



IOOZ | INSTYTUT ORGANIZACJI OCHRONY
ZDROWIA UCZELNI ŁAZARSKIEGO

EKONOMICZNE ASPEKTY SKUTKÓW PICIA ALKOHOLU W EUROPIE I W POLSCE

Warszawa, Maj 2013



AUTORZY - ZESPÓŁ REDAKCYJNY

Maciej Bogucki
Jakub Gierczyński
Jerzy Gryglewicz

REDAKCJA NAUKOWA

Małgorzata Gałązka-Sobotka

OPRACOWANIE GRAFICZNE I SKŁAD DTP

Laboratorium Artystyczne
www.laboratoriumartystyczne.pl

© Copyright by Uczelnia Łazarskiego
Warszawa 2013
ISBN 978-83-64054-08-2

WYDAWCA

Uczelnia Łazarskiego

ul. Świeradowska 43, 02-662 Warszawa Polska
+ 48 /22/ 54-35-450, + 48 /22/ 54-35-410
wydawnictwo@lazarski.edu.pl
www.lazarski.pl

SPIS TREŚCI

1. Wstęp	6
2. Aspekt kliniczny nadużywania alkoholu oraz uzależnienia od alkoholu w Europie i w Polsce - dr n. med. Bogusław Habrat	7
2.1. Kliniczne modele spożywania alkoholu	7
2.2. Choroby spowodowane alkoholem	8
2.3. Zależności między spożyciem alkoholu a ryzykiem zgonu lub zapadnięcia na chorobę spowodowaną alkoholem	10
3. Spożycie alkoholu i uzależnienie od alkoholu w Europie	15
3.1. Dane statystyczne oraz kluczowe wskaźniki stanu zdrowia populacji	15
3.2. Kluczowe wskaźniki określające stan zdrowia populacji w aspekcie uzależnienia od alkoholu	16
3.2.1. Śmiertelność związana z piciem alkoholu	16
3.2.2. Utracone potencjalne lata życia	16
3.2.3. Utracone lata życia z powodu niepełnosprawności	17
3.2.4. Lata życia skorygowane niesprawnością	18
3.3. Polityka społeczna i zdrowotna	19
3.4. Aspekt ekonomiczny	22
4. Spożycie alkoholu i uzależnienie od alkoholu w Polsce	25
4.1. Dane statystyczne	25
4.2. Polityka społeczna i zdrowotna	29
5. Wpływy do budżetu państwa z tytułu sprzedaży alkoholu w Polsce	31
5.1. Wpływy do budżetu państwa z tytułu podatku akcyzowego od sprzedaży napojów alkoholowych	31
5.2. Wpływy do budżetu państwa z tytułu podatku od towarów i usług (VAT) związanych ze sprzedażą alkoholu w Polsce	34
5.3. Wpływy do budżetu państwa z tytułu opłat za wydanie zezwoleń na sprzedaż detaliczną i hurtową alkoholu	35

6. Koszty szkodliwego picia alkoholu i uzależnienia od alkoholu w Polsce	37
6.1. Metodologia rachunku kosztów	37
6.2. Estymacja całościowych kosztów społecznych nadużywania alkoholu i uzależnienia od niego dla Polski według odsetka PKB	39
6.3. Koszty bezpośrednie uzależnienia od alkoholu i nadużywania alkoholu w Polsce	39
6.3.1. Koszty bezpośrednie medyczne – wydatki publiczne	39
6.3.1.1. Wydatki NFZ na leczenie uzależnienia od alkoholu	40
6.3.1.2. Wydatki NFZ na hospitalizacje z powodu intoksykacji alkoholem	43
6.3.1.3. Wydatki NFZ na hospitalizacje z powodu schorzeń wątroby spowodowanych alkoholem	44
6.3.1.4. Wydatki NFZ na hospitalizacje z powodu schorzeń mózgu	46
6.3.1.5. Koszty bezpośrednie medyczne - wydatki publiczne. Podsumowanie	46
6.3.2. Koszty bezpośrednie medyczne – wydatki prywatne	46
6.3.3. Koszty bezpośrednie społeczne – wydatki publiczne	47
6.3.3.1. Budżet państwa	49
6.3.3.2. Wydatki samorządów w ramach profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych	49
6.3.3.3. Finansowanie samorządowych izb wytrzeźwień w Polsce	51
6.4. Koszty pośrednie uzależnienia od alkoholu i innych zaburzeń związanych z piciem alkoholu w Polsce	53
6.4.1. Zwolnienia chorobowe z powodu nadużywania alkoholu i uzależnienia od niego w statystykach ZUS	53
6.4.2. Utrata produktywności pracy	58
6.4.3. Przestępczość	61
6.4.3.1. Przestępczość i wykroczenia spowodowane przez nietrzeźwych sprawców	61
6.4.3.2. Wypadki drogowe spowodowane przez nietrzeźwych uczestników ruchu drogowego	63
6.4.4. Śmiertelność w wyniku nadużywania alkoholu	67
6.5. Koszty niepoliczalne nadużywania alkoholu w Polsce	70
7. Wnioski i rekomendacje wynikające z raportu	71

7.1. Aspekt zdrowotny nadużywania alkoholu i uzależnienia od niego	71
--	----

7.2. Aspekt ekonomiczny nadużywania alkoholu i uzależnienia od niego	71
--	----

8. Recenzja raportu autorstwa prof. SGH dr hab. Eweliny Nojszewskiej	73
---	-----------

9. Recenzja raportu autorstwa prof. dr hab. nauk med. Bolesława Samolińskiego	75
--	-----------

10. Załączniki	78
-----------------------	-----------

Załącznik 1. Spożycie alkoholu na osobę (od 15. roku życia) w krajach członkowskich UE, w krajach kandydujących, w Norwegii oraz w Szwajcarii (2009 rok), w kolejności od największego	78
--	----

Załącznik 2. Narodowy Program Zdrowia 2007-2015. Cel operacyjny 2. Zmniejszenie i zmiana struktury spożycia alkoholu oraz zmniejszenie szkód zdrowotnych spowodowanych alkoholem	79
--	----

11. Spis wykresów	81
--------------------------	-----------

12. Spis tabel	83
-----------------------	-----------

1. WSTĘP

Raport *Ekonomiczne aspekty picia alkoholu w Europie i w Polsce* to pierwsza kompleksowa analiza kosztów nadużywania alkoholu i uzależnienia od niego z perspektywy społecznej, zaprezentowana na tle kluczowe informacji klinicznych. Jest efektem pracy interdyscyplinarnego zespołu ekspertów, który w oparciu o oficjalne dane, publikowane corocznie w domenie publicznej dokonał estymacji kosztów ekonomicznych i społecznych.

Dzięki corocznym sprawozdaniom z realizacji Ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, przygotowywanym przez Polską Agencję Przeciwdziałania Problemom Alkoholowym (PARPA), eksperci mieli dostęp do wielu danych oraz zestawień zbiorczych, które były podstawą do wiarygodnych wyliczeń. Oprócz kluczowych danych przygotowanych przez PARPA autorzy korzystali również z danych takich instytucji jak: ZUS, GUS, PZH, NFZ, Ministerstwo Zdrowia, Ministerstwo Sprawiedliwości, Komenda Główna Policji (KGP), organizacje pracodawców, a także z informacji w mediach. Wielu danych ciągle brakuje. Przede wszystkim potrzebne są wyliczenia kosztów przestępstw i wykroczeń popełnianych przez nietrzeźwych sprawców (w tym drogowych) oraz wydatków na absencje chorobowe i renty spowodowane alkoholem.

Raport polskich ekspertów czerpał doświadczenia i rozwiązania metodologiczne z kilku ważnych dokumentów przygotowanych dla Europy. Pierwszym z nich był raport Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) *Alcohol in the European Union. Consumption, harm and policy approaches*¹, który został opublikowany w kwietniu 2012 roku. Raport opisał wskaźniki dotyczące spożycia alkoholu i jego następstwa kliniczne oraz kierunki polityki zdrowotnej w zakresie zmniejszenia szkodliwego wpływu alkoholu na populację Europy. Drugim dokumentem był raport *Alcohol consumption, alcohol dependence and attributable burden of disease in Europe. Potential gains from effective interventions for alcohol dependence*² opracowany przez *Centre for Addiction and Mental Health* w 2012 roku. Opracowanie przybliży statystykę opartą na wskaźnikach zdrowia populacji oraz politykę zdrowotną prowadzoną w tym aspekcie w Europie. Trzecim ważnym opracowaniem jest metodologia liczenia kosztów i konsekwencji szkodliwego używania alkoholu i uzależnienia od niego zawarta w wytycznych WHO *Best practice in estimating the costs of alcohol. Recommendations for future studies*.³ Wytyczne podsumowują najlepsze praktyki w szacowaniu kosztów oraz formułują zalecenia dla osób podejmujących takie szacunki w poszczególnych krajach.

Autorzy raportu pragną serdecznie podziękować wszystkim osobom oraz instytucjom za możliwość analizy danych przez nie publikowanych. Przede wszystkim Dyrektorowi PARPA, Panu Krzysztofowi Brzózce, za bezcenne wsparcie i rady merytoryczne oraz możliwość korzystania z danych i zestawień opracowywanych przez pracowników Agencji. Autorzy dziękują Pani Profesor Ewelinie Nojszewskiej za recenzję aspektów ekonomicznych raportu. Panu Profesorowi Bolesławowi Samolińskiemu za recenzję i uwagi merytoryczne w zakresie tematyki zdrowia publicznego i polityki zdrowotnej omówionej w raporcie. Szczególne podziękowania autorzy składają Panu Profesorowi Bogusławowi Habratowi za przedstawienie aspektów klinicznych nadużywania alkoholu i uzależnienia od niego oraz komentarze i uwagi do całości raportu.

Na koniec pozostaje życzyć wszystkim czytelnikom ciekawej lektury oraz inspiracji do poszukiwania najbardziej racjonalnych rozwiązań w aspekcie poprawy sytuacji społeczno-ekonomicznej w zakresie nadużywania i uzależnienia od alkoholu w Polsce.

- 1 Anderson P., Møller L., Galea G. *Alcohol in the European Union Consumption, harm and policy approaches*. WHO, 2012, <http://www.euro.who.int/en/what-we-publish/abstracts/alcohol-in-the-european-union.-consumption,-harm-and-policy-approaches>
- 2 Rehm J., Shield K. *Alcohol consumption, alcohol dependence and attributable burden of disease in Europe*. Centre for Addiction and Mental Health, 2012, http://www.camh.ca/en/research/news_and_publications/reports_and_books/Documents/CAMH%20Alcohol%20Report%20Europe%202012.pdf
- 3 *Best practice in estimating the costs of alcohol. Recommendations for future studies*. WHO, 2010, <http://www.euro.who.int/en/what-we-publish/abstracts/best-practice-in-estimating-the-costs-of-alcohol-recommendations-for-future-studies>

2. ASPEKT KLINICZNY NADUŻYWANIA ALKOHOLU ORAZ UZALEŻNIENIA OD ALKOHOLU W EUROPIE I W POLSCE - DR N. MED. BOGUSŁAW HABRAT

2.1. Kliniczne modele spożywania alkoholu

Abstynencja ma dwojakie znaczenie. Terminu tego używa się głównie w odniesieniu do osób, które nigdy świadomie nie piły alkoholu. Do celów badawczych abstynentami często nazywa się osoby, które nie piły alkoholu w ostatnim roku, a więc w stosunku do których ryzyko wystąpienia szkód poalkoholowych jest praktycznie bliskie zeru.

Picie ryzykowne – nie jest kategorią nozologiczną, ale ma istotne znaczenie w profilaktyce. Ma dwie definicje: jakościową i ilościową.

Ta pierwsza ma charakter opisowy i jest adresowana do innych służb niż medyczne: np. pracodawców, pedagogów, profilaktyków, policji. Według tej definicji picie ryzykowne to taki model picia, który potencjalnie może prowadzić do szkód zdrowotnych, np. pływanie po pijanemu, prowadzenie samochodu w stanie nietrzeźwości, praca na wysokościach lub z maszynami pod wpływem alkoholu.

Definicja ilościowa oparta jest na analizie zależności między średnim spożyciem alkoholu a ryzykiem poalkoholowych szkód zdrowotnych. Przyjęto, że (poza licznymi wyjątkami, których te granice nie dotyczą, np. młodociani, kobiety w ciąży, osoby uzależnione itp.) taką cezurę stanowi wypijanie średnio ponad 30-40 g czystego alkoholu, tj. tzw. standardowych 3-4 drinków przez mężczyzn i 1-2 standardowych drinków przez kobiety. Powyżej tej granicy ryzyko gwałtownie się zwiększa. Osoby, u których stwierdza się picie ryzykowne, po wyeliminowaniu głębszych zaburzeń: picia szkodliwego i uzależnienia, powinny być poddawane oddziaływaniom, których celem jest zmniejszenie ryzyka szkód poprzez redukcję spożycia alkoholu.⁴

Picie szkodliwe (nadużywanie alkoholu) to taki model picia alkoholu, który prowadzi do konkretnych szkód zdrowotnych (zarówno somatycznych, np. stłuszczenie wątroby, jak i psychicznych, np. stany depresyjne) albo poważnych zaburzeń funkcjonowania w ważnych rolach społecznych.⁵ Rozpoznanie picia szkodliwego wiąże się z niestwierdzeniem objawów uzależnienia. Wobec osób pijących szkodliwie zaleca się podejmowanie tzw. krótkich interwencji, których celem jest zmniejszenie spożycia alkoholu do poziomu, który nie powodowałby progresji szkód i sprzyjał ich cofaniu się.⁶ Mimo lansowania szkoleń, promowania (w tym finansowego) przeprowadzania badań przesiewowych (kwestionariuszowych i biochemicznych) oraz stosowania tzw. krótkich interwencji, praktycznie w żadnym z krajów nie osiągnięto zadowalającego wciągnięcia podstawowej opieki zdrowotnej do skutecznego radzenia sobie z picciem szkodliwym. Efektem tego jest zarówno niewystarczająca wiedza epidemiologiczna, jak i niedostateczna znajomość efektywności krótkiej interwencji w skali kraju (wiedzę na ten temat czerpie się głównie z nielicznych badań na – najczęściej – niereprezentatywnych grupach).

Uzależnienie od alkoholu to kompleks zjawisk fizjologicznych, behawioralnych i poznawczych, wśród których picie alkoholu

- 4 *Strategies and intervention to reduce alcohol-related harm*. W: Babor S. i wsp. *Alcohol no ordinary commodity. Research and public policy*. Oxford University Press, 2010, s. 103-108.
- 5 *ICD-10. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*. Vesalius, IPIŃ, Kraków – Warszawa, 1997.
- 6 *Strategies and intervention to reduce alcohol-related harm*. W: Babor S. i wsp. *Alcohol no ordinary commodity. Research and public policy*. Oxford University Press, 2010, s. 103-108.

dominuje nad innymi zachowaniami, które uprzednio miały dla pacjenta istotne znaczenie, a nawet wieloletnia abstynencja nie chroni przed nawrotowością. Kryteria diagnostyczne są powszechnie akceptowane i obejmują takie zjawiska psychopatologiczne jak: tzw. głód alkoholu, upośledzenie kontrolowania swojego picia; oraz zjawiska patofizjologiczne: objawy abstynencyjne oraz zmianę (najczęściej zwiększenie) tolerancji; zaburzenia funkcjonowania: wypieranie innych zachowań przez zachowania związane ze zdobywaniem alkoholu, byciem pod jego wpływem i dochodzeniem do siebie oraz picie alkoholu mimo wiedzy o jego negatywnym wpływie na stan zdrowia u konkretnej osoby.⁷

Uzależnienie od alkoholu od połowy XIX wieku nazywane było alkoholizmem w celu podkreślenia jego medycznej (a nie np. moralnej) natury. Potem jednak stało się pojęciem nieprecyzyjnym, bo np. w Europie było synonimem uzależnienia od alkoholu, w USA obejmowało oprócz uzależnienia od alkoholu także jego nadużywanie. Inne znaczenie nadają mu medycy, a inne np. socjologowie lub politycy, którzy terminem tym obejmują całokształt zagadnień związanych z alkoholem, np. picie w pracy, picie biesiadne itp.

Od maja 2013 r. Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne, wychodząc z założenia, że granica między „nadużywaniem alkoholu” i „uzależnieniem od alkoholu” jest arbitralna, a oba zaburzenia są kontinuum, zastępuje je obszerniejszym pojęciem „**zaburzeń używania alkoholu**”. Skutkiem tych zmian mogą być przewartościowania w odniesieniu do zakresu i jakości interwencji profilaktycznych i leczniczych.

2.2. Choroby spowodowane alkoholem

Alkohol wszechstronnie wpływa negatywnie na zdrowie spożywających go osób. Uważa się, że ponad 40 jednostek chorobowych wymienionych w ICD-10 jest spowodowane wyłącznie lub głównie przez alkohol,⁸ a w przypadku kilkukrotnie większej grupy alkohol jest jedną z przyczyn etiologicznych lub negatywnie wpływa na mechanizmy patogenetyczne i przyczynia się do gorszego przebiegu chorób o innej etiologii.⁹

Do chorób, którym przypisuje się blisko 100-procentowy udział alkoholu, zalicza się zaburzenia używania alkoholu (picie szkodliwe i uzależnienie od alkoholu), część przypadków depresji, a także schorzenia nabyte w czasie wewnątrzmacicznej ekspozycji na alkohol: niską wagę urodzeniową i alkoholowy zespół płodowy oraz związane z nimi zaburzenia neurorozwojowe skutkujące gorszym rozwojem psychofizycznym.

Alkohol ma negatywny wpływ na przebieg chorób i zaburzeń psychicznych, jest przyczyną polineuropatii i miopatii, oraz pogarsza przebieg większości chorób neurologicznych.

Jest wiele mechanizmów neurotoksycznego wpływu alkoholu na struktury mózgu i nerwów obwodowych.

Część z nich ma patofizjologiczny charakter odwracalny (np. objawy adaptacji do przewlekłej ekspozycji na alkohol manifestujące się objawami abstynencyjnymi, w tym: abstynencyjnymi napadami drgawkowymi, majaczeniem alkoholowym, głodem alkoholu, upośledzeniem kontrolowania picia, zaniedbywaniem innych niż picie alkoholu sposobów spędzania wolnego czasu i picciem mimo wiedzy o szkodach). Są to objawy uzależnienia. Na tym etapie może jeszcze dojść do remisji – w wyniku leczenia lub spontanicznie.

Uzależnienie od alkoholu może prowadzić do nieodwracalnych szkód związanych z jego neurotoksycznym działaniem. Polegają one na procesach o obrazie zbliżonym do przedwczesnego starzenia się mózgu. Zmiany zanikowe dotyczą głównie kory płatów czołowych, kory mózdzku oraz spoidła wielkiego. Mogą dotyczyć też innych struktur mózgu. Może dochodzić do różnie umiejscowionych encefalopatii, np. zespołu Wernicke’go-Korsakowa.

Z dużym prawdopodobieństwem można przypisać alkoholową etiologię znacznej części chorób układu trawiennego. Dotyczy to zwłaszcza schorzeń wątroby (często występującego, a rzadko rozpoznawanego, stłuszczenia wątroby i rzadziej występujących, ale częściej prawidłowo rozpoznawanych: alkoholowego zapalenia wątroby i alkoholowej marskości wątroby). Także znacznej części chorób zapalnych trzustki (tak ostrych, jak i przewlekłych) można przypisać etiologię alkoholową.

Alkohol etylowy nie jest kancerogenem rozumianym jako bezpośredni czynnik rakotwórczy, choć niektóre nowotwory mogą być związane z substancjami rakotwórczymi zawartymi w niektórych napojach alkoholowych. Powszechnie uważa się alkohol za istotny czynnik kokancerogeny, tzn. taki, który powoduje zwiększenie rakotwórczego wpływu kancerogenów. Dotyczy to nowotworów nosogardzieli, przełyku, wątroby, jelita grubego oraz raka piersi u kobiet. Nawet małe dawki alkoholu mogą przyspieszać zgon z powodu nowotworu.¹⁰

Mimo pewnego wpływu kardioprotekcyjnego (na chorobę niedokrwinną serca) oraz zmniejszenia ryzyka udaru niedokrwinnego alkohol negatywnie wpływa na układ krążenia, mając istotne negatywne oddziaływanie na nadciśnienie tętnicze, miokardiopatię, zaburzenia rytmu serca, przyczynia się także do wystąpienia udarów krwotocznych. Badania nad kardioprotekcyjnym (zmniejszającym ryzyko chorób wieńcowych) działaniem alkoholu wykazały jego brak lub mały wpływ.¹¹ Poza tym wykazano, że taki wpływ występuje tylko w krajach o modelu niespożywania dużych dawek alkoholu w krótkim czasie.¹²

Spożywanie alkoholu istotnie wpływa na zmniejszenie odporności, co w połączeniu z niewłaściwym trybem życia zwiększa ryzyko poważnych chorób zakaźnych o przebiegu gorszym niż spotykany u osób niepijących.

Istotny jest wpływ alkoholu na różnego rodzaju urazy, tak zamierzone (samobójstwo, morderstwo, samouszkodzenia, zadanie urazów innym osobom), jak i niezamierzone (wypadki komunikacyjne, upadki, oparzenia spowodowane zaproszeniem ognia, narażenie na czynniki pogodowe). Do tego należy dodać, że okresy rekonwalescencyjne u osób pijących są dłuższe.

Informacje o pewnym pozytywnym wpływie alkoholu na zdrowie (m.in. zmniejszenie ryzyka choroby niedokrwiennej i urazów niedokrwicznych) są nieporównywalnie lepiej przyswajalne przez część społeczeństwa oraz podkreślane przez przemysł alkoholowy niż informacje o szkodliwym wpływie alkoholu.

Bilans między pozytywnymi a negatywnymi skutkami picia alkoholu ilustruje tabela nr 1.

7 ICD-10. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne. Vesalius, IPIŃ, Kraków – Warszawa, 1997.

8 Rehm J., Shield K. *Alcohol consumption, alcohol dependence and attributable burden of disease in Europe*. Centre for Addiction and Mental Health, 2012. Także *How epidemiologists estimate alcohol's causal contribution to death, disease and social harm*. W: Babor S. i wsp. *Alcohol no ordinary commodity. Research and public policy*. Oxford University Press, 2010, s. 46-47.

9 *Alcohol nonconsumption and health consequences*. W: Babor S. i wsp. *Alcohol no ordinary commodity. Research and public policy*. Oxford University Press, 2010, s. 48-57.

10 Voelker R., Even I. *Regular alcohol use increases the risk of dying of cancer*. JAMA, 2013, 309, 10, s. 970.

11 Hemström Ö. *Per capita alcohol consumption and ischemic heart disease*. Addiction, 2001, 96, 1, s. 96-112.

12 Rehm J. i wsp. *Alcohol use*. W: Ezzati M. i wsp. (red.). *Comparative quantification of health risk: Global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors. Vol. 1*. WHO, Geneva, 2004, s. 959-1108.

Tabela 1. Liczba zgonów związanych z alkoholem na terenie Europy w zakresie różnych kategorii chorób w grupie wiekowej od 15. do 64. roku życia

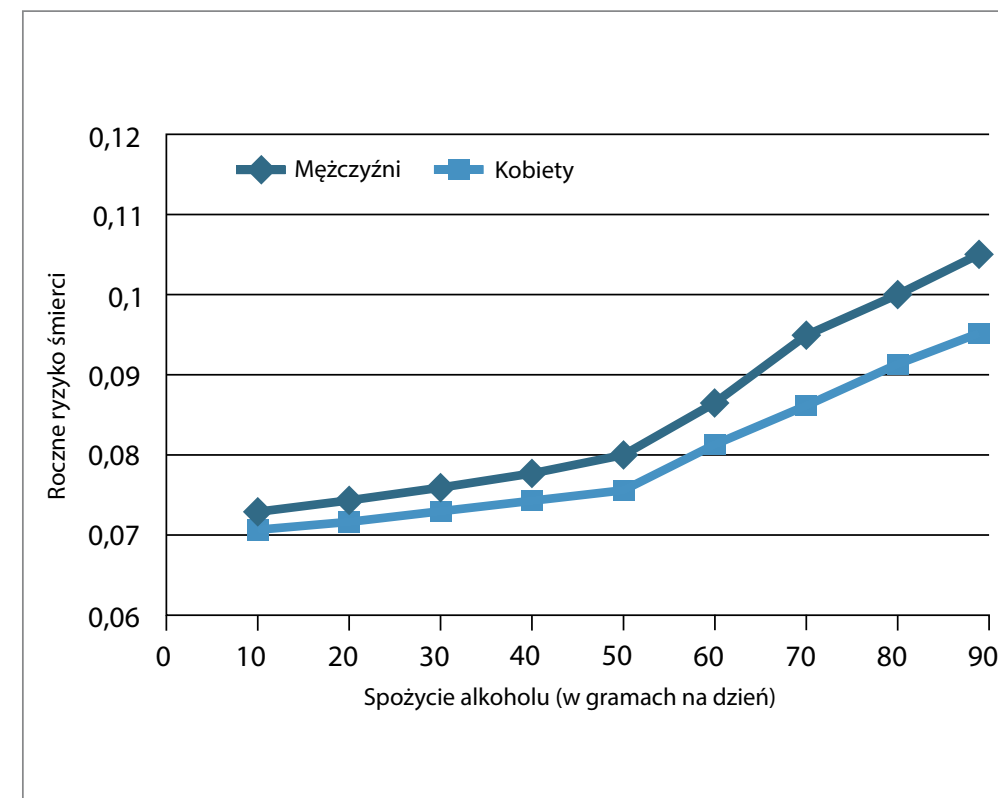
Skutki spożycia alkoholu dla organizmu człowieka	Mężczyźni	Kobiety	Mężczyźni (proc.)	Kobiety (proc.)
Wpływ niekorzystny				
Nowotwory	17 358	8 668	15,9	30,7
Schorzenia sercowo-naczyniowe inne niż niedokrwienne choroby serca	7 914	3 127	7,2	11,1
Schorzenia psychiczne i neurologiczne	10 868	2 330	9,9	8,3
Marskość wątroby	28 449	10 508	26,0	37,2
Urazy nieumyślne	24 912	1 795	22,8	6,4
Urazy zamierzone	16 562	1 167	15,1	4,1
Inne niekorzystne skutki	3 455	637	3,2	2,3
Suma szkodliwych skutków	109 517	28 232	100,0	100,0
Wpływ korzystny				
Choroba niedokrwienne serca	14 736	1 800	97,8	61,1
Inne korzystne efekty	330	1 147	2,2	38,9
Suma korzystnych	15 065	2 947	100,0	100,0

Źródło: *Alcohol in the European Union. Consumption, harm and policy approaches*. WHO, 2012.

2.3. Zależności między spożyciem alkoholu a ryzykiem zgonu lub zapadnięcia na chorobę spowodowaną alkoholem

Stwierdzono, że zarówno ryzyko przedwczesnego zgonu, jak i nagłych oraz przewlekłych chorób zwiększa się proporcjonalnie do spożycia alkoholu. W odniesieniu do niektórych parametrów zależność ta ma charakter wprost proporcjonalny, a czasami — geometryczny. Ta ostatnia zależność występuje m.in. w odniesieniu do ryzyka przedwczesnego zgonu. Ma ona charakterystyczny kształt pochylonej litery „J” (czasami w celach poglądowych pomija się początkową najbardziej kontrowersyjną część wykresu, wykazującą, że osoby spożywające regularnie małe dawki alkoholu mają mniejsze ryzyko zgonu w porównaniu z całkowitymi abstynentami). Z punktu widzenia polityki zdrowotnej największe znaczenie ma raptownie wspinające się drugie ramię krzywej, obrazujące gwałtownie zwiększające się ryzyko w miarę zwiększania się spożycia alkoholu.

Wykres 1. Roczne ryzyko zgonu w wyniku chorób związanych z alkoholem¹³



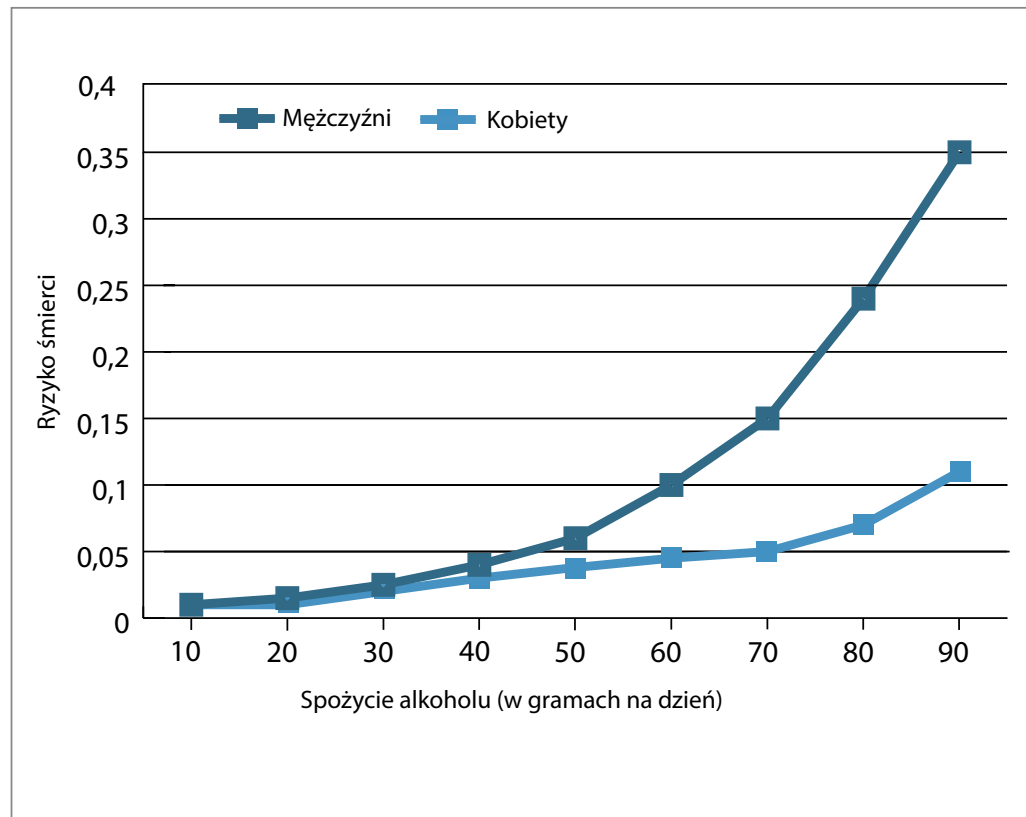
Źródło: *Alcohol in the European Union. Consumption, harm and policy approaches*. WHO, 2012.

Analiza tej krzywej stała się podstawą opracowania przez WHO zaleceń dotyczących ilościowych limitów spożywania alkoholu, powyżej których picie wiąże się ze znacznym ryzykiem szkód. Za granicę tę przyjęto spożywanie średnio przez co najmniej pięć dni w tygodniu do 30-40 g czystego alkoholu (3-4 tzw. standardowe porcje alkoholu) dla mężczyzn i 10-20 g czystego alkoholu (tzn. 1-2 standardowe porcje) dla kobiet. Znalazło to przełożenie na rekomendację wykrywania przez pracowników ochrony zdrowia osób pijących w sposób ryzykowny i podejmowania wobec nich działań, których celem jest zmniejszenie spożycia alkoholu, najlepiej do ilości wiążącej się z małym ryzykiem, a w przypadku osób dużo lub bardzo dużo pijących celem jest każde znaczące zmniejszenie spożycia.

Wręcz ze zwiększeniem średniej dziennej dawki w przeliczeniu na czysty alkohol zwiększa się także bezwzględne ryzyko zgonu z powodu samobójstwa i samouszkodzenia lub urazów spowodowanych nieumyślnie. Pokazuje to wykres nr 2.

¹³ Rehm J. i wsp. *Alcohol use*. W: Ezzati M. i wsp. (red.). *Comparative quantification of health risk: Global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors*. Vol. 1. WHO, Geneva, 2004, s. 959-1108.

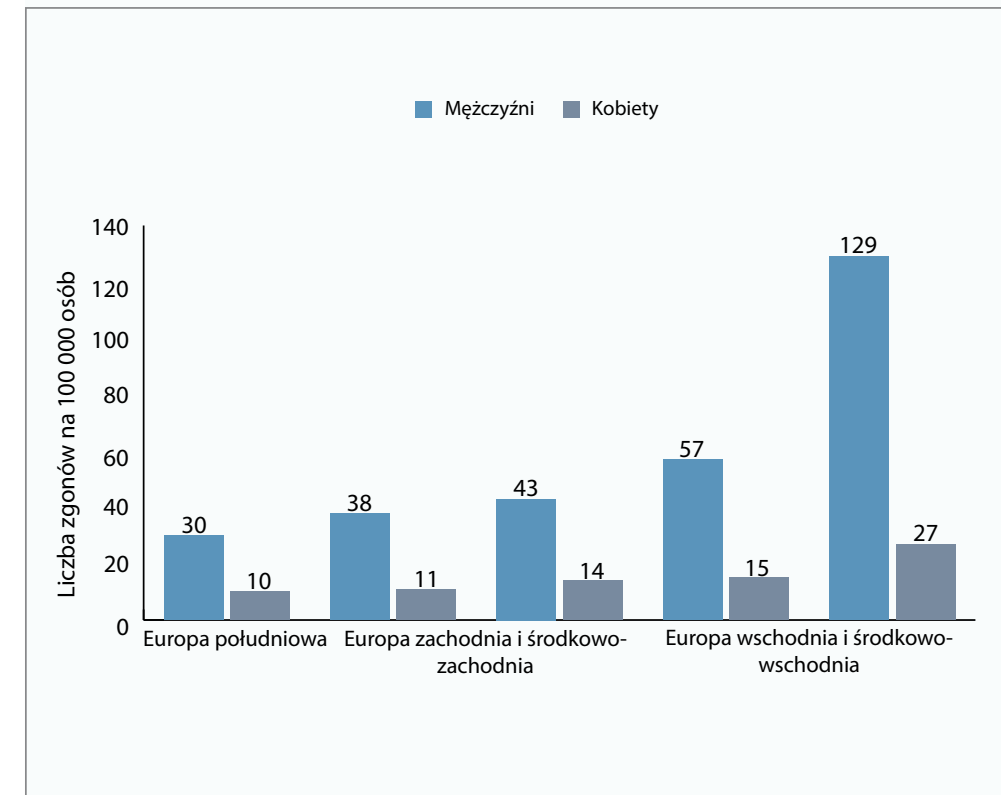
Wykres 2. Ryzyko śmierci z powodu urazów związanych z dawką dzienną spożywanego alkoholu



Źródło: Alcohol in the European Union. Consumption, harm and policy approaches. WHO, 2012.

Wyraźne jest regionalne zróżnicowanie standaryzowanego współczynnika umieralności przypisywanego alkoholowi (co przedstawia wykres 3). Najwięcej zgonów na 100 000 mieszkańców przypada na region Europy wschodniej i środkowo-wschodniej.

Wykres 3. Regionalne zróżnicowanie standaryzowanego współczynnika umieralności przypisywanego alkoholowi na 100 000 osób, według płci, w grupie wiekowej od 15 do 64 lat, na rok 2004



Źródło: Alcohol in the European Union. Consumption, harm and policy approaches. WHO, 2012.

Zjawisko to wiąże się m.in. ze stylem picia alkoholu: umieralność jest większa w krajach, w których zjawisko upijania się (spożywania relatywnie dużych dawek alkoholu w krótkim czasie) jest częstsze.

Stwierdzono również zależność między liczbą upić (ang. *binge drinking*) a ryzykiem wystąpienia uzależnienia od alkoholu.

Prowadzi to do kolejnego zalecenia profilaktycznego o charakterze strategicznym: należy dążyć nie tylko do zmniejszenia ogólnego średniego spożycia alkoholu, ale również do zmiany stylu picia polegającej na zmniejszeniu intensywności picia alkoholu.

Zalecenia WHO¹⁴ są podstawą do kreowania polityki antyalkoholowej na poziomie krajowym. Dotyczy to również Polski, w której dokumentem wiążącym jest Narodowy Program Przeciwdziałania Alkoholizmowi.¹⁵

Szczególne znaczenie w tej dziedzinie przypisuje się strukturalnym i pracownikom ochrony zdrowia. Wynika to z faktu, że stosunkowo nieliczna grupa wypija znaczne ilości alkoholu, a osoby z tej grupy często mają kontakt z pracownikami ochrony zdrowia, którzy na różnych etapach mogą podejmować interwencje. Z drugiej strony wykazano, że większość interwencji medycznych związanych z ostrymi następstwami spożywania alkoholu dotyczy osób spożywających alkohol w sposób umiarkowany.¹⁶ Jest to podstawą preferowania strategii nakierowanej raczej na wszystkich pijących (ang. *population strategies*) niż adresowanej głównie do stosunkowo nielicznych osób o bardzo dużym spożyciu alkoholu (ang. *high-risk strategies*).

W ostatnich latach obserwuje się pewną zmianę w strategiach postępowania z osobami, które trafiają do placówek ochrony zdrowia. Co prawda, nadal rozpoznawanie picia ryzykownego oraz proste sposoby interwencji w tych przypadkach są obowiązkiem

14 World Health Assembly resolution (A58/26). May 2005. Public health problems caused by harmful use of alcohol. Także: World Health Assembly resolution (A61/13). May 2008. Strategies to reduce the harmful use of alcohol.

