

Dostępność, konsumpcja alkoholu i konsekwencje picia – trzy dekady doświadczeń

Affordability and availability, alcohol consumption and consequences of drinking – three decades of experiences

Jacek Moskalewicz, Łukasz Wieczorek

Instytut Psychiatrii i Neurologii, Zakład Badań nad Alkoholizmem i Toksykomaniami, Warszawa

Abstract – Aim. The paper’s aim is to respond a question how alcohol policy has affected affordability and availability, alcohol consumption and consequences of drinking in the last three decades in Poland.

Measurement. Simple indicators of affordability (number of bottles of vodka an average monthly wage can buy) and availability (number of alcohol outlets) were traced for a period 1980–2006. In addition, perception of alcohol availability by students was investigated. Outcome measures included registered and overall alcohol consumption, prevalence of drinking among students, out-patient and in-patient admissions to alcohol treatment, as well as mortality due to mental and behavioural disorders due to alcohol, alcohol poisoning, liver diseases.

Results. The 1980s witnessed reinforcement of strong alcohol control system imposed by the State under strong pressure from the civic society, represented by “Solidarity” movement. Alcohol affordability and availability were severely reduced and then remained almost stable for about a decade. Stabilisation of consumption and related harm followed. Transition to market economy and Parliamentary democracy was accompanied by dismantling of the alcohol control policy which was replaced by school education and treatment efforts. In spite of huge investment in school based education prevalence of drinking among school age children increased several times reaching rates present among adult population. Both affordability and availability substantially increased. In less than two decades number of clients in alcohol treatment doubled. Despite higher provision and qualitative improvement of treatment mortality due to alcohol related diseases tended to grow. Alcohol-related traffic crashes, however, declined, in particular in terms of number of crashes per 1000 vehicles.

Conclusions. Shifts in alcohol policy from centralised alcohol control system to policy based on school education and treatment is very likely to increase consumption and related consequences.

Key words: alcohol, consumption, availability, treatment, health harm

Streszczenie – Cel. Cel pracy to odpowiedź na pytanie, czy i w jakim zakresie polityka wobec alkoholu wpływała na dostępność ekonomiczną i fizyczną alkoholu, na poziom konsumpcji i konsekwencje picia w ostatnich trzech dekadach w Polsce.

Dobór wskaźników. Przyjęto proste wskaźniki dostępności ekonomicznej (liczba butelek wódki, jaką można kupić za średnie przeciętne wynagrodzenie) i fizycznej (liczba punktów sprzedaży alkoholu).

Analizie poddano również dostępność alkoholu w oczach młodzieży. Zbadano trendy rejestrowanego i nierejestrowanego spożycia alkoholu, rozpowszechnienie picia wśród młodzieży, wskaźniki leczonych stacjonarnie i ambulatoryjnie z powodu „alkoholowych” zaburzeń psychicznych oraz zgonów z powodu zatrucia alkoholem i chorób wątroby.

Wyniki. Na początku lat osiemdziesiątych umocniono w Polsce zcentralizowany system kontroli nad alkoholem. Państwo, pod naciskiem społeczeństwa obywatelskiego, którego reprezentantem była „Solidarność”, wzięło na siebie odpowiedzialność za ograniczenie konsumpcji alkoholu. Dostępność ekonomiczna i fizyczna zostały poważnie ograniczone. W rezultacie nastąpiła stabilizacja konsumpcji alkoholu i rozpowszechnienia szkód zdrowotnych związanych z piciem. Wraz ze zmianą społeczną na początku lat dziewięćdziesiątych i przejściem do gospodarki rynkowej zmieniły się priorytety w polityce alkoholowej. Rozmontowano system ograniczeń, zastępując go edukacją skierowaną do młodzieży szkolnej i rozbudową systemu lecznictwa. Mimo dużych nakładów na edukację szkolną rozpowszechnienie picia wśród młodzieży wzrosło kilkukrotnie. W ciągu niecałych dwudziestu lat liczba leczonych z powodu „alkoholowych” zaburzeń psychicznych i zatrucia alkoholem wzrosła dwukrotnie, zwiększyła się związana z alkoholem umieralność. Spadła natomiast liczba wypadków nietrzeźwych uczestników ruchu drogowego, szczególnie jeśli weźmiemy pod uwagę liczbę wypadków na 1000 pojazdów.

Wnioski. Zmiana polityki wobec alkoholu – ze zcentralizowanego systemu kontroli na system, którego priorytety obejmują przede wszystkim edukację i lecznictwo – może pociągnąć za sobą wzrost spożycia i związanych z tym negatywnych konsekwencji zdrowotnych i społecznych.

Słowa kluczowe: alkohol, spożycie, dostępność, lecznictwo, szkody zdrowotne

WPROWADZENIE

Artykuł stanowi jedną z prac wykonanych w ramach realizacji projektu badawczego „Ewaluacja polityki wobec substancji psychoaktywnych w Polsce”. W artykule podjęta zostanie próba odpowiedzi na pytanie, czy i w jakim zakresie polityka wobec alkoholu miała wpływ na dostępność napojów alkoholowych, na poziom konsumpcji, wzory picia, rozpowszechnienie picia wśród młodzieży. Śledzić będziemy również trendy w rozpowszechnianiu negatywnych konsekwencji konsumpcji alkoholu.

Zależność między średnim poziomem spożycia alkoholu a rozpowszechnieniem negatywnych następstw picia jest już dobrze udokumentowana. Pionierską rolę odegrały porównawcze badania Bruuna i współpracowników (1), w których stwierdzono ścisłą współzależność między poziomem konsumpcji a niektórymi schorzeniami, zwłaszcza o charakterze przewlekłym. Zależność ta potwierdziła się w kilkunastu krajach, co upoważniło autorów do stwierdzenia, że spożycie alkoholu *per capita* jest ważną kwestią zdrowia publicznego. Kolejne badania międzynarodowe (2) potwierdziły tę zależność, dowodząc równocześnie, że – oprócz innych czynników społecznych, ekonomicznych i kulturowych – poziom spożycia zależy od stopnia kontroli nad alkoholem, innymi słowy od jego dostępności. Autorzy postrzegali politykę alkoholową w szerszym kontekście zmieniających się ideologii, a konsumpcję napojów alkoholowych – na tle ewolucji wzorów kultury, w tym wzorów konsumpcji. Kolejne lata przyniosły falę badań opartych na analizie serii czasowych, które dokumentowały związek przyczynowy między poziomem spożycia

alkoholu a wieloma schorzeniami. Zmiany w konsumpcji pociągały za sobą zmiany w zapadalności i umieralności w tym samym roku (psychozy alkoholowe, samobójstwa, urazy, marskość wątroby) lub wiele lat później, jak w przypadku chorób nowotworowych – zgony korelują tu ściśle ze spożyciem alkoholu z opóźnieniem 20 lat. Innymi słowy poziom umieralności z powodu nowotworów jamy ustnej, krtani i przełyku wyznaczany jest wielkością konsumpcji 20 lat wcześniej (3).

Analizy serii czasowych prowadzono również w Polsce. Pierwsza, dotycząca związków między spożyciem alkoholu a samobójstwami, wykazała, że ok. 30% zmienności samobójstw w Polsce wyjaśnianych jest zmianami w konsumpcji alkoholu (4).

Następna próba dotyczyła zależności między dostępnością ekonomiczną wódki a spożyciem, rejestrowanym i rzeczywistym. Wskazała na silny związek w latach gospodarki centralnie planowanej i nieco słabszy w latach transformacji, kiedy to udział spożycia nierejestrowanego w spożyciu rzeczywistym był bardzo istotny. Jak wynikało z badań ceny wódki „nierejestrowanej” były wyznaczane cenami oficjalnymi, co sugerowało, że znaczna część nielegalnego obrotu napojami spirytusowymi odbywa się w ramach „legalnej” sieci sprzedaży (5).

Kolejne badania, opublikowane 10 lat później, koncentrowały się na uchwyceniu zależności między dostępnością alkoholu a hospitalizacjami z powodu zaburzeń „alkoholowych”, zgonami z powodu tych zaburzeń oraz zgonami z powodu chorób wątroby. Zarzucono studia nad związkami między spożyciem a tymi problemami ze względu na niepewne dane na temat rzeczywistej konsumpcji alkoholu. Stwierdzono w nich, że dostępność ekonomiczna i fizyczna wyjaśnia istotną część zmienności rozpowszechnienia tych problemów (6, 7).

W tym artykule nie zamierzamy dowodzić zależności przyczynowych między dostępnością, konsumpcją a rozpowszechnieniem problemów, zależności, która została już wielokrotnie potwierdzona również na gruncie polskim. Naszym celem jest pokazanie wpływu zmian w polityce wobec alkoholu, obejmujących również jego dostępność (8), na konsumpcję i najbardziej dramatyczne następstwa picia. Podejmiemy też próbę wstępnej oceny, jakie były konsekwencje tych zmian dla budżetu państwa. Czy skorzystał on na zwiększonej konsumpcji czy też wpływy budżetowe zmalały, mimo rosnącego spożycia.

Omówimy kwestię przyjęć do leczenia ambulatoryjnego i stacjonarnego z powodu zaburzeń związanych z konsumpcją alkoholu, trendy umieralności z powodu tych zaburzeń, chorób wątroby oraz zatruc alkoholowych. Przeanalizujemy też zmiany w rozpowszechnianiu alkoholowych wypadków drogowych. Negatywne konsekwencje picia przedstawione zostaną na tle innych krajów, przede wszystkim krajów „starej” Unii Europejskiej oraz krajów bałtyckich.

Dobór wskaźników

Dostępność napojów alkoholowych ocenimy w trzech wymiarach: dostępność ekonomiczna, dostępność fizyczna oraz subiektywne poczucie dostępności wśród młodzieży szkolnej. Istnieje przynajmniej kilka metod pomiaru dostępności

ekonomicznej, mających dać odpowiedź na pytanie: na zakup jakiej ilości alkoholu pozwalają nam nasze dochody. W ostatnich badaniach obejmujących kraje Unii Europejskiej (9) analizowano zmiany wskaźnika cen napojów alkoholowych w relacji do wskaźnika dochodu dyspozycyjnego ludności w latach 1996–2004. W pionierskich badaniach polskich (10) porównywano cenę 10 litrów czystego alkoholu w trzech podstawowych grupach napojów alkoholowych do rocznego dyspozycyjnego dochodu ludności *per capita*. Stosowanie obu metod dla śledzenia wieloletnich trendów możliwe jest jednak w sytuacji dostępności do porównywalnych danych statystycznych. W warunkach polskich takie porównywalne dane obejmują stosunkowo krótkie okresy kilku, najwyżej kilkunastu lat. Horyzont czasowy naszego badania obejmujący ostatnie trzy dekady, lata wielkich zmian, które pociągnęły za sobą nie tylko zmiany w systemie politycznym i gospodarczym, ale także w statystykach publicznych, uniemożliwia sięgnięcie do metod analizy wypróbowanych gdzie indziej i w innych warunkach. Z tego też względu wykorzystamy tutaj relatywnie prosty wskaźnik dostępności, który mówi, ile butelek najbardziej popularnej wódki lub piwa można kupić za przeciętne wynagrodzenie. O szczegółach i dylematach metodologicznych takiego podejścia pisaliśmy już wcześniej (5, 6).

Dostępność fizyczną można rozpatrywać przynajmniej w dwóch aspektach: uwzględniając liczbę punktów sprzedaży lub czas ich otwarcia. W tym artykule zajmiemy się najprostszym wskaźnikiem dostępności fizycznej, tzn. liczbą punktów sprzedaży napojów alkoholowych (do spożycia na miejscu i na wynos), przypadających na 10 tysięcy mieszkańców. Źródłem tych danych za lata 1980. były specjalne wydawnictwa GUS, a za lata 1990. i 2000. sprawozdania PARPA (GUS^{W, Y}; Sprawozdania 1996, 1999–2006 – patrz Źródła danych wykorzystane w artykule, str. 332). Ponieważ PARPA corocznie odnotowywała braki danych z niektórych województw i gmin, można założyć, że wskaźniki za minione 20 lat są zaniżone.

Wskaźnikiem subiektywnej dostępności alkoholu wśród młodzieży szkolnej jest odsetek gimnazjalistów, którzy w badaniu ESPAD (European School Survey Project on Alcohol and other Drugs) uznali, że nabycie kolejno piwa, wina i wódki jest dla nich łatwe lub dosyć łatwe.

Podstawowym instrumentem szacowania konsumpcji alkoholu są statystyki sprzedaży, które dość precyzyjnie określają ilość alkoholu, który trafił na rynek po opłaceniu odpowiednich podatków. W naszym systemie statystycznym zbierane są systematycznie dane na temat sprzedaży wódek (w litrach 100% alkoholu) oraz wina i piwa (w litrach napoju). Po przeliczeniu sprzedaży na litry 100% alkoholu uzyskujemy wielkość sprzedaży ogółem, która zwana jest także konsumpcją rejestrowaną. Najczęściej stosowaną miarą spożycia rejestrowanego jest spożycie na jednego mieszkańca kraju. Oprócz spożycia rejestrowanego poważną rolę w konsumpcji może odgrywać spożycie nierejestrowane; jego udział w okresie transformacji ustrojowych znacznie się zwiększył. Spożycie nierejestrowane obejmuje napoje alkoholowe, które trafiły na nasz rynek nielegalnie (bez wniesienia odpowiednich podatków), w tym bimber, alkohol przywożony legalnie z zagranicy

w ramach obowiązujących kwot przywozowych oraz wino domowe, którego wyrób na własny użytek jest również legalny. Suma spożycia rejestrowanego i nie-rejestrowanego daje spożycie rzeczywiste lub spożycie całkowite alkoholu (11).

Przez kilka dekad konsumpcję rzeczywistą szacowano na podstawie wskaźnika pierwszorazowych hospitalizacji z powodu psychoz alkoholowych. Współczynnik ten w latach 1960–1980 wysoko korelował ze średnim spożyciem napojów alkoholowych, a zwłaszcza wódek (12). Tę wysoką zależność wykorzystywano do szacowania spożycia w kolejnych latach, kiedy to statystyki sprzedaży przestały być w pełni wiarygodnym źródłem danych o konsumpcji alkoholu.

Dla oceny trendów w spożyciu alkoholu przez młodzież szkolną wykorzystano wyniki trzech realizowanych cyklicznie badań: tzw. badań mokatowskich wśród 15-latków (13), badań CBOS wśród uczniów ostatnich klas szkół średnich/ponadgimnazjalnych (14) i badań ESPAD wśród 15–16-latków (15). Ze wszystkich tych badań wykorzystano jako wskaźnik odsetek uczniów deklarujących picie napojów alkoholowych w ciągu trzydziestu dni poprzedzających badanie. Picie przynajmniej raz w miesiącu wskazuje na w miarę regularne spożywanie alkoholu, zwłaszcza w kraju, w którym większość dorosłych pije nie częściej niż raz na miesiąc (16).

