

EXPUNERE DE MOTIVE

Analiza OMS a poverii de boală ne arată că factorul nutrițional impactează cel mai puternic starea de sănătate în Europa. Bolile non-comunicabile, printre care cele determinate de o nutriție defectuoasă - obezitatea/supragreutatea și în special diabetul zaharat precum și bolile cardiovasculare au, de departe, cel mai important cost pentru individ, familie și societate, pe lângă suferință și dizabilitate. De altfel, cel mai important contributor la cauzele de deces din România este boala vasculară coronariană (sindroamele coronariene acute) și cerebrală (accidentul vascular cerebral)¹. Alimentația defectivă este mai frecventă la persoanele defavorizate, cu venituri mici, iar efectele acesteia asupra stării de sănătate tind să contribuie semnificativ la substanțierea disparităților în România.

Prin impactul major asupra sănătății populației (crește riscul de boală și deces de cauză vasculară, este principala cauză de amputație non-traumatică de membru, principala cauză de orbire și principala cauză de boală cronică de rinichi în stadiul de dializă), diabetul zaharat reprezintă o problemă de securitate națională. La nivelul UE (Regulament UE 1291/2012) se estimează că sunt peste 27 de milioane de persoane cu diabet, din 2013 diabetul fiind considerat o problemă majoră pentru Europa.

În România, studiul PREDATORR (*Prevalența Diabetului, Prediabetului, Suproponderii, Obezității, Dislipidemiei, Hiperuricemiei și Bolii Cronice de Rinichi*), studiu efectuat de Societatea Română de Diabet, Nutriție și Boli Metabolice și comunicat în 2014 ne arată o situație îngrijorătoare. Proporția persoanelor adulte (pe segmentul de vârstă 20-79 ani), afectate de diabet, este de 11,6% (aproximativ 1.700.000 de persoane), țara noastră fiind astfel pe locul 1 în Europa la incidența diabetului zaharat². În ceea ce privește incidența pre-diabetului (pacienți cu risc major de a dezvolta diabet zaharat patent în următorii ani), suntem de asemenea într-o zonă de alarmă având aproximativ 3 milioane de persoane în România în această condiție clinică (incidența de 18,4% pe segmentul 20-79 ani).

În consecință, Programului Național de Diabet i-au fost alocate, din FNUASS, sume din ce în ce mai considerabile: 419.625.000 lei în 2012, 965.445.000 lei în 2016 și peste un miliard de lei în 2017, asta în condițiile în care

¹ Eurostat 2014 arată că la 951 decese/100.000 de locuitori de cauză vasculară, România se află pe locul 2, după Bulgaria în Europa (UE și non-UE).

² În lume numărul persoanelor cu diabet zaharat a crescut de la 108 milioane în 1980 la 422 de milioane în 2016 - *Global report on diabetes. World Health Organization: Geneva, 2016.*

doar aproximativ 800.000 de pacienți diabetici sunt încadrați și beneficiază de tratamente și investigații finanțate în cadrul programului Național de Diabet³.

În ceea ce privește obezitatea se cuvin câteva precizări. Conform Organizației Mondiale a Sănătății, 2,8 milioane de oameni decedază anual ca și o consecință directă a supraponderalității sau obezitității. Majoritatea oamenilor trăiesc azi în țări unde există mai mulți supraponderali decât subponderali, iar costul global al obezitității este estimat de McKinsey Global Institute⁴ la 2 triliarde de \$ anual, clasificând obezitatea ca fiind în primele trei poveri sociale ale umanității alături de fumat și conflictele armate.

Studiul epidemiologic ORO ("Obezitatea în România (ORO) - Prevalența obezitității și a factorilor de risc ai obezitității în populația adultă din România") efectuat de Asociația Română pentru Studiul Obezității în 2015, arată că obezitatea afectează peste 20 % dintre românii cu vârsta peste 18 ani. Mai precis, rezultatele studiului arată o rată a obezitității de 21,3 % și o prevalență a supraponderiei de 31,1%, la românii cu vârste cuprinse între 18 și 79 de ani. De asemenea, incidența obezitității infantile este în creștere, ultima estimare a prevalenței furnizată de OMS pentru țara noastră fiind de 24,5% pe segmentul 5-19 ani⁵. Obezitatea, pe lângă consecințele reumatologice, repercusiunile psiho-sociale și stigmatizare, determină o creștere de 7 ori a riscului de a dezvolta Diabet Zaharat. Mai mult, Obezitatea dublează riscul de moarte prematură/prevenibilă, risc care în România este printre cele mai mari din Europa (364/100.00 locuitori - Eurostat 2014).

