

Konkluzje Rady z dnia 1 grudnia 2009 r. w sprawie alkoholu i zdrowia

(2009/C 302/07)

RADA UNII EUROPEJSKIEJ,

1. PRZYPOMINA:

- o art. 152 Traktatu WE, który stanowi, że przy określaniu i urzeczywistnianiu wszystkich polityk i działań Wspólnoty wszystkie instytucje Wspólnoty zapewniają wysoki poziom ochrony zdrowia ludzkiego i że polityki krajowe mają być uzupełniane przez działania na szczeblu Wspólnoty,
- o komunikacie Komisji w sprawie strategii na rzecz zdrowia we Wspólnocie Europejskiej ⁽¹⁾,
- o zaleceniu Rady dotyczącym spożywania alkoholu przez młodych ludzi ⁽²⁾, w którym zwrócono się do Komisji, by ta we współpracy z państwami członkowskimi zajęła się kwestiami poruszonymi we wspomnianym zaleceniu – m.in. rozwijaniem na szczeblu krajowym i europejskim kompleksowych polityk promocji zdrowia odnoszących się do alkoholu – w pełni wykorzystując do tego celu wszystkie polityki wspólnotowe,
- o konkluzjach Rady z dnia 5 czerwca 2001 r. w sprawie wspólnotowej strategii prowadzącej do ograniczania szkodliwych skutków spożywania alkoholu ⁽³⁾, przywołane w konkluzjach Rady w roku 2004 ⁽⁴⁾,
- o poparciu Rady ⁽⁵⁾ dla komunikatu Komisji w sprawie strategii UE w zakresie wspierania państw członkowskich w ograniczaniu szkodliwych skutków spożywania alkoholu ⁽⁶⁾ w tym dla wymienionych w nim priorytetowych obszarów i działań oraz o wezwaniu, by począwszy od roku 2008 Komisja składała regularne sprawozdania na temat postępów osiągniętych na szczeblu UE i na szczeblu krajowym,
- że Europejski Trybunał Sprawiedliwości wielokrotnie stwierdzał, że zdrowie publiczne jest jednym z najważniejszych interesów chronionych na mocy art. 30 Traktatu oraz że do państw członkowskich należy – w granicach ustanowionych przez Traktat – podejmowanie decyzji w sprawie poziomu ochrony zdrowia, którą pragną one zapewnić za pośrednictwem polityk krajowych i przepisów prawa ⁽⁷⁾,

⁽¹⁾ 8756/00.

⁽²⁾ Zalecenie Rady 2001/458/WE z dnia 5 czerwca 2001 r. w sprawie spożywania alkoholu przez ludzi młodych, a zwłaszcza dzieci i młodzież (Dz.U. L 161 z 16.6.2001, s. 38).

⁽³⁾ Konkluzje Rady z dnia 5 czerwca 2001 r. w sprawie strategii Wspólnoty dotyczącej ograniczenia szkód spowodowanych alkoholem (Dz.U. C 175 z 20.6.2001, s. 1).

⁽⁴⁾ Konkluzje Rady z dnia 1 i 2 czerwca 2004 r. w sprawie alkoholu i młodzieży (9881/04).

⁽⁵⁾ Konkluzje Rady dotyczące strategii UE w zakresie ograniczania szkodliwych skutków spożywania alkoholu, 30 listopada–1 grudnia 2006 r. (16156/06).

⁽⁶⁾ Komunikat Komisji z dnia 24 października 2006 r. (14851/06).

⁽⁷⁾ Sprawa Franzen (C-89/95), sprawa Heinonen (C-394/97), sprawa Gourmet (C-405/98), Katalonia (sprawy połączone C-1/90 i C-179/90), Loi Evin (C-262/02 i C-429/02).

