



Nacionalni inštitut  
za **javno zdravje**

# **EKONOMSKE POSLEDICE TVEGANEGA IN ŠKODLJIVEGA PITJA ALKOHOLA V SLOVENIJI**

## EKONOMSKE POSLEDICE TVEGANEGA IN ŠKODLJIVEGA PITJA ALKOHOLA V SLOVENIJI

Avtorice: Sabina Sedlak, Metka Zaletel, Karin Kasesnik, Maja Zorko

Jezikovni pregled: Mihaela Tornar

Oblikovanje: Andreja Frič

Izdajatelj: Nacionalni inštitut za javno zdravje, Trubarjeva cesta 2, 1000 Ljubljana

Spletni naslov: [www.nijz.si](http://www.nijz.si)

Kraj in leto izdaje: Ljubljana, 2015

Elektronski vir.

Spletni naslov: <http://www.nijz.si/>

Brezplačen izvod.

Za vsebino posameznega poglavja so odgovorni njegovi avtorji.

Zaščita dokumenta

© 2015 NIJZ

Vse pravice pridržane. Reprodukija po delih ali v celoti na kakršenkoli način in v kateremkoli mediju ni dovoljena brez pisnega dovoljenja avtorja. Kršitve se sankcionirajo v skladu z avtorsko, pravno in kazensko zakonodajo.

# EKONOMSKE POSLEDICE TVEGANEGA IN ŠKODLJIVEGA PITJA ALKOHOLA V SLOVENIJI

*Sabina Sedlak, Metka Zaletel, Karin Kasesnik, Maja Zorko*

**NIJZ** Nacionalni inštitut  
za **javno zdravje**

*Ljubljana, 2015*



# KAZALO

1 Povzetek.....	7
2 Uvod .....	8
2.1 Poraba alkohola in pивske navade v Sloveniji .....	9
2.2 Izdatki in viri financiranja zdravstvenega varstva v Sloveniji.....	10
3 Metodologija in viri.....	12
3.1 Metodologija izračuna bremena bolezni .....	12
3.1.1 Definicija neposrednih stroškov .....	12
3.1.2 Definicija posrednih stroškov.....	13
3.1.3 Definicija ostalih stroškov (stroški, ki neposredno bremenijo bolnika in njegovo družino).....	13
3.2 Nabor diagnoz alkoholu delno ali v celoti pripisljivih bolezni .....	13
3.2.1 Metodologija zbiranja podatkov ambulantnih storitev zaradi alkohola v celoti in delno pripisljivih vzrokov na primarni ravni .....	15
3.2.2 Metodologija zbiranja podatkov ambulantnih storitev zaradi alkohola v celoti in delno pripisljivih vzrokov na sekundarni ravni.....	15
3.2.3 Metodologija zbiranja podatkov o bolnišničnih obravnavah – razen psihiatrične dejavnosti.....	15
3.2.4 Metodologija zbiranja podatkov o psihiatričnih bolnišničnih obravnavah.....	16
3.2.5 Metodologija zbiranja podatkov o zdravilih za zdravljenje odvisnosti od alkohola .....	16
3.2.6 Metodologija izračunavanjačasne odsotnosti z dela .....	16
3.2.7 Metodologija izračunavanja izgubljenih let potencialnega življenja in izgubljenega prihodnjega zaslužka.....	16
3.2.8 Metodologija izračunavanja stroškov prometnih nesreč.....	17
3.3 Viri podatkov .....	18
3.3.1 Omejitve podatkov .....	18
4 Ocena neposrednih in posrednih stroškov v Sloveniji v letu 2011 .....	20
4.1 Neposredni stroški.....	20
4.1.1 Ambulantne storitve zaradi alkohola v celoti in delno pripisljivih vzrokov na primarni ravni .....	20
4.1.2 Ambulantne storitve zaradi alkohola v celoti in delno pripisljivih vzrokov na sekundarni ravni .....	21
4.1.3 Bolnišnične obravnave (razen psihiatrične dejavnosti) .....	22
4.1.4 Psihiatrične bolnišnične obravnave.....	23
4.1.5 Zdravila za zdravljenje odvisnosti od alkohola .....	23
4.2 Posredni stroški .....	24
4.2.1 Časna odsotnost z dela.....	24
4.2.2 Izgubljena leta življenja in izgubljen prihodnji zaslužek .....	25
4.3 Stroški prometnih nesreč .....	25
4.4 Skupni neposredni in posredni stroški zaradi alkohola v celoti in delno pripisljivih bolezni.....	26
5 Zaključek.....	30
6 Dodatek.....	31
7 Literatura.....	33

## KRATICE

ATC – Anatomsko-terapevtsko-kemični klasifikacijski sistem zdravil

CBZ – Centralna baza zdravil

CINDI – (Countrywide Integrated Noncommunicable Diseases Intervention) – Raziskava *Z zdravjem povezan življenjski slog*

DALY – (Disability-Adjusted Life Years) – izgubljena zdrava leta življenja

DDD – (Defined Daily Dose) – definirani dnevni odmerki

EHIS – (European Health Interview Survey) – *Anketa o zdravju in zdravstvenem varstvu*

ESPAD – (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs) – *Evropska raziskava o rabi alkohola in drugih drog med srednješolci*

EUR-A – Evropske države z zelo nizko umrljivostjo otrok in odraslih

HBSC – (Health Behaviour in School aged Children) – Raziskava *Z zdravjem povezano vedenje v šolskem obdobju*

HFA-DB – (Health for All Database) – Baza *Zdravje za vse Svetovne zdravstvene organizacije*

IVZ – Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije

JAZMP – Javna agencija Republike Slovenije za zdravila in medicinske pripomočke

MKB-10 – Deseta revizija *Mednarodne klasifikacije bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene*

NIJZ – Nacionalni inštitut za javno zdravje

OECD – (The Organisation for Economic Co-operation and Development)

PYLL – Potencialna leta izgubljenega življenja

PZ – Prostovoljno zavarovanje

SJM – Raziskava *Slovensko javno mnenje*

SPP – Sistem skupin primerljivih primerov

SURS – Statistični Urad Republike Slovenije

SZO – Svetovna zdravstvena organizacija

ZZPPZ – Zakon o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva

ZZZS – Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije

## 1 Povzetek

V poročilu smo ovrednotili ekonomske posledice tveganega in škodljivega pitja alkohola za Slovenijo za leto 2011. Upoštevali smo stroške zdravstvene blagajne, delni strošek delodajalcev, potencialno izgubljena leta življenja in prikazali stroške prometnih nesreč.

Leta 2011 so v Sloveniji neposredni in posredni stroški zaradi tveganega in škodljivega pitja alkohola, skupaj s stroški izgubljenega prihodnjega zaslužka zaradi poškodb s smrtnim izidom predstavljali 5,0 % med vsemi izdatki za zdravstvo.

V nadaljevanju ocene bremena alkohola bi morali vključiti večji nabor neposrednih in posrednih stroškov z vključitvijo socialnih posledic, prezgodnjih upokojitev, deleža prostovoljnih zavarovanj in podobno, kar bi ekonomsko breme zaradi alkohola še povečalo.

Rezultati potrjujejo, da je tvegano in škodljivo pitje alkohola eden od največjih javnozdravstvenih problemov v Sloveniji.

## 2 Uvod

Tvegano in škodljivo pitje alkohola predstavlja enega od preprečljivih vzrokov prezgodnjih smrti, bolezni, poškodb in zastrupitev. Tvegano pitje je tisto pitje, ki bo sčasoma privedlo do resnih zdravstvenih in socialnih težav. Škodljivo pitje se opisuje kot ponavljajoči vzorec pitja, ki privede do poslabšanja zdravja tako psihičnega kot fizičnega, vendar še ni prisotna zasvojenost z alkoholom.

Zdravstvene težave velikokrat vodijo v slabšo kakovost življenja (izgubljena zdrava leta), lahko pa pripeljejo celo do prezgodnje smrti. Vsaka prezgodnja smrt, ki bi jo lahko preprečili, predstavlja izgubo človeškega kapitala, kar pomeni za družbo veliko socialno in ekonomsko škodo. Eden od pomembnih javnozdravstvenih ciljev je preprečevanje prezgodnjih smrti.

Posameznik z zdravstvenimi težavami je manj zmožen za delo in to se odraža v slabši delovni uspešnosti in nižji produktivnosti ter slabših ekonomskih rezultatih družbe kot celote. Tako se povečujejo neposredni in posredni stroški.

Z alkoholom je vzročno povezanih več kot 60 vrst bolezni in poškodb, nekatere med njimi lahko v celoti pripišemo alkoholu, so torej alkoholu neposredno pripisljive, preostale pa so delno pripisljive (OECD, 2011).

*Analiza Ekonomske posledice tveganega in škodljivega pitja alkohola v Sloveniji* je prvi korak k vrednotenju bremena tveganega in škodljivega pitja alkohola. Avtorice smo se ob tem srečale z izzivi, povezanimi z razpoložljivostjo in kakovostjo podatkov kot vhodnih virov, hkrati pa tudi z izjemno velikim obsegom možnih posledic pitja alkohola za družbo kot celoto in vrednotenjem le-teh. Zaradi obeh navedenih razlogov smo se v začetku priprave analize dogovorili, da v prvi fazi zajamemo oceno neposrednih in posrednih stroškov zaradi tveganega in škodljivega pitja alkohola, ki bremenijo zlasti zdravstveno blagajno in ovrednotimo potencialna izgubljena leta življenja. V drugi fazi bo potrebno zajeti še širše družbene posledice tveganega in škodljivega pitja alkohola, ki ne vplivajo samo na posameznike, ampak tudi na njihove družine in širša okolja.

Za celovito oceno področja bi bilo potrebno analizo razširiti z vključitvijo ocene celotnih stroškov zdravil, ocene neopredmetenih stroškov, ocene alkoholu pripisljivega raka - poleg diagnoz, ki so vključene v poglavje 3.2., tudi raka dojke, debelega črevesa in danke ter s tem povezanih stroškov, ocene stroškov prezgodnjega upokojevanja ter primerjave ocene bremena po pristopu »od zgoraj navzdol« (top-down) in »od spodaj navzgor« (bottom-up).

Različni vidiki in vplivi uživanja alkohola so temeljito obdelani v publikaciji *Alkohol v Sloveniji – trendi in zdravstvene posledice škodljivega pitja ter predlogi ukrepov*, ki jo je IVZ (Inštitut za varovanje zdravja RS) izdal v letu 2013 (IVZ, 2013).

Do sedaj smo v Sloveniji že obravnavali zdravstvene in socialne posledice ter njihovo oceno tveganega in škodljivega pitja alkohola. Za sprejemanje ukrepov ali celovitih politik je nujno upoštevati tudi ekonomski vidik. V tem poročilu smo ovrednotili zdravstvene posledice in pridobili izračune za stroške prometnih nesreč ter tako razširili pogled na breme tveganega in škodljivega pitja alkohola po metodi neposrednih in posrednih stroškov za Slovenijo v letu 2011. Izhajali smo iz mikro ravni, iz osebe, ki zaradi težav oziroma bolezni, poškodbe ali



zastrupitve, obišče zdravnika in ocenili, kaj pomeni tvegano in škodljivo uživanje alkohola v finančnem smislu in kako to bremeni zdravstveni sistem.

To poročilo je prva faza ovrednotenja bremena alkohola, pri čemer so upoštevani le stroški zdravstvene blagajne, delni strošek delodajalcev, potencialno izgubljena leta življenja in prikazani stroški prometnih nesreč. Osnovo za izračun so predstavljali podatki, zbrani v rutinskih zbirkah NIJZ. Izračuni bodo delno prispevali k boljšemu razumevanju problematike tveganega in škodljivega pitja alkohola, še vedno pa ne moremo govoriti o izračunu celotnega ekonomskega bremena bolezni. Naš namen je s finančnimi podatki osvetliti problem, ki je posledica tveganega in škodljivega uživanja alkohola in v nadaljnjih korakih stremeti k izračunu bremena bolezni, s ciljem zmanjšati to breme in pomagati ljudem, ki so iz najrazličnejših vzrokov zapadli v alkoholizem.

