

Doporučení PS NERV v oblasti prevence a zlepšování zdravotního stavu

EXEKUTIVNÍ SHRNUÍ

Zdravotní stav obyvatel ČR je významně horší než v zemích západní Evropy, což má významný dopad na náklady na zdravotnictví a sociální systém a dále zhoršuje dostupnost a produktivitu pracovní síly. Tento fakt se stává obzvláště aktuálním v době stárnutí obyvatelstva a potřebného odsunutí věku odchodu do důchodu.

Dosažitelné zlepšení zdravotního stavu je z více než dvou třetin realizovatelné v oblasti prevence, zbytek připadá na zlepšení dostupnosti léčby. Pokud započítáme i dopad zvýšeného zapojení dnes nemocných do ekonomické aktivity, jedná se o investici s pozitivní návratností (1,7 během 20 let).

Dnešní situace v oblasti prevence je charakterizována zejména následujícími nedostatky:

- Nedostatečná a nesystematická podpora navýšení zdravotní gramotnosti obyvatel,
- Absence hodnocení nákladové efektivity a dopadů existujících preventivních opatření,
- Velmi omezená ekonomická motivace občanů ke zdravému životnímu stylu, včetně účasti na preventivních prohlídkách a screeningu,
- Nedostatečné zdanění alkoholu a slazených nápojů.

Z těchto důvodů navrhuje následující opatření:

- **Navýšení výdajů na prevenci v rámci stávajících zdravotnických rozpočtů a zajištění jejich nákladové efektivity.**
- **Podporu účasti občanů na preventivních aktivitách, včetně finanční motivace.**
- **Převod nemocenského pojištění na zdravotní pojišťovny a zintenzívnění jejich spolupráce se zaměstnavateli na zlepšení zdravotního stavu zaměstnanců.**
- **Vyšší zdanění alkoholu a slazených nápojů.**

V další činnosti pracovní skupiny se budeme zabývat i otázkou podpory mentálního zdraví.

Role, potenciál, klasifikace a současný stav prevence v ČR

Zdraví je jednou z vysoce ceněných hodnot v životě a předpokladem většiny běžných aktivit lidských bytostí. Navíc, jak prokazuje řada studií, je jedním z hybatelů ekonomického růstu. Recentní a rozsáhlá je například studie poradenské firmy McKinsey&Co. „Prioritizing Health“, s výstupy jak na globální úrovni, tak na úrovni jednotlivých zemí včetně ČR.

Studie je založena na známé metodice kvantifikující roky života v plné kvalitě (DALYs, QALYs), které společnost ztrácí v důsledku předčasných úmrtí a života ve zhoršeném zdravotním stavu. V případě ČR jde o 3,5 milionu ztracených let života v plné kvalitě ročně. Zhruba 1/3 této ztráty je řešitelná známými intervencemi s prokázanou účinností. Zbytek zatím ovlivnit neumíme. Klíčové je, že přes 70% z výše zmíněné třetiny představují intervence v oblasti prevence, zbytek je dosažitelný v oblasti léčby.

Pokud započítáme nejen úspory pro zdravotní systém a další veřejné rozpočty (zejména v sociální oblasti), ale i dopad zvýšeného pracovního zapojení a produktivity práce, má výše zmíněný soubor intervencí návratnost 1,7 v průběhu 20 let a povede ke zvýšení růstu HDP o 0,7% ročně, za celé období tedy o cca 840 miliard Kč. Pokud přednostně uplatníme intervence s vyšší nákladovou efektivitou, bude návratnost významně vyšší.

Pro účely tohoto textu definujeme prevenci v plné šíři, tedy zahrnující následující oblasti:

- **Primární prevence** má za cíl zamezení vzniku nemoci. Cílem je posílení zdraví obyvatel cestou omezení rizikových faktorů. Protože klíčové rizikové faktory (obezita, špatné složení stravy, nedostatek pohybu, návykové látky, ...) jsou úzce spjaty s naším chováním a prostředím, ve kterém žijeme, primární prevence nemůže být zodpovědností jen zdravotního systému, ale vyžaduje zapojení celé společnosti, zejména školství, zaměstnavatelů a lokálních komunit,
- **Očkování** je většinou definic řazeno do primární prevence, je už ale plně zajišťováno zdravotním systémem,
- **Sekundární prevence** se zabývá včasnou detekcí raných stádií nemoci, ještě před nástupem jejich prvních projevů. Typickými intervencemi jsou preventivní prohlídky a skriningové programy,
- **Terciární prevence** má za cíl zmírnit dopad již existujících nemocí cestou zpomalení jejich dalšího rozvoje. Například diabetes (cukrovka) vede k rozvoji vážných komplikací, ty ale mohou být vhodnou léčbou za podmínky spolupráce pacientů oddáleny, případně nemusí vůbec nastat. Typickým příkladem terciární prevence jsou programy tzv. disease managementu, tedy komplexní integrované podpory pacientů s chronickými nemocemi.

Současné veřejné výdaje na prevenci jsou velmi nízké, dle údajů ČSÚ jsme v roce 2020 v ČR vydali na primární a sekundární prevenci 11, 4 mld. Kč. Náklady na terciární prevenci nelze systematicky oddělit od nákladů na léčbu, obvykle ale jde o postupy s vysokou nákladovou efektivitou, založené na koordinaci léčby, edukaci pacientů a důsledném používání generických léků. Lze je tedy odhadnout na nižší miliardy Kč. Další peníze šly na provoz institucí, které mají ochranu a podporu zdraví na starosti, tedy zejména Státní zdravotní ústav a hygienické stanice. Celkové výdaje systému veřejného zdravotního pojištění ale v roce 2020 dosáhly výše přes 350 miliard Kč.

Zdravotní stav obyvatel ČR je ve srovnání s většinou zemí západní Evropy významně horší. Střední očekávaná délka života Čechů sice dlouhodobě roste, ale délka života prožitá ve zdraví zaostává o 10- 12 let (10 let u mužů, 12 let u žen). Češi tak díky dopadu nemocí na kvalitu života ztratí ekvivalent jedné dekády života (Institute for Health Metrics and Evaluation).

Dle OECD lze téměř polovinu všech úmrtí v Česku připsat rizikovému chování – hlavně špatné stravě (23 % všech úmrtí), kouření (20 %) a konzumaci alkoholu (6 %). Míra obezity se za posledních 15 let neustále zvyšovala a nyní se pohybuje kolem 20 % u dospělých, což přispívá k vysokému výskytu diabetu a dalších nemocí. Je jednou z nejvyšších v mezinárodních srovnáních a s vysokým výskytem u malých dětí (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2020). Šetření z roku 2020 ukazuje v ČR jednu z nejnižších úrovní zdravotní gramotnosti.

