

Ekonomске posledice tveganega in škodljivega pitja alkohola v Sloveniji v obdobju 2012-2014

Sabina Sedlak¹, Metka Zaletel¹, Karin Kasesnik¹,
Maja Roškar¹, Jože Sambt²

1 Nacionalni inštitut za javno zdravje

2 Univerza v Ljubljani, Ekonomska Fakulteta



Kazalo

1	Uvod	5
1.1	Izdatki in viri financiranja zdravstvenega varstva v Sloveniji v obdobju 2012-2014	8
2	Metodologija in viri	10
2.1	Metodologija izračuna bremena bolezni.....	10
2.1.1	Definicija neposrednih stroškov	10
2.1.2	Definicija posrednih stroškov	11
2.1.3	Definicija ostalih stroškov (stroški, ki neposredno bremenijo bolnika in njegovo družino)	11
2.2	Nabor diagnoz alkoholu delno ali v celoti pripisljivih boleznih	12
2.2.1	Metodologija zbiranja podatkov ambulantnih storitev zaradi alkohola v celoti in delno pripisljivih vzrokov na primarni ravni	13
2.2.2	Metodologija zbiranja podatkov ambulantnih storitev zaradi alkohola v celoti in delno pripisljivih vzrokov na sekundarni ravni	14
2.2.3	Metodologija zbiranja podatkov o bolnišničnih obravnavah – razen psihiatrične dejavnosti	14
2.2.4	Metodologija zbiranja podatkov o psihiatričnih bolnišničnih obravnavah	15
2.2.5	Metodologija zbiranja podatkov o zdravljenju odvisnosti od alkohola.....	15
2.2.6	Metodologija izračunavanja začasne odsotnosti z dela	15
2.2.7	Metodologija izračunavanja izgubljenih let potencialnega življenja in izgubljenega prihodnjega zaslužka (po metodi človeškega kapitala).....	16
2.2.8	Metodologija računov nacionalnih transferjev (NTA)	17
2.3	Viri podatkov	18
2.3.1	Omejitve podatkov	20
3	Ocena neposrednih in posrednih stroškov v Sloveniji v obdobju 2012-2014	21
3.1	Neposredni stroški.....	21
3.1.1	Ambulantne storitve zaradi alkohola v celoti in delno pripisljivih vzrokov na primarni ravni	21
3.1.2	Ambulantne storitve zaradi alkohola v celoti in delno pripisljivih vzrokov na sekundarni ravni	22
3.1.3	Bolnišnične obravnave (razen psihiatrične dejavnosti).....	24
3.1.4	Psihiatrične bolnišnične obravnave.....	25
3.1.5	Zdravila za zdravljenje odvisnosti od alkohola	25
3.2	Posredni stroški	26

3.2.1	Začasna odsotnost z dela.....	26
3.2.2	Izgubljena leta življenja in izgubljen prihodnji zaslužek (Metoda človeškega kapitala)	27
3.2.3	Vrednost izgubljenega dohodka iz dela in vrednost izgubljenega neplačanega gospodinskega dela v Sloveniji v obdobju 2012-2014.....	29
3.3	Skupni neposredni in posredni stroški zaradi alkoholu v celoti in delno pripisljivih boleznih, v povprečju, v obdobju 2012-2014.	31
4	ZAKLJUČEK	33
5	DODATEK	34
6	LITERATURA.....	37

KRATICE

ATC – Anatomsko-terapevtsko-kemični klasifikacijski sistem zdravil

CBZ – Centralna baza zdravil

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

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

DDD – (Defined Daily Dose) – definirani dnevni odmerek

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

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

MČK – Metoda človeškega kapitala

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

NIJZ – Nacionalni inštitut za javno zdravje

PYLL – Potencialna leta izgubljenega življenja

PZ – Prostovoljno zavarovanje

SJM – Raziskava *Slovensko javno mnenje*

SNA – (System of National Accounts)

SPP - Sistem skupin primerljivih primerov

SURS – Statistični Urad Republike Slovenije

SZO – Svetovna zdravstvena organizacija

ZPIZ – Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije

ZZPPZ – Zakon o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva

ZZZS – Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije

1 Uvod

V poročilu smo ovrednotili ekonomske posledice tveganega in škodljivega pitja alkohola za Slovenijo, v povprečju, v obdobju 2012-2014. Upoštevali smo stroške zdravstvene blagajne, delni strošek delodajalcev in stroške, ki jih omogoča informacija o ekonomskem participiranju pri proizvodnji posameznikov v posamezni starosti v obliki dohodka iz dela na trgu in neplačane gospodinjske proizvodnje. Z zadnjima navedenima kategorijama smo v tem poročilu dodali novo metodo izračuna posrednih stroškov. Poskušali smo namreč čim bolj celovito oceniti stroške, ki nastanejo presečno na ravni enega leta.

V tej fazi ocene bremena alkohola smo vključili večji nabor neposrednih in posrednih stroškov z vključitvijo dodatnih diagnoz raka in prezgodnjih upokojitev, kar je potrdilo visoko ekonomsko breme zaradi alkohola. V naslednji fazi bo potrebno natančneje obravnavati tudi socialne posledice zaradi tveganega in škodljivega pitja alkohola. Hkrati ostaja odprta tudi dimenzija stroškov z vidika preostanka posameznikovega življenja. Korak v to smer je metoda človeškega kapitala, ki ovrednoti vrednost prihodnjega zaslužka oseb, ki se zmanjša zaradi z alkoholom povezanih smrti in poškodb.

Tako smo metodo človeškega kapitala, ki smo jo uporabili v analizi z naslovom *Ekonomske posledice tveganega in škodljivega pitja alkohola v Sloveniji za leto 2011* (Sedlak, Zaletel, Kasesnik in Zorko, 2015), informativno uporabili tudi tokrat. V prihodnje pa bomo to, kar se dogaja na strani izgubljenih dohodkov zaradi tveganega in škodljivega pitja alkohola, dopolnili še z drugimi učinki z vidika preostalega življenja posameznika – npr. vpliv na pokojninsko blagajno in druge javne transferje.

V obdobju 2012-2014 so v Sloveniji neposredni in posredni stroški zaradi tveganega in škodljivega pitja alkohola, skupaj s stroški izgubljenega prihodnjega zaslužka zaradi poškodb s smrtnim izidom po metodi človeškega kapitala, predstavljali 4,6 % vseh izdatkov za zdravstvo. Tudi, če upoštevamo novo metodo izračuna posrednih stroškov, predstavljajo neposredni in posredni stroški zaradi tveganega in škodljivega pitja alkohola v Sloveniji v povprečju okoli 3 % vseh izdatkov za zdravstvo. Rezultati potrjujejo, da je tvegano in škodljivo pitje alkohola eden od največjih javnozdravstvenih problemov v Sloveniji.

Zdravstvene težave, ki jih tvegano in škodljivo pitje alkohola predstavlja, velikokrat vodijo v slabšo kakovost življenja, prezgodnjo upokojitev (izgubljena zdrava leta življenja), lahko pa pripeljejo celo do prezgodnje smrti. Vsaka prezgodnja smrt pa tudi vsaka predčasna upokojitev, 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 tako prezgodnjih smrti kot tudi preprečevanje prezgodnjih upokojitev ter izboljšanje kvalitete življenja posameznika.

Posameznik z zdravstvenimi težavami je manj učinkovit in manj produktiven pri delu, kar se kaže v slabših ekonomskih rezultatih družbe kot celote. Tako se povečujejo stroški. Tudi prezgodnje upokojitve pomenijo prevalitev stroškov na družbo.

Analiza z naslovom *Ekonomske posledice tvegane in škodljivega pitja alkohola v Sloveniji*, ki se je izvedla leta 2011 (Sedlak, Zaletel, Kasesnik in Zorko, 2015), je bil prvi korak k vrednotenju bremena tvegane in škodljivega pitja alkohola. Srečali smo se 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 tvegane in škodljivega pitja alkohola, ki bremenijo zlasti zdravstveno blagajno in ovrednotimo potencialna izgubljena leta življenja. Izhajali smo z mikro ravni, iz osebe, ki zaradi težav oziroma bolezni, poškodbe ali zastrupitve, obišče zdravnika in ocenili, kaj pomeni tvegano in škodljivo pitje alkohola v finančnem smislu in kako to bremeni zdravstveni sistem.