Numeroase studii științifice arată, fără nici un fel de dubiu, o asociere pozitivă, marcată între consumul de băuturi răcoritoare cu adaos de zaharuri și incidența obezitității și diabetului zaharat⁶⁷. Raportul⁸ din decembrie 2016 al ANSES (Agence Nationale de Sécurité Sanitaire de l'Alimentation, de l'Environnement et du Travail) din Franța, după trecerea în revistă a studiilor epidemiologice longitudinale, a studiilor clinice intervenționale și a metaanalizelor relevante cu privire la riscul cardio-metabolic și consumul de zaharuri concluzionează (p12): "aportul de zahăr, în special în formă lichidă, contribuie la supraponderalitate [...], care, la rândul ei, fiind un factor de risc cunoscut în special pentru diabet zaharat, cancerul de endometru sau de sân." Mai mult, studiul recent publicat de cercetătorii de la *Cancer Council Australia* și *Universitatea din*

³ Costurile globale ale poverii de boală datorată diabetului zaharat sunt estimate la 1,7 triliarde \$ între 2010-2030. Bloom DE, Cafiero ET, Jané-Llopis E, Abrahams-Gessel S, Bloom LR, Fathima S, et al. *The global economic burden of noncommunicable diseases (Working Paper Series)*. Geneva: Harvard School of Public Health and World Economic Forum; 2011.

⁴ <https://www.mckinsey.com/industries/healthcare-systems-and-services/our-insights/how-the-world-could-better-fight-obesity>

⁵ Numărul copiilor și adolescenților obezi a crescut de peste 10 ori din 1975 (de la 11 milioane la 124 de milioane) - *NCD Risk Factor Collaboration. Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: a pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128.9 million children, adolescents, and adults. The Lancet, 2017; S0140-6736(17)32129-3.*

⁶ Ultima metaanaliză: Luger M. Et al. Sugar-Sweetened Beverages and Weight Gain Children and Adults: *A Systematic Review from 2013 to 2015 and a Comparison with Previous Studies, The European Journal of Obesity, Obes Facts 2017;10:674-693*

⁷ Persoanele care consumă în mod regulat 1-2 sau mai multe pahare de suc îndulcit au un risc cu 26% de a dezvolta diabet zaharat tip II față de persoanele care consumă rar astfel de băuturi. Malik VS, Popkin BM, Bray GA, Despres JP, Willett WC, Hu FB. *Sugarsweetened beverages and risk of metabolic syndrome and type 2 diabetes: a meta-analysis. Diabetes Care, 2010;33:2477-83.*

⁸ <https://www.anses.fr/en/system/files/NUT2012SA0186Ra.pdf>

*Melbourne*⁹ (peste 35.000 de pacienți înrolați dintre care 3283 au dezvoltat diverse forme de neoplazie) au găsit o relație directă între consumul constant de băuturi răcoritoare cu adaos de zaharuri și 13 tipuri de cancer, de obicei concurente cu status obez, independent de greutatea corporală. De altfel, băuturile răcoritoare, sunt cel mai important contributor pentru aportul de zaharuri libere în dieta occidentală ‘normală’ și reprezintă, în medie, 3% din sursa aportului caloric.

De asemenea, există modelări epidemiologice care arată efectele benefice ale reducerii cantității de zaharuri adăugate în băuturile răcoritoare asupra incidenței și prevalenței supragreutății, obezității, diabetului zaharat tip II și asupra inidcilor de morbiditate și mortalitate asociați acestor boli¹⁰. Consumul a doar o doză de 330 ml de băutură răcoritoare îndulcită zilnic crește riscul de supraponderalitate cu 27% la adulți și cu 55% la copii. De aceea, Organizația Mondială a Sănătății, recomandă un aport de zaharuri de sub 10% din necesarul caloric zilnic¹¹; mai mult, un nivel de sub 5% din aportul caloric zilnic, provenit din zaharuri, aduce beneficii suplimentare asupra stării de sănătate¹².

