KOMMISSIONEN FOR DE EUROPÆISKE FÆLLESSKABER

Bruxelles, den 18.9.2008
SEK(2008) 2454

ARBEJDSDOKUMENT FRA KOMMISSIONENS TJENESTEGRENE,

der ledsager

MEDDELELSE FRA KOMMISSIONEN TIL RÅDET OG EUROPA-PARLAMENTET

om EU's narkotikahandlingsplan (2009-2012)

RESUME AF KONSEKVENSANALYSEN

{KOM(2008) 567}
{SEK(2008) 2455}
{SEK(2008) 2456

Resumé

1.1. Indledning

Formålet med denne konsekvensanalyse er at fastlægge de mest hensigtsmæssige foranstaltninger til at gennemføre EU's narkotikastrategi (2005-2012)[1]. Strategien tager sigte på at beskytte den offentlige sundhed og forbedre samfundets og borgernes velfærd samt at sikre et højt beskyttelsesniveau for befolkningen gennem en afbalanceret, integreret tilgang til narkotikaproblemet. Strategien opstiller rammer, mål og prioriteringer for narkotikarelaterede aktiviteter i EU, der skal gennemføres og bliver gennemført gennem to på hinanden følgende narkotikahandlingsplaner. Den første narkotikahandlingsplan (2005-2008)[2] blev vedtaget i 2005. I første halvår 2008 foretog Kommissionen en efterfølgende evaluering for at vurdere dens konsekvenser og foreslå en ny EU-narkotikahandlingsplan (2009-2012). Denne konsekvensanalyse er i høj grad baseret på resultaterne af denne evaluering.

Med henblik på evalueringen og denne konsekvensanalyse har Kommissionen haft kontakt med forskellige grupper af centrale aktører. Ud over en løbende kontakt og informationsudveksling med Rådets horisontale narkotikagruppe blev der sikret bred deltagelse af Kommissionens tjenestegrene gennem oprettelsen af en tværtjenestelig styringsgruppe (ISSG). Der blev nedsat en styringsgruppe for høring af eksperter forud for og under evalueringen af EU's narkotikahandlingsplan (2005-2008). Kommissionen har på to møder hørt civilsamfundsforummet om narkotika. Der blev ikke arrangeret en offentlig høring for denne konsekvensanalyse, væsentligst på grund af tidsnød.

1.2. Problemformulering

EU's narkotikastrategi (2005-2012) og EU's narkotikahandlingsplan (2005-2008) fokuserer på to vigtige dimensioner af narkotikapolitikken, nemlig *begrænsning af narkotikaefterspørgslen* og *begrænsning af narkotikaudbuddet* suppleret med tre tværgående temaer nemlig *koordinering, internationalt samarbejde* samt *information, forskning og evaluering*.

Handlingsplanen er et ikke-bindende koordineringsinstrument væsentligst for medlemsstaterne, som selv fastlægger, hvordan de vil gennemføre dens mål. Et begrænset antal mål og foranstaltninger gennemføres kun på EU-niveau, dvs. gennem Kommissionens aktiviteter. Handlingsplanen opstiller retningslinjer for den nationale narkotikapolitik, men gør også vurderingen af planens direkte følger mere kompliceret, da de fleste mål og foranstaltninger i handlingsplanen gennemføres indirekte, idet handlingsplanen tager sigte på at påvirke andre aktørers tiltag.

Evalueringen af EU's narkotikahandlingsplan (2005-2008) viser, at dens mål er blevet indarbejdet i de nationale politikker, og/eller allerede indgik i de eksisterende strategidokumenter. Evalueringen viser, at handlingsplanen har igangsat en række aktiviteter og et samarbejde. Der er gjort fremskridt med stort set alle de specifikke mål og foranstaltninger, dog med forskellige resultater. Evalueringen viste også en række betydelige problemer. Handlingsplanen lider af en række interne uoverensstemmelser og af et stort antal mål og foranstaltninger, der ikke er indbyrdes prioriteret.