V drugi fazi za obdobje 2012-2014 pa smo zajeli oz. pridobili podatke tudi iz Zavoda za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije (ZPIZ) in tako določili širše družbene posledice tvegane in škodljivega pitja alkohola, ki ne vplivajo samo na posameznike, ampak tudi na njihove družine in širša okolja. Na podlagi podatkov o številu izvedenskih mnenj invalidske komisije I. in II. stopnje smo izračunali posredne stroške na presečno leto in pokazali učinek proizvodnje oz. dohodka, če nekdo zaradi posledic tvegane in škodljivega pitja alkohola ne bi umrl oz. se predčasno upokojil.

Analizo smo razširili tudi z večjim naborom diagnoz, in sicer ocene diagnoz alkoholu pripisljivega raka - raka dojke, debelega črevesa in danke ter s tem povezanih stroškov.

V našem poročilu so prikazane le ekonomske posledice tega velikega javnozdravstvenega problema.

Do sedaj smo v Sloveniji že obravnavali zdravstvene in socialne posledice ter njihovo oceno tvegane in škodljivega pitja alkohola. Za sprejemanje ukrepov ali celovitih politik je nujno upoštevati tudi ekonomski vidik. V tem poročilu smo v sodelovanju z Ekonomsko fakulteto v Ljubljani ovrednotili zdravstvene posledice prezgodnjega upokojevanja in stroške prezgodnjih smrti ter tako razširili pogled na breme tvegane in škodljivega pitja alkohola po metodi neposrednih in posrednih stroškov za Slovenijo.

To poročilo je, kot smo napisali v začetku, druga faza ovrednotenja bremena alkohola, pri čemer so upoštevani stroški zdravstvene blagajne, delni strošek delodajalcev, širši družbeni stroški, ki jih omogoča informacija o ekonomskem participiranju pri proizvodnji v posamezni starosti na trgu in v okviru gospodinjstva.

Osnovo za izračun so predstavljali podatki, zbrani v rutinskih zbirkah NIJZ ter podatki pridobljeni na ZPIZ-u. Izračuni bodo delno prispevali k boljšemu razumevanju problematike

tveganega in škodljivega pitja alkohola, še vedno pa tudi v tej fazi ne moremo govoriti o izračunu celotnega ekonomskega bremena bolezni. Naš namen je s finančnimi podatki osvetliti javnozdravstveni problem, ki je posledica tveganega in škodljivega pitja 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.

1.1 Izdatki in viri financiranja zdravstvenega varstva v Sloveniji v obdobju 2012-2014

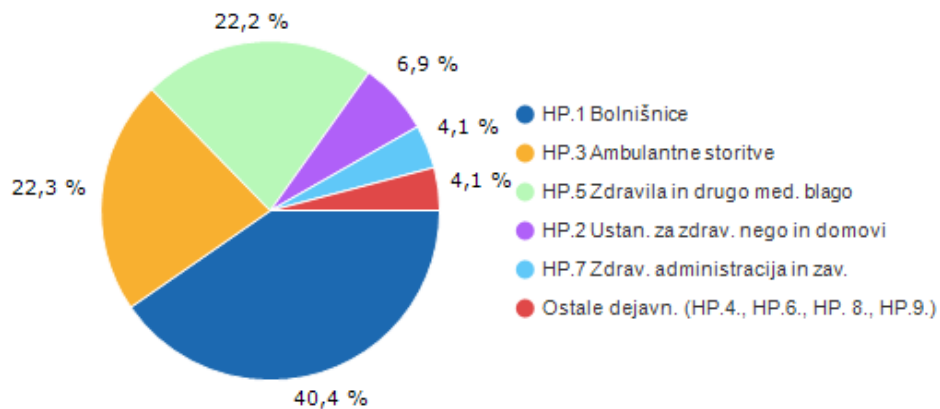
Izdatki in viri financiranja zdravstvenega varstva v Sloveniji predstavljajo pomembno izhodišče za oceno ekonomskega bremena bolezni. V nadaljevanju so na kratko predstavljeni ključni viri financiranja ter poraba glede na namen zdravstvenega varstva.

Po podatkih o izdatkih in virih financiranja zdravstvenega varstva, ki jih objavlja Statistični urad RS, smo v Sloveniji v letu 2012 za zdravstveno varstvo namenili 3.308 milijonov EUR ali 9,2 % BDP, v letu 2013 pa 3.278 milijonov EUR (9,1 % BDP), v letu 2014 pa 3.188 milijonov EUR oz. 9,0 % (SURS, 2015). Več kot četrtnina celotnih izdatkov za zdravstveno varstvo se financira iz zasebnih virov. Največji del sredstev za zdravstveno varstvo je porabljen za storitve kurativnega zdravljenja, za zdravila in za dolgotrajno oskrbo (SURS, 2015).

Delež izdatkov za storitve kurativnega zdravljenja in delež izdatkov za medicinsko-tehnične pripomočke se v letu 2013 glede na leto 2012 nekoliko povečal. Tem izdatkom so po deležu v celotnih tekočih izdatkih za zdravstveno varstvo sledili izdatki za storitve dolgotrajne zdravstvene oskrbe. Struktura financiranja zdravstvenega varstva ostaja v povprečju v obdobju 2012-2014 približno na enaki ravni (SURS, 2015).

V letu 2014 so bili izdatki za storitve v bolnišnicah in ustanovah za zdravstveno nego in v domovih za starejše še enkrat višji od izdatkov za storitve v zunajbolnišničnih ambulantah ali od izdatkov za zdravila in drugo medicinsko blago (SURS, 2015).

Slika 1: Struktura izdatkov za zdravstveno varstvo glede na vrste dejavnosti, Slovenija, 2014



© SURS

Vir: SURS, 2015

METODOLOŠKO OPOZORILO: Pri pripravi 2014 podatkov o izdatkih in virih financiranja zdravstvenega varstva smo upoštevali nekoliko revidirano metodologijo sistema zdravstvenih računov, t. i. metodologijo SHA 2011. Ta ne zajema več izdatkov za investicije v zdravstvu, zato govorimo le o tekočih izdatkih za zdravstvo. Kar zadeva klasifikacijo virov financiranja (HF), ni bistvenih sprememb. Tudi klasifikacija izdatkov po namenih zdravstvenega varstva (HC) ostaja bolj ali manj nespremenjena. Večja sprememba je ukinitvev podkategorije HC.1.3.9 (Vse druge ambulantne storitve, ki jih ni mogoče klasificirati drugje), zaradi česar so se ti izdatki premestili v podkategorijo HC.2.3 (Ambulantna rehabilitacija) in so zato izdatki za ta namen ustrezno višji. Največ sprememb je v klasifikaciji dejavnosti ali izvajalcev storitev v zdravstvenem varstvu (HP), in sicer sta definirani dve novi samostojni kategoriji: izvajalci pomožnih storitev (HP.4) in izvajalci storitev na področju preventive (HP.6) (SURS, 2015).

2 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.

2.1 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 in 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 oz. izgubljenim dohodkom

2.1.1 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 ipd.) (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 ipd.), ki pomagajo premagovati manjzmožnost zaradi bolezni (Toth, 2004);
- vključeni so tudi administrativni stroški zavarovalnice, ki pokrivajo te izdatke.

2.1.2 Definicija posrednih stroškov

Posredni stroški

- predstavljajo izgubo, to je blago in storitve, ki niso proizvedene na trgu, kot posledica manjzmožnosti zaradi bolezni, prezgodnje smrti oz. prezgodnje upokojitve. Pri tem bomo podali nov pristop k tovrstni analizi, kjer bomo gledali širšo posameznikovo ekonomsko udejstvovanje v družbi glede proizvodnje in trošenja z metodologijo računov nacionalnih transferjev (ang. *National Transfer Accounts (NTA)*);
- vrednost doma izgubljenega časa, ki je posledica bolezni ali prezgodnje smrti, pri čemer vrednost merimo s tržno vrednostjo neizvedenih domačih opravil (analiza, ki se prav tako izvaja v okviru NTA metodologije). Tudi na tem mestu bomo torej analizo dopolnili z učinki širšega posameznikovega ekonomskega udejstvovanja – in sicer kot nerealizirano proizvodnjo storitev neplačanega dela v gospodinjstvu;
- del posrednih stroškov so tudi bolečina, trpljenje, ekonomska odvisnost, socialna izolacija posameznika, ki jih ni mogoče ovrednotiti (Toth, 2004) oz. se jih lahko pridobi le anketno, s pripravo vprašalnikov.

