



Sekretariát Rady vlády
pro koordinaci
protidrogové politiky

Evaluace

Národní strategie protidrogové politiky na období 2010–2018

DUBEN 2019

SEKRETARIÁT RADY VLÁDY PRO KOORDINACI PROTIDROGOVÉ POLITIKY

Obsah

1	Národní strategie protidrogové politiky na období 2010–2018	3
2	Průběh implementace Národní strategie 2010–2018 prostřednictvím Akčních plánů.....	5
2.1	Plnění akčních plánů pro oblast nelegálních drog	5
2.1.1	Akční plán pro oblast nelegálních drog na období 2010–2012.....	5
2.1.2	Plnění Akčního plánu pro oblast nelegálních drog na období 2013–2015	7
2.1.3	Plnění Akčního plánu pro oblasti nelegálních drog na období 2016–2018.....	8
2.2	Plnění Akčního plánu pro oblast hazardního hraní	10
2.3	Plnění Akčního plánu pro oblast alkoholu	12
2.4	Plnění Akčního plánu pro oblast kontroly tabáku	12
3	Plnění Národní strategie 2010–2018.....	13
3.1	Způsob hodnocení plnění Národní strategie 2010–2018	13
3.2	Plnění cílů Národní strategie 2010–2018	14
3.2.1	Cíl snížit míru experimentálního a příležitostného užívání návykových látek zejména mladými lidmi, snížit míru hazardního hraní mezi dětmi a mládeží	14
3.2.2	Cíl snížit míru problémového a intenzivního užívání návykových látek a problémového hráčství	16
3.2.3	Cíl snížit potenciální rizika spojená s užíváním návykových látek a s problémovým hráčstvím pro jedince a společnost	19
3.2.4	Cíl snížit dostupnost návykových látek zejména pro mladé lidi, posílit zákonnou regulaci hazardního hraní	22
4	Mezinárodní srovnání	27
5	Datová příloha k hodnocení strategických cílů	29
5.1	Tabák.....	29
5.1.1	Užívání tabáku v populaci včetně denního kouření.....	29
5.1.2	Zdravotní a sociální škody spojené s tabákem	41
5.1.3	Nabídka tabáku	47
5.2	Alkohol.....	48
5.2.1	Užívání alkoholu a problémové užívání alkoholu v populaci.....	48
5.2.2	Užívání alkoholu mezi dětmi a mládeží	56
5.2.3	Zdravotní a sociální škody spojené s alkoholem	61
5.2.4	Nabídka alkoholu.....	72
5.3	Další (nelegální) drogy	73
5.3.1	Užívání nelegálních drog v populaci.....	73
5.3.2	Situace mezi dětmi a mládeží	82
5.3.3	Problémové užívání nelegálních drog.....	87
5.3.4	Zdravotní a sociální škody spojené s nelegálními drogami.....	98
5.3.5	Nabídka nelegálních drog.....	126
5.4	Hazardní hraní.....	134
5.4.1	Hazardní hraní v populaci	134
5.4.2	Problémové hráčství	148
5.4.3	Zdravotní a sociální škody spojené s hazardním hraním.....	154
5.4.4	Nabídka hazardního hraní.....	158
5.5	Mezinárodní srovnání.....	175
	Zdroje.....	192

1 Národní strategie protidrogové politiky na období 2010–2018

Národní strategie protidrogové politiky na období 2010 až 2018 (dále „Národní strategie 2010–2018“) navazovala na předcházející strategii na období 2005 až 2009, byla zpracována na základě závěrů hodnocení úspěšnosti předchozí strategie a reflektovala získané zkušenosti a současný stav vědeckého poznání o fenoménu užívání drog. Oproti předchozí střednědobé strategii byla Národní strategie 2010–2018 navržena jako dlouhodobý strategický dokument na období 9 let, čímž reflektovala požadavek dlouhodobé kontinuity protidrogové politiky vlády.

Národní strategie 2010–2018 byla schválena usnesením vlády č. 340 dne 10. května 2010 a v průběhu platnosti byla dvakrát revidována. První revize byla schválena usnesením vlády České republiky č. 1060 dne 15. prosince 2014. V rámci ní došlo k integraci politiky v oblasti hazardního hraní a prevence patologického hráčství a současně k integraci politiky v oblasti omezení škod působených alkoholem. Druhá revize, která integrovala do strategie téma kontroly tabáku, byla schválena usnesením vlády České republiky č. 54 dne 25. ledna 2016.

Začleněním do jednoho strategického dokumentu problematiky užívání legálních drog, nelegálních drog a závislostního chování, jako je hazardní hráčství, byl vytvořen základ tzv. integrované protidrogové politiky, která je z hlediska vynaložených zdrojů a dosažených efektů mnohem účinnější v řešení problémů spojených s užíváním návykových látek a patologického hráčství pro jednotlivce a společnost než řešení těchto témat paralelně a odděleně.¹

Národní strategie 2010–2018 definovala základní východiska protidrogové politiky vlády, směry řešení problému užívání návykových látek a závislostního chování a také základní principy a přístupy protidrogové politiky ČR. V souladu se svým dlouhodobým charakterem definovala v obecné rovině 4 základní cíle, které korespondují se 4 pilíři protidrogové politiky. Základní cíle Národní strategie 2010–2018 byly:

- snížit míru experimentálního a příležitostného užívání návykových látek zejména mladými lidmi, snížit míru hazardního hraní mezi dětmi a mládeží,
- snížit míru problémového a intenzivního užívání návykových látek a problémového hráčství,
- snížit potenciální rizika spojená s užíváním návykových látek a s problémovým hráčstvím pro jedince a společnost,
- snížit dostupnost návykových látek zejména pro mladé lidi, posílit zákonnou regulaci hazardního hraní.

Přehled strategických cílů protidrogové politiky pro období 2010–2018 a jejich návaznost na pilíře v kontextu vyváženého uplatňování základních přístupů k řešení problému užívání návykových látek a problémového hráčství, tj. snižování nabídky, poptávky a potenciálních rizik spojených s užíváním návykových látek a problémovým hráčstvím uvádí tabulka 1-1.

Podrobné vyhodnocení naplnění cílů Národní strategie 2010–2018 je uvedeno v kapitole Plnění Národní strategie 2010–2018, str. 13.

¹ <http://www.vlada.cz/cz/ppov/protidrogova-politika/strategie-a-plany/druha-revize-narodni-strategie-protidrogove-politiky-na-obdobi-2010-2018-139834/> [2019-05-02]

tabulka 1-1: Strategické cíle a pilíře Národní strategie protidrogové politiky na období 2010–2018

	Cíl I.	Cíl II.	Cíl III.	Cíl IV.
Strategický Cíl	Snížit míru experimentálního a příležitostného užívání návykových látek zejména mladými lidmi, snížit míru hazardního hraní mezi dětmi a mládeží	Snížit míru problémového a intenzivního užívání návykových látek a problémového hráčství	Snížit potenciální rizika spojená s užíváním návykových látek a s problémovým hráčstvím pro jedince a společnost	Snížit dostupnost návykových látek zejména pro mladé lidi, posílit zákonnou regulaci hazardního hraní.
Pilíře protidrogové politiky	Primární prevence	Léčba a sociální začleňování	Snižování rizik	Snižování dostupnosti drog

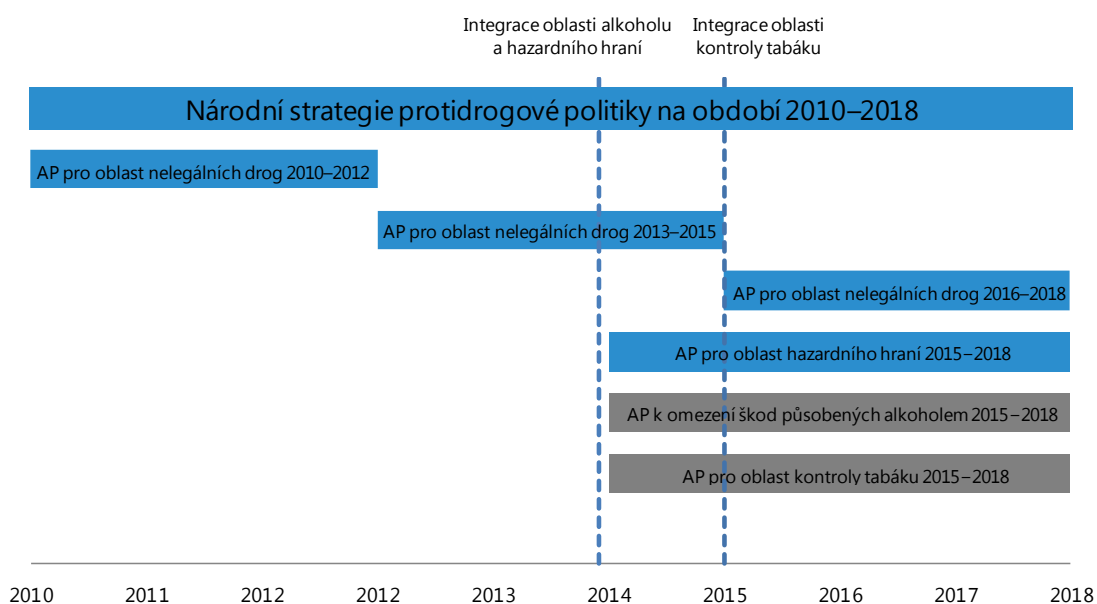
Zdroj: Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky (2016a)

Národní strategie 2010–2018 byla implementována prostřednictvím akčních plánů. Revizemi strategie a vytvořením integrované protidrogové politiky vznikla potřeba vytvoření akčních plánů i pro nové oblasti působnosti strategie, tj. problematiky užívání legálních drog a závislostního chování, jako je hazardní hráčství. V době platnosti Národní strategie 2010–2018 bylo realizováno celkem 6 akčních plánů: 3 se zaměřovaly na oblast nelegálních drog, 1 na oblast alkoholu, tabáku a hazardního hraní. Konkrétně byla Národní strategie 2010–2018 implementována těmito dokumenty:

- > Akční plán pro oblast nelegálních drog na období 2010–2012
- > Akční plán pro oblast nelegálních drog na období 2013–2015
- > Akční plán pro oblast nelegálních drog na období 2016–2018
- > Akční plán pro oblast hazardního hraní 2015–2018
- > Akční plán k omezení škod působených alkoholem v ČR pro období 2015 až 2018
- > Akční plán pro oblast kontroly tabáku v ČR na období 2015 až 2018

Časový přehled realizace jednotlivých akčních plánů obsahuje graf 1-1.

graf 1-1: Platnost strategických dokumentů protidrogové politiky v l. 2010–2018



2 Průběh implementace Národní strategie 2010–2018 prostřednictvím Akčních plánů

Národní strategie 2010–2018 byla implementována prostřednictvím akčních plánů. Akční plány pro oblast nelegálních drog na sebe navazovaly ve tříletých obdobích platnosti. Akční plány pro problematiku hazardního hraní, alkoholu a kontrolu tabáku byly platné na čtyřleté období od r. 2015. Všechny akční plány byly po skončení své platnosti vyhodnoceny, ve všech případech šlo o interní hodnocení na základě informací od jednotlivých resortů a institucí zapojených do realizace aktivit akčních plánů. Za koordinaci aktivit týkajících se hodnocení akčních plánů pro oblast nelegálních drog a akčního plánu pro oblast hazardního hraní zodpovídal sekretariát RVKPP, akčního plánu pro oblast alkoholu a akčního plánu pro oblast kontroly tabáku Ministerstvo zdravotnictví ČR.

2.1 Plnění akčních plánů pro oblast nelegálních drog

V době platnosti Národní strategie 2010–2018 byly realizovány 3 akční plány pro oblast nelegálních návykových látek. Akční plány svými aktivitami a prioritami vždy navazovaly na předchozí strategické dokumenty a kladly důraz na dokončení stěžejných aktivit pro protidrogovou politiku a na základě stávajících potřeb definovaly nové úkoly

2.1.1 Akční plán pro oblast nelegálních drog na období 2010–2012

Akční plán Národní strategie protidrogové politiky na období 2010 až 2012 (dále „Akční plán 2010–2012“) byl schválen usnesením vlády ČR č. 47 dne 19. ledna 2011. Vzhledem k důležitosti systémového řešení problémů týkajících se užívání alkoholu a tabáku, se již Akční plán 2010–2012 zaměřoval i na oblast alkoholu a tabáku.

Akční plán 2010–2012 obsahoval celkem 185 aktivit rozdělených do 8 oblastí: primární prevence, léčba a sociální začleňování, snižování rizik, snižování dostupnosti drog, monitoring, výzkum, hodnocení, koordinace a financování, mezinárodní spolupráce a alkohol a tabák.

Celkově se podařilo splnit 58,4 % všech aktivit Akčního plánu 2010–2012 (108 aktivit), částečně bylo splněno 18,9 % (35 aktivit), nesplněných nebo nehodnotitelných bylo 22,7 % (42 aktivit). Nejvíce aktivit bylo splněno v oblasti *monitoring, výzkum, hodnocení* (88,8 %), *koordinace a financování* (74,1 %) a *snižování dostupnosti drog* (68,7 %). Naopak nejméně aktivit se podařilo splnit v oblasti *alkohol a tabák* (16,6 %) a *léčba a sociální začleňování* (38,7 %) – tabulka 2-1.

tabulka 2-1: Celkový přehled plnění úkolů Akčního plánu realizace Národní strategie protidrogové politiky na období 2010–2012 podle oblastí

Oblast	Počet aktivit	> z toho splněno		> z toho částečně splněno		> z toho nesplněno		> z toho nehodnotitelné	
		Počet	Podíl (%)	Počet	Podíl (%)	Počet	Podíl (%)	Počet	Podíl (%)
Primární prevence	30	14	46,6	5	16,6	8	26,6	3	10,0
Léčba a sociální začleňování	31	12	38,7	7	22,5	12	38,7	–	–
Snižování rizik	18	7	38,8	7	38,8	4	22,2	–	–
Snižování dostupnosti drog	16	11	68,7	2	12,5	3	18,7	–	–
Monitoring, výzkum, hodnocení	36	32	88,8	3	8,3	1	2,7	–	–
Koordinace a financování	32	23	74,1	4	12,9	4	12,9	1	3,1
Mezinárodní spolupráce	10	7	70,0	1	10,0	2	20,0	–	–
Alkohol a tabák	12	2	16,6	6	50,0	4	33,3	–	–
Celkem	185	108	58,4	35	18,9	38	20,5	4	2,2

Pozn.: Nehodnotitelné znamená, že termín plnění úkolu přesahoval časový rámec Akčního plánu 2010–2012 (např. termín plnění byl od r. 2013)

Zdroj: Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky (2013)

Akční plán na období své platnosti definoval 4 priority:

- > zaměřit se na vysokou míru užívání zejména konopí a dalších legálních a nelegálních drog mezi mládeží a mladými dospělými,
- > zaměřit se na vysokou míru problémového užívání opiátů a pervitinu formulací a aplikací programů specifických pro tuto cílovou skupinu,
- > posílit protidrogovou politiku v oblasti legálních drog (alkoholu a tabáku), zejména její koncepční a koordinační mechanismy a oblast léčebných opatření,
- > rozvíjet a zefektivnit celkové legislativní, finanční a koordinační mechanismy protidrogové politiky.

Přestože se řada úkolů z Akčního plánu splnila, celkové vyhodnocení dosažení stanovených priorit se potýkalo s problémy a Souhrnná zpráva o plnění Akčního plánu realizace Národní strategie protidrogové politiky na období 2010–2012 konstatovala, že nedošlo ke splnění ani jedné ze stanovených priorit – tabulka 2-2.

tabulka 2-2: Přehledné vyhodnocení naplnění priorit Akčního plánu realizace Národní strategie protidrogové politiky na období 2010–2012

Priorita	Vyhodnocení naplňování		
	Splněno	Splněno částečně	Nesplněno
Zaměřit se na vysokou míru užívání zejména konopí a dalších legálních a nelegálních drog mezi mládeží a mladými dospělými			X
Zaměřit se na vysokou míru problémového užívání opiátů a pervitinu formulací a aplikací programů specifických pro tuto cílovou skupinu		X	
Posílit protidrogovou politiku v oblasti legálních drog (alkoholu a tabáku), zejména její koncepční a koordinační mechanismy a oblast léčebných opatření			X
Rozvíjet a zefektivnit celkové legislativní, finanční a koordinační mechanismy protidrogové politiky			X

Zdroj: Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky (2013)

Podrobnější informace o vyhodnocení priorit a úkolů akčního plánu obsahuje Souhrnná zpráva o plnění Akčního plánu realizace Národní strategie protidrogové politiky na období 2010–2012, která byla schválena Radou vlády pro koordinaci protidrogové politiky dne 16. ledna 2013.

2.1.2 Plnění Akčního plánu pro oblast nelegálních drog na období 2013–2015

Akční plán realizace Národní strategie protidrogové politiky na období 2013 až 2015 (dále „Akční plán 2013–2015“) byl schválen usnesením vlády ČR č. 219 dne 27. 3. 2013. Akční plán 2013–2015 byl tvořen v době, kdy došlo k úsporným opatřením ve všech oblastech veřejného života včetně protidrogové politiky. Vzhledem k této skutečnosti klesla kapacita pro rozvoj nových aktivit a intervencí a rostl tlak na udržení kvality a rozsahu již existujících aktivit a opatření. Z těchto důvodů měl Akční plán 2013–2015 za úkol především udržení stávajících ověřených a účinných aktivit a funkcí protidrogové politiky, reagoval však i na aktuální trendy. Stěžejním tématem bylo financování protidrogové politiky, v důsledku nedostatečného financování a hrozícího rozpadu sítě preventivních a léčebných zařízení byla obava ze zhoršení situace v oblasti drogové politiky.

Akční plán 2013–2015 hledal vyvážený přístup k řešení problematiky pervitinu – jak na straně regulace nabídky, zejména prekurzorů pro výrobu pervitinu, tak i na straně prevence a léčby, hledáním možností přenesení možné dobré praxe v oblasti farmakologické léčby uživatelů metamfetaminu. Výzvou protidrogové politiky zůstalo definování a implementace účinných intervencí v oblasti prevence, léčby, harm reduction, či represe s cílem snížení míry nadměrného pití alkoholu a míry intenzivního užívání konopných drog mladými lidmi. V neposlední řadě Akční plán 2013–2015 reagoval na specifika drogové scény v prostředí zábavy a nové syntetické drogy. Akční plán 2013–2015 byl založen na principu integrované protidrogové politiky, spojujícím nejen užívání nelegálních návykových látek, ale i témata jako je alkohol, tabák a hazard do společných politik.

Akční plán 2013–2015 obsahoval celkem 100 aktivit rozdělených do 7 oblastí: specifická primární prevence užívání návykových látek, léčba uživatelů návykových látek, snižování rizik, snižování dostupnosti legálních a nelegálních drog, koordinace a financování, monitoring, výzkum, hodnocení a mezinárodní spolupráce.

Celkově se podařilo splnit 56,0 % všech aktivit Akčního plánu 2013–2015 (56 aktivit), částečně bylo splněno 26,0 % (26 aktivit), nesplněných nebo nehodnotitelných bylo 18,0 % (18 aktivit). Nejvíce aktivit bylo splněno v oblasti *mezinárodní spolupráce* (80,0 %), *monitoring, výzkum, hodnocení* (66,6 %) a v oblasti *snižování dostupnosti legálních a nelegálních drog* (66,6 %) a nejméně v oblasti *léčba uživatelů návykových látek* (30,4 %) a *snižování rizik* (50,0 %) – tabulka 2-3.

tabulka 2-3: Celkový přehled plnění úkolů Akčního plánu Národní strategie protidrogové politiky na období 2013–2015 podle oblastí

Oblast	Počet aktivit	> z toho splněno		> z toho částečně splněno		> z toho nesplněno		> z toho bez hodnocení	
		Počet	Podíl (%)	Počet	Podíl (%)	Počet	Podíl (%)	Počet	Podíl (%)
Specifická primární prevence užívání návykových látek	11	6	54,5	1	9,1	3	27,3	1	9,1
Léčba uživatelů návykových látek	23	7	30,4	10	43,5	5	21,7	1	4,3
Snižování rizik	8	4	50,0	2	25,0	2	25,0	–	–
Snižování dostupnosti legálních a nelegálních drog	9	6	66,7	2	22,2	1	11,1	–	–
Koordinace a financování	27	17	62,9	6	22,2	3	11,1	1	3,7
Monitoring, výzkum, hodnocení	12	8	66,7	4	33,3	-	-	–	–
Mezinárodní spolupráce	10	8	80,0	1	10,0	1	10,0	–	–
Celkem	100	56	56,0	26	26,0	15	15,0	3	3,0

Pozn.: Bez hodnocení znamená, že k plnění úkolu nebyly informace, nebo byly objektivní důvody, proč aktivitu nebylo možné vyhodnotit (např. termín plnění úkolu přesahoval časový rámec Akčního plánu 2013–2015)

Zdroj: Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky (2016b)

Na období své platnosti Akční plán 2013–2015 stanovil 4 priority:

- snížit míru nadměrného pití alkoholu a míry (intenzivního) užívání konopí mladými lidmi,
- zaměřit se na vysokou míru problémového užívání pervitinu (metamfetaminu) a opiátů,
- zefektivnit financování protidrogové politiky – definovat a zavést systémové změny v zajištění a koordinaci financování protidrogové politiky,
- integrovaná protidrogová politika – aktivity snižující nadměrné užívání alkoholu a reflektující jeho dopady jsou neoddělitelnou součástí protidrogové politiky.

Naplnění těchto priorit dle Souhrnné zprávy o plnění aktivit Akčního plánu 2013–2015 znázorňuje tabulka 2-4.

tabulka 2-4: Přehledné vyhodnocení naplnění priorit Akčního plánu realizace Národní strategie protidrogové politiky na období 2013–2015

Priorita	Vyhodnocení naplňování		
	Splněno	Splněno částečně	Nesplněno
Snížit míru nadměrného pití alkoholu a míry (intenzivního) užívání konopí mladými lidmi		X	
Zaměřit se na vysokou míru problémového užívání pervitinu (metamfetaminu) a opiátů			X
Zefektivnit financování protidrogové politiky – definovat a zavést systémové změny v zajištění a koordinaci financování protidrogové politiky		X	
Integrovaná protidrogová politika – aktivity snižující nadměrné užívání alkoholu a reflektující jeho dopady jsou neoddělitelnou součástí protidrogové politiky	X		

Zdroj: Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky (2016b)

Podrobnější informace o vyhodnocení priorit a úkolů akčního plánu obsahuje Souhrnná zpráva o plnění Akčního plánu realizace Národní strategie protidrogové politiky na období 2013–2015, která byla schválena Radou vlády pro koordinaci protidrogové politiky dne 28. ledna 2016.

2.1.3 Plnění Akčního plánu pro oblasti nelegálních drog na období 2016–2018

Akční plán realizace Národní strategie protidrogové politiky na období 2016 až 2018 pro oblast nelegálních návykových látek (dále „Akční plán 2016–2018“) schválila vláda ČR usnesením č. 567 dne 22. června 2016.

Akční plán realizace 2016–2018 obsahoval 102 aktivit členěných do 7 oblastí. Celkově se podařilo splnit 61,8 % všech aktivit Akčního plánu 2016–2018 (63 aktivit), částečně bylo splněno 23,5 % (24 aktivit), nesplněných bylo 14,7 % (15 aktivit). Zejména v oblastech *léčba a sociální začleňování uživatelů návykových látek* a *specifická primární prevence užívání návykových látek* se zcela nepodařilo splnit většinu aktivit, splněno bylo pouze 23,5 % (v oblasti *léčby a sociálního začleňování*), resp. 37,5 % aktivit (v oblasti *specifické primární prevence*) – tabulka 2-5.

tabulka 2-5: Celkový přehled plnění úkolů Akčního plánu realizace Národní strategie protidrogové politiky na období 2016–2018

Oblast aktivit	Počet aktivit	> z toho splněno		> z toho částečně splněno		> z toho nesplněno	
		Počet	Podíl (%)	Počet	Podíl (%)	Počet	Podíl (%)
Specifická primární prevence užívání návykových látek	16	6	37,5	6	37,5	4	25,0
Léčba a sociální začleňování uživatelů návykových látek	17	4	23,5	7	41,2	6	35,3
Snižování rizik	10	6	60,0	3	30,0	1	10,0
Snižování dostupnosti nelegálních drog	10	6	60,0	3	30,0	1	10,0
Koordinace a financování	20	13	65,0	5	25,0	2	10,0
Monitoring, výzkum, hodnocení	16	15	93,8	0	0,0	1	6,2
Mezinárodní spolupráce	13	13	100,0	0	0,0	0	0,0
Celkem	102	63	61,8	24	23,5	15	14,7

Zdroj: Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky (2019b)

Akční plán 2016–2018 definoval pro dané období priority protidrogové politiky. Priority měly být uplatňovány při přijímání rozhodnutí a realizaci opatření v rámci jednotlivých intervenčních oblastí protidrogové politiky. Na období působnosti Akčního plánu 2016–2018 bylo určeno 7 priorit protidrogové politiky, informaci o jejich naplnění poskytuje tabulka 2-6.

tabulka 2-6: Přehledné vyhodnocení naplnění priorit Akčního plánu realizace Národní strategie protidrogové politiky na období 2016–2018

Priorita	Vyhodnocení naplňování		
	Splněno	Splněno částečně	Nesplněno
Snížit míru konzumace návykových látek mezi dětmi a mládeží	X		
Snížit míru a rizikovost užívání drog a soustředit pozornost na vysokou míru užívání konopí a užívání návykových látek v prostředí noční zábavy		X	
Zaměřit se na vysokou míru problémového užívání pervitinu (metamfetaminu) a opiátů			X
Zvýšit místní, časovou a finanční dostupnost specializované adiktologické péče		X	
Snížit dostupnost prekurzorů pro nelegální výrobu pervitinu, nových syntetických látek a zneužívání léčivých přípravků s obsahem OPL	X		
Zavést nový systém hodnocení dostupnosti a podpory specializovaných adiktologických služeb			X
Zlepšit reálnou koordinaci protidrogové politiky a koordinaci jejího financování		X	

Zdroj: Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky (2019b)

Podrobnější informace o vyhodnocení priorit a úkolů akčního plánu obsahuje Souhrnná zpráva o plnění Akčního plánu realizace Národní strategie protidrogové politiky na období 2016–2018 v oblasti nelegálních návykových látek, která byla schválena Radou vlády pro koordinaci protidrogové politiky usnesením č. 04/0319 dne 26. března 2019.

2.2 Plnění Akčního plánu pro oblast hazardního hraní

První revizí Národní strategie 2010–2018 byla integrována oblast hazardního hraní a prevence patologického hráčství. Historicky první akční plán zaměřený na tuto oblast byl schválen vládou ČR usnesením č. 915 dne 9. listopadu 2015.

Akční plán realizace Národní strategie protidrogové politiky na období 2015–2018 pro oblast hazardního hraní (dále „Akční plán 2015–2018 pro oblast hazardního hraní“) vycházel ze souhrnu hlavních zjištění a doporučení zprávy o sociálně patologických dopadech hazardních her v ČR (viz Hazardní hraní v České republice a jeho dopady), ze zahraničních zkušeností a doporučení a z výsledků SWOT analýzy situace v klíčových oblastech protidrogové politiky.

Akční plán 2015–2018 pro oblast hazardního hraní obsahoval 42 aktivit členěných do 6 oblastí, na jeho plnění se podílelo 15 subjektů / ústředních orgánů státní správy a 14 krajů. Průběžným hodnocením Akčního plánu 2015–2018 pro oblast hazardního hraní byla identifikována potřeba posílit kontrolní činnosti ve vztahu k dodržení zákazu hry pro osoby mladší 18 let. Vláda ČR proto usnesením č. 416 dne 31. května 2017 schválila doplnění aktivity zaměřené na snížení počtu nezletilých účastníků se hazardních her.

Z celkového počtu 65 úkolů, které byly obsažené v 42 aktivitách, bylo splněno 40 (61,5 %), částečně splněno bylo 11 úkolů (16,9 %), nesplněno bylo 13 úkolů (20,0 %) a 1 úkol nebyl hodnocen (1,5 %) – tabulka 2-7.

tabulka 2-7: Celkový přehled plnění úkolů Akčního plánu realizace Národní strategie protidrogové politiky na období 2015–2018 pro oblast hazardního hraní

Oblast aktivit	Počet aktivit	Celkem úkolů	> z toho splněno		> z toho částečně splněno		> z toho nesplněno		> z toho n. a.	
			Počet	Podíl (%)	Počet	Podíl (%)	Počet	Podíl (%)	Počet	Podíl (%)
Informování veřejnosti a primární prevence problémového hráčství v obecné populaci	4	10	3	30,0	4	40,0	3	30,0	0	–
Snižování rizik a prevence problémového hráčství v hráčské populaci	9	17	10	58,8	0	–	7	41,2	0	–
Poradenství a léčba problémových hráčů	7	12	7	58,3	3	25,0	1	8,3	1	8,3
Kontrola a zajištění vymáhání práva	6	9	8	88,9	0	–	1	11,1	0	–
Koordinace a financování protidrogové politiky pro oblast hazardního hraní	10	10	6	60,0	3	30,0	1	10,0	0	–
Monitorování situace a evaluace opatření	6	7	6	85,7	1	14,3	0	–	0	–
Celkem	42	65	40	61,5	11	16,9	13	20	1	1,5

Zdroj: Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky (2019a)

Akční plán 2015–2018 pro oblast hazardního hraní definoval pro dané období priority protidrogové politiky. Priority měly být uplatňovány při přijímání rozhodnutí a realizaci opatření v rámci jednotlivých intervenčních oblastí protidrogové politiky. Na období působnosti Akčního plánu 2015–2018 pro oblast hazardního hraní bylo určeno 9 priorit protidrogové politiky, informaci o jejich naplnění poskytuje tabulka 2-8.

tabulka 2-8: Přehledné vyhodnocení naplnění priorit Akčního plánu realizace Národní strategie protidrogové politiky na období 2015–2018 pro oblast hazardního hraní

Priorita	Vyhodnocení naplňování		
	Splněno	Splněno částečně	Nesplněno
Zvýšení informovanosti obecné i hráčské populace o hazardním hraní		X	
Prevence rozvoje problémového hráčství		X	
Včasný záchyt a intervence problémového hráčství			X
Zvýšení kontaktu problémových hráčů s pomáhajícími službami		X	
Zvýšení dostupnosti poradenských a léčebných programů	X		
Důsledná kontrola dodržování přijatých regulačních opatření	X		
Redukce nelegálního provozování hazardních her	X		
Realizace komplexní politiky v oblasti hazardního hraní a její finanční zajištění	X		
Pravidelný monitoring a vyhodnocování situace a dopadů regulace	X		

Zdroj: Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky (2019a)

Podrobnější informace o vyhodnocení priorit a úkolů akčního plánu obsahuje Souhrnná zpráva o plnění Akčního plánu realizace Národní strategie protidrogové politiky na období 2015–2018 pro oblast hazardního hraní, která byla schválena Radou vlády pro koordinaci protidrogové politiky usnesením č. 05/0319 dne 26. března 2019.

2.3 Plnění Akčního plánu pro oblast alkoholu

V návaznosti na první revizi Národní strategie 2010–2018, kterou byla integrována politika v oblasti omezení škod působených alkoholem schválila vláda ČR usnesením č. 671 dne 20. srpna 2015 k Akčním plánům pro implementaci Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí. Jedním z akčních plánů byl Akční plán k omezení škod působených alkoholem v ČR pro období 2015 až 2018 (dále „Akční plán 2015–2018 pro oblast alkoholu“).

Akční plán 2015–2018 pro oblast alkoholu byl připraven Ministerstvem zdravotnictví ČR, které zároveň koordinovalo plnění aktivit a hodnocení jeho plnění. Akční plán 2015–2018 pro oblast alkoholu pro období své platnosti stanovil hlavní cíl snížit spotřebu alkoholu a škody působené alkoholem. K dosažení hlavního cíle stanovil 4 dílčí cíle:

- snížení spotřeby alkoholických nápojů v dospělé populaci o 3,5% spotřeby čistého lihu na osobu do roku 2018 a o 5 % spotřeby čistého lihu na osobu do roku 2020,
- snížení prevalence užívání alkoholu u osob mladších 18 let o 3,5% do roku 2018, a o 5 % do roku 2020 a posunutí věkové hranice první zkušenosti s alkoholem o tři roky do roku 2020,
- snižování rizik vyplývajících z užívání alkoholických nápojů,
- zajištění dalších opatření nezbytných pro realizaci protidrogové politiky v oblasti alkoholu.

Za koordinaci implementace a hodnocení Akčního plánu 2015–2018 pro oblast alkoholu zodpovídalo Ministerstvo zdravotnictví ČR. Závěrečné hodnocení Akčního plánu 2015–2018 pro oblast alkoholu nebylo v průběhu hodnocení Národní strategie 2010–2018 ukončeno.

2.4 Plnění Akčního plánu pro oblast kontroly tabáku

V návaznosti na druhou revizi Národní strategie 2010–2018, kterou byla integrována politika v oblasti kontroly tabáku schválila vláda ČR usnesením č. 671 dne 20. srpna 2015 k Akčním plánům pro implementaci Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí. Jedním z akčních plánů byl Akční plán pro oblast kontroly tabáku v ČR na období 2015 až 2018 (dále „Akční plán 2015–2018 pro oblast kontroly tabáku“).

Akční plán 2015–2018 pro oblast kontroly tabáku byl připraven Ministerstvem zdravotnictví ČR a pro období své platnosti stanovil 3 hlavní cíle:

- snížit výskyt současného užívání tabákových výrobků u osob starších 15 let do roku 2018 minimálně o 8 % a do roku 2020 minimálně o 10 % (a do roku 2025 minimálně o 30 %),
- snížit expozici osob tabákovému kouři v prostředí,
- zajistit další nezbytná systémová a jiná opatření k posílení komplexní ochrany před škodami působenými tabákem v ČR.

Za koordinaci implementace a hodnocení Akčního plánu 2015–2018 pro oblast kontroly tabáku zodpovídalo Ministerstvo zdravotnictví ČR. Závěrečné hodnocení Akčního plánu 2015–2018 pro oblast kontroly tabáku nebylo v průběhu hodnocení Národní strategie 2010–2018 ukončeno.

3 Plnění Národní strategie 2010–2018

3.1 Způsob hodnocení plnění Národní strategie 2010–2018

Evaluace protidrogové politiky za období 2010–2018 probíhala na přelomu let 2018/2019. Předmětem evaluace byla Národní strategie protidrogové politiky na období 2010–2018 a její akční plány pro oblast nelegálních návykových látek, alkoholu, tabáku a hazardního hraní.

Evaluaci Národní strategie 2010–2018 a akčních plánů pro oblast nelegálních návykových látek a hazardního hraní realizoval sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, evaluaci akčních plánů pro oblast alkoholu a kontroly tabáku realizovalo Ministerstvo zdravotnictví ČR. Evaluace všech akčních plánů se účastnily především subjekty přímo nebo nepřímo zapojené do implementace aktivit protidrogové politiky, šlo tedy o interní evaluaci protidrogové politiky.

Národní strategie 2010–2018 byla hodnocena na základě dostupných dat o stavu ve věcech nelegálních návykových látek, alkoholu, tabáku a hazardního hraní v ČR, resp. o vývoji stavu s ohledem na stanovené cíle Národní strategie 2010–2018.

Evaluace obsahuje hodnocení míry dosažení cílů Národní strategie 2010–2018, které se vztahují ke změně situace. Cíle jsou hodnoceny na základě interpretace vývoje vybraných kvantitativních ukazatelů v časovém rozmezí pokud možno zahrnujícím období před zahájením Národní strategie 2010–2018 na jedné straně (tj. nejčastěji 2008 nebo 2009, s výjimkou ukazatelů hazardního hraní, jejichž monitoring začal v r. 2012 a později) a nejnovější dostupný rok směrem ke konci platnosti strategie na straně druhé (tj. nejčastěji 2017, neboť rok 2018 nebo dokonce 2019 byl dostupný pouze výjimečně).

Národní strategie 2010–2018 obsahovala 4 následující strategické cíle (v revidovaném znění):

- snížit míru experimentálního a příležitostného užívání návykových látek zejména mladými lidmi, snížit míru hazardního hraní mezi dětmi a mládeží,
- snížit míru problémového a intenzivního užívání návykových látek a problémového hráčství,
- snížit potenciální rizika spojená s užíváním návykových látek a s problémovým hráčstvím pro jedince a společnost,
- snížit dostupnost návykových látek zejména pro mladé lidi, posílit zákonnou regulaci hazardního hraní.

Vyhodnocení kvantitativních indikátorů tedy bylo provedeno ve 4 doménách odpovídajících 4 strategickým cílům, a to zvláště pro 4 oblasti závislostního chování integrované drogové politiky, tj. tabák, alkohol, nelegální drogy a hazardní hraní:

- užívání v populaci, resp. míra hazardního hraní,
- problémové/intenzivní užívání,
- zdravotní a sociální dopady užívání, resp. hazardního hraní,
- nabídka návykových látek, resp. hazardního hraní.

V kapitole Plnění cílů Národní strategie 2010–2018 (str. 14) je uvedeno stručné textové shrnutí situace v jednotlivých oblastech protidrogové politiky. Data k hodnocení strategických cílů podle jednotlivých oblastí jsou uvedeny v tabulkách a grafech v příloze dokumentu.

3.2 Plnění cílů Národní strategie 2010–2018

Národní strategie 2010–2018 stanovila cíle, s nimiž korespondují 4 pilíře protidrogové politiky: primární prevence, léčba a sociální začleňování, snižování rizik a snižování dostupnosti návykových látek a rizikovosti hazardních her. V rámci každého pilíře byl stanoven specifický cíl strategie pro oblast nelegálních drog, alkoholu, tabáku a hazardního hraní.

3.2.1 Cíl snížit míru experimentálního a příležitostného užívání návykových látek zejména mladými lidmi, snížit míru hazardního hraní mezi dětmi a mládeží

Cíl snížit míru experimentálního a příležitostného užívání návykových látek zejména mladými lidmi, snížit míru hazardního hraní mezi dětmi a mládeží koresponduje s pilířem primární prevence.

Zjednodušený přehled naplnění cíle v jednotlivých oblastech protidrogové politiky (v oblasti nelegálních drog, alkoholu, kontroly tabáku a hazardního hraní) obsahuje tabulka 3-1 a podrobnější popis je uveden v kapitolách pod tabulkou.

tabulka 3-1: Přehledné vyhodnocení naplnění cíle snížit míru experimentálního a příležitostného užívání návykových látek zejména mladými lidmi, snížit míru hazardního hraní mezi dětmi a mládeží

Plnění cíle	Vyhodnocení naplnění	Komentář
> v oblasti nelegálních drog	+	Zejména mezi dětmi a mládeží klesá míra užívání návykových látek, přesto patří ČR k zemím s nejvyšší mírou užívání konopí mezi dětmi a mládeží
> v oblasti alkoholu	+/-	Mezi dětmi a dospívajícími byl v posledních letech zaznamenán pokles užívání alkoholu. V ČR je však spotřeba alkoholu velmi vysoká a užívání alkoholu patří mezi nejrozšířenější rizikové chování dospívajících.
> v oblasti kontroly tabáku	+/-	Dlouhodobě mírně klesající trend v dospělé populaci, který v posledních letech stagnuje. Zkušenosti s kouřením tabáku mezi dospívajícími se snižují, rostou zkušenosti s elektronickými cigaretami.
> v oblasti hazardního hraní	+/-	K poklesu hraní dochází u hazardních her provozovaných v kamenných provozovnách (mimo loterií). Na druhou stranu dochází k nárůstu hraní loterií a výraznějšímu nárůstu on-line kurzového sázení.

Pozn: + označuje splnění cíle, +/- označuje částečné splnění cíle a – označuje nesplnění cíle.

3.2.1.1 Naplnění cíle v oblasti nelegálních drog

- > Od r. 2008 je patrná dlouhodobě stabilní míra prevalence užívání konopných látek v obecné populaci ve věku 15–64 let, mezi osobami ve věku 15–34 let (tzv. mladí dospělí) vykazuje mírně klesající trend. Míra užívání extáze, kokainu a halucinogenních hub v posledních 12 měsících ve věkové skupině 15–34 let je stabilní, v posledních letech mírně roste rozsah užívání pervitinu. Zkušenost s užitím nelegálních drog uvádějí častěji muži a nejčastěji respondenti ve věkové skupině 15–34 let.
- > V r. 2017 zkušenost s užitím nelegální drogy někdy v životě uvedla 1/3 populace ve věku 15–64 let (31,2–38,3 % podle studie). Nejčastěji užitou nelegální drogou byly konopné látky (28,6–36,9 %), následované extází (4,3–5,8 %), halucinogenními houbami (4,4–4,7 %), pervitinem (2,1–3,3 %), LSD (2,0–3,1 %) a kokainem (1,9–2,4 %). Míra zkušeností s ostatními drogami, včetně nových psychoaktivních drog (rostlinných nebo syntetických), těkavých látek a anabolických steroidů, je na nízké úrovni (pod 2 %). Psychoaktivní léky (sedativa, hypnotika a/nebo opioidní analgetika) získané bez lékařského předpisu užilo v posledních 12 měsících celkem 7,1–9,2 % respondentů ve věku 15–64 let (5,6–6,0 % mužů a 8,2–12,8 % žen).
- > Nový a nebezpečný fenomén představují nové psychoaktivní látky (NPS), které svou strukturou a účinky odpovídají tradičním drogám, ale nejsou (dosud) kontrolovány mezinárodní úmluvami

ani národními předpisy. V Systému včasného varování před novými drogami koordinovaném NMS bylo za r. 2017 v ČR hlášeno celkem 48 NPS, z toho 16 vůbec poprvé. Míra užívání NPS je v ČR poměrně nízká a v posledních letech spíše snižující se.

- Některé populační skupiny užívají návykové látky ve vyšší míře než obecná populace. Několikanásobně vyšší míru užívání drog vykazují např. tzv. mladí dospělí v prostředí noční zábavy, vězni nebo obyvatelé sociálně vyloučených lokalit.
- Mezi dětmi a mládeží aktuálně klesá míra užívání návykových látek, zkušenosti s užíváním nelegálních drog mezi dětmi a mládeží jsou poměrně nízké. Výjimku představují konopné látky, kde i přes aktuální pokles patří ČR k zemím s nejvyšší mírou užívání mezi dětmi a mládeží. Prevalence užití nelegálních drog byla dlouhodobě vyšší mezi chlapci, ale v posledních letech je pozorován trend postupného vyrovnávání rozdílů v užívání návykových látek mezi pohlavími (výrazný je tento trend především u konopných látek).

3.2.1.2 Naplnění cíle v oblasti alkoholu

- Spotřeba alkoholu v České republice je velmi vysoká, v r. 2017 bylo spotřebováno 170,6 litru alkoholu na 1 obyvatele, což odpovídá 9,8 litru čistého alkoholu (jen registrovaná spotřeba vypočítaná na obyvatelstvo všech věkových skupin s pomocí národních koeficientů pro výpočet čistého etanolu). V průměru jeden obywatel spotřeboval 144 litrů piva, 19 litrů vína a 7 litrů destilátů za rok. Spotřeba čistého etanolu na 1 obyvatele je v posledních 15 letech stabilní.
- Užití alkoholu v životě uvádí více než 96 % populace a 82 % dospělé populace uvedlo užívání alkoholu za poslední rok. Vyšší prevalence užívání alkoholu je sledována mezi muži (87–89 %) než mezi ženami (76–78 %). Přibližně 70 % dospělých uvedlo užívání alkoholu v posledních 30 dnech.
- Užívání alkoholu patří mezi nejrozšířenější rizikové chování dospívajících. Mezi dětmi a dospívajícími byl v posledních letech zaznamenán pokles užívání alkoholu.
- V rámci studie HBSC (*Health Behaviour in School-aged Children*) v r. 2014 uvedlo konzumaci alkoholu v posledních 30 dnech 8 % dívek a 15 % chlapců ve věku 11 let, 19 % dívek a 28 % chlapců ve věku 13 let a 48 % dívek a 52 % chlapců 15 let. Podle studie ESPAD (*Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách*), která se uskutečnila naposledy v l. 2015 a 2016, uvedlo užívání alkoholu v posledních 30 dnech 69 %, resp. 65 % dospívajících ve věku 16 let. Preferovaným nápojem mezi 16letými zůstává dlouhodobě pivo, za ním následují destiláty.

3.2.1.3 Naplnění cíle v oblasti kontroly tabáku

- Spotřeba cigaret v přepočtu na počet obyvatel ČR nezaznamenala ve sledovaném období výraznějších změn. V l. 2010–2013 došlo nejprve k poklesu z 2028 tis. ks/1 obywatel ČR na 1904 ks (více než 6% pokles), poté následovalo dvouleté období nárůstu (téměř 6% nárůst) na 2010 ks v r. 2015 vystřídané dvouletým obdobím poklesu na hodnotu 1978 ks v r. 2017 (téměř 2% pokles).
- Míra současného kouření (v posledních 30 dnech) v dospělé populaci (15+) je přibližně 25–30 %.
- Míra denního kouření (denně či téměř denně) je přibližně 18–25 %.
- Výskyt kouření je vyšší u mužů (kouření v současnosti 30–40 %, denní kouření 20–35 %) než u žen (kouření v současnosti kolem 20 %, denní kouření 15–18 %).
- Míra kouření je nejvyšší v mladších věkových skupinách a s věkem mírně klesá.
- Trend v míře kouření ve sledovaném období není jednoznačný a aktuální trendy naznačují stagnaci míry kouření v ČR. Týká se to jak současného kouření, tak denního kouření a obou pohlaví.
- Snižují se zkušenosti s kouřením tabáku mezi dospívajícími ve věku 11 až 16 let, a to jak jednorázové zkušenosti, tak intenzivnější formy užívání. Vzhledem k údajům o míře kouření mezi mladými dospělými z celopopulačních šetření je pravděpodobné, že se první zkušenosti s kouřením i intenzivnější formy kouření přesouvají do vyššího věku kolem 20 let.

- Zvyšuje se míra užívání elektronických cigaret, a to zejména mezi nejmladšími věkovými skupinami; současné užívání elektronických cigaret se v ČR týká cca 5 % dospělé populace, ale mezi dospívajícími dosahuje až 17 % (užívání v posledních 30 dnech).
- O míře a trendech v užívání zahříváných tabákových výrobků nejsou v ČR dosud informace.
- Tabákovému kouři je sekundárně (second-hand smoke) exponována přibližně 1/5 populace, trend je mírně sestupný.
- Zdá se, že opatření na straně nabídky tabáku (zejména zavedení kombinovaných varování na obalech tabákových výrobků v r. 2016, rozšíření zákazu kouření v r. 2017, nabídky elektronických cigaret a zahříváných tabákových výrobků atd.) aktuálně dosud zásadněji neovlivnily oblast poptávky po tabáku, resp. míru kouření v ČR.

3.2.1.4 Naplnění cíle v oblasti hazardního hraní

- Monitoring hazardního hraní (HH) v populaci se v ČR realizuje od r. 2012, nejsou tedy k dispozici dlouhodobější trendy. Při pohledu na trendy se zdá, že prevalence hazardního hraní v dospělé populaci v posledních 2 letech roste, především v důsledku nárůstu účasti na číselných a okamžitých loteriích. Účast na HH v posledních 12 měsících uvádí přibližně 30–40 % dospělých, nejčastěji je uváděna právě účast na loteriích. K nárůstu u loterií přispělo zřejmě i otevření on-line prostředí pro loterie od r. 2017.
- Nárůst prevalence hraní loterií je patrný u obou pohlaví a rovněž ve skupině mladých dospělých ve věku 15–34 let. Rovněž u on-line kurzového sázení je patrný aktuální nárůst, a to jak v celé dospělé populaci, tak mezi mladými dospělými ve věkové skupině 15–34 let. Mimo loterií je u všech ostatních HH provozovaných v kamenných provozovnách (tzv. land-based) v posledních dvou letech patrný pokles.
- Pokud jde o míru hazardního hraní mezi mládeží, jsou k dispozici výsledky studie ESPAD z r. 2015 a validizační studie ESPAD z r. 2016. Z obou studií vyplývá, že hraní her o peníze v posledních 12 měsících uvedlo celkem 9–11 % dotázaných 16letých studentů (15–18 % chlapců a 3 % dívek), z nichž 2–3 % (4–5 % chlapců a do 1 % dívek) uvedla hraní o peníze 2krát týdně nebo častěji. Dlouhodobý vývoj situace lze ve studii ESPAD posoudit pouze v případě hraní technických her typu automaty, které je pravidelně sledováno již od r. 1995. Podíl 16letých, kteří uvedli hraní těchto her s frekvencí 1krát týdně nebo častěji, se dlouhodobě nemění a pohybuje se v intervalu 1–1,5 %.
- Nutnost registrace u kurzového sázení, technických her a on-line her, kterou zavedl zákon o hazardních hrách č. 186/2016 Sb., znamená ztížení přístupu mladistvých k hazardnímu hraní. Zánik provozoven se zvláštním režimem a snížení počtu heren a kasin má stejný důsledek. Nezletilí se však stále ke hře hazardních her dostávají přes účty svých kamarádů či rodinných příslušníků. Kurzové sázení je normalizováno mezi mladými sportovci. Tomu přispívá ve sportu všudypřítomná reklama na kurzové sázení.

3.2.2 Cíl snížit míru problémového a intenzivního užívání návykových látek a problémového hráčství

Cíl snížit míru problémového a intenzivního užívání návykových látek a problémového hráčství koresponduje s pilířem léčby a sociálního začleňování.

Zjednodušený přehled naplnění cíle v jednotlivých oblastech protidrogové politiky (v oblasti nelegálních drog, alkoholu, kontroly tabáku a hazardního hraní) obsahuje tabulka 3-2 a podrobnější popis plnění je uveden v kapitolách pod tabulkou.

tabulka 3-2: Přehledné vyhodnocení naplnění cíle snížit míru problémového a intenzivního užívání návykových látek a problémového hráčství

Plnění cíle	Vyhodnocení naplnění	Komentář
> v oblasti nelegálních drog	-	Odhadovaný počet problémových uživatelů drog se zvyšuje, stále je však pod evropským průměrem.
> v oblasti alkoholu	+/-	Míra zkušeností s konzumací alkoholu, ale i denní konzumace alkoholu je velmi vysoká a výrazně se nemění. Výsledky ESPAD naznačují pokles míry (intenzivní) konzumace alkoholu mezi dospívajícími.
> v oblasti kontroly tabáku	+/-	Dlouhodobě mírně klesající trend kouření v dospělé populaci, který v posledních letech stagnuje. Mezi dospívajícími výrazný pokles míry kouření.
> v oblasti hazardního hraní	+/-	V této oblasti nejsou data o dlouhodobých trendech. Mění se struktura problémových hráčů – ubývá těch, jejichž primární hrou jsou technické hry nebo land-based hry, a přibývá těch, jejichž primární problémovou hrou jsou kurzové sázky, živé hry nebo on-line hra. Pokud jde o odhadovaný počet problémových hráčů, dostupné údaje ukazují, že je poměrně stabilní.

Pozn: + označuje splnění cíle, +/- označuje částečné splnění cíle a – označuje nesplnění cíle.

3.2.2.1 Naplnění cíle v oblasti nelegálních drog

- > V r. 2017 bylo v ČR odhadnuto 47,8 tis. problémových uživatelů pervitinu a opioidů (PUPO), z toho 34,7 tis. uživatelů pervitinu a 13,1 tis. uživatelů opioidů. Z nich bylo 3,9 tis. uživatelů heroinu, 6,9 tis. uživatelů buprenorfinu a 2,3 tis. uživatelů jiných opioidů.
- > Odhadovaný počet injekčních uživatelů drog (IUD) dosáhl 43,7 tis. Počet PUPO se v r. 2017 meziročně mírně zvýšil – nárůst se týká jak počtu uživatelů pervitinu, tak opioidů. Znepokojivý je především aktuální nárůst uživatelů heroinu a rostoucí míra užívání dalších opioidů.
- > K nárůstu počtu PUPO došlo zejména na začátku sledovaného období, a to zejména kvůli nárůstu problémových uživatelů pervitinu, v horizontu posledních 4 let zůstává počet PUPO stabilní.
- > Hlavním opioidem mezi problémovými uživateli drog v ČR je buprenorfin, který uniká ze systému legálního využití na nelegální trh, aktuálně však roste míra užívání heroinu a opioidních analgetik.
- > V kategorii rizika v souvislosti s užíváním konopných látek se podle screeningové škály CAST použité v celopopulační studii v r. 2016 nacházelo celkem 4,4 % populace ve věku 15–64 let (7,6 % mužů a 1,5 % žen), z nich 1,8 % (3,3 %, resp. 0,3 %) spadalo do kategorie vysokého rizika. Od r. 2012, kdy podíl uživatelů konopí v obecné populaci v riziku dosáhl 2,7 %, došlo k nárůstu o 1,7 procentního bodu. Při přepočtu na dospělé populaci je možno odhadnout počet uživatelů konopí ve vysokém riziku vzniku problémů spojených s jejich užíváním na 125 tis. osob.
- > Počet osob zneužívajících sedativa a hypnotika v ČR se aktuálně odhaduje cca na 900 tis., z toho největší podíl tvoří osoby zneužívající alprazolam (např. Neuro1®) – cca 270 tis. osob a zolpidem (např. Stilnox®) – cca 190 tis. osob.
- > Podíl uživatelů nelegálních drog v kontaktu se systémem péče je poměrně vysoký. V kontaktu s adiktologickými službami je odhadem 45 tis. uživatelů nelegálních drog ročně. Jde především o uživatele pervitinu (cca 25 tis.) a uživatele opioidů (cca 10 tis.). V kontaktu je přibližně 70 % problémových uživatelů pervitinu a opioidů. Uživatelé jsou v kontaktu především s nízkoprahovými zařízeními a ambulantními službami. V opiátové substituční léčbě jsou ročně cca 4 tis. osob.
- > Počet osob léčených v opiátové substituční léčbě v posledních 5 letech stagnuje. V r. 2017 registrovalo své pacienty v substituční léčbě celkem 62 zdravotnických zařízení (63 v r. 2016) a bylo evidováno celkem 2249 léčených osob (2266 v r. 2016), z nich 1506 (67 %)

buprenorfinem a 743 (33 %) metadonem. Významný počet pacientů v opiátové substituční léčbě však není do registru hlášen (odhadem 1500–3000).

- V průměru bylo v ČR v r. 2017 registrováno v substituční léčbě 17,2 % problémových uživatelů opioidů (17,8 % v r. 2016). V Praze, kde se nachází 73 % problémových uživatelů opioidů z celé ČR, je podíl registrovaných v substituci 13,6 % (15,3 % v r. 2016). Rovněž v dalších krajích s významným počtem problémových uživatelů (Středočeském, Jihočeském, Plzeňském a Ústeckém) je jejich podíl v substituci velmi nízký. V těchto krajích zároveň dochází v posledních letech k nárůstu zneužívání opioidních analgetik.
- Problémem zůstává finanční dostupnost substitučních preparátů s účinnou látkou buprenorfin. Monopreparáty s buprenorfinem nejsou hrazeny ze zdravotního pojištění a pacient tedy hradí v lékárně plnou cenu. Kombinovaný preparát Suboxone® 8 mg je jako jediný hromadně vyráběný substituční preparát od r. 2010 hrazen ze systému veřejného zdravotního pojištění, ale v praxi je počet pacientů léčených hrazeným Suboxone® odhadován na několik desítek případů. V r. 2018 se finanční dostupnost snížila, pacienti se nově na úhradě léčivého přípravku spolupodílí.

3.2.2.2 Naplnění cíle v oblasti alkoholu

- V České republice je vysoká nejen míra zkušeností s pitím alkoholu, ale i denní konzumace alkoholu (denně nebo téměř denně), kterou v dostupných studiích uvádí 6,1–9,5 % dospělé populace ve věku 15 a více let. Denní konzumace alkoholu je výrazně vyšší mezi muži.
- Ještě více než denní konzumace alkoholu je v české populaci rozšířeno časté pití nadměrných dávek alkoholu neboli epizodická konzumace nadměrných dávek alkoholu (obvykle 5 a více sklenic při jedné příležitosti, heavy episodic drinking, HED). Vzhledem k rozdílům v definicích HED se časté užívání nadměrných dávek alkoholu týká přibližně 12–17 % populace. Tato nepříznivá situace je v posledních letech mezi dospělou populací stabilní, se známkami mírného nárůstu užívání nadměrných dávek alkoholu.
- V reprezentativních národních populačních studiích byly zahrnuty i screeningové nástroje pro odhady rizikového a škodlivého užívání alkoholu. Prevalence rizikového užívání alkoholu v dospělé populaci dosahuje 16,8–17,6 %, z toho škodlivého užívání alkoholu 9,0–9,3 %. Extrapolací na dospělou populaci ČR dosahují odhady rizikové a škodlivé konzumace alkoholu téměř 1,5 milionu osob, z nichž 800 tisíc vykazuje znaky škodlivého užívání alkoholu. Trendy ukazují nárůst prevalence rizikového a škodlivého užívání alkoholu mezi l. 2012 a 2016.
- Bez ohledu na použitou definici bylo ve všech průzkumech nadměrné užívání alkoholu vyšší u mužů než u žen. Významné rozdíly byly pozorovány také v užívání alkoholu podle věkových skupin. Zatímco užívání nadměrného množství alkoholu při jedné příležitosti bylo mnohem častější u mladších věkových skupin, zejména u mladých dospělých (tj. ve věku 15–34 let), četnost denní konzumace alkoholu se zvyšuje s věkem a nejvyšších hodnot dosahuje u respondentů ve věku 55–64 let a 65 a více let.
- Populace dospívajících také uvádí poměrně vysokou míru nárazové nadměrné konzumace alkoholu a jiných forem nadměrného užívání alkoholu. Poslední dostupné údaje ze školních studií naznačují pokles míry konzumace alkoholu mezi dospívajícími, a to včetně výskytu intenzivních forem konzumace alkoholu.
- Podle studie ESPAD v l. 2015 a 2016 mezi 16letými uvedlo 40–42 %, že alespoň jednou v posledním měsíci konzumovalo 5 nebo více sklenic alkoholu při jedné příležitosti, zatímco 12 % dospívajících (14 % chlapců a 10 % dívek) bylo častými konzumenty nadměrných dávek alkoholu při jedné příležitosti s frekvencí alespoň 3krát v posledním měsíci (tj. přibližně jednou týdně nebo častěji).
- Subjektivně vnímanou intoxikaci alkoholem v posledních 30 dnech uvedlo 15 % dospívajících ve věku 16 let (18 % chlapců a 12 % dívek) v r. 2015 a 14 % v r. 2016. Opakovanou intoxikaci (3krát nebo vícekrát v posledních 30 dnech) uvedla shodně 2 % studentů v l. 2015 a 2016. Podle výsledků studie HBSC opakovanou opilost v životě, (tj. zažilo intoxikaci alkoholem dvakrát nebo častěji) uvedlo 30 % 15letých, ale také přibližně 6 % 13letých a 1 % 11letých.

- Míra provádění krátkých intervencí u intenzivních uživatelů alkoholu ze strany zdravotnických pracovníků je poměrně nízká. Krátké intervence provádí přibližně polovina lékařů, výjimečně provádí nebo vůbec neprovádí krátké intervence přibližně čtvrtina lékařů. Dostupné trendové údaje ukazují, že situace se v posledních letech nelepší.

3.2.2.3 Naplnění cíle v oblasti kontroly tabáku

Popis naplnění cíle je obsažen v kapitole 3.2.1.3.

3.2.2.4 Naplnění cíle v oblasti hazardního hraní

- NMS provedlo od r. 2012 několik odhadů výskytu problémového hráčství v populaci za pomoci dvou screeningových škál (PGSI a Lie/bet). Srovnání výsledků ukázalo protichůdné trendy. Podle škály PGSI v l. 2012–2016 míra problémového hráčství v obecné populaci vzrostla, odhady podle škály Lie/bet naopak naznačují aktuální pokles míry problémového hráčství. V riziku problémového hraní podle škály PGSI se aktuálně nachází až 5,7 % dospělé populace (510 tis.) v pásmu vysokého rizika až 1,4 % dospělé populace (120 tis.).
- Muži mají výrazně vyšší zkušenosti s hraním všech typů hazardních her a mladí lidé (15–34 let) mají vyšší zkušenosti s hraním her jiných než loterií, tyto dvě skupiny jsou ve větším riziku vzniku problémového hráčství.
- Průzkumy mezi patologickými hráči v léčbě, které NMS provádí každé dva roky (r. 2013, 2015, 2017), a informace předávané zástupci služeb ukazují na proměnu patologických hráčů v léčbě vzhledem k jejich problémové hře. Ubývá problémových hráčů, jejichž primární hrou jsou technické hry, a přibývá těch, jejichž primární problémovou hrou jsou kurzové sázky a živé hry. Rovněž ubývá těch, jejichž primární problémová hra byla land-based, a přibývá těch, jejichž primární hrou je on-line hra, jde zejména o on-line kurzové sázky. Spolu s rozmachem on-line technických her lze však očekávat nárůst i u tohoto typu hry.

3.2.3 Cíl snížit potenciální rizika spojená s užíváním návykových látek a s problémovým hráčstvím pro jedince a společnost

Cíl snížit potenciální rizika spojená s užíváním návykových látek a s problémovým hráčstvím pro jedince a společnost koresponduje s pilířem snižování rizik (harm reduction).

Zjednodušený přehled naplnění cíle v jednotlivých oblastech protidrogové politiky (v oblasti nelegálních drog, alkoholu, kontroly tabáku a hazardního hraní) obsahuje tabulka 3-3 a podrobnější popis plnění je uveden v kapitolách pod tabulkou.

tabulka 3-3: Přehledné vyhodnocení naplnění cíle snížit potenciální rizika spojená s užíváním návykových látek a s problémovým hráčstvím pro jedince a společnost

Plnění cíle	Vyhodnocení naplnění	Komentář
➤ v oblasti nelegálních drog	+/-	Výskyt infekčních onemocnění (zejména HIV) mezi uživateli drog a počet úmrtí vlivem předávkování je dlouhodobě nízký. Naopak zůstává vysoký odhadovaný podíl trestné činnosti spáchané uživateli drog.
➤ v oblasti alkoholu	+/-	Úmrtnost způsobené užíváním alkoholu vzrostla. Na druhou stranu lze pozorovat mírně klesající trend hospitalizací, výskytu dopravních nehod spojených s alkoholem a počtu trestných činů pod vlivem alkoholu.
➤ v oblasti kontroly tabáku	+/-	Nejsou k dispozici dostatečná data o trendech zdravotních dopadů souvisejících s užíváním tabáku. Např. u karcinomu plic je zaznamenán pokles incidence a úmrtnosti u mužů, ale nárůst u žen, u chronické obstrukční plicní nemoci nárůst nemocnosti (hospitalizace) i úmrtnosti.
➤ v oblasti hazardního hraní		Nejsou k dispozici dostatečná data o trendech. Nelze vyhodnotit.

Pozn: + označuje splnění cíle, +/- označuje částečné splnění cíle a – označuje nesplnění cíle.

3.2.3.1 Naplnění cíle v oblasti nelegálních drog

- Prevalence HIV mezi injekčními uživateli drog je dlouhodobě velmi nízká, pod 1 %. Počet nově hlášených případů hepatitidy typu C (VHC) u injekčních uživatelů drog dosahuje aktuálně 500–650 případů ročně a dlouhodobě tvoří uživatelé drog více než polovinu všech případů (58,5 % v r. 2017).
- Prevalence VHC mezi injekčními uživateli drog se pohybuje v rozmezí 15–80 % podle charakteristik souboru vyšetřených, střední hodnota je kolem 35 %. Podle aktuálních údajů se zdá, že v posledních 15 letech nedošlo k výrazné změně séroprevalence VHC (v r. 2004 séroprevalence 35 %, v r. 2019 37 %).
- V r. 2017 bylo ze soudnělékařských oddělení hlášeno celkem 42 smrtelných předávkování nelegálními drogami a těkavými látkami (32 v r. 2016), z toho ve 27 případech šlo o opioidy (15 v r. 2016). Rovněž v obecném registru mortality došlo v r. 2017 k meziročnímu nárůstu ze 48 na 64 případů, z toho u opioidů z 20 na 36 případů. Na nárůstu počtu smrtelných předávkování opioidy se podílí zejména fentanyl, morfin a kodein.
- Pro uživatele návykových látek představuje sociální exkluze významnou bariéru návratu do společnosti. Uživatelé drog jsou ve vyšší míře nezaměstnaní a mají problémy s bydlením. Nestabilní bydlení a také zadluženost jsou významnou překážkou údravy a sociální integrace a bez pomoci často představují neřešitelný problém.
- Mezi žadateli o léčbu v souvislosti s užíváním návykových látek je míra nezaměstnanosti nejvyšší mezi uživateli pervitinu (48 %), opioidů (40 %) a konopných látek (38 %). Podíl osob bez stálého bydlení je nejvyšší také u uživatelů pervitinu (39 %), konopných látek (34 %) a opioidů (29 %).
- Uživatelé návykových látek v péči dluhových poraden měli průměrnou výši závazků 688 tis. Kč a vyšší dluhu po splatnosti 288 tis. Kč. Téměř polovina klientů dluhových poraden dluží nebankovním poskytovatelům půjček stejně jako jiným věřitelům, 36 % dluží bankám.
- V období 2010–2017 se podíl trestných činů (TČ) spáchaných pod vlivem návykových látek pohyboval v intervalu od 14,1 % do 17,1 % objasněné trestné činnosti. V r. 2017 bylo spácháno 13,5 tis. trestných činů pod vlivem návykových látek, z toho 18 % pod vlivem nealkoholových drog. V l. 2010–2015 rostl podíl trestných činů spáchaných pod vlivem nealkoholových drog (z 12 % v r. 2010 na 24 % v r. 2015), od r. 2016 je však patrný jejich pokles (19 % v r. 2016 a 18 % v r. 2017).
- Počet primárních drogových trestných činů (DTČ) ve sledovaném období rostl, v r. 2017 bylo registrováno 5599 DTČ, což představuje více než 76% nárůst od r. 2010. Nárůst je patrný také u počtu DTČ na 100 tis. os. 15–64 let, v r. 2017 dosahoval 81 DTČ, což je téměř dvojnásobek v porovnání s r. 2010.
- Dlouhodobě lze pozorovat pozvolný nárůst podílu DTČ na celkové registrované trestné činnosti. Zatímco v r. 2010 činil podíl DTČ na registrované trestné činnosti 1,0 %, v r. 2017 to bylo 2,8 %.
- Průměrně 80 % DTČ představují v posledních 10 letech trestné činy výroby, pašování a prodeje drog (§ 283). Druhý nejčastější DTČ je přechovávání drog pro vlastní potřebu (§ 284), v posledních 10 letech představují tyto trestné činy průměrně 12 % DTČ. Pachatelé se nejčastěji dopouští DTČ v souvislosti s pervitinem (průměrně 52 % zadržených pro primární DTČ za posledních 10 let) a konopnými drogami (průměrně 39 % za posledních 10 let).
- V přepočtu na 100 tis. obyvatel ve věku 15–64 let bylo v ČR v r. 2017 registrováno celkem 2932 trestných činů, z toho odhadovaný počet registrovaných trestných činů spáchaných uživateli drog za účelem získání finančních prostředků na pořízení drog činil 671 trestných činů. Odhadovaný podíl trestné činnosti spáchané uživateli drog za účelem získání finančních prostředků na pořízení drog činil v l. 2011–2017 průměrně 23,6 %.

3.2.3.2 Naplnění cíle v oblasti alkoholu

- Zdravotní a sociální dopady užívání alkoholu nejsou v ČR dostatečně systematicky monitorovány.