- o Europejskiej deklaracji WHO w sprawie alkoholu, przyjętej przez wszystkie państwa członkowskie w 1995 r., a w szczególności zasadzie etycznej, że wszystkie dzieci, młodzież i młodzi ludzie mają prawo do wzrastania w środowisku chronionym przed negatywnymi skutkami picia alkoholu i – w miarę możliwości – przed promocją napojów alkoholowych,
- o pracach prowadzonych w związku z rezolucją Światowego Zgromadzenia Zdrowia dotyczącą „Strategii ograniczania szkodliwego spożycia alkoholu” (WHA61.4); w rezolucji tej zwrócono się do Dyrektora Generalnego Światowej Organizacji Zdrowia o przygotowanie projektu globalnej strategii ograniczania szkodliwego spożycia alkoholu, która zostanie włączona do dokumentacji na 126. posiedzenie Rady Wykonawczej przewidziane na styczeń 2010 roku.

2. POWTARZA, ŻE:

- główna odpowiedzialność za krajową politykę alkoholową spoczywa na państwach członkowskich oraz że Komisja, za pomocą strategii alkoholowej UE, może dodatkowo wspierać i uzupełniać krajowe polityki w dziedzinie zdrowia publicznego,
- spożywanie alkoholu w sposób szkodliwy i ryzykowny jest w UE trzecim w kolejności najistotniejszym czynnikiem ryzyka pogorszenia stanu zdrowia i przedwczesnej śmierci, tuż za paleniem tytoniu i nadciśnieniem ⁽⁸⁾,
- wiele polityk Wspólnoty ma potencjalny – korzystny lub niekorzystny – wpływ na zdrowie i kondycję oraz podkreśla, że przy podejmowaniu decyzji we wszystkich sektorach polityki należy rozważyć, jaki wpływ będą one miały na zdrowie,

3. UWAGI

- poziom szkód spowodowanych na drogach i w miejscach pracy przez spożycie alkoholu – zwłaszcza wśród osób najbardziej narażonych – jest w państwach członkowskich nadal wysoki i że szacuje się, iż 15 % dorosłej populacji UE regularnie spożywa alkohol w szkodliwych ilościach; że szkodliwe skutki spożycia alkoholu odczuwa 5–9 mln dzieci w rodzinach w UE; że alkohol spożywany w sposób szkodliwy i ryzykowny jest czynnikiem powodującym około 16 % przypadków przemocy wobec dzieci i ich zaniechania; szacuje się także, że szkodliwe i ryzykowne spożycie alkoholu jest co roku przyczyną narodzin 60 000 noworodków o niskiej masie urodzeniowej ⁽⁹⁾ ⁽¹⁰⁾,

⁽⁸⁾ Regionalne Biuro WHO na Europę, Alkohol w Europie (2006).

⁽⁹⁾ Alkohol w Europie: – z perspektywy zdrowia publicznego, Instytut Badań nad Alkoholem, Zjednoczone Królestwo 2006, na podstawie WHO Global Burden of Disease Study, Rehm i in. 2004 i 2005.

⁽¹⁰⁾ Strategia alkoholowa UE, Komisja Europejska (2006).

