

Jacek Moskalewicz, Justyna Żulewska-Sak

ALKOHOL W LATACH TRANSFORMACJI USTROJOWEJ W POLSCE.
RAPORT Z REALIZACJI CELU OPERACYJNEGO NARODOWEGO
PROGRAMU ZDROWIA¹

Zakład Badań nad Alkoholizmem i Toksykomaniami,
Instytut Psychiatrii i Neurologii
Kierownik: Jacek Moskalewicz

Artykuł jest skróconą wersją raportu z monitoringu Narodowego Programu Zdrowia w odniesieniu do celu 4: Zmniejszenie i zmiana struktury spożycia alkoholu oraz zmniejszenie szkód zdrowotnych spowodowanych alkoholem. Omówiono trendy w konsumpcji alkoholu i związanej z tym chorobowości i umieralności.

Słowa kluczowe: Narodowy Program Zdrowia, monitoring, alkohol, spożycie, chorobowość, umieralność, wypadki drogowe.

Key words: National Health Programme, monitoring, alcohol consumption, morbidity, mortality, road accidents.

WSTĘP

Ponad 35 lat temu, *Andrzej Świącicki* w swojej klasycznej książce: *Alkohol – zagadnienia polityki społecznej* pisał: „Spożycie (alkoholu – J. M., J. Ż.) to pozostawione żywiołowemu biegowi procesów gospodarczych i kulturowych stwarza skutki ujemne, dające się przeliczyć na miliardy złotych i miliony ludzi borykających się co dzień z trudnościami powodowanymi nietrzeźwością lub nałogiem” (1). Ponad 25 lat temu międzynarodowa grupa wybitnych naukowców pracujących pod kierownictwem fińskiego uczonego *Kettila Bruuna* (2) udokumentowała wyraźną współzależność między średnim poziomem konsumpcji alkoholu a rozpowszechnieniem wielu komplikacji zdrowotnych. Dzięki ich pracy, znanej jako *Purple book*, poziom spożycia alkoholu zyskał rangę ważnej dla zdrowia publicznego kwestii. Już na początku lat osiemdziesiątych, Strategia Światowej Organizacji Zdrowia *Zdrowie dla Wszystkich w Roku 2000* (3), umieszcza kwestię ograniczenia

¹ Opracowanie wykonane w ramach umowy między Ministerstwem Zdrowia a Państwowym Zakładem Higieny na Monitorowanie Oczekiwanych Efektów Realizacji Narodowego Programu Zdrowia w 2002 r. dot. celu operacyjnego NPZ nr 4: Zmniejszenie i zmiana struktury spożycia alkoholu oraz zmniejszenie szkód zdrowotnych spowodowanych alkoholem.

konsumpcji alkoholu wśród strategicznych celów, których osiągnięcie miało przynieść „zdrowie dla wszystkich”. Strategia ta budzi zainteresowanie zarówno na wschodzie i zachodzie Europy. Na Zachodzie, była atrakcyjna przede wszystkim dlatego, że dawała nadzieje na ograniczenie rosnących lawinowo wydatków na leczenie, w tym na leczenie odwykowe. Na Wschodzie – rozwiązanie kwestii alkoholu miało pomóc w wyjściu z głębokiego kryzysu gospodarczego i politycznego. Lata osiemdziesiąte przyniosły zahamowanie a nawet spadek konsumpcji alkoholu w obu częściach Europy. Tendencja spadkowa pojawiła się również w innych krajach rozwiniętych, w tym w Stanach Zjednoczonych i Kanadzie i utrzymała się na Zachodzie do końca XX wieku. Na wschodzie Europy, lata dziewięćdziesiąte przyniosły gwałtowny wzrost konsumpcji napojów alkoholowych, który miał decydujący wpływ na kryzys demograficzny obejmujący śmierć ponad trzech milionów ludzi, przede wszystkim mężczyzn w wieku produkcyjnym, wieku najwyższej konsumpcji alkoholu (4).

W końcu lat dziewięćdziesiątych, Światowa Organizacja Zdrowia ponownie umieszcza kwestię alkoholu w swojej strategii *Zdrowie 21* (5). Cel 12, dotyczący ograniczania szkód związanych z alkoholem, narkotykami i tytoniem mówi: „W roku 2015, ...we wszystkich krajach konsumpcja alkoholu ... nie może przekraczać 6 litrów per capita ...”. Według ocen ŚOZ alkohol jest odpowiedzialny za 9% obciążenia chorobami w Regionie Europejskim, od 40% do 60% zgonów z powodu wypadków i urazów ma związek z alkoholem, alkohol zwiększa ryzyko chorób wątroby, niektórych typów nowotworów, nadciśnienia i udarów. Chociaż spożycie alkoholu ogranicza ryzyko choroby wieńcowej, następuje to przy konsumpcji nie przekraczającej 10 gramów etanolu dziennie i dotyczy w zasadzie osób po czterdziestce. Ryzyko choroby wieńcowej rośnie przy wyższych poziomach spożycia.

Szacuje się, że 10% spadek średniej konsumpcji alkoholu przynosi 2% spadek umieralności mężczyzn oraz 5% spadek liczby wypadków, samobójstw i zabójstw w populacji.

