Vysoká škola ekonomická v Praze

Národohospodářská fakulta

Hlavní specializace: Hospodářská politika



DEKRIMINALIZACE DROG NA PŘÍKLADU ČR A PORTUGALSKA V LETECH 2001 – 2018

diplomová práce

Autor: Bc. Jan Šincl
Vedoucí práce: doc. PhDr. Ing. Marek Loužek, Ph.D.
Rok: 2019

Prohlašuji na svou čest, že jsem diplomovou práci vypracoval samostatně a s použitím uvedené literatury.

Jan Šincl
V Praze, dne 12. 08. 2019

Na tomto místě bych rád poděkoval vedoucímu mé diplomové práce doc. PhDr. Ing. Marku Loužkovi, Ph.D. za cenné rady a podněty, které mi pomohly s vypracováním práce.

Vysoká škola ekonomická v Praze
Katedra hospodářské a sociální politiky

Národohospodářská fakulta
Akademický rok: 2018/2019

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

Zpracovatel : **Bc. Jan Šincl**

Studijní program: Ekonomie a hospodářská správa

Obor: Hospodářská politika

Název tématu: **Dekriminalizace drog na příkladu ČR a Portugalska v letech 2001-2018**

Zásady pro vypracování:

1. Diplomová práce provede komparativní analýzu protidrogových politik v ČR a Portugalsku od jejich zavedení v roce 2001, respektive 2010, do roku 2018 a zasadí je do celoevropského kontextu. Cílem práce je potvrdit či vyvrátit hypotézu, že dekriminalizace drog neměla na čtyři vybrané faktory (HIV, žloutenka C, veřejné výdaje a prevalence drog) negativní vliv, tedy že došlo k jejich zlepšení nebo nezhoršení.
2. V současné době dochází ve společnosti ke změnám názoru na drogovou problematiku a některé země již přistupují k legalizaci měkkých drog, proto je otázka alternativních protidrogových politik velice aktuální.
3. V teoretické části práce analyzována ekonomická teorie ilegálních statků z pohledu chicagské ekonomické školy, budou zrekapitulovány protidrogové politiky obou zemí a bude diskutována dostupná literatura k tématu.
4. V praktické části budou vybrané faktory nejdříve analyzovány samostatně v rámci dané země, následně dojde ke komparativní analýze obou zemí a poté ke srovnání se zeměmi, které jsou ČR nebo Portugalsku v určitých ohledech podobné, avšak praktikují represivnější drogovou politiku. Na základě této analýzy bude následně testována hypotéza o pozitivním dopadu dekriminalizace.

Rozsah práce: 70 stran

Seznam odborné literatury:

1. BECKER, G. S., MURPHY, K. M., & GROSSMAN, M. (2004). The economic theory of illegal goods: The case of drugs (No. w10976). National Bureau of Economic Research.
2. BĚLÁČKOVÁ, V., NECHANSKÁ, B., CHOMYNOVÁ, P. & HORÁKOVÁ, M. (2012). Celopopulační studie užívání návykových látek a postojů k němu v České republice v roce 2008, Praha: Úřad vlády České republiky.
3. Coelho, M. P. (2015): Drugs: The Portuguese fallacy and the absurd medicalization of Europe. Motricidade 11 (2015), (2), 3-15.
4. EMCDDA (1995-2018). European Drug Report. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
5. GREENWALD, G. (2009). Drug decriminalization in Portugal: lessons for creating fair and successful drug policies. Cato Institute Whitepaper Series.
6. GROLMUSOVÁ, Lucie, ed. (2013) Válka proti drogám a její negativní dopady na veřejné zdraví: skrytá epidemie hepatitidy typu C. Praha: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogovou závislost. Monografie (Úřad vlády České republiky). ISBN 978-80-7440-082-7.
7. GROLMUSOVÁ, Lucie, ed. (2017) Přebírání kontroly: cesty k protidrogové politice, které fungují. Praha: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogovou závislost. Monografie (Úřad vlády České republiky). ISBN 978-80-7440-175-6.
8. HUGHES, C. E., & STEVENS, A. (2015). A resounding success or a disastrous failure: re-examining the interpretation of evidence on the Portuguese decriminalization of illicit drugs. In New Approaches to Drug Policies (pp. 137-162). Palgrave Macmillan, London.
9. MRAVČÍK, V., et. al. (2018). Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2017 MRAVČÍK, V. (Ed.). Praha: Úřad vlády České republiky. ISBN 978-80-7440-219-7.
10. ZÁBRANSKÝ, T. (2004). Czech drug laws as an arena of drug policy battle. Journal of drug issues, 4(03), 661-686.

Datum zadání diplomové práce: březen 2019

Termín odevzdání diplomové práce: srpen 2019

Bc. Jan Šincl
Řešitel

doc. PhDr. Ing. Marek Loužek, Ph.D.
Vedoucí práce

doc. Ing. Miroslav Ševčík, CSc.
Vedoucí katedry

prof. Ing. Zdeněk Chytil, CSc.
Děkan NF VŠE

Abstrakt

Tato diplomová práce analyzuje politiku dekriminalizace drog na příkladu České republiky a Portugalska v letech 2001 – 2018. V teoretické části práce jsou nejprve uvedeny zajímavé příklady protidrogových politik ve světě a následně je zde popsán historicko-společenský vývoj vztahu k drogám v obou zemích. Posléze jsou diskutovány ekonomické teorie zabývající se drogovou problematikou ať už z pohledu jednotlivce či státu. V části praktické jsou analyzovány jednotlivé vybrané faktory – počty uživatelů drog, veřejné výdaje na protidrogovou politiku a nové případy hepatitidy C či viru HIV. Tyto ukazatele jsou nejprve analyzovány pro každou zemi samostatně, následně jsou země srovnány mezi sebou a poté i s dalšími vybranými evropskými zeměmi. Z výsledků práce je patrné, že dekriminalizace drog a další s ní spojené fenomény měly na zkoumané faktory v obou zemích pozitivní vliv.

Klíčová slova:
Česká republika, Portugalsko, dekriminalizace, drogy, komparativní analýza, protidrogová politika

JEL klasifikace:
I120, H760

Abstract

This diploma thesis analyses drug decriminalisation policy of the Czech Republic and Portugal in the period of 2001 – 2018. In the theoretical part of the thesis firstly there are presented interesting cases of anti-drug policies from all over the world and then the historical and social development of the attitudes towards drugs in both countries is described. After that, economic theories focusing on drug-related issues from both the angle of the individual and the state are discussed. In the practical part the selected factors are analysed – number of drugs users, public expenditure for anti-drug policy and new cases of hepatitis C and the HIV virus. These factors are firstly analysed for each country separately, then the countries are compared with each other and with other selected European countries. Results of this theses show that the decriminalisation of drugs, and other phenomena linked to it, had a positive impact on the examined factors for both countries.

Key words:

Czech Republic, Portugal, decriminalisation, drugs, comparative analysis, anti-drug policy

JEL classification:

I120, H760

Obsah

Úvod ... 1
1. Teoretická část práce ... 3
1.1. Válka proti drogám ... 3
Švýcarská heroinová politika ... 4
Amsterdamské „coffee-shopy“ ... 5
Legalizace marihuany ve státě Colorado ... 6
Uruguayský systém registrovaných uživatelů ... 7
1.2. Společensko-historické souvislosti protidrogové politiky v České republice a v Portugalsku ... 9
Česká republika ... 9
Portugalsko ... 10
1.3. Ekonomické teorie ... 12
Ekonomická teorie ilegálních statků ... 12
Teorie racionální závislosti ... 14
Teorie ekonomické regulace ... 15
Trh s citrony ... 16
Behaviorální ekonomie ... 17
Rakouská škola ... 19
Železný zákon prohibice ... 20
2. Praktická část práce ... 22
2.1. Metodika práce ... 22
Počty uživatelů drog ... 22
Veřejné výdaje ... 25
Hepatitida C ... 27
HIV ... 27
Další srovnávané země ... 28
Limitace dat ... 29
2.2. Portugalsko ... 30
Dosavadní empirické analýzy ... 30
Počty uživatelů drog ... 35
Veřejné výdaje ... 37
Hepatitida C ... 38
HIV ... 40

2.3. Česká republika ... 42
Dosavadní empirické analýzy ... 42
Počty uživatelů drog ... 44
Veřejné výdaje ... 46
Hepatitida C ... 48
HIV ... 50
2.4. Komparativní analýza obou zemí ... 53
Počty uživatelů drog ... 53
Veřejné výdaje ... 54
Hepatitida C ... 56
HIV ... 57
2.5. Srovnání s ostatními zeměmi ... 59
Počty uživatelů drog ... 59
Veřejné výdaje ... 61
Hepatitida C ... 62
HIV ... 64
2.6. Shrnutí poznatků ... 66
Závěr ... 69
Seznam tabulek a grafů ... 73
Reference ... 75

Úvod

Dekriminalizace drog v Portugalsku byla na počátku nového tisíciletí jednou z prvních vlaštovek postupné změny vztahu státu a drogové problematiky. Po jejím zavedení se v následujících letech vyrojilo mnoho zpráv o jejím úspěchu a v některých zemích se tato možnost přístupu k drogově závislým spíše jako k nemocným lidem než ke kriminálníkům začala hojně diskutovat. Česká republika pak drogy dekriminalizovala v roce 2010. V současné době tak odborníci na drogovou problematiku z celého světa jezdí do těchto dvou malých evropských zemí ve snaze naučit se, jak změnit přístup nejen států, ale i celých společností vůči drogově závislým jedincům.

Vzhledem k tomu, že i nadnárodní organizace typu OSN se postupně začínají vymezovat vůči nákladné a naprosto neefektivní válce proti drogám je téměř jisté, že v následujících letech a desetiletích budeme svědky rapidních změn v protidrogových politikách mnoha zemí po celém světě. Tato práce pomocí komparativní analýzy čtyř vybraných ukazatelů nejen v těchto zemích, ale i v kontextu dalších evropských států, cílí k tomu, aby ukázala, zdali je opravdu tento přístup tak pozitivní, aby stál za implementaci i jinde ve světě.

Teoretická část práce je rozdělena na tři větší okruhy. První okruh se zabývá zajímavými příklady protidrogových politik z celého světa. Těmito příklady jsou švýcarská heroinová politika, amsterdamské coffee-shopy, legalizace marihuany ve státě Colorado a uruguayský systém registrovaných uživatelů. Tyto příklady slouží k ilustraci toho, jaké existují další dekriminalizační či legalizační přístupy k drogové problematice a slouží čtenáři k rozšíření obzorů o nových přístupech protidrogových politik.

Další okruh teoretické části práce vymezuje historicko-společenské souvislosti protidrogových politik v Portugalsku a České republice. Tento okruh mapuje situaci v těchto dvou zemích z historického, kulturního a legislativního pohledu a nastiňuje tak podmínky, které daly vzniknout oběma dekriminalizačním politikám. Třetí a poslední okruh teoretické části práce se pak zabývá ekonomickými teoriemi, které souvisejí s problematikou drog. Postupně projde od chicagských teorií ilegálních statků, racionální závislosti a teorie ekonomické regulace, přes trh s citrony a poznatky behaviorální ekonomie až k ekonomii rakouské školy a železnému zákonu prohibice.

Struktura teoretické části práce byla navržena tak, aby čtenáři nejprve přiblížila různé moderní přístupy k protidrogové politice, následně je zasadila do kontextu obou zkoumaných zemí a vymezila ekonomické pohledy, které s danou problematikou úzce souvisejí. Tento přístup by měl dát čtenáři dát komplexní vhled do drogové problematiky a pomoci mu tak pochopit některé souvislosti, které následně vyplývají z analýzy v praktické části práce.

Část praktická je následně rozdělena na šest kapitol. V kapitole první je metodologicky vymezena celá praktická část. Jsou zde definovány všechny čtyři sledované ukazatele, tedy počty uživatelů drog měřené roční prevalencí jakékoliv ilegální drogy, veřejné výdaje na protidrogovou politiku a nové případy hepatitidy typu C a viru HIV. Všechny tyto ukazatele jsou následně analyzovány nejdříve v rámci Portugalska a následně i České republiky. Nedílnou součástí kapitol věnující se analýze jednotlivých zemí je též přehled nejzajímavější empirických studií.

Ve čtvrté kapitole praktické části práce jsou pak obě země podrobeny komparativní analýze a srovnány mezi sebou. Další kapitola pak situaci v ČR a Portugalsku srovnává s vybranými zeměmi, jejichž protidrogová politika je spíše represivnějšího rázu. Konkrétně se jedná o Itálii, Maďarsko, Řecko a Slovensko. V poslední, šesté, kapitole praktické části práce jsou pak hlavní získané poznatky sumarizovány. Struktura praktické části práce byla volena tak, aby čtenáři nejprve přiblížila situaci v obou zemích, následně je srovnala mezi sebou a posléze zasadila i do kontextu ostatní politik z různých evropských zemí. Na konci praktické části práce jsou ještě hlavní poznatky shrnuty na jedno místo a to zejména pro zvýšení přehlednosti celé práce.

Cílem této diplomové práce je analyzovat dopady dekriminalizace drog na vývoj počtu uživatelů drog, veřejné výdaje a nové případy hepatitidy C a viru HIV v Portugalsku a České republice mezi lety 2001 a 2018. Hypotéza pro obě země a všechny sledované faktory zní, že dekriminalizace drog neměla na tyto faktory výrazně negativní vliv, ale spíše došlo k jejich zlepšení či aspoň nezhoršení. Počty uživatelů drog by tedy v obou zemích měly zůstat po zavedení této protidrogové politiky stejné nebo se snížit. To samé platí i pro veřejné výdaje. Pro hepatitidu C a HIV pak platí, že po dekriminalizaci by nemělo dojít k nárůstu počtu nových případů daného onemocnění, ale trend by měl zůstat podobný jako před dekriminalizací či by mělo dojít ke snížení výskytu nových případů mezi lidmi, kteří intravenózně užívají drogy.

1. Teoretická část práce

První, teoretická, část práce obsahuje celkem pět kapitol. Kapitola první rekapituluje vznik a vývoj války proti drogám. Dále jsou zde diskutovány nejzajímavější příklady protidrogových politik z historie a dva hlavní proudy společenské debaty o drogové problematice. Ve druhé a třetí kapitole jsou postupně rozebrány obě země, jejichž drogové politiky jsou hlavním tématem této práce, a to jak z historického, tak z legislativního pohledu. Není též opomenuta ani kulturní a institucionální stránka problematiky. Předposlední, čtvrtá, kapitola diskutuje dostupnou literaturu k tématu a ekonomické teorie, které se drogám věnují. V kapitole poslední je pak popsána metodologie praktické části práce, data, ze kterých praktická část čerpá a je zde poukázáno na její možné výhody a limitace.

1.1. Válka proti drogám

Válka proti drogám je pojem, který asi nejvíce proslavil americký prezident Richard Nixon, avšak její kořeny sahají hlouběji do minulosti. Původním propagátorem myšlenky na vymýcení ilegálních substancí z běžného života pomocí represe byl totiž Harry J. Anslinger, americký úředník a komisař úřadu pro narkotika.[1] Kořeny války proti drogám však neleží v konkrétních osobách nýbrž v idejích, které formují naši společnost.

Například dle dr. Morganové můžeme v historických fluktuacích války proti drogám hledat obecnější vzorce chování. (Morgan, 1991, str. 20) Nejprve se této „veřejné hrozbě“ dostane velkého pokrytí ze strany médií, bez ohledu na to, zdali skutečně došlo k nárůstu užívání drog v populaci. Následně je vytvořen obraz veřejného nepřítele a společnost se rozdělí na dvě asymetrické skupiny – skupina „spravedlivých“ (majorita populace) a skupina „zatracených“ (minorita) – toto rozdělení následně ustaví rétoriku celé této války, která dle okřídleného „účel světí prostředky“ dokáže ospravedlnit jakékoliv úkony ve jménu dobra, bez ohledu na to, jestli následně vede válka k vítězství, či nikoliv. (Morgan, 1991, str. 21) Důležité je také si uvědomit, že válka proti drogám je relativně vděčným tématem pro stát a to jak z hlediska úředníků, kteří, dle teorie veřejné volby, prahnou po zvyšování moci svého úřadu a jeho rozpočtu, tak z hlediska politiků samotných, kteří mohou poukazováním a „řešením“ tohoto problému odklánět pozornost

[1] Bureau of Narcotics, předchůdce dnešní Drug Enforcement Administration (DEA), nejvyšší americký úřad pro boj s drogami

od ostatních společenských témat, která by jim mohla přinést negativní publicitu. (Morgan, 1991, str. 21)

Následující subkapitoly slouží pro ilustraci různých politik dekriminalizace, depenalizace či legalizace, které se během minulého a tohoto století s větším či menším úspěchem objevily ve světě. Příklady slouží k dokreslení historicko-společenského kontextu dekriminalizace, která se v letech 2001, respektive 2010, objevila též v Portugalsku a v České republice. Tyto příklady nejen, že mohly být inspirací pro tyto dvě sledované země, ale zároveň mohly být i nastavením protidrogové politiky v Portugalsku a České republice určitým způsobem inspirovány.

Švýcarská heroinová politika

Rok 1968 se do historie zapsal jako rok boje studentů za nejrůznější ideje. V Německu studenti bojovali za svá práva a za odstoupení vysokých představitelů s nacistickou minulostí, ve Španělsku brojili proti tamnímu otevřeně fašistickému režimu, v Praze propuklo pražské jaro a v Americe byli studenti součástí širšího hnutí bojujícího proti válce ve Vietnamu. (Kurlansky, 2005, str. 62)

I švýcarští studenti se do celosvětového hnutí zapojili po svém. Švýcarské studentské hnutí bylo v této době spíše emancipačního rázu, studenti se snažili získat nezávislost na svých rodičích, squatovali v prázdných budovách a snažili se o rozproudění celospolečenské debaty. Ve velké míře se mezi nimi rozmohlo též užívání drog, zejména pak LSD, marihuany a heroinu. (Uchtenhagen, 2009, str. 29)

Protidrogová politika se ve Švýcarsku, podobně jako v mnoha ostatních světových zemích v minulém století, zakládala z větší části na represi jak nabídkové, tak poptávkové strany drogových trhů. Nicméně postupem času a s rozvojem užívání drog mezi mladistvými přestala být účinná. Vzhledem k tomu, že ve Švýcarsku byla v letech 1985 – 1995 nejvyšší incidence HIV v Evropě[2] (Uchtenhagen, 2009, str. 2) a došlo zde k obrovskému rozvoji drogových komunit[3], začala některá švýcarská města přicházet s vlastními řešeními.

[2] Většina nakažených pocházela z řad drogově závislé populace.
[3] Například proslulý „Needle park“ za Curyšským nádražím.

Jedním z nich bylo například dodávání heroinu drogově závislým ve specializovaných centrech v Curychu. Curyšská lokální vláda s touto politikou (v té době ještě bez opory v zákoně) dosáhla v devadesátých letech značných úspěchů. Z nejvýznamnějších jmenujme například 50% pokles úmrtí z předávkování, pokles nově nakažených virem HIV o 65 % nebo pokles drogové kriminality, to vše oproti roku 1990, tedy nejkrizovějšímu období. (Uchtenhagen, 2009, str. 37)

Celá inovace původně vznikla jen jako studie možných dopadů, nakonec se ale ukázala jako společensky prospěšná, postupem času se z Curychu rozšířila i do ostatních měst a kantonů a následně byla i zlegalizována prostřednictvím referenda. (Uchtenhagen, 2009, str. 37)

Amsterdamské „coffee-shopy“

Nizozemsko je díky svým proslulým coffee-shopům, tedy barům, kde si můžete zakoupit různé druhy konopí a v klidu je užít, známé prakticky po celém světě. Zajímavým faktem v tomto ohledu je zejména to, že marihuana, tedy její pěstování, nabízení a přechovávání, v zemi legální není a lidem obviněným z těchto přečinů hrozí mnohé tresty, včetně odnětí svobody.

Proč je tedy Nizozemí, co se konopí týče, tak vyhlášenou zemí? Může za to zejména holandská politika tolerance. V roce 1979 byly vyhotoveny první „tolerančních“ směrnice, na základě kterých později vznikly i proslulé coffee-shopy, tedy místa, kde je možné prodávat výrobky z konopí a která jsou licencována příslušnou municipalitou. Nutno podotknout, že tato povolení nejsou mandatorní, tedy město je coffee-shopu poskytnout nemusí. I díky tomuto faktu nejsou coffee-shopy ve dvou třetinách holandských měst vůbec přítomny a tam kde přítomny jsou, jejich počet vytrvale klesá. V roce 1999 jich bylo, dle oficiálních statistik, v zemi otevřeno 846, v roce 2013 už „jen“ 614. (EMCDDA, 2017)

Původně velmi liberální politika tolerance nicméně časem utrpěla jisté ztráty. Například v roce 2013 byly nákupy v coffee-shopech omezeny pouze pro holandské rezidenty, aby se zabránilo tzv. „drogové turistice“. Zároveň v Holandsku vznikla relativně paradoxní situace, kdy se tedy v těchto licencovaných prodejnách smí konopné výrobky prodávat, ale jejich pěstování a distribuce jsou v zemi i nadále, pod pohrůžkou trestu, zakázány. Kde tedy coffee-shopy berou své zásoby? Odpověď na tuto otázku je

více než nasnadě, zdrojem jim je černý trh. I když bylo na tento problém za dobu fungování coffee-shopů mnohokrát upozorňováno, do dnešního dne nebyl tento problém vyřešen. (EMCDDA, 2017)

Co se týče vlivu existence tohoto regulovaného odvětví na spotřebu konopných produktů v Holandsku, výsledky jsou rozporuplné. Při evaluaci problematiky v roce 2009 bylo zjištěno, že spotřeba těchto výrobků je mezi dospělými nižší než v ostatních zemích Evropské Unie. Na druhou stranu mezi lidmi mladšími 18 let je spotřeba naopak mnohem vyšší. Zhodnocení se již bohužel nezabývalo tím, zdali je vyšší prevalence mezi mladými lidmi způsobena samotnou existencí coffee-shopů, všeobecnou vysokou tolerancí nizozemské společnosti vůči tzv. lehkým drogám anebo zdali měly na tento fenomén vliv i jiné, externí, faktory. (EMCDDA, 2017)

Legalizace marihuany ve státě Colorado[4]

Velice medializovaný případ, a další zajímavý druh protidrogové politiky, se objevil v roce 2012 v americkém státě Colorado. Změna legislativy, kterou si Coloradští voliči odhlasovali v poměru 55:45, je svým způsobem na celém světě unikátní. Dosud totiž, pokud byla marihuana v dané zemí legalizována, bylo to zpravidla pouze pro účely léčebné. V Coloradu mohou lidé drogu kupovat i pro účely rekreační, avšak platí zde nejrůznější omezení, podobná těm v Nizozemsku.

Konopné výrobky mohou totiž ve specializovaných prodejnách kupovat pouze dospělé osoby, propagace je možná pouze v omezené podobě a maximální množství produktu v držení je taktéž limitováno. Hlavním rozdílem oproti výše zmíněné, trochu paradoxní, nizozemské variantě je to, že legálně mohou existovat i pěstitelé, musí ovšem získat státní licenci – situace na tomto trhu je teda srovnatelná s trhem alkoholovým nebo tabákovým. (EMCDDA, 2017)

Vzhledem k tomu, že byla tato politika v Coloradu a Washingtonu implementována relativně nedávno, nelze ještě na jejím základě dělat jakékoliv silné závěry. Z informací, které od roku 2014 máme, můžeme reagovat pouze na některé z prvotních obav, které, zejména v táboře odpůrců legalizace, silně rezonovaly. Obavy se

[4] V roce 2014 byla marihuana legalizována též ve státě Washington. V některých dalších amerických státech pak v průběhu dalších let. Pro jednoduchost se název kapitoly týká pouze státu Colorado, jenž byl v rámci této iniciativy první. Zároveň politiky ostatních států, které legalizaci přijaly za svou, jsou s tou Coloradskou v podstatě totožné.

týkaly zejména ztráty produktivity, zvýšený počet dopravních nehod řidičů pod vlivem marihuany nebo zvýšené zločinnosti. Krátkodobá data nicméně nenaznačují jakýkoliv markantní nárůst zločinnosti či dopravních nehod a pokles produktivity taktéž nebyl pozorován. Co se týče dlouhodobějších ukazatelů, jako je například vliv na zdraví osob užívajících tyto látky nebo různé další sociálně patologické jevy, je nyní ještě příliš brzo na to učinit jakékoliv hodnověrné závěry. (EMCDDA, 2017)

Informace, které již k dispozici máme, se týkají příjmů státu z toho odvětví. Za dobu fungování odvětví, tedy v letech 2014 – 2019[5] si Colorado pouze na daních z prodeje lékařské a rekreační marihuany přišlo na 1 043 961 209$. (Department of Revenue, 2019) Původní odhady hovořily o 5 – 22 milionech dolarů ročně. Tedy pokud by vyšel původní optimistický scénář, stát Colorado si měl legalizací přijít na daních maximálně na 110 milionů dolarů. Realita ovšem předpoklady překonala téměř desetinásobně. Příklad Colorada a ostatních zemí tak ukazuje, že legalizace či dekriminalizace může nejen pomoci rizikovým osobám, ale může být též zdrojem obrovského příjmu pro stát.

K podpoření informací z přehledu publikovaného EMCDDA je možné též uvést následující studii, která se zaměřovala právě na výše zmíněnou vyšší nehodovost při řízení motorových vozidel pod vlivem konopí. (Aydelotte, a další, 2017) Autoři pomocí metody difference-in-differences sledovali smrtelné dopravní nehody před a po zavedení politiky legalizace v roce 2014 ve státech Colorado a Washington. Jako kontrolní skupinu si zvolili osm jiných států, kde legalizace konopí neproběhla. Z výsledků studie je patrné, že počty dopravních nehod se ve dvou sledovaných státech oproti kontrolní skupině příliš nelišily ani před, ani po legalizaci.

Nutno podotknout, že daná studie proběhla v roce 2017, tedy pouhé tři roky po výskytu tohoto jevu. Při zkoumání delšího časového intervalu a s tím spojených dlouhodobějších dopadů by výsledky již tak pozitivní být nemusely, což ovšem ve výsledcích práce potvrzují i samotní autoři. (Aydelotte, a další, 2017)

Uruguayský systém registrovaných uživatelů

Uruguay, druhá nejmenší latinsko-americká republika, se v roce 2013 také legislativně přidala k trendu změny pohledu na užívání lehkých drog. Stát zde reguluje

[5] Do června 2019

nabídku a užití konopí pomocí tří hlavních kanálů. Zaprvé si zájemci mohou konopí v omezených měsíčních dávkách obstarávat ze sítě státem vlastněných lékáren. Za druhé se mohou přidat do jednoho z takzvaných „konopných společenských klubů“. Nebo za třetí mohou v omezeném množství pěstovat konopí u sebe doma. Všechny tyto tři regulace nabídky konopí mají dle místní agentury IRCCA[6] sloužit ke snížení škod působených černým trhem, ke vzdělávání a zvýšení prevence v populaci. Každá osoba, která chce užívat konopné výrobky, se musí bezpodmínečně zaregistrovat u této státní agentury, která si tak udržuje nebývalý přehled o počtech uživatelů a nabízejících v populaci. (EMCDDA, 2017)

Na rozdíl například od coloradské legalizace, se ta uruguayská neděla zdola nahoru, ale spíše opačným směrem. Uruguayská administrativa totiž oznámila, že se přiklání k tomuto kroku i navzdory tomu, že 61 – 66% Uruguayců se v letech 2012-2013 proti tomuto kroku vymezilo. (Walsh & Ramsey, 2016)

Výsledky zavedení této politiky dosud nejsou kvalitně zdokumentovány, nicméně lze například předpokládat, že k jednomu z cílů, konkrétně rozbití černého trhu, pravděpodobně nedojde v takovém rozsahu, jaký si politici slibovali. Zdá se, že důvod je prostý. Pokud se každý nový uživatel nebo producent musí zaregistrovat, je pravděpodobné, že lidé, kteří se již pohybují na černém trhu, se budou chtít tento registraci vyhnout. Uruguayská konopná politika je nicméně dalším zajímavým článkem do mozaiky různých forem legalizace produkce a spotřeby marihuany a bude jistě poučné sledovat její vývoj i v následujících letech, kdy již bude k dispozici více dat.

