

MINISTER ZDROWIA

**Narodowy Program Profilaktyki
i Rozwiązywania Problemów
Alkoholowych
na lata 2011-2015**

PROJEKT

opracowany na podstawie art. 3 ust. 3 pkt 1
ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości
i przeciwdziałaniu alkoholizmowi
(Dz. U. z 2007 r. Nr 70, poz. 473, z późn. zm.)

przez

Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych

Wersja 6 – z dnia 31.01.2011 r.

SPIS TREŚCI

Definicje i skróty	4
Wprowadzenie.....	8
Założenia systemowe Programu spójne z Narodowym Programem Zdrowia.....	9
Dokumenty międzynarodowe, z którymi koresponduje niniejszy Program	11
Diagnoza szkód związanych z używaniem alkoholu w Polsce	15
1. Duża dostępność fizyczna i ekonomiczna oraz duże spożycie alkoholu	15
2. Picie alkoholu przez młodzież.....	18
3. Szkody zdrowotne u osób uzależnionych	19
4. Szkody zdrowotne związane z nadużywaniem alkoholu.....	22
5. Zaburzenia życia rodzinnego związane z alkoholem, w tym zjawisko przemocy w rodzinie	24
6. Nietrzeźwość w miejscach publicznych	27
7. Naruszanie prawa związane z obrotem napojami alkoholowymi	31
8. Pogarszająca się jakość działań podejmowanych przez gminy oraz sposobów wydawania środków finansowych w ramach gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych	32
Finansowanie Programu.....	35
System wdrażania Programu:	36
Podsumowanie - Pozytywne trendy wynikające z diagnozy szkód wywoływanych przez alkohol.....	37
Problemy i cele strategiczne.....	41
PROBLEM I - SZKODY ZDROWOTNE WYNIKAJĄCE ZE SPOŻYWANIA ALKOHOLU	41
PROBLEM II - NADMIERNA DOSTĘPNOŚĆ ALKOHOLU	50
PROBLEM III - ZABURZENIA ŻYCIA RODZINNEGO W ZWIĄZKU Z ALKOHOLEM, W TYM SZKODY ZDROWOTNE I ROZWOJOWE DZIECI Z RODZIN ALKOHOLOWYCH.....	51
PROBLEM IV - PICIE ALKOHOLU PRZEZ DZIECI I MŁODZIEŻ.....	57
PROBLEM V - ZJAWISKO PRZEMOCY W RODZINIE W ZWIĄZKU Z UŻYWANIEM ALKOHOLU	67
PROBLEM VI - POGARSZAJĄCA SIĘ JAKOŚĆ DZIAŁAŃ PODEJMOWANYCH PRZEZ GMINY W RAMACH GMINNYCH PROGRAMÓW PROFILAKTYKI I ROZWIĄZYWANIA PROBLEMÓW ALKOHOLOWYCH ORAZ WYDATKOWANIE ŚRODKÓW Z OPŁAT ZA KORZYSTANIE Z ZEZWOLEŃ NA SPRZEDAŻ DETALICZNĄ NAPOJÓW ALKOHOLOWYCH NA ZADANIA NIEZWIĄZANE Z PROFILAKTYKĄ I ROZWIĄZYWANIEM PROBLEMÓW ALKOHOLOWYCH (NARUSZENIE ART. 18 ² USTAWY O WYCHOWANIU W TRZEŹWOŚCI I PRZECIWDZIAŁANIU ALKOHOLIZMOWI)	74
PROBLEM VII - NARUSZENIA PRAWA ZWIĄZANE Z ALKOHOLEM.....	79
PROBLEM VIII - BRAK NAUKOWYCH DANYCH NA TEMAT STRAT EKONOMICZNYCH ZWIĄZANYCH Z ALKOHOLEM	85

Definicje i skróty

Definicje

Profilaktyka uniwersalna – ukierunkowana na całe populacje. Są to działania profilaktyczne adresowane do całych grup (populacji) bez względu na stopień indywidualnego ryzyka występowania problemów alkoholowych. Ich celem jest zmniejszanie lub eliminowanie czynników ryzyka sprzyjających rozwojowi problemów alkoholowych w danej populacji. Działania uniwersalne są realizowane na przykład w populacji dzieci i młodzieży w wieku gimnazjalnym, w populacji młodych dorosłych, w populacji rodziców posiadających dzieci w wieku szkolnym, itd. Przykładem profilaktyki uniwersalnej są programy opóźniania inicjacji alkoholowej lub papierosowej adresowane do całej populacji dzieci wchodzących w okres pierwszych eksperymentów z substancjami psychoaktywnymi.

Profilaktyka selektywna – ukierunkowana na jednostki i grupy zwiększonego ryzyka. Są to działania profilaktyczne adresowane do jednostek lub grup, które ze względu na swoją sytuację społeczną, rodzinną, środowiskową lub uwarunkowania biologiczne, są narażone na większe od przeciętnego ryzyko wystąpienia problemów alkoholowych lub/ i innych zaburzeń zdrowia psychicznego. Przykładem profilaktyki selektywnej są działania edukacyjne, opiekuńcze i rozwojowe podejmowane wobec dzieci pochodzących z rodzin z problemem alkoholowym. Działania z tego poziomu profilaktyki są podejmowane ze względu na sam fakt przynależności do takiej grupy, czyli np. bycie dzieckiem osoby uzależnionej od alkoholu, a nie ze względu na występowanie zaburzeń lub problemów psychicznych u takich dzieci. Profilaktyka selektywna jest więc z definicji przede wszystkim działaniem uprzedzającym, a nie naprawczym.

Profilaktyka wskazująca – ukierunkowana na jednostki (lub grupy) wysokiego ryzyka demonstrujące pierwsze symptomy problemów alkoholowych. Są to działania profilaktyczne adresowane do osób (grup osób), które demonstrują wczesne symptomy problemów alkoholowych lub/i innych zaburzeń zachowania lub problemów psychicznych, ale jeszcze nie spełniają kryteriów diagnostycznych picia szkodliwego, uzależnienia od alkoholu lub innych zaburzeń związanych z nadużywaniem alkoholu opisanych w Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10. Przykładem profilaktyki wskazującej są zajęcia socjoterapeutyczne dla dzieci, które przejawiają wysoki poziom agresji i nieprzystosowania w kontaktach z rówieśnikami, a także interwencje podejmowane wobec uczniów upijających się lub eksperymentujących z narkotykami. Do profilaktyki wskazującej można również zaliczyć niektóre działania mające na celu redukcję szkód zdrowotnych lub społecznych u osób nadużywających alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych (np. działania edukacyjne i prawne zmierzające do ograniczenia liczby wypadków drogowych popełnianych przez kierowców pod wpływem alkoholu).

Ryzykowne spożywanie alkoholu to picie nadmiernych ilości alkoholu (jednorazowo i w określonym przedziale czasu) nie pociągające za sobą aktualnie negatywnych konsekwencji, przy czym można oczekiwać, że konsekwencje te pojawią się, o ile obecny model picia alkoholu nie zostanie zmieniony. Robocza definicja Światowej Organizacji Zdrowia określa picie ryzykowne w następujący sposób: picie

ryzykowne to regularne średnie spożywanie alkoholu w ilości 20-40g czystego alkoholu dziennie przez kobietę i 40-60g dziennie przez mężczyznę, przy jednoczesnym łącznym spożyciu czystego alkoholu w tygodniu przez kobiety zawierającym się w przedziale 140-209g, a w przypadku mężczyzn - 280-349g.

Szkodliwe picie alkoholu opisywane jest jako wzorzec picia, który już powoduje szkody zdrowotne, fizyczne bądź psychiczne; ale również psychologiczne i społeczne, przy czym nie występuje uzależnienie od alkoholu. Aby rozpoznać szkodliwe używanie alkoholu opisany wzorzec picia powinien utrzymywać się przez co najmniej miesiąc lub występować w sposób powtarzający się w ciągu 12 miesięcy. Robocza definicja Światowej Organizacji Zdrowia określa picie szkodliwe w następujący sposób: picie szkodliwe to regularne średnie spożywanie alkoholu w ilości ponad 40g czystego alkoholu dziennie przez kobietę i ponad 60g dziennie przez mężczyznę, przy jednoczesnym łącznym spożyciu 210g lub więcej w tygodniu przez kobiety i 350g i więcej w tygodniu przez mężczyznę. Jako picie szkodliwe określone jest też spożywanie każdej ilości alkoholu przez: kobiety w ciąży, matki karmiące, chorych przewlekłe, osoby przyjmujące leki, osoby starsze.

FASD Poalkoholowe spektrum zaburzeń rozwojowych (ang. Fetal Alcohol Spectrum Disorders) - ogólny termin opisujący całościowo spektrum skutków rozwojowych występujących u dzieci matek pijących alkohol w okresie ciąży. Skutki te mogą obejmować zaburzenia rozwoju fizycznego, umysłowego, zachowania, uczenia się, mogą trwać przez całe życie. W diagnostyce klinicznej obowiązuje termin FAS - Płodowy Zespół Alkoholowy, który charakteryzuje się: dysmorfiami twarzy, opóźnieniami wzrostu, oraz nieprawidłowościami ośrodkowego układu nerwowego. U dzieci u których nie występują wszystkie cechy FAS diagnozowany jest częściowy FAS. Rodzaj i siła zaburzenia dziecka zależy przede wszystkim od ilości alkoholu, spożywanego przez kobietę w ciąży oraz częstotliwości picia. Należy pamiętać, że nie ma bezpiecznej dawki alkoholu jaką może spożywać kobieta w ciąży, w związku z tym, aby dziecko było zdrowe należy, całkowicie powstrzymać się od spożywania alkoholu w okresie prenatalnym oraz karmienia piersią.

Wczesne rozpoznanie i krótka interwencja - krótkie interwencje podejmowane przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej wobec osób pijących alkohol ryzykownie i szkodliwie.

Leczenie uzależnienia to działania służące redukcji objawów i przyczyn zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania wynikających z używania alkoholu. Przykładami działań leczniczych w tym zakresie są: programy psychoterapii uzależnienia od alkoholu, farmakologiczne wspieranie psychoterapii, leczenie alkoholowych zespołów abstynencyjnych.

Uzależnienie. Zespół uzależnienia od alkoholu to kompleks zjawisk fizjologicznych, behawioralnych i poznawczych, wśród których picie alkoholu dominuje nad innymi zachowaniami, które miały poprzednio dla pacjenta większą wartość. Głównym objawem zespołu uzależnienia jest pragnienie alkoholu (często silne, czasami przemożne).

Na ostateczne rozpoznanie uzależnienia pozwala identyfikacja trzech lub więcej następujących cech lub objawów występujących łącznie przez pewien okres czasu w ciągu ostatniego roku (picia):

1. Silne pragnienie lub poczucie przymusu picia („głód alkoholowy”).
2. Upośledzona zdolność kontrolowania zachowań związanych z piciem, (trudności w unikaniu rozpoczęcia picia, trudności w zakończeniu picia do wcześniej założonego poziomu, nieskuteczność wysiłków zmierzających do zmniejszenia lub kontrolowania picia).
3. Fizjologiczne objawy stanu odstawienia pojawiającego się, gdy picie alkoholu jest ograniczane lub przerywane (drżenie mięśniowe, nadciśnienie tętnicze, nudności, wymioty, biegunki, bezsenność, rozszerzenie źrenic, wysuszenie śluzówek, wzmożona potliwość, zaburzenia snu, niepokój, drażliwość, lęki, padaczka poalkoholowa, omamy wzrokowe lub słuchowe, majaczenie drżenne) albo używanie alkoholu lub pokrewnie działającej substancji (np. leków) w celu złagodzenia ww. objawów, uwolnienia się od nich lub uniknięcia ich.
4. Zmieniona (najczęściej zwiększona) tolerancja alkoholu (ta sama dawka alkoholu nie przynosi oczekiwanego efektu) potrzeba spożycia większych dawek dla wywołania oczekiwanego efektu.
5. Z powodu picia alkoholu - narastające zaniedbywanie alternatywnych źródeł przyjemności lub zainteresowań, zwiększona ilość czasu przeznaczona na zdobywanie alkoholu lub jego picie, bądź uwolnienia się od następstw jego działania.
6. Uporczywe picie alkoholu mimo oczywistych dowodów występowania szkodliwych następstw picia (picie alkoholu, mimo, że charakter i rozmiary szkód są osobie pijącej znane lub można oczekiwać, że są znane).

Rehabilitacja (postępowanie po leczeniu) to działania podtrzymujące zmianę u osób uzależnionych po zakończeniu leczenia uzależnienia, utrwalające efekty leczenia, uczące umiejętności służących zdrowieniu oraz pomagające w podejmowaniu i realizacji zadań wynikających z ról społecznych. Przykładami są: treningi zapobiegania nawrotom w uzależnieniu, grupy wsparcia dla „absolwentów” leczenia uzależnień, treningi zachowań konstruktywnych, programy wychodzenia z bezdomności, grupy samopomocowe Anonimowych Alkoholików, kluby abstynenta, programy aktywizacji zawodowej.

Użyte skróty

Ankieta PARPA G1 - Roczne sprawozdanie z działalności samorządów gminnych w zakresie profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych – zbierane w ramach „Programu badań statystycznych statystyki publicznej”

CIS – Centrum Integracji Społecznej

GIS – Główny Inspektor Sanitarny

GKRPA – gminna komisja rozwiązywania problemów alkoholowych

IPiN – Instytut Psychiatrii i Neurologii

JST – Jednostki Samorządu Terytorialnego

KBdsPN – Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii

KGP – Komenda Główna Policji

KIS – Klub Integracji Społecznej

KRRiT – Krajowa Rada Radiofonii i Telewizji
NFZ – Narodowy Fundusz Zdrowia
NGO – organizacja pozarządowa
NIK – Najwyższa Izba Kontroli
ORE – Ośrodek Rozwoju Edukacji
PARPA – Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych
RIO – Regionalna Izba Obrachunkowa
UOKiK – Urząd Ochrony Konkurencji i Konsumentów
UOKiK-IH – Urząd Ochrony Konkurencji i Konsumentów - Inspekcja Handlowa
WOTUW – Wojewódzki Ośrodek Terapii Uzależnienia i Współzależnienia
WUM – Warszawski Uniwersytet Medyczny
ZOZ – Zakład Opieki Zdrowotnej

Wprowadzenie

Spośród licznych problemów społecznych, jakie występują w naszym kraju, problemy związane z alkoholem mają szczególne znaczenie. Wynika to przede wszystkim z rozmiarów szkód alkoholowych oraz kosztów społecznych i ekonomicznych, jakie z tego tytułu ponosi budżet państwa – szacowanych na **1,3% Produktu Krajowego Brutto**¹ (w roku 2009 – 17,45 mld złotych). Konsumpcja alkoholu ma istotny wpływ na zdrowie fizyczne i psychiczne zarówno jednostek, jak i rodzin, a jej konsekwencje dotyczą nie tylko osób pijących szkodliwie, ale wpływają na całą populację. Nadużywanie alkoholu powoduje wiele szkód społecznych tj.: zakłócenia bezpieczeństwa publicznego, przestępczość, wypadki samochodowe, przemoc w rodzinie, ubóstwo i bezrobocie. Dlatego działania w zakresie zapobiegania problemom alkoholowym i rozwiązywania ich powinny być przedmiotem szczególnej troski ze strony organów administracji rządowej i samorządowej.

Zgodnie z Raportem Światowej Organizacji Zdrowia pt. „ZAGROŻENIA DLA ZDROWIA ŚWIATOWEGO. Śmiertelność i obciążenie chorobami powodowane wybranymi najpoważniejszymi zagrożeniami” (wydanie z 2009 r.) alkohol znajduje się na **trzecim miejscu** wśród czynników ryzyka dla zdrowia populacji, a **ponad 60 rodzajów chorób i urazów** ma związek z alkoholem. Dane Światowej Organizacji Zdrowia wskazują, że konsumpcja alkoholu w Regionie Europejskim jest najwyższa w porównaniu z innymi regionami świata. Wynosi 11 litrów czystego alkoholu w przeliczeniu na jednego dorosłego mieszkańca². Na całym świecie alkohol jest przyczyną 3,8% zgonów w ciągu roku (2,3 mln) oraz 4,5% DALY (Disability Adjusted Life–Years³) – 69 mln. Rozmiary szkód mogą być zmniejszone przez skuteczną politykę wobec alkoholu i problemów z nim związanych.

W Polsce podstawę prawną rozwiązywania problemów alkoholowych stanowi ustawa o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi z dnia 26 października 1982 r. (Dz.U. z 2007 r. Nr 70, poz. 473 z późn. zm.).

Ustawa określa kierunki polityki państwa wobec alkoholu. Kompleksowo reguluje zagadnienia dotyczące profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, wskazuje zadania z tego zakresu oraz podmioty odpowiedzialne za ich realizację. Określa również źródła finansowania tych zadań. Dokument opisuje funkcjonowanie rynku napojów alkoholowych. Reguluje także dziedzinę promocji i reklamy napojów alkoholowych, a także formułuje przepisy karne dotyczące obrotu alkoholem i reklamy alkoholu. Wprowadza regulacje dotyczące postępowania wobec osób nadużywających alkoholu, określa podstawy leczenia odwykowego oraz wskazuje kompetencje i zadania Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.

Podmiotami wyznaczonymi przez ustawodawcę do realizacji zadań z zakresu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych są organy administracji rządowej, samorządowej, Krajowa Rada Radiofonii i Telewizji oraz organizacje pozarządowe, kościoły i związki wyznaniowe.

System profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych opisany w Narodowym Programie oparty jest na trzech wzajemnie komplementarnych programach działań realizowanych na różnych poziomach administracji:

¹ Anderson P., Baumberg B., *Alcohol in Europe*. [London: Institute of Alcohol Studies (2006)]. Polskie wydanie: *Alkohol w Europie*, Wydawnictwo Edukacyjne PARPAMEDIA, Warszawa 2007; str. 45

² Anderson P., Baumberg B., *Alcohol in Europe*. [London: Institute of Alcohol Studies (2006)]. Polskie wydanie: *Alkohol w Europie*, Wydawnictwo Edukacyjne PARPAMEDIA, Warszawa 2007; str. 70

³ Wskaźnik stosowany do określenia stanu zdrowia danego społeczeństwa. Wyraża łącznie lata życia utracone wskutek przedwczesnej śmierci bądź uszczerbku na zdrowiu w wyniku urazu lub choroby; jeden DALY równa się utracie jednego roku zdrowego życia.

1. **Gminne programy profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych** uchwalane corocznie przez rady gmin i realizowane przez samorządy gminne. Ustawa określa najważniejsze kategorie zadań, które w ramach gminnego programu powinny realizować samorządy oraz wskazuje źródło finansowania tych zadań, a PARPA corocznie na podstawie badań i analiz wydaje rekomendacje do tworzenia gminnych programów.
2. **Wojewódzkie programy profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych** realizowane na szczeblu samorządów województw.
3. **Narodowy Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych** wskazujący zadania realizowane przez organy administracji rządowej i Krajową Radę Radiofonii i Telewizji oraz Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. PARPA koordynuje realizację pięcioletniego Programu, a także integruje wszystkie trzy obszary działań – centralny, wojewódzki i gminny – formułując spójne dla nich kategorie zagadnień i cele strategiczne. Zachowując odrębne, określone w ustawie o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, formy zarządzania i finansowania działań z zakresu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych na poszczególnych poziomach administracji, Program tworzy bazę do realizacji integralnej polityki wobec alkoholu i przeciwdziałania negatywnym konsekwencjom jego używania.

Założenia systemowe Programu spójne z Narodowym Programem Zdrowia

- a. W obszarze gospodarki przyjmuje się zasadę, że **alkohol jest specyficznym, odmiennym od innych produktów towarem**. Wymaga specjalnych regulacji prawno-administracyjnych oraz finansowych, umożliwiających wyższy stopień kontroli niż ta, która obowiązuje w systemie wolnorynkowym wobec innych produktów. Należy dążyć do zwiększenia skuteczności systemu kontroli państwa nad rynkiem wyrobów alkoholowych.
- b. W obszarze życia społeczno-politycznego priorytetem są działania i decyzje służące profilaktyce i rozwiązywaniu problemów alkoholowych, pozostające w kompetencji i zakresie odpowiedzialności resortów: zdrowia, edukacji, pracy i polityki społecznej, sprawiedliwości, obrony narodowej, spraw wewnętrznych oraz samorządów województw i gmin.
- c. Niezbędne jest systematyczne finansowanie Programu w ramach wyodrębnionych pozycji budżetowych resortu zdrowia, w ramach budżetów innych resortów, a także w ramach środków uzyskanych przez samorządy wojewódzkie i gminne z opłat za korzystanie z zezwoleń na sprzedaż alkoholu.
- d. Wskazane jest tworzenie warunków służących usprawnieniu działalności jednostek państwowych, stowarzyszeń i fundacji realizujących programy profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych.
- e. Skuteczne wdrażanie programu wymaga współdziałania pomiędzy organami administracji rządowej i samorządowej różnych szczebli oraz Krajowej Rady Radiofonii i Telewizji.
- f. Centralne organy administracji rządowej oraz Krajowa Rada Radiofonii i Telewizji, kierując się zasadą pomocniczości państwa, realizują zadania o zasięgu ogólnokrajowym i dostarczają profesjonalnego wsparcia dla działań samorządów terytorialnych. Podstawową rolę w tym zakresie spełnia Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, realizując zadania własne, powierzone jej przez ustawę, koordynując realizację Narodowego Programu oraz przygotowując sprawozdania z realizacji ustawy dla Sejmu. PARPA udziela wsparcia

merytorycznego instytucjom, organizacjom, i samorządom terytorialnym w realizacji zadań z zakresu rozwiązywania problemów alkoholowych.

- g. Minister Zdrowia zapewnia spójną politykę państwa wobec alkoholu i związanych z nim problemów oraz nadzoruje realizację zadań profilaktyczno–naprawczych, służących ograniczaniu problemów i szkód zdrowotnych, społecznych i ekonomicznych związanych z używaniem alkoholu.
- h. Samorządy województw poprzez pełnomocników ds. rozwiązywania problemów alkoholowych i współpracujące z nim służby wojewódzkie zapewniają koordynację realizacji Wojewódzkich Programów Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, udzielają pomocy merytorycznej i organizacyjnej samorządom gminnym oraz instytucjom i organizacjom pozarządowym działającym na terenie województwa, specjalizującym się w rozwiązywaniu problemów alkoholowych.
- i. Cele strategiczne i działania określone w Programie stanowią integralną część wojewódzkich programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych i są włączone do globalnej strategii rozwoju województwa.
- j. Samorządy gminne, realizujące zadania określone w ustawie w formie Gminnych Programów Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, korzystają z pomocy merytorycznej i organizacyjnej samorządów województw oraz Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. Do realizacji wybranych celów mogą tworzyć porozumienia międzygminne oraz współpracować z instytucjami powiatowymi.
- k. Organizacje pozarządowe są ważnym partnerem w realizacji zadań określonych w Programie na szczeblu centralnym, wojewódzkim i gminnym.
- l. Organy administracji rządowej i samorządy lokalne współpracują ze środowiskami samopomocowymi osób z problemami alkoholowymi, udzielając im odpowiedniego wsparcia i korzystając z ich pomocy.
- m. Rada Ministrów:
 - zatwierdza założenia polityki społeczno–gospodarczej opracowane w postaci Narodowego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych,
 - składa corocznie Sejmowi sprawozdanie z wykonania ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, przygotowywane przez Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.