## 2.1 Poraba alkohola in pивske navade v Sloveniji

Evropa je v primerjavi z drugimi celinami največja porabnica alkohola (Kolšek, 2010). Tvegana in škodljiva raba alkohola se odraža v velikem zdravstvenem, socialnem in ekonomskem bremenu za posameznika, njegove bližnje in za družbo.

Alkohol se kot pomemben gospodarski proizvod še vedno napačno povezuje z različnimi zdravilnimi učinki, njegovi uporabniki pa se velikokrat ne zavedajo negativnih posledic uživanja. Pitje alkohola je v Sloveniji del družabnega življenja. Družbena sprejemljivost, dostopnost, razširjenost in močan vpliv alkoholne industrije otežuje omejevanje porabe in preprečevanje škodljivih posledic rabe alkohola.

Registrirana poraba alkohola na prebivalca, starega 15 let in več, je eden od pomembnih kazalnikov za spremljanje obsega porabe alkohola v populaciji.

V Sloveniji je v obdobju od leta 2000 do leta 2010 znašala registrirana letna poraba alkohola med 10,3 in 13,5 litra čistega alkohola na odraslega prebivalca (starega 15 let in več). Beležimo trend nihanja registrirane letne porabe alkohola. Povprečen odrasel Slovenec je v tem obdobju količinsko popil največ piva, sledili so vino in žgane pijače (Lovrečič B., Lovrečič M., 2013).

Na podlagi raziskave o uporabi tobaka, alkohola in drugih drog je bila ocenjena tudi neregistrirana poraba alkohola, ki znaša še dodatnih 4,9 litra na prebivalca nad 15 let (Lavtar D, et.al., 2014).

Navade pri pitju alkohola v Sloveniji ocenjujemo iz podatkov različnih raziskav. Vsak deseti Slovenec (25–64 let) čezmerno pije alkohol, vsak drugi se vsaj enkrat letno opije. Moški v primerjavi z ženskami, manj abstininirajo, pijejo alkohol pogosteje in v večji meri. Čezmerno pitje alkohola s starostjo narašča, medtem, ko visokotvegano opijanje s starostjo upada. Prebivalci vzhodne Slovenije v večjem deležu pijejo alkohol čezmerno in se visokotvegano opijajo. V obdobju 2001–2012 zaznavamo trend naraščanja abstinentov in trend padanja čezmernih pivcev alkoholnih pijač, čeprav se v letu 2012 v primerjavi z letom 2008 delež čezmernih pivcev alkoholnih pijač ni značilno spremenil, je pa značilno porastel delež tistih, ki so se visokotvegano opili vsaj enkrat letno, potem ko smo do leta 2008 zaznavali trend padanja takega vedenja (Lovrečič B., Lovrečič M., 2014).

*Evropska raziskava o alkoholu in preostalih drogah med šolsko mladino (ESPAD) kaže, da 88 % anketiranih 15- in 16-letnikov navaja, da jim je katerakoli alkoholna pijača (zlahka) dostopna. Pivo, alkopopi (mešane sladke pijače z dodanim alkoholom) in vino so zlahka*

dostopni vsaj trem četrtinam vprašanih. Manj dostopne so le žgane pijače (Kovše in Hočevar, 2011).

Druga raziskava med mladostniki pa je *Z zdravjem povezano vedenje v šolskem obdobju* (HBSC) (Zorko in Bajt, 2012), ki proučuje tudi pitje alkohola med 11-, 13- in 15-letniki. Raziskava je pokazala, da več kot polovica mladostnikov v starostih 11, 13 in 15 let vsaj redko pije alkoholne pijače, kar 27 % 15-letnikov pa pije alkoholne pijače vsaj enkrat na teden. 44 % 15-letnikov in 34 % 15-letnic pa je bilo v življenju že vsaj 2-krat opitih. Fantje sicer pijejo in so opiti pogosteje kot dekleta, a se 15-letna dekleta v opijanju približujejo fantom. V obdobju med 2002 in 2010 je narasel delež mladostnic, ki so bile v življenju dvakrat ali večkrat opite, medtem ko med fanti razlike niso zasledili. Podobno ugotavljajo tudi v tujini.

Obe zgoraj omenjeni raziskavi potrjujeta, da se pitje alkohola v Sloveniji začne že v zgodnjih letih.

## 2.2 Izdatki in viri financiranja zdravstvenega varstva v Sloveniji

Izdatki in viri financiranja zdravstvenega varstva v Sloveniji predstavljajo pomembno izhodišče za oceno ekonomskega bremena bolezni. V nadaljevanju so na kratko predstavljeni ključni viri financiranja ter poraba glede na namen zdravstvenega varstva.

Po podatkih o izdatkih in virih financiranja zdravstvenega varstva, ki jih objavlja Statistični urad RS, smo v Sloveniji v letu 2010 za zdravstveno varstvo namenili 3.159 milijonov EUR ali 9,1 % BDP, v letu 2011 pa 3.201 milijonov EUR (9,0 % BDP) ali za 1,3 % več kot v predhodnem letu (SURS, 2014).

Nominalna rast izdatkov za zdravstveno varstvo je bila v letu 2011 počasnejša od rasti BDP. Delež javnih izdatkov je leta 2011 znašal 71,4 %, več kot četrtnina tekočih izdatkov za zdravstveno varstvo pa se financira iz zasebnih virov.

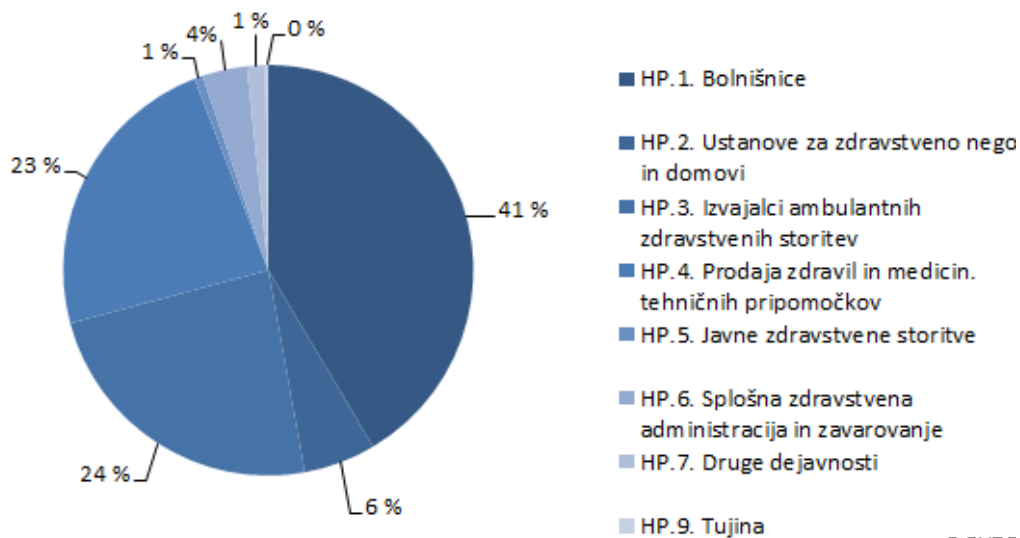
Kot je razvidno iz preglednice 1, je bil največji del izdatkov za zdravstveno varstvo porabljen za storitve kurativnega zdravljenja in za zdravila. Izdatki za dejavnosti v bolnišnicah in ustanovah za zdravstveno nego so bili skoraj še enkrat višji od izdatkov za zunajbolnišnične ambulante ali od dejavnosti lekarn (slika 1).

Preglednica 1: Izdatki in viri financiranja za zdravstveno varstvo po namenih in za dolgotrajno oskrbo, Slovenija, 2010–2011, v 1000 EUR

	2010			2011		
	Skupaj	Sektor država	Zasebni sektor	Skupaj	Sektor država	Zasebni sektor
	1.000 EUR					
Nameni zdravstvenega varstva	3.158.989	2.337.235	821.754	3.201.234	2.359.491	841.743
HC.1. Storitve kurativnega zdravljenja	1.655.122	1.346.034	309.088	1.674.305	1.371.109	303.196
HC.2. Storitve rehabilitacije	67.577	32.798	34.779	70.742	33.395	37.347
HC.3. Storitve dolgotrajne zdravstvene oskrbe	267.312	260.563	6.749	273.759	266.936	6.823
HC.4. Pomožne zdravstvene storitve	101.887	69.449	32.438	105.634	70.610	35.023
HC.5. Zdravila in medicinsko-tehnični pripomočki	731.267	365.450	365.818	735.374	367.087	368.287
HC.6. Prevenirva in javne zdravstvene storitve	116.350	87.956	28.394	122.881	90.092	32.789
HC.7. Upravljanje v zdrav. varstvu in zdravstvenem zavarovanju	105.312	63.224	42.088	107.347	59.061	48.285
HC.R.1. Investicije	114.162	111.762	2.400	111.192	101.200	9.992
HC.R.6.1 Storitve dolgotrajne oskrbe - socialni del	188.977	83.669	105.308	203.231	87.645	115.585

Vir: SURS

Slika 1: Struktura izdatkov za zdravstveno varstvo glede na vrste dejavnosti, Slovenija, 2011



Vir: SURS

© SURS

## 3 Metodologija in viri

V tem poglavju prikazujemo metodologijo izračuna bremena bolezni, seznam izbranih bolezni, ki jih vključujemo v analizo, in so alkoholu v celoti ali delno pripisljive, ter razpoložljive vire podatkov in njihove omejitve.

### 3.1 Metodologija izračuna bremena bolezni

Raziskave o stroških bolezni (cost of illness – COI) prikazujejo ekonomsko breme bolezni in ocenjujejo, kaj pridobimo s tem, če se uspe zmanjšati oz. odpraviti bolezen ali poškodbo. S pomočjo takšnih raziskav lahko ocenjujemo ekonomski vpliv bolezni na zdravstveni sistem ali celotno družbo. Tudi v drugih državah se raziskovalci, bolj kot za celovite raziskave, odločajo za oceno stroškov posameznih bolezni, poškodb. Nekaj vpogleda v ekonomske posledice nam dajo objavljeni prispevki tujih avtorjev, a se zaradi različnih metodologij ocenjevanja težko primerjajo (Toth, 2004).

Raziskave izračuna bremena vključujejo neposredne stroške (izdatki, potrebni za zdravljenje bolezni), posredne stroške bolezni (vrednost, ki jo družba izgubi zaradi bolezni) in tudi neopredmetene stroške (angl. intangible costs).

Ocenjeni ekonomski stroški tveganega in škodljivega pitja alkohola v Sloveniji 2011 temeljijo na:

- izračunu neposrednih stroškov, ki so povezani z zdravljenjem in
- izračunu posrednih stroškov, ki so povezani z izgubljeno produktivnostjo, ko je oseba zaradi tega odsotna z dela ter z izgubljenim prihodnjim zaslužkom.

#### 3.1.1 Definicija neposrednih stroškov

Neposredni stroški vključujejo:

- vrednost blaga in storitev, za katere je bilo izvedeno plačilo, in viri, uporabljeni za diagnostiko, zdravljenje, nego, rehabilitacijo, povezano z zdravljenjem ter izbrani nemedicinski izdatki (prilagoditev domačemu okolju, poklicna rehabilitacija, urejanje zavarovanja ...)(Toth, 2004);
- izdatki za bolnišnično zdravljenje, zunajbolnišnične zdravstvene storitve, nego doma, patronažne storitve, delo zdravnikov in drugih zdravstvenih delavcev, rehabilitacijo (tudi stroške protetičnega materiala, pripomočkov za vid, sluh, govor ...), ki pomagajo premagovati manjzmožnost zaradi bolezni (Toth, 2004);
- vključeni so tudi administrativni stroški zavarovalnice, ki pokrivajo te izdatke.