Uvádět více příkladů politik, které nějakým způsobem dekriminalizovaly/legalizovaly užití některých drog již pravděpodobně nemá smysl, neboť cílem této práce není popsat veškeré možné systémy i s jejich nepatrnými odchylkami od ostatních. Cílem práce je analyzovat dva systémy dekriminalizace, které se netýkají pouze několika konkrétních drog, ale drog všech.

Abychom mohli lépe pochopit a analyzovat protidrogové politiky, které se uplatňují v Portugalsku a České republice, je nutné nejprve pochopit historický vývoj vztahu

[6] Institute for the Control and Regulation of Cannabis

k drogám v těchto dvou zemích a zároveň i zjistit, jak tyto dva systémy v praxi fungují. K tomu slouží právě následující subkapitola.

1.2. Společensko-historické souvislosti protidrogové politiky v České republice a v Portugalsku

Česká republika

Poté co byla Evropa ve čtyřicátých letech minulého století rozdělena tzv. „železnou oponou“, ocitlo se tehdejší Československo v područí východního bloku. Vzhledem k uzavření hranic došlo k omezení jak pohybu osob, tak pohybu zboží, s čímž bylo pochopitelně spjato i omezení pašování drog ze západu do země. (Zábranský, 2004)

Vzhledem k omezení dovozu si drogově závislí Čechoslováci museli pomoci sami. Během komunistické éry tak došlo k rozvoji užívání dostupných léků na předpis v kombinaci s alkoholem, část drogově závislých vyhledávala též houby s psychedelickými účinky a marihuanu. Postupem času se do popředí začal dostávat pervitin, který je považován po celé Evropě za typicky českou drogu a též vznikl v podstatě v důsledku omezení dovozu drog ze západu. (Zábranský, 2004)

Po pádu komunistického režimu došlo v oblasti drog k rapidním změnám. Minulý režim nebyl ochoten dávat na odiv negativní fenomény, které se mohly ve společnosti vyskytovat, a tedy drogy nebyly tolik na očích jako po pádu režimu. V průběhu devadesátých let se pokrytí drogové problematiky ze strany médií znatelně zvýšilo a vzhledem k nepoměru v míře poskytovaných informací se zdálo, že se český drogový problém znatelně zhoršuje.

Zvýšená poptávka po legislativním řešení nakonec vyústila do situace, kdy bylo rozhodnuto spíše na základě dojmů poskytovaných médii než na základě vědeckém. (Zábranský, 2004) V roce 1998 pak byl, i přes veto tehdejšího prezidenta Václava Havla přijat represivní dodatek, který kriminalizoval držení veškerých drog v množství větším než malém, ale bez specifikace, o jaké množství reálně jde. Tento stav české republice panoval s různými menšími či většími odchylkami až do roku 2009, kdy byla nařízením vlády stanovena množství větší než malá pro omamné a psychotropní látky a látky obsahující jedy.

Vývoj v České republice po roce 1989 tedy zhruba odpovídá průběhu, který již v roce 1991 stanovila Dr. Morganová jako obecný průběh vlny války proti drogám a který byl popsán v úvodu teoretické části práce. Z relativně svobodného prostředí se díky hysterii přešlo k represi, aby se následně po několika letech na základě faktů opět začalo dekriminalizovat. Dekriminalizace drog je v současném světě pravděpodobně maximální cíl, na který se může kterákoliv země zaměřit, neboť kromě legislativy, kterou si v oblasti drog stanovuje sama, musí ještě respektovat mezinárodní úmluvy OSN zaměřené na omamné a psychotropní látky nebo legislativu Evropské unie.

Národní strategie protidrogové politiky je stanovována vždy na delší časový úsek, v rámci něhož jsou vytyčeny hlavní cíle protidrogové politiky. Poslední strategie, která spadá do období, které sleduje tato diplomová práce je národní strategie protidrogové politiky 2010 – 2018. V tomto období, konkrétně v letech 2014 – 2016, do ní byly též poprvé zahrnuty i další negativní společenské jevy podobného charakteru – alkohol, tabák a hazardní hraní. (Mravčík et al., 2018)

Strategie je postavena na čtyřech základních pilířích: prevence, léčba a reintegrace, harm reduction[7], snižování nabídky. Zároveň pro oblast drog definuje čtyři základní cíle: snížení úrovně experimentálního a občasného užívání drog, snížení úrovně intenzivního užívání drog, snížení potenciální rizik spojených s drogami vůči jednotlivcům a společnosti, snížení dostupnosti drog, zejména pro mladé lidi. (EMCDDA, 2019)

Portugalsko

Po pádu autokratického režimu Antonia Salazara v roce 1974 a po stěhování, původně zemědělské společnosti, zejména do Lisabonu a Porta se v Portugalsku rozmohlo užívání drog. Všeobecně se má za to, že tento problém se ještě více prohloubil v devadesátých letech minulého století, avšak přesná data z tohoto období jsou spíše raritou. (van het Loo, van Beusekom, & Kahan, 2002, str. 51) Z informací, které k dispozici jsou, jsou nicméně pozorovatelné určité trendy.

[7] Zpravidla se z angličtiny nepřekládá, nicméně lze vysvětlit jako snižování škod. Tím je myšleno snižování škod spojených s drogovou závislostí například infekčních onemocnění atd. Harm-reduction programy zpravidla spočívají v práci v terénu, pomoc závislým ať formou různých konzultací nebo například formou rozdávání čistých jehel, kondomů, letáků atd.

Počet úmrtí spojených s užíváním drog, kromě roku 1993, po celá devadesátá leta rostl, a zatímco v roce 1990 se ročně v Portugalsku nakazilo virem HIV 4,3 osoby, v roce 1998 to již bylo 54,7. (van het Loo, van Beusekom, & Kahan, 2002, str. 52) Koncem 90. let minulého století se dle SICAD[8] v zemi nacházelo kolem 100 000 uživatelů heroinu. V roce 1997 se pak drogy a jejich užívání zařadily na jedno z prvních míst ve studii Eurobarometr, zkoumající hlavní společenské problémy tehdejšího Portugalska. Nutno podotknout, že o dvanáct let později, v roce 2009 se již drogy propadly až na 13. místo. (General-Directorate for Intervention on Addictive Behaviours and Dependencies, 2013) Zkoumání, zdali za tento pokles ve vnímání drog jako celospolečenského problému může dekriminalizace z roku 2001 nebo některé jiné fenomény, je jedním z hlavních cílů této diplomové práce.

Aby bylo možné s těmito nanejvýš negativními trendy účinně bojovat, byla ustavena komise pro národní drogovou strategii[9], která v roce 1998 vyprodukovala report o stavu drog v Portugalsku a návrh řešení. Ten byl k překvapení všech v tomtéž roce schválen vládou a na jeho základě byla ustavena národní protidrogová strategie. (van het Loo, van Beusekom, & Kahan, 2002)

Veškeré drogy bez ohledu na to, zdali jsou považovány za měkké či tvrdé, byly postaveny na stejnou úroveň a dekriminalizovány k prvnímu červenci 2001. Od tohoto data je člověk, v případě přistižení při držení nebo užívání drog, poslán k civilní komisi, která rozhodne o jeho potrestání. Nutno podotknout, že se již nadále nejedná o trestný čin, nýbrž pouze o přestupek, což byl jeden z předpokladů pro destigmatizaci drog ve společnosti. To vše platí pochopitelně pouze pro běžné lidi, kteří jsou závislí nebo u sebe drogu přechovávají. V případě, že komise dojde k názoru, že je předvedený člověk výrobcem či překupníkem, odešle ho pochopitelně před soud.

Destigmatizace byla zároveň jedním z hlavních cílů nové strategie, která měla pomoci drogově závislým s vyhledáním odborné pomoci a celkově se snahou o léčení. Předpoklad byl takový, že pokud již nebude závislému hrozit vězení, bude pro tyto lidi snadnější si například dojít vyměnit jehly nebo navštívit lékaře, což by pochopitelně

[8] General-Directorate for Intervention on Addictive Behaviours and Dependencies
[9] Comissao para a Estrategia Nacional de Combate a Droga

následně mělo vést ke snížení pravděpodobnosti šíření infekčních chorob a dalších nežádoucích jevů mezi drogově závislými.

Je pochopitelné, že samotná změna zákona týkajícího se držení a spotřeby drog by pravděpodobně vliv na tento tehdy celospolečenský problém neměla. Změna spočívala i v celkovém postoji společnosti a nastavení samotného systému. Došlo ke zlepšení praxe ve všech oblastech týkajících se drogově závislých, od prevence, léčby nebo rozvoje různých nízkoprahových center až po reintegrace do společnosti. I proto se od zavedení dekriminalizace Portugalská drogová politika stala fenoménem, o kterém v letech po jejím zavedení informovala prakticky všechna světová média. Byla však situace tak růžová ve všech ohledech? Na tuto otázku reaguje kapitola empirické studie prezentovaná v praktické části práce a zároveň ji analyzuje i tato diplomová práce samotná.

1.3. Ekonomické teorie

V následující subkapitole jsou postupně rozebrány a diskutovány nejčastěji využívané teorie související s prohibicí, ilegálními trhy a drogami. Mezi diskutované teoretické přístupy jsou zde zahrnuty: chicagská ekonomická teorie ilegálních statků, teorie racionální závislosti a teorie ekonomické regulace, příspěvky rakouské ekonomické školy a železný zákon prohibice. Součástí přehledu ekonomických teorií je též trh s citróny George Akerlofa, který se v ostatní teoretické literatuře zabývající se tématem drog sice nepodařilo dohledat, nicméně jeho implikace pro tyto trhy by mohly být při hlubším výzkumu velice zajímavé.

Ekonomická teorie ilegálních statků

Pravděpodobně nejznámější a zároveň nejcitovanější ekonomická analýza drogové problematiky se nachází ve studii ekonoma chicagské školy Garyho Beckera a jeho spolupracovníků z roku 2004. (Becker, Murphy, & Grossman, 2004) Autoři zde za využití standardních ekonomických nástrojů zkoumají, zdali je pro oblast ilegálních statků (v tomto případě drog) vhodnější sledovat politiku státní represe nabídky a poptávky nebo naopak nechat působit tržní mechanismus. Již v úvodu se autoři ptají: proč i přes stále narůstající zdroje investované do války proti drogám, se dosud žádnému prezidentovi nebo drogovému carovi nepodařilo tuto válku vyhrát? Dle jejich názoru

může být jednou z odpovědí na tuto otázku právě v jednoduché teorii prezentované v tomto článku. (Becker, Murphy, & Grossman, 2004, stránky 1-2)

I přesto, že přesné údaje o cenách drog na trhu jsou vzácné, dovolují si autoři, na základě předchozího výzkumu jednoho z nich, předpokládat, že poptávka po drogách je pro některé typy drog neelastická. (Becker, Murphy, & Grossman, 2004, str. 31) Nízká elasticita poptávky po drogách je dána tím, že drogy se ze své podstaty řadí spíše mezi statky nezbytné, než mezi statky luxusní – změna jejich ceny má u závislého člověka pouze malý vliv na jeho spotřebu.[10] Jejich analýza ukazuje, že v případě nastavení optimální výše daně (která je ovšem neznámá) by legalizace byla, za předpokladu neelastické poptávky po drogách, vždy optimálnější, než jakkoliv efektivní vládní intervence do trhu s drogami. (Becker, Murphy, & Grossman, 2004, str. 23) Problematická z tohoto pohledu je tedy zejména výše zmíněné daně z drog, která, pokud by překročila určitou hranici, by naopak mohla být kontraproduktivní a opět některé z legálních výrobců vytlačit do ilegality.

Autoři na základě podrobné analýzy docházejí k závěru, že společensky optimální je drogy legalizovat a jejich produkci následně zdanit. To by snížilo výdaje státu na válku proti drogám, zvýšilo příjmy státního rozpočtu, utlumilo drogovou kriminalitu a zároveň by, při vhodném nastavení daně, mohlo dojít i k poklesu spotřeby drog. (Becker, Murphy, & Grossman, 2004, str. 22)

Poslední otázkou, kterou se v práci autoři zabývají, je, proč v celé historii lidstva neustále vznikají diskrepance mezi optimální a praktikovanou politikou pro různé statky od prostituce, přes gambling až po drogy. Dle jejich analýzy by totiž statky, u nichž soukromá hodnota převažuje společenskou, měly být legální a případně zdaněny. Příčinu spatřují zejména ve vlivu zákazu či legalizace na spotřebu různě bohatých skupin obyvatel v důsledku různě vysokých důchodových a substitučních efektů daných skupin. (Becker, Murphy, & Grossman, 2004, str. 30)

Do dnešního dne se jedná pravděpodobně o nejvíce přijímanou neoklasickou analýzu trhů s ilegálními statky. Možná kritika, nebo spíše doplnění teorie, by se mohla týkat zejména diskrepance mezi optimální a praktikovanou protidrogovou politikou zmíněnou v předchozím odstavci. Kromě toho, že tento rozdíl může být způsoben rozdíly

[10] Elasticita poptávky po drogách je podrobněji vysvětlena níže v kapitole s názvem Rakouská škola

v substitučních a důchodových efektech, můžeme též jeho příčinu hledat v teorii veřejné volby.

S určitou pravděpodobností je možné tvrdit, že lidé, kteří jsou závislí na některé z nelegálních drog, tvoří ve většině zemí světa pouze zlomek celkové populace. Jedná se tedy o relativně malou zájmovou skupinu, respektive relativně malou voličskou základnu. Na druhou stranu zde existuje většinová populace, která zpravidla vnímá drogově závislé velmi negativně. Racionální politik, který chce ve volbách maximalizovat počet hlasů pro svou osobu, bude tedy pravděpodobně tíhnout k uspokojení většiny, a tedy se spíše zaváže k drogové represi a „vytlačení" drogově závislých ještě více na okraj společnosti.

Teorie racionální závislosti

Může být závislost na nějakém statku, tedy na první pohled iracionální jednání, v souladu s teorií racionálního chování? Na tuto otázku se ve svém článku z roku 1988 pokusili odpovědět již jednou jmenovaní chicagští ekonomové Becker s Murphym. Autoři pro svou teorii racionální závislosti vznášejí dva předpoklady, které jsou zcela v souladu s teorií racionálního spotřebitele.

Prvním předpoklad zní, že spotřebitel musí v čase konsistentně maximalizovat svůj užitek, aby mohl být považován za racionálního. Druhý předpoklad udává, že spotřeba statku v minulosti musí zvýšit spotřebu tohoto statku v současném období, aby mohl být tento statek považován za příčinu závislosti. (Becker & Murphy, 1988)

Autoři v článku nestudují pouze negativní závislosti[11], ale též závislosti pozitivní[12] a vytváří tedy obecnou teorii závislosti, která by měla být platná bez ohledu na spotřebovávaný statek. V analýze též využívají nestabilní stálé stavy, které se nepokouší eliminovat pomocí vhodného nastavení parametrů, ale naopak je považují za esenciální pro pochopení teorie racionální závislosti. Spotřeba statků vzbuzujících závislost v čase roste, pokud se nachází nad těmito nestabilními stálými stavy a naopak klesá až k abstinenci, pokud se nachází pod nimi. (Becker & Murphy, 1988)

Oproti předpokladu W. Blocka, že drogy jsou statky nezbytné, docházejí autoři[13] k jiným závěrům. Přesvědčení, že drogy jsou nezbytné statky a tedy jejich spotřeba příliš

[11] Například na alkoholu nebo drogách
[12] Například na běhu
[13] Viz kapitolu „Rakouská škola"

nereaguje na změny ceny, pramení dle autorů z pozorování, že permanentní změny cen nemají v krátkém období na spotřebu příliš velký vliv. V případě, že se ale jedná o poptávku v dlouhém období, docházejí autoři k závěru, že poptávka po statcích způsobujících závislost je ještě elastičtější než u statků, které ji nezpůsobují. (Becker & Murphy, 1988, str. 695)

Celá analýza možné racionální závislosti je z hlediska protidrogové politiky velice zajímavá. Kromě očividných biologických či psychologických příčin nám totiž může přidat další díly do mozaiky toho, jakým způsobem přemýšlejí lidé závislí na drogách. Pokud přijmeme fakt, že závislý člověk je spíše nemocný, nedokáže si uvědomit, že dlouhodobá závislost mu spíše uškodí, než že by mu mohla přinést více užitku, bude pro nás jednodušší ztotožnit se s novými humanitně orientovanými trendy v protidrogové problematice.

Teorie ekonomické regulace

Další ekonomickou teorií, která by se dala vztáhnout na drogovou problematiku je teorie ekonomické regulace z pera dalšího ekonoma z univerzity v Chicagu George Stiglera. Stigler, držitel Nobelovy ceny za ekonomii[14] za příspěvky k teorii veřejné volby, se ve své teorii zabýval zejména syndromem ovládnutého strážce a ekonomií informací. Stigler ve svém článku, který se stal základním kamenem pro teorii regulace, specifikuje dva možné náhledy na regulaci jako takovou.

První náhled je spíše klasičtějšího rázu. Tedy, že stát uvaluje, díky své moci, regulace na dané odvětví s tím, že očekává zvýšení společenského blaha nebo ochranu veřejnosti před případnými negativními dopady fungování daného odvětví. Druhý pohled na věc pak spočívá v tom, že politika jako taková je mixem nejrůznějších zájmových skupin a jejich tlaků, které následně ústí v buďto opravdu hodnotné výsledky (například zrušení otrokářství) nebo ve výsledky zavrženíhodné.[15] (Stigler, 1971)

Stigler v tomto článku, podobně jako i další ekonomové zabývající se teorií veřejné volby, nahlíží na politický proces jako na snahu jeho aktérů o maximalizaci vlastního užitku. Politik se jednak snaží o to, aby získal větší moc, ale zároveň se nesmí znelíbit svým voličům a podporovatelům. Mezi tyto jeho voliče a finanční podporovatele

[14] Cena Švédské národní banky za rozvoj ekonomické vědy na památku Alfreda Nobela
[15] Například když politik nějakým způsobem zneužije své postavení, aby si nějakým způsobem přilepšil

pochopitelně patří též firmy a korporace, které mohou toužit po regulaci svého odvětví s cílem zachování jejich postavení. Politik tedy musí občas těmto společnostem vyjít vstříc, aby si zachoval jejich podporu. Na druhou stranu jim ale nesmí vycházet vstříc příliš často, aby se vyhnul obvinění z klientelismu a ztrátě voličů. (Stigler, 1971)

Stiglerova teorie vychází z předpokladu, že firmy působící v daném, státem regulovaném, odvětví se snaží získat ještě větší míru regulace, aby se tímto způsobem trh uzavřel pro jejich konkurenty. Za konkurenci ovšem považují též i trhy se substituty k jejich výrobku. (Stigler, 1971, str. 6) Pokud tento poznatek vztáhneme na trhy s drogami a to jak legálními, tak nelegálními, dojdeme logicky k závěru, že výrobci alkoholu a cigaret budou motivováni k tomu, aby co nejvíce omezili přístup jejich zákazníků k drogám, které jsou v současné době stanoveny jako nelegální. Kupříkladu alkoholová lobby se pak bude snažit bojovat proti dekriminalizaci nebo legalizaci látek, které mají na lidský organismus podobné účinky jako alkohol. Alkohol totiž dokáže u konzumentů navozovat příjemné pocity, nárůst sebevědomí, někomu ve větším množství může případně umožnit až chvilkový únik z reality, což by ale teoreticky mohly danému jedinci zaručit i látky, které nyní legální nejsou a některé z nich třeba i s nižšími negativními dopady na jeho organismus.

Trh s citrony

Asymetrické informace a nejistota. To jsou dvě hlavní témata článku z roku 1970 nazvaném *Market for „Lemons“: Quality uncertainty and the Market Mechanism* amerického ekonoma George A. Akerlofa. Dle Akerlofa existují trhy, kde kupující před uskutečněním nákupu využívají statistiku a pokoušejí se odhadnout, jak kvalitní daný výrobek bude. Toho následně zneužívají jednotliví prodejci, kteří nabízejí horší zboží a to zejména vzhledem k tomu, že vyšší výnosnost z prodeje kvalitního zboží se projeví spíše na úrovni celého odvětví než na úrovni jednotlivého prodejce. Výsledkem bude redukce průměrné kvality zboží a zároveň i zmenšení celého trhu. (Akerlof, 1970) Celou situaci Akerlof demonstruje na trhu s automobily, kde existují dobrá a špatná auta.[16]

Jedinci, kteří nakupují auta na tomto trhu, nejsou schopni určit, jestli právě kupují citrón (špatné auto) nebo dobré auto, ale jsou schopni určit pravděpodobnost q, že koupí dobré auto a 1-q, že koupí auto špatné. Po čase vlastníci aut (prodejci) získávají větší

[16] O špatných automobilech se v USA mluví jako o „lemons“ odtud tedy pramení i název celého článku.

přehled o tom, jaké auto ve skutečnosti vlastní, z čehož následně vyplývá informační asymetrie, kdy má prodejce o kvalitě daného auta mnohem lepší povědomí než kupující.

Dobrá i špatná auta se ale i nadále musejí prodávat za stejnou cenu a zároveň levněji než auta úplně nová. Prodejci kvalitních automobilů jsou tedy uvězněni, protože za svá auta jistě nedostanou zaplaceno jako za auta nová, zároveň ale nezískají ani pravou hodnotu svého auta. Bude se tedy obchodovat více špatných aut a dobrá auta se nebudou obchodovat vůbec[17], takto postupně nekvalitní automobily vytlačí z trhu kvalitní. Akerlof dále svou teorii demonstruje na několika příkladech, například na trhu s pojištěním nebo na trhu práce.

Všechny tyto trhy, jak poznamenává Akerlof, spojuje důležitost důvěry mezi prodejcem a kupujícím. (Akerlof, 1970) Trh s drogami je nejen v tomto ohledu ostatním Akerlofovým příkladům velice podobný. Kupující mají zpravidla mnohem horší informace o daném produktu než prodejci a musí jim tedy důvěřovat. Pokud se na trh s drogami podíváme stejnou optikou, zjistíme, že kvalita drog se dlouhodobě nemusí zvyšovat z toho důvodu, že výrobcům se zkrátka nevyplatí snažit se svůj produkt zlepšovat, vzhledem k tomu, že ho následně nebudou schopni prodat za cenu, která by se výrazně lišila od ceny nekvalitního zboží. Kvalitní zboží tak bylo z trhu vytlačeno zbožím méně kvalitním.

Nutno podotknout, že tento teoretický pohled se týká prakticky jen pouličního prodeje a to zejména vzhledem k tomu, že například na tržištích existujících například na darknetu již fungují nejrůznější reputační mechanismy a systémy, pomáhající uživatelům návykových látek získávat informace o kvalitě produktu a tím snižovat informační asymetrii.

Behaviorální ekonomie

Zatímco většina výše zmíněných teorií se ke státní drogové politice staví spíše negativně, behaviorální ekonomie řeší jakým způsobem ovlivnit drogovou politiku v jejím současném stavu, tedy v případě, že zachováme stávající rámec, ale budeme se snažit ovlivnit chování lidí tak, aby o drogy ztratili zájem.

[17] Právě kvůli tomu, že jejich prodejci nebudou schopni na trhu získat ani tolik, na kolik si daného auta cení

Zajímavým konceptem je například změna rozhodovací struktury daného člověka nebo skupiny lidí bez toho, aniž by jim byla omezena možnost výběru. Změna spočívá v tom, jak jsou jednotlivé možnosti lidem prezentovány, tedy pokud jim budou výrobci ukazovat méně reklam na cigarety a alkohol, ale více reklam na odbornou pomoc s kouřením nebo závislostí na alkoholu, neovlivníme přímo jejich možnosti, nicméně existuje větší šance, že se někteří z nich rozhodnou pro terapii.

Zajímavým poznatkem je též různá možnost prezentace výsledků. Lidé reagují jinak na stejný trade-off v případě, že je prezentován jako zisk a v případě, že je prezentován jako ztráta. Dle Wilsona například pacienti, kteří se měli podrobit operaci, volili tuto možnost častěji v případě, že jim byla prezentována procentuální pravděpodobnost přežití a naopak operaci volili méně, pokud jim byla sdělena pravděpodobnost smrti během zákroku.

Hypotézu testovali celkem na 3 skupinách hypotetických pacientů, kteří se museli rozhodovat na základě dodaných informací. První skupina se rozhodovala při kladně nebo záporně podaných informacích o operaci rakoviny tlustého střeva, další podle pravděpodobnosti, že jejich dítě bude hemofilik a poslední dle pravděpodobnosti smrti osoby, v testu nazvané jako „otec“. Výsledky pak jasně hovořili pro poznatek, že v případě, že je pacientům informace podána jako šance na pozitivní výsledek jejich rozhodnutí, rozhodují se častěji „správně“. (Wilson, Kaplan, & Schneiderman, 1987) Pro drogovou závislost by pak z těchto poznatků mohla plynout zajímavá doporučení, například prezentace léčby závislosti jako zlepšení zdravotní, společenské i finanční situace člověka naproti „strašení“ jedince negativními dopady drogové závislosti.

Behaviorální ekonomie skýtá i mnoho dalších zajímavých teoretických a praktických postřehů a poznatků, které by, v případě vhodného propojení a dalšího testování na praktických příkladech z drogové problematiky, mohly v budoucnu přinést do státní drogové politiky znatelné změny podobně, jako se to stalo v posledních letech s ekonomickou vědou samotnou.

Rozepisovat zde všechny příspěvky každé ekonomické teorie by ovšem vzhledem k charakteru této práce bylo spíše kontraproduktivní a podrobný souhrn ekonomické literatury zabývající se drogami by mohl vzniknout například ve formě meta-analýzy dostupných zdrojů.

Rakouská škola

Rakouská ekonomická škola, i přes svůj nesporný historický přínos ekonomické vědě, je v současné době spíše odsunuta do pozadí. I přesto ale jeden z jejich dosud žijících představitelů Walter Block zaměřil část svého výzkumu na analýzu tématu drog a jejich prohibice a některé jeho závěry můžeme z hlediska debaty o tom, zdali mají být drogy legální či nikoliv, považovat za velmi zajímavé.