Tato situace nemá dopad jenom na náklady na zdravotní a sociální služby (které díky stárnutí obyvatelstva dále porostou a jsou bez zásadních změn dnešních systémů neudržitelné), ale i na dostupnost pracovní síly. Zdravotní stav obyvatelstva je také jedním z hlavních vstupních faktorů při zvažování posunu odchodu do důchodu.

Dle názorů oslovených expertů mezi hlavní problémy v oblasti prevence patří:

- Nedostatečná a nesystematická podpora navýšení zdravotní gramotnosti obyvatel.
- Absence hodnocení nákladové efektivity a dopadů existujících preventivních opatření.
- Velmi omezená ekonomická motivace občanů ke zdravému životnímu stylu, včetně účasti na preventivních prohlídkách a screeningu.
- Nedostatečné zdanění alkoholu a slazených nápojů.
- Nedostatečná podpora terciární prevence ze strany zdravotních pojišťoven.

Doporučení

1. Navýšení výdajů na prevenci v rámci stávajících rozpočtů a zajištění jejich nákladové efektivity

Očkování, sekundární a terciární prevence jsou hrazeny převážně z prostředků veřejného zdravotního pojištění, konkrétně z tzv. základního fondu, tedy stejně jako léčba. V případě očkování a screeningů zatím není rozhodováno o rozsahu jednotlivých programů dle jejich nákladové efektivity. Okřídlené rčení, že prevence je vždy lepší než léčba samozřejmě neplatí a systematické hodnocení nákladové efektivity prevence je klíčové pro její správné nastavení.

- **Doporučujeme systematické hodnocení nákladové efektivity screeningů a preventivních prohlídek svěřit jedné organizaci, například již existujícímu Národnímu screeningovému centru (v případě očkování se nabízí Státní ústav pro kontrolu léčiv). Dále doporučujeme změnu metodiky hodnocení nákladové efektivity, která by měla zahrnovat nejen dopady na systém veřejného zdravotního pojištění, ale i další veřejné rozpočty.**

Terciární prevence má své praktické naplnění v tzv. programech disease managementu, běžně používaných v zemích západní Evropy (ale částečně i například na Slovensku), jejichž cílem je zajistit komplexní integrovanou péči a vyšší zapojení pacientů s chronickými nemocemi jako je diabetes, cévní onemocnění srdce a mozku, plicní onemocnění, duševní onemocnění a další. Téměř bezprostředním přínosem je snížení počtu hospitalizací a nároků na sociální služby, střednědobým potom zvýšené a zlepšené pracovní zapojení (zejména u nemocí postihujících mladší jedince).

- **Doporučujeme, aby MZ a zdravotními pojišťovnami byla vypracována a realizována strategie podpory disease managementu v ČR.**

Zdravotní pojišťovny dále věnují na prevenci prostředky z tzv. **fondu prevence**. V roce 2019 šlo celkem o 1,4 miliardy Kč (v roce 2022 bylo plánováno 2,1 mld. Kč, ale část z toho šla na péči související s pandemií). Od roku 2023 mohou zdravotní pojišťovny na základě nové legislativy významně navýšit prostředky plynoucí do fondu prevence. Tyto prostředky jsou věnovány na úhradu zdravotních služeb nehrazených z veřejného zdravotního pojištění (například některá očkování, častější prevence u zubaře a další) a dále na podporu sportovních a dalších zdraví podporujících aktivit, tedy do primární prevence. Ty ale logicky často končí u pojištěnců, kteří již mají poměrně zdravý životní styl. Stejně tak není prokázán prospěšný efekt jednorázových akcí typu školní týden na horách.

Efektivní podpora musí vést k pravidelné pohybové aktivitě a být zaměřena na skupiny obyvatel, ve kterých je pohybová aktivita jednoznačně nedostatečná. Cílem je zejména odstranění bariér, ať je jimi současný zdravotní stav (obezita, omezující nemoci), finanční bariéry nebo fyzická nepřítomnost vhodných prostor (nutná úzká spolupráce obcí a MŠMT, jde o investiční prostředky mimo sektor zdravotnictví). Příkladem vhodného zvýšení pohybové aktivity dětí jsou například metodiky „Pohyb do škol“, vypracované v rámci mezinárodního projektu HBSC (Health Behavior in School-aged Children).

- **Navrhujeme zaměřit podporu pohybových a dalších zdraví prospěšných aktivit na rizikové skupiny. Každá akce financovaná z fondu prevence musí mít stanovený konkrétní měřitelný přínos ke zlepšení zdravotního stavu.**

Posledním zdrojem veřejných výdajů na prevenci je činnost Státního zdravotního ústavu, do určité míry i hygienických stanic a dále neziskových organizací, zaměřená na primární prevenci. Tyto aktivity dlouhodobě nemají stabilní zdroj příjmů, jsou obvykle financovány z grantových peněz, a proto chybí celková koordinace a návaznost.

- **Navrhujeme podporu koordinační a monitorovací role Státního zdravotního ústavu v oblasti primární prevence.**

2. Podpora účasti občanů na preventivních aktivitách, včetně finanční motivace

Screeningových programů nádorových onemocnění se neúčastní významná část obyvatel.¹ Důvodem neúčasti je nepochopení smyslu prevence, nedostatečná aktivita praktických lékařů v doporučování prevence a konkrétní bariéry (stud, obavy z výsledku, regionální nedostupnost, výpadek z práce apod.). Navýšení účasti na preventivních a screeningových programech může probíhat přes podporu na straně zaměstnavatele, pacienta a praktických lékařů. **Efektivitu těchto nástrojů je třeba ověřit randomizovanými kontrolovanými experimenty a systematickým hodnocením existujících programů a zahraniční praxe.** Toto ověření by mělo proběhnout ve spolupráci zdravotních pojišťoven a Národního screeningového centra. Mezi konkrétní ověřované a potenciálně aplikovatelné nástroje podpory prevence doporučujeme zařadit:

Motivace pacientů

- **Provázání čerpání příspěvků z fondu prevence, o které je zájem mezi klienty, s jejich účastí na preventivních prohlídkách, screeningových akcích a hrazených očkováních,**
- **Přímá finanční motivace pojištěnců,** tedy vytvoření osobního účtu pojištěnce, na který pojišťovna převede platbu za absolvování preventivní prohlídky nebo screeningu, která může být použita na aktivity dnes hrazené z fondu prevence. Touto cestou jdou dnes některé zdravotní pojišťovny v Německu. Obdobné uspořádání umožňuje finanční motivaci pojištěnců i nad rámec účasti na preventivních prohlídkách, včetně případných malusů za zdraví škodlivé chování.
- **Usnadnění přihlašování na preventivní kontroly,** např. využití aplikací a posílení dopisů pojišťoven SMS výzvou s možností okamžitého přihlášení k prohlídce.