Zgodnie z art. 11 ust. 1 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi „na wydatki związane z realizacją Narodowego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych przeznaczają się corocznie z budżetu państwa środki w wysokości 1% podatku akcyzowego od wyrobów alkoholowych.” Dla realizacji Programu konieczne jest zapewnienie stabilnego systemu finansowania realizacji zadań ustawowych:

- a. Środki na finansowanie zadań Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych ujmuje się w budżecie Ministra Zdrowia jako rozdz. 85154 – Przeciwdziałanie alkoholizmowi, a środki na finansowanie zadań przez poszczególne centralne organy administracji rządowej oraz Krajową Radę Radiofonii i Telewizji ujmuje się w ich budżetach.
- b. Środki na finansowanie wojewódzkich programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych ujmowane są w budżetach poszczególnych województw. Na realizację zadań określonych we wspomnianych programach oprócz środków własnych samorządy województw przeznaczają środki pochodzące z opłat za wydanie zezwoleń na obrót hurtowy napojami o zawartości do 4,5% alkoholu oraz

piwem, a także napojów zawierających powyżej 4,5% do 18% alkoholu oraz za wydanie decyzji wprowadzających w zezwoleniach dodatkowe miejsca działalności gospodarczej.

- c. Gminne programy profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych są finansowane:
- ze środków własnych gmin,
 - z dodatkowych środków pozyskanych przez gminy z pobieranych opłat za korzystanie z zezwoleń na sprzedaż detaliczną napojów alkoholowych.

Dokumentami krajowymi, z których realizacją koresponduje realizacja Narodowego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, są:

- Narodowy Program Zdrowia na lata 2007-2015 (Cel nr 6)
- Krajowy Program Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie
- Program Ochrony Zdrowia Psychicznego
- Krajowy Program Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2011-2016
- Krajowy Program Bezpieczeństwa Ruchu Drogowego GAMBIT 2005.

Narodowy Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na lata 2011-2015 jest kontynuacją obowiązującego do końca 2010 r. Narodowego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na lata 2006-2010, którego wskaźniki rokrocznie były monitorowane i przedstawiane w przyjmowanych przez Sejm RP „Sprawozdaniach z realizacji ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi”. Struktura sprawozdań odzwierciedlała strukturę Narodowego Programu. W oparciu o wskaźniki zawarte w Sprawozdaniach powstał Narodowy Program na lata 2011-2015.

Jedną z poruszanych w diagnozie kwestii jest problem jakości podejmowanych działań oraz sposobów wydawania środków finansowych przez samorządy lokalne w ramach gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych.

W procesie wdrażania profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych opisanym w Narodowym Programie Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na lata 2011-2015 zarówno w procesie zbierania danych jak i realizacji działań będzie uwzględniana kategoria płci zgodnie z zasadą gender mainstreamingu Unii Europejskiej, ze szczególnym uwzględnieniem obszaru dotyczącego zaburzeń życia rodzinnego w rodzinach z problemem alkoholowym.

Dokumenty międzynarodowe, z którymi koresponduje niniejszy Program

Wykładnia Unii Europejskiej

Dokumenty dotyczące polityki wobec alkoholu w **Unii Europejskiej** mają różny charakter. W zależności od tego, czy są to zalecenia, wnioski, dyrektywy czy też strategie, kraje członkowskie zobowiązane są do ich realizacji w różnym zakresie. Największą moc mają dyrektywy i państwa Unii Europejskiej zobowiązane są do dostosowania swojego systemu do celu.

W roku 2006 w „KOMUNIKACIE KOMISJI DO RADY, PARLAMENTU EUROPEJSKIEGO, EUROPEJSKIEGO KOMITETU EKONOMICZNO-SPOŁECZNEGO I KOMITETU REGIONÓW” ogłoszona została „**Strategia UE w zakresie wspierania państw członkowskich w ograniczaniu szkodliwych skutków spożywania alkoholu**”. Dokument wyznacza 5 priorytetowych obszarów działań. Są to:

- Ochrona młodzieży, dzieci i dzieci nienarodzonych
- Zmniejszenie liczby rannych i ofiar śmiertelnych w wypadkach drogowych spowodowanych prowadzeniem pojazdu pod wpływem alkoholu
- Zapobieganie szkodliwym skutkom nadużywania alkoholu wśród dorosłych i ograniczenie negatywnego wpływu alkoholu w miejscu pracy
- Informowanie, szkolenie i podnoszenie świadomości na temat wpływu szkodliwego i niebezpiecznego spożywania alkoholu, oraz odpowiedniej kultury spożywania alkoholu
- Rozwój, wspieranie i prowadzenie wspólnej bazy danych.

Strategia zawiera także wskazówki dotyczące konkretnych działań w ww. obszarach dla Komisji Europejskiej, państw członkowskich oraz samorządów lokalnych. Po raz pierwszy w dokumentach Wspólnoty pojawia się poziom lokalny jako ważny i komplementarny poziom realizacji zapisów Strategii. We wrześniu 2009 r. opublikowany został Raport z realizacji zapisów Strategii na poziomie Wspólnoty i w krajach członkowskich. W Raporcie dokonano analizy realizacji priorytetów zapisanych w Strategii na różnych poziomach: od unijnego po lokalny.

Wcześniejsze dokumenty UE dotyczące alkoholu pochodzą z roku 2001. Są to: **COUNCIL CONCLUSIONS of 5 June 2001 on a Community strategy to reduce alcohol-related harm (2001/C 175/01)** oraz **COUNCIL RECOMMENDATION of 5 June 2001 on the drinking of alcohol by young people, in particular children and adolescents (2001/458/EC)**. Pierwszy z wymienionych dokumentów – „Wnioski Rady w sprawie strategii Wspólnoty w dziedzinie redukcji szkód wywołanych przez alkohol” – jest napisany na dużym poziomie ogólności i zachęca do stworzenia całościowej strategii redukcji szkód spowodowanych przez alkohol wraz z harmonogramem i podziałem zadań dla poszczególnych szczebli i instytucji Wspólnoty: Komisji oraz państw członkowskich. „Zalecenia Rady dotyczące picia alkoholu przez młodych ludzi, w szczególności przez dzieci i młodzież” formułują szereg zadań dla krajów członkowskich oraz Komisji, których celem ma być ochrona dzieci i młodzieży przed używaniem alkoholu oraz przed wpływem reklam napojów alkoholowych. Zalecenia czynią Komisję odpowiedzialną za monitorowanie stanu wdrażania konkretnych strategii i działań w krajach członkowskich.

Ważnym dokumentem jest także **DYREKTYWA 89/552/EWG PARLAMENTU EUROPEJSKIEGO I RADY z dnia 3 października 1989 r. w sprawie koordynacji niektórych przepisów ustawowych, wykonawczych i administracyjnych państw członkowskich dotyczących świadczenia audiowizualnych usług medialnych (dyrektywa o audiowizualnych usługach medialnych)**. Jest to jednocześnie najstarszy dokument w UE dotyczący zagadnień związanych z alkoholem. Artykuł 15 Dyrektywy dotyczył reklamy i promocji telewizyjnej napojów alkoholowych. Początkowo znana była pod krótką nazwą: „Telewizja bez granic” (Television Without Frontiers). Powyższa dyrektywa została uchylona i zastąpiona przez dyrektywę Parlamentu Europejskiego i Rady 2010/13/UE w sprawie koordynacji niektórych przepisów ustawowych, wykonawczych i administracyjnych państw członkowskich dotyczących świadczenia audiowizualnych usług medialnych - w skrócie: dyrektywa o audiowizualnych usługach medialnych; Audiovisual Media Services Directive (AVMSD). Kwestia dotycząca reklam napojów alkoholowych została uregulowana w art. 9 i 22 nowej dyrektywy.

Zapisy dotyczące alkoholu znajdują się także w wielu dokumentach, które nie powstają w ramach DG SANCO. Są to np. dyrektywy dotyczące podatków na napoje alkoholowe, produkcji napojów alkoholowych i handlu nimi (np. Council Directive 92/83/EEC, Council Directive 92/84/EEC, Council Directive 92/12/EEC) czy też związane z transportem i bezpieczeństwem ruchu drogowego. Warto wymienić chociażby **IV Europejski Program Działań na rzecz Bezpieczeństwa Ruchu Drogowego (2010r.)** czy też **Europejską Kartę Bezpieczeństwa Ruchu Drogowego (2004r.)**, w których swoje miejsce znalazły także zapisy dotyczące przeciwdziałania nietrzeźwości kierowców.

Z inicjatywą zapisu planu działań dotyczących profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych wychodzą też organizacje pozarządowe. Przykładem jest choćby wystąpienie 12 międzynarodowych organizacji pozarządowych, działających w obszarze zdrowia i bezpieczeństwa, w sprawie bardziej restrykcyjnej polityki EU wobec alkoholu. W listopadzie 2009 r. podpisały one w Amsterdamie wspólne oświadczenie pt. **Policy statement issued by the Network of European NGO's Dedicated to injury prevention 'Alcohol and injuries'** ([http://www.childsafetyeurope.org/csi/eurosafe2006.nsf/0/B1197F098A17AABBC1257678003CCD40/\\$file/Statement Alcohol Injuries.pdf](http://www.childsafetyeurope.org/csi/eurosafe2006.nsf/0/B1197F098A17AABBC1257678003CCD40/$file/Statement%20Alcohol%20Injuries.pdf)), w którym przekonują Komisję Europejską m.in. do wdrożenia:

- polityki minimum cenowego oraz restrykcji w zakresie sprzedaży alkoholu i zakazu obniżania cen alkoholu we wszystkich państwach członkowskich
- systemu etykietowania produktów alkoholowych w UE w celu informowania konsumentów o ryzyku spożywania napojów alkoholowych
- zasady zera tolerancji dla spożywania alkoholu przed kierowaniem pojazdem i dopuszczalnego poziomu alkoholu we krwi kierowcy (BAC) na poziomie maksymalnie 0,2 promila w całej Europie.

Kolejny dokument dotyczący polityki wobec alkoholu w UE - „**Council Conclusions on Alcohol and Health**” (Konkluzje Rady w sprawie alkoholu i zdrowia, 2009) - zachęca kraje członkowskie Unii m.in. do:

- wdrażania skutecznych strategii, opracowanych na podstawie wyników badań, w celu realnego zmniejszania zasięgu problemów alkoholowych ze szczególnym uwzględnieniem priorytetów opisanych w „Strategii UE w zakresie wspierania państw członkowskich w ograniczaniu szkodliwych skutków spożywania alkoholu”
- działań multisektorowych, interdyscyplinarnych i kompleksowych w celu wzmocnienia narodowych strategii i planów będących odpowiedzią na potrzeby każdego kraju członkowskiego w zakresie polityki alkoholowej
- włączenia regulacji cenowych (np. podatkowych) jako skutecznego narzędzia profilaktycznego w dziedzinie szkód alkoholowych oraz monitorowania ich wpływu na spożycie alkoholu i jego konsekwencje.

Dokumenty Światowej Organizacji Zdrowia

W dniu 21 maja 2010 r., podczas 63 obrad Światowego Zgromadzenia Zdrowia (WHA), 193 kraje członkowskie Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) zagłosowały jednomyślnie za przyjęciem **Globalnej Strategii Redukującej Szkodliwe Spożywanie**

Alkoholu. Wszystkie kraje członkowskie WHO uznały szkodliwe spożywanie alkoholu za główne zagrożenie dotyczące zdrowia publicznego i ważny czynnik ryzyka dla populacji. Strategia nadała problemom alkoholowym wysoki priorytet w WHO, co zachęcić ma do podejmowania przez kraje członkowskie konkretnych działań. Dokument wzywa m.in. do wprowadzania rozwiązań z obszaru polityki publicznej w celu redukcji szkodliwej konsumpcji alkoholu. Podkreśla skuteczność strategii regulujących cenę alkoholu, jego dostępność fizyczną oraz szczegółowych i restrykcyjnych przepisów regulujących marketing alkoholu. Rekomendacje zawarte w Strategii powinny służyć jako najlepsze wytyczne dla krajów członkowskich WHO w celu zmniejszania skali problemów alkoholowych.

Również cennymi i wszechstronnymi dokumentami Światowej Organizacji Zdrowia, dotyczącymi polityki wobec alkoholu, są wydane w 2009 roku następujące tytuły:

- **Evidence for the effectiveness and cost-effectiveness of interventions to reduce alcohol-related harm** (*Efektywność i koszty związane z działaniami redukującymi szkodę alkoholową – wyniki badań*)

(http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0020/43319/E92823.pdf)

- **Handbook for action to reduce alcohol-related harm** (*Przewodnik do działań redukujących szkodę alkoholową*)

(<http://www.euro.who.int/en/what-we-publish/abstracts/handbook-for-action-to-reduce-alcohol-related-harm>)

Opisują one konkretne działania i strategie skuteczne w zmniejszaniu zasięgu problemów wynikających z używania i nadużywania alkoholu. Rekomendacje WHO dotyczą przedsięwzięć podejmowanych zarówno na poziomie państw, jak i samorządów lokalnych. Są one o tyle cenne, że zawierają szereg wskazówek dotyczących skutecznych, sprawdzonych i kosztowo najkorzystniejszych metod ograniczania szkód alkoholowych.

Ponadto na uwagę zasługuje dokument będący podsumowaniem spotkania **WHO Expert Committee on Problems Related to Alcohol Consumption**, które odbyło się w dniach 10-13 października 2006 r. w Genewie.

Badania europejskie

W Europie jest też potrzeba przeprowadzania badań naukowych dotyczących różnych problemów alkoholowych oraz skutecznych praktyk profilaktycznych i naprawczych. Istotne jest potwierdzanie różnych hipotez oraz kierunków działań w obszarze polityki alkoholowej wynikami konkretnych analiz. Jednym z takich badań jest np. przygotowany w 2009 r. na zlecenie Komisji Europejskiej i DG SANCO (Directorate General for 'Health and Consumers'- Dyrekcja Generalna ds. Zdrowia i Konsumentów) przez instytut badawczy RAND Europe raport dotyczący wpływu dostępności cenowej napojów alkoholowych na zasięg szkód i spożycie alkoholu (**Study on "The affordability of alcoholic beverages in the European Union - Understanding the link between alcohol affordability, consumption and harms"**) (http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/alcohol/news_rand_en.htm). Na zlecenie Komisji Europejskiej powstał także w roku 2007 (wydany w Polsce przez wydawnictwo PARPAMEDIA) raport „**Alcohol in Europe**” autorstwa Petera Andersona i Bena Baumberga. Dokumenty zawierają szereg istotnych z punktu widzenia właściwej

polityki wobec alkoholu wskazówek dotyczących skutecznych i sprawdzonych strategii. Działająca w ramach **European Alcohol and Health Forum** grupa ekspertów (Science Group) przygotowała w roku 2009 obszerną analizę dotyczącą wpływu działań marketingowych producentów alkoholi na konsumentów pt. „**Does marketing communication impact on the volume and patterns of consumption of alcoholic beverages, especially by young people? - A review of longitudinal studies**”. Wynika z niej, że najskuteczniejsze w tym obszarze są narodowe regulacje prawne, a nie samoregulacje przemysłu alkoholowego.

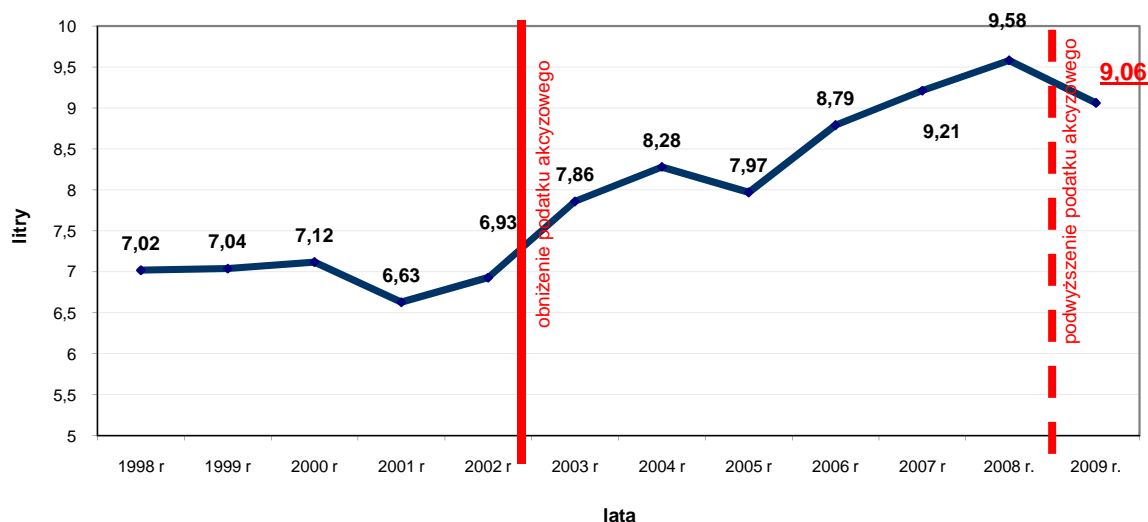
Ponadto w UE co kilka lat przeprowadza się badania populacyjne **EUROBAROMETER** (http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/alcohol/pub_alcohol_en.htm) dotyczące różnych zagadnień zdrowotnych, w tym spożycia alkoholu i jego wpływu na konsumentów. Wyniki tych badań dostępne są na stronie Komisji Europejskiej. Następny raport analizujący realizację Strategii EU wobec alkoholu zaplanowany jest na rok 2012. Komisja Europejska współfinansuje też kilka międzynarodowych badawczych projektów analizujących różne aspekty problematyki alkoholowej. Są to m.in. AMPHORA, ALICE RAP, ODHIN, FASE i inne. Ich wyniki i raporty końcowe zaplanowane na lata 2012-14 będą miały prawdopodobnie istotny wpływ na budowanie europejskiej polityki alkoholowej w przyszłości. Polska uczestniczy w tych projektach, ale posiada również unikalne na skalę światową własne inicjatywy badawcze. Wymienić tu należy badania prowadzone w Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego dotyczące FAS (Płodowego Zespołu Alkoholowego) i wpływu alkoholu na biochemię mózgu.

Diagnoza szkód związanych z używaniem alkoholu w Polsce

1. Duża dostępność fizyczna i ekonomiczna oraz duże spożycie alkoholu

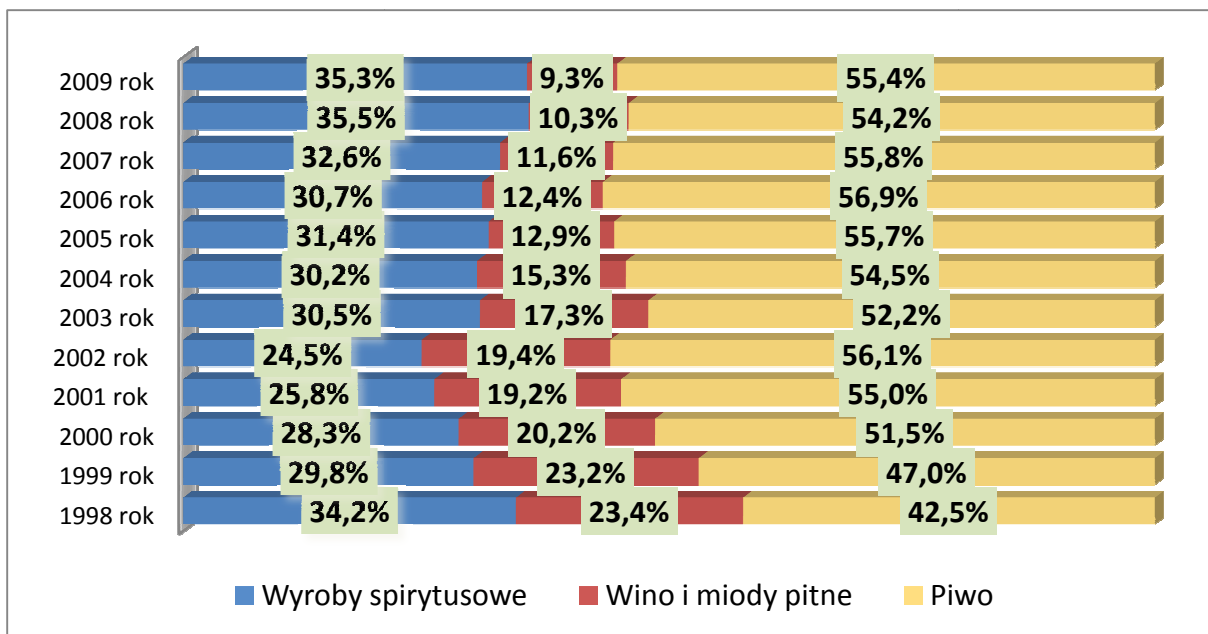
W latach 1998–2000 wielkość spożycia utrzymywała się na podobnym poziomie, nieznacznie powyżej 7 l w przeliczeniu na stuprocentowy alkohol na jednego mieszkańca. Lata 2001 i 2002 to spadek spożycia do poziomu 6,63 i 6,93 l. Jednak od roku 2003 (po obniżce akcyzy na napoje spirytusowe w roku 2002 – ciągła linia pionowa na wykresie) notuje się stały, wyraźny wzrost ilości wypijanego alkoholu, aż do 9,58 l w 2008 roku. Na początku 2009 r. podniesiono akcyzę – przerywana linia pionowa na wykresie – na napoje spirytusowe (o ok. 9%) oraz wino (o ok. 16,5%), a w marcu na piwo (o 13,6%). Wielkość spożycia zmniejszyła się do 9,06 l 100% alkoholu na jednego mieszkańca, czyli o ponad 0,5 litra w odniesieniu do roku poprzedniego.