---

[1] CORDROGUE 77 af 22.11.2004.
[2] EUT C 168 af 8.7.2005.

Koordineringen inden for Kommissionen, hvad angår gennemførelsen af handlingsplanen, kunne forbedres, bl.a. ved at foretage en klarere prioritering og ved at forbedre kommunikationen om målene for EU's narkotikapolitik på alle politikområder.Hvad angår *begrænsning af narkotikaefterspørgslen*, har kun få medlemsstater indført generelle kvalitetsstandarder for forebyggelse, skadesbegrænsning og behandling. Endvidere skal der lægges vægt på at forbedre effektiviteten, tilgængeligheden og dækningen af behandling og skadesbegrænsning. Medlemsstaterne skal også investere i at tilpasse sig til nye tendenser inden for behandlingsbehov. Tilbud om forebyggelse, skadesbegrænsning og behandling af indsatte, der kan sammenlignes med tilbuddene uden for fængsler, har stor betydning for at nedbringe narkotikarelaterede infektionssygdomme og narkotikarelaterede dødsfald, der forekommer meget hyppigere i fængsler end udenfor.

Hvad angår *begrænsning af narkotikaudbuddet*, samarbejder medlemsstaterne i stadig højere grad om retshåndhævelse på narkotikaområdet, men eksisterende instrumenter, som f.eks. fælles efterforskningshold og fælles toldaktioner, anvendes ikke i fuld udstrækning. Medlemsstaternes bidrag til Europols aktiviteter, f.eks. informationsdeling og indsamling af efterretninger via en tættere koordinering mellem medlemsstaternes retshåndhævende instanser, kan forbedres betydeligt. Positive resultater fra de seneste projekter om tværnational retshåndhævelse (f.eks. MAOC-N) viser betydningen af at styrke indsamlingen og delingen af efterretninger som udgangspunkt for at styrke en efterretningsbaseret retshåndhævelse. Narkotikastrategiens mål, nemlig at gøre udbudsbegrænsningen og retshåndhævelsen mere målelig og realistisk, kompliceres af en mangel på standardiserede nøgleindikatorer på dette område.

Hvad angår det *internationale samarbejde*, har handlingsplanen ifølge medlemsstaterne været vigtig for på europæisk niveau at opnå sammenhæng og konsensus på den internationale scene. EU har i stigende grad optrådt samlet, bl.a. i FN's Narkotikakommission, men der skal gøres yderligere bestræbelser på at sikre, at EU taler med én stemme i Narkotikakommissionens plenarmøder. EU's integrerede og afbalancerede tilgang til narkotika har været en model for kandidatlandene og for mange af de lande, der er omfattet af naboskabspolitikker, når det gælder udvikling af deres nationale narkotikastrategier og handlingsplaner.

En række projekter med kandidatlandene og de lande, der deltager i stabiliserings- og associeringsprocessen, er blevet støttet i de seneste år. Samtidig bør eksterne finansieringsprogrammer og projekter i både EU og medlemsstaterne mere eksplicit knyttes til prioriteringerne i EU's narkotikapolitik. Nye narkotikaruter kræver et smidigt og bredt samarbejde med landene i de pågældende områder.

Hvad angår *information, forskning og evaluering*, konkluderes det i evalueringen, at kvaliteten af de oplysninger, der foreligger om narkotikasituationen i Europa, er blevet bedre i de seneste år, men at der bør overvejes yderligere skridt for at sikre en bedre koordinering og komplementaritet mellem forskning og forskningsfinansiering på nationalt niveau og EU-niveau. Muligheden for mindre støtte fra de nationale regeringer til de nationale kontaktpunkter giver fortsat anledning til bekymring, da de er rygraden i EONN's informationsinfrastruktur. Behovet for at evaluere narkotikapolitikkerne er fortsat af stor betydning.

