

# Alcohol: No Ordinary Commodity – a summary of the third Edition

BABOR, T. F.<sup>1</sup>, CASSWELL, S.<sup>2</sup>, GRAHAM, K.<sup>3,4</sup>, HUCKLE, T.<sup>2</sup>, LIVINGSTON, M.<sup>5,6,7</sup>, REHM, J.<sup>8–12</sup>, ROOM, R.<sup>13,14</sup>, ROSSOW, I.<sup>15</sup>, SORNPAISARN, B.<sup>4,16,17</sup>

**1** | Department of Public Health Sciences, University of Connecticut School of Medicine, CT, USA

For affiliations 2 to 17 see p. 100.

**Citation** | BABOR, T. F., CASSWELL, S., GRAHAM, K., HUCKLE, T., LIVINGSTON, M., REHM, J., ROOM, R., ROSSOW, I., SORNPAISARN, B. Alkohol není běžná komodita – souhrn třetího vydání. *Adiktol. prevent. léčeb. praxi*. 2023. **6**(2); 90–103; <https://doi.org/10.35198/APLP/2023-002-0003>. [BABOR, T. F., CASSWELL, S., GRAHAM, K., HUCKLE, T., LIVINGSTON, M., REHM, J., ROOM, R., ROSSOW, I., SORNPAISARN, B. Alcohol: No Ordinary Commodity – a summary of the third edition. *Addiction*. 2022; **117**(12):3024–36. DOI: 10.1111/add.16003.

**Background and Aims** | This article summarizes the findings and conclusions of the third edition of Alcohol: No Ordinary Commodity. The latest revision of this book is part of a series of monographs designed to provide a critical review of the scientific evidence related to alcohol control policy from a public health perspective.

**Design** | A narrative summary of the contents of the book according to five major issues. **Findings** | An extensive amount of epidemiological evidence shows that alcohol is a major contributor to the global burden of disease, disability and death in high-, middle- and low-income countries. Trends in alcohol products and marketing are described, indicating that a large part of the global industry has been consolidated into a small number of transnational corporations that are expanding their operations in Asia, Africa and Latin America. The main part of the book is devoted to a review of strategies and interventions designed to prevent or minimize alcohol-related harm. Overall, the most effective strategies

to protect public health are taxation that decreases affordability and restrictions on the physical availability of alcohol. A total ban on alcohol marketing is also an effective strategy to reduce consumption. In addition, drink-driving counter-measures, brief interventions with at-risk drinkers and treatment of drinkers with alcohol dependence are effective in preventing harm in high-risk contexts and groups of hazardous drinkers. **Conclusion** | Alcohol policy is often the product of competing interests, values and ideologies, with the evidence suggesting that the conflicting interests between profit and health mean that working in partnership with the alcohol industry is likely to lead to ineffective policy. Opportunities for implementation of evidence-based alcohol policies that better serve the public good are clearer than ever before as a result of accumulating knowledge on which strategies work best.

**Keywords** | Alcohol – Epidemiology – Industry – Interventions – Policy – Public health – Research

**Submitted** | 29 March 2023

**Accepted** | 7 June 2023

**Grant affiliation** | The Society for the Study of Addiction; World Health Organization

**Translation** | Translated by Jiří Bareš. Translated and published with kind permission of the author and of Wiley, the Publisher of *Addiction*, of May 2, 2023.

**Corresponding author** | Thomas Babor, Department of Public Health Sciences, University of Connecticut School of Medicine, 263 Farmington Avenue, MC 6325, Farmington, CT 06030-6325, USA

[babor@uchc.edu](mailto:babor@uchc.edu)

# Alkohol není běžná komodita – souhrn třetího vydání

BABOR, T. F.<sup>1</sup>, CASSWELL, S.<sup>2</sup>, GRAHAM, K.<sup>3,4</sup>, HUCKLE, T.<sup>2</sup>, LIVINGSTON, M.<sup>5,6,7</sup>, REHM, J.<sup>8-12</sup>, ROOM, R.<sup>13,14</sup>, ROSSOW, I.<sup>15</sup>, SORNPAISARN, B.<sup>4,16,17</sup>

1 | Department of Public Health Sciences, University of Connecticut School of Medicine, CT, USA

Afilie 2 až 17 viz str. 100.

**Citace** | BABOR, T. F., CASSWELL, S., GRAHAM, K., HUCKLE, T., LIVINGSTON, M., REHM, J., ROOM, R., ROSSOW, I., SORNPAISARN, B. Alkohol není běžná komodita – souhrn třetího vydání. *Adiktol. prevent. léčeb. praxi*. 2023. **6**(2); 90–103; <https://doi.org/10.35198/APLP/2023-002-0003>. [BABOR, T. F., CASSWELL, S., GRAHAM, K., HUCKLE, T., LIVINGSTON, M., REHM, J., ROOM, R., ROSSOW, I., SORNPAISARN, B. Alcohol: No Ordinary Commodity – a summary of the third edition. *Addiction*. 2022; **117**(12):3024–36. DOI: 10.1111/add.16003.

**Východiska a cíle** | Tento článek obsahuje souhrn zjištění a závěrů třetího vydání knihy Alkohol není běžná komodita. Poslední upravené vydání této publikace je součástí souboru monografií, jejichž záměrem je poskytnout kritické zhodnocení vědeckých důkazů vztahujících se k politice v oblasti kontroly alkoholu z veřejnozdravotního hlediska. **Design** | Narativní shrnutí obsahu knihy z hlediska pěti hlavních témat. **Zjištění** | Z rozsáhlého souboru výstupů epidemiologického výzkumu vyplývá, že alkohol se významnou měrou podílí na celosvětové zdravotní zátěži, zdravotních postiženích a úmrtích ve vysoko-, středně- i nízkopříjmových zemích. Popsány jsou trendy v oblasti alkoholických výrobků a způsobu jejich nabídky a prodeje, jež ukazují, že velká část globálního průmyslu se konsolidovala do malého počtu nadnárodních korporací, jež své obchodní aktivity rozšiřují v Asii, Africe a Latinské Americe. Hlavní část knihy se věnuje mapování strategií a intervencí zaměřených na prevenci a minimalizaci negativních dopadů alkoholu. Celkově

nejefektivnějšími strategiemi k ochraně veřejného zdraví jsou zdanění, které snižuje finanční dostupnost alkoholu, a omezování jeho fyzické dostupnosti. Efektivní strategií ke snižování konzumace alkoholu představuje také kompletní zákaz reklamy. V rámci prevence negativních dopadů v rizikových kontextech a populacích rizikových konzumentů alkoholu se dále osvědčují opatření, která jsou namířená proti řízení pod vlivem alkoholu, krátké intervence u rizikových uživatelů alkoholu a léčba osob se závislostí na alkoholu. **Závěr** | Politika v oblasti alkoholu je často produktem konkurenčních zájmů, hodnot a ideologií. Z dostupných, výzkumem podložených poznatků přitom vyplývá, že konflikt zájmů mezi ziskem a zdravím znamená, že spolupráce s alkoholovým průmyslem není pravděpodobná cesta k efektivní politice. Na základě stále většího množství poznatků o neúčinnějších strategiích je dnes více než kdy jindy zřejmé, které možnosti implementace na poznacích vědy založených politik v oblasti alkoholu mohou lépe sloužit veřejnému blahu.

**Klíčová slova** | Alkohol – Epidemiologie – Průmysl – Intervence – Politika – Veřejné zdraví – Výzkum

Došlo do redakce | 29. března 2023

Přijato k tisku | 7. června 2023

**Grantová podpora** | Společnost pro výzkum závislostí (SSA), Světová zdravotnická organizace.

**Překlad** | Přeložil Jiří Bareš. Překlad otištěn s laskavým souhlasem autora a nakladatelství Wiley, vydavatele časopisu *Addiction*, z 2. 5. 2023.

**Korespondující autor** | Thomas Babor, Department of Public Health Sciences, University of Connecticut School of Medicine, 263 Farmington Avenue, MC 6325, Farmington, CT 06030-6325, USA.

[babor@uchc.edu](mailto:babor@uchc.edu)

## 1 ÚVOD

Třetí vydání knižní publikace *Alkohol není běžná komodita* komplexním způsobem mapuje celosvětovou zátěž představanou škodlivými dopady alkoholu a výzkumem podložené poznatky, které by měly určovat směřování efektivních politik v oblasti alkoholu z veřejnozdravotního hlediska, čímž navazuje na tradici integrativních přehledů literatury zabývajících se problematikou alkoholové politiky zpracovávaných vícečlennými autorskými týmy [1–3]. Předkládaný článek je shrnutím zjištění a závěrů tohoto třetího vydání knihy *Alkohol není běžná komodita*, přičemž zvláštní pozornost je věnována třem aspektům dosavadního vývoje, jež se staly podnětem pro vznik tohoto dalšího vydání: (1) epidemiologickým trendům ukazujícím nárůst konzumace a problémů souvisejících s alkoholem v mnoha rozvíjejících se ekonomikách v různých částech světa, (2) rostoucí ekonomické a politické moci alkoholového průmyslu a (3) novým vědeckým poznatkům o efektivitě politik v oblasti alkoholu a možností jejich účinného šíření mezi aktéry odpovědné za tvorbu takových politik.

V posledních třech desetiletích 20. století se začíná prosazovat tendence, která se v odborné literatuře věnované alkoholu označuje jako „nový veřejnozdravotní“ přístup k problematice alkoholu [4]. Na rozdíl od předchozího důrazu na léčbu a prevenci jednoho konkrétního onemocnění, „alkoholismu“, pokrývá veřejnozdravotní přístup širší spektrum problémů spojených s alkoholem a nesoustředí se zdaleka jen na nejtěžší pijáky, ale zahrnuje každého, kdo pije alkohol rizikovým způsobem, zažívá negativní dopady konzumace alkoholu nebo by mohl způsobovat újmu druhým. Většina konzumentů alkoholu ve společnosti jsou součástí tohoto přístupu: nejen proto, že příležitostně pocíťují přímé negativní dopady spojené s akutní intoxikací nebo pravidelnou konzumací, byť třeba jen jednoho alkoholického nápoje denně, ale také proto, že nepřímo přispívají ke společenskému klimatu, které vytváří podmínky pro intenzivní konzumaci alkoholu [5]. Klíčovým prvkem veřejnozdravotního přístupu k alkoholu je důraz na formování prostředí minimalizující rizika. Souvisejícím pojmem, který rozšiřuje uplatnitelnost veřejnozdravotního přístupu k problémům spojeným s alkoholem, je sociální pohoda (social well-being). Tento koncept doplňuje medicínské a zdravotní aspekty o dimenze kvality života, mezi něž patří osobní bezpečnost, obohacující volnočasové aktivity, ekonomické zajištění a životní spokojenost [6], což jsou hodnoty, jež bývají intenzivní konzumací alkoholu ohroženy.

