

Studiu privind
impactul economic al
consumului dăunător
de alcool asupra
sistemului de
sănătate din România
Studiu de cercetare



Studiu privind impactul economic al consumului dăunător de alcool asupra sistemului de sănătate din România

Studiu de cercetare

Autori (ordine alfabetică):

Florentina Furtunescu¹, Adriana Galan²,
Cipriana Mihăescu-Pinția³

1. Disciplina de Sănătate Publică și Management, UMF Carol Davila, București
2. Institutul Național de Sănătate Publică, București
3. Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar, București



Acest studiu a fost realizat cu sprijinului Lundbeck România.

CUPRINS

1. Introducere	5
2. Metodologia studiului	7
2.1 Tipul studiului și direcții de cercetare	7
2.2 Cadrul conceptual și modelul de analiză a datelor	7
2.3 Planificarea operațională a studiului	12
3. Limitele studiului	13
4. Rezultate	15
4.1 Trecerea în revista a studiilor în domeniu	15
4.2 Consumul de alcool (nivel), tendințe, politici la nivel european	17
4.3 Consumul de alcool (nivel), tendințe, politici în România	21
4.4 Tipuri de efecte ale consumului dăunător de alcool	24
4.4.1 Efecte asupra sănătății	25
4.4.2 Efecte sociale	26
4.4.3 Efecte economice	28
4.5 Analiza datelor. Discuții	30
5. Concluzii, recomandări	39
6. Referințe bibliografice	42
ANEXE	46

1. Introducere

Deși în multe studii sunt evidențiate efectele dăunătoare ale consumului dăunător de alcool atât asupra sănătății individuale cât și a comunităților, discuția se concentrează în special pe sfera clinică, fără a se lua în considerare efectele asupra întregii societăți.

Studiile indică faptul că, dacă este clar că indivizii și familiile lor sunt afectați de consumul dăunător de alcool, de fapt sunt afectate și comunitățile în întregime lor (Centers for Disease Control and Prevention, 2008).

Costurile auxiliare ale consumului dăunător de alcool care se răsfrâng asupra întregii societăți provin din accidente de trafic, îmbolnăvirile, ranirile și violențele cauzate de acesta. (Hedlund, 1994). Dacă s-ar putea estima aceste costuri auxiliare, atunci s-ar putea cuantifica amploarea problemei asupra sănătății și funcționalității societății.

Cercetătorii americani au efectuat de-a lungul timpului o serie de studii care au examinat costurile economice ale consumului de alcool, printr-o abordare holistică asupra efectelor la nivelul întregii societăți. Astfel, un studiu efectuat în 1991 (Rice, Kelman, & Miller, 1991) a găsit costuri de peste 85 miliarde de dolari americani (USD) asociate consumului de alcool, droguri și boli mintale. În 1992, Harwood et al., (1998) au estimat costurile asociate consumului abuziv de alcool și alcoolismului la nivelul întregii societăți, acestea fiind de aproximativ 140 miliarde USD. Mai mult, același studiu a arătat că guvernul a acoperit numai 40% din aceste costuri.

Uniunea Europeană (UE) prezintă cel mai înalt nivel al consumului de alcool din lume. În 2009, consumul mediu de alcool la adulți (15+) a fost de 12.5 litri de alcool pur (aprox. 3 pahare standard de băutură pe zi¹), de două ori mai mult decât consumul mediu la nivel mondial (Anderson P, Moller L, Galea G 2012). Este însă foarte dificil de estimat povara socială datorată consumului de alcool în UE. Consumul de alcool este asociat și criminalității în întreaga Uniune Europeană, cu diferențe notabile între țări, alcoolul jucând un rol causal. Aproximativ șapte milioane de adulți au raportat implicarea în episoade de violență fizică, costul economic al violențelor atribuibile alcoolului fiind estimat cam la 33 milioane euro în UE în 2003 (Anderson P, Baumberg B 2006)

În urma trecerii în revistă a 21 de studii economice existente în diferite țări UE, *costul tangibil* (cuantificabil) total asociat alcoolului asupra societății europene în 2003 a fost estimat la aproximativ 125 miliarde euro (79 miliarde € - 220 miliarde €), echivalentul a 1,3% din GDP al UE, o valoare foarte apropiată de cea asociată tutunului. *Costurile intangibile* evidențiază valoarea acordată în mod subiectiv, de către indivizi, durerii, suferinței și pierderii unor capacități și chiar vieții, apărute ca urmare a daunelor sociale și asupra sănătății din cauza consumului de alcool. Aceste costuri au fost estimate la aproximativ 270 miliarde euro în 2003. Alte metode de estimare a acestor costuri au evaluat aceste consecințe nefaste la sume cuprinse între 150 miliarde euro și 760 miliarde euro. (Anderson P, Baumberg B 2006) Tabelul 1 detaliază costurile sociale ale consumului de alcool în UE în anul 2003.

¹ S-a considerat că băutura standard de 12g utilizată în acest raport corespunde unei cutii mici de bere (aprox. 330ml), 1 dl de vin sau unei doze de băuturi spirtoase.

Tabel 1. Costurile sociale ale alcoolului în Europa, 2003

	Cost (miliarde euro)	Minimum (miliarde euro)	Maximum (miliarde euro)
Costuri tangibile – directe			
Îngrijiri de sănătate	17	11	28
Tratament&prevenție	5	1	18
Violenta – poliție, tribunal, închisoare	15	13	24
Violenta – asigurări	12	7	17
Violenta – pagube ale proprietății	6	3	16
Accidente de trafic – pagube	10	6	16
SUBTOTAL	66	40	118
Costuri tangibile – pierderi de productivitate			
Absenteism	9	9	19
Șomaj	14	6	23
Mortalitate prematură	36	24	60
SUBTOTAL	59	39	102
TOTAL COSTURI TANGIBILE	125	79	220
Costuri intangibile			
Efecte psihosociale&comportamentale	68	37	68
Violenta – suferința victimelor	12	9	52
Perdere de viață sănătoasă	258	145	712
TOTAL COSTURI INTANGIBILE	270	154	764

Sursă: Anderson P, Baumberg B 2006 (p. 65)

Deși aceste estimări sunt supuse unei plaje de eroare destul de mare, este foarte probabil că ele să subestimeze adevăratul cost social brut (excluzând beneficiile). Acest lucru se datorează lipsei de informații dintr-un număr important de domenii asociate.

2. Metodologia studiului

2.1 Tipul studiului și direcții de cercetare

Studiul de față a avut drept scop să evalueze costurile induse direct și indirect de consumul dăunător de alcool asupra sistemului de servicii de sănătate din România.

În acest sens, s-a proiectat o abordare descriptivă în plan transversal, posibil de realizat într-un interval de timp limitat. Analiza s-a realizat pe trei direcții de cercetare, respectiv:

- a. Analiza studiilor internaționale și naționale relevante privind consumul de alcool, efectele asupra sănătății și costurile acestor efecte;
- b. Analiza bazelor de date internaționale pentru a evidenția nivelul consumului, pattern-ul acestuia, consecințele asupra stării de sănătate, aspecte economice și cele mai relevante politici privind controlul consumului de alcool în România, comparativ cu situația mondială și cu cea din Europa
- c. Analiza documentelor de politici și a datelor de rutină colectate de instituții relevante din România.

2.2 Cadrul conceptual și modelul de analiză a datelor

Pentru dezvoltarea cadrului conceptual de analiză a costurilor induse de consumul dăunător de alcool asupra sistemului de sănătate s-a pornit de la identificarea posibilelor efecte ale consumului de alcool asupra individului, familiei, comunității și asupra societății. Aceste efecte au fost grupate în două categorii majore:

a. Efecte asupra stării de sănătate

- i. Răniri/accidente (domestice; de tulburare a liniștii, ordinii și/sau siguranței publice; de trafic rutier) - care pot fi total sau parțial atribuibile consumului de alcool,
- ii. Îmbolnăviri și tulburări (cauzate direct de consumul de alcool),
- iii. Dependență,
- iv. Dizabilități,
- v. Agravarea sau complicarea altor afecțiuni (pre-existente, având alte cauze),
- vi. Decese (cauzate de consumul de alcool).

b. Efecte de tip social și economic:

- i. **Asupra individului** – costul alcoolului, afectarea funcționalității, absenteism, pierderea locului de muncă, izolare, stigmatizare, declin în îndeplinirea rolului de soț / părinte / cap de familie etc.
- ii. **Asupra familiei** – expuneri la violență, afectarea dezvoltării copiilor, afectarea stării de bine și calității vieții partenerului / familiei,
- iii. **Asupra comunității**,
- iv. **Asupra societății** – funcționalitate, calitatea vieții, absenteism, concedii medicale, pierderi de productivitate a muncii, cheltuieli de susținere socială pentru persoană și/sau membri de

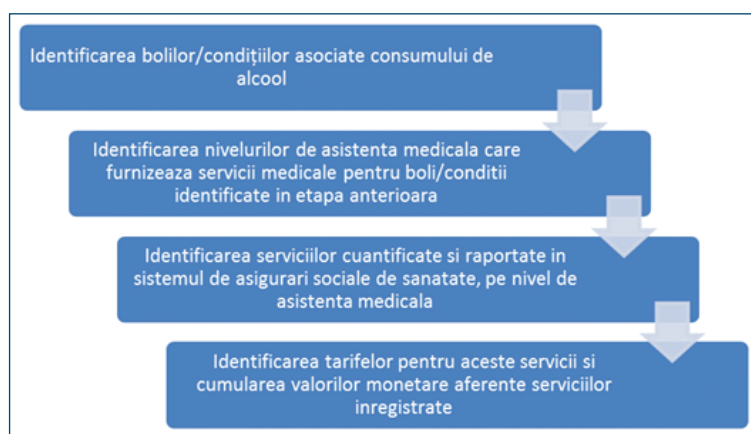
familie, declinul îndeplinirii rolurilor sociale, afectarea dezvoltării copiilor, neglijarea și chiar pierderea familiei, hărțuire, abuz, violență, criminalitate, izolare, stigmatizare etc.