2.1.3 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 ipd.);
- 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.

2.2 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, zdravila, 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 1: 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
F10				
F10.0	akutna zastrupitev z alkoholom	X	1	1
F10.1	škodljivo pitje	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
K70	alkoholna bolezen jeter	X	1	1
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
Q35.4	oskrba matere zaradi poškodbe ploda zaradi alkohola (ali pri sumu nanjo)	X	1	1
P04.3	plod in novorojenček, prizadet zaradi materinega pitja 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 letemu	X	1	1
	izpostavljenost alkoholu in zastrupitev z njim, namen nedoločen	X	1	1
S00-T98				
T51	toksični učinek alkohola zastrupitve	X	1	1
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
C00-C97	maligne neoplazme	delno		
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, 2011

Poškodbe, povezane s pitjem alkohola, so upoštevane le pri smrtnih izidih, pri metodi človeškega kapitala. 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 idr., 2004). Poškodbe, obravnavane v urgentni službi ali v bolnišnicah, ki niso vodile v smrt pacienta, v analizi niso upoštevane.

2.2.1 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 osebem 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.

2.2.2 Metodologija zbiranja podatkov ambulantnih storitev zaradi alkoholu v celoti in delno pripisljivih vzrokov na sekundarni ravni

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

V skladu z definicijo ZZS 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.

2.2.3 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 alkoholu v celoti in delno pripisljive vzroke. Za izračun smo uporabili ceno za povprečno utež v obdobju 2012-2014. Uteži se po bolnišnicah malenkostno razlikujejo, zaradi poenostavitve smo pri analizi upoštevali povprečno utež v obdobju 2012-2014 za celotno Slovenijo.

2.2.4 Metodologija zbiranja podatkov o psihiatričnih bolnišničnih obravnavah

Cena bolnišnične obravnave pacienta v psihiatrični dejavnosti je določena za primer hospitalizacije in je v izračunu upoštevana povprečna vrednost za obdobje 2012-2014.

2.2.5 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 v obdobju 2012-2014 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.

2.2.6 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, 2012-2014).

2.2.7 Metodologija izračunavanja izgubljenih let potencialnega življenja in izgubljenega prihodnjega zaslužka (po metodi človeškega kapitala)

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 D3 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 $x+n$,
- ${}_n D_{x,c}$ število umrlih zaradi vzroka c , v starostni skupini x do $x+n$ v izbranem letu
- ${}_n N_x$ 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 prežgodaj 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 od Statističnega urada RS.

2.2.8 Metodologija računov nacionalnih transferjev (NTA)

Metodologija računov nacionalnih transferjev (angl. *National Transfer Accounts (NTA)*) je bila razvita za namene proučevanja ekonomskih učinkov staranja prebivalstva (Istenič, Šeme, Hammer, Lotrič Dolinar in Sambt, 2016; Lee in Mason, 2011; United Nations, 2013). Starost je namreč ključna posameznikova lastnost, ki določa njegovo ekonomsko (ne)aktivnost. V začetku življenja trošimo ne da bi kaj proizvajali s svojim delom pa tudi v starosti večina posameznikov več ne financira svojo potrošnjo s svojim delom. Tako samo v začetku in proti koncu svojega življenja ekonomsko odvisni. Razlika med potrošnjo in dohodkom iz dela se financira iz javnih transferjev (javno financirano izobraževanje, zdravstvo, dolgotrajna oskrba), privatnih transferjev (financiranje obleke, obutve, hrane otrok s strani njihovih staršev) in prerazdeljevanje iz naslova sredstev (npr. prejete obresti, najem kredita, prodaja premoženja). V vmesnem starostnem obdobju pa smo ekonomsko neodvisni, kar pomeni, da dohodek iz dela zadostuje za financiranje naše potrošnje. Hkrati pa se iz presežka financira tudi primanjkljaj prej omenjenih dveh starostnih skupin.

Metodologija računov nacionalnih transferjev (NTA) razporedi vse makroekonomske kategorije dohodkov in potrošnje na predstavnike posamezne starosti. Agregatne vrednosti večine teh posameznih kategorij so že na voljo v sistemu nacionalnih računov (angl. *System of National Accounts (SNA)*), le da jih mi razčlenimo še po starosti. Če so podatki na voljo na ravni posameznika (npr. dohodki iz dela), preprosto izračunamo povprečne vrednosti za posameznike v posamezni starosti. Pri tem običajno kombiniramo mikro podatke iz anket (npr. za dohodek iz dela je to Anketa o porabi v gospodinjstvih), ki jih prilagodimo tako, da pri množenju s celotnim številom prebivalstva po starosti dobimo ravno agregatno vrednost, podano v SNA. Če pa so anketni podatki na voljo samo na ravni gospodinjstva, kar je primer pri zasebni potrošnji, potem moramo potrošnjo gospodinjstva najprej razporediti na posamezne člane gospodinjstva. To naredimo z uporabo regresijske analize (za privatne izdatke za izobraževanje in za zdravstvo) ter z uporabo ekvivalenčne lestvice (za ostale izdatke). Za določene skupne izdatke kot so npr. izdatki za vojsko, policijo, delovanje državnih organov ipd. pa predpostavljamo enakomerno porazdelitev na predstavnike vseh starostnih razredov.

Celotni potencial NTA metodologije vidimo predvsem za prihodnje analize pri preučevanju ekonomskih, prihodkovnih in odhodkovnih učinkov iz različnih zornih kotov. Tako nas npr. lahko zanima vpliv na javnofinančne izdatke, če se posameznik zaradi posledic tveganega in škodljivega pitja alkohola predčasno invalidsko upokoji. V tem primeru se bodo znižali javnofinančni prilivi, saj ne bo več plačeval prispevkov in dohodnine, hkrati pa se bodo povečali javnofinančni odlivi za pokojnino, ki jo bo pričel prejemati. V tokratni študiji se omejimo na izgubljene proizvodnje iz naslova dohodka iz dela (tržne proizvodnje) in na vrednost storitev, ki jih tak posameznik opravlja v okviru gospodinjstva (čiščenje, kuhanje, skrb za otroke itd.).

2.3 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 podatkov 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 leta prevzel v lekarni.
7. Interni rezultati analize računov nacionalnih transferjev (NTA), v določeni meri predstavljenih v zgoraj omenjenih člankih in gradivih.

2.3.1 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 bolezni 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 alkohola 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 ZZS, 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 ZZS 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.

3 Ocena neposrednih in posrednih stroškov v Sloveniji v obdobju 2012-2014

Ocenjeno ekonomsko breme v Sloveniji, glede na vrsto stroška za vzroke, ki so v celoti in delno pripisljivi alkoholu po metodi človeškega kapitala, se po naših izračunih v obdobju 2011-2014 giblje med 4-5 % vseh izdatkov za zdravstvo, kar predstavlja 0,4 % bruto domačega proizvoda. Če pa vključimo še socialne posledice, ocenjene na podlagi tujih raziskav pa se strošek bremena alkohola poveča na 7,1 % med vsemi izdatki za zdravstvo, kar predstavlja v povprečju za obdobje 2012-2014 okoli 1 % bruto domačega proizvoda.

3.1 Neposredni stroški

3.1.1 Ambulantne storitve zaradi alkohola v celoti in delno pripisljivih vzrokov na primarni ravni

Skupaj so stroški prvih kurativnih obiskov na primarni ravni, v obdobju 2012-2014, v povprečju, znašali 254.692 EUR, kar predstavlja 0,8 % med vsemi izdatki za zdravstvo v povprečju za obdobje 2012-2014.

