



Ministerstwo Zdrowia

Departament
Zdrowia Publicznego

ZPP.054.209.2026.AK
Warszawa, 20 kwietnia 2026

Pan
Paweł Durka
biuro@biznesklasa.com.pl

Szanowny Panie,

w nawiązaniu do wiadomości e-mail z dnia 9 marca i 8 kwietnia 2026 r., zawierających prośbę o analizę porównawczą szkód zdrowotnych i społecznych alkoholu oraz ziela konopi innych niż włókniste, Departament Zdrowia Publicznego zwraca się z uprzejmą prośbą o przyjęcie poniższych informacji.

Porównywanie szkodliwości substancji jest skomplikowanym i wielowymiarowym procesem wymagającym zaangażowanie specjalistów z wielu dziedzin. Nie ma ustalonych z góry kryteriów oraz metodologii dokonywania tego typu ocen. Departament nie posiada wiedzy aby tego typu analizy nie były prowadzone przez jednostki naukowe w Polsce. Analizy takie prowadził w Wielkiej Brytanii zespół badaczy pod przewodnictwem Davida Nutta¹². Pomijając szczegóły metodologiczne, analizy te były oparte na ocenie dokonywanej przez interdyscyplinarny panelu ekspertów. Panel oceniał każdą z substancji na skali punktowej pod kątem takich kryteriów jak:

Szkody dla użytkownika (ta grupa kryteriów koncentruje się na fizycznych, psychologicznych i społecznych skutkach dla osoby zażywającej substancję):

- **śmiertelność specyficzna dla substancji psychoaktywnej:** wewnętrzna letalność substancji, wyrażona jako stosunek dawki śmiertelnej do dawki standardowej,

¹ Nutt D, King L, Saulsbury W et al. Development of a rational scale to assess the harm of drugs of potential misuse
The Lancet 2007; 369, 1047-1053

² Nutt D, King L, Phillips L Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis
The Lancet, 2010; 376, 1558-1565

- **śmiertelność związana z substancją psychoaktywną:** stopień, w jakim używanie narkotyku skraca życie (z wyłączeniem bezpośredniej toksyczności), np. wypadki drogowe, nowotwory, HIV, samobójstwa,
- **szkody fizyczne specyficzne dla substancji psychoaktywnej:** bezpośrednie uszkodzenia zdrowia, takie jak marskość wątroby, napady drgawek, udary czy kardiomiopatia,
- **szkody fizyczne związane z substancją psychoaktywną:** skutki zdrowotne wynikające np. z ryzykownych zachowań seksualnych, samookaleczeń, wirusów przenoszonych przez krew czy zanieczyszczeń w narkotyku,
- **uzależnienie:** stopień, w jakim substancja wywołuje przymus dalszego używania mimo negatywnych konsekwencji,
- **swoiste zaburzenia funkcjonowania psychicznego:** np. psychoza wywołana amfetaminą lub odurzenie ketaminą,
- **zaburzenia funkcjonowania psychicznego związane z narkotykiem:** np. zaburzenia nastroju będące wtórnym skutkiem stylu życia użytkownika,
- **utrata dóbr materialnych:** utrata dochodów, mieszkania, pracy,
- **utrata relacji:** zerwanie więzi z rodziną i przyjaciółmi.

Szkody dla społeczeństwa (kryteria te służą ocenie wpływu substancji na otoczenie, rodzinę oraz koszty ponoszone przez państwo:

- **zranienia i obrażenia:** zwiększenie szansy na zranienie innych, w tym przemoc (także domowa), wypadki drogowe, uszkodzenia płodu oraz wtórne przenoszenie wirusów.
- **przestępczość:** stopień, w jakim używanie substancji psychoaktywnej prowadzi do wzrostu przestępczości (np. kradzieży w celu zdobycia środków) na poziomie populacyjnym,
- **szkody środowiskowe:** np. toksyczne odpady z fabryk narkotyków syntetycznych lub porzucone igły,
- **problemy rodzinne:** rozpad rodziny, pogorszenie dobrostanu ekonomicznego i emocjonalnego dzieci, zaniedbywanie opieki,
- **szkody międzynarodowe:** np. destabilizacja krajów produkujących, wylesianie, międzynarodowa przestępczość zorganizowana,

