
Alkohol v Evropě

Zpráva pro Evropskou unii

Souhrn

Peter Anderson a Ben Baumberg

Institute of Alcohol Studies, Anglie

červen 2006

Souhrn

Pozadí vzniku zprávy

V době, kdy Evropská komise připravuje svou vlastní strategii pokrývající všechny činnosti na evropské úrovni, které jsou spojeny s regulací spotřeby alkoholu, vzniká také potřeba vypracovat celoevropskou analýzu účinků alkoholu z hledisek zdravotních, sociálních a ekonomických. Z toho důvodu byla vypracována tato zpráva, která je profesionální syntézou zveřejněných zpráv, systematických hodnocení, metaanalýz a jednotlivých dokumentů, stejně jako rozbořením dat dostupných Evropské komisi a Světové zdravotnické organizaci. Zpráva nahlíží na politiku regulace spotřeby alkoholu jako na opatření *“sloužící zájmům veřejného zdraví a společenského blaha prostřednictvím jejich účinku na zdravotní a sociální faktory a činitele”*. Tento náhled je součástí systému ochrany veřejného zdraví, směřujícího k *“mobilizaci lokálních, státních, národních a mezinárodních zdrojů pro zajištění podmínek, ve kterých mohou být lidé zdraví”*. V rámci této zprávy bylo navrženo používání standardizované terminologie, která vychází z definic Světové zdravotnické organizace při OSN.

Alkohol a Evropa

Alkohol se v Evropě produkuje a konzumuje již po tisíce let. Obvykle se vyráběl z jakýchkoli surovin dostupných v daném místě. Alkoholické nápoje se často používaly jako lék, přičemž tato praxe přetrvávala až do počátku dvacátého století a nástupu moderního lékařství. Alkohol již dávno v minulosti podléhal zákonné úpravě; obvykle se však tyto zákony týkaly spíše zajištění veřejného pořádku, nebo regulování trhu spíše než ochrany veřejného zdraví. Ke změnám postupně došlo až ve vrcholném středověku a zejména při nástupu novověku, a to v důsledku pokroku a vývoje, který přinesl mimo jiné industrializaci, zdokonalená komunikační spojení a objevy silnějších, destilovaných nápojů. V devatenáctém století a na počátku století dvacátého zasáhla většinu Evropy silná vlna „protialkoholického hnutí“ zaměřená na destiláty, která se však následně často měnila na odpor vůči všem druhům alkoholických nápojů.

Ve většině (nikoli však ve všech) zemí postupně tato vlna odporu ztrácela na síle a na konci dvacátého století téměř pozbyla významu.

Pojetí „alkoholismu“ jako nemoci se postupně začalo vyvíjet v průběhu devatenáctého století, kdy byly v mnoha evropských zemích budovány domy nebo azyly pro léčbu „alkoholiků“. V posledních letech při diskusích o problémech spojených s alkoholem získalo dominantní postavení „nové pojetí veřejného zdraví“, umožňující vést širší diskusi, a nikoli se zaměřovat jen na malou podskupinu „alkoholiků“. V současné době má alkohol v Evropě celou řadu použití a významů, sahajících od funkce doplňku rodinného stolování po hlavní součást obřadů přijímání. Chování při konzumaci alkoholu často slouží k vyjádření formálnosti události nebo k rozdělení dne mezi práci a volný čas. Dalším zvláštním znakem je i opilost, přičemž „chování v opilosti“, tedy to, jak lidé jednájí pod vlivem alkoholu, se po celé Evropě liší.

Alkohol a evropská ekonomika

Evropa se významnou měrou podílí na celosvětovém trhu s alkoholem, pochází z ní čtvrtina celosvětové produkce alkoholu a více než polovina světové produkce vína. Na obchodech s alkoholem se Evropa podílí ještě více: 70 procenty vývozu alkoholu a téměř polovinou světových importů se zahrnutím Evropské unie (EU). Ačkoli je většina těchto obchodů realizována mezi státy EU, obchodování s alkoholem se podílí cca 9 mld. Eur na bilanci obchodu se zbožím v EU jako celku.

Rozsah **pašování** alkoholu v EU je obtížné odhadnout, i když Evropská expertní skupina pro boj proti podvodům odhadla v roce 1996 objem podvodů souvisejících s alkoholem na částku 1,5 mld. Eur. Na rozsahu legálního **přeshraničního nakupování** se převážnou měrou podílejí rozdíly v cenách alkoholu, kdy si jednotlivé osoby legálně přivážejí alkohol ze zemí, kde je levnější. Nejméně 1 ze 6 turistů si při svém návratu do země s sebou veze alkoholické nápoje, v některých zemích průměrně více než 2 litry čistého alkoholu na osobu.

Ekonomická úloha odvětví výroby alkoholických nápojů je v řadě evropských zemí významná. Spotřební daně u alkoholu v zemích evropské patnáctky¹ činily v roce 2001 25 mld. Eur, při vyloučení prodejních a dalších daní placených v rámci dodavatelského řetězce (a přes to, že se 1,5 mld. Eur do dodavatelského řetězce vrací zpět prostřednictvím společné agrární politiky). Díky relativně neelastické poptávce u alkoholu jsou průměrné daňové sazby mnohem lepším ukazatelem předvídajícím státní příjmy plynoucí z daní než úroveň spotřeby alkoholu v dané zemi.

Alkohol je dále spojen s **velkým množstvím pracovních míst**, včetně více než tři čtvrtě milionu míst v odvětví výroby nápojů (zejména vína). Pracovní místa spojená s alkoholem se dále vyskytují ve všech částech dodavatelského řetězce, např. v pivnicích, nebo obchodech. Rozsah průmyslu však nemusí být nezbytně tou nejlepší pomůckou pro odvození ekonomického účinku opatření, která spotřebu alkoholu regulují – např. trendy ve spotřebě alkoholu nevykazují žádnou obecnou korelaci s trendy v počtu pracovních míst v souvisejících oblastech, jako např. v hotelích, restauracích a barech. To nasvědčuje, že účinek změn ve spotřebě může být relativně malý. Bylo by dále možné očekávat snížení výdajů na alkohol v rámci volných finančních zdrojů spotřebitelů určených na útratu v jiných oblastech, přičemž ekonomický účinek závisí jednoznačně na tom, nač jsou tyto nové výdaje určeny. Zatímco v této oblasti je třeba provést další šetření, aktuální informace z odvětví alkoholických nápojů a dalších odvětví naznačují, že klesající spotřeba by nemusela nutně vést ke ztrátě pracovních míst v ekonomice jako celku.

Na základě vyhodnocení existujících studií se **celkové hmotné náklady na alkohol** v EU v roce 2003 odhadovaly ve výši 125 mld. Eur (79 - 220 mld. Eur), odpovídající 1,3% HDP: To představuje přibližně stejnou hodnotu jako částka nedávno zjištěná u tabáku. **Nehmotné náklady** udávají prostředky, které lidé vynakládají – především - v souvislosti se zdravotními obtížemi, zraněními a ztracenými životy, a to jako důsledek škod zaviněných alkoholem v oblasti kriminality, zdraví atd.. V roce 2003 se tyto náklady odhadovaly na částku 270 mld. Eur, přičemž při použití jiných způsobů ocenění stejných škod se dochází k odhadům v rozmezí 150 mld. Eur až 760 mld. Eur. Naše odhady berou v úvahu všechny měřitelné aspekty lidského života, které mohou být ovlivněny alkoholem. Mimo těchto aspektů však existují ještě další, pro

¹ Rakousko, Belgie, Dánsko, Francie, Finsko, Německo, Řecko, Irsko, Itálie, Lucembursko, Nizozemí, Portugalsko, Španělsko, Švédsko a Velká Británie.

keré z důvodu nedostupnosti dat či nemožnosti kvantifikace nebylo možno provést odhad. Obdobně platí, že uvedené odhady sice zohledňují některé pozitivní účinky alkoholu (ohodnocené v rámci nezjištěných nákladů), ale neexistuje žádný výzkum, který by umožňoval zhodnotit další výhody plynoucí pro společnost.

