

POLSKA AKADEMIA NAUK
Wydział Nauk Medycznych
Komitet Zdrowia Publicznego

Rekomendacje strategiczne na lata 2023-2027:

ALKOHOL NA PRZEŁOMIE WIEKÓW

– *Polskie Zdrowie 2.0*

Autorzy (w kolejności alfabetycznej):

Jacek Moskalewicz

Bogdan Wojtyniak

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.2B
wersja preprint

Warszawa, maj 2024 r.

POLICY BRIEF

Rekomendacje wynikające z tej analizy wykorzystują *WHO alcohol strategy* (2010) [1] przyjętej przez Zgromadzenie Ogólne Zdrowia w roku 2010 i potwierdzone w kolejnych dokumentach w ostatnich latach. Optymalnymi elementami tej strategii jest ograniczanie dostępności ekonomicznej alkoholu, ograniczanie jego dostępności fizycznej i zakaz reklamy i promocji alkoholu.

| | |
|----|---|
| 1. | Ograniczanie dostępności ekonomicznej: Ceny alkoholu powinny wyprzedzać wzrost dochodów ludności. Co więcej powinny rosnać szybciej niż płaca minimalna. Ostatnie regulacje zakładające wzrost akcyzy o 5% rocznie nie uwzględniają nawet poziomu inflacji. Po zeszłorocznych podwyżkach akcyzy o 10% ceny napojów alkoholowych spadły relatywnie do cen innych artykułów konsumpcyjnych [2-3]. Należy zakazać promocyjnej sprzedaży alkoholu. |
| 2. | Ograniczanie dostępności fizycznej: Należy ograniczyć sieć sprzedaży napojów alkoholowych. Wymaga to stopniowego zmniejszenia liczby punktów sprzedaży do 50-60 tys. w kraju przez regulacje centralne. Należy odebrać gminom dochody płynące z udzielania pozwoleń na sprzedaż alkoholu oraz ograniczyć uprzywilejowaną pozycję piwa powyżej 4,5% w systemie kontroli nad alkoholem. Trzeba wprowadzić zakaz sprzedaży napojów na wynos w godzinach 22.00-9.00 oraz zakaz sprzedaży napojów alkoholowych na stacjach benzynowych. Można rozważyć dalsze ograniczenia lokalne w zakresie dni i godzin sprzedaży. |
| 3. | Zakaz reklamy i promocji: Należy wprowadzić zakaz reklamy i promocji piwa, w tym piwa bezalkoholowego, utrzymując zakaz reklamy innych napojów alkoholowych. |

Koniec lat 80. w Polsce był świadkiem szybkiego przejścia do gospodarki rynkowej. Już na przełomie lat 1988/1989 uwolniono ceny wielu artykułów i dopuszczono prywatny nieopodatkowany import artykułów konsumpcyjnych „na własne potrzeby”. Tuż przed upadkiem rządu Rakowskiego, niedługo po wyborach w czerwcu 1989 r., uwolniono ceny podstawowych artykułów żywnościowych. Nastąpiła gwałtowna deregulacja rynku. Pojawiło się dziesiątki tysięcy nowych podmiotów gospodarczych. Wyparły i zastąpiły one przedsiębiorstwa

państwowe i spółdzielcze. Struktura cen uległa głębokim zmianom. Po krótkim szoku transformacji, który doprowadził do pogorszenia zdrowia ludności [4], gospodarka rynkowa przyniosła zmiany korzystne z perspektywy zdrowia publicznego. Kontrolowane przez dziesiątki lat ceny mięsa i tłuszczów zwierzęcych wzrosły w relacji do cen tłuszczów roślinnych, ceny warzyw i owoców, które już w latach 80. kształtowane były przez wolny rynek, relatywnie spadły. Przy nowych możliwościach importu, które dawała wymienialności złotówki, owoce i warzywa stały się dostępne przez cały rok. Te zmiany w koszyku konsumpcyjnym dały silny impuls do poprawy stanu zdrowia społeczeństwa [5]. Co więcej w latach 90. nastąpił istotny spadek rozpowszechnienia palenia wyrobów tytoniowych [6]. W latach 1990-2000 przeciętne dalsze trwanie życia wzrosło o trzy lata [7].

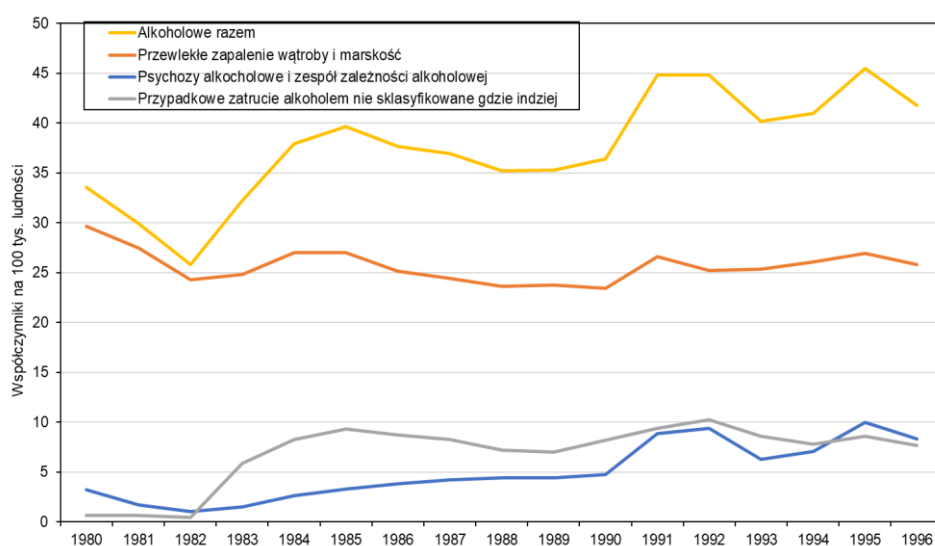
Burzliwe przejście do gospodarki rynkowej miało katastrofalne konsekwencje dla polityki wobec alkoholu, która narodziła się w toku zmuśnionych negocjacji między stroną rządową i Solidarnością na początku lat 80. Uformowana na mocy ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałania alkoholizmowi z roku 1982 zakładała scentralizowany skandynawski model kontroli nad alkoholem, w którym dominującą rolę odgrywały ograniczenia w dostępności fizycznej i ekonomicznej napojów alkoholowych. Liczba punktów sprzedaży napojów alkoholowych nie mogła przekraczać w kraju 30 tys., napoje alkoholowe można było sprzedawać od godziny 13.00, a ceny alkoholu miały wyprzedzać wzrost dochodów ludności. Obowiązywał całkowity zakaz reklamy [8]. Mimo erozji niektórych przepisów ustawy spożycie alkoholu przez całe lata 80. ustabilizowało się na poziomie 8 l 100-procentowego alkoholu na jednego mieszkańca, z czego udział spożycia nierejestrowanego wahał się w granicach 1,5-2,0 l.