Autor již na počátku svého článku předkládá tezi, že z čistě ekonomického pohledu nemůžeme přijít s žádným argumentem, který by bránil legalizaci veškerých drog. (Block, 1993) Blockova ekonomická analýza problematiky vychází z předpokladu, že v případě, že se dvě osoby rozhodnou spolu svobodně obchodovat, nemůže nikdy dojít k situaci, kdy by jeden z nich získal a druhý ztratil. Obchod je vždy dobrovolnou činností, která zvýší užitek všech zúčastněných a je jedno jestli jedná o směnu na trhu práce nebo na trhu s drogami.

Pochopitelně se ale jedná o ohodnocení *ex ante* a tedy existuje možnost, že kupující si sice statku cení jistým způsobem před a během samotného nákupu, nicméně poté může koupě litovat, to ale na celé argumentaci pochopitelně nic nemění. (Block, 1993, str. 690)

Z ekonomického pohledu se Block v práci dále vyrovnává i s některými námitkami, které by mohly proti jeho analýze vyvstat. Reaguje tak například na analýzu výše zmíněných chicagských ekonomů Beckera a Stiglera, kteří ve svém článku roku 1977 argumentují tím, že existují závislosti, které jsou prospěšné a ty, které prospěšné nejsou. Jejich rozdělení pak záleží na tom, jakým způsobem ovlivňují budoucí příjmy závislého a jako příklad uvádějí závislost na hudbě oproti závislosti na heroinu. (Stigler & Becker, 1977)

Blockova odpověď na tuto analýzu je veskrze jednoduchá. Pokud opět použijeme čistě pozitivní ekonomickou analýzu, nutně musíme dojít k závěru, že se nedá určit, zdali je pro někoho závislost prospěšná či naopak škodlivá. Jediné na čem záleží je to, zda v době, kdy spotřebitel statek koupil nebo spotřeboval, zvýšil svůj blahobyt nebo ne. Jak již bylo zmíněno výše, kupující by se směny nikdy dobrovolně nezúčastnil, pokud by se jeho užitek (blahobyt) nezvýšil, a proto je dle Blocka tento argument o dobrých a špatných závislostech bezpředmětný. (Block, 1993)

Na dalších stranách se dále Block vyjadřuje k hypotetickým námitkám, které by mohly být vzneseny vůči jeho pozici. Zajímavé z hlediska této práce jsou pak zejména dvě z nich. První se týká argumentu, že návykové látky podporují kriminalitu a tudíž by měly být zakázány. Proti tomuto Block namítá, že látky samotné nejsou to, co způsobuje kriminalitu, ale je to právě zákon, který vyhnal trh s těmito statky a lidmi na něm operujícími do ilegality. Drogy jsou drahé právě kvůli jejich ilegálnímu statusu, což na jednu stranu nutí drogově závislé ke kriminalitě (aby si na ně vydělali) a na stranu druhou s tím spojené vysoké zisky přitahují do odvětví lidi, kterým tyto zisky dokáží vyvážit riziko spojené s překračováním zákona. (Block, 1993, str. 693)

Tito lidé, ať už se jedná o výrobce, přepravce, prodejce nebo uživatele páchají v podstatě zločiny bez obětí, nikomu tímto svým jednáním neubližují. Pochopitelně se do obchodu s drogami často přimíchá i násilí a to nejen mezi drogovými dealery, ale častokrát jsou do toho zapleteni i civilisté. Řešení je ale podle Blocka prosté. V případě, že by byly drogy legální, lidé zapojeni do tohoto byznysu by nemuseli v případě neshody brát zákon do vlastních rukou, ale mohli by se jednoduše obrátit na policii a soudy. (Block, 1993, str. 693)

Druhou výtkou vůči jeho analýze, na kterou Block reaguje, je argument velmi elastické poptávky po drogách – pokud by byly drogy legalizovány, pravděpodobně by došlo ke snížení jejich ceny a tudíž, za předpokladu vysoké elasticity poptávky, by se obrovským způsobem zvýšila jejich spotřeba mezi běžnou populací. Tento předpoklad je dle Blocka pochopitelně chybný, protože drogy musíme již z principu považovat za statky nezbytné, nikoliv za statky luxusní a tedy pro ně platí, že elasticita poptávky po nich bude spíše nízká než vysoká, což pochopitelně prokazují svým jednáním i samotní drogově závislí lidé. V případě změny cen drog se totiž jejich spotřeba příliš nemění, k čemuž svou analýzou dochází taktéž profesor Block. (Block, 1993, str. 695)

Železný zákon prohibice

Železný zákon prohibice byl definován Richardem Cowanem v roce 1986 tak, že s rostoucí mírou vymáhání práva, tvrdosti trestů za přechovávání, šíření nebo výrobu drog, roste zároveň i síla drog. (Cowan, 1986) Cowan při formulaci zákona vycházel z Alchian-Allenova teorému, který stanovuje, že pokud cena dvou substitutů[18] vzroste

[18] Například kvalitní a nekvalitní marihuana

o stejné fixní náklady[19], relativní snížení ceny dražšího z obou substitutů zajistí zvýšení poptávky po něm.[20] (Alchian & Allen, 2018)

Cowanovu hypotézu se dále ve svých pracích pokoušel potvrdit Dr. Mark Thorton, podobně jako dříve zmíněný profesor Walter Block, zastánce rakouské ekonomie. Thorton ve své knize *Economics of Prohibition* (Thornton, 1991) tvrdí, že černý trh je trh jako každý jiný.

Podobně jako tržní síly na legálním trhu tlačí odvětví k určitým tržním standardům[21] a co možná nejefektivnější výrobě, tak i tržní mechanismy podobným způsobem tlačí na trh ilegální. (Thornton, 1991, str. 89) Vzhledem k tomuto tlaku se pak výrobci či přepravci ilegálních látek musí snažit o co největší efektivnost. Kvůli rostoucí represi tak dle Thorntona dochází k tomu, že drogy musí mít při stejném množství větší účinnost, což vede k růstu jejich síly a nebezpečnosti pro jejich uživatele. Tento trend následně potvrdily i jeho empirické výzkumy. (Thornton, 1991)

[19] Například náklady spojené s pěstováním této rostliny
[20] Jako příklad můžeme uvést gram kvalitní marihuany s hypotetickou cenou 200 Kč a gram méně kvalitní s cenou 100 korun. V tomto případě je tedy cena kvalitnějšího zboží oproti méně kvalitnímu dvojnásobná. Pokud ale vzrostou náklady spojené například s pěstováním obou rostlin o 100 korun, bude kvalitnější gram stát 300 Kč a nekvalitní 200 Kč. Cena kvalitnějšího oproti méně kvalitnímu je nicméně nyní pouze 1,5 násobně vyšší.
[21] Například vejce prodávaná po dvanácti kusech nebo víno v 0,7 l lahvích

2. Praktická část práce

Praktická část práce aplikuje poznatky z teoretické části práce, zejména pak historicko-společenské souvislosti České republiky a Portugalska a nastíněné ekonomické teorie, na empirická data.

V úvodu této části práce je nastíněna metodika výzkumu práce, která se zabývá jednotlivými sledovanými ukazateli – počty uživatelů drog, veřejnými výdaji, hepatitidou typu C a virem HIV. Práce v této kapitole též nastiňuje možné limitace získaných dat a hypotézy pro každý z těchto ukazatelů, které budou testovány dále v práci. Po metodickém vymezení následuje kapitola věnována výše zmíněným ukazatelům z pohledu České republiky a následně i Portugalska.

V těchto kapitolách jsou jednotlivé ukazatele analyzovány a dány do souvislostí, které mohou být pro danou zemi specifické. V kapitole následující jsou pak poznatky z obou zemí porovnány mezi sebou a jsou zde navíc zodpovězeny i hlavní otázky práce. V poslední kapitole praktické části práce jsou pak všechny doposud získané poznatky vyplývající z analýzy shrnuty, stejně jako jsou opět shrnuty i dílčí závěry práce.

2.1. Metodika práce

Valná většina dat a statistik v této diplomové práci týkajících se drog bude vycházet z výzkumu Evropského centra pro drogy a drogovou závislost (EMCDDA) a jeho partnerských organizací v jednotlivých evropských zemích. Centrum je agenturou evropské unie, založenou v roce 1993 v Lisabonu. Jeho úkolem je poskytovat členským státům co nejobjektivnější informace o problémech v oblasti drog.

Počty uživatelů drog

Počet uživatelů bude v práci měřen pomocí údaje o prevalenci drog v posledním roce. Tento ukazatel totiž nejspolehlivěji měří, kolik je v dané populaci drogově závislých lidí. Dalšími možnostmi jsou pak prevalence měsíční a celoživotní. Měsíční prevalence, ačkoliv by pravděpodobně dala přesnější obrázek než roční, je v průzkumech často opomíjena. Údaje jsou sbírány EMCDDA, za pomocí jejich partnerů v členských zemích, na roční bázi formou průzkumu mezi obecnou populací. Průzkumy se každým rokem více harmonizují tak, aby byla data z jednotlivých zemí vzájemně co možná nejvíce

porovnatelná. Data se vždy vztahují na „obecnou populaci“ tedy dospělé obyvatele daného státu ve věku 15-64 let.

V případě České republiky jsou data o roční prevalenci drog sbírána ve studiích, které vznikají ve čtyřletých intervalech, a poslední taková studie proběhla v ČR v roce 2016. Problematickým bodem těchto studií vzhledem k výzkumu této diplomové práce je fakt, že v letech 2002[22], respektive 2012 nebyla získávána souhrnná data o prevalenci jakékoliv ilegální látky, ale pouze data týkající se jednotlivých drog. Pro potřeby práce bylo tedy procentuální vyjádření prevalence pro tyto dva roky odhadnuto.

Z celopopulačních studií, které proběhly v letech 2004, 2008 a 2016 je zřejmé, že většina lidí, kteří někdy v životě či v posledním roce, vyzkoušeli nějakou nelegální látku, pravděpodobně též vyzkoušeli marihuanu[23]. Logika tohoto předpokladu je jednoduchá, marihuana je jednou z nejsnáze dostupných ilegálních látek na trhu a tedy je pravděpodobné, že pokud již někdo nějakou podobnou látku bude chtít vyzkoušet, sáhne pravděpodobně po marihuaně a nikoliv po tvrdších drogách. Existují pochopitelně ale také lidé, kteří již užívají jiné ilegální látky, ale marihuanu nikoliv.

Logicky pak tedy mezi prevalencí marihuany a všech ilegálních látek vznikne diskrepance, kdy uživatelů marihuany (ať už historických nebo současných) bude méně než uživatelů všech ilegálních látek. Tato diskrepance by přesto neměla, vzhledem k malé velikosti populace lidí, kteří užívají tvrdé drogy, být nikterak závratná, maximálně v řádech jednotek procent. Tento předpoklad je následně potvrzen i ve zmíněných studiích z let 2004, 2008 a 2016.

Možnou námitkou, vznesenou proti tomuto postupu, může být například to, že nemáme jistotu, že v letech kdy ukazatel prevalence všech ilegálních drog nebyl sledován, mohlo dojít ke skokovým odchylkám. Jedná se pochopitelně pouze o odhad, nicméně tento postup je podpořen také předpokladem, který byl již nastíněn v teoretické části práce, konkrétně v kapitole zabývající se ekonomickými teoriemi drogové problematiky. Jak bylo v kapitole popsáno, W. Block ve své práci předpokládá, že drogy jsou nikoliv luxusním statkem, jak by se mohlo na první pohled zdát, ale statkem

[22] Data z roku 2002 nepocházejí z české populační studie, nýbrž z mezinárodní studie GENACIS.
[23] Ve studiích jsou tyto drogy označeny souhrnným názvem „konopné drogy“. Tato kategorie obsahuje například i rozdělení marihuany na marihuanu pěstovanou venku či uvnitř nebo hašiš. Pro potřeby práce a pro lepší představitelnost je v práci pro tyto látky používán název marihuana.

nezbytným[24]. Poptávka po těchto statcích je tedy zpravidla neelastická a tudíž se bez ohledu například na změny cen, v čase příliš nemění. Pokud tedy známe roční prevalenci marihuany ve všech letech a roční prevalenci všech ilegální drog v některých z těchto let, mělo by být možné aspoň řádově odhadnout hodnoty i pro léta neznámá. K podobnému závěru pro krátké období, i když z jiných pozic, pak dochází i Becker a Murphy, což je popsáno v kapitole *Teorie racionální závislosti*.

V níže uvedené tabulce můžeme názorně vidět, že v případě celoživotní prevalence se odchylky mezi užitím jakékoliv drogy a marihuany pohybovaly v intervalu 1,7% - 3,9% pro celkovou populaci, v intervalu 2,3% - 4,2% pro muže a 1,2% - 3,6% pro ženy. V případě prevalence roční se odchylky nejen snižují, ale zároveň se i zužují jejich intervaly. Roční prevalence pro celkovou populaci se pohybuje mezi 1,1% - 2,0%, pro muže mezi 1,4% - 2,0% a pro ženy 0,7% - 2,0%. Ve sloupci průměr pak nalezneme průměr těchto tří odchylek za jednotlivé roky. Ten je následně využit k vypočítání prevalence veškerých ilegální drog v letech, ve kterých nebyla tato data sbírána.

Tabulka 1: Celoživotní a roční míra prevalence všech drog a marihuany v letech 2004, 2008 a 2016

Typ prevalence/Rok	2004	2008	2016	Průměr
Celková prevalence jakékoliv ilegální látky během dosavadního života	22,30%	36,70%	30,50%	
Celková prevalence marihuany během dosavadního života	20,60%	34,30%	26,60%	
Diskrepance	1,70%	2,40%	3,90%	2,67%
Prevalence jakékoliv ilegální látky během dosavadního života - muži	28,30%	45,20%	38,80%	
Prevalence marihuany během dosavadního života - muži	26,00%	42,50%	34,60%	
Diskrepance	2,30%	2,70%	4,20%	3,07%
Prevalence jakékoliv ilegální látky během dosavadního života - ženy	16,40%	28,00%	22,70%	
Prevalence marihuany během dosavadního života - ženy	15,20%	26,00%	19,10%	
Diskrepance	1,20%	2,00%	3,60%	2,27%
Celková prevalence jakékoliv ilegální látky za poslední rok	10,40%	17,10%	11,50%	
Celková prevalence marihuany za poslední rok	9,30%	15,30%	9,50%	
Diskrepance	1,10%	1,80%	2,00%	1,63%
Prevalence jakékoliv ilegální látky za poslední rok - muži	13,90%	22,30%	16,20%	
Prevalence marihuany za poslední rok - muži	12,50%	20,20%	14,20%	
Diskrepance	1,40%	2,10%	2,00%	1,83%
Prevalence jakékoliv ilegální látky za poslední rok - ženy	6,80%	11,70%	7,00%	
Prevalence marihuany za poslední rok - ženy	6,10%	10,30%	5,00%	
Diskrepance	0,70%	1,40%	2,00%	1,37%

(Zdroj: Výroční zpráva o stavu ve věcech drog 2005, 2012, 2017, vlastní výpočty)

[24] Viz subkapitoly Ekonomická teorie drog a Rakouská škola

Odhad procentuálního vyjádření prevalence pro chybějící roky 2002 a 2012 pak zobrazuje tabulka níže.

Tabulka 2: Celoživotní a roční míra prevalence všech drog a marihuany v letech 2002 - 2016

Typ/Rok	2002	2004	2008	2012	2016	Průměr
Celková prevalence jakékoliv ilegální látky během dosavadního života	23,77%	22,30%	36,70%	30,57%	30,50%	
Celková prevalence marihuany během dosavadního života	21,10%	20,60%	34,30%	27,90%	26,60%	
Diskrepance	2,67%	1,70%	2,40%	2,67%	3,90%	2,67%
Prevalence jakékoliv ilegální látky během dosavadního života - muži	29,37%	28,30%	45,20%	37,97%	38,80%	
Prevalence marihuany během dosavadního života - muži	26,30%	26,00%	42,50%	34,90%	34,60%	
Diskrepance	3,07%	2,30%	2,70%	3,07%	4,20%	3,07%
Prevalence jakékoliv ilegální látky během dosavadního života - ženy	18,37%	16,40%	28,00%	23,47%	22,70%	
Prevalence marihuany během dosavadního života - ženy	16,10%	15,20%	26,00%	21,20%	19,10%	
Diskrepance	2,27%	1,20%	2,00%	2,27%	3,60%	2,27%
Celková prevalence jakékoliv ilegální látky za poslední rok	12,53%	10,40%	17,10%	10,83%	11,50%	
Celková prevalence marihuany za poslední rok	10,90%	9,30%	15,30%	9,20%	9,50%	
Diskrepance	1,63%	1,10%	1,80%	1,63%	2,00%	1,63%
Prevalence jakékoliv ilegální látky za poslední rok - muži	16,23%	13,90%	22,30%	14,93%	16,20%	
Prevalence marihuany za poslední rok - muži	14,40%	12,50%	20,20%	13,10%	14,20%	
Diskrepance	1,83%	1,40%	2,10%	1,83%	2,00%	1,83%
Prevalence jakékoliv ilegální látky za poslední rok - ženy	8,87%	6,80%	11,70%	6,67%	7,00%	
Prevalence marihuany za poslední rok - ženy	7,50%	6,10%	10,30%	5,30%	5,00%	
Diskrepance	1,37%	0,70%	1,40%	1,37%	2,00%	1,37%

(Zdroj: Mravčík et. al., 2003, 2005, 2012, 2017, vlastní výpočty)

Základní hypotézou pro počet uživatelů drog je, že nedošlo ke zhoršení situace. Tedy, že počet drogově závislých po dekriminalizaci v obou zemích dramaticky nevzrostl. Prevalence drog bude vycházet z údaje pro všechny ilegální drogy, který je ve statistikách EMCDDA udáván v procentech z daného vzorku. Toto procentuální vyjádření je v práci následně vztaženo k populaci v dané zemi a v daném roce. Počet obyvatel pro Českou republiku i pro Portugalsko vychází z databáze Eurostat. (Eurostat, 2019)

Veřejné výdaje

Další analyzovanou a srovnávanou kategorií jsou veřejné výdaje použité na boj s drogami. Data o veřejných výdajích na protidrogovou politiku státu zpravidla nebývají statistickými úřady prezentována, jelikož se nejedná v rámci rozpočtu o nijak závratnou položku a zároveň se na této politice podílí nejen několik ministerstev, ale i například policie, soudy, vězení a nemocnice.

Celkové výdaje bývají tedy zpravidla pouze odhadovány na základě dostupných údajů. Tyto výdaje jsou rozděleny na označené a neoznačené[25], tedy podle toho zdali

[25] Labelled & Non-labelled

směřují přímo na boj proti drogám či pomoc závislým anebo zdali se jedná pouze o odhady podílu z celkového rozpočtu daného úřadu (například podíl rozpočtu soudů připadající na případy související s drogami). V rámci České republiky byla data prezentována v českých korunách. Kvůli porovnatelnosti s náklady na portugalskou protidrogovou politiku byly proto veškeré vynaložené částky přepočteny na eura pomocí průměrného kurzu koruny vůči euru pro daný rok.[26]

V případě portugalských veřejných výdajů je v tomto ohledu situace problematičtější. Portugalská vláda totiž pro drogovou politiku stanovuje rozpočet ne jako absolutní částku pro dané období, ale jako procentuální podíl z HDP pro daný rok. Tedy například pro období 2009 – 2012 byl rozpočet stanoven vždy na úroveň 0,05% hrubého domácího produktu daného roku, zatímco pro období 2013 – 2016 byla tato částka stanovena 0,03% HDP.

Růst či pokles rozpočtu na protidrogovou politiku může tedy fluktuovat na základě výkonu portugalské ekonomiky, to znamená, že pokud by v tomto období došlo například k hospodářskému propadu, negativně by se to podepsalo též na rozpočtu pro tuto politiku. Je tedy jasné, že mezi lety 2012 a 2013 došlo ke skokovému snížení rozpočtu pro tuto oblast, což ale nemusí nutně souviset s dekriminalizací drog. Na tyto a podobné problémy bude nicméně v průběhu analytické části práce ještě upozorňováno.

Pro roky 2000 a 2001 máme k dispozici odhady v absolutních číslech z reportu z roku 2002. Pro tři následující roky, tedy 2002, 2003 a 2004, pocházejí data z country reportu pro EMCDDA za rok 2005. Tato data jsou ale pouze odhadem, který navíc ani neobsahuje veškeré započitatelné položky, ale jen položky, které spravuje portugalský Institut pro drogy a drogové závislosti při ministerstvu zdravotnictví. I přesto, že se dle reportu jedná o většinu všech výdajů, je, z hlediska porovnatelnosti údajů mezi jednotlivými roky, lepší pracovat s jinou metrikou. Podobně jako pro léta 2009 až 2012 tak byl rozpočet pro potřeby práce odhadnut 0,05% HDP daného roku, což nám dává částky, které jsou jen o několik málo milionů euro vyšší než částky odhadnuté v reportu z roku 2005.

Hypotéza pro tuto oblast je stanovená tak, že dekriminalizace drog neměla na veřejné výdaje v Portugalsku od jejího zavedení negativní vliv. Tím je myšleno, že od

[26] Průměrné roční kurzy byly pro účely práce získány z časových řad webu www.kurzy.cz

dekriminalizace žádným signifikantním způsobem nebyla portugalská vláda nucena zvýšit výdaje na protidrogovou politiku. Hypotéza tedy zní, že pro oblast veřejných výdajů nedošlo k jejich signifikantnímu zvýšení, ale výdaje zůstaly spíše na podobné úrovni jako před dekriminalizací, či došlo k jejich poklesu.

Hepatitida C

Prakticky veškerá centra, která pracují s drogově závislými lidmi, se shodují na tom, že v současné době se hepatitida typu C šíří zejména mezi touto populací a to hlavně díky infikovaným jehlám a stříkačkám. V praktické části práce bude zkoumán vliv dekriminalizace a s ní spojené destigmatizace drog na počty nakažených tímto jaterním onemocněním.

Podobně jako u ostatních faktorů, i zde základní hypotéza zní, že po dekriminalizaci drog v Portugalsku a následně i v České republice nedošlo v tomto ohledu ke zhoršení situace – tedy předpokládáme, že se počet nakažení spojených s intravenózním užíváním drog nezvýšil. Data z databáze EMCDDA se zaměřují primárně na lidi, kteří se nakazili infekčními jehlami a stříkačkami. Tyto informace dostávají od partnerských organizací v jednotlivých zemích. Vzhledem k tomu, že tyto partnerské organizace sbírají data od harm-reduction center, případně z medicínských statistik, není příliš pravděpodobné, že by byla data nějakým způsobem záměrně a významně zkreslena. Shromažďování dat je nicméně problematické a to zejména z toho důvodu, že data si jednotlivé země shromažďují samostatně a tedy nemusí pro statistiky využívat stejných metod.

Stejně jako u ostatních ukazatelů je i u hepatitidy typu C základní hypotéza jasná. Dekriminalizace drog neměla na počty nakažených negativní vliv, tedy jejich počet signifikantně nestoupl, ale jejich počty zůstaly stejné nebo se snížily.

HIV

Dle odhadů organizace Lékaři bez hranic žije v současné době na světě zhruba 37 milionů lidí nakažených virem HIV. Virus postupně svým působením oslabuje imunitní systém nakaženého, který se tak stává mnohem náchylnější k ostatním onemocněním. Nejčastěji se virus přenáší sexuálním stykem a výměnou tekutin, která může být též způsobena i sdílením jehel mezi drogově závislými. (Lékaři bez hranic, 2018)

Obdobně jako u ostatních ukazatelů, které jsou v této práci analyzovány, je i situace s relevancí dat okolo viru HIV, mírně řečeno, problematická. Oficiální statistiky častokrát měří pouze celkové počty nakažených osob v populaci a původem jejich onemocnění se zase tolik nezabývají. Čísla připisována jednotlivým zdrojům onemocnění tak zpravidla bývají pouze odhadována a to ať už se jedná o mužský homosexuální styk, který je zpravidla nejčastějším zdrojem (Česká společnost AIDS pomoc z.s., 2014) nebo o sdílení nakažených jehel při intravenózním užívání ilegálních látek.

Dalším problematickým ohledem je pochopitelně vysoká stigmatizace onemocnění, kdy pro nemocného člověka může být problematické jít se vyšetřit, kvůli nekomfortnosti této situace. I přesto ale máme, zejména v České republice, relativně přesné informace o celkovém počtu nakažených osob, stejně tak jako odhady způsobu přenosu, což je blíže zdokumentováno a analyzováno v kapitole zabývající se virem HIV v ČR. Pro Portugalsko byla data sestavena z jednotlivých reportů, které v ročních intervalech zasílá lokální partnerská organizace ke zpracování EMCDDA.

Obdobně jako u ostatních tří sledovaných ukazatelů je i u viru HIV hypotéza stejná. Tedy, že dekriminalizace drog v obou zemích nepřispěla ke zhoršení situace, co se počtu nakažených týče. Tím je pochopitelně myšleno, že dekriminalizace drog nepřispěla k rapidnímu nárůstu počtu nakažených, ale tento počet zůstal spíš podobný, či mírně poklesl, oproti letům předcházejícím dekriminalizaci.

Další srovnávané země

K podpoření závěrů prezentovaných v kapitolách věnujících se sledovaným ukazatelům v ČR a Portugalsku, jsou poznatky z obou zemí v předposlední subkapitole praktické části práce ještě porovnány s průměrem dalších 4 zemí, jejichž protidrogová politika je orientovaná jinak.

Země do tohoto koše byly vybrány na základě několika charakteristik. První a nejdůležitější je přístup k protidrogové politice, který je v těchto zemích orientovaný spíše na potírání drog, než na snižování škod. Vybrané země mají podobné HDP na obyvatele, to znamená, že žádná ze zemí není oproti ČR a Portugalsku příliš vychýlena na jednu či druhou stranu. To by mělo zaručit aspoň základní porovnatelnost veřejných výdajů na protidrogovou politiku.

Co se týče onemocnění HIV a hepatitidy C, situace je v každé zemi odlišná, to je způsobeno nejen historickým a sociálním vývojem dané země, ale i například její zdravotní infrastrukturou. Předpoklad pro tyto ukazatele nicméně zní, že dekriminalizace a s ní spojené harm-reduction programy jako například výměna jehel, budou mít na tyto ukazatele pozitivnější vliv než represe. Tím je myšleno, že ve sledovaném období bychom měli být schopni sledovat pokles nově nakažených lidí v ČR a Portugalsku a naopak v ostatních zemích spíše setrvalý stav či mírné zhoršení.

Pro toto srovnání byly tedy vybrány země s represivnější protidrogovou politikou a podobným HDP per capita v cenách roku 2010. Konkrétně se jedná o Slovensko, Maďarsko, Řecko a Itálii. Slovensko a Maďarsko měly prakticky stejný historicko-společenský vývoj jako Česká republika, nacházejí se taktéž ve střední Evropě a jejich HDP na obyvatele je sice nižší, nicméně ne závratně. Řecko a Itálie byly vybrány jako zástupci jižních států, mezi které bychom mohly zařadit i Portugalsko. Jejich politika vůči drogám je represivnější než v ČR a Portugalsku a zároveň též za sebou mají určitou totalitní minulost, která mohla určitým způsobem ovlivnit jejich vztah k ilegálním substancím. Zároveň byly vybrány jako protiváha vůči Slovensku a Maďarsku, aby nedošlo ke zkreslení dat, které by mohlo být způsobeno vysokou podobností s Českou republikou.

