

POLSKA AKADEMIA NAUK
Wydział Nauk Medycznych
Komitet Zdrowia Publicznego

Rekomendacje strategiczne na lata 2023-2027:
**OSŁABIENIE POLITYKI ZDROWIA PUBLICZNEGO
WOBEC ALKOHOLU I KONSEKWENCJE ZDROWOTNE**
– Polskie Zdrowie 2.0

Autorzy (w kolejności alfabetycznej):
Kinga Janik-Koncewicz
Witold A. Zatoński

Rekomendacje przygotowano w ramach realizacji Projektu KZP PAN pt.:
„Ocena wybranych elementów systemu zdrowia w Polsce w oparciu
o dowody naukowe i dobre praktyki innych krajów – Polskie Zdrowie 2.0”

Policy Brief nr II.2A
wersja preprint

Warszawa, wrzesień 2023 r.

POLICY BRIEF¹

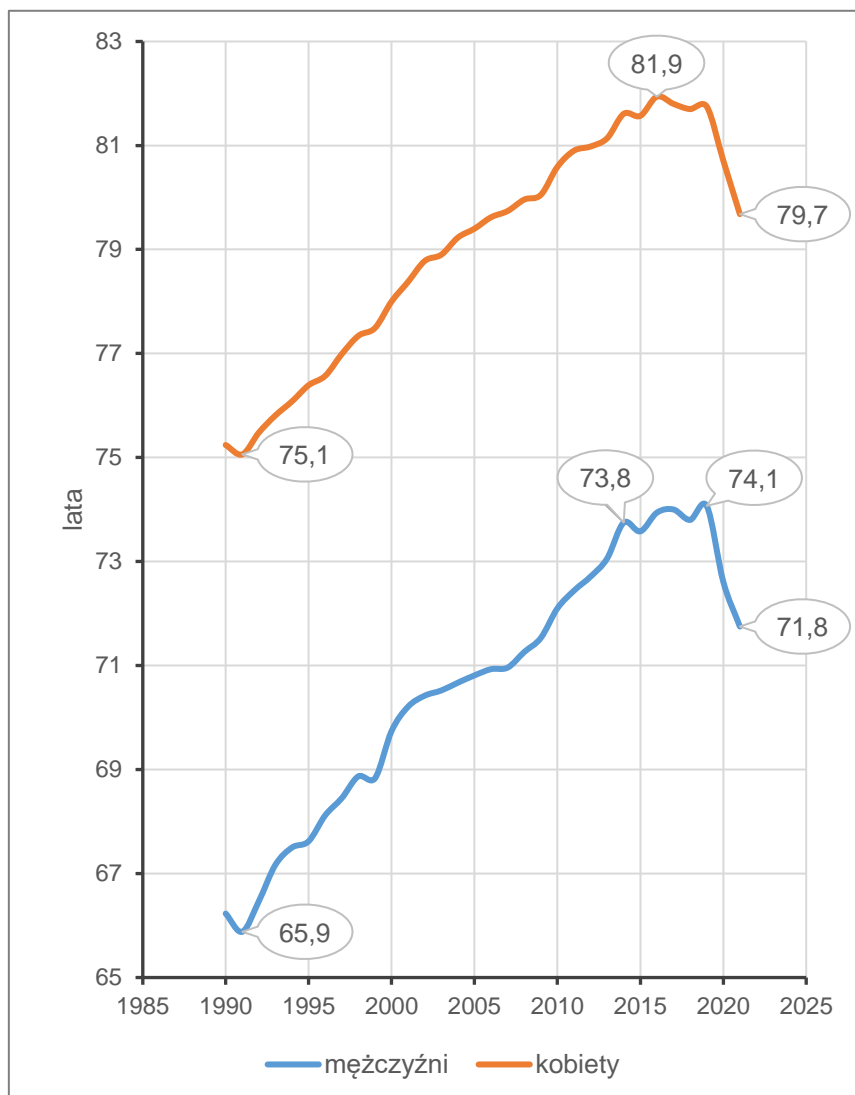
Wstęp

Po przemianach polityczno-gospodarczych, jakie nastąpiły w Polsce na początku lat 90. XX w., nastąpiła szybka poprawa stanu zdrowia [1]. W latach 1990-2002 Polska doświadczyła jednego z największych postępów w zakresie zdrowia w Europie[2-3]. Znalazło to odzwierciedlenie w prawie wszystkich wskaźnikach zdrowotnych. W tym okresie oczekiwana długość życia wzrosła o 4 lata wśród polskich mężczyzn i o 3 lata wśród Polek [4]. Polska doświadczyła istotnego spadku zachorowań i umieralności na niezakaźne choroby dorosłych (tzw. transformacja epidemiologiczna² [5]), prawdopodobnie z powodu m.in. skutecznej kontroli umieralności niemowląt, chorób zakaźnych, chorób tytoniowych, a także tzw. „rewolucji kardiowaskularnej”, w tym nowych technologii, usług medycznych i in. [6-12].

Jednak od 2002 r. nieoczekiwanie przyrost długości życia w Polsce zaczął zwalniać. Mierzona w ten sposób poprawa stanu zdrowia stawała się mniej wyraźna, a następnie została zamrożona. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny raportował spowalnianie obniżania się umieralności ogółem osób w grupie wieku 25-64 lata u obu płci po 1999 r., kilkanaście lat przed pandemią COVID-19 [13]. Wzrost oczekiwanej długości życia zatrzymał się w 2014 r. u mężczyzn i w 2016 r. u kobiet [14-15] (wykres 1).

¹ Tekst jest częścią publikacji naukowej w druku: Witold A Zatoński, Kinga Janik-Konieczna, Mateusz Zatoński. *Rozwój sytuacji zdrowotnej w Polsce w latach 2000-2022*. Kalisz: Uniwersytet Kaliski, 2023; oraz w języku angielskim.

² Transformacja epidemiologiczna – zjawisko epidemiologiczne polegające na zmianie struktury umieralności z powodu chorób zakaźnych, niedożywienia, chorób wieku dziecięcego i przyczyn okołoporodowych na umieralność z powodu chorób przewlekłych, tj. chorób układu krążenia, układu oddechowego i nowotworów złośliwych. W bardziej rozwiniętych krajach Europy zakończyło się w połowie XX w. Było jednak znacznie opóźnione w większości krajów Europy Środkowej i Wschodniej [5].



Wykres 1. Oczekiwana długość życia w Polsce w latach 1990-2021
Źródło: dane GUS

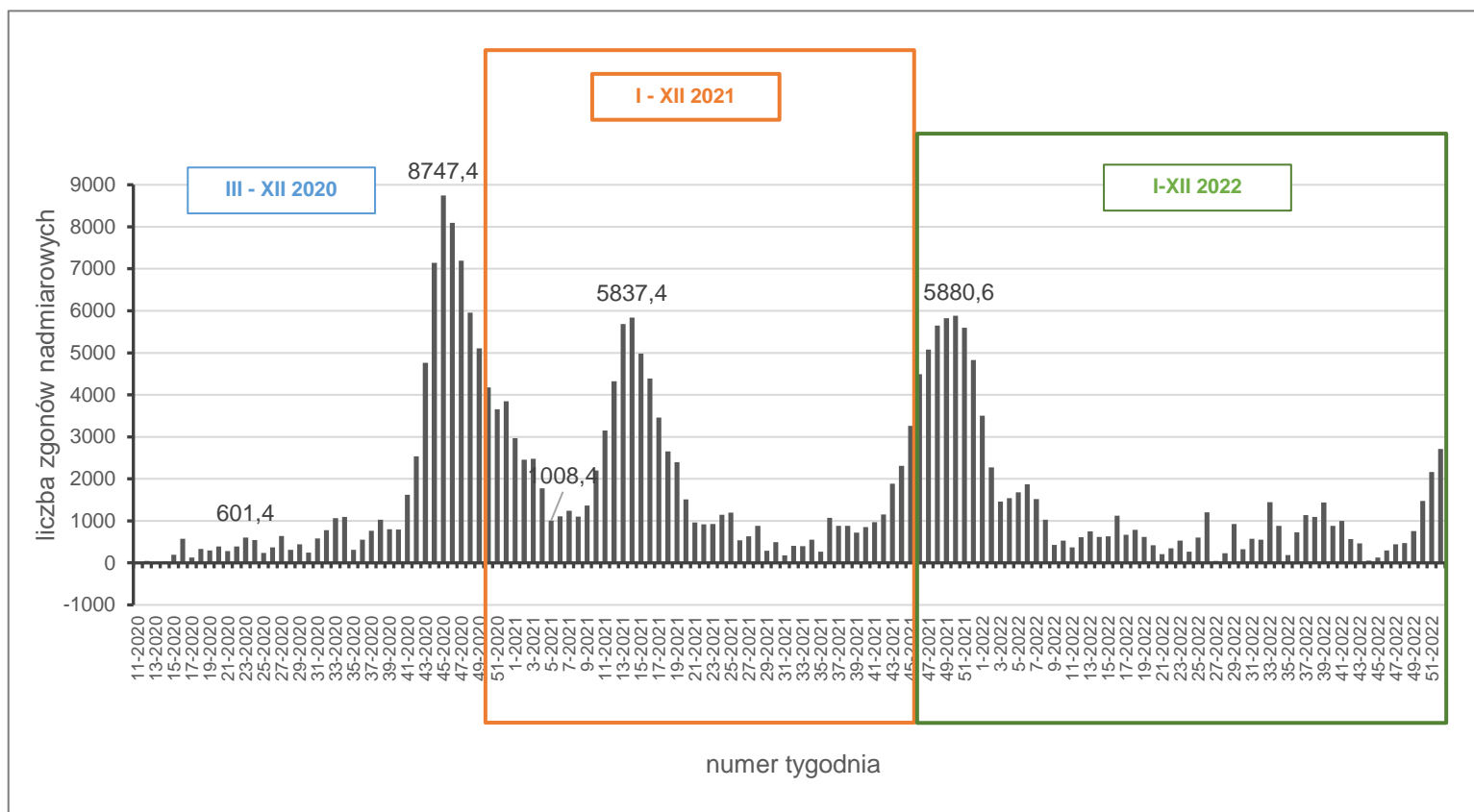
Udokumentowane analizy epidemiologiczne sytuacji zdrowotnej wydają się wskazywać, że pogorszenie stanu zdrowia w Polsce po 2002 r. – poza okresem pandemii koronawirusa (od marca 2020 do marca 2022) – spowodowane jest głównie wzrostem spożycia alkoholu i wynikającym z tego wzrostem współczynników umieralności i liczby zgonów związanych z alkoholem [16-22]. To poważne wyzwanie zdrowotne nie zostało do tej pory rozpoznane i nie poświęca mu się należytej uwagi [15, 22-23].