Spośród wskaźników problemów zdrowotnych wybraliśmy trzy, których związek przyczynowy z alkoholem nie budzi wątpliwości. Prześledzimy zmiany w liczbie pacjentów objętych opieką ambulatoryjną i całodobową z powodu związanych z alkoholem zaburzeń psychicznych, wskaźniki zgonów z powodu tych zaburzeń oraz wskaźniki zgonów z powodu zatruc alkoholem. Ponadto omówimy trendy umieralności na choroby wątroby. Celowo wyszliśmy w analizie poza (alkoholową) marskość wątroby, włączając wszystkie schorzenia wątroby, bowiem lekarze w Polsce rzadko decydują się na postawienie tak stygmatyzującego rozpoznania. Przy analizie długich serii czasowych lepiej brać pod uwagę szersze kategorie diagnostyczne, które są mniej podatne na zmiany klasyfikacji chorób. Na przykład po wprowadzeniu ICD-10 liczba zarejestrowanych zgonów z powodu marskości wątroby zmniejszyła się o jedną trzecią w Polsce i na Węgrzech, przy równoczesnym niewielkim wzroście liczby zgonów z powodu chorób wątroby w ogóle. Wygląda więc na to, że zmiana klasyfikacji pociągnęła za sobą „diagnostyczne przesunięcie” części zgonów z kategorii „marskość wątroby” do kategorii „choroby wątroby”. Mimo że nie wszystkie zgony w tej ostatniej kategorii są spowodowane alkoholem, to jednak kilkakrotna nadwyżka liczby zgonów mężczyzn i duża zmienność liczby zgonów mężczyzn, przy relatywnej stabilizacji wśród kobiet, przemawiają za jej dużą wartością wskaźnikową.

Na koniec zajęliśmy się kwestią wypadków drogowych. Statystyki na ten temat zbierane są przez policję i uwzględniają nietrzeźwość sprawców wypadków. W związku z lawinowym wzrostem liczby samochodów obliczono również wskaźniki liczby wypadków na 1000 zarejestrowanych pojazdów.

Przy porównaniach międzynarodowych do analizy włączyliśmy jeszcze wskaźnik zgonów z powodu chorób układu krążenia oraz urazów, wypadków i zatruc, przy których udział alkoholu jest ogromnie zróżnicowany, zwłaszcza przy

porównaniu Litwy, Łotwy i Estonii z Polską i ze „starą” Unią Europejską. Trzeba przy tym pamiętać, że zgony z powodu wypadków drogowych stanowią we wszystkich krajach mniej niż połowę ogółu zgonów z powodu wypadków i zatruc.

WYNIKI

Dostępność alkoholu

Dostępność ekonomiczna

Ostatnie trzy dekady były świadkiem głębokich zmian w dochodach ludności i strukturze wydatków. W roku 1990 realne dochody ludności spadły o 25% i pojawiło się, nieznane od dziesięcioleci, bezrobocie. Dopiero po kilku latach realne dochody powróciły do poziomu sprzed transformacji, a w dziesięcioleciu 1995–2005 wzrosły o ponad połowę. Równoległe nastąpiło znaczne rozwarstwienie dochodów. Wskaźnik Gini zwiększył się z 0,23 w roku 1990 do 0,33 w latach dwudziestych (17, 18).

Zwiększyły się wyraźnie „sztywne” wydatki ludności na mieszkanie, energię; spadł udział wydatków na żywność. Zmiany te objęły także dostępność ekonomiczną napojów alkoholowych. Możliwości ich zakupu znacznie wzrosły. Jeśli w roku 1981 za przeciętne wynagrodzenie można było kupić ok. 42 butelki wódki, to w roku 2006 można było sobie pozwolić już na zakup 110 butelek. Szybciej rosła siła nabywcza płacy minimalnej; w połowie lat osiemdziesiątych można było kupić za nią około 7 butelek wódki, a w roku 2006 prawie sześć razy więcej, bo 40 butelek.

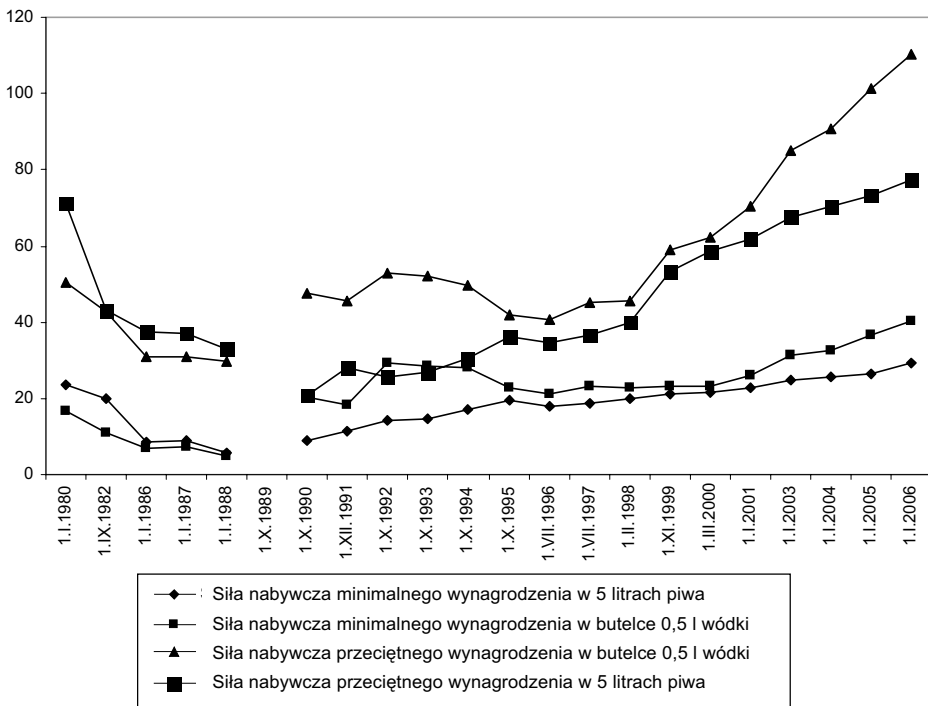
Wolniej rosła dostępność piwa. W roku 1981 za przeciętne wynagrodzenie można było kupić około 250 litrów piwa, 25 lat później – 380 litrów, a za płacę minimalną odpowiednio: 42 i 150 litrów (rys. 1).

Pomijając gwałtowny spadek dostępności ekonomicznej w 1981 roku, w latach osiemdziesiątych obserwowano względną stabilizację dostępności na poziomie około 30 butelek za przeciętną płacę (19). Przez większość lat 90. przeciętne miesięczne wynagrodzenie pozwalało na zakup 40–50 butelek. W latach 1999–2006 „alkoholowa” siła nabywcza przeciętnego wynagrodzenia zwiększyła się dwukrotnie (6).

Nieco inaczej kształtowały się ceny piwa. Jego dostępność w latach osiemdziesiątych nieznacznie spadała, aby zmniejszyć się bardzo wyraźnie na początku lat dziewięćdziesiątych. Piwo zaczęło relatywnie tanieć dopiero od połowy lat dziewięćdziesiątych, bardziej ze względu na wzrost dochodów ludności niż obniżenie jego ceny. Szczególnie szybki spadek relatywnych cen piwa nastąpił w latach 1998–2006, kiedy jego dostępność ekonomiczna wzrosła również dwukrotnie.

Dostępność fizyczna

Ważnym czynnikiem w kształtowaniu konsumpcji napojów alkoholowych jest również ich dostępność fizyczna, innymi słowy – liczba punktów sprzedaży napojów alkoholowych, przypadających na ludność danego obszaru, regionu, kraju. Na początku lat osiemdziesiątych wprowadzono w Polsce poważne ograniczenia



Źródło: GUS A, B, C, D, E, F, G, H, I, J, K, L, M, N, O, P, R, S, T, U

Monitor Polski/Dziennik Ustaw A, B, C, D, E, F, G, H, I, J, K, L, M, N, O, P, R, S, T, U, W, Y

Rys. 1.

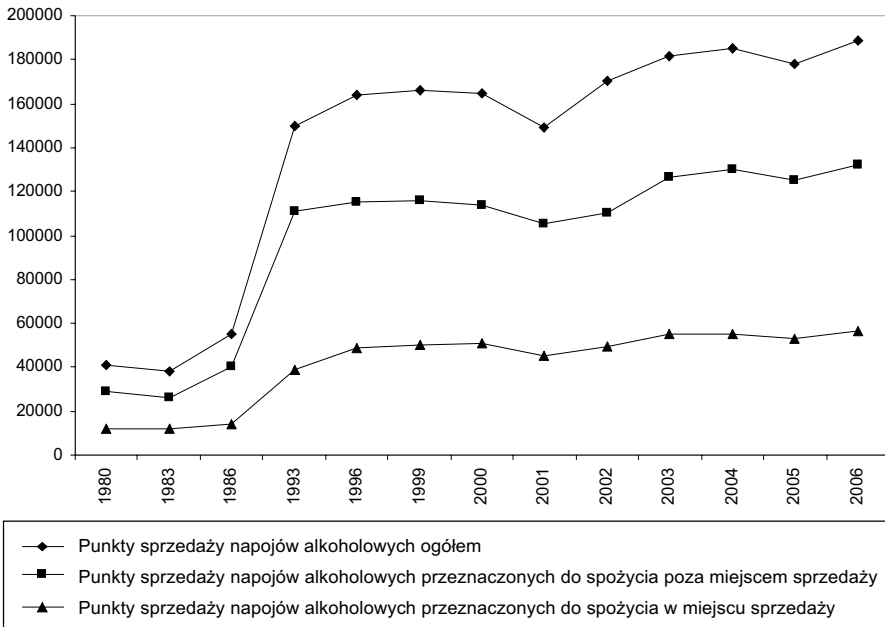
Siła nabywcza przeciętnego i minimalnego wynagrodzenia w butelkach wódki (0,5 litra) i w 5 litrach piwa

Affordability of an average and minimum monthly pay as expressed in half a liter vodka bottles and 5 liters of beer

w zakresie maksymalnej liczby punktów sprzedaży, którą określała Rada Ministrów na poziomie ok. 30.000. Liczba ta nie zmieniała się prawie do końca lat osiemdziesiątych (rys. 2).

Skokowa zmiana nastąpiła wraz z pojawieniem się gospodarki rynkowej. Na pierwszy ogień prywatyzacji poszły punkty sprzedaży detalicznej, sklepy, gastronomia, które nie wymagały dużych nakładów kapitałowych. Liczba punktów sprzedaży alkoholu wzrosła do blisko 200.000, w tym liczba restauracji i barów zwiększyła się z kilkunastu tysięcy do ok. 60.000.

Znakomita większość sklepów spożywczych starała się o pozwolenie na sprzedaż napojów alkoholowych. Wynikało to z kilku przynajmniej czynników. Alkohol, zwłaszcza napoje spirytusowe, nie wymaga dużych nakładów na przestrzeń magazynową, a dochód na sprzedaną jednostkę (butelkę) jest wyższy w porównaniu z innymi artykułami spożywczymi. Duża sieć sprzedaży stwarzała także wielkie możliwości dystrybucji alkoholu pochodzącego z nierejestrowanych źródeł.



Źródło: GUS ^w. Y, PARPA aneksy do sprawozdań z lat 1996, 1999–2006

Rys. 2.

Liczba punktów sprzedaży alkoholu

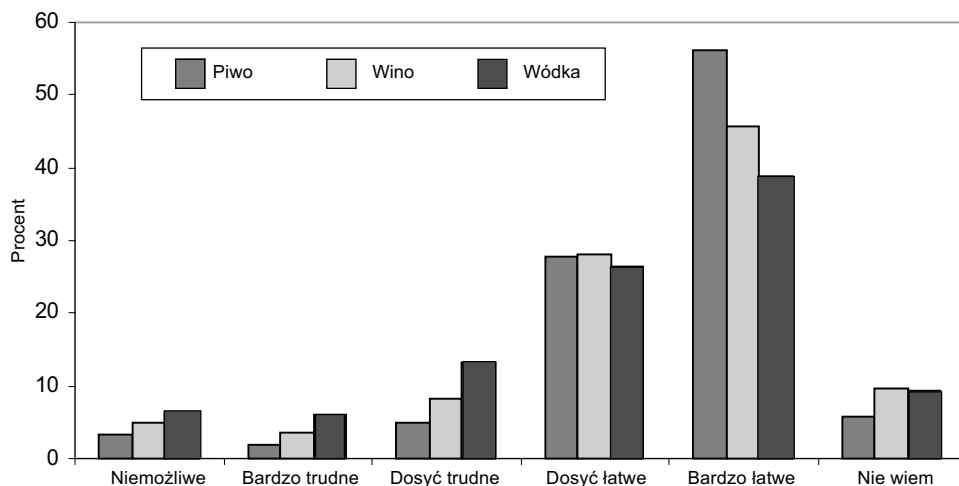
Number of alcohol outlets (total, off-premise and on-premise)

Sprzyjało to, poza stratą dochodów budżetowych, pierwotnej akumulacji kapitału i ekspansji sektora prywatnego.

Niezależnie od wzrostu liczby punktów sprzedaży nastąpiło rozszerzenie godzin sprzedaży. Zniesiono zakaz handlu alkoholem w godzinach 6.00–13.00. Napoje alkoholowe stały się dostępne przez 24 godziny na dobę. Znakomita większość sklepów całodobowych prowadzi głównie sprzedaż napojów alkoholowych. Zmiany w dostępności w najwyższym stopniu dotyczyły piwa. Piwo jest nie tylko w prawie każdym sklepie spożywczym, ale też na półkach supermarketów, sąsiadując z napojami niealkoholowymi.

Zmiany te miały również symboliczne znaczenie. Alkohol stał się towarem jak każdy inny, którego zakupu można dokonać przy okazji innych sprawunków, bez konieczności chodzenia do wyspecjalizowanych punktów w ściśle określonych godzinach (7).

Zmiana dostępności miała też zapewne wpływ na ograniczenie liczby melin, które oferowały poprzednio alkohol poza godzinami oficjalnej sprzedaży. Mimo to, pewna ilość alkoholu płynęła poza oficjalną siecią sprzedaży: można go było dostać na bazarach, placach handlowych, od indywidualnych „importerów”. Ostatnie badania z 2005 roku mówią, że z takich źródeł korzysta ciągle ok. 8% konsumentów, podczas gdy w 2002 roku – 6% (20, 21).



Źródło: Sierostawski J (2007) Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z ogólnopolskich badań ankietowych zrealizowanych w 2007 roku. ESPAD. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa

Rys. 3.