ŚOZ zaleca stosowanie kompleksowej polityki wobec alkoholu. Za najbardziej skuteczne jej elementy uznaje politykę fiskalną, ograniczenia dotyczące dostępności alkoholu, w tym ograniczenia czasu i miejsca sprzedaży, ograniczenia zawartości alkoholu w napojach alkoholowych, ograniczenia reklamy, wyłączenie picia z sytuacji podwyższających ryzyko jego działania takich, jak praca czy prowadzenie pojazdów. ŚOZ zaleca również krótkie interwencje w podstawowej opiece zdrowotnej, polegające najogólniej na identyfikacji pacjentów nadmiernie pijących i uświadomieniu im związku między piciem a ich konkretnymi problemami zdrowotnymi. Krótka interwencja może obejmować proste techniki pomagające w ograniczeniu picia.

Biorąc pod uwagę dotychczasowe doświadczenia i zalecenia ŚOZ, monitoring *Narodowego Programu Zdrowia 1996–2005* w odniesieniu do alkoholu obejmował następujące cele operacyjne:

Zmniejszenie średniego spożycia alkoholu na głowę ludności o 10% w stosunku do spożycia w okresie 1994/95.

Zmniejszenie udziału alkoholi wysokoprocentowych w ogólnej strukturze spożycia napojów alkoholowych o 20% w stosunku do okresu 1994/95.

Zmniejszenie szkód zdrowotnych spowodowanych ryzykownym i szkodliwym piciem alkoholu.

Zmniejszenie śmiertelności i uszkodzeń zdrowia u osób uzależnionych od alkoholu.

AKTUALNY STAN I OCZEKIWANE EFEKTY DO 2005 ROKU

Zmniejszenie średniego spożycia o 10% w stosunku do spożycia w latach 1994–1995

Na początku transformacji, rejestrowana konsumpcja alkoholu w Polsce zmniejszyła się z około 7 litrów etanolu na jednego mieszkańca w końcu lat osiemdziesiątych do 6,2 litra w roku 1990. Ten spadek, w sposób oczywisty, wiązał się z aferą *Schnapsgate*, w wyniku której – według konserwatywnych oszacowań NIK – na nasz rynek trafiło dodatkowo około 40 milionów litrów alkoholu niezarejestrowanego przez statystyki sprzedaży (6). W dziesięcioleciu 1990-2000 rejestrowana konsumpcja nieznacznie wzrosła – do 6,8 litra. Wpływ na to miała przede wszystkim konsumpcja piwa, która uległa podwojeniu z około 30 litrów w 1990r. do ponad 60 litrów w dziesięć lat później. Wzrosła też o około 50% sprzedaż wina, w której ciągle prawie 90% stanowiły tanie wina owocowe lub napoje winopodobne. W tym samym czasie nastąpił mniej więcej dwukrotny spadek rejestrowanej sprzedaży wódek.

W 2001r. rejestrowane spożycie napojów alkoholowych wynosiło 6,3 litra etanolu na jednego mieszkańca i było o 0,2 litra mniejsze niż średnio w latach 1990–2000. Na spadek ten złożyły się przede wszystkim ograniczenie konsumpcji napojów spirytusowych oraz wina. Spożycie piwa nie uległo zmianie. W porównaniu z referencyjnymi latami 1994–1995, kiedy to spożycie wynosiło odpowiednio 6,48 i 6,27, nie odnotowano istotnych różnic.

Inaczej miała się rzecz ze spożyciem rzeczywistym, uwzględniającym zarówno to co rejestrują statystyki sprzedaży, jak i to co nie wchodzi do oficjalnych rejestrów. Afera *Schnapsgate* uzmysłowiła możliwości pierwotnej akumulacji kapitału w drodze nielegalnych transakcji na rynku alkoholowym i dała impuls nowym inicjatywom. Wymienić tu można „hurtowy” przemysł ciężarówkami TIR, działalność tysięcy drobnych przemysłowców zwanych mrówkami, sprzedaż w kraju alkoholu pozornie przeznaczonego na eksport, nielegalne „wycieki” z przemysłu spirytusowego i gorzelni rolniczych, sprzedaż do celów konsumpcyjnych alkoholu kwalifikowanego jako techniczny, znaczne dostawy wina owocowego z nielegalnych wytwórni. W rezultacie konsumpcję rzeczywistą w latach 1990–1996 można było szacować na poziomie od 10 do 11 litrów na jednego mieszkańca (7). W tamtych latach, a zwłaszcza w roku 1995, kiedy to konsumpcję szacowano na 11 litrów, większość wskaźników szkód zdrowotnych spowodowanych przez alkohol osiągnęła najwyższy w historii poziom. Dotyczy to pierwszorazowych hospitalizacji z powodu psychoz alkoholowych, zgonów z powodu uzależnienia od alkoholu i psychoz, zgonów z powodu chorób wątroby i zatruc alkoholem.