Având în vedere scopul studiului (cunoașterea costurilor din sistemul de sănătate), au fost luate în considerare numai efectele asupra stării de sănătate, care au fost clasificate în sens larg în decese și îmbolnăviri atribuibile consumului dăunător de alcool.

Decesele: În România numărul deceselor este cunoscut cu precizie, deoarece, în conformitate cu legile în vigoare, pentru fiecare decedat se eliberează documente formale – certificatul constatator al decesului și buletinul statistic de decedat – ultimul fiind utilizat pentru centralizarea deceselor la nivel național. Decesele atribuibile consumului de alcool pot fi estimate într-o măsură variabilă, prin analiza cauzelor de deces („boală sau afecțiunea morbidă care a provocat decesul” - pct I c-d din certificat) și prin cumularea deceselor printr-o serie de boli/cauze recunoscute în literatură ca fiind induse de consumul de alcool, care sunt ajustate cu riscuri relative, de asemenea „împrumutate” din literatură de specialitate. Decesele atribuibile consumului de alcoolului induc în special costuri economico-sociale, dintre care unele mai puțin tangibile, dar nu antrenează practic costuri pentru sistemul de sănătate. Din acest considerent decese nu au fost abordate în studiul nostru.

Îmbolnăvirile atribuibile consumului de alcool sunt evenimentele care generează costuri reale pentru sistemul de sănătate. Studiul nostru a urmărit analiza îmbolnăvirilor, în patru etape (Figura 1).

Fig. 1. Etape în identificarea datelor relevante pentru studiu



Etapa 1. Identificarea bolilor/condițiilor asociate consumului de alcool

Au fost selectate din clasificarea internațională a bolilor ICD 10 acele cauze de îmbolnăvire care au inclus alcoolul în titlu (Tabelul 1.1., Anexa 1).

Etapa 2. Identificarea nivelurilor de asistență medicală care furnizează servicii medicale pentru boli/condiții identificate în etapa anterioară

Serviciile de sănătate necesare pentru bolile/tulburările identificate în etapa 1 pot fi solicitate la următoarele niveluri de asistență medicală, în sistemul de sănătate din România:

- Medicul de familie;
- Cabinete de specialitate din ambulatoriu;

- Asistență medicală de urgență și transport medicalizat (apel la serviciul 112);
- Asistență medicală de urgență acordată prezentărilor directe în structurile specifice de tip unități primiri urgențe (UPU), compartimente primiri urgențe (CPU) sau camere de gardă ale spitalelor, fără internare ulterioară;
- Asistență medicală spitalicească (spitalizare continuă pentru acuți și respectiv cronici; spitalizare de o zi și de zi);
- Programe naționale de sănătate;
- Medicamente compensate/gratuite.

Etapă 3. Identificarea serviciilor cuantificate și raportate în sistemul de asigurări sociale de sănătate, pe nivel de asistență medicală

La fiecare nivel de asistență medicală s-au identificat serviciile acoperite prin pachetul de servicii de bază la care au dreptul asigurații în sistemul de asigurări sociale de sănătate, sau prin programe naționale de sănătate.

Direcțiile de cercetare identificate de către autorii studiului pentru determinarea comprehensivă a impactului consumului dăunător de alcool asupra sistemului sanitar din România au vizat următoarele servicii/intervenții (Tabelul 1.2., Anexa 1):

1. Vizite (consult, tratament) la medicul de familie determinate de consumul de alcool;
2. Vizite (consult, tratament) la medicul specialist și psihoterapeut determinate de consumul de alcool;
3. Teste, analize de laborator și alte investigații paraclinice (în ambulatoriu) efectuate pentru determinarea consumului de alcool și a efectelor acestuia;
4. Solicitări și intervenții de urgență și transport medicalizat – prin ambulanță / SMURD – cauzate de consumul de alcool;
5. Prezentări în structurile de urgență ale spitalelor (CG, CPU/UPU), fără internare, cauzate de consumul de alcool;
6. Spitalizări de zi și continue, acuți și cronici, cauzate de:
 - a. violența domestică datorată consumului de alcool,
 - b. accidente (trafic rutier, domestice) asociate consumului alcool,
 - c. consumul dăunător de alcool și bolile asociate acestuia,
 - d. agravarea/complicarea prin consumul de alcool a altor boli existente;
7. Medicație gratuită și/sau compensată asociată efectelor negative ale consumului de alcool (starea de rău, dependenta, diferitele afecțiuni cauzate sau agravate de consumul dăunător de alcool);
8. Zilele de concediu medical acordat pentru probleme de sănătate, afecțiuni, tulburări și intervenții cauzate direct și indirect de consumul de alcool;
9. Cazurile de agresiuni asupra personalului medico-sanitar de către pacienții și aparținătorii aflați sub influența alcoolului sau în stare de ebrietate;
10. Accidentele rutiere în care cel puțin o persoană implicată a consumat alcool, soldate cu raniri, spitalizări, decese;

11. Consilierea psihologică acordată persoanelor care au probleme cu una dintre formele consumului dăunător de alcool și respectiv persoanelor dependente de alcool;
12. Asistența medico-socială acordată persoanelor care au probleme cu una din formele consumului dăunător de alcool și respectiv persoanelor dependente de alcool;
13. Costurile de elaborare, implementare și evaluare a unei strategii și politici naționale adecvate în domeniul producției, promovării și controlului consumului de alcool;
14. Costuri ale unor campanii IEC privind consumul de alcool și efectele acestuia, precum și programe de prevenire a consumului și abuzului de alcool, inclusiv programe de pregătire și educație continuă pentru personalul medical privind prevenirea și stoparea consumului de alcool.

Din păcate, numai o mică parte dintre aceste direcții de cercetare au putut fi dezvoltate datorită lipsei datelor despre serviciile respective și/sau datorită absenței unora dintre servicii sau programe.

Pentru toate sursele de date identificate s-au solicitat datele aferente anului calendaristic 2012 la instituțiile responsabile.

În ceea ce privește morbiditatea spitalizată în România, au fost selectate **diagnosticele** referitoare la consumul de alcool conform Clasificării Internaționale a Bolilor versiunea a 10-a. La *diagnosticele* urmărite la acest nivel, pentru interogarea bazei de date s-au inclus următoarele variabile:

- cod de diagnostic principal;
- denumire diagnostic;
- secția de externare;
- codul DRG în care a fost grupat pacientul având unul dintre aceste diagnostice în episodul de spitalizare;
- denumirea DRG;
- tip caz (Acut / Cronic);
- număr de zile de spitalizare;
- complicații;
- județ pacient;
- mediu de rezidență pacient (urban / rural);
- sex pacient F/M;
- vârsta pacient;
- pacient asigurat / neasigurat;
- starea la externare.

Aceste informații s-au obținut și analizat în urma interogării bazei naționale de date privind morbiditatea spitalizată din România a SNSPMPSDB în perioada 2012.

Accidentele rutiere care au implicat persoane care consumaseră alcool au fost solicitate de la Poliția Română – Direcția Rutieră, după următoarele variabile:

- vârstă;
- gen;
- rol în trafic;
- testare alcool;
- rezultat testare;
- vinovăție;
- elemente de siguranță;
- stare post-accident.

Ulterior inventarului de servicii, au fost analizate din punct de vedere al colectării datelor, posibilitățile de identificare a costurilor.

Etapă 4. Identificarea tarifelor pentru aceste servicii și cumularea valorilor monetare aferente serviciilor înregistrate

Pe baza Clasificării Internaționale a Bolilor versiunea a 10-a (ICD 10), au fost identificate 54 de diagnostice referitoare la consumul de alcool, conform (anexa 1, Tabel 1.1.). Întrucât 23 de diagnostice dintre acestea nu s-au constituit ca diagnostic principal pentru niciunul dintre cazurile de spitalizare raportate la nivel național în urma interogării bazei naționale de date, acestea au fost excluse din analiză.

Categoriile de diagnostice păstrate s-au încadrat în 11 Categoriile Majore de Diagnostice (CMD) (Tabel 1.3 – Anexa 1).

În urma interogării bazei naționale de date (după criteriile metodologice stabilite, pentru morbiditate spitalizată în regim de spitalizare continuă), cazurile identificate cu diagnostic principal sau secundar referitor la consumul de alcool s-au grupat într-un număr total de **62 grupe de diagnostice (DRG)**.

Pentru aceste cazuri s-au utilizat valorile relative prevăzute de normele de aplicare a Contractului Cadru pe anul 2012 și de CMD aferentă. În funcție de numărul de cazuri pe diagnostic și de valoarea relativă națională s-a calculat indicele de complexitate a cazurilor (ICM).

Sumele cheltuite de CNAS cu spitalizările continue asociate direct consumului de alcool s-a calculat după formula:

$$\text{SUMA RAMBURSATĂ de CNAS PENTRU SPITALIZĂRI} = \sum (\text{Nr. cazuri ponderate } \mathbf{acuti} * \text{TCP mediu național} + \text{Nr. zile spitalizare cazuri } \mathbf{cronici} * \text{Tarif mediu / zi spitalizare cronici, respectiv psihiatrie cronici}),$$

Unde Nr. cazuri ponderate = Nr. cazuri spitalizate (pentru diagnosticele selectate) * ICM calculat al acestora în funcție de valorile lor relative.