Niniejsza analiza skupia się głównie na okresie od początku lat 2000. do roku 2019, w którym głównym czynnikiem pogarszającym stan zdrowia populacji polskiej (nieobciążonym wpływem innych czynników ryzyka) był wzrost zagrożenia zdrowia z powodu chorób alkoholowych. Przy czym należy pamiętać, że w marcu 2020 r. pojawił się dodatkowy czynnik pogarszający sytuację zdrowotną w Polsce – epidemia koronawirusa. W latach 2020-2023 przez świat przetoczyła się pandemia COVID-19. Jednak w Polsce była ona gorzej kontrolowana w stosunku do innych krajów OECD [24]. W czasie fazy epidemicznej (od marca 2020 do marca 2022) w Polsce zanotowano ok. 210 tys. nadmiarowych zgonów³ [24-27]. Umieralność z powodu COVID-19 w Polsce należała do najwyższych w Europie [24, 28] (wykres 2a-b).

Najważniejsze działania do podjęcia

1.	pilne wznowienie programu kontroli alkoholowych szkód zdrowotnych
2.	stworzenie narodowego programu strategicznego ograniczania dostępności alkoholu
3.	łączenie kampanii edukacyjnych, zakazu reklamy i rozwiązań fiskalnych
4.	traktowanie alkoholu jako substancji powodującej poważne szkody zdrowotne i społeczne
5.	dążenie do denormalizacji napojów alkoholowych jako dóbr ekonomicznych
6.	prowadzenie antypromocyjnej polityki cenowej wobec alkoholu
7.	uwzględnianie efektywnych praktyk z innych krajów europejskich

³ Zgony nadmiarowe (z ang. *excess deaths*) wskaźnik epidemiologiczny pokazujący wzrost umieralności w związku z nagłym kryzysem, w tym przypadku z powodu pandemii COVID-19, w stosunku do poprzednich lat. Oblicza się je jako różnicę liczby zgonów ogółem w danym roku i średniej liczby zgonów ogółem z poprzednich pięciu lat [24].

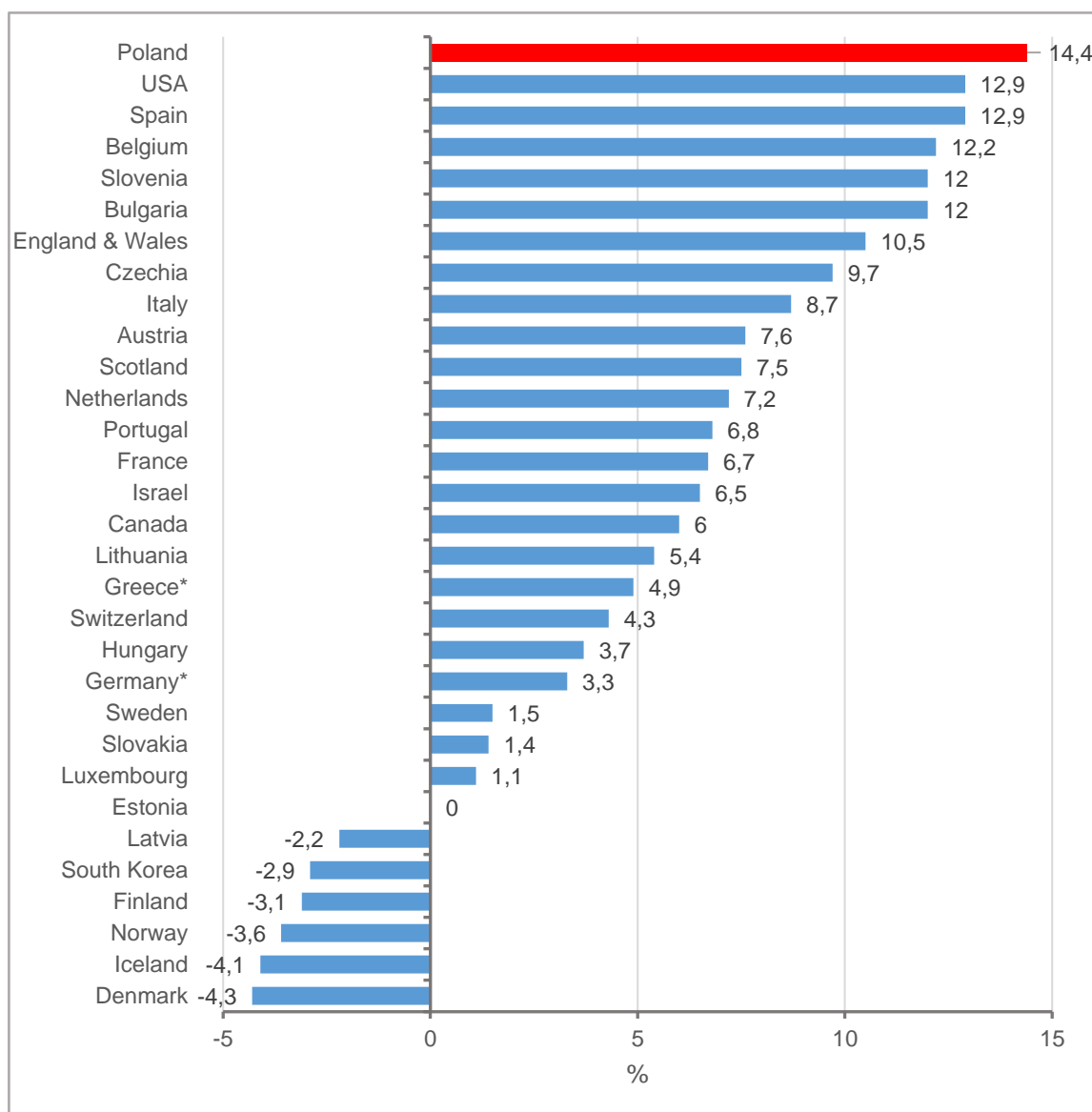


Wykres 2a. Zgony nadmiarowe według tygodni w Polsce w okresie marzec 2020 – grudzień 2022
Źródło: dane GUS.

Przegląd dowodów

Oslabienie polityki zdrowia publicznego wobec alkoholu

Od początku XXI w. obserwuje się w Polsce osłabienie polityki zdrowia publicznego wobec alkoholu. W 2001 r. ograniczono obowiązujący od 1982 r. [29] zakaz reklamy i promocji napojów alkoholowych. Między innymi zezwolono na reklamę piwa. Mogło być ono reklamowane m.in. w telewizji, radiu, kinach i teatrach w godzinach 23.00-6.00 [30]. W 2002 r. obniżono o 30% akcyzę na napoje spirytusowe [31]. Z kolei w 2003 r. zliberalizowano zapisy ustawy, szczególnie w zakresie reklamy i sponsorowania m.in. imprez sportowych. Czas reklamowania piwa został wydłużony do godzin 20.00-6.00 [32]. Następnie, w roku 2010 rozpoczęto kampanię marketingową prowadzącą do gwałtownego wzrostu sprzedaży małych butelek wódki, tzw. małpek. W 2019 r. sprzedano ich w Polsce około 1,2 miliardów sztuk. Doszło do zwiększenia dostępności i zmiany stylu picia alkoholu [20, 33]. Obecnie coraz powszechniejszy jest styl picia, który charakteryzuje się piciem małych dawek alkoholu przez cały dzień [34].