Limitace dat

Jak již vyplývá ze samotné povahy tématu, limitací dat získaných z databází EMCDDA může být relativně velké množství. Informace získané v průzkumech mezi obecnou populací totiž mezi sebou mohou v různých zemích lišit a to zejména z důvodu různých odchylek od oficiální metodologie vypracované EMCDDA.

Dalším zřejmým limitem je pak velikost a kvalita vzorku, na kterém byl průzkum prováděn, i když výše zmíněná metodologie stanovuje, jak by měl vzorek vypadat, je možné, že při porovnání obou zemí mohlo dojít k různým institucionálním, případně regionálním odchylkám. K těmto odchylkám může dojít i navzdory faktu, že pro potřeby práce byla sbírána převážně obecná data, která se vždy týkala celé země a nikoliv pouze určitého regionu, který by mohl situaci značně zkreslovat.[27]

[27] Pokud bychom například sledovali pouze Prahu nebo Lisabon, počty uživatelů drog by byly pravděpodobně vyšší, než pokud bychom se zaměřovali spíše na rurální regiony dané země.

Dalším problematickým aspektem shromážděných dat je jejich samotná povaha. V případě, že byli lidé v dotazníkových šetřeních dotazováni přímo a nikoliv pomocí dotazníku, je možné, že měli tendenci zamlčovat fakta o svém problému. Tomuto zkreslení by se mělo předejít tím, že dotazníky a statistiky z nich vyplývající jsou zcela anonymní, nicméně i přesto mohou být jejich výsledky určitým způsobem zkresleny.

Jak již bylo zmíněno v kapitole týkající se metodiky dat o veřejných výdajích obou zemí, v případě Portugalska jsou roční rozpočty stanovené pro protidrogovou politiku státu stanovovány jako procentuální vyjádření HDP pro daný rok. Veřejné výdaje jsou tedy pod vlivem fluktuací domácího produktu, což je může v konečném důsledku značně zkreslovat. Zároveň tím, že tyto rozpočty nejsou stanoveny jako absolutní číslo a nedochází k jejich ex-post evaluaci, jsou čísla prezentovaná v této diplomové práci pouze odhady, které se ale mohou od reálných čísel lišit.

Pro léta 2001 až 2008 byla částka vynaložená na protidrogovou politiku tedy odhadnuta na úrovni 0,05% HDP země. Tato metoda odpovídá též dvěma empirickým pracím, které se odhadem procentuálního vyjádření pro výdaje na protidrogovou politiku zabývaly. (Kopp & Fenoglio, 2003) (Postma, 2004) převzato z (EMCDDA, 2008).

Co se týče mezinárodního srovnávání, doporučují oficiální směrnice EMCDDA vysokou obezřetnost. V případě mezinárodního srovnávání by, zejména v případech, kdy jsou rozdíly mezi zeměmi v daném ukazateli nízké, je nutné brát opět v potaz možné odchylky týkající se oficiální metodiky, zároveň mohou být rozdíly též ve struktuře dotazování a struktuře dotazovaného vzorku.

2.2. Portugalsko

Dosavadní empirické analýzy

I přesto, že byla současná portugalská protidrogová politika zavedena již v roce 2001, následujících několik let jí nebyla věnována valná pozornost. Zdali to bylo kvůli nedostatku relevantních dat nebo díky nezájmu senzacechtivých médií, se můžeme pouze domnívat. To vše se ale změnilo v roce 2009, kdy se najednou s pokrytím drogové situace v Portugalsku médii takříkajíc roztrhl pytel.[28] Hlavním spouštěcím mechanismem pro tento vodopád informací a zájmu byl white paper s názvem *Drug decriminalization in*

[28] Viz například (Ferreira, 2017), (Bajekal, 2018) nebo (Roy, 2018)

Portugal: Lessons for creating fair and succesful drug policies publikovaný v roce 2009 Washingtonským think-tankem CATO institute. (Greenwald, 2009) Ústavní právník Dr. Glenn Greenwald se v něm na základě tehdy dostupných dat pokouší o analýzu tamní drogové situace.

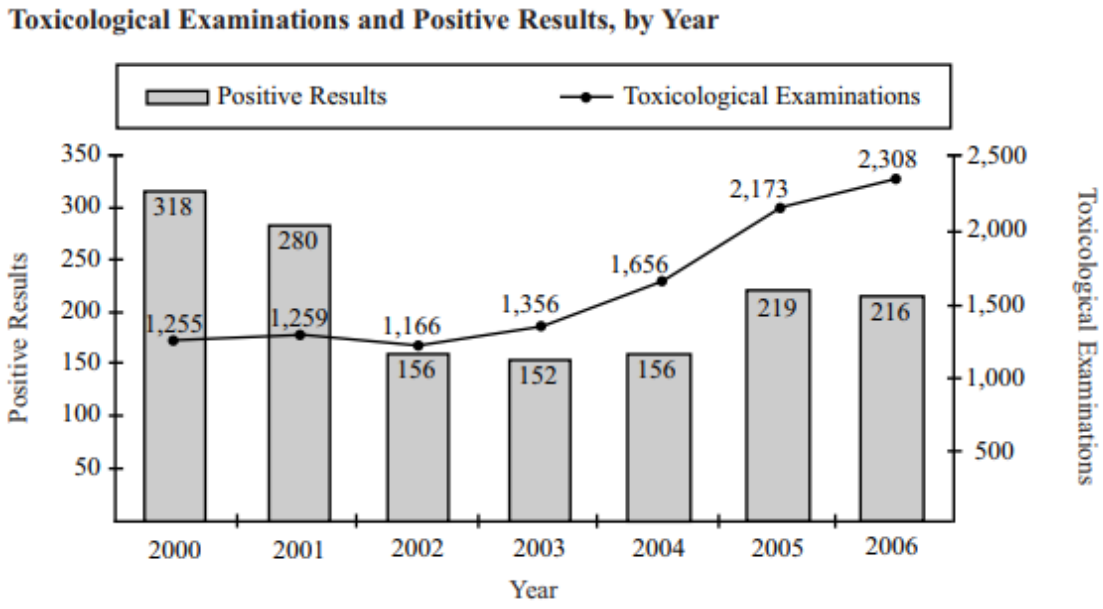
Greenwald ve svém výzkumu sleduje dva ukazatele, konkrétně prevalenci drog a počet úmrtí spojených s drogami, které následně porovnává se situací v zemích, kde je protidrogová politika striktnější. Dr. Greenwald na základě své studie dochází k závěru, že nejenže se nenaplnily apokalyptické scénáře, které zavedení politiky provázely, ale že naopak je portugalská dekriminalizace zářným úspěchem a měla by se stát inspirací i pro politiky ostatních zemí. (Greenwald, 2009, str. 1)

V případě prevalence, tedy užití, drog Greenwald sleduje mladé lidi od 13 do 15 respektive 16 do 18 let a zjišťuje, že prevalence všech drog mezi lety 2001 až 2006 v těchto skupinách poklesla. (Greenwald, 2009, str. 12) Pro starší skupiny obyvatel Greenwald poznamenává, že v celoživotní prevalenci[29] došlo k malému až mírnému nárůstu, což ovšem připisuje *kohortovým efektům*, které způsobují nárůst ve většině zemí světa bez ohledu na drogovou politiku a bez ohledu na to, zdali skutečně dochází k nárůstu užívání drog. (Greenwald, 2009, str. 12) Z pohledu prevalence tedy Greenwald považuje politiku za úspěšnou.

Dalším faktorem, kterým se white paper zabývá je počet úmrtí spojených s drogami. Greenwald ve své práci poukazuje na to, že v průběhu devadesátých let minulého století docházelo v Portugalsku ke kritické situaci, kdy se počty relevantních úmrtí rok co rok zvyšovaly a oproti létům osmdesátým se zvýšily více než desetkrát. (Greenwald, 2009, str. 17) Dle Greenwalda došlo po dekriminalizačním roce 2001 k poklesu těchto úmrtí a to i navzdory faktu, že toxikologických testů, na základě kterých je počet určován, přibylo. Tyto skutečnosti ilustruje převzatý graf níže.

[29] Užití drogy během celého dosavadního života.

Graf 1: Toxikologické testy zemřelých s pozitivními výsledky v Portugalsku 2000 - 2006



(Zdroj: Greenwald, 2009, str. 18)

Na základě těchto údajů Greenwald dochází opět k závěru, že dekriminalizační politiku je i z tohoto hlediska možné považovat za úspěch, jelikož se díky ní podařilo snížit počty úmrtí spojených s drogami na nižší úroveň, než tomu bylo před jejím zavedením.

I přesto, že poznatky Dr. Greenwalda obletěly díky velkému mediálnímu pokrytí takřka celý svět, našli se i tací, kteří nejen, že s jeho interpretací portugalské reformy nesouhlasili, ale dokonce ji i tvrdě odsuzovali jako zavádějící nebo dokonce lživou. Hlavním kritikem článku Dr. Greenwalda byl například portugalský lékař Dr. Coelho, prezident organizace *Association for Drug Free Portugal*. Jak již název napovídá, tato organizace a její členové se ostře vymezují proti dekriminalizaci drog. Ve svém článku z roku 2010 nazvaném *The „Resounding Success" of Portuguese Drug Policy: The power of attractive fallacy* (Coelho, 2010) se Dr. Coelho zaměřuje na stejné aspekty jako Dr. Greenwald, ale dochází k zcela opačným závěrům.

V případě prevalence drog došlo dle Coelha po reformě ke zhoršení ve všech ohledech. Dr. Coelho udává, že mezi lety 1998 až 2002 došlo například u marihuany až k 150 % nárůstu prevalence. Následně poznamenává, že v roce 2006 došlo u všech drog k určitému poklesu avšak i nadále zůstaly hodnoty řádově vyšší než v období před

reformou. (Coelho, 2010, str. 4) Na základě těchto svých poznatků, které jsou v ostrém rozporu s poznatky Dr. Greenwald, dochází Dr. Coelho k závěru, že nejenže dekriminalizace není úspěchem, ale je dokonce katastrofálním selháním. (Coelho, 2010, str. 1)

Co se týče úmrtí spojených s drogami, dochází Coelho, podobně jako v případě celoživotní prevalence, k naprosto opačným výsledkům než Greenwald. Na rozdíl od Greenwalda se ve své práci Coelho zaměřuje na kratší časový horizont, poukazuje na to, že mezi lety 2004 a 2005 došlo k 40 % nárůstu a mezi lety 2006 a 2007 dokonce nárůstu o 45 %. (Coelho, 2010, str. 5) Ačkoliv se tato čísla mohou jevit jako alarmující a v přímém kontrastu k tomu, co prezentuje ve své práci Greenwald, dále uvidíme, že situace zase tak tragická není.

Obě studie byly pečlivě prostudovány výzkumníky z australského výzkumného centra APSAD[30] Caitlin E. Hughesovou a Alexem Stevensem v jejich studii z roku 2015. (Hughes & Stevens, 2012) Autoři vždy analyzují výroky obou výše zmíněných výzkumníků, kontrolují výchozí data a poukazují na možná úzká místa jejich analýz.

V případě prevalence drog autoři poukazují na to, že je krajně zavádějící sledovat celoživotní prevalenci, jelikož ta nám nedává žádný obrázek o tom, kolik lidí by mohlo být na drogách závislých a to zejména vzhledem k faktu, že zde mohou být zahrnuti například i lidé, kteří někdy v životě vyzkoušeli jakoukoliv lehkou drogu třeba v rámci experimentování. Dle jejich názoru a současně i názoru mnoha dalších odborníků na danou problematiku jsou mnohem více vypovídající statistiky o prevalenci v minulém roce nebo v minulém měsíci, které mohou data výrazně zpřesnit. (Hughes & Stevens, 2012, str. 105a) Z analýzy těchto dat následně usuzují, že i přes menší nárůst v užívání drog po reformě můžeme tvrdit, že dekriminalizace byla pro Portugalskou společnost spíše benefitem a to zejména vzhledem k poklesu užívání mezi mladými lidmi. (Hughes & Stevens, 2012, str. 105b)

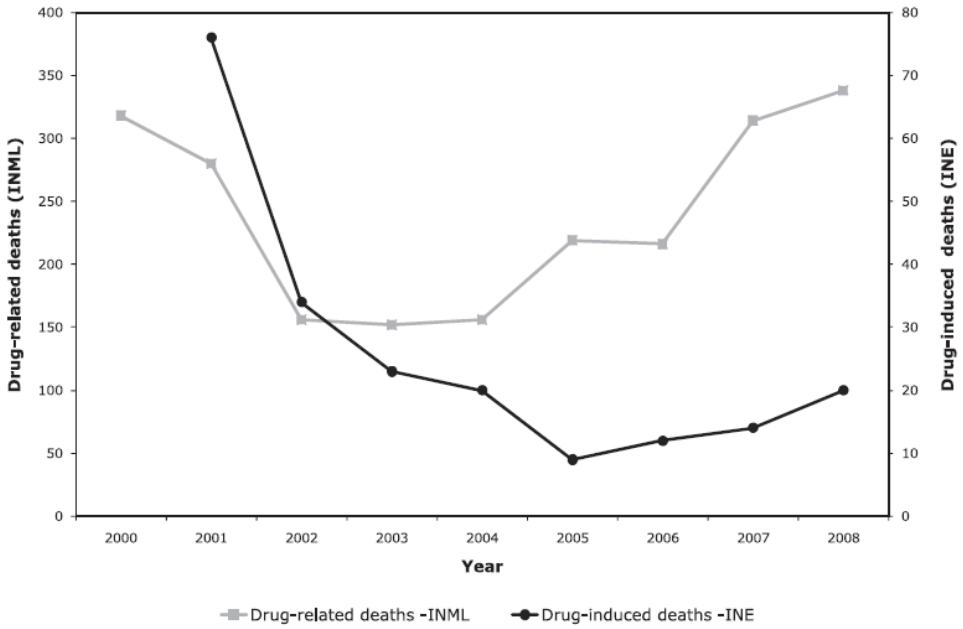
V případě úmrtí spojených s drogami jsou autoři k oběma pracím ještě kritičtější. Obě totiž užívají data Národního institutu pro forenzní medicínu[31], který vychází z pitev zemřelých, a tudíž zahrnuje veškeré zesnulé, jejichž tělo v době smrti obsahovalo drogy

[30] Australian Professional Society on Alcohol and other Drugs
[31] INML – National Institute for Forensic Medicine

bez ohledu na to, zdali byly tyto příčinou smrti či nikoliv. Tento fakt například Coelho ve své práci vůbec nereflektuje. (Hughes & Stevens, 2012, str. 107) I přesto, že jiná data v době vzniku obou studií nebyla dostupná, bylo by vhodné na jejich možné nedostatky v pracích poukázat, jelikož pak studie mohou budit zdání, že jsou tato fakta účelově zamlčována.

V roce 2010 nicméně portugalský statistický úřad INE přišel s novými daty, které vycházejí z lékařských zpráv, kde byly příčiny úmrtí přesně definovány. Na základě těchto dat Hughesová a Stevens ukazují, že od roku 2001 došlo k poklesu počtu úmrtí zapříčiněných drogami. Mezi lety 2005 a 2008 došlo k mírnému nárůstu, i přesto ale byly počty zesnulých nižší než v období před dekriminalizací. (Hughes & Stevens, 2012, str. 108) Tyto údaje můžeme sledovat v grafu převzatém z jejich práce, který se nachází níže.

Graf 2: Porovnání úmrtí způsobených drogami v Portugalsku dle Národního Institutu Forenzní Medicíny (INML – levá osa) a Národního Statistického Institutu (INE – pravá osa) 2000 - 2008



(Zdroj: Hughes, Stevens, 2015, str. 107)

Tento pokles se autoři neodvažují přímo připisovat dekriminalizační politice, ale tvrdí, že hlavním cílem dekriminalizace bylo snížení stigmatizace drog ve společnosti a zvýšení možnosti závislých získat odbornou pomoc, což se povedlo a může to být jeden z faktorů, stojících za snížením počtu mrtvých.

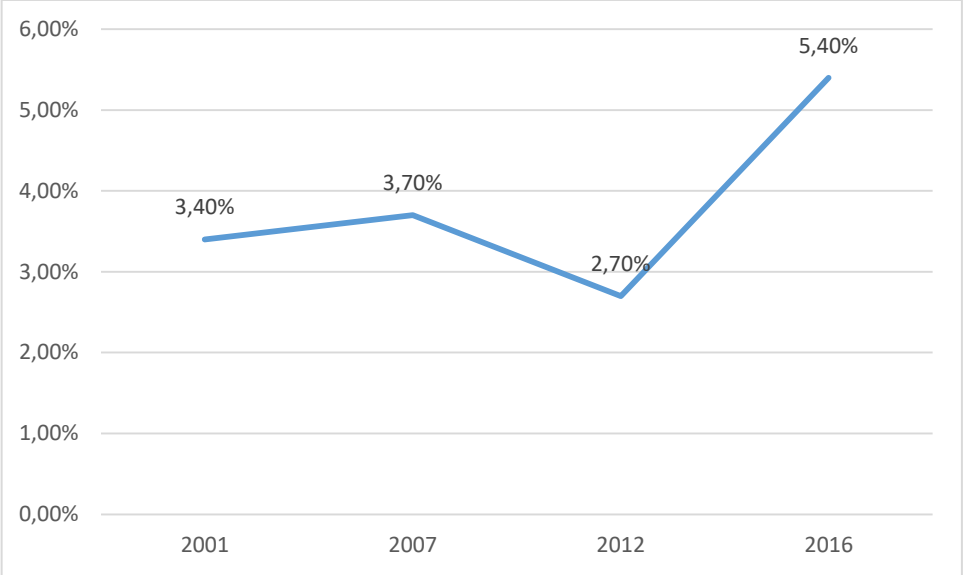
Počty uživatelů drog

Shromažďování údajů o prevalenci všech ilegálních drog je problematické. Tato data bývají zpravidla shromažďována v rámci velkých či celopopulačních studií, které se ovšem v obou zemích konají sporadicky. Zatímco v České republice probíhají tyto studie ve čtyřletých intervalech, v Portugalsku není jejich frekvence dána, a tudíž máme za celé sledované období k dispozici pouze čtyři relevantní údaje o roční prevalenci drog. Studie proběhly v letech 2001, 2007, 2012 a 2016, pokrývají tedy takřka celé sledované období avšak s relativně velkými rozestupy.

Problém spojený se zjišťováním údajů pro všechny drogy obecně by šel pravděpodobně vyřešit tím, že by se práce zaměřila pouze na určité drogy jako například heroin, marihuanu nebo kokain. V důsledku toho by ale vyvstal například problém, vyplývající z různých kultur všech sledovaných zemí. Zatímco v České republice kvůli jejímu historickému vývoji vede mezi tvrdými drogami jednoznačně pervitin, v Portugalsku byl minimálně v devadesátých letech na počátku 21. století na prvním místě heroin. Porovnatelnost údajů by tímto zásahem tedy ještě utrpěla.

Vzhledem k tomu, že pro tento ukazatel nemáme více relevantní informací, je velice těžké na jeho základě učinit jakékoliv závěry. Podíváme-li se ovšem na souhrnnou analýzu z předchozí subkapitoly, její autoři argumentují, že dekriminalizace byla v ohledu prevalence drog pro Portugalsko spíše benefitem. (Hughes & Stevens, 2012) Při analýze se odkazují právě na údaje získané v rámci populačních studií, které jsou též zobrazeny v grafu níže.

Graf 3: Roční míra prevalence drog v Portugalsku 2001 – 2016



(Zdroj: EMCDDA 2013, 2016, vlastní zpracování)

Ve studii publikované v roce 2007 docházejí v rámci analýzy trendů před a po dekriminalizaci titíž autoři k poznatku, že i přesto, že mohlo po dekriminalizaci dojít k mírnému zvýšení celoživotní prevalence, změnila se hlavně struktura užívaných drog. (Hughes & Stevens, 2007) U populace studentů došlo mezi lety 1999 a 2003 k postupnému odklonu od heroinu směrem k marihuaně. Navzdory tomu, že celková celoživotní prevalence v tomto období vzrostla, je možné usuzovat, že tato změna pomohla Portugalsku v ohledu veřejného zdraví. Marihuana totiž za žádných okolností nemá na tělo uživatele tak devastující účinky jako heroin. (Hughes & Stevens, 2007)

Vzhledem k malým rozdílům v prevalenci mezi jednotlivými roky zobrazenými v grafu výše můžeme usuzovat, že k žádným rapidním změnám po dekriminalizaci v roce 2001 nedošlo. To ostatně uvádějí i autoři zmíněné analýzy. (Hughes & Stevens, 2012) Oproti tomu se mezi lety 2001 a 2007 zvedl podíl lidí, kteří již v užívání drog nepokračovali. Je pravda, že v některých skupinách obyvatel, jmenovitě například u lidí ve věku 25 – 34 let, roční prevalence vzrostla.[32] U jiných, například u lidí ve věku 15 – 24, tedy v pravděpodobně nejrizikovější skupině, ale naopak poklesla. (Hughes & Stevens, 2012, str. 105) Jak už tedy bylo řečeno, v absolutním vyjádření, dekriminalizace spíše pomohla, než uškodila. Zároveň i přesto, že po dekriminalizaci došlo ke zvýšení celoživotní prevalence, roční a měsíční prevalence zůstaly obdobné. To

[32] Maximálně však o zhruba 7%

jasně hovoří pro to, že nárůst v celoživotní prevalenci byl způsoben pouze jednorázovým či experimentálním užitím mezi lidmi, kteří jinak drogy neužívají.

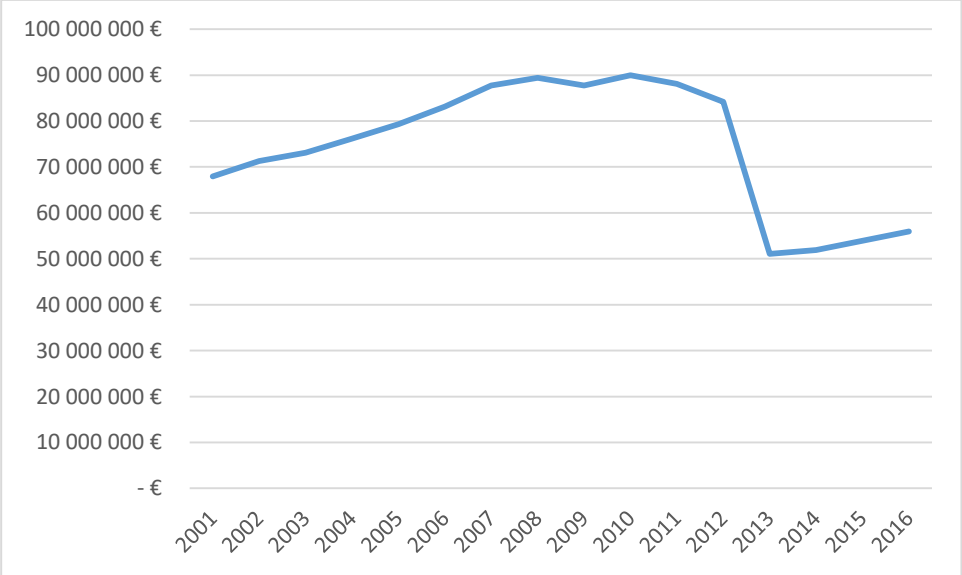
Co se týče vývoje v dalších letech, tedy 2012, respektive 2015, situace je obdobná. I přesto, že v roce 2016 roční prevalence všech ilegální drog narostla až na 5,4%, stále se nejedná o nikterak závratné navýšení. Zároveň vzhledem k původu dat mohlo dojít ve všech letech k menšímu zkreslení, tudíž můžeme roční míru prevalence považovat za víceméně konstantní.

Na základě dostupných údajů z celopopulačních studií a analýz Hughesové a Stevense vidíme, že v Portugalsku po zavedení dekriminalizace nedošlo k rapidnímu nárůstu počtu lidí užívajících drogy. Hypotéza pro tento ukazatel, tedy že nedojde k závažnému zhoršení situace, byla tedy potvrzena.

Veřejné výdaje

Jak již bylo naznačeno v kapitole týkající se metodologie a limitací dat na začátku praktické části, veřejné výdaje na protidrogovou politiku v Portugalsku jsou vysoce zkreslené a zavádějící. Podíváme-li se na graf níže, který ukazuje výdaje dle odhadů místní organizace SICAD, mohli bychom nabýt dojmu, že portugalská vláda v roce 2013 dospěla k masivním škrtům v oblasti protidrogové politiky a skokově tak snížila rozpočet pro tuto problematiku. K tomuto ale v realitě nedošlo.

Graf 4: Veřejné výdaje na protidrogovou politiku v Portugalsku 2001 – 2016



(Zdroj: EMCDDA 2019, vlastní výpočty a zpracování)

Toto skokové snížení veřejných výdajů je totiž způsobeno změnou metodiky výpočtu podílu veřejných výdajů na HDP země. Mezi lety 2001 – 2012 můžeme sledovat stálý růst veřejných výdajů, které ale najednou od roku 2013 znatelně poklesly. V prvním zmíněném období je ovšem podíl výdajů na HDP 0,05%, kdežto v období 2013 – 2016 už pouze jako 0,03% HDP. Tímto je tedy tento pokles vysvětlen.

Vzhledem k nedostatku dat a jejich vágnosti je na jejich základě nemožné vyslovit o vlivu dekriminalizace na veřejné finance jakékoliv závěry. Vzhledem k tomu, že metodika SICADu zůstává po celou dobu podobná, je možné se pouze domnívat, že za celé sledované období nedošlo v Portugalsku k jakékoliv relevantní změně ve výši veřejných výdajů na protidrogovou politiku. Je tedy možné říci, že dekriminalizace v roce 2001 nevedla v zemi k rapidnímu zvýšení veřejných výdajů, ale tyto zůstaly na víceméně podobné úrovni po celé sledované období, stejně jako před ním.

Využijeme-li stejnou metodiku jako v grafu výše pro období před zavedení dekriminalizace, je jasné, že výdaje budou nižší, což je způsobeno tím, že v letech 1990 – 2000 bylo HDP země nižší než ve sledované periodě. Můžeme se tak pouze domnívat, že dekriminalizace neměla na veřejné výdaje negativní vliv, spíše ale došlo ke změně jejich struktury. Tím je myšleno, že vzhledem k faktu, že člověk, u něhož je nalezeno malé množství drog, je předveden pouze před civilní komisi, nikoliv před soudní tribunál a jeho trest má spíše charakter léčebný/snižující škody a nikoliv charakter trestní. Tím jsou pravděpodobně ušetřeny náklady spojené s trestním řízením a případným odsouzením a potažmo tedy i s vězněním. Na druhou stranu mohou být tyto výdaje přeneseny spíše na tu stranu veřejných výdajů, která se zabývá harm-reduction neboli snižováním škod způsobených závislostí.

Hypotézu pro veřejné výdaje na portugalskou protidrogovou politiku nebylo tedy z dostupných dat možné ani potvrdit ani vyvrátit. Můžeme se pouze domnívat, že dekriminalizace neměla na veřejné výdaje signifikantní negativní vliv, nicméně tuto skutečnost nejde v současné době empiricky potvrdit.

