úmrtnosti rozhodují o celkovém snížení hodnot DALY znázorněných v infografice níže.

- DALY (Disability-Adjusted Life Years) představují ztracená léta života z důvodu předčasného úmrtí nebo života se zdravotním omezením v důsledku nemoci.
- DALY jsou modelované snížením incidence onemocnění a úmrtnosti dle zavedené politiky v období 10 let (2024–2033).



[online verze infografiky](#)

Interpretace

Opatření v podobě minimální ceny a zdanění přináší největší pokles DALY, a to díky svému účinku na celou populaci. Zatímco daňová politika má silnější vliv na nižší úroveň spotřeby, politika minimálních cen vede k silnější reakci na spotřebu u těch, kteří pijí škodlivým způsobem. V rámci obou politik jsou přínosy obzvláště významné u poruch užívání alkoholu a u vybraných chronických onemocnění, jako je cirhóza, ischemická cévní mozková příhoda a epilepsie. Krátké intervence přispívají k třetímu nejvyššímu snížení DALY, a to díky významnému dopadu na spotřebu alkoholu u jednotlivců, kteří pijí alkohol rizikovým nebo škodlivým způsobem, ale nepotýkají se se závislostí. Tyto intervence tak na jednu osobu v péči zaznamenávají obzvláště velký pokles DALY. A konečně, z pohledu snížení DALY je nejméně významný zákaz reklamy a marketingu. Jeho účinky na spotřebu alkoholu jsou skromnější a méně tak ovlivňují výskyt onemocnění ve sledovaném období.

Kontext

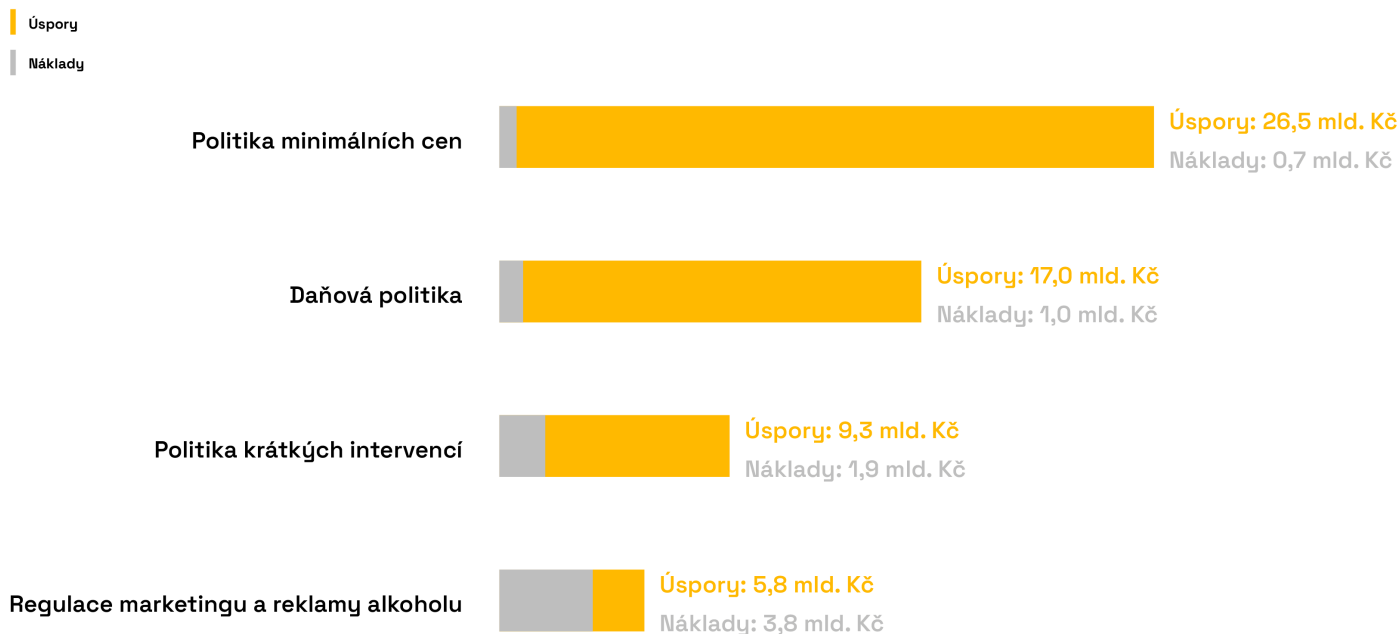
Mikrosimulační modely sledující opatření v oblasti omezování spotřeby alkoholu často kvantifikují dopady na zdraví pomocí ukazatelů DALY nebo QALY (roky života v plném zdraví), přičemž cenová a marketingová omezení i strategie sestávající z více opatření v těchto modelech konzistentně vykazují zdravotní přínosy.

