

Grażyna Świątkiewicz
Zakład Badań nad Alkoholizmem i Toksykomaniami
Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

EKONOMICZNO-SPOŁECZNE UWARUNKOWANIA PROBLEMÓW ZWIĄZANYCH Z ALKOHOLEM

WPROWADZENIE

Nadużywanie alkoholu, alkoholizm i problemy rodzinne związane z tym zjawiskiem, osiągnęły w Polsce, w latach osiemdziesiątych rangę problemu społecznego. Wiele badań ankietowych i sondaży opinii publicznej potwierdzało, że mimo wielu poważnych problemów jakie nękały w tamtym okresie społeczeństwo alkoholizm konsekwentnie postrzegany był jako najważniejszy albo prawie najważniejszy.

Wiele elementów złożyło się na tak wysoką rangę problemu w świadomości społecznej.

Początek lat osiemdziesiątych przyniósł jak wiadomo wielki protest społeczny przeciwko ówczesnym władzom państwowym. W okresie legalnego działania Solidarności wiele skrywanych w latach siedemdziesiątych problemów stało się tematem licznych artykułów prasowych, debat radiowych i telewizyjnych. Jednym z częściej poruszanych tematów była kwestia nadużywania alkoholu. Władze obwiniane były o celowe rozpijanie społeczeństwa, o ratowanie wąskiego budżetu państwa dochodami ze sprzedaży alkoholu, kosztem zdrowia ludności. Powstrzymywanie się od picia alkoholu nabrało w wielu okolicznościach rangi zachowania politycznego, stało się niemal aktem patriotyzmu, podczas wielu akcji protestacyjnych dobrowolnie godzono się na prohibicję (1).

Nacisk wielu środowisk na stworzenie przez państwo kompleksowej polityki wobec alkoholu zaowocował powstaniem kilku projektów uregulowań problemu na poziomie ustawowym. Jednym z nich był projekt ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi.

Ustawa ta została uchwalona przez sejm w 1982 roku, już w okresie trwania stanu wojennego. Był to dokument nakładający na rozmaite organy państwowe szereg zobowiązań do działań ograniczających rozpowszechnienie problemów alkoholowych, regulujący dostępność alkoholu, jak również stwarzający ramy prawne dla budowania nowoczesnego systemu leczenia odwykowego. Ustawa była dla ówczesnych władz rodzajem manifestacji dobrej woli do rozwiązywania ważnych kwestii społecznych. Mimo trwania stanu wojennego ustawa miała kształt niemal identyczny z projektem stworzonym w okresie legalnego działania Solidarności.

Historia przygotowania i uchwalenie tego dokumentu jest znakomitą ilustracją tego, że nawet w bardzo niesprzyjających okolicznościach politycznych możliwe jest stworzenie odpowiednio silnego lobby antyalkoholowego, wymuszającego na władzy jakieś działania zmierzające do ograniczania spożycia alkoholu.

Lata dziewięćdziesiąte pokazały, że wielu poprzednich sprzymierzeńców idei ograniczania spożycia alkoholu traktowało problem ten instrumentalnie, jako jeszcze jedno pole ataku nieakceptowanej władzy. Od momentu rozpoczęcia reform społeczno-gospodarczych rosła liczba zwolenników wolnego rynku również dla napojów alkoholowych. Diametralnie zmienił się ton artykułów prasowych i wielu wystąpień telewizyjnych. Znikła troska o zdrowie publiczne i jego zagrożenie przy wzroście spożycia alkoholu. Kwestia alkoholu coraz częściej pojawiała się w mediach albo w kontekście analiz ekonomicznych, albo w kontekście afer korupcyjnych, jak np. sławna schnapsgate.

A. Lata osiemdziesiąte

Średnie roczne spożycie alkoholu i problemy związane z jego konsumpcją

Podobnie jak we wszystkich krajach europejskich spożycie alkoholu w powojennej Polsce systematycznie rosło. Znamienne tempo tego wzrostu odnotowano w latach siedemdziesiątych. Spożycie per capita wzrosło z 5,1 litra czystego etanolu w roku 1970 do 8,4 litra w roku 1980. Tak znaczny wzrost średniego spożycia był bez wątpienia spowodowany dużymi zmianami w dostępności alkoholu. Wzrosła jego dostępność ekonomiczna (relatywne ceny alkoholu malały), jak również dostępność terytorialna (systematycznie rosła liczba punktów sprzedaży alkoholu) (15).

Średnie spożycie gwałtownie spadło w 1981 roku do poziomu 6,4 litra czystego etanolu. Do końca lat osiemdziesiątych nie przekroczyło 7 litrów. Warto zwrócić uwagę, że lata osiemdziesiąte były okresem na początku bardzo gwałtownego, potem nieco łagodzonego spadku dostępności alkoholu. Dotyczy to zarówno dostępności ekonomicznej, terytorialnej jak i ograniczenia godzin sprzedaży (15).

Istniały liczne spekulacje na temat zastępowania alkoholu dostępnego w legalnej dystrybucji produkcją bimbrową. Wydaje się, że z największym nasileniem bimbrownictwa mieliśmy do czynienia w latach 1984/1985. Wskazują na to statystyki takich problemów alkoholowych jak choćby wskaźnik pierwszorazowych hospitalizacji z powodu psychoz alkoholowych, wskaźnik zgonów z powodu marskości wątroby czy liczby osób zatrzymywanych przez policję do wytrzeźwienia. Rejestrowany przez

TABELA 1
Rejestrowana w latach 1980-1994 konsumpcja alkoholu w litrach per capita

