



---

# **Wzmacnianie rzeczników zdrowia publicznego w podejmowaniu wyzwań polityki alkoholowej**

---

Podręcznik polityki alkoholowej

Tytuł oryginału: Empowering public health advocates to navigate alcohol policy challenges: alcohol policy playbook

**Copyright © 2024 by World Health Organization.**

This translation was not created by the World Health Organization (WHO). WHO is not responsible for the content or accuracy of this translation. The original English edition shall be the binding and authentic edition: Empowering public health advocates to navigate alcohol policy challenges: alcohol policy playbook. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2024. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Niniejsze tłumaczenie nie zostało opracowane przez Światową Organizację Zdrowia (WHO). WHO nie ponosi odpowiedzialności za treść ani dokładność niniejszego tłumaczenia. Za wiążącą i autentyczną należy uznawać oryginalną wersję w języku angielskim pt. Empowering public health advocates to navigate alcohol policy challenges: alcohol policy playbook. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2024. Licencja: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Tłumaczenie: Paweł Nowocień

Autor słowa wstępnego do polskiego wydania: dr n. med. Bogusława Bukowska

Wydawca:

Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom

Ul. Dereniowa 52/54

02-776 Warszawa

Telefon: (22) 641 15 01

[kcpcu@kcpcu.gov.pl](mailto:kcpcu@kcpcu.gov.pl)

[www.kcpcu.gov.pl](http://www.kcpcu.gov.pl)

ISBN: 978-83-966583-6-4

Wydanie sfinansowane ze środków Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom

Egzemplarz bezpłatny

Warszawa, 2026

---

# **Wzmacnianie rzeczników zdrowia publicznego w podejmowaniu wyzwań polityki alkoholowej**

---

Podręcznik polityki alkoholowej

## Abstrakt

Dorośli w Regionie Europejskim WHO spożywają średnio 9,2 litra czystego alkoholu rocznie, co czyni ich największymi konsumentami alkoholu na świecie. W Europie alkohol stanowi jedną z głównych przyczyn zgonów, odpowiadając za niemal 800 000 zgonów rocznie, głównie w wyniku chorób niezakaźnych, takich jak choroby układu krążenia i nowotwory. Wdrażanie polityk opartych na dowodach naukowych ma zasadnicze znaczenie dla ochrony zdrowia publicznego oraz ograniczenia obciążenia systemów opieki zdrowotnej i społeczności konsekwencjami szkód wywoływanych przez alkohol. Poważnym wyzwaniem w tym zakresie jest to, że decydenci polityczni często muszą mierzyć się ze sprzecznymi podejściami przy podejmowaniu decyzji dotyczących działań zaradczych.

Opracowany przez Biuro Regionalne WHO dla Europy *Podręcznik polityki alkoholowej* został przygotowany z myślą o decydentach politycznych, rzecznikach zdrowia publicznego oraz specjalistach z obszaru zdrowia publicznego. Niniejsza publikacja omawia zasadnicze zagadnienia dotyczące wpływu alkoholu oraz skuteczności kluczowych polityk w tym obszarze, takich jak regulacje dotyczące dostępności, ograniczenia działań marketingowych, etykietowanie, interwencje mające na celu zapobieganie prowadzeniu pojazdów pod wpływem alkoholu, a także przepisy odnoszące się do napojów bezalkoholowych i niskoalkoholowych.

W odniesieniu do każdego z omawianych zagadnień *Podręcznik* porównuje stanowiska przemysłu alkoholowego z dowodami naukowymi w dziedzinie zdrowia publicznego, tak aby czytelnik mógł lepiej zrozumieć, które kwestie dotyczące alkoholu są przedstawiane z punktu widzenia interesów komercyjnych. Dokument wskazuje decydentom, jak priorytetowo traktować dowody naukowe dotyczące zdrowia publicznego, w celu ograniczania szkód związanych z alkoholem, poprawy kondycji zdrowotnej populacji oraz zmniejszania obciążeń finansów publicznych.

## Słowa kluczowe

SPOŻYWANIE ALKOHOLU; ZAPOBIEGANIE I KONTROLA; ZDROWIE PUBLICZNE; POLITYKA PUBLICZNA; PRZEMYSŁ

Numer dokumentu: WHO/EURO:2024-5624-45389-64949 (PDF); WHO/EURO:2024-5624-45389-76520 (wydanie drukowane)

© Światowa Organizacja Zdrowia, 2024

**Wszelkie prawa zastrzeżone w zakresie określonym przez licencję.** Niniejsze opracowanie jest dostępne na warunkach licencji Creative Commons Uznanie autorstwa – Użycie niekomercyjne – Na tych samych warunkach 3.0 IGO (CC BY-NC-SA 3.0 IGO);

(<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>).

Zgodnie z niniejszą licencją dokument może być kopiowany, rozpowszechniany i adaptowany do celów niekomercyjnych, pod warunkiem właściwego cytowania źródła, zgodnie z poniższym wskazaniem. W żadnym przypadku nie należy sugerować, że WHO popiera jakąkolwiek konkretną organizację, produkt lub usługę. Użycie logo WHO jest niedozwolone. W przypadku dokumentu należy udostępnić go na tej samej lub równoważnej licencji Creative Commons. W przypadku przygotowania tłumaczenia należy zamieścić zastrzeżenie o następującej treści: „Niniejsze tłumaczenie nie zostało opracowane przez Światową Organizację Zdrowia (WHO). WHO nie ponosi odpowiedzialności za treść ani dokładność niniejszego tłumaczenia. Za wiążącą i autentyczną należy uznawać oryginalną wersję w języku angielskim pt. *Empowering public health advocates to navigate alcohol policy challenges: alcohol policy playbook*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2024.”

Wszelkie postępowania mediacyjne dotyczące sporów wynikających z niniejszej licencji będą prowadzone zgodnie z zasadami mediacji Światowej Organizacji Własności Intelektualnej (World Intellectual Property Organization, WIPO) (<http://www.wipo.int/amc/en/mediation/rules/>).

**Zalecany sposób cytowania:** *Empowering public health advocates to navigate alcohol policy challenges: alcohol policy playbook*. Kopenhaga: Biuro Regionalne WHO dla Europy; 2024. Licencja: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

**Dane katalogowe w publikacji (CIP):** Dane CIP są dostępne pod adresem:

<http://apps.who.int/iris>.

**Sprzedaż, prawa i licencjonowanie:** Aby zakupić publikacje WHO, należy odwiedzić stronę <http://apps.who.int/bookorders>. Wnioski dotyczące wykorzystania komercyjnego oraz zapytania w sprawie praw i licencjonowania należy kierować za pośrednictwem strony:

<https://www.who.int/about/policies/publishing/copyright>.

**Materiały pochodzące od stron trzecich.** W przypadku zamiaru ponownego wykorzystania materiałów zawartych w niniejszej publikacji, które są przypisane stronom trzecim – takich jak tabele, ryciny czy ilustracje – użytkownik zobowiązany jest samodzielnie ustalić, czy wymagane jest uzyskanie zgody na takie wykorzystanie, oraz uzyskać odpowiednią zgodę od właściciela praw autorskich. Ryzyko ewentualnych roszczeń wynikających z naruszenia praw autorskich do materiałów należących do stron trzecich spoczywa wyłącznie na użytkowniku niniejszego podręcznika.

**Zastrzeżenia ogólne.** Użyte w niniejszej publikacji nazwy oraz sposób prezentacji materiału nie oznaczają wyrażenia przez Światową Organizację Zdrowia jakiegokolwiek opinii dotyczącej statusu prawnego jakiegokolwiek kraju, terytorium, miasta lub obszaru ani ich władz jak również przebiegu ich granic. Linie kropkowane i przerywane na mapach wskazują przybliżony przebieg granic, co do których nie ma pełnej zgodności.

Wzmianki o określonych przedsiębiorstwach lub produktach poszczególnych producentów nie oznaczają, że są one popierane lub rekomendowane przez WHO w porównaniu do innych, podobnych produktów, które nie zostały wymienione. Z zastrzeżeniem błędów i opuszczeń, nazwy produktów zastrzeżonych zostały wyróżnione wielką literą początkową.

Światowa Organizacja Zdrowia podjęła wszelkie uzasadnione działania w celu zweryfikowania informacji zawartych w niniejszej publikacji. Niemniej niniejsza publikacja rozpowszechniana jest bez jakiegokolwiek gwarancji, wyraźnej lub domniemanej. Odpowiedzialność za interpretację i wykorzystanie zawartych w niej informacji spoczywa na czytelniku. WHO w żadnym wypadku nie ponosi odpowiedzialności za szkody wynikłe z ich wykorzystania.

---

# Spis treści

---

<b>Słowo wstępne do polskiego wydania</b>	<b>viii</b>
<b>Przedmowa</b>	<b>x</b>
<b>Od Autorów</b>	<b>xi</b>
<b>Podziękowania</b>	<b>xii</b>
<b>Skróty</b>	<b>xiii</b>
<b>Wprowadzenie</b>	<b>1</b>
Kluczowe podmioty w polityce alkoholowej: przemysł i środowisko zdrowia publicznego	3
Model i struktura	5
<b>1. Alkohol – szkody, zdrowie i koszty</b>	<b>7</b>
1.1. Alkohol a szkody	8
1.1.1. Kto doświadcza szkód związanych z alkoholem?	8
1.2. Alkohol a zdrowie	9
1.2.1. Czy spożywanie alkoholu jest korzystne dla zdrowia?	9
1.2.2. Czy alkohol powoduje nowotwory?	11
1.3. Alkohol a koszty	13
1.3.1. Czy restrykcje wobec przemysłu alkoholowego w ramach ochrony zdrowia publicznego generują istotne zagrożenia ekonomiczne?	13
<b>2. Polityki redukcji szkód związanych z alkoholem</b>	<b>17</b>
2.1. Polityki cenowe i podatkowe dotyczące alkoholu	8
2.1.1. Czy podnoszenie ceny alkoholu pomaga w redukowaniu szkód?	8
2.1.2. Czy polityki cenowe i podatkowe mają charakter regresywny i dyskryminujący?	21
2.1.3. Wnioski	22

2.2. Polityki dotyczące dostępności alkoholu	23
2.2.1. Czy ograniczenia dotyczące godzin sprzedaży alkoholu mogą redukować szkody związane z alkoholem?	23
2.2.2. Czy ograniczenie gęstości punktów sprzedaży alkoholu może zmniejszyć szkody związane z tą substancją psychoaktywną?	25
2.2.3. Wnioski	26
2.3. Polityki dotyczące strategii marketingowych alkoholu	27
2.3.1. Czy marketing alkoholu oddziałuje na osoby niepełnoletnie?	27
2.3.2. Czy marketing alkoholu przyczynia się do inicjacji alkoholowej lub zjawiska upijania się młodzieży?	28
2.3.3. Czy kodeksy samoregulacyjne marketingu alkoholowego chronią młodych ludzi?	30
2.3.4. Wnioski	32
2.4. Polityki etykietowania alkoholu	33
2.4.1. Czy dobrowolne praktyki samoregulacyjne przemysłu alkoholowego dostarczają wystarczających informacji na etykietach napojów alkoholowych?	33
2.4.2. Czy ostrzeżenia zdrowotne na etykietach są skuteczne?	35
2.4.3. Wnioski	36
2.5. Interwencje dotyczące prowadzenia pojazdów pod wpływem alkoholu	37
2.5.1. Kto powinien być adresatem polityk dotyczących prowadzenia pojazdów pod wpływem alkoholu?	37
2.5.2. Czy kampanie promujące wyznaczonego kierowcę oraz programy bezpiecznego powrotu do domu są skuteczne w zapobieganiu prowadzeniu pojazdów pod wpływem alkoholu?	39
2.5.3. Wnioski	40
2.6. Produkty bezalkoholowe i niskoalkoholowe	41
2.6.1. Czy zwiększenie dostępności napojów bezalkoholowych i niskoalkoholowych może przyczynić się do ograniczenia szkód związanych z alkoholem?	41
2.6.2. Wnioski	43
<b>Podsumowanie</b>	<b>45</b>
<b>Literatura</b>	<b>46</b>

# Słowo wstępne do polskiego wydania

Alkohol to trzeci najważniejszy czynnik ryzyka dla zdrowia ludzi, po tytoniu i zanieczyszczeniu środowiska. Europa jest regionem szczególnie narażonym na wpływ alkoholu na zdrowie, gdzie jego spożycie na dorosłego mieszkańca jest w porównaniu do innych kontynentów najwyższe na świecie. W Polsce każdy mieszkaniec wypija średnio 8,8 l. czystego 100 % alkoholu (GUS, 2024). Choć w ostatnich kilku latach odnotowujemy w naszym kraju spadek średniego spożycia alkoholu per capita, to wciąż wypijamy więcej niż średnia europejska. Ponadto rośnie koncentracja spożycia mierzona ilością alkoholu wypijanego przez najwięcej pijących. W polskim wzorze picia nadal można znaleźć elementy tradycyjne dla naszego kraju, tj. mniejszą częstotliwość picia przy większym spożyciu przy jednej okazji, czy jednego dnia.

Obecnie wiadomo, że za indywidualnymi wyborami konsumentów pijących ponad miarę kryją się systematyczne oraz strukturalne ingerencje biznesu alkoholowego w politykę publiczną w tym obszarze. Jak zauważa WHO, ekonomiczna siła przemysłu alkoholowego bezpośrednio przekłada się na zdolność branży do wywierania wpływu politycznego na procesy legislacyjne istotne z punktu widzenia ich interesów, wbrew interesom zdrowia publicznego. Rzecznicy przemysłu alkoholowego poprzez uczestnictwo w dyskursie publicznym podejmują starania kształtowania norm społecznych w odniesieniu do alkoholu.

Głównym celem niniejszej publikacji zatytułowanej „*Wzmacnianie rzeczników zdrowia publicznego w podejmowaniu wyzwań polityki alkoholowej. Podręcznik polityki alkoholowej*” jest umożliwienie osobom wpływającym na politykę alkoholową dogłębnego zanalizowania kluczowych interwencji, których skuteczność, choć udokumentowana w wielu badaniach, wciąż bywa podważana przez interesariuszy przemysłu alkoholowego. Działania podejmowane przez przemysł alkoholowy w tym zakresie są prowadzone w sposób długofalowy oraz ściśle ukierunkowany na promowanie rozwiązań gwarantujących maksymalizację zysków branży, kosztem zdrowia społeczeństwa.

O wpływie branży alkoholowej i jej interesariuszy na kształt polskiej polityki wobec alkoholu wie każdy, kto uważnie śledzi dyskurs publiczny i rozwiązania prawne wprowadzane od wielu lat w naszym kraju.

Ustawa o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi uchwalona w 1982 r. w obecnym kształcie, po wielu nowelizacjach, daleko odbiega od pierwotnych, w miarę restrykcyjnych, zapisów. Przez lata w ustawie tej dokonywano zmian, które stopniowo liberalizowały politykę wobec alkoholu sprzyjając wzrostowi konsumpcji napojów alkoholowych, a w konsekwencji rozpowszechnienia szkód zdrowotnych i społecznych z tym związanych. W 1993 r., prawie z dnia na dzień, zlikwidowano centralnie regulowane ograniczenia liczby punktów sprzedaży alkoholu i czasu jego sprzedaży, delegując odpowiedzialność za ustalanie limitów i wydawanie zezwoleń na szczebel samorządu gminy. Kolejna zmiana dokonana się w roku 2002 roku, gdy to dopuszczono reklamę piwa w przestrzeni publicznej, a następna w 2003 r. gdy poszerzono godziny emisji reklam piwa (z 23:00-6:00 na 20:00-6:00). Dodatkowo należy wspomnieć o zmniejszeniu podatku akcyzowego w roku 2001, co przetożyło się na dramatyczny wzrost zapadalności na choroby wątroby i liczby zgonów z tego powodu. Ta liberalizacja polityki wobec alkoholu była możliwa bo racje branży alkoholowej

ukierunkowane na maksymalizację zysku przeważały w debacie publicznej nad racjami interesariuszy zdrowia publicznego.

Publikacja pozwala bliżej poznać i zdemaskować manipulacyjną argumentację branży alkoholowej. Każda ze skutecznych polityk wobec alkoholu została skonfrontowana z argumentacją stosowaną przez przemysł alkoholowy.

Skuteczne interwencje omówione w publikacji obejmują: politykę cenową i podatkową, kontrolę dostępności, ograniczenia marketingowe, wymogi dotyczące etykietowania, interwencje w zakresie prowadzenia pojazdów pod wpływem alkoholu oraz produkty niskoalkoholowe i bezalkoholowe imitujące smakiem alkoholowe odpowiedniki (NoLo).

Niniejsza publikacja dostarcza rzecznikom zdrowia publicznego argumentów użytecznych w dyskusji z rzecznikami interesów branży alkoholowej, zaś decydentom obiektywny obraz sytuacji. W polskich realiach publikacja rekomendowana jest zatem parlamentarzystom i politykom decydującym o kształcie polskich rozwiązań prawnych dotyczących alkoholu, urzędnikom, lokalnym działaczom, radnym, którzy podejmują decyzje o kształcie lokalnej polityki alkoholowej, przedstawicielom organizacji pozarządowych, którzy działają na rzecz zdrowia publicznego, a w końcu każdemu obywatelowi, który chciałby w pełni świadomie kształtować swoje zachowania konsumpcyjne.

**dr n. med. Bogusława Bukowska**

Dyrektor Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom

# Przedmowa

Konsumpcja alkoholu pozostaje poważnym wyzwaniem dla zdrowia publicznego na całym świecie, przyczyniając się co roku do utraty milionów istnień ludzkich oraz liczby lat życia skorygowanych o niepełnosprawność (ang. *disability-adjusted life years*). W Regionie Europejskim WHO skutki zdrowotne i społeczne spożywania alkoholu są znaczące – obejmują choroby przewlekłe, nowotwory, szkody społeczne, koszty ekonomiczne oraz nierówności w zdrowiu. Pomimo jednoznacznych dowodów naukowych, które wskazują na szkody powodowane przez alkohol, polityki i regulacje dotyczące alkoholu napotykają sprzeciw ze strony wpływowych podmiotów komercyjnych, których podstawowym celem jest maksymalizacja zysków.

Niniejszy *Podręcznik polityki alkoholowej* stanowi aktualne i niezbędne narzędzie w przeciwdziałaniu komercyjnym determinantom zdrowia (ang. *commercial determinants of health*) w kontekście spożywania alkoholu. Podręcznik omawia w jaki sposób działania komercyjne mogą wpływać na decyzje polityczne oraz kształtować społeczne postrzeganie konsumpcji alkoholu. Podobnie jak w przypadku innych sektorów, np. przemysł tytoniowy czy spożywczy, przemysł alkoholowy działa w oparciu o strategię mające na celu promocję swoich produktów, często kosztem zdrowia publicznego. Podręcznik dostarcza decydentom, rzecznikom i praktykom z dziedziny zdrowia publicznego argumentów naukowych, które pozwalają przeciwdziałać narracji przemysłu oraz chronić zdrowie publiczne przed jego wpływami komercyjnymi.

Opierając się na najnowszych wynikach badań, *Podręcznik polityki alkoholowej* przedstawia jasne, oparte na dowodach naukowych odpowiedzi na najczęściej przytaczane argumenty przemysłu alkoholowego dotyczące konsumpcji alkoholu, jego wpływu na zdrowie, powodowanych przez niego szkód oraz skuteczności poszczególnych polityk w ich redukowaniu. Publikacja nawiązuje do sukcesu *Podręcznika kontroli tytoniu WHO*, wskazując na uderzające podobieństwa w sposobie, w jaki te branże przedstawiają dowody naukowe oraz oddziałują na systemy polityczne i społeczne.

Światowa Organizacja Zdrowia, we współpracy z państwami członkowskimi, od wielu lat promuje dobrze zaprojektowane polityki alkoholowe, obejmujące między innymi kwestie cen, marketingu i dostępności, które mogą przyczynić się do redukcji szkód związanych z alkoholem oraz poprawy wskaźników zdrowia publicznego. Wiele krajów osiągnęło w tym zakresie wymierne sukcesy, jednak konieczne są dalsze działania, aby rozszerzyć te korzyści, zwłaszcza w celu ochrony populacji szczególnie narażonych, takich jak osoby młode oraz grupy o niższym statusie społeczno-ekonomicznym, które w nieproporcjonalnie dużym stopniu dotknięte są negatywnymi skutkami spożywania alkoholu.

*Podręcznik polityki alkoholowej* stanowi istotny krok w kierunku realizacji celów określonych w *Europejskiej strategii antyalkoholowej na lata 2022–2025* (ang. *European framework for action on Alcohol 2022-2025*) oraz *Globalnym planie działania w zakresie alkoholu na lata 2022–2030* (ang. *Global alcohol action plan 2022-2030*). Wyposażając decydentów w narzędzia niezbędne do przeciwstawienia się interesom komercyjnym i wdrażania polityk opartych na dowodach naukowych, możemy budować zdrowszą przyszłość dla wszystkich.

Dane są jednoznaczne, a rozwiązania w zasięgu ręki. Nadszedł czas, aby podjąć zdecydowane działania na rzecz ochrony zdrowia publicznego i ograniczenia szkodliwych skutków spożywania alkoholu.

**dr Hans Henri P. Kluge**

Dyrektor Regionalny

Biuro Regionalne WHO dla Europy

## Od Autorów

Na przestrzeni lat działania na rzecz zdrowia publicznego wielokrotnie napotykały znaczący opór, często podsycany przez wprowadzające w błąd decydentów i opinię publiczną argumenty przemysłu alkoholowego mające na celu ochronę zysków, a nie ludzi. Jednakże, siła dowodów naukowych okazała się nieodzowna w odpieraniu tych taktyk oraz promowaniu polityk, których nadrzędnym celem jest ratowanie życia.

W 2019 roku Biuro Regionalne WHO dla Europy opublikowało *Podręcznik kontroli tytoniu* – zestaw naukowo uzasadnionych argumentów, który umożliwia decydentom skuteczne przeciwdziałanie starannie przygotowanym strategiom przemysłu tytoniowego. Strategie te, opracowane w celu maksymalizacji sprzedaży, utrwały niebezpieczne dla zdrowia mity. Jednak, dzięki wykorzystaniu dowodów naukowych, udało się wdrożyć skuteczne polityki chroniące obecne i przyszłe pokolenia przed niszczącymi skutkami zdrowotnymi, społecznymi i ekonomicznymi używania tytoniu.

Podobnie jak w przypadku tytoniu, mimo że alkohol jest powszechnie spożywany, pozostaje on substancją sklasyfikowaną jako czynnik rakotwórczy z grupy 1, wywierającą drugoczący wpływ na zdrowie i rozwój populacji na świecie. Tylko w 2019 roku alkohol spowodował 2,6 miliona zgonów i przyczynił się do utraty 115,9 milionów lat życia skorygowanych o niepełnosprawność (wskaźnik DALY), a mimo to jego obecność na rynku nadal pozostaje niedostatecznie uregulowana w skali globalnej. Dezinformacja szerzona przez przemysł alkoholowy przyczyniła się do powstania niebezpiecznej luki w świadomości społecznej: mniej niż co trzeci Europejczyk wie, że alkohol zwiększa ryzyko zachorowania na raka, a jedynie 20% kobiet posiada wystarczającą wiedzę, by podejmować świadome decyzje dotyczące jego spożycia.

Komercyjne interesy branż, takich jak przemysł alkoholowy i tytoniowy, nieustannie kolidują z celami zdrowia publicznego, ale musimy wznieść się ponad te wyzwania. Jak podkreślono w najnowszym raporcie WHO/EURO dotyczącym komercyjnych determinant chorób niezakaźnych, branże te stosują wyrafinowane taktyki, aby kształtować opinię publiczną, wpływać na przekaz medialny, a nawet przejmować kontrolę nad procesami politycznymi. Wskazuje to na pilną potrzebę wyposażenia decydentów, organów zdrowia publicznego oraz rzeczników zdrowia w narzędzia umożliwiające ujawnianie i demaskowanie tych szkodliwych praktyk.

*Podręcznik polityki alkoholowej*, zapoczątkowany w 2019 roku, stanowi adekwatną i aktualną odpowiedź na tę potrzebę. Obejmuje on najczęściej pojawiające się zagadnienia dotyczące polityki alkoholowej od kwestii cen i podatków po regulacje w zakresie marketingu i etykietowania. Zestawiając argumenty przemysłu z rzetelnymi dowodami naukowymi, *Podręcznik* stanowi dla decydentów jasne i przystępne narzędzie, które pozwala radzić sobie z oporem ze strony przemysłu oraz podejmować decyzje stawiające zdrowie publiczne ponad interes ekonomiczny.

Mamy nadzieję, że niniejszy *Podręcznik* będzie inspiracją do podejmowania zdecydowanych działań. Wykorzystując potencjał nauki, możemy skutecznie przeciwdziałać dezinformacji szerzonej przez przemysł, chronić zdrowie i wspierać dobrostan społeczeństw, zgodnie z Globalnym Programem Działań WHO oraz Europejskim Programem Działań WHO. Razem możemy sprawić, że zdrowie publiczne zwycięży.

### **dr Gauden Galea**

Doradca Strategiczny  
ds. Chorób Niezakaźnych i Innowacji  
Biuro Regionalne WHO dla Europy

### **dr Carina Ferreira-Borges**

Regionalny Doradca ds. Alkoholów,  
Narkotyków i Zdrowia w Systemie  
Penitencjarnym  
Biuro Regionalne WHO dla Europy

# Podziękowania

Niniejszy *Podręcznik polityki alkoholowej* powstał dzięki zaangażowaniu licznych ekspertów, w tym (w porządku alfabetycznym): \*\*Colina Angusa, Bernta Bulla, Erica Carlina, Jeffreya Collina, Suzanne Costello, Niamh Fitzgerald, Gerarda Hastingsa, Bena Hawkinsa, Clive'a Henna, Davida Hjerna, Erin Hobin, Johna Holmesa, Davida Jernigana, Daśy Kokole, Anne-Marie Laslett, Kathrin Lauber, Kathryn Lovatt, Jima McCambridge'a, Nicoli Merrin, Marii Neufeld, Catherine Paradis, Marka Petticrewa, Jürgena Rehma, Daga Rekve, Katherine Robainy, Elisabet Ruiz Cairó, Emanuele Scafato, Katherine Severi, Adama Sherka, Kevina Shilda, Manouk Smeets, Tima Stockwella, Triinu Täht, Juana Eduardo Tello, Ismo Tuominena, Andre Martina Vujkovaca oraz Wila de Zwarta.

Biuro Regionalne WHO dla Europy składa szczególne podziękowania Thomasowi F. Baborowi, Jimowi McCambridge'owi, Katherine Robainie i Katherine Severi za ich kluczowy wkład w proces opracowania koncepcji oraz korekty treści *Podręcznika*.

Na koniec, publikacja ta nie byłaby możliwa bez wsparcia merytorycznego i zaangażowania dra Gaudena Galei, Doradcy Strategicznego ds. Chorób Niezakaźnych i Innowacji, oraz dr Cariny Ferreira-Borges, Regionalnej Doradczynie ds. Alkohol, Substancji Nielegalnych i Zdrowia w Systemie Penitencjarnym, Biuro Regionalne WHO dla Europy (Dania).



Co-funded by  
the European Union

Niniejsza publikacja otrzymała dofinansowanie z funduszy Unii Europejskiej. Jej treść stanowi wyłączną odpowiedzialność Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) i niekoniecznie odzwierciedla stanowisko Unii Europejskiej.

