

RAPORT

Palenie papierosów, picie alkoholu i otyłość wśród dzieci i młodzieży, stan obecny i rekomendacje.

Pod redakcją

prof. dr hab. n. med. Andrzeja M. Fal

Autorzy:

prof. dr hab. n. med. Andrzej M. Fal

Dr n. med. Anna Felińczak

Dr Jerzy Gryglewicz

Dr n. o zdrowiu Dorota Kiedik

Dr n. med. Aleksandra Lewandowska,

Konsultant Krajowa w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży

Recenzenci:

Prof. dr hab. n. med. Maria Gańczak

Dr hab. Dominik Olejniczak

Dr hab. Piotr Romaniuk, prof. SUM

Dr hab. Łukasz Rypicz

23 października 2025

Wstęp.

Profilaktyka – to całość działań mających na celu zapobieganie powstawaniu, rozwojowi, ciężkiemu przebiegowi i tworzeniu następstw przez choroby. Zarówno zakaźne, jak i niezakaźne. W związku z dominującym wpływem niezakaźnych chorób przewlekłych (NCD z ang. non-communicable diseases) na zdrowie populacji całego świata profilaktyka jest obecnie uznawana za najbardziej skuteczne medycznie, jak i ekonomicznie narzędzie w walce z tym największym, długoterminowym zagrożeniem zdrowia ludzkiego. Choroby niezakaźne z definicji nie przenoszą się bezpośrednio między ludźmi, a ich główne czynniki ryzyka (oprócz zmienności stopnia predyspozycji genetycznych) to czynniki zewnętrzne związane ze stylem życia, czyli czynniki behawioralne (podstawowe pięć: palenie papierosów, nadmierne picie alkoholu, niezdrowa dieta, brak ruchu, stres) oraz środowiskowe. NCD obejmują, m.in. choroby: sercowo-naczyniowe, nowotworowe, nieinfekcyjne choroby układu oddechowego, metaboliczne (w tym cukrzycę), choroby nerek.

NCD są powodem 41 milionów przedwczesnych zgonów rocznie, co odpowiada 74% wszystkich zgonów na świecie. Każdego roku 17 milionów ludzi umiera z powodu chorób niezakaźnych przed ukończeniem 70. roku życia; 86% tych przedwczesnych zgonów ma miejsce w krajach o niskim i średnim dochodzie¹. Natomiast w krajach o wysokim dochodzie stanowią one powyżej 90% (w Polsce 91%)² wszystkich zgonów.

Przeciwdziałanie rozwojowi NCD, a także pozostałych chorób, w ramach profilaktyki na każdym stopniu jest najbardziej efektywnym zarówno medycznie, jak i ekonomicznie sposobem postępowania w medycynie. Dodatkowo: ponieważ co do zasady NCD są niewyleczalne (czyli nie jest możliwe restitutio ad integrum) profilaktyka pierwotna i pierwszorzędowa powinny być podstawowymi narzędziami w ich skutecznym zwalczaniu.

Planując system profilaktyki, ustalając jej finansowanie i narzędzia oraz szacując potrzeby systemowe na każdym poziomie postępowania profilaktycznego trzeba brać pod uwagę grupę docelową i zamierzony skutek. W Polsce nie ma kompleksowego, spójnego i sprawnego systemu profilaktyki zdrowotnej obejmującego planowanie działań, nadzór nad ich realizacją oraz ocenę uzyskiwanych efektów. Dodatkowo postawy Polaków wobec profilaktyki i promocji zdrowia są różnorodne i ewoluują, co w dużej mierze wynika z rosnącej świadomości społeczeństwa na temat znaczenia zdrowego stylu życia i zachowań prozdrowotnych. W dalszy ciągu obserwujemy jednak pewną dychotomię: z jednej strony coraz więcej osób w Polsce dostrzega korzyści płynące z regularnej aktywności fizycznej oraz regularnych badań profilaktycznych, z drugiej 64% Polaków nie wykonuje badań profilaktycznych, niemal 30% pali papierosy, a ok. 15% pije alkohol ryzykownie, 56% dorosłych Polek i Polaków ma nadwagę, ok 9 mln mieszkańców Polski - otyłość³.

Wskazywanych jest szereg przyczyn takiego stanu, większość z nich leży po stronie braku spójnej polityki prewencyjnej, skutkującej szybkim, łatwym i tanim dostępem dzieci i młodzieży do papierosów, alkoholu i niezdrowego jedzenia. Wyższa wiedza o szkodliwości nie

¹ <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>

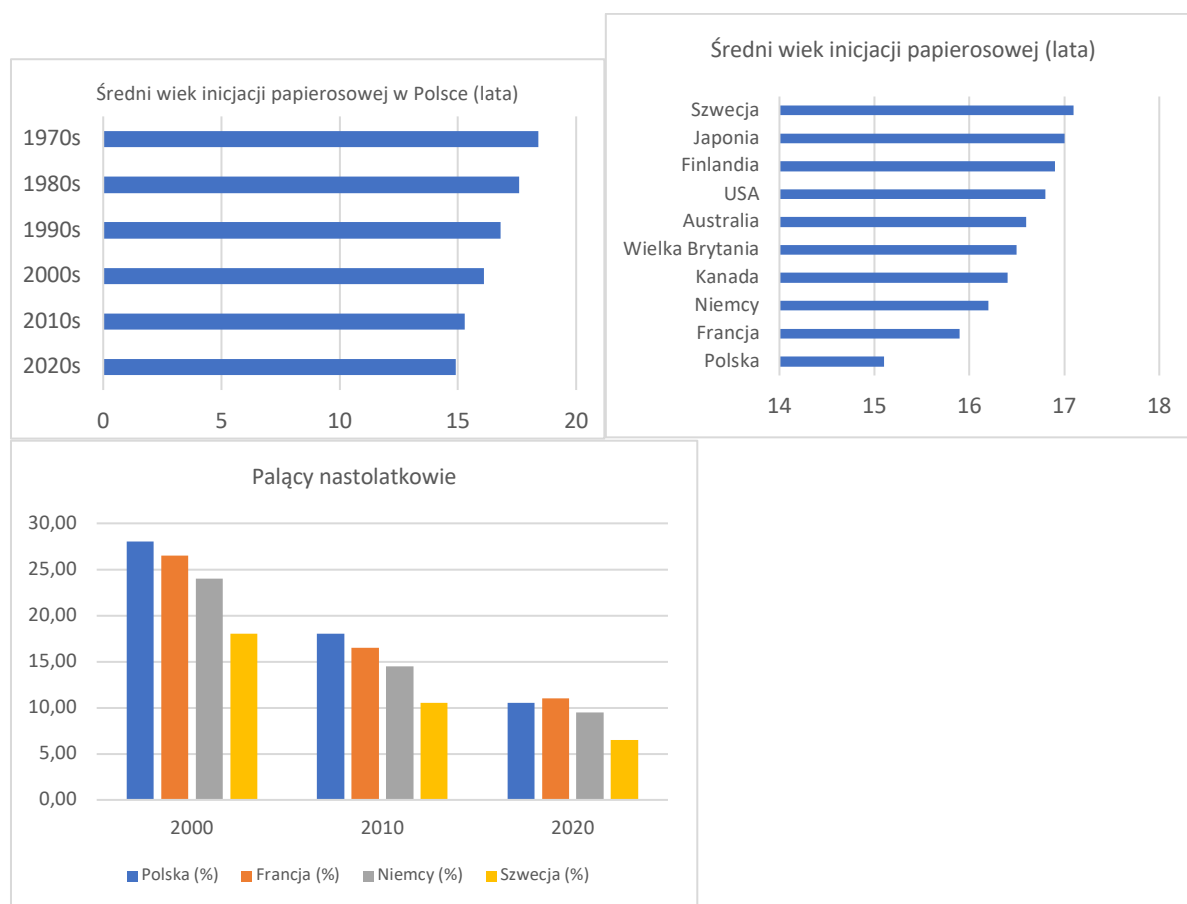
² <https://data.worldbank.org/indicator/SH.DTH.NCOM.ZS?end=2019&locations=PL&start=2000>

³ <https://www.cmkp.edu.pl/wp-content/uploads/2025/06/otylosc-raport-25.06.2025.pdf>

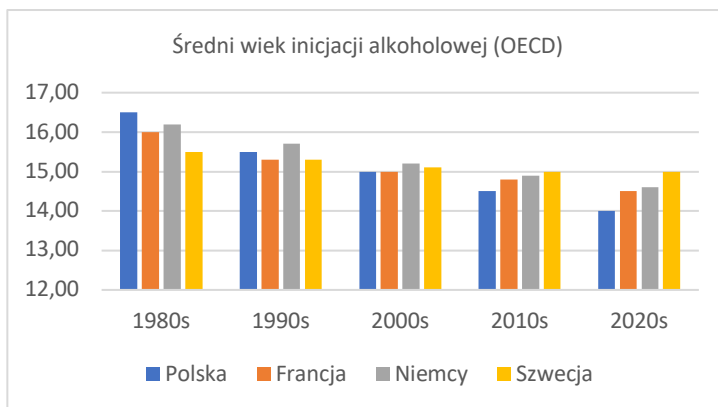
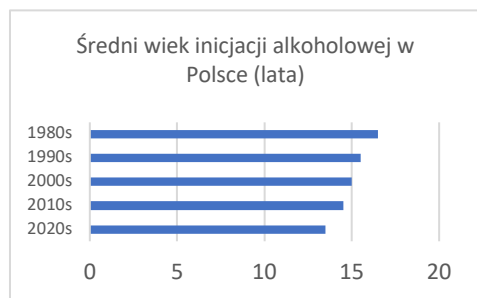
zawsze prowadzi do mniejszego używania substancji; kluczowe są percepcja ryzyka, wzorce środowiska, normy rówieśnicze i dostępność produktów.

Po pierwsze wiek.

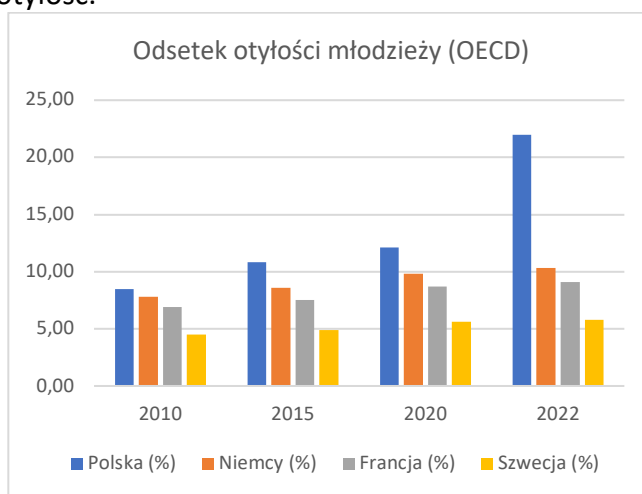
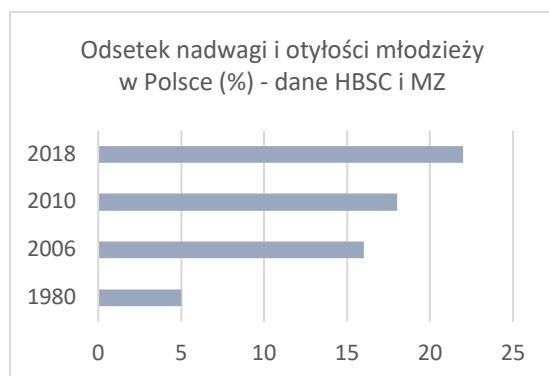
W Polsce, według danych OECD, pomimo, że udało nam się radykalnie zmniejszyć w poprzednich dekadach odsetek palących nastolatków, to **obecny trend zmniejszającego się wieku inicjacji papierosowej (nawet bez uwzględnienia e-papierosów) bardzo źle rokuje na przyszłość**. Niestety polscy nastolatki to jedni z najwcześniej mających kontakt z papierosem.



Nie lepiej przedstawia się sytuacja w przypadku alkoholu. Wg badania ESPAD (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs) z 2024 roku alkohol jest najczęściej spożywaną substancją przez młodzież. 73% uczniów w wieku 15-16 lat oraz 91% w wieku 17-18-lat przyznało się do picia alkoholu kiedykolwiek w życiu. Obniżył się także istotnie wiek inicjacji alkoholowej i **polskie dzieci oraz młodzież są wśród najwcześniej mających pierwszy kontakt z alkoholem**.



W przypadku otyłości nie określany jest „wiek inicjacji”, natomiast równie ważny jest „wiek stwierdzenia otyłości”. Otyłość jest uznana za chorobę (w klasyfikacji ICD-10). Według Polskiego Towarzystwa Leczenia Otyłości, w Polsce nadwaga lub otyłość dotyczy 18,5% chłopców i 14,3% dziewcząt w wieku szkolnym. **W Polsce w trendach nadwagi i otyłości wśród dzieci i młodzieży (wg danych NFZ i MZ) obserwujemy czterokrotny wzrost w ciągu ostatnich pięciu dekad.** Raport Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) wskazał, że nadwagę i otyłość odnotowano u 32% polskich dzieci w wieku 7-9 lat. Jest to 8 miejsce wśród badanych krajów w Europie. Należy przyznać, że przez wielość tworzonych statystyk i ich metodyki wyniki niektórych z nich są niejednoznaczne. Wyraźnie rozróżniane są statystyki uwzględniające jedynie otyłość od sumujących nadwagę i otyłość.



Po drugie edukacja.

Generalnie inicjacja i wiek pierwszego przekroczenia (kontakt z alkoholem, papierosem, przekroczenie wskaźnika otyłości) wiąże się z kilkoma czynnikami, m.in. z poziomem edukacji (w tym edukacji zdrowotnej rodziców). Wyższy poziom edukacji rodziców i wyższa jakość edukacji szkolnej działają w przypadku większości niekorzystnych czynników behawioralnych ochronnie poprzez zwiększenie percepcji ryzyka, silniejsze normy antynikotynowe, antyalkoholowe i prozdrowotne oraz większy dostęp do alternatywnych aktywności redukujących inicjację. **W grupach o niższym poziomie edukacji obserwuje się częstsze wczesne eksperymenty, szybsze przejście do regularnego używania oraz silniejszy wpływ czynników środowiskowych i ekonomicznych podtrzymujących niekorzystne**

zachowania zdrowotne. Edukacja zdrowotna powinna być w związku z przywołanymi тезami, powszechnie wprowadzona do szkolnictwa podstawowego i ponadpodstawowego. Jej brak powoduje istotny uszczerbek w zdrowiu publicznym. Niepokój budzi stan implementacji przygotowanego programu nowego przedmiotu szkolnego.

Czynnik	Wysokie wykształcenie rodziców	Niskie wykształcenie rodziców	Wysoka jakość edukacji szkolnej	Niska jakość edukacji szkolnej
Ryzyko inicjacji	niskie; opóźniona inicjacja; mniejsze eksperymentowanie	wysokie; wczesna inicjacja; częstsze eksperymenty	opóźnienie inicjacji; rzadsze przejście do regularnego używania	wysokie; wcześniejsza inicjacja; większe przejście do regularnego używania
Percepcja ryzyka	wysoka świadomość szkodliwości; realistyczna ocena konsekwencji	niższa świadomość; częstsze bagatelizowanie szkód	kompleksowa edukacja, realistyczne przykłady i ćwiczenia	wiedza powierzchowna, brak praktycznych umiejętności
Nadzór i normy domowe	silniejszy nadzór; jasne normy antynikotynowe	stabszy nadzór; normy bardziej akceptujące eksperymenty	szkoła promuje normy abstynencji i wsparcie rówieśnicze	szkoła nieegzekwująca norm; wyższa tolerancja zachowań ryzykownych
Dostęp do alternatyw pozytywnych	więcej możliwości pozaszkolnych i rozwojowych	ograniczone alternatywy; mniej zajęć pozalekcyjnych	bogata oferta zajęć, wsparcie psychologiczne, programy umiejętności	ograniczona oferta, brak wsparcia psychospołecznego
Skuteczność interwencji profilaktycznych	większa efektywność krótkich i długofalowych programów	wymaga intensyfikacji i dopasowania kulturowego	wysokie efekty programów opartych na kompetencjach życiowych	niskie efekty; programy jednorazowe lub informacyjne zawodzą
Rola rówieśników	antynikotynowi; mniejsze grupy eksperymentu	rówieśnicy częściej inicjują i normalizują palenie	szkoła kształtuje pozytywne normy rówieśnicze	rówieśnicze normy sprzyjają eksperymentom i naśladowaniu
Potrzebne działania zapobiegawcze	intensywne programy ukierunkowane na rodziny; dostęp do alternatyw	programy umiejętności życiowych, trening asertywności, zaangażowanie rodziców	kompleksowe programy środowiskowe, egzekwowanie zakazu sprzedaży, zwiększenie zasobów szkolnych	

Po trzecie prawo i podatki.