Rok	Ogółem w przeliczeniu na 100% alkoholu	Wódki	Wina	Piwa
1980	8,4	14,8	10,1	30,4
1981	6,4	10,4	7,5	28,4
1982	6,1	10,5	6,3	28,6
1983	6,2	10,2	7,8	27,5
1984	6,3	10,6	8,3	26,6
1985	6,8	11,6	7,0	29,5
1986	6,9	11,8	8,2	29,7
1987	7,0	11,7	8,4	30,4
1988	6,8	11,4	7,7	30,8
1989	6,9	10,9	7,7	31,3
1990	6,3	9,6	7,4	30,4
1991	6,6	9,2	8,6	37,2
1992	6,4	8,7	7,6	38,6
1993	6,4	9,4	7,5	33,0
1994	6,5	9,5	6,9	36,5

trzy pierwsze lata dekady spadek poziomu spożycia alkoholu był zbieżny ze spadkiem rozpowszechnienia wymienionych tu problemów alkoholowych. Istniały zatem dobrze udokumentowane podstawy do stwierdzenia realnego spadku wielkości spożycia. Po 1986 roku można było ponownie obserwować lekki spadek, a następnie stabilizację zarówno oficjalnie rejestrowanego poziomu spożycia alkoholu, jak i problemów z nim związanych. Dotyczy to: pierwszorazowych hospitalizacji z powodu psychozy alkoholowej, zgonów z powodu marskości wątroby, liczby osób zatrzymywanych do wytrzeźwienia przez policję oraz liczby wypadków drogowych powodowanych przez osoby nietrzeźwe.

W okresie kiedy istniał monopol państwa na produkcję i dystrybucję alkoholu dane Głównego Urzędu Statystycznego na temat wielkości spożycia uznawane były za najbardziej wiarygodne źródło informacji o tzw. rzeczywistym poziomie konsumpcji alkoholu. Założenia o ich wysokiej wiarygodności nie były bezpodstawne. Informacje przez wiele lat były zbierane w taki sam sposób, monopol państwa powodował, że alkohol pochodzący z innych źródeł nie wpływał w sposób znaczący na rzeczywisty poziom konsumpcji.

Przez ponad trzy dziesięciolecia dane o wielkości sprzedaży alkoholu były cennym źródłem informacji dla epidemiologów i osób wpływających na kształt polityki alkoholowej państwa. Od lat siedemdziesiątych coraz powszechniejsza stawała się wiedza na temat związku wielkości średniego spożycia alkoholu a poziomem rozpowszechnienia społecznych i zdrowotnych problemów związanych z jego używaniem. Związek ten był wielokrotnie dowiedziony w licznych badaniach. Tam gdzie epide-

TABELA 2

Pierwszorazowe przyjęcia do szpitali psychiatrycznych z powodu psychoz alkoholowych; wskaźnik na 100 000 mieszkańców. W latach 1980-1994.

Rok	Liczba hospitalizacji	Wskaźnik na 100 000
1980	4389	12
1981	1753	5
1982	1687	5
1983	2828	8
1984	3860	11
1985	4205	11
1986	3923	10
1987	3927	10
1988	3817	10
1989	4333	11
1990	5117	13
1991	5838	15
1992	5105	13
1993	5127	13
1994	5649	15

miłodzy nie mieli do dyspozycji centralnych danych na temat wielkości sprzedaży alkoholu, szczególnie uważnie śledzono zmiany jakie zachodzą w rozpowszechnieniu problemów związanych z alkoholem. W USA przez lata doskonalano systemy zbierania informacji dotyczących udziału czynnika alkoholowego w zachorowalności i umieralności. Wprowadzano do rutynowego stosowania w podstawowej opiece zdrowotnej kwestionariusze i pytania badające częstość współwystępowania wielu jednostek chorobowych z nadużywaniem alkoholu.

Dostępne w Polsce statystyki problemów społecznych i zdrowotnych są raczej ubogie. Dotyczą takich kwestii jak: przestępczość, wypadki drogowe popełniane przez nietrzeźwych kierowców, zatrzymania do wytrzeźwienia przez policję, samobójstwa, hospitalizacje z powodu uzależnienia od alkoholu, hospitalizacje z powodu psychoz alkoholowych, zgony z powodu marskości wątroby. Do wielu z tych statystyk trzeba odnosić się z dużą ostrożnością. Nie wiadomo np., czy liczby dotyczące takich zjawisk, jak zatrzymania przez policję z powodu nietrzeźwości publicznej, wykryte punkty nielegalnej produkcji alkoholu bardziej ilustrują zmienną intensywność zainteresowania organów ścigania tymi problemami czy ich rzeczywiste rozpowszechnienie. Od 1989 roku w statystykach policyjnych pojawia się gwałtowny spadek liczb dotyczących nielegalnej produkcji spirytusu jak i osób zatrzymanych do wytrzeźwienia. Wydaje się, że dane informują raczej o zmniejszonym zainteresowaniu policji tymi problemami, w okresie gdy instytucja ta podlegała głębokim przemianom organizacyjnym.

Od lat za problem bardzo silnie reagujący na zmiany wielkości spożycia alkoholu uznaje się liczbę pierwszorazowych przyjęć do szpitali psychiatrycznych z powodu

TABELA 3

Procentowy wskaźnik zmian rejestrowanego spożycia alkoholu i wybranych problemów - porównanie lat 1980 - 1983

Nazwa problemu	Procentowy przyrost lub spadek w 1983 r. w porównaniu z 1980 r.
Rejestrowana konsumpcja	- 26%
Wskaźnik pierwszorazowych psychoz alkoholowych	- 58%
Wskaźnik zgonów z powodu marskości wątroby	- 11%
Liczba osób zatrzymanych do wytrzeźwienia	- 8%
Wskaźnik pierwszorazowych hospitalizacji z powodu uzależnienia od alkoholu	- 31%

