



Minister
Zdrowia

ZPP.050.54.2026.DLD

Warszawa, 11 czerwca 2026

Pan

Włodzimierz Czarzasty

Marszałek Sejmu

Rzeczypospolitej Polskiej

Szanowny Panie Marszałku,

odpowiadając na interpelację nr 17222, złożoną przez Pana Bartłomieja Wróblewskiego, Posła na Sejm Rzeczypospolitej Polskiej, oraz grupę Posłów, w sprawie badań dotyczących wskaźnika umieralności w Polsce, uprzejmie proszę o przyjęcie poniższych informacji.

Odpowiadając na pytanie pierwsze uprzejmie informuję, że dane przytoczone przez Panią dr n. med. Bogusławę Bukowską, Dyrektora Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom (KCPU), zawarte w cytowanym fragmencie wypowiedzi, opierają się na wynikach badań Eurostat dotyczących standaryzowanych współczynników zgonów dla kobiet i mężczyzn w wieku poniżej 75 lat z powodu przyczyn bezpośrednio związanych z konsumpcją alkoholu, w Polsce i pozostałych krajach UE-27 w 2022 r. Dokładniejsze omówienie tych danych w kontekście zmian poziomu umieralności z powodu przyczyn bezpośrednio związanych z konsumpcją alkoholu w Polsce w latach 1999-2023 oraz w odniesieniu do innych krajów UE można znaleźć w zrealizowanej na zlecenie KCPU analizie pn. „Najważniejsze skutki zdrowotne w populacji Polski związane ze spożywaniem alkoholu” autorstwa dr. Bogdana Wojtyniaka i Jakuba Stokwiszewskiego.

Należy podkreślić, że zależność pomiędzy poziomem konsumpcji alkoholu a poziomem szkód zdrowotnych i społecznych spowodowanych jego używaniem jest kwestią złożoną. Nawet w przypadku krajów, w których poziom konsumpcji alkoholu zbliżony jest do średniej europejskiej, poziom szkód może być znacznie wyższy od średniej, jak to ma miejsce w przypadku Polski. Na różnice w poziomach szkód zdrowotnych przy zbliżonym poziomie konsumpcji wpływa wiele czynników, przy czym do najważniejszych należą wzory

konsumpcji alkoholu (czyli style picia – częstotliwość picia, ilość alkoholu spożywana przy jednej okazji, częstotliwość upijania się). Chociaż widoczna jest unifikacja wzorów picia w krajach europejskich¹, to w Polsce nadal wyraźny jest tzw. północno-wschodni wzór picia, który polega na spożywaniu dużych dawek alkoholu w krótkim czasie oraz częstym upijaniu się. To ten model picia niesie ze sobą znacznie wyższe ryzyko nagłych zatruc alkoholem, urazów związanych z konsumpcją alkoholu oraz nagłych zgonów² niż tzw. model śródziemnomorski. Istotną rolę odgrywają także czynniki społeczno-ekonomiczne, dostęp do opieki zdrowotnej, stan zdrowia, styl życia, poziom konsumpcji nielegalnego alkoholu oraz polityka alkoholowa, która reguluje między innymi kwestie związane z poziomem dostępności fizycznej i ekonomicznej alkoholu.

W odniesieniu do pytania: „czy wysoka umieralność spowodowana konsumpcją alkoholu nie jest także rezultatem chorób towarzyszących”, należy podkreślić, że według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) istnieje co najmniej 30 schorzeń, które nie występowałyby bez spożywania alkoholu. Należą do nich między innymi alkoholowa choroba wątroby, Spektrum Płodowych Zaburzeń Alkoholowych (FASD), alkoholowe zapalenie trzustki czy zatrucie alkoholem³. Alkohol działa destrukcyjnie na cały organizm, a w połączeniu z istniejącymi już obciążeniami zdrowotnymi wywołuje efekt synergii, drastycznie zwiększając ryzyko ciężkich powikłań. Nie oznacza to, że w takich przypadkach wyłącznie inne choroby są odpowiedzialne za wysoką umieralność, a rola alkoholu jest mniej istotna. To konsumpcja alkoholu powoduje wystąpienie choroby lub pogorszenie stanu zdrowia w przypadku już istniejących chorób. Komisja Europejska podkreśla, że „szkodliwe skutki spożywania alkoholu, które stanowią jeden z głównych problemów zdrowia publicznego w UE, są przyczyną ponad 7 proc. wszystkich zachorowań i przedwczesnych zgonów”⁴. Najbardziej szkodliwe działanie alkoholu można zaobserwować w przypadku chorób wątroby (np. stłuszczenie, zapalenie), chorób układu krążenia, chorób nowotworowych, cukrzycy oraz problemów zdrowia psychicznego (depresji, zaburzeń lękowych, choroby afektywnej dwubiegunowej)^{5, 6}. Alkohol jest substancją kancerogenną i został zaklasyfikowany przez WHO do najwyższej kategorii czynników rakotwórczych (grupa 1). Zwiększa ryzyko zachorowania m.in. na raka piersi, jelita grubego, przełyku, wątroby i gardła. W przypadku chorób wątroby, chorób układu krążenia oraz chorób