Pod naciskiem gospodarki rynkowej, setek tysięcy małych przedsiębiorców, potężnego lobby przemysłu alkoholowego, w tym międzynarodowych korporacji, ograniczenia dostępności przestały praktycznie obowiązywać od początku lat 90. Podjęto decyzję o decentralizacji kontroli nad alkoholem. Pozwolenia na sprzedaż detaliczną napojów alkoholowych miały wydawać gminy, uzyskując za to stosowne opłaty. Gminy prześcigały się w udzielaniu zezwoleń, zasilając swe szczupłe budżety. Liczba punktów sprzedaży wzrosła z 30 do ponad 200 tys. Alkohol można było kupić przez całą dobę, praktycznie na każdej ulicy [9-12]. Sprzedaż alkoholu gwarantowała również przyzwoite przychody właścicielom małych sklepów spożywczych, zapewniając do 40% obrotów. Poprzez rozbudowaną legalną sieć dystrybucji płynęła fala nielegalnego alkoholu. Przez długie lata aparat kontroli nie był w stanie efektywnie kontrolować ok. 200 tys. miejsc sprzedaży często czynnych całą dobę. Próby regulowania cen poprzez politykę podatkową były bezowocne wobec wysokiej fali nielegalnego importu i nierejestrowanej produkcji alkoholu. Afera Schnapsgate, w ramach której „wlało się” do Polski kilkadziesiąt milionów litrów nielegalnego alkoholu stanowiła tylko preludium do kolejnych afer [13-14]. W rezultacie rejestrowana sprzedaż wódek zmniejszyła się w ciągu kilku lat o 2 l 100-procentowego alkoholu, a nielegalną podaż napojów spirytusowych można było szacować na poziomie 3-4 l 100-procentowego alkoholu per capita.

Rosła lawinowo konsumpcja piwa, które praktycznie wyjęto spod jakiegokolwiek kontroli, dodając do regulacji ustawowych dotyczących napojów powyżej 4,5% frazę „z wyjątkiem piwa”. Prawie

z dnia na dzień zawartość alkoholu w piwie wzrosła z ok. 4% do prawie 6%. Obowiązujący ciągle zakaz reklamy alkoholu omijano, reklamując piwo bezalkoholowe, które miało dokładnie taki sam wygląd jak piwo alkoholowe poza dopiskiem drobnym drukiem „piwo bezalkoholowe” [15]. Tak reklamowano również piwo o nazwie handlowej „mocne”. Podobnie, choć z mniejszym powodzeniem, reklamowano napoje spirytusowe, umieszczając na przykład na spotach reklamowych zamiast wódki Bols – łódkę Bols. W ciągu niecałych 10 lat konsumpcja piwa wzrosła ponad dwukrotnie do 60 l per capita, a w ciągu następnej dekady do 100 l.

Według oficjalnych statystyk konsumpcji lata 90. wyglądały na sukces polityki wobec alkoholu. Spożycie rejestrowane ustabilizowało się na poziomie ok. 6 l 100-procentowego alkoholu per capita z udziałem piwa przekraczającym 60%. Szacunki dotyczące spożycia ogółem prowadzone na podstawie odwróconej regresji statystyk pierwszorazowych hospitalizacji z powodu psychoz alkoholowych pokazywały zgoła inny obraz: skokowy wzrost spożycia na początku dekady do ok. 10-11 l per capita i jego stabilizację na tym bardzo wysokim poziomie aż do końca lat 90. Niepokojące trendy potwierdzały nie tylko statystyki hospitalizacji, ale również statystyki zgonów z przyczyn bezpośrednio związanych z alkoholem (wykres 1). Liczba zgonów z powodu alkoholizmu i psychoz alkoholowych wzrosła dwukrotnie w porównaniu z latami 80.; liczba zgonów z powodu przyczyn bezpośrednio związanych z alkoholem zwiększyła się skokowo, prawie z roku na rok o jedną trzecią. Wysokie współczynniki zgonów utrzymywały się przez całą dekadę mimo znaczących inwestycji w leczenie odwykowe, w którym liczba pacjentów wzrosła w ciągu paru lat ponad dwukrotnie, sięgając 200 tys. pacjentów rocznie [16].

