

Bruksela, 7 grudnia 2015 r.
(OR. en)

15050/15

SAN 427

WYNIK PRAC

Od:	Sekretariat Generalny Rady
Data:	7 grudnia 2015 r.
Do:	Delegacje
Nr poprz. dok.:	14391/1/15 REV 1
Dotyczy:	Strategia UE w zakresie ograniczania szkodliwych skutków spożywania alkoholu – Konkluzje Rady (7 grudnia 2015 r.)

Delegacje otrzymują w załączeniu konkluzje Rady w sprawie strategii UE w zakresie ograniczania szkodliwych skutków spożywania alkoholu, przyjęte przez Radę na jej 3434. posiedzeniu, które odbyło się w dniu 7 grudnia 2015 r.

**Konkluzje Rady w sprawie
strategii UE w zakresie ograniczania szkodliwych skutków spożywania alkoholu**

RADA UNII EUROPEJSKIEJ

1. PRZYPOMINA, że na mocy artykułu 168 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej przy określaniu i urzeczywistnianiu wszystkich polityk i działań Unii zapewnia się wysoki poziom ochrony zdrowia ludzkiego oraz że działanie Unii, które uzupełnia polityki krajowe, nakierowane jest na poprawę zdrowia publicznego, zapobieganie chorobom i dolegliwościom ludzkim oraz usuwanie źródeł zagrożeń dla zdrowia fizycznego i psychicznego. Działanie to obejmuje również zwalczanie epidemii, poprzez – w szczególności – wspieranie badań nad ich przyczynami oraz zapobiegania im, jak również informacji i edukacji zdrowotnej;

Unia zachęca do współpracy między państwami członkowskimi w dziedzinie zdrowia publicznego oraz, jeśli to konieczne, wspiera ich działania. Unia i państwa członkowskie sprzyjają współpracy z państwami trzecimi i kompetentnymi organizacjami międzynarodowymi. Działania Unii są prowadzone w pełnym poszanowaniu obowiązków państw członkowskich w zakresie określania ich polityki dotyczącej zdrowia, jak również organizacji i świadczenia usług zdrowotnych i opieki medycznej, w tym przydziału przyznanych im zasobów;

2. PRZYPOMINA, że w komunikacie Komisji w sprawie strategii zdrowotnej Wspólnoty Europejskiej¹ nadmierne spożywanie alkoholu uznano za ważny czynnik ryzyka oraz że działania na rzecz ograniczenia szkodliwych skutków spożywania alkoholu finansowane są z drugiego i trzeciego programu działań Unii w dziedzinie zdrowia²;

¹ 8756/00.

² Decyzja nr 1350/2007/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 23 października 2007 r. ustanawiająca drugi wspólnotowy program działań w dziedzinie zdrowia na lata 2008–2013; rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) NR 282/2014 z dnia 11 marca 2014 r. w sprawie ustanowienia trzeciego programu działań Unii w dziedzinie zdrowia (2014–2020) oraz uchylające decyzję nr 1350/2007/WE.

3. PRZYWOŁUJE zalecenie Rady z 2001 r. dotyczące spożywania alkoholu przez młodych ludzi³, 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;
4. PRZYWOŁUJE strategię UE w zakresie wspierania państw członkowskich w ograniczaniu szkodliwych skutków spożywania alkoholu (2006–2012)⁴, a także konkluzje Rady z 2001 r.⁵, 2004 r.⁶ i 2006 r.⁷, w których wzywa się Komisję do przedstawienia kompleksowej strategii mającej na celu ograniczenie szkodliwych skutków spożywania alkoholu, ustanowienia Komitetu Krajowej Polityki i Działań Antyalkoholowych (CNAPA) wspierającego realizację takiej strategii, jak również konkluzje Rady z 2009 r.⁸, w których wzywa Komisję do określenia priorytetów kolejnej fazy prac Komisji w dziedzinie alkoholu i zdrowia po zakończeniu w 2012 r. pierwszej strategii UE dotyczącej alkoholu;
5. Z zadowoleniem przyjmuje rezolucję Parlamentu Europejskiego z dnia 29 kwietnia 2015 r. w sprawie strategii dotyczącej alkoholu wzywającą do opracowania nowej europejskiej strategii dotyczącej alkoholu na lata 2016–2022⁹ i przypominającą o wadze silnego zaangażowania politycznego Komisji, Parlamentu, Rady i państw członkowskich w celu intensyfikacji działań mających na celu zapobieganie szkodliwym skutkom spożywania alkoholu;
6. Z ZADOWOLENIEM PRZYJMUJE światową strategię WHO na rzecz ograniczenia nadmiernego spożywania alkoholu¹⁰ oraz europejski plan działania WHO na lata 2012–2020 na rzecz ograniczenia nadmiernego spożywania alkoholu¹¹;

³ 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).