Studie OECD CDP-Alcohol uvádí DALY získaná prostřednictvím současného uplatňování různých opatření a u tří alternativních strategií kombinujících více opatření uvádí zisk 37 000 DALY v Kanadě, 23 000–29 000 DALY v České republice a 119 000–137 000 DALY v Německu (uváděno jako průměrný účinek za simulované období). To dokládá, že víceúrovňové strategie mohou mít z pohledu DALY na zdraví populace významný pozitivní vliv (OECD, 2015). Sheffieldský model alkoholové politiky pocházející z Velké Británie uvádí, že uplatňování politiky stanovující minimální cenu za jednotku alkoholu (minimum unit price, MUP) na 50 pencí generuje při důsledném využívání 22 859 QALY v oblasti zdraví za rok a navíc dalších 774 QALY souvisejících s kriminalitou, což u tohoto scénáře představuje společný zisk zhruba 23 633 QALY. Stejný sheffieldský model uvádí významný nárůst QALY i u jiných celoplošně uplatňovaných opatření. Například plošné zvýšení ceny o 10 % je spojeno se ziskem 12 366,65 QALY v oblasti zdraví a 1 621,66 QALY v oblasti kriminality (Brennan a kol., 2015).

Náklady a přínosy

Odhadované náklady na zavedení jednotlivých opatření jsou porovnány s výslednými úsporami ve zdravotnictví během simulovaného desetiletého období.

Částky jsou přepočteny na současnou hodnotu při 3% roční sazbě. Simulace počítá s obdobím 10 let (2024–2033).



[online verze infografiky](#)

Interpretace

Nejnákladnějším opatřením je zavedení regulace reklamy a marketingu, které zároveň přináší nejnižší úspory výdajů na zdravotní péči. Ušetřená částka nicméně převyšuje náklady na zavedení opatření.

Druhým nejdražším opatřením je širší využití krátkých intervencí v primární péči, které přináší třetí nejvyšší úspory výdajů na zdravotní péči. Ty podle našeho modelu kompenzují náklady na jeho zavedení. Vzhledem k tomu, že jsou krátké intervence modelovány jako průběžný program, náklady na realizaci se v průběhu simulovaného období každoročně zvyšují stejně jako meziroční přínosy pro zdraví a výdaje.

Zdanění alkoholu s sebou nese výrazně nižší náklady než dosahované úspory ve výdajích na zdravotní péči a stejně jako u ostatních scénářů se náklady a přínosy kumulují po dobu deseti let. Opatření stanovující minimální cenu přináší ve srovnání s plošným zdaněním vyšší úspory výdajů na zdravotní péči při nižších nákladech na implementaci. Obě tato opatření přinášejí úspory ve výdajích na zdravotní péči, které mnohonásobně převyšují náklady na jejich zavedení.

Obecně lze říci, že všechna čtyři opatření přinášejí úspory ve zdravotnictví převyšující náklady na jejich zavedení. Z hlediska rozpočtu na zdravotnictví jsou tedy v modelovaném období finančně zajímavá.

Kontext

Naše zjištění, že všechny čtyři politiky jsou finančně proveditelné (úspory ve zdravotnictví převyšují náklady na implementaci), odpovídá poznatkům uváděným v literatuře zabývající se modelováním alkoholové politiky. V mikrosimulačních studiích OECD věnovaných alkoholu se politiky zdanění opakovaně označují za úsporné a krátké intervence v primární péči za nákladově efektivní. Důkazy z sheffieldského modelu také tuto tendenci potvrzují – odhaduje se, že opatření mající vliv na cenu alkoholu snižují jeho spotřebu a následné škody na zdraví i náklady na zdravotní péči napříč všemi populačními podskupinami (Purshouse a kol., 2010). A konečně, ekonomické modelování vycházející z testování rozšířených krátkých intervencí (ODHIN) zjistilo, že ve srovnání s běžnou péčí jsou alternativní strategie nákladově efektivní a v některých případech mohou být účinnější a levnější, což jen podtrhuje to, že pokud se cílené intervence zaměří na konzumenty s vyšším rizikem, mohou být vysoce účinné.