Z hlediska veřejného zdraví a sociální pohody je obecným zájmem prevence a řešení nemocí, úrazů a sociálních problémů v populaci. Uplatňování populačních přístupů namísto individuálně pojímaných řešení nebo ve spojení s nimi může mít mimořádný zdravotní efekt, jak lze vidět na příkladu Ruské federace, kde se změny v alkoholové politice v posledních letech promítly do výrazného zvýšení střední délky života [7]. Obsahová náplň knihy, jež staví na konceptech veřejného zdraví a sociální pohody, je v následujících částech popsána z hlediska pěti tematických oblastí: (1) povaha užívání alkoholu a souvisejících

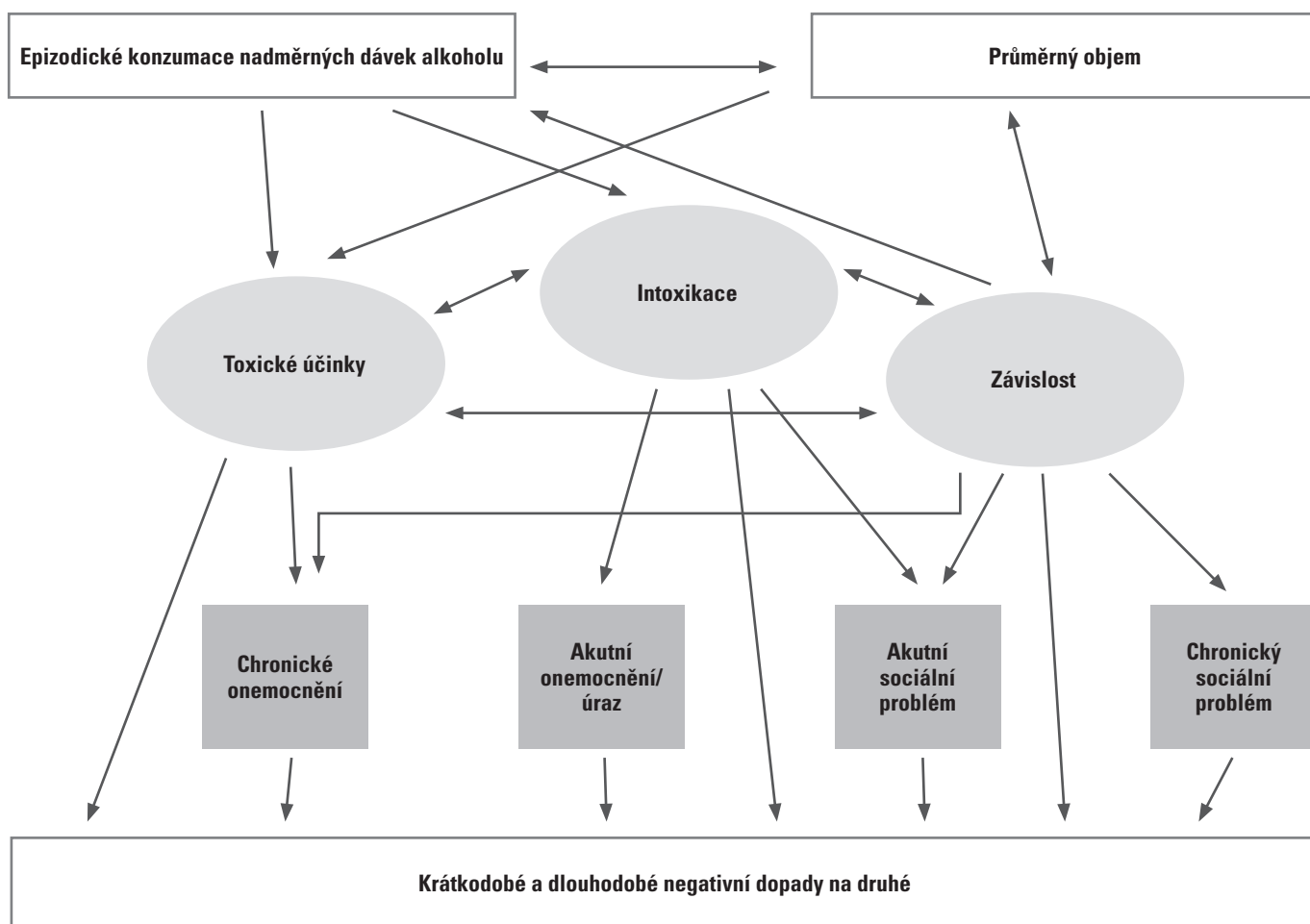
negativních dopadů, (2) role alkoholového průmyslu, (3) strategie a intervence zaměřené na minimalizaci škod, (4) proces tvorby a uplatňování příslušných politik a (5) uživatelský návod k těmto politikám.

## 2 ALKOHOL NENÍ BĚŽNÁ KOMODITA

Nápoje s obsahem alkoholu se nakupují a prodávají na spotřebitelském trhu; zčásti proto, že navozují příjemné stavy, zčásti pro jejich tradiční roli doplňku stravy a jejich využití jako „sociálního lubrikantu“ a statusového symbolu. Alkohol je však také návyková látka s toxickými účinky a dalšími riziky, které se s tím pojí.

V *grafu 1* je znázorněn vztah mezi třemi mechanismy působení alkoholu (toxické účinky, intoxikace, závislost) a různými typy negativních dopadů, které zažívají samotní uživatelé alkoholu (čtyři šedě vybarvené čtverce) i další lidé v jejich okolí (obdélník ve spodní části). Vzorce pití alkoholu se u jednotlivců i společností liší jak z hlediska četnosti konzumace, tak množství vypitého alkoholu při jedné příležitosti. Dvěma aspekty vzorce konzumace alkoholu, které jsou nejvíce spojovány s negativními následky, jsou příležitosti, při nichž dochází k intenzivní konzumaci alkoholu, a průměrný objem vypitého alkoholu. Trvalé intenzivní užívání alkoholu může způsobovat poškození tkání. Konzumace i jen malého množství alkoholu může vést k rozvoji nádorových onemocnění [8], a pokud k takovému užívání dochází dlouhodobě, v důsledku kumulativních účinků alkoholu hrozí vznik dalších chronických onemocnění. Oproti tomu konzumace vysokého počtu alkoholických nápojů při jedné příležitosti, i pokud je frekvence takových epizod užívání alkoholu relativně nízká, může vést na základě mechanismu akutní intoxikace k celé řadě zdravotních a sociálních problémů, včetně újmy způsobené druhým lidem, například v podobě nehod, úrazů nebo interpersonálního násilí, a dlouhodobé užívání alkoholu může způsobit rozvoj alkoholové závislosti, v jejímž důsledku může docházet k dalšímu navyšování celkového objemu konzumovaného alkoholu a následnému vzniku akutních i chronických zdravotních a sociálních problémů.

Nejnovější vědecké poznatky o zdravotní zátěži přičítané alkoholu ukazují, že alkohol má kauzální roli ve vztahu k široké škále zdravotních a sociálních problémů [9], včetně ischemické choroby srdeční, rakoviny prsu a dalších onkologických onemocnění, jaterních chorob, HIV/AIDS, sebevražd a interpersonálního násilí. Ve stavech intoxikace či závislosti se snižuje schopnost lidí jednat racionálně a v jejich vlastním zájmu a podstatně narůstá pravděpodobnost, že způsobí nějakou újmu druhým. Škody působené alkoholem dalece přesahují negativní dopady, které na individuální rovině pocíťují samotní uživatelé alkoholu [9, 10]: újma působená ostatním lidem se projevuje ve formě úmrtí [11], zranění a násilí [12], dopravních nehod [12], poruch fetálního alkoholového spektra [13], prenatalní expozice [14] a dětské podvýživy [15]. Z těchto důvodů alkohol nelze považovat za běžnou komoditu.



**Graf 1** | Schéma vztahů mezi konzumací alkoholu (obdélníky v horní části), mechanismy působení (ovály ve střední části) a krátkodobými i dlouhodobými dopady na uživatele alkoholu a další osoby (čtverce ve spodní části). Šipky znázorňují přímé a reciproční vlivy. Se svolením převzato z publikace Babor et al., Alcohol: No Ordinary Commodity. Oxford, UK: Oxford University Press; 2022 [Barevná verze grafu je k dispozici na wileyonlinelibrary.com].

Z nezávislých odhadů vyplývá, že bez konzumace alkoholu by se dalo ročně předejít až třem milionům úmrtí (například [12]). Újma v přepočtu na jeden litr alkoholu vyjádřená roky života váženými disabilitou (DALY) je vyšší v nízko- a středněpříjmových zemích (vzájemný poměr vysokopříjmových vůči nízkopříjmovým zemím je 3,62 [12]) v důsledku vyšší celkové úmrtnosti a interakcí s chudobou a dalšími rizikovými faktory (graf 2).