- Dostupné údaje o nemocnosti související s alkoholem naznačují stabilní situaci, avšak úmrtnost v důsledku užívání alkoholu se zvyšuje. Onemocnění související s alkoholem jsou vyšší (2–3krát) u mužů.
- Údaje o trendech v hospitalizaci nemocných, jejichž příčiny lze zcela připisovat užívání alkoholu, ukazují mírně klesající trend v počtu hospitalizací, a to zejména pokud jde o hospitalizace v důsledku poruch duševních a poruch chování způsobených alkoholem a intoxikací alkoholem. Dlouhodobě jsou výrazně více zatíženi muži.
- Úmrtnost na onemocnění výhradně způsobené užíváním alkoholu ve sledovaném období vzrostla (v r. 2017 celkem 1949 úmrtí), zejména v důsledku nárůstu počtu případů alkoholických onemocnění jater. Podíl onemocnění, u nichž alkohol je jedinou příčinou úmrtí, dosahuje 1,7 % celkové úmrtnosti v ČR.
- Celkový vliv alkoholu na mortalitu v ČR (včetně nemocí, u nichž alkohol je jednou z několika příčin) byl odhadnut v r. 2010 na úrovni 6 % z celkové úmrtnosti (10 % u mužů a 2 % u žen), což představovalo přibližně 6,5 tisíce úmrtí ročně. Nejvyšší podíl alkoholu na celkovém počtu úmrtí byl zaznamenán u starších věkových skupin, nejvyšší relativní zátěž alkoholem byla ve věkové skupině 35–44 let (26 % celkové úmrtnosti u mužů a 17 % u žen).
- Vliv alkoholu je významný také u domácího násilí – kolem 2/3 případů domácího násilí souvisí s alkoholem, přičemž 2–9 % osob v ČR uvádí zkušenost s domácím násilím v posledních 12 měsících.
- V r. 2017 bylo pod vlivem alkoholu spácháno celkem 11 023 trestných činů, tj. 11,6 % všech objasněných trestných činů. Nejvyšší podíl představují trestné činy ohrožování pod vlivem návykové látky a opilství (50 %), dopravní nehody (17 %) a úmyslné zranění (6 %). V posledních letech je zaznamenán klesající trend počtu trestných činů pod vlivem alkoholu.
- Počet nehod způsobených pod vlivem alkoholu v r. 2017 dosáhl 4,1 % všech nehod, podíl osob zemřelých při nehodách zaviněných alkoholem dosahuje 9,6 % všech zemřelých při dopravních nehodách. Výskyt dopravních nehod spojených s alkoholem i úmrtí související s alkoholem v důsledku dopravních nehod také ukazují klesající trend.
- Trestná činnost spočívající v porušování alkoholové legislativy, tzv. primární alkoholová trestná činnost, zahrnuje jeden trestný čin, a to podávání alkoholických nápojů dítěti, tedy osobě mladší 18 let (§ 204). Podle PP ČR bylo v r. 2017 zjištěno 124 těchto trestných činů (116 v r. 2016, 97 v r. 2015, 91 v r. 2014, 99 v r. 2013 a 101 v r. 2012). Pro trestný čin podávání alkoholických nápojů dítěti bylo stíháno 85 osob, z toho 18 žen (77 osob, z toho 16 žen v r. 2016). Vzhledem k míře užívání alkoholu mezi nezletilými je zřejmé, že trestný čin podávání alkoholických nápojů dítěti se vyznačuje značnou latencí (tj. tato trestná činnost nebyvá odhalena a postihována).
- Ekonomické odhady nákladů spojených s konzumací alkoholu v ČR představovaly v r. 2007 celkem 16,4 mld. Kč, v r. 2010 byly odhadnuty na 19,6 mld. Kč a v r. 2016 na 56,6 mld. Kč (metodika všech studií se lišila, a trend je proto potřeba vnímat s ohledem na rozdílnost studií). Společenské náklady v souvislosti s alkoholem odpovídaly 1,2 % HDP v r. 2016 (tj. na spodní straně spektra úrovně zemí se středním a vysokým příjmem).

3.2.3.3 Naplnění cíle v oblasti kontroly tabáku

- Zdravotní, společenské a ekonomické dopady tabáku nejsou v ČR systematicky monitorovány.
- Léčbu závislosti na tabáku (dg. F17) v psychiatrických ambulancích v r. 2017 podstoupilo 327 osob; počet léčených ve sledovaném období klesal. Odhad počtu osob v Centrech pro léčbu závislosti na tabáku je maximálně cca 3000 ročně. Formální léčbu tak podstupuje jen malý zlomek kuřáků, většina těch, co se zbavuje závislosti na tabáku, přestává kouřit sama.
- Míra provádění krátkých intervencí u kuřáků ze strany zdravotnických pracovníků je poměrně nízká. Krátké intervence provádí přibližně polovina lékařů, výjimečně provádí nebo vůbec neprovádí krátké intervence přibližně čtvrtina lékařů. Dostupné trendové údaje ukazují, že situace se v posledních letech nelepší.
- Nemocnost a úmrtnost přiřaditelná výhradně související s kouřením tabáku není v ČR systematicky monitorována, nejsou tedy k dispozici trendy. Kouření je faktorem

spolupodílejícím se na nemocnosti a úmrtnosti u řady onemocnění různou měrou. U zhoubného novotvaru průdušnice, průdušek a plic (ZN plic) a chronické obstrukční plicní nemoci je vliv kouření dominantní (kouření způsobuje přes 80 % těchto onemocnění). Pokud jde o vývoj ZN plic, u mužů je sledován mírný pokles nemocnosti a úmrtnosti, u žen naopak nárůst. U chronické obstrukční plicní nemoci je pozorován ve sledovaném období nárůst nemocnosti i úmrtnosti. Na ZN plic a chronickou obstrukční plicní nemoc umírá v ČR aktuálně 6,3 tis. osob ročně, tj. přibližně 5,7 % všech zemřelých v ČR.

- Poslední odhad celkové úmrtnosti přiřaditelné kouření pochází z r. 2002, kdy bylo v ČR vykázáno 20 550 úmrtí, která by mohla být připsána kouření (14 525 mužů a 6 025 žen). Úmrtí způsobená kouřením tabáku představovala 19 % z celkové úmrtnosti, z toho 26 % u mužů a 11 % u žen.
- Poslední údaj o společenských nákladech na užívání tabáku v ČR je z r. 2007, kdy dosáhly 33,1 mld. Kč. V souvislosti s kouřením tabáku v ČR se však často citují náklady ve výši 80–100 mld. Kč ročně.
- Opatření na straně nabídky tabáku (zejména zavedení kombinovaných varování na obalech tabákových výrobků v r. 2016, rozšíření zákazu kouření v r. 2017, nabídky elektronických cigaret a zahřívacích tabákových výrobků) velmi pravděpodobně ovlivnila také oblast snižování rizik pro jedince a společnost souvisejících s kouřením. Dosud však nejsou k dispozici data popisující aktuální vývoj. Tabákovému kouři je sekundárně (second-hand smoke) exponována přibližně 1/5 populace, trend je mírně sestupný.

3.2.3.4 Naplnění cíle v oblasti hazardního hraní

- Problémové hráčství je spojeno s vysokým výskytem psychiatrické komorbidity, zejména úzkostně-depresivních poruch a také poruch spojených s užíváním návykových látek. Psychiatrická komorbidita rovněž komplikuje léčbu patologického hráčství. Velmi časté jsou u patologických hráčů sebevražedné myšlenky a pokusy.
- Ve studii Patologičtí hráči v léčbě 2017 bylo zjišťováno rovněž duševní zdraví. Úzkostně-depresivní poruchou v posledních 30 dnech před léčbou pravděpodobně trpělo 70 % hráčů, dalších 18 % vykazovalo zvýšenou přítomnost úzkostně-depresivních příznaků.
- Míra užívání návykových látek mezi patologickými hráči několikanásobně převyšovala míru v obecné populaci. Užívání alkoholu a tabáku v posledních 12 měsících uvedlo 76 %, resp. 70 % respondentů. Z nelegálních drog uvedli respondenti nejčastěji konopné látky (29 % respondentů) a pervitin (25 %). Nejčastěji užívanou látkou během hraní byl tabák (68 % hráčů jej užívalo často nebo téměř vždy), ale také alkohol (51 %), pervitin (21 %) a konopné látky (17 %).
- Myšlenky na sebevraždu mělo někdy v životě 52 % patologických hráčů v léčbě, 19 % uvedlo pokus o sebevraždu, z nich více než polovina opakovaně.
- Nejzávažnějším socioekonomickým důsledkem problémového hráčství pro jednotlivce a jejich blízké je zadluženost, ale rovněž narušení vztahu s rodinou a blízkými. Dominujícím vztahovým vzorcem patologických hráčů je tzv. dvojí život, který trvá mnohdy i řadu let.
- Průměrná celoživotní bilance hazardního hraní hráčů v léčbě v r. 2017 byla minus 1,1 mil Kč.
- Zadluženo bylo 89 % hráčů, průměrná výše dluhu hráčů v léčbě v r. 2017 byla 800 tis. Kč, medián zadlužení v r. 2017 byl 400 tis. Kč, přibližně dvě třetiny zadlužených hráčů měly dluh do 0,5 mil. Kč, někdy v životě mělo na majetek nebo na plat uvalenu exekuci 44 % respondentů
- Zatímco hazardní hraní bylo v minulých letech v porovnání s ostatními jevy v sociálně vyloučených lokalitách vnímáno jako středně závažný problém, v r. 2018 bylo řazeno mezi relativně méně závažné problémy.

3.2.4 Cíl snížit dostupnost návykových látek zejména pro mladé lidi, posílit zákonnou regulaci hazardního hraní

Cíl snížit dostupnost návykových látek zejména pro mladé lidi, posílit zákonnou regulaci hazardního hraní koresponduje s pilířem snižování dostupnosti návykových látek a rizikovosti hazardních her.

Zjednodušený přehled naplnění cíle v jednotlivých oblastech protidrogové politiky (v oblasti nelegálních drog, alkoholu, kontroly tabáku a hazardního hraní) obsahuje tabulka 3-4 a podrobnější popis plnění je uveden v kapitolách pod tabulkou.

tabulka 3-4: Přehledné vyhodnocení naplnění cíle snížit dostupnost návykových látek zejména pro mladé lidi, posílit zákonnou regulaci hazardního hraní

Plnění cíle	Vyhodnocení naplnění	Komentář
> v oblasti nelegálních drog	-	Subjektivně vnímaná dostupnost nelegálních drog zůstává relativně vysoká, zejména pokud jde o konopné látky, extázi, pervitin a halucinogenní houby. Snadnější dostupnost vnímají muži a respondenti ve věku 15–29 let.
> v oblasti alkoholu	-	Nový zákon č. 65/2017 Sb., zavedl některá opatření k snížení dostupnosti, přesto jsou alkoholické nápoje poměrně snadno dostupné nezletilým a v průběhu sledovaného období nedošlo k výraznému omezení nabídky alkoholu.
> v oblasti kontroly tabáku	-	Nový zákon č. 65/2017 Sb., zavedl některá opatření k snížení dostupnosti, přesto jsou tabákové výrobky poměrně snadno dostupné nezletilým, v průběhu sledovaného období nedošlo k výraznějšímu omezení dostupnosti tabákových výrobků
> v oblasti hazardního hraní	+	Byla přijata nová zákonná regulace hazardního hraní, která přispěla ke snížení dostupnosti, zejména technických her a k lepší regulaci HH.

Pozn: + označuje splnění cíle, +/- označuje částečné splnění cíle a – označuje nesplnění cíle.

3.2.4.1 Naplnění cíle v oblasti nelegálních drog

- > Pokud jde o nelegální drogy, je v ČR vyráběn pervitin a pěstováno konopí. Výroba braunu z kodeinových preparátů nebo heroinu z morfinových preparátů je ojedinělá, domácí výroba dezomorfinu (crocodile) nebyla v ČR dosud hlášena. Sezonně je hlášeno nelegální zpracovávání opia z máku pěstovaného pro potravinové účely. Ostatní nelegální drogy jsou do ČR dováženy, avšak v posledních 2 letech byly na území ČR zaznamenány případy výroby tablet extáze z nelegálně dovezené krystalické MDMA.
- > Od r. 2010 roste odhadovaná spotřeba pervitinu (z 5,0 t v r. 2010 na 6,5 t v r. 2016) a kokainu (z 0,6 t na 1,0 t), naopak v případě konopných drog (z 25,1 t na 20,1 t), heroinu (z 1,1 t na 0,7 t), extáze (z 2,6 mil. ks na 1,2 mil. ks) a LSD (z 0,4 mil. ks na 0,1 mil. ks) je patrný pokles odhadované spotřeby.
- > Dlouhodobě je patrný nárůst počtu odhalených indoor pěstíren. V průběhu období 2008–2017 bylo odhaleno průměrně 239 pěstíren, hodnota mediánu činí 248 pěstíren. Největší podíl tvoří dlouhodobě malé domácí pěstírny s počtem rostlin do 50 kusů. V průběhu období 2011–2017 představoval jejich podíl průměrně 45 %. Velkopěstírny tvoří průměrně více než 9 % odhalených indoorpěstíren. Na indoor produkci ve velkopěstírnách se významně podílí organizované skupiny osob původem z Vietnamu. Nelegálně vypěstované konopí směřuje převážně na domácí trh, pouze část je určena k importu zejména do sousedních zemí.
- > Od r. 2010 roste počet záchytů konopných látek a rostlin konopí v kontextu trestního řízení. Za období 2010–2017 je evidováno ročně průměrně 876 záchytů marihuany, 305 záchytů rostlin konopí a 53 záchytů hašiše. Hodnota mediánu činí ročně 925 záchytů marihuany, 303 rostlin konopí a 39 záchytů hašiše.
- > V l. 2010–2017 činilo roční průměrné zachycené množství 626,9 kg marihuany, 8,9 kg hašiše a 63,8 tis. rostlin konopí (medián byl u marihuany 604,3 kg, u hašiše 8,3 kg a u rostlin konopí 63,9 tis. rostlin). Množství marihuany zajištěné v kontextu trestního řízení celkově roste. V počtu zajištěných rostlin konopí lze pozorovat spíše klesající trend, který se vyznačuje poměrně výraznými výkyvy. Zdaleka nejvýraznější výkyvy jsou však patrné u hašiše, kdy meziroční změny představují mnohdy více než desetinásobky hodnot z předcházejícího období. Podíl THC

v záchytech marihuany roste. Zatímco v r. 2007 byla průměrná čistota 4,7 %, v r. 2017 šlo o téměř dvojnásobek. Dlouhodobě roste také podíl THC v záchytech hašiše.

- Převládá výroba pervitinu v menších domácích varnách, tj. o produkční kapacitě do 50 g, s komunitním způsobem výroby i distribuce, které zásobují zejména domácí trh. Hlavním prekurzorem pro výrobu pervitinu je pseudoefedrin extrahovaný z léčiv. Jejich zdrojem je zejména nelegální dovoz ze zahraničí. Na velkoobjemové výrobě a distribuci pervitinu se často podílejí vietnamské organizované skupiny. Ve snaze minimalizovat riziko odhalení jsou patrné tendence přesouvat výrobu, případně její části mimo území ČR.
- V l. 2010–2012 je možno sledovat celkově klesající trend počtu odhalených varen na výrobu pervitinu. Mezi l. 2012 a 2013 následoval více než 11% meziroční nárůst a poté relativně stabilní období 2014–2017 s meziročními změnami nepřesahujícími hranici 5 %. V průběhu období 2008–2017 bylo odhaleno průměrně 275 varen, hodnota mediánu činí 264 varen. Počet záchyťů pervitinu v kontextu trestního řízení v l. 2010–2017 rostl. Evidováno je průměrně 475 záchyťů pervitinu ročně, medián činí 501 záchyťů. Průměrná čistota pervitinu se dlouhodobě pohybuje v rozmezí 64–72 % účinné látky.
- Heroin se do ČR dováží většinou v menších zásilkách o hmotnosti do 5 kg. Trh s heroinem ve sledovaném období spíše stagnoval. Na pašování a distribuci heroínu v ČR se podílely převážně organizované skupiny etnických Albánců. Distribuci konečným uživatelům zajišťovali romští, arabští a čeští dealeri. Po výrazném poklesu počtu záchyťů mezi l. 2010 a 2011 následovalo pětileté období, kdy se počet záchyťů heroínu pohyboval v intervalu od 33 do 41 záchyťů za rok, poté byl zaznamenán téměř 55% nárůst z 33 záchyťů v r. 2016 na 51 v r. 2017. Roční průměr zajištěného množství heroínu ve sledovaném období činil 30,6 kg, medián 13,3 kg. Průměrná čistota heroínu dlouhodobě poměrně výrazně osciluje, od r. 2013 se pohybuje v rozmezí 20–29 %.
- Pokud jde o kokain, ČR není významnou cílovou ani tranzitní zemí, avšak v posledních letech lze pozorovat jeho rostoucí dostupnost. Na pašování a distribuci kokainu se podílely zejména skupiny osob pocházejících z Nigérie, ale i z balkánských zemí a v neposlední řadě také občané ČR. Počet záchyťů kokainu ve sledovaném období měl spíše vzrůstající tendenci. Ročně je evidováno průměrně 42 záchyťů, medián činí 40 záchyťů. Roční průměr zajištěného množství kokainu ve sledovaném období činil 33,4 kg, medián 21,7 kg. Průměrná čistota kokainu se v posledních 11 letech pohybovala od 26 % (v r. 2014) do 49 % (v r. 2007).
- V případě záchyťů tablet extáze lze také sledovat vzrůstající trend. Ročně je evidováno průměrně 93 záchyťů v kontextu trestního řízení, medián činí 75 záchyťů. Roční průměr zajištěného množství extáze ve sledovaném období činil 10,9 tis. tablet, medián 4,0 tis. tablet.
- V rámci Systému včasného varování před novými psychoaktivními látkami koordinovaném NMS bylo v l. 2013–2017 ročně hlášeno průměrně 40 identifikovaných látek. Počet látek zcela nově identifikovaných v ČR činí průměrně 12 látek ročně. Mezi nejfrekventovanější patří syntetické katinony, syntetické kanabinoidy a fenetylaminy. V posledních přibližně pěti letech je patrný nárůst hlášení nových syntetických opioidů. Za r. 2017 bylo hlášeno celkem 48 nových psychoaktivních látek, nejčastěji to byly katinony a fenetylaminy. Mezi látky s největším zachyceným množstvím patřily syntetický kanabinoid s označením 5F-MDMB-PINACA (5,4 kg) a katinon s označením 4-CEC (2,3 kg).
- V rámci Národního výzkumu 2016 byla zjišťována také subjektivně vnímaná dostupnost jednotlivých látek. Subjektivně vnímaná dostupnost nelegálních drog zůstává v ČR relativně vysoká – celkem 43,0 % respondentů by si celkem snadno nebo velmi snadno dokázalo obstarat konopné látky (48,9 % mužů a 37,6 % žen), 23,5 % by si snadno obstaralo extázi, 18,4 % pervitin a 16,4 % halucinogenní houby. Všechny sledované nelegální drogy vnímají jako dostupnější muži a respondenti v nejmladších věkových kategoriích (15–24 a 25–29 let). Mezi r. 2012 a 2016 lze sledovat významný nárůst subjektivně vnímané dostupnosti většiny nelegálních drog; v případě konopných látek a halucinogenních hub vzrostla vnímaná dostupnost jen mírně.
- Ze studie ESPAD 2015 vyplynulo, že polovina dotázaných 16letým studentů by si dokázala snadno obstarat konopné látky a necelá polovina také léky se sedativním účinkem. Jako nejhůře

dostupné uváděli studenti pervitin a kokain. V dlouhodobém horizontu (od r. 2007) klesá podíl studentů, kteří považují za velké riziko experiment s konopnými látkami a pervitinem.

3.2.4.2 Naplnění cíle v oblasti alkoholu

- Česká republika je známá svým liberálním přístupem ke konzumaci alkoholu a rozšířenou vysokou dostupností alkoholických nápojů.
- Alkoholické nápoje jsou poměrně snadno dostupné i nezletilým – více než 80 % nezletilých je považuje za velmi snadno nebo celkem snadno dostupné a podle kontrolních nákupů dojde k prodeji nezletilému ve více než polovině případů.
- Regulace nabídky alkoholu je v České republice nedostatečná. Tolerantní přístup k alkoholu se odrazil i při projednávání zákona č. 65/2017 Sb., o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek, účinným od 31. května 2017, v Poslanecké sněmovně Parlamentu ČR, kdy nedošlo k výraznějšímu omezení nabídky alkoholu.
- Vysokou míru nabídky alkoholu v České republice je potřeba vnímat v kontextu širšího sociálně-kulturního a politického rámce.

3.2.4.3 Naplnění cíle v oblasti kontroly tabáku

- Cena tabákových výrobků v relaci k HDP zůstává přibližně stejná. Cena 100 cigaretových krabiček (2000 cigaret) dosahuje v přepočtu 1,9 % HDP na obyvatele.
- Na straně nabídky tabákových výrobků došlo k výrazným změnám v l. 2016 a 2017. Od 7. září 2016 byla na základě evropské směrnice 2014/40/EU a navazující novely zákona č. 110/1997 Sb., o potravinách a tabákových výrobcích, a navazující vyhlášky ministerstva zemědělství č. 261/2016 Sb., o tabákových výrobcích, zavedena nová opatření týkající se požadavků na složení, balení, značení tabákových výrobků, zejména bylo zavedeno kombinované zdravotní varování na obalu (složené z textu a obrázku). Vyhláška ministerstva zdravotnictví č. 37/2017 Sb., o elektronických cigaretách, náhradních náplních do nich a bylinných výrobcích určených ke kouření, upravila požadavky na jakost a bezpečnost elektronických cigaret i náplní do nich, povinnosti při označování elektronických cigaret a náplní do nich i bylinných výrobků určených ke kouření, a to včetně zakázaných prvků a rysů (např. propagující elektronickou cigaretu nebo naznačující, že elektronická cigareta je méně škodlivá než jiné výrobky).
- Tabákové výrobky jsou poměrně snadno dostupné nezletilým – více než 80 % nezletilých je považuje za velmi snadno nebo celkem snadno dostupné a podle kontrolních nákupů dojde k prodeji nezletilému ve více než polovině případů.
- Významnou změnou bylo zavedení plošného zákazu kouření v provozovnách stravovacích služeb zákonem č. 65/2017 Sb., o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek, účinným od 31. května 2017. Tímto zákonem byla také zavedena některá opatření směřující k dalšímu omezení dostupnosti tabákových a souvisejících výrobků.
- Postoje populace k zákazu kouření se dlouhodobě nemění – souhlas se zákazem uvádí přibližně polovina populace již od r. 2011, postoj se nezměnil ani s aktuálním zavedením zákazu kouření (podle údajů z r. 2017 souhlasí se zákazem kouření v restauracích 61 % dospělé populace).
- Zvyšuje se na trhu nabídka (a míra užívání – viz výše) alternativ kouření tabáku – elektronických systémů k vapování bez/nikotinového roztoku (elektronické cigarety) a zahříváných tabákových výrobků.

3.2.4.4 Naplnění cíle v oblasti hazardního hraní

- Zákonná regulace hazardního hraní byla posílena přijetím nové legislativy, která platí od 1. ledna 2017. Celkem 18x novelizovaný zákon č. 202/1990 Sb., o loteriích a jiných podobných hrách (loterijní zákon) byl nahrazen zákonem č. 186/2016 Sb., o hazardních hrách (ZHH), který poskytuje základní zákonný rámec pro provozování hazardních her, a zákonem č. 187/2016 Sb., o dani z hazardních her. ZHH změnil systém povolování a provozování hazardních her (HH) a jejich kontroly. Do konce r. 2016 povolovalo většinu typů hazardních her ministerstvo financí

(MF), do pravomoci obcí spadalo pouze povolování výherních hracích přístrojů (VHP) v hernách a provozovnách se zvláštním provozním režimem.

- Od r. 2017 je pro hazardní hry nutné mít tzv. základní povolení k provozování určitého typu hazardní hry od MF. K provozování technických her (TH) a živých her je nutné mít od příslušného obecního úřadu povolení k umístění herního prostoru (herny či kasina), čímž se zabránilo vzniku rozporu mezi povolením od MF a obecně závaznými vyhláškami (OZV), kterými obce mohou regulovat provozování technických a živých her na svém území. Obce mohou prostřednictvím OZV omezit čas a/nebo místo jejich provozování a mohou je také na svém území úplně zakázat. Počet obcí využívajících těchto OZV se od r. 2009 do r. 2017 zvýšil z 63 na 640, více než polovina těchto obcí zakázala provozování TH na svém území úplně.
- Technické hry již mohou být provozovány pouze v hernách (min. 15 TH) či kasinech (min. 30 TH), a nikoliv v tzv. provozovnách se zvláštním režimem (např. v hospodách). ZHH nově umožnil provozování živých her, technických her či loterií on-line a dereguloval spotřebitelské soutěže (resp. spotřebitelské loterie). Zákon upravuje fungování monitorovacího systému provozování hazardních her a rejstříku osob vyloučených z účasti na hazardní hře, které provozuje MF. Ty však zatím ještě nejsou v provozu.
- Nová legislativa stanovila jako dozorní orgány MF a Celní správu a umožnila účinněji zasahovat proti nelegálnímu hazardu. V oblasti provozování on-line her umožnila blokadu internetových stránek nepovolených internetových her i plateb na účty používané k provozování nepovolených her či z nich, a v oblasti provozování land-based umožnila za účelem výkonu dozoru otevírat prostory (v případě nutnosti za použití síly).
- ZHH zavedl řadu opatření směřujících k prevenci rozvoje a snížení dopadů problémového hráčství včetně povinné 15 minutové přestávky po 120 minutách hry na TH či povinnost uzavření herny v době od 3:00 do 10:00 hodin. Velký dopad měla také povinná registrace pro hraní TH. Stále není funkční tzv. rejstřík fyzických osob vyloučených z účasti na HH, který měl zajistit fungování centrální evidence osob vyloučených jak dobrovolně, tak ze zákona, tj. osob pobírajících dávky v hmotné nouzi, osob, vůči kterým je vyhlášen úpadek, a osob, kterým byla soudem uložena povinnost zdržet se hraní HH nebo léčba patologického hráčství. Důvodem je zpoždění v zavedení nového tzv. informačního systému provozování hazardních her, který spravuje ministerstvo financí. Podle ZHH provozovatel nesmí poskytovat účastníkovi hazardní hry jakékoliv výhody v podobě potravin, nápojů, tabákových výrobků nebo povzbuzujících látek.
- Došlo k výraznému omezení počtu provozoven s technickými a živými hrami, jejich počet poklesl z 8,4 tis. v r. 2011 na 1,6 tis. v r. 2018, a byla zrušena možnost provozovat TH v tzv. provozovnách se zvláštním režimem. Rovněž se několikanásobně snížil počet povolených TH (ze 100 tis. v r. 2011 na 40 tis. v r. 2018). Snížení dostupnosti znamená snížení rizika relapsu.
- Dlouhodobě se snižuje dostupnost provozoven s živými a technickými hrami, roste však podíl kasin, důvodem je zejména snaha vyhnout se regulaci provozování TH v hernách. Provozovatelé tak si tak nechávají povolovat své provozovny jako kasina s živými hrami. Počet povolených živých her se v posledních dvou letech zvýšil z 2,3 tis. v r. 2016 na 4,4 tis. v r. 2018.
- Zákon o dani z hazardních her zvýšil sazby zdanění hazardních her a změnil poměry, podle nichž jsou odvody daně z hazardních her děleny mezi obecní a státní rozpočet. Rozdíl mezi vklady do a výhrami z hazardních her jsou od 1. 1. 2017 daně dvěma sazbami: technické hry sazbou 35 % a ostatní hazardní hry sazbou 23 %.
- Od roku 2017 byla rovněž zavedena regulace reklamy na hazardní hry posilující ochranu hráčů.

4 Mezinárodní srovnání

Realizace protidrogové politiky probíhá na národní úrovni na centrální úrovni a na krajské (místní) úrovni. ČR je zároveň intenzivně zapojena do protidrogové politiky na mezinárodní úrovni.

Situaci v ČR v oblasti nelegálních drog, alkoholu, kontroly tabáku a hazardního hraní lze v mezinárodním kontextu shrnout následovně:

- V mezinárodním kontextu je prevalence kouření v ČR průměrná, resp. mírně nad průměrem zemí EU. V ČR však v posledních letech klesá míra kouření v dospělé populaci jen velmi mírně, na rozdíl od většiny zemí EU, kde výskyt kouření prudce klesá.
- Spotřeba alkoholu i výskyt epizodické konzumace nadměrných dávek alkoholu v České republice patří mezi nejvyšší v celosvětovém měřítku.
- Míra užívání nelegálních návykových látek v české populaci je vysoká a v mezinárodním měřítku nadprůměrná především u konopných látek.
- Problémové užívání drog (opioidů a/nebo pervitinu) je v ČR na úrovni evropského průměru, ale vymyká se nadprůměrnou mírou injekčního užívání. V mezinárodním kontextu je ČR charakteristická vysokým výskytem problémového užívání pervitinu.
- V mezinárodním kontextu je ČR v oblasti výskytu závažných dopadů spojených s problémovým užíváním drog (předávkování nelegálními drogami a těkavými látkami a výskytu infekcí mezi injekčními uživateli drog) na velmi nízké úrovni

5 Datová příloha k hodnocení strategických cílů

5.1 Tabák

5.1.1 Užívání tabáku v populaci včetně denního kouření

5.1.1.1 Situace v dospělé populaci

tabulka 5: Spotřeba cigaret na jednoho obyvatele, v kusech

Ukazatel	Měrná jednotka	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Cigarety celkem	ks	2 243	2 275	2 338	2 345	2 107	2 071	2 028	1 988	1 947	1 904	1 950	2 010	1 986	1 978	

Zdroj: Český statistický úřad (2019b), https://www.czso.cz/csu/czso/cr_od_roku_1989_cigarety

tabulka 6: Výskyt kuřáctví, užívání elektronických cigaret a expozice tabákovému kouři v dospělé populaci ve věku 15+ let – studie GATS (Global Adult Tobacco Survey), v %

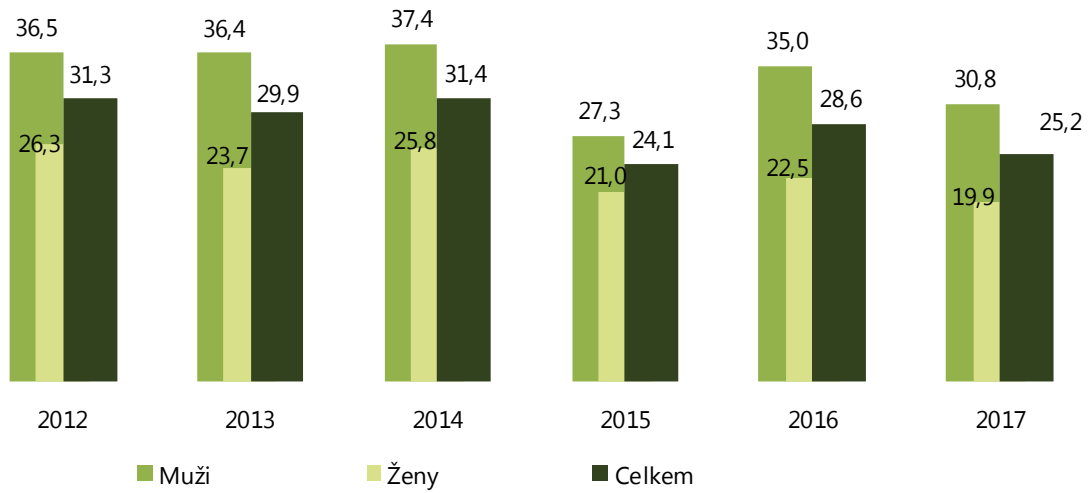
Rok		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Současné kouření (kouření cigaret v posledních 30 dnech)²											
Celkem		29,2	29,1	29,1	31,3	29,9	31,4	24,1	28,6	25,2	28,5
pohlaví	muži	29,7	29,3	32,6	36,5	36,4	37,4	27,3	35,0	30,8	34,7
	ženy	18,0	16,5	25,3	26,3	23,7	25,8	21,1	22,5	19,9	22,7
věk	15–24				44,7	39,2	38,3	35,3	34,6	35,6	
	25–44				33,8	32,5	34,1	27,4	30,0	27,4	
	45–64				28,9	28,3	33,8	23,1	30,8	26,2	
	65+				20,8	21,1	18,7	11,8	18,6	14,9	
Denní kouření (kouření cigaret denně nebo téměř denně v posledních 30 dnech)											
Celkem		26,3	25,2	24,2	23,1	22,2	23,5	18,2	19,6	18,4	21,1
pohlaví	muži			26,9	26,7	27,2	28,2	21,8	23,8	22,6	24,5
	ženy			21,3	19,6	17,4	19,0	14,8	15,6	14,5	17,9
Současné užívání elektronických cigaret (v posledních 30 dnech)											
Celkem						1,1	3,9	2,3	5,7	5,2	
pohlaví	muži					1,4	4,6	3,2	6,6	5,9	
	ženy					0,8	3,2	1,4	4,8	4,5	
věk	15–24					1,2	1,7	4,6	10,7	12,2	
	25–44					1,3	4,9	2,7	6,3	6,8	
	45–64					1,4	4,4	1,2	4,0	3,6	
	65+					0,0	2,5	1,7	3,8	1,2	
Expozice tabákovému kouři doma											
Celkem					24,5	22,7	23,0	15,2	19,0	18,9	
pohlaví	muži				24,8	26,0	29,8	15,5	22,6	20,9	
	ženy				24,2	19,6	16,5	15,0	15,5	17,0	
Expozice tabákovému kouři v uzavřených pracovních prostorách											
Celkem					26,6	25,2	22,4	18,3	20,0	14,6	
pohlaví	muži				32,6	31,0	29,9	24,4	27,0	19,7	
	ženy				20,5	19,2	14,3	11,3	12,9	9,1	

Pozn.: Údaje pro roky 2009–2011 se vztahují k věkové skupině 15–64 let.

Zdroj: Sovinová and Csémy (2013), Csémy et al. (2014), Sovinová et al. (2014), Sovinová and Csémy (2015), Sovinová and Csémy (2016), Váňová et al. (2017) Váňová et al. (2018)

² jakýkoliv kouřený tabákový výrobek

graf 2: Podíl současných kuřáků v obecné populaci ve věku 15 a více let – studie GATS 2012–2017, v %



Zdroj: Váňová et al. (2018)

tabulka 7: Výskyt kouření a užívání elektronických cigaret v dospělé populaci ve věku 15–64 let, resp. 15+ let – Národní výzkum užívání návykových látek, v %

Rok		2008	2012	2016	2016
Věková skupina		15–64 let	15–64 let	15–64 let	15+ let
Současné kouření (kouření cigaret v posledních 30 dnech)					
Celkem		47,3	34,4	30,7	29,1
Pohlaví	muži	57,0	40,3	39,7	38,6
	ženy	37,5	28,5	22,4	20,1
Věk	15–24	58,9	36,6		
	25–34	47,7	38,6		
	35–44	49,3	35,3		
	45–54	43,6	34,2		
	55–64	37,7	27,4		
	65+				
Denní kouření (kouření cigaret denně nebo téměř denně v posledních 30 dnech)					
Celkem		26,0	23,1	26,6	25,3
Pohlaví	muži	33,2	28,2	35,6	34,5
	ženy	18,6	18,1	18,3	16,5
Věk	15–24	26,2	21,9		22,5
	25–34	25,6	25,3		29,2
	35–44	29,1	22,5		26,5
	45–54	24,7	24,4		30,7
	55–64	24,2	21,6		24,9
	65+				19,0
Současné užívání elektronických cigaret (v posledních 30 dnech)					
Celkem					2,6
Pohlaví	muži				3,2
	ženy				2,0

Zdroj: Chomynová (2013), Běláčková et al. (2012), Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti and MindBridge Consulting (2016), Chomynová and Mravčík (2018)

tabulka 8: Podíl populace ve věku 15+ let v riziku závislosti na tabáku podle pohlaví a věkových skupin – Národní výzkum užívání návykových látek 2016, v %

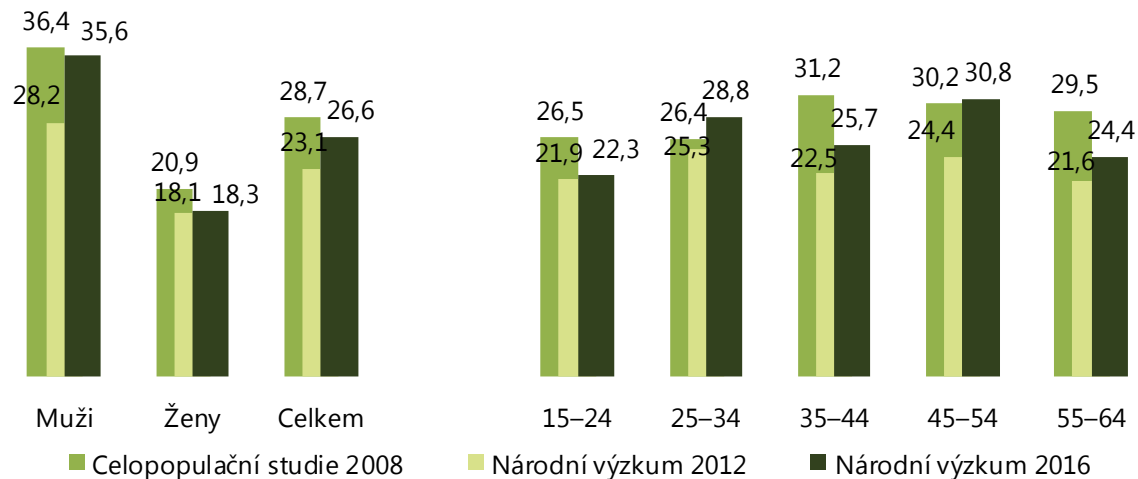
Škála HSI	Muži	Ženy	Celkem 15+ let	95% CI	15–24 let	25–34 let	35–44 let	45–54 let	55–64 let	65+ let
Bez závislosti (0 bodů)	57,0	80,6	69,2		72,8	62,6	66,3	63,3	71,0	77,7
V riziku závislosti (1+ bodů)	43,0	19,4	30,8	29,1–32,6	27,2	37,4	33,7	36,7	29,0	22,3
> velmi nízká závislost (1–2 body)	12,3	8,0	10,0	8,9–11,2	13,3	14,1	11,0	10,0	4,9	8,5
> nízká až střední závislost (3 body)	11,5	6,3	8,8	7,8–9,9	8,8	11,3	8,0	9,3	11,0	5,8
> střední závislost (4 body)	11,6	3,4	7,3	6,4–8,3	3,4	7,8	8,4	10,0	9,6	4,7
> vysoká závislost (5+ bodů)	7,7	1,7	4,6	3,8–5,4	1,7	4,2	6,3	7,5	3,5	3,3

Pozn.: Výsledky screeningové škály zaměřené na odhad populace v riziku závislosti na tabáku (tzv. škála HSI, Heaviness of Smoking Index) (Heatherton, 1989) naznačují, že v kategorii rizika vzniku závislosti na tabáku se nacházelo celkem 30,8 % populace ve věku 15+ let. Vyšší zastoupení osob v riziku střední i vysoké závislosti bylo mezi muži (11,6 %, resp. 7,7 % mužů oproti 3,4 %, resp. 1,7 % žen) a ve věkových skupinách 45–54 a 35–44 let (7,5 %, resp. 6,3 %). Odhadem je v ČR 2,4 milionu denních kuřáků, odhady se shodují s dřívějšími studiemi (Sovínová and Csémy, 2015, Daňková, 2016, Chomynová, 2013).

Zdroj: Chomynová and Mravčík (2018)

graf 3: Prevalence denního kouření ve věku 15–64 let v celopopulačních studiích v l. 2008–2016 podle pohlaví a věkových skupin, v %

Denní kouření



Pozn.: Pro srovnání byly v r. 2016 použity výsledky pro věkovou skupinu 15–64 let, aby byla zajištěna srovnatelnost s předchozími výzkumy. V r. 2016 došlo k přeformulování otázky – zjišťováno bylo „denní nebo téměř denní kouření“, tj. kouření 5–7krát v týdnu, zatímco v r. 2008 a 2012 se otázka zaměřovala pouze na denní kouření.

Zdroj: Chomynová (2013), Běláčková et al. (2012), Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti and MindBridge Consulting (2016), Chomynová and Mravčík (2018)

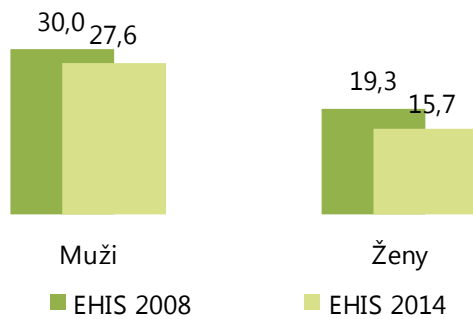
tabulka 9: Výskyt kouření a pasivního kouření v dospělé populaci ve věku 15+ let – studie EHIS (Evropské šetření o zdraví), v %

Rok		2008		2014	
Pohlaví		Muži	Ženy	Muži	Ženy
Současné kouření (kouření cigaret v posledních 30 dnech)					
Celkem		37,6	27,5	35,0	22,6
Věk	15–24	32,7	32,9	37,4	19,7
	25–34	44,9	35,2	42,7	27,8
	35–44	47,6	32,4	36,7	27,2
	45–54	40,2	32,7	39,0	30,1
	55–64	37,6	24,2	32,6	26,5
	65–74	17,1	16,3	27,3	12,8
	75+	11,4	3,3	17,1	5,1
Denní kouření (kouření cigaret denně nebo téměř denně v posledních 30 dnech)					
Celkem		30,0	19,3	27,6	15,7
Věk	15–24	22,7	17,4	23,8	6,1
	25–34	35,6	19,5	36,0	16,8
	35–44	36,9	27,6	29,3	21,4
	45–54	35,5	26,3	32,3	21,0
	55–64	30,7	18,6	27,7	21,9
	65–74	15,7	14,3	20,4	9,9
	75+	9,1	3,3	11,3	3,5
Pasivní kouření (vystavení tabákovému kouři uvnitř místnosti nejméně 1 hod. denně)					
Celkem		9,8	8,5	14,4	7,9
Věk	15–24			13,9	7,3
	25–34			19,7	9,7
	35–44			16,6	9,2
	45–54			18,8	10,5
	55–64			12,1	8,8
	65–74			7,4	4,9
	75+			4,5	2,0

Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky (2011), Ústav zdravotnických informací a statistiky (2016a), Daňková (2016)

graf 4: Výskyt denního kouření v l. 2008–2014 – studie EHIS (Evropské šetření o zdraví), v %

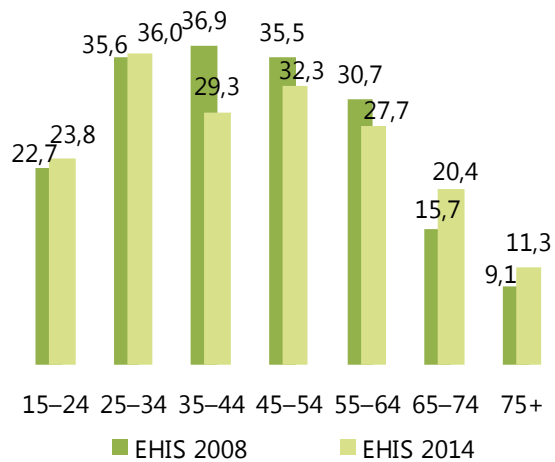
Denní kouření



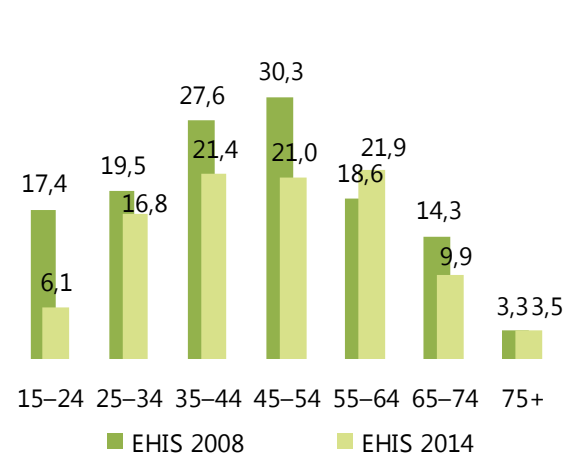
Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky (2011), Ústav zdravotnických informací a statistiky (2016a), Daňková (2016)

graf 5: Prevalence denního kouření v l. 2008–2014 podle pohlaví a věkových skupin – studie EHIS (Evropské šetření o zdraví), v %

Muži



Ženy



Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky (2011), Ústav zdravotnických informací a statistiky (2016a), Daňková (2016)

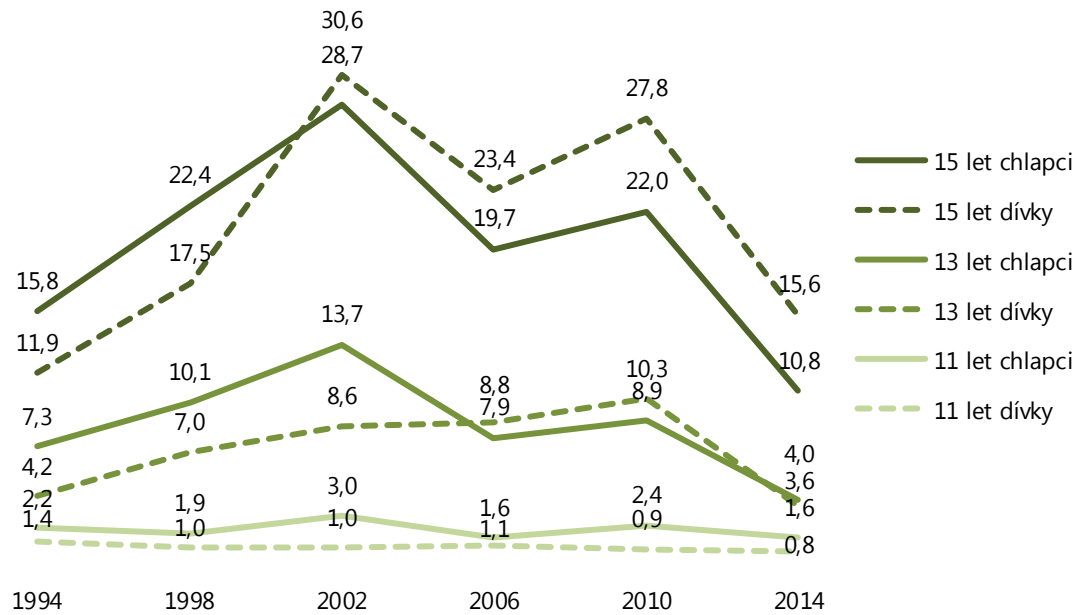
5.1.1.2 Situace mezi dětmi a mládeží

tabulka 10: Vybrané ukazatele kouření cigaret mezi dětmi ve věku 11, 13 a 15 let – trendy v letech 1994–2014, studie HBSC, v %

Rok		1994	1998	2002	2006	2010	2014	2018
Celoživotní prevalence								
11letí	celkem							
	muži					25		
	ženy					16		
13letí	celkem							
	muži					50		
	ženy					51		
15letí	celkem							
	muži					70		
	ženy					75		
Pravidelné kouření (1krát týdně nebo častěji)								
11letí	celkem	1,8	1,4	2,0	1,3	1,6	1,2	
	muži	2,2	1,9	3,0	1,6	2,4	1,6	
	ženy	1,4	1,0	1,0	1,1	0,9	0,8	
13letí	celkem	5,7	8,5	11,0	8,3	9,7	3,7	
	muži	7,3	10,1	13,7	7,9	8,9	4,0	
	ženy	4,2	7,0	8,6	8,8	10,3	3,6	
15letí	celkem	13,9	19,9	29,7	21,6	25,0	13,3	
	muži	15,8	22,4	28,7	19,7	22,0	10,8	
	ženy	11,9	17,5	30,6	23,4	27,8	15,6	
Denní kouření								
11letí	celkem							
	muži							
	ženy							
13letí	celkem							
	muži							
	ženy							
15letí	celkem	8,8	13,3	21,6	16,3	17,9		
	muži	11,4	15,5	20,2	14,5	15,8		
	ženy	6,2	11,3	22,9	18,1	19,8		

Zdroj: Csémy et al. (2016), Madarasová Gecková et al. (2016), Salonna et al. (2017)

graf 6: Výskyt pravidelného kouření (alespoň 1krát týdně nebo častěji) mezi českými žáky podle pohlaví a věku – studie HBSC, v %



Zdroj: Csémy et al. (2016), Salonna et al. (2017)

tabulka 11: Vybrané ukazatele kouření a užívání elektronických cigaret mezi dětmi ve věku 13–15 let – trendy v letech 2002–2016, studie GYTS (Global Youth Tobacco Survey), v %

Rok		2002	2007	2011	2016
Celoživotní prevalence kouření					
Celkem				69,8	49,8
Pohlaví	muži			69,3	51,2
	ženy			70,2	48,4
Současné kouření (v posledních 30 dnech)					
Celkem		34,6	31,1	30,6	15,2
Pohlaví	muži	34,0	29,8	28,0	14,0
	ženy	35,1	32,7	33,1	16,6
Denní kouření (kouření ve 20 dnech v posledních 30 dnech)					
Celkem					5,8
Pohlaví	muži				5,8
	ženy				5,9
Současné užívání elektronických cigaret (užívání elektronických cigaret v posledních 30 dnech)					
Celkem					11,2
Pohlaví	muži				12,5
	ženy				9,8

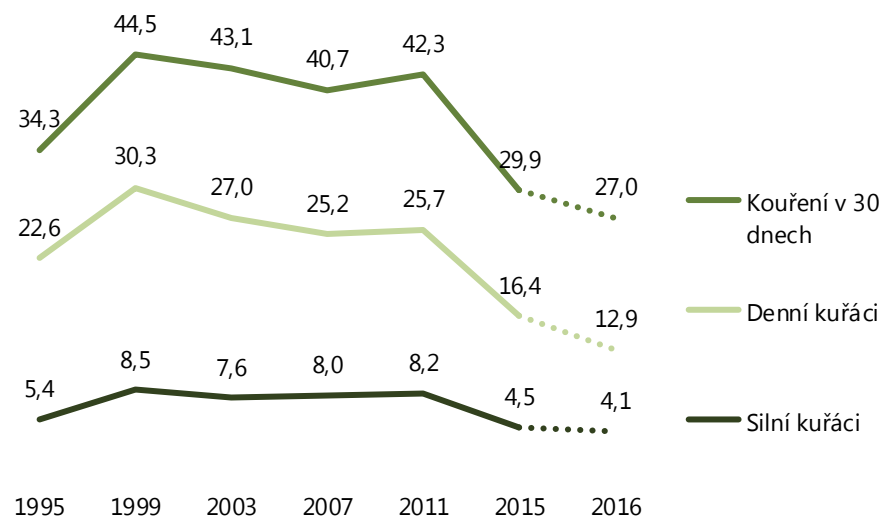
Zdroj: Sovinová et al. (2014), Státní zdravotní ústav et al. (2018), Sovinová and Kostecká (2018)

tabulka 12: Vybrané ukazatele kouření a užívání elektronických cigaret mezi 16letými – trendy v letech 1995–2016, studie ESPAD, v %

Rok		1995	1999	2003	2007	2011	2015	2016
Celoživotní prevalence kouření								
Celkem		74,4	79,0	79,6	79,1	75,2	66,1	60,7
Pohlaví	muži	88,0	82,3	80,1	76,0	74,5	65,2	59,4
	ženy	70,0	76,0	79,2	80,0	75,8	66,9	62,3
Současné kouření (v posledních 30 dnech)								
Celkem		34,3	44,5	43,1	40,7	42,3	29,9	27,0
Pohlaví	muži	36,8	45,8	42,7	35,6	41,9	27,4	26,3
	ženy	31,2	43,4	43,5	45,3	42,7	32,2	27,9
Denní kouření (kouření cigaret denně nebo téměř denně v posledních 30 dnech)								
Celkem		22,6	30,3	27,0	25,2	25,7	16,4	12,9
Pohlaví	muži	26,4	32,0	29,2	23,4	27,2	15,3	14,2
	ženy	18,0	29,9	25,3	26,8	24,3	17,5	11,2
Silné kouření (kouření 11 a více cigaret denně)								
Celkem		5,4	8,5	7,6	8,0	8,2	4,5	4,1
Pohlaví	muži	6,9	10,7	9,3	7,7	10,1	4,3	4,9
	ženy	3,6	6,5	6,1	8,3	6,4	4,5	3,1
Současné užívání elektronických cigaret (v posledních 30 dnech)								
Celkem								17,0
Pohlaví	muži							19,2
	ženy							14,2

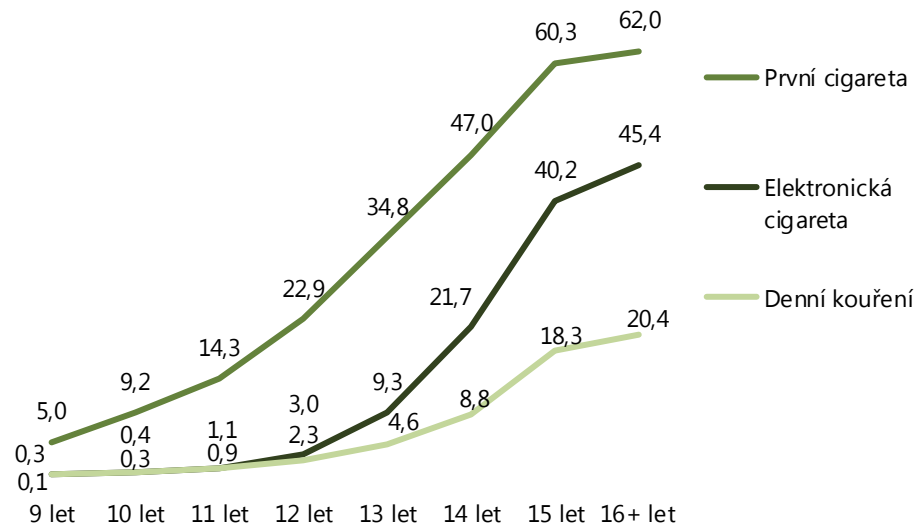
Zdroj: Csémy et al. (2006), Csémy et al. (2008), Chomynová et al. (2014), Chomynová et al. (2016)

graf 7: Vybrané ukazatele kouření cigaret mezi 16letými – trendy v letech 1995–2016, studie ESPAD, v %



Zdroj: Csémy et al. (2006), Csémy et al. (2008), Chomynová et al. (2014), Chomynová et al. (2016)

graf 8: Věk první zkušenosti s cigaretou, elektronickou cigaretou a věk začátku denního kouření – studie ESPAD 2016, v % všech studentů (kumulativní počty)



Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti and ppm factum research (2016a)

5.1.2 Zdravotní a sociální škody spojené s tabákem

Zdravotní a sociální škody spojené s tabákem nejsou v ČR systematicky monitorovány.

Přibližně polovina lékařů uvádí, že u kuřáků provádí krátké intervence. Výjimečně provádí nebo vůbec neprovádí krátké intervence přibližně čtvrtina lékařů. Ve srovnání s r. 2016 se situace téměř nezměnila – tabulka 13.

tabulka 13: Provádění krátkých intervencí u kuřáků lékaři v ČR v r. 2016 a 2018, v %

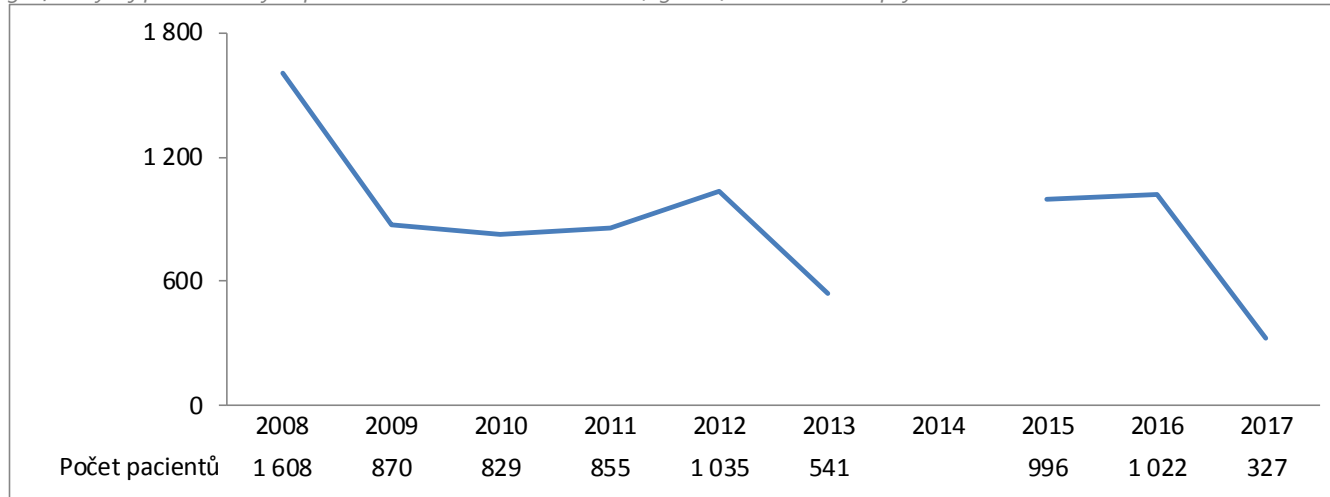
Provádění krátkých intervencí u kuřáků	2016 (N=1237)	2018 (N=1201)
Ano, u všech pacientů	27,0	22,8
Ano, u většiny pacientů	23,4	31,4
Ano, u některých pacientů	25,9	22,0
Ano, ale výjimečně	13,0	10,6
Ne, neprovádí	10,8	13,2
Celkem	100,0	100,0

Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti and INRES-SONES (2017a), Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti and INRES-SONES (2019)

Podíl onemocnění nebo úmrtí přiřaditelný danému faktoru (v tomto případě kouření) se označuje jako atributivní frakce (AF). Kromě poruch spojených s užíváním tabáku (dg. F17), jejichž AF = 1 (100 %), není žádná nozologická jednotka, která by byla plně přiřaditelná kouření (AF < 1). Kouření je faktorem spolupodílejícím se na nemoci a úmrtnosti u řady onemocnění různou měrou. Jde především o zhoubné novotvary (ZN), onemocnění kardiovaskulární, dýchací a trávicí soustavy.³³ Níže je prezentován trend výskytu a úmrtnosti na zhoubný novotvar (ZN) průdušnice, průdušek a plic (dg. C33–C34) a chronickou obstrukční plicní nemoc (J40–J44), jejichž AF v r. 2007 (Zábranský et al., 2011a) přesáhla 80 %.

³³ AF pro vybrané diagnózy podle ZÁBRANSKÝ, T., BĚLÁČKOVÁ, V., ŠTEFUNKOVÁ, M., VOPRAVIL, J. & LANGROVÁ, M. 2011a. *Společenské náklady užívání alkoholu, tabáku a nelegálních drog v ČR v roce 2007*, Praha, Centrum adiktologie Psychiatrické kliniky 1. LF UK v Praze.: C00–C14 Rakovina hltnu (AF u mužů 0,708; AF u žen 0,513), C15 Rakovina jícnu (0,567; 0,384), C16 Rakovina žaludku (0,170; 0,130), C21.1 Zhoubný novotvar konečníku (0,286; 0,152), C32 Nádor hrtanu (0,586; 0,539), C33–C34 Rakovina plic-aktivní kuřák (0,956; 0,855), C25 Rakovina slinivky břišní (0,123; 0,128), C53 Rakovina děložního hrdla (-; 0,323), C54–C55 Zhoubný novotvar děložního hrdla a dělohy (-; 0,023–0,040), C64 Renální karcinom (0,107; 0,066), C64–C68 Rakovina močových cest (0,451; 0,080), C67 Rakovina močového měchýře (0,606; 0,449), C92.0 Akutní myeloidní leukemie (0,190; 0,134), I20–I25 Ischemická choroba srdeční < 50 let (0,495; 0,387), I20–I25 Ischemická choroba srdeční > 50 let (0,158; 0,109), I26–I28 Plicní nemoci oběhové (0,892; 0,824), J40–J44 Chronická obstrukční plicní nemoc (0,892; 0,824), K25 –K26 Žaludeční a duodenální vřed (0,122; 0,174).

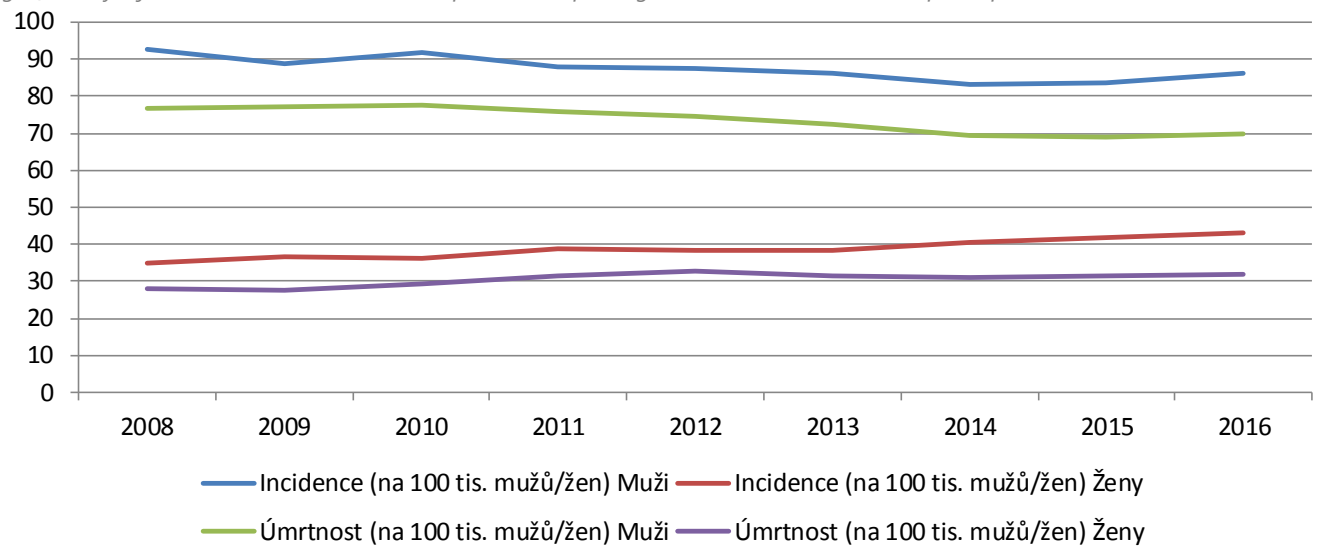
graf 9: Vývoj počtu léčených pacientů se závislostí na tabáku (dg. F17) v ambulantní psychiatrické léčbě v l. 2008–2017



Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky (2018f)

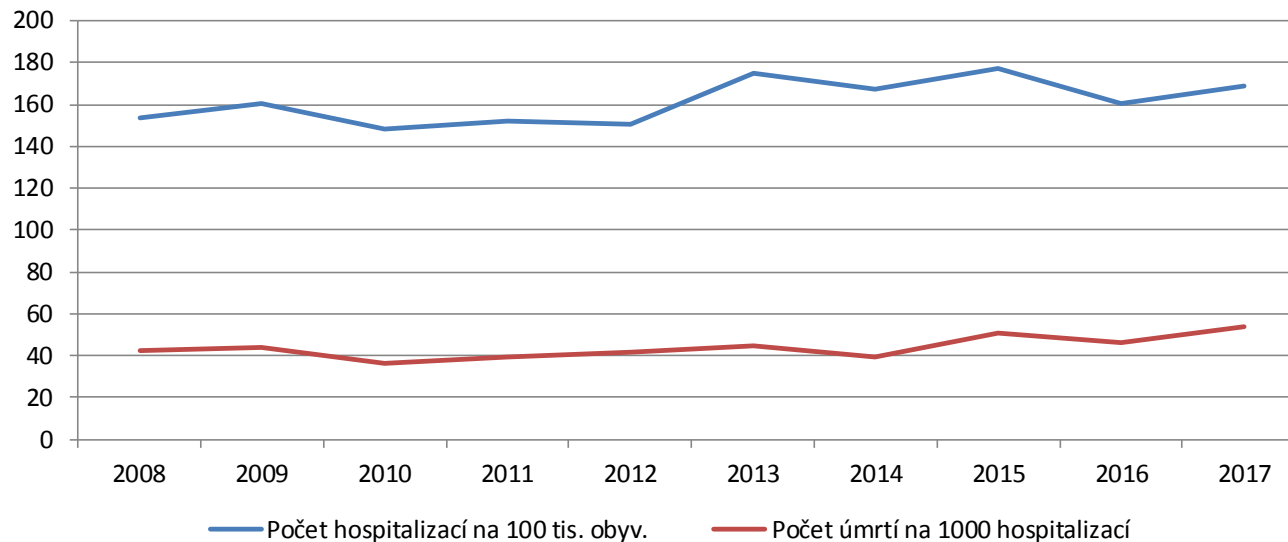
ZN průdušnice, průdušek a plic (dg. C33–C34) je druhým nejčastějším nádorovým onemocněním po ZN kolorekta. V r. 2016 bylo v ČR hlášeno celkem 6 782 případů nádorů této lokalizace (o 3 % více než v r. 2015). Převažuje výskyt u mužů (4 478 případů, tj. 86,2 případů na 100 000 mužů) v porovnání s výskytem u žen (2 304 případů, tj. 42,9 případů na 100 000 žen). Většina případů je zjištěna v pokročilém stadiu (více jak polovina případů je diagnostikována v prognosticky velmi nepříznivém klinickém stadiu IV). Relativní pětileté přežití se i díky této skutečnosti pohybuje u obou pohlaví mírně nad 10 % (počítáno z léčených i neléčených případů diagnostikovaných v l. 2013–2016). Závažnost onemocnění ukazuje i fakt, že u obou pohlaví byl ZN plic v rámci onkologických diagnóz nejčastější příčinou úmrtí. Dalším specifickým epidemiologickým znakem tohoto onemocnění jsou rozdílné vývojové trendy u mužů a žen. Zatímco u mužů incidence i úmrtnost s menšími výkyvy dlouhodobě klesá, u žen je patrný mírný stabilní nárůst obou ukazatelů, i když růst úmrtnosti je pozvolnější. Vývoj incidence a úmrtnosti u tohoto onemocnění s jistým časovým odstupem sleduje prevalenci kuřáctví u obou pohlaví. U obou pohlaví platí, že nejvíce případů se vyskytuje v 7. deceniu (tj. 60–69 let), přičemž k významnějšímu nárůstu incidence dochází u obou pohlaví po 55. roce věku.

graf 10: Vývoj incidence a úmrtnosti na ZN průdušek a plic (dg. C33–C34) v l. 2008–2016 podle pohlaví



Zdroj: ÚZIS ČR (2016), ÚZIS ČR (2018b)

graf 11: Vývoj počtu hospitalizací a smrtnosti na chronickou obstrukční plicní nemoc (dg. J40–J44) v l. 2008–2017



Zdroj: ÚZIS ČR (2018a)

Poslední odhad úmrtnosti přiřaditelné kouření pochází z r. 2002, kdy bylo v ČR vykázáno 20 550 úmrtí, která by mohla být připsána kouření (14 525 mužů a 6 025 žen). Úmrtí způsobená kouřením tabáku představovala 19 % z celkové úmrtnosti, z toho 26 % u mužů a 11 % u žen (Sovinová et al., 2008).