Wykres 2b. Zmiana procentowa w umieralności ogółem w roku 2020 w stosunku do średniej z poprzednich 5 lat (umieralność nadmiarowa)
Źródło: [24].

Trudno znaleźć racjonalne wytłumaczenie dla pasywnej polityki zdrowia publicznego w odniesieniu do alkoholu. Przegląd polityk zdrowia publicznego w krajach bałtyckich w latach 2000-2020 pokazał, że Litwa, Łotwa i Estonia wprowadziły surowe ograniczenia dostępności alkoholu, różne podwyżki podatków w celu zmniejszenia jego dostępności ekonomicznej, a także regulacje marketingowe [35]. Natomiast Polska wprowadziła niewspółmiernie mniej podwyżek podatku akcyzowego niedostosowanych do poziomu inflacji. Ponadto w 2002 r. miała miejsce bardzo znacząca 30-procentowa obniżka akcyzy na wyroby spirytusowe [31]. Nie wprowadzono też żadnych regulacji dla ograniczenia dostępności alkoholu w ostatnich dwóch dekadach [36-38].

Raport WHO [39] wskazuje, że w Polsce doszło do osłabienia polityki zdrowia publicznego wobec alkoholu i braku działań regulacyjnych dla ograniczenia jego dostępności. Podkreśla, że w Polsce od początku lat 2000. obserwowano ciągły wzrost rejestrowanej konsumpcji alkoholu w odróżnieniu od spadku konsumpcji w Estonii i Litwie od 2008 r., gdzie wprowadzono szereg skutecznych regulacji. Raport konkluduje, że brak działań w kluczowych obszarach polityki zdrowia publicznego wobec alkoholu w Polsce ma widoczne konsekwencje we wzroście zachorowalności i umieralności na choroby wynikające z konsumpcji alkoholu.

Historia spożycia alkoholu w Polsce

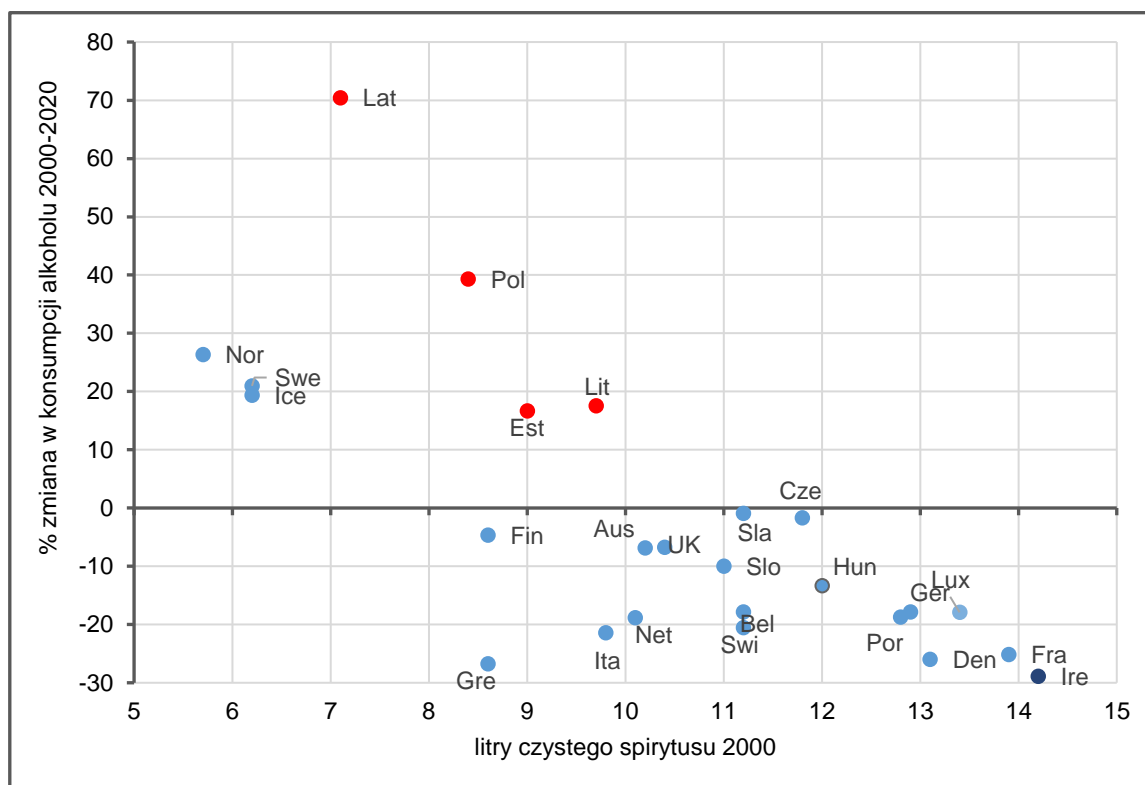
Dane wskazują, że Polska jest jednym z nielicznych krajów europejskich, w których konsumpcja alkoholu wzrosła w latach 2000-2020 (wykres 3).

O ile historycznie Europa była regionem o najwyższym spożyciu alkoholu na świecie, o tyle w latach 1950-1980 Polska nie znajdowała się w czołówce rankingu. W tym czasie spożycie alkoholu w krajach basenu Morza Śródziemnego i Bałkanów było najwyższe na świecie i osiągało poziom ok. 20-25 l czystego alkoholu na mieszkańca rocznie wśród osób w wieku 15+ [40]. W konsekwencji kraje te charakteryzowały się najwyższymi wskaźnikami zachorowalności i umieralności z powodu chorób alkoholowych, tj. alkoholowej marskości wątroby (AMW), raka jamy ustnej, raka krtani, raka przełyku, zaburzeń psychicznych spowodowanych alkoholem i innych [41]. Rejestrowane spożycie alkoholu w Polsce oscyloowało wówczas w granicach 6-7 l czystego spirytusu na mieszkańca rocznie (per capita)⁴ [16, 40, 42]. W reakcji na alarmujący poziom zachorowań na choroby alkoholowe w Europie wiele krajów podjęło odpowiednie kroki, które doprowadziły do spadku spożycia alkoholu⁵ [43]. W konsekwencji w ostatnich dziesięcioleciach w Europie znacznie spadło spożycie alkoholu i umieralność na choroby związane z alkoholem. We Francji spożycie alkoholu spadło do 10 l, a we Włoszech do 8 l czystego alkoholu na mieszkańca w 2020 r. Po zmniejszeniu spożycia alkoholu we Francji, Włoszech i innych krajach śródziemnomorskich nastąpił znaczny spadek zachorowalności i umieralności związanej z alkoholem, a najbardziej spektakularny spadek dotyczył AMW oraz raka krtani i przełyku [2, 41].

Inaczej, kontrastowo rozwijała się sytuacja w Polsce. Struktura spożycia alkoholu istotnie się zmieniła. Pod koniec lat 90. wódkę, będącą głównym rodzajem alkoholu spożywanego w okresie powojennym, zastąpiło piwo (wykres 4a-c). W roku 2022 53% wypijanego alkoholu per capita (w przeliczeniu na 100% alkohol) stanowiło piwo, a 39% wódka [44]. W roku 2021 w Polsce rejestrowana konsumpcja alkoholu per capita osiągnęła poziom prawie 10 l (najwyższy w historii) [40].

⁴ Instytut Psychiatrii i Neurologii także potwierdza naszą analizę wskazującą na zamrożenie poziomu 6-7 l konsumpcji alkoholu w Polsce w latach 1982-2002 i gwałtowny wzrost rejestrowanej konsumpcji z 6 l w roku 2002 do 10 l w 2008 r. i wynikający z tego wzrost o 1/3 psychoz alkoholowych w tym czasie [16]. Wyjątek stanowi okres lat 1988-1991, chwilowego nagłego epizodu wzrostu konsumpcji alkoholu na skutek zlikwidowania cła na alkohol w okresie rozpadu PRL, tzw. Schnapsgate [42].

⁵ Podobny motyw towarzyszył wprowadzeniu w Polsce w 1982 r. „Lex Solidarność” wzorowanego na skandynawskim ustawodawstwie [29].