Závěr

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

Opatření	Jak funguje (mechanismus)	Systémový dosah	Zdravotní přínos	Úspory ve zdravotnictví
Minimální cena	Zavedení cenového prahu, který omezuje dostupnost nejlevnějších produktů (často s vysokým obsahem alkoholu).	Celá populace; nejsilnější efekt u vysoce rizikových konzumentů.	111 917 odvrácených DALY. Největší pokles nemocnosti napříč sledovanými diagnózami; výrazné snížení alkoholových poruch a jaterních onemocnění.	-25,8 mld. Kč Nejvyšší čistý přínos pro zdravotní rozpočet; úspory výrazně převyšují náklady implementace.
Daňová politika	Harmonizované zvýšení spotřební daně vedoucí k ~10% růstu maloobchodních cen napříč typy nápojů.	Plošný cenový efekt napříč populací.	77 313 odvrácených DALY. Významné snížení chronických onemocnění souvisejících s alkoholem.	-16,08 mld. Kč. Silný fiskální efekt; úspory několikanásobně převyšují náklady.
Krátké intervence	Rozšíření screeningu a krátkého poradenství v primární péči; cíleno na vysoce rizikové, nezávislé konzumenty.	Cca 2 % dospělé populace ročně (vysoce riziková konzumenty).	49 634 odvrácených DALY. Vysoký zdravotní přínos na osobu; výrazné snížení poruch způsobených užíváním alkoholu.	-7,4 mld. Kč. Finančně efektivní nástroj; přináší čisté úspory i při cílení na malou část populace.
Regulace marketingu a reklamy	Omezení reklamy a propagace alkoholu; model předpokládá 25% pokles výdajů na marketing.	Celospolečenský normativní efekt, zejména relevantní pro mladší generace.	32 691 odvrácených DALY. Mírnější pokles nemocnosti ve sledovaném období.	-2,1 mld. Kč. Úspory převyšují náklady; stabilizační dlouhodobý efekt.

[online verze infografiky](#)

Největší vliv na ukazatel DALY mají podle našich zjištění politiky zdanění a minimální ceny, protože cílí na celou populaci a na všechny úrovně konzumace. Krátké intervence řadíme co do poklesu DALY na třetí pořadí. Jejich největší dopad sledujeme u konzumentů, kteří alkohol konzumují rizikově či škodlivě, ale ještě se nestali závislými. Většina odvrácených DALY je důsledkem sníženého výskytu poruch užívání alkoholu, cirhózy, ischemické cévní mozkové příhody a epilepsie. Je třeba uvést, že naše hodnocení sleduje pouze osmi onemocnění souvisejících s konzumací alkoholu a další morbiditu spojenou s konzumací alkoholu nezahrnujeme. Námi uváděné přínosy tak představují pravděpodobnou spodní hranici přínosů.

Úspora nákladů na zdravotní péči u všech čtyř politik převyšuje náklady na zavedení opatření, výsledkem jsou čisté úspory a jejich finanční životaschopnost. Z našeho modelu vyplývá, že politiky mající vliv na cenu alkoholu (minimální cena a zdanění) přinášejí pro zdravotnictví úspory, které mnohonásobně převyšují náklady na provádění těchto politik. Krátké intervence poskytované v rámci primární péče také vedou k významným úsporám i přes relativně omezenou skupinu příjemců.

Tento dosah je modelován jako rozšíření poskytování krátkých intervencí u dospělých ve věku 18–70 let přibližně o 2 %. Regulace marketingu a reklamy na alkohol přináší ze všech čtyř politik nejmenší úspory ve zdravotnictví, přesto jsou ale dostatečné, aby vyrovnaly náklady na její zavedení. Celkově můžeme říci, že úspory výdajů na zdravotní péči odhadované v našem modelu by částečně ulevily tlaku na české zdravotnictví v době, kdy předpokládáme vyšší využívání zdravotní péče a nárůst výdajů. Zároveň by podpořily prevenci jakožto strategii vedoucí k úspoře nákladů v systému, jehož zdroje se stávají omezenějšími ([Dataozdravi, 2024](#)).