Ocenjujemo, da je bil strošek prvih kurativnih obiskov na primarni ravni zaradi alkohola neposredno pripisljivih vzrokov v obdobju 2012-2014, v povprečju 187.776 EUR in predstavlja 0,6 % med celotnimi izdatki za zdravstvo.

Ocenjeni stroški za alkoholu delno pripisljive vzroke prvih kurativnih pregledov na primarni ravni so v obdobju 2012-2014 znašali v povprečju, 66.916 EUR, kar predstavlja 26,3 % med celotnimi stroški prvih kurativnih pregledov na primarni ravni in 0,2 % med celotnimi izdatki za zdravstvo v proučevanem obdobju.

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 2: Stroški obiskov in deleži glede na alkoholu pripisljive obiske na primarni ravni in glede na celotne izdatke za zdravstvo, Slovenija, v povprečju, 2012-2014.

	Stroški (v EUR)	Delež stroškov glede na alkoholu pripisljive obiske na prim. ravni (v %)	Delež glede na celotne izdatke za zdravstveno varstvo v Sloveniji (v %)
Alkoholu v celoti pripisljive bolezni	187.776	0,74	0,6
Alkoholu delno pripisljive bolezni	66.916	0,26	0,2
Skupaj	254.692	100,00	0,8

Vir: NIJZ, ZUBSTAT

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

Ocenjujemo, da je bil strošek zaradi alkoholu neposredno pripisljivih vzrokov na sekundarni ravni v povprečju 0,16 % med celotnimi izdatki za zdravstvo v proučevanem obdobju ter 0,15 % med vsemi neposrednimi stroški v obdobju 2012-2014.

Strošek za delno pripisljive vzroke na sekundarni ravni je bil 95.069 EUR in predstavlja 0,29 % celotnih izdatkov za zdravstvo. Pri tem so že upoštevani Hillovi koeficienti po posameznih diagnozah. Največ obiskov je bilo v otorinolaringoloških specialističnih ambulantah. Po številu obiskov sledijo specialisti interne medicine in onkološke specialistične ambulante.

Stroške za število obiskov na sekundarni ravni, ki so neposredno in delno pripisljivi alkoholu, tako ocenjujemo na 147.542 EUR. Med vsemi izdatki za zdravstveno varstvo predstavljajo stroški, ki so v celoti in delno pripisljivi alkoholu, za obiske v ambulantah na sekundarni ravni okoli 0,5 %, in tako, kot ostali neposredni in posredni stroški, obremenjujejo zdravstveni sistem.

Preglednica 3: Stroški obiskov in deleži glede na alkoholu pripisljive obiske na sekundarni ravni in glede na celotne in neposredne izdatke za zdravstveno varstvo, Slovenija, v povprečju, 2012-2014.

	Stroški (v EUR)	Delež stroškov glede na izračunane celotne neposredne stroške (v %)	Delež glede na celotne izdatke za zdravstveno varstvo v Sloveniji (v %)
Alkoholu v celoti pripisljive bolezni	52.474	0,15	0,16
Alkoholu delno pripisljive bolezni	95.069	0,28	0,29
Skupaj	147.543	0,43	0,5

Vir: NIJZ, ZUBSTAT

3.1.3 Bolnišnične obravnave (razen psihiatrične dejavnosti)

Stroške SPP za alkoholu neposredno in delno pripisljive vzroke ocenjujemo na 8.864.881 EUR in predstavlja 6,0 % med vsemi izračunanimi neposrednimi in posrednimi stroški za alkohol za obdobje 2012-2014 v povprečju ter 0,27 % med vsemi izdatki za zdravstveno varstvo.

Novejša literatura navaja kot delno pripisljivi diagnozi tudi maligne neoplazme debelega črevesa in danke ter raka dojk, kar smo upoštevali oz. dodali v izračunih ter v primerjavi s poročilom iz leta 2011 pridobili koeficiente za Sloveniji primerljive države.

Preglednica 4: Stroški in deleži glede na neposredne stroške za alkohol, glede na vse neposredne in posredne stroške za alkohol ter glede na celotne izdatke za zdravstveno varstvo, Slovenija, v povprečju, 2012-2014.

	Stroški (v EUR)	Delež stroškov glede na izračunane neposredne stroške (v %)	Delež glede na izračunane celotne neposredne in posredne stroške (v %)	Delež glede na celotne izdatke za zdravstveno varstvo v Sloveniji (v %)
Alkoholu v celoti pripisljive bolezni	2.235.146	6,5	1,5	0,07
Alkoholu delno pripisljive bolezni	6.629.734	19,3	4,4	0,2
Skupaj	8.864.880	25,8	5,9	0,27

Vir: NIJZ, SPP

3.1.4 Psihiatrične bolnišnične obravnave

V obdobju 2012-2014 smo v Sloveniji ocenili stroške hospitalizacije z glavno diagnozo F10 (duševne in vedenjske motnje zaradi pitja alkohola). Ocenjeni stroški znašajo 8.255.162 EUR in predstavljajo 24 % vseh direktnih stroškov in 5,5 % vseh prikazanih stroškov za obdobje 2012-2014.

Med vsemi izdatki za zdravstveno varstvo predstavljajo v proučevanem obdobju stroški za psihiatrične bolnišnične obravnave 0,25 %.

3.1.5 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 vsebnostjo farmacevtske učinkovine naltrekson, akamprosot, disulfiram ter antidepressivi 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 povprečju, v Sloveniji, v obdobju 2012-2014 je bilo 16.640.325. Celotna vrednost vseh izdanih receptov je bila 445.924.292 EUR. Število izdanih receptov v obdobju 2012-2014 v povprečju je bilo za zdravila, s katerimi se vzdržuje abstinenco, je bilo 322.403, kar ocenjujemo na 6.999.243 EUR in predstavlja 1,6 % celotnih stroškov za izdane recepte. Število izdanih receptov za zdravljenje odtegnitvenega stanja, je bilo 800.459, kar ocenjujemo na 9.814.121 EUR in predstavlja 2,2 % vseh stroškov izdanih receptov. V obdobju 2012-2014 so predstavljali stroški za izdane recepte, v povprečju, zaradi pitja alkohola okoli 3,8 % vseh stroškov za izdane recepte in 11,1 % vseh obravnavanih neposrednih in posrednih stroškov (NIJZ, Zbirka izdanih receptov).

Preglednica 5: Število receptov, izdanih v lekarnah, stroški zdravil, deleži glede na način zdravljenja in glede na stroške vseh zdravil v Sloveniji, Slovenija, v povprečju, 2012-2014.

	Število receptov	Stroški zdravil (v EUR)	Delež stroškov glede na skupino zdravil (v %)	Delež glede na celotno vrednost izdanih receptov zdravil (v %)
Zdravila za vzdrževanje abstinence	322.403	6.999.243	41,6	1,6
Zdravila za zdravljenje odtegnitvenega stanja	800.459	9.814.121	58,4	2,2
Skupaj	1.122.862	16.813.365	100,0	3,8

Vir: NIJZ, Zbirka izdanih receptov

3.2 Posredni stroški

3.2.1 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 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). Izračunani stroški začasne odsotnosti z dela zaradi alkohola so bili v obdobju 2012-2014, v povprečju 5.338.400 EUR.

Preglednica 6: Stroški oz. deleži glede na pripisljivost in glede na vse izdatke za zdravstveno varstvo, Slovenija, v povprečju, 2012-2014.

