
ALKOHOL W EUROPIE
PERSPEKTYWA ZDROWIA PUBLICZNEGO

RAPORT DLA KOMISJI EUROPEJSKIEJ. PODSUMOWANIE

Peter Anderson en Ben Baumberg

Institute of Alcohol Studies,

Tłumaczenie z angielskiego Jacek Moskalewicz

Wprowadzenie

Przygotowując strategię wobec alkoholu, która ma objąć pełen zakres działań na poziomie Unii Europejskiej (UE), Komisja Europejska zleciła analizę wpływu, jaki ma alkohol na zdrowie oraz życie społeczne i gospodarcze w Europie. Przygotowany raport stanowi syntezę dotychczasowych prac przeglądowych, meta-analiz i pojedynczych artykułów jak również danych dostarczonych bezpośrednio przez Komisję Europejską i Światową Organizację Zdrowia. Raport postrzega politykę wobec alkoholu jako politykę, która „poprzez swój wpływ na determinanty zdrowia działa w interesie zdrowia publicznego i społecznego dobrostanu”. Polityka wobec alkoholu jest integralną częścią polityki zdrowia publicznego, która może być określona jako proces „mobilizowania zasobów lokalnych, krajowych i międzynarodowych dla stwarzania warunków, w których ludzie mogą żyć w zdrowiu”. Cały raport operuje standardową terminologią Światowej Organizacji Zdrowia – wyspecjalizowanej agencji Organizacji Narodów Zjednoczonych.

Alkohol w Europie

Alkohol wyrabia się w Europie od tysięcy lat, zwykle z surowców dostępnych lokalnie. Napoje alkoholowe wykorzystywano w medycynie aż do początków XX wieku, do zarania nowoczesnej medycyny. Legislacja alkoholowa służyła przede wszystkim zapewnieniu porządku publicznego oraz regulacji rynku a nie interesom zdrowia publicznego. Ten obraz uległ zmianie pod wpływem takich procesów jak industrializacja, rozwój komunikacji a także odkrycia mocniejszych napojów destylowanych. Ruchy trzeźwościowe, które objęły większość naszego kontynentu w wieku XIX i na początku XX stulecia, kierowały się przede wszystkim przeciwko napojom spirytusowym, aby dopiero później poszerzyć swoje pole działania na inne napoje alkoholowe. W końcu XX wieku, ruchy trzeźwościowe straciły na znaczeniu w większości, choć nie we wszystkich krajach Europy.

Koncepcja alkoholizmu jako choroby zrodziła się również w XIX wieku, kiedy to wielu krajach Europy powstawały azyle lub domy leczenia „alkoholików”. W ostatnich jednak dekadach, nowy paradygmat zdrowia publicznego dominuje w dyskusji nad problemami, jakie rodzi konsumpcja alkoholu poszerzając jej ramy i odchodząc od koncentracji na wąskiej

grupie „alkoholików”. W dzisiejszej Europie alkohol ma wiele różnorodnych znaczeń i zastosowań; od wspólnego, rodzinnego posiłku do rytuałów inicjacyjnych (*rite de passage*). Picie często podkreśla formalny charakter wydarzenia lub oddziela czas pracy i wypoczynku. Nietrzeźwość ma również znaczenie symboliczne a jej zakres i charakterystyki różnią się znacznie w Europie.

Alkohol a gospodarka Europy

Europa ma kluczowe znaczenie dla globalnego rynku alkoholu. Z Europy pochodzi jedna czwarta jego produkcji i ponad połowa produkcji wina. Handel zagraniczny jest jeszcze bardziej skoncentrowany; 70% globalnego eksportu i tylko niewiele poniżej połowy światowego importu obejmuje kraje Unii Europejskiej (UE). Chociaż większość tego obrotu odbywa się między krajami UE, to wkład alkoholu do dodatniego bilansu handlowego UE wynosi 9 mld. € rocznie.

Trudno oszacować wartość przemytu w UE, chociaż Europejska Wysoka Grupa ds. Przestępczości Gospodarczej oceniała straty związane z nielegalnym obrotem alkoholem na 1,5 mld. € w 1996 roku. Zróżnicowane ceny odgrywają rolę w legalnych ponadgranicznych zakupach alkoholu, w ramach których podróżni przywożą ze sobą napoje alkoholowe z tańszych krajów. Wg badań z niektórych krajów, co najmniej jeden na sześciu turystów wraca z podróży z alkoholem, przywożąc ze sobą przeciętnie 2 litry czystego alkoholu.

W wielu krajach alkohol odgrywa istotną rolę w gospodarce. W 2001 roku w UE15¹ wpływy z podatku akcyzowego sięgały 25 mld. €, nie licząc podatków od sprzedaży i innych podatków w obrocie handlowym, chociaż 1,5 mld. € wraca do systemu w ramach Wspólnej Polityki Rolnej. W związku z relatywną nieelastycznością popytu na alkohol, wysokość podatków jest lepszym predyktorem wpływów budżetowych niż poziom konsumpcji.

Alkohol tworzy miejsca pracy, w tym trzy czwarte miliona w produkcji (głównie wina) a także w systemie jego dystrybucji (sklepy, zakłady gastronomiczne). Jednakże wielkość systemu dystrybucji alkoholu nie zawsze określa jego znaczenie gospodarcze. Trendy w konsumpcji alkoholu nie korelują z wielkością zatrudnienia w restauracjach, barach i hotelach, co sugeruje słaby wpływ zmian w konsumpcji na poziom zatrudnienia. Zmniejszenie wydatków na napoje alkoholowe może przynieść przesunięcie popytu na inne obszary, czego ekonomiczne konsekwencje zależą będą od charakteru tych nowych towarów i usług. Istnieje potrzeba rozwoju badań nad tym zagadnieniem. Jednak według

¹ Austria, Belgia, Dania, Francja, Finlandia, Grecja, Hiszpania, Holandia, Irlandia, Luksemburg, Niemcy, Portugalia, Szwecja, Wielka Brytania i Włochy.

dzisiejszego stanu wiedzy, spadek konsumpcji alkoholu nie musi prowadzić koniecznie do utraty miejsc pracy w całej gospodarce.

Na podstawie przeglądu istniejących badań, można szacować, że wymierne koszty, jakie poniosła UE w 2003 roku, w związku z konsumpcją alkoholu wyniosły 125 mld. € (79-220 mld.), co stanowi ekwiwalent 1,3% PKB (tyle mniej więcej co ostatnio oszacowane koszty palenia tytoniu). Niewymierne koszty obrazują wartość bólu, cierpienia i utraty życia, które wiążą się ze szkodami w zakresie przestępczości, życia społecznego i zdrowia, których przyczyną jest alkohol. W roku 2003 ich wysokość szacowano na 270 mld. €, w przedziale od 150 do 760 mld. Mimo iż te estymacje obejmują wiele obszarów, w których alkohol ma wpływ na życie człowieka, to ciągle jest jeszcze wiele innych obszarów, które nie weszły do estymacji kosztów ze względu na brak odpowiednich danych. Z drugiej strony, estymacje kosztów biorąc pod uwagę pozytywny wpływ alkoholu na zdrowie nie uwzględniają innych korzyści społecznych z powodu braku odpowiednich badań.