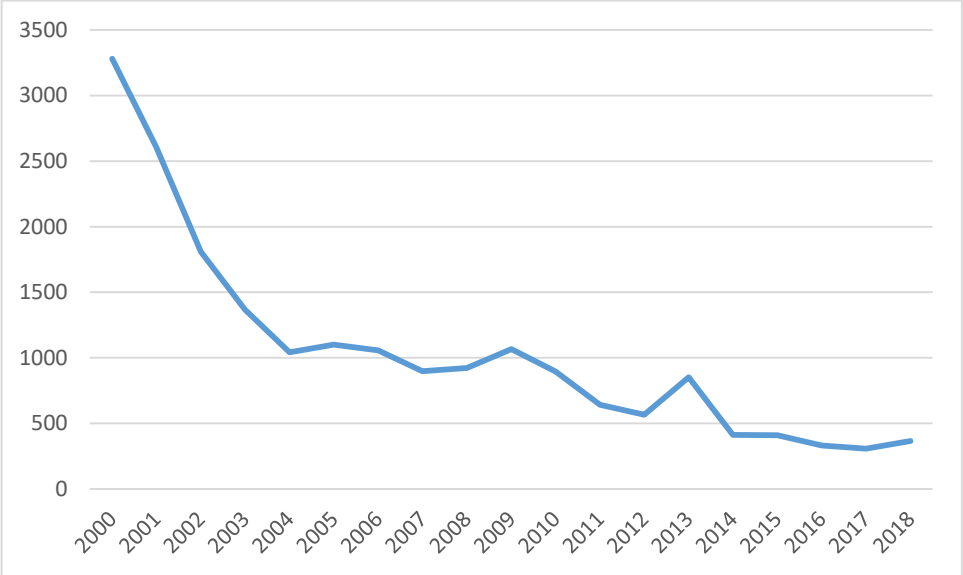
Hepatitida C

Hepatitida C se v Portugalsku, podobně jako v České republice, nejvíce šíří právě mezi lidmi, kteří intravenózně užívají drogy. Na rozdíl od České republiky, a potažmo i od všech ostatních zemí, má ale Portugalsko mezi těmito lidmi zdaleka největší

prevalenci zmíněného virového onemocnění a to více než 80%. (EMCDDA, 2018) Ačkoliv tato informace zní na první pohled extrémně negativně, je důležité si ji zasadit do kontextu. V Portugalsku

Podíváme-li se na graf níže, který zobrazuje počty drogově závislých, užívajících drogy intravenózně, zjistíme, že od roku 2000 do současnosti došlo k signifikantnímu poklesu počtu nakažených virem hepatitidy C. Co způsobilo tento pokles, z původních zhruba 3 280 nemocných až na současných 367? Za tímto propadem pochopitelně nemůžeme hledat jen samotný zákon, který drogy v zemi dekriminalizoval, ale spíše důsledky, které tento zákon měl na portugalskou společnost.

Graf 5: Nové případy hepatitidy C mezi injekčními uživateli drog v Portugalsku 2000 - 2018



(Zdroj: EMCDDA, 2019, vlastní zpracování)

V devadesátých letech minulého století propukla v Portugalsku epidemie závislosti, která byla způsobena zejména rapidními sociálními a kulturními změnami spojenými s revolucí z roku 1974, stejně jako se zvýšenou dostupností heroinu běžné populaci. (Palladino, et al., 2018) Díky této bezprecedentní epidemii[33] se pak v průběhu posledních desíti let minulého století rozvinuly obrovské problémy s infekčními chorobami.

Kde tedy hledat příčiny tohoto poklesu v posledních bezmála dvaceti letech? Příčiny můžeme hledat zejména ve změně pohledu na drogově závislé. Člověk, který je

[33] Bezprecedentní z toho důvodu, že hlavní příčinou bylo injekční užívání drog. Podobné epidemie hepatitidy C proběhly v Portugalsku již ve 30. a 60. letech minulého století, měly ale původ kupříkladu v krevních transfuzích, nikoliv v užívání drog.

přistižen při držbě drog, není v Portugalsku nyní odeslán k trestnímu soudu, nýbrž ke komisi složené z lékaře, psychologa a sociálního pracovníka. V případě, že mu tato komise uloží léčbu, může daný jedinec vyhledat lékařskou pomoc namísto toho, aby byl odsouzen k odnětí svobody.

Samotné nařízení léčby ovšem nepomůže v případech, kdy člověk nemá dostatečnou motivaci k tomu, aby se svou závislostí bojoval. Pro tyto případy je v Portugalsku nastaven systém, který se snaží aspoň snížit následky užívání drog. Různé neziskové organizace se například angažují prací v terénu. Objíždějí určitá vytipovaná místa ve větších městech jako je například Lisabon a nabízejí pomoc závislým přímo na ulici. Posádka vozu se typicky skládá z lékaře, sestry a sociálního pracovníka, kteří poskytují drogově závislým nejen psychologickou podporu, ale též materiální vybavení. Typickým případem je výměna použitých jehel za čisté, rozdávání kondomů či případně urgence závislého k návštěvě nemocnice, léčebného centra nebo útulku pro závislé. (Clay, 2018)

Tento přístup k drogově závislým jako k nemocným spíše než jako ke kriminálníkům je též spojen celkovou destigmatizací drog. Lepší přístup k léčbě znamená, že se více potenciálních pacientů odhodlá vyhledat lékařskou pomoc. Více rozdaných čistých jehel a kondomů zamezí přenosu infekčních chorob z infikovaných na dosud zdravé jedince. Všechny tyto aspekty nakonec vedly k tomu, že se v Portugalsku, tedy zemi, kde se ještě před dvaceti lety ročně nakazilo více než 3 500 lidí užívajících intravenózně drogy hepatitidou C, snížil tento roční počet na méně než 400.

Hypotéza pro hepatitidu C v této práci zněla, že dekriminalizace drog v roce 2001 nepřinesla jakýkoliv nárůst počtu nakažených mezi injekčními uživateli drog. Nejen že k žádnému nárůstu po přijetí zákona nedošlo, ale trend byl přesně opačný. Díky destigmatizaci drogově závislých a s tím spojeným poklesem nakažených lidí, bývá portugalská protidrogová politika dávána za příklad celému světu.

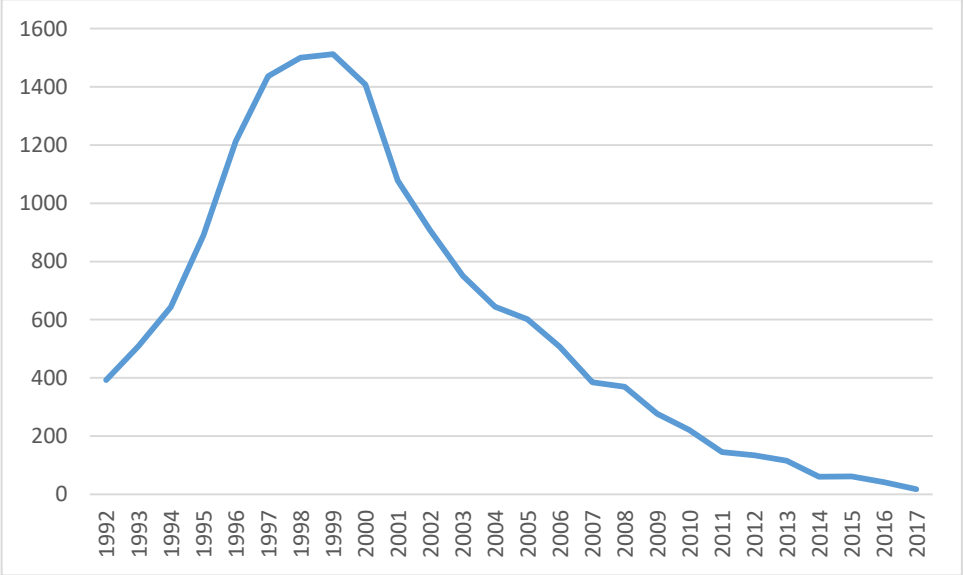
HIV

Posledním sledovaným ukazatelem z pohledu Portugalska je výskyt viru HIV mezi injekčními uživateli drog. Podobně jako tomu bylo v případě hepatitidy C, i v případě viru HIV bylo Portugalsko v 90. letech nechvalně proslulou zemí. Příčiny obrovského nárůstu nemocných můžeme taktéž hledat na podobných místech. Rozpad

totalitního státu v sedmdesátých letech, rozvoj trhu s heroinem a čím dál více injekčních uživatelů drog, to vše se podepsalo pod epidemii viru HIV, která v zemi vyvrcholila na konci devadesátých let.

Již v této době se s tímto negativním fenoménem pokoušeli Portugalci něco udělat. V roce 1993 se začal pozvolna rozjíždět harm-reduction program výměny použitých jehel za čisté. Veškerý přístup k drogově závislým se postupně měnil z původně trestně-právního na současný, zaměřený spíše na veřejné zdraví. To vše vyvrcholilo již několikrát zmíněnou dekriminalizací drog v roce 2001. (WHO Europe, 2018)

Graf 6: Nové případy HIV mezi injekčními uživateli drog v Portugalsku 1992 - 2017



(Zdroj: EMCDDA, 2019, vlastní zpracování)

Ve výše zobrazeném grafu můžeme sledovat vývoj počtu nakažených virem HIV od roku 2000 do roku 2017. Jak již bylo řečeno v odstavci výše, vrchol epidemie nastal na konci devadesátých let minulého století. Od té doby došlo v Portugalsku k takřka neuvěřitelnému počtu lidí, kteří se tímto virem ročně nakazí z původních více než 1 400 ročně až na necelých 20 v roce 2017. Je ovšem nutné upozornit, že čísla za posledních několik let v grafu se ještě v budoucnu při přezkoumání pravděpodobně zvýší a to z toho důvodu, že doba, než se virus u člověka projeví, může trvat relativně delší dobu.

Portugalská vláda také stanovila tzv. plán 90-90-90, který se zavázala splnit do roku 2020. Cílem tohoto plánu je do zmíněného roku dosáhnout následujícího plnění. Zaprvé, 90% a více lidí žijících s virem HIV bude diagnostikováno, 90% diagnostikovaných

pacientů bude léčeno a u 90% lidí podstupujících terapii bude dosaženo potlačení viru HIV.[34] Tyto cíle se již Portugalské vládě podařilo, dle dat z roku 2016, naplnit. (WHO Europe, 2018)

Kombinace všech těchto faktorů přinesla Portugalsku bezprecedentní snížení počtu nově nakažených pacientů. Vzhledem k tomu, že již byly analyzovány obě kapitoly týkající se infekčních chorob a u obou je od dekriminalizace patrný signifikantní pokles nově nakažených osob, je možné konstatovat, že dekriminalizace drog, v kombinaci s ní spojenými harm-reduction programy, měla na tyto faktory pozitivní vliv. Hypotéza říkající, že dekriminalizace neměla negativní vliv na počty nakažených je tedy potvrzena.

2.3. Česká republika

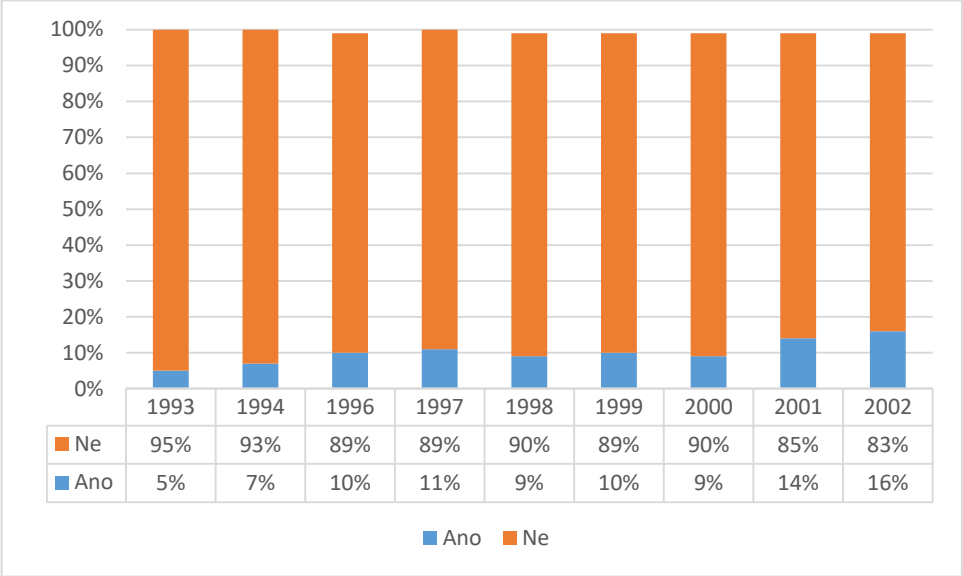
Dosavadní empirické analýzy

Patrně nejzajímavějšími empirickými analýzami drogové situace v České republice jsou celopopulační studie užívání návykových látek, které jsou prováděny vždy ve čtyřletých intervalech. Poslední taková studie proběhla, jak již bylo zmíněno v kapitole zabývající se metodikou práce, v roce 2016.

Podíváme-li se ale dále do historie, zjistíme, že již od počátku 90. let minulého století, probíhaly v České republice nejrůznější výzkumy drogové problematiky. Například Centrum pro Výzkum Veřejného Mínění (CVVM) sledovalo ve svých dotazníkových šetřeních nejen vztah populace k drogám, ale též samotné jejich užití. Na grafu níže můžeme sledovat postupný nárůst od roku 1993 až do roku 2002 o 11 procentních bodů.[35]

[34] Potlačením viru se nerozumí úplné vyléčení. Virus stále zůstává v těle nemocného, nicméně při pokračování v terapii se nerozvine v syndrom získaného selhání imunity (AIDS)
[35] V roce 1995 průzkum neproběhl

Graf 7: Celoživotní míra prevalence drog v České republice 1993 - 2002



(Zdroj: Mravčík, et. al., 2002, vlastní zpracování)

Pozoruhodným faktem vzhledem k výše prezentovaným datům je, že celoživotní prevalence začala růst rychleji po roce 1998, kdy byl přijat represivní dodatek, o němž již byla řeč v kapitole teoretické práce zabývající se historicko-společenskými souvislosti drogových politik obou zemí. Je samozřejmé, že tímto není myšleno, že by samotný dodatek nějakým způsobem stál za růstem prevalence po jeho přijetí, nicméně tento růst nám ukazuje, že větší represe nemusí mít na počty uživatelů drog takový vliv, jaký by si zákonodárci při formování legislativy představovali.

Zde je samozřejmě nutné podotknout, že se jedná o odhady učiněné na základě reprezentativního vzorku, což by při nízkých odchylkách mohlo být zavádějící, na druhou stranu je ale nárůst celoživotní prevalence za těchto deset let více než trojnásobný, což můžeme jen stěží připisovat statistické odchylce.

Pokud budeme dále pokračovat s představováním studií, které předcházely celopopulačním studiím probíhajícím ve čtyřletých intervalech, nesmíme též opomenout studii GENACIS[36], kterou v rámci České republiky realizovalo Psychiatrické centrum Praha. GENACIS se v ČR na vzorku 2 526 dotázaných zaměřila na prevalenci vybraných návykových látek u lidí ve věku 18 – 64 let a některé z jejich výsledků jsou použity jako výchozí data pro tuto práci.

[36] Gender and Alcohol Comparative International Study

Oproti všem následujícím celopopulačním studiím se ani GENACIS příliš výrazně neodchyluje, nejčastěji užívanou ilegální látkou je marihuana následovaná extází a amfetaminy. Při dělení dle pohlaví zde taktéž není přítomna jakákoliv výrazná odchylka od trendu v ostatních studiích, v prevalenci všech drog jasně vedou muži nad ženami. Pro podrobnější údaje viz tabulku níže.

Tabulka 3: Celoživotní a roční míra prevalence drog dle výsledků studie GENACIS

Droga	Celoživotní prevalence			Roční prevalence		
	Celkem	Muži	Ženy	Celkem	Muži	Ženy
Konopné látky	21,1%	26,3%	16,1%	10,9%	14,4%	7,5%
Opiáty	0,7%	1,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Amfetaminy	2,3%	3,5%	1,1%	1,1%	1,8%	0,5%
Extáze	4,0%	5,5%	2,5%	2,5%	3,1%	1,9%
LSD	2,2%	3,6%	0,8%	1,0%	1,9%	0,0%

(Zdroj: Mravčík et. al., 2002, vlastní zpracování)

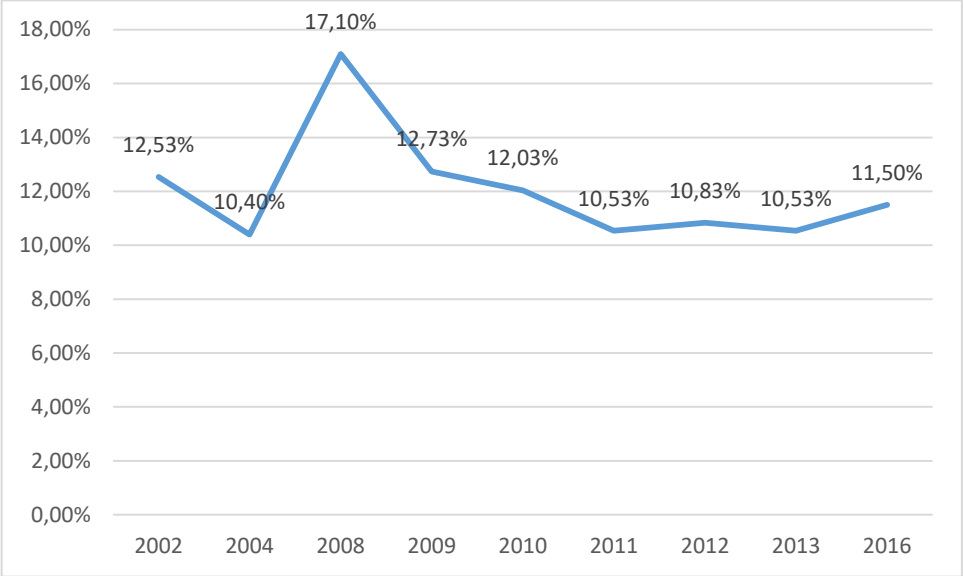
Ostatní celopopulační studie, které probíhají ve zmíněných čtyřletých intervalech, docházely, s pochopitelnými drobnými odchylkami, k podobným závěrům. Z nejdůležitějších závěrů uveďme například fakt, že marihuana je stále nejpopulárnější drogou, následovaná extází a pervitinem. Muži, stejně jako ve studii GENACIS, užívají drogy více než ženy. Zároveň Češi užívají například LSD, extázi, pervitin nebo marihuanu častěji, než je evropský průměr. Podprůměrní jsou, z evropského hlediska, naopak v užívání kokainu. (Běláčková, Nechanská, Chomynová, & Horáková, 2012)

Počty uživatelů drog

Jak již bylo uvedeno v metodickém vymezení praktické části práce, v následující kapitole budou analyzovány počty uživatelů drog na základě roční prevalence. Pojem roční prevalence zahrnuje populaci, která v posledním roce užila jakoukoliv ilegální drogu. Vzhledem k tomu, že byla k dispozici data pouze za některá sledovaná léta, byly údaje pro ostatní roky odhadnuty pro potřeby sestrojení časové řady na základě údajů o roční prevalenci marihuany.[37] Výsledný trend můžeme sledovat v následujícím grafu.

[37] Podrobněji rozebráno v kapitole týkající se metodiky práce a její subkapitole „Počty uživatelů drog“

Graf 8: Roční míra prevalence drog v České republice 2002 - 2016



(Zdroj: Mravčík et. al., 2003, 2005, 2012, 2017, vlastní výpočty a zpracování)

Z grafu je patrné, že po celé sledované období se roční prevalence drog v České republice drží na relativně stabilní úrovni mezi cca 10% - 13%, s jedním výraznějším výkyvem v roce 2008. Jak tento výkyv vysvětlit když se roční prevalence v ostatních letech pohybuje zhruba mezi 10 a 13 % populace?

Na první pohled by se mohlo zdát, že by tento jednorázový růst mohl záviset na světové hospodářské krizi, která v té době již probíhala. Dle některých výzkumů totiž lidé, kteří nemají práci či pracují na hůře placených pozicích, mají vyšší tendence k užívání drog. (Běláčková, Nechanská, Chomynová, & Horáková, 2012) V případě, že by tedy v roce 2008 již firmy v důsledku krize propouštěly, mohli bychom zde hledat souvislost. To se ale nestalo, jelikož krize v ČR udeřila oproti například USA se zpožděním a nezaměstnanost začala růst až na přelomu let 2008 a 2009. (Eurostat, 2019)

Jako pravděpodobnější vysvětlení se tak jeví struktura dotazovaného vzorku obyvatel, což v práci uvádějí i samotné autorky. (Běláčková, Nechanská, Chomynová, & Horáková, 2012, str. 114)

Z údajů uvedených v grafu tedy docházíme k závěru, že roční prevalence drog se v České republice drží, s výjimkou roku 2008, na konstantní úrovni mezi 10 a 13% s tím, že v posledních letech se nachází blíže nižší z těchto hranic. Z vývoje této časové řady je patrné, nejen, že se roční prevalence drog mezi českou populací po dekriminalizaci drog nezvýšila, ale dokonce se drží na nižších úrovních než před jejím zavedením. Hypotéza

pro tento ukazatel, která zněla, že v důsledku dekriminalizace nedošlo k výraznému zvýšení roční prevalence drog v České republice, je tedy potvrzena.

Veřejné výdaje

Odhady veřejných výdajů pro Českou republiku již můžeme, na rozdíl od těch portugalských, určitým způsobem interpretovat. Drogová politika je v České republice financována jak ze státního rozpočtu, tak i z rozpočtů krajských a obecných. Data na úrovni státu jsou pak získávána ze závěrečných účtů jednotlivých ministerstev, případně od kontaktních osob. Na regionální úrovni jsou zdrojem dat výroční zprávy o realizaci protidrogové politiky. (Mravčík et al., 2018)

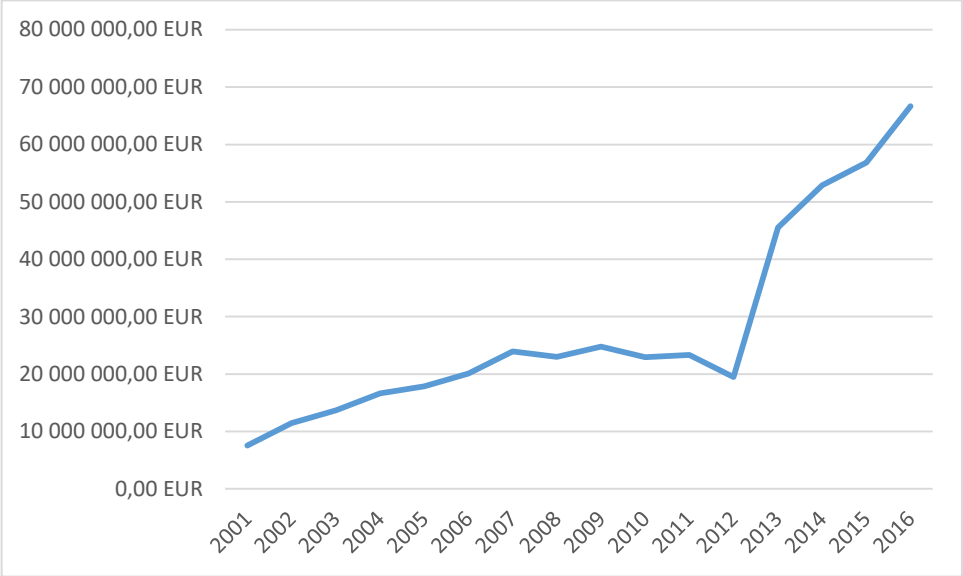
V následujícím grafu můžeme sledovat postupný vývoj veřejných výdajů na protidrogovou politiku v České republice. Na tomto místě je důležité upozornit, že výdaje pro rok 2001 nejsou úplné, jelikož v nich nejsou zahrnuty výdaje na činnost NPC[38]. Z údajů pro roky 2002 – 2006 je zřejmé, že výdaje NPC tvořily průměrně 30% (Mravčík, et al., 2007) z celkového rozpočtu. I přesto, že bychom výdaje za rok 2001 navýšily o zmíněných 30%, stále by se nacházely pod úrovní roku 2002 na zhruba 9,8 milionech euro.

V grafu tedy vidíme po celé desetiletí nárůst výdajů na protidrogovou politiku, který se po implementaci dekriminalizační politiky v roce 2009 změnil v trend klesající. Tento pokles jistě nemůžeme připsat dekriminalizaci samotné, ale je spíše potřeba ho zasadit do širších souvislostí. Jak tedy tento pokles vysvětlit? Po globální ekonomické krizi v roce 2008 se mezi jinými i česká vláda uchýlila postupem času ke škrtům na výdajové straně státního rozpočtu. Tyto škrty se pochopitelně projevily též v poklesu výdajů na protidrogovou politiku.

Největší pokles způsobený škrty byl pak zaznamenán mezi lety 2011 a 2012, kdy celkové výdaje na protidrogovou politiku klesly až o 10,1%. (Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, 2013) Už pouhý rok poté ale začaly výdaje na protidrogovou politiku bezprecedentně růst. Otázka tedy zní, proč došlo na přelomu let 2012 a 2013 k tak strmému nárůstu veřejných výdajů na drogovou politiku?

[38] Národní Protidrogová Centrála

Graf 9: Veřejné výdaje na protidrogovou politiku v České republice 2001 - 2016



(Zdroj: Mravčík et. al., 2008, 2012, 2017, vlastní výpočty a zpracování)

Vysvětlení je opět relativně jednoduché. V rámci národní strategie protidrogové politiky pro léta 2010 – 2018, respektive akčního plánu realizace pro roky 2013 – 2015 byla do protidrogové politiky též nově zařazena i politika pro hazardní hraní a alkohol. Nutno podotknout, že v rámci revize v roce 2016 byla do strategie též přidána kontrola tabáku a tedy výdaje i nadále rostou. (Mravčík et al., 2018) Vzhledem k tomuto rozšíření výdajů o další položky je pak tento strmý nárůst vysvětlen.

Z hlediska veřejných výdajů je také zajímavé analyzovat, jakým způsobem jsou tyto výdaje strukturovány. V České republice (a pravděpodobně i ve většině ostatních zemí) padne každý rok největší podíl výdajů na prosazování práva ze strany státu.[39] Například mezi lety 2014 – 2017 činil tento podíl průměrně 58,35% z celkových výdajů státu na protidrogovou politiku. (Mravčík et al., 2018, str. 38)

Zbytek z rozpočtu na boj proti drogám následně připadá na prevenci, primární péči nebo snižování škod způsobených užíváním návykových látek. Trend ve většině vyspělých zemí je v posledních letech jasný. Je jím odklon od překonaného principu potírání drog, případně války proti drogám, spíše směrem k přístupu k drogově závislým jako k nemocným. S tímto trendem je tedy spojen rozvoj preventivních a léčebných opatření na úkor opatření represivních.

[39] Prosazováním práva je v tomto případě myšleno zejména snižování nabídky drog.

Vzhledem k tomu, že do metriky výpočtu výdajů na protidrogovou politiku jsou v posledních letech započítávány i výdaje na boj s alkoholem, tabákovými výrobky a hazardním hraním, došlo po dekriminalizaci drog v České republice k obrovskému nárůstu těchto výdajů. Tento nárůst ovšem nemůže být v žádném ohledu připisován zvýšením výdajů na boj s ilegálními návykovými látkami.

V případě, že by byly v protidrogové strategii České republiky i nadále započítávány pouze ilegální látky, dá se předpokládat, že trend by zůstal podobný jako v předchozích letech. Tedy, že výdaje na protidrogovou politiku by zůstávaly na podobné úrovni jako v minulých letech či případně mírně klesaly, jako tomu bylo mezi lety 2011 a 2012.