Konzumace alkoholu v Evropě

EU je **regionem s největší spotřebou alkoholu** na světě, i když současná spotřeba 11 litrů čistého alkoholu na 1 dospělou osobu za rok se ocitá na výrazně nižší úrovni než v 70. letech 20. století, kdy bylo dosaženo maxima 15 litrů. V uplynulých 40 letech postupně docházelo ke vzájemnému vyrovnávání úrovní spotřeby alkoholu v zemích evropské patnáctky, která se ve střední a severní Evropě v letech 1960 až 1980 zvyšovala a naopak trvale klesala v jižní Evropě. Průměrná spotřeba alkoholu v nově přijaté evropské desítce² států se navíc v současné době více než kdy předtím blíží spotřebě v zemích předchozí „evropské patnáctky“, ačkoli mezi státy „evropské desítky“ nadále existují výrazné rozdíly. Alkohol pije většina Evropanů, ale 55 milionů dospělých (15%) ho nepije vůbec - při zohlednění této skutečnosti a započtení nezaznamenané spotřeby dosahuje spotřeba na 1 osobu konzumující alkohol 15 litrů za rok.

Téměř polovina tohoto množství alkoholu je konzumována ve formě **piva** (44%), zbylé kvantum je rozděleno mezi **víno** (34%) a **destiláty** (23%).

V rámci původních 15 států Evropské Unie je možno vyzorovat systematické rozdíly v konzumaci alkoholu: Zatímco občané severovýchodních a středoevropských států konzumují převážně pivo, občané jihoevropských států konzumují ve větší míře víno (Španělsko může být považováno za výjimku). Toto rozdělení je poměrně novým fenoménem - k této zdokumentovatelné profilaci a harmonizaci došlo v průběhu posledních 40 let. Přibližně 40% **konzumace alkoholu** ve státech Evropské patnáctky se odehrává ve spojení s odpoledním či večerním **jídlem**. V jižní Evropě je však navíc v porovnání s jinými oblastmi typická konzumace alkoholu v průběhu oběda. Zatímco objem pravidelné **každodenní** konzumace alkoholu vykazuje systematické rozdíly mezi severními a jižními oblastmi, častá, ale **nikoli každodenní** konzumace (tedy konzumace alkoholu několik dnů v týdnu, avšak ne každý den) je typičtější ve střední Evropě. I v tomto aspektu je možno odpozorovat harmonizaci v rámci Evropské patnáctky.

Pití alkoholu do stavu opilosti se v jednotlivých evropských státech liší, přičemž obyvatelé na jihu Evropy udávají méně případů výskytu za měsíc. Tento výsledek je zkreslen výskytem případů „pití s vyloženým cílem se opít“, kdy je namísto toho zkoumána míra konzumace nad určitý počet nápojů při individuální příležitosti, což nasvědčuje tomu, že existují systematické rozdíly v ochotě lidí poskytovat údaje o stavech opilosti i o délce těchto „příležitostí“. Studie zaměřené na pití s vyloženým cílem se opít dále ukazují na příležitostné výjimky z pravidla rozdílnosti mezi severní a jižní Evropou, a zejména dokládají, že Švédsko má jeden z nejnižších výskytů případů pití s cílem se opít v zemích evropské patnáctky. Shrňme-li tyto údaje za celou evropskou patnáctku, dospělí udávají průměrně 5 stavů opilosti za rok, ale 17 případů nadměrného pití (pět a více nápojů při jedné příležitosti) s cílem se opít. Je to stejný výsledek, jako kdyby 40 mil. obyvatel zemí evropské patnáctky každý měsíc jednou „konzumovalo nadměrně alkohol“ a 100 mil. (1 ze 3) nejméně jednou za měsíc pilo alkohol s cílem se opít. Za evropskou desítku je k dispozici mnohem méně údajů, ale ty, které máme, naznačují, že někteří lidé nahrazují konzumaci vína pitím destilátů, přičemž četnost pití alkoholu je nižší a frekvence výskytu případů pití s vyloženým cílem se opít vyšší než v zemích evropské patnáctky.

² Kypr, Česká republika, Estonsko, Maďarsko, Lotyšsko, Litva, Malta, Polsko, Slovensko a Slovinsko.

Zatímco 266 milionů dospělých konzumuje alkohol v míře do 20 g (ženy), nebo 40 g (muži) za den, více než 58 milionů dospělých (15%) konzumuje nad tuto míru - 20 milionů z nich (6%) konzumuje více než 40 g alkoholu (ženy), nebo 60 g (muži) za den. Zaměříme-li se na závislost, nikoli na úroveň spotřeby, můžeme dále odvodit, že v každém roce je **závislých na alkoholu** 23 milionů Evropanů (5% mužů, 1% žen).

Ve všech kulturách, v nichž byly kdy prováděny studie, pijí celkově **více muži než ženy** a konzumují i větší množství alkoholu, přičemž mezi muži a ženami existují větší rozdíly s ohledem na rizikové chování. Přestože mnoho žen v těhotenství přestane pít alkohol, významné procento z nich (25% - 50%) v pití pokračuje, přičemž některé ženy alkohol konzumují ve škodlivé míře. Na chování související s pitím alkoholu lze nahlížet také z hlediska **socioekonomického statutu** (SES), kdy u žen s nižším SES existuje nižší pravděpodobnost, že nebudou pít alkohol vůbec. Navzdory komplexní charakteristice některých aspektů pití (s určitými odchylkami ukazujícími na opačné trendy u mužů a žen) se opíjení i vznik závislosti na alkoholu vyskytuje spíše u konzumentů s nižším SES.

Téměř všichni **studenti ve věku 15 – 16 let** (> 90%) za svůj život někdy pili alkohol, v průměru se poprvé setkali s alkoholem ve věku 12½ let a poprvé se opili ve 14 letech. Průměrná spotřeba alkoholu při jedné příležitosti osobami ve věku 15 - 16 let činí více než 60 g alkoholu a téměř 40 g na jihu Evropy. Více než 1 z 8 (13%) osob ve věku 15 – 16 let se dosud za svůj život opila více než 20krát a více než 1 osoba ze 6 (18%) „pila s cílem se opít“ (požila 5 a více alkoholických nápojů při jedné příležitosti) v minulém měsíci třikrát a vícekrát. Ačkoli ve dvou zemích byla v roce 2003 zaznamenána při prvním setkání s alkoholem větší míra opilosti u dívek než u chlapců, chlapci následně pili více a opili se častěji než dívky, s malým snížením vzájemného absolutního rozdílu. Ve většině zemí mezi lety 1995/9 a 2003 vzrostl výskyt případů pití s cílem se opít u chlapců, a v téměř všech zemích k tomu došlo také u dívek (obdobné výsledky byly zjištěny u zemí nezahrnutých do ESPAD s použitím jiných údajů). Důvodem je zvýšení počtu případů pití s cílem se opít a výskytu opilosti ve většině zemí EU v letech 1995 - 9, po kterých vývoj pokračoval ve smíšeném trendu (1999 - 2003).