Konsumpcja alkoholu w Europie

UE jest najbardziej rozpitym regionem świata, mimo iż obecne spożycie 11 litrów czystego alkoholu na dorosłego mieszkańca jest o cztery litry niższe w porównaniu z połową lat siedemdziesiątych. Ostatnie 40 lat przyniosło też harmonizację poziomów konsumpcji w UE15, gdzie wzrostowi spożycia w Europie Środkowej i Północnej w latach 1960-1980 towarzyszył spadek w Europie Południowej. Średnia konsumpcja w EU10² jest również bardziej niż kiedykolwiek bliska konsumpcji w UE15, chociaż w krajach UE10 istnieje tu bardzo duże zróżnicowanie. Większość Europejczyków pije alkohol, chociaż 55 milionów dorosłych to abstynenci (15%). Biorąc pod uwagę konsumpcje nierejestrowaną, spożycie na jednego pijącego osiąga 15 litrów rocznie.

Nieco poniżej połowy konsumpcji przypada na piwo (44%), jedna trzecia na wino (34%) i prawie jedna czwarta na napoje spirytusowe (23%). W UE15 kraje położone na północy i w środku kontynentu piją głównie piwo, podczas gdy Europa południowa pije głównie wino (z wyjątkiem być może Hiszpanii). Widoczna harmonizacja w tym zakresie jest widoczna dopiero od 40 lat. Konsumpcja alkoholu podczas kolacji obejmuje 40% okazji picia w EU15, jednak w południowej Europie pije się jeszcze dość często podczas lunchu. Mimo iż zasięg codziennego picia jest ciągle większy na południu Europy, to częsta konsumpcja jest coraz bardziej charakterystyczna dla krajów leżących w środku kontynentu. Także tutaj obserwuje się postępującą harmonizację wśród krajów UE15.

Rozpowszechnienie nietrzeźwości jest w Europie zróżnicowane. Przyznających się do upicia przynajmniej raz na miesiąc jest nieco mniej,

² Cypr, Czechy, Estonia, Litwa, Łotwa, Malta, Polska, Słowacja, Słowenia i Węgry.

niż w innych regionach, wśród mieszkańców południowej Europy. Ta zależność ulega osłabieniu, jeśli za miarę nietrzeźwości uzna się tzw. „picie do upicia” (binge drinking), które definiujemy poprzez ilość alkoholu wypitego przy jednej okazji. Spora rozbieżność między tymi dwoma wskaźnikami nietrzeźwości sugeruje systematyczne zróżnicowanie gotowości do przyznania się do upicia lub na duże zróżnicowanie w czasie trwania „jednej okazji”. Badania nad „picciem do upicia” uchwyciły wyjątki od reguły w rozpowszechnieniu nietrzeźwości, szczególnie w odniesieniu do Szwecji, która ma najniższe w Europie wskaźniki „picia do upicia”. Podsumowując, w UE15 dorośli przyznają się do upicia przeciętnie 5 razy do roku, podczas gdy średnia liczba okazji, w których rejestruje się „picie dla upicia” (co najmniej 5 drinków) wynosi 17 razy. Oznacza to, że 40 mln. obywateli UE pije, wg własnej oceny, zbyt wiele raz na miesiąc a 100 mln. (jeden na trzech) wypija ilość alkoholu wskazującą na „picie do upicia” przynajmniej raz na miesiąc. Dane z UE10 są mniej dostępne. Te którymi dysponujemy wskazują na to, że w miejsce wina pije się tam napoje spirytusowe, częstotliwość picia jest mniejsza a za to częstotliwość „picia do upicia” – większa w porównaniu z UE15.

Chociaż 266 milionów dorosłych Europejczyków pije średnio nie więcej niż 20 gramów (kobiety) i 40 gramów etanolu (mężczyźni) dziennie to ponad 58 milionów (15%) pije powyżej tego poziomu. Spośród tych ostatnich 20 milionów (6%) pije średnio dziennie powyżej 40 gramów (kobiety) i 60 gramów (mężczyźni). Patrząc na uzależnienie bardziej niż na ilość spożywanego alkoholu można szacować, że 23 miliony Europejczyków (5% mężczyzn i 1% kobiet) jest uzależnionych od alkoholu.

We wszystkich badanych kiedykolwiek kulturach mężczyźni piją częściej i więcej niż kobiety. Różnica ta jest jeszcze większa przy picciu prowadzącym do zachowań ryzykownych. Mimo iż wiele kobiet rzuca picie podczas ciąży to znacząca ich liczba (25%-50%) pije nadal, z czego niektórych poziom konsumpcji jest wyraźnie szkodliwy. Spożycie alkoholu zależy od statusu społeczno-ekonomicznego. Wśród osób o niskim statusie jest więcej abstynentów. Z drugiej strony, niezależnie od złożoności całego obrazu (i przeciwstawnych trendów dla kobiet i mężczyzn) prawdopodobieństwo upicia i uzależnienia jest również większe dla osób o niższym statusie społeczno-ekonomicznym.

Blisko 90% 15-16 letnich uczniów piło alkohol przynajmniej raz w życiu. Przeciętnie rzecz biorąc inicjacja alkoholowa następuje w wieku 12,5 lat a pierwsze upicie w wieku 14 lat. Przeciętna konsumpcja 15-16-latków przekracza 60 gramów alkoholu a w południowej Europie zbliża się do 40 gramów. Ponad 1 na 8 (13%) 15-16-latków przyznaje się do upicia więcej niż 20 razy w życiu a 1 na 6 (18%) piło dla upicia (5+ drinków) przynajmniej 3 razy w ciągu ostatniego miesiąca. Chociaż w dwóch krajach po raz pierwszy w 2003 roku stwierdzono wg niektórych miar więcej nietrzeźwości wśród dziewcząt to na ogół chłopcy piją więcej i upijają się częściej niż dziewczęta a różnica między obu płciami maleje

nieznacznie. W latach 1995/99-2003 w większości krajów obserwowano wzrost rozpowszechnienia picia dla upicia wśród chłopców a w prawie wszystkich krajach wśród dziewcząt (dane te potwierdzają nie tylko badania ESPAD³ ale także kilka inne badania przeprowadzone innymi metodami). Generalnie obserwowano wzrost rozpowszechnienia nietrzeźwości i picia dla upicia wśród młodzieży w latach 1995-99 i mniej jednoznaczne trendy w latach 1999-2003.

Wpływ alkoholu na zdrowie człowieka

Mimo iż picie alkoholu daje dużo przyjemnych odczuć to alkohol zwiększa ryzyko wielu szkód społecznych w sposób zależny od poziomu spożycia tzn. im większa konsumpcja tym wyższe ryzyko szkód. Szkody wywołane przez czyjeś picie mieszczą się w szerokim zakresie od zakłóceń porządku publicznego takich jak zerwanie ze snu przez hałaśliwego pijaka, poprzez bardziej poważne konsekwencje: problemy małżeńskie, molestowanie dzieci, przestępczość, agresja czy morderstwo. Ogólnie rzecz biorąc wyższy poziom spożycia pociąga za sobą poważniejsze przestępstwa i urazy. Poziom konsumpcji, częstotliwość picia i częstotliwość oraz ilość napadowego picia alkoholu niezależnie od siebie zwiększają ryzyko przemocy, przy czym niekiedy picie napadowe może zakłócać zależność między poziomem konsumpcji i szkodami.