(ICM = indicele de complexitate a cazurilor)

Datele primite au fost prelucrate prin tehnici de statistică descriptivă. Pentru variabilele cantitative s-au calculat indicatori de tendință centrală și de dispersie, iar pentru cele calitative s-au calculat ponderi (frecvențe relative).

În ceea ce privește orizontul de timp definit pentru studiu, prezentarea tendințelor în consumul de alcool și în patternul acestuia s-au analizat pe o perioadă de cel puțin zece ani, în funcție de datele existente în bazele de date naționale și internaționale. Toate analizele de costuri / cheltuieli în plan național s-au analizat pentru anul calendaristic 2012.

2.3 Planificarea operațională a studiului

Atingerea obiectivelor propuse în acest studiu și obținerea rezultatelor așteptate, prin aplicarea metodologiei elaborate, au presupus următoarele etape principale:

- sinteza literaturii de specialitate;
- selectarea și contactarea instituțiilor și a organizațiilor care dețin datele necesare realizării acestui studiu;
- definirea și discutarea metodologiei cu reprezentanți ai instituțiilor și ONG-ilor relevante obiectului studiului, precum și ai beneficiarului, în cadrul webinar 1;
- selectarea diagnosticelor principale și a grupelor de diagnostice (DRG) referitoare la consumul de alcool și efectele medicale asociate acestuia, pentru identificarea cât mai corectă și comprehensivă a episoadelor de spitalizare continuă în regim de cazuri acute și respectiv cronice de la nivelul întregii asistențe medicale spitalicești din România;
- interogarea bazei naționale de date DRG a SNSMPDSD din anul 2012, cu respectarea tuturor normelor de confidențialitate, pentru identificarea episoadelor de spitalizare referitoare la consumul de alcool și efectele medicale asociate acestuia;
- analiza datelor relevante obținute la nivelul a 67 variabile pre-definite privind morbiditatea spitalizată cauzată de consumul de alcool;
- obținerea datelor privind accidente rutiere care au implicat cel puțin o persoană care a consumat alcool;
- analiza datelor privind accidente rutiere care au implicat cel puțin o persoană care a consumat alcool;
- prezentarea rezultatelor obținute în cadrul studiului, formularea concluziilor studiului și a recomandărilor.

3. Limitele studiului

Principalele limite ale acestui studiu sunt reprezentate de:

- lipsa monitorizării și a raportării standardizate a datelor privind efectele consumului de alcool asupra sănătății și bunăstării persoanelor în țara noastră, în ciuda unui nivel ridicat al consumului de alcool per capîiță;
- dificultățile metodologice de studiere a efectelor economice ale consumului dăunător de alcool, relevante în literatura de specialitate;
- lipsa altor studii privind efectele consumului dăunător de alcool asupra sistemului de sănătate din România;
- lipsa obligativității evidențierii asocierii consumului de alcool - ca determinant/cauza principală sau secundară - la accesarea unui serviciu medical în cadrul sectorului de sănătate, cu excepția serviciilor spitalicești în regim de spitalizare continuă; în consecință, costurile aferente serviciilor ambulatorii și de spitalizare de zi acordate persoanelor afectate de consumul de alcool, nu au putut fi evaluate;
- la nivelul îngrijirilor de spitalizare continua de tip acut, finanțate actualmente în sistem DRG – pe caz ponderat, fenomenul supra-codificării alterează uneori cauza reală a unor episoade de internare, ceea ce influențează, probabil și numărul și costurile spitalizărilor determinate de consumul dăunător de alcool.
- imposibilitatea estimării unor costuri asociate consumului dăunător de alcool ce împovărează sistemul de sănătate – ex: costuri la nivelul serviciilor medicale ambulatorii primare, secundare, de urgență etc., costuri prin concedii medicale – prin lipsa accesului la raportările de rutină (unele instituții nu au răspuns la solicitările de date);
- rezultatele obținute depind de calitatea datelor primite de la instituțiile responsabile, pentru care nu formulăm aprecieri.
- o altă limită a acestui studiu este dată de lipsa unui studiu calitativ, realizat atât la nivelul pacienților afectați de consumul dăunător de alcool utilizatori ai diferitelor servicii de sănătate, cât și la nivelul profesioniștilor din sistem care se ocupă cu precădere de persoanele care au probleme cu alcoolul (medici specialiști psihiatri, de medicină internă, de chirurgie generală, de familie, psihologi etc.), datorită constrângerilor financiare și de timp; un astfel de studiu ar fi adus date primare de ordin calitativ, ceea ce adăuga valoare unei astfel de cercetări și deschide perspectiva unor recomandări cât mai adaptate situației actuale pentru viitoarele politici, strategii și intervenții vizând prevenirea și controlul consumului de alcool din România, implicit privind morbiditatea evitabilă.

Ca urmare, se poate afirma că cercetarea de față va releva numai o parte din cheltuielile asociate consumului dăunător de alcool din România, din patru considerente majore:

1. O parte dintre serviciile necesare persoanelor care consumă alcool nu sunt furnizate prin sistemul de asigurări sociale de sănătate (ex. servicii de consiliere psihologică și asistență socială, care se fac în spitale în sistemele de sănătate din alte țări). Aceste nevoi rămân fie neacoperite, fie sunt suportate prin plata directă a persoanelor, dar ele rămân necunoscute, nefiind incluse în raportările de rutină.

2. O altă parte din serviciile necesare persoanelor care consumă alcool sunt furnizate prin sistemul de asigurări sociale de sănătate, dar acestea nu sunt raportate specific și nu pot fi dezagregate din volumul total de servicii și cheltuieli aferente (ex. servicii asociate intoxicațiilor acute furnizate prin UPU/CPU, servicii furnizate de medicul de familie, servicii furnizate de medicii specialiști în ambulatoriu, medicamente gratuite/compensate etc.).
3. Costurile directe pentru sistemul de sănătate ale consumului dăunător de alcool nu se cunosc în totalitate. Analiza prezentă s-a centrat pe sumele rambursate de CNAS din FNUASS pentru anumite condiții de boală (ex. cazuri externate), dar rambursarea se face pe baza tarifului pe caz ponderat la nivel național și a complexității cazurilor externate, nu pe baza costurilor efective de spitalizare (care pot fi diferite față de tariful mediu național și de sumele rambursate).
4. Raportările actuale nu evidențiază distinct povara (medicală, socială și economică) cauzată de principalele probleme de sănătate publică (inclusiv consumul dăunător de alcool) în rândul populației și la nivelul sistemului de sănătate din România.

În acest context, impactul bugetar calculat este fără îndoială **subdimensionat** față de povara reală a costurilor asociate consumului de alcool la nivel populațional, iar costurile directe și indirecte pentru individ/familie rămân încă necunoscute.

De asemenea, se impune a fi menționat că o parte dintre aspectele importante pentru cercetare depind de cantitatea și calitatea datelor ce urmează a fi primite de la instituțiile responsabile.

4. Rezultate

4.1 Trecerea în revistă a studiilor în domeniu

Analiza consumului de alcool și a efectelor acestuia capătă o vizibilitate tot mai mare, atât la nivel internațional, cât și în Uniunea Europeană. Dintre numeroasele publicații disponibile în ultimii ani, autorii prezentului studiu le consideră relevante cel puțin pe următoarele (Tabel 3):

Toate aceste publicații relevă, pe de o parte, complexitatea și amploarea efectelor determinate de consumul de alcool, iar pe de altă parte, dificultatea de cuantificare a costurilor acestor efecte și nevoia de intervenții preventive.

Tabelul 3. Studii relevante privind efectele consumului de alcool

Nr crt.	Studiu	Link
1	World Health Organization. (2011). Global status report on alcohol and health. Geneva, Switzerland: World Health Organization.	http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/
2	World Health Organization. (2010). Global strategy to reduce the harmful use of alcohol. Geneva, Switzerland: World Health Organization	http://www.who.int/substance_abuse/activities/globalstrategy/en/index.html
3	World Health Organization Regional Office for Europe. (2011). European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012–2020. Copenhagen, Denmark	http://www.euro.who.int/en/who-we-are/governance/regional-committee-for-europe/past-sessions/sixty-first-session/documentation/working-documents/wd13-european-action-plan-to-reduce-the-harmful-use-of-alcohol-20122020
4	World Health Organization Regional Office for Europe. (2013). Status report on alcohol and health în 35 European countries 2013. Copenhagen, Denmark: World Health Organization Regional Office for Europe.	http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/alcohol-use/publications/2013/status-report-on-alcohol-and-health-in-35-european-countries-2013
5	World Health Organization Regional Office for Europe. (2012). Alcohol în the European Union. Consumption, harm and policy approaches. Copenhagen, Denmark: World Health Organization Regional Office for Europe	http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/alcohol-use/publications/2012/alcohol-in-the-european-union.-consumption,-harm-and-policy-approaches
6	World Health Organization Regional Office for Europe. (2010). European status report on alcohol and health 2010. Copenhagen, Denmark: World Health Organization Regional Office for Europe.	http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/alcohol-use/publications/2010/european-status-report-on-alcohol-and-health-2010