Motivace praktických lékařů

- **Silnější informační kampaň k praktickým lékařům, komunikace dopadů prevence a pravidelné srovnávání a zveřejňování podílu pacientů jednotlivých praktiků, kteří absolvují dané preventivní prohlídky (peer comparison)**
- **Systematické sledování stávající finanční motivace praktických lékařů a ověření jejich nových forem**

Podpora přes zaměstnavatele

- **Bližší prozkoumat dopad snížení nákladů na prevenci, které nese zaměstnavatel** tím, že v době screeningů a účasti na preventivních kontrolách platí zaměstnanci náhradu mzdy. Finanční demotivace mohou mít efekt zejména u časově náročnějších prevencí s delšími dojezdy.. Lze ošetřit možností odečtení paušální částky za účast zaměstnance na prevenci, případně přímým hrazením náhrady mzdy státem (v určitém náhradovém poměru) – **doporučujeme ověřit v pilotním projektu a zhodnotit nákladovou efektivitu.**

3. Převedení nemocenského pojištění na zdravotní pojišťovny a posílení role zaměstnavatelů v prevenci

Doporučujeme převedení financování a administrace nemocenského pojištění na zdravotní pojišťovny z následujících důvodů:

- **Sledování a ovlivnění chování jednotlivých lékařů.** Jakkoliv statistická data nejsou k dispozici (!), anekdotální evidence (a obdobné statistiky ze zdravotnictví) jasně ukazují na pravděpodobné zásadní rozdíly v přístupu k „psaní“ nemocenské mezi jednotlivými lékaři. Pokud má někdo možnost ovlivnit chování lékařů, jsou to zdravotní pojišťovny, nikoliv Česká správa sociálního zabezpečení

¹ Strategický rámec Zdraví 2030 (<https://zdravi2030.mzcr.cz/zdravi-2030-analyticka-studie.pdf>), a výzkum Prevence rakoviny: Důvody neúčasti a vliv epidemie 2022 (<https://www.paqresearch.cz/post/prevence-rakoviny-duvody-neucasti>)

- Převedení alespoň části dnešních nákladů sociálního systému do zodpovědnosti zdravotních pojišťoven povede k **rozšíření jejich perspektivy za hranice systému veřejného zdravotního pojištění**. Taková změna je vysoce žádoucí – při rozhodování o úhradě nových medicínských technologií by neměly být započítávány pouze úspory a náklady v rámci veřejného zdravotního pojištění, ale i další veřejné výdaje
- Pravděpodobná je i mírná **úspora na straně státu** – zdravotní pojišťovny již mají vybudovány komunikační kanály k poskytovatelům zdravotních služeb a ke svým pojištěncům

Dále doporučujeme, aby zdravotní pojišťovny po převedení nemocenské zasílaly větším zaměstnavatelům anonymizované údaje o rozsahu a příčinách pracovní neschopnosti jejich zaměstnanců. Zaměstnavatelé by následně měli připravit (ve spolupráci s poskytovateli zdravotních služeb, zejména primární péče) plán zlepšení zdravotního stavu svých zaměstnanců. Jako příklad lze uvést organizaci očkování proti chřipce na pracovišti u zaměstnance, který zjistí, jaké množství pracovních dní ztratil díky tomuto onemocnění. K pokrytí nákladů zaměstnavatelů na tuto činnost lze použít prostředky „uvolněné“ zrušením povinných pracovně lékařských prohlídek pro nízko rizikové zaměstnance, **včetně zachování daňové odečitatelnosti těchto nákladů**. Zapojením poskytovatelů zdravotních služeb bude zajištěna návaznost na prevenci hrazenou z veřejných zdrojů.

4. Finanční motivace v primární prevenci – vyšší zdanění alkoholu a sladkých nápojů

Danění alkoholu

Výchozí stav: Pití alkoholu a jeho společenské dopady

- Spotřeba alkoholu je s 14,5 litry na hlavu ročně v ČR nejvyšší ze všech zemí EU.²
- Spotřeba alkoholu je rizikový faktor pro vznik rakoviny, kardiovaskulárních a dalších nemocí (WHO, 2020), zvyšuje též rizika poranění a dopravních nehod (Rehm et al., 2017).
- Ekonomické dopady přílišné konzumace alkoholu představuje to, že: a) zatěžuje sociální a zdravotní systém vysokými náklady, b) snižuje ekonomickou produktivitu pracovní síly. V rámci ČR se odhaduje, že:
 - nadměrná konzumace alkoholu způsobuje zkrácení očekávané délky dožití Čechů o rok (OECD, 2021)
 - až 2,5 % zdravotních výdajů je v ČR spojeno s výdaji způsobenými nadměrným užíváním alkoholu, to je cca 11 mld. Kč ročně (OECD, 2021, Medical Tribune, 2022).
 - HDP ČR v důsledku nemocemi a úrazy způsobenými nadměrným užíváním alkoholu je až o cca 1,5 % nižší. To omezuje výběr dalších daní svázaných s ekonomickým růstem. (OECD, 2021a)

Danění alkoholu v ČR a ve světě:

- Daňové příjmy ČR ze zdanění alkoholu jsou přitom podprůměrné v rámci OECD i EU.
- Současné spotřební daně z alkoholu v ČR mají řadu výjimek. Jako nejvíce nesystémové se jeví nezátížení „tichých“ vín spotřební daní (i vzhledem k tomu až 70 % vypitého vína je do ČR dováženo).
- Alkohol se průběžně stává cenově dostupnější, neboť ČR automaticky neupravuje spotřební daně o inflaci. Zejména daně na pivo a víno nebyly dlouho valorizovány. Daně na líh jsou v ČR srovnatelnější se zahraničím a vyšší v přepočtu na jednotku ethanolu.

Typy opatření a jejich efekt:

- **NERV se jako ekonomický poradní orgán zabývá ekonomickými typy opatření (spotřební daň). V redukcii škodlivé konzumace alkoholu ale nelze podceňovat ani roli edukce a kulturních faktorů apod.** Podle

² | při zohlednění možné konzumace turisty patří mezi nejvyšší.