Ekonomické odhady nákladů spojených s konzumací alkoholu pomocí metodiky Cost of Illness (COI) zahrnují přímé náklady, tj. náklady z veřejných rozpočtů (přímo určené i neurčené) a nepřímé náklady, které zahrnují především ztrátu produktivity z důvodu morbidity, mortality a kriminální kariéry, a nehmotné náklady (např. emoční náklady) (Single et al., 1996, Single et al., 2001). Pro r. 2007 byly metodou COI odhadovány náklady pro 3 hlavní skupiny návykových látek, tj. tabák, alkohol a nelegální drogy. Celkové společenské náklady spojené s tabákem byly 16,4 mld. Kč (29,1 %) s alkoholem a 6,7 mld. Kč (11,9 %) s nelegálními drogami (Zábranský et al., 2011a).

tabulka 14: Celkové společenské náklady užívání alkoholu, tabáku a nelegálních drog v ČR za r. 2007, v mil. Kč

Druh nákladů	Alkohol	Tabák	Nelegální drogy	Celkem
Přímé náklady zdravotnictví	2 638,9	8 607,0	764,5	12 010,4
Léčba závislostí	674,6	4,4	144,0	823,0
Léčba přiřaditelných onemocnění	1 925,4	8 602,6	238,6	10 766,6
Snížování poptávky	–	–	362,8	362,8
Úrazy obětí trestných činů	38,9	–	19,1	58,0
Přímé náklady vymáhání práva	5 455,6	–	5 105,6	10 561,2
Snížování nabídky	–	–	160,8	160,8
Primární kriminalita	1 789,9	–	993,2	2 783,1
Sekundární kriminalita	2 980,0	–	3 899,7	6 879,7
Doprava a dopravní nehody	685,6	–	52,0	737,6
Další přímé náklady	685,9	732,5	61,2	1 479,6
Výzkum	4,7	9,5	15,0	29,2
Náklady na výběr spotřební daně	577,4	175,2	–	752,6
Náklady hasičského sboru	–	277,0	–	277,0
Náklady na koordinaci protidrogové politiky	–	–	34,0	34,0
Administrativní náklady pojišťoven	103,8	270,8	12,2	386,8
Celkem přímé náklady	8 780,3	9 339,6	5 931,4	24 051,3
Nepřímé náklady zdravotní	7 021,9	23 783,7	294,4	31 100,0
Morbidita (hospitalizace)	312,0	103,6	37,2	452,8
Morbidita (nemocenské, bez hospitalizací)	542,3	1 179,3	0,0	1 721,6
Úmrtnost	6 167,6	22 500,8	257,3	28 925,7
Nepřímé náklady vymáhání práva	552,6	–	455,6	1 008,2
Uvěznění za primární kriminalitu	10,3	–	112,1	122,4
Uvěznění za sekundární kriminalitu	61,9	–	277,6	339,5
Morbidita obětí trestné činnosti (nemocenské)	66,4	–	32,4	98,8
Mortalita obětí trestné činnosti	47,2	–	29,9	77,1
Škody v souvislosti s dopravními nehodami	366,8	–	3,6	370,4
Celkem nepřímé náklady	7 574,5	23 783,7	750,0	32 108,2
Celkem přímé a nepřímé náklady	16 354,8	33 123,3	6 681,4	56 159,5

Zdroj: Zábranský et al. (2011a)

5.1.3 Nabídka tabáku

tabulka 15: Průměrná cena cigaret – studie GATS (Global Adult Tobacco Survey)

Ukazatel	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Průměrná cena na krabičku 20 průmyslově vyráběných cigaret (v Kč)				64,60	n. a.	71,10	80,00	90,50	90,20	
Cena 100 krabiček cigaret (v přepočtu na % HDP na osobu)				1,82	n. a.	1,83	1,88	2,08	1,90	

Zdroj: Sovinová and Csémy (2013), Sovinová and Csémy (2015), Sovinová and Csémy (2016), Váňová et al. (2017), Váňová et al. (2018)

tabulka 16: Subjektivně vnímaná dostupnost cigaret mezi 16letými – podíl respondentů, kteří si cigarety dokážou celkem snadno nebo velmi snadno obstarat, studie ESPAD, v %

Ukazatel	1995	1999	2003	2007	2011	2015	2016
Subjektivně vnímaná dostupnost cigaret	n. a.	98,0	96,6	88,7	84,9	80,0	75,8

Zdroj: Csémy et al. (2006), Csémy et al. (2008), Chomynová et al. (2014), Chomynová et al. (2016)

Dostupnost tabáku pro nezletilé v ČR je dlouhodobě vysoká a týká se to jak subjektivně vnímané dostupnosti hlášené v dotazníkových studiích, tak dostupnosti objektivně zjišťované v místech prodeje tabákových výrobků. Podle výsledků ESPAD v r. 2015 si cigarety celkem snadno nebo velmi snadno dokáže obstarat více než 80 % studentů. V dlouhodobém horizontu (od r. 2007) narůstá podíl respondentů, kteří vnímají zdravotní rizika spojená s intenzivním kouřením.

Akci zaměřenou na prodej tabákových výrobků nezletilým zorganizovala iniciativa Zastupitelstvo mládeže⁴ v říjnu 2015 v Litoměřicích.⁵ Nezletilí zkoušeli na různých místech, kde se prodávají tabákové výrobky, koupit cigarety, přičemž se jim to povedlo ve 4 z celkem 7 případů.

⁴ <http://zdravemesto.litomerice.cz/zastupitelstvo-mladee.html> [2016-08-27]

⁵ <https://www.youtube.com/watch?v=g0W6Pp8IAkg> [2016-08-27]

5.2 Alkohol

5.2.1 Užívání alkoholu a problémové užívání alkoholu v populaci

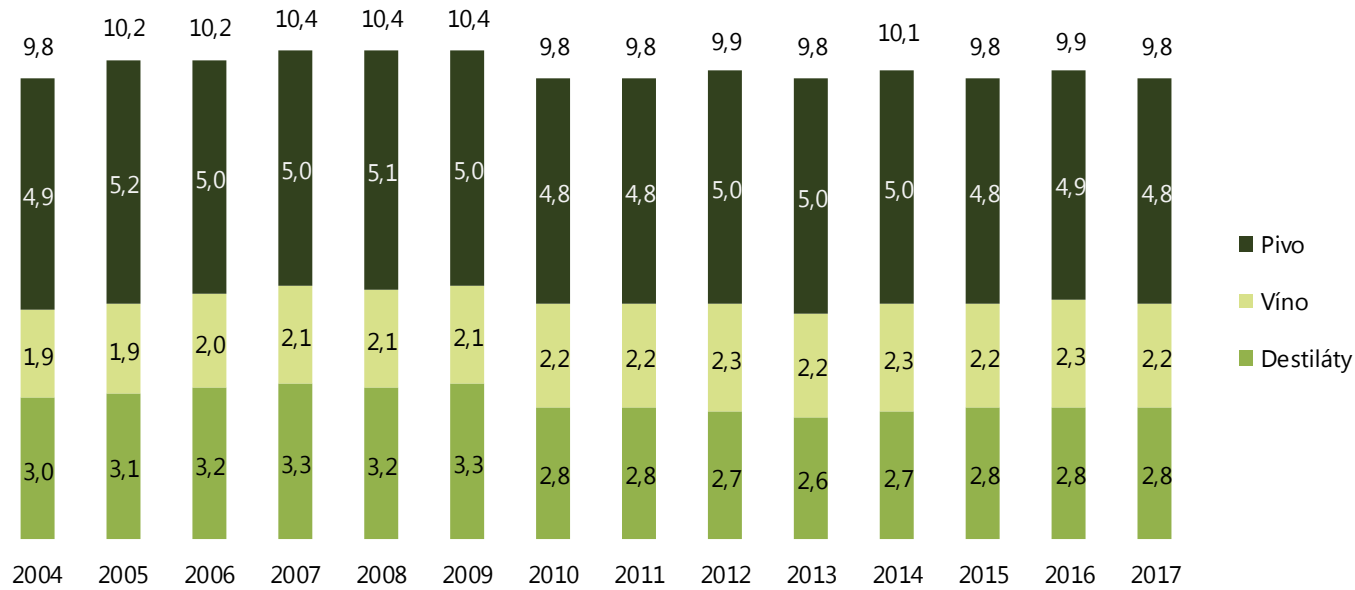
tabulka 17: Registrovaná spotřeba alkoholu na 1 obyvatele v ČR v l. 2004–2017, v litrech čistého líhu

Druh alkoholu	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Destiláty	3,0	3,1	3,2	3,3	3,2	3,3	2,8	2,8	2,7	2,6	2,7	2,8	2,8	2,8
Víno	1,9	1,9	2,0	2,1	2,1	2,1	2,2	2,2	2,3	2,2	2,3	2,2	2,3	2,2
Pivo	4,9	5,2	5,0	5,0	5,1	5,0	4,8	4,8	5,0	5,0	5,0	4,8	4,9	4,8
Celkem	9,8	10,2	10,2	10,4	10,4	10,4	9,8	9,8	9,9	9,8	10,1	9,8	9,9	9,8

Pozn.: V r. 2017 bylo spotřebováno 170,6 litru alkoholu na 1 obyvatele, což odpovídá 9,8 litru čistého alkoholu.

Zdroj: Český statistický úřad (2019a), <https://www.czso.cz/csu/czso/cr od roku 1989 alkohol>

graf 12: Registrovaná spotřeba alkoholu na 1 obyvatele v ČR v l. 2004–2017, v litrech čistého lihu



Zdroj: Český statistický úřad (2019a), <https://www.czso.cz/csu/czso/cr-od-roku-1989-alkohol>

tabulka 18: Míra konzumace alkoholu v dospělé populaci ČR ve věku 15+ let, resp. 15–64 let, podle pohlaví, vybrané indikátory – srovnání dostupných studií, v %

Vybrané indikátory konzumace alkoholu	Výzkum občanů* (populace ve věku 15+ let)			Národní výzkum užívání návykových látek** (populace ve věku 15–64 let v r. 2008 a 2012, a 15+ let v r. 2016)			Evropské šetření o zdraví*** (populace ve věku 15–64 let v r. 2008 a 15+ let v r. 2014)	
	2012	2014	2016	2008	2012	2016	2008	2014
Konzumace alkoholu v posledních 30 dnech (%)								
Celkem	86,5	87,1	82,5	90,5	84,0	80,1		
Muži	89,2	90,4	87,0	94,4	88,8	88,0	91,1	
Ženy	83,9	83,9	78,3	86,6	79,4	72,5	77,2	
Konzumace alkoholu denně nebo téměř denně (%)								
Celkem	6,6	5,1	6,1	6,6	5,2	7,7		9,5
Muži	10,2	7,7	9,2	10,7	9,1	13,1	15,6	16,4
Ženy	3,1	2,6	3,1	2,4	1,4	2,6	3,3	3,2
Epizodické pití nadměrných dávek alkoholu (%)								
Celkem	18,3	17,0	12,6	16,4	12,9	12,3		17,3
Muži	27,8	24,8	20,4	23,8	21,1	19,4	23,6	25,0
Ženy	8,7	9,2	5,2	8,3	4,9	5,6	7,6	9,2

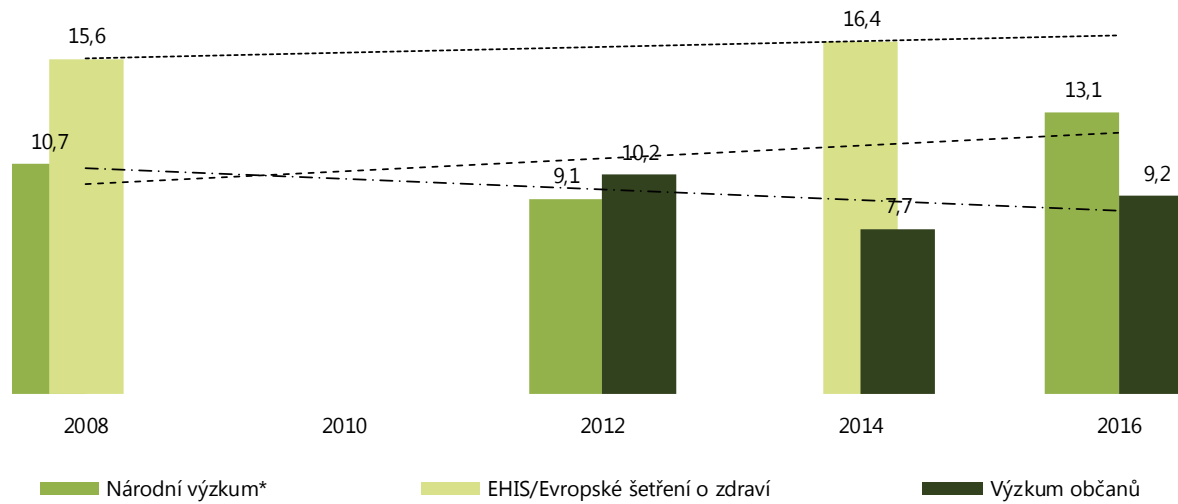
Pozn.: * Epizodické pití nadměrných dávek alkoholu je definováno jako příjem 60 a více gramů alkoholu při jedné příležitosti s frekvencí nejméně jednou týdně. ** Epizodické pití nadměrných dávek alkoholu je definováno jako pití 5 a více sklenic alkoholu při jedné příležitosti jednou týdně nebo častěji. *** Epizodické pití nadměrných dávek alkoholu bylo v r. 2008 definováno jako pití 6 a více sklenic alkoholu, v r. 2014 jako příjem 60 a více gramů alkoholu při jedné příležitosti jednou týdně nebo častěji.

Zdroj: Chomynová (2013), Běláčková et al. (2012), Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti and MindBridge Consulting (2016), Chomynová and Mravčík (2018), Ústav zdravotnických informací a statistiky (2011), Ústav zdravotnických informací a statistiky (2016a), Daňková (2016), Váňová et al. (2017)

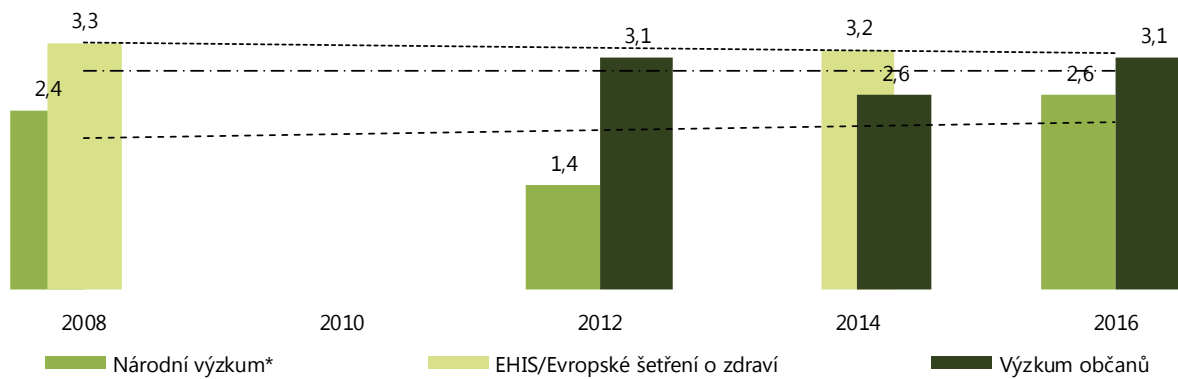
graf 13: Denní konzumace alkoholu a epizodické pití nadměrných dávek alkoholu v dospělé populaci, trendy v letech 2008–2016, srovnání studií, v %

Denní nebo téměř denní konzumace alkoholu

Muži

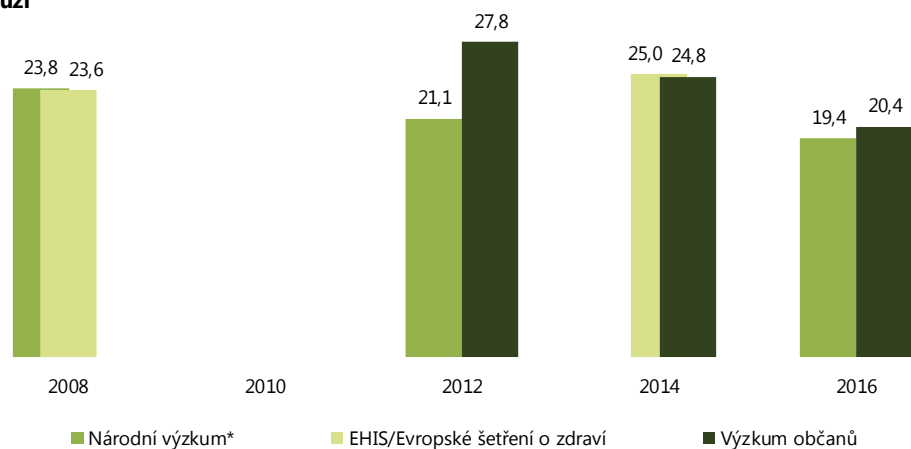


Ženy

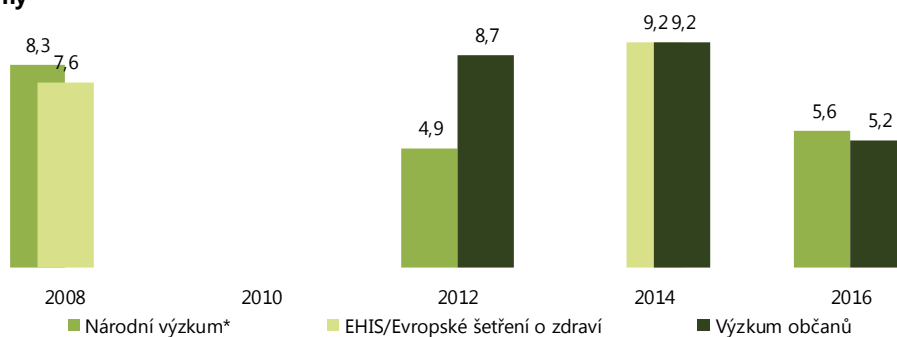


Epizodické pití nadměrných dávek alkoholu

Muži



Ženy



Pozn.: Pro srovnání vývoje v čase jsou použity výsledky Národního výzkumu užívání návykových látek pro věkovou skupinu 15–64 let. Data ze studie EHIS z r. 2008 se vztahují k věkové skupině 15–64 let.

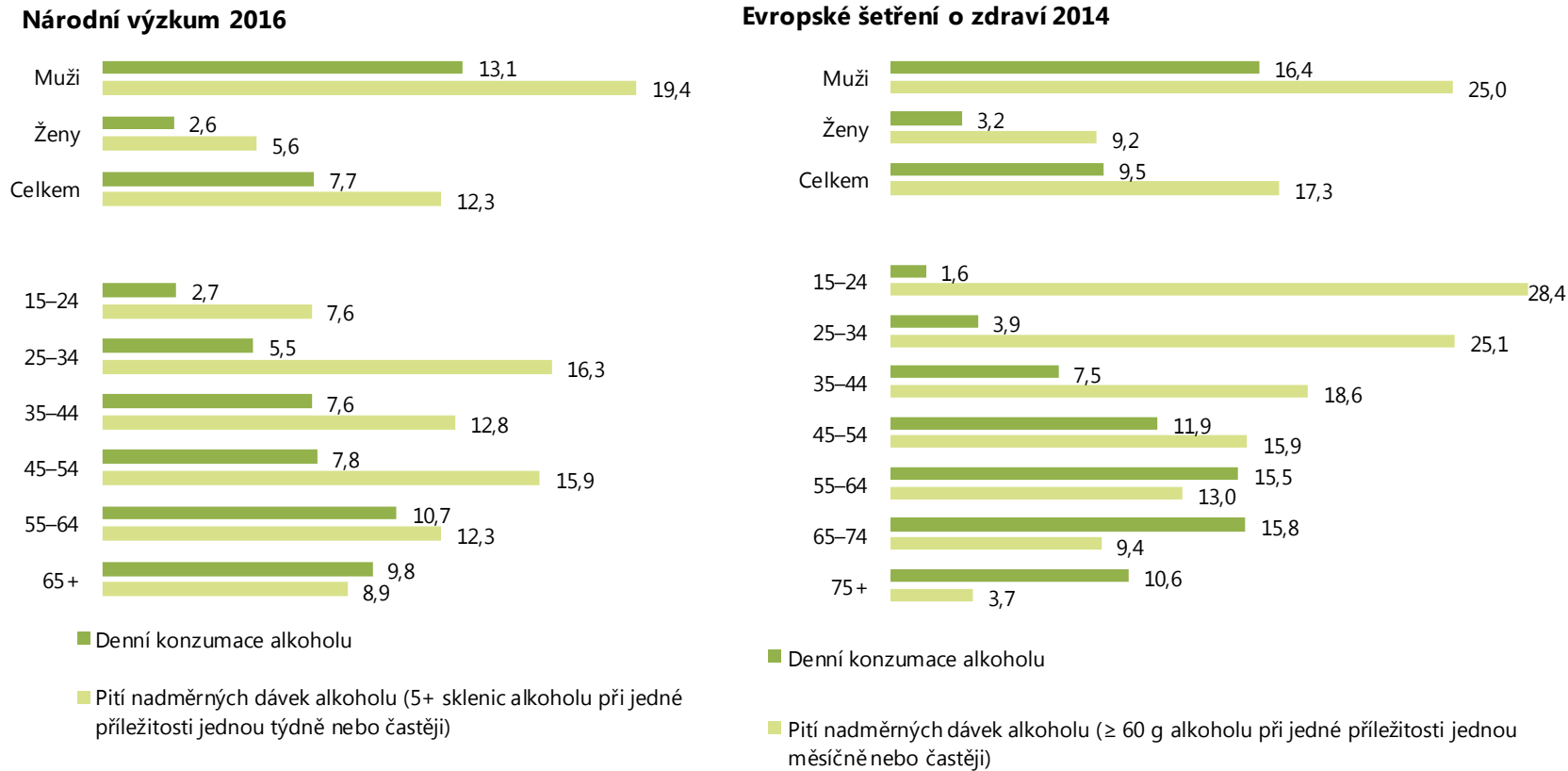
* Ve studii Výzkum občanů je epizodické pití nadměrných dávek alkoholu definováno jako příjem 60 a více gramů alkoholu při jedné příležitosti s frekvencí nejméně jednou týdně.

** V Národním výzkumu užívání návykových látek je epizodické pití nadměrných dávek alkoholu definováno jako pití 5 a více sklenic alkoholu při jedné příležitosti jednou týdně nebo častěji.

*** V Evropském šetření o zdraví bylo epizodické pití nadměrných dávek alkoholu v r. 2008 definováno jako pití 6 a více sklenic alkoholu, v r. 2014 jako příjem 60 a více gramů alkoholu při jedné příležitosti jednou týdně nebo častěji.

Zdroj: Chomynová (2013), Běláčková et al. (2012), Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti and MindBridge Consulting (2016), Chomynová and Mravčík (2018), Ústav zdravotnických informací a statistiky (2011), Ústav zdravotnických informací a statistiky (2016a), Daňková (2016), Váňová et al. (2017)

graf 14: Denní konzumace alkoholu a epizodické pití nadměrných dávek alkoholu v dospělé populaci ve věku 15+ let, podle pohlaví a věkových skupin, v %



Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti and MindBridge Consulting (2016), Chomynová and Mravčík (2018), Ústav zdravotnických informací a statistiky (2016a), Daňková (2016)

tabulka 19: Výskyt rizikového a škodlivého pití alkoholu v dospělé populaci ČR podle pohlaví, v %

Vybrané indikátory konzumace alkoholu	Výzkum občanů* (populace ve věku 15+ let)			Národní výzkum užívání návykových látek** (populace ve věku 15–64 let v r. 2008 a 2012, a 15+ let v r. 2016)		
	2012	2014	2016	2008	2012	2016
Rizikové pití alkoholu						
Celkem	6,9	7,2	8,3		8,7	7,8
Muži	7,7	8,0	9,0		9,8	11,0
Ženy	6,7	6,4	7,5		7,8	4,8
Škodlivé pití alkoholu						
Celkem	7,1	6,0	9,3		8,3	9,0
Muži	9,9	7,4	12,9		11,8	14,5
Ženy	4,3	4,7	5,9		4,7	3,8

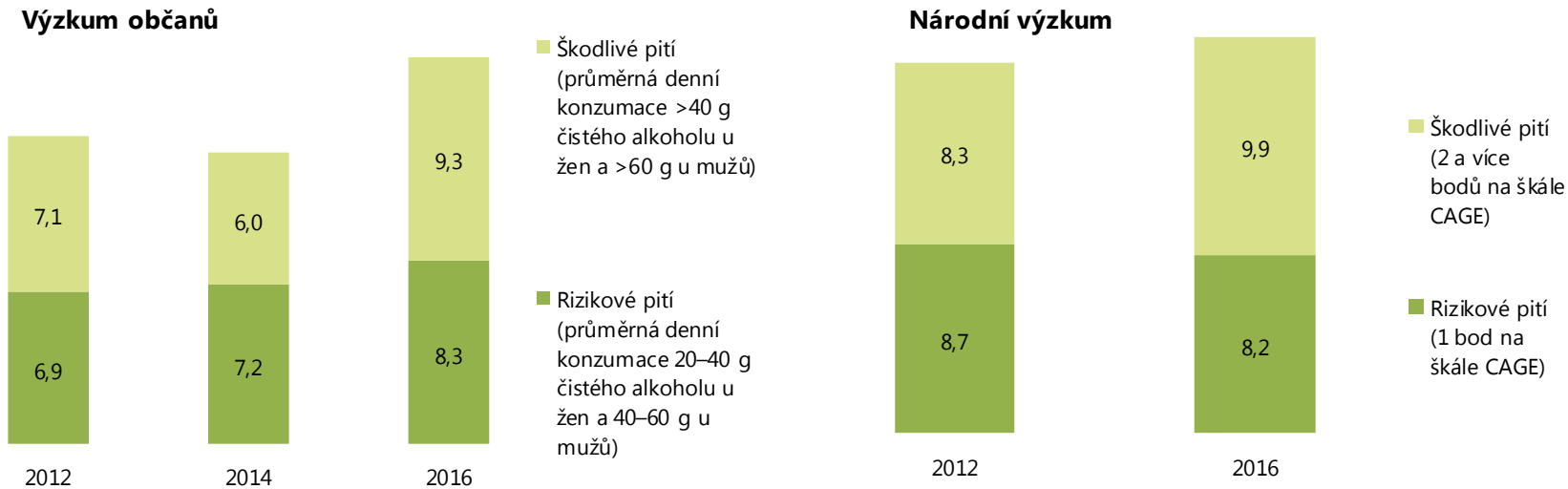
Pozn.: * Rizikové pití (odhadované metodou BSFQ v souladu s metodikou WHO/OECD (Rehm et al., 2004, Devaux and Sassi 2015)) je definováno jako průměrná denní konzumace 20–40 g čistého alkoholu u žen a 40–60 g u mužů, škodlivé pití je definováno jako průměrná denní konzumace >40 g čistého alkoholu u žen a >60 g u mužů.

** Podle výsledků screeningové škály CAGE (Ewing, 1984, Mayfield, 1974, Bühler et al., 2004, Bradley et al., 1998) je rizikové pití vymezeno získáním 1 bodu na 4položkové škále, škodlivé pití je vymezeno jako získání 2 nebo více bodů na škále.

Oba přístupy poskytují srovnatelné výsledky v oblasti výskytu rizikové a škodlivé konzumace alkoholu v dospělé populaci a dosahují 7,8–8,3 % rizikové konzumace alkoholu a 9,0–9,3 % škodlivé konzumace alkoholu (16,8–17,6 % rizikové a škodlivé konzumace alkoholu celkem) v roce 2016. Extrapolací na dospělé populaci ČR dosahují odhady rizikové a škodlivé konzumace alkoholu téměř 1,5 milionu osob (95% CI: 1,39–1,62 milionu), z nichž 800 tisíc (95% CI: 720–890 tisíc) vykazuje znaky škodlivého užívání alkoholu.

Zdroj: Chomynová (2013), Běláčková et al. (2012), Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti and MindBridge Consulting (2016), Chomynová and Mravčík (2018), Váňová et al. (2017)

graf 15: Výskyt rizikového a škodlivého pití alkoholu v dospělé populaci ČR, srovnání studií, v %



Pozn.: Data Výzkumu občanů se vztahují k populaci ve věku 15+ let. Pro srovnání vývoje v čase jsou použity výsledky Národního výzkumu užívání návykových látek pro věkovou skupinu 15–64 let.
 Zdroj: Chomynová (2013), Běláčková et al. (2012), Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti and MindBridge Consulting (2016), Chomynová and Mravčík (2018), Váňová et al. (2017)

Přibližně polovina lékařů uvádí, že u intenzivních uživatelů alkoholu provádí krátké intervence. Výjimečně provádí nebo vůbec neprovádí krátké intervence přibližně čtvrtina lékařů. Ve srovnání s r. 2016 se situace prakticky nezměnila – tabulka 20.

tabulka 20: Provádění krátkých intervencí u rizikových či intenzivních uživatelů alkoholu lékaři v ČR v r. 2016 a 2018, v %

Provádění krátkých intervencí u uživatelů alkoholu	2016 (N=1237)	2018 (N=1201)
Ano, u všech pacientů	29,6	28,3
Ano, u většiny pacientů	24,7	29,2
Ano, u některých pacientů	23,4	18,7
Ano, ale výjimečně	10,1	9,9
Ne, neprovádí	12,1	13,8
Celkem	100,0	100,0

Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti and INRES-SONES (2017a), Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti and INRES-SONES (2019)

5.2.2 Užívání alkoholu mezi dětmi a mládeží

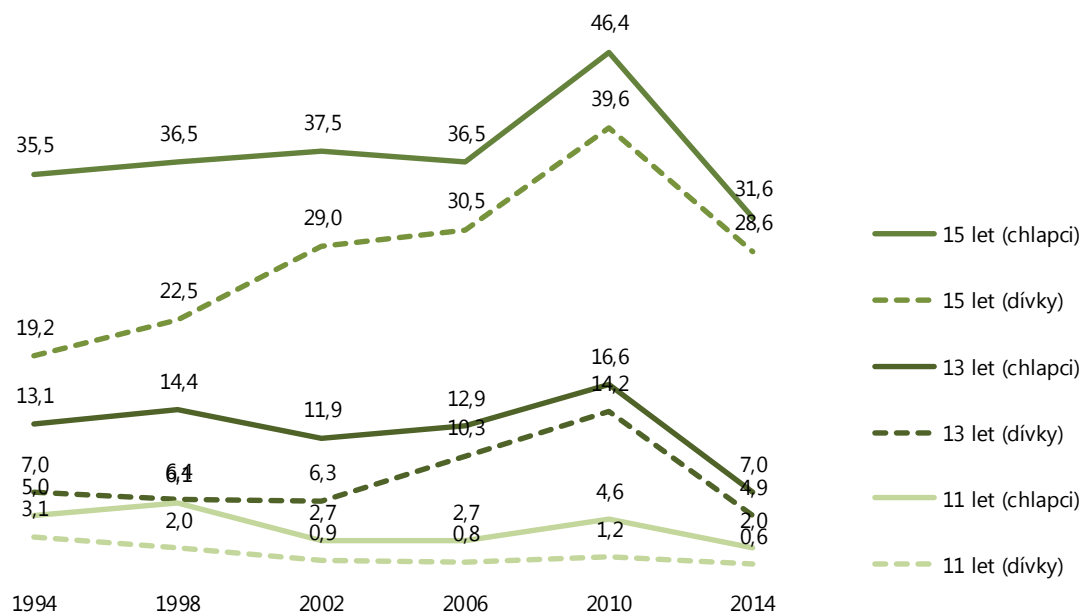
tabulka 21: Vybrané ukazatele konzumace alkoholu mezi dětmi ve věku 11, 13 a 15 let – trendy v letech 1994–2014, studie HBSC, v %

Rok		1994	1998	2002	2006	2010	2014	2018
Užití alkoholu v posledních 30 dnech								
11letí	celkem							
	muži						15	
	ženy						8	
13letí	celkem							
	muži						28	
	ženy						19	
15letí	celkem							
	muži					73	52	
	ženy					74	48	
Užití alkoholu v posledních 30 dnech (1+ týdně)								
11letí	celkem	9,5	11,3	7,2	6,8	6,2	3,0	
	muži	12,2	15,2	10,2	9,8	8,1	3,3	
	ženy	6,8	7,5	4,3	3,8	4,2	2,9	
13letí	celkem	12,7	12,9	15,8	14,4	15,9	5,2	
	muži	17,5	16,4	23,1	16,8	18,2	7,5	
	ženy	7,9	9,3	9,3	11,9	14,0	3,1	
15letí	celkem	28,5	25,5	34,6	32,4	36,4	14,9	
	muži	38,3	32,0	40,1	38,2	42,2	18,8	
	ženy	18,5	19,1	29,5	26,5	30,8	11,3	
Užití alkoholu v posledních 30 dnech (1+ týdně) – pivo								
11letí	celkem							
	muži	10,5	14,1	9,3	9,1	6,9	2,8	
	ženy	5,6	6,7	4,0	3,6	4,0	1,7	
13letí	celkem							
	muži	16,4	15,0	21,1	15,1	10,4	7,1	
	ženy	5,3	8,5	8,0	10,0	7,0	2,6	
15letí	celkem							
	muži	35,4	29,3	36,9	35,6	38,8	19,8	
	ženy	11,9	14,2	23,1	21,5	20,4	8,5	

Opakovaná opilost (2krát nebo vícekrát) v životě								
11letí	celkem	4,0	4,1	1,8	1,8	2,9	1,3	
	muži	5,0	6,1	2,7	2,7	4,6	2,0	
	ženy	3,1	2,0	0,9	0,8	1,2	0,6	
13letí	celkem	10,0	10,4	8,9	11,6	15,3	5,9	
	muži	13,1	14,4	11,9	12,9	16,6	7,0	
	ženy	7,0	6,4	6,3	10,3	14,2	4,9	
15letí	celkem	27,4	29,4	33,1	33,5	43,0	30,1	
	muži	35,5	36,5	37,5	36,5	46,4	31,6	
	ženy	19,2	22,5	29,0	30,5	39,6	28,6	
První zkušenost s alkoholem ve věku 13 let a méně								
15letí	celkem							
	muži					66	28	
	ženy					62	22	

Zdroj: Csémy et al. (2016), Madarasová Gecková et al. (2016), Salonna et al. (2017)

graf 16: Výskyt opakované opilosti (2krát nebo častěji v životě) mezi dětmi ve věku 11, 13 a 15 let, trendy v letech 1994–2014 podle pohlaví – HBSC studie, v %



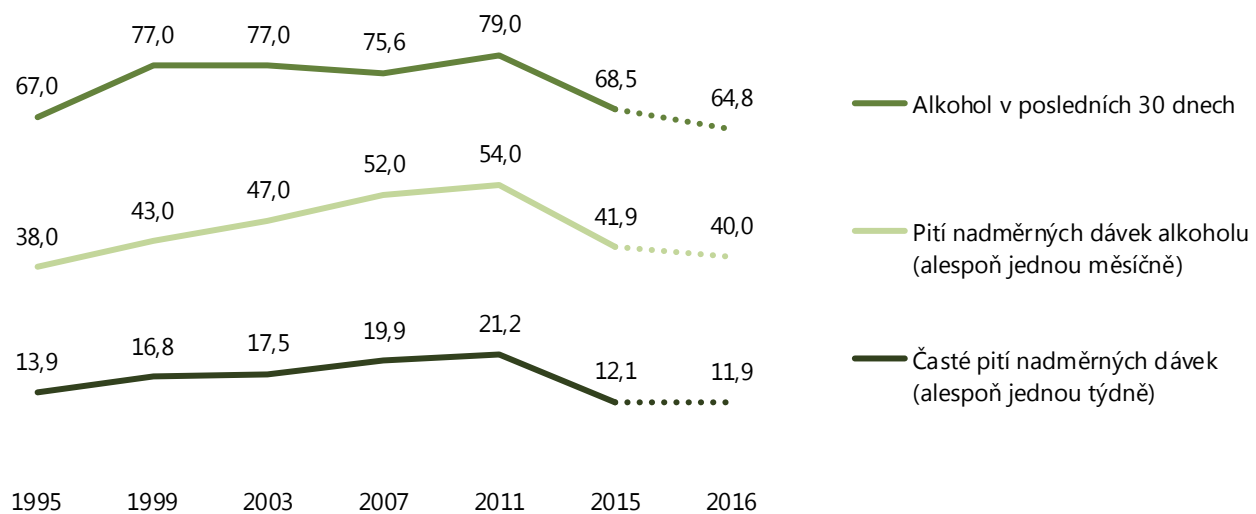
Zdroj: Csémy et al. (2016), Madarasová Gecková et al. (2016)

tabulka 22: Vybrané ukazatele konzumace alkoholu mezi mládeží ve věku 16 let v l. 1995–2016 – studie ESPAD, v %

Ukazatel	1995	1999	2003	2007	2011	2015	2016
Celoživotní prevalence užívání alkoholu							
Celkem	97,1	98,3	98,4	97,4	97,9	95,8	94,6
Pohlaví	muži	97,2	98,4	98,3	96,5	97,7	94,1
	ženy	97,1	98,2	98,5	98,2	98,0	95,1
Užívání alkoholu v posledních 30 dnech							
Celkem	67,3	77,4	77,0	75,6	79,0	68,5	64,8
Pohlaví	muži	68,4	80,3	76,5	74,7	81,4	65,3
	ženy	65,9	74,7	77,4	76,4	76,7	64,3
Užívání 5+ sklenic v posledních 30 dnech							
Celkem	37,9	43,5	47,2	51,6	53,6	41,9	40,0
Pohlaví	muži	46,1	54,1	54,2	55,1	61,0	42,8
	ženy	37,9	34,0	41,3	48,4	46,6	36,7
Užívání 5+ sklenic v posledních 30 dnech 3krát a častěji (tj. cca 1x týdně a častěji)							
Celkem	13,8	16,8	17,5	19,9	21,2	12,1	11,9
Pohlaví	muži	19,8	24,1	23,1	23,5	26,5	14,9
	ženy	6,5	10,5	12,6	16,7	16,2	8,4
Opilost v posledních 30 dnech							
Celkem	n. a.	38,0	39,5	21,1	21,3	14,6	13,5
Pohlaví	muži		46,3	43,7	21,3	24,6	14,9
	ženy		30,6	35,9	19,0	18,3	11,7
První zkušenost s alkoholem (pivo) ve věku 13 let a méně							
Celkem	51,1	54,4	66,6	72,9	70,7	72,9	42,9
Pohlaví	muži						
	ženy						

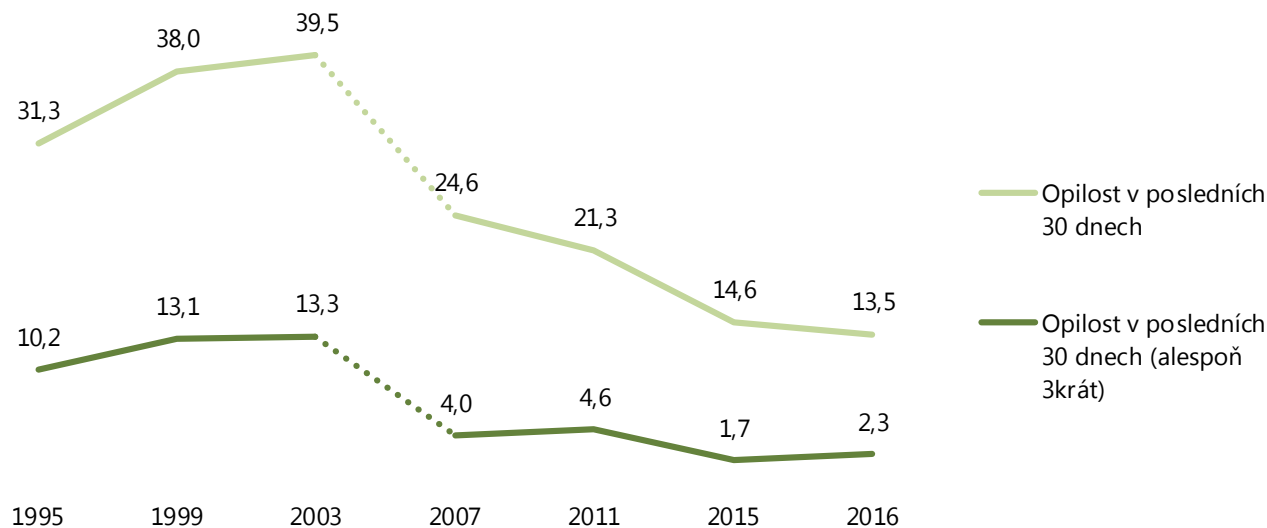
Zdroj: Csémy et al. (2006), Csémy et al. (2008), Chomynová et al. (2014), Chomynová et al. (2016)

graf 17: Míra konzumace alkoholu u mládeže ve věku 16 let, trendy v letech 1995–2016, vybrané ukazatele – studie ESPAD), v %



Zdroj: Csémy et al. (2006), Csémy et al. (2008), Chomynová et al. (2014), Chomynová et al. (2016)

graf 18: Výskyt opilosti mezi 16letými studenty v posledních 30 dnech, trendy v letech 1995–2016 – studie ESPAD, v %



Pozn.: Mezi roky 2003 a 2007 došlo k přeformulování otázky.

Zdroj: Csémy et al. (2006), Csémy et al. (2008), Chomynová et al. (2014), Chomynová et al. (2016)

5.2.3 Zdravotní a sociální škody spojené s alkoholem

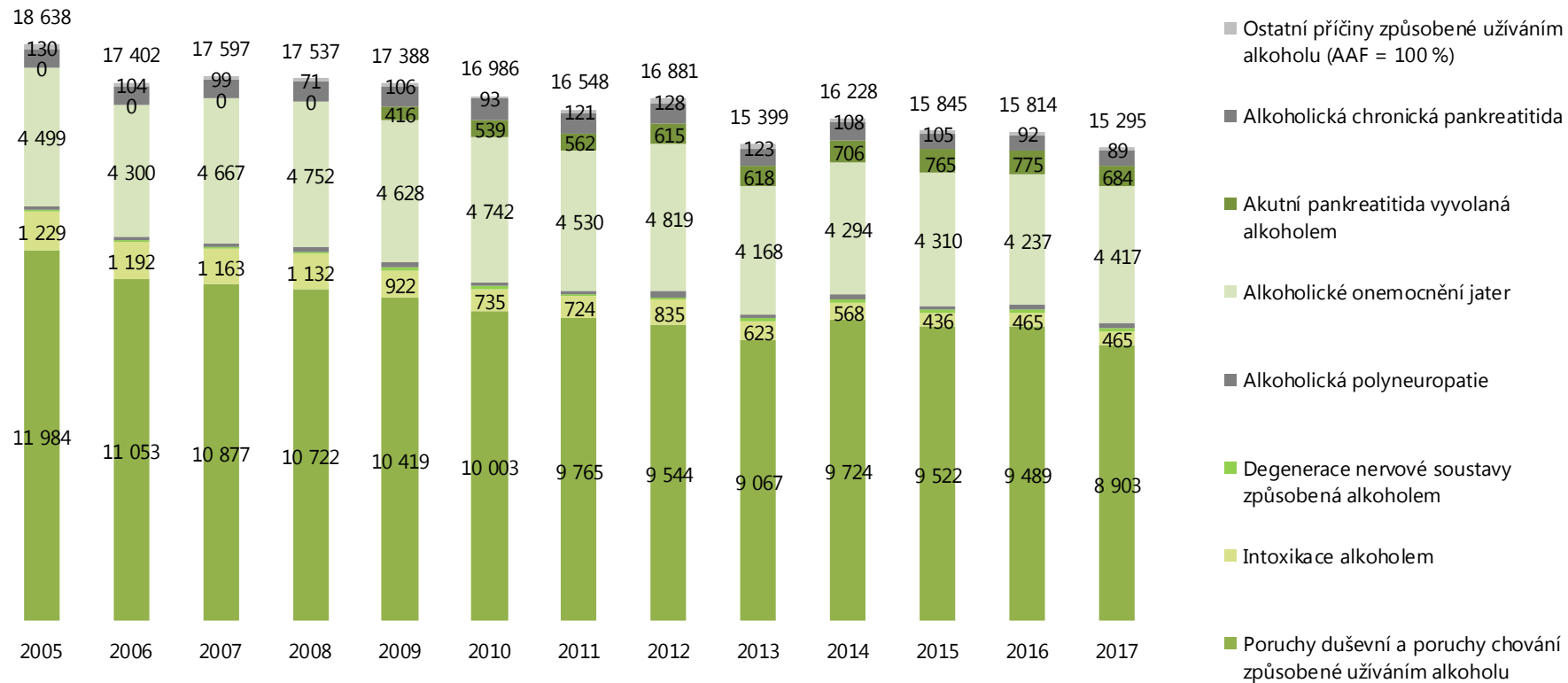
Údaje o trendech v hospitalizaci nemocných, jejichž příčiny lze zcela připisovat užívání alkoholu, kdy tzv. atributivní frakce odpovídá 100 % (AF = 1), poskytují tabulka 23 a graf 19 (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2018c). Mírně klesající trend v počtu hospitalizací lze pozorovat zejména v důsledku snížení počtu hospitalizací v důsledku poruch duševních a poruch chování způsobených alkoholem a intoxikací alkoholem. Dlouhodobě jsou výrazně více zatíženi muži – graf 20.

tabulka 23: Počet hospitalizací pro příčiny způsobené alkoholem (AAF = 100 %)

Příčina	dg. MKN-10	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním alkoholu	F10	11 984	11 053	10 877	10 722	10 419	10 003	9 765	9 544	9 067	9 724	9 522	9 489	8 903
Intoxikace alkoholem	T510, T511, T519	1 229	1 192	1 163	1 132	922	735	724	835	623	568	436	465	465
Degenerace nervové soustavy způsobená alkoholem	G312	67	64	63	91	81	63	84	83	88	94	90	105	112
Alkoholická polyneuropatie	G621	125	100	112	116	149	119	111	170	131	154	140	135	132
Alkoholické onemocnění jater	K70	4 499	4 300	4 667	4 752	4 628	4 742	4 530	4 819	4 168	4 294	4 310	4 237	4 417
Akutní pankreatitida vyvolaná alkoholem	K852	0	0	0	0	416	539	562	615	618	706	765	775	684
Alkoholická chronická pankreatitida	K860	604	589	616	653	667	692	651	687	581	580	477	516	493
Ostatní příčiny způsobené užíváním alkoholu (AAF = 100 %)	E244, G721, I426, K292, O354, P043, Q860, R780,	130	104	99	71	106	93	121	128	123	108	105	92	89
Všechny příčiny celkem (AAF = 100 %)		18 638	17 402	17 597	17 537	17 388	16 986	16 548	16 881	15 399	16 228	15 845	15 814	15 295
> z toho muži		13 300	12 166	12 250	12 118	12 127	11 899	11 494	11 822	10 857	11 562	11 077	11 085	10 853
> z toho ženy		5 338	5 236	5 347	5 419	5 261	5 087	5 054	5 059	4 542	4 666	4 768	4 729	4 442

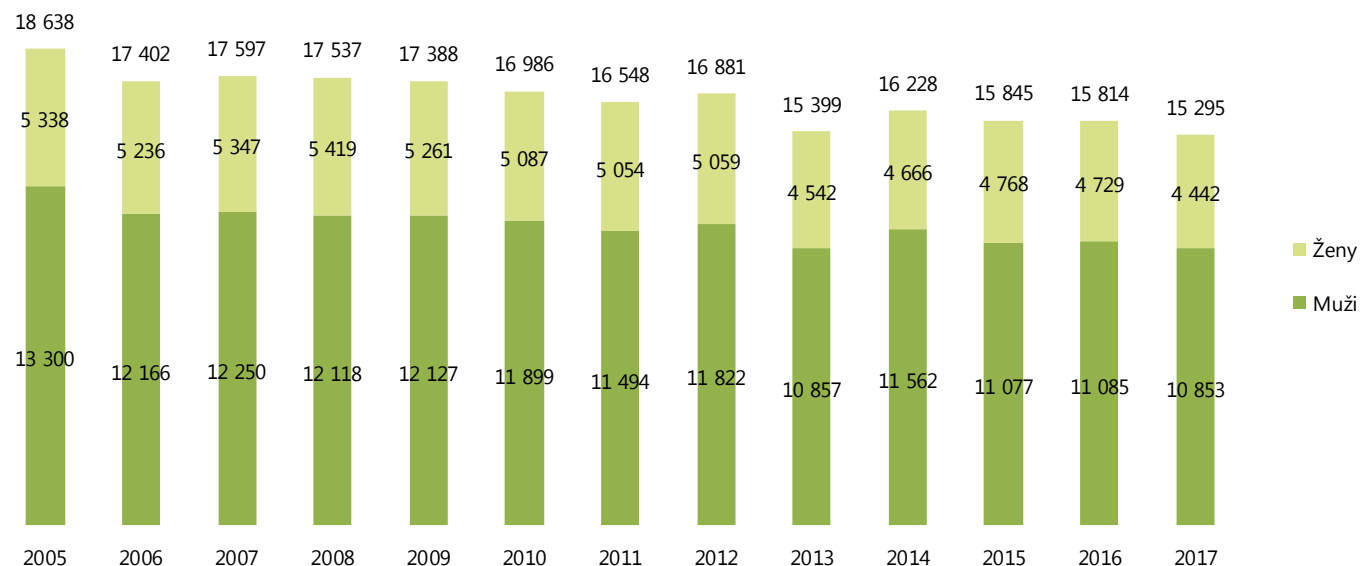
Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky (2018c)

graf 19: Počet hospitalizací pro příčiny způsobené alkoholem (AAF = 100 %)



Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky (2018c)

graf 20: Počet hospitalizací pro příčiny způsobené alkoholem (AAF = 100 %), podle pohlaví



Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky (2018c)

O morbiditě s AAF <100 % jsou dostupné pouze omezené informace z pravidelného monitoringu situace. K dispozici jsou pouze publikované údaje o vlivu alkoholu na zranění z registru hospitalizovaných pacientů a nově diagnostikované případy tuberkulózy u uživatelů nadměrných dávek alkoholu z Registru tuberkulózy. Počet úrazů spojených s alkoholem vyžadujících hospitalizaci se pohybuje v rozsahu 5–7 tisíc případů ročně – tabulka 24 a graf 20. Celkový počet nových případů tuberkulózy, stejně jako počet případů tuberkulózy související s alkoholem, vykazuje klesající trend. Zároveň je patrný zvyšující se podíl případů souvisejících s alkoholem na celkovém počtu případů výskytu tuberkulózy.

tabulka 24: Počet a podíl úrazů pod vlivem alkoholu v letech 2005–2017

Rok	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Počet úrazů celkem (v tis.)	187,1	196,6	203,2	202,8	195,8	191,9	196,0	198,7	200,3	200,6	205,1	204,6	210,3
Z toho pod vlivem alkoholu	5 845	5 216	5 878	6 650	6 974	6 615	6 807	7 190	7 049	7 611	7 384	6 855	6 485
Podíl (v %)	2,9	2,7	3,1	3,4	3,5	3,3	3,4	3,5	3,4	3,6	3,5	3,3	3,1

Pozn.: Vliv alkoholu je definovaný jako souběh dg. F100, T510 nebo T519, spolu s kteroukoliv diagnózou pro úraz (S00-T35).

Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky (2018c)

Dostupné údaje o mortalitě jsou u příčin úmrtí přímo souvisejících s užíváním alkoholu (AF = 1) (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2018a) – tabulka 25 a graf 21. Úmrtnost pro příčiny související s alkoholem a podíl příčin úmrtí souvisejících s alkoholem na celkové úmrtnosti v posledních letech vzrostl, zejména vlivem nárůstu počtu případů alkoholických onemocnění jater.

tabulka 25: Úmrtí pro příčiny způsobené alkoholem (AAF = 100 %)

Příčina	dg. MKN-10	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Intoxikace alkoholem	F10, T510, T511, T519	416	347	343	368	354	322	316	317	292	322	342	415	370
Alkoholické onemocnění jater	K70	1 085	1 035	1 240	1 261	1 224	1 276	1 241	1 297	1 382	1 324	1 381	1 308	1 495
Ostatní příčiny způsobené užíváním alkoholu (AAF = 100 %)	E244, G312, G621, G721, I426, K292, K852, K860, O354, P043, Q860	39	23	39	41	38	57	61	59	62	72	81	85	84
Všechny příčiny (AAF = 100 %)		1 540	1 405	1 622	1 670	1 616	1 655	1 618	1 673	1 736	1 718	1 804	1 808	1 949
> z toho muži		1 157	1 038	1 243	1 265	1 212	1 249	1 225	1 258	1 304	1 260	1 350	1 359	1 452
> z toho ženy		383	367	379	405	404	406	393	415	432	458	454	449	497
Míra úmrtnosti (na 1000 obyvatel)		0,15	0,14	0,16	0,16	0,15	0,16	0,15	0,16	0,17	0,16	0,17	0,17	0,18
Podíl na celkové úmrtnosti (v %)		1,4	1,3	1,6	1,6	1,5	1,5	1,5	1,5	1,6	1,6	1,6	1,7	1,7

Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky (2018a)

graf 21: Úmrtí pro příčiny způsobené alkoholem (AAF = 100 %)



Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky (2018a)

Pokud jde o nemocnost a úmrtnost na fetální poruchy alkoholového spektra (FASD), v l. 2005–2017 došlo ke 2 hospitalizacím s dg. postižení plodu a novorozence užíváním alkoholu matkou (dg. P043), z nichž 1 novorozenec zemřel, a k 9 hospitalizacím novorozenců z důvodu fetálního alkoholového syndromu (dysmorfický) (dg. Q860), z nichž nezemřel žádný (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2018c, Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2018a).

Vliv alkoholu na mortalitu v ČR byl odhadnut na úrovni 6 % z celkové úmrtnosti v roce 2010 (10 % u mužů a 2 % u žen), což představovalo přibližně 6,5 tis. úmrtí ročně (Kohoutová, 2013). Největší podíl alkoholu na celkovém počtu úmrtí byl zaznamenán u starších věkových skupin, nejvyšší relativní zátěž alkoholem byla ve věkové skupině 35–44 let (26 % celkové úmrtnosti u mužů a 17 % u žen).

Kromě negativních zdravotních dopadů je užívání alkoholu spojeno se sociálními dopady, které souvisejí s narušením sociálních rolí konzumenta (rodinné problémy, narušené vztahy s blízkými osobami, snížená pracovní výkonnost), finančními problémy nebo agresí a kriminálním chováním. Vedle negativních dopadů na samotné konzumenty má alkohol negativní dopady i na ostatní (tzv. alcohol harms to others, AHTO). Ačkoli fenomén AHTO nebyl dosud plně konceptualizován, pokrývá celé okolí

uživatelé alkoholu, tj. rodinu a blízké, komunitu a společnost jako celek (sociální náklady jsou pak univerzálním abstraktním vyjádřením společenského zatížení) a mohou být způsobeny blízkou osobou, rodinným příslušníkem, nebo cizí osobou (Edman, 2016, Karlsson and Tigerstedt, 2016, Room et al., 2016).

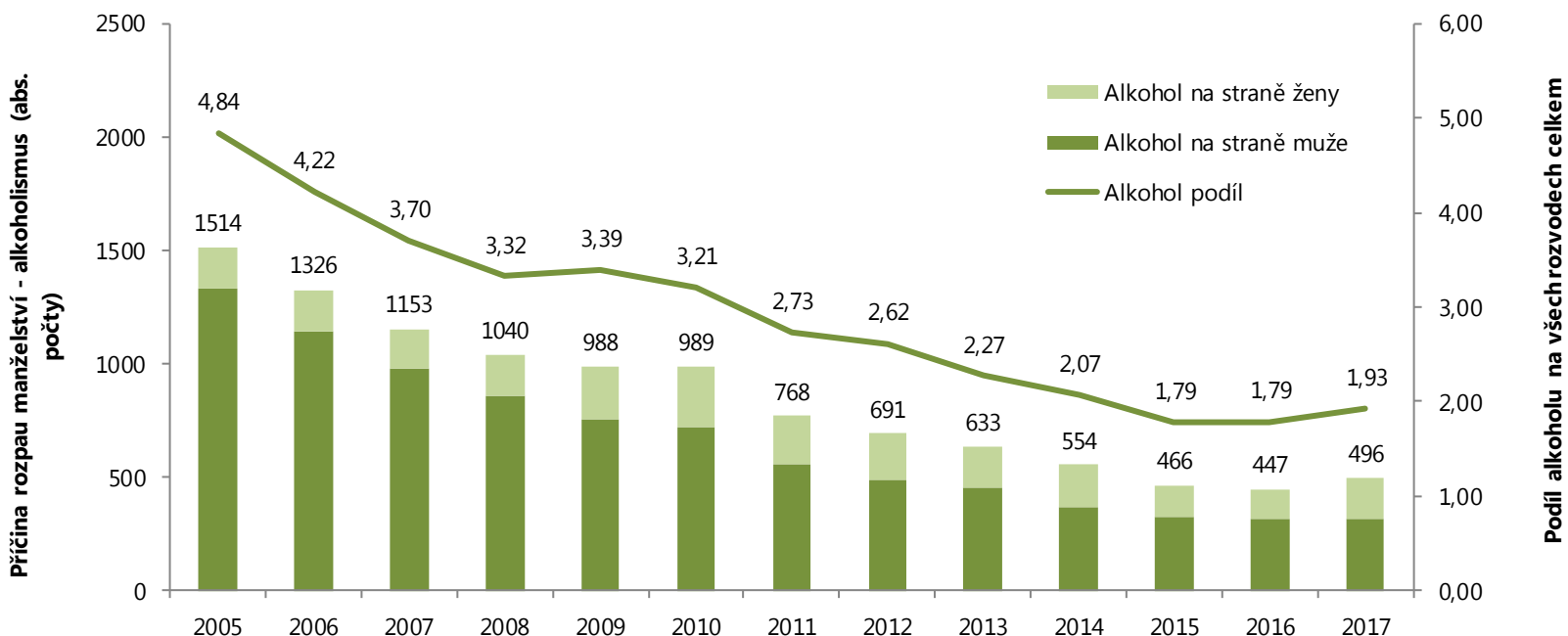
Nadměrné užívání alkoholu je rutinně sledováno jako jedna z příčin rozvodů v České republice. V r. 2017 byl alkohol hlášen jako primární příčina ve 496 případech rozvodů (1,9 %) (Český statistický úřad, 2018). Podíl rozvodů s uváděnou příčinou užívání alkoholu od roku 2005 klesá (4,8 %), zejména na straně mužů. Nicméně alkohol jako příčina rozvodu často nemusí být hlášen, naopak se v posledních letech zvyšuje podíl rozvodů bez udání příčiny (6,4 % v roce 2005 a 26,7 % v roce 2017) – tabulka 26 a graf 22 (Český statistický úřad, 2018).

tabulka 26: Alkohol („alkoholismus“) jako příčina rozpadu manželství, trendy v l. 2005–2017

Rok	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Počet rozvodů celkem	31 288	31 415	31 129	31 300	29 133	30 783	28 113	26 402	27 895	26 764	26 083	24 996	25 755
„Alkoholismus“ jako příčina rozpadu manželství	1 514	1 326	1 153	1 040	988	989	768	691	633	554	466	447	496
> z toho na straně muže	1 332	1 140	982	854	757	719	555	491	451	366	322	315	317
> z toho na straně ženy	182	186	171	186	231	270	213	200	182	188	144	132	179
Podíl (v %)	4,84	4,22	3,70	3,32	3,39	3,21	2,73	2,62	2,27	2,07	1,79	1,79	1,93

Zdroj: Český statistický úřad (2018)

graf 22: Alkohol („alkoholismus“) jako příčina rozpadu manželství, trendy v l. 2005–2017



Zdroj: Český statistický úřad (2018)

Vliv alkoholu je významný také u domácího násilí. Podle autorů Nešpor and Csémy (2005), byl vliv alkoholu přítomný u 2/3 všech případů domácího násilí. Martinková et al. (2014) uvádí, že 72 % pachatelů domácího násilí bylo pod vlivem alkoholu v okamžiku útoku. Nedávný výzkum ukázal, že riziko agresivního chování k partnerovi se zvyšuje s frekvencí konzumace 5 nebo více sklenic alkoholu (Pikálková et al., 2015). Rozsah domácího násilí v souvislosti s alkoholem je v České republice značný především s ohledem na to, že přibližně 17–40 % žen a 10–38 % mužů uvádí, že někdy v životě zažilo domácí násilí, přičemž 2–9 % uvedlo zkušenost s domácím násilím v posledních 12 měsících (Dohnal et al., 2017).

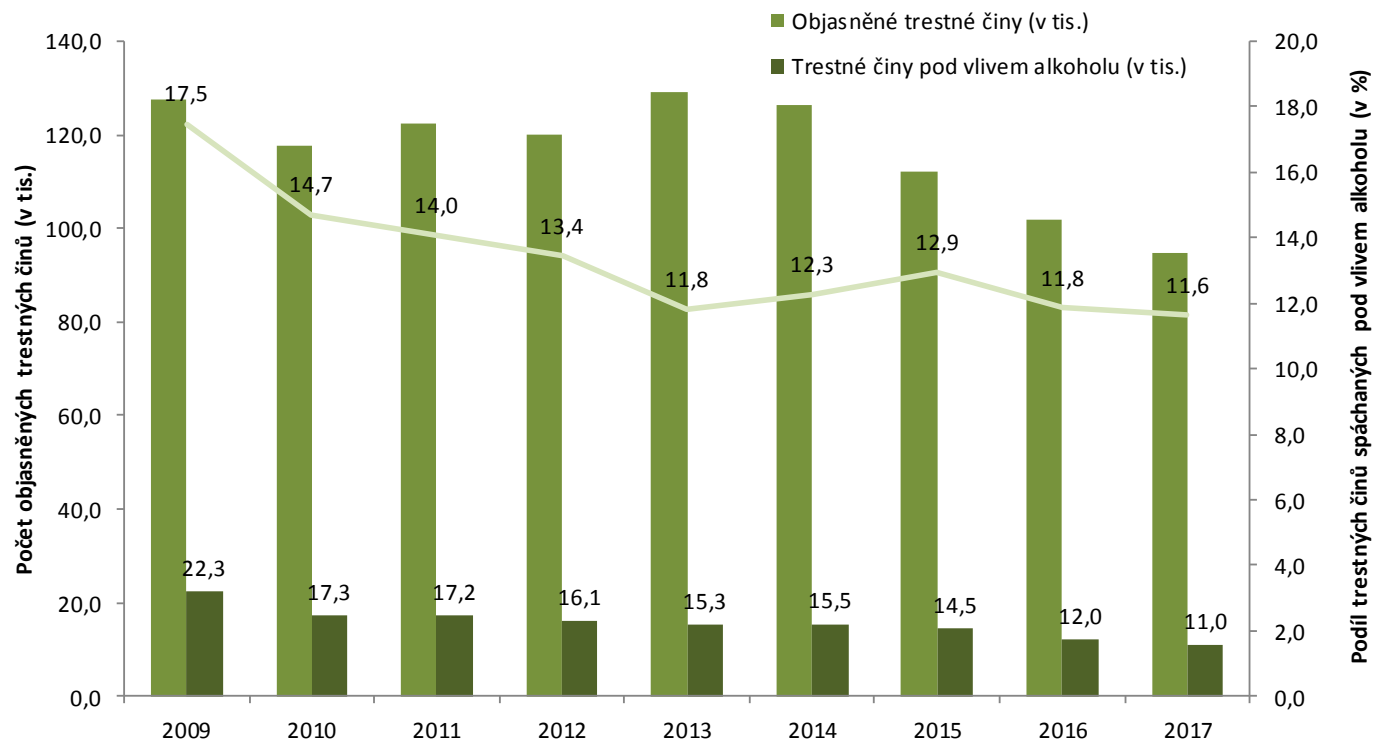
Policie ČR shromažďuje informace o trestných činech spáchaných pod vlivem alkoholu. V r. 2017 bylo spácháno celkem 11 023 trestných činů pod vlivem alkoholu, tj. 11,6 % všech objasněných trestných činů. V posledních letech je zaznamenán klesající trend počtu trestných činů pod vlivem alkoholu – tabulka 27 a graf 23. Nejvyšší podíl trestných činů spáchaných pod vlivem alkoholu představovaly trestné činy ohrožování pod vlivem návykové látky a opilství (50 %), dopravní nehody (17 %) a úmyslné zranění (6 %).

tabulka 27: Počet a podíl trestných činů spáchaných pod vlivem alkoholu, trendy v letech 2005–2017

Rok	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Objasněné trestné činy celkem (v tis.)	135,3	133,7	138,9	127,9	127,6	117,7	122,2	120,2	129,2	126,2	112,1	101,7	94,9
Trestné činy pod vlivem alkoholu (v tis.)	11,0	14,1	22,0	22,8	22,3	17,3	17,2	16,1	15,3	15,5	14,5	12,0	11,0
Podíl trestných činů spáchaných pod vlivem alkoholu (v %)	8,1	10,5	15,9	17,8	17,5	14,7	14,0	13,4	11,8	12,3	12,9	11,8	11,6

Zdroj: Policejní prezidium Policie ČR (2018)

graf 23: Počet a podíl trestných činů spáchaných pod vlivem alkoholu, trendy v letech 2009–2017



Zdroj: Policejní prezidium Policie ČR (2018)

V samostatném informačním systému shromažďuje Policie ČR informace o dopravních nehodách, včetně informací o nehodách s prokázanou vinou v důsledku konzumace alkoholu – tabulka 28a graf 24. Přestože pozorované trendy jsou ovlivněny řadou okolností, dopravní nehody spojené s alkoholem i úmrtí související s alkoholem v důsledku dopravních nehod také ukazují klesající trend.

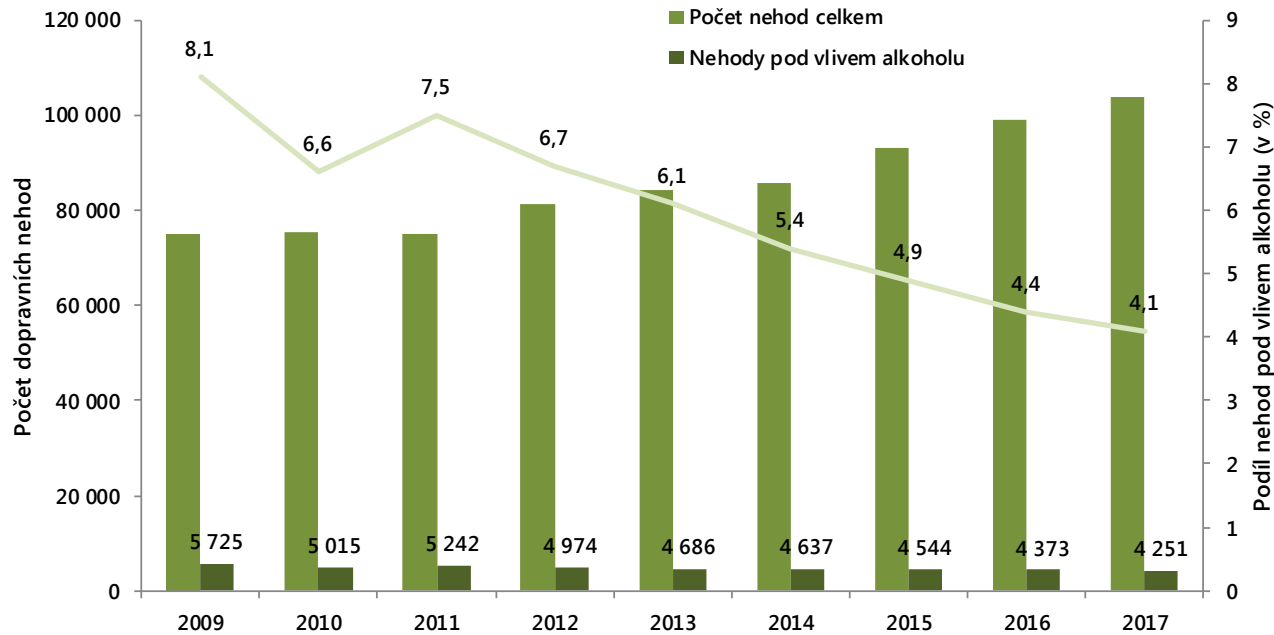
tabulka 28: Vliv alkoholu na dopravní nehody, trendy v l. 2005–2017

Rok		2005	2006	2007	2008	2009**	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Počet dopravních nehod	Celkem (v tis.)	195,9	196,5	199,3	188,0	182,7	160,4	74,8	75,5	75,1	81,4	84,4	85,9	93,1
	➤ z toho pod vlivem alkoholu	8 192	6 807	7 266	7 252	5 725	5 015	5 242	4 974	4 686	4 637	4 544	4 373	4 251
	Podíl (v %)	4,3	3,8	4,3	4,8	8,1	6,6	7,5	6,7	6,1	5,4	4,9	4,4	4,1
Počet zemřelých osob při dopravních nehodách*	Celkem	1 127	956	1 123	992	832	753	707	681	583	629	660	545	502
	➤ z toho při nehodách pod vlivem alkoholu	59	42	36	80	123	102	89	45	52	63	62	52	48
	Podíl (v %)	5,2	4,3	3,2	8,1	14,9	13,5	12,6	6,6	9,0	10,0	9,4	9,5	9,6

Pozn.: * Do 24 hodin od nehody. ** Od r. 2009 se zvýšila minimální výše odhadované škody pro hlášení nehody policii z 50 000 na 100 000 Kč, což vedlo k poklesu počtu hlášených dopravních nehod.