Poczucie dostępności napojów alkoholowych wśród uczniów trzecich klas gimnazjum (%)
Perception of availability of beer, wine and vodka among 15–16 years old students (%)

Dostępność alkoholu w oczach młodzieży

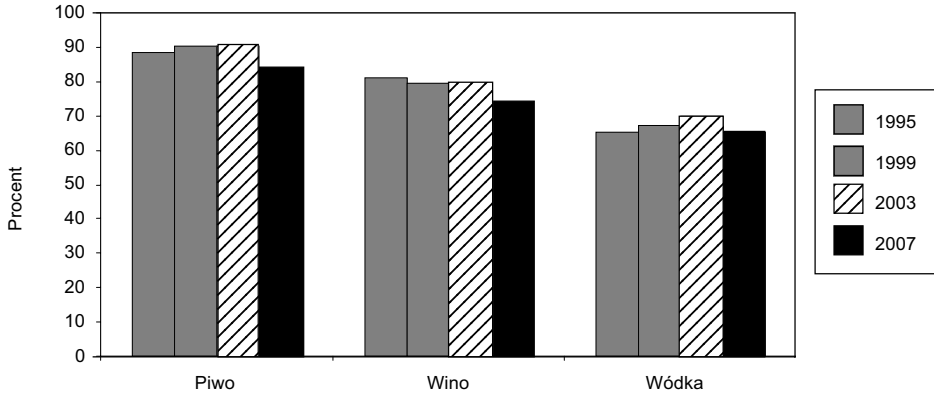
Mimo istotnego wzrostu dostępności napojów alkoholowych, przywilej ich nabywania pozostawiono nadal w rękach dorosłych. Przez cały ten okres obowiązywał zakaz sprzedaży alkoholu osobom niepełnoletnim. Jednak młodzież nie ma poczucia znacznej deprivacji i w tym względzie. Jak pokazują badania ESPAD (European School Survey Project on Alcohol and other Drugs) zdecydowana większość nastolatków uważa, że dostęp do napojów alkoholowych jest dosyć łatwy lub bardzo łatwy, a nieudane próby ich zakupu przez młodzież są sporadyczne (15) (rys. 3).

W ocenie uczniów stosunkowo najłatwiej jest kupić piwo, a najtrudniej – wódkę. Różnice te nie są jednak duże. Wśród 15–16-letnich uczniów szkół gimnazjalnych ponad 80% uważa, że kupienie piwa jest dla nich bardzo łatwe lub dosyć łatwe, podczas gdy odpowiedni odsetek dla wódki wynosi 65%. Ostatnia edycja badań ESPAD z roku 2007 wskazuje na niewielki spadek subiektywnie odczuwanej dostępności alkoholu. Zmiana ta nie przekracza jednak kilku punktów procentowych (rys. 4).

Konsumpcja alkoholu

Spożycie ogółem

Podobnie jak w większości krajów europejskich, dekady powojennego wzrostu gospodarczego przyniosły również znaczący wzrost konsumpcji alkoholu, która w Polsce zwiększyła się z 3 litrów czystego alkoholu *per capita* w roku 1950, do



Źródło: Sierosławski J. (2007) Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z ogólnopolskich badań ankietowych zrealizowanych w 2007 roku. ESPAD. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa

Rys. 4.

Zmiany w poczuciu dostępności poszczególnych napojów alkoholowych wśród uczniów trzecich klas gimnazjum w latach 1995–2007 (zsumowane odsetki odpowiedzi „dostyc łatwe” i „bardzo łatwe”)
Changes in perception of alcohol availability among 15–16 years old students from 1995 to 2007 (sum of percentages of responses “easy to get” and “very easy”)

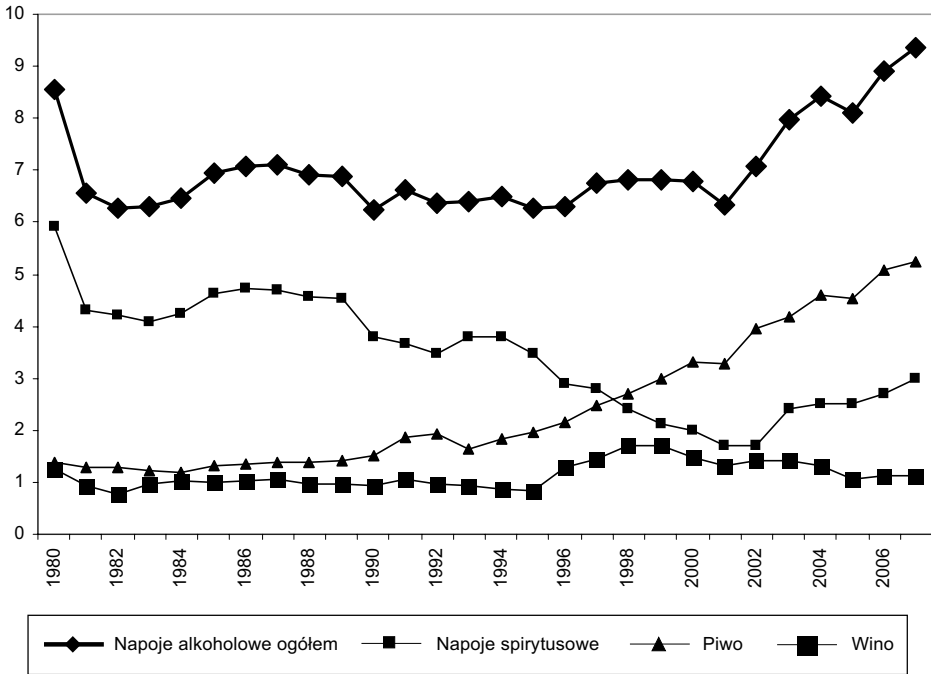
ponad 8 litrów w roku 1980 (22). Na początku lat osiemdziesiątych nastąpił gwałtowny spadek konsumpcji, która zmniejszyła się o ponad 25% do poziomu 6 litrów *per capita*. Był to okres gorącej debaty publicznej na temat alkoholu, w której władzom zarzucano rozpijanie społeczeństwa (23).

W wyniku tej debaty ograniczono produkcję napojów alkoholowych, wprowadzono okresowe prohibicje, a w końcu – reglamentację wódki. W latach osiemdziesiątych konsumpcja rejestrowana ustabilizowała się na poziomie 7 litrów. Na początku lat dziewięćdziesiątych nastąpił kolejny niewielki spadek spożycia rejestrowanego. Ponowny wzrost zanotowano dopiero w roku 2002, kiedy to, z jednej strony, zwiększyły się realne dochody ludności, a z drugiej strony, o czym była mowa wcześniej, zmniejszono znacznie akcyzę na napoje alkoholowe (24) (rys. 5).

W latach 2001–2007 spożycie rejestrowane zwiększyło się z ok. 6,5 do 9,3 litra *per capita*.

W roku 2007 osiągnęliśmy najwyższy rejestrowany na naszych ziemiach poziom spożycia od lat czterdziestych XIX wieku. Polska znajduje się w tej chwili w pierwszej dziesiątce konsumentów napojów alkoholowych w Europie.

Nieco inny obraz konsumpcji w Polsce rysuje się przy uwzględnieniu spożycia nierejestrowanego. Do roku 1980 szacowano, że udział konsumpcji nierejestrowanej, głównie bimbrow, nie przekracza 5–10% konsumpcji rejestrowanej i fluktuuje wraz ze zmianami w spożyciu rejestrowanym. Gwałtowny spadek sprzedaży na początku lat osiemdziesiątych nie został początkowo skompensowany konsumpcją bimbrow. Wynikało to, być może, z akceptacji zainicjowanych oddolnie



W latach 1980–1989 przy przeliczaniu ilości spożycia piwa na 100% alkohol przyjęto wartość 4,5% alkoholu, 1990–2001 – 5% alkoholu, a od 2002 roku – 5,6% alkoholu. W przypadku wina przyjęto zawartość alkoholu w wysokości 12,5%.

Źródło: Wald i wsp. (1990); GUS X, Z, AA

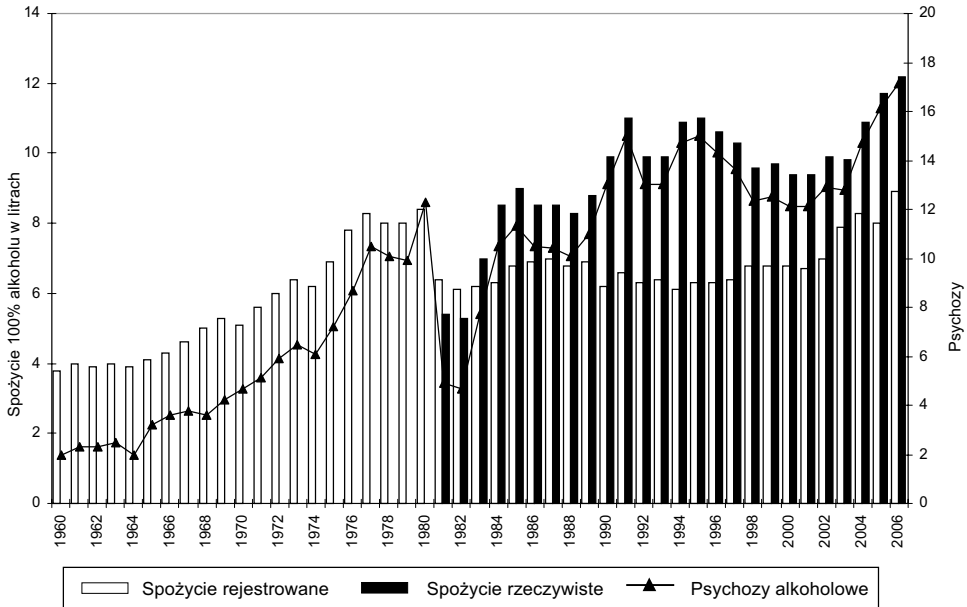
Rys. 5.
 Rejestrowana konsumpcja w litrach 100% alkoholu na jednego mieszkańca
Registered alcohol consumption in liters of 100% alcohol per inhabitant

zmian w dostępności napojów alkoholowych. Od 1983 r. wielkość konsumpcji nierejestrowanej można było szacować na 1,5 litra na 1 mieszkańca (20% konsumpcji rzeczywistej) (19).

Radykalna zmiana nastąpiła na początku lat dziewięćdziesiątych, kiedy to stabilizacji spożycia rejestrowanego towarzyszył dynamiczny wzrost konsumpcji nierejestrowanej. Spożycie rzeczywiste w 1991 r. osiągnęło 11 litrów *per capita* i było prawie dwukrotnie wyższe od spożycia rejestrowanego. Ten wysoki poziom konsumpcji rzeczywistej utrzymywał się do połowy lat dziewięćdziesiątych.

W drugiej połowie lat dziewięćdziesiątych konsumpcja rzeczywista zmniejszyła się do poziomu poniżej 10 litrów *per capita*. Od 2002 roku zarówno liczba hospitalizacji pacjentów pierwszy raz leczonych z powodu psychoz alkoholowych, jak i szacowane na tej podstawie spożycie rzeczywiste systematycznie rosną (rys. 6).

W roku 2006 spożycie rzeczywiste przekroczyło 12 litrów 100% alkoholu na jednego mieszkańca, w tym spożycie rejestrowane wynosiło 8,9 litra, a spożycie nierejestrowane 2,3 litra.



Rys. 6.

Rejestrowane i rzeczywiste spożycie napojów alkoholowych *per capita* a pierwszorazowe hospitalizacje z powodu psychoz alkoholowych na 100.000 mieszkańców

Registered and overall alcohol consumption in liters of 100% alcohol per capita and first time hospitalizations due to alcoholic psychoses per 100 thousand inhabitants

Struktura konsumpcji

Zmiany w spożyciu poszczególnych napojów alkoholowych były zróżnicowane (tab. 1). Przez całe lata osiemdziesiąte konsumpcja wódek (40% alkoholu) utrzymywała się na poziomie ok. 10 litrów *per capita*, spożycie piwa (4,5% alkoholu) w granicach 30 litrów, podczas gdy spożycie wina (12,5% alkoholu) – średnio ok. 8 litrów (25). Od początku lat dziewięćdziesiątych obserwuje się szybki wzrost konsumpcji piwa, któremu towarzyszy podniesienie zawartości alkoholu w piwie z 4% w latach osiemdziesiątych do prawie 6% od połowy lat dziewięćdziesiątych. W latach 1990–2007 spożycie piwa zwiększyło się prawie trzykrotnie z 30 litrów do 90 litrów *per capita*. Obecnie konsumpcja piwa w Polsce należy do najwyższych w Europie; wyprzedzają nas w tym względzie jedynie Czesi, Irlandczycy, Brytyjczycy i Niemcy. Podobny poziom konsumpcji mają też tradycyjni konsumenci piwa: Belgia, Dania, Słowacja (26).

Dynamika spożycia wódek, zwłaszcza rejestrowanego, była inna. Konsumpcja rejestrowana spadała od początku transformacji z 11,4 litra w 1988 do 4,3 litra w roku 2002.

Odwroćenie trendu nastąpiło w roku 2002, po zmniejszeniu podatku akcyzowego. W latach 2002–2007 obserwujemy prawie dwukrotny wzrost spożycia rejestrowanego wódek do 7,5 litra *per capita*.

Tabela 1.

Rejestrowane spożycie: piwa, wina, wódki w litrach na jednego mieszkańca
Registered consumption of beer, wine and spirits in liters per inhabitant

Rok <i>Year</i>	Spożycie rejestrowane ogółem w litrach 100% alkoholu <i>Total registered consumption in ltr of 100% alcohol</i>	Piwo <i>Beer</i>	Piwo w przeliczeniu na 100% alkohol <i>Beer in ltr of 100% alcohol</i>	Wina i miody pitne <i>Wine and mead</i>	Wino w przeliczeniu na 100% alkohol <i>Wine and mead in ltr of 100% alcohol</i>	Wódki <i>Spirits</i>	Wódki w przeliczeniu na 100% alkohol <i>Spirits in ltr of 100% alcohol</i>
1990	6,25	30,4	1,52	7,4	0,92	9,5	3,8
1991	6,62	37,2	1,86	8,6	1,07	9,2	3,7
1992	6,36	38,6	1,93	7,6	0,95	8,7	3,5
1993	6,39	33,0	1,65	7,5	0,93	9,5	3,8
1994	6,48	36,4	1,82	6,9	0,86	9,5	3,8
1995	6,28	39,0	1,95	6,8	0,85	8,7	3,5
1996	6,31	42,8	2,14	10,3	1,27	7,2	2,9
1997	6,74	49,8	2,49	11,6	1,17	7,0	2,8
1998	6,82	54,1	2,71	13,7	1,71	6,0	2,4
1999	6,83	60,1	3,01	13,6	1,70	5,3	2,1
2000	6,80	66,2	3,31	11,9	1,49	5,0	2,0
2001	6,32	65,8	3,29	10,5	1,31	4,3	1,7
2002	7,08	70,7	3,96	11,2	1,40	4,3	1,7
2003	7,99	74,6	4,18	11,3	1,41	6,0	2,4
2004	8,42	82,0	4,59	10,6	1,33	6,25	2,5
2005	8,09	80,7	4,52	8,6	1,08	6,25	2,5
2006	8,92	90,8	5,08	9,1	1,14	6,75	2,7
2007	9,34	93,4	5,23	8,9	1,11	7,5	3,0

W latach 1990–2001 przy przeliczaniu ilości spożycia piwa na 100% alkohol przyjęto wartość 5% alkoholu, a od 2002 roku – 5,6% alkoholu. W przypadku wina przyjęto zawartość alkoholu w wysokości 12,5%.