15 http://www.parpa.pl/images/image/NP%202011_2015_11_011.pdf

16 Rossow I., Ramelsjö A. *The extent of the 'prevention paradox' in alcohol problems as a function of population drinking patterns*. Addiction, 2006, 101, s. 84-90.

m.in. podstawowej opieki zdrowotnej, jednak zauważalne jest, powolne, ale jednak odchodzenie od dychotomicznego modelu zakładającego rozpoznawanie osób pijących szkodliwie i oddziaływanie na nie przez podstawową opiekę zdrowotną, a leczenie osób uzależnionych przez wyspecjalizowane placówki leczenia odwykowego. Po pierwsze jedna z dużych klasyfikacji zaburzeń psychicznych DSM-5 zniósła podział na kategorie „picie szkodliwe” i „uzależnienie”, a wprowadziła nową kategorię obejmującą obie poprzednie: „zaburzenia używania alkoholu”. Objęcie opieką tej nowej, ogromnej grupy osób przekracza możliwości leczenia odwykowego.

Z drugiej strony zauważono, że większość programów terapeutycznych zakłada jako cel leczenia uzależnienia od alkoholu wyłącznie lub głównie całkowitą i długotrwałą abstynencję, co może być dla części pacjentów mało atrakcyjne, a dla innych – trudne do osiągnięcia. Wynika to m.in. z niedoceniań roli farmakoterapii, która jest mniej skuteczna we wspomaganie utrzymywania całkowitej abstynencji, ale za to bardziej skuteczna w zmniejszaniu ilości wypijanego alkoholu.¹⁷ Dotyczy to zarówno leków o uznanej pozycji w leczeniu uzależnienia od alkoholu (akamprozat, naltrekson), jak i leków w fazie zachęcających badań klinicznych. W 2013 r. zarejestrowano nalmefen, pomagający w zmniejszaniu ilości wypijanego alkoholu, z którym wiąże się nadzieję, że może być stosowany w połączeniu z uproszczonymi procedurami psychoterapeutycznymi, które nie powinny przekraczać kompetencji lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. W celu bardziej akceptowanego zmniejszenia intensywności picia zwiększa się podmiotowość leczonego (sam pacjent decyduje o zażyciu leku). W jednym z badań wykazano m.in., że samopodawany nalmefen u znacznej części pacjentów zmniejsza globalne spożycie alkoholu oraz liczbę dni intensywnego picia.¹⁸ Tego typu farmakoterapia wydaje się wpisywać w zalecane przez WHO strategie postępowania, nie tylko wobec osób uzależnionych, ale i pijących szkodliwie.¹⁹

Każda redukcja spożycia alkoholu zarówno w skali kraju, jak i w poszczególnych grupach o zwiększonym ryzyku zgonu lub chorób spowodowanych alkoholem przyczynia się do zmniejszenia ryzyka śmiertelności oraz utraty zdrowia oraz związanych z tym kosztów społecznych.

3. SPOŻYCIE ALKOHOLU I UZALEŻNIENIE OD ALKOHOLU W EUROPIE

3.1. Dane statystyczne oraz kluczowe wskaźniki stanu zdrowia populacji

Europa jest regionem, gdzie konsumuje się najwięcej alkoholu na świecie. Całkowite średnie spożycie wyrobów alkoholowych w Europie zmniejszało się od lat 70. do połowy lat 90. i od tego czasu utrzymuje się na względnie stałym poziomie. Wciąż jednak istnieją znaczne różnice pomiędzy poszczególnymi krajami zarówno pod względem konsumpcji i szkodliwości, jak też rodzajów negatywnych skutków picia alkoholu.²⁰ Szkodliwe wzorce picia alkoholu są nadal rozpowszechnione. Według szacunków 55 mln dorosłych osób w UE (15 proc. dorosłej populacji) regularnie spożywa alkohol w ilościach uznawanych za ryzykowne (ponad 40 g alkoholu, czyli 4 standardowe porcje – 4 kieliszki dziennie dla mężczyzn i ponad 20 g, czyli 2 standardowe porcje dziennie dla kobiet).²¹

Dane WHO, opublikowane w 2012 roku w raporcie *Alkohol w Unii Europejskiej – spożycie, szkodliwość oraz kierunki polityki zdrowotnej*²² (*Alcohol in the European Union. Consumption, harm and policy approaches*), wykazują, że Europa należy do regionów świata o najwyższym spożyciu alkoholu. Statystyczny Europejczyk wypił w 2009 roku 12,35 litrów czystego alkoholu, czyli dwa razy więcej niż reszta mieszkańców świata. Zwiększyło się również spożycie alkoholu wśród młodzieży w wieku szkolnym (13-15 lat). Na czele rankingu plasują się: Czechy, Rumunia, Słowenia, Słowacja, Węgry, Estonia i Polska. Załącznik 1 przedstawia spożycie alkoholu w litrach na osobę (od 15. roku życia) rocznie. Biorąc pod uwagę powyższe dane krajowe, autorzy raportu stwierdzają, że najwyższa konsumpcja alkoholu występuje w krajach Europy wschodniej i środkowo-wschodniej. Patrz tabela nr 2.

Tabela 2. Spożycie alkoholu na osobę (od 15. roku życia) w różnych regionach Europy w 2009 roku

Region	Spożycie czystego alkoholu w litrach na dorosłą osobę ^a	Nierejestrowane spożycie czystego alkoholu na osobę ^a	Wskaźnik szkodliwego picia ^a
Europa wschodnia i środkowo-wschodnia	14,5 (1,7)	2,5 (0,8)	2,9 (0,3)
Europa zachodnia i środkowo-zachodnia	12,4 (0,8)	1,0 (0,5)	1,5 (0,9)
Kraje północne	10,4 (1,9)	1,9 (0,3)	2,8 (0,4)
Europa południowa	11,2 (1,7)	2,0 (0,5)	1,1 (0,3)
Unia Europejska	12,4 (1,3)	1,6 (0,6)	1,9 (0,7)

^a Odchylenie standardowe podane każdorazowo w nawiasach
Źródło: *Alcohol in the European Union. Consumption, harm and policy approaches*. WHO, 2012.

17 Habrat B. *Poszerzenie celów i strategii w leczeniu uzależnionych od alkoholu*. Alkoholizm i Narkomania, 2013 (w druku).
18 Mann K. i wsp. *Extending the treatment options in alcohol dependence: A randomized controlled study of as-needed nalmefene*. Biol. Psychiatry, 2013 (w druku).
19 World Health Assembly resolution (A61/13). May 2008. Strategies to reduce the harmful use of alcohol.

20 Opinia EKES z 30 maja 2007 r. w sprawie strategii UE w zakresie wspierania państw członkowskich w ograniczaniu szkodliwych skutków spożywania alkoholu. Sprawozdawca: Jillian Van Turnhout, Dz.U. C 175 z 27 lipca 2007.
21 Szkodliwe skutki spożywania alkoholu w Europie. Bruksela, MEMO/06/397, 24 października 2006 r.
22 Anderson P., Møller L., Galea G. *Alcohol in the European Union Consumption, harm and policy approaches*. WHO, 2012, <http://www.euro.who.int/en/what-we-publish/abstracts/alcohol-in-the-european-union.-consumption,-harm-and-policy-approaches>

Dane statystyczne opublikowane w raporcie WHO dotyczące liczby uzależnionych od alkoholu w Europie są również alarmujące. W 2005 roku odnotowano około 5,4 proc. uzależnionych mężczyzn oraz 1,5 proc. kobiet w wieku od 15 do 64 lat. W wartościach bezwzględnych odpowiadało to populacji 11-12 milionów osób w Europie. Najwięcej uzależnionych mieszka w krajach Europy środkowej i wschodniej (7,8 proc. mężczyzn i 1,5 proc. kobiet).

3.2. Kluczowe wskaźniki określające stan zdrowia populacji w aspekcie uzależnienia od alkoholu

Raport *Alcohol consumption, alcohol dependence and attributable burden of disease in Europe. Potential gains from effective interventions for alcohol dependence*²³ omawia statystykę szkodliwego picia alkoholu i uzależnienia opartą na wskaźnikach zdrowia populacji Europy. Są to przede wszystkim: śmiertelność, utracone potencjalne lata życia, utracone lata życia z powodu niepełnosprawności oraz lata życia skorygowane niesprawnością. Wskaźniki te pozwalają na ocenę skuteczności podejmowanych interwencji o charakterze profilaktyczno-leczniczym. Wykorzystywane są również przez rządy oraz instytucje zajmujące się polityką zdrowotną i zdrowiem publicznym do określenia wpływu stanu zdrowia obywateli na sytuację społeczną i gospodarczą kraju. Poniżej znajduje się opis najważniejszych czterech wskaźników.

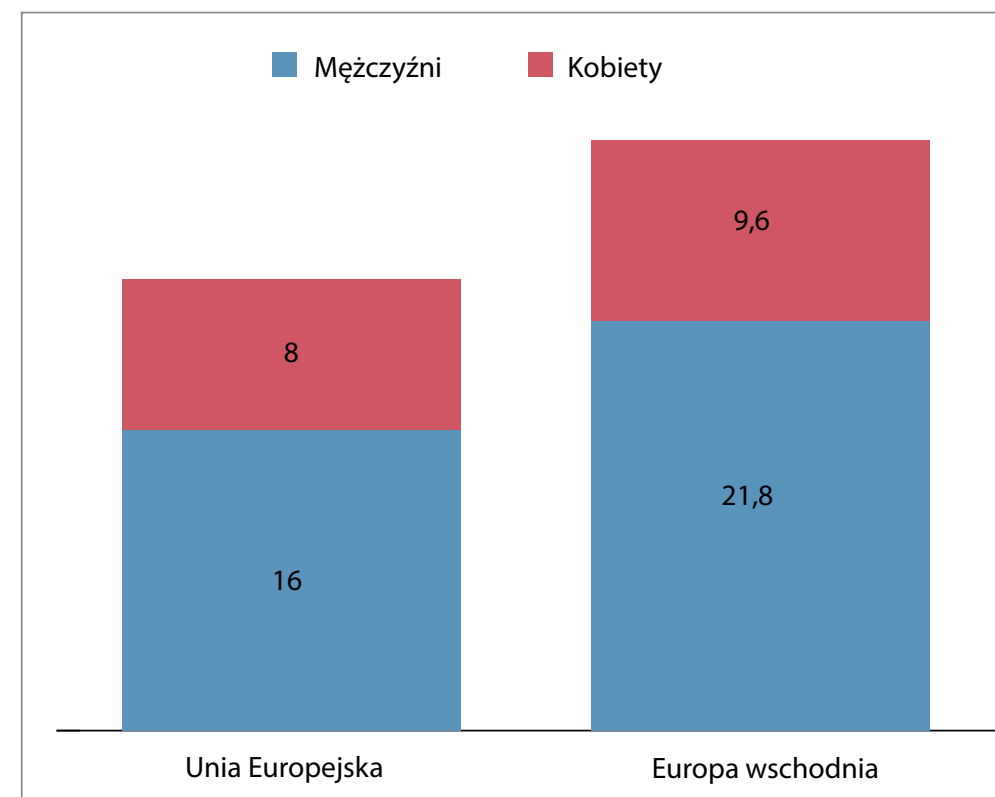
3.2.1. Śmiertelność związana z pićm alkoholu

W 2004 roku z powodu schorzeń związanych z pićm alkoholu zmarło w Unii Europejskiej około 95 000 mężczyzn oraz 25 000 kobiet w wieku od 15 do 64 lat.

3.2.2. Utracone potencjalne lata życia

Wskaźnik **utraconych potencjalnych lat życia** (Potential Years of Life Lost, PYLL) jest miarą przedwczesnej umieralności i próbuje oszacować czas, jaki człowiek żyłby, gdyby nie umarł wcześniej z powodu danej choroby. Według tego wskaźnika w Unii Europejskiej w 2004 roku mężczyźni mogliby żyć dłużej o średnio 1 684 000 PYLL (16 proc. wszystkich PYLL w UE), a kobiety o 408 000 PYLL (8 proc.), gdyby nie nadużywali alkoholu. W przypadku krajów Europy wschodniej dotyczyło to odpowiednio 9,6 proc. wszystkich PYLL u kobiet i 21,8 proc. wszystkich PYLL u mężczyzn. Wykres nr 4 pokazuje różnice regionalne w proporcji PYLL dla zgonów związanych z pićm alkoholu do wszystkich PYLL, dla osób w wieku od 15 do 64 lat mieszkających w UE w 2004 roku.

Wykres 4. Różnice regionalne w proporcji PYLL dla zgonów związanych z pićm alkoholu do wszystkich PYLL dla osób w wieku od 15 do 64 lat mieszkających w UE w 2004 roku (w procentach)



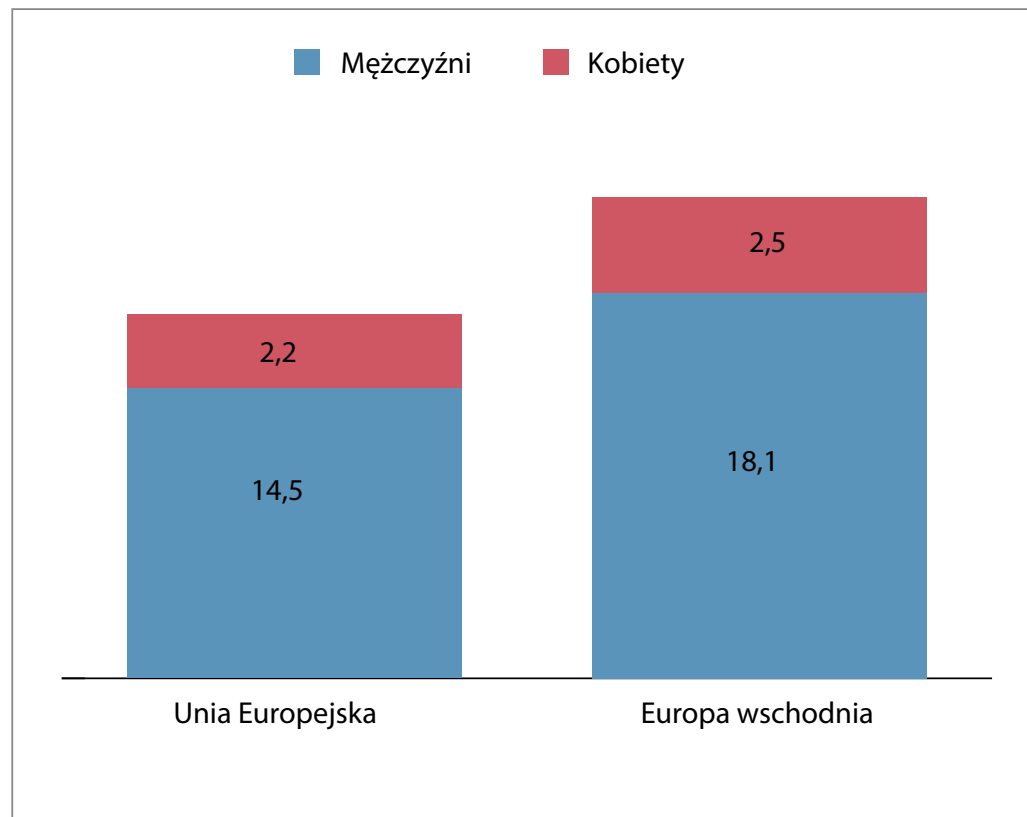
Źródło: J. Rehm, K. Shield, *Alcohol consumption, alcohol dependence and attributable burden of disease in Europe*. Centre for Addiction and Mental Health, 2012.

3.2.3. Utracone potencjalne lata życia z powodu niepełnosprawności

Następnym wskaźnikiem określającym jakość zdrowia danej populacji jest wskaźnik **utraconych lat życia z powodu niepełnosprawności** (Years of Life Lost Due to Disability, YLD), który mierzy liczbę dni utraconych z powodu niepełnosprawności spowodowanej danym schorzeniem. W przypadku szkodliwego picia alkoholu oraz uzależnienia od alkoholu w Unii Europejskiej w 2004 roku wyliczono 1 675 000 YLD (14,5 proc. wszystkich YLD) u mężczyzn i 276 000 YLD (2,2 proc. wszystkich YLD) u kobiet. W przypadku krajów Europy wschodniej dotyczyło to odpowiednio 2,5 proc. wszystkich YLD u kobiet i 18,5 proc. wszystkich YLD u mężczyzn. Wykres nr 5 pokazuje różnice regionalne w proporcji YLD w przypadku szkodliwego picia alkoholu oraz uzależnienia od alkoholu do wszystkich YLD dla osób w wieku od 15 do 64 lat mieszkających w UE w 2004 roku.

23 Rehm J., Shield K. *Alcohol consumption, alcohol dependence and attributable burden of disease in Europe*. Centre for Addiction and Mental Health, 2012. http://www.camh.ca/en/research/news_and_publications/reports_and_books/Documents/CAMH%20Alcohol%20Report%20Europe%202012.pdf

Wykres 5. Różnice regionalne w proporcji YLD w przypadku szkodliwego picia alkoholu oraz uzależnienia od alkoholu do wszystkich YLD dla osób w wieku od 15 do 64 lat mieszkających w UE w 2004 roku (w procentach)



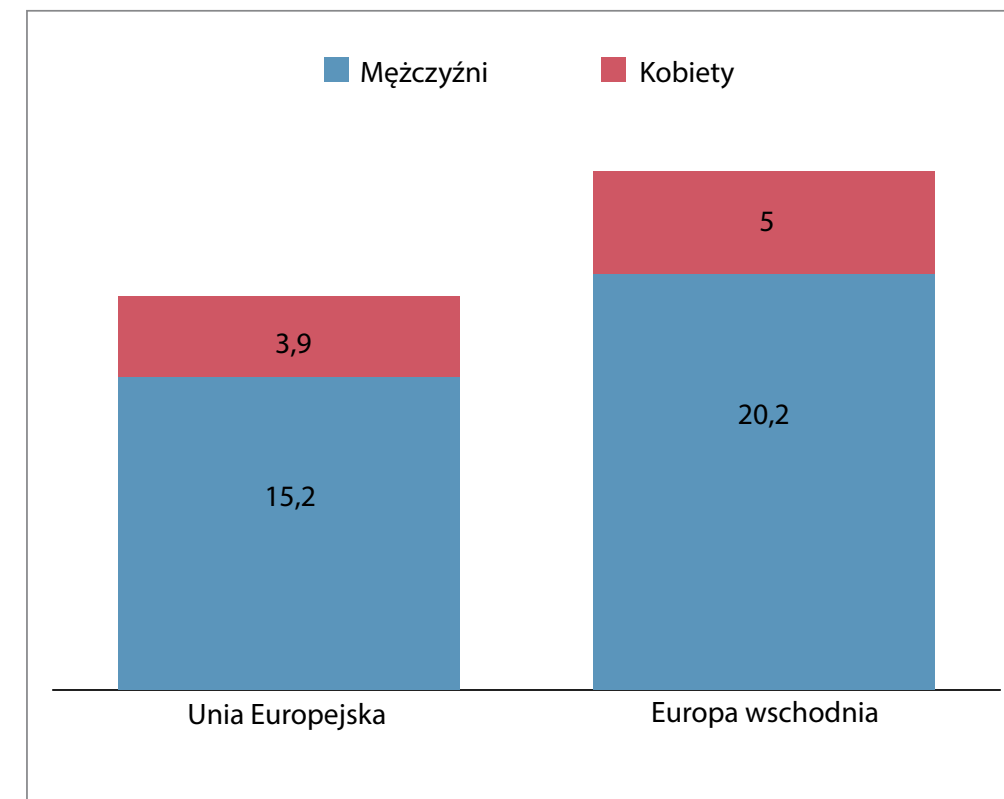
Źródło: J. Rehm, K. Shield, *Alcohol consumption, alcohol dependence and attributable burden of disease in Europe*. Centre for Addiction and Mental Health, 2012.

3.2.4. Lata życia skorygowane niesprawnością

Wskaźnik **lata życia skorygowane niesprawnością** (Disability Adjusted Life Years, DALY) wyraża lata życia utracone wskutek przedwczesnej śmierci bądź uszczerbku na zdrowiu w wyniku urazu lub choroby. Jest miarą sumy zdrowia, które wyrażają wskaźniki PYLL i YLD. Wskaźnik DALY stosowany jest do określenia stanu zdrowia społeczeństwa. Dodatkowo pozwala na ocenę skuteczności podejmowanych działań w procesie monitorowania zmian w chorobowości lub poprzez ocenę DALY zyskanych przez zastosowanie danej interwencji. Wskaźnik DALY wykorzystywany jest przez WHO, rządy oraz instytucje zajmujące się polityką zdrowotną i zdrowiem publicznym do określenia wpływu stanu zdrowia obywateli na sytuację społeczną i gospodarczą kraju lub wspólnoty krajów (np. Unia Europejska, OECD). DALY stał się także najczęściej stosowanym wskaźnikiem do porównywania jakości i stanu zdrowia obywateli w różnych krajach.

W roku 2004 w UE zanotowano z powodu chorób spowodowanych alkoholem ogółem 4 043 000 DALY, z tego 3 359 000 DALY u mężczyzn (15,2 proc. wszystkich DALY) i 684 000 u kobiet (3,9 proc.). W przypadku krajów Europy wschodniej dotyczyło to odpowiednio 5 proc. wszystkich DALY u kobiet i 20,2 proc. wszystkich DALY u mężczyzn. Wykres nr 6 pokazuje zróżnicowanie regionalne w liczbie DALY spowodowanych uzależnieniem od alkoholu do wszystkich DALY, dla osób w wieku od 15 do 64 lat mieszkających w UE w 2004 roku, w procentach.

Wykres 6. Zróżnicowanie regionalne liczby DALY spowodowanych uzależnieniem od alkoholu do wszystkich DALY dla osób w wieku od 15 do 64 lat mieszkających w UE w 2004 roku (w procentach)



Źródło: J. Rehm, K. Shield, *Alcohol consumption, alcohol dependence and attributable burden of disease in Europe*. Centre for Addiction and Mental Health, 2012.

3.3. Polityka społeczna i zdrowotna

Obecna polityka Unii Europejskiej w zakresie szkodliwości spożywania alkoholu została sformułowana w postaci Opinii Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego w sprawie: „Nadanie trwałego, długoterminowego i wielosektorowego charakteru europejskiej strategii dotyczącej szkodliwych skutków spożywania alkoholu” z 2009 roku.²⁴ We wszystkich krajach Wspólnoty Europejskiej nadużywanie alkoholu stanowi bardzo ważny problem zdrowia publicznego, który pociąga za sobą poważne skutki społeczno-ekonomiczne.

Nadużywanie alkoholu i uzależnienie od niego jest przyczyną 7,4 proc. wszystkich chorób i przedwczesnych zgonów w UE, a także dużej liczby śmiertelnych wypadków na unijnych drogach, poważnych problemów społecznych, takich jak: przemoc, akty chuligaństwa, przestępczość, problemy rodzinne i wykluczenie społeczne, oraz spadku produktywności w pracy.²⁵ UE zdaje sobie sprawę, że napoje alkoholowe to artykuły spożywcze o dużym znaczeniu gospodarczym. W wielu regionach Unii mają one także wartość kulturową. Produkcja, marketing oraz handel wyrobami alkoholowymi przyczyniają się do wzrostu gospodarczego UE. Jednak, by stawić czoło problemom zdrowotnym, potrzebna jest skuteczna polityka dotycząca alkoholu oraz wsparcie i koordynacja ze strony Unii Europejskiej działań państw członkowskich mających na celu ograniczenie szkód spowodowanych alkoholem. W odpowiedzi na to wyzwanie UE będzie dążyć do połączenia różnych działań ograniczających dostęp do napojów alkoholowych (szczególnie dla młodzieży) oraz zmniejszających zakres oddziaływania reklam napojów alkoholowych. Przyszła strategia miałaby na celu m.in. zapobieganie prowadzeniu pojazdów w stanie nietrzeźwym, a także lepszą edukację i informowanie o tym problemie.

²⁴ <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2009:318:0010:0014:PL:PDF>

²⁵ http://ec.europa.eu/health-eu/my_lifestyle/alcohol/index_pl.htm

Dlatego też decydujące znaczenie ma współpraca państw członkowskich w zakresie wymiany wiedzy i informacji. Oczekuje się, że także organizacje pozarządowe odgrywać będą znaczącą rolę w mobilizowaniu i angażowaniu społeczeństwa oraz wyczulaniu go na problemy związane ze spożyciem alkoholu. Swoją rolę może także odegrać przemysł alkoholowy, realizując postanowienia obowiązującego go kodeksu postępowania oraz podejmując odpowiedzialne działania. Efektem współpracy międzynarodowej, w szczególności w ramach Światowej Organizacji Zdrowia, ma być opracowanie systemu monitorowania spożycia alkoholu i związanych z nim czynników społecznych, gospodarczych i zdrowotnych.

Nadmierne spożycie alkoholu prowadzi w aspekcie społeczno-ekonomicznym do zmniejszenia kapitału ludzkiego. Objawia się to poprzez zaburzenie procesu edukacji młodzieży i dorosłych, utratę produktywności i zwiększenie bezrobocia oraz wykluczenia społecznego i bezdomności. Aby ograniczyć powyższe problemy, Światowa Organizacja Zdrowia rekomenduje podstawowe trzy filary społecznej polityki ograniczającej społeczne i ekonomiczne następstwa nadużywania alkoholu w Europie. Są to: zwiększenie podatku od wyrobów alkoholowych, ograniczanie liczby punktów sprzedaży alkoholu oraz restrykcje w reklamach produktów zawierających alkohol. Dzięki wzrostowi podatków zwiększa się cena wyrobów alkoholowych względem innych produktów i zarobków. Według badaczy jest to jedna z bardziej efektywnych metod ograniczania spożycia alkoholu. Tabela nr 3 przedstawia liczbę krajów europejskich prowadzących różne rodzaje programów polityki społecznej, które zwiększają świadomość negatywnego wpływu alkoholu.

Tabela 3. Liczba krajów europejskich prowadzących programy polityki społecznej zwiększające świadomość negatywnego wpływu alkoholu w latach 2007-2010

Polityka społeczna	Liczba krajów Europy
Jakiegokolwiek formy działań krajowych	29
Aktywności:	
Prowadzenie samochodu pod wpływem alkoholu	27
Picie alkoholu przez dzieci i młodzież	24
Wpływ alkoholu na zdrowie	21
Alkohol i ciąża	14
Negatywny efekt społeczny	12
Alkohol w miejscu pracy	10
Nielegalna produkcja alkoholu	1

Źródło: *Alcohol in the European Union. Consumption, harm and policy approaches*. WHO, 2012.

Szczególnie dotyczy to narodowych akcji uświadamiania problemu nietrzeźwości kierowców (23 kraje), kampanii informujących o szkodliwości picia alkoholu (22 kraje) oraz o aspekcie społecznym alkoholizmu (21 krajów). W 40 proc. krajów (12) sporządza się regularne roczne raporty na temat używania i nadużywania alkoholu. Do tych krajów należy Polska, w której raporty przygotowuje się corocznie przez PARPA i Ministerstwo Zdrowia.

Najczęstsze interwencje z zakresu obniżania szkodliwego wpływu alkoholu na społeczeństwo Europy obejmują swoim działaniem od 30 do 95 proc. jej populacji. W ocenie skuteczności interwencji oblicza się całkowity koszt do uzyskanych efektów wyrażonych najczęściej w DALY. Według ekspertów w przypadku interwencji z zakresu zmniejszania szkodliwego wpływu alkoholu na społeczeństwo Europy liczba zyskanych (zaoszczędzonych) jednostek DALY jest największa w wyniku zwiększania cen wyrobów alkoholowych. Zaraz za nią plasuje się konsultacja lekarska. Ranking najczęściej stosowanych interwencji prezentuje tabela nr 4.

Tabela 4. Najbardziej kosztowo-efektywne interwencje z zakresu zmniejszania szkodliwego wpływu alkoholu na społeczeństwo Europy – w kolejności od najbardziej opłacalnej w kategorii liczby zyskanych DALY

Interwencja	Procent objętej populacji	Roczny koszt na 1 mln obywateli w mln USD	Liczba zyskanych DALY
Podwyższenie podatku od alkoholu	95%	1-0,7	2301-1759
Konsultacja lekarska	30%	4,2-1,8	672-667
Zakaz reklamy alkoholu	95%	0,8-0,5	351-488
Ograniczenie liczby punktów sprzedaży alkoholu	80%	0,8-0,5	316-828
Dopuszczalny poziom alkoholu we krwi kierowcy	80%	0,8-0,7	204-917
Edukacja szkolna	80%	0,8-0,3	-
Edukacja społeczna w mediach	80%	0,8	-

Źródło: *Alcohol in the European Union. Consumption, harm and policy approaches*. WHO, 2012.

W raporcie WHO²⁶ opisano 21 krajów Europy (72 proc. wszystkich), które mają zdefiniowaną politykę zdrowotną w zakresie przeciwdziałania zdrowotno-społecznym skutkom spożywania alkoholu i uzależnienia od niego. Większość krajów potwierdza intensyfikację działań prozdrowotnych w okresie od 2006 do 2011 roku. Najbardziej rozpowszechnione interwencje z obszaru ochrony zdrowia dotyczą głównie poradnictwa dla dzieci z rodzin, w których występuje problem alkoholowy (22 kraje), krótkich interwencji w zakresie promocji zdrowia i profilaktyki chorób (21 krajów) oraz poradnictwa przeciwalkoholowego dla kobiet ciężarnych (21). Tabela nr 5 przedstawia zbiorczą statystykę interwencji w ramach polityki zdrowotnej w Europie.

Tabela 5. Liczba państw oferujących interwencje w zakresie przeciwdziałania zdrowotno-społecznym skutkom nadużywania alkoholu poprzez system ochrony zdrowia

Rodzaj interwencji z zakresu ochrony zdrowia	Liczba krajów (N=29)
Poradnictwo dla dzieci z rodzin z problemem alkoholowym	22
Krótkie interwencje promujące zdrowie i profilaktykę chorób	21
Poradnictwo dla kobiet spożywających alkohol w czasie ciąży	21
Kliniczne wytyczne dla krótkiej interwencji zatwierdzone przez co najmniej jedną organizację zawodową związaną z opieką zdrowotną	18
Opieka prenatalna dla ciężarnych kobiet nadużywających alkoholu i mających problemy alkoholowe	15
Szkolenia dla pracowników ochrony zdrowia w zakresie rozpoznawania problemów alkoholowych i przeprowadzania krótkich interwencji	14
Położnictwo oraz opieka w okresie ciąży	-
Świadczenia dla dzieci i członków rodziny	-

Źródło: *Alcohol in the European Union. Consumption, harm and policy approaches*. WHO, 2012.

Według danych zawartych w raporcie Rehma z 2012 roku²⁷ tylko 10 proc. osób uzależnionych od alkoholu w Unii Europejskiej ma dostęp do efektywnej terapii uzależnienia. Dwie trzecie pacjentów korzysta z psychoterapii. Leczenie farmakologiczne jest dostępne dla 50 proc. leczonych, a kombinowana terapia: psychoterapia z farmakoterapią – dla 60 proc. przypadków. W modelu opracowanym przez naukowców farmakoterapia łączona z psychoterapią okazała się najbardziej skuteczna, zarówno w zwiększaniu odsetka osób utrzymujących abstynencję, jak i w zmniejszaniu spożycia alkoholu. Przez 12 miesięcy naukowcy monitorowali wpływ powyższej interwencji na śmiertelność z powodu nadużywania alkoholu i uzależnienia od niego, z założeniem, że 40 proc. pacjentów ma do niej dostęp. W wyniku symulacji eksperci doszli do wniosku, że stosując tę interwencję, u 40 proc. pacjentów można w okresie roku zmniejszyć liczbę przypadków śmiertelnych o 12 000, czyli 13 proc. zgonów u mężczyzn i 9 proc. zgonów u kobiet.

26 Anderson P., Møller L., Galea G. *Alcohol in the European Union Consumption, harm and policy approaches*. WHO, 2012, <http://www.euro.who.int/en/what-we-publish/abstracts/alcohol-in-the-european-union.-consumption,-harm-and-policy-approaches>

27 Rehm J., Shield K. *Alcohol consumption, alcohol dependence and attributable burden of disease in Europe*. Centre for Addiction and Mental Health, 2012, http://www.camh.ca/en/research/news_and_publications/reports_and_books/Documents/CAMH%20Alcohol%20Report%20Europe%202012.pdf

Coraz większym problemem w Europie jest picie alkoholu w przededniu pracy oraz picie alkoholu w miejscu pracy. Szczególnie jest ono rozpowszechnione w zawodach, których wykonywanie związane jest ze zwiększonym stresem i innymi obciążeniami. Dochodzi do tego zwyczajowe picie alkoholu w czasie przerw obiadowych, spotkań biznesowych oraz uroczystości. W ostatniej dekadzie (2001-2011) zwiększyła się liczba inicjatyw i programów o charakterze profilaktyczno-odwykowym. Wiele kontrowersji budzi również coraz bardziej popularne rutynowe badanie pracowników pod kątem trzeźwości przed pracą i w jej trakcie. Najczęstsze działania pracodawców i środowisk pracowniczych przedstawia tabela nr 6.

Tabela 6. Działania prewencyjno-odwykowe w miejscu pracy

Działania prewencyjno-odwykowe w miejscu pracy	Liczba krajów Europy (n=29)
Profilaktyka antyalkoholowa i poradnictwo w miejscu pracy	18
Aktywność organizacji pracodawców i pracowników w zakresie profilaktyki i edukacji w miejscu pracy	11
Regulacje prawne dotyczące rutynowych badań na zawartość alkoholu u pracowników przed pracą i w jej czasie	10
Krajowe wytyczne profilaktyki i poradnictwa odwykowego w miejscu pracy	8

Źródło: *Alcohol in the European Union. Consumption, harm and policy approaches.* WHO, 2012.

3.4. Aspekt ekonomiczny

Pierwsze kompleksowe oszacowanie kosztów społecznych picia alkoholu i uzależnienia od niego dla Unii Europejskiej wykonali Anderson i Baumberg w 2006 roku.²⁸ Całociowe koszty społeczne (bezpośrednie i pośrednie) problemów alkoholowych wyliczono na 125 mld euro (dane za rok 2003), co odpowiadało 1,3 proc. produktu krajowego brutto (PKB)²⁹ jako średniej PKB krajów wspólnoty. Koszty policzalne związane z problemami wynikającymi z alkoholu szacowane były na 66 mld euro. Koszt leczenia chorób spowodowanych przez alkohol został wyceniony na 17 mld euro. Dodatkowe 5 mld euro wydawano na leczenie i zapobieganie szkodliwemu używaniu alkoholu i uzależnieniu od niego. Z tej kwoty 59 mld euro stanowiło koszty utraconej produktywności obywateli (absencja chorobowa, bezrobocie i lata pracy utracone z powodu przedwczesnych zgonów). Niewymierne koszty społeczne (obejmujące wartość, jaką ludzie są skłonni przypisywać cierpieniu i utraconemu życiu) wyliczono na 270 mld euro.

Według raportu WHO z 2012 roku³⁰ skutki ekonomiczne nadużywania alkoholu w Europie powinny być oceniane nawet na poziomie 2-3 proc. PKB poszczególnych krajów. Potwierdza to raport Rehma i Shielda *Alcohol consumption, alcohol dependence and attributable burden of disease in Europe. Potential gains from effective interventions for alcohol dependence.*³¹ Koszt ekonomicznych konsekwencji nadużywania alkoholu został oceniony w 2010 roku na poziomie 155,8 miliardów euro rocznie. Straty ekonomiczne w wyniku uzależnienia od alkoholu plasują się w przedziale pomiędzy 50 a 120 mld euro rocznie. Tak szeroki zakres potwierdza konieczność przeprowadzenia nowego badania na temat kosztów społecznych nadużywania alkoholu i uzależnienia od niego w Unii Europejskiej. Pokazuje również, że koszty te są ogromne, nawet przy przyjęciu najniższych dostępnych szacunków na poziomie 50 miliardów euro.³²

28 Anderson P., Baumberg B. *Alcohol in Europe, a public health perspective.* Raport przygotowany dla Komisji Europejskiej,

29 DG SANCO. Za: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2009:318:0010:0014:PL:PDF>

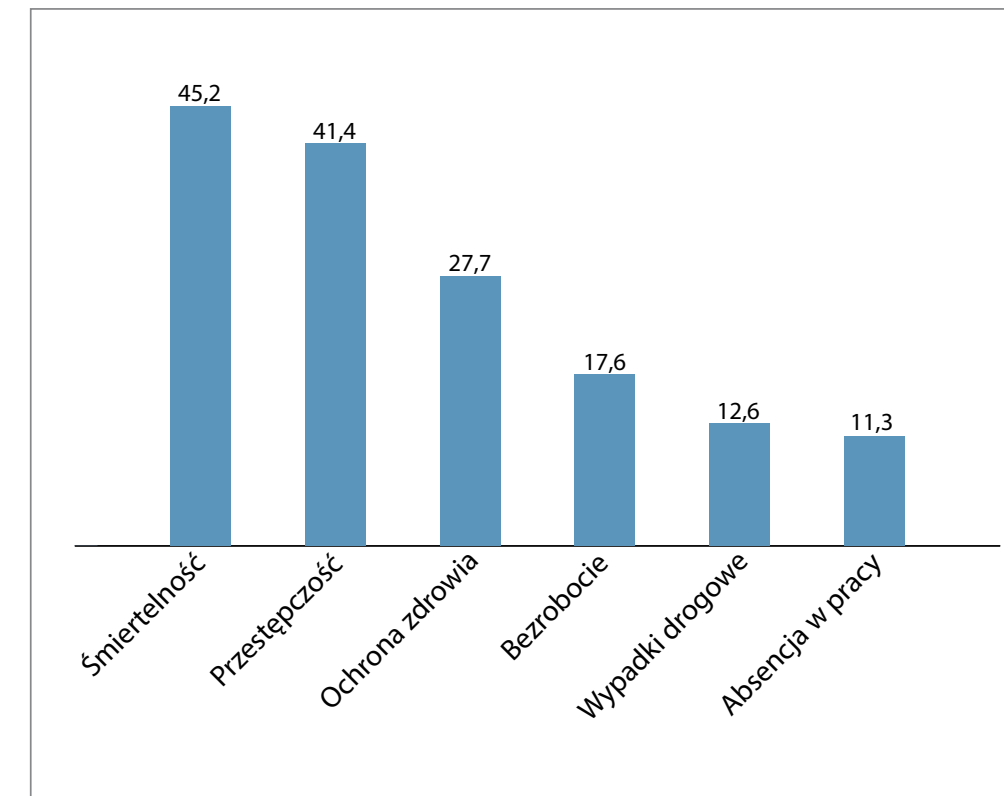
30 Anderson P., Møller L., Galea G. *Alcohol in the European Union Consumption, harm and policy approaches.* WHO, 2012, <http://www.euro.who.int/en/what-we-publish/abstracts/alcohol-in-the-european-union.-consumption,-harm-and-policy-approaches>

31 Rehm J., Shield K. *Alcohol consumption, alcohol dependence and attributable burden of disease in Europe.* Centre for Addiction and Mental Health, 2012, http://www.camh.ca/en/research/news_and_publications/reports_and_books/Documents/CAMH%20Alcohol%20Report%20Europe%202012.pdf

32 Anderson P., Baumberg B. *Alkohol w Europie. Perspektywa zdrowia publicznego.* Raport dla Komisji Europejskiej. *Alkoholizm i Narkomania*, 2006, 19, 2, s.121-37, http://www.ipin.edu.pl/ain/aktualne/2/t19n2_2.pdf

Wykres nr 7 pokazuje społeczne koszty nadużywania alkoholu i uzależnienia od niego w Unii Europejskiej w 2010 roku estymowane w raporcie Rehma i Shielda jako 1,3 proc. PKB (zgodnie z metodologią raportu Andersona i Baumberga z 2006 roku). Największą część kosztów społecznych związanych z nadużywaniem alkoholu i uzależnieniem od niego stanowiły koszty pośrednie wynikające ze śmiertelności obywateli (45,2 mld euro) oraz przestępczości (41,4 mld euro).