## Skróty

<b>AHTO</b> (alcohol's harm to others)	Szkody wyrządzone przez alkohol innym
<b>BAC</b> (blood alcohol concentration)	Stężenie alkoholu we krwi (promile)
<b>CAPs</b> (community alcohol partnerships)	Spółecznościowe Partnerstwa Alkoholowe
<b>CHD</b> (coronary heart disease)	Choroba wieńcowa
<b>CSR</b> (corporate social responsibility)	Spółeczna odpowiedzialność biznesu
<b>EU</b> (European Union)	Unia Europejska
<b>GDP</b> (gross domestic product)	Produkt krajowy brutto (PKB)
<b>IARC</b> (International Agency for Research on Cancer)	Międzynarodowa Agencja Badań nad Rakiem
<b>IARD</b> (International Alliance for Responsible Drinking)	Międzynarodowy Sojusz na rzecz Odpowiedzialnej Konsumpcji Alkoholu
<b>MUP</b> (minimum unit pricing)	Minimalna cena jednostkowa (alkoholu)
<b>NoLo</b> (no- and low-alcohol)	Produkty bezalkoholowe i niskoalkoholowe
<b>SAPROs</b> (social aspects and public relations organizations)	Organizacje ds. aspektów społecznych i public relations
<b>SD</b> (standard drink)	Porcja standardowa (alkoholu)



# Wprowadzenie

Roczne spożycie alkoholu wśród osób dorosłych w Regionie Europejskim WHO to średnio 9,2 litra czystego alkoholu rocznie. Jest to najwyższy wskaźnik konsumpcji na świecie. Alkohol jest główną przyczyną śmierci w regionie, odpowiadając za blisko 800 000 zgonów każdego roku. W dużej mierze bezpośrednią przyczyną tych zgonów są choroby niezakaźne, takie jak choroby sercowo-naczyniowe, nowotwory i schorzenia wątroby, za których powstawanie odpowiada alkohol.

W związku z tak poważnymi konsekwencjami, dyskusje dotyczące spożycia alkoholu, związanego z tym ryzyka oraz procesu formułowania polityk alkoholowych często prowadzą do licznych wątpliwości. Osoby zajmujące się tą tematyką najczęściej poszukują odpowiedzi na pytania o wpływ alkoholu na zdrowie, charakter szkód, jakie powoduje, potencjał różnych polityk alkoholowych w zakresie redukcji ryzyka i szkód oraz wzmacniania zdrowia publicznego, skuteczność polityk podatkowych i cenowych dotyczących alkoholu, a także wpływ etykietowania alkoholu na zachowania konsumentów. Te pytania stanowią fundamentalne kwestie dla interesariuszy zdrowia publicznego.

Potężni gracze w branży alkoholowej mają standardowe odpowiedzi na tego typu pytania. Podobnie jak w przypadku innych niezdrowych produktów, takich jak napoje bezalkoholowe, przetworzona żywność i tytoń, odpowiedzi te są udzielane z perspektywy komercyjnej. Tworzą one niejako *scenariusz działań* (ang. *playbook*), zawierający strategie i argumenty, którym przyświeca cel nadrzędny, jakim jest maksymalizacja zysków (1).

Niniejszy *Podręcznik polityki alkoholowej* jest odpowiedzią na podręcznik przygotowany przez przemysł alkoholowy. Jego treść przedstawia naukowe argumenty, oferując tym samym gotowe odpowiedzi w kluczowych kwestiach związanych z alkoholem, zgodne z perspektywą zdrowia publicznego. Podsumowuje on najnowsze doniesienia naukowe na temat alkoholu, jego wpływu oraz dostępnych strategii łagodzenia szkód dla zdrowia publicznego. Niniejszy dokument zawiera również krytyczną analizę twierdzeń przemysłu alkoholowego na temat wpływu jego produktów na zdrowie i dobrostan społeczeństw. Stanowi on narzędzie dla tych, którzy chcą podejmować świadome decyzje polityczne w sprawie alkoholu, kierując się interesem zdrowia publicznego.

*Podręcznik polityki alkoholowej* czerpie inspirację z *Podręcznika kontroli tytoniu* (2), w którym zostały omówione wyzwania, z jakimi mierzą się rzecznicy kontroli tytoniu w procesie wdrażania Ramowej Konwencji WHO o Ograniczeniu Użycia Tytoniu (3) i proponuje argumenty oparte na dowodach naukowych, które pozwalają te wyzwania pokonać. Wynika to z uderzających podobieństw między przemysłem tytoniowym i alkoholowym w ich podejściu do nauki i polityki oraz w sposobie, w jaki odpierają argumenty oparte na przesłankach zdrowia publicznego (4).

*Podręcznik polityki alkoholowej* został opracowany z myślą o korzyściach dla trzech grup kluczowych interesariuszy: (i) urzędników państwowych zaangażowanych w tworzenie, wdrażanie, ewaluację, egzekwowanie i monitorowanie polityki alkoholowej; (ii) organizacji społeczeństwa obywatelskiego, w tym organizacji pozarządowych działających na rzecz rzecznictwa politycznego, a także lokalnych rzeczników i liderów społecznych; (iii) środowiska zdrowia publicznego, które tworzą lekarze, specjaliści ds. zdrowia, akademicy i badacze prowadzący badania nad alkoholem w obszarze konsumpcji, szkód i polityki.

Mamy nadzieję, że *Podręcznik polityki alkoholowej* stanie się użytecznym źródłem dla wszystkich specjalistów zaangażowanych we wdrażanie *Europejskiej strategii antyalkoholowej na lata 2022–2025* (ang. *European framework for action on alcohol 2022–2025*) (5) oraz *Globalnego planu działania w zakresie alkoholu na lata 2022–2030* (ang. *Global alcohol action plan 2022–2030*) (6), tak aby skutecznie zrealizować *Globalną strategię ograniczenia szkodliwego spożycia alkoholu jako priorytetu zdrowia publicznego* (7), przyjętą przez Światowe Zgromadzenie Zdrowia w maju 2022 roku.

## Kluczowe podmioty w polityce alkoholowej: przemysł i środowisko zdrowia publicznego

Niniejszy *Podręcznik polityki alkoholowej* analizuje rolę dwóch głównych podmiotów: przemysł alkoholowy oraz środowisko zdrowia publicznego. Są to główni aktorzy zaangażowani w publiczną debatę na temat problematyki alkoholowej, zazwyczaj przedstawiający konkurencyjne argumenty dotyczące polityki alkoholowej ważnym politykom, decydującym, mediom i opinii publicznej.

### Przemysł alkoholowy

Tabela 1 przedstawia najważniejsze segmenty europejskiego przemysłu napojów alkoholowych, który obejmuje wiodących producentów piwa, wina i napojów spirytusowych, a także ich sieci dystrybutorów i detalistów. Do tabeli włączono również zrzeszenia branżowe oraz organizacje ds. aspektów społecznych i public relations (SAPRO), które są finansowane w celu promowania interesów przemysłu (8–11). Dzieje się tak, ponieważ tego typu podmioty często działają w porozumieniu, gdy interesy finansowe producentów są postrzegane jako zagrożone.

**Tabela 1. Główne segmenty europejskiego przemysłu napojów alkoholowych**

	Piwo	Napoje spirytusowe, wino
<b>Najwięksi producenci</b>	AB (Anheuser-Busch) InBev Asahi Group Carlsberg Heineken Kirin Europe Molson Coors Europe	Bacardi Beam Suntory Brown–Forman Diageo Gruppo Campari Moët Hennessy Pernod Ricard Rémy Cointreau
<b>Zrzeszenia branżowe</b>	Assobirra Brewers of Europe British Beer and Pub Association Cerveceros de Espana	Comité européen des entreprises vins Scotch Whisky Association spiritsEUROPE (formerly European Spirits Organisation) Wine and Spirits Trade Association
Organizacje ds. aspektów społecznych i public relations ( <b>SAPRO</b> ),	Drinkaware European Forum for Responsible Drinking (formerly the Amsterdam Group) Fundación Alcohol y Sociedad International Alliance for Responsible Drinking (formerly International Center for Alcohol Policies) Portman Group Wine in Moderation	
<b>Grupy badawcze</b>	Foundation for the Investigation of Wine and Nutrition (Fundación para la investigación del vino y nutrición) Institut de recherches scientifiques sur les boissons	

W ciągu ostatnich dwóch dekad korporacje transnarodowe, z których wiele wywodzi się z Europy, skoncentrowały rynek piwa i napojów słodowych, nabywając lokalne firmy i regionalne wytwórnie piwa. Branża napojów spirytusowych uległa jeszcze większej konsolidacji. Proces ten, choć w mniejszym stopniu, dokonał się również w przemyśle winiarskim (12).

W szerszym ujęciu, przemysł alkoholowy obejmuje właścicieli lokalnych placówek gastronomicznych, rozrywkowych i turystycznych, takich jak bary, restauracje, kluby i hotele. Wlicza się w to także sklepy, supermarkety i innych detalistów, którzy sprzedają i dostarczają alkohol poprzez zamówienia telefoniczne i/lub online. Kolejną grupę, choć niebędącą pod bezpośrednią kontrolą producentów alkoholu czy powiązanych podmiotów, stanowią sektory reklamy, marketingu i inne komercyjne, które są w znacznym stopniu zależne od finansowania ze strony przemysłu alkoholowego. W niniejszym raporcie przez przemysł alkoholowy rozumie się głównych producentów, zrzeszenia branżowe i organizacje SAPRO, w szczególności te z siedzibą w Europie, wymienione w Tabeli 1. Organizacje te w większości działają transnarodowo, a firmy te odpowiadają za znaczną część produkcji i dystrybucji wyrobów alkoholowych w Regionie Europejskim WHO.

### **Środowisko zdrowia publicznego**

Organizacje podejmujące inicjatywy w interesie publicznym w sprawach związanych z polityką alkoholową są bardzo różne i obejmują: organizacje pozarządowe (NGO) działające na poziomie krajowym i międzynarodowym, stowarzyszenia lekarzy oraz praktyków zdrowia publicznego, organizacje międzyrządowe, w tym Biuro Regionalne WHO dla Europy, agencje rządowe oraz ośrodki badawcze zaangażowane w nadzór nad zdrowiem publicznym i badania w obszarze kreowania polityk.

## Model i struktura

*Podręcznik polityki alkoholowej* stanowi kompleksowe źródło informacji, opracowane w celu omówienia kluczowych zagadnień związanych z alkoholem, z którymi mierzą się interesariusze. Jest on podzielony na dwie główne części. Pierwsza koncentruje się na alkoholu, jego związku ze zdrowiem oraz szkodach i kosztach odnoszących się do jego używania. Druga skupia się na kluczowych politykach alkoholowych nakreślonych przez WHO, ocenie ich skuteczności i znaczeniu w kontekście poprawy i ochrony zdrowia publicznego.

Struktura każdej z części obejmuje:

- odniesienie do najczęstszych pytań interesariuszy dotyczących zagadnień związanych z alkoholem;
- przedstawienie dominujących twierdzeń i argumentów formułowanych przez przemysł alkoholowy w odpowiedzi na te pytania; oraz
- kontrowanie tych twierdzeń z perspektywy naukowej, poprzez prezentację najnowszych danych i odpowiedzi opartych na dowodach naukowych w odniesieniu do tych pytań.

W przypadku każdego pytania, stanowisko przemysłu alkoholowego konfrontowane jest z dowodami naukowymi zgromadzonymi przez środowisko zdrowia publicznego.

Do opisu stanowiska przemysłu alkoholowego wykorzystano informacje pozyskane z literatury naukowej. Opierały się one głównie na analizie dyskursu publicznych oświadczeń i stanowisk składanych przez przemysł w ramach różnorodnych konsultacji politycznych. Uzupełnieniem tej literatury były odpowiednie dokumenty branżowe, raporty publiczne oraz witryny internetowe organizacji.

Argumenty z perspektywy zdrowia publicznego przedstawiono, wykorzystując szeroki zakres źródeł, w tym: artykuły naukowe, przeglądy systematyczne, artykuły redakcyjne, komentarze, artykuły prasowe, książki oraz raporty komitetów eksperckich powiązanych z organizacjami krajowymi i międzynarodowymi.

*Podręcznik* nie omawia wszystkich możliwych polityk alkoholowych. Przykładowo, o ile polityki z zakresu dostępności mogą obejmować szeroki zakres interwencji, takich jak krajowe systemy koncesjonowania, ograniczenia gęstości punktów sprzedaży, limitowanie godzin i dni sprzedaży, wymogi dotyczące minimalnego wieku, zakazy dotyczące określonych miejsc oraz obowiązkowe szkolenia dla osób serwujących i sprzedających alkohol, to niniejsza publikacja koncentruje się na wybranym ich podtypie. Podobnie, część poświęcona polityce marketingowej koncentruje się na szerokich działaniach promocyjnych skierowanych do młodzieży, chociaż praktyki marketingowe wykraczają poza tę grupę. Ogólnie rzecz ujmując, interwencje przedstawione w *Podręczniku* to takie, którymi decydenci polityczni najczęściej zajmują się w toku swoich procesów decyzyjnych.

W celu omówienia użyteczności niniejszej publikacji oraz zidentyfikowania luk i obszarów dalszej współpracy w zakresie ochrony polityk alkoholowych, ukierunkowanych na zdrowie publiczne przed ingerencją komercyjną, *Podręcznik* został poddany licznym przeglądom zewnętrznym, w tym w ramach merytorycznych spotkań eksperckich inicjowanych przez WHO.



---

# Podręcznik polityki **alkoholowej**

---

## **1. Alkohol – szkody, zdrowie i koszty**

Niniejsza część dotyczy kluczowych pytań na temat natury alkoholu, jego związku ze zdrowiem oraz szkód i kosztów odnoszących się do jego spożywania. Pytania te mają fundamentalne znaczenie dla rozwiązania szerszego problemu, z którym regularnie mierzą się interesariusze i który będzie przedmiotem następnej części: czy polityki alkoholowe przynoszą korzyści zdrowiu publicznemu? W tej pierwszej sekcji zestawiono odpowiedzi przemysłu alkoholowego z odpowiedziami środowiska zdrowia publicznego, aby uzyskać całościowy ogląd tych zasadniczych zagadnień.



## 1.1. Alkohol a szkody

### 1.1.1. Kto doświadcza szkód związanych z alkoholem?

#### **Perspektywa przemysłu alkoholowego**

Przedstawiciele przemysłu alkoholowego na ogół przedstawiają problemy związane z tą substancją psychoaktywną jako ograniczone do niewielkiej grupy problemowych użytkowników (13, 14) i koncentrują się na osobach nadużywających alkoholu (15). O ile treści dostarczane przez przemysł alkoholowy sugerują, że określone populacje w pewnych etapach życia mogą zmagać się z konsekwencjami picia, o tyle podkreślają, że większość osób nie doświadcza poważnych problemów (16). Czyniąc to, przemysł promuje pogląd, że skutki związane z alkoholem są wynikiem przede wszystkim indywidualnych zachowań, umniejszając jednocześnie wpływ czynników systemowych. Przemysł kładzie nacisk na osobistą odpowiedzialność i twierdzi, że szkody związane z alkoholem ograniczają się do tych, którzy postępują nieodpowiedzialnie (11, 14, 17, 18).

#### **Perspektywa środowiska zdrowia publicznego**

Szkody spowodowane przez alkohol są rozproszone w różnych populacjach i mogą być doświadczone zarówno przez osoby pijące, jak i przez te, które tego nie robią.

W przypadku osób pijących alkohol, najnowsze dowody wskazują, że zarówno w odniesieniu do szkód zdrowotnych jak i społecznych, ryzyko istnieje nawet przy niskich poziomach konsumpcji (19–22). Przykładowo, w Unii Europejskiej (UE) spożywanie alkoholu jest przyczyną około 17% z siedmiu typów nowotworów, które wiążą się z alkoholem. 13,3% tych przypadków było związanych z lekką do umiarkowanej konsumpcją alkoholu (poniżej 20 gramów czystego alkoholu dziennie), co odpowiadało niemal 23 000 nowych przypadków nowotworów w 2017 roku (19, 23). Jeśli chodzi o szkody społeczne, ten temat jest w mniejszym stopniu opisywany w literaturze przedmiotu. Jednak dotychczasowe badania wykazały, że 10% najintensywniej pijących (pod względem ilości) odpowiada za mniej niż połowę problemów związanych z alkoholem, takich jak absencja w pracy (24) oraz kłótnie i bójkę (25). Stąd, szkody społeczne związane z pićem w różnym stopniu odnoszą się zarówno do osób pijących intensywnie, jak i tych pijących w stopniu umiarkowanym (26).

Poza osobami pijącymi, szkód spowodowanych przez alkohol mogą doświadczać również inni, w tym dzieci, rodziny i społeczność. Podczas gdy decyzja o pićem często jest osobistym wyborem, osoby dotknięte szkodami wynikającymi z pićem alkoholu przez innych (AHTO) zazwyczaj nie mają wyboru ani opcji (27, 28). W badaniu australijskim przeprowadzonym w 2021 roku, w przybliżeniu jedna trzecia wszystkich dorosłych doznała szkód w wyniku używania alkoholu przez inne osoby; kobiety, osoby młodsze i pijący intensywnie byli w grupie podwyższonego ryzyka, a źródłem negatywnych konsekwencji były częściej osoby bliskie niż nieznanymi (29). Najnowsze dane europejskie (z 2021 roku), obejmujące 39 629 respondentów z 32 krajów europejskich, dowodzą, że AHTO nieproporcjonalnie dotyka kobiet i osób o niskich dochodach (30). Generalnie rzecz biorąc, AHTO odpowiada za znaczną składową obciążenia chorobowego będącego konsekwencją używania alkoholu (31).

W ujęciu ogólnym, żadna ilość alkoholu nie jest wolna od ryzyka. Wyniki badań pokazują, że większość pijących mierzy się z pewnym poziomem ryzyka pojawienia się szkód związanych z alkoholem (19, 26, 32).

## 1.2. Alkohol a zdrowie

### 1.2.1. Czy spożywanie alkoholu jest korzystne dla zdrowia?

#### **Perspektywa przemysłu alkoholowego**

W ostatnich dekadach przemysł alkoholowy konsekwentnie promuje pogląd, że „umiarkowane picie” – często niejasno zdefiniowane, idealnie harmonizuje ze zdrowym stylem życia (13, 18). Od ponad 30 lat wysyłany jest jednoznaczny przekaz: alkohol może przynosić korzyści, głównie poprzez zmniejszenie ryzyka choroby wieńcowej (CHD) (33). Ta narracja jest kontynuowana, a przemysł podkreśla potencjalne korzyści zdrowotne, takie jak zmniejszone ryzyko zachorowalności na choroby serca, cukrzycy i udaru (zob. np. (34) i (35)). Osiąga się to często poprzez systematyczne promowanie badań wspierających korzyści zdrowotne umiarkowanej konsumpcji alkoholu, przy jednoczesnym ostrym krytykowaniu lub pomijaniu badań sceptycznych wobec tej tezy (36, 37). Przemysł często podkreśla również, że alkohol może przynosić korzyści zdrowotne poprzez przyczynianie się do ogólnego dobrostanu, dzięki swoim pozytywnym aspektom społecznym i przyjemności, jaką sprawia.

#### **Perspektywa środowiska zdrowia publicznego**

Przez wiele lat badania obserwacyjne sugerowały, że w porównaniu z abstynentami, osoby umiarkowanie pijące charakteryzują się niższą śmiertelnością i zachorowalnością w zakresie różnych schorzeń (38–41). Jednakże analiza danych ujawnia znaczące wady badań, które zawierają tego typu wnioski (42–44). Kluczowym problemem jest sposób, w jaki w badaniach definiowani są abstynenci, przy czym w większości z nich porównuje się umiarkowanie pijących z aktualnymi abstynentami. Ponieważ osoby aktualnie niepijące obejmują również tzw. abstynentów zmuszonych do zaprzestania picia z powodów zdrowotnych (ang. *sick quitters*), zakwalifikowanie tego typu uczestników badań do grupy abstynentów prowadzi do wyników sugerujących, że umiarkowanie pijący wydają się zdrowsi. Gdy z grupy abstynentów wykluczy się byłych i okazjonalnych pijących, korygując tym samym „błąd abstynencki”, okazuje się, że związki między konsumpcją niskich dawek a działaniem chroniącym w chorobie wieńcowej stają się słabe lub nieistotne statystycznie (42, 44–47). Tego rodzaju błąd abstynencki kumuluje się wraz z zaawansowanym wiekiem kohorty i jest najbardziej widoczny w grupach obejmujących uczestników powyżej 55. roku życia (46–48).

Światowa Federacja Serca (World Heart Federation) (33) zasugerowała, że istnieje wiele powodów, aby kwestionować powszechne przekonania, że konsumpcja alkoholu jest korzystna dla lepszego funkcjonowania układu sercowo-naczyniowego:

- Tego rodzaju dowody opierały się głównie na badaniach obserwacyjnych.
- Porównania z osobami, które nie używają alkoholu, są często zafałszowane przez czynniki zakłócające o charakterze społecznym, kulturowym, religijnym i medycznym – tj. czynniki, które mogą wpływać na ogólny stan zdrowia, niezależnie od spożycia alkoholu.
- Badania były prowadzone w populacjach przeważnie osób starszych (powyżej 55. roku życia) i rasy białej.
- Niektóre badania wykazujące pozytywne efekty są finansowane przez przemysł alkoholowy.

Mimo że zredukowane ryzyko wystąpienia niektórych chorób sercowo-naczyniowych u osób umiarkowanie pijących jest dość spójnym odkryciem w populacjach starszych dorosłych, najnowsze badania sugerują, że wyniki te prawdopodobnie odzwierciedlają pozostałe czynniki zakłócające. Jest to między innymi związane z faktem, że osoby powstrzymujące się przez całe życie od picia alkoholu mają gorszy stan zdrowia z powodu wcześniej istniejących schorzeń oraz mierzą się z większymi nierównościami społeczno-ekonomicznymi niż osoby pijące umiarkowanie i okazjonalnie. Przy czym dysproporcje te kumulują się w ciągu całego życia (48, 49). Jednocześnie badania z Chin i Indii nie zdołały powtórzyć wyników wskazujących na efekt chroniący umiarkowanego picia w chorobie wieńcowej (50, 51). Dodatkowo, badania wykorzystujące nowe techniki genetyczne wykazały jedynie szkodliwe związki między konsumpcją alkoholu a chorobą wieńcową i udarem (52). Innymi słowy, ten typ badań nie dostarcza dowodów na chroniący wpływ alkoholu przed chorobą wieńcową (53). Wszystkie te dane razem wzięte wymagają ponownej oceny poglądu, że konsumpcja alkoholu może przynosić korzyści zdrowotne.

Ponadto, najnowsze badania sugerują, że niewielkie redukcje szkód zdrowotnych związane z niskimi poziomami konsumpcji alkoholu w przypadku niektórych schorzeń są niwelowane przez zwiększone ryzyko innych konsekwencji zdrowotnych, w tym nowotworów, które występują przy tych samych dawkach (21, 44, 54, 55). Nie można ustalić bezpiecznego dla zdrowia poziomu konsumpcji alkoholu (19). Wskazane jest, aby ostrzegać, że mniejsze spożycie alkoholu przekłada się na niższe ogólne ryzyko nowotworowe (56).

## 1.2.2. Czy alkohol powoduje nowotwory?

### **Perspektywa przemysłu alkoholowego**

Przemysł alkoholowy ma tendencję do ukazywania nowotworu jako choroby wieloczynnikowej z licznymi przyczynami, podkreślając jego złożoność, jednocześnie promując alternatywne argumenty związane ze źródłem tego schorzenia, w celu podważenia niezależnych powiązań między alkoholem a nowotworami (57, 58). Przemysł często kwestionuje dowody naukowe łączące alkohol z nowotworami, twierdząc, że ten związek jest „dyskusyjny z naukowego punktu widzenia” (58). Kiedy źródła branżowe uznają ryzyko, jest ono często bagatelizowane i umieszczane na długiej liście innych czynników, co może zaciemniać obraz i powodować niejasność co do związku przyczynowego między konsumpcją alkoholu a ryzykiem nowotworowym (59, 60).

### **Perspektywa środowiska zdrowia publicznego**

Istnieje silny i spójny związek przyczynowy łączący konsumpcję alkoholu z ogólnym ryzykiem nowotworowym. Alkohol jest klasyfikowany jako czynnik rakotwórczy grupy 1, co oznacza, że istnieją wystarczające dowody, aby stwierdzić, że może on powodować pojawienie się nowotworów u ludzi (61). Klasyfikacji tej dokonała po raz pierwszy w 1988 roku Międzynarodowa Agencja Badań nad Rakiem (IARC), agenda WHO, na podstawie rygorystycznych procedur oceny dowodów (62). W 2009 roku Grupa Robocza ds. Monografii IARC ponownie przeanalizowała dane epidemiologiczne, biotesty na zwierzętach oraz dane mechanistyczne i inne istotne informacje. W efekcie, potwierdzono wnioski dotyczące rakotwórczego zagrożenia związanego ze spożyciem alkoholu (61).

Konsumpcja alkoholu odgrywa przyczynową rolę w przypadku kilku typów nowotworów, w tym raka piersi u kobiet, jelita grubego, wątroby, przełyku, jamy ustnej, krtań i części ustnej gardła (63). W 2018 roku w Regionie Europejskim WHO stwierdzono około 180 000 przypadków nowotworów i prawie 92 000 zgonów z powodu nowotworów (63).

Istnieją cztery główne mechanizmy, które wyjaśniają rakotwórcze działanie alkoholu (63, 64):

- **Acetaldehyd.** Alkohol jest przekształcany w organizmie w aldehyd octowy (acetaldehyd), głównie w wątrobie, ale także w innych częściach, takich jak jelita czy jama ustna. Acetaldehyd może powodować nowotwory, uszkodzając DNA i uniemożliwiając komórkom naprawę tego uszkodzenia.
- **Zmiany hormonalne.** Hormony pełnią rolę ważnych przekaźników w organizmie i mogą regulować wzrost oraz podział komórek. Alkohol może zmieniać poziomy hormonów, takich jak estrogen czy insulina.
- **Stres oksydacyjny wywołany alkoholem.** Długotrwałe spożywanie alkoholu może wywoływać stres oksydacyjny, który uszkodza DNA i wpływa na jego naprawę; został on powiązany z karcynogenezą indukowaną alkoholem w różnych narządach.
- **Wyczerpanie folianów i metylacja DNA.** Sam alkohol, a także niezdrowy styl życia związany z jego konsumpcją, powoduje niedobór folianów, co z kolei upośledza metylację DNA. Niedobór folianów jest związany między innymi z rakiem jelita grubego.

Wszystkie rodzaje napojów alkoholowych są powiązane przyczynowo z nowotworami, przy czym głównym związkiem rakotwórczym jest etanol. Ogólne ryzyko nowotworowe związane z alkoholem ma charakter liniowy. Im więcej się pije, tym bardziej ono wzrasta. Dowody naukowe wskazują, że nie ma bezpiecznego poziomu konsumpcji alkoholu w kontekście ryzyka nowotworowego (19, 20, 65).

## 1.3. Alkohol a koszty

### 1.3.1. Czy restrykcje wobec przemysłu alkoholowego w ramach ochrony zdrowia publicznego generują istotne zagrożenia ekonomiczne?

#### **Perspektywa przemysłu alkoholowego**

Przemysł alkoholowy podkreśla swój wkład finansowy na rzecz rządów krajowych i regionalnych, głównie wskutek zobowiązań fiskalnych oraz, w niektórych obszarach prawnych, poprzez udział państwa w hurtowej i detalicznej sprzedaży alkoholu (zob. np. (66)). Sprzedaż eksportowa i tworzenie miejsc pracy są również przytaczane przez przemysł alkoholowy jako dodatkowy wkład w szerszą gospodarkę. Co kluczowe, głosy płynące od przemysłu przestrzegają przed wdrażaniem środków z zakresu zdrowia publicznego, twierdząc, że interwencje takie jak regulowanie godzin handlu, opłaty licencyjne, ograniczenia marketingowe i podatki mogłyby zagrozić interesom gospodarczym i dochodom rządowym (67, 68). Co do polityk cenowych, przemysł alkoholowy sugeruje, że niezbędne jest równoważenie celów zdrowia publicznego z utrzymaniem dochodów budżetowych, ochroną miejsc pracy w sektorze i promowaniem eksportu oraz handlu. Organizacje i zrzeszenia branżowe podkreślają, że wysokie akcyzy na alkohol stanowią zagrożenie dla ich rentowności (69–71).