Źródło: GUS^{V, Z, AA}

Według naszych oszacowań spadek sprzedaży rejestrowanej kompensowany był przez całe lata dziewięćdziesiąte spożyciem nierejestrowanym. W początkowym okresie transformacji głównym źródłem był przemysł na wielką skalę, później, wraz ze zmianą przepisów regulujących import, pojawiły się nowe źródła, m.in. „eksport wewnętrzny”, w ramach którego część produkcji przeznaczonej na eksport trafiała na rynek wewnętrzny bez płacenia podatku akcyzowego. Duże ilości napojów spirytusowych trafiały też z sąsiednich krajów. Szmuglem zajmowali się mieszkańcy pogranicza (tzw. „mrówki”), którzy systematycznie – codziennie, a nawet kilka razy dziennie – przynosili po kilkanaście litrów alkoholu. W okresie największego rozkwitu szacowano rozmiary tego procederu na poziomie kilkudziesięciu milionów litrów rocznie. Po wejściu Polski do Unii Europejskiej

zjawisko „mrówek” uległo znacznemu ograniczeniu ze względu na ściślejsze kontrole graniczne pomiędzy Polską a Rosją, Białorusią i Ukrainą, a także ze względu na zmniejszenie różnic w cenach alkoholu między Polską a naszymi południowymi i zachodnimi sąsiadami (27).

Patrząc na spożycie rejestrowane wina można odnieść wrażenie, że nie zaszły tu głębokie zmiany. Jego spożycie na początku transformacji nie było wyższe niż w latach osiemdziesiątych. Pod koniec lat dziewięćdziesiątych osiągnęło najwyższy poziom do ok. 14 litrów *per capita*. Od tego czasu konsumpcja wina spada – w 2007 r. jest podobna do konsumpcji z przełomu lat 80/90. Wydaje się, że te stosunkowo niewielkie zmiany maskują poważne przekształcenia w strukturze konsumpcji wina, a także nie odzwierciedlają rozmiarów konsumpcji nierejestrowanej. Można szacować, że w latach dziewięćdziesiątych zwiększyła się znacznie ilość importowanych win gronowych kosztem krajowych win owocowych. Wino owocowe przestało być pite przez młodzież szkolną i stało się ulubionym napojem ludzi marginalizowanych w toku transformacji ustrojowych (trwale bezrobotnych, bezdomnych itp.). Trudno szacować rozmiary nierejestrowanego spożycia tego wina, ale można podejrzewać, że są one znaczne. Dzięki przepisom promującym małą i średnią przedsiębiorczość, które dopuszczały wpłatę należności podatkowych dopiero po sprzedaniu wyprodukowanego towaru, powstawało, przynajmniej w latach dziewięćdziesiątych, wiele małych firm produkujących wina owocowe, które zniknęły po sprzedaniu swojej pierwszej produkcji. Inspektorzy podatkowi stwierdzali, że firmy-efemerydy lokowane były w opuszczonych szopach, domkach działkowych, których jedynymi mieszkańcami byli niejednokrotnie bezdomni, używający swojego dowodu osobistego na założenie firmy.

Rozpowszechnienie picia wśród młodzieży

Wzrost konsumpcji alkoholu objął także niepełnoletnich. Ilustrują to wyniki kilku badań prowadzonych systematycznie od lat dziewięćdziesiątych, jak również badań mokotowskich prowadzonych regularnie od 1984 roku co cztery lata (13, 14, 28, 29).

Badania mokotowskie pokazują wzrost rozpowszechnienia spożycia alkoholu wśród piętnastolatków – zarówno chłopców, jak i dziewcząt. Wzrost ten jest szczególnie widoczny w przypadku piwa i wódki. Rozpowszechnienie piwa wzrosło prawie trzykrotnie z 14% w 1984 roku do około 40% w 2004 roku, natomiast rozpowszechnienie spożycia wódki – z 8,5% do prawie 21%. Do połowy lat dziewięćdziesiątych można zaobserwować stały wzrost picia i upijania się wśród chłopców i dziewcząt. W latach 1996–2004 odsetek dziewcząt pijących alkohol wzrósł z 48% do 54%, natomiast odsetek pijących wśród chłopców w tym samym okresie obniżył się do poziomu około 45%. Zbliżyły się odsetki uczniów i uczennic upijających się w ostatnich 30 dniach poprzedzających badanie; wśród dziewcząt można zaobserwować prawie pięciokrotny wzrost tego odsetka: z 4% w 1988 do około 19% w 2004 roku, wśród chłopców odsetek upijających się rósł w latach 1988–1996, aby następnie zmniejszyć się do poziomu 21% (13, 28, 29).

Tabela 2.

Spożycie alkoholu przez młodzież w wieku 18–19 lat w miesiącu poprzedzającym badanie (%)
Prevalence of alcohol consumption among students aged 18–19 years during a month preceding the survey (%)

Czy w ciągu ostatniego miesiąca piłeś piwo, wino lub wódkę	1992	1994	1996	1999	2003	2008
Piwo	49	59	68	71	76	75
Wino	38	41	34	25	32	29
Wódka	28	47	46	46	53	54

Źródło: CBOS (2009) Młodzież 2008, s. 137

Trochę wyższe odsetki, lecz takie same trendy obserwuje się w badaniach prowadzonych przez Centrum Badania Opinii Społecznej. Co jest zrozumiałe, bo badania te obejmują 18–19-latków. Liczba pijących piwo przynajmniej raz w ciągu miesiąca poprzedzającego badanie zwiększyła się z 49% w roku 1992 do 68% w 1996 i 75–76% w latach 2003 i 2008. Nieco inaczej wygląda tendencja, jeśli chodzi o picie wódki. W roku 1992 piło ją w miesiącu poprzedzającym badanie 28%, w końcu lat dziewięćdziesiątych – 46%, a w roku 2003 i 2008 – ponad 50%. Badania te wskazują również na nieznaczny spadek upijających się – z 46% do 41% (14) (tab. 2).

Podobne wyniki przynosi badanie ESPAD realizowane wśród 15–16-latków. Rozpowszechnienie picia w tej kategorii wiekowej systematycznie rosło w latach 1995–2003, osiągając stabilizację w latach 2003–2007. Warto podkreślić, że mimo stabilizacji lub nawet niewielkiego spadku, rozpowszechnienie picia wśród młodzieży jest ciągle większe niż w badaniach z lat dziewięćdziesiątych (tab. 3).

Tabela 3.

Spożycie alkoholu przez młodzież w wieku 15–16 lat i 17–18 lat w miesiącu poprzedzającym badanie (%)
Prevalence of alcohol consumption among students aged 15–16 and 17–18 during a month preceding the survey (%)

		1995	1999	2003	2007
Trzecie klasy gimnazjum 15–16 lat	Piwo	45,6	52,8	68,8	60,3
	Wino	32,8	24,4	23,7	22,6
	Wódka	29,9	25,0	36,7	30,3
Drugie klasy szkół ponadgimnazjalnych 17–18 lat	Piwo	55,9	66,2	78,6	78,8
	Wino	40,5	31,0	30,7	31,0
	Wódka	46,0	42,0	52,0	50,8

Źródło: Sierosławski J (2007) Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z ogólnopolskich badań ankietowych zrealizowanych w 2007 roku. ESPAD. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa

Badania te pokazują również, że zmiana wzoru picia wśród młodzieży miała charakter kumulatywny. Wzrostowi rozpowszechnienia konsumpcji piwa nie towarzyszył spadek rozpowszechnienia wódek. Młodzi ludzie pili piwo nie zamiast napojów spirytusowych, ale jako dodatek do tradycyjnej konsumpcji (15).

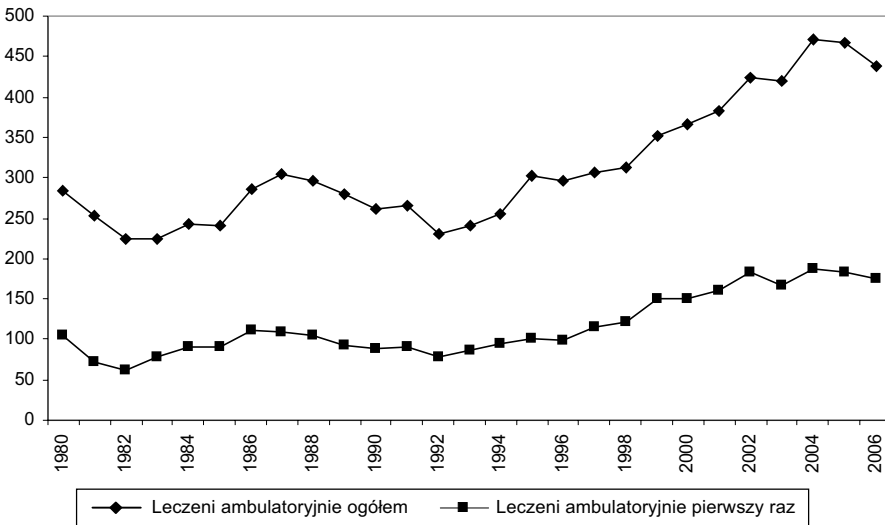
Konsekwencje picia

Pacjenci z zaburzeniami psychicznymi i zaburzeniami zachowania spowodowanymi użyciem alkoholu

Lata transformacji ustrojowej były świadkiem dużego napływu pacjentów do lecznictwa odwykowego. W lecznictwie ambulatoryjnym ich liczba zwiększyła się z niecałych 100 tysięcy w 1990 r. do blisko 180 tysięcy w 2005, co oznacza 80% wzrost liczby leczonych (rys. 7).

Warto zwrócić uwagę, że udział pacjentów pierwszorazowych wśród ogółu leczonych systematycznie wzrasta z 32% w 1990 r. do 43% w roku 2002. Obecnie około 40% leczonych w lecznictwie ambulatoryjnym stanowią pacjenci pierwszorazowi. Może to oznaczać większą atrakcyjność leczenia, która przyciąga coraz więcej nowych pacjentów, a może to również sugerować pojawienie się nowych rzesz uzależnionych, będących produktem dużego wzrostu spożycia alkoholu.

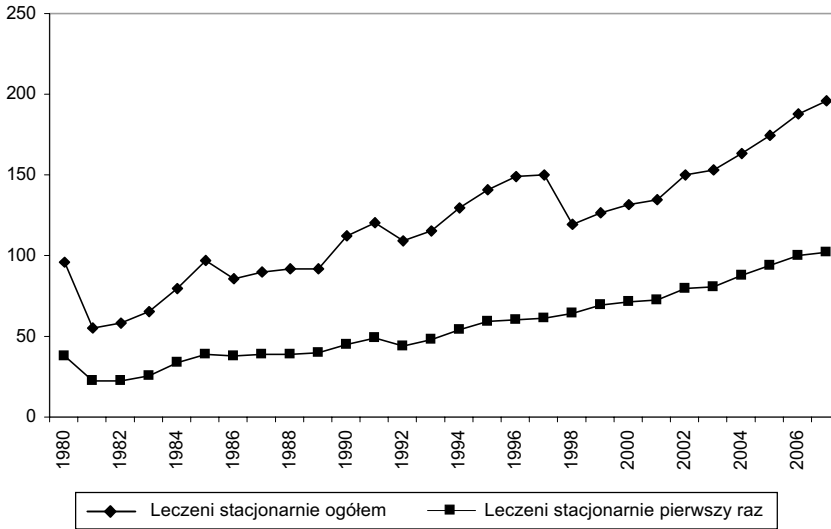
Dynamika przyjęć w lecznictwie stacjonarnym była jeszcze wyższa. Liczba leczonych podwoiła się w latach 1990–2006 z 30 tysięcy do ponad 70 tysięcy. Wśród ogółu leczonych objętych całodobową opieką, pacjenci pierwszorazowi stanowili ponad 50% (rys. 8).



Źródło: IPIŃ rocznik statyst. A, B, C, D, E, F, G, H, I, J, K, L, M, N, O, P

Rys. 7.

Leczeni ambulatoryjnie z powodu „alkoholowych” zaburzeń psychicznych na 100.000 mieszkańców
Clients in out-patient services due to alcohol mental disorders per 100 thousand inhabitants



Źródło: IPiN rocznik statyst. R, S, T, U, W, Y, Z, AA, AB, AC, AD, AE, AF, AG, AH, AI

Rys. 8.

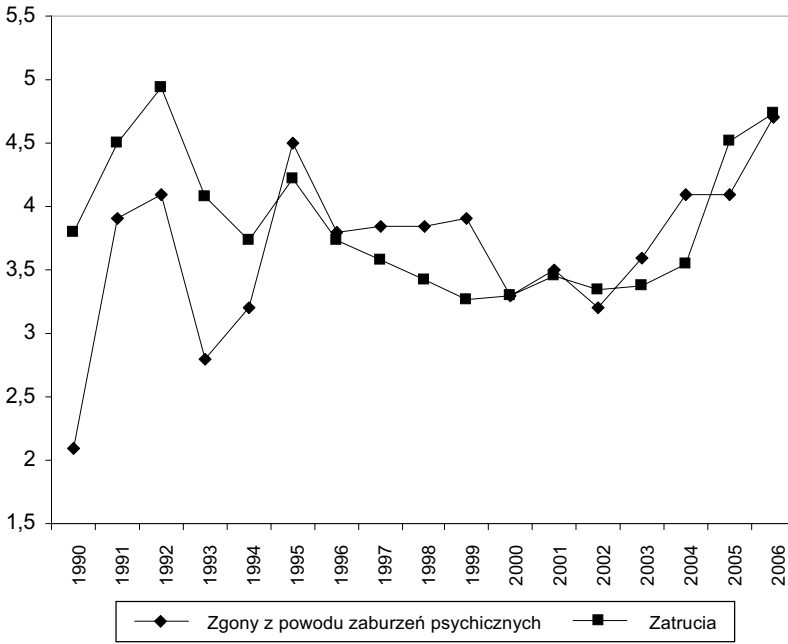
Leczeni stacjonarnie z powodu „alkoholowych” zaburzeń psychicznych na 100.000 mieszkańców
Clients in in-patient services due to alcohol mental disorders per 100 thousand inhabitants

Zgony

Jak widać okres transformacji przyniósł znaczny wzrost obciążenia odwykowej służby zdrowia. Blisko 100.000 dodatkowych pacjentów rocznie w lecznictwie ambulatoryjnym oraz 40.000 w leczeniu całodobowym oznaczało potężny wysiłek całego systemu. Mimo tak znacznego wzrostu nakładów i zasobów ludzkich liczba zgonów z powodu związanych z alkoholem zaburzeń psychicznych (F10) jest obecnie ponad dwa razy większa niż w roku 1990. W kategoriach bezwzględnych oznacza to wzrost z 800 do prawie 1800 zgonów rocznie (rys. 9).