1.3. Den nuværende situation

I EU er cannabis den mest udbredte form for ulovlig narkotika med 17,5 millioner europæere, der sidste år brugte stoffet. 4,5 millioner europæere tog kokain sidste år, og dette tal er steget dramatisk i nogle medlemsstater, mens brugen af ecstasy ser ud til at have oplevet et moderat fald overalt. Brugen af heroin og stiknarkomani er generelt stabil. Den faldende alder for førstegangsbrugere blandt unge mennesker samt den stigende tendens for blandingsmisbrug giver store udfordringer for forebyggelse og behandling.

I EU er mellem 1 og 8 pr. 1 000 indbyggere problematiske stofbrugere. Der er hvert år mellem 7 500 og 8 000 narkotikarelaterede dødsfald. Det anslås, at mellem 100 000 og 200 000 europæere, der på et tidspunkt har indtaget stoffer, lever med HIV og omkring 1 million med hepatitis C. Risikoen for infektion er særdeles stor under særlige omstændigheder, når det er almindeligt med fælles nåle, f.eks. i fængsler. I 2005 var der 326 000 nye personer, der kom under narkotikabehandling i 21 EU-lande. I EU er omkring 525 000 stofmisbrugere i substitutionsbehandling.

Narkotikafremstilling og narkotikahandel og smugling er fortsat en af de vigtigste aktiviteter for den organiserede kriminalitet, som både er rettet mod EU og foregår inden for EU. Handelsruterne til EU og narkotikafremstillingen i EU samt antallet af indrejsesteder er stigende, samtidig med at der foregår en omfattende ulovlig handel inden for EU.

Der bruges nøglekorridorer til at transportere opiater til EU med udgangspunkt i Afghanistan og igennem de centralasiatiske stater. Det meste heroin kommer ind i Vesteuropa via *balkanruterne* med start i Tyrkiet, men der er en øget brug af den *centrale Balkanrute* fra Tyrkiet via Balkanstaterne ind i Italien eller Slovenien. *Ruten via Ukraine og Rumænien* bliver også stadig mere brugt. Der er tre væsentlige søveje til Europa for kokains vedkommende. *Den nordlige rute* fra Caribien via Azorerne til Portugal og Spanien. *Den centrale rute* løber fra Sydamerika via Cap Verde eller Madeira og De Kanariske Øer til Europa. På det seneste er den *afrikanske rute* dukket op, fra Sydamerika til Vestafrika og derfra til Portugal og Spanien. Den Europæiske Union har en betydelig produktion af syntetiske stoffer, navnlig amfetamin og MDMA (ecstasy).

Beslaglæggelserne af narkotika har været stabile i de senere år, dog ikke for kokains vedkommende, hvor der er sket en stigning. Ikke desto mindre *faldt* gadepriserne korrigeret for inflation for alle ovennævnte stoffer i perioden 2000-2006, mens styrken var stabil eller faldt for cannabis, amfetamin og kokain.

Misbrug af ulovlige stoffer medfører betydelige sociale omkostninger for EU's medlemsstater. En nylig undersøgelse foretaget af EONN baseret på oplysninger fra seks EU-medlemsstater viste, at det offentliges samlede udgifter på narkotikaområdet udgjorde 0,05 % til 0,46 % af disse landes BNP. Med udgangspunkt i disse rapporter anslår EONN, at de samlede narkotikarelaterede udgifter i de 27 EU-medlemsstater og Norge er på mellem 13 og 36 mia. EUR årligt, hvilket udgør indtil 0,33 % af EU-medlemsstaternes BNP.

1.4. Nærhedsprincippet og merværdi

EU-medlemsstaterne er hovedaktørerne på narkotikaområdet, og narkotikalovgivning henhører væsentligst under medlemsstaternes kompetence. Det anerkendes imidlertid udtrykkeligt i traktaterne, at der er behov for at behandle narkotikaproblematikken på EU-

niveau, navnlig på områderne retlige og indre anliggender[3] og offentlig sundhed[4]. EU's narkotikastrategi (2005-2012) blev udarbejdet i henhold til de nuværende retlige rammer, der følger af EF- og EU-traktaterne, baseret på EU's, Fællesskabets og medlemsstaternes respektive kompetencer under behørig hensyntagen til subsidiaritets- og proportionalitetsprincippet.

