



KOMISJA WSPÓLNOT EUROPEJSKICH

Bruksela, dnia 24.10.2006
KOM(2006) 625 wersja ostateczna

**KOMUNIKAT KOMISJI DO RADY, PARLAMENTU EUROPEJSKIEGO,
EUROPEJSKIEGO KOMITETU EKONOMICZNO-SPOŁECZNEGO I KOMITETU
REGIONÓW**

**Strategia UE w zakresie wspierania państw członkowskich w ograniczaniu szkodliwych
skutków spożywania alkoholu**

{SEK(2006) 1358}
{SEK(2006) 1360}
{SEK(2006) 1411}

SPIS TREŚCI

1.	Wprowadzenie.....	4
2.	Mandat do działania	5
3.	Argument za podjęciem działań.....	6
4.	Konsultacje i procedura oceny wpływu	8
5.	Pięć tematów priorytetowych i związane z nimi dobre praktyki	9
5.1.	Ochrona młodzieży, dzieci i dzieci nienarodzonych.....	9
5.1.1.	Zasadność działania	9
5.1.2.	Dobra praktyka.....	10
5.2.	Zmniejszenie liczby rannych i ofiar śmiertelnych w wypadkach drogowych spowodowanych spożyciem alkoholu.....	10
5.2.1.	Zasadność działania	10
5.2.2.	Dobra praktyka.....	10
5.3.	Zapobieganie szkodliwym skutkom nadużywania alkoholu wśród dorosłych i ograniczenie negatywnego wpływu alkoholu w miejscu pracy	11
5.3.1.	Zasadność działania	11
5.3.2.	Dobra praktyka.....	12
5.4.	Informowanie, szkolenie i podnoszenie świadomości na temat wpływu szkodliwego i niebezpiecznego spożywania alkoholu, oraz odpowiedniej kultury spożywania alkoholu.....	12
5.4.1.	Zasadność działania	12
5.4.2.	Dobra praktyka.....	12
5.5.	Rozwój, wspieranie i prowadzenie wspólnej bazy danych.....	13
5.5.1.	Zasadność działania	13
5.5.2.	Potrzeby.....	13
6.	Trzy poziomy działań.....	14
6.1.	Działania podejmowane przez Komisję Europejską.....	14
6.2.	Pomocniczość: Opis działań wdrażanych przez państwa członkowskie	16
6.2.1.	Działania krajowe.....	16
6.2.2.	Działania lokalne.....	17
6.3.	Koordinacja działań na poziomie UE.....	18

6.3.1.	Forum ds. Alkoholu i Zdrowia.....	18
6.3.2.	Prowadzenie pojazdów pod wpływem alkoholu.....	18
6.3.3.	Informacja handlowa.....	18
7.	Wnioski	19

1. WPROWADZENIE

Niniejszy komunikat zajmuje się negatywnymi dla zdrowia skutkami szkodliwego i niebezpiecznego spożywania alkoholu¹, a także wiążącymi się z tym konsekwencjami społeczno-ekonomicznymi, oraz stanowi odpowiedź na wnioski Rady wzywające Komisję do uzupełniania, oceny i monitorowania rozwoju sytuacji i środków wprowadzonych w tym zakresie, oraz do zgłaszania potrzeby podjęcia dalszych działań. Komunikat koncentruje się na zapobieganiu i ograniczaniu poważnego nadużywania alkoholu, a także na spożywaniu alkoholu przez osoby nieletnie, oraz na najbardziej szkodliwych konsekwencjach jego nadużywania, takich jak wypadki drogowe pod wpływem alkoholu i alkoholowy zespół płodowy. Komunikat nie jest zatem poświęcony samemu spożywaniu alkoholu, ale jego nadużywaniu i szkodliwym tego skutkom. W komunikacie uznaje się również, że kultura spożywania alkoholu jest różna w różnych państwach członkowskich. Działanie Wspólnoty nie zastępuje zatem polityk krajowych, które zostały już wprowadzone przez większość państw członkowskich i które należą do kompetencji krajowych, zgodnie z zasadą pomocniczości i artykułem 152 traktatu WE. Komisja nie zamierza w konsekwencji tego komunikatu zaproponować opracowania zharmonizowanego prawa w dziedzinie zapobiegania szkodliwości alkoholu.

Komunikat ma na celu opisanie działań, które zostały już podjęte przez Komisję i państwa członkowskie i, z jednej strony, wyszczególnienie dobrych praktyk, które przyniosły pozytywne wyniki, a z drugiej strony wskazanie dziedzin o dużym znaczeniu społeczno-gospodarczym i rolę Wspólnoty w osiąganiu dalszych postępów.

Komunikat wyjaśnia również, w jaki sposób Komisja może dodatkowo wspierać i uzupełniać politykę zdrowia publicznego wdrażaną przez państwa członkowskie we współpracy z zainteresowanymi stronami², biorąc pod uwagę różnice w kulturze spożywania alkoholu w różnych częściach UE. Zobowiązanie się przez Komisję do kontynuacji i opracowywania działań leżących w zakresie jej kompetencji, połączone z opracowaniem listy dobrych praktyk, które zostały już wdrożone przez różne państwa członkowskie, a także stworzenie Forum ds. Alkoholu i Zdrowia, które pomoże te praktyki upowszechniać, będzie stanowić trzon kompleksowej strategii zmierzającej do ograniczenia szkód spowodowanych alkoholem w Europie.

¹ Niebezpieczne spożywanie alkoholu zostało zdefiniowane jako picie w takich ilościach lub w taki sposób, że wiąże się ono z bardzo wysokim prawdopodobieństwem szkodliwych następstw, o ile sposób picia nie ulegnie istotnym zmianom (Babor, T., Campbell, R., Room, R. & Saunders, J., (1994) *Lexicon of Alcohol and Drug Terms*, World Health Organization, Genewa); nie ma jednak powszechnie przyjętej normy, która określałaby, jaki poziom spożycia alkoholu należy uważać za spożycie niebezpieczne. Szkodliwe spożycie to, zgodnie z definicją, „spożycie, które wywołuje szkody na zdrowiu: fizyczne (np. marskość wątroby) lub psychiczne (np. depresję spowodowaną nadużywaniem alkoholu)” (The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. Genewa: World Health Organization 1992).

² Obejmują one tak różne podmioty takie jak: organizacje pozarządowe działające w dziedzinie zdrowia i praw konsumenckich, grupy samopomocy, producenci i dystrybutorzy napojów alkoholowych, sektor restauracyjny i hotelarski, szkoły, pracodawcy, związki zawodowe, branża reklamy, media...

2. MANDAT DO DZIAŁANIA

Zgodnie z artykułem 152 Traktatu Unia Europejska ma kompetencje i jest odpowiedzialna za zajęcie się problemami zdrowia publicznego, takimi jak szkodliwe i niebezpieczne spożycie alkoholu, poprzez uzupełnianie działań krajowych w tej dziedzinie.

Europejski Trybunał Sprawiedliwości wielokrotnie stwierdzał, że zwalczanie szkodliwych skutków spożywania alkoholu stanowi istotny cel zdrowia publicznego³.

W 2001 r. Rada przyjęła zalecenie w sprawie spożywania alkoholu przez młodych ludzi, w szczególności dzieci i nastolatków⁴, w którym wzywa Komisję do uzupełniania, oceny i monitorowania wprowadzonych rozwiązań i środków oraz do zgłaszania potrzeby podjęcia dalszych działań⁵.

W konkluzjach z 5 czerwca 2001 r. Rada wezwała Komisję do wysunięcia propozycji dotyczących kompleksowej strategii wspólnotowej mającej na celu ograniczenie szkód spowodowanych spożyciem alkoholu, jako uzupełnienie polityk krajowych. W konkluzjach dotyczących alkoholu wśród młodzieży z czerwca 2004 r. Rada jeszcze raz powtórzyła to wezwanie⁶.