¹ Moskalewicz, J., Room, R., & Thom, B. (Red.). (2016a). *Comparative monitoring of alcohol epidemiology across the EU. Baseline assessment and suggestions for future action. Synthesis report*. (I). Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.

<http://www.rarha.eu/NewsEvents/LatestNews/Pages/details.aspx?itemId=36>.

² Artykuł Rooma i Mäkelä z 2000 r. „Typologies of the cultural position of drinking.” *Journal of Studies on Alcohol* 61 (3): strony 475–83.

³ <https://www.who.int/europe/news-room/fact-sheets/item/alcohol-use>.

⁴ https://health.ec.europa.eu/alcohol/overview_pl.

⁵ <https://www.who.int/europe/news-room/fact-sheets/item/alcohol-use>.

⁶ <https://www.psychiatriapolska.pl/pdf-58029-79211?filename=79211.pdf>.

nowotworowych istnieje bezpośredni związek między ilością spożywanego alkoholu a ryzykiem zachorowania lub zgonu z ich powodu – im więcej spożywanego alkoholu, tym większe ryzyko. Należy podkreślić, że ryzyko nie dotyczy wyłącznie osób spożywających znaczne ilości alkoholu – zgodnie ze stanowiskiem Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) nie istnieje bezpieczna ilość alkoholu, która nie wpływa negatywnie na organizm. Alkohol spożywany nawet w umiarkowanych ilościach jest szkodliwy dla zdrowia⁷. Ponadto, alkohol wchodzi w silne interakcje z lekami, co w przypadku chorób współwystępujących również ma ogromne znaczenie i niesie dodatkowe zagrożenia dla zdrowia.

W odniesieniu do pytania, w jaki sposób to, że w raporcie NIZP PZH-PIB z 2025 r. wskazane jest, że „poziom wykształcenia bardzo silnie różnicuje zagrożenie życia z powodu zewnętrznych przyczyn zgonu oraz szansę na niedokładnie określoną przyczynę zgonu” wpływa na wiarygodność przedstawionych przez Panią Dyrektor Bogusławę Bukowską badań, należy zauważyć, że w przytoczonym raporcie nie podano, jakiego odsetka zgonów dotyczy „szansa na niedokładnie określoną przyczynę zgonu” i na ile ten problem jest istotny w kontekście całej populacji. Warto podkreślić także, że oficjalne dane Eurostatu to tzw. wskaźniki zgonów *wholly-attributable* (w pełni przypisywalnych chorobom alkoholowym). Oznacza to, że uwzględniają one tylko te przypadki, gdzie alkohol jest bezpośrednią przyczyną wpisaną w dokumentacji medycznej. Metodologia ta nie obejmuje szerokiej gamy tzw. zgonów częściowo przypisywalnych alkoholowi, takich jak wypadki komunikacyjne, utonięcia czy samobójstwa, w których spożywanie alkoholu mogło odegrać kluczową rolę, ale nie zostało to wpisane jako bezpośrednia jednostka chorobowa na karcie zgonu. Nie ma zatem możliwości, żeby w zestawieniach znalazły się dane dotyczące zgonów, w przypadku których przyczyna nie została dokładnie określona lub nie miała bezpośredniego związku z chorobą alkoholową. Więcej informacji na temat metodologii badań Eurostat dotyczących przyczyn zgonów znajduje się na stronie:

https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Causes_of_death_statistics_-_methodology. Niezależnie od powyższego należy wskazać, że według

opracowania PAN zagrożenie życia mężczyzn z najniższym wykształceniem z powodu przyczyn bezpośrednio związanych z konsumpcją alkoholu było około **dziewięciokrotnie wyższe** niż u mężczyzn z wykształceniem wyższym⁸.