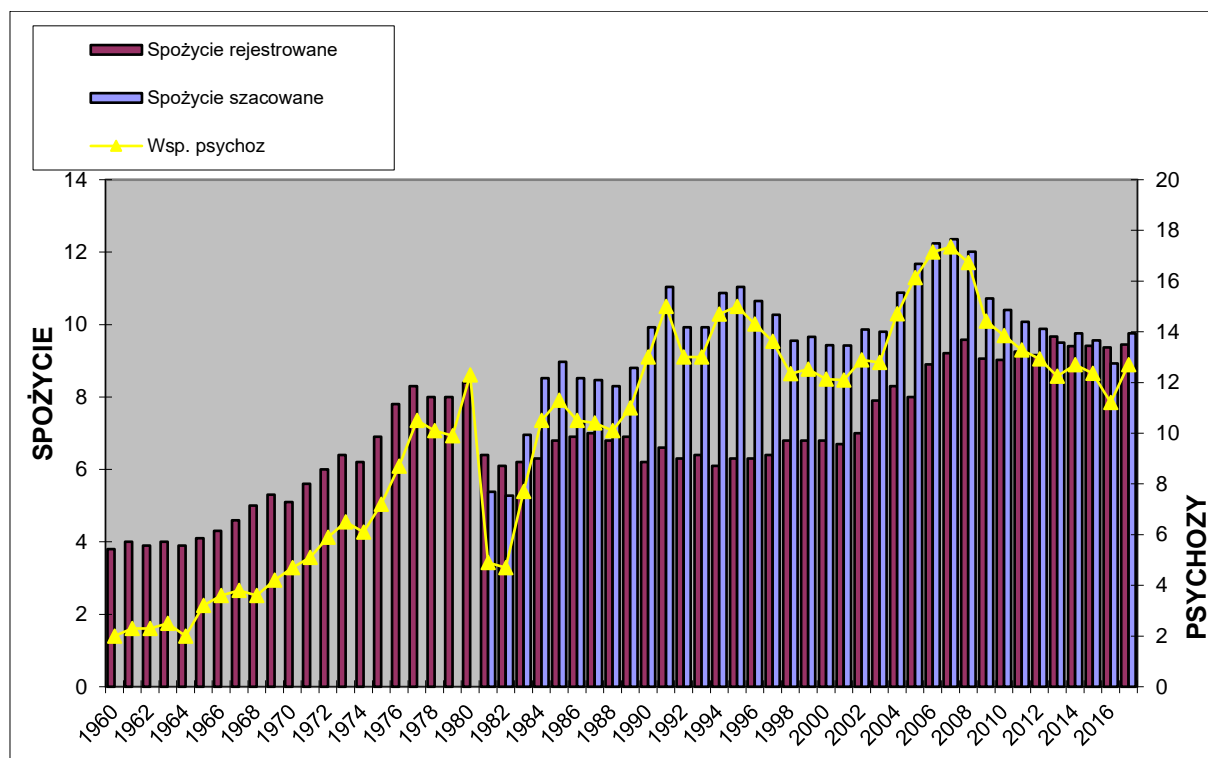


Wykres 1. Standaryzowane współczynniki umieralności mężczyzn z powodu przyczyn bezpośrednio związanych z konsumpcją alkoholu, 1980-1996

Źródło: dane NIZP PZH – PIB na podstawie bazy zgonów GUS.

Obok istotnej poprawy dostępności i jakości odwykowej służby zdrowia sukcesem polityki wobec alkoholu tamtych lat było ograniczenie wypadków drogowych spowodowanych alkoholem. W latach 1990–2000, mimo lawinowego wzrostu liczby pojazdów o 5 mln, liczba alkoholowych wypadków drogowych zmniejszyła się o blisko 4 mln z 11,6 do 7,8 mln, a ich udział wśród ogółu wypadków spadł z 23% do 14% [17-18]. Jest to efekt współgrania trzech czynników: kompleksowej, restrykcyjnej legislacji, czynnej egzekucji przepisów oraz edukacji [19].

Wiek XXI przyniósł stabilizację gospodarki rynkowej w Polsce. Nastąpiła ponowna regulacja rynku alkoholowego. Kurczyła się szara strefa. Rosła sprzedaż rejestrowana, malała jego nierejestrowana podaż. Około roku 2010 konsumpcja rejestrowana przekroczyła 9 l 100-procentowego alkoholu per capita, a wielkość konsumpcji nierejestrowanej można było szacować już tylko na poziomie ok. 1 l (wykres 2). Ważnym impulsem wzrostu konsumpcji rejestrowanej był 25-procentowy spadek stawek akcyzowych w roku 2002. Odpowiedź konsumentów była natychmiastowa. Z roku na rok rejestrowana i opodatkowana konsumpcja napojów spirytusowych zwiększyła się również o 25% [20].



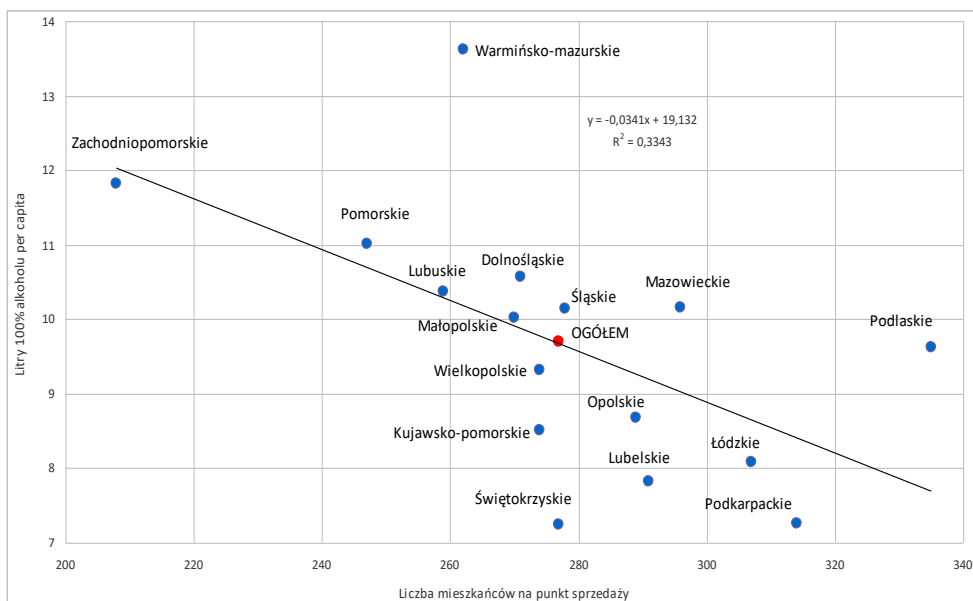
Wykres 2. Spożycie alkoholu w Polsce w latach 1980-2018 w litrach 100-procentowego alkoholu na jednego mieszkańca. Spożycie rejestrowane, spożycie ogółem szacowane na podstawie pierwszorazowych hospitalizacji z powodu psychoz alkoholowych (współczynnik na 100 tys.)
Źródło: opracowanie własne.