Zdroj: Ředitelství služby dopravní policie Policejního prezidia ČR (2017)

graf 24: Vliv alkoholu na dopravní nehody, trendy v l. 2009–2017



Zdroj: Ředitelství služby dopravní policie Policejního prezidia ČR (2017)

Ekonomické odhady nákladů spojených s konzumací alkoholu pomocí metodiky Cost of Illness (COI) zahrnují přímé náklady, tj. náklady z veřejných rozpočtů (přímo určené i neurčené) a nepřímé náklady, které zahrnují především ztrátu produktivity z důvodu morbidity, mortality a kriminální kariéry, a nehmotné náklady (např. emoční náklady) (Single et al., 1996, Single et al., 2001). Pro rok 2007 byly metodou COI odhadovány náklady pro 3 hlavní skupiny návykových látek, tj. tabák, alkohol a nelegální drogy. Celkové společenské náklady činily 56,2 mld. Kč, z toho 33,1 mld. Kč (59,0%) představovaly náklady spojené s tabákem, 16,4 mld. Kč (29,1%) s alkoholem a 6,7 mld. Kč (11,9 %) s nelegálními drogami (Zábranský et al., 2011a). V r. 2010 byly společenské náklady v souvislosti s alkoholem v České republice odhadnuty na 19,6 mld. Kč (Gustavsson et al., 2011). V r. 2016 byly společenské náklady odhadnuty na 56,6 mld. Kč – tabulka 29 (Mlčoch et al., 2019). Srovnání celkových společenských nákladů na konzumaci alkoholu v letech 2007 a 2016 poskytuje tabulka 29. Je třeba mít na paměti, že metodika těchto dvou studií se liší a seznam přímých a nepřímých nákladů v obou studiích není totožný. Nehmotné náklady na alkohol nebyly v České republice zatím odhadnuty. Společenské náklady v souvislosti s alkoholem odpovídaly 0,46 % hrubého domácího produktu (HDP) v r. 2007 a na 1,2 % HDP v r. 2016.

tabulka 29: Celkové sociální náklady konzumace alkoholu v ČR v l. 2007 a 2016, v mil. Kč

Kategorie nákladů	2007	2016
Přímé náklady na prevenci a léčbu	2 638,9	13 830,3
Přímé náklady vymáhání práva	5 455,6	6 308,4
Další přímé náklady	685,9	135,6
Celkem přímé náklady	8 780,4	20 274,3
Nepřímé náklady zdravotní	7 021,9	28 987,3
Nepřímé náklady vymáhání práva	552,6	1 961,5
Celkem nepřímé náklady	7 574,5	30 948,8
Náklady nezařazené výše (přímé i nepřímé)	–	5 348,3
Celkem	16 354,9	56 571,4

Zdroj: Zábranský et al. (2011a), Mlčoch et al. (2019)

5.2.4 Nabídka alkoholu

Dostupnost alkoholických nápojů pro nezletilé v ČR je dlouhodobě vysoká a týká se jak subjektivně vnímané dostupnosti hlášené v dotazníkových studiích, tak dostupnosti objektivně zjišťované v místech prodeje a podávání alkoholických nápojů.

Ze studie ESPAD 2015 vyplynulo, že subjektivně vnímaná dostupnost alkoholu zůstává dlouhodobě vysoká, a to i přesto, že jde o látky, které by 16letým studentům neměly být volně dostupné. Podle výsledků ESAPD v r. 2015 si pivo celkem snadno nebo velmi snadno dokáže obstarat více než 80 % studentů, více než polovina studentů by si snadno obstarala i jiný druh alkoholu. V dlouhodobém horizontu (od r. 2007) narůstá podíl respondentů, kteří vnímají zdravotní rizika spojená s intenzivním kouřením a intenzivní konzumací alkoholu.

Zapsaný ústav společenské zodpovědnosti provedl v r. 2015 dvě vlny kontrolních nákupů (mystery shopping), při kterých bylo sledováno, zda personál prodejen prodá alkohol nezletilým.⁶ Prvního nákupu se účastnili 3 figuranti (2 dívky ve věku 15 a 16 let a 1 chlapec ve věku 16 let), druhého rovněž 3 figuranti (2 dívky ve věku 15 a 16 let a chlapec ve věku 17 let). První akce probíhala v supermarketech všech hlavních obchodních řetězců a ve dvou „lepších“ restauracích. Z 12 pokusů o koupi v supermarketech bylo 6 úspěšných (50 %); pouze v supermarketech sítě Lidl byly všechny (4) pokusy neúspěšné. Ze dvou pokusů v restauracích byly oba úspěšné. Druhá vlna pokusů o nákup alkoholu nezletilými v supermarketech a restauracích proběhla s podobným výsledkem – 50 % nákupů bylo úspěšných.

Rovněž na prodej alkoholu nezletilým byl zaměřen výzkum, který provedla Červenková (2016), ve kterém provedla mystery shopping ve 20 večerkách (tj. malých prodejnách otevřených do pozdních večerních hodin nebo nonstop) nacházejících se podél trasy tramvaje linky č. 10 vedoucí z pražských Ďáblic do Řep přes Kobylisy, Holešovice, Libeň, Žižkov, Vinohrady, Nové Město, Smíchov, Košíře. Figurantkami byly 2 nezletilé dívky ve věku 12 a 17 let. Z 20 navštívených prodejen bylo 17 s pravděpodobně vietnamským

⁶ <http://www.zusz.cz/aktuality/jak-snadno-si-mohou-mladistvi-koupit-alkohol/> [2016-08-27]

prodejcem, ve dvou prodejnách byl prodejcem pravděpodobně Čech a v jedné pravděpodobně Arab. Scénář byl takový, že nejdříve se o nákup pokusila 17letá a chvíli poté, co odešla z prodejny, rovněž 12letá dívka. Nakupovaným alkoholickým nápojem bylo 0,5 l piva. Výsledky ukazují mimořádně vysokou dostupnost alkoholu – 17letá dívka byla úspěšná v 18 z 20 (90 %) a 12letá ve 13 z 20 pokusů (65 %). Starší dívky se prodejce ve 4 případech zeptal, zda je plnoletá, z toho ve 2 případech mu stačilo slovní ujištění, v dalších 2 případech požadoval občanský průkaz a alkohol poté neprodal. U 12leté dívky došlo ve 3 případech k nekompromisnímu odmítnutí prodeje, ve 4 dalších případech se prodejce dotázal na věk a poté alkohol neprodal. Z výsledků tedy vyplývá, že ve 29 z celkem 40 pokusů (72 %) byl alkohol prodán bez jakýchkoli problémů či dotazů. Za zmínku stojí také reakce svědků nákupu – dalších zákazníků. Celkem 33 nákupů proběhlo za přítomnosti svědka, pouze 2krát jiný zákazník na nákup výrazně reagoval – v obou případech šlo o nákup 12letou dívkou. Obě reakce vedly k odmítnutí prodeje alkoholu nezletilé figurantce.

tabulka 30: Subjektivně vnímaná dostupnost alkoholických nápojů a cigaret mezi 16letými – podíl respondentů, kteří si alkoholické nápoje a cigarety dokážou celkem snadno nebo velmi snadno obstarat, studie ESPAD, v %

Ukazatel	1995	1999	2003	2007	2011	2015	2016
Cigarety		98,0	96,6	88,7	84,9	80,0	75,8
Pivo	96,5	97,5	96,2	85,3	86,5	84,7	82,6
Víno	93,3	95,8	94,8	76,4	76,3	64,3	63,2
Alkopops				61,4	65,3	70,4	70,5
Destiláty	79,4	85,0	83,8	55,4	59,2	54,4	54,2
Cider						65,3	

Zdroj: Csémy et al. (2006), Csémy et al. (2008), Chomynová et al. (2014), Chomynová et al. (2016)

5.3 Další (nelegální) drogy

5.3.1 Užívání nelegálních drog v populaci

NMS provedlo od r. 2008 celkem 15 studií ve 3 řadách, které zjišťovaly míru zkušeností s užitím nelegálních drog v obecné populaci:

- *Národní výzkum užívání návykových látek* (Národní výzkum) – 2 vlny v I. 2012 a 2016, které navazovaly na *Celopopulační studii o užívání návykových látek a postojích k němu* (Celopopulační studie) z r. 2008,
- *Výzkum názorů a postojů občanů České republiky k otázkám zdravotnictví a k problematice zdraví* ve spolupráci s agenturou INRES-SONES (Výzkum občanů) – 5 vln v I. 2009–2017,
- *Prevalence užívání drog v populaci ČR* ve spolupráci s agenturou ppm factum research (Prevalence užívání drog) – 7 vln v I. 2011–2017.

tabulka 31: Prevalence užití jakékoliv nelegální drogy a konopných látek v životě, posledních 12 měsících a posledních 30 dnech v obecné populaci ve věku 15–64 let, studie Národní výzkum užívání návykových látek 2016, podle pohlaví a věkových skupin, v %

Ukazatel		Celoživotní prevalence			Prevalence v posledních 12 měsících			Prevalence v posledních 30 dnech		
		2008	2012	2016	2008	2012	2016	2008	2012	2016
Jakákoliv nelegální droga										
Celkem		36,7	30,0	31,8	17,1	12,3	12,3	9,4	6,2	6,2
Pohlaví	muži	45,2	36,9	40,4	22,3	18,0	17,5	13,5	10,1	9,7
	ženy	28,0	23,2	23,8	11,7	7,0	7,4	5,2	2,8	2,8
Věk	15–24	62,0	45,5	45,2	40,9	31,6	24,0	23,5	18,0	11,8
	25–34	51,7	50,7	53,2	24,1	23,3	23,1	13,8	13,0	13,1
	35–44	35,5	31,4	31,4	10,9	8,4	8,4	6,1	4,9	3,3
	45–54	21,2	14,3	22,2	6,1	3,4	6,5	2,0	1,3	3,0
	55–64	10,7	7,5	9,7	2,9	1,3	3,0	1,3	0,3	1,8
Konopné látky										
Celkem		34,3	27,9	26,6	15,3	9,2	9,5	8,6	4,4	5,5
Pohlaví	muži	42,5	34,9	34,6	20,2	13,1	14,2	12,5	6,8	8,9
	ženy	26,0	21,2	19,1	10,3	5,3	5,0	4,6	2,0	2,2
Věk	15–24	58,7	42,8	39,2	37,4	23,3	19,5	22,4	11,0	11,8
	25–34	49,3	48,3	47,1	21,4	14,6	19,1	12,4	7,3	13,1
	35–44	32,6	29,7	26,2	9,8	6,2	5,9	5,2	3,4	3,3
	45–54	19,4	12,2	16,0	5,1	2,9	3,5	1,6	1,1	3,0
	55–64	9,5	6,7	6,9	2,4	0,7	1,9	1,1	0,2	1,8

Zdroj: Chomynová (2013), Běláčková et al. (2012), Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti and MindBridge Consulting (2016), Chomynová and Mravčík (2018)

tabulka 32: Prevalence užití vybraných nelegálních drog v životě, posledních 12 měsících a posledních 30 dnech v obecné populaci ve věku 15–64 let, studie Národní výzkum užívání návykových látek 2016, podle pohlaví a věkových skupin, v %

Ukazatel		Celoživotní prevalence			Prevalence v posledních 12 měsících			Prevalence v posledních 30 dnech		
		2008	2012	2016	2008	2012	2016	2008	2012	2016
Extáze										
Celkem		9,6	3,6	7,1	3,7	0,6	1,6	1,2	0,1	0,3
Pohlaví	muži	11,9	5,0	10,0	4,8	0,7	2,4	1,5	0,2	0,4
	ženy	7,3	2,2	4,4	2,6	0,5	0,9	0,9	0,0	0,3
Pervitin a amfetaminy										
Celkem		4,3	2,5	3,0	1,7	0,5	0,8	0,7	0,2	0,3
Pohlaví	muži	5,7	3,4	4,5	2,3	0,7	1,0	0,9	0,3	0,7
	ženy	3,0	1,7	1,5	1,1	0,3	0,6	0,5	0,1	0,1

Kokain										
Celkem		2,0	2,3	1,4	0,7	0,4	0,3	0,4	0,1	0,2
Pohlaví	muži	2,9	3,8	2,2	1,2	0,8	0,4	0,7	0,3	0,3
	ženy	1,2	0,9	0,6	0,3	0,0	0,2	0,1	0,0	0,1
Heroin a jiné opiáty										
Celkem		1,1	0,6	0,7	0,5	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1
Pohlaví	muži	1,7	1,2	1,2	0,7	0,4	0,4	0,3	0,3	0,2
	ženy	0,5	0,7	0,3	0,3	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1
LSD a jiné halucinogeny										
Celkem		5,6	2,8	2,1	2,1	0,2	0,7	0,7	0,1	0,1
Pohlaví	muži	7,8	4,4	3,3	2,8	0,3	1,0	0,9	0,1	0,1
	ženy	3,4	1,2	1,1	1,3	0,2	0,3	0,6	0,1	0,0
Halucinogenní houby										
Celkem		8,7	5,3	5,4	3,2	0,7	1,5	1,1	0,2	0,2
Pohlaví	muži	12,4	7,7	8,0	4,5	1,2	2,5	1,9	0,4	0,4
	ženy	5,0	2,9	3,0	1,8	0,3	0,5	0,4	0,1	0,0
Ketamin										
Celkem				0,2			0,2			0,0
Pohlaví	muži			0,2			0,2			0,1
	ženy			0,1			0,1			0,0
Poppers										
Celkem				1,8			0,7			0,2
Pohlaví	muži			2,3			1,2			0,3
	ženy			1,3			0,3			0,1
Nové psychoaktivní látky										
Celkem			1,1	0,7		0,3	0,2		0,1	0,0
Pohlaví	muži		1,3	0,9		0,4	0,3		0,2	0,0
	ženy		1,0	0,4		0,3	0,1		0,0	0,1
Těkavé látky										
Celkem			0,9	3,9		0,2	1,4		0,1	0,2
Pohlaví	muži		1,5	6,1		0,5	2,2		0,2	0,3
	ženy		0,3	1,8		0,0	0,6		0,0	0,1
Anabolické steroidy										
Celkem				4,0			1,7			0,6

Pohlaví	muži			7,1				3,1			1,2
	ženy			1,1				0,4			0,1

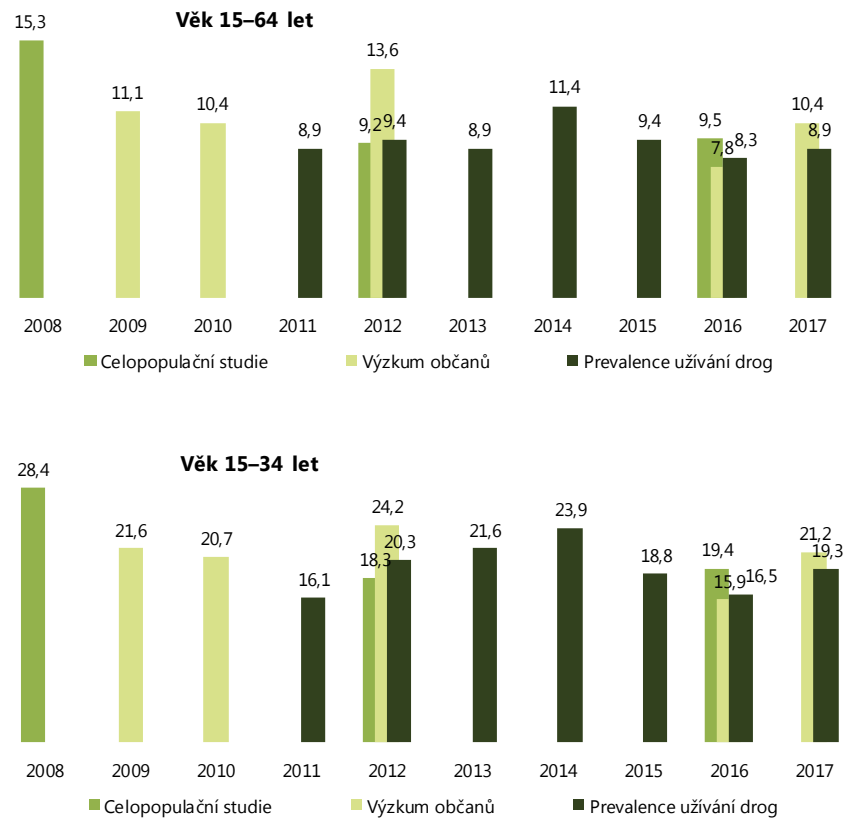
Zdroj: Chomynová (2013), Běláčková et al. (2012), Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti and MindBridge Consulting (2016), Chomynová and Mravčík (2018)

tabulka 33: Míra prevalence užívání nelegálních drog v posledních 12 měsících v populaci ve věku 15–64 let podle pohlaví – studie Prevalence užívání drog v populaci ČR v l. 2011–2017, v %

15–64 let		Jakákoliv nelegální droga	Konopné látky	Extáze	Pervitin nebo amfetaminy	Kokain	Heroin	Jiné opiáty	LSD	Halucinogenní houby	Ketamin, poppers, GHB	Těkávé látky	NSD celkem	Léky bez předpisu	Anabolické steroidy
2011	Celkem		8,9	1,6	0,8	0,6	0,3		1,1	1,0		0,4	0,6		
	Muži		12,7	2,2	0,9	0,4	0,7		1,1	1,1		0,7	1,1		
	Ženy		4,9	0,9	0,7	0,7	0,0		1,1	0,9		0,2	0,0		
2012	Celkem		9,4	0,8	0,4	0,0	0,1		0,0	0,2		0,0	0,5	8,9	
	Muži		12,7	1,4	0,7	0,0	0,0		0,0	0,5		0,0	0,7	9,0	
	Ženy		6,0	0,2	0,0	0,0	0,2		0,0	0,0		0,0	0,2	8,8	
2013	Celkem	10,3	8,9	1,1	0,2	0,1	0,1		0,2	0,1		0,2	0,8		
	Muži	14,5	13,2	1,2	0,2	0,2	0,2		0,2	0,2		0,5	0,7		
	Ženy	6,0	4,5	0,9	0,2	0,0	0,0		0,2	0,0		0,0	1,0		
2014	Celkem	12,6	11,4	1,6	0,8	0,2	0,1		0,1	0,8		0,3	0,5	18,3	0,3
	Muži	16,7	15,4	2,3	1,4	0,5	0,2		0,2	1,6		0,7	0,2	15,5	0,7
	Ženy	8,4	7,3	0,9	0,2	0,0	0,0		0,0	0,0		0,0	0,7	21,2	0,0
2015	Celkem	11,5	9,4	1,3	0,8	0,1	0,1		0,1	1,1	0,2	0,2	1,2	19,5	0,5
	Muži	16,1	13,4	1,6	0,7	0,0	0,2		0,0	0,7	0,5	0,5	1,7	17,3	0,9
	Ženy	6,8	5,3	1,0	1,0	0,2	0,0		0,2	1,4	0,0	0,0	0,7	21,9	0,0
2016	Celkem	10,0	8,3	1,2	0,5	0,9	0,2		0,2	0,7	0,4	0,4	0,6	11,8	1,4
	Muži	13,0	11,0	1,4	0,2	0,9	0,2		0,2	0,9	0,5	0,2	0,5	10,4	2,6
	Ženy	7,1	5,6	1,0	0,7	1,0	0,2		0,2	0,5	0,2	0,5	0,7	13,3	0,2
2017	Celkem	9,5	8,9	0,8	0,3	0,1	0,0	0,2	0,0	0,3	0,0	0,2	0,2	9,2	0,1
	Muži	12,6	11,9	1,3	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5	0,0	0,2	0,3	5,6	0,2
	Ženy	6,2	5,9	0,3	0,3	0,2	0,0	0,5	0,0	0,2	0,0	0,2	0,0	12,8	0,0

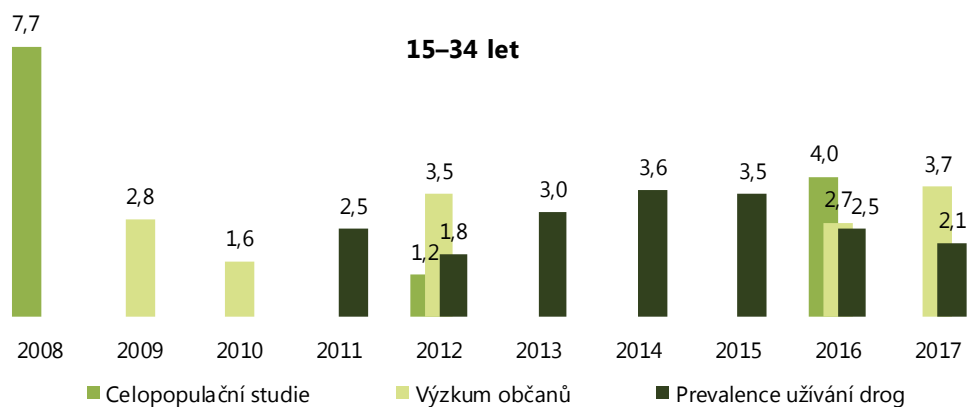
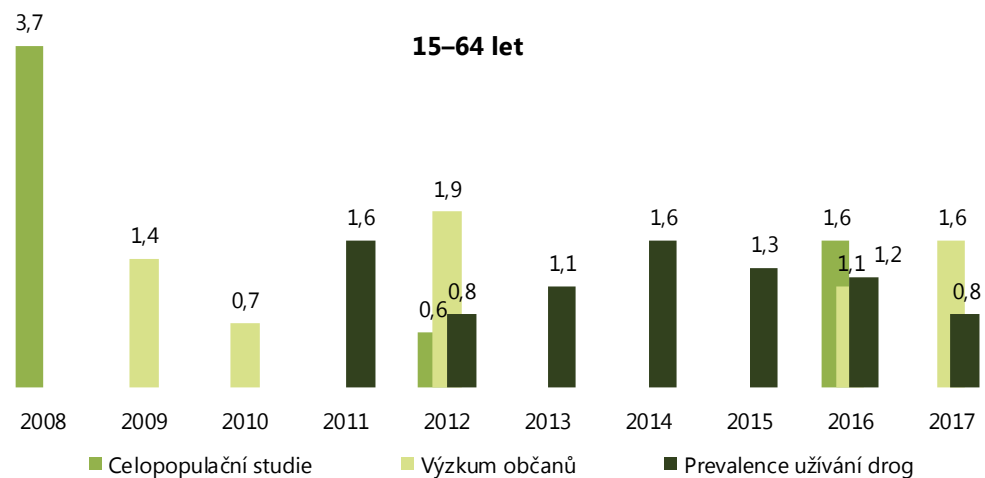
Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti and Factum Invenio (2011), (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti and ppm factum research, 2013, Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti and ppm factum research, 2014, Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti and ppm factum research, 2015b, Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti and ppm factum research, 2016b, Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti and ppm factum research, 2017, Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti and ppm factum research, 2018b)

graf 25: Prevalence užívání konopných látek v obecné populaci (15–64 let) a populaci mladých dospělých (15–34 let) v posledních 12 měsících – srovnání studií z l. 2008–2017, v %



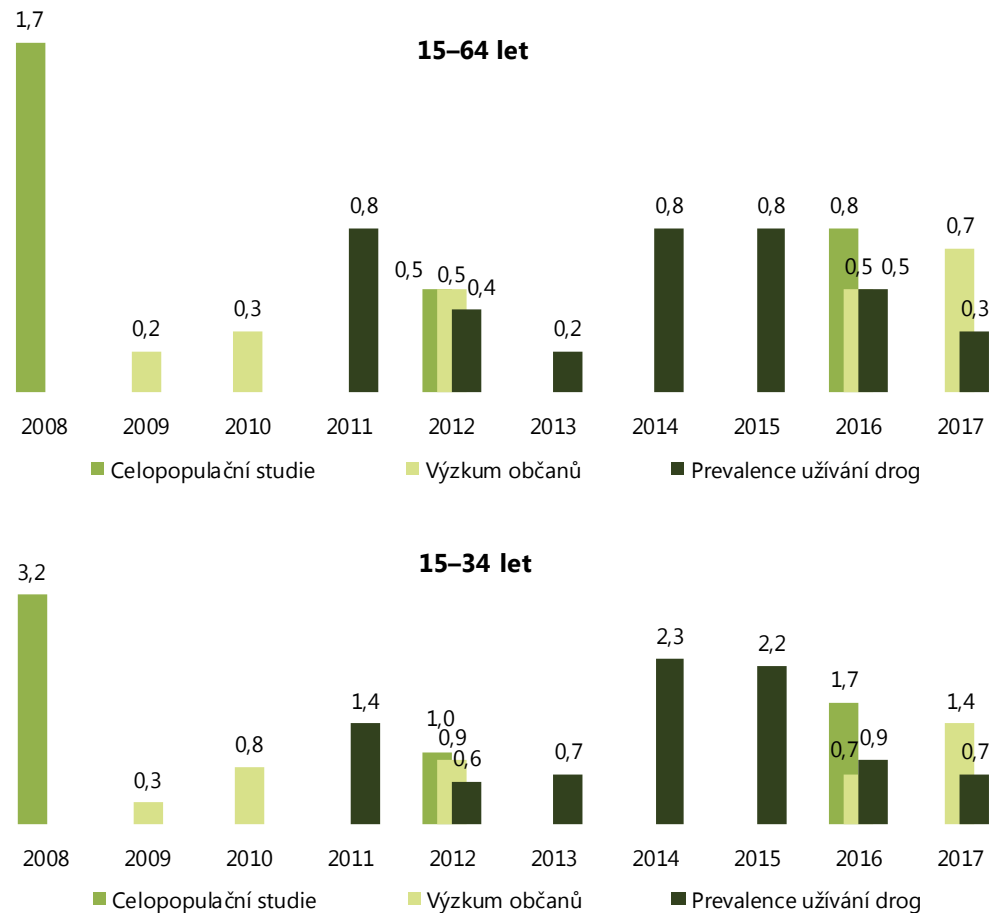
Zdroje: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti and INRES-SONES (2009), Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti and INRES-SONES (2010), Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti and Factum Invenio (2011), Běláčková et al. (2012), Chomynová (2013), Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti and INRES-SONES (2013), Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti and ppm factum research (2013), Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti and SC&C (2013), Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti and ppm factum research (2014), Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti and ppm factum research (2015b), Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti and MindBridge Consulting (2016), Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti and ppm factum research (2016b), Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti and INRES-SONES (2017b), Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti and ppm factum research (2017), Chomynová and Mravčík (2018), Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti and INRES-SONES (2018), Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti and ppm factum research (2018b)

graf 26: Prevalence užívání extáze v obecné populaci (15–64 let) a populaci mladých dospělých (15–34 let) v posledních 12 měsících – srovnání studií z l. 2008–2017, v %



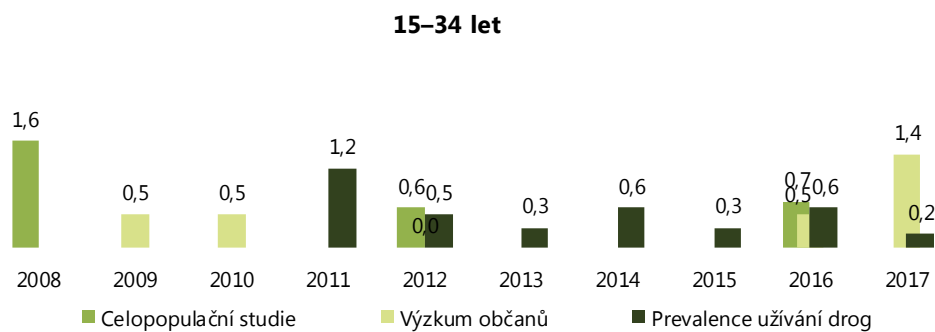
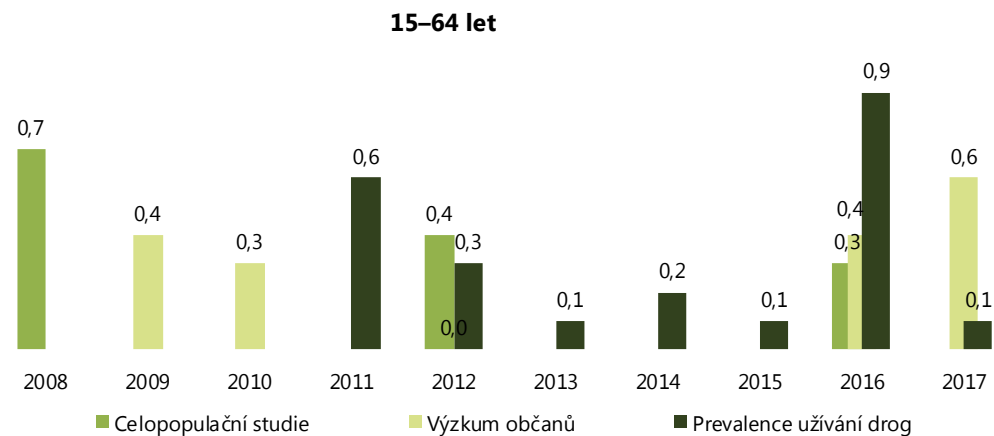
Zdroje: viz výše

graf 27: Prevalence užívání pervitinu v obecné populaci (15–64 let) a populaci mladých dospělých (15–34 let) v posledních 12 měsících – srovnání studií z l. 2008–2017, v %



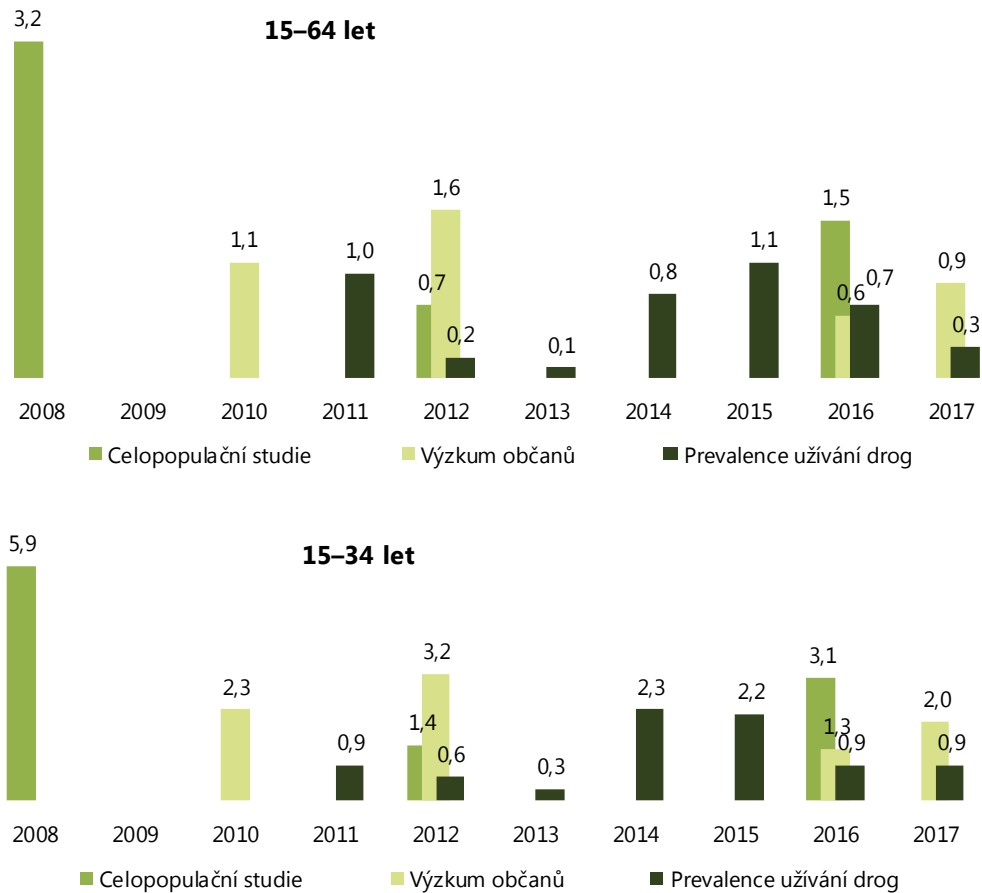
Zdroje: viz výše

graf 28: Prevalence užívání kokainu v obecné populaci (15–64 let) a populaci mladých dospělých (15–34 let) v posledních 12 měsících – srovnání studií z l. 2008–2017, v %



Zdroje: viz výše

graf 29: Prevalence užívání halucinogenních hub v obecné populaci (15–64 let) a populaci mladých dospělých (15–34 let) v posledních 12 měsících – srovnání studií z l. 2008–2017, v %



Zdroje: viz výše

5.3.2 Situace mezi dětmi a mládeží

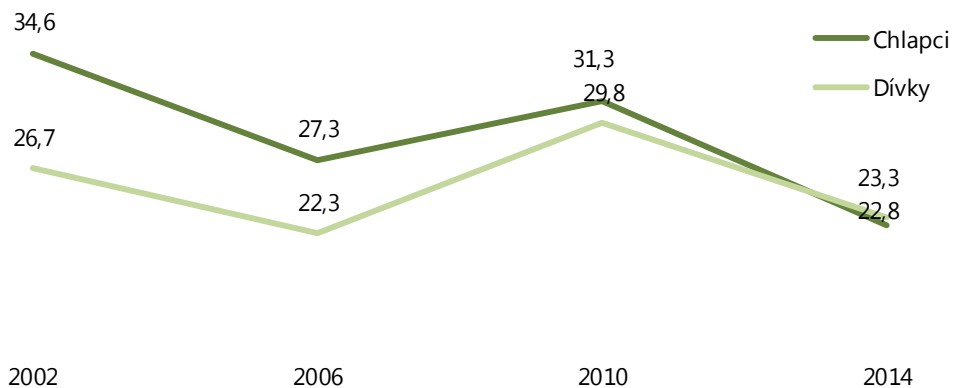
tabulka 34: Prevalence zkušeností 15letých žáků ZŠ s užitím konopných látek v životě a prevalence užívání v posledních 12 měsících – studie HBSC, v %

Ukazatel	1994	1998	2002	2006	2010	2014	2018
Konopné látky, celoživotní prevalence							
15letí	celkem		30,5	24,8	30,5	23,1	
	muži		34,6	27,3	31,3	22,8	
	ženy		26,7	22,3	29,8	23,3	
Konopné látky, prevalence v posledních 12 měsících							
15letí	celkem		26,9	19,2	21,5		
	muži		30,9	20,3	21,4		
	ženy		23,2	18,2	21,6		

Pozn.: V roce 2014 bylo sledováno užití konopných látek v posledních 30 dnech.

Zdroj: Csémy et al. (2016)

graf 30: Celoživotní prevalence užití konopných látek mezi 15letými žáky – studie HBSC, v %



Zdroj: Csémy et al. (2016)

tabulka 35: Celoživotní prevalence zkušeností s užitím nelegálních drog v populaci 16letých studentů – studie ESPAD, v %

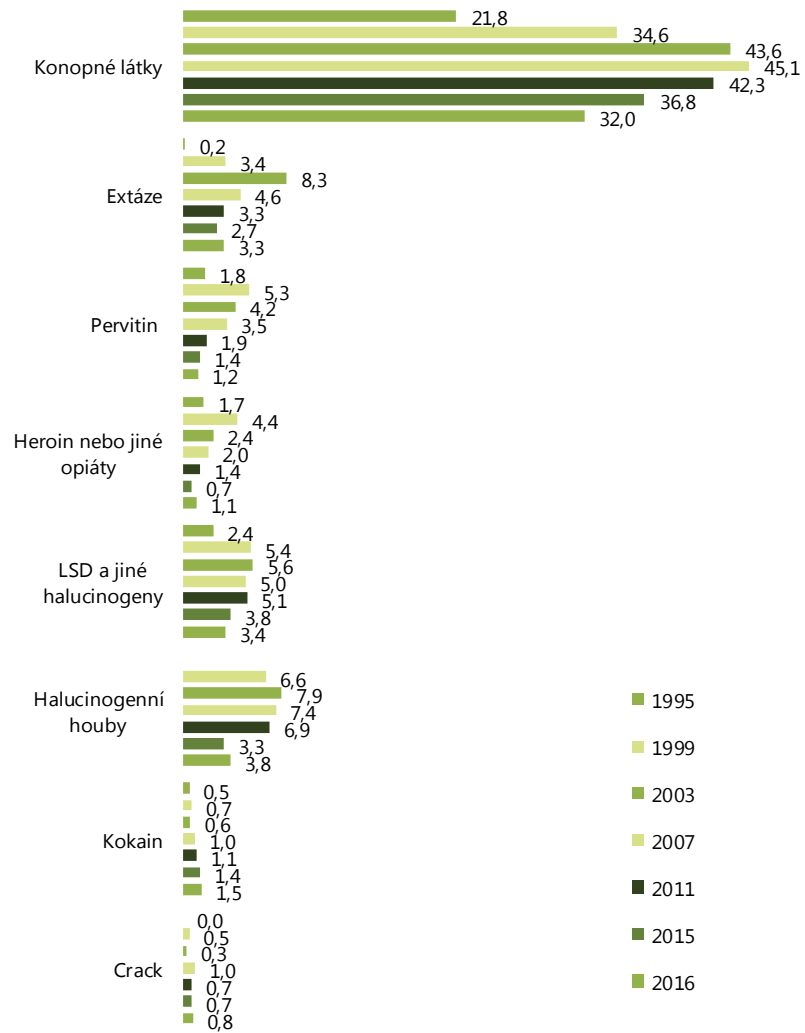
Ukazatel	1995	1999	2003	2007	2011	2015	2016
Jakákoliv nelegální droga							
Celkem	22,7	34,9	43,8	46,6	43,7	37,4	35,5

Pohlaví	Muži	25,9	40,2	48,3	49,4	48,8	36,7	35,8
	Ženy	18,7	30,2	40,0	44,0	38,9	38,1	35,1
Konopné látky								
Celkem		21,8	34,6	43,6	45,1	42,3	36,8	32,0
Pohlaví	Muži	25,2	40,1	47,8	48,0	47,3	36,1	32,7
	Ženy	17,6	29,8	40,0	44,0	37,5	37,5	31,1
Extáze								
Celkem		0,2	3,4	8,3	4,6	3,3	2,7	3,3
Pohlaví	Muži	0,2	3,7	8,2	4,8	3,3	3,4	3,7
	Ženy	0,2	3,2	8,4	4,3	3,3	2,0	2,9
Pervitin a amfetaminy								
Celkem		1,8	5,3	4,2	3,5	1,9	1,4	1,2
Pohlaví	Muži	1,7	4,6	3,2	3,4	2,0	1,0	1,1
	Ženy	2,0	5,9	5,1	3,6	1,9	1,7	1,4
Heroin a opiáty								
Celkem		1,7	4,4	2,4	2,0	1,4	0,7	1,1
Pohlaví	Muži	1,7	3,9	1,8	1,5	1,3	1,0	1,2
	Ženy	1,7	4,6	2,9	2,4	1,5	0,4	0,9
LSD a jiné halucinogeny								
Celkem		2,4	5,4	5,6	5,0	5,1	3,8	3,4
Pohlaví	Muži	2,6	6,5	5,9	5,4	5,2	3,6	3,6
	Ženy	2,2	4,5	5,3	4,6	5,1	4,0	3,1
Halucinogenní houby								
Celkem			6,6	7,9	7,4	6,9	3,3	3,8
Pohlaví	Muži		8,7	9,9	9,3	8,5	3,6	4,3
	Ženy		4,7	6,2	5,7	5,4	3,0	3,2
Kokain								
Celkem		0,5	0,7	0,6	1,0	1,1	1,4	1,5
Pohlaví	Muži	0,4	1,0	0,5	1,2	1,2	1,5	1,5
	Ženy	0,8	0,5	0,6	0,8	1,0	1,3	1,5
Těkové látky								
Celkem		7,6	7,2	9,0	7,0	7,8	5,7	6,8
Pohlaví	Muži	7,9	8,1	9,2	6,9	8,4	5,5	7,1
	Ženy	7,3	6,5	8,8	7,0	7,3	5,9	6,4

Anabolické steroidy								
Celkem		2,2	1,9	1,1	4,2	1,4	3,3	2,8
Pohlaví	Muži	3,3	3,2	1,9	6,6	2,3	4,0	3,1
	Ženy	0,9	0,8	0,5	2,2	0,6	2,6	2,4
Sedativa								
Celkem		10,8	17,7	11,1	9,1	10,1	15,7	14,7
Pohlaví	Muži	7,7	13,6	7,6	6,1	8,4	10,7	10,7
	Ženy	14,6	21,4	13,8	11,7	11,7	20,5	19,4
Nové psychoaktivní látky								
Celkem		n. a.	n. a.	n. a.	n. a.	n. a.	6,5	4,4
Pohlaví	Muži						6,0	4,1
	Ženy						7,0	4,8

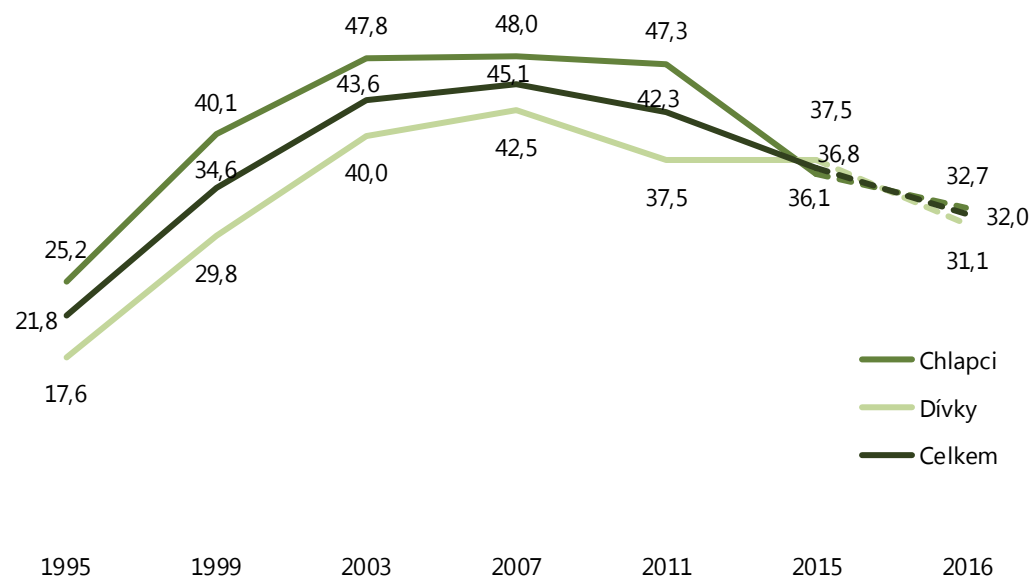
Zdroj: Chomynová et al. (2016), Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti and ppm factum research (2016c)

graf 31: Vývoj zkušeností s nelegálními drogami (celoživotní prevalence) v l. 1995–2016 – studie ESPAD, v %



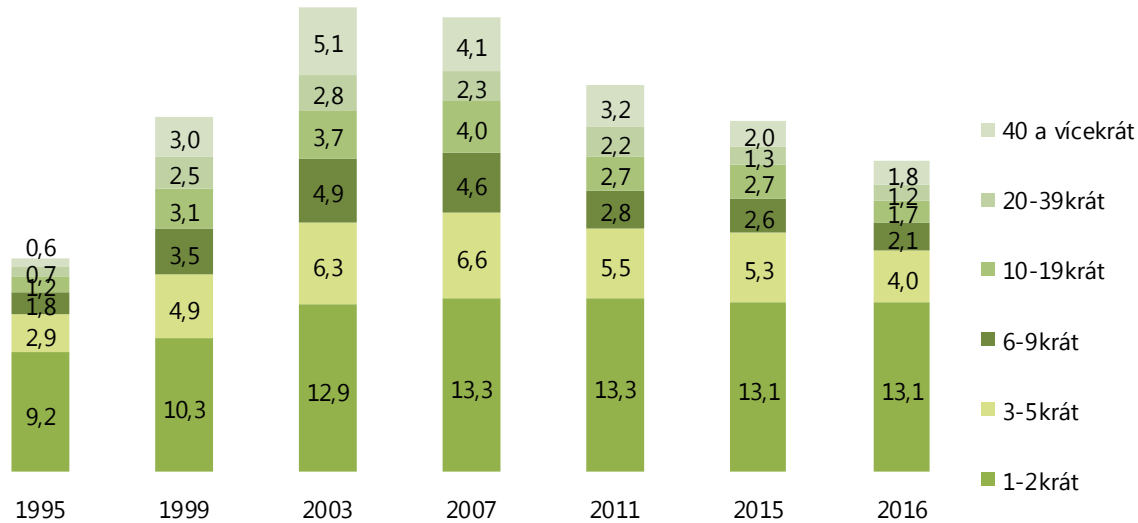
Zdroj: Chomynová et al. (2016), Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti and ppm factum research (2016c)

graf 32: Trendy v celoživotní prevalenci užívání konopných látek mezi 16letými studenty – studie ESPAD 1995–2016, v %



Zdroj: Chomynová et al. (2016), Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti and ppm factum research (2016c)

graf 33: Frekvence užívání konopných látek mezi 16letými studenty v posledních 12 měsících – studie ESPAD, v %



Zdroj: Chomynová et al. (2016), Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti and ppm factum research (2016c)

5.3.3 Problémové užívání nelegálních drog

V ČR je tradičně jako problémové užívání drog (PUD) označováno injekční užívání jakékoliv drogy a/nebo dlouhodobé nebo pravidelné užívání pervitinu a opioidů (na rozdíl od definice EMCDDA tedy nikoli kokainu, konopných látek ani jiných drog). Národní odhad počtu problémových uživatelů drog (PUD), resp. problémových uživatelů pervitinu a opioidů (PUPO), je od r. 2002 každoročně prováděn multiplikační metodou za použití dat o počtu klientů nízkoprahových programů.⁷ Odhad je proveden pro jednotlivé kraje, národní odhad vzniká jako součet odhadů pro jednotlivé kraje.

V r. 2017 bylo v ČR odhadnuto 47,8 tis. PUPO (95% CI: 46,1–49,6 tis.), z toho 34,7 tis. (34,1–35,4 tis.) uživatelů pervitinu, 6,9 tis. (6,6–7,2 tis.) uživatelů buprenorfinu, 3,9 tis. (3,7–4,1 tis.) uživatelů heroinu a 2,3 tis. (2,2–2,3 tis.) uživatelů jiných opioidů. Uživatelů opioidů bylo tedy odhadnuto celkem 13,1 tis. (12,6–13,6 tis.). Odhadovaný počet injekčních uživatelů drog (IUD) dosáhl 43,7 tis. (42,8–44,8 tis.). V r. 2017 dosáhla míra prevalence problémového užívání drog v ČR 0,69 % obyvatel ve věku 15–64 let,

⁷ Odhad vzniká jako podíl velikosti známé populace uživatelů (tj. počtu PUPO v kontaktu s nízkoprahovými programy v kalendářním roce) a hodnoty multiplikátoru. Multiplikátor vyjadřuje podíl problémových uživatelů, kteří jsou v kontaktu s nízkoprahovými programy, na všech problémových uživatelích. Zbytek je skrytá část populace problémových uživatelů drog.

což je hodnota odpovídající mírnému meziročnímu nárůstu (Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti, 2018a). Trendy v l. 2003–2017 prezentují tabulka 36 a tabulka 37.

Počet PUPO se v r. 2017 meziročně mírně zvýšil – nárůst se týká jak počtu uživatelů pervitinu, tak opioidů. V této souvislosti může budít znepokojení zvýšení počtu uživatelů heroínu a jiných opioidů, především opioidních analgetik. V horizontu posledních 4 let zůstává počet PUPO stabilní.

tabulka 36: Střední hodnoty prevalence odhadů problémového užívání pervitinu a opioidů provedených multiplikační metodou za použití dat z nízkoprahových programů v l. 2003–2017

Rok	Problémoví uživatelé celkem		Uživatelé opioidů					Uživatelé pervitinu		Injekční uživatelé drog	
	Počet	Na 1 000 os. 15–64 let	Uživatelé heroínu	Uživatelé buprenorfinu	Uživatelé jiných opioidů	Celkem	Na 1 000 os. 15–64 let	Počet	Na 1 000 os. 15–64 let	Počet	Na 1 000 os. 15–64 let
2003	29 000	4,02	-	-	-	10 200	1,41	18 800	2,61	27 800	3,86
2004	30 000	4,14	-	-	-	9 700	1,34	20 300	2,80	27 000	3,73
2005	31 800	4,37	-	-	-	11 300	1,55	20 500	2,82	29 800	4,10
2006	30 200	4,13	6 200	4 300	-	10 500	1,44	19 700	2,69	29 000	3,97
2007	30 900	4,20	5 750	4 250	-	10 000	1,36	20 900	2,84	29 500	4,01
2008	32 500	4,39	6 400	4 900	-	11 300	1,52	21 200	2,87	31 200	4,21
2009	37 400	5,04	7 100	5 100	-	12 100	1,63	25 300	3,40	35 300	4,75
2010	39 200	5,30	6 000	5 000	-	11 000	1,48	28 200	3,81	37 200	5,03
2011	40 200	5,51	4 700	4 600	-	9 300	1,27	30 900	4,24	38 600	5,29
2012	41 300	5,71	4 300	6 300	-	10 600	1,47	30 700	4,25	38 700	5,35
2013	45 200	6,32	3 500	7 200	-	10 700	1,50	34 500	4,82	44 400	6,22
2014	47 700	6,73	4 100	7 200	-	11 300	1,59	36 400	5,13	45 600	6,43
2015	47 700	6,78	4 300	7 300	1 100	12 700	1,81	35 000	4,98	43 400	6,18
2016	46 800	6,71	3 400	7 300	1 700	12 500	1,79	34 300	4,92	42 800	6,14
2017	47 800	6,91	3 900	6 900	2 300	13 100	1,89	34 700	5,02	43 700	6,32

Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti (2018a)

tabulka 37: Odhad počtu problémových uživatelů drog v l. 2004–2017

Rok	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Celkový odhad problémových uživatelů	30 000	31 800	30 200	30 900	32 500	37 400	39 200	40 200	41 300	45 200	47 700	47 700	46 800	47 800
Odhad problémových uživatelů opiátů	9 700	11 300	10 500	10 000	11 300	12 100	11 000	9 300	10 600	10 700	11 300	12 700	12 500	13 100
↳ z toho uživatelů heroínu	–	–	6 150	5 750	6 400	7 100	6 000	4 700	4 300	3 500	4 100	4 300	3 400	3 900
↳ z toho uživatelů Subutexu®	2 028	2 699	4 300	4 250	4 900	5 100	5 000	4 600	6 300	7 200	7 200	7 300	7 300	6 900
↳ z toho uživatelé jiných opioidů					–	–	–	–	–	–	–	1 100	1 700	2 300
Odhad problémových uživatelů pervitinu	20 300	20 500	19 700	20 900	21 200	7 100	6 000	4 700	4 300	3 500	4 100	4 300	3 400	3 900
Odhad injekčních uživatelů	27 000	29 800	29 000	29 500	31 200	35 300	37 200	38 600	38 700	44 400	45 600	43 400	42 800	43 700

Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti (2018a)

tabulka 38: Počet a podíl problémových uživatelů drog, kteří využili služeb nízkoprahových zařízení v l. 2004–2017

Rok	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Počet problémových uživatelů drog (PUD) v kontaktu s programy harm reduction	24 200	27 800	25 900	27 200	28 300	30 000	32 400	35 500	34 500	38 300	40 300	41 000	39 500	39 200
Podíl problémových uživatelů v kontaktu na celkovém počtu PUD (%)	80,67	87,42	85,76	88,03	87,08	80,2	82,7	88,3	83,5	84,7	84,5	86,0	84,4	82,0

Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti (2018a)

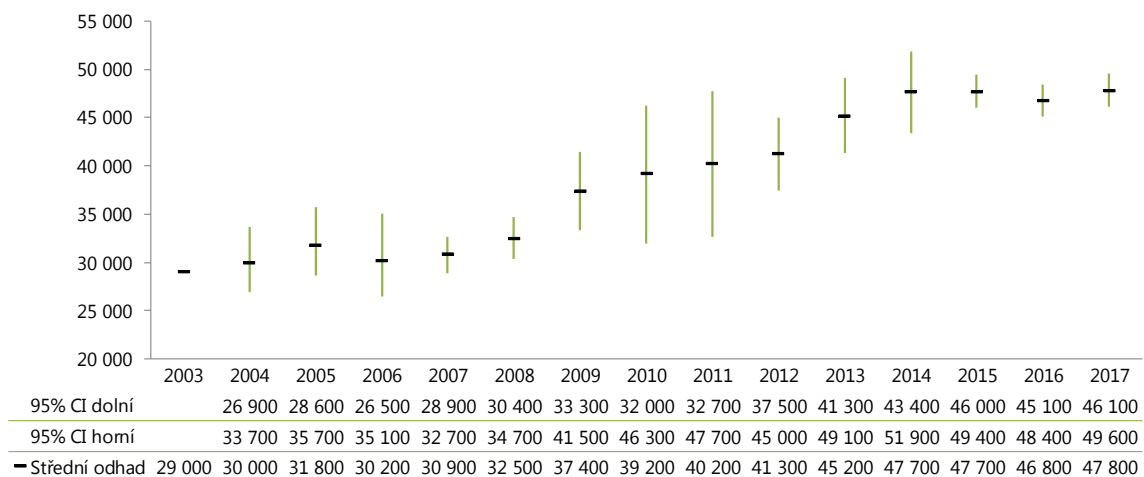
tabulka 39: Průměrný věk žadatelů o léčbu v l. 2004–2017

Uživatelé podle drogy	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Uživatelé heroínu (v letech)	25,1	26,4	26,2	28,1	28,7	28,6	30,3	31,0	31,6	32,1	33,6	35,7*	36,6*	36,0*
Uživatelé buprenorfinu (v letech)	23,4	25,1	25,4	27,0	27,7	27,7	29,2	29,8	31,0	31,1	32,9	–	–	–
Uživatelé pervitinu (v letech)	24,2	24,5	24,2	25,0	25,4	25,5	26,7	27,1	27,5	27,8	28,5	29,6	29,5	30,1

Pozn: * uživatelé opioidů

Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky (2017)

graf 34: Střední hodnoty a 95% interval spolehlivosti odhadů počtu problémových uživatelů pervitinu a opioidů provedených multiplikační metodou za použití dat z nízkoprahových programů v l. 2003–2017



Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti (2018a)

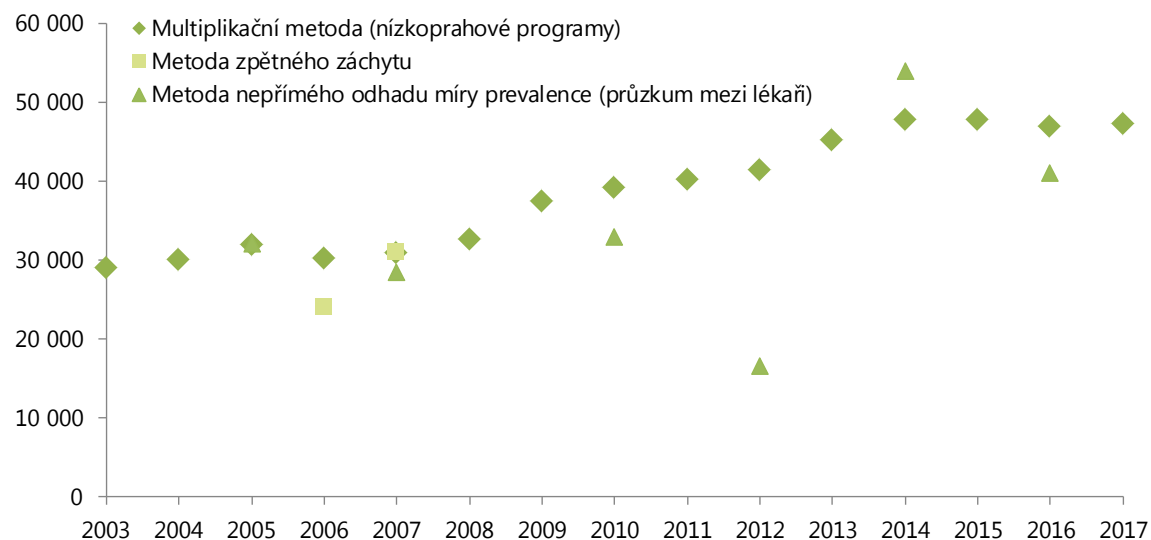
tabulka 40: Odhadovaný počet problémových uživatelů pervitinu a opioidů v ČR v l. 2008–2017 podle krajů, střední hodnoty

Kraj	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Praha	11 500	10 400	11 350	10 900	14 600	14 300	15 700	14 900	16 200	16 600
Středočeský	1 750	2 400	2 150	2 100	2 500	3 100	2 300	2 500	2 400	2 300
Jihočeský	1 550	1 500	1 400	1 300	2 000	2 800	2 800	2 900	2 700	2 500
Plzeňský	1 650	2 400	2 000	1 900	1 250	1 400	1 400	2 200	1 900	2 300
Karlovarský	1 000	1 200	900	1 200	1 950	1 700	1 900	1 500	1 800	1 300
Ústecký	4 150	5 300	4 900	6 200	4 600	5 900	6 800	6 000	6 500	6 700
Liberecký	1 500	1 300	2 650	2 800	1 750	2 500	2 900	2 500	2 200	2 300
Královéhradecký	1 100	1 000	950	1 100	1 050	1 100	1 100	1 200	1 000	1 000
Pardubický	450	500	400	400	1 000	600	600	400	400	500
Vysočina	500	600	600	600	750	1 300	1 300	900	900	900
Jihomoravský	3 250	3 400	3 900	4 000	2 650	3 100	3 100	3 300	3 200	3 100
Olomoucký	1 600	3 000	3 300	3 200	2 350	3 000	2 900	2 600	2 400	2 400
Zlínský	1 350	2 400	2 350	2 500	1 850	1 900	2 100	1 900	1 800	1 900
Moravskoslezský	1 150	2 000	2 350	2 000	3 000	2 500	2 800	4 800	3 500	4 100
Celkem ČR	32 500	37 400	39 200	40 200	41 300	45 200	47 700	47 700	46 800	47 800

Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti (2018a)

Následující graf 35 shrnuje národní odhady počtu PUPU získané různými metodami od r. 2003. Je zřejmé, že odhady získané různými metodami jsou poměrně konzistentní. Odhad z průzkumu mezi lékaři je podrobně popsán ve VZ 2016. Odhad metodou zpětného záchytu je blíže popsán ve VZ 2011 a VZ 2012 a v samostatných pracích (Mravčík et al., 2005, Mravčík and Sopko, 2013).

graf 35: Souhrn středních hodnot odhadů počtu problémových uživatelů pervitinu a opioidů v l. 2003–2017 provedených různými metodami



Zdroj: Mravčík et al. (2005), Mravčík and Sopko (2013), Mravčík et al. (2016), Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti (2018a)

Poslední odhady problémového užívání a intenzivních forem užívání konopných látek a dalších drog jsou k dispozici z *Národního výzkumu užívání návykových látek* za r. 2016 (Chomynová and Mravčík, 2018). Pro hodnocení výskytu intenzivního užívání konopných látek v populaci byla do výzkumu zařazena screeningová škála CAST (Beck and Legleye, 2008, Legleye et al., 2007, Legleye et al., 2011, Spilka et al., 2013). Pro ostatní drogy jsou k dispozici pouze údaje o míře a frekvenci užívání. Srovnání s výsledky Národního výzkumu užívání návykových látek v r. 2012 (Chomynová, 2013) uvádí tabulka 41.

tabulka 41: Intenzivní a rizikové užívání návykových látek v populaci ČR ve věku 15–64 let – studie Národní výzkum 2012 a 2016, v % a extrapolace na populaci celkem

Ukazatel	2012	2016			
	Podíl (%)	Podíl (%)		Počet	
	Střední odhad	Střední odhad	95% CI	Střední odhad	95% CI
Pravidelní uživatelé konopí*	2,0	2,9	1,9–3,9	202 100	132 400–271 800
Denní uživatelé konopí	0,3	0,2	0,0–0,4	13 900	0–27 900
Uživatelé konopí v riziku**	2,7	4,4	3,7–5,2	306 700	257 900–362 400
➤ mírné riziko (3–6 bodů)	1,6	2,7	2,1–3,2	188 200	146 400–223 000
➤ vysoké riziko (7+ bodů)	1,1	1,8	1,3–2,3	125 500	90 600–160 300
Pravidelní uživatelé extáze*	0,1	0,1	0,0–0,2	7 000	0–13 900
Pravidelní uživatelé kokainu*	0,1	0,1	0,0–0,2	7 000	0–13 900
Injekční uživatelé drog (v posledních 12 měsících)	0,7	0,7	0,4–0,9	48 800	27 900–62 700

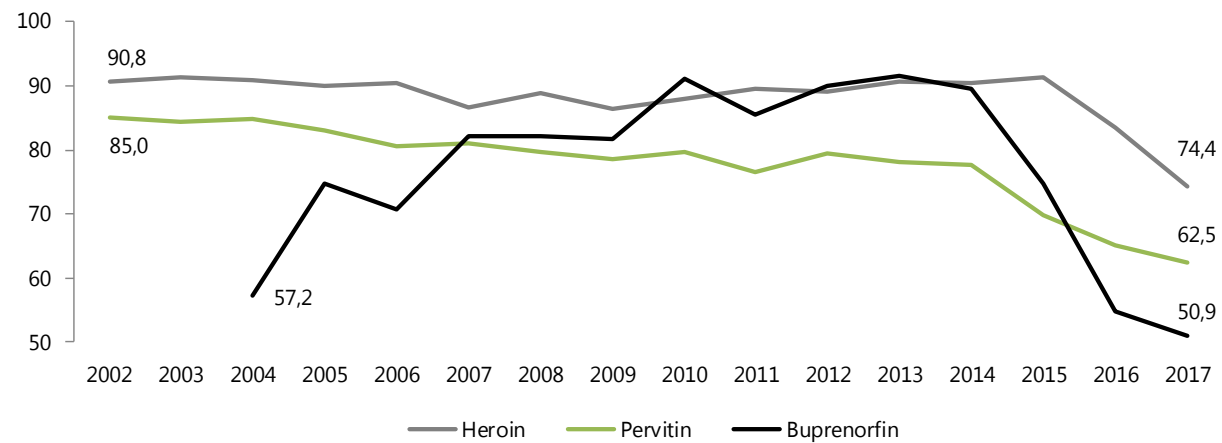
Pozn.: Odhady počtu byly zaokrouhleny na stovky. * s frekvencí alespoň 1x týdně, ** podíl osob v riziku v souvislosti s užíváním konopných látek podle škály CAST, tj. skóre 3 a více bodů.

Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti and MindBridge Consulting (2016), Chomynová (2013)

Konečný (2017) odhadl počet osob škodlivě užívajících sedativa a hypnotika a osob na nich závislých v ČR za r. 2016 na základě pravděpodobné spotřeby odvozené z dat o dodávkách jednotlivých preparátů z obou skupin. Jde především o benzodiazepinová anxiolytika a Z-hypnotika. Vycházel přitom z databáze léčiv SÚKL, která vyčísluje dodávky jednotlivých preparátů od distributorů do lékáren, denních definovaných dávek a svých klinických zkušeností s dávkami jednotlivých preparátů při jejich zneužívání. Počet osob zneužívajících sedativa hypnotika v ČR v r. 2016 odhadl na 885 tis., z toho největší podíl tvoří osoby zneužívající alprazolam (např. Neuro1[®]) – cca 270 tis. osob a zolpidem (např. Stilnox[®]) – cca 190 tis. osob.

Mezi žadateli o léčbu je míra injekčního užívání drog dlouhodobě velmi vysoká a představuje nejčastější způsob aplikace pervitinu, heroinu a buprenorfin. V r. 2017 uvedlo injekční aplikaci 74 % uživatelů heroinu, 63 % uživatelů pervitinu a 51 % uživatelů buprenorfinu žádajících o léčbu, tyto hodnoty jsou nejnižší od r. 2002 – graf 36. Při hodnocení aktuálního trendu je potřeba vzít v úvahu, že v r. 2015 došlo ke změně ve způsobu sběru dat, neboť do r. 2014 byla data sbírána v Registru žádostí o léčbu hygienické služby a od r. 2015 v Národním registru léčby uživatelů drog (NRLUD), který vznikl sloučením substitučního registru (NRULISL) a Registru žádostí o léčbu. Srovnatelnost dat z r. 2015–2017 s daty z předchozích let je tedy omezená.

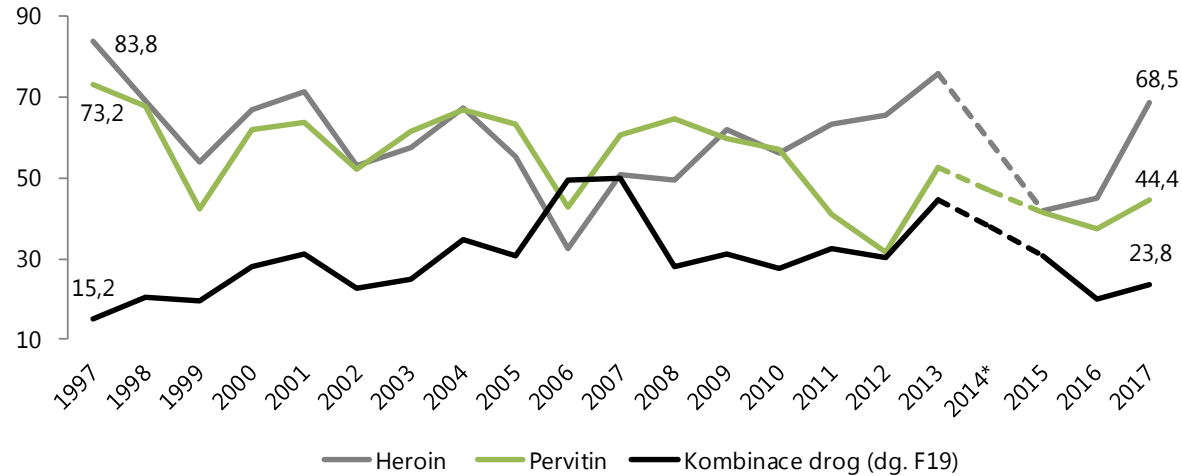
graf 36: Podíl IUD mezi žadateli o léčbu s primární (základní) drogou heroin, pervitin a buprenorfin v l. 2002–2017, v %



Zdroj: Füleová et al. (2015), Ústav zdravotnických informací a statistiky (2018d)

Podíl IUD mezi léčenými v psychiatrických ordinacích je nižší než v Registru žádostí o léčbu, zejména z důvodu nedůsledného hlášení údajů o injekčním užívání drog ve výkazu o činnosti psychiatrických ordinací – graf 37.

graf 37: Podíl injekčních uživatelů heroinu, pervitinu a kombinace drog léčených v psychiatrických ambulancích v l. 1997–2017, v %



Pozn.: * Data za r. 2014 nejsou k dispozici.

Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky (2018f)

V r. 2017 uvedlo sdílení jehel a stříkaček někdy v životě 34 % IUD žádajících o léčbu. V dlouhodobém horizontu je patrná klesající míra sdílení jehel, zkušenost se sdílením jehel někdy v životě uvádí přibližně 1/3 IUD žádajících o léčbu – tabulka 42. Je potřeba vzít v úvahu, že v r. 2015 došlo ke změně v systému sběru dat. Výsledky sdílení injekčního náčiní mezi problémovými uživateli drog v nízkoprahových zařízeních z průzkumu Multiplikátor 2016 byly popsány ve VZ 2015.

tabulka 42: Sdílení jehel a stříkaček někdy v minulosti uváděné injekčními uživateli drog žádajícími o léčbu v l. 2002–2017

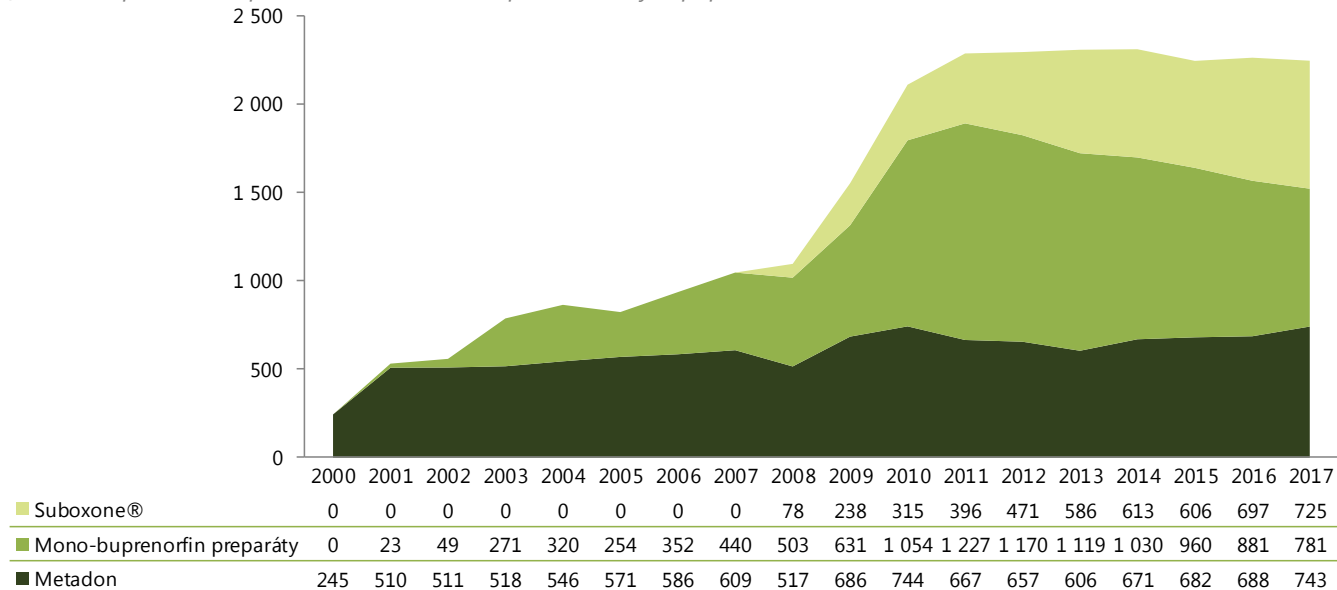
Rok	Počet IUD	Počet sdílejících	Podíl sdílejících (%)
2002	6 437	2 590	40,2
2003	5 901	2 356	39,9
2004	6 314	2 725	43,2
2005	5 769	2 421	42,0
2006	5 860	2 313	39,5
2007	5 338	2 139	40,1
2008	5 766	2 057	35,7
2009	6 012	2 263	37,6
2010	6 581	2 146	32,6
2011	6 471	2 136	33,0
2012	6 481	1 976	30,5
2013	7 184	2 395	33,3
2014	7 213	2 544	35,3
2015*	2 325	868	37,3
2016	1 607	548	34,1
2017	2 588	871	33,7

Pozn.: * V r. 2015 došlo k přechodu z Registru žádostí o léčbu hygienické služby na Národní registr léčby uživatelů drog (NRLUD).