Alkohol jest narkotykiem powodującym uzależnienie. Niezależnie od tego jest przyczyną 60 różnego typu chorób, w tym urazów, zaburzeń psychicznych, chorób przewodu pokarmowego, nowotworów, chorób układu sercowo-naczyniowego, zaburzeń odporności, chorób płuc, chorób układu kostnego i mięśniowego, zaburzenia zdrowia reprodukcyjnego, szkody prenatalne, nie wyłączając ryzyka zgonu niemowląt i niskiej wagi urodzeniowej. Dla większości chorób i zaburzeń działanie alkoholu jest proporcjonalne do wielkości przyjętej dawki. Wiele schorzeń, takich jak kardiomiopatia, zespół ostrego zaburzenia oddychania oraz uszkodzenia mięśni (miopatia) pojawia się w wyniku długotrwałej, wysokiej konsumpcji alkoholu. Jednak nawet w takich przypadkach ryzyko wystąpienia i natężenie szkód pozostaje w proporcji do wielkości spożycia. Częstotliwość i poziom napadowego picia znacznie zwiększają ryzyko urazów i niektórych chorób układu krążenia (choroba wieńcowa serca oraz udary).

Małe dawki alkoholu ograniczają ryzyko chorób serca. Jednak dalszej dyskusji wymagają zarówno wielkość tego spadku ryzyka jak i poziom konsumpcji, przy którym spadek jest największy. Lepsze jakościowo badania, biorące pod uwagę wpływ innych czynników, wskazują na to, że spadek ryzyka pojawia się przy niższych poziomach konsumpcji. Większość ograniczenia ryzyka można osiągnąć przy konsumpcji 10 gramów alkoholu co drugi dzień. Powyżej 20 gramów alkoholu dziennie – poziom konsumpcji przy którym ryzyko jest najmniejsze - ryzyko choroby

³ European School Survey on Alcohol and Drugs

wieńcowej serca rośnie. Spadek ryzyka u osób w bardzo podeszłym wieku jest mniejszy. Ryzyko ulega zmianie pod wpływem alkoholu a nie jakiegoś szczególnego typu napoju. Są doniesienia, choć nie potwierdzone we wszystkich badaniach, że alkohol może zmniejszać ryzyko otępienia naczynio-pochodnego, kamicy żółciowej i cukrzycy.

Ryzyko zgonu z powodu alkoholu jest wypadkową ryzyka chorób i urazów, które alkohol zwiększa i ryzyka chorób serca, które – w starszych grupach wieku – alkohol w małych dawkach zmniejsza. Ta wypadkowa wskazuje na to, że – przynajmniej w Wielkiej Brytanii – poziom konsumpcji, przy którym ryzyko konsumpcji jest najmniejsze wynosi zero lub blisko zero dla kobiet poniżej 65 roku życia i mniej niż 5 gramów alkoholu dziennie dla kobiet w wieku 65 lat i więcej. Dla mężczyzn, poziom konsumpcji o najmniejszym ryzyku wynosi zero poniżej 35 roku życia, około 5 gramów dziennie w średnim wieku i poniżej 10 gramów dziennie w wieku 65 lat i więcej (i prawdopodobnie powracając do zera w bardzo podeszłym wieku).

Ograniczenie lub rzucenie picia wpływa na poprawę stanu zdrowia pijących duże ilości alkoholu. Nawet w przypadku chronicznych chorób takich jak marskość wątroby i depresja ograniczenie lub rzucenie picia przynosi szybką poprawę.

Wpływ alkoholu na Europę

Alkohol stanowi poważne obciążenie w wielu dziedzinach życia. Obejmuje szkody zdrowotne i społeczne. Siedem milionów dorosłych przyznaje się, że w ciągu ostatniego roku uczestniczyła w bójkach przy okazji picia alkoholu. Koszty gospodarcze przestępczości związanej z alkoholem szacowano w roku 2003 (na podstawie niewielkiej liczbie badań z kilku krajów) na 33 mld. €. Te koszty dzielą się na wydatki policji, sądy i więziennictwo (15 mld.), koszty prewencji przestępczości oraz administracji firm ubezpieczeniowych (12 mld. €), wartość utraconego mienia (6 mld. €). Szkody w mieniu w związku z piciem szacuje się na 10 mld. Niewymierne koszty zdrowotne i psychologiczne przestępczości mieszczą się w przedziale 9 – 37 mld. €.

Ocenia się, że 23 miliony Europejczyków jest uzależnionych od alkoholu. Niewymierne koszty związane z bólem i cierpieniem rodzin można szacować na poziomie 68 mld. €. Oszacowanie strat w odniesieniu do pracy są trudniejsze. Jednak 5% pracujących mężczyzn i 2% pracujących kobiet w UE15 przyznaje, że alkohol ma negatywny wpływ na ich pracę lub naukę. Na podstawie badań prowadzonych w kilku krajach można szacować straty z tytułu absencji chorobowej w przedziale 9-19 mld. € a z tytułu wypadnięcia z rynku pracy w przedziale 6-23 mld. €.

Alkohol jest przyczyną około 195 tysięcy zgonów rocznie w Europie. Równocześnie jednak szacuje się, że alkohol opóźnia około 160 tysięcy zgonów osób w podeszłym wieku, dzięki profilaktycznemu działaniu

alkoholu na serce głównie u kobiet po 70 roku życia (ze względu na metodologiczne problemy oszacowanie to wydaje się zawyżone). Bardziej odpowiednie oszacowanie daje w wyniku netto 115 tys. zgonów spowodowanych przez alkohol u ludzi w wieku do 70 lat czyli w przedziale wieku, w którym profilaktyczne działanie na zdrowie nie odgrywa dużej roli. Te oszacowania wymagają przyjęcia założenia zerowego poziomu konsumpcji. Przyjmując założenie niskiego poziomu konsumpcji, otrzymalibyśmy z pewnością znacznie bardziej negatywny bilans zgonów. W kategoriach DALY⁴ (utraconych lat życia powiększonych o lata życia w niesprawności) alkohol jest odpowiedzialny za 12% przedwczesnych zgonów i niesprawności wśród mężczyzn i 2% wśród kobiet, z uwzględnieniem korzyści zdrowotnych. W ten sposób alkohol staje się trzecim powodem zgonów i niesprawności w Europie, przed otyłością a po papierosach i wysokim ciśnieniu.

Wpływ na zdrowie obejmuje szeroki przedział chorób i urazów, w tym 17 tys. zgonów rocznie w wypadkach samochodowych (1 na 3 wszystkich wypadków śmiertelnych), 27 tys. zgonów w wypadkach, 2000 zabójstw (4 na 10 wszystkich zabójstw i morderstw), 10 tys. samobójstw (1 na 6), 45 tys. zgonów na marskość wątroby, 50 tys. zgonów na nowotwory, z czego 11 tys. to zgony z powodu nowotworu piersi, 17 tys. zgonów na zaburzenia neuro-psychiczne jak również 200 tys. przypadków depresji (które prowadzą do utraty 2,5 mln. DALY's - utraconych lat życia powiększonych o lata życia w niesprawności)). Koszt leczenia szacuje się na 17 mld.. €, z czego 5 mld. przypada na leczenie odwykowe i profilaktykę. Oceny kosztów utraconych lat życia dokonać można w kategoriach utraconej produktywności (36 mld.. € po wyłączeniu korzyści zdrowotnych) lub w kategoriach niewymiernej wartości życia (145-712 mld.. € po wyłączeniu korzyści zdrowotnych).