⁴ Komunikat Komisji do Rady, Parlamentu Europejskiego, Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego i Komitetu Regionów z dnia 24 października 2006 r. – Strategia UE w zakresie wspierania państw członkowskich w ograniczaniu szkodliwych skutków spożywania alkoholu, COM(2006) 625 final.

⁵ Konkluzje Rady z dnia 5 czerwca 2001 r., Dz.U. C 175 z 20.6.2001, s. 2.

⁶ Konkluzje Rady z dnia 2 czerwca 2004 r. w sprawie alkoholu i młodzieży 9507/04 (Presse 163).

⁷ Konkluzje Rady z dnia 30 listopada 2006 r., strategia UE w zakresie ograniczania szkodliwych skutków spożywania alkoholu, 15258/06.

⁸ Konkluzje Rady z dnia 1 grudnia 2009 r. w sprawie alkoholu i zdrowia, Dz.U. C 302 z 12.12.2009, s. 15.

⁹ Rezolucja Parlamentu Europejskiego z dnia 29 kwietnia 2015 r. w sprawie strategii dotyczącej alkoholu (2015/2543(RSP)).

¹⁰ Rezolucja WHA63.13, s. 27.

7. Z NIEPOKOJEM ODNOTOWUJE, że – jak wynika z globalnego raportu WHO na temat alkoholu i zdrowia¹² – nadmierne spożywanie alkoholu jest jednym z głównych światowych czynników ryzyka chorób i niepełnosprawności, a także, że Unia Europejska jest regionem o najwyższym na świecie spożyciu alkoholu, ze średnią przypadającą na osobę dorosłą (w wieku od 15 r.ż.) wynoszącą w 2012 r. 10,1 litra czystego alkoholu¹³;
8. Z NIEPOKOJEM ODNOTOWUJE, że – jak wynika z raportu Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD) w sprawie rozwiązania problemu nadmiernego spożywania alkoholu – ekonomia i polityka w zakresie zdrowia publicznego¹⁴, w niektórych państwach członkowskich wzrasta regularne i nadmierne spożywanie alkoholu; niepokojący jest też alarmujący wzrost w wielu państwach członkowskich spożycia alkoholu wśród młodych ludzi (niepełnoletnich oraz młodych dorosłych) i wśród kobiet; z niepokojem odnotowuje również, że nadużywanie alkoholu ma negatywny wpływ nie tylko na zdrowie jednostek, ale również na całe społeczeństwo;
9. PODKREŚLA, że ograniczenie obciążeń wynikających z powiązanych z alkoholem a możliwych do uniknięcia przypadków śmierci, przewlekłych chorób i urazów, przemocy, nierówności w zdrowiu i innych społecznych skutków ponoszonych przez strony trzecie, jak również ryzykownych zachowań związanych z piciem, zwłaszcza wśród młodych ludzi, stało się wspólnym problemem oraz że dodatkową wartość miałyby współpraca i koordynacja na szczeblu UE;
10. PODKREŚLA, że zapobieganie szkodliwym skutkom spożywania alkoholu stanowi niezbędną inwestycję, która jest korzystna dla gospodarki, ponieważ pozwala na ograniczenie w dłuższym terminie strat gospodarczych oraz wydatków na opiekę zdrowotną, między innymi dzięki zmniejszeniu obciążenia chorobami przewlekłymi, w tym nowotworami, i podniesieniu wydajności siły roboczej;
11. PODKREŚLA również, że ograniczenie nadmiernego spożywania alkoholu wywiera również pozytywne oddziaływanie na bezpieczeństwo publiczne i drogowe, w szczególności przez zmniejszenie liczby ofiar śmiertelnych i urazów w wypadkach drogowych;

¹¹ Rezolucja EUR/RC61/R4.

¹² WHO 2014, s. 46, s. 31.

¹³ Zdrowie i opieka zdrowotna w zarysie, Europa 2014 (wspólna publikacja OECD i Komisji Europejskiej), grudzień 2014 r.

¹⁴ Rozwiązanie problemu nadmiernego spożywania alkoholu – ekonomia i polityka w zakresie zdrowia publicznego, maj 2015 r.

12. ODNOTOWUJE, że ograniczanie szkodliwych skutków spożywania alkoholu wymaga działań w wielu różnych obszarach polityki i obejmuje wiele sektorów w całym społeczeństwie, zarówno na szczeblu krajowym, jak i na szczeblu UE;
13. PONAOWIA apel o strategię UE w zakresie ograniczania szkodliwych skutków spożywania alkoholu wyrażony przez wielu ministrów podczas nieformalnego posiedzenia ministrów zdrowia w dniu 21 kwietnia 2015 r., jak również na posiedzeniu Rady EPSCO w dniu 19 czerwca 2015 r., oraz podkreśla, że taka strategia UE może dodatkowo wspierać i uzupełniać krajowe polityki w dziedzinie zdrowia publicznego.