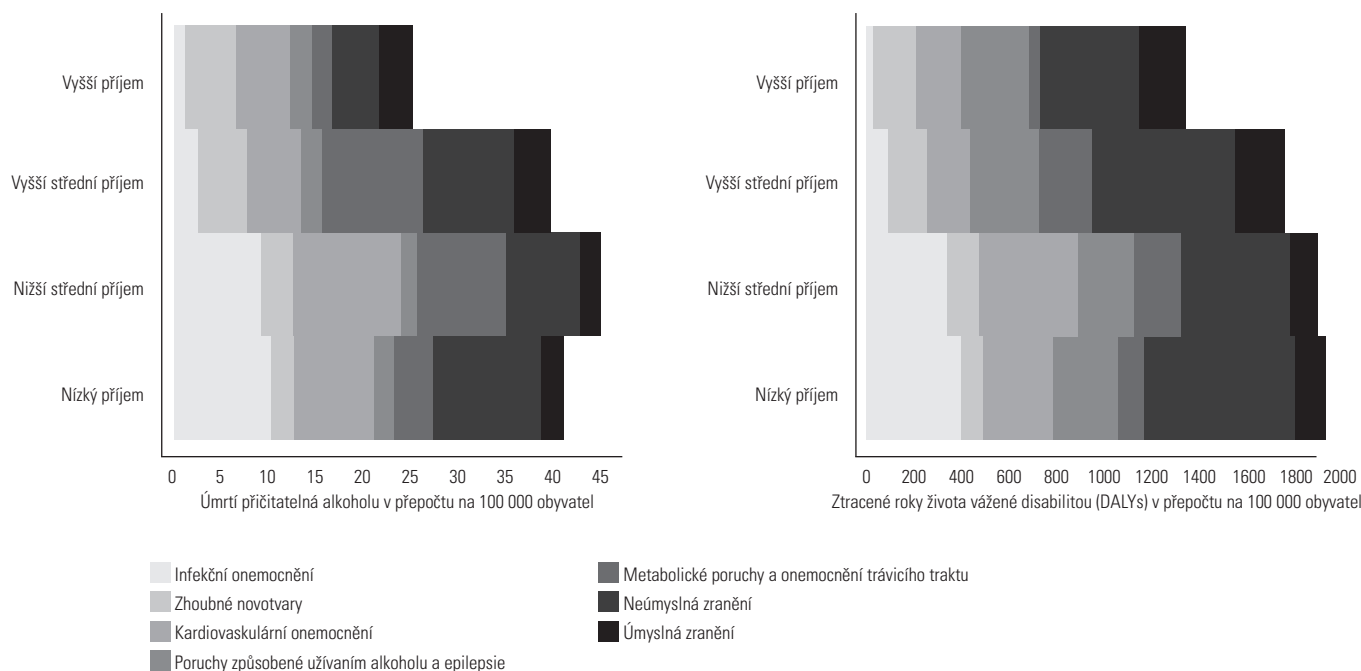
Podíl konzumentů alkoholu a množství vypitého alkoholu ve společnosti se významně liší nejen napříč jednotlivými zeměmi, ale také v průběhu času a v rámci různých dílčích segmentů populace. Zvláštní pozornost si zasluhuje nárůst konzumace v mnohých nízko- a středněpříjmových zemích, u něhož se očekává, že bude pokračovat i v příštích letech. Spotřeba alkoholu v populaci v přepočtu na jednu dospělou osobu úzce souvisí s prevalencí intenzivních uživatelů alkoholu. Zdravotní zátěž, kterou lze přisoudit míře konzumace v přepočtu na dospělou osobu, je nepřímo úměrná příjmové hladině jednotlivých národních států [5]. Spotřeba na jednoho obyvatele je na vzestupu v rozvíjejících se ekonomikách Asie a Afriky [16]. Relativně nízké aktuální úrovně úhrnné spotřeby v těchto oblastech odrážejí vysokou míru abstinence, avšak u osob

v nízko- a středněpříjmových zemích, které alkohol pijí, se vzorec intenzivní epizodické konzumace pojí s úrazy a dalšími akutními problémy, jejichž příčinou je alkohol [5]. Tato situace je velkou zátěží pro již tak omezené zdroje, jež jsou k dispozici na ochranu zdraví, sociální péče a bezpečí veřejnosti.

S ekonomickým rozvojem přicházejí vyšší příjmy, agresivnější a přesvědčivější reklama na alkohol a jeho větší dostupnost, což často vede k rostoucí spotřebě alkoholu. Tato situace představuje nové výzvy z hlediska vytváření efektivních alkoholových politik, které by se vymezovaly vůči vyzdvihování role alkoholu v rámci volného trhu a přístupu na trh, k němuž v posledních desetiletích dochází.

### 3 ALKOHOLOVÝ PRŮMYSL JAKO VLIVNÝ HRÁČ

Z jakého důvodu jednoznačný závěr, že alkohol není běžná komodita, nepřesvědčil činitele odpovědné za příslušnou politiku, aby společně podnikli kroky k omezení jeho škodlivých dopadů? Druhým tématem, jež je rozebíráno



**Graf 1** | Počty úmrtí přičitatelných alkoholu (horní panel) a ztracených roků života vážených disabilitou (DALYs) v přepočtu na 100 000 obyvatel na základě příjmových kategorií Světové banky v roce 2016. Se svolením převzato z publikace Babor et al., *Alcohol: No Ordinary Commodity*. Oxford, UK: Oxford University Press; 2022 [Barevná verze grafu je k dispozici na [wileyonlinelibrary.com](http://wileyonlinelibrary.com)]

v rámci třetího vydání knihy *Alkohol není běžná komodita*, je rostoucí korporátní moc významných producentů alkoholu a odvětvových sdružení, která omezuje ochotu a schopnost autorit v oblasti veřejného zdraví a aktérů odpovědných za tvorbu příslušných politik minimalizovat působené škody. Alkoholový průmysl tvoří svazek aktérů, kteří nejen ovlivňují komerční procesy výroby, marketingu a distribuce, ale mají také silný vliv na politická rozhodnutí, jež se promítají do spotřeby a působených škod.

Živnou půdou pro tento vývoj je stále častější kumulování producentů alkoholu do malého počtu nadnárodních korporací [17], čímž dochází k transformaci daného průmyslu, původně představovaného různými regionálními producenty místních a tradičních alkoholických nápojů.

Uskupení představované alkoholovým průmyslem zahrnuje rovněž digitální platformy [18] a další marketingové aktéry, jakými jsou například majitelé sportovních akcí globálního významu a PR agentury ve službách daného odvětví. Marketing cílený na spotřebitele a společnost jako celek je nezbytnou součástí aktivit průmyslu, jejichž cílem je získat nové konzumenty alkoholu, budovat věrnost značce, normalizovat alkoholické produkty a legitimizovat roli průmyslu v rámci dané politiky.

Zisky alkoholového průmyslu jsou do značné míry generovány příležitostmi spojenými s intenzivní konzumací alkoholu [19–22]. Potřeba nadnárodních korporací maximalizovat zisk podporováním příležitostí spojených s intenzivní konzumací alkoholu a rozšiřováním počtu konzumentů na rozvíjejících se alkoholových trzích vede k jejich opozici vůči efektivní alkoholové politice.

Ke globalizaci alkoholového průmyslu v průběhu posledních více než 40 let přispělo také uzavření obchodních a investičních dohod, jakou je například Komplexní a progresivní dohoda o transpacifickém partnerství (*Comprehensive and Progressive Agreement for Trans-Pacific Partnership*), která omezuje regulační pravomoci národních vlád vůči nadnárodním subjektům [23], jakož i vysoce zisková povaha alkoholických produktů. Nadnárodním korporacím, zejména největším producentům piva a lihovin, se prostřednictvím investic, fúzí a akvizic podařilo expandovat do nízko- a středněpříjmových zemí v Latinské Americe [24], asijsko-pacifickém regionu [25, 26] a Africe [17], které pro ně v rámci celosvětových trhů hrají stále důležitější roli.

## 4 STRATEGIE A INTERVENCE KE SNIŽOVÁNÍ NEGATIVNÍCH DOPADŮ ALKOHOLU

Třetí část třetího vydání knihy *Alkohol není běžná komodita* pojednávající o strategiích a intervencích zaměřených na snižování negativních dopadů alkoholu tvoří jádro celé publikace. Některé z těchto politik působí na celospolečenské úrovni jako univerzální opatření omezující fyzickou, finanční, sociální a psychologickou dostupnost alkoholu. Jiné se více zaměřují na dílčí segmenty populace, jež jsou zranitelné, rizikové nebo alkoholem negativně ovlivňované, například mládež, lidé na alkoholu závislí nebo řidiči pod vlivem alkoholu. Přes existenci mnoha různých přístupů k vyhodnocování dopadu strategií zaměřených na regulaci alkoholu, jakož i preventivních

a léčebných intervencí vycházejících z příslušných politik, autoři třetího vydání knihy *Alkohol není běžná komodita* upřednostňovali všude tam, kde to bylo možné, zjištění publikovaná v odborných recenzovaných periodících, jež byla výstupem kontrolovaných a přirozených experimentů, populačních šetření a analýz časových řad. Podle možností byla zvláštní pozornost věnována poznatkům zahrnutým do systematických přehledů a metaanalýz. Kvalita, šíře i sofistikovanost evaluačního výzkumu v posledních letech stoupá a umožňuje tak se stále větší spolehlivostí měřit, zda má konkrétní politika nějaký dopad, byť třeba jen v krátkodobém horizontu. Souhrn výzkumem podložených poznatků týkajících se sedmi hlavních pojetí alkoholové politiky obsahují následující části.

#### 4.1 Regulace finanční dostupnosti: cenové a daňové strategie

Politiky v oblasti zdanění a stanovování cen alkoholu jsou ekonomické strategie, jež mohou mít podstatný dopad na spotřebu alkoholu a problémy s alkoholem spojené, včetně míry úmrtnosti, kriminality a dopravních nehod [27–29]. Daně z alkoholu jsou atraktivním nástrojem alkoholové politiky, neboť je lze využít jak ke generování přímých příjmů státu, tak k redukci škod působených alkoholem.

Vedle svého příjmového potenciálu patří spotřební zdanění mezi nejefektivnější způsoby, kterými může stát minimalizovat negativní dopady alkoholu ve vysokopříjmových i nízko- a středněpříjmových zemích [30]. Ačkoli restriktivní daňové a cenové politiky nejsou většinou překážkou hospodářského rozvoje, nejvýraznějším úskalím zvyšování daní z alkoholu je možnost, že si budou konzumenti obstarávat nezdaněné alkoholické nápoje pocházející z nelegálního dovozu nebo nedovolené tuzemské výroby. Tento efekt však bývá často přeceňován. Ze studií zaměřených na zvyšování daní, jež byly realizovány v severovýchodní Evropě, vyplývá, že spotřeba nelegálního a nevidovaného alkoholu není nutně výsledkem zvýšení daňové zátěže, zejména pokud je možnost nepodchycené spotřeby adekvátně zohledněna při implementaci takového navýšení [31, 32]. Čistým účinkem zvýšení daní a cen je tak většinou redukce spotřeby alkoholu a souvisejících problémů bez výraznějšího rozšíření nelegálního trhu [33].

Dalším diskutovaným tématem je zátěž, kterou zvýšení daní může působit chudým. Výsledky studií z mnoha vysokopříjmových [34, 35] a nízko- a středněpříjmových zemí [36–38] přinášejí minimum důkazů o regresivních účincích daní z alkoholu. Ukazuje se spíše, že navýšení daní z alkoholu snižuje nerovnosti ve zdraví; v rámci probíhající debaty jsou daně z alkoholu považovány za jednu ze „zdravotních daní“ a vyšší příjmy by tak bylo možné využít k minimalizaci případných negativních dopadů na osoby s nižším socioekonomickým statusem [39, 40].

Vedle zdanění představuje další opatření s potenciálem regulovat cenovou dostupnost alkoholu zavádění minimálních cen za jednotku alkoholu [41]. Na základě této

strategie je zakázáno prodávat spotřebitelům alkoholické nápoje pod stanovenou cenu za jednotku etanolu [32]. Důkazy o efektivitě ze zemí uplatňujících politiku minimálních cen jsou k dispozici teprve krátce. Nově zaváděné minimální jednotkové ceny mohou vést k redukci spotřeby a působených škod [42–48]. Stanovování minimálních cen má největší dopad na levný alkohol prodáváný ke konzumaci mimo pohostinství, což je varianta preferovaná intenzivními uživateli a chudými [43]. Ve srovnání se zdaněním je však nevýhodou, že příjmy ze zvýšené ceny za levný alkohol neinkasuje stát, pakliže se prodej neuskutečňuje prostřednictvím státního monopolu [32].