Udział młodych ludzi w tych kosztach jest nieproporcjonalnie duży, jeśli się weźmie pod uwagę, że 10% umieralności młodych kobiet i 25% umieralności młodych mężczyzn ma związek z alkoholem. Niewiele wiadomo na temat rozmiarów szkód społecznych ponoszonych przez młodych, chociaż 6 procent 15-16-latków w UE potwierdza, że alkohol miał swój udział w podjęciu stosunków seksualnych bez zabezpieczenia.

Alkohol odgrywa dużą rolę w zróżnicowaniu w umieralności między różnymi krajami Europy. Różnica surowych współczynników zgonów między UE 15 a UE10, którą można przypisać działaniu alkoholu wynosi 90 zgonów mężczyzn i 60 zgonów kobiet na 100 tys. ludności. Nierówności w zdrowiu w poszczególnych krajach mają też, w dużej mierze, związek z alkoholem, chociaż główna przyczyna może być inna w różnych krajach (np. marskość we Francji czy zgony związane z agresją w Finlandii). Gorszy stan zdrowia w uboższych regionach okazuje się też związany z alkoholem. Wyniki badań sugerują, że umieralność związaną bezpośrednio

⁴ Disability Adjusted Life Years

z alkoholem jest wyjaśniana bardziej przez fakt zamieszkania w uboższych obszarach niż przez indywidualne czynniki ryzyka.

Konsekwencje picia dotyczą nie tylko samych pijących. Rocznie alkohol prowadzi do 60 tys. urodzeń z niedowagą, i ma swój udział w 16% przypadków wykorzystywania i zaniedbywania dzieci. 5-9 mln. dzieci żyje w rodzinach z problemem alkoholowym. Picie innych ma swoje negatywne konsekwencje dla postronnych dorosłych, np. 10 tys. zgonów w wypadkach drogowych, z wyłączeniem zgonów nietrzeźwych kierowców czy też znaczny odsetek trzeźwych ofiar przestępstw popełnionych przez nietrzeźwych. Część ekonomicznych kosztów alkoholu „finansowana” jest również przez inne osoby i instytucje, z czego znaczna część kosztów przestępstw (33 mld.. €), opieki zdrowotnej (17 mld.. €), i koszty absencji (9-19 mld.. €).

Naturalne eksperymenty i analizy serii czasowych pokazują, że waga problemów zdrowotnych zależy od zmian w konsumpcji. Zmiany w konsumpcji odzwierciedlają przede wszystkim zmiany w spożyciu pijących najczęściej (jako że na 10% najczęściej pijących przypada od 1/3 do 1/2 całkowitego spożycia alkoholu) ale także ilustrują obserwowaną od wielu lat tendencję, że zmiany w spożyciu mają charakter kolektywny, społeczny. Zmiana spożycia o jeden litr per capita pociąga za sobą największe zmiany w krajach o względnie niskiej konsumpcji (w krajach północnej Europy) ale również na południu kontynentu ma istotne znaczenie dla zgonów z powodu marskości wątroby, zabójstw (tylko mężczyźni), wypadków (tylko mężczyźni) i ogólnej umieralności (tylko mężczyźni). Chociaż można mówić, że ta większa „wrażliwość” na zmiany w konsumpcji w północnej Europie wiąże się z dominującym tam „wybuchowym” wzorem picia to musi to mieć również związek z faktem, że zmiana o jeden litr jest proporcjonalnie większa w krajach o niskiej konsumpcji niż w krajach, gdzie konsumpcja jest wysoka. Ogólnie rzecz biorąc, szacuje się, że spadek konsumpcji o jeden litr per capita zmniejsza umieralność mężczyzn o 1% w południowej Europie 3% w Europie północnej.

Ewaluacja polityki wobec alkoholu

Skuteczna polityka ograniczania nietrzeźwości w ruchu drogowym powinna obejmować możliwości losowego badania trzeźwości, obniżony dopuszczalny poziom alkoholu we krwi (PAK), możliwości zawieszenia prawa jazdy, i niższy poziom PAK dla młodych kierowców. Tylko nieliczne badania potwierdzają skuteczności takich programów jak „wyznaczony kierowca”⁵ czy „bezpieczne prowadzenie pojazdu”. Zabezpieczenia zapłonu uniemożliwiające uruchomienie silnika nietrzeźwym mają ograniczoną efektywność i tylko wtedy kiedy są na stałe zamocowane w pojeździe. Z

⁵ programy „wyznaczonego kierowcy” mają ograniczać nietrzeźwość w ruchu drogowym, poprzez zachęcanie do wyznaczenia trzeźwego kierowcy w grupie osób wyjeżdżających na imprezę, na której pije się alkohol

symulacji WHO wynika, że strategie losowego badania trzeźwości kierowców, w porównaniu z brakiem badań trzeźwości w ogóle, pozwoliłyby uniknąć w UE 111 tys. lat utraconych w związku z niepełną sprawnością lub przedwczesnym zgonem. Koszt losowego badania kierowców na taką skalę wyniósłby 233 mln. € rocznie.

Strategie opierające się na edukacji, komunikacji, szkoleniu i podnoszeniu uwagi opinii publicznej mają niewielki wpływ. Edukacja szkolna może objąć swoim zasięgiem znaczną część grupy docelowej, ze względu na łatwość dotarcia do niej w szkołach. Jednak wpływ tej edukacji na całą populację jest mały z uwagi brak lub niewielką jej skuteczność. Mimo to, są już empiryczne podstawy do sformułowania rekomendacji co do poprawy edukacji szkolnej w zakresie alkoholu. Warto też podkreślić, że środki masowej komunikacji mają do odegrania szczególną rolę w podnoszeniu wrażliwości opinii publicznej na problemy, jakie rodzi picie i mogą przygotować grunt dla właściwych interwencji.

Istnieją mocne dowody na to, że polityka regulacji rynku alkoholowego ma duży wpływ na zasięg szkód związanych z piciem. Podatki od alkoholu są szczególnie ważne w odniesieniu do młodych ludzi i do szkód, jakie pociąga za sobą konsumpcja alkoholu. Podniesienie podatku akcyzowego o 10% w krajach UE15 zapobiegłoby ponad 9000 zgonów przynosząc równocześnie 13 mld. € więcej wpływów budżetowych. Badania pokazują, że przedłużenie godzin sprzedaży alkoholu prowadzi do wzrostu przemocy. Modele wypracowane przez WHO szacują, że ograniczenie dostępności alkoholu o 24 godziny tygodniowo pozwoliłoby uniknąć straty 123 tysięcy lat związanych z przedwczesnymi zgonami lub niesprawnością. Wprowadzenie i implementacja takich ograniczeń kosztowałaby 98 mln. € rocznie.

Ograniczenia nałożone na ilość i treść informacji handlowej mogą ograniczyć szkody związane z piciem. Reklamy mają szczególny wpływ na młodych ludzi, promując postawy pozytywne wobec picia i alkoholu. Niewiele wskazuje na to, że samoorganizacje przyjęte w tym zakresie przez przemysł są skuteczne. Modele wypracowane przez WHO szacują, że całkowity zakaz reklamy w krajach UE pozwoliłby uniknąć straty 202 tysięcy lat związanych z przedwczesnymi zgonami lub niesprawnością. Wprowadzenie i implementacja takich ograniczeń kosztowałaby 95 mln. € rocznie.