- skutki szkodliwego spożywania alkoholu są poważniejsze w młodszych grupach wiekowych obu płci. Ponad 10 % zgonów wśród kobiet i ponad 25 % wśród mężczyzn z grupy wiekowej obejmującej osoby od 15. do 29. roku życia ma związek z ryzykownym spożywaniem alkoholu⁽¹⁾, ponadto szkodliwe spożycie alkoholu wśród dzieci i nastolatków ma także negatywny wpływ na ich wyniki w nauce,
 - zagadnienia związane z alkoholem mają znaczenie dla całej Wspólnoty ze względu na ich transgraniczny charakter oraz negatywny wpływ zarówno na rozwój społeczny i gospodarczy, jak i na zdrowie publiczne,
 - reklama alkoholu, wraz z wpływem innych czynników, takich jak rola rodziny i otoczenia społecznego, jest czynnikiem, który zwiększa prawdopodobieństwo, że dzieci i młodzież sięgną po alkohol, a jeżeli już go spożywają – że będą pić więcej⁽²⁾,
 - w latach 1996–2004 alkohol stał się w UE bardziej przystępny cenowo⁽³⁾, a właściwie opracowane krajowe polityki ustalania cen, zwłaszcza w powiązaniu z innymi środkami zapobiegawczymi, mogą mieć wpływ na poziom szkodliwego i ryzykownego spożycia alkoholu i wynikających z tego szkód, w szczególności wśród młodych ludzi⁽⁴⁾,
 - przy danej wielkości spożycia alkoholu uboższe populacje mogą doświadczać nieproporcjonalnie wyższego stopnia szkód wynikających ze spożycia alkoholu, co przyczynia się do nierówności w zakresie zdrowia między grupami populacji i do powstawania różnic w dziedzinie zdrowia między państwami członkowskimi⁽⁵⁾,
 - osoby starsze (powyżej 60 roku życia) są bardziej narażone na skutki spożywania alkoholu w sposób szkodliwy niż pozostałe osoby dorosłe, a w ciągu ostatnich dziesięciu lat znacznie wzrosła liczba zgonów związanych ze spożyciem alkoholu w tej grupie; w niektórych przypadkach liczba zgonów wzrosła ponad dwukrotnie⁽⁶⁾,
 - istnieje związek między szkodliwym spożyciem a chorobami zakaźnymi, takimi jak HIV/AIDS, gruźlica (TB) oraz zdrowiem matek⁽⁷⁾,
 - w regionalnych konsultacjach WHO przeprowadzonych w Europie⁽⁸⁾ podkreślono, iż za bardzo ważne uznaje się „środki na realizację polityk i leczenie osób, które tego potrzebują”.
4. UWAŻA, ŻE:
- strategia alkoholowa UE uznaje, że w poszczególnych państwach członkowskich panują różne zwyczaje kulturowe związane ze spożyciem alkoholu i że w związku z tym przyjmowane środki muszą brać pod uwagę wynik krajowych ocen skutków regulacji⁽⁹⁾,
 - należy zagwarantować poradnictwo i udzielić wsparcia dzieciom, nastolatkom i młodym ludziom lub rodzinom dotkniętym problemem alkoholowym,
 - w systemach informacyjnych istniejących obecnie w państwach członkowskich UE i na szczeblu UE należy uwzględnić osoby powyżej 60 roku życia,
 - istnieje potrzeba przeanalizowania wzorów zachowań kobiet i mężczyzn reprezentujących różne grupy wiekowe, po to by lepiej dopasować środki profilaktyki antyalkoholowej, aby odpowiednio reagować na różne rodzaje zagrożeń,
 - nierówności w dziedzinie zdrowia wynikające z uwarunkowań społecznych silnie wiążą się między innymi ze spożyciem alkoholu, które może być zarówno przyczyną, jak i skutkiem. Samo szkodliwe spożywanie alkoholu jest znanym czynnikiem ryzyka lub przyczyną niektórych chorób zakaźnych i niezakaźnych i oddziałuje również na zdrowie pracowników.
5. ZACHĘCA PAŃSTWA CZŁONKOWSKIE DO:
- wdrożenia dobrych praktyk przedstawionych w strategii alkoholowej UE i wykorzystania istniejących dowodów na temat skutecznych środków ograniczania szkód spowodowanych spożyciem alkoholu z uwzględnieniem pięciu wskazanych priorytetowych zagadnień: ochrony młodzieży, dzieci i dzieci nienarodzonych; zmniejszania liczby rannych i zabitych w wypadkach drogowych spowodowanych pod wpływem alkoholu; zapobiegania szkodliwym skutkom spożywania alkoholu wśród dorosłych i ograniczania negatywnego wpływu alkoholu w miejscu pracy; informowania, szkolenia i podnoszenia świadomości na temat wpływu szkodliwego i ryzykownego spożycia alkoholu; oraz opracowania i prowadzenia wspólnej bazy danych na poziomie UE,

⁽¹⁾ Strategia alkoholowa UE, Komisja Europejska (2006) i towarzysząca jej ocena skutków.

⁽²⁾ Opinia naukowa Grupy Naukowej Europejskiego Forum Alkoholu i Zdrowia (2009) oraz Wpływ reklamy alkoholu i ekspozycji na media na spożycie alkoholu wśród młodzieży: systematyczny przegląd badań długookresowych (2009).