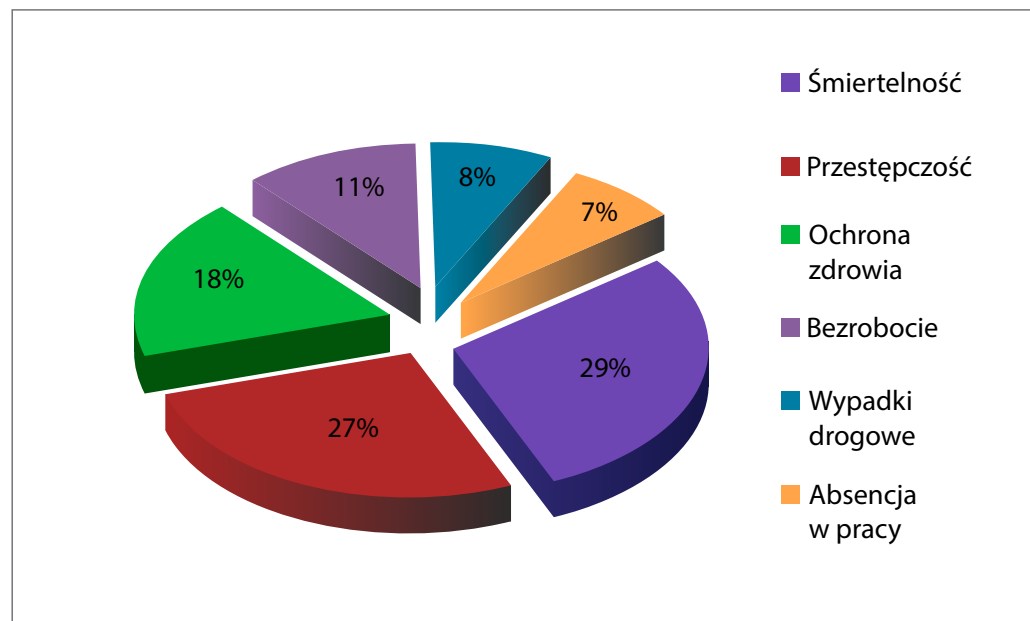
Wykres 7. Koszty społeczne nadużywania alkoholu i uzależnienia od niego w Unii Europejskiej w 2010 roku (w miliardach euro)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z raportu J. Rehma, K. Shielda *Alcohol consumption, alcohol dependence and attributable burden of disease in Europe.* Centre for Addiction and Mental Health, 2012.

Biorąc pod uwagę złożoność problemu nadmiernego spożycia alkoholu w Europie, nie dziwi fakt, że koszty społeczne w każdej z kategorii są tak wysokie. Należy także podkreślić, że w wielu innych badaniach kosztów uzależnienia od alkoholu stwierdzono, że koszty samej opieki zdrowotnej są niższe w porównaniu do kosztów pośrednich związanych z przestępczością i utratą produktywności wskutek śmiertelności obywateli i absencji w pracy. Pokazuje to wykres nr 8, opracowany na podstawie cytowanych w poprzednim wykresie danych, ale w ujęciu odsetkowym poszczególnych kategorii kosztów społecznych. Prym wiodą tutaj koszty pośrednie związane ze śmiertelnością obywateli (29 proc. całości kosztów społecznych nadużywania alkoholu i uzależnienia od niego), przestępczością (27 proc.), bezrobociem (11 proc.), wypadkami drogowymi (8 proc.) oraz absencjami w pracy (7 proc.).

Wykres 8. Koszty społeczne nadużywania alkoholu i uzależnienia od niego w Unii Europejskiej w 2010 roku



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z raportu J. Rehma, K. Shilda *Alcohol consumption, alcohol dependence and attributable burden of disease in Europe*. Centre for Addiction and Mental Health, 2012.

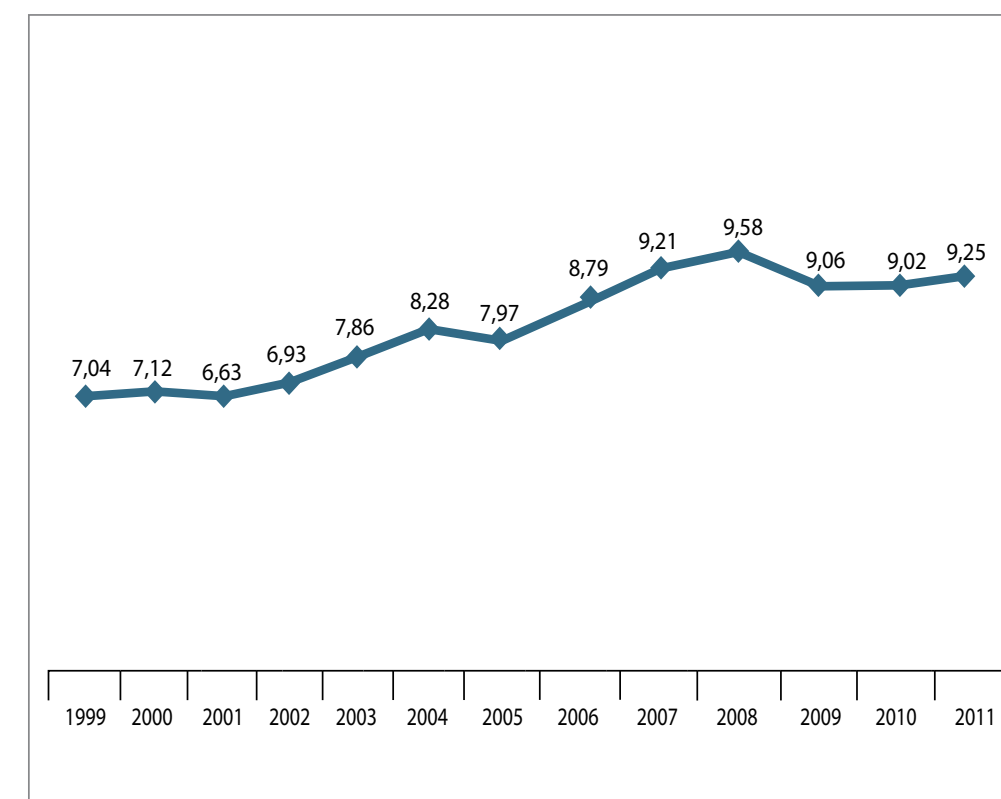
Metodologia liczenia kosztów i konsekwencji szkodliwego używania alkoholu i uzależnienia od niego została opracowana w raporcie WHO z 2010 roku *Best practice in estimating the costs of alcohol. Recommendations for future studies*.³³ Raport miał na celu podsumowanie najlepszych praktyk w szacowaniu kosztów oraz sformułowanie zaleceń dla podejmowania takich szacunków w przyszłych badaniach. Zalecenia oraz metodologia zostaną szerzej omówione w rozdziale poświęconym kosztom nadużywania alkoholu i uzależnienia od niego w Polsce.

4. SPOŻYCIE ALKOHOŁU I UZALEŻNIENIE OD ALKOHOŁU W POLSCE

4.1. Dane statystyczne

Według danych PARPA³⁴ w 2011 roku spożycie 100-proc. alkoholu w przeliczeniu na jednego mieszkańca Polski wyniosło 9,25 litra i było o 0,23 litra większe niż w 2010 roku. Oznacza to, że przerwany został trend spadkowy wielkości spożycia, który wystąpił w 2009 i 2010 roku. Obrazuje to wykres nr 9.

Wykres 9. Spożycie 100-proc. alkoholu w przeliczeniu na jednego mieszkańca Polski w litrach w latach 1999-2011



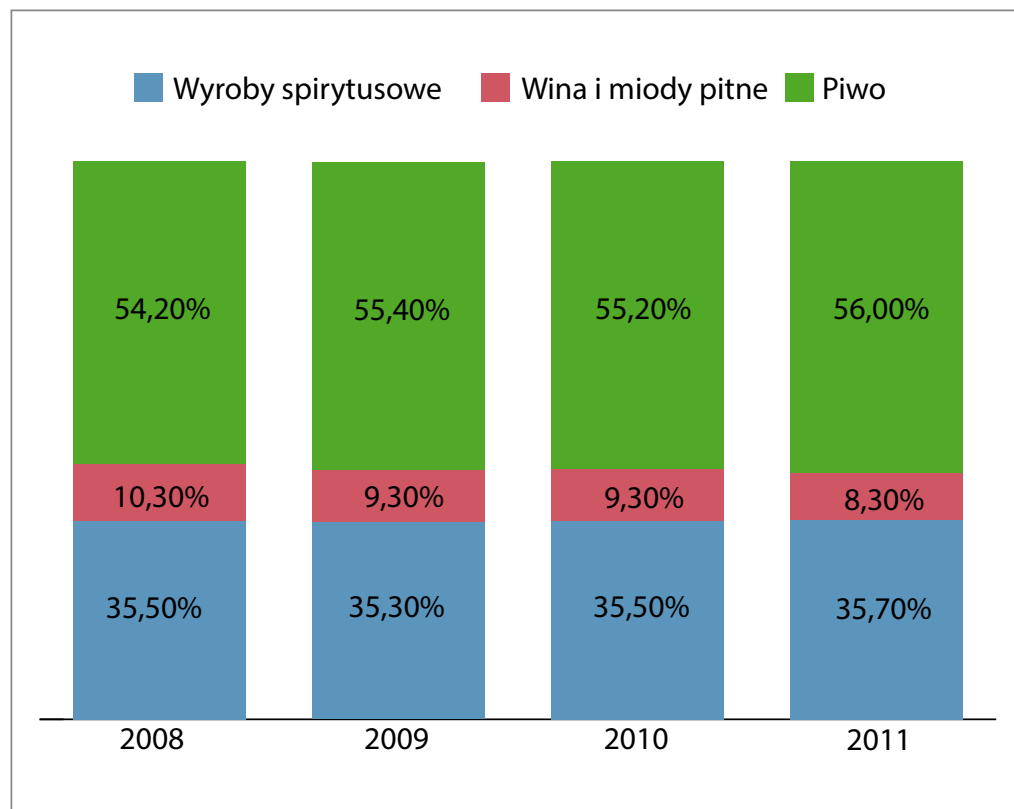
Źródło: PARPA, 2013, www.parpa.pl.

W 2011 roku – w stosunku do 2010 roku – w strukturze spożywanych napojów alkoholowych niewiele zmienił się udział napojów spirytusowych (35,7 proc. vs. 35,5 proc.), natomiast zmniejszył się udział wina (8,3 proc. vs. 9,3 proc.), a zwiększył piwa (56 proc. vs. 55,2 proc.). Zmiany w strukturze spożycia napojów alkoholowych w latach 2008-2011 pokazuje wykres nr 10.

33 *Best practice in estimating the costs of alcohol. Recommendations for future studies*. WHO, 2010, <http://www.euro.who.int/en/what-we-publish/abstracts/best-practice-in-estimating-the-costs-of-alcohol-recommendations-for-future-studies>

34 http://www.parpa.pl/index.php?option=com_content&task=view&id=156&Itemid=145

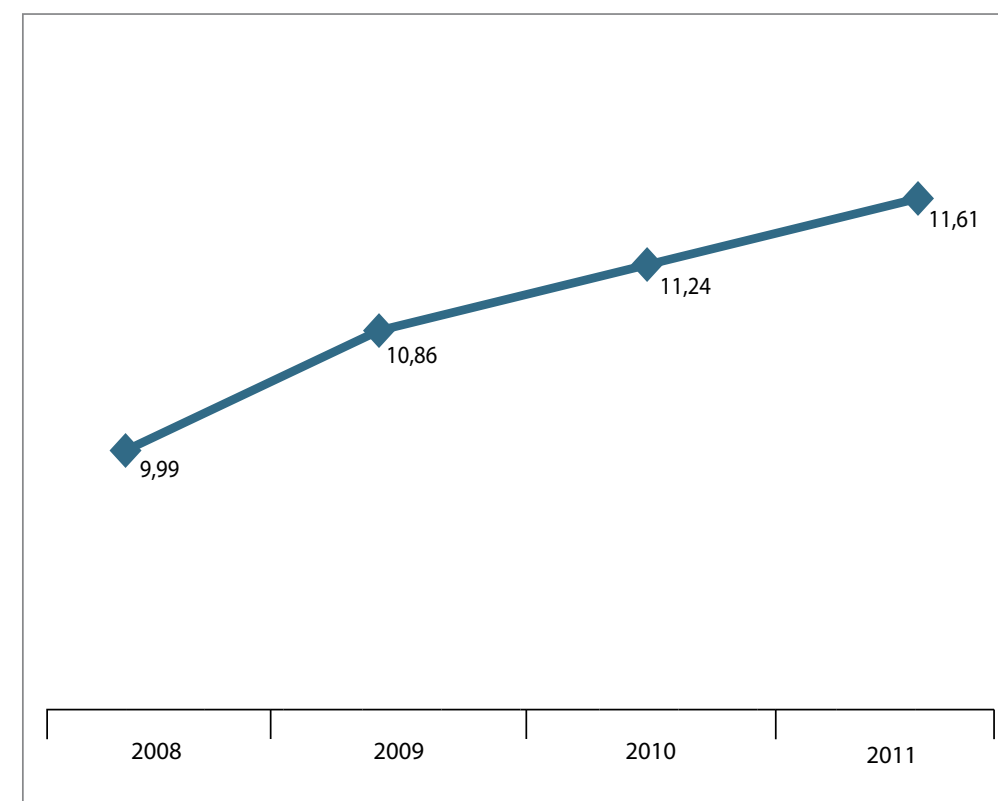
Wykres 10. Zmiany w strukturze spożycia napojów alkoholowych w latach 2008-2011



Źródło: PARPA, 2013, www.parpa.pl. Obliczenia PARPA na podstawie danych GUS. Przyjmuje się założenie, iż w jednym litrze piwa zawartych jest 5,5 proc. alkoholu, a w jednym litrze wina (miody pitnego) – 12 proc.

W 2011 roku odnotowano zwiększenie wydatków przeznaczanych przez gospodarstwa domowe na napoje alkoholowe w przeliczeniu na jedną osobę. W 2011 roku kwota ta wyniosła 11,61 złotych (11,24 złotych w 2010). Zmiany w tym zakresie na przestrzeni lat 2008-2011 obrazuje wykres nr 11.

Wykres 11. Przeciętne miesięczne wydatki na wyroby alkoholowe na jedną osobę w gospodarstwach domowych w latach 2008-2011 (w złotych)



Źródło: PARPA, 2013, www.parpa.pl.

Dane PARPA³⁵ wykazują, że problem uzależnienia od alkoholu dotyczy bezpośrednio i pośrednio w sumie około 6,3 mln Polaków, czyli 16 proc. całej populacji. Samych uzależnionych od alkoholu jest w Polsce około 800 000 osób (2 proc. populacji). Osoby pijące szkodliwie³⁶ to populacja 2-2,5 miliona osób (5-7 proc. społeczeństwa). W wyniku uzależnienia od alkoholu członka rodziny około 3 miliony osób (małżonkowie, dzieci, rodzice, krewni) ponosi konsekwencje tego zjawiska. Obrazuje to tabela nr 7.

35 Populacje osób, u których występują różne kategorie problemów alkoholowych, (dane szacunkowe) pobrano ze strony PARPA 7 lutego 2013, http://www.parpa.pl/index.php?option=com_content&task=view&id=155&Itemid=16

36 Ryzykowne spożywanie alkoholu to picie nadmiernych ilości alkoholu (jednorazowo i łącznie w określonym czasie) niepociągające za sobą aktualnie negatywnych konsekwencji, przy czym można oczekiwać, że konsekwencje te pojawią się, jeśli aktualny model picia się nie zmieni. Inna definicja to zachowania pod wpływem alkoholu, które mogą skutkować powstaniem szkód zdrowotnych (np. prowadzenie samochodu pod wpływem alkoholu). Jest także ilościowa definicja WHO, według której to spożywanie powyżej 30-40 g alkoholu przez co najmniej pięć dni w tygodniu przez mężczyzn i ponad 10-29 g alkoholu przez kobiety. Picie szkodliwe to taki wzorzec picia, który już powoduje konkretne szkody zdrowotne, somatyczne bądź psychiczne; ale również społeczne, przy czym nie występuje uzależnienie od alkoholu. Za: http://www.parpa.pl/index.php?option=com_content&task=view&id=44&Itemid=8

Tabela 7. Populacje osób w Polsce, u których występują różne kategorie problemów alkoholowych (dane szacunkowe)

	W Polsce 38,6 mln	W mieście 100 tys. mieszkańców	W mieście 25 tys. mieszkańców	W gminie 10 tys. mieszkańców
Liczba osób uzależnionych od alkoholu	ok. 2% populacji	ok. 800 tys.	ok. 2000 osób	ok. 500 osób
Dorośli żyjący w otoczeniu osoby uzależnionej od alkoholu (współmałżonkowie, rodzice, krewni)	ok. 4% populacji	ok. 1,5 mln	ok. 4000 osób	ok. 1000 osób
Dzieci wychowujące się w rodzinach z problemem alkoholowych	ok. 4% populacji	ok. 1,5 mln	ok. 4000 osób	ok. 1000 osób
Osoby pijące szkodliwie	5-7% populacji	2-2,5 mln	5000-7000 osób	1250-1750 osób
Ofiary przemocy domowej w rodzinach z problemem alkoholowym	2/3 osób dorosłych oraz 2/3 dzieci z tych rodzin	Razem ok. 2 mln osób: dorosłych i dzieci	ok. 5300 osób: dorosłych i dzieci	Ok. 1330 osób: dorosłych i dzieci
				Ok. 530 osób: dorosłych i dzieci

Źródło: PARPA, http://www.parpa.pl/index.php?option=com_content&task=view&id=155&Itemid=16, data pobrania 9 lutego 2013.

Według danych PARPA³⁷ około 20,5 proc. Polaków i 3,4 proc. Polek pije alkohol w sposób powodujący szkody zdrowotne i społeczne. Do grupy tej zalicza się osoby nieuzależnione (określane jako pijące szkodliwie) i uzależnione od alkoholu. Próba ekstrapolacji wyników badań epidemiologicznych na populację Polski w wieku od 18 do 64 lat daje liczbę ponad 3 mln osób, u których można rozpoznać zaburzenia psychiczne lub zaburzenia zachowania, wynikające ze spożywania alkoholu, wśród nich ponad 600 tys. osób uzależnionych od alkoholu.³⁸ Ogółem 25 proc. dorosłych Polaków sięga po alkohol co najmniej raz w tygodniu (38 proc. mężczyzn i ponad 10 proc. kobiet). Grupa osób najczęściej pijących (powyżej 12 litrów 100-proc. alkoholu rocznie), stanowiąca 7,3 proc. konsumentów napojów alkoholowych, spożywa aż 46,1 proc. całego wypijanego alkoholu. Grupa osób mało pijących (do 1,2 litra 100-proc. alkoholu rocznie), stanowiąca 46,9 proc. konsumentów alkoholu, wypija tylko 4,9 proc. całości spożywanego alkoholu.

Badanie CBOS³⁹ z sierpnia 2010 roku wykazało, że blisko 76 proc. dorosłych Polaków pije alkohol, a 22 proc. deklaruje abstynencję. 65 proc. pijących alkohol używa go okazjonalnie, natomiast 11 proc. często. Alkohol pije 84 proc. mężczyzn i 60 proc. kobiet.

Badanie Diagnoza Społeczna 2011⁴⁰ stwierdza, że nadużywanie alkoholu jest czynnikiem ryzyka w zakresie wszystkich 17 miar stanu zdrowia. Najsilniej odbija się na subiektywnej ocenie własnego zdrowia, ale pogarsza także wskaźniki obiektywne (nasilenie objawów zaburzeń i prawdopodobieństwo poważnej choroby). Odsetek osób, które na kłopoty reagują sięganiem po alkohol, jest mniejszy (3,4 proc. vs. 4,4 proc. w 2009) niż odsetek osób, które przyznają się do nadużywania alkoholu – 6,8 proc. (w 2009 tylko 6,5 proc.). Odsetek osób nadużywających alkoholu jest największy od początku pomiaru (od 1991 roku). Mężczyźni pięć razy częściej niż kobiety przyznają, że w minionym roku pili za dużo alkoholu (sześć lat temu prawie sześciokrotnie częściej). Alkohol nadużywało 11 proc. mężczyzn vs. 2,35 proc. kobiet. Zdecydowanie częściej alkoholu nadużywają mieszkańcy dużych miast

37 Sprawozdanie z realizacji Ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi w okresie od 1 stycznia do 31 grudnia 2011 roku. PARPA, 2013.

38 Badanie EZOP, 2012, <http://www.ezop.edu.pl/strona3.html>

39 *Postawy wobec alkoholu*. CBOS, 2010, http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2010/K_116_10.PDF

40 Czapiński J., Panek T. *Diagnoza społeczna 2011. Warunki i jakość życia Polaków*. Warszawa, 2011, http://www.diagnoza.com/pliki/raporty/Diagnoza_raport_2011.pdf

niż małych miast i wsi (choć tutaj różnice znacznie się zmniejszyły), osoby w średnim wieku częściej od starszych i młodszych; bogaci obecnie rzadziej niż ubodzy (wcześniej było odwrotnie); prywatni przedsiębiorcy nieco częściej niż zatrudniani przez nich pracownicy (w obu grupach nastąpił wzrost), bezrobotni ponad dwukrotnie częściej od pracujących w sektorze publicznym, rolnicy częściej niż pracownicy w sektorze prywatnym i częściej od pracowników w sektorze publicznym, uczniowie i studenci częściej nadużywają alkoholu niż pracownicy sektora publicznego i o 50 proc. częściej niż w 2005 roku. W przekroju grup zawodowych najbardziej zagrożeni problemem alkoholowym są robotnicy budowlani, górnicy, robotnicy w przetwórstwie spożywczym, inni wykwalifikowani pracownicy i operatorzy pojazdów wolnobieżnych. Najmniejszy odsetek nadużywających alkoholu jest wśród pielęgniarek, nauczycieli szkół podstawowych, robotników produkcji odzieży i średniego personelu biurowego, a więc w zawodach silnie sfeminizowanych.

4.2. Polityka społeczna i zdrowotna

W Polsce politykę społeczną i zdrowotną w zakresie ograniczania spożywania alkoholu oraz uzależnienia od alkoholu stanowi Ustawa z dnia 26 października 1982 roku o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz.U. z 2007 r. Nr 70, poz. 473, z późn. zm.), zwana Ustawą o wychowaniu w trzeźwości.⁴¹ Ustawa określa kierunek polityki państwa wobec alkoholu. Kompleksowo reguluje zagadnienia dotyczące profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, wskazuje zadania z tego zakresu oraz podmioty odpowiedzialne za ich realizację. Zgodnie z art. 2 ust. 2 Ustawy zadania z zakresu przeciwdziałania alkoholizmowi uwzględniane są w założeniach polityki społeczno-gospodarczej w postaci Narodowego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na lata 2011-2015,⁴² przyjętego przez Radę Ministrów 22 marca 2011 roku.

Kolejny ważny dokument mówiący o polityce zdrowotnej państwa, jakim jest Narodowy Program Zdrowia 2007-2015,⁴³ zawiera zapis o priorytetowym traktowaniu problemów alkoholowych. Problematykę powyższą uwzględniła Cel operacyjny numer 2 zatytułowany „Zmniejszenie i zmiana struktury spożycia alkoholu oraz zmniejszenie szkód zdrowotnych spowodowanych alkoholem”.

Zgodnie z art. 20 Ustawy o wychowaniu w trzeźwości PARPA corocznie przygotowuje Sprawozdanie z realizacji Ustawy, które jest przedstawiane przez Radę Ministrów Sejmowi Rzeczypospolitej Polskiej. Sprawozdanie jest opracowywane przez PARPA na podstawie materiałów i danych uzyskanych z wielu źródeł. Stanowi ono znakomity materiał do analiz przekrojowych przeprowadzanych między innymi przez środowisko akademicko-eksperckie.

Według PARPA wiele badań naukowych poświadcza związek między ceną alkoholu a wielkością jego spożycia.⁴⁴ Jednym z podstawowych wniosków płynących z tych opracowań jest stwierdzenie faktu, że im większa jest dostępność ekonomiczna alkoholu, tym większe jest jego spożycie. Prowadzenie odpowiedniej polityki podatkowej to zatem jedno z podstawowych narzędzi służących ograniczaniu szkód powodowanych przez alkohol, a co za tym idzie, służących poprawie zdrowia populacji. Dane PARPA⁴⁵ wykazują, że ważnym wskaźnikiem dostępności ekonomicznej napojów alkoholowych jest liczba butelek poszczególnych

41 http://www.parpa.pl/index.php?option=com_content&task=view&id=18&Itemid=5

42 Narodowy Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na lata 2011-2015. Minister Zdrowia/PARPA, Uchwała Rady Ministrów Nr 35/2011 z dnia 22 marca 2011, http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/program_proalko_01032011.pdf

43 Narodowy Program Zdrowia na lata 2007-2015. Załącznik do Uchwały Nr 90/2007 Rady Ministrów z dnia 15 maja 2007, http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/zal_urm_npz_90_15052007p.pdf

44 Przegląd dokonany w raporcie RAND Europe dla Dyrekcji Generalnej ds. Zdrowia i Konsumentów (DG SANCO). *The affordability of alcoholic beverages in the European Union: understanding the link between alcohol affordability, consumption and harms*, 2009. Także: Anderson P., Baumberg B. *Alcohol in Europe*. London, Institute of Alcohol Studies, 2006. Polskie wydanie: *Alkohol w Europie*. PARPAMEDIA, Warszawa, 2007.

45 Sprawozdanie z realizacji Ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi w okresie 1 stycznia – 31 grudnia 2011 roku. PARPA, 2013.

rodzajów napojów alkoholowych, które można kupić za średnie miesięczne wynagrodzenie. W związku z tym, że ceny alkoholu wzrosły bardzo nieznacznie przy jednoczesnym wzroście przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia, w 2011 roku po raz kolejny zwiększyła się dostępność ekonomiczna napojów alkoholowych.

W 2011 roku PARPA przystąpiła do finansowanego przez Komisję Europejską projektu badawczego *Uzależnienia i styl życia we współczesnej Europie – redefinicja problemu (Addictions and Lifestyles in Contemporary Europe – Reframing Addictions Project – ALICE RAP)*. Pięcioletni projekt ma na celu zweryfikowanie dotychczasowych wyników badań oraz ugruntowanie ich naukowych podstaw po to, aby stworzyć nową dynamiczną płaszczyznę publicznego i politycznego dialogu oraz debaty nad obecnym oraz przyszłym podejściem do uzależnień. PARPA jest koordynatorem jednego z pakietów roboczych ALICE RAP – *Koszty uzależnień (Costing Addiction)*, który ma na celu ocenę kosztów finansowych, społecznych i zdrowotnych różnego typu uzależnień: od alkoholu, papierosów, narkotyków po hazard. Główną rolę w merytorycznej realizacji zadań związanych z szacowaniem kosztów uzależnień pełni prof. dr hab. Zofia Mielecka-Kubień z Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach. Pakiet roboczy *Koszty uzależnień* jest częścią obszaru *Leczenie uzależnień*. Prowadzone przez PARPA badania mają dostarczyć informacji, które pozwolą lepiej wykorzystać środki publiczne przeznaczone na rozwiązywanie problemów uzależnień w Polsce i innych krajach członkowskich Unii Europejskiej – poprzez instytucje funkcjonujące w obszarze ochrony zdrowia, pomocy społecznej, bezpieczeństwa, wymiaru sprawiedliwości, edukacji i nauki.⁴⁶

5. WPŁYWY DO BUDŻETU PAŃSTWA Z TYTUŁU SPRZEDAŻY ALKOHOLU W POLSCE

Wyliczenie całościowych wpływów do budżetu państwa z tytułu produkcji i sprzedaży wyrobów alkoholowych jest procesem bardzo złożonym, a wręcz niemożliwym ze względu na różnorodność i brak realnych danych. Tak naprawdę jedynymi wiarygodnymi danymi są wielkości wpływów z akcyzy oraz dochody z opłat za wydanie zezwoleń na sprzedaż detaliczną i hurtową alkoholu publikowane corocznie przez Ministerstwo Finansów. Pozostałe dane są rozproszone i trudne do zebrania. Są to między innymi takie kategorie, jak: wpływy z podatku VAT, podatki dochodowe CIT i PIT, składki ZUS, opłaty środowiskowe oraz wszystkie parametry efektu mnożnikowego w zakresie kreowania obrotu finansowego kontrahentów.

Biorąc pod uwagę wiarygodne dane, można stwierdzić, że udokumentowane wpływy do budżetu państwa w 2011 roku z tytułu sprzedaży alkoholu wyniosły 11 015 918 tysięcy złotych. Złożyły się na to wpływy z podatku akcyzowego od napojów alkoholowych (10 296 366 tysięcy złotych) oraz dochody z opłat za wydanie zezwoleń na sprzedaż alkoholu (719 552 tysięcy złotych).

Tabela 8. Dochody podatkowe państwa w 2011 roku z wyszczególnieniem dochodów ze sprzedaży wyrobów alkoholowych

Dochody państwa	Kwota wykonania (tys. złotych)	Odsetek dochodów podatkowych państwa
Dochody podatkowe państwa ogółem	243 210 900	100%
Podatek od towarów i usług (VAT)	120 832 000	49,68%
Podatek akcyzowy	57 963 700	23,83%
Dochody ze sprzedaży wyrobów alkoholowych	Kwota wykonania (tys. złotych)	Odsetek dochodów podatkowych państwa
1. Podatek VAT od sprzedaży wyrobów alkoholowych	brak danych	-
2. Podatek akcyzowy od napojów alkoholowych	10 296 366	4,23%
3. Opłaty z tytułu zezwoleń na sprzedaż wyrobów alkoholowych	719 552	0,29%
Razem punkty 1+2+3	11 015 918	

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych dostępnych w domenie publicznej, 2013.

Na uwagę zasługuje dochód państwa z tytułu podatku VAT od sprzedaży wyrobów alkoholowych. Niestety w Polsce brakuje opublikowanych wiarygodnych danych zbiorczych na ten temat. Według estymacji ekspertów jest to kwota około 5-7 miliardów złotych rocznie. W następnych rozdziałach zostaną przedstawione dokładne dane dotyczące wpływów z podatku akcyzowego od sprzedaży alkoholu oraz opłat za zezwolenia na sprzedaż wyrobów alkoholowych w Polsce.

5.1. Wpływy do budżetu państwa z tytułu podatku akcyzowego od sprzedaży napojów alkoholowych

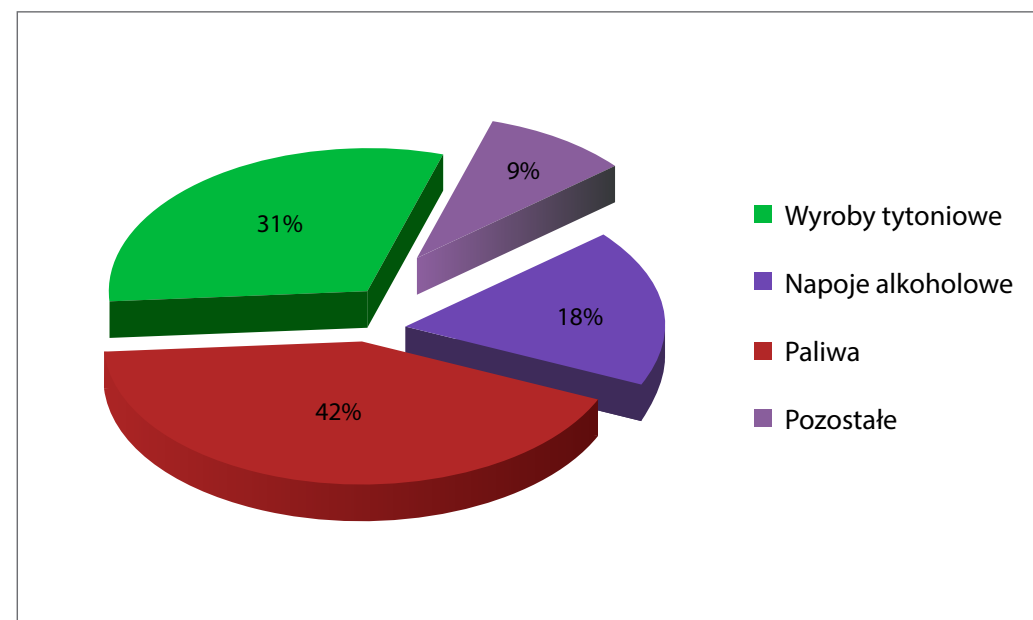
Wpływy z tytułu podatku akcyzowego od sprzedaży napojów alkoholowych w 2011 roku wyniosły 10,296 mld złotych.

Podatek akcyzowy to rodzaj selektywnego podatku pośredniego, nakładanego na niektóre, ściśle określone ustawowo, produkty konsumpcyjne. Akcyza, jak każdy podatek pośredni, wpływa na cenę wyrobu, a co za tym idzie, faktycznym płatnikiem tego podatku jest ostateczny nabywca (konsument) danego dobra. Można wyróżnić dwa powody nałożenia podatku akcyzowego: fiskalny,

⁴⁶ Sprawozdanie z realizacji Ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi w okresie 1 stycznia – 31 grudnia 2011 roku. PARPA, 2013.

którego celem jest zwiększenie dochodów budżetowych, pozafiskalny, którego celem jest chęć zmniejszenia spożycia określonych produktów. Akcyza należy do podatków zharmonizowanych w Unii Europejskiej. Harmonizacja obejmuje: produkty energetyczne i energię elektryczną, alkohol i napoje alkoholowe oraz wyroby tytoniowe.⁴⁷ Stawki podatku akcyzowego obowiązujące w Polsce w 2011 roku wynosiły: dla alkoholu etylowego 4960 zł, piwa 7,79 zł oraz wina 158 złotych.⁴⁸ Wpływy z tytułu podatku akcyzowego od sprzedaży napojów alkoholowych w 2011 roku to 10,296 mld złotych.⁴⁹ Stanowiły one 17,8 proc. całości wpływów państwa z tytułu akcyzy w 2011 roku. Patrz wykres nr 12.

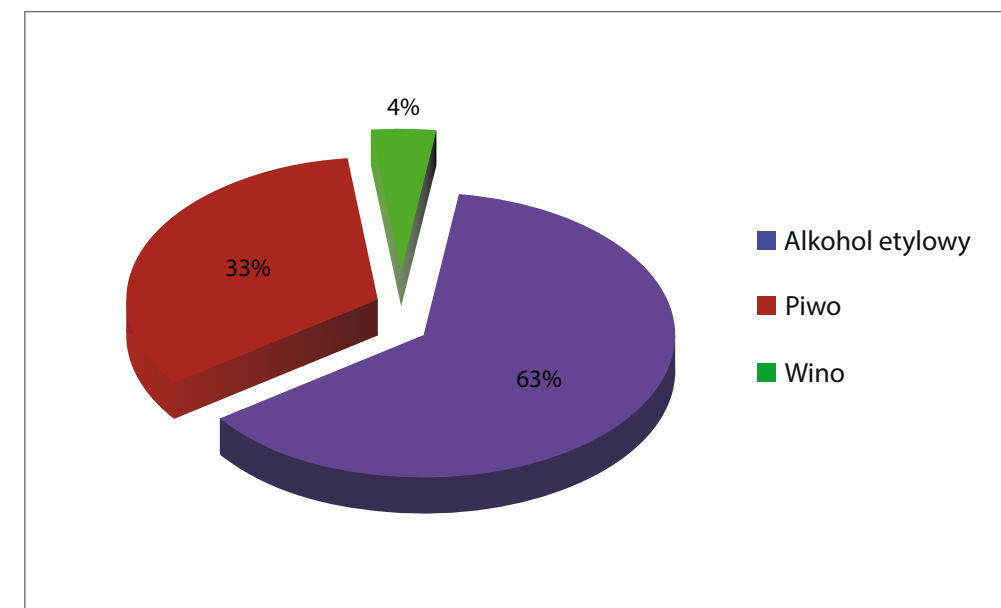
Wykres 12. Struktura dochodów z podatku akcyzowego w 2011 roku



Źródło: Opodatkowanie akcyzą wyrobów alkoholowych. NIK, 2012.⁵⁰

Na wpływy w wysokości 10,296 mld złotych w 2011 roku złożył się podatek akcyzowy od sprzedaży alkoholu etylowego (6,445 mld zł – 62,6 proc.), piwa (3,422 mld zł – 33,2 proc.) oraz wina (0,428 mld zł – 4,2 proc.). Patrz wykres nr 13.

