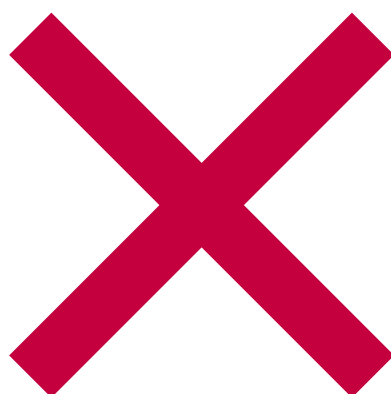
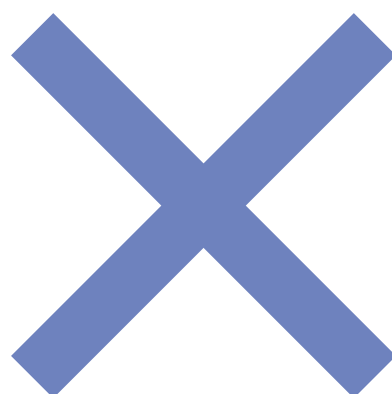




Národní monitorovací
středisko pro drogy
a závislosti

Souhrnná zpráva

o závislostech
v České republice



> 2021



Národní monitorovací
středisko pro drogy
a závislosti

Souhrnná zpráva o závislostech v České republice 2021

Pavla Chomynová, Kateřina Grohmannová, Barbara Janíková, Zdeněk Rous,
Tereza Černíková, Jan Cibulka, Viktor Mravčík

Praha, duben 2022

Z pověření vlády České republiky

NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A ZÁVISLOSTI
SEKRETARIÁT RADY VLÁDY PRO KOORDINACI PROTIDROGOVÉ POLITIKY
ÚŘAD VLÁDY ČESKÉ REPUBLIKY

Souhrnná zpráva o závislostech v České republice 2021
© Úřad vlády České republiky, 2022
Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti
nábřeží E. Beneše 4, 118 01 Praha 1
tel.: +420 224 002 111
www.drogy-info.cz

Editor/ Mgr. Pavla Chomynová
Odpovědný redaktor/ Mgr. Zuzana Tion Leštinová

Spolupráce na grafickém vzhledu/ Missing Element, www.missing-element.com

Zpráva byla projednána Poradním výborem pro sběr dat o závislostech. Dne 22. 03. 2022 zprávu schválila Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky. Dne 06. 04. 2022 zprávu projednala vláda ČR.

Pro bibliografické citace/

CHOMYNOVÁ, P., GROHMANNOVÁ, K., JANÍKOVÁ, B., ROUS, Z., ČERNÍKOVÁ, T., CIBULKA, J., MRAVČÍK, V. 2022. Souhrnná zpráva o závislostech v České republice 2021 [Summary Report on Addictions in the Czech Republic in 2021] CHOMYNOVÁ, P. (Ed.). Praha: Úřad vlády České republiky.

ISBN 978-80-7440-293-7 (on-line, PDF)

ISBN 978-80-7440-294-4 (brožovaná vazba)

Zdrojem informací uvedených v této zprávě jsou dílčí tematické zprávy zpracované Národním monitorovacím střediskem pro drogy a závislosti v r. 2021:

➤ Zpráva o tabákových, nikotinových a souvisejících výrobcích v České republice 2021:

MRAVČÍK, V., CHOMYNOVÁ, P., GROHMANNOVÁ, K., JANÍKOVÁ, B., ČERNÍKOVÁ, T., ROUS, Z., CIBULKA, J., FRANKOVÁ, E., NECHANSKÁ, B., FIDESOVÁ, H., 2021. Zpráva o tabákových, nikotinových a souvisejících výrobcích v České republice 2021 [Report on Tobacco, Nicotine and Related Products in the Czech Republic 2021] MRAVČÍK, V. (Ed.). Praha: Úřad vlády České republiky.

➤ Zpráva o alkoholu v České republice 2021:

MRAVČÍK, V., CHOMYNOVÁ, P., GROHMANNOVÁ, K., JANÍKOVÁ, B., ČERNÍKOVÁ, T., ROUS, Z., CIBULKA, J., FRANKOVÁ, E., NECHANSKÁ, B., FIDESOVÁ, H., 2021. Zpráva o alkoholu v České republice 2021 [Report on Alcohol in the Czech Republic 2021] MRAVČÍK, V. (Ed.). Praha: Úřad vlády České republiky.

➤ Zpráva o problematickém užívání psychoaktivních léků v České republice 2021:

MRAVČÍK, V., CHOMYNOVÁ, P., GROHMANNOVÁ, K., JANÍKOVÁ, B., ROUS, Z., GROLMUSOVÁ, L., FRANKOVÁ, E., NECHANSKÁ, B., 2021. Zpráva o problematickém užívání psychoaktivních léků v České republice 2021 [Report on Problematic Psychoactive Medicines Use in the Czech Republic 2021] MRAVČÍK, V. (Ed.). Praha: Úřad vlády České republiky.

➤ Zpráva o nelegálních drogách v České republice 2021:

MRAVČÍK, V., CHOMYNOVÁ, P., GROHMANNOVÁ, K., JANÍKOVÁ, B., ČERNÍKOVÁ, T., ROUS, Z., CIBULKA, J., FRANKOVÁ, E., NECHANSKÁ, B., FIDESOVÁ, H., VOPRAVIL, J., 2021. Zpráva o nelegálních drogách v České republice 2021 [Report on Illicit Drugs in the Czech Republic 2021] MRAVČÍK, V. (Ed.). Praha: Úřad vlády České republiky.

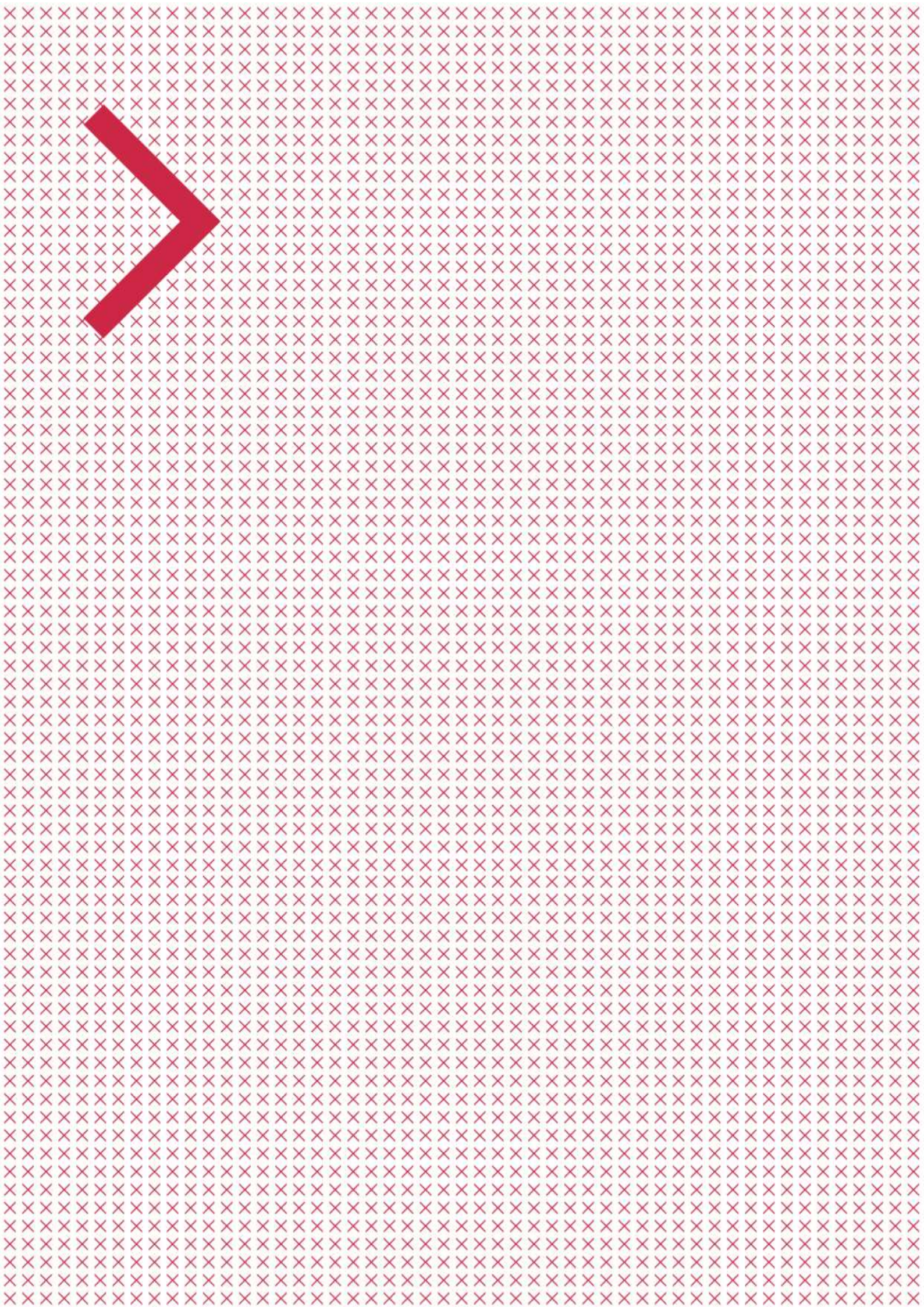
➤ Zpráva o hazardním hraní v České republice 2021:

MRAVČÍK, V., ROUS, Z., CHOMYNOVÁ, P., GROHMANNOVÁ, K., JANÍKOVÁ, B., ČERNÍKOVÁ, T., CIBULKA, J., FRANKOVÁ, E., 2021. Zpráva o hazardním hraní v České republice 2021. [Report on Gambling in the Czech Republic 2021] MRAVČÍK, V. (Ed.). Praha: Úřad vlády České republiky.

Obsah

Souhrn.....	7
Současná situace a hlavní trendy v oblasti závislostního chování v ČR.....	7
Základní přehled situace v ČR v číslech.....	9
Kapitola 1: Veřejnozdravotní význam návykových látek.....	15
Kapitola 2: Nabídka, trhy a dostupnost návykových látek.....	17
2.1 Tabákové, nikotinové a související výrobky.....	17
2.2 Alkohol.....	18
2.3 Psychoaktivní léky.....	19
2.4 Nelegální drogy.....	19
2.5 Hazardní hraní.....	20
Kapitola 3: Národní politika v oblasti závislostí.....	23
3.1 Politika v oblasti kontroly tabáku a v oblasti alkoholu.....	23
3.2 Politika v oblasti psychoaktivních léků a nelegálních drog.....	23
3.3 Politika a regulace v oblasti hazardního hraní.....	24
3.4 Národní strategie v oblasti závislostí.....	25
3.5 Financování politiky v oblasti závislostí.....	25
Kapitola 4: Adiktologická prevence.....	29
4.1 Systémový rámec v oblasti prevence.....	29
4.2 Všeobecná prevence.....	29
4.3 Selektivní a indikovaná prevence.....	30
4.4 Mediální a informační kampaně.....	30
Kapitola 5: Adiktologické služby.....	33
5.1 Systémový rámec adiktologických služeb.....	33
5.2 Síť adiktologických služeb.....	33
5.3 Certifikace odborné způsobilosti adiktologických služeb.....	36
5.4 Léčba a poradenství prostřednictvím internetu a nových technologií.....	36
5.5 Služby minimalizace rizik.....	36
5.6 Ambulantní programy.....	39
5.7 Substituční léčba.....	39
5.8 Rezidenční programy.....	40
5.9 Následná péče.....	41
5.10 Adiktologické služby ve vězení.....	41
Kapitola 6: Užívání tabákových, nikotinových a souvisejících výrobků a jeho dopady.....	45
6.1 Veřejnozdravotní význam kouření.....	45
6.2 Užívání tabákových a nikotinových výrobků mezi dětmi a mládeží.....	45
6.3 Užívání tabákových a nikotinových výrobků v dospělé populaci.....	46
6.4 Zdravotní důsledky kouření.....	47
6.5 Sociální důsledky kouření.....	48
6.6 Kriminalita spojená s užíváním tabáku.....	48
6.7 Prevence a zdravotní varování před riziky kouření.....	48
6.8 Odvykání kouření a léčba závislosti na tabáku.....	48
Kapitola 7: Užívání alkoholu a jeho dopady.....	51
7.1 Veřejnozdravotní význam užívání alkoholu.....	51
7.2 Užívání alkoholu mezi dětmi a mládeží.....	51
7.3 Užívání alkoholu v dospělé populaci.....	52
7.4 Zdravotní důsledky užívání alkoholu.....	53
7.5 Sociální důsledky a souvislosti užívání alkoholu.....	54
7.6 Kriminalita spojená s alkoholem.....	54
7.7 Zdravotní varování před riziky konzumace alkoholu a krátké intervence.....	55
7.8 Léčba uživatelů alkoholu.....	55

7.9	Harm reduction služby pro uživatele alkoholu.....	56
Kapitola 8:	Problematické užívání psychoaktivních léků a jeho dopady	59
8.1	Veřejnozdravotní význam užívání psychoaktivních léků.....	59
8.2	Užívání psychoaktivních léků mezi dětmi a mládeží	59
8.3	Užívání psychoaktivních léků v dospělé populaci	59
8.4	Dopady problematické spotřeby psychoaktivních léků	60
8.5	Prevence zneužívání psychoaktivních léků.....	61
8.6	Léčba uživatelů psychoaktivních léků	61
Kapitola 9:	Užívání nelegálních drog a jeho dopady	65
9.1	Veřejnozdravotní význam užívání nelegálních drog	65
9.2	Užívání nelegálních drog mezi dětmi a mládeží	65
9.3	Užívání nelegálních drog v dospělé populaci	66
9.4	Zdravotní důsledky užívání nelegálních drog	68
9.5	Sociální důsledky a souvislosti užívání drog.....	69
9.6	Kriminalita spojená s nelegálními drogami.....	69
9.7	Prevence užívání nelegálních drog.....	70
9.8	Léčba	70
Kapitola 10:	Hraní hazardních her a jeho dopady	73
10.1	Hazardní hry a jejich rizikovost.....	73
10.2	Hraní hazardních her mezi dětmi a mládeží.....	73
10.3	Hraní hazardních her v dospělé populaci.....	74
10.4	Zdravotní a sociální dopady hazardního hraní	75
10.5	Léčba a služby pro hazardní hráče	75
10.6	Kriminalita související s hraním hazardních her	76
Kapitola 11:	Doporučení	79
11.1	Národní politika a strategie.....	79
11.2	Dostupnost, trhy a nabídka psychoaktivních látek a hazardních her	80
11.3	Prevence a včasná identifikace rizik	82
11.4	Sít' adiktologických služeb	83
Přílohy.....		87
	Podrobný přehled výskytu závislostního chování a jeho dopadů v ČR.....	87
	Vybrané stránky s drogovou tematikou na českém internetu	90
	Zkratky	92
	Seznam tabulek.....	94
	Seznam grafů	94
	Seznam obrázků	95
	Seznam map.....	95
	Zdroje.....	96



Souhrn

Současná situace a hlavní trendy v oblasti závislostního chování v ČR

Užívání tabákových, nikotinových a souvisejících výrobků a jeho dopady

V České republice denně kouří přibližně 20 % populace starší 15 let, tedy přibližně 2 miliony lidí. Podíl kuřáků v dospělé populaci mírně klesal do r. 2015, v posledních letech se zásadně nemění. Dlouhodobě klesá podíl kuřáků mezi mladistvými. V r. 2019 podle studie ESPAD denně kouřilo 10 % 16letých studentů a studentek, což je třikrát méně než na konci 90. let.

Ročně zemře v důsledku kouření 16–18 tis. osob, nejčastěji v souvislosti se zhoubným novotvarem průdušnice, průdušek a plic, případně chronickou obstrukční plicní nemocí. Na 1 zemřelého kuřáka připadá 15 ztracených let života.

V kontaktu se službami a v léčbě pro závislost na tabáku je ročně přibližně 1–2 tis. osob. Poradenství v oblasti odvykání kouření poskytují ambulantní lékaři různých odborností, lékárníci i adiktologické programy, značná část kuřáků se pokouší přestat bez odborné pomoci.

V posledních letech roste obliba alternativních výrobků, především tzv. elektronických cigaret (či vaporizérů) a zahřívaných tabákových výrobků, a to zejména mezi mladými dospělými. E-cigarety užívá v současnosti přibližně 5 % a zahřívané tabákové výrobky 3 % dospělých. Tyto výrobky, které se užívají k vapování, a nikoliv kouření, jsou ze zdravotního hlediska méně rizikové než cigarety, doutníky a dýmky.

Užívání alkoholu a jeho dopady

Pití alkoholu v české populaci je dlouhodobě na vysoké úrovni. Spotřeba alkoholu v ČR odpovídá 10 l čistého alkoholu na osobu. Denně pije alkohol přibližně 10 % dospělé populace a podíl denních konzumentů dlouhodobě roste. Časté pití nadměrných dávek alkoholu uvádí 12 % populace. Zatímco častá konzumace nadměrných dávek alkoholu je nejvyšší mezi mladými dospělými a s věkem klesá, každodenní konzumace alkoholu s věkem roste. Mezi dospívajícími dochází od r. 2011 k významnému poklesu pití alkoholu, včetně pravidelné konzumace a rizikových forem pití.

Odhadem 1,5–1,7 milionu dospělých se nachází v kategorii rizikového pití alkoholu, v tom 800–900 tis. osob spadá do kategorie škodlivého pití. Podíl osob vykazujících známky rizikového a škodlivého pití alkoholu se dlouhodobě zvyšuje.

Ročně zemře v souvislosti s konzumací alkoholu 6–7 tis. osob, z toho 2 tis. úmrtí je přímo přiřaditelných alkoholu (např. úmrtí na alkoholické onemocnění jater nebo intoxikaci alkoholem). U dalších 600 případů ročně jde o nepřímá úmrtí, tedy úmrtí pod vlivem alkoholu v důsledku nehod nebo sebevražd. Zátěží pro společnost a zdravotní systém jsou také úrazy, dopravní nehody či násilí páchané pod vlivem alkoholu. Závislí na alkoholu umírají v průměru o 24 let dříve než běžná populace.

V kontaktu se službami a v léčbě pro závislost na alkoholu je ročně přibližně 30–35 tis. osob, z nich největší část (cca 27 tis. osob) je v kontaktu s psychiatrickými zařízeními (20–23 tis. v ambulantní péči, cca 6 tis. v lůžkové péči).

Problematická spotřeba psychoaktivních léků

Do kategorie problematické spotřeby psychoaktivních léků, definované na základě užívání léků po dobu déle než 6 týdnů, subjektivního pocitu nadužívání léků a/nebo získání léků bez lékařského předpisu, spadá odhadem 14–15 % populace, což odpovídá 1,25–1,45 mil. osob. Sedativa a hypnotika užívá problémově odhadem 1,1 mil. osob a opioidní analgetika 550 tis. osob. Častěji jde o ženy, dlouhodobé trendy v této oblasti nejsou k dispozici.

Zneužívané psychoaktivní léky jsou získávány především z oficiálního zdravotního systému, ale také prostřednictvím rodiny či internetu, avšak objevují se i na trhu s nelegálními drogami.

Dlouhodobě klesá množství benzodiazepinů a barbiturátů distribuovaných do lékáren (přepočteno na mil. denních dávek léčiv), a naopak roste množství distribuovaných Z-léků, pregabalinu a opioidních analgetik.

Ročně v důsledku předávkování psychoaktivními léky zemře přibližně 40 osob, nejčastěji jde o předávkování benzodiazepiny. Kategorie opioidů zahrnuje také předávkování opioidními analgetiky (fentanyl, kodein, dihydrokodein, hydromorfon, oxycodon). Dalších 70 případů úmrtí pod vlivem psychoaktivních léků je ročně hlášeno z důvodu nemoci, nehody nebo sebevraždy. Pro úraz pod vlivem psychoaktivních léků je ročně hospitalizováno 150–200 osob.

V léčbě v souvislosti s užíváním psychoaktivních léků je ročně přibližně 3–4 tis. osob, většina z nich v ambulantní léčbě, v tom 2,5 tis. v souvislosti s problémy spojenými se sedativy a hypnotiky. Uživatelé psychoaktivních léků tvoří dlouhodobě 6 % celkového počtu pacientů v ambulantní léčbě závislostí.

Užívání nelegálních drog

Nejčastěji užívanou nelegální drogou v ČR jsou konopné látky, zkušenost s nimi uvádí přibližně čtvrtina až třetina dospělých osob. Přibližně 8–10 % dospělých uvádí aktuální užívání konopí (tj. užívání v posledních 12 měsících), což odpovídá přibližně 800–900 tis. osob. Prevalence užití konopných látek je vyšší mezi muži a v mladších věkových skupinách.

Podíl dospělých, kteří užívají konopné látky, je dlouhodobě stabilní, mírně se však zvyšuje podíl uživatelů konopných látek mezi mladými dospělými (do 34 let věku). Naopak v populaci dospívajících zkušenosti s konopnými látkami od r. 2007 klesají. Konopí z důvodu samoléčby užilo v posledním roce 5–10 % dospělé populace, tj. odhadem 400–900 tis. osob, výhradně pro samoléčbu (tedy po vyloučení těch, kteří konopí užili rovněž pro rekreační účely) ho užilo odhadem 200 tis. osob.

V riziku v souvislosti s užíváním konopí se nachází přibližně 400 tis. osob, z toho polovina (200 tis.) je ve vysokém riziku. Denních uživatelů konopí je odhadem 30 tisíc.

Ostatní nelegální drogy jsou užívány v mnohem menší míře. Zkušenost s extází má 5–7 % dospělých, s halucinogeny 4–6 % a s pervitinem stejně jako s kokainem 2–4 % dospělých.

Odhadem 44 tis. lidí užívá drogy rizikově, nejčastěji pervitin (33 tis.) nebo opioidy (11 tis.). Za posledních deset let se jejich počet zvýšil přibližně o čtvrtinu. Odhadem 42 tis. lidí užívá nelegální drogy injekčně.

Výskyt HIV/AIDS je v české populaci i mezi injekčními uživateli drog dlouhodobě na nízké úrovni. Výskyt VHC je dlouhodobě stabilní, nicméně představuje nejrozšířenější infekci mezi uživateli drog, která zatěžuje zdravotní systém.

Na předávkování nelegálními drogami ročně zemře 40–60 osob, dalších 150 případů úmrtí pod vlivem nelegálních drog je ročně hlášeno z důvodu nemoci, nehody nebo sebevraždy. Zátěží pro společnost a zdravotní systém jsou také úrazy a dopravní nehody pod vlivem drog.

V psychiatrických ambulancích je ročně léčeno odhadem 14 tis. uživatelů nelegálních drog, v lůžkových zařízeních přibližně 5 tis. V kontaktu s nízkoprahovými programy je ročně téměř

40 tis. uživatelů drog, z dlouhodobého hlediska je patrný nárůst počtu uživatelů pervitinu, ale v posledních letech také opioidů. Průměrný věk uživatelů drog v kontaktu s adiktologickými službami se zvyšuje, u klientů v kontaktu s nízkoprahovými programy dosahoval 35 let.

Hazardní hraní a jeho dopady

Hraní hazardních her v posledních 12 měsících uvedlo 35–50 % dospělých, nejvíce lidí hraje loterie, které dlouhodobě nejsou považovány za hazardní hru. Po vyloučení loterií uvádí hraní hazardních her 8–19 % dospělé populace.

V dlouhodobém horizontu dochází k mírnému nárůstu míry hazardního hraní v dospělé populaci, a to jak v případě loterií, tak v případě ostatních her (technické hry, živé hry a kurzové sázení). Hraní hazardních her je výrazně vyšší mezi mladými dospělými ve věku 15–34 let, podíl mužů je několikanásobně vyšší než žen.

Dlouhodobě je odhadováno 150–250 tis. osob v riziku rozvoje problémů s hraním hazardních her, v kategorii vysokého rizika se nachází 80–100 tis. osob. Největší podíl osob v riziku je mezi hráči technických her a on-line kurzového sázení. Odhadovaný počet osob v riziku rozvoje problémového hráčství je dlouhodobě stabilní, mírně se však zvyšuje počet osob ve vysokém riziku.

Problémové hraní vede k finančním, rodinným i pracovním problémům. Ke zdravotním dopadům problémového hazardního hraní patří vysoký výskyt psychiatrické komorbidity, v porovnání s obecnou populací mají lidé, kteří mají problém s hraním, výrazně horší duševní zdraví a častěji se pokouší o sebevraždu.

V kontaktu se službami v souvislosti s hazardním hraním je přibližně 2–3 tis. osob ročně, z toho přibližně 1 tis. v zařízeních psychiatrické péče. Jde zejména o muže, kterých se s tímto problémem léčí 5krát více než žen. Průměrný věk hráčů v léčbě je přibližně 35 let. Většina léčených má problém s technickými hrami (automaty), jejich podíl však klesá. Výrazně roste podíl osob v léčbě, které mají problém s on-line kurzovým sázením.

Základní přehled situace v ČR v číslech

Výskyt závislostního chování v dospělé populaci

- **17–23 %** populace ve věku 15+ let, tj. **1,5–2,1 mil.** osob, denně nebo téměř denně kouří cigarety
- **10 %** osob ve věku 15+ let, tj. **800–980 tis.** osob, denně nebo téměř denně pije alkohol
- **17–19 %** osob, tj. **1,5–1,7 mil.** osob, pije rizikově, v tom **9–10 %** populace (**800–900 tis.** osob) spadá do kategorie škodlivého pití alkoholu
- **14–15 %** dospělých, tj. odhadem **1,25–1,45 mil.** osob, spadá do kategorie problematické spotřeby psychoaktivních léků
- **8–10 %** osob ve věku 15+ let, tj. odhadem **800–900 tis.** dospělých, užilo v posledních 12 měsících konopné látky, přibližně **207 tis.** dospělých spadá do kategorie vysokého rizika vzniku problémů spojených s užíváním konopných látek
- **5–10 %** dospělé populace užilo v posledních 12 měsících konopné látky pro samoléčbu, tj. odhadem **400–900 tis.** osob
- **1 %** dospělých užilo někdy v posledních 12 měsících extázi, **1,5 %** halucinogenní houby, méně než **1 %** pervitin (nebo amfetaminy) a kokain
- **44,2 tis.** osob užívá rizikově pervitin nebo opioidy, v tom **33,1 tis.** užívá rizikově pervitin, **6,4 tis.** buprenorfin, **3,3 tis.** heroin a **1,4 tis.** jiné opioidy
- **2–3 %** populace starší 15 let podle škály Lie/bet spadá do kategorie problémového hráčství (tj. přibližně **170–220 tis.** osob), z toho **90–120 tis.** osob spadá do kategorie vysokého rizika

tabulka 1: Výskyt rizikových forem závislostního chování v populaci ČR starší 15 let

Rizikové formy závislostního chování mezi dospělými	Střední odhad
Denní kuřáci	1,5–2,1 mil.
Denní konzumenti alkoholu	800–980 tis.
Rizikové pití alkoholu	1,5–1,7 mil.
> v tom ve vysokém riziku (tzv. škodlivé pití)	800–980 tis.
Problematické užívání psychoaktivních léků	1,25–1,45 mil.
Intenzivní uživatelé konopných látek	350–465 tis.
> v tom ve vysokém riziku	160–250 tis.
Lidé užívající drogy (pervitin a opioidy) rizikově	43–46 tis.
> uživatelé pervitinu	33–34 tis.
> uživatelé opioidů	11–12 tis.
Lidé užívající drogy injekčně	40–42 tis.
Osoby v riziku problémového hraní	170–220 tis.
> v tom ve vysokém riziku	91–120 tis.

Výskyt závislostního chování mezi dětmi a dospívajícími

- > **10–11 %** 13- až 16letých studentů uvádí pravidelné nebo denní kouření tabáku
- > **17 %** 11letých, **43 %** 13letých, **76 %** 15letých a **95 %** 16letých někdy v životě pilo alkohol, přibližně polovina z nich uvedla pití alkoholu v posledních 30 dnech
- > **39 %** 16letých studentů pilo v posledních 30 dnech nadměrné dávky alkoholu (tj. 5 a více sklenic alkoholu při jedné příležitosti), **12 %** jednou týdně nebo častěji
- > **24 %** 16letých studentů užilo v posledních 12 měsících nelegální drogu, **23 %** užilo konopné látky, **3,5 %** sedativa bez předpisu, **3,3 %** těkavé látky, **2,6 %** extázi, **1,1 %** halucinogenní houby, **1,9 %** LSD či jiné halucinogeny a přibližně **1 %** kokain či pervitin
- > **9–11 %** dospívajících hrálo v posledních 12 měsících hazardní hry o peníze

Dopady užívání návykových látek

- > **16–18 tis.** úmrtí je ročně způsobeno kouřením tabáku
- > **6–7 tis.** úmrtí je ročně způsobeno pitím alkoholu, u **2 tis.** případů je alkohol hlavní nebo jedinou příčinou úmrtí, z toho intoxikace alkoholem tvoří **400–500** případů ročně
- > **96** lidí v r. 2020 zemřelo v důsledku smrtelných předávkování, z toho v **58** případech šlo o předávkování nelegálními drogami nebo těkavými látkami, **38** případů v souvislosti s psychoaktivními léky
- > **150** případů úmrtí bylo identifikováno pod vlivem nelegálních drog a psychoaktivních léků z jiných příčin než předávkování, z toho nejvíce v důsledku nemocí, nehod a sebevražd
- > **14** nově zjištěných případů HIV v r. 2020 bylo pravděpodobně v souvislosti s injekčním užíváním drog, dalších **5** osob mělo injekční užívání drog v anamnéze
- > **800–1000** případů virové hepatitidy typu C je hlášeno ročně, z toho **400–500** případů mezi lidmi užívajícími drogy injekčně
- > **14–15 tis.** případů hospitalizací je ročně hlášeno pro úraz pod vlivem návykových látek, v tom **13,5–14 tis.** osob pod vlivem alkoholu, **250** osob je ročně hospitalizováno pro úraz pod vlivem nelegálních drog, **150–200** osob pod vlivem psychoaktivních léků a **10–15** osob pod vlivem těkavých látek
- > **4,5 tis.** dopravních nehod ročně je způsobeno pod vlivem alkoholu, **260** pod vlivem jiných drog

tabulka 2: Úmrtí způsobená ročně užíváním návykových látek v populaci ČR

Závislostní chování	Úmrtí spojená s užíváním	
	Celkem	Přímá (předávkování)
Kouření	16–18 tis.	
Konzumace alkoholu	6–7 tis.	200–250
Užívání psychoaktivních léků	110–120	40–50
Užívání nelegálních drog	100–150	40–60

Sít' služeb pro klienty s problémem se závislostí

- **250–300** zařízení poskytuje specializované adiktologické služby, z nich je **55–60** nízkoprahových kontaktních center, **50** terénních programů, **90–100** ambulantních léčebných programů (z toho **10** programů pro děti a dorost), **10–15** detoxifikačních jednotek, **25–30** oddělení lůžkové zdravotní péče, **15–20** terapeutických komunit, **35–45** ambulantních doléčovacích programů (z nich **20–25** s chráněným bydlením) a **5–7** domovů se zvláštním režimem pro osoby závislé na návykových látkách; **60** zařízení hlásí pacienty v substituční léčbě a odhadem **600–700** praktických lékařů poskytuje substituční léčbu

tabulka 3: Odhad počtu osob ročně v kontaktu s adiktologickými službami a v léčbě závislosti v ČR

Závislostní chování	Odhadovaný počet osob v kontaktu se službami
Kouření	1–2 tis.
Konzumace alkoholu	30–35 tis.
Užívání psychoaktivních léků	3–4 tis.
Užívání nelegálních drog	40–45 tis.
Hazardní hraní	2–3 tis.

Finance, trh, kriminalita

- **2 297,5 mil. Kč** činily výdaje na protidrogovou politiku, z toho **52 %** tvořily výdaje na oblast prosazování práva, **16 %** na snižování rizik, **12 %** na léčbu uživatelů drog, **4 %** na prevenci, **5 %** na následnou péči, **6 %** na záchytné stanice a necelá **2 %** na koordinaci, výzkum a evaluaci
- **938,0 mil. Kč** tvořily výdaje zdravotních pojišťoven na léčbu uživatelů návykových látek
- **60 mld. Kč** ročně vybere stát na spotřební dani z tabákových výrobků, **13 mld. Kč** na spotřební dani z alkoholických nápojů
- **23 miliard** kusů cigaret je ročně spotřebováno v ČR, což odpovídá v přepočtu cca **2 tis.** cigaret na 1 obyvatele
- **166,7 l** alkoholu na 1 obyvatele je spotřebováno ročně, což odpovídá **10 l** čistého alkoholu na osobu
- **33 mld. Kč** prohráli hráči v hazardních hrách v ČR, do hry bylo vloženo **393 mld. Kč** a na výhrách bylo vyplaceno **360 mld. Kč**
- **15 tis.** trestných činů bylo spácháno pod vlivem návykových látek (z toho **68 %** pod vlivem alkoholu a **32 %** pod vlivem nealkoholových drog)

tabulka 4: Odhad společenských nákladů v souvislosti se závislostním chováním v ČR

Závislostní chování	Společenské náklady (v Kč)
Kouření	80–100 mld.
Konzumace alkoholu	50–60 mld.
Užívání psychoaktivních léků	n. a.
Užívání nelegálních drog	7 mld.
Hazardní hraní	14–16 mld.



Kapitola 1: Veřejnozdravotní význam návykových látek

Globálně patří užívání návykových látek mezi nejvýznamnější rizikové faktory podílející se na celkové úmrtnosti a nemocnosti a představuje tak významnou determinantu zdravotního stavu populace [1]. Užívání tabáku zaujímá čtvrtou pozici a alkohol a nelegální drogy dohromady osmou pozici na žebříčku celkem 84 sledovaných preventabilních rizikových faktorů. Kumulativně představovalo užívání návykových látek 28,5 % globální zdravotní zátěže měřené jako DALYs (Disability-Adjusted Life Years), tj. ztracených let života v důsledku nemocnosti a úmrtnosti vysvětlitelných sledovanými rizikovými faktory.

Nejvyšší podíl zdravotní zátěže způsobené kouřením tabáku představují kardiovaskulární nemoci, nemoci dýchací soustavy a zhoubné novotvary [1, 2]. Pasivní expozice tabákovému kouři je příčinou přibližně 13 % zdravotní zátěže způsobené kouřením. Užívání alternativních nikotinových výrobků je spojeno s nižšími veřejnozdravotními riziky než kouření tabáku a některé z nich jsou účinné při odvykání kouření.

Alkohol patří ve vyspělých zemích k hlavním příčinám nemocnosti a předčasné úmrtnosti. Největší podíl zdravotní zátěže alkoholu představují kardiovaskulární nemoci, novotvary, gastrointestinální nemoci (především nemoci jater) a vnější příčiny nemocnosti a úmrtnosti jako nehody, úrazy nebo otravy [2, 3]. Alkohol je rovněž častou příčinou škod v okolí uživatele (fetální alkoholový syndrom, násilí, nehodovost, ztráta produktivity apod.). Existuje jednoznačný vztah mezi množstvím etanolu obsaženého ve vypitém alkoholu a škodlivými zdravotními důsledky, přičemž jakákoliv dávka alkoholu (tj. např. už jeden nápoj denně) představuje riziko negativních důsledků a žádnou dávku alkoholu nelze doporučit jako prospěšnou či považovat za bezpečnou [4, 5].

Zneužívání či nadužívání psychoaktivních léků se týká poměrně velké části populace a je příčinou zdravotních poruch a negativních sociálních dopadů na uživatele i jejich okolí. Podle zastřešující definice Küfner et al. [6, p. 13] je za zneužití léku považováno užití léku s lékařským předpisem nebo bez něj, avšak zjevně mimo přijaté lékařské postupy nebo pokyny, za rekreačním účelem nebo v rámci samoléčby, kdy rizika a problémy spojené s užitím převažují nad přínosy.