Mamy coraz więcej dowodów na to, że strategie skierowane na kontekst picia dają rezultaty. Strategie te znajdują przede wszystkim zastosowanie w barach i restauracjach, i zależą od adekwatnego ich egzekwowania. Podwyższenie minimalnego wieku picia będzie miało niewielkie znaczenie, jeśli w tle nie będzie wisiąca groźba zabrania pozwolenia punktom sprzedaży uparczywie sprzedającym alkohol nieletnim. Strategie skierowane na kontekst picia są bardziej efektywne, jeśli stanowią element lokalnego programu profilaktycznego.

Coraz więcej badań potwierdza skuteczność krótkiej porady, szczególnie w podstawowej opiece zdrowotnej. Model WHO kosztów i korzyści systemu wprowadzenia krótkich porad w podstawowej opiece zdrowotnej, który dotarłby do 25% grupy ryzyka w krajach UE pozwoliłby uniknąć straty 408 tys. lat związanych z przedwczesnymi zgonami lub niesprawnością. Wprowadzenie i implementacja takich ograniczeń kosztowałaby 740 mln. € rocznie.

Koszt wdrożenia, opartego na modelach WHO, pakietu efektywnych strategii i programów Unii Europejskiej, obejmującego losowe badanie trzeźwości kierowców, podatki, ograniczenia dostępności, zakaz reklamy i krótkie porady, wyniósłby rocznie 1,3 mld. €. Suma ta stanowi około 1% wszystkich mierzalnych kosztów, które ponosimy w związku z alkoholem i mniej więcej 10% szacowanych wpływów budżetowych, jakie przyniosłby 10% wzrost cen napojów alkoholowych w Unii Europejskiej. Szacuje się, że taki pakiet pozwoliłby na uniknięcie straty 1,4 mln. lat związanych z przedwczesnymi zgonami lub niesprawnością.

Polityka alkoholowa w Europie i na świecie

Układ Ogólny w Sprawie Taryf i Ceł (GATT) i Układ Ogólny w Sprawie Handlu Usługami (GATS) stanowią dwa najdonioślejsze zobowiązanie międzynarodowe, które mają bezpośredni wpływ na politykę wobec alkoholu. Jak wykazują dotychczasowe doświadczenia, Światowa Organizacja Handlu (WTO) może uznać pierwszeństwo kwestii zdrowia nad handlem (np. zakaz importu azbestu), pod warunkiem poddania takiej polityki surowym testom.

Jednak w praktyce, znacznie większy wpływ na politykę alkoholową ma prawo handlowe Unii Europejskiej. Większość kontrowersji związanych z alkoholem wynika z zasady zakazującej państwom narodowym bezpośrednio i pośrednio dyskryminacji podatkowej produktów pochodzących z innych państw UE. Od zasady tej nie przewiduje się wyjątków uzasadnionych względami zdrowia, co ogranicza swobodę kształtowania polityki podatkowej w poszczególnych krajach. Z drugiej strony, coraz bardziej wpływowy Europejski Trybunał Sprawiedliwości (ECJ), jednomyślnie poparł zakaz reklamy w Katalonii i we Francji, uznając, że „jest niekwestionowanym faktem, że reklama ma zachęcać do konsumpcji”.

Długofalowym celem Unii Europejskiej jest standardowy podatek akcyzowy, w celu zmniejszenia zakłóceń rynku spowodowanych dużym zróżnicowaniem cen i dużym zakupami alkoholu w sąsiednich krajach. Prowadzi to do utraty wpływów budżetowych w krajach o wysokiej akcyzie oraz do silnej presji na obniżenie podatków, tak jak to miało miejsce w krajach nordyckich. Subsydia dla produkcji wina, w ramach Wspólnej

Polityki Rolnej, wynoszą 1,5 mld. € rocznie. Polityczna i gospodarcza waga tych subsydiów, a w szczególności, problem producentów wina, utrudniają postęp zgodny z interesami zdrowia publicznego.

Światowa Organizacja Zdrowia jest organizacją międzynarodową najbardziej aktywną w kwestiach polityki wobec alkoholu. Biuro Europejskie WHO podejmuje od lat inicjatywy zmierzające do ograniczenia szkód w 52 krajach członkowskich. Wśród tych inicjatyw wymienić trzeba Ramy Polityki wobec Alkoholu w Regionie Europejskim, Europejską Kartę w Sprawie Alkoholu oraz dwie ministerialne konferencje, które potwierdziły potrzebę rozwoju polityki wobec alkoholu (i szerzej polityki zdrowia publicznego) bez jakiegokolwiek wpływu interesów gospodarczych i komercyjnych.

Chociaż Unia Europejska nie może przyjąć praw ponadnarodowych w zakresie ochrony zdrowia (Kraje Członkowskie nie dały UE takiego mandatu), niektóre strategie związane z rynkiem mogą uwzględniać interesy zdrowia publicznego, tak jak na przykład odpowiedni paragraf w sprawie reklamy alkoholu w ramach Dyrektywy Telewizji bez Granic. W innych przypadkach, działania UE w kwestii alkoholu odwołują się do tzw „miękkich praw” obejmujących rezolucje i rekomendacje wzywające Kraje Członkowskie do podjęcia odpowiednich działań.

Polityka wobec alkoholu Krajów Członkowskich

Każdy kraj Unii Europejskiej (UE) ma szczególne przepisy prawne i strategie, które odróżniają, często ze względu na interesy zdrowia publicznego, alkohol od innych towarów, których obrót prowadzi się na jego terytorium. Niezależnie od wszechobecności strategii alkoholowych, prawie połowa krajów UE nie ma ani programu ani ciała koordynującego politykę wobec alkoholu. Nawet wśród tych krajów, które posiadają jakąś politykę, obejmuje ona często tylko jeden aspekt, przede wszystkim programy edukacyjne w szkołach. Wszystkie kraje mają też jakieś regulacje dotyczące alkoholu i ruchu drogowego; we wszystkich krajach, za wyjątkiem Irlandii, Luxemburga i Wielkiej Brytanii, legalny poziom alkoholu u kierowców nie przekracza, zgodnie z rekomendacją Komisji Europejskiej, 0,5 promila. Jednakże wielu kierowców uważa, że prawdopodobieństwo przyłapania na jeździe po alkoholu jest bardzo niewielkie a co trzeci z nich nie wierzy, że kiedykolwiek poddany zostanie testowi na trzeźwość (odsetek ten jest nieco mniejszy w krajach dopuszczających losowe badanie trzeźwości).

Sprzedaż alkoholu poddana jest w większości krajów ograniczeniom, w kilku przypadkach poprzez monopole detaliczne ale częściej przez system pozwoleń. Często pojawiają się również restrykcje co do lokalizacji miejsc sprzedaży alkoholu. Ponad jedna trzecia krajów (i niektóre regiony) ograniczają godziny sprzedaży ale tylko niewiele z nich nakłada

ograniczenia co do dni sprzedaży i gęstości sieci sprzedaży. Wszystkie kraje nie zezwalają na podawanie napojów alkoholowych w lokalach gastronomicznych młodzieży poniżej jakiejś granicy wieku ale cztery kraje nie mają żadnej polityki jeśli chodzi o sprzedaż alkoholu młodzieży w sklepach. Granica wieku sprzedaży napojów alkoholowych nie jest taka sama w różnych krajach; zwykle 18 lat w krajach północnej Europy i 16 lat w krajach Europy południowej.