Wykres 13. Struktura dochodów z podatku akcyzowego od napojów alkoholowych w 2011 roku



Źródło: Opodatkowanie akcyzą wyrobów alkoholowych. NIK, 2012.

Zmiany w dochodach państwa z tytułu podatku akcyzowego w ciągu ostatnich 10 lat pokazuje tabela nr 9 oraz wykres nr 14.

Tabela 9. Wysokość dochodów państwa z tytułu podatku akcyzowego od sprzedaży napojów alkoholowych (w tysiącach złotych) w latach 2002-2011

Rok	Razem	Alkohol etylowy	Piwo	Wino
2011	10 296 366	6 445 139	3 422 364	428 863
2010	10 243 300	6 500 200	3 298 300	444 800
2009	10 034 533	6 393 511	3 176 159	464 864
2008	9 319 600	5 880 700	2 984 200	454 700
2007	8 820 625	5 309 681	3 011 860	499 084
2006	7 848 300	4 610 931	2 734 012	503 437
2005	7 598 624	4 430 328	2 620 931	547 365
2004	7 544 000	4 561 600	2 410 700	571 700
2003	6 971 404	4 092 642	2 238 826	639 936
2002	6 616 084	3 875 988	2 104 510	635 585

Źródło: Dane Ministerstwa Finansów dla PARPA, 2013.

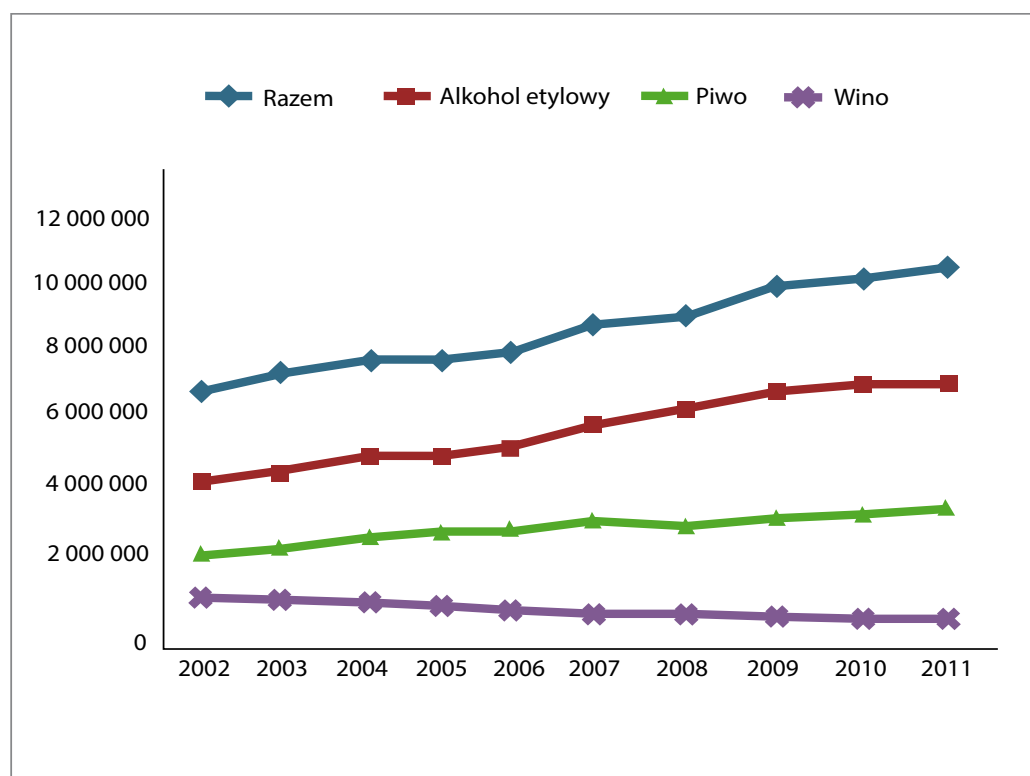
47 <http://www.sejm.gov.pl/Sejm7.nsf/BASLeksykon.xsp?id=43CD8EE485553416C1257A5900441B90>

48 <http://www.nik.gov.pl/plik/id,3956,vp,5033.pdf>, s. 17

49 Sprawozdanie z realizacji Ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi w okresie 1 stycznia – 31 grudnia 2011 roku. PARPA, 2013.

50 Opodatkowanie akcyzą wyrobów alkoholowych. NIK, 2012, <http://www.nik.gov.pl/plik/id,3956,vp,5033.pdf>

Wykres 14. Wysokość dochodów państwa z tytułu podatku akcyzowego od sprzedaży napojów alkoholowych (w tysiącach złotych) w latach 2002-2011



Źródło: Dane Ministerstwa Finansów dla PARPA, 2013.

Porównanie dochodów z tytułu podatku akcyzowego w latach 2011 i 2010 pokazuje, że w przypadku alkoholu etylowego oraz wina dochody zmniejszyły się, natomiast zwiększyły się w przypadku piwa. Jednak całościowe przychody z tytułu podatku akcyzowego od sprzedaży napojów alkoholowych wykazują co roku tendencję wzrostową, będąc wymiernym i przewidywalnym dochodem budżetu państwa w każdym roku podatkowym.

5.2. Wpływy do budżetu państwa z tytułu podatku od towarów i usług (VAT) związanych ze sprzedażą alkoholu w Polsce

Niestety w Polsce brakuje opublikowanych i wiarygodnych danych zbiorczych dotyczących całościowych przychodów budżetu państwa z tytułu podatku VAT od sprzedaży wyrobów alkoholowych. Według estymacji ekspertów może być to kwota około 5-7 miliardów złotych rocznie. Jak wynika z obliczeń Ernst & Young,⁵¹ w 2010 roku budżet państwa uzyskał dzięki podatki VAT za produkty Kompanii Piwowarskiej (KP) w gastronomii i sprzedaży detalicznej kwotę 1,77 mld złotych. Biorąc pod uwagę, że KP ma około 40-proc. udział w rynku piwa w Polsce, można estymować wartość podatków VAT dla całej branży piwowarskiej na poziomie 2,5-krotnie wyższym, czyli na około 4,25 mld złotych rocznie. Na podstawie raportu branży spirytusowej⁵² w 2009 roku wpływy do budżetu państwa z tytułu podatku VAT od zakupu alkoholu etylowego wyniosły 667 milionów euro (czyli około 2,626 miliarda złotych).⁵³

51 *Wkład Kompanii Piwowarskiej w polską gospodarkę*. Raport Ernst & Young i Regional Policy Research na zlecenie grupy SABMiller Europe, 2011, http://www.kp.pl/documents/article/wklad_kompanii_piwowarskiej_w_polska_gospodarke_raport.pdf

52 Według raportu Związku Pracodawców Polski Przemysł Spirytusowy i Ernst & Young, 2010, http://pps.waw.pl/pliki/Wplyw_PL.pdf

53 Przeliczeń dokonano wg kursu obowiązującego w roku 2011, tj. kursu Europejskiego Banku Centralnego z dnia 1 października 2010 r., który wynosił 3,9370 zł.

5.3. Wpływy do budżetu państwa z tytułu opłat za wydanie zezwoleń na sprzedaż detaliczną i hurtową alkoholu

Dochody ogółem z tytułu wpływów z opłat za wydanie zezwoleń na detaliczną i hurtową sprzedaż alkoholu w roku 2011 wyniosły 719 552 445,70 złotych.

Według danych PARPA w 2011 roku na terenie Polski działało 150 014 punktów sprzedaży detalicznej napojów alkoholowych (w 2010 – 152 224) oraz 1800 punktów sprzedaży hurtowej. Pokazuje to tabela nr 10.

Tabela 10. Liczba punktów sprzedaży detalicznej i hurtowej napojów alkoholowych w Polsce w 2011 roku

Rodzaj punktu sprzedaży napojów alkoholowych	Liczba	Odsetek
Punkty sprzedaży detalicznej napojów alkoholowych ogółem	150 014	100%
• Punkty sprzedające alkohol przeznaczony do spożycia poza miejscem sprzedaży (sklepy)	103 718	69,14%
• Punkty sprzedające alkohol przeznaczony do spożycia w miejscu jego sprzedaży (lokale gastronomiczne)	46 296	30,86%
Punkty sprzedaży hurtowej napojów alkoholowych ogółem	1 800	100%

Źródło: PARPA, 2013.

Według danych PARPA⁵⁴ w 2011 roku samorzady gmin i miast na prawach powiatów wydały 125 919 zezwoleń **na sprzedaż detaliczną** napojów alkoholowych, w tym 90 966 zezwoleń dla punktów sprzedających alkohol przeznaczony do spożycia poza miejscem sprzedaży (sklepy) i 34 953 zezwolenia na sprzedaż napojów alkoholowych przeznaczonych do spożycia w miejscu sprzedaży (lokale gastronomiczne). Liczba zezwoleń wydanych w 2011 roku jest porównywalna z rokiem 2010. Zgodnie z danymi przekazanymi przez Ministerstwo Finansów w 2011 roku dochód samorządów gmin z tytułu opłat za zezwolenia na sprzedaż napojów alkoholowych wyniósł 683 879 061,36 złotych (w 2010 roku – 674 766 985,44 złotych).

W przypadku napojów alkoholowych o zawartości od 4,5 proc. do 18 proc. alkoholu organem właściwym do wydawania zezwoleń **na sprzedaż hurtową** jest marszałek województwa, natomiast w przypadku napojów o zawartości powyżej 18 proc. alkoholu – minister gospodarki. W 2011 roku marszałkowie województw wydali w sumie 1541 zezwoleń (921 zezwoleń w 2010 roku), w tym: 743 zezwolenia na obrót hurtowy napojami alkoholowymi o zawartości do 4,5 proc. alkoholu oraz piwem, 798 zezwoleń na obrót hurtowy napojami alkoholowymi o zawartości powyżej 4,5 proc. do 18 proc. alkoholu, z wyjątkiem piwa. Minister gospodarki wydał 259 zezwoleń (o pięć więcej niż w roku ubiegłym) na obrót hurtowy napojami alkoholowymi o zawartości powyżej 18 proc. alkoholu. W 2011 roku samorzady województw z tytułu opłat za wydanie zezwoleń na obrót hurtowy napojami alkoholowymi otrzymały sumę 35 673 384,34 złotych. Z informacji przekazanych przez Ministerstwo Gospodarki wynika, iż w 2011 roku wpływy z tytułu opłat za wydanie zezwoleń na obrót hurtowy napojami alkoholowymi o zawartości powyżej 18 proc. alkoholu wyniosły 21,3 mln zł. Dochody z tytułu wpływów z opłat za wydanie zezwoleń na sprzedaż alkoholu w 2010 i 2011 roku zostały zebrane w tabeli nr 11.

54 Sprawozdanie z realizacji Ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi w okresie 1 stycznia – 31 grudnia 2011 roku. PARPA, 2013.

Tabela 11. Dochody z tytułu wpływów z opłat za wydanie zezwoleń na sprzedaż alkoholu w 2010 i 2011 roku (w złotych)

Poziom administracyjny	Dochody z tytułu wpływów z opłat za wydanie zezwoleń na sprzedaż alkoholu w złotych (detal i hurt) oraz zmiana procentowa 2011 vs. 2010 rok	
	2011	2010
Gminy i m.n.p. powiatu	683 879 061,36 (+1,35%)	674 766 985,44
Województwa	35 673 384,34 (-6,62%)	38 034 148,52
Budżet państwa centralnie	21 300 000,00 (-1,41%)	21 600 000,00
Razem	719 552 445,70 (+0,95%)	712 801 133,96

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych PARPA, 2013.

Podsumowując, w 2011 roku w stosunku do roku 2010 wzrosły dochody (+1,35 proc.) gmin i miast na prawach powiatu z tytułu opłat za korzystanie z zezwoleń na sprzedaż napojów alkoholowych przy jednoczesnym niewielkim spadku dochodów budżetu państwa i samorządów województw z opłat za zezwolenia na obrót hurtowy. Dochody z tytułu wpływów z opłat za wydanie zezwoleń na sprzedaż alkoholu ogółem w roku 2011 wyniosły 719 552 445,70 złotych i wzrosły o jeden procent w stosunku do roku 2010.

6. KOSZTY SZKODLIWEGO PICIA ALKOHOLU I UZALEŻNIENIA OD ALKOHOLU W POLSCE

Szacowanie kosztów szkodliwego picia alkoholu oraz uzależnienia od niego w Polsce jest procesem trudnym do wykonania, głównie z względu na brak wiarygodnych i przekrojowych danych kosztowych. Trzeba również podkreślić, że nadmierne spożycie alkoholu oraz uzależnienie od niego poprzez swój wieloaspektowy charakter jest niezmiernie złożonym tematem do analizy ekonomicznej.

6.1. Metodologia rachunku kosztów

Badanie kosztów choroby (ang. *Cost of Illness study, COI*) ma na celu ustalenie całkowitego skutku ekonomicznego choroby lub grupy chorób. W przypadku uzależnienia od alkoholu mamy do czynienia z wieloma schorzeniami i ich wpływem na koszty publiczne i prywatne. W analizie kosztów choroby uwzględniamy koszty bezpośrednie (medyczne i niemedyczne), pośrednie (ekonomiczne konsekwencje zmniejszonej produktywności) i koszty niewymierne (ujmowane zazwyczaj w pomiarze jakości życia lub niepełnosprawności). Najlepszą metodą jest technika kalkulacji kosztów bezpośrednich „z dołu do góry” (ang. *bottom-up method*), w której mierzymy zużyte zasoby oraz koszty w jednostce chorobowej u konkretnego pacjenta. W zakresie estymacji kosztów pośrednich optymalną jest metoda kapitału ludzkiego (ang. *human capital method, HC*), gdy szacujemy utratę produktywności pacjenta jako wartość bieżącą utraconych zarobków wskutek choroby lub śmierci. Niestety w przypadku wielu konsekwencji społeczno-ekonomicznych związanych z alkoholem wyliczenia te są utrudnione, a czasami wręcz niemożliwe.

Metodologia liczenia kosztów oraz konsekwencji szkodliwego używania alkoholu została przedstawiona w raporcie WHO z 2010 roku *Best practice in estimating the costs of alcohol. Recommendations for future studies*.⁵⁵ Raport ten miał na celu podsumowanie najlepszych praktyk w szacowaniu kosztów oraz sformułowanie zaleceń dla podejmowania takich szacunków w badaniach w poszczególnych krajach. Zaleca on m.in., aby na samym początku badania kosztów związanych używaniem alkoholu spróbować stworzyć listę pozycji kosztowych. Takie zestawienie pozycji kosztowych dla Polski zostało opracowane przez autorów raportu i zebrane w tabeli nr 12.

55 *Best practice in estimating the costs of alcohol. Recommendations for future studies*. WHO, 2010, <http://www.euro.who.int/en/what-we-publish/abstracts/best-practice-in-estimating-the-costs-of-alcohol-recommendations-for-future-studies>

Tabela 12. Lista pozycji kosztowych dla przeprowadzenia badania kosztów związanych ze szkodliwym używaniem alkoholu oraz uzależnieniem od alkoholu

Pozycja kosztowa	Źródło danych
Koszty bezpośrednie medyczne	
• Wydatki Narodowego Funduszu Zdrowia w ramach hospitalizacji, leczenia ambulatoryjnego, rehabilitacji oraz porad lekarskich i psychologicznych	Dane NFZ (statystyka JGP, dane dotyczące kontraktów, publikacje)
• Wydatki Ministerstwa Zdrowia	Sprawozdanie PARPA
• Wydatki samorządowe: funkcjonowanie izb wytrzeźwień, leczenie odwykowe	z realizacji ustawy
• Wydatki prywatne	Brak
Koszty bezpośrednie niemedyce	
• Wydatki Ministerstwa Zdrowia na edukację i profilaktykę	Sprawozdanie PARPA
• Wydatki samorządów	
• Koszty wypadków drogowych (policja, sąd, więzienia)	Brak
• Koszty przestępstw (policja, sąd, więzienia)	Brak
Koszty pośrednie	
• Zwolnienia chorobowe	ZUS
• Renty i inwalidztwo	Brak
• Przedwczesna śmiertelność	Brak
• Utrata produktywności w pracy	Brak
• Bezrobocie	Brak
Koszty niepoliczalne	
• Spadek jakości życia – aspekt zdrowotny i psychiczny	Brak
• Cierpienie rodzin	Brak
• Zły wpływ na wychowanie dzieci	Brak
• Cierpienie ofiar wypadków drogowych i przestępstw	Brak
• Ubóstwo	Brak
• Degradacja i wykluczenie społeczne	

Źródło: Opracowanie własne.

Jak wynika z powyższej tabeli, relatywnie najłatwiej jest wyliczyć koszty medyczne publiczne ponoszone przez NFZ, który prowadzi statystykę Jednorodnych Grup Pacjentów (JGP) w domenie publicznej oraz system ewidencji kontraktów i przesyła dane do PARPA. Wyliczalne są także koszty pośrednie ponoszone przez ZUS, czyli liczba zwolnień chorobowych z tytułu schorzeń wywołanych przez nadmierne spożycie alkoholu. Natomiast wydatki prywatne, ponoszone przez pacjentów i ich rodziny, są już nie do wyliczenia. Podobnie jak koszty bezpośrednie i pośrednie wykroczeń oraz przestępstw popełnianych przez obywateli w stanie nietrzeźwym. Tym niemniej w następnych rozdziałach autorzy tego raportu spróbują przeanalizować i podsumować jak największą liczbę konkretnych danych kosztowych związanych z piciem alkoholu. Rozróżnią twarde dane i konkretne wyliczenia od estymacji i danych szacunkowych.

6.2. Estymacja całościowych kosztów społecznych nadużywania alkoholu i uzależnienia od niego dla Polski według odsetka PKB

Całościowe koszty społeczne związane z piciem alkoholu w Polsce można estymować według odsetka PKB na poziomie około 14,16 mld zł w 2010 i 15,23 mld zł w 2011. Biorąc pod uwagę estymacje kosztów na poziomie 3 proc. PKB, koszty te mogą wynieść około 45 miliardów złotych.

Według międzynarodowych ekspertów całościowe koszty związane z używaniem i nadużywaniem alkoholu powinno się szacować na poziomie minimum 1 proc. produktu krajowego brutto danego kraju.⁵⁶ Adaptując tę regułę do warunków polskich, można pokusić się o estymację całościowych kosztów społecznych nadużywania alkoholu i uzależnienia od niego dla Polski. Produkt krajowy brutto w Polsce, według Głównego Urzędu Statystycznego, wyniósł odpowiednio 1 416 585 mln zł w 2010 i 1 523 245 mln zł w 2011 roku.⁵⁷ Oznacza to, iż koszty ekonomiczne związane z nadużywaniem alkoholu i uzależnieniem od niego w Polsce można szacować na poziomie około 14,16 mld zł w 2010 i 15,23 mld zł w 2011 roku. Obrazuje to tabela nr 13.

Tabela 13. Szacunkowy koszt ekonomiczny nadużywania alkoholu i uzależnienia od niego dla gospodarki Polski jako 1 proc. PKB w latach 2010 i 2011

Rok	PKB Polski	1 proc. PKB jako szacunkowy roczny koszt używania i nadużywania alkoholu w Polsce
2010	1 416,6 mld zł	14,16 mld zł
2011	1 523,2 mld zł	15,23 mld zł

Źródło: Obliczenia własne na podstawie danych GUS, 2013.

Według PARPA oraz WHO koszty społeczne i ekonomiczne, jakie z powodu uzależnienia od alkoholu ponosi budżet państwa, szacowane mogą być nawet od 1,3 proc. do 3 proc. PKB. Odpowiadałoby to kwocie 45 miliardów złotych, obejmującej całościowe koszty społeczne nadużywania alkoholu i uzależnienia od niego ponoszone rocznie w Polsce.

6.3. Koszty bezpośrednie uzależnienia od alkoholu i nadużywania alkoholu w Polsce

6.3.1. Koszty bezpośrednie medyczne – wydatki publiczne

Według danych NFZ za rok 2011 koszty bezpośrednie medyczne leczenia uzależnienia od alkoholu oraz następstw klinicznych tej choroby i zatrucia alkoholem wyniosły 421 531 255 złotych.

W rozdziale zebrano opublikowane dane na temat kosztów bezpośrednich medycznych ponoszonych corocznie przez płatnika publicznego, jakim jest NFZ. W tabeli nr 14 zebrano pozycje kosztowe związane z leczeniem konkretnych jednostek chorobowych.

56 Rehm J. i wsp. *Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders*. *Lancet*, 2009, 373, s. 2223–2233, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19560604>

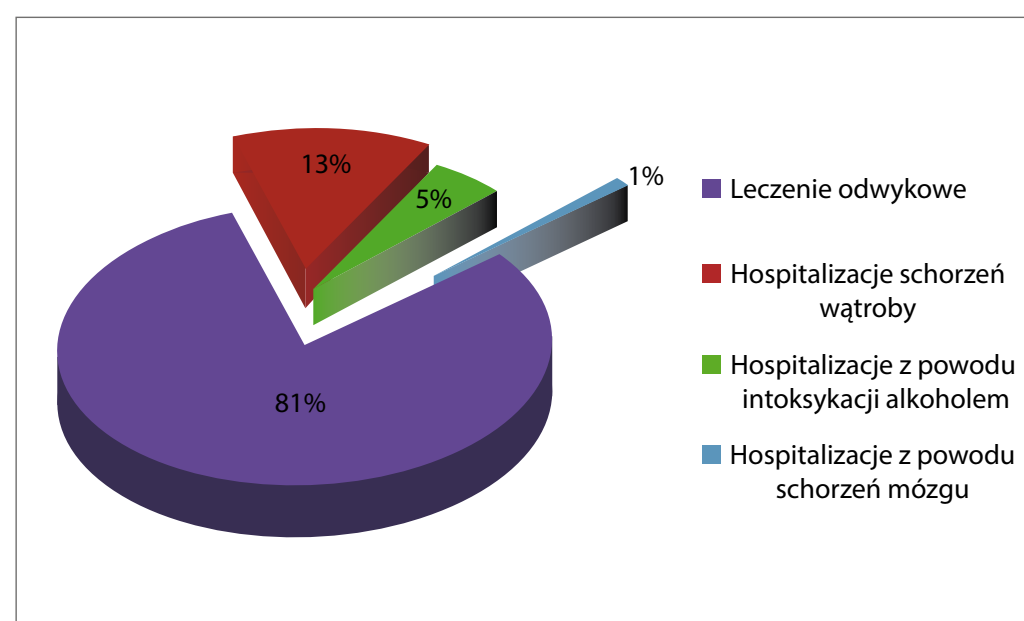
57 Komunikat Głównego Urzędu Statystycznego w sprawie skorygowanego szacunku wartości nominalnej produktu krajowego brutto za lata 2010 i 2011. GUS, pobrano 7 lutego 2013, http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/rn_komunikat_skor_szac_war_nom_i_pkb_za_lata_2010-2011.pdf

Tabela 14. Zidentyfikowane koszty bezpośrednie medyczne uzależnienia od alkoholu, następstw klinicznych tej choroby oraz zatrucia alkoholem w 2011 roku

Wydatki NFZ na:	Kwota w złotych
• Leczenie odwykowe uzależnienia od alkoholu	342 963 281
• Hospitalizacje z powodu schorzeń wątroby spowodowanych alkoholem	55 787 144,7
• Hospitalizacje z powodu intoksykacji alkoholem	20 599 362
• Hospitalizacje z powodu schorzeń mózgu	2 181 467,5
Razem	421 531 255

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych dostępnych w domenie publicznej, 2013.

Wykres 15. Zidentyfikowane koszty bezpośrednie medyczne uzależnienia od alkoholu, następstw klinicznych tej choroby oraz zatrucia alkoholem w 2011 roku w procentach



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych dostępnych w domenie publicznej, 2013.

Poniżej zostały szczegółowo omówione policzalne koszty bezpośrednie medyczne poniesione w 2011 roku przez NFZ na leczenie uzależnienia od alkoholu i zatrucie alkoholem oraz ich następstw klinicznych.

6.3.1.1. Wydatki NFZ na leczenie uzależnienia od alkoholu

Według PARPA z danych przesłanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia wynika, że w placówkach leczenia uzależnienia od alkoholu w 2011 roku leczono 265 305 pacjentów. Ponad 700 placówek leczenia uzależnienia od alkoholu miała podpisane kontrakty z NFZ. Były to zarówno zakłady publiczne, jak i prywatne. Pokazuje to tabela nr 15.

Tabela 15. Liczba placówek leczenia uzależnienia od alkoholu korzystających z finansowania publicznego w 2011 roku

Rodzaj zakładu	Liczba zakładów (dane PARPA za 2011) ^a	Liczba zakładów (dane NFZ za 2011) ^b
Ambulatoryjne zakłady lecznictwa odwykowego	487	498
Dzienne oddziały terapii uzależnienia od alkoholu	91	76
Całodobowe oddziały terapii uzależnienia od alkoholu i oddziały leczenia uzależnień	94	79
Oddziały leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych (detoksykacyjne)	63	65
Razem	735	718

^aDane z listy adresowej placówek leczenia uzależnienia od alkoholu, prowadzonej przez PARPA we współpracy z Wojewódzkimi Ośrodkami Terapii Uzależnienia i Współuzależnienia (za rok 2011 zebrano dane z 82 proc. placówek).

^bObliczenia własne PARPA na podstawie danych przesłanych do Agencji z Centrali NFZ (za rok 2011)

Źródło: PARPA, 2013.

Według GUS w 2011 roku w warunkach ambulatoryjnych w poradniach dla osób z zaburzeniami psychicznymi leczyło się z powodu zaburzeń spowodowanych używaniem alkoholu około 170 tys. osób. W placówkach stacjonarnej opieki zdrowotnej, takich jak ośrodki leczenia odwykowego (21 ośrodków dysponujących 1069 łózkami), baza łóżkowa utrzymała się na poziomie zbliżonym do roku poprzedniego. W ośrodkach leczenia odwykowego odnotowano w 2011 roku 12 486 pacjentów (o 1,9 proc. mniej w stosunku do 2010 roku). Pokazuje to tabela nr 16.

Tabela 16. Publiczne ośrodki leczenia odwykowego w zakresie uzależnienia od alkoholu w Polsce, w kolejności według liczby osobodni terapii w 2011 roku wg GUS

Województwo	Liczba zakładów	Liczba łóżek	Liczba leczonych	Liczba osobodni terapii (tys.)
Śląskie	3	266	3641	95969
Kujawsko-pomorskie	1	128	848	40908
Dolnośląskie	3	129	1283	40902
Zachodniopomorskie	2	101	945	36602
Wielkopolskie	1	100	1399	31762
Opolskie	1	93	1291	28499
Podkarpackie	2	65	581	22981
Mazowieckie	3	53	859	13247
Łódzkie	1	45	792	11340
Warmińsko-mazurskie	1	30	233	9420
Podlaskie	1	20	226	8511
Pomorskie	1	24	166	7787
Lubuskie	1	15	222	5050
Ogółem	21	1069	12486	352 978

Źródło: Zdrowie i ochrona zdrowia w 2011 r. GUS, 2012, http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/zo_zdrowie_i_ochrona_zdrowia_w_2011.pdf

Według danych NFZ przekazanych do PARPA⁵⁸ na świadczenia w zakresie leczenia uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia wydano w 2011 roku około 342,96 miliony złotych. Wydatki te mają tendencję wzrostową z roku na rok. W 2008 roku wynosiły około 100 milionów złotych mniej. Pokazuje to tabela nr 17 i wykres nr 16.

58 Sprawozdanie z realizacji Ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi w okresie 1 stycznia – 31 grudnia 2011 roku. PARPA, 2013.

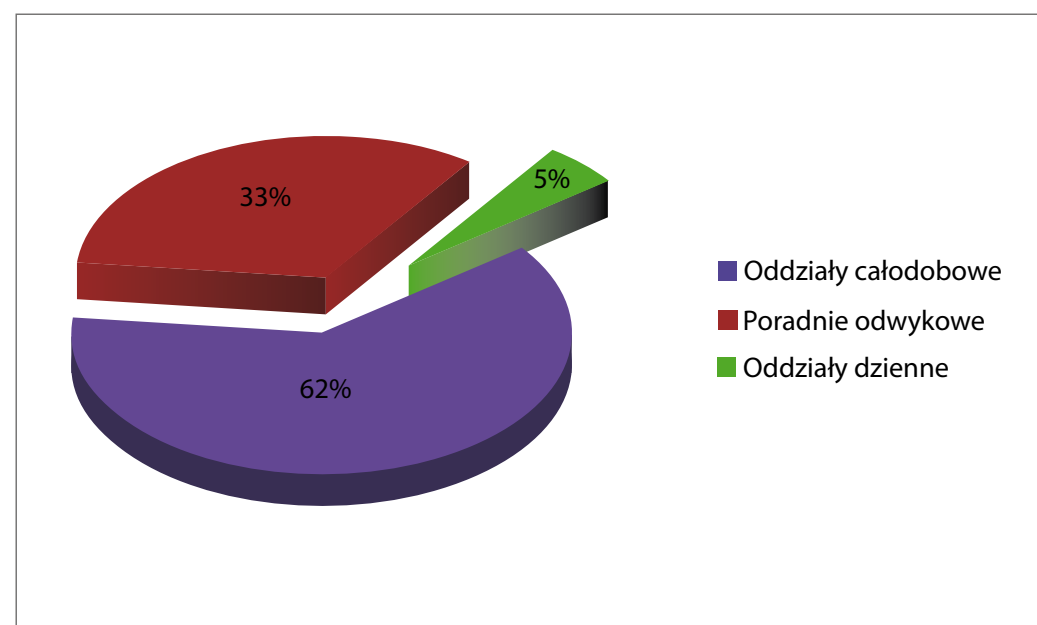
Tabela 17. Ogólne wartości kontraktów placówek leczenia uzależnienia od alkoholu w latach 2008-2011

Rok	2008	2009	2010	2011
Kwota wysokości kontraktów NFZ (zł)	249 683 750	322 353 543	330 365 383	342 963 281

Źródło: PARPA, 2013.

W 2011 roku kwotę 342 963 281 złotych przeznaczono w 62 procentach na świadczenia w oddziałach całodobowych, w 33 procentach na leczenie w poradniach odwykowych oraz w 5 – na świadczenia w oddziałach dziennych. Pokazuje to wykres nr 16.

Wykres 16. Przeznaczenie kontraktu NFZ na świadczenia w zakresie leczenia uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia według rodzaju placówki, dane procentowe za 2011



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych PARPA, 2013.

Z informacji przekazanych do PARPA przez placówki leczenia uzależnienia od alkoholu wynika, że ponad 30 proc. z nich wykonało więcej świadczeń niż limit zakontraktowany przez NFZ. Najwięcej nadwykonań sprawozdały całodobowe oddziały terapii (50 proc.) i oddziały leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych (43 proc.). Część placówek (12 proc.) nie wykonała całego kontraktu. Najczęściej dotyczyło to dziennych oddziałów terapii (25 proc.). Wartość faktycznie zrealizowanych kontraktów wynosiła w 2011 r. 103,55 proc. planowanej kwoty 342 963 281 złotych. Wartość rozliczonych świadczeń stanowiła 99,06 proc. wartości planowanych kontraktów i 95,67 proc. wartości faktycznie zrealizowanych świadczeń.

Według PARPA efektywność leczenia osób uzależnionych od alkoholu i członków ich rodzin jest w dużej mierze uwarunkowana jakością ofert placówek ambulatoryjnych. Poradnie leczenia uzależnień są placówkami terytorialnie najbliższymi pacjentom. Ich zadania, opisane w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012 r. w sprawie organizacji, kwalifikacji personelu, sposobu funkcjonowania i rodzajów podmiotów wykonujących świadczenia stacjonarne i całodobowe oraz ambulatoryjne w sprawowaniu opieki nad uzależnionymi od alkoholu oraz sposobu współdziałania w tym zakresie z instytucjami publicznymi i organizacjami społecznymi, gwarantują ciągłość i kompleksowość leczenia uzależnienia, o ile są finansowane na poziomie zapewniającym możliwość ich realizacji.

Z danych NFZ wynika, że w 2011 r. zaledwie 40 proc. poradni podpisało z NFZ kontrakty o wartości większej niż 150 tys. zł. Blisko jedna piąta poradni leczenia uzależnienia od alkoholu otrzymała kontrakty nieprzekraczające kwoty 50 000 zł w skali roku, tzn. dysponowały miesięcznie kwotą ok. 4,5 tys. zł, która wyklucza realizację kompleksowych programów psychoterapii osób

uzależnionych i członków ich rodzin. Mimo większych nakładów finansowych czas oczekiwania na przyjęcie do całodobowych oddziałów terapii wynosi od kilku dni do kilkunastu tygodni (do kilku miesięcy w przypadku osób sądownie zobowiązanych do leczenia). W większości poradni (65 proc.), podobnie jak w większości oddziałów dziennych (62 proc.), uczestnictwo w programach terapii nie wymaga oczekiwania. W oddziałach leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych, czyli oddziałach ratujących życie, pacjenci przyjmowani są niezwłocznie.

W 2011 roku placówki leczenia uzależnienia od alkoholu sprawozdały leczenie 4,66 proc. pacjentów bez ubezpieczenia zdrowotnego. Istotnie większy niż średnia krajowa odsetek pacjentów nieubezpieczonych odnotowano w województwach: podlaskim (9,75 proc.), śląskim (7 proc.) i pomorskim (6 proc.). Najmniej pacjentów nieubezpieczonych leczono w województwach: kujawsko-pomorskim (0,8 proc.), lubuskim (1,4 proc.) oraz łódzkim (1,6 proc.). Większy odsetek pacjentów nieubezpieczonych objęty był opieką w oddziałach leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych (7 proc.) i w całodobowych oddziałach terapii (7 proc.), mniejszy – w oddziałach dziennych (2,5 proc.) i poradniach (3,7 proc.).⁵⁹

Narodowy Fundusz Zdrowia w 2010 roku wydał z tytułu leczenia uzależnień (w tym alkoholizmu) kwotę 330 365 383 zł.

6.3.1.2. Wydatki NFZ na hospitalizacje z powodu intoksykacji alkoholem

Dane publikowane przez NFZ w zakresie statystyki JGP pokazują znaczące koszty ponoszone z powodu hospitalizacji przypadków intoksykacji alkoholem etylowym. W roku 2011 na hospitalizację pacjentów w wyniku ciężkich, średnich i lekkich zatruc etanolem NFZ wydał ponad 20 milionów złotych. Stanowiło to 21 proc. wszystkich wydatków na szpitalne leczenie zatruc ogółem poniesionych przez NFZ w 2011 roku. Pokazuje to poniższe zestawienie (tabela nr 18 oraz wykres nr 17).

Tabela 18. Koszty hospitalizacji pacjentów w wyniku zatrucia etanolem poniesione przez NFZ w 2011 roku

ICD-10	Koszt hospitalizacji w wyniku zatruc ogółem w złotych	Udział zatruc etanolem we wszystkich zatruciach (proc.)	Koszt hospitalizacji w wyniku zatrucia etanolem (T51.0) w złotych
Zatrucia ciężkie (S41) ^a	20 377 038	12,27	2 500 263
Zatrucia średnie (S42) ^b	7 828 063	23,17	1 813 762
Zatrucia lekkie (S43) ^c	70 316 652	23,16	16 285 337
Razem	98 521 753,00	20,9	20 599 362

^a Statystyka JGP, Rok: 2011, Katalog: S - Choroby układu krwiotwórczego, zatrucia i choroby zakaźne, S41 ZATRUCIE CIĘŻKIE. NFZ, <https://prog.nfz.gov.pl/APP-JGP/Grupa.aspx?id=uG95T%2b%2fhaL8%3d>

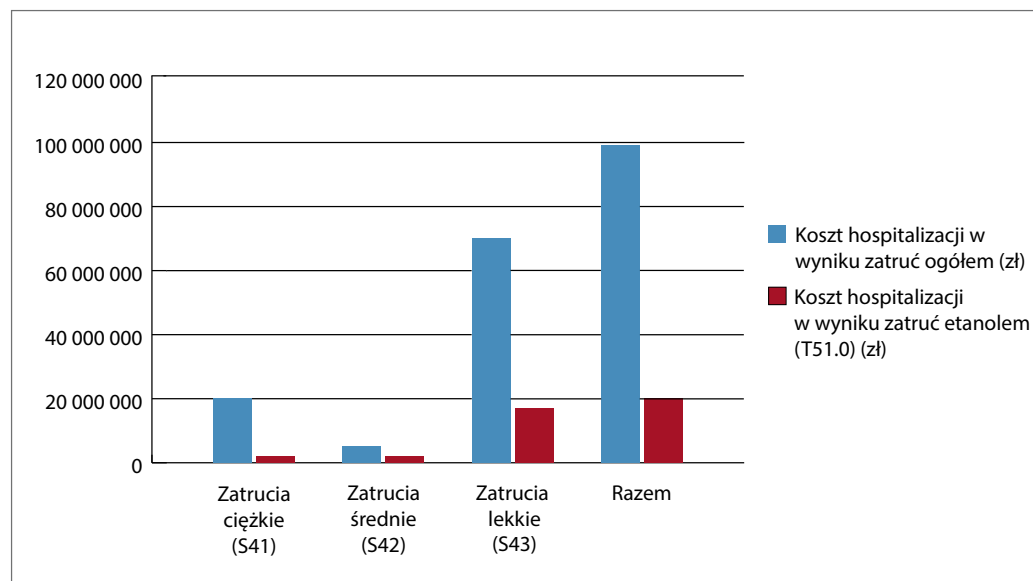
^b Statystyka JGP, Rok: 2011, Katalog: S - Choroby układu krwiotwórczego, zatrucia i choroby zakaźne, S42 ZATRUCIE ŚREDNIE. NFZ, <https://prog.nfz.gov.pl/APP-JGP/Grupa.aspx?id=FE9ioSlugAo%3d>

^c Statystyka JGP, Rok: 2011, Katalog: S - Choroby układu krwiotwórczego, zatrucia i choroby zakaźne, S43 ZATRUCIE LEKKIE. NFZ, <https://prog.nfz.gov.pl/APP-JGP/Grupa.aspx?id=Us5DpFnb%2bf1%3d>

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Statystyki JGP. NFZ, dostęp 7 lutego 2013.