Comportamentul de consum din România în privința băuturilor răcoritoare aditivate cu zaharuri¹³ demonstrează o apetență crescută, mai ales a copiilor¹⁴. Astfel, estimările Euromonitor pe 2016, demonstrează că România are cel mai mare consum de băuturi carbogazoase din regiune cu un total de 1.349 milioane litri și 71 l per capita. Comparativ Bulgaria se află la un nivel de 52 l per capita, Polonia la 47, Ungaria la 46 iar Cehia la 45 litri per capita, mult peste media regiunii de 52 litri per capita. De asemenea în ceea ce privește băuturile necarbogazoase suntem pe primele locuri cu 323 milioane litri/an adică 17 litri per capita. Există studii publicate de OMS care ne situează pe locul 4 în Europa (UE și non-UE) ca și consum, la copiii de 11 ani (27% dintre fete și 32% dintre băieți consumă zilnic, media europeană fiind de 16% respectiv 19%), locul 7 la copii de 13 ani și locul 14 la copiii de 15 ani¹⁵. De asemena, cantitatea consumată crește odată cu vârsta acesta fiind un trend general, pe fondul creșterii generale a cantităților consumate. Comportamentul alimentar tinde să se definitiveze la vârsta

⁹ <https://www.cambridge.org/core/journals/public-health-nutrition/article/consumption-of-sugarsweetened-and-artificially-sweetened-soft-drinks-and-risk-of-obesityrelated-cancers/14DB5E8634853560209984B07CED68B1>

¹⁰ Ma Y, He FJ, Yin Y, Hashem KM, MacGregor GA: *Gradual reduction of sugar in soft drinks without substitution as a strategy to reduce overweight, obesity, and type 2 diabetes: a modelling study. Lancet Diabetes Endocrinol* 2016;4:105–114.

¹¹ Recomandările se referă la zaharurile ‘libere’, adică adăugate în băuturi și alimente de către producător, bucătar sau consumator și nu la zaharurile ‘intrinseci’, aflate în mod natural în fructele și legumele proaspete.

¹² http://www.who.int/nutrition/publications/guidelines/sugar_intake_information_note_en.pdf

¹³ Conform EFSA (Agenția Europeană pentru Siguranța Alimentelor) termenul de „zaharuri” se referă la mono- și di-zaharide iar cel de „zaharuri adăugate” se referă la sucroză, fructoză, glucoză, hidrolizat de amidon (siropul de glucoză sau fructoză) și alte preparate izolate din zaharuri aditivate în cursul formulării alimentului/băuturii sau utilizate ca atare. Poliolii (alcoolorile zaharoase precum sorbitol, xylitol, manitol, sau lactitol nu sunt de obicei incluse în această categorie. De asemena, sub termenul de zaharuri adăugate mai sunt incluse și zaharurile care se găsesc în miere, siropuri, sucurile de fructe sau concentratele de fructe - *European Food Safety Authority: Scientific Opinion on Dietary Reference Values for carbohydrates and dietary fibre. EFSA Journal* 2010; 8(3):1462 [77 pp.]. *EFSA Journal* 2010; 8(3):1462

¹⁴ Singh GM, Micha R, Khatibzadeh S, Shi P, Lim S, Andrews KG, Engell RE, Ezzati M, Mozaffarian D: *Global Burden of Diseases Nutrition and Chronic Diseases Expert Group (NutriCoDE): Global, regional, and national consumption of sugar-sweetened beverages, fruit juices, and milk: A systematic assessment of beverage intake in 187 countries. PLoS One* 2015

¹⁵ WHO survey: *Social determinants of health and well-being among young people Health Behaviour in School-aged children (HBSc) Study: INTERNATIONAL REPORT FROM THE 2009/2010 SURVEY*

pre-adolescenței și astfel, deprinderile nesănătoase tind să se permanentizeze și în viața adultă.

Agenda pentru Dezvoltare Durabilă a ONU, adoptată în 2015 conține 17 Obiective de Dezvoltare Durabilă până în 2030 – adevărate ținte de convergență pentru umanitate. Astfel, ONU atrage atenția că în 2012 de exemplu, din cele 38 de milioane de decese datorate bolilor non-comunicabile, 42% (16 milioane) au fost decese premature (sub 70 de ani) datorate, în mare parte, unor cauze evitabile. Același document strategic, asumat și de România, își propune o scădere cu 30% a deceselor evitabile până în 2030. Astfel, guvernele sunt încurajate să adopte politici publice active în sensul reducerii deceselor datorate diabetului zaharat, bolilor cardio-vasculare și cancerului (de remarcat faptul că zaharurile libere sunt contributori direcți la etiopatogenia tuturor celor trei categorii de boli, responsabile de majoritatea deceselor evitabile). Mai mult, la a doua Conferință asupra Nutriției a ONU, desfășurată în 2014, guvernele participante (inclusiv reprezentanți ai Guvernului României), s-au angajat să reconfigureze sistemul alimentar ca obiectiv prioritar în decada 2016-2025, denumită de ONU ‘Decada de Acțiune pentru Nutriție’.