Evalueringen af EU's narkotikahandlingsplan (2005-2008) viser, at stort set alle medlemsstaterne mener, at en narkotikahandlingsplan på EU-niveau giver en merværdi. Medlemsstaterne anfører, at handlingsplanen opstiller klare målsætninger på EU-niveau og giver retningslinjer for fastsættelse af nationale prioriteter, hvilket giver større sammenhæng og overensstemmelse mellem landenes narkotikapolitik på frivillig basis. Den giver også retningslinjer for udveksling af bedste praksis og udvikling af fælles standarder på mange nøgleområder for begrænsning af både narkotikaefterspørgslen og narkotikaudbuddet. Handlingsplanen indeholder en samlet ramme for narkotikapolitik og har fremmet udviklingen af brede, kvalitetsprægede nationale strategier og handlingsplaner i hele EU.

Mange medlemsstater anførte, at EU's handlingsplan har været vigtig for det internationale samarbejde, og at EU har fået større indflydelse på den internationale scene på narkotikaområdet, da EU kan tage udgangspunkt i den konsensus, der følger af strategien og handlingsplanen. EU's handlingsplan spiller en vigtig rolle, da den opstiller den europæiske model for en narkotikapolitik med en afbalanceret tilgang og grundlæggende rettigheder som hovedhjørnestenene. Fokus på evidensbaseret politikformulering, overvågning, evaluering og information har været en vigtig merværdi for de nationale narkotikapolitikker og ført til større fokus på effektivitet på nationalt niveau og identifikation og sammenligning af tendenser.

1.5. Mål

Da EU's narkotikastrategi (2005-2012) indeholder de overordnede retningslinjer for udviklingen af en ny EU-narkotikahandlingsplan, er de mål og prioriteter, der er defineret i strategien, stadig gyldige. EU's handlingsplan for narkotika (2005-2008) indeholdt 46 mål og 86 foranstaltninger. Det ligger uden for denne konsekvensanalyses rammer at gennemgå alle potentielle nye mål og foranstaltninger i en ny handlingsplan eller at gennemgå hver af de over 30 konklusioner, der er identificeret i problemformuleringen.

Derimod fokuserer denne konsekvensanalyse på et begrænset antal konklusioner fra evalueringen, hvad angår potentielle nye operationelle mål. Den konstaterede virkning af handlingsplanen generelt samt virkningen af hvert af de udvalgte eksempler analyseres for hvert alternativs vedkommende. I afsnit 3 i rapporten fremstilles de overordnede strategiske mål for de vigtige dimensioner af narkotikapolitikken, nemlig begrænsning af efterspørgslen og udbuddet suppleret med de tre tværgående temaer, nemlig koordinering, internationalt samarbejde samt information, forskning og evaluering. Der er udarbejdet to operationelle mål for hvert overordnet strategisk mål.

1.6. Identifikation og vurdering af alternativer

I betragtning af den overordnede og løbende EU-narkotikastrategi (2005-2012) vil ingen af de fremlagte alternativer føre til afgørende skift. Med henblik på denne konsekvensanalyse blev der fremlagt seks alternativer. Følgende tre alternativer blev betragtet som realistiske.

---

[3] Afsnit VI, artikel 29 og 31, stk. 1, i traktaten om Den Europæiske Union.

[4] EF-traktatens artikel 152.

Alternativ 1 – Ingen handling (referencescenario): *Ifølge dette alternativ foreslås der ingen handlingsplan for anden del af EU's narkotikastrategi (2005-2012). Strategien vil fortsat indeholde de generelle rammer for narkotikarelaterede aktiviteter i EU, men der fastlægges ingen operationelle mål eller foranstaltninger, der udvikles ingen indikatorer for gennemførelsen, og der fastsættes ingen frister for foranstaltninger.*

Alternativ 2 - EU's handlingsplan for narkotika (2005-2008) fornys for en ny fireårig periode: *Dette alternativ betyder, at EU's handlingsplan for narkotika (2005-2008) forlænges. Igangværende foranstaltninger fortsætter. Afsluttede foranstaltninger vil blive fjernet. Der tilføjes ikke nye foranstaltninger.*