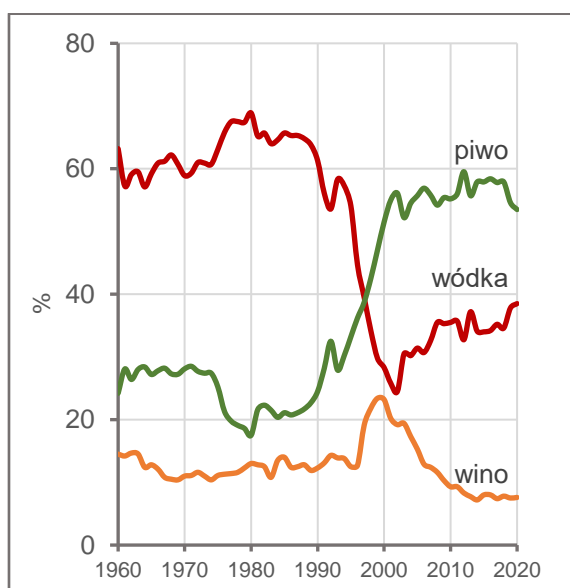
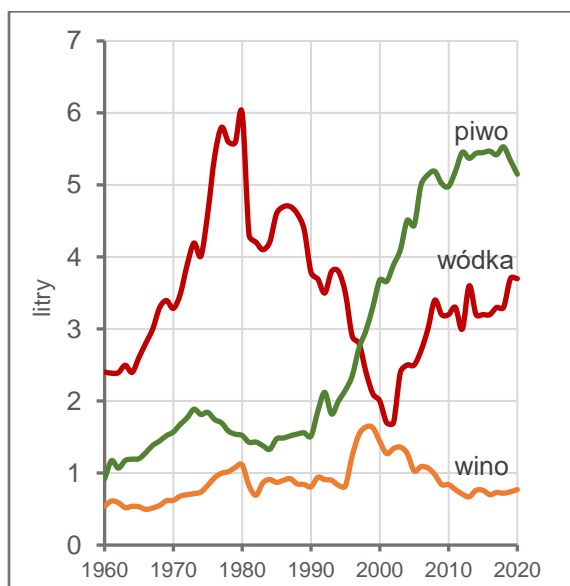
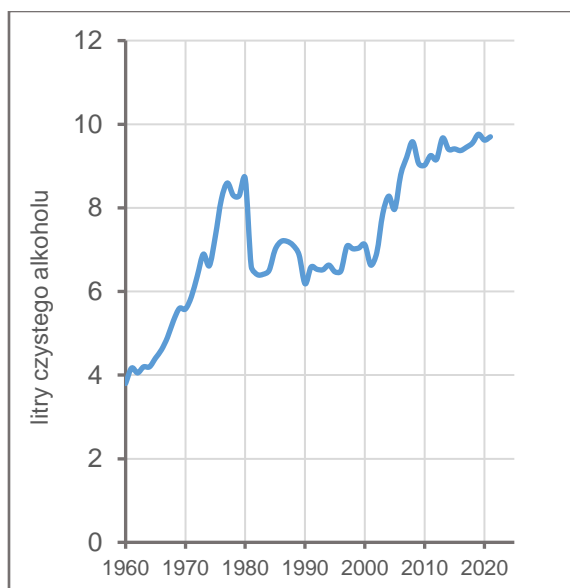


Wykres 3. Procentowa zmiana konsumpcji alkoholu w latach 2000-2020 vs poziom spożycia w roku 2000

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych OECD.

Dostępność fizyczna alkoholu

Dostępność fizyczna alkoholu mierzona liczbą punktów sprzedaży w Polsce rośnie. Ustawa z 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi [29] ściśle regulowała liczbę takich punktów do ok. 30 tys. Zmiany polityczno-gospodarcze pod koniec lat 80., otwarcie dotychczas zamkniętego rynku na produkty zagraniczne, siła wolnego rynku i prywatyzacja w Polsce spowodowały znaczący wzrost liczby punktów sprzedaży alkoholu do blisko 200 tys., a liczby restauracji i barów, w których można było kupić alkohol – do ok. 60 tys. [16]. Ponadto zniesiono ograniczenia czasowe sprzedaży alkoholu, przez co stał się on i jest do dziś dostępny przez 24 godziny na dobę. Obecnie alkohol można kupić praktycznie w każdym sklepie spożywczym, na stacji benzynowej czy w punktach gastronomicznych. Szacunki mówią o dostępnych ok. 84 tys. punktach sprzedaży detalicznej (1 punkt / 460 osób) oraz 151 tys. punktach gastronomicznych (1 punkt / 253 osoby) [45].



Wykres 4a-c. Wielkość oraz struktura rejestrowanego spożycia alkoholu na mieszkańca (0+) w Polsce w latach 1960-2021

Dostępność ekonomiczna alkoholu

Ekonomiczna dostępność alkoholu rośnie w Polsce [46]. Mierzona liczbą półlitrowych butelek 40% wódki wzrosła z 27 w 2001 r. do 79 butelek w 2021 r. wg dochodu rozporządzalnego, z 88 do 216 butelek wg przeciętnego wynagrodzenia i z 32 do 107 butelek wg płacy minimalnej [47]. To znaczy, że osoba otrzymująca minimalne wynagrodzenie mogła w 2001 r. kupić 32 butelki wódki, a w 2021 r. już ponad trzy razy więcej – 107 butelek wódki.

Tak silny wzrost ekonomicznej dostępności alkoholu jest skutkiem polityki akcyzowej w Polsce. Podczas gdy w wielu krajach europejskich stawki akcyzy na alkohol są zwiększane [48], w Polsce w 2002 r. obniżono akcyzę na alkohol o 30%, a następnie przez wiele lat akcyza pozostawała na niezmiennym poziomie. Podwyżki akcyzy w 2006 r. (3,4%), 2009 r. (15%), 2014 r. (10%) i 2020 r. (10%) były istotnie niższe niż inflacja i/lub wzrost płacy minimalnej [49]. Skutkowało to dalszym zwiększaniem się dostępności ekonomicznej alkoholu.

W 2021 r. opracowano „mapę drogową” podwyżek akcyzy na alkohol do 2026 r. Zakładała ona coroczne podwyżki akcyzy: o 10% w 2022 r. i o 5% w kolejnych latach [49-50]. W rzeczywistości z powodu wzrostu inflacji i/lub płacy minimalnej w 2021 r. realne ceny alkoholu zmniejszyły się. Spadek akcyzy został pogłębiony w 2022 r., kiedy płaca minimalna wzrosła o 7,5%, a inflacja rok do roku wyniosła 14,4% [51]. Według Jarosława Nenemana [51] w kolejnych latach można oczekiwać istotnego zmniejszenia się realnej ceny alkoholu, czyli zwiększenia jego ekonomicznej dostępności.

Szkody zdrowotne spowodowane alkoholem

W celu oceny wielkości szkód zdrowotnych spowodowanych alkoholem, konieczne jest usystematyzowanie wiedzy na temat jego działania na organizm człowieka oraz podkreślenie, jak ważny dla zdrowia publicznego jest poziom spożycia alkoholu na poziomie populacji.

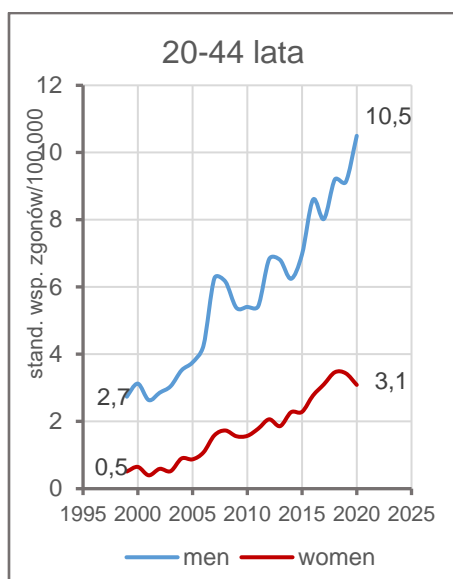
Pomimo powszechnej dostępności i popularności w krajach europejskich, alkohol nie jest zwyczajnym produktem. Stąd hasło WHO: *alcohol – no ordinary commodity* [52]. Alkohol jest substancją psychoaktywną, uzależniającą, toksyczną i rakotwórczą. Nie ma bezpiecznej dawki alkoholu dla człowieka i w każdej postaci jest on szkodliwy – nie ma znaczenia, czy jest to alkohol wysokoprocentowy, piwo, czy wino [53]. Stanowi on przyczynę ponad 200 chorób i urazów. Większość z nich ma wieloczynnikową etiologię, w której alkohol jest jednym ze składników przyczynowych. Alkohol wpływa na wiele struktur i procesów w ośrodkowym układzie nerwowym. Niezależnie od dawki alkohol zawsze powoduje uszkodzenie mózgu, zwłaszcza płata czołowego odpowiedzialnego za myślenie, podejmowanie decyzji i planowanie, mowę, osobowość, koncentrację i zdolności motoryczne. Picie alkoholu wiąże się z ryzykiem rozwoju zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania, w tym uzależnienia od alkoholu, oraz poważnych przewlekłych chorób niezakaźnych, takich jak AMW i choroby układu krążenia (ChUK) [54]. Jest również rakotwórczy i ma związek przyczynowy z kilkoma typami nowotworów (tj. nowotworami głowy i szyi, rakiem jamy ustnej, gardła, przełyku, krtani, wątroby i piersi u kobiet) [55].