W początkach XXI w. Sejm zmienił ustawę o wychowaniu w trzeźwości, dopuszczając z pewnymi ograniczeniami reklamę piwa. W rezultacie intensywnych działań reklamowych i promocji cenowych jego spożycie zwiększyło się o kolejne 50% i sięgnęło 100 l piwa per capita.

Miało to wpływ na wzrost konsumpcji rejestrowanej, która w kolejnych latach zbliżyła się do granicy 10 l per capita, podczas gdy konsumpcja nierejestrowana odgrywała coraz mniejszą rolę. Na wysoką konsumpcję wpływ miała, oprócz reklamy i promocji piwa, gęsta sieć sprzedaży napojów alkoholowych (wykres 3). W analizach międzywojewódzkich stwierdzono bardzo silny związek między spożyciem alkoholu a liczbą punktów jego sprzedaży, które mówią o dostępności fizycznej alkoholu. Okazuje się, że gęstość sieci sprzedaży wyjaśnia ponad 30% międzywojewódzkiej zmienności sprzedaży alkoholu [21].

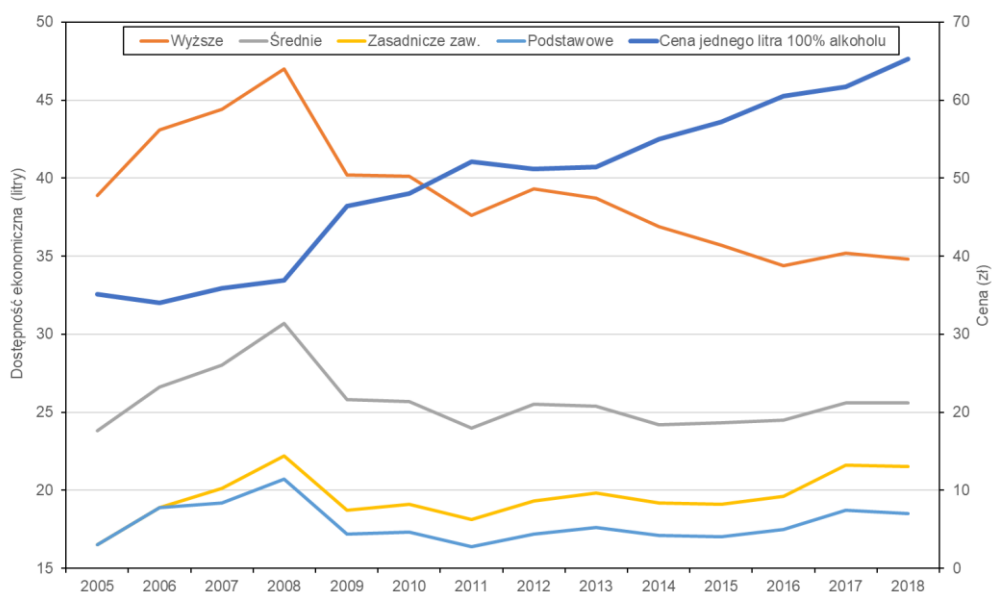
Nieco mniejszą rolę odgrywała dostępność ekonomiczna, która rosła przez kilka lat od obniżki akcyzy w 2002 r. i została wzmocniona po wstąpieniu Polski do Unii Europejskiej, co pociągnęło za sobą znaczny wzrost dochodu dyspozycyjnego ludności (wykres 4). Jak wynika z późniejszych analiz, dużą rolę w spożyciu odegrały skuteczne próby zmniejszenia nierówności dochodowych, które doprowadziły do dynamicznego wzrostu dochodu dyspozycyjnego na jednego członka gospodarstwa domowego w gospodarstwach o najniższych dochodach i najniższym wykształceniu. Szybki wzrost płacy minimalnej datujący się praktycznie od czasu wstąpienia do UE, dodatek na dziecko 500+ oraz spadek bezrobocia pozwalający na wejście na rynek pracy dodatkowej osoby w gospodarstwie domowym spowodował, że w ciągu kilkunastu lat dochody w tych rodzinach uległy podwojeniu.