OECD každá 1 koruna investovaná do opatření pro snížení nadměrné konzumace alkoholu se vrátí **až 16krát**. Většina společenských nákladů je spojena se spotřebou levného alkoholu. V rámci cenové politiky jsou:

- efektivním opatřením spotřební daně vázané na objem alkoholu (specifické zdanění) či objem nápoje (unitární zdanění). Tyto daně % disproporčně zvyšují cenu levných alkoholů často využívaných k nejvíce poškozujícím formám pití alkoholu. Efektivním opatřením může být v tomto smyslu i tzv. minimální jednotková cena (efekt pouze na zdražení nejlevnějších nápojů)
- nejméně efektivním opatření jsou ad valorem daně – například DPH – zvyšující cenu dražších nápojů

Zvýšení zdanění alkoholu nemůže eliminovat nežádoucí typy jeho konzumace, ale může je omezit. Jde tedy o danění s pozitivními celospolečenskými externalitami a méně disruptivními efekty než např. danění práce.

Konkrétní navrhovaná opatření:

Krátkodobá / rychlá opatření	Očekávané daňové výnosy
A1: Zvednutí spotřební daně z lihu o max 9 % ³	0,3 – 0,9 mld
A2. Omezení výjimek danění lihu dle návrhu NERV VF	nízké stovky mil. Kč.
B1: Zvednutí spotřební daně z piva o 25 % ⁴	0,9 mil. – 1,2 mld. Kč
B2: Zvýšení DPH na točené pivo na standardní sazbu 21 %.	2 - 2,4 mld. Kč
B3. Omezení výjimek danění piva dle návrhu NERV VF (výstavy apod.)	nízké stovky mil. Kč.
C1. Zvednutí spotřební daně ze šumivého vína o 25 % ²	70-100 mil. Kč
C2: Zavedení spotřební daň na tichá vína: - základní sazba na úrovni šumivých vín (po valorizaci z bodu C1); vyjmutí malých vinařů do rozsahu 20 až 50 hl výroby ročně; poloviční sazba u výroby nízkoalkoholických vín; zpětná investice cca až ¼ výnosu daně do podpory čs. vinařů (například dotační podpora či uznatelné náklady na správu spotřební daně v DPPO)	3,6 – 4,1 mld. Kč (po započtení výpadku DPH a podpory čs. vinařů) ⁵
Celkem daňové výnosy	7,5 – 10 mld Kč ročně
Další fiskální přínosy: Dle analýzy OECD (2021b) i omezená opatření v cenové politice mohou do roku 2050 zamezit více než 800 tisícům nemocím a zraněním, ušetřit ročně 1,2 mld. Kč nákladů na zdravotní systém. Dále mohou zvýšit zaměstnanost ročně o ekvivalent 10 tisíc zaměstnanců. Efektivně realizované zdanění alkoholu tak může generovat úspory v řádech miliard Kč ročně v dalších veřejných systémech.	
Dlouhodobá opatření	
D1. automatická valorizace spotřebních daní na alkohol, např. podle růstu inflace či kupní síly	
D2. minimum unit pricing – možnost zavedení minimální ceny jednotky prodáváného alkoholu	
D3. vyšší zohlednění % alkoholu u spotřebních daní na pivo/víno. Spotřebitelé jsou pak motivováni k preferenci nízkoalkoholických nápojů a výrobci k omezování % alkoholu.	

³ Daň na lih je ve srovnání se zahraničím na standardní úrovni. Navíc lze nejvíce obcházet ilegálním dovozem, nákupy v příhraničí. Proto navrhuje omezené zvýšení daně.

⁴ Kumulovaná inflace 2011 – 2021. Roky vysoké inflace vyřazujeme. Alternativou je zvyšování cca podle růstu průměrné mzdy.

⁵ Počítám s cenovou elasticitou -0,2 až -0,5 a poklesem spotřeby o 5-10 % a výběru DPH o 190-390 milionů Kč. Reálně by ale byl pokles nižší, protože spotřební daň má efekt na snížení spotřeby levných vín (nižší DPH) a spotřeba se realizuje jinde (výběr DPH). Sekundární efekty na čs. vinaře redukuje jejich podpora ¼ výnosu a výjimka pro mikro vinaře (kompetitivní výhoda).

Zavedení daně vybere nejvíce prostředků z dovozových vín (více než 2/3 prodeje v ČR) a nejvíce zdraží levná krabicová vína. Spotřební daň totiž zvyšuje cenu dle objemu. Dopad na dražší vína a víno v restauraci je minimální. Vizualizace efektu spotřební daně 29,3 Kč / litr:



Danění slazených nápojů

Výchozí stav: Konzumace slazených nápojů a dopady

- Slazené nápoje jsou hlavním zdrojem cukru, především u dětí a dospívajících. (WHO, 2017a).
- Podíl občanů 15+, kteří pijí alespoň jeden slazený nápoj denně je v ČR 7. nejvyšší z EU, až 11,4 % Čechů pije jeden slazený nápoj denně (Eurostat, 2019b). Průměrný Čech spotřebuje ročně 87,7 litrů limonád a 65,5 litrů ostatních nápojů, do kterých patří i **slazené džusy, studené čaje** apod. (ČSÚ, 2021).
- Nadměrná konzumace cukru je hlavním faktorem, který přispívá k obezitě, cukrovce a špatnému stavu zubů. Přispívá i k rozvoji některých typů rakoviny a dalších nemocí (WHO, 2017a).
- ČR je 3. zemí v rámci EU s nejvyšším podílem dospělých lidí s nadváhou, až 60 % dospělé populace má nadváhu, což má výrazné negativní dopady na náklady zdravotního systému, sociálního systému a ekonomickou produktivitu.

Danění slazených nápojů v ČR a ve světě

- Danění slazených nápojů existuje v 10 zemích Evropy, 54 zemích světa a v některých amerických městech. Většina zemí se orientuje na tzv. specifické danění či unitární danění (spotřební daní je zatížena obsah cukru či objem slazeného nápoje).
- Danění slazených nápojů je nejefektivnější zdokumentovaná intervence ke snížení spotřeby cukru (WHO, 2017b; Silver et al. 2017; Alvarado et. al, 2019; The Wolrd Bank, 2020). Dle agregace výsledků vícero analýz, dá se očekávat přibližně 15 % pokles spotřeby při zavedení daně ze slazených nápojů (Andreyeva, Marple, Marinello, Moore & Powell, 2022). Závisí však na podobě a výše daně.
- Zavedení daně ze slazených nápojů může vézt ke snížení konzumace cukru několika způsoby (Fernandez & Raine, 2019):
 - snížení spotřeby slazených nápojů
 - vytvoří pobídku pro potravinářský průmysl ke snížení obsahu cukru
 - zvýšit obecné povědomí o vysoké konzumaci cukru
- Danění ad valorem (% zvýšení ceny nápojů např. pomocí vyšší sazby DPH) se za cílem redukce konzumace cukru nedoporučuje. Zvyšuje cenu dražších nápojů, vede konzumenty k substituci za levnější slazené nápoje a nemotivuje producenty k omezování koncentrace cukru.