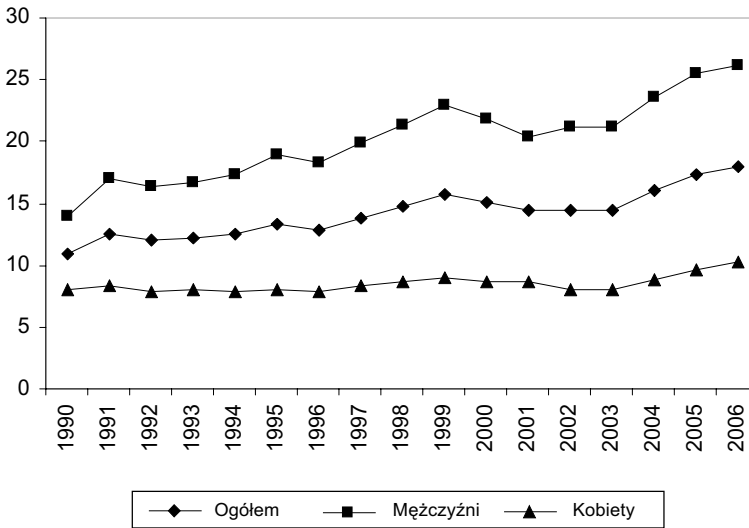
Liczba zgonów z powodu zatrucia alkoholem już w roku 1990 była o blisko 50% wyższa niż w latach osiemdziesiątych, a w dwa lata później zbliżyła się do 1900 przypadków. Od tego czasu obserwuje się fluktuacje wskaźnika zgonów zbieżne ze zmianami w poziomie konsumpcji alkoholu. W latach 2005–2006 wskaźnik zgonów z powodu zatrucia alkoholem zbliżył się do rekordowego poziomu z 1992 roku.

Obserwuje się również duży wzrost zgonów z powodu chorób wątroby. W 1990 r. zmarło z tego powodu nieco ponad 4000 osób; obecnie liczba ta sięga 8000. Można zakładać, że znakomita większość przypadków zgonów wśród mężczyzn ma związek z alkoholem, bowiem różnica w umieralności mężczyzn i kobiet jest bardzo znaczna. W 1990 r. umieralność mężczyzn była o 85% wyższa niż wśród kobiet, obecnie jest dwu i półkrotnie większa. Dużą różnicę umieralności można przypisać temu, że mężczyźni w Polsce wypijają ponad cztery razy więcej alkoholu niż kobiety (16) (rys. 10).



Rys. 9.

Zgony z powodu zaburzeń psychicznych i zatruciu alkoholem na 100.000 mieszkańców
Deaths due to alcohol mental disorders and alcohol poisonings per 100 thousand inhabitants

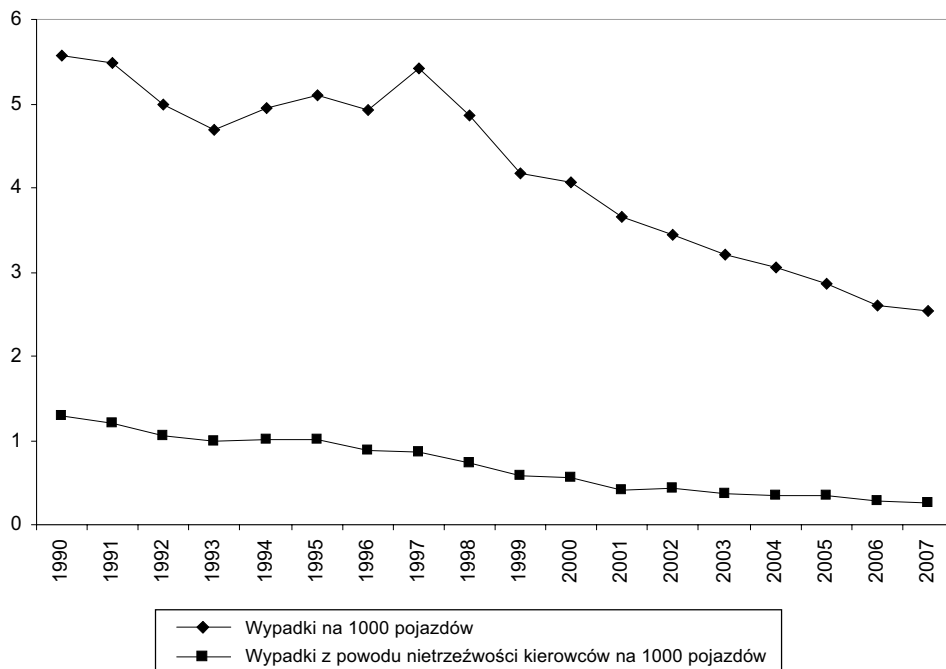


Rys. 10.

Zgony z powodu chorób wątroby na 100.000 mieszkańców
Deaths due to liver diseases per 100 thousand inhabitants (total, male and female)

Wypadki drogowe

Lata transformacji przyniosły szybki rozwój motoryzacji. W latach 1990–2007 liczba pojazdów zwiększyła się ponad dwukrotnie z 9 do 19,5 miliona. Początkowo skutkowało to wzrostem liczby wypadków drogowych z 50 tysięcy w 1990 r. do 66,5 tysięcy siedem lat później. Od roku 1999 liczba wypadków drogowych systematycznie spada i obecnie rejestruje się ich mniej niż na początku dekady. Wyraźna tendencja spadkowa rysuje się przy wypadkach związanych z alkoholem. W latach 1990–2007 ich liczba zmniejszyła się ponad dwukrotnie z 11,6 tysiąca do 5 tysięcy, a ich udział wśród ogółu wypadków zmalał z 23% do 10%. Spadkowe tendencje są jeszcze mocniejsze w przeliczeniu na 1000 zarejestrowanych pojazdów. Odpowiednie współczynniki zmalały ponad dwukrotnie dla wypadków ogółem i blisko pięciokrotnie dla wypadków związanych z alkoholem. Ta wyraźnie pozytywna tendencja nie jest do końca spójna z dotychczasowymi wywodami, że wzrost dostępności pociąga za sobą większą konsumpcję i więcej problemów. Wygląda na to, że w niektórych obszarach możliwe jest ograniczenia problemów bez zmniejszania konsumpcji alkoholu i jego dostępności (rys. 11).



Źródło: GUS AB, AC, AD, AE, AF, AG, AH

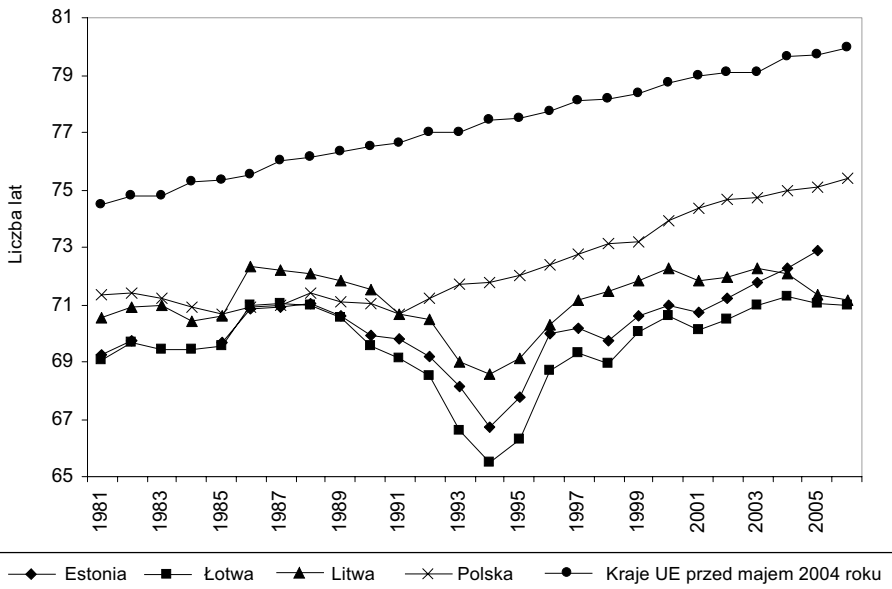
Rys. 11.

Wypadki drogowe, w tym wypadki z powodu nietrzeźwości użytkowników dróg, na 1000 pojazdów
Road accidents in general and due to alcohol per 1000 vehicles

Konsekwencje picia w Polsce na tle innych krajów

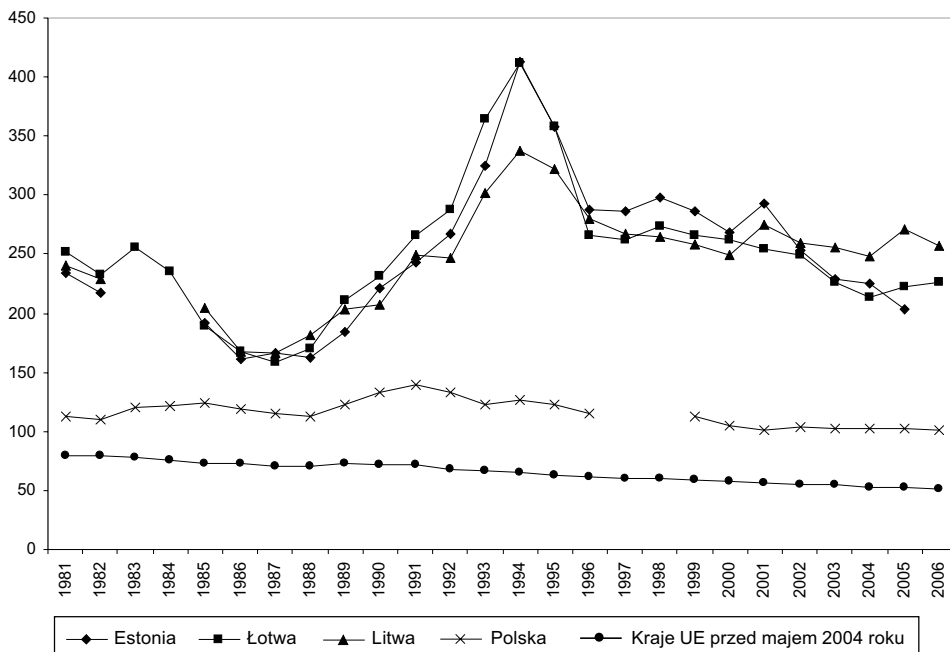
Spożycie alkoholu ma wpływ na wiele schorzeń i urazów. Wśród nich na pierwszym miejscu można wymienić urazy i wypadki, na drugim zaburzenia neuropsychiatryczne, a na trzecim schorzenia układu pokarmowego, w tym przede wszystkim choroby wątroby. Alkohol zwiększa ryzyko chorób naczyniowych i prowadzi do różnych postaci nowotworów, głównie nowotworów jamy ustnej, krtani, przetyku, górnych dróg oddechowych, jelita grubego i raka sutka u kobiet. Wpływ alkoholu na choroby układu krążenia nie jest jednoznaczny. Niewielkie jego ilości mogą mieć znaczenie „kardioprotekcyjne”, zwłaszcza dla osób starszych; picie dużych ilości – zwiększa ryzyko chorób układu krążenia. Światowa Organizacja Zdrowia ocenia, że w roku 2002 zmarło w Europie ok. 195.000 ludzi z przyczyn związanych z alkoholem, z czego ok. 20.000 przypada na Polskę. W regionie europejskim WHO alkohol odpowiada za 10,8% tzw. obciążenia chorobami, mierzonego utraconymi latami życia w pełnosprawności (DALY) (26).

Duże różnice w umieralności między starymi i nowymi krajami Unii Europejskiej są w znacznej mierze związane z konsumpcją alkoholu, z wielkością spożycia i wzorami picia. Różnice te są jeszcze głębsze między trzema krajami bałtyckimi – Litwą, Łotwą i Estonią – a pozostałymi członkami Unii. Średnia oczekiwana długość życia w krajach „starej” Unii zbliżyła się do 80 lat, w Polsce przekroczyła



Źródło: European Health for All Database, www.euro.who.int/HFADB

Rys. 12.
Średnia oczekiwana długość życia przy urodzeniu
Life expectancy at birth



Źródło: European Health for All Database, www.euro.who.int/HFADB

Rys. 13.

Standaryzowane wskaźniki zgonów mężczyzn z powodu urazów i zatruc na 100.000 mężczyzn
Standardised death rates due to injuries and poisoning per 100 thousand men

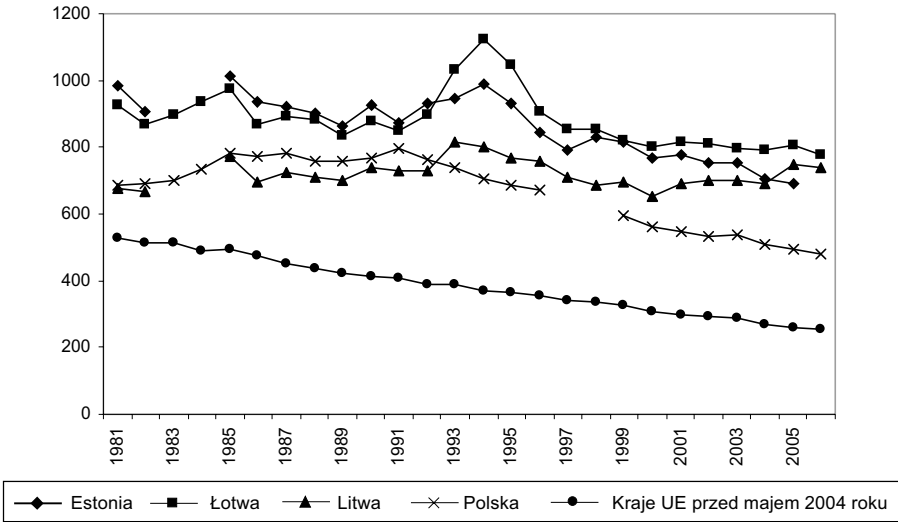
75 lat, podczas gdy na Łotwie i Litwie wynosi ok. 71 lat. Jest więc o 9 lat krótsza w porównaniu z krajami „starej” Unii (rys. 12).

Szczególnie duża różnica występuje w przypadku zgonów mężczyzn z powodu wypadków, urazów i zatruc. W roku 2005 w krajach „starej” Unii ginęło z powodu wypadków i urazów ok. 50 mężczyzn na 100.000, w Polsce nieco ponad 100, podczas gdy w krajach bałtyckich współczynnik zgonów zamykał się w przedziale 200–250 na 100.000 mężczyzn (rys. 13).

Duża różnica występuje również w umieralności z powodu chorób układu krążenia. W krajach „starej” Unii około roku 2005 notowano w przybliżeniu 230 zgonów na 100.000 mężczyzn, w Polsce blisko 500, a na Litwie, Łotwie i w Estonii współczynnik zgonów wahał się od 700 do 800 na 100.000 mężczyzn (rys. 14).

Lata transformacji wpłynęły dramatycznie na umieralność z powodu chorób wątroby. Jeszcze na początku lat dziewięćdziesiątych choroby te zabijały prawie dwa razy więcej ludzi w Europie Zachodniej, w porównaniu z Polską i krajami bałtyckimi. Obecnie odpowiednie wskaźniki są znacznie wyższe: w Polsce o 40%, na Łotwie o 70%, w Estonii ponad dwa razy, a na Litwie ponad cztery razy wyższe (rys. 15).