Zdroj: Füleová et al. (2015), Ústav zdravotnických informací a statistiky (2018d)

Od začátku poskytování substituční léčby v ČR je patrná stagnace počtu osob léčených metadonem (počet a kapacita metadonových center se totiž v průběhu let téměř nezměnily). V posledních letech je patrný nárůst pacientů léčených Suboxone[®] na úkor pacientů léčených monopřípravky. Celkový počet pacientů v substituci přitom od r. 2012 stagnuje – graf 38.

graf 38: Počet pacientů v opiátové substituční léčbě podle užívaných přípravků v l. 2000–2017



Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky (2018d)

Představu o geografickém pokrytí ČR substituční léčbou poskytuje tabulka 43 V průměru bylo v ČR v r. 2017 registrováno v substituční léčbě 17,2 % problémových uživatelů opioidů (17,8 % v r. 2016). V Praze, kde se nachází cca 73 % odhadovaných problémových uživatelů opioidů celé ČR, je podíl registrovaných v substituci 13,6 % (15,3 % v r. 2016). Rovněž v ostatních krajích s významným počtem problémových uživatelů je jejich podíl v substituci velmi nízký. Mimo jiné v těchto krajích dochází v posledních letech k nárůstu zneužívání opioidních analgetik. Je však potřeba mít na paměti, že významný počet pacientů v opiátové substituční léčbě se v ČR nachází mimo registr NRLUD (viz dále).

tabulka 43: Pokrytí problémových uživatelů opioidů opiátovou substituční léčbou v r. 2017 podle kraje zařízení

Kraj	Odhadovaný počet POU	Počet registrovaných pacientů v OST	Počet registrovaných poskytovatelů OST	Počet odhadovaných POU na 1 poskytovatele	Podíl POU v OST (%)*
Praha	9 500	1 296	18	528	13,6
Středočeský	600	133	8	75	22,2
Jihočeský	500	49	6	83	9,8
Plzeňský	500	45	3	167	9,0
Karlovarský	< 50	7	1	50	14,0
Ústecký	900	282	5	180	31,3
Liberecký	< 50	22	3	17	44,0
Královéhradecký	200	110	3	67	55,0
Pardubický	< 50	0	0	0	0,0
Vysočina	< 50	20	2	25	40,0
Jihomoravský	400	187	7	57	46,8
Olomoucký	100	41	1	100	41,0
Zlínský	100	1	1	100	1,0
Moravskoslezský	200	56	4	50	28,0
Celkem ČR	13 100	2 249	62	211	17,2

Pozn.: * Bez započítání neregistrovaných pacientů, kterých je odhadem nejméně 1,5 tis.

Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky (2018d), Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti (2018a)

5.3.4 Zdravotní a sociální škody spojené s nelegálními drogami

5.3.4.1 Nově diagnostikované případy HIV, VHB a VHC

Výskyt HIV/AIDS sleduje Státní zdravotní ústav Praha (SZÚ) od r. 1985. Počet nově zachycených případů rostl do r. 2016, v r. 2017 došlo k mírnému poklesu na 254 případů. Podíl přenosu viru HIV prostřednictvím injekčního užívání drog je v ČR dlouhodobě nízký. V r. 2017 bylo diagnostikováno 5 (2,0 %) nových případů (5 mužů), u kterých došlo k přenosu infekce HIV velmi pravděpodobně prostřednictvím injekčního užívání drog. V anamnéze mělo injekční užívání drog dalších 11 nově diagnostikovaných HIV pozitivních osob – tabulka 44. Dominantní cestou přenosu HIV v ČR je sexuální styk mezi muži (MSM) se 181 novými případy v r. 2017 (71,3 %). Počet případů infekcí přenesených sexuálním stykem mezi heterosexuály v posledních 3 letech mírně roste, v r. 2017 dosáhl 58 případů (Státní zdravotní ústav Praha, 2018a).

tabulka 44: Počet nově zjištěných případů HIV do r. 2017 podle způsobu přenosu

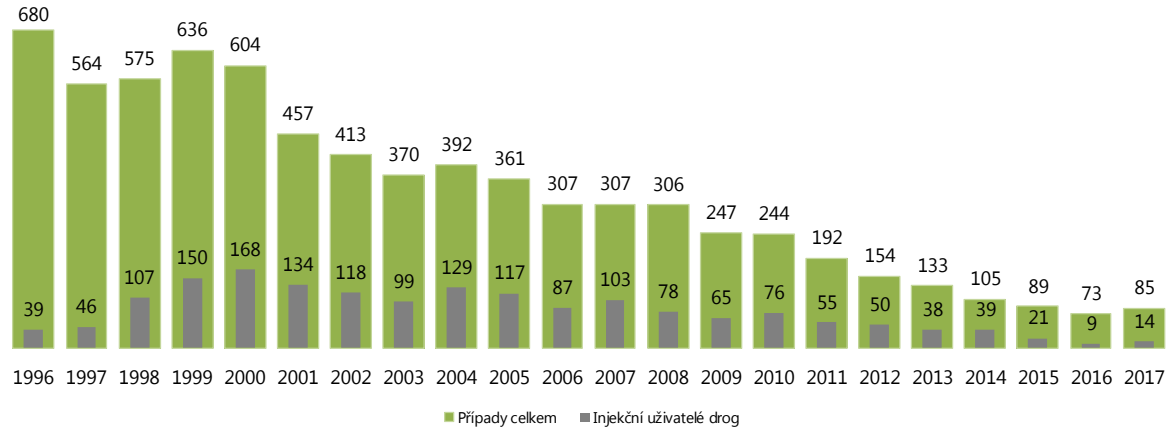
Způsob přenosu	1985–2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Celkem
IUD	55	8	4	4	6	5	6	9	5	7	5	114
> muži	40	7	4	3	6	2	4	4	4	6	5	85
> ženy	15	1	0	1	0	3	2	5	1	1	0	29
MSM/IUD	20	4	3	3	6	5	4	6	6	4	3	64
Jiný s IUD v anamnéze	39	2	4	5	3	2	3	6	7	12	8	92
Jiný bez IUD v anamnéze	924	134	145	168	138	200	222	211	248	263	238	2 890
Celkem	1 038	148	156	180	153	212	235	232	266	286	254	3 160

Pozn.: Počet případů se průběžně upravuje i za předchozí roky – úpravy vyplývají ze zjištěných duplicit a z dodatečného upřesnění informací o způsobu přenosu.

Zdroj: Státní zdravotní ústav Praha (2018c)

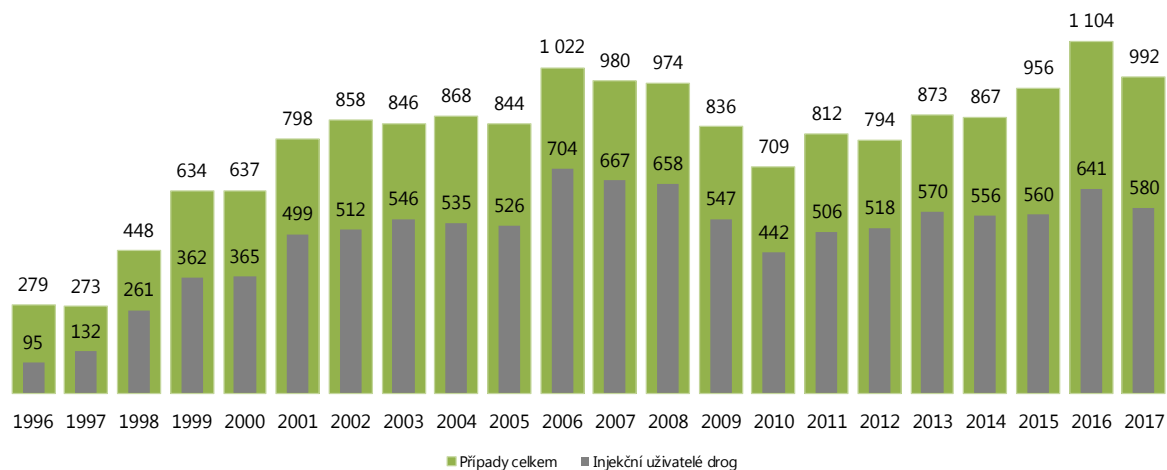
Počet nově hlášených případů akutní virové hepatitidy typu B (VHB, dg. B16) celkem i mezi IUD má od r. 2000 klesající tendenci, a to zejména díky povinnému očkování od r. 2001. V r. 2017 bylo hlášeno 85 nových případů VHB, z toho 14 mezi IUD (16,5 %). U virové hepatitidy typu C (VHC, dg. B17.1 a B18.2) tvoří IUD dlouhodobě více než polovinu všech nakažených, v r. 2017 bylo hlášeno celkem 992 nových případů VHC, z toho 580 mezi IUD (58,5 %) – graf 39 a graf 40.

graf 39: Hlášená incidence akutní VHB celkem a u injekčních uživatelů drog v l. 1996–2017



Zdroj: Státní zdravotní ústav Praha (2018b)

graf 40: Hlášená incidence akutní a chronické VHC celkem a u injekčních uživatelů drog v l. 1996–2017



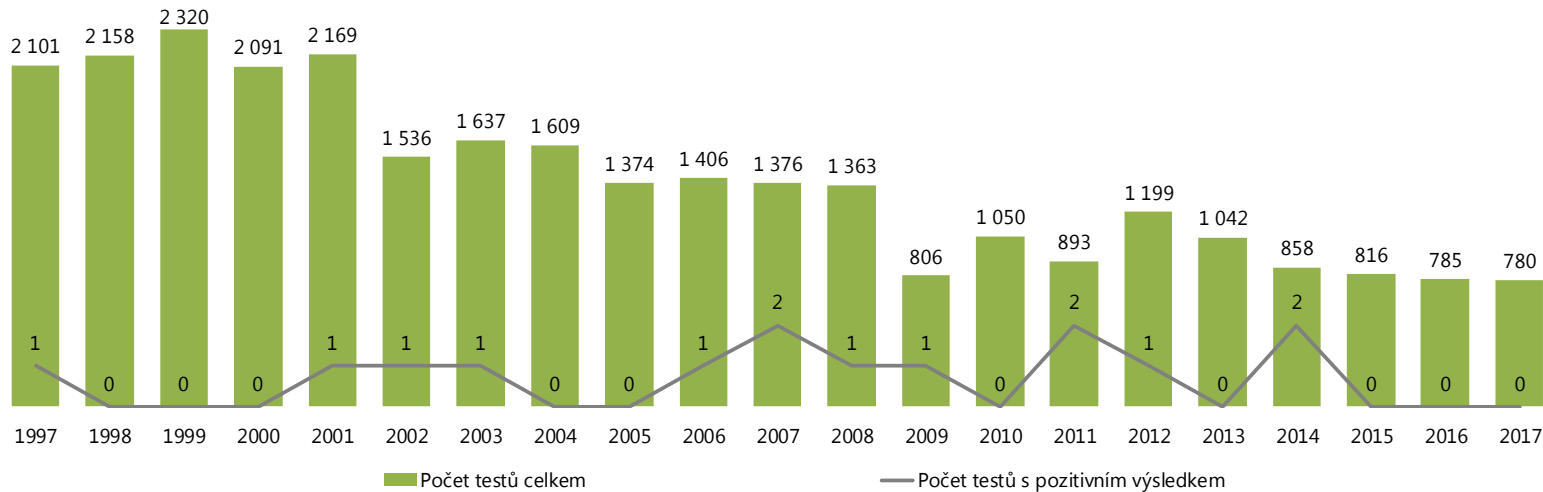
Zdroj: Státní zdravotní ústav Praha (2018b)

5.3.4.2 Séroprevalence infekčních onemocnění mezi uživateli drog

V r. 2017 bylo Národní referenční laboratoří pro AIDS (NRL AIDS) evidováno 780 HIV testů⁸ provedených injekčním uživatelům drog, žádný test nebyl pozitivní. Počet HIV testů IUD evidovaný NRL AIDS dlouhodobě klesá, míra prevalence je dlouhodobě nízká – graf 41.

⁸ Jde o testy, kdy je informace o užívání drog známa před testem či je uváděným důvodem jeho provedení. Injekční uživatelé drog mohou být testováni i z mnoha jiných důvodů, přičemž se v případě pozitivního výsledku zpětně zjistí, že jde o injekčního uživatele drog – takto byly identifikovány i další hlášené případy HIV positivity u IUD. Testování v nízkoprahových zařízeních pro uživatele drog není v celém rozsahu Národní referenční laboratoří pro AIDS evidováno.

graf 41: Výsledky vyšetření injekčních uživatelů drog na protilátky HIV v l. 1997–2017



Zdroj: Státní zdravotní ústav Praha (2018b)

Od r. 2004 realizuje NMS každoroční průzkum mezi nízkoprahovými programy pro uživatele drog s cílem zmapovat dostupnost testování, počty a výsledky provedených testů a základní charakteristiky otestovaných klientů. Míra výskytu infekcí je poměrně nízká – tabulka 45, je však nutné zohlednit, že do průzkumu se nezapojují všechny testující programy, navíc jde o diagnostický screening, kterého pravděpodobně ve vyšší míře využívají klienti s dosud negativními výsledky testování. Vzorek zúčastněných programů a soubor otestovaných klientů nelze tedy označit za reprezentativní. Uvedené výsledky tedy spíše podhodnocují výskyt daných nemocí v populaci uživatelů drog, resp. klientů nízkoprahových zařízení.

tabulka 45: Výsledky testování uživatelů drog na infekční nemoci v nízkoprahových programech v l. 2008–2017

Rok	HIV		VHC		VHB			
	Počet testů	Podíl reaktivních (%)	Počet testů	Podíl reaktivních (%)	HBsAg*	Podíl reaktivních (%)	anti-HBc IgG**	Podíl reaktivních (%)
2008	889	0,1	687	11,7	263	0,9	–	–
2009	498	0,0	397	22,4	5	0,0	–	–
2010	842	0,2	1 037	13,6	475	0,7	69	0,0
2011	2 089	0,3	2 368	18,2	965	0,1	273	0,0
2012	1 920	0,1	1 821	18,6	609	0,8	170	0,6
2013	1 762	0,1	1 873	14,6	834	0,2	293	1,7
2014	2 065	0,4	2 008	15,7	1 077	1,0	94	0,0
2015	1 384	0,2	1 331	16,6	734	0,8	348	0,9
2016	920	0,1	1 165	15,0	282	0,0	179	0,0
2017	1 450	0,1	1 720	15,9	1 113	0,8	110	0,0

Pozn.:* HBsAg ukazuje na akutní nebo chronickou aktivní infekci, ** anti-HBc IgG jsou protilátky vytvořené při akutní infekci VHB, ale přetrvávající dlouhodobě i po úzdavě.

Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti (2018b)

tabulka 46: Počet testujících nízkoprahových programů a počet jimi provedených testů na infekční nemoci v l. 2003–2017

Rok	HIV		VHB		VHC		Syfilis	
	Programy	Testy	Programy	Testy	Programy	Testy	Programy	Testy
2003	64	2 629	21	739	60	2 499	4	209
2004	58	2 178	25	932	53	2 582	1	84
2005	54	2 425	28	1 370	55	2 664	2	54
2006	46	1 253	56	693	62	1 133	3	209
2007	53	609	19	370	24	401	4	62
2008	50	1 120	18	399	40	862	3	124
2009	47	1 592	23	560	43	1 501	4	143
2010	58	1 821	40	1 200	59	2 134	20	771
2011	78	2 833	69	1 598	80	3 158	66	1 516
2012	64	2 892	48	1 468	67	3 011	46	1 969
2013	72	2 952	52	1 756	78	3 278	51	1 811
2014	74	3 028	54	1 889	79	3 359	57	1 829
2015	67	2 964	51	1 713	74	2 975	50	1 845
2016	76	3 332	56	2 128	78	3 347	57	2 406
2017	81	3 068	59	2 021	81	3 099	60	2 046

Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti (2018c)

tabulka 47: Nízkoprahové programy v ČR 2004–2017

Ukazatel	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Počet programů	92	92	90	109	100	95	96	99	103	110	105	104	104	108
Počet UD v kontaktu	24 200	27 800	25 900	27 200	28 300	30 000	32 400	35 500	34 500	38 300	40 300	41 000	39 500	39 200
Počet kontaktů (v tis.)	317,9	403,9	322,9	338,1	329,5	365,6	396,8	415,4	421,5	458,1	476,7	454,3	467,2	463,9
Počet IUD v kontaktu s nízkoprahovými zařízeními	16 200	17 900	18 300	20 900	22 300	23 700	24 500	25 300	28 000	31 500	33 000	31 400	31 600	32 300
Podíl IUD, kteří využili služeb nízkoprahových zařízení (%)	67	64	71	77	79	79	76	71	81	82	82	77	80	82
Počet výměnných programů	86	88	93	107	98	95	96	99	103	110	105	104	104	108
Počet výměn ve výměnných programech (v tis.)	139,8	249,0	191,0	215,8	217,2	237,8	234,9	256,5	240,1	279,1	292,2	284,1	283,4	257,2
Počet vyměněných stříkaček a jehel	2 355 536	3 271 624	3 868 880	4 457 008	4 644 314	4 859 100	4 942 816	5 292 614	5 356 318	6 175 118	6 594 069	6 403 404	6 469 441	6 401 662

Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti (2018c)

Jsou k dispozici výsledky testování osob hlášených v Národním registru léčby uživatelů drog (NRLUD). Míru séroprevalence infekcí mezi registrovanými IUD v dlouhodobém horizontu ukazuje tabulka 48. Srovnatelnost dat v l. 2015–2017 a dat hlášených dříve je však omezená z důvodu změny systému hlášení – do r. 2014 byl zdrojem dat Registr

žádostí o léčbu hygienické služby, od r. 2015 je zdrojem nový Národní registr léčby uživatelů drog (NRLUD). Séroprevalenci VHC u testovaných pacientů v substituční léčbě v l. 2010–2017 ukazuje graf 42, opět je potřeba vzít v úvahu přechod z NRULISL na NRLUD v r. 2015.

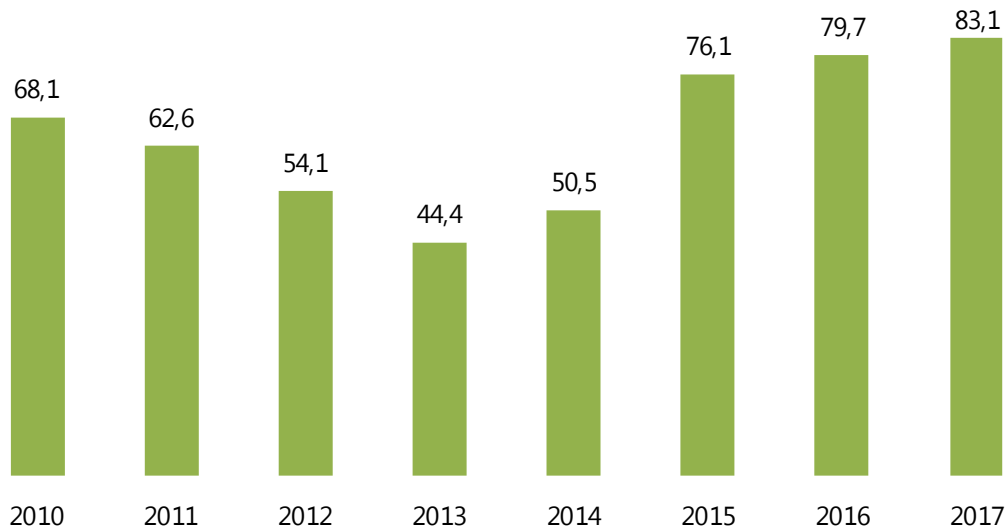
tabulka 48: Výsledky testování injekčních uživatelů drog na HIV, VHA, VHB a VHC v Registru žádostí o léčbu v l. 2003–2014 a v NRLUD v r. 2015–2017

Rok	HIV		VHA		VHB		VHC	
	Celkem testováno	Pozitivní (%)	Celkem testováno	Pozitivní (%)	Celkem testováno	Pozitivní (%)	Celkem testováno	Pozitivní (%)
2003	2 471	0,8	2 132	7,1	2 504	11,2	2 884	31,5
2004	2 483	0,4	2 059	5,5	2 581	9,9	2 913	33,6
2005	2 253	0,2	1 931	4,5	2 332	10,1	2 577	35,0
2006	2 196	0,5	1 997	3,3	2 290	10,0	2 497	32,6
2007	1 905	0,3	1 774	3,3	2 004	8,4	2 168	31,0
2008	2 332	0,6	2 271	8,4	2 463	8,9	2 636	32,0
2009	2 558	0,5	2 307	6,1	2 553	8,3	2 852	29,8
2010	2 865	0,6	2 515	5,8	2 837	8,1	3 189	30,4
2011	2 933	0,9	2 429	5,5	2 915	7,2	3 276	28,7
2012	2 942	0,7	2 428	7,0	2 888	10,3	3 286	29,2
2013	3 603	0,6	2 740	8,4	3 494	10,3	3 976	29,0
2014	3 607	0,2	2 566	7,0	3 361	8,7	3 991	29,4
2015*	145	0,7	105	25,7	58	19,0	218	45,0
2016	156	0,0	93	48,4	55	43,6	214	65,9
2017	146	0,0	82	31,7	42	40,5	231	49,4

Pozn.: Jsou zahrnuty pouze testy se známým výsledkem. * V r. 2015 došlo k přechodu z Registru žádostí o léčbu hygienické služby na Národní registr léčby uživatelů drog (NRLUD).

Zdroj: Füleová et al. (2015), Ústav zdravotnických informací a statistiky (2018d)

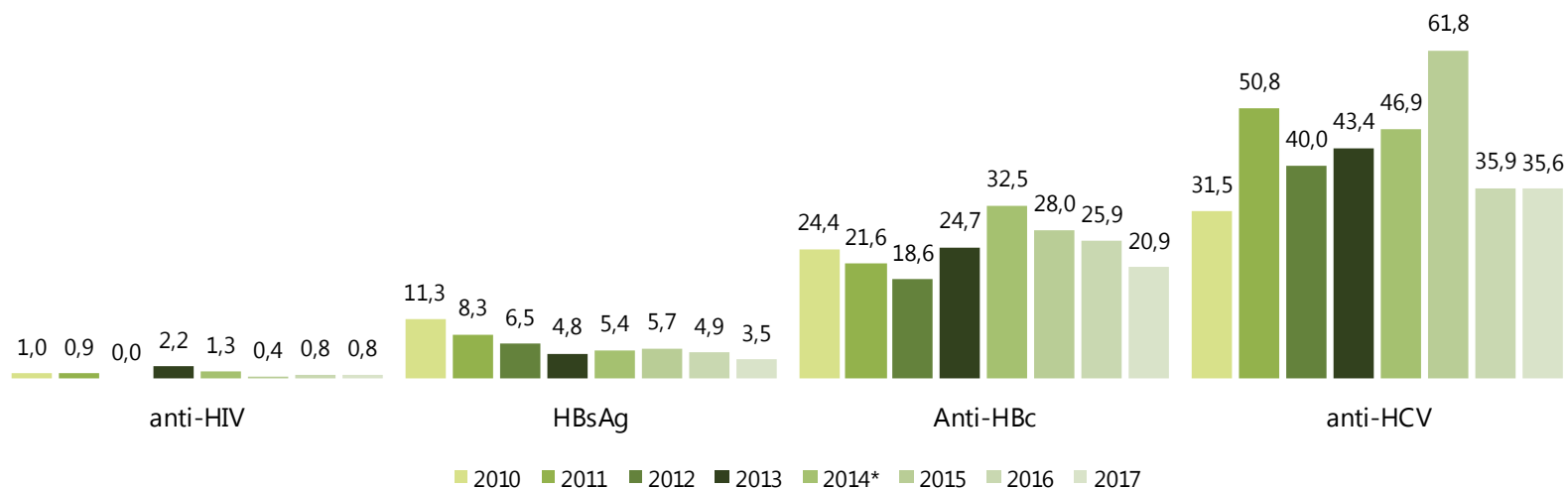
graf 42: Séroprevalence VHC u testovaných pacientů v substituční léčbě v l. 2010–2017, v %



Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky (2018d)

Vězeňská služba eviduje počty vězněných injekčních uživatelů drog testovaných na vybrané krvi přenosné infekce. Meziroční srovnání poskytuje graf 43. Výsledky naznačují pokles výskytu VHC mezi vězněnými osobami, zejména pokud jde o podíl pozitivních (séroprevalenci) mezi testovanými (z 61,8 % v r. 2015 na 35,9 % v r. 2016 a 35,6 % v r. 2017). Absolutní počet vězňů s pozitivním výsledkem testu se nesnížil natolik výrazně, pokles séroprevalence v průběhu výkonu trestu je teoreticky možné přičíst intenzivnímu screeningu v posledních letech. Je však potřeba mít na paměti, že jde o diagnostický screening vězněných osob, a soubor testovaných tedy není reprezentativní. Nelze vyloučit ani opakovaná vyšetření téže (pozitivní) osoby. Je proto nutná opatrnost při interpretaci a zobecňování výsledků a trendů.

graf 43: Trend výskytu vybraných sérologických ukazatelů HIV, VHB a VHC u testovaných vězněných injekčních uživatelů drog v l. 2010–2017, v %



Pozn.: * výsledky za 2. pololetí 2014

Zdroj: Generální ředitelství Vězeňské služby ČR (2018)

5.3.4.3 Nefatální intoxikace drogami

Sledování výskytu akutních předávkování a zdravotních komplikací v souvislosti s užitím návykové látky provádí hygienická služba. Data o výskytu akutních předávkování, podílu jednotlivých drog na evidovaných případech i o charakteristikách intoxikovaných osob jsou longitudinálně zajišťována prostřednictvím tzv. sentinelových pracovišť. Tento systém vykazuje značné regionální rozdíly komplikující interpretaci aktuální situace i trendů.⁹ Poslední data jsou dostupná za r. 2016, kdy bylo nahlášeno celkem 1101 případů akutních intoxikací či jiných zdravotních komplikací v souvislosti s užitím drogy (Füleová et al., 2017). Data za l. 2005–2016 byla publikována ve VZ 2016.

Informace o intoxikacích návykovými látkami jsou k dispozici z Národního registru hospitalizovaných.¹⁰ V dlouhodobém horizontu lze pozorovat pokles hospitalizací pro intoxikaci návykovými látkami, zejména alkoholem – tabulka 49.

⁹ V rámci tohoto systému jsou hlášeny případy předávkování, ale i jiných zdravotních komplikací vyžadujících urgentní hospitalizaci. Do systému hlásí různé typy zdravotnických zařízení, zejména pracoviště záchranné služby a JIP. V r. 2016 nebyl sběr dat realizován ve 4 krajích (Jihočeský, Jihomoravský, Královéhradecký a Praha).

¹⁰ Národní registr hospitalizovaných spravuje ÚZIS a jsou v něm evidovány pouze případy vyžadující hospitalizaci delší než 24 hodin. Extrahovány byly případy náhodné, úmyslné nebo blíže nezjištěné otravy nelegálními drogami, tj. diagnózy pro otravu nealkoholovými drogami mimo léků (dg. T40 a T43.6) a pro toxický účinek alkoholu (dg. T51.0, T51.9) a těkavých látek (dg. T52.0–T52.9).

tabulka 49: Počet hospitalizací pro intoxikaci drogami v nemocnicích akutní péče v l. 2005–2017

Droga	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Heroin	24	18	31	41	19	20	17	4	13	8	14	10	7
Metadon	0	6	1	2	3	2	1	2	1	3	2	0	3
Jiné opioidy	71	79	64	62	50	62	57	79	96	107	81	101	101
Kokain	7	2	1	4	1	3	1	1	9	2	2	1	3
Konopné látky	78	67	55	86	66	66	58	57	65	62	35	55	48
LSD	0	6	5	3	4	1	2	2	2	2	1	2	0
Pervitin a jiná stimulantia	25	22	29	30	25	25	17	30	39	57	52	48	49
Jiné a neurčené drogy	116	146	136	83	94	77	79	87	98	107	77	93	113
Nelegální drogy celkem	321	346	322	311	262	256	232	262	323	324	264	310	324
Alkohol	1 220	1 184	1 161	1 125	919	724	714	738	608	557	433	464	460
Těkavé látky	401	401	306	264	230	243	241	262	234	303	210	191	144
Celkem	1 942	1 931	1 789	1 700	1 411	1 223	1 187	1 262	1 165	1 184	907	965	928

Pozn.: heroin (T40.1), metadon (T40.3), jiné opioidy (T40.0, T40.2), kokain (T40.5), konopné drogy (T40.7), LSD (T40.8), pervitin a jiná stimulantia (T43.6), jiné a neurčené drogy (T40.4, T40.6, T40.9), alkohol (T51.0, T51.9), těkavé látky (T52.0–T52.9)

Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky (2018c)

Sledování výskytu akutních předávkování a zdravotních komplikací v souvislosti s užitím návykové látky provádí hygienická služba. Data o výskytu akutních předávkování, podílu jednotlivých drog na evidovaných případech i o charakteristikách intoxikovaných osob jsou longitudinálně zajišťována prostřednictvím tzv. sentinelových pracovišť. Tento systém vykazuje značné regionální rozdíly komplikující interpretaci aktuální situace i trendů.¹¹ V r. 2016 bylo hygienickým stanicím zapojeným do sběru dat nahlášeno celkem 1101 případů akutních intoxikací či jiných zdravotních komplikací v souvislosti s užitím drogy. Ve srovnání s r. 2015 došlo k poklesu o 104 případů (Füleová et al., 2017).

¹¹ V rámci tohoto systému jsou hlášeny případy předávkování, ale i jiných zdravotních komplikací vyžadujících urgentní hospitalizaci. Hlášení do systému poskytují různé typy zdravotnických zařízení, zejména pracoviště záchranné služby a JIP. V r. 2016 nebyl sběr dat realizován ve 4 krajích (Jihočeský, Jihomoravský, Královéhradecký a Praha).

tabulka 50: Nefatální intoxikace drogami v ČR v l. 2005–2016 evidované hygienickou službou

Droga	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Pervitin	222	231	343	364	187	148	150	260	245	257	394	297
Heroin	244	149	190	166	122	162	96	77	63	44	29	11
Metadon	10	7	2	1	1	0	0	0	0	0	0	0
Subutex®	14	18	32	7	0	0	0	0	0	0	0	4
Ostatní opioidy	19	21	40	17	42	24	32	42	37	60	65	61
Benzodiazepiny	153	124	139	113	180	136	138	206	248	282	223	205
Jiná sedativa a hypnotika	88	107	125	135	127	112	105	120	101	97	157	172
Konopné látky	73	72	127	108	105	102	84	125	125	118	104	133
Těkavé látky	48	28	31	9	33	18	25	26	15	15	9	10
Lysohlávky	6	5	10	9	7	4	2	7	4	5	3	2
Kokain, crack	7	8	1	7	2	0	1	5	3	4	1	1
Durman	1	0	1	5	2	0	0	2	1	0	0	1
LSD	3	5	7	4	13	3	7	15	7	8	16	3
Extáze	8	12	12	3	1	2	0	4	0	7	6	10
Jiné známé drogy a léky	111	89	124	140	173	137	139	147	191	224	195	189
Ostatní/neznámo	186	78	71	58	23	1	26	3	3	2	3	2
Celkem	1 193	954	1 255	1 146	1 018	849	805	1 039	1 043	1 123	1 205	1 101

Zdroj: Füleová et al. (2017)

5.3.4.4 Úrazy pod vlivem drog

Z Národního registru hospitalizovaných jsou extrahovány všechny případy s vnější příčinou úrazu a případy úrazu pod vlivem návykových látek, resp. ty případy, u nichž byl vliv návykových látek patrný z vedlejší diagnózy.¹² Podíl úrazů pod vlivem návykových látek v r. 2017 byl vyšší než 4 %, z toho největší podíl tvořily úrazy pod vlivem alkoholu (3,1 %). Podíl úrazů pod vlivem alkoholu dlouhodobě roste. Podíl úrazů pod vlivem psychoaktivních léků dosáhl 1,2 %, podíl úrazů pod vlivem nelegálních drog a těkavých látek 0,2 %, resp. 0,1 % – tabulka 51.

¹² Vliv alkoholu byl definován jako dg. F10.0 nebo T51.0, nebo T51.9, u nelegálních drog jako dg. F11.0, F12.0, F14.0, F15.0, F16.0, F19.0, T40 nebo T43.6, u těkavých látek jako dg. F18.0 nebo T52 a u psychoaktivních léků jako dg. F13.0, T42, T43 (kromě T43.6), a to v základní nebo vedlejší dg.

tabulka 51: Počet hospitalizací pro úraz celkem a pod vlivem návykových látek v l. 2002–2017

Rok	Celkem úrazů	Pod vlivem návykových látek		z toho pod vlivem			
		Počet	Podíl (%)	alkoholu	nelegálních drog	psychoaktivních léků	těkavých látek
2002	187 090	8 942	4,8	4 959	443	3 350	441
2003	196 577	9 080	4,6	5 373	428	3 090	421
2004	203 211	9 681	4,8	6 010	402	3 098	446
2005	202 815	9 341	4,6	5 845	391	2 991	415
2006	195 803	8 659	4,4	5 216	423	2 872	412
2007	191 937	9 157	4,8	5 878	410	2 812	315
2008	196 013	9 588	4,9	6 650	425	2 566	271
2009	198 738	9 670	4,9	6 974	370	2 385	242
2010	200 319	9 163	4,6	6 615	365	2 255	249
2011	200 553	9 416	4,7	6 807	326	2 325	250
2012	205 090	10 032	4,9	7 190	384	2 519	271
2013	204 603	10 040	4,9	7 049	458	2 692	237
2014	210 340	10 846	5,2	7 611	464	2 961	309
2015	210 030	10 388	4,9	7 384	375	2 870	215
2016	209 281	9 713	4,6	6 855	438	2 690	197
2017	209 368	9 075	4,3	6 485	442	2 451	151

Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky (2018c)

Celkem policie v r. 2017 použila 1 319 614 orientačních testů na alkohol (2 007 248 v r. 2014, 1 336 324 v r. 2015 a 1 891 531 v r. 2016) a 154 344 na OPL (98 785 v r. 2014, 128 770 v r. 2015 a 149 885 v r. 2016).

5.3.4.5 Drogová úmrtí a mortalita uživatelů drog

5.3.4.5.1 Drogová úmrtí ve speciálním registru mortality

Do r. 2012 včetně byla drogová úmrtí z dat poskytovaných odděleními soudního lékařství sledována ve speciálním registru drogových úmrtí – od r. 1998 přímá drogová úmrtí (smrtelná předávkování drogami) a od r. 2003 také nepřímá úmrtí (úmrtí z jiných příčin pod vlivem drog). Za r. 2013 a 2014 nejsou tato data k dispozici.

V únoru 2015 byl spuštěn Národní registr pitev a toxikologických vyšetření prováděných na oddělení soudního lékařství (NRPATV), který spravuje ÚZIS a který nahradil speciální registr drogových úmrtí –blíže viz VZ 2015. Od r. 2015 jsou tedy data o drogových úmrtích extrahována z NRPATV.

V ČR jsou povinně podle zákona soudním lékařem prováděny pitvy všech náhlých úmrtí, kdy prohlížející lékař nemohl stanovit příčinu smrti, a u všech násilných úmrtí (tj. také všech úrazů a otrav).

V r. 2017 bylo provedeno 13 043 soudních pitev (přibližně stejně jako v r. 2016), u necelé poloviny z nich bylo provedeno toxikologické vyšetření.

V r. 2017 bylo zjištěno 92 přímých drogových úmrtí (94 v r. 2016), tj. smrtelných předávkování nelegálními drogami, těkavými látkami a psychoaktivními léky, a to jak předávkování sebevražděná, tak náhodná či bez zjištěného úmyslu. Z toho bylo 42 případů smrtelných předávkování nelegálními drogami a těkavými látkami (32 v r. 2016) a psychoaktivní léky byly příčinou předávkování v 50 případech (62 případů v r. 2016) (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2018e).

Bylo identifikováno celkem 27 případů smrtelných předávkování opioidy (15 v r. 2016). V 19 případech byl v r. 2017 příčinou opioid samotný, a to fentanyl (8), morfin (4), kodein (3), dihydrokodein (2), hydromorfin (1), oxykodon (1). V 7 případech šlo o kombinaci s benzodiazepiny či jinými psychoaktivními léky. Mezi detekovanými opioidy byly zastoupeny morfin (5), oxykodon (1), kodein (1). I když část případů předávkování opioidy spadá do nejvyšších věkových kategorií a nelze tedy vyloučit, že jde o náhodná či úmyslná předávkování léky u osob, které nepatří mezi problémové uživatele drog, jde o zřejmý nárůst oproti r. 2016.

Pervitin byl příčinou smrtelného předávkování v 11 případech (stejně jako v r. 2016), z toho v 9 případech byl užit samotný nebo byl nalezen amfetamin, který je metabolitem metamfetaminu. Ve 3 případech šlo o smrtelné předávkování těkavými látkami (5 v r. 2016), z toho ve 2 případech toluenem.

V r. 2017 bylo hlášeno 1 úmrtí na předávkování GHB. Stejně jako v r. 2016 nebylo v r. 2017 hlášeno žádné úmrtí v důsledku předávkování MDMA, kokainem, halucinogeny, THC nebo novými syntetickými drogami – tabulka 52.

Smrtelná předávkování psychoaktivními léky byla ve více než polovině případů sebevražděná. Celkem bylo v r. 2017 zjištěno 50 případů smrtelných předávkování psychoaktivními léky (62 v r. 2016), z toho v 19 případech šlo o benzodiazepiny, v 8 případech o zolpidem samotný nebo v kombinaci s jinými léky, v 8 případech šlo o samotný tramadol a v 1 případě o kombinaci tramadolu s jinými léky.

tabulka 52: Smrtná předávkování drogami v r. 2017 ve speciálním registru podle skupin drog, věkových skupin a pohlaví

Droga	Věková skupina												Pohlaví		
	<15	15–19	20–24	25–29	30–34	35–39	40–44	45–49	50–54	55–59	60–64	>64	Muži	Ženy	Celkem
Opioidy	0	0	2	1	4	2	3	3	4	3	0	5	17	10	27
> jen opioidy	0	0	1	1	3	1	3	2	3	2	0	3	13	6	19
> více látek včetně opioidů	0	0	1	0	0	1	0	1	1	1	0	2	3	4	7
> metadon	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Jiné drogy než opioidy	0	1	0	1	4	2	2	2	1	0	0	2	13	2	15
> těkavé látky	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	3	0	3
> amfetaminy (pervitin)	0	1	0	1	2	2	1	2	1	0	0	1	9	2	11
> GHB	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Celkem nelegální drogy a těkavé látky*	0	1	2	2	8	4	5	5	5	3	0	7	30	12	42
Psychoaktivní léky	0	0	1	1	5	2	6	4	8	4	6	13	23	27	50
> benzodiazepiny	0	0	1	0	3	1	4	2	2	0	1	5	10	9	19
Celkem	0	1	3	3	13	6	11	9	13	7	6	20	53	39	92

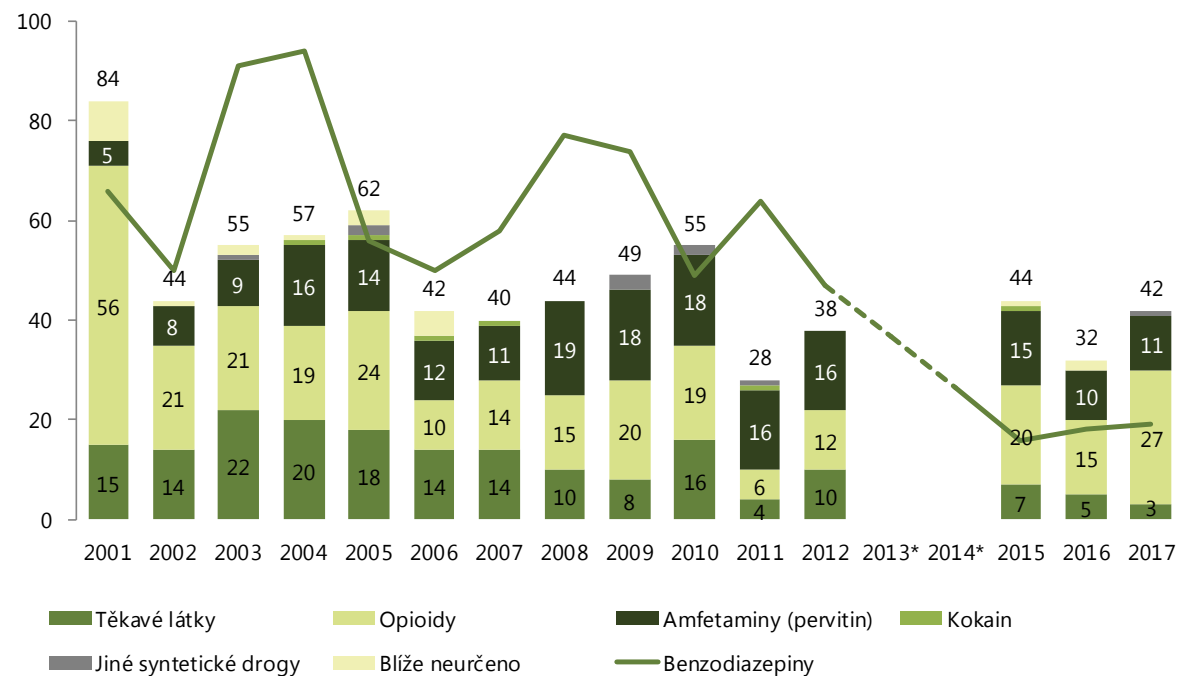
Pozn.: * selekce D standardu EMCDDA

Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky (2018e)

V r. 2017 zůstal počet smrtelných předávkování nelegálními drogami a těkavými látkami nadále na nízké úrovni. Oproti r. 2016 došlo ale ke zvýšení především počtu předávkování opioidy. Počet předávkování pervitinem zůstal téměř stejný. Předávkování ostatními nelegálními drogami jsou stále velmi sporadická. Počet předávkování benzodiazepiny oproti předchozímu období mírně vzrostl. Dlouhodobý trend ukazuje graf 44.

Výskyt smrtelných předávkování podle krajů v r. 2017 uvádí tabulka 53. Je patrný vyšší výskyt smrtelných předávkování opioidy v Olomouckém a Plzeňském kraji.

graf 44: Smrtelná předávkování benzodiazepiny, nelegálními drogami a těkavými látkami ve speciálním registru v l. 2001–2017



Pozn.: * Data za r. 2013 a 2014 nejsou dostupná. Od r. 2015 došlo ke změně dosavadního informačního systému Speciálního registru drogových úmrtí na Národní registr pitev a toxikologických vyšetření prováděných na oddělení soudního lékařství.

Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky (2018e)

tabulka 53: Smrtelná předávkování ve speciálním registru v r. 2017 podle krajů

Kraj bydliště	Nelegální drogy a těžké látky				Psychoaktivní léky	Celkem
	Opioidy	Pervitin	Těžké látky	Celkem		
Praha	0	2	0	3	6	9
Středočeský	0	1	0	1	3	4
Jihočeský	2	2	0	4	2	6
Plzeňský	4	3	0	7	5	12
Karlovarský	2	0	0	2	4	6
Ústecký	0	0	0	0	0	0
Liberecký	2	1	0	3	5	8
Královéhradecký	1	0	0	1	4	5
Pardubický	3	0	0	3	5	8
Vysočina	1	0	1	2	2	4
Jihomoravský	1	0	2	3	3	6
Olomoucký	7	0	0	7	1	8
Zlínský	3	1	0	4	3	7
Moravskoslezský	1	0	0	2	7	9
Celkem ČR	27	10	3	42	50	92

Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky (2018e)

5.3.4.5.2 Úmrtí pod vlivem drog

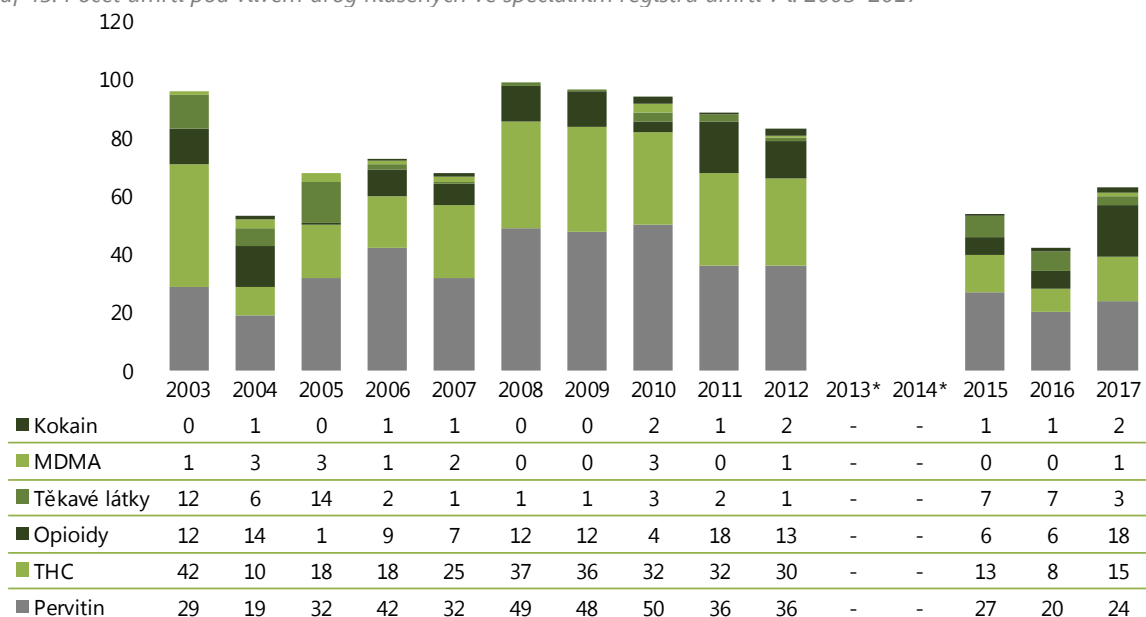
Celkem bylo v NRPATV v r. 2017 identifikováno 128 úmrtí pod vlivem nelegálních drog a psychoaktivních léků z jiných příčin než předávkování (97 v r. 2016), z toho nejvíce stejně jako v minulosti v důsledku nemoci, nehod a sebevražd. Přehled počtu a podílu vybraných skupin drog na jednotlivých skupinách úmrtí za přítomnosti drog uvádí tabulka 54, trend od r. 2004 ukazuje graf 45. V dlouhodobém horizontu je nejvyšší počet případů nepřímých úmrtí s nálezem nelegálních drog spojen s pervitinem a konopnými látkami.

tabulka 54: Počet úmrtí pod vlivem drog hlášených ve speciálním registru úmrtí v r. 2017 podle vybraných skupin drog a příčin smrti

Droga	Nehoda	Sebevražda	Napadení	Nemoc	Nezjištěno	Celkem	Podíl (%)
Benzodiazepiny	3	6	1	19	4	33	25,8
Jiné psychoaktivní léky	3	8	0	14	7	32	25,0
Pervitin	14	5	0	4	1	24	18,8
Opioidy	6	4	0	2	6	18	14,1
THC	8	3	1	3	0	15	11,7
Těkavé látky	1	0	0	1	1	3	2,3
Kokain	1	1	0	0	0	2	1,6
Ostatní stimulancia	0	0	0	0	1	1	0,8
Celkem	36	27	2	43	20	128	100,0

Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky (2018e)

graf 45: Počet úmrtí pod vlivem drog hlášených ve speciálním registru úmrtí v l. 2003–2017



Pozn.: Od r. 2015 došlo ke změně dosavadního informačního systému Speciálního registru drogových úmrtí na Národní registr pítve a toxikologických vyšetření prováděných na oddělení soudního lékařství. * Data za r. 2013 a 2014 nejsou dostupná.

Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky (2018e)

5.3.4.5.3 Drogová úmrtí v obecném registru mortality

Pro extrakci dat o drogových úmrtích z informačního systému Zemřelí, tzn. obecného registru mortality, se používají kritéria EMCDDA, jejichž základem je výběr příslušných diagnóz příčin úmrtí nebo kombinace příčin a mechanismu úmrtí.

Počet předávkování nelegálními drogami a těkavými látkami v r. 2017 dosáhl 64 (48 v r. 2016), z toho bylo 36 případů předávkování opioidy (20 případů v r. 2016), z nich byly 2 případy předávkování metadonem, 2 případy opiem a 1 případ heroinem, zbytek tvoří jiné blíže neurčené opioidy. Dále byl hlášen 1 případ předávkování kokainem, 9 případů předávkování stimulancií mimo kokainu (pravděpodobně převážně pervitinem), 12 nespecifikovanými látkami a 6 těkavými látkami (7 v r. 2016) (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2018b). Strukturu smrtelných předávkování v r. 2017 podle standardní i rozšířené selekce B podle EMCDDA¹³ podle věku, pohlaví a druhu drogy ukazuje tabulka 55 a vývoj počtu úmrtí podle jednotlivých drog v období 1994–2017 tabulka 56. Je zřejmé, že počet případů předávkování drogami byl v r. 2017 nejvyšší za celou dobu sledování drogových úmrtí v obecném registru mortality v ČR, v posledních letech dochází k nárůstu především u opioidů. I zde platí totéž co u speciálního registru úmrtí – část případů předávkování opioidy spadá do nejvyšších věkových kategorií a může tedy jít o náhodná či úmyslná předávkování léky u osob, které nepatří mezi problémové uživatele drog. Přesto jde o zřejmý nárůst oproti r. 2016.

tabulka 55: Smrtelná předávkování drogami v r. 2017 v obecném registru úmrtí podle skupin drog, věkových skupin a pohlaví

Droga	Věková skupina												Pohlaví		
	<15	15–19	20–24	25–29	30–34	35–39	40–44	45–49	50–54	55–59	60–64	>64	Muži	Ženy	Celkem
Opioidy	0	0	0	4	4	3	3	4	5	3	0	8	20	14	34
> z toho metadon	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	2	0	2
Kokain	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Ostatní stimulancia	0	1	0	2	0	2	1	1	1	1	0	0	7	2	9
Drogy blíže nespecifikované	0	0	1	1	2	1	3	1	0	1	0	2	8	4	12
Celkem nelegální drogy*	0	1	1	7	7	7	8	6	6	5	0	10	38	20	58
Těkavé látky	0	0	0	0	1	1	2	0	0	0	2	0	5	1	6
Celkem nelegální drogy a těkavé látky	0	1	1	7	8	8	10	6	6	5	2	10	43	21	64

Pozn.: * selekce B standardu EMCDDA

Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky (2018b)

¹³ Jako standard je používána tzv. selekce B podle EMCDDA, která spočívá ve výběru úmrtí, kde je prvotní příčinou duševní porucha a porucha chování způsobená nelegálními drogami a jejich kombinacemi (dg. F11–F19 bez F13, F17 a F18) nebo jde o náhodnou, úmyslnou nebo blíže nezjištěnou otravu nelegálními drogami, tj. kombinací diagnóz uvedených pod písmeny X nebo Y s diagnózami pro otravu danou substancí (dg. T40 a T43.6). Ve snaze co nejvíce sblížit selekci B z obecného registru se selekcí D ze speciálního registru mortality bylo provedeno rozšíření standardní selekce B o těkavé látky, tzn. o dg. F18 (duševní porucha a porucha chování způsobená užíváním těkavých látek) a o dg. X46, X66 a Y16 v kombinaci s dg. T52, tj. náhodná, úmyslná nebo nezjištěná otrava těkavými látkami.

tabulka 56: Smrtná předávkování drogami v obecném registru úmrtí podle skupin drog v l. 1994–2017

Rok	Opioidy	z toho metadon	Konopné látky	Kokain	Ostatní stimulancia (pervitin)	Halucinogeny	Drogy blíže neurčené	Celkem nelegální drogy*	Těkavé látky	Celkem nelegální drogy a těkavé látky
1994	7	0	0	0	0	0	3	10	12	22
1995	0	0	0	0	0	0	3	3	9	12
1996	2	0	0	0	0	0	4	6	18	24
1997	4	0	0	0	0	0	9	13	17	30
1998	7	0	0	0	0	0	9	16	10	26
1999	14	1	1	0	1	0	8	24	14	38
2000	11	0	0	0	0	0	12	23	19	42
2001	18	0	0	0	0	0	13	31	21	52
2002	6	0	0	0	3	0	4	13	17	30
2003	12	0	0	0	2	0	4	18	14	32
2004	2	0	0	0	1	0	11	14	14	28
2005	9	0	0	1	2	0	7	19	16	35
2006	11	0	1	1	1	0	5	19	14	33
2007	6	1	1	0	2	0	10	19	15	34
2008	9	0	0	0	7	0	8	24	8	32
2009	20	1	1	0	2	0	10	33	10	43
2010	13	1	0	0	8	0	8	29	13	42
2011	12	0	0	1	3	1	5	22	5	27
2012	17	1	0	0	7	0	8	32	13	45
2013	17	1	3	0	10	0	9	39	8	47
2014	14	0	0	0	10	0	11	35	13	48
2015	27	0	0	0	16	0	10	53	4	57
2016	20	2	0	1	6	0	14	41	7	48
2017	36	2	0	1	9	0	12	58	6	64

Pozn.: * selekce B standardu EMCDDA

Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky (2018b)

V letech 2005 až 2010 bylo v ČR provedeno několik retrospektivních kohortových studií úmrtnosti PUD. Ve studii na souboru osob hospitalizovaných pro poruchy způsobené užíváním drog v letech 1997–2002 byla celková hrubá míra úmrtnosti uživatelů stimulantů (pervitinu) 4,9 ‰ ročně a uživatelů opioidů 8,6 ‰ ročně (Lejčková and Mravčík, 2007, Lejčková and Mravčík, 2009). V r. 2008 byla provedena studie na kohortě osob hospitalizovaných pro poruchy spojené s užíváním drog a osob v opiatové substituční léčbě v letech 1997–2007, hrubá míra úmrtnosti uživatelů stimulantů (pervitinu) dosáhla 4,8 ‰, u uživatelů opioidů to bylo 7,1 ‰ (Zábranský et al., 2010). Ve třetí prospektivní studii byla úmrtí zaznamenána pouze mezi muži a hrubá úmrtnost dosáhla 3,5 ‰ uživatelů pervitinu, u uživatelů opiátů to bylo 7,2 ‰ (Zábranský et al., 2011b). Ukazatel SMR napříč studii ukázal, že riziko úmrtí uživatelů pervitinu je přibližně 4–8krát vyšší a uživatelů heroínu 9–14krát vyšší než riziko úmrtí osob téhož pohlaví a věku v obecné populaci.

Pokud jde o podíl jednotlivých příčin smrti a jejich skupin, uživatelé pervitinu a heroínu vykazují různou strukturu úmrtnosti – mezi uživateli pervitinu je patrný vyšší podíl úmrtí z vnějších příčin, zejména sebevražd a dopravních nehod; uživatelé opioidů mají vyšší výskyt jiných úrazů a nehod včetně náhodných předávkování (Zábranský et al., 2009) – tabulka 57.

tabulka 57: Příčiny úmrtí u uživatelů pervitinu a opioidů hospitalizovaných nebo zařazených do opiatové substituční léčby v r. 1997–2007, v %

Příčina úmrtí	Stimulancia (%)	Opioidy (%)
VHB	0,0	0,3
VHC	0,5	0,7
HIV/AIDS	0,0	0,0
Tuberkulóza	0,0	0,0
Septikémie/viremie	0,0	0,0
Endokarditida	0,5	2,4
Nemoci a karcinom jater	2,0	3,0
Další nemoci	15,8	24,6
Nemoci celkem	18,8	31,0
Sebevraždy	37,6	16,2
Dopravní nehody	13,4	3,0
Jiné úrazy/nehody	18,8	34,0
Napadení	1,0	2,0
Další vnější příčiny	10,4	13,8
Vnější příčiny celkem	81,2	69,0
Celkem	100,0	100,0

Zdroj: Zábranský et al. (2009)

V NRLUD, v části registru evidujícího substituční léčbu se jako jeden z důvodů ukončení léčby uvádí také úmrtí klienta. V r. 2017 bylo registrováno celkem 2249 léčených osob v substituční léčbě, z nichž 8 v průběhu roku zemřelo (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2016b), což znamená hrubou roční míru úmrtnosti 3,6 ‰ – tabulka 58. Míra úmrtnosti v registru substituční léčby je však podhodnocena, protože v NRLUD nejsou pravděpodobně evidována úmrtí všech pacientů.

tabulka 58: Míra úmrtnosti pacientů podle registru substituční léčby v l. 2000–2017

Rok	Počet registrovaných	Počet zemřelých	Míra úmrtnosti (‰)
2000	245	0	0,0
2001	533	2	3,8
2002	560	0	0,0
2003	789	2	2,5
2004	866	2	2,3
2005	825	1	1,2
2006	938	1	1,1
2007	1 038	0	0,0
2008	1 356	3	2,2
2009	1 555	3	1,9
2010	2 113	4	1,9
2011	2 290	4	1,7
2012	2 298	3	1,3
2013	2 311	3	1,3
2014	2 314	5	2,2
2015	2 248	6	2,7
2016	2 266	6	2,6
2017	2 249	8	3,6

Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky (2018d)

5.3.4.6 Drogy a dopravní nehody

Policie ČR v r. 2017 evidovala 4251 nehod zaviněných pod vlivem alkoholu (tj. 4,1 % z celkového počtu), při kterých bylo 48 osob usmrceno (tj. 9,6 % všech usmrcených). Dále policie evidovala 231 nehod s pozitivním nálezem nealkoholových drog u viníka nehody (0,22 %), při nichž byly 4 osoby usmrceny (0,8 %) – tabulka 59. Z uvedených nehod bylo 66, u kterých byl viník pozitivní jak na alkohol, tak na nealkoholové drogy (Ředitelství služby dopravní policie Policejního prezidia ČR, 2017). Vliv alkoholu i nealkoholových drog na dopravní nehodovost v posledních letech klesá.

tabulka 59: Nehodovost na pozemních komunikacích v ČR v l. 2003–2017 – vliv alkoholu a jiných drog

Rok	Nehody					Usmrcení při nehodách*				
	Celkem	Pod vlivem alkoholu		Pod vlivem jiných drog		Celkem	Pod vlivem alkoholu		Pod vlivem jiných drog	
	Počet	Počet	Podíl (%)	Počet	Podíl (%)	Počet	Počet	Podíl (%)	Počet	Podíl (%)
2003	195 851	9 076	4,9	39	0,02	1 319	111	8,5	0	–
2004	196 484	8 445	4,5	53	0,03	1 215	59	4,9	1	0,1
2005	199 262	8 192	4,3	60	0,03	1 127	59	5,2	0	–
2006	187 965	6 807	3,8	64	0,03	956	42	4,3	1	0,1
2007	182 736	7 266	4,3	78	0,04	1 123	36	3,2	2	0,2
2008	160 376	7 252	4,8	109	0,07	992	80	8,1	1	0,1
2009**	74 815	5 725	8,1	137	0,18	832	123	14,9	6	0,7
2010	75 522	5 015	6,6	165	0,22	753	102	13,5	15	2,0
2011	75 137	5 242	7,5	165	0,24	707	89	12,6	10	1,4
2012	81 404	4 974	6,7	173	0,22	681	45	6,6	9	1,3
2013	84 398	4 686	6,1	244	0,32	583	52	9,0	14	2,4
2014	85 859	4 637	5,4	260	0,30	629	63	10,0	6	1,0
2015	93 067	4 544	4,9	301	0,32	660	62	9,4	12	1,8
2016	98 864	4 373	4,4	251	0,25	545	52	9,5	10	1,8
2017	103 821	4 251	4,1	231	0,22	502	48	9,6	4	0,8

Pozn.: * Do 24 hodin po nehodě. ** Od 1. 1. 2009 se zvýšila hranice odhadované škody pro povinné hlášení nehody policii z původních 50 tis. Kč na 100 tis. Kč, proto došlo k poklesu počtu hlášených dopravních nehod.

Zdroj: Ředitelství služby dopravní policie Policejního prezidia ČR (2017)

5.3.4.7 Kriminalita spojená s užíváním drog

Základní zdroje dat o drogové kriminalitě představují zejména Evidenční systém statistik kriminality (ESSK) Policejního prezidia ČR (PP ČR) a statistiky Národní protidrogové centrály Služby kriminální policie a vyšetřování Policie ČR (NPC), Ministerstva spravedlnosti ČR (MS), Vězeňské služby ČR (VS ČR) a Probační a mediační služby ČR (PMS).

Informace o osobách zadržených nebo stíhaných za primární DTČ jsou evidovány v systémech NPC, PP ČR i MS. Odlišnosti údajů z těchto zdrojů jsou dány rozdíly v hlásné praxi a postupech při sběru dat.

tabulka 60: Vývoj počtu primárních drogových trestných činů (DTČ) a jejich podílu na všech zjištěných trestných činech (TČ) v l. 2002–2017

Rok	Zjištěné TČ	Počet DTČ	Podíl DTČ ze zjištěných (%)	Počet DTČ na 100 tis. os. 15–64 let
2002	372 341	4 330	1,2	60,2
2003	357 740	3 760	1,1	52,0
2004	351 629	3 086	0,9	42,5
2005	344 060	2 915	0,8	40,0
2006	336 446	2 922	0,9	39,9
2007	357 391	2 865	0,8	38,8
2008	343 799	3 041	0,9	40,9
2009	332 829	3 069	0,9	41,4
2010	313 387	3 179	1,0	43,1
2011	317 177	3 834	1,2	52,8
2012	304 528	4 032	1,3	56,1
2013	325 366	5 117	1,6	72,0
2014	288 660	5 597	1,9	79,3
2015	247 628	5 549	2,2	79,3
2016	218 162	5 567	2,6	80,2
2017	202 303	5 599	2,8	81,2

Zdroj: Mravčík et al. (2017), Policejní prezidium Policie ČR (2018)

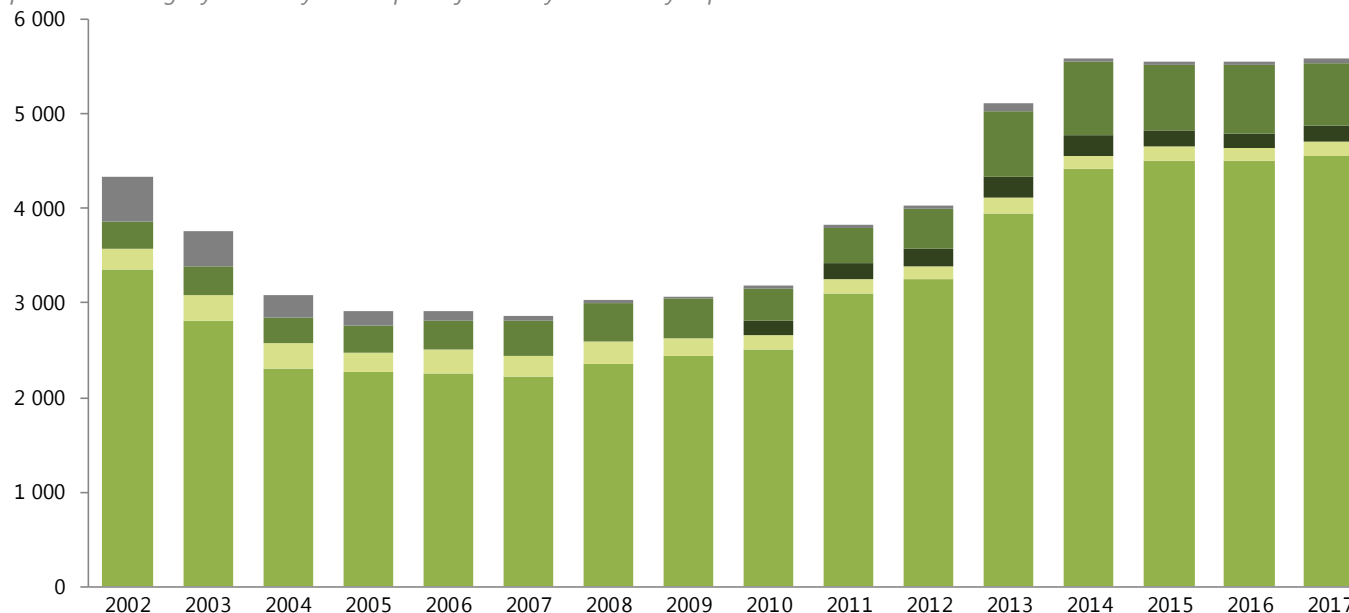
tabulka 61: Počty osob zadržených, stíhaných, obžalovaných a odsouzených za primární drogové trestné činy v l. 2002–2017

Rok	Zadržení (NPC)	Stíhaní (PP ČR)	Stíhaní (MS)	Obžalování (MS)	Odsouzení (MS)
2002	2 000	2 204	2 504	2 247	1 216
2003	2 357	2 295	3 088	2 737	1 304
2004	2 157	2 149	2 944	2 589	1 376
2005	2 168	2 209	2 429	2 157	1 326
2006	2 198	2 344	2 630	2 314	1 444
2007	2 031	2 023	2 282	2 042	1 382
2008	2 322	2 296	2 304	2 100	1 360
2009	2 340	2 415	2 553	2 332	1 535
2010	2 525	2 437	2 377	2 152	1 652
2011	2 759	2 782	2 798	2 549	1 870
2012	3 065	2 827	2 593	2 368	2 079
2013	3 701	3 568	2 836	2 615	2 522
2014	3 925	3 989	3 208	2 929	2 654
2015	3 752	3 816	3 659	3 340	2 708
2016	3 657	4 247	3 325	3 058	2 876
2017	3 663	4 276	3 527	3 211	2 870

Pozn.: V ESK byla do r. 2015 do evidence stíhaných osob započítávána pouze nejzávažnější trestná činnost. Od r. 2016 došlo ke změně v metodice ESK a je započítávána veškerá trestná činnost. Počet stíhaných osob od r. 2016 tedy není srovnatelný s počty za předchozí roky, neboť některé trestné činy nemusely být v předchozích letech nejzávažnější trestnou činností, a tedy zde nemusela být osoba započítána.

