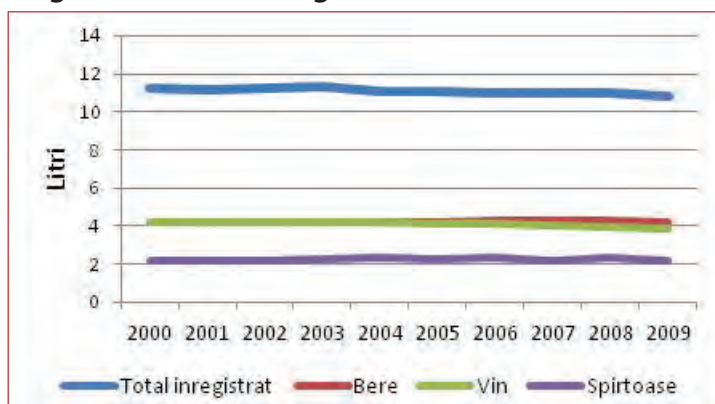


Ce știm și ce nu știm despre consumul dăunător de alcool?

Consum:

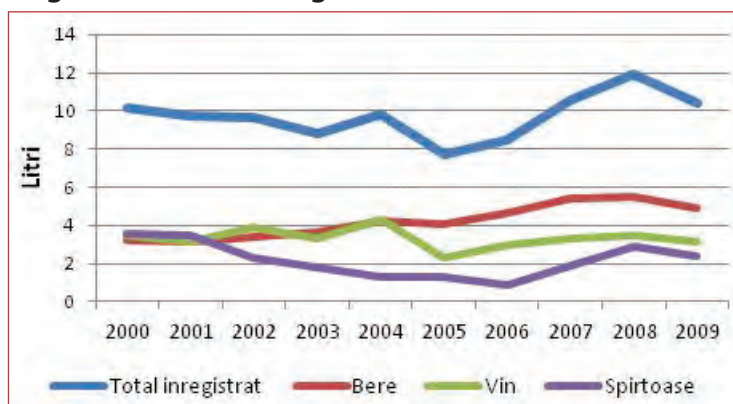
- UE**
- Există cel mai înalt nivel al consumului de alcool din lume¹.
 - În 2009, consumul mediu de alcool la adulți (15+) a fost de 12.5 litri de alcool pur (din care 1.6 litri consum neînregistrat)¹, mai mult de două ori consumul mediu la nivel mondial (6.13 în 2005)² (Fig. 1).
 - Consumul de alcool cel mai înalt și cu tendință de creștere se înregistrează în regiunea centrală și estică și cel mai scăzut consum se înregistrează în țările nordice².
 - Berea este băutura cel mai frecvent consumată în aproape toate regiunile. Numai în țările din sudul Europei vinul rămâne băutura consumată cel mai frecvent, deși consumul de vin a scăzut și el accentuat în această regiune².
- România**
- În general date fragmentare, uneori chiar discordanțe, privind consumul de alcool la nivelul populației adulte din România.
 - Deși un raport OMS relevă un consum mediu de alcool înregistrat de 13.3 l/locuitor/an, la care se adaugă 3 l consum neînregistrat (2009)¹, sistemul informațional al OMS, raportează în anul 2009 un consum înregistrat de 10.4 l alcool pur/locuitor/an⁴ (Fig. 2)
 - În ambele situații, România se situează deasupra consumului mediu al UE.
 - Berea este băutura cea mai consumată.

Fig. 1. Consumul înregistrat de alcool în UE



Sursa: ¹

Fig. 2. Consumul înregistrat de alcool în România



Sursa: ²

Efecte ale consumului dăunător de alcool

- UE**
- Anual aproximativ 120.000 decese sunt atribuibile alcoolului (94451 la bărbați și 25284 la femei)⁴
 - Este responsabil pentru o rată brută a mortalității mai înaltă cu aproximativ 90 de decese suplimentare la 100.000 locuitori în rândul bărbaților și cu 60 decese la 100.000 locuitori la femei în noile state membre ale UE în comparație cu cele 15 state membre vechi⁵.
 - Există aproximativ 58 de milioane de mari băutori, dintre care cam 23 de milioane sunt dependenți de alcool⁵.
 - Dependența de alcool afectează 5.4% dintre bărbați și 1.5% dintre femei, la grupa de vârstă activă (18 – 64 ani)⁴.
 - 9 din 10 persoane afectate de dependența de alcool nu primesc tratament pentru această patologie⁴.
- România**
- Efectele consumului de alcool în România sunt relevate în special de unele studii internaționale. Astfel se estimează că în România mor anual 15.175 persoane din cauza consumului de alcool (peste 3516 femei și respectiv 11659 bărbați)⁴. De asemenea, România are cea mai înaltă rată standardizată