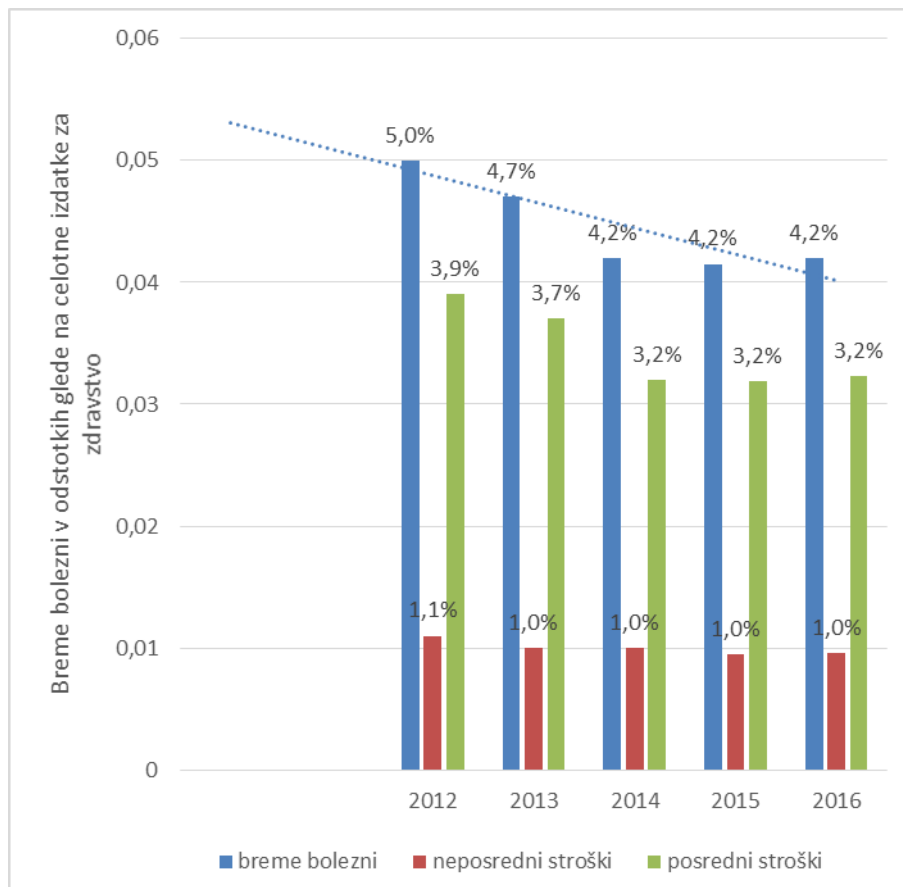
	Stroški (v EUR)	Delež stroškov glede na pripisljivost (v %)	Delež glede na celotne izdatke za zdravstveno varstvo (v %)
Alkoholu v celoti pripisljivi vzroki	2.435.365	45,6	0,1
Alkoholu delno pripisljivi vzroki	2.903.035	54,4	0,1
Skupaj	5.338.400	100	0,2

Vir: NIJZ, IVZ3

3.2.2 Izgubljena leta življenja in izgubljen prihodnji zaslužek (Metoda človeškega kapitala)

Izgubljen dohodek zaradi prezgodnjih smrti, izračunan po metodi človeškega kapitala, za alkoholu neposredno pripisljive vzroke znaša 67,3 milijonov EUR, za delno pripisljive vzroke pa 18,3 milijonov EUR. Izgubljen dohodek zaradi prezgodnjih smrti zaradi nenamernih in namernih poškodb znaša 25,8 milijonov EUR. V finančnem smislu je torej skupaj zaradi prezgodnjih smrti (smrt pred 65. letom starosti) izgubljenih okoli 111 milijonov EUR.

Slika 2: Ocenjeno ekonomsko breme, glede na vrsto stroška za vzroke, ki so v celoti in delno pripisljivi alkoholu, po letih od 2011 do 2016, za Slovenijo.



Vir: NIJZ

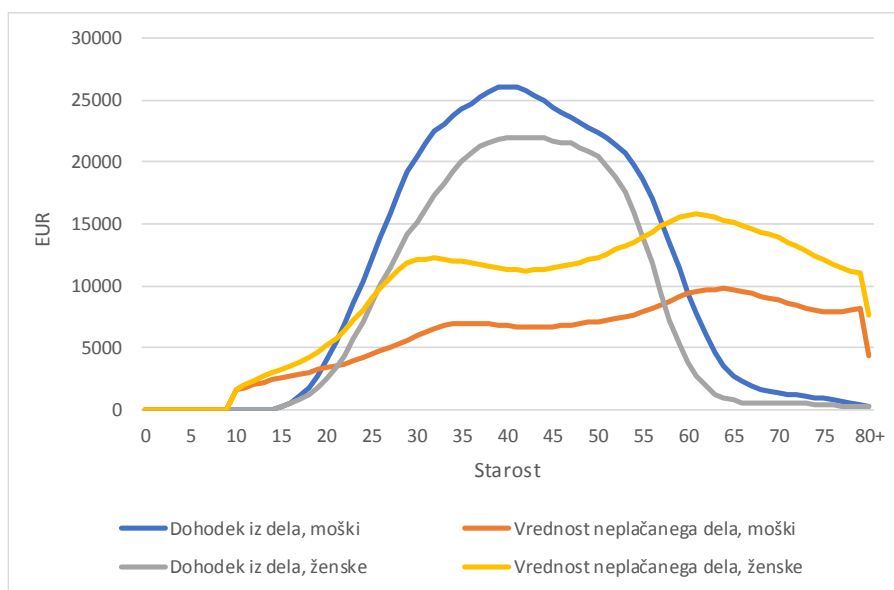
Ocenjeno ekonomsko breme po metodi človeškega kapitala, glede na vrsto stroška za vzroke, ki so v celoti in delno pripisljivi alkoholu, se v obdobju 2011-2016 giblje med 4-5 % vseh izdatkov za zdravstvo.

3.2.3 Vrednost izgubljenega dohodka iz dela in vrednost izgubljenega neplačanega gospodinjskega dela v Sloveniji v obdobju 2012-2014.

V Sliki 3 so prikazani sintetični rezultati v obliki dohodka iz dela, ki ga posamezniki prejmejo za delo na trgu – to so bruto plače, prispevki, plačilo za prevoz na delo in malico, pa tudi npr. 2/3 mešanega dohodka (angl. *mixed income*), ki ga posamezniki ustvarijo v lastnem podjetju, kjer je njihov dohodek od dela prepleten z dohodkom od kapitala v podjetjih. Podatki temeljijo na izračunih in rezultatih iz leta 2010, predstavljenih v Istenič, Šeme, Hammer, Lotrič Dolinar in Sambt (2016) in Sambt, Istenič in Hammer (2017), s tem da so bili vhodni podatki povečani za rast povprečne plače na obdobje 2012-2014. Hkrati predstavljamo tudi rezultate za vrednost neplačanega dela (Sambt, Donehower in Verbič, 2016; Vargha, Šeme, Gál, Hammer in Sambt, 2016), kjer smo vhodne vrednosti iz leta 2000/2001, ko je bila izvedena anketa o porabi časa, prav tako posodobili za rast povprečne plače na obdobje 2012-2014. Hkrati so podatki razčlenjeni na moški in ženski spol.

Opisani podatki so torej osnova za naše izračune, ki poskušajo čim bolj celovito zaobjeti ekonomske posledice učinkov alkohola. Če npr. moški v starosti 50 let umre ali se invalidsko upokoji, to pomeni, da ne bo ustvaril dohodka iz dela v višini približno 22 tisoč EUR, ki bi ga sicer ustvaril, hkrati pa tudi ne bo opravil neplačanega dela v gospodinjstvu, ki bi bilo vredno približno 7 tisoč EUR. V višjih starostnih razredih vrednost dohodka iz dela, doseženega na trgu, upada in po 65 letu starosti upade na vsega 1-2 tisoč EUR (povprečje za oba spola skupaj), medtem ko doseže vrednost neplačanega dela najvišje vrednosti ravno v času takoj po upokojitvi – kar je za ženske nekoliko prej kot za moške. Takrat imajo posamezniki na voljo več časa, hkrati pa je ta starost tudi npr. aktualna za pomoč pri vzgoji vnukov, ki predstavlja v Sloveniji pomemben delež celotne gospodinjske proizvodnje v tej starosti.

Slika 3: Povprečne vrednosti dohodka iz dela in vrednosti neplačanega gospodinjjskega dela po starosti in spolu; Slovenija, preračunano na leto 2014



Vir: SURS, 2013; Eurostat, 2014; Evropska komisija, 2012; Istenič in Sambt, 2018, lastni izračuni.