Poziom kontroli nad marketingiem alkoholu jest zróżnicowany w zależności od typu działań marketingowych. Niezależnie od restrykcji dotyczących treści, reklama piwa w telewizji objęta jest różnymi ograniczeniami w ponad połowie krajów UE; w pięciu z nich obowiązuje całkowity zakaz reklamy piwa a w 14 zakaz reklamy napojów spirytusowych. Reklama drukowana, w tym na billboardach poddana jest słabszym restrykcjom; w jednej trzeciej z nich (głównie w UE10) nie obowiązują żadne ograniczenia. Najśłabsze są regulacje dotyczące sponsoringu wydarzeń sportowych; jakiegokolwiek ograniczenia w tym zakresie obowiązują tylko w siedmiu krajach.

Mimo znacznego zróżnicowania stawek, polityka podatkowa stanowi jeszcze jeden spójny rys krajów europejskich. To zróżnicowanie stawek jest szczególnie dobrze widoczne w przypadku wina, które nie jest opodatkowane w ogóle w prawie połowie krajów ale w kilku krajach stawka podatkowa przekracza 1000 € za hektolitr 100% alkoholu z uwzględnieniem parytetu siły nabywczej. Generalnie, najwyższe efektywne opodatkowanie alkoholu występuje w krajach Europy północnej a najniższe w Europie południowej i w niektórych krajach Europy wschodniej. W roku 2004 kilka krajów wprowadziło specjalne opodatkowanie alkopopów, co, jak się wydaje, zmniejszyło ich konsumpcję.

Sprowadzenie różnych wymiarów polityki wobec alkoholu do jednej skali od 0 do 20, pokazuje na wysokie zróżnicowanie stopnia jej restrykcyjności od 5,5 w Grecji do 17,7 w Norwegii, ze średnią dla całego EEA 10,8. Najmniej restrykcyjna polityka występuje w krajach południa Europy i w niektórych krajach Europy wschodniej a najbardziej restrykcyjna na północy Europy. Restrykcyjność nie zmienia się jednak płynnie z północy na południe, biorąc pod uwagę na przykład znaczną restrykcyjność polityki alkoholowej we Francji. Współczesny obraz polityki alkoholowej zmienił się bardzo w ciągu ostatnich 50 lat. Poziom restrykcyjności w różnych krajach jest coraz bardziej podobny, przede wszystkim ze względu na bardziej aktywną politykę wielu krajów, szczególnie w zakresie trzeźwości kierowców, gdzie wszystkie kraje wprowadziły już próg trzeźwości. Daleko bardziej podobne do siebie niż 45 lat temu są regulacje dotyczące marketingu, granice wieku, poniżej której zakup alkoholu jest zabroniony oraz struktury odpowiedzialne za politykę wobec alkoholu.

KONKLUZJE

Alkohol i gospodarka Europy

Konkluzja 1

UE jako całość uzyskuje w handlu zagranicznym alkoholem wynik netto 9 mld. €. Obroty w handlu zagranicznym nie są w zasadzie zagrożone polityką zmierzającą do ograniczenia, związanych z alkoholem, szkód.

Konkluzja 2

Dochody budżetowe z alkoholu w UE15 wynosiły w 2001 roku 25 mld. €. Wielkość tych wpływów zależy bardziej od wysokości stawek podatku akcyzowego niż od poziomu konsumpcji alkoholu.

Konkluzja 3

Zmniejszenie konsumpcji niekoniecznie prowadzi do utraty miejsc pracy w gospodarce jako całości a nawet w sektorach bezpośrednio związanych z alkoholem takich jak restauracje i bary.

Społeczne koszty związane z konsumpcją alkoholu

Konkluzja 4

Mierzalne koszty problemów alkoholowych w UE w 2003 roku szacowano na 125 mld. €, z czego 59 mld. € stanowiły koszty utraconej produktywności (absencja, bezrobocie i lata pracy utracone z powodu przedwczesnych zgonów).

Konkluzja 5

Niewymierne koszty społeczne (obejmujące wartość, jaką ludzie są skłonni przypisywać cierpieniu i utraconemu życiu) szacuje się na 270 mld. €.

Konsumpcja alkoholu w Europie

Konkluzja 6

Chociaż różnice w spożyciu alkoholu i wzorach picia są nadal wyraźne, to są one znacznie mniejsze niż 40 lat temu a podobieństwa bardziej powszechne niż to się zwykle sądzi. Lata 90-te przyniosły wzrost „picia dla upicia” wśród młodzieży. W ostatnich latach, trendy obserwowane w różnych krajach idą w rozbieżnych kierunkach.

Konkluzja 7

Nietrzeźwość jest ważną przyczyną wypadków i urazów, w tym urazów związanych z przemocą, w całej Europie, nie wyłączając krajów południa Europy.

Konkluzja 8

To gdzie mieszkasz w Europie jest jednym z głównych determinantów szkód, których przyczyną jest alkohol.

Alkohol a zdrowie

Konkluzja 9

Alkohol odpowiada za 7,4 % wszystkich niesprawności i przedwczesnych zgonów w UE.

Konkluzja 10

Alkohol jest przyczyną szkód nie tylko dla pijącego. Rocznie w UE rodzi się 60 tys. dzieci z niedowagą, której przyczyną jest alkohol a 5,9 mln. dzieci żyje w rodzinach z problemem alkoholowym. Co roku w „alkoholowych” wypadkach drogowych ginie 10 tys. osób, które nie prowadziły pojazdu.

Konkluzja 11

Alkohol jest źródłem nierówności w zdrowiu w krajach członkowskich UE i między tymi krajami. W porównaniu z krajami starej UE, w UE10 wskaźnik zgonów mężczyzn jest o 90 zgonów na 100 tys. mieszkańców wyższy, a wskaźnik zgonów kobiet - o 60 zgonów na 100 tys. wyższy.

Alkohol a polityka rządów krajów UE

Konkluzja 12

Interwencje na rynku alkoholowym i odnoszenie z tego tytułu korzyści należy do kompetencji rządów narodowych. Dla przykładu, 10% wzrost cen alkoholu w UE15 przyniósłby około 13 mld. € dodatkowych wpływów budżetowych już w pierwszym roku.

Konkluzja 13

Edukacja alkoholowa, która generalnie wykazuje małą efektywność, jeśli chodzi o ograniczenie problemów, nie może stać się alternatywą środków regulacji rynku alkoholowego. Regulacje rynkowe mają zdecydowanie największy wpływ na ograniczanie szkód, w tym na pijących nadmiernie, a także na młodzież.

Alkohol a polityka UE

Konkluzja 14

Zróznicowanie w polityce alkoholowej w krajach UE, na przykład duże różnice w stawkach podatku, ograniczają zdolność poszczególnych krajów do prowadzenia efektywnej polityki wobec alkoholu.

Konkluzja 15

Polityka wobec alkoholu w różnych krajach szuka skutecznie legitymizacji w obronie interesów zdrowia publicznego (np. decyzja Trybunału Europejskiego z 2004 roku podtrzymująca ograniczenie reklamy alkoholu we Francji).