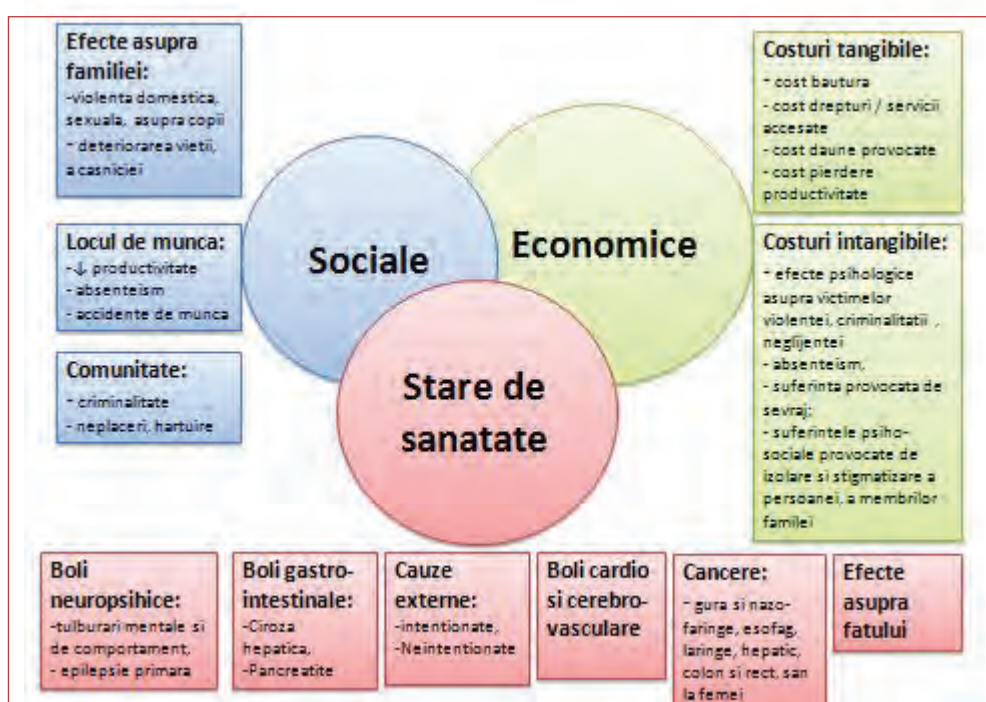
mortalitate atribuibilă alcoolului din UE la femei și se află pe locul 4 la bărbați, după Estonia, Letonia și Lituania, pierzând prin decese atribuibile alcoolului 14.4% din anii potențiali de viață la femei și respectiv 25.4% la bărbați)⁴.

- La nivelul anului 2002, adulții (20 – 64 ani) aveau o speranță de viață mai redusă decât media statelor dezvoltate ale UE (cele 15 state membre până în anul 2004) cu 4.9 ani pentru bărbați și respectiv cu 2.3 ani pentru femei, iar consumul de alcool era responsabil de 18% și respectiv de 4% din această diferență⁶.

- Dintre cauzele de mortalitate atribuibile alcoolului, cele mai importante sunt cauzele externe, ciroza hepatică și bolile cardiovasculare, atât la bărbați, cât și la femei⁴.

- Nivelul morbidității atribuibile consumului de alcool rămâne în mare parte necunoscut, și la fel rămâne și consumul de servicii de sănătate, sistemul informațional actual nefiind adaptat în acest sens.

Fig. 3. Tipuri de efecte ale consumului dăunător de alcool:



Scopul studiului: evaluarea costurilor induse de consumul dăunător de alcool asupra sistemului de sănătate din România.

Metodologia studiului: studiu descriptiv transversal, pentru anul calendaristic 2012.