⁽³⁾ Źródło: Eurostat, specjalne wyliczenia Rabinovich, L. i in.

⁽⁴⁾ Rabinovich, L. i in. (2009) Przystępność cenowa napojów alkoholowych w UE: zrozumienie zależności między przystępnością cenową alkoholu, jego spożyciem a wynikającymi z niego szkodami.

⁽⁵⁾ Komisja WHO ds. Uwarunkowań Społecznych i Alkoholu: Równość i uwarunkowania społeczne, dokument informacyjny WHO na światowe posiedzenie ekspertów w dziedzinie alkoholu, zdrowia i rozwoju społecznego, dnia 23 września 2009 r. http://www.who.int/social_determinants/final_report/en/index.html

⁽⁶⁾ Mats H et al., Alcohol consumption among elderly European Union citizens (Spożycie alkoholu wśród starszych obywateli Unii Europejskiej) (2009).

⁽⁷⁾ J Rehm et al., Alcohol, Social Development and Infectious Disease (Alkohol, rozwój społeczny a choroby zakaźne) (2009).

⁽⁸⁾ Regionalne konsultacje WHO w Kopenhadze w dniach 20–23 kwietnia 2009 r. http://www.who.int/substance_abuse/activities/globalstrategy/en/index.html

⁽⁹⁾ Komunikat Komisji z dnia 24 października 2006 r. (14851/06, s. 4).