Porównanie krajów bałtyckich, Polski i krajów „starej” Unii pokazuje z jednej strony ogromne nierówności w zdrowiu, z drugiej – duże możliwości zmiany

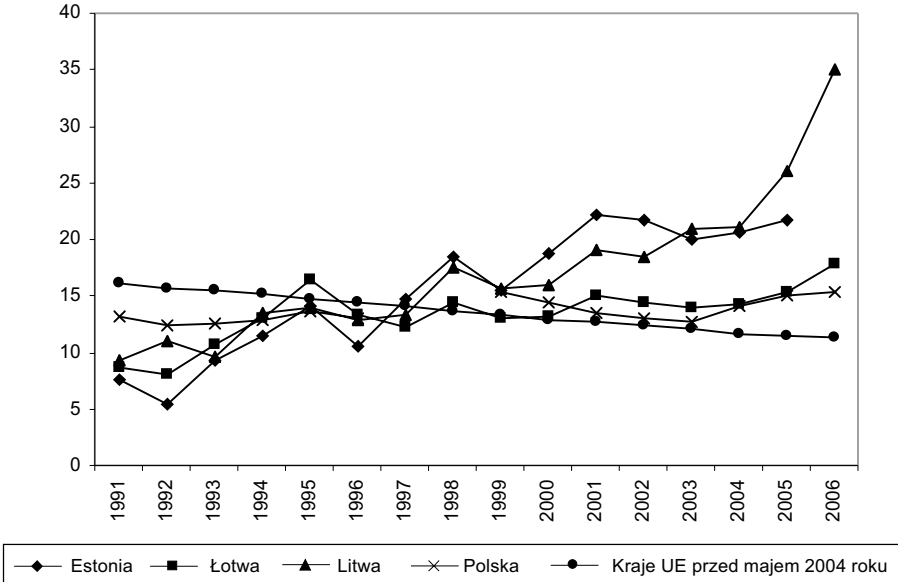


Źródło: European Health for All Database, www.euro.who.int/HFADB

Rys. 14.

Standaryzowane wskaźniki zgonów z powodu chorób układu krążenia wśród mężczyzn na 100.000 mężczyzn

Standardised death rates due to cardiovascular diseases per 100 thousand men



Źródło: European Health for All Database, www.euro.who.int/HFADB

Rys. 15.

Standaryzowane wskaźniki zgonów z powodu chorób wątroby na 100.000 mieszkańców

Standardised death rates due to liver diseases per 100 thousand inhabitants

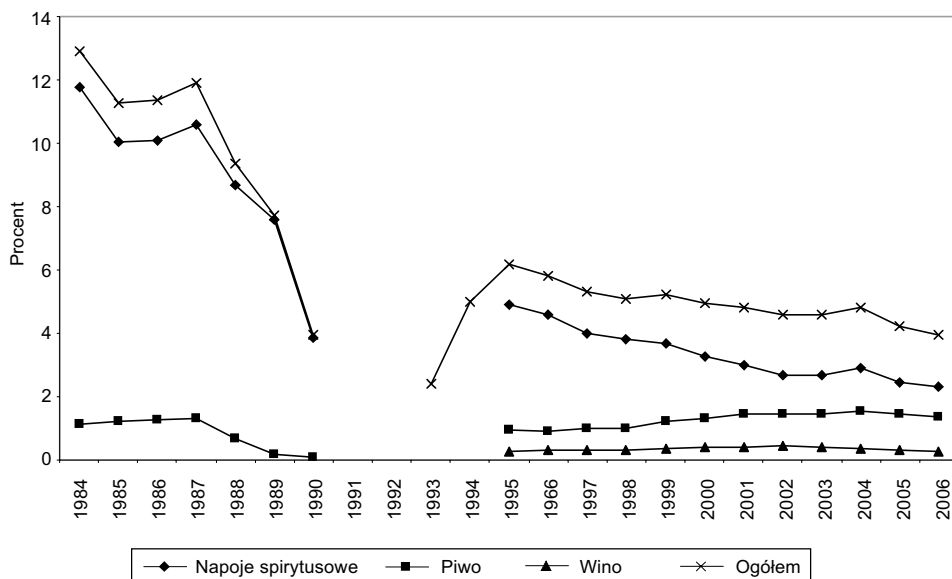
sytuacji, która w zakresie chorób i urazów związanych z alkoholem może ulec gwałtownemu pogorszeniu lub poprawie. Sytuacja w Polsce, w porównaniu z krajami „starej” Unii, wygląda nie najlepiej. Wskaźniki zgonów wśród mężczyzn są u nas dwa razy wyższe i nadal rosną, za wyjątkiem chorób układu krążenia, przy których udział alkoholu nie jest tak istotny i jednoznaczny. Polska na tle Litwy, Łotwy i Estonii prezentuje się jednak całkiem nieźle, ze wskaźnikami umieralności dwu-trzykrotnie mniejszymi.

Rodzi się pytanie, dlaczego sytuacja w Polsce jest dużo lepsza niż w krajach bałtyckich, mimo iż przeszły one podobne transformacje ustrojowe. Bez odrębnych badań jakiegokolwiek odpowiedzi na to pytanie będą miały status hipotez. Można przypuszczać, że zmiany w krajach bałtyckich miały przebieg dużo bardziej intensywny niż w Polsce. Na początku transformacji przeżyły bardzo głębokie załamania swoich gospodarek. Ich Realny Produkt Krajowy Brutto spadł w ciągu mniej niż dwóch lat – dwukrotnie. W roku 1995 PKB krajów bałtyckich oscylował wokół 4.000 USD, podczas gdy w Polsce przekraczał już 7.000 USD. W ciągu dziesięciolecia 1995–2005 kraje bałtyckie przegoniły Polskę. Ich PKB wzrósł 3–4-krotnie, podczas gdy w Polsce – dwukrotnie. Szybszy rozwój oznaczał nie tylko większe dochody, ale też wyższy stopień dezorganizacji społecznej, poczucia anomii. Zwiększyła się – w sposób trudny do wyobrażenia w czasach radzieckich – siła nabywca wynagrodzeń. Wzrosła skokowo dostępność ekonomiczna napojów alkoholowych, np. na Litwie o 170% (9). Wolny rynek oferował coraz to nowe pokusy. Alkohol stał się nie tylko towarem jak każdy inny, ale też lekarstwem na nowe problemy i odpowiedzią na kolejne wyzwania. Zyskał nowe znaczenia – dla jednych był symbolem przywiązania do tradycji, dla innych symbolem westernizacji i nowoczesności. Rosła legalna i nielegalna podaż alkoholu z produkcji krajowej i z importu. Szybki rozwój odsuwał na margines rzesze ludzi nie dość przystosowanych, w wielu przypadkach przedstawicieli mniejszości narodowych. Do nich trafiały wyroby najtańsze, często alkohol niespożywczy o szczególnie destrukcyjnym wpływie na zdrowie. Na przykład w 2001 roku doszło w Estonii do masowego zatrucia alkoholem, w wyniku czego zmarło 68 osób, co w proporcji do liczby ludności miało wymiar podobny do nowojorskiego zamachu z 11 września 2001 r.

DYSKUSJA

Ostatnie trzy dekady przyniosły głębokie zmiany w polityce wobec alkoholu oraz w jego spożyciu. Miało to znaczący wpływ na rozpowszechnienie negatywnych konsekwencji picia.

Na początku lat osiemdziesiątych utrwalił się w Polsce zcentralizowany system kontroli nad alkoholem, monopolizujący praktycznie jego produkcję i dystrybucję. Państwo pod naciskiem społeczeństwa obywatelskiego, zwłaszcza „Solidarności”, wzięło na siebie odpowiedzialność za ograniczenie konsumpcji alkoholu. Podjęto próbę wyeliminowania lub chociaż ograniczenia interesów związanych z produkcją



Źródło: GUS AI, AJ, AK, AL, AM, AN, AO, AP, AR, AS, AT, AU, AW, AY; PARPA sprawozdania A, B, C, D, E, F; PARPA (1998) Profilaktyka

Rys. 16.

Dochody z podatku od napojów alkoholowych jako procent dochodów budżetu państwa

Excise tax revenues as a share of state budget

i dystrybucją alkoholu. System kontroli obejmował dostępność ekonomiczną napojów alkoholowych, a także ich dostępność fizyczną w zakresie liczby punktów sprzedaży i czasu sprzedaży.

Mimo że w kolejnych latach system ten ulegał powolnej erozji, to jednak spożycie alkoholu ustabilizowało się na względnie niskim – jak na europejskie standardy – poziomie. Tylko nieznacznie rosły wskaźniki przyjęć w odwykowej służbie zdrowia, współczynniki zgonów związanych z alkoholem były również stabilne, a w przypadku marskości wątroby – niższe w porównaniu z krajami zachodnimi.

Wielka zmiana społeczna z początku lat dziewięćdziesiątych, przejście do gospodarki rynkowej i demokracji wielopartyjnej doprowadziło do przyjęcia nowych priorytetów w polityce wobec alkoholu. Rozmontowany został w praktyce system ograniczeń, zwiększyła się w sposób skokowy dostępność ekonomiczna i fizyczna. W polityce alkoholowej interesy wolnego rynku wzięły górę nad racjami państwa czy społeczeństwa obywatelskiego.

Wzrosła konsumpcja napojów alkoholowych, przede wszystkim piwa. Zwiększyła się rola nierejestrowanej podaży alkoholu, która „odpowiada” za mniej więcej jedną trzecią spożycia. Mimo istotnego wzrostu konsumpcji napojów alkoholowych dochody budżetu państwa z tego tytułu relatywnie zmalały. W latach osiemdziesiątych dochody z alkoholu stanowiły około 12% wpływów do budżetu; obecnie niecałe 4% (rys. 16).

Polityka społeczna sformułowała nowe priorytety: edukację, zwłaszcza programy profilaktyczne, skierowane do młodzieży szkolnej oraz leczenie. Mimo poważnych nakładów na edukację „alkoholową”, która dociera do 2/3 nastolatków, rozpowszechnienie picia wśród młodzieży szkolnej rosło wyraźnie od początku lat dziewięćdziesiątych aż do połowy ostatniej dekady. Chociaż ostatnie badania szkolne wskazują na niewielki spadek rozpowszechnienia, to jest ono praktycznie tak duże jak w populacji dorosłych. Ponad trzy czwarte starszych nastolatków pije alkohol przynajmniej raz w miesiącu lub częściej, a połowa z nich upija się z podobną częstotliwością. Niepowodzenia większości programów edukacyjnych w Polsce potwierdzają wcześniejsze doświadczenia innych krajów. Liczne badania wykazały brak długofalowych efektów tych programów w zakresie zmiany zachowań alkoholowych młodzieży. Podsumowuje je raport „Alkohol w Europie – perspektywa zdrowia publicznego”: „Mimo wielu lat badań, efekty programów szkolnych są niewielkie, a ich niepowodzenia – powszechne. Wielkie nakłady na edukację szkolną nie są, według aktualnego stanu wiedzy – dobrą inwestycją szczupłych zasobów, przynajmniej do czasu znalezienia większej liczby dowodów na jej efektywność” (26).

Od lat dziewięćdziesiątych postępuje profesjonalizacja leczenia odwykowego. Równolegle rośnie liczba pacjentów, których obecnie, w porównaniu z początkiem lat dziewięćdziesiątych, jest w lecznictwie stacjonarnym o blisko 40 tysięcy więcej, a w ambulatoryjnym – o blisko 100 tysięcy więcej. Od lat pacjenci uzależnieni od alkoholu okupują prawie połowę miejsc w stacjonarnej opiece psychiatrycznej. Mimo wielkich nakładów finansowych i ludzkich, co roku w lecznictwie pojawia się około 50 tysięcy nowych osób wymagających leczenia. Rośnie związana z alkoholem umieralność, zwłaszcza z powodu alkoholizmu, zatrucia alkoholem i chorób wątroby. Alkohol „odpowiada” za około 20 tysięcy zgonów rocznie.

Bilansując osiągnięcia i niepowodzenia polityki wobec alkoholu w ostatnich trzech dekadach nie sposób nie odnieść się do kwestii wypadków drogowych. Mimo wzrostu dostępności alkoholu i wzrostu liczby pojazdów, liczba wypadków związanych z alkoholem jest coraz mniejsza, zarówno w relacji do liczby pojazdów, jak i w kategoriach bezwzględnych. Złożyło się na to kilka przyczyn.

Obowiązująca od kilkadziesiątu lat rygorystyczna legislacja, która jednoznacznie zakazuje prowadzenia pojazdów w stanie po użyciu alkoholu; dopuszczalna zawartość alkoholu we krwi kierowców – 0,2 promila należy do najniższych w Unii Europejskiej. Egzekwowanie tej regulacji jest w Polsce również rygorystyczne. Inaczej niż w wielu krajach, gdzie dowolność poddania badaniu kierowcy jest ograniczona, policja ma prawo zatrzymać każdy pojazd i sprawdzić stan trzeźwości kierowcy. Badanie na trzeźwość przechodzi rocznie kilka milionów kierowców, co zwiększa poczucie nieuchronności kary. Widoczna jest także edukacja w tym zakresie: w każdy weekend dowiadujemy się o tysiącach nietrzeźwych kierowców, setkach wypadków z tym związanych i dziesiątkach ofiar. Wydaje się, że synergiczne działanie adekwatnej legislacji, rygorystycznego jej egzekwowania i edukacji w mediach są receptą na skuteczną politykę. Na sukces polityki trzeźwości w ruchu drogowym wpłynęło także ograniczenie ogólnej liczby

wypadków. Trzeba podkreślić jednak, że tempo spadku wypadków alkoholowych jest znacznie większe.

Zmiana priorytetów polityki wobec alkoholu miała istotne konsekwencje gospodarcze na poziomie makro- i mikroekonomii. Mimo wzrostu sprzedaży alkoholu, dochody budżetowe z alkoholu są coraz mniejsze i nie kompensują coraz większych obciążeń ochrony zdrowia i innych służb publicznych. Z drugiej jednak strony, ograniczenie „alkoholowych” wpływów budżetowych oznaczało skierowanie potężnego strumienia dochodów do sektora prywatnego i przyspieszyło rozwój gospodarki rynkowej. U progu transformacji afery alkoholowe zintensyfikowały pierwotną akumulację kapitału. Dochody z alkoholu miały decydujący udział w ekspansji sprzedaży detalicznej artykułów spożywczych. Wzrost liczby punktów sprzedaży, zniesienie ograniczeń co do godzin sprzedaży, podniesienie jakości usług gastronomicznych oznaczało wyraźną poprawę jakości życia z perspektywy konsumenta napojów alkoholowych. Niższe relatywnie ceny ograniczyły obciążenie budżetów domowych wydatkami na alkohol.

