

Zofia Mielecka-Kubiń

**Oszacowanie wielkości skutków używania
narkotyków w Polsce w 2005 roku**

Katowice 2007

Badanie zostało sfinansowane przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii

I. Metoda

Prezentowane wyniki oszacowania wielkości skutków używania narkotyków w Polsce w 2005 roku zostały podzielone na dwie części

I. Zgodnie z zaleceniami EMCDDA zawartymi w [*Guidelines for 2007, Selected Issues*] oszacowano kwotę wydatków publicznych (*public expenditure*), tj. wydatków poniesionych przez budżet Państwa, budżety jednostek samorządu terytorialnego oraz inne organizacje publiczne.

II. W części II podjęto próbę oceny wielkości niektórych strat społecznych (*social costs*) spowodowanych używaniem narkotyków w Polsce w 2005 roku.

Powyższe rozważania zostały poprzedzone uwagami na temat rozpowszechnienia się zjawiska narkomanii w Polsce opartymi o dane zagregowane.

W części I zgodnie z zaleceniami EMCDDA raport oparto przede wszystkim na sprawozdaniach z wykonania Budżetu Państwa za 2005 rok, wykorzystano także wszelkie dostępne inne dokumenty, których szczegółowa lista zamieszczona jest na końcu raportu (*Literatura i źródła danych*). W celu zapewnienia porównywalności z raportami z innych krajów i zgodnie z [*Guidelines... 2007*] poszczególne wydatki klasyfikowano według systemu COFOG (*Classification of the Functions of Government*), stanowiącego szczegółową klasyfikację rodzajową wydatków państwa. Według tej klasyfikacji wydatki państwa podzielone zostały na 10 podstawowych funkcji (I poziom klasyfikacji), które z kolei podzielono na 69 grup (II poziom klasyfikacji), można wprowadzić jeszcze bardziej szczegółową klasyfikację na klasy (III poziom klasyfikacji). Zgodnie z zaleceniami EMCDDA dokonano klasyfikacji na I i II poziomie.

Według [*Guidelines... 2007*] wydatki spowodowane używaniem narkotyków można podzielić na bezpośrednio przypisane narkomanii (*labelled*) i takie, których jedynie część można przypisać temu zjawisku (*non-labelled*).

W przypadku wydatków bezpośrednio przypisanych narkomanii (*labelled*), zgodnie z [*Guidelines... 2007*] wskazano również (o ile było to możliwe), czy dany koszt był poniesiony przez budżet centralny (państwa), wojewódzki, powiatowy czy gminny, a także klasyfikowano poszczególne pozycje kosztów według propozycji Reutera (2006) jako wydatki na:

- profilaktykę (*prevention programs*),
- leczenie (*treatment programs*),
- egzekwowanie prawa (*enforcement programs*),

- ograniczenie szkód (*harm reduction programs*).

W przypadku wydatków pośrednio przypisanych narkomanii (*non-labelled*), wykazywano wielkość całkowitych wydatków w roku 2005 zgodnie z I poziomem klasyfikacji COFOG dla funkcji 3 tj. bezpieczeństwa publicznego (*Public order and safety*) oraz 7 tj. zdrowia (*Health*), oraz – tam, gdzie było to możliwe - zgodnie z niektórymi pozycjami II poziomu klasyfikacji COFOG dla tych funkcji, tj.:

- 3.1 Policja (*Police services*),
- 3.3 Wymiar Sprawiedliwości (*Law Courts*),
- 3.4 Więzienia (*Prisons*),
- 5.1 Szpitale (*Hospital services*),
- 5.2 Poradnie (*Outpatient services*),
- 5.3 Usługi zdrowotne (*Public Health services*),
- 5.4 Środki zaopatrzenia medycznego (*Medical products appliances and equipment*).

Następnie dokonano próby wydzielenia z kwot całkowitych tych ich części, które można przypisać używaniu narkotyków (*attributable proportion*) i zsumowano te kwoty.

W części II oszacowano poziom niektórych strat społecznych. Oceny te oparto na skonstruowanej według własnego pomysłu tablicy trwania życia dla narkomanów, której parametry oszacowano na podstawie wyników raportu [17]. Na tej podstawie oszacowano przeciętną liczbę lat życia i wielkość potencjału życiowego, który może zostać utracony z powodu narkomanii w Polsce, a także dokonano oceny wielkości pewnych strat produkcyjnych (PKB) powstałych z powodu przedwczesnej umieralności narkomanów w 2005 roku, oraz liczbę utraconych lat ich życia.

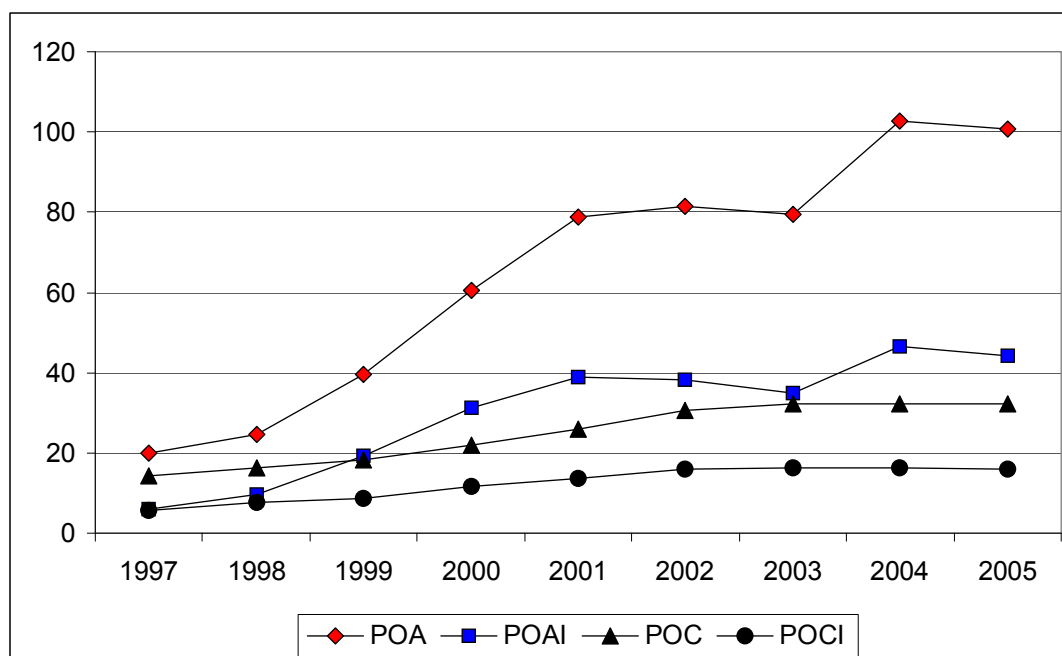
W części końcowej Raportu wyszczególniono pozycje, które powinny być wzięte pod uwagę, a których niestety nie można było ująć z powodu braku danych statystycznych i niedostatków metodologicznych.

Uwagi wstępne

Do oceny stopnia rozpowszechnienia się zjawiska narkomanii wykorzystano dostępne zagregowane dane statystyczne.

Zbadano tendencje rozwojowe liczby osób leczonych (F11-F19) w Poradniach (*Poradniach Zdrowia Psychicznego, Odwykowych i Uzależnienia od Substancji Psychoaktywnych*) ogółem (POA), po raz pierwszy (POAI) oraz leczonych z tego powodu w Zakładach Psychiatrycznej Opieki Pełnodobowej ogółem (POC) i po raz pierwszy (POCI), oraz związki korelacyjne pomiędzy leczonymi ogółem i leczonymi po raz pierwszy.

Rys. 1 Leczeni z powodu zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych(F11-F19)

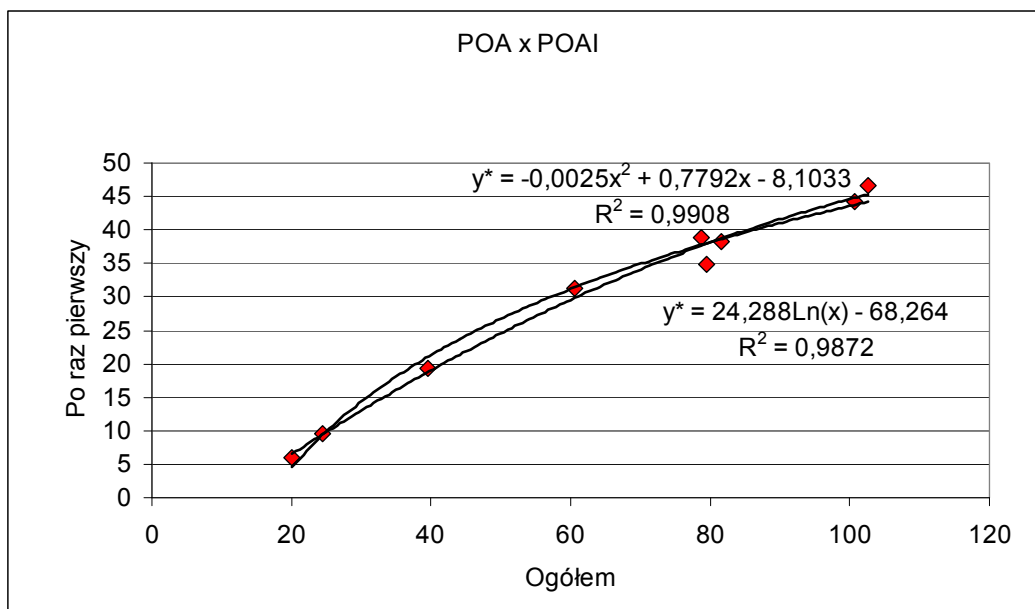


Źródło: opracowanie własne na podstawie [37], 1997-2006.

Można spostrzec (rys.1), iż w ostatnich z badanych lat (2004-2005) liczba leczonych we wszystkich badanych przekrojach ustabilizowała się, a w szczególności zahamowany został szybki w latach poprzednich wzrost liczby pacjentów w Poradniach. Rys. 2 i 3 prezentują diagramy korelacyjne liczby leczonych po raz pierwszy w zależności od liczby leczonych ogółem w wyróżnionych wyżej przekrojach badania. Można zauważyć, iż w miarę wzrostu liczby leczonych ogółem przyrost liczby osób leczonych po raz pierwszy staje się coraz wolniejszy, to znaczy, że jednakowym przyrostom liczby leczonych ogółem towarzyszą coraz mniejsze przyrosty liczby osób leczonych po raz pierwszy. Obie funkcje teoretyczne

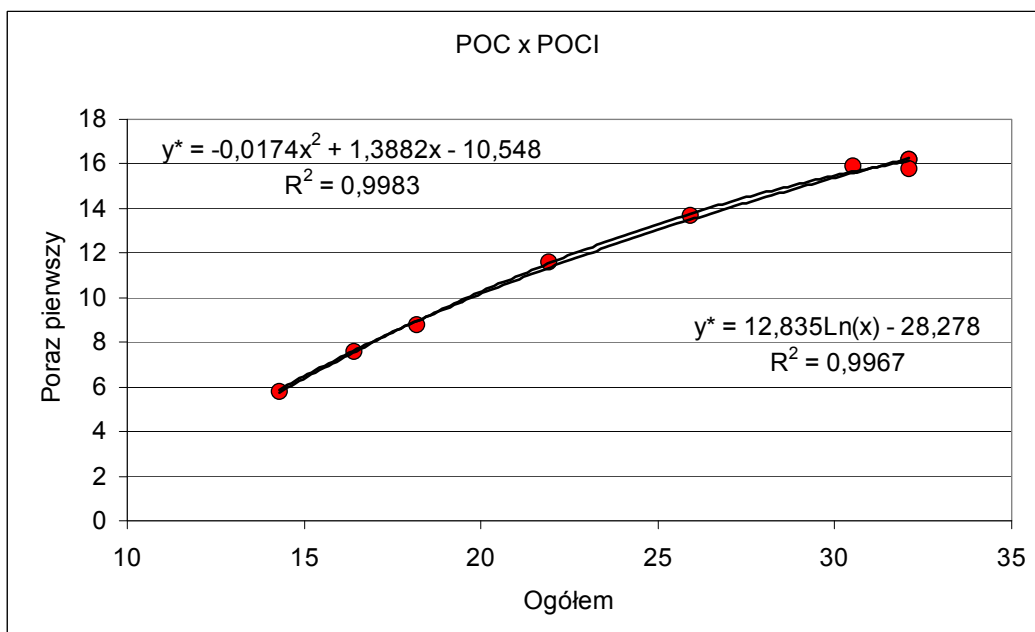
(wielomian stopnia II i funkcja logarytmiczna) są bardzo dobrze dopasowane do danych empirycznych.

Rys. 2 Leczeni z powodu zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych (F11-F19) w Poradniach ogółem (POA) i po raz pierwszy (POAI)



Źródło: opracowanie własne na podstawie [37], 1997-2006.