Există mai multe grupuri de lucru, strategii și platforme ale UE care conțin recomandări și obiective în ceea ce privește reformularea produselor alimentare și diminuarea riscurilor nutriționale. Printre ele, Grupul de Nivel Înalt pentru Nutriție și Activitate Fizică (*High Level Group on nutrition and physical activity (HLG)*) și Platforma de Acțiune a UE pentru Dietă, Activitate Fizică și Sănătate (*EU platform for Action on Diet, Physical Activity and Health - EU Platform*). De asemenea, există și Harta pentru Acțiune asupra ameliorării Producției de Alimente (Roadmap for Action on Food Product Improvement), document strategic al UE, adoptat sub președinția olandeză a Consiliului Europei, document susținut și de România, care conține și o anexă referitoare la adaosul de zaharuri. Recomandările din această anexă a documentului programatic menționat clasifică pe primul loc băuturile răcoritoare ca și focus al atenției decidenților în lista de categorii alimentare la care promovează scăderea cantității de zaharuri. Ținta recomandată este o scădere cu 10% a conținutului de zaharuri până în 2020. De altfel, și OMS recomandă politici publice active din partea decidenților¹⁶: “În baza calității evidențelor disponibile, aceste recomandări sunt catalogate ca fiind ‘puternice’ și pot fi adoptate ca politici în majoritatea situațiilor. Țările își pot orienta politicile publice prin dezvoltarea de ghiduri nutriționale, integrând obiceiurile și disponibilitățile alimentare locale. Alte opțiuni includ etichetarea alimentelor, educația consumatorului, reglementarea promovării produselor alimentare bogate în zaharuri libere sau **politici fiscale**

¹⁶ Există trei documente strategice ale Organizației Mondiale a Sănătății în care se recomandă expres implementarea de instrumente fiscale pentru corectarea comportamentelor alimentare defective și dăunătoare: “*Global Action Plan on the Prevention and Control of NCDs 2013–2020*”, “*Comprehensive Implementation Plan on Maternal, Infant and Young Child Nutrition*” și, mai recent, de către Comisia OMS pentru eradicarea Obesității Infantile.

destinate alimentelor cu conținut bogat în zaharuri libere”¹⁷ De asemenea, în draft-ul de proiect pentru obiectivele OMS în perioada 2019-2023, la obiectivul 3, printre măsurile propuse pentru îndeplinirea obiectivului (‘Asigurarea unei vieți sănătoase și promovarea bunăstării la toate vârstele’) este precizat expres ‘prevenirea supragreutății și reducerea ratei obezității la copii și adolescenți. Aceste ținte vor contribui la scăderea mortalității prin boli non-comunicabile’.¹⁸

În Planul OMS de Acțiune pentru Prevenția și Controlul Bolilor Non-comunicabile în Europa, adoptat în a 66-a sesiune a Comitetului Regiunilor din Europa (12-15 septembrie 2016)¹⁹ este semnalat faptul că 3 sferturi din tineri nu ating pragurile de activitate fizică recomandată, iar supraponderalitatea și obezitatea la copii și adulți au un trend ascendent²⁰ îngrijorător în special în estul Europei, „în timp ce marketing-ul alimentelor cu densitate energetică mare, bogate în sare, zahăr și grăsimi saturate este larg răspândit” (EUR/RC66/11 page 9). În același document se recomandă ‘pentru prevenția și controlul bolilor non-comunicabile sunt necesare acțiuni multi-sectoriale, strategice, ale guvernantei și societății în ansamblul său...prin politici publice în domeniul taxării...’ (EUR/RC66/11 page 7).