#### **Perspektywa środowiska zdrowia publicznego**

Choć produkcja i sprzedaż napojów alkoholowych zazwyczaj generują przychody dla rządów poprzez opodatkowanie, a niekiedy także udział państwa w hurtowej i detalicznej sprzedaży, szkody wynikające z używania alkoholu stanowią znaczące obciążenie dla gospodarek narodowych na całym świecie. Wykazano, że tego typu obciążenia w niektórych przypadkach przewyższają wpływy do budżetów publicznych. Dla przykładu, badanie przeprowadzone w Kanadzie w 2020 roku wykazało, że choć samorządy kanadyjskie wygenerowały 13,3 miliarda dolarów kanadyjskich (CAD) przychodów ze sprzedaży alkoholu, to koszt społeczny używania alkoholu w tym samym roku wyniósł 19,7 miliarda CAD. W efekcie, spowodowało to roczny deficyt netto w wysokości 6,4 miliarda CAD (72). W przeliczeniu na jednostkę standardowego drinka (SD), przełożyło się to na deficyt w wysokości 0,38 CAD z tytułu każdego sprzedanego drinka.

Istnieje znaczący i stale zwiększający się zbiór literatury szacującej społeczne koszty ekonomiczne spowodowane używaniem alkoholu. Przykładowo, w ramach zanotowanego w 2021 roku w rejestrze PROSPERO przeglądu systematycznego, zidentyfikowano 29 badań szacujących społeczne koszty alkoholu (73). Analiza agregująca te zidentyfikowane badania z 29 krajów, głównie o wysokich dochodach, wykazała, że po uwzględnieniu wszystkich szkód spowodowanych przez alkohol, koszt społeczny używania alkoholu, wyrażony jako procent krajowego produktu krajowego brutto (PKB), wyniósł 2,6%. W Stanach Zjednoczonych w ramach badania Sacks i wsp. (74) z 2015 roku, koszty nadużywania alkoholu w 2010 roku oszacowano na 249 miliardów USD, z czego 100,7 miliarda USD (40,4%) zostało pokryte przez rząd. W przeliczeniu na jednostkę standardowego drinka (SD) stanowiło to koszt 2,05 USD/SD, z czego 0,828 USD to koszt społeczny, pokryty przez rząd.

Nowsza wersja badania z Kanady wykazała, że koszt społeczny związany ze spożyciem alkoholu wyniósł 49,1 miliarda CAD w 2020 roku (75). Badanie przeprowadzone przez Kopp i Ogródnik (76) w 2016 roku oszacowało ten koszt społeczny we Francji na 118 miliardów euro, natomiast Thavorncharoensap i wsp. (2010) (77) obliczyli koszt społeczny w Tajlandii w 2006 roku na 156 105,4 miliona bahtów, co stanowiło 1,99% PKB tego kraju w tamtym roku. Poza tymi przykładami, inne badania konsekwentnie wskazują, że używanie alkoholu generuje znaczne koszty ponoszone przez społeczeństwa na całym świecie.

Nie istnieją badania naukowe, które określałyby ilościowo ogólny wpływ ekonomiczny produkcji, sprzedaży, konsumpcji i szkód powodowanych przez alkohol. Takie badanie musiałoby w kompleksowy sposób uwzględnić zarówno przychody generowane przez wszystkie podmioty prywatne i publiczne zaangażowane w przemysł alkoholowy oraz koszty społeczne i prywatne, ponoszone z powodu używania alkoholu. Wymagałoby to rozważenia przekierowania produktywnego kapitału finansowego w kierunku sektorów o bardziej pozytywnym profilu zdrowotnym. Ogólnie rzecz biorąc, prawdopodobnym jest, że znaczna część zysków z dystrybucji i sprzedaży napojów alkoholowych przypada korporacjom i producentom alkoholu, a nie sektorowi publicznemu. W przypadku rozważania, w jaki sposób pokryć koszty spowodowane konsumpcją alkoholu, należy liczyć się z sytuacją odwrotną: koszty problemów wywołanych alkoholem będą w dużej mierze ponoszone przez społeczeństwo.

Polityki kontroli spożycia alkoholu prowadzące do jego ograniczenia mogą przynieść znaczące korzyści ekonomiczne gospodarce krajowej, niwelując publiczny deficyt alkoholowy, rozumiany jako rozbieżność między przychodami generowanymi ze sprzedaży alkoholu a kosztami społecznymi w wyniku szkód z nim związanych.

Przede wszystkim, polityki te przyczyniają się do zmniejszenia szkód spowodowanych alkoholem, co skutkuje ograniczeniem strat ekonomicznych wynikających z utraty produktywności z powodu zgonów i hospitalizacji oraz niższymi kosztami opieki zdrowotnej. Godnym uwagi przykładem tego typu polityki jest znaczący spadek liczby zgonów w pełni przypisywanych alkoholowi, który nastąpił po wdrożeniu minimalnej ceny jednostkowej alkoholu (MUP) w Szkocji w 2018 roku (78).

Po drugie, spadek sprzedaży napojów alkoholowych, który jest wynikiem podniesienia cen i podatków na alkohol, nie musi wiązać się z negatywnymi skutkami ekonomicznymi. Konsumenty mają tendencję do przekierowywania swoich wydatków na inne dobra i usługi, podczas gdy rządy mogą przeznaczyć oszczędności wynikające z niższych kosztów przypisywanych alkoholowi na dodatkowe usługi publiczne (79).

Po trzecie, badacze z Instytutu Fraser of Allander oszacowali, że 10-procentowy wzrost podatków na alkohol w Wielkiej Brytanii doprowadziłby do spadku sprzedaży alkoholu o 1,1%, a co za tym idzie, do utraty 7000 miejsc pracy w przemyśle alkoholowym. Jednak, ponowne zainwestowanie wpływów z podatków w usługi publiczne mogłoby skutkować utworzeniem dodatkowych 17 000 etatów (w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy), kompensując tym samym straty przemysłu (80).

Na koniec, badania ewaluacyjne sugerują, że wprowadzenie minimalnej ceny jednostkowej alkoholu (MUP) w Szkocji nie miało znaczącego negatywnego wpływu na wyniki finansowe przemysłu alkoholowego (81). Badania wskazują, że mali detaliści byli w dużej mierze zadowoleni z tej polityki, a niektórzy z nich zgłaszali nawet wzrost sprzedaży (82, 83).

Konsumpcja alkoholu generuje znaczące wydatki publiczne i straty ekonomiczne w obszarach opieki zdrowotnej, wymiaru sprawiedliwości oraz utraty produkcji gospodarczej. Po dokonaniu pełnego bilansu przychodów budżetowych i kosztów społecznych zazwyczaj okazuje się, że państwa odnotowują deficyt, którego przyczyną jest alkohol. Dobrze zaprojektowane i wdrożone środki kontroli alkoholu, takie jak strategie cenowe i podatkowe, redukcja dostępności oraz ograniczenie marketingu i reklamy mogą wzmacniać gospodarkę krajową poprzez poprawę bilansu finansowego państwa, tym samym poprawiając zdrowie i dobrostan obywateli. Ogólnie rzecz biorąc, najnowsze polityki kontroli alkoholu mają potencjał, aby przynosić korzyści zarówno w zakresie zdrowia publicznego, jak i gospodarki.



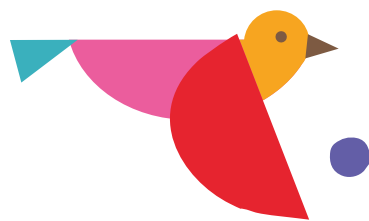
---

# Podręcznik polityki alkoholowej

---

## 2. Polityki redukcji szkód związanych z alkoholem

W tej części Podręcznika dokonano przeglądu kluczowych polityk, pozostających w centrum zainteresowania Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), których ramy zostały uprzednio nakreślone w następujących dokumentach strategicznych: *Globalna strategia ograniczenia szkodliwego spożycia alkoholu (7)*, *Globalny plan działania w zakresie alkoholu na lata 2022–2030 (6)* oraz *Europejski plan działań w zakresie alkoholu na lata 2022–2025 (5)*. W kontekście każdej interwencji politycznej, ocena skuteczności, zasadności i potrzeby wdrożenia zaleceń odbywa się poprzez zestawienie argumentacji sformułowanej przez interesariuszy przemysłu alkoholowego z obiektywnymi danymi naukowymi przygotowanymi przez ekspertów zdrowia publicznego. Głównym zamierzeniem jest dostarczenie osobom kształtującym politykę alkoholową dogłębnego rozważania w zakresie kluczowych interwencji, które stanowią przedmiot ich regularnych działań. W szczególności niniejsza część zestawia argumenty przemysłu sformułowane w kontrze do polityk alkoholowych z dowodami naukowymi, które stanowią podstawę często kwestionowanych zaleceń WHO. Polityki, o których mowa w dalszej części to: polityka cenowa i podatkowa dotycząca alkoholu, kontrola dostępności, ograniczenia marketingowe, zasady dotyczące etykietowania, interwencje w zakresie prowadzenia pojazdów pod wpływem alkoholu oraz produkty bezalkoholowe i niskoalkoholowe (NoLo).



## 2.1. Polityki cenowe i podatkowe dotyczące alkoholu

### 2.1.1. Czy podnoszenie ceny alkoholu pomaga w redukowaniu szkód?

#### **Perspektywa przemysłu alkoholowego**

Według organizacji przemysłu alkoholowego, osoby spożywające alkohol w największych ilościach są mniej wrażliwe na podwyżki cen, podczas gdy środki takie jak podatki akcyzowe oraz ustalanie cen minimalnych nieproporcjonalnie dotyczą okazjonalnych konsumentów alkoholu (84, 85). Podmioty te utrzymują, że takie polityki mogą nie przekładać się w sposób efektywny na redukcję szkód związanych z alkoholem (85) i często wyrażają swoje obawy w tonie emocjonalnym, przedstawiając te działania jako niepotrzebne obciążenia dla odpowiedzialnych użytkowników alkoholu i przedsiębiorstw (67, 86). Ogółem, argumenty te, regularnie przedstawiane przez reprezentantów przemysłu, podważają skuteczność interwencji cenowych w rozwiązywaniu problemów alkoholowych.

#### **Perspektywa środowiska zdrowia publicznego**

Rzetelne międzynarodowe dowody naukowe pokazują, że polityka cenowa i podatkowa dotycząca alkoholu stanowi efektywny kosztowo środek w zakresie redukcji konsumpcji alkoholu i szkód z nim związanych (87–94). Zwiększenie podatku akcyzowego na napoje alkoholowe jest zaszeregowane jako polityka typu „best buy” (najlepsza inwestycja) w planie działania WHO przeciwko chorobom niezakaźnym (95). *Globalny plan działania w zakresie alkoholu na lata 2022–2030* (6) przewiduje wdrażanie, adekwatnie do potrzeb poszczególnych krajów, skutecznych strategii i interwencji o wysokiej skuteczności, wspieranych przez rozwiązania legislacyjne, w tym oddziaływanie na dostępność cenową napojów alkoholowych za pomocą odpowiedniej polityki podatkowej i cenowej. Do polityk opartych na dowodach należą podatki akcyzowe oraz polityka cen minimalnych, takie jak MUP (*Minimum Unit Pricing*) – czyli ustalanie „ceny progowej” za jednostkę (SD lub gram) alkoholu w celu ograniczania szkód związanych z tańszymi produktami alkoholowymi (93).

Podatki akcyzowe na alkohol występują w różnych formach, w tym jako: podatki *ad valorem* (oparte na wartości produktu), podatki jednostkowe (*unitary taxes*, bazujące na objętości produktu) oraz podatki objętościowe (*volumetric taxes*, oparte na zawartości alkoholu w produkcie). Tego typu podatki często występują razem. Spośród nich, opodatkowanie objętościowe (na podstawie zawartości alkoholu) wyróżnia się jako najskuteczniejsza metoda zmniejszenia konsumpcji alkoholu i związanych z nim szkód (96, 97). Tego typu działania są ukierunkowane na produkty o wyższej zawartości alkoholu, które generują większe szkody, powodując, że osoby spożywające alkohol w największych ilościach wnoszą wyższy wkład podatkowy niż osoby pijące umiarkowanie (98). Natomiast opodatkowanie *ad valorem* może dopuszczać sprzedaż produktów o wysokiej zawartości alkoholu po niskich cenach, co potencjalnie zwiększa konsumpcję, zwłaszcza wśród osób o niższym statusie społeczno-ekonomicznym, młodzieży oraz osób spożywających alkohol w sposób intensywny i epizodyczny (ang. *heavy episodic drinkers*). Dodatkowo, opodatkowanie *ad valorem* jest mniej skuteczne w ograniczaniu spożycia wśród osób, które zazwyczaj wybierają najtańsze produkty alkoholowe. Ograniczeniem w przypadku

wszystkich metod opodatkowania jest jednak możliwość przerzucania kosztów akcyzy na detalistów, którzy mogą niwelować te koszty, nie przenosząc ich w pełni na konsumentów. Ze stosowanych taktyk w tym zakresie należy wymienić znaczne obniżki cen lub sprzedaż poniżej kosztów w celu przyciągnięcia klientów (99).

Poniższe punkty podsumowują fakty na temat polityki cenowej i podatkowej w zakresie alkoholu:

- Zgodnie z zaleceniami WHO, podwyższanie podatków akcyzowych na alkohol uznawane jest za jedną z najskuteczniejszych interwencji polityki zdrowia publicznego (93).
- Choć dokładne szacunki różnią się w zależności od badania, ekonomiści dowiedli, że przeciętnie wzrost ceny alkoholu o 1% prowadzi do spadku sprzedaży lub deklarowanego spożycia alkoholu o 0,44% (90).
- Bezwzględnie nie należy obniżać istniejących stawek podatkowych. Kiedy w Finlandii w 2004 roku obniżono podatek akcyzowy na alkohol, wskaźniki zgonów z powodu alkoholowej choroby wątroby wzrosły o 46% (100).
- W Kolumbii Brytyjskiej (Kanada) po wprowadzeniu podwyżek minimalnych cen alkoholu zaobserwowano spadek jego spożycia, zmniejszenie liczby przypadków prowadzenia pojazdów pod wpływem alkoholu oraz liczby hospitalizacji związanych z tą substancją psychoaktywną (101).
- Najnowszy przegląd systematyczny wykazał spójne dowody na skuteczność polityki minimalnej ceny jednostkowej (MUP) w ograniczaniu liczby hospitalizacji związanych z konsumpcją alkoholu (102).
- Ewaluacja wpływu wprowadzenia polityki MUP w Zjednoczonym Królestwie (Szkocja) wykazała trwały spadek spożycia alkoholu w latach następujących po jej wdrożeniu; kolejne raporty potwierdzają zmniejszenie tygodniowych wydatków gospodarstw domowych na alkohol w tych, które wcześniej nabywały go najwięcej (103).

W ostatnich latach szczególną uwagę poświęca się polityce cen minimalnych (*minimum pricing policies*), która polega na ustalaniu ceny bazowej alkoholu, uniemożliwiając jego sprzedaż poniżej określonego progu. Polityki te są ukierunkowane zwłaszcza na tanie produkty o wysokiej zawartości alkoholu, takie jak przeceniony cydr, wino w kartonach oraz wódki sprzedawane zazwyczaj w sklepach detalicznych i supermarketach. Tego rodzaju napoje są często preferowane przez osoby spożywające alkohol w dużych ilościach (93, 104–107). Badania sugerują, że to podejście prowadzi do większej redukcji konsumpcji wśród osób spożywających najwięcej alkoholu oraz mniejszej redukcji wśród osób pijących bardziej umiarkowanie (103, 108). Co istotne, polityka cen minimalnych zazwyczaj nie wpływa na ceny w lokalach gastronomicznych, takich jak puby i bary, gdzie napoje są z reguły droższe. W przeciwieństwie do opodatkowania, polityka cen minimalnych (MUP) nie generuje przychodów budżetowych, które mogłyby zrównoważyć koszty związane ze szkodami alkoholowymi (opieka zdrowotna, utrata produktywności, wymiar sprawiedliwości itp.). Podobna polityka, znana jako minimalny podatek akcyzowy (*minimum excise tax*), stosowana w niektórych krajach w przypadku tytoniu, generując tym samym dodatkowe wpływy do budżetu państwa (93). Jednak to podejście nie zostało jeszcze wdrożone w odniesieniu do alkoholu.

W ciągu 32. miesięcy obowiązywania polityki minimalnej ceny jednostkowej (MUP) w Zjednoczonym Królestwie (Szkocja), końcowy raport organizacji Public Health Scotland wykazał istotne statystycznie zmniejszenie liczby zgonów całkowicie przypisywanych spożyciu alkoholu o 13%, w porównaniu z szacunkami dotyczącymi sytuacji, jaka miałaby miejsce, gdyby przepisy te nie zostały wdrożone (78). Ponadto odnotowano względny spadek liczby hospitalizacji całkowicie przypisywanych alkoholowi o 4%, co jednak nie ma istotnego przełożenia na statystyki. Zastosowanie kontrolowanego badania przerywanych szeregów czasowych (ang. *controlled interrupted series study design*) umożliwiło wyciągnięcie wniosku, że przyczyniło się do tego wprowadzenie polityki minimalnej ceny jednostkowej MUP.

Opodatkowanie objętościowe i Minimalna Cena Jednostkowa (MUP) wykazują swoje najbardziej znaczące oddziaływanie na osoby spożywające alkohol w dużych ilościach, przy jednocześnie znacznie mniejszym oddziaływaniu na konsumentów umiarkowanych lub okazjonalnych (98, 105, 108–111). Zamiast być postrzegane jako wzajemnie wykluczające się opodatkowanie objętościowe i MUP mogą być traktowane jako strategię komplementarne (112). Takie podejście pozwala rządowi utrzymać przychody z podatków, jednocześnie minimalizując szkody związane z alkoholem (97, 98). Ponadto, redefinicja tych przychodów podatkowych i przeznaczanie ich na usługi medyczne i społeczne jako tzw. podatki zdrowotne (112) pomagają równoważyć istotne koszty związane ze śmiertelnością i zachorowalnością z powodu alkoholu. Dane ze Zjednoczonego Królestwa (Szkocja) sugerują jednak, korzyści związane z mniejszym obciążeniem systemu ochrony zdrowia mogą nie zostać osiągnięte, jeśli cena minimalna będzie zbyt niska (113).

## 2.1.2. Czy polityki cenowe i podatkowe mają charakter regresywny i dyskryminujący?

### Perspektywa przemysłu alkoholowego

Przemysł alkoholowy często sprzeciwia się politykom cenowym i podatkowym, przedstawiając je jako regresywne i ukierunkowane na mniej zamożnych konsumentów alkoholu (13, 114). Przykładowo, w ramach prac nad Krajową Strategią Alkoholową Australii (*Australia's National Alcohol Strategy*) oraz w toku konsultacji WHO dotyczących *Globalnego planu działania w zakresie alkoholu*, przedstawiciele przemysłu alkoholowego argumentowali, że takie polityki wywrą nieproporcjonalny i niesprawiedliwy wpływ na osoby należące do niższych grup społeczno-ekonomicznych (18, 37).

### Perspektywa środowiska zdrowia publicznego

Choć grupy o niskim statusie społeczno-ekonomicznym charakteryzują się niższymi wskaźnikami konsumpcji alkoholu, paradoksalnie doświadczają one wyższych wskaźników zachorowalności i śmiertelności związanej z alkoholem (115, 116). Polityki cenowe dotyczące alkoholu mają wpływ na spadek konsumpcji wśród osób pijących w dużych ilościach ze wszystkich grup o różnych dochodach. Jednak to osoby znajdujące się w najtrudniejszej sytuacji społeczno-ekonomicznej odnoszą największe korzyści zdrowotne, co sprawia, że przeciwdziałanie szerokiej dostępności cenowej alkoholu stanowi istotny krok w kierunku ograniczania nierówności zdrowotnych i społecznych.

Politykę uznaje się za regresywną, jeżeli powoduje, że osoby o niższych zarobkach tracą większą część swoich zasobów ekonomicznych w porównaniu z osobami zarabiającymi więcej. Przyjmuje się, że w celu spożycia tej samej ilości alkoholu, osoby o niższych dochodach musiałyby przeznaczyć większy udział swojego dochodu na alkohol. Hipoteza ta zakłada jednak, że grupy o różnych dochodach wydają na alkohol tę samą kwotę, co nie jest potwierdzone dowodami. Badania wskazują, że osoby o niższym statusie ekonomicznym jako populacja piją mniej (116), a przy analizie całkowitych wydatków gospodarstw domowych, alkohol stanowi mniejszy udział w wydatkach w porównaniu z gospodarstwami domowymi o wyższych dochodach (117, 118). Wynika z tego, że podatki od alkoholu są bardziej progresywne niż regresywne (109, 117, 119). Podobnie, Holmes i wsp. (108) dowodzą, że polityka minimalnej ceny jednostkowej (MUP) redukuje spożycie alkoholu wśród osób o niskich dochodach pijących szkodliwie, lecz ma niewielki wpływ na konsumentów o niskich dochodach, którzy piją umiarkowanie.

Wyniki badań sugerują, że podwyższenie cen alkoholu może przynieść większe korzyści grupom o niższych dochodach, łagodząc tym samym potencjalny regresywny efekt takich działań. Badania wskazują również, że polityki cenowe dotyczące alkoholu mogą przyczyniać się do zmniejszania nierówności zdrowotnych między grupami o różnych dochodach (98). Przykładowo, w Zjednoczonym Królestwie (Anglia) stwierdzono, że MUP (Minimalna Cena Jednostkowa) jest najbardziej efektywną polityką w redukowaniu nierówności w zakresie zgonów, których przyczyną był alkohol, natomiast na drugim miejscu znajduje się podatek objętościowy (98). Podobny obraz dało badanie przeprowadzone w Kanadzie, które wykazało, że wzrost cen minimalnych doprowadził do większych spadków w liczbie hospitalizacji wśród populacji o niskich dochodach

(48). Ponadto, przeznaczanie przychodów z podatków na poprawę dostępu do usług zdrowotnych i innych usług dla grup w trudnej sytuacji społecznej mogłoby przynieść dodatkowe korzyści (108, 112, 120).

Jak uznaje WHO (121), „im niższy poziom rozwoju ekonomicznego danego kraju lub regionu, tym wyższa śmiertelność i obciążenie chorobami i urazami, które można przypisać alkoholowi, w przeliczeniu na litr skonsumowanego czystego alkoholu”. Biorąc pod uwagę opisaną powyżej skuteczność dowodową, regiony o niskich i średnich dochodach mogłyby odnieść największe korzyści zdrowotne z tytułu wprowadzenia podatków akcyzowych. Ponadto wykazano, że polityka cenowa zapobiega inicjacji alkoholowej, co ma kluczowe znaczenie dla profilaktyki w krajach o niskich i średnich dochodach (92).

Chociaż grupy o niższych dochodach, jako populacja, spożywają mniej alkoholu, należy zauważyć, że ponoszą one nieproporcjonalnie większe szkody zdrowotne i społeczne w przeliczeniu na litr spożytego alkoholu (122–125). Określenie stopnia regresywnego charakteru danej polityki, jest złożonym zagadnieniem i musi uwzględniać nie tylko to, kto ponosi największe obciążenie podatkowe, lecz także – kto doświadcza największych szkód wynikających ze spożywania alkoholu.

### 2.1.3. Wnioski

Polityki cenowe i podatkowe dotyczące alkoholu stanowią trafny wybór dla decydentów dążących do poprawy zdrowia publicznego oraz ograniczenia szkód związanych ze spożywaniem alkoholu. Istnieje solidna międzynarodowa baza danych naukowych potwierdzających skuteczność tych działań, które wskazują, że znacząco ograniczają zarówno poziom konsumpcji alkoholu, jak i związane z tym szkody. Z tego powodu Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) oraz Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD) popierają zwiększanie podatków akcyzowych na alkohol jako skuteczną interwencję i inwestycję służącą ograniczeniu negatywnych skutków spożywania alkoholu (126,127).

Opodatkowanie objętościowe (*Volumetric taxation*) oraz Minimalna Cena Jednostkowa (MUP) to strategie, które wykazują znaczącą skuteczność, szczególnie wśród osób spożywających alkohol w dużych ilościach. Bowiem one w największym stopniu generują szkody związane z alkoholem. Polityki te nie tylko obniżają wskaźniki konsumpcji, lecz także generują przychody, które mogą zostać ponownie zainwestowane w usługi zdrowotne i społeczne, przeciwdziałając tym samym większym kosztom wynikającym ze szkód alkoholowych. Co istotne, polityka cenowa dotycząca alkoholu przyczynia się do redukcji dysproporcji zdrowotnych, oferując największe korzyści grupom o niższych dochodach, które w sposób nieproporcjonalny cierpią z powodu zachorowalności i śmiertelności związanej z alkoholem.

Wdrażając strategie oparte na dowodach naukowych, decydenci mogą skutecznie ograniczać szkody związane ze spożyciem alkoholu, budować zdrowsze społeczności oraz kształtować bardziej sprawiedliwy i zrównoważony system ochrony zdrowia publicznego.

## 2.2. Polityki dotyczące dostępności alkoholu

### 2.2.1. Czy ograniczenia dotyczące godzin sprzedaży alkoholu mogą redukować szkody związane z alkoholem?

#### **Perspektywa przemysłu alkoholowego**

Przemysł alkoholowy często sprzeciwia się rządowym planom ograniczenia godzin sprzedaży alkoholu, co w zamyśle rządzących ma służyć zmniejszeniu skali przemocy oraz innych szkód zdrowotnych i społecznych, związanych z konsumpcją alkoholu. Przedstawiciele branży argumentują, że takie ograniczenia nie przyniosą skutecznego zmniejszenia skali szkód związanych z alkoholem, twierdząc, iż złożone interakcje między dostępnością alkoholu, wzorami jego konsumpcji a ich konsekwencjami wynikają z głębszych uwarunkowań społeczno-ekonomicznych i kulturowych (128). Organizacje branżowe proponują alternatywne rozwiązania, takie jak partnerska współpraca z detalicznymi sprzedawcami alkoholu, którą postrzegają jako podejście bardziej efektywne niż ogólne ograniczenia. Ich zdaniem traktowanie sprzedawców jako części rozwiązania, a nie źródła problemu, może być skuteczniejszym sposobem przeciwdziałania problemom, jakie generuje spożywanie alkoholu w społecznościach lokalnych (67,129,130).

#### **Perspektywa środowiska zdrowia publicznego**

Istnieją rzetelne i spójne dowody na to, że ograniczenie fizycznej dostępności alkoholu poprzez limitowanie godzin i dni sprzedaży jest skutecznym sposobem na zmniejszenie negatywnych konsekwencji spożywania alkoholu, takich jak akty przemocy, hospitalizacje i wypadki spowodowane prowadzeniem pojazdów pod wpływem alkoholu. Istnieją również silne dowody na to, że łagodzenie ograniczeń dostępności (poprzez wydłużenie godzin lub zwiększenie dni, kiedy alkohol może być sprzedawany) wiąże się ze wzrostem wskaźników występowania tych szkód.