U uživatelů nelegálních drog se na celkové nemocnosti a úmrtnosti podílejí zejména infekční nemoci, nemoci trávicího systému (zejména hepatitida typu C a její klinické následky) a vnější příčiny nemocnosti a úmrtnosti, tj. otravy předávkováním, nehody, sebevraždy.

Hazardní hraní může ve spojení s dalšími biologickými a psychologickými faktory vyústit ve ztrátu kontroly hráčského chování, tj. hráčskou poruchu či problémové nebo patologické hráčství, které je charakterizováno vysokou intenzitou a epizodickým charakterem hraní, vysokými finančními ztrátami a negativními dopady na hráče i jejich okolí včetně psychiatrické komorbidity a zvýšené sebevražednosti [7].

Návykové látky a další závislosti jsou zdrojem významné zdravotní zátěže a společenských škod. V ČR ročně zemře 16–18 tis. osob v důsledku kouření, odhadem 6 tis. osob v důsledku konzumace alkoholu, 100 osob v souvislosti s užitím psychoaktivních léků a 150 osob v souvislosti s užitím nelegálních drog. Přibližně 5 % případů hospitalizací pro úrazy tvoří případy pod vlivem návykových látek, 5 % dopravních nehod bylo způsobeno pod vlivem návykových látek, v obou případech nejčastěji alkoholu.

Kromě negativních zdravotních dopadů je závislostní chování spojeno s rozsáhlými sociálními dopady v oblasti bydlení, zaměstnání, dluhové problematiky včetně exekucí a vlivu na rodiny a komunitu.

2

Kapitola 2: Nabídka, trhy a dostupnost návykových látek

Nabídka tabákových a nikotinových produktů, alkoholu a hazardního hraní je v ČR legální a trh je pod kontrolou řady státních orgánů a institucí. Jejich uvádění na trh je předmětem spotřební daně a dalších daní.

Ostatní látky, které jsou zařazeny na seznam omamných a psychotropních látek, mohou být na trh uváděny jen jako léky nebo mohou být použity k výzkumným účelům. Jejich uvádění na trh mimo uvedený kontext je nelegální. Nelegální je rovněž držení omamných a psychotropních látek pro vlastní potřebu – v malém množství jako přestupek, v množství větším jako trestný čin.

Podle odhadů ČSÚ činily v r. 2020 výdaje domácností na alkohol cca 98 mld. Kč, na tabákové výrobky cca 110 mld. Kč a na nelegální drogy cca 10 mld. Kč. V hazardních hrách hráči v r. 2020 prohráli cca 33 mld. Kč. Dohromady to představuje cca 250 mld. Kč ročně, což je cca 10 % celkových výdajů domácností.

2.1 Tabákové, nikotinové a související výrobky

Dostupnost tabákových a nikotinových výrobků je v ČR velmi vysoká. Je možné je prodávat v prodejnách potravin, v trafikách, na čerpacích stanicích apod. Jejich prodej je volnou živností.

Podle zákona č. 65/2017 Sb., o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek, platí zákaz prodeje nezletilým, zákaz prodeje v prodejních automatech nebo na internetu, pokud nelze ověřit věk kupujícího, i zákaz výroby, dovozu a prodeje potravinářských výrobků a hraček, které napodobují vzhled tabákových výrobků. Dále platí úplný zákaz kouření ve všech restauracích, barech, kavárnách, vinárnách a dalších provozovnách stravovacích služeb (zákaz se nevztahuje na e-cigarety a vodní dýmky), zákaz kouření v prostředcích hromadné veřejné dopravy a na zastávkách, zákaz kouření v zoologických zahradách (nevztahuje se na e-cigarety), ve školách, v nemocnicích, ve sportovních halách, na dětských hřištích, v zábavních zařízeních a v nákupních centrech.

Nejrozšířenějším tabákovým výrobkem užívaným v ČR jsou průmyslově vyráběné cigarety, následuje tabák určený k ručnímu balení cigaret. V ČR je ročně spotřebováno cca 23 miliard kusů cigaret, což odpovídá 2 tis. cigaret či 100 krabičkám cigaret na 1 obyvatele. Na trhu je cca 5 tis. různých tabákových nebo bylinných výrobků určených ke kouření, z toho cca 490 značek cigaret.

Nabídka alternativních výrobků v ČR roste – v současné době zaujímají přibližně desetinu objemu trhu s tabákovými a nikotinovými produkty. K červnu 2021 bylo v ČR na trhu zaregistrováno kolem 5 tis. různých výrobků e-cigaret. Dostupných je několik značek zahřívaných tabákových výrobků, rozšiřuje se nabídka nikotinových sáčků.

Cena cigaret a tabáku se zvyšuje v důsledku zvyšování spotřební daně. V r. 2020 se cena krabičky zvedla přibližně o 12 Kč a v r. 2021 o dalších 8 Kč, mírnější zvýšení jsou plánována v r. 2022 i 2023. Státu je odvedeno přibližně 80 % ceny cigaret – 60 % na spotřební dani a 21 % na DPH. V r. 2019 byla zavedena spotřební daň také na zahřívané tabákové výrobky. Její sazba je nižší než sazba u konvenčních cigaret, byla tak mj. zohledněna rozdílná zdravotní rizikovitost různých druhů tabákových výrobků.

Z tabákových výrobků stát aktuálně vybere na spotřební dani cca 60 mld. Kč ročně, v r. 2020 to odpovídalo 4 % příjmů státního rozpočtu. Až 30 % prodeje cigaret tvoří podle odhadů nákupy zahraničních občanů v příhraničních oblastech s Německem a Rakouskem, důvodem je nižší cena cigaret v ČR.

2.2 Alkohol

Vysoká je v ČR také dostupnost alkoholických nápojů. Alkohol je možné prodávat v jakékoli denní či noční době a na mnoha místech, v jakékoliv prodejně potravin, ve stáncích s občerstvením, v prostředcích hromadné dopravy, na čerpacích stanicích apod. Pro výrobu, prodej a podávání lihovin je potřeba koncese, prodej ostatních alkoholických nápojů je volnou živností.

Dostupnost alkoholu je omezena zákonem (č. 65/2017 Sb.), a to prostřednictvím zákazu prodeje alkoholu nezletilým osobám, zákazu dálkového prodeje alkoholu, pokud nelze ověřit zletilost nakupujícího, dále je zakázán prodej hraček napodobujících tvar a vzhled balení alkoholických nápojů, platí zákaz prodeje či podávání alkoholu ve zdravotnickém zařízení, škole a školském zařízení, zařízení sociálně-právní ochrany dětí, na akcích určených osobám mladším 18 let. Zákon současně upravuje příležitostný prodej alkoholu a omezení pro řadu veřejně přístupných akcí tím zmírňuje či ruší.

Domácí výroba lihovin je zákonem zakázána, pivo či víno je možno vyrobit doma do množství 2 000 l na domácnost. Českým specifikem jsou tzv. pěstitelské pálenice, kde si mohou pěstitelé nechat vyrobit omezené množství ovocného destilátu z vlastního ovoce (s nižší sazbou spotřební daně).

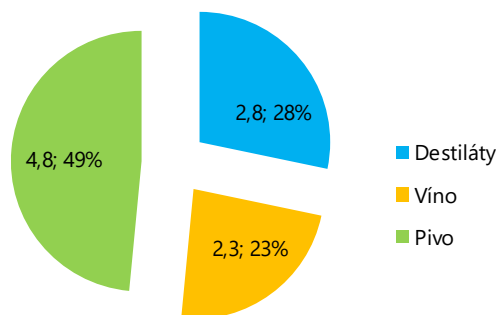
V ČR se ročně spotřebuje 100–150 mil. l etanolu, což odpovídá 10–14,5 l na 1 obyvatele včetně dětí a seniorů. Přibližně 49 % celkového množství spotřebovaného etanolu je zkonsumováno v pivu, 28 % v lihovinách a 23 % ve víně. V pěstitelských pálenicích je v posledních letech vyrobeno 11–14 % etanolu spotřebovaného v lihovinách.

V ČR podléhají všechny alkoholické nápoje spotřební dani. Zákon o spotřebních daních stanoví různé sazby pro líh, pivo a víno. Různá výše sazeb vychází také mimo jiné z práva EU, které definuje minimální výši sazeb spotřební daně. Ve vztahu k množství etanolu jsou daňové sazby u různých alkoholických nápojů nastaveny nerovnoměrně. Za alkoholický nápoj obsahující 10 g etanolu je tak odvedená spotřební daň různá v závislosti na druhu alkoholického nápoje: u vína je to 0 Kč, u piva cca 1 Kč, u lihovin 4 Kč (u ovocných destilátů z pěstitelské pálenice 2 Kč), u likérových vín 1,5 Kč.

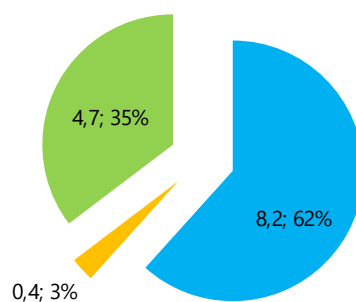
Z alkoholických nápojů stát vybere na spotřební dani cca 13 mld. Kč, z toho většinu (61 %) na spotřební dani z lihu a přibližně třetinu (35 %) na spotřební dani z piva. Příjmy z inkasa spotřební daně na alkohol tvoří necelých 0,9 % celkových příjmů státního rozpočtu ČR. Je zřejmé, že inkaso spotřební daně u jednotlivých druhů nápojů neodpovídá množství etanolu, které se v jednotlivých druzích alkoholu v ČR zkonsumuje – graf 2-1. Je zřejmé, že nastavení daňových sazeb u jednotlivých druhů alkoholických nápojů neodpovídá jejich veřejnozdravotní nebezpečnosti a nevytváří systémovou pobídku ke konzumaci nízkoalkoholických nápojů a nízkoobjemových balení nápojů.

graf 2-1: Spotřeba alkoholických nápojů v litrech etanolu v přepočtu na 1 obyvatele a inkaso spotřební daně v mld. Kč podle druhu nápojů v r. 2019

Spotřeba (litry etanolu/obyvatele)



Inkaso spotřební daně (mld. Kč)



Zdroj: NMS podle údajů ČSÚ a Ministerstva financí ČR

2.3 Psychoaktivní léky

Dostupnost psychoaktivních léků v ČR pro léčbu, ale také pro jejich problematické užívání, je vysoká. Základním opatřením proti zneužívání léčivých přípravků je výdej na lékařský předpis.

Zdrojem zneužívaných psychoaktivních léků je především zdravotní systém – lidé nadužívající léky je získávají od lékařů různých odborností (tzv. doctor-shopping), dále od rodiny nebo známých, na internetu nebo na nelegálním trhu s drogami.

Specifickým způsobem získávání psychoaktivních léků je padělání receptů nebo získávání léků ze zdravotnického nebo domovního odpadu. Léky obsahující efedrin (či pseudoefedrin) nebo kodein jsou zdrojem pro výrobu dalších drog.

Preparáty používané pro substituční léčbu závislosti na opioidech unikají ze standardních medicínských zdrojů a obchoduje se s nimi na nelegálním trhu (v ČR se to týká především preparátů obsahujících buprenorfin). Dostupnost psychoaktivních léků, především opioidů, sedativ a hypnotik, na internetu je vysoká, a to i na on-line platformách v českém jazyce. Jejich cena však může být ve srovnání s cenou v lékárně výrazně vyšší a kvalita bez záruky. V nabídce jsou také falešné léky obsahující jinou účinnou látku.

Jako nové syntetické drogy (či designer drugs) jsou prodávány tzv. nové benzodiazepiny, které nejsou registrovanými léčivými přípravky. Dostupné jsou také syntetické opioidy, např. deriváty fentanylu.

Distribuce benzodiazepinů v ČR je odhadována na 45 mil. doporučených denních dávek (DDD) ročně, v přepočtu na 1 obyvatele jde o 4,2 denní dávky benzodiazepinů. K nejvíce užívaným, resp. distribuovaným benzodiazepinům patří alprazolam (např. Neurol), diazepam a klonazepam. Do lékáren bylo v r. 2020 distribuováno přes 80 mil. dávek sedativ ze skupiny Z-léků, tj. 7,5 denní dávky na 1 obyvatele ČR. Většinu tohoto množství představuje zolpidem (např. Stilnox).

Distribuované množství benzodiazepinů a barbiturátů v ČR dlouhodobě klesá, množství sedativ ze skupiny Z-léků naopak dlouhodobě roste (od r. 2014 do r. 2020 se zdvojnásobilo), spotřeba opioidních analgetik se za 15 let téměř ztrojnásobila. Strmě narůstá také spotřeba antiepileptika a sedativa pregabalínu.

Buprenorfinových preparátů pro substituční léčbu bylo v r. 2020 distribuováno přes 500 tis. denních dávek. S přípravky uniklými ze standardních medicínských zdrojů se nelegálně obchoduje.

2.4 Nelegální drogy

Subjektivně vnímaná dostupnost nelegálních drog zůstává dlouhodobě na stejné úrovni, konopné látky považuje za snadno dostupné 1/3 populace starší 15 let, extázi 20 %, halucinogenní houby a pervitin považuje za dostupné 13 % populace.

Postoje obyvatel ČR k užívání nelegálních návykových látek jsou dlouhodobě stabilní, aktuálně mírně roste přijatelnost užívání konopných látek i dalších nelegálních drog.

Podle posledního odhadu spotřeby nelegálních drog se v ČR v r. 2016 spotřebovalo přibližně 20,1 tuny konopných drog, 6,5 tuny pervitinu, 0,7 tuny heroinu, 1,0 tona kokainu a 1,2 mil. tablet extáze. Dlouhodobě klesá odhad spotřeby konopných drog a heroinu, zatímco odhad spotřeby pervitinu a kokainu roste. Odhad výdajů domácností na nelegální drogy dlouhodobě dosahuje kolem 10 mld. Kč, tj. 0,4–0,5 % celkových výdajů domácností.

ČR je zemí, kam jsou nelegální drogy dováženy, ale je také produkční zemí. V ČR je vyráběn pervitin a pěstováno konopí, a to jak na samozásobitelské, tak na komerční bázi. Ostatní nelegální drogy jsou do ČR dováženy, byl zaznamenán i dovoz metamfetaminu (pervitinu) do ČR. Hlavním prekurzorem pro výrobu pervitinu je pseudoefedrin extrahovaný z léčiv, která jsou zejména pašována ze zahraničí.

Protiepidemická opatření v souvislosti s COVID-19 v průběhu r. 2020 a 2021 se projevila na nárůstu nabídky nelegálních drog on-line a na nárůstu záchytů v mezinárodních poštovních a přepravních zásilkách (např. v případě kokainu).

V Systému včasného varování před novými drogami koordinovaném NMS bylo za r. 2020 v ČR hlášeno 14 nových psychoaktivních látek, z toho 5 poprvé. Nejčastěji šlo o syntetické katinony. Policie ČR a Celní správa ČR odhalily v r. 2020 téměř 170 indoor pěstíren konopí. V posledních přibližně deseti letech roste podíl odhalených malých domácích pěstíren a klesá podíl odhalených pěstíren s produkční kapacitou více než 500 rostlin. Spotřeba konopí v ČR byla v r. 2020 kryta především domácí produkcí. Varen pervitinu bylo odhaleno 160, šlo zejména o menší varny zásobující domácí trh.

Zvyšuje se dostupnost a čistota kokainu dováženého z Jižní Ameriky i extáze dovážené z Nizozemska a Belgie. Heroin se do ČR dostává zejména tzv. balkánskou cestou.

V rámci drogové trestně činnosti bylo v r. 2020 zajištěno 645 kg sušiny a 15 tis. rostlin konopí, 29 kg pervitinu, 3 kg kokainu a 250 g heroinu. Extáze bylo zajištěno 89 tis. tablet a 21 kg ve formě krystalu. Heroinu bylo zachyceno přibližně 250 g.

2.5 Hazardní hraní

Dostupnost hazardního hraní je v ČR velmi vysoká, klesá v případě hraní v kamenných provozovnách, a naopak roste u on-line hraní. Podíl on-line hraní na trhu dlouhodobě roste, v r. 2020 dosáhl 48 %. Bez rozlišování hraní na internetu a mimo internet tvořily technické hry 46 % trhu, kurzové sázky 25 %, loterie 24 % a živé hry 4 %. Dlouhodobě roste podíl kurzových sázek on-line a loterií, klesá podíl technických her v kamenných provozovnách. Roste také celkový podíl hazardních her on-line, který v r. 2020 dosáhl 48 %.

K 1. 1. 2021 mělo povolení provozovat HH v ČR celkem 51 společností, pouze 2 z nich neměly sídlo v ČR. Celkem 8 společností provozovalo loterie (z toho 3 on-line), 8 kurzové sázky (z toho 6 on-line), 44 technické hry (z toho 8 on-line), 36 živou hru (z toho 5 on-line) a 1 bingo.

Technické hry (zejména tzv. herní automaty) lze provozovat pouze v hernách a kasinech, v restauracích a barech se začaly vyskytovat legálně provozovaná zařízení s kurzovými sázkami a loteriem, která vyžadují asistenci personálu. Hry na těchto zařízeních mají velmi rizikové charakteristiky.

Počet provozoven s technickými hrami (TH) se od r. 2011 snižuje, provozoven s povolenou živou a/nebo technickou hrou bylo k 1. 1. 2021 celkem 1 007, tj. v přepočtu 9 na 100 tis. obyvatel ČR. Kvůli zákonným podmínkám se TH a živé hry koncentrují do větších heren a kasin. Kasin bylo poprvé v historii více (532) než heren, jejich podíl se zvýšil na 53 %.

K 1. 1. 2021 bylo v ČR více než 2 tis. provozoven sázkových kanceláří, v posledních letech se však většina kurzového sázení přesunula do on-line prostředí. Místa, kde lze provozovat číselné a okamžité loterie, nejsou v ČR regulována. Číselné loterie je možné vsadit na téměř 15 tis. místech – na terminálech v trafikách, čerpacích stanicích či restauracích, v obchodech s potravinami, na poštách a v sázkových kancelářích. Stírací losy jsou ještě dostupnější.

Daň z hazardních her má dvě sazby: 23 % pro kurzové sázky a živou hru (a také pro okrajové totalizátorové hry, bingo, tombolu a turnaj malého rozsahu) a 35 % pro loterie a technické hry. U loterií byla sazba zvýšena od r. 2020 z 23 % na 35 %.

Výnos z daně z hazardních her se dělí mezi obce a stát. U technických her v poměru 35 : 65 ve prospěch obcí, u ostatních her v poměru 70 : 30 ve prospěch státu. Výnos za zdanění technických her se mezi konkrétní obce rozděluje podle počtu herních pozic technických her v hernách a kasinech na jejich území. To platí i pro výnos ze zdanění technických her on-line (2,1 mld. Kč v r. 2020), které jsou však dostupné bez ohledu na dostupnost technických her v hernách a kasinech.

Výnos daně z hazardních her byl v r. 2020 celkem 10,1 mld. Kč. Inkaso daně z technických her bylo 5,5 mld. Kč a z ostatních her 4,6 mld. Kč. Příjmy do obecních rozpočtů byly 4,9 mld. Kč a do státního rozpočtu 5,1 mld. Kč. Podíl státu na příjmech z daně z hazardních her dlouhodobě roste, v r. 2020 byl 51 %.

V souvislosti s epidemií COVID-19 byl v I. 2020 a 2021 přerušen provoz heren, kasin a sázkových kanceláří celkem ve třech obdobích: od 13. 3. do 25. 5. 2020, od 12. 10. do 3. 12. 2020 a od 18. 12. 2020 do 30. 5. 2021. Provoz heren, kasin a sázkových kanceláří tak byl přerušen na období přibližně třetiny r. 2020. Na jaře 2020 došlo k úplnému zastavení sportovních soutěží téměř na celém světě a řada velkých sportovních událostí byla rušena i v následujícím období r. 2020 a 2021, což výrazně omezilo příležitosti ke KS.

Hráči v r. 2020 prohráli v hazardních hrách (HH) v ČR celkem 33 mld. Kč. Celkem bylo do hry vloženo 393 mld. Kč a na výhrách bylo vyplaceno 360 mld. Kč.

3

Kapitola 3: Národní politika v oblasti závislostí

Politika v oblasti závislostí ČR od r. 2014 postupně integruje témata legálních a nelegálních návykových látek a nelátkových závislostí.

Národní právní rámec pro zavádění opatření k ochraně před škodami působenými užíváním návykových látek obsahuje zákon č. 65/2017 Sb., o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek (ZOZNL). Základní právní rámec pro nakládání s OPL představuje zákon č. 167/1998 Sb., o návykových látkách (ZNL).

3.1 Politika v oblasti kontroly tabáku a v oblasti alkoholu

Základní právní rámec pro oblast regulace tabáku je obsažen v Rámcové úmluvě Světové zdravotnické organizace o kontrole tabáku (FCTC). Rámcová úmluva WHO o kontrole tabáku vstoupila v platnost v r. 2005, v ČR byla jako v posledním státě EU ratifikována v r. 2012.

WHO doporučuje 6 prioritních strategií politiky kontroly tabáku, které mají státům pomoci při zavádění opatření stanovených v FCTC [8, 9]:

- (1) monitorování užívání tabáku a politiky kontroly tabáku,
- (2) důsledné uplatňování zákazů kouření na veřejných místech,
- (3) podpora služeb odvykání kouření,
- (4) varování před škodami z kouření,
- (5) prosazování zákazu reklamy, propagace a sponzorování,
- (6) zvyšování ceny tabáku prostřednictvím zvyšování spotřebních daní.

Harm reduction přístup spočívající ve zmenšování rizik užívání tabáku, resp. nikotinu, se opírá o narůstající množství výzkumů a dostupných dat v této oblasti. Spočívá v přechodu kuřáků na méně rizikové perorální a bezdýmné tabákové a nikotinové výrobky, jako jsou žvýkácký tabák, nikotinové sáčky, elektronické cigarety a zahříváné tabákové výrobky.

Tento přístup však není v národní politice kontroly tabáku v ČR dostatečně využíván. Důvodem jsou zejména obavy, že akceptování alternativních nikotinových výrobků povede k opětovné normalizaci kouření a oslabí strategie kontroly tabáku doporučenou WHO. Panují také obavy, že alternativní nikotinové výrobky představují vstupní bránu ke kouření pro ex-kuřáky a nekuřáky, zejména děti. Z dostupných studií se však ukazuje, že nabídka alternativních výrobků nevede k normalizaci kouření tabáku a je účinným substitutem kouření.

V oblasti alkoholu existuje mezinárodní odborná shoda na 5 hlavních doporučeních pro efektivní politiku snižování negativních dopadů jeho konzumace [10, 11]:

- (1) zvyšování ceny alkoholu prostřednictvím spotřebních daní a cenové politiky,
- (2) omezení dostupnosti alkoholu,
- (3) zákaz nebo rozsáhlé omezení reklamy na alkohol,
- (4) dostupnost screeningu, krátkých intervencí a léčby,
- (5) opatření proti řízení pod vlivem alkoholu.

Některá z těchto mezinárodních doporučení nejsou v ČR důsledně uplatňována.

3.2 Politika v oblasti psychoaktivních léků a nelegálních drog

Česká právní úprava kontroly a regulace nakládání s omamnými a psychotropními látkami (OPL), tedy i s léky je obsahujícími, je výrazně ovlivněna závazky, které vyplývají z mezinárodních dokumentů, tj. zejména Jednotné úmluvy o omamných látkách z roku 1961 a Úmluvy o psychotropních látkách z roku 1971.

Základní právní rámec pro nakládání s OPL představuje zákon č. 167/1998 Sb., o návykových látkách (ZNL). S léky s OPL mohou bez zvláštního povolení nakládat zdravotničtí pracovníci, trestněprávní orgány a zákonem vymezené laboratoře. Novelizace zákona v r. 2021 zavedla elektronickou preskripci namísto doposud používaných receptů s modrým pruhem, což by mělo omezit možnost falšování těchto receptů.

Neoprávněné nakládání s OPL je trestné. Zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník, vymezuje 4 tzv. drogové trestné činy: (1) výroba, distribuce a jiné nakládání s OPL (§ 283), (2) přechovávání OPL pro vlastní potřebu (§ 284), (3) výroba a držení předmětů určených k výrobě OPL (§ 286), (4) šíření toxikomanie (§ 287). Konkrétní látky stanovuje pro účely trestního zákoníku a následného vyvození trestní odpovědnosti ZNL, a to odkazem na jejich výčet v nařízení vlády č. 463/2013 Sb., o seznamech návykových látek. Držení OPL v malém množství a pěstování rostlin nebo hub s obsahem OPL je podle ZNL přestupkem.

Oblast ochrany zdraví před škodlivými účinky návykových látek včetně psychoaktivních léků, stejně jako dozor nad léčivy, spadá gesčně pod ministerstvo zdravotnictví (MZ). Pod resort MZ spadá Státní ústav pro kontrolu léčiv (SÚKL), do jehož kompetence patří oblast cen a úhrad léčiv, jejich klinického hodnocení a registrace, dozor nad reklamou, výrobou, přípravou, prodejem, distribucí, výdejem léčiv a nad jejich bezpečností včetně jejich zneužívání (systém farmakovigilance). Základní legislativní rámec systémových opatření proti zneužívání psychoaktivních léků poskytuje zákon č. 378/2007 Sb., o léčivech (ZL).

Základním opatřením proti zneužívání léčivých přípravků je výdej na lékařský předpis, případně výdej (ať už na lékařský předpis, nebo bez lékařského předpisu) s omezením, ke kterému slouží Registr pro léčivé přípravky s omezením. V květnu 2021 v něm nebyla žádná sedativa, hypnotika ani opioidy, obsahoval pouze 5 přípravků s pseudoefedrinem a léčebné konopí. Dalším opatřením je výdej léčivých přípravků pouze v lékárnách, které v případě pochybností o správném užívání léky nevydají.

3.3 Politika a regulace v oblasti hazardního hraní

Oblast hazardního hraní je součástí integrované politiky v oblasti závislosti, regulačním orgánem v oblasti provozování hazardních her (HH) je ministerstvo financí (MF).

Základní legislativní rámec regulace HH představuje od r. 2017 zákon č. 186/2016 Sb., o hazardních hrách (ZHH), který upravuje podmínky provozování HH na území ČR a působnost správních orgánů v oblasti provozování HH. Nahradil starší zákon č. 202/1990 Sb., o loteriích a jiných podobných hrách. ZHH umožnil vytvoření Rejstříku fyzických osob vyloučených z účasti na hazardních hrách. Od r. 2017 byly orgány pověřeny dozorem nad dodržováním ZHH Celní správa (CS) a ministerstvo financí (MF).

ZHH byl v r. 2020 novelizován (s účinností od 1. 1. 2021) v částech týkajících se např. evidence a výkaznictví provozování HH, rejstříku osob vyloučených z hazardního hraní, sebeomezujících opatření a kontrolní a dozorové činnosti nad provozováním HH. Kromě osob, které o to samy požádaly, jsou v Rejstříku vyloučených osob ze zákona zapsáni také příjemci pomoci v hmotné nouzi, lidé v insolvenční či lidé, kterým bylo hraní zakázáno soudně. V dubnu 2021 bylo v rejstříku zapsáno přibližně 200 tis. osob, z toho 1 tis. na vlastní žádost.

MF v průběhu r. 2020 a 2021 zpracovalo komplexní vyhodnocení nové regulace hazardního hraní (tzv. ex-post RIA).

Obce mohou zakázat či omezit provozování technických i živých her prostřednictvím obecně závazné vyhlášky (OZV). V r. 2020 takovou vyhlášku mělo 700 obcí, z nich přibližně 450 úplně zakázalo provozování technických her. Vyhlášku mělo všech 35 nejlidnatějších měst a téměř všechna města s více než 20 tis. obyvateli.

3.4 Národní strategie v oblasti závislostí

V současné době je v platnosti *Národní strategie prevence a snižování škod spojených se závislostním chováním 2019–2027*, schválená vládou ČR v květnu 2019. Jejím hlavním cílem je předcházení a snižování zdravotních, sociálních i ekonomických škod vyplývajících z užívání návykových látek, hazardního hraní a dalšího závislostního chování a z existence legálních i nelegálních trhů s návykovými látkami, hazardním hraním a dalšími produkty se závislostním potenciálem. Hlavní intervenční oblasti politiky v oblasti závislostí v ČR tvoří prevence, minimalizace rizik a škod, léčba a resocializace a regulace a snižování nabídky.

Národní strategie 2019–2027 má 4 priority:

- posílení prevence a zvýšení informovanosti o negativních účincích užívání návykových látek a vzniku závislostního chování,
- zajištění kvalitní a dostupné sítě adiktologických služeb,
- efektivní regulace trhů s návykovými látkami a závislostními produkty,
- posílení řízení, koordinace a efektivní financování.

Speciálními tématy jsou nadužívání psychoaktivních léků, nadužívání moderních technologií a oblast konopí a kanabinoidů.

Koordinačním a poradním orgánem vlády v otázkách protidrogové politiky je Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky (RVKPP). V současné době má RVKPP 23 členů. Předsedou RVKPP je předseda vlády, jejími členy jsou ministři resortů, do jejichž působnosti problematika protidrogové politiky ve společnosti zasahuje, zástupci státních institucí, krajů a zástupci odborných a profesních společností a nestátních organizací.

Na krajské úrovni zajišťují koordinaci politiky v oblasti závislostí krajsí koordinátoři. Na obecní úrovni fungují tzv. místní protidrogoví koordinátoři (MPK). Roste počet obcí s vlastní strategií politiky v oblasti závislostí.

3.5 Financování politiky v oblasti závislostí

Politika v oblasti závislostí je financována ze dvou úrovní: z centrální úrovně (státní rozpočet) a z regionální úrovně (krajské a obecní rozpočty).

Z dostupných zdrojů není možné odlišit výdaje na politiku v oblasti alkoholu, tabáku, nelegálních drog a hazardního hraní.

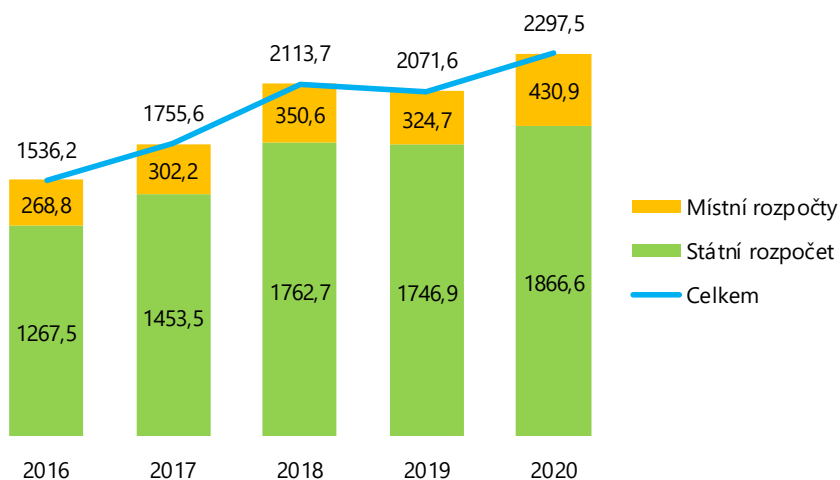
V r. 2020 činily výdaje z rozpočtů státní správy a samosprávy (bez započítání výdajů ze zdravotního pojištění) na politiku v oblasti závislostí celkem 2 297,5 mil. Kč, z toho výdaje státního rozpočtu 1 866,6 mil. Kč a výdaje z rozpočtů samospráv celkem 430,9 mil. Kč, z toho z rozpočtu krajů 340,6 mil. Kč a obcí 90,3 mil. Kč – graf 3-1. Dlouhodobě dochází k mírnému růstu výdajů na všech úrovních veřejné správy – graf 3-2.

Od r. 2020 byly státní dotační zdroje ministerstva zdravotnictví (MZ) a ministerstva spravedlnosti (MS) na politiku v oblasti závislostí centralizovány do kapitoly Úřadu vlády ČR.

graf 3-1: Struktura výdajů na politiku v oblasti závislosti z veřejných rozpočtů v r. 2020

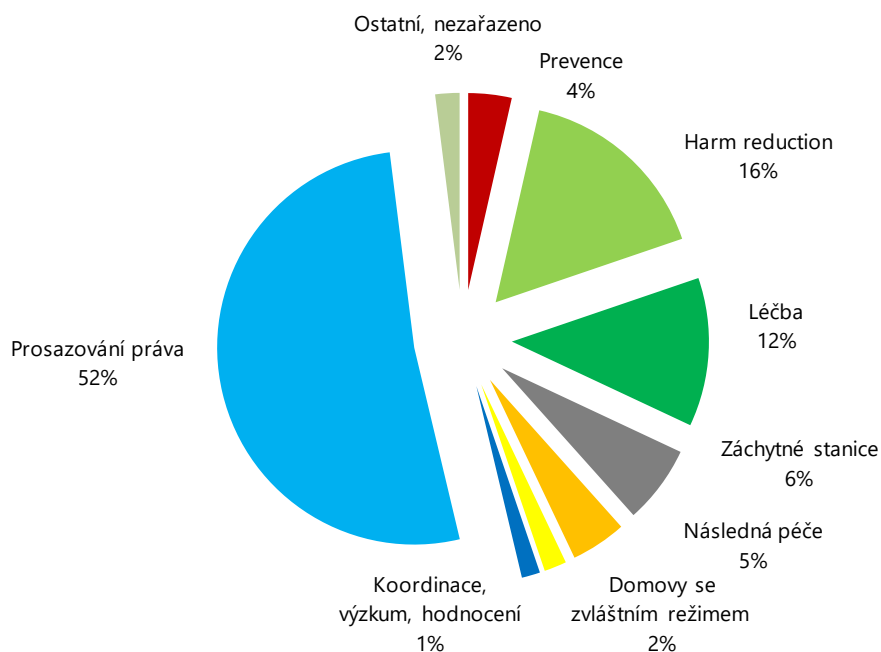


graf 3-2: Vývoj objemu výdajů na politiku v oblasti závislosti z veřejných rozpočtů v l. 2016–2020

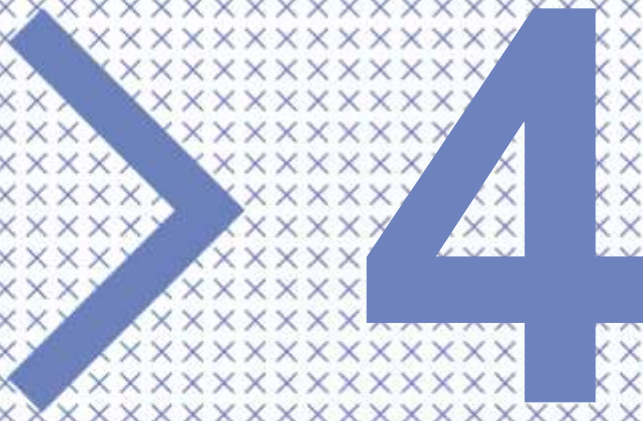


Výdaje na prosazování práva činily 52 % celkových identifikovaných výdajů z veřejných rozpočtů na politiku v oblasti závislosti, výdaje v oblasti harm reduction 16 % a v oblasti léčby 12 % – graf 3-3. Z hlediska služeb rostou výdaje na harm reduction, záchytné stanice, ambulantní služby. Výdaje na primární prevenci zůstávají dlouhodobě na stejné úrovni (tvoří 3,6 % celkových výdajů na politiku v oblasti závislosti).

graf 3-3: Struktura výdajů z veřejných rozpočtů podle kategorií služeb v r. 2020



Výdaje zdravotních pojišťoven na léčbu uživatelů návykových látek v r. 2020 dosáhly 113,4 mil. Kč v ambulantní péči (z toho 4,8 mil. Kč tvořily výdaje na léky) a 824,6 mil. Kč v lůžkové péči (z toho 20,9 mil. Kč na léky). Celkové výdaje dosáhly 938,0 mil. Kč, z toho 201,7 mil. Kč tvořily výdaje na léčbu v oboru návykových nemocí a 6,7 mil. Kč na léčbu v oboru adiktologie.