### 3.1.2 Definicija posrednih stroškov

Posredni stroški

- predstavljajo izgubo, to je blago in storitve, ki niso proizvedene, kot posledica manjzmožnosti zaradi bolezni ali prezgodnje smrti;
- vrednost na delovnem mestu ali doma izgubljenega časa kot posledica bolezni, prezgodnje smrti merimo z zaslužkom in tržno vrednostjo neizvedenih domačih opravil ali dela – bolezen negativno vpliva na produktivnost (manjša produktivnost, odsotnost z dela);
- del posrednih stroškov so tudi bolečina, trpljenje, ekonomska odvisnost, socialna izolacija posameznika, ki jih ni mogoče ovrednotiti (Toth, 2004).

### 3.1.3 Definicija ostalih stroškov (stroški, ki neposredno bremenijo bolnika in njegovo družino)

Ti stroški vključujejo:

- nezdravstvene stroške – stroški prevoza do zdravnika, izdatki v gospodinjstvu (pomoč na domu, posebna prehrana, obleka ...);
- druge stroške – čas, porabljen za obisk pri zdravniku, čas, ko je družinski član odsoten z dela, ker neguje ali spremlja bolnika k zdravniku;
- neopredmetene stroške družine – stroški za družbo, povzročeni zaradi zmanjšane kakovosti življenja.

## 3.2 Nabor diagnoz alkoholu delno ali v celoti pripisljivih bolezni

V literaturi obstaja več različnih naborov diagnoz bolezni, ki so delno ali v celoti pripisljive alkoholu. V analizi smo uporabili nabor, ki ga priporoča Svetovna zdravstvena organizacija (SZO, 2011).

Za bolezni, ki niso v celoti pripisljive alkoholu, oz. alkohol ni edini dejavnik tveganja, so v strokovni literaturi določeni Hillovi koeficienti glede na spol (Kopp, 2001). Hillov koeficient predstavlja delež pripisljivosti pojava določene bolezni alkoholu. Koeficienti so v analizi uporabljeni tako pri določanju števila pacientov, kot tudi pri izračunu stroškov.

Storitve zdravstvene službe, kot so obiski na primarni in sekundarni ravni, hospitalizacije, zdravlila, začasna odsotnost z dela ter prezgodnja umrljivost, so za bolezni, za katere je alkohol edini dejavnik tveganja (delež tveganja, ki ga pripišemo alkoholu, zanje znaša 100 %) upoštevane v celoti, za tiste, ki jih lahko le delno pripišemo alkoholu pa v ustreznem deležu glede na Hillov koeficient.

Preglednica 2: Alkohol v celoti in delno pripisljive diagnoze glede na Hillov koeficient, ločeno po spolu.

Glavne diagnoze (osnovni vzroki)	MKB-10	V celoti pripisljiva alkoholu	Hillov koeficient za moške	Hillov koeficient za ženske
<b>F10</b>				
F10.0	akutna zastrupitev z alkoholom	X	1	1
F10.1	škodljivo uživanje	X	1	1
F10.2	sindrom odvisnosti od alkohola	X	1	1
F10.3	sindrom odtegnitve alkohola	X	1	1
F10.4	sindrom odtegnitve alkohola –z delirijem	X	1	1
F10.5	alkoholne psihoze – psihotična motnja	X	1	1
F10.6	alkoholne psihoze – amnestični sindrom	X	1	1
F10.7	alkoholne psihoze – residualna ali pozno nastopajoča psihotična motnja	X	1	1
F10.8	alkoholne psihoze – druge duševne in vedenjske motnje	X	1	1
F10.9	alkoholne psihoze – neopredeljene duševne in vedenjske motnje	X	1	1
G31.2	degeneracija živčevja zaradi alkohola	X	1	1
G62.1	alkoholna polinevropatija	X	1	1
G72.1	alkoholna miopatija	X	1	1
I42.6	alkoholna kardiomiopatija	X	1	1
K29.2	alkoholni gastritis	X	1	1
<b>K70</b>	<b>Alkoholna bolezen jeter</b>	<b>X</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
K70.3	alkoholna ciroza jeter	X	1	1
K74.3	primarna biliarna ciroza	delno	0,91	0,69
K74.4	sekundarna biliarna ciroza	delno	0,91	0,69
K74.5	biliarna ciroza, neopredeljena	delno	0,91	0,69
K74.6	druge vrste in neopredeljena ciroza jeter	delno	0,91	0,69
K85	akutni pankreatitis	delno	0,40	0,40
K86.0	kronični alkoholni pankreatitis	X	1	1
K86.1	druge vrste kronični pankreatitis	delno	0,70	0,55
O35.4	oskrba matere zaradi poškodbe ploda zaradi alkohola (ali pri sumu nanjo)	X	1	1
P04.3	plod in novorojenček, prizadet zaradi materinega uživanja alkohola –izključeno Q86.0)	X	1	1
Q86.0	fetalni alkoholni sindrom (dismorfični)	X	1	1
R78.0	prisotnost alkohola v krvi	X	1	1
	naključna izpostavljenost alkoholu in zastrupitev z njim	X	1	1
	namerna samozastrupitev z alkoholom in izpostavljanje le-temu	X	1	1
	izpostavljenost alkoholu in zastrupitev z njim, namen nedoločen	X	1	1
<b>S00-T98</b>				
<b>T51</b>	<b>toksični učinek alkohola zastrupitve</b>	<b>X</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
T51.0	Etanol	X	1	1
T51.1	Metanol	X	1	1
T51.2, T51.3, T51.8	2-propanol, patoka, drugi alkoholi	X	1	1
T51.9	neopredeljeni alkohol	X	1	1
<b>C00-C97</b>	<b>maligne neoplazme</b>	<b>delno</b>		
C00-C14	maligne neoplazme ustnice, ustne votline in žrela	delno	0,84; 0,89	0,24; 0,30
C15	maligna neoplazma požiralnika	delno	0,86	0,55
C32	maligna neoplazma grla	delno	0,76	0,15

Vir: SZO

Poškodbe, povezane z uživanjem alkohola, so upoštevane le pri smrtnih izidih. V teh primerih so uporabljeni deleži pripisljivosti, ki veljajo za skupino držav, v katero SZO razvršča Slovenijo. Deleži so določeni za različne namerne in nenamerne poškodbe glede na spol in starostno skupino (Rehm, 2004). Poškodbe, obravnavane v urgentni službi ali v bolnišnicah, ki niso vodile v smrt pacienta, v analizi niso upoštevane.

### 3.2.1 Metodologija zbiranja podatkov ambulantnih storitev zaradi alkohola v celoti in delno pripisljivih vzrokov na primarni ravni

Izračun ocene stroškov na osnovi zbirk NIJZ je možen le za prve kurativne obiske pri osebnem zdravniku, ne pa tudi za ponovne obiske. Prve kurativne obiske v splošni ambulanti smo ovrednotili s ceno ZZZS.

Stroške ambulantnih storitev na primarni ravni smo ocenili s pomočjo podatkov o številu obiskov iz zbirke o zunajbolnišnični zdravstveni statistiki (ZUBSTAT) ter povprečne cene pregleda za prvi kurativni obisk v splošni ambulanti z vključeno glavarino, ki znaša 29,80 EUR.

### 3.2.2 Metodologija zbiranja podatkov ambulantnih storitev zaradi alkohola v celoti in delno pripisljivih vzrokov na sekundarni ravni

Podatke zunajbolnišnične zdravstvene statistike na sekundarni ravni smo ovrednotili s ceno ZZZS za preglede v specialistični zunajbolnišnični dejavnosti. Upoštevali smo ceno za razširjen pregled pri zdravniku v specialistični dejavnosti.

V skladu z definicijo ZZZS razširjen pregled obsega družinsko in osebno anamnezo o poteku bolezni, pregled dveh ali več telesnih sistemov z zunanjim pregledom, palpacijo, perkusijo in avskultacijo ter drugimi metodami preiskave, ki so značilne za posamezno stroko in evidentiranje ugotovitev v individualni zdravstveni karton. Razširjen pregled v specialistični nevrološki dejavnosti obsega anamnezo, oceno splošnega stanja, stanja zavesti in psihe in pregled enega dela živčnega sistema ali mišic v celoti poglobljeno, ostalo pa okvirno.

### 3.2.3 Metodologija zbiranja podatkov o bolnišničnih obravnavah – razen psihiatrične dejavnosti

V večini držav so glavni porabniki finančnih sredstev zdravstvene blagajne akutne bolnišnične obravnave. Sistemi plačevanja bolnišničnih obravnav so bili v Sloveniji v preteklosti različni, od leta 2005 pa je uveljavljen sistem plačevanja glede na skupine primerljivih primerov (SPP oz. angl. DRG – Diagnosis Related Groups).

Vse bolnišnice v skladu z zakonodajo na standardiziran način zbirajo in posredujejo podatke o akutnih in neakutnih bolnišničnih obravnavah, zaključku obravnave, demografske podatke pacientov, glavni diagnozi in do 19 dodatnih diagnozah, kodiranih po MKB-10, postopkih (kodiranih po KTDP) in smrti, če je do tega prišlo med bolnišnično obravnavo. Ustreznost podatkov je povezana z metodološko pravilnim kodiranjem vzrokov hospitalizacije in spremljajočih diagnoz, glavnega vzroka hospitalizacije in stanja ob zaključku. Zapis bolnišnične obravnave vsebuje tudi podatek o SPP kodi za obravnavo.

Zbirka SPP je vir podatkov za število hospitalizacij (primerov) in njihove uteži za izbrane alkoholi v celoti in delno pripisljive vzroke. Cena za povprečno utež za leto 2011 je znašala 1.655,17 EUR. Uteži se po bolnišnicah malenkostno razlikujejo, zaradi poenostavitve smo pri analizi upoštevali povprečno utež za leto 2011 za celotno Slovenijo.

### 3.2.4 Metodologija zbiranja podatkov o psihiatričnih bolnišničnih obravnavah

Cena bolnišnične obravnave pacienta v psihiatrični dejavnosti je določena za primer hospitalizacije in je za leto 2011 znašala 4.752,86 EUR.

### 3.2.5 Metodologija zbiranja podatkov o zdravilih za zdravljenje odvisnosti od alkohola

Zdravila so razvrščena glede na Anatomsko-terapevtsko-kemični klasifikacijski sistem (ATC); sistem ATC je hierarhičen, zdravilne učinkovine so razvrščene v 14 skupin (anatomskih glavnih skupin ATC) na petih različnih stopnjah.

Na osnovi podatkov o porabi posameznih zdravil pri ambulantnem predpisovanju za leto 2011 smo navedli podatek o številu receptov oziroma o porabi glede na DDD (definirani dnevni odmerek, angl. Defined Daily Dose) ter vrednostno oceno. Vir podatkov o zdravilih je Centralna Baza Zdravil (CBZ), ki omogoča dostop do naslednjih podatkov: ime zdravila, zdravilno učinkovino, farmacevtsko obliko, režim predpisovanja, klasifikacijo ATC oz. vrednost DDD ter porabo z ozirom na število receptov, število DDD/1000 preb./dan ter vrednostno oceno.

V analizi sta upoštevani samo skupini zdravil za vzdrževanje abstinence ter zdravljenje odtegnitvenega stanja, ker deleži porabe drugih zdravil za zdravljenje bolezni, pripisljivih alkoholu, za Slovenijo niso raziskani.