7	World Health Organization Regional Office for Europe. (2010). Best practice în estimating the costs of alcohol – Recommendations for future studies. Copenhagen, Denmark: World Health Organization Regional Office for Europe.	http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/alcohol-use/publications/2010/best-practice-in-estimating-the-costs-of-alcohol-recommendations-for-future-studies
8	World Health Organization Regional Office for Europe. (2009). Evidence for the effectiveness and cost-effectiveness of interventions to reduce alcohol-related harm. Copenhagen, Denmark: World Health Organization Regional Office for Europe.	http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/alcohol-use/publications/2009/evidence-for-the-effectiveness-and-costeffectiveness-of-interventions-to-reduce-alcohol-related-harm
9	Ezzati, M., Lopez, A., Rodgers, A., Murray, C.J.L. (2004). Comparative quantification of health risks: global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors. Geneva, Switzerland: World Health Organization.	http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/cra/en/
10	European Commission. (2010). EU citizens' attitudes towards alcohol. Special Eurobarometer 331. Brussels, Belgium: TNS.	http://ec.europa.eu/health/alcohol/eurobarometers/index_en.htm
11	Zatonski, W., Manczuk, M., Sulkowska, U., HEM Project Team. (2008). Closing the health gap în the European Union. Warsaw, Poland: Maria Skłodowska-Curie Memorial Cancer Centre and Institute of Oncology	http://www.hem.waw.pl/
12	Lopez, A.D., Mathers, C.D., Ezzati, M., Jamison, D.T., Murray, C.J.L. (2006). Global burden of disease and risk factors. New York & Washington, DC, US: The World Bank and Oxford University Press.	http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK11812/
13	Național Institute for Health and Clinical Excellence. (2011). Alcohol use disorders: diagnosis, assessment and management of harmful drinking and alcohol dependence. London, UK: Național Institute for Health and Clinical Excellence	http://publications.nice.org.uk/alcohol-use-disorders-diagnosis-assessment-and-management-of-harmful-drinking-and-alcohol-cg115
14	Anderson, P., Baumberg, B. (2006). Alcohol în Europe: a public health perspective. A report of the European Commission. London, UK: Institute of Alcohol Studies	http://ec.europa.eu/health/alcohol/publications/index_en.htm?Page=2
15	Jarl, J., Gerdtham, U.G., Ludbrook, A., Petrie, D. (2010). On measurement of avoidable and unavoidable cost of alcohol: an application of method for estimating costs due to prior consumption. Int J Environ Res Public Health, 7: 2881–2895	http://www.mdpi.com/1660-4601/7/7/2881

16	Anderson, P., Chisholm, D., Fuhr, D. (2009). Effectiveness and cost-effectiveness of policies and programmes to reduce the harm caused by alcohol. Lancet, 373: 2234–2246	http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2809%2960744-3/fulltext?eventId=login
17	World Health Organization. (2008). The global burden of disease: 2004 update. Geneva, Switzerland: World Health Organization	http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/2004_report_update/en/
18	Rehm J., Shield K. Rehm M., Gmel G., Frick U. (2012). Alcohol consumption, alcohol dependence and attributable burden of disease în Europe. Potențial gains from effective interventions for alcohol dependence. Centre for Addiction and Mental Health	
19	Commission of the European Communities. (2006). EU strategy to support Member States în reducing alcohol-related harm.	http://ec.europa.eu/health/alcohol/policy/index_en.htm
20	European Commission.(2012). Assessment of the added value of the EU strategy to support Member States în reducing alcohol-related harm	http://ec.europa.eu/health/alcohol/policy/index_en.htm

4.2 Consumul de alcool (nivel), tendințe, politici la nivel european

Alcoolul reprezintă unul dintre cei mai importanți determinanți ai sănătății atât în lume cât și în UE. S-a estimat că dacă aproximativ 53 de milioane de adulți (15+) din UE nu beau deloc alcool, **există aproximativ 58 de milioane de mari băutori, dintre care cam 23 de milioane sunt dependenți de alcool.** (Anderson P, Baumberg B 2006)

Experții de la nivel mondial au considerat că cel mai potrivit indicator pentru estimarea consumului total de alcool este consumul anual de alcool pur per capita în populația adultă (15+ ani) deoarece evită erorile sistematice introduse de studiile în populația generală. În general, consumul per capita în populația adultă de calculează din vânzări și impozite, dar poate fi calculat și din datele de producție, export și import (Rehm, Klotsche & Patra, 2007). Valoarea acestui indicator pentru populația adultă a UE a fost de 12.5 litri de alcool pur pe locuitor în anul 2009. (Anderson P, Moller L, Galea G 2012) Trebuie menționat că această cifră conține atât nivelul consumului înregistrat oficial cât și nivelul consumului de băuturi neînregistrate oficial (care nu apar în statisticile oficiale – băuturi produse în gospodărie, trafic ilegal etc.) Tabelul 4 prezintă consumul de alcool per capita în populația adultă a UE.

Tabel 4. Consumul de alcool per capita în UE, țările candidate, Norvegia și Elveția, 2009

Țara	Consumul total (litri)	Din care consum neînregistrat (litri)
Austria	13,00	0,7
Belgia	12,00	1,0
Bulgăria	11,45	1,2
Croația	12,76	2,5
Cipru	9,53	1,0
Republica Ceha	16,61	1,5
Danemarca	12,86	2,0
Estonia	14,05	0,7
Finlanda	12,27	2,3
Franța	12,70	0,4
Germania	12,87	1,0
Grecia	10,55	1,8
Ungaria	14,15	2,5
Islanda	7,93	0,4
Irlanda	12,87	1,0
Italia	9,59	2,4
Letonia	în revizuire	în revizuire
Lituania	13,02	0,4
Luxemburg	12,76	1,0
Macedonia	6,84	2,9
Malta	8,01	0,4
Muntenegru	13,02	4,7
Olanda	9,73	0,5
Norvegia	8,30	1,6
Polonia	13,60	3,0
Portugalia	13,43	2,0
România	16,30	3,0
Slovacia	14,59	3,0
Slovenia	15,31	3,0
Spania	13,07	1,4
Suedia	8,85	1,7
Elveția	10,76	0,5
Turcia	3,64	2,2
Marea Britanie	12,52	1,7
UE	12,45	1,6

Sursă: Anderson P, Moller L, Galea G 2012 (p. 138)

Europa are o lungă istorie în ceea ce privește consumul de alcool, întinzându-se pe câteva mii de ani (McGovern, 2007), grecii și romanii fiind numai două exemple de mari consumatori de alcool. Dar, fiecare țară europeană are cultura și tradițiile ei în ceea ce privește modelul consumului de alcool. Au fost descrise în literatura de specialitate modele regionale de consum, care se bazează pe puterea economică a țării, pe istoria ei, pe modul de consum și pe reacțiile sociale la alcool.

Tabelul 5 oferă o privire de ansamblu a diferențelor regionale. După cum arată cifrele, consumul de alcool în Europa este cel mai înalt regiunea centrală și estică și cel mai scăzut în țările nordice. Scorul de consum dăunător este un index compozit care indică impactul potențial al consumului de alcool asupra sănătății și al societății, având valori cuprinse între unu (cel mai puțin dăunător) și cinci (cel mai dăunător). (Rehm et al. 2003).

Tabel 5. Consumul de alcool per capita în diverse regiuni europene, 2009

Regiunea Europei	Consumul per capita în litri de alcool pur*	Consumul neînregistrat per capita în litri de alcool pur	Scorul consumului dăunător
Zona central-estica și estică	14,5 (1,7)	2,5 (0,8)	2,9 (0,3)
Zona central-vestica și vestică	12,4 (0,8)	1,0 (0,5)	1,5 (0,9)
Țările nordice	10,4 (1,9)	1,9 (0,3)	2,8 (0,4)
Sud	11,2 (1,7)	2,0 (0,5)	1,1 (0,3)
UE	12,4 (1,3)	1,6 (0,6)	1,9 (0,7)

*în paranteză se specifică deviația standard

Sursă: Anderson P, Moller L, Galea G 2012 (p. 12)

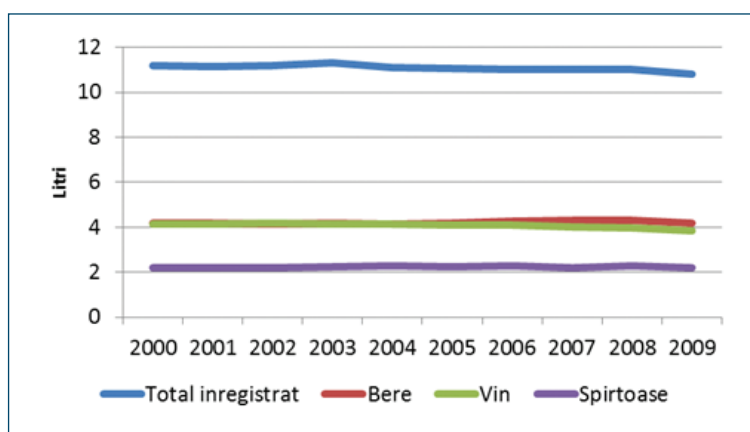
Singurul indicator care permite estimarea evoluției în timp a consumului de alcool este consumul per capita de alcool înregistrat deoarece această informație este disponibilă în fiecare an în toate statele UE. Figura 2 demonstrează că nivelul consumului de alcool înregistrat este stabil în ultimii 10 ani în UE, dar trendul este diferit în diversele regiuni europene.