Alkohol jako środek immunosupresyjny zwiększa ryzyko chorób zakaźnych, w tym gruźlicy, i podatności na HIV, a prawdopodobnie także ryzyko choroby COVID-19 [56]. Ponadto alkohol jest wyjątkowo toksyczny dla płodu i jego rozwijających się tkanek, a także dla dzieci w okresie ich wzrostu i rozwoju. Znaczna część obciążenia chorobami, które można przypisać spożywaniu alkoholu, wynika z niezamierzonych i umyślnych urazów (tj. wypadków drogowych, przemocy, samobójstw, zabójstw, śmiertelnych obrażeń związanych z alkoholem i zaburzeń psychicznych). Ryzyko wystąpienia szerokiego spektrum szkód zdrowotnych i społecznych wzrasta wraz z ilością alkoholu spożytego w ciągu życia, częstotliwością i stylem picia (styl śródziemnomorski lub „upijający się” – *binge drinking*) itp. [53].

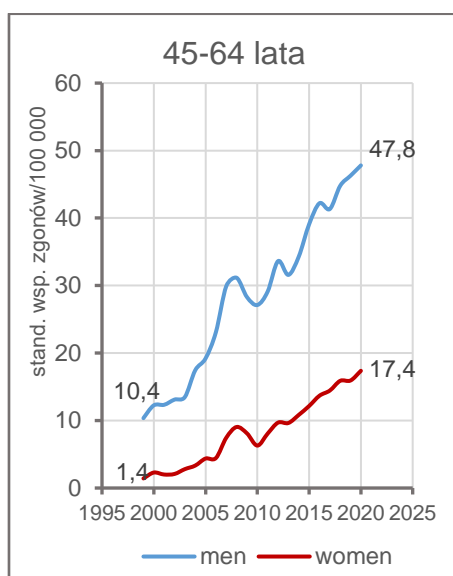
Zdrowotne szkody alkoholowe obejmują grupę przyczyn zgonów, które w całości (100%) można przypisać spożywaniu alkoholu (AAC – *alcohol-attributable causes*) oraz tych, w których alkohol jest jednym z potencjalnych czynników ryzyka (ARC – *alcohol-related causes*). AAC obejmują kilkanaście stanów chorobowych, które z definicji są przypisywane przyczynowo alkoholowi. Do tej grupy należą choroby, które są wyłącznie związane ze spożywaniem alkoholu, tj. AMW, alkoholowe zapalenie trzustki, kardiomiopatia alkoholowa, psychoza alkoholowa, uzależnienie i nadużywanie alkoholu, zatrucie alkoholem i in. [53]. Nasze analizy wskazują, że dobrym wskaźnikiem dla Polski do śledzenia alkoholowych szkód zdrowotnych w czasie, który jest czuły na zmiany w poziomie populacyjnej ekspozycji na alkohol, jest alkoholowa marskość wątroby. Co wynika także ze zjawiska tzw. *reservoir effect* (multiplikacja efektu), czyli gwałtownych wzrostów i spadków umieralności z powodu marskości wątroby związanej ze skokowym wzrostem/spadkiem spożycia alkoholu [56]. Jest to zjawisko po raz pierwszy opisane w Paryżu czasów niemieckiej okupacji w czasie II wojny światowej i obserwowane dość często, zwłaszcza w czasie przełomów politycznych, w Polsce i krajach Europy Środkowo-Wschodniej w ostatnich 50 latach [2, 57-60].

Epidemiologia zgonów na alkoholową marskość wątroby

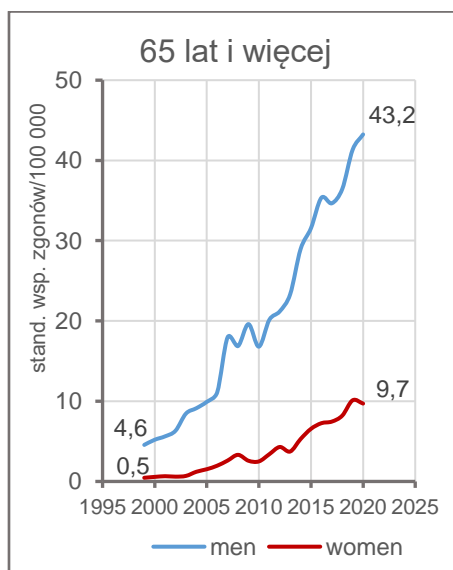
Umieralność na AMW w Polsce wzrosła w latach 1999-2020 kilkakrotnie zarówno u mężczyzn, jak i kobiet we wszystkich grupach wieku dorosłych (wykres 5a-c). Standaryzowany współczynnik zgonu (SDR – *standardised death rate*) wzrósł z 2,7 u mężczyzn i 0,5 u kobiet w 1999 r. do 10,5 (czterokrotny wzrost) i 3,1 (sześciokrotny wzrost) na 100 tys. w 2020 r. w najmłodszej grupie dorosłych (20-44 lata). W grupie wieku 45-64 lata SDR wzrósł z 10,4 u mężczyzn i 1,4 u kobiet w 1999 r. do 47,8 i 17,4 na 100 tys. populacji w 2020 r., czyli pięciokrotnie u mężczyzn i dwunastokrotnie u kobiet. W najstarszej grupie wieku dorosłych (65 lat i więcej) SDR wzrósł w latach 1999-2020 dziewięciokrotnie u mężczyzn (z 4,6 do 43,2 na 100 tys. populacji) i dwiętnastokrotnie u kobiet (z 0,5 do 9,7 na 100 tys. populacji). SDR wskazuje, że wielkość zjawiska umieralności na AMW jest większa u mężczyzn w Polsce, ale u kobiet w okresie obserwacji zachodziły bardziej dynamiczne zmiany. Podobnie w starszych grupach wieku dynamika przyrostu jest większa niż w młodszych grupach wieku.



Wykres 5a. Umieralność na alkoholową marskość wątroby w Polsce w latach 1999-2020 w grupie wiekowej 20-44 lata



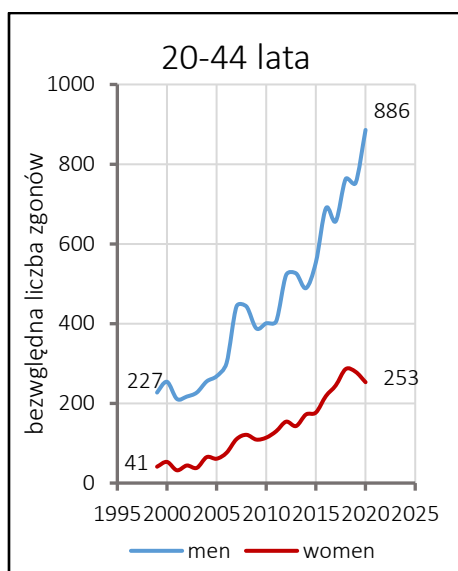
Wykres 5b. Umieralność na alkoholową marskość wątroby w Polsce w latach 1999-2020 w grupie wiekowej 45-64 lata



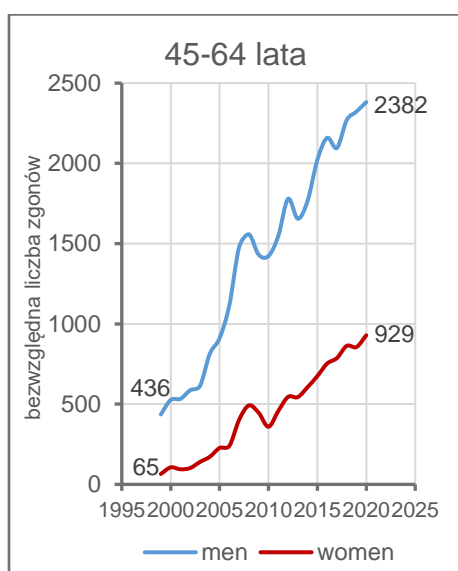
Wykres 5c. Umieralność na alkoholową marskość wątroby w Polsce w latach 1999-2020 w grupie wiekowej 65+

Jeszcze bardziej dynamiczne zmiany dotyczyły wzrostu bezwzględnej liczby zgonów na AMW. W okresie obserwacji bezwzględna liczba zgonów na AMW wzrosła czterokrotnie u młodych mężczyzn i sześciokrotnie u kobiet (w wieku 20-44 lata) z 227 do 886 i z 41 do 253. W grupie wieku 45-64 lata bezwzględna liczba zgonów wzrosła z 436 do 2382 (pięciokrotnie) u mężczyzn i z 65 do 929 (czternastokrotnie) u kobiet. Najwyższy przyrost bezwzględnej liczby zgonów na AMW zanotowano w najstarszej grupie wiekowej (65 lat i więcej): piętnastokrotny u mężczyzn (z 79 do 1 171 zgonów) i trzydziestodwukrotny u kobiet (z 11 do 353 zgonów). W latach 1999-2021 łącznie na AMW zmarło w Polsce prawie 73 tys. osób (55 725 mężczyzn i 17 002 kobiet) [14, 58, 61]. AMW, która pod koniec lat 90. była rzadką przyczyną zgonu, w latach 2020. stała się częstą przyczyną zgonu (wykres 6a-c).