Kapitola 4: Adiktologická prevence

4.1 Systémový rámec v oblasti prevence

Prevence závislostí zaměřená na děti a mládež je součástí širšího rámce prevence rizikového chování, který koordinuje MŠMT. Hlavními strategickými dokumenty pro oblast prevence v resortu školství jsou *Národní strategie primární prevence rizikového chování dětí a mládeže na období 2019–2027* a její akční plán. Téma prevence a podpory zdraví je rovněž součástí strategií *Zdraví 2020* a *Zdraví 2030*.

Na úrovni krajů působí krajští školští koordinátoři prevence a na úrovni bývalých okresů jsou to metodici prevence v pedagogicko-psychologických poradnách (PPP). Ve školách působí školní metodici prevence (ŠMP). Většina ŠMP ve škole i jiné funkce, nejčastěji funkci třídního učitele, a ukončené akreditované studium k výkonu specializovaných činností má pouze polovina školních metodiků prevence. Základním nástrojem školské prevence rizikového chování je preventivní program školy, který na každé ZŠ a SŠ každoročně vypracovává školní ŠMP ve spolupráci s vedením školy a dalšími pedagogickými pracovníky.

Od května 2019 je pozastaven systém certifikací odborné způsobilosti preventivních programů, tj. systém ověřování kvality programů primární prevence rizikového chování realizovaných ve školství externími subjekty. Znovuobnovení procesu certifikací zůstává nadále nevyjasněné. Dlouhodobá nefunkčnost systému certifikací představuje problém pro systém školské prevence v ČR, neboť umožňuje působení nekvalitních programů. Dosud prošlo systémem certifikací 80 služeb poskytujících prevenci v adiktologii (z nich bylo 52 z oblasti všeobecné, 20 selektivní a 8 indikované prevence). Preventivní programy jsou nově součástí systému certifikace odborné způsobilosti adiktologických služeb RVKPP a systém certifikací prevence v adiktologii by tak měl být zachován.

Od r. 2016 funguje Systém evidence preventivních aktivit (SEPA), vytvořený Klinikou adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze ve spolupráci s Národním ústavem pro vzdělávání, který slouží školám jako nástroj pro plánování preventivních aktivit. Přestože školy nemají povinnost systém používat, jde o nejrozšířenější nástroj sledování realizovaných preventivních aktivit v ČR.

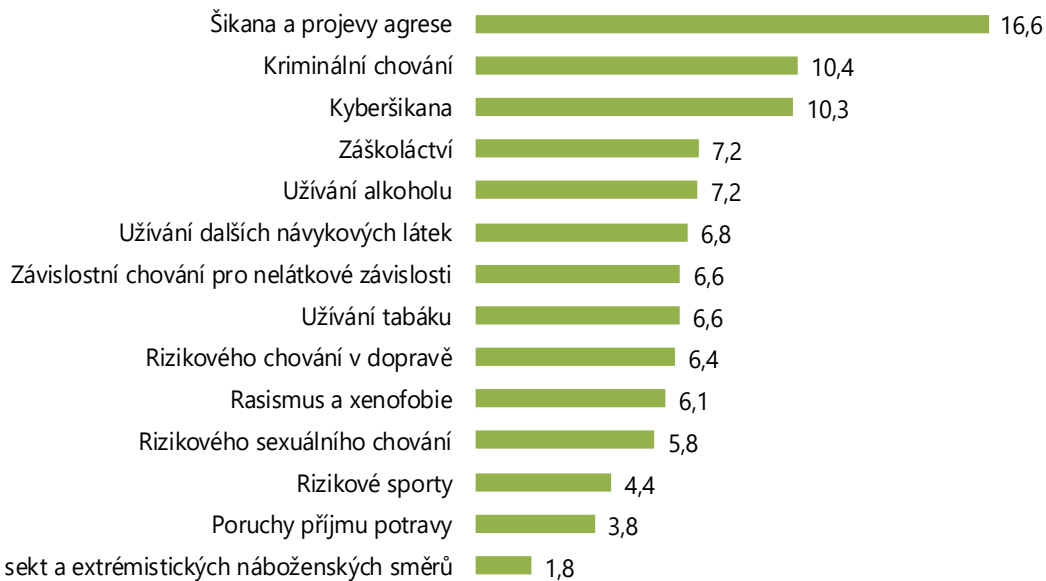
Klinika adiktologie v r. 2020 vyvinula on-line vzdělávací kurz *Introduction to Evidence-based Prevention* (INEP) pro preventivní pracovníky (např. učitele, policejní preventisty, pracovníky neziskových organizací, studenty pedagogických fakult). Česká verze kurzu zohledňuje specifika vývoje prevence v ČR: širší rámec primární prevence rizikového chování, standardy odborné způsobilosti v primární prevenci, systém koordinace školské primární prevence, SEPA, školní preventivní plán a 4úrovňový model prevence [12].

4.2 Všeobecná prevence

Programy všeobecné prevence se zaměřují na obecnou populaci, nikoliv na vybrané rizikové skupiny či jednotlivce. Jednou z hlavních cílových skupin všeobecné prevence je školní populace. Pouze čtvrtina samostatných preventivních programů, které byly ve školách realizovány, měla certifikaci odborné způsobilosti. Preventivní programy ve školách jsou nejčastěji zaměřeny na šikanu a projevy agrese, kriminální chování, kyberšikanu a záškoláctví – graf 4-1.

V důsledku pandemie COVID-19 probíhala v r. 2020 výuka převážně distanční formou a vstup externích lektorů do škol byl omezený. Poskytovatelé zejména certifikovaných programů školské primární prevence na situaci reagovali přesunem do on-line prostředí, poskytováním metodické podpory pedagogům, distanční podporou dětí a vytvářením nových programů reflektujících aktuální poptávku škol [13].

graf 4-1: Zaměření preventivních programů podle typů chování ve školním roce 2019/2020, v %



Zdroj: Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN [14]

4.3 Selektivní a indikovaná prevence

Programy selektivní, resp. indikované prevence jsou určeny pro skupiny osob, resp. jednotlivce, u kterých jsou ve zvýšené míře přítomny rizikové faktory pro vznik a rozvoj různých forem rizikového chování, tj. jsou ohroženější než jiné skupiny populace či jednotlivci [15, 16].

Programů selektivní a indikované prevence je dlouhodobě nedostatek – realizaci selektivní prevence uvedlo 6 % škol a indikované prevence necelá 2 % škol. Certifikované programy indikované prevence zcela chybí ve Středočeském, Karlovarském, Královéhradeckém kraji a v kraji Vysočina. Programy selektivní prevence působí ve všech krajích, ale do 5 dojíždí poskytovatelé z jiných krajů. Indikovanou prevenci realizovanou nestátními organizacemi doplňuje síť PPP (47 v ČR celkem) a středisek výchovné péče (32 s celkem 78 pracovišti).

V r. 2020 bylo realizováno méně programů selektivní prevence, on-line forma práce nevyhovovala specifickým těmto preventivním programům. Programy indikované prevence zaznamenaly zvýšenou poptávku z důvodů dopadu opatření v souvislosti s COVID-19 na děti a mladistvé [17]. Mezi nejčastější problémy dětí a mladistvých, které programy primární prevence zaznamenaly, patřily úzkostné, panické a depresivní stavy, strach, izolace, nuda a frustrace, kumulace násilí v rodinách, sebepoškozování, užívání návykových látek, rizikový pohyb v on-line prostředí a pití alkoholu rodiči.

4.4 Mediální a informační kampaně

V ČR každoročně probíhá řada mediálních kampaní zaměřených na návykové látky – akce podporující odvykání kouření probíhají u příležitosti *Světového dne bez tabáku*, kampaň *Suchej únor* má za cíl prevenci užívání alkoholu v dospělé populaci, v oblasti nelegálních drog probíhá kampaň *Zůstaň nad vlivem*, která je zaměřena na mladé lidi a nabízí jim pomoc při problémech s užíváním alkoholu, s experimentováním nebo se závislostí na drogách nebo počítačových hrách.

NMS provozuje několik webových stránek pro veřejnost věnujících se problematice závislosti: *Národní stránky pro podporu odvykání kouření* koureni-zabiji.cz, *Národní stránky pro podporu omezení konzumace alkoholu* alkohol-skodi.cz a *Národní stránky pro snížení rizik hazardního hraní* hazardni-hrani.cz.

Od srpna 2019 integruje *Národní linka pro odvykání* 800 350 000 témata kouření tabáku, užívání alkoholu, hazardního hraní a nelegálních drog. Byl spuštěn web chciodvykat.cz a e-mailová poradna poradte@chciodvykat.cz.

> 5

Kapitola 5: Adiktologické služby

5.1 Systémový rámec adiktologických služeb

Síť adiktologických služeb pokrývá celé spektrum problémů spojených s užíváním návykových látek a s dalším závislostním chováním a tvoří ji zařízení a programy různých typů služeb (zdravotní, sociální, výchovně-pedagogické). Silnou stránkou je mezioborovost, která však v rámci jednoho programu naráží na vzájemnou neslučitelnost a nízkou vzájemnou prostupnost jednotlivých resortních rámců.

V srpnu 2021 dokončil Úřad vlády ČR pětiletý projekt *Systémová podpora rozvoje adiktologických služeb v rámci integrované protidrogové politiky* (projekt RAS), který vypracoval konkrétní metodiky, nástroje a návrhy včetně legislativních v oblasti tvorby sítě, kvality, výkaznictví a financování adiktologických služeb.

5.2 Síť adiktologických služeb

Síť adiktologických služeb v ČR tvoří dvě velké skupiny programů:

- Zdravotnická zařízení oboru psychiatrie, resp. se specializací v oboru návykových nemocí, historicky tzv. AT (alkohol a toxikomanie), která poskytují ambulantní a rezidenční zdravotní služby uživatelům alkoholu, v menší míře uživatelům nealkoholových drog a patologickým hráčům. V posledních letech vznikají nelékařské adiktologické ambulance pro dospělé či děti vázané na odbornost adiktologa. Tato síť je hrazena především ze systému veřejného zdravotního pojištění, některá specializovaná centra také z dotací.
- Preventivní programy, nízkoprahové programy, programy ambulantní léčby a poradenství, terapeutické komunity a doléčovací centra, které mají převážně registraci sociální služby a jsou většinou provozovány NNO, cílí zejména na uživatele nelegálních drog, v menší, i když vzrůstající míře na uživatele alkoholu a patologické hráče a osoby blízké. Tato síť je hrazena především z dotací státu, krajů a obcí.

V ČR je přibližně 250–300 programů (center) adiktologických služeb různých typů. Z nich je 55–60 nízkoprahových kontaktních center, 50 terénních programů, 90–100 ambulantních léčebných programů (z toho 10 programů pro děti a dorost), 10–15 detoxifikačních jednotek, 25–30 oddělení lůžkové zdravotní péče, 15–20 terapeutických komunit, 35–45 ambulantních doléčovacích programů (z nich 20–25 s chráněným bydlením) a 5–7 domovů se zvláštním režimem pro osoby závislé na návykových látkách. K tomu funguje v ČR přes 50 terénních programů. Celkem 60 zařízení hlásí pacienty v substituční léčbě a substituční léčbu poskytuje odhadem také 600–700 praktických lékařů.

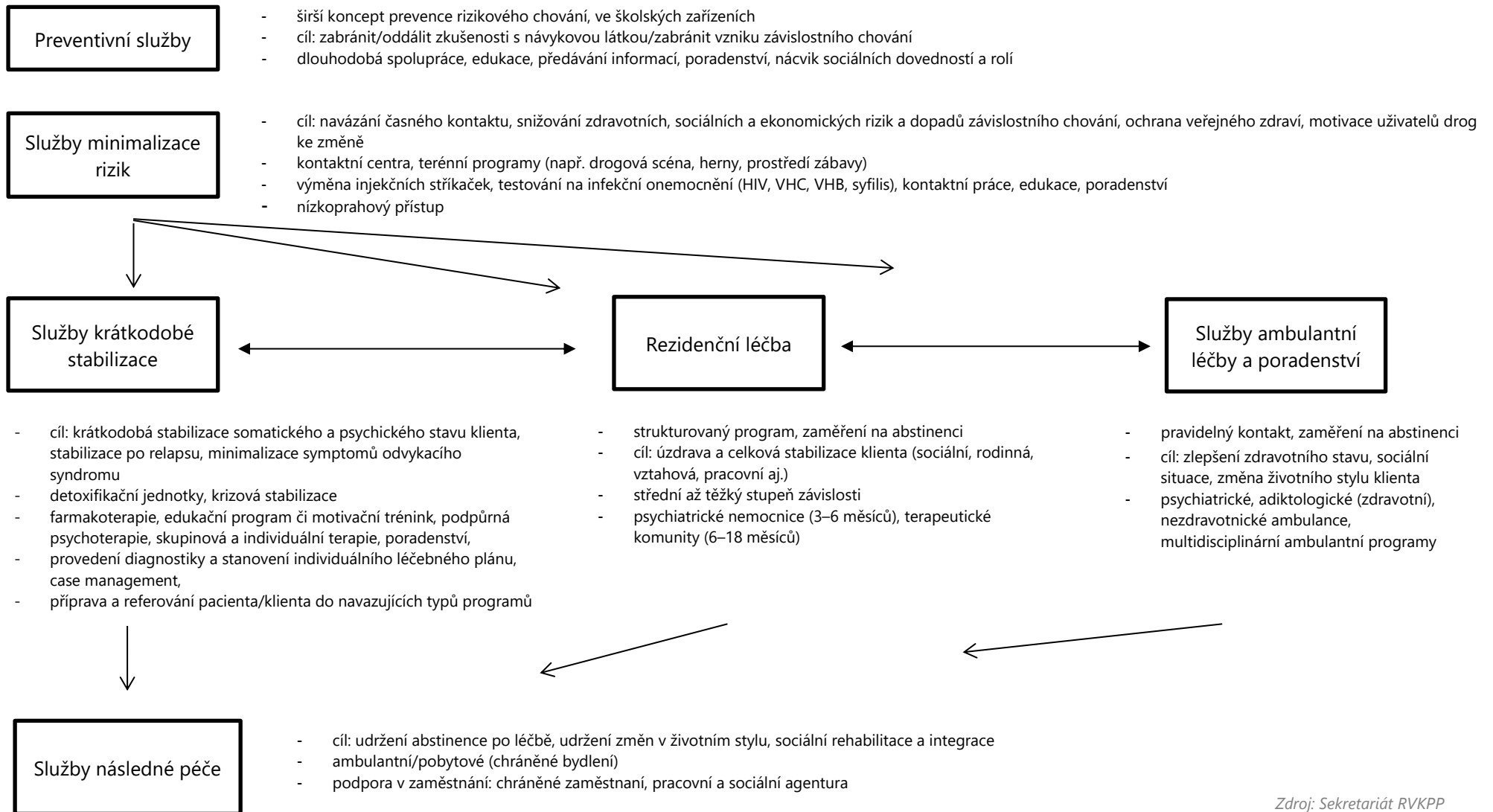
Většina krajů popisuje stávající síť služeb jako minimální či nedostačující. Významné nedostatky hlásí kraje zejména v dostupnosti ambulantní léčby, především léčby substituční. V krajích je nedostatek zejména ambulantních psychoterapeutů, psychiatrů a dalších lékařů, kteří by poskytovali zdravotní služby lidem s problémem v oblasti závislostí. Kraje často hlásí také absenci adiktologických programů specializovaných na děti a mládež. Obzvláště nízká dostupnost napříč všemi typy služeb přetrvává dlouhodobě v Karlovarském kraji.

V červnu 2021 schválila RVKPP *Koncepci rozvoje adiktologických služeb*, která stanovuje rámec a obsah oboru adiktologie a adiktologických služeb, definuje jejich východiska a principy a definuje 6 základních typů služeb [18]:

- adiktologické preventivní služby,
- adiktologické služby minimalizace rizik,
- adiktologické služby ambulantní léčby a poradenství,
- adiktologické služby krátkodobé stabilizace,

- > adiktologické služby rezidenční léčby,
- > adiktologické služby následné péče.

obrázek 5-1: Síť adiktologických služeb v České republice – typologie služeb



tabulka 5-1: Silné a slabé stránky oboru adiktologie podle Koncepce rozvoje adiktologických služeb

Silné stránky	Slabé stránky
<ul style="list-style-type: none"> > multidisciplinární charakter > metodika prevence > různá nabídka služeb > nabídka varianty intenzivní individuální léčby > zohlednění individuality uživatele > systém evaluace a ověřování kvality > monitorovací nástroje > systém vzdělávání > dostatečná lůžková kapacita > koordinační nástroje 	<ul style="list-style-type: none"> > nekoordinovaný průchod pacienta systémem léčby > zúžené spektrum cílových skupin vybraných adiktologických služeb > nedostatek neabstinenčně orientovaných programů > nedostatečná nabídka vrstevnické podpory a svépomocných programů > nerovnoměrná regionální dostupnost služeb > nerovnoměrný rozvoj služeb v rámci jednotlivých systémů a nedostatečné síťování > nedostatečná kapacita a dostupnost některých typů služeb: substituční léčby, detoxifikace, post-penitenciární péče, ochranná léčba, dětská a dorostová péče, housing first, denní stacionáře, podpora bydlení a zaměstnávání, služby pro seniory, služby pro rodiče s dětmi s adiktologickou zátěží > nedostatek některých profesionálů v adiktologických službách (psychiatrů, psychologů, klinických psychologů) > nedostatky v systému srovnávání výkonnosti a nákladové efektivity služeb > systémová neukotvenost primární prevence v adiktologii > neexistence zastřešujícího legislativního rámce pro sociálně-zdravotní (zdravotně-sociální) služby > nedostatečné využívání existujících koordinačních nástrojů > neexistence stabilního systému financování > nerovnováha v odměňování pracovníků v adiktologických službách

Zdroj: Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky et al. [18]

5.3 Certifikace odborné způsobilosti adiktologických služeb

K zajištění minimálních standardů kvality adiktologických služeb slouží od r. 2006 systém certifikace odborné způsobilosti služeb pro uživatele drog. Dosud bylo v platnosti 10 speciálních standardů pro 10 typů služeb, v listopadu 2021 schválila RVKPP nové *Standardy odborné způsobilosti adiktologických služeb* zpracované v rámci projektu RAS, které odpovídají nové typologii služeb.

Na začátku r. 2020 byl proces certifikací pozastaven a dosud nebyl obnoven. K září 2021 mělo (na základě prodloužení platnosti certifikátů RVKPP) platnou certifikaci odborné způsobilosti RVKPP celkem 206 programů, nejčastěji šlo o kontaktní a poradenské služby (53) a terénní programy (53), programy ambulantní léčby (42), doléčovací programy (20) a terapeutické komunity (10).

5.4 Léčba a poradenství prostřednictvím internetu a nových technologií

V posledních letech roste nabídka léčebných a poradenských intervencí poskytovaných prostřednictvím internetu a s využitím nových technologií, přibývá webových a mobilních aplikací pro uživatele tabáku, alkoholu, nelegálních drog, hazardní hráče a jejich blízké.

Poradenské a harm reduction služby používají sociální sítě ke komunikaci s klienty a k oslovování nových klientů, tento typ kontaktu byl klienty zvýšeně využíván v době nouzového stavu v souvislosti s epidemií COVID-19.

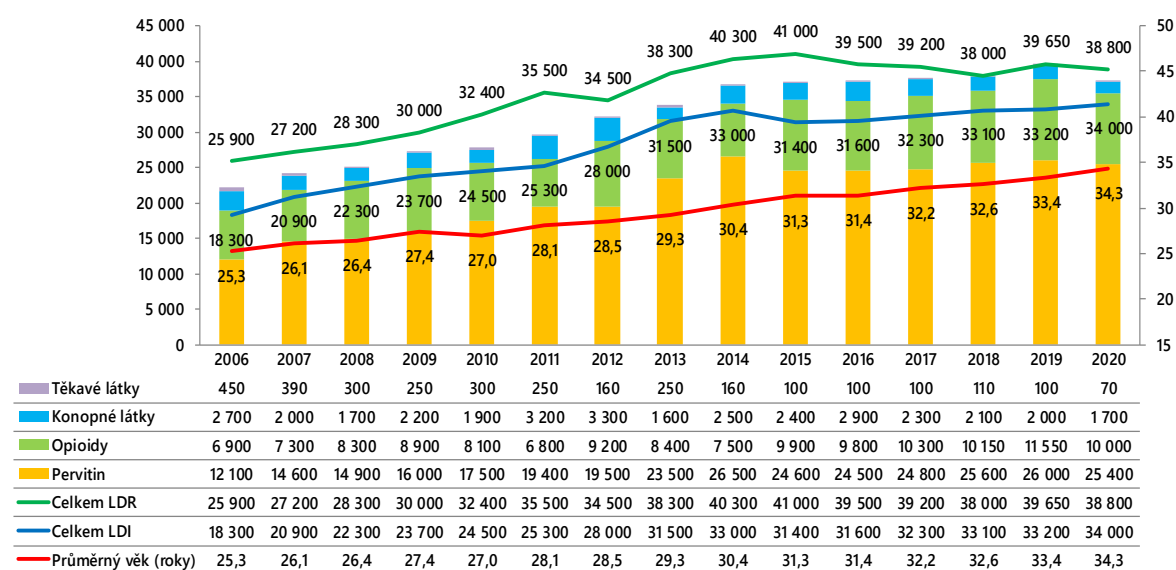
5.5 Služby minimalizace rizik

Harm reduction intervence (minimalizace rizik) pro lidi užívající drogy poskytují v ČR zejména stacionární kontaktní centra (KC) a terénní programy (TP), které se zaměřují zejména na prevenci

onemocnění přenosných krví / pohlavní cestou a na sociální a psychickou stabilizaci uživatelů. Cílovou populací jsou lidé, kteří užívají drogy vysoce rizikově, zejména lidé užívající drogy injekčně (LDI), dále experimentátoři, rodinní příslušníci a blízcí.

Počet nízkoprahových programů se dlouhodobě pohybuje okolo 100, v kontaktu s nimi bylo v r. 2020 celkem 39 tis. uživatelů drog, z toho bylo 25 tis. uživatelů pervitinu (65 %), 10 tis. uživatelů opioidů (26 %) a necelé 2 tis. uživatelů konopných látek (4 %). Programy odhadly dalších 11 tis. osob ve zprostředkovaném kontaktu. Z dlouhodobého hlediska je patrný postupný nárůst počtu uživatelů pervitinu, v posledních letech také opioidů. Podíl lidí užívajících drogy injekčně mezi klienty nízkoprahových programů se dlouhodobě pohybuje přes 80 %, dlouhodobě roste průměrný věk klientů – graf 5-1.

graf 5-1: Počty osob v kontaktu s nízkoprahovými programy v l. 2006–2020, dle typu užívané látky



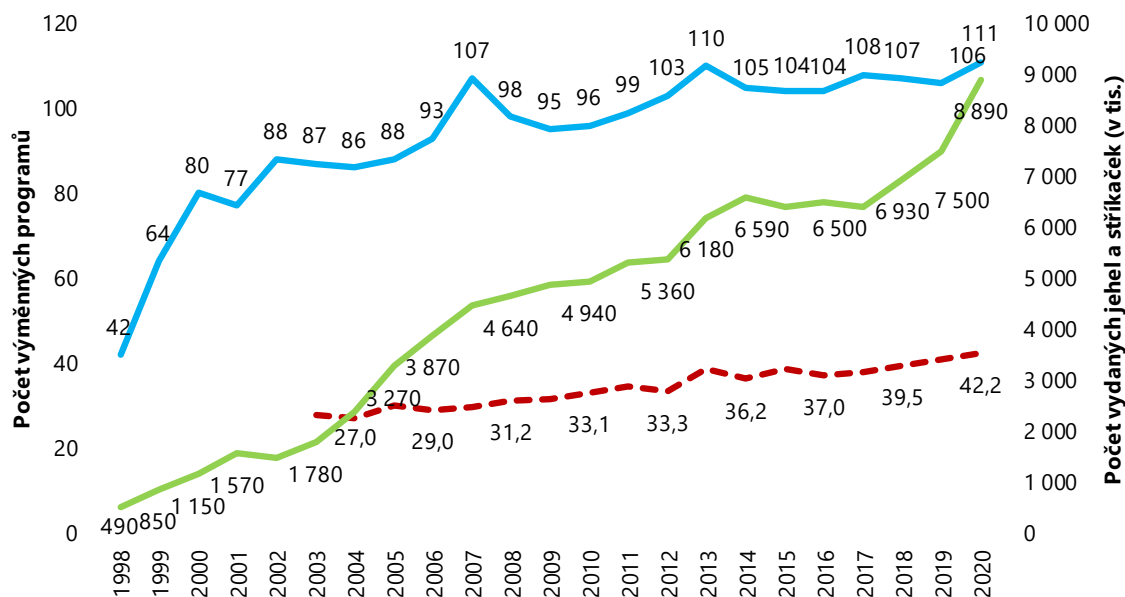
Pozn.: LDR = lidé užívající drogy rizikově, LDI = lidé užívající drogy injekčně
Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti [17]

Vzhledem k vysokému podílu injekčních uživatelů mezi lidmi užívajícími drogy rizikově (LDR) je nejčastěji poskytovanou službou distribuce injekčních setů a parafernálií, dlouhodobě roste počet výkonů zdravotního ošetření.

Distribuci injekčního materiálu v r. 2020 realizovalo všech 111 nízkoprahových programů, v objemu 8,9 mil. ks jehel a stříkaček – graf 5-2 [17]. Průměrný počet injekčního náčiní na jednu osobu ze skupiny LDI v kontaktu s výměnnými programy byl 261 ks, v přepočtu na jednoho odhadovaného injekčního uživatele pak 211 ks ročně, což je podle WHO v rámci prevence přenosu HIV těsně nad hranicí pásma vysokého pokrytí [19].¹

¹ Pro efektivní prevenci HIV je podle WHO žádoucí dosáhnout vysokého pokrytí, které je definováno jako distribuce 200 a více kusů jehel na 1 injekčního uživatele a rok, cíl pro r. 2030 je 300 a více kusů.

graf 5-2: Počet programů realizujících výměnný program, počet vydaných jehel a stříkaček (v tis.) a počet lidí užívajících drogy injekčně (v tis.) v l. 2003–2020



Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti [17]

V r. 2021 byl zahájen pilotní projekt distribuce naloxonu spočívající v poskytování naloxonu klientům a dalším osobám v okolí uživatelů drog. Do projektu se zapojilo 14 nízkoprahových/substitučních programů, distribuovaným přípravkem je nosní sprej Nyxoid obsahující 1,8 mg naloxonu v jedné dávce.

Další ověřené intervence k minimalizaci úmrtí dostupné v řadě evropských zemí, např. aplikační místnosti a programy testování drog, nejsou v ČR zavedeny. Cílem aplikačních místností je podchytit marginalizované uživatele drog a přivést je do kontaktu s širší sítí služeb, minimalizovat akutní rizika zdravotních komplikací a smrtelných následků předávkování souvisejících s injekční a inhalační aplikací drog a omezit užívání drog na veřejnosti. Programy testování drog umožňují identifikaci obsahu látek a předcházejí tak zdravotním dopadům, včetně úmrtí.

V r. 2020 nabízelo možnost testování na HIV 79 nízkoprahových programů, na VHB 61, na VHC 88 a na syfilis 60. Počet provedených testů v posledních 3 letech stagnuje – míra testování LDI v nízkoprahových programech je dlouhodobě nízká, každoročně je na VHC a HIV otestováno přibližně 7 % z celkového odhadovaného počtu LDI.

Kontinuum péče v oblasti VHC od testování přes vstup do léčby a úspěšné dokončení péče není mezi LDR v ČR optimální. Léčba bývá zahájena u méně než poloviny osob, kterým byla infekce VHC potvrzena.

Specifické harm reduction programy na tanečních a hudebních akcích nejsou v ČR příliš rozšířené, v prostředí zábavy působí v ČR 10–18 programů. Programů specializovaných na prostředí zábavy je v ČR cca 3–5. Nízký počet těchto programů souvisí s omezenou finanční podporou těchto aktivit.

Ve 2 věznicích probíhá bezplatná distribuce kondomů prostřednictvím výdejních automatů a v 14 věznicích jsou kondomy dostupné v místnostech pro návštěvy bez zrakové a sluchové kontroly. Distribuce injekčních stříkaček nebo jiného harm reduction materiálu není v českých věznicích zavedena.

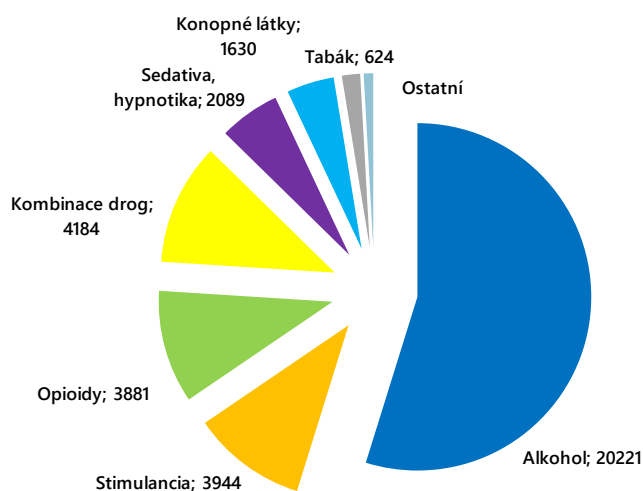
Inovativní harm reduction přístup v ČR představují tzv. managed alcohol programmes, tj. podávání alkoholu závislým na alkoholu za kontrolovaných podmínek. Jde o metodu používanou zejména u těžkých závislých s dalšími zdravotními a sociálními problémy (osoby bez domova, s problémy se zákonem atd.). Od r. 2020 v Brně fungují 2 denní centra fungující na tomto principu (tzv. mokrá centra). Dále se s prvky managed alcohol programů lze v ČR setkat v některých domovech se zvláštním režimem pro osoby závislé nebo ohrožené závislostí.

5.6 Ambulantní programy

Síť ambulantních programů tvoří psychiatrické ambulance, specializované jsou tzv. AT ambulance, adiktologické ambulance a ambulantní programy sociálních služeb. Ambulantní léčbu a poradenství poskytují také programy indikované prevence a jiné programy působící v resortu školství.

Přibližně dvě třetiny klientů ambulantních adiktologických programů tvoří muži – relativně nejvíce mužů bylo mezi klienty záchytných stanic (83 %). Podíl dětí a osob do 20 let je velmi nízký – pod 5 % téměř ve všech typech programů s výjimkou ambulancí dětské a dorostové psychiatrie. Uživatelé návykových látek vykazuje jako pacienty cca 450 ambulancí oboru psychiatrie, ročně vyhledá ambulantní léčbu přibližně 35–37 tis. pacientů, v tom 20 tis. tvoří uživatelé alkoholu (55 %) a 14 tis. jsou uživatelé nelegálních drog a těkavých látek (39 %) – graf 5-3 [20].

graf 5-3: Struktura klientů ambulantních adiktologických programů podle typu užívané látky v r. 2020



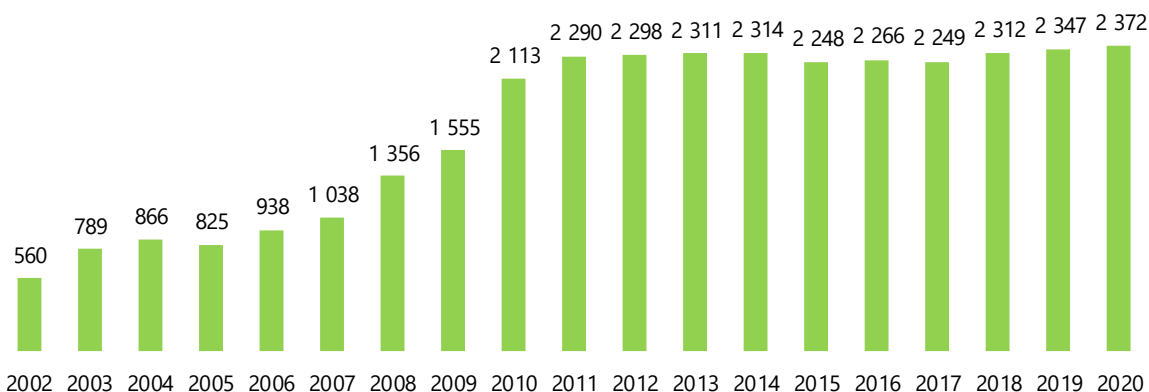
Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [20]

V posledních letech jsou v ČR realizovány systémové aktivity v oblasti adiktologické péče o děti a mladistvé a rozvíjí se síť ambulantní adiktologické péče specializované na děti a mládež.

5.7 Substituční léčba

Počet osob hlášených do registru opiatové substituční léčby dlouhodobě stagnuje – graf 5-4. Do registru hlásí pacienty přibližně 60 zdravotnických zařízení, v léčbě je každoročně evidováno celkem 2,4 tis. léčených osob. Jediným krajem bez aktivně hlásícího zařízení zůstává Pardubický kraj. Dostupnost substituční léčby je problematická ve všech krajích ČR. V průměru bylo v ČR v r. 2020 registrováno v substituční léčbě 21,4 % odhadovaného počtu lidí užívajících opioidy rizikově (LOR).

graf 5-4: Počet pacientů v substituční léčbě hlášených do NRLUD v l. 2002–2020



Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [21]

Celkem 68 % pacientů je poskytována substituční léčba buprenorfinem a 32 % metadonem. Z 1 618 osob léčených buprenorfinem užívalo 798 (46,2 %) monopřípravky, nejčastěji Subutex nebo Suboxone. Počet a kapacita metadonových center se v průběhu let téměř nezměnily. Nejčastějším důvodem ukončení substituční léčby (43 %) zůstává vyloučení pro porušování léčebného režimu. Takto vysoký podíl vyloučených pro porušování terapeutického režimu, např. pro souběžné užívání jiných návykových látek, je v rozporu s mezinárodními doporučeními (Pompidou Group, WHO a další).

Významný počet pacientů v opiátové substituční léčbě se však v ČR nachází mimo Národní registr léčby uživatelů drog (NRLUD), odhadem v r. 2020 v ČR bylo v substituční léčbě celkem až 5 tis. pacientů [22].

Problémem zůstává finanční dostupnost substitučních preparátů s účinnou látkou buprenorfin. Kombinovaný preparát Suboxone 8 mg je jako jediný hromadně vyráběný substituční preparát od r. 2010 hrazen ze systému veřejného zdravotního pojištění, ale v praxi si nadále většina pacientů hradí buprenorfinové preparáty z vlastních zdrojů.

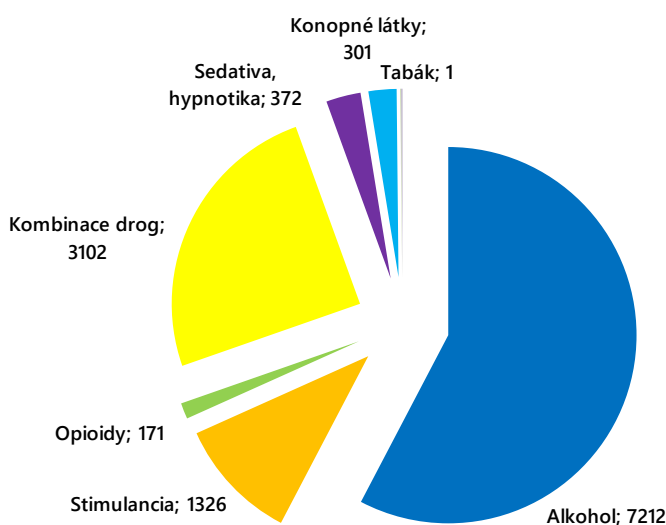
K poskytování substituční léčby má v ČR povolení 10 věznic, metadon je poskytován pouze pokračujícím pacientům, od r. 2019 je možné u osob, které nastupují do věznice se substituční léčbou buprenorfinem, v léčbě pokračovat či započít léčbu i ve vězení, ale pacient si léky musí hradit sám.