Východiskem pro tento předpoklad jsou pak ostatní ukazatele sledované v této práci. V případě roční prevalence drog nedošlo v České republice po dekriminalizaci prakticky k žádné negativní změně, v případě hepatitidy C a HIV, které jsou rozebírány v následujících subkapitolách, také ne. Vzhledem k těmto informacím je tedy možné předpokládat, že česká vláda neměla a prozatím ani nemá důvod, aby jakýmkoliv razantním způsobem zvyšovala své výdaje na politiku týkající se ilegálních drog.

Vzhledem k závěrům prezentovaným v této kapitole je nepravděpodobné, že by měla dekriminalizace drog v roce 2009 rozsáhlý negativní vliv na veřejné finance České republiky. Hypotéza pro tento sledovaný ukazatel tedy nebyla vyvrácena.

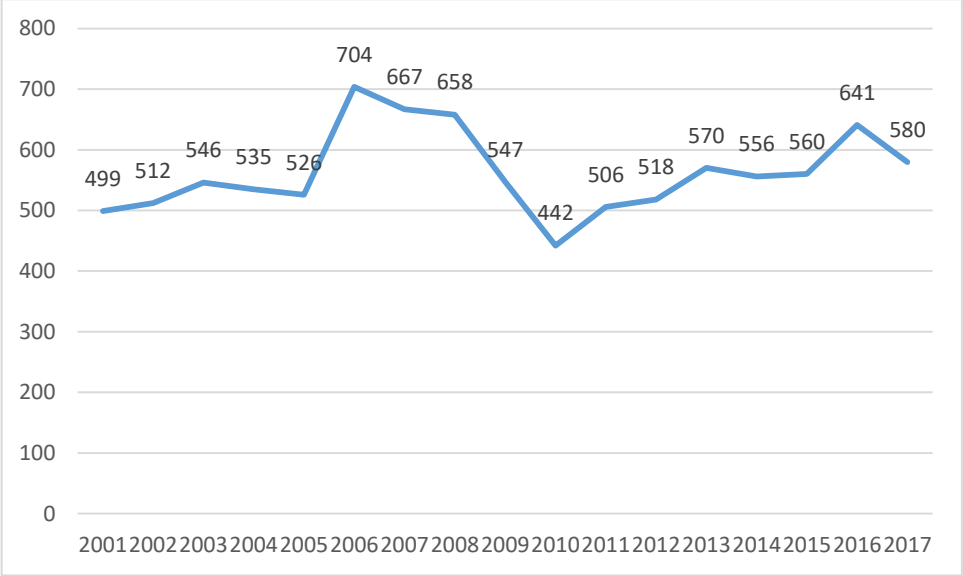
Hepatitida C

Výskyt nových pacientů trpících hepatitidou C je v České republice po celé sledované období takřka konstantní a pohybuje se mezi 442 až 704 nemocnými. Z hlediska tohoto onemocnění je ovšem problematické, a to nejen v České republice, že nemocní mohou bez závažnějších symptomů žít s tímto onemocněním i několik desítek let. (Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti, 2019) Níže uvedena data tedy jistě nepokrývají všechny nakažené jedince, což by stejně byl, vzhledem k neexistenci plošných kontrol, nesplnitelný cíl.

Pohlédneme-li na graf níže, který zobrazuje nově identifikované případy hepatitidy C v České republice v období 2001 – 2017, zjistíme, že variabilita výskytu se během sledovaného období příliš nezměnila. U takto nízkých odchylek zároveň musíme

mít na paměti, že objevené případy jsou taktéž závislé na testovaném vzorku populace. Tedy vzhledem k absenci výraznějších odchylek můžeme danou časovou řadu považovat za víceméně konstantní.

Graf 10: Nové případy hepatitidy C mezi injekčními uživateli drog v České republice 2001 - 2017



(Zdroj: Mravčík et. al., 2017, vlastní zpracování)

Vzhledem k velice rozvinutým programům snižování škod v České republice a navzdory relativně vysokému odhadu počtu uživatelů drog, který činí až 43 000 lidí (EMCDDA, 2019), se v České republice dlouhodobě daří držet počty nově nakažených hepatitidou C na relativně nízkých úrovních.[40] I když v letech následujících po dekriminalizaci došlo postupně k menšímu růstu počtu nakažených, situace je stále lepší než byla v roce 2006, kdy bylo nově nakažených nejvíce.

Vzhledem ke zkušenostem z Portugalska bychom po dekriminalizaci mohli očekávat další pokles počtu nakažených, je ale možné, že v každé populaci drogově závislých existuje vždy jisté procento infikovaných. Zároveň drogově závislé jedince provází i navzdory dekriminalizaci nadále stigma, které se v Portugalsku postupem času podařilo odbourat. Do budoucna je tedy možné, že se počet nově nakažených bude postupně snižovat k nové přirozené hranici.

[40] Na tomto místě je nutné podotknout, že hepatitidu typu C provází po celém světě vysoká poddiagnostikovanost (MacArthur & Varghese, 2017) a je proto nutné interpretovat údaje z grafu s rezervou.

Z grafu je patrné, že dekriminalizace nevedla v rámci České republiky k nárůstu, který by bylo možné považovat za výrazný. Hypotéza pro tento ukazatel v ČR byla tedy taktéž potvrzena.

HIV

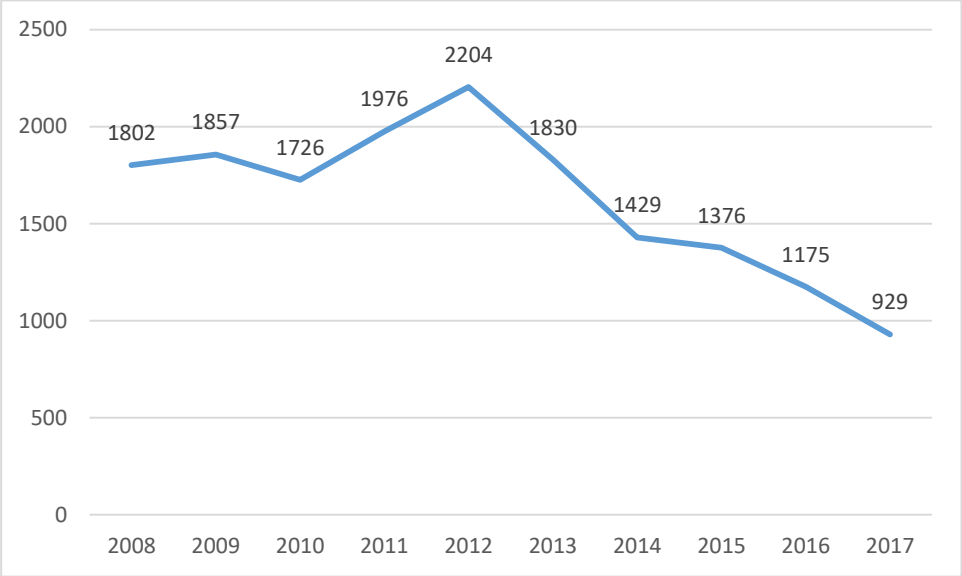
Problematika viru HIV a potažmo i následného onemocnění AIDS je v České republice relativně marginálním tématem. Za 34 let, tedy již od roku 1985, od kdy se obě onemocnění v ČR sledují, bylo celkově na území země diagnostikováno „jen“ 3 368 případů infikovaných osob. (Němeček, Malý, & Zákoucká, 2019) Je však jasné, že ani kvalitní screeningové programy nemohou zcela zachytit veškerou populaci nakažených. Odhady pro Českou republiku se tak různí, nicméně pravděpodobně nejkvalifikovanější odhad pochází od agentury ECDC spadající pod WHO.

Ta ve své výroční zprávě z roku 2018 tvrdí, že roční prevalence je v Evropě zhruba o 15% vyšší než počet zjištěných případů. (European Centre for Disease Prevention and Control, 2018) Z dostupných dat je také patrné, že v naprosté většině zemí se na celkových počtech nakažených podílejí drogově závislí pouze minimálně. (European Centre for Disease Prevention and Control, 2018)

V níže uvedeném grafu pak můžeme vidět vývoj počtu nakažených mezi populací injekčních uživatelů drog v letech 2008-2017. Z grafu je patrné, že v období 2008 – 2012 se počty držely zhruba na stejné úrovni, s menší odchylkou směrem nahoru v roce 2012. Poté, v pětiletém období 2012 – 2017, došlo ke strmému propadu ke zhruba 1 000 případům ročně.[41] K tomuto poklesu v incidenci, v rámci celé Evropské Unie, došlo i přesto, že celkové počty nově diagnostikovaných nemocných zůstávají po celé toto období prakticky stejné. (European Centre for Disease Prevention and Control, 2018, str. 60)

[41] Nutno podotknout, že data za rok 2017 ještě ani dnes nejsou zcela finální a to zejména kvůli tomu, že lidé, kteří již jsou nemocní, nemusí pociťovat jakékoliv příznaky, a tedy nejsou prozatím odhaleni.

Graf 11: Nové případy HIV mezi injekčními uživateli drog v EU 2008 - 2017



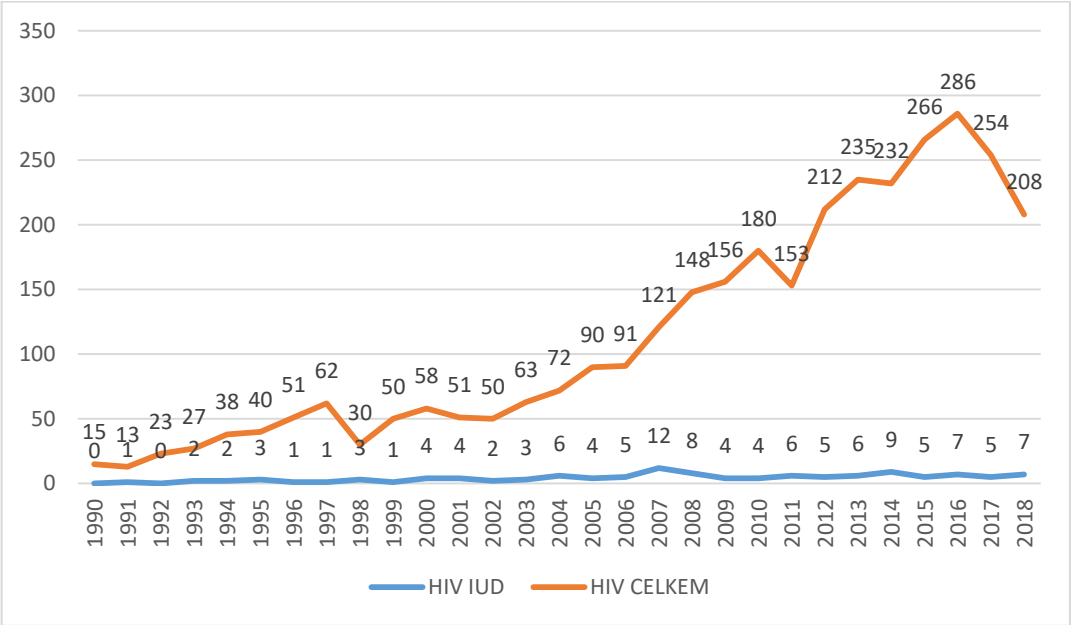
(Zdroj: ECDC, 2019, vlastní zpracování)

Incidence viru HIV u injekčních uživatelů drog dosáhla v rámci EU maxima v roce 2012 a od té doby stabilně klesá. Tato nízká čísla a jejich další pokles v průběhu posledních let jsou připisovány zejména rozvinutému systému harm-reduction programů po celé Evropě. (European Centre for Disease Prevention and Control, 2018, str. 34)

V České republice jsou pak počty lidí, kteří se nakazili virem HIV díky injekčnímu užívání drog, naprosto minimální. Z níže uvedeného grafu, který sleduje vývoj počtu lidí, kteří se každý rok nakazí virem HIV, je patrné, že celkové počty nakažených rok od roku mírně stoupají.[42] I přesto se ale, dle evropské agentury ECDC, Česká republika nachází s 2,4 případy na 100 000 obyvatel, mezi zeměmi s nejnižší incidencí HIV v Evropě. (European Centre for Disease Prevention and Control, 2018) V grafu je zároveň pomocí modré spojnice zobrazen i počet ročních výskytů onemocnění způsobený injekčním užíváním drog.

[42] Pro léta 2017 a 2018 budou čísla pravděpodobně v budoucnu ještě stoupat, k zobrazenému propadu tedy pravděpodobně nedojde.

Graf 13: Nové případy HIV mezi injekčními uživateli drog a celkem v České republice 1990 - 2018



(Zdroj: SZÚ, 2017, 2018, vlastní zpracování)

Jak vidno injekční uživatelé drog tvoří z celkového ročního počtu nakažených jen naprostý zlomek a jejich počty se prakticky nemění, navzdory vzrůstajícímu celkovému počtu nakažených virem. Jedním z možných vysvětlení, proč se mezi injekčními uživateli drog HIV tolik nepřenáší je například vysoce rozvinutý systém výměny jehel, které provádí prakticky všechny nízkoprahová centra v republice.

Výměna jehel samozřejmě není jediným prostředkem ke snižování škod způsobených intravenózním užíváním drog. Součástí harm-reduction programů v České republice jsou též různé informační kampaně, poradenství, distribuce kondomů a informací o bezpečném sexu nebo čistě technické informace o tom, jak správně aplikovat drogu či dezinfikovat použité náčiní.

Jak je z výše uvedených dat zřejmé, zavedení drogové dekriminalizace nemělo v České republice prakticky žádný vliv na počty lidí, kteří se nakazili virem HIV díky sdílení injekčních stříkaček. Hypotéza pro tento ukazatel, podobně jako pro ostatní, zněla, že dekriminalizace drog nezpůsobila signifikantní nárůst počtu nakažených virem HIV mezi populací drogově závislých. I přesto, že počet nakažených zmíněným virem v ČR roste, tento růst je veškerými dostupnými publikacemi připisován hlavně ostatním způsobům přenosu.

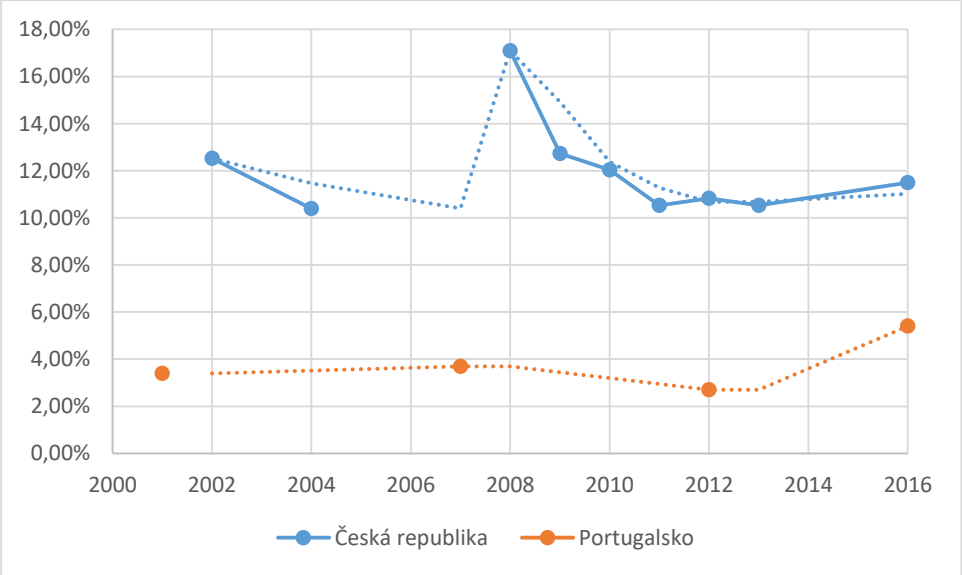
2.4. Komparativní analýza obou zemí

V následující kapitole srovnáme situaci týkající se zkoumaných faktorů v České republice a Portugalsku. Veškeré dílčí závěry z této subkapitoly, z kapitol týkajících se samostatně ČR a Portugalska a z kapitol zabývajících se srovnáním obou zemí s ostatními vybranými zeměmi budou následně ještě jednou prezentovány v poslední subkapitole praktické části práce nazvané *Shrnutí poznatků*.

Počty uživatelů drog

V kapitole týkající se roční prevalence drog u portugalské populace jsme zjistili, že za sledované období průměrně užilo drogu v průběhu minulého roku 3,8 % populace. Naopak v České republice je tento průměr vyšší a to 12,02 %. Pro lepší vizualizaci jsou data z obou zemí vyobrazena v grafu níže.

Graf 14: Roční prevalence míra prevalence drog v České republice a Portugalsku 2001 - 2016



(Zdroje: Mravčík et. al., 2008 - 2017 a EMCDDA 2013 - 2016, vlastní výpočty a zpracování)

Z grafu je patrné, že roční prevalence drog je v České republice po celé sledované období převyšuje prevalenci v Portugalsku v řádech nízkých jednotek procentních bodů. Jak již bylo nicméně popsáno v příslušných kapitolách, situace je v obou zemích

dlouhodobě stabilní. Zatímco v Portugalsku výraznější výkyvy nepozorujeme, v České republice vidíme jeden v roce 2008, ten je ovšem vysvětlován jako odchylka způsobená odlišností vzorku od ostatních průzkumů.

Jak již bylo zmíněno v kapitole věnující se roční prevalenci v Portugalsku, v zemi sledujeme dlouhodobý odklon od tvrdých drog typu heroinu spíše směrem k lehčím drogám jako je například marihuana, což má v konečném důsledku pozitivní vliv na veřejné zdraví portugalského obyvatelstva. Naproti tomu v České republice zůstává situace již delší dobu velmi podobná a jakýkoliv odklon od tvrdých drog směrem k měkčím prozatím nepozorujeme. Je ale možné, že s příchodem nove celopopulační studie v roce 2020 už bude možné pozorovat první náznaky změny, která již probíhá v Portugalsku.

Pro počty uživatelů drog byla pro obě země stanovena stejná hypotéza, tedy že dekriminalizace drog v zemi neměla signifikantní negativní vliv na vývoj roční prevalence drog. Jak můžeme vidět v grafu výše v obou zemích je situace po dekriminalizaci v letech 2001 respektive 2010 stabilní, a nedochází k výraznějším odchylkám. K až apokalyptickým hrozbám, které předkládal v kapitole mapující empirické výzkumy v Portugalsku doktor Coelho, tedy nedošlo a hypotézy jsou pro obě země potvrzeny.

Veřejné výdaje

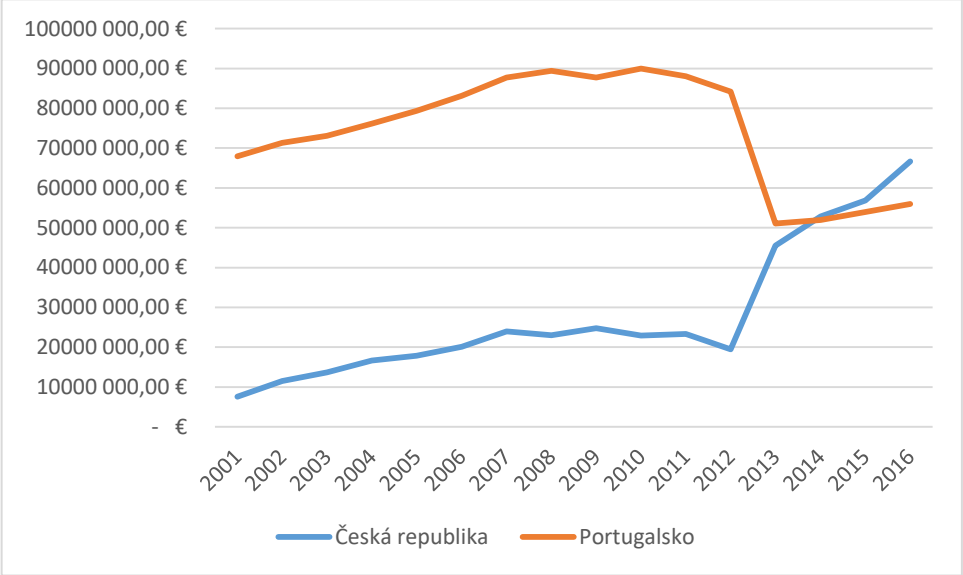
Jak již bylo řečeno v kapitolách týkajících se veřejných výdajů na protidrogovou politiku v obou zemích, mezinárodní porovnávání těchto údajů je složité a mohlo být i zavádějící. V Portugalsku nebyly totiž rozpočty explicitně přiřazovány na začátku období, kterých se měly týkat, ale byly ex-post odhadovány z dostupných údajů. Nebyly ovšem odhadovány v absolutních hodnotách, nýbrž pouze jako procenta z HDP daného roku.

Vzhledem k faktu, že pro období 2001 – 2012 byla tato částka odhadnuta jako 0,05 % HDP a pro období 2013 – 2016 byla odhadnuta již jen jako 0,03 % HDP, je jasné, že na přelomu těchto dvou etap došlo v grafu ke skokovému snížení, které se ale v realitě nemuselo vůbec odehrát. Z této metody výpočtu dále vyplývá též další relativně očividný problém a to, že vzhledem k tomu, že HDP Portugalska takřka po celé sledované období

rostlo (Eurostat, 2019), rostly nutně též veřejné výdaje na protidrogovou politiku, i když v realitě tomu tak opět nemuselo vůbec být.

Pro Českou republiku jsou na druhou stranu výdaje stanovovány z dostupných dat tak, aby se co nejvíce blížily realitě a nebyly pouze určeny jako procenta z HDP. Nicméně i zde došlo v průběhu sledovaného období k určitým změnám. V posledních několika letech byly totiž do rozpočtu nově započítány též výdaje na boj proti alkoholu a hazardnímu hraní, které se oficiálně staly dalšími součástmi protidrogové politiky státu. Z tohoto důvodu můžeme v grafu níže spatřovat od roku 2012 obrovský nárůst výdajů.

Graf 15: Veřejné výdaje na protidrogovou politiku v České republice a v Portugalsku 2001 - 2016



(Zdroje: Mravčík et. al., 2017 a EMCDDA 2019, vlastní výpočty a zpracování)

Dostupná data pro Portugalsko jsou tedy v rámci možností interpretována tak, že po celé sledované období nedošlo v zemi k výrazné změně ve veřejných výdajích na protidrogovou politiku. Pokles po roce 2012 autoři odhadů žádným relevantním způsobem nevysvětlili, nicméně je možné se s vysokou pravděpodobností domnívat, že došlo k rozpočtovým škrtům v důsledku světové hospodářské krize, která Portugalsko relativně silně zasáhla. V důsledku těchto škrtů pak následně mohl být odhad snížen z původních 0,05 % na 0,03 % HDP. Situace pro ČR má přesně opačný vývoj, kdy od roku 2012 došlo ke skokovému zvýšení výdajů, který ale nastal pouze v důsledku toho, že byl nově do protidrogové politiky státu započítán i boj s alkoholem a hazardním hraním. Vzhledem k tomu, že výdaje před tímto navýšením vykazovaly spíše konstantní

až sestupnou tendenci, můžeme předpokládat, že se tento trend pro boj s drogami udržel i v následujících letech.

Na základě výše zmíněných informací můžeme tedy tvrdit, že dekriminalizace drog v obou sledovaných zemích žádným výrazným způsobem nepřispěla k růstu výdajů portugalskou ani českou protidrogovou politiku. Tyto výdaje zůstaly dle dostupných informací po celé sledované období na víceméně konstantní úrovni.

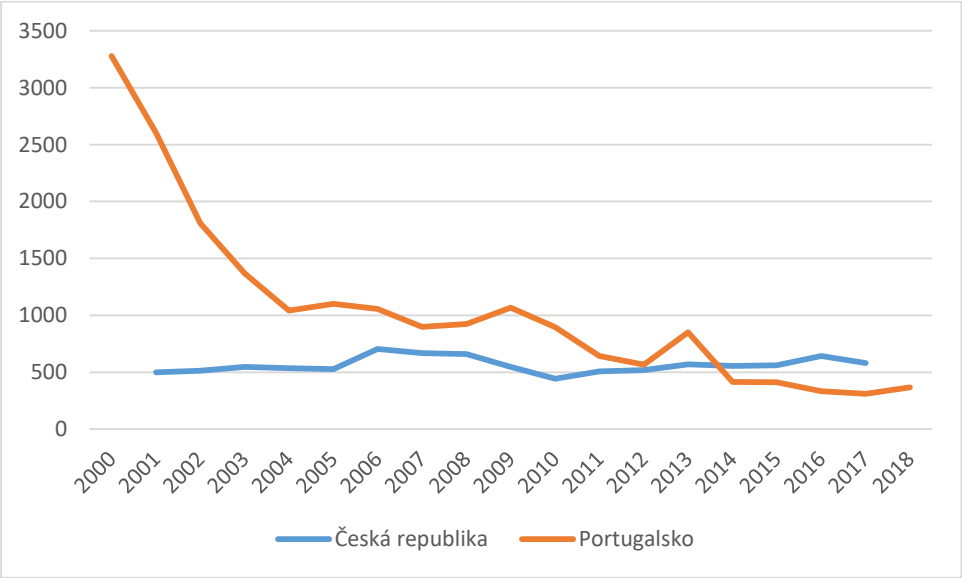
Hepatitida C

V České republice nedošlo k podobné epidemii hepatitidy C, jaká proběhla v Portugalsku na přelomu tisíciletí. Pokud se zaměříme na odhady lidí, kteří intravenózně užívají drogy, zjistíme, že tato čísla jsou pro ČR a Portugalsko značně rozdílná. V České republice si dle odhadů z roku 2017 aplikuje svou primární drogu intravenózně zhruba 43 700 lidí (EMCDDA, 2019), v Portugalsku je odhad tohoto čísla roven 13 160 (EMCDDA, 2019).

Z reportu za rok 2014 je patrné, že odhad počtu uživatelů drog, kteří si drogu aplikují intravenózně, se v České republice znatelně zvýšil. V roce 2002 si dle odhadu aplikovalo drogy intravenózně zhruba 31 700 lidí (Mravčík , et al., 2014), což je až o 12 000 méně než činí odhad pro rok 2017. I navzdory tomuto negativnímu trendu se ale po celé uvedené období podařilo udržet počty nově infikovaných hepatitidou typu C na relativně nízkých a hlavně stabilních hodnotách. Tento fakt je připisován zejména rozvinuté síti pomoci drogově závislým, což bylo podrobněji vysvětleno v kapitole týkající se hepatitidy C v České republice.

Naproti tomu Portugalsko zažilo na přelomu tisíciletí doslova epidemii výskytu tohoto onemocnění. Od té doby se ale podařilo počty nově nakažených lidí zdárně snižovat až na hodnotu z roku 2018, která činila pouze 367 nových případů hepatitidy C, které lze připsat intravenóznímu užívání drog, což je ještě pozitivnější výsledek, než jakého dosáhla dlouhodobě úspěšná Česká republika.