Alternativ 3.2 – Der fremlægges en detaljeret EU-narkotikahandlingsplan (2009-2012) med operationelle mål og foranstaltninger på EU- og medlemsstatsniveau. *Dette alternativ bygger på de vigtigste erfaringer fra den endelige evaluering af EU's narkotikahandlingsplan (2005-2008). Forslaget til en ny og detaljeret handlingsplan på både EU- og medlemsstatsniveau vil inddrage resultaterne af evalueringen og kan tilpasses de seneste ændringer og den seneste viden om EU's narkotikasituation.*

1.7. Analyse og sammenligning af konsekvenser

Den antagelse, der ligger til grund for narkotikastrategien og dens handlingsplaner er, at en integreret og tværfaglig tilgang, der sammenkobler forskellige områder af narkotikapolitikken og opfylder flere mål på samme tid, vil medføre synergier og få større virkning.

En sammenligning af alternativerne viser, at valget af *alternativ 1*, referencescenariet, vil betyde, at narkotikapolitikken på EU-niveau kommer til at mangle stimulans og dynamik. EU's narkotikastrategi (2005-2012) vil fortsat være gyldig, men uden en handlingsplan til at sikre en fortsat gennemførelse af strategien, vil der væsentligst være tale om ad hoc-alternativer uden sammenhæng og uden inddragelse af nye tendenser og udviklinger på narkotikaområdet. Manglen på en overordnet EU-ramme kan øge forskellen mellem de nationale politikker, samtidig med at aktiviteterne på EU-niveau vil være begrænset til eksisterende kompetencer og programmer.

Alternativ 2 betyder, at fejl og mangler i den eksisterende EU-narkotikahandlingsplan (2005-2008) ikke vil blive korrigeret, og at der ikke specifikt vil blive taget højde for nye udviklinger og tendenser. Manglen på en ajourført fælles ramme for indsatsen kunne føre til mindre synlighed og en lavere prioritering af narkotikaproblematikken på EU- og medlemsstatsniveau. Dette alternativ kunne betragtes som en sikker satsning, da mål og foranstaltninger allerede er fastsat.

Valg af *alternativ 3.2* vil betyde fokus på de problemer, der er identificeret i evalueringen af EU's narkotikahandlingsplan (2005-2008). En ny handlingsplan kunne indarbejde de seneste års ændringer og skifte fokus for målene i handlingsplanen, således at foranstaltningerne bliver mere effektive og målelige. Dette alternativ ville være mere i overensstemmelse med EU's narkotikastrategi, der udtrykkeligt nævner **to** på hinanden følgende EU-narkotikahandlingsplaner for at opfylde og gennemføre målene.

Kort sagt vil *alternativ 1* være et tilbageskridt. Evalueringen viser klart, at der er behov for en mere præcist prioriteret handlingsplan, der inddrager ny viden og nye udfordringer. Derfor kan *alternativ 2* ikke anbefales. En ny EU-narkotikahandlingsplan (2009-2012) som nævnt i *alternativ 3.2* giver disse muligheder og er derfor det foretrukne alternativ.

1.8. Overvågning og evaluering

Den nye handlingsplan som beskrevet i *alternativ 3.2* vil opstille en indikator og en tidsramme for hver foranstaltning og udpege de parter, der er ansvarlige for gennemførelsen. Kommissionen vil fortsat udarbejde årlige statusrapporter. En samlet evaluering af EU's narkotikahandlingsplan (2009-2012) og EU's narkotikastrategi (2005-2012) vil blive foretaget i 2012.

EONN og Europol vil fortsat udarbejde rapporter om situationen for narkotikaproblematikken inden for deres kompetenceområder. Den foreslåede handlingsplan vil lægge særlig vægt på at gøre strategiens følger for narkotikasituationen mere målelig og foreslå indikatorer for udbudsbegrænsning og for retshåndhævelse.