Prikazana povprečja po starosti in spolu nato pomnožimo s porazdelitvijo števila umrlih in invalidsko upokojenih po starosti in spolu. Kot bomo videli v rezultatih, je izgubljena vrednost neplačanega gospodinjjskega dela celo višja kot vrednost dohodka iz dela, zasluženega na trgu. Pojasnilo za to je v starostni strukturi posameznikov, ki zaradi tveganega in škodljivega pitja alkohola umrejo oz. postanejo nezmožni za delo – večina jih je namreč iz višjih starostnih razredov, kjer je vrednost neplačanega dela že višja kot dohodek iz dela, dosežen na trgu.

Vsi rezultati so izraženi na ravni enega leta. Izračune smo naredili za leto 2012, 2013 in 2014 in jih prikazujemo v Preglednici 7. Pri tem so uporabljene številne predpostavke, ki bi jih lahko v prihodnje s podrobnejšimi podatki izboljšali ali odpravili, tako da bi bile ocene čim bolj natančne.

Preglednica 7: Vrednost izgubljenega dohodka iz dela in vrednost izgubljenega neplačanega gospodinjjskega dela v Sloveniji v obdobju 2012-2014.

		2012	2013	2014	Povprečje 2012-2014
Vrednost izgubljenega dohodka iz dela	Smrt	16.331.306	16.160.072	13.964.218	15.485.199
	Invalidska upokojitev	5.756.202	4.800.730	3.860.781	4.805.905
Vrednost izgubljenega neplačanega gospodinjjskega dela	Smrt	23.093.097	22.690.366	21.371.886	22.385.116
	Invalidska upokojitev	3.276.513	2.867.587	2.102.009	2.748.703
Skupaj		48.457.118	46.518.755	41.298.896	45.424.923

Vir: Istenič idr. (2016); Vargha idr. (2016); lastni izračuni.

3.3 Skupni neposredni in posredni stroški zaradi alkohola v celoti in delno pripisljivih boleznih, v povprečju, v obdobju 2012-2014.

Preglednica 8: Ekonomsko breme (v EUR) glede na vrsto stroška za vzroke, ki so v celoti ali delno pripisljivi alkoholu, Slovenija, povprečje za obdobje 2012-2014.

Vrsta stroška	Alkoholu v celoti pripisljivi vzroki (strošek v EUR)	Alkoholu delno pripisljivi vzroki (strošek v EUR)	Skupaj (strošek v EUR)
NEPOSREDNI STROŠKI			
Zdravila	16.813.365		16.813.365
Prvi kurativni obiski na primarni ravni	187.776	66.916	254.692
Obiski v ambulantah na sekundarni ravni	52.474	95.069	147.543
Hospitalizacije – psihiatrija	8.255.162		8.255.162
Hospitalizacije – razen psihiatrije	2.235.146	6.629.734	8.864.880
Skupaj	27.543.923	6.791.719	34.335.642
POSREDNI STROŠKI			
Stroškičasne odsotnosti z dela	2.435.365	2.903.035	5.338.400
METODA ČLOVEŠKEGA KAPITALA (MČK)			
Izgubljeni prihodnji zaslužek (MČD)	67.263.750	18.346.084	85.609.834
Izgubljeni prihodnji zaslužek – poškodbe (MČD)		25.786.260	25.786.260
Skupaj MČK			111.396.094
NEPOSREDNI IN POSREDNI STROŠKI SKUPAJ			151.070.136

Vir: NIJZ

Neposredni stroški brez stroškov zdravil znašajo 17,5 milijona EUR, če pa prištejemo še stroške izdanih zdravil, ki se uporabljajo za zdravljenje alkoholizma, pa znašajo 34,3 milijonov EUR oz. 1,1% vseh izdatkov za zdravstvo. Posredni stroški pa po MČK v povprečju znašajo 116,7 milijonov EUR (5,3 mio EUR + 111,4 mio EUR) oz. 3,6% vseh izdatkov za zdravstvo. Vendar pa se pri tem stroški po metodi MČK izračunajo kot vsota izgubljenega dohodka v vseh prihodnjih letih skupaj, ko bi bil posameznik sicer lahko še aktiven. Gre torej za visoke vrednosti, ker se ne upošteva strošek enega (presečnega) leta, temveč vsota vseh potencialnih zaslužkov v prihodnosti. V Preglednici 9 zato prikazujemo še rezultate, kjer pa tudi stroške izgubljenega dohodka na trgu dela ocenjujemo na ravni enega (presečnega) leta; tokrat z metodologijo NTA. Hkrati dodajamo še vrednost neplačanega dela v gospodinjstvu, ki zaradi alkohola ni realizirano – tu je prav tako uporabljena metodologija NTA. Uporabimo torej vrednosti, prikazane v Preglednici 7. Vse ostale vrednosti v Preglednici 9 so pri tem enake kot v Preglednici 8.

Preglednica 9: Skupno ekonomsko breme zaradi alkohola v celoti in delno pripisljivih boleznih, ki nastane na ravni enega leta v Sloveniji; rezultati so prikazani kot povprečje za leta 2012, 2013 in 2014.

Vrsta stroška	Alkoholu v celoti pripisljivi vzroki (strošek v EUR)	Alkoholu delno pripisljivi vzroki (strošek v EUR)	Skupaj (strošek v EUR)
NEPOSREDNI STROŠKI			
Zdravila	16.813.365		16.813.365
Prvi kurativni obiski na primarni ravni	187.776	66.916	254.692
Obiski v ambulantah na sekundarni ravni	52.474	95.069	147.543
Hospitalizacije – psihiatrija	8.255.162		8.255.162
Hospitalizacije – razen psihiatrije	2.235.146	6.629.734	8.864.880
Skupaj	27.543.923	6.791.719	34.335.642
POSREDNI STROŠKI			
Stroški začasne odsotnosti z dela	2.435.365	2.903.035	5.338.400
METODOLOGIJA NTA			
Izgubljeni dohodek iz dela zaradi smrti			15.485.199
Izgubljeni dohodek iz dela zaradi nezmožnosti za delo			4.805.905
Izgubljeno neplačano gospodinjsko delo zaradi smrti			22.385.116
Izgubljeno neplačano gospodinjsko delo zaradi nezmožnosti za delo			2.748.703
Skupaj (Nova metoda – presečno na ravni enega leta z vključeno vrednostjo gospodinjskega dela)			45.424.923
NEPOSREDNI IN POSREDNI STROŠKI SKUPAJ			85.098.965

Vir: NIJZ, EF

Če upoštevamo NTA rezultate in stroške, ki nastanejo presečno, v povprečju, za obdobje 2012-2014, pa znašajo posredni stroški 50,8 milijonov EUR (5,4 mio EUR + 45,4 mio EUR) oz. 1,6% vseh izdatkov za zdravstvo. Skupaj so za obdobje 2012-2014 neposredni in posredni stroški zaradi škodljivega in tvegane pitja alkohola v povprečju znašali 151,1 milijonov EUR na leto po MČK, kar predstavlja 4,6 % vseh izdatkov za zdravstveno varstvo, po NTA metodologiji, ki upošteva stroške, ki nastanejo presečno, pa znašajo neposredni in posredni stroški v proučevanem obdobju 85,1 milijonov EUR, kar predstavlja 2,6 % vseh izdatkov za zdravstveno varstvo.

Veliko breme za družbo poleg zdravstvenih posledic predstavljajo tudi socialne posledice škodljivega pitja 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, Shield, Rehm, Gmel in Frick, 2012). Ob predpostavki, da so socialni stroški iz tuje literature podobni slovenskim, bi se izračunani skupni zdravstveni stroški v obdobju 2012-2014, če upoštevamo MČK, povečali na 232,1 milijonov EUR, kar v povprečju predstavlja 7,1 % vseh

izdatkov za zdravstvo. Z NTA rezultati pa to pomeni 166,1 milijonov EUR, kar predstavlja 5,1 % vseh izdatkov za zdravstvo.

4 ZAKLJUČEK

Rezultati kažejo, da je bilo v obdobju 2012-2014 v Sloveniji v povprečju ocenjeno ekonomsko breme, glede na vrsto stroška za vzroke, ki so v celoti in delno pripisljivi alkoholu, po metodi človeškega kapitala, 151,1 milijonov EUR, kar predstavlja 4,6% vseh izdatkov za zdravstvo. Ekonomsko breme zaradi neposrednih stroškov predstavlja 1,1 %, zaradi posrednih stroškov pa 3,6 % vseh izdatkov za zdravstvo.