#### 4.2 Omezování fyzické dostupnosti

Omezování fyzické dostupnosti alkoholu je přístup, který se v zájmu snižování problémů spojených s alkoholem uplatňuje ve většině zemí světa. Zpravidla je realizován prostřednictvím regulačního rámce aplikovaného na prodej alkoholu, jaký představují různé licenční systémy nebo státní monopoly. Výsledky studií maloobchodní dostupnosti, zejména omezení prodejní doby a počtů provozoven, shodně ukazují, že restriktce v oblasti dostupnosti se pojí se snížením míry užívání alkoholu i problémů s tím souvisejících. Efektivita těchto opatření se může lišit v závislosti na kontextu, kultuře pití alkoholu a intenzitě jejich vymáhání [49–51]. Silnou empirickou podporu má rovněž omezování přístupu k alkoholu pro mládež prostřednictvím legislativy, jež navyšuje minimální zákonný věk pro nákup alkoholických nápojů. Výsledky systematických přehledů [52, 53] pak vypovídají o podstatných dopadech na oběti dopravních či jiných nehod. Efektivitu vykazují rovněž intervence zaměřené na lepší vymahatelnost stávajících věkových omezení na nákup alkoholu [54], ale pokrok u tohoto typu omezování dostupnosti je stále častěji podkopáván inovacemi v oblasti online prodeje a distribuce, jež zaznamenaly rozmach během pandemie onemocnění COVID-19.

#### 4.3 Omezení marketingu

Z velkého množství provedených výzkumů vyplývá, že působení a vnímání komerční propagace alkoholu má vliv na přesvědčení, normy, spotřebu a rizikové užívání alkoholu [55]. Ačkoli mnohé z těchto výzkumů se zaměřují na mládež, stále větší pozornost je věnována také dalším zranitelným skupinám, např. intenzivním uživatelům alkoholu, vzhledem k bezprecedentnímu cílení na jedince a cílové skupiny s podobnými preferencemi („look-alike audiences“), jež umožňuje algoritmická analýza digitálních dat [18, 56]. Většina evaluačních studií se doposud zaměřovala na dílčí marketingové restriktce; například zákaz reklamy v televizi nebo prostřednictvím jiného konkrétního sdělovacího prostředku, který však vedl pouze k přesměrování marketingových rozpočtů do jiných médií. Za daných okolností jsou účinky takových opatření omezené. Různé zainteresované subjekty vytvářejí dobrovolné kodexy, označované jako „autoregulace“,

kteří však podle dostupných důkazů nejsou efektivní [57]. Závěry týkající se pravděpodobných dopadů zákazů marketingových aktivit jsou proto založeny na teoretických poznatcích a empirických důkazech o efektu marketingu a jeho kvantifikovaných dopadech. Závěry rovněž vycházejí z výzkumu reklamy na tabákové výrobky, kde je dopad příslušných omezení dobře popsán a široce přijímán [58, 59]. Vzhledem k přesvědčivosti důkazů ve prospěch příčinné souvislosti mezi expozicí alkoholovému marketingu a spotřebou alkoholu [55] a k výsledkům jediné evaluace úplného zákazu marketingu v rámci tržní ekonomiky [60, 61] se lze důvodně domnívat, že politika, jež by na populační úrovni bránila působení marketingu, by snížila míru konzumace alkoholu jak v krátkodobém horizontu, tak, což je ještě důležitější, z dlouhodobého hlediska, neboť by přispěla k denormalizaci alkoholických výrobků.

#### 4.4 Edukační a přesvědčovací strategie

Edukační a přesvědčovací snahy ve prospěch abstinence, omezování konzumace alkoholu či předcházení jeho negativním dopadům jsou sice relativně běžné, ale v mnoha společnostech jim konkuruje silný komerční marketing, jenž propaguje alkohol jako něco příjemného, zdravého a neškodného. Děje se tak zejména formou veřejných informačních kampaní, štítků s varováním a doporučení týkajících se co nejméně rizikové míry konzumace alkoholu, školních a rodinných programů a programů pro vysokoškoláky. Z výsledků studií zaměřených na tyto přístupy vyplývá, že jejich efektivita z hlediska dosahování změn v chování ve vztahu ke konzumaci alkoholu nebo újmě, kterou působí, je celkově omezená [62–65]. Úspěšnější bývají jen některé adresnější programy [66]. Velký dopad nevykazují ani programy zaměřené na budování komunitní podpory pro alkoholové politiky orientované na veřejné zdraví [67, 68].

#### 4.5 Řízení pod vlivem alkoholu: prevence a protipatření

Značná část provedených výzkumů se zaměřovala na zranění a úmrtí, jež lze přičíst řízení pod vlivem alkoholu, a újmu, kterou způsobují druhým řidičům, kteří před jízdou požíli alkohol. V rámci předcházení případů řízení pod vlivem alkoholu jsou vysoce účinná zejména tato opatření: nízké nebo snížené maximální povolené hodnoty alkoholu v krvi u řidičů (0,00–0,5 ‰), nulová tolerance pro mladé řidiče a namátkové dechové zkoušky [69–72]. Obecně platí, že čím rychleji přijde trest za řízení pod vlivem alkoholu, tím vyšší je jeho odrazující efekt [73]. Intenzivní, vhodně realizované mediální kampaně zvyšují odrazující účinek namátkových dechových zkoušek tím, že upozorňují na možnost přistižení a potrestání [72]. Odebrání řidičského oprávnění ve správním řízení je neúčinnější, pokud příslušné orgány takové odebrání skutečně neprodleně nebo během krátké doby poté, co byl řidič zadržen pro řízení pod vlivem alkoholu [73]. Ze zahraničních studií shodně vyplývá, že opatření proti řízení pod vlivem

alkoholu mohou vést v dlouhodobém horizontu a na celopopulační úrovni k snížení míry řízení pod vlivem alkoholu a dopravních nehod s podílem alkoholu.

#### 4.6 Změna kontextu pití alkoholu

Intervence určené k minimalizaci problémů s alkoholem na základě modifikace kontextu pití alkoholu se zaměřují na samotné konzumenty, prostředí, v němž ke konzumaci alkoholu dochází, a politiky v oblasti vymáhání práva. Tyto intervence cílí na komerční zařízení (bary, restaurace, kluby), stejně jako na různé příležitosti, při nichž se konzumují alkoholické nápoje, např. oslavy nebo sportovní akce. Některé z těchto přístupů, ať už jsou zaměřeny individuálně nebo na konkrétní místa (například vrstevnické intervence nebo školení v prevenci agresivity), mají na problémy spojené s alkoholem jen nevelký dopad (například [74, 75]). Pozitivní dopad vykazují přístupy zaměřené na dodržování zákonů a pořádku (důraznější vymáhání práva a cílená činnost policie) [76, 77]. Ve Spojených státech se s nižším počtem problémů s alkoholem pojí opatření spočívající v právní odpovědnosti obsluhujícího personálu pohostinských zařízení za újmu způsobenou osobami, kterým podají alkohol [78]. Jinde však taková opatření uplatňována nejsou. Jako neefektivní se ukazují programy dobrovolně koordinované vedoucími a majiteli jednotlivých podniků [79]. Jedinými intervencemi, jež vykazují výraznější efekt, jsou komplexní komunitní přístupy, mezi něž patří zaškolování a licencování personálu dohlížejícího na bezpečnost a dalších zaměstnanců provozoven, avšak tyto přístupy mohou uspět jen tehdy, pokud se na jejich realizaci aktivně podílejí vůdčí osobnosti dané komunity a další zainteresovaní aktéři (např. [80]). Opatření směřující k minimalizaci škod v situacích, kdy dochází ke konzumaci alkoholu, jsou tak užitečným prvkem jako součást kombinace strategií zaměřených na prevenci problémů spojených s alkoholem, zejména pokud se soustředí na vymáhání práva, jak je popsáno výše, nicméně kontextově orientované intervence nemohou mírou své efektivity nahradit opatření směřující na populaci jako celek.

#### 4.7 Léčba a časná intervence

Zdravotní a sociální služby v oblasti problémů s alkoholem typicky zahrnují screening, krátké intervence, poradenství a zprostředkování adekvátní péče, diagnostiku, detoxifikaci, terapeutické intervence a navazující průběžnou péči. Terapeutickými přístupy s největším množstvím důkazů svědčících o jejich schopnosti zvrátit trajektorii rizikového užívání alkoholu jsou behaviorální terapie, skupinová terapie, rodinná terapie, motivační terapie a některé formy farmakoterapie [81]. Svépomocné organizace, např. Anonymní alkoholici (AA), jsou rovněž efektivní jako doplněk léčby [82] i jako svébytné intervence, přičemž nemálo důkazů svědčí také ve prospěch využívání screeningů a krátké intervence u osob, kteří sice nejsou na alkoholu závislí, ale užívají jej rizikovým nebo škodlivým způsobem [83].

V souvislosti s krátkou intervencí a specializovanými terapeutickými službami je významným politickým tématem nákladová efektivita takových služeb. Nákladová efektivita byla zjištěna u krátkých intervencí poskytovaných rizikovým uživatelům alkoholu na odděleních urgentního příjmu a v rámci ambulantní péče [84, 85]. Podobná zjištění uvádějí studie zaměřené na ambulantní léčbu alkoholové závislosti [86] a účast na setkáních AA [82].

Další otázkou je, zda souhrn sociálních a klinických služeb snižuje personální a finanční náklady pro společnost, zejména pokud jde o nemoci související s alkoholem, kriminalitu, násilí, oběti dopravních nehod a další problémy. Na základě výsledků observačních a modelových studií lze usuzovat, že léčba, časná intervence a svépomocné programy mohou snižovat prevalenci problémů spojených s alkoholem [87, 88], nicméně náklady na většinu léčebných služeb jsou v porovnání s jinými typy intervencí vysoké. Důvodem je obtížnost a finanční náročnost řešení již rozvinutých problémů a také vysoká míra recidivy.

