ROMAN DYKYJ
2026-09-12 15:59:49
Podpis osobisty w aplikacji mObywatel

Gdańsk, 12.09.2026 r.

Wnoszący petycję: Roman Dykyj
[redacted]

Adresat
Ministerstwo Zdrowia
ul. Miodowa 15, 00-952 Warszawa
Adres do e-Doręczeń: AE:PL-11185-96749-VHSCS-20

Petycja o ograniczenie dostępności alkoholu

Działając w interesie publicznym, na podstawie art. 63 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej oraz ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o petycjach, wnoszę o podjęcie, w zakresie kompetencji każdego z adresatów, działań ustawodawczych ograniczających czas, miejsca i sposób sprzedaży napojów alkoholowych. [1–2]

Wnoszę o ustanowienie sprzedaży sklepowej alkoholu wyłącznie w godzinach 16.00–18.00 i tylko w odrębnych, specjalistycznych sklepach alkoholowych, a także o skuteczną kontrolę sprzedaży wyłącznie trzeźwym osobom, które ukończyły 18 lat. Celem jest ochrona zdrowia, ograniczenie szkód społecznych oraz stworzenie warunków, w których osoby zmagające się z uzależnieniem mogą robić codzienne zakupy bez kontaktu z ekspozycją alkoholu przy kasach i za ladą.

Wnioskowane zmiany

1 Ograniczenie godzin sprzedaży

Wnoszę o wprowadzenie w całym kraju zasady, że detaliczna sprzedaż napojów alkoholowych przeznaczonych do spożycia poza miejscem sprzedaży może odbywać się wyłącznie od godziny 16.00 do 18.00, w dniach, w których handel jest prawnie dopuszczalny. Ograniczenie powinno obejmować wszystkie napoje alkoholowe w rozumieniu ustawy, w tym piwo, wino i napoje spirytusowe, niezależnie od wielkości opakowania.

2 Sprzedaż tylko w odrębnych sklepach alkoholowych

Wnoszę o wycofanie detalicznej sprzedaży alkoholu na wynos ze sklepów spożywczych, supermarketów, dyskontów, stacji paliw i innych placówek codziennych zakupów. Sprzedaż powinna być dopuszczalna jedynie w sklepach posiadających odrębne zezwolenie, własne wejście i kasę, fizycznie oddzielonych od handlu pozostałymi towarami. Samo wydzielenie regału lub stoiska w sklepie spożywczym nie realizuje tego celu.

Liczba i rozmieszczenie takich sklepów powinny podlegać limitom ustalanym na podstawie potrzeb zdrowia publicznego, z zachowaniem uprawnień gmin do dalszego ograniczania dostępności. Powstanie nowej kategorii sklepów powinno prowadzić do rzeczywistego zmniejszenia liczby punktów sprzedaży.

3 Ograniczenie ekspozycji alkoholu

Wnoszę o zakaz ekspozycji napojów alkoholowych oraz ich oznaczeń reklamowych widocznych z ulicy lub z ogólnodostępnej części sąsiedniej placówki. Sklepy specjalistyczne mogłyby posiadać neutralne oznaczenie informujące o rodzaju działalności. W okresie przejściowym alkohol w zwykłych sklepach powinien być przechowywany poza widokiem klientów, bez ekspozycji za ladą, przy kasach i na trasie codziennych zakupów.

4 Sprzedaż osobom trzeźwym i skuteczny nadzór

Wnoszę o ustawowe doprecyzowanie zasady sprzedaży wyłącznie osobom trzeźwym oraz o jednolitą procedurę odmowy sprzedaży. Obecnie art. 15 ust. 1 pkt 1 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi zakazuje sprzedaży i podawania alkoholu osobom, których zachowanie wskazuje na stan nietrzeźwości. Postulat obejmuje wzmocnienie egzekwowania tego przepisu i określenie skutecznych metod weryfikacji, a nie traktowanie istniejącego zakazu jako nowego rozwiązania. [3]

Każdą transakcję powinien zatwierdzać przeszkolony pracownik mający bezpośredni kontakt z nabywcą. W razie uzasadnionych wątpliwości proponuję możliwość badania sprawnym, skalibrowanym alkomatem za zgodą nabywcy, na zasadach wyraźnie określonych w ustawie. Nieusunięte wątpliwości powinny skutkować odmową sprzedaży. Procedura musi określać kryterium trzeźwości, uwzględniać niepewność pomiaru i chronić przed dyskryminacją osób, których choroba lub niepełnosprawność może zostać błędnie uznana za objaw nietrzeźwości. Wyniki nie powinny tworzyć imiennego rejestru klientów.