Większość państw członkowskich podjęła działania mające na celu ograniczenie szkód związanych z alkoholem i wiele z nich ma dobrze opracowaną strategię w tej dziedzinie. Pomimo wdrożenia strategii w zakresie zdrowia zarówno na poziomie Wspólnoty, jak i na poziomie krajowym, zakres tych szkód, szczególnie wśród młodzieży, na drogach i w miejscach pracy, jest nadal niedopuszczalnie wysoki we wszystkich państwach członkowskich. Ponadto badania prowadzone na poziomie krajowym i na poziomie UE⁷ dowodzą, że w pewnych wypadkach, kiedy mamy do czynienia z działaniami transgranicznymi, lepszą koordynacją i synergia, środki na szczeblu wspólnotowym mogą być pożądane. Do przykładów można zaliczyć transgraniczną promocję sprzedaży alkoholu, która może przyciągnąć młode osoby, lub transgraniczne reklamy telewizyjne napojów alkoholowych, które mogą być niezgodne z ograniczeniami krajowymi.

Niektóre problemy dotyczą wszystkich państw członkowskich (np. picie alkoholu przez osoby nieletnie, czy też wypadki drogowe spowodowane pod wpływem alkoholu), a polityka mająca na celu ich rozwiązanie nie spełniła do końca oczekiwań, ponieważ problemy te nadal występują, a w pewnych wypadkach sytuacja uległa pogorszeniu; ponadto, niektóre kwestie dotyczą całej Wspólnoty ze względu na czynniki transgraniczne. To wszystko uwydatnia

³ Sprawa Franzen (C-189/95), sprawa Heinonen (C-394/97), sprawa Gourmet (C-405/98), Katalonia (C-190 i C-179/90), Loi Evin (C-262/02 i C-429/02)

⁴ Zalecenie Rady 2001/458/WE – Dz.U. L 161 z 16.6.2001, str. 38, http://eur-lex.europa.eu/pri/en/oj/dat/2001/l_161/l_16120010616en00380041.pdf

⁵ Pełne sprawozdanie zostało opublikowane na stronie <http://ec.europa.eu/comm/health>

⁶ Konkluzje Rady z 5 czerwca 2001 r. w sprawie strategii Wspólnoty dotyczącej ograniczenia szkód spowodowanych alkoholem (2001/C 175/01 - http://eur-lex.europa.eu/pri/en/oj/dat/2001/c_175/c_17520010620en00010002.pdf), Konkluzje Rady dotyczące alkoholu wśród młodzieży z 1-2 czerwca 2004 r. (http://ue.eu.int/ueDocs/cms_Data/docs/pressData/en/lsa/80729.pdf)

⁷ np.: What are the most effective and cost-effective interventions in alcohol?, WHO Regional Office for Europe's Health Evidence Network (HEN) 2004; Alcohol Policy and the Public Good, Griffith Edwards 1994, Cochrane Library; EconLit and the Alcohol and Alcohol Problems Science Database (ETOH), National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAA)

potrzebę dalszych działań i współpracy na poziomie UE i na poziomie krajowym. Niniejszy komunikat przedstawia unijne podejście do wsparcia i stworzenia podstaw skoordynowanej strategii zmierzającej do ograniczenia szkód związanych ze spożyciem alkoholu, która będzie opierać się na zaangażowaniu Komisji w dalsze prowadzenie i opracowywanie działań leżących w zakresie jej kompetencji, a także w upowszechnianie dobrych praktyk, które zostały wdrożone w różnych państwach członkowskich.

Działania UE zmierzające do zmniejszenia szkód związanych z alkoholem będą wspierać wdrożenie innych związanych z tym celów polityki, już uzgodnionych na poziomie UE, np. dotyczących bezpieczeństwa ruchu drogowego⁸, bezpieczeństwa i higieny pracy⁹, oraz Konwencji praw dziecka¹⁰.

3. ARGUMENT ZA PODJĘCIEM DZIAŁAŃ

Szkodliwe i niebezpieczne spożywanie alkoholu ma istotny wpływ na zdrowie publiczne, a także wiąże się z kosztami opieki zdrowotnej, ubezpieczeniem zdrowotnym, egzekwowaniem prawa i porządkiem publicznym, oraz kosztami w miejscu pracy, przez co wywiera ono negatywny wpływ na rozwój gospodarczy i na społeczeństwo jako całość. Szkodliwe i niebezpieczne spożywanie alkoholu jest ważnym czynnikiem zdrowia i jedną z głównych przyczyn przedwczesnych zgonów i chorób, których można byłoby uniknąć. Alkohol stanowi bezpośrednią przyczynę 7,4 %¹¹ wszystkich chorób i przedwczesnych zgonów w UE, a także ma negatywny wpływ na pracę i wydajność. Polityka ukierunkowana na profilaktykę i leczenie szkodliwego i niebezpiecznego spożywania alkoholu, jak również informowanie o odpowiedzialnej kulturze spożywania alkoholu, przynosi znaczne korzyści nie tylko osobom uzależnionym i ich rodzinom, ale również ma wpływ na koszty społeczne i rynek pracy, a także przyczynia się do promowania konkurencyjności, zgodnie z celami strategii lizbońskiej oraz z celem umożliwienia wszystkim dłuższego życia w zdrowiu. Należy więc wspierać działania prowadzone w miejscach pracy. Zainteresowane strony (organizacje przedsiębiorców, związki zawodowe) ponoszą szczególną odpowiedzialność za działalność w tym zakresie.

Młode osoby w UE są grupą szczególnego ryzyka, gdyż ponad 10 % umieralności młodych kobiet i 25 % umieralności młodych mężczyzn w grupie wiekowej 15–29 lat ma związek ze szkodliwym i niebezpiecznym spożywaniem alkoholu¹². Szkodliwe i niebezpieczne spożywanie alkoholu ma wpływ nie tylko na samych pijących, ale również na ich otoczenie i na społeczeństwo. Szkodliwe skutki alkoholu są bardziej odczuwalne w grupach w mniej

⁸ Zalecenie Komisji z dnia 6 kwietnia 2004 r. w sprawie środków wykonawczych w zakresie bezpieczeństwa ruchu drogowego (2004/345/WE), Dz.U. L 111 z 17.4.2004; zalecenie Komisji nr 2001/116/WE z dnia 17 stycznia 2001 w sprawie maksymalnego dopuszczalnego stężenia alkoholu we krwi u kierowców pojazdów mechanicznych, Dz.U. L 43 z 14.2.2001; komunikat Komisji, Dz.U. C 48 z 14.2.2004.

⁹ Strategia Wspólnoty w dziedzinie zdrowia i bezpieczeństwa w pracy 2002-2006- COM(2002) 118 wersja ostateczna

¹⁰ Rezolucja ONZ 44/25 z 20 listopada 1989 r.

¹¹ The WHO's Global Burden of Disease Study (Rehm et al 2003a and b, Rehm et al 2004 and Rehm 2005)

¹² Alcohol in Europe A public health perspective, P Anderson and B Baumberg, Institute of Alcohol Studies, UK 2006 http://ec.europa.eu/health-eu/news_alcoholineurope_en.htm (na podstawie: The WHO's Global Burden of Disease Study, Rehm et al 2003a and b, Rehm et al 2004 and Rehm 2005)

korzystnej sytuacji społecznej, a co za tym idzie przyczyniają się do nierówności w zakresie stanu zdrowia różnych grup społecznych.