Przeprowadzenie analizy wpływu tych zmian na zdrowie, a szczególnie na umieralność związaną z alkoholem, nie jest proste. Wejście w życie w Polsce w roku 1999 dziesiątej rewizji Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD 10) skomplikowało śledzenie długoletnich trendów, zwłaszcza w odniesieniu do zgonów z powodu „alkoholowych” chorób wątroby, które stanowią około połowy wszystkich zgonów bezpośrednio związanych z alkoholem. W ramach wcześniejszej klasyfikacji ICD 9 rozpoznania alkoholowych zgonów wątroby rejestrowano jako czwartą cyfrę w kodzie przyczyn zgonów, podczas gdy w Polsce w rejestracji i kodowaniu przyczyn zgonów obowiązywała skrócona klasyfikacja trzycyfrowa. Siłą rzeczy wpływ alkoholu na zgony z powodu przewlekłych chorób wątroby był ukryty w rozpoznaniu „przewlekłe zapalenie wątroby i marskość wątroby” i mógł być niedoszacowany. Wprowadzenie klasyfikacji ICD 10 i pięciodziesięciodziesiątowego kodowania przyczyny zgonu, w którym alkoholowe choroby wątroby wyróżniono jako autonomiczne kategorie, zaburzyło statystyki zgonów według przyczyn. Nastąpił dynamiczny wzrost liczby zgonów z powodu alkoholowej marskości wątroby, który odzwierciedlał zapewne nie tylko rzeczywisty wzrost, ale również zmiany w systemie kodowania przyczyn zgonów. Tym niemniej skokowy wzrost zgonów z powodu alkoholowej marskości wątroby należy traktować jako sygnał ostrzegawczy zwiastujący pogorszenie stanu zdrowia populacji w związku z wysoką konsumpcją napojów alkoholowych.



Wykres 3. Zależność konsumpcji alkoholu od sieci jego dystrybucji

Źródło: opracowanie własne.



Wykres 4. Zmiany cen alkoholu oraz jego dostępności w gospodarstwach domowych według wykształcenia głowy gospodarstw 2005-2018

Źródło: na podstawie danych GUS.

W podjętych przez NIZP PZH – PIB analizach alkoholowych przyczyn uwzględniono – zgodnie z metodologią OECD – następujące przyczyny zgonów.

Zaburzenia psychiczne

F10 – Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane użyciem alkoholu

Choroby układu nerwowego

G31.2 – zwyrodnienie układu nerwowego spowodowane przez alkohol

G62.1 – polineuropatia alkoholowa

G72.1 – miopatia alkoholowa

Choroby somatyczne

I42.6 – kardiomiopatia alkoholowa

K29.2 – alkoholowe zapalenie żołądka

K70 – alkoholowe choroby wątroby

K73 – przewlekłe zapalenie wątroby, niesklasyfikowane gdzie indziej

K74.0 – zwłóknienie wątroby

K74.1 – stwardnienie wątroby

K74.2 – zwłóknienie wątroby ze stwardnieniem wątroby

K74.6 – inna i nieokreślona marskość wątroby

K85.2 – alkoholowe ostre zapalenie trzustki

K86.0 – alkoholowe przewlekłe zapalenie trzustki

Inne

E24.4 – zespół pseudo-Cushinga u alkoholików

Q86.0 – płodowy zespół alkoholowy (dysmorficzny)

R78.0 – stwierdzenie obecności alkoholu we krwi

Przyczyny zewnętrzne

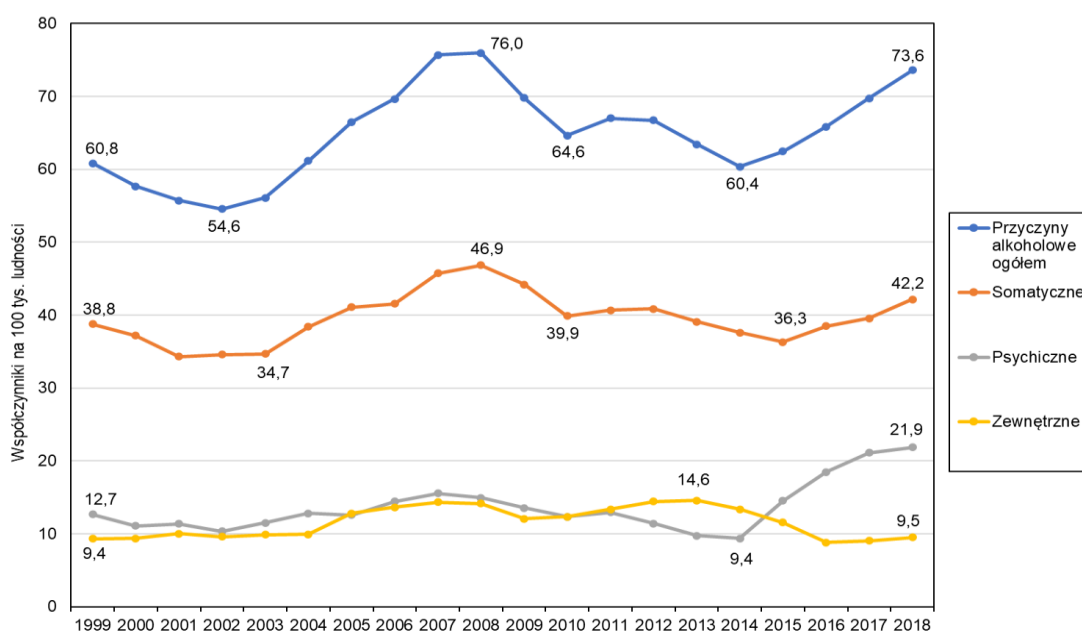
X45 – przypadkowe zatrucie przez narażenie na alkohol