Wnoszę o finansowane z budżetu regularne kontrole, również niezapowiedziane, obowiązkowe szkolenia sprzedawców i publikowanie zbiorczych danych o stwierdzonych naruszeniach. Po stworzeniu wyraźnej podstawy prawnej kontrolę mogłyby obejmować zakupy testowe wykonywane przez przeszkolonych, trzeźwych pełnoletnich kontrolerów. Należy egzekwować sankcje wobec sprzedawcy i przedsiębiorcy, w tym przewidziane prawem cofnięcie zezwolenia, bez osłabiania obecnych podstaw jego cofania. Nadzór powinien obejmować także sprzedaż i podawanie alkoholu w gastronomii.

5 Zapobieganie obchodzeniu ograniczeń

Przepisy powinny obejmować również sprzedaż na odległość, dostawy i odbiór zamówień, tak aby zamówienie internetowe nie pozwalało ominąć godzin sprzedaży, obowiązku korzystania z uprawnionego sklepu ani kontroli wieku i trzeźwości. Podawanie alkoholu do spożycia na miejscu w gastronomii wymaga odrębnego uregulowania; lokale nie powinny móc zastępować sklepów w sprzedaży alkoholu na wynos poza przyjętymi zasadami.

6 Wdrożenie połączone z pomocą i oceną skutków

Wnoszę o ustanowienie okresu dostosowawczego o długości wynikającej z oceny skutków regulacji oraz prawne uporządkowanie wygaszania lub dostosowania istniejących zezwoleń. Zmiany powinny być połączone ze zwiększeniem dostępności leczenia uzależnień, pomocy rodzinom i opieki medycznej w okresie odstawiania alkoholu. Ograniczenie sprzedaży nie zastępuje leczenia.

Proponuję obowiązkową, niezależną ocenę po 12 i 24 miesiącach: spożycia czystego alkoholu, hospitalizacji, interwencji służb, bezpieczeństwa rodzin, zgonów związanych z alkoholem oraz sprzedaży nielegalnej. Analiza powinna uwzględniać wcześniejsze trendy, zmiany cen i inne równoczesne działania. Należy także ocenić zakupy na zapas, przenoszenie sprzedaży między kanałami oraz skutki dla małych przedsiębiorców i osób pracujących zmianowo.

Uzasadnienie

Codzienne zakupy powinny wspierać trzeźwienie

Osoba podejmująca leczenie lub utrzymująca abstynencję powinna móc kupić żywność bez kontaktu z butelkami alkoholu ustawionymi tuż przed nią. Zależy mi na tym, aby organizacja handlu wspierała jej wysiłek. Osobny sklep pozwala ograniczyć przypadkowy kontakt z produktem, którego dana osoba stara się unikać.

Metaanaliza opublikowana w „JAMA Psychiatry" w 2022 r. objęła 237 badań i 51 788 uczestników. Wykazała związek bodźców skojarzonych z substancjami oraz głodu substancji z późniejszym używaniem i nawrotami. Dotyczyła różnych substancji, w tym alkoholu. Wynik wspiera potrzebę ograniczania niechcianych bodźców w otoczeniu osób leczonych, choć nie określa, o ile samo zasłonięcie sklepowych półek zmniejszyłoby liczbę nawrotów. [4]

Skala sprzedaży małych opakowań alkoholu

Materiał Związku Pracodawców Polski Przemysł Spirytusowy z 7 sierpnia 2024 r., powołujący się na panel Centrum Monitorowania Rynku obejmujący sklepy małoformatowe do 300 m² i dane za pierwszą połowę 2024 r., podaje około 1,3 mln sprzedawanych dziennie opakowań napojów spirytusowych o pojemności 90, 100 i 200 ml. Około 410 tys. sztuk, czyli blisko 31% tej sprzedaży, przypada na godziny poranne. [5]

Są to dane dla określonego kanału handlu, przytoczone przez organizację branżową, a nie pełny urzędowy pomiar całego rynku. Nie należy utożsamiać liczby butelek z liczbą osób pijących ani pory zakupu z porą spożycia. Mimo tych ograniczeń skala uzasadnia objęcie małych opakowań regulacją oraz niezależnym, publicznym monitoringiem sprzedaży.