ZWRACA SIĘ DO PAŃSTW CZŁONKOWSKICH, BY:

14. NADAŁ propagowały wielosektorowe podejście do ograniczania szkodliwych skutków spożywania alkoholu na poziomie krajowym i na poziomie UE oraz wzmocniły lub opracowały – w stosownych przypadkach – kompleksowe strategie krajowe lub plany działania dostosowane do specyfiki tradycji lokalnych i regionalnych;
15. PRZYJĘŁY odpowiednie środki w celu zajęcia się kwestią ochrony młodych ludzi przed nadmiernym spożywaniem alkoholu, w szczególności w zakresie wieku legalnego spożywania alkoholu i ekspozycji na zabiegi marketingowe oraz NADAŁ wspierały informowanie i edukację na temat skutków nadmiernego spożywania alkoholu oraz szczególnie ryzykownych zachowań związanych z piciem.

ZWRACA SIĘ DO PAŃSTW CZŁONKOWSKICH I KOMISJI, BY:

16. WZMOCNIŁY współpracę w zakresie identyfikacji skutecznych środków i najlepszych praktyk służących zminimalizowaniu skutków zdrowotnych i społecznych, jak również nierówności w zdrowiu wynikających z nadmiernego spożywania alkoholu, koncentrując się w szczególności na: zapobieganiu ryzykownym zachowaniom związanych z piciem wśród młodzieży; osobach, które spożywają alkohol w nadmiernych ilościach lub u których występują szkodliwe wzorce spożywania alkoholu; spożywaniu alkoholu w czasie ciąży oraz prowadzeniu pojazdów pod wpływem alkoholu;
17. NADAŁ wspierały prace CNAPA, przy jednoczesnym uwzględnieniu wyników sprawozdania z wdrażania pierwszej strategii UE dotyczącej alkoholu¹⁵, a także zaangażowania zainteresowanych stron na szczeblu krajowym i europejskim, aby ograniczyć szkodliwe skutki spożywania alkoholu;

¹⁵ Komisja Europejska, Dyrekcja Generalna ds. Zdrowia i Konsumentów, Pierwsze sprawozdanie z postępów we wdrażaniu strategii UE dotyczącej alkoholu, wrzesień 2009 r.

18. UZNAŁY potrzebę dalszego gromadzenia na szczeblu UE informacji w zakresie wdrażania przepisów krajowych dotyczących alkoholu, z poszanowaniem kompetencji krajowych oraz regionalnych i lokalnych tradycji społecznych i kulturowych;
19. ROZWAŻYŁY, zwłaszcza w świetle sprawozdania, które ma zostać przyjęte przez Komisję zgodnie z art. 16 ust. 4 rozporządzenia (UE) nr 1169/2011 w sprawie przekazywania konsumentom informacji na temat żywności¹⁶, możliwość wprowadzenia obowiązkowego oznaczania składników i wartości odżywczej napojów alkoholowych, a w szczególności ich wartości energetycznej.

ZWRACA SIĘ DO KOMISJI, BY:

20. NADAL wspierała państwa członkowskie w ich staraniach na rzecz ograniczenia szkodliwych skutków spożywania alkoholu, przy pełnym poszanowaniu zasad pomocniczości i proporcjonalności;
21. PRZYJĘŁA do końca 2016 r., przy pełnym poszanowaniu kompetencji państw członkowskich, kompleksową strategię UE poświęconą ograniczaniu szkodliwych skutków spożywania alkoholu i obejmującą przekrojowe działania w ramach polityki UE w celu zwalczania zdrowotnych, społecznych i gospodarczych skutków nadmiernego spożywania alkoholu. Ta ukierunkowana strategia UE powinna skupiać się na inicjatywach w zakresie ograniczania szkodliwych skutków spożywania alkoholu o wymiarze transgranicznym i o unijnej wartości dodanej; strategia ta ma być następstwem pierwszej strategii UE dotyczącej alkoholu (2006 – 2012) i powinna uwzględniać prace prowadzone przez CNAPA, jak również prace przeprowadzone w ramach światowej strategii WHO dotyczącej alkoholu i europejskiego planu działania WHO na lata 2012–2020 na rzecz ograniczenia nadmiernego spożywania alkoholu;
22. PRZEDSTAWIŁA Radzie sprawozdanie na temat wyników swoich prac i postępów osiągniętych w dziedzinie ograniczania szkodliwych skutków spożywania alkoholu.

¹⁶ Dz.U. L 304 z 22.11.2011, s. 18.