TABELA 4

Procentowy wskaźnik zmian rejestrowanego spożycia alkoholu i wybranych problemów związanych z jego konsumpcją - porównanie lat 1981- 1988

Nazwa problemu	Procentowy przyrost lub spadek w 1988 r. w porównaniu z rokiem 1981
Rejestrowana konsumpcja	+ 9%
Wskaźnik pierwszorazowych psychoz alkoholowych	+ 20%
Wskaźnik zgonów z powodu marskości wątroby	- 2%
Liczba osób zatrzymanych dowytrzeźwienia	- 6%
Wskaźnik pierwszorazowych hospitalizacji z powodu uzależnienia od alkoholu	+ 38%

psychozy alkoholowej. Szacuje się, że w warunkach polskich 96,6% zmienności tego wskaźnika jest wyjaśniane przez wielkość średniego spożycia alkoholu. Oszacowanie to jest sporządzone na podstawie analizy danych w latach 1956-1980. Jest to długi ciąg czasowy dający duże prawdopodobieństwo precyzyjnych wyliczeń (16).

Jeśli śledzić statystyki zdrowotnych i społecznych problemów związanych z alkoholem łatwo zauważyć, że kierunek ich zmienności jest zgodny z kierunkiem zmian jakie rejestrowano w średnim poziomie spożycia alkoholu. Do końca lat osiemdziesiątych statystyki problemów związanych z alkoholem wykorzystywane były jako argument potwierdzający potrzebę wypracowania polityki alkoholowej ograniczającej średnie spożycie. Dane statystyczne dotyczące społecznych i zdrowotnych następstw używania alkoholu nie były traktowane jako wskaźniki służące do szacowania wielkości spożycia. Wiedza z badań i analiz statystycznych gromadzona w Polsce do końca lat osiemdziesiątych dobrze dokumentowała ogólne twierdzenia o tym,

że wraz ze wzrostem spożycia rośnie liczba problemów, zaś spadek poziomu spożycia wywołuje wyraźne ograniczenie rozpowszechnienia problemów związanych z alkoholem.

W latach osiemdziesiątych żaden z tradycyjnie od lat rejestrowanych problemów, nawet liczba pierwszorazowych psychoz alkoholowych nie dawała wystarczająco precyzyjnych podstaw do szacowania wielkości spożycia. W latach 1976-1980 wzrostowi wielkości spożycia alkoholu o 7% towarzyszył przyrost wskaźnika pierwszorazowych hospitalizacji z powodu psychozy alkoholowej o 29%. W latach 1983-1988, przyrostowi spożycia o 9% towarzyszył przyrost wskaźnika psychoz o 20%.

Na ostateczną liczbę psychoz mogło mieć wpływ wiele niekontrolowanych zmiennych. Jedną z nich była zapewne nielegalna produkcja alkoholu. Nie wykluczony jest również wpływ ogólnej sytuacji społecznej, poziom stresu związany z trudnościami życia codziennego. Mogły wreszcie zaistnieć zmiany w dostępności do szpitali psychiatrycznych. Wiadomo, że niektóre warszawskie szpitale odmawiały przyjęcia osobom nie demonstrującym objawów psychotycznych. Jeśli zjawisko utrudnionej dostępności do detoksykacji było w tym czasie powszechne w całym kraju, mogło mieć wpływ na wzrost liczby rejestrowanych psychoz alkoholowych. Łatwa dostępność do detoksykacji może działać prewencyjnie, zapobiegać rozwinięciu się stanu psychotycznego. Zapewne liczba trudnych do identyfikacji zmiennych pośrednio wpływających na ostateczny obraz danych statystycznych dotyczących takich konsekwencji używania alkoholu, jak zamachy samobójcze pod wpływem alkoholu, wypadki drogowe powodowane przez osoby nietrzeźwe, czy choćby liczba osób zatrzymywanych do wytrzeźwienia przez policję jest jeszcze dłuższa. Na ich tle statystyki medyczne wydają się najkonsekwentniej współgrać z oficjalnie rejestrowanym w latach osiemdziesiątych poziomem średniego rocznego spożycia alkoholu.

Ankietowe badania populacyjne

Prowadzone w latach osiemdziesiątych badania populacyjne umożliwiły poznanie i opisanie rozpowszechnionych w kraju wzorów picia, rozpoznanie społeczno-demograficzne grup abstynentów i osób nadmiernie pijących oraz dominujących wśród nich motywów różnorodnych zachowań alkoholowych. Można mnożyć kwestie, które udało się lepiej zrozumieć i opisać dzięki populacyjnym badaniom ankietowym. Wiadomo jednak, że nigdy badacze nie stawiali sobie za cel mierzenia tą metodą rzeczywistej wielkości średniego rocznego spożycia alkoholu. Post factum, szacunki średniego spożycia uzyskane z ankiet porównywano z danymi GUS. Dane GUS traktowane były jak informacja nt. spożycia rzeczywistego, jako punkt odniesienia do oszacowania jaki procent realnego spożycia udało się uchwycić metodą badania ankietowego. Z problemem niedoszacowania spożycia w badaniach ankietowych borykają się badacze we wszystkich krajach. Szacunki uzyskiwane na podstawie badań ankietowych pokrywają od 25% do 60% spożycia rejestrowanego w statystykach sprzedaży. Nie są dobrze opisane powody, dlaczego w poszczególnych pomiarach, uzyskuje się bliższe lub dalsze od „rzeczywistości” wyniki (7).