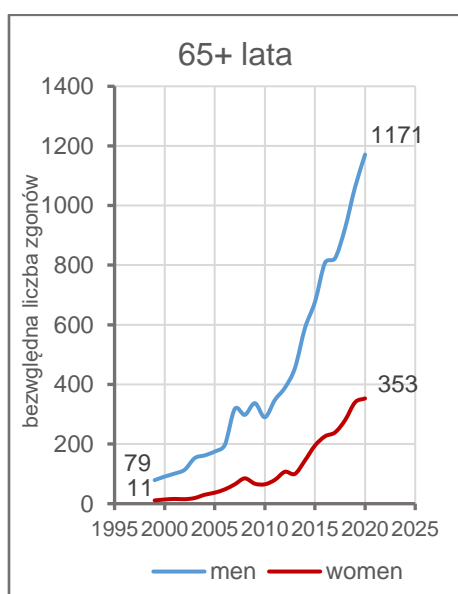
W związku z istotnym wzrostem umieralności z powodu AMW rośnie także jej udział w umieralności ogółem. Największy przyrost dotyczy grupy młodych dorosłych (20-44 lata), w której udział umieralności z powodu AMW w umieralności ogółem wzrósł w latach 1999-2020 z 1,2% u mężczyzn i 0,7% u kobiet do odpowiednio 6,7% i 6,3% (wykres 7a-b). Dla porównania, odsetek zgonów z powodu ChUK w tej samej grupie wieku wynosił w 2020 r. 10% u mężczyzn i kobiet [62].



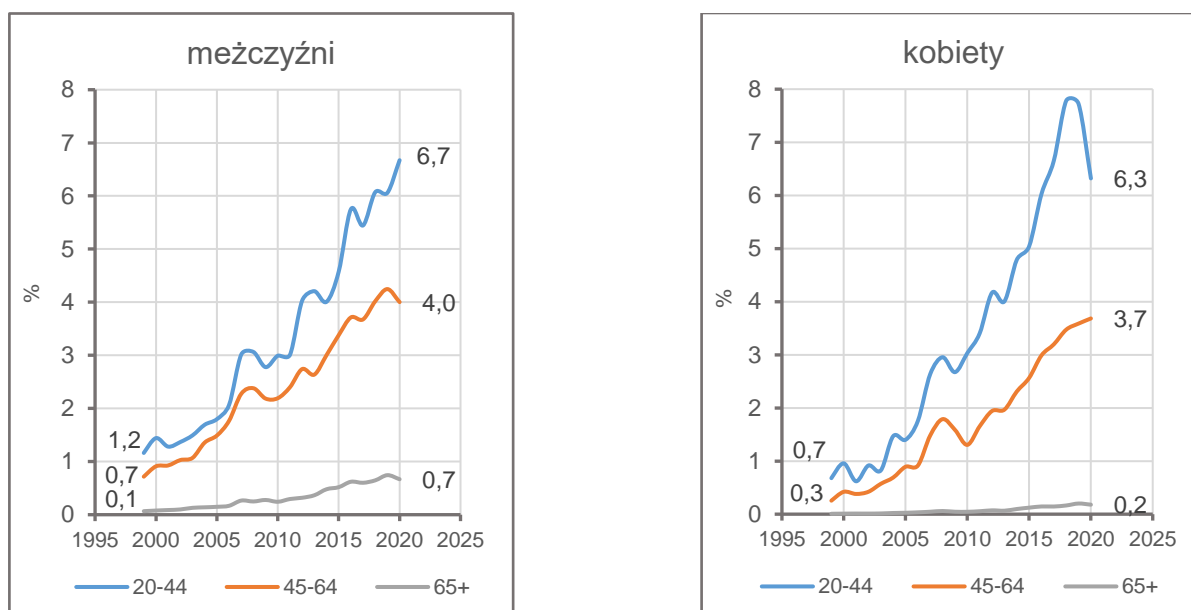
Wykres 6a. Liczba zgonów z powodu alkoholowej marskości wątroby w Polsce w latach 1999-2020 w grupie wiekowej 20-44 lata



Wykres 6b. Liczba zgonów z powodu alkoholowej marskości wątroby w Polsce w latach 1999-2020 w grupie wiekowej 45-64 lata



Wykres 6c. Liczba zgonów z powodu alkoholowej marskości wątroby w Polsce w latach 1999-2020 w grupie wiekowej 65+



Wykres 7a-b. Udział umieralności z powodu alkoholowej marskości wątroby w umieralności ogólnej w Polsce w latach 1999-2020

Omówienie

W latach 2002-2021 spożycie alkoholu w Polsce wzrosło o 50% [19-20]. Najprawdopodobniej czynnikami powodującymi tak silny przyrost spożycia alkoholu było w pierwszym etapie obniżenie akcyzy na napoje spirytusowe o 30% w październiku 2002 r. [31], osłabienie regulacji dotyczących polityki zdrowia publicznego wobec alkoholu oraz wzrost dostępności fizycznej i ekonomicznej alkoholu [19-20].

Warto przypomnieć, że w latach 1985-2002 spożycie alkoholu w Polsce oscyloowało na poziomie poniżej średniej europejskiej [40]. Skuteczna kontrola alkoholowa w ówczesnej Polsce była efektem opartej na skandynawskich wzorcach ustawy antyalkoholowej, uchwalonej z inicjatywy Solidarności w 1982 r. [29]. Kompleksowa analiza polityki alkoholowej w 30 krajach OECD przeprowadzona przez Donalda Branda i współpracowników wykazała, że Polska i Norwegia na początku lat 2000. były krajami o najbardziej kompleksowych i najskuteczniejszych przepisach dotyczących kontroli alkoholu oraz efektywnie wdrażanej polityki zdrowia publicznego wobec alkoholu [63]. Potwierdzał to stosunkowo niski poziom zgonów wynikających z chorób alkoholowych w tym okresie w Polsce [2, 57]. Niestety, od początku XXI w. ta polityka została znacząco osłabiona.

Oszacowanie szkód zdrowotnych związanych z alkoholem (niezakaźnych chorób przewlekłych) osób dorosłych w Polsce jest szczególnie trudne i może prowadzić do błędnych wniosków [15, 22, 64].

Wynika to m.in. z faktu, że w latach 2002-2019, w przeciwieństwie do większości krajów europejskich, trendy czasowe w spożyciu alkoholu i papierosów w Polsce biegły w dwóch przeciwnych kierunkach [7, 22, 65]. Wzrost populacyjnego spożycia alkoholu kontrastuje z jednoczesnym silnym spadkiem konsumpcji tytoniu w Polsce, prowadzącym do zmniejszenia liczby zgonów spowodowanych paleniem papierosów, m.in. ChUK czy raka płuca. Umieralność na te grupy chorobowe znacząco zmniejszyła się, głównie dzięki spadkowi konsumpcji papierosów w Polsce (z około 80 mld papierosów w 2002 r. do około 40 mld w 2014 r.) [3, 6, 8]. Ta interakcja (wzrost ekspozycji na alkohol przy jednoczesnym spadku konsumpcji tytoniu) przysparza trudności w interpretacji danych zbiorczych, sumarycznych wskaźników, jak np. oczekiwana długość życia, i wymaga dalszych pogłębionych badań. Biorąc pod uwagę tendencję spadkową umieralności na ChUK, można stwierdzić, że o obserwowanym pogorszeniu stanu zdrowia społeczeństwa zdecydowały przede wszystkim wzrost populacyjnej ekspozycji na alkohol i wzrost zachorowalności i umieralności z powodu chorób alkoholowych.

Trudność w interpretacji zjawisk epidemiologicznych w Polsce doprowadziła do publikacji w ostatnich latach polskich i międzynarodowych raportów, w których nie wykazywano wzrostu szkód zdrowotnych związanych z alkoholem w Polsce. Opublikowany w 2019 r. *Status report on alcohol consumption and policy responses in 30 European countries* [66], ale także publikacje Marii Gańczak i współpracowników [23] czy Romana Topór-Mądrego i współpracowników [67] wskazują, jakie znaczenie ma wybór punktów czasowych do analizy. Analiza zmian wyłącznie pomiędzy dwoma punktami czasowymi, z pominięciem analizy zmian w okresach czasu, może prowadzić do błędnej interpretacji wyników dotyczących szkodliwości alkoholu, a w konsekwencji błędnych wniosków [22]. Raport WHO z 2019 r. wskazywał, że Polska jest krajem o niezmiennym się odsetku umieralności z powodu alkoholu. Wybór lat 2010 i 2016 z okresu 1990-2016 (początkowego i końcowego punktu czasowego bez uwzględnienia zmian trendów czasowych) do analizy zmian umieralności z powodu chorób wynikających z alkoholu doprowadził autorów tej skądinąd ważnej publikacji do błędnego wniosku dla Polski. Podobnie raport Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego *Stan zdrowia ludności Polski i jego uwarunkowania* z 2018 r. [64] nie ostrzegał przed rosnącym trendem spożycia alkoholu ani nie dostrzegał narastającej przez ostatnie 20 lat epidemii zgonów spowodowanych alkoholem. Publikowane w Polsce raporty znacząco nie doszacowują całkowitej liczby zgonów związanych z alkoholem [15]. Raporty mówiące o 12 tys. rocznych zgonów wynikających z alkoholu łącznie nie przystają na przykład do liczby raportowanych przez GUS zgonów w 100% związanych z alkoholem (AAC), które w 2019 r. wyniosły 10 396. Wskazuje to na znaczące niedoszacowanie szkód zdrowotnych spowodowanych alkoholem w Polsce. W literaturze można znaleźć szacunki, które mówią o tym, że zgony na AAC to tylko około 1/3 wszystkich zgonów wynikających z alkoholu [53].