- **koszty ekonomiczne:** bezpośrednie koszty dla kraju (opieka zdrowotna, policja, więzienia, opieka społeczna) oraz koszty pośrednie (utrata produktywności, absencja w pracy),
- **wpływ na społeczność:** spadek spójności społecznej i pogorszenie reputacji danej społeczności.

Ocena ekspercka w obu edycjach badania wskazywała na znacznie wyższe wskaźniki szkodliwości dla alkoholu w porównaniu do praktycznie wszystkich narkotyków. Ponadto alkohol posiadał wyższe wyniki w porównaniu do marihuany zarówno w zakresie szkód dla użytkownika (11 dla marihuany do 26 dla alkoholu) jak i dla społeczeństwa (9 dla marihuany oraz 46 dla alkoholu).

Należy jednak przede wszystkim podkreślić, że duży wpływ na wysoką pozycję alkoholu w kategoriach odnoszących się do szkód dla społeczeństwa, jak sami autorzy zaznaczają, **jest kwestia rozpowszechnienia**.

Substancje szkodliwe i niebezpieczne, ale praktycznie nie używane, będą miały w skali wyniki relatywnie niskie, natomiast bezpieczniejsze substancje o wysokim rozpowszechnieniu mogą otrzymać na skali wyniki wyższe.

Kryteria mające wpływ na fakt, że alkohol nie podlega reżimowi analogicznemu do marihuany, nie wynikają wyłącznie z przestępstw związanych ze zdrowiem publicznym. Prowadzenie racjonalnej polityki zdrowotnej opiera się także na zależeniu balansu pomiędzy interesem zdrowia publicznego a innymi dziedzinami życia. Jednak podkreślić należy, że konieczna jest dalsza redukcja dostępności alkoholu. Natomiast wprowadzenie szerszego dostępu do marihuany, porównywalnego z alkoholem, może istotnie zwiększyć obciążenie dla zdrowia publicznego.

Międzynarodowe organizacje odpowiedzialne za zdrowie wskazują na zagrożenia związane z alkoholem oraz rekomendują konkretne rozwiązania. WHO wskazuje, że skuteczna polityka wobec alkoholu opiera się zasadniczo na trzech strategiach: podniesienie cen alkoholu, wprowadzenie zakazów i ograniczeń w sprawie reklamy alkoholu, ograniczenia w dostępności fizycznej napojów alkoholowych (World Health Organization 2018, s.75). Podnoszenie cen alkoholu zazwyczaj jest osiąganę poprzez podatki i ceny minimalne. Ograniczenie dostępności fizycznej alkoholu prowadzone jest poprzez skrócenie godzin sprzedaży, ograniczenie liczby punktów sprzedaży, ograniczenie wieku nabywców alkoholu. Zakazy i regulacje marketingowe dotyczą przede wszystkim wprowadzenia ograniczenia czy zakazu reklamy. Wszystkie ze wskazanych strategii wykorzystywane są w Polsce od lat i stopniowo wprowadzane w coraz szerszym zakresie.