Vliv alkoholu na jednotlivce

Ačkoli má konzumace alkoholu řadu příjemných stránek, alkohol zvyšuje riziko výskytu řady **škod v sociální oblasti**, obecně v závislosti na jeho dávkách - tj. čím vyšší je konzumace alkoholu, tím vyšší je riziko. Škody zaviněné **konzumací alkoholu jinou osobou** sahají od obtěžování veřejnosti (např. noční buzení občanů) až po mnohem závažnější následky jako např. narušování manželství, zneužívání a týrání dětí, kriminalitu, násilí, vraždy. Obecně platí, že čím vyšší je úroveň konzumace alkoholu, tím závažnější je trestný čin nebo škody na zdraví. Obsah zkonsumovaného alkoholu, frekvence jeho požívání a intenzita občasného nadměrného pití - to vše nezávisle na sobě zvyšuje riziko vzniku násilí, přičemž nezřídká, ne však vždy, má při občasném nadměrném pití obsah zkonsumovaného alkoholu vliv na škodu.

Bez ohledu na drogovou závislost je alkohol příčinou přibližně 60 různých typů onemocnění a zdravotních potíží, včetně úrazů, psychických poruch a poruch chování, gastrointestinálních onemocnění, rakoviny, kardiovaskulárních onemocnění, imunologických poruch, plicních onemocnění, kosterních a svalových onemocnění, poruch plodnosti a ohrožení těhotenství, včetně zvýšeného rizika předčasného porodu a nízké porodní váhy novorozence. U většiny zdravotních potíží alkohol

zvyšuje riziko v závislosti na jeho dávkách, přičemž vyšší konzumace alkoholu znamená vyšší riziko. Přímé negativní zdravotní dopady alkoholu, např. kardiomyopatie, akutní syndrom respirační nedostatečnosti a poškození svalstva., jsou obvykle pozorovatelné pouze v případě dlouhodobé konzumace velkých dávek alkoholu, avšak i v případě vysokých dávek, alkohol zvyšuje riziko a závažnost těchto dopadů úměrně s konzumovanou dávkou.

Četnost a intenzita občasného nadměrného pití hrají významnou roli při zvyšování rizika úrazů a některých kardiovaskulárních onemocnění (koronárních onemocnění srdce a mrtvice).

Konzumace malých dávek alkoholu snižuje riziko **koronárního onemocnění srdce**, ačkoli o přesné míře omezení rizika a úrovni konzumace alkoholu, při které dochází k největšímu snížení rizika, se stále diskutuje. Kvalitnější studie, které zohledňují další vlivy, shledávají méně často, že dochází ke snížení rizika srdečních onemocnění, než studie méně kvalitní, přičemž snížené riziko vzniká při nižší úrovni konzumace alkoholu. Většinou lze snížení rizika dosáhnout při průměrné spotřebě 10 g alkoholu (jeden alkoholický nápoj) obden. Při spotřebě nad 20 g alkoholu (dva alkoholické nápoje) za den (tj. úroveň konzumace alkoholu s nejnižším rizikem) se riziko koronárních srdečních onemocnění zvyšuje. Ve velmi vysokém věku je omezení rizika nižší. Na riziko srdečních onemocnění má vliv spíše alkohol jako takový než konkrétní druh nápoje. Existují důkazy, že alkohol v malých dávkách může omezit riziko vzniku demence vlivem vaskulárních onemocnění, výskytu žlučových kamenů a cukrovky, i když tato zjištění se ve všech studiích neshodují.

Riziko úmrtí v důsledku konzumace alkoholu je rovnováhou mezi rizikem onemocnění a úrazů, které alkohol zvyšuje, a rizikem onemocnění srdce (ke kterému většinou dochází ve vyšším věku), jež v menších dávkách alkohol snižuje. V důsledku toho je prokázáno, že přinejmenším ve Velké Británii se úroveň konzumace alkoholu s nejnižším rizikem úmrtí u žen do 65 let rovná nebo blíží nule a u žen nad 65 let činí méně než 5 g alkoholu denně. U mužů se úroveň konzumace alkoholu s nejnižším rizikem úmrtí rovná nule ve věku do 35 let, cca 5 g denně ve středním věku a méně než 10 g denně ve věku nad 65 let (a pravděpodobně klesá zpět k nule ve velmi vysokém věku).

Osobám nadměrně konzumujícím alkohol přináší omezení nebo ukončení konzumace alkoholu zlepšení jejich zdravotního stavu. I u chronických onemocnění jako cirhóza jater a deprese je omezení nebo ukončení konzumace alkoholu spojeno s rychlým zlepšením zdravotního stavu.

Dopad alkoholu na Evropu

Alkohol významnou měrou negativně ovlivňuje některé aspekty života lidí v Evropě, a toto působení bývá obecně popisováno jako „škody na zdraví“ a „společenské škody“. Sedm milionů dospělých osob uvedlo, že se v minulém roce dostalo **při pití alkoholu do rvačky**, přičemž (na základě vyhodnocení několika studií financovaných z národních rozpočtů) ekonomické náklady trestných činů zaviněných alkoholem se odhadují v roce 2003 v EU na 33 mld. Eur. Tato částka je rozdělena mezi policii, soudy a věznice (15 mld. Eur), výdaje na prevenci trestné činnosti a na pojištění (12 mld. Eur) a škody na majetku (6 mld. Eur). Škody na majetku v důsledku řízení motorových vozidel pod vlivem alkoholu se odhadují na 10 mld. Eur, zatímco nehmotné náklady na fyzické a psychické následky trestné činnosti byly odhadnuty na 9 – 37 mld. Eur.

Odhaduje se, že v každém roce je v Evropě 23 milionů lidí závislých na alkoholu, přičemž nehmotné náklady na problémy a potíže členů rodiny vzniklé v tomto důsledku jsou odhadovány na 68 mld. Eur. Odhadovat rozsah škod na pracovišti je obtížnější, i když v zemích evropské patnáctky téměř 5% mužů a 2% žen konzumujících alkohol uvádí, že alkohol má negativní vliv na jejich práci nebo studium. Na základě vyhodnocení studií financovaných z národních rozpočtů se snížení produktivity v důsledku absencí a ztráty zaměstnání připisovaných vlivu alkoholu odhaduje na 9 – 19 mld. Eur, resp. 6 – 23 mld. Eur.

Podíváme-li se na **zdravotní aspekty** konzumování alkoholu, ten stojí každý rok v EU za cca 195 000 úmrtími, i když se zároveň odhaduje, že má za následek oddálení úmrtí u 160 000 starších osob, zejména prostřednictvím kardioprotektivního účinku alkoholu u žen, které zemřely ve věku nad 70 let (ačkoli vzhledem k metodologickým problémům se pravděpodobně jedná o značné nadhodnocení počtu oddálených úmrtí). Přesnější odhad bude činit pravděpodobně 115 tisíc úmrtí u osob do 70 let věku. Vyhneme se tak většině pravděpodobných nadhodnocení protektivního účinku alkoholu. Tyto údaje se dále vztahují k případům nulového požívání alkoholu, přičemž při zaměření na nejméně rizikovou úroveň konzumace alkoholu by byl „čistý“ účinek mnohem vyšší. Při hodnocení dopadu alkoholu při použití ukazatele doby trvání života snížené o roky pracovní neschopnosti (tzv. Disability-Adjusted Life Years; DALY) se tento problém zmenšuje a ukazuje se, že alkohol má za následek předčasné úmrtí a invaliditu u 12% mužů a 2% žen, a to po započtení pozitivních účinků alkoholu na zdraví. Tím se alkohol řadí na třetí místo v žebříčku 26 faktorů s nejrizikovějším vlivem na zdraví lidí v EU - před nadváhu/obezitu a za tabák a vysoký krevní tlak.