Niezależnie od podstawowego czynnika ryzyka (papieros, alkohol, otyłość [dieta]) podlegają one w większości ustawowym regulacjom. Zarówno podatkowym, jak i mającym na celu ograniczenie ich dostępności. **Kilka zapisów bądź idei regulacji ustawowych wymaga jednak szybkiej zmiany lub doprecyzowania, jeżeli rzeczywistym, osiągalnym celem ma być zmniejszenie alkoholizmu, nikotynizmu czy otyłości u polskiej młodzieży.**

Dużym problemem jest także nieprzestrzeganie prawa (sprzedaż nieletnim, omijanie akcyzy, nielegalna produkcja).

W przypadku papierosów

Rozległe kampanie marketingowe oraz obecność produktów w przestrzeni publicznej (media, punkty sprzedaży) zwiększają popyt, dostępność i obniżają percepcję ryzyka wśród młodzieży. Istotnym problemem jest łatwy dostęp do papierosów, e-papierosów i innych produktów nikotynowych mimo

zakazu sprzedaży nieletnim; duża część nieletnich kupuje je stacjonarnie, a kontrola wieku jest iluzoryczna.

Efekt faktyczny dotychczasowej polityki: Modelowe analizy pokazują, że 10% wzrost relatywnej ceny papierosów zmniejsza całkowitą konsumpcję o kilka procent i obniża liczbę palaczy; prognozy sugerują, że wyższa akcyza z lat 2024–2027 w Polsce może zmniejszyć całkowitą konsumpcję i uchronić znaczną liczbę osób przed przedwczesnymi zgonami. Legislacja ostatnich lat rozszerza opodatkowanie również na e-papierosy i nowe wyroby nikotynowe, co ma na celu zamknięcie luki podatkowej i ograniczenie substytucji cenowej. W przypadku epidemii e-papierosów jest to obecnie słuszne, ale nie jest zrozumiałe w stosunku do wielu innych produktów przy przyjęciu zapisu pierwszego artykułu FCTC (Framework Convention on Tobacco Control) o ograniczeniu szkód (harm reduction, HR).

Nie wykorzystanych jest szereg mechanizmów, jak np. opłaty środowiskowe za zużyte urządzenia (w tym zawierające ogniwa litowe), licencjonowanie punktów sprzedaży (i ograniczenie ich liczby) itd.

W przypadku alkoholu.

Odrębne traktowanie akcyzowe różnych produktów zawierających alkohol (trunki mocne, wino, piwo, alkohole niskoprocentowe) powoduje patologie konsumpcyjne absolutnie niezgodne z wiedzą medyczną. Każdy alkohol etylowy szkodzi tak samo, efekt końcowy jest tylko kwestią dawki przyjętej. Produkty oznaczone „0%” wg psychologów mogą wpływać na wytwarzanie mechanizmów uzależnienia i na procesy leczenia uzależnienia nie przez bezpośredni efekt etanolu (C₂H₅OH), lecz przez mechanizmy psychologiczne, społeczno-środowiskowe i regulacyjne. Normalizacja i modelowanie społecznego zachowania: szeroka dostępność i marketing piw, win, szampanów, wódek 0% mogą znieczulać społeczeństwo na konsumpcję napojów kojarzonych z alkoholem, co ułatwia powrót do picia u osób podatnych oraz promuje wcześniejszą inicjację u młodzieży.

Efekt faktyczny dotychczasowej polityki: średni wiek inicjacji alkoholowej w Polsce to około 13 lat, pierwsze upicie się średnio w wieku 14 lat⁴. Wiele (nawet 85%) młodych osób po raz pierwszy próbuje alkoholu w domu, często w wieku 10–12 lat, za zgodą rodziców. W drugim etapie inicjacji około 15–16 roku życia podstawowym elementem jest wpływ rówieśników. Efekt: duży odsetek nieletnich (nawet 80% w wieku 16 lat) ma za sobą doświadczenie z alkoholem. Jako pierwszy alkohol – najczęściej piwo lub wino musujące w domu.

Niechęć wprowadzeniem jednolitego systemu akcyzy, np. od 1 grama zawartości alkoholu jest niewytłumaczalna i przekłada się na większą finansowo dostępność niektórych trunków, wzrost alkoholizmu oraz, w efekcie, wydatków na leczenie chorób alkoholopochodnych i kosztów pośrednich rynku pracy.

W przypadku otyłości:

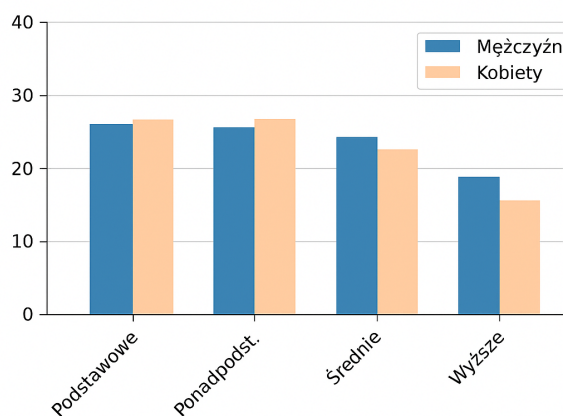
Dla potrzeb analizy zostało przyjęte, że otyłość jest spowodowana przez, i nie rozróżnialna dla, czynników innych niż: predyspozycje genetyczne, zaburzenia metaboliczne: insulinooporność, zaburzenia endokrynologiczne i wybrane, konieczne schematy farmakoterapii. W pozostałych powodach, m.in. wyborze zdrowego żywienia istotny wpływ ma poziom wykształcenia rodziców.

Dotychczasowa polityka zdrowotna jak widać nie potrafi powstrzymać regularnego wzrostu odsetka otyłej młodzieży. Poprzez swoje luki: fragmentaryczność działań, nierównomierne finansowanie i wdrożenia na poziomie regionalnym, brak lub ograniczone monitorowanie efektów długoterminowych oraz brak koordynacji międzysektorowej.

⁴ <https://madraochrona.pl/zachowania-ryzykowne/mlodzi-ludzie-a-alkohol/>

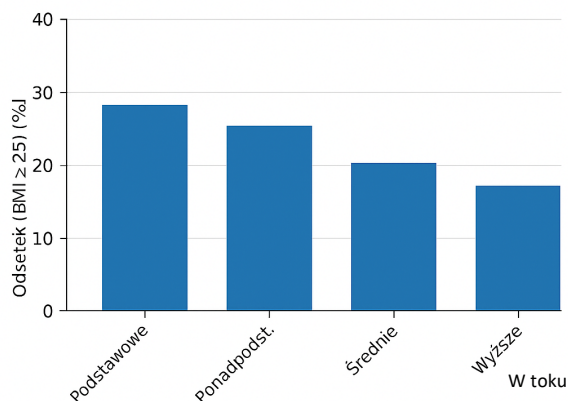
Istotnym elementem niewykorzystanym są „podatki od grzechu” (sin taxes). Podatek cukrowy jest niedoprecyzowany, dotyczy jedynie jednej kategorii - napojów, co nie wpływa na szereg innych produktów oraz pozwala producentom na omijanie go.

Nadwaga i otyłość wśród młodzieży 15-19 lat według wykształcenia rodziców (Polska, 2024)



Wykształcenie rodziców

Nadwaga i otyłość wśród młodzieży 15-19 lat według wykształcenia własnego (Polska, 2024)



Wykształcenie własne

Podatek od grzechu i akcyza to podstawowe narzędzia fiskalne w polityce zdrowotnej, który niestety nie jest wykorzystany. Podobne, dopracowane, skorelowane ze szkodliwością regulacje powinny być włączone w system podatku akcyzowego alkoholu i produktów nikotynowych.

Psychologia uzależnień dzieci i młodzieży: mechanizmy i ewolucja dominujących czynników

Analizie poddane są psychologiczne mechanizmy prowadzące do uzależnień wśród młodzieży, z podkreśleniem kluczowej roli zmian neurobiologicznych w okresie adolescencji. **Adolescencja to okres intensywnych zmian neurobiologicznych, emocjonalnych i społecznych. Układ nagrody jest w tym czasie szczególnie wrażliwy, podczas gdy kontrola wykonawcza rozwija się stopniowo. Ta nierównowaga sprzyja impulsywności, poszukiwaniu doznań oraz uczeniu się zachowań przynoszących natychmiastową gratyfikację, takich jak sięganie po substancje psychoaktywne (SPA).** Kontakt z substancją przed 18. rokiem życia znacznie zwiększa ryzyko późniejszego rozwoju zaburzeń używania substancji (SUD), co potwierdzają zarówno dane kliniczne, jak i badania populacyjne. **Z perspektywy zdrowia publicznego, mimo obserwowanych spadków niektórych wskaźników, konsumpcja alkoholu i używanie nielegalnych SPA wśród polskiej młodzieży utrzymują się na wysokim poziomie, a wzorce łączenia substancji (np. alkohol plus leki nasenne/uspokajające) budzą dodatkowe obawy. Dokument analizuje złożone czynniki ryzyka i ochronne wpływające na używanie substancji psychoaktywnych przez dzieci i młodzież. Podkreśla znaczenie środowiska rodzinnego, grupy rówieśniczej, szkoły, statusu społeczno-ekonomicznego oraz rosnącej roli cyfrowych kanałów dystrybucji substancji. Wskazuje, że skuteczne działania profilaktyczne i terapeutyczne wymagają wielowymiarowego podejścia obejmującego wsparcie rodzinne, szkolne oraz edukację cyfrową, aby wzmocnić odporność psychiczną młodych osób i ograniczyć ryzyko rozwoju uzależnień.**

Zrozumienie mechanizmów psychologicznych prowadzących do uzależnień u dzieci i młodzieży wymaga perspektywy wielopoziomowej. Kluczowa jest interakcja procesów neurobiologicznych, emocjonalnych, poznawczych i środowiskowych, które razem tworzą tzw. podatność rozwojową. W okresie dojrzewania mózg młodego człowieka wykazuje wysoką reaktywność na nagrodę, przy jednoczesnym niedojrzałym systemie kontroli poznawczej i hamowania reakcji. Substancje psychoaktywne, oferujące szybkie i silne wzmocnienie, mają znacznie większy potencjał utrwalenia się w zachowaniu niż u dorosłych. Uzależnienie nie jest prostą konsekwencją „złej decyzji”, lecz wynikiem nakładania się mechanizmów uczenia się, przekonań, regulacji emocji, cech temperamentalnych i neuroadaptacji.

Uczenie się i warunkowanie (perspektywa behawioralna)

Z perspektywy behawioralnej używanie substancji wynika z procesu uczenia się opartego na pozytywnym i negatywnym wzmocnieniu. Pozytywne wzmocnienie to euforia, poprawa nastroju, redukcja lęku lub zwiększenie pewności siebie po spożyciu substancji. Negatywne wzmocnienie polega na zmniejszeniu napięcia i dyskomfortu – substancja przynosi ulgę w stanie przeciążenia emocjonalnego. Szybko bodźce środowiskowe (miejsca, zapachy, sytuacje społeczne, stany emocjonalne) stają się wyzwalaczami pragnienia substancji. W adolescencji, ze względu na nadwrażliwość układu dopaminergicznego i niedojrzałą kontrolę poznawczą, proces ten jest szczególnie intensywny. Powstają trwałe skojarzenia między bodźcem a gratyfikacją, utrwalane przez rówieśników i grupy odniesienia. Terapia powinna obejmować nie tylko eliminację substancji, ale także przeuczenie reakcji na bodźce wyzwalające, poprzez ich identyfikację, ekspozycję i wprowadzenie

alternatywnych zachowań. Skuteczność interwencji poznawczo-behawioralnych została potwierdzona w licznych badaniach nad młodzieżą.

Modele poznawczo-behawioralne

Modele poznawczo-behawioralne podkreślają znaczenie przekonań, oczekiwań i schematów myślenia, które poprzedzają i utrwalają zachowania związane z używaniem substancji. Młodzież przypisuje substancjom określone funkcje (np. alkohol „dodaje odwagi”, konopie „uspokajają”), a przekonania te wzmacniają rówieśnicy, media i własne doświadczenia. Kształtują się poznawcze zniekształcenia: minimalizowanie ryzyka, uogólnianie, czy selektywna uwaga na pozytywne skutki. Długotrwałe funkcjonowanie takiego schematu utrudnia zmianę zachowań bez interwencji terapeutycznej. Terapia poznawczo-behawioralna pomaga rozpoznać i modyfikować te przekonania, uczy alternatywnych metod radzenia sobie z napięciem, wzmacnia kontrolę impulsów i rozwija strategie opóźniania decyzji o użyciu substancji. Praca z przekonaniami i oczekiwaniami w ramach CBT prowadzi do zmniejszenia częstości i nasilenia używania substancji przez młodzież.

Perspektywa psychodynamiczna i regulacja emocji

Modele psychodynamiczne wskazują, że substancje psychoaktywne pełnią często funkcję „protezy emocjonalnej”, kompensując deficyty w zakresie regulacji emocji i trudności w relacjach interpersonalnych. Młodzież z ograniczoną zdolnością rozpoznawania i nazywania emocji sięga po substancje, by zredukować intensywne stany wewnętrzne – lęk, wstyd, napięcie, poczucie pustki. Substancja staje się zewnętrznym regulatorem emocji, a powtarzanie tego wzorca utrwała nawyk unikania konfrontacji z własnymi stanami. Czynniki środowiskowe, takie jak brak wsparcia emocjonalnego w rodzinie czy trauma wczesnodziecięca, dodatkowo wzmacniają ten mechanizm. W terapii kluczowe jest nie tylko zatrzymanie używania substancji, ale także odbudowa zdolności do samoregulacji i rozwijanie alternatywnych strategii radzenia sobie z emocjami.

Temperament, funkcje wykonawcze i impulsywność

Indywidualne różnice temperamentalne mają istotne znaczenie. Wysoka impulsywność i poszukiwanie doznań zwiększają prawdopodobieństwo wczesnej inicjacji substancji i utrwalenia wzorców używania. Osoby impulsywne mają słabsze mechanizmy hamowania reakcji i silniejsze reakcje na nagrody, przez co decyzja o użyciu substancji zapada automatycznie, bez refleksji nad konsekwencjami. W adolescencji, ze względu na powolne dojrzewanie kory przedczołowej względem układu limbicznego, ten mechanizm jest szczególnie silny. Programy terapeutyczne powinny adresować impulsywność poprzez trening funkcji wykonawczych, planowanie reakcji, techniki odraczania decyzji i wzmacnianie samokontroli, co istotnie zmniejsza ryzyko nawrotów.

Z czasem używanie substancji przestaje być wyłącznie poszukiwaniem przyjemności – staje się sposobem unikania dyskomfortu. Długotrwałe używanie prowadzi do zmian neurobiologicznych: spada wrażliwość układu nagrody, pojawia się anhedonia i drażliwość podczas abstynencji. Substancja zaczyna służyć jako regulator nieprzyjemnych stanów emocjonalnych. Używanie utrwała się jako nawyk – określone bodźce automatycznie wywołają pragnienie, a kontrolowanie go wymaga dużego wysiłku poznawczego. Mechanizmy takie jak craving, unikanie dyskomfortu i automatyzm reakcji tworzą błędne koło, które trudno przerwać bez odpowiednio zaplanowanej interwencji terapeutycznej. Współczesne programy terapeutyczne uczą rozpoznawania sygnałów nawrotu, zarządzania głodem i poszukiwania alternatywnych źródeł gratyfikacji.