În ceea ce privește conținutul de zaharuri al băuturilor răcoritoare se cuvin a se face următoarele precizări:

- în medie conținutul de zahăr al unui singur pahar de bătură nealcoolică îndulcită (aditivată cu zaharuri) este de 40 de grame de zahăr; echivalentul a 10 lingurițe de zahăr cristalin.
- Coca-Cola conține 10,6 g zahăr/100 ml iar Pepsi 11g zahăr/100 ml.
- recomandările OMS pentru prevenția obezității fac referință la un consum maxim de zaharuri libere mai mic de 10% necesarul energetic zilnic (echivalentul a 12 lingurițe de zahăr); mai mult scăderea aportului de zahăr la 5% din necesarul zilnic de energie (sub echivalentul a 6 lingurițe de zahăr) aduce beneficii suplimentare pentru sănătate.

Există o tendință a industriei de profil, tendință auto-asumată în virtutea responsabilității sociale și direcționată de comportamentul consumatorilor, de a scădea cantitatea de zaharuri adăugată. Începând cu anul 2000 până în 2015 a existat o scădere de 12% a cantității de zaharuri, iar recent, UNESDA (Uniunea Asociațiilor Europene ale Producătorilor de băuturi răcoritoare care include branduri cunoscute precum Coca-Cola, Pepsi, Orangina, Nestle și acoperă 80% din cota de piață de profil din Europa) există o asumare a creșterii ritmului de scădere cu încă 10% până în 2020²¹. Mai mult, UNESDA mai are un obiectiv în ceea ce

¹⁷http://www.who.int/nutrition/publications/guidelines/sugar_intake_information_note_en.pdf

¹⁸ http://www.who.int/about/GPW13_-_impact-framework-draft.pdf?ua=1

¹⁹ <https://nutrimento.pt/activeapp/wp-content/uploads/2016/09/NCDActionPlan.pdf>

²⁰ în 2016 estimarea OMS era de 165 de milioane de copii și adolescenți obezi, 1 din 5;

²¹http://www.unesda.eu/wp-content/uploads/2017/02/UNESDA_Press-release_FINAL.pdf

privește disponibilitatea băuturilor răcoritoare în școli, asumându-și, până la finalul anului 2018 ca în nicio școală primară sau secundară de pe cuprinsul UE să nu mai existe disponibile băuturi răcoritoare ci doar apă²².

Din aprilie 2018, **Marea Britanie** introduce accizarea zahărului din băuturile nealcoolice pe 3 benzi fiscale: sub 5g/100 ml nu există taxă, între 5-8 g/100 ml 18p/litru (aprox. 0,94 lei/litru) și peste 8 g/100 ml 0,24 p/litru (aprox. 1,26 lei/litru).

Franța are din 2012 acciză pe zahăr în valoare de 7,53 euro/hectolitru. De anul acesta, tipul de accizare se modifică astfel că, pe lângă nivelul general de 3,50 euro pe hectolitru pentru toate băuturile ne-alcoolice îndulcite se aplică, în trepte, o taxă de 0,5 euro/kilogramul de zahăr/hectolitru adăugat pentru intervalul de concentrație 1-4 kg/hectolitru, 1,5 euro/kg de zahăr adăugat pentru intervalul de concentrație 5-8 kg/hectolitru și 2 euro/kg de zahăr adăugat pe intervalul de concentrație peste 8 kg/hectolitru.

Irlanda, de asemenea, introduce taxarea adaosului de zahăr în băuturile răcoritoare.

Norvegia are o taxă pe zahăr încă din 1922 și a decis ca din acest an să mărească taxa cu 83% (4,69\$/kg la dulciuri și ciocolată); de altfel, Norvegia, și datorită acestei taxe are un consum mediu de zahăr de 27 kg/persoană, comparativ cu SUA de exemplu cu 34 kg/persoană și doar 1 din 6 copii obezi spre deosebire de SUA sau Marea Britanie unde raportul este de 1 din 3²³.

În ianuarie 2018, Asociația Medicală Australiană alături de alte organisme profesionale și experți, au solicitat Guvernului australian introducerea unei accizări a zaharurilor. În documentul de poziție²⁴ se subliniază importanța prioritizării îmbunătățirii comportamentului alimentar.

Africa de Sud introduce, de asemenea, din acest an o taxă pe zahăr (2,1 cenți pe fiecare gram ce excede 4g/100 ml băutură răcoritoare) estimând o scădere cu 3,8% a obezității la bărbați și cu 2,4% la femei cu o scădere netă de 220.000 a persoanelor obeze²⁵.