W polskich badaniach z lat osiemdziesiątych trafność oszacowań uzyskiwanych na podstawie badań ankietowych była zmienna, pokrywały one od 30 do 60 procent rejestrowanej wielkości sprzedaży (6). Zmienność ta mogła wynikać z dążności badaczy do ciągłego udoskonalania stosowanego narzędzia czyli ankiety. Wszelkie zmiany w ankiecie; dodanie nowych pytań, czy inny ich układ mają wpływ na ostateczny wynik. Oprócz różnic związanych ze zmiennością instrumentu pomiaru, na ostateczny wynik wpływały zmiany zachodzące w postawach wobec alkoholu determinujące mniejszą lub większą gotowość respondentów do szczerych odpowiedzi na pytania dotyczące częstości i wielkości spożywania poszczególnych napojów alkoholowych. Można przypuszczać, że przeciętnemu respondentowi z początku lat osiemdziesiątych trudniej było przyznać się do wypicia w samotności drinka, niż osobie z końca lat osiemdziesiątych, kiedy to obserwowaliśmy tendencje do upowszechniania się w Polsce tzw. zachodniego wzoru picia, który nie traktował picia samotnego jako zachowania wstydliwego (18).

Reasumując; dostępny przez dziesięciolecia centralny rejestr wielkości sprzedaży alkoholu był najbardziej wiarygodnym źródłem informacji na temat wielkości spożycia alkoholu w Polsce. Pochodzące z tego źródła dane były koronnym argumentem dla adwokatów idei ograniczania wielkości spożycia. Warto jednak wyraźnie podkreślić, że ograniczanie wielkości spożycia jest instrumentem do ograniczania uciążliwych i kosztownych problemów związanych z nadużywaniem alkoholu. Celem ostatecznym działań zmierzających do ograniczenia konsumpcji alkoholu jest poprawa zdrowotnej kondycji społeczeństwa zarówno w sensie medycznym jak i psychologicznym.

B. Lata dziewięćdziesiąte

Uwarunkowania polityczno-gospodarcze

Wolny rynek to określenie, które w ostatnich latach zyskało ogromną popularność w naszym kraju. Do potocznego języka bardzo szybko weszły takie pojęcia jak zysk, własność prywatna czy giełda. Stały się one symbolami dobrobytu. W wielu artykułach prasowych, dyskusjach radiowych i telewizyjnych pojawiły się uproszczone slogany stawiające znak równości między wolnym rynkiem i demokracją.

Wcześniejsze uregulowania prawne i ograniczenia ustawowe traktowane są jak relikwiny przeszłości, ich łamanie nie spotyka się ze społeczną dezaprobatą. Tak powstaje klimat sprzyjający rozwojowi nie tyle wolnego co dzikiego rynku, który dotyczy zwłaszcza artykułów, których produkcja i dystrybucja były we wcześniejszym okresie całkowicie zmonopolizowane przez państwo, a więc alkoholu i papierosów (14).

Wolny rynek otworzył nowe horyzonty. Polska stała się lukratywnym rynkiem zbytu również dla zachodnich producentów alkoholu. Obowiązujące w kraju przepisy celne i podatkowe nie były dostosowane do nowej sytuacji. W okresie całkowitej monopolizacji przez państwo produkcji i dystrybucji alkoholu, tego typu uregulowania nie były potrzebne. Luki w prawie celnym i podatkowym były i są skrupulatnie wykorzystywane przez krajowych i zagranicznych przedsiębiorców. W latach

1989 -1991 miliony litrów alkoholu zostały sprowadzone do Polski. Nieopodatkowane dochody uczestników, szeroko opisywanej w prasie tak zwanej afery „schnapsgate” w istotny sposób uszczupliły wpływy do bardzo ubogiego budżetu państwa. Lobby alkoholowe powiększyło się o nowych dysponujących istotnym kapitałem ludzi.

Afera „schnapsgate”, która zapoczątkowana została już latem 1989 roku, polegała na imporcie tysięcy litrów alkoholu przez osoby prywatne. Alkohol ten na podstawie oświadczeń prywatnych importerów traktowany był jako tzw. „obrót niehandlowy”, co oznaczało po prostu, że jest przywożony do konsumpcji własnej i nie wymaga koncesji. Brak jasno sformułowanych przepisów celnych, istotnie ograniczał możliwość wyciągnięcia prawnych konsekwencji wobec nawet największych prywatnych importerów alkoholu (8)).

Rozmiary zjawiska ożywiły kwestię alkoholu w mediach. W poprzedniej dekadzie kwestia alkoholu była najczęściej opisywana w kontekście problemów związanych z jego nadużywaniem. W okresie transformacji media straciły zainteresowanie tym tematem. Wrócił on na szpalty gazet i do programów TV w kontekście przestępczości gospodarczej. Rozmiary afery schnapsgate miały zapewne wpływ na przyspieszenie procesu uchwalenia przez sejm dostosowanych do nowej sytuacji gospodarczej przepisów celnych i podatkowych.

Nowe uregulowania prawne wprowadzane w życie zbyt opieszale, choć nie wyeliminowały całkowicie, to jednak ograniczyły dziki import alkoholu. Ich uchwalenie było sygnałem dla lobby alkoholowego, że w dalszej perspektywie duże zyski z alkoholu mogą zapewnić liberalne przepisy zatwierdzone przez parlament. Walka o wolny rynek alkoholowy przeniosła się więc do parlamentu. O dużych wpływach grupy zainteresowanej produkcją i handlem alkoholem świadczy to, że zarzucony niecierpiącymi zwłoki problemami społeczno-gospodarczymi sejm już w lipcu 1990 roku podjął debatę nad nowelizacją Ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi. Projektodawcy zmiany proponowali zniesienie monopolu państwa w hurtowym obrocie alkoholem oraz zniesienie ograniczenia co do godzin sprzedaży alkoholu. Obie propozycje sejm zatwierdził. Był to niewątpliwym sukces zwolenników liberalizacji (13). Mimo to sądzę, że wprowadzenie kwestii alkoholu do parlamentu było krokiem w dobrym kierunku. Do tego czasu, niewątpliwie istniejące w Polsce lobby alkoholowe trudno było zlokalizować i zrozumieć jego plan działania.