Aspekty uzależnień wśród dzieci i młodzieży w dokumentach strategicznych państwa

Wszystkie dokumenty strategiczne – Mapy Potrzeb Zdrowotnych, Krajowy Plan Transformacji oraz Narodowy Program Zdrowia – wskazują na najważniejsze grupy problemów zdrowotnych dzieci i młodzieży: otyłość i zaburzenia metaboliczne, zaburzenia zdrowia psychicznego, uzależnienia behawioralne (w tym „internetowe”), palenie tytoniu, używanie substancji psychoaktywnych oraz brak aktywności fizycznej.

Mapy Potrzeb Zdrowotnych, Krajowy Plan Transformacji oraz Narodowy Program Zdrowia to kluczowe dokumenty strategiczne Polski, wyznaczające priorytety i kierunki działań w obszarze zdrowia publicznego. W szczególności koncentrują się na kwestiach związanych z uzależnieniami i zdrowiem psychicznym dzieci oraz młodzieży, definiując główne problemy, czynniki ryzyka i rekomendowane interwencje.

Zalecenia są właściwe, natomiast poziom dotychczasowego wykonania niski: nie udało się ograniczyć dostępu fizycznego i ekonomicznego do papierosów i alkoholu. Nie wprowadzono jednolitego i opartego na zawartości szkodliwej substancji systemu akcyzy. Nie wprowadzono możliwych innych obciążeń: sin taxes, opłaty środowiskowe itd. Nie zwiększono nadzoru i sprawniejszej egzekucji istniejącego prawa (sprzedaż nieletnim, ekspozycja w przestrzeni publicznej). Nie zakazano całkowicie reklamy.

Pierwotnie **Mapy Potrzeb Zdrowotnych (MPZ)** powstały w odpowiedzi na wymogi polityki spójności Unii Europejskiej, zwłaszcza dotyczące wykorzystania funduszy w sektorze ochrony zdrowia. Obecnie stanowią podstawę do strategicznego planowania działań w polskim systemie ochrony zdrowia. Aktualne mapy na lata 2027–2031, opublikowane przez Ministerstwo Zdrowia w czerwcu 2025 roku, określają kluczowe priorytety zdrowotne kraju.

W rozdziale „Czynniki ryzyka i profilaktyka” dotyczącym uzależnień dzieci i młodzieży wskazano, że najważniejszą grupą czynników ryzyka są czynniki behawioralne, w tym palenie tytoniu, ryzyka żywieniowe oraz spożycie alkoholu.

Wybrane działania przeciwdziałające uzależnieniom od tytoniu

- Ograniczanie dostępności wyrobów tytoniowych zarówno fizycznie, jak i ekonomicznie.
- Szkolenia personelu medycznego w zakresie leczenia uzależnienia od nikotyny oraz prowadzenie Telefonicznej Poradni Pomocy Palącym.
- Zapewnienie dostępu do świadczeń specjalistycznych wspierających wychodzenie z nałogu.
- Nadzór nad składem wyrobów tytoniowych i płynów do ich napełniania.
- Egzekwowanie przepisów prawa dotyczących polityki antynikotynowej.

Wybrane działania przeciwdziałające uzależnieniom od alkoholu

Od 2022 roku notuje się wolny spadek spożycia czystego alkoholu na osobę, a piwo pozostaje najczęściej konsumowanym alkoholem.

- Rozbudowa systemu wsparcia i interwencji dla osób doświadczających przemocy domowej, zwłaszcza związanej z używaniem substancji psychoaktywnych oraz uzależnieniami behawioralnymi.
- Programy profilaktyki selektywnej dla dzieci, młodzieży i ich rodzin.
- Zapewnienie schronienia dla osób z Ukrainy w kryzysie uchodźczym, ze wsparciem psychologicznym (placówki „Monar”).
- Telefon „Pomarańczowa linia” – infolinia dla rodziców dzieci nadużywających alkoholu.
- Działania edukacyjne i profilaktyczne mające na celu przeciwdziałanie wczesnej inicjacji alkoholowej, wsparcie terapii, badania i współpracę z samorządami oraz organizacjami.

- Działania realizowane przez KCPU oraz inne podmioty, takie jak zakaz reklamy alkoholu (z wyjątkiem piwa) i ograniczenia sprzedaży nocnej, ustalane przez rady gmin.

Otyłość i nadwaga

Wśród dorosłych Polaków nadwaga dotyczy 52% badanych, a otyłość 13,6%, szczególnie częściej występuje u mężczyzn. System monitorowania i profilaktyki nadwagi i otyłości jest obecnie niedodefiniowany i rozproszony; raportowanie wyników pomiarów masy ciała i wzrostu przez lekarzy POZ jest niewystarczające, pomimo obowiązku od 2020 roku.

Ministerstwo Zdrowia rekomenduje promocję zdrowego stylu życia: ograniczenie spożycia alkoholu i palenia, promowanie prawidłowego odżywiania oraz aktywności fizycznej, szczególnie poprzez zmiany w organizacji szkolnych zajęć wychowania fizycznego i ułatwienie dostępu do obiektów sportowych.

Opieka psychiatryczna dzieci i młodzieży

W analizie opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży zwrócono uwagę na hospitalizacje związane z zaburzeniami psychicznymi i zachowaniami wywołanymi używaniem alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych. Najczęściej leczonymi przypadkami są zaburzenia spowodowane przyjmowaniem środków psychoaktywnych. Rekomenduje się zapewnienie równomiernego dostępu do ośrodków psychiatrycznych, ścisłą współpracę między resortami zdrowia i edukacji oraz włączenie tematyki zdrowia psychicznego do programów edukacyjnych.

Krajowy Plan Transformacji (KPT) na lata 2022–2026, opracowany przez Ministerstwo Zdrowia, określa działania wdrożeniowe w systemie ochrony zdrowia, opierając się m.in. na Mapach Potrzeb Zdrowotnych. Część epidemiologiczna wskazuje, że czynniki behawioralne odpowiadają za ok. 49% lat życia przeżytych w zdrowiu i 44% zgonów, a ich wpływ na DALY (lata przeżyte w zdrowiu utracone z powodu chorób) jest wyższy niż średnia unijna. Najważniejsze z nich to: palenie tytoniu, nadmierna konsumpcja alkoholu, wysokie ciśnienie krwi, wysoki indeks BMI oraz ryzyka żywieniowe. Wybrane działania:

- Prowadzenie promującej zdrowy trybu życia, budowanie kompetencji zdrowotnych oraz kampanii informacyjnych.
- Dążenie do obniżenia wpływu behawioralnych czynników ryzyka na DALY do poziomu niższego niż średnia UE.
- Zwiększenie zgłaszalności na badania przesiewowe, szczególnie cytologiczne, mammograficzne oraz w kierunku raka jelita grubego.
- Wzmocnienie działań profilaktycznych wśród dzieci i młodzieży, w tym ograniczenie spożycia alkoholu, palenia tytoniu i innych używek.

Narodowy Program Zdrowia (NPZ) to strategiczny dokument dla zdrowia publicznego, sporządzany na okres nie krótszy niż 5 lat. Celem NPZ na lata 2021–2025 jest zwiększenie liczby lat przeżytych w zdrowiu oraz zmniejszenie nierówności społecznych w zdrowiu. W rozporządzeniu uwzględniono wpływ skutków epidemii COVID-19 na populację.

Założenia NPZ przewidują zmniejszenie liczby palących Polaków do mniej niż 5% do roku 2030, jednak pandemia spowodowała wzrost spożycia tytoniu i alkoholu, co wpłynęło na zmianę harmonogramu osiągnięcia tych celów.

Cele operacyjne NPZ

- Poprawa sposobu żywienia, stanu odżywienia oraz aktywności fizycznej (profilaktyka nadwagi i otyłości).
- Profilaktyka i rozwiązywanie problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych, uzależnieniami behawioralnymi i innymi zachowaniami ryzykownymi.
- Profilaktyka problemów zdrowia psychicznego i poprawa dobrostanu psychicznego.
- Ograniczenie ryzyka zdrowotnego wynikającego z zagrożeń środowiskowych.
- Promocja zdrowego i aktywnego starzenia się.
- Poprawa zdrowia prokreacyjnego.

Wybrane zadania w ramach celu "Profilaktyka uzależnień"

- Edukacja zdrowotna i profilaktyka uzależnień (uniwersalna, selektywna, wskazująca) zgodnie z wynikami badań naukowych i dobrą praktyką.

- Monitorowanie i badania sytuacji epidemiologicznej w zakresie używania wyrobów tytoniowych, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych i NSP oraz spożycia alkoholu.
- Realizacja prozdrowotnej polityki fiskalnej.

Aspekty inicjacji i palenia papierosów przez dzieci i młodzież.

Ta część raportu analizuje mechanizmy, **konsekwencje oraz skalę używania wyrobów nikotynowych, zwłaszcza papierosów i e-papierosów (dwóch najczęstszych produktów inicjacji nikotynowej w Polsce) przez młodzież w Polsce.** Wskazuje na dwie główne ścieżki inicjacji – eksternalizacyjną (impulsywność, presja grupy) i internalizacyjną (radzenie sobie ze stresem). Podkreśla poważne krótkoterminowe i długoterminowe skutki zdrowotne oraz psychospołeczne, w tym ryzyko uzależnienia, zaburzeń funkcji poznawczych, gorszych wyników edukacyjnych i wzrostu kosztów społecznych. **Analiza akcentuje konieczność kompleksowej profilaktyki, ograniczenia dostępności i atrakcyjności produktów oraz zintegrowanych interwencji, szczególnie w okresie dorastania, by zminimalizować negatywne skutki dla zdrowia publicznego.**

Mechanizmy i motywy palenia papierosów przez dzieci i młodzież

Na podstawie dostępnych badań i obserwacji klinicznych można wyróżnić dwie główne, komplementarne ścieżki wczesnego angażowania się młodych osób w używanie nikotyny⁵. Ścieżka eksternalizacyjna wiąże się z cechami takimi jak impulsywność, poszukiwanie doznań i silny wpływ rówieśników. Używanie produktów nikotynowych zwłaszcza dyskretnych jednorazowych e-papierosów, pełni w tym kontekście funkcję sygnału przynależności grupowej, formy buntu wobec norm dorosłych oraz narzędzia intensyfikacji przeżyć emocjonalnych i społecznych. Ścieżka internalizacyjna odnosi się natomiast do używania nikotyny jako strategii radzenia sobie z napięciem emocjonalnym, stresem, lękiem, znużeniem czy obniżonym nastrojem. W tym ujęciu substancja pełni rolę doraźnego „samoleczenia” krótkotrwale poprawia nastrój i koncentrację, ale równocześnie wzmacnia mechanizmy uzależnienia i utrwala zachowanie. W obu ścieżkach kluczową rolę odgrywają niefarmakologiczne wzmocnienia, które konsolidują nawyk. Obejmują one elementy rytualne (sięgnięcie po urządzenie, zaciągnięcie się, wydech), bodźce sensoryczne (smak, zapach, doznania w jamie ustnej i drogach oddechowych) oraz komponent społeczny (np. przerwy w zajęciach, wspólne palenie w grupie rówieśniczej, imprezy). Krótki czas działania nikotyny skutkuje częstymi powtórzeniami czynności, które w warunkach powtarzalnego kontekstu społeczno-środowiskowego wzmacniają proces warunkowania i automatyzacji zachowania.

Konsekwencje zdrowotne i psychospołeczne

Dym tytoniowy i aerozol ENDS/HTP podrażniają drogi oddechowe i nasilają stan zapalny, co pogarsza kontrolę astmy i toruje drogę do przewlekłych chorób układu oddechowego. Od 2019 r. uwagę opinii publicznej przyciągnęła EVALI: ostre uszkodzenie płuc związane z wapowaniem z tysiącami przypadków w USA, licznymi hospitalizacjami i zgonami wśród młodych; poza USA skala była mniejsza, ale dobrze opisane przypadki potwierdzają realność ryzyka⁶. W badaniach eksperymentalnych i klinicznych odnotowuje się także krótkoterminowe efekty sercowo-naczyniowe (wzrost ciśnienia, zmiany w aktywności układu współczulnego) po użyciu e-papierosów u młodych dorosłych⁷. Nikotyna w okresie adolescencji modyfikuje reguły plastyczności synaptycznej w korze przedczołowej, co w połączeniu z czynnikami środowiskowymi może zaburzać rozwój funkcji wykonawczych i osłabiać samokontrolę.

⁵ Park-Lee, E., Jamal, A., Cowan, H., Sawdey, M. D., Cooper, M. R., Birdsey, J., West, A., & Cullen, K. A. (2024). Notes from the Field: E-Cigarette and Nicotine Pouch Use Among Middle and High School Students — United States, 2024. MMWR Morbidity and Mortality Weekly Report, 73(35), 774-778. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm7335a3>

⁶ Centers for Disease Control and Prevention. (2019). Outbreak of lung injury associated with the use of e-cigarette, or vaping, products. https://www.cdc.gov/tobacco/basic_information/e-cigarettes/severe-lung-disease.html

⁷ Gonzalez, M., & Cooke, W. H. (2021). Acute effects of electronic cigarette inhalation on the cardiovascular autonomic nervous system in young adults. American Journal of Physiology-Heart and Circulatory Physiology, 320(1), H248-H257. <https://doi.org/10.1152/ajpheart.00641.2020>

Badania populacyjne łączą inicjację e-papierosową z gorszymi wynikami w nauce, nasileniem objawów internalizacyjnych i większą skłonnością do ryzykownych zachowań; część tych powiązań przenika się z doświadczeniami ACEs (przemocy, zaniedbania), które silnie predysponują do problemów zdrowotnych w dorosłości⁸. Wczesne używanie nikotyny częściej współwystępuje z innymi zachowaniami ryzykownymi i substancjami; w polskich danych 14% młodych deklaroowało użycie e-papierosów do inhalacji innych substancji psychoaktywnych (od stymulantów po kannabinoidy), co zwiększa prawdopodobieństwo wzorca wielosubstancyjnego¹. W literaturze międzynarodowej wskazuje się, że młodzieżowa inicjacja ENDS przewiduje słabsze wyniki edukacyjne i większą podatność na angażowanie się w zachowania ryzykowne⁹.

Na poziomie populacyjnym używanie wyrobów tytoniowych i nikotynowych generuje znaczące koszty ekonomiczne, obejmujące zarówno koszty bezpośrednie, związane z leczeniem chorób odtytoniowych i ich powikłań, jak i koszty pośrednie, wynikające z utraconej produktywności, absencji w pracy oraz przedwczesnych zgonów. Wyceny ekonomiczne różnią się pomiędzy krajami, jednak analizy prowadzone dla regionu europejskiego wskazują na miliardowe obciążenia dla systemów ochrony zdrowia i gospodarki. Modele prognostyczne uwzględniające przebieg kohort młodzieżowych sugerują, że wczesna inicjacja nikotynowa istotnie zwiększa długofalowe koszty zdrowotne i społeczne, wzmacniając efekt „ogona kosztów” w dorosłości¹⁰. W warunkach polskich te obciążenia są dodatkowo potęgowane przez ograniczoną dostępność zintegrowanych świadczeń terapeutycznych i profilaktycznych dla młodych osób używających nikotyny. Paradoksalnie, okres adolescencji stanowi moment największego potencjału interwencyjnego, gdy mechanizmy uzależnienia są jeszcze względnie plastyczne, a skuteczność działań profilaktycznych i terapeutycznych może być najwyższa.