⁵⁹ Sprawozdanie z realizacji Ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi w okresie 1 stycznia – 31 grudnia 2011 roku. PARPA, 2013.

Wykres 17. Koszty hospitalizacji pacjentów w wyniku zatruc ogółem oraz zatruc etanolem poniesione przez NFZ w 2011 roku



Źródło: Opracowanie własne na podstawie Statystyki JGP. NFZ, dostęp 7 lutego 2013.

6.3.1.3. Wydatki NFZ na hospitalizacje z powodu schorzeń wątroby spowodowanych alkoholem

Dane publikowane przez NFZ w zakresie Statystyki JGP pokazują znaczące koszty ponoszone z powodu hospitalizacji pacjentów ze schorzeniami wątroby o etiologii alkoholowej.⁶⁰ W roku 2011 na hospitalizację pacjentów z wyżej wymienionymi schorzeniami NFZ wydał 55 787 144,7 milionów złotych. Stanowiło to 22,75 proc. wszystkich wydatków, czyli 245 195 458,9 (G17: 155 977 335,9 zł oraz G18: 89 218 123 zł), poniesionych przez NFZ na leczenie szpitalne przewlekłych chorób wątroby w 2011 roku. Pokazują to poniższe zestawienia (tabela nr 19 i wykres nr 18).

Tabela 19. Koszty hospitalizacji pacjentów w wyniku schorzeń wątroby o etiologii alkoholowej poniesione przez NFZ w 2011 roku

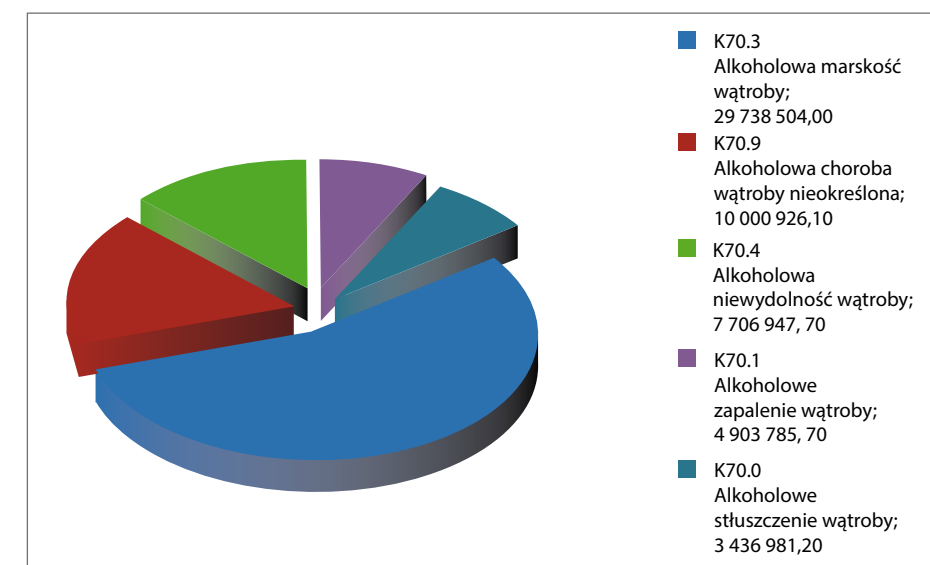
ICD-10	Koszt oraz odsetek hospitalizacji związanych z alkoholem (K) w zakresie G17 przewlekłe choroby wątroby z PW ^a (zł) (proc.)	Koszt oraz odsetek hospitalizacji związanych z alkoholem (K) w zakresie G18 przewlekłe choroby wątroby bez PW ^b (zł) (proc.)	Razem koszt hospitalizacji związanych z alkoholem (K) w zakresie G17 i G18 (zł)
K70.3 Alkoholowa marskość wątroby	22 663 506,9 (14,53%)	7 074 997,1 (7,93%)	29 738 504
K70.9 Alkoholowa choroba wątroby, nieokreślona	7 190 555,2 (4,61%)	2 810 370,9 (3,15%)	10 000 926,1
K70.4 Alkoholowa niewydolność wątroby	6 020 725,2 (3,86%)	1 686 222,5 (1,89%)	7 706 947,7
K70.1 Alkoholowe zapalenie wątroby	3 244 328,6 (2,08%)	1 659 457,1 (1,86%)	4 903 785,7
K70.0 Alkoholowe stłuszczenie wątroby	2 402 051 (1,54%)	1 034 930,2 (1,16%)	3 436 981,2
Razem	41 521 166,9	14 265 977,8	55 787 144,7

^aStatystyka JGP. NFZ, <https://prog.nfz.gov.pl/APP-JGP/Grupa.aspx?id=OB2Mc0uz3nl%3d>

^bStatystyka JGP. NFZ, <https://prog.nfz.gov.pl/APP-JGP/Grupa.aspx?id=WbqnAPZkEI4%3d>

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Statystyki JGP. NFZ, dostęp 15 lutego 2013.

Wykres 18. Koszty hospitalizacji pacjentów w wyniku schorzeń wątroby o etiologii alkoholowej poniesione przez NFZ w 2011 roku w podziale na kody K70



Źródło: Opracowanie własne na podstawie Statystyki JGP. NFZ, dostęp 15 lutego 2013.

6.3.1.4. Wydatki NFZ na hospitalizacje z powodu schorzeń mózgu

Koszt hospitalizacji w wyniku rozpoznania A35 Choroby zwyrodnieniowe OUN⁶¹ wyniósł w 2011 roku 66 916 181 złotych. Z tej kwoty 2 181 467 złotych wydano tytułem hospitalizacji z powodu zwyrodnienia układu nerwowego wywołanego przez alkohol. Pokazuje to tabela nr 20.

Tabela 20. Koszty hospitalizacji pacjentów z powodu zwyrodnienia układu nerwowego wywołanego przez alkohol poniesione przez NFZ w 2011 roku

ICD-10	Udział zwyrodnienia układu nerwowego wywołanego przez alkohol (proc.)	Koszt hospitalizacji w wyniku zwyrodnienia układu nerwowego wywołanego przez alkohol (w złotych)
G31.2 Zwyrodnienie układu nerwowego wywołane przez alkohol ^a	3,26%	2 181 467

^a Statystyka JGP. NFZ, <https://prog.nfz.gov.pl/APP-JGP/Grupa.aspx?id=jDm7ow8%2bSwU%3d>

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Statystyki JGP. NFZ, dostęp 15 lutego 2013.

6.3.1.5. Koszty bezpośrednie medyczne – wydatki publiczne. Podsumowanie

Wydatki NFZ na leczenie powikłań narządowych i systemowych nadużywania alkoholu są trudne do oszacowania jako całość. W systemie JGP nie można znaleźć schorzeń kardiologicznych spowodowanych alkoholem. Także w przypadku hospitalizacji z powodu stanów zapalnych trzustki nie dysponujemy informacją, w jakim odsetku spowodowane były one pićm alkoholem. PARPA szacuje, że nawet od 8 do 12 procent budżetu NFZ, czyli około 6 mld zł rocznie, jest przeznaczane na leczenie wszystkich schorzeń oraz konsekwencji medycznych (urazy) wywołanych nadmiernym spożyciem alkoholu i uzależnieniem od niego.⁶² Można próbować dokonać estymacji według odsetka etiologii alkoholowej wśród poszczególnych schorzeń. Według publikacji⁶³ 19,5 proc. hospitalizacji w Klinice Gastroenterologii w latach 2000-2004 było skutkiem nadużywania alkoholu. Grupę tę stanowiło 1166 pacjentów. Wśród nich 59,6 proc. leczono z powodu marskości wątroby, 13,2 proc. ostrego zapalenia trzustki, 12,5 proc. przewlekłego zapalenia trzustki, 14,7 proc. zmian w śluzówce górnego odcinka przewodu pokarmowego w postaci m.in. owrzodzenia żołądka, dwunastnicy spowodowanego nadużywaniem etanolu.

6.3.2. Koszty bezpośrednie medyczne – wydatki prywatne

Z roku na rok przybywa w Polsce prywatnych ośrodków odwykowo-terapeutycznych oferujących kompleksową terapię uzależnienia od alkoholu. Są to ośrodki o różnym standardzie, liczbie łóżek, kadrze medycznej i psychologicznej, wyposażeniu. Wartość

61 Statystyka JGP. NFZ, <https://prog.nfz.gov.pl/APP-JGP/Grupa.aspx?id=jDm7ow8%2bSwU%3d>

62 Brzózka K. *Alkohol nie jest produktem spożywczym, to zjawisko z obszaru zdrowia publicznego. Rola grup interesów w procesie stanowienia prawa w Polsce*. Raport Uczelni Vistula, marzec 2012, <http://www.vistula.edu.pl/Aktualnosci/Raport-o-rol-i-grup-interesow-w-procesie-stanowienia-prawa-w-Polsce>

63 Cichoż-Lach H. i wsp. *Ekonomiczne skutki nadużywania alkoholu dotyczące pacjentów leczonych w Klinice Gastroenterologii AM w Lublinie*. Zdrowie Publiczne, 2006, 116, 2, s. 267-269, <http://www.zdrowiepubliczne.pl/artukul/szczegoly/id/1673>

prywatnego rynku leczenia wszystkich uzależnień w Polsce szacowano w 2010 roku na 5-8 mld zł rocznie.⁶⁴ To samo źródło ocenia liczbę gabinetów i ośrodków, które oferują terapie i kuracje odwykowe dla osób uzależnionych, na 10-15 tysięcy. Z tej puli 5-7 tysięcy spełnia wymogi funkcjonowania zakładu opieki zdrowotnej lub prywatnego gabinetu lekarskiego. W renomowanych prywatnych ośrodkach leczenia uzależnień funkcjonują oddziały leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych oraz oddziały terapii uzależnień, prowadzące psychoterapię oraz leczenie farmakologiczne uzależnienia od alkoholu. Ośrodki terapii uzależnień, które działają jako niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej, mogą starać się o kontrakt z NFZ. Zwykle jednak jest on nie większy niż 20-30 proc. obrotów ośrodka, więc liczba miejsc na leczenie bezpłatne jest ograniczona.

Jeśli chodzi o finansowanie leczenia uzależnienia od alkoholu z kieszeni pacjenta lub jego rodziny, prywatne ośrodki oferują szeroką paletę usług medycznych oraz zwykle możliwość terapii bez kolejki i okresu oczekiwania. W cenę terapii wliczone są wszystkie procedury diagnostyczne, terapeutyczne oraz warunki socjalne. Za 4-tygodniową terapię klient płaci od 9 do 13 tys. złotych.⁶⁵ Przykładowe koszty terapii uzależnienia od alkoholu w jednym z ośrodków prywatnych pokazuje tabela nr 21.

Tabela 21. Przykładowe koszty terapii w prywatnym ośrodku leczenia uzależnień

Rodzaj interwencji medycznej	Koszt (zł)
Detoksykacja alkoholowa	
1 doba	700
3 doby	1 500
5 dni	2 400
7 dni	3 000
14 dni	4 500
Leczenie w Oddziale Terapii Uzależnień	
Program podstawowy 5 tygodni	10 500
Program rozszerzony 8 tygodni	15 500
Poradnia leczenia uzależnień – wizyty ambulatoryjne	
Wizyta lekarska	150
Pierwsza wizyta diagnostyczna u psychologa lub specjalisty terapii uzależnień	120
Psychoterapia – sesja 50 minut	od 70
Psychoterapia związków – sesja 90 minut	150
Nietypowe procedury lub okresy hospitalizacji	cena do negocjacji

Źródło: NZOZ Medox - leczenie choroby alkoholowej (ceny z 9 lutego 2013 r., <http://medox.org.pl/index.php/pl/klinika-medox/cennik/47-cennik.html>)

6.3.3. Koszty bezpośrednie społeczne – wydatki publiczne

Koszty bezpośrednie społeczne w zakresie działań zapobiegających nadużywaniu alkoholu oraz uzależnieniu od niego wyniosły w 2011 roku 642 180 505 złotych.

Według PARPA⁶⁶ finansowanie realizacji zadań wynikających z Ustawy o wychowaniu w trzeźwości odbywa się przede wszystkim w ramach środków budżetowych. Ponadto wyżej wymienione zadania finansowane są z budżetów ich realizatorów. W wielu przypadkach jednak zadania te są częścią większych programów czy projektów, bardzo trudno jest więc wydzielić środki ściśle związane z realizacją Ustawy o wychowaniu w trzeźwości. Finansowanie zadań na poziomie wojewódzkim oraz gminnym odbywa

64 Wesołowska E. *Na leczeniu uzależnionych można nieźle zarobić*. Gazeta Prawna, 2010, http://biznes.gazetaprawna.pl/artykuly/446565,na_leczeniu_uzalezniionych_można_nieźle_zarobic.html

65 Bęben A. *Słowo kontra chemia*. RynekZdrowia.pl, 2008, <http://www.rynekzdrowia.pl/Rynek-Zdrowia/Slowo-kontra-chemia,50367,drukuj.html>

66 Sprawozdanie z realizacji Ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi w okresie 1 stycznia – 31 grudnia 2011 roku. PARPA, 2013.

się, oprócz środków własnych, środkami pobranymi z tytułu opłat za korzystanie z zezwoleń na detaliczną i hurtową sprzedaż alkoholu określonych w przepisach Ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi. Podział środków wydanych w 2011 r. na realizację zadań związanych z rozwiązywaniem problemów alkoholowych przedstawia tabela nr 22.

Tabela 22. Podział środków publicznych wydanych w 2011 roku na realizację zadań związanych z rozwiązywaniem problemów alkoholowych

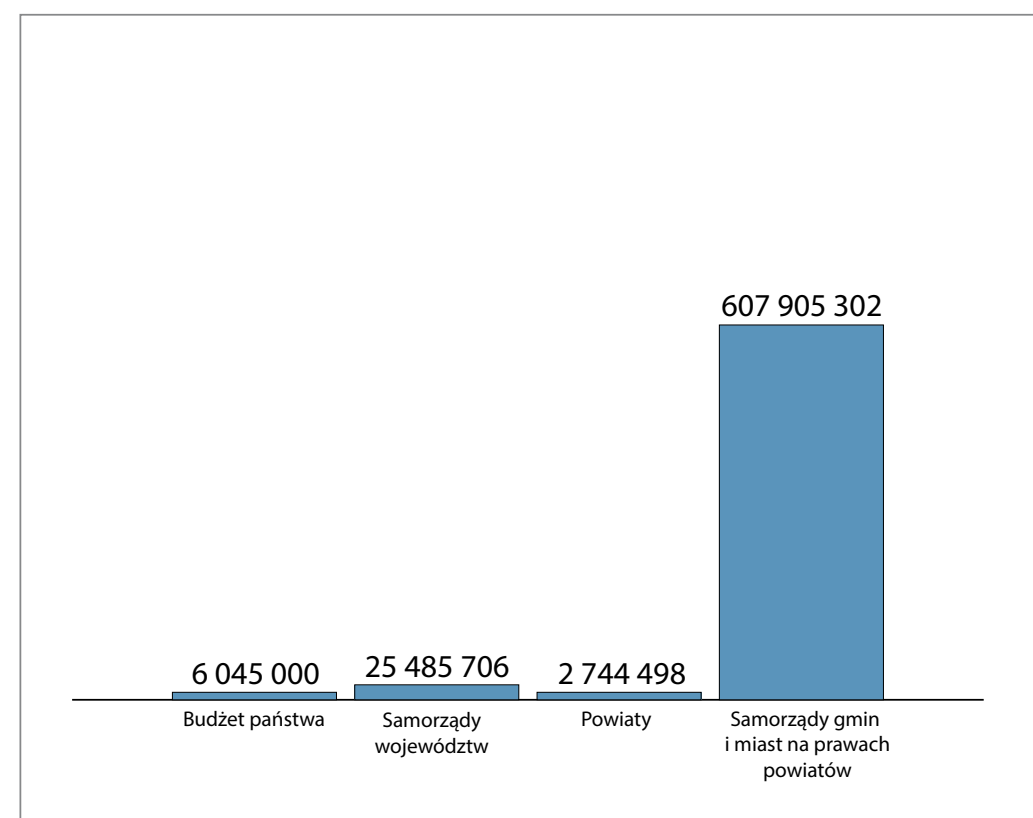
Struktura odpowiedzialna za finansowanie	Wydatki (zł)
Budżet państwa*	6 045 000
Samorządy województw**	25 485 706
Powiaty**	2 744 498
Samorządy gmin i miast na prawach powiatów	607 905 302
Razem	642 180 505

*Kwota obejmuje środki z rozdziału 85154 (przeciwdziałanie alkoholizmowi) klasyfikacji budżetowej.

**Dane Ministerstwa Finansów dla PARPA.

Źródło: Sprawozdanie z wykonania budżetu państwa za okres od 1 stycznia do 31 grudnia 2011 r. PARPA.

Wykres 19. Podział środków publicznych wydanych w 2011 roku na realizację zadań związanych z rozwiązywaniem problemów alkoholowych (w złotych)



Źródło: Sprawozdanie z wykonania budżetu państwa za okres od 1 stycznia do 31 grudnia 2011 r. PARPA.

6.3.3.1. Budżet państwa

Według GUS⁶⁷ w 2011 roku wydatki z budżetu państwa na przeciwdziałanie alkoholizmowi wyniosły 6 045 tysięcy złotych. Stanowiły one 0,08 proc. całości wydatków z budżetu państwa na ochronę zdrowia. W 2010 roku wydano na analogiczny cel 6 138 tysięcy złotych.

6.3.3.2. Wydatki samorządów w ramach profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych

Według publikacji PARPA⁶⁸ opracowanej na podstawie danych pochodzących z Ministerstwa Finansów w 2011 roku samorządy gmin wydały na realizację gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych 607 905 302 zł. Zgodnie z art. 182 Ustawy o wychowaniu w trzeźwości samorządy gminne z opłat za korzystanie z zezwoleń realizują także program ds. przeciwdziałania narkomanii. W 2011 r. na ten cel gminy przeznaczyły 35 481 786 zł. W sumie na realizację zadań, wynikających z obu programów, gminy wydatkowały 94 proc. wszystkich środków uzyskanych z tytułu wydawania zezwoleń na sprzedaż detaliczną napojów alkoholowych (uzyskano 683 879 061 zł). Samorządy województw uzyskały z tytułu opłat za korzystanie z zezwoleń na sprzedaż hurtową napojów alkoholowych do 18 proc. 35 673 384 zł. Na realizację wojewódzkich programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych wydały 25 485 705 zł, natomiast na gminne programy, o których mowa w art. 10 ust. 2 Ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, wydatkowano 5 022 950 zł.⁶⁹

W raporcie za 2011 rok GUS podaje,⁷⁰ że na przeciwdziałanie alkoholizmowi najwięcej środków wydały gminy (58 proc. wszystkich środków), następnie miasta na prawach powiatu (37 proc.), województwa (4 proc.) i powiaty (1 proc.). Pokazują to wykresy nr 20 i 21.

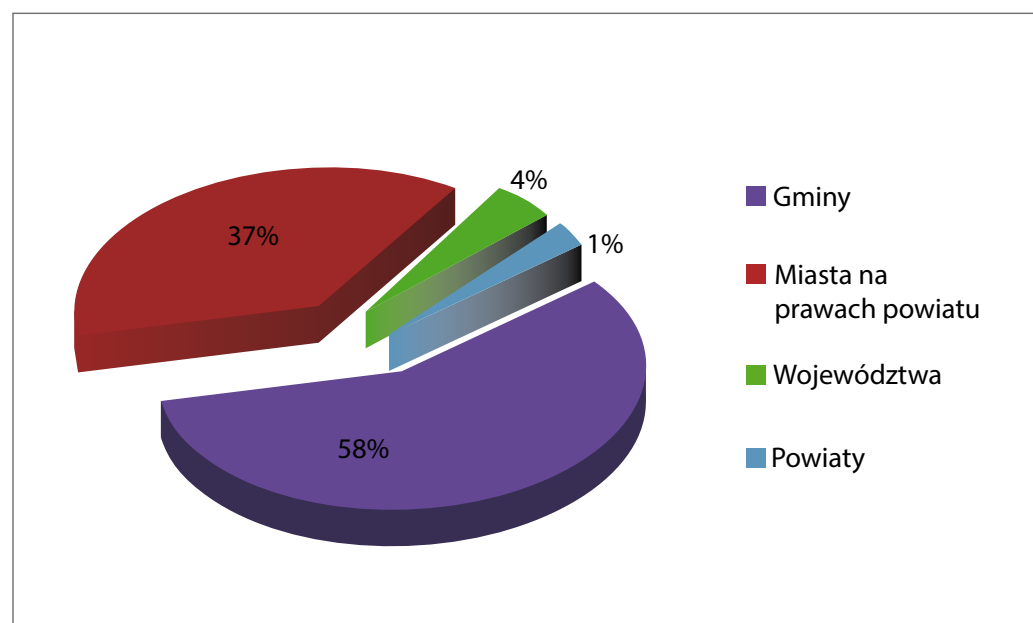
67 *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2011 r.* GUS, 2012, s. 294, http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/zo_zdrowie_i_ochrona_zdrowia_w_2011.pdf

68 Sprawozdanie z realizacji Ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi w okresie 1 stycznia – 31 grudnia 2011 roku. PARPA, 2013.

69 Źródło: Ministerstwo Finansów.

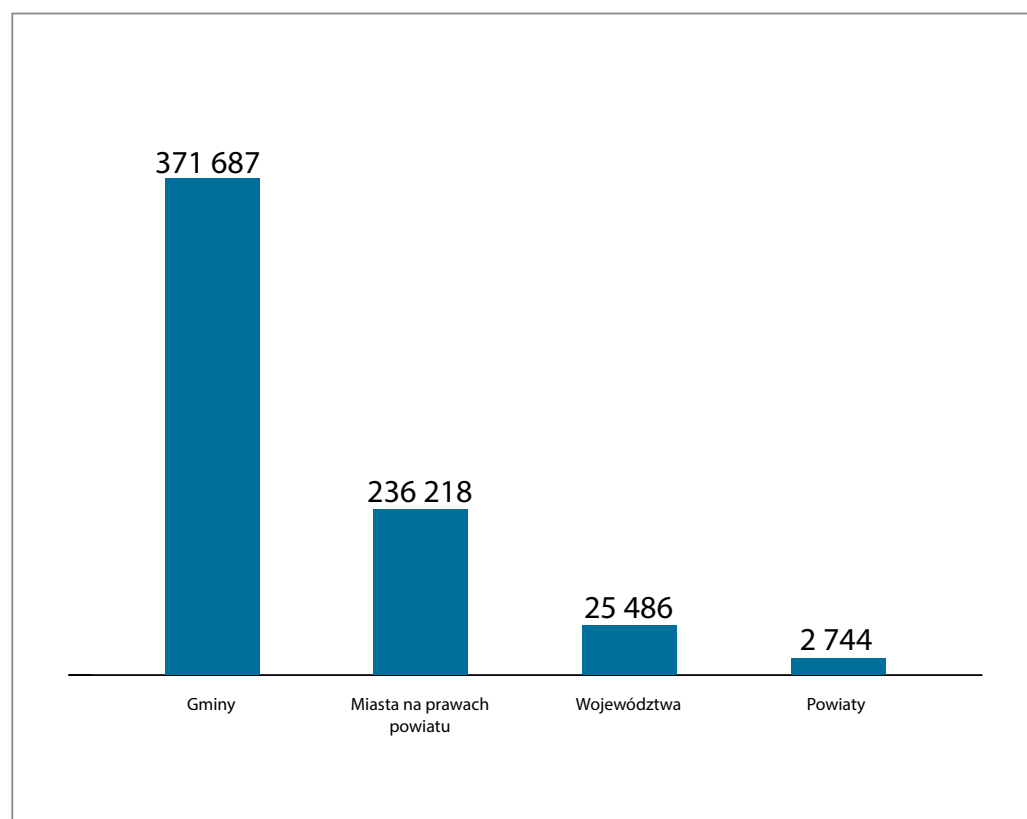
70 *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2011 r.* GUS, 2012, http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/zo_zdrowie_i_ochrona_zdrowia_w_2011.pdf

Wykres 20. Udział procentowy w całości wydatków struktur samorządowych na przeciwdziałanie alkoholizmowi w 2011 roku



Źródło: Opracowanie własne na podstawie raportu *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2011 r.* GUS, 2012.

Wykres 21. Udział wartościowy w całości wydatków struktur samorządowych na przeciwdziałanie alkoholizmowi w 2011 roku (w złotych)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie raportu *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2011 r.* GUS, 2012.

W 2011 roku gminy wydały na przeciwdziałanie alkoholizmowi 61,4 proc., miasta na prawach powiatu 24 proc., a województwa 2,59 proc. całości środków przeznaczonych na ochronę zdrowia. Dane pokazuje tabela nr 23.

Tabela 23. Wydatki struktur samorządowych na ochronę zdrowia i przeciwdziałanie alkoholizmowi w latach 2010 i 2011

Wydatki	Gminy		Powiaty		Miasta na prawach powiatu		Województwa	
	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011
Budżety samorządów terytorialnych ogółem (tys. zł)	79 740	79 686	23 826	24 058	58 954	61 510	15 245	16 338
Ochrona zdrowia ogółem (tys. zł)	562 716	605 582	1 394	1 516 675	1 061 807	983 145	942 761	984 105
Ochrona zdrowia jako odsetek budżetów JST ogółem (proc.)	0,71	0,76	5,85	6,30	1,80	1,60	6,18	6,02
Przeciwdziałanie alkoholizmowi (tys. zł)	354 732	371 687	1 117	2 744	231 687	236 218	23 870	25 486
Przeciwdziałanie alkoholizmowi jako odsetek budżetów JST ogółem (proc.)	0,44	0,47	0,00	0,01	0,39	0,38	0,16	0,16
Przeciwdziałanie alkoholizmowi jako odsetek budżetu JST na ochronę zdrowia (proc.)	63,04	61,38	0,08	0,18	21,82	24,03	2,53	2,59

Źródło: Opracowanie własne na podstawie raportu *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2011 r.* GUS, 2012.

6.3.3.3. Finansowanie samorządowych izb wytrzeźwień w Polsce

W kwietniu 2012 r. Trybunał Konstytucyjny uznał za niekonstytucyjny art. 42 ust. 6 Ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi. Upoważnił on ministra zdrowia do określenia w porozumieniu z ministrem spraw wewnętrznych (w drodze rozporządzenia) maksymalnej stawki opłat związanych z pobytem w izbie wytrzeźwień lub jednostkach policji. Po wyroku moc stracił par. 29 rozporządzenia, w którym minister zdrowia maksymalną stawkę opłaty ustalił na 250 zł. Przepis przestał obowiązywać 16 stycznia 2013 roku. O stwierdzenie niekonstytucyjności wyżej wymienionego zapisu wnosili Rzecznik Praw Obywatelskich. Jednocześnie Trybunał podkreślił, że sama zasadność ponoszenia opłat za pobyt w izbach wytrzeźwień nie budzi wątpliwości. Wyrok TK dotyczący izb wytrzeźwień uchylił jedynie te przepisy, które dotyczyły maksymalnej stawki opłaty za pobyt w izbach. Przepisy, które zezwalają na pobór opłaty, obowiązują. O tym, że za doprowadzenie do izby wytrzeźwień lub jednostki policji i pobyt w nich pobierane są opłaty, mówi art. 42 ust. 5 Ustawy o wychowaniu w trzeźwości. W izbach wytrzeźwień nadal obowiązują opłaty ustalone przez samorząd. Każda osoba korzystająca z usług izby wytrzeźwień otrzymuje fakturę zaraz po jej opuszczeniu – przy zwrocie depozytu.⁷¹

W połowie stycznia 2013 roku prezydent Bronisław Komorowski zdecydował o skierowaniu do Trybunału Konstytucyjnego nowelizacji Ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi. Nowelizacja ta regulowała zasady ustalania wysokości opłat za pobyt w izbach oraz przewidywała otwarty katalog środków przymusu bezpośredniego, które można zastosować wobec przebywających w tych placówkach. Ta ostatnia kwestia stała się jednym z powodów skierowania ustawy do TK.⁷²

Co roku w izbach wytrzeźwień umieszczanych jest około 200 000 osób. Dokładne zestawienie dla lat 2010 i 2011 według płci i wieku zawiera tabela nr 24.

71 http://wiadomosci.gazeta.pl/wiadomosci/1,114871,13260704,Luka_prawna__izba_wytrzezwien_w_Warszawie_nadal_platna.html

72 <http://prawo.rp.pl/artukul/978243.html>

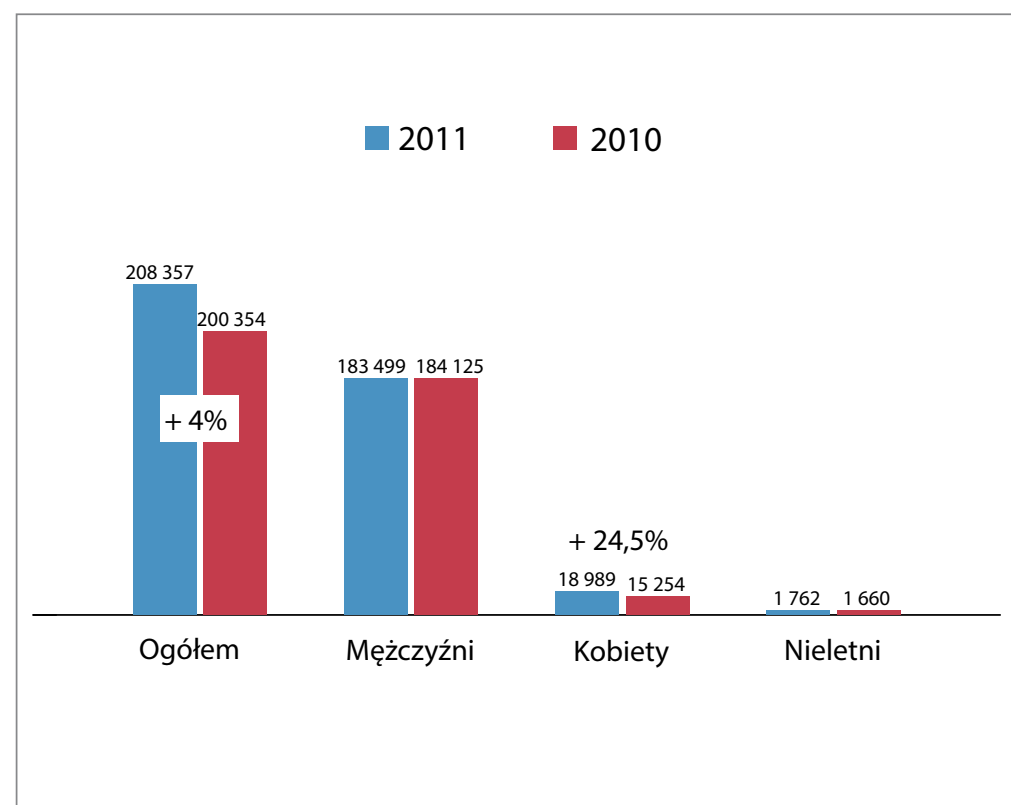
Tabela 24. Liczba osób umieszczonych w 33 izbach wytrzeźwień w Polsce w 2010 i 2011 roku

Liczba osób/ rok	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety	Nieletni
2011	208 357	183 499	18 989	1 762
2010	200 354	184 125	15 254	1 660

Źródło: PARPA, 2013.⁷³

W 2011 roku nastąpiło 4-proc. zwiększenie liczby osób ogółem umieszczonych w izbach wytrzeźwień w stosunku do roku poprzedniego. Zanotowano również 24,55-proc. wzrost w grupie kobiet.

Wykres 22. Liczba osób umieszczonych w 33 izbach wytrzeźwień w Polsce w 2010 i 2011 roku



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych PARPA, 2013.

Na utrzymanie i funkcjonowanie izb wytrzeźwień samorządy (głównie miasta na prawach powiatu oraz gminy) wydały w 2011 roku około 45 milionów zł. Pokazuje to tabela nr 25.

Tabela 25. Wydatki budżetów samorządów terytorialnych na izby wytrzeźwień w 2010 i 2011 roku

Pozycja	Gminy		Powiaty		Miasta na prawach powiatu		Województwa	
	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011
Izby wytrzeźwień	4 236	3 237	-	29	38 048	41 900	-	-

w tysiącach złotych

Źródło: Raport Zdrowie i ochrona zdrowia w 2011 r. GUS, 2012, s. 296.

73 Zestawienia statystyczne Profilaktyka i rozwiązywanie problemów alkoholowych w Polsce w samorządach gminnych w 2011 roku. PARPA, Warszawa, 2013.

6.4. Koszty pośrednie uzależnienia od alkoholu i innych zaburzeń związanych z piciem alkoholu w Polsce

Estymacja kosztów pośrednich nadużywania alkoholu oraz uzależnienia od niego w Polsce może sięgać około 37,39-39,38 miliardów złotych rocznie.

Nadużywanie alkoholu oraz uzależnienie od niego powodują wiele szkód społecznych, prowadzących do generowania wielu wydatków w zakresie kosztów pośrednich. Część z tych wydatków jest niestety niemożliwa do wyliczenia. Trudno bowiem podać konkretne straty wynikające z zakłócenia bezpieczeństwa publicznego, przestępczości, wypadków drogowych, przemocy w rodzinie, ubóstwa, bezrobocia i utraty produktywności. W poniższych rozdziałach raportu autorzy dokonają próby wyliczenia lub estymacji kosztów pośrednich wynikających z nadużywania alkoholu oraz uzależnienia od niego w Polsce w 2011 roku. Wyliczenia na podstawie estymacji kosztów pośrednich przedstawia tabela nr 26.

Tabela 26. Estymacja rocznych kosztów pośrednich nadużywania alkoholu i uzależnienia od niego dla Polski

Rodzaj poniesionych wydatków i strat	Estymacja
Estymacja wydatków ZUS w kategorii absencji chorobowych mężczyzn F-10**	0,1 mld zł
Estymacja kosztu utraty produktywności pracy z tytułu nadużywania alkoholu przez pracowników i uzależnienia od niego **	4,57 mld zł
Estymacja kosztu wypadków drogowych spowodowanych przez nietrzeźwych kierowców**	2,23-4,22 mld zł
Estymacja kosztu społecznego utraconej produktywności w wyniku przedwczesnej umieralności z powodu nadużywania alkoholu i uzależnienia od niego*	30,49 mld zł
Razem	37,39-39,38 mld zł

*Dane z 2010 roku.

**Dane z 2011 roku.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie estymacji, 2013.

6.4.1. Zwolnienia chorobowe z powodu nadużywania alkoholu i uzależnienia w statystykach ZUS

Problem zwolnień chorobowych z powodu spożycia alkoholu i uzależnienia od niego jest złożony. Statystyką prowadzoną w Polsce w aspekcie ewidencjonowania absencji chorobowych spowodowanych przez nadużycie alkoholu jest ewidencja Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (ZUS). ZUS publikuje corocznie raport na temat absencji chorobowych opracowany na podstawie zaświadczeń wystawianych przez lekarzy. Według raportu za 2011 rok *Absencja chorobowa w 2011 roku*⁷⁴ w Polsce ZUS zarejestrował ogółem 18 878,1 tys. zaświadczeń lekarskich o czasowej niezdolności do pracy na łączną liczbę 246 736,7 tys. dni absencji chorobowej.

Według raportu w 2011 roku na podstawie zaświadczeń z wpisanym kodem jednostki chorobowej F-10 (zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane użyciem alkoholu)⁷⁵ odnotowano 884,5 tysiąca dni absencji chorobowej tylko wśród mężczyzn. Natomiast według zaświadczeń z wpisywanym kodem literowym niezdolności do pracy – C (niezdolność do pracy

74 *Absencja chorobowa w 2011 roku*. ZUS, <http://www.zus.pl/files/Absencja%20chorobowa%20w%202011%20roku.pdf>

75 *Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10, F-10: Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane użyciem alkoholu*, http://srk.csioz.gov.pl/php/index.php?_mod=hcdmod&_op=listall&id=70

spowodowana nadużyciem alkoholu)⁷⁶ zewidencjonowano 3,9 tysiąca zaświadczeń lekarskich na łączną liczbę 42,8 tys. dni absencji chorobowej. W podziale na płeć prym wiodli znowu mężczyźni, reprezentując aż 86,5 proc. wszystkich zwolnień oraz 82,7 proc. dni na zwolnieniach w tej kategorii. Pokazują to tabele 27 i 28.