Graf 16: Nové případy hepatitidy C mezi injekčními uživateli drog v České republice a Portugalsku 2000 - 2018



(Zdroje: Mravčík et. al., 2017 a EMCDDA 2019, vlastní zpracování)

I vzhledem k faktu, že dekriminalizace drog proběhla v České republice s takřka desetiletým zpožděním, je možné očekávat, že by do budoucna mohlo dojít, podobně jako v Portugalsku, nejen ke snížení lidí, kteří si aplikují drogy injekčně, ale též i k dalšímu poklesu počtu nově nakažených lidí. I přesto, že odhady počtu injekčních uživatelů drog jsou v České republice dlouhodobě násobně vyšší, než v Portugalsku je možné tvrdit, že z hlediska potírání hepatitidy C mezi touto populací lidí, je ČR dlouhodobě úspěšnější než Portugalsko a to bez ohledu na dekriminalizaci drog.

K potvrzení tohoto faktu slouží například i počet čistých jehel, které jsou každý rok vyměněny drogově závislým za použité. Kupříkladu v roce 2017 bylo v ČR vyměněno více než 4,5x více jehel než v Portugalsku a to navzdory odhadům, že česká populace injekčních uživatelů drog je pouze 3,3x větší než ta portugalská. (EMCDDA, 2019) Důležitým faktem avšak i nadále zůstává, že v obou sledovaných zemích měla dekriminalizace buďto velice pozitivní (Portugalsko) nebo pouze nepatrný (ČR) vliv na počty nově nakažených touto infekční chorobou.

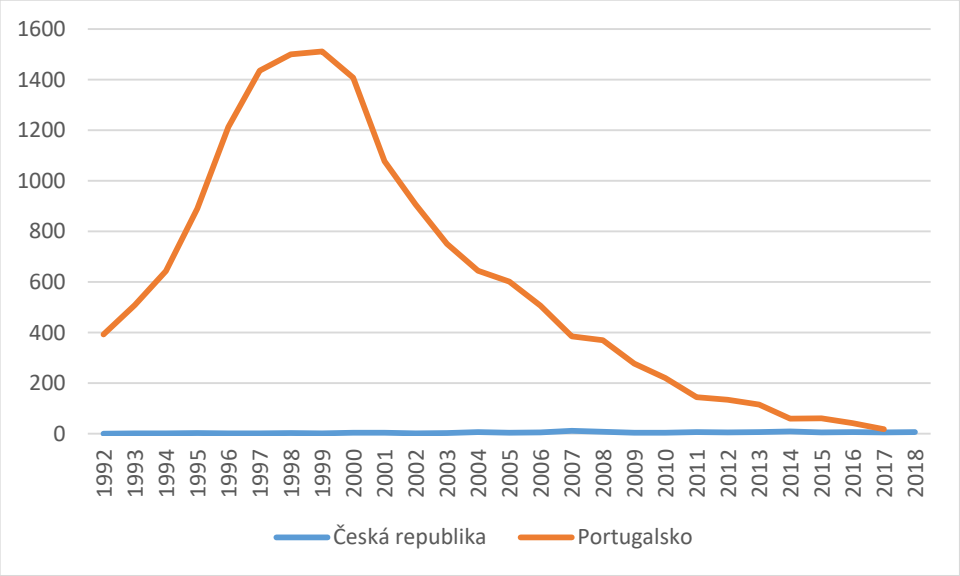
HIV

Pokud srovnáme obě země z hlediska meziročního vývoje nových případů onemocnění virem HIV, musíme konstatovat, že dekriminalizace drog a s ní spojené programy harm-reduction a prevence mají na počty nakažených jednoznačně pozitivní

vliv. Od konce 90. let minulého století, kdy byla epidemie nových infekcí HIV mezi injekčními uživateli drog v Portugalsku na svém vrcholu, došlo v Portugalsku k naprosto nevídanému poklesu.

V České republice se po celé sledované období drží počty nově nakažených na zhruba stejně nízké úrovni, a tedy dekriminalizace již neměla další prostor pro snížení těchto počtů. V Portugalsku nicméně mezi lety 1998 a 2017 přispěla k tomu, že se roční počet nově nakažených uživatelů drog snížil z původních 1512 na současných 18.[43]

Graf 17: Nové případy HIV mezi injekčními uživateli drog v České republice a Portugalsku 1992 - 2018



(Zdroje: SZÚ, 2017, 2018 a EMCDDA 2019, vlastní zpracování)

I navzdory odlišnému vývoji v obou zemích, co se HIV týče, můžeme konstatovat, že dekriminalizace drog měla v obou zemích podobné dopady jako na nové případy hepatitidy C, která byla analyzována v minulé subkapitole. To znamená, že dekriminalizace, a všechny s ní spojené fenomény, měla na výskyt nových případů HIV buď vysoce pozitivní vliv (Portugalsko) či prakticky žádný vliv (ČR).

Hypotéza pro obě země s ohledem na virus HIV zněla, že dekriminalizace drog v České republice a Portugalsku neměla výrazný negativní vliv na počty nově diagnostikovaných případů HIV v dané zemi. Vzhledem k vývoji zobrazenému v grafu výše můžeme konstatovat, že tato hypotéza je potvrzena.

[43] 18 nově nakažených v roce 2017 ještě není finální číslo, nicméně vzhledem k trendu předcházejících let je možné předpokládat, že se toto číslo žádným výrazným způsobem nezmění.

2.5. Srovnání s ostatními zeměmi

Srovnávání více zemí po Evropě je složité. I přesto, že se EMCDDA snaží o sjednocení metodik pro vykazování sledovaných údajů, vždy záleží na infrastruktuře, případně jisté „pečlivosti“ institucí dané země.

V případě infekčních chorob též hraje roli nastavení medicínské, potažmo statistické, praxe v dané zemi. Tato kapitola slouží k porovnání České republiky a Portugalska s dalšími čtyřmi zeměmi, které se zmíněným dvěma v mnoha ohledech podobají, nicméně jejich protidrogová politika se ubírá jiným, represivnějším, směrem.

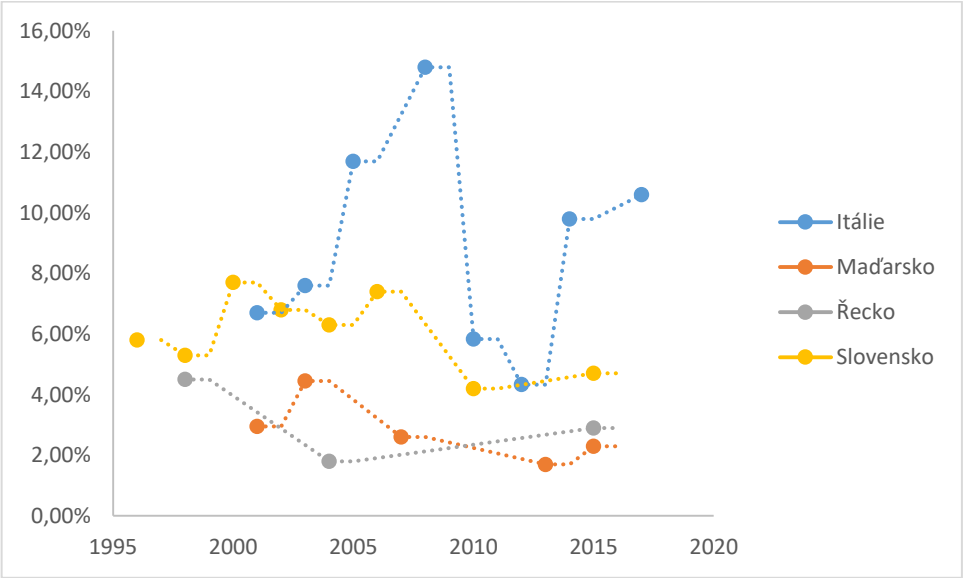
Vzhledem k tomu, že hlavním cílem práce je analýza dopadů dekriminalizačních politik v České republice a v Portugalsku, nebudou zbylé čtyři analyzované země zkoumány do takové hloubky, do jaké byly zkoumány ČR a Portugalsko v předchozích kapitolách. Kromě interpretace získaných dat budou v prvé řadě okomentovány a analyzovány pouze případné signifikantní odchylky v trendech.

Počty uživatelů drog

Při porovnávání roční prevalence v ostatních zemích opět narážíme na několik problémů. V prvé řadě jsou data, podobně jako u ČR a Portugalska, neúplná, což znamená, že například v případě Řecka máme za posledních více než dvacet let relevantní údaje pouze ze tří let. Podobně jako v případě dvou zemí, kterých se týká celá analýza této práce, i v případě zbývajících čtyř, bylo nutné údaje pro některá léta aspoň odhadnout na základě prevalence pro marihuanu v daném roce.

V případě, že byly známy údaje z celkové prevalence a z prevalence marihuany za aspoň dva roky pro danou zemi, byly následně odhadnuty celkové prevalence pro ty roky, u kterých jsme aspoň znali prevalenci marihuany. Jedná se pochopitelně o relativně nepřesnou metodu, jelikož trendy se mohou obzvláště v případě takto dlouhého období, měnit. Pro to, abychom si udělali obrázek o situaci a počtech lidí, kteří užili za poslední rok jakoukoliv drogu, by měla být daná metoda dostatečná.

Graf 18: Roční míra prevalence drog v Itálii, Maďarsku, Řecku a Slovensku 1996 - 2017



(Zdroj: EMCDDA 1995 – 2017, vlastní zpracování)

Pokud bychom se i přes veškeré pochybnosti o datech pustili do jejich komparace s ČR a Portugalskem, zjistíme, že Česká republika se po celé sledované období pohybuje z těch to zemí prakticky nejvýše na úrovni mezi 10 % - 13%, zatímco Portugalsko se nachází na podobné úrovni s Maďarskem.

Pro širší analýzu se nicméně nejdříve zaměřme na velké výkyvy týkající se Itálie. Proč došlo mezi lety 2008 a 2010 k tak obrovskému poklesu roční prevalence? Nahlédneme-li do reportu pro EMCDDA za rok 2017, můžeme podobný trend pozorovat též v nástupu na léčbu u všech sledovaných drog – marihuany, kokainu, amfetaminů a heroinu. U všech těchto substancí došlo mezi 2008 – 2012 k podobnému, i když ne tak markantnímu poklesu, jako v případě výše uvedeného grafu. (EMCDDA, 2017)

To, že sestup nebyl tak výrazný ukazuje nejspíše na to, že v roce 2008 nebyla roční prevalence tak vysoká, jak je v grafu výše odhadováno. Vzhledem k tomu, že ostatní sledované země včetně Portugalska a České republiky, vykazují trendy spíše konstantní s odchylkami v řádech jednotek procent, je možné, že protidrogová politika země nemá na užívání drog velký vliv. Zároveň je opět důležité mít na paměti, že získané údaje pocházejí z dotazníkových šetření, která mohou být určitým způsobem zavádějící, při interpretaci malých odchylek je tedy třeba být obezřetný.

Jak již bylo diskutováno v kapitolách zabývajících se roční prevalencí v Portugalsku, respektive v České republice, změna protidrogové politiky neměla v těchto zemích na zkoumaný faktor příliš velký vliv. Je tedy možné, že spotřeba drog v daných zemích vychází spíše z charakteristik obyvatelstva dané země, jeho historického vztahu k drogám, či kultury. Pro výsledky, které by nám daly širší vhled do problematiky spojení protidrogové politiky a prevalence drog mezi obyvatelstvem, by bylo nutné testovat zmíněné předpoklady na širším vzorku zemí.

Veřejné výdaje

I přes snahu, aby byly další srovnávané země s Českou republikou a Portugalskem v relevantních ohledech co nejpodobnější, existuje mezi nimi určitá heterogenita. Ta nám, zejména v ohledu porovnávání veřejných výdajů, relativně komplikuje situaci. Problém si můžeme demonstrovat například ve vztahu Itálie vůči ostatním zkoumaným zemím. Itálie je ze všech sledovaných zdaleka největší a to jak z pohledu obyvatelstva tak logicky i HDP.

Jak jsme ovšem viděli na příkladu Portugalska, stává se, že v dané zemi nejsou vládní výdaje na protidrogovou politiku určeny konkrétním rozpočtem, nýbrž jsou zpětně odhadovány jako podíl na HDP. V případě Portugalska byl například tento podíl pro období 2013 – 2016 odhadován jako 0,03 % HDP každý rok. Pro Itálii byl například odhad stanoven pro rok 2012 ve výši 0,18 % HDP.[44] (EMCDDA, 2017) Proč je tedy odhad a celková částka pro Itálii o tolik vyšší než pro ostatní země? Je to opět způsobeno odlišnou metodou výpočtu. Italská partnerská organizace dodává EMCDDA odhady, do nichž započítává též výdaje zdravotních pojišťoven nebo odhad úbytku produktivity v důsledku užívání drog.

Jak již bylo řečeno v případě odhadu výdajů na Portugalskou protidrogovou politiku, podíl výdajů na HDP bývá zpravidla odhadován jako 0,03 – 0,05 % HDP dané země. I přesto, že bychom tedy počítali Italské výdaje touto metodou, byly by oproti ostatním sledovaným zemím neporovnatelně vyšší.

[44] HDP v současných cenách pro rok 2012 činí zhruba 1, 613 bilionu €. Za předpokladu, že by výdaje na protidrogovou politiku činily 0, 18 % HDP pro rok 2012, bylo by na zmíněnou politiku v daném roce vynaloženo zhruba 2, 903 miliardy €.

Údaje o veřejných výdajích z ostatních zemí jsou spíše útržkovité. Metodika jejich odhadování je též v každé zemi jiná. Například v Řecku se na protidrogové politice podílí nejen stát samotný, ale i dvě agentury OKANA a KETHEA, které jsou financovány nejen státem a EU, ale též ze soukromých zdrojů. Vzhledem k tomu, že se jedná o soukromé agentury, máme od nich na základě výročních zpráv aspoň hrubý přehled o řeckých výdajích na protidrogovou politiku, na druhou stranu ale postrádáme údaje od řecké vlády a tedy jsou údaje nejen neúplné, ale zároveň i naprosto neporovnatelné s ostatními. Ze Slovenska máme následně k dispozici pouze odhad za rok 2006. V Maďarsku jsou to pak odhady z let 2000, 2003, 2005 a 2007.

Vzhledem k neporovnatelnosti absolutních hodnot těchto výdajů může být tedy zajímavé podívat se aspoň na odhady jejich struktury.[45] Například pro Maďarsko je odhadováno, že na léčbu, harm-reduction, prevenci a výzkum připadá pouze 25% z celkových výdajů na protidrogovou politiku. Zbylých 75 % je spojeno s vymáháním práva, potíráním nabídky, výdaji na soudy, policii a vězeňství. To zdali se Maďarsku tento příklon k represi namísto ke snižování škod dlouhodobě vyplácí či nikoliv, uvidíme v následujících kapitolách, které se týkají hepatitidy C a viru HIV.

Jak již bylo řečeno výše, vzhledem k nedostatku relevantních dat, jejich odlišnému způsobu sběru a neúplnosti, nelze země v tomto ohledu srovnávat. Zajímavé pro budoucí výzkum v této oblasti by spíše mohlo být sledování vliv struktury těchto výdajů na různé další faktory.

Hepatitida C

I přes nízké výdaje na programy snižování škod se ale země drží na relativně nízkých číslech, co se týče infekčních chorob. V průběhu práce nicméně předpokládáme, že právě harm-reduction, výměna jehel a změna přístupu k drogově závislým jsou hlavními faktory, díky kterým se daří zabraňovat šíření hepatitidy C a HIV. Jak je tedy možné, že v Maďarsku, kde je přístup k drogově závislým spíše drakonický než humanitní jako například Portugalsku, nevidíme vysoká čísla mezi nakaženými?

Důležité je podívat se na tato čísla v delším časovém horizontu. V České republice se daří držet počty nově nakažených hepatitidou C na relativně stabilní úrovni,

[45] Podíl výdajů na prevenci, harm-reduction atd. oproti výdajům na snížení poptávky. Podíly vycházejí vždy z posledního odhadovaného rozpočtu na protidrogovou politiku dané země.

v Portugalsku tyto počty dokonce takřka každý rok klesají.[46] Na druhou stranu pokud se podíváme na situaci v Maďarsku, zjistíme, že prevalence hepatitidy C mezi lidmi užívajícími intravenózně drogy se od roku 2011 zdvojnásobila. (EMCDDA, 2019) V průzkumu mezi injekčními uživateli drog z roku 2015 vyšlo najevo, že 40% dotazovaných sdílelo v posledním měsíci jehlu s ostatními a více než polovina sdílela za poslední měsíc jakékoliv další vybavení.[47] (EMCDDA, 2019)

I přesto, že v zemi funguje program na výměnu jehel drogově závislým, distribuce čistých jehel v zemi je nižší než optimální. Dle doporučení WHO by měli mít k co nejefektivnějšímu zamezování šíření infekčních chorob, uživatelé drog k dispozici aspoň 200 čistých jehel na rok. (WHO, 2004) Zatímco například v České republice bylo jen za rok 2017 rozdáno více než 6 milionů čistých jehel (EMCDDA, 2019), v Maďarsku to bylo za ten samý rok pouze okolo 130 tisíc. V případě, že tento celkový počet vztáhneme k odhadovanému počtu lidí, kteří užívají drogy injekčně, zjistíme, že počet čistých jehel pro jednoho uživatele na rok je v Maďarsku zhruba 21 (EMCDDA, 2019).

To vysvětluje, proč 40% dotázaných uživatelů sdílelo náčiní s ostatními, proč došlo s poklesem vydávaných jehel k růstu podílu nakažených hepatitidou C a proč můžeme do budoucna očekávat ještě další růst tohoto podílu v populaci injekčních uživatelů drog.

Česká republika je ovšem, co se týče ročně vyměněných jehel na absolutní špici mezi sledovanými zeměmi. V Portugalsku je ročně rozdáno zhruba 1,4 milionu jehel. I tak je ale portugalská situace v absolutních číslech až 3,5x lepší než například slovenská, kde tento počet činí kolem 400 tisíc jehel ročně. (EMCDDA, 2019)

V Řecku byla situace týkající se prevalence hepatitidy C mezi injekčními uživateli drog v letech 2002 – 2008 stabilní. V následujících pěti letech pak dle jednoho zdroje narostla míra prevalence hepatitidy C mezi uživateli drog z 55,5 % na 74 %, tedy o 18,5 procentních bodů. Dle druhého zdroje byla situace nepatrně příznivější a tato míra vzrostla jen o 11,1 procentního bodu. (EMCDDA, 2014) Tak či onak, po snížení rozpočtů

[46] Viz příslušné kapitoly
[47] Dalším vybavení jsou myšleny například lžičky/pánvičky, na kterých je droga rozpouštěna atd.

alokovaných na harm-reduction programy[48], došlo v Řecku k signifikantnímu zvýšení míry infikovaných mezi injekčními uživateli drog.

Vzhledem ke všem dosud prezentovaným informacím je patrný vzájemný vztah mezi kvalitou harm-reduction programů a rozvoje infekčních chorob v dané zemi. V zemích, kde jsou tyto programy rozvinuté, tedy v ČR a Portugalsku, je situace stabilní či se lepší a naopak v zemích, kde jsou tyto programy hůře rozvinuté či financované, se situace postupem času spíše zhoršuje.

HIV

Data pro HIV jsou ve zmíněných zemích sbírána s větší precizností, než tomu bylo v případě hepatitidy C. Na Slovensku a v Maďarsku je situace obdobná jako v České republice. Počet nových případů HIV pozitivních se v obou případech pohybují po celé období zobrazené v grafu níže mezi 0 a 3 novými případy ročně. Tento trend můžeme taktéž sledovat i v ČR. Vzhledem k tomu, jak jsou získané počty nízké, můžeme pouze předpokládat, že situace mezi uživateli drog je ve všech třech zemích relativně podobná, i když tato čísla hovoří spíše pro poddiagnostikovanost onemocnění mezi injekčními uživateli drog.

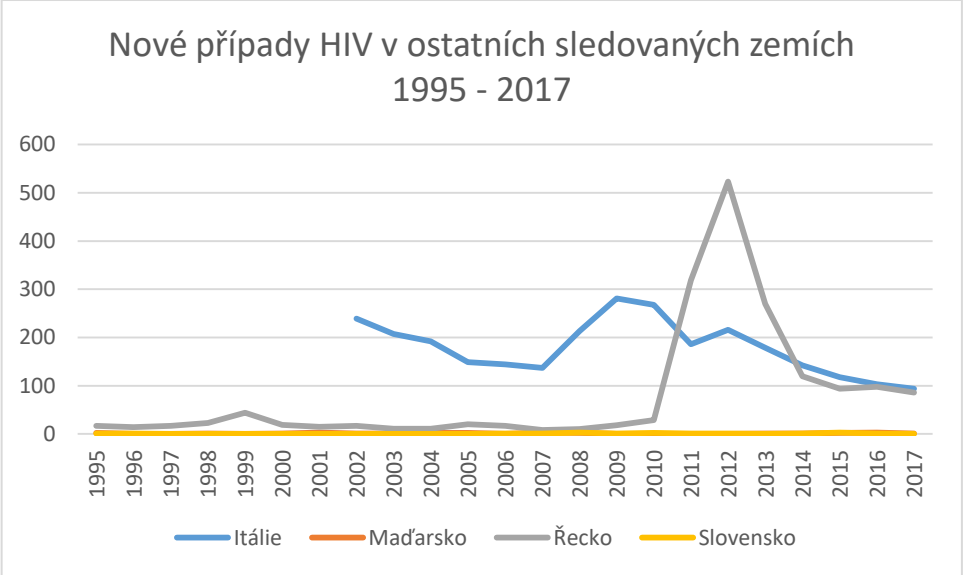
V případě Itálie jsou data neúplná, i když údaje pro celkové počty nakažených k dispozici máme, pro počty nakažených mezi injekčními uživateli drog jsou k dispozici pouze data z let 2001 – 2015. Podobně jako ostatní jihoevropské státy i v Itálii je relativně vyšší incidence, než například ve výše zmíněných středoevropských zemích. Vzhledem k tomu, že Itálie je oproti ostatním sledovaným zemím nepoměrně větší, je možné, že vyšší incidence souvisí prostě s vyšším počtem obyvatel a s tím i vyšším počtem lidí, kteří užívají ilegální látky intravenózně.

To dokazuje i odhad počtu lidí závislých na heroinu[49], který pro Itálii činí cca 235 000 lidí, zatímco v ostatních sledovaných zemích se tento počet pohybuje mezi zhruba 3 000[50] a do cca 33 000.[51] (EMCDDA, 2019) V ČR a na Slovensku jsou pak tato čísla někde v tomto rozsahu, i když historicky se v těchto dvou zemích z tvrdých drog

[48] Situace okolo řeckých rozpočtových škrtů je rozebrána v následující subkapitole
[49] Heroin si drogově závislí aplikují pomocí injekčních stříkaček
[50] Maďarsko
[51] Portugalsko

nejvíce spotřebovává „domácí“ pervitin, který ovšem na rozdíl od heroinu nepatří mezi opioidy, nýbrž mezi stimulační drogy.

Graf 19: Nové případy HIV mezi injekčními uživateli drog v Itálii, Maďarsku, Řecku a Slovensku 1996 - 2017



(Zdroj: EMCDDA, 1995 – 2017, vlastní zpracování)

Ke zdaleka nejzajímavější situaci ovšem došlo ve druhé nově analyzované jihoevropské zemi. V Řecku můžeme po roce 2010 sledovat obrovský nárůst počtu infikovaných jedinců. Takřka polovina ze všech nových případů HIV[52] je v tomto období připisována lidem užívajícím injekčně drogy. Proč ale došlo zrovna v tomto období k tak masivnímu nárůstu počtu nakažených?

Na první pohled by se mohlo zdát, že Řekové začali v tomto období pouze vynakládat větší úsilí na získávání relevantních dat. Toto vysvětlení by mohlo být pravděpodobné, pokud by se ale odehrálo v jiném časovém období. V roce 2010, tedy dva roky poté, co na Řecko velice tvrdě uhodila světová hospodářská krize, by bylo krajně podivné, že by Řekové začali vynakládat více zdrojů, ať už lidských či materiálních, na lepší sledování HIV.

Vysvětlení je tedy přesně opačné, i přesto ale souvisí s hospodářskou krizí. Rozpočtové škrty mezi lety 2009 a 2010 zapříčinily, že v zemi najednou skončila až jedna třetina pouličních harm-reduction programů. (Kentikelenis, et al., 2011) A jak již bylo

[52] V grafu jsou zobrazeny pouze případy připisované lidem, kteří se nakazili při intravenózní aplikaci drogy

popsáno v předchozích kapitolách, výměna jehel, rozdávání kondomů a jiné akce na snižování dopadů drogových závislostí jsou naprosto esenciální pro omezování rizik spojených s intravenózním užíváním drog.

Pokud tedy obě země porovnáme s ostatními, zjistíme, že i přesto, že jsou jejich protidrogové politiky o tolik odlišné, nedochází v případě incidence HIV k velkým rozdílům. Důležité je v tomto ohledu poukázat zejména na Portugalsko, kterému se díky dekriminalizaci podařilo úspěšně bojovat s epidemií HIV, která v zemi propukla na konci devadesátých let. Naopak v Řecku, kde po škrtech skončila třetina harm-reduction programů, došlo k obrovskému nárůstu počtu nakažených lidí. Vidíme tedy, že zejména v ohledu řešení vysokého počtu nakažených se programy na snižování škod, které jsou spojeny spíše s humanitním náhledem na drogovou závislost, jeví jako lepší alternativa.

2.6. Shrnutí poznatků

Tato závěrečná kapitola praktické části práce slouží k rekapitulaci výsledků analýzy, která byla provedena v předchozích kapitolách a jejím cílem je shrnutí nejdůležitějších poznatků na jednom místě, což zajistí čtenáři lepší přehled.

V případě roční prevalencí drog v Portugalsku dochází práce po analýze dostupných dat a studií k několika zajímavým závěrům. V Portugalsku nedošlo ve sledovaném období k rapidním změnám s ohledem na roční prevalenci. Spíš ale došlo ke změně struktury užívaných drog od tvrdých drog směrem k měkčím, které nemají tak devastující vliv na lidský organismus. I když u některých věkových skupin obyvatel vzrostla celoživotní prevalence drog, u jiných, například u nejmladších sledovaných lidí ve věku 15 – 24 let poklesla. Celkově daná kapitola dochází k závěru, že dekriminalizace drog v Portugalsku měla na prevalenci drog spíše pozitivní vliv.

Na základě analýzy roční prevalence drog v ČR docházíme k závěru, že situace v České republice je po celé sledované období stabilní s jedinou výjimkou v roce 2008, která je ale připsána struktuře vzorku populace ve studii, ze které daný údaj vychází. Roční prevalence drog se sice v České republice dlouhodobě pohybuje nad úrovní v Portugalsku, nicméně kromě pravděpodobných vlivů na zdraví, které ale nejsou předmětem zkoumání této práce, prozatím neexistuje důvod k jakýmkoliv obavám.

Při srovnání prevalence v ČR a Portugalsku s ostatními zeměmi, tedy s Itálií, Maďarskem, Řeckem a Slovenskem dochází práce taktéž k jednomu velmi zajímavému závěru. Ačkoliv totiž pozorujeme rozdíly mezi protidrogovými politikami v ČR a Portugalsku v porovnání s ostatními sledovanými zeměmi, roční prevalence drog je ve všech těchto zemích podobně homogenní a bez výraznějších odchylek.[53] Je tedy možné, že mezi protidrogovou politikou a prevalencí drog není příliš pevná vazba a užívání drog v populaci tak může pramenit z jiných souvislostí, jakými jsou například historické, kulturní a institucionální faktory formující danou společnost.