## 5 TVORBA A UPLATŇOVÁNÍ POLITIKY: RŮZNÍ AKTÉŘI, RŮZNÉ AGENDY

Čtvrtou oblastí, o které třetí vydání knihy *Alkohol není běžná komodita* pojednává, jsou možná úskalí na cestě k efektivní politice v oblasti alkoholu. K hlavním aktérům, kteří se kromě vládních resortů podílejí na formulování, implementaci a prosazování alkoholové politiky, patří představitelé zdravotnického, sociálního a bezpečnostního sektoru, nestátní organizace, vědecká obec a sdělovací prostředky a promítají se sem rovněž komerční zájmy alkoholového průmyslu. Všude tam, kde se řeší alkoholová politika, probíhají shodné i protichůdné procesy, které jsou důsledkem snah různých zájmových skupin o nastolení agendy a ovlivnění konečného výsledku. Podíváme-li se na různé aktéry na poli alkoholové politiky, dospějeme k následujícímu závěru: alkoholová politika je často produktem konkurenčních zájmů, hodnot a ideologií. Zájmy alkoholového průmyslu se například značně liší od zájmů veřejného zdraví, nestátních organizací a různých subjektů poskytujících služby veřejnosti, např. oddělení urgentního příjmu, policie nebo sociální pracovníci. Vzhledem k těmto odlišným zájmům a dobře popsáným ovlivňovacím taktikám průmyslu [24, 26, 89] je nepravděpodobné, že by spolupráce s alkoholovým průmyslem vedla k efektivní politice, pokud jde o veřejné zdraví a blaho obyvatelstva [90].

Zájem na tržním odbytu alkoholu a vlády, jež upřednostňují výběr daní, se postaraly o to, že alkohol je z velké části vnímán jako běžná komodita. Mezinárodní dohody usilují o omezení regulace alkoholu na státní úrovni, která je vnímána jako překážka bránící obchodu a investicím. Na odpor často narážejí snahy o omezení přeshraničního digitálního marketingu alkoholu. Různé agentury pro ekonomický rozvoj vnímají mnohdy produkci alkoholu soukromými subjekty jako přínos z hlediska rozvoje. Jedinou

agenturou Organizace spojených národů (OSN), která se problematikou alkoholu opakovaně zabývá, je Světová zdravotnická organizace (WHO) [4], která však disponuje jen velmi omezenými prostředky [91].

V rámci kampaně WHO proti neinfekčním nemocem je na alkohol od roku 2010 nahlíženo jako na rizikový faktor, ale není zahrnut do mezinárodních dohod zaměřených na minimalizaci rizik souvisejících s psychoaktivními látkami. Má-li být alkoholová politika založena na vědeckých poznatcích z oblasti veřejného zdraví a vedena veřejným zájmem, pak je stále důležitější, aby existovaly nějaké nadnárodní mechanismy, které by se zabývaly důsledky rostoucí globalizace výroby, prodeje a marketingu alkoholu.

## 6 UŽIVATELSKÁ PŘÍRUČKA K POLITIKÁM V OBLASTI ALKOHOLU

Finálním výstupem tohoto přehledu výzkumem podložených strategií a intervencí je upozornění na existující příležitosti. Nejenže existuje mnoho různých řešení problémů s alkoholem formulovaných v jednotlivých politikách, ale tyto navrhované přístupy mají rovněž nepřehledné množství různých podob: od individuálních terapeutických služeb pro osoby, které mají problémy s alkoholem, až po populační strategie, jejichž cílem je ovlivňovat finanční a fyzickou dostupnost alkoholu i jeho lákavost pro běžného spotřebitele.

V zájmu dosažení konsenzu ohledně analyzovaných důkazů o 69 různých možnostech, které alkoholová politika nabízí, vypracovali autoři systém hodnocení zaměřující se na účinnost konkrétní politiky z hlediska jejího vlivu na spotřebu alkoholu a související negativní dopady, jež byla prokázána alespoň jednou studií s kvalitním výzkumným designem, jakož i z hlediska rozsahu podpory demonstrované dosavadními výsledky systematických přehledů a metaanalýz. V kvalitativních komentářích byly rovněž zohledněny i průběžné výstupy, například změny v informování, postojích a agresivním chování, jakož i nákladová efektivita a dostupnost výzkumů v nízké- a středněpříjmových zemích. Jako příklady „nejlepší praxe“ byly označeny ty politiky, které získaly vysoké hodnocení z hlediska své efektivity, shody se závěry mnoha výzkumných studií, schopnosti zasáhnout příslušnou cílovou skupinu a relativně nízkých nákladů. Za „dobrou praxi“ byly označeny politiky, jejichž efektivita a podpora ze strany provedených výzkumů sice nezískala maximální hodnocení, ale byly ještě považovány za dobrou investici. Jako „neefektivní (nebo potenciálně škodlivé)“ praktiky byly označeny ty politiky, u nichž provedený výzkum neprokázal žádný dopad na spotřebu alkoholu a související problémy, kdy v některých případech se ukázalo, že jde jen o plýtvání prostředky a odvádění pozornosti od efektivnějších alternativ.

Jak je ukázáno v *tabulce 1*, „nejlepší praxí“ je omezování finanční a fyzické dostupnosti alkoholu, stejně tak regula-



Oblast politiky	Nejlepší praxe	Dobrá praxe	Neefektivní (nebo potenciálně škodlivé) politiky a praxe	Poznámky k mechanismu působení a další upozornění
<b>Politika v oblasti tvorby cen a zdanění</b>	Zdanění alkoholu snižující jeho cenovou dostupnost	Minimální jednotková cena, rozdíly v cenách dle nápoje, zvláštní zdanění nápojů, které cílí na mládež	Politiky zvyšující cenovou dostupnost alkoholu	Pokud je alkohol cenově hůře dostupný, lidé pijí méně a zažívají méně problémů; s lepší cenovou dostupností roste i míra konzumace a souvisejících problémů. Vyšší daně snižují spotřebu alkoholu v rámci celé společnosti, včetně intenzivních uživatelů alkoholu a dospívajících. Stát rovněž inkasuje příjmy z daní jako kompenzaci společnosti za náklady spojené s léčbou, prevencí a vymáháním práva. Efektivita zdanění alkoholu je podmíněna jeho dostatečnou výší.
<b>Regulace fyzické dostupnosti</b>	Omezování doby a míst prodeje, monopol na alkohol orientovaný na veřejný prospěch, legislativa upravující minimální zákonný věk pro nákup alkoholu	Systémy omezeného prodeje nebo podávání alkoholu, snižování hustoty provozoven, individualizované systémy povolení, preventivní zákazy pro odsouzené, prosazování nápojů s nižším obsahem alkoholu, omezování prodeje, úplné zákazy opírající se o místní náboženské a společenské normy	Politiky směřující k navyšování hustoty provozoven a časové a fyzické dostupnosti	Regulování toho, kdo může konzumovat alkohol, nebo místa, doby a kontextu jeho dostupnosti zvyšuje ekonomické a oportunní náklady na opatřování si alkoholu. Omezování fyzické dostupnosti, včetně praktičnosti a zákonného přístupu (např. věková omezení), vede ke snižování konzumace alkoholu a souvisejících negativních dopadů. Regulování dostupnosti lze zavádět na celopopulační (např. prodejní doba) nebo individuální úrovni (např. z titulu soudního rozhodnutí). Při důsledném vymáhání mohou mít restriktce v oblasti dostupnosti významný dopad.
<b>Restriktce v oblasti reklamy na alkohol</b>	Úplný zákaz reklamy na alkohol <sup>b</sup>	Částečné zákazy reklamy na alkohol	Dobrovolná autoregulace reklamy ze strany průmyslu	Expozice reklamě na alkohol zvyšuje atraktivitu alkoholu a pravděpodobnost jeho konzumace u mladých lidí. Je pravděpodobné, že omezování reklamy na alkohol odradí mladé lidi od toho, aby začali s pitím alkoholu v raném věku a konzumovali jej v nadměrném množství při jedné příležitosti. U osob se závislostí na alkoholu může expozice obrazovým a textovým sdělením s alkoholovou tematikou vyvolat craving a relaps. Z rozsáhlých důkazů o vlivu na konzumaci alkoholu a ze zkušeností se zákazem kouření vyplývá, že úplný zákaz představuje pravděpodobně tu nejlepší praxi bez ohledu na nedostatek ověřených příkladů.
<b>Edukace a přesvědčování</b>		Kampaně proti řízení pod vlivem alkoholu, adresné preventivní programy, rodinně orientovaná intervence, některé intervence zaměřené na vysokoškolské studenty, krátké motivační intervence v rámci školského systému, selektivní elektronické intervence zaměřené na dílčí populace intenzivních uživatelů alkoholu.	Programy a kampaně sponzorované alkoholovým průmyslem, výhradně informační programy	Z hlediska prevence užívání alkoholu u mládeže budou pravděpodobně účinnější intervence zaměřené na rizikovou mládež, do nichž budou zapojeni také rodinní příslušníci. Jejich dopad se většinou hodnotí z hlediska vědomostí a postojů. Efekt na první zkušenosti a problémy s alkoholem je nejednoznačný nebo minimální. Informativně-edukační sdělení většinou nevedou ke změně chování ve vztahu k pití alkoholu, ani nepůsobí jako prevence vzniku problémů s alkoholem.
<b>Opatření proti řízení pod vlivem alkoholu</b>	Nízké hladiny alkoholu v krvi pro mladé řidiče, intenzivní provádění dechových zkoušek, pokud možno namátkových, a intenzivní programy dohledu nad osobami, které byly přistiženy při řízení pod vlivem alkoholu	Nízké či nižší hladiny alkoholu v krvi (0,00–0,5 ‰), odstupňovaná řidičská oprávnění pro mladé a začínající řidiče, kontrolní stanoviště s prováděním dechových zkoušek, odmítnutí řidičských oprávnění ve správním řízení, komplexní závazné sankce, zvláštní soudy rozhodující o případech řízení pod vlivem alkoholu, automatické zámky zapalování reagující na stopy alkoholu v dechu řidiče	Přísné tresty, programy typu „Domluvme se!“ (kdo nebude pít a následně odveze ostatní), služby zajišťující bezpečný odvoz, edukační programy, mediační setkání s oběťmi nehod způsobených řízením pod vlivem alkoholu	Při snižování míry případů řízení pod vlivem alkoholu se osvědčuje pravděpodobnost dopadení a bezprostředně následujícího trestu, avšak přísné tresty jsou často na úkor rychlosti a jistoty postihu. Efektivními opatřeními jsou dohled a omezení možnosti řídit (např. odebrání řidičského oprávnění).

Oblast politiky	Nejlepší praxe	Dobrá praxe	Neefektivní (nebo potenciálně škodlivé) politiky a praxe	Poznámky k mechanismu působení a další upozornění
<b>Modifikace prostředí, v němž dochází ke konzumaci alkoholu</b>		Nácvik lepšího zvládnání agresivity, důslednější vymáhání místně platné legislativy a zákonných předpisů a aktivní působení policie; adresné aktivity policie, právní odpovědnost personálu, provozovatelů a majitelů zařízení, oprávněných k prodeji nebo podávání alkoholu; komunitní opatření zaměřená na konkrétní cílové skupiny obyvatel	Školení a interní politiky pohostinských zařízení ve vztahu k odpovědnému podávání alkoholických nápojů, intervence zaměřené na konzumaci alkoholu na sportovních akcích a festivalech, dobrovolná regulace nebo koordinace	Intervence se zpravidla hodnotí ve vztahu k jejich průběžným dopadům (např. na znalosti a chování personálu pohostinských zařízení) a problémům souvisejícím s alkoholem, např. řízení pod vlivem alkoholu a násilí, byť v rámci některých evaluací se měří dopad na konzumaci ve specifických prostředích.
<b>Léčba a časná intervence</b>		Krátké intervence určené rizikovým uživatelům alkoholu, kteří nevykazují známky závislosti; behaviorální a psychosociální terapie, farmakologická léčba, svépomocné intervence	Některé typy nařízené léčby	Evaluace se obvykle zaměřuje na dny a měsíce abstinence, nižší intenzitu a objem konzumace a zlepšení zdraví a fungování v běžném životě. Cílovou populací jsou riziková a závislí uživatelé alkoholu, pakliže není uvedeno jinak.