Tabela 27. Liczba zwolnień lekarskich wydanych z tytułu choroby własnej osobom ubezpieczonym w ZUS według ich płci oraz kodu literowego niezdolności do pracy

	Ogółem – liczba zwolnień lekarskich w tys.	Mężczyźni – liczba zwolnień lekarskich w tys.	Kobiety – liczba zwolnień lekarskich w tys.
Kod C: Niezdolność do pracy spowodowana nadużyciem alkoholu	3,9	3,4	0,5
Kod C: Niezdolność do pracy spowodowana nadużyciem alkoholu	100%	86,5%	13,1%

Źródło: Absencja chorobowa w 2011 roku, ZUS.

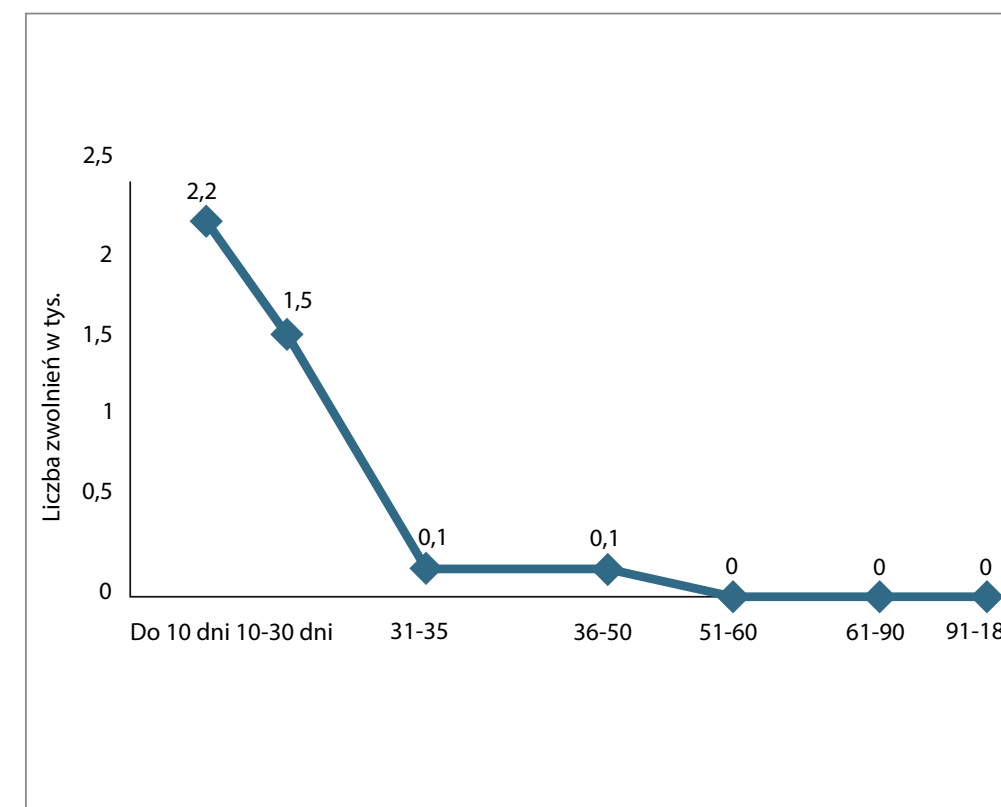
Tabela 28. Liczba dni absencji chorobowej z tytułu choroby własnej osób ubezpieczonych w ZUS według ich płci oraz kodu literowego niezdolności do pracy

	Ogółem – liczba dni absencji chorobowej w tys.	Mężczyźni – liczba dni absencji chorobowej w tys.	Kobiety – liczba dni absencji chorobowej w tys.
Kod C: Niezdolność do pracy spowodowana nadużyciem alkoholu	42,8	35,4	7,2
Kod C: Niezdolność do pracy spowodowana nadużyciem alkoholu	100%	82,7%	16,8%

Źródło: Absencja chorobowa w 2011 roku, ZUS.

Jeżeli chodzi o statystykę liczby zwolnień w kategorii C (niezdolność do pracy spowodowana nadużyciem alkoholu) w aspekcie ich długości, to w 2011 roku przeważały krótkie zwolnienia chorobowe do 10 dni (2,2 tysiąca zwolnień), które stanowiły aż 56,4 proc. wszystkich zaświadczeń. Następne pod względem popularności były zwolnienia do 30 dni (1,5 tysiąca zwolnień), które odpowiadały 38,46 proc. wszystkich wystawionych dokumentów. Graficznie obrazuje to wykres nr 23.

Wykres 23. Absencja chorobowa z tytułu choroby własnej osób ubezpieczonych w ZUS według długości absencji chorobowej oraz kodu literowego C niezdolności do pracy



Źródło: Absencja chorobowa w 2011 roku, ZUS.

Biorąc pod uwagę statystykę ZUS za lata 2008-2011, można stwierdzić pozytywny trend w zmniejszaniu się liczby zaświadczeń lekarskich stwierdzających niezdolność do pracy spowodowaną nadużyciem alkoholu (kod C) oraz zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane użyciem alkoholu (F-10). Szczególnie wyraźny był on w 2011 roku, kiedy liczba zaświadczeń lekarskich spadła o 10 proc., a liczba dni absencji chorobowych spowodowanych alkoholem aż o 19 proc. Niestety podobna tendencja występuje co drugi rok, aby w następnym wracać do stanu z poprzedniego. Pokazują to tabela nr 29 i wykres 24.

Tabela 29. Liczba dni absencji chorobowych oraz liczba zaświadczeń lekarskich stwierdzających niezdolność do pracy spowodowaną nadużyciem alkoholu (kod C) oraz zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane użyciem alkoholu (F-10) w latach 2008-2011

Rok	Liczba dni absencji chorobowych (kod C) ogółem (tys.)	Liczba zaświadczeń lekarskich (kod C) ogółem (tys.)
2011 ^a	42,8	3,9
2010 ^b	50,9	4,3
2009 ^c	45,8	3,9
2008 ^d	50,1	4,6

^a Absencja chorobowa w 2011 roku, ZUS, <http://www.zus.pl/files/Absencja%20chorobowa%20w%202011%20roku.pdf>

^b Absencja chorobowa w 2010 roku, ZUS, <http://www.zus.pl/files/Absencja2010.pdf>

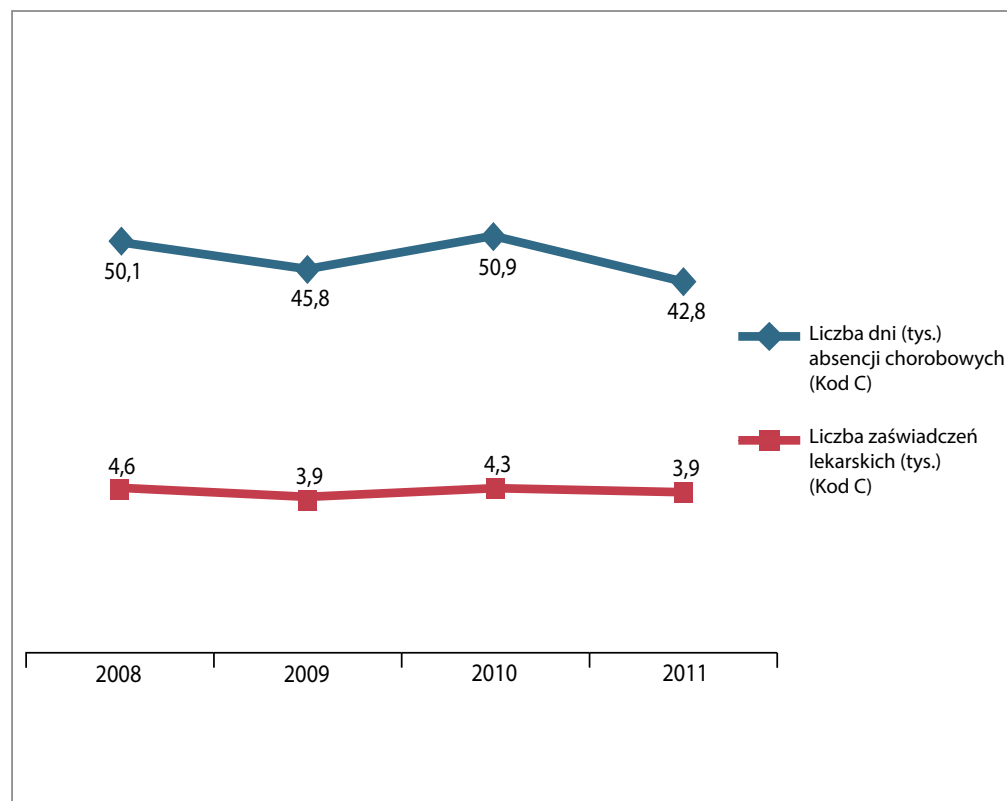
^c Absencja chorobowa w 2009 roku, ZUS, <http://www.zus.pl/files/Absencja2009.pdf>

^d Absencja chorobowa w 2008 roku, ZUS, <http://www.zus.pl/files/Absencja2008.pdf>

Źródło: Opracowanie własne na podstawie raportów ZUS Absencja chorobowa za lata 2008-2011.

76 Informacje o okolicznościach mających wpływ na prawo do zasiłku chorobowego lub o jego wysokości, zgodnie z Ustawą o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, podawane są z zastosowaniem kodów literowych niezdolności do pracy. W przypadku niezdolności do pracy spowodowanej nadużyciem alkoholu stosuje się kod C, <http://www.zus.pl/>

Wykres 24. Liczba dni absencji chorobowych oraz liczba zaświadczeń lekarskich stwierdzających niezdolność do pracy spowodowaną nadużyciem alkoholu (kod C) oraz zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane użyciem alkoholu (F-10) w latach 2008-2011



Źródło: Opracowanie własne na podstawie raportów ZUS Absencja chorobowa za lata 2008-2011.

Analizując dane ZUS, można zauważyć różnice w statystyce pomiędzy liczbą dni absencji chorobowej mężczyzn (dane dostępne tylko dla tej płci) w kategorii niezdolności do pracy spowodowanej nadużyciem alkoholu (kod C) a liczbą dni absencji w kategorii zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane użyciem alkoholu (F-10). W 2011 roku liczba dni absencji chorobowej mężczyzn w kategorii F-10 wyniosła 884,5 tysięcy, natomiast w kategorii C tylko 35,4 tysięcy dni. Pokazuje to tabela nr 30.

Tabela 30. Liczba dni absencji chorobowych mężczyzn w kategorii niezdolność do pracy spowodowana nadużyciem alkoholu (kod C) oraz zaburzeniami psychicznymi i zaburzeniami zachowania spowodowanymi użyciem alkoholu (F-10) w latach 2010-2011

Rok	Liczba dni absencji chorobowych (F-10) mężczyzn (tys.)	Liczba dni absencji chorobowych (kod C) mężczyzn (tys.)
2011 ^a	884,5	35,4
2010 ^b	863,1	42,8

^aAbsencja chorobowa w 2011 roku. ZUS, <http://www.zus.pl/files/Absencja%20chorobowa%20w%202011%20roku.pdf>

^bAbsencja chorobowa w 2010 roku. ZUS, <http://www.zus.pl/files/Absencja2010.pdf>

Źródło: Opracowanie własne na podstawie raportów ZUS Absencja chorobowa za lata 2010-2011.

Wynika to prawdopodobnie z kilku technicznych czynników. Po pierwsze lekarze w kategorii C wpisywali rozpoznania związane z dysfunkcją wielu narządów w wyniku spożycia nadmiernej ilości alkoholu, czy też po prostu nie wpisywali na wielu zaświadczeniach kodu C. W związku z tym bardziej wiarygodnymi danymi odnośnie realnej liczby dni absencji w wyniku nadmiernego spożycia alkoholu lub uzależnienia od niego jest liczba dni absencji chorobowej w kategorii F-10.

Estymacja nakładów finansowych tytułem absencji chorobowych w kategorii niezdolność do pracy spowodowana nadużyciem alkoholu w 2011 roku

Biorąc pod uwagę powyższe dane ZUS dotyczące liczby dni absencji chorobowej w kategorii zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane użyciem alkoholu (F-10), można dokonać estymacji kosztów pośrednich ponoszonych w 2011 roku.

Wyliczenie średniej kwoty płaconej za 1 dzień absencji chorobowej pracowników:

W 2011 roku przeciętne wynagrodzenie w sektorze przedsiębiorstw w Polsce wyniosło 4015,37 zł brutto.⁷⁷ Aby wyliczyć kwotę płaconą pracownikowi za dzień absencji chorobowej, należy przeciętne wynagrodzenie pomniejszyć o składki przez niego finansowane (18,71 proc.), czyli $4015,37 \cdot 18,71\% = 751,27$ zł oraz $4015,37 - 751,27 = 3264,1$ zł. Obliczamy podstawę do zasiłku chorobowego za 1 dzień zwolnienia (zawsze stanowi 1/30 przeciętnego wynagrodzenia) $1/30 = 108,80$. Za czas choroby pracownikowi przysługuje 80 proc. wynagrodzenia, czyli $108,80 \cdot 80\% = 87,04$ zł za dzień absencji chorobowej brutto. W przypadku osób do 50. roku życia pracodawca wypłaca wynagrodzenie chorobowe do 33 dni w ciągu roku kalendarzowego, a pracownikom, którzy ukończyli 50. rok życia, finansuje świadczenia chorobowe jedynie przez 14 dni kalendarzowych w roku. Świadczenia za dłuższy okres choroby finansowane są przez ZUS.⁷⁸

Oznacza to, że w roku 2011 absencje w pracy z powodu F-10 u mężczyzn, udokumentowane przez ZUS, mogły kosztować około 177 563 375 złotych. Pokazuje to tabela nr 31.

Tabela 31. Liczba dni absencji chorobowych mężczyzn w kategorii zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane użyciem alkoholu (F-10) oraz estymacja wydatków w roku 2011 w tej kategorii

Rok	Liczba dni absencji chorobowych (F-10) mężczyzn (tys.)	Kwota płacona pracownikowi za 1 dzień absencji chorobowej w 2011 roku (brutto, zł)	Estymacja wydatków
2011	884,5	87,04	107 379 507,2 zł

Źródło: Opracowanie własne na podstawie raportu ZUS Absencja chorobowa za rok 2011.

Patrząc na statystykę ZUS dotyczącą długości zwolnień (patrz wcześniejsza tabela), w większości zaświadczenia lekarskie dotyczyły okresu chorobowego do 30 dni. Z tej też przyczyny większość wydatków (a właściwie ich całość) pokrywają pracodawcy. Jest to zdecydowanie zaniżona wartość. Z racji faktu, że ZUS zarejestrował łączną liczbę 246 736,7 tys. dni absencji chorobowej w 2011 roku, warto przeliczyć, jaki odsetek całości dni absencji chorobowej w 2011 roku stanowiły dni absencji chorobowej F-10 mężczyzn. Wyniosły one 0,36 proc. absencji ogółem. Jako że nadużywanie alkoholu i choroba alkoholowa dotyczą bezpośrednio około 3,3 miliona obywateli (8,5 proc. populacji Polski) oraz, że co najmniej 2 miliony z tej grupy to pracujący mężczyźni (5 proc. populacji Polski), realną wartością wydatków tytułem absencji chorobowych spowodowanych nadużyciem alkoholu i chorobą alkoholową u mężczyzn powinno być 5 proc. całości absencji chorobowych, czyli 12 336,8 tysięcy dni absencji chorobowej. To powinno się przełożyć na kwotę 107 379 507 złotych wydatków w 2011 roku. Pokazuje to tabela nr 32 i wykres nr 25.

⁷⁷ http://www.wynagrodzenia.pl/dane_gus.php

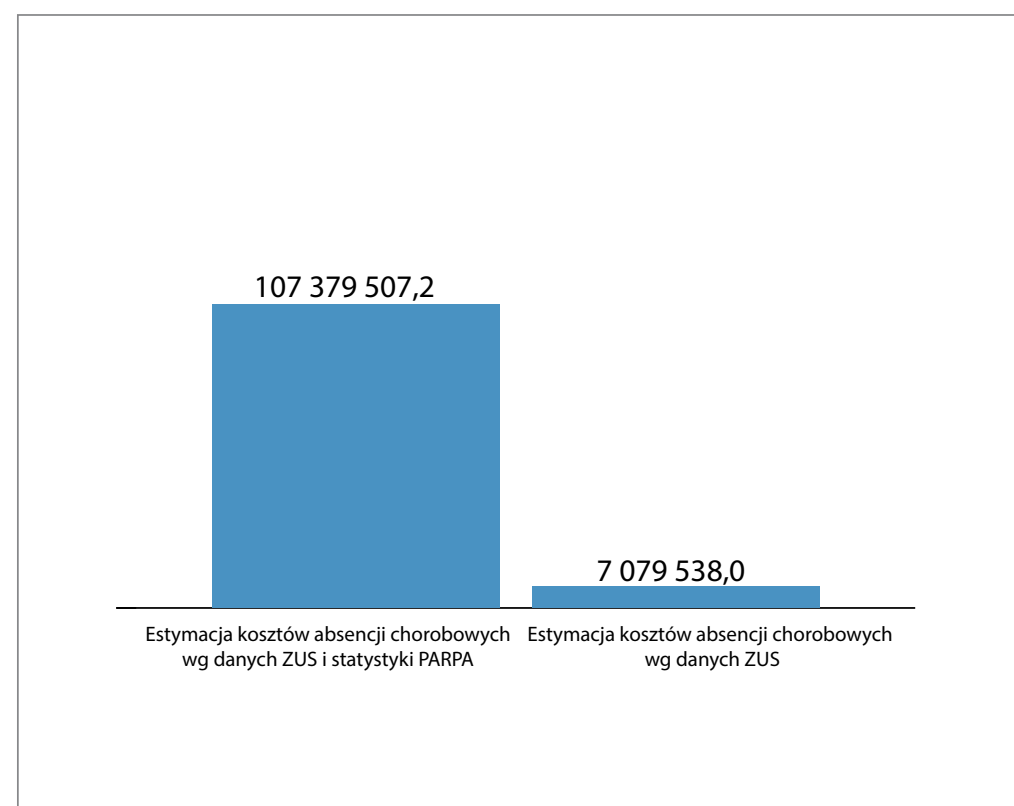
⁷⁸ <http://www.regiopraca.pl/portal/porady/prawa-pracownika/za-ile-dni-choroby-zaplaci-nam-szef>

Tabela 32. Liczba dni absencji chorobowych mężczyzn w kategorii zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane użyciem alkoholu (F-10) jako odsetek całości absencji zarejestrowanych przez ZUS oraz estymacja wydatków w roku 2011 w tej kategorii na podstawie danych epidemiologicznych dotyczących nadużywania alkoholu w Polsce

Pozycja	Wartość w 2011 roku
Liczba dni absencji chorobowych (F-10) u mężczyzn	884,5 tys. dni
Liczba dni absencji chorobowej ogółem	246 736,7 tys. dni
Odsetek liczby dni absencji F-10 do liczby dni ogółem	0,36%
Liczba osób nadużywających szkodliwie alkoholu i uzależnieni od alkoholu	3,3 miliona osób
Odsetek w całej populacji Polski	8,5%
Liczba pracujących mężczyzn w tej grupie	2 miliony osób
Odsetek w całej populacji Polski	5%
Estymowana liczba dni absencji chorobowej F-10 u mężczyzn	12 336,8 tys. dni
Kwota płacona pracownikowi za 1 dzień absencji chorobowej w 2011 roku (brutto, zł)	87,04
Estymowany wydatek tytułem absencji chorobowych F-10 mężczyzn	107 379 507,2 zł

Źródło: Opracowanie własne na podstawie raportu ZUS *Absencja chorobowa w 2011 roku* oraz danych PARPA.

Wykres 25. Estymacja kosztów absencji chorobowych F-10 w 2011 roku (w złotych)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie raportu ZUS *Absencja chorobowa w 2011 roku* oraz danych PARPA.

6.4.2. Utrata produktywności pracy

Szkody związane z piciem alkoholu przez pracowników obejmują przede wszystkim wypadki podczas pracy oraz zmniejszenie produktywności pracy z powodu mniejszej wydajności pracownika z objawami upicia alkoholem (presenteeism) i absencji w pracy

w wyniku zatrucia alkoholowego (absenteeism). Wpływ skutków spożycia alkoholu na zdolność do wykonywania różnych czynności został dobrze udokumentowany. W przypadku pewnych zawodów (transport, produkcja, ochrona zdrowia itp.) ryzyko związane z piciem alkoholu przez pracownika może spowodować poważne konsekwencje i wpłynąć na zdrowie i życie wielu osób.⁷⁹ W poniższych rozdziałach zostanie omówiony głównie aspekt ekonomiczny nadużywania alkoholu w miejscu pracy.

Rosnący problem spożywania alkoholu w populacji Europy i Polski jest obecny również w miejscu pracy.⁸⁰ Jak sugerują dane statystyczne, w zależności od państwa, sektora i zawodu od 5 do 20 proc. pracowników jest uzależnionych bądź zagrożonych uzależnieniem od alkoholu.⁸¹ Raport RAND⁸² z 2012 roku udokumentował 25-procentową utratę produktywności pracowników z powodu nadużycia alkoholu poprzedniego dnia. Praca na tzw. kacu oraz skracanie dnia pracy lub absencja z powodu nadużycia alkoholu i uzależnienia od alkoholu prowadzą na świecie do utraty produktywności i związanych z tym strat na poziomie 0,3 proc. PKB.⁸³ Dla Polski koszty pośrednie z tytułu utraty produktywności mogłyby wynieść minimum 4,57 miliarda złotych w 2011 roku. Pokazuje to tabela nr 33.

Tabela 33. Estymacja kosztu utraty produktywności pracy z tytułu nadużywania i uzależnienia od alkoholu przez pracowników w Polsce w 2011 roku

Rok	PKB Polski	0,3 proc. PKB jako szacunkowy roczny koszt utraty produktywności z tytułu nadużywania i uzależnienia od alkoholu przez pracowników w Polsce
2011	1 523,2 mld zł	4,57 mld zł

Źródło: Obliczenia własne na podstawie danych GUS, 2013.

Dodatkowo w Polsce w porównaniu do innych krajów Unii Europejskiej notuje się niską wydajność pracy. W 2010 roku produktywność polskich pracowników definiowana jako PKB przypadające na 1 godzinę pracy wyniosła zaledwie 54 proc. unijnej średniej.⁸⁴

W Polsce w ostatnich latach zmienia się stanowisko społeczeństwa w stosunku do spożywania alkoholu w miejscu pracy. Picie alkoholu w pracy staje się nietolerowane zarówno przez pracodawcę, jak i przez przełożonego i współpracowników. Wpływ na taki stan rzeczy ma na pewno obowiązujące prawo pracy. W ogólnopolskim sondażu przeprowadzonym w 2000 roku 17 proc. badanych przyznało się do konsumpcji alkoholu w miejscu pracy, a 26 proc. do tego, że była świadkiem takiej sytuacji w ciągu ostatniego roku przed badaniem. W sondażach przeprowadzonych w 2010 roku⁸⁵ nikt nie zadeklarował, że pije alkohol w miejscu pracy, a w sondażu w 2011 roku przychodzenie do pracy pod wpływem alkoholu potępiło aż 98 proc. badanych.⁸⁶

79 *Alkohol a miejsce pracy*. Raport nr 13 International Center for Alcohol Policies (ICAP), 2003, http://www.icap.org/portals/0/download/all_pdfs/Polish_content_pdf/ICAP_Reports_Polish/ICAP_Report13_Pol.pdf

80 *Maximising employee performance by minimising the impact of substances in the workplace*. MEPMIS, 2011, <http://www.alcoholdrugsandwork.eu/resources/informator-dla-pracodawcow---mepmis--2.pdf>

81 *Use of alcohol and drugs at the workplace*. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2012, <http://www.eurofound.europa.eu/docs/ewco/tn1111013s/tn1111013s.pdf>

82 *Further study on the affordability of alcoholic beverages in the EU*. RAND, 2012, http://ec.europa.eu/health/alcohol/docs/alcohol_rand_2012.pdf

83 *Best practice in estimating the costs of alcohol. Recommendations for future studies*. WHO, 2010, <http://www.euro.who.int/en/what-we-publish/abstracts/best-practice-in-estimating-the-costs-of-alcohol-recommendations-for-future-studies>

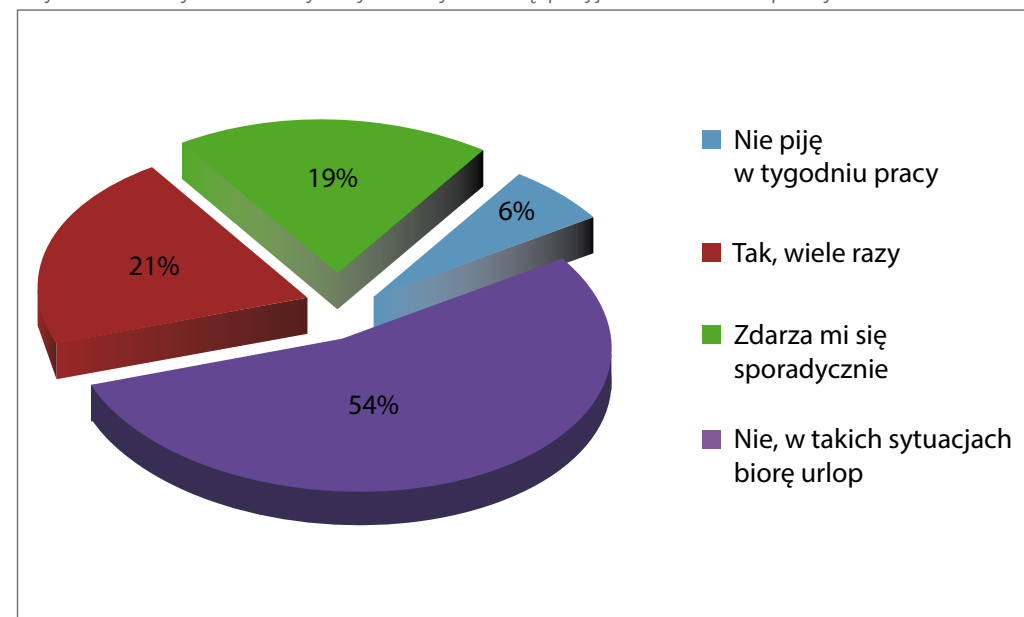
84 *Wydajność pracy w Polsce*. Sedlak & Sedlak, 2010, http://www.rynekpracy.pl/pliki/dla_prasy/198.pdf

85 Sondaż CBOS na temat spożywania alkoholu przez Polaków został przeprowadzony od 8 do 14 lipca 2010 roku na liczącej 899 osób reprezentatywnej próbie losowej dorosłych mieszkańców Polski, http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2010/K_116_10.PDF

86 Badanie *Uczciwość, sumienność i asertywność w życiu zawodowym* CBOS przeprowadził w lutym i marcu 2011 r. na grupie tysiąca osób, http://gazetapraca.pl/gazetapraca/1,90442,9772900,Nie_pij__nie_kradnij_i_pracuj_po_godzinach.html

O tym, że jest to jednak istotny problem, może świadczyć anonimowa ankieta przeprowadzona przez portal Pracuj.pl wśród 2000 respondentów na początku 2012 roku.⁸⁷ Z ankiety wynika, że co piątemu pracownikowi (21 proc.) zdarzyło się przychodzić wielokrotnie do pracy na tzw. kacu. Sporadycznie sytuacja ta spotkała podobną ilość osób (19 proc.). W sumie ten problem dotyczył aż 40 proc. pracowników. 54 proc. pracowników nie pije z zasady w tygodniu pracy, a 6 proc. pracowników, jeśli zdarzy im się wypić za dużo, na drugi dzień korzysta z urlopu na żądanie. Wyniki ankiety przedstawia wykres nr 26.

Wykres 26. Wyniki ankiety Czy zdarzyło Ci się przyjść na kacu do pracy?



Źródło: Ankieta przeprowadzona na portalu Pracuj.pl w okresie od 21 lutego do 6 marca 2012 wśród 1998 respondentów.

Obserwuje się natomiast coraz większą patologizację alkoholową populacji bezrobotnych, co poważnie ogranicza szanse na skuteczną pomoc w przezwyciężaniu bezrobocia i nędzy. Według sondażu Pentor Research International, opisującego postawę Polaków wobec ubóstwa i wykluczenia, przeprowadzonego w 2006 roku⁸⁸ alkoholizm (36 proc.) jest drugim po bezrobociu (37 proc.) czynnikiem powodującym marginalizację społeczną obywateli. Następne w kolejności czynniki to narkomania (34 proc.) i bieda (27 proc.). Badania pokazują również, że bezrobocie i alkoholizm idą w parze. Relacja przyczynowa może być dwojaka: alkoholicy są narażeni na utratę pracy bądź bezrobocie prowadzi do uzależnienia.⁸⁹

Potrzebę konieczności poprawy kapitału społecznego oraz wzmocnienia kapitału ludzkiego sygnalizuje opublikowany w tym roku raport *Wizja zrównoważonego rozwoju dla polskiego biznesu, 2050*.⁹⁰ Działania Państwa i pracodawców powinny obejmować „aktywizację zawodową osób wykluczonych, nieuczestniczących obecnie w rynku pracy m.in. z powodu niepełnosprawności, braku odpowiednich kompetencji, wykształcenia lub z powodu wieku. Konieczne jest zidentyfikowanie wszystkich istotnych grup, a następnie podjęcie działań na rzecz ich przywrócenia bądź – w niektórych przypadkach – włączenia w rynek pracy”. Także opublikowany w 2009 roku raport *Polska 2030. Wyzwania rozwojowe* wskazuje na „potrzebę kontynuacji tych przekształceń w systemie zabezpieczenia społecznego, które zmniejszą zakres korzystających ze świadczeń poniżej 65–67. roku życia do uzasadnionego społecznie minimum, zachęcą do późniejszego kończenia kariery zawodowej, a także wspomogą łączenie pracy z edukacją, opieką nad dziećmi, rehabilitacją zdrowotną i zawodową”.⁹¹

87 Ankieta prowadzona na portalu pracuj.pl od 21 lutego do 6 marca 2012, http://www.praca.pl/en_centrum-prasowe/komunikaty-prasowe/40-polakow-pracuje-na-kacu_cp-687.html

88 *Bezrobocie, alkoholizm i narkomania przyczynami wykluczenia społecznego*. PAP, 25 października 2006, <http://wiadomosci.wp.pl/kat,1342,title,Bezrobocie-alkoholizm-i-narkomania-przyczynami-wykluczenia-spo-lecznego,wid,8568656,wiadomosc.html>

89 *Problemy wykluczenia społecznego - wybrane aspekty*. Opole 2010, http://www.rops-opole.pl/pobierz/projekt-pradziad/Problemy_wykluczenia_spoecznego-wybrane_aspekty_PL.pdf

90 *Wizja zrównoważonego rozwoju dla polskiego biznesu, 2050*. <http://www.mg.gov.pl/Wspieranie+przedsiębiorczosci/Zrownowazony+rozwoj/Wizja+2050>

91 *Polska 2030. Wyzwania rozwojowe*, http://www.premier.gov.pl/rzad/polska_2030/

6.4.3. Przestępczość

6.4.3.1. Przestępczość i wykroczenia spowodowane przez nietrzeźwych sprawców

W Polsce w wybranych kategoriach przestępstw zarejestrowanych w 2011 roku,⁹² w których badany jest stan trzeźwości sprawcy,⁹³ policjanci zanotowali łącznie 320 492 podejrzanych. Stan trzeźwości ustalano u 240 888 z nich, w czym zidentyfikowano 195 230 nietrzeźwych (185 335 w 2010 roku). Nietrzeźwi stanowili 81 proc. (79,9 proc. w 2010) ogółu przebadanych. W porównaniu do roku poprzedniego nastąpiło nieznaczne zwiększenie udziału nietrzeźwych podejrzanych wśród przebadanych na stan trzeźwości, tj. o 1,1 punktu procentowego.

Tabela 34. Nietrzeźwi przestępcy w wybranych kwalifikacjach prawnych, w których w Policynym Systemie Statystyki Przestępczości TEMIDA wskazywany jest stan trzeźwości podejrzanego w latach 2009–2011

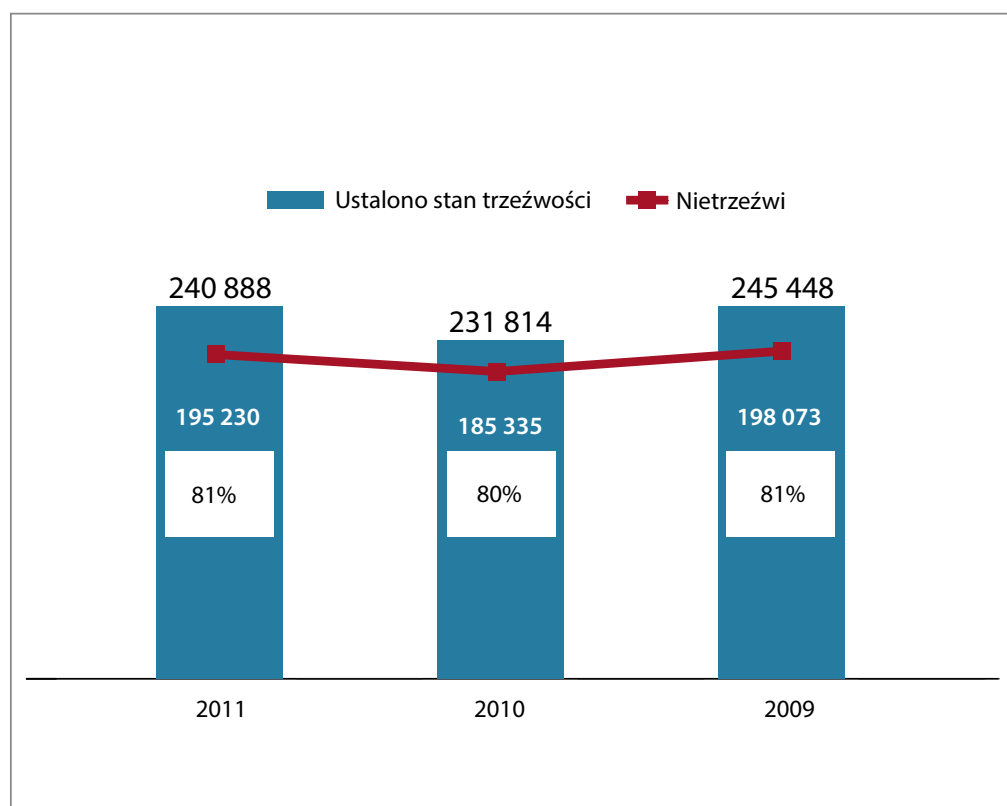
Rok	Podejrzani we wszystkich kwalifikacjach	Podejrzani w wybranych kwalifikacjach	Ustalono stan trzeźwości	Nietrzeźwi	Udział nietrzeźwych wśród zbadanych podejrzanych w proc.
2011	521942	320492	240888	195230	81
2010	516154	306200	231814	185335	79,9
2009	521699	316384	245448	198073	80,7

Źródło: Informacja z działań Policji w zakresie zapobiegania przestępczości oraz patologiom społecznym w 2011 roku.

92 *Informacja z działań Policji w zakresie zapobiegania przestępczości oraz patologiom społecznym w 2011 roku*. KGP, 2012.

93 Dotyczy przestępstw z art. 148, 151-159, 189-193, 197-199, 207, 216, 217, 222-228, 278-282, 288-289 oraz rozdziału XX (przestępstwa przeciwko bezpieczeństwu powszechnemu) i XXI (przestępstwa przeciwko bezpieczeństwu w komunikacji) Kodeksu Karnego.

Wykres 27. Nietrzeźwi sprawcy przestępstw i wykroczeń w wybranych kwalifikacjach prawnych, w których w Policynym Systemie Statystyki Przeszeczności TEMIDA wskazywany jest stan trzeźwości podejrzanego, w latach 2009-2011



Źródło: Informacja z działań Policji w zakresie zapobiegania przesteczności oraz patologiom społecznym w 2011 roku.

W przypadku poszczególnych przesteczstw i wykroczeń popełnionych przez nietrzeźwych dorosłych i nieletnich sprawców w 2011 i 2010 roku statystyka wyglądała jak w tabeli 35.⁹⁴

Tabela 35. Statystyka przesteczstw i wykroczeń popełnionych przez nietrzeźwych dorosłych i nieletnich sprawców w 2011 i 2010 roku

Kategoria przesteczstwa	Odsetek nietrzeźwych podejrzanych wśród dorosłych sprawców w 2011	Odsetek nietrzeźwych podejrzanych wśród dorosłych sprawców w 2010	Odsetek nietrzeźwych podejrzanych wśród nieletnich sprawców w 2011	Odsetek nietrzeźwych podejrzanych wśród nieletnich sprawców w 2010
Przeszeczstwa przeciwko funkcjonariuszom publicznym	86%	85%	27,6%	20%
Zabójstwo	81%	77%	71,4%	42,9%
Uszkodzenie rzeczy	79,3%	77,8%	22,5%	20,9%
Udział w bójce lub pobiciu	77,9%	75,6%	12,9%	11,1%
Zgwałcenie	71,4%	66,8%	21,9%	48,3%
Rozbój, kradzież rozbójnicza, wymuszenie rozbójnicze	70%	65,4%	15%	13,4%
Uszczerbek na zdrowiu	64,3%	63,3%	6,3%	6,2%
Kradzież cudzej rzeczy	30,4%	28,6%	5,8%	6,3%

Źródło: Informacja z działań Policji w zakresie zapobiegania przesteczności oraz patologiom społecznym w 2011 roku.