W ramach badań przeprowadzonych na całym świecie oceniano skutki ograniczenia nocnych godzin handlu, w ramach którego bary, restauracje i kluby nocne objęto nakazami krótszego funkcjonowania w godzinach nocnych. Kilka przeglądów systematycznych konsekwentnie potwierdza, że zmiana godzin handlu wpływa na wskaźniki szkód związanych z alkoholem (131–134). Wydłużone godziny handlu na ogół wiążą się ze wzrostem liczby aktów przemocy, urazów i wypadków spowodowanych prowadzeniem pojazdów pod wpływem alkoholu. Natomiast skrócenie czasu sprzedaży napojów alkoholowych prowadzi do zmniejszenia wskaźników jego konsumpcji i związanych z tym szkód. Przykładowo, badanie przeprowadzone w 18 miastach w Norwegii, w których wdrożono serię wydłużeń i ograniczeń nocnego handlu, wykazało, że każda dodatkowa godzina dostępności prowadziła do 16% wzrostu liczby aktów przemocy zgłoszonych policji (z podobnym spadkiem, gdy godziny zostały skrócone) (135). Podobnie, w Newcastle w Australii skrócenie czasu sprzedaży poprzez przesunięcie godzin zamknięcia z 05:00 na 03:30 skutkowało zmniejszeniem liczby aktów przemocy o 33% (136).

W badaniach analizowano również skutki zmian godzin sprzedaży alkoholu poza gastronomią, w miejscach takich jak sklepy spożywcze i monopolowe. Ograniczenia dotyczące nocnych godzin sprzedaży w Niemczech i Szwajcarii doprowadziły do istotnego zmniejszenia liczby hospitalizacji z powodu zatrucia alkoholem, szczególnie wśród młodzieży (137–139). Podobne ograniczenia wprowadzone na Litwie wiązały się ze znacznym spadkiem liczby wypadków drogowych oraz urazów związanych z alkoholem (140). W Zjednoczonym Królestwie (Anglia i Walia) nowe przepisy wprowadzone w 2003 roku utrudniły władzom lokalnym odrzucanie wniosków sprzedawców detalicznych o zgodę na wydłużenie godzin sprzedaży alkoholu lub sprzedaż całodobową. Najbardziej rzetelne oceny tych zmian wykazały niewielki lub żaden wpływ na ogólny poziom skali przemocy i konsumpcji alkoholu, choć czas występowania incydentów przemocy przesunął się na późniejsze godziny nocne, co stanowiło wyzwanie dla służb porządkowych i ratunkowych (141,142).

Zwiększenie liczby dni, w których sprzedaż alkoholu jest dozwolona, wiąże się ze wzrostem jego konsumpcji. W ramach systematycznego przeglądu badań z 2018 roku, obejmującego wyniki ze Szwecji, Stanów Zjednoczonych i Kanady, analizie poddano wpływ umożliwienia sprzedaży alkoholu poza sektorem gastronomicznym o dodatkowy dzień w tygodniu (sobota lub niedziela) (143). Metaanaliza sześciu badań wykazała, że wprowadzenie dodatkowego dnia sprzedaży w tygodniu wiązało się ze wzrostem spożycia alkoholu na mieszkańca o 3,4% (alkohol ogółem), 5,3% (piwo), 2,6% (wino) oraz 2,6% (napoje spirytusowe).

Jak dotąd, nie ma przekonujących dowodów na to, że inicjatywy partnerskie przemysłu alkoholowego są skuteczne w redukcji aktów przemocy związanych z alkoholem. Niezależna ewaluacja działań 88 tzw. Społecznościowych Partnerstw Alkoholowych (*Community Alcohol Partnerships, CAPs*) w Zjednoczonym Królestwie, które obejmowały współpracę między sprzedawcami alkoholu a władzami lokalnymi, nie wykazała dowodów potwierdzających, że inicjatywy CAP przyczyniły się do ograniczenia zachowań antyspołecznych lub innych szkód związanych z alkoholem (144). Autorzy badania doszli do wniosku, że programy CAP mogą pełnić przede wszystkim funkcję działań z zakresu społecznej odpowiedzialności biznesu (CSR) przemysłu alkoholowego jako sposób na ograniczenie strat wizerunkowych wskutek antyspołecznych zachowań powodowanych przez alkohol.

## 2.2.2. Czy ograniczenie gęstości punktów sprzedaży alkoholu może zmniejszyć szkody związane z tą substancją psychoaktywną?

### Perspektywa przemysłu alkoholowego

Zgodnie z typową strategią narracyjną wobec problematyki alkoholowej, branża alkoholowa podkreśla złożoność związku między gęstością punktów sprzedaży takich napojów a szkodami związanymi z ich konsumpcją. Argumentują to tym, że różnice w poziomie szkód mogą wynikać z czynników społecznych, ekonomicznych, demograficznych i kulturowych, a nie z samej dostępności (145). W konsekwencji, przedstawiciele przemysłu twierdzą, że gęstość punktów sprzedaży nie jest powiązana z nadużywaniem alkoholu, a niektórzy z nich ostrzegają, że ograniczanie dostępności mogłoby okazać się przeciwskuteczne. Przykładowo, sugerowano, że wprowadzenie celu zdrowia publicznego w systemie koncesjonowania sprzedaży alkoholu w Zjednoczonym Królestwie (Anglia i Walia) mogłoby skłonić władze do narzucenia całkowitego zakazu wydawania nowych zezwoleń, co uniemożliwiłoby wejście na rynek detalistom, którzy mogliby być bardziej progresywni i zaangażowani w inicjatywy prozdrowotne niż dotychczasowi sprzedawcy (146).

### Perspektywa środowiska zdrowia publicznego

Ograniczanie liczby i lokalizacji punktów sprzedaży alkoholu w celu redukcji szkód wynikających ze spożycia go jest powszechnie stosowaną praktyką na całym świecie. Badania wykazały, że obszary o wysokiej gęstości punktów sprzedaży alkoholu odnotowują wyższe wskaźniki szkód związanych z konsumpcją tej substancji psychoaktywnej. Może to wynikać ze zwiększonej dostępności alkoholu oraz innych czynników, takich jak gromadzenie się dużych grup osób spożywających alkohol w jednym miejscu, co zwiększa ryzyko przestępstw i aktów przemocy związanych z alkoholem (116).

Wyniki badań wskazują na wyraźny związek między gęstością punktów sprzedaży alkoholu a szkodami, w szczególności przemocą związaną z alkoholem. W wielu analizach pojawił się wniosek, że zmniejszenie gęstości placówek sprzedających alkohol może prowadzić do redukcji związanych z tym problemów. Systematyczny przegląd literatury z 2015 roku potwierdził, że ponad 90% badań dotyczących związku między gęstością punktów sprzedaży a przemocą wskazywało na istotną dodatnią zależność (147). Metaanaliza obejmowała dowody z badań przeprowadzonych w Stanach Zjednoczonych, Zjednoczonym Królestwie (Walia) i Australii. Wszystkie badania wykazały istotne dodatnie zależności w przypadku spożycia alkoholu w lokalach gastronomicznych, takich jak bary i puby. Dodatkowo większość z nich wykazała również dodatnie zależności w sytuacjach, kiedy sprzedaż alkoholu odbywała się poza sektorem gastronomicznym. Niektóre dowody sugerują, że zależności te są silniejsze w obszarach o niekorzystnej sytuacji społeczno-ekonomicznej lub o dużej gęstości zaludnienia. Ten dowód został potwierdzony w innych analizach przekrojowych, np. Pridemore i Grubestic (2012) (148).

Badania, w których porównywano dane z systemów opieki zdrowotnej, również wykazały związek między gęstością punktów sprzedaży alkoholu a liczbą hospitalizacji oraz wizyt na oddziałach ratunkowych. Jednym z nich jest badanie przeprowadzone w 2016 roku przez de Vocht i in., w którym analizowano zmiany w lokalnej polity-

ce koncesjonowania sprzedaży alkoholu w Zjednoczonym Królestwie, mające na celu ograniczenie liczby nowych zezwoleń. Dotyczyło to zwłaszcza obszarów o wysokim zagęszczeniu już działających punktów sprzedaży (149).

Niedawno przeprowadzone badanie poglądów interesariuszy w Zjednoczonym Królestwie (Anglia i Szkocja) na temat tego, w jaki sposób dostępność alkoholu może wpływać na powstawanie szkód, wykazało, że należy brać pod uwagę nie tylko łatwość dostępu, ale także to, w jaki sposób ona może zachęcać do picia, sprzyjać normalizacji spożywania alkoholu oraz wywierać presję na obniżenie cen w wyniku konkurencji między punktami sprzedaży (150). Dostępność alkoholu w handlu detalicznym nieustannie naraża osoby w procesie zdrowienia lub te, które próbują ograniczyć lub zaprzestać używania alkoholu na kontakt z tzw. bodźcami alkoholowymi. Ponadto powoduje, że dzieci mają styczność z alkoholem w codziennych sytuacjach, co przyczynia się do utrwalania norm sprzyjających konsumpcji alkoholu. Ograniczając dostępność detaliczną, można zredukować liczbę bodźców i okazji do picia w codziennym życiu. Ograniczenia dostępności detalicznej alkoholu mogą stanowić uzupełnienie innych działań, które mają na celu redukcję szkód związanych z alkoholem.

### **2.2.3. Wnioski**

Polityka ograniczania dostępności alkoholu, a szczególnie zmniejszenie godzin sprzedaży i gęstości punktów oferujących alkohol, stanowi kluczowy element strategii zdrowia publicznego ukierunkowanych na redukcję szkód związanych z alkoholem. Dowody naukowe wykazały, że limitowanie godzin i dni sprzedaży tych napojów znacząco zmniejsza liczbę incydentów związanych z przemocą, hospitalizacji i wypadków drogowych spowodowanych przez osoby prowadzące pojazdy pod wpływem alkoholu. Analogicznie, ograniczanie gęstości punktów sprzedaży alkoholu okazało się skuteczne w przeciwdziałaniu przemocy i problemom zdrowotnym związanym z alkoholem.

Badania konsekwentnie dowodzą, że obszary z mniejszą liczbą punktów sprzedaży alkoholu odnotowują niższe wskaźniki szkód. Polityki ograniczające dostępność alkoholu nie tylko redukują ogólną konsumpcję tych napojów, lecz także pomagają w zmniejszaniu nierówności zdrowotnych. Ten korzystny wpływ jest szczególnie widoczny w społecznościach o niższych dochodach, które bardziej cierpią z powodu szkód, zachorowalności i śmiertelności wynikających ze spożywania alkoholu.

Wdrażanie polityk ograniczania dostępności może wspierać zdrowie i bezpieczeństwo społeczności, co czyni je rozsądnym wyborem decydentów dążących do zniwelowania społecznego i ekonomicznego obciążenia problemami związanymi z alkoholem. Poprzez nadanie priorytetu zdrowiu publicznemu, działania tego typu oferują praktyczne i oparte na dowodach naukowych podejście do wzmacniania dobrostanu społeczności.

## 2.3. Polityki dotyczące strategii marketingowych alkoholu

### 2.3.1. Czy marketing alkoholu oddziałuje na osoby niepełnoletnie?

#### **Perspektywa przemysłu alkoholowego**

Przedstawiciele przemysłu alkoholowego utrzymują, że są odpowiedzialnymi reklamodawcami, a ich działania marketingowe kierują wyłącznie do osób dorosłych (151). W dokumentach przedstawionych w ramach konsultacji WHO dotyczących *Globalnego planu działania w zakresie alkoholu* jest zawarte ich stanowisko wyjaśniające, że nigdy nie kierują reklamy swoich produktów do dzieci. Ponadto na całym świecie wdrożyli bardzo skuteczne mechanizmy samoregulacji w zakresie reklamy, których celem jest ochrona grup wrażliwych, zwłaszcza osób niepełnoletnich i młodych dorosłych (18, 152). Twierdzeniom tym zazwyczaj towarzyszą bardziej ogólne oświadczenia sugerujące, że reklama alkoholu nie ma wpływu na spożycie alkoholu i nie stanowi istotnego czynnika wpływającego na picie młodzieży (18, 37).

#### **Perspektywa środowiska zdrowia publicznego**

W odpowiedzi na obawy dotyczące wpływu działań marketingowych na młode osoby, Komisja ds. Zdrowia Izby Gmin Parlamentu Zjednoczonego Królestwa zleciła przeprowadzenie przeglądu wewnętrznych dokumentów marketingowych przemysłu alkoholowego. Analiza wykazała, że młodzież stanowi „kluczową grupę docelową” dla reklamodawców alkoholu (153). Wśród przykładów wskazano na sponsoring wydarzeń sportowych i rozrywkowych jako narzędzie służące kojarzeniu produktów alkoholowych z kulturą młodzieżową oraz wizerunkiem imponujących osiągnięć sportowych.

Analiza ta dowiodła również, że do opracowywania kampanii i wprowadzania nowych produktów, w tym takich, które są atrakcyjne dla dzieci, wykorzystywano dane z badań rynku dotyczące osób w wieku 15 i 16 lat. Z wewnętrznych dokumentów przemysłu wynika ponadto, że ograniczenia marketingowe mające na celu ochronę młodzieży przed ekspozycją na reklamę alkoholu są postrzegane przez branżę jako szkodliwe dla jej interesów (154). W raporcie dla zarządu firmy Heineken stwierdzono, że ograniczenia w reklamie mogą prowadzić do spadku poziomu sprzedaży, zwłaszcza w Europie, i stanowić poważne zagrożenie dla marki Heineken oraz dla całego przemysłu alkoholowego (155).

Tendencja do obejmowania działaniami marketingowymi młodych ludzi nadal się utrzymuje. Według danych WHO, poszczególne marki alkoholowe są mocno zaangażowane w sponsorowanie wydarzeń sportowych i kulturalnych, atrakcyjnych dla młodych osób. W ten sposób budowana jest emocjonalna więź z marką i lojalność konsumenta (156). Taka strategia marketingowa kierowana jest głównie do młodych mężczyzn, którzy spożywają najwięcej alkoholu, a jednocześnie dociera do szerokiego grona dzieci i młodzieży uczestniczących w tych wydarzeniach. W ten sposób przemysł alkoholowy łączy promocję swoich marek z organizacją wydarzeń oraz sprzedażą alkoholu w trakcie ich trwania.

Strategie marketingowe w ogólnym rozumieniu uległy transformacji i cyfryzacji, a raport WHO zwraca szczególną uwagę na rosnącą obecność firm, które promują konsumpcję alkoholu, w cyfrowej przestrzeni społecznej dzieci i młodzieży (157). Platformy cyfrowe, takie jak Facebook, Instagram, TikTok i YouTube są wykorzystywane przez firmy alkoholowe do interakcji z młodzieżą oraz do zbierania danych osobowych na potrzeby marketingu celowanego. Algorytmy w Internecie dostosowują w czasie rzeczywistym treści marketingowe do zainteresowań konsumentów. Oznacza to, że młoda osoba, która wykazała zainteresowanie treściami związanymi z alkoholem, będzie narażona na coraz bardziej natrączywe przekazy marketingowe dotyczące tego produktu (158, 159).

Ponadto, marketing cyfrowy umożliwia firmom alkoholowym reklamowanie się na urządzeniach mobilnych młodych osób, omijając w ten sposób kontrolę rodzicielską (157). Ograniczenia wiekowe na stronach internetowych, które promują alkohol, łatwo jest obejść, co stanowi wyzwanie dla działań regulacyjnych i ochronnych (160). Badania konsekwentnie dowodzą, że firmy alkoholowe w rzeczywistości nie chcą lub nie są w stanie ani zapobiec ekspozycji dzieci i młodych dorosłych na ich marketing, ani uniemożliwić dostępu i interakcji z nim (161). W tym kontekście wymienia się mechanizmy weryfikacji wieku stosowane na platformach takich jak Twitter, YouTube i Instagram, które, jak wykazano, są nieskuteczne w zapobieganiu dostępu młodzieży do nieodpowiednich dla nich treści (162).

### **2.3.2. Czy marketing alkoholu przyczynia się do inicjacji alkoholowej lub zjawiska upijania się młodzieży?**

#### **Perspektywa przemysłu alkoholowego**

Według przedstawicieli przemysłu alkoholowego nie ma żadnego związku pomiędzy reklamą alkoholu a jego spożyciem (18), zwłaszcza wśród osób młodych (37). Globalni producenci utrzymują, że badania łączące reklamę ze szkodliwym używaniem alkoholu są słabe i niespójne (152). Konsekwentnie odrzucają także pogląd, iż reklama przyczynia się do wzrostu spożycia alkoholu, podkreślając, że jej rolą jest nakłanianie do wyboru marki, a nie zwiększanie samej konsumpcji (151). Ponadto argumentują, że problem picia przez młodzież jest złożony i wielowymiarowy, a u jego podstaw leżą czynniki inne niż marketing, takie jak postawa rodziców i presja rówieśnicza (37, 152).

### **Perspektywa środowiska ochrony zdrowia**

Według WHO, zakres i zasięg przekazów marketingowych dotyczących alkoholu, w szczególności ich wpływ na picie wśród młodych, stanowią poważny problem w obszarze zdrowia publicznego (156, 163). Badania nad wpływem marketingu alkoholowego na postawy konsumenckie, podsumowane w serii przeglądów integracyjnych i metaanaliz, ujawniły wysoki poziom zgodności w odniesieniu do szkodliwych skutków tych działań (164–167). Badania dowodzą, że reklamy alkoholu są atrakcyjne dla osób młodych i stymulują ich zachowania związane z piciem (168). Jernigan i współpracownicy dokonali przeglądu systematycznego na temat związku pomiędzy marketingiem alkoholowym a piciem przez młodzież, koncentrując się na nowszych badaniach podłużnych (167). W wyniku tej analizy zidentyfikowano 12 badań obejmujących dziewięć unikalnych kohort liczących ponad 35 000 osób z kilku krajów. Wszystkie badania wykazały istotny związek między ekspozycją młodzieży na marketing alkoholowy, a późniejszymi zachowaniami związanymi z piciem. Finan i współpracownicy dokonali przeglądu 38 badań dotyczących relacji między marketingiem alkoholowym a zachowaniami związanymi z używaniem alkoholu wśród młodzieży i młodych dorosłych (164). Stwierdzili oni, że ekspozycja na marketing alkoholowy, w szczególności promocja alkoholu i posiadanie gadżetów związanych z alkoholem, była ściśle powiązana z używaniem alkoholu przez młode osoby.

Narracyjne przeglądy badań nad marketingiem cyfrowym są spójne z wcześniejszymi przeglądami, które koncentrowały się głównie na marketingu realizowanym za pośrednictwem tradycyjnych mediów (169, 170). Przeglądy te prowadzą do wniosku, że marketing prowadzony w mediach cyfrowych wykorzystuje metody atrakcyjne dla młodych osób i przez to może wpływać na ich zachowania związane z piciem.

Teoria rozwojowa i badania empiryczne sugerują, że dzieci i osoby młode mogą być szczególnie podatne na oddziaływanie marketingu alkoholowego (168). Przykładowo, dzieci mogą być bardziej podatne na przekazy medialne, ponieważ nie posiadają zdolności do kompensowania błędów poznawczych zawartych w przekazach reklamowych oraz idealizowanych wizerunkach medialnych. Systematyczne przeglądy setek badań przeprowadzonych w wielu krajach wskazują, że marketing alkoholowy można uznać za jeden z czynników prowadzących do wczesnej inicjacji picia, a następnie rozwoju jego intensywnego używania (164, 167, 171, 172).

### 2.3.3. Czy kodeksy samoregulacyjne marketingu alkoholowego chronią młodych ludzi?

#### **Perspektywa przemysłu alkoholowego**

Organizacje odpowiedzialności społecznej przedsiębiorstw, sponsorowane przez przemysł alkoholowy, opracowały kodeksy dotyczące reklamy alkoholu. Kodeksy te zostały następnie przyjęte przez producentów alkoholu na całym świecie (161). Przykładowo, wiele z nich poparto Zasady przewodnie oraz Cyfrowe zasady przewodnie dotyczące samoregulacji komunikacji marketingowej napojów alkoholowych (ang. *Guiding principles and Digital guiding principles for self-regulation of marketing communications for beverage alcohol*) opracowane przez Międzynarodowy Sojusz na rzecz Odpowiedzialnego Picia (ang. *International Alliance for Responsible Drinking, IARD*) (173, 174) traktując je jako dobrowolne mechanizmy ochrony grup wrażliwych, w tym osób młodych, przed wpływem marketingu alkoholowego (175). W opinii przemysłu alkoholowego, obecne systemy samoregulacyjne są wystarczające, elastyczne, skutecznie reagują na modyfikacje i dobrze dostosowują się do dynamicznie zmieniającego się środowiska mediów cyfrowych i tradycyjnych (37, 151, 176). Ponadto, samoregulacja przedstawiana jest jako rozwiązanie korzystniejsze w porównaniu z regulacjami formalnymi, ponieważ koszty jej wdrożenia ponosi przemysł alkoholowy, a podejście to umożliwia dostosowywanie działań do lokalnych potrzeb (67). Przemysł alkoholowy twierdzi, że dodatkową korzyścią wynikającą z samoregulacji branżowej jest możliwość przyczynienia się do stworzenia bezpieczniejszego środowiska w krajach, które dysponują ograniczonymi zasobami do ustanawiania i egzekwowania przepisów formalnych (152, 176).

#### **Perspektywa środowiska zdrowia publicznego**

Badania z kilku krajów dowodzą, że samoregulacja marketingowa przemysłu alkoholowego jest nieskuteczna w ochronie dzieci i innych grup wrażliwych (99). Podobne wyniki dostrzeżono w przeglądzie systematycznym blisko 100 badań analizujących treść i ekspozycję na marketing alkoholowy w odniesieniu do zasad samoregulacyjnych. Wszystkie analizowane badania, które oceniały treść reklam, wykazały naruszenia kodeksu lub zidentyfikowały treści, które mogą być atrakcyjne dla osób młodych. Analiza ta uwypukliła ogólną obecność treści, które mogą być uznane za potencjalnie szkodliwe dla dzieci i osób młodych, w tym motywów silnie oddziałujących na młodych mężczyzn (161).

W tym samym przeglądzie systematycznym nie zidentyfikowano badań, które potwierdzałyby skuteczność programów samoregulacyjnych branży. Komisja ds. Zdrowia Izby Gmin Parlamentu Zjednoczonego Królestwa, analizując wewnętrzne dokumenty marketingowe przemysłu alkoholowego, stwierdziła, że kodeksy te nie chronią osób młodych przed reklamą alkoholu (154).

O ile ww. Zasady Przewodnie IARD oraz inne programy samoregulacyjne zawierają procedurę składania skarg, która umożliwi osobom fizycznym i organizacjom zwracanie się do przedsiębiorstw o wycofanie reklam z powodu naruszenia wytycznych samoregulacji, to często brakuje im mechanizmów rozstrzygnięcia skarg, pozostawiając organizację i nadzór nad tym procesem poszczególnym krajom lub przedsiębiorstwom (174). Przegląd badań oceniających te systemy w różnych państwach wykazał, że nie zdołały one zidentyfikować większości reklam niezgodnych z przepisami i nie były skuteczne w usuwaniu materiałów marketingowych uznanych za sprzeczne z kodeksami branżowymi (177). Przykładowo, badanie dotyczące marketingu alkoholu w ośmiu krajach podczas Mistrzostw Świata FIFA w 2014 roku wykazało znaczny poziom ekspozycji osób młodych na reklamę alkoholu oraz liczne przypadki nieprzestrzegania zasad przez krajowych i międzynarodowych producentów napojów alkoholowych, którzy promowali swoje produkty w trakcie tego globalnego wydarzenia (161).

W odniesieniu do marketingu cyfrowego, wstępne badania wskazują, że Cyfrowe Zasady Przewodnie nie zapobiegły ekspozycji osób młodych na cyfrowy marketing alkoholu (178, 179) ani wykorzystywaniu treści, które mogą być szkodliwe dla grup wrażliwych (177). Marketing w Internecie, który w dużym stopniu opiera się na gromadzeniu i wykorzystaniu danych, często funkcjonuje poza zakresem tradycyjnych kodeksów samoregulacyjnych. Zbiory tych zasad powinny odnosić się nie tylko do symbolicznych komunikatów reklamowych czy udostępniania treści związanych z alkoholem w mediach społecznościowych, ale również obejmować praktyki optymalizacji uwagi, zaangażowania i zachowania konsumentów na podstawie zgromadzonych danych (170).

Komisje rewizyjne powoływane przez przemysł alkoholowy zmagają się z poważnym konfliktem interesów, ponieważ są mianowane i opłacane przez branżę, która mogłaby ponieść znaczne straty finansowe w przypadku uznania skargi na reklamę za zasadną (161, 180). Ponadto stwierdzono, że członkowie takich komisji nie posiadają wystarczającej specjalistycznej wiedzy w zakresie zdrowia publicznego i rozwoju młodzieży oraz nie ma dowodów na to, by stosowały obiektywne procedury oceny, opracowane w szczególności w celu wykrywania naruszeń kodeksu (181). Co więcej, istnieją dowody sugerujące, że nawet gdy zespół ekspertów ustali, iż reklama narusza kodeks, niewiele (jeśli w ogóle) skarg zostaje uwzględnionych przez branżowe komisje rewizyjne (177).

Wobec nieskuteczności podejść samoregulacyjnych, rzecznicy zdrowia publicznego i WHO opowiadają się za ustawowymi zakazami reklamy alkoholu (99). Raport WHO z 2021 roku przedstawia przykłady rządów, które wdrożyły różne rodzaje działań regulacyjnych, w celu przeciwdziałania ekspozycji osób młodych na cyfrowy marketing alkoholu (157). Konieczne są dalsze badania, aby była możliwa rzetelna ocena skuteczności tych podejść w osiągnięciu zamierzonych celów. Niektóre strategie wydają się obiecujące w ochronie osób młodych, jednak ich pozytywne oddziaływanie zależy od konsekwentnego monitorowania i współpracy regionalnej w zakresie egzekwowania polityk. Oczywiście jest, że państwa powinny nadawać priorytet regulacjom ustawowym, w tym skutecznemu ich egzekwowaniu we wszystkich obszarach i kontekstach.

#### 2.3.4. Wnioski

Wokół skuteczności polityk dotyczących marketingu alkoholu toczy się żywa dyskusja, której towarzyszą rozbieżne stanowiska przedstawicieli branży oraz środowiska naukowego. Przemysł alkoholowy utrzymuje, że jego reklama jest odpowiedzialna i kierowana do osób dorosłych. Jednak dowody wskazują, że działania marketingowe są celowo adresowane do osób młodych. Pomimo zapewnień branży co do skuteczności mechanizmów samoregulacji, wyniki badań konsekwentnie pokazują brak ochrony wrażliwych grup demograficznych przed reklamą alkoholu.

Badania naukowe podkreślają znaczący wpływ marketingu na zachowania związane z używaniem alkoholu przez młodych ludzi, a liczne analizy wykazują silny związek między ekspozycją na marketing alkoholu a późniejszymi zachowaniami związanymi z jego spożywaniem. Marketing cyfrowy potęguje te obawy, ujawniając nieskuteczność branżowych wytycznych w zapobieganiu ekspozycji młodzieży na treści promujące alkohol.

Konflikty interesów w powoływanych przez przemysł komisjach rewizyjnych dodatkowo podważają skuteczność samoregulacji. Wobec powyższego racjonalnym i uzasadnionym rozwiązaniem staje się wdrożenie rygorystycznych polityk marketingowych zaproponowanych przez państwo. Ustawowe zakazy okazały się skuteczne w ograniczaniu ekspozycji osób młodych na marketing alkoholu, zapobieganiu normalizacji używania tej substancji psychoaktywnej przez młodzież oraz ograniczaniu powiązanych z tym problemem zagrożeń zdrowotnych.