### 3.2.6 Metodologija izračunavanja začasne odsotnosti z dela

Kot vir podatkov o številu dni in številu primerov začasne odsotnosti z dela, zaradi alkohola v celoti in delno pripisljivih vzrokov, smo uporabili zbirko IVZ3 (*Zbirka podatkov o začasni odsotnosti z dela*). Ocenjeni stroški nadomestila plače za odsotnost z dela temeljijo na povprečni bruto plači (SURs, 2011), ki je na letni ravni znašala 18.295,8 EUR.

### 3.2.7 Metodologija izračunavanja izgubljenih let potencialnega življenja in izgubljenega prihodnjega zaslužka

Iz *Zbirke podatkov o umrlih osebah* (IVZ46) smo ocenili število umrlih zaradi alkohola v celoti in delno pripisljivih razlogov ter število umrlih zaradi namernih in nenamernih poškodb. Pri tem so upoštevani alkoholu pripisljivi deleži glede na spol in starostne skupine ter vzrok smrti (glej preglednico 3 v dodatku).

Potencialna leta izgubljenega življenja (PYLL) so izračunana po formuli:

$$PYLL = \frac{\left( \sum_{x=0}^{x=64} (65 - (x + {}_n a_x)) \cdot {}_n D_{x,c} \right)}{\left( \sum_{x=0}^{x=64} {}_n N_x \right)} \times 100,000$$

kjer je:

$x$  spodnja meja starostne skupine (običajno se upoštevajo petletne starostne skupine),

$n$  širina starostne skupine,

${}_n a_x$  povprečna človek-leta, ki so jih osebe preživele v skupini  $x$  do  $x+n$ ,



${}_nD_{x,c}$  število umrlih zaradi vzroka  $c$ , v starostni skupini  $x$  do  $x+n$  v izbranem letu

${}_nN_x$  število oseb v populaciji (v sredini opazovanega leta) v starostni skupini  $x$  do  $x+n$

S pomočjo metode človeškega kapitala smo izračunali izgubo prihodnjega zaslužka za prezgodaj umrle osebe (osebe, ki so umrle pred 65. letom starosti).

Vključene so vse osebe, ki so umrle zaradi alkohola v celoti in delno pripisljivih razlogov ter osebe, ki so umrle zaradi namernih in nenamernih poškodb zaradi alkohola, ne glede na to, ali so bile zaposlene ali ne. Prihodnji zaslužek smo diskontirali na sedanjo vrednost in uporabili 5 % diskontno stopnjo; diskontiranje nam omogoči izračun sedanje vrednosti plačil oziroma stroškov, ki se bodo pojavili v bodočnosti. Podatke o povprečni bruto plači smo pridobili iz Statističnega urada RS.

### 3.2.8 Metodologija izračunavanja stroškov prometnih nesreč

Klasifikacijo stroškov prometnih nesreč smo prevzeli od Javne agencije RS za varnost prometa – Sektor za preventivo in vzgojo v cestnem prometu.

V klasifikaciji so nekateri od stroškov vezani na udeležence prometnih nesreč (npr. medicinski stroški), druge pa na sam dogodek oziroma prometno nesrečo (npr. materialna škoda). Zato je prva stopnja klasifikacije stroškov delitev na dve skupini:

- stroški udeleženca in
- stroški prometne nesreče.

Znotraj posamezne skupine lahko opredelimo širše kategorije stroškov, znotraj le-teh pa opredelimo posamezne elemente stroškov.

Stroški udeleženca so:

1. Medicinski stroški – prva pomoč in nujni prevoz, urgentno zdravljenje, hospitalno zdravljenje, ambulantno zdravljenje in rehabilitacija, domača nega, zdravila in pripomočki;
2. Nemedicinska rehabilitacija – prilagoditev stanovanja za invalidne osebe, posebne zahteve za mobilnost invalidnih oseb, poklicna rehabilitacija, izobraževanje za otroke;
3. Izgubljena proizvodnja (bruto ali neto) – izgubljena proizvodnja zaposlenih oseb, izgubljena netržna proizvodnja (v gospodinjstvu, prostem času), bodoča ali potencialna izguba proizvodnje (otroci);
4. Drugi ekonomski stroški – obiski poškodovanih, izgubljena proizvodnja članov gospodinjstva, prezgodnji pogreb, potrebna pomoč;
5. Človeški stroški – izguba pričakovane preostale življenjske dobe, fizično in duševno trpljenje udeležencev (bolečina, žalovanje, psihične težave, trajne estetske posledice, zmanjšana kakovost življenja), duševno trpljenje sorodnikov in prijateljev udeležencev (bolečina, žalovanje, psihične težave, zmanjšana kakovost življenja).

Stroški prometne nesreče so:

1. Materialna škoda – škoda na vozilih, škoda na cesti, škoda na zgradbah in objektih, škoda na osebni lastnini, škoda na blagu (pri tovornih vozilih), okoljska škoda;
2. Administrativni stroški – policijski stroški (tudi zapor), stroški gasilcev, administrativni stroški zdravstvenega zavarovanja, administrativni stroški ostalih zavarovanj, pravniški stroški;
3. Drugi stroški – izguba zaradi zmanjšane uporabe kapitalnih dobrin (stroški najema), stroški zastojev (gorivo, čas, škodljive emisije motornih vozil), izguba proizvodnje zapornikov (v zaporu zaradi prometne nesreče).

Vsi ti stroški so vezani na posledice nesreč. Pri tem pa niso vključeni stroški preprečevanja nesreč ali strahu pred nesrečami.

### 3.3 Viri podatkov

NIJZ vodi zbirke podatkov v skladu z *Zakonom o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva* (ZZPPZ, UL 65/2000), poleg tega pa ima vlogo pooblaščenega izvajalca v sistemu državne statistike, kjer obdeluje in objavlja podatke na podlagi *Zakona o državni statistiki* (UL št. 45/1995 in 9/2001).

Kot vir za podatke v tej analizi, so bile uporabljene naslednje zbirke podatkov:

1. *Zbirka podatkov o umrlih osebah* (IVZ46): osnova za oceno umrljivosti zaradi alkohola v celoti in delno pripisljivih vzrokov. Pri tem je bil upoštevan osnovni vzrok smrti, ki ga NIJZ določa na podlagi obrazca »Poročilo o umrli osebi«, skladno z metodologijo SZO. Poročila o umrli osebi izpolnijo mrliški pregledniki.
2. *Zbirka podatkov o zunajbolnišničnih obravnavah* (IVZ2): v okviru te zbirke NIJZ zbira podatke o obiskih, napotitvah, diagnozah, kadrih in urah v zunajbolnišničnem zdravstvenem varstvu. Ključni omejitvi te zbirke sta, da so podatki zbrani na agregirani ravni, torej identifikacija pacienta ni mogoča in beleženje diagnoz samo ob prvem obisku za določeno boleznijo v tekočem letu. To pomeni, da niso zabeleženi obiski, ki jih je npr. opravil pacient z alkoholno cirozo jeter kot kontrolne obiske v istem koledarskem letu. Zbirko IVZ2 pripravljajo vsi izvajalci zdravstvenega varstva na primarni in sekundarni ravni; vključeni so tako javni zavodi kot zasebniki (koncesionarji in samoplačniške ambulante).
3. *Zbirka podatkov o bolnišničnih obravnavah* (IVZ8): v letu 2011 je IVZ zbiral podatke o bolnišničnih obravnavah v zbirki SPP (skupine primerljivih primerov) in v *Zbirki podatkov o bolnišničnih obravnavah* (BOLOB). BOLOB je v naši analizi predstavljal vir podatkov o hospitalizacijah na psihiatričnih oddelkih; vir podatkov za vse ostale hospitalizacije pa je bila zbirka SPP. Zbirki BOLOB in SPP pripravljajo vsi izvajalci zdravstvenega varstva, ki izvajajo bolnišnično dejavnost; enako kot pri IVZ2 so vključeni javni in zasebni zavodi.
4. *Zbirka podatkov o začasni odsotnosti z dela* (IVZ3): podatki o absentizmu se zbirajo neposredno od izvajalcev zdravstvenega varstva, torej osebnih zdravnikov, ki napotujejo paciente na bolniški stalež bodisi zaradi bolezni bodisi zaradi nege ali spremstva. Zapisi so na individualni ravni in preko diagnoz omogočajo identifikacijo oseb z (delno) alkoholno pripisljivimi boleznimi. V analizo so vključene tudi osebe, ki so v letu 2011 koristile bolniški stalež zaradi nege druge osebe z diagnozo, pripisljivo alkoholu.
5. *Zbirka podatkov o zdravstveno-vzgojnih delavnicah*: tudi ti podatki se zbirajo le na agregirani ravni, torej ni podatkov o pacientih oz. slušateljih delavnic.
6. *Zbirka podatkov o ambulantno predpisanih zdravilih oz. zdravilih, izdanih v lekarnah*: zbirka podatkov vključuje ATC kodo zdravila, ki je bilo pacientu predpisano in ga je le-ta prevzel v lekarni.

#### 3.3.1 Omejitve podatkov

Podatki, zbrani v rednih letnih zbirkah v skladu z ZZPPZ, imajo pri uporabi v namen tovrstnih analiz določene omejitve, saj je osnovni namen zbiranja in obdelave teh podatkov drugačen. Pri uporabi podatkov za izračunavanje bremena alkohola pripisljivih boleznih je nekaj teh omejitev potrebno izpostaviti:

1. Zunajbolnišnična statistika zajema le prve obiske, kjer lahko določimo diagnozo, pri ponovnih obiskih to ni mogoče.
2. Diagnoze, ki so zabeležene kot razlogi prvih kurativnih obiskov, so postavljene ob prvem obisku pacienta. Če se ob nadaljnjih obiskih ali celo hospitalizacijah pacienta izkaže, da diagnoza na prvem obisku ni bila pravilna, podatki za nazaj niso popravljeni.

3. Patronažno zdravstveno varstvo: patronažne sestre se na terenu pogosto srečujejo z problematiko tveganega pitja alkohola, vendar v zbirki o patronažnem zdravstvenem varstvu tovrstne intervencije in izobraževanja niso zabeležena.
4. V zbirkah niso zabeležena izdana bolnišnična zdravila, torej v analizo niso vključeni stroški zdravil, ki jih pacienti prejmejo v bolnišnicah, je pa potrebno poudariti, da so načeloma stroški vključeni v ceno SPP.
5. Poudariti želimo, da vsi izračuni v nadaljevanju predstavljajo ocene, saj v sistem izračunov vstopa mnogo faktorjev napak in približkov. Napake so zlasti povezane s kodiranjem bolezni po MKB-10 ter v primeru bolnišničnih obravnav tudi z razvrščanjem pacientov v skupine primerljivih primerov, s čimer so neposredno povezana plačila. Delež napak zaenkrat še ni ocenjen. Prav tako obstaja določena stopnja stigmatizacije na področju alkohola, ki se nedvomno odraža v podatkih, žal pa ni izmerjena.
6. Zaenkrat niso na voljo strokovne ocene deleža zdravil, ki se uporablja za zdravljenje alkoholu pripisljivih bolezni. V analizi smo uporabili podatke iz zbirke *Evidenca porabe zdravil izdanih na recept* (IVZ-64) in se zaradi kompleksnosti problema osredotočili na zdravila, ki se uporabljajo za zdravljenje odvisnosti od alkohola. Natančnejšo oceno uporabe zdravil za zdravljenje duševnih bolezni, povezanih z alkoholom in oceno zdravljenja drugih sočasnih, z alkoholom povezanih bolezni, bomo lahko dali v okviru nadaljnjega raziskovanja.

Vir finančnih podatkov oz. cen storitev in zdravil za analizo je ZZZS, ki nam je posredoval cene storitev, ki smo jih vključili v našo analizo. Ob tem je potrebno poudariti ključno terminološko in metodološko razliko, saj NIJZ v svojih zbirkah (zlasti IVZ2) spremlja število obiskov, medtem ko ZZZS plačuje izvajalcem opravljen pregled pacienta. Te podatke smo uporabili za oceno neposrednih in posrednih stroškov. Zaradi vseh zgoraj omenjenih vzrokov menimo, da je končna ocena bremena podcenjena. Pričakujemo, da bodo ocene stroškov druge faze to oceno zvišale.