Spożycie 100% alkoholu na 1 mieszkańca (w litrach)

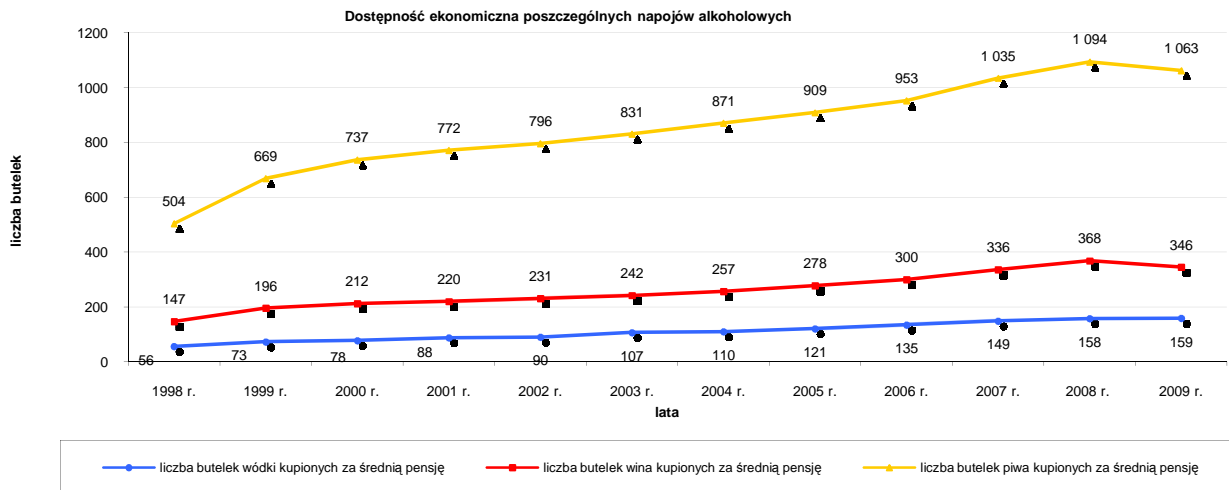


Refleksji wymaga obserwowana od kilku lat zmiana w strukturze spożycia alkoholu w Polsce. Niepokoi przede wszystkim to, że ponad 1/3 konsumpcji przypada w ostatnich latach na wyroby spirytusowe i proporcja ta zwiększała się do 2008 r., a w 2009 r. udział napojów wysokoprocentowych w strukturze pozostał na poziomie porównywalnym do 2008 r. Nadal zmniejsza się udział wina. Piwo stanowi ponad 55% spożywanego alkoholu. Spadek udziału wina w strukturze spożycia napojów alkoholowych pokazuje, jak ważnym narzędziem w polityce alkoholowej jest regulacja podatku akcyzowego. Najwyższy procentowo wzrost akcyzy na wino w 2009 r. spowodował też najwyższy procentowo wzrost cen (średnio o 12%, gdy cena wódki wzrosła o 5%, a piwa o 9%) oraz obniżenie spożycia (dostaw na rynek kraju) również o 12% w odniesieniu do poprzedniego roku (dostawy wódki zmniejszyły się o 6%, a piwa o prawie 9,7%). Zmiany w strukturze spożycia napojów alkoholowych w ciągu 12 lat pokazuje poniższy wykres, opracowany na podstawie danych Głównego Urzędu Statystycznego⁴:

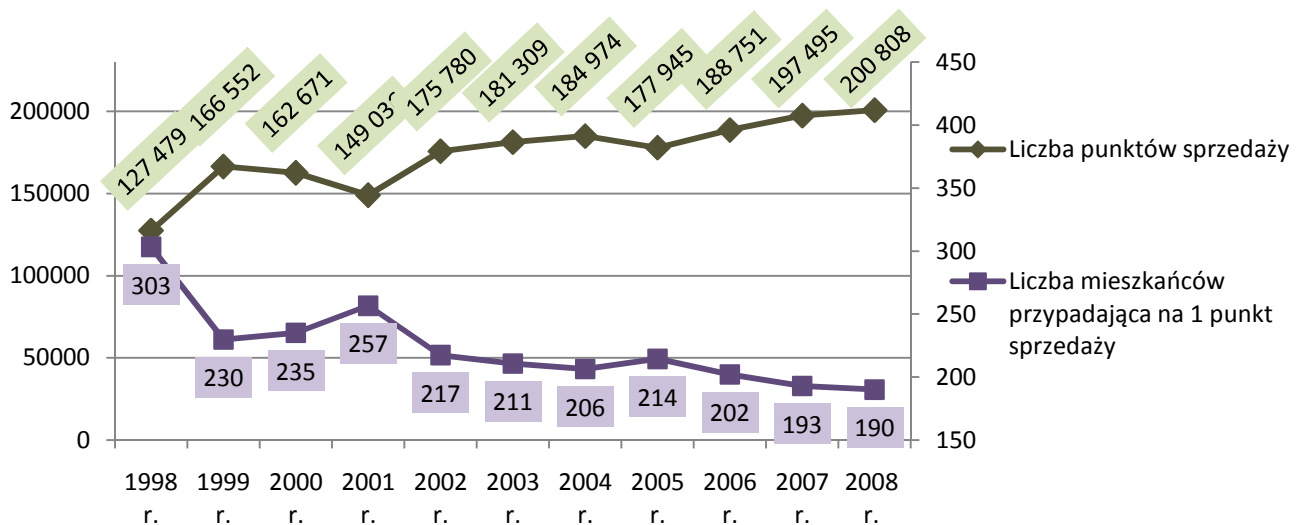
⁴ Wyliczenia własne na podstawie danych z GUS



Spadek spożycia alkoholu w 2009 r. w stosunku do lat poprzednich jest przerwaniem kilkuletniej tendencji wzrostowej. Zmianę trendu można powiązać z decyzją o regulacji podatku akcyzowego (ciągła linia pionowa – obniżenie podatku, przerywana linia pionowa – podwyższenie). Dostępność ekonomiczna poszczególnych rodzajów alkoholu (pokazana na kolejnym wykresie) jest wciąż duża, choć zaobserwowano tu ostatnio pewne zmiany. W 1998 roku za średnią pensję można było kupić 504 butelki piwa, w 2008 roku już 1094 butelki. W przypadku wódki liczby te to odpowiednio: w 1998 roku 56 butelek i 158 w 2008 roku. W przypadku wina: w 2008 roku za średnią pensję można było kupić 368 butelek w porównaniu do 147 w 1998 roku. W wyniku podwyższenia w 2009 r. podatku akcyzowego na alkohol (i wraz z nim wzrostem cen) zmniejszyła się nieco ekonomiczna dostępność piwa (o 2,8%) oraz wina (o 6%), ale nadal utrzymana została tendencja wzrostowa w przypadku wódki (wzrost o 0,6%).



Poza dostępnością ekonomiczną ważnym czynnikiem wpływającym na wysokość spożycia alkoholu jest większa fizyczna możliwość jego nabycia, czyli większa liczba punktów sprzedaży napojów alkoholowych. Poniższy wykres pokazuje wzrost liczby punktów sprzedaży na przestrzeni ostatnich 11 lat oraz zmniejszenie się liczby mieszkańców, która przypada na jeden punkt sprzedaży⁵.



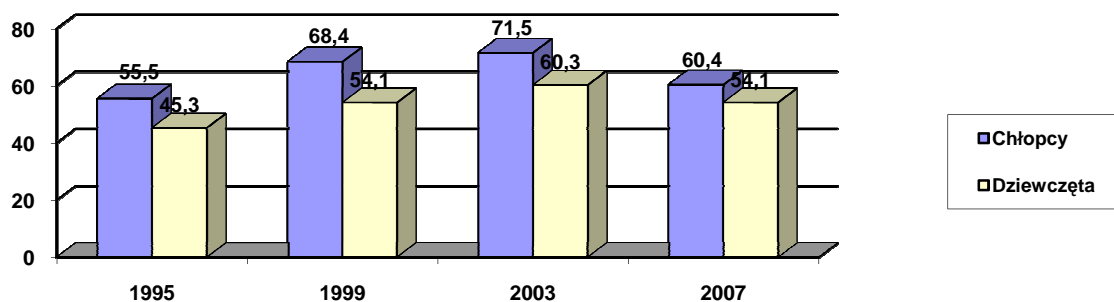
2. Picie alkoholu przez młodzież

Spożywanie alkoholu jest najbardziej rozpowszechnionym zachowaniem ryzykownym wśród nastolatków (badania ESPAD, HBSC, Badania Mokotowskie). Choć jak wskazują badania, zdecydowana większość uczniów w wieku lat 15 i 17 należy do grona konsumentów alkoholu, to po gwałtownym wzroście spożywania alkoholu przez młodzież w latach 1989–2003 zaobserwowano spadek spożycia wśród uczniów młodszych oraz stabilizację w grupie młodzieży starszej. Należy jednak zwrócić uwagę na wzrastającą liczbę pijących alkohol dziewcząt i młodych kobiet. Wskaźniki spożywania alkoholu przez dziewczęta dążą do zrównania się ze wskaźnikami

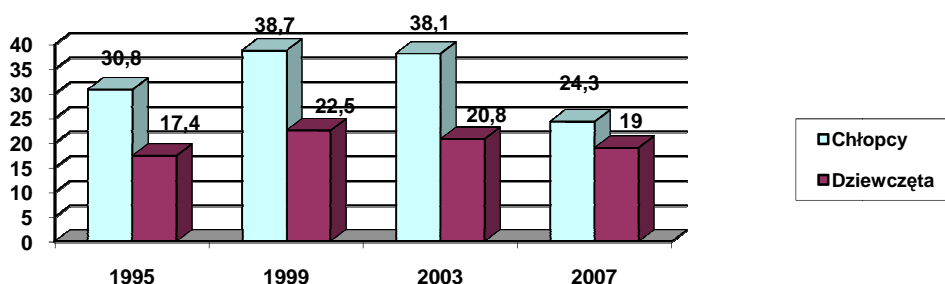
⁵ Na podstawie danych z ankiet PARPA G1

osiąganyymi przez chłopców. Konsumpcja alkoholu przez polską młodzież kształtuje się na średnim poziomie w porównaniu z resztą Europy. Około 57% nastolatków przyznaje się do regularnego spożywania alkoholu, 21,7% 15-latków upiło się w ciągu 30 dni poprzedzających badanie, a tylko 7% to abstynenci.

picie 15-latków (ost. 30 dni)



upijanie się 15-latków (ost. 30 dni)



Źródło: *Badania ESPAD – IPiN*

Na uwagę zasługuje także wzrost przyzwolenia dorosłych na spożywanie alkoholu przez osoby niepełnoletnie, przy czym chłopcy są w tym względzie traktowani bardziej liberalnie niż dziewczęta.

Spożywanie alkoholu przez osoby niepełnoletnie upośledza czynności poznawcze – koncentrację uwagi, zapamiętywanie, uczenie się, rozwój kontroli emocjonalnej, powoduje podejmowanie zachowań ryzykownych, groźnych dla życia i zdrowia, zakłóca proces rozwojowy, może powodować spowolnienie wzrostu i zaburzenia hormonalne. W całym Regionie Europejskim co czwarty zgon w grupie wiekowej 15-29 lat spowodowany jest nadużywaniem alkoholu. Z używaniem alkoholu przez młodocianych wiąże się między innymi obniżenie wieku inicjacji seksualnej, niechciane ciąży i ryzyko zarażenia wirusem HIV.

3. Szkody zdrowotne u osób uzależnionych

Przyjmując, że w Europie ok. 5% dorosłych mężczyzn i 1% dorosłych kobiet uzależnia się od alkoholu, liczbę osób uzależnionych w Polsce można oszacować na ok. 700-900 tys.⁶

⁶ Anderson P., Baumberg B., *Alcohol in Europe*. [London: Institute of Alcohol Studies (2006)]. Polskie wydanie: *Alkohol w Europie*, Wydawnictwo Edukacyjne PARPAMEDIA, Warszawa 2007.

Uzależnienie jest zaburzeniem bio-psycho-społecznym. Przyczynia się do rozwoju szeregu poważnych chorób. Są to m.in. stłuszczenie, zapalenie wątroby, marskość wątroby, alkoholowe zespoły psychoorganiczne, zapalenie trzustki, przewlekłe psychozy alkoholowe, zespół Wernickego-Korsakowa, napady drgawkowe abstynencyjne czy polineuropatia obwodowa). Uzależnienie powoduje dezorganizację życia społecznego osób nim dotkniętych i ich rodzin. Istnieje wysoka zależność między uzależnieniem od alkoholu a bezrobociem, niższym statusem socjoekonomicznym, wypadkami i przemocą interpersonalną.

W 2008 roku wskaźnik rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych spowodowanych używaniem alkoholu leczonych w placówkach ambulatoryjnych w Polsce nieznacznie zmalał w porównaniu z rokiem 2007 i wynosił 467 (476 w 2007) na 100 tys. ludności. W poszczególnych województwach kształtował się od 369 do 691 na 100 tys., w tym najwyższe wskaźniki występowały w województwach: warmińsko-mazurskim (691), dolnośląskim (600), świętokrzyskim (594) i podlaskim (535), zaś najniższe – w wielkopolskim (369), , zachodniopomorskim (378), małopolskim (402) i pomorskim (410).

Wskaźnik hospitalizacji zaburzeń spowodowanych używaniem alkoholu (łącznie z psychozami) był wyższy o 6% w 2008 roku niż w roku poprzednim i wyniósł w Polsce 277 na 100 tys. ludności. W poszczególnych województwach kształtował się on na poziomie od 178 na 100 tys. w województwie kujawsko-pomorskim do 423 na 100 tys. w województwie podlaskim. Niższy od średniego w kraju wskaźnik hospitalizacji wystąpił w 8 województwach. Oprócz kujawsko-pomorskiego, najniższe wskaźniki zanotowano w województwach: małopolskim, zachodniopomorskim, dolnośląskim i opolskim, zaś najwyższe (poza podlaskim) odnotowano w województwach: warmińsko-mazurskim, lubelskim, łódzkim, świętokrzyskim i pomorskim. (Źródło: Rocznik Statystyczny Instytutu Psychiatrii i Neurologii 2008).

Wysokość wskaźników rozpowszechnienia hospitalizacji czy leczenia zaburzeń poalkoholowych w lecznictwie ambulatoryjnym w poszczególnych województwach nie jest prostym odzwierciedleniem potrzeb zdrowotnych. Są one również pochodną dostępności świadczeń specjalistycznych w tym obszarze. Dostępność zaś jest efektem lokalnej (wojewódzkiej, powiatowej) polityki zdrowotnej zmierzającej do tworzenia bazy poszczególnych typów placówek na terenie województw oraz wynikiem polityki kontraktowania świadczeń w zakresie leczenia uzależnienia od alkoholu prowadzonej przez wojewódzkie oddziały NFZ.

Zakłady specjalistycznej opieki zdrowotnej dla osób z zaburzeniami spowodowanymi używaniem alkoholu (nazywane zakładami lecznictwa odwykowego) są częścią systemu opieki psychiatrycznej. Większość (89%) pacjentów z rozpoznaniem zaburzeń spowodowanych używaniem alkoholu leczona jest w zakładach lecznictwa odwykowego.

Osoby leczone z powodu zaburzeń spowodowanych używaniem alkoholu stanowiły:

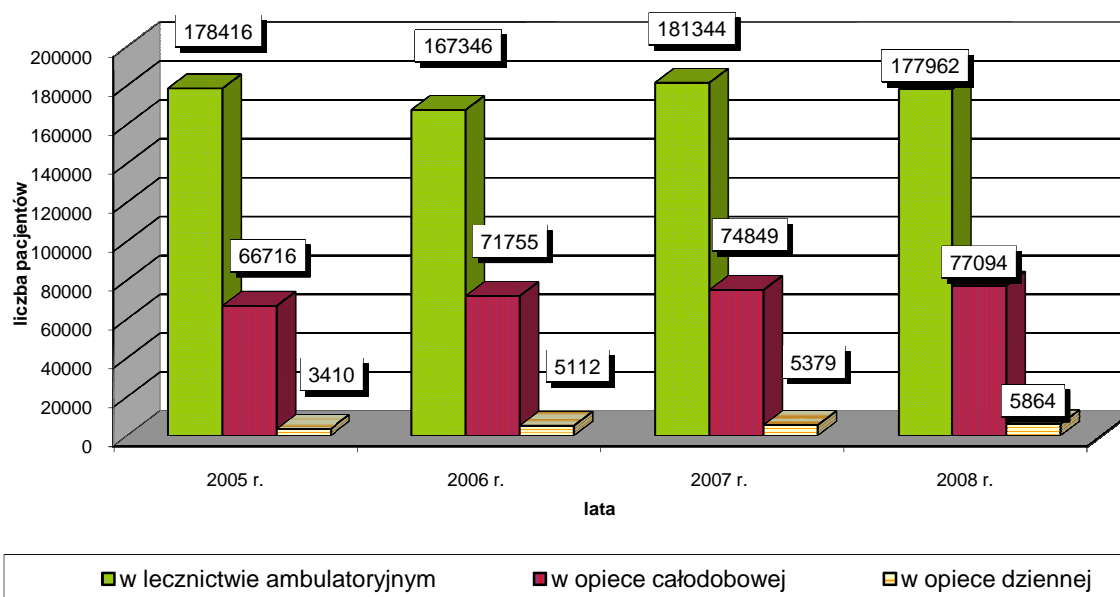
- 13% wszystkich pacjentów psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej, tzn. pacjentów ambulatoryjnych placówek lecznictwa odwykowego, poradni zdrowia psychicznego i poradni leczenia innych uzależnień.
- 28% wszystkich pacjentów psychiatrycznej opieki pośredniej (oddziały dzienne).
- 37% wszystkich pacjentów psychiatrycznej opieki całodobowej.

W porównaniu z 2007 rokiem odsetek pacjentów leczonych z powodu zaburzeń spowodowanych używaniem alkoholu zwiększył się w dziennych i całodobowych zakładach opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień.

W 2008 roku w systemie wszystkich typów placówek zaliczanych do opieki psychiatrycznej (w tym w zakładach lecznictwa odwykowego) leczono 260.920 osób z rozpoznaniem zaburzeń spowodowanych używaniem alkoholu, w tym:

- 177.962 w lecznictwie ambulatoryjnym (181.344 w 2007 roku),
- 77.094 w opiece całodobowej (74.849 w 2007 roku),
- 5.864 w opiece dziennej (5.379 w 2007 roku).

Poniższy wykres pokazuje zmiany dotyczące liczby pacjentów w zależności od rodzaju placówki w latach 2005-2008:



W systemie wszystkich typów placówek zaliczanych do lecznictwa psychiatrycznego i leczenia uzależnień dominującą kategorią pacjentów są mężczyźni. W oddziałach dziennych i w poradniach odwykowych leczono w 2008 roku ponad 3 razy mniej kobiet niż mężczyzn. Mężczyźni pięciokrotnie częściej niż kobiety byli hospitalizowani w całodobowych oddziałach terapeutycznych i oddziałach leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych.

Mieszkańcy miast stosunkowo częściej korzystali ze świadczeń oddziałów całodobowych niż świadczeń oddziałów dziennych i poradni. Wiąże się to z mniejszą dostępnością dla mieszkańców wsi specjalistycznego lecznictwa otwartego (mniejsza liczba poradni, braki wykwalifikowanej kadry, większe problemy pacjentów z dojazdem (odległości, czas, koszty).

Dominującą grupą pacjentów leczonych z powodu zaburzeń spowodowanych z używaniem alkoholu były osoby w wieku 30-64 lata.

W zakładach lecznictwa odwykowego w 2008 roku zarejestrowanych było 233.947 osób z rozpoznaniem zaburzeń spowodowanych używaniem alkoholu (IPiN).

Liczba pacjentów leczonych w różnych typach zakładów lecznictwa odwykowego z rozpoznaniem zaburzeń związanych z używaniem alkoholu w latach 2005-2008 przedstawia się następująco:

typ placówki	2005		2006		2007		2008	
		%		%		%		%
ambulatoryjne zakłady leczenia odwykowego	147.181	67,7	149.473	66	149.525	65	150.989	64,5
oddziały dzienne	3.410	1,6	5.112	2,3	5.379	2,4	5.864	2,5
oddziały całodobowe	66.716	30,7	71.775	31,7	74.849	32,6	77.094	33
RAZEM	217.307	100	226.360	100	229.753	100	233.947	100

Tabela pokazuje rosnącą liczbę pacjentów zakładów leczenia odwykowego, przy czym stosunkowo najmniejszą dynamikę wzrostu można zaobserwować w leczeniu ambulatoryjnym.

Według informacji przekazanych przez NFZ, w 2009 roku w zakładach leczenia odwykowego zarejestrowano 318.290 pacjentów, w tym 247.744 z zaburzeniami spowodowanymi używaniem alkoholu (78%). W grupie osób leczonych z powodu zaburzeń spowodowanych używaniem alkoholu dominowali pacjenci z rozpoznaniem uzależnienia od alkoholu (63%), zaś co ósmy pacjent leczony był z rozpoznaniem alkoholowego zespołu abstynencyjnego. U 7.800 pacjentów rozpoznano zaburzenia wynikające z używania więcej niż jednej substancji psychoaktywnej (uzależnienia mieszane).

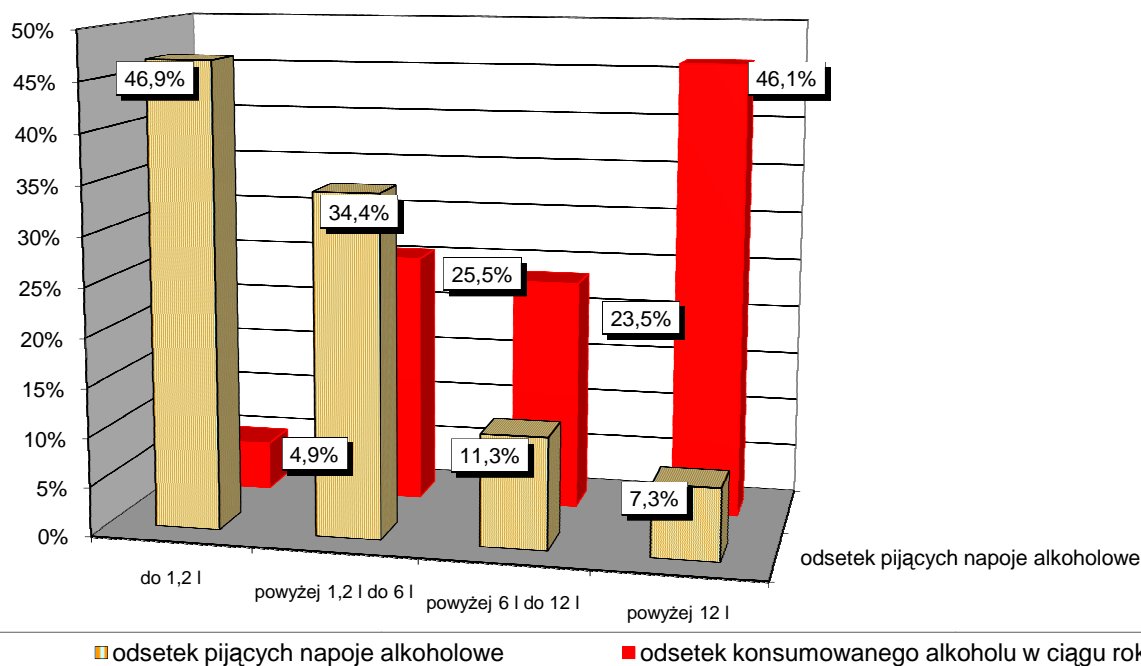
Uzależnienie od alkoholu stanowiło 98% rozpoznań w całodobowych oddziałach terapii uzależnienia, 97% w dziennych oddziałach terapii uzależnienia od alkoholu i 65% w ambulatoryjnych zakładach leczenia odwykowego.