De exemplu în țările nordice și în centrul și estul Europei trendul este ascendent, celelalte regiuni ale Europei având un trend descendent în ultimii 10 ani. 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 regiune. (Anderson P, Moller L, Galea G 2012)

Consumul de alcool are printre efecte și adâncirea inegalităților în starea de sănătate atât în interiorul fiecărei țări cât și între țări. Anderson și Baumberg (2006) au estimat că alcoolul este responsabil pentru o rată brută a mortalității mai înaltă cam cu 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 vechi. La bărbații cu vârste între 20 și 64 de ani, răniile sunt responsabile pentru aproape jumătate (46%) din diferența în speranța de viață

dintre țările baltice (Estonia, Letonia și Lituania) și cele 15 state membre vechi ale UE. De asemenea sunt responsabile pentru o cincime (22%) din diferența în speranța de viață dintre țările central și est europene (Polonia, Republica Cehă, Slovacia, Ungaria, Slovenia, România, Bulgaria) și UE15. Dacă în UE15 alcoolul este responsabil pentru 29% dintre răniri (de toate tipurile – accidente de trafic, accidente domestice, intenționate etc.) la bărbați și pentru 19% dintre răniri la femei, în țările din centrul și estul Europei proporțiile sunt de 38% și 29%, iar în statele baltice 48% și respectiv 42%. (Zatoński ed. 2008)

Figura 2. Consumul de alcool înregistrat per capita la populația adultă în UE, 2000-2009



Sursă: Anderson P, Moller L, Galea G 2012 (p. 14)

Ca răspuns la problemele de sănătate publică ridicate de consumul înalt de alcool, precum ratele înalte de morbiditate și mortalitate datorate consumului de alcool, Oficiul Regional pentru Europa al Organizației Mondiale a Sănătății (OMS EURO) a depus eforturi susținute pentru abordarea și ameliorarea acestei situații în ultimii 20 de ani. În 1992 statele membre OMS au adoptat Planul European de Acțiune pentru Alcool 1992–1999, astfel încât regiunea europeană a fost prima regiune a OMS care a abordat problema consumului dăunător de alcool (WHO 1992). Acest document a fost reactualizat în 2000 sub forma Planului European de Acțiune pentru Alcool 2000–2005 (WHO 2000) și apoi în 2006 prin Cadrul general de politici în domeniul alcoolului în Regiunea Europeană a OMS (WHO 2006). Dar statele membre OMS au continuat să lucreze pe această problemă prioritară pentru Europa: în 2011 s-a adoptat un nou plan de acțiune european pentru reducerea consumului dăunător de alcool 2012–2020 de către Comitetul Regional pentru Europa al OMS (WHO 2012). Ultimul plan de acțiune reflectă cele mai noi dovezi privitoare la politicile de sănătate publică legate de alcool și include o gamă largă de opțiuni de politici pentru reducerea consumului dăunător de alcool. Documentul este organizat în 10 direcții de acțiune care urmează direcțiile trasate în Strategia Globală a OMS pentru reducerea consumului dăunător de alcool adoptată în 2010 (WHO 2010). Cele 10 direcții ale planului de acțiune sunt:

- (a) leadership, conștientizare și angajament;
- (b) răspunsul serviciilor de sănătate;
- (c) acțiune comunitară;
- (d) politici și sancțiuni legate de condusul autovehiculelor în stare de ebrietate;

- (e) disponibilitatea băuturilor alcoolice;
- (f) marketingul băuturilor alcoolice;
- (g) politica prețurilor;
- (h) reducerea consecințelor negative ale consumului de alcool și al alcoolismului;
- (i) reducerea impactului asupra sănătății publice a alcoolului ilicit;
- (j) monitorizare și supraveghere.

În cadrul UE, acțiunile recente în domeniul politicilor legate de alcool s-au desfășurat sub cadrul general al Comunicatului Comisiei Europene despre strategia UE care să sprijine statele membre în reducerea daunelor provocate de alcool (Comisia Europeană 2006). Strategia UE se concentrează pe cinci domenii prioritare: **a.** protejarea tinerilor, copiilor și a copiilor nenăscuți; **b.** reducerea traumatismelor și a deceselor rezultate din accidente de trafic datorate consumului de alcool; **c.** prevenirea efectelor nocive ale consumului de alcool în rândul adulților și reducerea impactului negativ datorat consumului de alcool la locul de muncă; **d.** informarea, educarea și conștientizarea publicului asupra impactului consumului de alcool, ca și asupra modelelor adecvate de consum și dezvoltarea de servicii de asistență pentru consumatorii de alcool și al victimelor consumului de alcool; **e.** dezvoltarea, operaționalizarea și susținerea unei baze comune de dovezi științifice.

Recent s-a publicat un raport de evaluare a strategiei UE care arată că, deși în declin, consumul de alcool per capita rămâne cel mai ridicat în UE comparativ cu celelalte continente și că există o nevoie de leadership la nivelul UE pentru a promova intervenții de reducere a consumului în statele membre. Țintele strategiei actuale rămân valabile și se preconizează elaborarea unui nou plan de acțiune pentru perioada 2014 – 2017.

Monitorizarea modificărilor în consumul de alcool, daunelor provocate sănătății și a dezvoltării politicilor de sănătate publică rămân așadar priorități atât pentru Comisia Europeană cât și pentru Biroul Regional pentru Europa al OMS. De fapt, din 2007 cele două instituții au semnat un parteneriat de colaborare pentru culegerea de informații despre tendințele din domeniile specificate (Møller et al. 2013).

4.3 Consumul de alcool (nivel), tendințe, politici în România

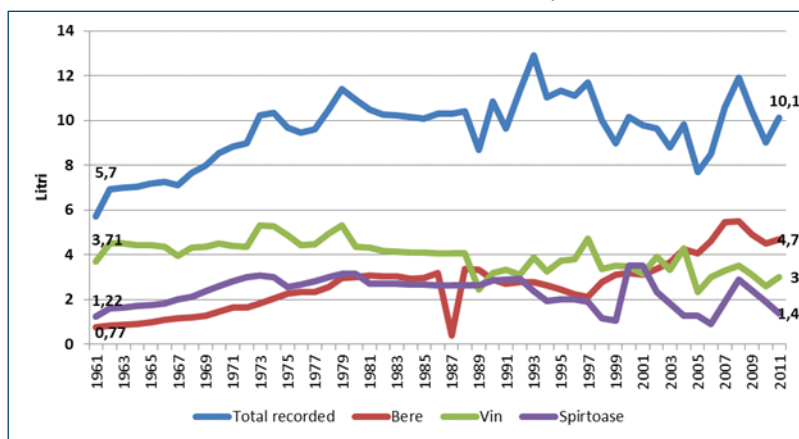
Datele privind consumul de alcool la nivelul populației adulte din România sunt în general fragmentare, uneori chiar discordante.

La nivelul sistemului informațional al OMS (Global Health Observatory Data Repository - **European Union**) există înregistrări anuale pentru România, începând din anul 1961 pentru consumul înregistrat de alcool total și pe tipuri de băuturi (vin, bere, spirtoase) (Figura 3). Constatăm că în 1961 România avea un consum înregistrat de alcool pe locuitor adult (15+) de 5.7/l alcool pur/an, dar acest consum aproape s-a dublat, ajungând în anul 2011 la 10.1 l alcool pur/locuitor/an.

De asemenea, structura consumului s-a modificat, în special prin scăderea la jumătate a ponderii consumului de vin și triplarea ponderii consumului de bere. (Figura 4).

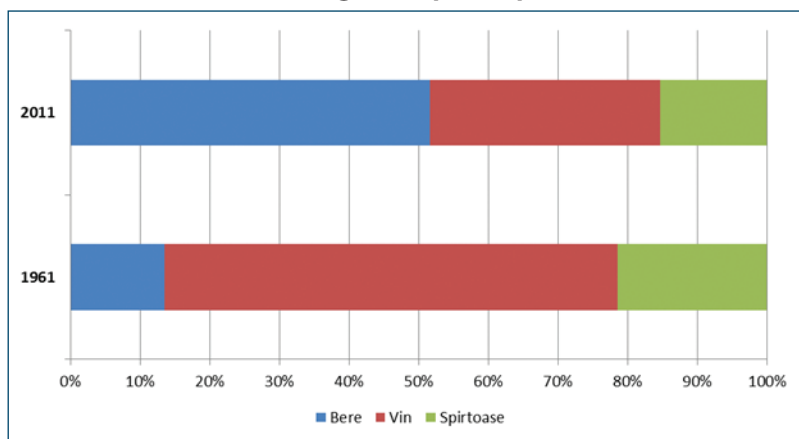
Pe de altă parte, Raportul OMS „Alcoolul în Uniunea Europeană – consum, efecte și politici” (Anderson P, Moller L, Galea G 2012) releva un consum mediu de alcool în anul 2009 de 16.3 l/locuitor/an, din care 3 l consum neînregistrat, în discordanță cu datele din sistemul informațional. În ambele situații, România se situează deasupra consumului mediu al UE.

Fig 3. Consumul de alcool înregistrat per capita la populația adultă a României, 1961-2011



Sursă: Global Health Observatory Data Repository (European Union) <http://apps.who.int/gho/data>

Fig 4. Structura consumului de alcool înregistrat per capita, România, 1961-2011



Sursă: Global Health Observatory Data Repository (European Union) <http://apps.who.int/gho/data>

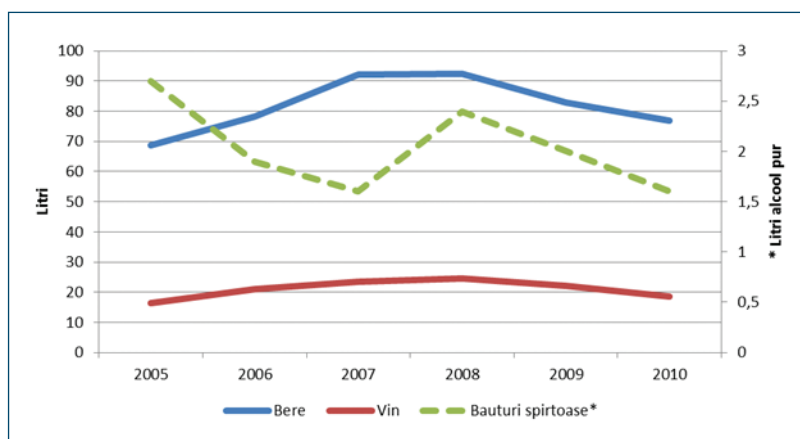
Pentru anul 2007 s-a estimat că 37.5% dintre adulți (15 ani +) erau abștinenți (nu au băut alcool în ultimele 12 luni, cu diferențe de gen (22.1% dintre bărbați și 51.6% dintre femei) și 13.1% nu au consumat alcool de-a lungul vieții (6.5% dintre bărbați și 19.1% dintre femei). (Anderson P, Moller L, Galea G 2012)

Studii naționale pe populația adultă (15 – 64 de ani) a relevat o prevalență a consumului de alcool de-a lungul vieții de 87.1% (93.4% la bărbați și 80.8% la femei) și respectiv o prevalență

a consumului de alcool în ultimul an de 71.7% (83.7% la bărbați și 59.9% la femei) în anul 2004. Această prevalență a scăzut ușor în anul 2011, ajungând la 79.6% (87.8% la bărbați și 71.5% la femei) pentru consumul de-a lungul vieții și respectiv la 64.6% (76.6% la bărbați și 52.7% la femei) pentru consumul în ultimul an. (ANA, 2011)

De asemenea, la nivel național se înregistrează anual consumul populației de bere, vin și băuturi spirtoase pe locuitor, pornind de la disponibilul de consum (producție + import – export – prelucrare industrială – pierderi – variabile de stocuri)/populația la 1 iulie. Pentru vin se include și producția proprie a producătorilor agricoli. (Fig. 5).