Zjawisko używania wyrobów tytoniowych i nikotynowych przez dzieci i młodzież ma złożony charakter, wynikający ze splotu czynników biologicznych, psychologicznych, społecznych i środowiskowych. Adolescencja to okres szczególnej wrażliwości zarówno neurobiologicznej, jak i społecznej, w którym inicjacja nikotynowa może prowadzić do trwałych zmian w układzie nerwowym, zwiększonego ryzyka uzależnienia i długofalowych konsekwencji zdrowotnych. Dynamiczny rozwój nowych produktów nikotynowych, takich jak jednorazowe e-papierosy, istotnie obniżył próg wejścia w używanie, zwłaszcza wśród najmłodszych, a atrakcyjność smaków i marketing nakierowany na młodzież wzmocniły proces normalizacji tego zachowania.

Widać te trendy w schemacie rynkowym: 11,7% młodzieży w wieku 13-15 lat pali tradycyjne papierosy, natomiast 22,3% młodzieży w wieku 13-15 lat używa e-papierosów. Preferowanym produktem wśród młodzieży jest e-papieros (pierwszy wybór dla 63% nastolatków próbujących produktów nikotynowych), tradycyjne papierosy wybierało 30,7% tej grupy¹¹.

Konsekwencje sięgają jednak znacznie dalej niż pojedyncze epizody eksperymentowania. Wczesna ekspozycja na nikotynę i aerozol ENDS wiąże się ze zwiększonym ryzykiem problemów zdrowotnych od zaburzeń układu oddechowego i sercowo-naczyniowego, przez upośledzenie funkcji poznawczych, aż po podatność na inne substancje psychoaktywne i zachowania ryzykowne. Dlatego radykalne ograniczenie dostępu do produktów przez tę grupę wiekową jest priorytetem. Szczególnie wprowadzanie produktów celowanych marketingowo w najmłodszych poprzez smaki, kolory i wzory powinno być natychmiast rugowane.

Indywidualne skutki psychiczne i zdrowotne narastające u uzależnionej młodzieży latami przekładają się na wymierne koszty populacyjne: zarówno zdrowotne, jak i ekonomiczne, obciążając systemy

⁸ Swedo, E. A., Chen, L., Xu, X., & Park-Lee, E. (2024). Psychological distress and adverse childhood experiences among youth e-cigarette users in the U.S.: National Youth Tobacco Survey 2022. *Preventive Medicine*, 180, 107820. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2024.107820>

⁹ Chaffee, B. W., Couch, E. T., & Gansky, S. A. (2021). Trends in characteristics and multi-substance use among adolescent e-cigarette users in the United States, 2014–2018. *Addictive Behaviors*, 115, 106751. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2020.106751>

¹⁰ Gorini, G., Gallus, S., Lugo, A., & Faggiano, F. (2024). The long-term economic burden of smoking initiation in youth cohorts: A European perspective. *European Journal of Public Health*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckae095>

¹¹ <https://www.ptpm.org.pl>

ochrony zdrowia i gospodarkę. W obliczu tych danych kluczowe znaczenie ma wczesna, zintegrowana interwencja, obejmująca profilaktykę środowiskową, ograniczenia dostępności i atrakcyjności produktów nikotynowych, skuteczne egzekwowanie przepisów oraz dostęp do specjalistycznych form wsparcia dla młodzieży. Okres dorastania stanowi unikalne „okno możliwości”, w którym działania prewencyjne i terapeutyczne mogą przynieść największy efekt zdrowotny i społeczny. Skuteczna polityka zdrowia publicznego w tym obszarze wymaga więc podejścia kompleksowego, opartego na dowodach naukowych i uwzględniającego realia rozwojowe młodych ludzi.

Aspekty inicjacji i picia alkoholu przez dzieci i młodzież

Niski wiek inicjacji alkoholowej zwiększa ryzyko rozwoju uzależnienia, im wcześniej młodzież sięga po alkohol, tym większe zagrożenie uzależnieniem w dorosłości. Przedstawiono negatywny wpływ alkoholu na zdrowie psychiczne i rozwój dzieci oraz młodzieży. Analizowane są dane statystyczne z badań **HBSC i ESPAD, które pokazują trendy spadkowe w spożyciu alkoholu przez młodszych nastolatków w Polsce, jak i utrzymujące się wysokie wskaźniki wśród starszych grup wiekowych. Wskazano także typowe wzorce inicjacji alkoholowej, w tym pierwszy kontakt z alkoholem w obecności rodziny podczas domowych uroczystości, co jest wynikiem braku świadomości zdrowotnej rodziców oraz społecznego przyzwolenia na „lekki” alkohol. Możliwość wzmocnienia „drugim” kontaktem wynika zazwyczaj z presji grupy wiekowej i łatwej dostępności alkoholu dla młodzieży, pomimo obowiązującego prawa.**

Wiek inicjacji alkoholowej a ryzyko uzależnienia

Stopień uzależnienia od alkoholu wykazuje związek z wiekiem, w którym osoba niepełnoletnia po raz pierwszy spożyła napoje alkoholowe. Im wcześniejszy jest wiek inicjacji alkoholowej, tym większe ryzyko rozwoju uzależnienia w przyszłości. Dotyczy to każdego rodzaju napojów alkoholowych, również tych niskoprocentowych. Eksperci zajmujący się problematyką alkoholową podkreślają, że z każdym rokiem opóźnienia pierwszego kontaktu z alkoholem, prawdopodobieństwo uzależnienia maleje średnio o 14%.

Ponadto: „Produkty takie, jak piwo 0% czy nawet tzw. szampan dla dzieci, które są dostępne dla osób nieletnich, mogą przyczyniać się do wprowadzania młodzieży w świat napojów alkoholowych oraz do postrzegania ich spożycia jako normy...”¹².

Dane statystyczne dotyczące inicjacji alkoholowej

Międzynarodowe badania HBSC (Health Behaviours in School-aged Children)¹³ od 1983 (obecnie już 10 edycji), obejmują nastolatków w wieku 11, 13 i 15 lat w 44 krajach Europy, Azji Środkowej i Kanadzie. Najnowsza edycja (2021/2022) wykazała, że średnio 15% jedenastolatków, 33% trzynastolatków oraz 57% piętnastolatków ma za sobą próby spożywania alkoholu. Analizowano także odsetek dzieci, które przynajmniej dwa razy w życiu były pijane oraz upiły się w ciągu ostatnich 30 dni. W krajach objętych badaniem średnio 2% jedenastolatków, 5% trzynastolatków i 20% piętnastolatków było pijanych co najmniej dwa razy w życiu. W Polsce wyniki dla młodszych grup są identyczne, natomiast dla piętnastolatków wyższe (21,5%).

Badania ESPAD (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs)¹⁴ wskazują na spadek odsetka młodzieży spożywającej alkohol - w roku 2003 obserwowaliśmy bardzo wysoki poziom konsumpcji napojów alkoholowych wśród młodzieży – do spożywania alkoholu kiedykolwiek w życiu przyznawało się wówczas 92% uczniów młodszych. W roku 2024 ten wskaźnik wynosi 73%. Jeśli chodzi natomiast o wskaźnik dotyczący 30 ostatnich dni przed badaniem, to w 2003 roku piło 65% uczniów młodszych, a w 2024 – 39%. W przypadku starszej młodzieży niestety spadki są niewielkie. Od dłuższego czasu ESPAD raportuje także zrównanie się odsetka dziewcząt i chłopców, którzy przyznają się do spożywania alkoholu. W grupie wiekowej 17-18 lat do spożywania alkoholu 30 dni przed badaniem przyznało się 72% chłopców i 75% dziewcząt. W grupie 15-16 latków jest to po 39% zarówno wśród chłopców, jak i dziewczynek.

¹² <https://kampaniespoleczne.pl/inicjacja-alkoholowa-dzieci-w-polsce-raport/>

¹³ <https://data-browser.hbsc.org/topics/substance-use/>

¹⁴ <https://www.espad.org>

Wzorce inicjacji alkoholowej w Polsce

W 2024 roku przeprowadzono badania jakościowe i ilościowe na grupie młodych osób w wieku 18-22 lata¹⁵, dotyczące ich doświadczeń z alkoholem przed osiągnięciem pełnoletności oraz obecnych postaw wobec alkoholu. W wyniku rozmów i badań wyodrębniono dwa kluczowe etapy inicjacji alkoholowej wśród polskich nastolatków:

- Pierwszy, odbywa się w obecności rodziców lub rodziny. Dzieci próbują wówczas alkoholu najczęściej podczas domowych przyjęć, pod kontrolą dorosłych. Najczęściej jest to piwo lub szampan.
- Drugi, ma miejsce bez wiedzy rodziców, w towarzystwie rówieśników. W tym przypadku nie chodzi już o smak alkoholu, lecz o poznanie efektów jego działania. Najczęściej inicjacja ta następuje przed ukończeniem 18 roku życia, a istotnym momentem jest zmiana szkoły na średnią. Mediana wieku samodzielnej inicjacji wynosi niecałe 16 lat. Istotnymi elementami w realizacji „drugiego kroku” są: dopasowanie się do grupy; potrzeba podkreślenia własnej dorosłości – dla nastolatków picie alkoholu JEST oznaką dorosłości i niezależności; chęć poznania efektów działania alkoholu.

Dostępność alkoholu dla niepełnoletnich

Choć zakaz sprzedaży alkoholu nieletnim jest formalną przeszkodą, 64% respondentów badania wskazało, że dostęp do napojów alkoholowych przed ukończeniem 18 lat był dla nich łatwy. 31% podejmowało samodzielne i skuteczne próby zakupu alkoholu w sklepach, choć najczęściej korzystano z pomocy pełnoletnich osób. Najłatwiej zdobyć alkohol na terenach wiejskich, pomimo braku anonimowości w małych społecznościach.

Wśród alkoholi najczęściej kupowanych przez niepełnoletnich samodzielnie w sklepach dominowało piwo smakowe (39%) i zwykłe (27%). Wino było trudniejsze do kupienia, a najtrudniej dostępna była wódka oraz inne mocne alkohole.

Alkohol jest najczęściej używaną substancją psychoaktywną przez dzieci w Polsce. W wieku 13 lat już 23,5% dzieci miało kontakt z alkoholem, najczęściej sięgając po napoje niskoprocentowe, takie jak piwo czy szampan. Warto podkreślić, że pierwszy kontakt z alkoholem często odbywa się za przyzwoleniem dorosłych, głównie najbliższej rodziny, która nie zawsze jest świadoma konsekwencji takich działań. Ograniczenie dostępności na poziomie zakazu sprzedaży nieletnim, niestety nie funkcjonuje, co wykazało wiele badań społecznych oraz reportaży dziennikarskich.

¹⁵ https://instytutczlowiekaswiadomego.pl/wp-content/uploads/2024/12/Raport_Inicjacja-alkoholowa-ONLINE_31024-ICS.pdf

Otyłość dzieci i młodzieży w Polsce w latach 2005–2025 – skala problemu

Narasta problem nadwagi i otyłości wśród dzieci i młodzieży w Polsce na tle Europy w latach 2005–2025. **Polska, z odsetkiem około 33% dzieci dotkniętych tym zjawiskiem, przekracza europejską średnią**, a tempo wzrostu wskaźników należy do najwyższych na świecie. Brak spójnej strategii narodowej oraz rozproszenie działań profilaktycznych pogłębiają problem, natomiast pandemia COVID-19 dodatkowo przyspieszyła niekorzystne zmiany. Kluczowe przyczyny to m.in. zmiany w stylu życia, łatwiejszy dostęp do żywności wysoko przetworzonej i spadek aktywności fizycznej. **Rodzi to szereg konsekwencji społecznych (stygmatyzacja, utrudniony rozwój zawodowy i rodzinny), zdrowotnych (choroby przewlekłe, wpływ na psyche) i ekonomicznych (koszty bezpośrednie chorób i pośrednie, np. utracone pracy)**. Dokument podkreśla pilną potrzebę wprowadzenia konsekwentnych, długofalowych działań systemowych w celu zahamowania tego negatywnego trendu. **Przedstawione są dwa scenariusze oparte na doświadczeniach innych krajów oraz opisach wg EBM: bazowy i interwencyjny.**

Skala problemu i dynamika zmian

Według danych Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) ponad 340 milionów dzieci i młodzieży na całym świecie zmaga się z nadwagą lub otyłością, a region Europy Środkowo-Wschodniej wyróżnia się jedną z najwyższych dynamik wzrostu tych wskaźników. Polska, gdzie około jedna trzecia dzieci w wieku 6–9 lat ma nadwagę lub otyłość, znajduje się powyżej średniej europejskiej, co sprawia, że problem ten staje się strategicznym wyzwaniem dla systemu ochrony zdrowia, edukacji oraz polityki społecznej.

Analizując sytuację w Polsce w latach 2005–2025, widać systematyczny wzrost częstości występowania nadwagi oraz otyłości wśród dzieci i młodzieży. Badania HBSC z 2006 roku wykazały, że około 16% młodzieży w wieku 11–15 lat miało nadwagę, a 3–4% – otyłość. Do roku 2010 wartości te wzrosły do odpowiednio 18% i 5%, co oznaczało szybkie narastanie problemu w populacji.

W latach 2011–2019 dynamika wzrostu jeszcze przyspieszyła. Według danych Instytutu Matki i Dziecka oraz Narodowego Centrum Edukacji Żywieniowej w 2016 roku nadwagę miało już około 20% dzieci w wieku szkolnym, a otyłość – 7–8%. Badanie HBSC z 2018 roku wskazało, że 22% młodzieży miało nadwagę lub otyłość, co stanowi wzrost o 6 punktów procentowych w stosunku do początku dekady. W regionach o niższych dochodach i słabszej infrastrukturze sportowej wskaźniki te były wyższe, co potwierdzało rolę czynników środowiskowych i nierówności społecznych.

W latach 2020–2025 pandemia COVID-19 dodatkowo przyspieszyła narastanie problemu. Okres lockdownu spowodował, że dzieci spędzały średnio o 2–3 godziny więcej dziennie przed ekranem, a czas aktywności fizycznej zmniejszył się o około 2,3 godziny tygodniowo. Zgodnie z danymi HBSC oraz raportami AOTMiT, w 2022 roku już około 33% dzieci w wieku 6–9 lat miało nadwagę lub otyłość, co sytuuje Polskę powyżej średniej europejskiej wynoszącej około 29%. Szczególnie niepokojące jest szybkie tempo wzrostu wskaźników w Polsce, które należy do najwyższych na świecie. Brak spójnej strategii narodowej i rozproszenie działań profilaktycznych pogłębiają problem.

Czynniki ryzyka i ochronne

Otyłość dziecięca w Polsce i Europie w latach 2005–2025 jest zjawiskiem wynikającym z wielu powiązanych czynników biologicznych, środowiskowych i systemowych, a nie tylko indywidualnych wyborów. Do głównych przyczyn narastania problemu zalicza się:

- Zmiany w stylu życia: wzrost spożycia żywności wysoko przetworzonej, łatwiejszy dostęp do produktów wysokokalorycznych oraz spadek aktywności fizycznej dzieci i młodzieży.
- Środowisko szkolne i miejskie: niewystarczające programy promocji aktywności i zdrowego żywienia w szkołach oraz czynniki urbanizacyjne sprzyjające siedzącemu trybowi życia.
- Czynniki społeczne i ekonomiczne: nierówności w dostępie do zdrowej żywności i rekreacji, presja czasowa rodzin oraz ograniczone zasoby na profilaktykę i interwencje.

Na poziomie rodziny kluczowe znaczenie mają wzorce żywieniowe i styl życia dorosłych. Badania pokazują, że dzieci z rodzin o niższym poziomie wykształcenia i dochodów mają częściej otyłość, co potwierdza gradient socjoekonomiczny. Szkoła, choć ma potencjał wyrównywania szans, w latach 2005–2025 nie zapewniała jednolitych standardów – oferta stołówek często nie spełniała kryteriów zdrowego żywienia, a zajęcia wychowania fizycznego nie zawsze zapewniały odpowiednią intensywność i czas aktywności.