## 2.4. Polityki etykietowania alkoholu

### 2.4.1. Czy dobrowolne praktyki samoregulacyjne przemysłu alkoholowego dostarczają wystarczających informacji na etykietach napojów alkoholowych?

#### **Perspektywa przemysłu alkoholowego**

Przemysł alkoholowy preferuje dobrowolne inicjatywy zamiast regulacji ustawowych, opowiadając się za regulacjami kreowanymi wspólnie lub samodzielnie (13, 86). Przykładowo, branża tradycyjnie opowiada się za samoregulacyjnym podejściem do propozycji umieszczania na etykietach informacji o wartości odżywczej swoich produktów (182–186) i sprzeciwiała się propozycjom legislacyjnym dotyczącym obowiązku umieszczania ostrzeżeń zdrowotnych na etykietach produktów (187). Ostatnio taka sytuacja miała miejsce w Irlandii, gdzie uzasadniano swój sprzeciw obawami dotyczącymi barier handlowych (188, 189). Jednocześnie, niektóre segmenty branży podjęły własne, dobrowolne zobowiązania do umieszczania określonych opisów i notek na etykietach (190–192). Organizacje branżowe przemysłu alkoholowego często sprzeciwiają się obowiązkowemu umieszczaniu informacji żywieniowych i zdrowotnych na etykietach, argumentując, że samoregulacja jest wystarczająca oraz że konsumenci są świadomi ryzyka związanego ze spożywaniem alkoholu (193, 194).

#### **Perspektywa środowiska zdrowia publicznego**

Producenci alkoholu mogą dobrowolnie umieszczać informacje o wartości odżywczej i informacje zdrowotne na etykietach. Niektórzy interesariusze branżowi zobowiązali się do udostępniania takich informacji (144, 195, 196). Jednak format, zakres i rodzaj informacji są zróżnicowane – od pełnej zgodności z obowiązującymi przepisami dotyczącymi żywności i napojów (takimi jak Rozporządzenie UE nr 1169/2011) do treści ograniczających się jedynie do wartości energetycznej lub udostępniane wyłącznie online. Ponadto, wdrażanie jest niespójne: analiza rynku z 2021 roku wykazała, że jedynie 29,6% napojów alkoholowych skontrolowanych w sklepach w całej UE zawierało informacje dotyczące składu. W przypadku 21,6% podano wartość energetyczną, a jedynie 2,5% zawierało pełne informacje o wartości odżywczej, przy jednoczesnym występowaniu znaczących różnic pomiędzy segmentami rynków napojów alkoholowych (197).

Istnieje niewiele dowodów naukowych potwierdzających wpływ dobrowolnych inicjatyw przemysłu alkoholowego w zakresie etykietowania. Przeprowadzono również niewiele formalnych, niezależnych badań ewaluacyjnych na temat praktyk przemysłu alkoholowego (192). Nieliczne ewaluacje, które zostały przeprowadzone przez niezależnych badaczy i organizacje pozarządowe, aby zweryfikować zgodność z zobowiązaniami samoregulacyjnymi, zasadniczo prowadzą do wniosku, że dobrowolne praktyki obejmujące etykietowanie są rzadziej w pełni wdrażane niż praktyki obowiązkowe. Ponadto okazują się nieskuteczne w zapewnianiu konsumentom odpowiednich, czytelnych i widocznych informacji na temat składu produktów alkoholowych oraz ryzyka zdrowotnego związanego z ich spożywaniem (zob. np. (198)).

Przeprowadzona w Zjednoczonym Królestwie ewaluacja zobowiązania branżowego z 2011 roku pn. *Public Health Responsibility Deal* dotyczącego oznakowania 80% wszystkich produktów alkoholowych standaryzowanymi informacjami zdrowotnymi wykazała, że 70% produktów zawierało uzgodnione treści, natomiast mniej niż 50% spełniało branżowe wytyczne dotyczące „najlepszej praktyki” w kwestii wielkości i widoczności informacji (199). Od czasu aktualizacji w 2016 roku brytyjskich zaleceń spożywania alkoholu w sposób mało ryzykowny, odsetek etykiet alkoholowych zawierających te informacje znacznie się zmniejszył. Przy czym badanie przeprowadzone przez Sojusz na rzecz Zdrowia i Alkohol (ang. *Alcohol Health Alliance*) wykazało, że w 2020 roku mniej niż 30% etykiet zawierało najnowsze zalecenia zdrowotne Naczelnego Lekarza Zjednoczonego Królestwa (200). Ewaluacja dobrowolnego etykietowania w Zjednoczonym Królestwie wykazała, że osoby spożywające alkohol zwracały na informacje na opakowaniach minimalną uwagę (201). Wśród osób młodych tylko jedna trzecia zauważyła jakiegokolwiek opisy dotyczące zdrowia na butelkach czy puszkach napojów alkoholowych (202).

W Australii i Nowej Zelandii dwie ewaluacje dobrowolnego systemu etykietowania napojów alkoholowych ostrzeżeniami zdrowotnymi dla kobiet w ciąży wykazały, że jego wdrożenie było niewystarczające. Końcowy raport ewaluacyjny z 2017 roku wykazał, że po sześciu latach od złożenia zobowiązania, jedynie 47,8% produktów alkoholowych dostępnych na rynku australijskim zawierało takie ostrzeżenia (203). Ocena dobrowolnej australijskiej inicjatywy etykietowania wykazała ponadto niski wskaźnik zapamiętywania i świadomości ostrzeżeń zdrowotnych na etykietach oraz na to, że prawdopodobieństwo poszukiwania przez konsumentów dodatkowych informacji było znikome (204, 205). Wyniki te przyczyniły się do opracowania obowiązkowych ostrzeżeń zdrowotnych dotyczących spożywania alkoholu w ciąży, które zostały zatwierdzone w 2020 roku przez Ministerialne Forum ds. Regulacji Żywności (206).

Brak dowodów na to, że dobrowolne praktyki etykietowania przyjęte przez przemysł alkoholowy dostarczają konsumentom właściwych informacji skłonił autorów przeglądu *Health Evidence Network*, wykonanego na zlecenie WHO, do wniosku, iż należy „zamiast zobowiązań dobrowolnych, wprowadzać nakazy ustawowe, ponieważ pozwalają one na lepszą kontrolę nad treścią i formą przekazu, umożliwiają przedstawienie silniejszych dowodów oraz zapewniają większą skuteczność dotarcia z informacjami na etykiecie do odbiorcy” (192). Obowiązkowe etykietowanie produktów alkoholowych jest najskuteczniejszym sposobem przekazywania konsumentom informacji o ich zawartości i ryzyku zdrowotnym, ponieważ zapewnia wielokrotny kontakt z informacją w kluczowych momentach – w miejscu sprzedaży oraz w czasie nalewania lub spożywania napoju. Umożliwia także decydentom określenie zasad dotyczących formy i prezentacji etykiet, tak aby były one wyraźne i dobrze widoczne. Należy przy tym podkreślić, że obowiązkowe etykiety muszą być projektowane zgodnie z zasadami najlepszych praktyk w zakresie komunikacji wizualnej, gdyż – jak wskazuje francuskie badanie z wykorzystaniem technologii śledzenia ruchu gałek ocznych – w przeciwnym razie mogą pozostać niezauważone przez konsumentów (207).

## 2.4.2. Czy ostrzeżenia zdrowotne na etykietach są skuteczne?

### **Perspektywa przemysłu alkoholowego**

Przemysł alkoholowy konsekwentnie utrzymuje, że stosowane ostrzeżenia zdrowotne na etykietach produktów jest działaniem nieskutecznym. Przedstawiciele branży sceptycznie podchodzą do możliwości wpływania na zachowanie konsumentów za pomocą etykiet (193) i często sugerują, że ich stosowanie może prowadzić do niezamierzonych skutków (13). Zrzeszenia branżowe, takie jak Federacja Producentów Napojów Alkoholowych Irlandii (ang. *Alcohol Beverage Federation of Ireland*) (208), argumentują, że etykiety zdrowotne mogą dezorientować konsumentów lub skłaniać osoby młode do wybierania mocniejszych trunków. Sprzeciw wobec obowiązkowych ostrzeżeń dotyczących spożywania alkoholu przez kobiety w ciąży w Australii, Nowej Zelandii i Francji odzwierciedla deklarowane przez przemysł wątpliwości co do ich skuteczności, uzasadniane argumentami o rzekomej szkodliwości takich ostrzeżeń dla kobiet w ciąży oraz potencjalnych negatywnych skutkach ekonomicznych (192, 209, 210). Na poziomie międzynarodowej debaty, w tym w wypowiedziach niektórych członków Światowej Organizacji Handlu (WTO), widoczna jest zbieżność stanowisk z argumentacją przemysłu, polegającą na kwestionowaniu skuteczności obowiązkowego etykietowania, a promowaniu alternatywnych rozwiązań, takich jak kampanie informacyjne czy partnerstwa (211).

### **Perspektywa środowiska zdrowia publicznego**

Podczas gdy producenci alkoholu często kwestionują skuteczność ostrzeżeń zdrowotnych w zakresie zmiany zachowań, z perspektywy zdrowia publicznego ostrzeżenia zdrowotne są skutecznym narzędziem do informowania konsumentów, podnoszenia świadomości oraz przyczyniania się do długoterminowej redukcji szkód związanych z alkoholem, poprzez zwiększanie poparcia dla polityki zdrowotnej i zmniejszanie atrakcyjności produktów alkoholowych (212).

Dotychczasowe wyniki badań wykazują, że ostrzeżenia zdrowotne są skuteczne w zwiększaniu świadomości szkód związanych z alkoholem, zwłaszcza w przypadku nowotworów, które stanowią najmniej znaną konsekwencję spożywania alkoholu (213–216). Dowody wskazują również, że ostrzeżenia zdrowotne, które wymieniają konkretne ryzyka chorobowe, takie jak nowotwory, mogą zwiększać intencję konsumentów do ograniczenia spożywania alkoholu (199). Jednak badania przeprowadzone w Zjednoczonym Królestwie pokazują, że o ile ostrzeżenia zdrowotne zawierające komunikat o nowotworach zmniejszyły wybór napojów w eksperymencie online (217), o tyle wynik ten nie został powtórzony w badaniu zorganizowanym w warunkach zbliżonych do rzeczywistych zakupów (prawdopodobnie z powodu krótkiego czasu ekspozycji na ostrzeżenie) (218).

Badanie eksperymentalne przeprowadzone w Jukonie (Kanada) wykazało, że u nabywców alkoholu, którzy zetknęli się z etykietami zawierającymi ostrzeżenie o ryzyku pojawienia się nowotworu oraz zalecenia dotyczące picia w sposób mało ryzykowny odnotowano znacząco wyższy poziom świadomości związku między alkoholem a ryzykiem zachorowania na nowotwór w porównaniu z grupą kontrolną (216). Świadomość ryzyka pojawienia się nowotworu związanego z alkoholem wiązała się z deklarowanymi

przez badanych intencjami ograniczenia picia w przyszłości (216). Odnotowano również zwiększone poparcie dla innych działań w ramach polityki alkoholowej (219). Dalsze badania wykazały, że ekspozycja na etykiety z ostrzeżeniami zdrowotnymi w Jukonie była powiązana z redukcją detalicznej sprzedaży alkoholu *per capita* o 6,3%, a także większą świadomością krajowych zaleceń dotyczących picia (220).

Skuteczność przekazu zawartego na etykietach zależy również od ich projektu. Badania wykazały, że prezentowanie informacji zdrowotnych na etykietach w większym i bardziej czytelnym formacie, z użyciem pogrubionej czcionki, prowadzi do lepszego zapamiętywania i większej wiedzy na temat zagrożeń zdrowotnych związanych z alkoholem wśród konsumentów (221). Jednym z przykładów skuteczności ostrzeżeń na etykietach napojów alkoholowych są obowiązkowe informacje o szkodliwości spożywania alkoholu przez kobiety w ciąży wprowadzone w Australii i Nowej Zelandii w 2020 roku (222). Ostrzeżenia te zawierają piktogram obok tekstu „OSTRZEŻENIE DLA KOBIET W CIĄŻY – Alkohol może spowodować trwałe szkody dla Twojego dziecka” oraz muszą spełniać konkretne wymogi dotyczące rozmiaru i koloru czcionki (223).

Ocena wpływu przeprowadzona przez organ rządowy, Food Standards Australia New Zealand, wykazała, że wdrożenie nowych etykiet było uzasadnione, ponieważ miało istotny wpływ na obciążenie kosztami przemysłu alkoholowego (224). Ocena ta wykazała, że zapobieżenie zaledwie niewielkiemu odsetkowi (1,3%) rocznych przypadków spektrum płodowych zaburzeń alkoholowych (FASD) zrekompensowałoby całkowity koszt zmian na etykietach alkoholu. Dodatkowo, raport podkreślił znaczące korzyści osobowe, społeczne i finansowe dla społeczności wynikające z uniknięcia lub łagodzenia nowych przypadków FASD. Ten fakt dodatkowo potwierdza skuteczność obowiązkowych etykiet ostrzegawczych.

### **2.4.3. Wnioski**

Etykiety odgrywają kluczową rolę w informowaniu konsumentów o zawartości produktów alkoholowych i związanych z nimi zagrożeniach, co może przyczyniać się do ograniczenia spożycia alkoholu. Badania wskazują, że klarowne i widoczne informacje na etykietach alkoholu mogą zwiększyć świadomość o chorobach związanych z alkoholem, takich jak nowotwory oraz wpływać na dokonywanie przez konsumentów zdrowszych wyborów. Samoregulacyjne podejście do etykietowania napojów alkoholowych, w ramach którego przemysł dobrowolnie udostępnia informacje, skutkuje zazwyczaj mniej konsekwentnym wdrażaniem oraz ograniczoną widocznością przekazywanych treści. Dowody wskazują, że obowiązkowe systemy etykietowania są najskuteczniejszą metodą, aby konsumenci otrzymywali dokładne, jasne i niezbędne informacje. Umożliwia im to podejmowanie świadomych decyzji dotyczących używania alkoholu. Obowiązkowe polityki etykietowania są spójnym i skutecznym narzędziem komunikacji, wspierającym ochronę zdrowia publicznego.

## 2.5. Interwencje dotyczące prowadzenia pojazdów pod wpływem alkoholu

### 2.5.1. Kto powinien być adresatem polityk dotyczących prowadzenia pojazdów pod wpływem alkoholu?

#### Perspektywa przemysłu alkoholowego

Z perspektywy przemysłu alkoholowego, polityki dotyczące prowadzenia pojazdów pod wpływem alkoholu powinny przede wszystkim koncentrować się na tzw. recydywistach prowadzących pod wpływem alkoholu (ang. *hardcore drink-drivers*), którzy byli już wcześniej skazywani lub aresztowani za prowadzenie pojazdu pod wpływem tej substancji psychoaktywnej lub z wysokim jej stężeniem we krwi. Postępując się argumentem opartym na rzekomej „umiarkowanej większości” populacji, przedstawiciele przemysłu alkoholowego utrzymują, że gros szkód wynika z zachowania niewielkiej mniejszości, a zatem polityki nie powinny nadmiernie obciążać większości populacji (225). W konsekwencji, przemysł opowiada się za ukierunkowanymi interwencjami dostosowanymi do terapii osób intensywnie pijących, takimi jak stosowanie blokad zapłonu w pojazdach recydywistów prowadzących pod wpływem alkoholu (226).

#### Perspektywa środowiska zdrowia publicznego

Ogólne działania prewencyjne ukierunkowane na odstraszenie (ang. *general deterrence mechanisms*) w połączeniu z działaniami o charakterze populacyjnym odgrywają zasadniczą rolę w zmniejszeniu przypadków prowadzenia pojazdów pod wpływem alkoholu. Kierowcy recydywiści (wielokrotni sprawcy prowadzenia pojazdów pod wpływem alkoholu) stanowią niewielki, lecz istotny odsetek sprawców wypadków śmiertelnych spowodowanych jazdą pod wpływem alkoholu. Skuteczne działania, polegające na redukcji recydywy w tej grupie, obejmują administracyjne zawieszenie lub odebranie prawa jazdy (116) oraz przepisy nakazujące stosowanie blokad uniemożliwiających uruchomienie pojazdu, dopóki kierowca nie przejdzie testu alkomatem (228, 229). Należy jednak zauważyć, że udokumentowano problemy ze stosowaniem się do przepisów dotyczących instalacji blokad w pojazdach (zob. np. (230) i (231)). W celu poprawy egzekwowania tychże przepisów, zaleca się ich monitorowanie (232). Sprawców można też motywować, na przykład obniżając wysokość grzywny. Ostatecznie, ocena i odpowiednie leczenie (takie jak poradnictwo lub terapia), które mogą być powiązane z zawieszeniem prawa jazdy lub aresztowaniem, stanowią istotny element działań ograniczających prowadzenie pojazdów pod wpływem alkoholu w tej grupie sprawców.

Należy podkreślić, że koncentrowanie uwagi na kierowcach recydywistach, którzy siedzą za kierownicą po spożyciu, powoduje, iż gros osób prowadzących pojazdy pod wpływem alkoholu, tj. osoby odpowiedzialne za większość szkód, nie spotkała żadna kara (233, 234). Jak dowiedli Chamberlain i Solomon (234), „mit o natógowym kierowcy prowadzącym po alkoholu odwraca uwagę od bardziej kompleksowych rozwiązań, które są niezbędne do ograniczenia prowadzenia pojazdów pod wpływem alkoholu we wszystkich grupach społecznych”. Większe korzyści osiąga się poprzez ogólne działania prewencyjne, w tym przepisy ustalające niski limit stężenia alkoholu we krwi (BAC), przy którym można legalnie prowadzić pojazd (235, 236). Zgodnie z inicjatywą WHO

SAFER (236), obniżenie dopuszczalnego limitu z 0,08% do 0,05% mogłoby zmniejszyć liczbę wypadków drogowych związanych z alkoholem o 18%. Ważne jest, aby każdy limit BAC był połączony z odpowiednio nagłościonym egzekwowaniem przepisów (226, 236, 237). Badania przeprowadzone w wielu krajach potwierdzają skuteczność częstych, dobrze widocznych i nieselektywnych kontroli, w szczególności wyrywkowych testów trzeźwości lub obowiązkowych testów trzeźwości, często przeprowadzanych w „punktach kontroli trzeźwości” (237–239). Takie działania zwiększają społeczne poczucie prawdopodobieństwa zatrzymania i tym samym maleje skłonność do prowadzenia pojazdów pod wpływem alkoholu (237, 240).

Oprócz ww. działań prewencyjnych ukierunkowanych na narrację straszenia, zwiększa się liczba dowodów na to, że środki o zasięgu populacyjnym, mające na celu redukcję ogólnego poziomu spożycia alkoholu, takie jak podwyższenie podatków, ograniczenia dostępności, regulacje dotyczące minimalnego wieku zakupu oraz zakazy reklamy mogą zapobiegać intensywnemu picciu i prowadzeniu pojazdów pod wpływem alkoholu (226). Na przykład, istnieją silne dowody na to, że zwiększone podatki na alkohol prowadzą do istotnej redukcji przypadków prowadzenia pojazdów pod wpływem alkoholu i wypadków śmiertelnych, przynajmniej w krajach o wysokich dochodach (120). Regulacje ograniczające fizyczną dostępność alkoholu poprzez limitowanie godzin i dni sprzedaży, gęstości punktów sprzedaży oraz wieku zakupu alkoholu są równie skutecznymi sposobami na realne zmniejszenie wszystkich typów szkód związanych z alkoholem (241). Najnowsze badanie, oceniające wpływ polityk kontroli alkoholu na szkody w ruchu drogowym wskutek spożycia alkoholu na Litwie w okresie 15 lat, wykazało, że odsetek wypadków, urazów i zgonów związanych z alkoholem znacząco zmniejszył się po wprowadzeniu szeregu przepisów. Były to m.in.: regulacje dotyczące zwiększenia podatków, ograniczeń dostępności (takich jak prawo określające minimalny wiek zakupu), przepisów dotyczących prowadzenia pojazdów pod wpływem alkoholu i zakazów marketingu (242).

## 2.5.2. Czy kampanie promujące wyznaczonego kierowcę oraz programy bezpiecznego powrotu do domu są skuteczne w zapobieganiu prowadzenia pojazdów pod wpływem alkoholu?

### Perspektywa przemysłu alkoholowego

Przemysł alkoholowy przedstawia problem kierowania pojazdami pod wpływem alkoholu jako sytuację o charakterze incydentalnym, występującą na ogół w określonych kontekstach i porach (13, 114). W związku z tym ta branża coraz aktywniej angażuje się w sponsorowanie kampanii dotyczących wyznaczonego kierowcy, bezpiecznego powrotu do domu oraz odpowiedzialnego picia, realizowanych jako działania z zakresu społecznej odpowiedzialności biznesu (CSR) (11). W ramach niedawnych konsultacji WHO, kilka stanowisk przemysłu zawierało obszernie opisy krajowych kampanii nagłaśniających problem prowadzenia pojazdów pod wpływem alkoholu, które przeprowadzono z inicjatywy branży (145). Niektóre opinie zawierały twierdzenia, że te inicjatywy doprowadziły do spadku liczby wypadków drogowych ze skutkiem śmiertelnym (243).

### Perspektywa środowiska zdrowia publicznego

Chociaż wspierane przez wielu producentów alkoholu programy na rzecz wyznaczonego kierowcy i bezpiecznego powrotu do domu mogą zwiększać świadomość społeczną, to jednak dotychczas nie udowodniono ich wpływu na zmniejszenie liczby wypadków drogowych związanych z alkoholem (116, 226, 244, 245). Poza brakiem dowodów na ich skuteczność, kampanie na rzecz wyznaczonego kierowcy mogą mieć niezamierzone konsekwencje, w tym zwiększać spożycie alkoholu przez pasażerów (237, 245, 246). Nietrzeźwi pasażerowie działają w sposób, który rozprasza kierowcę, stwarzając ryzyko dla wszystkich uczestników podróży (247).

Analiza treści 266 losowo wybranych inicjatyw przemysłu alkoholowego w obszarze przeciwdziałania prowadzeniu pojazdów pod wpływem alkoholu wykazała, że:

- 0,8% było zgodnych z dowodami naukowymi potwierdzającymi ich skuteczność;
- 87,6% mogło promować określoną markę lub produkt;
- 66,9% potencjalnie mogło mieć negatywne konsekwencje z perspektywy zdrowia publicznego (244).

Ponadto kampanie przemysłu dotyczące problemu prowadzenia pojazdów pod wpływem alkoholu często towarzyszą sponsorowanym przez ten przemysł wydarzeniom, takim jak koncerty czy festiwale. Sugeruje to, że takie działania (np. kupony na taksówki) mogą być podejmowane w celu ograniczenia potencjalnych strat wizerunkowych, związanych z wypadkami lub zgonami na skutek prowadzenia pojazdów pod wpływem alkoholu. Mogłyby zostać powiązane z daną firmą lub marką alkoholową i w ten sposób wpłynąć na jej negatywne postrzeganie. Jak zauważono, w przypadku innych działań z zakresu społecznej odpowiedzialności biznesu (CSR), partnerstwa przemysłu z interesariuszami zdrowia publicznego, w tym rządami i organizacjami pozarządowymi lub wpływowymi organizacjami międzynarodowymi, zapewniają przemysłowi wiarygodność i legitymizują jego działania (225). Ponadto, sponsorowanie sportów motorowych przez przemysł, takich jak Formuła 1, wysyła sprzeczne komunikaty dotyczące prowadzenia pojazdów pod wpływem alkoholu i stanowi naruszenie kodeksów marketingowych, które zabraniają łączenia marek alkoholowych z prowadzeniem pojazdów (248).

W celu osiągnięcia skuteczności, kampanie przeciwko prowadzeniu pojazdów pod wpływem alkoholu wymagają dokładnego planowania, wielokanałowej realizacji i wzmocnionego egzekwowania przepisów (249). Dowody wskazują, że niewiele programów sponsorowanych przez przemysł spełnia te kryteria, a twierdzenia, że inicjatywy CSR przemysłu alkoholowego redukują szkodliwe spożycie alkoholu, nie mają podstaw naukowych. Nowe dowody wskazują, że inicjatywy te mogą w rzeczywistości zakłócać sposób przedstawiania problematyki związanej z alkoholem, co w konsekwencji utrudnia opracowywanie polityk opartych na dowodach naukowych, ukierunkowanych na redukcję szkód wynikających ze spożycia alkoholu (11).

### 2.5.3. Wnioski

Przemysł alkoholowy na ogół sprzeciwia się skutecznym inicjatywom zwalczania problemu prowadzenia pojazdów pod wpływem alkoholu, często przekierowując uwagę na tzw. kierowców recydywistów (ang. *hardcore drink-drivers*), podczas gdy osoby powodujące większość szkód, pozostają bezkarne, ponieważ ich zachowania nie są wykryte przez policję. Kampanie marketingowe przemysłu o masowym zasięgu, promujące odpowiedzialne picie i programy na rzecz wyznaczonych kierowców nie stanowią alternatywy dla skutecznych rozwiązań. Wręcz mogą one przynosić skutek odwrotny do zamierzonego, służąc celom marketingowym i opóźniając wdrażanie bardziej skutecznych działań opartych na dowodach naukowych.

Wiele badań potwierdza, że ogólne działania prewencyjne ukierunkowane na odstraszanie, takie jak niskie limity stężenia alkoholu we krwi i widoczne społecznie egzekwowanie prawa, są kluczowe dla zmniejszenia skali problemu prowadzenia pojazdów pod wpływem alkoholu. Do skutecznych działań należy zaliczyć wyrwykowe kontrole trzeźwości i punkty kontroli trzeźwości, które znacząco zwiększają świadomość prawdopodobieństwa zatrzymania, tym samym odstraszając potencjalnych sprawców. Ponadto, przeciwdziałanie prowadzeniu pojazdów pod wpływem alkoholu w ramach kompleksowych polityk zmniejszających ogólną konsumpcję alkoholu (np. podniesienie opodatkowania i redukcja dostępności) oraz zapewnienie skutecznego leczenia uzależnienia od alkoholu, przyniosło pozytywne efekty w zapobieganiu wypadkom i zgonom związanym z prowadzeniem pojazdów pod wpływem alkoholu. Działania o charakterze populacyjnym mają wpływ nie tylko na osoby uporczywie prowadzące pod wpływem alkoholu, lecz także zapobiegają sytuacjom, kiedy okazjonalni konsumenci stają się nietrzeźwymi kierowcami.

Ukierunkowanie polityk na działania o udokumentowanej skuteczności może znacząco ograniczyć szkody w ruchu drogowym spowodowane alkoholem oraz sprzyjać kształtowaniu kultury bezpiecznej jazdy.

## 2.6. Produkty bezalkoholowe i niskoalkoholowe

### 2.6.1. Czy zwiększenie dostępności napojów bezalkoholowych i niskoalkoholowych może przyczynić się do ograniczenia szkód związanych z alkoholem?

#### **Perspektywa przemysłu alkoholowego**

Rynek produktów bezalkoholowych i niskoalkoholowych (ang. *no- and low-alcohol*, NoLo) w ostatnich latach znacząco się rozwinął. Główni producenci deklarują rozszerzenie oferty produktów NoLo w ramach inicjatyw z zakresu społecznej odpowiedzialności biznesu (CSR), ukierunkowanych na redukcję szkód związanych z alkoholem. Przykładowo, AB InBev zapowiedział, że produkty NoLo będą stanowiły co najmniej 20% globalnego wolumenu piwa do końca 2025 roku, w ramach inicjatywy *Smart Drinking Goals* (250). Rosnące zaangażowanie przemysłu w rozwój segmentu NoLo często przedstawiane jest jako odpowiedź na zwiększone zainteresowanie zdrowiem i dobrostanem społeczeństwa oraz na zmiany kulturowe w kierunku trzeźwości i umiarkowanej konsumpcji alkoholu (251, 252). Według przemysłu, produkty NoLo mogą pomóc konsumentom zadbać o swoje zdrowie i dobrostan, oferując praktyczne rozwiązania dla tych, którzy priorytetowo traktują zdrowie i bezpieczeństwo w sytuacjach spożywania alkoholu (253).