## 4 Ocena neposrednih in posrednih stroškov v Sloveniji v letu 2011

Leta 2011 je bilo gospodarsko breme zaradi posledic škodljive rabe alkohola v EU ocenjeno na 1,3 % bruto domačega proizvoda. Globalno so alkoholu neposredno pripisljivi 4 % vseh smrti in 4-5 % vseh izgubljenih zdravih let življenja zaradi posledic bolezni (Ministrstvo za javno upravo, 2011).

Ocenjeno je, da tvegano in škodljivo pitje po vsem svetu povzroči več kot 2 milijona smrti na leto (SZO, 2011). V Evropski uniji je 120.000 prezgodnjih smrti (pred 65. letom) na leto povezanih z alkoholom (Zorko in sod., 2013).

### 4.1 Neposredni stroški

#### 4.1.1 Ambulantne storitve zaradi alkoholu v celoti in delno pripisljivih vzrokov na primarni ravni

Leta 2011 je bilo na primarni ravni opravljenih 7.487.492 kurativnih obiskov, od tega je bilo 5.171.237 prvih kurativnih obiskov, za katere so zabeležene diagnoze. Skupaj so stroški teh obiskov znašali 154 milijonov EUR.

Ocenjujemo, da je bilo število prvih kurativnih obiskov na primarni ravni zaradi alkoholu neposredno pripisljivih vzrokov 6.942. Njihov strošek lahko ocenimo na 206.890 EUR in predstavlja 0,13 % celotnih stroškov za vse prve kurativne preglede na primarni ravni.

Ena od pomembnih alkoholu v celoti pripisljivih diagnoz je alkoholna ciroza jeter (koda po MKB-10: K703), zaradi katere je bilo v letu 2011 opravljeno skupaj 931 obiskov, od tega 694 obiskov moških in 237 obiskov žensk. Ocenjujemo, da so stroški prvih kurativnih pregledov na primarni ravni za alkoholno cirozo jeter za moške znašali 20.681 EUR, za ženske pa 7.063 EUR.

Za delno pripisljive vzroke je bilo opravljenih 1.818 prvih kurativnih obiskov. Ocenjeni stroški prvih kurativnih pregledov na primarni ravni za alkoholu delno pripisljive vzroke so znašali 54.176 EUR, kar predstavlja 0,04 % celotnih stroškov vseh prvih kurativnih pregledov na primarni ravni in 0,03 % med vsemi kurativnimi obiski, kar skupaj z neposredno pripisljivimi stroški znaša 261.066 EUR oz. 0,17 % glede na vse prve kurativne obiske.

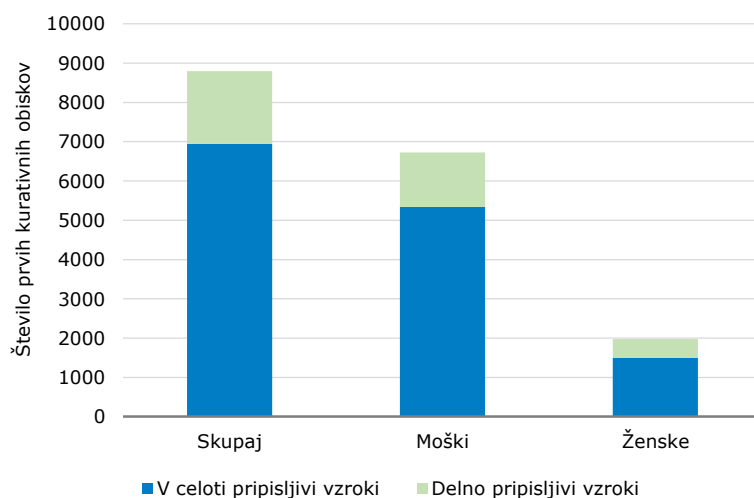
Zaenkrat lahko vključimo le stanje prvih kurativnih obiskov zaradi diagnoz, ki so v celoti in delno pripisljive alkoholu. Ovrednotenje vseh obiskov na primarni ravni zaradi diagnoz povezanih z alkoholom iz dosegljivih podatkov zaenkrat ni mogoče. Glede na »težo« diagnoz, ki so v celoti ali delno pripisljive alkoholu, lahko rečemo, da so verjetno realni stroški na primarni ravni vsaj dvakrat višji od zgoraj ocenjenih.

Preglednica 3: Število obiskov, stroški obiskov in deleži glede na alkoholu pripisljive obiske in na celotno primarno raven, Slovenija, 2011.

	Število obiskov	Stroški	Delež stroškov glede na alkoholu pripisljive obiske na primarni ravni	Delež glede na celotno primarno raven v Sloveniji
Alkoholu v celoti pripisljive bolezni	6.942	206.890 EUR	79 %	0,13 %
Alkoholu delno pripisljive bolezni	1.818	54.176 EUR	21 %	0,04 %
Skupaj	8.760	261.066 EUR	100 %	0,17 %

Vir: NIJZ, ZUBSTAT

Slika 2: Število prvih kurativnih obiskov po spolu in pripisljivosti na primarni ravni, Slovenija, 2011.



Vir: NIJZ, ZUBSTAT

#### 4.1.2 Ambulantne storitve zaradi alkoholu v celoti in delno pripisljivih vzrokov na sekundarni ravni

Na sekundarni ravni je bilo zaradi alkoholu neposredno pripisljivih vzrokov 8.007 obiskov, kar lahko ocenimo na 85.897 EUR in predstavlja 4,7 % vseh izdatkov za obiske na sekundarni ravni ter 6 % vseh kurativnih izdatkov za obiske na sekundarni ravni. V specialističnih ambulantah je bilo največ obiskov pri specialistih interne medicine in sicer 4.694 obiskov, kar znaša 53.934 EUR in predstavlja 3 % celotnih izdatkov za obiske na sekundarni ravni in pri specialistih psihiatrije s 2.918 obiskov, kar znaša 27.954 EUR in predstavlja dodatnih 1,5 % celotnih izdatkov za obiske na sekundarni ravni.

Število obiskov na sekundarni ravni za delno pripisljive vzroke, ki jih je bilo 4.446, ocenjujemo na 95.894 EUR in predstavljajo 5,3 % celotnih izdatkov za obiske na sekundarni ravni. Pri tem so že upoštevani Hillovi koeficienti po posameznih diagnozah. Največ obiskov je bilo v otorinolaringoloških specialističnih ambulantah in sicer 2.193 obiskov, kar predstavlja 1,1 % celotnih izdatkov za obiske na sekundarni ravni. Po številu obiskov sledijo specialisti interne medicine in onkološke specialistične ambulante.

Stroški za število obiskov na sekundarni ravni, ki so neposredno in delno pripisljivi alkoholu ocenjujemo na 181.791 EUR. V specialistični ambulantni dejavnosti je bilo v letu 2011 zabeleženo 147.463 obiskov, kar ocenjujemo na 1.813.909 EUR. Med vsemi stroški na

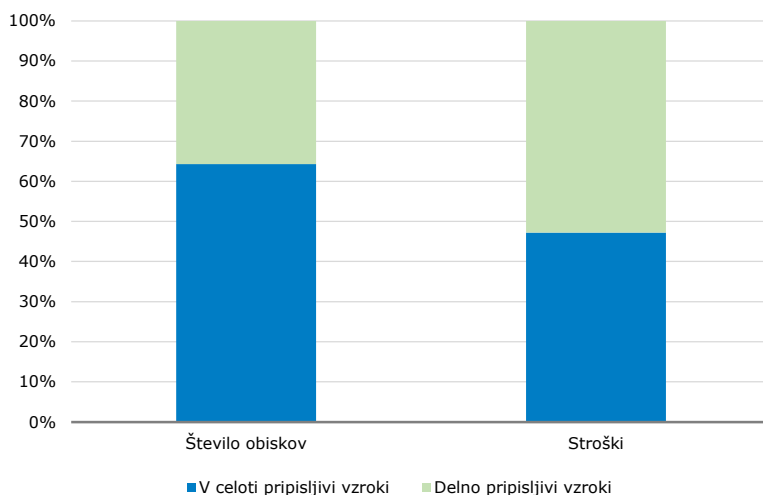
sekundarni ravni, ki obremenjujejo zdravstveni sistem, predstavljajo stroški, ki so v celoti in delno pripisljivi alkoholu, 10 %.

Preglednica 4: Število obiskov, stroški obiskov in deleži glede na alkoholu pripisljive obiske in na celotno sekundarno raven, Slovenija, 2011.

	Število obiskov	Stroški	Delež stroškov glede na alkoholu pripisljive obiske na sekundarni ravni	Delež glede na celotno sekundarno raven v Sloveniji
Alkoholu v celoti pripisljive bolezni	8.007	85.897 EUR	47 %	4,7 %
Alkoholu delno pripisljive bolezni	4.446	95.894 EUR	53 %	5,3 %
Skupaj	12.453	181.791 EUR	100 %	10 %

Vir: NIJZ, ZUBSTAT

Slika 3: Deleži obiskov in stroškov glede na pripisljivost bolezni na sekundarni ravni, Slovenija, 2011.



Vir: NIJZ, ZUBSTAT

#### 4.1.3 Bolnišnične obravnave (razen psihiatrične dejavnosti)

Stroške SPP za alkoholu neposredno in delno pripisljive vzroke ocenjujemo na 8.935.369 EUR in predstavlja 1,1 % vseh hospitalizacij po SPP.

Novejša literatura navaja kot delno pripisljivi diagnozi tudi maligne neoplazme debelega črevesa in danke ter raka dojke, vendar zaenkrat še niso na voljo koeficienti za Sloveniji primerljive države. Celotni stroški hospitalizacij za rak debelega črevesa in danke v letu 2011 znašajo 15,7 milijonov EUR, za raka dojke pa 6,8 milijonov EUR. Ob predpostavki, da bi bila pripisljivost oz. koeficient obeh rakov le 0,05, bi stroški v letu 2011 zaradi obeh rakov znašali 1,12 milijona EUR ali 11 % vseh stroškov zaradi alkoholu pripisljivih hospitalizacij. V drugi fazi analize bodo izračunani tudi stroški za zgoraj omenjeni diagnozi ob upoštevanju pripisljivih koeficientov.

Preglednica 5: Število primerov, skupne uteži, stroški in deleži glede na alkoholu pripisljive hospitalizacije ter glede na vse SPP obravnave, Slovenija, 2011.