Konsekwencje nadwagi i otyłości u dzieci

Konsekwencje zdrowotne

- Zwiększone ryzyko chorób przewlekłych (metabolicznych – jak insulinooporność, cukrzyca typu 2, dyslipidemia; ortopedycznych – wady postawy, artropatie; oddechowych – astma, obturacyjny bezdech senny).
- Utrwalanie ryzyka chorób w dorosłości – otyłość w dzieciństwie silnie predysponuje do otyłości i powikłań metabolicznych w dorosłości, skracając przewidywaną długość i jakość życia.

Konsekwencje społeczne

- Stygmatyzacja i izolacja rówieśnicza – dzieci z otyłością częściej doświadczają prześladowań, wykluczenia i odrzucenia społecznego.
- Zaburzenia zdrowia psychicznego – podwyższone ryzyko niskiej samooceny, lęku i depresji na skutek negatywnych doświadczeń społecznych i body-shamingu.
- Utrudniona edukacja i funkcjonowanie szkolne – absencje i obniżona koncentracja wpływają na osiągnięcia szkolne i rozwój społeczny dziecka.

Konsekwencje ekonomiczne

- Bezpośrednie koszty medyczne – wyższe wydatki na diagnostykę, konsultacje specjalistyczne, terapię dietetyczną i leczenie powikłań.
- Skumulowane obciążenia społeczne i ekonomiczne – wcześniejszy rozwój chorób przewlekłych prowadzi do większych kosztów systemowych, częstszych niezdolności do pracy, szybszego przechodzenia na rentę lub emeryturę oraz obniżonej jakości życia dorosłych.
- Pośrednie koszty dla rodzin i systemu – utrata dochodów rodziców spowodowana opieką nad chorym dzieckiem, dodatkowe koszty transportu, rehabilitacji i rosnące obciążenie ubezpieczeń zdrowotnych.
- Obciążenie gospodarcze na poziomie makro – długoterminowy wzrost wydatków publicznych na opiekę zdrowotną oraz niższa produktywność społeczeństwa.

Prognozy i scenariusze dla Polski na lata 2025–2030

Scenariusz bazowy zakłada utrwalenie obecnych trendów – w latach 2025–2030 odsetek dzieci z nadwagą i otyłością w wieku 6–9 lat będzie oscylował wokół 33–35%, z niewielkimi różnicami regionalnymi. Oznacza to stabilizację na wysokim poziomie, z poważnymi konsekwencjami zdrowotnymi i ekonomicznymi. Brak nowych działań systemowych spowoduje dalsze pogłębianie nierówności – gminy o niższych dochodach i słabszej infrastrukturze sportowej będą notowały wyższe wskaźniki, a luka względem lepiej wyposażonych regionów będzie się powiększać.

Scenariusz interwencyjny przewiduje wdrożenie kompleksowego planu naprawczego, co może w latach 2025–2030 przynieść stopniowy spadek odsetka dzieci z nadwagą i otyłością o 8–10% w młodszych grupach wiekowych, zwłaszcza wśród dzieci 6–9-letnich. Skuteczność tego scenariusza zależy jednak od jakości egzekwowania regulacji, inwestycji w kadry i infrastrukturę, wsparcia psychospołecznego (problem jedzenia emocjonalnego) oraz spójności komunikacji publicznej.

Polska posiada już pewne elementy skutecznej profilaktyki/prewencji – jak podatek cukrowy, rosnąca świadomość problemu czy wybrane programy szkolne – jednak brakuje spójności i powiązania czasowego oraz sprawczego działań na różnych poziomach. W tym względzie narastanie otyłości dzieci i młodzieży w Polsce przypomina problemy związane z inicjacją alkoholową i papierosową.

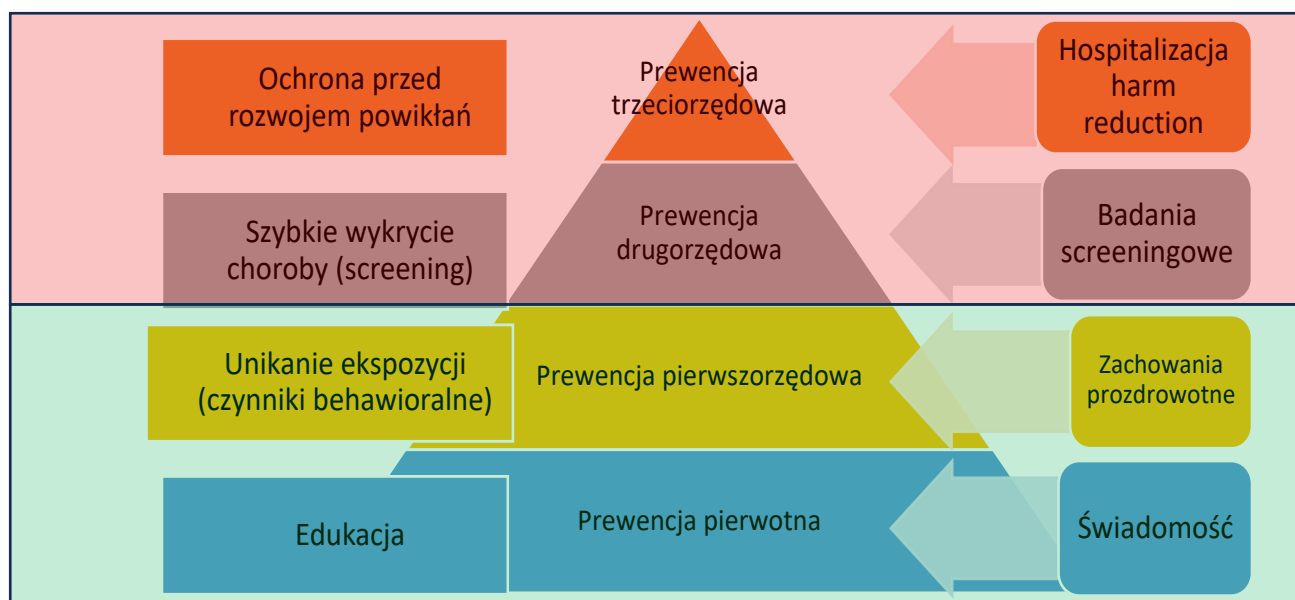
Narzędzia profilaktyki uzależnień

Profilaktyka/prewencja pierwotna (edukacja zdrowotna) skierowana jest do całości populacji i poprzez edukację ma na celu wpływ na styl życia jednostki i społeczeństwa. Co do zasady działania te powinny zaczynać się we wczesnym dzieciństwie (przedszkola, programy szkolne).

Profilaktyka pierwszorzędowa to utrwalenie odruchowych zachowań prozdrowotnych w oparciu o świadomość wytworzoną przez profilaktykę pierwotną (tu największą rolę pełni działanie rządu i JST – akcyza porządkująca rynek, nie preferująca uczestników, promująca rozwiązania nieszkodliwe dla zdrowia; zakazy dotyczące przestrzeni publicznej – zarówno konsumpcji (picie, palenie), jak i reklamy bądź ekspozycji (alkohol, papierosy, napoje wysokosłodzone, junk-food). Zarówno profilaktyka pierwotna, jak i pierwszorzędowa dotyczą sytuacji, w której CHOROBA JESZCZE SIĘ NIE ROZWINĘŁA. Mają więc na celu zapobieżenie rozwojowi choroby (Ryc. 1).

Profilaktyka prowadzona w oparciu o wykonywanie badań przesiewowych to bardzo ważna kontynuacja - prowadzi do szybkiego wykrywania, ale JUŻ ISTNIEJĄCEJ CHOROBY. Ma na celu szybkie wykrycie choroby, aby zwiększyć skuteczność leczenia oraz uzyskać pozytywny wpływ na pacjenta, który może dokonać prozdrowotnej zmiany w swoim stylu życia (Ryc. 1).

I wreszcie profilaktyka trzeciorzędowa, prowadzona u osób, u których **ZDIAGNOZOWANO W PEŁNI ROZWINIĘTĄ CHOROBE**, ma na celu ograniczenie jej skutków, złagodzenie przebiegu, redukcję szkód oraz zmniejszenie potencjalnej inwalidyzacji pacjenta (Ryc. 1).



Rycina 1. Schemat stopni i narzędzi działań profilaktycznych (opracowanie własne) – tło zielone = przed rozwinięciem choroby; tło czerwone – choroba rozwinięta.

Działania chroniące przed uzależnieniami, przyjmowaniem niezdrowego trybu życia i podejmowanie zachowań ryzykownych są podstawowym celem wielostopniowej profilaktyki. Dotyczy to oczywiście także trzech omawianych w tym dokumencie, podstawowych behawioralnych czynników ryzyka w zdrowiu publicznym. Ich eradykacja wymaga

równoczesnego wdrożenia działań należących praktycznie do wszystkich poziomów profilaktyki i obejmujących (Rycina 1):

1. edukację szkolną o zagrożeniach zdrowotnych i korzyściach płynących ze zdrowych wyborów (prewencja/profilaktyka pierwotna);
2. społeczne programy edukacyjne silne wsparcie rodzinne, jasne i konsekwentne reguły domowe dotyczące zachowań prozdrowotnych. Ważne jest także budowanie kompetencji młodych ludzi w zakresie radzenia sobie z presją rówieśniczą, krytycznego odbioru przekazów marketingowych (prewencja pierwotna i pierwszorzędowa);
3. ograniczenia prawne i skuteczne ich egzekwowanie (zakaz sprzedaży osobom nieletnim, ograniczenia sieci sprzedaży, ograniczenia obecności w przestrzeni publicznej, zakaz reklamy i ekspozycji) – prewencja pierwszorzędowa;
4. transparentne, równe i przewidywalne użycie narzędzi fiskalnych – w tym akcyzy;
5. powszechny, wczesny screening (badania przesiewowe) - program „Moje zdrowie”, pomiary spirometrii, waist-to-hip ratio (WHR), funkcji wątroby, trzustki – prewencja drugorzędowa;
6. ochrona przed ciężkim przebiegiem schorzeń będących następstwem niewłaściwych wyborów zdrowotnych (prewencja trzeciorzędowa).

Najczęściej mówiąc o profilaktyce niestety mówimy o profilaktyce drugo- i trzeciorzędowej, w dużej mierze w kontekście medycyny naprawczej. Bez działań w zakresie prewencji pierwotnej i pierwszorzędowej pozostanie to jedynie drogim, retroaktywnym zwalczaniem już istniejących szkód.

Biorąc pod uwagę trendy demograficzne Europy i Polski, wraz ze wzrostem udziału w populacji osób powyżej 65 r.ż., wiadomo, że potrzeby w zakresie medycyny naprawczej oraz opieki długoterminowej będą rosły. Dodatkowym czynnikiem presji jest fakt, iż Polska jest jednym z najszybciej starzejących się społeczeństw. Będzie to wywoływało silną presję na budżet. Dlatego **profilaktyka NCD, profilaktyka uzależnień i promocja zdrowego stylu życia muszą zajmować istotniejsze miejsce w finansowaniu ochrony zdrowia**, a sam problem bezpieczeństwa zdrowotnego kraju – awansować wśród priorytetów rządów.

Finansowanie profilaktyki powinno być wspomagane z podatków „od grzechu”, transparentnego, powiązanego także z poziomem szkodliwości produktów i substancji podatku akcyzowego (jako podstawowego ekonomicznego narzędzia zdrowia publicznego) oraz części kwot będących karami za nieprzestrzeganie prawa w tym zakresie (np. sprzedawanie alkoholu nieletnim).

Analiza podstawowych problemów rynku.

W polskich realiach jednorazowe e-papierosy stały się najdynamiczniej rosnącą kategorią wyrobów nikotynowych: estetyczne, dyskretne, mocno aromatyzowane i, co kluczowe, realnie dostępne dla nieletnich pomimo formalnych zakazów. Wskazuje się, że nawet 60% obrotu może odbywać się z naruszeniem prawa (sprzedaż na odległość), a skala sprzedaży urosła ponad trzykrotnie w ciągu roku (2022 - 2023) do ok. 99,7 mln sztuk. To zjawisko wzmacniają tysiące wariantów smakowych oraz szybki i wysoki „ładunek nikotynowy” jednorazówek (typowo ~700–800 zaciągnięć; wzrost mocy z 3 do 7,5 W potrafi wielokrotnie

zwiększyć dostarczanie nikotyny)¹⁶. Jednocześnie aerozol niesie ekspozycję m.in. na metale (ołów, nikiel, chrom, mangan), co potwierdzają dane biologiczne u młodzieży (PATH Youth Study)¹⁷.

Po stronie alkoholu eksperci wskazują na wczesną i powszechną inicjację oraz utrwaloną normalizację picia, w której ważnym nośnikiem są reklamy, sponsoring i obecność marek alkoholowych (także „0%”) w przestrzeni publicznej. Wyniki ESPAD 2024 potwierdzają, że alkohol pozostaje najbardziej rozpowszechnioną substancją psychoaktywną wśród nastolatków; odsetki picia w ostatnich 30 dniach są bardzo wysokie, zwłaszcza w starszych rocznikach¹⁸.

¹⁶ Instytut Profilaktyki i Analiz Rynku (IPAG). (2024, 1 lutego). Rynek jednorazowych e-papierosów w Polsce: Raport. IPAG. https://www.ipag.org.pl/Content/Uploaded/files/2024_02_01_Raport_IPAG_e-papierosy.pdf

¹⁷ National Institutes of Health. (2022). Population Assessment of Tobacco and Health (PATH) Study. Biomarkers of exposure in youth e-cigarette users, 2018–2022 [Dataset and report]. National Institute on Drug Abuse (NIDA) & FDA Center for Tobacco Products.

¹⁸ European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD). (2025). Key findings from the 2024 European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs [Briefing]. European Union Drugs Agency. https://www.euda.europa.eu/publications/data-factsheets/espac-2024-key-findings_en

Profilaktyka uzależnień od tytoniu (nikotyny) u dzieci i młodzieży. Rekomendacje Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

Działania Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w zakresie rekomendacji dotyczących profilaktyki palenia tytoniu wśród dzieci i młodzieży są dosyć szerokie, szczególne znaczenie mają Rekomendacja 6/2020 i 1/2023. **Podkreślono w nich znaczenie edukacji zdrowotnej w szkołach, dostosowania działań do specyficznych potrzeb uczniów**, ale przede wszystkim wielosektorowe interwencje oparte o komunikację masową. Ważnym elementem jest monitorowanie skuteczności programów oraz wspieranie rozwiązań prawnych ograniczających dostęp do produktów tytoniowych. **AOTMiT jednoznacznie wskazuje na przewagę prewencji pierwotnej i pierwszorzędowej, czyli edukacji wspomaganej właściwą polityką społeczną i fiskalną.** Wskazano na konieczność prowadzenia szeroko zakrojonych kampanii masowych, wykraczających poza pojedyncze inicjatywy lokalne.

Prezes Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji opracowuje rekomendacje, określające zalecane technologie medyczne, działania oraz warunki realizacji programów polityki zdrowotnej, dotyczących danej choroby lub danego problemu zdrowotnego. Podstawowe dwa dotychczasowe dokumenty. Rekomendacja 6/2020¹⁹ to m.in.:

1. **Edukacja zdrowotna w szkołach** — wdrażanie programów profilaktycznych w szkołach podstawowych i średnich skoncentrowanych na zwiększeniu wiedzy o szkodliwości palenia, rozwijaniu umiejętności asertywnych i przeciwdziałaniu sięganiu po pierwszy papieros; programy powinny mieć usystematyzowaną strukturę i mierzalne cele.
2. **Skierowanie działań na populację wrażliwą** — cele i metody dostosowane do wieku uczniów, środowiska rodzinnego oraz czynników ryzyka specyficznych dla danej szkoły lub regionu.
3. **Zaangażowanie rodziców i opiekunów** — informowanie i szkolenie rodziców jako elementu programów profilaktycznych, w celu wzmacniania przekazu domowego i zapobiegania modelowaniu zachowań palących.
4. **Interwencje wielośrodkowe i wielosektorowe** — łączenie edukacji szkolnej z lokalnymi kampaniami zdrowotnymi, politykami lokalnymi ograniczającymi dostęp i ekspozycję na tytoń oraz z usługami zdrowotnymi oferującymi wsparcie dla młodzieży.
5. **Monitorowanie i ewaluacja programów** — obowiązek stosowania narzędzi oceny efektywności interwencji, zbierania danych o wskaźnikach inicjacji palenia oraz adaptowania działań na podstawie wyników.
6. **Profilaktyka ustawowa i środowiskowa** — wspieranie regulacji ograniczających reklamę i dostęp do produktów tytoniowych, wzmocnienie przepisów dotyczących stref wolnych od dymu oraz rozważenie działań fiskalnych i kontroli sprzedaży skierowanych na ochronę młodzieży.