Dane epidemiologiczne za 2001r. nie są w pełni spójne. Utrzymuje się wysoka dynamika pierwszorazowych przyjęć do leczenia odwykowego, których wskaźniki w porównaniu do 1995r. są o od 40% do 60% wyższe, odpowiednio dla leczenia stacjonarnego i ambulatoryjnego. Umieralność z powodu chorób wątroby jest blisko 10% wyższa; z powodu zaburzeń psychicznych związanych z alkoholem niższa, niż 6 lat wcześniej, ale ciągle prawie dwa razy większa, niż w latach osiemdziesiątych; współczynniki zgonów z powodu zatruc alkoholem powróciły do poziomu z lat osiemdziesiątych. Biorąc pod uwagę te wszystkie dane można szacować, że spożycie alkoholu na początku XXI wieku jest niższe, niż w referencyjnych latach 1994–1995, ale ciągle znacznie wyższe, niż w latach osiemdziesiątych i mieści się w przedziale od 9,5 do 10,0 litrów na jednego mieszkańca. Przy takim oszacowaniu efekt zakładany w NPZ, tzn. dziesięcioprocentowe zmniejszenie spożycia w stosunku do lat 1994–1995 został już osiągnięty.

***Zmniejszenie udziału alkoholi wysokoprocentowych
w ogólnej strukturze spożycia napojów alkoholowych o 20%
w stosunku do okresu 1994–1995***

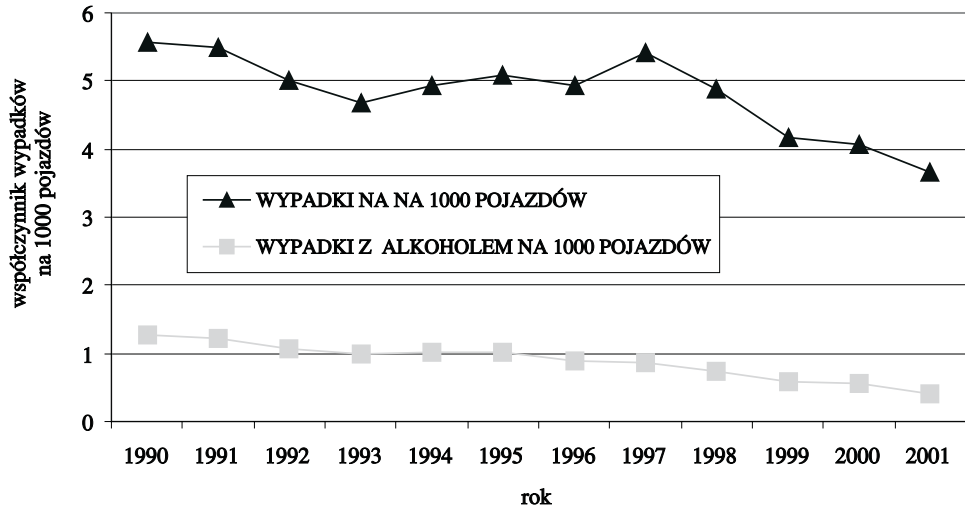
Polska tradycyjnie zaliczana jest do krajów, w których dominuje tzw. północno-wschodni lub skandynawski wzór picia, w którym, wśród napojów alkoholowych, najchętniej pije się wódki. W okresie międzywojennym, blisko 90% konsumpcji alkoholu stanowiły napoje spirytusowe. Od lat pięćdziesiątych obserwowano istotne zmiany w strukturze konsumpcji. W latach 1950–1988 ich udział spadł do 68% na rzecz wina i piwa. Proces ten przebiegał u nas wolniej niż w krajach skandynawskich, gdzie w tym samym czasie proporcja wódek w konsumpcji zeszła wyraźnie poniżej 50%. Zarówno w Polsce, jak i w innych krajach o podobnej strukturze spożycia alkoholu, zmiany te nie miały charakteru substytucyjnego. Piwo i wino nie wypierały wódek, ale kumulowały się z tradycyjną konsumpcją napojów spirytusowych. W rezultacie, zmianom struktury spożycia towarzyszył pokaźny wzrost konsumpcji alkoholu, w granicach od 2,5 do 3,5 raza. Kumulacyjny scenariusz zmian zaznacza się szczególnie wyraźnie w przypadku nagłych zmian w dostępności alkoholu. Warto tu przytoczyć doświadczenia fińskie z końca lat sześćdziesiątych, kiedy to w ramach walki z tradycyjnym wzorem picia wprowadzono sprzedaż piwa do sklepów spożywczych. W ciągu kilku tygodni liczba punktów sprzedaży piwa zwiększyła się siedmiokrotnie. W efekcie, w ciągu jednego roku spożycie piwa wzrosło dwukrotnie, wódek o około 10% a spożycie alkoholu o 46% (8).