Jak wynika z powyższego zestawienia, w 2011 r. największy odsetek nietrzeźwych podejrzanych wśród ogółu przebadanych był, podobnie jak rok wcześniej, w następujących kategoriach przesteczstw: przeciwko funkcjonariuszom publicznym, zabójstwa oraz uszkodzenie rzeczy. Sytuacja taka ma niewątpliwie związek ze specyfiką tych kategorii przesteczstw, tj. zatrzymywaniem sprawców często na gorącym uczynku lub niedługo po dokonaniu przesteczstwa. Analizując nieletnich sprawców czynów karalnych, największy odsetek nietrzeźwych wystąpił wśród sprawców zgwałceń oraz zabójstw.

6.4.3.2. Wypadki drogowe spowodowane przez nietrzeźwych uczestników ruchu drogowego

W roku 2010 Komisja Europejska wydała komunikat dotyczący bezpieczeństwa ruchu drogowego *W kierunku europejskiego obszaru bezpieczeństwa ruchu drogowego: kierunki polityki bezpieczeństwa ruchu drogowego na lata 2011-2020*. Dokument ten zastąpił europejski program działań na rzecz bezpieczeństwa ruchu drogowego, który dotyczył lat 2001-2010. Nadrzędnym celem programu Komisji dla minionej dekady było zmniejszenie o połowę liczby ofiar śmiertelnych na drogach. W roku 2001 na drogach Unii Europejskiej zginęło ponad 54 000 osób. W roku 2010 zanotowano około 30 800 ofiar śmiertelnych. Chociaż cel nie został w pełni osiągnięty, wynik ten stanowił zdecydowaną poprawę, czyli spadek o 43 proc. liczby śmiertelnych ofiar wypadków drogowych.⁹⁵

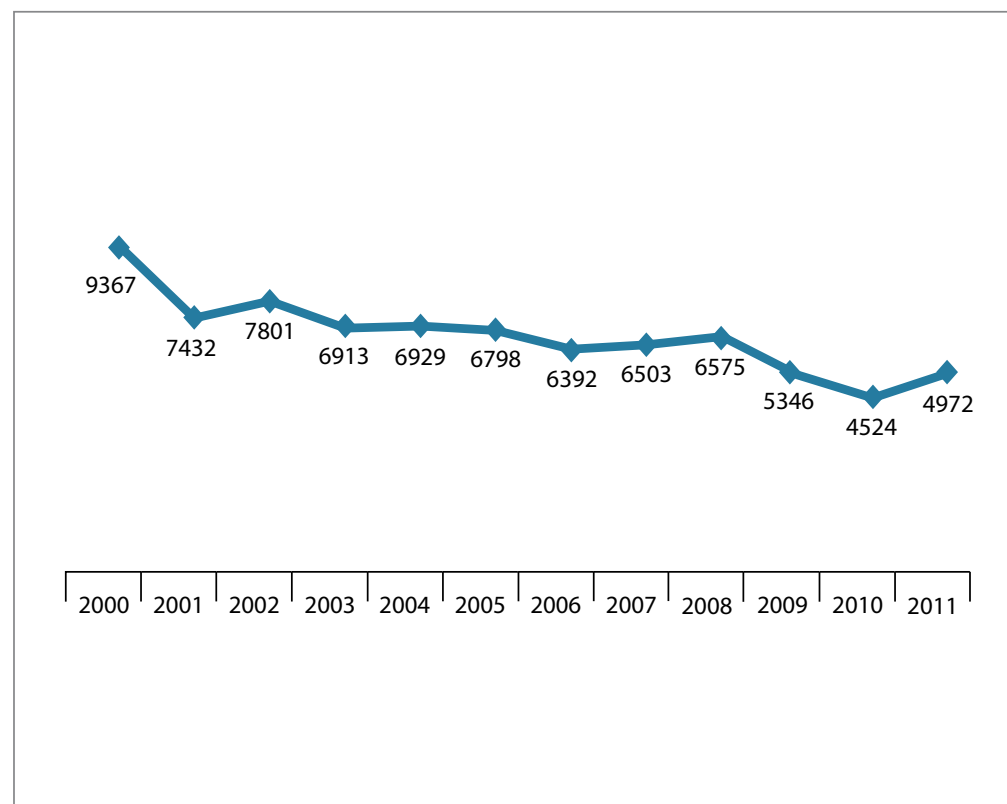
W Polsce do roku 2010 zmniejszała się liczba wypadków spowodowanych przez nietrzeźwych uczestników ruchu drogowego. Niestety w roku 2011 zwiększyła się ona o 448 (o 9,9 proc.) w porównaniu do roku poprzedniego (4 972 vs. 4524).⁹⁶ Pokazuje to wykres nr 28.

94 http://www.statystyka.policja.pl/portal/st/943/50862/Nietrzezwi_sprawcy_przeszeczstw.html

95 *Poprawa bezpieczeństwa ruchu drogowego jako wynik synergii podejmowanych działań*. Toruń, 2011, <http://www.drogizaufania.pl/upload/referaty.pdf>

96 *Wypadki drogowe w Polsce w 2011 roku*. KGP, 2013, http://statystyka.policja.pl/portal/st/1302/76562/Wypadki_drogowe__raporty_roczne.html

Wykres 28. Statystyka wypadków drogowych spowodowanych przez nietrzeźwych uczestników ruchu drogowego w latach 2000-2011



Źródło: Komenda Główna Policji, 2013.

Według danych Komendy Głównej Policji w 2011 roku nietrzeźwi użytkownicy dróg uczestniczyli w 4972 wypadkach drogowych (12,4 proc. ogółu wypadków). W ich wyniku śmierć poniosło 559 osób (13,3 proc. ogółu zabitych), a 6075 osób odniosło obrażenia (12,3 proc. ogółu rannych). W 2011 roku zanotowano 40 065 wypadków drogowych ogółem, w których zginęło 4189 osób, a 49 501 zostało rannych. Pokazuje to tabela nr 36.

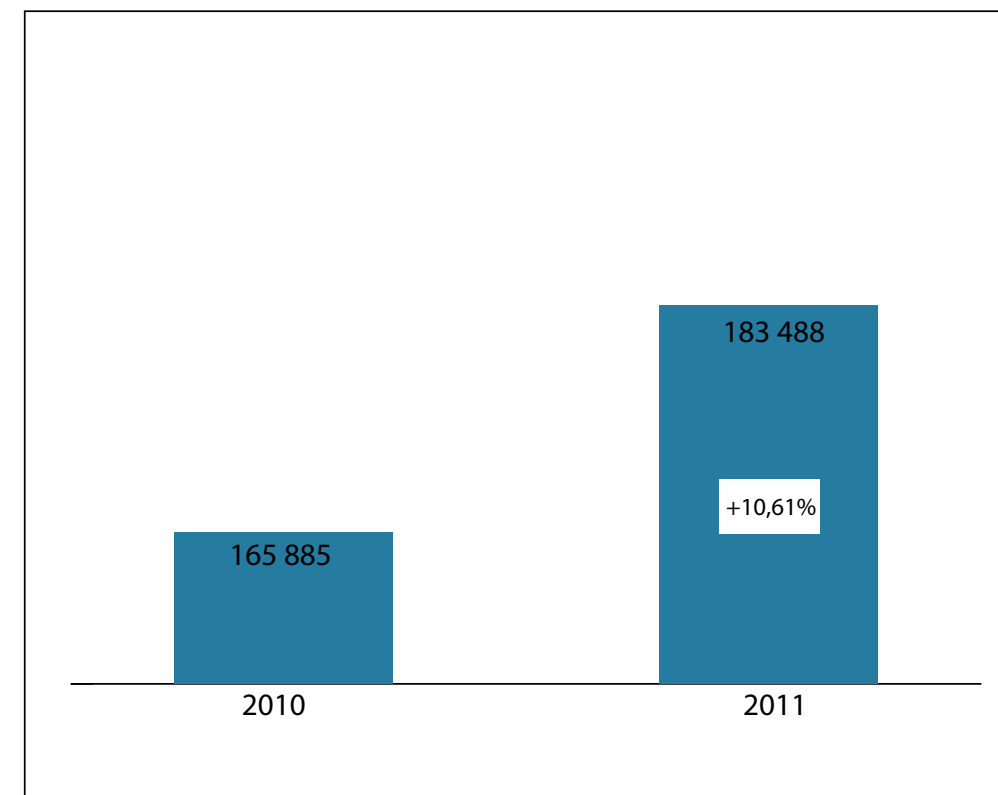
Tabela 36. Udział wypadków drogowych, zabitych i rannych z powodu nietrzeźwych uczestników ruchu w statystyce ogólnej KGP w 2011 roku

	Ogółem	Spowodowanych przez nietrzeźwych uczestników ruchu	Udział
Liczba wypadków	40 065	4972	12,4%
Liczba zabitych	4189	559	13,3%
Liczba rannych	49501	6075	12,3%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych KGP, 2013.

W 2011 roku, w porównaniu z rokiem 2010, nastąpił wzrost liczby ujawnionych kierujących pojazdami pod wpływem alkoholu (w stanie po użyciu oraz w stanie nietrzeźwości) o 17 603 osoby (+10,61 proc.). Pokazuje to wykres nr 29.

Wykres 29. Liczba ujawnionych kierujących pod działaniem alkoholu w 2010 i 2011 roku



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych KGP, 2013.

Najwięcej wypadków nietrzeźwi kierujący spowodowali na skutek niedostosowania prędkości do warunków ruchu, nieudzielenia pierwszeństwa przejazdu oraz jazdy niewłaściwą stroną drogi. Najliczniejszą grupę nietrzeźwych kierujących stanowią osoby w wieku od 25 do 39 lat. Spowodowali oni 39,7 proc. wypadków.

Najliczniejszą grupę nietrzeźwych sprawców wypadków stanowili kierujący pojazdami. Byli oni sprawcami 2717 wypadków, w których zginęło 300 osób, a ranne zostały 3753 osoby. W odniesieniu do ogólnej liczby wypadków spowodowanych przez kierujących, nietrzeźwi stanowili 8,4 proc. W porównaniu do 2010 roku liczba wypadków spowodowanych przez nietrzeźwych kierujących wzrosła o 262 (+10,7 proc.). W grupie nietrzeźwych kierujących największe zagrożenie bezpieczeństwa stanowili kierujący samochodami osobowymi, którzy spowodowali 2075 wypadków (76,4 proc. wypadków spowodowanych przez nietrzeźwych kierujących). Wskaźnik ten jest niższy niż w roku poprzednim (2010 – 77 proc.). W wypadkach zawinionych przez nietrzeźwych kierujących samochodami osobowymi zginęło 265 osób, tj. 88,3 proc. śmiertelnych ofiar zdarzeń spowodowanych przez nietrzeźwych kierujących (2010 rok – 81,9 proc.), a rannych w tych wypadkach zostało 3028 osób, tj. 80,7 proc. (2010 rok – 81,5 proc.).

Następną grupą nietrzeźwych użytkowników dróg stwarzającą zagrożenie byli rowerzyści. Spowodowali oni 244 wypadki (9 proc.), w których zginęło 12 osób (4 proc.), a 240 zostało rannych (6,4 proc.).⁹⁷

Piesi, będący pod działaniem alkoholu, spowodowali 1106 wypadków. W ich wyniku śmierć poniosło 139 osób, a 987 zostało rannych. W porównaniu do roku 2010 liczba wypadków spowodowanych przez tę grupę uczestników ruchu wzrosła o 146 (+15,2 proc.). Prawie co czwarty pieszy sprawca wypadku był pod wpływem alkoholu (mniej niż w roku ubiegłym).

Według Diagnozy Społecznej 2011⁹⁸ osoby nadużywające alkoholu w Polsce są w próbie posiadających prawo jazdy dwukrotnie częściej sprawcami kolizji lub wypadków drogowych niezależnie od wieku. Sam wiek także wiąże się z prawdopodobieństwem

97 Komenda Główna Policji, 2013, http://statystyka.policja.pl/portals/st/1302/76562/Wypadki_drogowe_raporty_roczne.html

98 Czapiński J., Panek T. *Diagnoza społeczna 2011. Warunki i jakość życia Polaków*. Warszawa, 2011, http://www.diagnoza.com/pliki/raporty/Diagnoza_raport_2011.pdf

sprawstwa kolizji lub wypadku; po 45. roku życia ryzyko bycia sprawcą kolizji lub wypadku jest niemal trzykrotnie mniejsze niż w grupie do 30. roku życia. Płeć odgrywa marginalne znaczenie. Kobiety nieistotnie statystycznie rzadziej powodują kolizję lub wypadek drogowy.

Estymacja kosztów wypadków drogowych spowodowanych przez nietrzeźwych uczestników ruchu drogowego

Według WHO wypadki drogowe stanowią jedno z najpoważniejszych zagrożeń dla zdrowia i życia ludzi. W związku z tym prewencję wypadków drogowych należy traktować jako interwencję na rzecz zdrowia publicznego. Wypadki drogowe stanowią poważne obciążenie dla finansów państwa. Do ponoszonej corocznie kwoty wydatków zalicza się m.in. wydatki sektora ochrony zdrowia (ratownictwo, hospitalizacja, rehabilitacja), wydatki z systemu ubezpieczeń społecznych (zasiłki chorobowe i renty) oraz straty materialne (zniszczenia).

Estymacja kosztów wypadków drogowych spowodowanych alkoholem w Unii Europejskiej przekracza 40 mld euro rocznie.⁹⁹

Z estymacji WHO dla Polski wynika, że roczny koszt śmiertelnych wypadków drogowych może wynosić około 11 mld zł, zaś koszt wszystkich wypadków drogowych od ok. 27 do 34 mld zł.¹⁰⁰ W 2011 roku ubezpieczyciele wypłacili ponad 9 miliardów złotych na zaspokojenie roszczeń z 1,9 mln zdarzeń drogowych. Według opracowania ekspertów z PZH¹⁰¹ w 2005 roku średnie koszty leczenia ofiary wypadku drogowego wyniosły 3493 złotych. Estymacje kosztów leczenia ofiar wypadków drogowych ponoszonych przez NFZ w roku 2012 wynoszą ok. 3 miliardy złotych.¹⁰²

Według wyliczeń Instytutu Badawczego Dróg i Mostów (IBDiM) koszt wypadków drogowych w Polsce to rocznie ok. 18 mld zł.¹⁰³ Natomiast Komenda Główna Policji szacuje koszty całościowe z perspektywy społecznej wszystkich wypadków drogowych w 2011 roku na około 30 mld złotych.¹⁰⁴

Biorąc pod uwagę powyższe dane, można dokonać estymacji kosztów wypadków drogowych spowodowanych przez nietrzeźwych jako odsetka kosztu wypadków drogowych ogółem. Opierając się na estymacjach kosztów całościowych wypadków drogowych w Polsce dokonanych przez WHO, IBDiM oraz Komendę Główną Policji, a także na statystyce z 2011 roku informującej, że wypadki spowodowane przez nietrzeźwych uczestników ruchu stanowiły 12,4 proc. wszystkich wypadków, można wyliczyć szacunkowy koszt tych wypadków z perspektywy społecznej. W roku 2011 mógł on wynieść od 2,23 do 4,22 miliardów złotych. Pokazuje to tabela nr 37.

Tabela 37. Estymacja kosztu wypadków drogowych spowodowanych przez nietrzeźwych uczestników ruchu w kosztach całościowych wypadków drogowych w Polsce w 2011 roku

Estymacja	Szacunkowy roczny koszt wypadków drogowych ogółem	Szacunkowy roczny koszt wypadków spowodowanych przez nietrzeźwych uczestników ruchu drogowego	Udział
Koszt wypadków wg WHO	27-34 mld zł	3,35-4,22 mld zł	12,4%
Koszt wypadków drogowych wg IBDiM	18 mld zł	2,23 mld zł	12,4%
Koszt wypadków drogowych wg KGP	30 mld zł	3,72 mld zł	12,4%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych KGP oraz estymacji WHO i IBDiM, 2013.

6.4.4. Śmiertelność w wyniku nadużywania alkoholu

Przedwczesna umieralność osób nadużywających alkoholu lub uzależnionych od niego przekłada się na wymierne straty ekonomiczne, wynikające z utraty ich produktywności dla społeczeństwa. Ten aspekt zasługuje na pewno na oddzielną, szczegółową analizę. Na użytek tego opracowania autorzy przygotowali estymację kosztów pośrednich wynikających ze śmiertelności obywateli w wyniku problemów alkoholowych.

Na użytek tej kalkulacji podsumowano zgony w 2010 roku w wyniku nadużywania i uzależnienia od alkoholu w Polsce. Według danych przekazanych PARPA przez Instytut Psychiatrii i Neurologii¹⁰⁵ w 2010 roku odnotowano 1580 zgonów w wyniku zaburzeń psychicznych spowodowanych alkoholem, 6881 zgonów w następstwie chorób wątroby o etiologii alkoholowej oraz 1659 zgonów z powodu zatrucia alkoholem. Razem w 2010 roku odnotowano więc 10 120 zgonów, których powodem było nadużycie alkoholu lub uzależnienie od niego. W wyniku wypadków drogowych spowodowanych przez nietrzeźwych uczestników ruchu drogowego w 2010 roku zginęło 455 osób,¹⁰⁶ a 318 osób zginęło z rąk nietrzeźwych przestępców.¹⁰⁷ Liczbę zgonów związanych z nadużywaniem alkoholu i uzależnieniem od niego w 2010 roku w Polsce prezentują tabela nr 38 i wykres nr 30.

Tabela 38. Liczba zgonów związanych z nadużywaniem alkoholu i uzależnieniem od niego w 2010 roku w Polsce

Przyczyna zgonu	Liczba zgonów
Zaburzenia psychiczne	1580
Choroby wątroby	6881
Zatrucie alkoholem	1659
Wypadki drogowe	455
Zabójstwa	318
Razem	10 893

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych IPiN i KGP, 2013.

99 A eurocare Report to the European Union, Drinking and driving in Europe. 2003, http://www.eurocare.org/resources/policy_issues/road_safety

100 Koszty wypadków drogowych. Partnerstwo dla Bezpieczeństwa Drogowego, 2012, <http://www.pbd.org.pl/wydarzenia/single/id/775>

101 Maciąg A., Kuszewski K. Szacowanie kosztów leczenia ofiar wypadków drogowych w Polsce. GAMBIT, Seminarium międzynarodowe, Bezpieczeństwo ruchu drogowego, Politechnika Gdańska, Gdańsk, 24-25 kwietnia 2008, http://www.gambit.fril.org.pl/files/Prezentacje_G2008/Piatek/09_00%20-%2009_15-K.%20Kuszewski,%20A.%20Maciąg,%20National%20Institute%20of%20Public%20Health_Warsaw%20Estimating%20Treatment%20Costs%20of%20Road%20Accident%20Victims%20in%20Poland%20.pdf

102 Koszty wypadków drogowych. Partnerstwo dla Bezpieczeństwa Drogowego, 2012, <http://www.pbd.org.pl/wydarzenia/single/id/775>

103 Koszty wypadków drogowych. Zakład Ekonomiki IBDiM, 9 maja 2012 roku, <http://www.ibdim.edu.pl/index.php/pl/component/content/article/65-aktualnosci/827-koszty-wypadkow-drogowych>

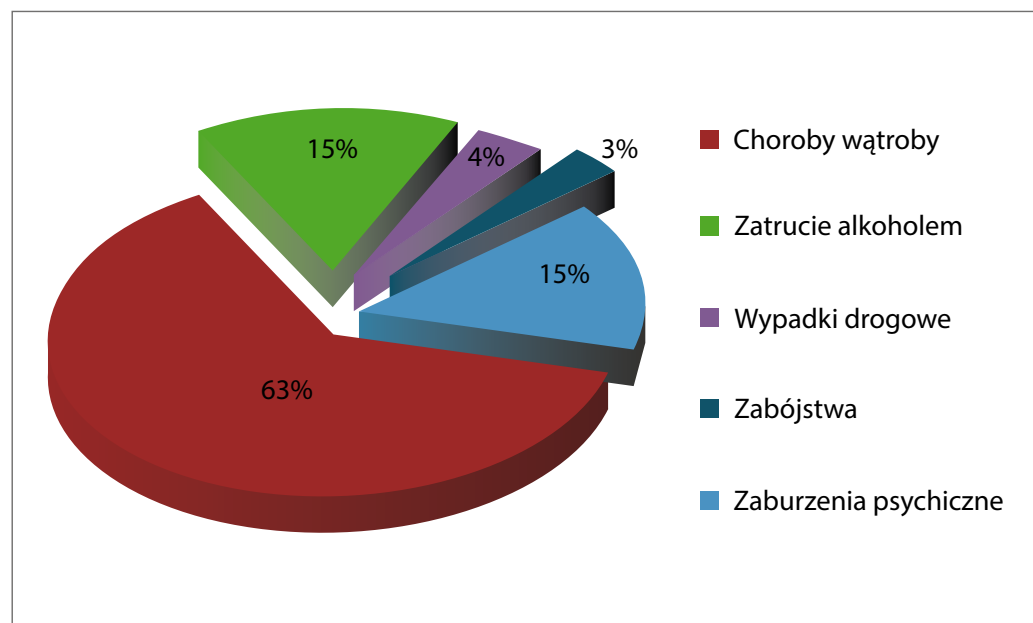
104 Komenda Główna Policji, 2013, http://statystyka.policja.pl/portal/st/1302/76562/Wypadki_drogowe__raporty_roczne.html

105 Najnowsze dostępne dane Instytutu Psychiatrii i Neurologii dotyczą 2010 roku

106 Wypadki drogowe w Polsce w 2011 roku. KGP, 2013, http://statystyka.policja.pl/portal/st/1302/76562/Wypadki_drogowe__raporty_roczne.html

107 Nietrzeźwi sprawcy przestępstw. KGP, 2013, http://www.statystyka.policja.pl/portal/st/943/50862/Nietrzezwi_sprawcy_przestepstw.html

Wykres 30. Odsetek zgonów związanych z nadużywaniem alkoholu i uzależnieniem od niego w 2010 roku w Polsce



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych IPiN i KGP, 2013.

Estymacja strat ekonomicznych związanych z przedwczesną umieralnością z powodu nadużywania alkoholu i uzależnienia od niego

Na użytek tego raportu przyjęto metodologię estymacji kosztów pośrednich¹⁰⁸ związanych z przedwczesną umieralnością zastosowaną przez Kozierkiewicza¹⁰⁹ w estymacji kosztów pośrednich HCV w Polsce w 2012 roku. Do wyliczenia kosztów pośrednich związanych z przedwczesną umieralnością eksperci przypisali każdemu utraconemu życiu jednakową wartość finansową metodą *value of statistical life* (VSL), zalecaną przez Bank Światowy. Na użytek swoich obliczeń przyjęli wartość 2,8 miliona złotych, jako aktualną dla Polski w 2010 roku. Warto w tym miejscu wspomnieć, że już w roku 2008 Giergiczny¹¹⁰ po raz pierwszy estymował wartość VSL dla Polski w przedziale 0,79-2,41 miliona USD, czyli około 1,9-5,78 miliona złotych.¹¹¹ Biorąc pod uwagę szacunkową wartość 2,8 miliona złotych za każde utracone życie w wyniku nadużycia alkoholu i uzależnienia od niego, otrzymujemy kwotę około 30,49 miliardów złotych kosztów pośrednich z powodu przedwczesnej umieralności tej grupy osób. Wyliczenie pokazuje tabela nr 39.

108 Koszty utraconej produktywności szacować można za pomocą metody kapitału ludzkiego (ang. *human capital approach*), która szacuje wartość potencjalnej utraty zarobków od chwili, gdy osoba zaprzestała aktywności zawodowej, do momentu osiągnięcia przez nią wieku emerytalnego, oraz metody kosztów frakcyjnych (ang. *friction cost method*), w której wartość utraconej w wyniku choroby produktywności zależy od tego, ile czasu potrzeba do przywrócenia wyjściowego poziomu produktywności (przyp. autorów).

109 Bogucki M., Flisiak R., Halota W. i wsp. *Raport - Rekomendacje 2013-2014. Diagnostyka i terapia przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C (wywołanego HCV) w Polsce*. Instytut Ochrony Zdrowia, Warszawa, 2012, http://www.gwiazdanadziei.pl/download/raport_komisji_zdrowia.pdf

110 Giergiczny M. *Value of a Statistical Life-the Case of Poland*. Environmental and Resource Economics, 2008, 41, 2, s. 209-221, <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10640-007-9188-2#>

111 NBP, Archiwalne kursy walut, Średni kurs 1 USD w 2008 roku wyniósł 2,4 PLN, http://www.nbp.pl/home.aspx?f=/kursy/kursy_archiwum.html

Tabela 39. Estymacja kosztu społecznego utraconej produktywności w wyniku przedwczesnej umieralności z powodu nadużywania alkoholu i uzależnienia od niego w Polsce

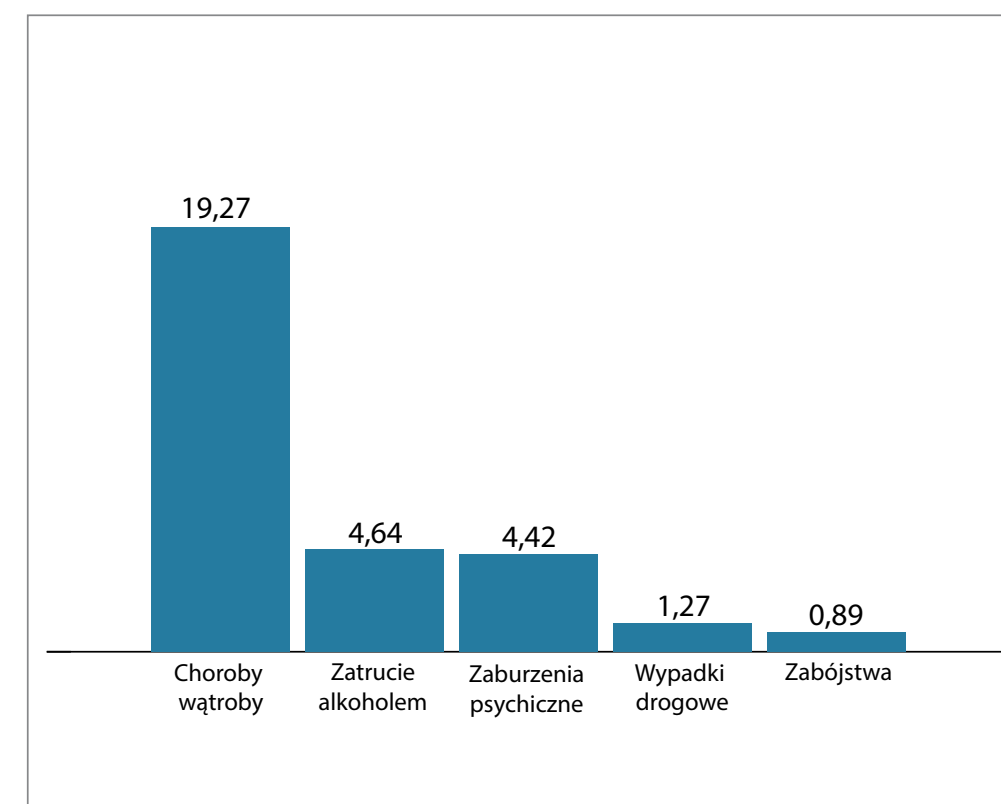
Przyczyna zgonu	Liczba zgonów*	Estymowane koszty pośrednie (mld zł)
Zaburzenia psychiczne	1580	4,42
Choroby wątroby	6881	19,27
Zatrucie alkoholem	1659	4,64
Wypadki drogowe	455	1,27
Zabójstwa	318	0,89
Razem	10 893	30,49

*Dane za 2010 rok.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych IPiN, KGP oraz IOZ, 2013.

Estymacje kosztów pośrednich wykazują, że największe koszty społeczeństwo ponosi z powodu przedwczesnej umieralności nadużywających alkohol i uzależnionych od niego w wyniku chorób wątroby, następnie zatruc alkoholem i zaburzeń psychicznych. Pokazuje to wykres nr 31.

Wykres 31. Ranking szacunkowych kosztów pośrednich spowodowanych przedwczesną umieralnością z powodu nadużywania i uzależnienia od alkoholu (w miliardach złotych)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych IPiN, KGP oraz IOZ, 2013.

Biorąc pod uwagę średnio 10 lat, jako okres rozłożenia kosztów utraty produktywności tych osób w czasie, można założyć około 3 miliardy złotych rocznie (według wyceny z 2010 roku) dla Polski.

6.5. Koszty niepoliczalne nadużywania alkoholu w Polsce

Większość osób uzależnionych od alkoholu i go nadużywających cechuje się obniżoną jakością życia, wykazaną zarówno w badaniach światowych,¹¹² jak i w polskich.¹¹³ Trzeba pamiętać, że uzależnienie od alkoholu danej osoby wpływa również (a może nawet przede wszystkim) na pogorszenie jakości życia otoczenia (rodziny, krewnych, współpracowników). Jakość życia jest tym niższa, im większy jest stopień uzależnienia człowieka.¹¹⁴ Ograniczenie konsumpcji alkoholu lub abstynencja w wyniku terapii może korzystnie wpływać na poprawę jakości życia uzależnionych. W ostatnich polskich publikacjach¹¹⁵ badacze wykazują, że w wielu przypadkach, pomimo pozytywnych zmian zachodzących w czasie leczenia, osoby uzależnione, kończąc terapię, nadal charakteryzują się istotnie gorszą jakością życia i niskim zadowoleniem w obrębie większości analizowanych sfer. Dlatego badacze zalecają diagnozowanie pacjentów w dziedzinie szeroko rozumianej jakości życia oraz zwracanie uwagi na zmiany, jakie zachodzą w tym wymiarze w trakcie leczenia uzależnień, także w aspekcie planowania terapii.

7. WNIOSKI I REKOMENDACJE WYNIKAJĄCE Z RAPORTU

7.1. Aspekt zdrowotny nadużywania alkoholu i uzależnienia od niego

- Należy podkreślić, że uzależnienie od alkoholu jest chorobą (F.10) i powinno być leczone wszystkimi dostępnymi technologiami o udowodnionej skuteczności zgodnie z obowiązującymi standardami medycznymi.
- Spożywanie alkoholu zalicza się do czynników o najbardziej szkodliwym wpływie na zdrowie i życie ludzi. Szacuje się, że przyczynia się do ponad 60 różnych rodzajów schorzeń i urazów oraz jest główną przyczyną przedwczesnych zgonów (szczególnie u mężczyzn).
- W Polsce w 2010 roku z powodu następstw klinicznych picia alkoholu zmarło co najmniej 10 120 osób (w tym 1659 osób w wyniku zatrucia alkoholem, 1580 – chorób psychicznych spowodowanych alkoholem, 6881 z powodu marskości wątroby).
- Uzależnienie od alkoholu rozwija się szybko i podstępnie, a granice pomiędzy pić okazjonalnym, ryzykownym, szkodliwym i w końcu uzależnieniem są płynne.

7.2. Aspekt ekonomiczny nadużywania alkoholu i uzależnienia od niego

- Roczne dochody państwa z tytułu podatków od sprzedaży wyrobów alkoholowych sięgają około kilkunastu miliardów złotych. W 2011 roku wpływy z akcyzy wyniosły 10,3 miliarda zł, a z opłat za zezwolenia na sprzedaż wyrobów alkoholowych 0,72 miliarda zł. Wpływy z VAT estymowane są na około 5-7 miliardów zł rocznie.
- Estymacja całościowych kosztów społecznych nadużywania alkoholu i uzależnienia od niego w 2011 roku według 1 proc. PKB wyniosła około 15 miliardów zł, natomiast według 3 proc. PKB około 45 miliardów zł.
- Według danych Narodowego Funduszu Zdrowia za rok 2011 policzalne koszty bezpośrednie medyczne leczenia uzależnienia od alkoholu oraz jego powikłań klinicznych i intoksykacji alkoholem wyniosły 421 531 255 zł. W tej kwocie leczenie odwykowe uzależnienia od alkoholu kosztowało płatnika publicznego 342 963 281 zł, hospitalizacje z powodu schorzeń wątroby spowodowanych alkoholem 55 787 144 zł, hospitalizacje z powodu intoksykacji alkoholem 20 599 362 zł i hospitalizacje z powodu schorzeń mózgu 2 181 467 zł.
- Policzalne koszty bezpośrednie niemedyczne w zakresie działań struktur rządowych i samorządowych zapobiegających nadużywaniu alkoholu oraz uzależnieniu od alkoholu wyniosły w 2011 roku 642 180 505 złotych.
- Estymacja kosztów pośrednich społecznych nadużywania alkoholu oraz uzależnienia od niego w Polsce może sięgać około 37,39–39,38 miliardów złotych rocznie. Kwota ta jest generowana przez koszty pośrednie społeczne ponoszone przez ZUS w kategorii absencji chorobowych mężczyzn (0,1 mld zł), koszty utraconej produktywności przez pracowników (4,57 mld zł), koszty społeczne wypadków drogowych spowodowanych przez nietrzeźwych kierowców (2,23–4,22 mld zł) oraz utraconej produktywności w wyniku przedwczesnej umieralności z powodu nadużywania alkoholu i uzależnienia od niego (30,49 mld zł).

112 Saatcioglu O., Yapici A., Cakmak D. *Quality of life, depression and anxiety in alcohol dependence*. Drug Alcohol Rev., 2008, 27, 1, s. 83-90, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18034385>. Także: Foster J., Powell J., Marshall E. i wsp. *Quality of life in alcohol-dependent subjects - a review*. Qual Life Res., 1999, 8, 3, s. 255-261, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10472156>

113 Płachecka L. *Jakość życia osób z uzależnieniem alkoholowym i ich rodzin*. Zdrowie Publiczne, 2004, 114(3), s. 388-393, <http://www.zdrowiepubliczne.pl/artukul/szczegoly/id/1459>

114 Černe A. i wsp. *Quality of life and alcohol consumption: a review of the literature*. Slovenian Journal of Public Health, 2012, Vol. 51, 2, s. 147-154, <http://www.degruyter.com/view/j/sjph.2012.51.issue-2/v10152-012-0017-9/v10152-012-0017-9.xml>

115 Chodkiewicz J. *Ocena jakości życia alkoholików przed i po terapii odwykowej. Co zmienia się w czasie leczenia?* Alkoholizm i Narkomania, 2012, 25,2, s. 133-150, http://www.ipin.edu.pl/ain/spis/AiN_2_2012_str_internet.pdf

- Dodatkowo w Polsce notuje się małą wydajność pracy w porównaniu do innych krajów Unii Europejskiej oraz narastające bezrobocie i wykluczenie społeczne wśród osób uzależnionych od alkoholu.
- Trudne do policzenia są koszty związane z przestępczością i wykroczeniami spowodowanymi nadużywaniem alkoholu i uzależnieniem od niego. Niepokojący jest 80-proc. odsetek przestępstw i wykroczeń popełnianych w stanie nietrzeźwości. Nietrzeźwi uczestnicy ruchu drogowego doprowadzili w 2010 roku do 455 wypadków śmiertelnych, a nietrzeźwi przestępcy dokonali 318 zabójstw. Przełożyło się to oczywiście na całociowe koszty pośrednie z powodu przedwczesnej umieralności ofiar.
- Większość osób uzależnionych od alkoholu i go nadużywających cechuje się pogorszeniem jakości życia. Trzeba pamiętać, że uzależnienie od alkoholu danej osoby wpływa na pogorszenie jakości życia otoczenia (rodziny, krewnych, współpracowników).
- W tzw. rachunku zysków i strat należy stwierdzić, że koszty społeczne i ekonomiczne nadużywania i uzależnienia od alkoholu przewyższają kilkakrotnie dochody państwa z tytułu podatków od sprzedaży wyrobów alkoholowych w Polsce.

8. RECENZJA RAPORTU AUTORSTWA PROF. SGH DR HAB. EWELINY NOJSZEWSKIEJ

Raport szeroko przedstawia wymiar finansowy skutków gospodarczych i społecznych wywołanych nadmiernym spożyciem alkoholu w Polsce na tle Unii Europejskiej. Autorzy skoncentrowali się na wymiarze pieniężnym spożycia alkoholu, a to oznacza, że również uwzględnili wpływy do budżetu ze sprzedaży alkoholu i skonfrontowali je z kosztami tego spożycia. Raport zawiera najpełniejszą – jak dotychczas – analizę finansową, chociaż nie jest ona wyczerpująca. Stanowi jednak znakomitą prezentację problemu i podstawę do weryfikacji decyzji politycznych związanych z szeroko pojętym problemem choroby alkoholowej.

Autorzy zaczęli od dokonania przeglądu badań opublikowanych w ostatnim czasie i wykorzystali dorobek europejski, przeprowadzając analogiczne badanie. Podkreślić należy dążenie do rzetelności przy omawianiu każdego aspektu zagadnienia, co przede wszystkim wyraża się wykorzystaniem danych liczbowych. Ponieważ szeregi czasowe są krótkie, na ogół ograniczone do lat 2010 i 2011, to mamy swojego rodzaju stopklatkę w filmie o finansowych konsekwencjach picia alkoholu.