5.8 Rezidenční programy

Rezidenční péči poskytují v ČR detoxifikační a lůžková oddělení léčebných zdravotnických zařízení, zejména psychiatrických nemocnic, terapeutické komunity, zařízení speciálního školství a programy chráněného bydlení.

Ročně je pro závislost na návykových látkách hospitalizováno v psychiatrických lůžkových zařízeních 11–12 tis. osob, z toho 7 tis. (58 %) v souvislosti s konzumací alkoholu a 5 tis. (42 %) v souvislosti s užíváním nelegálních drog – graf 5-5. Muži tvoří dlouhodobě 70 % hospitalizovaných osob, ženy 30 %. Věk léčených uživatelů nelegálních drog se postupně zvyšuje.

graf 5-5: Struktura klientů rezidenčních adiktologických programů podle typu užívané látky v r. 2020



Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [23]

V ČR působí 19 terapeutických komunit (TK) s odhadovanou kapacitou cca 320 míst. Klienty komunit tvoří nejčastěji uživatelé pervitinu (70,2 %), alkoholu (16 %), heroinu (5 %) a kanabinoidů (5 %). Průměrný věk klientů byl 35,3 roku [17].

Pod resort školství spadá systém náhradní výchovné péče o ohrožené děti ve školských zařízeních pro výkon ústavní výchovy nebo ochranné výchovy a pro preventivně výchovnou péči, celkem jde o 236 zařízení. Součástí 6 zařízení jsou oddělení specializovaná pro pobyt dětí ohrožených drogovou závislostí – celková kapacita těchto speciálních oddělení v r. 2020 byla 92 míst a pobyt v nich absolvovalo 175 dětí [24].

5.9 Následná péče

V září 2021 bylo v Registru poskytovatelů sociálních služeb MPSV evidováno 34 poskytovatelů služeb, kteří provozovali celkem 53 programů, z nichž bylo 30 pobytových.

Služeb některého z 20 programů následné péče dotovaných RVKPP využívá ročně přibližně 1 000 klientů, nejčastěji jde o uživatele nelegálních návykových látek, alkoholu a klienty s diagnózou nelátkových závislostí, v kontaktu s těmito službami jsou také rodinní příslušníci a blízké osoby [17].

Celková kapacita programů v r. 2020 byla 403 míst, kapacita chráněného bydlení byla 211 míst. Léčbu úspěšně ukončilo 191 klientů, 216 klientů léčbu ukončilo předčasně. Průměrná délka programu byla 210 dnů, průměrná délka úspěšně dokončeného programu byla 383 dní.

Následnou péči pacientům, kteří absolvovali léčbu v daném zařízení, poskytují také psychiatrické nemocnice.

5.10 Adiktologické služby ve vězení

Prevence, léčba závislostí a snižování zdravotních a sociálních dopadů užívání nelegálních drog jsou ve věznicích realizovány prostřednictvím poraden drogové prevence, bezdrogových zón, specializovaných oddělení a programů adiktologických služeb [25].

Od r. 2016 působí ve věznicích profese adiktologa, kteří jsou ve věznicích jedinými zaměstnanci specializovanými výhradně na poskytování péče osobám s adiktologickou poruchou. V r. 2020 bylo v kontaktu s adiktology 2,6 tis. osob (31 % žen). Téměř 60 % z nich uvedlo zkušenost s injekčním užitím drog někdy v životě. Mezi nejčastěji užívanými nelegálními drogami byly uváděny konopné drogy (52 %), stimulancia (19 %), opioidy (19 %) a halucinogeny (7 %).

Poradny drogové prevence byly dostupné ve všech věznicích, jejich služeb využívá ročně cca 11–12 tis. osob. Uživatelé nelegálních drog tvořili 83 %, celkem 45 % uvedlo injekční užívání.

Léčbu závislosti během výkonu trestu odnětí svobody bylo možno v r. 2020 absolvovat na specializovaných oddílech ve 14 věznicích, z toho 11 věznic mělo oddíly pro dobrovolnou léčbu. Celková kapacita specializovaných oddílů s dobrovolným léčením činila v r. 2020 celkem 349 míst.

Soudem nařízené ochranné léčení bylo v r. 2020 možno absolvovat na 4 specializovaných oddílech ve 3 věznicích (Opava, Rýnovice, Znojmo). Celková kapacita oddílů pro ochranné léčení byla 93 míst, v péči těchto oddílů bylo 154 osob [26].

Intenzivní spolupráci s NNO, tj. 10 a více návštěv za rok, vykazalo celkem 22 věznic. Poskytování služeb bylo v r. 2020 výrazně ovlivněno pandemií COVID-19 a opatřeními, která Vězeňská služba ČR v této souvislosti přijala (např. po část roku byl zcela znemožněn vstup pracovníků NNO do věznic).

6

Kapitola 6: Užívání tabákových, nikotinových a souvisejících výrobků a jeho dopady

6.1 Veřejnozdravotní význam kouření

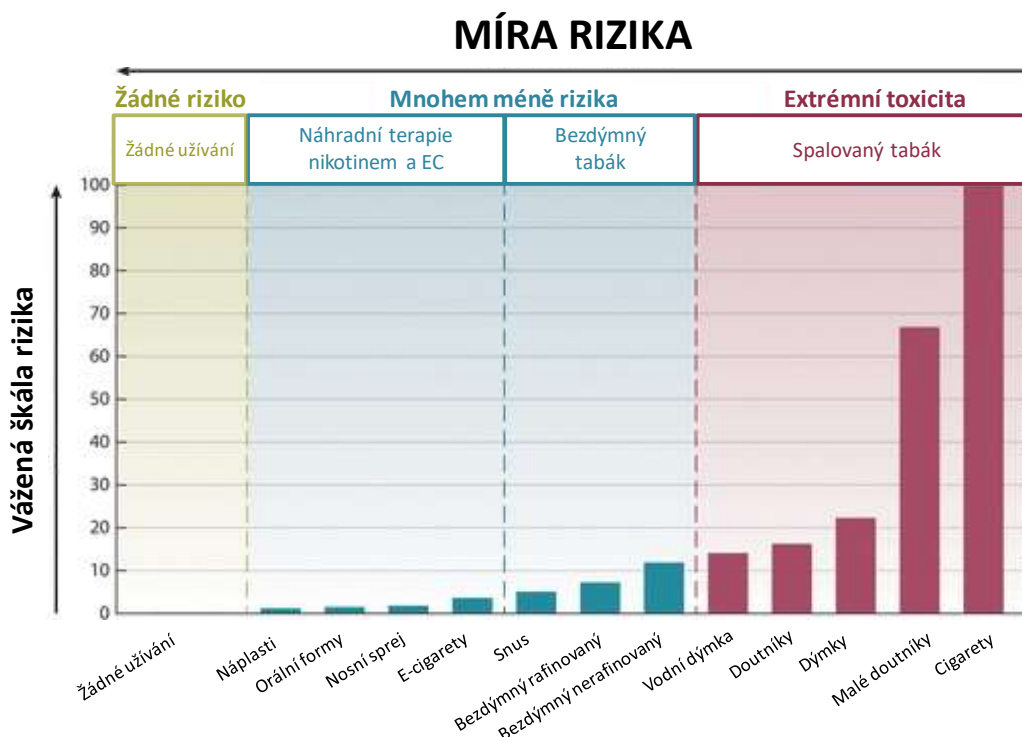
Kouření je spolu s nízkou tělesnou aktivitou hlavní příčinou úmrtnosti a nemoci, jde především o kardiovaskulární nemoci, nemoci dýchací soustavy a zhoubné novotvary [1, 2]. Kouření má dopad i na zdraví osob vystavených tabákovému kouří, tzv. pasivní kouření je příčinou přibližně 13 % zdravotní zátěže způsobené kouřením. Kuřáci umírají v průměru o 15 let dříve než nekuřáci [8].

Nejrozšířenějším tabákovým výrobkem užívaným v ČR jsou průmyslově vyráběné cigarety, následuje tabák určený k ručnímu balení cigaret. Nikotin lze užívat i jiným způsobem než kouřením, na trhu je řada alternativních výrobků k užívání nikotinu, u kterých nedochází ke spalování tabáku. Jde o tabákové i netabákové výrobky k orálnímu užití (tzv. snus či žvýkačí tabák, resp. nikotinové sáčky), zahříváné výrobky umožňující nikotin přijímat prostřednictvím páry, a to jak tabákové (např. IQOS a Glo), tak netabákové (tzv. elektronické cigarety), šňupací tabák, ale i tzv. náhradní terapii nikotinem ve formě žvýkaček, pastilek a ústního spreje.

Užívání alternativních nikotinových výrobků je spojeno s nižšími veřejnozdravotními riziky než kouření tabáku – obrázek 6-1. Některé jsou účinné při odvykání kouření [27, 28].

Užívání alternativních nikotinových výrobků je substitucí kouření, podle dostupných výzkumů nevede k jeho re-normalizaci. Nárůst užívání alternativních nikotinových výrobků je jedním z vysvětlení poklesu kouření mezi dětmi i dospělými [29, 30].

obrázek 6-1: Rizikové kontinuum různých tabákových a nikotinových výrobků

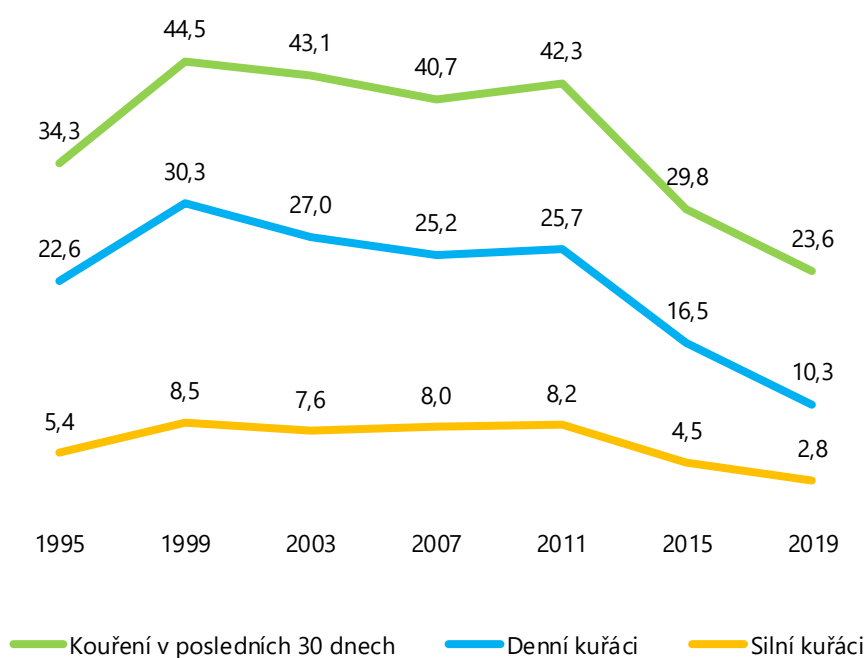


Zdroj: Abrams et al. (2018) podle Nutt et al. [28], poskytnuto Společností pro léčbu závislosti na tabáku

6.2 Užívání tabákových a nikotinových výrobků mezi dětmi a mládeží

Zkušenosti s kouřením má 40 % 15letých dětí a 54 % 16letých. Pravidelné denní kouření uvádí 10–11 % dospívajících, podíl nezletilých kuřáků se však dlouhodobě snižuje [31] – graf 6-1.

graf 6-1: Trendy v prevalenci kouření cigaret mezi 16letými studenty – studie ESPAD 1995–2019, v %



Zdroj: Chomynová et al. [31]

Roste počet dospívajících, kteří mají zkušenost s e-cigaretami. Podle studie ESPAD 2019 jich mezi 16letými bylo 60 %, více než kolik jich mělo zkušenost s rizikovějším kouřením cigaret. Pokles kouření mezi mladými lidmi lze částečně vysvětlit nárůstem užívání e-cigaret. Kouření je častější mezi mladistvými ze znevýhodněných sociálních skupin.

6.3 Užívání tabákových a nikotinových výrobků v dospělé populaci

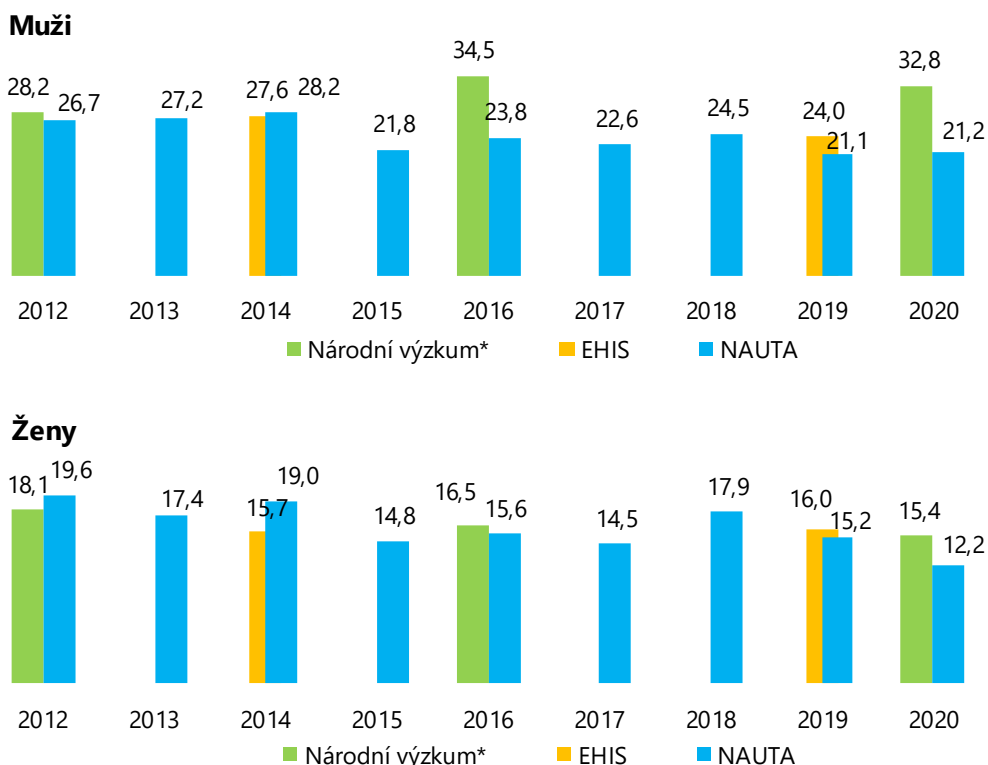
Kouří přibližně třetina dospělé české populace (30–34 %), dvakrát více mužů (přes 40 %) než žen (přibližně 20 %), přibližně 20 % dospělé populace kouří denně [32, 33]. Podíl kuřáků v české populaci mírně klesal do r. 2015, v posledních letech se příliš nemění – graf 6-2. Průměrný český kuřák vykouří krabičku cigaret denně.

E-cigarety v současnosti užívá odhadem 5 % dospělé populace, téměř polovina z nich denně, a zahřívané tabákové výrobky kolem 3 % [32, 33].

Kouření je velkou většinou populace (80 %) vnímáno jako společensky přijatelné, jeho přijatelnost se však dlouhodobě snižuje. Spokojenost se zákazem kouření v restauracích je vysoká a dlouhodobě roste.

Nikotinové výrobky prodávané v lékárnách, žvýkáci či šňupací tabák a vodní dýmka jsou z tabákových a nikotinových výrobků považovány za nejméně škodlivé, jako nejvíce škodlivé je vnímáno kouření cigaret, dýmky či doutníků. Kouřit krabičku cigaret denně považuje za rizikové přes 80 % populace.

graf 6-2: Trendy v prevalenci denního kouření v dospělé populaci (starší 15 let) podle pohlaví – srovnání studií z let 2012–2020, v % (Národní výzkum užívání návykových látek, Evropské výběrové šetření o zdraví, Národní výzkum užívání tabáku a alkoholu)



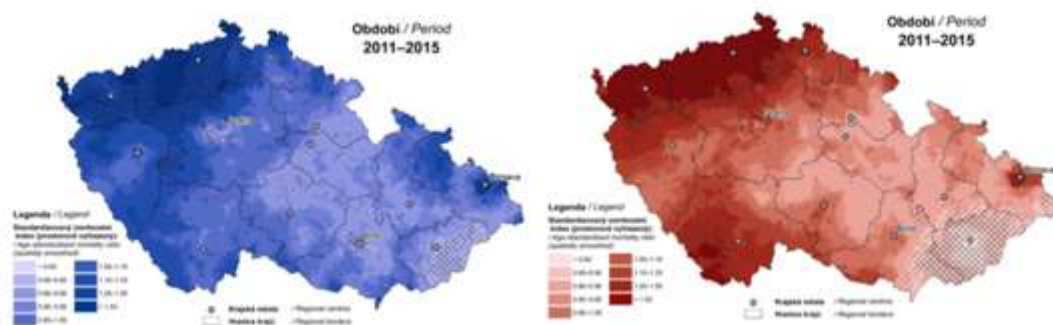
Pozn.: *Výsledky Národního výzkumu 2012 se vztahují k populaci ve věku 15–64 let.
Zdroje: Mravčík et al. [34]

6.4 Zdravotní důsledky kouření

Tabákovému kouři na pracovišti je vystaveno až 20 % populace, v domácnosti to je 17 %. Expozici tabákovému kouři doma uvedlo 35 % dospívajících ve věku 13–15 let [35]. Ve věznicích je kouři vystaveno dokonce až 60 % odsouzených [36].

Ročně na nemoci způsobené kouřením zemře 16–18 tis. lidí, což je přibližně pětina úmrtí v ČR [37, 38]. Důvodem jsou především kardiovaskulární nemoci, nemoci dýchací soustavy a zhoubné novotvary. Kuřáci umírají v průměru o 15 let dříve. Předčasná úmrtnost je koncentrována do regionů s vyšším výskytem denního kouření – mapa 6-1.

mapa 6-1: Předčasná úmrtnost související s kouřením tabáku v ČR ve věku 25–64 let, muži a ženy, SMR



Zdroj: Kázmér et al. [39]

Kouření lze přičíst přibližně 80 % případů rakoviny plic a chronické obstrukční plicní nemoci.

Rakovina plic je třetím nejčastějším nádorovým onemocněním a nejčastější příčinou úmrtí na zhoubné novotvary, ročně je jí nově diagnostikováno téměř 7 tis. případů, přes 5 tis. lidí na ni každý rok zemře. Přes 70 % nově diagnostikovaných onemocnění rakoviny plic je zachyceno v pozdních stadiích.

Chronická obstrukční plicní nemoc je příčinou více než 30 tis. hospitalizací a více než 3 tis. úmrtí ročně, úmrtnost na toto onemocnění dlouhodobě roste.

6.5 Sociální důsledky kouření

Odhaduje se, že v souvislosti s kouřením vznikají v ČR ročně společenské škody ve výši 80–100 mld. Kč, nejvíce v důsledku výdajů na léčbu a v důsledku ztráty produktivity.

Podle různých odhadů představují výdaje na cigarety a tabákové výrobky 1–4 % spotřebních výdajů českých domácností [40, 41].

Ze 17 tis. požárů evidovaných v r. 2020 v ČR jich v 6 % bylo příčinou kouření, jejich přímé materiální škody byly odhadnuty na 44 mil. Kč.

6.6 Kriminalita spojená s užíváním tabáku

V ČR se podle odhadů nelegálně vyrobí až 150 mil. ks cigaret ročně. Celní správa v r. 2020 odhalila 3 nelegální výrobny. Odhalila téměř 600 porušení celních předpisů pro uvádění tabákových výrobků na trh a zajistila 45 mil. ks nelegálních cigaret a 140 t tabáku.

Ministerstvo zdravotnictví evidovalo v souvislosti s tabákem 2 500 přestupků, v 90 % šlo o kouření v místech, kde je to zakázáno.

Krádeže nebo jiného nezákonného jednání se kvůli získávání prostředků na cigarety dopustilo 14 % odsouzených.

6.7 Prevence a zdravotní varování před riziky kouření

Od r. 2016 jsou na krabičkách cigaret a obalech tabákových a nikotinových výrobků v ČR zdravotní varování odpovídající směrnici EU. Kolem 15 % dotazovaných kuřáků uvedlo, že je v souvislosti s nimi napadlo přestat kouřit.

Prevence kouření tabáku u dětí a mládeže je součástí širšího rámce prevence rizikového chování, kterou koordinuje MŠMT. V r. 2020 byla realizace preventivních aktivit negativně ovlivněna situací související s COVID-19.

6.8 Odvykání kouření a léčba závislosti na tabáku

Odvykání kouření bez odborné asistence má úspěšnost pouze 3–5 %, léčba formou poradenství má přibližně 10 %, pokud je doprovázena farmakoterapií, tak 30–35 % [42].

Léčbu v ČR poskytuje 43 center pro léčbu závislosti na tabáku v rámci nemocnic, 200 ambulantních lékařů, 300 specializovaných lékáren a také některé adiktologické programy. Síť center a lékařů garantuje Společnost pro léčbu závislosti na tabáku.

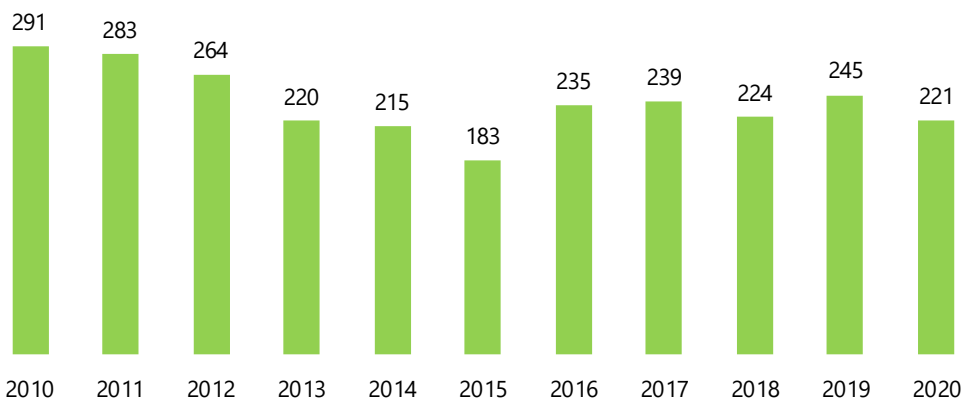
Od r. 2016 funguje *Národní linka pro odvykání* 800 350 000 a související on-line poradna na webu chciodvykat.cz,² poskytují strukturovanou telefonickou a e-mailovou intervenci.

Podporu v odvykání kouření poskytuje i řada dalších webů, Společnost pro léčbu závislosti na tabáku provozuje stránky slzt.cz a Úřad vlády ČR stánky koureni-zabiji.cz, na které odkazují povinná varování na krabičkách cigaret. Existuje také několik aplikací pro mobilní telefony.

² Za začátku byla linka zaměřená pouze na pomoc v odvykání kouření.

V ambulantní psychiatrické péči je ročně přibližně 400–1000 osob s diagnózou závislosti na tabáku (dg. F17). V Národním registru hrazených zdravotních služeb (NRHZS) bylo v r. 2020 s touto diagnózou v ambulantní léčbě hlášeno pouze přibližně 200 osob, rezidenční léčbu lidé se závislostí na tabáku nevyhledávají – graf 6-3.

graf 6-3: Počet osob léčených pro základní diagnózu závislosti na tabáku hlášených do NRHZS v l. 2010–2020

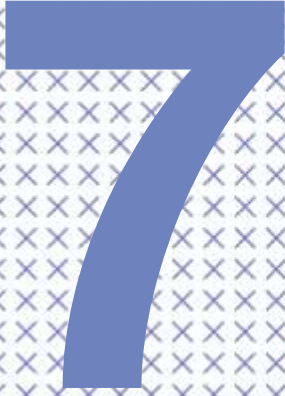


Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [23]

Doporučení přestat kouřit dostane od lékaře pouze třetina kuřáků, kteří ho navštíví, a to přesto, že provádění krátkých intervencí k odvykání kouření je v povinné pro všechny zdravotnické pracovníky. Podle odhadu z r. 2020 tyto intervence dělá pouze polovina lékařů.

Téměř každý třetí kuřák se v posledním roce pokusil přestat kouřit [32, 33], z toho tři čtvrtiny bez odborné pomoci, čtvrtina k tomu využila prostředky náhradní terapie nikotinem volně dostupné v lékárnách. Jejich evidovaná spotřeba svědčí o velkém množství pokusů přestat kouřit bez asistence odborníků.

Mnoho kuřáků, kteří se nedokáží nebo nechtějí zbavit závislosti na nikotinu, užívá v souladu s principem harm reduction alternativní tabákové a nikotinové výrobky, jejichž užívání je v porovnání s kouřením cigaret méně škodlivé. Využívání těchto výrobků při odborné pomoci s odvykáním kouření však není součástí schválených doporučených postupů.



Kapitola 7: Užívání alkoholu a jeho dopady

7.1 Veřejnozdravotní význam užívání alkoholu

Alkohol je jednou z hlavních příčin nemocí a předčasných úmrtí, přispívá ke vzniku více než 200 onemocnění [43–45]. Největší podíl zdravotní zátěže alkoholu představují kardiovaskulární nemoci, novotvary, gastrointestinální nemoci (především nemoci jater) a zranění v důsledku nehod, úrazů a otravy [2, 3].

Vztah mezi množstvím alkoholu (etanolu) ve vypitém alkoholickém nápoji a škodlivými zdravotními důsledky je jednoznačný. Ze zdravotního hlediska je důležité množství konzumovaného etanolu, nikoliv druh alkoholického nápoje. Ze zdravotního hlediska nelze žádnou dávku alkoholu chápat jako bezpečnou či doporučovat jako prospěšnou [4, 5].

Za rizikové je považováno průměrné denní pití více než 20 g etanolu (1–2 sklenice) u žen a 40 g etanolu (2–4 sklenice) u mužů. Za škodlivé (s vysokým rizikem) je považováno průměrné denní pití více než 40 g etanolu (2–4 sklenic) denně u žen a 60 g etanolu (3–6 sklenic) u mužů [46]. Pití 5 a více sklenic při jedné příležitosti (tzv. nárazové pití) představuje dodatečné riziko.

ČR patří mezi země s největší průměrnou spotřebou alkoholu na obyvatele a také země s nejvyšším výskytem nárazového pití alkoholu na světě [47].

Existuje mezinárodní odborná shoda na 5 hlavních doporučeních pro efektivní politiku snižování negativních dopadů konzumace alkoholu [10, 11], která však nejsou v ČR důsledně uplatňována:

- (1) omezení cenové dostupnosti – daně, cenotvorba a další opatření cenové politiky,
- (2) omezení územní a jiné dostupnosti alkoholu – snížení počtu prodejních míst a opatření v rámci prodejen,
- (3) zpřísnění regulace reklamy – zákaz nebo rozsáhlé omezení reklamy na alkohol, on-line marketingu a influencingu na sociálních sítích,
- (4) dostupnost screeningů, krátkých intervencí a léčby,
- (5) opatření proti řízení pod vlivem alkoholu.

Odpovědnost za jednotlivé části politiky v oblasti alkoholu spadá do působnosti různých resortů (podle výše uvedených 5 doporučení):

- (1) oblast cenové politiky a daní pod ministerstvo financí (MF),
- (2) oblast alkoholu jako komodity spadá pod ministerstvo zemědělství (MZe),
- (3) oblast reklamy pod ministerstvo kultury (MK) v případě audiovizuálního vysílání a pod ministerstva průmyslu a obchodu (MPO) u ostatní reklamy,
- (4) oblast prevence a léčby pod ministerstvo zdravotnictví (MZ),
- (5) oblast alkoholu v dopravě pod ministerstvo dopravy (MD) a policii.

Takto komplikované rozdělení odpovědnosti znesnadňuje uplatňování efektivní politiky v oblasti alkoholu a zdůrazňuje potřebu její meziresortní koordinace.

Varování před riziky a škodami působenými alkoholem na obalech není v ČR povinné. Povinně musí být uveden obsah etanolu v procentech objemových.

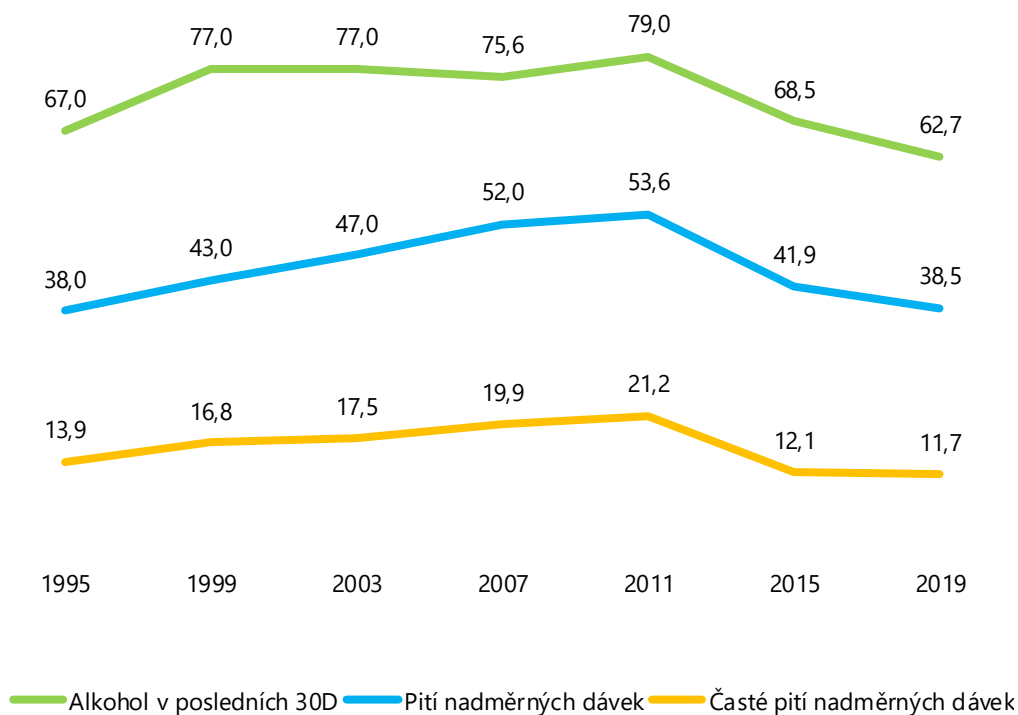
Reklama na alkohol je v ČR všudypřítomná, je běžnou součástí televizního vysílání. K propagaci je využíván také sponzoring spojený se sportem, zábavou a kulturou.

7.2 Užívání alkoholu mezi dětmi a mládeží

Míra užívání alkoholu i rizikového užívání mezi dětmi a dospívajícími v posledních letech klesá, zkušenosti mládeže s alkoholem však zůstávají na vysoké úrovni, a to i míra rizikového užívání [31, 48].

Zkušenost s konzumací alkoholu má přes 40 % 13letých dětí, čtvrtina 15letých dětí se v životě nejméně dvakrát opila. Z 16letých již má zkušenost s alkoholem 95 %, téměř 40 % 16letých v posledním měsíci pilo alkohol tzv. nárazově (5 a více sklenic při jedné příležitosti)³ – graf 7-1. Podíl mladých lidí se zkušeností s alkoholem a opilostí se v posledních 10 letech snižuje.

graf 7-1: Trendy v pití alkoholu mezi 16letými studenty v posledních 30 dnech v l. 1995–2019 – studie ESPAD, v %



Zdroj: Chomynová et al. [31]

Významným mezníkem z pohledu expozice návykovým látkám je přechod ze základní na střední školu.

Subjektivně vnímaná dostupnost alkoholu v posledních letech klesá, ale stále je relativně vysoká. Pivo si umí snadno nebo celkem snadno obstarat 80 % 16letých, 40 % uvedlo konzumaci alkoholu v restauracích. Povědomí o rizikovosti intenzivní konzumace alkoholu se zvyšuje.

Větší zkušenosti s alkoholem mají děti socioekonomicky znevýhodněné, klienti nízkoprahových zařízení pro děti a mládež, děti v institucionální péči nebo děti s romským původem.

7.3 Užívání alkoholu v dospělé populaci

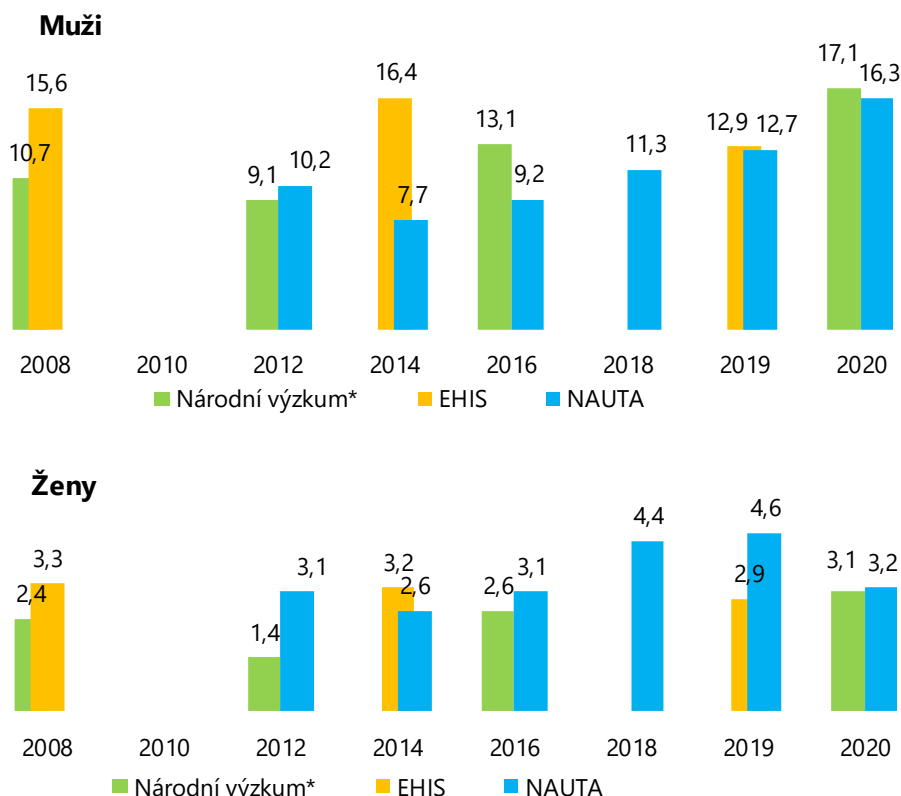
Denně pije alkohol 10 % osob starších 15 let [32, 33] – graf 7-2. Odhadem 11 % splňuje diagnostická kritéria pro závislostní poruchu spojenou s konzumací alkoholu.

Rizikově pije alkohol 17–19 % dospělé populace, tj. v přepočtu odhadem 1,5–1,7 mil. obyvatel ČR, z nich téměř 900 tis. (9–10 % populace) spadá do kategorie škodlivé konzumace alkoholu. Výskyt škodlivého pití alkoholu je dlouhodobě 2–3 krát vyšší mezi muži. Dlouhodobé trendy ukazují nárůst prevalence škodlivého užívání alkoholu mezi l. 2012 a 2020.

Z průzkumu mezi lékaři vyplývá, že odhad rizikových konzumentů alkoholu, o kterých si jsou lékaři vědomi, že mají problém s konzumací alkoholu, je 150–170 tis. osob [22].

³ Tzv. standardní sklenice – 0,5 l piva, 2 dl vína nebo 5 cl 40 % destilátu – obsahuje 10–20 g etanolu.

graf 7-2: Denní nebo téměř denní konzumace alkoholu v dospělé populaci (starší 15 let) – srovnání studií z let 2008–2020, v % (Národní výzkum užívání návykových látek, Evropské výběrové šetření o zdraví, Národní výzkum užívání tabáku a alkoholu)



Pozn.: *Výsledky Národního výzkumu 2008 a 2012 se vztahují k populaci ve věku 15–64 let.

Zdroje: Mravčík et al. [49]

Dvě třetiny žen konzumovaly alkohol během těhotenství [50, 51], 10–20 % těhotných žen konzumuje alkohol pravidelně.