Fig. 5. Consumul mediu anual de băuturi alcoolice pe locuitor, România, 1961-2011



Sursă: Anuarul Statistic 2011 <http://www.insse.ro/cms/ro/content/anuarul-statistic-2011>

Volumul de bere și respectiv de vin nu sunt transformate în alcool pur, iar consumul mediu pe locuitor se obține, conform metodologiei, prin raportare la populația totală, datele nefiind comparabile cu sursele anterioare.

În ceea ce privește efectele consumului de alcool, acestea sunt relevate în special de unele studii internaționale. Astfel se estimează că **în România mor anual 15175 persoane din cauza consumului de alcool** (peste 3516 femei și respectiv 11659 bărbați) (Rehm, J., 2012). De asemenea, **România are cea mai înaltă rată standardizată de 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** (Rehm, J., 2012).

Un alt studiu a relevat că în România, 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 diferență (Zatonski et al, 2008). Dintre cauzele de mortalitate atribuibile alcoolului, cele mai importante sunt cauzele externe, ciroza hepatică și bolile cardiovasculare, atât la bărbați, cât și la femei.

Pe baza datelor menționate anterior, **consumul dăunător de alcool reprezintă o problemă reală de sănătate publică în România, cu implicații profunde asupra mortalității și, cu siguranță, și**

asupra morbidității. Din păcate, morbiditatea atribuibilă consumului de alcool rămâne în mare parte necunoscută, și la fel rămâne și consumul de servicii de sănătate, sistemul informațional actual nefiind adaptat în acest sens.

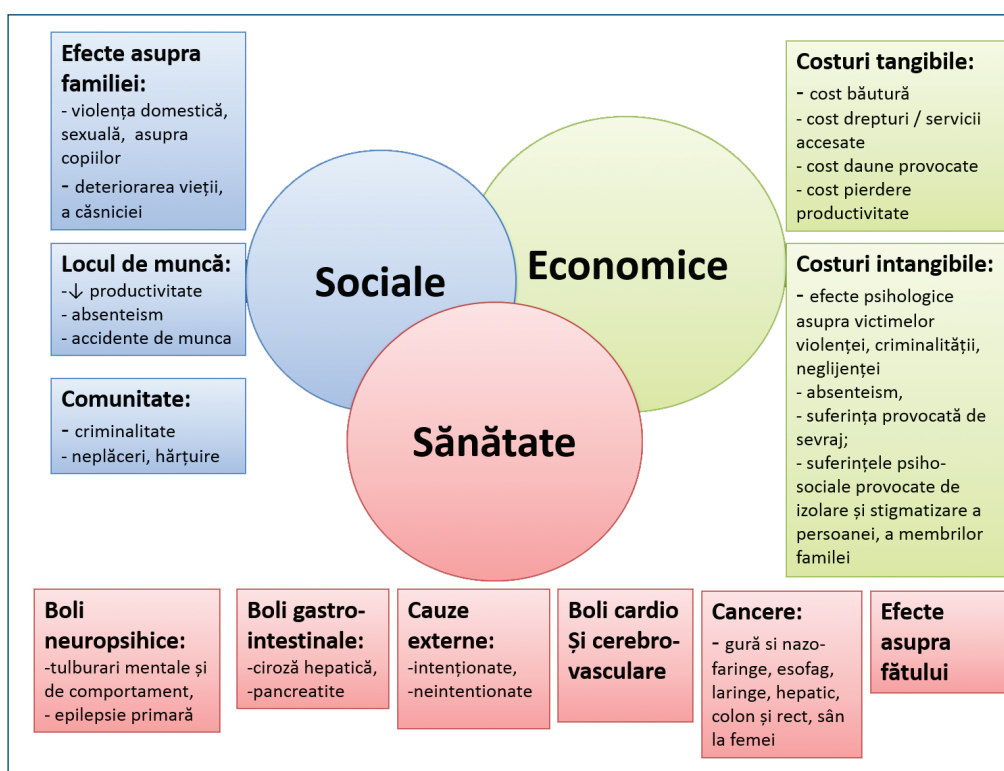
În acest context de incertitudini, rămân în discuție adecvarea și eficacitatea politicilor publice privind controlul consumului de alcool.

Cadrul strategic de referință pentru controlul consumului de alcool la nivel național este coordonat de Agenția Națională Antidrog, fiind reprezentat de Strategia națională antidrog 2013 – 2020 și de Planul de acțiune pentru implementarea strategiei pe perioada 2013 – 2016, recent aprobate de guvern. Anterior au mai existat două strategii, ultima dintre acestea (Strategia națională antidrog 2005 – 2012) fiind în curs de evaluare. Atât strategia recent ieșită din aplicare, cât și actuala strategie includ și referiri privind consumul de alcool, alături de consumul de droguri. Este de analizat dacă documentele existente sunt suficiente și propun intervenții eficace pentru controlul consumului dăunător de alcool pe termen mediu și lung.

4.4 Tipuri de efecte ale consumului dăunător de alcool

Consumul de alcool are efecte complexe în plan economic, social și al stării de sănătate (Figura 6).

Fig. 6. Efectele consumului de alcool



4.4.1 Efecte asupra sănătății

Efectele consumului de alcool asupra stării de sănătate sunt multiple și complexe, fiind influențate atât de volumul, cât și de tipul alcoolului consumat. În principal, acestea sunt reprezentate de îmbolnăviri și decese din cauzele relevate în tabelul nr. 6 (Rehm J., 2012):

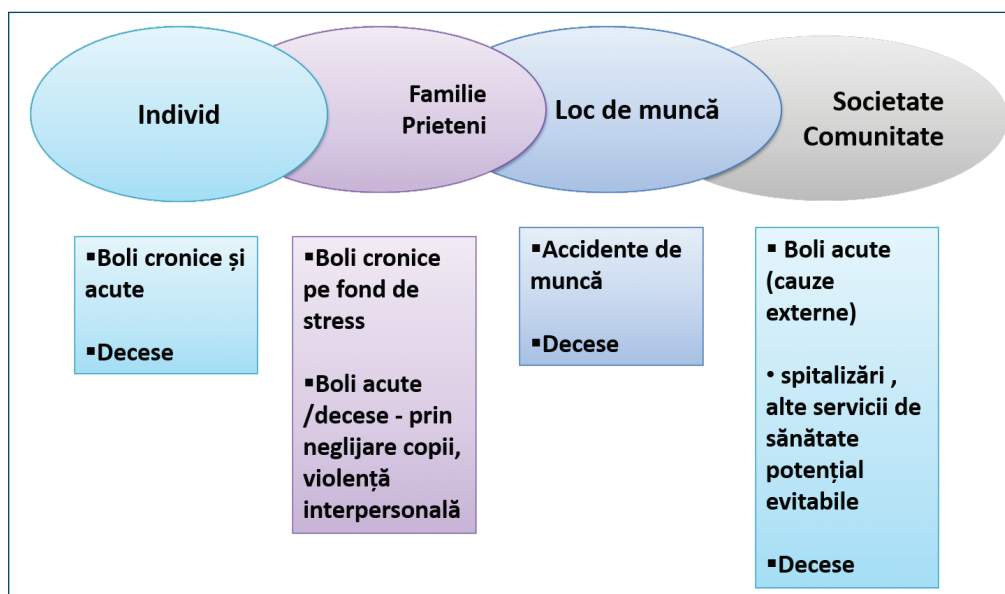
Tabelul 6. Tipuri de efecte ale consumului de alcool pe starea de sănătate

Orizont timp	Cauză (Coduri ICD 10)	Caz boală	Deces
lung	Unele cancere: - gura și nazo-faringe (C00 – C14), - esofagian (C15), - laringean (C32), - hepatic (C22), - de colon și rect (C18 și C20), - cancer de san la femei (C50)	✓	✓
lung	Boli neuropsihice: - tulburări mentale și de comportament (F10.0 – F10.9), - epilepsie primară (G40 – G41)	✓	✓
lung	Boli cardio și cerebrovasculare: - hipertensiune arterială (I10 - I15), - unele aritmii (I47 – I49), - accident vascular cerebral hemorahic (I63 – I66)	✓	✓
lung	Boli gastrointestinale: - ciroza hepatică (K70, K74), - pancreatite (K85, K86.1)	✓	✓
lung	Boli infecțioase: - Tuberculoza (A15 – A19), - infecții de tract respirator inferior (J10 –J18, J20 – J22) - influență asupra cursului HIV (B20 – B24)	✓	✓
lung	Efecte asupra fătului: - hipotrofie fetală (P05-P07), - sindrom alcoolic fetal	✓	✓
scurt	Cauze externe neintenționate: - accidente rutiere (V01-V99) - arsuri (X00 – X09) - otrăviri (X40 – X49) - căderi (W00 – W19) - înec (W65 – W74), - altele (W20 –W64, W75 – W99, X10 – X39, X50 – X59, Y40 – Y86, Y88 - Y89)	✓	✓
scurt	Cauze externe intenționate: - Autoagresiuni (X60-X84 și Y87.0) - Violența interpersonală (X85 – Y09) și Y87.1	✓	✓

Sursă: Rehm J, 2012, adaptat

Majoritatea efectelor menționate apar asupra consumatorului de alcool, dar apar influențe inevitabile asupra familiei, anturajului apropiat, la locul de muncă și la nivelul întregii societăți (Figura 7).