REKOMENDACJE

I. Definicja napoju alkoholowego

Rekomendacja	Aktorzy
I.1. Polityka wobec alkoholu wymaga przyjęcia jednolitej definicji napoju alkoholowego we wszystkich krajach UE. Punktem wyjścia powinna być minimalna definicja dla celów podatkowych (0,5% alkoholu objętościowo)	Eur. inst. ⁶

II. Podstawy empiryczne polityki

Rekomendacje: badania naukowe	Aktorzy
II.1. Należy stworzyć infrastrukturę organizacyjną i finansową do podejmowania międzynarodowych, porównawczych badań nad alkoholem	Eur. inst. MS/regions ⁷
II.2. Należy stworzyć i zapewnić finansowanie infrastruktury służącej monitorowaniu i upowszechnianiu wyników badań nad polityką wobec alkoholu i płynących z nich rekomendacji np. poprzez odpowiednie rejestry i bazy danych	Eur. inst. MS/regions
II.3. Należy uruchomić wieloletni program badań nad alkoholem i zapewnić jego finansowanie ze środków publicznych	Eur. inst. MS/regions
II.4. Należy zwiększać potencjał badawczy poprzez zapewnienie możliwości rozwoju zawodowego	Eur. inst. MS/regions
Rekomendacje: przepływ informacji	
II.5. Należy powołać i zapewnić środki na działanie Europejskiego Centrum Monitoringu Alkoholowego, które miałyby stosownych partnerów we wszystkich Krajach Członkowskich	Eur. inst. MS/regions
II.6. Należy włączyć wskaźniki problemów alkoholowych i polityki wobec alkoholu do listy Wskaźników Zdrowia Wspólnoty Europejskiej	Eur. inst.

⁶ Instytucje europejskie (European Institutions)

⁷ Kraje Członkowskie i regiony Krajów Członkowskich (Member States and regions within Member States)

II.7. Należy uruchomić program monitorowania sytuacji alkoholowej na podstawie porównywalnych dla wszystkich krajów wskaźników	Eur. inst. MS/regions
II.8. Należy stworzyć bazę danych legislacji alkoholowej i skutecznej polityki wobec alkoholu na poziomie UE, Krajów Członkowskich i społeczności lokalnych	Eur. inst. MS/regions Municipal ⁸

III. Przygotowanie i wdrażanie strategii i programów działania

Rekomendacje: strategie i programy działania	Aktorzy
III.1. Należy wzmocnić rolę punktu kontaktowego ds. polityki wobec alkoholu w Komisji Europejskiej, zapewnić jego odpowiednie zatrudnienie i adekwatne finansowanie w celu monitorowania europejskiej polityki wobec alkoholu oraz wdrażania alkoholowej strategii Komisji	Eur. inst.
III.2. Na wszystkich szczeblach implementacji należy stworzyć lub wzmocnić mechanizmy koordynacyjne oraz powołać punkty kontaktowe ds. polityki wobec alkoholu zapewniając im odpowiednie finansowanie	Eur. inst. MS/regions Municipal
III.3. Należy przygotować i wdrażać „alkoholowe” programy działania z jasno zdefiniowanymi celami, strategiami ich realizacji i grupami docelowymi	Eur. inst. MS/regions Municipal
III.4. Należy stworzyć przewidywalny system finansowania organizacji, programów i zasobów ludzkich zaangażowanych w ograniczanie szkód spowodowanych przez alkohol. Należy przeanalizować zasadność wprowadzenia mechanizmu przeznaczania stałej proporcji z podatków od alkoholu na finansowanie tych zadań	Eur. inst. MS/regions Municipal
III.5. Należy promować politykę wobec alkoholu w społeczeństwie obywatelskim i wśród polityków poprzez „kampanie budzenia świadomości”	Eur. inst. MS/regions Municipal
III.6. Należy regularnie wydawać raporty nt alkoholu i zapewnić ich dotarcie do szeroko rozumianej opinii publicznej	Eur. inst. MS/regions Municipal

⁸ Społeczności lokalne

IV. Inne strategie i działania, w tym współpraca międzynarodowa

Rekomendacje: ocena wpływu polityki gospodarczej UE	Aktorzy
IV.1. Zdrowie publiczne musi monitorować zagrożenia immanentnie tkwiące w procesie liberalizacji handlu. Negocjowane traktaty i umowy handlowe powinny brać pod uwagę ich konsekwencje zdrowotne	Eur. inst. MS/regions
IV.2. Należy podjąć badania i analizy określające najbardziej korzystne dla UE i świata strategie w polityce wobec alkoholu, które równocześnie zapewnią poprawne stosunki między krajami lub grupami krajów	Eur. inst. MS/regions
IV.3. Należy dokonać pełnej oceny wpływu polityki wspólnoty europejskiej (w tym polityki rolnej) na szkody i koszty spowodowane konsumpcją alkoholu	Eur. inst.

V. Ograniczanie nietrzeźwości w ruchu drogowym

Rekomendacje: alkohol w ruchu drogowym	Aktorzy
V.1. Należy wprowadzić maksymalny dopuszczalny poziom alkoholu we krwi nie przekraczający 0,5 promila w całej Europie lub mniej tam gdzie obowiązują niższe progi	Eur. inst. MS/regions
V.2. Należy wprowadzić maksymalny dopuszczalny poziom alkoholu we krwi nie przekraczające 0,2 promila dla młodych kierowców i dla kierowców zawodowych w całej Europie lub mniej tam gdzie obowiązują niższe progi	Eur. inst. MS/regions
V.3. Należy wdrożyć nieograniczone prawo testowania kierowców na obecność alkoholu w wydychanym powietrzu z wykorzystaniem standardowych instrumentów pomiarowych w całej Europie	Eur. inst. MS/regions
V.4. Należy wprowadzić wspólne standardy karania kierowców z karami rosnącymi wraz ze zwiększającym się stężeniem alkoholu we krwi	Eur. inst. MS/regions
V.5. Należy wprowadzać, oparte na wynikach badań naukowych, programy edukacyjne, rehabilitacyjne i	Eur. inst. MS/regions

terapeutyczne dla ukaranych kierowców	
V.6. Należy przeprowadzić europejską kampanię medialną wspierającą działania wobec nietrzeźwości w ruchu drogowym	Eur. inst.
V.7. Dalsze finansowanie i wdrażanie kampanii promujących ideę „wyznaczonego kierowcy” należy uzależnić od ewaluacji wpływu dotychczasowych kampanii na ograniczenie wypadków i urazów w ruchu drogowym	Eur. inst. MS/regions
V.8. Należy zapewnić efektywne szkolenie pracowników gastronomii, hotelarstwa, rozrywki w celu ograniczenia ryzyka prowadzenia pojazdów pod wpływem alkoholu	Municipal
V.9. Należy wdrażać kompleksowe programy ograniczenia ryzyka prowadzenia pojazdów pod wpływem alkoholu w społecznościach lokalnych Programy takie powinny obejmować planowanie przestrzenne i transport publiczny	Municipal