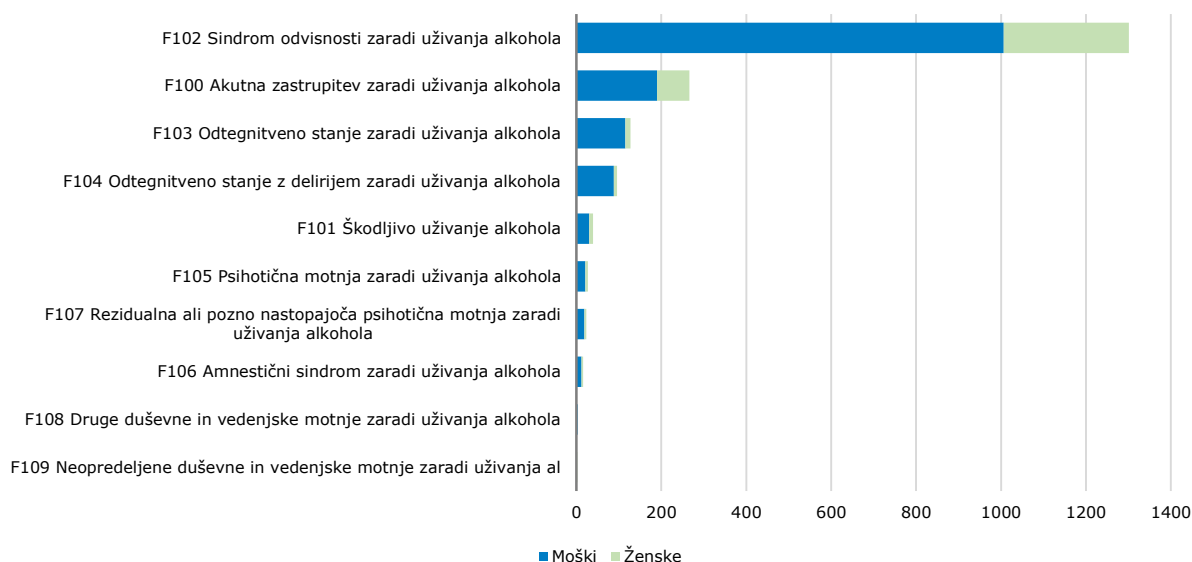
	Število primerov	Skupna utež	Stroški	Delež stroškov glede na alkoholu pripisljive hospitalizacije	Delež glede na vse SPP obravnave
Alkoholu v celoti pripisljive bolezni	943	1.597	2.643.588 EUR	32 %	0,32 %
Alkoholu delno pripisljive bolezni	1.360	3.801	6.291.781 EUR	68 %	0,68 %
Skupaj	2.303	5.398	8.935.369 EUR	100 %	1,0 %

Vir: NIJZ, SPP

#### 4.1.4 Psihiatrične bolnišnične obravnave

V letu 2011 je bilo v Sloveniji 1.900 hospitalizacij z glavno diagnozo F10 (duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja alkohola). Ocenjeni stroški znašajo 9.030.434 EUR in predstavljajo 16 % vseh direktnih stroškov in 4,1 % vseh prikazanih stroškov za leto 2011.

Slika 4: Število hospitalizacij glede na diagnozo v specialnosti psihiatrija po spolu, Slovenija, 2011



Vir: NIJZ, BOLOB

#### 4.1.5 Zdravila za zdravljenje odvisnosti od alkohola

Pri ovrednotenju stroškov zdravil smo se oprli na smernice zdravljenja, ki je del slovenske doktrine (Boben Bardutzky, 2014).

Kot osnovo smo uporabili model (Boben Bardutzky, 2014), ki upošteva tri načine medikamentoznega zdravljenja. Za vzdrževanje abstinence se uporabljajo zdravila z vsebostjo farmacevtske učinkovine naltrekson, akamprosot, disulfiram ter antidepresivi iz skupine selektivnih zaviralcev privzema serotonina in drugi. V okviru zdravljenja odtegnitvenega stanja se skladno z modelom predpisujejo benzodiazepini, klometiazol, antiepileptiki (karbamazepin), zaviralci adrenergičnih receptorjev beta ter se priporoča nadomeščanje tekočine, elektrolitov ter jemanje ustreznih vitaminov in prehranskih dopolnil. Pri tretjem načinu zdravljenja se zdravi motnje razpoloženja, anksioznosti in psihoze.

V analizi smo opredelili širši nabor zdravil za zdravljenje duševnih motenj in ocenili njihovo vrednost. Z nadaljnjim raziskovanjem se lahko določi natančnejše podatke o zdravilih, povezanih z zdravljenjem alkoholizma.

V analizi sta upoštevani samo skupini zdravil za vzdrževanje abstinence ter zdravljenje odtegnitvenega stanja, ker deleži porabe drugih zdravil za zdravljenje bolezni, pripisljivih alkoholu, za Slovenijo niso raziskani.

Število vseh izdanih receptov v Sloveniji leta 2011 je bilo 16.735.820. Celotna vrednost vseh izdanih receptov je bila 470.044.361 EUR.

Število izdanih receptov v letu 2011 za zdravila, s katerimi se vzdržuje abstinenco, je bilo 319.287, kar ocenjujemo na 8.951.976 EUR in predstavlja 1,9 % celotnih stroškov za izdane recepte.

Število izdanih receptov za zdravljenje odtegnitvenega stanja, je bilo 753.683, kar ocenjujemo na 8.973.012 EUR in predstavlja 1,9 % vseh stroškov izdanih receptov.

Leta 2011 so predstavljali stroški za izdane recepte zaradi uživanja alkohola okoli 3,8 % vseh stroškov za izdane recepte in 11,3 % vseh obravnavanih neposrednih in posrednih stroškov.

Preglednica 6: Število receptov, izdanih v lekarnah, stroški zdravil, deleži glede na način zdravljenja in glede na stroške vseh zdravil v Sloveniji, Slovenija, 2011.

	Število izdanih receptov	Stroški zdravil	Delež glede na vsa zdravila
Zdravila za vzdrževanje abstinence	319.287	8.951.976 EUR	2 %
Zdravila za zdravljenje odtegnitvenega stanja	753.683	8.973.012 EUR	2 %
Skupaj	1.072.970	17.924.988 EUR	4 %

Vir: NIJZ, Zbirka izdanih receptov

## 4.2 Posredni stroški

### 4.2.1 Začasna odsotnost z dela

Med pomembne stroške lahko uvrstimo stroške, povezane z začasno odsotnostjo z dela zaradi bolezni ali nege (v nadaljevanju: absentizem). Na leto izgubimo v Sloveniji okoli 6 odstotkov BDP zaradi posledic zdravstvenega absentizma (Kos, 2010).

V Sloveniji je v povprečju zaradi zdravstvenih razlogov vsak dan z dela odsotnih med 38 in 40 tisoč zaposlenih v javnem in zasebnem sektorju. Na letni ravni je to v letih 2000–2010 pomenilo približno 10 do 11 milijonov izgubljenih delovnih dni (Kos, 2010; Bergant, 2012). V letu 2011 je bilo zaradi absentizma izgubljenih 12.539.064 koledarskih dni. V Sloveniji večino stroškov odsotnosti do 30 dni krijejo delodajalci, preostale pa ZZZS. V naši analizi te delitve nismo upoštevali, saj smo želeli prikazati celotno breme absentizma, povezanega z alkoholom.

Skupni letni stroški delodajalcev in ZZZS zaradi zdravstvenega absentizma so ocenjeni na 750 do 800 milijonov EUR (Kos, 2010).

Leta 2011 je število primerov začasne odsotnosti z dela zaradi alkohola neposredno in delno pripisljivih vzrokov znašalo 1.240 primerov, izgubljenih pa je bilo 72.531 koledarskih dni. Izračunani stroški začasne odsotnosti z dela zaradi alkohola, so bili leta 2011 tako 3.619.175 EUR.



Preglednica 7: Število koledarskih dni začasne odsotnosti z dela zaradi alkohola in stroški oz. deleži glede na vse dni bolniškega staleža, Slovenija, 2011.

	Število koledarskih dni	Stroški	Delež stroškov glede na pripisljivost	Delež glede na celoto
Alkoholu v celoti pripisljivi vzroki	49.407	2.465.293 EUR	68 %	0,4 %
Alkoholu delno pripisljivi vzroki	23.124	1.153.832 EUR	32 %	0,2 %
Skupaj	72.531	3.619.124 EUR	100 %	0,6 %

Vir: NIJZ, IVZ3

#### 4.2.2 Izgubljena leta življenja in izgubljen prihodnji zaslužek

Izračuni za leto 2011 za Slovenijo kažejo, da je bilo

- za alkoholu neposredno pripisljive bolezni potencialno izgubljenih 355 let življenja;
- za alkoholu posredno pripisljive bolezni izgubljenih 64,3 let življenja;
- za smrti zaradi namernih in nenamernih poškodb, ki jih lahko pripišemo alkoholu in so v poročilu obravnavane potencialno izgubljenih 172 let življenja;

Skupaj je bilo v Sloveniji zaradi prej navedenih razlogov v letu 2011 potencialno izgubljenih 591 let življenja.

Izgubljen dohodek zaradi prezgodnjih smrti za alkoholu neposredno pripisljive vzroke znaša 73,8 milijonov EUR, za delno pripisljive vzroke pa 14,5 milijonov EUR. Izgubljen dohodek zaradi prezgodnjih smrti zaradi nenamernih in namernih poškodb znaša 30,7 milijonov EUR. V finančnem smislu je torej skupaj izgubljenih okoli 119 milijonov EUR zaradi prezgodnjih smrti (smrt pred 65. letom starosti).

Preglednica 8: Izgubljena leta življenja in izgubljen dohodek zaradi alkohola, Slovenija, 2011.

	Izgubljena leta življenja	Delež glede na vsa izgubljena leta	Izgubljen dohodek (milijoni EUR)	Delež dohodka glede na celoten izgubljen dohodek
Alkoholu v celoti pripisljivi vzroki	355	60 %	73,8	62 %
Alkoholu delno pripisljivi vzroki	64,3	11 %	14,5	12 %
Smrti zaradi namernih in nenamernih poškodb	172	29 %	30,7	26 %
Skupaj	591,3	100 %	119	100 %

Vir: NIJZ, IVZ3

### 4.3 Stroški prometnih nesreč

Javna agencija RS za varnost prometa letno spremlja podatke o prometnih nezgodah, ki jih povzročijo alkoholizirani udeleženci. Stroški so ocenjeni za evidentirane prometne nesreče skupaj.

V teh tabelah so zajeti stroški udeleženca (npr. medicinski stroški) in stroški prometnih nesreč (npr. materialna škoda), ki jih v poročilu obravnavamo samostojno, ločeno od izračunanih zdravstvenih stroškov. V drugi fazi poročila bomo povečali nabor socialnih stroškov in jih upoštevali v končnem izračunu.

Preglednica 9: Skupni stroški evidentiranih prometnih nesreč (stroški prometne nesreče in stroški udeleženca) za Slovenijo v obdobju 2008–2013.

Leto	Skupni stroški	BDP (milijon EUR)	Delež BDP (v %)
2008	117.001.432 EUR	37.244	0,31
2009	90.727.008 EUR	35.420	0,26
2010	60.421.459 EUR	35.485	0,17
2011	58.720.963 EUR	36.150	0,16
2012	65.914.161 EUR	35.319	0,19
2013*	55.370.376 EUR	35.275	0,16

\*stroški za leto 2013 so izračunani na osnovi stroškov iz leta 2012 in so začasni

Preglednica 10: Skupni stroški evidentiranih prometnih nesreč s smrtnim izidom (stroški prometnih nesreč in stroški udeleženca) za Slovenijo v obdobju 2008–2013.

Leto	Skupni stroški	BDP (milijon EUR)	Delež BDP (v %)
2008	67.341.897 EUR	37.244	0,18
2009	49.049.190 EUR	35.420	0,14
2010	35.615.936 EUR	35.485	0,10
2011	29.113.574 EUR	36.150	0,08
2012	35.017.660	35.319	0,10
2013*	30.701.429	35.275	0,09

\*stroški za leto 2013 so izračunani na osnovi stroškov iz leta 2012 in so začasni

Javna agencija RS za varnost prometa pa poseduje tudi podatke o neprijavljenih prometnih nesrečah. Vendar gre tu za vse nesreče skupaj, saj ni mogoče oceniti, koliko je neprijavljenih nesreč zaradi alkohola.

Ocenjujejo, da bi bil strošek za vse prometne nesreče, ob upoštevanju neprijavljenih nesreč za 40 % višji.

#### 4.4 Skupni neposredni in posredni stroški zaradi alkohola v celoti in delno pripisljivih boleznih

Preglednica 11: Ekonomsko breme (v EUR) glede na vrsto stroška za vzroke, ki so v celoti ali delno pripisljivi alkoholu ter izgubljeni prihodnji zaslužek za poškodbe, Slovenija, 2011.