Figura 7. Efectele consumului de alcool asupra stării de sănătate



Efectele consumului dăunător de alcool trebuie evidențiate și înțelese la nivelul comunității / al sistemului de sănătate, printr-un sistem informațional corespunzător.

4.4.2 Efecte sociale

Ceea ce numim „consecințele sociale” ale consumului constau în paleta largă de daune exceptându-le pe cele asupra sănătății. În prezent există relativ puține studii europene care să ofere date comparabile între țări. Lipsa unor înregistrări electronice referitoare la cele mai multe dintre daunele sociale, combinată cu modul diferit de înregistrare a implicării alcoolului în diferitele țări conduc la dificultatea obținerii și comparării rezultatelor diferitelor studii. (Anderson P, Baumberg B 2006)

În general, atunci când se vorbește despre consecințele sociale ale consumului de alcool, studiile se referă la criminalitate, la efectele asupra familiei și a relațiilor intrafamiliale, efectele asupra muncii și a locului de muncă, neplăceri și hărțuire. (Anderson P, Baumberg B 2006)

Criminalitatea

Consumul de alcool se asociază cu criminalitatea în toate țările europene, mai ales cu crimele violente (vezi Tabel 7). Trebuie menționat faptul că datele prezentate pentru diferite țări în care s-au efectuat studii nu sunt echivalente datorită faptului că există diferențe metodologice mari, câteodată metodologii neclare.

Tabel 7. Daune sociale și relația lor cu alcoolul

	Țara	% legate de alcool	Tipul de legătură
Toate tipurile de crime	Belgia	20	Intoxicație
	Anglia&Tara Galilor	25	Sub influența
	Finlanda	47	Intoxicație
	Germania	7	Sub influența
	Ungaria	35	Intoxicație
	Letonia	34	Sub influența
	Lituania	21	Sub influența
Crime violente	Belgia	40	Intoxicație
	Anglia&Tara Galilor	48	Sub influența
	Estonia	60-70	Alcool implicat
	Finlanda	66	Intoxicație
	Franța	25	Alcool implicat
	Germania	24	Sub influența
	Norvegia	80	Intoxicație
	Spania	42	Sub influența
	Suedia	86	Intoxicație
Jafuri	Anglia&Tara Galilor	19	Sub influența
	Finlanda	53	Intoxicație
	Norvegia	40	Intoxicație
	Polonia	40	Intoxicație
Agresiuni sexuale / Violuri	Anglia&Tara Galilor	58	Alcool implicat
	Finlanda	49	intoxicație
	Germania	29	Sub influența
	Norvegia	60	Intoxicație

Sursă: Anderson P, Baumberg B 2006 (p.199)

Familia

Deși violența domestică a făcut obiectul multor studii, plaja rezultatelor este destul de largă. Astfel, se pare că 16%-71% dintre violențele domestice sau intime asupra partenerului sunt legate de alcool în Europa. (Anderson P, Baumberg B 2006).

Marea majoritate a cetățenilor UE (95%) au declarat că alcoolul este privit ca prima cauză a violenței domestice împotriva femeilor. (Eurobarometer 2010).

De asemenea, alcoolul s-a asociat cu deteriorarea vieții sau a căsătoriei, 4% dintre bărbați și 2% dintre femei declarând că acestea au fost afectate de consumul propriu de alcool (Ramstedt M, Hope A 2003).

Munca și alcoolul

În ciuda eforturilor angajatorilor de a reduce povara consumului de alcool la locul de muncă, există foarte puțină informație referitoare la dimeniunea reală a daunelor produse de consumul de alcool la locul de muncă. De exemplu, extrem de puține studii au cuantificat micșorarea *productivității*

la locul de muncă datorat consumului de alcool. Un singur studiu din Marea Britanie a estimat o scădere cu 27% a productivității ca urmare a consumului excesiv de alcool din ziua precedentă (mahmureală).

Ceva mai multe date există pentru problema *absenteismului* datorat consumului de alcool în Europa. Un studiu din Danemarca, Finlanda, Norvegia și Suedia a găsit că 3%-6% dintre bărbați și 1%-4% dintre femei nu s-au dus la muncă cel puțin odată în trecut datorită consumului de alcool. (Anderson P, Baumberg B 2006)

Neplăceri și hărțuire

Este foarte probabil că neplăcerile și hărțuirea reprezintă domeniul cu cel mai mare impact. Aproximativ una din cinci persoane din țările nordice a fost ținută trează noaptea datorită zgomotului făcut de oameni în stare de ebrietate. Cam la fel de multe persoane au fost hărțuite în spații publice de oameni în stare de ebrietate (12%-26% dintre bărbați; 14%-25% dintre femei) (Mäkelä P. et al. 1999).

4.4.3 Efecte economice

Povara economică indusă de consumul dăunător de alcool într-o societate reflectă, în echivalent bănesc, toate tipurile de efecte sociale și de sănătate nedorite ale acestuia, la care se adaugă costurile și pierderile economice la nivelul guvernului și al cetățenilor, nu doar al celor în cauză.

Filozofia analizei economice a impactului consumului de alcool la nivelul unei societăți sau a unui sector și elaborarea unei strategii și a unei politici, respectiv intervenții de sănătate publică în consecință, se bazează pe următoarea abordare:

- Identificarea și estimarea tuturor *costurilor* financiare și nonfinanciare, directe și indirecte implicate de acest comportament la nivel societal, prin cost înțelegându-se consumurile / eforturile, precum și costurile de oportunitate (alternativele nevalorificate), ceea ce înseamnă inclusiv beneficii evitate;
- Identificarea și estimarea tuturor *beneficiilor*, prin aceasta înțelegând atât „câștiguri” obținute efectiv în termeni de sănătate, bunăstare și calitate a vieții la nivel de societate, cât și *costuri evitate*, de tip financiar și nonfinanciar (efecte) aferente consumului de alcool, la toate nivelurile, prin aplicarea unei politici de sănătate publică pentru prevenirea consumului dăunător de alcool în rândul grupurilor la risc vizate. (Anderson P 2010)

Povara economică determinată de consumul dăunător de alcool se evidențiază printr-o serie de aspecte, majoritatea directe și măsurabile prin indicatori consacrați – costuri tangibile, respectiv:

- costul efectiv al băuturii consumate;
- costuri „de oportunitate”, respectiv beneficiile produselor și serviciilor necesare, de care persoană și/sau familia în cauză au fost lipsiți prin consumul de alcool, costuri semnificative mai ales în rândul categoriilor sociale sărace și de nivel mediu;
- absenteismul (de la locul de muncă) cauzat de consumul dăunător de alcool;
- numărul de zile de concediu medical acordat în aceste situații;

- pierderile de productivitate a muncii determinate de consumul dăunător de alcool (măsurate în activități, servicii / produse / clienți / alte rezultate ale muncii neîndeplinite ca urmare directă a consumului de alcool sau efectelor acestuia)
- pierderea locului de muncă;
- costul ajutoarelor de șomaj acordate persoanelor care și-au pierdut locul de muncă din cauza consumului de alcool;
- costul anchetelor sociale efectuate în cazurile implicând consumul dăunător de alcool;
- costul asistenței sociale utilizate de această categorie de beneficiari;
- costul consilierii psihologice utilizate de aceste persoane în legătură cu problematica alcoolului;
- costul psihoterapiei utilizate (la cerere sau cu recomandare medicală) de aceste persoane pe problematica alcoolului, indiferent de tipul terapiei;
- costul serviciilor medicale utilizate în mod direct (patologie indusă) și indirect (agravarea altor afecțiuni existente), ca urmare a consumului dăunător de alcool;
- costul medicamentelor prescrise și utilizate pentru afecțiunile și problemele de sănătate provocate de consumul de alcool;
- costuri (ale sistemului de sănătate) cauzate de agresiunile asupra personalului medico-sanitar de către pacienții și rudele acestora aflați sub influența băuturilor alcoolice sau chiar în stare de ebrietate;
- costuri ale programelor de reabilitare și de reinserție socio-profesională;
- costul pierderilor, distrugerilor și daunelor materiale provocate în timpul și/sau datorită consumului de alcool, cu excepția accidentelor rutiere;
- costul distrugerilor și daunelor provocate în accidente rutiere cauzate de șoferi și pietoni care au consumat alcool;
- costuri ale sectorului judiciar (la nivel de poliție, justiție, detenție) ca urmare a incidentelor, accidentelor, delictelor și crimelor săvârșite sub influența alcoolului;
- costul anilor de viață pierduți prin îmbolnăvirile, disabilitățile și decesele premature cauzate de consumul dăunător de alcool;
- despăgubiri bănești (pentru afectarea, rănirea persoanelor și respectiv pentru pierderea de vieți omenești ca urmare a faptelor săvârșite în urma consumului excesiv sau abuzului de alcool);
- alte costuri - determinate de studii, inițiative legislative și de intervenții - programe educaționale și preventive (Collins *et al.* 2006).