Ograniczenia. Przedstawiona analiza doświadczeń w polityce alkoholowej ma liczne ograniczenia, związane przede wszystkim z jakością zebranych danych. Niepełne są dane o dostępności fizycznej alkoholu; ograniczenie się do liczby punktów sprzedaży, bez uwzględniania czasu otwarcia tych punktów, daje zaniżony obraz dostępności. Oficjalne dane o konsumpcji alkoholu nie uwzględniają, siłą rzeczy, spożycia nierejestrowanego, pochodzącego z nielegalnych źródeł oraz legalnego importu na własny użytek. Zmusiło to nas do oszacowań bazujących na statystykach psychoz alkoholowych, które wymagają przyjęcia kilku założeń co do względnej stałości wzorów picia, praktyk diagnostycznych i klinicznych. Mimo systematycznie prowadzonych badań szkolnych nie wiemy, ile alkoholu pije młodzież. Z konieczności posługujemy się wskaźnikami rozpowszechnienia picia, które mogą maskować poważne zmiany jakościowe i ilościowe we wzorach picia; większe rozpowszechnienie nie musi oznaczać większej konsumpcji. Stąd postawiona w artykule teza o kumulatywnej naturze zmian we wzorach picia młodzieży ma poważne ograniczenia.

Mimo tych ograniczeń, doświadczenia polskie, zwłaszcza na tle krajów „starej” Unii Europejskiej – z jednej i krajów bałtyckich z drugiej strony, wskazują na wielki potencjał polityki wobec alkoholu. Dominacja rynku w polityce alkoholowej, kosztem państwa i społeczeństwa obywatelskiego, zaniechanie polityki ograniczania dostępności alkoholu, może mieć istotny wpływ na pogorszenie zdrowia publicznego, skrócenie długości życia, obciążenie systemu ochrony zdrowia i innych służb publicznych.

Podziękowania. Autorzy pragną podziękować kolegom z Zakładu Badań nad Alkoholizmem i Toksykomaniami, a w szczególności dr Grażynie Świątkiewicz, za cenne uwagi, które miały wpływ na kształt artykułu. Podziękowania należą się również dr Danielowi Rabczence za pomoc w oszacowaniu rzeczywistego spożycia alkoholu.

PIŚMIENNICTWO

1. Bruun K, Edwards G, Lumio M, Makela K, Pan L, Popham R, Room R, Shmidt W, Skog O-J, Sulkunen P, Osterberg E (1975) *Alcohol control policies in public health perspective*. The Finnish foundation for alcohol studies. 25.
2. Makela K, Room R, Single E, Sulkunen P, Walsh B with: Bunce R, Cahannes M, Cameron T, Giesbrecht N, Lint J, Makinen H, Morgan P, Mosher J, Moskalewicz J, Muller R, Osterberg E, Wald I, Walsh D (1981) *Alcohol, Society, and the State 1: A Comparative Study of Alcohol Control*. Toronto: Addiction Research Foundation.
3. Macfarlane GJ, Macfarlane TV, Lowenfels AB (1996) The influence of alcohol consumption on worldwide trends in mortality from upper aerodigestive tract cancers in men. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 50, 636–639.
4. Morawski J, Moskalewicz J (1991) Trendy samobójstw i spożycia alkoholu w Polsce. *Alkoholizm i Narkomania*, 8, 39–55.
5. Moskalewicz J, Wojtyniak B, Rabczenko D (2000) Alcohol as a cause of mortality in societies undergoing rapid transition to market economy. W: Cornia GA, Panicia R (red.) *The Mortality Crisis in Transitional Economies*. UNU Wider, Oxford University Press, Oxford, 83–104.
6. Moskalewicz J, Sierosławski J (2005) Dostępność ekonomiczna napojów spirytusowych a szkody zdrowotne. *Alkoholizm i Narkomania*, 18, 4, 41–50.
7. Moskalewicz J, Sierosławski J, Dąbrowska K (2005) Dostępność fizyczna alkoholu a szkody zdrowotne. *Alkoholizm i Narkomania*, 18, 4, 51–64.
8. Świątkiewicz G, Wiecek Ł (2009) Ewolucja regulacji prawnych dotyczących podaży alkoholu w Polsce w latach 1982–2005. *Alkoholizm i Narkomania*, 22 (3), 223–242.
9. Rabinovich L, Brutscher P-B, de Vries H, Tiessen J, Clift J, Reding A (2009) *The affordability of alcoholic beverages in the European Union. Understanding the link between alcohol affordability, consumption and harms*. European Commission DG SANCO.
10. Wald I, Kulisiewicz T, Morawski J, Bogusławski A (1981) *Raport o problemach polityki w zakresie alkoholu*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.
11. Moskalewicz J (2004) Pomiar i uwarunkowania spożycia napojów alkoholowych w Polsce. W: *Postawy i zachowania Polaków wobec alkoholu i problemów alkoholowych*. Alkohol a społeczeństwo. Warszawa: PARPA, 78–89.
12. Wald I, Jaroszewski Z (1983) Alcohol Consumption and Alcohol Psychoses in Poland. *Journal of Studies on Alcohol*, 44, 1040–1048.
13. Ostaszewski K, Bobrowski K, Borucka A, Kocoń K, Okulicz-Kozaryn K, Pisarska A (2005) *Raport techniczny z realizacji projektu badawczego p.n. Monitorowanie trendów używania substancji psychoaktywnych oraz wskaźników innych wybranych aspektów zdrowia psychicznego u młodzieży szkolnej*. Warszawa. Instytut Psychiatrii i Neurologii.
14. Kolbowska A (2009) *Młodzież 2008*. Warszawa: Centrum Badania Opinii Społecznej. Warszawa.
15. Sierosławski J (2007) *Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną*. Raport z ogólnopolskich badań ankietowych zrealizowanych w 2007 roku. ESPAD. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.
16. Moskalewicz J (2006) Spożycie alkoholu. W: Marciniak G (red.) *Stan zdrowia ludności Polski w 2004 r.* Warszawa: GUS, 38–43.
17. UNICEF (1995) *Poverty, children and policy: Responses for a brighter future*. Economies in Transition Studies. Regional Monitoring Report, No. 3.
18. GUS (2008) *Dochody i warunki życia ludności Polski*. Raport z badania EU – SILC 2006. Warszawa: Główny Urząd Statystyczny.
19. Wald I, Morawski J, Moskalewicz J, Szydłowska T (1990) *II raport o polityce wobec alkoholu*. Warszawa: Zespół Ekspertów Komisji ds. Przeciwdziałania Alkoholizmowi przy Ministrze Zdrowia i Opieki Społecznej.

20. PBS (2005) Wyniki ogólnopolskich badań ankietowych zrealizowanych w 2005 r. na zlecenie PARPA przez PBS w Sopocie. Strona internetowa www.parpa.pl
21. Jastrun E (2006) Wzorce konsumpcji alkoholu w Polsce. *Świat Problemów*, kwiecień.
22. GUS (1984) *Spożycie napojów alkoholowych w latach 1970–1983*. Warszawa: Główny Urząd Statystyczny, s. 38.
23. Bielewicz A, Moskalewicz J (1982) Temporary prohibition: the Gdańsk experience, August 1980. *Contemporary Drug Problems*, Fall, 367–381.
24. Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 23 grudnia 2003 roku w sprawie podatku akcyzowego. Dz.U. 2003 r. nr 221, poz. 2196.
25. GUS (2008) *Rynek wewnętrzny 2007*. Warszawa: Główny Urząd Statystyczny, s. 88.
26. Anderson P, Baumberg B (2006) *Alcohol in Europe. A Public Health Perspective*. A report for the European Commission. UK: Institute of Alcohol Studies.
27. Moskalewicz J, Żulewska-Sak J (2005) Alkohol w latach transformacji ustrojowej w Polsce. Raport z realizacji celu operacyjnego Narodowego Programu Zdrowia. *Przegląd Epidemiologiczny*, 57, 713–723.
28. Okulicz-Kozaryn K, Borucka A (2001) Picie alkoholu przez młodzież z mokatowskich szkół średnich w latach 1984–2000. *Alkoholizm i Narkomania* 14 (2), 245–259.
29. Ostaszewski K, Borucka A, Okulicz-Kozaryn K (2001) Badania mokatowskie – 2000. *Serwis Informacyjny Narkomanii*, 2 (16), 32–41.

ŹRÓDŁA DANYCH WYKORZYSTANE W ARTYKULE (przywołane głównie w rysunkach)

UWAGA! Źródła – ułożone chronologicznie i według instytucji – zostały w ramach każdej instytucji oznaczone dużymi literami: A, B, C ... X, Y, Z. Po wykorzystaniu w obrębie danej instytucji wszystkich liter alfabetu, do oznaczenia kolejnych źródeł użyto podwójnych liter: AA, AB, AC ... do BA.

GUS – Główny Urząd Statystyczny

- Spożycie napojów alkoholowych w latach 1970–1983, s. 38. Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 1984 (W)
- Rocznik Statystyczny 1985. Tab. 3 (140) Dochody budżetu państwa według rodzajów, s. 94. Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 1985 (AJ)
- Rocznik Statystyczny 1985. Tab. 5 (601) Ceny detaliczne niektórych towarów i usług w gospodarce społecznej, s. 402. Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 1985 (A)
- Rocznik Statystyczny 1986. Tab. 3 (224) Przeciętne miesięczne wynagrodzenie w gospodarce społecznej, s. 165. Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 1986 (K)
- Spożycie napojów alkoholowych w latach 1980–1986. Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 1987 (X)
- Rocznik Statystyczny 1987. Tab. 3 (148) Dochody budżetu państwa według rodzajów, s. 108. Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 1987 (AW)
- Rocznik Statystyczny 1989. Tab. 15 (206) Ceny detaliczne niektórych towarów i usług w gospodarce społecznej, s. 136–137. Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 1989 (B)
- Rocznik Statystyczny 1990. Tab. 2 (329) Przeciętne miesięczne wynagrodzenie w gospodarce społecznej, s. 222. Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 1990 (L)
- Rocznik Statystyczny 1991. Tab. 3 (230) Dochody i wydatki bieżące budżetu państwa według działów, s. 145. Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 1991 (AL)
- Rocznik Statystyczny 1991. Tab. 4 (231) Dochody i wydatki bieżące budżetu państwa według rodzajów, s. 147. Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 1991 (BA)

- Rocznik Statystyczny 1993. Tab. 19 (291) Ceny detaliczne niektórych towarów, s. 183. Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 1993 (C)
- Rocznik Statystyczny 1993. Tab. 3 (307) Przeciętne wynagrodzenie miesięczne, s. 201. Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 1993 (M)
- Rocznik Statystyczny 1995. Tab. 18 (434) Ceny detaliczne niektórych towarów i usług, s. 323. Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 1995 (D)
- Rocznik Statystyczny 1995. Tab. 27 (579) Wypadki drogowe, s. 438. Tab. 23 (451) Pojazdy samochodowe i ciągniki, s. 405. Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 1995 (AC)
- Rocznik Statystyczny 1995. Tab. 2 (646) Dochody i wydatki budżetu państwa według rodzajów, s. 497. Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 1995 (AN)
- Rocznik Statystyczny 1996. Tab. 3 (225AiB) Przeciętne wynagrodzenie miesięczne, s. 146. Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 1996 (N)
- Rocznik Statystyczny 1997. Tab. (174AiB) Przeciętne wynagrodzenie miesięczne, s. 150. Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 1997 (O)
- Rocznik Statystyczny 1998. Tab. (174B) Przeciętne wynagrodzenie miesięczne, s. 150. Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 1998 (P)
- Rocznik Statystyczny 1998. Tab. 15 (344) Ceny detaliczne ważniejszych towarów i usług, s. 318. Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 1998 (E)
- Rocznik Statystyczny 1998. Tab. 24 (449) Wypadki drogowe, s. 398. Tab. 23 (448) Pojazdy samochodowe i ciągniki, s. 397. Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 1998. (AD)
- Rocznik Statystyczny 1998. Tab. 2 (507) Dochody i wydatki budżetu państwa według rodzajów, s. 468. Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 1998 (AM)
- Rocznik Statystyczny 2000. Tab. (176) Przeciętne wynagrodzenie miesięczne brutto, s. 158. Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2000 (R)
- Rocznik Statystyczny 2000. Tab. 15 (349) Ceny detaliczne ważniejszych towarów i usług, s. 326. Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2000 (F)
- Rocznik Statystyczny 2000. Tab. 24 (452) Wypadki drogowe, s. 406. Tab. 23 (451) Pojazdy samochodowe i ciągniki, s. 405. Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2000 (AB)
- Rocznik Statystyczny 2000. Tab. 2 (508) Dochody i wydatki budżetu państwa według rodzajów, s. 482. Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2000 (AO)
- Rocznik Statystyczny 2001. Tab. 1 (512) Budżet Państwa, s. 493. Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2001 (AP)
- Rocznik Statystyczny 2002. Tab. 24 (454) Wypadki drogowe, s. 420. Tab. 23 (453) Pojazdy samochodowe i ciągniki, s. 419. Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2002 (AF)
- Rocznik Statystyczny 2003. Tab. (365) Ceny detaliczne ważniejszych towarów i usług konsumpcyjnych, s. 358. Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2003 (H)
- Rocznik Statystyczny 2003. Tab. 1 (535) Budżet Państwa, s. 533. Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2003 (AR)
- Rocznik Statystyczny 2004. Tab. II Ważniejsze dane o sytuacji społeczno-gospodarczej kraju w przeliczeniu na mieszkańca, s. LX-LXI. Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2004 (AA)
- Rocznik Statystyczny 2004. Tab. 2 (189) Przeciętne miesięczne wynagrodzenia brutto, s. 262. Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2004 (S)
- Rocznik Statystyczny 2004. Tab. 15 (368) Ceny detaliczne ważniejszych towarów i usług, s. 446. Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2004 (I)
- Rocznik Statystyczny 2004. Tab. 24 (470) Wypadki drogowe, s. 526. Tab. 23 (469) Pojazdy samochodowe i ciągniki, s. 525. Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2004 (AG)
- Rocznik Statystyczny 2004. Tab. 21 (698) Spożycie niektórych artykułów konsumpcyjnych na 1 mieszkańca, s. 535. Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2004 (Z)
- Rocznik Statystyczny 2004. Tab. 1 (534) Budżet Państwa, s. 618. Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2004 (AS)

- Rocznik Statystyczny 2005. Tab. 3 (194) Przeciętne miesięczne wynagrodzenia brutto według sektorów własności, s.266. Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2005 (T)
- Rocznik Statystyczny 2006. Tab. 3 (193) Przeciętne miesięczne wynagrodzenia brutto według sektorów własności, s.268. Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2006 (U)
- Rocznik Statystyczny 2006. Tab. 15 (374) Ceny detaliczne ważniejszych towarów i usług konsumpcyjnych, s.451. Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2006 (G)
- Rocznik Statystyczny 2006. Tab. 24 (477) Wypadki drogowe, s 533. Tab. 23 (476) Pojazdy samochodowe i ciągniki, s. 532. Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2006 (AH)
- Rocznik Statystyczny 2006. Tab. 1 (541) Budżet Państwa, s. 624. Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2006 (AT)
- Rocznik Statystyczny 2007. Tab. 1 (538) Budżet Państwa, s. 624. Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2007 (AU)
- Rocznik Statystyczny 2008. Tabl. II Ważniejsze dane o sytuacji społeczno-gospodarczej kraju w przeliczeniu na mieszkańca, s. 64–65. Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2008 (Y)
- Rocznik Statystyczny 2008. Tab.15 (373) Ceny detaliczne ważniejszych towarów i usług konsumpcyjnych, s.450. Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2008 (J)
- Rocznik Statystyczny 2008. Tab. 24 (470) Wypadki drogowe, s 535. Tab. 23 (469) Pojazdy samochodowe i ciągniki, s. 534. Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2008 (AE)