Vrsta stroška	Alkoholu v celoti pripisljivi vzroki (strošek v EUR)	Alkoholu delno pripisljivi vzroki (strošek v EUR)	Skupaj (strošek v EUR)
<b>NEPOSREDNI STROŠKI</b>			
Zdravila	17.924.988		17.924.988
Prvi kurativni obiski na primarni ravni	206.890	54.176	261.066
Obiski v ambulantah na sekundarni ravni	85.897	95.894	181.791
Hospitalizacije – psihiatrija	9.030.434		9.030.434
Hospitalizacije – razen psihiatrije	2.643.588	6.291.781	8.935.369
<b>Skupaj</b>	<b>29.891.797</b>	<b>6.441.851</b>	<b>36.333.648</b>
<b>POSREDNI STROŠKI</b>			
Stroškičasne odsotnosti z dela	2.465.293	1.153.832	3.619.124
Izgubljeni prihodnji zaslužek	73.845.322	14.488.170	88.333.492
Izgubljeni prihodnji zaslužek – poškodbe		30.655.635	30.655.635
<b>Skupaj</b>	<b>76.310.615</b>	<b>46.297.637</b>	<b>122.608.251</b>
<b>NEPOSREDNI STROŠKI IN POSREDNI STROŠKI</b>			<b>158.941.899</b>

Vir: NIJZ

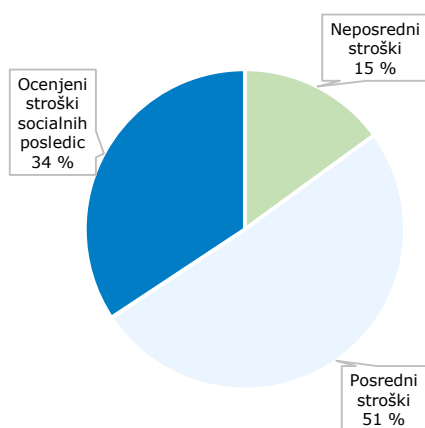
Neposredni stroški brez stroškov zdravil znašajo 18,4 milijona EUR, če pa prištejemo še stroške izdanih zdravil, ki se uporabljajo za zdravljenje alkoholizma, pa znašajo 36,3 milijonov EUR oz. 1,1 % vseh izdatkov za zdravstvo. Posredni stroški znašajo 122,6 milijonov EUR oz. 3,8 % vseh izdatkov za zdravstvo.

Skupaj so leta 2011 neposredni in posredni stroški zaradi škodljivega in tveganega pitja alkohola znašali 159 milijonov EUR, kar predstavlja 5,0% vseh izdatkov za zdravstvo.

Veliko breme za družbo poleg zdravstvenih posledic predstavljajo tudi socialne posledice škodljivega uživanja alkohola (npr. prometne nesreče, ločitve in nasilje v družini, kriminalna dejanja – kraje, vandalizem, itd.). Evropski podatki za leto 2010 kažejo, da kriminalna dejanja, prometne nesreče in brezposelnost predstavljajo velik delež vseh socialnih stroškov (Rehm, 2012). Ob predpostavki, da so socialni stroški iz tuje literature podobni slovenskim, bi se izračunani skupni zdravstveni stroški povečali na 241,69 milijonov EUR, kar predstavlja 7,6 % vseh izdatkov za zdravstvo.

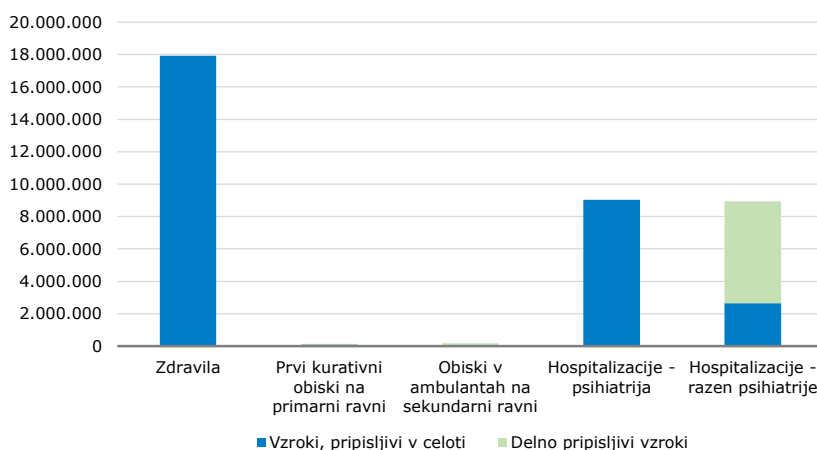
V nadaljevanju, zaradi preglednosti, podatke prikazujemo tudi grafično.

Slika 5: Ocenjeno razmerje neposrednih stroškov, posrednih stroškov in stroškov socialnih posledic škodljivega uživanja alkohola, Slovenija.



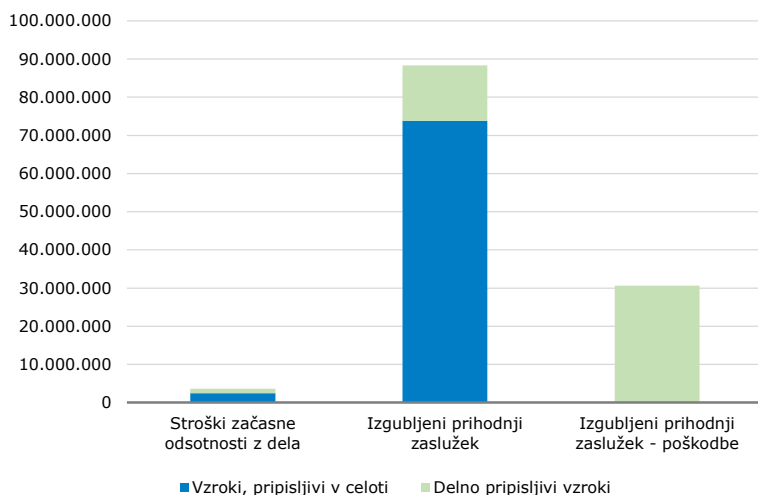
Slika 5 prikazuje razmerje med posameznimi stroški zaradi škodljivega uživanja alkohola. Posredni stroški predstavljajo največji delež. Sledijo stroški socialnih posledic. Najmanjši pa so neposredni stroški zaradi škodljivega uživanja alkohola.

Slika 6: Neposredni stroški (v EUR), glede na pripisljivost in vrsto stroška, Slovenija, 2011.



Slika 6 prikazuje ekonomsko breme glede na vrsto neposrednega stroška, ki je v celoti ali delno pripisljiv alkoholu. Stroški za zdravila in psihiatrične bolnišnične obravnave povzročajo najvišje stroške, sledijo ostale bolnišnične obravnave – razen psihiatrične dejavnosti. Stroški za obiske v ambulantah na sekundarni ravni in prvi kurativni obiski na primarni ravni predstavljajo najnižje stroške med vsemi neposrednimi stroški.

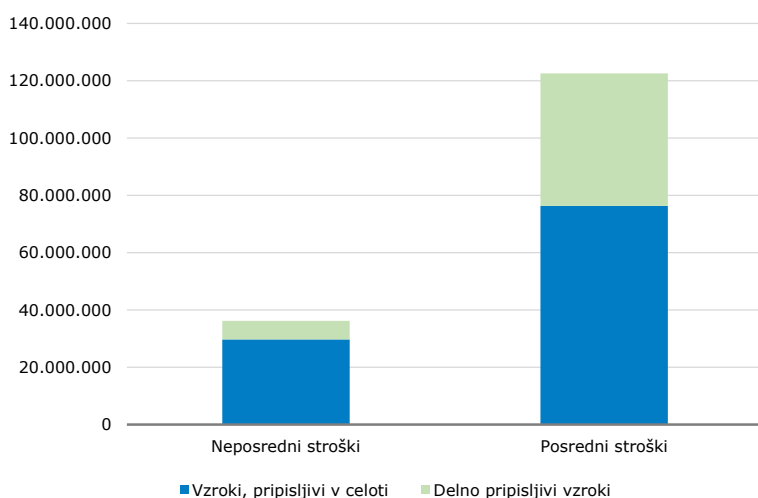
Slika 7: Posredni stroški (EUR), glede na pripisljivost in vrsto stroška, Slovenija, 2011.



Vir: NIJZ

Slika 7 prikazuje ekonomsko breme glede na vrsto posrednega stroška, ki je v celoti ali delno pripisljiv alkoholu. Stroški izgubljenega prihodnjega zaslužka predstavljajo med posrednimi stroški največje stroške, medtem ko so stroški začasne odsotnosti z dela na zadnjem mestu med vsemi posrednimi stroški.

Slika 8: Skupni neposredni in posredni stroški (v EUR), glede na pripisljivost in vrsto stroška, Slovenija, 2011.



Vir: NIJZ

Slika 8 prikazuje ekonomsko breme za skupne neposredne in posredne stroške, ki so v celoti ali delno pripisljivi alkoholu. Na račun izgubljenega prihodnjega zaslužka predstavljajo posredni stroški večji del bremena v primerjavi z neposrednimi stroški. Med posrednimi stroški obstaja tudi večji delež delno pripisljivih vzrokov v primerjavi z neposrednimi stroški.

## 5 Zaključek

Rezultati kažejo, da je bilo leta 2011 v Sloveniji ocenjeno ekonomsko breme, glede na vrsto stroška za vzroke, ki so v celoti in delno pripisljivi alkoholu, 159 milijonov EUR , kar predstavlja 5,0 % med vsemi izdatki za zdravstvo. Ekonomsko breme zaradi neposrednih stroškov predstavlja 1,1 %, zaradi posrednih stroškov pa 3,8% med vsemi izdatki za zdravstvo.

Ekonomsko breme zaradi alkohola je visoko in bi bilo še višje, če bi vključili večji nabor neposrednih in posrednih stroškov z vključitvijo socialnih posledic, prezgodnjih upokojitev zaradi alkohola, delež prostovoljnih zavarovanj in podobno, kar bo predmet druge faze ocene bremena alkohola.

Zaključimo torej lahko, da je preventivna dejavnost in ozaveščanje o škodljivosti in posledicah uživanja alkohola zlasti pri mladih na prvem mestu in mora biti še glasnejše, saj bi le to znižalo ekonomsko breme zaradi alkohola, predvsem pa izboljšalo kakovost življenja posameznika in družbe.

## 6 Dodatek

Preglednica 1: Alkoholom pripisljivo tveganje za posamezne bolezni

Bolezen	Hill-ov koeficient (moški)	Hill-ov koeficient (ženske)
Duševne in vedenjske motnje		
Psihoza, sindrom odvisnosti od alkohola	1,00	1,00
<b>Bolezni prebavnega sistema</b>		
Akutni alkoholni hepatitis	1,00	1,00
Ciroza jeter	0,91	0,69
Akutni pankreatitis	0,40	0,40
Kronični pankreatitis	0,70	0,55
Neoplazme		
Usta	0,84	0,24
Žrelo	0,89	0,30
Požiralnik	0,86	0,55
Danka	0,12	0,05
Jetra	0,71	0,54
Grlo	0,76	0,15
Trbušna slinavka	0,20	0,20
Dojka		0,16
<b>Kardiovaskularne bolezni</b>		
Ishemična bolezen srca	0,39	0,07
Alkoholna kardiomiopatija	1,00	1,00
Cerebrovaskularna bolezen	0,26	0,08
<b>Druge bolezni</b>		
Fetalni alkoholni sindrom	1,00	1,00
<b>Drugi vzroki smrti</b>		
Prometna nezgoda	1,00	1,00
Naključni padec	1,00	1,00
Samomor	1,00	1,00
Umor	1,00	1,00

Vir: Pierre Kopp. 2001

Pripisljivo tveganje je lahko med vrednostjo 0,00 in 1,00. Koeficient 1,00 pomeni, da je bolezen v celoti pripisljiva dejavniku tveganja (alkoholu neposredno pripisljivi vzroki). Bolezni, ki niso pripisljive opazovanemu dejavniku tveganja, pa imajo pripisljivo tveganje 0,00. Nekatera stanja (napad, prometne nezgode, infarkt, možganska kap ...) so le delno posledica rabe alkohola, zato je pripisljivo tveganje manjše od 1. Populacijski alkoholni etiološki delež predstavlja delež primerov v populaciji z določenim stanjem, za katerega ocenjujemo, da je povzročen izključno z uživanjem alkohola ob upoštevanju učinkov demografskih značilnosti in drugih dejavnikov tveganja (npr. kajenje). Zaradi različnih dejavnikov (npr. razlike v stopnji in vzorcu uživanja alkohola v populaciji) se razlikuje od države do države. Za oceno populacijskih alkoholnih etioloških deležev potrebujemo:

1. oceno relativnega tveganja (ocena moči povezanosti med izpostavljenostjo in boleznijo, ki kaže na verjetnost za razvoj bolezni pri izpostavljenih v primerjavi z neizpostavljenimi) iz meta-analiz epidemioloških raziskav določenih stopenj pitja,
2. oceno prevalence teh stopenj pitja alkohola v populaciji,
3. število smrti in hospitalizacij zaradi določenega zdravstvenega stanja.