Druhým sledovaným ukazatelem jsou veřejné výdaje na protidrogovou politiku. Zde už začíná být situace z hlediska mezinárodního srovnávání složitější. Údaje o tomto ukazateli máme totiž v absolutních hodnotách a pro delší časový interval dostupné pouze z České republiky. Portugalsko a další čtyři země, které nám slouží ke srovnání, mají relevantních odhadů málo (Slovensko) nebo jsou odhady neúplné a mají jinou strukturu (Řecko) anebo jsou odhadovány pouze jako procenta z HDP (Portugalsko).

Jak pro samotnou Českou republiku, tak pro Portugalsko práce po analýze dostupných dat dospívá k závěru, že v případě veřejných výdajů na protidrogovou politiku nedošlo k závratným změnám v jejich výši. Vzhledem k nemožnosti mezinárodního porovnávání je ze situace v jednotlivých zemích zajímavé vypíchnout například škrty, které následovaly po hospodářské krizi nebo struktury výdajů na protidrogovou politiku v Maďarsku, která je relativně hodně zaměřená na potlačování drog ve srovnání s ČR a Portugalskem.

Poslední dva sledované ukazatele jsou infekční onemocnění související s intravenózním užíváním drog. V případě Portugalska je u obou zkoumaných nemocí, tedy konkrétně hepatitidy C a viru HIV, na základě analýzy dostupných dat a ostatních souvislostí vysloven závěr, že dekriminalizace a ostatní s ní spojené fenomény měly jednoznačně pozitivní vliv na vývoj počtu nově nakažených mezi portugalskými injekčními uživateli drog. Naproti tomu v České republice se situace žádným zásadním způsobem nezměnila ani po dekriminalizaci ani před ní, úrovně incidence nových případů těchto onemocnění zůstává po celé sledované období víceméně konstantní.

[53] S výjimkou roku 2008 v České republice a Itálii

Porovnání s ostatními zeměmi také nabízí některé zajímavé poznatky. Například v Maďarsku se vzhledem k malé rozvinutosti a podfinancovanosti harm-reduction programů mezi lety 2011 a 2017 zdvojnásobil podíl nakažených hepatitidou C mezi injekčními uživateli drog. V Řecku po krizi zanikla až třetina všech harm-reduction programů a následně země čelila obrovskému nárůstu počtu nově nakažených injekčních uživatelů drog virem HIV a ke zvýšení prevalence hepatitidy C mezi touto skupinou obyvatel. Na Slovensku a v Maďarsku jsou pak počty nových případů HIV podobně nízké jako v České republice. Státem, který se z nízké incidence HIV vymyká je Itálie, zde je ale tento fakt připisován spíše velikosti a počtu obyvatel této země.

Závěr

Protidrogová politika státu není sice z národohospodářského hlediska tak významná jako některé další politiky, i přesto se ale jedná o velice zajímavé téma, které ovšem ekonomové často spíše přehlížejí. I přesto, že válka proti drogám trvala po většinu minulého století a pokračuje dodnes, její hlavní cíl, tedy vymýcení drog, se naplnit nepodařilo a pravděpodobně též nikdy nepodaří.

Vzhledem k tomu, že se ve společnosti budou vždy nacházet lidé závislí na látkách, které jsou v současné době ilegální, je na místě hledat nové způsoby, jak těmto lidem spíše pomoci než je potrestat. Tím, že je za držení či užívání drogy zavřeme do vězení, totiž tento problém nezmizí.

Z pohledu hospodářské politiky pak může mít změna přístupu k drogově závislým i další benefity. Snížení nákladů na trestní řízení, vězeňství a policii, snížení pravděpodobnosti rapidního šíření infekčních chorob nebo zlepšení zdraví drogově závislých, kteří by se při dalším užívání mohli v budoucnu stát další zátěží pro veřejné zdravotnictví.

V teoretické části práce je prezentováno několik zajímavých ekonomických teorií, týkajících se drogové problematiky. Kupříkladu v rámci ekonomické teorie ilegální statků došli autoři v roce 2004 k závěru, že vzhledem k povaze drog by bylo pravděpodobně nejefektivnější je legalizovat a následně zdanit. Možná i touto analýzou se pak inspirovali zákonodárci ve státě Colorado, když o deset let později legalizovali marihuanu pro rekreační účely a daňové výnosy od té doby již přesáhly miliardu dolarů.

Jejich samotná analýza pak dospívá k další otázce, proč se reálná protidrogová politika o tolik odlišuje oproti té ideální? Na tuto otázku můžeme odpovědět několika způsoby. Prvním z nich je například analýza Dr. Morganové předložená na začátku teoretické části práce, jejíž závěr lze jednoduše shrnout tak, že reálná politika je utvářena spíše na základě emocí než na vědeckém konsensu.

Druhá z nich pak úzce souvisí s teorií zájmových skupin. Drogově závislí jsou totiž relativně malá a krajně neorganizovaná zájmová skupina a proti nim stojí obrovská masa lidí, kteří závislí nejsou a rádi by problém s drogami rychle vyřešili, či ho aspoň ukryli do ústraní. Je jasné, že racionální politik bude spíše poslouchat masu a pokusí se

problém co nejrychleji vyřešit bez ohledu na to, že mohou existovat i cesty, které by zaručili dlouhodobější a kvalitnější výsledky. Lidé ve vedení státu se ale bohužel řídí vlastním politickým cyklem, a pokud problém nevyřeší během trvání svého mandátu, mohou pro příští období na hlasy svých voličů zapomenout.

Z teoretické části práce je bezesporu zajímavé vypíchnout ještě ekonomickou analýzu ekonoma rakouské školy Waltera Blocka. Block se snaží pomocí logiky a ekonomického přístupu oproštěného o jakékoliv další vlivy analyzovat užívání drog. Na základě své analýzy pak dochází k závěru, že pokud je náš pohled opravdu čistě ekonomický, neexistuje jediný důvod, proč by měly být drogy ilegální.

První a nejdůležitější námitkou vůči Blockovu přístupu musí být bezesporu onen zmíněný „čistě ekonomický pohled“. Problematika drog a závislostí je natolik komplexní problém, že neřešit veškeré souvislosti, které se k tomuto tématu vážou, může být velice zavádějící. Je pochopitelné, že vzhledem k jeho příslušnosti k rakouské ekonomické škole bude Block vždy preferovat ekonomickou teorii před pozorováním v praxi, nicméně i když budou jeho myšlenkové experimenty v teorii fungovat bezchybně, není možné zaručit, že v reálném světě tomu bude také tak.

Ostatní ekonomické teorie prezentované v teoretické části slouží hlavně pro ilustraci nejrůznější přístupů k tématice a jejich cílem je komplexně shrnout všechny možné vlivy, které mohou ovlivňovat nejen jedince užívající drogy, ale i celé státy a jejich protidrogové politiky.

Na základě analýzy jednotlivých zemí a jejich porovnání nejen mezi sebou ale i s dalšími evropskými zeměmi dochází práce k zajímavým závěrům. Hypotézy pro všechny čtyři zkoumané ukazatele byly v podstatě totožné – dekriminalizace drog v ČR a Portugalsku neměla na tyto ukazatele výrazný negativní vliv, situace u nich spíše zůstala konstantní či došlo k jejímu zlepšení.

Z výsledků komparativní analýzy je zjevné, že s výjimkou veřejných výdajů, kde nebylo možné hypotézu ani potvrdit ani vyvrátit, byly hypotézy pro všechny ostatní faktory potvrzeny. Dekriminalizace drog tedy ani v jedné ze zkoumaných zemí nepřinesla výrazné zvýšení počtu uživatelů ani nárůst počtu nových případů hepatitidy C nebo viru HIV, právě naopak.

Podrobnější srovnání ohledně veřejných výdajů na protidrogovou politiku obou zemí nebylo možné vzhledem k faktu, že metody odhadu těchto výdajů se v obou zemích značně lišily. V Portugalsku byly výdaje odhadovány ex-post pouze jako procenta HDP pro daný rok, což dává jen velmi omezený obrázek o skutečné situaci. Zároveň je zřejmé, že díky tomuto způsobu výpočtu vzrostou výdaje na protidrogovou politiku pokaždé, když vzroste HDP země. Naopak v České republice jsou rozpočty stanovovány, nicméně v posledních letech se do protidrogové politiky začaly počítat i výdaje na boj s alkoholem a hazardním hraním, což veřejné výdaje rapidně navýšilo i přesto, že výdaje na ilegální látky samotné pravděpodobně zůstaly nezměněny.

Roční míra prevalence drog zůstala v obou zemích prakticky konstantní bez ohledu na dekriminalizaci drog v roce 2001, respektive 2010. Konstantní zůstala i situace z hlediska hepatitidy C a HIV v České republice. Bez ohledu na dekriminalizaci drog zůstaly každý rok počty nových případů těchto onemocnění na podobné, relativně nízké úrovni jako v ostatních letech. Zajímavé výsledky ovšem přinesla analýza v Portugalsku. Ukázalo se totiž, že dekriminalizace, destigmatizace nebo rozvoj harm-reduction programů přispěly ve sledovaném období k obrovskému poklesu incidence nových případů těchto onemocnění.

Porovnání obou zemí s Itálií, Maďarskem, Řeckem a Slovenskem přineslo další pozoruhodné výsledky. Z komparativní analýzy vyplývá, že Česká republika, Slovensko a Maďarsko mají dlouhodobě velmi nízkou incidenci nových případů HIV spojených s injekčním užíváním drog. V Řecku došlo v důsledku světové hospodářské krize ke škrtům, které zasáhly až třetinu tamějších harm-reduction programů. V návaznosti na jejich zánik vypukla v zemi mezi uživateli drog epidemie viru HIV.

Míra roční prevalence byla dle dostupných dat ve všech zemích po celé sledované období víceméně konstantní jen s menšími odchylkami v roce 2008 pro Českou republiku a Itálii. Závěr z tohoto poznatku tedy zní, že existuje možnost, že protidrogová politika nemá na míru prevalence drog v obecné populaci příliš velký vliv, bez ohledu na to zda je zaměřená spíše humanitně nebo represivně.

Maďarské veřejné výdaje na protidrogovou politiku jsou až ze 75 % zaměřeny na represi. I navzdory tomuto až drakonickému nastavení jsou počty uživatelů drog v zemi stabilní. Vzhledem k podfinancovanosti a malému rozvoji harm-reduction programů

nicméně v zemi od roku 2011 vzrostla prevalence hepatitidy C mezi uživateli drog až na dvojnásobek. Mezinárodní srovnání ukázalo, že rozvoj a financování harm-reduction programů je cestou k omezení počtu nových případů infekčních chorob a pokud k podpoře těchto programů nedochází, může země čelit epidemii těchto onemocnění.

Cílem této diplomové práce bylo analyzovat všechny výše zmíněné ukazatele a na základě výsledků analýzy pak určit, zdali byla dekriminalizační politika v těchto ohledech pro obě země přínosem nebo zdali situaci zhoršila. Po provedení analýzy je jasné, že v rámci těchto faktorů nedošlo ani u jednoho z nich ke zhoršení situace a dekriminalizační politiku tedy můžeme považovat pro obě země za prospěšnou.

Zajímavá by z hlediska dalšího výzkumu problematiky dekriminalizace jistě mohla být analýza dat z většího vzorku zemí, která by nám dala ještě komplexnější vhled a mohla by ukázat možné další výhody či nevýhody různých typů protidrogových politik. Pokud by byly výsledky podobné těm, kterých dosáhla v analýze Česká republika a Portugalsko je možné, že by se mohla politika dekriminalizace stát do budoucna hlavním trendem v oblasti protidrogové politiky státu i v dalších světových zemích.

Případným dalším námětem pro analýzu může být studium vazeb mezi jednotlivými ukazateli. Z analýzy v této práci vyplývá, že existuje například vztah mezi harm-reduction programy a výměnou jehel s incidencí nových případů infekčních nemocí. Budoucí práce by tak mohly například zkoumat vztah struktury veřejných výdajů na protidrogovou politiku[54] a novými případy infekčních nemocí mezi injekčními uživateli drog.

[54] Tedy, jestli jsou orientované spíše na potlačování nabídky nebo na harm-reduction, prevenci či výzkum.

Seznam tabulek a grafů

Tabulka 1: Celoživotní a roční míra prevalence všech drog a marihuany v letech 2004, 2008 a 2016, str. 24

Tabulka 2: Celoživotní a roční míra prevalence všech drog a marihuany v letech 2002 - 2016 , str. 25

Tabulka 3: Celoživotní a roční míra prevalence drog dle výsledků studie GENACIS, str. 44

Graf 1: Toxikologické testy zemřelých s pozitivními výsledky v Portugalsku 2000 – 2006, str. 32

Graf 2: Porovnání úmrtí způsobených drogami v Portugalsku dle Národního Institutu Forenzní Medicíny (INML – levá osa) a Národního Statistického Institutu (INE – pravá osa) 2000 – 2008, str. 34

Graf 3: Roční míra prevalence drog v Portugalsku 2001 – 2016, str. 36

Graf 4: Veřejné výdaje na protidrogovou politiku v Portugalsku 2001 – 2016, str. 37

Graf 5: Nové případy hepatitidy C mezi injekčními uživateli drog v Portugalsku 2000 – 2018, str. 39

Graf 6: Nové případy HIV mezi injekčními uživateli drog v Portugalsku 1992 – 2017, str. 41

Graf 7: Celoživotní míra prevalence drog v České republice 1993 – 2002, str. 43

Graf 8: Roční míra prevalence drog v České republice 2002 – 2016, str. 45

Graf 9: Veřejné výdaje na protidrogovou politiku v České republice 2001 – 2016, str. 47

Graf 10: Nové případy hepatitidy C mezi injekčními uživateli drog v České republice 2001 – 2017, str. 49

Graf 11: Nové případy HIV mezi injekčními uživateli drog v EU 2008 – 2017, str. 51

Graf 13: Nové případy HIV mezi injekčními uživateli drog a celkem v České republice 1990 – 2018, str. 52

Graf 14: Roční prevalence míra prevalence drog v České republice a Portugalsku 2001 – 2016, str. 53

Graf 15: Veřejné výdaje na protidrogovou politiku v České republice a v Portugalsku 2001 – 2016, str. 55

Graf 16: Nové případy hepatitidy C mezi injekčními uživateli drog v České republice a Portugalsku 2000 – 2018, str. 57
Graf 17: Nové případy HIV mezi injekčními uživateli drog v České republice a Portugalsku 1992 – 2018, str. 58
Graf 18: Roční míra prevalence drog v Itálii, Maďarsku, Řecku a Slovensku 1996 – 2017, str. 60
Graf 19: Nové případy HIV mezi injekčními uživateli drog v Itálii, Maďarsku, Řecku a Slovensku 1996 – 2017, str. 65

Reference

1. Akerlof, G. A. (Srpen 1970). The Market for "Lemons": Quality Uncertainty and the Market Mechanism. *The Quarterly Journal of Economics, Vol. 84, No. 3*, str. 488-500.

2. Alchian, A. A., & Allen, W. R. (2018). *Universal economics.* Indianapolis: Liberty fund.

3. Aydelotte, J. D., Brown, L. H., Mardock, A., Mardock, A. L., Teixeira, P. G., Coopwood, B., & Brown, C. V. (2017). Crash Fatality Rates After Recreational Marijuana Legalization in Washington and Colorado. *American Journal of Public Health*, str. 1329-1331.

4. Bajekal, N. (1. Srpen 2018). Want to Win the War on Drugs? Portugal Might Have the Answer. Londýn, Velká Británie. Načteno z https://time.com/longform/portugal-drug-use-decriminalization/

5. Becker, G. S., & Murphy, K. M. (Srpen 1988). A Theory of Rational Addiction. *Journal of Political Economy*, str. 675-700.

6. Becker, G. S., Murphy, K. M., & Grossman, M. (2004). *The Economic Theory of Illegal Goods: the Case of Drugs.* Cambridge: National Bureau of Economic Research.

7. Běláčková, V. (2007). *Ekonomická analýza drogových trhů.* Praha: Národohospodářská Fakulta VŠE.

8. Běláčková, V., Nechanská, B., Chomynová, P., & Horáková, M. (2012). *Celopopulační studie užívání návykových látek a postojů k němu v České republice v roce 2008.* Praha: Úřad vlády České republiky.

9. Block, W. (Prosinec 1993). Drug Prohibition: A Legal and Economic Analysis. *Journal of Business Ethics*, str. 689-700.

10. Clay, R. A. (Říjen 2018). How Portugal is solving its opioid problem. *Monitor on Psychology* (49), str. 20. Načteno z https://www.apa.org/monitor/2018/10/portugal-opioid

11. Coelho, M. P. (2010). *The 'Resounding Success' of Portuguese drug policy: The power of an attractive fallacy.* Lisabon: Associação para uma Portugal livre de drogas. Načteno z https://bit.ly/2He5F2h

12. Cowan, R. (5. Prosinec 1986). How narcs created crack. *National Review*, stránky 26-30. Načteno z https://bit.ly/2Q0mCQt

13. Česká společnost AIDS pomoc z.s. (2014). Způsoby přenosu. Praha, Česká republika. Načteno z http://www.hiv-prevence.cz/zpusoby-prenosu.html

14. Český statistický úřad. (31. Březen 2019). *Obyvatelstvo*. Načteno z CZSO: https://www.czso.cz/csu/czso/obyvatelstvo_lide

15. Department of Revenue. (Červenec 2019). *Marijuana Tax Data*. Načteno z Colorado Official State Web Portal: https://www.colorado.gov/pacific/revenue/colorado-marijuana-tax-data

16. EMCDDA. (2010). *Last 12 months prevalence of drug use in nationwide surveys among the general population.* Lucemburk: Publications Office of the European Union. Načteno z http://www.emcdda.europa.eu/stats10/gpstab8a

17. EMCDDA. (2008). *Towards a better understanding of drug-related public expenditure in Europe.* Lisabon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Načteno z http://www.emcdda.europa.eu/publications/selected-issues/public-expenditure_en

18. EMCDDA. (2014). *Greece Annual Drug Report 2014.* Lucemburk: Publications Office of the European Union. Načteno z http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/983/GR%20Annual%20Report%202014%20%28data%202013%29.pdf

19. EMCDDA. (2017). *Cannabis production and markets.* Lucemburk: Publications Office of the European Union. Načteno z http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/2720/Legal%20supply%20cannabis_update%202016.pdf

20. EMCDDA. (2017). *Italy, Country Drug Report 2017.* Lucemburk: Publications Office of the European Union. Načteno z http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/4519/TD0616150ENN.pdf

21. EMCDDA. (2018). *Statistical Bulletin 2017 - drug-related infectious diseases*. Načteno z European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction: http://www.emcdda.europa.eu/data/stats2017/drid

22. EMCDDA. (2019). *Coutry Drug Reports*. Načteno z European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addictions: http://www.emcdda.europa.eu/countries_en

23. EMCDDA. (2019). *Czechia Country Drug Report 2019.* Lucemburk: Publications Office of the European Union. Načteno z http://www.emcdda.europa.eu/countries/drug-reports/2019/czechia_en

24. EMCDDA. (2019). *Hungary Country Drug Report 2019.* Lucemburk: Publications Office of the European Union. Načteno z http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/11332/hungary-cdr-2019_0.pdf

25. EMCDDA. (2019). *Portugal Country Drug Report 2019.* Lucemburk: Publications Office of the European Union. Načteno z http://www.emcdda.europa.eu/countries/drug-reports/2019/portugal/drug-use_en

26. EMCDDA. (2019). *Slovakia Country Drug Report 2019.* Lucemburk: Publications Office of the European Union. Načteno z http://www.emcdda.europa.eu/countries/drug-reports/2019/slovakia_en

27. European Centre for Disease Prevention and Control. (2018). *HIV/AIDS surveillance in Europe 2018 – 2017 data.* Kodaň: WHO Regional Office for Europe. Načteno z https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/documents/hiv-aids-surveillance-europe-2018.pdf

28. Eurostat. (2019). *GDP and main components.* Lucemburk: Eurostat. Načteno z https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=nama_10_gdp&lang=en

29. Eurostat. (1. Srpen 2019). *Population development & projections*. Načteno z Eurostat: https://ec.europa.eu/eurostat/web/population-demography-migration-projections/visualisations

30. Eurostat. (2019). *Unemployment by sex and age - annual average.* Lucemburk: Eurostat. Načteno z https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=une_rt_a&lang=en

31. Ferreira, S. (5. Prosinec 2017). Portugal's radical drugs policy is working. Why hasn't the world copied it? Londýn, Velká Británie.

32. General-Directorate for Intervention on Addictive Behaviours and Dependencies. (2013). *Portugalská politika*. Načteno z SICAD: http://www.sicad.pt/PT/PoliticaPortuguesa/SitePages/Home%20Page.aspx

33. Greenwald, G. (2009). *Drug decriminalization in Portua: Lessons for creating fair and succesful drug policies.* Washington D.C: Cato Institute. Načteno z https://bit.ly/2qyjWiw

34. Hughes, C. E., & Stevens, A. (2007). *The effects of the decriminalization of drug use in Portugal.* Oxford: The Beckley Foundation. Načteno z https://kar.kent.ac.uk/13325/1/BFDPP_BP_14_EffectsOfDecriminalisation_EN.pdf.pdf

35. Hughes, C. E., & Stevens, A. (Leden 2012). A resounding success or a disastrous failure: Re-examining the interpretation of evidence on the Portuguese decriminalisation of illicit drugs. *Drug and Alcohol Review 31.*, str. 101-113. Načteno z http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.645.1699&rep=rep1&type=pdf

36. Kentikelenis, A., Karanikolos, M., Papanicolas, I., Basu, S., McKee, M., & Stucker, D. (Říjen, 2011). Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy. *The Lancet*, str. 1457-1458. Načteno z https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(11)61556-0/fulltext?version=meter%20at%20null&module=meter-Links&pgtype=article&contentId=&mediaId=&referrer=&priority=true&action=click&contentCollection=meter-links-click&dgcid=recommender_

37. Kopp, P., & Fenoglio, P. (2003). *Public Spending on Drugs in the European Union During the 1990s: Retrospective Research.* Lisabon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

38. Kurlansky, M. (2005). *1968 The year that rocked the world.* New York: Random House Trade.

39. Lékaři bez hranic. (23. Listopad 2018). HIV/AIDS. Praha, Česká republika. Načteno z https://www.lekari-bez-hranic.cz/hiv-aids

40. MacArthur, R. D., & Varghese, M. (5. Duben 2017). *Hepatitis C Report: Tuning in to a Silent Epidemic.* Načteno z Modern Medicine Network: https://www.patientcareonline.com/special-report/hepatitis-c-report-tuning-silent-epidemic

41. Morgan, P. (Jaro 1991). Illicit Drugs. *Journal of Public Health Policy*(12), str. 20-23. Načteno z https://bit.ly/2L44Kog

42. Mravčík , V., Chomynová, P., Grohmannová, K., Nečas, V., Grolmusová, L., Kiššová, L., . . . Jurstová, L. (2014). *National Report: The Czech Republic - 2013 Drug Situation.* Praha: Národní monitorovací centrum pro drogy a drogové závislosti. Načteno z http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/1007/VZ_2013_EN_final.pdf

43. Mravčík et al., V. (Září 2018). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2017.* Praha: Úřad vlády České republiky.

44. Mravčík, V., Chomynová, P., Orlíková, B., Škrdlantová, E., Trojáčková, A., Petroš, O., . . . Vacek, J. (2007). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2006.* Praha: Národní Monitorovací Středisko Pro Drogy a Drogové Závislosti.

45. Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti. (Březen 2019). Eliminace virové hepatitidy typu C mezi uživateli drog v České republice: východiska a akční plán na období 2019-2021. Praha, Česká republika. Načteno z http://www.asociace.org/wp-content/uploads/Eliminace_VHC_u_IUD_rev2.pdf

46. Němeček, V., Malý, M., & Zákoucká, H. (29. 1 2019). Trendy vývoje a výskyt HIV/AIDS v ČR v roce 2018. Praha, Česká republika. Načteno z http://www.szu.cz/tema/prevence/tiskova-zprava-nrl-pro-hiv-aids-trendy-vyvoje-a-vyskyt-hiv-2

47. Orbanová, K., & Lejčková, P. (2005). *Zaostřeno na drogy.* Praha: Úřad vlády České republiky. Načteno z https://www.drogy-info.cz/data/obj_files/4625/596/Zaostreno%20na%20drogy%20200505_web.pdf

48. Palladino, C., Ezeonwumelu, I. J., Marcelino, R., Briz, V., Moranguinho, I., Serejo, F., Taveira, N. (2018, Srpen 16). *Epidemic history of hepatitis C virus genotypes and subtypes in Portugal.* Načteno z Nature: https://www.nature.com/articles/s41598-018-30528-0

49. Postma, M. J. (2004). *Public Expenditure on Drugs in the European Union 2000-.* Lisabon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

50. Roy, L. (31. Srpen 2018). 'It Starts With Mindset': What Portugal's Drug Policy Experts Taught Me About Addiction Treatment. New York City, New York, USA. Načteno z https://www.forbes.com/sites/lipiroy/2018/08/31/its-starts-with-mindset-what-portugals-drug-policy-experts-taught-me-about-addiction-treatment/

51. Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky. (2013). *Akční plán realizace Národní strategie protidrogové politiky na období 2013 až 2015.* Praha: Úřad vlády České republiky. Načteno z https://www.drogy-info.cz/data/obj_files/1604/298/akcni_plan_2013_2015.pdf

52. Stigler, G. J. (1971). The Theory of Economic Regulation. *The Bell Journal of Economics and Management Science*, str. 3-21.

53. Stigler, G. J., & Becker, G. S. (Březen 1977). De Gustibus Non Est Disputadum. *The American Economic Review*(67), str. 76-90.

54. Thornton, M. (1991). *Economics of Prohibition.* Salt Lake City: University of Utah Press. Načteno z https://bit.ly/2Efpa8Y

55. Uchtenhagen, A. (2009). Heroin-assisted treatment in Switzerland: a case study in policy change. https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1360-0443.2009.02741.x.

56. van het Loo, M., van Beusekom, I., & Kahan, J. P. (Červenec 2002). Decriminalization of Drug Use in Portugal: The Development of a Policy. *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*(582), stránky 49-63. Načteno z https://bit.ly/2NzZueb

57. Walsh, J., & Ramsey, G. (2016). *Uruguay's Drug Policy: Major Innovations, Major Challenges.* Washington: Brookings Institution. Načteno z https://www.brookings.edu/wp-content/uploads/2016/07/Walsh-Uruguay-final.pdf

58. WHO. (2004). *Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV/AIDS among IDUs.* Ženeva: World Health Organization. Načteno z https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43107/9241591641.pdf;jsessionid=0EF66583BB982663E7C527783395B88D?sequence=1

59. WHO Europe. (11. Červenec 2018). Portugal on fast track to achieve HIV targets ahead of 2020 deadline. Kodaň, Dánsko.

60. Wilson, D. K., Kaplan, R. M., & Schneiderman, L. J. (1987). Framing of Decisions and Selections of Alternatives in Health Care. *Social Behaviour*(2), stránky 51-59.

61. Zábranský, T. (2004). *CZECH DRUG LAWS AS AN ARENA OF DRUG POLICY BATTLE.* Tallahasse: Journal of Drug Issues.