Vliv alkoholu na zdraví lidí je viditelný v řadě oblastí, včetně 17 000 úmrtí ročně v důsledku silničních dopravních nehod (1 ze 3 veškerých silničních dopravních nehod s následkem smrti), 27 000 úmrtí následkem úrazu, 2 000 vražd (4 z 10 veškerých vražd a zabití), 10 000 sebevražd (1 ze 6 veškerých sebevražd), 45 000 úmrtí v důsledku cirhózy jater, 50 000 úmrtí následkem rakoviny, z nich 11 000 úmrtí v důsledku rakoviny prsu u žen, 17 000 úmrtí v důsledku neuropsychiatrických obtíží, a 200 000 záchvatů deprese (které mají za následek 2,5 milionu DALY). Náklady na léčbu těchto onemocnění a obtíží se odhadují na 17 mld. Eur, společně s 5 mld. Eur vynakládanými na léčbu a prevenci škodlivého užívání alkoholu a alkoholové závislosti. Zmařené životy lze vyjádřit také v podmínkách snížení produktivního potenciálu (36 mld. Eur s vyloučením pozitivních účinků na zdraví) nebo v podmínkách nezjištěné hodnoty života samotného (145 – 712 mld. Eur po započtení pozitivních účinků na zdraví).

Mladí lidé mají neúměrný podíl na těchto statistikách; za více než 10% úmrtími mladých žen a přibližně 25% mladých mužů stojí alkohol. Mladí lidé jsou v nedostatečné míře informováni o rozsahu společenských škod, ačkoli 6% 15 – 16letých studentů v EU udává, že se následkem vlastní konzumace alkoholu dostalo do rvačky, a 4% mělo nechráněný pohlavní styk.

Při srovnání zemí evropské desítky a evropské patnáctky existují významné rozdíly v tom, nakolik se alkohol podílí na zkrácení průměrné délky života. Toto srovnání vyznívá v neprospěch evropské desítky, s výrazným rozdílem u násilných smrtí připisovaných alkoholu, odhadovaných na 90 (u mužů) a 60 (u žen) z každých 100 000 obyvatel. **V jednotlivých zemích** je mnoho zdravotních problémů vedoucích ke snížení kvality zdraví spojováno s alkoholem, ačkoli se tyto problémy mohou lišit (např. cirhóza ve Francii, násilná úmrtí ve Finsku). Zdá se, že s alkoholem bývá spojována také horší úroveň zdraví lidí v sociálně slabších oblastech; byl proveden průzkum svědčící o tom, že úmrtnost přímo spojovaná s alkoholem je v sociálně

slabších oblastech vyšší, a to bez ohledu na jevy, které lze zdůvodnit nerovnostmi na individuální úrovni.

Řada škod způsobených alkoholem postihuje **jiné lidi než pijáky**. Mezi tyto škody je třeba zahrnout 60 000 novorozenců s podprůměrnou porodní váhou, 16 % zneužívaných a zanedbávaných dětí a 5 - 9 milionů dětí žijících v rodinách negativně dotčených alkoholem. Alkohol má škodlivý vliv také na další dospělé osoby, včetně odhadovaných 10 000 úmrtí v důsledku řízení pod vlivem alkoholu, kdy oběťmi jsou jiné osoby než osoba řídící vozidlo pod vlivem alkoholu - významně se rovněž podílí na páchání trestných činů, které se mohou dotýkat také jiných osob. Jiní lidé nebo organizace také hradí část s tím spojených ekonomických nákladů, včetně odhadovaných výdajů 33 mld. Eur na důsledky kriminality, 17 mld. Eur na systémy zdravotní péče, a 9 - 19 mld. Eur v důsledku pracovní absence.

Vědecké pokusy a dlouhodobé analýzy dokládají, že zdravotní zátěž způsobená alkoholem souvisí se **změnami v konzumaci**. Tyto změny jsou charakteristické spíše pro chování osob nadměrně konzumujících alkohol než osob, které pijí méně (platí např., že 10 % osob nadměrně konzumujících alkohol zodpovídá za jednu třetinu celkové spotřeby ve většině zemí), postupně se ale pozitivně projevují v celkovém vývoji přístupu obyvatelstva ke změně úrovně jejich spotřeby. V rámci celé populace je dopad změny ve spotřebě o 1 litr na úroveň škod vyšší v zemích evropské patnáctky s nižší spotřebou (severní Evropa), ale významně působí na cirhózu, vraždy (pouze u mužů), úrazy a celkovou úmrtnost (pouze u mužů) také v jižní Evropě. Zatímco někteří namítají, že větší změna v severní Evropě představuje důsledek „prudce se rozmáhající“ kultury pití v tomto regionu, může se promítat větší poměrný podíl změněné spotřeby o 1 litr právě v severovýchodních zemích. Celkově se odhaduje, že snížení spotřeby o 1 litr by vedlo ke snížení celkové úmrtnosti mužů o 1% v jižní a střední Evropě, a o 3% v severní Evropě.

Zhodnocení opatření v rámci politiky regulování spotřeby alkoholu

Opatření regulující řízení motorových vozidel v opilosti, která jsou vysoce efektivní, zahrnují neomezené (namátkové) zkoušky dechu, snížení limitu koncentrace alkoholu v krvi (BAC), odebrání řidičského průkazu, a stanovení nižší úrovně BAC u mladých řidičů. Omezená evidence neumožňuje zhodnotit účinek navržených programů zaměřených na řidiče a bezpečnou jízdu. Stanovení limitu pro alkohol může být účinné jako preventivní opatření, ale jako opatření u osob dopouštějících se řízení v opilosti funguje jen po tu dobu, po kterou sedí ve vozidle. Světová zdravotnická organizace vypracovala model porovnávající účinky a náklady neomezených dechových zkoušek se situací, kdy se tyto zkoušky neprovádějí; při aplikaci tohoto modelu na EU pak bylo zjištěno, že prováděním zkoušek lze každý rok předejít přibližně 111 000 případů invalidity a předčasných úmrtí, přičemž odhadované náklady na implementaci by každý rok činily 233 milionů Eur.

Účinek politik, které podporují **vzdělávání, komunikaci, výchovu a veřejnou informovanost**, je malý. Ačkoli dosah vzdělávacích programů ve školách může být vysoký (z důvodu vysokého počtu „nedobrovolných účastníků“), dopad těchto programů na celkovou populaci má omezenou nebo nulovou efektivitu. Existují doporučení, jak lze účinnost těchto školních programů zvýšit. Na druhé straně masové mediální programy hrají nezanedbatelnou roli ve zvýšení informovanosti veřejnosti o problémech způsobovaných konzumací alkoholu a při přípravě podmínek pro konkrétní intervence.

Skutečně pádnými podklady je doložena efektivita **politik regulujících trh s alkoholem** v oblasti omezení škod alkoholem způsobených. Daně uvalené na alkohol mají ve všech zemích pozitivní účinek zejména z hlediska působení na mladé lidi a škody zaviněné alkoholem. Pokud by byly daně uvalené na alkohol použity ke zvýšení ceny alkoholu v zemích evropské patnáctky o 10%, v následujícím roce by se předešlo více než 9 000 úmrtím, přičemž odhad uvádí, že z tohoto zvýšení spotřební daně by se vytvořil přebytek přibližně 13 mld. Eur. Existují také důkazy, že prodloužení otevírací doby v obchodech s alkoholem by mělo za následek vznik významnějších škod. Světová zdravotnická organizace vypracovala model posuzující účinky zkrácení prodejní doby v maloobchodech prodávajících alkohol o 24 hodin týdně: Při aplikaci tohoto modelu na EU bylo zjištěno, že takovým opatřením lze každý rok zabránit přibližně 123 000 rokům invalidity a předčasných úmrtí, přičemž odhadované náklady na implementaci by každý rok činily 98 mil. Eur.