VI. Edukacja, komunikacja, szkolenia a opinia publiczna

Rekomendacje	Aktorzy
VI.1. Programy edukacyjne nie powinny być wdrażane autonomicznie jako jedyny instrument polityki wobec alkoholu zmierzający do obniżenia szkód spowodowanych przez alkohol ale jako środek podnoszący świadomość problemów związanych z alkoholem i przygotowujący grunt do wprowadzenia nowych rozwiązań w polityce wobec alkoholu	MS/regions Municipal
VI.2. Należy zapewnić finansowanie badań ewaluacyjnych skuteczności tych programów edukacyjnych, które dają obiecujące rezultaty	MS/regions Municipal
VI.3. Szerokie programy edukacyjne należy wprowadzać od wczesnego dzieciństwa w celu informowania młodych ludzi o szkodliwych konsekwencjach spożycia alkoholu dla zdrowia, rodziny i społeczeństwa oraz o skutecznych środkach zapobiegania i ograniczania szkód	MS/regions Municipal
VI.4. Programy edukacyjne importowane z innych krajów lub kultur wymagają, przed ich szerokim wdrożeniem, ewaluacji w nowych warunkach	MS/regions Municipal
VI.5. Kampanie medialne powinny przede wszystkim informować o nowych inicjatywach w polityce wobec alkoholu i budzić ich świadomość w społeczeństwie obywatelskim	Eur. inst. MS/regions Municipal

VII Ostrzeżenia na opakowaniach

Rekomendacje: napisy ostrzegawcze na opakowaniach	Aktorzy
VII.1. Pojemniki, w których sprzedawane są produkty alkoholowe powinny być opatrzone w ostrzeżenie, sformułowane przez odpowiednie agencje ds. zdrowia, opisujące szkodliwe następstwa picia dla prowadzących pojazdy i operatorów maszyn, w ciąży oraz w innych okolicznościach	Eur. inst. MS/regions
VII.2. Opakowania i etykiety produktów alkoholowych nie powinny, w żadnym przypadku, stwarzać mylnego wrażenia co do zdrowotnych konsekwencji picia oraz pośrednio lub bezpośrednio zachęcać do picia nieletnich	Eur. inst. MS/regions

VIII. Polityka regulacji rynku alkoholowego

Rekomendacje: podatki, zakupy transgraniczne, przemyt	Aktorzy
VIII.1. Minimalne stawki podatkowe na napoje alkoholowe powinny być podwyższone wraz z inflacją, powinny być przynajmniej wprost proporcjonalne do zawartości jak również powinny przynajmniej pokrywać zewnętrzne koszty związane z konsumpcją alkoholu oszacowane zgodnie z przyjętą standardową metodologią	Eur. inst. MS/regions
VIII.2. Kraje Członkowskie powinny zachować swobodę w zakresie wykorzystania podatków jako instrumentu rozwiązywania specyficznych problemów, które mogą powstać w związku z konsumpcją konkretnych napojów na przykład takich, które adresowane są do młodych ludzi	MS/regions
VIII.3. Produkty alkoholowe powinny być tak oznakowane, żeby można było stwierdzić ich pochodzenie oraz drogę do konsumenta. Oznakowania takie umożliwią oszacowanie wartości alkoholu przemycanego do UE i wewnątrz UE	Eur. inst. MS/regions
VIII.4. Kraje Członkowskie powinny mieć możliwość elastycznego ograniczania zakupów transgranicznych, tak aby zmniejszyć ich wpływ na politykę podatkową indywidualnych krajów	Eur. inst. MS/regions

Rekomendacje: minimalny wiek zakupu alkoholu i jego dostępność	Aktorzy
VIII.5. Należy wprowadzić w Europie minimalne standardy licencjonowania obrotu alkoholem bez naruszania istniejących standardów tam, gdzie są one silniejsze	Eur. inst. MS/regions Municipal
VIII.6. Sprzedaż produktów alkoholowych osobom poniżej wieku określonego przez miejscowe lub krajowe prawa, a każdym razie poniżej 18 roku życia powinna być zakazana. Należy utrzymać obowiązującą granicę wieku tam, gdzie jest ona wyższa niż 18 lat	MS/regions Municipal
VIII.7. Kraje lub regiony, w których istnieją ograniczenia co do liczby punktów sprzedaży i gęstości ich sieci, lokalizacji punktów sprzedaży oraz czasu ich otwarcia nie powinny liberalizować dotychczasowej polityki. Kraje, które nie mają takich regulacji lub mają je w bardzo ograniczonym zakresie powinny poddać analizie możliwe skutki ich wprowadzenia lub zaostrzenia	MS/regions Municipal
VIII.8. Zapewnienie przestrzegania prawa w zakresie dostępności alkoholu wymaga uruchomienia systemu surowych sankcji wobec sprzedawców i dystrybutorów, włącznie z czasowym lub stałym cofnięciem licencji lub zamknięciem punktu sprzedaży	Municipal
Rekomendacje: informacja handlowa	Aktorzy
VIII.9. Należy stworzyć jednakowe warunki dla informacji handlowej w Europie, oparte na obowiązujących dotychczas przepisach Krajów Członkowskich, z długofalowym celem wprowadzenia zakazu reklamy w telewizji i w kinach, zakazu sponsoringu i ograniczenia komunikatów i przekazów reklamowych do informacji o jakości produktu	Eur. inst. MS/regions
VIII.10. Należy wzmocnić artykuł 15 Dyrektywy Telewizja bez Granic zarówno w zakresie ilości jak i treści przekazów. Należy zlecić analizę jego przestrzegania w Krajach Członkowskich	Eur. inst. MS/regions
VIII.11. Samoograniczenia w zakresie informacji handlowej przyjęte przez przemysł alkoholowy muszą być monitorowane i oceniane przez organ od przemysłu niezależny	Eur. inst. MS/regions

IX. Ograniczanie szkód dla pijącego i jego środowiska

Rekomendacje	Aktorzy
IX.1. W ograniczaniu szkód wynikających z nietrzeźwością, szczególnie dla społeczności lokalnych należy wykorzystać planowanie przestrzenne, programy lokalne, przepisy i ograniczenia w zakresie udzielania pozwoleń na sprzedaż alkoholu, zarządzanie transportem oraz zarządzanie przestrzenią wokół miejsc konsumpcji alkoholu	Municipal
IX.2. Należy wdrożyć system efektywnego szkolenia dla przedstawicieli sektora usług, w celu ograniczenia szkodliwych następstw nietrzeźwości i szkodliwych wzorów picia	Sektor alkoholowy
IX.3. Należy wdrożyć system kontroli i egzekwowania przepisów dotyczących sprzedaży napojów alkoholowych, zwłaszcza wobec punktów sprzedaży, najwięcej których obserwuje się podwyższone ryzyko szkód	Municipal
IX.4. Należy uruchamiać zasobne, wielosektorowe programy w społecznościach lokalnych, których celem byłoby stworzenie bezpieczniejszych warunków konsumpcji alkoholu i ograniczenie szkód powodowanych przez alkohol	Municipal

X. Poradnictwo w zakresie ryzykownego i szkodliwego picia oraz uzależnienia od alkoholu

Rekomendacje	Aktorzy
X.1. Należy wypracować zintegrowane, oparte na wynikach badań procedury krótkiej porady w zakresie ryzykownego i szkodliwego picia i doprowadzić do ich szerokiego wdrożenia w różnych placówkach dążąc do harmonizacji poziomu jakości i dostępności opieki	MS/regions Municipal
X.2. Należy zapewnić szkolenie i programy wspierające zapewnienie krótkiej porady w zakresie ryzykownego i szkodliwego picia w różnych placówkach dążąc do harmonizacji poziomu kwalifikacji w podstawowej opiece zdrowotnej	MS/regions Municipal
X.3. Należy udostępnić środki zapewniające szeroki dostęp do	MS/regions

programów identyfikacji i poradnictwa **w** zakresie
ryzykownego i szkodliwego picia oraz uzależnienia od
alkoholu

Municipal