Oficjalna konsolidacja środowiska pro-alkoholowego, przyspieszyła proces konsolidacji zwolenników opcji odwrotnej, wielu znaczących osób, które liberalizację polityki alkoholowej uważają za zagrożenie dla zdrowia publicznego. Dzięki wysiłkom tej grupy udało się nie dopuścić do zniesienia wymogu posiadania koncesji na handel piwem. Udało się również zablokować inicjatywę zniesienia zakazu reklamy alkoholu.

Kompromisowe rozwiązania wypracowywane w toku burzliwych obrad sejmowych raz bardziej zadawałają jedną stronę, innym razem drugą. Stan taki możnaby uznać za całkiem zadowalający, gdyby nie jeden bardzo poważny problem. Rozstrzygnięcia prawne, które nie satysfakcjonują strony reprezentującej interesy lobby alkoholowego nie są przez nią respektowane. Do tej pory nie udało się wypracować

skutecznych metod egzekwowania obowiązującego prawa. Przykładem jest np. kwestia reklamy alkoholu. Na mocy ustawy z 1985 roku reklama alkoholu była w Polsce prawnie zabroniona. W 1993 roku sejm podtrzymał ten zapis. Mimo to od 1989 roku do dnia dzisiejszego reklamy alkoholowe są wszechobecne w polskiej prasie i na ulicach. Zmobilizowanie opinii publicznej w obronie obowiązującego prawa jest bardzo trudne. Trudne jest dlatego, że prasa czerpiąca gros swoich zysków z reklam papierosów i alkoholu jest wyraźnie stronnicza. Znaczny wpływ na skalę problemu mają zachodni producenci alkoholi, którzy nie respektując prawa obowiązującego w Polsce oferują znaczne sumy za umieszczanie reklam swoich produktów w mass mediach. Wydaje się, że ten problem również wymaga możliwych do egzekwowania uregulowań prawnych. Innym często łamanym przepisem jest zakaz sprzedaży alkoholu osobom poniżej 18-tego roku życia (3).

Ten bardzo pobieżny przegląd służy udokumentowaniu tezy o istnieniu wielu silnie działających, sprzyjających wzrostowi konsumpcji alkoholu czynników.

Kwestia wielkości średniej rocznej konsumpcji alkoholu

Ostatnie wiarygodne dane na temat wielkości spożycia publikowane przez Główny Urząd Statystyczny pochodzą z 1988 roku. Jak wynika z danych Najwyższej Izby Kontroli już w 1989 roku wielkość nielegalnego importu głównie spirytusu osiągnęła rozmiary tak znaczące, że rejestr oficjalny znacząco oddalił się od tzw. rzeczywistego poziomu konsumpcji alkoholu. Właśnie dane uzyskane przez NIK były podstawą pierwszej próby oszacowania realnego spożycia. Według szacunków J. Moskałowicza (9), które uwzględniały właśnie ustalenia NIK o ilości nielegalnie wwiezionego do Polski spirytusu i wódek już w 1990 roku, średnie spożycie kształtowało się na poziomie ok. 9 litrów czystego etanolu per capita. Dane pochodzące z NIK nie uwzględniały nielegalnego importu wina i piwa (9).

Kolejnej próby szacowania wielkości spożycia podjął się J. Sierosławski (13). W lecie 1992 roku realizował badania populacyjne na 1000 osobowej udziałowej próbie dorosłych mieszkańców kraju, Według oszacowań autora badań średnia konsumpcja w roku 1992 mogła sięgać 11 litrów czystego etanolu per capita, co oznaczałoby bardzo intensywny bo prawie 50% jej wzrost w porównaniu z rokiem 1988. Badanie wykazało również zmiany widoczne w strukturze spożycia, spowodowane głównie dynamicznym wzrostem spożycia piwa. Zwiększonej konsumpcji piwa nie towarzyszył spadek poziomu spożycia napojów spirytusowych, piwo nie było więc substytutem wódki lecz dodatkiem do jej wzmożonej konsumpcji. Dodatkowym argumentem na rzecz hipotezy o dynamicznie rosnącej wielkości spożycia alkoholu były opinie respondentów na temat zmian w poziomie rozpowszechnienia takich zjawisk jak nietrzeźwość publiczna czy picie wśród młodzieży (12).

Kolejne badanie populacyjne, przeprowadzone na jesieni 1995 roku przez J. Jasińskiego, nie potwierdziło poprzednich oszacowań wzrostu globalnego poziomu konsumpcji alkoholu. W badaniu stwierdza się natomiast niekorzystne z epidemiologicznego punktu widzenia zmiany motywów picia. Tak zwane towarzyskie moty-

wy picia, najczęstsze w latach osiemdziesiątych wydają się być wypierane przez picie problemowe sprzyjające rozwojowi uzależnienia od alkoholu.