Zdroj: Mravčík et al. (2017), Národní protidrogová centrála SKPV Policie ČR (2018a), Policejní prezidium Policie ČR (2018), Ministerstvo spravedlnosti ČR (2018b), Ministerstvo spravedlnosti ČR (2018a)

graf 46: Počet zjištěných primárních drogových trestných činů podle jednotlivých skutkových podstat v l. 2002–2017

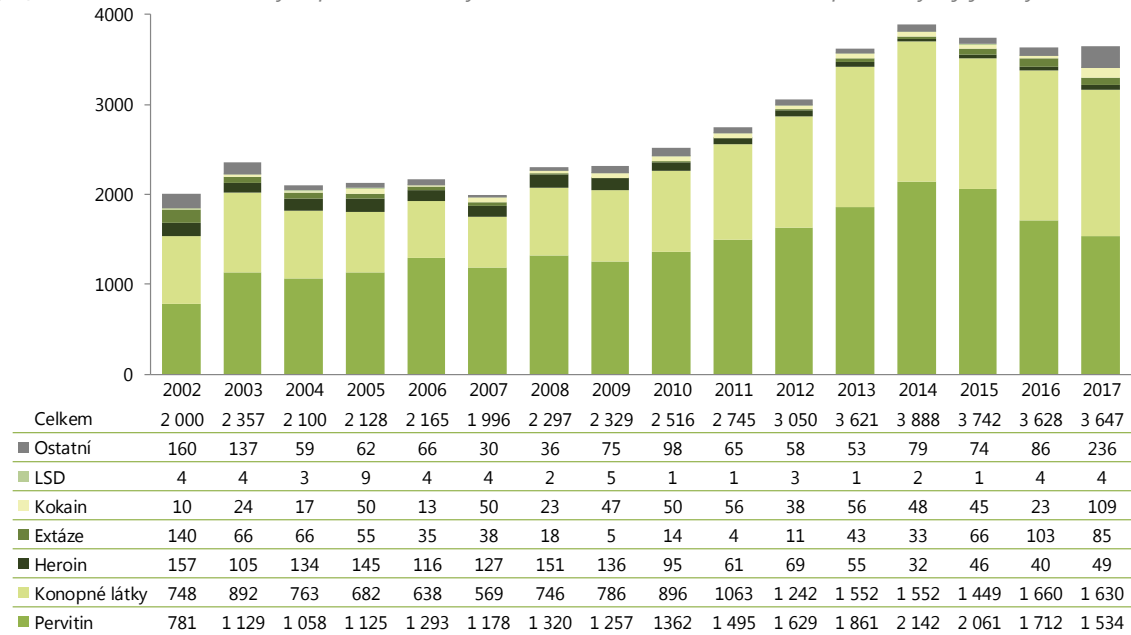


	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Celkem	4 330	3 760	3 086	2 915	2 922	2 865	3 041	3 069	3 179	3 834	4 032	5 117	5 597	5 549	5 564	5 599
■ Šíření toxikomanie	470	367	239	158	110	59	37	23	24	31	25	93	36	25	48	54
■ Držení pro vlastní potřebu	285	312	263	281	310	364	411	419	343	375	433	689	791	696	722	671
■ Pěstování pro vlastní potřebu	0	0	0	0	0	0	0	0	145	168	193	225	204	160	159	167
■ Držení předmětů k výrobě	216	263	283	209	254	226	229	184	151	163	120	163	152	153	126	156
■ Výroba, pašování a prodej	3 359	2 818	2 301	2 267	2 248	2 216	2 364	2 443	2 516	3 097	3 261	3 947	4 414	4 515	4 509	4 551

Pozn.: § 283 – nedovolená výroba a jiné nakládání s OPL, § 284 – přechovávání OPL pro vlastní potřebu, § 285 – nedovolené pěstování rostlin a hub obsahujících OPL pro vlastní potřebu, § 286 – výroba a držení předmětu k nedovolené výrobě OPL, § 287 – podněcování, šíření či svádění ke zneužívání návykové látky

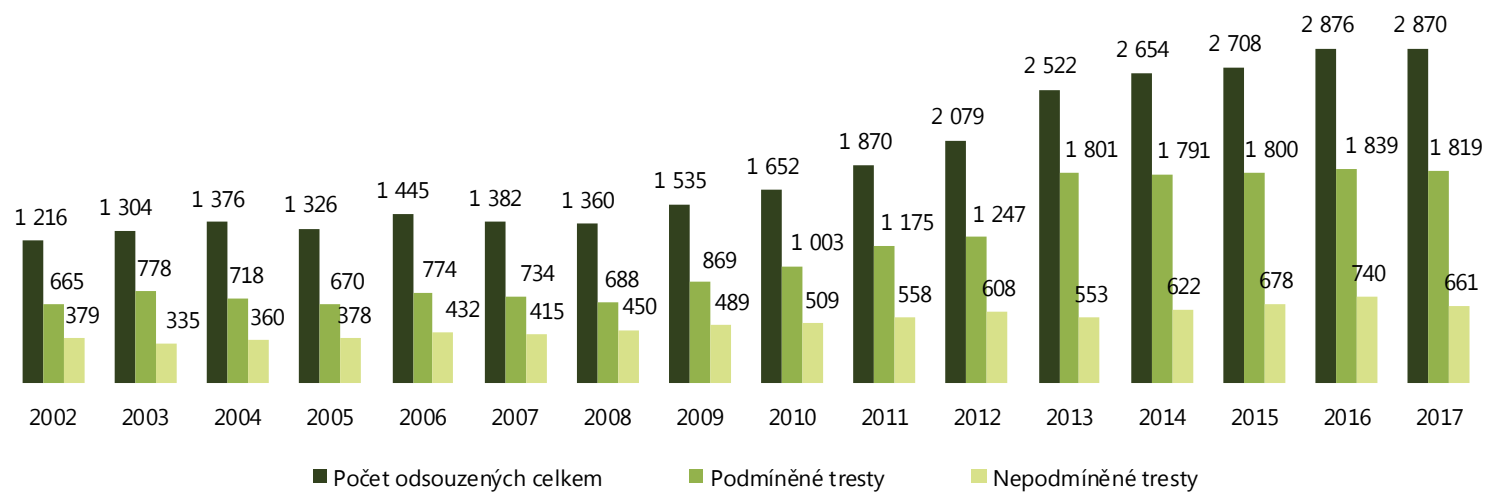
Zdroj: Mravčík et al. (2017), Policejní prezidium Policie ČR (2018)

graf 47: Počet osob zadržených pro trestné činy nedovoleného nakládání s OPL a předměty k jejich výrobě v l. 2002–2017 podle drog



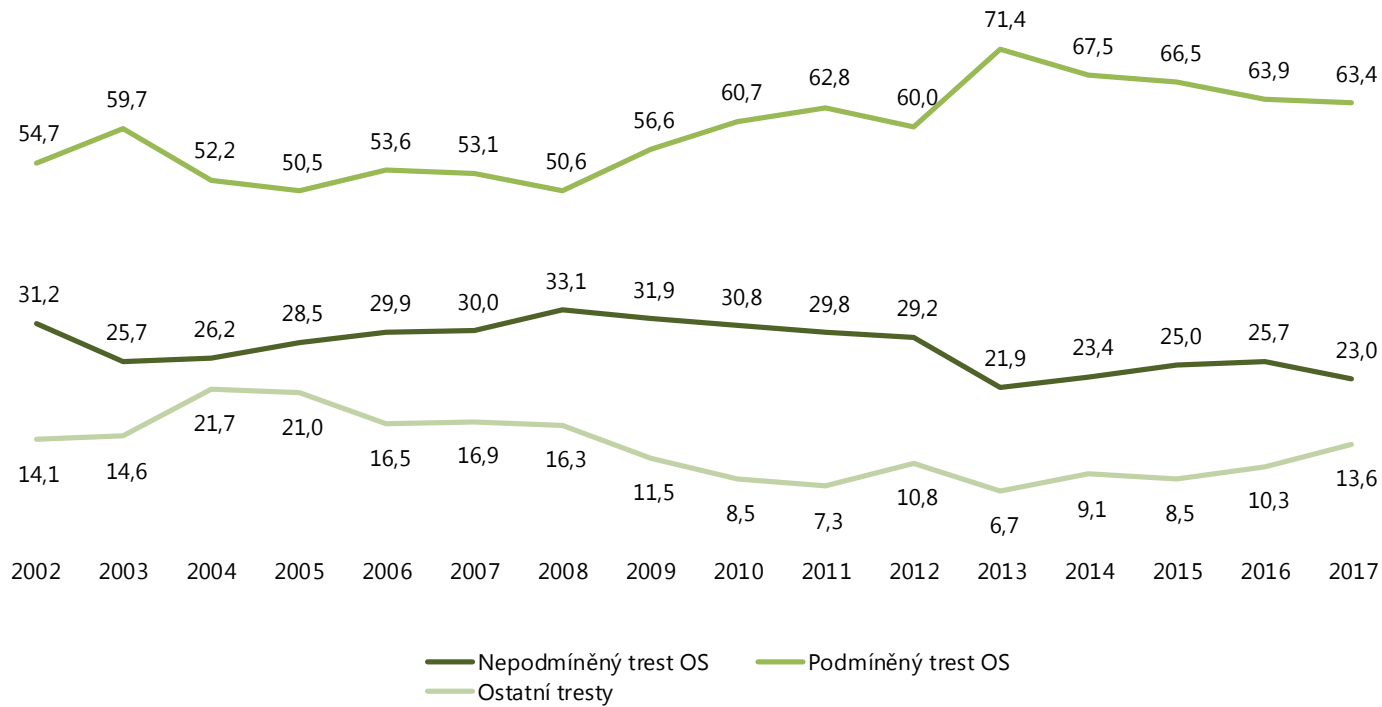
Zdroj: Národní protidrogová centrála SKPV Policie ČR (2018a)

graf 48: Vývoj počtu osob odsouzených za primární DTČ a skladba hlavních sankcí uložených v l. 2002–2017



Zdroj: Mravčík et al. (2017), Ministerstvo spravedlnosti ČR (2018a)

graf 49: Vývoj podílu hlavních sankcí za primární DTČ v l. 2002–2017, v %



Zdroj: Mravčík et al. (2017), Ministerstvo spravedlnosti ČR (2018a)

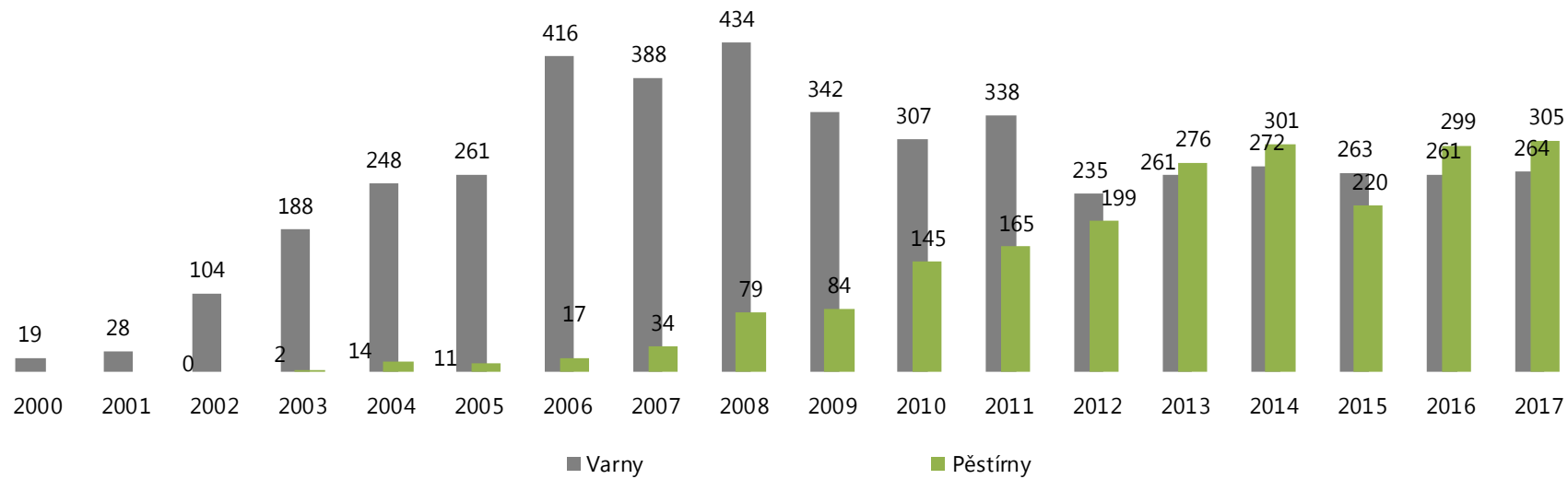
5.3.5 Nabídka nelegálních drog

tabulka 62: Vývoj odhadu spotřeby vybraných drog v ČR v letech 2003–2016

Droga	Konopné drogy (t)	Pervitin (t)	Heroin (t)	Kokain (t)	Extáze (mil. ks)	LSD (mil. ks)
2003	24,8	3,6	2,2	0,0	4,8	0,3
2004	26,5	3,8	2,0	0,1	6,3	0,4
2005	27,5	3,9	1,8	0,2	7,3	0,5
2006	28,4	4,0	1,7	0,3	6,2	0,5
2007	29,4	4,2	1,5	0,5	5,2	0,6
2008	27,5	4,3	1,3	0,5	3,6	0,6
2009	26,3	4,6	1,2	0,6	3,1	0,5
2010	25,1	5,0	1,1	0,6	2,6	0,4
2011	23,8	5,3	1,0	0,7	2,1	0,3
2012	22,6	5,7	0,9	0,8	1,6	0,2
2013	21,4	6,0	0,8	0,8	1,1	0,1
2016	20,1	6,5	0,7	1,0	1,2	n. a.

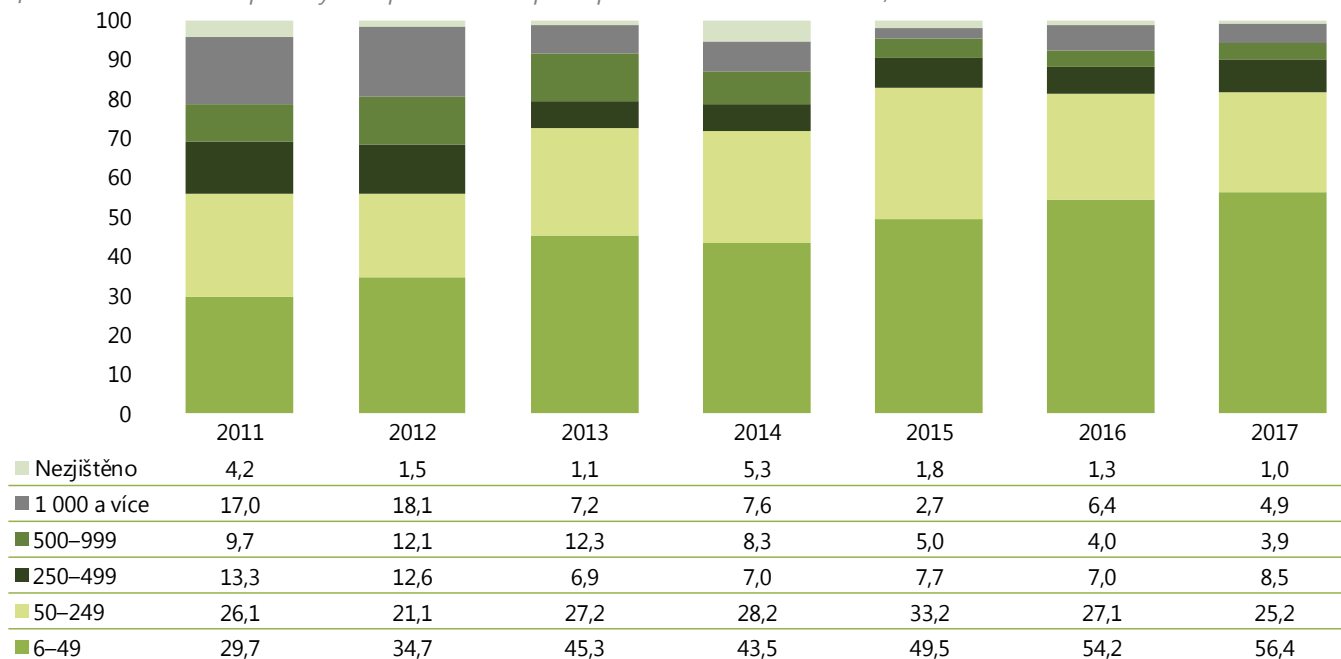
Zdroj: Vopravil (2014), Vopravil (2017)

graf 50: Odhalené varny metamfetaminu a indoor pěstírny konopí v l. 2000–2017, v %



Zdroj: Národní protidrogová centrála SKPV Policie ČR (2018a)

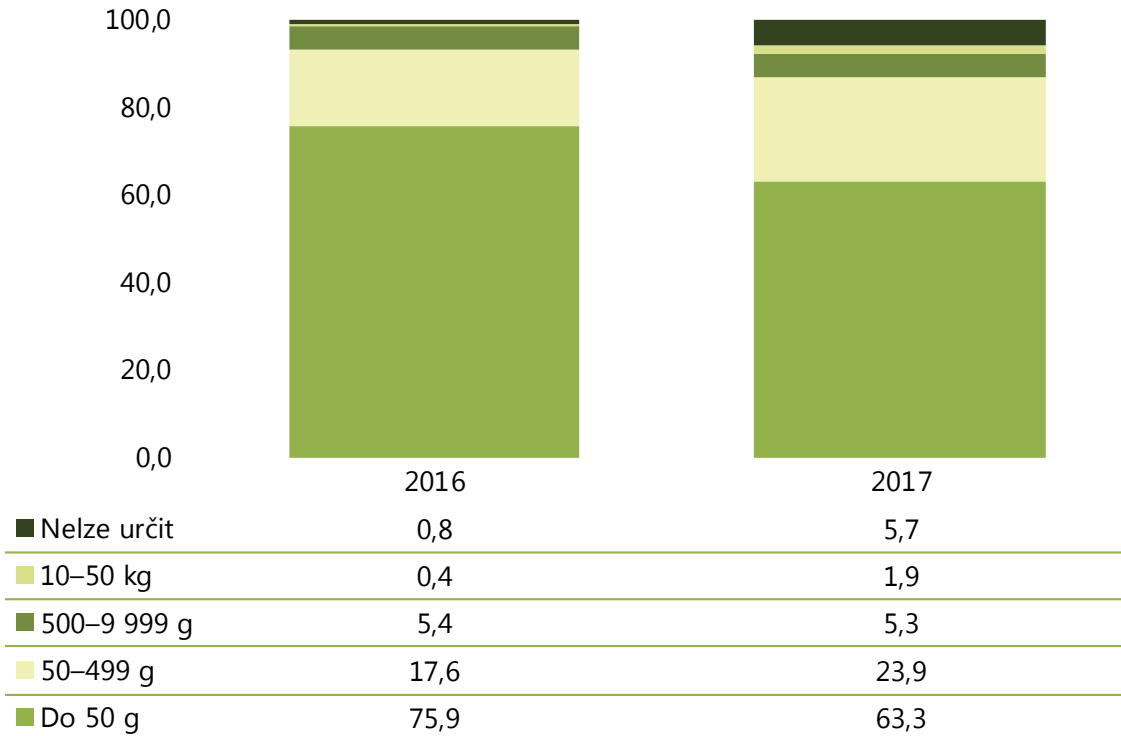
graf 51: Odhalené indoor pěstírny konopí v rozdělení podle počtu rostlin v l. 2011–2017, v %



Zdroj: Národní protidrogová centrála SKPV Policie ČR (2018a)

Produkční kapacita odhalených varen pervitinu se jakožto ukazatel snižování nabídky drog sleduje od r. 2016. Odhalené varny jsou podle maximálního množství pervitinu vyrobeného v rámci jednoho produkčního cyklu rozdělovány do 4 kategorií.

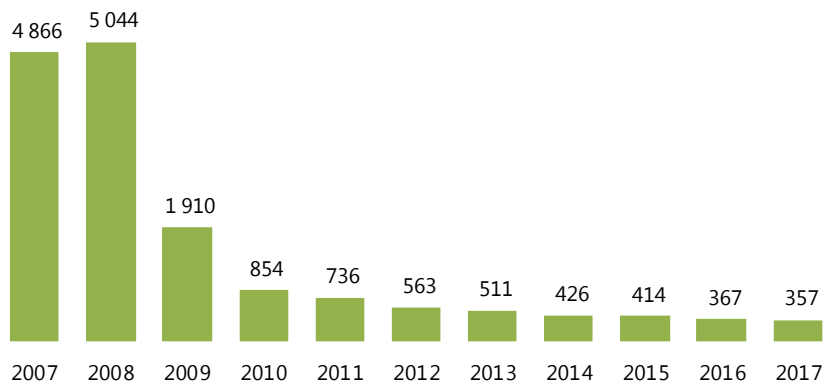
graf 52: Odhalené varny pervitinu v rozdělení podle produkční kapacity v l. 2016–2017, v %



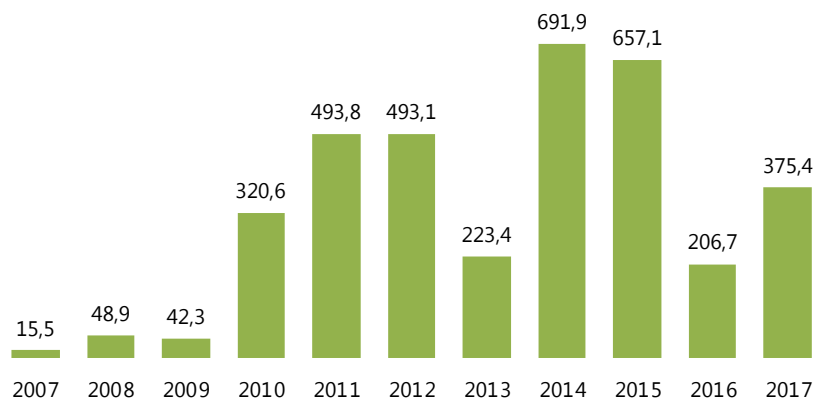
Zdroj: Národní protidrogová centrála SKPV Policie ČR (2018a)

graf 53: Objem léčiv obsahujících pseudoefedrin prodaných v lékárnách v ČR a zajištěných represivními orgány v l. 2007–2017

Výdej léčiv s pseudoefedrinem v lékárnách (v tis. ks balení)



Zajištěná léčiva s pseudoefedrinem (v tis. ks tablet)



Pozn.: Kromě tablet léčiv s obsahem pseudoefedrinu byl v r. 2016 zachycen také pseudoefedrin ve formě prášku 20,4 g a efedrin – 431 g prášku, 92 tablet a 170 ml. V r. 2017 to byly efedrin – 347,3 g a 150 tablet, a pseudoefedrin 6056,3 g.

Zdroj: Národní protidrogová centrála SKPV Policie ČR (2018b), Státní ústav pro kontrolu léčiv (2018)

Záchytem drog se rozumí zajištění jedné nebo více látek v daném místě a čase v rámci řešení případu neoprávněného nakládání s OPL orgány vymáhajícími právo. Hlavní zdroj informací představují data NPC a CPJ (Celní protidrogová jednotka, 2018, Národní protidrogová centrála SKPV Policie ČR, 2018a, Národní protidrogová centrála SKPV Policie ČR, 2018b).

tabulka 63: Počet záchytů drog v rámci trestního řízení v l. 2007–2017

Rok	Marihuana	Pervitin	Heroin	Rostliny konopí	Hašiš	Extáze	Kokain	LSD
2007	563	374	96	46	25	30	38	5
2008	602	405	105	69	30	18	24	5
2009	384	326	73	117	41	13	26	5
2010	455	283	61	189	27	16	42	8
2011	508	304	34	240	24	15	44	7
2012	558	355	41	259	24	12	44	3
2013	875	464	38	361	28	114	106	11
2014	975	596	41	346	49	74	123	24
2015	1 025	538	34	249	76	75	97	25
2016	1 260	587	33	374	58	144	97	16
2017	1 350	671	51	418	135	295	196	52

Zdroj: Národní protidrogová centrála SKPV Policie ČR (2018a)

tabulka 64: Množství drog zajištěných v rámci trestního řízení v l. 2007–2017

Rok	Marihuana (g)	Pervitin (g)	Heroin (g)	Rostliny konopí (ks)	Hašiš (g)	Extáze (tablety)	Kokain (g)	LSD (dávkky)
2007	122 124	5 978	20 332	6 992	387	62 226	37 587	117
2008	392 527	3 799	46 302	25 223	696	16 610	7 631	246
2009	171 799	3 599	31 257	33 427	12 499	198	12 904	142
2010	277 988	21 301	30 453	64 904	9 354	865	14 162	1 218
2011	440 780	20 054	4 730	62 817	2 375	13 000	16 071	1 313
2012	563 335	31 901	7 576	90 091	20 532	1 782	8 050	44
2013	735 362	69 137	5 046	73 639	1 321	5 061	35 788	471
2014	558 116	49 811	156 782	77 182	14 820	1 521	5 394	357
2015	645 193	106 915	1 562	30 321	7 507	3 019	120 375	980
2016	713 042	90 145	19 304	57 515	6 492	47 104	39 615	1 031
2017	1 081 063	92 623	19 052	54 126	9 037	15 014	27 358	3 731

Zdroj: Národní protidrogová centrála SKPV Policie ČR (2018a)

tabulka 65: Počet záchytů jednotlivých drog zajištěných v rámci přestupkového řízení v l. 2014–2017

Rok	Marihuana	Pervitin	Heroin	Rostliny konopí	Hašiš	Extáze	Kokain	LSD
2014	1 858	577	24	138	24	16	21	11
2015	2 647	519	42	112	29	28	16	3
2016	3 517	756	40	144	38	66	34	7
2017	4 019	944	39	84	38	93	31	9

Zdroj: Národní protidrogová centrála SKPV Policie ČR (2018a)

tabulka 66: Množství drog zajištěných v rámci přestupkového řízení v l. 2014–2017

Rok	Marihuana (g)	Pervitin (g)	Heroin (g)	Rostliny konopí (ks)	Hašiš (g)	Extáze (tablety)	Kokain (g)	LSD (dávkky)
2014	11 448	427	28	503	32	112	12	81
2015	9 863	448	23	449	51	91	10	16
2016	9 065	572	30	686	74	152	22	10
2017	13 538	633	32	266	88	265	18	126

Zdroj: Národní protidrogová centrála SKPV Policie ČR (2018a)

tabulka 67: Počet analyzovaných vzorků drog a jejich průměrná čistota v l. 2007–2017, v % čisté látky

Rok	Marihuana		Hašiš		Extáze (tbl.)		Pervitin		Heroin		Kokain	
	Počet vzorků	Čistota	Počet vzorků	Čistota	Počet vzorků	Čistota	Počet vzorků	Čistota	Počet vzorků	Čistota	Počet vzorků	Čistota
2007	177	4,7	2	8,1	31	27,4	123	66,4	31	17,4	48	49,1
2008	404	5,5	5	5,2	20	17,5	145	64,3	47	22,6	35	43,5
2009	289	8,1	3	15,9	6	3,4	144	68,1	57	16,6	21	33,1
2010	391	7,7	8	9,3	9	15,3	160	64,4	51	24,6	35	27,9
2011	497	7,2	24	11,0	5	43,0	163	69,0	31	14,0	52	45,0
2012	599	7,1	11	12,2	7	37,5	146	71,6	40	14,7	49	36,9
2013	478	10,0	7	19,2	32	38,1	241	71,0	14	20,2	34	33,0
2014	743	8,2	7	13,9	33	42,1	320	69,8	13	29,3	41	25,9
2015	643	8,3	10	26,6	44	35,6	261	70,4	21	25,1	31	39,1
2016	579	9,7	11	24,6	88	34,5	264	68,5	19	19,7	38	42,5
2017	739	9,3	25	18,8	72	36,2	311	65,0	32	22,7	79	36,2

Pozn.: U konopných drog jde o koncentraci THC. Průměrná čistota tablet extáze je vyjádřena jako průměrné množství MDMA v mg v jedné tabletě obsahující MDMA.

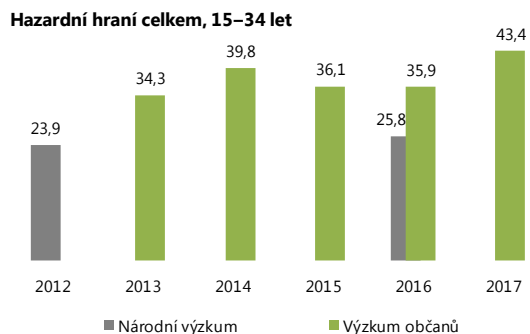
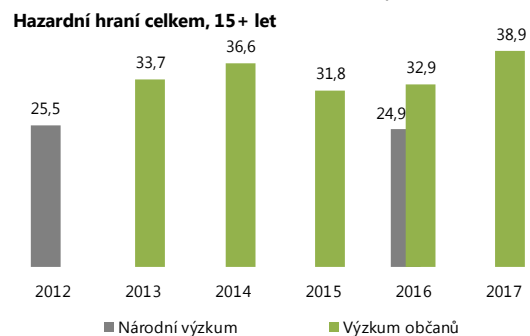
Zdroj: Národní protidrogová centrála SKPV Policie ČR (2018a)

5.4 Hazardní hraní

5.4.1 Hazardní hraní v populaci

5.4.1.1 Trendy hraní hazardních her v obecné populaci

graf 54: Prevalence hazardního hraní v posledních 12 měsících v dospělé populaci 15+ a v populaci mladých dospělých 15–34 let – srovnání studií realizovaných v l. 2012–2017, v %



Pozn.: Národní výzkum 2012 byl proveden ve věkové skupině 15–64 let.

Zdroje: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti and SC&C (2013), Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti and INRES-SONES (2013), Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti and INRES-SONES (2014), Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti and INRES-SONES (2015), Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti and INRES-SONES (2016), Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti and INRES-SONES (2017b), Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti and INRES-SONES (2018), Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti and MindBridge Consulting (2016), Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti and ppm factum research (2013)

graf 55: Prevalence hraní loterií v prostředí land-based v posledních 12 měsících v dospělé populaci 15+ a v populaci mladých dospělých 15–34 let – srovnání studií realizovaných v l. 2012–2017, v %

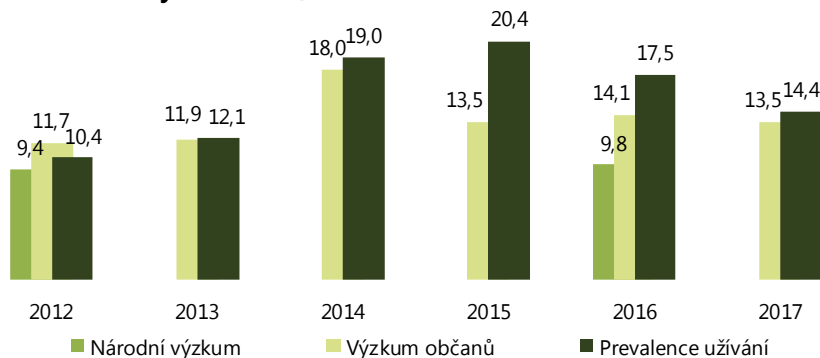


Pozn.: Národní výzkum 2012 byl proveden ve věkové skupině 15–64 let.

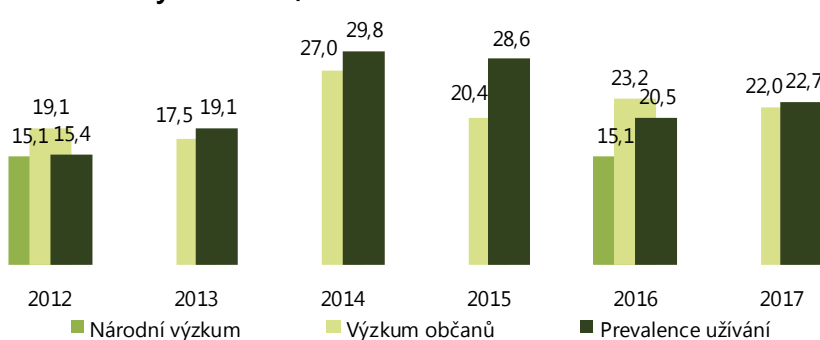
Zdroj: viz graf výše

graf 56: Prevalence hazardního hraní bez loterií v posledních 12 měsících v dospělé populaci 15+ a v populaci mladých dospělých 15–34 let – srovnání studií realizovaných v l. 2012–2017, v %

Hazardní hry bez loterií, 15+ let



Hazardní hry bez loterií, 15–34 let

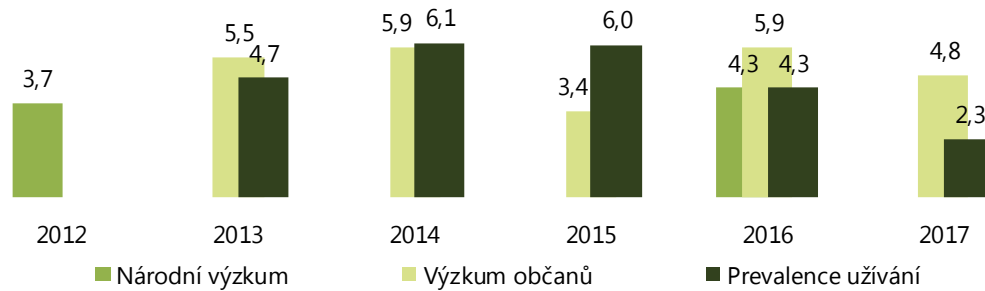


Pozn.: Národní výzkum 2012 byl proveden ve věkové skupině 15–64 let.

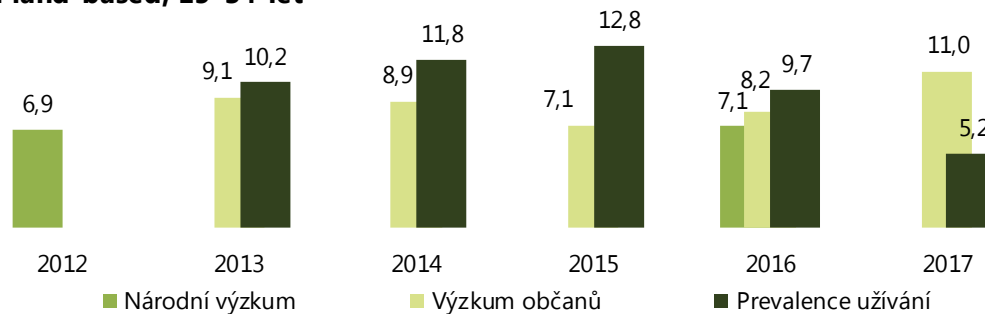
Zdroje: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti and SC&C (2013), Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti and INRES-SONES (2013), Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti and INRES-SONES (2014), Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti and INRES-SONES (2015), Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti and INRES-SONES (2016), Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti and INRES-SONES (2017b), Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti and INRES-SONES (2018), Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti and MindBridge Consulting (2016), Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti and ppm factum research (2014), Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti and ppm factum research (2015b), Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti and ppm factum research (2016b), Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti and ppm factum research (2017), Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti and ppm factum research (2018b), Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti and ppm factum research (2013)

graf 57: Prevalence hraní technických her v prostředí land-based v posledních 12 měsících v dospělé populaci 15+ a v populaci mladých dospělých 15–34 let – srovnání studií realizovaných v l. 2012–2017, v %

TH land-based, 15+ let



TH land-based, 15–34 let

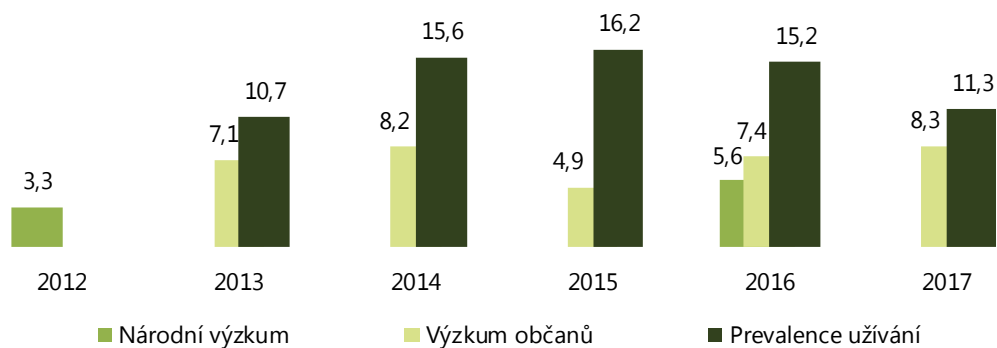


Pozn.: Národní výzkum 2012 byl proveden ve věkové skupině 15–64 let.

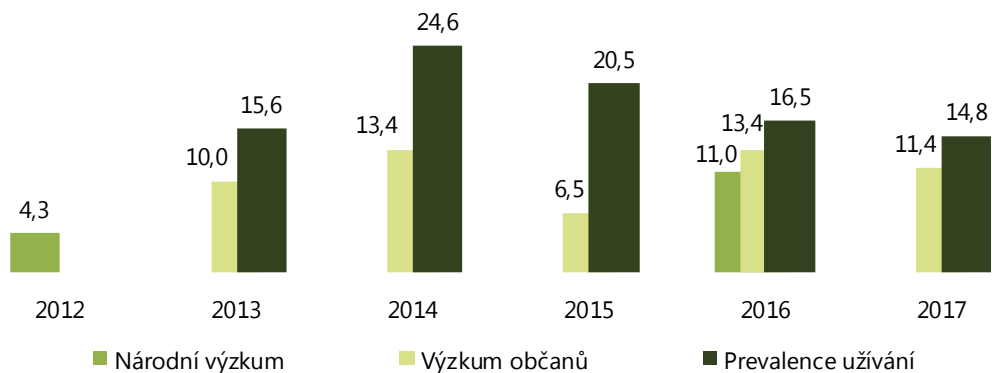
Zdroj: viz graf výše

graf 58: Prevalence hraní kurzových sázek v sázkových kancelářích v posledních 12 měsících v dospělé populaci 15+ a v populaci mladých dospělých 15–34 let – srovnání studií realizovaných v l. 2012–2017, v %

Kurzové sázky land-based, 15+ let



Kurzové sázky land-based, 15–34 let

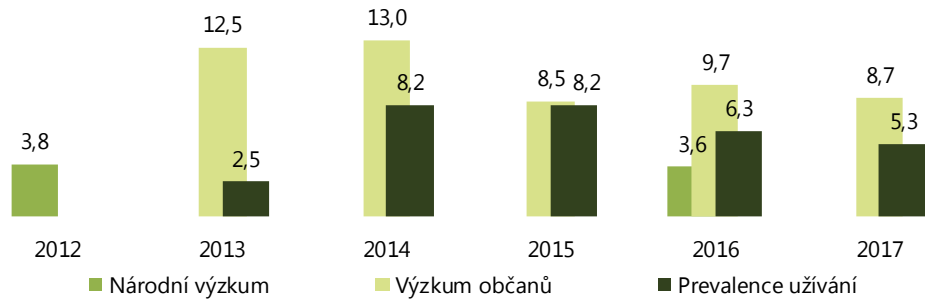


Pozn.: Národní výzkum 2012 byl proveden ve věkové skupině 15–64 let.

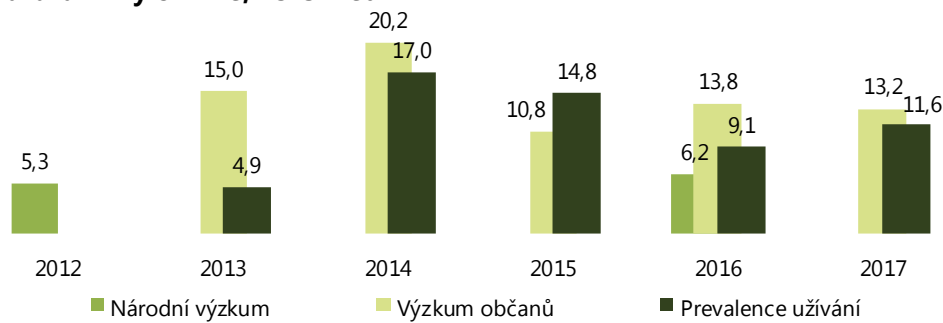
Zdroj: viz graf výše

graf 59: Prevalence hraní hazardních her on-line v posledních 12 měsících v dospělé populaci 15+ a v populaci mladých dospělých 15–34 let – srovnání studií realizovaných v l. 2012–2017, v %

Hazardní hry on-line, 15+ let



Hazardní hry on-line, 15–34 let

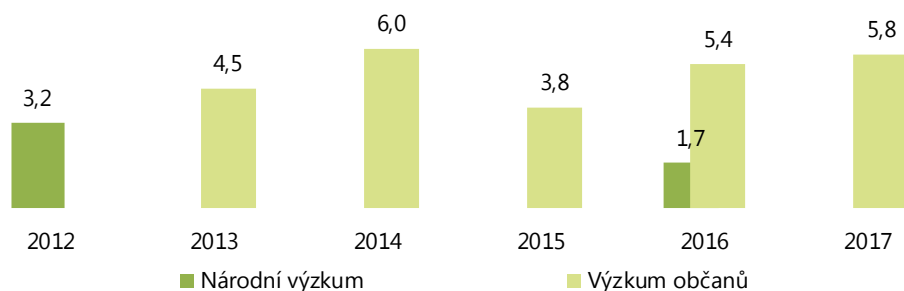


Pozn.: Národní výzkum 2012 byl proveden ve věkové skupině 15–64 let.

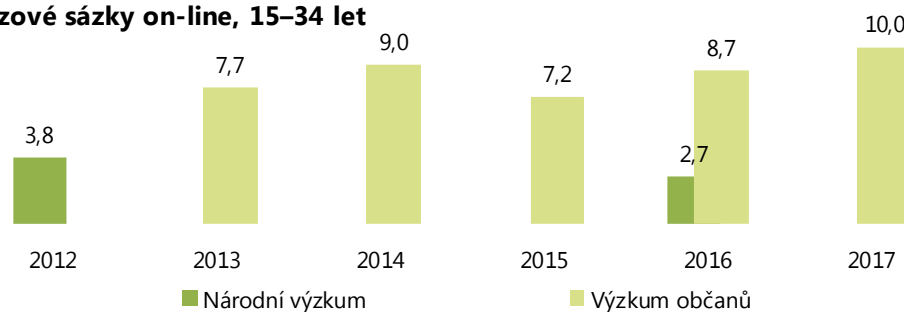
Zdroj: viz graf výše

graf 60: Prevalence hraní kurzových sázek on-line v posledních 12 měsících v dospělé populaci 15+ a v populaci mladých dospělých 15–34 let – srovnání studií realizovaných v l. 2012–2017, v %

Kurzové sázky on-line, 15+ let



Kurzové sázky on-line, 15–34 let



Pozn.: Národní výzkum 2012 byl proveden ve věkové skupině 15–64 let.

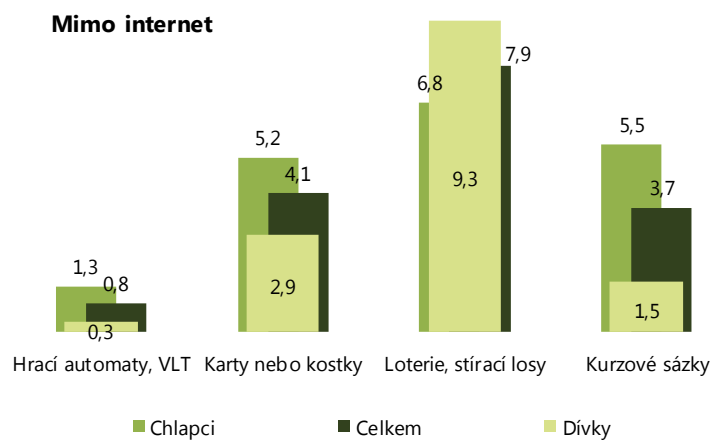
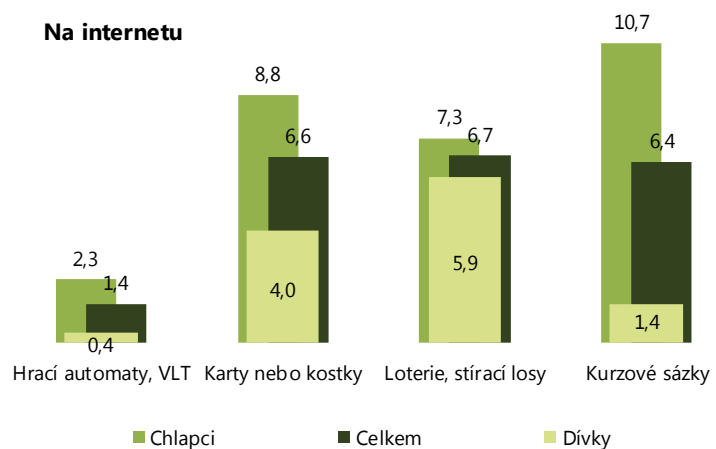
Zdroje: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti and SC&C (2013), Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti and INRES-SONES (2013), Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti and INRES-SONES (2014), Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti and INRES-SONES (2015), Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti and INRES-SONES (2016), Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti and INRES-SONES (2017b), Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti and INRES-SONES (2018), Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti and MindBridge Consulting (2016)

5.4.1.2 Míra a vzorce hráčské participace mezi dětmi a mládeží

V r. 2016 byla realizována tzv. validizační studie s cílem ověřit některá překvapivá zjištění studie ESPAD v roce 2015; sběr dat na školách proběhl ve spolupráci s agenturou ppm factum research v červnu 2016. Cílovou skupinou studie byli respondenti, kteří v roce realizace studie dosáhli 16 let, tedy studenti narození v roce 2000. Sběr dat probíhal v 1. ročnících všech typů středních škol a v 9. třídách základních škol; školy byly vybrány tak, aby byla zajištěna reprezentativita z hlediska typu studované školy a regionu. Do studie se zapojilo celkem 115 škol; sesbíráno bylo celkem 5364 dotazníků.

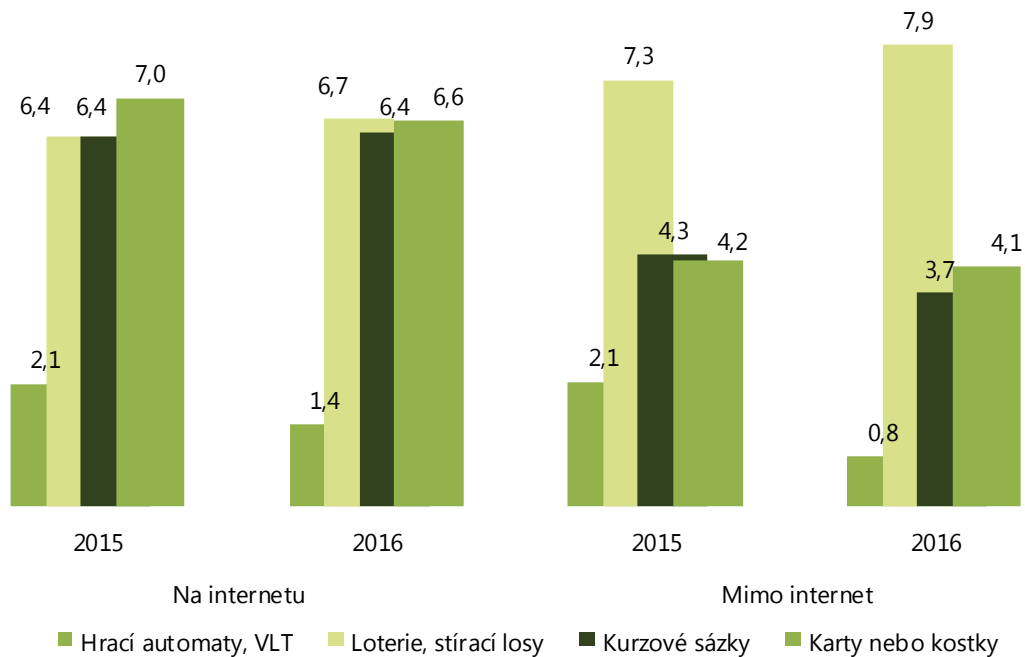
Hraní hazardních her v posledních 12 měsících uvedlo celkem 11,2 % dotázaných studentů (18,2 % chlapců a 2,8 % dívek). Nejčastěji hranou hrou na internetu jsou kurzové sázky, mimo internet loterie. Chlapci mají vyšší zkušenosti s hraním hazardních her než dívky s výjimkou loterií, jejichž hraní je častější mezi dívkami – graf 61. Mezi r. 2015 a 2016 nedošlo k zásadním změnám v preferenci typů her hraných na internetu nebo mimo internet – k mírnému poklesu došlo pouze v případě hraní na automatech – graf 62.

graf 61: Hraní jednotlivých hazardních her v posledních 12 měsících na internetu a mimo internet, podle pohlaví – studie ESPAD 2016, v %



Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti and ppm factum research (2016a)

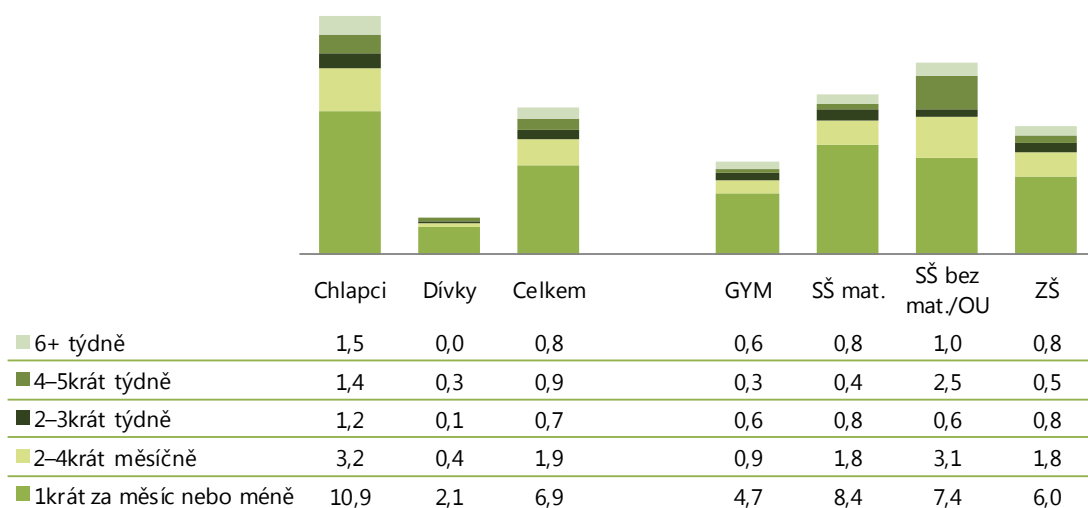
graf 62: Hraní jednotlivých hazardních her v posledních 12 měsících na internetu a mimo internet, srovnání l. 2015 a 2016 – studie ESPAD, v %



Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti and ppm factum research (2016a)

Celkem 6,9 % 16letých hrálo v posledním roce s frekvencí 1krát měsíčně nebo méně často a naopak 2,4 % (4,1 % chlapců a 0,4 % dívek) uvedla hraní o peníze 2krát týdně nebo častěji – graf 63. Hraní hazardních her nejčastěji uváděli studenti středních odborných škol bez maturity nebo odborných učilišť (14,6 %), následovaní studenty středních odborných škol s maturitou (12,2 %). Studenti gymnázií uváděli hraní hazardních her nejméně (7,1 %).

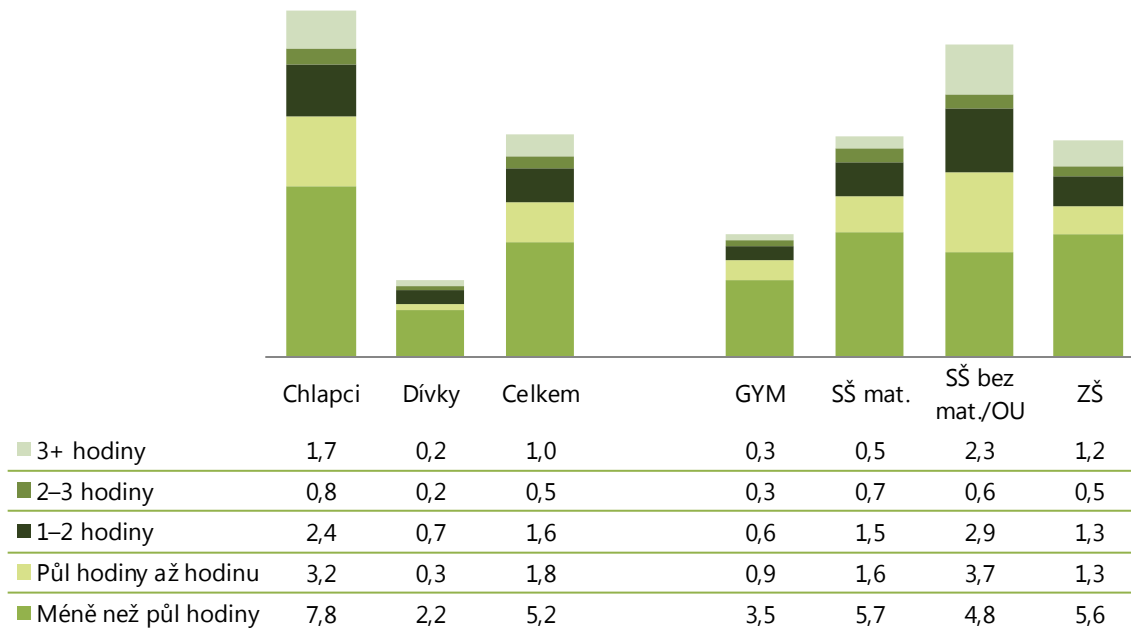
graf 63: Frekvence hraní hazardních her v posledních 12 měsících, podle pohlaví a typu studované školy – studie ESPAD 2016, v %



Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti and ppm factum research (2016a)

Nejčastěji strávili respondenti hraním hazardních her méně než půl hodiny denně. Celkem 7,1 % respondentů hrálo o peníze v průměru méně než 1 hodinu denně, ale současně 1,5 % (2,5 % chlapců a 0,4 % dívek) hrálo o peníze průměrně déle než 2 hodiny denně – graf 64.

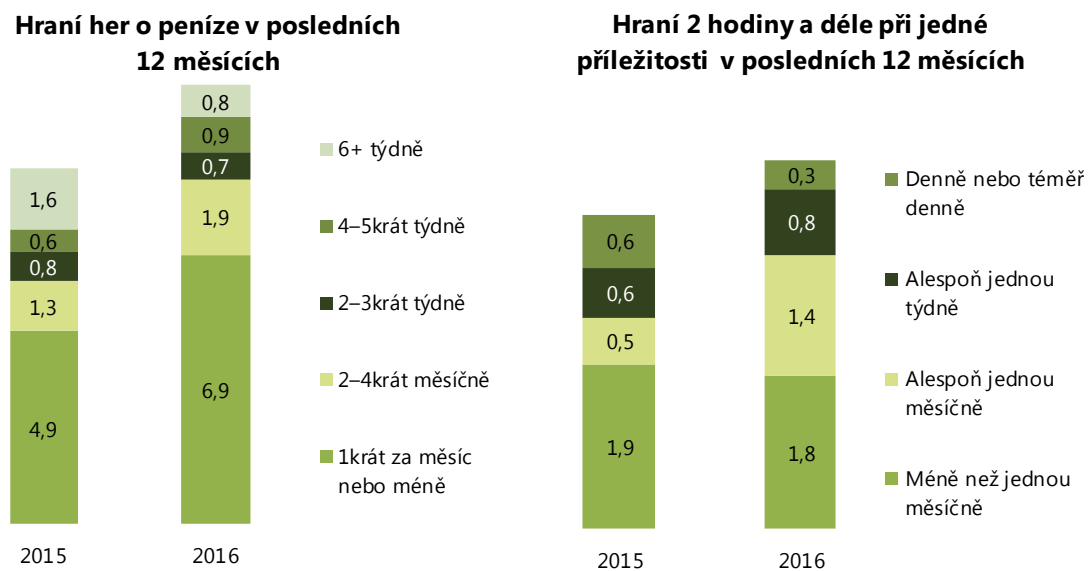
graf 64: Čas strávený hraním hazardních her v typický den v posledních 12 měsících, podle pohlaví a typu studované školy – studie ESPAD 2016, v %



Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti and ppm factum research (2016a)

Celkem 4,3 % studentů (7,0 % chlapců a 1,1 % dívek) strávilo někdy v posledním roce hrou o peníze více než 2 hodiny při jedné příležitosti (tzv. v kuse), nejčastěji šlo o studenty středních odborných škol bez maturity nebo odborných učilišť (6,4 %), ale překvapivě také o žáky základních škol (5,1 %).

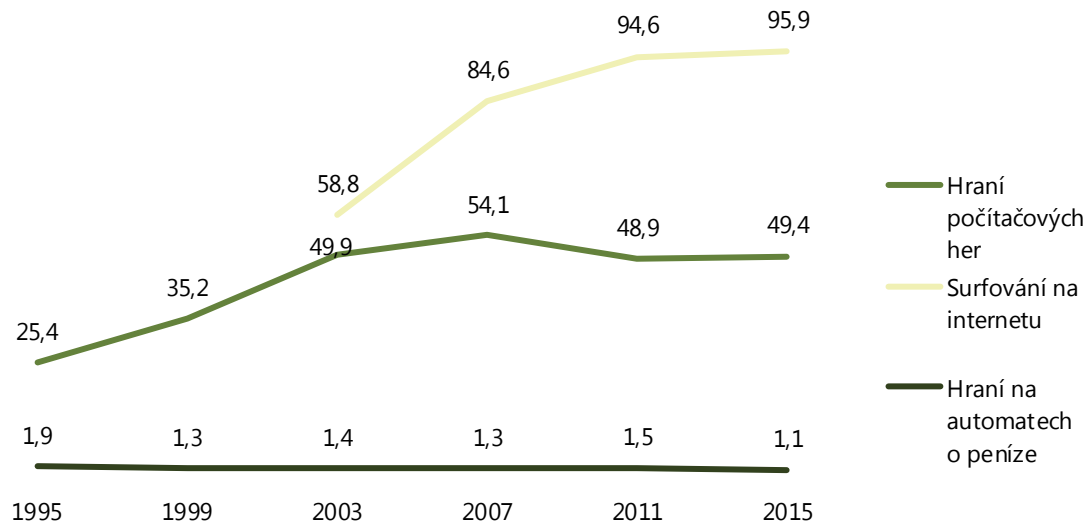
graf 65: Srovnání prevalence hraní hazardních her mezi roky 2015 a 2016 – studie ESPAD 2015 a ESPAD 2016, v %



Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti and ppm factum research (2016a)

Podíl 16letých, kteří uvedli hraní na automatech o peníze s frekvencí 1krát týdně nebo častěji, se dlouhodobě nemění a pohybuje se v intervalu 1–1,5 %.

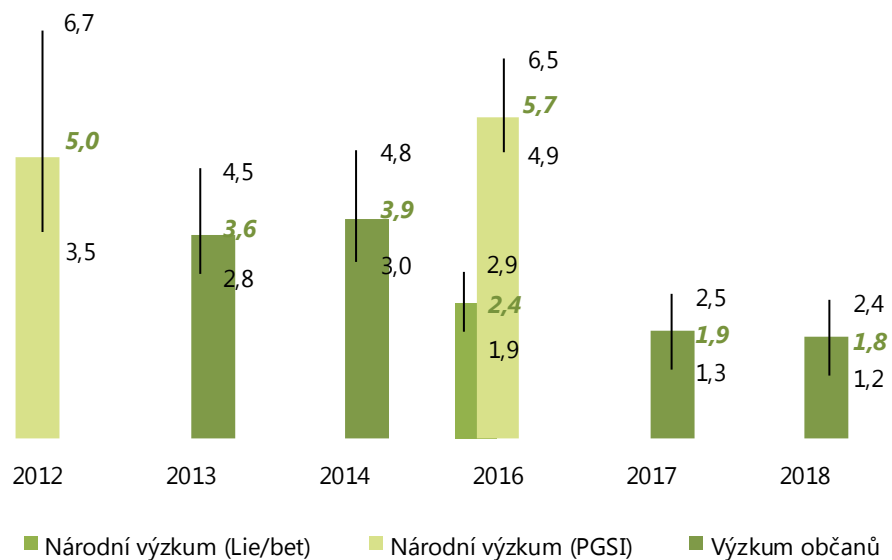
Hraní na automatech o peníze, hraní počítačových her a surfování na internetu s frekvencí 1krát týdně nebo častěji – výsledky studie ESPAD 1995–2015, v %



Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti (2016)

5.4.2 Problémové hráčství

graf 66: Srovnání výsledků screeningových škál Lie/bet a PGSI v obecné populaci, v %



Pozn.: Odhady zahrnují osoby, které uvedly hraní her (bez loterií) v posledních 12 měsících.

Zdroje: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti and SC&C (2013), Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti and INRES-SONES (2013), Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti and INRES-SONES (2014), Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti and INRES-SONES (2015), Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti and INRES-SONES (2016), Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti and INRES-SONES (2017b), Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti and INRES-SONES (2018), Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti and MindBridge Consulting (2016)

graf 67: Výsledky screeningové škály Lie/bet mezi hráči v posledních 12 měsících podle jednotlivých hazardních her (kombinace hazardní hry land-based a on-line) – Výzkum občanů 2017, v %



Pozn.: kurzívou zeleně označena střední hodnota podílu osob celkem v riziku (1 a více bodů na škále Lie/bet)

Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti and INRES-SONES (2018)

tabulka 68: Hlavní problémová hazardní hra u respondentů studie Patologičtí hráči v léčbě v l. 2013 až 2017, v %

Typ hry	2013	2015	2017
Technické hry (land-based a on-line celkem)	82,5	69,5	64,3
Kurzové sázky (land-based a on-line celkem)	10,0	19,7	17,9
Živé hry (land-based a on-line celkem)	3,5	6,5	15,5
Land-based celkem	89,9	85,3	81,7
On-line celkem	9,6	13,5	17,9

Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti and ppm factum research (2018a)

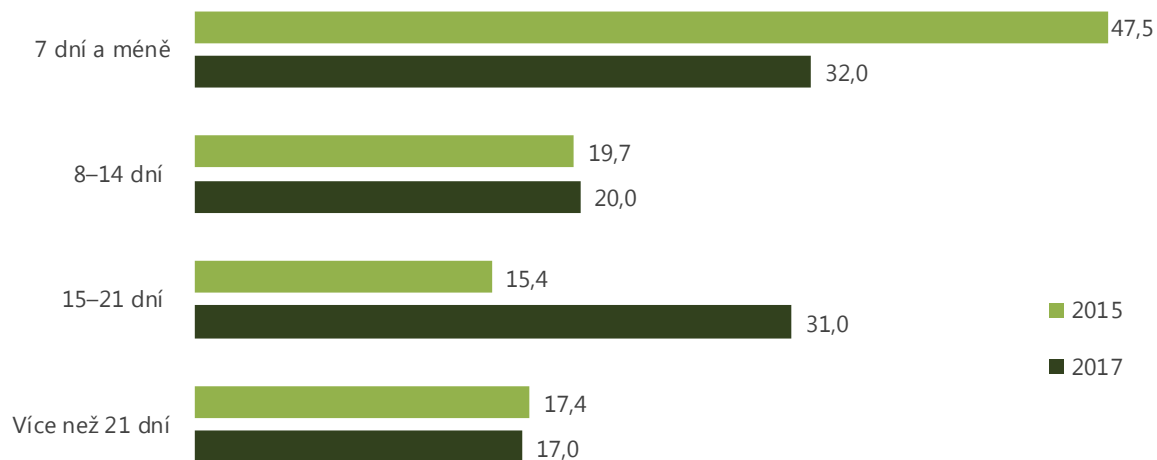
V r. 2017 byl výrazně větší podíl mužů mezi hráči KS (96 %) a ŽH (95 %) než mezi hráči TH (81 %), 61 % mužů a 84 % žen v léčbě mělo jako hlavní problémovou hru TH.

tabulka 69: Milníky hráčské kariéry respondentů studie Patologičtí hráči v léčbě v l. 2013, 2015 a 2017, v %

Průměrný věk	2013	2015	2017
První zkušenost s hazardním hraním	19,7	20,3	20,7
První zkušenost s hlavní problémovou hrou	23,6	22,7	22,5
Pravidelné hraní	–	25,0	25,1
Vnímání hazardního hraní jako problému	–	28,9	28,5
Vyhledání odborné pomoci	29,9	31,8	32,1

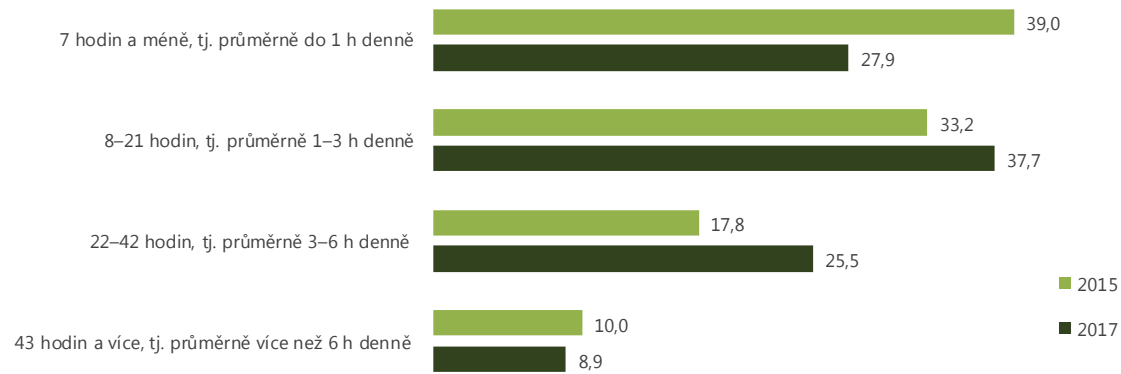
Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti and ppm factum research (2018a)

graf 68: Počet dnů, kdy respondenti hráli hazardní hry v posledních 30 dnech před léčbou – studie Patologičtí hráči v léčbě v l. 2015 a 2017, v %



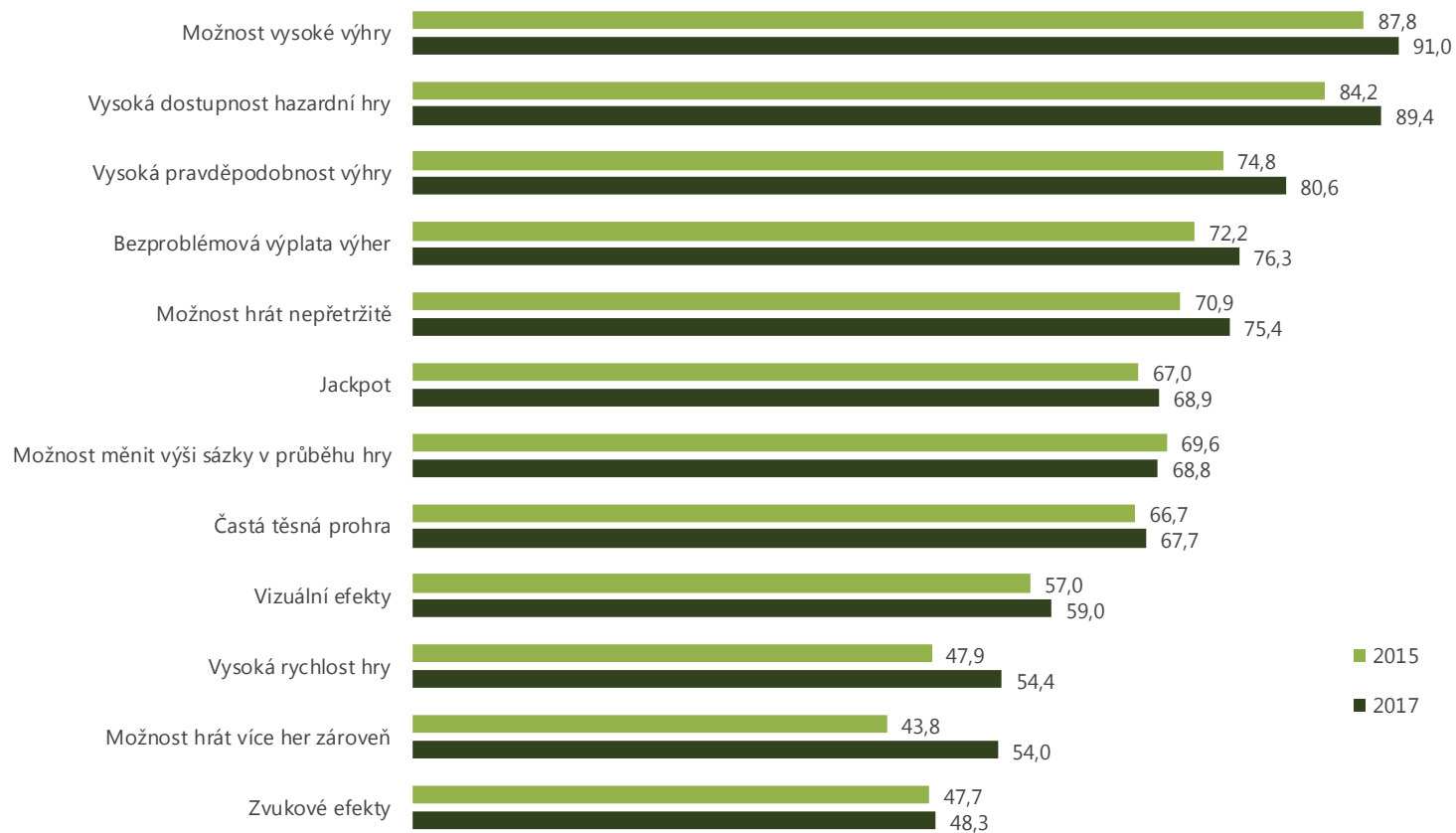
Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti and ppm factum research (2018a)

graf 69: Počet hodin strávených hraním týdně v posledních 30 dnech před léčbou – studie Patologičtí hráči v léčbě v l. 2015 a 2017, v %



Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti and ppm factum research (2018a)

graf 70: Faktory, které přispěly ke vzniku problémů spojených s hazardním hraním – studie Patologičtí hráči v léčbě v l. 2015 a 2017, v %



Pozn.: Respondenti odpovídali na škále 1–4, kde 1 znamenalo, že konkrétní charakteristika nepřispěla ke vzniku jejich problémů spojených s hazardním hraním, a 4 znamenalo, že přispěla velmi. V grafu je uveden součet odpovědí 3 a 4.

Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti and ppm factum research (2018a)

tabulka 70: Počet kontaktů a vybraných výkonů ve specializovaných ambulancích pro hazardní hráče podpořených v dotačním řízení RVKPP v l. 2015–2017

Ukazatel	2015	2016	2017
Celkový počet kontaktů*	4 172	12 871	18 851
Individuální poradenství	869	5 884	**8 217
Sociální práce	271	1 360	2 106
Práce s rodinou	124	357	***815
Telefonické, písemné a internetové poradenství	455	2 552	6 112

Pozn.: * součet přímých a nepřímých kontaktů, ** včetně individuální terapie, *** včetně rodinné terapie

Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti (2018c)

Programy následné péče a doléčování zaznamenaly v r. 2017 pokles v počtu kontaktů a některých výkonů, počet výkonů individuální psychoterapie vzrostl – tabulka 71.

tabulka 71: Počet kontaktů a vybraných výkonů v programech následné péče podpořených v dotačním řízení RVKPP v l. 2015 –2017

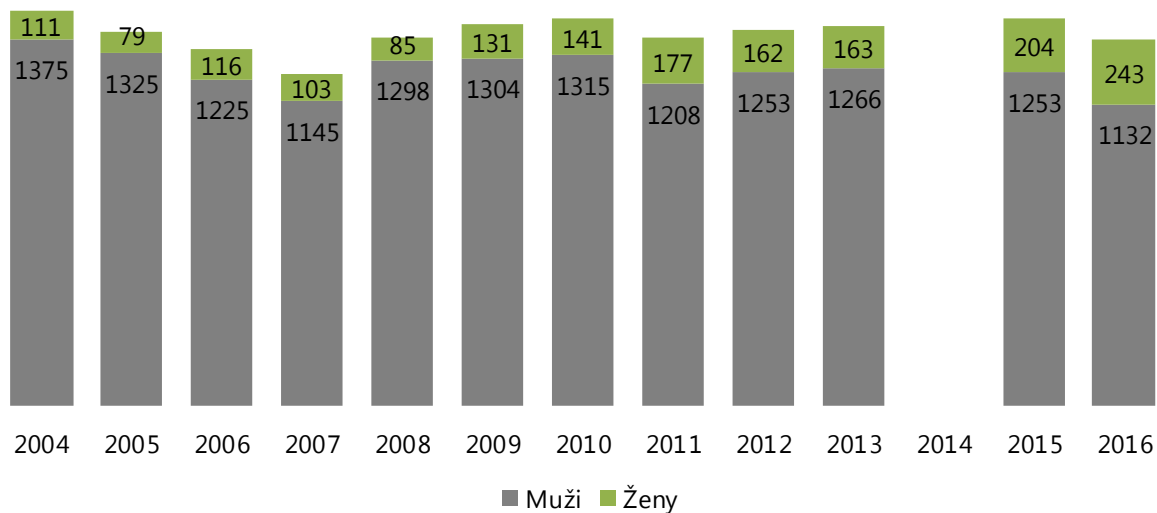
Ukazatel	2015	2016	2017
Celkový počet kontaktů*	1 476	2 534	1 885
Individuální poradenství	359	293	123
Individuální psychoterapie	154	420	473
Sociální práce	148	268	229

Pozn.: * součet přímých a nepřímých kontaktů

Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti (2018c)

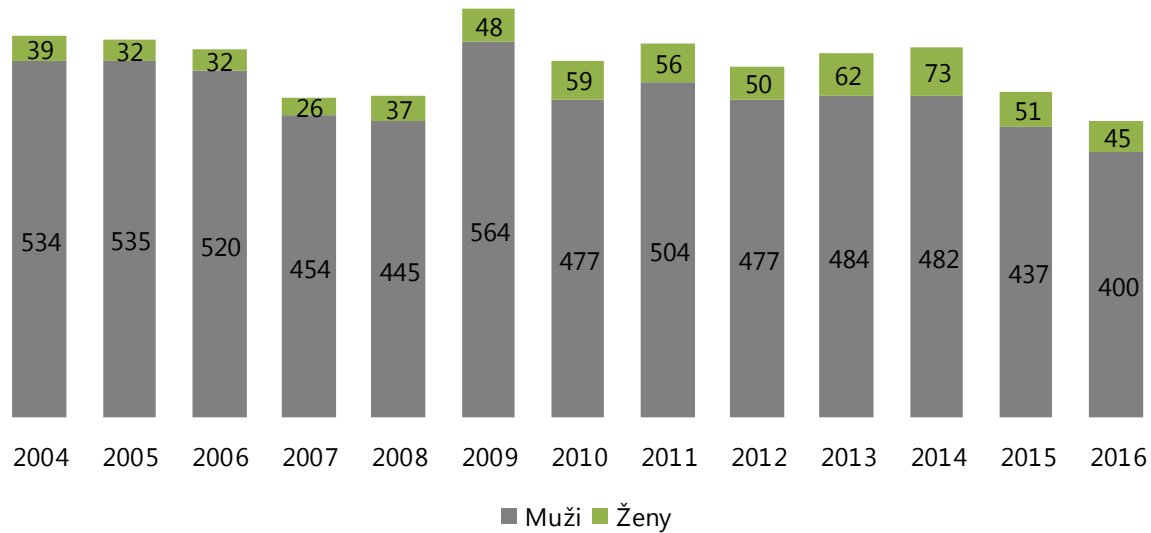
5.4.3 Zdravotní a sociální škody spojené s hazardním hraním

graf 71: Vývoj počtu pacientů s dg. F63.0 v ambulancích v l. 2004–2016 podle pohlaví



Pozn.: Údaje z ročních výkazů psychiatrických ambulancí za r. 2014 nejsou k dispozici z důvodu technologických a organizačních změn způsobu sběru v rámci Národního zdravotního informačního systému.
Zdroj: ÚZIS ČR (2017)

graf 72: Vývoj počtu hospitalizací pro dg. F63.0 v l. 2004–2016 podle pohlaví



Zdroj: ÚZIS ČR (2017)

tabulka 72: Počet programů, které poskytly služby patologickým hráčům a byly podpořeny v dotačních řízeních RVKPP v l. 2014–2017, podle typu služby

Typ adiktologické služby	Počet programů				Počet klientů			
	2014	2015	2016	2017	2014	2015	2016	2017
Adiktologické služby ve vězení a postpenitenciární péče	3	3	4	4	11	17	26	21
Ambulantní léčba	18	15	29	30	601	452	991	1 199
Následná péče	2	7	7	8	2	76	53	43
Kontaktní a poradenské služby	15	14	10	11	73	63	73	46
Terapeutická komunita	1	0	2	1	1	0	3	2
Terénní programy	3	7	4	3	5	118	5	3
On-line poradny	–	–	2	1	–	–	63	709
Celkem	42	46	58	58	693	726	1 214	2 023

Pozn.: Je uveden počet klientů, jejichž primárním problémem je hazardní hraní.

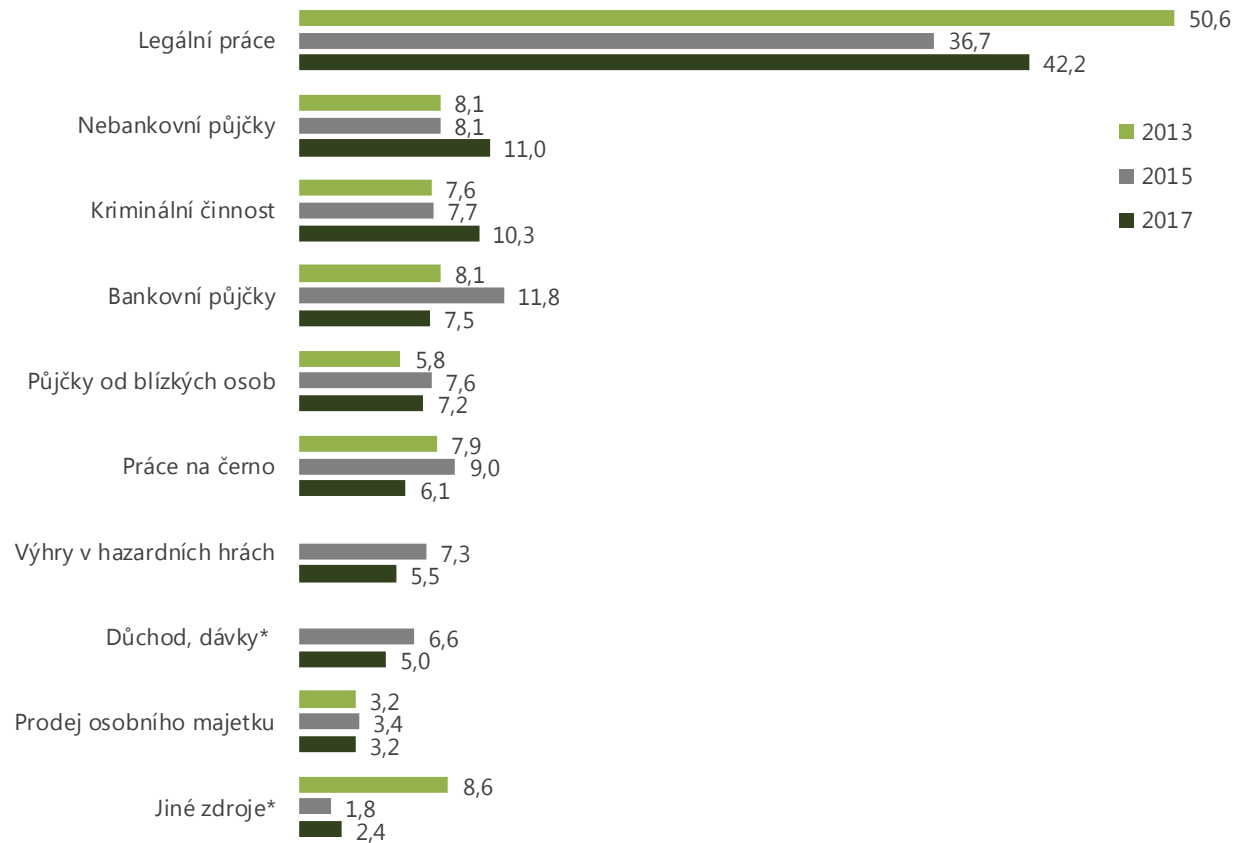
Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti (2018c)

V rámci studie *Patologičtí hráči v léčbě* byla v r. 2017 zjišťována také míra zadlužení a další finanční aspekty hazardního hráčství na souboru 252 hráčů v léčbě. Podle výsledků studie *Patologičtí hráči v léčbě* z r. 2017 (Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti and ppm factum research, 2018a) byly průměrné měsíční výdaje v posledním roce před začátkem léčby 53 tis. Kč (51 tis. Kč v r. 2015), z toho výdaje na hazardní hraní tvořily průměrně 45 tis. Kč (38 tis. v r. 2015), medián měsíčních výdajů na hazardní hraní byl 20 tis. Kč. Průměrná měsíční bilance hazardního hraní v posledních 12 měsících před vstupem do léčby byla v průměru -46 tis. Kč (-44 tis. v r. 2015 a -39 tis. v r. 2013), 10 % hráčů, kteří bilanci uvedli,¹⁴ uvedlo kladnou měsíční bilanci (9 % v r. 2015).

Legální práce byla hlavním zdrojem příjmů hráčů v posledních 12 měsících před vstupem do léčby – tvořila v průměru 42 % celkového příjmu hráčů (37 % v r. 2015 a 50 % v r. 2013). Dále to byly půjčky – 26 % v r. 2017 (28 % v r. 2015), z toho nejvíce nebankovní půjčky (11 %) – a kriminální činnost (10 %) – graf 73.

¹⁴ Na tuto otázku odpovědělo 80 % hráčů v léčbě.

graf 73: Průměrný podíl jednotlivých zdrojů příjmu na celkových příjmech v posledních 12 měsících – studie Patologičtí hráči v léčbě z l. 2013, 2015 a 2017, v %



Pozn.: * V r. 2015 byly do kategorie „jiné zdroje“ zahrnuty kategorie „výhry v hazardních hrách“, „důchod starobní či invalidní“ a „dávky sociální pomoci a podpory“. V r. 2013 se otázka týkala zdroje peněz, kterými bylo v posledním roce před vyhledáním pomoci financováno hraní.

Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti and ppm factum research (2018a)

Na otázku ohledně celkové bilance hazardního hraní odpovědělo 222 respondentů, z nichž přibližně 5 % mělo kladnou bilanci, 1 % vyrovnanou a 94 % zápornou. Průměrná bilance byla –1,137 mil. Kč, medián byl –350 tis. Kč. Nejhorší bilanci měl respondent, který za svou hráčskou kariéru prohrál 40 mil. Kč. Největší plusová bilance byla 2,5 mil. Kč. V r. 2015 byla celková finanční bilance hazardního hraní při vstupu do léčby v průměru –745 tis. Kč, medián byl –300 tis. Kč. Také v r. 2015 uvedlo kladnou bilanci přibližně 5 % hráčů.

Zadluženo bylo 223 respondentů (89 %) v r. 2017 (92 % v r. 2015). Průměrná výše zadlužení byla přibližně 780 tis. Kč (894 tis. Kč v r. 2013, 596 tis. Kč v r. 2015). Medián zadlužení byl 400 tis. Kč. Maximální dluh byl 20 mil. Kč a minimální dluh byl 10 tis. Kč. Přibližně třetina zadlužených hráčů měla dluh do 0,25 mil. Kč a další třetina zadlužených hráčů do 0,5 mil. Kč. Zbývá třetina měla dluh přesahující 0,5 mil. Kč, 5 % mělo dluh více než 2 mil. Kč.

tabulka 73: Míra rizika výskytu úzkostně-depresivních příznaků podle škály MHI-5 – studie Patologičtí hráči v léčbě v l. 2015 a 2017

Kategorie rizika podle MHI-5	2015		2017	
	Počet	Podíl (%)	Počet	Podíl (%)
Vysoká pravděpodobnost úzkostně-depresivní poruchy	172	66,4	174	69,9
Přítomnost úzkostně-depresivních příznaků	44	17,0	44	17,7
Dobré duševní zdraví	43	16,6	31	12,4
Celkem	259	100,0	249	100,0

Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti and ppm factum research (2018a)

V r. 2017 uvedlo myšlenky na sebevraždu někdy v životě 131 (52 %) respondentů (65 % v r. 2015) a 49 (19 %) respondentů uvedlo pokus o sebevraždu (29 % v r. 2015). Více než polovina z těch, kteří se o sebevraždu pokusili (26 respondentů), se o ni pokusilo opakovaně, třetina (13 respondentů) více než dvakrát.

tabulka 74: Páchání vybraných trestných činů někdy v životě v souboru studie Patologičtí hráči v léčbě z r. 2017, v %

Trestné činy	2015	2017
Krádež	45,9	43,3
Podvod	35,5	29,4
Zpronevěra	33,2	27,0
Výroba a/nebo prodej drog	19,3	23,8
Loupež	8,5	7,5
Jiná kriminální činnost*	3,5	2,8

Pozn.: * V r. 2015 byly z jiných trestných činů uvedeny vydírání, vloupání, zabití, úvěrový podvod nebo jiná drogová trestná činnost. V r. 2017 byla nabídnuta kategorie „jiná kriminální činnost“.

Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti and ppm factum research (2018a)

5.4.4 Nabídka hazardního hraní

K 1. 1. 2019 mělo povolení provozovat alespoň jeden typ hazardní hry (HH) v ČR 57 společností, o rok dříve to bylo 60, v l. 2016 a 2015 to bylo 69 společností a v r. 2014 to bylo 73 společností. Počet společností, které v ČR provozují hazardní hry v průběhu platnosti tohoto akčního plánu, klesl ze 73 na 57.

tabulka 75: Počet společností s povolením k provozování hazardních her v ČR podle typu, k 1. 1. 2018 a 1. 1. 2019

Typ povolené hry	Počet společností	
	1. 1. 2018	1. 1. 2019
Loterie	9	9
> z toho land-based	9	8
> z toho on-line	2	3
Kurzové sázky	14	11
> z toho land-based	13	7
> z toho on-line	11	9
Technické hry	40	45
> z toho land-based	36	41
> z toho on-line	7	7
Živé hry	39	37
> z toho land-based	37	35
> z toho on-line	3	4
Bingo	1	1
> z toho land-based	1	1
> z toho on-line	0	0

Zdroj: MF (2019), zpracováno NMS

Počet povolených TH v ČR klesá od roku 2011. K největšímu poklesu došlo v r. 2013, kdy se počet TH snížil o více než 23 tis., a v r. 2018, kdy se počet TH snížil přibližně o 14 tis. Na konci r. 2018 bylo v ČR povoleno méně než 40 tis. TH. Přes 90 % TH již bylo na konci r. 2018 povoleno podle ZHH, o rok později to budou všechny TH.

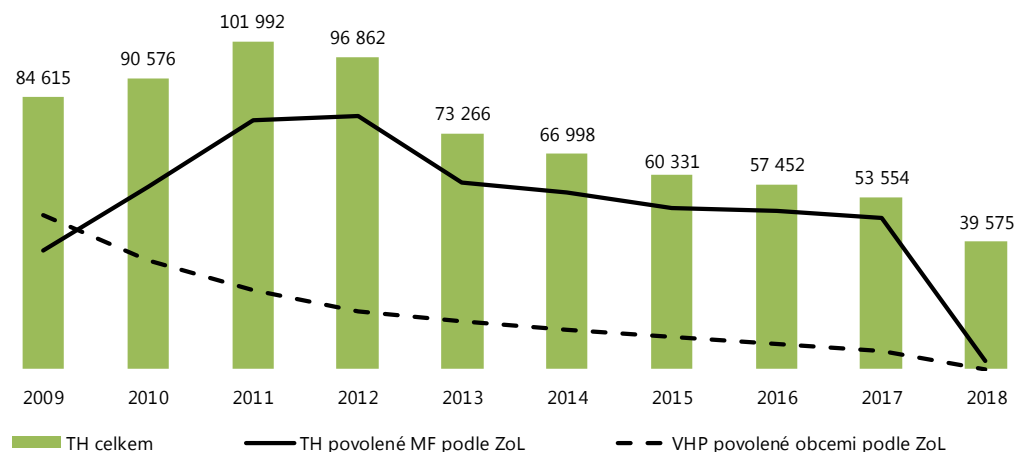
tabulka 76: Počty povolení k jednotlivým typům TH v l. 2011–2018*

Typ her	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
EMR	1 958	1 894	2 297	2 272	1 541	1 201	1 068	861	640	33
VLT	29 594	46 572	62 926	64 188	48 461	45 467	41 670	41 773	39 467	2 578
LLS	3	17	3 953	5 696	2 713	2 213	1 734	1 197	842	11
TH podle § 50 odst. 3 ZoL	821	3 583	3 934	3 106	2 038	1 793	1 447	1 239	871	40
TH podle § 2 písm. j) ZoL	363	202	171	164	74	64	44	34	9	–
VHP	3 964	4 270	3 973	3 509	3 438	4 129	4 260	4 311	5 065	–
Elektronické karetní stoly	–	–	–	19	1	–	–	–	–	–
TH povolené MF podle ZoL	36 703	56 538	77 254	78 954	58 266	54 867	50 223	49 415	46 894	2 662
TH povolené podle ZHH	–	–	–	–	–	–	–	–	1 000**	36 913
VHP povolené obcemi podle ZoL	47 912	34 038	24 738	17 908	15 000	12 131	10 108	8 037	5 660	–
Celkem	84 615	90 576	101 992	96 862	73 266	66 998	60 331	57 452	53 554	39 575

Pozn.: * Údaje jsou k 31. 12. daného roku s výjimkou TH povolených MF za r. 2011 a 2012, kdy jsou k 1. 1. následujícího roku. ** Odhad MF.

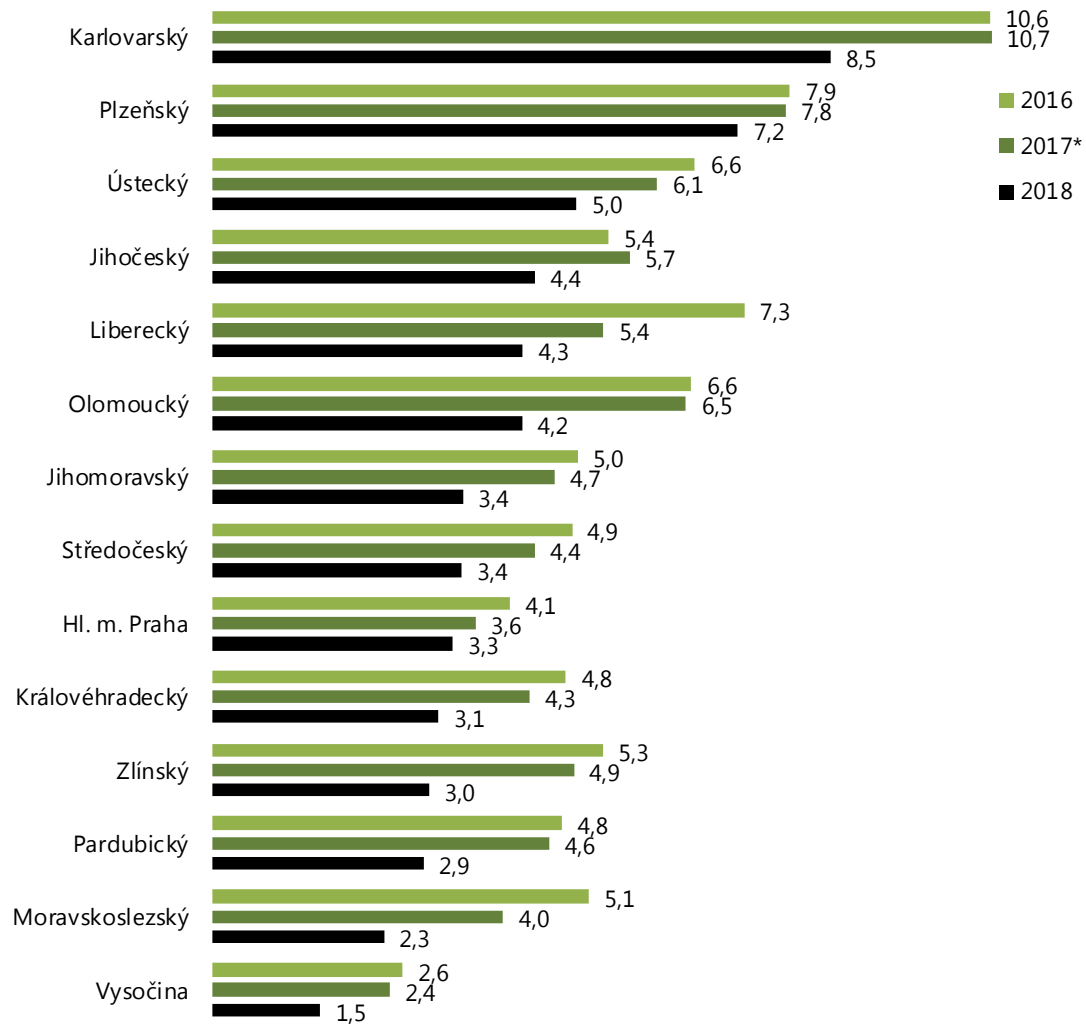
Zdroj: MF (2018), zpracováno NMS

graf 74: Počet povolených TH v l. 2009–2018



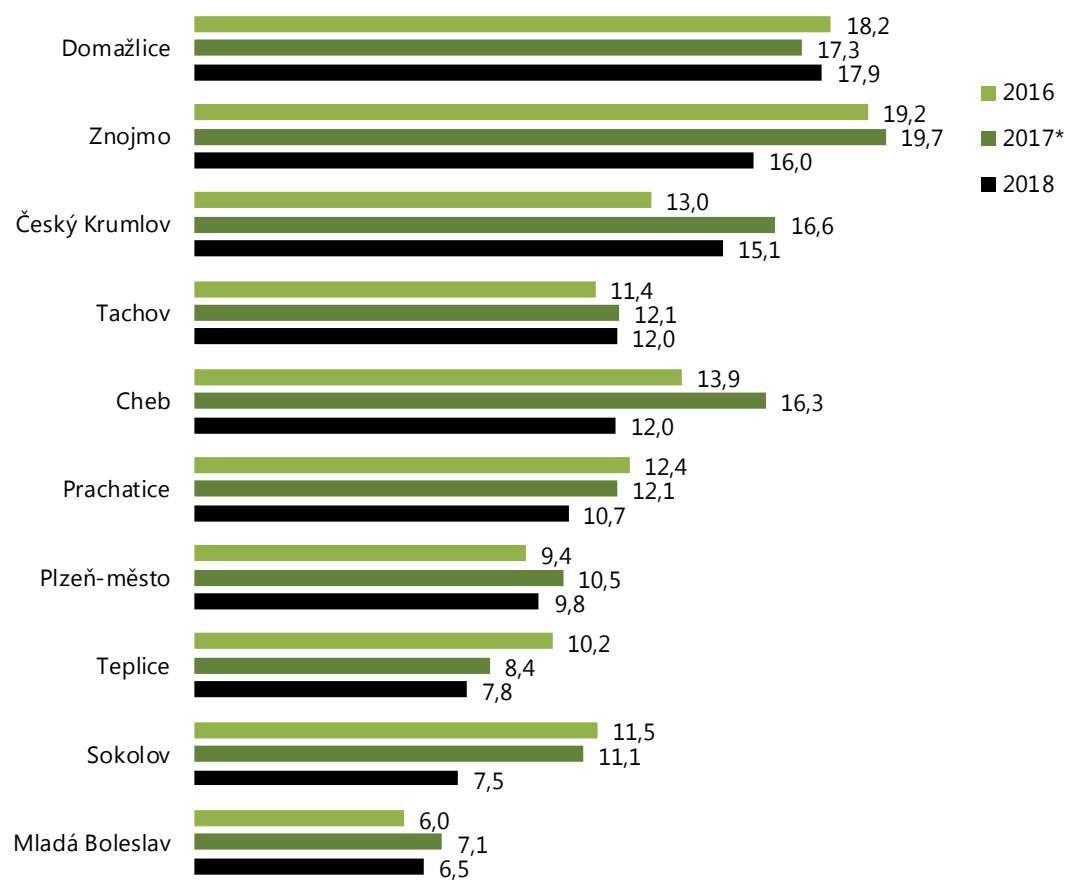
Zdroj: MF (2019), zpracováno NMS

graf 75: Počet TH na tisíc obyvatel podle krajů k 31. 12. daného roku



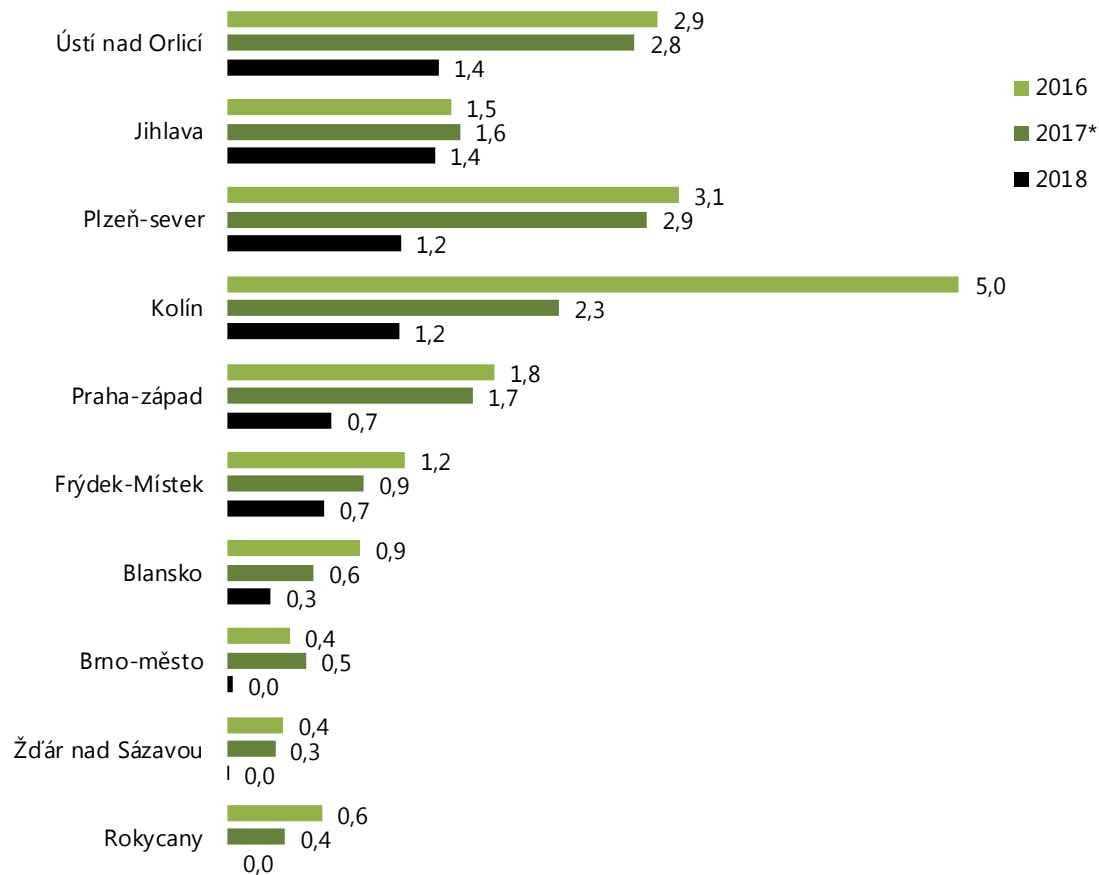
Pozn.: *Za rok 2017 graf nezahrnuje přibližně 1000 TH povolených podle ZHH.
Zdroj: MF (2019), zpracováno NMS

graf 76: Počet TH na počet obyvatel v l. 2016-2018 ve vybraných okresech – 10 okresů s nejvyšším počtem TH v r. 2018



Pozn.: *Za rok 2017 graf nezahrnuje přibližně 1000 TH povolených podle ZHH.
Zdroj: MF (2019), zpracováno NMS

graf 77: Počet TH na počet obyvatel v l. 2016-2018 ve vybraných okresech – 10 okresů s nejnižším počtem TH v r. 2018

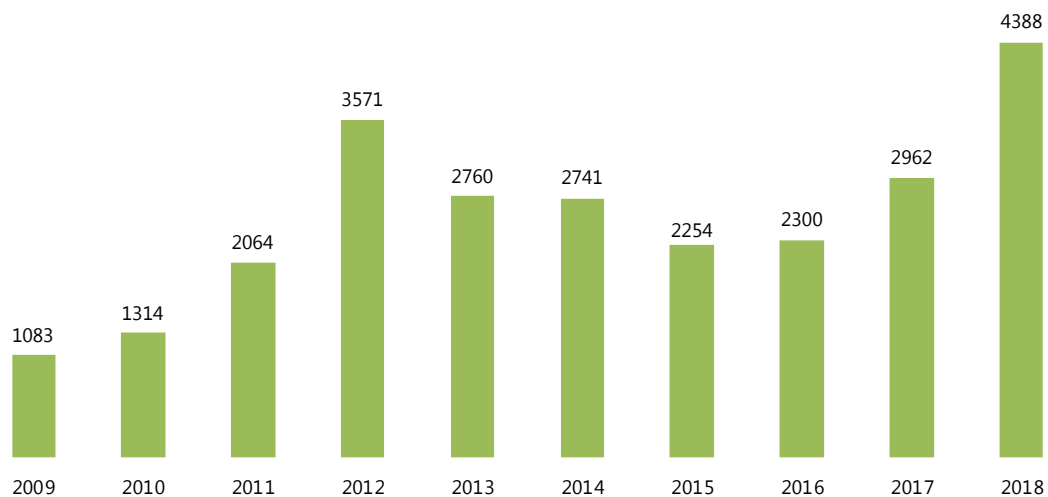


Pozn.: *Za rok 2017 graf nezahrnuje přibližně 1000 TH povolených podle ZHH.

Zdroj: MF (2019), zpracováno NMS

K 31. 12. 2018 bylo podle údajů MF povoleno 4,4 tis. ŽH, což je o 1,4 tis. více než o rok dříve. Ne rozdíl od počtu povolených TH se počet povolených ŽH v posledních letech zvyšuje. Meziroční nárůst byl 48 % a za poslední dva roky toto číslo vzrostlo téměř na dvojnásobek (o 90 %). Důvodem je snaha provozovatelů evidovat svoje provozovny jako kasina, k tomu potřebují v každém kasinu alespoň 3 stoly živé hry, a zákonná povinnost, která podmiňuje provozování určitého počtu TH v kasinu provozováním určitého počtu ŽH.

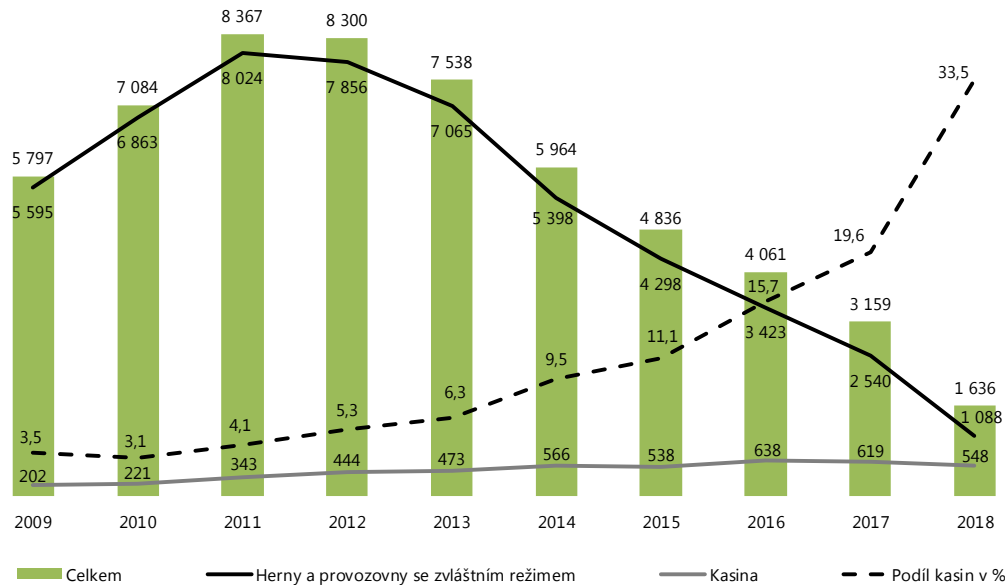
graf 78: Počet povolených živých her v l. 2009–2018



Zdroj: MF (2019), zpracováno NMS

Počet provozoven s živou a/nebo technickou poklesl na konci r. 2018 na 1,6 tis. provozoven – graf 79.

graf 79: Počet provozoven s TH a/nebo ŽH v l. 2009–2018



Pozn.: Údaje nezohledňují provozovny, které měly pouze povolení na VHP od obce. Takových bylo v r. 2017 1038, v r. 2018 již takové provozovny neexistovaly. Údaje za r. 2017 také nezohledňují přibližně 1 tis. TH a 50 ŽH povolených podle ZHH. Údaje za r. 2018 již zahrnují všechny provozovny s TH a/nebo ŽH.

Zdroj: MF (2019), zpracováno NMS

Nabídka nepovolených hazardních her on-line byla potlačena na přelomu na začátku roku 2017. ZHH dal MF pravomoc blokovat internetové stránky s nepovolenými hazardními hrami a rovněž účty spojené s provozováním nepovolených on-line hazardních her. Na začátku r. 2017 v souvislosti s účinností ZHH vyzvalo MF provozovatele nepovolených on-line hazardních her cílících na hráče v ČR k ukončení činnosti nebo získání příslušného povolení. Stránky, které nemají povolení, a přesto cílí na české hráče, jsou MF umístěny na seznam nepovolených her. MF vede od r. 2017 seznam nepovolených internetových her, který zveřejňuje na webových stránkách. K 15. 2. 2018 obsahoval 102 webových stránek včetně 96 variací na stránky 1xbet.com, k 15. 1. 2019 to bylo již 120 stránek.

K 1. 1. 2019 mělo povolení provozovat land-based kurzové sázky (KS) 8 společností, což je o 1 méně než o rok dříve. Ve skutečnosti však k 4. 1. 2019 v ČR provozovalo land-based KS pouze 5 společností, které měli dohromady celkem 2085 sázkových kanceláří na 1951 unikátních adresách.¹⁵

¹⁵ Rekordmanem je adresa pražské tržnice SAPA (tzv. Malá Hanoj), kde je registrováno celkem 13 sázkových kanceláří, z toho 12 patří jedné firmě.

tabulka 77: Provozovatelé a počet poboček land-based kurzového sázení k 1. 1. 2019

Provozovatel	Sídlo	Počet
Evona Electronic	SR	168
Fortuna Game	ČR	567
Chance	ČR	197
Slot Group	ČR	419
Tipsport.net	ČR	734
Celkem		2 085

Zdroj: MF (2019)

Velká většina kurzového sázení probíhá v on-line prostředí. Povolení provozovat KS on-line mělo k 1. 1. 2019 celkem 9 společností (o 2 méně než k 1. 1. 2018), z toho 4 povolení byla podle ZoL a 5 povolení bylo podle ZHH. Pouze 8 společností na povolených stránkách on-line KS k 9. 1. 2019 skutečně provozovalo. Na Maltě registrovaná společnost TSG Interactive byla jedinou zahraniční společností, která v ČR v r. 2018 provozovala povolené on-line KS a to na stránkách betstars.cz – tabulka 78.

tabulka 78: Provozovatelé on-line kurzových sázek k 1. 1. 2019

Provozovatel	Sídlo	Povolení podle	Webová adresa	Provozování*
Fortuna Game	ČR	ZHH	ifortuna.cz	Ano
Chance	ČR	ZHH	chance.cz	Ano
Maxi-Tip	ČR	ZHH	maxitip.cz	Ano
TSG Interactive	Malta	ZHH	betstars.cz	Ano
Sazka	ČR	ZoL	sazkabet.cz	Ano
Slot Group	ČR	ZoL	czechbet.cz	Ne
Synot Tip	ČR	ZoL	synottip.cz	Ano
Tipsport.net	ČR	ZHH	tipsport.cz	Ano
Victoria-Tip	ČR	ZoL	victoriatip.cz	Ano

Pozn.: * Provozování on-line kurzových sázek na uvedených stránkách k 9. 1. 2019.

Zdroj: MF (2019)

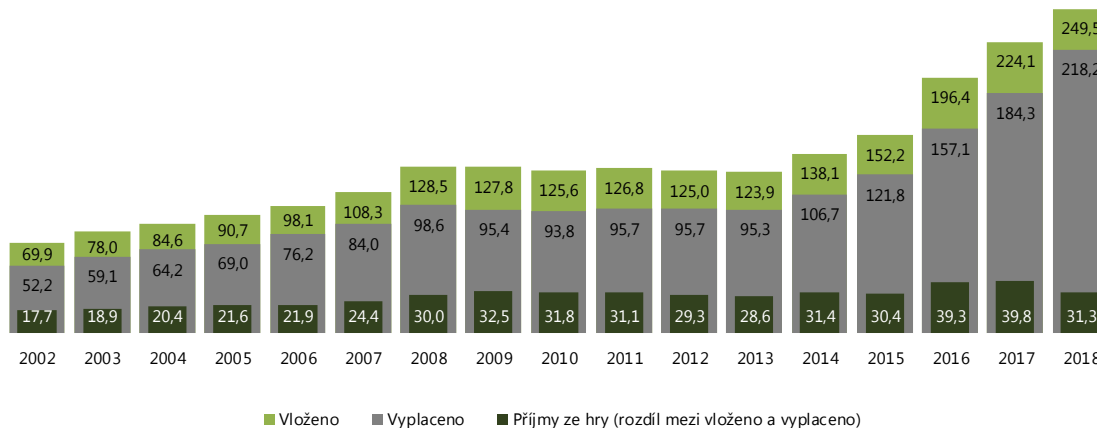
Počet zahraničních provozovatelů hazardních her na trhu ČR:

- > 2017: 1 – REEL Spain (Malta): ŽH on-line (pokerstars.cz) a KS on-line (betstars.cz),
- > 2018: 3– TSG Interactive (Malta): ŽH on-line (pokerstars.cz) a KS on-line (betstars.cz); EVONA ELECTRONIC (Slovensko): loterie land-based, KS land-based; Lottovate (Velká Británie): loterie on-line (lototo.cz).

5.4.4.1 Trh s hazardními hrami a ekonomické ukazatele

Objem peněz, které hráči v ČR vloží do HH, rychle roste, v r. 2018 hráči vsadili více než dvakrát tolik peněz než před 5 lety a o 11 % více než v roce 2017. V r. 2018 ale poklesl objem peněz, které hráči prohráli a které jsou příjmem provozovatelů z hazardní hry, a to meziročně o 8,5 mld. Kč, resp. 21 %. Tato částka je o 10 % vyšší než před 5 lety – graf 80.

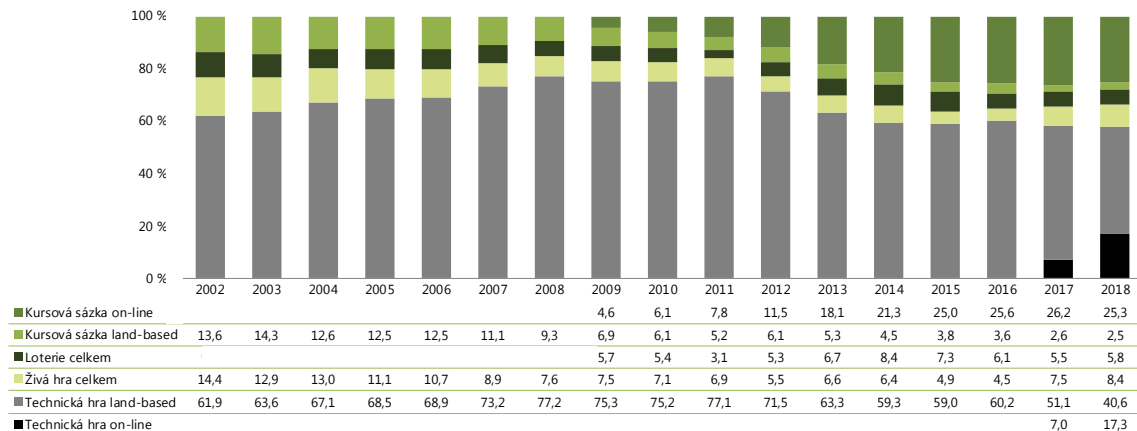
graf 80: Objem trhu s hazardními hrami v ČR v l. 2002–2018, v mld. Kč



Zdroj: MF (2019), zpracováno NMS

Vsazeno bylo nejvíce do TH land-based (41 %), KS on-line (25 %) a TH on-line (17 %). Od r. 2011 podíl TH land-based dlouhodobě klesá, v r. 2011 tvořil 77 %, v l. 2014-2016 byl přibližně 60 %, v r. 2017 byl 51 % a v r. 2018 klesl dokonce na 41 %. V posledních dvou letech však výrazně narostl podíl peněz vložených do TH on-line a to na 17 %. TH jsou tak stále dominantní, jejich podíl na vložených penězích do hry se v posledních 5 letech snížil o 6 p. b. na 57 %. Dlouhodobý růst podílu KS (od r. 2008) se zastavil v r. 2015 na 29 %, v r. 2018 dokonce klesl na 28 %, na KS online připadlo 25 %. Z loňského roku pokračoval růst podílu ŽH a to na 8 % v r. 2018. Podíl loterií byl v posledních třech letech přibližně 6 %.

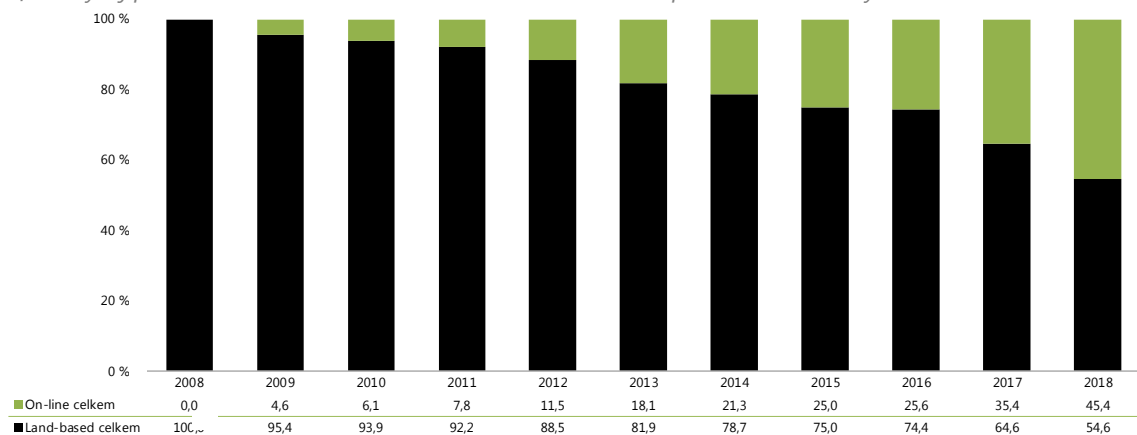
graf 81: Vývoj podílů typů hazardních her na trhu podle vkladů do hry v l. 2002–2018, v %



Zdroj: MF (2018), zpracováno NMS

Roste podíl peněz vložených do HH on-line. V r. 2011 byla do HH on-line vložena méně než desetina (8 %) všech peněz vložených do HH, v r. 2016 již to byla více než čtvrtina (26 %) a v r. 2017 více než třetina (35 %) a v roce 2018 dokonce 45 %.

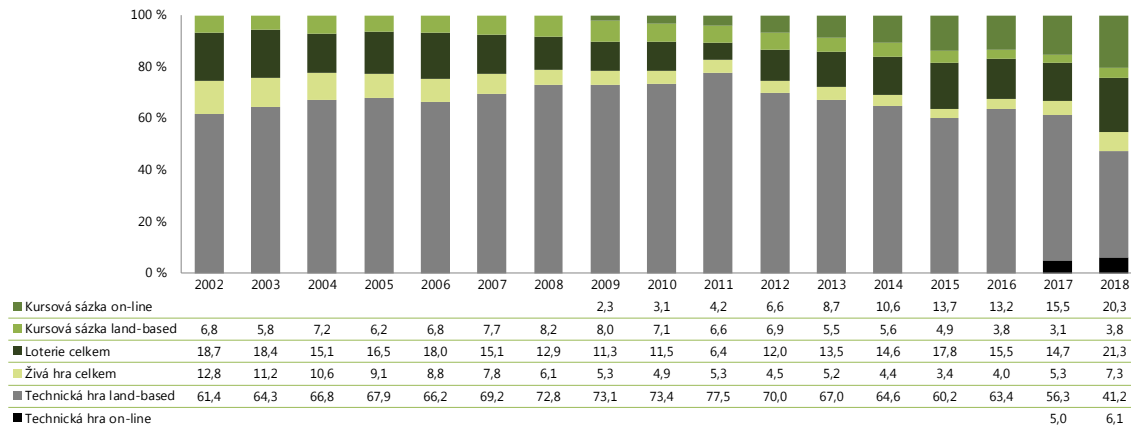
graf 82: Vývoj podílů land-based a on-line hazardních her na trhu podle vkladů do hry v l. 2008–2018, v %



Zdroj: MF (2019), zpracováno NMS

Při pohledu na vývoj podílů jednotlivých typů hazardních her na trhu podle příjmů provozovatelů (prohraných peněz) je patrný dlouhodobý růst podílu KS on-line, které i když v r. 2008 ještě nebyly oficiálně provozovány, měly v r. 2014 již 11 % a v roce 2018 dokonce 20 % trhu. Dlouhodobě rostl i podíl KS celkem a to z 6 % v r. 2005 na 24 % v r. 2018. Podíl ŽH vzrostl za poslední tři roky ze 3 % na 7 %. V posledním roce také výrazně vzrostl podíl loterií a to na 21 %, což je nejvíce za sledované období od r. 2002. Nadpoloviční většinu na trhu ztratily v r. 2018 TH, které měly v l. 2002-2017 minimálně 60 % podíl, v r. 2018 tento podíl výrazně poklesl a to na 47 % – graf 83.

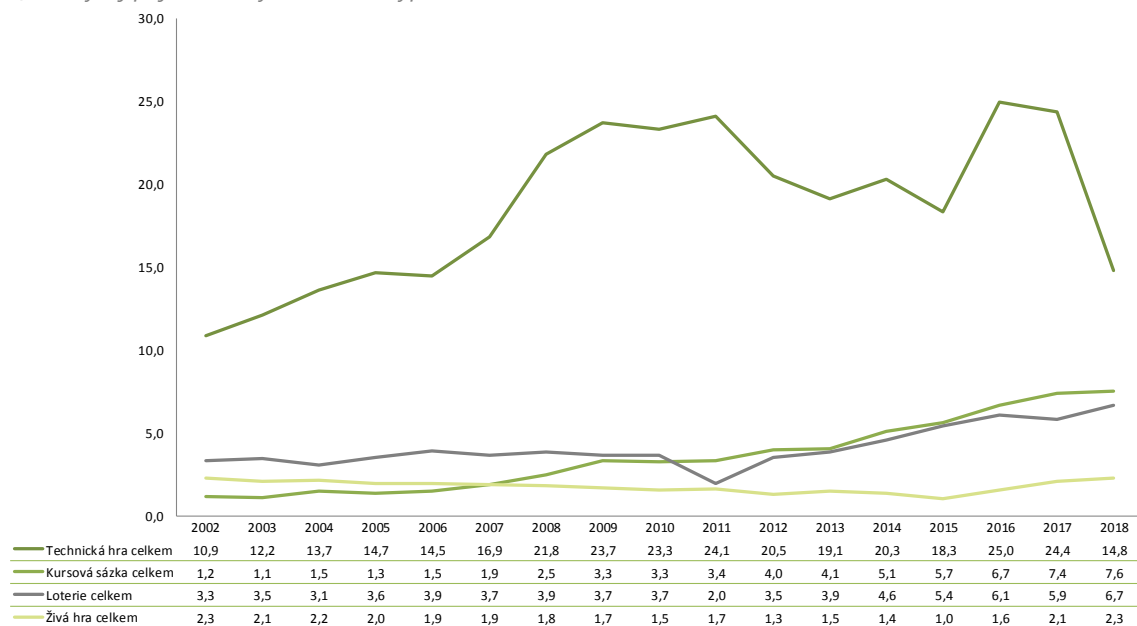
graf 83: Vývoj podílů typů hazardních her na trhu podle příjmů ze hry v l. 2002–2018, v %



Zdroj: MF (2019), zpracováno NMS

Následující graf (graf 84) znázorňuje vývoj trhu s hazardními hrami v posledních 17 letech podle typu HH v absolutních hodnotách příjmů provozovatelů ze hry. Částka, kterou ročně hráči prohráli v KS od r. 2003 (kdy to byla 1,1 mld. Kč) rychle rostla a za 16 let se zvýšila na téměř sedminásobek (7,6 mld. Kč.) Množství peněz prohrané v loteriích se od roku 2002 zdvojnásobilo na 6,7 mld. Kč ročně. Částka ročně prohraná živé hře od roku 2002 klesala a to až na 1,0 mld. Kč v r. 2015, od té doby však rostla a v r. 2018 to bylo 2,3 mld. Kč, stejně jako v r. 2002. Celková částka prohraná ročně v TH se od r. 2002, kdy byla 10,9 mld. Kč, zvyšovala až na 24,1 mld. Kč v r. 2011, poté poklesla na 18,3 mld. Kč v r. 2015, aby se velmi výrazně zvýšila na 25,0 mld. Kč v r. 2016. V r. 2018 výrazně poklesla a to na 14,8 mld. Kč, což je nejméně od r. 2007.

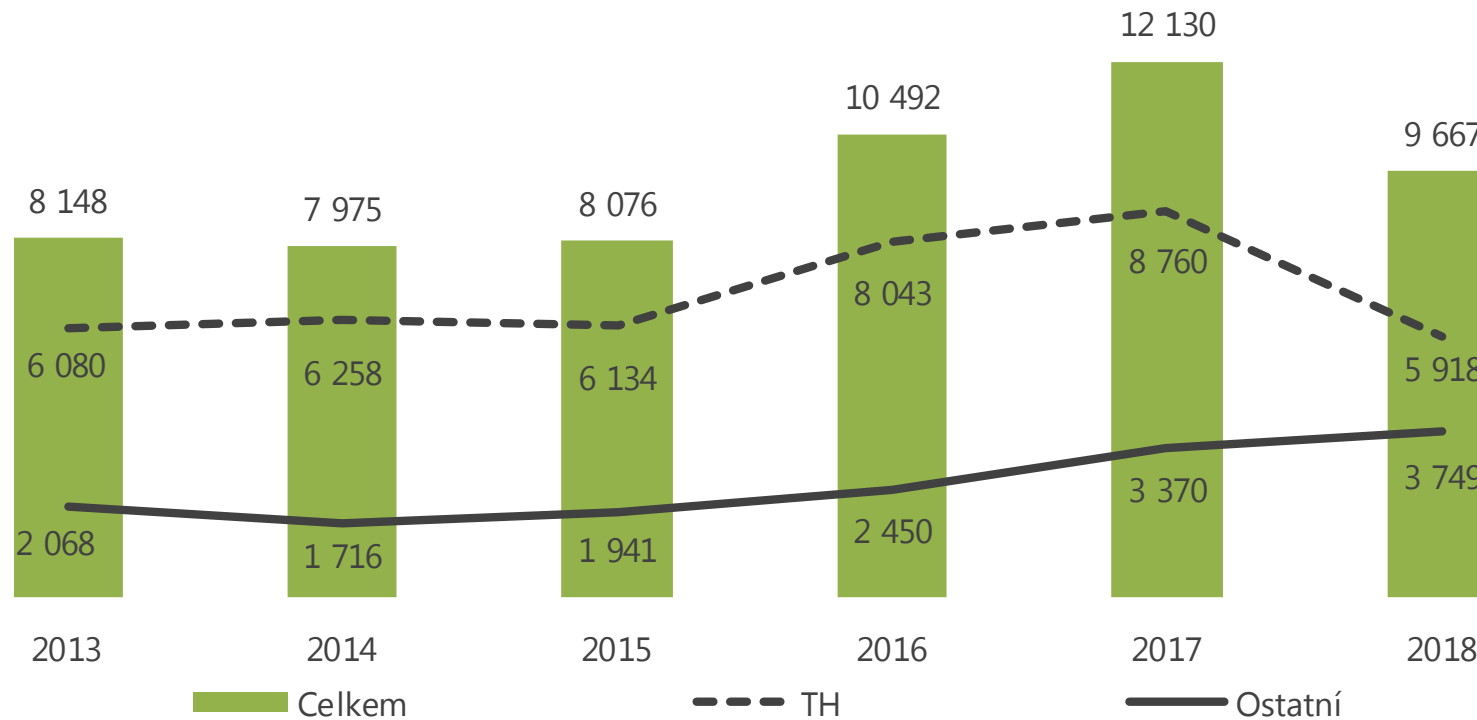
graf 84: Vývoj příjmů ze hry u hlavních typů hazardních her v l. 2002–2018, v mld. Kč



Zdroj: MF (2019), zpracováno NMS

V l. 2013–2015 se celkový objem odvodů z příjmů získaných provozováním HH (de facto daně z hazardních her) pohyboval ve výši přibližně 8 mld. Kč, v následujících dvou letech vzrostl na 12,1 mld. Kč v r. 2017. V r. 2018 došlo k poklesu odvodů na 9,7 mld. Kč, což je o 20 % méně než v r. 2017. Odvody v r. 2018 tak byly menší než v r. 2016. Důvodem tohoto snížení je zmenšení trhu s TH v důsledku přísnější regulace.

graf 85: Odvody z TH a ostatních hazardních her v I. 2013–2018, v mil. Kč



Pozn: Jde o odvody, které proběhly v daném roce, tzn. jsou v nich zahrnuty odvody za 1. až 3. čtvrtletí uvedeného roku a 4. čtvrtletí předcházejícího roku.
 Zdroj: MF (2019), zpracováno NMS

V I. 2016 a 2017 výrazně narostly celkové příjmy obecních rozpočtů i státního rozpočtu, příjmy obcí vzrostly v I. 2015–2017 o 21 % na 6,7 mld. Kč a příjmy státního rozpočtu vzrostly v tomto období o 112 % na 5,5 mld. Kč, tedy více než dvojnásobek příjmů v r. 2015. V roce 2018 příjmy státního rozpočtu poklesly i obecních rozpočtů poklesly, u státního rozpočtu to bylo o 0,8 mld. Kč (o 14 %) a u obecních rozpočtů o 1,7 mld. Kč (o 25 %).

tabulka 79: Odvody z hazardních her do státního rozpočtu a obecních rozpočtů v l. 2013–2018, v mil. Kč

Odvozy z hazardních her	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Změna 2017–2018 (%)	Změna 2015–2018 (%)
Rozpočty obcí								
> TH	4 878	5 015	4 905	5 369	5 645	3 849	-31,8	-21,5
> ostatní HH	621	512	5 83	735	1 010	1 125	11,4	92,8
> celkem	5 499	5 527	5 488	6 104	6 655	4 974	-25,3	-9,4
Státní rozpočet								
> TH	1 202	1 243	1 230	2 673	3 115	2 069	-33,6	68,2
> ostatní HH	1 447	1 204	1 358	1 715	2 360	2 624	11,2	93,3
> celkem	2 650	2 447	2 587	4 388	5 475	4 693	-14,3	81,4
Veřejné rozpočty celkem								
> TH	6 080	6 258	6 134	8 043	8 760	5 918	-32,4	-3,5
> ostatní HH	2 068	1 716	1 941	2 450	3 370	3 749	11,3	93,1
> celkem	8 148	7 975	8 076	10 492	12 130	9 667	-20,3	19,7

Zdroj: MF (2019), zpracováno NMS

tabulka 80: Přehled daňových sazeb odvodu/daně z hazardních her v l. 2012–2017

Rok	Zdanění			Rozpočtové určení daně			
	Sazba		Poplatek za herní místo	TH		Ostatní HH	
	TH (%)	Ostatní (%)		Stát (%)	Obce (%)	Stát (%)	Obce (%)
2012–2015	20	20	55	20	80	70	30
2016	28	23	80	37	63	70	30
2017	35	23	–	35	65	70	30

5.4.4.2 Nelegální provozování hazardních her

Dlouhodobým problémem je dostupnost nelegálních TH na černém trhu. Na černém trhu se objevují tzv. kvízomaty, puzzlematy, tj. přístroje s hrou napodobující klasickou válcovou TH, která však obsahuje vědomostní nebo dovednostní prvek. V r. 2017 CS zajistila přes 950 TH a v r. 2018 dokonce přes 1700 TH (z toho přibližně 1550 byly kvízomaty).

Celní správa eviduje za r. 2018 celkem 80 pokut ve výši 1,6 mil. Kč udělených ve správních řízeních kvůli porušení ZHH. Kvůli nelegálnímu provozování bylo v l. 2017 a 2018 ve správních řízeních uděleno celkem 37 pokut ve výši 13,5 mil. Kč.