Mimo że przeciętne spożycie alkoholu w UE wykazuje tendencję spadkową, proporcjonalny udział młodzieży i młodych dorosłych, u których obserwuje się szkodliwe i niebezpieczne wzory spożycia, wzrósł w wielu państwach członkowskich w ciągu ostatnich dziesięciu lat¹³. Kultura spożywania alkoholu w wielu częściach UE, a zwłaszcza dająca się zauważyć zwykła tendencja do „jednorazowego spożywania alkoholu w nadmiernych ilościach”¹⁴ oraz wysoka częstotliwość picia alkoholu wśród nieletnich w wielu krajach europejskich¹⁵, mogą mieć długoterminowe negatywne skutki i zwiększają ryzyko szkód społecznych.

Wypadki drogowe związane ze spożyciem alkoholu również stanowią poważny powód do niepokoju. Mniej więcej jeden wypadek na cztery można powiązać ze spożyciem alkoholu, a przynajmniej 10 tys. osób ginie corocznie na drogach UE w wypadkach spowodowanych spożyciem alkoholu. Celem UE jest zmniejszenie o połowę liczby osób, które giną na drogach europejskich, z 50 tys. w roku 2000 do 25 tys. w roku 2010¹⁶, a działania podejmowane przeciwko prowadzeniu pojazdu pod wpływem alkoholu mogą w znacznym stopniu przyczynić się do osiągnięcia tego celu.

Narażenie na szkodliwy wpływ alkoholu w okresie ciąży może zahamować rozwój mózgu płodu i może wiązać się z opóźnieniami w rozwoju umysłowym, które ujawniają się dopiero w okresie dzieciństwa¹⁷. Ponieważ niebezpieczne spożywanie alkoholu wzrasta wśród młodych kobiet w większości państw członkowskich, a spożycie alkoholu ma wpływ na płód już w początkowym okresie ciąży, podnoszenie poziomu świadomości w tym zakresie ma kluczowe znaczenie.

Aby przeciwdziałać opisanym wyżej niepokojącym zjawiskom, Komisja, w oparciu o wyniki procedury oceny wpływu, określiła pięć następujących tematów priorytetowych, które dotyczą wszystkich państw członkowskich i dla których działanie Komisji będzie stanowić wartość dodaną:

- ochrona młodzieży, dzieci i dzieci nienarodzonych;
- zmniejszenie liczby rannych i ofiar śmiertelnych w wypadkach drogowych spowodowanych spożyciem alkoholu;
- zapobieganie szkodliwym skutkom nadużywania alkoholu wśród dorosłych i ograniczenie negatywnego wpływu alkoholu w miejscu pracy;

¹³ Tendencja zwykła daje się zauważyć głównie wśród młodych dorosłych (powyżej granicy wieku zezwalającej na zakup alkoholu). Jednorazowe spożywanie alkoholu w nadmiernych ilościach przez nieletnich ustabilizowało się w państwach UE-15, natomiast wzrosło w państwach UE-10.

¹⁴ Za „jednorazowe spożycie alkoholu w nadmiernych ilościach” uważa się zwykle wypicie ponad 5 jednostek alkoholu przy jednej okazji.

¹⁵ The ESPAD Report 2003, Alcohol and Other Drug Use Among Students in 35 European Countries, Björn Hibell et al, Stockholm 2004 <http://www.espad.org/reports.asp>.

¹⁶ COM(2001) 370 wersja ostateczna: „Europejska polityka transportowa w perspektywie 2010 r.: czas na podjęcie decyzji”.

¹⁷ Przykładowo, w 2001 r. we Francji ponad 700 dzieci urodziło się z alkoholowym zespołem płodowym, a szacunkowo 60 tys. osób cierpi na to schorzenie (wg obliczeń INSERM – „Expertise collective” we wrześniu 2001 r. – na podstawie dwóch badań epidemiologicznych przeprowadzonych na północy Francji i na wyspie Reunion).

- informowanie, szkolenie i podnoszenie świadomości na temat wpływu szkodliwego i niebezpiecznego spożywania alkoholu, a także w zakresie kultury spożywania alkoholu;
- opracowanie i prowadzenie wspólnej bazy danych na poziomie UE.

Tematy te dotyczą poziomu UE, poziomu krajowego i lokalnego, oraz wymagają podejścia wielosektorowego, z udziałem wielu zainteresowanych stron. W związku z tym w ramach obecnej strategii proponuje się wyeksponowanie dotychczasowych dokonań Komisji i państw członkowskich oraz wprowadzenie nowych działań lub kontynuację działań już prowadzonych przez Komisję. Przedstawia się również istniejące przykłady dobrych praktyk w państwach członkowskich, które będą inspiracją dla podobnych działań i synergii na poziomie krajowym.

4. KONSULTACJE I PROCEDURA OCENY WPLYWU

Od roku 2004 służby Komisji prowadziły szeroko zakrojone konsultacje ze specjalistami z państw członkowskich, organizacjami międzynarodowymi, naukowcami i zainteresowanymi stronami¹⁸. Ponadto Komisja uczestniczyła w rozmowach okrągłego stołu zorganizowanych z udziałem wybranych zainteresowanych stron pod auspicjami Centrum Polityki Europejskiej (EPC)¹⁹.

W drodze przetargu nieograniczonego Komisja zleciła sporządzenie specjalistycznego raportu na temat zdrowia publicznego w Instytucie Badań nad Alkoholem (Institute of Alcohol Studies)²⁰.

Celem zbadania społecznych, ekonomicznych i środowiskowych problemów związanych z alkoholem oraz różnych opcji polityki w tym zakresie Komisja przeprowadziła ocenę wpływu²¹.

Ponadto zainteresowane strony miały możliwość wyrażenia swoich opinii w ramach otwartych konsultacji prowadzonych przez Komisję na temat etykietowania żywności i napojów²².

¹⁸ W tym organizacje pozarządowe (organizacje pozarządowe zajmujące się problemami zdrowia i praw konsumenckich, grupy samopomocowe) oraz organizacje reprezentujące producentów napojów alkoholowych.

¹⁹ Raport EPC dotyczący obrad okrągłego stołu na temat alkoholu został opublikowany na stronie www.theepc.be

²⁰ Opublikowany w portalu i na stronie internetowej UE Zdrowie, razem z raportem ze spotkania poświęconego ocenie wzajemnej, komentarzami panelu dokonującego tej oceny, poglądami stron zainteresowanych na temat polityki alkoholowej i na temat wdrożenia zalecenia Rady (http://ec.europa.eu/health-eu/news_alcoholineurope_en.htm).

²¹ Ponadto dokładniejsza analiza ekonomiczna wpływu alkoholu na rozwój gospodarczy UE została przeprowadzona w ramach procedury oceny wpływu przez zewnętrznego wykonawcę: „RAND Report”, opublikowany na stronie <http://ec.europa.eu/comm/health>

²² Dokument bazowy, który został wykorzystany jako podstawa konsultacji, jest dostępny w Internecie na stronie http://ec.europa.eu/food/food/labellingnutrition/betterregulation/index_en.htm.

5. PIĘĆ TEMATÓW PRIORYTETOWYCH I ZWIĄZANE Z NIMI DOBRE PRAKTYKI

5.1. Ochrona młodzieży, dzieci i dzieci nienarodzonych

Cele

Cel 1: Ograniczenie picia alkoholu przez osoby nieletnie, zmniejszenie niebezpiecznego i szkodliwego picia wśród młodych osób, we współpracy ze wszystkimi zainteresowanymi stronami.

Cel 2: Ograniczenie szkód wyrządzanych dzieciom w rodzinach z problemem alkoholowym.

Cel 3: Ograniczenie narażenia na szkodliwy wpływ alkoholu w okresie ciąży, a przez to zmniejszenie liczby dzieci urodzonych z alkoholowym zespołem płodowym.

5.1.1. Zasadność działania

Młodzi ludzie są często niesłusznie przedstawiani jako sprawcy problemów związanych ze spożyciem alkoholu, a nie jako ofiary. Szacuje się, że alkohol stanowi przyczynę 16 % przypadków przemocy wobec dzieci i zaniedbywania dzieci²³.