- propagowania podejścia wielosektorowego oraz – w koordynacji z działaniami na szczeblu UE – wzmacniania kompleksowych strategii krajowych lub planów działań dostosowanych do krajowych potrzeb lub do opracowania takich strategii i planów, a także do przedłożenia Komisji – do roku 2011 – sprawozdań na temat rozwoju sytuacji i wyników,
 - wykorzystywania najskuteczniejszych środków, aby zapewnić istnienie i egzekwowanie na szczeblu krajowym solidnych przepisów w dziedzinie polityki alkoholowej,
 - uznania, że wśród instrumentów służących do ograniczania szkód wynikających ze spożycia alkoholu i do oceny wpływu spożycia alkoholu skutecznym narzędziem, zwłaszcza w powiązaniu z innymi środkami zapobiegawczymi, może być polityka ustalania cen – np. przepisy dotyczące promocji typu „happy hours”, specjalne opodatkowanie gotowych koktajli oraz napojów alkoholowych oferowanych gratis,
 - zwrócenia uwagi na kondycję starzejącej się populacji UE, w tym na skutki, jakie – na szczeblu UE – szkodliwe spożycie alkoholu ma dla zdrowego i godnego starzenia się; oraz do wniesienia wkładu w poszerzanie wiedzy wśród osób zawodowo zajmujących się opieką, wśród nieformalnych opiekunów oraz wśród starszych obywateli na temat potencjalnych interakcji między przyjmowanymi lekami a alkoholem.
6. WZYWA PAŃSTWA CZŁONKOWSKIE I KOMISJĘ DO:
- utrzymywania polityki alkoholowej w kontekście zdrowia publicznego wysoko na liście priorytetów do roku 2012, aby budować trwałe i długoterminowe zobowiązania do ograniczenia na szczeblu UE szkód wynikających ze spożycia alkoholu oraz do przeanalizowania priorytetów kolejnej fazy prac Komisji, które mają wspierać państwa członkowskie w ograniczaniu w UE szkód wynikających ze spożycia alkoholu,
 - wzmocnienia identyfikacji, rozpowszechniania i monitorowania skutecznych środków, które mają służyć zminimalizowaniu zdrowotnych i społecznych skutków szkodliwego spożycia alkoholu,
 - wzmocnienia opracowywania i rozpowszechniania opartych na faktach przykładów programów profilaktycznych, które służą ograniczeniu szkód wynikających ze spożywania alkoholu w czasie ciąży oraz z prowadzenia pojazdów pod wpływem alkoholu,
 - uznania ograniczenia nierówności w dziedzinie zdrowia za priorytet polityki oraz uznania potrzeby likwidowania nierówności poprzez działania profilaktyczne o charakterze społecznym i ukierunkowane działania o charakterze antyalkoholowym z uwzględnieniem uwarunkowań społecznych,
 - sprawienia, by przedstawiciele sektora produkcji napojów alkoholowych brali udział w proaktywnych działaniach w zakresie egzekwowania środków prawnych, tak by produkcja, dystrybucja i sprzedaż ich produktów odbywały się w sposób odpowiedzialny, by przyczynić się do ograniczenia szkód wynikających ze spożycia alkoholu. Ponadto wzywa do rozważenia, w jaki sposób poprawić wdrażanie obowiązujących krajowych i europejskich przepisów dotyczących reklamy alkoholu, by w miarę możliwości skutecznie chronić dzieci i młodzież przed ekspozycją na reklamę alkoholu,
 - zagwarantowania, by – w przypadkach gdy istnieją normy i kodeksy postępowania dotyczące samoregulacji – były one opracowywane, wdrażane i monitorowane wspólnie z instytucjami zajmującymi się promocją zdrowia,
 - uwzględnienia w istniejących systemach informacyjnych danych na temat spożycia alkoholu i szkód spowodowanych szkodliwym spożyciem alkoholu wśród osób w wieku powyżej 60 lat,
 - zintensyfikowania badań nad zależnością między szkodliwym spożyciem alkoholu a chorobami zakaźnymi, takimi jak HIV/AIDS i gruźlica,
 - opracowania i wdrożenia procedur wczesnego identyfikowania i szybkiej interwencji w warunkach podstawowej opieki zdrowotnej, opieki zdrowotnej nad osobami starszymi i w warunkach szkolnych,
 - zachęcania do inicjatyw podnoszących świadomość na temat wpływu szkodliwego spożycia alkoholu na kondycję zdrowotną i społeczną w ramach całościowego podejścia mieszczącego się w pojęciu szkoły promującej zdrowie,
 - rozważenia najlepszych sposobów informowania i edukowania konsumentów, w tym badań nad tym, jak etykiety na napojach alkoholowych mogą pomóc konsumentom w oszacowaniu własnego spożycia czy też informować ich o zagrożeniach dla zdrowia,
 - uwzględnienia niniejszych konkluzji przy opracowywaniu i wspieraniu wdrażania strategii Unii Europejskiej dla regionu Morza Bałtyckiego.
7. ZWRACA SIĘ DO KOMISJI, ABY:
- nadal udzielała państwom członkowskim silnego wsparcia przy opracowywaniu wszechstronnych, skutecznych i zrównoważonych krajowych polityk alkoholowych,
 - podjęła kroki niezbędne do zagwarantowania, że ograniczanie szkód zdrowotnych i społecznych wynikających ze spożycia alkoholu zostanie uwzględnione przy określaniu i wdrażaniu wszystkich istotnych polityk i działań wspólnotowych,
 - rozważyła, w razie konieczności, dalsze kroki, jakie należy podjąć, aby chronić dzieci, nastolatków i młodych ludzi przed szkodliwymi skutkami spożycia alkoholu, w szczególności aby ograniczyć spożycie alkoholu przez nieletnich, upijanie się, ekspozycję na reklamy alkoholu oraz szkody wśród dzieci dorastających w rodzinach z problemem alkoholowym,

-
- gromadziła – we współpracy z państwami członkowskimi – wiedzę na temat bieżących transgranicznych problemów w UE wynikających z nielegalnego handlu, transgranicznego marketingu oraz różnic w cenach detalicznych napojów alkoholowych,
 - gromadziła wiedzę na temat skutków spożycia alkoholu w miejscu pracy oraz sposobów rozwiązywania kwestii szkodliwego spożycia alkoholu w szerszych ramach profilaktyki wypadków i chorób oraz promocji zdrowia,
 - najpóźniej w roku 2012 przedłożyła Radzie sprawozdanie na temat postępów i wyników prac Komisji oraz na temat działań zgłoszonych przez państwa członkowskie,
 - po zakończeniu w 2012 roku obowiązywania obecnej strategii, określiła priorytety kolejnej fazy prac Komisji w dziedzinie alkoholu i zdrowia.
-