IPiN – Instytut Psychiatrii i Neurologii

- Zakłady psychiatrycznej oraz neurologicznej opieki zdrowotnej. Rocznik Statystyczny 1981. Tabl. 2.5 Chorzy (osoby) leczeni ogółem i po raz pierwszy według rozpoznania w 1981, s. 7. Tabl. 15.18 Chorzy (osoby) leczeni ogółem i po raz pierwszy według rozpoznania w 1981, s. 35. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 1982. (B)
- Zakłady psychiatrycznej oraz neurologicznej opieki zdrowotnej. Rocznik Statystyczny 1981. Tabl. 11.40 Przyjęci ogółem według rozpoznania i płci w 1981, s. 98. Tabl. 14.43 Przyjęci po raz pierwszy według rozpoznania i płci w 1981, s 108. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 1982. (S)
- Zakłady psychiatrycznej oraz neurologicznej opieki zdrowotnej. Rocznik Statystyczny 1982. Tabl. 2.5 Chorzy (osoby) leczeni ogółem i po raz pierwszy według rozpoznania w 1982, s. 7. Tabl. 15.18 Chorzy (osoby) leczeni ogółem i po raz pierwszy według rozpoznania w 1982, s. 35. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 1983. (C)
- Zakłady psychiatrycznej oraz neurologicznej opieki zdrowotnej. Rocznik Statystyczny 1982. Tabl. 12.42 Przyjęci ogółem według rozpoznania w 1982, s. 108. Tabl. 19.49 Przyjęci po raz pierwszy według rozpoznania i płci w 1982, s 134. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 1983. (T)
- Zakłady psychiatrycznej oraz neurologicznej opieki zdrowotnej. Rocznik Statystyczny 1983. Tabl. 2.7 Chorzy (osoby) leczeni ogółem i po raz pierwszy według rozpoznania w 1983, s. 11. Tabl. 15.20 Chorzy (osoby) leczeni ogółem i po raz pierwszy według rozpoznania w 1983, s. 39. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 1984. (D)
- Zakłady psychiatrycznej oraz neurologicznej opieki zdrowotnej. Rocznik Statystyczny 1983. Tabl. 12.43 Przyjęci ogółem według rozpoznania w 1983, s. 108. Tabl. 19.50 Przyjęci po raz pierwszy według rozpoznania i płci w 1983, s 134. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 1984. (U)
- Zakłady psychiatrycznej oraz neurologicznej opieki zdrowotnej. Rocznik Statystyczny 1984. Tabl. 2.5 Chorzy (osoby) leczeni ogółem i po raz pierwszy według rozpoznania w 1984, s. 7. Tabl. 15.18 Chorzy (osoby) leczeni ogółem i po raz pierwszy według rozpoznania w 1984, s. 35. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 1985. (E)
- Zakłady psychiatrycznej oraz neurologicznej opieki zdrowotnej. Rocznik Statystyczny 1984. Tabl. 12.45 Przyjęci ogółem według rozpoznania w 1984, s. 120. Tabl. 19.52 Przyjęci po raz pierwszy według rozpoznania i płci w 1984, s 144. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 1985. (W)

- Zakłady psychiatrycznej oraz neurologicznej opieki zdrowotnej. Rocznik Statystyczny 1986. Tabl. 2.7 Chorzy (osoby) leczeni ogółem i po raz pierwszy według rozpoznania w 1986, s. 9. Tabl. 15.20 Chorzy (osoby) leczeni ogółem i po raz pierwszy według rozpoznania w 1986, s. 37. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 1987. (F)
- Zakłady psychiatrycznej oraz neurologicznej opieki zdrowotnej. Rocznik Statystyczny 1986. Tabl. 20.55 Przyjęci ogółem według rozpoznania w 1986, s. 110. Tabl. 27.62 Przyjęci po raz pierwszy według rozpoznania i płci w 1986, s. 134. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 1987. (Y)
- Zakłady psychiatrycznej oraz neurologicznej opieki zdrowotnej. Rocznik Statystyczny 1987. Tabl. 1.2. Chorzy (osoby) leczeni ogółem i po raz pierwszy według rozpoznania w 1987, s. 3. Tabl. 1.15 Chorzy (osoby) leczeni ogółem i po raz pierwszy według rozpoznania w 1987, s. 29. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 1988. (G)
- Zakłady psychiatrycznej oraz neurologicznej opieki zdrowotnej. Rocznik Statystyczny 1987. Tabl. 3.52 Przyjęci ogółem według rozpoznania w 1987, s. 86. Tabl. 3.63 Przyjęci po raz pierwszy według rozpoznania i płci w 1988, s. 126. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 1988. (Z)
- Zakłady psychiatrycznej oraz neurologicznej opieki zdrowotnej. Rocznik Statystyczny 1988. Tabl. 1.1 Chorzy (osoby) leczeni ogółem i po raz pierwszy według rozpoznania w 1988, s. 9. Tabl. 1.16 Chorzy (osoby) leczeni ogółem i po raz pierwszy według rozpoznania w 1988, s. 35. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 1989. (H)
- Zakłady psychiatrycznej oraz neurologicznej opieki zdrowotnej. Rocznik Statystyczny 1988. Tabl. 3.56 Przyjęci ogółem według rozpoznania w 1988, s. 104. Tabl. 3.52 Przyjęci po raz pierwszy według rozpoznania i płci w 1988, s. 92. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 1989. (AA)
- Zakłady psychiatrycznej oraz neurologicznej opieki zdrowotnej. Rocznik Statystyczny 1989. Tabl. 1.2 Chorzy (osoby) leczeni ogółem i po raz pierwszy według rozpoznania w 1989, s. 11. Tabl. 1.14 Chorzy (osoby) leczeni ogółem i po raz pierwszy według rozpoznania w 1989, s. 33. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 1990. (I)
- Zakłady psychiatrycznej oraz neurologicznej opieki zdrowotnej. Rocznik Statystyczny 1989. Tabl. 3.52 Przyjęci ogółem według rozpoznania w 1989, s. 98. Tabl. 3.48 Przyjęci po raz pierwszy według rozpoznania i płci w 1989, s. 86. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 1990. (AB)
- Zakłady psychiatrycznej oraz neurologicznej opieki zdrowotnej. Rocznik Statystyczny 1992. Tabl. 5.70 Psychiatryczna opieka ambulatoryjna – leczeni ogółem, s. 140. Tabl. 5.71 Psychiatryczna opieka ambulatoryjna – leczeni po raz pierwszy, s. 141. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 1993. (J)
- Zakłady psychiatrycznej oraz neurologicznej opieki zdrowotnej. Rocznik Statystyczny 1992. Tabl. 5.72 Psychiatryczna opieka stacjonarna – leczeni ogółem, s. 142. Tabl. 5.73 Psychiatryczna opieka stacjonarna – leczeni po raz pierwszy, s. 143. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 1993. (AC)
- Zakłady psychiatrycznej oraz neurologicznej opieki zdrowotnej. Rocznik Statystyczny 1994. Tabl. 5.85 Psychiatryczna opieka ambulatoryjna – leczeni ogółem, s. 145. Tabl. 5.86 Psychiatryczna opieka ambulatoryjna – leczeni po raz pierwszy, s. 146. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 1995. (K)
- Zakłady psychiatrycznej oraz neurologicznej opieki zdrowotnej. Rocznik Statystyczny 1994. Tabl. 5.87 Psychiatryczna opieka stacjonarna – leczeni ogółem, s. 147. Tabl. 5.88 Psychiatryczna opieka stacjonarna – leczeni po raz pierwszy, s. 148. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 1995. (AD)
- Zakłady psychiatrycznej oraz neurologicznej opieki zdrowotnej. Rocznik Statystyczny 1996. Tabl. 5.60 Psychiatryczna opieka ambulatoryjna – leczeni ogółem, s. 111. Tabl. 5.60 Psychiatryczna opieka ambulatoryjna – leczeni po raz pierwszy, s. 112. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 1997. (A)
- Zakłady psychiatrycznej oraz neurologicznej opieki zdrowotnej. Rocznik Statystyczny 1996. Tabl. 5.62 Psychiatryczna opieka pełnodobowa – leczeni ogółem, s. 113. Tabl. 5.63. Psychiatryczna opieka pełnodobowa – leczeni po raz pierwszy, s. 114. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 1997. (R)

- Zakłady psychiatrycznej oraz neurologicznej opieki zdrowotnej. Rocznik Statystyczny 1997. Tabl. 3.32 Chorzy (osoby) leczeni ogółem i po raz pierwszy według rozpoznania w 1997, s. 69. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 1998. (AE)
- Zakłady psychiatrycznej oraz neurologicznej opieki zdrowotnej. Rocznik Statystyczny 1998. Tabl. 1.21 Chorzy (osoby) leczeni ogółem z powodu zaburzeń alkoholowych w 1998, s. 57. Tabl. 1.22 Chorzy (osoby) leczeni po raz pierwszy z powodu zaburzeń alkoholowych w 1998 r. s. 58. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 1999. (L)
- Zakłady psychiatrycznej oraz neurologicznej opieki zdrowotnej. Rocznik Statystyczny 1998. Tabl. 3.34. Chorzy (osoby) leczeni ogółem i po raz pierwszy według rozpoznania w 1998, s. 71. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 1999. (AF)
- Zakłady psychiatrycznej oraz neurologicznej opieki zdrowotnej. Rocznik Statystyczny 2003. Tabl. 5.83 Psychiatryczna opieka ambulatoryjna – leczeni ogółem, s. 167. Tabl. 5.84 Psychiatryczna opieka ambulatoryjna – leczeni po raz pierwszy, s. 168. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2004. (P)
- Zakłady psychiatrycznej oraz neurologicznej opieki zdrowotnej. Rocznik Statystyczny 2003. Tabl. 5.85 Psychiatryczna opieka całodobowa – leczeni ogółem, s. 169. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2004. (AI)
- Zakłady psychiatrycznej oraz neurologicznej opieki zdrowotnej. Rocznik Statystyczny 2005. Tabl. 5.88.A Psychiatryczna opieka ambulatoryjna – leczeni ogółem, s. 208. Tabl. 5.88. A Psychiatryczna opieka ambulatoryjna – leczeni po raz pierwszy, s. 209. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2006. (O)
- Zakłady psychiatrycznej oraz neurologicznej opieki zdrowotnej. Rocznik Statystyczny 2005. Tabl. 5.89.A Psychiatryczna opieka całodobowa – leczeni ogółem, s. 210. Tabl. 5.89.B Psychiatryczna opieka całodobowa – leczeni po raz pierwszy, s. 211. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2006. (AH)
- Zakłady psychiatrycznej oraz neurologicznej opieki zdrowotnej. Rocznik Statystyczny 2007. Tabl. 5.4B Psychiatryczna opieka ambulatoryjna – leczeni po raz pierwszy s. 198–199. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2008. (M)
- Zakłady psychiatrycznej oraz neurologicznej opieki zdrowotnej. Rocznik Statystyczny 2007. Tabl. 1.30 Leczeni ogółem z zaburzeniami psychicznymi spowodowanymi używaniem alkoholu w 2007, s. 74. Tabl. 1.31 Leczeni po raz pierwszy z zaburzeniami psychicznymi spowodowanymi używaniem alkoholu w 2007, s. 76. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2008. (N)
- Zakłady psychiatrycznej oraz neurologicznej opieki zdrowotnej. Rocznik Statystyczny 2007. Tabl. 5.5.A Psychiatryczna opieka całodobowa – leczeni ogółem, s. 200. Tabl. 5.5.B Psychiatryczna opieka całodobowa – leczeni po raz pierwszy, s. 201. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2008. (AG)

Monitor Polski / Dziennik Ustaw

- Monitor Polski z 1979 r. Nr 29, poz.148 (A)
- Monitor Polski z 1982 r. Nr 19, poz. 164 (B)
- Monitor Polski z 1986 r. Nr 18, poz. 119 (C)
- Monitor Polski z 1987 r. Nr 2, poz. 10 (D)
- Monitor Polski z 1987 r. Nr 37, poz. 316 (E)
- Monitor Polski z 1989 r. Nr 36, poz. 288 (F)
- Monitor Polski z 1990 r. Nr 36, poz. 292 (G)
- Monitor Polski z 1991 r. Nr 42, poz. 292 (H)
- Monitor Polski z 1992 r. Nr 32, poz. 223 (I)
- Monitor Polski z 1993 r. Nr 51, poz. 479 (J)
- Monitor Polski z 1994 r. Nr 53, poz. 451 (K)

- Monitor Polski z 1995 r. Nr 48, poz. 550 (L)
- Monitor Polski z 1996 r. Nr 39, poz. 388 (M)
- Monitor Polski z 1997 r. Nr 38, poz. 379 (N)
- Dziennik Ustaw z 1998 r. Nr 16, poz. 74 (O)
- Dziennik Ustaw z 1999 r. Nr 91, poz. 1037 (P)
- Dziennik Ustaw z 2000 r. Nr 13, poz. 174 (R)
- Dziennik Ustaw z 2000 r. Nr 121, poz. 1308 (S)
- Dziennik Ustaw z 2002 r. Nr 200, poz. 1679 (T)
- Dziennik Ustaw z 2003 r. Nr 167, poz. 1623 (U)
- Dziennik Ustaw z 2004 r. Nr 201, poz. 2062 (W)
- Dziennik Ustaw z 2005 r. Nr 177, poz. 1469 (Y)

PARPA – Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych

- Liczba punktów sprzedaży za lata 1999–2006 pochodzi z aneksów do Sprawozdań z realizacji ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi z lat 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006. PARPA, Warszawa
- Sprawozdanie z realizacji ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi w 1996 r., s. 64; PARPA, Warszawa (A)
- Sprawozdanie z realizacji ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi w 1999 r., s. 70; PARPA, Warszawa (B)
- Sprawozdanie z realizacji ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi w 2001 r., s. 81; PARPA, Warszawa (C)
- Sprawozdanie z realizacji ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi w 2002 r., s. 82; PARPA, Warszawa (D)
- Sprawozdanie z realizacji ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi w 2004 r., s. 82; PARPA, Warszawa (E)
- Sprawozdanie z realizacji ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi w 2006 r., s. 109; PARPA, Warszawa (F)
- Profilaktyka i rozwiązywanie problemów alkoholowych w Polsce w 1997 roku. PARPA, Warszawa 1998, s. 82

- European Health for All Database, www.euro.who.int/HFADB

Adres do korespondencji

Jacek Moskalewicz
Zakład Badań nad Alkoholizmem
i Toksykomaniami
Instytut Psychiatrii i Neurologii
ul. Sobieskiego 9, 02-957 Warszawa
tel. (22) 4582 784
e-mail: moskalew@ipin.edu.pl

otrzymano: 23.09.09

przyjęto do druku: 19.11.09