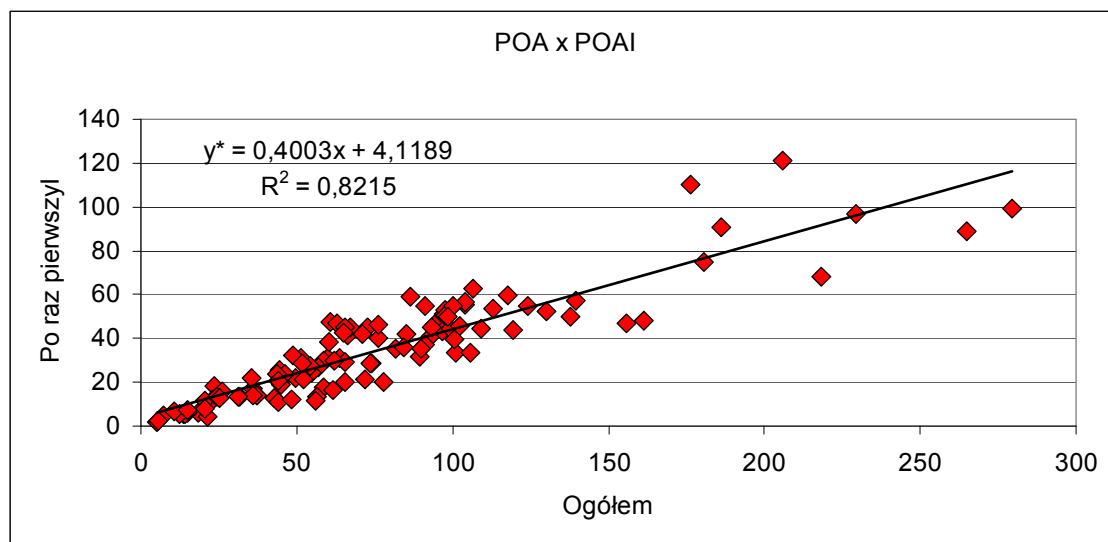
Rys. 3 Leczeni z powodu zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych (F11-F19) w Zakładach Opieki Całodobowej ogółem (POC) i po raz pierwszy (POCI)



Źródło: opracowanie własne na podstawie [37], 1997-2006.

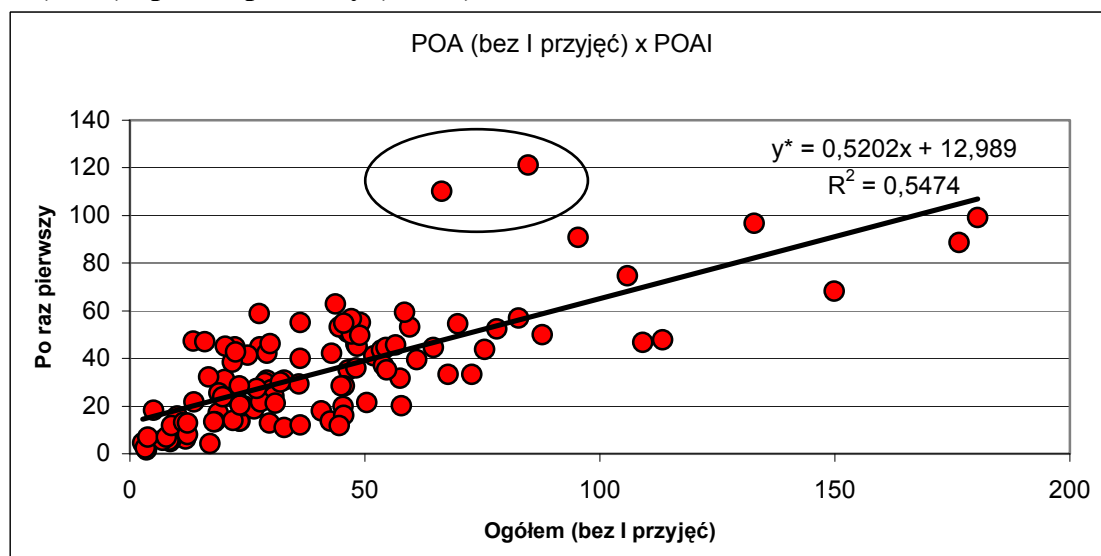
Nieco inaczej omawiany związek kształtuje się w przekroju przestrzenno-czasowym. Rys. 4 i 5 prezentują diagramy korelacyjne liczby leczonych po raz pierwszy w zależności od liczby leczonych ogółem w latach 1997-2006 z uwzględnieniem podziału na województwa – można tu zaobserwować wyraźny związek liniowy.

Rys. 4 Leczeni z powodu zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych (F11-F19) w Poradniach, ogółem (POA) i po raz pierwszy (POAI)



Źródło: opracowanie własne na podstawie [37], 1997-2006.

Rys. 5 Leczeni z powodu zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych (F11-F19) w Poradniach, ogółem (bez pierwszych przyjęć) (POA) i po raz pierwszy (POAI)



Źródło: opracowanie własne na podstawie [37], 1997-2006.

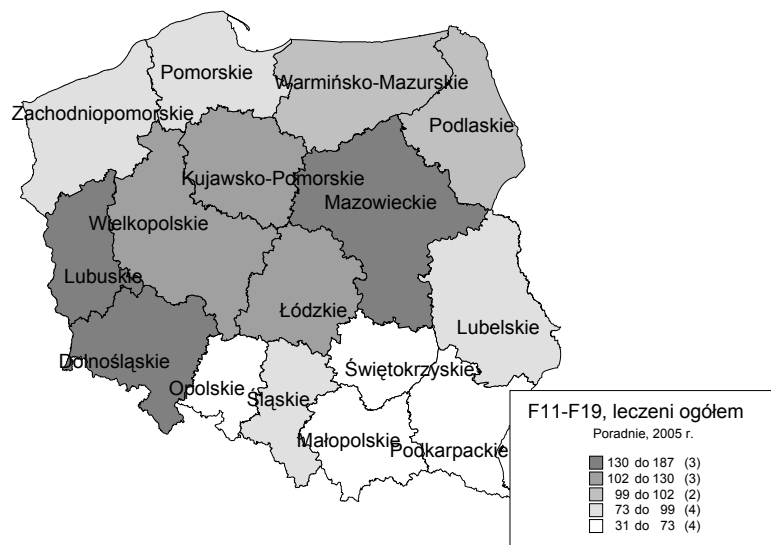
Dwa obwiedzione linią punkty odstające to obserwacje z woj. dolnośląskiego w latach 1998 i 1999, gdzie liczbie leczonych ogółem (bez pierwszych przyjęć) w Poradniach towarzyszył znacznie wyższy, niż przeciętnie, przyrost osób leczonych po raz pierwszy. Interpretacja zaprezentowanych na rys. 5 wyników jest następująca: wzrostowi liczby osób leczonych w Poradniach po raz kolejny o dwie towarzyszy, średnio rzecz biorąc, wzrost liczby osób leczonych po raz pierwszy o jedną osobę.

Rys. 6 i 7 przedstawiają przestrzenne zróżnicowanie liczby osób leczonych ogółem oraz po raz pierwszy w Poradniach w roku 2005. Można spostrzec, iż największa liczba osób leczonych w Poradniach wystąpiła w roku 2005 w woj. mazowieckim, lubuskim i dolnośląskim, a leczonych po raz pierwszy – w woj. kujawsko-pomorskim, wielkopolskim i dolnośląskim.

Inaczej przedstawia się przestrzenne zróżnicowanie liczby przestępstw stwierdzonych [14] z Ustaw z dn. 24.04.97 i 29.07.05 o przeciwdziałaniu narkomanii (rys. 8 i 9). Jeśli chodzi o liczbę przestępstw ogółem można stwierdzić, że największą ich liczbę odnotowano w woj. mazowieckim i małopolskim; w przypadku liczby tych przestępstw w przeliczeniu na 1000 mieszkańców można spostrzec, że największe natężenie przestępstw zaobserwowano w województwach leżących przy południowej, zachodniej i północnej granicy kraju, a w szczególności w woj. małopolskim i lubuskim.

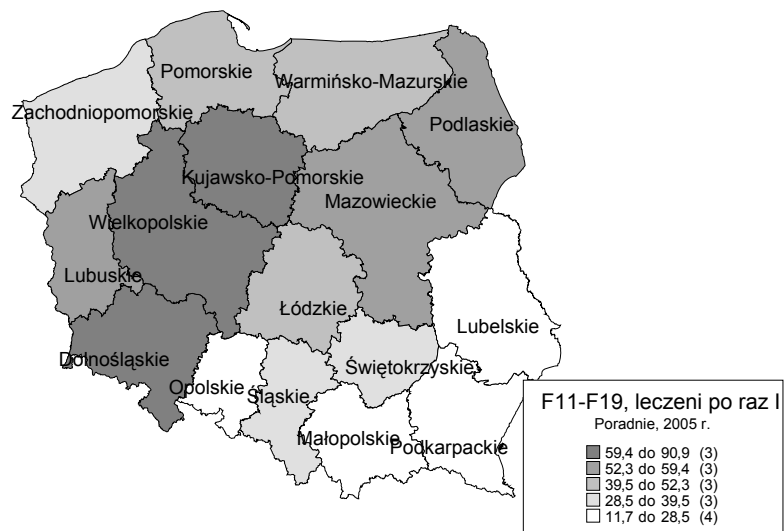
Najmniej leczonych i najmniej przestępstw występuje we wschodniej części kraju, można więc sądzić, że w tych województwach stopień rozpowszechnienia narkomanii jest najniższy.

Rys. 6 Liczba osób leczonych ogółem w Poradniach według województw w roku 2005



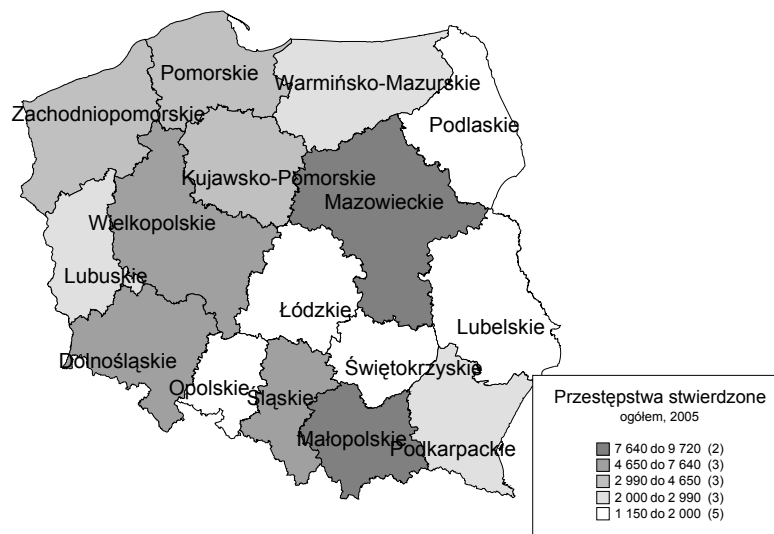
Źródło: opracowanie własne na podstawie [37], 1997-2006.

Rys. 7 Liczba osób leczonych po raz pierwszy w Poradniach według województw w roku 2005



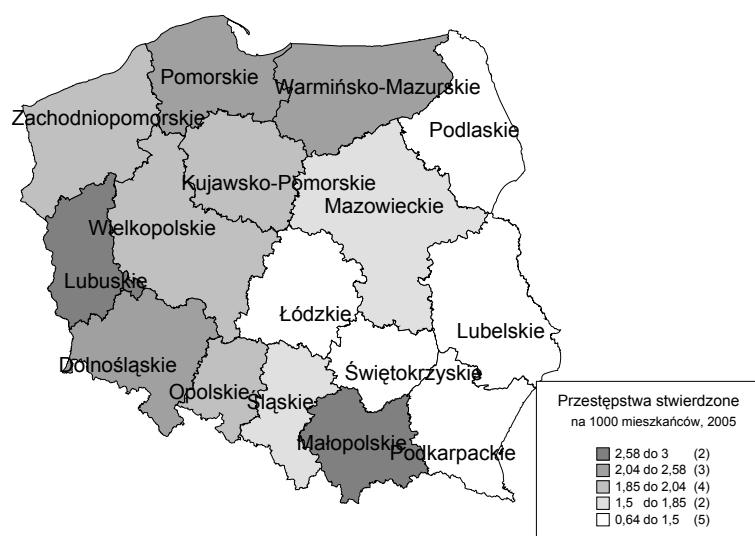
Źródło: opracowanie własne na podstawie [37], 1997-2006.

Rys. 8 Przepiępstwa stwierdzone z Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii ogółem według województw w roku 2005



Źródło: opracowanie własne na podstawie [14].

Rys. 9 Przepiępstwa stwierdzone z Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii na 1000 mieszkańców według województw w roku 2005



Źródło: opracowanie własne na podstawie [14] i [15], 2005.

I Wydatki publiczne

Terminem „*wydatki publiczne*” określa się, zgodnie z [*Guidelines... 2007*] wartość dóbr i usług zakupionych przez jednostki administracji państwowej tj. instytucje centralne, jednostki samorządów terytorialnych i inne niezależne instytucje publiczne.