5.4.4.3 Ochrana hráčů před nabídkou hazardních her – sebeomezení a sebevyloučení

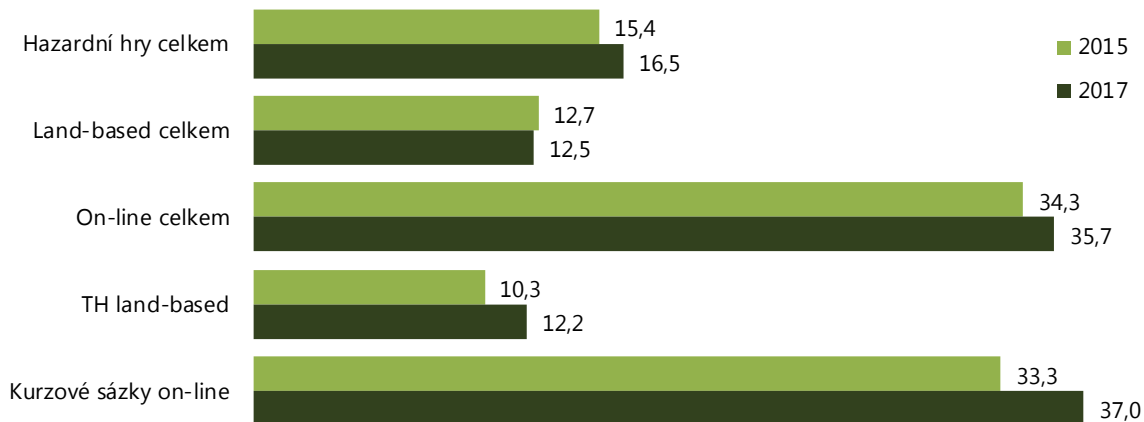
Dalším sebeomezujícím opatřením je možnost hráčů se nechat zcela vyloučit z účasti na hraní v herně, kasinu a on-line. Kromě dobrovolně vyloučených hráčů jsou podle ZHH z účasti na hazardních hrách vyloučeny osoby pobírající dávky v hmotné nouzi, osoby, vůči kterým je vyhlášen úpadek, a osoby, kterým byla soudem uložena povinnost zdržet se hazardních her nebo léčba patologického hráčství. Seznam vyloučených osob bude uveden v rejstříku vyloučených osob, který je součástí nového tzv. informačního systému provozování hazardních her, který spravuje MF. Celý systém ani rejstřík fyzických osob vyloučených z účasti na HH prozatím nejsou funkční. Provozovatelé budou mít přístup pouze k informaci, zda se daná osoba v rejstříku nachází. Osoba, která bude evidována v rejstříku, nebude mít přístup do herny či kasina a nesmí jí být zřízen herní účet (osoby, které o zapsání do rejstříku požádaly samy, budou moci po uplynutí minimálně 1 roku požádat o výmaz).

tabulka 81: Nabídka sebeomezení hráčům HH v posledních 12 měsících – Výzkum občanů 2017, v %

Typ hry	Podíl (%)
Hazardní hry land-based celkem	5,5
Hazardní hry land-based bez loterií	12,3
Hazardní hry on-line celkem	14,0
Hazardní hry on-line bez loterií	14,4
Hazardní hry celkem	5,7
Hazardní hry celkem bez loterií	11,9

Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti and INRES-SONES (2018)

graf 86: Nabídka sebeomezení někdy v životě podle hlavní problémové hry – studie Patologičtí hráči v léčbě 2015 a 2017, v %



Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti and ppm factum research (2015a); Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti and ppm factum research (2018a)

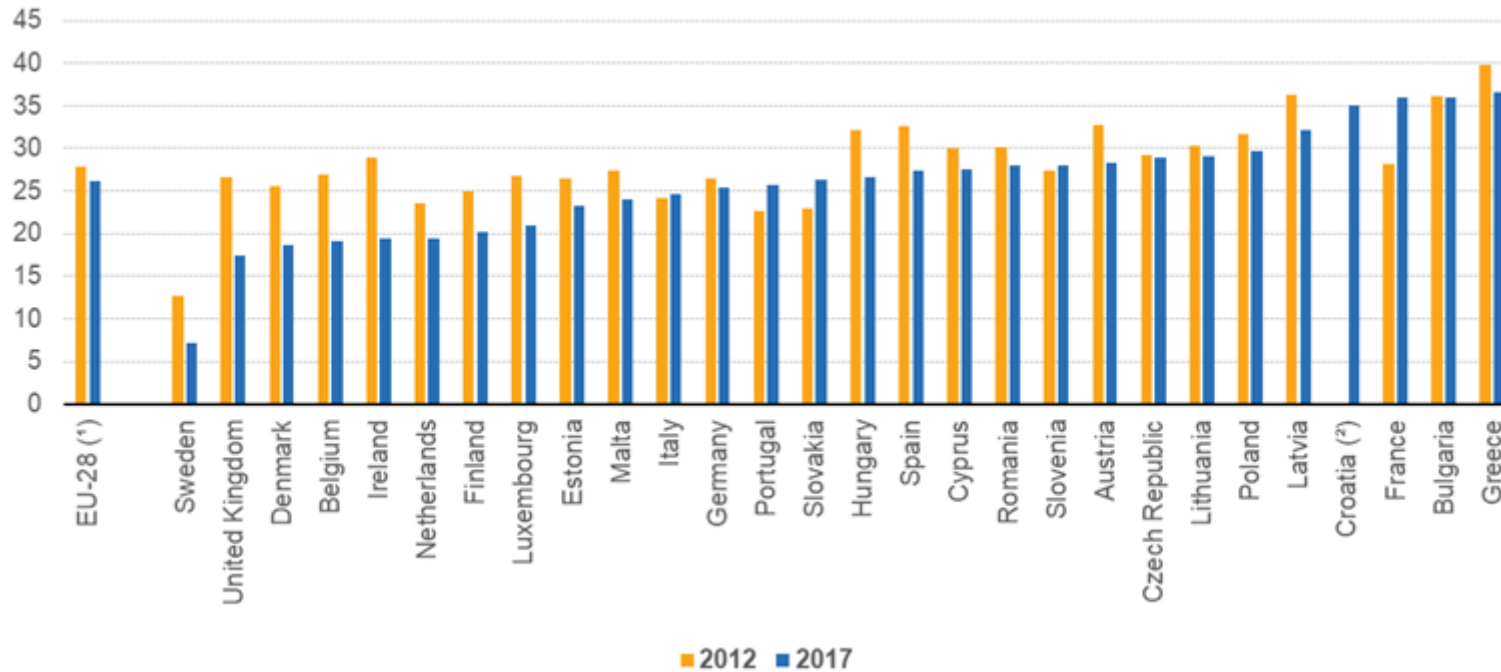
tabulka 82: Využití jednotlivých způsobů sebeomezení – studie Patologičtí hráči v léčbě 2017

Využitá sebeomezení	Počet (n = 14)	Podíl (%)
Výše sázek za 1 den	10	71,4
Výše čisté prohry za 1 den	7	50,0
Výše čisté prohry za 1 měsíc	3	21,4
Doba bez hazardní hry	3	21,4
Výše sázek za 1 měsíc	2	14,3
Počet přihlášení za 1 měsíc	2	14,3
Doba přihlášení za 1 den	1	7,1
Počet návštěv za 1 měsíc	1	7,1

Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti and ppm factum research (2018a)

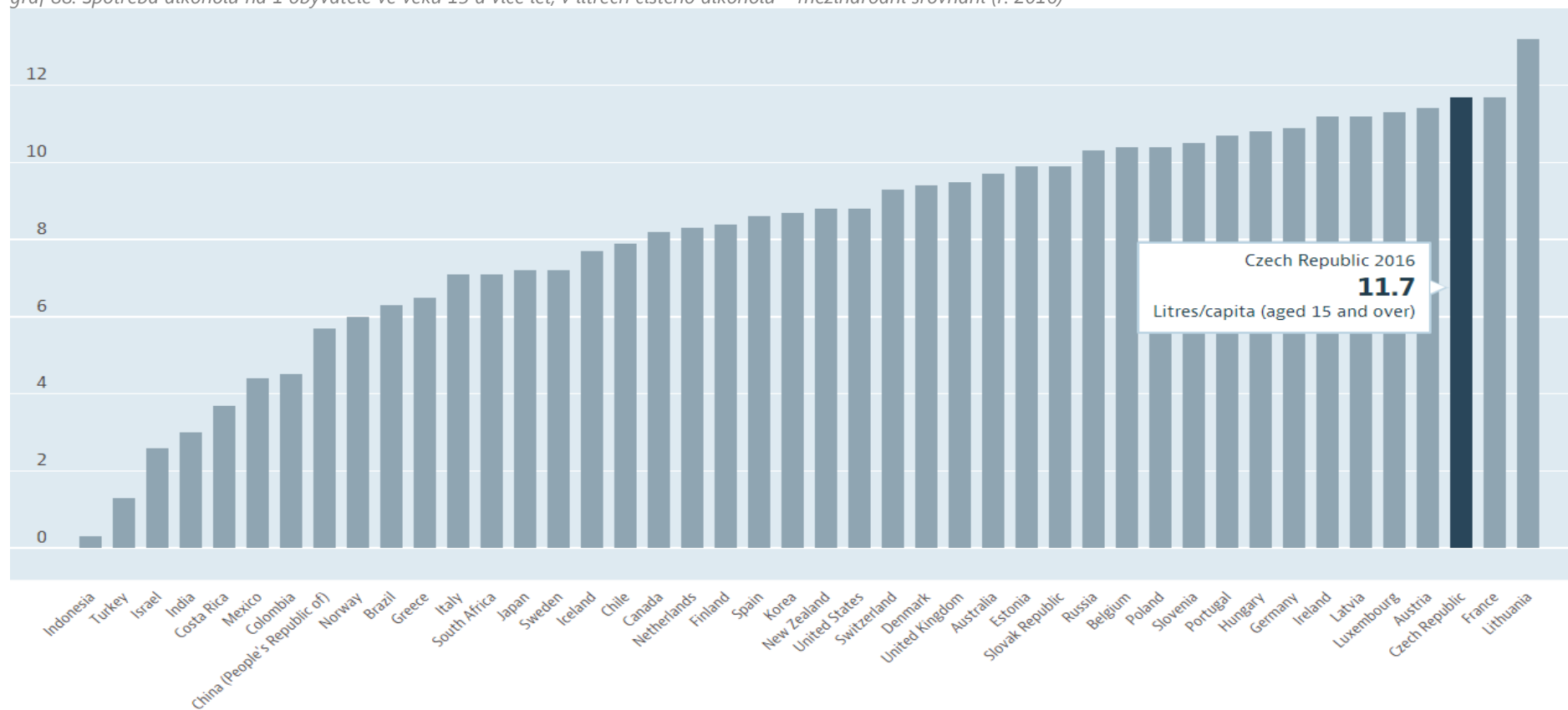
5.5 Mezinárodní srovnání

graf 87: Prevalence současného kouření v dospělé populaci ve věku 15 a více let v l. 2012–2017 v zemích EU – studie Eurobarometer, v %



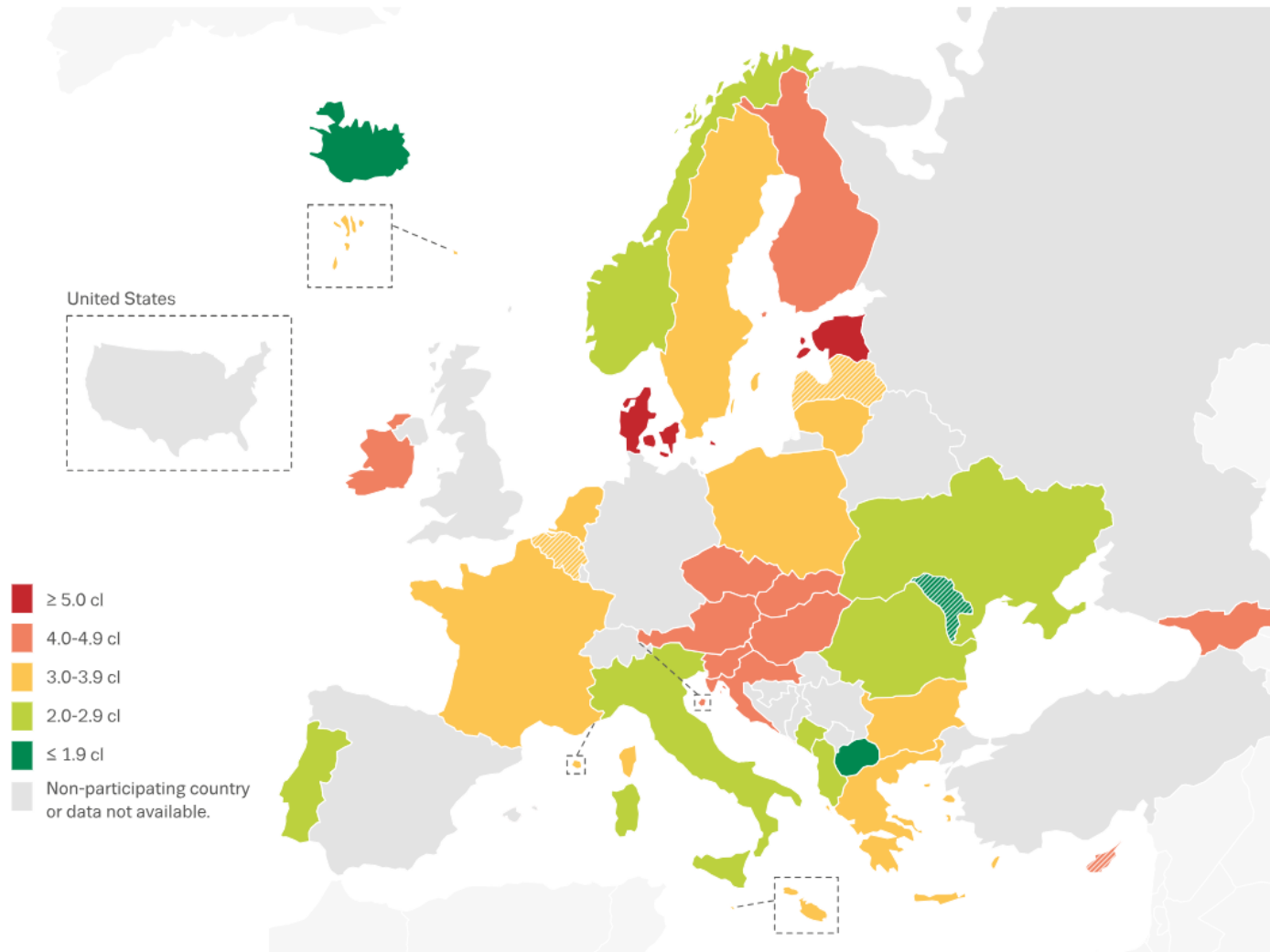
Zdroj: European Commission Services (2018)

graf 88: Spotřeba alkoholu na 1 obyvatele ve věku 15 a více let, v litrech čistého alkoholu – mezinárodní srovnání (r. 2016)



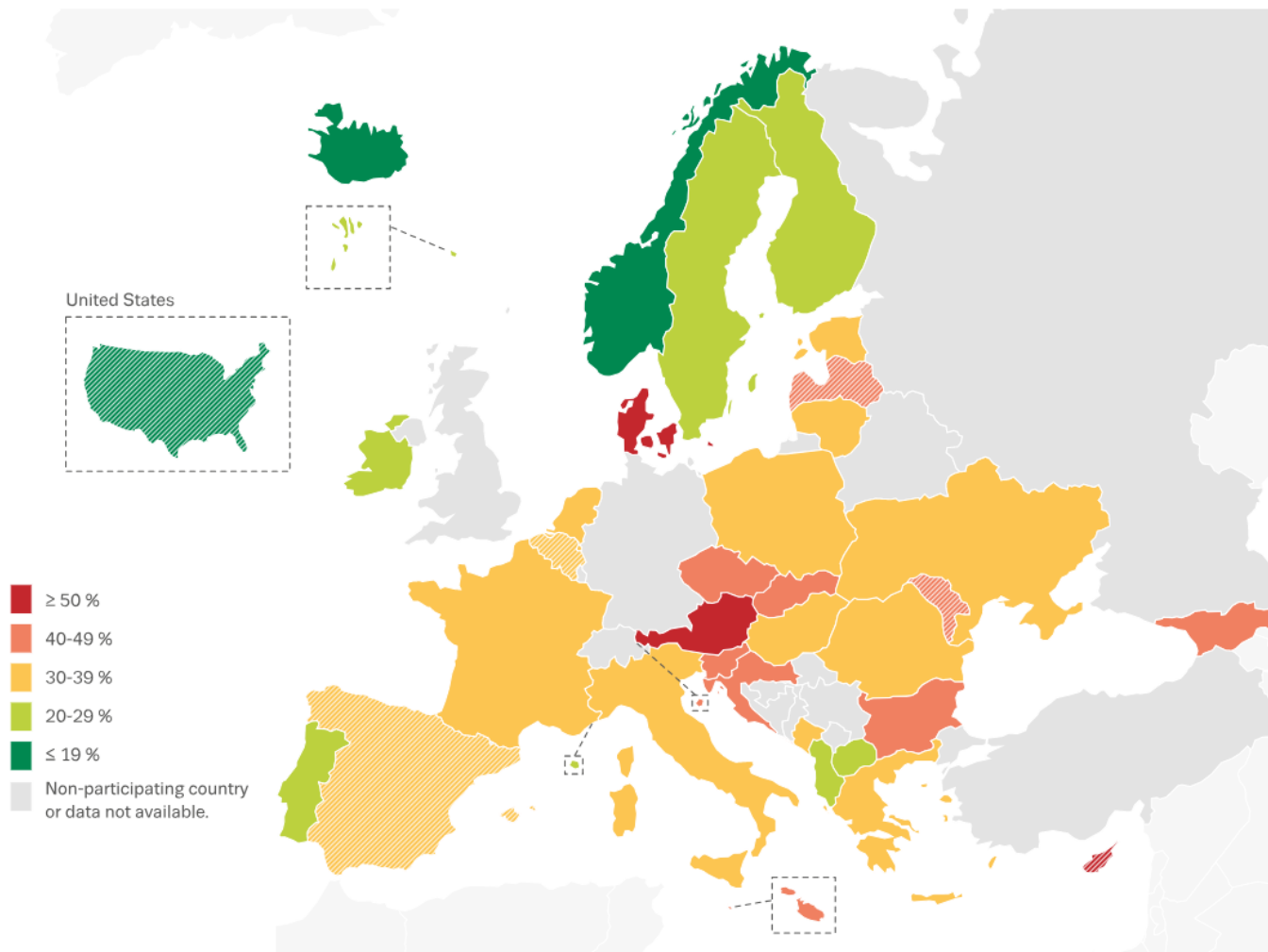
Zdroj: Organizace pro ekonomickou spolupráci a rozvoj (OECD, 2019)

mapa 1: Odhad průměrné spotřeby alkoholu při jedné příležitosti v cl alkoholu, studie ESPAD 2015 (mládež 15–16 let)



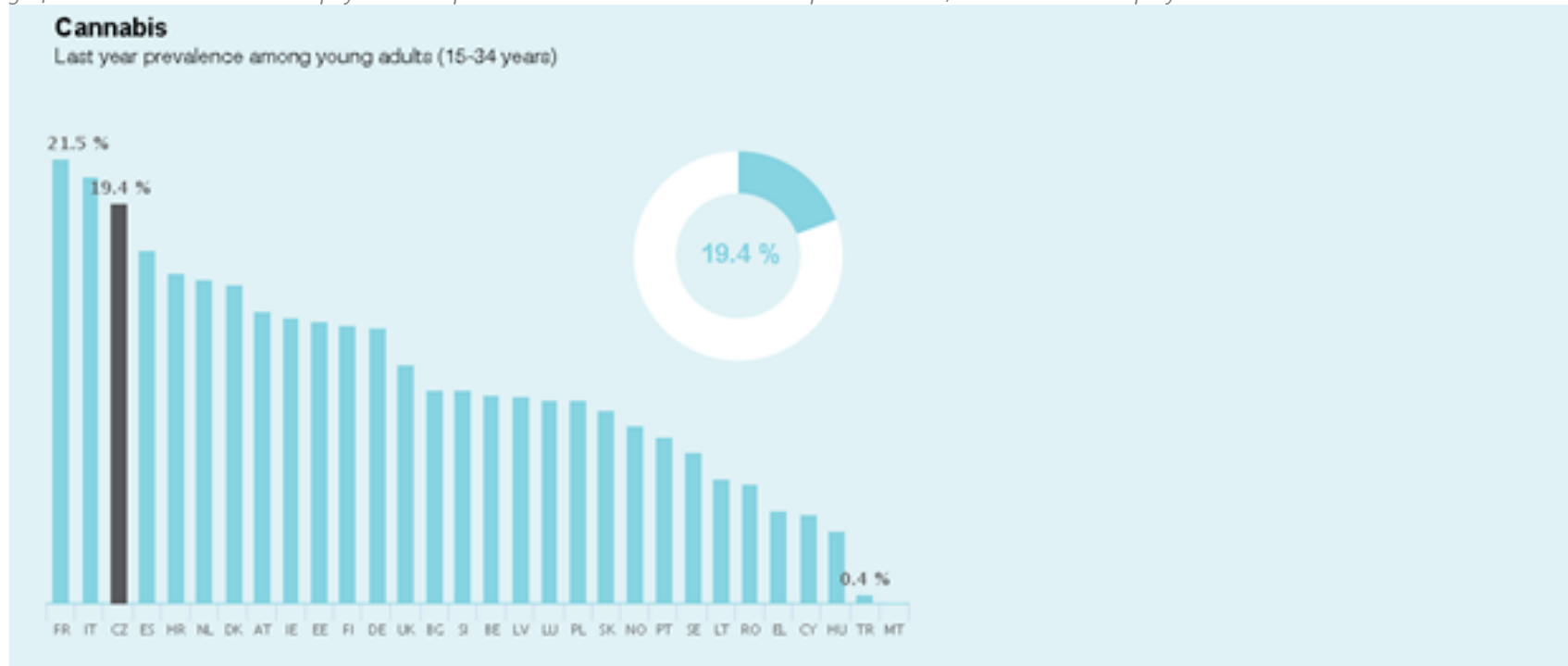
Zdroj: The ESPAD Group (2016)

mapa 2: Výskyt pití nadměrných dávek alkoholu při jedné příležitosti (5 a více sklenic) v posledních 30 dnech, studie ESPAD 2015 (mládež 15–16 let)



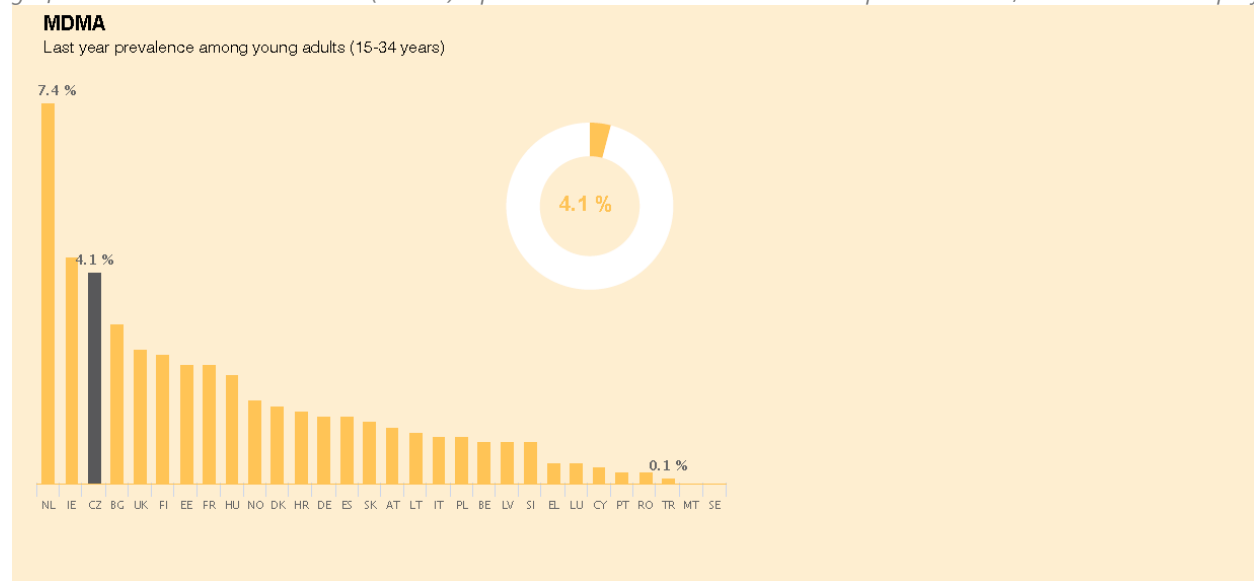
Zdroj: The ESPAD Group (2016)

graf 89: Prevalence užívání konopných látek v posledních 12 měsících ve věkové skupině 15–34 let, srovnání ČR s evropskými zeměmi



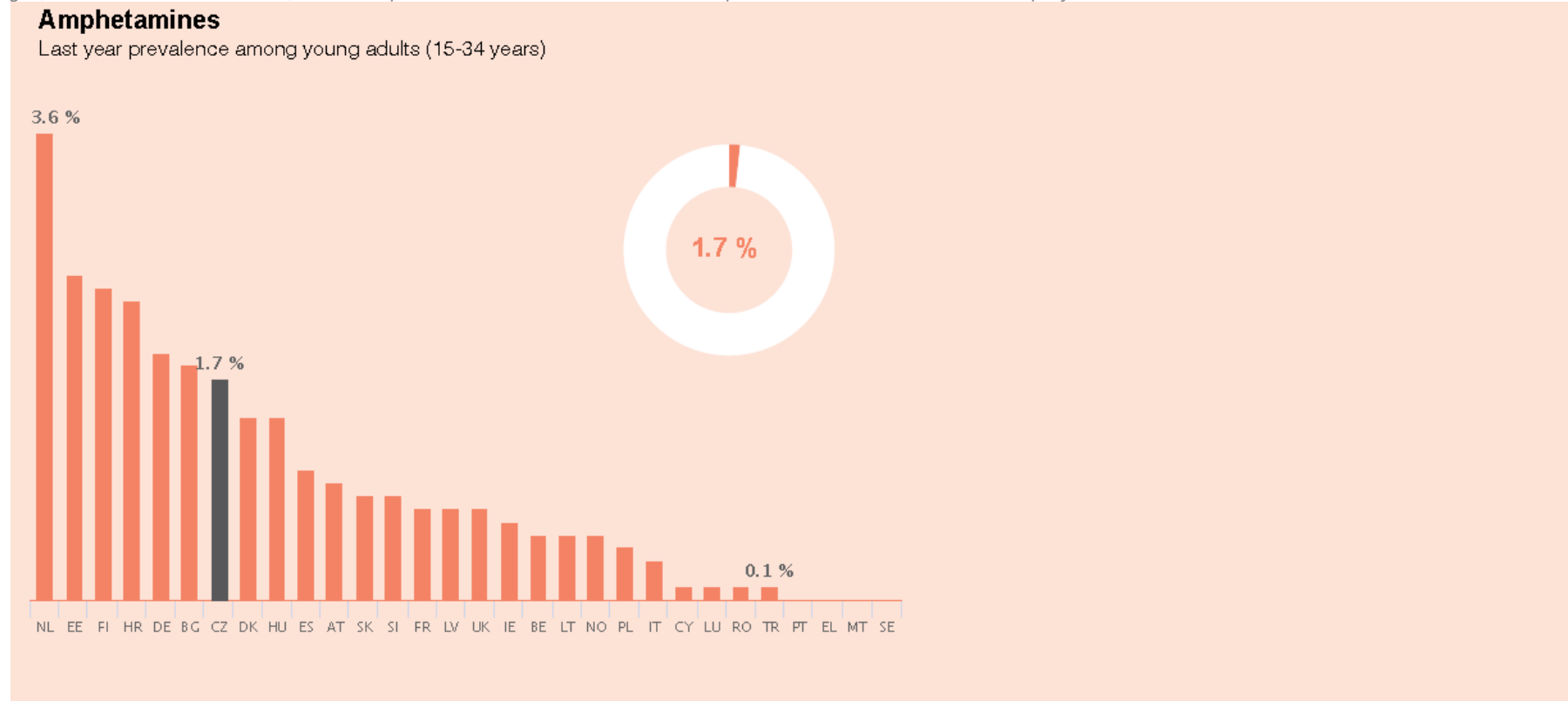
Zdroj: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2018)

graf 90: Prevalence užívání extáze (MDMA) v posledních 12 měsících ve věkové skupině 15–34 let, srovnání ČR s evropskými zeměmi



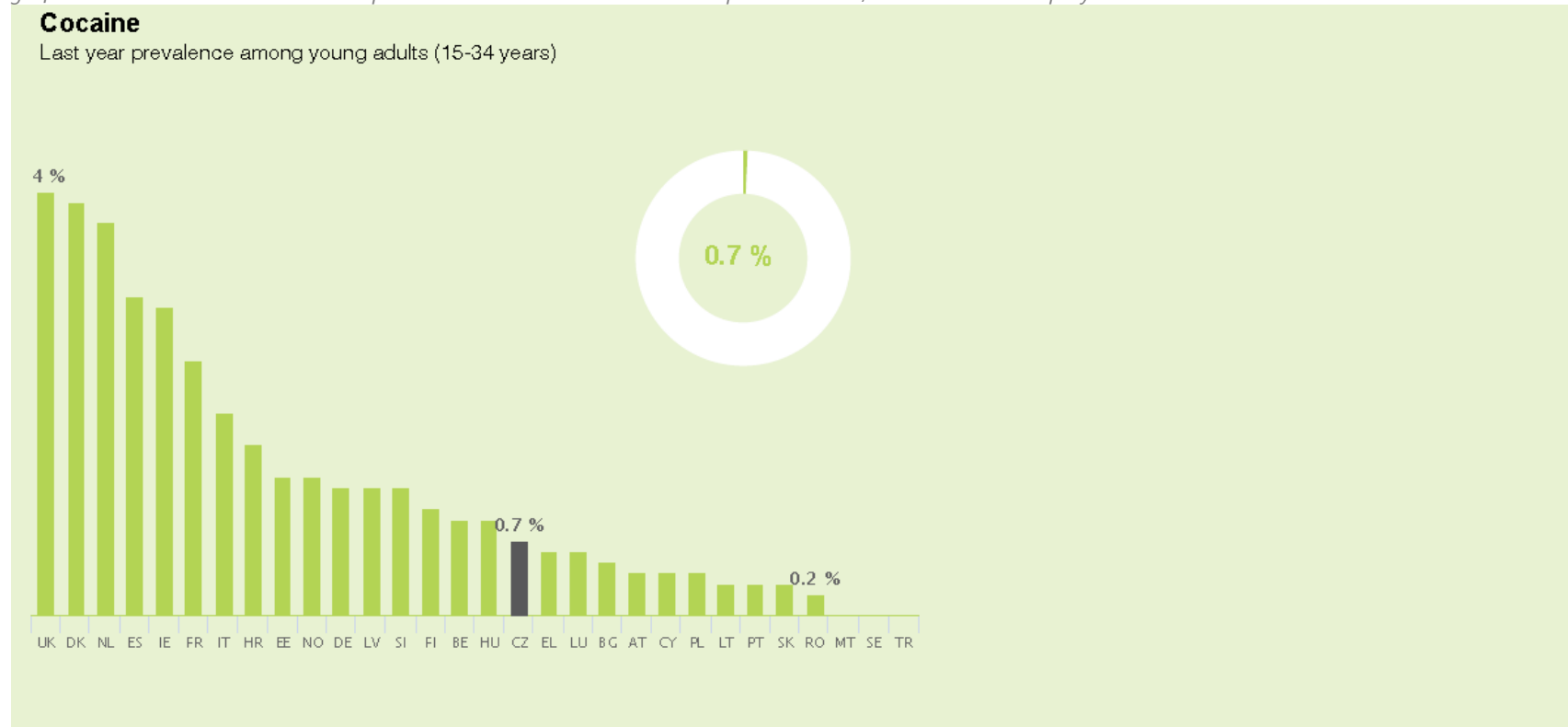
Zdroj: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2018)

graf 91: Prevalence užívání amfetaminů v posledních 12 měsících ve věkové skupině 15–34 let, srovnání ČR s evropskými zeměmi



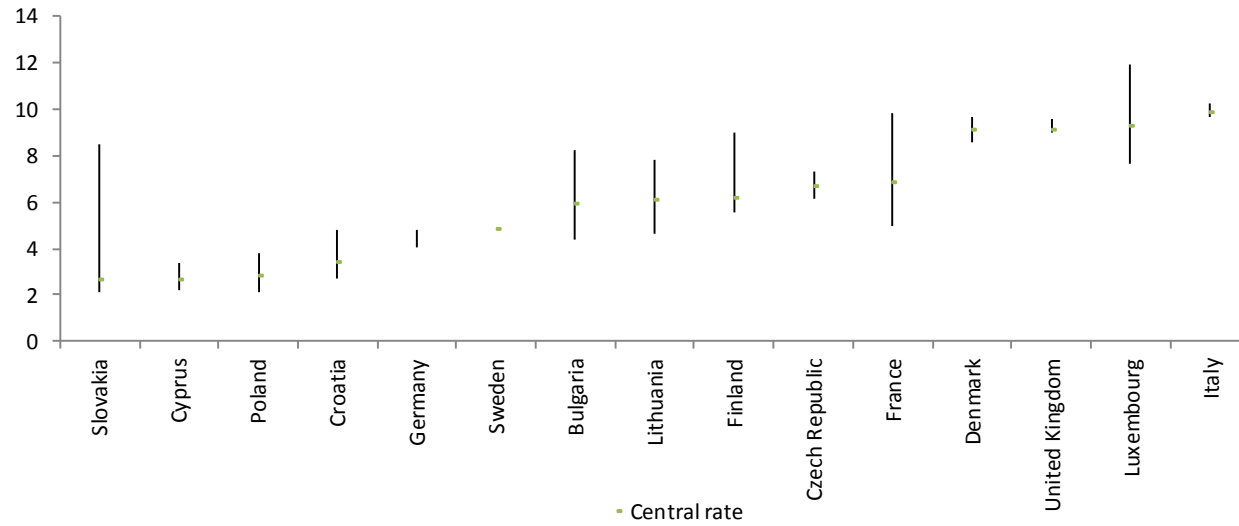
Zdroj: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2018)

graf 92: Prevalence užívání kokainu v posledních 12 měsících ve věkové skupině 15–34 let, srovnání ČR s evropskými zeměmi



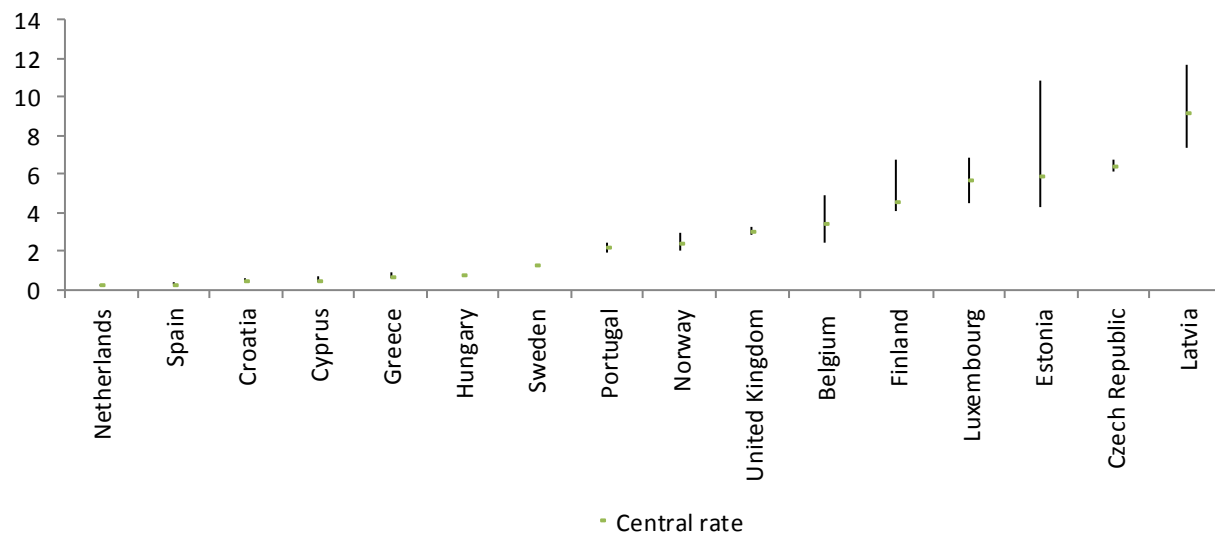
Zdroj: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2018)

graf 93: Prevalence PDU v přepočtu na 1000 obyvatel v EU, data ze studií realizovaných v l. 2007–2014



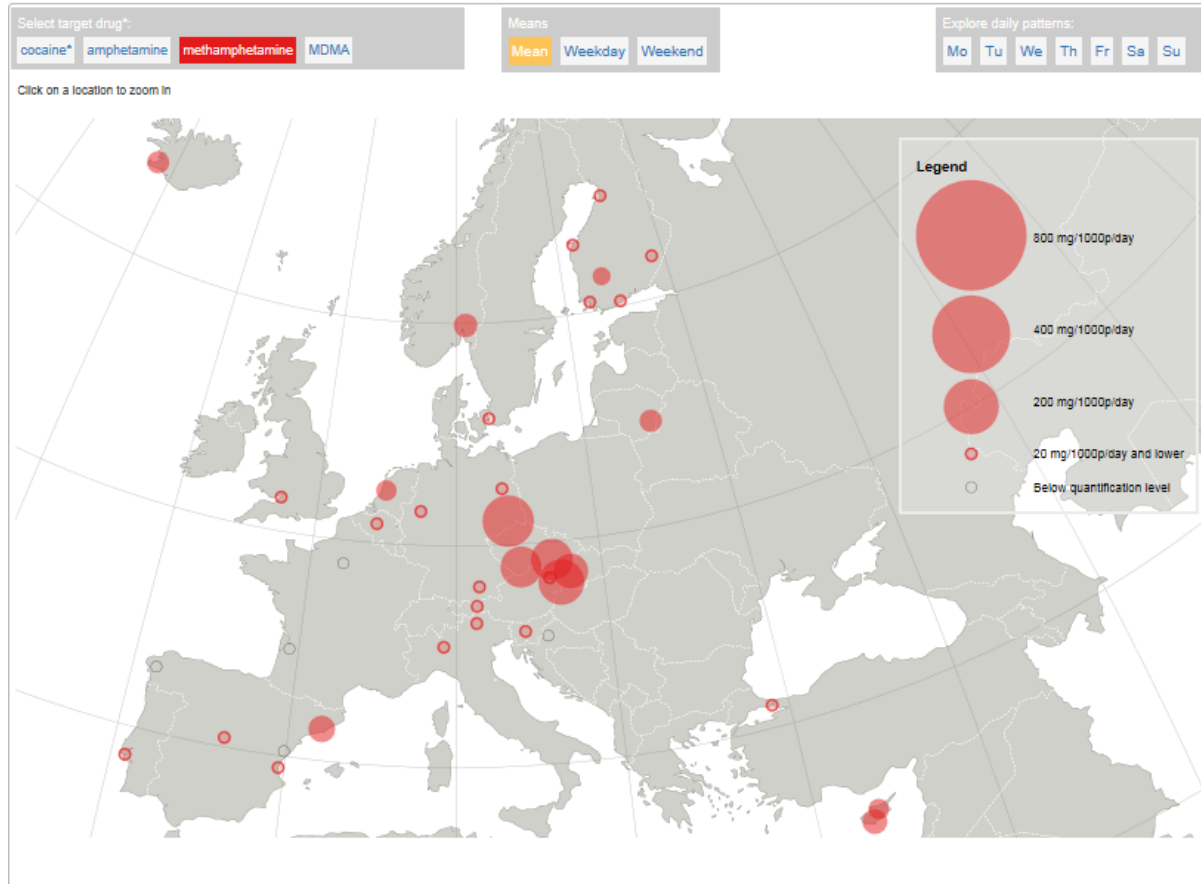
Zdroj: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2018)

graf 94: Prevalence IDU v přepočtu na 1000 obyvatel v EU, data 2007-2014



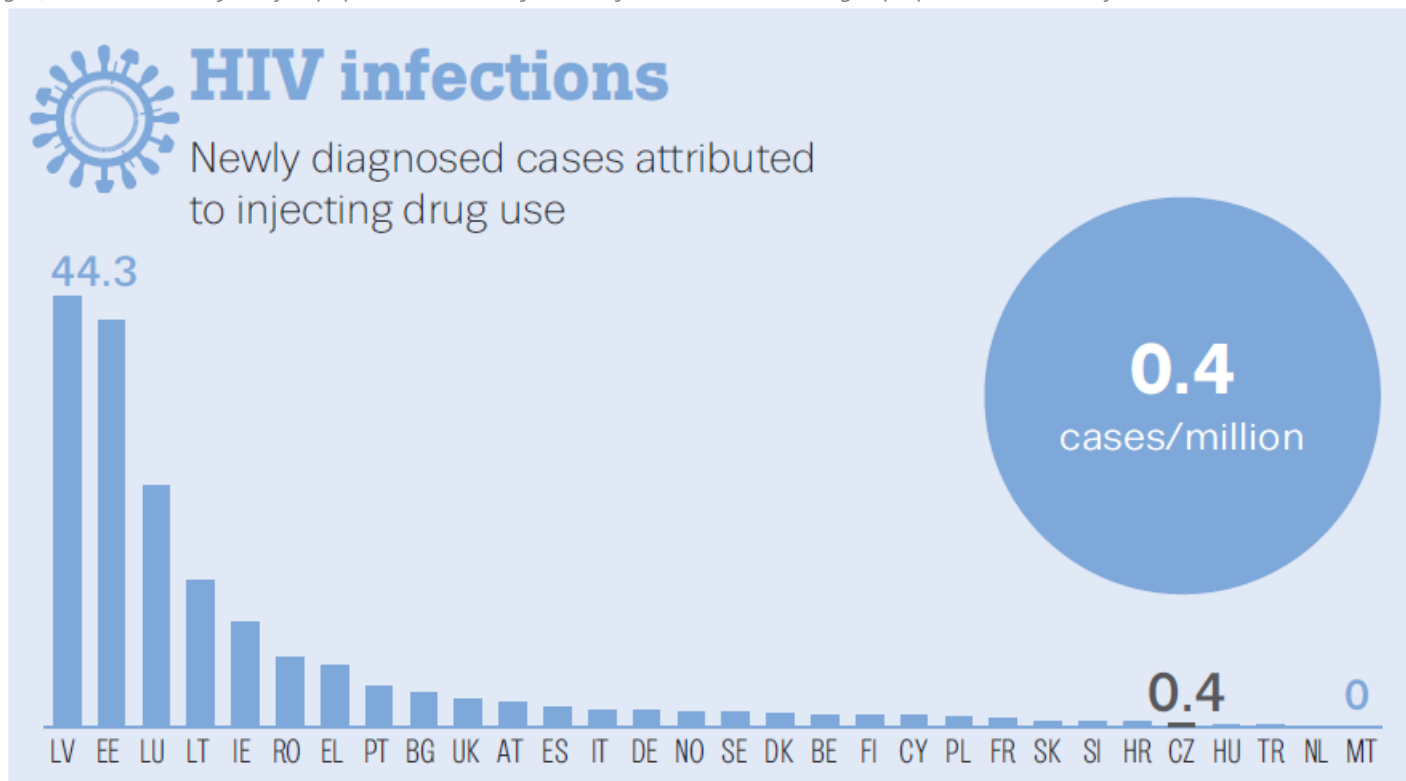
Zdroj: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2018)

mapa 3: Výsledky analýzy odpadních vod v Evropě: metamfetamin



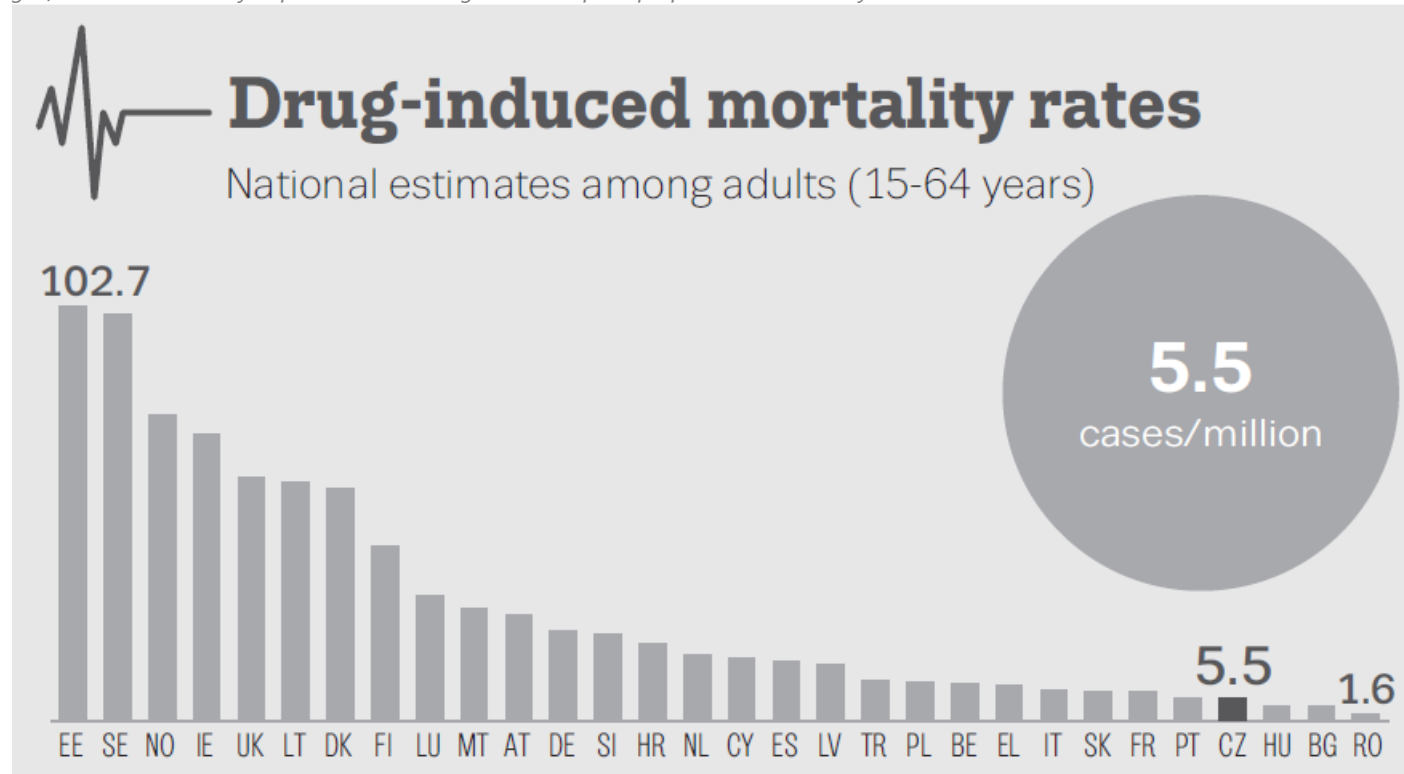
Zdroj: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2019)

graf 95: Počet nově zjištěných případů HIV souvisejících s injekčním užíváním drog, v přepočtu na 1 mil. obyvatel



Zdroj: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2018)

graf 96: Počet smrtelných předávkování drogami v Evropě, v přepočtu na 1 mil. obyvatel



Zdroj: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2018)

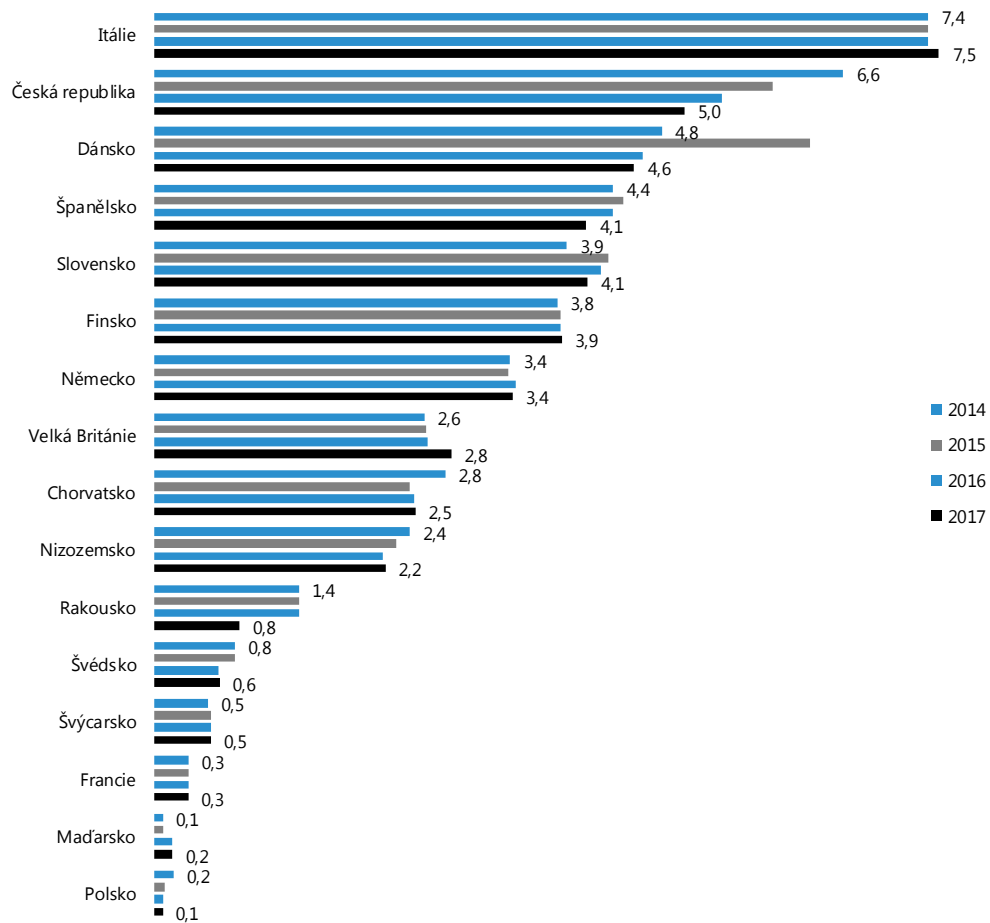
obrázek 1: Přehled intervencí ke snížení fatálních předávkování opioidy v Evropě



Zdroj: EMCDDA (2017)

V r. 2017 bylo (pokud nepočítáme Monako) Česko druhé v Evropě v oficiálním počtu TH na 1000 obyvatel. U ČR je ale patrný střednědobý výrazný pokles počtu TH, který pokračoval i v r. 2018, kdy počet TH na 1000 obyv. poklesl na 3,7.

graf 97: Srovnání vybraných evropských zemí podle počtu TH na 1000 obyv. v l. 2014–2017



Zdroj: Ziolkowski (2017)

Zdroje

- BECK, F. & LEGLEYE, S. 2008. Measuring cannabis-related problems and dependence at the population level. In: EMCDDA (ed.) *A cannabis reader: global issues and local experiences, vol. II*. Luxembourg: EMCDDA.
- BĚLÁČKOVÁ, V., NECHANSKÁ, B., CHOMYNOVÁ, P. & HORÁKOVÁ, M. 2012. *Celopopulační studie užívání návykových látek a postojů k němu v České republice v roce 2008*, Praha, Úřad vlády České republiky.
- BRADLEY, K. A., BUSH, K. R., MCDONELL, M. B., MALONE, T. & FIHN, S. D. 1998. Screening for problem drinking: Comparison of CAGE and AUDIT. *Journal of General Internal Medicine*, 13, 379-388.
- BÜHLER, A., KRAUS, L., AUGUSTIN, R. & KRAMER, S. 2004. Screening for alcohol-related problems in the general population using CAGE and DSM-IV: characteristics of congruently and incongruently identified participants. *Addictive Behaviors*, 29, 867-878.
- CSÉMY, L., CHOMYNOVÁ, P. & SADÍLEK, P. 2008. ESPAD 07: Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách, Česká republika 2007. Přehled hlavních výsledků za rok 2007 a trendů za období 1995 až 2007. Praha: Úřad vlády České republiky.
- CSÉMY, L., KÁŽMÉR, L. & DVOŘÁKOVÁ, Z. 2016. Užívání návykových látek mezi dětmi školního věku: Výsledky studie HBSC 1994-2014. Příspěvek přednesený na semináři Společnosti pro návykové nemoci ČLS JEP, Praha, 6. dubna 2016.
- CSÉMY, L., LEJČKOVÁ, P., SADÍLEK, P. & SOVINOVÁ, H. 2006. *Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD). Výsledky průzkumu v České republice v roce 2003*, Praha, Úřad vlády České republiky.
- CSÉMY, L., SOVINOVÁ, H. & SADÍLEK, P. 2014. Užívání tabáku v České republice 2013. Praha: Státní zdravotní ústav.
- ČERVENKOVÁ, A. 2016. *Prodej alkoholu nezletilým*. Klasifikovaná zápočtová práce pro předmět: Metodologie výzkumu v adiktologii 2, Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, obor adiktologie (BADI).
- ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD 2018. Demografická ročenka 2005-2017. Praha: Český statistický úřad.
- ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD 2019a. Spotřeba alkoholických nápojů na 1 obyvatele v České republice. *Česká republika od roku 1989 v číslech - 2017*. Praha: Český statistický úřad.
- ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD 2019b. Spotřeba cigaret na 1 obyvatele v České republice. Praha: Český statistický úřad.
- DAŇKOVÁ, Š. 2016. EHIS 2014 - Základní výsledky šetření. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky.
- DEVAUX, M. & SASSI, F. 2015. Alcohol consumption and harmful drinking: Trends and social disparities across OECD countries. *OECD Health Working Papers, No. 79*. Paris: OECD Publishing.
- DOHNAL, D., HOKR MIHOLOVÁ, P., ŠPRINCOVÁ, V. & DOMESOVÁ, S. 2017. Analýza výskytu a latence domácího násilí v partnerských vztazích. Praha: Úřad vlády České republiky.
- EDMAN, J. 2016. Harm to others - Rediscovered or Eternal? *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 33, 479-481.
- EMCDDA 2017. *Health and social responses to drug problems: a European guide*, Luxembourg, Publications Office of the European Union.
- EUROPEAN COMMISSION SERVICES. 2018. *Eurostat: Smoking prevalence by country (online data code_sdg_03_30)* [Online]. Available: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/images/5/54/Smoking_prevalence%2C_by_country%2C_2012_and_2017_%28%25_of_population_aged_15_or_over%29.png.

- EUROPEAN MONITORING CENTRE FOR DRUGS AND DRUG ADDICTION 2018. Czech Republic Drug Report 2018. Lisbon: EMCDDA.
- EUROPEAN MONITORING CENTRE FOR DRUGS AND DRUG ADDICTION 2019. Perspectives on drugs. Waste-water analysis and drugs - a European multi-city study. Lisbon: EMCDDA.
- EWING, J. A. 1984. Detecting Alcoholism. The CAGE Questionnaire. *JAMA: Journal of the American Medical Association*, 1905-1907.
- FÜLEOVÁ, A., ZÓNOVÁ, J. & ANTOŠOVÁ, D. 2017. *Výroční zpráva: Léčení uživatelé drog v Česku v roce 2016*, Praha, Hygienická stanice hl. m. Prahy.
- FÜLEOVÁ, A., ZÓNOVÁ, J. & PETRÁŠOVÁ, B. 2015. *Výroční zpráva: Incidence, prevalence, zdravotní dopady a trendy léčených uživatelů drog v České republice v roce 2014*, Praha, Hygienická stanice hl. m. Prahy.
- GENERÁLNÍ ŘEDITELSTVÍ VĚZEŇSKÉ SLUŽBY ČR 2018. Vyhodnocení činnosti VS ČR v protidrogové politice za rok 2017. Nepublikováno.
- GUSTAVSSON, A., SVENSSON, M., JACOBI, F., ALLGULANDER, C., ALONSO, J., BEGHI, E., DODEL, R., EKMAN, M., FARAVELLI, C., FRATIGLIONI, L., GANNON, B., JONES, D. H., JENNUM, P., JORDANOVA, A., JONSSON, L., KARAMPAMPA, K., KNAPP, M., KOBELT, G., KURTH, T., LIEB, R., LINDE, M., LJUNGCRANTZ, C., MAERCKER, A., MELIN, B., MOSCARELLI, M., MUSAYEV, A., NORWOOD, F., PREISIG, M., PUGLIATTI, M., REHM, J., SALVADOR-CARULLA, L., SCHLEHOFER, B., SIMON, R., STEINHAUSEN, H. C., STOVNER, L. J., VALLAT, J. M., VAN DEN BERGH, P., VAN OS, J., VOS, P., XU, W., WITTCHEM, H. U., JONSSON, B. & OLESEN, J. 2011. Cost of disorders of the brain in Europe 2010. *Eur Neuropsychopharmacol*, 21, 718-79.
- HEATHERTON, T. F., KOZLOWSKI, L.T., FRECKER, R.C., RICKERT, W., ROBINSON, J. 1989. Measuring the heaviness of smoking: Using self-reported time to the first cigarette of the day and number of cigarettes smoked per day. *Addiction*, 84, 791-800.
- CHOMYNOVÁ, P. 2013. Národní výzkum užívání návykových látek 2012. Kouření, užívání alkoholu a dalších drog v obecné populaci. *Zaostřeno na drogy*, 11, 1-16.
- CHOMYNOVÁ, P., CSÉMY, L., GROLMUSOVÁ, L. & SADÍLEK, P. 2014. Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD): Výsledky průzkumu v České republice v roce 2011. Praha: Úřad vlády České republiky.
- CHOMYNOVÁ, P., CSÉMY, L. & MRAVČÍK, V. 2016. Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD) 2015. *Zaostřeno*, 14, 1-16.
- CHOMYNOVÁ, P. & MRAVČÍK, V. 2018. Národní výzkum užívání návykových látek 2016. *Zaostřeno*, 16, 1-20.
- KARLSSON, N. & TIGERSTEDT, C. 2016. Alcohol's Harm to others – a Potent and Intricate Perspective. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 33, 451-454.
- KOHOUTOVÁ, I. 2013. Odhad vlivu konzumace alkoholu na úmrtnost v České republice. *Adiktologie*, 13(1), 14-23.
- KONEČNÝ, M. 2017. Užívání návykových sedativ a hypnotik v České republice a syndrom závislosti na těchto lécích z pohledu konziliárního psychiatra. *Psychiatrie pro praxi 2017*, 18, 135-139.
- LEGLEYE, S., KARILA, L., BECK, F. & REYNAUD, M. 2007. Validation of the CAST, a general population Cannabis Abuse Screening Test. *Journal of Substance Use* 12, 233-242.
- LEGLEYE, S., PIONTEK, D. & KRAUS, L. 2011. Psychometric properties of the Cannabis Abuse Screening Test (CAST) in a French sample of adolescents. *Drug and Alcohol Dependence*, 113, 229-235.
- LEJČKOVÁ, P. & MRAVČÍK, V. 2007. Mortality of Hospitalized Drug Users in the Czech Republic. *Journal of Drug Issues*, 37 (1), 103-118.
- LEJČKOVÁ, P. & MRAVČÍK, V. 2009. Mortality of Hospitalized Drug Users in the Czech Republic. *Adiktologie*, 9 (1), 20 - 28.
- MADARASOVÁ GECKOVÁ, A., DANKULINCOVÁ, Z., SIGMUNDOVÁ, D. & KALMAN, M. (eds.) 2016. *Mezinárodní zpráva o zdraví a životním stylu dětí a školáků na*

- základě výzkumu studie Health Behaviour in School-Aged Children realizované v roce 2014.*, Košice, Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- MARTINKOVÁ, M., SLAVĚTÍNSKÝ, V. & VLACH, J. 2014. Vybrané problémy z oblasti domácího násilí v ČR. Praha: Institut pro kriminologii a sociální prevenci.
- MAYFIELD, D., MCLEOD, G., HALL, P. 1974. The CAGE questionnaire: Validation of a new alcoholism instrument. *American Journal of Psychiatry*, 1121-1123.
- MINISTERSTVO SPRAVEDLNOSTI ČR 2018a. Přehled o pravomocně odsouzených osobách v r. 2017 podle typů drog a paragrafů trestního zákoníku. Nepublikováno.
- MINISTERSTVO SPRAVEDLNOSTI ČR 2018b. Přehled o stíhaných, podezřelých, obžalovaných a obviněných osobách v r. 2017 podle typů drog a paragrafů trestního zákoníku. Nepublikováno.
- MLČOCH, T., CHADIMOVÁ, K. & DOLEŽAL, T. 2019. Společenské náklady konzumace alkoholu v České republice. Praha: iHETA.
- MRAVČÍK, V., CHOMYNOVÁ, P., GROHMANNOVÁ, K., JANÍKOVÁ, B., TION LEŠTINOVÁ, Z., ROUS, Z., KIŠŠOVÁ, L., KOZÁK, J., NECHANSKÁ, B., VLACH, T., ČERNÍKOVÁ, T., FIDESOVÁ, H., JURYSTOVÁ, L. & VOPRAVIL, J. 2016. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2015*, Praha, Úřad vlády České republiky.
- MRAVČÍK, V., CHOMYNOVÁ, P., GROHMANNOVÁ, K., JANÍKOVÁ, B., TION LEŠTINOVÁ, Z., ROUS, Z., KIŠŠOVÁ, L., KOZÁK, J., NECHANSKÁ, B., VLACH, T., ČERNÍKOVÁ, T., FIDESOVÁ, H. & VOPRAVIL, J. 2017. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2016*, Praha, Úřad vlády České republiky.
- MRAVČÍK, V., LEJČKOVÁ, P. & KORČIŠOVÁ, B. 2005. Prevalenční odhady problémových uživatelů drog v ČR - souhrnný článek. *Adiktologie*, 5(1), 13-20.
- MRAVČÍK, V. & SOPKO, B. 2013. Prevalenční odhad problémových uživatelů drog v ČR v letech 2006 a 2007 metodou zpětného záchytu. *Epidemiologie, Mikrobiologie, Imunologie*, 62(2), 74-82.
- NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI & FACTUM INVENIO 2011. Prevalence užívání drog v populaci ČR. Nepublikováno.
- NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI & INRES-SONES 2009. Výzkum názorů a postojů občanů k problematice zdravotnictví a zdravého způsobu života. Nepublikováno.
- NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI & INRES-SONES 2010. Výzkum názorů a postojů občanů k problematice zdravotnictví a zdravého způsobu života. Nepublikováno.
- NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI & INRES-SONES 2013. Výzkum názorů a postojů občanů k problematice zdravotnictví a zdravého způsobu života v r. 2012. Nepublikováno.
- NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI & PPM FACTUM RESEARCH 2013. Prevalence užívání drog v populaci ČR v roce 2012. Nepublikováno.
- NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI & SC&C 2013. Výsledky Národního výzkumu užívání návykových látek 2012. Nepublikováno.
- NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A ZÁVISLOSTI 2016. Analýza dat ze studie ESPAD 2015 - hraní hazardních her, počítačových her a internetové aktivity u české mládeže. Nepublikováno.
- NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A ZÁVISLOSTI 2018a. Prevalenční odhady problémových uživatelů drog multiplikační metodou z dat nízkoprahových zařízení v r. 2017. Nepublikováno.
- NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A ZÁVISLOSTI 2018b. Výsledky monitorování testování infekčních nemocí v nízkoprahových zařízeních v r. 2017. Nepublikováno.
- NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A ZÁVISLOSTI 2018c. Zpracování závěrečných zpráv k dotačnímu řízení RVKPP za rok 2017. Nepublikováno.

- NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A ZÁVISLOSTI & INRES-
SONES 2014. Výzkum názorů a postojů občanů k problematice zdravotnictví a
zdravého způsobu života v r. 2013. Nepublikováno.
- NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A ZÁVISLOSTI & INRES-
SONES 2015. Výzkum názorů a postojů občanů k problematice zdravotnictví a
zdravého způsobu života v r. 2014. Nepublikováno.
- NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A ZÁVISLOSTI & INRES-
SONES 2016. Výzkum názorů a postojů občanů k problematice zdravotnictví a
zdravého způsobu života v r. 2015.
- NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A ZÁVISLOSTI & INRES-
SONES 2017a. Lékaři České republiky 2016 - Problematika substituční léčby,
krátkých intervencí, problémové užívání návykových látek a patologické hráčství
mezi pacienty. Nepublikováno.
- NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A ZÁVISLOSTI & INRES-
SONES 2017b. Výzkum názorů a postojů občanů k problematice zdravotnictví a
zdravého způsobu života v r. 2016. Nepublikováno.
- NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A ZÁVISLOSTI & INRES-
SONES 2018. Výzkum názorů a postojů občanů k problematice zdravotnictví a
zdravého způsobu života v r. 2017. Nepublikováno.
- NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A ZÁVISLOSTI & INRES-
SONES 2019. Lékaři České republiky 2018 - Substituční léčba, krátké intervence,
problémové užívání návykových látek a patologické hráčství mezi pacienty.
Nepublikováno.
- NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A ZÁVISLOSTI & MINDBRIDGE
CONSULTING 2016. Národní výzkum užívání návykových látek 2016.
Nepublikováno.
- NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A ZÁVISLOSTI & PPM
FACTUM RESEARCH 2014. Prevalence užívání drog v populaci ČR v roce 2013.
Nepublikováno.
- NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A ZÁVISLOSTI & PPM
FACTUM RESEARCH 2015a. Patologičtí hráči v léčbě 2015 - analýza výsledků
studie. Nepublikováno.
- NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A ZÁVISLOSTI & PPM
FACTUM RESEARCH 2015b. Prevalence užívání drog v populaci ČR v roce
2014. Nepublikováno.
- NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A ZÁVISLOSTI & PPM
FACTUM RESEARCH 2016a. Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách
(ESPAD) v ČR v roce 2016 - validační studie ESPAD 2016. Nepublikováno.
- NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A ZÁVISLOSTI & PPM
FACTUM RESEARCH 2016b. Prevalence užívání drog v populaci ČR v roce
2015. Nepublikováno.
- NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A ZÁVISLOSTI & PPM
FACTUM RESEARCH 2016c. Validizační studie ESPAD 2016: předběžné
výsledky. Nepublikováno.
- NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A ZÁVISLOSTI & PPM
FACTUM RESEARCH 2017. Prevalence užívání drog v populaci ČR v roce 2016.
Nepublikováno.
- NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A ZÁVISLOSTI & PPM
FACTUM RESEARCH 2018a. Patologičtí hráči v léčbě 2017 - analýza výsledků
studie. Nepublikováno.
- NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A ZÁVISLOSTI & PPM
FACTUM RESEARCH 2018b. Prevalence užívání drog v populaci ČR v roce
2017. Nepublikováno.
- NÁRODNÍ PROTIDROGOVÁ CENTRÁLA SKPV POLICIE ČR 2018a. Údaje pro
standardní tabulky EMCDDA za r. 2017. Nepublikováno.
- NÁRODNÍ PROTIDROGOVÁ CENTRÁLA SKPV POLICIE ČR 2018b. Výroční zpráva
2017. Praha: Národní protidrogová centrála.

- NEŠPOR, K. & CSÉMY, L. 2005. Domáci násilí a alkohol. *Čes. slov. Psychiat.*, 101, 174 - 175.
- PIKÁLKOVÁ, S., PODANÁ, Z. & BURIÁNEK, J. 2015. *Ženy jako oběti partnerského násilí*, Praha, Slon.
- POLICEJNÍ PREZIDIUM POLICIE ČR 2018. Statistické přehledy kriminality v r. 2017 (ESSK). Praha: Policejní prezidium Policie České republiky.
- REHM, J., ROOM, R., MONTEIRO, M., GMEL, G., GRAHAM, K., REHN, N., SEMPOS, C. T., FRICK, U. & JERNIGAN, D. 2004. Alcohol use. In: EZZATI, M., LOPEZ, A. D., RODGERS, A. & MURRAY, C. J. L. (eds.) *Comparative Quantification of Health Risks: Global and Regional Burden of Diseases Attributable to Selected Major Risk Factors*. Geneva: World Health Organization.
- ROOM, R., LASLETT, A.-M. & JIANG, H. 2016. Conceptual and Methodological Issues in Studying Alcohol's Harm to Others1. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 33, 455-478.
- ŘEDITELSTVÍ SLUŽBY DOPRAVNÍ POLICIE POLICEJNÍHO PREZIDIA ČR 2017. Přehled o nehodovosti na pozemních komunikacích v České republice za rok 2016. Praha: Ředitelství služby dopravní policie Policejního prezidia ČR.
- SALONNA, F., KÁŽMÉR, L., CSÉMY, L., VAŠÍČKOVÁ, J., HUBLET, A. & STOCK, C. 2017. Trends in tobacco smoking among Czech school-aged children from 1994 to 2014. *Cent Eur J Public Health*, Jul 2017, S42-S46.
- SEKRETARIÁT RADY VLÁDY PRO KOORDINACI PROTIDROGOVÉ POLITIKY 2013. Souhrnná zpráva o splnění Akčního plánu realizace Národní strategie protidrogové politiky na období let 2010 až 2012
- SEKRETARIÁT RADY VLÁDY PRO KOORDINACI PROTIDROGOVÉ POLITIKY 2016a. *Národní strategie protidrogové politiky na období 2010–2018, 2. revize*.
- SEKRETARIÁT RADY VLÁDY PRO KOORDINACI PROTIDROGOVÉ POLITIKY 2016b. Souhrnná zpráva o plnění Akčního plánu realizace Národní strategie protidrogové politiky na období 2013-2015.
- SEKRETARIÁT RADY VLÁDY PRO KOORDINACI PROTIDROGOVÉ POLITIKY 2019a. Souhrnná zpráva o plnění Akčního plánu realizace Národní strategie protidrogové politiky na období 2015–2018 pro oblast hazardního hraní.
- SEKRETARIÁT RADY VLÁDY PRO KOORDINACI PROTIDROGOVÉ POLITIKY 2019b. Souhrnná zpráva o plnění Akčního plánu realizace Národní strategie protidrogové politiky na období 2016–2018 v oblasti nelegálních návykových látek.
- SINGLE, E., COLLINS, D., EASTON, B., HARWOOD, H., LAPSLEY, H., KOPP, P. & WILSON, E. 2001. *International Guidelines for Estimating the Costs of Substance Abuse*. 2 ed. Ottawa: Canadian Centre on Substance Abuse.
- SINGLE, E., EASTON, B., COLLINS, D., HARWOOD, H., LAPSLEY, H., MAYNARD, A. & SINGLE, E. 1996. *International Guidelines for Estimating the Costs of Substance Abuse*. Ottawa: Canadian Centre on Substance Abuse.
- SOVINOVÁ, H. & CSÉMY, L. 2013. Užívání tabáku a alkoholu v České republice v roce 2012. Praha: Státní zdravotní ústav.
- SOVINOVÁ, H. & CSÉMY, L. 2015. Užívání tabáku a alkoholu v České republice 2014. The Use of Tobacco and alcohol in the Czech Republic 2014. Praha.
- SOVINOVÁ, H. & CSÉMY, L. 2016. Užívání tabáku v České republice v roce 2015. Praha: Státní zdravotní ústav.
- SOVINOVÁ, H., CSÉMY, L. & KERNOVÁ, V. 2014. Užívání tabáku a alkoholu v České republice: Zpráva o situaci za období posledních deseti let. Praha: Státní zdravotní ústav.
- SOVINOVÁ, H., CSÉMY, L., PROCHÁZKA, B. & KOTTNAUEROVÁ, S. 2008. Smoking-attributable mortality in the Czech Republic. *Journal of Public Health*, 16, 37-42.
- SOVINOVÁ, H. & KOSTELECKÁ, L. 2018. Global Youth Tobacco Survey (GYTS): Czech Republic 2016 Country Report. Státní zdravotní ústav.
- SPIILKA, S., JANSSEN, E. & LEGLEYE, S. 2013. Detection of problem cannabis use: The Cannabis Abuse Screening Test (CAST). Saint-Denis: Observatoire Francais des Drogues et des Toxicomanies.

- STÁTNÍ ÚSTAV PRO KONTROLU LÉČIV 2018. Vývoj prodeje léčiv obsahujících pseudoefedrin v ČR 2007-2017. Nepublikováno.
- STÁTNÍ ZDRAVOTNÍ ÚSTAV, MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR, WHO & CDC 2018. GYTS - Celosvětová studie užívání tabáku mládeží. Fakta: Česká republika 2016. Praha: Státní zdravotní ústav.
- STÁTNÍ ZDRAVOTNÍ ÚSTAV PRAHA 2018a. Trendy vývoje a výskyt HIV/AIDS v ČR v roce 2017. Praha: Státní zdravotní ústav Praha, NRL pro HIV/AIDS.
- STÁTNÍ ZDRAVOTNÍ ÚSTAV PRAHA 2018b. Virové hepatitidy 1996-2017 (EPIDAT) – analýza pro účely VZ 2017. Nepublikováno.
- STÁTNÍ ZDRAVOTNÍ ÚSTAV PRAHA 2018c. Výskyt a šíření HIV/AIDS v ČR v roce 2017 – analýza pro účely VZ 2016 zpracovaná NRL pro AIDS. Nepublikováno.
- THE ESPAD GROUP 2016. *ESPAD Report 2015. Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*, Luxembourg, Publications Office of the European Union.
- ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY 2011. Evropské výběrové šetření o zdraví v České republice EHIS 2008. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky.
- ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY 2016a. Evropské výběrové šetření o zdraví (EHIS 2014) - Základní informace. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky.
- ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY 2016b. Údaje z Národního registru léčby uživatelů drog. Nepublikováno.
- ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY 2017. Údaje z Národního registru léčby uživatelů drog. Nepublikováno.
- ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY 2018a. Údaje z informačního systému Zemřelí ČSÚ. Nepublikováno.
- ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY 2018b. Údaje z informačního systému Zemřelí ČSÚ – extrakce případů drogových úmrtí. Nepublikováno.
- ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY 2018c. Údaje z Národního registru hospitalizovaných. Nepublikováno.
- ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY 2018d. Údaje z Národního registru léčby uživatelů drog. Nepublikováno.
- ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY 2018e. Údaje z Národního registru pitev a toxikologických vyšetření prováděných na oddělení soudního lékařství – extrakce případů drogových úmrtí. Nepublikováno.
- ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY 2018f. Údaje ze statistického zjišťování MZ – výkazy ambulantních zařízení oboru psychiatrie, detoxifikace a záchytných stanic. Nepublikováno.
- ÚZIS ČR 2016. Novotvary 2016 ČR - Cancer Incidence in the Czech Republic, 2016.
- ÚZIS ČR 2017. Péče o pacienty s diagnózou F63.0 (patologické hráčství) v ambulantních a lůžkových zařízeních ČR v letech 2010–2016. *Aktuální informace Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky 4*. Praha: ÚZIS ČR.
- ÚZIS ČR 2018a. Zdravotnická statistika ČR - Hospitalizovaní v nemocnicích ČR 2017. Praha.
- ÚZIS ČR 2018b. Zdravotnická statistika ČR - Zemřelí 2017. Praha.
- VÁŇOVÁ, A., SKÝVOVÁ, M. & CSÉMY, L. 2017. Užívání tabáku a alkoholu v České republice 2016. Praha: Státní zdravotní ústav.
- VÁŇOVÁ, A., SKÝVOVÁ, M. & MALÝ, M. 2018. Užívání tabáku v České republice v roce 2017. Praha: Státní zdravotní ústav.
- VOPRAVIL, J. 2014. Odhad drogových trhů a spotřeby drog v r. 2013. Nepublikováno.
- VOPRAVIL, J. 2017. Odhad drogových trhů a spotřeby drog v r. 2016. Nepublikováno.
- ZÁBRANSKÝ, T., BĚLÁČKOVÁ, V., ŠTEFUNKOVÁ, M., VOPRAVIL, J. & LANGROVÁ, M. 2011a. *Společenské náklady užívání alkoholu, tabáku a nelegálních drog v ČR v roce 2007*, Praha, Centrum adiktologie Psychiatrické kliniky 1. LF UK v Praze.
- ZÁBRANSKÝ, T., CSÉMY, L., GROHMANNOVÁ, K., JANÍKOVÁ, B. & BRENZA, J. 2011b. Mortality of cohort of very young injecting drug users in Prague, 1996-2010. *Central European Journal of Public Health*, 19 (3), 152-157.

- ZÁBRANSKÝ, T., MRAVČÍK, V. & CHOMYNOVÁ, P. 2009. *Overall Mortality of Drug Users in the Czech Republic*, Prague / Lisbon, ResAd / EMCDDA.
- ZÁBRANSKÝ, T., MRAVČÍK, V., CHOMYNOVÁ, P. & KLEMPOVÁ, D. 2010. Overall Mortality of Drug Users in the Czech Republic 1997-2007.
- ZIOLKOWSKI 2017. The World Count of Gaming Machines 2016.
<http://gamingta.com/library/>: Gaming Technologies Association.