W Polsce, proces przekształceń w strukturze konsumpcji postępował przez cały okres transformacji ustrojowych. W latach 1990–2001 udział wódek w spożyciu rejestrowanym zmniejszył się z 61% do 27%, a udział piwa wzrósł z 24% do 52%. W tym samym czasie udział wina wzrósł z 15% do 21%. W 2001r., w porównaniu z referencyjnymi latami 1994–1995, udział napojów wysokoprocentowych w strukturze spożycia zmniejszył się o blisko 30 punktów procentowych. Jednak ze względu na to, że konsumpcja nierejestrowana obejmuje przede wszystkim wódki i wina, można szacować, że rzeczywista struktura spożycia jest zdecydowanie inna: ok. 45% do 50% napoje spirytusowe, 10% do 12% – wina i 40% do 45% piwo. Zbliżoną strukturę spożycia odnotowano również w badaniach ankietowych prowadzonych w 2002r..

Można zatem szacować, że w porównaniu z latami 1994–1995 udział napojów spirytusowych w konsumpcji rzeczywistej zmniejszył się o 10 do 15 punktów procentowych. Założony w NPZ efekt jest bliski osiągnięcia.

***Zmniejszenie szkód zdrowotnych spowodowanych ryzykownym
i szkodliwym piciem alkoholu***

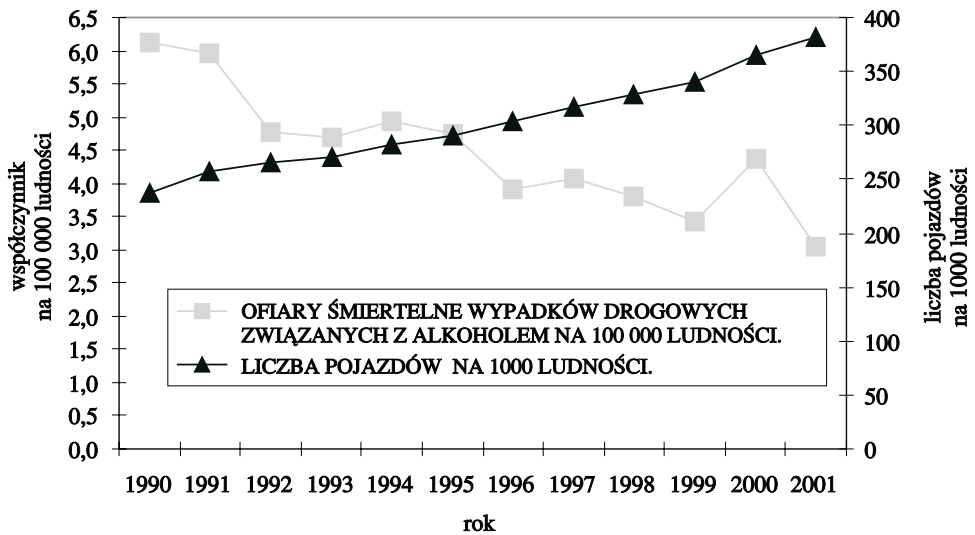
Wypadki drogowe. W końcu lat dziewięćdziesiątych, mimo szybkiego wzrostu liczby pojazdów, zwłaszcza samochodów osobowych, liczba „alkoholowych” wypadków drogowych zmniejszyła się z blisko 11 tysięcy w 1997 r. do 6 tysięcy w 2001 r. W latach 1990–2001 odnotowano ponad trzykrotny spadek współczynnika tych wypadków w przeliczeniu na 1000 zarejestrowanych pojazdów. Ich udział w wypadkach ogółem systematycznie maleje od 23% w 1990 r. do 11% w 2001 r. (ryc. 1). Jednak, jak widać z ryciny 1, tendencja spadkowa zarysowuje się również w odniesieniu do wypadków drogowych ogółem. Można to przypisać nie tylko, i pewnie nie przede wszystkim, większej trzeźwości kierowców. W monitorowanym okresie nastąpiło kilka zmian istotnych dla bezpieczeństwa ruchu: obowiąz-



Ryc. 1. Wypadki drogowe, w tym pod wpływem alkoholu.

Fig. 1. Road accidents in general and those involving alcohol per 1000 vehicles.

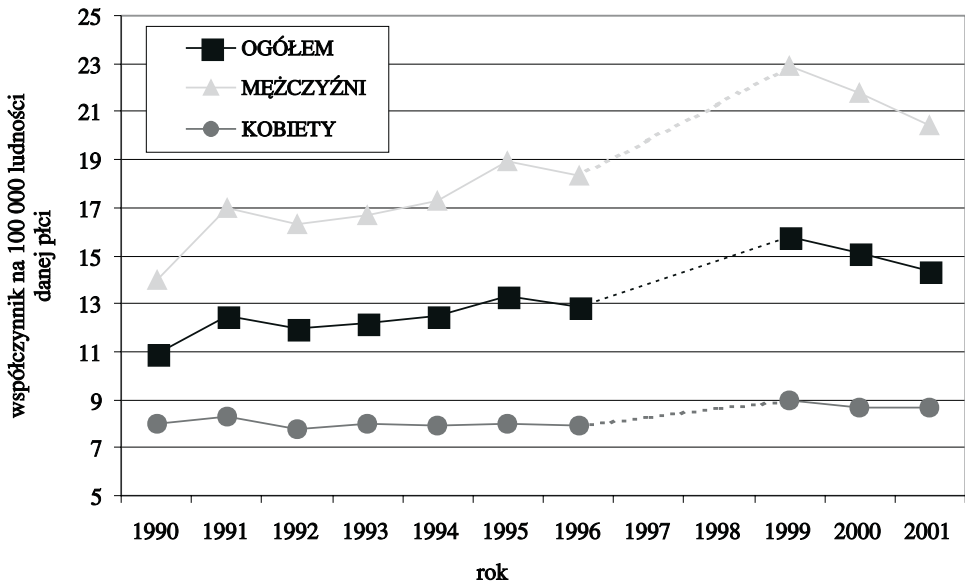
zek używania świateł w dzień zimą i jesienią, obowiązek używania pasów na tylnych siedzeniach. Poprawił się wyraźnie stan techniczny pojazdów, ich ogumienia, wzrosły też zapewne umiejętności kierowców. W rezultacie w latach 1990–2001 liczba śmiertelnych ofiar wypadków związanych z alkoholem zmniejszyła się dwukrotnie (ryc. 2).