- Výše daně se promítne do finálního navýšení ceny produktu jen o 82 %, část nákladů se tak rozliší i mezi producenty (Andreyeva, Marple, Marinello, Moore & Powell, 2022)
- Podle několika studií nejvíce upraví svou spotřebu slazených nápojů nízkopříjmoví, mladí lidé a muži.

Navrhovaná opatření a jejich dopady:

V modelování dopadů se sazbou **spotřební daně 2,5 Kč na litr slazené nápoje**, která vychází z estonské základní sazby 0,10 € a odpovídá cca 15 % aditivnímu zatížení průměrného slazeného nápoje. Pracujeme s odhadem spotřeby slazených nápojů 100 litrů ročně.

I pokud spotřeba slazených při tomto vyšším danění nápojů klesne o 15 % (zahraniční odhady), lze očekávat daňový výnos okolo 2,2 mld. Kč.

Efekt navýšení sazby DPH na 21 % je výrazně menší. Při průměrné ceně nápoje cca 17 Kč / litr (ČSU 2021) jde o zvýšení ceny o méně než 1 Kč. Navíc DPH navyšující více dražší slazené nápoje vede s vyšší míře substituce za levnější slazené nápoje. **Odhadujeme tak efekt navýšení DPH maximálně okolo 500 – 900 milionů Kč.** Vyšší DPH nicméně může být uvalena na nápoje s nekalorickými sladidly. Jejich efekt na rozvoj obezity sice nebyl prokázán, z hlediska ochrany zdraví ale jejich vyšší zdanění rozhodně nepovede k negativním účinkům.

Další fiskální dopady jsou ve snížení obezity a souvisejících nemocí. Americké odhady naznačují, že v průběhu deseti let i mírné zvýšení spotřební daně ušetří prevencí cukrovky, srdečních příhod a mrtvic okolo 17 mld. USD (Wang, Coxson, Shen, Goldman, & Bibbins-Domingo, 2014) a až 2,3 mld. USD ročně v léčbě rakoviny. (Du, Grieci a kol. 2020). Efekty v České republice mohou být rozdílné a měly by projít detailnější evaluací. Pokud ale zmiňované efekty přepočítáme per capita na Českou republiku, **lze odhadovat, že správně realizovaná daň může dlouhodobě přinést efekt na úspory ve zdravotnictví v řádu až nižších jednotek miliard Kč ročně.**

Potenciálním problémem daně je nutnost administrace nové daně a její komunikace k veřejnosti. Relevantní kritikou může být i to, že velkou část zaplatí lidé z nižších a nižších středních tříd. Zvyšování spotřebních daní by proto mělo být doprovázeno nezvyšováním danění práce těchto skupin a ideálně posílením progresu v jiné části daňového systému (DPFO, majetkové daně atd.)

5. Péče o duševní zdraví

Výrazné společenské a ekonomické dopady mají i problémy v duševním zdraví populace. Společenské náklady na duševní onemocnění se odhadují v různých zemích na zhruba 4 % HDP.⁶ Zhruba 16 % ztracených let života ve zdraví (DALY) lze přičítat právě problémů v duševním zdraví.

Zároveň v ČR dochází k nárůstu výskytu duševních onemocnění⁷ a nárůstu jak související zdravotní zátěže, tak poptávky po odborné péči. V souvislosti se stárnutím populace, nárůstem psychosociálních stresorů souvisejících s globalizací, digitalizací, změnami pracovních podmínek, post-pandemickou situací a válkou v Evropě lze očekávat spíše nárůst těchto problémů. To ukazuje nárůst symptomů depresivity a úzkosti během vrcholů epidemie covid-19 i současné inflační krize.⁸

⁶ Ehler E, Bednařík J, Höschl C, Winkler P, Suchý M, Pátá M. Náklady na poruchy mozku v České republice. Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie. 2013;76(109):3.

Arias, D, Saxena, S., Verguet S. 2022. Quantifying the global burden of mental disorders and their economic value. eClinicalMedicine Odhady OECD (<https://www.oecd.org/health/mental-health.htm>)

⁷ Winkler P, Formanek T, Mlada K, Kagstrom A, Mohrova Z, Mohr P, Csemy L. Increase in prevalence of current mental disorders in the context of COVID-19: analysis of repeated nationwide cross-sectional surveys. Epidemiology and psychiatric sciences. 2020;29:e173.

Winkler P, Mohrova Z, Mlada K, Kuklova M, Kagstrom A, Mohr P, Formanek T. Prevalence of current mental disorders before and during the second wave of COVID-19 pandemic: An analysis of repeated nationwide cross-sectional surveys. Journal of psychiatric research. 2021 Jul 1;139:167-71.

⁸ <https://data.irozhlas.cz/zivot/dusevni-zdravi/>

Prevence a posílení péče o duševní zdraví by mělo být jednou z priorit českého zdravotnictví. Skupina NERV Zdravotnictví se opatřením v této oblasti bude s konzultujícími experty věnovat v dalších samostatných studiích o kapacitách zdravotního systému.

Následují další odkazy na studie a odborné zdroje.

Další zdroje – cukr:

Angus C, Holmes J, Meier PS. Comparing alcohol taxation throughout the European Union. *Addiction*. 2019 Aug;114(8):1489-1494. doi: 10.1111/add.14631. Epub 2019 May 30. PMID: 31148313; PMCID: PMC6771486.