Rekomendacja 1/2023²⁰, zawiera bardzo obszerne wskazania, które wskazują kilka priorytetów działania:

- AOTMiT stawia na komunikację masową — rekomendacja wskazuje, że działania pojedynczych szkół czy lokalnych projektów są niewystarczające bez skoordynowanych kampanii sięgających szerokiej publiczności;
- Profilaktyka: nacisk jest na zapobieganie pierwszemu kontaktowi z papierosem u dzieci i młodzieży, a nie wyłącznie na pomoc osobom już uzależnionym; rekomendacja promuje

¹⁹ https://bip.aotm.gov.pl/assets/files/ppz/2020/REK/6_2020.pdf

²⁰ https://bip.aotm.gov.pl/assets/files/ppz/2023/REK/2023%2012%2029%20REKOMENDACJA_48aa_antynikoty_na-sig.pdf

strategię „pierwotnej profilaktyki” skoncentrowaną na opóźnieniu inicjacji i redukcji populacyjnego ryzyka.

- Ponadsektorowość: wybór mediów masowych sugeruje potrzebę koordynacji instytucji publicznych, samorządów oraz partnerów medialnych i edukacyjnych — jednostkowe działania bez takiej współpracy będą miały ograniczony efekt.

To w kontekście realizacji tworzy dla decydentów szereg wyzwań, które muszą być zaadresowane w najbliższych działaniach:

- Budżetu kraju (strona wydatkowa): trzeba zabezpieczyć środki na kampanie wielokanałowe (TV, radio, internet, social media).
- Budżet kraju (strona przychodowa): trzeba zaprojektować wieloletnią politykę podatkową dotyczącą papierosów i innych produktów, włączyć w to opłaty środowiskowe, sin taxes i in.
- Projektowanie przekazu: materiały powinny skupiać się na zapobieganiu inicjacji, zawierać jasny przekaz dotyczący szkód zdrowotnych i taktyk opóźniania; przekaz winien być dostosowany do grup wiekowych i kulturowych -świadczy to o konieczności współpracy kilku resortów i towarzystw naukowych (m.in. Polskiego Towarzystwa Zdrowi Publicznego).
- Narzędzia monitorujące: kampanie powinny mieć mierzalne cele (wskaźniki inicjacji, świadomości, ekspozycji) i zaplanowaną ewaluację, żeby weryfikować skuteczność i optymalizować działania w czasie.
- Koordynacja lokalna: samorządy i szkoły powinny integrować swoje działania z kampaniami krajowymi, wykorzystując lokalne kanały i partnerstwa (np. służba zdrowia, NGO) dla wzmocnienia przekazu.
- Ponadto edukacja antynikotynowa powinna być integralną częścią programu nauczania w szkołach. Należy utrzymać bezwzględny zakaz profilaktyki antynikotynowej w której, kluczową rolę odgrywa eliminacja reklam i promocji tytoniu oraz zakazy palenia zarówno w przestrzeniach publicznych, jak i w miejscu pracy czy ośrodkach opieki zdrowotnej.

Profilaktyka uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych u młodzieży i młodych dorosłych. Rekomendacje Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

Rekomendacje Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji dotyczące profilaktyki oraz leczenia uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych wśród młodzieży i młodych dorosłych obejmują szkolenia edukacyjne, kwalifikacyjne wizyty lekarskie dla osób z grup ryzyka, interwencje oraz wsparcie terapeutyczne i farmakologiczne. Podkreślono, że uzależnienie jest traktowane jako choroba przewlekła, a trwała abstynencja stanowi cel leczenia, choć jej osiągnięcie bywa trudne. Niestety Agencja nie wypowiada się w sprawie innych narzędzi profilaktyki, jak baning społeczny czy fiskalizm.

Prezes Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT) opracowuje rekomendacje dotyczące zalecanych technologii medycznych, działań oraz warunków realizacji programów polityki zdrowotnej w obszarze wybranych chorób i problemów zdrowotnych. W dniu 30 listopada 2020 roku wydano Rekomendację dotyczącą profilaktyki uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych wśród młodzieży i młodych dorosłych.

Wybrane działania rekomendowane przez AOTMiT

- Szkolenia dla dzieci i młodzieży, podczas których przekazywane są informacje związane z problematyką uzależnień od substancji psychoaktywnych.
- Lekarska wizyta kwalifikacyjna ukierunkowana na identyfikację osób z grup wysokiego ryzyka uzależnień od substancji psychoaktywnych, zwłaszcza wśród dzieci, młodzieży oraz młodych dorosłych.
- Interwencja antyuzywkowa skierowana do osób wykazujących objawy uzależnienia.

Leczenie i pomoc osobom uzależnionym

W Polsce 1,5-2% osób jest uzależnionych od alkoholu²¹.

- Uzależnienie traktowane jest jako choroba przewlekła, a optymalnym celem leczenia jest trwała abstynencja, choć jej osiągnięcie i akceptacja przez osoby uzależnione są często trudne.
- Podstawowymi metodami leczenia uzależnienia od alkoholu są psychoterapia i farmakoterapia. Badania nie potwierdzają skuteczności hipnozy, poradnictwa ogólnego, technik szokowych czy ziołolecznictwa.
- Nadużywanie alkoholu skracając życie średnio o 16 lat.

Rekomendacje dotyczące profilaktyki

- Rekomendacje światowych towarzystw naukowych podkreślają potrzebę uwzględnienia w działaniach profilaktycznych całej populacji, ze szczególnym uwzględnieniem dzieci i młodzieży, aby zapobiegać inicjacji używania substancji psychoaktywnych.
- Edukacja dzieci i młodzieży powinna być prowadzona cyklicznie oraz obejmować wpływ środowiska i rówieśników na prawdopodobieństwo sięgnięcia po używkę.
- Ważne jest kształtowanie pozytywnego wizerunku osoby niepalącej i niespożywającej alkoholu przed ukończeniem 18 roku życia.
- Szkolenia powinny prowadzić osoby posiadające odpowiednie kwalifikacje i kompetencje, m.in. lekarze, pielęgniarki, asystenci medyczni, edukatorzy zdrowotni lub inni przedstawiciele zawodów medycznych.

Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji opublikowała kompleksowy raport dotyczący problemu zdrowotnego związanego z nadużywaniem alkoholu. Wskazano konieczność podejmowania szeroko zakrojonych działań profilaktycznych, zwłaszcza skierowanych do dzieci i młodzieży, w celu zapobieżenia rozpoczęciu używania substancji psychoaktywnych.

²¹ <https://ezop.edu.pl>

Problematyka zdrowotnych konsekwencji używania substancji psychoaktywnych, zwłaszcza alkoholu, dopiero została wprowadzona do programu szkolnego w ramach nowego przedmiotu „Edukacja Zdrowotna”, który ma charakter dobrowolny i cieszy się na razie niewielkim zainteresowaniem wśród uczniów.

Profilaktyka otyłości u młodzieży i młodych dorosłych.

W latach 2005–2025 otyłość dziecięca w Polsce stała się poważnym problemem zdrowotnym, mimo licznych programów edukacyjnych prowadzonych na różnych szczeblach. Chociaż podjęto działania zwiększające świadomość, brakowało centralnej koordynacji, stabilnego finansowania, systematycznej ewaluacji oraz spójnej ścieżki leczenia. W efekcie większość inicjatyw ograniczała się do sporadycznej, „akcyjnej” edukacji, bez realnego wpływu na poprawę wskaźników zdrowotnych dzieci. Istotną zmianą są pierwsze programy kliniczne. W analizie przedstawiono linię czasu dla walki z otyłością dzieci i młodzieży w Polsce oraz trzy zasadnicze priorytety działania:

Priorytet I: wczesna diagnostyka i kompleksowa interwencja rodzinna: działania profilaktyczne muszą obejmować rodzinę, szkołę i system ochrony zdrowia.

Priorytet II: inwestycja w programy profilaktyczne i monitoring: finansowanie programów opartych na dowodach oraz rozwój systemów zbierania i analizowania danych w populacji dzieci.

Wprowadzenie sin taxes („podatków od grzechu”) systematycznie na wszystkie linie produktów spożywczych, które w EBM są uznane jako sprzyjające otyłości. Także akcyza powinna być dla tych produktów wprowadzona w zależności od stopnia ich szkodliwości.

Priorytet III: przeciwdziałanie stygmatyzacji: wprowadzenie działań edukacyjnych i szkoleniowych dla personelu szkolnego i medycznego oraz kampanii społecznych zmieniających narrację wokół wagi i zdrowia.

W latach 2005–2025 otyłość dziecięca w Polsce przekształciła się z problemu marginalnego w jedno z najpoważniejszych wyzwań zdrowia publicznego. Odsetek dzieci z nadwagą i otyłością wzrósł z około 18–20% do 34,7% w populacji uczniów. Zjawisko to ma charakter wielowymiarowy – obejmuje konsekwencje zdrowotne, psychologiczne, społeczne i edukacyjne. Coraz częściej diagnozuje się u dzieci choroby przewlekłe, takie jak cukrzyca typu 2 czy nadciśnienie, a równocześnie rośnie skala problemów emocjonalnych i trudności szkolnych.

W innych krajach rozwiniętych wcześniej wdrażano skuteczniejsze rozwiązania systemowe z zakresu profilaktyki pierwos- i drugorzędowej – podatki cukrowe, zakazy reklam, obowiązkowe badania BMI czy programy integrujące szkoły i samorządy – które przyniosły wymierne efekty. Polska, mimo formalnego uznania problemu za priorytet, nie osiągnęła podobnych rezultatów. Otyłość dziecięca generuje nie tylko koszty zdrowotne, lecz także straty gospodarcze wynikające z obniżonej produktywności przyszłych pokoleń. Analiza ostatnich 20 lat pokazuje, że Polska stworzyła solidne fundamenty edukacyjne (prewencja pierwotna), lecz nie zbudowała spójnego systemu interdyscyplinarnego. Aby odwrócić trend, konieczne są działania systemowe – regulacje prawne, ogólnopolskie kampanie, integracja szkół i ochrony zdrowia oraz długofalowe finansowanie.

W latach 2005–2025 na poziomie krajowym dominowały programy ramowe i edukacyjne. Najważniejszym dokumentem był *Narodowy Program Zdrowia* (2007–2015, 2016–2025), który wskazywał redukcję otyłości jako priorytet, lecz brakowało mu operacyjności. Program *Trzymaj Formę* (2006–2022) objął tysiące szkół i zwiększył wiedzę uczniów, ale nie wpłynął na wskaźniki BMI. Pojawiły się też inicjatywy cyfrowe, jak *8 tygodni do zdrowia* (od 2020), oraz pierwsze projekty kliniczne – *DINO-PL* i *Health4EUkids* – o ograniczonym zasięgu.

Na poziomie regionalnym wprowadzono pierwsze programy kliniczne. W łódzkim od 2023 roku działa interdyscyplinarny program leczenia otyłości dziecięcej, a w Wielkopolsce od 2025 roku rozpoczęto podobny projekt. Na Pomorzu realizowano kompleksowy program współfinansowany z funduszy UE, obejmujący badania przesiewowe, konsultacje i zajęcia ruchowe. Wcześniej, w mazowieckim (2009–2014), prowadzono program *Zdrowe Mazowsze* o charakterze edukacyjnym.

Na poziomie lokalnym dominowały krótkotrwałe inicjatywy edukacyjne i rodzinne. Warszawa realizowała program *Zdrowe Dzieci* (2010–2013, 2018–2021), Wrocław prowadził warsztaty rodzinne i zajęcia ruchowe (2010–2025), a Kraków organizował zajęcia sportowe dla dzieci z nadwagą (2012–2015, 2019–2022). Programy te skutecznie diagnozowały problem i zwiększały świadomość, lecz nie zapewniały trwałego leczenia.

W efekcie Polska stworzyła szeroką bazę działań edukacyjnych, rozpoczęła pierwsze programy kliniczne i wprowadziła elementy cyfryzacji. Jednak brak centralnej koordynacji, krótkotrwałość finansowania, nierówności terytorialne i brak systematycznej ewaluacji sprawiły, że efekty zdrowotne były ograniczone.

Polskie programy przeciwdziałania otyłości dziecięcej w latach 2005–2025 okazały się jednak mało skuteczne z powodu szeregu powtarzających się błędów systemowych. Najważniejszym problemem był brak spójnej ścieżki klinicznej – szkoły diagnozowały problem, ale nie istniał mechanizm kierowania dzieci do POZ i dalej do specjalistów. W efekcie działania kończyły się na edukacji, bez realnej terapii. Drugim ograniczeniem była niska intensywność interwencji. Dominowały kampanie informacyjne i konkursy, które zwiększały świadomość, ale nie zmieniały nawyków. Brakowało regularnych konsultacji rodzinnych, planów żywieniowych i wsparcia psychologicznego. Dopiero po 2021 roku pojawiły się pierwsze próby interdyscyplinarnych modeli klinicznych, lecz ich zasięg był niewielki.

Istotnym problemem były także krótkie horyzonty finansowe – finansowanie większości inicjatyw miało charakter krótkotrwały – zwykle dwu lub trzyletni – i było powiązane z cyklami grantowymi oraz kadencjami władz. **Nawet dobrze zaprojektowane programy kończyły się bez kontynuacji, ponieważ brakowało mechanizmu przedłużania działań, które wykazały skuteczność. Środki były rozpraszane na wiele małych projektów zamiast koncentrować się na kilku dużych i systemowych.** Co istotne, finansowanie nie było powiązane z efektami zdrowotnymi – programy rozliczano z liczby uczestników i poprawności dokumentacji, a nie z realnych wskaźników, takich jak spadek BMI czy wzrost aktywności fizycznej. Podsumowując, system wytworzył dobre podłoże w edukacji i rozpoznawalności problemu, ale nie tworzył intensywnej, rodzinno-klinicznej ścieżki zmiany zachowań.

Przejście od edukacji do pierwszych programów klinicznych

Ewolucja działań w Polsce przebiegała w trzech fazach.

Faza edukacyjna (2005–2018) – dominowały programy szkolne i kampanie informacyjne (*Trzymaj Formę, Zdrowo jem, więcej wiem*). Ich efekty ograniczały się do wzrostu świadomości.

Faza lokalno-rodzinna (2019–2022) – pojawiły się inicjatywy samorządowe w Warszawie, Wrocławiu i Krakowie, które angażowały rodziny w warsztaty i zajęcia ruchowe. Był to krok w stronę personalizacji działań, jednak programy te były krótkotrwałe, ograniczone terytorialnie i pozbawione stabilnego finansowania. Równolegle NFZ uruchomił program *8 tygodni do zdrowia*, wykorzystujący elementy cyfryzacji, choć nie był on dedykowany dzieciom.

Faza interdyscyplinarno-kliniczna (2023–2025) – rozpoczęto pierwsze programy obejmujące diagnostykę i terapię, takie jak *DINO-PL*, program w województwie łódzkim czy kompleksowe działania w Pomorskiem i Wielkopolsce. Był to jakościowy przełom, jednak ich zasięg pozostawał ograniczony i zależny od miejsca zamieszkania.