Ryc. 2. Ofiary śmiertelne wypadków drogowych związanych z alkoholem a liczba pojazdów.

Fig. 2. Deaths in road accidents involving alcohol per 100 000 inhabitants and number of vehicles per 1000 inhabitants.

Zgony z powodu chorób wątroby. Mniej korzystne tendencje obserwuje się w innych, związanych z alkoholem, przyczynach zgonów. W latach dziewięćdziesiątych wzrosła znacznie liczba zgonów z powodu chorób wątroby. Dotyczyło to przede wszystkim mężczyzn, wśród których odpowiednie współczynniki zwiększyły się o połowę. Wśród kobiet umieralność w tej grupie przyczyn jest ponad dwukrotnie niższa i utrzymuje się na podobnym poziomie od kilkunastu lat. Duża różnica we współczynnikach zgonów między mężczyznami a kobietami, zarówno co do ich wysokości jak i zakresu zmienności wskazuje na istotną rolę alkoholu w wyjaśnianiu ich etiologii (ryc. 3). Wiadomo bowiem, że mężczyźni piją ponad cztery razy więcej niż kobiety.



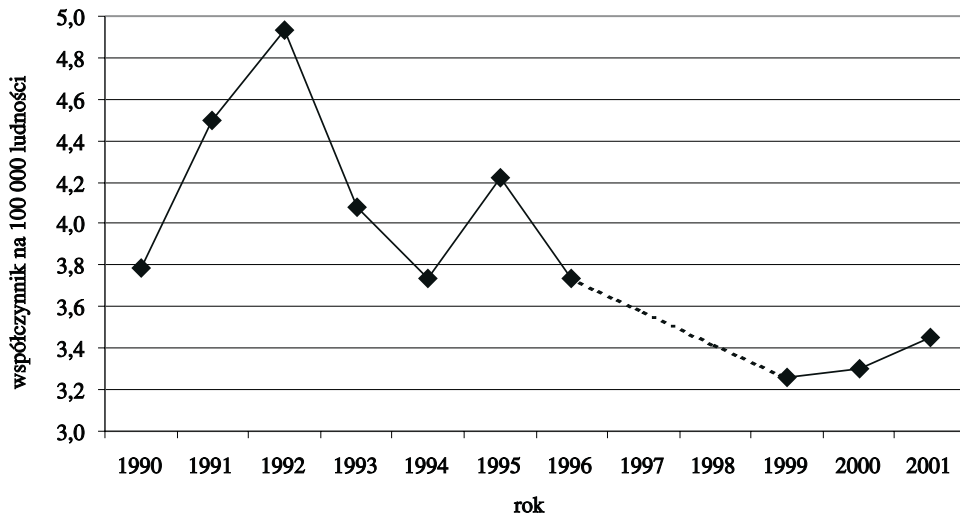
* Na wykresie pominięto dane z lat 1997–1998 ze względu na wysokie odsetki braków danych.

Ryc. 3. Umieralność z powodu chorób wątroby (ICD IX: 570-573, ICD X: K70-K77).

Fig. 3. Mortality due to liver diseases per 100 000 inhabitants (ICD IX: 570-573, ICD X: K70-K77).

Zgony z powodu zatruc alkoholem. Początek lat dziewięćdziesiątych przyniósł znaczny przyrost zgonów z powodu zatruc alkoholem, których liczba zwiększyła się o połowę z 1275 w 1989 r. do 1894 w 1992 r. W kolejnych latach obserwuje się spadek liczby zgonów, co może świadczyć o ograniczeniu konsumpcji alkoholu niespożywczych, zwłaszcza w warunkach dużej podaży taniego alkoholu pochodzącego z innych nielegalnych źródeł. Odejście od alkoholu niespożywczych może też wynikać z względnej poprawy sytuacji gospodarczej, która nastąpiła po latach najgłębszego kryzysu na początku lat dziewięćdziesiątych.

Na początku obecnej dekady, liczba śmiertelnych zatruc alkoholem powróciła do poziomu z lat osiemdziesiątych i jest o jedną trzecią mniejsza niż w rekordowym roku 1992. Trzeba jednak odnotować, że od 1999 r. zarysowuje się słaba tendencja do ponownego wzrostu liczby zatruc (ryc. 4).