Je nutné poukázat na několik omezení. Za prvé, mnohé hodnoty parametrů jsme převzali z mezinárodních studií, neboť odhady pro Českou republiku nejsou k dispozici, což může omezit platnost v českém kontextu. Mezinárodní odhady totiž nemusí plně zachytit specifické lokální faktory, jako jsou nejednotná reakce poptávky na cenu nebo makroekonomické či kulturní aspekty. Výsledky je tak třeba interpretovat s opatrností. Za druhé, neprovedli jsme odhad mrtvé ztráty související se čtyřmi modelovanými opatřeními, a proto zde nejsou zachyceny potenciální ztráty ekonomické efektivity nebo celkového blahobytu. Omezenost dat nám zejména brání odhadnout potenciální ztráty pro firmy v alkoholovém průmyslu nebo v souvisejících odvětvích. Za třetí, model nezahrnuje nejistotu u několika klíčových vstupů včetně výskytu onemocnění a úmrtnosti, a proto by uvedené odhady neměly být interpretovány jako plně pravděpodobnostní. Následná aktualizace modelu nicméně zohlední nejistotu v parametrech. Za čtvrté, podobně jako řada jiných mikrosimulačních studií i náš model zjednodušuje některé podstatné behaviorální a makroekonomické procesy, které mohou ovlivnit spotřebu, například přechod k jiným výrobkům, rozdílné reakce na změny cen nebo vývoj širších ekonomických podmínek v průběhu simulace. Vzhledem k těmto omezením a při absenci randomizovaných či kvaziexperimentálních odhadů je proto vhodnější chápat výsledky jako nejlepší dostupný odhad založený na současných důkazech, nikoli jako přesnou předpověď skutečných dopadů zkoumaných opatření.

O projektu

Naším cílem je změnit zavedenou praxi, kdy se ve veřejném zdraví rozhoduje spíše podle pocitů než podle dat. Přestože se situace zlepšuje a data začínají být dostupnější, klíčovým problémem zůstává jejich srozumitelná a odborná interpretace. Portál Data o zdraví pomáhá tuto mezeru vyplnit. Nabízí přehledná data o veřejném zdraví v Česku a jejich zasazení do širšího evropského i globálního kontextu spolu s analýzami založenými na vědeckém přístupu.

O Ministru zdraví

Dataozdravi.cz je datový portál, který přináší ověřená a srozumitelná data o veřejném zdraví v Česku. Je iniciativou think tanku Ministr zdraví, který sdružuje profesionály napříč obory s cílem prosazovat potřebné systémové změny v českém zdravotnictví.

Think tank Ministr zdraví staví na silném expertním zázemí. Spojuje lékaře, zdravotnické profesionály, ekonomy, právníky, vrcholové manažery, experty na digitalizaci, lékárníky, sociální geografů, zástupce patientských organizací a další odborníky, kteří věří v sílu dat, spolupráce a věcné diskuze.



Digitalizace

Cílem je plně digitální zdravotnictví, které zároveň nikoho nevylučuje. Využívání moderních technologií tam, kde jsou nejvíce potřeba. Digitalizace je prostředek, který umožňuje jednoduše a levně udržovat zdraví nebo pomoci kontrolovat chronické onemocnění.



Prevence

Aktivní prevence jako cíl, digitalizace jako cesta k němu, racionalita financování jako hybná síla této varianty. Cílem je populace, která si uvědomuje svou odpovědnost za své zdraví. Před námi je kompletní změna paradigmatu od pasivní léčby k aktivní prevenci.



Finance

Cílem je udržitelné financování veřejného zdravotnictví s důrazem na levnější prevenci zajišťující dostupnou a kvalitní péči, to vše při zachování finančního podílu HDP na úrovni průměru EU a OECD.



Kontakt pro média

Veronika Šmídová

media@ministrzdravi.cz