Ochrona zdrowia i osób ponoszących cudze koszty picia

Według KCPU, na podstawie danych GUS, w 2024 r. spożycie wynosiło 8,8 litra czystego alkoholu na mieszkańca, wobec 9,7 litra w 2021 r. Jest to spadek, który należy utrwalać. Wskaźnik obejmuje całą populację, również dzieci i abstynentów, i nie oznacza przeciętnej ilości wypijanej przez osobę pijącą. [6]

WHO szacuje, że w 2019 r. spożycie alkoholu odpowiadało na świecie za około 2,6 mln zgonów, w tym około 401 tys. zgonów z powodu nowotworów. Alkohol jest substancją rakotwórczą. WHO wskazuje również, że spośród około 298 tys. zgonów w wypadkach drogowych związanych z alkoholem około 156 tys. wynikało z picia przez inną osobę. Dane te pokazują, że skutki dostępności alkoholu dotyczą także osób, które go nie spożywają. [7]

Ograniczenia godzin mogą zmniejszać szkody

Ograniczanie fizycznej dostępności alkoholu jest jednym z filarów programu WHO SAFER, obok polityki cenowej, ograniczeń marketingu, przeciwdziałania prowadzeniu pojazdów pod wpływem alkoholu oraz dostępnego leczenia. WHO podtrzymuje ten kierunek również w raporcie z czerwca 2026 r. [8]

Badanie Bäumla, Marcusa i Siedlera, opublikowane w „Health Economics" w 2023 r., analizowało skutki wprowadzonego w Badenii-Wirtembergii w 2010 r. zakazu nocnej sprzedaży alkoholu na wynos od 22.00 do 5.00. Porównania z innymi regionami wskazały na zmniejszenie hospitalizacji związanych z alkoholem wśród osób w wieku 15–24 lat o około 9%, a związanych z alkoholem wizyt lekarskich o około 18%. Nie wykazano analogicznego efektu dla liczby osób poszkodowanych w wypadkach drogowych związanych z alkoholem. [9]

W Krakowie, po wprowadzeniu od lipca 2023 r. ograniczenia sprzedaży sklepowej między północą a 5.30, w pierwszych 12 miesiącach odnotowano o 48,5% mniej interwencji policji związanych ze spożywaniem alkoholu w godzinach objętych ograniczeniem i o 30,9% mniej takich interwencji w skali całej doby niż w analogicznym wcześniejszym okresie. Są to dane miejskie z porównania przed zmianą i po niej, bez grupy kontrolnej; nie pozwalają przypisać całego spadku wyłącznie uchwale. Stanowią jednak istotną polską przesłankę do dalszych działań i badań. [10]

Specjalistyczny handel działa także w Stanach Zjednoczonych

W Karolinie Północnej sprzedaż detaliczna napojów spirytusowych jest zasadniczo prowadzona przez sklepy ABC zarządzane przez lokalne organy publiczne, z wyjątkiem uprawnionych destylarni. W Wirginii funkcjonuje system detalicznej sprzedaży mocnych alkoholi przez Virginia ABC. Przykłady dotyczą przede wszystkim alkoholi spirytusowych i nie oznaczają, że każde piwo i wino podlega tam temu samemu modelowi. Pokazują natomiast, że odrębny, ściśle nadzorowany kanał handlu jest rozwiązaniem możliwym do stosowania. [11–12]

Przegląd systematyczny Hahna i współautorów wykazał medianę wzrostu sprzedaży na mieszkańca o 44,4% dla kategorii napojów objętych prywatyzacją handlu detalicznego. Chodzi o zmianę w kategoriach poddanych prywatyzacji, nie o wzrost całego spożycia o 44,4%. Wynik wspiera ostrożność wobec zwiększania dostępności i komercjalizacji sprzedaży, ale nie pozwala przewidzieć identycznej wielkości spadku po wprowadzeniu specjalistycznych sklepów w Polsce. [13]