Idąc za wzorcami europejskimi, w raporcie przyjęto określone metody badawcze, definicje i klasyfikacje. W punkcie 5 przedstawiono rachunki stanowiące możliwie najdokładniejsze przybliżenie wpływów budżetowych ze sprzedaży alkoholu. Najważniejsze spostrzeżenie sformułowane przez autorów głosi, że nie można obliczyć całkowitych dochodów z tego tytułu ze względu na różnorodność lub wręcz brak pewnych danych. W zasadniczej części poświęconej szeroko definiowanemu kosztowi choroby alkoholowej autorzy ograniczyli swą analizę dostępnością danych i po części zakresem analiz europejskich. Wydaje się, że można wyznaczyć dodatkowe obszary, dla których warto dokonać szacunkowych obliczeń i analizy jakościowej skutków nadmiernego spożycia alkoholu. Prezentując metodologię rachunku kosztów, autorzy skonstruowali tabelę zawierającą pozycje kosztowe (i odpowiadające im źródła danych). Będzie to niewątpliwie jedna z najszybciej części raportu i dlatego powinna być wyczerpująca. Wydaje się, że w kategorii kosztów pośrednich powinny znaleźć się możliwie wszystkie konsekwencje picia alkoholu mające wymiar finansowy, z których część jest omawiana lub wspomniana w dalszej części raportu. Przykładowo, chodzi o wypadki zarówno przy pracy, jak i drogowe, wszelkie łamanie prawa, świadczenia socjalne dla dzieci czy rodzin alkoholików. Nawet jeśli na razie nie możemy dokonać obliczeń, to należy podjąć próbę zakreslenia pełnego obszaru konsekwencji.

W raporcie przedstawiono wyniki obliczeń kosztów bezpośrednich, ale dodatkowo warto zasygnalizować, że system ochrony zdrowia finansuje opiekę medyczną także w nieuwzględnionych segmentach, jakimi są POZ i AOS oraz ratownictwo medyczne, a nie tylko hospitalizacje i leczenie odwykowe. Jest oczywiste, że niemożliwe jest dokonanie dokładnych obliczeń w odniesieniu do tych segmentów, do czego cały czas dążą autorzy. Szalenie ważne jakościowo, bo ponownie niemożliwe do przedstawienia liczbowego, są „inne wydatki” bezpośrednie pokazujące, jak szerokie jest spektrum chorób wywołanych nadmiernym spożyciem alkoholu. Ponadto autorzy zwracają uwagę na społeczne koszty zakwalifikowane jako bezpośrednie. Idąc tym tropem, należy liczyć i pokazywać wydatki publiczne wymuszone nadmiernym spożyciem alkoholu, z których prewencja i izby wytrzeźwień są najbardziej oczywiste.

Koszty pośrednie stanowią kategorię trudniejszą do sklasyfikowania i oczywiście do dokonania obliczeń. Autorzy przedstawili te kategorie kosztów, które związane są z funkcjonowaniem gospodarki. Jest to niezwykle ważny i nie przez wszystkich doceniany aspekt. Nadużywanie alkoholu prowadzi do zmniejszenia produktywności osób, których problem dotyczy, co przekłada się na zmniejszanie wielkości wytwarzanej produkcji. Ponadto, na wolumen niewytworzonego produktu krajowego brutto (PKB) wpływają zgodnie z prezentacją w raporcie: absencja w pracy, przechodzenie na renty, przedwczesna śmiertelność i bezrobocie. Szczególnie pomijana jest wartość PKB niewyprodukowanego na skutek przedwczesnej śmiertelności spowodowanej nadmiernym spożyciem alkoholu. Liczby kryjące się za tymi zjawiskami gospodarczymi i społecznymi nie zawsze są uwzględniane, chociaż oczywiście powinny być. Rodzi się pytanie: Kto ponosi te koszty? Rodziny, przedsiębiorstwa, gospodarka, społeczeństwo... Z ekonomicznego punktu widzenia warto zwrócić uwagę na skutki po stronie pracodawców, którzy np. muszą zagwarantować zastępstwo w przypadku absencji w pracy. Z badań dotyczących przyczyn absencji wynika, że drugą najważniejszą jest stres i zaburzenia psychiczne, które jakże często „leczone są” alkoholem. Ponadto nadmierne spożycie alkoholu jest jedną z przyczyn chorób chronicznych, które obciążają pracodawców. Rozmiar kosztów ponoszonych przez przedsiębiorstwa sugeruje, że one same powinny inwestować

w nienadużywanie alkoholu. Koszty takich inwestycji w kapitał ludzki będą bowiem rekompensowane wzrostem produktywności i produkcji. Ze względu na jakościowy charakter takie kierunki rozważań nie mogły znaleźć się w raporcie. Natomiast ważne jest pokazanie przez autorów kosztów wszelkiego rodzaju przestępczości i wypadków drogowych mających związek z nadmiernym spożyciem alkoholu. Kryją się za tym koszty ponoszone zarówno przez sektor prywatny, jak i publiczny.

Autorom raportu należy się uznanie za dokonane obliczenia i szacunki ujawniające finansowy i ekonomiczny wymiar skutków spowodowanych nadmiernym spożyciem alkoholu. Wymiar zdrowotny i społeczny są lepiej znane i częściej przedstawiane niż podejście finansowe i ekonomiczne. Dlatego tak cenny jest wkład autorów w zwiększenie wiedzy i rozumienie problemów analizowanych w raporcie, a szczególnie złożoności i wielkości ich rozmiaru finansowego, co nabiera znaczenia w obliczu trudności gospodarczych nie tylko w Polsce, zmuszających do precyzyjnego liczenia kosztów i korzyści każdego działania, podjętego i zaniechanego.

9. RECENZJA RAPORTU AUTORSTWA PROF. DR HAB. NAUK MED. BOLESŁAWA SAMOLIŃSKIEGO

W raporcie skupiono się nie tylko na aspektach ekonomicznych, ale również na zagadnieniach polityki zdrowotnej i zdrowia publicznego związanych z nadużywaniem i uzależnieniem od alkoholu w Europie i w Polsce.

Problem alkoholizmu to jeden z istotniejszych problemów zdrowia publicznego. Bowiem zdrowie publiczne ma na celu jako zadanie podstawowe uczynić ludzi zdrowszymi i szczęśliwszymi, a więc rozszerza tym samym zakres działania o obszary wykraczające poza tradycyjnie rozumiany system opieki zdrowotnej. Ingeruje tym samym w politykę rodzinną, bezpieczeństwo i higienę pracy, edukację, itd. Polska Prezydencja w Radzie Unii Europejskiej w drugiej połowie 2011 roku poświęciła tym zagadnieniom jeden z priorytetów. Zamysłem było, aby w obszarze zdrowia publicznego zbudować system, który by pozwalał na kooperację w poziomie i pionie, tzn.: międzyresortowo, ale z uwzględnieniem polityk lokalnych i zaangażowania instytucji administracji publicznej, w porozumieniu i współpracy z organizacjami pozarządowymi z udziałem środowisk medycznych, społecznych i edukacyjnych. Współpracę, która buduje zdrowe społeczeństwo. Wobec wyzwania, jakim jest starzejące się społeczeństwo i wynikające z tego konsekwencje zdrowotne, przekładające się na problemy organizacji państwa i bezpieczeństwa finansów publicznych, koniecznym wydaje się, aby ograniczyć wszystkie czynniki, które mogą warunkować wielochorobowość w dalszych dekadach życia naszego społeczeństwa. Choroby odalkoholowe należą do o tyle istotnych zagadnień, gdyż są *preventible*, co oznacza, iż można im bardzo skutecznie zapobiegać. Jest wiele danych, które wskazują, że jeżeli dzisiaj ograniczymy wzrost zachorowań na najbardziej rozpowszechnione choroby oraz będziemy je dobrze leczyć i zmniejszać ich skutki, to konsekwencje kliniczne i koszty ekonomiczne dla społeczeństwa ulegną zahamowaniu.¹ Szczególnie ważnym zagadnieniem jest definiowanie priorytetów zdrowia publicznego dla całej wspólnoty oraz krajów członkowskich, w oparciu o rzeczywiste dane epidemiologiczne, demograficzne i systemowe.

Problem nadużywania i uzależnienia od alkoholu jest olbrzymim wyzwaniem dla systemów zdrowia publicznego poszczególnych państw członkowskich. Większość zgonów w Unii Europejskiej (86%) spowodowana jest przez choroby przewlekłe, w tym uzależnienie od alkoholu, które odpowiada za około 10% zachorowań i zgonów w tej grupie schorzeń. Dane WHO, opublikowane w 2012 roku² są alarmujące i wykazują, że Europa należy do regionów świata o najwyższym poziomie konsumpcji alkoholu, a dynamika spożycia alkoholu wśród młodzieży rośnie. We wszystkich krajach Unii Europejskiej nadużywanie i uzależnienie od alkoholu jest bardzo dużym wyzwaniem dla zdrowia publicznego w aspekcie prowadzenia kompleksowej polityki zdrowotnej. Najbardziej rozpowszechnione interwencje z obszaru ochrony zdrowia dotyczą głównie poradnictwa psychologiczno-socjalnego dla rodzin dotkniętych problemem alkoholowym oraz konsultacji lekarskich w zakresie zapobiegania nadużywaniu i uzależnieniu od alkoholu. Ciągłe jednak kompleksowe leczenie psychoterapeutyczno-farmakologiczne finansowane ze środków publicznych nie jest dostępne dla większości potrzebujących tej interwencji. W aspekcie działań edukacyjno-społecznych prowadzone są kampanie uświadamiania problemu nietrzeźwych kierowców oraz szkodliwości picia alkoholu dla zdrowia i statusu społecznego obywateli. Należy zadać sobie pytanie, jak z punktu widzenia zdrowia publicznego prowadzić działania prozdrowotne, wykorzystując do tego wszystkich interesariuszy systemu - łącznie z przemysłem alkoholowym, który jest ważnym sektorem gospodarki europejskiej. Przeznaczenie określonego odsetka wpływów z podatku akcyzowego, podatków od sprzedaży oraz VAT wydaje się właściwym narzędziem do finansowania działań prozdrowotnych i prewencyjnych. Obecna polityka Unii Europejskiej w zakresie szkodliwego aspektu alkoholu została sformułowana w postaci Opinii Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego,³ która sugeruje

- 1 Samoliński B., *Informacja o zaawansowaniu prac przygotowujących do przewodnictwa w Unii Europejskiej – priorytety Ministerstwa Zdrowia na czas sprawowania prezydencji w Radzie Unii Europejskiej w 2011 r.*, Komisja Zdrowia Sejmu RP, 7.06.2011, <http://orka.sejm.gov.pl/Biuletyn.nsf/0/6CA389D5961A0779C12578C400494F80?OpenDocument>
- 2 Anderson P., Møller L., Galea G. *Alcohol in the European Union Consumption, harm and policy approaches*. WHO, 2012, <http://www.euro.who.int/en/what-we-publish/abstracts/alcohol-in-the-european-union.-consumption,-harm-and-policy-approaches>
- 3 Opinia Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego w sprawie: „Nadanie trwałego, długoterminowego i wielosektorowego charakteru europejskiej strategii dotyczącej szkodliwych skutków spożywania alkoholu”. Bruksela, 2009, <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2009:318:0010:0014:PL:PDF>

i podsuwa szereg narzędzi efektywnej polityki zdrowotnej. Komitet jest przekonany, że polityka antyalkoholowa powinna mieć charakter kompleksowy oraz trzeba rozpowszechnić więcej informacji na temat wpływu nadmiernego spożycia alkoholu na zdrową i godną starość, także wśród młodych obywateli Unii Europejskiej (wśród których spożycie alkoholu dynamicznie rośnie). Aspekt społeczno-ekonomiczny nadużywania i uzależnienia od alkoholu w Europie został dokładnie przedstawiony w raporcie autorstwa Rehm i Shield.⁴ Badacze estymowali koszt ekonomicznych konsekwencji nadużywania i uzależnienia od alkoholu dla krajów Europy na poziomie kilkuset miliardów euro rocznie. Są to ogromne kwoty, które na pewno można ograniczyć poprzez właściwe i kompleksowe działania edukacyjne, prewencyjne i lecznicze w poszczególnych krajach prowadzone we wszystkich grupach wiekowych obywateli.

W Polsce istnieje szansa zbudowania sprawnego systemu ochrony zdrowia. Podstawą do tego jest dobrze zorganizowany system zdrowia publicznego, racjonalna polityka zdrowotna oraz adekwatne finansowanie publiczne i prywatne. Fundamentalne jest także zrozumienie przez społeczeństwo i poszczególnych obywateli wagi odpowiedzialności za własne zdrowie, realizowanej poprzez zdrowy styl życia, ograniczanie używek, regularne badania profilaktyczne i wczesną diagnostykę chorób.⁵ Odpowiedzialność Państwa polega na kształtowaniu i definiowaniu właściwej polityki zdrowotnej i formułowaniu adekwatnych priorytetów zdrowotnych. Warto w tym momencie przybliżyć kluczowe dokumenty, które zawierają aspekt redukcji szkód zdrowotnych nadużywania i uzależnienia od alkoholu, jako jeden z najważniejszych priorytetów zdrowotnych państwa. Pierwszym z dokumentów rządowych jest Narodowy Program Zdrowia na lata 2007-2015,⁶ w którym zostały zdefiniowane priorytety zdrowotne państwa. Zawiera on zapis o priorytetowym traktowaniu problemów alkoholowych, jako „Cel operacyjny 2 - Zmniejszenie i zmiana struktury spożycia alkoholu oraz zmniejszenie szkód zdrowotnych spowodowanych alkoholem”. Najważniejszymi narzędziami realizacji polityki zdrowotnej zdefiniowanymi w programie są: ograniczenie dostępności alkoholu i nielegalnego nim obrotu, rozwijanie grup wsparcia, wdrażanie procedur wczesnej diagnozy i krótkiej interwencji na poziomie lekarza pierwszego kontaktu oraz programów profilaktycznych. Na uwagę zasługują także konkretne i mierzalne efekty zdrowotne do 2015 roku, zaplanowane jako warunek osiągnięcia sukcesu programu. Są to: ograniczenie rzeczywistego spożycia alkoholu do 6 litrów na jednego mieszkańca i napojów spirytusowych do 30% w proporcji spożywanego alkoholu, redukcja liczby nietrzeźwych kierowców o 20% oraz liczby regularnie pijących napoje alkoholowe nastolatków o 10%. Drugim dokumentem jest Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009 roku w sprawie priorytetów zdrowotnych.⁷ Punkt szósty zawiera priorytet zdrowotny, jakim jest „ograniczanie szkód zdrowotnych spowodowanych spożywaniem alkoholu”. Redukcja szkód zdrowotnych spowodowanych przez nadużywanie i uzależnienie od alkoholu wpisuje się także w zapisy Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z dnia 27 sierpnia 2004 roku. Podstawą zakwalifikowania świadczenia opieki zdrowotnej jako świadczenia gwarantowanego w zakresie, o którym mowa w art. 15 ust. 2 pkt 1-8 i 10-13, jest jego ocena uwzględniająca wpływ na poprawę zdrowia obywateli przy uwzględnieniu, czy dane schorzenie należy do priorytetów zdrowotnych oraz związanych z nim wskaźników zapadalności, chorobowości lub śmiertelności. Nie bez znaczenia jest także aspekt finansowy tego schorzenia dla systemu ochrony zdrowia.⁸ Trzecim dokumentem programowym odnoszącym się do redukcji szkód związanych z nadużywaniem i uzależnieniem od alkoholu jest oczywiście Ustawa o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi z dnia 26 października 1982 roku.⁹ Wszystkie te zapisy pozycjonują redukcję szkód klinicznych, społecznych i ekonomicznych związanych z nadużywaniem i uzależnieniem od alkoholu jako jeden z najważniejszych priorytetów zdrowotnych w Polsce.

Co więc należy zrobić, aby powyższy priorytet zdrowotny został wdrożony i zrealizowany w następnych latach? Przede wszystkim należy traktować nadużywanie i uzależnienie od alkoholu jako problem interdyscyplinarny, czyli nie tylko medyczny, ale również

społeczny i ekonomiczny. Biorąc pod uwagę, że dotyczy on wszystkich sfer życia obywatela (edukacja, praca, życie osobiste, pozycja społeczna) oraz wszystkich grup wiekowych (szczególnie młodzieży i ludzi młodych), działania prewencyjne i prozdrowotne powinny być prowadzone w sposób skoordynowany dla całego kraju. W aspekcie społecznym sytuacja jest w miarę dobrze skoordynowana. Ustawa o wychowaniu w trzeźwości obliuguje struktury samorządowe do wielokierunkowych aktywności, z jasnym źródłem finansowania tych działań. Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych nadzoruje i wspiera działania samorządów, oceniając ich wyniki w corocznych sprawozdaniach z realizacji ustawy. Patrząc jednak na olbrzymie koszty pośrednie w zakresie utraty produktywności pracy oraz szkód związanych z przedwczesną umieralnością w wyniku nadużywania i uzależnienia od alkoholu, należy zastanowić się, jak wzmocnić działania w tych obszarach. Wszystko wskazuje na to, że środki przeznaczone na medyczne działania terapeutyczne w Polsce są za małe, a kolejki oczekujących na terapię uzależnienia w profesjonalnych ośrodkach za długie. Także pracodawcy powinni bardziej zaktywizować swoje działania prozdrowotne w miejscu pracy. Jest to tym bardziej istotne, że produktywność polskiego pracownika ciągle jest niższa od średniej unijnej.

Warto zatem zastanowić się przy okazji publikacji tego raportu nad ogólnonarodową dyskusją wśród wszystkich interesariuszy na platformie zdrowia publicznego. Dyskusją, która podsumuje stan obecny problemu, jakim jest nadużywanie i uzależnienie od alkoholu w Polsce oraz doprowadzi do wniosków i rekomendacji na najbliższe lata.

Autorom raportu gratuluję kompleksowego i profesjonalnego podejścia do problemu. Mam nadzieję, że niniejsze opracowanie posłuży do stworzenia bardziej efektywnej polityki walki z nieprawidłowymi zachowaniami alkoholowymi w społeczeństwie polskim, redukując tym samym bardzo negatywne konsekwencje nie tylko zdrowotne, ale także społeczne i ekonomiczne tego zjawiska.

4 Rehm J., Shield K. *Alcohol consumption, alcohol dependence and attributable burden of disease in Europe*. Centre for Addiction and Mental Health, 2012. http://www.camh.ca/en/research/news_and_publications/reports_and_books/Documents/CAMH%20Alcohol%20Report%20Europe%202012.pdf

5 Bolesław Samoliński o polskiej prezydencji w Radzie UE i zdrowiu, Puls, Nr 4/kwiecień 2012, <http://www.oil.org.pl/res/img/img/oil/oil68/gazeta/n201204.pdf>

6 Narodowy Program Zdrowia na lata 2007-2015, Załącznik do Uchwały Nr 90/2007 Rady Ministrów z dnia 15 maja 2007r., http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/zal_urm_npz_90_15052007p.pdf

7 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych, <http://www.mz.gov.pl/wwwmz/index?mr=m491&ms=&ml=pl&mi=96&mx=0&mt=&my=9&ma=013512>

8 Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z dnia 27 sierpnia 2004 roku, <http://www.nfz.gov.pl/new/index.php?katnr=3&dzialnr=4&artnr=1036&czartnr=22>

9 Ustawa o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, http://www.parpa.pl/index.php?option=com_content&task=view&id=18&Itemid=5

10. ZAŁĄCZNIKI

Załącznik 1. Spożycie alkoholu na osobę (od 15. roku życia) w krajach członkowskich UE, w krajach kandydujących, w Norwegii oraz w Szwajcarii (2009 rok), w kolejności od największego

Kraj	Całkowite spożycie (w litrach)	Spożycie nierejestrowane (w litrach)
Średnia UE	12,45	1,6
Czechy	16,61	1,5
Rumunia ^b	16,30	3,0
Słowenia	15,31	3,0
Słowacja	14,59	3,0
Węgry	14,15	2,5
Estonia	14,05	0,7
Polska	13,60	3,0
Portugalia	13,43	2,0
Hiszpania	13,07	1,4
Czarnogóra	13,02	4,7
Litwa	13,02	0,4
Austria	13,00	0,7
Niemcy	12,87	1,0
Irlandia	12,87	1,0
Dania	12,86	2,0
Chorwacja	12,76	2,5
Luksemburg	12,76	1,0
Francja	12,70	0,4
Wielka Brytania	12,52	1,7
Finlandia	12,27	2,3
Belgia	12,00	1,0
Bulgaria	11,45	1,2
Szwajcaria	10,76	0,5
Grecja	10,55	1,8
Holandia	9,73	0,5
Włochy	9,59	2,4
Cypr	9,53	1,0
Szwecja	8,85	1,7
Norwegia ^a	8,30	1,6
Malta ^a	8,01	0,4
Islandia ^a	7,93	0,4
Była jugosłowiańska republika Macedonii	6,84	2,9
Turcja	3,64	2,2
Łotwa	W trakcie weryfikacji	

^aSpożycie alkoholu na dorosłą osobę wynosi równo lub mniej niż 70% średniej dla UE

^bSpożycie alkoholu na dorosłą osobę wynosi równo lub więcej niż 130% średniej dla UE

Źródło: *Alcohol in the European Union. Consumption, harm and policy approaches*. WHO, 2012.

Załącznik 2. Narodowy Program Zdrowia 2007-2015.¹⁰ Cel operacyjny 2. Zmniejszenie i zmiana struktury spożycia alkoholu oraz zmniejszenie szkód zdrowotnych spowodowanych alkoholem

Uzasadnienie wyboru celu:

Lata transformacji ustrojowych, oprócz korzystnych zmian w stanie zdrowia ludności, przyniosły za sobą wzrost dostępności substancji psychoaktywnych, w tym napojów alkoholowych, ze wszystkimi tego konsekwencjami dla zdrowia i porządku publicznego. Zgodnie z ocenami WHO, choroby i zaburzenia związane z alkoholem stanowią 10% globalnego obciążenia chorobami (*global burden of diseases*). W ostatnich latach konsumpcja alkoholu wysokoprocentowego w Polsce wzrosła, co było spowodowane głównie obniżeniem akcyzy na napoje spirytusowe w 2002 roku. W latach 2002-2004 nastąpił 15-procentowy wzrost konsumpcji rejestrowanej przez statystykę sprzedaży z ok. 7 do 8 l czystego alkoholu na jednego mieszkańca. Badania ankietowe zrealizowane na zlecenie Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych pokazują, że w latach 2003-2005 konsumpcja zwiększyła się o 30%. Pociągnęło to za sobą szereg niekorzystnych zjawisk, takich jak wzrost przyjęć do izb wytrzeźwień, wzrost zanotowanych przypadków interwencji policyjnych w przypadkach przemocy domowej na tle alkoholu o 8% rocznie, wzrost liczby przypadków kierowania pojazdami pod wpływem alkoholu. Zaobserwowano również znaczący wzrost przyjęć do zakładów leczenia odwykowego; między 2003 a 2004 rokiem o 7,5 tys. wzrosła liczba pacjentów zakładów stacjonarnych i o 15 tys. liczba pacjentów zakładów ambulatoryjnych.

Oczekiwane efekty do 2015 roku:

1. Ograniczenie rzeczywistego spożycia alkoholu do 6 l na jednego mieszkańca,
2. Ograniczenie udziału napojów spirytusowych w rzeczywistym spożyciu alkoholu do 30%,
3. Ograniczenie nietrzeźwości podczas prowadzenia pojazdów o 20%,
4. Zmniejszenie liczby nastolatków regularnie pijących napoje alkoholowe o 10%,
5. Wzrost liczby szkoleń zorganizowanych dla osób realizujących działania profilaktyczne w zakresie używania alkoholu w szkołach i innych placówkach oświatowych oraz instytucjach kultury.

Zadania:

1. Ograniczenie dostępności alkoholu: zmniejszenie liczby punktów sprzedaży, ograniczenie dostępności alkoholu w pobliżu głównych dróg krajowych, egzekwowanie zakazu sprzedaży nietrzeźwym, egzekwowanie zakazu sprzedaży alkoholu nieletnim.
2. Ograniczenie ekonomicznej dostępności alkoholu,
3. Ograniczenie nielegalnego obrotu napojami alkoholowymi: ograniczenie przemytu, ograniczenie nielegalnego gorzelnictwa, ograniczenie promocji napojów alkoholowych.
4. Rozwijanie grup wsparcia,
5. Wdrożenie procedury wczesnej diagnozy i krótkiej interwencji do praktyki lekarzy POZ,
6. Tworzenie i upowszechnianie programów profilaktycznych dla dzieci i młodzieży, nauczycieli i rodziców,
7. Zwiększenie kompetencji nauczycieli, instruktorów i animatorów kultury, pedagogów oraz psychologów w zakresie profilaktyki problemów dzieci i młodzieży, w tym profilaktyki problemów alkoholowych,
8. Zwiększenie dostępności pomocy profilaktycznej dla dzieci i młodzieży z grup podwyższonego ryzyka.

¹⁰ Narodowy Program Zdrowia na lata 2007-2015. Załącznik do Uchwały Nr 90/2007 Rady Ministrów z dnia 15 maja 2007, http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/zal_urm_npz_90_15052007p.pdf

Oczekiwane korzyści zdrowotne:

1. Zmniejszenie liczby zgonów z powodu przewlekłych chorób wątroby,
2. Zmniejszenie liczby zgonów z powodu zaburzeń psychicznych i behawioralnych związanych z alkoholem,
3. Zmniejszenie liczby nagłych zgonów związanych bądź spowodowanych spożyciem alkoholu, w tym: wypadków drogowych, zatruc alkoholem, innych zatruc i urazów, samobójstw,
4. Zmniejszenie ryzyka zgonu wśród uzależnionych od alkoholu,
5. Ograniczenie zapadalności na zaburzenia psychiczne i behawioralne związane z alkoholem,
6. Ograniczenie szkód zdrowotnych spowodowanych alkoholem (w tym podejmowania ryzykownych zachowań seksualnych).

Monitoring i ewaluacja:

Wskaźniki:

- rejestrowanie poziomu spożycia alkoholu,
- rejestrowanie struktury spożycia alkoholu,
- udział przypadków nietrzeźwości kierowców w ogólnej liczbie kontroli drogowych,
- przypadki nietrzeźwości wśród dzieci i młodzieży mierzone w badaniach dotyczących statusu zdrowotnego dzieci i młodzieży.

Proponowani realizatorzy zadań:

- administracja rządowa,
- Narodowy Fundusz Zdrowia,
- Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych,
- administracja samorządowa,
- zakłady opieki zdrowotnej,
- Policja,
- media.

Źródło: Narodowy Program Zdrowia na lata 2007-2015. Załącznik do Uchwały Nr 90/2007 Rady Ministrów z dnia 15 maja 2007.

11. SPIS WYKRESÓW

Wykres 1. Roczne ryzyko zgonu w wyniku chorób związanych z alkoholem	11
Wykres 2. Ryzyko śmierci z powodu urazów związanych z dawką dzienną spożywanego alkoholu	12
Wykres 3. Regionalne zróżnicowanie standaryzowanego współczynnika umieralności przypisywanego alkoholowi na 100 000 osób, według płci, w grupie wiekowej od 15 do 64 lat, na rok 2004	13
Wykres 4. Różnice regionalne w proporcji PYLL dla zgonów związanych z piciem alkoholu do wszystkich PYLL dla osób w wieku od 15 do 64 lat mieszkających w UE w 2004 roku (w procentach)	17
Wykres 5. Różnice regionalne w proporcji YLD w przypadku szkodliwego picia alkoholu oraz uzależnienia od alkoholu do wszystkich YLD dla osób w wieku od 15 do 64 lat mieszkających w UE w 2004 roku (w procentach)	18
Wykres 6. Zróżnicowanie regionalne liczby DALY spowodowanych uzależnieniem od alkoholu do wszystkich DALY dla osób w wieku od 15 do 64 lat mieszkających w UE w 2004 roku (w procentach)	19
Wykres 7. Koszty społeczne nadużywania alkoholu i uzależnienia od niego w Unii Europejskiej w 2010 roku (w miliardach euro)	23
Wykres 8. Koszty społeczne nadużywania alkoholu i uzależnienia od niego w Unii Europejskiej w 2010 roku	24
Wykres 9. Spożycie 100-proc. alkoholu w przeliczeniu na jednego mieszkańca Polski w litrach w latach 1999-2011	25
Wykres 10. Zmiany w strukturze spożycia napojów alkoholowych w latach 2008-2011	26
Wykres 11. Przeciętne miesięczne wydatki na wyroby alkoholowe na jedną osobę w gospodarstwach domowych w latach 2008-2011 (w złotych)	27
Wykres 12. Struktura dochodów z podatku akcyzowego w 2011 roku	32
Wykres 13. Struktura dochodów z podatku akcyzowego od napojów alkoholowych w 2011 roku.	33
Wykres 14. Wysokość dochodów państwa z tytułu podatku akcyzowego od sprzedaży napojów alkoholowych (w tysiącach złotych) w latach 2002-2011	34
Wykres 15. Zidentyfikowane koszty bezpośrednie medyczne uzależnienia od alkoholu, następstw klinicznych tej choroby oraz zatrucia alkoholem w 2011 roku w procentach	40
Wykres 16. Przeznaczenie kontraktu NFZ na świadczenia w zakresie leczenia uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia według rodzaju placówki, dane procentowe za 2011	42
Wykres 17. Koszty hospitalizacji pacjentów w wyniku zatruc ogółem oraz zatruc etanolem poniesione przez NFZ w 2011 roku	44
Wykres 18. Koszty hospitalizacji pacjentów w wyniku schorzeń wątroby o etiologii alkoholowej poniesione przez NFZ w 2011 roku w podziale na kody K70	45
Wykres 19. Podział środków publicznych wydanych w 2011 roku na realizację zadań związanych z rozwiązywaniem problemów alkoholowych (w złotych)	48
Wykres 20. Udział procentowy w całości wydatków struktur samorządowych na przeciwdziałanie alkoholizmowi w 2011 roku	50
Wykres 21. Udział wartościowy w całości wydatków struktur samorządowych na przeciwdziałanie alkoholizmowi w 2011 roku (w złotych)	50
Wykres 22. Liczba osób umieszczonych w 33 izbach wytrzeźwień w Polsce w 2010 i 2011 roku	52

Wykres 23. Absencja chorobowa z tytułu choroby własnej osób ubezpieczonych w ZUS według długości absencji chorobowej oraz kodu literowego C niezdolności do pracy	55
Wykres 24. Liczba dni absencji chorobowych oraz liczba zaświadczeń lekarskich stwierdzających niezdolność do pracy spowodowaną nadużyciem alkoholu (kod C) oraz zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane użyciem alkoholu (F-10) w latach 2008-2011	56
Wykres 25. Estymacja kosztów absencji chorobowych F-10 w 2011 roku (w złotych)	58
Wykres 26. Wyniki ankiety Czy zdarzyło Ci się przyjść na kacu do pracy?	60
Wykres 27. Nietrzeźwi sprawcy przestępstw i wykroczeń w wybranych kwalifikacjach prawnych, w których w Policynym Systemie Statystyki Przestępczości TEMIDA wskazywany jest stan trzeźwości podejrzanego, w latach 2009-2011	62
Wykres 28. Statystyka wypadków drogowych spowodowanych przez nietrzeźwych uczestników ruchu drogowego w latach 2000-2011	64
Wykres 29. Liczba ujawnionych kierujących pod działaniem alkoholu w 2010 i 2011 roku	65
Wykres 30. Odsetek zgonów związanych z nadużywaniem alkoholu i uzależnieniem od niego w 2010 roku w Polsce	68
Wykres 31. Ranking szacunkowych kosztów pośrednich spowodowanych przedwczesną umieralnością z powodu nadużywania i uzależnienia od alkoholu (w miliardach złotych)	69

12. SPIS TABEL

Tabela 1. Liczba zgonów związanych z alkoholem na terenie Europy w zakresie różnych kategorii chorób w grupie wiekowej od 15. do 64. roku życia	10
Tabela 2. Spożycie alkoholu na osobę (od 15. roku życia) w różnych regionach Europy w 2009 roku	15
Tabela 3. Liczba krajów europejskich prowadzących programy polityki społecznej zwiększające świadomość negatywnego wpływu alkoholu w latach 2007-2010	20
Tabela 4. Najbardziej kosztowo-efektywne interwencje z zakresu zmniejszenia szkodliwego wpływu alkoholu na społeczeństwo Europy – w kolejności od najbardziej opłacalnej w kategorii liczby zyskanych DALY	21
Tabela 5. Liczba państw oferujących interwencje w zakresie przeciwdziałania zdrowotno-społecznym skutkom nadużywania alkoholu poprzez system ochrony zdrowia	21
Tabela 6. Działania prewencyjno-odwykowe w miejscu pracy	22
Tabela 7. Populacje osób w Polsce, u których występują różne kategorie problemów alkoholowych (dane szacunkowe)	28
Tabela 8. Dochody podatkowe państwa w 2011 roku z wyszczególnieniem dochodów ze sprzedaży wyrobów alkoholowych	31
Tabela 9. Wysokość dochodów państwa z tytułu podatku akcyzowego od sprzedaży napojów alkoholowych (w tysiącach złotych) w latach 2002-2011	33
Tabela 10. Liczba punktów sprzedaży detalicznej i hurtowej napojów alkoholowych w Polsce w 2011 roku	35
Tabela 11. Dochody z tytułu wpływów z opłat za wydanie zezwoleń na sprzedaż alkoholu w 2010 i 2011 roku (w złotych)	36
Tabela 12. Lista pozycji kosztowych dla przeprowadzenia badania kosztów związanych ze szkodliwym użytkowaniem alkoholu oraz uzależnieniem od alkoholu	38
Tabela 13. Szacunkowy koszt ekonomiczny nadużywania alkoholu i uzależnienia od niego dla gospodarki Polski jako 1 proc. PKB w latach 2010 i 2011	39
Tabela 14. Zidentyfikowane koszty bezpośrednie medyczne uzależnienia od alkoholu, następstw klinicznych tej choroby oraz zatrucia alkoholem w 2011 roku	40
Tabela 15. Liczba placówek leczenia uzależnienia od alkoholu korzystających z finansowania publicznego w 2011 roku	41
Tabela 16. Publiczne ośrodki leczenia odwykowego w zakresie uzależnienia od alkoholu w Polsce, w kolejności według liczby osobodni terapii w 2011 roku wg GUS	41
Tabela 17. Ogólne wartości kontraktów placówek leczenia uzależnienia od alkoholu w latach 2008-2011	42
Tabela 18. Koszty hospitalizacji pacjentów w wyniku zatrucia etanolem poniesione przez NFZ w 2011 roku	43
Tabela 19. Koszty hospitalizacji pacjentów w wyniku schorzeń wątroby o etiologii alkoholowej poniesione przez NFZ w 2011 roku	45
Tabela 20. Koszty hospitalizacji pacjentów z powodu zwyrodnienia układu nerwowego wywołanego przez alkohol poniesione przez NFZ w 2011 roku	46
Tabela 21. Przykładowe koszty terapii w prywatnym ośrodku leczenia uzależnień	47
Tabela 22. Podział środków publicznych wydanych w 2011 roku na realizację zadań związanych z rozwiązywaniem problemów alkoholowych	48
Tabela 23. Wydatki struktur samorządowych na ochronę zdrowia i przeciwdziałanie alkoholizmowi w latach 2010 i 2011	51
Tabela 24. Liczba osób umieszczonych w 33 izbach wytrzeźwień w Polsce w 2010 i 2011 roku	52

Tabela 25. Wydatki budżetów samorządów terytorialnych na izby wytrzeźwień w 2010 i 2011 roku	52
Tabela 26. Estymacja rocznych kosztów pośrednich nadużywania alkoholu i uzależnienia od niego dla Polski	53
Tabela 27. Liczba zwolnień lekarskich wydanych z tytułu choroby własnej osobom ubezpieczonym w ZUS według ich płci oraz kodu literowego niezdolności do pracy	54
Tabela 28. Liczba dni absencji chorobowej z tytułu choroby własnej osób ubezpieczonych w ZUS według ich płci oraz kodu literowego niezdolności do pracy	54
Tabela 29. Liczba dni absencji chorobowych oraz liczba zaświadczeń lekarskich stwierdzających niezdolność do pracy spowodowaną nadużyciem alkoholu (kod C) oraz zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane użyciem alkoholu (F-10) w latach 2008-2011	55
Tabela 30. Liczba dni absencji chorobowych mężczyzn w kategorii niezdolność do pracy spowodowana nadużyciem alkoholu (kod C) oraz zaburzeniami psychicznymi i zaburzeniami zachowania spowodowanymi użyciem alkoholu (F-10) w latach 2010-2011	56
Tabela 31. Liczba dni absencji chorobowych mężczyzn w kategorii zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane użyciem alkoholu (F-10) oraz estymacja wydatków w roku 2011 w tej kategorii	57
Tabela 32. Liczba dni absencji chorobowych mężczyzn w kategorii zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane użyciem alkoholu (F-10) jako odsetek całości absencji zarejestrowanych przez ZUS oraz estymacja wydatków w roku 2011 w tej kategorii na podstawie danych epidemiologicznych dotyczących nadużywania alkoholu w Polsce	58
Tabela 33. Estymacja kosztu utraty produktywności pracy z tytułu nadużywania i uzależnienia od alkoholu przez pracowników w Polsce w 2011 roku	59
Tabela 34. Nietrzeźwi przestępcy w wybranych kwalifikacjach prawnych, w których w Policynym Systemie Statystyki Przemocności TEMIDA wskazywany jest stan trzeźwości podejrzanego w latach 2009 – 2011	61
Tabela 35. Statystyka przestępstw i wykroczeń popełnionych przez nietrzeźwych dorosłych i nieletnich sprawców w 2011 i 2010 roku	63
Tabela 36. Udział wypadków drogowych, zabitych i rannych z powodu nietrzeźwych uczestników ruchu w statystyce ogólnej KGP w 2011 roku	64
Tabela 37. Estymacja kosztu wypadków drogowych spowodowanych przez nietrzeźwych uczestników ruchu w kosztach całościowych wypadków drogowych w Polsce w 2011 roku	67
Tabela 38. Liczba zgonów związanych z nadużywaniem alkoholu i uzależnieniem od niego w 2010 roku w Polsce	67
Tabela 39. Estymacja kosztu społecznego utraconej produktywności w wyniku przedwczesnej umieralności z powodu nadużywania alkoholu i uzależnienia od niego w Polsce	69