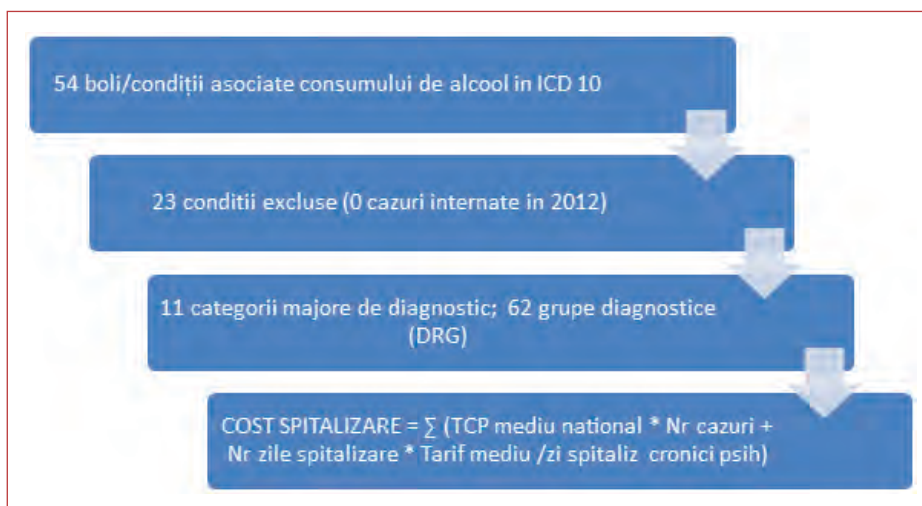
Etape parcurse



Niveluri de servicii

Tip furnizor/ serviciu	Vizite medic familie	Vizite ambulator specialitate	Paraclinice, laborator	Servicii urgență prespital	Servicii urgență spital	Internări continue	Medicamente specifice	Programe de sănătate specifice	Zile concediu medical	Accidente rutiere
Furnizare	DA	DA	DA	DA	DA	DA	NU	NU	DA	DA
Înregistrare	NU	NU	NU	NU	NU	DA	NU	NU	DA	DA
Abordat	NU	NU	NU	NU	NU	DA	NU	NU	NU	DA

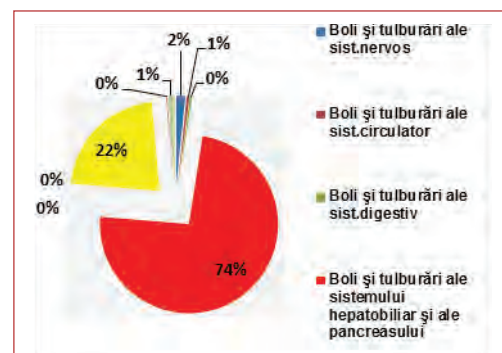
Boli studiate:



Rezultate:

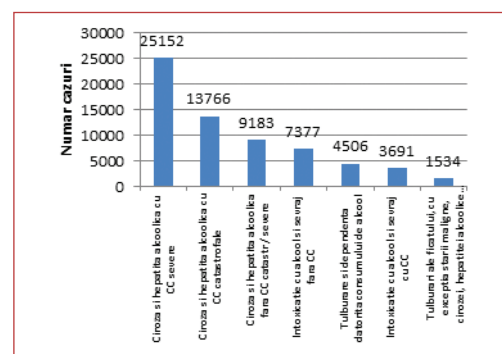
- La nivelul anului 2012, s-au identificat 69.904 cazuri externe asociate consumului de alcool și 572.549 zile de spitalizare aferente acestor cazuri,
- 73,82% au fost cazuri de boli și tulburări ale sistemului hepatobiliar și ale pancreasului,
- 22,28% (15.574) au fost tulburări mentale organice atribuibile/induse de consumul de alcool/droguri,
- Aproape jumătate dintre cazurile spitalizate (46.3%) au prezentat complicații.

Structura cazurilor spitalizate prin boli asociate consumului de alcool pe categorii majore de diagnostic, ROMÂNIA, 2012

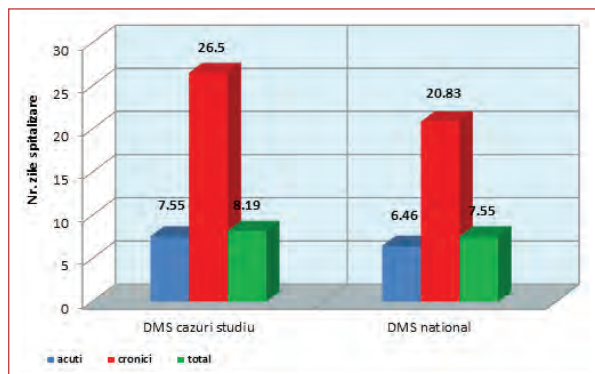


Diagnosticele cu frecvența cea mai ridicată de spitalizare (>1500 cazuri/ DRG), ROMÂNIA, 2012

TOTAL CAZURI INTERNATE: 65.209 (93%)



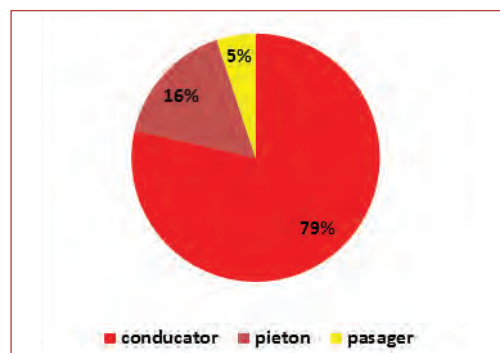
Durata medie de spitalizare pentru bolile asociate consumului de alcool, pe tipuri de caz internat, ROMÂNIA, 2012