Pilnego działania wymaga przygotowanie przez instytucje naukowe, które mają dostęp do danych medycznych (m.in. statystyki chorobowości), wiarygodnych szacunków wielkości szkód alkoholowych na początku lat 20. XXI w. Nasze badania wskazują, że umieralność na choroby alkoholowe można szacować na nie mniej niż 30 tys. zgonów rocznie [14].

Konkluzje i rekomendacje

W Polsce należy pilnie wznowić (osłabiony) w XXI w. program kontroli alkoholowych szkód zdrowotnych. Powinien zostać stworzony narodowy program strategiczny, który będzie obejmował m.in. dobrze finansowane i skuteczne kampanie edukacyjne, ograniczenie dostępności alkoholu, ciągły i znaczący wzrost podatków na alkohol – uwzględniających stale rosnącą inflację, zakaz reklamy, a także system monitorowania szkód zdrowotnych spowodowanych alkoholem. Skuteczna polityka zdrowia publicznego wymaga skupienia uwagi nie tylko na medycynie kuratywnej, ale także na pozostałych elementach zdrowia publicznego, jak to jest praktykowane w innych krajach europejskich, także sąsiednich. Konieczne jest przywrócenie na skalę populacyjną działań edukacyjnych i wzmocnienie znaczenia prewencji pierwotnej. Tak szybko jak to możliwe należy doprowadzić do powrotu i realizacji opartych na dowodach naukowych programów prewencyjnych w Polsce, obejmujących wszystkie czynniki ryzyka kształtujące zdrowie populacji.

Polityka zdrowia publicznego wobec alkoholu powinna być środkiem do tego, żeby alkohol przestał być traktowany jak zwykły produkt spożywczy, ale jak substancja powodująca poważne szkody zdrowotne i społeczne zarówno dla osób spożywających alkohol, jak i ich otoczenia [52]. Dążenie do denormalizacji napojów alkoholowych jako dóbr ekonomicznych może być osiągnięte poprzez różnego rodzaju regulacje prawne czy kampanie edukacyjne.

Według WHO narodowy program kontroli szkód zdrowotnych, w tym antypromocyjna polityka cenowa wobec alkoholu, to jedno z najbardziej efektywnych, łatwo dostępnych narzędzi mających na celu ograniczenie szkodliwych następstw spożywania alkoholu. Podnoszenie ceny alkoholu zmniejsza jego dostępność ekonomiczną i konsumpcję u dorosłych, a ponadto opóźnia rozpoczęcie spożywania alkoholu i spowalnia spożywanie coraz większych ilości przez młodzież, a także ogranicza jego intensywną okazjonalną konsumpcję [68]. Powinno się jak najszybciej doprowadzić do zwiększenia akcyzy na alkohol w Polsce w stopniu uwzględniającym rosnącą inflację w kraju i zapewniającym zmniejszenie jego ekonomicznej dostępności. Regulacje prawne w zakresie zdrowia publicznego w obszarze alkoholu powinny uwzględniać efektywne praktyki z innych krajów europejskich.

Bibliografia

1. Zatoński Witold A i Zatoński Mateusz. Democracy is healthier – health in Poland in the late 1980s and 1990s. *J Health Inequal.* 2016, t. 2, nr 1, s. 17-24.
2. Zatoński Witold i in. [red.]. *Closing the health gap in European Union.* Warsaw: Maria Skłodowska-Curie Memorial Cancer Center and Institute of Oncology, 2008.
3. Zatoński Witold A i Bhala Neeraj. Changing trends of diseases in Eastern Europe: closing the gap. *Public Health* 2012, t. 126, nr 3, s. 248-252.
4. Zatoński Witold A. One hundred years of health in Poland. *J Health Inequal.* 2019, t. 5, nr 1, s. 11-19.
5. Wróblewska Wiktoria. Transformacja epidemiologiczna. Przejście epidemiologiczne z perspektywy demograficznej. [w:] Golinowska Stanisława i in. [red.]. *Zdrowie publiczne. Wymiar społeczny i ekologiczny.* Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar, 2022, s. 45-58.
6. Zatoński Witold A i in. Hundred years of cigarette smoking in Poland: three phases of the tobacco epidemic. *J Health Inequal.* 2017, t. 3, nr 2, s. 118-122.
7. Hoffman Steven J i in. Cigarette consumption estimates for 71 countries from 1970 to 2015: systematic collection of comparable data to facilitate quasi experimental evaluations of national and global tobacco control interventions. *BMJ* 2019, t. 365, nr 8204, s. l2231.
8. Zatoński Witold A, Janik-Koncewicz Kinga i Zatoński Mateusz. Role of primary prevention in lung cancer control in Poland. *J Thorac Oncol.* 2021, t. 16, nr 10, s. e93-e94.
9. Zatoński Witold A, McMichael Anthony J i Powles John W. Ecological study reasons for sharp decline in mortality from ischaemic heart in Poland since 1991. *BMJ* 1998, t. 316, nr 7137, s. 1047-1051.
10. Zatoński Witold A i Willett Walter. Changes in dietary fat and declining coronary heart disease in Poland: population based study. *BMJ* 2005, t. 331, nr 7510, s. 187-188.
11. Zatoński Witold, Campos Hannia i Willett Walter. Rapid declines in coronary heart disease mortality in Eastern Europe are associated with increased consumption of oils rich in alpha-linolenic acid. *Eur J Epidemiol.* 2008, t. 23, nr 1, s. 3-10.
12. Janik-Koncewicz Kinga i in. Unsaturated fat and cardiovascular health in Poland. *J Health Inequal.* 2016, t. 2, nr 1, s. 63-66.
13. Wojtyński Bogdan i Goryński Paweł [red.]. *Sytuacja zdrowotna Polski i jej uwarunkowania, 2022.* Warszawa: Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy, 2022. [Online] 15.09.2023. <https://www.pzh.gov.pl/raport-sytuacja-zdrowotna-ludnosci-polski-i-jej-uwarunkowania/>
14. Zatoński Witold A, Janik-Koncewicz Kinga i Zatoński Mateusz. Life expectancy and alcohol use health burden in Poland after 2002. *J Health Inequal.* 2022, t. 8, nr 1, s. 4-16.
15. Wojtyński Bogdan i Goryński Paweł [red.]. *Sytuacja zdrowotna Polski i jej uwarunkowania, 2020.* Warszawa: Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy, 2020. [Online] 15.09.2023. <http://bazawiedzy.pzh.gov.pl/wydawnictwa>
16. Moskalewicz Jacek i Wieczorek Łukasz. Dostępność, konsumpcja alkoholu i konsekwencje picia – trzy dekady doświadczeń. *Alkohol Narkom.* 2009, t. 22, nr 4, s. 305-337.
17. Ciabiada-Bryła Beata, Maniecka-Bryła Irena i Paciej-Gołębiowska Paulina. Years of life lost due to alcohol-related mortality: a nationwide population study in Poland, 1999-2017. *Drug Alcohol Depend.* 2021, t. 227, 108990.
18. Zatoński Witold A i in. Alcohol taxation and premature mortality in Europe. *Lancet* 2015, t. 385, nr 9974, s. 1181.
19. Zatoński Witold A. The alcohol crisis in Polish public health. *J Health Inequal.* 2019, t. 5, nr 2, s. 122-123.
20. Zatoński Witold A i in. Small bottles – huge problem? A new phase of Poland’s ongoing alcohol epidemic. *J Health Inequal.* 2019, t. 5, nr 1, s. 86-88.