Alvarado, M., Unwin, N., Sharp, S. J., Hambleton, I., Murphy, M. M., Samuels, T. A., Suhrcke, M., & Adams, J. (2019). *Assessing the impact of the Barbados sugar-sweetened beverage tax on beverage sales: an observational study*. *The international journal of behavioral nutrition and physical activity*, 16(1), 13-13. <https://doi.org/10.1186/s12966-019-0776-7>

Andreyeva, T., Marple, K., Marinello, S., Moore, T. E., & Powell, L. M. (2022). *Outcomes Following Taxation of Sugar-Sweetened Beverages: A Systematic Review and Meta-analysis*. *JAMA network open*, 5(6), e2215276-e2215276. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.15276>

Azad, M. B., Abou-Setta, A. M., Chauhan, B. F., Rabbani, R., Lys, J., Copstein, L., Mann, A., Jeyaraman, M. M., Reid, A. E., Fiander, M., MacKay, D. S., McGavock, J., Wicklow, B., & Zarychanski, R. (2017). *Nonnutritive sweeteners and cardiometabolic health: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials and prospective cohort studies*. *Canadian Medical Association Journal (CMAJ)*, 189(28), E929–E939. <https://doi.org/10.1503/cmaj.161390>

Briggs, A. D. M., Mytton, O. T., Kehlbacher, A., Tiffin, R., Elhussein, A., Rayner, M., Jebb, S. A., Blakely, T., & Scarborough, P. (2017). *Health impact assessment of the UK soft drinks industry levy: a comparative risk assessment modelling study*. *The Lancet. Public health*, 2(1), e15-e22. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(16\)30037-8](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(16)30037-8)

Clark, S. J., Dittrich, L. O., Law, S. M., Stará, D., & Barták, M. (2018). *Food prices, taxes, and obesity in Canada and its implications for food taxation*. *E+M ekonomie a management*, 22(1), 22-35. <https://doi.org/10.15240/tul/001/2019-1-002>

Colchero, M. A., Rivera-Dommarco, J., Popkin, B. M., & Ng, S. W. (2017). In Mexico, Evidence Of Sustained Consumer Response Two Years After Implementing A Sugar-Sweetened Beverage Tax. *Health affairs (Project Hope)*, 36(3), 564–571. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2016.1231>

Cheatley, J. a kolektiv. 2021. Policies and best practices for reducing the harmful consumption of alcohol., <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/601cce67-en/index.html?itemId=/content/component/601cce67-en>

ČSÚ. (2021). *Spotřeba potravin – 2021*. dostupné na <https://www.czso.cz/documents/10180/165278791/2701392201.pdf/e6e3334c-3c53-4a09-bbc8-b2a465b0a49f?version=1.1>

Du M, Griecci CF, Kim DD, Cudhea F, Ruan M, Eom H, Wong JB, Wilde PE, Michaud DS, Lee Y, Micha R, Mozaffarian D, Zhang FF. Cost-Effectiveness of a National Sugar-Sweetened Beverage Tax to Reduce Cancer Burdens and Disparities in the United States. *JNCI Cancer Spectr*. 2020 Aug 25;4(6):pkaa073. doi: 10.1093/jncics/pkaa073. PMID: 33409452; PMCID: PMC7771430.

Fernandez, M. A., & Raine, K. D. (2019). *Insights on the Influence of Sugar Taxes on Obesity Prevention Efforts*. *Current nutrition reports*, 8(4), 333-339. <https://doi.org/10.1007/s13668-019-00282-4>

Eurostat. (2019a). *Overweight and obesity – BMI statistics*. dostupné na https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Overweight_and_obesity_-_BMI_statistics

Eurostat. (2019b). *Nutritional habits statistics*. dostupné na https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Nutritional_habits_statistics&oldid=572524#Sugar-sweetened_soft_drinks_consumption

EU Comission. (2021). *VAT rates applied in the Member States of the European Union*. dostupné na https://taxation-customs.ec.europa.eu/system/files/2021-06/vat_rates_en.pdf

Gaucher-holm, A., Mulligan, C., L'abbé, M. R., Potvin Kent, M., & Vanderlee, L. (2022). *Lobbying and nutrition policy in Canada: a quantitative descriptive study on stakeholder interactions with government officials in the context of Health Canada's Healthy Eating Strategy*. *Globalization and health*, 18(1), 54-54. <https://doi.org/10.1186/s12992-022-00842-4>

Imamura, F., O'Connor, L., Ye, Z., Mursu, J., Hayashino, Y., Bhupathiraju, S. N., & Forouhi, N. G. (2016). *Consumption of sugar sweetened beverages, artificially sweetened beverages, and fruit juice and incidence of type 2 diabetes: systematic review, meta-analysis, and estimation of population attributable fraction*. *British Journal of Sports Medicine*, 50(8), 496–504. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2016-h3576rep>

Institute for Government. (2022). *Sugar Tax*. available at <https://www.instituteforgovernment.org.uk/article/explainer/sugar-tax>

Kurz, C. F., & König, A. N. (2021). *The causal impact of sugar taxes on soft drink sales: evidence from France and Hungary*. *The European journal of health economics*, 22(6), 905-915. <https://doi.org/10.1007/s10198-021-01297-x>

Liu, S., Veugelers, P. J., Maximova, K., & Ohinmaa, A. (2022). *Modelling the health and economic impact of sugary sweetened beverage tax in Canada*. *PloS one*, 17(11), e0277306-e0277306. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0277306>

Obesity Evidence Hub. (2022). *Countries that have taxes on sugar-sweetened beverages (SSBs)*. dostupné na <https://www.obesityevidencehub.org.au/collections/prevention/countries-that-have-implemented-taxes-on-sugar-sweetened-beverages-ssbs>

Powell, L. M., Chiqui, J. F., Khan, T., Wada, R., & Chaloupka, F. J. (2013). *Assessing the potential effectiveness of food and beverage taxes and subsidies for improving public health: a systematic review of prices, demand and body weight outcomes*. *Obesity Reviews*. 14:110-128.

Qin, P., Li, Q., Zhao, Y., Chen, Q., Sun, X., Liu, Y., Li, H., Wang, T., Chen, X., Zhou, Q., Guo, C., Zhang, D., Tian, G., Liu, D., Qie, R., Han, M., Huang, S., Wu, X., Li, Y., ... Zhang, M. (2020). *Sugar and artificially sweetened beverages and risk of obesity, type 2 diabetes mellitus, hypertension, and all-cause mortality: a dose-response meta-analysis of prospective cohort studies*. *European Journal of Epidemiology*, 35(7), 655–671. <https://doi.org/10.1007/s10654-020-00655-y>

Richardson, T. E., Yanada, B. A., Watters, D., Stupart, D., Lamichhane, P., & Bell, C. (2019). *What young Australians think about a tax on sugar-sweetened beverages*. *Australian and New Zealand journal of public health*, 43(1), 63-67. <https://doi.org/10.1111/1753-6405.12858>