Trudno powiedzieć jaka była trafność przytaczanych tu oszacowań. Wydaje się, że ze szczególną ostrożnością należy traktować szacunki wielkości spożycia dokonywane na podstawie danych uzyskiwanych metodą populacyjnych badań ankietowych. Ostrożność taka jest konieczna, zwłaszcza w okresie dynamicznych zmian rzeczywistości politycznej, społecznej i obyczajowej. Przede wszystkim nie sposób odgadnąć, jaki procent realnego spożycia pokrywa realizowane w danym roku badanie. Nawet jeśli posługujemy się identycznym narzędziem (ankietą), którego zdolność pokrycia tzw. realnego spożycia została dokładnie zmierzona wcześniej, gdy istniały jeszcze wiarygodne rejestry sprzedaży alkoholu, założenie o takiej samej lub zbliżonej trafności obecnie nie wydaje się uzasadnione. Bardziej liberalny klimat wokół alkoholu obserwowany współcześnie może znamienne wpływać na sposób udzielania przez respondentów odpowiedzi na pytania dotyczące ich osobistego spożycia alkoholu. Dla przykładu w ostatnich latach wyraźnym przeobrażeniem uległa opinia społeczna na temat piwa. Dobra jakość, estetyczne opakowania „nobiletowały” ten napój alkoholowy do rangi trunku, którego używania nikt się nie wstydzi. W latach siedemdziesiątych i osiemdziesiątych znaczne odsetki społeczeństwa utożsamiały piwo z obserwowanymi pod obskurnymi budkami przedstawicielami marginesu społecznego. Dość powszechna była również opinia, że piwa nie wypada pić kobietom (14). Nie wiadomo w jakim stopniu ta zła opinia o piwie ograniczała szczerą wypowiedź respondentów na temat częstości i wielkości jego spożywania. Trudno również zgadnąć, w jakim stopniu bardziej szczerą, jak sądzą wypowiedzi na ten temat współczesnych respondentów wpływają na „pokrywanie” przez ankietę realnego poziomu spożycia. Nowym wymykającym się badaniom populacyjnym zjawiskiem jest powszechne używanie alkoholu, szczególnie piwa przez młodzież poniżej 16-tego roku życia. (3). Wątpliwości takie można mnożyć. Badania ankietowe są dobrym źródłem wiedzy na temat zmian wzoru picia, czy poziomu społecznego liberalizmu w stosunku do alkoholu i w obecnych czasach dynamicznych przeobrażeń powinny być powtarzane z większą częstotliwością niż w dekadach bardziej stabilnych.

Utrata wiarygodnych informacji na temat wielkości sprzedaży alkoholu jest faktem. Być może miną lata zanim uda się wypracować nowe metody zbierania zbliżonych do rzeczywistych danych. Mimo prawnych uregulowań dotyczących banderolowania napojów spirytusowych i win, ciągle otwarta jest kwestia rejestrowania wielkości sprzedaży piwa. Dane GUS od 1989 roku uwzględniają wyłącznie napoje alkoholowe produkcji krajowej. Zamieszczone w tym opracowaniu dane na temat konsumpcji globalnej nie są podawane przez GUS w ogóle. Poziom spożycia wódki, wina i piwa jest notowany oddzielnie. Spożycie globalne szacowałam sumując dane na temat wielkości sprzedaży tych trzech napoi alkoholowych. Przelicznik dla wódek wynosił 40% zawartości czystego alkoholu, dla win 12,5% i dla piwa 5%. Przeliczniki dla wódek i win są identyczne z tymi jakie stosowano w latach osiemdziesiątych. W przypadku piwa podniosłam wartość przelicznika z 4,5% do 5%, ponie-

waż aktualnie jest to najniższa zawartość alkoholu w piwie obecnym na polskim rynku. Po likwidacji przepisów o specjalnym sposobie sprzedaży napojów alkoholowych zawierających więcej niż 4,5% czystego etanolu, jego poziom w piwie oferowanym polskiemu konsumentowi podwyższył się.

Sporządzane na podstawie danych GUS szacunki średniej rocznej konsumpcji 100% etanolu per capita wskazują na jego spadek w porównaniu z rokiem 1988 (z 6,8 litra w 1988 do 6,5 litra w roku 1994). Istnieje wiele argumentów dobrze uzasadniających twierdzenie, że są to dane poważnie zaniżone. Na pytanie, jakie jest obecnie rzeczywiste spożycie nikt nie potrafi udzielić odpowiedzi. Nie sądzę jednak aby wytrącało to argumenty z rąk osób próbujących wywierać nacisk na odejście państwa od liberalnej polityki alkoholowej. Głównym powodem, dla którego liczne państwa decydują się na realizowanie polityki ograniczania poziomu spożycia, jest poprawa jakości zdrowia publicznego. W obecnej sytuacji koronnym argumentem o istnieniu potrzeby ograniczania poziomu spożycia powinny być statystyki problemów społecznych i zdrowotnych związanych z używaniem alkoholu.

TABELA 5

Procentowy wskaźnik zmian rejestrowanego spożycia alkoholu i wybranych problemów – porównanie lat 1988-1994

Nazwa problemu	Procentowy przyrost lub spadek w 1994 r. w porównaniu z 1988 r.
Rejestrowana konsumpcja	- 4%
Wskaźnik pierwszorazowych psychoz alkoholowych	+ 50%
Wskaźnik zgonów z powodu marskości wątroby	+ 15%
Liczba osób zatrzymanych do wytrzeźwienia	- 3%
Wskaźnik pierwszorazowych hospitalizacji z powodu uzależnienia od alkoholu	+ 27%

Statystyki problemów alkoholowych

Wskaźniki rozpowszechnienia trzech podstawowych problemów medycznych; pierwszorazowych hospitalizacji z powodu psychozy alkoholowej, pierwszorazowych hospitalizacji z powodu uzależnienia od alkoholu i liczba zgonów z powodu marskości wątroby istotnie wzrosły w okresie od 1989 do 1994 roku.

Wzrost liczby pierwszorazowych hospitalizacji z powodu psychozy alkoholowej został odnotowany już w 1989 roku. Ich wskaźnik liczony na 100 000 mieszkańców powiększył się z 10 do 11 przypadków. W kolejnych dwóch latach wzrósł do poziomu 15 (1991 rok) i osiągnął wielkość najwyższą z notowanych w całym okresie powojennym. Przez kolejne dwa lata ustabilizował się na poziomie 12 przypadków na 100 000 mieszkańców, a w 1994 roku powrócił do poziomu 15-tu. W porównaniu

z rokiem 1988 (ostatni rok przed zmianą polityczno-gospodarczą) wielkość wskaźnika pierwszorazowych psychoz alkoholowych wzrosła o 50%.