* Na wykresie pominięto dane z lat 1997–1998 ze względu na wysokie odsetki braków danych.

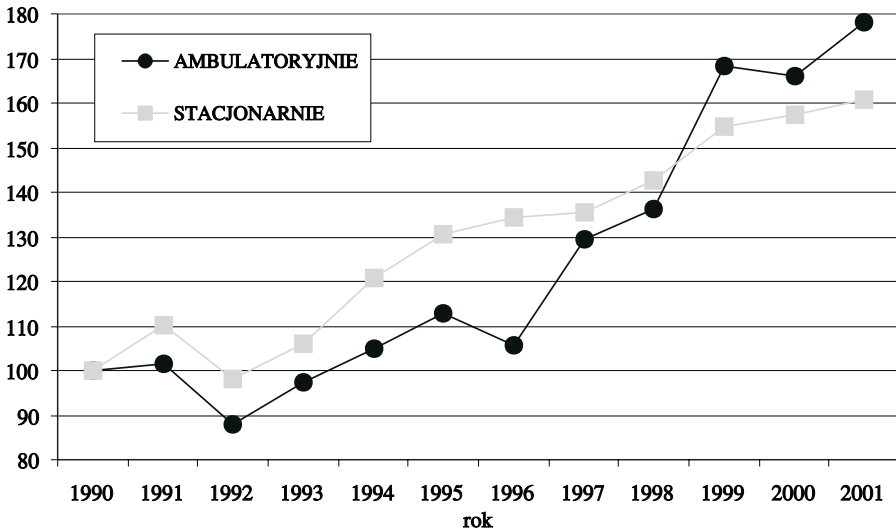
Ryc. 4. Umieralność z powodu zatrucia alkoholem (ICD IX: E860, ICD X: F10.0, X45, Y15).

Fig. 4. Mortality due to alcohol poisoning per 100 000 inhabitants (ICD IX: E860, ICD X: F10.0, X45, Y15).

Zmniejszenie śmiertelności i uszkodzeń zdrowia u osób uzależnionych od alkoholu

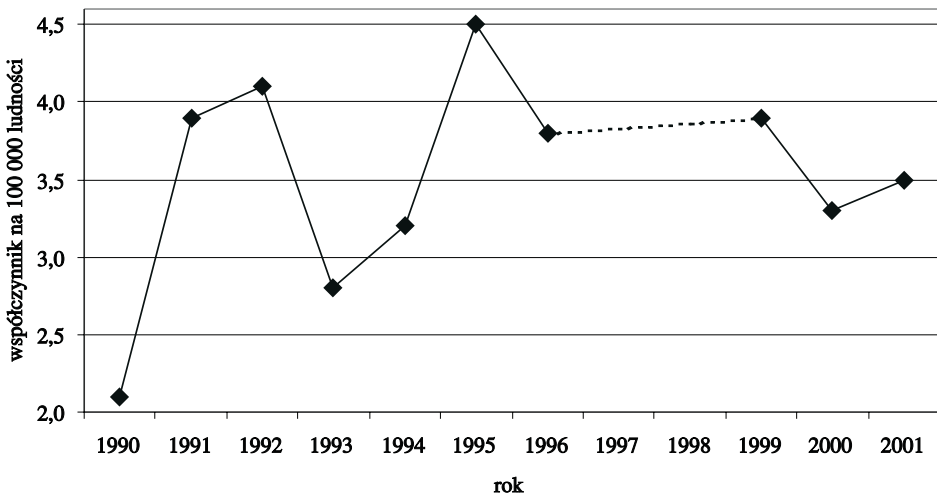
Leczeni z powodu zaburzeń psychicznych związanych z alkoholem (F10). Po krótkotrwałym kryzysie leczenia odwykowego na początku lat dziewięćdziesiątych, kolejne lata przyniosły bardzo znaczny wzrost liczby pacjentów, który trwa nadal. W dziesięcioleciu 1992–2001 liczba pacjentów w opiece ambulatoryjnej zwiększyła się o ponad 50 tysięcy, a w opiece całodobowej – o blisko 20 tysięcy. Średnie tempo wzrostu w tym okresie wynosi około 5% rocznie i jest identyczne w obu typach placówek. Na tak duży wzrost liczby pacjentów złożyły się zapewne dwa czynniki. Po pierwsze – lepsza jakość świadczeń; po drugie – wysokie spożycie alkoholu, którego konsekwencją jest narastająca liczba osób uzależnionych. Wzrost spożycia alkoholu odbija się przede wszystkim na współczynnikach przyjęć pierwszorazowych, które w latach 1992–2001 wzrosły o 60% w opiece całodobowej i uległy podwojeniu w opiece ambulatoryjnej. Trzeba zwrócić uwagę, że przez większość okresu objętego monitoringiem, tempo wzrostu przyjęć w opiece całodobowej było wyższe. Dopiero na przestrzeni ostatnich 2–3 lat tańsze leczenie ambulatoryjne zaczyna „zastępować” drogie świadczenia stacjonarne (ryc. 5).