Omezení intenzity a obsahu **reklamy** na alkoholické nápoje by pravděpodobně vedlo k omezení škod. Inzerce má významný vliv na propagaci pití alkoholu mezi mladými lidmi. Samoregulace v oblasti komerční reklamy prováděná samotnými výrobci není pochopitelně dostatečná. Světová zdravotnická organizace vypracovala model posuzující účinky zákazu reklamy; při jeho aplikaci na EU bylo zjištěno, že zákazem reklamy lze každý rok zabránit přibližně 202 000 rokům invalidity a předčasných úmrtí, přičemž odhadované náklady na implementaci by ročně činily 95 mil. Eur.

Postupně přibývají důkazy o účinku strategií ovlivňujících **prostředí konzumace alkoholu** na omezení škod alkoholem způsobených. Tyto strategie lze primárně použít při konzumaci alkoholu v barech a restauracích, ale jejich účinnost závisí na důsledném uplatňování. Např. přijetí zákona o minimální věkové hranici pro konzumaci alkoholu bude mít malý účinek, pokud nebude doplněno věrohodnou hrozbou odebrání licence prodejnám, které opakovaně prodávají alkohol osobám neplnoletým. Tyto strategie jsou efektivnější také v případě, že je doplňují veřejné programy prevence.

Rozsáhlé důkazy existují také o účinku **podání stručné rady** (zejména v podmínkách primární péče) na snížení škodlivé míry konzumace alkoholu. Světová zdravotnická organizace vypracovala model posuzující účinky a náklady stručné rady poskytnuté v podmínkách primární péče 25% rizikové skupiny obyvatelstva; při aplikaci tohoto modelu na EU bylo zjištěno, že tímto opatřením lze každý rok předejít přibližně 408 000 rokům invalidity a předčasných úmrtí, přičemž odhadované náklady na implementaci by každý rok činily 740 mil. Eur.

S použitím modelů Světové zdravotnické organizace a při srovnání s nulovou aplikací politik se odhaduje, že implementace **kompletního souboru účinných politik a programů v rámci EU**, zahrnujících namátkové dechové zkoušky, zdanění alkoholu, omezení jeho dostupnosti, zákaz reklamy a stručné doporučení lékaře by měly stát vlády evropských zemí cca 1,3 mld. Eur. To představuje asi 1% celkových hmotných výdajů společnosti na alkohol a pouze cca 10% odhadovaných příjmů získaných z 10% nárůstu cen alkoholu v důsledku zvýšení daní v zemích evropské patnáctky. Odhaduje se, že by se takto předešlo vzniku 1,4 milionu případů invalidity a předčasných úmrtí, tj. přibližně 2% všech případů invalidity a předčasných úmrtí v Evropské unii.

Evropská a světová politika regulování spotřeby alkoholu

Mezi nejvýznamnější **mezinárodně závazné úmluvy** ovlivňující politiku regulování spotřeby alkoholu patří Obecná úmluva o clech a obchodu (GATT), týkající se zboží, a Obecná úmluva o obchodu a službách (GATS). Minulost ukázala, že Světová obchodní organizace (WTO) v některých případech upřednostňuje zdraví před obchodem (např. zákaz dovozu azbestu), třebaže k tomu, aby byly prosazeny, musí příslušné politiky projít řadou přísných testů.

Mnohem větší vliv na tuto politiku však má v praxi **obchodní právo Evropské unie** (EU). Většina přístupů k alkoholu vychází z „národní“ úpravy zdanění, což znamená, že státy nesmí přímo ani nepřímo činit jakékoli rozdíly, které by upřednostňovaly domácí výrobky před výrobky z kteréhokoli jiného státu EU. Žádné výjimky nelze učinit ani v oblasti zdraví, což vede k tomu, že země při vytváření vlastní daňové politiky podléhá určitým omezením. V rozporu s tím však stále vlivnější **Evropský soudní dvůr** (ECJ) jednoznačně podpořil zákaz reklamy v Katalánsku a ve Francii, když připustil, že „vskutku nelze popřít, že reklama funguje jako podnět ke konzumaci“.

Standardizované nepřímé daně jsou dlouhodobým cílem EU vedoucím k omezení tržních zásahů v případech, kdy velké rozdíly v daňových sazbách mezi sousedními zeměmi vedou ke zvyšujícímu se objemu nákupů v zahraničí. To snižuje státní příjmy země s vyššími daňovými sazbami a vytváří tlak na snížení daňových sazeb, jak se stalo v některých severských zemích. Výroba alkoholických nápojů ve formě vína získává každý rok prostřednictvím **Obecné agrární politiky** (CAP) podporu ve výši 1,5 mld. Eur. Ekonomický a politický vliv těchto subvencí, a zejména problémy výrobců vína, ztěžují vývoj z hlediska veřejného zdraví.

Mezinárodním orgánem nejaktivnějším v oblasti regulace spotřeby alkoholu je **Světová zdravotnická organizace** (WHO), jejíž evropská kancelář zodpovídá za několik iniciativ zaměřených na snížení škod spojených s alkoholem v 52 členských státech. Tyto iniciativy zahrnují Rámec politiky omezování spotřeby alkoholu v evropském regionu, Evropskou chartu o alkoholu a dvě konference ministrů, které potvrdily potřebu vytvoření politiky omezování spotřeby alkoholu (a všeobecně ochrany veřejného zdraví) bez jakéhokoli vměšování ze strany zástupců obchodní nebo výrobní sféry.

Ačkoli EU nemůže přijmout zákony zaměřené přímo na ochranu lidského zdraví (členské státy tuto pravomoc evropským institucím nepřiznaly), některé politiky, které se týkají mezinárodního trhu, mohou upravovat také závažné otázky zdraví. Příkladem je ustanovení o reklamě na alkohol ve **Směrnici o televizi bez hranic**. Opatření EU, vztažená k regulaci spotřeby alkoholu, jsou však prosazována prostřednictvím „měkkých zákonů“ ve formě nezávazných rozhodnutí a doporučení, která pouze vybízejí členské státy k tomu, aby jednaly určitým způsobem.

Politika členských států v oblasti regulace spotřeby alkoholu

Každý stát Evropské unie (EU) má implementováno množství zákonů a dalších nástrojů vyčleňujících alkohol z ostatního zboží obchodovaného na jejich území, často v zájmu veřejného zdraví. Navzdory všudypřítomnosti těchto politik nemá téměř polovina států EU dosud vypracován **akční plán nebo koordinační orgán pro tuto oblast**, a pokud takový plán nebo orgán existuje, většina zemí má programy zaměřené jen na jeden z aspektů politiky. Z nich jsou v Evropě

nejobvyklejší **školní vzdělávací programy**. Všechny státy mají také určitou formu **omezení řízení motorových vozidel pod vlivem alkoholu**, přičemž s výjimkou Velké Británie, Irska a Lucemburska je ve všech státech maximální hladina alkoholu v krvi řidičů omezena na úroveň doporučenou Evropskou komisí (0,5 g/l). Rada evropských řidičů nicméně věří, že je pouze mizivé riziko, aby byli dopadeni – celkem třetina z nich se domnívá, že nebudou nikdy podstupovat dechovou zkoušku, i když je tento podíl nižší v zemích, kde se tyto zkoušky namátkově provádějí.

Prodej alkoholu je obvykle ve většině států EU omezován, v několika případech prostřednictvím monopolů maloobchodní sítě, častěji ale za pomoci licencí, kterými lze místa prodeje alkoholu regulovat. Více než třetina zemí (a některých regionů) také omezuje **prodejní dobu**, přičemž v malém počtu zemí existuje rovněž omezení ve dnech prodeje nebo v hustotě výskytu prodejců mimo prodejnu. Všechny státy mají zakázáno v barech a hospodách **prodávat alkohol mladistvým** do určitého věku, ale čtyři země prodej alkoholu dětem v obchodech neregulují vůbec. Věková hranice pro prodej alkoholu mladistvým se v Evropě liší, přičemž severní Evropa se přiklání k tomu, aby tato hranice činila 18 let, a jižní Evropa dává přednost hranici 16 let.