Największymi problemami w zliczaniu kosztów, które można przypisać używaniu narkotyków, jest z jednej strony zbyt ogólny opis rodzaju kosztów wyszczególnionych w poszczególnych sprawozdaniach, w wielu wypadkach trudno jest więc sklasyfikować je według wymaganych przez EMCDDA zasad, a z drugiej - zbyt ogólnikowe przedstawianie źródeł finansowania poszczególnych wydatków. W efekcie ta sama pozycja figuruje w kilku sprawozdaniach i często nie można ustalić na podstawie ogólnych sprawozdań, kto i w jakiej części finansował dany wydatek.

A. Wydatki bezpośrednio przypisane narkomanii (*labelled*)

Zgodnie z [*Guidelines... 2007*] wśród wydatków bezpośrednio przypisane narkomanii wyróżniono wydatki Budżetu Państwa (centralnego) oraz wydatki jednostek samorządu terytorialnego, tj. poniesione przez budżety gmin, powiatów i województw. Wyniki przedstawiono w tabelach 1 i 2 oraz na rys.10-12. Wydatki wyszczególniono w oparciu o następujące pozycje:

1. Wydatki na realizację KPPN poniesione w 2005 r., sprawozdanie [36].
2. Sprawozdanie z realizacji Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii, 2005, Minister Zdrowia, Warszawa 2006, [24].
3. Wydatki Budżetu Państwa według części, 2005 r. (s.44-138), [35].
4. Sprawozdanie Krajowe Centrum ds. AIDS, Warszawa 2006, [25].
5. Dodatkowe sprawozdania.

Poszczególne wydatki klasyfikowano, w miarę możliwości według klasyfikacji COFOG. W niektórych przypadkach zachodziła konieczność oszacowania wysokości części wydatków, co spowodowane było tym, że nie wszystkie instytucje dostarczyły sprawozdanie finansowe ze swojej działalności związanej z narkomanią.

Do instytucji centralnych, które nie nadesłały sprawozdań, zwrócono się lipcu 2007 z ponowną prośbą o ich nadesłanie, zwrócono się także do tych instytucji, które sprawozdanie nadesłały z prośbą o ewentualne uzupełnienie i uaktualnienie informacji. Otrzymane informacje przedstawione są szczegółowo w załączonym pliku (EXCEL) o nazwie „*KPPN, uzupełnienie*” i posłużyły one zarówno do uzupełnienia listy wydatków (*labelled*)

zamieszczonych w pierwotnym sprawozdaniu, jak również do oszacowania udziałów wydatków, które można przypisać narkomanii w przypadku wydatków pośrednio związanych z tym zjawiskiem (*non-labelled*).

W ten sposób uzupełniono kwotę wydatków bezpośrednio przypisanych narkomanii (*labelled*) poniesionych przez Ministerstwo Edukacji Narodowej (o 95,7 tys. zł), oraz włączono do sprawozdania wydatki poniesione przez Krajowe Centrum ds. AIDS w kwocie 21,5 tys. zł.

W kilku przypadkach kwoty wyszczególnione w [36] uzupełniono o kwoty przeznaczone na wyposażenie i materiały, kierując się sprawozdaniem [24] (nr stron podano w kolumnie 6 tabeli 1).

W przypadku wydatków bezpośrednio poniesionych przez Wojewódzkie Inspektoraty Farmaceutyczne dodano kwotę 2600 zł poniesioną przez Wojewódzki Inspektorat Farmaceutyczny w Gorzowie Wlkp. na kontrole.

W przypadku wydatków gmin i powiatów na realizację KPPN zaszła konieczność oszacowania brakującej części kosztów, co spowodowane było znacznymi brakami wśród nadesłanych sprawozdań. W I etapie nadsyłania sprawozdań na 2478 gmin sprawozdania nadesłało 1759 gmin, tj. brakło 719 sprawozdań (29,0%). Spośród 719 gmin, które nie nadesłały sprawozdań wylosowano próbę złożoną z 216 gmin, co stanowiło około 30% gmin, które nie nadesłały sprawozdań. Próba została wylosowana drogą losowania warstwowego, proporcjonalnego, bezzwrotnego, w proporcji do liczby gmin w danym województwie, które nie nadesłały sprawozdań w I etapie (Załącznik, tabela 1). Sposób losowania gmin został w sposób szczegółowy przedstawiony w pliku (*EXCEL „Losowanie gmin”*). Do wylosowanych gmin w lipcu 2007 zwrócono się ponownie z prośbą o nadesłanie sprawozdań z wykonania KPPN w roku 2005. Otrzymano 84 odpowiedzi. Kwotę wydatków na realizację KPPN dla gmin, które w ogóle nie nadesłały sprawozdań oszacowano jako iloczyn liczby gmin, które ostatecznie nie udzieliły odpowiedzi (635) oraz średniej ważonej z wydatków gmin w I i II etapie zbierania informacji (27,57 tys. zł), gdzie wagami były liczby gmin, które udzieliły odpowiedzi w obu etapach (szczegóły obliczeń w pliku *EXCEL „KPPN, gminy i powiaty”*) jako

$$635 \times 27,57 = 17510,1 \text{ tys. zł.} \quad /1/$$

Ogólny koszt poniesiony przez gminy na rzecz KPPN wyniósł więc ostatecznie

44 002,3 + 17 510,1 = 61 512,4 tys. zł.

/2/

W przypadku powiatów na 373 powiaty sprawozdanie przekazało 166 powiatów [31]. Średni wydatek powiatów na realizację KPPN wyniósł 138,95 tys. zł.

Koszt poniesiony przez powiaty, które nie złożyły sprawozdania oszacowano jako:

$(373-166) \times 138,95 = 28\,762,8$ tys. zł

/3/

Ogólny koszt poniesiony przez powiaty na rzecz KPPN wyniósł więc ostatecznie

$23\,065,8 + 28\,762,8 = 51\,828,6$ tys. zł.

/4/

Tabela 1 Wydatki bezpośrednio przypisane narkomanii (*Labelled*)

nr	Nazwa	Kwota (wykonanie) w tys. zł	COFOG	CEL	Źródło danych
1	2	3	4	5	6
1	NFZ Całkowity koszt działań skierowanych na przeciwdziałanie narkomanii w tym:	96 148,7	05.1 05.3 05.3	Leczenie, Profilaktyka, Szkolenia	[24]
a	Koszt realizacji KPPN w woj. oddziałach NFZ	24 038,6	05.1	Leczenie	[24]
c	KBPN	10 847,0	05.1 05.3 05.3 05.5	Leczenie, Profilaktyka, Szkolenia Badania naukowe	[24]
b	Biuro Rozliczeń Międzynarodowych	9305,3	05.1	Leczenie	[24]
2	Zwalczanie narkomanii (Budżet Wojewodów)	72,0	05.3	Szkolenia	[35]
3	Komenda Główna Policji ¹	138 900,0	03.1	Zwalczanie przestępczości	[24] s.142
4	Komenda Główna Straży Granicznej	1 000,5	03.1	Zwalczanie przestępczości	[36]
5	Ministerstwo Obrony Narodowej	2 500,0	05.3 03.1	Profilaktyka Zwalczanie przestępczości	[24] s.141

1	2	3	4	5	6
6	Żandarmeria Wojskowa ¹	2 062,2	05.3 03.1	Profilaktyka Zwalczanie przestępczości	[24] s.142
7	Centralny Zarząd Służby Więziennej	10 970,9	05.1 05.3 03.1	Leczenie Profilaktyka Zwalczanie przestępczości	[36]
8	Komenda Główna Żandarmerii Wojskowej i Zarząd Wojskowej Służby Zdrowia	200,0	05.3 03.1	Profilaktyka Zwalczanie przestępczości	[36]
7	Instytut Psychiatrii i Neurologii	212,0	05.5	Badania naukowe	[36]
8	Ministerstwo Edukacji i Sportu (Edukacji Narodowej) ²	253,8	05.3	Profilaktyka	[36]
9	Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno- Pedagogicznej	19,3	05.3	Profilaktyka	[36]
10	Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji	237,0	05.1 05.3	Leczenie Profilaktyka	[36]
11	Ministerstwo Sprawiedliwości ²	120,9	05.3	Profilaktyka	[36]
13	Wojewódzkie Inspektoraty Farmaceutyczne**	102,1	05.3	Profilaktyka	[36]
14	Krajowe Centrum ds. AIDS	21,5	05.3 05.1	Profilaktyka, Redukcja szkód	[25]
15	Phare 2003 „Walka z narkotykami- kontynuacja” umowa pomiędzy Ministerstwem Zdrowia RFN i RP	1 694,6	05.1 05.3 05.3	Leczenie, Profilaktyka, Szkolenia	[35]
16	Samorządy Gmin**	61 512,4	05.1 05.3 05.3	Leczenie, Profilaktyka, Szkolenia	[36]
17	Samorządy Powiatów**	51 828,6	05.1 05.3 05.3	Leczenie, Profilaktyka, Szkolenia	[36]
18	Samorządy Województw	4 041,5	05.1 05.3 05.3	Leczenie, Profilaktyka, Szkolenia	[36]
Razem		371 811,1	x		

Źródło: opracowanie własne na podstawie pozycji wyszczególnionych w kolumnie 6.

¹ - łącznie z wydatkami na materiały i wyposażenie,

² - łącznie z wydatkami dodatkowymi,

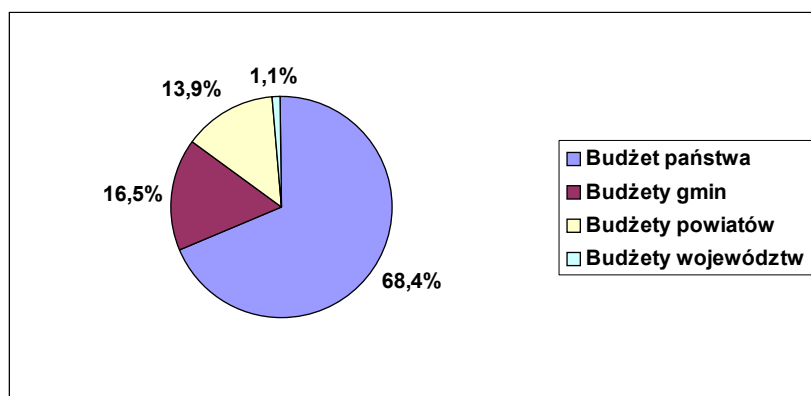
** - oszacowanie własne.

Tabela 2 Wydatki bezpośrednio przypisane narkomanii (*Labelled*) według źródła finansowania

Źródło finansowania	Kwota (w tys. zł)	Udział (%)
Budżet państwa	254 428,7	68,4
Budżety jednostek samorządu terytorialnego		
Gmin	61 512,4	16,5
Powiatów	51 828,6	13,9
Województw	4 041,5	1,1
Razem	371 811,1	100

Źródło: opracowanie własne na podstawie tabeli 2.

Rys. 10 Wydatki bezpośrednio przypisane narkomanii (*Labelled*) według źródła finansowania



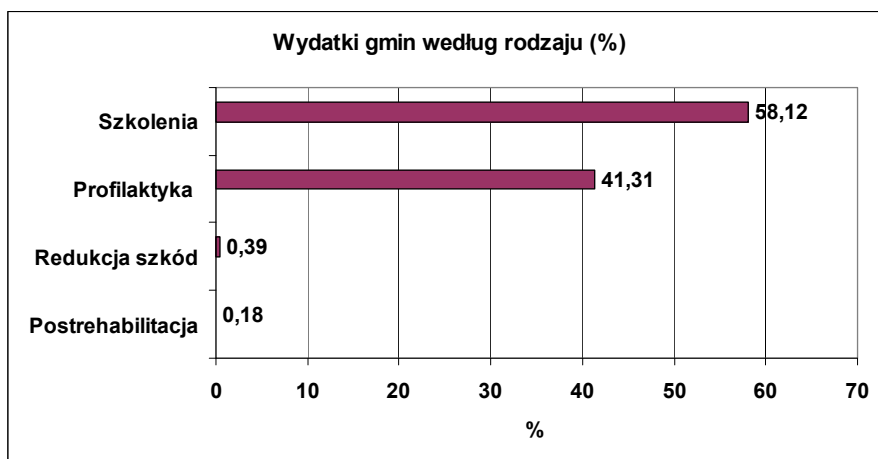
Źródło: opracowanie własne na podstawie tabeli 2.

Można spostrzec, że największy udział w omawianych wydatkach mają wydatki budżetu centralnego (państwa), a najmniejszy – województw. Warto zwrócić jednak uwagę, że województwa otrzymały w roku 2005 kwotę 72,0 tys. zł bezpośrednio z Budżetu Państwa na program zwalczania narkomanii, oraz 24 038,6 tys. zł z NFZ na opiekę zdrowotną związaną z narkomanią.

W wielu wypadkach (tabela 1) nie można określić w sposób jednoznaczny części wydatków przeznaczonych na poszczególne rodzaje celów (sprawozdania są zbyt ogólne).