4. Szkody zdrowotne związane z nadużywaniem alkoholu

Blisko 14% Polaków i 4% Polek⁷ pije alkohol w sposób zwiększający prawdopodobieństwo wystąpienia szkód zdrowotnych, psychologicznych i społecznych.

Grupa osób najczęściej pijących (powyżej 12l stuprocentowego alkoholu rocznie), stanowiąca 7,3% wszystkich konsumentów napojów alkoholowych, spożywa aż 46,1% całego wypijanego alkoholu. Grupa osób mało pijących (do 1,2l stuprocentowego alkoholu rocznie), stanowiąca 46,9% konsumentów alkoholu, wypija tylko 4,9% całości spożywanego alkoholu. Tak duża koncentracja spożycia rodzi poważne zagrożenia zdrowotne i problemy społeczne. Mężczyźni piją średnio 3 razy więcej alkoholu niż kobiety.

⁷ Badania wykonane przez Fundację Centrum Badania Opinii Społecznych w Warszawie w 2008 roku na zlecenie PARPA pt. „Wzory konsumpcji alkoholu w Polsce”.



W grupie kobiet największe spożycie alkoholu występuje wśród pań w wieku 18-29, które są pannami, mają wykształcenie wyższe, mieszkają w miastach o wielkości 50-500 tys. mieszkańców, uczą się lub studiują, zajmują samodzielne stanowiska, lepiej oceniają swoją sytuację materialną.

W grupie mężczyzn największe spożycie alkoholu występuje wśród panów mających 30-39 lat, wykształcenie zasadnicze zawodowe, zajmujących stanowiska szeregowy, będących robotnikami niewykwalifikowanymi, mieszkających w miastach o wielkości 50-500 tys. mieszkańców, wśród mężczyzn rozwiedzionych, gorzej oceniających swoją sytuację materialną.

Przeprowadzone badania potwierdziły funkcjonowanie błędnych przekonań dotyczących oddziaływania różnych rodzajów napojów alkoholowych na zdrowie i bezpieczeństwo. W opinii badanych Polaków nadal piwo jest najmniej szkodliwym napojem alkoholowym, wino jest nieco bardziej niebezpieczne niż piwo, a wódka stanowi największe zagrożenie.

Według Światowej Organizacji Zdrowia alkohol znajduje się na trzecim miejscu wśród czynników ryzyka dla zdrowia populacji, a ponad 60 rodzajów chorób i urazów wiąże się z jego spożywaniem. Choroby występujące na tle używania alkoholu to przede wszystkim: urazy, zaburzenia umysłowe i psychiczne, zaburzenia żołądkowo-jelitowe, nowotwory, choroby układu sercowo-naczyniowego, zaburzenia immunologiczne, choroby układu kostno-szkieletowego, dysfunkcje układu rozrodczego i szkody prenatalne. W całej Europie picie alkoholu jest odpowiedzialne za 1/4 wszystkich nagłych zgonów młodych ludzi pomiędzy 15 a 29 rokiem życia. Corocznie z przyczyn bezpośrednio i pośrednio związanych z używaniem alkoholu, umiera w Polsce kilkanaście tysięcy osób, z czego połowa przypada na zgony spowodowane bezpośrednio pić alkoholu⁸.

⁸ Anderson P., Baumberg B., *Alcohol in Europe*. [London: Institute of Alcohol Studies (2006)]. Polskie wydanie: *Alkohol w Europie*, Wydawnictwo Edukacyjne PARPAMEDIA, Warszawa 2007.

Według danych przekazanych przez Instytut Psychiatrii i Neurologii w 2008 roku⁹ w porównaniu z rokiem poprzednim:

- zmniejszyła się o 4% liczba zgonów z powodu zaburzeń psychicznych związanych z używaniem alkoholu (1989 zgonów w 2007 roku wobec 1.909 w 2008 roku),
- wzrosła o prawie 4% liczba zgonów z powodu chorób wątroby (do 7.824 w 2008 roku z 7.539 w 2007 roku), przy czym wzrost ten dotyczy przede wszystkim zgonów mężczyzn,
- nastąpił nieznaczny spadek (0,2%) liczby zgonów z powodu zatruć alkoholem (z 1.914 w 2007 roku do 1.910 w 2008 roku), przy czym spadek ten dotyczy jedynie zgonów kobiet z tego powodu.

Alkohol etylowy zawarty w winie, piwie, jak i wódce spożywany przez kobietę w ciąży wpływa negatywnie na rozwój płodu. Najpoważniejszym uszkodzeniem płodu związanym ze spożywaniem alkoholu przez ciężarną jest płodowy zespół alkoholowy (ang. Fetal Alcohol Syndrome, FAS). Jego efektami są: mała masa urodzeniowa, opóźnienia wzrostu, obniżenie odporności, uszkodzenia układu nerwowego (od dyskretnych, powodujących nadpobudliwość i trudności w koncentracji uwagi do trwałego opóźnienia rozwoju intelektualnego, emocjonalnego i społecznego). Około 70% dzieci z FAS nie osiąga nigdy zdolności do samodzielnego życia. Brak polskich badań epidemiologicznych, wskazujących na rozpowszechnienie FAS w Polsce. Wyniki ogólnopolskich badań ankietowych, przeprowadzone na zlecenie PARPA przez CBOS w 2008 roku, wskazują, że zwiększa się świadomość zagrożeń wynikających ze spożywania alkoholu przez kobiety w ciąży dla zdrowia ich dzieci. Może to być następstwem prowadzonej od 2007 roku przez Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych kampanii edukacyjnej „Ciąża bez alkoholu”. Porównanie wyników badań z 2008 i 2005 roku również ukazuje pożądaną zmianę zachowań. W 2008 roku w grupie kobiet, które kiedykolwiek były w ciąży, do spożywania alkoholu w tym okresie przyznało się 12% kobiet, podczas gdy w 2005 roku – 16,5%. W okresie ciąży alkohol piją częściej kobiety młodsze, mające wyższe wykształcenie oraz takie, które spożywają średnio więcej, czyli ponad 6l stuprocentowego alkoholu rocznie. Badania przeprowadzone przez GIS w 2009 roku wykazały, że 14% ankietowanych kobiet przyznało się do picia alkoholu w czasie ciąży. Prowadzenie działań edukacyjnych w zakresie profilaktyki picia alkoholu przez kobiety w ciąży sprawiło, że wzrosła świadomość kobiet, iż wypijanie nawet niewielkich ilości alkoholu może wywierać szkodliwy wpływ na płód (82% respondentek).

5. Zaburzenia życia rodzinnego związane z alkoholem, w tym zjawisko przemocy w rodzinie

W rodzinach z problemem alkoholowym, w których co najmniej jedna osoba pije w sposób szkodliwy dla niej i dla członków tej rodziny, żyje 3–4 mln osób, w tym 1,5–2 mln dzieci, 2,5 mln osób nadużywających alkoholu oraz 700–900 tys. osób uzależnionych. Wśród najważniejszych konsekwencji życia w rodzinie z problemem alkoholowym wyróżnia się szkody: fizyczne, psychosomatyczne, psychologiczne, emocjonalne i psycho–społeczne.

Życie w rodzinie z problemem alkoholowym jest związane zazwyczaj z niższym statusem socjoekonomicznym, chronicznym stresem, ograniczonymi możliwościami zdobywania wykształcenia i kariery zawodowej, Dodatkowo członkowie rodzin z problemem alkoholowym są grupą ryzyka, która jest szczególnie narażona na

⁹ Dane IPiN za 2008 rok.

przemoc. Trzeba jednak pamiętać, że przemoc może mieć miejsce zarówno w rodzinach tzw. dysfunkcyjnych (gdzie są takie zjawiska jak: uzależnienie, bezrobocie itp.) jak i w rodzinach o wysokim statusie społecznym, w których z pozoru nie ma większych problemów.

Badania pokazują, że co trzeci Polak (36%) przyznaje, że przynajmniej raz doświadczył którejkolwiek z form przemocy. Nieco mniej, bo 30% badanych, doświadczyło przemocy więcej niż raz, natomiast co dziewiąty (11%) wielokrotnie doświadczał przemocy (*TNS OBOP 2007r na zlecenie Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej*).

W 2005 roku 13% respondentów potwierdziło, że zna osoby będące ofiarami przemocy w rodzinie. W badaniach z 2008 roku odsetek ten wzrósł do ponad 16%. Zdecydowana większość (ponad 89%) przypadków zaobserwowanej przemocy w rodzinie miała związek z alkoholem (*CBOS, 2008, na zlecenie PARPA*). Analizując odpowiedzi Polaków na pytanie dotyczące znajomości kobiet – ofiar przemocy w rodzinie, należy stwierdzić, że na przestrzeni ostatnich lat zwiększył się o prawie 12% odsetek osób, które nie znają takich kobiet (luty 2002 - 62% , luty 2009 – 74%, *CBOS, 2009*). Ryzykowne byłoby interpretowanie tego jako zmniejszenia skali zjawiska. Może mieć to związek z ukrywaniem takich faktów przez osoby doznające przemocy w rodzinie.

Badania przeprowadzone w 2002 roku (*CBOS*) pokazują, że w niemal co piątej polskiej rodzinie (18%) dochodzi do konfliktów z powodu nadużywania alkoholu. Z kolei w 2005 roku 8%, a 2008 roku – 5% respondentów akcentowało, że nadużywanie alkoholu przez domowników jest przyczyną konfliktów i nieporozumień w rodzinie. Częste konflikty w rodzinie relatywnie często wiążą się z nadużywaniem alkoholu. 12% Polaków przyznaje, że „alkoholizm i pijaństwo” powodują, że „kilka razy w miesiącu i częściej” w rodzinie dochodzi do konfliktów (*CBOS, 2009*).

4% Polaków przyznaje się do krzywdzenia swoich dzieci będąc pod wpływem alkoholu (*TSN OBOP, 2008 r. na zlecenie Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej*). Trzeba pamiętać, że doświadczenie przemocy domowej w dzieciństwie powoduje m.in. zmiany w postrzeganiu i umiejętnościach rozwiązywania problemów, używanie zachowań pasywnych (np. zamykanie się w sobie, uległość) albo agresywnych (np. ataki werbalne i/lub fizyczne). Dzieci wychowujące się w rodzinach z problemem alkoholowym i doznające przemocy, często wymagają specjalistycznej terapii (także w życiu dorosłym) z powodu zaburzeń przystosowania i problemów psychologicznych. Optymistyczne jest, że od jedenastu lat systematycznie zmniejsza się grupa rodziców przyznających, że czasem biją dzieci, wzrasta natomiast odsetek tych, którzy twierdzą, że ich dziecko nigdy nie zostało uderzone (z 43% w roku 1998 do 69% w 2009r.)

Należy pamiętać, że przemoc domowa wiąże się z lękiem ofiar i świadków przed ujawnianiem takich przypadków. W związku z powyższym posiadane dane mogą nie w pełni odzwierciedlać rzeczywistą skalę zjawiska przemocy w rodzinie. Jednak niepokoi fakt, że w 2009 r. sądy skazały za przestępstwo znęcania się nad osobami najbliższymi 14.506 sprawców. Należy podkreślić, że jest to najmniejsza liczba skazań od 2003 roku.

Oszacowaniu skali zjawiska przemocy w rodzinie służą także dane dotyczące realizacji procedury interwencji w przypadkach przemocy w rodzinie „Niebieskie Karty”. W 2009 policjanci przeprowadzili ponad 81 tys. interwencji z wykorzystaniem „Niebieskich Kart”, co stanowiło 14% ogólnej liczby wszystkich odnotowanych interwencji domowych.

Liczba przeprowadzonych interwencji Policji

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Interwencje domowe ogółem	610.941	608.751	620.662	718.819	658.651	573.834
w tym dotyczące przemocy w rodzinie – Niebieskie Karty	92.495	96.773	96.099	81.403	86.455	81.415

Z danych policyjnych (procedura Niebieskie Karty) wynika, że na przestrzeni ostatnich 5-ciu lat zmniejszyła się liczba przypadków przemocy w rodzinie, a co za tym idzie, liczba ofiar (2005 r. – 156.788 osób, 2009 r. – 132.796 osób). W statystykach policyjnych w 2009 r. 79.811 kobiet (60%) i 11.728 (8,8%) mężczyzn zostało zarejestrowanych jako osoby doznające przemocy w rodzinie (pozostałe 32% ofiar stanowiły dzieci). Biorąc pod uwagę osoby stosujące przemoc zdecydowaną większość stanowią mężczyźni (w 2009 r. 94,9% spośród 81.472 osób). Wśród osób zarejestrowanych przez policję jako sprawcy przemocy w rodzinie kobiety stanowiły 4,8%.

Dane liczbowe z interwencji domowych wobec przemocy w rodzinie przeprowadzonych w 2009 roku z podziałem na KWP/KSP

KWP/KSP	Białystok	Bydgoszcz	Gdańsk	Gorzów Wlkp.	Katowice	Kielce	Kraków	Lublin	Łódź	Olsztyn
2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.
Liczba interwencji domowych (ogółem)	21 313	21 013	32 075	19 374	88 166	12 255	59 208	38 274	58 484	32 332
W tym: dot. przemocy w rodzinie (NK)	2 924	5 844	3 462	2 855	7 288	4 499	5 718	3 304	3 326	4 803

KWP/KSP	Opole	Poznań	Radom	Rzeszów	Szczecin	Wrocław	KSP	Razem
2.	13.	14.	15.	16.	17.	18.	19.	20.
Liczba interwencji domowych (ogółem)	13 891	22 581	46 033	30 440	30 042	11 037	37 316	573 834
W tym: dot. przemocy w rodzinie (NK)	3 242	8 302	8 710	5 386	2 176	6 555	3 021	81 415

W 2009 r. ponad 66% sprawców przemocy wobec najbliższych było w chwili popełnienia czynu pod wpływem alkoholu (*źródło: Komenda Główna Policji*).

Na przestrzeni ostatnich lat maleje liczba osób, które korzystają z pomocy społecznej ze względu na trudną sytuację życiową spowodowaną uzależnieniem od alkoholu lub innymi problemami związanymi z alkoholem. W 2005 r. było to ponad 166 tys. rodzin, a w 2006 – 113.378 rodzin, a w 2009 – 88. 014 rodzin. Maleje również liczba działań podejmowanych przez pracowników socjalnych w ramach procedury „Niebieskiej Karty”. W 2005 roku pracownicy socjalni przeprowadzili ponad 18,6 tys. interwencji, w 2006 r. – 18.000, a w 2009 r. - 15.771 (*źródło: Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej*). W odniesieniu do danych dotyczących wzrostu spożycia alkoholu należy stwierdzić, że do systemu pomocy społecznej trafiają osoby, które potrzebują wsparcia socjalnego, w tym pomocy finansowej. Tymczasem w ostatnim okresie zaobserwowano np. wzrost spożycia alkoholu przez kobiety, które są dobrze sytuowane i ze świadczeń pomocy społecznej korzystać nie będą. Wzrost spożycia alkoholu nie przekłada się w sposób bezpośredni na liczbę świadczeniobiorców w pomocy społecznej.

Ogólnopolskie badania CBOS pokazują, że jedną z barier utrudniających wydostanie się z biedy jest alkoholizm. W 2004 roku zajmował on 4 miejsce pod względem liczby wskazań, mimo że na przestrzeni ostatnich lat wskaźnik ten sukcesywnie maleje (z 39% w 1999 roku do 31% w 2004 roku).

6. Nietrzeźwość w miejscach publicznych

1) Naruszenie prawa przez osoby będące pod wpływem alkoholu

Statystyki **Komendy Głównej Policji** pokazują, iż do policyjnych pomieszczeń dla osób zatrzymanych doprowadzono ponad 83 tys. dorosłych osób nietrzeźwych (blisko ponad 80 tys. w 2008 r.) oraz ponad 460 nietrzeźwych nieletnich (ponad 750 w 2008 r.). W 2008 roku do izb wytrzeźwień¹⁰ doprowadzono blisko 216 tys. osób dorosłych (ponad 221 tys. w 2007 r.) i blisko 2.400 osób nieletnich (blisko 2.700 w 2007 r.). Do miejsca zamieszkania doprowadzono – ogółem blisko 85 tys. osób nietrzeźwych (podobnie w 2007 r.), natomiast do placówek służby zdrowia – doprowadzono blisko 48 tys. takich osób (blisko 54.500 w 2007 r.).

W roku 2009 w wybranych kategoriach przestępstw¹¹, w których badany jest stan trzeźwości sprawcy, zarejestrowano łącznie 316.384 podejrzanych (przy ogólnej liczbie podejrzanych we wszystkich kategoriach przestępstw 521.699). Stan trzeźwości ustalono w 245 448 przypadkach, z czego 198 073 podejrzanych okazało się stanie nietrzeźwości, co stanowi 62,6% ogółu podejrzanych w analizowanych kategoriach (62,1 % w 2008 r.).

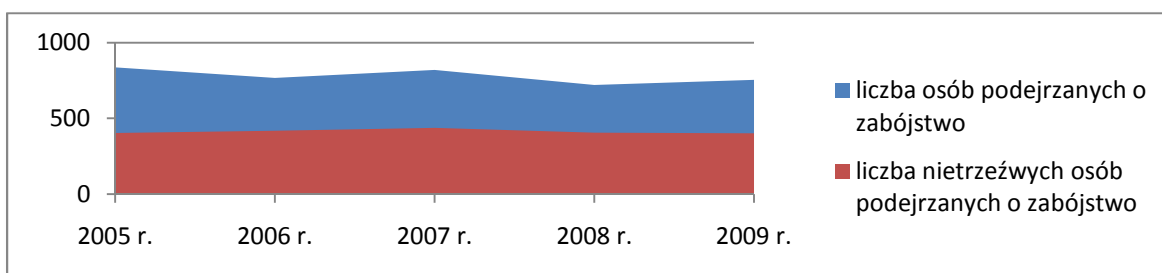
¹⁰ Ostatnie dane za 2008 r. Zarządzenie Nr 116 Komendanta Głównego Policji z dnia 28 stycznia 2009 r. w sprawie planowania strategicznego i sprawozdawczości w Policji (Dz. Urz. KGP nr 3, poz. 12), nie przewidywało gromadzenia danych dotyczących doprowadzeń osób nietrzeźwych do izb wytrzeźwień, miejsc zamieszkania oraz placówek służby zdrowia.

¹¹ Dotyczy przestępstw z art. 148, 151-159, 189-193, 197-200, 207, 216, 217, 222-228, 275, 278-282, 288-290 oraz rozdziałów XX (przestępstwa przeciwko bezpieczeństwu powszechnemu) i XXI (przestępstwa przeciwko bezpieczeństwu w komunikacji) Kodeksu Karnego.

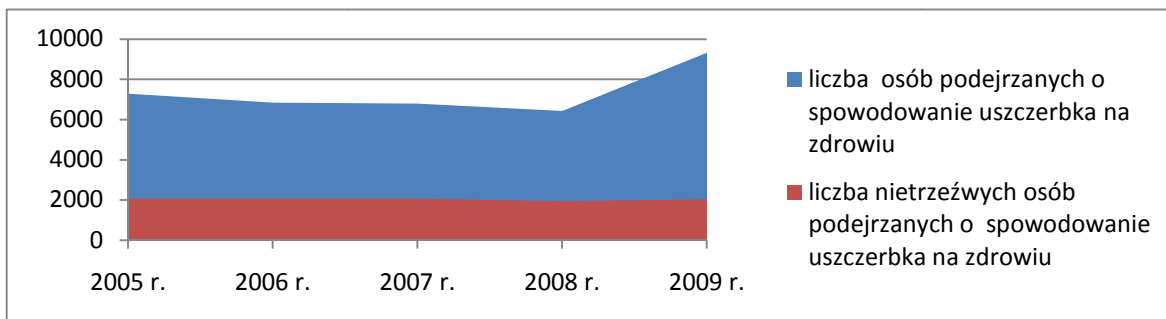
Z kolei wśród nieletnich w omawianych kategoriach odnotowano 43.121 sprawców czynów karalnych (przy ogólnej liczbie sprawców we wszystkich kategoriach 50 872), z czego u 16.948 zbadano stan trzeźwości. 2.763 z nich okazało się nietrzeźwych, co stanowi 6,4% ogółu sprawców w wybranych kategoriach (7,4% w r. 2008).

Związek alkoholu z przestępczością wyraźnie pokazują policyjne dane statystyczne. W 2009 roku w wybranych kategoriach przestępstw, w których badany jest stan trzeźwości sprawcy, zarejestrowano następujące zależności:

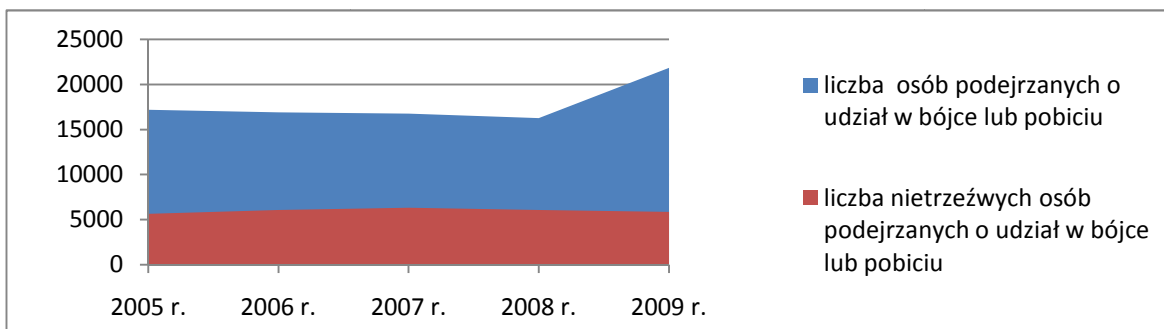
- a. **Zabójstwo** – ogółem podejrzanych dorosłych było 755, z tego 403 osoby nietrzeźwe, co stanowiło ponad połowę osób podejrzanych i w roku 2009 nastąpił spadek rzędu 3 p.p. w stosunku do roku ubiegłego. W przypadku osób nieletnich z ogólnej liczby 23 osób podejrzanych o ten czyn, nietrzeźwi stanowili 13%.



- b. **Uszczerbek na zdrowiu (uszkodzenie ciała)** – w tej kategorii ogółem podejrzanych było 9.328 osób, w tym osób nietrzeźwych 2.028 – czyli prawie 22% wśród podejrzanych w tej kategorii prawnej. Natomiast nieletni nietrzeźwi (96 osób) stanowili ponad 3%.