X65 – zamierzone zatrucie przez narażenie na alkohol

Y15 – zatrucie przez narażenie na alkohol o nieokreślonym zamiarze

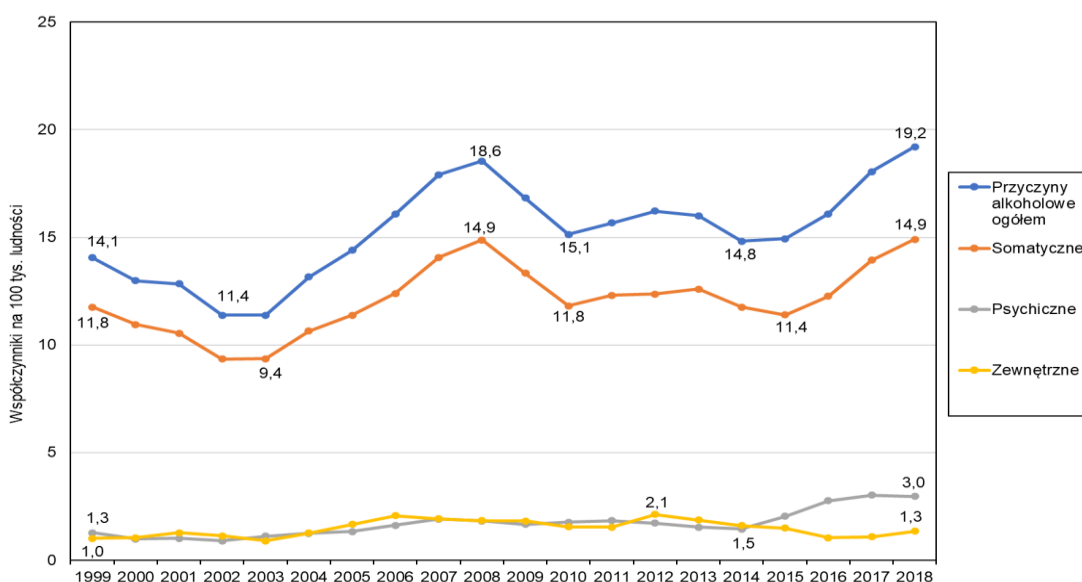
Przedstawione poniżej wykresy (wykres 5, 6 i 7) wskazują na dużą zmienność: szybki wzrost umieralności zarówno mężczyzn, jak i kobiet w latach 2002-2009 „napędzany” zapewne obniżeniem akcyzy na alkohol, a następnie wzrostem dochodów ludności po wejściu do UE. Trzeba zwrócić uwagę, że mimo podobieństwa trendów dla obu płci współczynniki zgonów mężczyzn są pięciokrotnie wyższe w porównaniu z kobietami, co wynika z trzykrotnie mniejszej konsumpcji alkoholu przez kobiety [22].

Oba wykresy pokazują wyraźny spadek liczby zgonów od roku 2010, po światowym kryzysie ekonomicznym, i ich rekordowy wzrost po roku 2015, kiedy to podjęto intensywne i skuteczne wysiłki ograniczenia nierówności w Polsce. Wzrost umieralności po roku 2015 „zawdzięczamy” przede wszystkim dwukrotnemu zwiększeniu w tym okresie współczynników zgonów z powodu zaburzeń psychicznych i behawioralnych spowodowanych konsumpcją alkoholu, co sugeruje, że nastąpiły one w rezultacie nagłego wzrostu konsumpcji, a nie chronicznej ekspozycji na alkohol.



Wykres 5. Standaryzowane współczynniki umieralności mężczyzn w wieku 25-74 lata z powodu przyczyn bezpośrednio związanych z konsumpcją alkoholu, 1999-2018

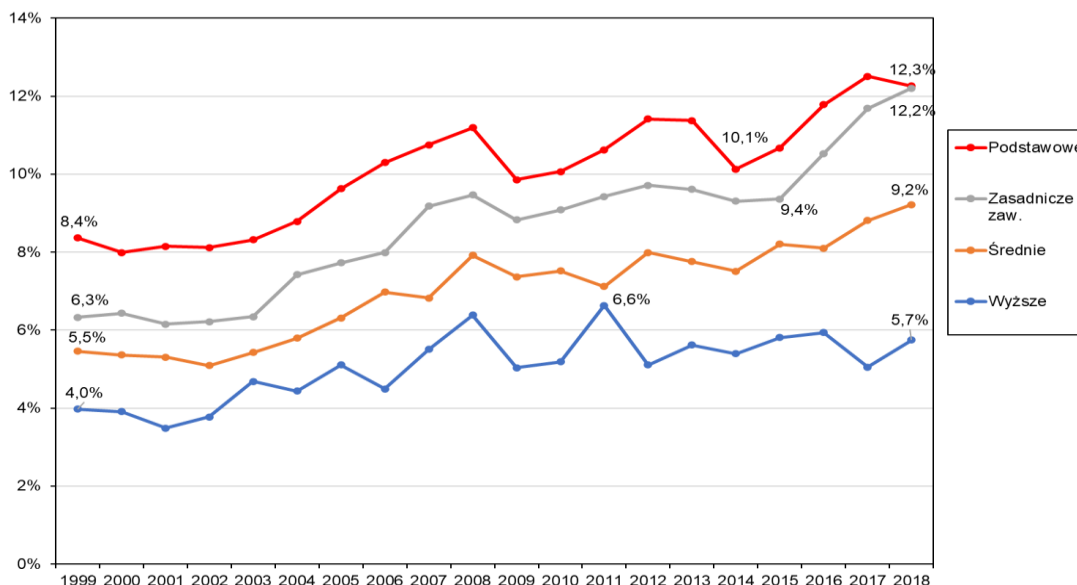
Źródło: dane NIZP PZH – PIB na podstawie bazy zgonów GUS.



Wykres 6. Standaryzowane współczynniki umieralności kobiet w wieku 25-74 lata z powodu przyczyn bezpośrednio związanych z konsumpcją alkoholu, 1999-2018

Źródło: dane NIZP PZH – PIB na podstawie bazy zgonów GUS.

Analizy trendów wskazują na to, że udział zgonów bezpośrednio związanych z alkoholem wśród ogółu zgonów u mężczyzn z wykształceniem podstawowym i zasadniczym zawodowym wzrósł prawie dwukrotnie. Pod koniec poprzedniej dekady zgony „alkoholowe” stanowiły 12% wszystkich zgonów w tych kategoriach wykształcenia przy 6-8% kilkanaście lat wcześniej.