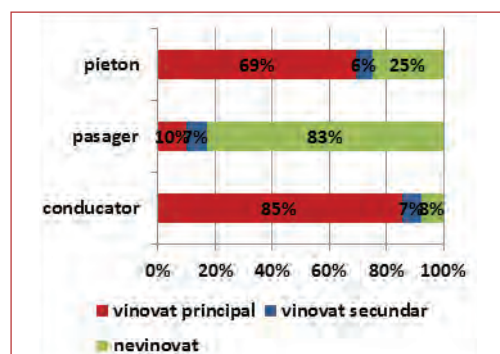
Costuri de spitalizare continuă asociate:

- Suma totală rambursată de CNAS în 2012 pentru cazurile internate datorită problemelor de sănătate cauzate de consumul dăunător de alcool a fost de **107.487.375,5 RON (aprox 25 mil EUR)**
- **Valoarea medie rambursată** per pacient internat de **1.537,6 RON** (peste media națională a tarifului pe caz ponderat de 1.444 RON).
- În anul 2012 au fost înregistrate 1.396 de accidente rutiere în care unul dintre participanți s-a aflat sub influența alcoolului.
- Jumătate dintre conducătorii auto care consumaseră alcool aveau sub 35 ani, iar 10% aveau până în 22 de ani.
- O treime dintre conducătorii auto care consumaseră alcool atinseseră nivelul infracțional (> 0.8g/l).

Accidentele rutiere care au avut drept cauză consumul de alcool, ROMÂNIA 2012



Vinovăția celor care au consumat alcool, în funcție de rolul în trafic, ROMÂNIA 2012



Concluzii:

1. Aproape 25 mil. EUR au putut fi evidențiate ca resurse publice rambursate anual pentru episoade de spitalizare direct atribuibile consumului dăunător de alcool.
2. Această sumă reprezintă doar o mică parte din costurile reale atribuibile consumului de alcool. Multiple categorii de costuri considerate relevante pentru costul total nu au putut fi identificate (ex. costuri ale asistentei primare și ambulatorii, costuri ale asistentei de urgență, costuri aferente concediilor medicale sau costurile induse de accidente rutiere care au avut drept cauză consumul de alcool).
3. Una dintre limitele studiului constă în faptul că nu s-au estimat costuri propriu-zise, ci doar sume rambursate de CNAS.

4. Chiar și așa, povara economică asupra sistemului de sănătate este impresionantă, subliniind nevoia imperioasă de elaborare și de implementare de politici de prevenție primară și secundară pentru controlul efectelor consumului dăunător de alcool, printr-o abordare multisectorială.

5. O mare parte din costurile atribuibile consumului dăunător de alcool sunt evitabile prin măsuri de prevenție primordială (întărirea capacității administrative pentru implementarea legilor și introducerea de noi prevederi pentru restricționarea accesului), primară (educație pentru sănătate, în special la tineri, conducătorii auto etc) și secundară (programe de gestionare a renunțării la consumul dăunător de alcool).

6. Valoarea adăugată a studiului constă în faptul că evidențiază cheltuielile identificabile din sistemul de asigurări sociale de sănătate legate de consumul dăunător de alcool și cuantifică nivelul fondurilor publice cheltuite cu spitalizările cauzate de consumul dăunător de alcool la nivel național, estimând astfel povara financiară a celor mai costisitoare îngrijiri – cele de spitalizare continuă.

7. De asemenea, studiul relevă lipsa unor servicii de sănătate necesare pentru controlul consumului dăunător de alcool, precum și unele deficiențe ale sistemului informațional de rutină în evidențierea efectelor acestuia.

Referințe:

1. World Health Organization Regional Office for Europe. (2012). Alcohol in the European Union. Consumption, harm and policy approaches. Copenhagen, Denmark: World Health Organization Regional Office for Europe. Disponibil la: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/alcohol-use/publications/2012/alcohol-in-the-european-union.-consumption,-harm-and-policy-approaches>
2. World Health Organization. (2011). Global status report on alcohol and health. Geneva, Switzerland: World Health Organization. Disponibil la: http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/
3. Global Information System on Alcohol and Health. Disponibil la: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.A1022?lang=en>
4. Rehm J., Shield K. Rehm M., Gmel G., Frick U. (2012). Alcohol consumption, alcohol dependence and attributable burden of disease in Europe. Potential gains from effective interventions for alcohol dependence. Centre for Addiction and Mental Health
5. Anderson, P., Baumberg, B. (2006). Alcohol in Europe: a public health perspective. A report of the European Commission. London, UK: Institute of Alcohol Studies. Disponibil la: http://ec.europa.eu/health/alcohol/publications/index_en.htm?Page=2
6. Zatonski, W., Manczuk, M., Sulkowska, U., HEM Project Team. (2008). Closing the health gap in the European Union. Warsaw, Poland: Maria Sklodowska-Curie Memorial Cancer Centre and Institute of Oncology. Disponibil la: <http://www.hem.waw.pl/>