Doświadczenia z lat 2005–2025 jasno pokazują, że Polska stoi dziś na rozdrożu – między kontynuacją działań fragmentarycznych a budową spójnego systemu przeciwdziałania otyłości dziecięcej. Dotychczasowe programy edukacyjne zwiększały świadomość, lecz nie prowadziły do trwałej zmiany zachowań. Inicjatywy lokalne i rodzinne były wartościowe, ale krótkotrwałe i ograniczone terytorialnie. Pierwsze próby kliniczne ujawniły potencjał interdyscyplinarnego podejścia, jednak ich zasięg pozostawał niewielki.

Rekomendacje w zakresie ograniczenia palenia i picia alkoholu u dzieci i młodzieży oraz ograniczenia występowania otyłości.

Przykłady dobrych praktyk.

Rekomendacje muszą łączyć politykę regulacyjną i egzekucję (ograniczenie dostępności i atrakcyjności produktów) z praktyką kliniczną i szkolną (wczesna identyfikacja, interwencje ukierunkowane na młodzież i rodzinę).

I. Ograniczanie palenia/wapowania: priorytety regulacyjne i egzekucyjne

1. Jednorazowe e-papierosy: szybkie ograniczenie podaży i atrakcyjności

- 1.1. Kroki egzekucyjne wobec sprzedaży „na odległość” i nielegalnej dystrybucji (koordynacja: sanepid, Policja, KAS, UOKiK, UDSC, prokuratura), równolegle do procesu legislacyjnego (analogicznego do „dopalaczy”). Priorytetem jest całkowite przecięcie kanałów dystrybucyjnych, które omijają zakaz sprzedaży nieletnim.
- 1.2. Zakaz aromatów przyciągających nieletnich, zgodnie z najnowszym głosem WHO (maj 2025) i dowodami, że smaki napędzają inicjację i „maskują” ostrość.²²

2. Kontrola rynku i standardy jakości.

- 2.1. Wymóg jednoznacznej informacji o składzie i parametrach urządzeń (moc, liczba zaciągnięć, stężenie nikotyny); próbkowanie produktów pod kątem metali i aldehydów; sankcje za niezgłoszone lub przekroczone stężenia.
- 2.2. Wprowadzenie obowiązku potwierdzenia deklarowanego składu przez polską instytucję toksykologiczną przed wprowadzeniem na rynek.
- 2.3. Systemowe rozwiązanie zbiórki elektroodpadów (jednorazówki to plastik plus elektronika plus chemikalia; w 2023 r. masa odpadów w Polsce mogła sięgać ~2,5 tys. ton, plus e-papierosy, podgrzewacze tytoniu)¹.

3. Ograniczenie dostępności, w tym dla nieletnich.

- 3.1. Skuteczna, standaryzowana weryfikacja wieku (obowiązek sprawdzenia dowodu przy każdej transakcji; testy „tajemniczego klienta”; dotkliwe kary i cofnięcie koncesji). Strefy ochronne wokół szkół (eliminacja sprzedaży i ekspozycji w promieniu co najmniej 150 m).
- 3.2. Wprowadzenie koncesjonowania punktów sprzedaży całej grupy wyrobów połączone z zakazem ekspozycji w miejscu sprzedaży.
- 3.3. Zakaz reklamy publicznej i ekspozycji produktów nikotynowych oraz ograniczenie „pakietów” promocyjnych; ujednolicenie zasad dla wszystkich formatów i miejsc dystrybucji.
- 3.4. Ograniczenie ekonomiczne (wyrównanie schematu naliczania akcyzy z efektem wzrostu ceny i spadku dostępności najtańszego alkoholu).

²² <https://www.who.int/news/item/30-05-2025-who-calls-for-urgent-action-to-ban-flavoured-tobacco-and-nicotine-products>

II. Ograniczanie picia alkoholu: kierunki systemowe

1. Zmniejszenie realnej dostępności

- 1.1. Jednolite obostrzenia dla wszystkich napojów alkoholowych i ich bezalkoholowych odpowiedników pod marką alkoholi.
- 1.2. Strefy ochronne wokół szkół (eliminacja sprzedaży i ekspozycji w promieniu co najmniej 150 m.
- 1.3. Analogicznie jak w punkcie 3.1 - weryfikacja wieku przy każdej transakcji plus szkolenia sprzedawców plus egzekucja (kary, cofnięcie zezwoleń).

2. Redukcja ekspozycji marketingowej i sponsoringu

- 2.1. Zakaz publicznej reklamy wszystkich napojów alkoholowych oraz odpowiedników „0%” pod marką alkoholu; ograniczenie „pakietów” promocyjnych.
- 2.2. Zakaz sponsoringu wydarzeń społecznych w tym imprez sportowych i konkretnych osób.
- 2.3. Ochrona w internecie: ograniczenie docierania treści promocyjnych do nieletnich (platformowe oznaczanie, filtry wiekowe, audyt algorytmów i targetingu).

3. Edukacja i wzmocnienie środowisk wychowawczych

- 3.1. Obowiązkowa edukacja zdrowotna w szkołach (programy EBM; kompetencje życiowe, asertywność, regulacja emocji; aktywne formy spędzania czasu).
- 3.2. Kampanie informacyjne dla dorosłych (rodzice, nauczyciele) o ryzykach wczesnej inicjacji, szkodliwości „częstowania” w domu, roli modelowania zachowań.
- 3.3. Programy lokalne i szkolenia dla kadr oświaty, rozpoznawanie wczesnych sygnałów, krótkie interwencje, ścieżki kierowania do pomocy.

4. Rekomendacje ekonomiczne

- 4.1. Modyfikacja akcyzy i innych obciążeń, bieżąca w miarę analizy głównego czynnika inicjacji i najczęstszej grupy alkoholi wśród nieletnich. Zwiększenie ceny najtańszych alkoholi (młodzież to grupa szczególnie cenowo-czuła).
- 4.2. Zakaz promocji konsumenckich (np. 6+6).

5. Rekomendacje metodyczne i zarządcze

- 5.1. Obowiązkowa ocena skutków regulacji (OSR) z perspektywy zdrowia publicznego dla każdej istotnej nowelizacji.
- 5.2. Monitoring epidemiologiczny inicjacji i wzorców używania (pilotáže, ewaluacje, raportowanie roczne), wsparte analizą danych administracyjnych (kontrole, sankcje).

III. Ograniczenie otyłości.

1. W krótkim horyzoncie (0–12 miesięcy) - wprowadzenie minimalnych standardów żywienia i aktywności w szkołach.

- 1.1. Eliminowanie słodzonych napojów i produktów wysokoprzetworzonych ze sklepików i stołówek.
- 1.2. Zapewnienie codziennej aktywności fizycznej o wymiarze co najmniej 60 minut.
- 1.3. Szkolenie nauczycieli i personelu stołówek.

- 1.4. Kontrola wskaźnika BMI dzieci.
2. **W średnim horyzoncie (1–3 lata) - rozszerzenie ścieżki opieki i wzmocnienie regulacji.**
 - 2.1. Refundacja porad dietetycznych i psychologicznych dla dzieci z nadwagą i otyłością.
 - 2.2. Pilotáže w gminach wysokiego ryzyka, które nadzorują POZ, szkoły.
 - 2.3. Rozszerzenie opłaty cukrowej na wszystkie grupy produktów (m.in. czekolada, wyroby czekoladowe, cukierki, wyroby ciastkarskie, pieczywo cukiernicze lody).
 - 2.4. Ograniczenie marketingu niezdrowej żywności skierowanego do dzieci, obejmujące telewizję, Internet i przestrzeń publiczną.
 - 2.5. Implementacja prostego systemu etykietowania żywności.
3. **W długim horyzoncie (3–5 lat) kluczowa jest integracja systemu i redukcja nierówności.**
 - 3.1. Inwestycja w infrastrukturę aktywności codziennej w gminach o najgorszych wskaźnikach.

IV. Przykłady dobrych praktyk

PAPIEROSY

Australia była pierwszym krajem, który wprowadził standaryzowane („plain”) opakowania papierosów, badania „real-world” wykazują **po ich wdrożeniu zmniejszenie atrakcyjności wyrobów, zwiększoną widoczność ostrzeżeń zdrowotnych oraz redukcję przekonania o „łagodniejszych” markach (Tobacco in Australia, 2023). Równolegle, dane za rok 2022/23 wykazują, że rozpowszechnienie palenia wśród nastolatków osiągnęło najniższy poziom od początku pomiarów, a wiek pierwszej próby przesunął się w górę** (Tobacco in Australia, 2024). W zakresie e-papierosów wprowadzono zakaz importu jednorazowych urządzeń od 1 stycznia 2024 oraz nowe standardy produktowe ograniczając sprzedaż produktów tylko do aptek i określając jedynie określone smaki (mint/menthol/tobacco) (TGA Australia, 2023–2025).

Wniosek dla Polski: ujednolicić wygląd wszystkich kategorii (w tym HTP/pody), powiększyć ostrzeżenia, dodać elementy „negatywnej atrakcyjności” (ciemne, matowe tła), zintegrować z kontrolą ekspozycji. Bardzo twarde ograniczenie podaży plus koordynacja służb (celno-skarbowe, sanitarne, policja) przeciwko nielegalnemu obrotowi.

W Wielkiej Brytanii Tobacco and Vapes Bill 2024/25 wprowadza zakaz sprzedaży tytoniu osobom urodzonym po 2008 r. („generacyjny” zakaz), dodatkowe uprawnienia do regulowania ekspozycji i marketingu vape’ów oraz możliwość tworzenia stref wolnych od dymu i aerozolu. Ustawa przeszła kluczowe etapy w Izbie Gmin w 2024–2025 i jest procedowana²³.

Wniosek dla Polski: **zasadne jest rozważenie wprowadzenia mechanizmu polegającego na stopniowym „wiekowym domknięciu rynku” wyrobów tytoniowych, w połączeniu z kompleksową i spójną regulacją rynku**, obejmującą m.in. zasady dotyczące marketingu,

²³ House of Commons Library. (2025). Tobacco and Vapes Bill 2024-25: Progress of the Bill [Briefing]. UK Parliament. <https://commonslibrary.parliament.uk/research-briefings/cbp-10150/>

dostępnych smaków, ekspozycji w punktach sprzedaży oraz wyznaczania stref wolnych od aerozolu nikotynowego.

Belgia **jako pierwszy kraj UE zakazała sprzedaży jednorazowych e-papierosów od 1.01.2025** (argument zdrowotny i środowiskowy). Równolegle wprowadza zakaz ekspozycji (display ban) i testy „tajemniczego klienta”, kontrole ujawniają, że większość przejętych w szkołach urządzeń to produkty nielegalne (m.in. jednorazówki)²⁴.

Wniosek dla Polski: prosty, egzekwowalny przekaz regulacyjny („zakaz jednorazówek plus zakaz ekspozycji”), z audytami w szkołach i mystery shopping.

Metaanalizy i badania ekonometryczne w stanach Zjednoczonych wskazują, że polityka T21 obniża używanie wśród uczniów szkół średnich i redukuje przyszłą przedwczesną śmiertelność, przy czym kluczowe jest egzekwowanie regulacji (różna jakość wdrożenia pomiędzy stanami). Równolegle FDA/DOJ utworzyły w 2024 r. międzyagencyjną grupę do zwalczania nielegalnego obrotu głównie e-papierosami (ostrzeżenia, konfiskaty). Wymaga to uzupełnienia o inne instrumenty (np. podatki, display ban, kontrola podaży)²⁵.

Wniosek dla Polski: rozważyć T21 w pakiecie z kontrolą sprzedaży na odległość oraz twardą egzekucją (kary administracyjne plus cofnięcia zezwoleń). **Zakaz smaków TAK, ale przede wszystkim równy we wszystkich grupach produktów i łącznie z ograniczeniem dostępności (ceny/podatki, licencje, kanały sprzedaży), by uniknąć wtórnego „przesunięcia” do wyrobów spalanych.**

ALKOHOL

Szkocja wprowadziła MUP – minimalną cenę za jednostkę alkoholu (2018) i w 2023 zakończyła wieloletnią ewaluację: spadek sprzedaży alkoholu, zgonów i hospitalizacji z powodu alkoholu (szczególnie w grupach najciężej pijących), a w 2024 r. rząd podniósł MUP do 65 pensów za jednostkę, by utrzymać realną siłę bodźca cenowego. To jedno z najlepiej udokumentowanych narzędzi redukujących szkody i nierówności zdrowotne²⁶.

Wniosek dla Polski: wdrożyć MUP z automatyczną indeksacją do inflacji; monitorować sprzedaż/zdrowie w grupach wysokiego ryzyka i w przekroju społeczno-ekonomicznym.

Litwa w ostatniej dekadzie wdrożyła podwyżki akcyzy, ograniczenia godzin sprzedaży, wyłączenie sprzedaży na stacjach oraz niemal całkowity zakaz reklamy. WHO relacjonuje spadki śmiertelności i szkód oraz poprawę wskaźników zdrowia publicznego po zaostreżeniach

²⁴ Clean Europe Network. (2025). Belgium the first EU country to ban sale of disposable vapes from 2025. Clean Europe Network. <https://cleaneuropenetwork.eu/en/blog/belgium-the-first-eu-country-to-ban-sale-of-disposable-vapes-from-2025/>

²⁵ U.S. Food and Drug Administration. (2024, June 10). Justice Department and FDA announce federal multi-agency task force to curb the distribution and sale of illegal e-cigarettes. <https://www.fda.gov/news-events/press-announcements/justice-department-and-fda-announce-federal-multi-agency-task-force-curb-distribution-and-sale>

²⁶ Wyper, G. M. A., Mackay, D., Fraser, C., et al. (2023). Evaluating the impact of alcohol minimum unit pricing on alcohol-attributable deaths and hospitalisations in Scotland: A controlled interrupted time series study [Article]. The Lancet, 401(10385), 1315-1322. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)00497-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)00497-X)

(w tym wzrost akcyzy w 2017 r.); najnowsze analizy dokumentują skuteczność zakazu reklamy także w sferze marketingu cyfrowego²⁷.

Wniosek dla Polski: doświadczenia Litwy wskazują, że kompleksowe i skoordynowane podejście regulacyjne obejmujące m.in. podwyżki oraz równość (od każdego grama C₂H₅OH) podatków akcyzowych, ograniczenia godzin sprzedaży, restrykcje dotyczące miejsc sprzedaży oraz szeroki zakaz reklamy może przynieść znaczące korzyści zdrowia publicznego. **Implementacja zintegrowanego pakietu interwencji, w przeciwieństwie do działań punktowych, ma potencjał generowania efektów synergicznych, prowadząc do redukcji szkód zdrowotnych oraz nierówności w zdrowiu. Skuteczność takich działań jest dodatkowo wzmacniana przez konsekwentne egzekwowanie przepisów.**

Kanadyjskie badania naturalnych eksperymentów wykazały, że 10% wzrost minimalnej ceny przekłada się na ~8% spadek całkowitej konsumpcji (Saskatchewan) i spadki przyjęć szpitalnych oraz zgonów przypisywanych alkoholowi (Kolumbia Brytyjska)²⁸.

Wniosek dla Polski: doświadczenia kanadyjskie wskazują, że polityka minimalnej ceny jednostkowej alkoholu może skutecznie redukować konsumpcję i szkody zdrowotne, szczególnie w populacjach wysokiego ryzyka. Zastosowanie zróżnicowanych minimalnych cen w zależności od mocy i objętości napoju alkoholowego, połączone z coroczną indeksacją wartości progowej, pozwala ukierunkować interwencję na produkty oferujące najtańsze „procenty”, a tym samym maksymalizować efekt prewencyjny i ograniczać nierówności zdrowotne.