**Tabulka 1** | Strategie a intervence s relevancí pro příslušnou politiku podle dělení na nejlepší praxi, dobrou praxi a neefektivní praxi.<sup>a</sup>

**a** | Se svolením převzato z tabulky 16.1 zařazené do publikace Babor et al., *Alcohol: No Ordinary Commodity*. Oxford, UK: Oxford University Press; 2022.

**b** | Vzhledem k nedostatečnému objemu výzkumu zabývajícího se úplným zákazem reklamy se nejlepší praxe stanovuje na základě principu předběžné opatrnosti, jakož i dostatečně průkazných poznatků z výzkumu reklamy na tabákové výrobky.

ce marketingu a opatření odrazující od řízení pod vlivem alkoholu. K dispozici je rovněž dostatek výzkumem ověřených poznatků, na jejichž základě lze v mnoha zemích dále doporučit různé příklady „dobré praxe“ implementované na celopopulační úrovni (např. minimální jednotková cena nebo snižování hustoty provozoven) i adresně (např. rodinně orientované preventivní programy nebo behaviorální terapie). Některé z variant, které politiky v oblasti alkoholu nabízejí, jsou pro alkoholový průmysl atraktivní, protože většinou nijak nenarušují jejich trhy (např. edukační programy nebo autoregulace reklamy), avšak tyto přístupy mnohdy vykazují nejnižší efektivitu.

Vzhledem ke stále rozsáhlejšímu a sofistikovanějšímu vědeckým základům politiky v oblasti alkoholu začíná být zřejmé, že na celé široké spektrum negativních dopadů působených alkoholem nelze aplikovat jedno univerzální řešení. Různé aspekty kontextu alkoholové politiky je nutné komplexně řešit kombinací těch nejefektivnějších strategií a intervencí.

Alkoholová politika je proces, který prochází neustálými změnami, a pokud má sloužit zájmům veřejného zdraví a sociálního blaha, musí se průběžně přizpůsobovat aktuálnímu vývoji.

Podle prokázaných faktů uvedených v třetím vydání knihy *Alkohol není běžná komodita* se aktuálně nabízejí mimořádné příležitosti k posílení opatření, která se při řešení problémů spojených s alkoholem v rámci příslušných politik nabízejí. Z celkového počtu 69 hodnocených opatření byla určitá efektivita prokázána u 53 z nich. Důležitější však je, že dosavadní poznatky svědčí o významu začleňování těch nejefektivnějších strategií do integrované komplex-

ní politiky. Například aktuální opatření v Litvě a Rusku, na jejichž základě alkohol zdražil, stal se hůře dostupným a není tak masově propagován, vykazují synergický efekt a přispívají k podstatnému snižování míry spotřeby alkoholu a souvisejících negativních dopadů [92, 93]. Zejména v zemích s vysokou mírou spotřeby lze prostřednictvím kombinace opatření v oblasti regulace alkoholu dosáhnout markantního navýšení střední délky života [7, 92–94].

Dalším zásadním sdělením je, že efektivitu politik lze optimalizovat výzkumem. K dispozici jsou dnes výzkumné metodologie, na jejichž základě je možné monitorovat podíl alkoholu na celosvětové zdravotní zátěži a efektivitu různých řešení na úrovni příslušné politiky. Na základě provedených výzkumů lze usuzovat, které strategie pravděpodobně uspějí při naplňování svých veřejnozdravotních cílů a které budou efektivní méně, případně budou neúčelné, zavádějící a budou představovat jen plýtvání prostředky. Monitorování a analýza dopadů změn v politice mohou být zdrojem těch nejlepších informací o efektu takových změn a možnostech dalšího zkvalitňování politik.

V neposlední řadě existují značné příležitosti k posilování mezinárodní spolupráce a výměny zkušeností v této oblasti. Domníváme se, že výsledky dosavadního výzkumu jsou přesvědčivým argumentem pro posílení iniciativ WHO v oblasti alkoholu a veřejného zdraví, včetně vzniku rámcové úmluvy o kontrole alkoholu (např. [95]). Iniciativa Světové zdravotnické organizace SAFER [96] zaměřená na prosazování efektivních strategií a intervencí, jež byla vyhlášena v roce 2018, je důležitým začátkem, ale bude potřebovat mnohem větší podporu na úrovni jednotlivých států a bude nutné ji také zaštitit nějakou mezinárodní

úmluvou o zdraví, která by vytvářela podmínky pro regulaci některých korporátních praktik, jako je např. přeshraniční marketing alkoholu [18].

Podle třetího vydání knihy *Alkohol není běžná komodita* je dnes více než kdy jindy zřejmé, jaké možnosti vědecky podložené politiky v oblasti alkoholu mají, aby mohly lépe sloužit obecnému blahu. Přestože je tento závěr zdrojem notné dávky optimismu, výroba, prodej a marketing alkoholu působí rozsáhlé škody na veřejném zdraví a blahu lidí v celosvětovém měřítku. Přes rostoucí soubor důkazů o možné efektivitě politik zaměřených na řešení těchto problémů se v národních politikách jednotlivých zemí stále vyskytuje až příliš mnoho mezer, které pak vyplňují neověřené nebo neefektivní strategie a intervence. Chceme-li úspěšně čelit jednomu z nejkompikovanějších společenských problémů z hlediska veřejného zdraví, musíme si v prvé řadě uvědomit, že alkohol skutečně není běžná komodita.

## PODĚKOVÁNÍ

Norský *Helsedirektoratet* finančně podpořil vznik e-knihy publikované v rámci modelu *Open Access* a částečně také hradil náklady spojené se setkáváním autorů, administrativní podporou a cestováním. Evropská kancelář Světové zdravotnické organizace se podílela na úhradě cestovních výloh pro autory sedmi vyžádaných odborných článků, které sloužily jako podkladový materiál.

Společnost pro výzkum závislostí (Society for the Study of Addiction) poskytla finanční prostředky na úhradu editorské práce a logistických nákladů celého projektu. Finská Nadace pro výzkum alkoholu a mezinárodní konfederace společností zabývajících se výzkumem alkoholu, tabáku a dalších návykových látek (International Confederation of ATOD Research Associations) se podílely na informačních aktivitách určených k šíření ústředních výstupů knihy směrem k činitelům odpovědným za tvorbu příslušných politik v těch částech světa, kde je přístup k relevantním zdrojům omezenější.

**Střet zájmů** | Za žádné písemné zpracování textu, konzultantskou práci nebo podkladové materiály spojené s tímto projektem nebyla vyplacena žádná finanční odměna a nikdo z autorů nemá žádné vazby na alkoholový průmysl ani není v žádném jiném finančním střetu zájmů. Veškeré příjmy z prodeje knihy jsou postoupeny formou daru britské Společnosti pro výzkum závislostí a slouží na pokrytí nákladů na překlady knihy do dalších jazyků, jakož i na další informační a edukační aktivity.

**Role autorů** | Thomas F. Babor zpracoval prvotní verzi rukopisu a podílel se na jeho dalších úpravách a revizích. Sally Casswell se podílela na přípravě prvotní verze rukopisu i na jeho dalších úpravách a revizích. Kathryn Graham se podílela na přípravě prvotní verze rukopisu i na jeho dalších úpravách a revizích. Taisia Huckle se podílela na přípravě prvotní verze rukopisu i na jeho dalších úpravách a revizích. Michael Livingston se podílel na přípravě pr-

votní verze rukopisu i na jeho dalších úpravách a revizích. Jürgen Rehm se podílel na přípravě prvotní verze rukopisu i na jeho dalších úpravách a revizích. Robin Room se podílel na přípravě prvotní verze rukopisu i na jeho dalších úpravách a revizích. Ingeborg Rossow se podílela na přípravě prvotní verze rukopisu i na jeho dalších úpravách a revizích. Bundit Sornpaisarn se podílel na přípravě prvotní verze rukopisu i na jeho dalších úpravách a revizích.

## ORCID

*Thomas F. Babor* <https://orcid.org/0000-0002-2580-0835>  
*Sally Casswell* <https://orcid.org/0000-0002-2211-7096>  
*Taisia Huckle* <https://orcid.org/0000-0002-0669-0685>  
*Michael Livingston* <https://orcid.org/0000-0002-8995-9386>  
*Jürgen Rehm* <https://orcid.org/0000-0001-5665-0385>  
*Robin Room* <https://orcid.org/0000-0002-5618-385X>  
*Bundit Sornpaisarn* <https://orcid.org/0000-0001-8541-1172>

## AFILIACE AUTORŮ

(pokračování ze str. 90)

- 2 | College of Health, SHORE & Whariki Research Centre, Massey University, Auckland, New Zealand
- 3 | Centre for Addiction and Mental Health, Institute for Mental Health Policy Research, Toronto/London, Canada
- 4 | Dalla Lana School of Public Health, University of Toronto, Toronto, Canada
- 5 | National Drug Research Institute, Curtin University, Melbourne, Australia
- 6 | Centre for Alcohol Policy Research, La Trobe University, Melbourne, Australia
- 7 | Department of Clinical Neuroscience, Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden
- 8 | Centre for Addiction and Mental Health, Institute for Mental Health Policy Research & Campbell Family Mental Health Research Institute, Toronto, Canada
- 9 | Institute of Clinical Psychology and Psychotherapy & Center for Clinical Epidemiology and Longitudinal Studies, Technische Universität, Dresden, Germany
- 10 | Center for Interdisciplinary Addiction Research, Department of Psychiatry and Psychotherapy, University Medical Center Hamburg-Eppendorf, Hamburg, Germany
- 11 | Department of Psychiatry & Dalla Lana School of Public Health, University of Toronto, Toronto, Canada
- 12 | Department of International Health Projects, Institute for Leadership and Health Management, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow, Russian Federation
- 13 | Centre for Alcohol Policy Research, La Trobe University, Bundoora, Victoria, Australia
- 14 | Centre for Social Research on Alcohol and Drugs, Department of Public Health Sciences, Stockholm University, Stockholm, Sweden
- 15 | Department of Alcohol, Tobacco, and Drugs, Norwegian Institute of Public Health, Oslo, Norway
- 16 | Centre for Addiction and Mental Health, Toronto, Canada
- 17 | Faculty of Public Health, Mahidol University, Thailand