Ruanpeng, D., Thongprayoon, C., Cheungpasitporn, W., & Harindhanavudhi, T. (2017). *Sugar and artificially sweetened beverages linked to obesity: a systematic review and meta-analysis*. *QJM : Monthly Journal of the Association of Physicians*, 110(8), 513–520. <https://doi.org/10.1093/qjmed/hcx068>

Sainsbury, E., Hendy, C., Magnusson, R., & Colagiuri, S. (2018). *Public support for government regulatory interventions for overweight and obesity in Australia*. *BMC public health*, 18(1), 513-513. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5455-0>

Scheelbeek, P. F. D., Cornelsen, L., Marteau, T. M., Jebb, S. A., & Smith, R. D. (2019). *Potential impact on prevalence of obesity in the UK of a 20% price increase in high sugar snacks: modelling study*. *BMJ (Online)*, 366, l4786. <https://doi.org/10.1136/bmj.l4786>

Schwendicke, F., & Stolpe, M. (2017). *Taxing sugar-sweetened beverages: impact on overweight and obesity in Germany*. *BMC public health*, 17(1), 88-88. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3938-4>

Silver, L. D., Ng, S. W., Ryan-ibarra, S., Taillie, L. S., Induni, M., Miles, D. R., Poti, J. M., & Popkin, B. M. (2017). Changes in prices, sales, consumer spending, and beverage consumption one year after a tax on sugar-sweetened beverages in Berkeley, California, US: A before-and-after study. *PLoS medicine*, 14(4), e1002283-e1002283. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002283>

The World Bank. (2020). *Obesity: Health and Economic Consequences of an Impending Global Challenge*. dostupné na <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/32383/9781464814914.pdf>

Wang, Y. C., Coxson, P., Shen, Y., Goldman, L., & Bibbins-Domingo, K. (2014). *A penny-per-ounce tax on sugar-sweetened beverages would cut health and cost burdens of diabetes*. *Health Affairs*. 31, no 1: 199-207.

WHO. (2022). *Taxes on sweetened drinks: WHO explains how to make them an effective health measure*. dostupné na <https://www.who.int/europe/news/item/21-03-2022-taxes-on-sweetened-drinks-who-explains-how-to-make-them-an-effective-health-measure>

WHO. (2021). *Potential for sugar-sweetened beverages taxes in Ukraine*. dostupné na <https://apps.who.int/iris/handle/10665/346226>

WHO. (2020). *Alcohol pricing in the WHO European Region UPDATE REPORT ON THE EVIDENCE AND RECOMMENDED POLICY ACTIONS*. dostupné na https://movendi.ngo/wp-content/uploads/2020/06/WH24_FOBBS_Pricing_online.pdf

WHO. (2017a). *Taxes on sugary drinks: Why do it?* dostupné na <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260253/WHO-NMH-PND-16.5Rev.1-eng.pdf>

WHO. (2017b). *Best buys' and other recommended interventions for the prevention and control of noncommunicable diseases*. dostupné na <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259232/WHO-NMH-NVI-17.9-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Wilson, B. (2020). *How ultra-processed food took over your shopping basket*. *The Guardian*. dostupné na <https://www.theguardian.com/food/2020/feb/13/how-ultra-processed-food-took-over-your-shopping-basket-brazil-carlos-monteiro>

World Cancer Research Fund International. (2015). *Curbing global sugar consumption*. dostupné na <https://www.wcrf.org/wp-content/uploads/2021/07/Curbing-global-sugar-consumption.pdf>

Další zdroje – alkohol:

Angus, C., Holmes, J., & Meier, P. S. (2019). *Comparing alcohol taxation throughout the European Union*. *Addiction (Abingdon, England)*, 114(8), 1489-1494. <https://doi.org/10.1111/add.14631>

Barták, M, Vacek, J., Petruželka, B., & Rogalewicz, V. (2022). *Závěrečná zpráva projektu Alkohol od kontrolou 2.1. Všeobecná fakultní nemocnice v Praze*

Black H, Gill J, Chick J (2011). The price of a drink: levels of consumption and price paid per unit of alcohol by Edinburgh's ill drinkers with a comparison to wider alcohol sales in Scotland. *Addiction*. 106(4):729–36. doi:10.1111/j.1360-0443.2010.03225.x

Boško, A (2020): *Price Elasticity of Alcohol Demand: A Meta-Analysis*. Master's thesis. Charles University, Faculty of Social Sciences, Institute of Economic Studies, Prague. 2020, pages 82. Advisor: PhDr. Tomáš Havránek, Ph.D.

Callinan S, Room R, Livingston M, Jiang H (2015). *Who purchases low-cost alcohol in Australia?* *Alcohol Alcohol*. 50(6):647–53. doi:10.1093/alcalc/agg066.

Celní správa. (2019a). *Statistická data z oblasti výroby, dopravy a dovozu lihu*. dostupné na https://www.celnisprava.cz/cz/dane/statistiky/Lih_inkaso/2019_l%C3%ADh_vymer_SPD.pdf

Celní správa. (2019b). *Statistická data z oblasti výroby, dopravy a dovozu piva*. dostupné na https://www.celnisprava.cz/cz/dane/statistiky/Pivo_inkaso/2019_pivo_vymer_SPD.pdf

Celní správa. (2019c). *Statistická data z oblasti výroby, dopravy a dovozu vína a meziproductů*. dostupné na https://www.celnisprava.cz/cz/dane/statistiky/Vino_inkaso/2019_vino_vymer_SPD.pdf