Stwierdzono, że szkodliwe spożycie alkoholu przez młodych ludzi ma negatywny wpływ nie tylko na zdrowie i przystosowanie społeczne, ale również na ich osiągnięcia w szkole²⁴. Nadal wśród młodych ludzi w wielu częściach UE rozpowszechnia się moda na jednorazowe spożywanie alkoholu w nadmiernych ilościach. Problem ten potęguje fakt, że nieletni konsumenci mają nadal dostęp do napojów alkoholowych. Istnieje więc potrzeba rozważenia dalszych działań mających na celu ograniczenie spożycia alkoholu wśród nieletnich i zmianę szkodliwej kultury spożywania alkoholu wśród młodzieży.

Producenci i dystrybutorzy napojów alkoholowych w wielu państwach członkowskich aktywnie włączyli się w proces wdrażania przepisów krajowych i zadeklarowali swoją gotowość do większej aktywności w dziedzinie egzekwowania przepisów prawnych i samoregulacyjnych.

Niektóre państwa członkowskie podniosły podatki od produktów, które są uważane za szczególnie atrakcyjne dla osób nieletnich²⁵.

²³ English et al. 1995, Single et al, 1999, Ridolfo and Stevenson 2001, z: Alcohol in Europe – a public health perspective, http://ec.europa.eu/health-eu/news_alcoholineurope_en.htm

²⁴ RAND: An economic analysis of the impact of alcohol on the economic development in EU (Horlings, Scoggins 2006)

²⁵ Próbą rozwiązania tego problemu było nałożenie specjalnego podatku na produkty typu „alkopop” lub wymóg obowiązkowego etykietowania takich produktów (Dania, Francja, Niemcy, Irlandia, Luksemburg).

5.1.2. *Dobra praktyka*

Polityka państwa może efektywnie zapobiec niepokojącym tendencjom w spożywaniu alkoholu przez młodych ludzi. Zalecenie Rady z 2001 r. przyczyniło się do opracowania odpowiednich strategii. Przykładami skutecznych środków wdrożonych przez państwa członkowskie są: egzekwowanie ograniczeń dotyczących sprzedaży alkoholu, jego dostępności i marketingu, które mogą mieć wpływ na decyzje młodych ludzi, szeroko zakrojone akcje na poziomie społeczności lokalnej, mające na celu zapobieganie szkodliwym i ryzykownym zachowaniom, w których to akcjach uczestniczą nauczyciele, rodzice, zainteresowane strony i sami młodzi ludzie²⁶, a także kampanie popierane przez media i programy szkoleniowe poświęcone prawidłowemu stylowi życia. Producenci i sprzedawcy napojów alkoholowych mogą odegrać ważną rolę w dążeniu do stworzenia modelu odpowiedzialnego spożywania alkoholu.

5.2. **Zmniejszenie liczby rannych i ofiar śmiertelnych w wypadkach drogowych spowodowanych spożyciem alkoholu²⁷**

Cele

Cel 4: Przyczynianie się do zmniejszenia liczby ofiar śmiertelnych i obrażeń w wypadkach drogowych spowodowanych spożyciem alkoholu.

5.2.1. *Zasadność działania*

Mniej więcej jeden wypadek na cztery można powiązać ze spożyciem alkoholu, a przynajmniej 10 tys. osób ginie corocznie na drogach UE w wypadkach spowodowanych spożyciem alkoholu. Młodzież w wieku od 18 do 24 lat jest szczególnie narażona na wypadki. Od 35 % do 45 % wypadków śmiertelnych w tej grupie wiekowej stanowią wypadki drogowe. Są one najbardziej powszechną przyczyną zgonów wśród młodzieży w tym wieku (według niektórych źródeł jest to 47 %). Dwie trzecie uczestników wypadków drogowych spowodowanych przez nietrzeźwych kierowców to osoby w wieku od 15 do 34 lat, przy czym 96 % stanowili mężczyźni.

5.2.2. *Dobra praktyka*

Liczne badania wykazały, że ryzyko wypadku drogowego związanego ze spożyciem alkoholu wzrasta wraz ze wzrostem stężenia alkoholu we krwi kierowcy. Wszystkie państwa członkowskie podjęły działania w kierunku wprowadzenia maksymalnego dopuszczalnego stężenia alkoholu we krwi. Badania wskazują na ogół, że pożądane byłoby przyjęcie obowiązkowego limitu w wysokości 0,5 mg/ml lub niższej²⁸. Skuteczne egzekwowanie

²⁶ Komisja włączyła młodzież do procesu konsultacji w sprawie niniejszego komunikatu poprzez projekty współfinansowane przez program zdrowia publicznego. Europejskie Forum Młodzieży utworzyło grupę roboczą, która uczestniczy w prowadzonych pracach.

²⁷ Poza problemem ruchu drogowego i w związku z ogólnie wyrażaną troską spowodowaną spożyciem alkoholu w miejscu pracy, co zostało opisane w pkt 5.3, istnieje również oczywista potrzeba kontroli spożycia alkoholu w innych działach transportu, takich jak transport morski, kolejowy i lotniczy. Jednak niniejszy komunikat nie zajmuje się konkretnie tymi problemami.

²⁸ Przegląd wyników 112 przeprowadzonych badań dostarcza przekonujących dowodów na to, że spadek zdolności do prowadzenia pojazdów następuje natychmiast po przekroczeniu zerowego stężenia alkoholu we krwi (Moskowitz i Fiorentino 2000). Badanie porównujące stężenie alkoholu we krwi u kierowców uczestniczących w wypadkach ze stężeniem u kierowców nieuczestniczących w wypadkach dowiodło, że u kierowców obu płci we wszystkich grupach wiekowych, u których stężenie alkoholu we

środków przeciwdziałających prowadzeniu pojazdu pod wpływem alkoholu może znacznie ograniczyć ilość wypadków drogowych ze skutkiem śmiertelnym (spadek sięgający 25 % w przypadku mężczyzn i 10 % w przypadku kobiet), a także zmniejszyć liczbę obrażeń i kalectw. Przykłady skutecznej polityki krajowej polegają na wprowadzeniu i egzekwowaniu częstego i systematycznego, losowego badania kierowców na obecność alkoholu w wydychanym powietrzu z jednoczesnym organizowaniem programów szkoleniowych i kampanii informacyjnych z udziałem wszystkich zainteresowanych stron. Kluczem do sukcesu jest surowe egzekwowanie przepisów w połączeniu z aktywnym podnoszeniem świadomości społecznej. Młodzi i początkujący kierowcy są częściej uczestnikami wypadków drogowych spowodowanych spożyciem alkoholu. Innym przykładem skutecznej polityki jest wprowadzenie dla tej grupy kierowców maksymalnego dopuszczalnego stężenia alkoholu we krwi na niższym lub zerowym poziomie, przy czym ze względów bezpieczeństwa taki limit powinien również obowiązywać kierowców środków transportu publicznego i samochodów dostawczych i ciężarowych, zwłaszcza przewożących towary niebezpieczne.

5.3. Zapobieganie szkodliwym skutkom nadużywania alkoholu wśród dorosłych i ograniczenie negatywnego wpływu alkoholu w miejscu pracy

Cele

Cel 5: Ograniczenie przewlekłych zaburzeń fizycznych i umysłowych związanych ze spożyciem alkoholu.

Cel 6: Zmniejszenie liczby zgonów związanych z alkoholem.

Cel 7: Dostarczanie konsumentom informacji umożliwiających im dokonanie świadomego wyboru.

Cel 8: Przyczynianie się do ograniczenia szkód spowodowanych spożyciem alkoholu w miejscu pracy i wspieranie działań prowadzonych w miejscu pracy.