Zgony z powodu zaburzeń psychicznych związanych z alkoholem. Rozwój leczenia odwykowego mógł mieć w ostatnich latach wpływ na pewną poprawę w zakresie umieralności uzależnionych. Współczynniki zgonów z powodu zaburzeń psychicznych związanych z alkoholem wykazywały w latach dziewięćdziesiątych dużą zmienność od 2,1 na 100 tys. mieszkańców w 1990 r. do 4,5 w 1995 r. Na początku obecnej dekady obserwuje się ich stabilizację na wysokim poziomie około 3,5 zgonu na 100 tysięcy (ryc. 6). Jest to mniej niż w połowie lat dziewięćdziesiątych, ale ciągle dwa razy więcej, niż w latach osiemdziesiątych.



Ryc. 5. Dynamika przyjęć pierwszorazowych do lecznictwa stacjonarnego i ambulatoryjnego z powodu zaburzeń psychicznych związanych z alkoholem. Rok 1990=100.

Fig. 5. First admissions due to mental and behavioural disorders related to alcohol in out- and in-patient treatment. Year 1990=100.



Ryc. 6. Umieralność z powodu zaburzeń psychicznych związanych z alkoholem (ICD IX: 291, 303; ICD X: F.10).

Fig. 6. Mortality due to mental and behavioural disorders related to alcohol per 100 000 inhabitants (ICD IX: 291, 303; ICD X: F.10).

Umieralność leczonych alkoholików. Analiza umieralności pacjentów z dwóch placówek leczenia odwykowego leczonych w latach 1987–1996 wskazuje, że w latach 1987–1999 ryzyko zgonu było dla nich 4,8 razy wyższe, niż obserwowane w populacji generalnej. Ry-

zyko to zmienia się dla różnych grup przyczyn. Stosunkowo najniższe jest dla grupy urazów (2,3 raza); dla chorób nowotworowych (3,2 raza); najwyższe – dla zaburzeń psychicznych związanych z alkoholem (21 razy), zatruc (10,4 raza), chorób układu nerwowego (8,2 raza) i samobójstw (7,5 raza). Stwierdzono również, że prawdopodobieństwo braku danych w przyczynach zgonu jest dla alkoholików wielokrotnie wyższe w porównaniu z populacją generalną. Oznacza to znaczne niedoszacowanie przyczyn bezpośrednio związanych z alkoholem w statystykach zgonów, zwłaszcza w latach 1997–1998.

OCZEKIWANE KORZYŚCI ZDROWOTNE

W oczekiwanych korzyściach zdrowotnych NPZ wymienia „zmniejszenie szkód zdrowotnych i skutków społecznych spowodowanych pić alkoholu w sposób ryzykowny, szkodliwy i przez osoby uzależnione”. Jak widać z przeglądu oczekiwanych efektów duża poprawa osiągnięto w zakresie ograniczania umieralności w wypadkach drogowych związanych z alkoholem. Systematycznie maleje liczba tych wypadków, jak i liczba ofiar śmiertelnych.

W porównaniu z połową lat dziewięćdziesiątych, nastąpiła też niewielka poprawa w zakresie zgonów bezpośrednio związanych z alkoholem. Odpowiednie współczynniki dla zatruc alkoholem, po latach dynamicznego wzrostu z początku lat dziewięćdziesiątych, „powróciły” do poziomu z lat osiemdziesiątych. Jednak w okresie ostatnich 2–3 lat zarysowuje się ponownie niewielka tendencja wzrostowa. Współczynniki zgonów z powodu „alkoholowych” zaburzeń psychicznych są obecnie niższe niż w 1995r., ale ciągle znacznie wyższe w porównaniu z latami osiemdziesiątymi. Alkohol ma duży wpływ na zgony mężczyzn z powodu chorób wątroby. Chociaż od początku obecnej dekady rysuje się niewielka tendencja niżkowa, to odpowiednie współczynniki są ciągle o 50% wyższe, niż w roku 1990.

Corocznie, z przyczyn pośrednio i bezpośrednio związanych z alkoholem, umiera w Polsce około 30 tysięcy mężczyzn, z czego jedna czwarta przypada na zgony jednoznacznie spowodowane pić alkoholu. Nie ma dokładnych oszacowań na temat obciążenia służby zdrowia, ale można przyjąć, za ekspertami ŚOZ, że sięga ono 10% ogólnego „brzemienia” chorób (burden of diseases). Bardzo znaczne jest obciążenie psychiatrycznej służby zdrowia. W lecznictwie stacjonarnym leczy się ponad 50 tysięcy pacjentów, a około połowy wszystkich pacjentów – mężczyzn – stanowią leczeni z powodu zaburzeń związanych z konsumpcją alkoholu. Opieką ambulatoryjną objętych jest prawie 150 tysięcy osób. W ciągu ostatnich dziesięciu lat liczba pacjentów zwiększyła się o blisko 55%.

WNIOSKI I SUGESTIE DOTYCZĄCE DALSZEJ REALIZACJI NPZ

W świetle wyników dotychczasowego monitoringu osiągnięcie, oczekiwanych przez NPZ, efektów i korzyści zdrowotnych w 2005 r. wymaga reorientacji polityki wobec alkoholu i zmiany jej priorytetów.