- c. **Udział w bójce lub pobiciu** – ogółem osób podejrzanych było 21.863, w tym 5.884 osób nietrzeźwych co stanowi 26,9%. Nietrzeźwi nieletni stanowili 4%.



2) Nietrzeźwość w miejscu pracy

Z danych otrzymanych z **Głównego Inspektoratu Pracy** wynika, że (na tle wszystkich wypadków, te spowodowane alkoholem, środkami odurzającymi i substancjami psychotropowymi stanowiły w 2009 r. 1,3% ogółu wypadków przy pracy. W 2007 roku był to współczynnik rzędu 1,2% ogółu wypadków.

Najwięcej wypadków, których przyczyną był alkohol, było ogółem w województwie mazowieckim – 23, dolnośląskim – 13 i śląskim – 12. W skali kraju wydarzyło się 129 wypadków.

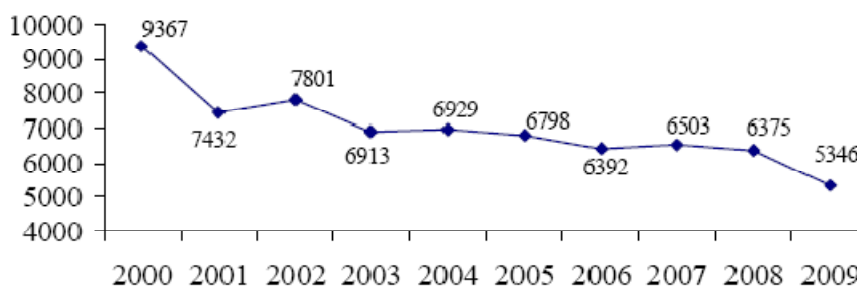
3) Nietrzeźwość na drogach

Z danych Komendy Głównej Policji wynika, iż w roku 2009 w porównaniu z rokiem 2008 zanotowano wzrost liczby ujawnionych kierujących pojazdami pod wpływem alkoholu (w stanie po użyciu oraz w stanie nietrzeźwości) o **4 712** osób. Szczegóły pokazuje poniższa tabela:

Naruszony przepis	2008 r.	2009 r.
Art. 87 § 1 KW	16 869	19 143
Art. 87 § 2 KW	8 058	8 735
Art. 178a § 1 KK	80 115	83 524
Art. 178a § 2 KK	63 570	61 922
Ogółem	168 612	173 324

Z danych KGP wynika także, iż w 2009 roku nietrzeźwi użytkownicy dróg **uczestniczyli** w 5346 wypadkach drogowych (12,1% ogółu wypadków), śmierć w nich poniosło 571 osób (12,5% ogółu zabitych), a 6 795 odniosło obrażenia (12,1% ogółu rannych). W 2008 r. nietrzeźwi użytkownicy dróg uczestniczyli w 6375 (w 2007 roku w 6.503) wypadkach drogowych (13% ogółu wypadków). Porównując rok 2009 i 2008 zmniejszyła się liczba osób nietrzeźwych uczestniczących w wypadkach drogowych o 1029 osób (-16,1%).

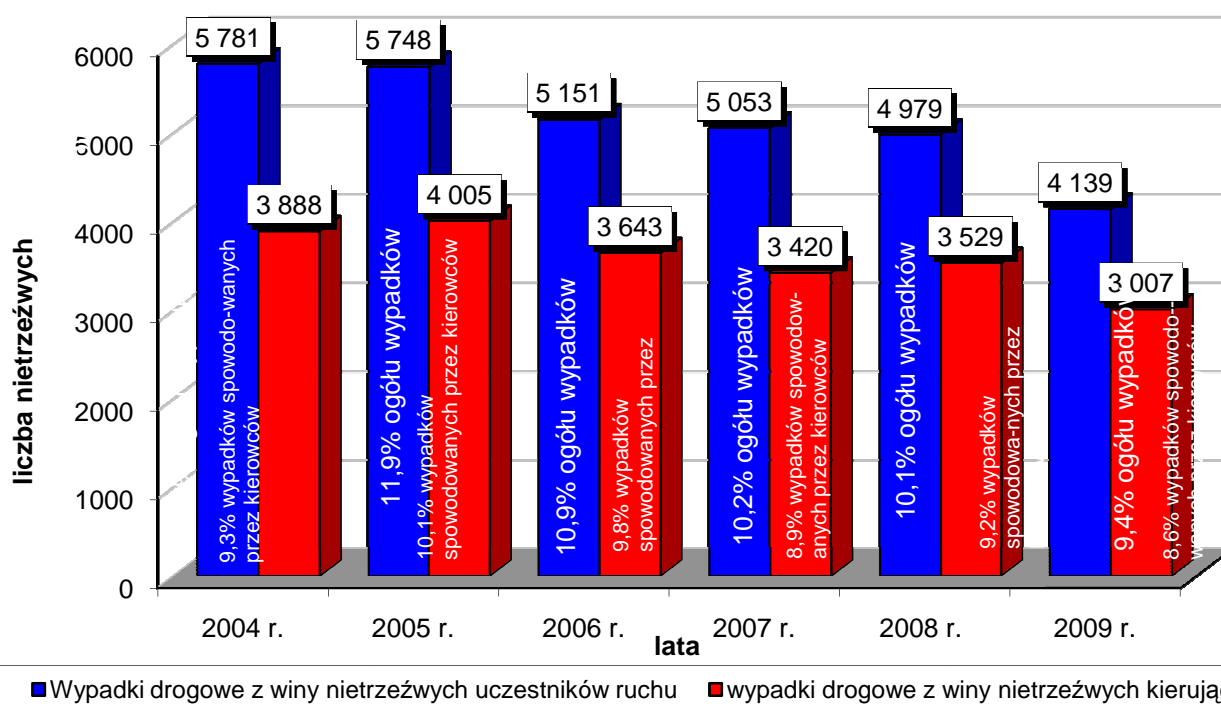
Wypadki drogowe z udziałem nietrzeźwych



W 2009 roku nietrzeźwi uczestnicy ruchu **spowodowali** 4 139 wypadków (9,4% ogółu), w których zginęło 466 osób (10,2%), a rannych zostało 5 318 osób (9,5%). **Najliczniejszą grupę nietrzeźwych sprawców wypadków stanowili kierujący pojazdami.** Byli oni sprawcami 3 007 wypadków, w których zginęły 333 osoby, a ranne zostały 4 243 osoby. W odniesieniu do ogólnej liczby wypadków spowodowanych przez kierujących, nietrzeźwi stanowili 8,6%. W porównaniu do 2008 roku nastąpił spadek liczby wypadków spowodowanych przez nietrzeźwych kierujących o 522 (-14,8%). W grupie nietrzeźwych kierujących największe zagrożenie bezpieczeństwa stanowili

kierujący samochodami osobowymi, którzy spowodowali 2 428 wypadków (80,7% wypadków spowodowanych przez nietrzeźwych kierowców). Wskaźnik ten jest wyższy niż w roku poprzednim (2008 – 78,9%). Następną grupą nietrzeźwych użytkowników stwarzającą zagrożenie byli rowerzyści. Spowodowali oni 186 wypadków (6,2%) oraz motocykliści, którzy byli sprawcami 120 wypadków (4%). Najwięcej wypadków wśród kierujących samochodami osobowymi i motocyklami spowodowali kierujący w przedziale wiekowym 25 – 39 lat, natomiast rowerzyści w wieku 40– 59 lat.

Nietrzeźwość na drogach



Liczba wypadków drogowych i ich ofiar spowodowanych przez kierujących będących pod wpływem alkoholu

Lp.	Województwo	Wypadki	Zabici	Ranni
1.	Dolnośląskie	156	11	215
2.	Kujawsko-pomorskie	99	12	145
3.	Lubelskie	220	34	335
4.	Lubuskie	93	9	141
5.	Łódzkie	310	34	431
6.	Małopolskie	240	15	340
7.	Mazowieckie (bez KSP)	248	26	347
8.	Opolskie	77	5	96
9.	Podkarpackie	167	19	230
10.	Podlaskie	82	17	122
11.	Pomorskie	158	15	231
12.	Śląskie	412	41	566
13.	Świętokrzyskie	155	15	235
14.	Warmińsko-mazurskie	175	19	239
15.	Wielkopolskie	203	31	276
16.	Zachodniopomorskie	104	21	143
17.	KSP Warszawa	108	9	151
O g ó ł e m		3 007	333	4 243

Główną przyczyną wypadków spowodowanych przez nietrzeźwych kierujących było niedostosowanie prędkości do warunków ruchu stanowiąc prawie 60% z ogólnej liczby przyczyn wypadków.

7. Naruszanie prawa związane z obrotem napojami alkoholowymi

Ograniczanie fizycznej dostępności alkoholu (realizowane poprzez licencjonowanie jego sprzedaży, a także inne administracyjne i prawne ograniczenia w zakresie obrotu napojami alkoholowymi) jest jednym z najskuteczniejszych narzędzi ograniczania zakresu problemów alkoholowych. Stąd konieczność kontrolowania przestrzegania prawidłowości obrotu alkoholem. Ustawa z dnia 26 października 1982 roku o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi reguluje te kwestie szczegółowo.

Z danych PARPA-G1 wynika, że w 2009 roku gminy skierowały 49 (66 w 2008 r., a 127 w 2007 roku) wniosków do sądu w związku z naruszeniem przepisów określonych w ustawie o wychowaniu w trzeźwości, dotyczących sprzedaży alkoholu osobom nieletnim oraz 4 (14 w 2008 r. oraz 5 w 2007 roku) wnioski w związku z naruszeniem przepisów określonych w ustawie o wychowaniu w trzeźwości dotyczących reklamy napojów alkoholowych. W tym samym czasie cofniętych zostało 1.289 (1500 w 2008 r., a 1.263 w 2007 roku) zezwoleń na sprzedaż alkoholu – w tym m.in. 186 (240 w 2008 r. 221 w 2007 roku) zezwoleń za sprzedaż alkoholu nieletnim, 145 (152 w 2007 roku) za nieprzestrzeganie warunków określonych w zezwoleniu, natomiast 174 (154 w 2008 r., a 95 w 2007 roku) zezwolenia cofnięto za zakłócanie porządku publicznego, zaś 39 (49 w 2008 r., a 70 w 2007 roku) za sprzedaż alkoholu osobom nietrzeźwym.

W 641 (796 w 2008 r., a 709 w 2007 roku) przypadkach cofnięto zezwolenia z innych powodów, najczęściej była to rezygnacja z prowadzenia działalności (czyli de facto wygaśnięcie zezwolenia) lub brak opłaty za korzystanie z zezwoleń.

Gminy podjęły 331 (231 w 2008 r., a 431 w 2007 roku) interwencji w związku z naruszeniem art. 45² ustawy o wychowaniu w trzeźwości. Sądy orzekły 22 (190 w 2008 r., a 37 w 2007 roku) wyroki sądowe w sprawach z powództwa gmin skazujących osoby fizyczne lub prawne w związku z naruszeniem przepisów określonych w art. 45² i 43 ww. ustawy.

W świetle danych otrzymanych z **Biura Prewencji i Ruchu Drogowego Komendy Głównej Policji**, w 2009 roku stwierdzono ogółem 199 przestępstw naruszenia ustawy z dnia 2 marca 2001 roku o wyrobie alkoholu etylowego oraz wytwarzaniu wyrobów tytoniowych (Dz.U. Nr 31 poz. 353, z późn. zm.); w 2008 r. – 225 przestępstw, w 2007 roku stwierdzono 307 przestępstw, a w 2006 – 275.

Organy celne odpowiedzialne za kontrole regionów położonych wzdłuż wschodniej granicy państwa dokonały w 2009 r. 2593 ujawnień prób przemytu wyrobów alkoholowych. W ich wyniku zajęto łącznie 13981 litrów alkoholu.

Najczęściej do przemytu wykorzystywane są środki transportu kołowego, przede wszystkim samochody osobowe. Kontrola celna ukierunkowana została na ten rodzaj transportu. W skali całego kraju w 2009 r. odnotowano 1777 ujawnień w których zajęto łącznie 15074 litry alkoholu; w regionach przy granicy wschodniej - odpowiednio 1562 ujawnienia, zajęto 6540 litrów alkoholu.

Z obserwacji w ostatnich latach wynika, że nielegalny obrót wyrobami akcyzowymi (w tym alkoholowymi) koncentruje się w tradycyjnych miejscach sprzedaży: bazarach, targowiskach miejskich, giełdach itp. Miejsca te są monitorowane przez organy celne, przeprowadzane są systematyczne akcje kontrolne (samodzielnie lub we współpracy

z innymi służbami odpowiedzialnymi za ochronę porządku prawnego). W ich wyniku dokonano w 2009 r. 486 ujawnień, zajęto łącznie 19237 litrów alkoholu.

Kontrole prowadzone są przede wszystkim pod kątem badania legalności (autentyczności) znaków akcyzy, oraz autentyczności marek sprzedawanych wyrobów. Organy celne samodzielnie lub we współpracy z innymi służbami odpowiedzialnymi za ochronę porządku prawnego dokonują kontroli posesji prywatnych lub należących do podmiotów gospodarczych (w tym pomieszczeń gospodarczych, garaży, magazynów). W ich wyniku dokonano w 2009 r. 380 ujawnień, zajęto 131734 litry alkoholu.

Do znaczących wyników kontroli zaliczyć należy ujawnianie nielegalnych miejsc odkażania i rozlewania alkoholu. Służba Celna samodzielnie bądź we współpracy z innymi służbami wykryła w 2009 r. 22 takie przypadki. W wyniku ww. ujawnień oprócz alkoholu zajęto m.in. kilkadziesiąt tys. szt. nalepek, nakrętek, hologramów itp. znanych marek, do znakowania nielegalnie wyprodukowanego alkoholu

Nadal duży zasięg ma zjawisko sprzedaży alkoholu nieletnim. Badania ESPAD (Europejski Program Badań Ankiety w Szkołach na Temat Używania Alkoholu i Narkotyków) przeprowadzone w roku 2007 wykazały, że na pytanie o ocenę dostępności substancji psychoaktywnych młodzi ludzie odpowiedzieli, że spośród tych substancji napoje alkoholowe są najłatwiejsze do zdobycia. Uczniowie klas III gimnazjów, a więc młodzież w wieku 15-16 lat, uznali za bardzo łatwe do zdobycia zarówno piwo (56,1% badanych), wino (45,6%) jak i wódkę (38,7%). Dane pokazują, że blisko połowa uczniów klas III gimnazjów podejmuje próby zakupu piwa (45,9%), zdecydowana większość takich prób kończy się powodzeniem. Odmową sprzedaży ze względu na zbyt młody wiek kończy się tylko 12,4% prób zakupu piwa, 15,5% wina i 11,2% wódki. Sprzedaż alkoholu osobie niepełnoletniej zgodnie z prawem jest obligatoryjną przesłanką do cofnięcia zezwolenia na sprzedaż napojów alkoholowych. Jak wykazano powyżej mimo wszczynania dużej liczby tego typu postępowań, jedynie nieliczne kończą się odebraniem zezwoleń. Powodem są zawiłości proceduralne, umożliwiające podważanie zapadających postanowień, a także trudność zebrania materiału dowodowego. Zwiększyła się dezaprobatę społeczną dla sprzedaży alkoholu nieletnim. Zdecydowane potępienie dla sprzedaży nieletniemu wódki wyraziło 86% respondentów (wobec 78% w 2003 r.); podobnie dla sprzedaży wina – 77% respondentów (wobec 71% w 2003 r.), a piwa 72% respondentów (wobec 64% w 2003 r.).

8. Pogarszająca się jakość działań podejmowanych przez gminy oraz sposobów wydawania środków finansowych w ramach gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych

„Prowadzenie działań związanych z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych oraz reintegracją społeczną osób uzależnionych od alkoholu” należy do zadań własnych gmin. Zadania te są realizowane w formie gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych uchwalanych corocznie przez każdą gminę w Polsce. Ustawodawca zagwarantował na realizację tych zadań środki finansowe w postaci opłat za korzystanie z zezwoleń na sprzedaż detaliczną napojów alkoholowych, które przedsiębiorcy wnoszą na rachunek gminy.

Planując poszczególne zadania gminnego programu należy bezwzględnie przestrzegać ustawowego wymogu dotyczącego ich merytorycznego związku z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych. Tylko takie przedsięwzięcia mogą zostać wpisane do gminnego programu i tylko takie mogą zostać sfinansowane ze środków pochodzących z opłat za korzystanie z zezwoleń na sprzedaż napojów

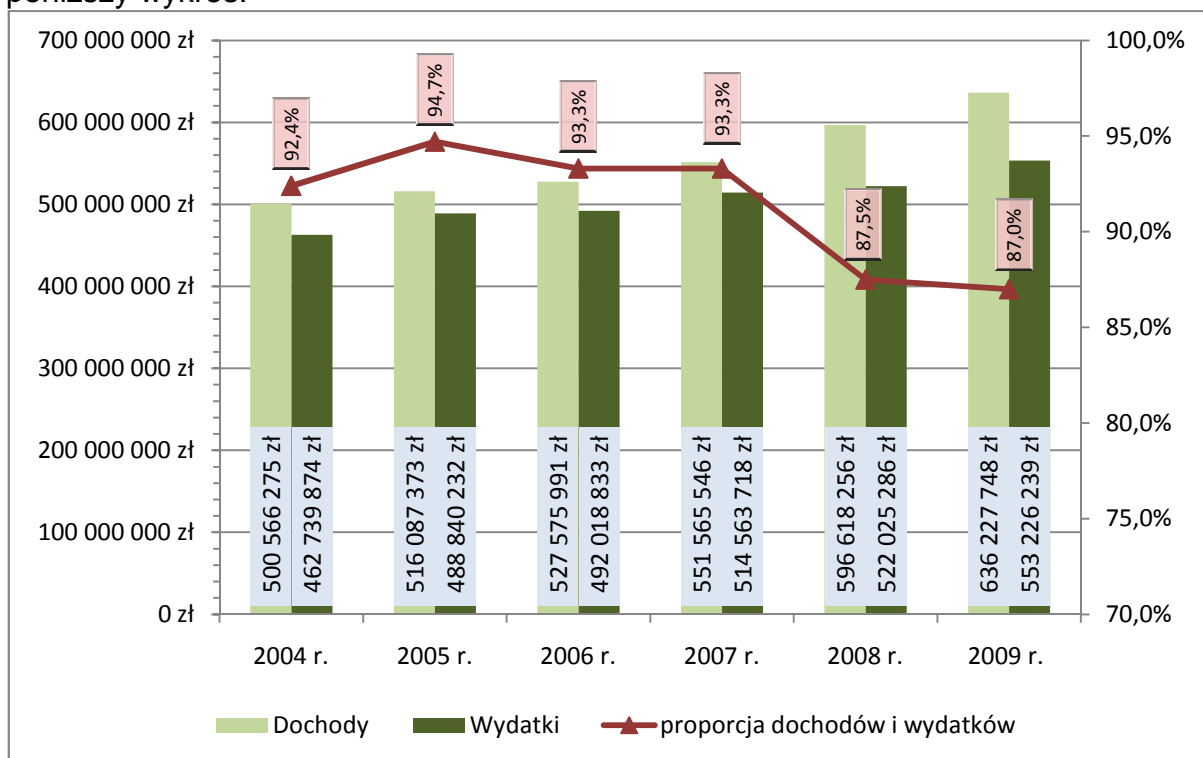
alkoholowych. Zapisy ustawy są w tej sprawie bardzo precyzyjne „dochody z opłat za zezwolenia wydane na podstawie art. 18 lub art. 18¹ oraz dochody z opłat określonych w art. 11¹ wykorzystywane będą na realizację gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz gminnych programów, o których mowa w art. 10 ust 2 Ustawy z dnia 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu narkomanii, i **nie mogą być przeznaczane na inne cele**”. Tymczasem często występującym problemem jest **finansowanie zadań nie związanych z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych**, co potwierdza analiza rozstrzygnięć nadzorczych wojewodów i RIO. Dość powszechny w programach jest brak diagnozy problemów alkoholowych i zasobów jakimi dysponuje samorząd. Potwierdza to raport NIK¹² „Stwierdzone nieprawidłowości polegały na braku diagnozy w zakresie problemów i zagrożeń związanych z nadużywaniem alkoholu”. Analiza gminnych programów pokazuje zbyt małą aktywność samorządów gminnych w obszarze przeciwdziałania przemocy w rodzinie (zaledwie ok. 7% środków trafia na to zadanie) oraz zbyt mały zakres współpracy z lecznictwem odwykowym w zakresie działań podejmowanych w ramach gminnych programów na rzecz zwiększania dostępności pomocy terapeutycznej dla osób uzależnionych od alkoholu. Jednym z priorytetów Narodowego Programu jest też poprawa jakości działań profilaktycznych podejmowanych w ramach gminnych programów, ponieważ zbyt często zdarza się, że gminy inwestują w nieskuteczne strategie profilaktyczne.

Wśród przyczyn pogarszającej się jakości gminnych programów należy wymienić m.in. brak wiedzy radnych w zakresie skutecznych strategii rozwiązywania problemów alkoholowych, naciski ze strony lokalnych decydentów w sprawie ujmowania w gminnych programach zadań niezwiązanych z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych i przewidzianych do realizacji przez gminę w ramach innych ustaw niż ustawa o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, brak wystarczającego przygotowania członków gminnej komisji, które powinno uwzględniać interdyscyplinarną wiedzę z zakresu budowania gminnych programów.