#### **Perspektywa środowiska zdrowia publicznego**

Aby właściwie ocenić znaczenie produktów NoLo z perspektywy zdrowia publicznego, niezbędne są dane dotyczące wielkości ich spożycia oraz wpływu na ogólną konsumpcję alkoholu. Dotychczasowe dowody sugerują, że niektórzy konsumenci faktycznie decydują się na zastępowanie części spożywanego alkoholu napojami bezalkoholowymi, co zaobserwowano m.in. w badaniach w Zjednoczonym Królestwie i w Hiszpanii (254, 255). Jednak wyniki te opierają się na założeniu substytucji, a stopień, w jakim konsumenci faktycznie zastępują alkohol produktami NoLo, czy po prostu dodają tego typu produkty do dotychczasowych wzorów spożycia, pozostaje niejasny (256).

Badanie modelowe wykazało, że wprowadzenie piwa i wina o zawartości alkoholu poniżej 0,5% mogłoby prowadzić do częściowego zastępowania napojów o wyższej zawartości alkoholu, jednak nie w takim stopniu, aby wywarło to znaczący wpływ na zdrowie publiczne (257). Wciąż nie ma wiarygodnych danych dotyczących wpływu produktów NoLo na ogólny poziom spożycia alkoholu w populacji (258). Niejasny obraz sytuacji dodatkowo zaciemnia szereg budzących obawy kwestii związanych z tym segmentem produktów.

Po pierwsze, przedstawiciele środowiska zdrowia publicznego wyrażają obawy w związku z pojawiającymi się dowodami dotyczącymi wpływu produktów NoLo na zachowania konsumentów i nierówności zdrowotne. Według najnowszych badań, osoby o wyższym statusie społeczno-ekonomicznym częściej kupują produkty NoLo (259). Oznacza to, że ich zwiększona dostępność może skutecznie ograniczać spożycie alkoholu w bardziej uprzywilejowanych grupach społecznych, lecz przynosić mniejsze korzyści pozostałej części populacji (260). Wyrażane są również obawy dotyczące wpływu produktów NoLo na inną grupę społeczną – młodzież (261). Przede wszystkim brakuje dowodów na to, jaki wpływ te produkty mogą wywierać na kształtowanie norm społecznych związanych z piciem alkoholu przez młodych ludzi oraz na inicjację alkoholową.

Po drugie, definicje i przepisy stosowane wobec napojów NoLo znacznie się różnią, co utrudnia konsumentom podejmowanie świadomych decyzji dotyczących ich zakupu i spożycia (258). Nie istnieje powszechnie uznana definicja produktów NoLo ani jednolite zasady określające sposoby ich etykietowania (252). Tym samym termin NoLo może odnosić się nie tylko do produktów całkowicie bezalkoholowych, ale także do tych o niższej, lecz wciąż znaczącej zawartości alkoholu, np. gin o 20% zawartości alkoholu (255).

Po trzecie, środowisko naukowe podchodzi ostrożnie do traktowania produktów NoLo jako narzędzia w polityce zdrowia publicznego, głównie z powodu obaw związanych z ich promocją. Najnowsze analizy przypadków ujawniły stosowanie przez duże koncerny i producentów rzemieślniczych tzw. marketingu uzupełniającego (ang. *addition marketing*) oraz reklamy zastępczej (ang. *alibi advertising*) (262, 263). O ile marketing uzupełniający łączy produkty NoLo ze zdrowym stylem życia i promuje ich spożycie w miejscach na ogół niekojarzonych z konsumpcją alkoholu, o tyle twórcy reklamy zastępczej obchodzą regulacje dotyczące marketingu alkoholu poprzez łączenie produktów bezalkoholowych ze znanymi markami alkoholowymi i wydarzeniami. To zjawisko budzi szczególny niepokój w krajach, w których obowiązują ograniczenia marketingu alkoholu (157, 264, 265). Takie praktyki przyczyniają się do utrzymania w przestrzeni publicznej produktów wizualnie i symbolicznie przypominających alkohol, co może wzmacniać tzw. kultury alkogeniczne, tj. środowiska sprzyjające normalizacji spożycia alkoholu oraz utrwalać mit, że „wszyscy piją” (255, 258, 262).

Należy również zauważyć, że przemysł alkoholowy wykorzystuje promocję produktów NoLo do wzmacniania swojego wizerunku w zakresie społecznej odpowiedzialności biznesu (CSR) oraz do odwracania uwagi od działań polityki alkoholowej opartych na dowodach naukowych (266).

### 2.6.2. Wnioski

Choć przemysł alkoholowy coraz intensywniej inwestuje w rozwój produktów NoLo, wciąż utrzymuje się niepewność co do ich skuteczności w ograniczaniu ogólnego spożycia alkoholu i związanych z nim szkód. Pytania stawiane przez środowisko zdrowia publicznego dotyczące zachowań konsumenckich, nierówności zdrowotnych, niespójności regulacyjnych oraz taktyk marketingowych świadczą o potrzebie dalszych badań i bardziej wnikliwego nadzoru regulacyjnego w tym obszarze (258). Ewentualne korzyści płynące z obecności na rynku produktów NoLo należy starannie zestawiać z potencjalnymi zagrożeniami. Kompleksowe działania polityczne ukierunkowane na ograniczanie spożycia alkoholu jako całości pozostają kluczowym elementem wspierania zdrowia publicznego i dobrostanu społeczeństwa.



## Podsumowanie

Spożycie alkoholu i związane z nim obciążenia stanowią poważne wyzwanie dla zdrowia publicznego, które wymaga skoordynowanych działań na poziomie globalnym. Decydenci odpowiedzialni za ochronę zdrowia publicznego powinni podejmować decyzje dotyczące redukcji szkód związanych z alkoholem, opierając się na wiarygodnych dowodach naukowych z zakresu zdrowia publicznego.

Niniejsza publikacja podejmuje szereg pilnych kwestii związanych z alkoholem, zwracając uwagę, że wiele często powtarzanych odpowiedzi na poruszane kwestie wynika z podejścia motywowanego dążeniem do maksymalizacji zysków poprzez zwiększenie sprzedaży alkoholu. Tymczasem dowody naukowe z obszaru zdrowia publicznego wskazują między innymi, że alkohol ma szkodliwy wpływ na każdego konsumenta, nie przynosi korzyści zdrowotnych, może powodować nowotwory, a w efekcie – nie jest opłacalny dla państw.

Aby skutecznie chronić i wspierać zdrowie publiczne, kluczowe jest, by decyzje polityczne opierały się na rozwiązaniach opracowanych przez środowisko zdrowia publicznego i ukierunkowanych na poprawę zdrowia i ogólnego dobrostanu społeczeństw. Wyraża się nadzieję, że niniejszy dokument zachęci decydentów do krytycznej oceny źródeł informacji wykorzystywanych przy kształtowaniu polityki alkoholowej oraz do nadawania priorytetu rekomendacjom środowiska zdrowia publicznego, których fundamentem są dowody naukowe.

# Literatura<sup>1</sup>

1. Jacquet J. The playbook: how to deny science, sell lies, and make a killing in the corporate world. London: Allen Lane; 2022.
2. Tobacco control playbook. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2019 (<https://iris.who.int/handle/10665/347383>).
3. WHO framework convention on tobacco control. Geneva: World Health Organization; 2003 (<https://iris.who.int/handle/10665/42811>).
4. Madden M, Bartlett A, McCambridge J. Constructing public-private partnerships to undermine the public interest: critical discourse analysis of Working Together published by the International Alliance for Responsible Drinking. *Global Health*. 2023;19(1):103 (<https://doi.org/10.1186/s12992-023-01000-0>).
5. Turning down the alcohol flow: background document on the European framework for action on alcohol, 2022–2025. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2022 (<https://iris.who.int/handle/10665/361975>).
6. Global alcohol action plan 2022–2030. Geneva: World Health Organization; 2024 (<https://iris.who.int/handle/10665/376939>).
7. Global strategy to reduce the harmful use of alcohol. Geneva: World Health Organization; 2010 (<https://iris.who.int/handle/10665/44395>).
8. Babor TF, Robaina K. Public health, academic medicine, and the alcohol industry's corporate social responsibility activities. *Am J Public Health*. 2013;103(2):206–14 (<https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.300847>).
9. Jernigan DH. Global alcohol producers, science, and policy: the case of the International Center for Alcohol Policies. *Am J Public Health*. 2012;102(1):80–9 (<https://doi.org/10.2105/AJPH.2011.300269>).
10. McCambridge J, Garry J, Room R. The origins and purposes of alcohol industry social aspects organizations: insights from the tobacco industry documents. *J Stud Alcohol Drugs*. 2021;82(6):740–51 (<https://doi.org/10.15288/jsad.2021.82.740>).

---

<sup>1</sup> Wszystkie źródła aktualne na 9 maja 2024.  
Źródło 212 aktualne na 30 października 2024.

11. Mialon M, McCambridge J. Alcohol industry corporate social responsibility initiatives and harmful drinking: a systematic review. *Eur J Public Health*. 2018;28(4):664–73  
(<https://doi.org/10.1093/eurpub/cky065>).
12. Jernigan DH, Ross CS. The alcohol marketing landscape: alcohol industry size, structure, strategies, and public health responses. *J Stud Alcohol Drugs Suppl*. 2020;sup 19:13–25  
(<https://doi.org/10.15288/jsads.2020.s19.13>).
13. McCambridge J, Mialon M, Hawkins B. Alcohol industry involvement in policy-making: a systematic review. *Addiction*. 2018;113(9):1571–84  
(<https://doi.org/10.1111/add.14216>).
14. Casswell S. Current developments in the global governance arena: where is alcohol headed? *J Glob Health*. 2019;9(2):020305  
(<https://doi.org/10.7189/jogh.09.020305>).
15. Katikireddi SV, Bond L, Hilton S. Changing policy framing as a deliberate strategy for public health advocacy: a qualitative policy case study of minimum unit pricing of alcohol. *Milbank Q*. 2014;92(2):250–83  
(<https://doi.org/10.1111/1468-0009.12057>).
16. van Schalkwyk MCI, Petticrew M, Maani N, Hawkins B, Bonell C et al. Distilling the curriculum: an analysis of alcohol industry-funded school-based youth education programmes. *PLoS ONE*. 2022;17(1):e0259560  
(<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0259560>).
17. Petticrew M, Fitzgerald N, Maani N, McCambridge J, Pettigrew S, van Schalkwyk M. Responsible drinking, conflicts of interest, and the elephant in the room: a commentary on “A scoping review of ‘responsible drinking’ interventions by Gray, Williams and Shaffer (2020)”. *Health Commun*. 2021;36(2):257–9  
(<https://doi.org/10.1080/10410236.2020.1827541>).
18. O’Brien P, Dwyer R, Gleeson D, Cook M, Room R. Influencing the global governance of alcohol: alcohol industry views in submissions to the WHO consultation for the alcohol action plan 2022–2030. *Int J Drug Policy*. 2023;119:104115  
(<https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2023.104115>).
19. Anderson BO, Berdzuli N, Ilbawi A, Kestel D, Kluge HP, Krech R et al. Health and cancer risks associated with low levels of alcohol consumption. *Lancet Public Health*. 2023;8(1):e6–e7  
([https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(22\)00317-6](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(22)00317-6)).

20. Griswold MG, Fullman N, Hawley C, Arian N, Zimsen SR, Tymeson HD et al. Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the global burden of disease study 2016. *Lancet*. 2018;392(10152):1015–35  
([https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31310-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31310-2)).
21. Rehm J, Gmel Sr GE, Gmel G, Hasan OS, Imtiaz S, Popova S et al. The relationship between different dimensions of alcohol use and the burden of disease: an update. *Addiction*. 2017;112(6):968–1001  
(<https://doi.org/10.1111/add.13757>).
22. Sherk A, Stockwell T, Rehm J, Dorocicz J, Shield KD, Churchill S. The International Model of Alcohol Harms and Policies: a new method for estimating alcohol health harms with application to alcohol-attributable mortality in Canada. *J Stud Alcohol Drugs*. 2020;81(3):339–51  
(<https://doi.org/10.15288/jsad.2020.81.339>).
23. Rovira P, Rehm J. Estimation of cancers caused by light to moderate alcohol consumption in the European Union. *Eur J Public Health*. 2021;31(3):591–6  
(<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaa236>).
24. Jones S, Casswell S, Zhang JF. The economic costs of alcohol-related absenteeism and reduced productivity among the working population of New Zealand. *Addiction*. 1995;90(11):1455–61  
(<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8528030/>).
25. Rossow I, Romelsjö A. The extent of the “prevention paradox” in alcohol problems as a function of population drinking patterns. *Addiction*. 2006;101(1):84–90  
(<https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2005.01294.x>).
26. Rossow I, Mäkelä P. Public health thinking around alcohol-related harm: why does per capita consumption matter? *J Stud Alcohol Drugs*. 2021;82(1):9–17  
(<https://doi.org/10.15288/jsad.2021.82.9>).
27. Karriker-Jaffe KJ, Li L, Greenfield TK. Estimating mental health impacts of alcohol’s harms from other drinkers: using propensity scoring methods with national cross-sectional data from the United States. *Addiction*. 2018;113(10):1826–39  
(<https://doi.org/10.1111/add.14283>).
28. Laslett A-M, Room R, Waleewong O, Stanesby O, Callinan S. Harm to others from drinking: patterns in nine societies. Geneva: World Health Organization; 2019  
(<https://iris.who.int/handle/10665/329393>).

29. Laslett A-M, Room R, Kuntsche S, Anderson-Luxford D, Willoughby B, Doran C et al. Alcohol's harm to others in 2021: who bears the burden? *Addiction*. 2023;118(9):1726–38  
(<https://doi.org/10.1111/add.16205>).
30. Kilian C, Manthey J, Braddick F, López-Pelayo H, Rehm J. Social disparities in alcohol's harm to others: evidence from 32 European countries. *Int J Drug Policy*. 2023;118:104079  
(<https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2023.104079>).
31. Rehm J, Shield KD, Rehm MX, Gmel G, Frick U. Alcohol consumption, alcohol dependence, and attributable burden of disease in Europe: potential gains from effective interventions for alcohol dependence. Toronto: Centre for Addiction and Mental Health; 2012  
(<https://doi.org/10.5167/uzh-64919>).
32. Paradis C, Butt P, Shield K, Poole N, Wells S, Naimi T et al. Canada's guidance on alcohol and health: final report. Ottawa: Canadian Centre on Substance Use and Addiction; 2023  
([https://ccsa.ca/sites/default/files/2023-01CCSA\\_Canadas\\_Guidance\\_on\\_Alcohol\\_and\\_Health\\_Final\\_Report\\_en.pdf](https://ccsa.ca/sites/default/files/2023-01CCSA_Canadas_Guidance_on_Alcohol_and_Health_Final_Report_en.pdf)).
33. Arora M, ElSayed A, Beger B, Naidoo P, Shilton T, Jain N et al. The impact of alcohol consumption on cardiovascular health: myths and measures. *Global Heart*. 2022;17(1):45.  
(<https://doi.org/10.5334/gh.1132>).
34. Can a balanced lifestyle include drinking alcohol? DRNIKiQ. London: Diageo; 2024 (<https://www.drinkiq.com/en-us/support-with-drinking/can-a-balanced-lifestyle-include-drinking-alcohol#refs3>).
35. Matured to be enjoyed responsibly: promoting responsible attitudes to alcohol consumption. Edinburgh: Scotch Whisky Association; 2020  
(<https://www.scotch-whisky.org.uk/media/1756/matured-to-be-enjoyed-responsibly-july-2020.pdf>).
36. Stockwell T, Zhao J, Naimi T. Apologizing for the alcohol industry? A comment on ISFAR's defense of alcohol's purported health benefits. *J Stud Alcohol Drugs*. 2024;85(1):133–5  
(<https://doi.org/10.15288/jsad.23-00193>).
37. Miller M, Livingston M, Maganja D, Wright CC. Unpacking assertions made by the alcohol industry and how they make them: an analysis of submissions into Australia's national alcohol strategy. *Drug Alcohol Rev*. 2023;42(6):1312–21  
(<https://doi.org/10.1111/dar.13682>).

38. Gaziano JM, Buring JE, Breslow JL, Goldhaber SZ, Rosner B, VanDenburgh M et al. Moderate alcohol intake, increased levels of high-density lipoprotein and its subfractions, and decreased risk of myocardial infarction. *N Engl J Med*. 1993;329(25):1829–34  
(<https://doi.org/10.1056/NEJM199312163292501>).
39. Klatsky AL. Moderate drinking and reduced risk of heart disease. *Alcohol Res Health*. 1999;23(1):15  
(<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6761693/>).
40. Rimm EB, Giovannucci EL, Willett WC, Colditz GA, Ascherio A, Rosner B et al. Prospective study of alcohol consumption and risk of coronary disease in men. *Lancet*. 1991;338(8765):464–8  
([https://doi.org/10.1016/0140-6736\(91\)90542-w](https://doi.org/10.1016/0140-6736(91)90542-w)).
41. Sacco RL, Elkind M, Boden-Albala B, Lin I-F, Kargman DE, Hauser WA et al. The protective effect of moderate alcohol consumption on ischemic stroke. *JAMA*. 1999;281(1):53–60  
(<https://doi.org/10.1001/jama.281.1.53>).
42. Fillmore KM, Kerr WC, Stockwell T, Chikritzhs T, Bostrom A. Moderate alcohol use and reduced mortality risk: systematic error in prospective studies. *Addiction Res Theory*. 2006;14(2):101–32  
(<https://doi.org/10.1080/16066350500497983>).
43. Naimi TS, Stockwell T, Zhao J, Xuan Z, Dangardt F, Saitz R et al. Selection biases in observational studies affect associations between “moderate” alcohol consumption and mortality. *Addiction*. 2017;112(2):207–14  
(<https://doi.org/10.1111/add.13451>).
44. Stockwell T, Zhao J, Panwar S, Roemer A, Naimi T, Chikritzhs T. Do “moderate” drinkers have reduced mortality risk? A systematic review and meta-analysis of alcohol consumption and all-cause mortality. *J Stud Alcohol Drugs*. 2016;77(2):185–98  
(<https://doi.org/10.15288/jsad.2016.77.185>).
45. Shaper AG, Wannamethee G, Walker M. Alcohol and mortality in British men: explaining the U-shaped curve. *Lancet*. 1988;332(8623):1267–73  
([https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(88\)92890-5](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(88)92890-5)).
46. Stockwell T, Zhao J, Clay J, Levesque C, Sanger N, Sherk A, Naimi T. Why do only some cohort studies find health benefits from low volume alcohol use? A systematic review and meta-analysis of study characteristics that may bias mortality risk estimates. *J Stud Alcohol Drugs*. 2024  
(<https://doi.org/10.15288/jsad.23-00283>).

47. Zhao J, Stockwell T, Naimi T, Churchill S, Clay J, Sherk A. Association between daily alcohol intake and risk of all-cause mortality: a systematic review and meta- analyses. *JAMA Netw Open*. 2023;6(3):e236185 (<https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.6185>).
48. Zhao J, Stockwell T, Roemer A, Naimi T, Chikritzhs T. Alcohol consumption and mortality from coronary heart disease: an updated meta-analysis of cohort studies. *J Stud Alcohol Drugs*. 2017;78(3):375–86 (<https://doi.org/10.15288/jsad.2017.78.375>).
49. Im PK, Wright N, Yang L, Chan KH, Chen Y, Guo Y et al. Alcohol consumption and risks of more than 200 diseases in Chinese men. *Nat Med*. 2023;29(6):1476–86 (<https://doi.org/10.1038/s41591-023-02383-8>).
50. Schooling CM, Sun W, Ho SY, Chan WM, Tham MK, Ho KS et al. Moderate alcohol use and mortality from ischaemic heart disease: a prospective study in older Chinese people. *PLoS One*. 2008;3(6):e2370 (<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0002370>).
51. Roy A, Prabhakaran D, Jeemon P, Thankappan KR, Mohan V, Ramakrishnan L et al. Impact of alcohol on coronary heart disease in Indian men. *Atherosclerosis*. 2010;210(2):531–5 (<https://doi.org/10.1016/j.atherosclerosis.2010.02.033>).
52. Larsson SC, Burgess S, Mason AM, Michaëlsson K. Alcohol consumption and cardiovascular disease: a Mendelian randomization study. *Circ Genom Precis Med*. 2020;13(3):e002814 (<https://doi.org/10.1161/CIRCGEN.119.002814>).
53. Rosoff DB, Davey Smith G, Mehta N, Clarke T-K, Lohoff FW. Evaluating the relationship between alcohol consumption, tobacco use, and cardiovascular disease: a multivariable Mendelian randomization study. *PLoS Med*. 2020;17(12):e1003410 (<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003410>).
54. Biddinger KJ, Emdin CA, Haas ME, Wang M, Hindy G, Ellinor PT et al. Association of habitual alcohol intake with risk of cardiovascular disease. *JAMA Netw Open*. 2022;5(3):e223849 (<https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.3849>).
55. Smyth A, Teo KK, Rangarajan S, O'Donnell M, Zhang X, Rana P et al. Alcohol consumption and cardiovascular disease, cancer, injury, admission to hospital, and mortality: a prospective cohort study. *Lancet*. 2015;386(10007):1945–54 ([https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00235-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00235-4)).

56. Rani S, Laupacis A. "Less is better" is the best message when talking to patients about alcohol. *CMAJ*. 2023;195(36):E1232–E1233  
(<https://doi.org/10.1503/cmaj.231238>).
57. Maani N, van Schalkwyk M, Filippidis F, Knai C, Petticrew M. Manufacturing doubt: assessing the effects of independent vs industry-sponsored messaging about the harms of fossil fuels, smoking, alcohol, and sugar sweetened beverages. *SSM Popul Health*. 2021;17:101009  
(<https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2021.101009>).
58. Vallance K, Vincent A, Schoueri-Mychasiw N, Stockwell T, Hammond D, Greenfield TK et al. News media and the influence of the alcohol industry: an analysis of media coverage of alcohol warning labels with a cancer message in Canada and Ireland. *J Stud Alcohol Drugs*. 2020;81(2):273–83  
(<https://doi.org/10.15288/jsad.2020.81.273>).
59. Petticrew M, Maani N, Knai C, Weiderpass E. The strategies of alcohol industry SAPROs: inaccurate information, misleading language and the use of confounders to downplay and misrepresent the risk of cancer. *Drug Alcohol Rev*. 2018;37(3):313–15  
(<https://doi.org/10.1111/dar.12677>).
60. Maani N, van Schalkwyk M, Petticrew M. Under the influence: system-level effects of alcohol industry-funded health information organizations. *Health Promot Int*. 2023;38(6):daad167  
(<https://doi.org/10.1093/heapro/daad167>).
61. Alcohol consumption and ethyl carbamate. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2010  
(<https://publications.iarc.fr/Book-And-Report-Series/larc-Monographs-On-The-Identification-Of-Carcinogenic-Hazards-To-Humans/Alcohol-Consumption-And-Ethyl-Carbamate-2010>).
62. Room R, Rehm J, Parry C. Alcohol and non-communicable diseases (NCDs): time for a serious international public health effort. *Addiction*. 2011;106(9):1547–8  
(<https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2011.03549.x>).
63. Alcohol and cancer in the WHO European Region: an appeal for better prevention. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2020  
(<https://iris.who.int/handle/10665/336595>).
64. Runggay H, Murphy N, Ferrari P, Soerjomataram I. Alcohol and cancer: epidemiology and biological mechanisms. *Nutrients*. 2021;13(9):3173  
(<https://doi.org/10.3390/nu13093173>).

65. Cao Y, Willett WC, Rimm EB, Stampfer MJ, Giovannucci EL. Light to moderate intake of alcohol, drinking patterns, and risk of cancer: results from two prospective US cohort studies. *BMJ*. 2015;351:h4238 (<https://doi.org/10.1136/bmj.h4238>).
66. Net income of liquor authorities and government revenue from sale of alcoholic beverages (x 1000). Table 10-10-0012-01. Release date: 6 March 2024. Ottawa: Statistics Canada; 2024 (<https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/en/tv.action?pid=1010001201>).
67. Stafford J, Kypri K, Pettigrew S. Industry actor use of research evidence: critical analysis of Australian alcohol policy submissions. *J Stud Alcohol Drugs*. 2020;81(6):710–18 (<https://doi.org/10.15288/jsad.2020.81.710>).
68. Savell E, Fooks G, Gilmore AB. How does the alcohol industry attempt to influence marketing regulations? A systematic review. *Addiction*. 2016;111(1):18–32 (<https://doi.org/10.1111/add.13048>).
69. Scotch whisky economic impact report 2018. Edinburgh: Scotch Whisky Association; 2019 (<https://www.scotch-whisky.org.uk/media/1591/final-2018-economic-impact-report.pdf>).
70. Long live the local [campaign website of the British Beer Alliance]. London: British Beer and Pub Association; 2020 (<https://www.longlivethelocal.pub>).
71. Back business: cut tax: budget submission 2020. London: Wine and Spirit Trade Association; 2020 (<https://www.wsta.co.uk/wp-content/uploads/2020/01/2020-Budget-Submission-1.pdf>).
72. Sherk A. Canada's alcohol deficit, 2007–2020: social cost, public revenue, magnitudes of alcohol use and the per-drink net deficit for a fourteen-year period. *J Stud Alcohol Drugs*. 2024 (<https://doi.org/10.15288/jsad.23-00241>).
73. Manthey J, Hassan SA, Carr S, Kilian C, Kuitunen-Paul S, Rehm J. What are the economic costs to society attributable to alcohol use? A systematic review and modelling study. *Pharmacoeconomics*. 2021;39(7):809–22 (<https://doi.org/10.1007/s40273-021-01031-8>).
74. Sacks JJ, Gonzales KR, Bouchery EE, Tomedi LE, Brewer RD. 2010 national and state costs of excessive alcohol consumption. *Am J Prev Med*. 2015;49(5):e73–e79 (<https://doi.org/10.1016/j.amepre.2015.05.031>).

75. Canadian substance use costs and harms 2007–2020. Ottawa: Canadian Centre on Substance Use and Addiction; 2023  
(<https://csuch.ca/documents/reports/english/Canadian-Substance-Use-Costs-and-Harms-Report-2023-en.pdf>).
76. Kopp P, Ogrodnik M. Social cost in France: what's new in the field of death toll and illness calculations. PSE-Ecole d'économie de Paris (Postprint) hal-01299173, HAL; 2016  
(<https://ideas.repec.org/p/hal/pseptp/hal-01299173.html>)
77. Thavorncharoensap M, Teerawattananon Y, Yothasamut J, Lertpitakpong C, Thitiboonsuwan K, Neramitpitagkul P et al. The economic costs of alcohol consumption in Thailand, 2006. BMC Public Health. 2010;10:323  
(<https://doi.org/10.1186/1471-2458-10-323>).
78. Evaluating the impact of minimum unit pricing for alcohol in Scotland: final report: a synthesis of the evidence. Edinburgh: Public Health Scotland; 2023  
(<https://publichealthscotland.scot/media/20366/evaluating-the-impact-of-minimum-unit-pricing-for-alcohol-in-scotland-final-report.pdf>).
79. Bhattacharya A. Splitting the bill: alcohol's impact on the economy. London: Institute of Alcohol Studies; 2017  
(<https://www.ias.org.uk/uploads/pdf/IAS%20reports/rp23022017.pdf>).
80. The economic impact of changes in alcohol consumption in the UK. Glasgow: Fraser of Allander Institute; 2018  
(<http://www.ias.org.uk/uploads/pdf/IAS%20reports/rp30042018.pdf>).
81. Minimum unit pricing: impacts on the alcoholic drinks industry in Scotland. Edinburgh: Public Health Scotland; 2023  
(<https://www.publichealthscotland.scot/publications/minimum-unit-pricing-impacts-on-the-alcoholic-drinks-industry-in-scotland>).
82. Stead M, Critchlow N, Eadie D, Fitzgerald N, Angus K, Purves R et al. Evaluating the impact of alcohol minimum unit pricing in Scotland: observational study of small retailers. NHS Health Scotland/Public Health Scotland. Stirling: University of Stirling; 2020  
(<https://www.stir.ac.uk/research/hub/publication/1627427>).
83. Stead M, Eadie D, Purves RI, McKell J, Critchlow N, Angus K et al. Implementation of alcohol minimum unit pricing (MUP): a qualitative study with small retailers. Drugs (Abingdon Engl). 2023;30(5):453–60  
(<https://doi.org/10.1080/09687637.2022.2075251>).
84. Tax, not a health instrument. Brussels: spiritsEUROPE; n.d.  
(<https://spirits.eu/policies/taxation-economy/tax-not-a-health-instrument>).