- České priority. (2022). *Možnosti zvýšení příjmů státního rozpočtu*. dostupné na <https://www.ceskepriority.cz/files/cp-moznosti-zvyseni-prijmu-sr.pdf>
- ČSÚ. (2021). *Spotřeba potravin – 2021*. dostupné na <https://www.czso.cz/csu/czso/spotreba-potravin-2021>
- ČSPS. (2021). *Základní fakta*. Česká svaz pivovarů a sladoven. dostupné na <https://ceske-pivo.cz/zakladni-fakta>
- Euromonitor International. (2014). *Price Elasticities in Alcoholic Drinks*. dostupné na <https://www.euromonitor.com/article/price-elasticities-in-alcoholic-drinks>
- Eurostat. (2019). *Frequency of alcohol consumption by sex, age and educational attainment level*. dostupné na https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/HLTH_EHIS_AL1E/default/table?lang=en&category=hlth.hlth_det.hlth_alc
- Inchley J, Currie D, Vieno A, Torsheim T, Ferreira-Borges C, Weber MM et al. (2018). *Adolescent alcohol-related behaviours: trends and inequalities in the WHO European Region, 2002–2014*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. dostupné na <https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289053495>
- Holmes J, Meng Y, Meier PS, Brennan A, Angus C, Campbell-Burton A et al. (2014). *Effects of minimum unit pricing for alcohol on different income and socioeconomic groups: a modelling study*. *Lancet*. 383(9929):1655–64. doi:10.1016/S0140-6736(13)62417-4.
- Kerr, W.C. & Greenfield, T.K. (2007). Distribution of alcohol consumption and expenditures and the impact of improved measurement on coverage of alcohol sales in the 2000 National Alcohol Survey. *Alcohol Clin Exp Res*. 31(10):1714–22. doi:10.1111/j.1530-0277.2007.00467.x.
- Janda, K., Mikolášek, J. & Netuka, M. (2010). *Complete almost ideal demand system approach to the Czech alcohol demand*. *Agricultural economics (Praha)*, 56(9), pp.421-434.
- Ludbrook A, Petrie D, McKenzie L, Farrar S (2012). *Tackling alcohol misuse: purchasing patterns affected by minimum pricing for alcohol*. *Appl Health Econ Health Policy*. 10(1):51–63. doi:10.2165/11594840-000000000-00000.
- Mackenbach JP, Kulhánová I, Bopp M, Borrell C, Deboosere P, Kovács K et al. (2015). *Inequalities in alcohol-related mortality in 17 European countries: a retrospective analysis of mortality registers*. *PLoS Med*. 12(12):e1001909. doi:10.1371/journal.pmed.1001909.
- Mackenbach JP, Stirbu I, Roskam AJ, Schaap MM, Menvielle G, Leinsalu M et al. (2008). *Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries*. *New Engl J Med*. 358(23):2468–81. doi:10.1056/NEJMsa0707519.
- Meier PS, Holmes J, Angus C, Ally AK, Meng Y, Brennan A (2016). *Estimated effects of different alcohol taxation and price policies on health inequalities: a mathematical modelling study*. *PLOS Med*. 13(2):e1001963. doi:10.1371/journal.pmed.1001963.
- Medical Tribune. (2022). *Rezervy pojišťoven klesnou. Náklady poskytovatelů rostou a rok 2023 bude náročný*. dostupné na <https://www.tribune.cz/zdravotnictvi/rezervy-pojistoven-klesnou-naklady-poskytovatelu-rostou-a-rok-2023-bude-narocny/>
- Neufeld, M., Rovira, P., Ferreira-borges, C., Kilian, C., Sassi, F., Veryga, A., & Rehm, J. (2022). Impact of introducing a minimum alcohol tax share in retail prices on alcohol-attributable mortality in the WHO European Region: A modelling study. *The Lancet regional health. Europe*, 15, 100325-100325. <https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2022.100325>
- OECD. (2021a). *Preventing harmful alcohol use. OECD health policy studies*. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development dostupné na https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/preventing-harmful-alcohol-use_6e4b4ffb-en
- OECD. (2021b). *Preventing Harmful Alcohol Use – Czech Republic*. dostupné na <https://www.oecd.org/czech/Preventing-Harmful-Alcohol-Use-Key-Findings-CZECH-REPUBLIC.pdf>

- Přibík, O. (2017). *Spotřeba šumivého vína by v ČR mohla v budoucnosti stoupnout na dvojnásobek*. zemedelec.cz. dostupné na <https://zemedelec.cz/spotreba-sumiveho-vina-by-v-cr-mohla-v-budoucnosti-stoupnout-na-dvojnásobek/>
- Rehm, J., Gmel, G.E. Srov., Gmel, G., Hasan, OSM., Imtiaz, S., Popova, S. et al. (2017). *The relationship between different dimensions of alcohol use and the burden of disease: an update*. *Addiction*. 112(6):968–1001. doi:10.1111/add.13757.
- Rod, A. a Fanta, M. (2019). *Spotřeba alkoholu v ČR. Vývoj, dopady, regulace a další rizikové faktory ohrožující zdraví společnosti*. Centrum ekonomických a tržních analýz, z.ú. dostupné na http://eceta.cz/wp-content/uploads/2019/08/Spot%C5%99eba-alkoholu-v-%C4%8CR_FINAL-1.pdf
- Sassi F, editor (2015). *Tackling harmful alcohol use: economics and public health policy*. Paris: OECD Publishing. doi:10.1787/9789264181069-en.
- Sedlo, J. (2022). *Zahraníční obchod České republiky s vínem ve vinařském roce 2021/2022*. Svaz vinařů ČR. dostupné na <https://docplayer.cz/230555388-Zahranicni-obchod-ceske-republiky-s-vinem-ve-vinarskem-roce-2021-2022-jiri-sedlo.html>
- Subbaraman, M. S. (2016). *Substitution and Complementarity of Alcohol and Cannabis: A Review of the Literature*. *Substance use & misuse*, 51(11), 1399-1414. <https://doi.org/10.3109/10826084.2016.1170145>
- Syrovátka, P., Chládková, H., & Žufan, P. (2016). *Consumer Demand for Wine and Beer in the Czech Republic, and Their Mutual Influences*. *Acta Universitatis Agriculturae et Silviculturae Mendelianae Brunensis*, 63(6), 2119-2125. <https://doi.org/10.11118/actaun201563062119>
- SZIF. (2022). *Zpráva o trhu vína a vínnových hroznů*. Státní zemědělský intervenční fond. dostupné na https://www.akcr.cz/data_ak/22/k/Vino/Vino2211.pdf
- Vandenberg B, Sharma A (2016). Are alcohol taxation and pricing policies regressive? Product-level effects of a specific tax and a minimum unit price for alcohol. *Alcohol Alcohol*. 51(4):493–502. doi:10.1093/alcalc/agg133.
- WHO. (2022). *No place for cheap alcohol. The Potential Value of minimum pricing for protecting lives*. dostupné na <https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289058094>
- WHO. (2020). *Alcohol pricing in the WHO European Region: update report on the evidence and recommended policy actions*. World Health Organization. Regional Office for Europe. dostupné na <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/336159/WHO-EURO-2020-1239-40989-55614-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- WHO. (2018a). *Total alcohol consumption per capita (liters of pure alcohol, projected estimates, 15+ years of age)*. The World Bank. dostupné na <https://data.worldbank.org/indicator/SH.ALC.PCAP.LI>
- WHO. (2018b). *Global status report on alcohol and health 2018*. Geneva: World Health Organization. dostupné na <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789241565639>