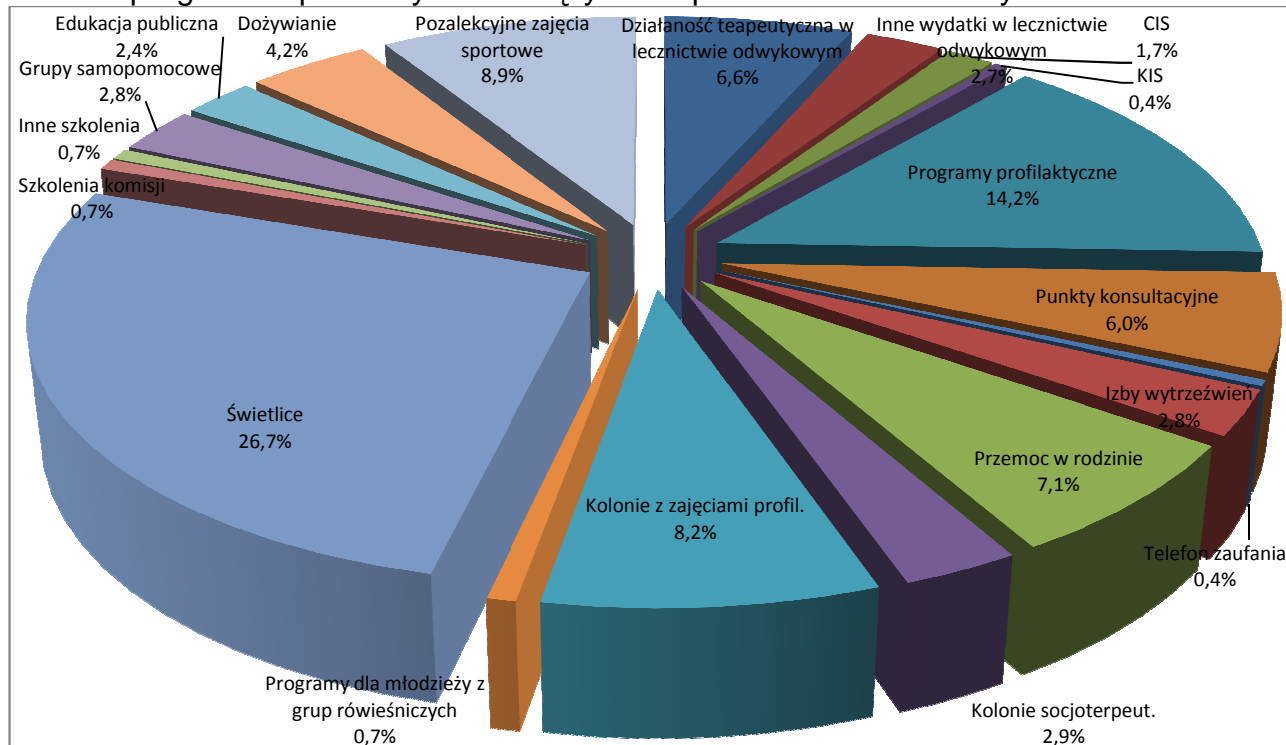
Kluczową rolę w rozwiązywaniu problemów alkoholowych na szczeblu gminy odgrywają gminne komisje rozwiązywania problemów alkoholowych. Gminna komisja jest powoływana w każdej gminie i zgodnie z intencją ustawodawcy ma stanowić interdyscyplinarny zespół ekspertów w sprawach związanych z alkoholem. W skład gminnej komisji wchodzi osoby przeszkolone w zakresie profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych (art. 4¹ ust. 4 cytowanej Ustawy), dlatego ważnym zadaniem jest podnoszenie i doskonalenie kompetencji członków gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych. Opracowanie dobrych gminnych programów wymaga odpowiednich kompetencji, umiejętności i nowoczesnej wiedzy.

¹² Informacja o wynikach kontroli „Prawidłowość wykorzystania przez gminy środków publicznych na zadania z zakresu przeciwdziałania alkoholizmowi”, NIK, Delegatura w Poznaniu 2001 rok

Dochody (paragraf 48) oraz wydatki (rozdział 85154) samorządów gminnych pokazuje poniższy wykres:



Struktura wydatków poniesionych przez samorzady gminne w ramach gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych¹³



¹³ Dane na podstawie ankiet PARPA G1 za 2009 r.

Zestawienie wykonania dochodów gmin, miast na prawach powiatu i województw z tytułu wpływów z opłat za korzystanie z zezwoleń na sprzedaż napojów alkoholowych (par 048) i wydatków poniesionych w rozdziale 85154 – Przeciwdziałanie alkoholizmowi w 2009 roku (w zł).

Dane uzyskane z Ministerstwa Finansów

WK	Nazwa	Wykonanie za 2009 r.			
		GMINY		WOJEWÓDZTWA	
		Dochody wykazane w par 048	Wydatki wykazane w rozdziale 85154	Dochody wykazane w par 048	Wydatki wykazane w rozdziale 85154
02	dolnośląskie	54 545 995,33	49 448 230,62	1 376 400,00	1 289 051,81
04	kujawsko-pomorskie	32 415 269,92	27 221 463,11	1 450 268,00	917 516,48
06	lubelskie	29 349 209,24	21 619 074,18	1 480 693,00	957 905,31
08	lubuskie	18 969 149,89	16 950 470,08	774 200,00	805 643,66
10	łódzkie	37 930 164,66	33 825 651,20	1 410 300,00	1 125 846,24
12	małopolskie	56 545 967,24	54 264 081,68	2 441 118,50	5 196 349,92
14	mazowieckie	92 349 703,64	77 850 813,38	7 940 532,41	6 491 048,22
16	opolskie	17 161 641,86	12 612 423,39	562 600,00	304 462,43
18	podkarpackie	27 376 177,05	24 078 492,87	1 028 700,00	739 335,37
20	podlaskie	17 757 831,48	14 761 091,60	1 202 146,71	1 153 638,06
22	pomorskie	41 695 291,13	37 332 648,37	1 034 650,00	800 496,81
24	śląskie	85 291 714,53	69 834 153,76	1 986 590,00	1 462 900,68
26	świętokrzyskie	18 424 272,58	16 190 206,74	339 600,00	433 030,82
28	warmińsko-mazurskie	23 561 783,74	18 967 735,85	610 495,20	623 798,14
30	wielkopolskie	55 232 032,50	51 569 499,74	8 631 550,00	5 571 069,98
32	zachodniopomorskie	34 708 204,33	31 315 395,09	1 175 200,00	1 132 123,10
		643 314 409,12	557 841 431,66	33 445 043,82	29 004 217,03

Finansowanie Programu

Finansowanie realizacji Narodowego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na lata 2011-2015, odbywa się w ramach budżetów jego realizatorów, których wydatki na realizację Narodowego Programu są szacowane na poziomie porównywalnym z wydatkami na realizację dotychczas funkcjonującego Narodowego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na lata 2006-2010. Zgodnie z Art. 11 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałania alkoholizmowi na wydatki związane z realizacją Narodowego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych przeznaczają się corocznie z budżetu państwa środki w wysokości 1% podatku akcyzowego od wyrobów alkoholowych.

Finansowanie programu na poziomie wojewódzkim oraz gminnym odbywa się, oprócz środków własnych, środkami pobranymi z tytułu opłat określonych w przepisach ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi:

- na poziomie samorządu wojewódzkiego – w ramach środków uzyskanych przez samorządy wojewódzkie z opłat za korzystanie z zezwoleń na hurtowy obrót napojami o zawartości do 4,5% alkoholu oraz piwem, a także napojów zawierających powyżej 4,5% do 18% alkoholu.

- na poziomie samorządu gminnego – w ramach środków uzyskanych przez gminy z opłat za korzystanie z zezwoleń na detaliczną sprzedaż alkoholu.

System wdrażania Programu:

Jednostką koordynującą realizację Narodowego Programu jest Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.

Do zadań PARPA w zakresie realizacji Narodowego Programu należy:

- przygotowanie projektu Programu
- zbieranie danych monitorujących przebieg Programu (zawartych w sprawozdaniach z realizacji ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi przesyłanych corocznie do PARPA, a także zawartych w zestawieniach statystycznych opartych na analizie ankiet „PARPA G1 – Roczne sprawozdanie z działalności samorządów gminnych w zakresie profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych” zbieranych w ramach „Programu badań statystycznych statystyki publicznej”
- coroczne przygotowywanie „Sprawozdania z realizacji ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi” zawierającego m.in. informacje na temat przebiegu Programu.

Zbieranie danych monitorujących przebieg i efekty Programu:

- Dane zbierane przez PARPA (tam gdzie jest to możliwe z uwzględnieniem podziału na płeć) – ankiety „PARPA G1 – Roczne sprawozdanie z działalności samorządów gminnych w zakresie profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych” zbierane w ramach „Programu badań statystycznych statystyki publicznej” zbierane są za pośrednictwem pełnomocników zarządów województw ds. profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych do 15 maja każdego roku. Dane są wprowadzane do bazy, analizowane, raport przedstawiany jest w grudniu każdego roku.
- Dane zbierane przez inne resorty. Dane (tam gdzie jest to możliwe z uwzględnieniem podziału na płeć) zbierane są wg wewnętrznych harmonogramów resortów i przekazywane do PARPA do końca marca - kwietnia każdego roku w postaci informacji z działań podejmowanych w zakresie ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi.
- Dane zbierane przez samorządy województw – ankiety PARPA W1 dotyczące działań prowadzonych w zakresie ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi przez samorząd województwa w ramach Wojewódzkiego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. Dane zbierane są do końca marca – kwietnia każdego roku.

Harmonogram wdrażania Programu:

Realizacja Narodowego Programu ma charakter ciągły stąd też odstąpiono od określenia harmonogramu realizacji działań cząstkowych w poszczególnych latach. Wszystkie wymienione w nim zadania mają być realizowane przez cały czas obowiązywania Programu. Z uwagi na dynamikę zjawisk społecznych związanych z używaniem napojów alkoholowych oraz fakt, że diagnoza poszczególnych problemów alkoholowych odbywać się będzie w wielu przypadkach już w trakcie realizacji Programu za celowe uznano też pozostawienie realizatorom poszczególnych zadań pewnej elastyczności co do wymiaru jak i konkretnych terminów nasilenia działań składających się na realizację celów cząstkowych.

Podsumowanie - Pozytywne trendy wynikające z diagnozy szkód wywoływanych przez alkohol

1. Zwiększenie świadomości szkód spowodowanych przez alkohol¹⁴

Rośnie deklaracyjna świadomość działania alkoholu na organizm. W 2008 roku badani kierowcy wielokrotnie rzadziej deklarowali wsiadanie za kierownicę przed czasem niezbędnym do wyeliminowania alkoholu z organizmu. W przypadku piwa pojechałoby wcześniej 5% kierowców (w 2005 roku 20%). W 2005 roku za kierownicą wsiadłoby wcześniej niż należy 11% kierowców, którzy pili wino, i 13% pijących wódkę (po 1,5% w 2008 roku).

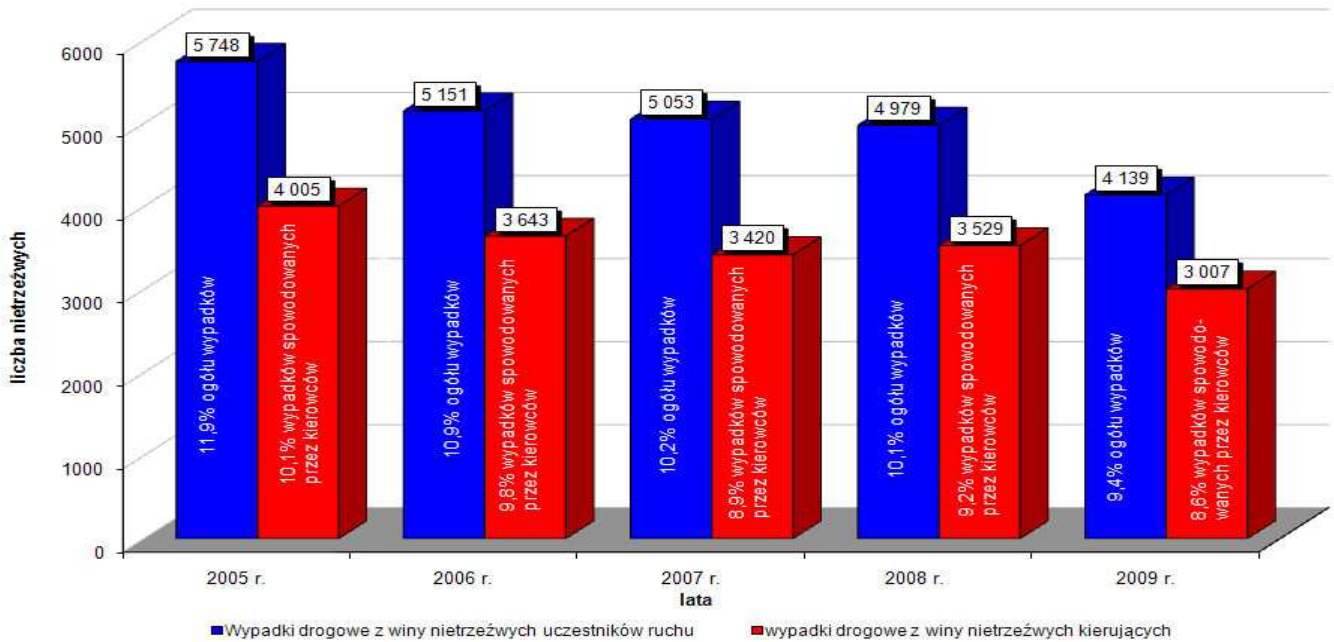
Wzrasta też świadomość zagrożeń wynikających ze spożywania alkoholu przez kobietę w ciąży dla zdrowia jej dziecka. Zdecydowana większość (95%) wszystkich ankietowanych (87% w 2005 roku) zgodziło się ze stwierdzeniem, że picie nawet niewielkich ilości alkoholu przez kobiety w ciąży może mieć negatywny wpływ na zdrowie ich dzieci. Następuje również pożądana zmiana zachowań w grupie kobiet w ciąży – maleje odsetek tych, które w tym czasie piły alkohol. (12% w 2008r. v 16,5% w 2005r.). Kampania edukacyjna „Cięża bez alkoholu” przeprowadzona w 2007 roku mogła wpłynąć na prozdrowotne zachowania badanych jednak nie należy wykluczać i takiej sytuacji, że kobiety, które w ciąży piły alkohol, będąc bardziej świadome niewłaściwości swojego postępowania były mniej skłonne do ujawniania tej informacji

2. Zmniejszenie udziału wypadków spowodowanych przez nietrzeźwych kierowców w ogólnej liczbie wypadków oraz spadek liczby wypadków z udziałem przez nietrzeźwych

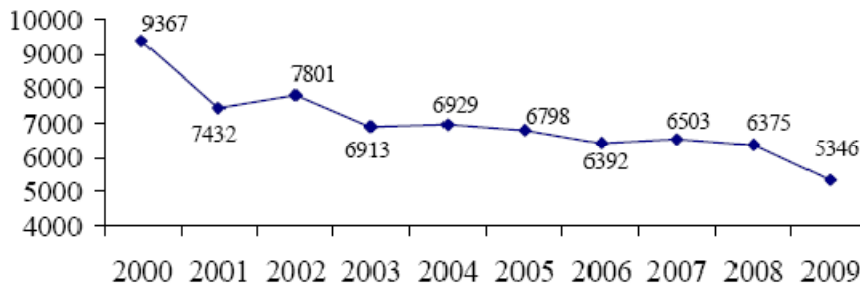
Ze statystyk Komendy Głównej Policji wynika, że z roku na rok zmniejsza się liczba wypadków spowodowanych przez nietrzeźwych kierowców, jak również zmniejsza się ich udział procentowy w ogólnej liczbie wypadków. Zmniejsza się również ogólna liczba wypadków z udziałem osób nietrzeźwych. Opisane tendencje pokazują poniższe wykresy:

¹⁴ Na podstawie badań „Wzory konsumpcji a alkoholu w Polsce” przeprowadzonych w 2008 r.

Nietrzeźwość na drogach



Wypadki drogowe z udziałem nietrzeźwych

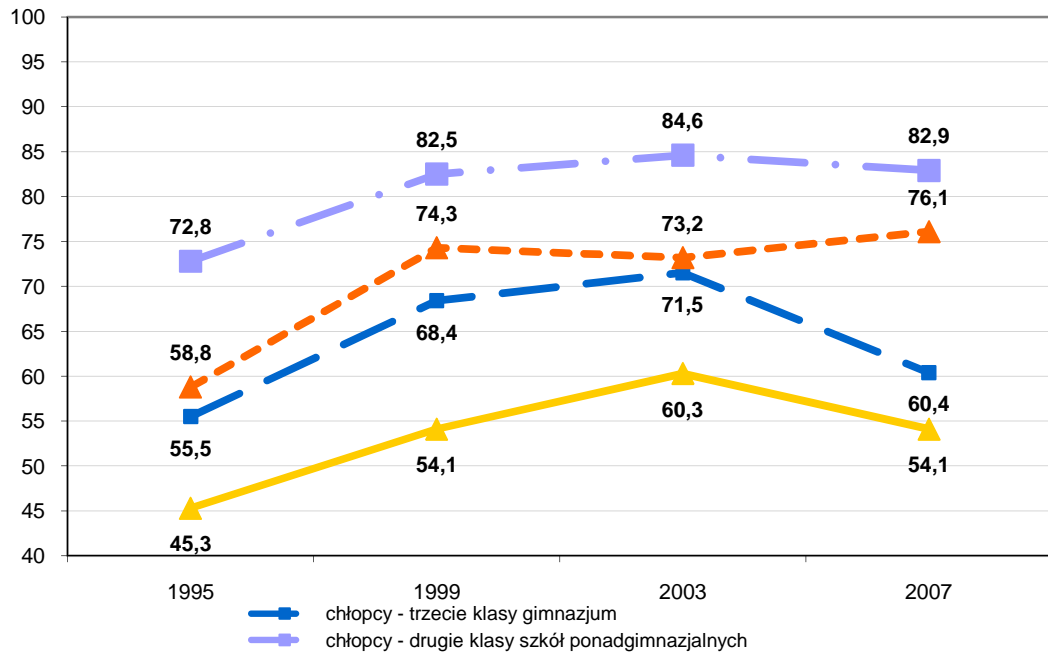


3. Zmniejszenie spożycia alkoholu przez młodzież¹⁵

Po wzroście spożywania alkoholu przez młodzież w latach 1995–2003 zaobserwowano spadek spożycia wśród uczniów młodszych oraz stabilizację w grupie młodzieży starszej.

¹⁵ Na podstawie badań ESPAD przeprowadzonych w 2007 r.

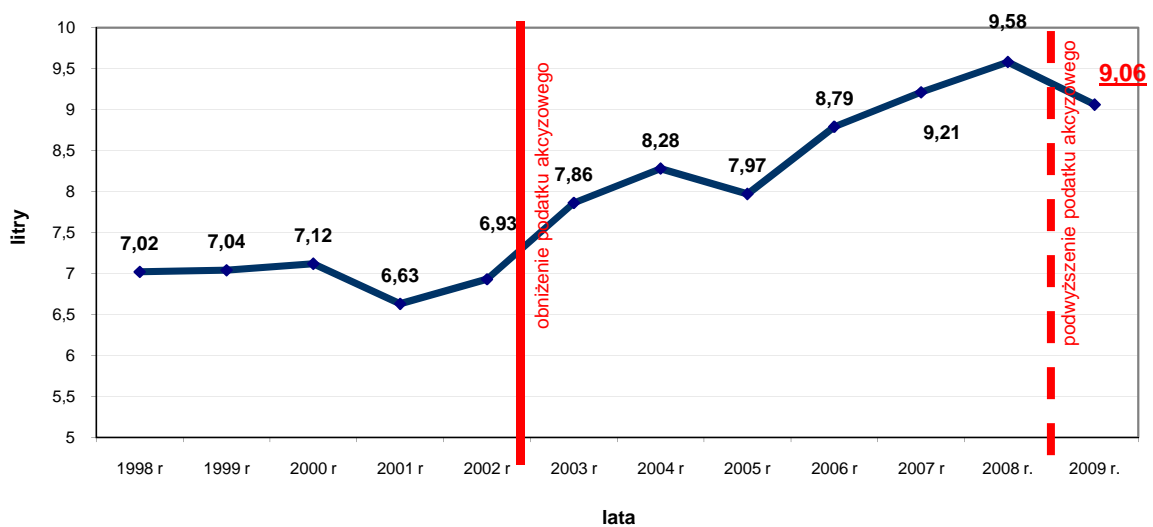
Picie napojów alkoholowych wśród chłopców i dziewcząt
wskaźnik „Picie 30 dni przed badaniem”



4. Zatrzymanie tendencji wzrostowej poziomu spożycia alkoholu¹⁶

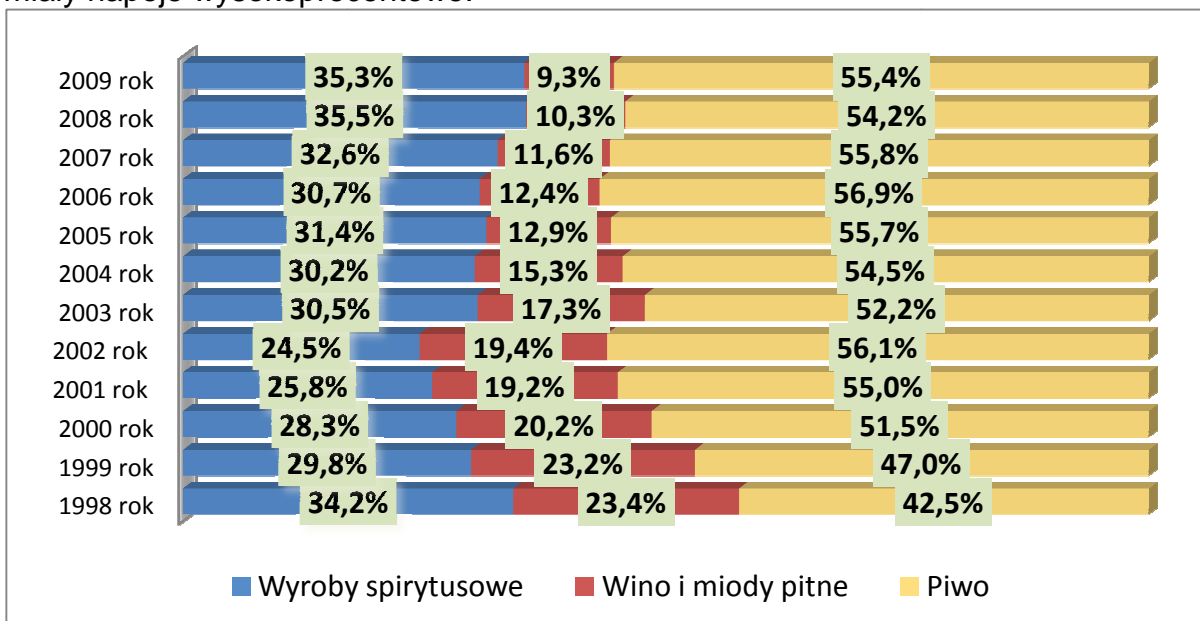
W 2009 r. po raz pierwszy od 2005 r. zanotowano spadek spożycia alkoholu. Prawdopodobnie wiąże się on z decyzją o podniesieniu stawki podatku akcyzowego na wszystkie rodzaje napojów alkoholowych.