Postoje české společnosti k alkoholu jsou velmi tolerantní. Pravidelnou konzumaci alkoholu považuje za přijatelnou 90 % lidí, reklamu na lihoviny by zakázala pouze čtvrtina Čechů, na pivo či víno pouze 10 %.

7.4 Zdravotní důsledky užívání alkoholu

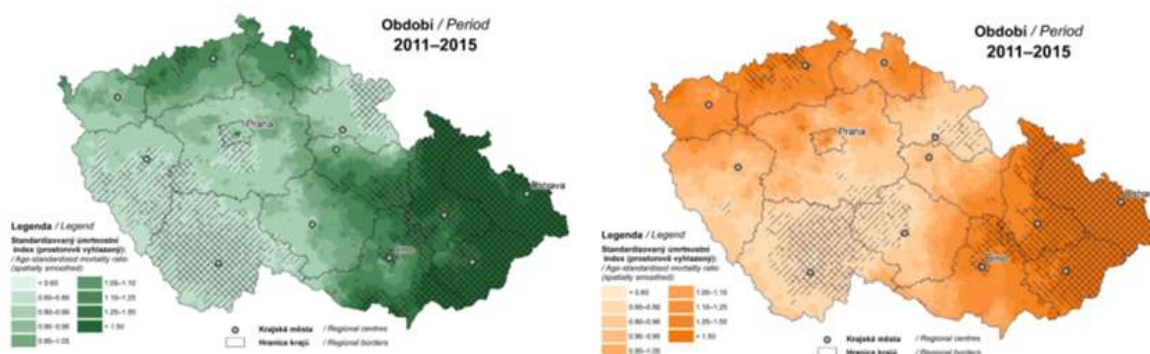
Celkové zdravotní dopady užívání alkoholu nejsou v ČR systematicky monitorovány.

Poslední odhad celkové úmrtnosti přiřaditelné alkoholu byl v ČR proveden za r. 2010, kdy bylo vyčísleno 6,5 tis. úmrtí, což představovalo 6 % celkové úmrtnosti v ČR (10 % u mužů a 2 % u žen) [52].

Z 6–7 tis. odhadovaných alkoholových úmrtí ročně lze u třetiny určit alkohol jako hlavní nebo jedinou příčinou úmrtí. Úmrtnost pro příčiny související s alkoholem roste, zvyšuje se počet případů alkoholických onemocnění jater, nehod a sebevražd pod vlivem alkoholu [53].

Předčasná úmrtnost spojená s alkoholem je nejvyšší v regionech střední Moravy a také Slezska – mapa 7-1.

mapa 7-1: Předčasná úmrtnost související alkoholem v ČR ve věku 25–64 let, muži a ženy, SMR



Zdroj: Kázmér et al. [39]

Osoby závislé na alkoholu umírají v průměru o 24 let dříve než běžná populace, téměř 83 % z nich v ekonomicky aktivním věku do 64 let [54]. Nejčastějšími důvody jsou tzv. vnější příčiny (24 %), jde zejména o náhodná poranění (13 %) a sebevraždy (6 %), onemocnění jater (18 %), nemoci oběhové soustavy (15 %) a zhoubné novotvary (7 %).

Ročně je hlášeno 13–14 tis. hospitalizací pro nemoci zcela přiřaditelné alkoholu [23] – 8 tis. případů pro závislost na alkoholu (cca 60 %), 4 tis. pro alkoholické onemocnění jater (30 %) a 1 tis. pro alkoholickou pankreatitidu. Poměr mužů a žen je cca 2 : 1. Alkohol je příčinou 98 % úrazů pod vlivem návykových látek.

7.5 Sociální důsledky a souvislosti užívání alkoholu

Alkohol je spojen s domácím násilím. Odhaduje se, že je v ČR spojen až s 2/3 všech případů domácího násilí [55]. Násilím vyvolaným alkoholem jsou postiženy zejména ženy. Riziko agresivního chování zvyšuje nárazové pití. Vedle fyzického násilí zvyšuje alkohol pravděpodobnost sexuálního násilí a také intenzivního psychického násilí [56].

Pod vlivem alkoholu je zapříčiněno přibližně 5 % dopravních nehod a při nehodách zaviněných pod vlivem alkoholu zemře přibližně 10 % usmrčených při dopravních nehodách. Pravděpodobnost dopravní nehody roste s hladinou alkoholu v krvi – u 79 % všech nehod zaviněných alkoholem měl viník hladinu alkoholu v krvi nad 1 ‰, tj. šlo o trestný čin [57].

Odhad celkových společenských nákladů spojených s konzumací alkoholu v ČR dosahuje 56,6 mld. Kč, z toho největší podíl nákladů (51,2 %) tvoří nepřímé náklady v důsledky ztráty produktivity kvůli nemoci a předčasné úmrtnosti a dále náklady na léčbu nemocí souvisejících s užíváním alkoholu (24,4 %).

7.6 Kriminalita spojená s alkoholem

V r. 2020 bylo evidováno téměř 900 přestupků a 200 trestných činů podání alkoholu nezletilému [58].

Trestné činy spáchané pod vlivem alkoholu tvořily 13 % celkové objasněné trestné činnosti [59]. Bylo evidováno přibližně 8,1 tis. trestných činů ohrožení pod vlivem návykové látky a opilství, z nich 5,5 tis. souviselo s alkoholem.

Ochranné léčení bylo v souvislosti s alkoholem uloženo téměř 200 osobám, nejčastěji odsouzeným za trestný čin výtržnictví.

Krádeže nebo jiného nezákonného jednání s motivem pořízení prostředků na alkohol se dopustilo 11 % odsouzených vězňů [36].

V souvislosti s alkoholem (případně s jinými návykovými látkami) bylo v r. 2020 evidováno téměř 25 tis. přestupků [60].

7.7 Zdravotní varování před riziky konzumace alkoholu a krátké intervence

Varování před riziky a škodami působenými alkoholem na obalech alkoholických nápojů není v ČR povinné. Povinně musí být uveden obsah etanolu v procentech objemových.

Provádění krátkých intervencí je zákonnou povinností všech zdravotnických pracovníků.

U rizikových či intenzivních uživatelů alkoholu je však provádí pouze polovina lékařů [61].

V posledních letech se situace nelepší.

Prevence konzumace alkoholu u dětí a mládeže je součástí širšího rámce prevence rizikového chování, kterou koordinuje MŠMT. V r. 2020 byla realizace preventivních aktivit negativně ovlivněna situací související s epidemií COVID-19.

7.8 Léčba uživatelů alkoholu

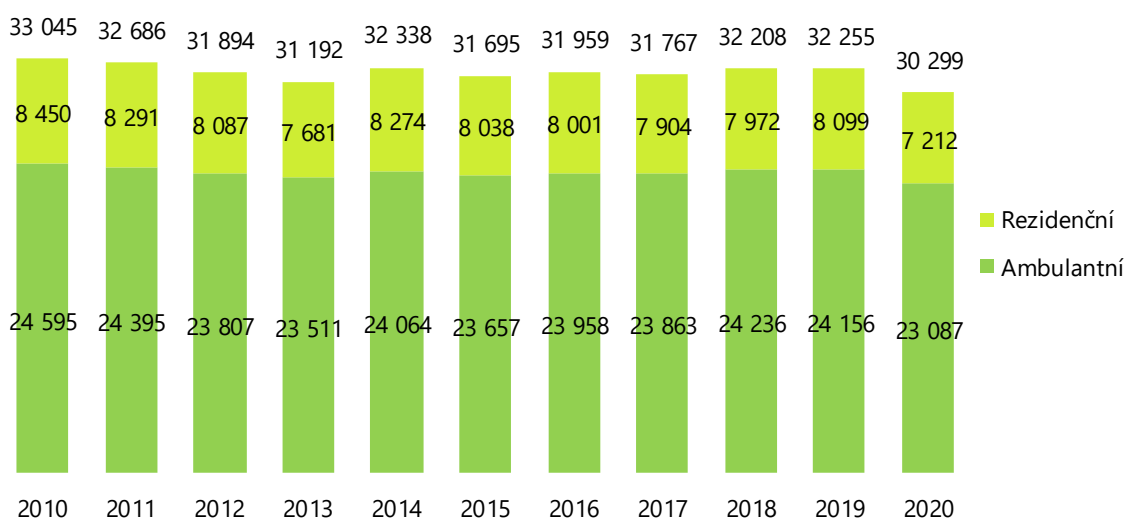
Léčba závislosti v ČR probíhá ambulantně, nebo rezidenčně, je abstinenčně orientovaná, typický je tzv. Skálův model: detoxifikační začínající rezidenční léčba se strukturovaným programem aktivit s prvky psychoterapie i aktivit fyzických, která může být doplněna farmakologickou podporou. K práci s motivací je využíván bodový systém hodnocení chování.

Léčba závislosti na alkoholu je poskytována v adiktologických programech, které poskytují služby také lidem, kteří mají problém s užíváním nelegálních drog či hazardním hraním. Léčené ze závislosti na alkoholu tvoří ze 2/3 muži, průměrný věk se pohybuje kolem 45 let.

V ČR funguje přibližně 250–300 adiktologických programů různého typu [18], z nich je 30–40 rezidenčních programů a 40 doléčovacích programů. V kontaktu s nimi je ročně přibližně 30 tis. uživatelů alkoholu, z toho 27 tis. s psychiatrickými zařízeními (6 tis. v lůžkové péči). Funguje 19 terapeutických komunit pro léčbu závislosti s odhadovanou kapacitou 320 míst, ročně se v nich léčí cca 100 uživatelů alkoholu.

Data ÚZIS z Národního registru hrazených zdravotních služeb (NRHZS) ukazují, že počet uživatelů alkoholu v ambulantní a rezidenční psychiatrické péči se dlouhodobě nemění (graf 7-3), v posledních letech se posunuje věk léčených uživatelů alkoholu do vyšších věkových skupin.

graf 7-3: Počet pacientů léčených pro poruchy způsobené užíváním alkoholu (dg. F10) v ambulantní a rezidenční psychiatrické péči v l. 2010–2020, NRHZS



Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [23]

V posledních letech se rozvíjí privátní segment služeb zejména zaměřený na pomoc osobám s problémovým užíváním alkoholu, tyto programy nejsou součástí sítě služeb hrazených z veřejných zdrojů. Rozvíjí se také léčba a poradenství prostřednictvím internetu a nových technologií.

Podporu na bázi svépomoci nabízí uživatelům alkoholu několik sdružení v ČR. Společenství Anonymní alkoholici (AA) je aktivní v 45 městech, aktuálně v ČR působí 67 skupin AA. Kromě AA je v ČR realizováno několik málo dalších projektů na bázi svépomoci v Brně a Českých Budějovicích. V září 2021 bylo registrováno 34 poskytovatelů následné péče, z nich 25 nabízelo chráněné bydlení s kapacitou 310 lůžek. Uživatelé alkoholu tvoří cca 60 % jejich klientů.

7.9 Harm reduction služby pro uživatele alkoholu

Uživatelé alkoholu jsou také klienty nízkoprahových harm reduction programů primárně určených pro osoby užívající nelegální drogy. V r. 2020 bylo v kontaktu s nízkoprahovými programy 38,8 tis. uživatelů návykových látek, z toho 3,3 tis. uživatelů alkoholu (8,5 %) [17].

Harm reduction intervence, jejichž cílem je snížení nebo kontrola konzumace alkoholu, nejsou v řešení problémového užívání nebo závislosti na alkoholu v ČR rozšířené. Od r. 2013 je v ČR k dispozici přípravek Selincro (nalmefen), který se používá ke snížení spotřeby alkoholu u osob s problémovým pitím nebo se závislostí na alkoholu. Jeho využití v ČR je však minimální, nevýhodou jeho širšího uplatnění je jeho vysoká cena.

Inovativní harm reduction přístup představují tzv. managed alcohol programmes, tj. podávání alkoholu závislým na alkoholu za kontrolovaných podmínek [62-64].

Funkci harm reduction v oblasti alkoholu plní také záchytné stanice: poskytují zdravotní dohled a péči intoxikovaným osobám, předchází zdravotnímu poškození ve stavu intoxikace a ohrožení ostatních osob, veřejného pořádku a majetku způsobeného chováním intoxikovaných osob. V r. 2020 bylo v ČR celkem 18 záchytných stanic, které poskytly služby 17,8 tis. osobám.

V ČR působí cca 15 programů poskytujících služby v prostředí zábavy poskytujících poradenské a informační intervence, harm reduction materiál nebo dechové zkoušky na alkohol. V r. 2020 kontaktovaly cca 6,5 tis. osob, z toho 2,3 tis. uživatelů alkoholu.

V Praze působil v l. 2019–2020 magistrátem jmenovaný tzv. noční starosta, jehož úkolem bylo řešení problémů spojených s nočním životem včetně problémů spojených s užíváním alkoholu ve veřejném prostoru a prostředí zábavy. V dubnu 2020 byla funkce nočního starosty zrušena.



8

Kapitola 8: Problematické užívání psychoaktivních léků a jeho dopady

8.1 Veřejnozdravotní význam užívání psychoaktivních léků

Zneužívání či nadužívání užívání psychoaktivních léků se týká poměrně velké části populace a je příčinou zdravotních poruch a negativních sociálních dopadů na uživatele i jejich okolí.

Zastřešující definice zneužívání léků [6] zahrnuje jakýkoliv způsob užití léku, u kterého byla prokázána problematická spotřeba. Jde například o užití léku (na lékařský předpis nebo bez něj) v rozporu s lékařskými postupy nebo pokyny, za rekreačním účelem či v rámci samoléčby, kdy rizika a problémy spojené s užitím převažují nad jeho přínosy.

Specifickými formami zneužití léku je jejich použití jako zdroje (prekurzoru) pro výrobu jiných drog nebo podání léku jiné osobě s cílem ji nedobrovolně omámit.

Lze rozlišit 2 skupiny osob zneužívajících psychoaktivní léky: (1) osoby trpící zdravotními problémy, které ztratí nad užíváním léků kontrolu, (2) osoby závislé na návykových látkách včetně alkoholu nebo nelegálních drog, které užívají léky jako náhradu jiných drog nebo ke zmírnění abstinenčních příznaků [65, 66].

Problematická spotřeba psychoaktivních léků zahrnuje nepřiměřenou léčbu (nevhodné dávkování, nevhodnou indikaci), užívání léku mimo lékařskou indikaci (v kombinaci s návykovými látkami, nelegální získání) a užívání léku v rizikových situacích (při řízení vozidel, ve sportu) [65, 67].

Psychoaktivní léky jsou často nadměrně užívány v kontextu samoléčby při potížích se spánkem, při úzkosti, při bolestech apod. a lidé o závislostním potenciálu užívaných léků často neví.

Zneužívány jsou zejména léky se sedativním, hypnotickým a anxiolytickým účinkem (především benzodiazepiny a Z-hypnotika) a opioidy, ale zneužívání se vyskytuje i u jiných léků ze skupiny stimulantů a antiepileptik (např. pregabalín).

Specifickým problémem je užívání buprenorfinu z nelegálního trhu lidmi užívajícími drogy rizikově/injekčně a používání pseudoefedrinových přípravků pro nelegální výrobu pervitinu.

8.2 Užívání psychoaktivních léků mezi dětmi a mládeží

Monitoring rozsahu užívání psychoaktivních léků není konceptualizován.

Zneužívání léků, tj. užití sedativ bez doporučení lékaře, léků proti bolesti za účelem dostat se do nálady nebo léků v kombinaci s alkoholem uvádí více než 14 % 16letých, v tom 5 % opakovaně. Zkušenosti jsou častější u dívek. V porovnání s ostatními evropskými zeměmi jsou zkušenosti českých studentů s užitím léků nadprůměrné, zejména léků proti bolesti za účelem dostat se do nálady nebo léků v kombinaci s alkoholem [31].

Zkušenost s užitím léků bez důvodu v životě má 10 % 11–15letých [68], obdobně jako v případě dalších návykových látek mají větší zkušenosti s psychoaktivními léky děti socioekonomicky znevýhodněné, klienti nízkoprahových zařízení pro děti a mládež, děti v institucionální péči nebo děti s romským původem.

8.3 Užívání psychoaktivních léků v dospělé populaci

Psychoaktivní léky (získané na lékařský předpis i bez předpisu) užilo v posledních 12 měsících 16 % dospělých starších 15 let – graf 8-1. Sedativa nebo hypnotika 13 % a opioidní analgetika 7 % dospělých. V posledních 30 dnech je užilo 11 % populace. Denně užívá sedativa 2 % a opioidní analgetika 0,5 % populace.

Přibližně 90 % uživatelů psychoaktivních léků je uživalo po dobu delší než 6 týdnů, 60 % dokonce po dobu delší než 1 rok. Přibližně 12 % uživatelů psychoaktivních léků je získalo jinak než na lékařský předpis (od známých, v lékárně bez předpisu nebo přes internet).

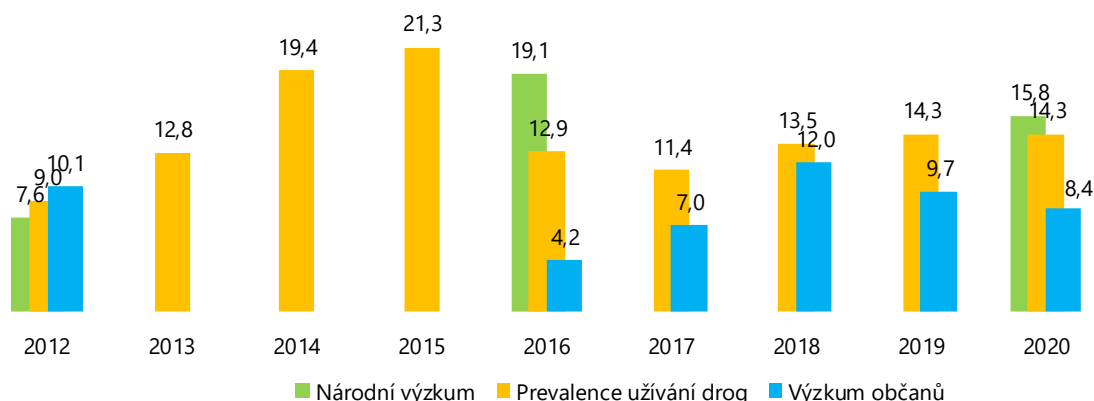
Do kategorie problémového užívání psychoaktivních léků (tj. užívali léky déle než 6 týdnů, měli pocit, že v posledních 12 měsících užívali léky ve větším množství nebo léky získali jinak než na lékařský předpis) spadá odhadem 15 % dospělých (20 % žen a 10 % mužů), v tom 12 % užívá sedativa a hypnotika a 6 % opioidní analgetika [32].

Při extrapolaci na celou populaci ČR ve věku 15 a více let jde celkem o 1,25–1,45 mil. osob vykazujících známky problémového užívání psychoaktivních léků, z toho 900 tis. jsou ženy. Sedativa a hypnotika užívá problémově odhadem 1,1 mil. osob a opioidní analgetika 550 tis. osob.

Odhad počtu osob škodlivě užívajících sedativa a hypnotika provedený na základě dat o jejich distribuci do lékáren v r. 2016 dosáhl cca 900 tis. osob, z toho cca 270 tis. osob tvořily osoby zneužívající alprazolam a cca 190 tis. osob zolpidem [69].

Postoje populace k užívání psychoaktivních léků jsou tolerantní, jejich užívání je přijatelnější než užívání jiných návykových látek včetně tabáku. Pouze 10 % populace by zakázalo reklamu na volně prodejné léky.

graf 8-1: Prevalence zneužívání psychoaktivních léků (sedativ, hypnotik a opioidních analgetik) v obecné populaci ve věku 15+ let v posledních 12 měsících – srovnání studií z l. 2012–2020, v % (Národní výzkum užívání návykových látek, Evropské výběrové šetření o zdraví, Národní výzkum užívání tabáku a alkoholu)



Pozn.: Výsledky Národního výzkumu 2012 se vztahují k populaci ve věku 15–64 let. V Národním výzkumu je sledováno užívání léků bez ohledu na to, zda jde o léky předepsané lékařem, nebo užívané bez lékařského předpisu. Ve studiích Prevalence užívání drog v populaci a Výzkum občanů je sledováno užívání léků bez lékařského předpisu.
Zdroj: Mravčík et al. [70]

8.4 Dopady problematické spotřeby psychoaktivních léků

Zdravotní dopady užívání psychoaktivních léků nejsou v ČR systematicky monitorovány.

Nadměrné užívání psychoaktivních léků vede ke vzniku závislosti, zhoršení duševního zdraví a snížení kvality života. Závislost narušuje sociální, rodinné a pracovní fungování. Rozvojem závislosti a s ní spojených psychických a somatických komplikací jsou ohroženi zvláště senioři [71]. Kromě ztráty vitality se závislost může projevit i poruchami pohybové koordinace a znamená tak vyšší riziko pádů a zranění.

Mezi nejčastější obtíže při závislosti na sedativech a hypnoticích patří nespavost, úzkost, bolesti, slabost, únava či pokles nálady.

Ročně je evidováno okolo 40 případů smrtelných předávkování psychoaktivními léky.⁴

⁴ Smrtelná předávkování opioidními analgetiky jsou evidována v rámci širší kategorie smrtelných předávkování opioidy.

Případů úmrtí pod vlivem psychoaktivních léků z jiných příčin než předávkování, zejména v důsledku nemocí, nehod a sebevražd, bylo u benzodiazepinů evidováno přes 30 a u jiných psychoaktivních léků téměř 40.

Každoročně je hlášeno 14–16 tis. případů hospitalizací pro úraz pod vlivem návykových látek, v tom 150–200 případů pod vlivem psychoaktivních léků. Psychoaktivní léky se tak podílí cca na 1 % všech úrazů v ČR.

Odhad celkových společenských nákladů spojených s problematickou spotřebou psychoaktivních léků nebyl dosud proveden.

8.5 Prevence zneužívání psychoaktivních léků

Adiktologická prevence zaměřená na děti a mládež, která zahrnuje i prevenci užívání psychoaktivních léků, je součástí širšího rámce prevence rizikového chování. Není známo, že by byl realizován specifický preventivní program zaměřený na prevenci zneužívání psychoaktivních léků mezi dětmi a mládeží. Téma psychoaktivních léků je ve školské prevenci pokryto pravděpodobně pouze okrajově.

Pro prevenci zneužívání psychoaktivních léků jsou důležité zejména vzdělávací programy pro lékaře, jejichž zodpovědností je správná indikace, dávkování a délka léčby a kteří by měli pacienty poučit o rizicích vzniku závislosti [72]. Jako nejúčinnější se dlouhodobě ukazují kombinované programy zahrnující různé regulační a edukační intervence (dopisy nebo e-maily lékařům, automatická počítačová upozornění, schůzky, mediální kampaně, ale také audity a preskripční profily lékařů).

Novelizace zákona o návykových látkách v r. 2021 zavedla povinnost předepisujícího lékaře informovat pacienta o tom, že je mu předepisován vysoce návykový léčivý přípravek.

Efektivní metodou prevence nadužívání sedativ a hypnotik jsou krátké intervence prováděné praktickými a dalšími lékaři.

V ČR nejsou systematicky realizovány preventivní programy cílící na lékaře zaměřené na kontrolu spotřeby psychoaktivních léků mezi pacienty.

Zdravotníci by měli být dále vzděláváni k používání nefarmakologických postupů a léků s nižším závislostním potenciálem, důslednému monitorování užívání psychoaktivních léků pacienty a případnému zajišťování přístupu k léčbě závislosti.

Součástí Národního zdravotního informačního portálu nzip.cz je sekce *Závislost na lécích: co to je?*. SÚKL provozuje webové stránky olecich.cz zaměřené na zvýšení informovanosti veřejnosti v oblasti lékové problematiky.

V minulých letech proběhla řada mediálních kampaní koordinovaných SÚKL zaměřených na bezpečnost silničního projektu nebo na téma správného nakládání s léčivými v domácnostech.

8.6 Léčba uživatelů psychoaktivních léků

U nadužívání psychoaktivních léků je důležitá včasná identifikace problému a včasná intervence [71]. Efektivní metodou léčby u indikovaných pacientů jsou krátké intervence zaměřené na postupné snižování dávky psychoaktivních léků. Provádění krátkých intervencí je povinné pro všechny zdravotnické pracovníky, ale jsou cílené především na návykové látky jako tabák, alkohol, případně na nelegální drogy. Pozornost věnovaná užívání psychoaktivních léků není v krátkých intervencích příliš velká.

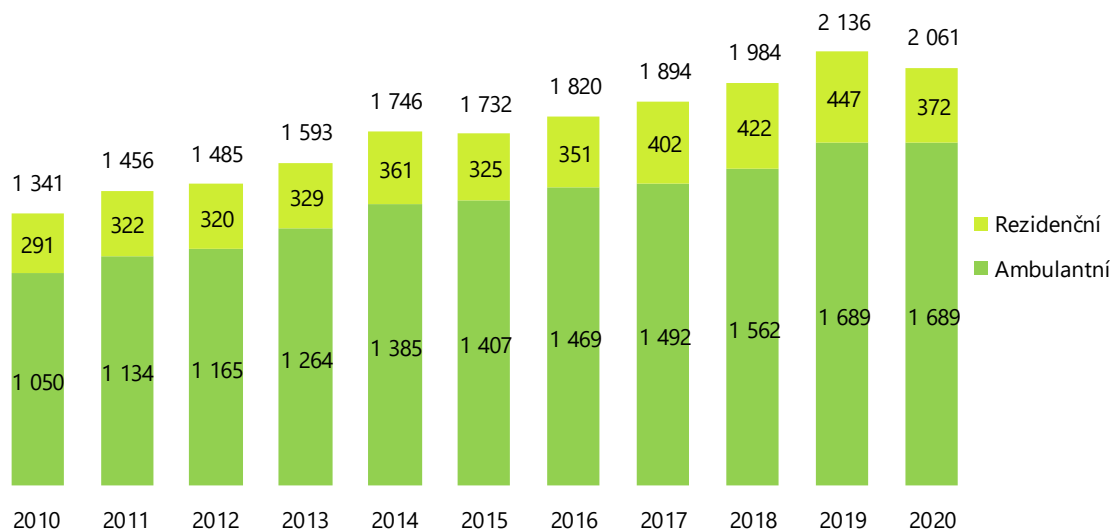
K léčbě je využívána tzv. bezpečná detoxifikace, která v případě sedativ a hypnotik spočívá v nahrazení zneužívaného léku dlouze působícím benzodiazepinem (diazepamem) a postupným snižováním jeho dávek [73], v kombinaci s psychologickou podporou a poradenstvím.

U opioidních analgetik lze stejně jako u ostatních opioidů využít substituční léčby.

Léčba závislosti na psychoaktivních lécích je integrována do systému léčby závislosti, probíhá ambulantně i rezidenčně.

V léčbě závislosti na psychoaktivních lécích je ročně přibližně 2,5 tis. uživatelů sedativ a hypnotik, z toho s ambulantními programy přibližně 2 tis. osob a hospitalizováno je ročně cca 400 osob. Počet léčených se od r. 2010 zvyšuje – graf 8-2. Ženy tvoří přibližně 2/3 pacientů léčených pro závislost na sedativech a hypnoticích.

graf 8-2: Počet léčených pro poruchy chování způsobené užíváním sedativ nebo hypnotik (dg. F13) v ambulantní a rezidenční péči v l. 2010–2020, dle NRHZS



Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [23]

Počet léčených uživatelů sedativ a hypnotik se v posledních letech postupně zvyšuje. Většinu případů (74 %) tvoří osoby starší 45 let, téměř čtvrtina pacientů (23 %) je starší 70 let. Ženy tvoří přibližně 2/3 pacientů.

Počet léčených pro dg. F13 v terapeutických komunitách není znám, pravděpodobně jde spíše o výjimečnou primární drogu v této léčebné modalitě. Není známa existence žádné svépomocné skupiny v ČR, která by se specificky věnovala závislosti na psychoaktivních lécích.

Přibývá on-line poraden, webových a mobilních aplikací pro osoby s adiktologickým problémem, jejich rozvoj dále urychlila epidemie COVID-19. Jedinou on-line poradnou specializovanou na poskytování pomoci uživatelům psychoaktivních léků je benzodiazepinová poradna benzo.cz, kterou provozuje organizace SANANIM.

Na *Národní linku pro odvykání* 800 350 000 se v r. 2020 obrátilo téměř 70 osob s problémem v oblasti užívání psychoaktivních léků.

9

Kapitola 9: Užívání nelegálních drog a jeho dopady

9.1 Veřejnozdravotní význam užívání nelegálních drog

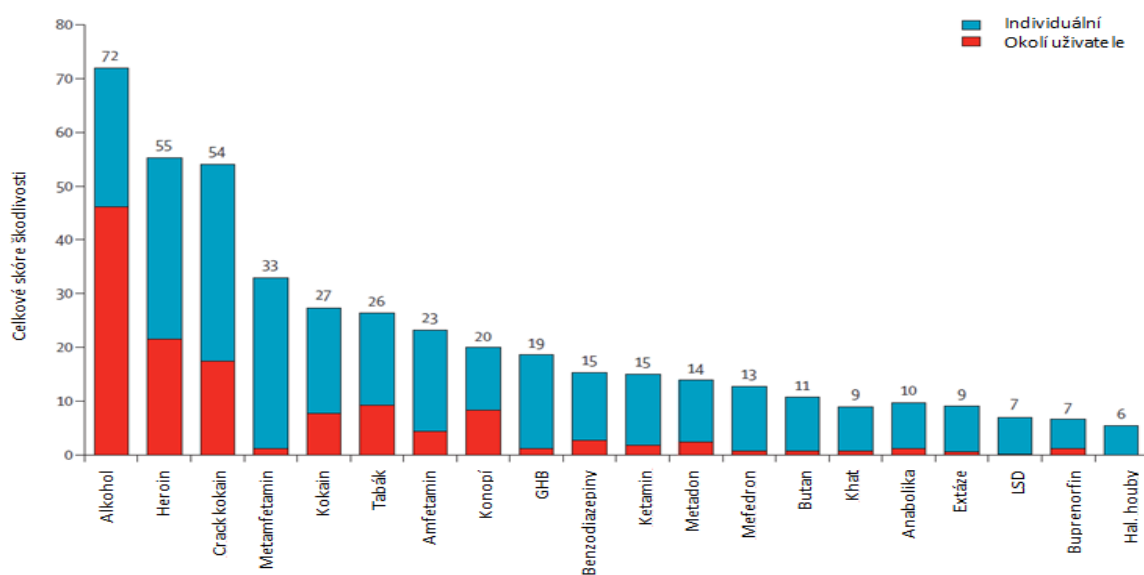
Globálně patří užívání návykových látek mezi nejvýznamnější rizikové faktory podílející se na celkové úmrtnosti a nemocnosti a představuje tak významnou determinantu zdravotního stavu populace. Ve studii globální zdravotní zátěže provedené Světovou zdravotnickou organizací za r. 2016 zaujímá užívání tabáku čtvrtou a alkohol spolu s nelegálními drogami dohromady osmou pozici na žebříčku z celkem 84 sledovaných preventabilních rizikových faktorů [74]. Nelegální drogy se podílí na 1 % všech úmrtí ve světě [3].

Nejvíce škod lze přiřadit užívání opioidů a drog amfetaminového typu – závislost na opioidech se na veřejnozdravotní zátěži v důsledku užívání nelegálních drog v r. 2010 podílela 46 % a závislost na drogách amfetaminového typu 13 % [75].

U uživatelů nelegálních drog se na celkové nemocnosti a úmrtnosti podílely zejména infekční nemoci, nemoci trávicího systému (zejména hepatitida typu C a její klinické následky) a vnější příčiny nemocnosti a úmrtnosti, tj. otravy předávkováním, nehody, sebevraždy [3, 74-76].

Jednotlivé návykové látky vykazují různou míru zdravotních i sociálních škod, které jsou s jejich užíváním spojeny, a to jak na individuální, tak na populační úrovni [1]. Studie hodnotící škodlivost jednotlivých látek ukazují, že nejvyšší místa na žebříčku rizikového potenciálu zaujímají heroin, kokain, metamfetamin, ale také legální alkohol a tabák [77-79] – obrázek 9-1. Ukazuje se tak, že legální status látek a míra legislativní a další kontroly s ním spojená nesouvisí příliš s veřejnozdravotní a společenskou nebezpečností látek [1].

obrázek 9-1: Pořadí drog na základě jejich celkového skóre škodlivosti pro uživatele a jejich okolí



Zdroj: Mravčík et al. [1] podle Nutt et al. [77]

9.2 Užívání nelegálních drog mezi dětmi a mládeží

Nejčastěji užitou nelegální drogou mezi dospívajícími i mezi dospělými v ČR jsou konopné látky, zkušenosti s ostatními drogami jsou mnohem méně časté (na řádově nižší úrovni). Druhou nejčastěji uváděnou nelegální drogou je extáze, následovaná halucinogenními houbami a LSD, zkušenosti s pervitinem (nebo amfetaminy), kokainem nebo opioidy uvádí velmi nízké procento populace.

Zkušenost s užitím nelegální drogy alespoň jednou v životě má 29 % 16letých studentů [31], 28 % má zkušenost s konopím, 4 % s extází a s LSD, 3 % s halucinogenními houbami, 2 % s pervitinem a s kokainem, s heroinem nebo jinými opiáty má zkušenost méně než 1 %. Těkavé látky někdy v životě čichalo 5 %.

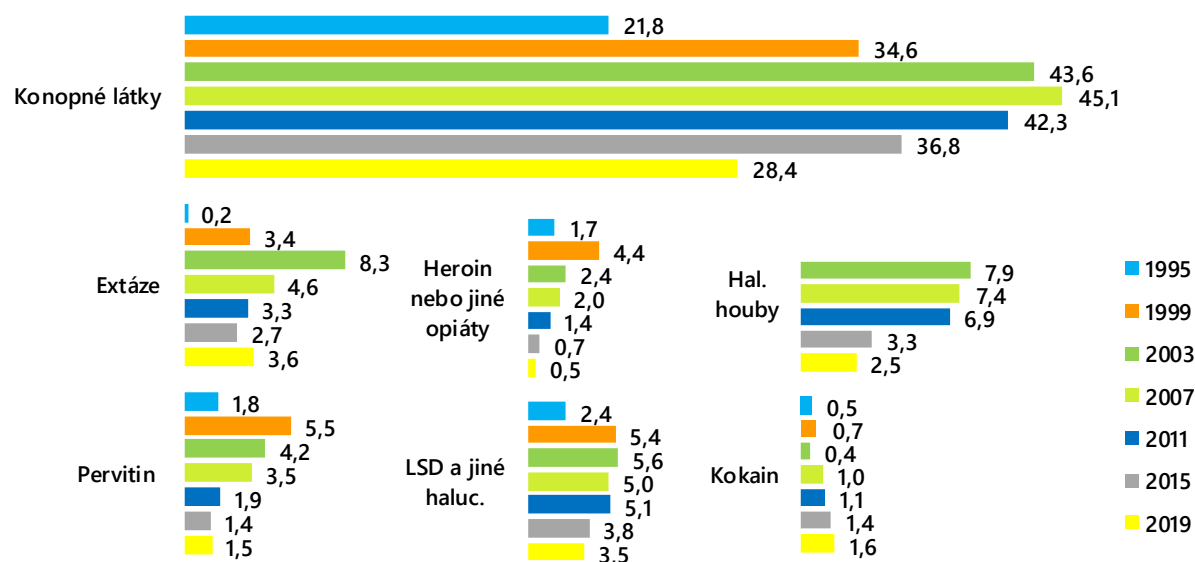
V kategorii rizika se v souvislosti s užíváním konopných látek nachází odhadem 7 % 16letých studentů. Při extrapolaci na populaci dospívajících ve věku 15–19 let jde odhadem o 27–35 tis. osob, v tom 6–10 tis. ve vysokém riziku v souvislosti s užíváním konopí.

Zkušenost s užitím konopných látek někdy v životě uvádí celkem 17–20 % 15letých žáků ZŠ, v posledních 30 dnech je užilo přibližně 8 % 15letých [48].