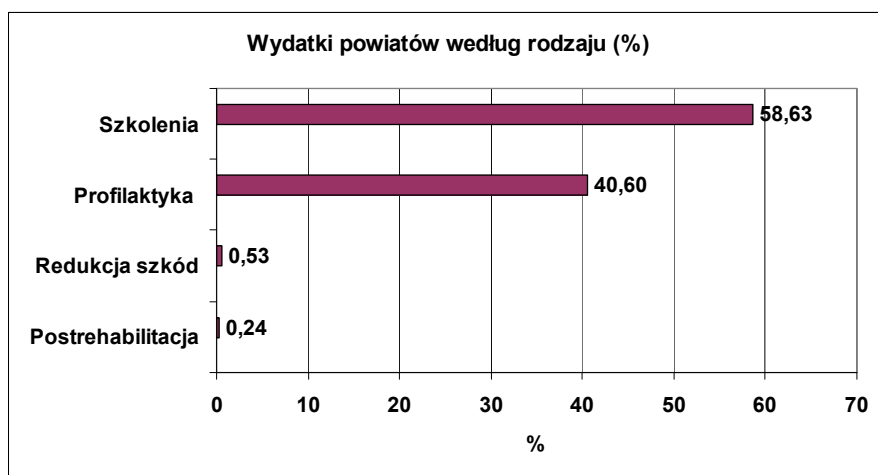
Korzystając z dostępnych informacji można stwierdzić, że część gmin (około 40%) nie realizowała KPPN i nie ponosiła w związku z tym żadnych wydatków. Główne rodzaje bezpośrednich wydatków gmin i powiatów to profilaktyka i szkolenie (rys.2 i 3).

Rys. 11 Bezpośrednie wydatki gmin według rodzajów



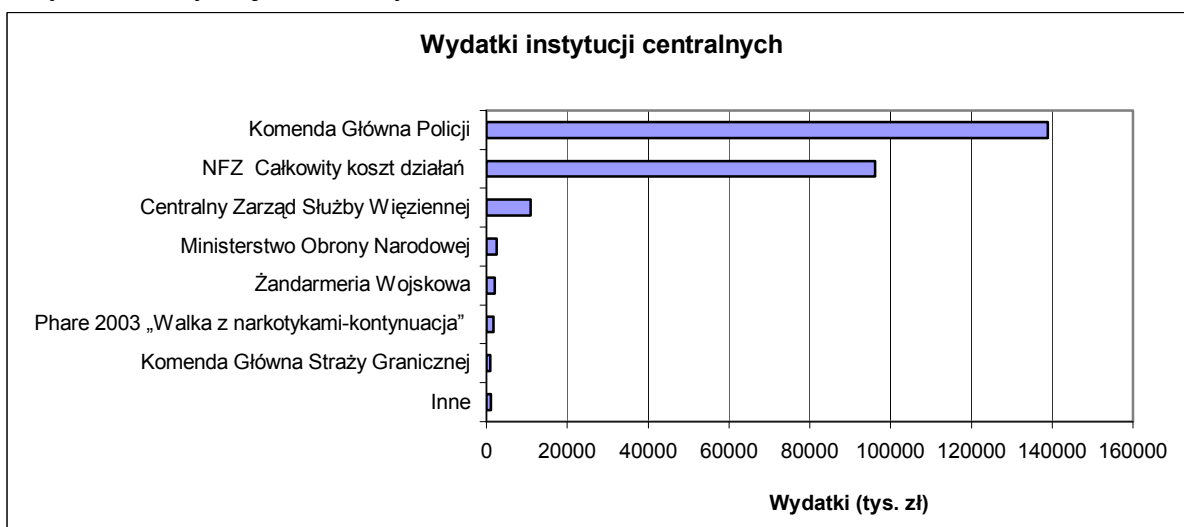
Źródło: opracowanie własne.

Rys. 12 Bezpośrednie wydatki powiatów według rodzajów



Źródło: opracowanie własne.

Rys. 13 Wydatki instytucji centralnych

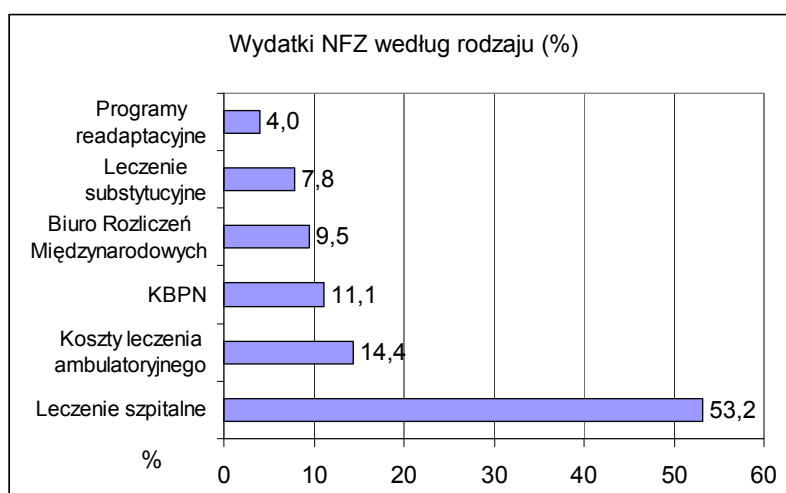


Źródło: opracowanie własne.

Wśród instytucji centralnych największe wydatki związane z narkomanią zostały poniesione (rys. 13) przez Policję (zwalczanie przestępczości) oraz NFZ (leczenie, profilaktyka, redukcja szkód, szkolenia).

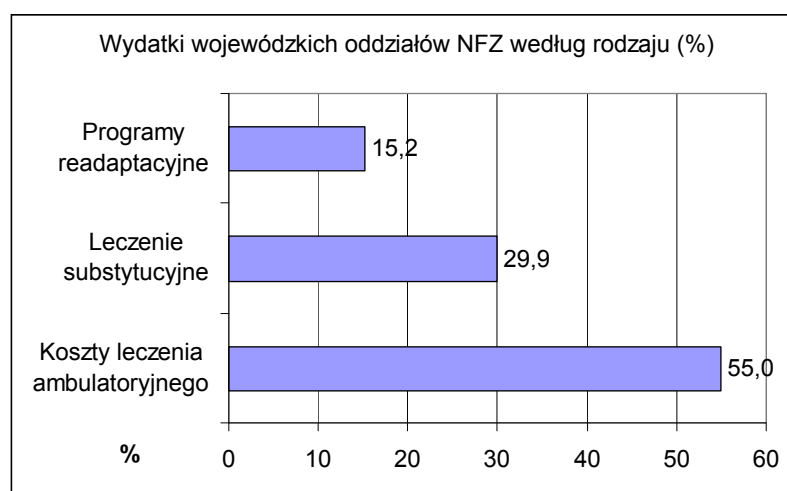
Rys. 14 i 15 przedstawiają podział wydatki poniesionych przez NFZ i jego wojewódzkie oddziały według rodzajów. Najkosztowniejsze okazało się leczenie szpitalne, a wśród wydatków oddziałów wojewódzkich – ambulatoryjne.

Rys. 14 Wydatki NFZ według rodzaju



Źródło: opracowanie własne.

Rys. 15 Wydatki wojewódzkich oddziałów NFZ



Źródło: opracowanie własne.

Powyższe wyliczenia (tabele 2-3, rys.10-12) wykazują tylko wydatki bezpośrednio związane z narkomanią.

B. Wydatki pośrednie (*non-labelled*)

Zgodnie z zaleceniami [*Guidelines... 2007*] szacując udział wydatków, które można przypisać narkomanii w przypadku tych wydatków, których nie można w całości przypisać temu zjawisku (*non-labelled*), podawano kwotę ogólną oraz przedstawiano, w jaki sposób oszacowano udział (*key*) wydatków związanych z narkomanią. W miarę możliwości wydatki klasyfikowano według klasyfikacji COFOG. Zgodnie z [*Guidelines... 2007*] skupiono się głównie na dwóch grupach wydatków według COFOG:

- Bezpieczeństwo publiczne (łącznie z policją, wymiarem sprawiedliwości i więzieniami),
- Zdrowie (wyposażenie i zaopatrzenie w produkty medyczne, szpitale i poradnie).

Oprócz tego oszacowano koszty pomocy społecznej dla narkomanów i ich rodzin.

Wyniki tego oszacowania przedstawiono w tabeli 3, niżej opisano natomiast sposób oszacowania poszczególnych rodzajów wydatków, a w szczególności sposób oceny udziałów wydatków, które można przypisać narkomanii w ich ogólnej kwocie (*key*).

Wymiar Sprawiedliwości

Część wydatków ponoszonych na działalność Wymiaru Sprawiedliwości oszacowano na podstawie udziału przestępstw stwierdzonych z Ustaw z dn. 24.04.97 i 29.07.05 o przeciwdziałaniu narkomanii (67 560) w ogólnej liczbie przestępstw stwierdzonych (1 379 962 [16], s.155), jako

$$67\ 560 / 1\ 379\ 962 = 0,04896 \quad /5/$$

a wysokość kwoty, jaką można przypisać narkomanii jako

$$0,04896 \times 6\ 998\ 767 = 342\ 644,7 \text{ tys. zł} \quad /6/$$

gdzie 6 998 767 tys. zł jest ogólnym wydatkiem Budżetu Państwa poniesionym na rzecz Wymiaru Sprawiedliwości ([16], s.628).

Uwaga 1: Wymiar Sprawiedliwości jest finansowany przez Budżet Państwa, istnieje jednak możliwość otrzymania dofinansowania z budżetów jednostek samorządu terytorialnego. Z tego powodu trudno jest w sposób jednoznaczny wskazać źródło jego finansowania.

Ze sprawozdań nadesłanych przez poszczególne Komendy Wojewódzkie Policji wynika (Załącznik, tabela 2), że pewna część przestępstw, które nie są przestępstwami wynikającymi z Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii zostało popełnionych przez narkomanów. Udział ten (udział przestępstw lub podejrzanych) oceniono jako 0,2259% wśród wszystkich przestępstw. Odejmując przestępstwa wynikające z Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii (ujęte we wcześniejszych obliczeniach) ten dodatkowy udział przestępstw można ocenić jako 0,2375% (obliczenia: *EXCEL, plik KPPN uzupełnienie, policja*). Kwotę wydatków Wymiaru Sprawiedliwości związaną z przestępstwami poza wynikającymi z Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii można ocenić jako

$$0,002375 \times 6\,998\,767 = 16\,621,7 \text{ tys. zł} \quad /7/$$

Ogólna kwota wydatków Budżetu Państwa ponoszonych na rzecz Wymiaru Sprawiedliwości w związku z narkomanią wynosi więc

$$342\,644,7 + 16\,621,7 = 359\,266,4 \text{ tys. zł} \quad /8/$$

Udział wydatków dotyczących przestępstw mających związek z narkotykami (wynikającymi z Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii lub nie) można ogólnie ocenić jako równy około 5,1%:

$$0,04896 + 0,002375 = 0,05133 \quad /9/$$

Uwaga 2: nie wszystkie Komendy Wojewódzkie Policji nadesłały sprawozdania; udziały przestępstw popełnionych przez narkomanów, a nie wynikających z Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii oszacowane zostały przez poszczególne Komendy. Udziały te wykazują wysokie zróżnicowanie (Załącznik, tabela 2). Z uwag zamieszczonych w poszczególnych sprawozdaniach wynika, że dane te są przybliżone – Komendy nie prowadzą specjalnej ewidencji, a Policja bazuje na oświadczeniu podejrzanego, który oświadcza, czy był pod wpływem narkotyku w chwili popełnienia przestępstwa. Nie ma obowiązku ani możliwości technicznych badania sprawców, czy podejrzanych na obecność narkotyków.

Uwaga 3: Należałoby zbadać, czy udział osób związanych z narkomanią popełniających przestępstwa inne, niż z Ustaw z dn. 24.04.97 i 29.07.05 o przeciwdziałaniu narkomanii, jest wyższy, niż wynikałoby to z liczebności ich populacji, oraz jej rozkładu według wieku i płci.

Sensowną rzeczą byłoby doliczenie do kosztów związanych z narkomanią tylko ewentualnej nadwyżki kosztów.

Więzienia

Kwotę wydatków poniesionych przez służby więzienne oszacowano na podstawie udziału przestępstw związanych z narkotykami (wynikającymi z Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii lub nie) ocenionego jako 0,05133 (*EXCEL, plik Non-labelled, Wymiar Sprawiedliwości*).

$$1\ 692\ 309 \times 0,05133 = 86\ 871,0 \text{ tys. zł} \quad /10/$$

gdzie 1 692 309 tys. zł to wydatki ogółem Centralnego Zarządu Służby Więziennej, według nadesłanego sprawozdania.

Ten sam udział (0,05133) przyjęto przy oszacowaniu kwoty wydatków, którą można przypisać narkomanii w obrębie specjalnych funduszy związanych z bezpieczeństwem publicznym [22], tj. Funduszu Wsparcia Policji, Funduszu Pomocy Postpenitencjarnej, Funduszu Rozwoju Przywieźiennych Zakładów Pracy.

Uwaga: W tym przypadku także należałoby zbadać, czy udział osób związanych z narkomanią popełniających przestępstwa inne, niż z Ustaw z dn. 24.04.97 i 29.07.05 o przeciwdziałaniu narkomanii, jest wyższy, niż wynikałoby to z liczebności ich populacji, oraz jej rozkładu według wieku i płci. Sensowną rzeczą byłoby doliczenie do kosztów związanych z narkomanią tylko ewentualnej nadwyżki kosztów.