Spożycie 100% alkoholu na 1 mieszkańca (w litrach)



¹⁶ Dane na podstawie publikacji GUS „Rynek wewnętrzny w 2009 r.” oraz obliczenia własne PARPA

Zaobserwowano również zatrzymanie, utrzymującego się od kilku lat, niekorzystnego kierunku zmiany struktury spożywanego alkoholu, w której coraz większy udział miały napoje wysokoprocentowe:



Problemy i cele strategiczne

PROBLEM I - SZKODY ZDROWOTNE WYNIKAJĄCE ZE SPOŻYWANIA ALKOHOLU							
CEL STRATEGICZNY 1.0.0.0 Ograniczenie szkód zdrowotnych wynikających ze spożywania alkoholu							
CELE CZĄSTKOWE	1.1.0.0	Poszerzenie wiedzy naukowej na temat zaburzeń wynikających z używania alkoholu	PLANOWANE DZIAŁANIA	1.1.1.0	Realizacja i/lub finansowanie badań epidemiologicznych w zakresie zaburzeń wynikających z używania alkoholu	PROPONOWANI REALIZATORZY	PARPA; KBdsPN; GiS; WUM; Minister właściwy do spraw nauki; IPIŃ
				1.1.2.0	Realizacja badań społecznych dotyczących wzorów używania napojów alkoholowych w Polsce		PARPA; JST
				1.1.3.0	Realizacja badań dotyczących zachowań zdrowotnych kobiet w ciąży		GIS, Minister właściwy do spraw zdrowia; PARPA; KBdsPN
				WSKAŹNIKI		1. Liczba zrealizowanych badań 2. Liczba publikacji dotyczących realizowanych badań	

	1.2.0.0	Ograniczenie szkód zdrowotnych wynikających z picia szkodliwego i uzależnienia od alkoholu, w tym zmniejszenie odsetka konsumentów spożywających alkohol ryzykownie i szkodliwie	PLANOWANE DZIAŁANIA	1.2.1.0	Prowadzenie edukacji publicznej na temat działania alkoholu na organizm i ryzyka szkód wynikających z różnych wzorów spożywania alkoholu	PROPONOWANI REALIZATORZY	PARPA; Minister właściwy do spraw zdrowia; Minister Sprawiedliwości; Minister Obrony Narodowej; KRRiT; Minister właściwy do spraw wewnętrznych; JST; media publiczne	WSKAŹNIKI	<ol style="list-style-type: none"> 1. Odsetek osób zachowujących abstynencję (w tym kobiet w ciąży) 2. Odsetek konsumentów spożywających alkohol ryzykownie lub szkodliwie 3. Liczba osób pijących alkohol szkodliwie objętych świadczeniami opieki psychiatrycznej i zakładów leczenia odwykowego 4. Liczba zgonów z powodu zatrucia alkoholem 5. Liczba zgonów z powodu marskości wątroby
--	---------	---	----------------------------	---------	--	---------------------------------	--	------------------	--

				1.2.2.0	Szkolenie lekarzy i pielęgniarek w zakresie rozpoznawania wzorów spożywania alkoholu przez pacjentów i podejmowania interwencji wobec osób pijących alkohol ryzykownie i szkodliwie	PARPA; Minister właściwy do spraw zdrowia; Minister Sprawiedliwości; Minister Obrony Narodowej; Minister właściwy do spraw wewnętrznych;	<ul style="list-style-type: none"> 6. Liczba zgonów z powodu zaburzeń psychicznych spowodowanych używaniem alkoholu 7. Liczba zrealizowanych działań o charakterze edukacji publicznej, w tym publikacji, emisji, kampanii) 8. Liczba działań edukacyjnych kierowanych do osób spożywających alkohol ryzykownie lub szkodliwie 9. Liczba szkoleń i przeszkolonych pracowników służby
--	--	--	--	---------	---	--	--

				1.2.3.0	Wprowadzenie przez uczelnie medyczne do programów kształcenia nauki procedury rozpoznawania wzorów spożywania alkoholu przez pacjentów i motywowania osób pijących do ograniczenia spożywania alkoholu lub do zachowania abstynencji	Minister właściwy do spraw zdrowia, uczelnie medyczne, PARPA	WSKAŹNIKI	zdrowia w obszarze działania alkoholu na organizm i ryzyka szkód wynikających z różnych wzorów spożywania alkoholu oraz rozpoznawania problemów alkoholowych i podejmowania interwencji wobec pacjentów pijących alkohol ryzykownie i szkodliwie
			1.2.4.0	Opracowanie i wdrożenie programów profilaktyki problemów alkoholowych w środowisku pracy	PARPA; Minister Sprawiedliwości; Minister Obrony Narodowej; KRRiT; Minister właściwy do spraw wewnętrznych; Minister	10. Liczba uczelni medycznych, które wprowadziły do programów kształcenia naukę rozpoznawania problemów alkoholowych i podejmowania interwencji wobec pacjentów pijących alkohol ryzykownie i szkodliwie 11. Liczba studentów uczelni medycznych, którzy odbyli szkolenia w zakresie rozpoznawania problemów alkoholowych i podejmowania interwencji wobec pacjentów pijących		

						właściwy do spraw finansów publicznych (Służba Celna); podmioty gospodarcze		alkohol ryzykownie i szkodliwie 12. Opracowanie i wdrożenie programu profilaktyki problemów alkoholowych w środowisku pracy
1.3.0.0	Poprawa stanu psychofizycznego i funkcjonowania społecznego osób uzależnionych od alkoholu	PLANOWANE DZIAŁANIA	1.3.1.0	Umocowanie ustawowe systemu szkolenia, doskonalenia zawodowego i odpowiedzialności zawodowej pracowników lecznictwa odwykowego	PROPONOWANI REALIZATORZY	PARPA; Minister właściwy do spraw zdrowia	WSKAŹNIKI	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nowelizacja ustawy o wychowaniu w trzeźwości zawierająca zapisy dotyczące systemu szkolenia, doskonalenia zawodowego i odpowiedzialności zawodowej pracowników lecznictwa odwykowego 2. Powstanie i wdrożenie systemu doskonalenia zawodowego i odpowiedzialności zawodowej pracowników lecznictwa odwykowego 3. Wdrożenie procedury akredytacji zakładów lecznictwa odwykowego 4. Liczba pacjentów
		1.3.2.0	Stworzenie systemu doskonalenia zawodowego i odpowiedzialności zawodowej pracowników lecznictwa odwykowego	PARPA; Minister właściwy do spraw zdrowia				

				1.3.3.0	Przyjęcie standardów akredytacyjnych dla zakładów leczenia odwykowego	Minister właściwy do spraw zdrowia	placówek leczenia odwykowego 5. Liczba zakładów leczenia odwykowego poszczególnych typów 6. Odsetek pacjentów uzależnionych od alkoholu uczestniczących w pogłębionych programach psychoterapii uzależnienia 7. Liczba powiatów zapewniających ambulatoryjne świadczenia w zakresie terapii uzależnienia 8. Wysokość środków przeznaczonych przez NFZ na świadczenia w zakresie leczenia odwykowego 9. Wysokość środków przeznaczanych przez jednostki samorządu terytorialnego na zwiększenie dostępności i skuteczności świadczeń zakładów leczenia odwykowego
				1.3.4.0	Objęcie programami konsultacyjno-superwizyjnymi zakładów leczenia odwykowego wymagających poprawy oferty leczenia	PARPA; WOTUWy; ZOZy	
				1.3.5.0	Opracowanie narzędzi i wdrożenie do praktyki klinicznej badań ewaluacyjnych	PARPA; ZOZy	

				1.3.6.0	Rozszerzenie oferty programów terapeutycznych dla osób uzależnionych od alkoholu	PARPA; ZOZy; NFZ; JST	<p>10. Wysokość środków przeznaczanych przez samorządy województw na realizację zadań pozaleczniczych wojewódzkich ośrodków terapii uzależnienia i współuzależnienia</p> <p>11. Liczba zakładów leczenia odwykowego objętych programami konsultacyjno-superwizyjnymi</p> <p>12. Liczba zakładów leczenia odwykowego oferujących pogłębione programy psychoterapii uzależnienia</p>
			1.3.7.0	Wdrażanie oferty programów pogłębionej psychoterapii uzależnień w zakładach leczenia odwykowego	Minister właściwy do spraw zdrowia; PARPA; NFZ; JST; ZOZy		

				1.3.8.0	Wdrożenie systemu pomocy psychologicznej, terapeutycznej i rehabilitacyjnej dla osób uzależnionych od alkoholu ze współwystępującymi zaburzeniami psychicznymi, niesłyszących, osób przebywających w instytucjach całodobowego wsparcia	Minister właściwy do spraw zdrowia w porozumieniu z Ministrem właściwym do spraw rodziny oraz Ministrem właściwym do spraw zabezpieczenia społecznego; JST; PARPA; ZOZy; NFZ	<p>13. Odsetek pacjentów zakładów lecznictwa odwykowego wykazujących poprawę w rok po zakończeniu programu psychoterapii uzależnienia</p> <p>14. Liczba działań edukacyjnych (konferencji, szkoleń, publikacji) ucząca różnorodnych metod leczenia osób uzależnionych (w tym psychoterapii)</p> <p>15. Powstanie domu pomocy społecznej dla osób uzależnionych</p> <p>16. Powstanie modelu systemu profilaktyki, leczenia i rehabilitacji osób niesłyszących</p> <p>17. Powstanie oddziałów dla osób uzależnionych ze współwystępującymi zaburzeniami psychicznymi</p> <p>18. Liczba hosteli i mieszkań chronionych dla osób uzależnionych po zakończonym leczeniu</p>
				1.3.9.0	Poszerzenie oferty programów pomocy psychologicznej, psychoterapeutycznej i rehabilitacyjnej dla osób uzależnionych, wykluczonych społecznie lub zagrożonych wykluczeniem	Minister właściwy do spraw zdrowia; JST; ZOZy; NFZ	

				1.3.10.0	Zwiększenie oferty działań zmierzających do aktywizacji zawodowej i społecznej osób uzależnionych od alkoholu po zakończeniu leczenia odwykowego	PARPA; Minister właściwy do spraw rodziny; Minister właściwy do spraw zabezpieczenia społecznego; JST	uzależnienia 19. Liczba działań nakierowanych na readaptację społeczną, w tym zawodową osób uzależnionych po zakończonym leczeniu odwykowym 20. Liczba skazanych, objętych terapią uzależnienia od alkoholu w zakładach karnych 21. Liczba grup AA 22. Liczba stowarzyszeń abstynenckich
				1.3.11.0	Wspieranie działalności środowisk abstynenckich	PARPA; JST; Kościoły i związki wyznaniowe; NGO	
				1.3.12.0	Wspieranie rozwoju systemu specjalistycznego wsparcia udzielanego osobom wykluczonym lub zagrożonym wykluczeniem na skutek uzależnienia od alkoholu, zmierzającego do ich integracji społecznej	Minister właściwy do spraw zdrowia; Minister właściwy do spraw rodziny; Minister właściwy do spraw zabezpieczenia społecznego; PARPA; JST	

PROBLEM II - NADMIERNA DOSTĘPNOŚĆ ALKOHOLU

CEL STRATEGICZNY 2.0.0.0
Zmniejszenie dostępności i zmiana struktury spożywanego alkoholu

CELE CZĄSTKOWE	2.1.0.0	Zmniejszenie spożycia napojów alkoholowych i zmiana struktury spożycia	PLANOWANE DZIAŁANIA	2.1.1.0	Ograniczanie dostępności ekonomicznej napojów alkoholowych	PROPONOWANI REALIZATORZY	Minister właściwy do spraw finansów publicznych	WSKAŹNIKI	<ol style="list-style-type: none"> 1. Wysokość podatku akcyzowego na poszczególne rodzaje napojów alkoholowych 2. Liczba mieszkańców przypadających na punkt sprzedaży napojów alkoholowych 3. Liczba butelek poszczególnych napojów alkoholowych, które można kupić za średnie miesięczne wynagrodzenie
				2.1.2.0	Ograniczanie dostępności fizycznej napojów alkoholowych		JST		
				2.1.3.0	Zmniejszenie udziału wyrobów wysokoprocentowych w strukturze spożycia napojów alkoholowych		Minister właściwy do spraw finansów publicznych		

**PROBLEM III - ZABURZENIA ŻYCIA RODZINNEGO W ZWIĄZKU Z ALKOHOLEM,
W TYM SZKODY ZDROWOTNE I ROZWOJOWE DZIECI Z RODZIN ALKOHOLOWYCH**

**CEL STRATEGICZNY 3.0.0.0
Ograniczenie zaburzeń życia rodzinnego w tym szkód zdrowotnych
i rozwojowych dzieci z rodzin z problemem alkoholowym**

CELE CZĄSTKOWE	3.1.0.0	Zwiększenie dostępności i poprawa jakości pomocy dzieciom z rodzin z problemem alkoholowym	PLANOWANE DZIAŁANIA	3.1.1.0	Tworzenie nowych i wspieranie istniejących miejsc wsparcia środowiskowego dla dzieci z rodzin z problemem alkoholowym (świetlic z programem socjoterapeutycznym, świetlic z programem opiekuńczo-wychowawczym oraz innych miejsc wsparcia), a także oferujących pomoc dzieciom z FASD (Poalkoholowe spektrum zaburzeń rozwojowych)	PROPONOWANI REALIZATORZY	Minister właściwy do spraw rodziny; Minister właściwy do spraw zabezpieczenia społecznego; JST	WSKAŹNIKI	<ol style="list-style-type: none"> 1. Liczba świetlic realizujących program opiekuńczo-wychowawczy 2. Liczba dzieci i młodzieży biorących udział w zajęciach odbywających się w świetlicach realizujących program opiekuńczo-wychowawczy 3. Odsetek dzieci z rodzin z problemem alkoholowym biorących udział w zajęciach odbywających się w świetlicach realizujących program opiekuńczo-wychowawczy 4. Liczba świetlic realizujących program socjoterapeutyczny. 5. Liczba dzieci i młodzieży biorących udział w
-----------------------	----------------	--	----------------------------	----------------	--	---------------------------------	--	------------------	--

				3.1.3.0	Realizacja działań mających na celu rozpoznawanie i zaspokajanie indywidualnych potrzeb rozwojowych i edukacyjnych, tworzenie i upowszechnianie działań profilaktycznych, edukacyjnych i terapeutycznych dla dzieci i młodzieży z rodzin z problemem alkoholowym	Minister właściwy do spraw zdrowia; Minister właściwy do spraw rodziny; Minister właściwy do spraw zabezpieczenia społecznego; Minister właściwy do spraw oświaty i wychowania; JST; PARPA	uczestniczących w zajęciach organizowanych w innych miejscach udzielających wsparcia dzieciom z rodzin z problemem alkoholowym 9. Liczba zrealizowanych badań 10. Liczba dzieci i młodzieży uczestniczących w specjalistycznych formach pomocy
--	--	--	--	---------	--	--	--

				3.2.2.0	Realizacja działań konsultacyjno-superwizyjnych dla osób pracujących w świetlicach i innych placówkach świadczących pomoc dzieciom i młodzieży z rodzin z problemem alkoholowym		spraw rodziny; Minister właściwy do spraw zabezpieczenia społecznego; JST		pracowników świetlic
3.3.0.0	Poprawa funkcjonowania rodziny dotkniętej problemami picia szkodliwego i uzależnienia od alkoholu	PLANOWANE DZIAŁANIA	3.3.1.0	Szkolenie pracowników leczenia odwykowego i pracowników socjalnych Ośrodków Pomocy Społecznej w zakresie pracy z rodziną z problemem alkoholowym	PROPONOWANI REALIZATORZY	PARPA; JST	WSKAŹNIKI	1. Liczba zrealizowanych szkoleń pracowników leczenia odwykowego w zakresie pracy terapeutycznej z rodziną 2. Liczba zrealizowanych szkoleń pracowników socjalnych ops w zakresie pracy z rodziną 3. Liczba zakładów leczenia odwykowego oferujących pomoc psychologiczną i psychoterapeutyczną dla rodzin osób pijących szkodliwie i uzależnionych od alkoholu	
				3.3.2.0		Wdrożenie do praktyki klinicznej zakładów leczenia odwykowego oferty terapeutycznej pracy z rodziną z problemem alkoholowym			NFZ; PARPA, JST

	3.4.0.0	Poprawa funkcjonowania dorosłych członków rodzin osób pijących alkohol ryzykownie i szkodliwie	PLANOWANE DZIAŁANIA			PROPONOWANI REALIZATORZY		WSKAŹNIKI
			3.4.1.0	Szkolenie pracowników leczenia odwykowego w zakresie pomocy psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dorosłych członków rodzin osób pijących szkodliwie lub uzależnionych			PARPA; JST	<ol style="list-style-type: none"> 1. Liczba zrealizowanych szkoleń pracowników leczenia odwykowego w zakresie pomocy psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dorosłych członków rodzin osób pijących szkodliwie lub uzależnionych 2. Liczba zakładów leczenia odwykowego oferujących pomoc psychologiczną i psychoterapeutyczną dla dorosłych członków rodzin osób pijących szkodliwie lub uzależnionych
			3.4.2.0	Zwiększenie dostępności i rozszerzenie oferty programów pomocy psychologicznej i psychoterapii dla dorosłych członków rodzin osób pijących alkohol szkodliwie lub uzależnionych			NFZ; PARPA; JST	

PROBLEM IV - PICIE ALKOHOLU PRZEZ DZIECI I MŁODZIEŻ

**CEL STRATEGICZNY 4.0.0.0
OGRANICZENIE ZJAWISKA PICIA ALKOHOLU PRZEZ DZIECI I MŁODZIEŻ**

CELE CZĄSTKOWE	4.1.0.0	Zwiększenie jakości i dostępności programów profilaktycznych	PLANOWANE DZIAŁANIA	4.1.1.0	Upowszechnianie, wdrażanie oraz poszerzanie oferty rekomendowanych programów profilaktycznych opartych na skutecznych strategiach oddziaływań	PROPONOWANI REALIZATORZY	Minister Sprawiedliwości; Minister właściwy do spraw oświaty i wychowania; PARPA; JST	WSKAŹNIKI	<ol style="list-style-type: none"> 1. Liczba rekomendowanych programów profilaktycznych, znajdujących się w bazach danych instytucji PARPA, KBdPN, IPiN, ORE 2. Liczba gmin realizujących rekomendowane programy profilaktyczne 3. Liczba przeszkolonych przedstawicieli różnych instytucji 4. Liczba zorganizowanych
							Minister właściwy do spraw oświaty i wychowania; ORE; KBdsPN; PARPA; IPiN; Minister właściwy do spraw kultury fizycznej		

			PLANOWANE DZIAŁANIA					
				4.1.2.0	<p>Upowszechnianie wśród pracowników instytucji zajmujących się: edukacją, pomocą społeczną, sprawiedliwością i kulturą fizyczną oraz policjantów, pracujących z dziećmi i młodzieżą, wiedzy w zakresie skutecznych strategii profilaktycznych</p>		<p>Minister właściwy do spraw wewnętrznych; Minister Sprawiedliwości; Minister właściwy do spraw oświaty i wychowania; Minister właściwy do spraw rodziny; Minister właściwy do spraw zabezpieczenia społecznego; PARPA (Minister właściwy do spraw zdrowia); Minister właściwy do spraw kultury fizycznej</p>	<p>szkoleń dla profesjonalistów</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Liczba młodzieży uczestniczącej w programach profilaktycznych realizowanych na terenie szkół, placówek opiekuńczo-wychowawczych, zakładów resocjalizacyjnych i poprawczych, itp. 6. Liczba młodzieży uczestniczącej w programach rówieśniczych 7. Liczba zrealizowanych badań i analiz 8. Liczba publikacji i materiałów informacyjno-edukacyjnych

				4.1.3.0	<p>Wdrażanie do programów studiów kierunkowych i programów szkoleń kadr pracujących z dziećmi i młodzieżą zagadnień profilaktyki używania alkoholu przez dzieci i młodzież</p>	<p>PARPA; Minister Sprawiedliwości; Minister właściwy do spraw oświaty i wychowania; Minister właściwy do spraw rodziny; Minister właściwy do spraw zabezpieczenia społecznego; Minister właściwy do spraw zdrowia; Minister właściwy do spraw kultury fizycznej; uczelnie</p>	
--	--	--	--	---------	--	--	--

				4.1.4.0.	Prowadzenie, wspieranie i/lub finansowanie programów badawczych lub badań i analiz administracyjnych, służących ocenie efektywności poszczególnych strategii profilaktycznych	PARPA (Minister właściwy do spraw zdrowia); Minister właściwy do spraw oświaty i wychowania; Minister właściwy do spraw nauki; uczelnie	
4.2.0.0	Utrwalenie postaw abstynenckich w środowisku dzieci i młodzieży oraz zwiększenie świadomości młodzieży w	PLANOWANE DZIAŁANIA	4.2.1.0	Realizacja i wspieranie kampanii edukacyjnych mających na celu zwiększenie świadomości młodzieży na temat szkód wynikających z picia alkoholu przez dzieci i młodzież	PROPONOWANI REALIZATORZY	Minister Sprawiedliwości; Minister właściwy do spraw oświaty i wychowania; PARPA; JST; media publiczne	<ol style="list-style-type: none"> 1. Odsetek abstynentów wśród niepełnoletniej młodzieży 2. Liczba gmin realizujących pozalekcyjne zajęcia sportowe 3. Liczba dzieci i młodzieży

		zakresie szkód wynikających z picia alkoholu		4.2.2.0	Inicjowanie różnorodnych form profilaktyki rówieśniczej (programów opartych na działaniach liderów młodzieżowych)	Minister właściwy do spraw kultury fizycznej; Minister właściwy do spraw oświaty i wychowania; PARPA; JST	uczestnicząca w pozalekcyjnych zajęciach sportowych, kampaniach i programach promujących aktywność fizyczną i zdrowy styl życia 4. Liczba gmin realizujących programy profilaktyki rówieśniczej 5. Liczba młodzieży uczestniczącej w programach rówieśniczych 6. Liczba podejmowanych przedsięwzięć 7. Wysokość środków finansowych z Funduszu Zajęć Sportowo-Rekreacyjnych dla Uczniów 8. Liczba podmiotów, które uzyskały dofinansowanie z Funduszu Zajęć Sportowo-Rekreacyjnych dla Uczniów 9. Liczba przedsięwzięć/kampanii, które uzyskały wsparcie
--	--	--	--	---------	---	--	--

				4.2.3.0	Organizowanie i wspieranie działań służących promocji zdrowego stylu życia z uwzględnieniem aktywności kulturalnej i sportowej dzieci i młodzieży	Minister właściwy do spraw kultury fizycznej; Minister właściwy do spraw oświaty i wychowania; JST; Minister właściwy do spraw wewnętrznych; Minister Sprawiedliwości; Minister właściwy do spraw kultury i dziedzictwa narodowego	
				4.2.4.0	Prowadzenie badań dotyczących wpływu reklamy i innych działań marketingowych na niepełnoletnich	PARPA; IPiN; JST	1. Liczba raportów z badań dotyczących wpływu marketingu alkoholowego na niepełnoletnich

	4.3.0.0	Zmniejszenie liczby młodzieży często pijącej alkohol i upijającej się	PLANOWANE DZIAŁANIA	4.3.1.0	Realizacja działań profilaktycznych z obszaru profilaktyki selektywnej i wskazującej, adresowanych do grup ryzyka i młodych ludzi eksperymentujących z alkoholem	Minister Sprawiedliwości; Minister właściwy do spraw oświaty i wychowania; JST; PARPA	WSKAŹNIKI	<ol style="list-style-type: none"> 1. Odsetek młodzieży spożywającej alkohol w ciągu ostatniego miesiąca przed badaniem 2. Odsetek młodzieży upijającej się 3. Liczba gmin realizujących programy dla dzieci i młodzieży z obszaru
--	----------------	--	----------------------------	----------------	--	---	------------------	---