Marketing alkoholických nápojů je regulován na různých úrovních v závislosti na typu marketingové činnosti. Televizní reklamy na pivo jsou předmětem zákonných omezení (omezení netýkajících se obsahu) ve více než polovině Evropy, včetně kompletního zákazu v pěti zemích. To vedlo ke vzniku požadavku, aby dalších 14 zemí také reklamu na alkohol zakázalo. Billboardy a tisk jsou regulovány méně a zhruba třetina zemí (zejména ze zemí evropské desítky) je nereguluje vůbec. **Sponzorství sportovních událostí** podléhá omezením nejméně: Jakási omezení v této oblasti uzákonilo pouze sedm zemí.

Zdanění alkoholických nápojů je další trvalou součástí programu regulace spotřeby alkoholu v evropských státech, ačkoli daňové sazby se v jednotlivých zemích výrazně liší. Tyto rozdíly jsou viditelné např. u vína, kdy téměř polovina zemí nemá ustanovenu žádnou daň, ale pětina zemí má daňovou sazbu vyšší než 1 000 Eur. přepočteno na kupní sílu. Obecně lze říci, že průměrná daňová sazba je vyšší v severní Evropě a nižší v jihoevropském regionu a části střední a východní Evropy. Čtyři země již také od roku 2004 uzákonily cílenou **daň u alkoholu z tzv. „alcopops“** (směs limonády s alkoholem), která zřejmě vedla ke snížení jejich spotřeby.

Při sloučení různých oblastí politiky do **jedné stupnice hodnocení** se celkové hodnocení striktnosti politiky regulování spotřeby alkoholu pohybuje od 5,5 bodů (Řecko) po 17,7 (Norsko) - z možného maxima 20 bodů a s bodovým průměrem 10,8. Nejméně přísné jsou tyto politiky v jižní a v části střední a východní Evropy, nejpřísnější pak jsou v severní Evropě – skóre ale neklesá směrem od severu k jihu, jak je vidět na příkladu Francie. Tento pohled na politiku regulování spotřeby alkoholu se výrazně liší od situace patrně před padesáti lety. Celkové úrovně se vzájemně sladují, zejména díky opatřením, která v řadě zemí platí především při limitaci řízení pod vlivem alkoholu - v níž mají všechny země stanovenou zákonnou hranici. Ve srovnání s rokem 1950 je v roce 2005 rovněž obvyklejší regulace marketingu, stanovení minimálního věku pro nákup alkoholu a podíl veřejné politiky na tvorbě opatření pro omezování spotřeby alkoholu.

ZÁVĚRY

Alkohol a evropská ekonomika

Závěr č. 1

Obchod s alkoholem se na bilanci obchodu se zbožím v EU jako celku podílí částkou 9 mld. Eur, přičemž toto obchodování není nevyhnutelně ovlivňováno evropskou a národní politikou omezování škod způsobených alkoholem.

Závěr č. 2

Daňové výnosy u alkoholu, významný zdroj státních příjmů (25 mld. Eur v roce 2001 v zemích původní evropské patnáctky), souvisí více s daňovými sazbami než s celkovou úrovní spotřeby alkoholu.

Závěr č. 3

Klesající spotřeba nemusí nutně vést ke **ztrátě pracovních míst** v ekonomice jako celku a nemusí vést ani k velkým změnám v zaměstnanosti v některých **sektorech spojených s alkoholem**, jako jsou např. restaurace a bary.

Výdaje společnosti na alkohol

Závěr č. 4

Hmotné **náklady na alkohol** v Evropské unii byly odhadnuty v roce 2003 na 125 mld. Eur, přičemž zahrnují výdaje 59 mld. Eur vynaložené na **nižší produktivitu práce** vlivem špatné pracovní docházky, nezaměstnanosti a neodpracovaných let v důsledku předčasného úmrtí.

Závěr č. 5

Nehmotné **náklady na alkohol** (představující hodnotu, kterou lidé oceňují způsobené problémy a ztráty na životech) byly v roce 2003 v Evropské unii odhadnuty na 270 mld. Eur.

Spotřeba alkoholu v Evropě

Závěr č. 6

Přestože jsou **rozdíly** mezi jednotlivými zeměmi v úrovních a charakteristice konzumování alkoholu stále zjevné, jsou menší než před 40 lety, a mnoho aspektů pití alkoholu se v rámci celé Evropy vzájemně sblížilo více, než se obecně věří. Ve většině zemí se od 90. let 20. století rozšířilo **pití mladistvých s vyloženým cílem se opít**, přičemž tento trend zaznamenal v uplynulých letech smíšený vývoj.

Závěr č. 7

Opilost je významnou příčinou **úrazů** – včetně úrazů v důsledku násilí – a to v celé Evropě, včetně Evropy jižní.

Závěr č. 8

To, kde v Evropě žijete, je hlavním determinantem škod způsobených alkoholem.

Alkohol a zdraví

Závěr č. 9

Alkohol má určující vliv na zdraví lidí, je příčinou 7,4% všech případů invalidity a předčasných úmrtí v Evropské unii.

Závěr č. 10

Alkohol je příčinou vzniku škod vzniklých **jiným osobám než osobám konzumujícím alkohol**, což se v Evropské unii každý rok dotýká cca 60 000 novorozenců s nízkou porodní

váhou, 5 - 9 milionů dětí žijících v rodinách negativně dotčených alkoholem a 10 000 úmrtí jiných osob než osob konzumujících alkohol při dopravních nehodách.

Závěr č. 11

Alkohol je příčinou vzniku **snížené kvality zdraví** jak při srovnání mezi členskými státy, tak uvnitř nich, má za následek odhadem dodatečných 90 případů úmrtí na 100 000 mužů a 60 případů úmrtí na 100 000 žen v nově přijatých zemích EU ve srovnání se zeměmi původní evropské patnáctky.

Alkohol a vládní politika

Závěr č. 12

Vlády nesou **odpovědnost** za tržní zásahy a za **přínos** z nich plynoucí, přičemž např. 10% zvýšení ceny alkoholu v zemích původní evropské patnáctky přinese odhadem na dodatečném zdanění alkoholu v prvním roce přibližně 13 mld. Eur.

Závěr č. 13

Opatření v oblasti vzdělávání, která mají malý účinek na omezování škod způsobených alkoholem, nejsou alternativou **opatření, která regulují trh s alkoholem**: Jejich vliv na omezení škod je větší, což se vztahuje také na škody zaviněné osobami nadměrně konzumujícími alkohol a mladými lidmi.

Alkohol a evropská politika

Závěr č. 14

Přetrvávající rozdíly v politice regulování spotřeby alkoholu v rámci Evropy, jako např. rozdíly daňových sazeb, zhoršují schopnost zemí implementovat v této sféře účinné politiky.

Závěr č. 15

Rozdílné přístupy mezi členskými státy jsou někdy uzákoněny jako pravidla **ochrany veřejného zdraví** – viz např. nález Evropského soudu z roku 2004 ve prospěch francouzského zákona o reklamě.