85. Policy review in brief: taxation of beverage alcohol. Washington (DC): International Alliance for Responsible Drinking; 2018  
(<https://www.iard.org/getattachment/660ef449-ce90-414e-8064-3891487581c2/iard-policy-review-taxation-of-beverage-alcohol.pdf>).
86. Hawkins B, van Schalkwyk M. Politics and fantasy in UK alcohol policy: a critical logics approach. *Crit Policy Stud.* 2024;18(1):5–24  
(<https://doi.org/10.1080/19460171.2023.2188470>).
87. Anderson P, Chisholm D, Fuhr DC. Effectiveness and cost-effectiveness of policies and programmes to reduce the harm caused by alcohol. *Lancet.* 2009;373(9682):2234–46  
([https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60744-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60744-3)).
88. Chisholm D, Rehm J, Van Ommeren M, Monteiro M. Reducing the global burden of hazardous alcohol use: a comparative cost-effectiveness analysis. *J Stud Alcohol.* 2004;65(6):782–93  
(<https://doi.org/10.15288/jsa.2004.65.782>).
89. Global status report on noncommunicable diseases 2010. Geneva: World Health Organization; 2011  
(<https://iris.who.int/handle/10665/44579>).
90. Wagenaar AC, Salois MJ, Komro KA. Effects of beverage alcohol price and tax levels on drinking: a meta-analysis of 1003 estimates from 112 studies. *Addiction.* 2009;104(2):179–90  
(<https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2008.02438.x>).
91. Wagenaar AC, Tobler AL, Komro KA. Effects of alcohol tax and price policies on morbidity and mortality: a systematic review. *Am J Public Health.* 2010;100(11):2270–8  
(<https://doi.org/10.2105/AJPH.2009.186007>).
92. Sornpaisarn B, Shield KD, Österberg E, Rehm J. Resource tool on alcohol taxation and pricing policies. Geneva: World Health Organization; 2017  
(<https://iris.who.int/handle/10665/255795>).
93. No place for cheap alcohol: the potential value of minimum pricing for protecting lives. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2022  
(<https://iris.who.int/handle/10665/356597>).
94. Manthey J, Gobiņa I, Isajeva L, Neneman J, Reile R, Štelemėkas M et al. The impact of raising alcohol taxes on government tax revenue: insights from five European countries. *Appl Health Econ Health Policy.* 2024;22(3):363–74  
(<https://doi.org/10.1007/s40258-024-00873-5>).

95. Tackling NCDs: “best buys” and other recommended interventions for the prevention and control of noncommunicable diseases. Geneva: World Health Organization; 2017  
(<https://iris.who.int/handle/10665/259232>).
96. Doran CM, Byrnes JM, Cobiac LJ, Vandenberg B, Vos T. Estimated impacts of alternative Australian alcohol taxation structures on consumption, public health and government revenues. *Med J Aust.* 2013;199(9):619–22  
(<https://doi.org/10.5694/mja13.10605>).
97. Sharma A, Vandenberg B, Hollingsworth B. Minimum pricing of alcohol versus volumetric taxation: which policy will reduce heavy consumption without adversely affecting light and moderate consumers? *PLoS One.* 2014;9(1):e80936  
(<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0080936>).
98. Meier PS, Holmes J, Angus C, Ally AK, Meng Y, Brennan A. Estimated effects of different alcohol taxation and price policies on health inequalities: a mathematical modelling study. *PLoS Med.* 2016;13(2):e1001963  
(<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001963>).
99. Alcohol marketing in the WHO European Region: update report on the evidence and recommended policy actions. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2020  
(<https://iris.who.int/handle/10665/336178>).
100. Mäkelä P, Osterberg E. Weakening of one more alcohol control pillar: a review of the effects of the alcohol tax cuts in Finland in 2004. *Addiction.* 2009;104(4):554–63  
(<https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2009.02517.x>).
101. Zhao J, Stockwell T. The impacts of minimum alcohol pricing on alcohol attributable morbidity in regions of British Columbia, Canada with low, medium and high mean family income. *Addiction.* 2017;112(11):1942–51  
(<https://doi.org/10.1111/add.13902>).
102. Maharaj T, Angus C, Fitzgerald N, Allen K, Stewart S, MacHale S et al. Impact of minimum unit pricing on alcohol-related hospital outcomes: systematic review. *BMJ Open.* 2023;13(2):e065220  
(<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-065220>).
103. Griffith R, O’Connell M, Smith K. Price floors and externality correction. *Econ J.* 2022;132(646):2273–89  
(<https://doi.org/10.1093/ej/ueac011>).

104. Kerr WC, Greenfield TK. Distribution of alcohol consumption and expenditures and the impact of improved measurement on coverage of alcohol sales in the 2000 National Alcohol Survey. *Alcohol Clin Exp Res*. 2007;31(10):1714–22 (<https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.2007.00467.x>).
105. Sheron N, Chilcott F, Matthews L, Challoner B, Thomas M. Impact of minimum price per unit of alcohol on patients with liver disease in the UK. *Clin Med (Lond)*. 2014;14(4):396–403 (<https://doi.org/10.7861/clinmedicine.14-4-396>).
106. Livingston M, Callinan S. Examining Australia’s heaviest drinkers. *Aust N Z J Public Health*. 2019;43(5):451–6 (<https://doi.org/10.1111/1753-6405.12901>).
107. Gill J, Chick J, Black H, Rees C, O’May F, Rush R et al. Alcohol purchasing by ill heavy drinkers: cheap alcohol is no single commodity. *Public Health*. 2015;129(12):1571–8 (<https://doi.org/10.1016/j.puhe.2015.08.013>).
108. Holmes J, Meng Y, Meier PS, Brennan A, Angus C, Campbell-Burton A et al. Effects of minimum unit pricing for alcohol on different income and socioeconomic groups: a modelling study. *Lancet*. 2014;383(9929):1655–64 ([https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62417-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62417-4)).
109. Daley JI, Stahre MA, Chaloupka FJ, Naimi TS. The impact of a 25-cent-per-drink alcohol tax increase. *Am J Prev Med*. 2012;42(4):382–9 (<https://doi.org/10.1016/j.amepre.2011.12.008>).
110. Gilmore I. A minimum unit price: the “holy grail” of alcohol policy. *Clin Med (Lond)*. 2015;15(1):5–6 (<https://doi.org/10.7861/clinmedicine.15-1-5>).
111. O’Donnell A, Anderson P, Jané-Llopis E, Manthey J, Kaner E, Rehm J. Immediate impact of minimum unit pricing on alcohol purchases in Scotland: controlled interrupted time series analysis for 2015–18. *BMJ*. 2019;366:l5274 (<https://doi.org/10.1136/bmj.l5274>).
112. Health taxes: a primer. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://iris.who.int/handle/10665/329757>).
113. Angus C, Morris D, Leeming G, Kai Le Chen R, Wilson L, Stevely A et al. New modelling of alcohol pricing policies, alcohol consumption and harm in Scotland: an adaptation of the Sheffield tobacco and alcohol policy model. Sheffield: University of Sheffield; 2023 (<https://doi.org/10.15131/shef.data.21931386.v1>).

114. Hawkins B, McCambridge J. Industry actors, think tanks, and alcohol policy in the United Kingdom. *Am J Public Health*. 2014;104(8):1363–9  
(<https://doi.org/10.2105/ajph.2013.301858>).
115. Boyd J, Bambra C, Purshouse RC, Holmes J. Beyond behaviour: how health inequality theory can enhance our understanding of the “alcohol-harm paradox”. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(11):6025  
(<https://doi.org/10.3390/ijerph18116025>).
116. Babor TF, Casswell S, Graham K, Huckle T, Livingston M, Österberg E et al. *Alcohol: no ordinary commodity: research and public policy, third edition*. Oxford: Oxford University Press; 2023  
(<https://doi.org/10.1093/oso/9780192844484.002.0003>).
117. *Who pays the tab? The distributional effects of UK alcohol taxes*. London: Institute of Alcohol Studies; 2020  
(<http://www.ias.org.uk/uploads/pdf/IAS%20reports/rp40022020.pdf>).
118. Sassi F, Belloni A, Mirelman AJ, Suhrcke M, Thomas A, Salti N et al. Equity impacts of price policies to promote healthy behaviours. *Lancet*. 2018;391(10134):2059–70  
([https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30531-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30531-2)).
119. Naimi TS, Daley JI, Xuan Z, Blanchette JG, Chaloupka FJ, Jernigan DH. Who would pay for state alcohol tax increases in the United States? *Prev Chronic Dis*. 2016;13:E67  
(<https://doi.org/10.5888/pcd13.150450>).
120. Elder RW, Lawrence B, Ferguson A, Naimi TS, Brewer RD, Chattopadhyay SK et al. The effectiveness of tax policy interventions for reducing excessive alcohol consumption and related harms. *Am J Prev Med*. 2010;38(2):217–29  
(<https://doi.org/10.1016/j.amepre.2009.11.005>).
121. *Global status report on alcohol and health*. Geneva: World Health Organization; 2011  
(<https://iris.who.int/handle/10665/44499>).
122. Lewer D, Meier P, Beard E, Boniface S, Kaner E. Unravelling the alcohol harm paradox: a population-based study of social gradients across very heavy drinking thresholds. *BMC Public Health*. 2016;16:599  
(<https://doi.org/10.1186/s12889-016-3265-9>).
123. Beard E, Brown J, West R, Angus C, Brennan A, Holmes J et al. Deconstructing the alcohol harm paradox: a population based survey of adults in England. *PLoS One*. 2016;11(9):e0160666  
(<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0160666>).

124. Smith K, Foster J. Alcohol, health inequalities and the harm paradox: why some groups face greater problems despite consuming less alcohol. London: Institute of Alcohol Studies; 2014  
(<https://www.ias.org.uk/uploads/pdf/IAS%20reports/IAS%20report%20Alcohol%20and%20health%20inequalities%20FULL.pdf>).
125. Probst C, Kilian C, Sanchez S, Lange S, Rehm J. The role of alcohol use and drinking patterns in socioeconomic inequalities in mortality: a systematic review. *Lancet Public Health*. 2020;5(6):e324–e332  
([https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30052-9](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30052-9)).
126. Preventing harmful alcohol use. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2021  
([https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/preventing-harmful-alcohol-use\\_6e4b4ffb-en](https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/preventing-harmful-alcohol-use_6e4b4ffb-en)).
127. Draft action plan (2022–2030) to effectively implement the global strategy to reduce the harmful use of alcohol as a public health priority. Geneva: World Health Organization; 2022  
(<https://iris.who.int/handle/10665/359404>).
128. Policy review in brief: physical availability restrictions. Washington (DC): International Alliance for Responsible Drinking; 2018  
(<https://www.iard.org/getattachment/59e12929-aeb0-4e83-ac-52-72ac3001d087/iard-policy-review-physical-availability-restrictions.pdf>).
129. Australian Hotels Association New South Wales (AHA NSW) submission to the independent review of the Liquor Amendment Act 2014. Sydney: NSW Government; 2016.
130. Wine and Spirit Trade Association (WSTA) response to UK House of Lords inquiry into the Licensing Act for England and Wales 2003. House of Lords Select Committee on the Licensing Act 2003. London: United Kingdom Parliament; 2016  
(<https://www.parliament.uk/globalassets/documents/lords-committees/Licensing-Act-2003/Collated-written-evidence-volume.pdf>).
131. Siegfried N, Parry C. Do alcohol control policies work? An umbrella review and quality assessment of systematic reviews of alcohol control interventions (2006–2017). *PLoS One*. 2019;14(4):e0214865  
(<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0214865>).
132. Wilkinson C, Livingston M, Room R. Impacts of changes to trading hours of liquor licences on alcohol-related harm: a systematic review 2005–2015. *Public Health Res Pract*. 2016;26(4):2641644  
(<https://doi.org/10.17061/phrp2641644>).

133. Sanchez-Ramirez DC, Voaklander D. The impact of policies regulating alcohol trading hours and days on specific alcohol-related harms: a systematic review. *Inj Prev*. 2018;24(1):94–100  
(<https://doi.org/10.1136/injuryprev-2016-042285>).
134. Nepal S, Kypri K, Tekelab T, Hodder RK, Attia J, Bagade T et al. Effects of extensions and restrictions in alcohol trading hours on the incidence of assault and unintentional injury: systematic review. *J Stud Alcohol Drugs*. 2020;81(1):5–23  
(<https://doi.org/10.15288/jsad.2020.81.5>).
135. Rossow I, Norström T. The impact of small changes in bar closing hours on violence: the Norwegian experience from 18 cities. *Addiction*. 2012;107(3):530–7  
(<https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2011.03643.x>).
136. Kypri K, McElduff P., Miller P. Restrictions in pub closing times and lockouts in Newcastle, Australia five years on. *Drug Alcohol Rev*. 2014;33(3):323–6  
(<https://doi.org/10.1111/dar.12123>).
137. Wicki M, Gmel G. Hospital admission rates for alcoholic intoxication after policy changes in the canton of Geneva, Switzerland. *Drug Alcohol Depend*. 2011;118(2–3):209–15  
(<https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2011.03.020>).
138. Wicki M, Bertholet N, Gmel G. Estimated changes in hospital admissions for alcohol intoxication after partial bans on off-premises sales of alcoholic beverages in the canton of Vaud, Switzerland: an interrupted time-series analysis. *Addiction*. 2020;115(8):1459–69  
(<https://doi.org/10.1111/add.14967>).
139. Marcus J, Siedler T. Reducing binge drinking? The effect of a ban on late-night off-premise alcohol sales on alcohol-related hospital stays in Germany. *J Public Econ*. 2015;123:55–77  
(<https://doi.org/10.2139/ssrn.2553193>).
140. Sauliune S, Petrauskiene J, Kalediene R. Alcohol-related injuries and alcohol control policy in Lithuania: effect of the year of sobriety, 2008. *Alcohol Alcohol*. 2012;47(4):458–63  
(<https://doi.org/10.1093/alcalc/ags033>).
141. Stevely AK, de Vocht F, Neves RB, Holmes J, Meier PS. Evaluating the effects of the Licensing Act 2003 on the characteristics of drinking occasions in England and Wales: a theory of change-guided evaluation of a natural experiment. *Addiction*. 2021;116(9):2348–59  
(<https://doi.org/10.1111/add.15451>).

142. Humphreys DK, Eisner MP, Wiebe DJ. Evaluating the impact of flexible alcohol trading hours on violence: an interrupted time series analysis. *PLoS One*. 2013;8(2):e55581  
(<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0055581>).
143. Sherk A, Stockwell T, Chikritzhs T, Andréasson S, Angus C, Gripenberg J et al. Alcohol consumption and the physical availability of take-away alcohol: systematic reviews and meta-analyses of the days and hours of sale and outlet density. *J Stud Alcohol Drugs*. 2018;79(1):58–67  
(<https://doi.org/10.15288/jsad.2018.79.58>).
144. Petticrew M, Douglas N, D'Souza P, Shi YM, Durand MA, Knai C et al. Community alcohol partnerships with the alcohol industry: what is their purpose and are they effective in reducing alcohol harms? *J Public Health (Oxf)*. 2018;40(1):16–31  
(<https://doi.org/10.1093/pubmed/fdw139>).
145. Dwyer R, Room R, O'Brien P, Cook M, Gleeson D. Alcohol industry submissions to the WHO 2020 consultation on the development of an alcohol action plan: a content and thematic analysis. Centre for Alcohol Policy Research. Melbourne: La Trobe University; 2022  
([https://opal.latrobe.edu.au/articles/report/Alcohol\\_Industry\\_Submissions\\_to\\_the\\_WHO\\_2020\\_Alcohol\\_Action\\_Plan\\_Consultation\\_A\\_Content\\_and\\_Thematic\\_Analysis\\_Report\\_for\\_Foundation\\_for\\_Alcohol\\_Research\\_and\\_Education\\_FARE\\_/19320284?file=34326092](https://opal.latrobe.edu.au/articles/report/Alcohol_Industry_Submissions_to_the_WHO_2020_Alcohol_Action_Plan_Consultation_A_Content_and_Thematic_Analysis_Report_for_Foundation_for_Alcohol_Research_and_Education_FARE_/19320284?file=34326092)).
146. British Retail Consortium (BRC) response to UK House of Lords inquiry into the Licensing Act for England and Wales 2003. House of Lords Select Committee on the Licensing Act 2003. London: United Kingdom Parliament; 2016  
(<https://www.parliament.uk/globalassets/documents/lords-committees/Licensing-Act-2003/Collated-written-evidence-volume.pdf>).
147. Fitterer JL, Nelson TA, Stockwell T. A review of existing studies reporting the negative effects of alcohol access and positive effects of alcohol control policies on interpersonal violence. *Front Public Health*. 2015;3:253  
(<https://doi.org/10.3389/fpubh.2015.00253>).
148. Pridemore WA, Grubestic TH. Community organization moderates the effect of alcohol outlet density on violence. *Br J Sociol*. 2012;63(4):680–703  
(<https://doi.org/10.1111/j.1468-4446.2012.01432.x>).
149. de Vocht F, Heron J, Angus C, Brennan A, Mooney J, Lock K et al. Measurable effects of local alcohol licensing policies on population health in England. *J Epidemiol Community Health*. 2016;70(3):231–7  
(<https://doi.org/10.1136/jech-2015-206040>).

150. O'Donnell R, Mohan A, Purves R, Maani N, Angus C, Egan M et al. Mechanisms of impact of alcohol availability interventions from the perspective of 63 diverse alcohol licensing stakeholders: a qualitative interview study. *Drugs Educ Prev Policy*. 2023;1–10  
(<https://doi.org/10.1080/09687637.2023.2205991>).
151. Martino FP, Miller PG, Coomber K, Hancock L, Kypri K. Analysis of alcohol industry submissions against marketing regulation. *PLoS One*. 2017;12(1):e0170366  
(<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0170366>).
152. Policy review in brief: marketing of alcohol beverages. Washington (DC): International Alliance for Responsible Drinking; 2018  
(<https://www.iard.org/getattachment/9e1ca412-da98-48a0-909b-7e25c-398ce1a/iard-policy-reviw-marketing-of-alcohol-beverages-2018.pdf>).
153. Hastings G. "They'll drink bucket loads of the stuff": an analysis of internal alcohol industry advertising documents. London: Alcohol and Education Research Council; 2009  
([http://oro.open.ac.uk/22913/1/AERC\\_FinalReport\\_0060.pdf](http://oro.open.ac.uk/22913/1/AERC_FinalReport_0060.pdf)).
154. Hastings G, Brooks O, Stead M, Angus K, Anker T, Farrell T. Failure of self regulation of UK alcohol advertising. *BMJ*. 2010;340:b5650  
(<https://doi.org/10.1136/bmj.b5650>).
155. Heineken NV annual report 2008. Amsterdam: Heineken NV; 2008  
([https://www.annualreports.com/HostedData/AnnualReportArchive/h/OTC\\_HEIN\\_2008.pdf](https://www.annualreports.com/HostedData/AnnualReportArchive/h/OTC_HEIN_2008.pdf)).
156. Reducing the harm from alcohol by regulating cross-border alcohol marketing, advertising and promotion: a technical report. Geneva: World Health Organization; 2022  
(<https://iris.who.int/handle/10665/354078>).
157. Digital marketing of alcohol: challenges and policy options for better health in the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2021  
(<https://iris.who.int/handle/10665/350186>).
158. Carah N. Algorithmic brands: a decade of brand experiments with mobile and social media. *New Media Soc*. 2017;19(3):384–400  
(<https://doi.org/10.1177/1461444815605463>).

159. Montonen M, Tuominen I. Restricting alcohol marketing on social media in Finland. In: Lyons A, McCreanor T, Goodwin I, Moewaka Barnes H, editors. Youth drinking cultures in a digital world: alcohol, social media and cultures of intoxication. Abingdon: Routledge; 2017:202–17.
160. Radoš Krnel S, Levičnik G, van Dalen W, Ferrarese G, Tricas-Sauras S. Effectiveness of regulatory policies on online/digital/internet-mediated alcohol marketing: a systematic review. *J Epidemiol Glob Health*. 2023;13(1):115–28 (<https://doi.org/10.1007/s44197-023-00088-2>).
161. Noel JK, Babor TF, Robaina K. Industry self-regulation of alcohol marketing: a systematic review of content and exposure research. *Addiction*. 2017;112:28–50 (<https://doi.org/10.1111/add.13410>).
162. Barry AE, Bates AM, Olusanya O, Vinal CE, Martin E, Peoples JE et al. Alcohol marketing on Twitter and Instagram: evidence of directly advertising to youth/adolescents. *Alcohol Alcohol*. 2016;51(4):487–92 (<https://doi.org/10.1093/alcalc/agv128>).
163. European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012–2020. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2012 (<https://iris.who.int/handle/10665/107307>).
164. Finan LJ, Lipperman-Kreda S, Grube JW, Balassone A, Kaner E. Alcohol marketing and adolescent and young adult alcohol use behaviors: a systematic review of cross-sectional studies. *J Stud Alcohol Drugs Suppl*. 2020;Suppl 19(Suppl 19):42–56 (<https://doi.org/10.15288/jsads.2020.s19.42>).
165. Gupta H, Pettigrew S, Lam T, Tait RJ. A systematic review of the impact of exposure to internet-based alcohol-related content on young people's alcohol use behaviours. *Alcohol Alcohol*. 2016;51(6):763–71 (<https://doi.org/10.1093/alcalc/agw050>).
166. Smith LA, Foxcroft DR. The effect of alcohol advertising, marketing and portrayal on drinking behaviour in young people: systematic review of prospective cohort studies. *BMC Public Health*. 2009;9:51 (<https://doi.org/10.1186/1471-2458-9-51>).
167. Jernigan DH, Noel JK, Landon J, Thornton N, Lobstein T. Alcohol marketing and youth alcohol consumption: a systematic review of longitudinal studies published since 2008. *Addiction*. 2017;112 Suppl 1:7–20 (<https://doi.org/10.1111/add.13591>).

168. Babor TF, Jernigan DH, Brookes C, Brown K. Toward a public health approach to the protection of vulnerable populations from the harmful effects of alcohol marketing. *Addiction*. 2017;112 Suppl 1:125–7  
(<https://doi.org/10.1111/add.13682>).
169. Lobstein T, Landon J, Thornton N, Jernigan DH. The commercial use of digital media to market alcohol products: a narrative review. *Addiction*. 2017;112 Suppl 1:21–7  
(<https://doi.org/10.1111/add.13493>).
170. Carah N, Brodmerkel S. Alcohol marketing in the era of digital media platforms. *J Stud Alcohol Drugs*. 2021;82(1):18-27  
(<https://doi.org/10.15288/jsad.2021.82.18>).
171. Sargent JD, Babor TF. The relationship between exposure to alcohol marketing and underage drinking is causal. *J Stud Alcohol Drugs Suppl*. 2020;Suppl 19(Suppl 19):113–24  
(<https://doi.org/10.15288/jsads.2020.s19.113>).
172. Snyder LB, Milici FF, Slater M, Sun H, Strizhakova Y. Effects of alcohol advertising exposure on drinking among youth. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2006;160(1):18–24 (<https://doi.org/10.1001/archpedi.160.1.18>).
173. Guiding principles: self-regulation of marketing communications for beverage alcohol. Washington (DC): International Alliance for Responsible Drinking; 2014; 2011 (<https://www.iard.org/getattachment/e63c4c38-f0ff-4921-9238-05836b2e228f/guiding-principles.pdf>).
174. Digital guiding principles: self-regulation of marketing communications for beverage alcohol: beer, wine and spirits producers' commitments to reduce harmful drinking. Washington (DC): International Alliance for Responsible Drinking; 2014  
(<https://iard.org/IARD/media/Documents/Digital-Guiding-Principles-FINAL-2014.pdf>).
175. Noel JK, Sammartino CJ, Rosenthal SR. Exposure to digital alcohol marketing and alcohol use: a systematic review. *J Stud Alcohol Drugs Suppl*. 2020; Suppl 19(Suppl 19):57–67  
(<https://doi.org/10.15288/jsads.2020.s19.57>).
176. Strengthening and expanding marketing codes of practice. Washington (DC): International Alliance for Responsible Drinking; 2024  
(<https://www.iard.org/getattachment/b1e7f40b-b529-46ec-958d-8bf-5fa9d5278/c2-marketing.pdf>).

177. Noel JK, Babor TF. Does industry self-regulation protect young people from exposure to alcohol marketing? A review of compliance and complaint studies. *Addiction*. 2017;112:51–6  
(<https://doi.org/10.1111/add.13432>).
178. Collins RL, Martino SC, Kovalchik SA, Becker KM, Shadel WG, D'Amico EJ. Alcohol advertising exposure among middle school-age youth: an assessment across all media and venues. *J Stud Alcohol Drugs*. 2016;77(3):384–92  
(<https://doi.org/10.15288/jsad.2016.77.384>).
179. Jernigan DH, Padon A, Ross C, Borzekowski D. Self-reported youth and adult exposure to alcohol marketing in traditional and digital media: results of a pilot survey. *Alcohol Clin Exp Res*. 2017;41(3):618–25  
(<https://doi.org/10.1111/acer.13331>).
180. Paradis C, Zhao J, Stockwell T, Joy-Goatley S. What popular bars post on social media platforms: a case for improved alcohol advertising regulation. *Health Promot Chronic Dis Prev Can*. 2020;40(5–6):160–70  
(<https://doi.org/10.24095/hpcdp.40.5/6.03>).
181. Pierce H, Stafford J, Pettigrew S, Kameron C, Keric D, Pratt IS. Regulation of alcohol marketing in Australia: a critical review of the alcohol beverages advertising code scheme's new placement rules. *Drug Alcohol Rev*. 2019;38(1):16–24  
(<https://doi.org/10.1111/dar.12872>).
182. European Cider and Fruit Wine Association. Voluntary ingredient listing and nutrition information: production process for cider and fruit wine. Brussels: European Commission; 2018  
([https://food.ec.europa.eu/document/download/7edf0a8b-0b0d-4a8e-ada0-b34b8a544c92\\_en?filename=fs\\_labelling-nutrition\\_legis\\_alcohol-self-regulatory-proposal\\_cider\\_en.pdf](https://food.ec.europa.eu/document/download/7edf0a8b-0b0d-4a8e-ada0-b34b8a544c92_en?filename=fs_labelling-nutrition_legis_alcohol-self-regulatory-proposal_cider_en.pdf)).
183. Brewers of Europe. What's in a beer? European brewers' commitment to listing ingredients and nutrition information. Brussels: European Commission; 2018  
([https://food.ec.europa.eu/document/download/4850fb28-6a75-4ab0-a6c6-9ef67e08419b\\_en?filename=fs\\_labelling-nutrition\\_legis\\_alcohol-self-regulatory-proposal\\_brewers\\_en.pdf](https://food.ec.europa.eu/document/download/4850fb28-6a75-4ab0-a6c6-9ef67e08419b_en?filename=fs_labelling-nutrition_legis_alcohol-self-regulatory-proposal_brewers_en.pdf)).
184. Comité Européen des Entreprises Vins, European Confederation of Independent Winegrowers, COPA-COGECA, European Federation of Origin Wines. Detailed wine and aromatised wine products annex to the self-regulatory proposal from the European alcoholic beverages sectors on the provision of nutrition information and ingredients. Brussels: European Commission; 2018  
([https://food.ec.europa.eu/document/download/ff877db0-752c-4970-9434-1e989f6a8136\\_en?filename=fs\\_labelling-nutrition\\_legis\\_alcohol-self-regulatory-proposal\\_annex-wine-en.pdf](https://food.ec.europa.eu/document/download/ff877db0-752c-4970-9434-1e989f6a8136_en?filename=fs_labelling-nutrition_legis_alcohol-self-regulatory-proposal_annex-wine-en.pdf)).