Polityka alkoholowa a zapobieganie samobójstwom

Analiza szeregów czasowych dla Litwy, opublikowana przez Lange i współautorów, oszacowała, że w roku po podwyżce akcyzy w 2017 r. mogło dojść do około 57 mniej zgonów samobójczych wśród mężczyzn w wieku 25–74 lat; 95-procentowy przedział ufności wynosił od 9 do 107. Dla kobiet nie wykazano istotnego efektu badanych zmian. [14]

To argument za uwzględnieniem polityki alkoholowej w zapobieganiu samobójstwom, z zachowaniem świadomości, że mają one wiele przyczyn. Przytoczony wynik dotyczy interwencji podatkowej i nie dowodzi skuteczności samego ograniczenia godzin ani proponowanego przedziału 16.00–18.00. Dlatego wnoszę o równoległą pomoc osobom w kryzysie i monitorowanie wyników zdrowotnych reformy.

Potrzeba zmiany ustawy i proporcjonalnego wdrożenia

Obecne uprawnienie gmin z art. 12 ust. 4 ustawy o wychowaniu w trzeźwości pozwala ograniczać sprzedaż na wynos w przedziale między 22.00 a 6.00. Nie wystarcza ono do ustanowienia ogólnokrajowej sprzedaży wyłącznie od 16.00 do 18.00 ani do wycofania alkoholu ze zwykłych sklepów. Realizacja petycji wymaga zmian ustawowych, w szczególności przepisów o punktach sprzedaży, zezwoleniach i nadzorze. [3]

Proponowane dwugodzinne okno jest daleko idącym postulatem legislacyjnym. Przytoczone badania uzasadniają kierunek ograniczania dostępności, ale nie ustalają, że właśnie te godziny są optymalne. Wnoszę o ich rzetelną ocenę, porównanie z innymi wariantami oraz uzasadnienie przyjętego rozwiązania w świetle ochrony zdrowia i zasady proporcjonalności. Art. 22 i art. 31 ust. 3 Konstytucji wymagają ustawowej podstawy i odpowiedniego uzasadnienia ograniczeń, a art. 68 chroni prawo do ochrony zdrowia. [1]

Wniosek do adresata

Do Ministra Zdrowia wnoszę o sporządzenie merytorycznej opinii w zakresie ochrony zdrowia publicznego, analizę skutków zdrowotnych oraz podjęcie resortowych działań legislacyjnych lub programowych.

Proszę o merytoryczne odniesienie się do każdego z postulatów, przedstawienie stanowiska wraz z uzasadnieniem oraz poinformowanie mnie o sposobie załatwienia petycji na wskazany adres. Oczekuję rozwiązań, które ograniczą codzienną ekspozycję na alkohol, zapewnią skuteczny nadzór nad sprzedażą i wesprą osoby podejmujące leczenie.

Z poważaniem,

Roman Dykyj

Załączniki: wykaz źródeł przywołanych w uzasadnieniu, klauzula zgody na przetwarzanie danych osobowych oraz ich publikację.

Załącznik z wykazem źródeł

Stan weryfikacji źródeł i przepisów na 9 września 2026 r. Numery w nawiasach odsyłają do poniższych pozycji. Daty danych i zakres badanych populacji podano przy odpowiednich argumentach.

[1] Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z 2 kwietnia 1997 r., w szczególności art. 22, art. 31 ust. 3, art. 63, art. 68 i art. 118. Dz.U. z 1997 r. nr 78, poz. 483 ze zm. ELI — tekst i metryka aktu

[2] Ustawa z 11 lipca 2014 r. o petycjach, w szczególności art. 2–4. Tekst jednolity: Dz.U. z 2018 r. poz. 870. ELI — tekst ustawy

[3] Ustawa z 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, w szczególności art. 9^{6}, art. 12, art. 15 i art. 18. Tekst jednolity: Dz.U. z 2023 r. poz. 2151 ze zm.; tekst ujednolicony Kancelarii Sejmu z 23 lipca 2026 r. ELI — tekst ujednolicony