În ceea ce privește politicile fiscale de tip pigovian²⁶, ca instrumente de influențare a comportamentului de consum, recomandarea OMS, bazată pe evidențe²⁷, este de a introduce taxa pe zahăr într-un quantum de 20% a prețului la raft ceea ce ar scădea simetric consumul cu 20%. Beneficiul impactului negativ pe

²² <http://www.unesda.eu/wp-content/uploads/2017/09/School-Soft-Drinks-Infographic-Digital-Banner.pdf>

²³ <https://www.weforum.org/agenda/2018/03/will-a-sugar-tax-help-reduce-obesity/>

²⁴ <https://ama.com.au/position-statement/nutrition-2018>

²⁵ <https://www.timeslive.co.za/news/south-africa/2017-12-15-how-the-sugar-tax-will-work/>

²⁶ principiul taxării activităților economice care generează externalități negative (costuri sociale neincluse în prețurile de piață)

²⁷ Powell, LM., Chriqui JF, Khan T, Wada R, Chaloupka FJ. *Assessing the potential effectiveness of food and beverage taxes and subsidies for improving public health: a systematic review of prices, demand and body weight outcomes*. Obesity Reviews, 2013; 14:110-128.

consum s-ar justifica pe deplin și pe plaja 20-50% de creștere a prețurilor la raft²⁸. Bineînțeles, efectul optim este obținut atunci când astfel de măsuri sunt luate în conjuncție cu discursul public instituționalizat despre beneficiile unei diete sănătoase și efectul negativ al consumului de zaharuri libere.

Referindu-se la Europa, concluziile Grupului Tehnic sunt că: *“politicile fiscale sunt instrumente importante în combaterea dietei nesănătoase și prevenția bolilor non-comunicabile existând o raționalitate evidentă pentru implementarea acestora pe viitor. Pornind de la evidențe, taxarea băuturilor îndulcite, alături de deduceri țintite pentru fructe și legume, sunt opțiunile politice cu cel mai mare potențial de a induce mutații pozitive asupra patternurilor de consum și au un impact semnificativ asupra comportamentului nutrițional sănătos.”*

Dincolo de modelări economice credibile, există justificări istorice recente; astfel, taxarea suplimentară a alimentelor cu conținut excesiv de grăsimi saturate (> 2,3g/100g) cu 2,15 euro/ kg de grăsime în **Danemarca** și-a dovedit impactul benefic pe morbiditatea și mortalitatea cardio-metabolică. În **Ungaria**, după introducerea în 2012 a taxei PHPT (pentru produse alimentare cu risc dovedit asupra sănătății), consumul acestor produse a scăzut cu 26-32%, persoanele cu o percepție negativă asupra propriei sănătăți fiind de 2 ori mai probabil să le elimine din dietă. În ceea ce privește producătorii de alimente/băuturi 40% dintre ei au reformulat produsele, 30% au eliminat în totalitate componentele nefavorabile iar 70% dintre producători au scăzut cantitatea de componente cu impact negativ asupra sănătății. Un alt iar exemplul de bună practică este **Mexicul** (prevalența obezității și supragreutății de 70% la adulți și 30% la copii și cel mai mare consum de băuturi răcoritoare îndulcite – 160 litri per capita/an) unde, la doar 2 ani de la introducerea accizării zahărului în băuturile răcoritoare consumul acestora a scăzut cu 7,6% în medie, scăderea cea mai mare, de 11,7% fiind înregistrată în rândul populației mai sărace și vulnerabile la o nutriție de ansamblu mai defectuoasă²⁹.

Pe lângă OMS există și Organizații Non-Guvernamentale de nișă care militează pentru dreptul consumatorilor la alimente sănătoase care susțin implementarea taxării zaharurilor libere din băuturile îndulcite; cea mai cunoscută fiind FoodWatch³⁰.

²⁸ Raportul Grupului tehnic al OMS – Geneva mai 2015 <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250131/1/9789241511247-eng.pdf?ua=1>

²⁹ Colchero, MA RJ, Popkin, BM, Ng SW. In Mexico, evidence of sustained consumer response two years after implementing a sugar-sweetened beverage tax. Health Aff 36(3):564-571. ; 2017

³⁰ <https://www.foodwatch.org/en/what-we-do/topics/sugar-fat-and-salt/2-minute-info/>

Așadar, având în vedere că:

- cel mai mare risc la adresa sănătății publice în Europa este riscul alimentar;
- există o legătură directă între consumul de băuturi îndulcite și incidența supragreutății/obezității și a riscului de a dezvolta diabet zaharat, boli cardiovasculare și boli neoplazice;
- incidența diabetului zaharat în România este cea mai mare din UE; a devenit o problemă de securitate națională;
- una dintre cele mai mari mortalități cardio-vasculare din Europa (UE și non-UE); de departe în România cel mai mare contributor la cauzele de deces este cauza cardio-metabolică.
- metaanalizele măsurilor preventive cordio-metabolice în România;
- avem cel mai mare consum de băuturi răcoritoare îndulcite din Europa.
- populația vulnerabilă – consumatorii cu venituri mici, tinerii și cei mai predispuși la obezitate sunt și cei mai responsivi la modificarea prețului prin accizare.
- concomitența introducerii accizei pe zahăr în Franța (modificări semnificative), Marea Britanie, Irlanda, Norvegia (modificări semnificative) și existența taxării deja în Ungaria, ceea ce transmite un mesaj de solidaritate și convergență responsabilă spre o Europă mai sănătoasă.
- recomandările exprese ale OMS privitoare la aplicarea de instrumente fiscale pentru scăderea consumului de zaharuri;
- recomandările grupurilor de lucru, strategiilor și platformelor de la nivelul organismelor UE referitoare la reformularea produselor alimentare și diminuarea riscurilor nutriționale.

propunem un model de accizare a zaharurilor libere³¹ (monozaharidele, dizaharidele sau oligozaharidele), prin această inițiativă de modificare a Legii 227/2015 – Codul fiscal, **pentru băuturile răcoritoare cu un conținut ridicat de zaharuri libere** care:

- se pot consuma direct sau, pentru a fi consumate trebuie diluate;
- sunt comercializabile direct;
- au zaharuri libere (*monozaharide* – glucoză, fructoză sau galactoză sau *dizaharide* - sucroză, lactoză, maltoză sau trehaloză) inclusiv zaharurile intrinseci din sucurile de fructe sau legume peste limita de mai jos;
- conțin cel puțin 5 g de zaharuri libere per 100 mililitri de produs.

³¹ Zaharurile libere au fost definite de Grupul de Experți OMS/FAO (Food and Agriculture Organization din cadrul ONU) ca *totalitatea monozaharidelor și dizaharidelor adăugate în alimente și băuturi de către producători sau consumatori precum și zaharurile prezente în mod natural în miere, siropuri, sau sucuri sau concentrate de fructe* http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/149782/9789241549028_eng.pdf?sequence=1 ;aceeași definiție e folostă și de EFSA(European Food Safety Agency).

Propunem un model de accizare în trei „benzi fiscale”, după cum urmează:

- nu se percepe acciză pentru băuturile răcoritoare cu un conținut mai mic de 5 g/100 ml zaharuri libere;
- acciză în cuantum de 70 lei/hectolitrul de produs pentru băuturile răcoritoare cu un conținut de zaharuri libere cuprins între 5 și 8 g/100 ml produs;
- acciză în cuantum de 100 lei/hectolitrul de produs pentru băuturile răcoritoare cu un conținut de zaharuri libere de peste 8 g/100 ml produs;

Impactul bugetar pozitiv estimat este de peste 1400 milioane lei (300 de milioane de euro), sume care vor fi folosite (prin modificarea, pe lângă Codul Fiscal, a art. 369 din Legea nr. 95/2006, articol privitor la nivelul contribuțiilor pentru finanțarea cheltuielilor de sănătate) pentru finanțarea Acțiunilor Prioritare din cadrul, Sistemului Național Integrat al Marilor Urgențe și finanțarea Programului Național de Diabet.

Inițiator,

Senator Adrian Wiener – USR





Tabel inițiatori

Lege pentru modificarea și completarea Legii nr. 227/2015 privind Codul Fiscal și a Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată

Camera Deputaților

Nr.crt	Numele și prenumele	Partidul politic	Semnătura
1.	COBUZ MARIUȘCA	PSD	
2.	ROȘCA LUCREȚIA	PSD	
3.	BĂIȘANU ȘT. ALEX.	ALDE	
4.	Nechifor Costel Ion	PSD	
5.	MUSOIU ȘTEFAN	PSD	
6.	STANCU FLORENȚA	PSD	
7.	MÎNĂLATĂ ROXANA	PSD	
8.	POBĂȘCĂ SABRIȘCA	PSP	
9.	CARUCERU AIDA	PSD	
10.	RĂSCU ANIȘOARA	PSD	
11.	BOGACIU CORINA	PSD	
12.	DOBRIȚĂ IONELA VIORELA	PSD	
13.	PAȘCĂ DIACONĂȘTE JERBAȘTIȘA	PSD	
14.	BURSCU JULIAN	USR	
15.	CIMPOANU VIRGINIA	USR	
16.	BEHELEAN ȘTEFAN	USR	
17.	ADUNA ȘTEFAN	neafiliat	
18.	GAVRILĂ ȘTEFANA	PSD	
19.	LUPĂȘCĂ COSTEL	PSD	
20.	VLAD SERGIU COSMIN	USR	