Doporučení

I. Definice alkoholických nápojů

Definice alkoholického nápoje	Kdo zodpovídá
I.1. Veřejné politiky musí definovat jednotným způsobem alkoholické nápoje v rámci celé Evropské unie. Výchozím bodem by se mohla stát minimální definice pro daňové účely (0,5 % obsah alkoholu).	(I) Evr. inst. ³

II. Vytvoření evidenční základny

Doporučení v oblasti průzkumu	Kdo zodpovídá
II.1. Měly by být zřízeny a financovány evropské infrastruktury pro provádění společného terénního průzkumu týkajícího se alkoholu.	(I) Evr. inst. (II) ČS/region ⁴
II.2. Měly by být zřízeny a financovány evropské infrastruktury pro vyhodnocování a distribuci všech hlavních výsledků průzkumu v rámci politiky regulování spotřeby alkoholu, např. prostřednictvím registrů a databází. Důkazy by měly být rozpracovány do snadno pochopitelných politik a postupů, a to za pomoci praktických nástrojů a pokynů.	(I) Evr. inst. (II) ČS/region
II.3. Měly by být zřízeny a financovány dlouhodobé programy výzkumu v oblasti alkoholu, financované z veřejných prostředků.	(I) Evr. inst. (II) ČS/region
II.4. Za pomoci programů odborného rozvoje by měl být vytvořen subjekt zodpovědný za výzkum v rámci politiky omezování spotřeby alkoholu.	(I) Evr. inst. (II) ČS/region
Doporučení v oblasti informací	Kdo zodpovídá
II.5. Mělo by dojít ke zřízení a finančnímu zajištění Evropského centra monitorování alkoholu (EAMC), které by mělo protějšky na národní úrovni.	(I) Evr. inst. (II) ČS/region
II.6. Pracovní komisi EU zabývající se zdravotními ukazateli by měl být zdůrazněn význam zahrnutí ukazatelů týkajících se spotřeby alkoholu, škod způsobených alkoholem a politiky a programových reakcí v rámci omezování spotřeby alkoholu do stručného přehledu ukazatelů Evropského společenství z oblasti zdraví.	(I) Evr. inst.
II.7. Měly by být vypracovány takové programy dozoru v oblasti alkoholu, aby jejich údaje byly celoevropsky srovnatelné a	(I) Evr. inst. (II) ČS/region

³ Evropské instituce⁴ Členské státy a regiony členských států

analyzovatelné.	
II.8. Měla by vzniknout evropská databáze zákonů a předpisů a platných politik a programů na úrovni EU, členských států a samosprávních orgánů.	(I) Evr. inst. (II) ČS/region (III) Org. sam. ⁵

III. Příprava a implementace zdrojových strategií a plánů

Doporučení v oblasti strategií a akčních plánů	Kdo zodpovídá
III.1. V rámci Evropské komise by měl být za poskytnutí přiměřených personálních a finančních zdrojů posílen evropský mechanismus a koordinační orgány v rámci politiky omezování spotřeby alkoholu, zaměřený na dohled nad vývojem evropské politiky a implementací strategie Komise v oblasti alkoholu.	(I) Evr. inst.
III.2. Měl by být zřízen nebo posílen a přiměřeně financován mechanismus pro ustavení takových koordinačních orgánů v rámci politiky omezování spotřeby alkoholu na všech úrovních.	(I) Evr. inst. (II) ČS/region (III) Org. sam.
III.3. Měly by být vypracovány a implementovány akční plány pro sféru alkoholu, které by se vyznačovaly jasnými cíli, strategiemi a úkoly.	(I) Evr. inst. (II) ČS/region (III) Org. sam.
III.4. Měl by být zaveden předvídatelný systém financování organizací, programů a lidských zdrojů podílejících se na omezování škod způsobených alkoholem. Měly by se vypracovat analýzy účelnosti a vhodnosti vyčlenění části daní uvalených na alkohol na financování takových činností.	(I) Evr. inst. (II) ČS/region (III) Org. sam.
III.5. Mezi občanskou veřejností a politickou reprezentací by měla být propagována podpora opatření v rámci politiky regulování spotřeby alkoholu, a to prostřednictvím kampaní a iniciativ vedoucích ke zvýšení informovanosti.	(I) Evr. inst. (II) ČS/region (III) Org. sam.
III.6. Měly by vznikat pravidelné zprávy o alkoholu, přístupné široké veřejnosti.	(I) Evr. inst. (II) ČS/region (III) Org. sam.

IV. Ostatní politiky a činnosti a mezistátní podpora

Doporučení v oblasti hodnocení účinnosti a společných akcí	Kdo zodpovídá
IV.1. Tvůrci a konzultanti politiky v oblasti zdraví by měli monitorovat rizika spojená s procesem liberalizace obchodu a měli by zajišťovat, aby zájmy týkající se zdraví byly zohledněny při obchodních jednáních na světové i evropské úrovni.	(I) Evr. inst. (II) ČS/region

⁵ Orgány samosprávy

IV.2. Měly by být vypracovány analytické studie a studie proveditelnosti, které by stanovovaly, ve kterých případech je vhodnější využít společné akce v rámci politiky omezování spotřeby alkoholu na evropské i světové úrovni - a jak lze shodu zemí ve vztahu k této politice posílit.	(I) Evr. inst. (II) ČS/region
IV.3. Měly by být poskytnuty větší zdroje k důkladnému zhodnocení účinku politik a aktivit Evropského společenství (včetně agrární politiky) na škody a náklady spojené s alkoholem.	(I) Evr. inst.

V. Omezení konzumace alkoholu a řízení v opilosti

Doporučení v této oblasti	Kdo zodpovídá
V.1.V celé Evropě by měl být zaveden maximální limit pro koncentraci alkoholu v krvi 0,5 g/l; země se stávajícími nižšími úrovněmi by tyto úrovně neměly zvyšovat.	(I) Evr. inst. (II) ČS/region
V.2.Pro mladé řidiče a řidiče veřejné a nákladní dopravy by měl být stanoven nižší limit 0,2 g/l; země se stávajícími nižšími úrovněmi by tyto úrovně neměly zvyšovat.	(I) Evr. inst. (II) ČS/region
V.3.V celé Evropě by se měla zavést neomezená možnost provádět dechové zkoušky s použitím obdobných a standardizovaných přístrojů pro dechovou zkoušku.	(I) Evr. inst. (II) ČS/region
V.4.V celé Evropě by měly být zavedeny společné sankce s jasným a rychlým postihem, přičemž sankce budou odstupňované minimálně podle hladiny alkoholu v krvi.	(I) Evr. inst. (II) ČS/region
V.5.V celé Evropě by měly být zavedeny programy vzdělávání, nápravy a potrestání řidičů, spojené se sankcemi a založené na dohodnuté evidenci, směrnicích a protokolech.	(I) Evr. inst. (II) ČS/region
V.6.Činnosti pro omezení řízení v opilosti by měly být podpořeny celoevropskou kampaní.	(I) Evr. inst.
V.7.Před financováním a implementováním nových kampaní by měly být vyhodnoceny stávající kampaně zacílené na řidiče z hlediska účinku na omezení nehod a úmrtí v důsledku pití za volantem a před jízdou.	(I) Evr. inst. (II) ČS/region
V.8.Pro snížení rizika pití za volantem by mělo být implementováno efektivní a přiměřené školení v oblasti pohostinství a podávání alkoholu.	(III) Org. sam.
V.9.Pro omezení pití za volantem by měly být implementovány komplexní celospolečenské vzdělávací a mobilizační programy, včetně iniciativ v rámci územního plánování a veřejné dopravy.	(III) Org. sam.