5.3.1. Zasadność działania

Chociaż 85 % ludzi dorosłych spożywa alkohol najczęściej w sposób umiarkowany i odpowiedzialny, szkodliwe i niebezpieczne spożywanie alkoholu jest jedną z głównych przyczyn przedwczesnych zgonów i chorób, których można byłoby uniknąć, a ponadto ma ono negatywny wpływ na zdolność do pracy²⁹. Absencja w pracy związana z nadużywaniem alkoholu, czy też spożywanie alkoholu w godzinach pracy mają negatywny wpływ na wyniki pracy, a co za tym idzie na konkurencyjność i wydajność³⁰. 266 milionów dorosłych pije średnio dziennie alkohol w ilości nieprzekraczającej 20g (kobiety) lub 40g (mężczyźni), natomiast ponad 58 milionów dorosłych (15 %) przekracza ten poziom; 20 milionów (6 %

krwi wynosiło od 0,2 g/l do 0,49 g/l, ryzyko śmierci w wypadku samochodowym, w którym uczestniczył tylko jeden samochód, było trzykrotnie większe. Ryzyko to jest przynajmniej sześciokrotnie większe dla kierowców ze stężeniem alkoholu we krwi między 0,5 g/l a 0,79 g/l i 11 razy większe dla stężenia pomiędzy 0,8 g/l a 0,99 g/l (Zador et al, 2000). Wszystkie badania potwierdzają, że nowe przepisy prawne obniżające dopuszczalne stężenie alkoholu we krwi daje lepsze efekty, jeśli ich wprowadzeniu towarzyszą publiczne dyskusje, kampanie medialne i odpowiednie środki wykonawcze.

²⁹ Alcohol in Europe A public health perspective, P Anderson and B Baumberg, Institute of Alcohol Studies, UK 2006 http://ec.europa.eu/health-eu/news_alcoholineurope_en.htm

³⁰ RAND: An economic analysis of the impact of alcohol on the economic development in EU (Horlings, Scoggins 2006).

wszystkich osób spożywających alkohol) pije średnio dziennie ponad 40g (kobiety) lub 60g (mężczyźni). Biorąc pod uwagę uzależnienie, a nie ilość spożywanego alkoholu, ocenia się również, że w skali rocznej 23 miliony Europejczyków (5 % mężczyzn i 1 % kobiet) jest uzależnionych od alkoholu.

5.3.2. *Dobra praktyka*

Doświadczenie zdobyte w państwach członkowskich wskazuje na ogół, że poprawa w egzekwowaniu obowiązujących przepisów, kodeksów i norm jest niezbędna dla ograniczenia negatywnego wpływu szkodliwego i niebezpiecznego spożycia alkoholu. Działaniami, które mogą zapobiec szkodom wywołanym alkoholem u osób dorosłych, a także ograniczyć szkodliwe następstwa w miejscu pracy są: egzekwowanie koncesjonowania sprzedaży alkoholu, szkolenia w zakresie odpowiedzialnego podawania alkoholu, akcje prowadzone wśród społeczności lokalnej i w miejscach pracy, polityka cenowa (np. ograniczenie ofert typu „dwa drinki w cenie jednego”), dostosowanie rozkładu jazdy transportu publicznego do godzin zamykania lokali, poradnictwo udzielane przez lekarzy i pielęgniarki w ramach podstawowej opieki zdrowotnej osobom w grupie ryzyka, a także leczenie osób z problemem alkoholowym. Szkolenia, działania informacyjne i kampanie promujące umiarkowane spożycie alkoholu, czy też poświęcone problemowi prowadzenia pojazdów pod wpływem alkoholu, a także spożywania alkoholu w okresie ciąży i przez osoby nieletnie, mogą być użyte w celu mobilizowania społecznego poparcia dla prowadzonych działań.

5.4. **Informowanie, szkolenie i podnoszenie świadomości na temat wpływu szkodliwego i niebezpiecznego spożywania alkoholu, oraz odpowiedniej kultury spożywania alkoholu**

Cele

Cel 9: Uświadamianie obywatelom UE, jaki wpływ ma szkodliwe i niebezpieczne spożywanie alkoholu na zdrowie, a zwłaszcza wpływ alkoholu na płód, na osoby nieletnie pijące alkohol, na wyniki w pracy zawodowej i na prowadzenie pojazdów.

5.4.1. *Zasadność działania*

Obywatele mają prawo uzyskiwać odpowiednie informacje na temat wpływu alkoholu na zdrowie, a zwłaszcza na temat ryzyka i konsekwencji związanych ze szkodliwym i niebezpiecznym spożywaniem alkoholu, a także otrzymywać dokładniejsze informacje dotyczące składników dodawanych do alkoholu, które mogą być szkodliwe dla zdrowia niektórych grup konsumentów. Umiarkowane spożycie alkoholu wydaje się w pewnym stopniu chronić przed chorobą wieńcową wśród starszych osób (45 lat lub więcej, w zależności od płci i indywidualnych różnic).

5.4.2. *Dobra praktyka*

Wybór stylu życia w młodości ma wpływ na stan zdrowia w wieku dorosłym. W związku z tym dzieci i młodzież, a także ich rodzice, powinni być adresatem działań ukierunkowanych na edukację zdrowotną i podnoszenie świadomości. Szeroko zakrojone i starannie wdrażane programy szkoleniowe w zakresie zdrowia i trybu życia, rozpoczynane we wczesnym dzieciństwie i w miarę możliwości prowadzone nadal w okresie dorastania, mogą podnieść świadomość i wywrzeć wpływ na ryzykowne zachowanie. Działania takie powinny zajmować

się zarówno czynnikami ryzyka, takimi jak alkohol, i okresami ryzyka (okres dojrzewania), jak i czynnikami ochronnymi, tzn. zmianą stylu życia i zachowania.

Kampanie medialne, takie jak finansowana przez Wspólnotę kampania „Euro-Bob” mająca na celu zapobieganie prowadzeniu pojazdów po spożyciu alkoholu, mogą być narzędziem informowania i uświadamiania obywateli oraz wspierania działań podejmowanych w ramach przygotowanej strategii.

5.5. Rozwój, wspieranie i prowadzenie wspólnej bazy danych

Cele

Cel 10: Uzyskanie porównywalnych informacji na temat spożycia alkoholu, zwłaszcza przez młodzież; zdefiniowanie szkodliwego i niebezpiecznego spożywania alkoholu, kultury spożywania alkoholu, społecznych i zdrowotnych skutków spożywania alkoholu; a także zgromadzenie informacji na temat wpływu środków podjętych w ramach polityki antyalkoholowej oraz wpływu spożycia alkoholu na wydajność i rozwój gospodarczy.

Cel 11: Ocena skutków inicjatyw podjętych na podstawie niniejszego komunikatu.

5.5.1. Zasadność działania

Systemy badań i informacji mają zasadnicze znaczenie dla opracowania i wdrożenia skutecznych działań na poziomie UE, poziomie krajowym oraz lokalnym, które mogłyby zapobiec szkodliwemu i niebezpiecznemu spożywaniu alkoholu, a także pozwolić na lepszą ocenę skutków umiarkowanego spożywania alkoholu. Bardzo potrzebna jest również wspólna definicja „jednorazowego spożywania alkoholu w nadmiernych ilościach” oraz szkodliwego i niebezpiecznego spożywania alkoholu, zwłaszcza w odniesieniu do tendencji w kulturze spożywania alkoholu przez młodzież.