Należy dążyć do zmniejszenia konsumpcji rzeczywistej do 8 litrów do 2005 r. i 6 litrów do 2015 r. Bez znacznego ograniczenia poziomu konsumpcji, ponosić będziemy bardzo wysokie koszty leczenia odwykowego oraz leczenia i rehabilitacji innych chorób i urazów, które w sumie dotyczą kilkuset tysięcy ludzi rocznie.

Pilną rzeczą jest opracowanie programu ograniczania dostępności do alkoholu, zarówno poprzez politykę fiskalną, jak i poprzez ograniczanie jego fizycznej dostępności.

Ograniczyć należy możliwości promocji alkoholu, w tym jego reklamy. Program taki powinien uwzględniać uwarunkowania zewnętrzne związane z członkostwem w Unii Europejskiej.

Należy doprowadzić do zmniejszenia zawartości etanolu w napojach alkoholowych, zwłaszcza w piwie. Obniżenie mocy piwa o 1,5 punktu procentowego do poziomu z lat osiemdziesiątych pozwoliłoby na skokowe zmniejszenie spożycia o litr czystego alkoholu na jednego mieszkańca.

Należy utrzymać korzystne zmiany w statystykach wypadków drogowych. W tym celu należałoby wycofać sprzedaż alkoholu ze stacji benzynowych i z barów przydrożnych. Na rozważenie zasługuje ożywienie kampanii medialnych w tym zakresie, uwzględniających rzetelną informację na temat istniejących zagrożeń.

Należy upowszechnić krótkie interwencje w podstawowej opiece zdrowotnej, które jak wykazują doświadczenia innych krajów, mogą doprowadzić do znacznego ograniczenia konsumpcji, a tym samym szkód zdrowotnych, wśród nadmiernie pijących. Krótkie interwencje oznaczają wczesne rozpoczęcie procesu radzenia sobie z problemami alkoholowymi i są tańsze, niż specjalistyczne leczenie odwykowe, gdzie docierają pacjenci głęboko uzależnieni i często zdegradowani fizycznie i społecznie.

J Moskalewicz, J Żulewska-Sak

ALCOHOL IN THE TIME OF POLITICAL TRANSITION IN POLAND

SUMMARY

The National Health Programme was adopted in Poland in the mid-1990s. It consists of 18 targets including target 4 that calls for *diminishing alcohol consumption and changing its structure as well as limiting health harms associated with alcohol*. The programme is being monitored on bi-annual basis. The monitoring covers a level of alcohol consumption and associated harm including trends in mortality and morbidity as well as in road accidents in 1990–2001 period. During the period in point, particularly in the beginning of the transition alcohol consumption increased at least by one third reaching 10-11 litres of pure ethanol per capita, mostly due to sudden disruption of the alcohol control system and high tide of unrecorded supply. Currently, the consumption is estimated to be 9,5-10,0 litres with 30% share of the unrecorded. During last decade recorded morbidity due to mental disorders associated with alcohol increased by 80% and 60% respectively in out- and in-patient system while mortality rates almost doubled. Male mortality due to liver diseases increased by 50% while that of women remained relatively flat. In last few years, alcohol related mortality tended to decline slightly parallel to consumption trends. Significant improvement has been achieved in prevention of drunken diving. The number of deaths in alcohol related road accidents decreased two fold while a rate of drunken crashes per 1000 vehicles dropped three times.

PIŚMIENNICTWO

1. Świącicki A. Alkohol. Zagadnienia Polityki Społecznej. Wyd 1. Warszawa SKPA ZG; 1968:243.
2. Bruun K, i in. Alcohol Control Policies in Public Health Perspective. Forssa, Finish Fundation for Alcohol Studies; 1975.
3. World Health Organization. Global Strategy for Health for a by the Year 2000. Geneva: WHO; 1981.
4. Cornia GA, Panicia R, red. The Mortality Crisis in Transitional Economies. Oxford: UNU Wider, Oxford University Press; 2000.

5. World Health Organization. Health 21 – health for all policy framework for the WHO European Union. Copenhagen: WHO; 1999:91.
6. Najwyższa Izba Kontroli. Informacja o wynikach kontroli importu alkoholu w 1989r. i I półroczu 1990 r. Warszawa: NIK; 1990:72/564/90.
7. Moskalewicz J. Alcohol in the countries in transition: the Polish experience and the wider context, *Contemporary Drug Problems* 2000;3:561–92.
8. Mäkelä K, Österberg E, Sulkunen P. Drink in Finland: Increasing alcohol availability in a monopoly State. W: Single E, Morgan P, Lint J, red. *Alcohol, Society and the State 2: The Social History of Control Policy in Seven Countries*. Toronto: Addiction Research Foundation; 1981;31–60.

Adres autorów:

Jacek Moskalewicz
Instytut Psychiatrii i Neurologii
ul. Sobieskiego 9, 02-957 Warszawa
tel. + (48 22) 842 27 00
fax. + (48 22) 651 65 61
e-mail. moskalew@ipin.edu.pl