185. European Cider and Fruit Wine Association, Brewers of Europe, Comité Européen des Entreprises Vins, European Confederation of Independent Winegrowers, COPA-COGECA, European Federation of Origin Wines, spiritsEU-ROPE. Self-regulatory proposal from the European alcoholic beverages sectors on the provision of nutrition information and ingredients listing. Brussels: European Commission; 2018  
([https://food.ec.europa.eu/document/download/e900347f-bbc9-45df-83d-7-22736de901a4\\_en?filename=fs\\_labelling-nutrition\\_legis\\_alcohol-self-regulatory-proposal\\_en.pdf](https://food.ec.europa.eu/document/download/e900347f-bbc9-45df-83d-7-22736de901a4_en?filename=fs_labelling-nutrition_legis_alcohol-self-regulatory-proposal_en.pdf)).
186. spiritsEUROPE, COPA-COGECA. Spirits sector annex to the self-regulatory proposal from the European alcoholic beverages sectors on the provision of nutrition information and ingredients listing. Brussels: European Commission; 2018  
([https://food.ec.europa.eu/document/download/37c5bce4-b934-4cbe-b6ab-7d652815eac6\\_en?filename=fs\\_labelling-nutrition\\_legis\\_alcohol-self-regulatory-proposal\\_annex-spirits-en.pdf](https://food.ec.europa.eu/document/download/37c5bce4-b934-4cbe-b6ab-7d652815eac6_en?filename=fs_labelling-nutrition_legis_alcohol-self-regulatory-proposal_annex-spirits-en.pdf)).
187. Gornall J. Alcohol and public health: Europe under the influence. BMJ. 2014;348:g1166  
(<https://doi.org/10.1136/bmj.g1166>).
188. Strong international opposition to Ireland's alcohol labelling proposals [news release]. Drinks Ireland/Ibec; 16 May 2023  
(<https://www.ibec.ie/drinksireland/news-insights-and-events/news/2023/05/16/strong-international-opposition-to-irelands-alcohol-labelling-proposals>).
189. CEEV files formal complaint to the European Commission against Irish labelling rules on alcoholic beverages for being incompatible with EU law [news release]. Comité Européen des Entreprises Vins; 15 May 2023  
(<https://www.ceev.eu/newsletter/ceev-files-formal-complaint-to-the-european-commission-against-irish-labelling-rules-on-alcoholic-beverages-for-being-incompatible-with-eu-law>).
190. Combating harmful drinking: 2017 progress report and five-year summary of actions. Washington (DC): International Alliance for Responsible Drinking; 2018  
(<https://www.iard.org/getattachment/61806635-0fc1-4dbb-a816-92dd-167de8d1/2017-producers-commitments-full-report.pdf>).
191. Producer's commitments. Washington (DC): International Alliance for Responsible Drinking; 2018  
(<https://www.iard.org/actions/producers-commitments>).

192. Jané-Llopis E, Kokole D, Neufeld M, Hasan OSM, Rehm J. What is the current alcohol labelling practice in the WHO European Region and what are barriers and facilitators to development and implementation of alcohol labelling policy? Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2020 (<https://iris.who.int/handle/10665/332129>).
193. Summary of results for the consultation document on: "Labelling: competitiveness, consumer information and better regulation for the EU". Brussels: European Commission; 2006 ([https://food.ec.europa.eu/system/files/2016-10/labelling-nutrition\\_better-reg\\_cons-summary.pdf](https://food.ec.europa.eu/system/files/2016-10/labelling-nutrition_better-reg_cons-summary.pdf)).
194. Giesbrecht N, Wettlaufer A, Vallance K, Hobin E, Naimi T, Price T et al. Why Canadians deserve to have mandated health and standard drink information labels on alcohol containers. *Can J Public Health*. 2023;114(6):973–8 (<https://doi.org/10.17269/s41997-023-00786-1>).
195. Brewers' voluntary disclosure initiative. Washington (DC): Beer Institute; 2016 (<https://www.beerinstitute.org/policy-responsibility/policy/voluntary-disclosure/>).
196. New responsibility deal alcohol pledges published. London: Department of Health and Social Care; 2014 (<https://www.gov.uk/government/news/new-responsibility-deal-alcohol-pledges-published>).
197. Sarasa-Renedo A, Moz-Christofolletti MA, Grammatikaki E, Wollgast J. Provision of ingredient, energy and full nutrition information on alcoholic beverages. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2022 (<https://publications.jrc.ec.europa.eu/repository/handle/JRC129446>).
198. Self-regulation: a false promise for public health? Brussels: European Public Health Alliance; 2016 ([https://epha.org/wp-content/uploads/2016/12/Self-Regulation-a-False-Promise-for-Public-Health\\_EPHA\\_12.2016.pdf](https://epha.org/wp-content/uploads/2016/12/Self-Regulation-a-False-Promise-for-Public-Health_EPHA_12.2016.pdf)).
199. Petticrew M, Douglas N, Knai C, Durand MA, Eastmure E, Mays N. Health information on alcoholic beverage containers: has the alcohol industry's pledge in England to improve labelling been met? *Addiction*. 2016;111(1):51–5 (<https://doi.org/10.1111/add.13094>).
200. Drinking in the dark: how alcohol labelling fails consumers. London: Alcohol Health Alliance; 2020 (<https://ahauk.org/drinking-in-the-dark>).

201. Kersbergen I, Field M. Alcohol consumers' attention to warning labels and brand information on alcohol packaging: findings from cross-sectional and experimental studies. *BMC Public Health*. 2017;17(1):123  
(<https://doi.org/10.1186/s12889-017-4055-8>).
202. Critchlow N, Jones D, Moodie C, MacKintosh AM, Fitzgerald N, Hooper L et al. Awareness of product-related information, health messages and warnings on alcohol packaging among adolescents: a cross-sectional survey in the United Kingdom. *J Public Health (Oxf)*. 2020;42(3):e223–e230  
(<https://doi.org/10.1093/pubmed/fdz080>).
203. Evaluation of the voluntary pregnancy labelling on alcohol products in New Zealand. MPI Technical Paper 2017/51. Wellington: Ministry for Primary Industries; 2017  
(<https://www.mpi.govt.nz/dmsdocument/26434/direct>).
204. Coomber K, Martino F, Barbour IR, Mayshak R, Miller PG. Do consumers "Get the facts"? A survey of alcohol warning label recognition in Australia. *BMC Public Health*. 2015;15:816  
(<https://doi.org/10.1186/s12889-015-2160-0>).
205. Coomber K, Hayley A, Miller PG. Unconvincing and ineffective: young adult responses to current Australian alcohol product warnings. *Aust J Psychol*. 2018;70(2):131–8  
(<https://doi.org/10.1111/ajpy.12177>).
206. Australia and New Zealand ministerial forum on food regulation: final communiqué. 11 October 2018. Wellington: New Zealand Government; 2018  
(<https://www.beehive.govt.nz/sites/default/files/2018-10/Australia%20and%20New%20Zealand%20Ministerial%20Forum%20on%20Food%20Regulation%20Communique%2011%20October%202018.pdf>).
207. Lacoste-Badie S, Droulers O, Dossou G, Gallopel-Morvan K. Improving the effectiveness of pregnancy warning labels displayed on alcohol containers: a French eye-tracking study. *Public Health*. 2022;212:22–7  
(<https://doi.org/10.1016/j.puhe.2022.08.010>).
208. Socio-economic impacts of proposed regulations under the Public Health (Alcohol) Bill: final report to the Alcohol Beverage Federation of Ireland, 13 February 2017. Dublin: Alcohol Beverage Federation of Ireland; 2017  
([https://www.drugsandalcohol.ie/27197/1/DKM\\_report\\_on\\_impact\\_of\\_PHAB.pdf](https://www.drugsandalcohol.ie/27197/1/DKM_report_on_impact_of_PHAB.pdf)).
209. Heenan M, Shanthosh J, Cullerton K, Jan S (2022). Influencing and implementing mandatory alcohol pregnancy warning labels in Australia and New Zealand. *Health Promot Int*. 2023;38(3):daac022  
(<https://doi.org/10.1093/heapro/daac022>).

210. Millot A, Serra M, Gallopel-Morvan K. How the alcohol industry fought against pregnancy warning labels in France: a press coverage analysis spanning 20 years. *Front Public Health*. 2022;10:933164 (<https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.933164>).
211. Barlow P, Gleeson D, O'Brien P, Labonte R. Industry influence over global alcohol policies via the World Trade Organization: a qualitative analysis of discussions on alcohol health warning labelling, 2010–19. *Lancet Glob Health*. 2022;10(3):e429–e437 ([https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(21\)00570-2](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(21)00570-2)).
212. Health warning labels on alcoholic beverages in the WHO European Region in 2024. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (<https://www.who.int/europe/publications/m/item/health-warning-labels-on-alcoholic-beverages-2024>).
213. Morgenstern M, Dumbili EW, Hansen J, Hanewinkel R. Effects of alcohol warning labels on alcohol-related cognitions among German adolescents: a factorial experiment. *Addict Behav*. 2021;117:106868 (<https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2021.106868>).
214. Brennan E, Dunstone K, Vittiglia A, Mancuso S, Durkin S, Slater MD et al. Testing the effectiveness of alcohol health warning label formats: an online experimental study with Australian adult drinkers. *PLoS One*. 2022;17(12):e0276189 (<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0276189>).
215. Jongenelis MI, Pratt IS, Slevin T, Chikritzhs T, Liang W, Pettigrew S. The effect of chronic disease warning statements on alcohol-related health beliefs and consumption intentions among at-risk drinkers. *Health Educ Res*. 2018;33(5):351–60 (<https://doi.org/10.1093/her/cyy025>).
216. Hobin E, Weerasinghe A, Vallance K, Hammond D, McGavock J, Greenfield TK et al. Testing alcohol labels as a tool to communicate cancer risk to drinkers: a real-world quasi-experimental study. *J Stud Alcohol Drugs*. 2020;81(2):249–61 (<https://doi.org/10.15288/jsad.2020.81.249>).
217. Clarke N, Pechey E, Mantzari E, Blackwell AKM, De-Loyde K, Morris RW et al. Impact of health warning labels communicating the risk of cancer on alcohol selection: an online experimental study. *Addiction*. 2021;116(1):41–52 (<https://doi.org/10.1111/add.15072>).
218. Clarke N, Blackwell AKM, De-Loyde K, Pechey E, Hobson A, Pilling M et al. Health warning labels and alcohol selection: a randomised controlled experiment in a naturalistic shopping laboratory. *Addiction*. 2021;116(12):3333–45 (<https://doi.org/10.1111/add.15519>).

219. Weerasinghe A, Schoueri-Mychasiw N, Vallance K, Stockwell T, Hammond D, McGavock J et al. Improving knowledge that alcohol can cause cancer is associated with consumer support for alcohol policies: findings from a real-world alcohol labelling study. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(2):398 (<https://doi.org/10.3390/ijerph17020398>).
220. Zhao J, Stockwell T, Vallance K, Hobin E. The effects of alcohol warning labels on population alcohol consumption: an interrupted time series analysis of alcohol sales in Yukon, Canada. *J Stud Alcohol Drugs*. 2020;81(2):225-37 (<https://doi.org/10.15288/jsad.2020.81.225>).
221. Dimova ED, Mitchell D. Rapid literature review on the impact of health messaging and product information on packaging of alcohol and other unhealthy commodities. Glasgow: Alcohol Focus Scotland; 2020 (<https://www.alcohol-focus-scotland.org.uk/media/440032/rapid-literature-review-on-the-impact-of-health-messaging-and-product-information-on-packaging-of-alcohol-and-other-unhealthy-commodities.pdf>).
222. Pregnancy warning labels for alcoholic beverages. Canberra: Department of Health and Aged Care; 2020 (<https://www.health.gov.au/ministers/senator-the-hon-richard-colbeck/media/pregnancy-warning-labels-for-alcoholic-beverages>).
223. Pregnancy warning labels: design elements and downloadable labels. Majura, Wellington: Food Standards of Australia New Zealand; 2024 (<https://www.foodstandards.gov.au/business/labelling/pregnancy-warning-labels/pregnancy-warning-labels-downloadable-files#faqs>).
224. P1050: pregnancy warning labels on alcoholic beverages. Majura, Wellington: Food Standards of Australia New Zealand; 2020 (<https://www.foodstandards.gov.au/food-standards-code/proposals/P1050Pregnancywarninglabelsonalcoholicbeverages>).
225. Hoe C, Taber N, Champagne S, Bachani AM. Drink, but don't drive? The alcohol industry's involvement in global road safety. *Health Policy Plan*. 2021;35(10):1328–38 (<https://doi.org/10.1093/heapol/czaa097>).
226. Babor TF, Robaina K, Noel J. The role of the alcohol industry in policy interventions for alcohol-impaired driving. In: Teutsch SM, Geller A, Negussie Y, editors. Getting to zero alcohol-impaired driving fatalities: a comprehensive approach to a persistent problem. Washington (DC): National Academies Press; 2018 (<https://doi.org/10.17226/24951>).

227. Webster E, Mohan A, Fitzgerald N, Uny I, Begley A. Drink driving: taking stock, moving forward. London: Parliamentary Advisory Council for Transport Safety; 2020 (<https://www.pacts.org.uk/wp-content/uploads/PACTS-Drink-Driving-Taking-stock-moving-forward-Report-6.0.pdf>).
228. Marques P. The alcohol ignition interlock and other technologies for the prediction and control of impaired drivers. In: Verster J, Pandi-Perumal S, Ramaekers J, de Gier J, editors. Drugs, driving and traffic safety. Basel: Birkhäuser; 2009:457–76 ([https://doi.org/10.1007/978-3-7643-9923-8\\_28](https://doi.org/10.1007/978-3-7643-9923-8_28)).
229. McGinty EE, Tung G, Shulman-Laniel J, Hardy R, Rutkow L, Frattaroli S et al. Ignition interlock laws: effects on fatal motor vehicle crashes, 1982–2013. *Am J Prev Med.* 2017;52(4):417–23 (<https://doi.org/10.1016/j.amepre.2016.10.043>).
230. DeYoung DJ. An evaluation of the implementation of ignition interlock in California. *J Safety Res.* 2002;33(4):473–82 ([https://doi.org/10.1016/s0022-4375\(02\)00049-x](https://doi.org/10.1016/s0022-4375(02)00049-x)).
231. Marques PR, Voas RB, Roth R, Tippetts AS. Evaluation of the New Mexico ignition interlock program. Washington (DC): National Highway Traffic Safety Administration; 2010 (<https://www.nhtsa.gov/sites/nhtsa.gov/files/811410.pdf>).
232. Vanlaar W, Mainegra Hing M, Robertson R. Nova Scotia alcohol ignition interlock program: outcome evaluation. Ottawa: Traffic Injury Research Foundation; 2015 (<https://novascotia.ca/tran/hottopics/NovaScotiaInterlock-OutcomeEvaluationReport.pdf>).
233. Williams AF, McCartt AT, Ferguson SA. Hardcore drinking drivers and other contributors to the alcohol-impaired driving problem: need for a comprehensive approach. *Traffic Inj Prev.* 2007;8(1):1–10 (<https://doi.org/10.1080/15389580600992895>).
234. Chamberlain E, Solomon R. The tooth fairy, Santa Claus, and the hard core drinking driver. *Inj Prev.* 2001;7(4):272–5 (<https://doi.org/10.1136/ip.7.4.272>).
235. Killoran A, Canning U, Doyle N, Sheppard L. Review of effectiveness of laws limiting blood alcohol concentration levels to reduce alcohol-related road injuries and deaths. London: National Institute for Health and Clinical Excellence; 2010 (<https://www.ias.org.uk/uploads/pdf/BloodAlcoholContentEffectivenessReview.pdf>).

236. SAFER: a world free from alcohol related harms. Geneva: World Health Organization; 2018  
(<https://iris.who.int/handle/10665/329931>).
237. Bergen G, Pitan A, Qu S, Shults RA, Chattopadhyay SK, Elder RW et al. Publicized sobriety checkpoint programs: a community guide systematic review. *Am J Prev Med.* 2014;46(5):529–39  
(<https://doi.org/10.1016/j.amepre.2014.01.018>).
238. Alcañiz M, Guillén M, Santolino M, Sánchez-Moscona D, Llatje O, Ramon L. Prevalence of alcohol-impaired drivers based on random breath tests in a roadside survey in Catalonia (Spain). *Accid Anal Prev.* 2014;65:131–41  
(<https://doi.org/10.1016/j.aap.2013.12.021>).
239. Solomon R, Chamberlain E, Abdoullaeva M, Tinholt B. Random breath testing: a Canadian perspective. *Traffic Inj Prev.* 2011;12(2):111–19  
(<https://doi.org/10.1080/15389588.2010.533315>).
240. Lenk KM, Nelson TF, Toomey TL, Jones-Webb R, Erickson DJ. Sobriety checkpoint and open container laws in the United States: associations with reported drinking- driving. *Traffic Inj Prev.* 2016;17(8):782–7  
(<https://doi.org/10.1080/15389588.2016.1161759>).
241. Campbell CA, Hahn RA, Elder R, Brewer R, Chattopadhyay S, Fielding J et al. The effectiveness of limiting alcohol outlet density as a means of reducing excessive alcohol consumption and alcohol-related harms. *Am J Prev Med.* 2009;37(6):556–69  
(<https://doi.org/10.1016/j.amepre.2009.09.028>).
242. Rehm J, Manthey J, Lange S, Badaras R, Zurlyte I, Passmore J et al. Alcohol control policy and changes in alcohol-related traffic harm. *Addiction.* 2020;115(4):655–65  
(<https://doi.org/10.1111/add.14796>).
243. Development of an action plan (2022–2030) to effectively implement the WHO global strategy to reduce the harmful use of alcohol: received submissions from a web-based consultation on the working document. Vol. 1. Geneva: World Health Organization; 2020  
(<https://cdn.who.int/media/docs/default-source/alcohol/alcohol-action-plan/volume-i-received-submission-to-the-working-document.pdf>).
244. Esser MB, Bao J, Jernigan DH, Hyder AA. Evaluation of the evidence base for the alcohol industry’s actions to reduce drink driving globally. *Am J Public Health.* 2016;106(4):707–13  
(<https://doi.org/10.2105/AJPH.2015.303026>).

245. Ditter SM, Elder RW, Shults RA, Sleet DA, Compton R, Nichols JL et al. Effectiveness of designated driver programs for reducing alcohol-impaired driving: a systematic review. *Am J Prev Med.* 2005;28(5 Suppl):280–7 (<https://doi.org/10.1016/j.amepre.2005.02.013>).
246. Rivara FP, Relyea-Chew A, Wang J, Riley S, Boisvert D, Gomez T. Drinking behaviors in young adults: the potential role of designated driver and safe ride home programs. *Inj Prev.* 2007;13(3):168–72 (<https://doi.org/10.1136/ip.2006.015032>).
247. Rothe PJ, Carroll LJ. Hazards faced by young designated drivers: in-car risks of driving drunken passengers. *Int J Environ Res Public Health.* 2009;6(6):1760–77 (<https://doi.org/10.3390/ijerph6061760>).
248. Alcohol advertising and sponsorship in Formula One: a dangerous cocktail. Eurocare, Institute of Alcohol Studies, Monash University; 2015 ([http://www.ias.org.uk/uploads/pdf/IAS%20reports/ALCOHOL\\_ADVERTISING\\_AND\\_SPONSORSHIP\\_IN\\_FORMULA\\_ONE\\_A\\_DANGEROUS\\_COCKTAIL\\_MAY\\_2015.pdf](http://www.ias.org.uk/uploads/pdf/IAS%20reports/ALCOHOL_ADVERTISING_AND_SPONSORSHIP_IN_FORMULA_ONE_A_DANGEROUS_COCKTAIL_MAY_2015.pdf)).
249. Elder RW, Shults RA, Sleet DA, Nichols JL, Thompson RS, Rajab W et al. Effectiveness of mass media campaigns for reducing drinking and driving and alcohol-involved crashes: a systematic review. *Am J Prev Med.* 2004;27(1):57–65 (<https://doi.org/10.1016/j.amepre.2004.03.002>).
250. Anderson P, Rehm J. Evaluating alcohol industry action to reduce the harmful use of alcohol. *Alcohol Alcohol.* 2016;51(4):383–7 (<https://doi.org/10.1093/alcalc/agv139>).
251. Myles CC, Weil BV, Wiley D, Watson B. Representations of low(er) alcohol (craft) beer in the United States. *Nutrients.* 2022;14(23):4952 (<https://doi.org/10.3390/nu14234952>).
252. Waehning N, Wells VK. Product, individual and environmental factors impacting the consumption of no and low alcoholic drinks: a systematic review and future research agenda. *Food Qual Prefer.* 2024;117(19):105163 (<https://doi.org/10.1016/j.foodqual.2024.105163>).
253. Pettigrew S, Hafekost C, Jongenelis M, Pierce H, Chikritzhs T, Stafford J. Behind closed doors: the priorities of the alcohol industry as communicated in a trade magazine. *Front Public Health.* 2018;6:217 (<https://doi.org/10.3389/fpubh.2018.00217>).

254. Jané-Llopis E, O'Donnell A, Kaner E, Anderson P. Are lower-strength beers gateways to higher-strength beers? Time series analyses of household purchases from 64,280 British households, 2015–2018. *Alcohol Alcohol*. 2022;57(4):520–8  
(<https://doi.org/10.1093/alcalc/agac025>).
255. Anderson P, Kokole D, Jané-Llopis E, Burton R, Lachenmeier DW. Lower strength alcohol products: a realist review-based road map for European policy making. *Nutrients*. 2022;14(18):3779  
(<https://doi.org/10.3390/nu14183779>).
256. Anderson P, Kokole D, Jané-Llopis E. Production, consumption, and potential public health impact of low- and no-alcohol products: results of a scoping review. *Nutrients*. 2021;13(9):3153  
(<https://doi.org/10.3390/nu13093153>).
257. Rehm J, Rovira P, Manthey J, Anderson P. Reduction of alcoholic strength: does it matter for public health? *Nutrients*. 2023;15(4):910  
(<https://doi.org/10.3390/nu15040910>).
258. A public health perspective on zero- and low-alcohol beverages. Geneva: World Health Organization; 2023  
(<https://iris.who.int/handle/10665/366740>).
259. Katainen A, Uusitalo L, Saarijärvi H, Erkkola M, Rahkonen O, Lintonen T et al. Who buys non-alcoholic beer in Finland? Sociodemographic characteristics and associations with regular beer purchases. *Int J Drug Policy*. 2023;113:103962  
(<https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2023.103962>).
260. Anderson P, O'Donnell A, Kokole D, Jané-Llopis E, Kaner E. Is buying and drinking zero and low alcohol beer a higher socio-economic phenomenon? Analysis of British survey data, 2015–2018 and household purchase data 2015–2020. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(19):10347  
(<https://doi.org/10.3390/ijerph181910347>).
261. Miller M, Pettigrew S, Wright CJ. Zero-alcohol beverages: harm-minimisation tool or gateway drink? *Drug Alcohol Rev*. 2022;41(3):546–9  
(<https://doi.org/10.1111/dar.13359>).
262. Nicholls E. “You can be a hybrid when it comes to drinking”: the marketing and consumption of no and low alcohol drinks in the UK. London: Institute of Alcohol Studies; 2022  
(<https://www.ias.org.uk/wp-content/uploads/2022/03/The-Marketing-and-Consumption-of-No-and-Low-Alcohol-Drinks-in-the-UK-March-2022.pdf>).

263. Nicholls E. "I don't want to introduce it into new places in my life": the marketing and consumption of no and low alcohol drinks. *Int J Drug Policy*. 2023;119:104149  
(<https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2023>).
264. Critchlow N, Moodie C, Houghton F. Brand sharing between alcoholic drinks and non-alcoholic offerings: a challenge to Ireland's restrictions on alcohol advertising. *Ir J Med Sci*. 2023;192(4):1975–7  
(<https://doi.org/10.1007/s11845-022-03161-0>).
265. Corfe S, Hyde R, Shepherd J. Alcohol-free and low-strength drinks: understanding their role in reducing alcohol related harms. London: Social Market Foundation; 2020  
(<https://www.smf.co.uk/wp-content/uploads/2020/09/NoLo-drinks-and-alcohol-related-harms-Sept-2020.pdf>).
266. Kypri K, Harrison S, McCambridge J. Ethanol content in Australian and New Zealand beer markets: exploratory study examining public health implications of official data and market intelligence reports. *J Stud Alcohol Drugs*. 2020;81(3):320–30  
(<https://doi.org/10.15288/jsad.2020.81.320>).

## Biura Regionalne WHO dla Europy

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) jest wyspecjalizowaną agencją Organizacji Narodów Zjednoczonych, utworzoną w 1948 roku, której głównym zadaniem jest zajmowanie się sprawami zdrowia i zdrowiem publicznym na szczeblu międzynarodowym. Biuro Regionalne WHO dla Europy jest jednym z sześciu biur regionalnych na świecie, z których każde posiada własny program dostosowany do specyficznych warunków zdrowotnych krajów, którym służy.

### Member States

Albania	Germany	Polska
Andora	Greece	Portugalia
Armenia	Gruzja	Północna Macedonia
Austria	Hiszpania	Rumunia
Azerbejdżan	Holandia	San Marino
Białoruś	Islandia	Serbia
Belgia	Irlandia	Słowacja
Bośnia i Hercegowina	Izrael	Słowenia
Bułgaria	Włochy	Szwecja
Chorwacja	Kazachstan	Szwajcaria
Cypr	Kirgistan	Tadżykistan
Czarnogóra	Litwa	Turcja
Czechy	Luksemburg	Turkmenistan
Dania	Łotwa	Ukraina
Estonia	Malta	Uzbekistan
Federacja Rosyjska	Mołdawia	Węgry
Finlandia	Monako	Zjednoczone Królestwo
Francja	Norwegia	

Numer dokumentu: WHO/EURO:  
2024-5624-45389- 64949 (wersja PDF);

WHO/EURO:2024-5624-45389-76520  
(wersja drukowana)

### Światowa Organizacja Zdrowia Biuro Regionalne dla Europy

UN City, Marmorvej 51,  
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

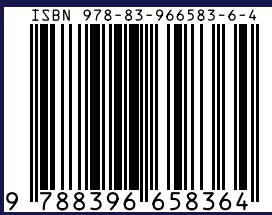
Tel.: +45 45 33 70 00

Fax: +45 45 33 70 01

Email: [eurocontact@who.int](mailto:eurocontact@who.int)

Website: [www.who.int/europe](http://www.who.int/europe)





**Egzemplarz bezpłatny**