5.5.2. Potrzeby

W uzupełnieniu prac prowadzonych nad wskaźnikami zdrowotnymi Wspólnoty Europejskiej, służby Komisji wskazały na potrzebę opracowania standardowej definicji w odniesieniu do danych dotyczących spożywania alkoholu i szkód wyrządzonych spożywaniem alkoholu; rozpoczęcia badań oceny kosztów i korzyści w odniesieniu do różnych opcji polityki; prowadzenia regularnych badań porównawczych w Europie; a także wypełnienie luk w badaniach nad szkodami zdrowotnymi i społecznymi związanymi z alkoholem, nad przyczynami szkodliwego i niebezpiecznego spożywania alkoholu i jego roli w powiększaniu różnic w stanie zdrowia poszczególnych grup społeczno-ekonomicznych. Ponadto potrzebna jest ocena zróżnicowania kultury spożywania alkoholu zależnie od kraju, grupy wiekowej i płci.

Potrzebne są również dalsze badania nad oceną skuteczności prowadzonych działań.

6. TRZY POZIOMY DZIAŁAŃ

Za krajową politykę w zakresie alkoholu odpowiadają przede wszystkim państwa członkowskie. Ponadto Wspólnota zachęca do współpracy i koordynacji działań prowadzonych przez państwa członkowskie i udziela wsparcia w tych działaniach. Jako uzupełnienie inicjatyw na poziomie krajowym, Komisja wdraża politykę w zakresie szkodliwości spożywania alkoholu, zwłaszcza poprzez program zdrowia publicznego i ramowy program badań. Tak więc są trzy poziomy działań: poziom krajowy, koordynacja polityk krajowych na poziomie Wspólnoty, oraz działania podejmowane przez Komisję na podstawie jej prerogatyw. W tym kontekście główną rolą Komisji jest: (1) informowanie i podnoszenie świadomości na temat głównych problemów zdrowia publicznego na poziomie UE i państw członkowskich, a także współpraca z państwami członkowskimi w rozwiązywaniu tych problemów; (2) inicjowanie działań na poziomie UE, jeśli dotyczą one zakresu kompetencji Komisji, zwłaszcza poprzez programy sektorowe oraz (3) wspieranie i pomoc w koordynowaniu działań krajowych, zwłaszcza poprzez identyfikowanie i upowszechnianie dobrych praktyk w całej UE.

6.1. Działania podejmowane przez Komisję Europejską

Rola Wspólnoty w zakresie zdrowia publicznego polega na uzupełnianiu wysiłków podejmowanych przez państwa członkowskie, na dodaniu wartości do tych działań, a szczególnie na zajęciu się problemami, których państwa członkowskie nie są w stanie skutecznie same rozwiązać. Komisja będzie zwłaszcza traktować w sposób priorytetowy następujące zadania:

- Wspieranie, poprzez program zdrowia publicznego, projektów, które przyczyniają się do ograniczenia szkód wywołanych spożywaniem alkoholem w UE, zwłaszcza wśród dzieci i młodzieży, a także monitorowanie i ocena skuteczności podejmowanych działań. *(dotyczy celów 1-11 w pkt 5)*
- Wspieranie, poprzez program zdrowia publicznego i inne istniejące struktury, stworzenia systemu elastycznych, ale standardowych definicji danych dotyczących alkoholu, prowadzenie powtarzanych okresowo przeglądów porównawczych na temat spożycia alkoholu, zwłaszcza w oparciu o europejskie badanie ankietowe dotyczące zdrowia i inne dodatkowe badania (które mają zostać opracowane w ramach europejskiego systemu ankietowych badań zdrowotnych i europejskiego systemu statystycznego), a także opracowanie wskaźników zdrowotnych na potrzeby monitorowania i oceny rozwoju sytuacji. Porównywalne informacje na temat alkoholu będą dostępne na stronie internetowej Europa, powiązanej z portalem Zdrowie. *(cele 9-11)*
- Wspieranie monitorowania kultury spożycia alkoholu wśród młodzieży i szkód z tym związanych, ze zwróceniem szczególnej uwagi na wzrost spożycia alkoholu przez dziewczęta i wzrost częstotliwości „jednorazowego spożywania alkoholu w nadmiernych ilościach”. *(cele 1, 3, 4, 6, 7, 9)*
- Opracowanie, we współpracy z państwami członkowskimi i zainteresowanymi stronami, strategii mających na celu ograniczenie picia alkoholu przez osoby nieletnie. Ma to przyjąć formę wymiany dobrych praktyk stosowanych w rozwiązywaniu takich kwestii jak sprzedaż i podawanie alkoholu, nieodpowiedzialny marketing, a także wzorce

nadużywania alkoholu przekazywane przez media i przez osoby popularne wśród młodzieży. Postępy w tym zakresie można osiągnąć w ramach Forum ds. Alkohol i Zdrowia, o którym mowa w pkt 6.3.1., a także poprzez wdrożenie Europejskiego Paktu na rzecz Młodzieży³¹. (*cele 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8*)

- Wspieranie państw członkowskich i zainteresowanych stron w ich wysiłkach zmierzających do opracowania programów informacyjnych i szkoleniowych dotyczących szkodliwego wpływu spożywania alkoholu oraz odpowiedzialnej kultury spożywania alkoholu. (*cele 1-9*)
- Badanie, we współpracy z państwami członkowskimi i organizacjami przedsiębiorców, możliwości opracowania specjalnych kampanii informacyjnych i szkoleniowych mających na celu zapobieganie szkodom wyrządzonym przez alkohol w miejscu pracy. W tym kontekście należy prowadzić wymianę najlepszych praktyk, być może jednocześnie z innymi inicjatywami prowadzonymi przez Komisję, takimi jak np. Korporacyjna odpowiedzialność społeczna. (*cele 1-9*)
- Wspieranie zaangażowania organizacji odpowiedzialnych za zdrowie w miejscu pracy, np. Europejskiej Agencji ds. Bezpieczeństwa i Ochrony Zdrowia w Miejscu Pracy, w związku ze znaczeniem inicjatyw takich jak „Inicjatywa dotycząca zdrowego miejsca pracy”, której celem jest umożliwienie zarówno pracodawcom, jak i pracownikom łatwego dostępu do informacji na temat tego, jak poprawić swoje środowisko pracy poprzez poprawę zdrowia i produktywności. (*cele 1-9*)
- Badanie, we współpracy z państwami członkowskimi i zainteresowanymi stronami, korzyści wynikających z opracowania skutecznych podejść na obszarze całej Wspólnoty w zakresie dostarczania odpowiednich informacji konsumentom. Takie debaty są szczególnie ważne, ponieważ niektóre państwa członkowskie już planują wprowadzenie etykiet zawierających ostrzeżenia (np. dotyczące spożywania alkoholu w okresie ciąży), a ponadto, ponieważ prowadzone są obecnie dyskusje na temat najlepszych praktyk w zakresie podnoszenia świadomości konsumentów. (*cele 1, 3, 4, 6, 7, 9*)
- Składanie sprawozdań na temat wdrożenia środków zmierzających do rozwiązania problemu szkodliwego i ryzykownego spożywania alkoholu, przedstawionych w niniejszym komunikacie, również w oparciu o informacje otrzymywane od państw członkowskich, a także na temat wpływu, jaki wywierają strategie UE opisane w tym komunikacie. (*cel 11*)

Ponadto, poprzez projekt siódmego ramowego programu badań (2007-2013), zwłaszcza w ramach tematu Zdrowie w proponowanym specjalnym programie „Współpraca”, można będzie przeanalizować, w jaki sposób badania na poziomie europejskim wnoszą wartość dodaną w strategię UE na rzecz wspierania państw członkowskich w ograniczaniu szkodliwych skutków spożywania alkoholu. Dowody naukowe potrzebne do wprowadzania jak najlepszych rozwiązań w dziedzinie zdrowia publicznego oraz ukierunkowania

³¹ W komunikacie w sprawie polityk europejskich dotyczących młodzieży: Wychodzenie naprzeciw obawom młodych ludzi w Europie – wprowadzanie w życie Europejskiego Paktu na rzecz Młodzieży i wspieranie aktywnego obywatelstwa, z dn. 30 maja 2005 r. Komisja potwierdza, jak ważne jest zwrócenie uwagi na zdrowie młodych ludzi. Jedną z dziedzin, w zakresie których należy podjąć działania, jest spożywanie alkoholu przez młodych ludzi.

zintegrowanej strategii zapobiegania nadużywaniu alkoholu można uzyskać dzięki badaniom w następujących dziedzinach:

- badanie w zakresie kultury spożywania alkoholu przez młodzież (trendy i wyznaczniki);
- związek pomiędzy szkodliwym spożyciem alkoholu i kulturą spożywania alkoholu a związanymi z tym szkodami zdrowotnymi, społecznymi i ekonomicznymi (dotyczy celów 1-10 w pkt 5);
- inne czynniki mające wpływ na społeczeństwo (dotyczy celów 1-10 w pkt 5).