Wzrost rozpowszechnienia kolejnego problemu medycznego mierzonego liczbą pierwszorazowych hospitalizacji z powodu uzależnienia od alkoholu odnotowano po raz pierwszy w 1990 roku. Wskaźnik hospitalizacji na 100 000 mieszkańców wzrósł z 29 w 1988 roku do 32 w 1990. Kolejny rok był okresem dalszego wzrostu liczby hospitalizacji, wskaźnik na 100 000 mieszkańców w 1991 roku szacowany był na poziomie 34. Rok 1992 podobnie jak w przypadku psychoz alkoholowych był okresem spadku do poziomu 31. Następne dwa lata były okresem jego bardzo dużego wzrostu. W roku 1993 wskaźnik pierwszorazowych hospitalizacji z powodu uzależnienia od alkoholu oszacowano na poziomie 34, w roku 1994 aż na 40. Dokonując analogicznego jak wyżej porównania między rokiem 1994 i rokiem 1988 można stwierdzić, że wielkość tego wskaźnika wzrosła o 27%.

Trzecim kolejnym problemem zdrowotnym o którym dane chciałabym tu przytoczyć jest liczba zgonów z powodu marskości wątroby. Ich wzrost podobnie jak w przypadku hospitalizacji z powodu uzależnienia od alkoholu odnotowano w 1990. Był on bardzo i niewielki nie przekroczył 2% w porównaniu z rokiem 1988 (1988 – 10,1 na 100 000 mieszkańców, 1990 – 10,3). W roku 1991 podniósł się do poziomu 11,8. Dane za rok następny (1992) wskazują na spadek do 11,2 na 100 000 mieszkańców. Warto zwrócić uwagę, że statystyki wszystkich trzech problemów zdrowotnych związanych z alkoholem wykazywały spadek ich rozpowszechnienia w 1992 roku. W kolejnych dwóch latach wartość wskaźnika zgonów z powodu marskości wątroby rosła, w roku 1994 osiągnęła poziom 11,9. W porównaniu z rokiem 1988 jest to przyrost 15%. Podobnie jak w przypadku wszystkich wskaźników pośrednich, wartość informacji o liczbie zgonów z powodu marskości wątroby jest również ograniczona. Jest to wskaźnik po pierwsze odroczony w czasie, po drugie obarczony wpływem zmiennych nie związanych z używaniem alkoholu, choćby poziomem higieny w służbie zdrowia, która to zmienna istotnie modyfikuje liczbę zakażeń żółtaczką. Wartość tego wskaźnika wzrasta wraz z wydłużaniem się lat obserwacji, jak również z poszerzaniem listy problemów zdrowotnych objętych regularną obserwacją.

Niestety nie mamy w kraju systemu zbierania informacji na temat udziału alkoholu w zachorowalności na wiele innych jednostek chorobowych. Jak wynika z licznych badań prowadzonych od lat w Europie i USA, alkohol może być czynnikiem sprawczym zarówno zachorowalności jak i zgonów z powodu licznych chorób np. zapalenia trzustki, zawału serca, czy różnorodnych nowotworów (2). Statystyki umieralności i zachorowalności mogą stanowić pośredni wskaźnik wielkości spożycia pod warunkiem, że jednostki medyczne stale monitorują udział alkoholu w chorobach zgłaszających się do nich pacjentów. W Polsce do tej pory pytania o używanie alkoholu są zadawane pacjentom bardzo rzadko, a w dokumentacjach medycznych informacje na ten temat trudno odnaleźć. Udokumentowany w innych krajach wpływ alkoholu na powstawanie takich chorób jak: nowotwory jamy ustnej, gardła, rak piersi u kobiet, nadciśnienie tętnicze

krwi, arytmia serca i inne, dotyczy zapewne i polskich konsumentów, nie dysponujemy jednak danymi na temat używania alkoholu przez osoby zapadające na te choroby. Z badań prowadzonych przez IPiN w latach osiemdziesiątych wynikało, że nawet w populacji osób uzależnionych od alkoholu tylko 3% było pytanych o używanie alkoholu podczas wizyty u lekarza ogólnego.

Systematycznie zbierane w Polsce dane zdrowotne dotyczą liczby pierwszorazowych hospitalizacji z powodu psychoz alkoholowych, uzależnienia od alkoholu i liczby zgonów z powodu marskości wątroby. Notowany w latach dziewięćdziesiątych, znaczący wzrost tych trzech wskaźników zdrowotnych, wydaje się syndromem istotnego wzrostu poziomu spożycia alkoholu w ostatnich latach.

Dane statystyczne zyskują na wartości im dłuższe okresy czasowe się analizuje. Ich jednoroczne zmiany są trudne do interpretacji. Kilkuletnia obserwacja pozwala z większą pewnością wnioskować o istnieniu trendów wzrostowych lub spadkowych. Sześć lat wydaje się okresem wystarczająco długim, aby stwierdzić, że mamy w Polsce do czynienia z trendem dynamicznego wzrostu rozpowszechnienia zdrowotnych problemów związanych z nadużywaniem alkoholu.

PODSUMOWANIE

Jednym z poważniejszych kosztów transformacji polityczno-ekonomicznej w Polsce jest znaczna liberalizacja polityki alkoholowej państwa. Skutki tej liberalizacji są widoczne na poziomie wielkości globalnego spożycia i na poziomie wielkości rozpowszechnienia wielu problemów związanych z używaniem alkoholu.

Dane oficjalne na temat globalnej wielkości spożycia utraciły swoją wiarygodność w momencie uwolnienia rynku alkoholowego spod kontroli państwa.