Wykres 7. Standaryzowane wskaźniki umieralności proporcjonalnej mężczyzn w wieku 25-74 lata z powodu przyczyn bezpośrednio związanych z konsumpcją alkoholu według wykształcenia, 1999-2018

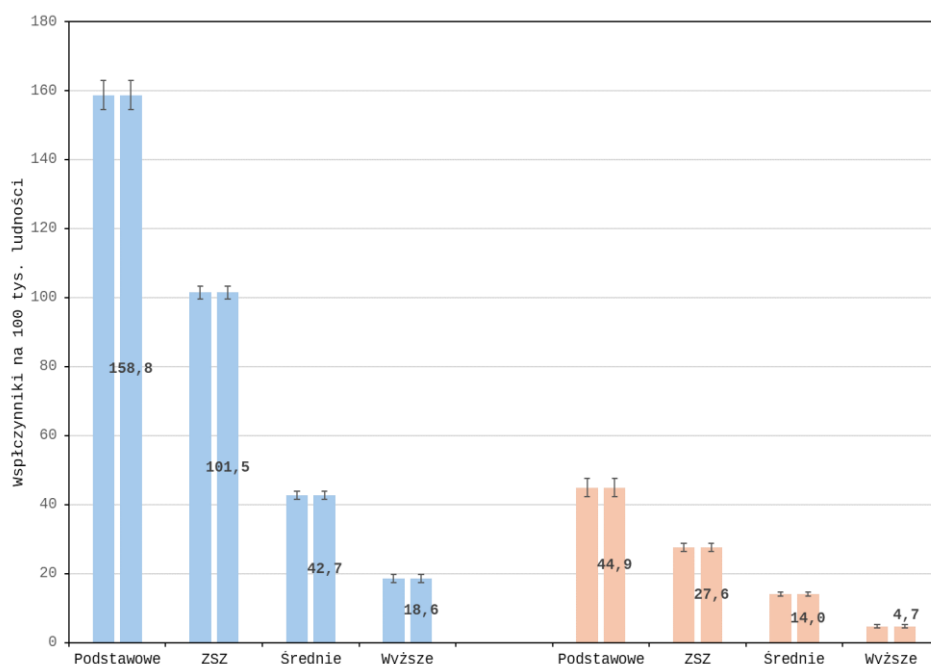
Źródło: dane NIZP PZH – PIB na podstawie bazy zgonów GUS.

Dalszy wzrost umieralności bezpośrednio związanej z alkoholem w latach pandemii przypisać można nie tylko zmianom w dochodach gospodarstw domowych, ale także polityce zdrowotnej, która nie uwzględniała czynnika alkoholu. W czasie pandemii nigdy nie wprowadzono ograniczeń w sprzedaży alkoholu ani w zakresie godzin sprzedaży, ani jeśli chodzi o gęstość sieci. Okresowe zamknięcie zakładów gastronomicznych miało niewielki wpływ na konsumpcję, jako że sprzedaż na miejscu nie przekracza w Polsce kilkunastu procent sprzedaży alkoholu w ogóle. Brak ograniczeń w okresie pandemii zwiększył ryzyko zakażeń, bo alkohol obniża odporność i sprzyja kontaktom zwiększającym ryzyko infekcji. Co więcej, wysoka konsumpcja w okresie pandemii prowadzi do zaostrzenia różnych zaburzeń zdrowia somatycznego, absorbując znaczną część zasobów służby zdrowia, które mogłyby być wykorzystanej do walki z pandemią.

Poza analizami „wkładu” zgonów bezpośrednio związanych z alkoholem do umieralności ogółem przeprowadzono również, po otrzymaniu danych Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań z roku 2021 na temat struktury ludności według poziomu wykształcenia, wyliczenia standaryzowanych względem wieku współczynników umieralności z powodu przyczyn bezpośrednio związanych z konsumpcją alkoholu dla osób o różnym poziomie wykształcenia. Przedstawione na wykresie 8 współczynniki odnoszą się do populacji w wieku 30+ i trzyletniego okresu 2020-2022. Dla lat 2020 i 2022 przyjęto taką samą strukturę

wykształcenia ludności jak w roku spisowym 2021. Uwzględnienie okresu trzyletniego pozwoliło na zmniejszenie wpływu czynnika losowego na różnice między współczynnikami osób o różnym poziomie wykształcenia.

Uwagę zwraca bardzo silny gradient społeczny w występowaniu śmiertelnych konsekwencji spożywania alkoholu zarówno wśród mężczyzn, jak i kobiet, przy czym nawet między osobami o wykształceniu średnim i wyższym różnica w poziomie umieralności jest ponad dwukrotna, natomiast między osobami w skrajnych grupach wykształcenia różnica jest około dziewięciokrotna. Zagrożenie życia mężczyzn jest ponad trzykrotnie większe niż kobiet niezależnie od poziomu wykształcenia, co odzwierciedla różnice w poziomie konsumpcji alkoholu.



Wykres 8. Standaryzowane współczynniki zgonów (i 95% przedziały ufności) z powodu chorób związanych z konsumpcją alkoholu mężczyzn i kobiet w wieku 30 lat i więcej według poziomu ich wykształcenia w latach 2020-2022

Źródło: dane NIZP PZH – PIB.

Na tym etapie analiz trudno ocenić precyzyjnie „wkład” zgonów alkoholowych w pierwszych latach XXI w. do zahamowania korzystnych tendencji w zdrowiu z lat 90. Trzeba je przypisać przede wszystkim wyczerpaniu prostych rezerw poprawy zdrowia takich jak rozpowszechnienie tłuszczów roślinnych kosztem używanych wcześniej powszechnie tłuszczów zwierzęcych, które odegrały kluczową rolę w latach 90. Można szacować, że udział zgonów bezpośrednio związanych z alkoholem w umieralności ogółem nie przekracza 10% ogółu zgonów, więc nawet ich duża zmienność nie wyjaśnia w całości zatrzymania poprawy w zakresie dalszego trwania życia w populacji. Jednak zgony z powodu przyczyn bezpośrednio związanych z alkoholem mogły mieć wpływ na pogorszenie stanu zdrowia mężczyzn z najniższych kategorii wykształcenia, którzy paradoksalnie byli beneficjentami polityki zmniejszania nierówności.