W nawiązaniu do przekazanych w poprzedniej korespondencji informacji oraz w nawiązaniu do zasadności obowiązujących w zakresie marihuany uregulowań należy wskazać, że obecnie przetwory konopi są jedną z najbardziej rozpowszechnionych nielegalnych substancji w Polsce, Europie i na świecie. Według ostatnich dostępnych wyników badań ankietowych realizowanych w ramach międzynarodowego programu badawczego ESPAD (2024)³ przeprowadzanego na reprezentatywnej próbie młodzieży szkolnej (15-16 lat), do używania marihuany i haszyszu kiedykolwiek w życiu przyznało się 17% młodzieży. Do używania tych substancji w ciągu ostatnich 12 miesięcy przyznało się 14,5% młodzieży, a w ciągu ostatnich 30 dni – 8%. Porównując te wyniki do poprzedniego pomiaru z 2019 r. w najnowszym dostępnym pomiarze odnotowano zauważalny spadek we wszystkich wskazanych wskaźnikach. W 2019 r. używanie przetworów konopi deklarowało 21% kiedykolwiek w życiu, 17% w ciągu ostatnich 12 miesięcy oraz 9% w ciągu ostatnich 30 dni. Mimo to Polska plasuje się obecnie w grupie państw o relatywnie wyższym poziomie rozpowszechnienia używania przetworów konopi wśród 16-latków.

Kolejnym istotnym wskaźnikiem przy ocenie ryzyka jest zgłaszalność do leczenia z powodu problemów związanych z używaniem narkotyków. Według gromadzonych przez Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom danych spośród wszystkich osób zgłaszających się do leczenia w 2024 r. (najnowsze dostępne dane), 28,4% uczyniło to z powodu problemów związanych z używaniem marihuany i haszyszu. Jest to druga po stymulantach pod względem liczebności grupa wśród wszystkich pacjentów lecznictwa uzależnień narkotykowych. Należy podkreślić, że wśród pacjentów zgłaszających się do leczenia po raz pierwszy odsetek ten jest jeszcze wyższy i stanowi 33,4%.

Zaprezentowane powyżej dane świadczą o tym, że z jednej strony obserwowane są korzystne tendencje w zakresie używania przetworów konopi przez młodzież, a z drugiej, że konsekwencje zdrowotne związane z ich używaniem stanowią istotne obciążenie dla systemu leczenia uzależnień. Ewentualna liberalizacja prawa mogłaby wpłynąć na zwiększenie poziomu używania przetworów konopi i w konsekwencji na wzrost obciążenia dla lecznictwa uzależnień. Wiązałoby się to nie tylko ze wzrostem nakładów na samo leczenie, ale także z finansowymi i społecznymi konsekwencjami czasowego wyłączenia części osób z rynku pracy, jak również potencjalnymi konsekwencjami dla funkcjonowania rodzin oraz możliwym wzrostem liczby osób prowadzących pojazdy mechaniczne pod wpływem przetworów konopi i związanym z tym wzrostem zagrożenia na drogach. Wobec tego, pomijając porównanie obu substancji i ich wpływu na zdrowie liberalizacja w zakresie

³ Badania ankietowe dotyczące używania substancji psychoaktywnych (papierosy, alkohol, narkotyki, dopalacze) przez młodzież szkolną, które realizowane są m.in. w Polsce co 4 lata. Stanowią one część międzynarodowego projektu badawczego: „European School Survey Project on Alcohol and Drugs” (ESPAD).

zwiększenia dostępności przetworów konopi mogłaby skutkować odwróceniem pozytywnych trendów oraz wzrostem poziomu używania, liczby osób prowadzących pojazdy pod wpływem kannabinoidów oraz problemów ze zdrowiem psychicznym, w tym uzależnień.

Natomiast w odniesieniu do kwestii aktualnej oceny proporcjonalności ryzyka dokonywana jest ona corocznie w oparciu o najnowsze dostępne dane dotyczące zjawiska używania i nadużywania środków odurzających, substancji psychotropowych, nowych substancji psychoaktywnych oraz alkoholu. Dane te są gromadzone przez Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom zgodnie ze statutowymi zadaniami jednostki. Na ich podstawie opracowywane są strategie przeciwdziałania negatywnym konsekwencjom ich używania.

Zmiana klasyfikacji substancji psychoaktywnych wykracza poza zakres działania tylko instytucji zdrowia publicznego i wymaga szerszego konsensusu na poziomie społecznym eksperckim oraz rządowym i ministerialnym.

Z wyrazami szacunku

Kuba Sękowski
Zastępca Dyrektora
/dokument podpisany elektronicznie/