Straż Graniczna

Większość kosztów ponoszonych przez Straż Graniczną w związku z narkomanią jest zawarta w koszcie ogólnym tej instytucji (*non-labelled*) i nie można wydzielić ich w sposób dokładny. W celu oszacowania tej kwoty do jednostek Straży Granicznej wysłano w lipcu 2007 pisma z prośbą o oszacowanie udziału spraw (lub kosztów) związanych z narkotykami w ich ogólnej liczbie. Otrzymano 7 odpowiedzi i na ich podstawie oszacowano udziału spraw związanych z narkotykami w ich ogólnej liczbie w działalności Straży Granicznej jako

15,95% (Załącznik, tabela 3). Należy podkreślić, że wielkość tych udziałów - w ocenie Straży Granicznej – znacznie się różniła; najwyższe udziały deklarowano w jednostkach leżących wokół zachodniej, południowej i północnej granicy państwa, najniższy udział deklarowała Straż Graniczna w Białymstoku (0,22%), a więc na wschodzie kraju. W podobny sposób była zróżnicowana przestrzennie liczba przestępstw z Ustaw z dn. 24.04.97 i 29.07.05 o przeciwdziałaniu narkomanii (por. rys. 8 i 9).

Koszt utrzymania przejść granicznych ze środków Budżetu Wojewodów ([22], s.159) wyniósł w 2005 roku 86 201 tys. zł.

Koszty przypisane narkomanii można ocenić jako

$$86\ 201 \times 0,1595 = 13\ 749,1 \text{ tys. zł} \quad /11/$$

Uwaga: Wobec faktu, że ocena udziału spraw związanych z narkotykami w ich ogólnej liczbie w działalności Straży Granicznej oparta jest o odpowiedzi 7 jednostek Straży Granicznej (w tym jedną leżącą na wschodzie kraju) i wysokiego stopnia przestrzennego zróżnicowania liczby przestępstw z Ustaw z dn. 24.04.97 i 29.07.05 o przeciwdziałaniu narkomanii można przypuszczać, że oszacowany udział średni (15,95%) jest zbyt wysoki. Wskazane byłoby uzyskanie odpowiedzi od wszystkich (lub przynajmniej od próby reprezentatywnej ze względu na swoje położenie geograficzne) jednostek Straży Granicznej.

Stacje Pogotowia Ratunkowego

W lipcu 2007 zwrócono się do Wojewódzkich Stacji Pogotowia Ratunkowego z prośbą podanie informacji o liczbie (bądź udziale) wyjazdów karetok pogotowia związanych z użyciem narkotyków oraz o kosztach związanych z tymi wyjazdami. 21 stacji pogotowia udzieliło informacji (na ogólną ich liczbę 477), tj. około 4,4%. W 21 stacjach pogotowia, które udzieliły informacji 2738 wyjazdów miało związek z narkotykami na ogólną ich liczbę 0,044 x 2998 tys. [w roku 2005 w całym kraju ([16], s.384), tj. 131 912 wyjazdów. Jedynie niektóre Stacje Pogotowia Ratunkowego podały średni koszt jednego wyjazdu lub koszty ogólne wyjazdów (Załącznik, tabela 4). Na tej podstawie oszacowano średni koszt wyjazdu karetki pogotowia jako 110,9 zł (*EXCEL, plik Non-labelled, Pogotowie ratunkowe*). Dla 21 Stacji Pogotowia Ratunkowego, które nadesłały sprawozdania oszacowano kwotę wydatków związaną z narkomanią na 351,7 tys. zł. Zakładając, że w pozostałych Stacjach Pogotowia Ratunkowego średnia liczba i koszty wyjazdów związanych z narkomanią kształtowały się w

analogiczny sposób można ocenić, że koszt wszystkich wyjazdów karettek, które można przypisać narkomanii był równy

$$(351,7 / 21) \times 477 = 7\,989,15 \text{ tys. zł} \quad /12/$$

Na podstawie otrzymanych od Stacji Pogotowia Ratunkowego informacji można ocenić także, że średni udział wyjazdów karettek związanych z narkotykami w ich ogólnej liczbie wyniósł w 2005 roku 0,19%.

Uwaga: Wojewódzkie Stacje Pogotowia Ratunkowego finansowane są głównie ze środków NFZ, istnieje jednak możliwość otrzymania przez nie dofinansowania z budżetów jednostek samorządu terytorialnego. Z tego powodu trudno jest w sposób jednoznaczny wskazać źródło ich finansowania.

HIV/AIDS

Narkomanii można przypisać część kosztów zawartych w sprawozdaniach instytucji związanych z leczeniem i zapobieganiu HIV/AIDS; powstaje więc kwestia oceny ich udziału w ogólnej kwocie wydatków ponoszonych na ten cel. Wielkość tego udziału oceniono jako 21%, kierując się w tym przypadku oceną podaną w [25], s.24 (prawdopodobny udział zakażeń powstałych wśród stosujących narkotyki w iniekcjach wśród ogółu zakażeń).

Świadczenia pomocy społecznej

Koszty świadczeń pomocy społecznej ponoszone przez budżet państwa dla narkomanów i ich rodzin oszacowano na podstawie sprawozdania Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej (MPiPS-03, za I-XII 2005, Dział 4. Powody przyznania pomocy [19]) w następujący sposób:

Rzeczywista liczba osób objętych świadczeniami pomocy społecznej [19, dział 3] wyniosła w 2005 roku 2 574 805 (w 1 573 122 rodzinach), w tym 3 922 rodzin było związanych z narkomanią.

W sprawozdaniu nie wyszczególniono liczby osób, które otrzymały świadczenia pomocy społecznej i były związane z narkomanią, stąd udział wydatków na świadczenia pomocy społecznej (*key*), jakie można przypisać narkomanii oszacowano jako udział rodzin,

które otrzymały świadczenia pomocy społecznej i były związane z narkomanią wśród ogółu rodzin, które otrzymały świadczenia pomocy społecznej jako

$$3\,992 / 1\,573\,122 = 0,002493 \quad /13/$$

a kwotę, którą można przypisać narkomanii jako

$$0,002493 \times 2\,885\,600 = 7194,18 \text{ tys. zł} \quad /14/$$

Kwota 2 885 600 tys. zł jest to ogólna kwota świadczeń pomocy społecznej w 2005 roku ([16], s.396).

Jednostki samorządu terytorialnego (powiaty, gminy, województwa) finansują świadczenia pomocy społecznej częściowo za pośrednictwem dotacji budżetu państwa (ta kwota wykazana jest w kwocie ogólnej 2 885 600 tys. zł), a część wydatków pokrywana jest z ich środków własnych. Na podstawie dostępnych obecnie informacji nie jest możliwe dokładne ustalenie kwoty wydatków pochodzących ze środków własnych jednostek samorządu terytorialnego przeznaczonych na świadczenia pomocy społecznej.

Oszacowania dokonano biorąc pod uwagę wydatki jednostek samorządu terytorialnego ogółem [23], od których odjęto wysokość dotacji Budżetu Państwa (na realizację zadań własnych i z zakresu administracji rządowej). Następnie na podstawie informacji Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej [19] oszacowano udział wydatków na świadczenia pomocy społecznej wśród wydatków na pomoc społeczną ogółem jako

$$2\,885\,600 / 11\,456\,044 = 0,2519 \quad /15/$$

gdzie 11 456 044 tys. zł jest kwotą wydatków na pomoc społeczną ogółem [23].

W powyżej opisany sposób oszacowano kwoty wydatków na świadczenia pomocy społecznej ze środków własnych jednostek samorządu terytorialnego (Załącznik, tabela 5). Następnie oszacowano kwoty, które jednostki samorządu terytorialnego (województwa, powiaty, gminy) wydały ze środków własnych na świadczenia związane z narkomanią wykorzystując udział /13/ tj. 0,002493 (obliczenia: *EXCEL, plik Non-labelled, JST pomoc społeczna*).

Udział wydatków na świadczenia pomocy społecznej związanej z narkomanią wśród wydatków na pomoc społeczną ogółem można ocenić jako

$$0,2519 \times 0,002493 = 0,0006280 \quad /16/$$

a kwotę przypisaną narkomanii w budżetach jednostek samorządu terytorialnego jako

gdzie 6 726 825 tys. zł jest obliczoną wielkością środków własnych w budżetach jednostek samorządu terytorialnego.

Uwaga 1: Zgodnie z [30] budżety jednostek samorządu terytorialnego mogą obejmować oprócz dotacji budżetu państwa i środków własnych także środki obce, przykładowo pochodzące z Unii Europejskiej. Na podstawie dostępnych informacji nie ma możliwości ich uwzględnienia; ponieważ Polska przystąpiła do Unii Europejskiej w 2004 roku, jest jednak rzeczą mało prawdopodobną, że jednostki samorządu terytorialnego otrzymały takie dotacje w roku 2005.

Uwaga 2: Należałoby zbadać, czy udział osób związanych z narkomanią otrzymujących świadczenia, czy też bardziej ogólnie pomoc społeczną, jest wyższy, niż wynikałoby to z liczebności ich populacji, oraz jej rozkładu według wieku i płci. Sensowną rzeczą byłoby doliczenie do kosztów związanych z narkomanią tylko ewentualnej nadwyżki kosztów.

MONAR

Na podstawie sprawozdań MONARu nie sposób określić w sposób precyzyjny kwoty wydatków tej instytucji związanych z narkomanią. Dla oszacowania tej kwoty posłużono się oszacowaniem udziału dokonany dla świadczeń pomocy społecznej /12/ – udział świadczeń związanych z narkomanią w ogólnej ich liczbie oceniono więc jako 0,002493 (*key*).

Koszty działalności statutowej określone statutem oraz koszty ogólnoadministracyjne w roku 2005 w Stowarzyszeniu MONAR wyniosły 50 908, 7 tys. zł [11], wobec tego kwota wydatków MONARu, które można przypisać narkomanii wyniosła 126,9 tys. zł.

Uwaga: Ze względu na ważność tej instytucji w działalności związanej z narkomanią dla bardziej precyzyjnego oszacowania kwoty jej wydatków związanych z narkomanią byłoby wskazane podjęcie w przyszłości specjalnych badań.

Fundacja Batorego

Udział wydatków, które można przypisać narkomanii, oszacowano na podstawie udziału liczby szkoleń, które odbyły się w Polsce, zakładając proporcję wydatków 1 : 1 dla szkoleń dotyczących alkoholizmu i narkomanii.

Tabela 3 Oszacowanie wydatków pośrednio przypisanych narkomanii (*non-labelled*)

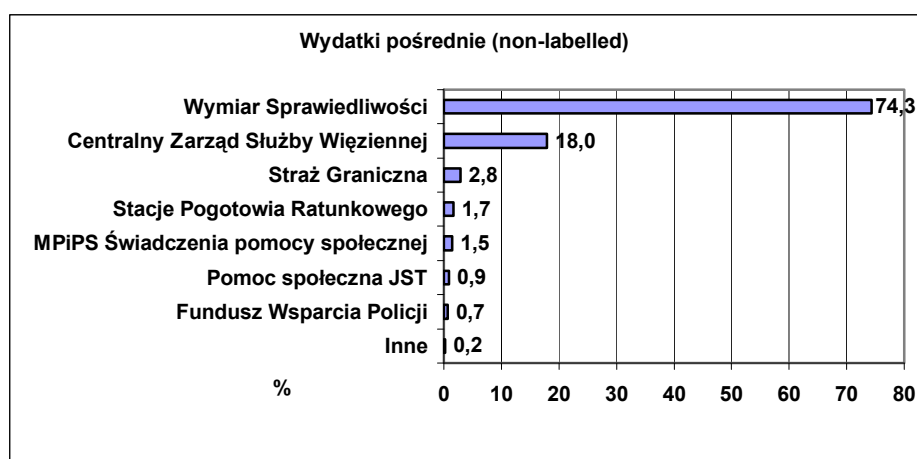
Instytucja	Kwota ogólna (tys. zł)	Udział (key)	Kwota przypisana (tys. zł)	Cel	COFOG	Źródło danych
Wymiar Sprawiedliwości (Przestępstwa z Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii)	6 998 767	0,04896	342 644,7	Zwalczanie przestępczości	03.1	[16], [22], [14]
Wymiar Sprawiedliwości (Inne przestępstwa)	6 998 767	0,002375	16 621,0			
Centralny Zarząd Służby Więziennej	1 692 309	0,05133	86 871,0	Więzienia	03.3	[14], [4]
Fundusz Wsparcia Policji	67 962	0,05133	3 488,7	Zwalczanie przestępczości	03.1	[22]
Fundusz Pomocy Postpenitencjarnej	9 036	0,05133	463,8	Więzienia	03.3	[22]
Fundusz Rozwoju Przywieziennych Zakładów Pracy	1 495	0,05133	76,7	Więzienia	03.3	[22]
Straż Graniczna	86 201	0,1595	13 752,6	Zwalczanie przestępczości	03.1	[23] , [4]
Stacje Pogotowia Ratunkowego	.	x	7 989,2	Leczenie	05.2	[16], [4]
Wojewódzki Program Zapobiegania HIV i AIDS	29,3	0,21	6,1	Profilaktyka	05.3	[23]
Zapobieganie i zwalczanie AIDS	92	0,21	19,3	Profilaktyka	05.3	[23]
MONAR	50 908,7	0,002493	126,9	Profilaktyka	05.3	[11]
Granty na realizację projektów redukcji szkód w dziedzinie HIV/AIDS	216	0,21	45,4	Redukcja szkód	05.3	[13]
Regionalny Program Przeciwdziałania Uzależnieniom Fundacja Batorego	981,7	0,1154	113,3	Profilaktyka	05.3	[18]
MPiPS Świadczenia pomocy społecznej	2 885 600	0,002493	7 194,2	Rodzina i dzieci	06.5	[16],[19]
JST Świadczenia pomocy społecznej	6 726 825,0	0,0006280	4 224,3	Rodzina i dzieci	06.5	[23], [5]
Razem wydatki pośrednie (<i>non-labelled</i>)			483 638,0	x		

Źródło: obliczenia własne.