				4.3.2.0	Udzielanie pomocy i wsparcia rodzicom, których dzieci piją alkohol	PARPA; JST	<p>profilaktyki selektywnej i wskazującej</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Liczba młodzieży uczestniczącej w programach interwencyjnych 5. Liczba ujawnionych przez Policję osób do 18 r. ż., których stan wskazywał na znajdowanie się pod wpływem alkoholu 6. Procentowy udział nietrzeźwych nieletnich sprawców czynów karalnych wśród ogółu nieletnich sprawców 7. Liczba przeszkolonych instruktorów lub realizatorów programów 8. Liczba publikacji skierowanych do rodziców, których dzieci piją alkohol 9. Liczba rozmów przeprowadzonych w telefonie zaufania Pomarańczowa Linia 10. Liczba placówek realizujących działania z obszaru profilaktyki selektywnej i wskazującej
--	--	--	--	---------	--	------------	--

	4.4.0.0	Zmiana postaw dorosłych wobec picia alkoholu przez dzieci i młodzież oraz zwiększenie kompetencji wychowawczych rodziców	PLANOWANE DZIAŁANIA	4.4.1.0	Prowadzenie działań edukacyjnych dla dorosłych w zakresie szkód wynikających z picia alkoholu przez dzieci i młodzież	PROPONOWANI REALIZATORZY	Minister właściwy do spraw oświaty i wychowania; PARPA; JST; media publiczne	WSKAŹNIKI	<ol style="list-style-type: none"> 1. Odsetek dorosłych, którzy nie przyzwalają na picie alkoholu przez młodych ludzi 2. Liczba rodziców uczestniczących w szkolnych i poza szkolnych programach profilaktycznych 3. Liczba gmin realizujących programy profilaktyczne i edukacyjne adresowane do rodziców 4. Liczba i rodzaj warsztatów i programów dla rodziców realizowanych w gminach 5. Odsetek rodziców, którzy deklarują wychowywanie
				4.4.2.0	Wdrażanie i upowszechnianie programów edukacyjnych adresowanych do rodziców, zwiększających ich kompetencje wychowawcze w obszarze profilaktyki zachowań ryzykownych dzieci				

				4.4.3.0	Realizacja oraz wspieranie kampanii, programów i działań edukacyjnych promujących wychowywanie dzieci bez przemocy	Minister właściwy do spraw kultury fizycznej; Minister właściwy do spraw oświaty i wychowania; Minister właściwy do spraw rodziny, Minister właściwy do spraw zabezpieczenia społecznego; JST	<p>dzieci bez przemocy</p> <p>6. Liczba gmin realizujących szkolenia dla sprzedawców napojów alkoholowych i inne działania w obszarze ograniczania dostępności</p> <p>7. Liczba przeszkolonych sprzedawców napojów alkoholowych</p> <p>8. Odsetek młodych ludzi napotyających na odmowę sprzedawców przy próbie zakupu</p>
				4.4.4.0	Szkolenia dla sprzedawców napojów alkoholowych	JST; PARPA	

PROBLEM V - ZJAWISKO PRZEMOCY W RODZINIE W ZWIĄZKU Z UŻYCIEM ALKOHOLU

CEL STRATEGICZNY 5.0.0.0
Ograniczenie skali zjawiska przemocy w rodzinie
oraz zwiększenie skuteczności pomocy rodzinom

CELE CZĄSTKOWE	5.1.0.0	Zwiększenie dostępności i podniesienie jakości pomocy dla ofiar przemocy w rodzinie z problemem alkoholowym – dorosłych i dzieci	PLANOWANE DZIAŁANIA	5.1.1.0	Upowszechnianie programów i metod pomocy psychologicznej, terapeutycznej i samopomocy dla ofiar przemocy w rodzinach alkoholowych – dorosłych i dzieci	PROPONOWANI REALIZATORZY	Minister właściwy do spraw rodziny; Minister właściwy do spraw zabezpieczenia społecznego; Minister właściwy do spraw zdrowia; JST; PARPA	WSKAŹNIKI	<ol style="list-style-type: none"> 1. Liczba placówek/miejsc udzielających pomocy dorosłym i dzieciom - ofiarom przemocy w rodzinie, w tym z rodzin alkoholowych 2. Liczba ofiar przemocy korzystających z pomocy 3. Liczba gmin, w których funkcjonują placówki/miejsca udzielające pomocy ofiarom przemocy 4. Liczba grup wsparcia i grup terapeutycznych dla dzieci i dorosłych ofiar przemocy – 5. Liczba szkoleń przygotowujących do pracy z ofiarami przemocy w rodzinie – dorosłymi i dziećmi 6. Liczba uczestników szkoleń 7. Liczba rozmów przeprowadzonych w telefonie dla ofiar przemocy w rodzinie „Niebieska Linia” z podziałem na płeć ofiar i sprawców przemocy
				5.1.2.0	Opracowanie i upowszechnienie standardów funkcjonowania placówek oferujących pomoc rodzinom, w których dochodzi do przemocy				

				5.1.3.0	Zwiększenie oferty Ogólnopolskiego Pogotowia dla Ofiar Przemocy w Rodzinie „Niebieska Linia” i Ogólnopolskiego Telefonu dla ofiar przemocy w rodzinie		PARPA; Minister Sprawiedliwości		oraz rodzaj zgłaszanej przemocy (fizyczna, psychiczna, seksualna, ekonomiczna) 8. Liczba inicjatyw podejmowanych przez Ogólnopolskie Pogotowie dla Ofiar Przemocy w Rodzinie „Niebieska Linia”
5.2.0.0	Zwiększenie kompetencji służb działających w zakresie przeciwdziałania przemocy w rodzinach z problemem alkoholowym	PLANOWANE DZIAŁANIA	5.2.1.0	Organizowanie szkoleń i konferencji dla przedstawicieli służb działających w obszarze przeciwdziałania przemocy w rodzinach z problemem alkoholowym, w tym: policjantów, pracowników socjalnych, nauczycieli i specjalistów zatrudnionych w szkołach i placówkach systemu oświaty, kuratorów sądowych, sędziów i prokuratorów, członków gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych, pracowników ochrony zdrowia, pracowników leczenia odwykowego	PROPONOWANI REALIZATORZY	Policja; Minister Sprawiedliwości; Prokurator Generalny; Minister właściwy do spraw rodziny; Minister właściwy do spraw zabezpieczenia społecznego; PARPA; Minister właściwy do spraw zdrowia; Minister właściwy do spraw oświaty i wychowania; JST	WSKAŹNIKI	1. Liczba podmiotów i gmin, które organizują szkolenia nt przeciwdziałania przemocy w rodzinie, w tym z problemem alkoholowym 2. Liczba szkoleń 3. Liczba uczestników szkoleń, w tym: policjantów, pracowników socjalnych, pedagogów, kuratorów sądowych, sędziów, prokuratorów, członków GKRPA, pracowników ochrony zdrowia i leczenia odwykowego, 4. Liczba konferencji nt przeciwdziałania przemocy w rodzinie, 5. Liczba interwencji z wykorzystaniem procedury „Niebieskie Karty” w policji, pomocy społecznej, ochronie zdrowia, oświacie, GKRPA oraz liczba ofiar przemocy w rodzinie	

					<p>Upowszechnianie standardów interdyscyplinarnej pracy na rzecz przeciwdziałania przemocy w rodzinie</p>	<p>Policja; Minister Sprawiedliwości; Prokurator Generalny; Minister właściwy do spraw rodziny; Minister właściwy do spraw zabezpieczenia społecznego; PARPA; Minister właściwy do spraw zdrowia; Minister właściwy do spraw oświaty i wychowania; JST</p>	
--	--	--	--	--	---	--	--

5.2.4.0

	5.3.0.0	Zwiększenie dostępności i podniesienie jakości oddziaływań korekcyjno-educacyjnych	PLANOWANE DZIAŁANIA	5.3.1.0	Upowszechnianie wytycznych do realizacji działań interwencyjnych, psychologicznych oraz oddziaływań korekcyjno – edukacyjnych dla osób stosujących przemoc wobec najbliższych	PROPONOWANI REALIZATORZY	Policja; Minister Sprawiedliwości; Prokurator Generalny; Minister właściwy do spraw rodziny; Minister właściwy do spraw zabezpieczenia społecznego; Minister właściwy do spraw zdrowia; JST	WSKAŹNIKI	<ol style="list-style-type: none"> 1. Liczba podmiotów, które prowadzą programy edukacyjno-korekcyjne i psychologiczne dla sprawców przemocy w rodzinie 2. Liczba uczestników ww programów 3. Liczba szkoleń dla osób pracujących ze sprawcami przemocy w rodzinie 4. Liczba osób wobec których orzeczono obowiązek udziału w ww. programach 5. Liczba osób zobowiązanych do opuszczenia – z powodu przemocy w rodzinie - miejsca zamieszkania 6. Liczba osób, wobec których orzeczono zakaz zbliżania i kontaktu w związku z przemocą w rodzinie 7. Liczba postępowań przygotowawczych, spraw skierowanych do prokuratury, aktów oskarżenia i wyroków sądowych w związku z przemocą w rodzinie, w tym: warunkowego umorzenia kary, warunkowego zwieszenia wykonania kary oraz
				5.3.2.0	Wdrażanie i realizacja programów edukacyjno-korekcyjnych i psychologicznych dla sprawców przemocy w rodzinie		Minister właściwy do spraw rodziny; Minister właściwy do spraw zabezpieczenia społecznego; JST; Minister Sprawiedliwości		

				5.4.2.0	Prowadzenie badań nt skali zjawiska przemocy w rodzinie i postaw wobec zjawiska przemocy w rodzinie	właściwy do spraw zdrowia; Minister właściwy do spraw oświaty i wychowania; JST		rodzinie
--	--	--	--	---------	---	--	--	----------

PROBLEM VI - POGARSZAJĄCA SIĘ JAKOŚĆ DZIAŁAŃ PODEJMOWANYCH PRZEZ GMINY W RAMACH GMINNYCH PROGRAMÓW PROFILAKTYKI I ROZWIĄZYWANIA PROBLEMÓW ALKOHOLOWYCH ORAZ WYDATKOWANIE ŚRODKÓW Z OPŁAT ZA KORZYSTANIE Z ZEZWOLEŃ NA SPRZEDAŻ DETALICZNĄ NAPOJÓW ALKOHOLOWYCH NA ZADANIA NIEZWIĄZANE Z PROFILAKTYKĄ I ROZWIĄZYWANIEM PROBLEMÓW ALKOHOLOWYCH (NARUSZENIE ART. 18² USTAWY O WYCHOWANIU W TRZEŹWOŚCI I PRZECIWDZIAŁANIU ALKOHOLIZMOWI)

CEL STRATEGICZNY 6.0.0.0

Poprawa jakości działań podejmowanych przez gminy w ramach gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz ograniczenie wydatkowania środków finansowych na zadania niezwiązane z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych

CELE CZĄSTKOWE	6.1.0.0	Podniesienie kompetencji członków GKRPA oraz pełnomocników/koordynatorów gminnych programów w zakresie rozwiązywania problemów alkoholowych w społecznościach lokalnych	PLANOWANE DZIAŁANIA	6.1.1.0	Udzielanie wsparcia samorządom gminnym w zakresie prowadzonej przez nich lokalnej polityki wobec alkoholu w szczególności poprzez udzielanie konsultacji, wymianę informacji, inspirowanie oraz promowanie dobrych praktyk w tym zakresie	PROPONOWANI REALIZATORZY	PARPA; Wojewodowie; Samorzady Województw	WSKAŹNIKI	1. Liczba udzielonych konsultacji, wypromowanych dobrych praktyk
									2. Liczba zorganizowanych szkoleń, konferencji i seminariów
									3. Liczba wojewódzkich programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych zawierających zadania z zakresu wspierania samorządów gminnych w kształtowaniu lokalnej polityki wobec alkoholu
									4. Liczba gmin należących do Ogólnopolskiej Sieci

				6.1.2.0	Organizacja i wsparcie merytoryczne szkoleń, konferencji, seminariów, studiów podyplomowych z zakresu rozwiązywania problemów alkoholowych w społecznościach lokalnych		PARPA; Wojewodowie; Samorządy Województw; uczelnie		<p>Gmin Wiodących</p> <p>5. Liczba osób, które uzyskały certyfikat specjalisty w zakresie profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych w społecznościach lokalnych</p> <p>6. Liczba opublikowanych materiałów edukacyjnych dla osób zajmujących się rozwiązywaniem problemów alkoholowych w społecznościach lokalnych</p>
				6.1.3.0	Opracowanie i dystrybucja materiałów edukacyjnych (książek, przewodników, rekomendacji) dla osób zajmujących się rozwiązywaniem problemów alkoholowych w społecznościach lokalnych		PARPA; Samorządy Województw; samorządy gmin		
				6.1.4.0	Realizacja programu potwierdzania kwalifikacji osób pracujących w obszarze profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych w społecznościach lokalnych		PARPA		

				6.1.5.0	Prowadzenie Ogólnopolskiej Sieci Gmin Wiodących		PARPA		
6.2.0.0	Zwiększenie wiedzy wójtów/burmistrzów/prezydentów miast oraz radnych w zakresie polityki lokalnej wobec alkoholu jako zadania własnego gminy	PLANOWANE DZIAŁANIA	6.2.1.0	Organizacja i wsparcie merytoryczne szkoleń, konferencji, seminariów z zakresu kształtowania polityki wobec alkoholu w społecznościach lokalnych a także udzielanie konsultacji i wymiana informacji w tym zakresie.	PROPONOWANI REALIZATORZY	Wojewodowie; Samorządy Województw; PARPA	WSKAŹNIKI	1. Liczba zorganizowanych szkoleń, konferencji i seminariów	

6.3.0.0	Zwiększenie liczby gminnych programów uwzględniających diagnozę lokalnych problemów, zasobów i potrzeb w zakresie profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych	PLANOWANE DZIAŁANIA	6.3.1.0	Prowadzenie edukacji i wsparcia w zakresie sporządzania diagnozy lokalnych problemów, zasobów i potrzeb	PROPONOWANI REALIZATORZY	Wojewodowie; Samorządy Województw; PARPA	WSKAŹNIKI	<ol style="list-style-type: none"> 1. Liczba zorganizowanych szkoleń, konferencji i seminariów 2. Liczba gminnych programów uwzględniających diagnozę lokalnych problemów, zasobów i potrzeb w zakresie profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych 3. Liczba i rodzaj badań przeprowadzonych w samorządach lokalnych
6.4.0.0	Poprawa jakości nadzoru nad realizacją gminnych programów wykonywanego przez Regionalne Izby Obrachunkowe, Najwyższą Izbę Kontroli oraz Wojewodów	PLANOWANE DZIAŁANIA	6.4.1.0	Prowadzenie kontroli prawidłowości wydatkowania środków finansowych na realizację zadań określonych w ustawie o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi oraz nadzór wojewodów nad legalnością wydawanych aktów prawa miejscowego oraz uchwał w obszarze profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych	PROPONOWANI REALIZATORZY	RIO; NIK; Wojewodowie; PARPA	WSKAŹNIKI	<ol style="list-style-type: none"> 1. Liczba uchylonych w całości lub części aktów prawa miejscowego oraz uchwał z obszaru profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych 2. Liczba i wyniki przeprowadzonych kontroli w zakresie prawidłowości wydatkowania środków finansowych na realizację zadań określonych w ustawie o wychowaniu w

				6.4.2.0	Prowadzenie edukacji w zakresie unormowań z obszaru profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych				trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi 3. Liczba przeprowadzonych spotkań i konferencji
--	--	--	--	---------	---	--	--	--	---

PROBLEM VII - NARUSZENIA PRAWA ZWIĄZANE Z ALKOHOLEM

CEL STRATEGICZNY 7.0.0.0
Ograniczenie przypadków naruszeń prawa w związku z alkoholem

CELE CZĄSTKOWE	7.1.0.0	Ograniczenie przypadków nielegalnej produkcji lub wprowadzania do obrotu alkoholu (w tym przemytu i wykorzystywania niezgodnie z przeznaczeniem alkoholu etylowego skażonego)	PLANOWANE DZIAŁANIA	7.1.1.0	Kontrole punktów i miejsc produkcji i sprzedaży napojów alkoholowych	PROPONOWANI REALIZATORZY	JST; UOKIK – IH; Policja; Prokurator Generalny; Minister właściwy do spraw finansów publicznych (Służba Celna)	WSKAŹNIKI	<ol style="list-style-type: none"> 1. Liczba ujawnionych prób przemytu wyrobów alkoholowych 2. Liczba zajętych litrów przemycanego alkoholu 3. Liczba ujawnień nielegalnego obrotu wyrobami alkoholowymi w wyniku przeprowadzonych kontroli 4. Liczba wszczętych i prowadzonych postępowań w związku z nielegalną produkcją i obrotem napojami alkoholowymi 5. Liczba zajętych litrów nielegalnie sprzedawanego oraz produkowanego alkoholu 6. Liczba ujawnień nielegalnych miejsc odkażania, produkcji i

				7.2.2.0	Kontrole przedsiębiorców korzystających z zezwoleń na sprzedaż detaliczną napojów alkoholowych	JST; UOKIK – IH; Minister właściwy do spraw finansów publicznych		
7.3.0.0	Ograniczenie zjawiska prowadzenia pojazdów pod wpływem alkoholu	PLANOWANE DZIAŁANIA	7.3.1.0	Zwiększanie odsetka wykonywanych badań stanu trzeźwości podczas rutynowych kontroli drogowych	PROPONOWANI REALIZATORZY	Policja; Minister właściwy do spraw transportu	WSKAŹNIKI	<ol style="list-style-type: none"> 1. Liczba odebranych praw jazdy za kierowanie pod wpływem alkoholu 2. Liczba wypadków i wykroczeń drogowych spowodowanych pod wpływem alkoholu w tym – Liczba zdarzeń drogowych z podziałem na wypadki drogowe i kolizje drogowe spowodowane przez kierujących pod wpływem alkoholu, liczba przestępstw (wyłącznie art. 178a&1 kk , art. 178a&2 kk), liczba wykroczeń (wyłącznie art. 87&1 kw, art. 87&2 kw) 3. Wypracowana strategia w zakresie problematyki

				7.3.2.0	Wypracowanie strategii w zakresie problematyki związanej z nietrzeźwością na drogach, przygotowanie i realizacja jednolitego programu dla kierowców zatrzymanych za jazdę w stanie nietrzeźwości	PARPA; Policja		związanej z nietrzeźwością na drogach
				7.3.3.0	Prowadzenie edukacji publicznej na temat działania alkoholu na organizm i ryzyka szkód w kontekście prowadzenia pojazdów pod wpływem alkoholu	Krajowa Rada Bezpieczeństwa Ruchu Drogowego; JST		4. Odsetek wykonanych badań stanu trzeźwości kierowców podczas rutynowych kontroli drogowych 5. Liczba przeprowadzonych kampanii edukacyjnych

	7.4.0.0	Zmniejszenie liczby przestępstw oraz innych przypadków naruszeń prawa popełnianych przez osoby będące pod wpływem alkoholu (w tym ograniczenie zjawiska picia alkoholu w miejscach publicznych wskazanych w Ustawie o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi)	PLANOWANE DZIAŁANIA	7.4.1.0	Przygotowanie strategii w zakresie problematyki związanej z nietrzeźwością w miejscach publicznych	PROPONOWANI REALIZATORZY	PARPA; Policja	WSKAŹNIKI	<ol style="list-style-type: none"> 1. Liczba nietrzeźwych sprawców w wybranych kategoriach przestępstw (zabójstwo; zgwałcenie; uszczerbek na zdrowiu <uszkodzenie ciała>; udział w bójce lub pobiciu; kradzież cudzej rzeczy; uszkodzenie rzeczy; rozbój, kradzież rozbójnicza, wymuszenie rozbójnicze) – odsetek nietrzeźwych wśród ogółu podejrzanych 2. Liczba osób doprowadzonych do wytrzeźwienia (w tym kobiet oraz nieletnich) 3. Przygotowana strategia w zakresie problematyki związanej z nietrzeźwością w miejscach publicznych
--	---------	---	---------------------	---------	--	--------------------------	----------------	-----------	---

	7.5.0.0	Ograniczenie przypadków nielegalnej reklamy i promocji napojów alkoholowych	PLANOWANE DZIAŁANIA	7.5.1.0	Systematyczne monitorowanie mediów pod kątem nielegalnej reklamy i promocji napojów alkoholowych	PROPONOWANI REALIZATORZY	PARPA; Policja; KRRiTV; Minister Sprawiedliwości	WSKAŹNIKI	<ol style="list-style-type: none"> 1. Liczba ujawnionych przypadków nielegalnej reklamy lub promocji napojów alkoholowych 2. Liczba wszczętych postępowań, skazań oraz zakończonych postępowań w zakresie nielegalnej reklamy i promocji napojów alkoholowych
--	----------------	---	----------------------------	----------------	--	---------------------------------	--	------------------	---

PROBLEM VIII - BRAK NAUKOWYCH DANYCH NA TEMAT STRAT EKONOMICZNYCH ZWIĄZANYCH Z ALKOHOLEM

**CEL STRATEGICZNY 8.0.0.0
Oszacowanie strat ekonomicznych związanych z alkoholem**

CELE CZĄSTKOWE	8.1.0.0	Oszacowanie kosztów ekonomicznych związanych z alkoholem w obszarze: ochrony zdrowia, pomocy społecznej, gospodarki, w tym w sektorze pracy oraz ubezpieczeń, a także w obszarze wymiaru sprawiedliwości	PLANOWANE DZIAŁANIA	8.1.1.0	Realizacja projektów badawczych dotyczących szacowania kosztów związanych z alkoholem w obszarze ochrony zdrowia	PROPONOWANI REALIZATORZY	Instytuty Badawcze; Międzynarodowe Konsorcja Badawcze; Komisja Europejska; PARPA	WSKAŹNIKI	1. Liczba zrealizowanych projektów badawczych
				8.1.2.0	Realizacja projektów badawczych dotyczących szacowania kosztów związanych z alkoholem w obszarze pomocy społecznej		Instytuty Badawcze; Międzynarodowe Konsorcja Badawcze; Komisja Europejska; PARPA		

				8.1.3.0	Realizacja projektów badawczych dotyczących szacowania strat ekonomicznych dla gospodarki związanych z alkoholem	Instytuty Badawcze; Międzynarodo we Konsorcja Badawcze; Komisja Europejska; PARPA		
				8.1.4.0	Realizacja projektów badawczych dotyczących szacowania kosztów związanych z alkoholem w obszarze wymiaru sprawiedliwości	Instytuty Badawcze; Międzynarodo we Konsorcja Badawcze; Komisja Europejska; PARPA		