Preglednica 2: Medikamentozno zdravljenje sindroma odvisnosti od alkohola\*

UPORABA ZDRAVIL ZA VZDRŽEVANJE ABSTINENCE							
nivo	učinkovina / skupina	ATC	DDD	Število receptov 2011	Število DDD	Število DDD na 1000 preb na dan	Celotna vrednost (€)
4	Selektivni zaviralci privzema serotonina	N06AB		317.672	26.989.658	36,03	8.760.887
5	fluoksetin	N06AB03	20 mg	11.919	1.059.352	1,41	230.284
5	citalopram	N06AB04	20 mg	23.794	1.967.980	2,63	573.010
5	paroksetin	N06AB05	20 mg	46.089	3.968.456	5,30	1.215.479
5	sertralín	N06AB06	50 mg	97.974	9.345.848	12,48	2.265.940
5	escitalopram	N06AB10	10 mg	137.896	10.648.022	14,21	4.476.174
4	Zdravila za zdravljenje zasvojenosti z alkoholom	N07BB		1.615	109.876	0,15	191.089
5	disulfiram	N07BB01	0,2 g	170	19.100	0,03	5.719
5	akamprosát	N07BB03	2 g	nič	nič		nič
5	naltrekson	N07BB04	50 mg	1.445	90.776	0,12	185.370
ZDRAVLJENJE ODTEGNITVENEGA STANJA							
nivo	učinkovina / skupina	ATC	DDD	Število receptov 2011	Število DDD	Število DDD na 1000 preb na dan	Celotna vrednost (€)
4	Benzodiazepine derivatives	N05CD		49.156	1.282.380	1,71	445.945
5	flurazepam	N05CD01	30 mg	14.540	432.865	0,58	137.016
5	nitrazepam	N05CD02	5 mg	7.177	330.840	0,44	48.370
5	midazolám	N05CD08	15 mg	27.439	518.675	0,69	260.558
5	klometiazol	N05CM02	1,5 g	15.782	174.947	0,23	469.722
5	karbamazepin	N03AF01	1 g	31.588	1.324.924	1,77	765.109
3	Antagonisti adrenergičnih receptorjev beta	C07A		657.157	28.212.125	37,66	7.292.236
5	propranolol	C07AA05	0,16 g	22.205	625.850	0,84	201.943
5	sotalol	C07AA07	0,16 g	4.630	352.475	0,47	86.991
5	metoprolol	C07AB02	0,15 g	88.352	5.188.160	6,93	803.976
5	atenolol	C07AB03	75 mg	17.281	1.402.781	1,87	217.027
5	bisoprolol	C07AB07	10 mg	340.387	11.964.166	15,97	2.853.581
5	nebolvol	C07AB12	5 mg	38.111	2.783.530	3,72	924.408
ZDRAVLJENJE KOMORBIDNIH DUŠEVNIH MOTENJ							
nivo	učinkovina / skupina	ATC	DDD	Število receptov 2011	Število DDD	Število DDD na 1000 preb na dan	Celotna vrednost (€)
3	Anksiolitiki	N05A		238.416	8.224.772	10,98	2.875.431
3	Antipsihotiki	N05B		480.360	13.582.671	18,13	18.480.482

Vir: NIJZ, SPP

\* Pri ocenah števila receptov in vrednostno izraženi porabi zdravil smo upoštevali širši nabor zdravil, skladno z modelom avtorice Darje Boben Bardutzky. V izračun nismo zajeli zdravil za zdravljenje komorbidnih duševnih motenj, ker v trenutni fazi raziskovanja ne moremo oceniti deleža, pripisljivega zdravljenju alkoholizma. Natančnejše podatke bi lahko pridobili v nadaljevanju raziskovanja zdravljenja alkoholizma v Sloveniji, z ugotavljanjem bolnišnične uporabe in ambulantnega predpisovanja zdravil osebam, ki se zdravijo zaradi bolezni, povezanih z alkoholom.

Preglednica 3: Alkoholom pripisljivi deleži (AAFs) za poškodbe s smrtnim izidom po starostnih skupinah

POŠKODBE	STAROSTNA SKUPINA											
	0-15		15-29		30-44		45-59		60-69		>-70	
	M	Ž	M	Ž	M	Ž	M	Ž	M	Ž	M	Ž
<b>Nenamerne poškodbe</b>												
Transportne nezgode	0,23	0,15	0,46	0,18	0,5	0,25	0,27	0,21	0,22	0,15	0,22	0,15
Zastrupitve	0,00	0,00	0,38	0,31	0,22	0,21	0,22	0,21	0,22	0,21	0,12	0,10
Padci	0,00	0,00	0,30	0,20	0,30	0,20	0,30	0,20	0,24	0,13	0,17	0,06
Utopitve	0,00	0,00	0,35	0,33	0,40	0,39	0,40	0,39	0,33	0,32	0,33	0,32
Ostale nenamerne poškodbe	0,23	0,07	0,38	0,31	0,38	0,31	0,32	0,26	0,32	0,26	0,32	0,26
<b>Namerne poškodbe</b>												
Samomor	0,00	0,00	0,21	0,14	0,21	0,14	0,16	0,12	0,16	0,12	0,07	0,07
Napad, Umor	0,19	0,19	0,36	0,36	0,36	0,36	0,36	0,36	0,36	0,36	0,36	0,36
Ostale namerne poškodbe	0	0	0,27	0,27	0,27	0,27	0,27	0,27	0,27	0,27	0,14	0,14

Vir: Rehm, et al., 2004



## 7 Literatura

Boben Bardutzky D. Zdravljenje odvisnosti od alkohola. 2014. Pridobljeno 1.3.2014 s spletne strani: <http://www.mf.uni-lj.si/dokumenti/e9493add213787db27eb07677ed6efd.pdf>.

Bregant M. Izboljševanje delovnega okolja z inovativnimi rešitvami. Ljubljana: Združenje delodajalcev Slovenije, 2012.

Kolšek M. O pitju alkohola. Priročnik za zdravnike družinske medicine. Ljubljana: CINDI Slovenija, 2004.

Kos D. Zdravstveni absentizem v Sloveniji: zbornik primerov iz prakse 14 slovenskih podjetij. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 2010.

Kovše K, Hočevar T. Pitje alkoholnih pijač. In: Jeriček Klanšček H, Roškar S, Koprivnikar H, Pucelj V, Bajt M, Zupanič T, ur. Neenakosti v zdravju in z zdravjem povezanih vedenjih slovenskih mladostnikov. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS, 2011: 216-27.

Lavtar D, Drev A, Koprivnikar H, Zorko M, Rostohar K, Štokelj R. Alkohol. In: Lavtar D, Rostohar K, Zaletel M, Hočevar Grom A (uredniki). Uporaba prepovedanih drog, tobaka in alkohola v Sloveniji 2011-2012. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2014; 43-51.

Lovrečič B, Lovrečič M. Alkohol. In: Tomšič S, Kofol Bric T, Korošec A, Maučec Zakotnik J (uredniki). Izzivi v izboljševanju vedenjskega sloga in zdravja. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2014; 72-77.

Lovrečič B, Lovrečič M. Tvegana in škodljiva raba alkohola predstavljata velik zdravstveni problem. In: Zorko M, Hočevar T, Tančič Grum A, Petrič VK, Radoš S, Lovrečič M, Lovrečič B (uredniki). Alkohol v Sloveniji. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 2013; 34-46.

Ministrstvo za javno upravo. Preventivna platforma - Skupna pobuda NVO na področju alkohola in alkoholne politike v Sloveniji - predlog za javno razpravo. Ljubljana: Ministrstvo za javno upravo, 2011. Pridobljeno 25.2.20104 s spletne strani:

[http://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCcQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.preventivna-platforma.si%2Fdocs%2Fpobuda%2FPobuda\\_alkohol\\_PREDLOG\\_01.doc&ei=s907U-mRccTaygPAiDYCA&usg=AFQjCNGrvc89yVlxh79aSbSPClzuTxMCqA&bvm=bv.63934634,d.bGQ](http://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCcQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.preventivna-platforma.si%2Fdocs%2Fpobuda%2FPobuda_alkohol_PREDLOG_01.doc&ei=s907U-mRccTaygPAiDYCA&usg=AFQjCNGrvc89yVlxh79aSbSPClzuTxMCqA&bvm=bv.63934634,d.bGQ).

Pierre Kopp. Calculating the social cost of illicit drugs. Council of Europe Publishing, November 2001

OECD. Health at a Glance 2011. Pridobljeno 1.3.2014 s spletne strani: [http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance-2011-en](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2011-en).

Podatki o zdravilih: Centralna baza zdravil. Pridobljeno 1.3.2014 s spletne strani: <http://www.zzzs.si/zzzs/internet/zzzs.nsf/o/CEECE65B19F25E4FC1257552002BEC54>.

Projekt sporočilo v steklenici. Standardna merica (ali enota) alkohola. Pridobljeno 21.3.2011 s spletne strani: <http://www.nalijem.si/o-alkoholu/merica/view>.

Rehm J, Shield KD, Rehm MX, Gmel G, Frick U. Alcohol consumption, alcohol dependence and attributable burden of disease in Europe. Toronto: Centre for Addiction and Mental health, 2012.

Rehm J, Room R, Monteiro M, Gmel G, Graham K, Rehn N, Sempos CT, Frick U, Jernigan D. Chapter 12: Alcohol Use. 2004.

SURS - Statistični urad Republike Slovenije. Povprečna letna plača za leto 2011. Pridobljeno 1.3.2014 s spletne strani: [http://www.stat.si/letopis/2013/13\\_13/13-01-13.html](http://www.stat.si/letopis/2013/13_13/13-01-13.html).

SURS - Statistični urad Republike Slovenije. Pridobljeno 1.3.2014 s spletne strani: [http://www.stat.si/novica\\_prikazi.aspx?id=5561](http://www.stat.si/novica_prikazi.aspx?id=5561).

Svetovna zdravstvena organizacija. European Health For All database 2011. Ženeva: SZO, 2011.

Toth M. Ekonomika v zdravstvu. Ljubljana. 2004.

Zorko M, Bajt M. Trendi v pitju alkohola. In: Jeriček Klanšček H, Koprivnikar H, Zupanič T, Pucelj V, Bajt M, ur. Spremembe v vedenjih povezanih z zdravjem mladostnikov v Sloveniji v obdobju 2002–2010. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS, 2012: 183-196.

Zorko M, Hočevar T, Tančič Grum A, Petrič VK, Radoš S, Lovrečič M, Lovrečič B. Alkohol v Sloveniji. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 2013.