Ekonomsko breme zaradi alkohola je visoko in bi bilo še višje z vključitvijo socialnih posledic, saj bi se po ocenah iz tujine stroški povečali celo na 232,1 milijonov EUR oz. 7,1 % vseh izdatkov za zdravstvo.

Če upoštevamo rezultate *računov nacionalnih transferjev (NTA)*, ki gleda stroške presečno, je bilo v obdobju 2012-2014 v Sloveniji ocenjeno ekonomsko breme 85,1 milijonov EUR v povprečju na leto, kar predstavlja 2,6 % vseh izdatkov za zdravstvo, z vključitvijo socialnih posledic, ob predpostavki, da so socialni stroški iz tuje literature podobni slovenskim, bi se izračunani skupni stroški povečali na 166,1 milijonov EUR, kar predstavlja 5,1 % vseh izdatkov za zdravstvo.

Za potrebe publikacije z naslovom *Alkoholna politika v Sloveniji – priložnosti za zmanjševanje stroškov in škode ter neenakosti med prebivalci* (Roškar idr., 2018) in, ker smo imeli na voljo podatke, smo izračunali stroške tudi za obdobje 2012-2016 po metodi človeškega kapitala. Ocenjeno ekonomsko breme znaša 146,7 milijonov EUR v povprečju na leto, kar predstavlja 4,4 % vseh izdatkov za zdravstvo, če pa upoštevamo še socialne stroške bi se breme povečalo na 227,7 milijonov EUR, kar predstavlja okrog 7 % vseh izdatkov za zdravstvo v obdobju 2012-2016 v Sloveniji.

Kot smo omenili v uvodu, bomo v prihodnje to, kar se dogaja na strani izgubljenih dohodkov zaradi tveganega in škodljivega pitja alkohola, dopolnili še z drugimi učinki z vidika preostalega življenja posameznika – npr. vpliv na pokojninsko blagajno in druge javne transferje.

Zaključimo torej lahko, da je ekonomsko breme zaradi škodljivega in tveganega pitja alkohola v povprečju v obdobju 2012-2014 veliko, ter da je preventivna dejavnost in ozaveščanje o škodljivosti in posledicah pitja 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.

5 DODATEK

Preglednica D1: 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
Bolezni prebavnega sistema		
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
Kardiovaskularne bolezni		
Ishemična bolezen srca	0,39	0,07
Alkoholna kardiomiopatija	1,00	1,00
Cerebrovaskularna bolezen	0,26	0,08
Druge bolezni		
Fetalni alkoholni sindrom	1,00	1,00
Drugi vzroki smrti		
Prometna nezgoda	1,00	1,00
Naključni padec	1,00	1,00
Samomor	1,00	1,00
Umor	1,00	1,00

Vir: 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 ipd.) 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 s pitjem alkohola ob upoštevanju učinkov demografskih značilnosti in drugih dejavnikov tveganja (npr. kajenje). Zaradi različnih dejavnikov (npr. razlike v stopnji in vzorcu pitja 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 D2: Medikamentozno zdravljenje sindroma odvisnosti od alkohola*

UPORABA ZDRAVIL ZA VZDRŽEVANJE ABSTINENCE						
nivo	učinkovin	ATC	DDD	Število Rp 2012	Število DDD	Število DDD na 1000 preb. na dan Celotna vrednost (v EUR)
4	Selektivni	N06A8		316.469	27.139.342	36,2 7.479.604
5	fluoksetin	N06AB03	20 mg	11.118	985.190	1,3 188.369
5	citalopram	N06AB04	20 mg	20.595	1.712.004	2,3 454.943
5	paroksetin	N06AB05	20 mg	45.442	3.945.388	5,3 1.117.281
5	sertralini	N06AB06	50 mg	98.057	9.556.184	12,7 2.198.228
5	escitalopram	N06AB10	10 mg	141.257	10.940.576	14,6 3.553.783
4	Zdravila za	N07B8		1.688	117.112	0,2 202.305
5	disulfiram	N07B801	0,2 g	241	27.400	0,0 7.806
5	akampros	N07B803	2 g	nič	nič	nič
5	nalтрексон	N07B804	50 mg	1.447	89.712	0,1 194.499
5	nalmefen	N07B805	18 mg	nič	nič	nič
ZDRAVLJENJE ODTEGNITVENEGA STANJA						
nivo	učinkovin	ATC	DDD	Število Rp 2012	Število DDD	Število DDD na 1000 preb. na dan Celotna vrednost (v EUR)
4	Benzodiaz	N05CD		42.299	906.692	1,2 304.397
5	flurazepam	N05CD01	30 mg	14.240	421.385	0,6 139.945
5	nitrazepam	N05CD02	5 mg	6.987	321.570	0,4 53.601
5	midazolam	N05CD08	15 mg	21.072	163.737	0,2 110.851
5	klometiaz	N05CM02	1,5 g	15.242	168.940	0,2 491.978
5	karbamaz	N03AF01	1g	29.773	1.262.210	1,7 684.866
3	Antagonisti	C07A		692.988	29.531.291	39,3 7.844.235
5	propirano	C07AA05	0,16 g	22.519	633.700	0,8 211.604
5	sotalol	C07AA07	0,16 g	4.492	349.050	0,5 87.092
5	metoprol	C07AB02	0,15 g	81.948	4.857.180	6,5 698.385
5	atenolol	C07AB03	75 mg	15.708	1.291.073	1,7 199.111
5	bisoprolol	C07AB07	10 mg	389.149	13.234.754	17,6 3.405.734
5	nebivolol	C07AB12	5 mg	46.355	3.446.386	4,6 925.501
ZDRAVLJENJE KOMORBIDNIH DUŠEVNIH MOTENJ						
nivo	učinkovin	ATC	DDD	Število Rp 2012	Število DDD	Število DDD na 1000 preb. na dan Celotna vrednost (v EUR)
3	Antipsiho	N05A		236.099	8.556.356	11,4 13.658.579
3	Anksioliti	N05B		472.906	13.286.858	17,7 2.850.472
UPORABA ZDRAVIL ZA VZDRŽEVANJE ABSTINENCE						
nivo	učinkovin	ATC	DDD	Število Rp 2013	Število DDD	Število DDD na 1000 preb. na dan Celotna vrednost (v EUR)
4	Selektivni	N06A8		322.145	27.895.400	37,1 7.066.461
5	fluoksetin	N06AB03	20 mg	10.793	960.708	1,3 139.159
5	citalopram	N06AB04	20 mg	18.857	1.570.288	2,1 364.017
5	paroksetin	N06AB05	20 mg	46.171	4.049.520	5,4 1.134.207
5	sertralini	N06AB06	50 mg	102.189	10.072.794	13,4 2.129.803
5	escitalopram	N06AB10	10 mg	144.135	11.242.090	15,0 3.301.475
4	Zdravila za	N07B8		1.707	112.492	0,1 214.244
5	disulfiram	N07B801	0,2 g	153	16.200	0,0 4.405
5	akampros	N07B803	2 g	nič	nič	nič
5	nalтрексон	N07B804	50 mg	1.554	96.208	0,1 209.499
5	nalmefen	N07B805	18 mg	10	84	0,0 371
ZDRAVLJENJE ODTEGNITVENEGA STANJA						
nivo	učinkovin	ATC	DDD	Število Rp 2013	Število DDD	Število DDD na 1000 preb. na dan Celotna vrednost (v EUR)
4	Benzodiaz	N05CD		38.890	858.397	1,1 348.799
5	flurazepam	N05CD01	30 mg	13.445	404.000	0,5 147.370
5	nitrazepam	N05CD02	5 mg	6.774	310.920	0,4 56.815
5	midazolam	N05CD08	15 mg	18.671	143.477	0,2 144.634
5	klometiaz	N05CM02	1,5 g	15.129	168.099	0,2 511.285
5	karbamaz	N03AF01	1g	28.187	1.212.668	1,6 609.895
3	Antagonisti	C07A		719.787	30.507.185	40,6 8.307.162
5	propirano	C07AA05	0,16 g	21.458	613.313	0,8 234.721
5	sotalol	C07AA07	0,16 g	4.369	343.075	0,5 87.521
5	metoprol	C07AB02	0,15 g	75.084	4.476.720	6,0 703.470
5	atenolol	C07AB03	75 mg	14.289	1.194.099	1,6 193.892
5	bisoprolol	C07AB07	10 mg	421.349	14.441.704	19,2 4.001.278
5	nebivolol	C07AB12	5 mg	52.434	3.973.358	5,3 780.664
ZDRAVLJENJE KOMORBIDNIH DUŠEVNIH MOTENJ						
nivo	učinkovin	ATC	DDD	Število Rp 2013	Število DDD	Število DDD na 1000 preb. na dan Celotna vrednost (v EUR)
3	Antipsiho	N05A		258.393	8.999.313	12,0 15.007.158
3	Anksioliti	N05B		463.773	12.901.806	17,2 2.963.731