Odzyskanie kontroli nad wielkością spożycia to bardzo trudny do rozwiązania problem. Szacunki oparte na danych pośrednich są niepewne i obciążone licznymi błędami.

Statystyki zdrowotnych problemów związanych z nadużywaniem alkoholu wydają się w obecnej sytuacji jedynymi wiarygodnymi danymi. Wpływ alkoholu na więcej, niż tradycyjnie uwzględnianych, jednostek chorobowych, powinien być w tej sytuacji regularnie monitorowany.

W okresie od 1988 do 1994 roku nastąpił 15% przyrost wskaźnika zgonów z powodu marskości wątroby, 50% wzrost pierwszorazowych hospitalizacji z powodu psychozy alkoholowej i 27% pierwszorazowych hospitalizacji z powodu uzależnienia od alkoholu.

Notowany wzrost rozpowszechnienia spożycia alkoholu, zwłaszcza piwa, wśród młodszej młodzieży, może mieć wpływ na poziom rozpowszechnienia problemów alkoholowych w nadchodzących latach, w tym uzależnienia od alkoholu. Lecznictwo odwykowe powinno być na to przygotowane.

Zmiany zachodzące w zakresie norm i obyczajów związanych z używaniem alkoholu również wymagają stałego śledzenia. W latach gwałtownej przemiany społeczno-gospodarczej normy są znacznie mniej stabilne.

Grażyna Świątkiewicz
Socio-economic determinants of alcohol-related problems

Summary

Among major costs of the political and economic transformation in Poland there is a marked liberalization of the state alcohol policy. Consequences of this liberalization can be seen at the global consumption level, and at the level of prevalence of many problems related to alcohol use.

Official data on the global consumption rate have lost their credibility since the alcohol market was freed from the state control. Regaining of the control over the consumption rate poses a very difficult problem. Estimates based on indirect data are unreliable and burdened with numerous errors.

Statistics of health problems associated with alcohol abuse seem to be the only credible data under the circumstances. The effect of alcohol on more nosological units than those traditionally noted should be regularly monitored in this situation. In the years 1988-1994 there has been a 15% increase in the number of deaths due to cirrhosis, a 50% increase in the number of first admissions for alcohol psychoses, and a 27% increase in the number of first admissions due to alcohol dependence.

The observed increase in alcohol (especially beer) consumption prevalence among younger adolescents, may influence the alcohol-related problems prevalence rate, including the problems of alcohol dependence, in the near future. The alcohol treatment facilities should be prepared for that.

Changes occurring in the field of norms and customs connected with alcohol use should be monitored as well. In the period of rapid socio-economic transition norms are much less stable.

Key words: socio-economic determinants / alcohol-related problems

PIŚMIENNICTWO

1. Bielewicz A., Moskalewicz J. (1982): *Temporary Prohibition: the Gdańsk experience*, August 1980. *Contemporary Drug Problems*, Fall, str. 367-381.
2. Edwards G. i inni (1994): *Alcohol Policy and the Public Good*. Oxford University Press.
3. Falewicz J.K. (1982): *W sprawie otrzeźwienia narodowego. Bądźmy Trzeźwi*. IW PAX.
4. Grudziak-Sobczyk E. (1992): *Alkohol a polska młodzież. Alkohol a Zdrowie* No. 7.
5. Jasiński J. (1989): *Spożycie napojów alkoholowych w Polsce w 1985 r.* Archiwum Kryminologii, T.XVI.
6. Jasiński J. *Podstawowe problemy metodologiczne badań nad spożyciem alkoholu przeprowadzanych w populacji generalnej*. Alkoholizm i Narkomania, zima 1990. str. 17-23
7. Jasiński J. (1992): *Rozmiary i dystrybucja spożycia alkoholu w Polsce. Oceny oparte na badaniu na próbie udziałowej i losowej*. Archiwum kryminologii, T.XVIII.

8. Makela K. (1986): *Pomiar spożycia alkoholu*. W: I. Wald (red) *Alkohol oraz związane z nim problemy społeczne i zdrowotne*. PWN. str. 32-45.
9. Moskalewicz J. (1991): *Czy zbliżamy się do dziewięciu litrów? Kwestia alkoholu w latach 1989-1990*. *Problemy Alkoholizmu*, Nr 9, str. 5-7
10. Moskalewicz J. (1993): *Privatization of Alcohol Arena in Poland*. *Contemporary Drug Problems*, Vol. 20,2, str. 263-276.
11. Moskalewicz J., Świątkiewicz G. (red.) (1995): *Drug demand reduction in Poland. Inventory of data prepared for PHARE programme „Fight against drugs”*. Warsaw
12. *Rocznik Statystyczny* (1995): GUS, Warszawa
13. Sierosławski J. (1992): *Spożycie alkoholu i polityka wobec alkoholu w ocenie społecznej*. *Alkohol a Zdrowie* Nr 4. IPIŃ Warszawa
14. Świątkiewicz G. (1997): *Kwestia piwa w okresie transformacji społeczno-ustrojowej w Polsce*. *Alkoholizm i Narkomania* 1/26/97, str. 11-19.
15. Świątkiewicz G. (1997): *Regulating unregulated markets*. *Addiction* 92, Supplement 1, str. 67-72.
16. Wald, I., Morawski, J., Moskalewicz, J., Szydłowska, T. (1992): *II Raport o polityce wobec alkoholu*. *Alkohol a Zdrowie* Nr 2, Warszawa
17. Wald I., Jaroszewski Z. (1983) *Alcohol consumption and alcoholic psychoses in Poland*. *Journal of Studies on Alcohol*. Vol. 44, Nr 6/1983. str. 223-236.
18. Zieliński A. *Wzory picia alkoholu w Polsce (1988)*. *Alkoholizm i Narkomania*, Jesień. str 12-23.