6.2. Pomocniczość: Opis działań wdrażanych przez państwa członkowskie

6.2.1. Działania krajowe

Większość państw członkowskich wprowadziła przepisy prawne i strategię w odniesieniu do szkodliwego i niebezpiecznego spożywania napojów alkoholowych. Ponadto w roku 2005 piętnaście państw członkowskich zawiadomiło o przyjęciu krajowych planów działania, lub o istnieniu organów koordynujących politykę dotyczącą alkoholu. Zakres środków wdrożonych przez państwa członkowskie jest bardzo szeroki i obejmuje takie kwestie jak szkolenie, informacja konsumencka, egzekwowanie przepisów dotyczących kontroli ruchu drogowego czy też koncesjonowania sprzedaży napojów alkoholowych, a także ustalenie stawek opodatkowania napojów alkoholowych³².

Konkretne środki przyjęte przez państwa członkowskie w celu ograniczenia szkodliwych skutków spożywania alkoholu, a przez to ochrony zdrowia publicznego, są opracowane w oparciu o ich własne uwarunkowania kulturowe. Opis niektórych działań podjętych w ramach polityki krajowej może ułatwić upowszechnianie dobrych praktyk. Wszystkie środki powinny być rozpatrywane indywidualnie; w każdym wypadku winny one być oparte na istniejących dowodach, proporcjonalne i wdrażane zgodnie z zasadą przeciwdziałania dyskryminacji. Poniżej podano przykłady środków krajowych wdrożonych obecnie w państwach członkowskich:

- Działania mające na celu poprawę informacji dostarczanych konsumentowi, w miejscu sprzedaży lub na samych wyrobach, na temat wpływu nadużywania alkoholu na zdrowie i wyniki pracy. W ramach informacji konsumenckich niektóre państwa członkowskie wprowadziły, lub rozważają wprowadzenie, etykietowania mającego na celu ochronę kobiet w ciąży i nienarodzonych dzieci. Inne działania mają na celu dostarczanie łatwo zrozumiałych informacji na temat zawartości alkoholu i umiarkowanego picia. (*cele 1-9*)
- Działania zmierzające do bardziej konsekwentnego egzekwowania ograniczeń wiekowych przy sprzedaży i podawaniu alkoholu. Działania takie są najczęściej skuteczniejsze, jeśli włączy się do nich wszystkie zainteresowane strony, rodziców i młodzież. Ponieważ w młodym wieku alkohol jest wolniej metabolizowany, niektóre państwa członkowskie rozważają możliwość zmiany ograniczeń wiekowych w sprzedaży i podawaniu napojów

³²

Minimalna stawka podatku akcyzowego została określona w dyrektywie Rady 92/84/EWG z 19 października 1992 r. w sprawie zbliżenia stawek podatku akcyzowego dla alkoholu i napojów alkoholowych. Powyżej tych minimalnych stawek państwa członkowskie mogą swobodnie określać swoje krajowe stawki podatku na poziomie, jaki uważają za stosowny, z uwzględnieniem innych dziedzin polityki, np. ochrony zdrowia.

alkoholowych, zwłaszcza w przypadkach, gdy minimalny wiek pozwalający na podawanie i sprzedaż alkoholu jest obecnie niższy niż 18 lat. *(cele 1, 4, 6, 7, 8)*

- Okazało się, że prowadzone akcje i programy szkoleniowe zwiększają zdolność młodych ludzi i ich rodziców do radzenia sobie z problemami alkoholowymi i ryzykownym zachowaniem. Takie działania powinny koncentrować się zarówno na czynnikach ryzyka jak i czynnikach ochronnych, celem promowania zmian w zachowaniu wśród dzieci i młodzieży; mogą one być organizowane w szkołach i innych odpowiednich miejscach. Aby były one skuteczniejsze, należy w nie aktywnie zaangażować młodych ludzi i wszystkie zainteresowane strony. *(cele 1, 2, 4, 6-9)*
- Wprowadzenie i egzekwowanie przepisów zabraniających podawania alkoholu osobom nietrzeźwym, a także skuteczne systemy koncesjonowania sprzedaży i odpowiedzialnego podawania wyrobów alkoholowych, zgodnie z konkretnymi uwarunkowaniami i krajowym porządkiem prawnym. *(cele 1-7, 9)*
- Wprowadzenie zerowego limitu stężenia alkoholu we krwi dla młodych i niedoświadczonych kierowców, kierowców środków transportu publicznego i samochodów dostawczych i ciężarowych, zwłaszcza przewożących towary niebezpieczne. *(cele 4-6)*
- Opracowanie systemu, w ramach którego możliwe jest nieograniczone (losowe) badanie wszystkich kierowców na obecność alkoholu w wydychanym powietrzu, egzekwowanie środków zapobiegających prowadzeniu pojazdów przez nietrzeźwych kierowców oraz stosowanie sankcji odstraszaających wobec wszystkich kierowców, u których stwierdzono przekroczenie dopuszczalnego stężenia alkoholu we krwi, zwłaszcza tych, którzy ponownie dopuścili się wykroczenia. *(cele 4-7, 9)*
- Specjalne działania mające na celu pomoc w rozwiązaniu problemów związanych ze spożyciem alkoholu w miejscach pracy i w pobliżu tych miejsc. *(cele 2-6)*
- Przyznanie koniecznych środków w ramach podstawowej opieki zdrowotnej na poradnictwo i leczenie w zakresie szkodliwego i niebezpiecznego spożywania alkoholu, na zorganizowanie szkolenia dla pracowników ochrony zdrowia i na priorytetowe traktowanie akcji prewencyjnych w miejscach pracy, a także na poradnictwo dla dzieci z rodzin z problemem alkoholowym i na programy szkoleniowe i podnoszące świadomość, mające na celu ochronę nienarodzonych dzieci. *(cele 2-9)*
- Stworzenie programów dotyczących badania i monitorowania problemów związanych z alkoholem, finansowanych ze środków publicznych. *(cele 7-11)*

6.2.2. Działania lokalne

Strategie krajowe mogą być bardziej skuteczne, jeśli są wspierane przez działania prowadzone na szczeblu lokalnym oraz organizowane przez społeczność lokalną. Ponadto działania lokalne prowadzone przez wiele zainteresowanych stron wydają się być istotne dla wspierania strategii przedstawionej w niniejszym komunikacie. Na przykład:

- Można stosować aktywne metody szkolenia, aby zniechęcić młodzież do eksperymentowania ze szkodliwym spożyciem alkoholu. *(cele 1, 6, 7, 9)*

- We wszystkich miejscach pracy można wprowadzić strategię zmierzającą do zapobiegania szkodliwym skutkom spożywania alkoholu. Obejmowałaby ona kampanie informacyjne i szkoleniowe, a także pomoc i specjalistyczną opiekę dla pracowników z problemem alkoholowym. *(cele 5-9)*
- Organizacje młodzieżowe i społeczne powinny rozważyć, w jaki sposób mogą się przyczynić do ograniczenia szkodliwych skutków spożywania alkoholu. *(cele 1-9)*
- Społeczności lokalne mogłyby przyczynić się do zapobiegania szkodliwym skutkom spożywania alkoholu i promować strategie mające chronić przed nimi obywateli. *(cele 1-9)*

6.3. Koordynacja działań na poziomie UE

Kompetencje UE w zakresie zdrowia nie ograniczają się do konkretnych działań w dziedzinie zdrowia publicznego. Tam gdzie jest to możliwe, Komisja będzie się starała poprawić spójność polityk mających wpływ na szkodliwe skutki spożycia alkoholu. Ustanowiono wiele mechanizmów zapewniających uwzględnienie problematyki zdrowotnej w obszarach innych polityk wspólnotowych, zgodnie z art. 152 ust. 1 traktatu WE.