UPORABA ZDRAVIL ZA VZDRŽEVANJE ABSTINENCE						
nivo	učinkovin	ATC	DDD	Število Rp 2014	Število DDD	Število DDD na 1000 preb. na dan Celotna vrednost (v EUR)
4	Selektivni	N06A8		323.342	28.324.250	37,6 5.800.698
5	Fluoksetin	N05AB05	20 mg	10.704	959.952	1,3 136.527
5	citalopram	N05AB04	20 mg	17.563	1.458.682	1,9 316.142
5	paroksetin	N05AB05	20 mg	45.912	4.057.557	5,4 1.033.459
5	sertralín	N05AB06	50 mg	104.218	10.405.358	13,8 1.880.452
5	escitalopram	N05AB10	10 mg	144.945	11.442.701	15,2 2.434.076
4	Zdravila z	N07B8		1.857	120.629	0,2 238.481
5	disulfiram	N07B801	0,2 g	141	14.600	0,0 4.484
5	akamprodat	N07B803	2 g	nič	nič	nič
5	naltrekson	N07B804	50 mg	1.716	104.944	0,1 229.683
5	nalmefen	N07B805	18 mg	96	1.085	0,0 4.303
ZDRAVLJENJE ODTEGNITVENEGA STANJA						
nivo	učinkovin	ATC	DDD	Število Rp 2014	Število DDD	Število DDD na 1000 preb. na dan Celotna vrednost (v EUR)
4	Benzdiaz	N05CD		35.237	788.248	1,0 394.179
5	flurazepam	N05CD01	30 mg	12.449	370.190	0,5 138.570
5	nitrazepam	N05CD02	5 mg	6.452	292.740	0,4 52.991
5	midazolam	N05CD08	15 mg	16.336	125.318	0,2 202.618
5	klometiazol	N05CM02	1,5 g	14.705	162.027	0,2 514.848
5	karbamazepin	N03AF01	1g	26.585	1.161.178	1,5 816.671
5	Antagonisti	C07A		742.556	30.965.301	41,2 8.614.054
5	propranolol	C07AA05	0,16g	22.164	632.463	0,8 245.016
5	sotalolol	C07AA07	0,16g	4.179	329.750	0,4 84.785
5	metoprolol	C07AB02	0,15g	68.638	4.105.460	5,5 645.056
5	atenolol	C07AB03	75 mg	12.465	1.020.967	1,4 168.455
5	bisoprolol	C07AB07	10 mg	455.796	15.355.784	20,4 4.444.292
5	nebivololol	C07AB12	5 mg	56.474	4.341.384	5,8 828.908
ZDRAVLJENJE KOMORBIDNIH DUŠEVNIH MOTENJ						
nivo	učinkovin	ATC	DDD	Število Rp 2014	Število DDD	Število DDD na 1000 preb. na dan Celotna vrednost (v EUR)
3	Antipsihotiki	N05A		266.908	9.225.186	12,3 12.896.308
3	Anksiolitiki	N05B		450.810	12.258.731	16,3 2.810.193

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 D3: Alkoholizmu 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
Nenamerne poškodbe												
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
Namerne poškodbe												
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	0,27	0,14

Vir: Rehm idr., 2004

6 LITERATURA

Boben Bardutzky, D. (2004). *Zdravljenje odvisnosti od alkohola*. Pridobljeno 1. 3. 2014 s <http://www.mf.uni-lj.si/dokumenti/e9493add213787db27eb07677ed6efd.pdf>

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

European Commission. (2012). *Average Income*. Pridobljeno 18. 5. 2016 s <https://ec.europa.eu/>

Eurostat. (2014). *General and regional statistics*. Pridobljeno 1. 3. 2017 s <https://ec.europa.eu/eurostat>

Istenič, T., Šeme, A., Hammer, B., Lotrič Dolinar, A., in Sambt, J. (2016). *The European NTA Manual*. AGENTA Public Deliverable. Pridobljeno 13. 9. 2016 s <http://www.agenta-project.eu/Jacomo/upload/publications/d-2.3-submitted.pdf>

Kopp, P. (2001). *Calculating the social cost of illicit drugs*. Council of Europe Publishing.

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

Lee, R. D. in Mason, A. (2011). *Population aging and the generational economy : a global perspective*. Cheltenham: Edward Elgar.

Podatki o zdravilih: *Centralna baza zdravil*. Pridobljeno 1. 3. 2014 s <http://www.zzs.si/zzs/internet/zzs.nsf/o/CEECE65B19F25E4FC1257552002BEC54>

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

Rehm, J., Shield, K. D., Rehm, M. X., Gmel, G., in Frick, U. (2012). *Alcohol consumption, alcohol dependence and attributable burden of disease in Europe*. Toronto: Centre for Addiction and Mental health.

Roškar, M., Serec, M., Petrič, V. K., Blažko, N., Hovnik Keršmanc, M., Sedlakova, D. (ur). (2018). *Alkoholna politika v Sloveniji – priložnosti za zmanjševanje stroškov in škode ter neenakosti med prebivalci*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.

Sambt, J., Donehower, G., in Verbič, M. (2016). Incorporating household production into the National Transfer Accounts for Slovenia. *Post-Communist Economies*, 28(2), 249-267. doi: 10.1080/14631377.2016.1164962

Sambt, J., Istenič, T., in Hammer, B. (2017). *The European National Transfer Account : data and application AGENTA, Ageing Europe : an application of National Transfer Account for explaining and projecting trends in public finances* (str. 2-9). Vienna: Vienna Institute of Demography.

Sedlak, S., Zaletel, M., Kasesnik, K. in Zorko, M. (2015). *Ekonomске posledice tveganega in škodljivega pitja alkohola v Sloveniji*. Ljubljana: NIJZ. Pridobljeno 14. 11. 2017 s http://www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/breme_alkohola_obl_02-2016.pdf

SURS – Statistični urad Republike Slovenije. *Povprečna letna plača za leto 2016*. Pridobljeno 1. 3. 2017 s <http://www.stat.si/letopis/2016.html>.

SURS – Statistični urad Republike Slovenije. Pridobljeno 1. 3. 2014 s http://www.stat.si/novica_prikazi.aspx?id=5561

Svetovna zdravstvena organizacija. (2011). *European Health For All database 2011*. Ženeva: SZO.

Toth, M. (2004). *Ekonomika v zdravstvu*. Ljubljana.

United Nations. (2013). *National Transfer Accounts manual: Measuring and Analysing the Generational Economy*. New York: United Nations.

Vargha, L., Šeme, A., Gál, R. I., Hammer, B., in Sambt, J. (2016). *Manual of NTTA methodology and guidelines to the AGENTA NTTA data explorer*. Pridobljeno 15. 3. 2017 s <http://www.agenta-project.eu/Jacomo/upload/publications/d-2.3-submitted.pdf>

Zakon o državni statistiki (ZDSta). *Uradni list RS*, št. 45/95, 9/01, z dopolnitvami 47/09. Pridobljeno 14. 5. 2018 s <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO424>

Zakon o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva (ZZPPZ). *Uradni list RS*, št. 65/00, z dopolnitvami 47/15 in 31/18. Pridobljeno 16. 5. 2018 s <http://pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO1419>

Zbirke podatkov NIJZ: ZUBSTAT, SPP, Zbirka izdanih receptov, IVZ/3. Ljubljana: NIJZ.