[4] Vafaie N., Kober H. Association of Drug Cues and Craving With Drug Use and Relapse: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA Psychiatry. 2022;79(7):641–650. Przegląd obejmuje różne substancje, w tym alkohol; nie jest badaniem skutków zasłaniania ekspozycji sklepowej. doi:10.1001/jamapsychiatry.2022.1240

[5] Związek Pracodawców Polski Przemysł Spirytusowy. Małe formaty napojów spirytusowych w liczbach. 7 sierpnia 2024 r., s. 1–2. Przywołane dane CMR: panel sklepów małoformatowych do 300 m², YTD 06’24, czyli pierwsza połowa 2024 r. Źródło branżowe, obejmujące określony kanał sprzedaży. Dokument źródłowy

[6] Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom. Spożycie alkoholu w Polsce spada. KCPU: sierpień to dobry moment, by przyjrzeć się swoim nawykom. Komunikat w sekcji „Informacje dla mediów”; wartości dla 2024 i 2021 r. na podstawie danych GUS. KCPU — komunikat

[7] World Health Organization. Alcohol. 28 czerwca 2024 r. Przywołane szacunki umieralności dotyczą świata w 2019 r.; nie są liczbami dla Polski ani dla roku publikacji komunikatu. WHO — Alcohol

[8] World Health Organization. Implementing what works in alcohol policy: progress report on the SAFER initiative. 26 czerwca 2026 r. Raport o wdrażaniu ograniczeń dostępności, polityki cenowej, ograniczeń marketingu, działań drogowych i leczenia. WHO — raport SAFER

[9] Bäuml M., Marcus J., Siedler T. Health effects of a ban on late-night alcohol sales. Health Economics. 2023;32:3–17. Publikacja internetowa: 29 września 2022 r. Badanie porównawcze dotyczące Badenii-Wirtembergii i osób w wieku 15–24 lat. doi:10.1002/hec.4610

[10] Urząd Miasta Krakowa. Po roku nocny zakaz sprzedaży alkoholu daje pozytywne efekty. Aktualizacja z 16 lipca 2024 r. Porównanie lipca 2023–czerwca 2024 z lipcem 2022–czerwcem 2023. Spadek 48,5% dotyczy godzin objętych ówczesnym ograniczeniem, a 30,9% całej doby. Oficjalny komunikat miasta

[11] North Carolina Alcoholic Beverage Control Commission. NC ABC Boards and Stores. Oficjalny opis organizacji publicznego systemu sprzedaży alkoholi spirytusowych i wyjątku dla uprawnionych destylarni. NC ABCC — opis systemu

[12] Virginia Alcoholic Beverage Control Authority. About Virginia ABC. Oficjalny opis roli regulatora oraz detalicznej sprzedaży alkoholi spirytusowych w systemie ABC. Przykład nie oznacza jednakowych zasad dla wszystkich rodzajów alkoholu. Virginia ABC — opis systemu

[13] Hahn R.A. i współautorzy. Effects of Alcohol Retail Privatization on Excessive Alcohol Consumption and Related Harms: A Community Guide Systematic Review. American Journal of Preventive Medicine. 2012;42(4):418–427. Mediana 44,4% dotyczy sprzedaży na mieszkańca kategorii poddanych prywatyzacji. CPSTF — wyniki przeglądu

[14] Lange S. i współautorzy. Evaluating the Impact of Alcohol Policy on Suicide Mortality: A Sex-Specific Time-Series Analysis for Lithuania. Archives of Suicide Research. 2023;27(2):339–352. Publikacja internetowa: 2021 r. Wynik dla mężczyzn po zmianie podatkowej z 2017 r. jest oszacowaniem modelowym. doi:10.1080/13811118.2021.1999873

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w petycji, w tym danych zwykłych oraz – jeśli zostały podane – szczególnych kategorii, zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 (RODO) oraz ustawą o petycjach.

Jednocześnie wyrażam zgodę na publiczne udostępnienie treści petycji wraz z moim imieniem i nazwiskiem w Biuletynie Informacji Publicznej lub na stronie internetowej organu rozpatrującego petycję.