Dlouhodobě dochází mezi dospívajícími k nárůstu průměrného věku při prvním užití návykových látek. Průměrný věk první zkušenosti s užitím konopných látek je 14,5 roku.

Podíl studentů, kteří mají zkušenost s nelegálními drogami, dlouhodobě klesá – graf 9-1. Výjimkou je kokain a extáze. V porovnání s evropskými zeměmi mají čeští studenti nadprůměrné zkušenosti s extází, pervitinem, halucinogeny a zejména konopím a podprůměrné zkušenosti s heroinem, kokainem a těkavými látkami.

graf 9-1: Vývoj celoživotních zkušeností s nelegálními drogami mezi 16letými studenty v l. 1995–2019 – studie ESPAD, v %



Zdroj: Chomynová et al. [31]

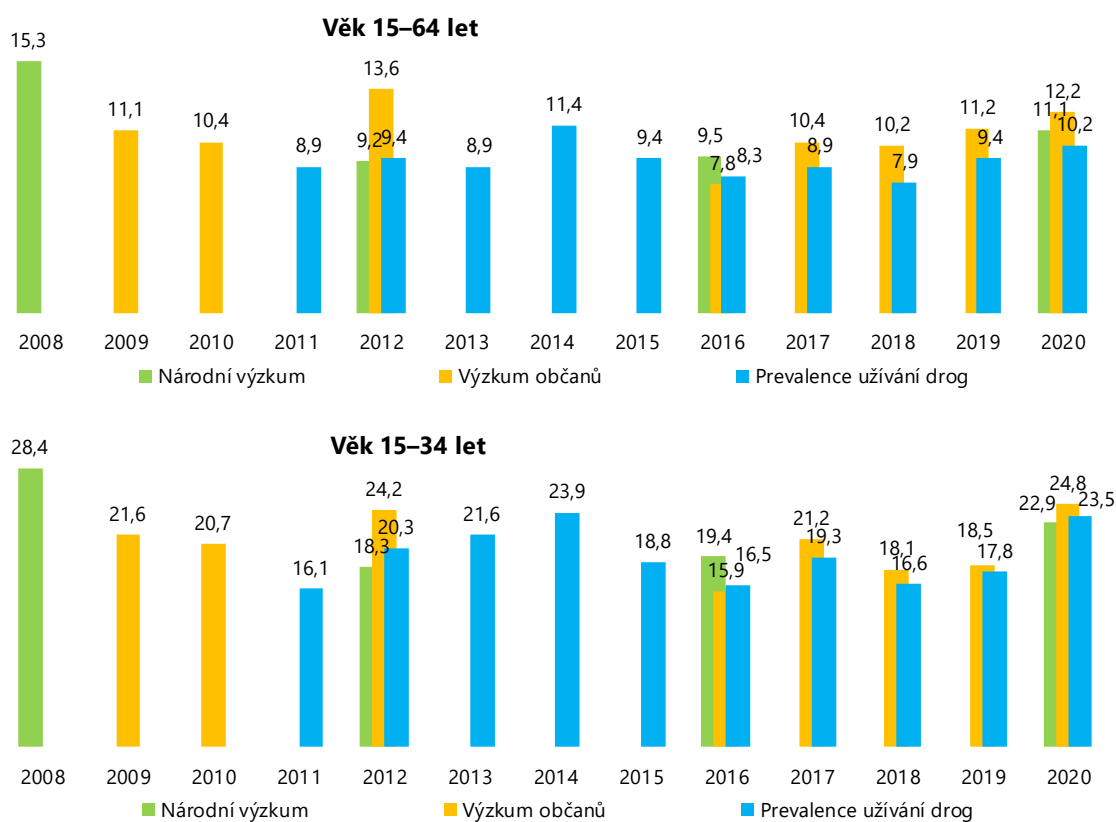
9.3 Užívání nelegálních drog v dospělé populaci

S konopnými látkami má zkušenost přibližně čtvrtina osob starších 15 let (23–29 %), extázi někdy v životě užilo přibližně 6 %, halucinogenní houby 5 %, amfetaminy (včetně metamfetaminů) i kokain někdy v životě užila 3 % osob starších 15 let [32].

V posledních 12 měsících užilo konopné látky 8–10 % a v posledních 30 dnech 4–5 % starších 15 let. Míra užití nelegálních drog je přibližně 2–3krát vyšší u tzv. mladých dospělých (ve věku 15–34 let) a mezi muži.

Míra užívání nelegálních drog v obecné populaci ve věku 15–64 let i v populaci mladých dospělých ve věku 15–34 let je dlouhodobě stabilní – graf 9-2. V posledních letech však mírně roste prevalence užití konopných látek a kokainu.

graf 9-2: Prevalence užití konopných látek v obecné populaci ve věku 15–64 let a populaci mladých dospělých (15–34 let) v posledních 12 měsících – srovnání studií z l. 2008–2020, v % (Národní výzkum užívání návykových látek, Výzkum názorů a postojů občanů České republiky k otázkám zdravotnictví a k problematice zdraví, Prevalence užívání drog v populaci ČR)



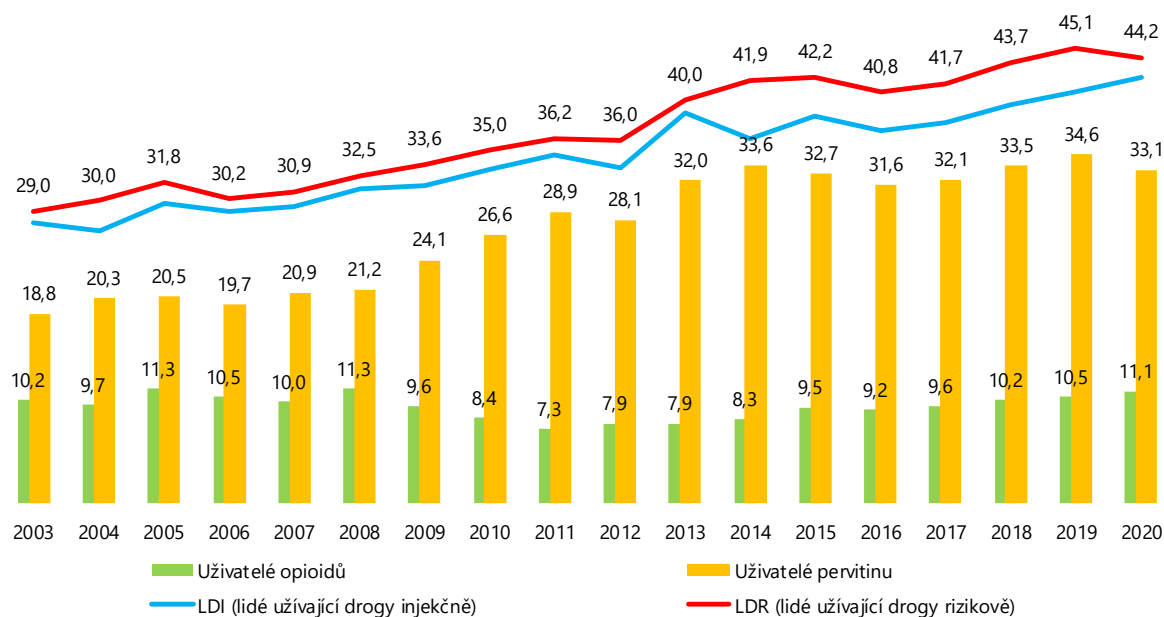
Pozn.: Dlouhodobé trendy v míře užívání konopných látek nejsou dostupné pro populaci ve věku 15+ let.

Zdroj: Mravčík et al. [80]

Odhadem přes 44 tis. lidí v ČR rizikově užívá pervitin nebo opioidy, z toho 42 tis. injekčně. Celkem 33 tis. užívá rizikově pervitin a 11 tis. opioidy, zejména buprenorfin (6 tis.) a heroin (3 tis.). Relativně nejvíce je lidí rizikově užívajících pervitin nebo opioidy v Praze a v Ústeckém kraji.

Počet lidí užívajících drogy rizikově (LDR) se v r. 2020 mírně snížil, a to díky poklesu počtu uživatelů pervitinu o 1,5 tis., počet lidí užívajících rizikově opioidy (zejména buprenorfin) naopak mírně vzrostl. V dlouhodobém horizontu dochází k nárůstu počtu LDR – graf 9-3.

graf 9-3: Střední hodnoty prevalenčních odhadů problémového užívání pervitinu a opioidů provedených multiplikační metodou za použití dat z nízkoprahových programů v l. 2003–2020



Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti [81]

Do kategorie rizika v souvislosti s užíváním konopných látek spadá odhadem 400 tis. lidí [32].

Konopí za účelem samoléčby užilo v posledním roce 400–900 tis. obyvatel ČR, z toho 150–250 tis. užilo konopí výhradně pro samoléčbu, aniž ho užilo také rekreačně. Užívání konopí z důvodu samoléčby s věkem roste, nejvyšší je ve věkových skupinách nad 55 let.

CBD konopné produkty (s převažujícím obsahem nepsychoaktivního kanabidiolu) někdy v životě užilo 200–800 tis. lidí, z toho polovina v posledních 12 měsících.

Postoje k užívání nelegálních drog jsou dlouhodobě stabilní, aktuálně mezi dospělými mírně roste přijatelnost užívání konopných látek i dalších nelegálních drog.

9.4 Zdravotní důsledky užívání nelegálních drog

Počet nově hlášených případů HIV u lidí, kteří užívají drogy injekčně, je dlouhodobě nízký, v r. 2020 to bylo 14 případů, případů hepatitidy typu B bylo v r. 2020 hlášeno 5 (od r. 2001 toto číslo díky zavedení očkování klesá) a případů hepatitidy typu C přibližně 420 (v posledních letech to bylo 500–650 případů ročně).

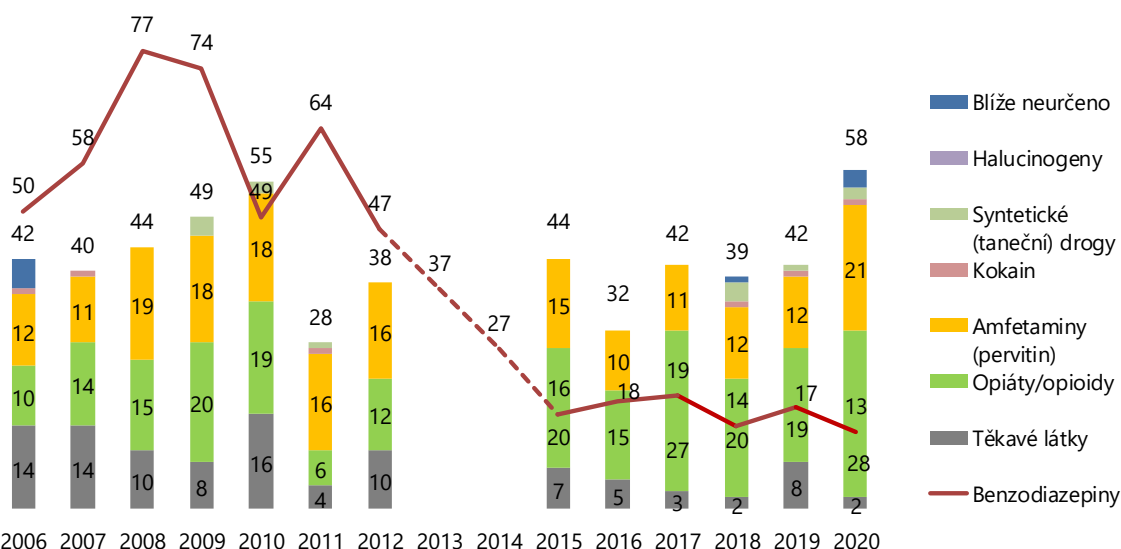
Prevalence HIV mezi injekčně užívajícími je dlouhodobě velmi nízká, pod 1 %. Séroprevalence virové hepatitidy typu C u klientů nízkoprahových programů se pohybuje okolo 37 %.

Z lidí rizikově užívajících pervitin nebo opioidy, kteří jsou v kontaktu s nízkoprahovými programy, jich více než 90 % užívá drogy injekčně. Snižuje se míra sdílení injekčního náčiní, jehly a stříkačky sdílelo v posledních 30 dnech přes 20 % a parafernálie 40 % z nich.

Ročně zemře méně než 1 % lidí užívajících rizikově pervitin nebo opioidy, úmrtnost uživatelů pervitinu je odhadem 6krát a uživatelů heroínu až 12krát vyšší než u obecné populace stejného věku. Přibližně třetina z nich zemře v důsledku nehody, časté jsou také sebevraždy (třetina rizikově užívajících pervitin), které zahrnují smrti předávkováním.

V r. 2020 bylo ve speciálním registru mortality zjištěno 58 případů smrtelných předávkování nelegálními drogami a těkavými látkami, nejvíce opioidy (28) a metamfetaminem (20) – graf 9-4 [82].

graf 9-4: Smrtelná předávkování benzodiazepiny, nelegálními drogami a těkavými látkami ve speciálním registru v l. 2001–2020



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 odděleních soudního lékařství. Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [82]

Dále bylo identifikováno 150 úmrtí pod vlivem nelegálních drog a psychoaktivních léků z jiných příčin než předávkování, nejvíce stejně jako v minulosti v důsledku nemocí, nehod a sebevražd. Pokud jde o nelegální drogy, nejvyšší počet případů byl v souvislosti s pervitinem (44), dále s opioidy (13) a s THC (12). V dlouhodobém horizontu je nejvyšší počet případů nepřímých úmrtí spojen s pervitinem a konopnými látkami.

9.5 Sociální důsledky a souvislosti užívání drog

U lidí užívajících drogy rizikově dochází často ke kumulaci negativních sociálních a ekonomických faktorů – jde zejména o problémy s bydlením, finanční problémy (častá dluhová past), nezaměstnanost či nestabilní a neformální zaměstnání, poškození rodinných vztahů.

Nestabilní bydlení a zadluženost lidí rizikově užívajících drogy znemožňují jejich úzdravu, jsou významnou překážkou sociální a ekonomické integrace a často představují neřešitelný problém. V souvislosti s opatřeními souvisejícími s epidemií COVID-19 došlo ke zhoršení sociální a ekonomické situace LDR.

Pravidelné zaměstnání mělo přes 30 % klientů drogových služeb, přes 40 % bylo bez zaměstnání.

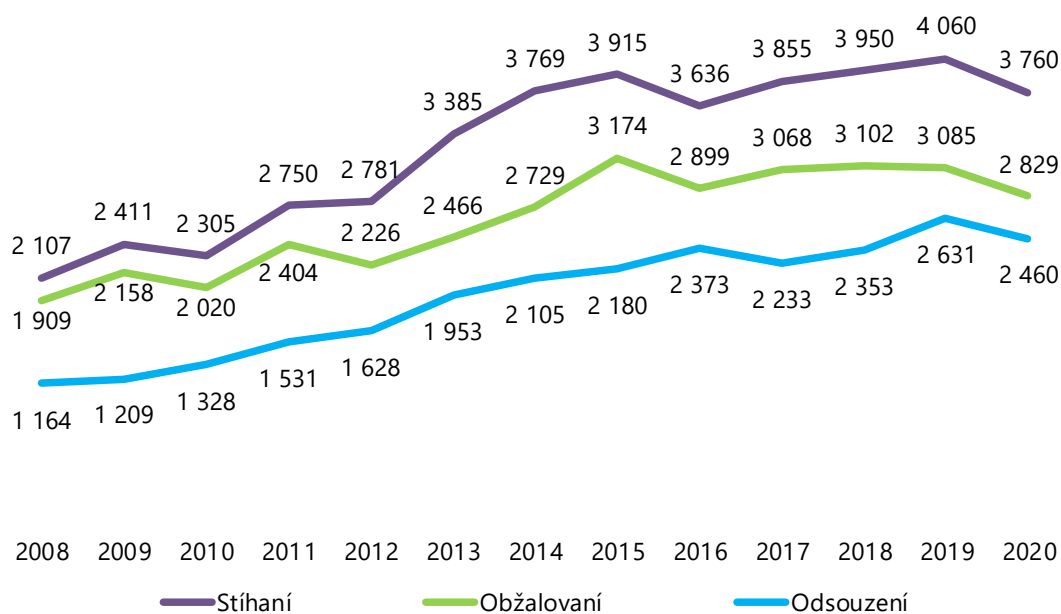
Mezi lidmi rizikově užívajícími pervitin nebo opioidy, kteří byli v kontaktu s nízkoprahovými programy, mělo téměř 70 % nestabilní ubytování a přes 50 % nestabilní, případně nelegální příjem. Platný občanský průkaz nemá přes 20 % a průkaz zdravotní pojišťovny 30 % z nich. Přes 80 % je zadluženo, přes 70 % nemá o svém dluhu přehled.

Poslední odhad společenských nákladů spojených s užíváním nelegálních drog je z r. 2007 [83], a to ve výši téměř 7 mld. Kč; tři čtvrtiny tvořily přímé výdaje na prosazování práva. Z celkových odhadnutých společenských nákladů na drogy (včetně legálního alkoholu a tabáku) ve výši 56 mld. Kč tvořily náklady spojené s nelegálními drogami přes 10 %.

9.6 Kriminalita spojená s nelegálními drogami

V r. 2020 bylo registrováno 4,2 tis. primárních drogových trestných činů (DTČ) a odsouzeno bylo 2,5 tis. osob. Nejčastěji uloženou hlavní sankcí bylo podmíněně odložené odnětí svobody (59 % sankcí). Počet osob obviněných, obžalovaných a odsouzených pro DTČ dlouhodobě roste – graf 9-5.

graf 9-5: Počty osob stíhaných, obžalovaných a odsouzených za primární drogové trestné činy v l. 2008–2020



Zdroj: Mravčík et al. [84], Policejní prezidium ČR [59], Ministerstvo spravedlnosti ČR [85], Ministerstvo spravedlnosti ČR [86]

Přibližně v 80 % je trestní řízení vedeno kvůli nedovolené výrobě a jinému nakládání s omamnými a psychotropními látkami (OPL), ve 20 % pro trestné činy pěstování nebo držení drog pro vlastní potřebu.

Za posledních 10 let tvoří osoby zadržené v souvislosti s pervitinem průměrně 49 % a v souvislosti s konopnými látkami 42 % všech osob zadržených pro primární DTČ.

Pod vlivem nelegálních drog bylo spácháno 4,8 tis. trestných činů, to je 6 % ze všech trestných činů a 31 % ze všech trestných činů spáchaných pod vlivem návykových látek. Nejčastěji šlo o trestné činy ohrožení pod vlivem návykových látek anebo opilství podle § 274 a § 360 (2,6 tis. případů).

Odhadem 19 % ekonomicky motivovaných trestných činů (31,4 tis.) spáchali uživatelé drog.

Krádeže nebo jiného trestného činu či přestupku za účelem pořízení prostředků na nelegální drogy se někdy v minulosti dopustilo 30 % odsouzených vězňů.

9.7 Prevence užívání nelegálních drog

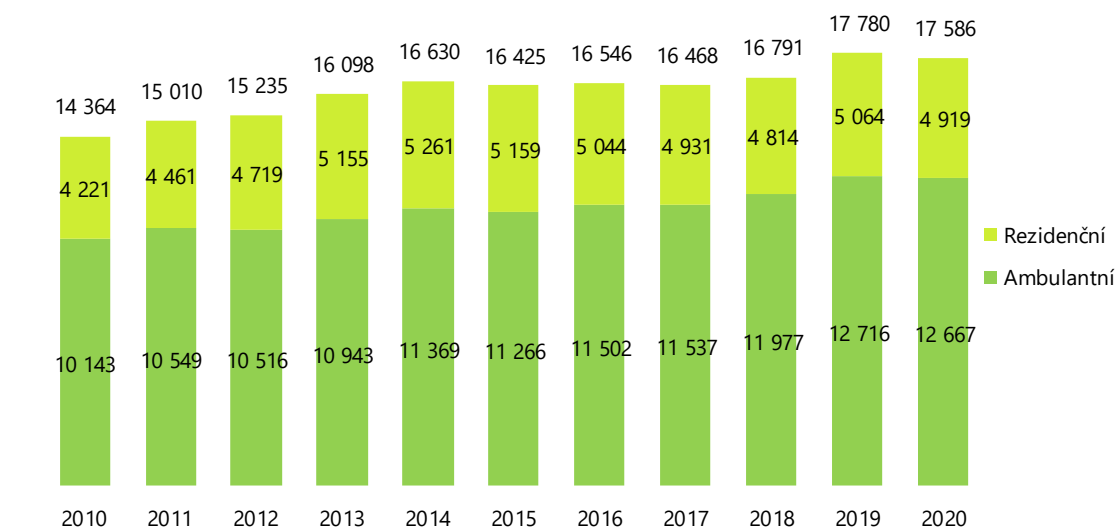
Adiktologická prevence zaměřená na děti a mládež, která zahrnuje i prevenci užívání nelegálních drog, je součástí širšího rámce prevence rizikového chování. Nelegální drogy nejsou prioritní oblastí preventivních programů ve školách, tyto programy jsou nejčastěji zaměřeny na šikanu a projevy agrese, kriminální chování, kyberšikanu a záškoláctví.

9.8 Léčba

Data ÚZIS z Národního registru hrazených zdravotních služeb (NRHZS) ukazují, že počet uživatelů nelegálních drog v ambulantní a rezidenční psychiatrické péči dlouhodobě mírně roste – graf 9-6. Věk léčených uživatelů nelegálních drog se postupně zvyšuje.

Nejvyšší počet uživatelů nelegálních drog je v kontaktu se službami minimalizace rizik (39 tis.), většinu tvoří uživatelé pervitinu (65 %) a opioidů (26 %), uživatelé konopných látek tvoří 4 %. Programy odhadly dalších 11 tis. osob ve zprostředkovaném kontaktu. Další údaje o léčených v jednotlivých segmentech služeb viz kapitolu Adiktologické služby (str. 33).

graf 9-6: Počet pacientů léčených pro poruchy způsobené užíváním nelegálních drog v ambulanci a rezidenční psychiatrické péči v l. 2010–2020, NRHZS



Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [23]

➤ 10

Kapitola 10: Hraní hazardních her a jeho dopady

10.1 Hazardní hry a jejich rizikovitost

Hazardní hraní přináší napětí a vzrušení, které je zdrojem zábavy, ale také příčinou nutkání k opakování hraní a podkladem behaviorálního podmiňování, které ve spojení s dalšími biologickými a psychologickými faktory (jako jsou tzv. hráčské omyly nebo dohánění ztrát) může vést k rozvoji návyku na hraní a ztráty kontroly nad ním [87].

U části osob dochází k poruše kontroly hráčského chování, která je označována jako problémové/patologické hráčství. Charakteristickými rysy problémového hraní jsou vysoká intenzita hraní, epizodický charakter hraní a vysoké finanční částky vložené do hry (relativně vzhledem k ekonomické situaci hráče), s následnými negativními dopady pro hráče i jejich okolí [88-92]. Pro problémové hráčství se používá také termín hráčská porucha (v angličtině gambling disorder nebo disordered gambling).

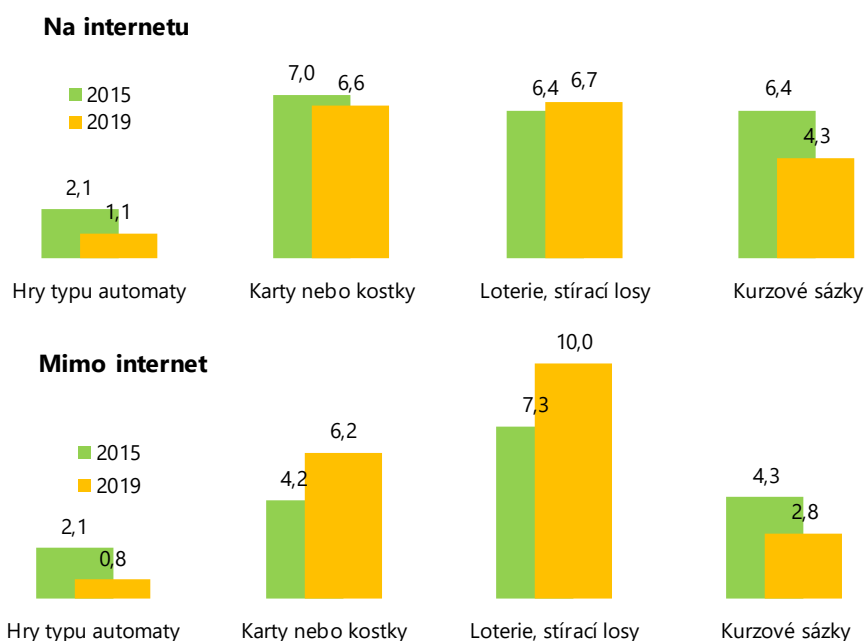
Velkou část problémových hráčů tvoří v řadě evropských zemí hráči technických her (zejména automatů) [93]. V posledních letech roste význam internetu a on-line hraní, neboť internet (a nové technologie jako chytré telefony) nabízí prakticky neomezený přístup k hraní a širokou škálu on-line her [94, 95]. Právě on-line hry patří z hlediska rozvoje problémového hraní k nejrizikovějším formám hraní, neboť faktory jako větší pohodlí, nepřetržitá dostupnost, méně mezilidských kontaktů, možnost hrát pod vlivem návykových látek, bezhotovostní transakce a možnost hraní více her současně zvyšují riziko ztráty kontroly nad hraním [95-97]. On-line hraním jsou ohroženi především mladí muži, neboť vyhledávají anonymní prostředí a jsou náchylnější k vysokým prohrám v důsledku ztráty přehledu o čase během hraní [97, 98].

10.2 Hraní hazardních her mezi dětmi a mládeží

V r. 2019 uvedlo hraní hazardních her v posledních 12 měsících celkem 11 % 16letých studentů [31]. Hraní na automatech (technické hry) uvedlo méně než 1 %, celkem 3 % uvedla kurzové sázení a 10 % loterie – graf 10-1. Ukazuje se, že většina studentů nepovažuje hry typu karty a kostky nebo loterie za hazard.

Podíl 16letých v riziku rozvoje problémů s hraním hazardních her byl pomocí škály Lie/bet odhadnut na 2–3 %, u chlapců je tento podíl 4krát vyšší než u dívek. Prevalence hraní HH i výskyt problémů v souvislosti s hraním zůstává v populaci 16letých dlouhodobě na stejné úrovni, klesá však podíl těch, kteří uvádějí pravidelné hraní her o peníze.

graf 10-1: Hraní hazardních her na internetu a mimo internet mezi 16letými studenty v l. 2015–2019 – studie ESPAD, v %



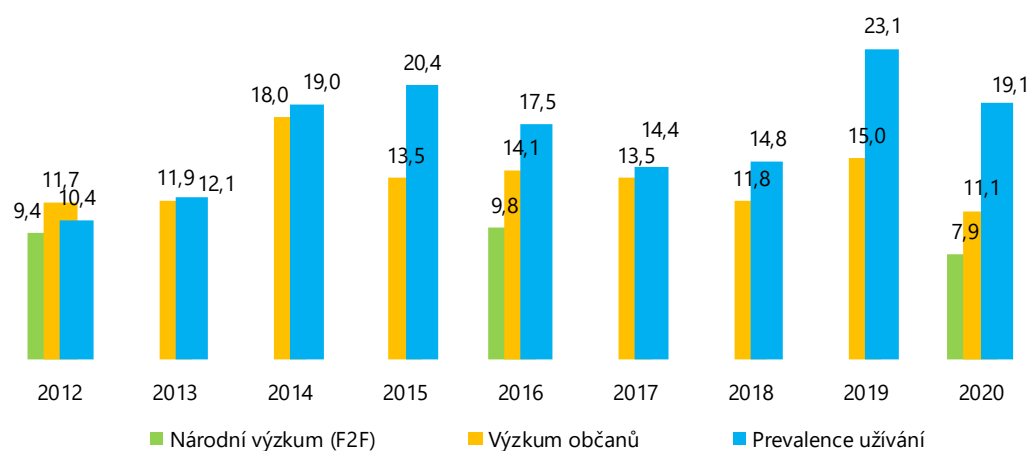
Zdroj: Chomynová et al. [31]

10.3 Hraní hazardních her v dospělé populaci

Hraní hazardních her v posledních 12 měsících uvedlo 35–50 % dospělých, nejvíce lidí hraje loterie [32]. Po vyloučení loterií uvedlo hraní hazardních her 8–19 % dospělé populace – graf 10-2.

Z dlouhodobého hlediska dochází k mírnému nárůstu míry hazardního hraní v dospělé populaci, a to jak v případě loterií, tak v případě ostatních her (technické hry, živé hry a kurzové sázení). Podíl osob, které tyto hry hrály, je výrazně vyšší ve věkové skupině 15–34 let, podíl mužů je několikanásobně vyšší než podíl žen.

graf 10-2: Prevalence hraní hazardních her (bez loterií) v populaci ve věku 15+ let v posledních 12 měsících – srovnání studií z l. 2012–2020, v % (Národní výzkum užívání návykových látek, Výzkum názorů a postojů občanů ČR k otázkám zdravotnictví a k problematice zdraví, Prevalence užívání drog v populaci ČR)



Zdroj: Mravčík et al. [99]

Kromě loterií hrálo podle odhadů v posledních 12 měsících nejvíce lidí kurzové sázky (5–15 % v kamenných provozovnách a 3–17 % on-line), technické hry v kamenných provozovnách (3–6 %) a živé hry (1–3 % populace).

Počet osob, které jsou v riziku rozvoje problémů s hraním hazardních her, je dlouhodobě odhadován na 150–250 tis. pomocí škály Lie/bet a na 400–800 tis. pomocí škály PGSI. Do kategorie vysokého rizika spadá dlouhodobě podle obou škál 80–100 tis. osob.

Největší podíl hráčů v riziku je mezi hráči technických her a kurzového sázení on-line. Z těch, kteří hráli v posledních 12 měsících technické hry, je ve vysokém riziku 20–35 %. Z těch, kteří hráli v posledních 12 měsících on-line kurzové sázky nebo jinou hazardní hru, je ve vysokém riziku 10–20 %.

10.4 Zdravotní a sociální dopady hazardního hraní

Studie mezi hráči v léčbě v r. 2019 potvrdila vysoký výskyt psychiatrické komorbidity. Přes 60 % hráčů v posledních 30 dnech před léčbou trpělo úzkostně-depresivní poruchou, dalších 20 % vykazovalo zvýšené riziko této poruchy [100].

Myšlenky na sebevraždu mělo někdy v životě 49 % hráčů a 20 % uvedlo pokus o sebevraždu, z nich polovina opakovaně. Mezi hráči trpícími hráčskou poruchou je vyšší výskyt užívání návykových látek.

Průměrné měsíční výdaje na hraní v posledním roce před začátkem léčby byly 50 tis. Kč, průměrná měsíční bilance minus (–) 43 tis. Kč. Celkovou zápornou finanční bilanci uvedlo 91 % hráčů, zadluženo bylo 88 % respondentů, průměrný dluh byl přibližně 800 tis. Kč. Kromě legální práce byly hlavním zdrojem příjmů půjčky, zejména nebankovní (11 %).

10.5 Léčba a služby pro hazardní hráče

O rizicích spojených s hraním hazardních her a možnostech léčby problémového hráčství mělo v r. 2020 informace dvě třetiny lidí, kteří hráli v posledních 12 měsících hazardní hry, možnost sebeomezujících opatření zaznamenalo 10 %, u hráčů on-line her to bylo téměř 30 % [101].

Hlavními důvody pro vyhledání odborné pomoci jsou zejména finanční problémy a problémy ve vztazích s blízkými, ale také problémy v oblasti duševního zdraví a v zaměstnání.

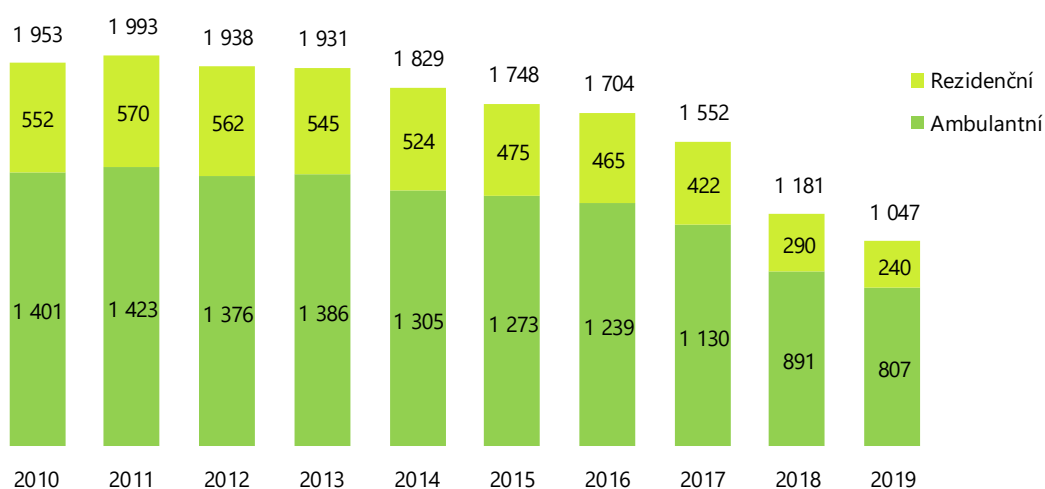
Služby pro problémové hráče a jejich rodiny jsou v ČR poskytovány v ambulantních adiktologických programech, psychiatrických ambulancích a také v pobytových programech. Rozvíjejí se on-line poradenské a léčebné intervence.

V posledních letech roste podpora specializovaných služeb pro hráče HH, a to zejména díky finanční podpoře ÚV ČR / RVKPP. Cílem této podpory je mj. vytvořit základní síť specializovaných programů pro problémové hráče ve všech krajských městech.

Ze Sčítání adiktologických služeb z r. 2020 vyplývá, že u 156 z celkem 292 služeb, které se studie zúčastnily, jsou jednou z hlavních cílových skupin také hráči HH [102]. Jde zejména o sociální služby (67 %). Hráčům nabízí převážně ambulantní a kontaktně-poradenské služby.

V kontaktu se službami v souvislosti hazardním hraním je přibližně 2–3 tis. osob ročně, přibližně pětkrát více mužů než žen, v tom cca 1 tis. v zařízeních psychiatrické péče (ambulantních i rezidenčních) – graf 10-3. Průměrný věk hráčů v léčbě byl přibližně 35 let. Téměř 60 % léčených mělo jako hlavní problémovou hru automaty (technické hry), v r. 2013 to bylo přes 80 %. Roste podíl lidí, kteří mají problém zejména s kurzovým sázením, v některých službách již převažují.

graf 10-3: Vývoj počtu pacientů s hráčskou poruchou v zařízeních psychiatrické péče v l. 2010–2019



Pozn.: Údaj celkem je nižší než součet obou kategorií, protože někteří pacienti byli léčeni v obou typech léčby.

Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [23]

Poskytování služeb bylo ovlivněno pandemií COVID-19 – došlo k poklesu počtu výkonů poskytovaných v osobním kontaktu, ale výrazný meziroční nárůst byl zaznamenán u telefonického a internetového poradenství.

Programy pro HH byly v ČR dostupné ve 33 městech ČR. Nejvyšší počet programů pro HH představují ambulance, z toho bylo 12 specializovaných ambulancí na HH. V r. 2020 fungovalo v ČR 10 krajských center pro HH. Na doléčování a stabilizaci klientů po léčbě bylo zaměřeno 9 projektů.

10.6 Kriminalita související s hraním hazardních her

Celní správa v r. 2020 zjistila téměř 500 porušení zákona o hazardních hrách a zajistila téměř 800 nelegálně provozovaných technických her. Za porušování zákona při provozování hazardních her v land-based prostředí uložila pokuty v celkové výši téměř 40 mil. Kč.