Można spostrzec, iż największe wydatki poniósł wymiar sprawiedliwości, co związane jest przede wszystkim z przestępstwami wynikającymi z Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, a następnie koszty poniesione przez więzienia. Udział ten (a w następstwie przypisana kwota) został oszacowany m.in. na podstawie ocen poszczególnych Wojewódzkich Komend Policji dotyczących przestępstw nie wynikających z Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii. Ze względu na rozmiar tego zjawiska i wysokie koszty wskazane byłoby w przyszłości podjęcie bardziej szczegółowych badań w tym zakresie.

Rys. 16 prezentuje udział wydatków pośrednich związanych z narkomanią ponoszonych przez różne instytucje.

Rys.16 Wydatki pośrednie (%) związane z narkomanią ponoszone przez różne instytucje



Źródło: Opracowanie własne w oparciu o tabelę 3.

Sposób szacowania niektórych wydatków oparto na nie reprezentatywnych próbach sprawozdań z różnych instytucji, w przyszłości należałoby więc podjąć odpowiednie badania w tym zakresie.

W niektórych przypadkach należałoby oszacować i dodać do kwoty kosztów pośrednich związanych z narkomanią tylko nadwyżki tych kosztów, spowodowane występowaniem zjawiska narkomanii – także narkomani bowiem „mają prawo” do pewnej części tych wydatków podobnie, jak reszta populacji. Kwestia ta dotyczy przykładowo kosztów pomocy społecznej, leczenia chorób nie mających bezpośredniego związku z nadużywaniem narkotyków, czy przestępstw nie wynikających z ustawy o przeciwdziałaniu

narkomanii. Podstawą takich szacunków mogłyby być współczynniki ryzyka dla populacji („*population attributable risk*”) opisane w [3], obecnie brak jest jednak potrzebnych do oszacowania ich wartości informacji statystycznych.

W wyszczególnionej w tabeli 3 kwocie wydatków pośrednich (*non-labelled*) nie ujęto m.in. - z powodu braku możliwości oszacowania udziału, który można przypisać narkomanii następujących pozycji:

- dodatkowych kosztów opieki zdrowotnej spowodowanych pośrednio narkomanią,
- niektórych rodzajów pomocy społecznej (pomocy dla bezdomnych, bezrobotnych itp.).

II Straty społeczne (*social costs*)

Jednym z najważniejszych negatywnych skutków narkomanii jest przedwczesna umieralność narkomanów, stąd też bardzo ważnym zagadnieniem staje się możliwość oceny zakresu tego zjawiska. Dla szacowania tej wielkości wykorzystuje się parametry tablic trwania życia, a przede wszystkim oceny przeciętnego dalszego trwania życia e_x .

Można skonstruować tablice trwania życia dla narkomanów - w [9] autorka zaproponowała sposób ich konstrukcji w oparciu o standaryzowane współczynniki nadumieralności (*Standardized Mortality Ratio*); można oszacować ich parametry także w oparciu o oceny współczynników zgonów narkomanów, jak to zostało zrobione w prezentowanych niżej rozważaniach (w oparciu o wyniki badań [17]). Na tej podstawie można oszacować także wielkość potencjału życiowego, który może być utracony w populacji narkomanów na skutek używania narkotyków.

Liczbę utraconych lat życia narkomanów spowodowaną ich przedwczesną umieralnością w określonym roku można oszacować obliczając m.in. wartości mierników YLL i FYWL (por. [12]), jak następuje

- YLL – utracone lata życia (*Years of Life Lost*)

$$YLL = \sum_{x=0}^G d_x e_x^* \quad /17/$$

gdzie

G – oznacza górny kres trwania populacji,

d_x - oznacza liczbę zgonów osób w wieku x w badanej populacji,

e_x^* - przeciętne dalsze trwanie życia w populacji przyjętej jako standard (np. populacji generalnej).

- FYWL – utracone lata życia zawodowego (*Future Years of Work Lost*), jest liczone w przedziale wieku produkcyjnego, tj. w Polsce w przedziale [18, 59) lat dla kobiet, oraz [18, 64) dla mężczyzn. Miernik ten dla kobiet ma postać /8/ a dla mężczyzn /9/

$$FYWL = \sum_{x=18}^{59} d_x (60 - x), \quad /18/$$

$$FYWL = \sum_{x=18}^{64} d_x (65 - x) . \quad /19/$$

Znajomość współczynników /18/, /19/ pozwala następnie na ocenę, przykładowo, wielkości potencjalnych strat PKB (Produktu Krajowego Brutto), którą można przypisać narkomanii.

Tabela 4 prezentuje oszacowane przez autorkę parametry tablic trwania życia dla narkomanów (lata 2000-2006); niestety ze względu na brak odpowiednich informacji statystycznych nie było w tym przypadku możliwe uwzględnienie ich podziału według płci. Dla porównania oszacowano także parametry tablic trwania życia dla populacji generalnej, biorąc pod uwagę wartości przeciętne współczynników zgonów z lat 2000-2005 (dla roku 2006 nie są dostępne jeszcze wszystkie potrzebne informacje). W tabeli 5 zaprezentowano natomiast oszacowane za pomocą tego samego programu komputerowego („Ludzik”) parametry tablic trwania życia dla populacji generalnej (obliczenia: *EXCEL*, *Straty społeczne*).

Z porównania wartości jednego z najważniejszych parametrów tych tablic, tj. przeciętnego dalszego trwania życia noworodka (e_0) wynika, w przypadku narkomanów należy liczyć się ze stratą blisko 30 lat życia (27,27).

Rys. 17 prezentuje oszacowanie wielkości potencjalnych strat potencjału życiowego narkomanów dla populacji 23 524 pacjentów przyjętych do leczenia stacjonarnego w latach 2000-2004 z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (ICD X: F11-F16, F18, F19) według [(17), s.22]. Wielkości potencjału życiowego dla narkomanów oszacowano posługując się siódmym wzorem L.Herscha¹, twórcy teorii i autora metody szacowania wielkości potencjału życiowego:

$$V(\theta, \omega) = \sum_0^{\omega-1} P_x \cdot \frac{e_x + e_{x+1}}{2}, \quad /20/$$

gdzie

$V(\theta, \omega)$ - całkowity potencjał życiowy populacji,

ω - górny kres trwania populacji,

P_x - liczba osób w wieku x ukończonych lat,

e_x, e_{x+1} - przeciętne dalsze trwanie życia osoby w wieku x , lub $x+1$ ukończonych lat.

Okazuje się, że oczekiwaną wielkość straty potencjału życiowego rozważanej populacji narkomanów można ocenić na około 51,4% w stosunku do potencjału życiowego

¹ [7] cyt.za: [34], s.42.

odpowiedniej frakcji populacji generalnej. Zgodnie z zastosowaną metodą szacunku proporcje pomiędzy potencjalami życiowymi dla narkomanów oraz populacją generalną będą kształtowały się w podobny sposób także w przypadku inaczej określonych populacji narkomanów.

Tabela 4 Tablice trwania życia dla narkomanów (lata 2000-2006)

Wiek	lx	dx	qx	px	Lx	ex
0	100000	726	0,0073	0,9927	99368	46,84
1-4	99274	115	0,0012	0,9988	396807	46,18
5-9	99159	84	0,0009	0,9992	495555	42,24
10-14	99075	94	0,0010	0,9991	495162	37,27
15-19	98981	9937	0,1004	0,8996	472027	32,30
20-24	89045	6819	0,0766	0,9234	428825	30,61
25-29	82226	5991	0,0729	0,9271	396724	27,93
30-34	76236	7766	0,1019	0,8981	363064	24,92
35-39	68470	12273	0,1792	0,8208	314122	22,44
40-44	56197	10488	0,1866	0,8134	256418	21,75
45-49	45710	8750	0,1914	0,8086	208094	21,13
50-54	36959	6292	0,1702	0,8298	170057	20,50
55-59	30667	4292	0,1399	0,8601	143240	19,17
60-64	26376	4298	0,1629	0,8371	121715	16,86
65-69	22079	2455	0,1112	0,8888	104495	14,62
70-74	19624	3220	0,1641	0,8359	90392	11,12
75-79	16404	4039	0,2462	0,7538	72216	7,79
80+	12365	12365	1	0	55616	4,50

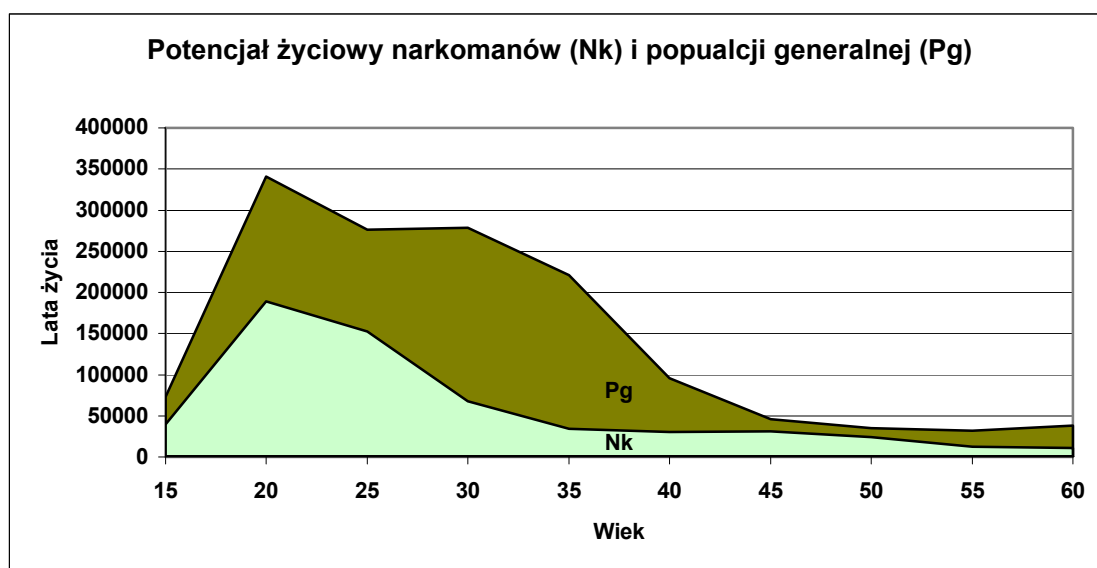
Źródło: Obliczenia własne.

Tabela 4 Tablice trwania życia dla populacji generalnej (lata 2000-2005)

Wiek	lx	dx	qx	px	Lx	ex
0	100000	726	0,00726	0,99274	99368	74,11
1	99274	115	0,00116	0,99884	396807	73,65
5	99159	84	0,00085	0,99915	495555	69,73
10	99075	94	0,00095	0,99905	495162	64,79
15	98981	242	0,00245	0,99755	494345	59,85
20	98738	360	0,00364	0,99636	492827	54,99
25	98379	407	0,00414	0,99586	490913	50,18
30	97971	552	0,00564	0,99437	488568	45,38
35	97419	878	0,00901	0,99099	485076	40,62
40	96541	1462	0,01514	0,98486	479281	35,97
45	95079	2345	0,02466	0,97534	469915	31,48
50	92735	3472	0,03744	0,96257	455541	27,21
55	89264	4778	0,05352	0,94648	435078	23,16
60	84486	6509	0,07704	0,92296	407038	19,32
65	77978	8670	0,11118	0,88882	369060	15,71
70	69309	11372	0,16407	0,83593	319250	12,35
75	57937	14265	0,24623	0,75378	255056	9,27
80	43672	43672	1	0	281875	6,46

Źródło: Obliczenia własne.

Rys. 17 Potencjał życiowy narkomanów (Nk) i w populacji generalnej (Pg)



Źródło: opracowanie własne.

Liczbę lat życia utraconych na skutek przedwczesnej śmierci narkomanów w roku 2005 obliczono na podstawie współczynników /17/, /18/ i /19/ oraz liczb zgonów związanych z narkomanią w tym roku (Załącznik, tabela 6)

Przyjmując jako standard wartości przeciętnego dalszego trwania życia dla populacji ludności Polski w 2005 roku ([15], s.416) liczbę utraconych lat życia 290 osób zmarłych w 2005 roku w Polsce w związku z narkotykami oceniono (YLL) jako 10 252,5 lat ich życia, w tym 6 203,4 utraconych lat życia mężczyzn i 4 049,1 lat życia kobiet.