## LITERATURA / REFERENCES

1. Bruun, K., Edwards, G., Lumio, M., Makela, K., Pan, L., Popham, R. E., et al. *Alcohol Control Policies in Public Health Perspective 25*. Helsinki: Finnish Foundation for Alcohol Studies; 1975.
2. Edwards, G., Anderson, P., Babor, T. F., Casswell, S., Ferrence, R., Giesbrecht, N., et al. *Alcohol Policy and the Public Good*. Oxford: Oxford University Press; 1994.
3. Babor, T. F., Caetano, R., Casswell, C., Edwards, G., Giesbrecht, N., Graham, K., et al. *Alcohol: No Ordinary Commodity*. 1st ed. Oxford, UK: Oxford University Press; 2003.
4. Room, R. Global intergovernmental initiatives to minimise alcohol problems: some good intentions, but little action. *Eur J Risk Regul.* 2021;12:419–32.
5. Rossow, I., Mäkelä, P. Public health thinking around alcohol-related harm: why does per capita consumption matter? *J Stud Alcohol Drugs.* 2021;82:9–17.
6. Maccagnan, A., Wren-Lewis, S., Brown, H., Taylor, T. Wellbeing and society: towards quantification of the co-benefits of wellbeing. *Soc Indic Res.* 2019;141:217–43.
7. Nemstov, A., Neifeld, M., Rehm, J. Are trends in alcohol consumption and cause-specific mortality in Russia between 1990 and 2017 the result of alcohol policy measures? *J Stud Alcohol Drugs.* 2019;80: 489–98.
8. Bagnardi, V., Rota, M., Botteri, E., Tramacere, I., Islami, F., Fedirko, V., et al. Light alcohol drinking and cancer: a meta-analysis. *Ann Oncol.* 2013; 24:301–8.
9. Rehm, J., Gmel, G. E., Gmel, G., Hasan, O. S. M., Imtiaz, S., Popova, S., et al. The relationship between different dimensions of alcohol use and the burden of disease – an update. *Addiction.* 2017;112:968–1001.
10. Laslett, A.-M., Room, R., Waleewong, O., Stanesby, O., Callinan, S. *Harm to Others from Drinking: Patterns in Nine Societies*. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2019.
11. Anderson, P., Møller, L., Galea, G. *Alcohol in the European Union: Consumption, Harm and Policy Approaches*. Copenhagen, Denmark: World Health Organization; 2012.
12. Shield, K. D., Manthey, J., Rylett, M., Probst, C., Wettlaufer, A., Parry, C. D. H., et al. National, regional, and global burdens of disease from 2000 to 2016 attributable to alcohol use. *Lancet Public Health.* 2020;5: e51–61.
13. Lange, S., Probst, C., Gmel, G., Rehm, J., Burd, L., Popova, S. Global prevalence of fetal alcohol spectrum disorder among children and youth: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Pediatr.* 2017;171: 948–56.
14. Patra, J., Bakker, R., Irving, H., Jaddoe, V. W., Malini, S., Rehm, J. Dose–response relationship between alcohol consumption before and during pregnancy and the risks of low birthweight, preterm birth and small for gestational age (SGA) – a systematic review and meta-analyses. *Br J Obstet Gynaecol.* 2011;118:1411–21.
15. Stith, S. M., Liu, T., Davies, L., Boykin, E. L., Alder, M. C., Harris, J. M., et al. Risk factors in child maltreatment: a meta-analytic review of the literature. *Aggress Violent Behav.* 2009;14:13–29.
16. Manthey J, Shield KD, Rylett M, Hasan OS, Probst C, Rehm J. Global alcohol exposure between 1990 and 2017 and forecasts until 2030: a modelling study. *Lancet.* 2019;393:2493–502.
17. Jernigan, D., Babor, T. F. The concentration of the global alcohol industry and its penetration in the African region. *Addiction.* 2015;110: 551–60.
18. Carah, N., Brodmerkel, S. Alcohol marketing in the era of digital media platforms. *J Stud Alcohol Drugs.* 2021;82:18–27.
19. Bhattacharya, A., Angus, C., Pryce, R., Holmes, J., Brennan, A., Meier, P. S. How dependent is the alcohol industry on heavy drinking in England? *Addiction.* 2018;113:2225–32.
20. Livingston, M., Callinan, S. Examining Australia's heaviest drinkers. *Aust NZ J Public Health.* 2019;43:451–6.
21. Bye, E. K., Rossow, I. Heavy drinkers and the contexts of drinking among adults in Norway. *Drug Alcohol Depend.* 2021;229:109127.
22. Pham, C. V., Casswell, S., Parker, K., Callinan, S., Chaiyasong, S., Kazantseva, E., et al. Cross-country comparison of proportion of alcohol consumed in harmful drinking occasions using the international alcohol control study. *Drug Alcohol Rev.* 2018;37:S45–52.
23. Kelsey, J. How might digital trade agreements constrain regulatory autonomy: the case of regulating alcohol marketing in the digital age. *NZ Univ Law Rev.* 2020;29:153–79.
24. Robaina, K., Babor, T., Pinsky, I., Johns, P. *The alcohol industry's commercial and political activities in Latin America and the Caribbean: implications for public health*. Geneva, Switzerland: NCD Alliance, Global Alcohol Policy Alliance, Healthy Latin America Coalition, and Healthy Caribbean Coalition; 2020. K dispozici na [https://ncdalliance.org/sites/default/files/resource\\_files/NCDAlliance\\_Alcohol%20Control%20report%20in%20LAC\\_English\\_0.pdf](https://ncdalliance.org/sites/default/files/resource_files/NCDAlliance_Alcohol%20Control%20report%20in%20LAC_English_0.pdf). Zobrazeno 1. března 2022.
25. Amul, G. G. H. Alcohol advertising, promotion, and sponsorship: a review of regulatory policies in the association of southeast Asian nations. *J Stud Alcohol Drugs.* 2020;81:697–709.
26. Casswell, S. Development of alcohol control policy in Vietnam: transnational corporate interests at the policy table, global public health largely absent. *Int J Health Policy Manag.* 2022;1–8. <https://doi.org/10.34172/ijhpm.2022.6625>
27. Wagenaar, A. C., Salois, M. J., Komro, K. A. Effects of beverage alcohol price and tax levels on drinking: a meta-analysis of 1003 estimates from 112 studies. *Addiction.* 2009;104:179–90.
28. Elder, R. W., Lawrence, B., Ferguson, A., Naimi, T. S., Brewer, R. D., Chattopadhyay, S. K., et al. The effectiveness of tax policy interventions for reducing excessive alcohol consumption and related harms. *Am J Prev Med.* 2010;38:217–29.
29. Sornpaisarn, B., Shield, K., Cohen, J., Schwartz, R., Rehm, J. Elasticity of alcohol consumption, alcohol-related harms, and drinking initiation in low- and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Int J Drug Alcohol Res.* 2013;2:1–14.
30. Chisholm, D., Moro, D., Bertram, M., Pretorius, C., Gmel, G., Shield, K., et al. Are the 'best buys' for alcohol control still valid? An update on the comparative cost-effectiveness of alcohol control strategies at the global level. *J Stud Alcohol Drugs.* 2018;79:514–22.
31. Lachenmeier, D. W., Neufeld, M., Rehm, J. The impact of unrecorded alcohol use on health – what do we know in 2020? *J Stud Alcohol Drugs.* 2021;82:28–41.
32. Sornpaisarn, B., Shield, K. D., Österberg, E., Rehm, J. *Resource Tool on Alcohol Taxation and Pricing Policies*. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2017.
33. Rehm, J., Neufeld, M., Room, R., Sornpaisarn, B., Štelemėkas, M., Swahn, M. H., et al. The impact of alcohol taxation changes on unrecorded alcohol consumption: a review and recommendations. *Int J Drug Policy.* 2022;99:103420.
34. Ashton, R. H., Graul, P. R., Newton, J. D. Audit delay and timeliness of corporate reporting. *Contemp Account Res.* 1989;5:657–73.
35. Vandenberg, B., Sharma, A. Are alcohol taxation and pricing policies regressive? Product-level effects of a specific tax and a minimum unit price for alcohol. *Alcohol Alcohol.* 2016;51:493–502.
36. Younger, S. D. *Estimating tax incidence in Ghana: an exercise using household data*. Cornell Food and Nutrition Policy Program Working Paper no. 48. Ithaca, NY: Cornell University; 1993. K dispozici na <http://www.cfnpp.cornell.edu/images/wp48.pdf>. Zobrazeno 9. července 2009.
37. Younger, S. D., Sahn, D. E. *Fiscal incidence in Africa: microeconomic evidence*. Cornell Food and Nutrition Policy Program Working Paper no. 91. Ithaca, NY: Cornell University; 1999. K dispozici na <http://www.cfnpp.cornell.edu/images/wp48.pdf>. Zobrazeno 9. července 2009.
38. Decoster, A. How progressive are indirect taxes in Russia? *Econ Transit.* 2005;13:705029.