Odpowiadając na pytanie trzecie uprzejmie informuję, że w Ministerstwie Zdrowia trwają prace nad kolejną wieloletnią edycją Narodowego Programu Zdrowia (NPZ). Prace te koncentrują się na podniesieniu efektywności realizowanych interwencji zdrowia publicznego, w jeszcze większym stopniu odnosząc się do kluczowych czynników ryzyka

⁷ <https://www.who.int/europe/news/item/04-01-2023-no-level-of-alcohol-consumption-is-safe-for-our-health>

⁸ Moskalewicz J., Wojtyński B. Alkohol na przełomie wieków - Polskie Zdrowie 2.0. Rekomendacje strategiczne na lata 2023-2027. Komitet Zdrowia Publicznego PAN, Policy Brief nr II.2B, Warszawa 2024.

wielu chorób. W planowanej nowej edycji NPZ zostanie szeroko uwzględniona problematyka walki z nadwagą i otyłością, traktując ten obszar jako jeden z kluczowych priorytetów. Działania będą skupiały się wokół rozwiązań już funkcjonujących, wdrożonych w ramach dotychczasowych edycji NPZ, ale także wprowadzeniu nowych inicjatyw wspierających zdrowy styl życia, których celem jest skuteczne ograniczenie skali problemu stanowiącego istotne wyzwanie zdrowotne i społeczne. Kwestia ograniczenia presji marketingu również znajduje się w centrum analiz.

Należy zaznaczyć, że w obecnie obowiązujących przepisach prawnych nie zostało wprowadzone pojęcie żywności ultraprzetworzonej lub wysokoprzetworzonej. Żywność określana tym pojęciem może być obecna na rynku, jeśli spełnia wymagania określone w przepisach prawnych dotyczących bezpieczeństwa żywności.

W 2025 r. w Narodowym Instytucie Zdrowia Publicznego PZH – Państwowym Instytucie Badawczym (NIZP PZH-PIB) została opracowana *Ekspertyza nt. „żywności ultraprzetworzonej” wraz z oceną potencjalnego niekorzystnego działania na zdrowie człowieka* (<https://www.pzh.gov.pl/ekspertyza-nt-zywnosci-ultraprzetworzonej-wraz-z-ocena-potencjalnego-niekorzystnego-dzialania-na-zdrowie-czlowieka/>).

Przedstawione w ww. dokumencie dane naukowe pokazują jak ważnym problemem jest żywność wysokoprzetworzona oraz jaki ma wpływ, nie tylko na organizm człowieka, ale i na środowisko, politykę zdrowotną krajów oraz rozwój branży spożywczej.

W kwestii przedmiotowego zagadnienia należy zwrócić uwagę na fakt, że w Polsce zgodnie z ustawą o bezpieczeństwie żywności i żywienia, reklama produktów spożywczych nie może wprowadzać konsumentów w błąd co do ich składu, wartości odżywczej lub właściwości zdrowotnych.

Ponadto zgodnie z ustawą o radiofonii i telewizji nadawcy programów telewizyjnych, którzy mają w swojej ofercie audycje adresowane do dzieci, mają obowiązek zapewnienia, aby audycjom tym nie towarzyszyły przekazy handlowe dotyczące artykułów spożywczych lub napojów zawierających składniki, których obecność w nadmiernych ilościach w codziennej diecie jest niewskazana.

Biorąc pod uwagę brak na szczeblu zarówno krajowym, jak i unijnym przepisów prawnych dot. klasyfikacji produktów spożywczych w kontekście stopnia przetworzenia, w chwili obecnej stworzenie regulacji ograniczających dostęp oraz ekspozycję tego typu żywności nie jest możliwe. W pierwszej kolejności należy szczegółowo określić kryteria klasyfikacji poszczególnych produktów wg. stopnia przetworzenia.

Należy jednak pamiętać, że głównym czynnikiem ryzyka wielu chorób dietozależnych jest niekorzystny styl życia, w tym sposób odżywiania.

Odpowiadając na pytanie czwarte uprzejmie informuję, że Ministerstwo Zdrowia prowadzi szeroki zakres działań edukacyjnych i profilaktycznych, których celem jest ograniczanie czynników ryzyka chorób układu krążenia oraz chorób związanych m.in. z nieprawidłowym stylem życia, spożywaniem alkoholu, paleniem tytoniu, niską aktywnością fizyczną i nadmierną masą ciała. Działania te są realizowane w szczególności w ramach Narodowego Programu Chorób Układu Krążenia oraz Narodowej Strategii Onkologicznej, a ich celem jest edukowanie społeczeństwa, promowanie profilaktyki i zachęcanie obywateli do podejmowania zachowań prozdrowotnych.