Na seznamu blokových internetových stránek s nelegální nabídkou hazardních her, který vede MF, bylo na konci dubna 2021 zapsáno téměř 220 webových stránek, nejčastěji šlo o varianty stránky 1xbet.com (100 případů). Za porušení zákona při provozování hazardních her on-line byly v r. 2020 uloženy pokuty v celkové výši téměř 200 mil. Kč.

Za r. 2020 bylo evidováno téměř 90 trestných činů neoprávněného provozování hazardní hry. Stíháno bylo podle státního zastupitelství přes 110 osob, u téměř 80 z nich bylo trestní stíhání podmíněně zastaveno. Téměř 30 osob bylo obžalováno a přes 20 osob odsouzeno.

Pokud jde o sekundární kriminalitu, podle výsledků studie mezi hráči v léčbě z r. 2019 se krádeže někdy dopustila polovina patologických hráčů, podvodu nebo zpronevěry třetina. Spáchání krádeže kvůli hraní hazardních her uvedlo téměř 20 % osob ve výkonu trestu, což je nejvíce od r. 2014.



11

Kapitola 11: Doporučení

Na základě komplexního monitoringu stávající situace a současného vývoje v oblasti užívání návykových látek a hazardního hraní a identifikace silných a slabých stránek jednotlivých oblastí jsou formulována doporučení pro budoucí realizaci politiky v oblasti závislostí tak, aby tato politika odrážela jak aktuální situaci v ČR, tak mezinárodní doporučení, strategie i v zahraničí osvědčenou praxi v této oblasti.

Zatímco některá doporučení lze realizovat v relativně krátkém časovém horizontu, implementace jiných doporučení je dlouhodobou záležitostí, která bude vyžadovat shodu tvůrců politiky v oblasti závislostí a odpovídající lidské a finanční zdroje na jejich implementaci. Řada doporučení je již reflektována v aktuální *Národní strategii prevence a snižování škod spojených se závislostním chováním 2019–2027* a jejich akčních plánech, které detailně rozpracovávají konkrétní kroky k dosažení jejich cílů, stanovují aktéry zodpovědné za realizaci jednotlivých aktivit a termíny jejich plnění, stejně jako vyčíslení finančních prostředků nezbytných pro jejich realizaci. Doporučení v této kapitole, formulovaná na základě dílčích zpráv o situaci v oblasti užívání tabáku, alkoholu, psychoaktivních léků, nelegálních drog a hazardního hraní, nemají ambici nahrazovat akční plány, jsou obecnějšího charakteru a spíše je doplňují v oblastech, kterým dosud nebyla věnována prioritní pozornost.

Užívání návykových látek patří ve vyspělých zemích mezi nejvýznamnější rizikové faktory a determinanty zdravotního stavu populace a navrhovaná opatření, byť některá z nich nepopulární, mohou přispět ke snížení rizik souvisejících s užíváním návykových látek, resp. závislostním chováním obecně.

11.1 Národní politika a strategie

Doporučení pro oblast národní politiky v oblasti závislostí:

- posílit koordinační mechanismy politiky v oblasti tabáku a alkoholu, zejména s ohledem na současné rozdělení odpovědnosti mezi resorty,
- prioritizovat opatření v oblasti závislostní politiky a alokovat veřejné zdroje na jejich realizaci podle jejich potenciálu přispět ke snížení zdravotních a společenských škod,
- zaměřit se na prevenci škodlivé expozice závislostním produktům a redukci jejich negativních zdravotních a společenských dopadů, a to ve všech oblastech politiky (prevence, regulace poptávky, regulace nabídky),
- zefektivnit vynakládání finančních prostředků v jednotlivých oblastech – prevence, léčba, snižování rizik, prosazování práva,
- nastavit centralizovaný zdroj financování tak, aby umožnil stabilitu adiktologických služeb a zároveň umožnil flexibilně reagovat na aktuální vývoj situace,
- zavést systémové změny, včetně legislativních, v oblasti poskytování adiktologických služeb s cílem dosažení jejich optimální kvality, dostupnosti a pokrytí, posílit koordinaci jejich zajištění na státní, krajské i místní úrovni, i s využitím výstupů projektu RAS,
- podporovat destigmatizaci osob s adiktologickým problémem.

11.2 Dostupnost, trhy a nabídka psychoaktivních látek a hazardních her

Vzhledem ke komplexnosti problematiky a současně rozdílnému regulačnímu rámci jednotlivých návykových látek jsou v této části formulována opatření specificky pro jednotlivé oblasti.

Doporučení pro oblast tabákových, nikotinových a souvisejících výrobků:

- dojít ke společnému konsenzu v oblasti regulace reklamy a sponzoringu tabákových, nikotinových a souvisejících výrobků (včetně omezení reklamy v místech prodeje a propagace na internetu a sociálních sítích),
- zavést jednotná balení tabákových výrobků určených ke kouření snižující atraktivitu těchto výrobků,
- ponechat, resp. vhodně nastavit daňové (cenové) zvýhodnění alternativních tabákových a nikotinových výrobků oproti tabákovým výrobkům určeným ke kouření a ekonomicky tak motivovat kuřáky k přechodu na méně rizikové alternativy kouření,
- zvýšit finanční dostupnost farmakoterapie u kuřáků tabáku formou úhrady ze systému veřejného zdravotního pojištění, včetně její úhrady pro hospitalizované pacienty,
- informovat spotřebitele o nižší rizikivosti alternativních tabákových a nikotinových výrobků v porovnání s kouřením, do zdravotních varování u alternativních výrobků zakomponovat informaci o nižší rizikivosti v porovnání s kouřením,
- sjednotit a zpřehlednit terminologii v oblasti tabákových, nikotinových a souvisejících výrobků.

Doporučení pro oblast alkoholu:

- nastavit spotřební zdanění a mechanismus cenotvorby alkoholických nápojů v ČR tak, aby zohledňoval rizikovost alkoholických nápojů podle obsahu etanolu v nápoji (mj. zavést nenulovou daňovou sazbu pro tiché víno), zvážit zavedení minimální ceny za jednotku alkoholu a navázat míru zdanění na vyšší inflace,
- zpřísnit stávající regulaci reklamy na alkohol, marketingu a sponzoringu (včetně omezení reklamy a propagace na sociálních sítích), zvážit zákaz používání alkoholu pro účely podpory prodeje jiných výrobků,
- nastavit regulaci on-line marketingu a influencingu na sociálních sítích,
- důsledněji naplňovat současnou regulaci v oblasti alkoholu, např. při prodejkách důsledně kontrolovat věk nakupujících,
- regulovat časovou a místní dostupnost alkoholu – zavést omezení nočního prodeje alkoholu v obchodech, zvážit zákaz slevových akcí na alkohol, snížení počtu prodejních míst a zavedení opatření v rámci prodejen,
- zavést povinné zdravotní varování před riziky a škodami působenými alkoholem (podobně jako u tabákových výrobků) na obalech alkoholických nápojů,
- zachovat současné právní předpisy o nulové toleranci obsahu alkoholu v krvi u účastníků silničního provozu (s výjimkou chodců).

Doporučení pro oblast psychoaktivních léků:

- zvýšit zdravotní gramotnost veřejnosti – realizovat informační kampaně pro veřejnost o rizicích nadužívání psychoaktivních léků a o alternativách jejich užívání; informovat o rizicích nákupů na internetu,
- více se zaměřit na téma užívání psychoaktivních léků v rámci školské primární prevence,
- zavést varování na obalech léků s psychoaktivním účinkem, zejména těch, u kterých existuje vysoké riziko rozvoje závislosti na nich (opioidy, centrální stimulancia, anxiolytika, sedativa, hypnotika), zvážit možnost zavedení informačních piktogramů na obalech psychoaktivních léků,
- zavedením pravidelného vzdělávání lékařů dosáhnout odpovídající preskripce (např. menší velikosti balení) a zvýšit počet hlášení nežádoucích účinků,
- věnovat více pozornosti problematice užívání psychoaktivních léků při realizaci krátkých intervencí zdravotními pracovníky v rámci primární zdravotní péče,
- ve spolupráci s odbornými společnostmi prosadit, aby problematika závislosti na psychoaktivních lécích byla zařazena do základního předatestačního vzdělávání všech lékařů,
- zavést pravidelné vzdělávání a zvýšit kompetence lékárníků při výdeji psychoaktivních léků,
- zavést účinnou kontrolu preskripce psychoaktivních léků, využít přitom existující legislativní a technologické nástroje,
- účinně potírat nelegální nabídku psychoaktivních léků, zejména na internetu.

Doporučení pro oblast nelegálních drog:

- vést diskusi v oblasti dekriminalizace a depenalizace či případně legální regulace společensky málo nebezpečných forem nakládání s kontrolovanými látkami nebo nakládání s nimi v situacích, které mohou být prospěšné také z veřejnozdravotního hlediska a mohou představovat nižší zátěž i pro trestněprávní systém a snížení společenských nákladů,
- prostřednictvím evidence-based postupů aktivně působit směrem ke snižování negativních zdravotních, sociálních a společenských dopadů systému kontroly omamných a psychotropních látek,
- na základě evidence-based výstupů zvážit legislativní změny a podporovat výzkum v oblasti využití psychoaktivních látek pro terapeutické účely,
- posílit možnosti ukládání alternativních trestů pachatelům méně závažných trestných činů spojených s nedovoleným nakládáním s drogami,
- vypracovat jednotný minimální program pro realizaci výkonu ochranného léčení protialkoholního, protitoxikomanického a patologického hráčství v ústavní formě za účelem sjednocení základní délky, obsahové náplně a kvality léčby,
- vypracovat návrh změny zákona o č. 167/1998 Sb., o návykových látkách, pokud se týče zákonných hledisek pro zařazování nových návykových látek na seznamy návykových látek, uvedených v nařízení vlády č. 463/2013 Sb., o seznamech návykových látek, tak, aby stávající model zařazování návykových látek výkonnou mocí měl zákonný právní rámec a dosáhlo se tak ústavně konformního řešení,
- iniciovat přijetí sjednocujícího stanoviska ohledně stanovení množství většího než malého rostlin a hub obsahujících OPL pro účely § 285 zákona č. 40/2009 Sb., trestní zákoník.

Doporučení pro oblast hazardního hraní:

- nastavit systém zdanění hazardních her podle jejich rizikovosti, a to i rozlišením výše sazby daně podle toho, zda se daná hra provozuje v prostředí provozoven, nebo on-line,
- optimalizovat distribuci inkasa daně z hazardních her mezi obce a stát podle jejich typu (on-line hry vs. hry mimo internet),
- implementovat zákaz propagace hazardního hraní, včetně reklamy a sponzoringu (včetně omezení reklamy a propagace na sociálních sítích),
- stanovit jasná pravidla pro varování před riziky rozvoje hráčské poruchy v reklamě na hazardní hraní, v oblasti propagace a sponzorování,
- stanovit u technických her jasná pravidla pro ukazatele délky účasti na hazardní hře a přehledu čistých proher od aktivace uživatelského konta,
- zvážit zavedení povinnosti pro provozovatele předložit při žádosti o povolení hazardní hry analýzu rizika rozvoje hráčské poruchy s návrhem preventivních opatření,
- zavést preventivní opatření podle rizikovosti jednotlivých hazardních her, zejména zvýšit ochranu hráčů on-line her různých typů podle jejich rizikovosti z hlediska rozvoje hráčské poruchy,
- zvážit zavedení povinnosti pro provozovatele včas intervenovat u hráčů, kteří vykazují známky rozvoje hráčské poruchy.

11.3 Prevence a včasná identifikace rizik

Doporučení pro oblast prevence:

- stanovit roli resortů a dalších aktérů v oblasti prevence a jejich odpovědnost za realizaci opatření v této oblasti,
- podporovat vzdělávání pracovníků v oblasti prevence na všech úrovních (školních metodiků prevence, zdravotníků, sociálních pracovníků a dalších) a podpořit zařazení adiktologické problematiky do základního předatestačního vzdělávání všech lékařů,
- zvýšit dostupnost systematických dlouhodobých programů všeobecné prevence nejen ve školní populaci,
- zvýšit dostupnost systematických programů selektivní a indikované prevence u ohrožených skupin a jednotlivců,
- podporovat preventivní programy ve specifických skupinách a prostředích s vysokým rizikem negativních dopadů (v sociálně vyloučených lokalitách, nízkoprahových zařízeních pro děti a mládež, v prostředí zábavy, mezi mladými sportovci v riziku hráčské poruchy apod.),
- podporovat výzkum a evaluaci preventivních programů a intervencí,
- podporovat spolupráci jednotlivých aktérů v oblasti prevence na místní úrovni (prevence na komunitní úrovni),
- zavést a podporovat včasnou diagnostiku a realizaci krátkých intervencí ve zdravotnictví pro všechny formy závislostního chování,

- zavést a podporovat včasnou identifikaci závislostního chování mimo zdravotnictví (školy a školská zařízení, systém sociální péče, trestně právní systém) a navazujících intervencí,
- vytvořit model systému financování pro oblast prevence,
- obnovit systém zajištění kvality (certifikace kvality) programů v oblasti školské prevence a podporovat realizaci pouze ověřených preventivních programů.

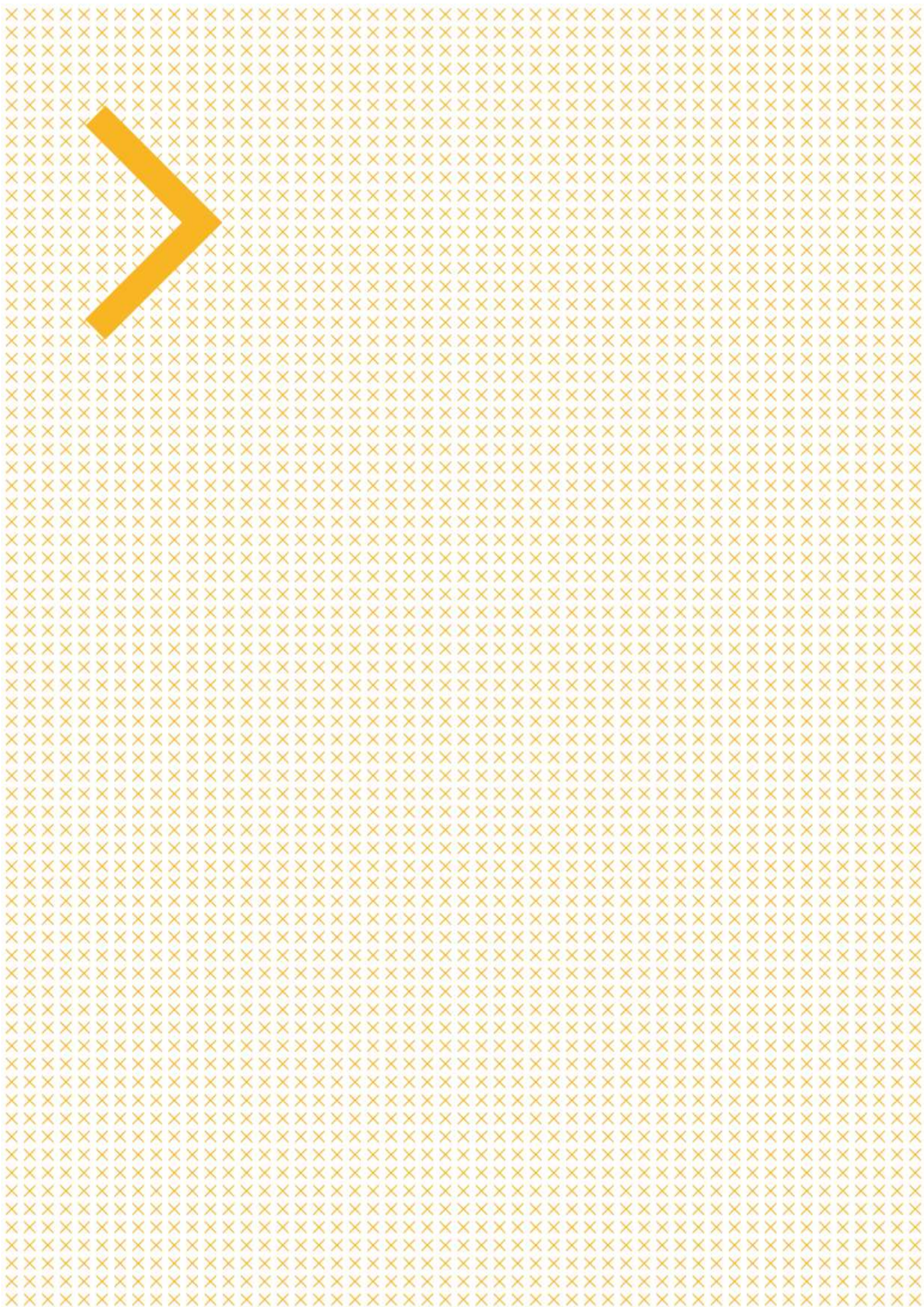
11.4 Síť adiktologických služeb

Doporučení pro oblast služeb pro uživatele návykových látek a osoby v riziku rozvoje hráčské poruchy:

- finančně a personálně zajistit stávající síť služeb a zajistit dostatečné prostředky na další rozvoj sítě adiktologických služeb,
- zajistit optimální (regionální) dostupnost a přístupnost existujících odborných adiktologických služeb různých typů, zejména těch s nedostatečnou kapacitou a/nebo dostupností (ambulanti léčba včetně psychiatrické péče, substituční léčba, detoxifikace, postpenitenciární péče, denní stacionáře atd.),
- rozšířit síť služeb a programů o nově řešená témata a cílové skupiny (multidisciplinární týmy, metoda case-managementu, peer programy, participativní programy, dětská a dorostová péče, housing first, podpora bydlení a zaměstnávání, služby pro seniory, služby pro rodiče s dětmi s adiktologickou zátěží, služby pro osoby se zdravotním handicapem, programy sociální stabilizace a služby pro pacienty s duální diagnózou atd.),
- zefektivnit systém a legislativní rámec pro poskytování služeb na zdravotně-sociálním pomezí, zvýšit vzájemnou dostupnost zdravotních a sociálních služeb a adiktologické péče ve věznicích,
- podporovat programy snižování rizik v prostředí věznic a zvyšovat jejich dostupnost,
- zajistit systém ověřování kvality (certifikace) odborné způsobilosti služeb,
- zvýšit koordinaci průchodu pacienta systémem léčby a služeb,
- podporovat realizaci léčebných a harm reduction programů založených na kontrole užívání návykových látek a závislostních produktů (programy kontrolované spotřeby, programy kontrolovaného podávání návykových látek),
- v zařízeních výchovně-léčebné péče definovat a vytvořit podmínky pro poskytování specializované adiktologické péče, vytvořit jednotné nástroje pro identifikaci adiktologického problému a zvyšovat vědomosti a kompetence v oblasti adiktologie mezi pracovníky v zařízeních výchovně-léčebné péče,
- navýšit kapacitu metadonových programů substituční léčby,
- zvýšit dostupnost léčby preparáty s obsahem buprenorfinu zvýšením počtu předepisujících lékařů a zvýšit finanční dostupnost preparátů s obsahem buprenorfinu, např. zjednodušením úhrady ze zdravotního pojištění, zvýšit dostupnost buprenorfinu v zařízeních výkonu vazby a trestu,
- navýšit počty testovaných na infekční choroby, zejména HIV a VHC v nízkoprahových, ale i dalších adiktologických programech; zvýšit dostupnost a přístupnost léčby VHC pro uživatele

drog; naplňovat cíle dokumentu *Eliminace virové hepatitidy typu C mezi uživateli drog v České republice* a sledovat indikátory kaskády péče o klienty s VHC,

- podporovat programy snižování rizik předávkování a fatálních dopadů předávkování včetně programů distribuce naloxonu,
- podpořit pilotní zavedení aplikačních místností, jejichž cílem je podchytit marginalizované rizikové uživatele drog a přivést je do kontaktu se službami a tím minimalizovat akutní rizika zdravotních komplikací a smrtelných následků předávkování,
- podporovat programy testování drog, které identifikují obsah látek a předcházejí tak zdravotním dopadům na jejich uživatele, včetně rizika úmrtí,
- zvýšit dostupnost léčby závislosti na tabáku v adiktologických službách,
- rozšiřovat nabídku pomoci poskytované on-line formou včetně využívání informačních a komunikačních technologií při práci s klientem (e-health, m-health).



Přílohy

Podrobný přehled výskytu závislostního chování a jeho dopadů v ČR

Výskyt závislostního chování v dospělé populaci

- > **17–23 %** populace ve věku 15+ let, tj. **1,5–2,1 mil.** osob, denně nebo téměř denně kouří cigarety
- > **5 %** populace užívá denně nebo příležitostně e-cigarety, **3 %** užívají v současnosti zahřívané tabákové výrobky
- > **10 %** osob ve věku 15+ let, tj. **800–980 tis.** osob, denně nebo téměř denně pije alkohol, **12–13 %** epizodicky pije nadměrné dávky alkoholu (60 g alkoholu a více při jedné příležitosti alespoň jednou týdně nebo častěji); tyto podíly jsou výrazně větší u mužů – denně nebo téměř denně pije alkohol téměř **3krát** větší podíl mužů než žen
- > **17–19 %** osob, tj. **1,5–1,7 mil.** osob, pije rizikově, v tom **9–10 %** populace (**800–900 tis.** osob) spadá do kategorie škodlivého pití alkoholu
- > **8–10 %** osob ve věku 15+ let užilo v posledních 12 měsících konopné látky, tj. odhadem **800–900 tis.** dospělých
- > **2,3 %** spadají do kategorie vysokého rizika vzniku problémů spojených s užíváním konopných látek, tj. přibližně **207 tis.** osob
- > **5–10 %** dospělé populace užilo v posledních 12 měsících konopné látky pro samoléčbu, tj. odhadem **400–900 tis.** osob, výhradně pro samoléčbu (tj. po vyloučení rekreačního užití) užila v posledních 12 měsících konopné látky **2–3 %**, tj. odhadem **160–240 tis.** dospělých
- > **1–4 %** dospělých osob užilo v posledních 12 měsících tzv. CBD konopí a CBD produkty (konopí s převahou nepsychoaktivního kanabidiolu a nízkým obsahem psychoaktivního THC)
- > **1 %** dospělých užilo někdy v posledních 12 měsících extázi, **1,5 %** halucinogenní houby, aktuální užívání pervitinu (nebo amfetaminů) a kokainu uvádí méně než **1 %** osob starších 15 let
- > **14–15 %** dospělých, tj. odhadem **1,25–1,45 mil.** osob, užilo v posledních 12 měsících léky se sedativním a hypnotickým účinkem a/nebo léky s obsahem opioidů užívané proti bolesti získané bez lékařského předpisu nebo je užilo v rozporu s doporučením lékaře nebo lékárníka
- > **0,65 %** populace ve věku 15–64 let, tedy **44,2 tis.** osob, užívá rizikově pervitin nebo opioidy, v tom **33,1 tis.** užívá rizikově pervitin, **6,4 tis.** buprenorfin, **3,3 tis.** heroin a **1,4 tis.** jiné opioidy
- > **42,2 tis.** osob užívá nelegální drogy injekčně
- > **35–50 %** dospělých starších 15 let hrálo v posledních 12 měsících hazardní hry, po vyloučení loterií hrálo hazardní hry v posledních 12 měsících **8–19 %** populace, hraní on-line uvádí **5–10 %** dospělých
- > **2–3 %** populace starší 15 let podle škály Lie/bet spadá do kategorie problémového hráčství (tj. přibližně **170–220 tis.** osob), z toho **1,0–1,5 %** (tj. **90–120 tis.** osob) spadá do kategorie vysokého rizika

Výskyt závislostního chování mezi dětmi a dospívajícími

- > **3 %** 11letých, **18 %** 13letých, **40 %** 15letých a **54 %** 16letých má zkušenost s kouřením cigaret v životě
- > **10–11 %** 13- až 16letých studentů uvádí pravidelné nebo denní kouření tabáku
- > **19,8 %** 16letých studentů užilo v posledních 30 dnech e-cigarety (bez ohledu na to, zda obsahovaly nikotin, nebo ne), obdobně **11,2 %** 13–15letých
- > **17 %** 11letých, **43 %** 13letých, **76 %** 15letých a **95 %** 16letých někdy v životě pilo alkohol (tj. vypilo alespoň jednu sklenici alkoholu), přibližně polovina z nich uvedla pití alkoholu v posledních 30 dnech

- **38,5 %** 16letých studentů pilo v posledních 30 dnech nadměrné dávky alkoholu (tj. 5 a více sklenic alkoholu při jedné příležitosti), **11,7 %** to v posledních 30 dnech udělalo 3krát nebo častěji
- **23,8 %** 16letých studentů užilo v posledních 12 měsících nelegální drogu, **23,1 %** užilo konopné látky, **3,5 %** sedativa bez předpisu, **3,3 %** těkavé látky, **2,6 %** užilo extázi, **1,1 %** halucinogenní houby, **1,9 %** LSD či jiné halucinogeny a přibližně **1 %** kokain či pervitin
- **12,4 %** 16letých studentů užilo nelegální drogu v posledních 30 dnech, **11,6 %** užilo konopnou a pouze **1,7 %** užilo nějakou nekonopnou nelegální drogu
- **9,2–10,5 %** 16letých studentů hrálo hazardní hry o peníze v posledních 12 měsících

Dopady užívání návykových látek a hazardního hraní

- **16–18 tis.** úmrtí je ročně způsobeno kouřením tabáku, v průměru připadá na 1 zemřelého kuřáka **15** ztracených let života
- **7 tis.** případů zhoubného novotvaru průdušnice, průdušek a plic (který je způsoben z převážné části kouřením) je ročně nově diagnostikováno, ročně zemře na rakovinu plic více než **5 tis.** osob
- **30 tis.** hospitalizací a přes **3 tis.** úmrtí je každoročně hlášeno pro chronickou obstrukční plicní nemoc (která je způsobena z převážné části kouřením)
- **6–7 tis.** úmrtí je ročně způsobeno pitím alkoholu, u **2 tis.** případů je alkohol hlavní nebo jedinou příčinou úmrtí, z toho intoxikace alkoholem tvoří **400–500** případů ročně; závislí na alkoholu umírají v průměru o **24** let dříve než běžná populace
- **13–14 tis.** hospitalizací je ročně hlášeno na nemoci zcela přiřaditelné alkoholu, z toho kolem **8 tis.** případů pro závislost na alkoholu, **4 tis.** pro alkoholické onemocnění jater a **1 tis.** pro alkoholickou pankreatitidu
- **96** lidí v r. 2020 zemřelo v důsledku smrtelných předávkování nelegálními drogami, těkavými látkami a psychoaktivními léky, z toho v **58** případech šlo o předávkování nelegálními drogami nebo těkavými látkami – ve **28** případech šlo o opioidy (včetně opioidních analgetik, jako je fentanyl, kodein, dihydrokodein, hydromorfon, oxycodon), ve **20** případech o pervitin, v **1** případě o amfetamin, **1** kokain a **1** GHB, **1** THC a ve **2** případech o těkavé látky
- **38** případů předávkování bylo v souvislosti s psychoaktivními léky, z toho ve **13** případech šlo o benzodiazepiny
- **150** případů úmrtí bylo identifikováno pod vlivem nelegálních drog a psychoaktivních léků z jiných příčin než předávkování, z toho nejvíce v důsledku nemocí, nehod a sebevražd
- **14** nově zjištěných případů HIV v r. 2020 bylo pravděpodobně v souvislosti s injekčním užíváním drog, dalších **5** osob mělo injekční užívání drog v anamnéze
- **800–1000** případů virové hepatitidy typu C je ročně hlášeno v Informačním systému infekční nemoci, z toho **400–500** případů mezi lidmi užívajícími drogy injekčně
- **37 %** dosahuje séroprevalence virové hepatitidy typu C mezi injekčními uživateli drog
- **14–15 tis.** případů hospitalizací je ročně hlášeno pro úraz pod vlivem návykových látek, v tom **13,5–14 tis.** osob pod vlivem alkoholu, **250** osob je ročně hospitalizováno pro úraz pod vlivem nelegálních drog, **150–200** osob pod vlivem psychoaktivních léků a **10–15** osob pod vlivem těkavých látek
- **4,5 tis.** dopravních nehod ročně je zapříčiněno pod vlivem alkoholu, **260** pod vlivem jiných drog
- **63 %** osob v riziku problémového hráčství trpělo v posledních 30 dnech před léčbou úzkostně-depresivní poruchou, dalších **20 %** vykazovalo zvýšené riziko této poruchy; pokus o sebevraždu uvedlo **22 %** hráčů

Sít' služeb pro klienty s problémem se závislostí

- **250–300** zařízení poskytuje specializované adiktologické služby, z nich je **55–60** nízkoprahových kontaktních center, **50** terénních programů, **90–100** ambulantních léčebných programů (z toho **10** programů pro děti a dorost), **10–15** detoxifikačních jednotek,

25–30 oddělení lůžkové zdravotní péče, **15–20** terapeutických komunit, **35–45** ambulantních doléčovacích programů (z nich **20–25** s chráněným bydlením) a **5–7** domovů se zvláštním režimem pro osoby závislé na návykových látkách; **60** zařízení hlásí pacienty v substituční léčbě a odhadem **600–700** praktických lékařů poskytuje substituční léčbu

- > **206** nízkoprahových, poradenských a léčebných programů má certifikaci odborné způsobilosti adiktologických služeb; **94** programů má certifikaci v oblasti školské primární prevence rizikového chování
- > **8,9** mil. ks stříkaček bylo v r. 2020 distribuováno mezi lidi užívající drogy injekčně (meziroční nárůst o **1,5** mil. ks)

Finance, trh, kriminalita

- > **2 297,5 mil. Kč** činily účelově určené výdaje na protidrogovou politiku bez započítání zdravotního pojištění (**1 866,6 mil. Kč** ze státního, **340,6 mil. Kč** z krajských a **90,3 mil. Kč** z obecních rozpočtů), z toho **52 %** tvořily výdaje na oblast prosazování práva v oblasti nelegálních drog, **16 %** na snižování rizik, **12 %** na léčbu uživatelů drog, **4 %** na prevenci, **5 %** na následnou péči, **6 %** na záchytné stanice a necelá **2 %** na koordinaci, výzkum a evaluaci
- > **938,0 mil. Kč** tvořily výdaje zdravotních pojišťoven na léčbu uživatelů návykových látek, z toho **113,4 mil. Kč** v ambulantní péči a **824,6 mil. Kč** v lůžkové péči; z celkové částky šlo **201,7 mil. Kč** na léčbu v oboru návykových nemocí a **6,7 mil. Kč** na léčbu v oboru adiktologie
- > **56,6 mld.** Kč tvoří celkové společenské náklady spojené s konzumací alkoholu; v relativním vyjádření dosáhly náklady na alkohol v ČR **1,2 %** HDP; v souvislosti s kouřením tabáku v ČR jsou uváděny společenské náklady ve výši **80–100 mld. Kč** ročně; společenské náklady související s nelegálními drogami v r. 2007 dosáhly **6,7 mld. Kč**; společenské náklady problémového hraní hazardních her v ČR byly v r. 2012 odhadnuty na **14,2–16,1 mld. Kč**
- > **60 mld. Kč** ročně vybere stát na spotřební dani z tabákových výrobků, což v r. 2020 odpovídalo **4 %** příjmů státního rozpočtu; z ceny cigaret je státu odvedeno přibližně **80 %**, přibližně **60 %** na spotřební dani a **21 %** na DPH
- > **13 mld. Kč** ročně vybere stát na spotřební dani z alkoholických nápojů: cca **8 mld. Kč** z lihovin, **4,5 mld. Kč** z piva a **0,4 mld. Kč** z vína a meziproductů
- > **23 miliard** kusů cigaret je ročně spotřebováno v ČR, což odpovídá v přepočtu cca **2 tis.** cigaret na 1 obyvatele, tj. cca **100** krabiček cigaret na 1 obyvatele, včetně dětí; na trhu je cca **5 tis.** různých tabákových výrobků určených ke kouření, z toho cca **490** značek cigaret
- > **166,7 l** alkoholu bylo spotřebováno v ČR v r. 2020 v přepočtu na 1 obyvatele, což odpovídá **9,7 l** čistého alkoholu na osobu
- > **45 mil.** doporučených denních dávek benzodiazepinů je ročně distribuováno do lékáren, přes **80 mil.** denních dávek sedativ ze skupiny Z-léků (z toho zolpidem 79 mil.), **52 mil.** denních dávek opioidních analgetik
- > **20,1** tuny konopných drog, **6,5** tuny pervitinu, **0,7** tuny heroinu, **1,0** tuna kokainu a **1,2** mil. tablet extáze se spotřebovalo v r. 2016
- > **33 mld. Kč** prohráli hráči v r. 2020 v hazardních hrách v ČR, do hry bylo vloženo **393 mld. Kč** a na výhrách bylo vyplaceno **360 mld. Kč**
- > **15 tis.** trestných činů (z celkového počtu 78 tis. objasněných trestných činů), tj. **16 %**, bylo spácháno pod vlivem návykových látek (z toho **68 %** pod vlivem alkoholu a **32 %** pod vlivem nealkoholových drog)
- > **3,3 tis.** osob bylo zadrženo, přibližně **3,8 tis.** stíháno, **2,8 tis.** obžalováno a **2,5 tis.** odsouzeno za tzv. primární drogové trestné činy
- > **167** indoor pěstíren konopí a **160** varen pervitinu bylo odhaleno v r. 2020
- > **645 kg** marihuany a **15 tis.** rostlin konopí bylo zachyceno v rámci trestního řízení, dále byl zachycen **1 kg** hašiše, **29 kg** pervitinu, **2,5 kg** kokainu, **250 g** heroinu, **89 tis.** tablet a **21 kg** extáze a **3,5 tis.** dávek LSD
- > **14** látek bylo hlášeno v Systému včasného varování před novými psychoaktivními látkami, z toho **5** vůbec poprvé

Vybrané stránky s drogovou tematikou na českém internetu

V následujícím seznamu jsou uvedeny vybrané stránky klíčových institucí a služeb v oblasti drog. Vyčerpávající seznam pomáhajících organizací je uveden v aplikaci Mapa pomoci na internetových stránkách <https://www.drogy-info.cz>.