Liczbę utraconych lat życia w wieku produkcyjnym oceniono natomiast jako 5967,5 lat (w tym 3855,0 mężczyzn i 2112,5 kobiet). Wyniki obliczeń przedstawiono w tabeli 7 (Załącznik).

Na podstawie oszacowanej liczby utraconych lat życia w wieku produkcyjnym narkomanów można ocenić wielkość niektórych strat społecznych (PKB). Zachodzi tutaj konieczność przyjęcia następujących założeń:

- byłaby możliwość dodatkowego zatrudnienia liczby osób odpowiadających liczebnie odpowiedniej frakcji populacji zmarłych przedwcześnie narkomanów,
- udział osób zatrudnionych w populacji odpowiadającej liczebnie zmarłym narkomanom byłby taki sam, jak w populacji generalnej ludności Polski w wieku aktywności zawodowej w roku 2005 (tj. 51,0% mężczyzn i 38,2% kobiet [16], s.672),

- osoby te mogłyby wytworzyć (średnio na osobę zatrudnioną) taką samą część PKB jak reszta populacji.

Liczbę zgonów osób w wieku produkcyjnym obliczono jako 158 kobiet oraz 89 mężczyzn, razem 247 osób. Biorąc pod uwagę odsetki osób zatrudnionych wśród osób aktywnych zawodowo ([16], s.233) tj. osób w wieku 15 lat i więcej, wynoszące 51,0% w populacji mężczyzn oraz 38,2% w populacji kobiet, liczba osób, które mogłyby być zatrudnione w roku 2005 - gdyby nie ich przedwczesny zgon spowodowany narkomanią - wyniosła 81 mężczyzn oraz 34 kobiety, razem 115 osób.

Osoby te mogłyby wypracować w roku 2005 PKB o wartości 5 728,3 tys. zł (mężczyźni) oraz 2 416,9 tys. zł (kobiety), łącznie 8 145,2 tys. zł, na taką kwotę można więc ocenić wysokość poniesionych strat produkcyjnych w roku 2005 na skutek przedwczesnych zgonów 247 osób spowodowanych narkomanią.

Oszacowane wielkości strat społecznych są zbiorczo przedstawione w tabeli 5.

Tabela 5 Oceny wielkości niektórych potencjalnych strat spowodowanych narkomanią w 2005 roku

Wyszczególnienie	Wielkość straty
Przeciętne dalsze trwania życia noworodka (e_0)	27,27 lat życia
Wielkość potencjału życiowego	51,4%
Liczba utraconych lat życia (YLL)	10 252,5 lat
Liczba utraconych lat życia w wieku produkcyjnym (FYWL)	5967,5 lat
Straty produkcyjne (PKB)	5 728,3 tys. zł

Źródło: obliczenia własne.

Podsumowanie

Podsumowując powyższe rozważania można stwierdzić (tabela 6, rys. 18), że największy udział w kosztach ogółem przypada kosztom pośrednim (non-labelled) tj. 55,9%, następnie kosztom bezpośrednio przypisanym narkomanii (labelled) – 43,2%. Potencjalne straty PKB wyniosły niespełna 1%.

W odniesieniu do wartości PKB w Polsce w 2005 roku (980666 mln zł [16], s.672) powyższe koszty stanowią 0,088% jego wartości w 2005 roku.

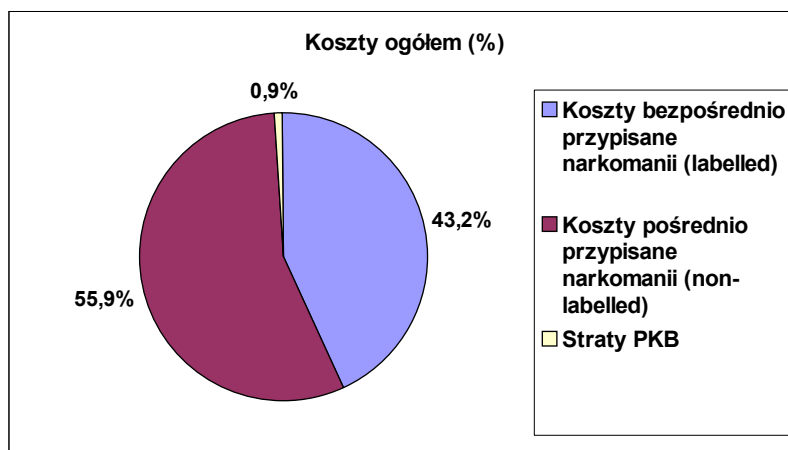
Należy podkreślić, że wyszczególnione wyżej koszty narkomanii i straty związane z tym zjawiskiem obejmują tylko te pozycje skutków materialnych, których wielkość można było ocenić na podstawie dostępnych informacji. Nie zostały uwzględnione także skutki niematerialne (ból, cierpienie, utrata zdrowia itp.) narkomanii.

Tabela 6 Rozkład kosztów i strat

Rodzaj kosztów	Kwota (tys. zł)	Udział w kosztach ogółem (%)	Udział w PKB (%)
Koszty bezpośrednio przypisane narkomanii (labelled)	373698,2	43,18	0,038
Koszty pośrednio przypisane narkomanii (non-labelled)	483638,0	55,88	0,049
Potencjalne straty PKB	8145,2	0,94	0,001
Ogółem	865481,3	100	0,088

Źródło: obliczenia własne.

Rys. 18 Rozkład kosztów i strat



Źródło: opracowanie własne.

Załącznik

Tabela 1 Losowanie gmin

Województwo	Nr (GUS)	Liczba gmin	Liczba brakujących odpowiedzi	Procent brakujących odpowiedzi	Liczba wylosowanych gmin
Dolnośląskie	2	169	32	18,9	10
Kujawsko-Pomorskie	4	144	39	27,1	12
Lubelskie	6	213	65	30,5	20
Lubuskie	8	83	17	20,5	5
Łódzkie	10	177	57	32,2	17
Małopolskie	12	182	43	23,6	13
Mazowieckie	14	314	202	64,3	61
Opolskie	16	71	12	16,9	4
Podkarpackie	18	160	42	26,3	13
Podlaskie	20	118	22	18,6	7
Pomorskie	22	123	57	46,3	17
Śląskie	24	166	54	32,5	16
Świętokrzyskie	26	102	8	7,8	2
Warmińsko-Mazurskie	28	116	24	20,7	7
Wielkopolskie	30	226	29	12,8	9
Zachodniopomorskie	32	114	16	14,0	5
Razem	x	2478	719	28,9	216

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 2 Przepięstwa (lub podejrzeni) popełnione przez osoby pod wpływem narkotyków poza wynikającymi z Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii według oceny Wojewódzkich Komend Policji

Komenda	Liczba przestępstw (podejrzanych)		Udział (%)
	Ogółem	Związek z narkotykami	
Białystok	10278	13	0,126
Bydgoszcz	7684	11	0,143
Gdańsk	.	54	.
Gorzów Wlkp.(sprawy)	.	159	.
Katowice	.	76	.
Kielce	38006	17	0,045
Kraków	34837	32	0,092
Lublin	36122	25	0,069
Lubuskie	12884	91	0,706
Olsztyn	33692	39	0,116
Opole	23128	81	0,350
Poznań	.	51	.
Radom	25959	35	0,135
Rzeszów	.	11	.
Szczecin	.	51	0,141
Wrocław	39953	90	0,225
Ogółem	262543	593	0,226
Udział bez przestępstw z Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii			0,237

Źródło: opracowanie własne na podstawie nadesłanych sprawozdań.

Tabela 3 Odsetek spraw narkotykowych w ocenie jednostek Straży Granicznej, które nadesłały sprawozdania

Jednostka	Udział (%)
Kłodzko	x
a. zatrzymani	3,80
b. postępowania przygotowawcze	3,45
Białystok	0,22
Nowy Sącz	12,50
Racibórz (<i>akcje poza zwykłą działalnością</i>)	3,0
Lubań	31,00
Gdańsk	29,50
Łużyce	31,21
Średnia	15,95

Źródło: obliczenia własne na podstawie nadesłanych sprawozdań.

Tabela 4 Oszacowanie kosztów wyjazdów karettek pogotowia dla Stacji Pogotowia Ratunkowego, które nadesłały sprawozdanie

Stacja Pogotowia	Liczba wyjazdów w związku z narkotykami	Udział (%) interwencji w związku z narkotykami	Średni koszt wyjazdu karetki (zł)	Koszt wyjazdów (tys. zł)
Białystok	17	.	.	1,88
Drawsko Pomorskie	2	.	.	0,22
Goleniów, Przybiernów	16	.	.	1,77
Gryfino, Chojno	12	.	.	1,33
Kamień Pomorski	3	.	106,7	0,32
Katowice	380	.	.	42,13
Kraków	199	0,30	.	22,06
Lublin	51	0,07	115,0	5,87
Łobez	2	.	.	0,22
Myśliborz	18	0,22	.	2,00
Nowogard	5	.	.	0,55
Olsztyn	47	0,24	.	5,21
Poznań	52	.	134,6	7,00
Pyrzyce	17	.	.	1,88
Rzeszów	1	.	.	0,11
Stargard-Dobrzany	15	.	.	1,66
Szczecin (Dąbie, Police)	97	0,18	.	10,75
Szczecin (Gryfice)	57	.	.	6,32
Wałcz	3	.	.	0,33
Warszawa	1493	.	.	165,52
Wrocław	149	0,11	250,0	37,25
Zielona Góra	102	.	350,0	35,70
Ogółem	2738	0,19	110,9	350,11
Razem z dodatkowymi kosztami transportu				351,72

Źródło: obliczenia własne na podstawie nadesłanych sprawozdań.

Tabela 5 Oszacowanie wydatków na świadczenia pomocy społecznej związanej z narkomanią w jednostkach samorządu terytorialnego

Jednostka samorządu terytorialnego	Kwota na pomoc społeczną (tys. zł)	Środki własne (tys. zł)	Kwota na świadczenia (tys. zł)	Kwota przypisana (tys. zł)
Województwo	283 926,9	229 560,9	57 822,8	144,2
Powiat	2 655 689,1	1 644 411,1	414 201,7	1 032,7
Miasta na prawach powiatów	5 116 329,8	2 954 451,8	744 180,6	1 855,3
Gminy	7 836 424,3	1 898 401,3	478 177,9	1 192,2
Razem	15 892 370,0	6 726 825,0	1 694 383,0	4 224,3

Źródło: obliczenia własne na podstawie [16], [19], [23].

Tabela 6 Zgony związane z narkotykami w 2005 roku

Wiek	Mężczyźni	Kobiety	Ogółem
do 15	1	1	2
15-19	7	7	14
20-24	33	7	40
25-29	23	6	29
30-34	18	8	26
35-39	21	4	25
40-44	17	15	32
45-49	15	16	31
50-54	13	13	26
55-59	9	13	22
60-64	2	4	6
65 +	13	24	37
Razem	172	118	290

Źródło: [26].

Tabela 7 Oszacowanie liczby utraconych lat życia (YLL) i (FYWL)

Wiek	Przeciętne dalsze trwanie życia (e_x)		Liczba utraconych lat życia (YLL)		Liczba utraconych lat życia w wieku produkcyjnym (FYWL)	
	Mężczyźni	Kobiety	Mężczyźni	Kobiety	Mężczyźni	Kobiety
(10)-14	58,8	67,3	58,8	67,3	x	x
15-19	54,3	62,5	380,4	437,7	297,5	332,5
20-24	49,9	57,8	1645,7	404,4	1237,5	297,5
25-29	45,4	53,0	1044,0	318,1	747,5	225,0
30-34	40,9	48,3	736,4	386,1	495,0	260,0
35-39	36,4	43,5	765,1	174,0	472,5	110,0
40-44	32,0	38,7	543,2	581,2	297,5	337,5
45-49	27,5	34,0	412,1	543,9	187,5	280,0
50-54	23,0	29,2	298,9	380,1	97,5	162,5
55-59	18,5	24,5	166,6	318,2	22,5	97,5
60-64	14,0	19,7	28,1	78,9	x	10,0
65-(69)	9,6	15,0	124,2	359,2	x	x
Ogółem	70,81	79,40	6203,4	4049,1	3855,0	2112,5

Źródło: obliczenia własne na podstawie [15], s.416 oraz [26].