VI. Podpora vzdělávání, komunikace, výchovy a informovanosti veřejnosti

Doporučení v této oblasti	Kdo zodpovídá
VI.1. Vzdělávací programy by neměly být implementovány bez ohledu na politiku omezování spotřeby alkoholu, nebo výhradně pro omezení škod způsobených alkoholem, ale spíše jako opatření pro posílení informovanosti o problémech způsobených alkoholem a pro přípravu prostředí vhodného pro konkrétní zásahy a změny politiky.	(II) ČS/region (III) Org. sam.
VI.2. Měly by být poskytnuty prostředky na financování vyhodnocení záměru a účinku individuálních programů, které reálně slibují úspěch.	(II) ČS/region (III) Org. sam.
VI.3. Měly by být implementovány všestranné vzdělávací programy, probíhající již od raného dětství, které by informovaly o následcích konzumace alkoholu pro zdraví, rodinu a společnost a o účinných opatřeních, která lze učinit, aby se eliminovaly nebo minimalizovaly škody.	(II) ČS/region (III) Org. sam.
VI.4. Programy vzdělávacího typu převzaté z jiné země nebo kultury by měly být před jejich širokou implementací nejprve vyhodnoceny v nových podmínkách.	(II) ČS/region (III) Org. sam.
VI.5. Pro informování a zvýšení vědomostí občanů o implementaci politických iniciativ by měly být použity mediální kampaně.	(I) Evr. inst. (II) ČS/region (III) Org. sam.

VII. Spotřebitelské značení

Doporučení v této oblasti	Kdo zodpovídá
VII.1. Obaly alkoholických nápojů by měly být opatřeny varováním zdravotnických orgánů, popisujícím škodlivé účinky alkoholu při řízení nebo obsluhování přístrojů a během těhotenství, nebo jiná příslušná sdělení.	(I) Evr. inst. (II) ČS/region
VII.2. Obaly alkoholických nápojů a etikety na nich umístěné by neměly alkoholický nápoj propagovat jakýmkoli způsobem, který by mohl vytvářet chybný dojem o jeho vlastnostech nebo zdravotních účincích, nebo který by přímo, popřípadě nepřímo působil na nezletilé osoby.	(I) Evr. inst. (II) ČS/region

VIII. Politiky regulující trh s alkoholem

Doporučení v oblasti daní, přeshraničních nákupů a pašování alkoholu	Kdo zodpovídá
VIII.1. V souladu s inflací by měly být zvyšovány minimální daňové sazby u všech alkoholických nápojů; u všech nápojů, které obsahují alkohol, by měly být minimálně úměrné obsahu	(I) Evr. inst. (II) ČS/region

alkoholu a pokrývat nejméně externí náklady na alkohol, stanovené dohodnutou a standardizovanou metodologií.	
VIII.2. Členské státy by si měly zachovávat flexibilitu v používání daní pro řešení specifických problémů, které mohou vyvstat v souvislosti s konkrétními alkoholickými nápoji, jako např. v případech, kdy je prokázáno, že působí na mladistvé osoby.	(II) ČS/region
VIII.3. Alkoholické nápoje by měly být označeny svým původem a pohybem v rámci obchodování, aby se tak umožnilo vypracování odhadů ceny alkoholu pašovaného do EU a v jeho rámci.	(I) Evr. inst. (II) ČS/region
VIII.4. Členské státy by si měly zachovávat flexibilitu v omezování individuálních přeshraničních nákupů alkoholu tak, aby neoslabil účinek svých stávajících daňových politik.	(I) Evr. inst. (II) ČS/region

Doporučení v oblasti minimální věkové hranici pro nákup a dostupnost alkoholu	Kdo zodpovídá
VIII.5. V celé Evropě by měl být zaveden minimální systém licencí pro prodej alkoholických nápojů, respektující stávající systém licencí, pokud je přísnější.	(I) Evr. inst. (II) ČS/region (III) Org. sam.
VIII.6. Měl by být uzákoněn a vynucován zákaz prodeje alkoholických nápojů osobám mladším věku stanoveného vnitrostátními zákony nebo národními zákony, nebo osobám ve věku do 18 let, a to podle kritéria, které je přísnější.	(II) ČS/region
VIII.7. Státy a regiony regulující prodejny alkoholu z hlediska jejich počtu a hustoty rozmístění, místa a prodejní doby a dní prodeje by neměly uvažovat o zmírnění těchto předpisů; státy nebo regiony, které tuto oblast neregulují, nebo ji regulují jen omezeně, by měly analyzovat dopad zavedení, eventuálně zpřísnění této regulace.	(II) ČS/region (III) Org. sam.
VIII.8. Aby se zajistilo dodržování příslušných opatření, měla by být implementována škála odstupňovaných sankcí pro prodejce a distributory, jako např. odebrání licence nebo dočasné, případně stálé uzavření provozovny.	(III) Org. sam.

Doporučení v oblasti reklamy	Kdo zodpovídá
VIII.9. V celé Evropě by měly být aplikovány jednotné podmínky komerční reklamy, založené na stávajících předpisech členských států, s postupným dlouhodobým vývojem směřujícím k zákazu inzercí v televizi a kinech, k zákazu sponzorství, omezení reklamních zpráv a povolení vyobrazení na ta, která se vztahují pouze ke kvalitě produktu.	(I) Evr. inst. (II) ČS/region
VIII.10. Měl by být posílen význam článku 15 Směrnice o televizi bez hranic v podmínkách jejího obsahu i rozsahu, a měla by být objednána analýza dodržování směrnice v rámci ČS.	(I) Evr. inst. (II) ČS/region

VIII.11. V případě implementace samoregulačních postupů zajišťovaných odvětvím výroby alkoholických nápojů, nebo marketingovým odvětvím by měly být tyto postupy monitorovány a vyhodnocovány orgánem na těchto odvětvích nezávislým.

(I) Evr. inst.
(II) ČS/region

IX. Omezení škod způsobených pitím a škod na okolním prostředí

Doporučení v této oblasti	Kdo zodpovídá
VIII.12. Územní plánování, veřejné strategie, regulace a omezování licencí, přepravní politiky a regulace spotřeby alkoholu a okolního prostředí by měly směřovat k minimalizaci negativních účinků konzumace alkoholu, zejména pro místní obyvatele.	(III) Org. sam.
VIII.13. Pro omezení škodlivých následků nadměrné konzumace alkoholu a škodlivého způsobu požívání alkoholu by mělo být implementováno efektivní a přiměřené školení v oblasti pohostinství a podávání alkoholu.	Odvětví alkoholických nápojů
VIII.14. Měly by být zavedeny přiměřený dozor a kontrola dodržování zákonů o prodeji alkoholu a poskytování licencí, se zvláštním zřetelem na prostory, kde je úroveň škod vyšší.	(III) Org. sam.
VIII.15. Pro vytvoření bezpečnějšího prostředí z hlediska konzumace alkoholu a pro snížení způsobených škod by měly být implementovány dobře zajišťované projekty mobilizace společnosti a společenských zásahů, zahrnující různé sektory a partnery.	(III) Org. sam.

X. Doporučení v oblasti rizikového a škodlivého pití alkoholu a závislosti na alkoholu

Pokyny a doporučení	Kdo zodpovídá
X.1. Měly by být vypracovány integrované směrnice založené na vědeckých důkazech, který by byly určeny pro poradenství v oblasti rizikového a škodlivého pití alkoholu, přičemž je nutné přihlížet k možnosti jejich uplatnění v různých podmínkách, aby se postupně harmonizovala kvalita a dostupnost péče.	(II) ČS/region (III) Org. sam.
X.2. Měly by být vypracovány vzdělávací a podpůrné programy pro poskytování stručného doporučení v oblasti rizikového a škodlivého pití alkoholu, které by byly implementovány v různých podmínkách s cílem postupně sladit schopnosti poskytovatelů primární péče.	(II) ČS/region (III) Org. sam.
X.3. Měly by být zpřístupněny zdroje pro zajištění široké dostupnosti a přístupnosti identifikačních a poradenských programů v oblasti rizikového a škodlivého pití alkoholu a alkoholové závislosti.	(II) ČS/region (III) Org. sam.