39. Sassi, F., Belloni, A., Mirelman, A. J., Suhrcke, M., Thomas, A., Salti, N., et al. Equity impacts of price policies to promote healthy behaviours. *Lancet*. 2018;391:2059–70.
40. Lauer, J. A., Sassi, F., Soucat, A., Vigo, A. (Eds). *Health Taxes: Policy and Practice*. Singapore: World Scientific Publishing; 2022.
41. World Health Organization (WHO) Regional Office for Europe. *No place for cheap alcohol: the potential value of minimum pricing for protecting lives, 2022*. K dispozici na <https://apps.who.int/iris/handle/10665/356597>. Zobrazeno 1. března 2022.
42. Stockwell, T., Auld, M. C., Zhao, J., Martin, G. Does minimum pricing reduce alcohol consumption? The experience of a Canadian province. *Addiction*. 2011;107:912–20.
43. Stockwell, T., Zhao, J., Giesbrecht, N., Macdonald, S., Thomas, G., Wettlaufer, A. The raising of minimum alcohol prices in Saskatchewan, Canada: impacts on consumption and implications for public health. *Am J Public Health*. 2012;102:e103–10.
44. Stockwell, T., Zhao, J., Martin, G., Macdonald, S., Vallance, K., Treno, A., et al. Minimum alcohol prices and outlet densities in British Columbia, Canada: estimated impacts on alcohol-attributable hospital admissions. *Am J Public Health*. 2013;103:2014–20.
45. Stockwell, T., Zhao, J., Marzell, M., Gruenewald, P. J., Macdonald, S., Ponicki, W. R., et al. Relationships between minimum alcohol pricing and crime during the partial privatization of a Canadian government alcohol monopoly. *J Stud Alcohol Drugs*. 2015;76:628–34.
46. Zhao, J., Stockwell, T., Martin, G., Macdonald, S., Vallance, K., Treno, A., et al. The relationship between minimum alcohol prices, outlet densities and alcohol-attributable deaths in British Columbia, 2002–09. *Addiction*. 2013;108:1059–69.
47. Sharma, A., Etile, F., Sinha, K. The effect of introducing a minimum price on the distribution of alcohol purchase: a counterfactual analysis. *Health Econ*. 2016;25:1182–200.
48. 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;366:5274.
49. 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:e2641644.
50. 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;79:58–67.
51. Fitterer, J. L., Nelson, T. A., 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.
52. Dejong, W., Blanchett, E. J. Case closed: research evidence on the positive public health impact of the age 21 minimum legal drinking age in the United States. *J Stud Alcohol Drugs*. 2014;(Suppl):108–15.
53. Wagenaar, A. C., Toomey, T. L. Effects of minimum drinking age laws: review and analyses of the literature from 1960 to 2000. *J Stud Alcohol*. 2002;63:206–25.
54. Wagenaar, A. C., Toomey, T. L., Erickson, D. J. Preventing youth access to alcohol: outcomes from a multi-community time-series trial. *Addiction*. 2005;100:335–45.
55. Sargent, J. D., Babor, T. F. The relationship between exposure to alcohol marketing and underage drinking is causal. *J Stud Alcohol Drugs*. 2020;19:113–24.
56. Babor, T., Robaina, K., Noel, J., Ritson, E. B. Vulnerability to alcohol-related problems: a policy brief with implications for the regulation of alcohol marketing. *Addiction*. 2017;112:94–101.
57. Noel, J., Babor, T., Robaina, K. Industry self-regulation of alcohol marketing: a systematic review of content and exposure research. *Addiction*. 2017;112:28–50.
58. Levy, D. T., Yuan, Z., Luo, Y., Mays, D. Seven years of progress in tobacco control: an evaluation of the effect of nations meeting the highest level MPOWER measures between 2007 and 2014. *Tob Control*. 2018;27:50–7.
59. Blecher, E. The impact of tobacco advertising bans on consumption in developing countries. *J Health Econ*. 2008;27:930–42.
60. Rossow, I. The alcohol advertising ban in Norway: effects on recorded alcohol sales. *Drug Alcohol Rev*. 2021a;40:1392–5.
61. Rossow, I. The alcohol advertising ban in Norway: a response to Nelson's comments. *Drug Alcohol Rev*. 2021b;40:1399–401.
62. Foxcroft, D. R., Tsertsvadze, A. *Universal school-based prevention programs for alcohol misuse in young people*. Cochrane Database Syst Rev. 2011;9:CD009308.
63. Lee, N. K., Cameron, J., Battams, S., Roche, A. What works in school-based alcohol education: a systematic review. *Health Educ J*. 2016; 75:780–98.
64. Knai, C., Petticrew, M., Durand, M. A., Eastmure, E. Are the public health responsibility deal alcohol pledges likely to improve public health? An evidence synthesis. *Addiction*. 2015;110:1232–46.
65. Young, B., Lewis, S., Katikireddi, S. V., Bauld, L., Stead, M., Angus, K., et al. Effectiveness of mass media campaigns to reduce alcohol consumption and harm: a systematic review. *Alcohol Alcohol*. 2018;53:302–16.
66. Lammers, J., Onrust, S., van der Heijden, A., Engels, R., Wiers, R. W., Kleinjan, M. *Universal and targeted school-based prevention programmes for alcohol misuse in young adolescents: a meta-analytic comparison*. In: Lammers J, editor. *Curbing Young Adolescents' Alcohol Abuse: Time to Revisit the Prevention Paradox?* Dizertační práce, s. 33–68. Utrecht: Trimbos Institute, Utrecht University; 2019. K dispozici na <https://www.trimbos.nl/docs/d9a54908-5e6c-45f0-9a5f-da085aa84b3a.pdf#page=35>. Zobrazeno 7. června 2020.
67. Casswell, S., Gilmore, L., Maguire, V., Ransom, R. Changes in public support for alcohol policies following a community-based campaign. *Br J Addict*. 1989;84:515–22.
68. Rise, J., Natvig, H., Storvoll, E. E. *Evaluering av alkoholkampanjen 'Alvorlig talt' [Evaluation of the alcohol campaign 'Seriously talking']*. Oslo, Norway: Norwegian Institute for Alcohol and Drug Research; 2005.
69. World Health Organization (WHO). *Global Status Report on Road Safety 2018*. Geneva: WHO; 2018. K dispozici na <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/276462/9789241565684-eng.pdf?ua=1>, zobrazeno 1. března 2022.
70. Jiang, H., Livingston, M., Manton, E. The effects of random breath testing and lowering the minimum legal drinking age on traffic fatalities in Australian states. *Inj Prev*. 2014;21:77–83.
71. Fell, J. C., Scherer, M., Thomas, S., Voas, R. B. Assessing the impact of twenty underage drinking laws. *J Stud Alcohol Drugs*. 2016;77: 249–60.
72. Erke, A., Goldenbeld, C., Vaa, T. The effects of drink-driving checkpoints on crashes – a meta-analysis. *Accid Anal Prev*. 2009;41:914–23.
73. Byrne, P. A., Ma, T., Mann, R. E., Elzohairy, Y. Evaluation of the general deterrence capacity of recently implemented (2009–2010) low and zero BAC requirements for drivers in Ontario. *Accid Anal Prev*. 2016; 88:56–67.
74. Kelley-Baker, T., Johnson, M. B., Romano, E., Mumford, E. A., Miller, B. A. Preventing victimization among young women: the SafeNights intervention. *Am J Health Stud*. 2011;26:185–95.
75. Graham, K., Osgood, D. W., Zibrowski, E., Purcell, J., Gliksman, L., Leonard, K., et al. The effect of the safer bars programme on physical aggression in bars: results of a randomized controlled trial. *Drug Alcohol Rev*. 2004;23:31–41.
76. McKnight, A. J., Streff, F. M. The effect of enforcement upon service of alcohol to intoxicated patrons of bars and restaurants. *Accid Anal Prev*. 1994;26:79–88.
77. Wiggers, J., Jauncey, M., Considine, R., Daly, J., Kingsland, M., Purss, K., et al. Strategies and outcome in translating alcohol harm reduction research into practice: the alcohol linking program. *Drug Alcohol Rev*. 2004;23:355–64.
78. Rammohan, V., Hahn, R. A., Elder, R., Brewer, R., Fielding, J., Naimi, T. S., et al. Effects of dram shop liability and enhanced overservice law enforcement initiatives on excessive alcohol consumption and related harms. *Am J Prev Med*. 2011;41:334–43.

79. Curtis, A., Miller, P., Droste, N., McFarlane, E., Martino, F., Palmer, D. 'The ones that turn up are the ones that are responsible': key stakeholders perspectives on liquor accords. *Drug Alcohol Rev.* 2016;35: 273–9.
80. Wallin, E., Lindewald, B., Andreasson, S. Institutionalization of a community action program targeting licensed premises in Stockholm, Sweden. *Eval Rev.* 2004;28:396–419.
81. Babor, T. F. *Treatment systems for population management of substance use disorders: requirements and priorities from a public health perspective.* In: El-guebaly N, Carra G, Galanter M, editors *Textbook of Addiction Treatment* Cham, Switzerland: Springer; 2015. p. 553–67.
82. Kelly, J. F., Humphreys, K., Ferri, M. Alcoholics anonymous and other 12-step programs for alcohol use disorder. *Cochrane Database Syst Rev.* 2020;3:CD012880.
83. Kaner, E. F., Beyer, F. R., Muirhead, C., Campbell, F., Pienaar, E. D., Bertholet, N., et al. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018;2:CD004148.
84. Barbosa, C., Cowell, A., Bray, J., Aldridge A. The cost-effectiveness of alcohol screening, brief intervention, and referral to treatment (SBIRT) in emergency and outpatient medical settings. *J Subst Abuse Treat.* 2015;53:1–8.
85. Havard, A., Shakeshaft, A., Sanson-Fisher, R. W. Systematic review and meta-analyses of strategies targeting alcohol problems in emergency departments: interventions reduce alcohol-related injuries. *Addiction.* 2008;103:368–76. PMID: discussion 377–378.
86. Rehm, J., Barbosa, C. The cost-effectiveness of therapies to treat alcohol use disorders. *Exp Rev Pharmacoecon Outcomes Res.* 2018;18: 43–9.
87. Smart, R. G., Mann, R. E. The impact of programs for high-risk drinkers on population levels of alcohol problems. *Addiction.* 2000; 95:37–52.
88. Rehm, J., Shield, K. D., Gmel, G., Rehm, M. X., Frick, U. Modeling the impact of alcohol dependence on mortality burden and the effect of available treatment interventions in the European Union. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2013;23:89–97.
89. Savell, E., Fooks, G., Gilmore, A. B. How does the alcohol industry attempt to influence marketing regulations? A systematic review. *Addiction.* 2016;111:18–32.
90. Adams, P. *Moral Jeopardy: Risks of Accepting Money from the Alcohol, Tobacco and Gambling Industries.* Cambridge, UK: Cambridge University Press; 2016.
91. Bakke, Ø., Braaten, E. S., Casswell, S. Despite COVID-19 member states need to adequately resource WHO's work to address alcohol harm. *Int J Health Policy Manag.* 2022;11:869–70.
92. Nemtsov, N., Neufeld, M., Rehm, J. Are trends in alcohol consumption and cause-specific mortality in Russia between 1990 and 2017 the result of alcohol policy measures? *J Stud Alcohol Drugs.* 2019;80(5): 489–498. <https://doi.org/10.15288/jsad.2019.80>
93. Neufeld, M., Bobrova, A., Davletov, K., Štelemėkas, M., Stoppel, R., Ferreira-Borges, C., et al. Alcohol control policies in former Soviet Union countries: a narrative review of three decades of policy changes and their apparent effects. *Drug Alcohol Rev.* 2021;40: 350–67.
94. Tran, A., Jiang, J., Lange, S., Manthey, J., Štelemėkas, M., Badaras, R., et al. Can alcohol control policies reduce liver cirrhosis mortality? An interrupted time series analysis in Lithuania. *Liver Int.* 2022;42(4): 765–774. <https://doi.org/10.1111/liv.15151>
95. Room, R., Cisneros Örnberg, J. A framework convention on alcohol control: getting concrete about its contents. *Eur J Risk Regul.* 2021; 12:433–43.
96. Rekke, D., Banatvala, N., Karpati, A., Tarlton, D., Westerman, L., Sperkova, K., et al. Prioritising action on alcohol for health and development. *BMJ.* 2019;367:l6162.