Literatura i źródła danych

1. Bukowska B., Chojecki D., Jabłoński P., Jędruszek Ł., Kolbowska A., Kidawa M., Malczewski A., Maresz M., Milczarek E., Muszyńska D., Pacewicz K., Palczak K., Radomska A., Rogala-Obłękowska J., Sierosławski J. (2006): *National Report (2005 data) to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point*, Poland.
2. COFOG Quidline.
3. Cole P., MacMahon B. (1971) *Attributable Risk Percent in Case-controlled Studies*. British Journal of Preventive Medicine, 25.
4. Dodatkowe sprawozdania.
5. Dotacje i subwencje Budżetu Państwa, 2005 r.
6. Guidelines for 2007, Selected Issues, EMCDDA.
7. Hersch L. (1940) *De quelques potentiels-vie et de certaines varietes de la vie moyenne*, Revue de l'Institut International de Statistique, La Haye, 3/4, 128-162.
8. Informacja z wykonania budżetów jednostek samorządu terytorialnego za 2005 rok.
9. Mielecka-Kubień Z. (2006). *Life Tables for Alcoholics Based on Standardized Mortality Ratio*, w: W.Ostasiewicz (ed.), *Towards Quality of Life Improvement*, The Publishing House of the Wrocław University of Economics, s. 298-315.
10. Monar, raport, 2005 rok.
11. Monar, sprawozdanie finansowe, 2005 r.
12. Murray Ch.J., Salomon J., Mathers C.D., Lopez A.D. (red). *Summary Measures of Population Health*, WHO, 2002, Geneva.
13. Protokół z posiedzenia Komisji Harm Reduction 2005 Fundacji OSI-UNDP.
14. Przestępstwa stwierdzone z Ustawy z dn. 24.04.97 i 29 .07.05 o przeciwdziałaniu narkomanii, 2005 r.
15. Rocznik Demograficzny GUS, 2006.
16. Rocznik Statystyczny GUS, 2006.
17. Sierosławski J., *Zgony wśród narkomanów - badania kohortowe*, Warszawa, 2007.
18. Sprawozdanie finansowe 2005 Fundacji Batorego (Regionalny Program Przeciwdziałania Uzależnieniom).
19. Sprawozdanie MPiPS-03 (I-XII 2005).
20. Sprawozdanie Narodowego Funduszu Zdrowia za 2005 rok, tom I.
21. Sprawozdanie operatywne Budżetu Państwa za 2005 rok, roczne.
22. Sprawozdanie z wykonania Budżetu Państwa za 2005 rok, tom I.

23. Sprawozdanie z wykonania Budżetu Państwa za 2005 rok, tom II.
24. Sprawozdanie z realizacji Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii, 2005, Minister Zdrowia, Warszawa 2006.
25. Sprawozdanie z realizacji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV, opieki nad Żyjącymi z HIV i chorymi na AIDS na lata 2004-2006 za rok 2005, Krajowe Centrum ds. AIDS, Warszawa 2006.
26. Standard Tables 05 Acute Direct Drug-Related Death, EMCDDA.
27. Ustawa o dochodach jednostek samorządu terytorialnego z dnia 13 listopada 2003 roku (Dziennik Ustaw z dnia 29 listopada 2003 r.).
28. Ustawa z dnia 24 kwietnia 1997o przeciwdziałaniu narkomanii.
29. Ustawa z dnia 29 lipca 2005 o przeciwdziałaniu narkomanii.
30. Ustawa z dnia 30 czerwca 2005 roku o finansach publicznych (Dziennik Ustaw Nr 249, poz. 2104).
31. Ustawa z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym.
32. Ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r o samorządzie powiatowym.
33. Ustawa z dnia 5 czerwca 1989 r. o samorządzie wojewódzkim.
34. Vielrose E. (1958). *Zarys demografii potencjalnej*, PWN, Warszawa.
35. Wydatki Budżetu Państwa według części, 2005 r. (s.44-138).
36. Wydatki na realizację KPPN poniesione w 2005 r., sprawozdanie.
37. Zakłady Psychiatrycznej oraz Neurologicznej Opieki Zdrowotnej, Roczniki Statystyczne 1997-2005, IPiN, Warszawa.

GUIDELINES FOR 2007 SELECTED ISSUES

Part B – Selected Issues

Summary

- Overall summary of the main findings for each selected issue.
- Highlight of the most relevant developments and trends
- Overall analyses and interpretation of developments.

2.1 Public expenditures

INTRODUCTION

The term *public expenditure* refers to the value of goods and services bought by the administrative bodies of the state (i.e. the central government and its ministries, regional and local authorities and other independent public bodies)

Public expenditure constitutes an important indicator of budgetary follow-up and of the level of government commitment in each of its functions (i.e. health care, justice, public order, education, social services, and so forth) Policy makers are interested in knowing how effective public expenditures are and whether they have been chosen the optimal mix of program efforts.

In response to the EU Drugs Action Plan 2005-2008 - *that requires, among other actions, Member States (MS) 'to consider the development of compatible methodologies' on drug-related public expenditure by 2008, and foresees a 'report based on this methodology' as an evaluation tool for this action-* Public expenditure research at the EMCDDA is aimed at identifying, developing and testing methods for quantifying public expenditures in the field of drugs. These methods are ultimately intended to provide policy makers with decision-making tools related to the level of resources allocated to particular drug-related services.

As stated by previous reports developed by the EMCDDA (<http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1357>), research on drug-related public expenditure has been undertaken only in some MS, with very different methodological approaches and

quality of results. The present guidelines are aimed at providing a current update of information on drug-related expenditure in the European Union with an unified and standardized approach that maximizes the validity and the cross-country comparability of results.

Public expenditure data sources: the budget and year-end report

The ability to spend effectively, efficiently and according to public wishes is the core of well functioning government. In this regard, the budget is the EU central governments' key policy document.

Linking budgeting to policy planning is at the heart of modern public expenditure management in the EU. Prominence is given to developing explicit policy priorities and linking these into the budget process.

The budget is a comprehensive document, encompassing all government revenue and expenditure, so that the necessary trade-offs between different policy options can be assessed. The government's draft budget is submitted to the national Parliament for review and approval prior to the start of the fiscal year. The final approved budget, and related documents, include a detailed description on each revenue and expenditure programme (i.e. a particular purpose) Expenditures are commonly classified by administrative unit (e.g., ministry, agency), but supplementary information by economic and/or functional categories are usually presented as well.

The year-end report is the government's key accountability document. It is audited by the supreme audit institution and released within a period of the end of the fiscal year. The year-end report shows compliance with the level of revenue and expenditures authorised by Parliament in the budget. Any in-year adjustments to the original budget should be shown separately. The presentation format of the year-end report mirrors the presentation format of the budget (although sometimes in a more aggregated form).

Most finance ministries actively promote an understanding of the budget process by individual citizens and non-governmental organisations; this includes the public availability of all budget and year-end reports free of charge (commonly on the Internet).

Labelled drug-related expenditures

Labelled drug-related expenditures for a particular fiscal year can easily be traced back by exhaustively reviewing budget and/or year-end reports.

Nevertheless, the main challenge when comparing budgets is consistency. Budget methods may differ so greatly that it is difficult to develop a single set of estimates that allow for systematic comparison in all the dimensions of interest to policy makers: over time (within a country), and across countries (at a given time). Since topic categories are revised and budget items are reshuffled by policy makers, budget categories may not be consistent over time. Furthermore, budgetary data collected by different entities (e.g. central, regional or local governments) often employ unique categories that are not comparable.

In order to ensure reliability of categorization over time and across countries, a consistent categorization scheme should be used. The international Classification of the Functions of Government (COFOG) is a detailed classification of government expenditures according to functions. The specific aim of COFOG is to classify the purpose of various kinds of government outlays. The COFOG is useful for making comparisons of the extent to which governments are involved in economic and social functions. It helps to overcome the problem of organisational differences between countries which, without a common classification, would render data comparisons meaningless.

The COFOG classification has three structure levels: at the first level, government expenditure is broken down into 10 *functions*. These are each divided into 69 *groups* (Second level of COFOG), which are themselves divided into *classes*, the most detailed classification level. The detailed structure (and explanatory notes) of the COFOG classification can be found at: <http://unstats.un.org/unsd/cr/registry/regcst.asp?Cl=4>

Data on government expenditure by COFOG are reported by the statistical authorities of EU Member States under the European System of National and Regional Accounts (ESA95) transmission programme (*Commission Regulation (EC) No 113/2002 of 23 January 2002 integrating in ESA95 the "Classification of the functions of government" (COFOG) as revised by the United Nations in 1999*) Reporting comprises annual data referring to the general government sector as defined in ESA 95. General government comprises the sub-sectors *central*, *state* (i.e. *regional*), *local* governments, and social security funds. The deadline for reporting for year *t* is *t*+12 months.

Non-labelled drug-related expenditures

As suggested by previous EMCDDA studies and reports [<http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1357>] health and law enforcement sectors account for the bulk of government expenditure on drugs. But a major empirical problem is that not all the drug-related expenditures on these programs are necessarily identified as such in national budgets or year-end reports.

Nevertheless, non-labelled drug-related expenditures can be estimated following a top-down approach. Starting from overall aggregated expenditures, this procedure estimates the proportion causally attributable to drug use (*Non-labelled Drug-related Expenditure = Overall Expenditure x Attributable Proportion*) For example, to estimate the prison drug-related expenditures in a given country, two elements would be necessary: the overall prison expenditures in the country, for a given fiscal year, and the attributable proportion of inmates because of drug-related issues. The product of the two gives a rough estimate that can be compared across different countries.

As a first step in exploring a broader scope of drug-related expenditures, efforts to identify attributable proportions will be initially focused on two functions categorized by the COFOG: *Public order and safety* (including police services, law courts, and prisons); and *Health* (including medical products, appliances and equipment, outpatient services, and hospital services)

OBJECTIVES OF THE GUIDELINES

1. Provide a current update of information on drug-related expenditure in the European Union with an unified and standardized approach.
2. Obtain national estimates of labelled drug-related expenditures, and identify ‘attributable proportions’ suitable to estimate non-labelled drug-related expenditures in health and law-enforcement sectors.
3. Identify national studies on drug-related public expenditures, and a EU network of experts in public drug-related expenditures.

Guidelines		Tasks/Information requested to NFPs
Chapters	Data sources	
1. National estimates of LABELLED drug-related expenditures	<ul style="list-style-type: none"> National budget documents and/or year-end report² for FISCAL YEAR 2005. Any other official document (central, regional or local) that provides accountability of drug-related expenditures³ <p>IMPORTANT: Please make sure clear references of the source documents used in your report are</p>	<ul style="list-style-type: none"> List, with as much detail as found, all budgeted labelled drug-related funds (goods and services) accounted in the sources referenced. Please convert national currency units into Euro. For each budgeted labelled drug related fund, indicate whether it is a <i>central, regional</i> or <i>local</i> government expenditure. Classify each budgeted labelled drug related fund within a COFOG function (1st level) and group (2nd level) – Use United Nations explanatory notes for the definition of COFOG functions and groups: http://unstats.un.org/unsd/cr/registry/regcst.asp?Cl=4 Additionally classify each budgeted labelled drug related fund within one out four Reuter’s (2006) drug programs division: 1. <i>Prevention programs</i>; 2. <i>Treatment programs</i>; 3. <i>Enforcement programs</i>; 4. <i>Harm reduction programs</i> – See <i>Addiction</i>, 101, 315-322 for a definition of programs. Please comment and discuss on the data and information provided.

² There can be slight differences between budget as formulated and budget as executed. The year-end report provides a more precise accountability of the expenditures that the budget report, which represents an initial declaration of intentions. Nevertheless, it is likely that the budget documents would be more easily accessible than the year-end report. Since it is estimated that the gap between planned and accounted expenditure will be slight, any source document is welcome.

³ Regional and local government expenditures can be detailed in other documents different from the national year-end report or budget. If this is the case in your country, please provide any information you find useful.

	provided.	
Chapters	Data and information sources	Tasks/Information requested to NFPs
2. Attributable proportions definition and estimation of NON-LABELLED drug-related expenditures	<p><u>Overall national health and law enforcement expenditures:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> National statistical authorities, finance ministries, and/or national central banks. <p><u>Attributable proportions:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Literature, national or international journals Expert consultation <p>IMPORTANT: Please make sure clear references of the sources used</p>	<p>- Provide general government overall expenditure on FISCAL YEAR 2005 by 1st level COFOG functions 3 (Public order and safety) and 7 (Health)</p> <p>- Provide general government overall expenditure on FISCAL YEAR 2005 by detailed 2nd level COFOG functions 3.1 (Police services), 3.3 (Law courts), 3.4 (Prisons), 7.1 (Medical products, appliances and equipment), 7.2 (Outpatient services), 7.3 (Hospital services), and 7.4 (Public Health services)</p> <p>- Explore and suggest possible definitions of ‘attributable proportions’ suitable to estimate, in your country, non-labelled drug-related expenditures under COFOG groups (2nd level) 3.1, 3.3, 3.4, 7.1, 7.2, 7.3 and 7.4. Discussion of pros and cons of proposed definitions is welcome.</p> <p>- Please comment and discuss on the data and information provided.</p>

	in your report are provided.	
Chapters	Data and information sources	Tasks/Information requested to NFPs
3. National studies on drug-related public expenditures: methods and results AND network of EU experts	<ul style="list-style-type: none"> • National and international literature databases • Grey literature (i.e. Government, NGOs , University reports) • Expert consultation 	<ul style="list-style-type: none"> - Search for national studies, reports, assays, or any other relevant piece of information regarding national issues concerning drug-related public expenditures. - Provide references, copies of the documents and a summary of its content (with special attention to methods and results sections) - Identify and provide contact details of national experts in the field. Please briefly define the area of expertise of the persons as well as references to his/her work in the area.