6.3.1. Forum ds. Alkoholu i Zdrowia

Przyjmując jako wzorzec platformę działania UE na rzecz właściwego sposobu odżywiania, aktywności fizycznej i zdrowia, Komisja utworzy do czerwca 2007 r. Forum ds. Alkoholu i Zdrowia, w którym uczestniczyć będą eksperci z różnych organizacji zrzeszających zainteresowane strony, a także przedstawiciele państw członkowskich oraz innych instytucji i agencji unijnych. Ogólnym celem tego Forum będzie wsparcie strategii określonej w niniejszym komunikacie, dostarczanie danych do jej wdrażania i monitorowanie tego wdrażania. Forum ds. Alkoholu i Zdrowia może w razie potrzeby stworzyć podgrupy zajmujące się specjalnymi tematami, takimi jak badania, informacja i gromadzenie danych, a także szkolenie. *(cele 1-11)*

6.3.2. Prowadzenie pojazdów pod wpływem alkoholu

Dla zapewnienia lepszej koordynacji działań podejmowanych celem ograniczenia liczby wypadków drogowych spowodowanych spożyciem alkoholu, a szczególnie mając na uwadze walkę z prowadzeniem pojazdów pod wpływem alkoholu, Komisja zapewni lepszą koordynację działań dotyczących prowadzenia pojazdów pod wpływem alkoholu i działań dotyczących bezpieczeństwa na drogach, w tym działań wspieranych przez program zdrowia publicznego i plan działania na rzecz bezpieczeństwa na drogach. Kwestia początkujących i młodych kierowców będzie przedmiotem szczególnej uwagi. *(cele 4, 6, 7)*

6.3.3. Informacja handlowa

Prawo wspólnotowe już obecnie reguluje niektóre aspekty informacji handlowej i pewne instrumenty są obecnie analizowane i aktualizowane. Ponadto staje się coraz bardziej jasne, jakie rodzaje najlepszych praktyk w zakresie samoregulacji pomogą w stworzeniu skutecznych wzorców zachowania wśród reklamodawców, a tym samym w dostosowaniu reklam do oczekiwań społecznych³³. Służby Komisji będą pracować wspólnie z

³³ Kwestię reklamy telewizyjnej napojów alkoholowych reguluje dyrektywa w sprawie telewizji bez granic (dyrektywa Rady 89/552/EWG z 3 października 1989 w sprawie koordynacji niektórych

zainteresowanymi stronami nad stworzeniem stabilnych warunków współpracy w zakresie odpowiedzialnej informacji handlowej i sprzedaży, z uwzględnieniem prezentacji odpowiedzialnej kultury spożywania alkoholu. Głównym celem będzie wsparcie dla działań na poziomie UE, a także na poziomie krajowym i samorządowym, mających na celu zapobieganie nieodpowiedzialnemu marketingowi napojów alkoholowych i regularne badanie tendencji w dziedzinie reklamy, a także aspektów reklamy wywołujących zaniepokojenie, np. reklamy alkoholu.

Jednym z celów tych wspólnych wysiłków będzie osiągnięcie porozumienia między przedstawicielami rozmaitych branż (przemysł restauracyjny i hotelarski, handel, producenci, media/reklama) w sprawie zasad informacji handlowej, które byłyby przyjęte na poziomie krajowym i na poziomie UE. Punkty odniesienia dla zasad/strategii mogą być uzgadniane na poziomie krajowym.

W ramach tego podejścia monitorowany będzie również wpływ zasad samoregulacji na spożywanie alkoholu przez młodych ludzi, a także respektowanie tych zasad przez branżę alkoholową. Niezależne organy zostaną zaangażowane do weryfikacji skuteczności i wyników stosowania zasad samoregulacji w oparciu o ustalone punkty odniesienia. Dzięki temu organizacje odpowiedzialności społecznej będą mogły odpowiednio dostosować swoje cele. *(cele I-9)*

7. WNIOSKI

W niniejszym komunikacie Komisja, w odpowiedzi na wezwanie Rady z 2001 r., przedstawia kompleksową strategię dotyczącą ograniczenia szkodliwych skutków spożywania alkoholu w Europie do końca 2012 roku i wyjaśnia, co zostało już zrobione na poziomie krajowym i na poziomie wspólnotowym, jakie są dziedziny priorytetowe, zasługujące na dalsze działania, a także, w jaki sposób Komisja może się jeszcze przyczynić do rozwiązania tego bardzo ważnego problemu zdrowia publicznego. Komisja proponuje, aby państwa członkowskie i zainteresowane strony potraktowały ten komunikat jako podstawę do dalszych prac, zwłaszcza w ramach Forum ds. Zdrowia i Alkoholu.

Komisja uważa, że jej główny wkład do tej strategii powinien opierać się na dotychczasowym podejściu, polegającym na uzupełnianiu polityk i strategii krajowych w tym zakresie, i w związku z tym nie zamierza wdrażać strategii poprzez nowe szczegółowe wnioski legislacyjne. Komisja będzie przedkładać regularne sprawozdania w sprawie wdrożenia środków wprowadzonych celem zapobiegania szkodliwemu i niebezpiecznemu spożywaniu alkoholu, o których mowa w niniejszym komunikacie, jak również na temat oddziaływania strategii UE opisanej w niniejszym komunikacie; sprawozdanie to będzie oparte na regularnych sprawozdaniach państw członkowskich na temat wdrożenia odpowiednich środków.

przepisów ustawowych, wykonawczych i administracyjnych państw członkowskich dotyczących wykonywania telewizyjnej działalności transmisyjnej; Dz.U. L 298 z 17.10.1989, str. 23). Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2005/29/WE z dnia 11 maja 2005 r. dotycząca nieuczciwych praktyk handlowych stosowanych przez przedsiębiorstwa zajmuje się sprawą wprowadzających w błąd i agresywnych praktyk, oraz praktyk, które stosują przymus jako sposób sprzedaży (Dz.U. L 149 z 11.6.2005, str. 22). Jeśli chodzi o samoregulacje, wielosektorowy okrągły stół reklamy, w którym uczestniczy wiele zainteresowanych stron, zorganizowany przez służby Komisji, określił niektóre najważniejsze elementy mające służyć skutecznej samoregulacji. Są one przedstawione w raporcie dostępnym na stronie: http://ec.europa.eu/consumers/overview/report_advertising_en.pdf.

Niektóre działania prowadzone obecnie przez państwa członkowskie powinny być traktowane jako wzory dobrej praktyki, których skuteczność już sprawdziła się w praktyce. Działania te powinny zostać nasilone dla osiągnięcia celu tej strategii, z poszanowaniem zasad pomocniczości i lepszych uregulowań prawnych. Komisja będzie przyczyniać się do osiągnięcia tego celu w roli instytucji uzupełniającej wysiłki państw członkowskich, poprzez wnoszenie wartości dodanej do ich działań oraz poprzez zajmowanie się kwestiami, z którymi państwa członkowskie nie mogą sobie samodzielnie poradzić.