W Szwecji model Systembolaget (**sprzedaż alkoholu poza gastronomią tylko w sklepach państwowych, krótkie godziny pracy, brak sprzedaży w niedziele, brak reklamy**) wiąże się z **niższą dostępnością i – jak wskazują przeglądy i statystyki – długofalowym spadkiem konsumpcji alkoholu wśród młodzieży**. Uwaga: w 2025 r. wdrożono ostrożną liberalizację sprzedaży ograniczonych ilości bezpośrednio u producentów (on-site), z oceną wpływu po 6 latach; reforma jest kontrowersyjna i monitorowana pod kątem ryzyk zdrowotnych²⁹.

Wniosek dla Polski: wzmocnienie lokalnych limitów godzin i zagęszczenia punktów sprzedaży; jeśli liberalizacja to wyłącznie pilotażowo, z miernikami.

OTYŁOŚĆ

²⁷ World Health Organization. (2023). Implementing “best-buy” alcohol control policies in Lithuania leads to decreases in mortality and improved public health. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Retrieved from <https://www.who.int/about/accountability/results/who-results-report-2020-mtr/country-story/2023/implementing--best-buy--alcohol-control-policies-in-lithuania-leads-to-decreases-in-mortality-and-improved-public-health>

²⁸ Stockwell, T., Churchill, S., Sherk, A., Sorge, J., & Gruenewald, P. (2020). How many alcohol-attributable deaths and hospital admissions could be prevented by alternative pricing and taxation policies? Modelling impacts on alcohol consumption, revenues and related harms in Canada. *Health Promotion and Chronic Disease Prevention in Canada*, 40(5/6), 147–156. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.40.5/6.04>

²⁹ Swedish Agency for Public Health (Folkhälsomyndigheten). (n.d.). Evaluation of the public health impacts of Systembolaget, the Swedish government alcohol monopoly. <https://www.uvic.ca/research/centres/cisur/projects/archive/projects/systembolaget1.php>

Japonia wprowadziła coroczne badania przesiewowe w szkołach i zatrudnianie dietetyków szkolnych, co pozwala na wczesną identyfikację problemu i szybkie wsparcie rodzin.

Korea Południowa zintegrowała edukację zdrowotną z kulturą szkolną, czyniąc ją elementem codziennego życia uczniów.

Australia ograniczyła dostęp do niezdrowej żywności w szkołach i przestrzeni publicznej, równoległe rozwijając programy aktywności fizycznej.

Wielka Brytania połączyła politykę fiskalną (podatek cukrowy) z kampaniami społecznymi, co przyniosło wymierne efekty.

Kanada skoncentrowała się na programach rodzinnych i społecznościowych, angażując rodziców i lokalne instytucje.

Stany Zjednoczone rozwinęły cyfryzację i telemedycynę, wykorzystując aplikacje mobilne, platformy edukacyjne i rywalizację.

Skuteczna odpowiedź zdrowia publicznego na rosnące rozpowszechnienie używania nikotyny, alkoholu i niezdrowej żywności wśród młodzieży wymaga równoległego działania w dwóch komplementarnych obszarach, regulacyjnym i kliniczno-edukacyjnym. Po pierwsze, rozwiązania legislacyjne i ich skuteczna egzekucja stanowią fundament ograniczania dostępności i atrakcyjności substancji psychoaktywnych. Należy tu uwzględnić: ograniczenie lub eliminację sprzedaży jednorazowych e-papierosów, zakaz stosowania aromatów o szczególnym potencjale przyciągania nieletnich, obowiązkową i realną weryfikację wieku nabywcy, tworzenie stref ochronnych wokół placówek edukacyjnych i opiekuńczych, a także ograniczenia marketingowe, w tym zakaz stosowania oznaczeń typu „0%” w kontekście marek alkoholowych, wprowadzenie podatków „od grzechu” na grupy żywności powodującej nadwagę lub inne problemy zdrowotne. Takie podejście ma na celu szybkie i wymierne obniżenie atrakcyjności i dostępności produktów, co w badaniach wiąże się z redukcją inicjacji i częstości używania w populacji nastoletniej. Po drugie, interwencje kliniczne i szkolne stanowią niezbędne uzupełnienie działań systemowych, umożliwiając realną zmianę zachowań i wzmacnianie czynników ochronnych. Włączenie szkół jako naturalnego środowiska młodzieży zwiększa dostępność działań profilaktycznych i ich efektywność, co potwierdzają wyniki metaanaliz.⁵ Tylko zintegrowany pakiet interwencji, obejmujący zarówno regulacje prawne, jak i działania kliniczno-edukacyjne, daje realną szansę na przesunięcie wieku inicjacji, ograniczenie codziennego używania substancji oraz obniżenie długofalowych kosztów zdrowotnych i społecznych.

Opinie i recenzje

dr hab. n. med. i n. o zdr. Dominik Olejniczak

Zakład Zdrowia Publicznego, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Według obowiązującej wiedzy szeroko rozumiane zachowania zdrowotne są główną determinantą zdrowia. Stąd też modyfikacja negatywnych zachowań zdrowotnych stanowi obecnie jedno z głównych wyzwań zdrowia publicznego. Narzędziem realizacji tego celu jest promocja zdrowia; poprzez właściwe planowanie dopasowanych do potrzeb i możliwości populacji działań, należy stwarzać warunki do zmiany negatywnych zachowań i jednocześnie dążyć do aktywizacji społeczeństwa w tym obszarze. Wybór priorytetów nie jest tu łatwy, ponieważ spektrum zachowań, mających decydujący wpływ na stan zdrowia jest niezwykle szerokie. W takiej sytuacji na znaczeniu zyskują wszelkie opracowania, mogą pomóc w określeniu priorytetów, a także wskazujące pożądane kierunki działań, oparte na idei *Evidence Based Public Health*. Warunki te spełnia Raport, zatytułowany „Palenie papierosów, picie alkoholu i otyłość wśród dzieci i młodzieży, stan obecny i rekomendacje”. Wskazuje on na główne obszary do zabezpieczenia, które jednocześnie w szczególnie silny sposób oddziałują na zdrowie dzieci i młodzieży. Wpisuje się to w ideę dbania o zdrowie od najmłodszych lat, budując jednocześnie potencjał zdrowotny i odpowiedzialność za własne zdrowie, co pokrywa się także z kierunkiem działań Światowej Organizacji Zdrowia.

Warto podkreślić, iż skuteczne rozwiązania, zmierzające do poprawiania i umacniania stanu zdrowia społeczeństwa powinny obejmować nie tylko edukację zdrowotną, ale też- szczególnie w obszarze nikotynizmu i spożywania alkoholu- rozwiązania legislacyjne. Stąd też ze wszech miar uzasadnione jest korzystanie z tzw. przykładów dobrych praktyk z krajów, posiadających doświadczenie w tym zakresie- właśnie ten element (obok aktualnych danych epidemiologicznych Polski i świata) stanowi o sile niniejszego opracowania. Warto podkreślić, iż w analizach, rozważaniach i rekomendacjach wzięto pod uwagę polskie uwarunkowania kulturowe i prawne, co skutkuje wypracowaniem niezwykle precyzyjnych rekomendacji i wniosków, mogących z powodzeniem stanowić podstawę do walki z wyżej wymienionymi problemami zdrowotnymi.

Tak szczegółowe a zarazem przystępne i praktyczne opracowanie może stanowić podstawę do działania dla decydentów, ale także pełnić znaczącą rolę w procesie kształcenia absolwentów kierunku zdrowie publiczne, jako wartościowy materiał poglądowy, wzbogacony o precyzyjne wnioski rekomendacje.

dr hab. n. o zdr. Piotr Romaniuk, prof. ŚUM

kierownik Zakładu Polityki Zdrowotnej ŚUM

Raport „Palenie papierosów, picie alkoholu i otyłość wśród dzieci i młodzieży, stan obecny i rekomendacje” w sposób kompleksowy przedstawia najważniejsze problemy zdrowia publicznego, z którymi boryka się Polska w kontekście funkcjonowania młodego pokolenia i perspektyw rozwojowych populacji dzieci i młodzieży. Zaprezentowano dane ukazujące skalę

problemu, przedstawiające zdecydowanie daleki od optymizmu obraz rzeczywistości w Polsce, pod wieloma względami niekorzystnie wybijający się na tle innych państw i jednocześnie dość jednoznacznie pokazujący pilną potrzebę wdrożenia spójnej strategii systemowej redukcji niekorzystnych trendów związanych z konsumpcją wyrobów nikotynowych, alkoholu oraz zachowaniami sprzyjającymi nadwadze i otyłości. Z perspektywy polityki zdrowotnej obraz ten staje się bolesnym dowodem inercji procesów decyzyjnych, gdzie pomimo dysponowania szeregiem przykładów dobrych praktyk międzynarodowych, rzetelnego rozpoznania skali i charakteru problemu, wraz ze wskazaniem doniosłości negatywnych konsekwencji, które przynosi, brak jest skutecznych inicjatyw podejmowanych na poziomie określania priorytetów polityki zdrowotnej państwa, które mogłyby stać się fundamentem efektywnej interwencji i prewencji.

Wśród najbardziej niepokojących faktów podnoszonych w Raporcie bez wątpienia jest ten, który wskazuje Polskę jako należącą do krajów o najniższym średnim wieku inicjacji papierosowej i alkoholowej. Równie alarmujące jest systematyczne obniżanie się tego wieku na przestrzeni ostatnich dekad. W tym samym stopniu niekorzystne są trendy dotyczące występowania otyłości wśród dzieci i młodzieży i związanych z nią negatywnych zachowań zdrowotnych, w tym – żywieniowych. Zjawiska te źle rokują w kontekście możliwości redukcji uzależnień na późniejszych etapach życia, a w skali populacyjnej – możliwości obniżenia niekorzystnych wartości współczynników epidemiologicznych dotyczących przewlekłych chorób niezakaźnych stanowiących najważniejszą przyczynę zgonów i utraconych potencjalnych lat życia.

W pełni zgadzam się z rekomendacjami Autorów raportu sugerującymi konieczność skutecznego łączenia polityki regulacyjnej z egzekucją prawnych wymagań związanych z dystrybucją szkodliwych produktów, a także z doskonaleniem praktyki klinicznej oraz związanej z wdrażaniem interwencji z zakresu zdrowia publicznego nakierowanych na sektor edukacji, ale przede wszystkim – na środowisko rodzinne. Konieczne jest wdrożenie skoordynowanych rozwiązań z obszaru polityki fiskalnej i dotyczącej dostępności wyrobów tytoniowych, alkoholu oraz tzw. śmieciowego jedzenia, w jednoznaczny sposób obniżających atrakcyjność tego rodzaju używek. Działaniom takim towarzyszyć musi kształtowanie sprzyjającego zdrowym wyborom środowiska, w tym ograniczanie ekspozycji młodych osób na reklamę i marketing takich wyrobów, a także budowanie pozytywnego obrazu zachowań prozdrowotnych. Istotne jest zastosowanie narzędzi dobrze osadzonych w dowodach naukowych dotyczących ich skuteczności oraz muszą im towarzyszyć adekwatne instrumenty krótko- i długoterminowej ewaluacji, w tym – bezpośrednio uwzględniające monitoring stanu zdrowia i zachowań zdrowotnych młodych ludzi.

Z perspektywy procesów decyzyjnych służących zastosowaniu takich instrumentów kluczowa jest nie tylko konsekwentność wdrażanych polityk, lecz także zbudowanie odporności tych procesów na niekorzystny wpływ grup interesu oraz podjęcie działań służących budowaniu wsparcia kluczowych interesariuszy. Specyfika kultury społecznej i politycznej cechującej polską rzeczywistość może stanowić istotny czynnik ograniczający możliwość szybkiego wdrożenia najbardziej radykalnych rozwiązań, dlatego też konieczna jest ich świadoma adaptacja do krajowego kontekstu i przyjęcie perspektywy długofalowej. Tylko w takich okolicznościach możliwym stanie się odwrócenie niekorzystnych trendów i zbudowanie sprzyjającego zdrowiu środowiska funkcjonowania młodego pokolenia Polaków.

dr hab. Łukasz Rypicz

Zakład Zdrowia Publicznego, Uniwersytet Medyczny im Piastów Śląskich we Wrocławiu

Z perspektywy zdrowia publicznego przedstawiony raport jest niezwykle cennym i potrzebnym opracowaniem, które w sposób kompleksowy opisuje trzy kluczowe obszary ryzyka zdrowotnego wśród dzieci i młodzieży – palenie tytoniu, spożywanie alkoholu oraz narastającą otyłość. To problemy, które w istocie współtworzą wspólny krajobraz zagrożeń zdrowia populacyjnego i mają charakter systemowy, a nie jednostkowy. Autorzy słusznie zwracają uwagę, że wszystkie te zjawiska łączy wspólny mianownik – **zbyt wczesna inicjacja zachowań ryzykownych, brak spójnej edukacji zdrowotnej oraz niedostateczna koordynacja działań profilaktycznych na poziomie państwa.**

Patrząc przez pryzmat zdrowia publicznego, szczególnie ważne jest podkreślenie, że wczesne doświadczenie kontaktu z substancjami psychoaktywnymi lub utrwalone wzorce zachowań niezdrowych, takich jak nadmierne spożycie cukru czy brak aktywności fizycznej, stają się fundamentem dla rozwoju chorób przewlekłych w dorosłości – cukrzycy, nadciśnienia, nowotworów

i zaburzeń psychicznych. Wczesna profilaktyka ma więc znaczenie nie tylko medyczne, ale również społeczne i ekonomiczne. Koszty zaniechań w tym obszarze są ponoszone przez całe społeczeństwo – w postaci skróconej długości życia, spadku produktywności i rosnących wydatków na leczenie.

Raport w trafny sposób ukazuje, że mimo posiadanej wiedzy i licznych badań wskazujących na skuteczność działań prewencyjnych, profilaktyka w Polsce wciąż nie stanowi elementu stabilnej polityki zdrowotnej. Działania edukacyjne mają często charakter rozproszony, zależny od inicjatywy lokalnej lub projektów czasowych, podczas gdy **skuteczna profilaktyka wymaga systemowego, długofalowego podejścia – a w tym przypadku kluczowa jest współpraca międzysektorowa.** Brakuje ogólnokrajowego programu koordynującego działania różnych resortów – zdrowia, edukacji, finansów i samorządów – w oparciu o wspólne cele i mierzalne wskaźniki.

Nie można pominąć faktu, że dzieci i młodzież dorastają dziś w środowisku silnie nasyconym przekazami marketingowymi promującymi używanie substancji i konsumpcję produktów szkodliwych zdrowotnie. To właśnie w tym kontekście edukacja zdrowotna nabiera nowego znaczenia – powinna obejmować nie tylko wiedzę o szkodliwości substancji, ale także rozwijanie krytycznego myślenia, kompetencji emocjonalnych i umiejętności rozpoznawania mechanizmów manipulacji w mediach. Współczesna profilaktyka to nie tylko przekazywanie informacji, lecz budowanie odporności psychicznej i społecznej wobec presji środowiskowej.

Zasadniczym postulatem wynikającym z raportu, z którym w pełni się utożsamiam, jest konieczność wprowadzenia **obowiązkowej edukacji zdrowotnej** w szkołach – opartej na dowodach naukowych, spójnej programowo, prowadzonej przez odpowiednio przygotowanych specjalistów. Edukacja ta powinna rozpoczynać się już w młodszych klasach, a jej treści powinny być stopniowane i dostosowane do poziomu rozwojowego uczniów. Jednocześnie działania te muszą obejmować również rodziców i nauczycieli, by **stworzyć spójne środowisko wspierające.** Dziecko, które w domu słyszy przekaz sprzeczny z tym, co wynosi ze szkoły, pozostaje w poznawczym konflikcie – a wówczas skuteczność profilaktyki drastycznie maleje.

Współczesne wyzwania zdrowia publicznego wymagają odwagi w podejmowaniu decyzji – zarówno w ograniczaniu dostępności i reklamy substancji, jak i w inwestowaniu w edukację. Profilaktyka to nie koszt, lecz inwestycja w zdrowie społeczeństwa. Niniejszy dokument jasno pokazuje, że Polska potrzebuje zintegrowanego systemu działań, opartego na nauce, empatii i długofalowej wizji.