21. Zatoński Witold A i in. Alcohol-related deaths in Poland during a period of weakening alcohol control measures. *JAMA* 2021, t. 325, nr 11, s. 1108-1109.
22. Zatoński Witold A i in. Health decline in Poland after 2002: response to a recent analysis of the changes in disease burden in Poland. *J Health Inequal.* 2021, t. 7, nr 1, s. 2-6.
23. Gańczak Maria i in. Changes in disease burden in Poland between 1990-2017 in comparison with other Central European countries: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *PLoS One* 2020, t. 15, nr 3, e0226766.
24. Parildar Ufuk, Perara Rafael i Oke Jason. *Excess mortality across countries in 2020*. Centre for Evidence-Based Medicine, March 3, 2021 [Online] 11.03.2021. <https://www.cebm.net/covid-19/excess-mortality-across-countries-in-2020/>
25. GUS. *Zgony według tygodni*. [Online] 30.04.2023. <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/ludnosc/zgony-wedlug-tygodni,39,2.html>
26. Janik-Konieczny K i in. Considerations on mortality in 2020 in Poland in the context of the coronavirus pandemic. *J Health Inequal.* 2022, t. 8, nr 2, s. 98-107.
27. Walkowiak Marcin P i Walkowiak Dariusz. Underestimation in reporting excess COVID-19 death data in Poland during the first three pandemic waves. *Int J Environ Res Public Health.* 2022, t. 19, nr 6, 3692.
28. OECD. *Health at a glance 2022*. [Online] 15.03.2023. <https://www.oecd.org/health/health-at-a-glance-europe/>
29. Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi. *Dz. U.* 1982, poz. 230.
30. Ustawa z dnia 27 kwietnia 2001 r. o zmianie ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, ustawy o radiofonii i telewizji oraz ustawy o opłacie skarbowej. *Dz. U.* 2001, poz. 610.
31. Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 1 sierpnia 2002 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie podatku akcyzowego. *Dz. U.* 2002, poz. 1065.
32. Ustawa z dnia 28 marca 2003 r. o zmianie ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi. *Dz. U.* 2003, poz. 719.
33. Synergion. *Dokąd płynie mała wódka? Raport na temat rynku „małej wódki” i zmian, które powoduje w zachowaniach konsumentów*. Warszawa: Synergion, 2019. [Online] 11.06.2023. <https://www.slideshare.net/synergion/synergion-raport-dokad-plynie-mala-wodka-2019>
34. Woronowicz Bohdan T. Ofiary „mokrego władcy rozumu”. *Kwart Psychiatr.* 2021, nr 1. [Online] 15.09.2023. <https://www.kwartalnikpsychiatra.pl/ofiary-mokrego-wladcy-rozumu/>
35. Kilian Carolin i in. The socioeconomic profile of alcohol use in Europe: findings from 33 European countries. *IJADR.* 2023, t. 11, nr 1, s. 13-23.
36. Rehm Jürgen i in. Classifying alcohol control policies between 2000 and 2020 in Poland and the Baltic countries to model potential impact. *Addiction* 2023, t. 118, nr 3, s. 449-458.
37. Vaitkevičiūtė Justina. Alcohol control policies reduce all-cause mortality in Baltic Countries and Poland between 2001 and 2020. *Sci Rep.* 2023, t. 13, nr 1, 6326.
38. Rehm Jürgen i in. Impact of the WHO "best buys" for alcohol policy on consumption and health in the Baltic countries and Poland 2000-2020. *Lancet Regional Health – Europe.* 2023, 100704. Epub ahead of print.
39. WHO. *Lessons from the Baltic Alcohol Control Policy Project. Policies that contribute to decreasing burden of mortality and disease*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2023. [Online] 31.08.2023 <https://apps.who.int/iris/handle/10665/367673>
40. OECD. *Alcohol consumption*. [Online] 11.08.2023. <https://data.oecd.org/healthrisk/alcohol-consumption.htm>
41. Malvezzi Matteo, Negri Eva i La Vecchia Carlo. History of alcohol consumption and cancer burden in Italy. *J Health Inequal.* 2021, t. 7, nr 2, s. 96-101.

42. Zatoński Witold A i Jha Prabhat. *The health transformation in Eastern Europe after 1990: a second look*. Warsaw: Maria Skłodowska-Curie Cancer Center and Institute of Oncology, 2001.
43. d’Houtaud Alphonse, Adriaanse Hans i Field Mark G. Alcohol consumption in France: production, consumption, morbidity and mortality, prevention and education in the last three decades. *Adv Alcohol Subst Abuse* 1989, t. 8, nr 1, s. 19-44.
44. Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. *Badania i informacje statystyczne*. [Online] 28.05.2023. <https://www.parpa.pl/index.php/badania-i-informacje-statystyczne/statystyki>
45. Bartoszewicz Artur i Obłąkowska Katarzyna. Rynek i spożycie napojów alkoholowych w Polsce: podstawowe dane dla polityki społeczno-gospodarczej. *Zesz Nauk Pol Tow Ekonom w Zielonej Górze* 2021, nr 15, s. 61-83.
46. Stokłosa Michał i in. Towards improved public health: affecting alcohol and tobacco affordability and consumption in Poland through taxation. *J Health Inequal*. 2016, t. 2, nr 2, s. 101-104.
47. Neneman Jarosław. Alcohol and tobacco: different tax policies and different health and revenue consequences in the 21st century in Poland. *J Health Inequal*. 2022, t. 8, nr 2, s. 119-123.
48. Stumbrys Daumantas i in. Changes in attitudes toward alcohol control policies in Lithuania. Findings from two representative surveys in 2015 and 2020. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2023, Epub ahead of print. doi: 10.1080/00952990.2023.2238322.
49. Moskalewicz Jacek i Sierosławki Janusz. Wpływ podwyżki akcyzy na spożycie napojów alkoholowych. Wyniki badań ankietowych zrealizowanych przed podwyżką 2021 roku i rok później. *Alcohol Drug Addict*. 2023, t. 36, nr 1, s. 1-20.
50. Ustawa z dnia 29 października 2021 r. o zmianie ustawy o podatku akcyzowym oraz ustawy o zmianie ustawy o podatku akcyzowym oraz niektórych innych ustaw. *Dz. U.* 2021, poz. 2313.
51. Neneman Jarosław. Ekonomiczna dostępność alkoholu w Polsce. *Menedż Zdr.* 2023, [w druku].
52. Babor Thomas i in. *Alcohol: no ordinary commodity*. Wyd. 2. Oxford: Oxford University Press, 2010.
53. Rehm Jürgen i in. The relation between different dimensions of alcohol consumption and burden of disease: an overview. *Addiction* 2010, t. 105, nr 5, s. 817-843.
54. Rehm Jürgen i in. Alcohol as a risk factor for liver cirrhosis: a systematic review and meta-analysis. *Drug Alcohol Rev*. 2010, t. 29, nr 4, s. 437-445.
55. WHO. *Alcohol drinking*. IARC Monographs on the Evaluation of the Carcinogenic Risks to Humans, vol. 44. Lyon: International Agency for Research on Cancer, 1988.
56. White Aaron M i in. Alcohol-related deaths during the COVID-19 pandemic. *JAMA*. 2022, t. 327, nr 17, s. 1704-1706.
57. Zatoński Witold A i in. Liver cirrhosis mortality in Europe, with special attention to Central and Eastern Europe. *Eur Addict Res*. 2010, t. 16, nr 4, s. 193-201.
58. Zatoński Witold A i in. Alcohol-related liver cirrhosis in Poland: the reservoir effect. *Lancet Gastroenterol Hepatol*. 2020, t. 5, nr 12, 1035.
59. Holmes John i in. The temporal relationship between per capita alcohol consumption and harm: a systematic review of time lag specifications in aggregate time series analyses. *Drug Alcohol Depend*. 2012, t. 123, nr 1-3, s. 7-14.
60. Skog Ole-Jørgen. Liver cirrhosis epidemiology: some methodological problems. *Br J Addict*. 1980, t. 75, nr 3, s. 227-243.
61. Zatoński Witold A i in. Alkohol – ojciec polskich chorób. *Menedżer Zdrowia*. 2021, nr 1/2, s. 82-87.
62. GUS. *Baza demografia. Wyniki badań bieżących. Zgony*. [Online] 30.04.2023. <https://demografia.stat.gov.pl/BazaDemografia/Tables.aspx>
63. Brand Donald A i in. Comparative analysis of alcohol control policies in 30 countries. *PLoS Med* 2007, t. 4, nr 4, s. e151.
64. Wojtyniak Bogdan i Goryński Paweł [red.]. *Sytuacja zdrowotna Polski i jej uwarunkowania, 2018*. Warszawa: Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy, 2018. [Online] 15.09.2023. <http://bazawiedzy.pzh.gov.pl/wydawnictwa>

65. Ng Marie i in. Smoking prevalence and cigarette consumption in 187 countries, 1980-2012. *JAMA*. 2014, t. 311, nr 2, s. 183-192.
66. WHO. *Status report on alcohol consumption, harm and policy responses in 30 European countries 2019*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2019. [Online] 12.12.2021 <https://apps.who.int/iris/handle/10665/346061>
67. Topór-Mądry Roman i in. Główne problemy dotyczące zdrowia Polaków w świetle najnowszych wyników badania „Global Burden of Disease study (GBD)” 2019. [w:] Wojtyniak Bogdan i Goryński Paweł [red.]. *Sytuacja zdrowotna Polski i jej uwarunkowania, 2020*. Warszawa: Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy, 2020, s. 517-533.
68. WHO. *The SAFER Initiative. A world free from alcohol related harm*. [Online] 05.03.2023. <https://www.who.int/initiatives/SAFER>