W ramach Narodowego Programu Chorób Układu Krążenia, realizowano działania edukacyjne i profilaktyczne dotyczące m.in. zawału serca, podwyższonego poziomu cholesterolu, nadwagi i otyłości, nadciśnienia tętniczego, udaru, palenia papierosów oraz spożywania alkoholu. W działaniach tych wykorzystywano m.in. poradnikowy program telewizyjny „Moje Zdrowie”, audycje emitowane w programach śniadaniowych „Dzień Dobry TVN” oraz „Pytanie na Śniadanie”. Równolegle, w ramach Narodowej Strategii Onkologicznej, realizowano kampanię „Planuję Długie Życie”, której celem była edukacja społeczeństwa w zakresie profilaktyki pierwotnej i wtórnej oraz wczesnego wykrywania nowotworów. Istotnym elementem działań edukacyjnych były kampanie spotowe emitowane w telewizji i radiu. Obejmowały one zagadnienia związane z aktywnością fizyczną, profilaktyką otyłości, ograniczaniem skutków palenia tytoniu i spożywania alkoholu, a także zachęcaniem do wykonywania badań profilaktycznych. Działania edukacyjne w ramach Narodowej Strategii Onkologicznej prowadzono również w programach śniadaniowych „Pytanie na Śniadanie” oraz „Dzień Dobry TVN”, które umożliwiały prezentowanie treści zdrowotnych w przystępnej formule rozmów eksperckich i felietonów. W audycjach tych poruszano m.in. temat spożycia alkoholu, zdrowego odżywiania, wpływu otyłości na zdrowie, szkodliwości palenia papierosów oraz innych zagadnień związanych z profilaktyką zdrowotną.

Ministerstwo Zdrowia wykorzystywało również popularne seriale telewizyjne emitowane przez głównych nadawców jako narzędzie dotarcia z przekazem edukacyjno-profilaktycznym do szerokiej grupy odbiorców. W 2025 r. wątki zdrowotne były obecne m.in. w produkcjach Telewizji Polsat, TVN oraz TVP. W serialach poruszano zagadnienia związane z profilaktyką nowotworową, chorobami układu krążenia oraz czynnikami ryzyka chorób cywilizacyjnych, w tym m.in. udarem, zawałem serca, stanami przedudarowymi, używkami oraz walką z nadwagą.

Tego rodzaju działania pozwalały przedstawiać treści profilaktyczne w przystępnej formule fabularnej oraz docierać do odbiorców, którzy nie korzystają regularnie z tradycyjnych materiałów edukacyjnych. Jednocześnie wzmacniały przekaz prowadzony w kampaniach społecznych, programach edukacyjnych i audycjach śniadaniowych, umożliwiając prezentowanie zagadnień zdrowotnych w codziennym i zrozumiałym dla widzów kontekście.

Odnosnie do pytania piątego wskazać należy, że programy i działania prowadzone przez Ministerstwo Zdrowia, w tym program „Moje Zdrowie”, są ukierunkowane na podwyższanie świadomości zdrowotnej obywateli poprzez regularne przekazywanie wiedzy o profilaktyce, czynnikach ryzyka chorób oraz możliwościach wczesnego wykrywania problemów zdrowotnych

Program „Moje Zdrowie” w 2025 r. wspierała seria edukacyjna „Moje Zdrowie” emitowana w TVP. W każdym odcinku eksperci przedstawiali istotne aspekty profilaktyki zdrowotnej oraz sposoby zapobiegania chorobom cywilizacyjnym, a emisji towarzyszyły działania informacyjno-edukacyjno-promocyjne w mediach społecznościowych Ministerstwa Zdrowia oraz nadawcy. W programie „Moje Zdrowie” wyemitowano odcinki poświęcone m.in. zawałowi, cholesterolowi, nadwadze i otyłości, nadciśnieniu, udarowi, paleniu papierosów oraz alkoholowi. Działania te miały na celu zwiększenie wiedzy społeczeństwa na temat czynników ryzyka chorób układu krążenia oraz promowania zachowań sprzyjających zdrowiu i wczesnemu wykrywaniu chorób.

Podsumowując, aktualnie prowadzone przez Ministerstwo Zdrowia programy i kampanie są ukierunkowane na systematyczne podnoszenie świadomości zdrowotnej obywateli. Ich oddziaływanie jest wzmacniane przez wykorzystanie wielu kanałów komunikacji, co pozwala docierać do różnych grup społecznych, w tym do osób, które rzadziej korzystają z tradycyjnych źródeł informacji zdrowotnej.

Z wyrazami szacunku

z upoważnienia Ministra Zdrowia

Katarzyna Kęcka

Podsekretarz Stanu

/dokument podpisany elektronicznie/