21.	BIAGAN - GAYRAL DANA	Independenta	
22.	SANCIO-VIRTEJ UCIAN	USR	
23.	POPESCU NICOLAE DANIEL	USR	
24.	Tupa Florian	PSD	
25.			y
26.			
27.			
28.			
29.			
30.			
31.			
32.			
33.			
34.			
35.			
36.			
37.			
38.			
39.			
40.			
41.			
42.			
43.			
44.			
45.			
46.			
47.			



Tabel inițiatori

Lege pentru modificarea și completarea Legii nr. 227/2015 privind Codul Fiscal și a Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată

Senat

Nr.crt	Numele și prenumele	Partidul politic	Semnătura
1.	WITENER ANDRIAN	USR	
2.	LÁSZLÓ ATTILA	UDMR	
3.	BOTNARIU EMANUEL GABRIEL	PSD	
4.	JIACOMBESCU REMIGIA	PSR	
5.	BUDOC PRONK	PSD	
6.	NICOLAE IERON	PCD	
7.	Pop Gheorghe	PSD	
8.	IONASCU GABRI	PMP	
9.	ORTAN EVIDA-FLOAM	PSD	
10.	MIHAI BOTIU	USR	
11.	BIRCA GEORGE EDUARD	USR	
12.	CSÁSZÁR KÁROLY-ZSOLT	UDMR	
13.	GORGHIU ANINA	PNL	
14.	Hăpau Flămura-Carmen	PNL	
15.	Chitac Vergil	Independent	
16.	Viorel Badea	PNL	
17.	COSTEL SOTICA	PNL	
18.	ȚĂBESCU RĂZVAN	PNL	
19.	SIMONCA IOANA	ALDE	
20.	Prebe Iudu Cosmin	PSD	

21.	Soporan Aurel Horea	PSD
22.	SAVIN EMILIAN	P.S.D
23.	BREAZ DANIEL	PSD
24.	VARANACHE MIRON	PSD
25.	TOMI VALIE	PSD
26.	MANOLIU DAN	PSD
27.	STOICHECI CRISTINA	PSD
28.	Ju Jian Taceu	PSD
29.	SALAN VIOREL	PSD
30.	Roumenko Grahom	PSD
31.	Păulescu Dem Adrian	PSD
32.	MARILU LIVIU	PSD.
33.	MATEI BOGDAN	PSD
34.	Orban Gheorghe Florin	PSD
35.	CRISTIAN GHICA	USR
36.	Fălci Nicu	USR.
37.	ALEXANDRESCU Vlad	USR
38.	RADU PUMAL	USR
39.	CRĂTOVEANU LAYMIH	PSD
40.	BĂDĂLĂU NICOLAE	PSD
41.	Ecalerina Andreeva	PSD
42.	DINICĂ SILVIA - MONICA	USR
43.	OPREA MARIO	PNL
44.	Lonyu Don	USR
45.	Morussi George	USR
46.	CRĂTOBÎA IANCU	PNL
47.		

48.	NITĂ ILIE	ALDE	
49.	RUJE MIHAI	ALDE	
50.	BĂISANU ȘT	ALDE	
51.	IGHE VIOMZ	ALDE	
52.	Hadăreană Ion	ALDE	
53.	BĂBUȘCU BORIN	PMP	
54.	COVACIU SEVERICA	PMP	
55.	IONASCU GABI	PMP	
56.	GÂNȚĂ ION	PMP.	
57.	PÎRVOLESCU EUGEN	PML	
58.	Vănoilaș Ioan	PNL	
59.	CRISTIAN CHIRTES	PNL	
60.	CAZAN MIRCEA-YAGIRE	PNL	
61.	MIREA SIMINICA	PNL	
62.			
63.			
64.			
65.			
66.			
67.			
68.			
69.			
70.			
71.			
72.			
73.			
74.			