Bibliografia

-
- [1] WHO. *Global strategy to reduce the harmful use of alcohol*. Geneva: WHO, 2010. [Online] 22.05.2024. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241599931>
- [2] Moskaiewicz Jacek i Sierosławski Janusz. Wpływ podwyżki akcyzy na spożycie napojów alkoholowych. Wyniki badań ankietowych zrealizowanych przed podwyżką 2021 roku i rok później. *Alkohol Narkom*. 2023, t. 36, nr 1, s. 1-20.
- [3] Neneman Jarosław. Ekonomiczna dostępność alkoholu w Polsce. *Menedż Zdr*. 2023, nr 5-6, s. 92-94.
- [4] Moskaiewicz Jacek, Wojtyniak Bogdan i Rabczenko Daniel. Alcohol as a cause of mortality in societies undergoing rapid transition to market economy. [w:] Cornia Giovanni A i Panicia Renato [editors] *The Mortality Crisis in Transitional Economies*. Oxford: Oxford University Press, 2000, s. 83-104.
- [5] Sekuła Włodzimierz. Political and economic determinants of dietary changes – focus on Poland. *Żyw Człow Metabol*. 2001, t. 28, nr 2, s. 146-159.
- [6] Zatoński Witold A i in. Palenie tytoniu w populacji mężczyzn i kobiet w Polsce w latach 1974-2004. *Zdr Publ Zarządzanie* 2009, t. 7, nr 2, s. 4-11.
- [7] Jarosz Mirosław, Rychlik Ewa i Sekuła Włodzimierz. Dietary changes, tobacco smoking and life expectancy in Poland in the years 1950-2012. *Żyw Człow Metabol*. 2016, t. 43, nr 3, s. 152-170.
- [8] Wald Ignacy i in. *II Raport o polityce wobec alkoholu*. Warszawa: Zespół Ekspertów Komisji do Spraw Przeciwdziałania Alkoholizmowi przy Ministrze Zdrowia i Opieki Społecznej, 1990.
- [9] Moskaiewicz Jacek. Kwestia alkoholu w latach 1989-1990. *Probl Alkohol*. 1991, t. 38, nr 9, s. 5-7.
- [10] Moskaiewicz Jacek i Wald Ignacy. Verso una politica dell'alcool in Polonia. [w:] Rolli Andrea i Cottino Amedeo [curatore]. *Le culture dell'alcool; Sociologia del bere quotidiano tra teoria e intervento*. Torino: Francoangeli, 1992, s. 210-215.
- [11] Moskaiewicz Jacek. Privatiseringen av alkoholsektern i Polen, *Nordisk Alkoholtidskrift* 1992, t. 9, nr 6, s. 305-310.
- [12] Moskaiewicz Jacek. Privatization of alcohol arena in Poland. *Contemp Drug Probl*. 1993, t. 20, nr 2, s. 263-276.
- [13] Moskaiewicz Jacek i Simpura Jussi. Alcohol and alcohol policy in eastern European transitions. *J Subst Use* 2000, t. 5, nr 1, s. 30-38.
- [14] Moskaiewicz Jacek i Simpura Jussi. The supply of alcoholic beverages in transitional conditions: the case of Central and Eastern Europe. *Addiction* 2000, t. 95, suppl. 4, s. S505-S522.
- [15] Świątkiewicz Grażyna. Kwestia piwa w okresie transformacji społeczno-ustrojowej w Polsce. *Alkohol Narkom*. 1997, t. 10, nr 1, s. 11-19.
- [16] *Zakłady psychiatrycznej oraz neurologicznej opieki zdrowotnej. Rocznik statystyczny 2000*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii, 2001.
- [17] *Rocznik statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej 2000*. Warszawa: GUS, 2000, tab. 23 (469), 24 (452).
- [18] *Rocznik statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej 2008*. Warszawa: GUS, 2008, tab. 23 (469), tab. 24 (470).
- [19] Moskaiewicz Jacek i Żulewska-Sak Justyna. Alkohol w latach transformacji ustrojowej w Polsce. Raport z realizacji celu operacyjnego Narodowego Programu Zdrowia. *Przeegl Epidemiol*. 2003, t. 57, nr 4, s. 713-723.
- [20] Sierosławski Janusz. *Zmiany w konsumpcji alkoholu po obniżeniu akcyzy na napoje spirytusowe. Raport z ogólnopolskich badań ankietowych „Substancje psychoaktywne” zrealizowanych w 2003 r.* Warszawa: Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, 2003. [Online] 22.05.2024. <https://www.parpa.pl/index.php/art/854-zmiany-w-konsumpcji-alkoholu-po-obnizeniu-akcyzy-na-napoje-spirytusowe>
- [21] Moskaiewicz Jacek. *Dostępność fizyczna i ekonomiczna alkoholu, spożycie, problemy*. Ekspertyza dla PARPA, 2019 [materiały niepublikowane].
- [22] Sierosławski Janusz. Impact of rapid decline in alcohol consumption in Poland: increase in overall consumption or shift from illicit to licit market? [w:] Moskaiewicz Jacek i Österberg Esa [editors] *Changes in alcohol affordability and availability : twenty years of transitions in Eastern Europe*. Helsinki: National Institute for Health and Welfare, 2016, s. 108-116.
-