Alkohol pod kontrolou – informační portál
Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze:
<https://www.alkoholpodkontrolou.cz>

Adiktologie – odborný časopis pro prevenci,
léčbu a výzkum závislostí (archiv, 2001–2015):
<https://www.medvik.cz>

Adiktologie – Professional Journal for the
Prevention, Treatment and Research Into
Addiction: <https://adiktologie-journal.eu>

Adiktologie v preventivní a léčebné praxi:
<https://www.aplp.cz>

Agentura pro sociální začleňování (Odbor pro
sociální začleňování Ministerstva pro místní
rozvoj): <https://www.socialni-zaclenovani.cz>

A.N.O. – Asociace nestátních organizací
(sdružuje adiktologické a sociální služby pro
osoby ohrožené závislostním chováním):
<http://www.asociace.org>

Anonymní alkoholici:
<https://www.anonymnialkoholici.cz>

Aplikace pro kompletní správu práce s klientem
v drogových službách – UniData:
<https://www.drogovaluzby.cz>

Asociace poskytovatelů sociálních služeb České
republiky: <https://www.apsscr.cz/>

Benzodiazepinová poradna (provozuje
SANANIM): <http://www.benzo.cz>

Celní správa České republiky:
<https://www.celnisprava.cz>

Centrum pro výzkum veřejného mínění
(Sociologický ústav AV ČR):
<https://cvvm.soc.cas.cz>

Česká asociace adiktologů:
<https://www.asociaceadiktologu.cz>

Česká asociace streetwork:
<http://www.streetwork.cz>

Česká asociace studentů adiktologie:
<http://www.addictology.net>

Česká lékařská společnost J. E. Purkyně:
<https://www.cls.cz>

Česká neuropsychofarmakologická společnost:
<http://www.cnps.cz>

Český statistický úřad: <https://www.czso.cz>

DaDA – Dětská a dorostová adiktologie (sekce
SNN ČLS JEP): <http://dada-info.cz>

Drogový informační server (provozuje
SANANIM): <https://www.drogy.net>

Drogová poradna (provozuje SANANIM):
<http://www.drogovalporadna.cz>

EXTC – webová poradna a prevence zneužívání
syntetických drog (provozuje Společnost
Podané ruce): <http://www.extc.cz>

Hygienická stanice hl. m. Prahy (Podpora zdraví
a zdravotní politika): <http://www.hygp Praha.cz>

Informace pro pracovníky a klienty terénních
programů a kontaktních center –
eDEKONTAMINACE (provozuje SANANIM):
<http://www.edekontaminace.cz>

Informační centrum OSN v Praze:
<https://www.osn.cz>

Institut pro kriminologii a sociální prevenci:
<http://www.ok.cz/iksp>

Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze:
<https://www.adiktologie.cz>

Ministerstvo spravedlnosti (oficiální server
českého soudnictví): <https://portal.justice.cz>

Ministerstvo práce a sociálních věcí:
<https://www.mpsv.cz>

Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy:
<https://www.msmt.cz>

Ministerstvo vnitra: <https://www.mvcr.cz>

Ministerstvo zdravotnictví: <https://www.mzcr.cz>

Národní linka pro odvykání
(800 35 00 00): <https://chciodvykat.cz>

Národní monitorovací středisko pro drogy
a závislosti: <https://www.drogy-info.cz>

Národní program HIV/AIDS v ČR (stránku
provozuje Státní zdravotní ústav):
<https://www.tadyted.eu>

Národní protidrogová centrála SKPV PČR (útvary Policie České republiky):

<https://www.policie.cz/narodni-protidrogova-centrala-skpv>

Národní stránky pro podporu odvykání kouření: <https://www.koureni-zabiji.cz>

Národní stránky pro podporu omezení konzumace alkoholu:

<https://www.alkohol-skodi.cz>

Národní stránky pro snížení rizik hazardního hraní: <https://www.hazardni-hrani.cz>

Národní ústav duševního zdraví:

<https://www.nudz.cz>

Národní pedagogický institut České republiky:

<https://www.npicr.cz>

Poslanecká sněmovna Parlamentu České republiky, Výbor pro zdravotnictví:

<https://www.psp.cz>

Prevence rizikového chování (Prevence-info.cz, projekt podporovaný Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy): <http://www.prevence-info.cz>

Probační a mediační služba České republiky:

<https://www.pmscr.cz>

Projekt RAS (Systémová podpora rozvoje adiktologických služeb v rámci integrované protidrogové politiky):

<https://www.rozvojadiktologickychsluzeb.cz/>

Psycare: <http://psycare.cz>

Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky: <http://rvkpp.vlada.cz>

Registr poskytovatelů sociálních služeb (Ministerstvo práce a sociálních věcí):

<http://iregistr.mpsv.cz>

Sdružení azylových domů v ČR – Síť aktérů pro domov: <https://sad-cr.cz>

SNASA – studie zaměřená na nadměrnou konzumaci alkoholu (dotazník, NUDZ):

<http://www.nudz-snasa.cz>

Společnost pro návykové nemoci České lékařské společnosti J. E. Purkyně:

<https://snncls.cz>

Společnost sociálních pracovníků ČR:

<http://socialnipracovnici.cz>

Státní agentura pro konopí pro léčebné použití (pracoviště SÚKL): <http://www.sakl.cz>

Státní ústav pro kontrolu léčiv (SÚKL):

<http://www.sukl.cz>

Státní zdravotní ústav: <http://www.szu.cz>

Ústav farmakologie 3. LF UK – Drogy a drogové závislosti: <https://www.lf3.cuni.cz>

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR:

<https://www.uzis.cz>

Vězeňská služba České republiky – Generální ředitelství: <https://www.vscr.cz>

Výzkumný ústav práce a sociálních věcí:

<https://www.vupsv.cz>

Zkratky

AA – Anonymní alkoholici	HH – hazardní hraní
AIDS – syndrom získané imunodeficiency (Acquired Immune Deficiency Syndrome)	HIV – virus lidské imunodeficiency (Human Immunodeficiency Virus)
A.N.O. – Asociace nestátních organizací poskytujících adiktologické a sociální služby pro osoby ohrožené závislostním chováním	HR – harm reduction
APSS ČR – Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky	INEP – vzdělávací kurz v oblasti prevence (Introduction to Evidence-based Prevention)
AT – alkohol, toxikomanie (označení zdravotnických zařízení zabývajících se léčbou závislostí)	KC – kontaktní centrum
CBD produkty – konopné produkty s převažujícím obsahem nepsychoaktivního kanabidiolu	KS – kurzové sázky
CS – Celní správa	LDI – lidé užívající drogy injekčně
ČSÚ – Český statistický úřad	LDR – lidé užívající drogy rizikově
DDD – doporučená denní dávka	LSD – diethylamid kyseliny lysergové
dg. – diagnóza	MD – ministerstvo dopravy
DPH – daň z přidané hodnoty	MDMA – methylen-dioxy-methamfetamin (extáze)
DTČ – drogový trestný čin / drogová trestná činnost	MF – ministerstvo financí
eHealth – elektronické zdravotnictví, systematické využití informačních a komunikačních technologií ve zdravotnictví	mHealth – mobilní zdravotnictví, oblast elektronického zdravotnictví (eHealth), poskytování zdravotnických služeb a informací pomocí mobilní technologie (např. mobilní telefony), využívá bezdrátové technologie
EHIS – Evropské šetření o zdraví (European Health Interview Survey)	MK – ministerstvo kultury
EMCDDA – Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction)	MO – ministerstvo obrany
ESPAD – Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs)	MPK – místní protidrogový koordinátor
EU – Evropská unie	MPO – ministerstvo průmyslu a obchodu
FCTC – Rámcová úmluva Světové zdravotnické organizace o kontrole tabáku (Framework Convention on Tobacco Control)	MPSV – ministerstvo práce a sociálních věcí
GHB/GABA – gama-hydroxybutyrát / gama-aminomáselná kyselina, tzv. tekutá extáze, anestetikum s pseudosteroidními vlastnostmi	MS – ministerstvo spravedlnosti
GHB/GBL – gama-hydroxybutyrát / gama-butyrolakton	MŠMT – ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy
HBSC – studie Health Behaviour in School-aged Children	MV – ministerstvo vnitra
	MZ – ministerstvo zdravotnictví
	MZe – ministerstvo zemědělství
	NAUTA – Národní výzkum užívání tabáku a alkoholu
	NL – návyková látka
	NMS – Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti
	NNO – nestátní nezisková(é) organizace
	NRHZS – Národní registr hrazených zdravotních služeb
	NRLUD – Národní registr léčby uživatelů drog
	OPL – omamná a psychotropní látka (právní výraz)
	OZV – obecně závazná vyhláška

PPP – pedagogicko-psychologická poradna	VFN – Všeobecná fakultní nemocnice v Praze
RAS – projekt Systémová podpora rozvoje adiktologických služeb v rámci integrované protidrogové politiky (projekt RAS)	VHB – virová hepatitida typu B
RIA – Hodnocení dopadů regulace (Regulatory Impact Assessment)	VHC – virová hepatitida typu C
RVKPP – Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky	VS ČR – Vězeňská služba ČR
SEPA – Systém evidence preventivních aktivit	VZP – Všeobecná zdravotní pojišťovna
sRVKPP – sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky	WHO – Světová zdravotnická organizace (World Health Organization)
SŠ – střední škola	ZHH – zákon č. 186/2016 Sb., o hazardních hrách
SÚKL – Státní ústav pro kontrolu léčiv	ZL – zákon č. 378/2007 Sb., o léčivech
ŠMP – školní metodik prevence	ZNL – zákon č. 167/1998 Sb., o návykových látkách
TČ – trestný čin / trestná činnost	ZOZNL – zákon č. 65/2017 Sb., o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek
TH – technická hra	ZŠ – základní škola
THC – delta-9-tetrahydrokanabinol	ŽH – živá (kasinová) hra
TK – terapeutická komunita	
TP – terénní program	
TZ – zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník	
ÚV ČR – Úřad vlády České republiky	
ÚZIS – Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR	

Seznam tabulek

tabulka 1: Výskyt rizikových forem závislostního chování v populaci ČR starší 15 let	10
tabulka 2: Úmrtí způsobená ročně užíváním návykových látek v populaci ČR	11
tabulka 3: Odhad počtu osob ročně v kontaktu s adiktologickými službami a v léčbě závislosti v ČR....	11
tabulka 4: Odhad společenských nákladů v souvislosti se závislostním chováním v ČR.....	12
tabulka 5-1: Silné a slabé stránky oboru adiktologie podle Koncepce rozvoje adiktologických služeb..	36

Seznam grafů

graf 2-1: Spotřeba alkoholických nápojů v litrech etanolu v přepočtu na 1 obyvatele a inkaso spotřební daně v mld. Kč podle druhu nápojů v r. 2019	18
graf 3-1: Struktura výdajů na politiku v oblasti závislostí z veřejných rozpočtů v r. 2020	26
graf 3-2: Vývoj objemu výdajů na politiku v oblasti závislostí z veřejných rozpočtů v l. 2016–2020.....	26
graf 3-3: Struktura výdajů z veřejných rozpočtů podle kategorií služeb v r. 2020	27
graf 4-1: Zaměření preventivních programů podle typů chování ve školním roce 2019/2020, v %.....	30
graf 5-1: Počty osob v kontaktu s nízkoprahovými programy v l. 2006–2020, dle typu užívané látky.....	37
graf 5-2: Počet programů realizujících výměnný program, počet vydaných jehel a stříkaček (v tis.) a počet lidí užívajících drogy injekčně (v tis.) v l. 2003–2020	38
graf 5-3: Struktura klientů ambulantních adiktologických programů podle typu užívané látky v r. 2020	39
graf 5-4: Počet pacientů v substituční léčbě hlášených do NRLUD v l. 2002–2020	40
graf 5-5: Struktura klientů rezidenčních adiktologických programů podle typu užívané látky v r. 2020	41
graf 6-1: Trendy v prevalenci kouření cigaret mezi 16letými studenty – studie ESPAD 1995–2019, v %	46
graf 6-2: Trendy v prevalenci denního kouření v dospělé populaci (starší 15 let) podle pohlaví – srovnání studií z let 2012–2020, v % (Národní výzkum užívání návykových látek, Evropské výběrové šetření o zdraví, Národní výzkum užívání tabáku a alkoholu).....	47
graf 6-3: Počet osob léčených pro základní diagnózu závislosti na tabáku hlášených do NRHZS v l. 2010–2020.....	49
graf 7-1: Trendy v pití alkoholu mezi 16letými studenty v posledních 30 dnech v l. 1995–2019 – studie ESPAD, v %.....	52
graf 7-2: Denní nebo téměř denní konzumace alkoholu v dospělé populaci (starší 15 let) – srovnání studií z let 2008–2020, v % (Národní výzkum užívání návykových látek, Evropské výběrové šetření o zdraví, Národní výzkum užívání tabáku a alkoholu).....	53
graf 7-3: Počet pacientů léčených pro poruchy způsobené užíváním alkoholu (dg. F10) v ambulantní a rezidenční psychiatrické péči v l. 2010–2020, NRHZS.....	55
graf 8-1: Prevalence zneužívání psychoaktivních léků (sedativ, hypnotik a opioidních analgetik) v obecné populaci ve věku 15+ let v posledních 12 měsících – srovnání studií z l. 2012–2020, v % (Národní výzkum užívání návykových látek, Evropské výběrové šetření o zdraví, Národní výzkum užívání tabáku a alkoholu).....	60
graf 8-2: Počet léčených pro poruchy chování způsobené užíváním sedativ nebo hypnotik (dg. F13) v ambulantní a rezidenční péči v l. 2010–2020, dle NRHZS.....	62

graf 9-1: Vývoj celoživotních zkušeností s nelegálními drogami mezi 16letými studenty v l. 1995–2019 – studie ESPAD, v %	66
graf 9-2: Prevalence užití konopných látek v obecné populaci ve věku 15–64 let a populaci mladých dospělých (15–34 let) v posledních 12 měsících – srovnání studií z l. 2008–2020, v % (Národní výzkum užívání návykových látek, Výzkum názorů a postojů občanů České republiky k otázkám zdravotnictví a k problematice zdraví, Prevalence užívání drog v populaci ČR).....	67
graf 9-3: Střední hodnoty prevalenčních odhadů problémového užívání pervitinu a opioidů provedených multiplikační metodou za použití dat z nízkoprahových programů v l. 2003–2020	68
graf 9-4: Smrtelná předávkování benzodiazepiny, nelegálními drogami a těkavými látkami ve speciálním registru v l. 2001–2020.....	69
graf 9-5: Počty osob stíhaných, obžalovaných a odsouzených za primární drogové trestné činy v l. 2008–2020.....	70
graf 9-6: Počet pacientů léčených pro poruchy způsobené užíváním nelegálních drog v ambulantní a rezidenční psychiatrické péči v l. 2010–2020, NRHZS.....	71
graf 10-1: Hraní hazardních her na internetu a mimo internet mezi 16letými studenty v l. 2015–2019 – studie ESPAD, v %.....	74
graf 10-2: Prevalence hraní hazardních her (bez loterií) v populaci ve věku 15+ let v posledních 12 měsících – srovnání studií z l. 2012–2020, v % (Národní výzkum užívání návykových látek, Výzkum názorů a postojů občanů ČR k otázkám zdravotnictví a k problematice zdraví, Prevalence užívání drog v populaci ČR)	74
graf 10-3: Vývoj počtu pacientů s hráčskou poruchou v zařízeních psychiatrické péče v l. 2010–2019..	76

Seznam obrázků

obrázek 5-1: Síť adiktologických služeb v České republice – typologie služeb.....	35
obrázek 6-1: Rizikové kontinuum různých tabákových a nikotinových výrobků.....	45
obrázek 9-1: Pořadí drog na základě jejich celkového skóre škodlivosti pro uživatele a jejich okolí	65

Seznam map

mapa 6-1: Předčasná úmrtnost související s kouřením tabáku v ČR ve věku 25–64 let, muži a ženy, SMR	47
mapa 7-1: Předčasná úmrtnost související alkoholem v ČR ve věku 25–64 let, muži a ženy, SMR.....	54

Zdroje

1. Mravčík V, Chomynová P, Grohmannová K. Veřejnozdravotní význam užívání návykových látek. *Hygiena*. 2019;64 (1):21-6.
2. Gakidou E, Afshin A, Abajobir AA, Abate KH, Abbafati C, Abbas KM, et al. Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet*. 2017;390(10100):1345-422.
3. Lim SS, Vos T, Flaxman AD, Danaei G, Shibuya K, Adair-Rohani H, et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2012;380(9859):2224-60.
4. Miovský M. Positive effects of moderate alcohol use on human health: The futile search for a third side of the coin. *Adiktologie*. 2017;17(2):148-60.
5. Griswold MG, GBD 2016 Alcohol Collaborators. Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet*. 2018;392(10152):1015-35.
6. Kűfner H, Casati A, Pfeiffer-Gerschel T. Conceptualization of a Methodology for Monitoring the Misuse of Medicines in Europe (EMCDDA tender CT.10.EPI.058.1.0) - draft report dated 4 March 2011. Munich: IFT – Institut für Therapieforschung, 2011.
7. Mravčík V, Chomynová P, Grohmannová K, Rous Z. Hazardní hry a jejich rizikovost z hlediska rozvoje problémového hráčství. *Časopis lékařů českých*. 2020;159 (5):196-202.
8. World Health Organisation. WHO report on the global tobacco epidemic, 2008: The MPOWER Package. World Health Organization: 2008.
9. World Health Organization. MPOWER 2021 [cited 2021 3. 9.]. Available from: <https://www.who.int/initiatives/mpower>.
10. World Health Organization. The SAFER technical package: five areas of intervention at national and subnational levels. Geneva. Geneva: World Health Organization; 2019.
11. Barták M, Petruželka B, Gavurová B, Šejvl J, Rolová G, Fidesová H, et al. Uplatnění iniciativy WHO SAFER pro snížení škod souvisejících s alkoholem v České republice. Praha: World health organisation, Klinika adiktologie 1.LF UK, Státní zdravotní ústav; 2019 2019.
12. Gabrhelík R, Fialová H, Miovský M. Introduction To Evidence-Based Prevention (INEP). 2020.
13. Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky. Vyhodnocení dotačního programu Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky 2020. Praha: Úřad vlády ČR, 2021.
14. Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN. On-line systém evidence preventivních aktivit (SEPA) zpracováno NMS, nepublikováno 2021 [31 August 2021]. Available from: <https://www.preventivni-aktivity.cz/>.
15. Pavlas Martanová V. Standardy odborné způsobilosti poskytovatelů programů školské primární prevence rizikového chování. Praha: Univerzita Karlova v Praze & Togga. 2012.
16. Miovský M, et al. Prevence rizikového chování ve školství. Miovský M, editor. Praha: Nakladatelství Lidové noviny/Univerzita Karlova; 2015.
17. Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti. Zpracování závěrečných zpráv k dotačnímu řízení RVKPP za rok 2020. Nepublikováno, 2021.
18. Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, Společnost pro návykové nemoci ČLS JEP, Česká asociace adiktologů, Asociace nestátních organizací poskytujících adiktologické a

sociální služby pro osoby ohrožené závislostním chováním, Asociace poskytovatelů sociálních služeb, Odborná společnost pro prevenci rizikového chování. Koncepce rozvoje adiktologických služeb. Praha: Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, 2021.

19. WHO, UNODC, UNAIDS. The WHO, UNODC, UNAIDS Technical Guide for Countries to Set Targets for Universal Access to HIV Prevention, Treatment and Care for IDUs - 2012 revision. Geneva, Switzerland: WHO, 2013.
20. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Údaje ze statistického zjišťování MZ – výkazy ambulantních zařízení oboru psychiatrie, detoxifikace a záchytných stanic. Nepublikováno, 2021.
21. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Údaje z Národního registru léčby uživatelů drog. Nepublikováno, 2021.
22. Mravčík V. Dotazníková studie Lékaři ČR 2020 se zaměřením na problematiku závislostí. Praha: Úřad vlády ČR; 2021.
23. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Údaje z Národního registru hrazených zdravotních služeb. Nepublikováno, 2021.
24. MŠMT. Údaje o specializovaných odděleních pro děti ohrožené drogovou závislostí v pobytových zařízeních speciálního školství. Nepublikováno, 2021.
25. Generální ředitelství Vězeňské služby ČR. Vyhodnocení činnosti VS ČR v protidrogové politice za rok 2019. 2020.
26. Generální ředitelství Vězeňské služby ČR. Vyhodnocení činnosti VS ČR v protidrogové politice za rok 2020. 2021.
27. Abrams DB, Glasser AM, Pearson JL, Villanti AC, Collins LK, Niaura RS. Harm Minimization and Tobacco Control: Reframing Societal Views of Nicotine Use to Rapidly Save Lives. *Annual review of public health*. 2018;39:193-213.
28. Nutt DJ, Phillips LD, Balfour D, Curran HV, Dockrell M, Foulds J, et al. Estimating the Harms of Nicotine-Containing Products Using the MCDA Approach. *European Addiction Research*. 2014;20(5):218-25.
29. Hallingberg B, Maynard OM, Bauld L, Brown R, Gray L, Lowthian E, et al. Have e-cigarettes renormalised or displaced youth smoking? Results of a segmented regression analysis of repeated cross sectional survey data in England, Scotland and Wales. *Tobacco Control*. 2020;29(2):207.
30. Pesko M, Warman C. Re-exploring the early relationship between teenage cigarette and e-cigarette use using price and tax changes. *SSRN*. 2021.
31. Chomynová P, Csémy L, Mravčík V. Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD) 2019. *Zaostřeno*. 2020;6(5):1-20.
32. Chomynová P, Mravčík V. Národní výzkum užívání návykových látek 2020. *Zaostřeno*. 2021;7(5):1-20.
33. Csémy L, Dvořáková Z, Fialová A, Kodl M, Malý M, Skývová M. Národní výzkum užívání tabáku a alkoholu v České republice 2020 (NAUTA). Praha: Státní zdravotní ústav, 2021. Report No.
34. Mravčík V, Chomynová P, Grohmannová K, Janíková B, Černíková T, Rous Z, et al. Zpráva o tabákových, nikotinových a souvisejících výrobcích v České republice 2021. Praha: Úřad vlády České republiky; 2021.
35. Sovinová H, Kostelecká L. Global Youth Tobacco Survey (GYTS): Czech Republic 2016 Country Report. Praha: Státní zdravotní ústav, 2018. Report No.
36. Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti, Generální ředitelství Vězeňské služby ČR. Dotazníková studie užívání návykových látek mezi vězni ve výkonu trestu odnětí svobody v r. 2020. Nepublikováno, 2021.

37. Peto R, Lopez AD, Pan H, Boreham J, Thun M. Mortality from Smoking in Developed Countries 1950-2020. Geneva: International Union Against Cancer (UICC), 2006.
38. Reitsma MB, Fullman N, Ng M, Salama JS, Abajobir A, Abate KH, et al. Smoking prevalence and attributable disease burden in 195 countries and territories, 1990–2015: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. *The Lancet*. 2017;389(10082):1885-906.
39. Kázmér L, Baroš A, Hanzal J, Kulhánová I. Mapování onemocnění – Prostorové nerovnosti v předčasné úmrtnosti související s užíváním legálních návykových látek, Česko, 2001–2015 / Mapping Disease – Spatial Inequalities of Premature Mortality Related to Licit Substance Use, Czechia, 2001–2015. Klecany: Národní ústav duševního zdraví; 2020.
40. Český statistický úřad. Vydání a spotřeba domácností statistiky rodinných účtů - 2016. Praha: Český statistický úřad, 2017 2020. Report No.
41. Český statistický úřad. Spotřební výdaje domácností - 2019. Praha: Český statistický úřad, 2020 2020. Report No.
42. Králíková E, Češka R, Pánková A, Štěpánková L, Zvolská K, Felbrová V, et al. Doporučení pro léčbu závislosti na tabáku. *Vnitř Lék*. 2015;61(5, Suppl 1):1S4–1S15.
43. Rehm J. The risks associated with alcohol use and alcoholism. *Alcohol research & health : the journal of the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism*. 2011;34(2):135-43.
44. Connor J. Alcohol consumption as a cause of cancer. *Addiction*. 2017;112(2):222-8.
45. Goel S, Sharma A, Garg A. Effect of Alcohol Consumption on Cardiovascular Health. *Current cardiology reports*. 2018;20(4):19.
46. Rehm J, Shield KD, Gmel G, Rehm MX, Frick U. Modeling the impact of alcohol dependence on mortality burden and the effect of available treatment interventions in the European Union. *European Neuropsychopharmacology*. 2013;23(2):89-97.
47. World Health Organization. Status report on alcohol consumption, harm and policy responses in 30 European countries 2019. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2019.
48. Univerzita Palackého v Olomouci. České děti už nepatří mezi největší konzumenty tabáku a marihuany. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2019 2019. Report No.
49. Mravčík V, Chomynová P, Grohmannová K, Janíková B, Černíková T, Rous Z, et al. Zpráva o alkoholu v České republice 2021. Praha: Úřad vlády České republiky; 2021.
50. Švarcová Z. Konzumace alkoholu těhotnými ženami – pilotní studie [Bc.]: Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, studijní program: porodní asistence; 2021.
51. Jakubíková O. Návykové látky v těhotenství (alkohol, tabák) [Mgr.]. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 1. LF UK; 2017.
52. Kohoutová I. Odhad vlivu konzumace alkoholu na úmrtnost v České republice. *Adiktologie*. 2013;13(1)(1):14-23.
53. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Údaje z informačního systému Zemřelí ČSÚ. Nепublikováno, 2021.
54. Nechanská B, Drbohlavová B, Csémy L. Struktura mortality osob ústavně léčených pro poruchy vyvolané alkoholem v ČR v letech 1994–2013. *Adiktologie*. 2017;17(2):84–91.
55. Nešpor K, Csémy L. Domácí násilí a alkohol. *Čes slov Psychiat*. 2005;101(3):174 - 5.
56. Dvořáčková J. Analýza existujících výzkumů v ČR v oblasti partnerského násilí Praha: Úřad vlády ČR; 2017 [9 Aug 2021]. Available from: http://www.vlada.cz/assets/ppov/rovne-prilezitosti-zen-a-muzu/dokumenty/Metaanaliza_final.pdf.

57. Ředitelství služby dopravní policie Policejního prezidia ČR. INFORMACE o nehodovosti na pozemních komunikacích v České republice v roce 2020 Praha: Ředitelství služby dopravní policie Policejního prezidia ČR; 2021 [updated 8 January 2021; cited 2021 30 August]. Available from: <https://www.policie.cz/soubor/informace-o-nehodovosti-prosinec-2020-pdf.aspx>.
58. Ministerstvo spravedlnosti ČR. Přehled o počtech osob stíhaných, obžalovaných a odsouzených za trestný čin podávání alkoholických nápojů dítěti v l. 2008–2020. Nepublikováno, 2021.
59. Policejní prezidium ČR. Statistické přehledy kriminality v r. 2020 (ESSK). Praha: Policejní prezidium ČR, 2021.
60. Ministerstvo zdravotnictví ČR. Přehled přestupků podle zákona č. 65/2017 Sb., o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek – 2020. 2021.
61. Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti, INRES-SONES. Lékaři České republiky 2020 - Substituční léčba, krátké intervence, problémové užívání návykových látek a patologické hráčství mezi pacienty. Nepublikováno, 2021.
62. Vallance K, Stockwell T, Pauly B, Chow C, Gray E, Krysowaty B, et al. Do managed alcohol programs change patterns of alcohol consumption and reduce related harm? A pilot study. *Harm Reduct J.* 2016;13(1).
63. Stockwell T, Pauly B, Chow C, Erickson RA, Krysowaty B, Roemer A, et al. Does managing the consumption of people with severe alcohol dependence reduce harm? A comparison of participants in six Canadian managed alcohol programs with locally recruited controls. *Drug Alcohol Rev.* 2018;37 Suppl 1:S159-S66.
64. Pauly B, Brown M, Evans J, Gray E, Schiff R, Ivsins A, et al. "There is a Place": impacts of managed alcohol programs for people experiencing severe alcohol dependence and homelessness. *Harm Reduct J.* 2019;16(1).
65. Kűfner H, Casati A, Pfeiffer-Gerschel T. Conceptualization of a Methodology for Monitoring the Misuse of Medicines in Europe (EMCDDA tender CT.10.EPI.058.1.0). Munich: IFT – Institut für Therapieforchung, 2011.
66. Casati A, Sedefov R, Pfeiffer-Gerschel T. Misuse of medicines in the European Union: a systematic review of the literature. *Eur Addict Res.* 2012;18(5):228-45.
67. Pecinovská O, editor Závislost na lécích. Seminář na 3 LF UK; 2021 6 April 2021.
68. Chomynová P, Dolejš M, Suchá J. Vybrané položky dotazníku ESPAD pro studii zaměřenou na hraní digitálních her mezi adolescenty. Nepublikováno: 2019 2019. Report No.
69. Konečný M. Užívání návykových sedativ a hypnotik v České republice a syndrom závislosti na těchto lécích z pohledu konziliárního psychiatra. *Psychiatrie pro praxi 2017.* 2017;18(3):135-9.
70. Mravčík V, Chomynová P, Grohmannová K, Janíková B, Rous Z, Grolmusová L, et al. Zpráva o problematickém užívání psychoaktivních léků v České republice 2021. Praha: Úřad vlády České republiky; 2021.
71. Kubová K, Franc A, Vysloužil J, Šaloun J, Vetchý D. New approach for detoxification of patients dependent on benzodiazepines and Z-drugs for reduction of psychogenic complications. *Ceska a Slovenska farmacie : casopis Ceske farmaceuticke spolecnosti a Slovenske farmaceuticke spolecnosti.* 2019;68(4):139-47.
72. Bourcier E, Korb-Savoldelli V, Hejblum G, Fernandez C, Hindlet P. A systematic review of regulatory and educational interventions to reduce the burden associated with the prescriptions of sedative-hypnotics in adults treated for sleep disorders. *PLoS one.* 2018;13(1):e0191211-e.
73. Ford C, Law F. Doporučení k užívání a snižování míry zneužívání benzodiazepinů a dalších hypnotik a anxiolytik. Praha: Úřad vlády ČR; 2021.

74. Gakidou E, Afshin A, Abajobir AA, Abate KH, Abbafati C, Abbas KM, et al. Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet*. 2017;390(10100):1345-422.
75. Degenhardt L, Whiteford HA, Ferrari AJ, Baxter AJ, Charlson FJ, Hall WD, et al. Global burden of disease attributable to illicit drug use and dependence: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2013;382(9904):1564-74.
76. Degenhardt L, Hall W. Extent of illicit drug use and dependence, and their contribution to the global burden of disease. *Lancet*. 2012;379(9810):55-70.
77. Nutt DJ, King LA, Phillips LD. Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis. *Lancet*. 2010;376(9752):1558-65.
78. van Amsterdam J, Opperhuizen A, Koeter M, van den Brink W. Ranking the harm of alcohol, tobacco and illicit drugs for the individual and the population. *Eur Addict Res*. 2010;16(4):202-7.
79. Taylor M, Mackay K, Murphy J, McIntosh A, McIntosh C, Anderson S, et al. Quantifying the RR of harm to self and others from substance misuse: results from a survey of clinical experts across Scotland. *BMJ open*. 2012;2(4).
80. Mravčík V, Chomynová P, Grohmannová K, Janíková B, Černíková T, Rous Z, et al. Zpráva o nelegálních drogách v České republice 2021. Praha: Úřad vlády České republiky; 2021.
81. Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti. Prevalenční odhady problémových uživatelů drog multiplikační metodou z dat nízkoprahových zařízení v r. 2020. Nепublikováno, 2021.
82. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Údaje z Národního registru pitev a toxikologických vyšetření prováděných na oddělení soudního lékařství. Nепublikováno, 2021.
83. Zábanský T, Běláčková V, Štefunková M, Vopravil J, Langrová M. Společenské náklady užívání alkoholu, tabáku a nelegálních drog v ČR v roce 2007. Praha: Centrum adiktologie Psychiatrické kliniky 1. LF UK v Praze; 2011 2011.
84. Mravčík V, Chomynová P, Grohmannová K, Janíková B, Černíková T, Rous Z, et al. Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2019. Praha: Úřad vlády České republiky; 2020.
85. Ministerstvo spravedlnosti ČR. Přehled o stíhaných, podezřelých, obžalovaných a obviněných osobách v r. 2020. Nепublikováno, 2021.
86. Ministerstvo spravedlnosti ČR. Přehled o pravomocně odsouzených osobách v r. 2020. Nепublikováno, 2021.
87. Blaszczynski A, Nower L. A pathways model of problem and pathological gambling. *Addiction*. 2002;97(5):487-99.
88. Abbott M, Binde P, Hodgins D, Korn D, Pereira A, Volberg R, et al. Conceptual Framework of Harmful Gambling: An International Collaboration. Guelph, Ontario, Canada.: The Ontario Problem Gambling Research Centre (OPGRC), 2013.
89. Vacek J. Jak snížit či zamezit vzniku škod způsobených hazardním hráčstvím. Praha: Úřad vlády ČR, v tisku, 2014.
90. Williams RJ, West BL, Simpson RI. Prevention of Problem Gambling: A Comprehensive Review of the Evidence, and Identified Best Practices. Report prepared for the Ontario Problem Gambling Research Centre and the Ontario Ministry of Health and Long Term Care. 2012 October 1, 2012. Report No.
91. Neal P, Delfabbro P, O'Neil M. Problem gambling and harm: Towards a national definition. Victoria. Dept. of Justice. Office of Gaming and Racing, Australia. Ministerial Council on Gambling, University of Adelaide. Dept. of Psychology, Gambling Research Australiae, 2005.

92. Richard DCS, Humphrey J. The Conceptualization and Diagnosis of Disordered Gambling. In: Richard DCS, Blaszczynski A, Nower L, editors. The Wiley-Blackwell Handbook of Disordered Gambling. Chichester: John Wiley & Sons, Ltd; 2014. p. 1-25.
93. Griffiths M. Problem gambling in Europe: An overview. Nottingham: International gaming research unit, Nottingham Trent University, 2009.
94. Humphreys BR, Perez L. Participation in Internet Gambling Markets: An International Comparison of Online Gamblers' Profiles. *Journal of Internet Commerce*. 2012;11(1):24-40.
95. Volberg RA, Williams RJ. Epidemiology: An International Perspective. In: Richard DCS, Blaszczynski A, Nower L, editors. The Wiley-Blackwell Handbook of Disordered Gambling. Chichester: John Wiley & Sons, Ltd; 2014. p. 26-48.
96. Wood RT, Williams RJ. Internet gambling: Prevalence, patterns, problems, and policy options. Final report prepared for the Ontario Problem Gambling Research Centre, Guelph, Ontario. 2009.
97. Ejova A, Licehammerová, S., Chomynová, P., Leštinová, Z. T., & Mravčík, V. The Risks of Online Gambling for Younger Males: Insights from Czech National Surveys. In: Pascaline Lorentz DS, Monika Metykova, & Michelle Wright, editor. Living in the Digital Age: Self-Presentation, Networking, Playing and Participating in Politics. Brno: Masaryk University Press; 2015.
98. Bonnaire C. Internet gambling: what are the risks? *Encephale*. 2012;38(1):42-9.
99. Mravčík V, Rous Z, Chomynová P, Grohmannová K, Janíková B, Černíková T, et al. Zpráva o hazardním hraní v České republice 2021. Praha: Úřad vlády České republiky; 2021.
100. Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti, ppm factum research. Patologičtí hráči v léčbě 2019 – analýza výsledků studie. Nепublikováno, 2020.
101. Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti, INRES-SONES. Výzkum názorů a postojů občanů k problematice zdravotnictví a zdravého způsobu života v r. 2020. Nепublikováno, 2021. Report No.
102. Janíková B, Nechanská B. Sčítání adiktologických služeb 2020. *Zaostřeno*. 2021;7(3):1-20.

Souhrnná zpráva o závislostech v České republice 2021

Tato zpráva je první souhrnnou zprávou Národního monitorovacího střediska pro drogy a závislosti o závislostním chování v České republice.

Zpráva komplexně shrnuje situaci v oblasti tabákových a nikotinových výrobků, alkoholu, problematického užívání psychoaktivních léků, nelegálních drog i hazardního hraní v ČR. Přináší souhrnné informace o fenoménu závislostí v celé šíři a obsahuje informace o trhu a nabídce, legislativním rámci, národní strategii a politice v oblasti závislostí, shrnuje informace z populačních i dalších výběrových studií, data ze zdravotnické statistiky týkající se dopadů užívání různých návykových látek a nelátkových závislostí i data týkající se léčby závislostí. Na jednom místě tak shrnuje výstupy z různých informačních zdrojů – a to jak rutinně sbíraná jednotlivými institucemi, tak nárazově realizované studie.

Součástí zprávy jsou také doporučení, která vycházejí ze slabých míst stávajícího systému identifikovaných v rámci komplexního monitoringu rozsahu závislostního chování, jeho dopadů a existujících opatření současné politiky v oblasti závislostí.

Zdrojem informací v této souhrnné zprávě jsou dílčí tematické zprávy a zdroje jednotlivých informací, které jsou podle citačních standardů uvedeny v tematických zprávách:

- > Zpráva o tabákových, nikotinových a souvisejících výrobcích v České republice 2021
- > Zpráva o alkoholu v České republice 2021
- > Zpráva o problematickém užívání psychoaktivních léků v České republice 2021
- > Zpráva o nelegálních drogách v České republice 2021
- > Zpráva o hazardním hraní v České republice 2021

Souhrnnou zprávu o závislostech v České republice 2021 vydává Úřad vlády České republiky – Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti. Distribuci zajišťuje vydavatel. Elektronická verze je k dispozici na webových stránkách NMS www.drogy-info.cz, kde jsou dostupné všechny dosud vydané zprávy a další publikace.

Vydal Úřad vlády České republiky
nábřeží Edvarda Beneše 4, 118 01 Praha 1
(www.vlada.cz)

Neprodejné

ISBN 978-80-7440-293-7