Pe de altă parte, costurile totale asociate consumului de alcool au fost estimate în studiile vizând țările cu venituri mari și țările cu venituri medii, la peste 1% din produsul național brut și respectiv 1,35% - 3.3% din produsul intern brut (Rehm *et al.* 2009).

Iar costurile financiare ale impactului consumului de alcool asupra sănătății și bunăstării oamenilor sunt considerate **evitabile** de către experți.

Dacă acestea sunt considerate costuri tangibile și sunt estimate sau se pot calcula, la povara economică asociată consumului dăunător de alcool se adăugă și *costuri intangibile* care, deși nu se pot cuantifica în bani, nu pot fi ignorate; acestea țin de: efectele psihologice asupra victimelor absenteismului, abuzurilor, violenței și criminalității provocate sub influența alcoolului; pierderea plăcerii de a bea alcool, suferința provocată de sevrăj; suferințele psiho-sociale provocate de izolare și stigmatizare atât celor care beau, cât și apropiaților; etc.

4.5. Analiza datelor. Discuții

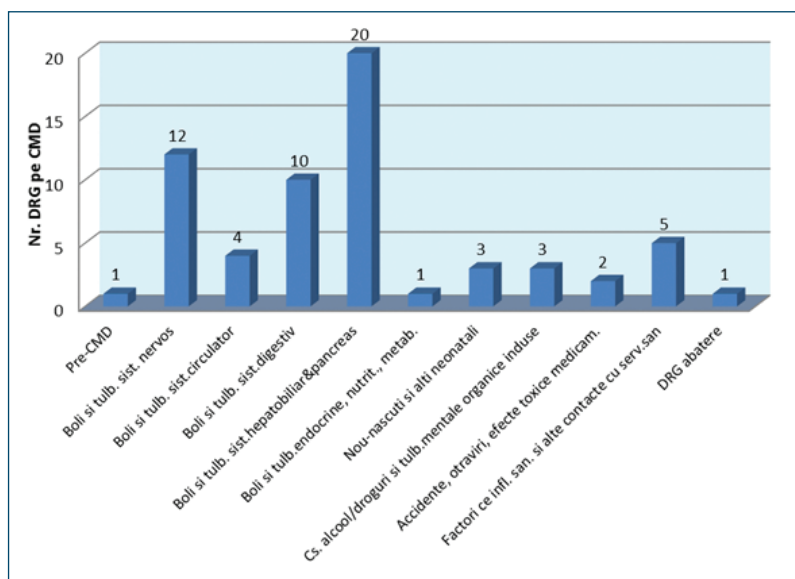
Analiza datelor a comportat două niveluri: morbiditatea spitalizată și analiza caracteristicilor accidentelor rutiere.

4.5.1 Morbiditatea spitalizată

Morbiditatea spitalizată la nivel național s-a bazat pe următoarele repere:

- Lista conținând un număr total de **54 diagnostice** selectate referitoare la consumul de alcool, conform Clasificării Internaționale a Bolilor versiunea a 10-a (anexa 1, Tabel 1.1.);
- Lista celor 11 Categoriile Majore de Diagnostice (CMD) în care s-au clasificat cazurile de spitalizare identificate în studiu (anexa 1, Tabel 1.4.);
- Lista celor **62 grupe de diagnostice (DRG)** în care s-au grupat cazurile identificate cu diagnosticele referitoare la consumul de alcool, în principal sau secundar, în urma interogării bazei naționale de date (după criteriile metodologice stabilite în prezentul studiu) din cadrul morbidității spitalizate în regim de spitalizare continuă la nivel național în 2012, cu **valorile relative** aferente conform normelor Contractului Cadru pe anul 2012 și după CMD aferent (anexa 1, Tabel 1.4). Numărul de DRG în fiecare categorie majoră de diagnostic este prezentat în fig. 8.

Figura 8. Numărul de grupe diagnostice (DRG) pe fiecare categorie majoră de diagnostic



Analiza cazurilor externe la nivel național în funcție de caracteristicile individuale

Un număr total de **69.904 cazuri validate de spitalizare continuă** asociate direct consumului de alcool în 2012, reprezentând 1,57% din totalul spitalizărilor din România în această perioadă (care a fost de 4.447.154 cazuri). Dintre acestea, marea majoritate (67.541 reprezentând 96,62% din total) sunt cazuri de tip *acut*, în timp ce numai 3,38% (2.363) sunt pacienți de tip *cronic*. Acest număr total de cazuri a fost calculat că sumă între cazurile identificate prin interogarea bazei naționale de date după criteriul diagnosticului principal din lista de diagnostice selectată pentru prezentul studiu (anexa 1, Tabel 1.4), la care s-au adăugat și cazurile din grupele diagnostice de profil de la nivel național fără duplicare.

În ceea ce privește structura după gen a pacienților spitalizați analizați în studiu, marea majoritate (81,6%) sunt bărbați (Fig. 9).

Din punctul de vedere al distribuției pe principalele grupe de vârstă, cazurile analizate în acest studiu se concentrează preponderent în grupa ≥ 46 ani, cu 74,45% din total, în timp ce 24,78% dintre acești pacienți aparțin grupei de 19-45 ani și 0,8% se înscriu în grupa 0-18 ani. (Fig. 10).

După mediul de rezidență (urban-rural) s-a observat o distribuție echilibrată a pacienților, cu o reprezentare ușor mai ridicată a celor din mediul rural, respectiv 51,34% din total.

Figura 9. Structura cazurilor externe pe genuri, România, 2012

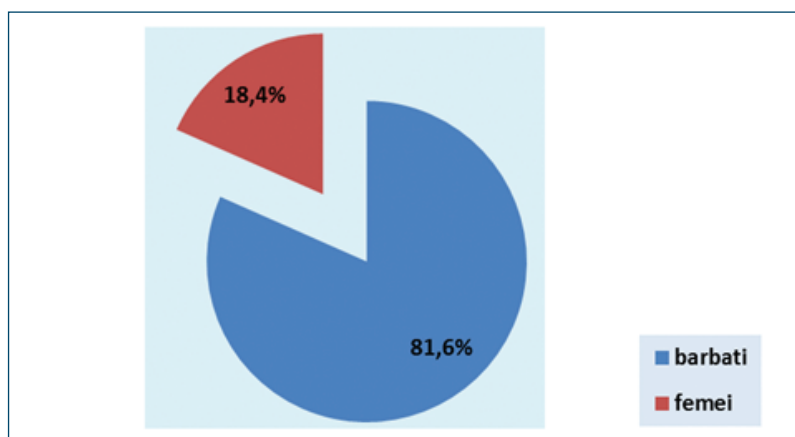


Figura 10. Structura cazurilor externate pe grupe de vârstă, România, 2012

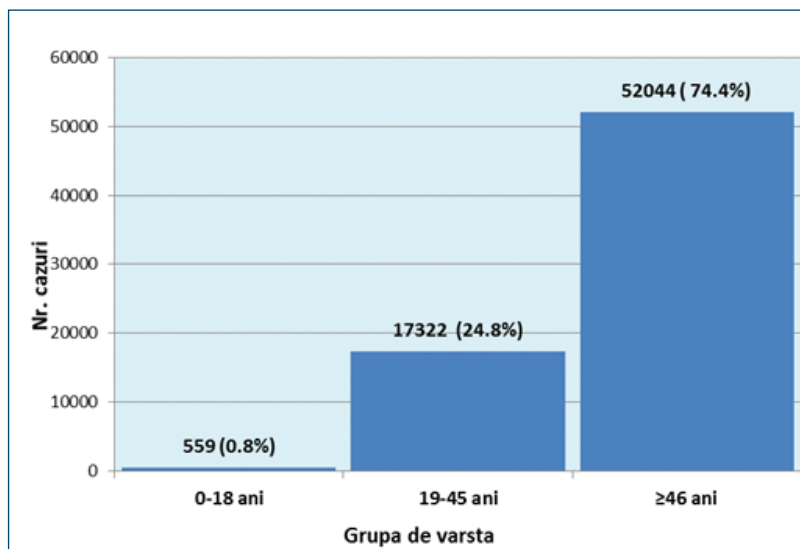
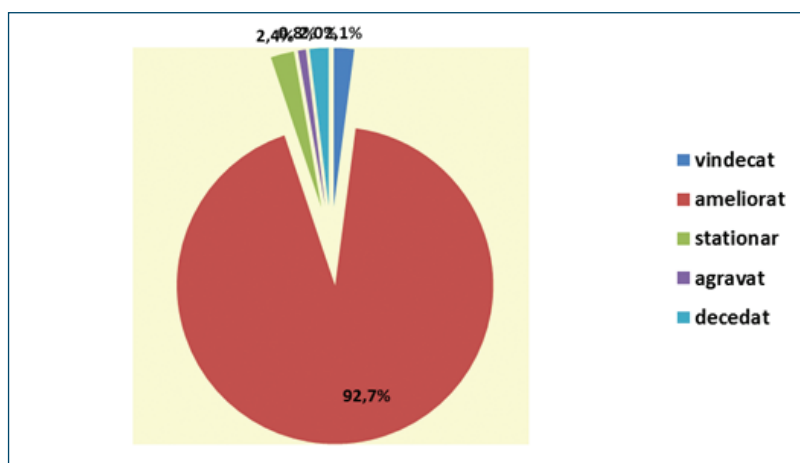


Figura 11. Structura cazurilor externate în funcție de starea la externare, România, 2012



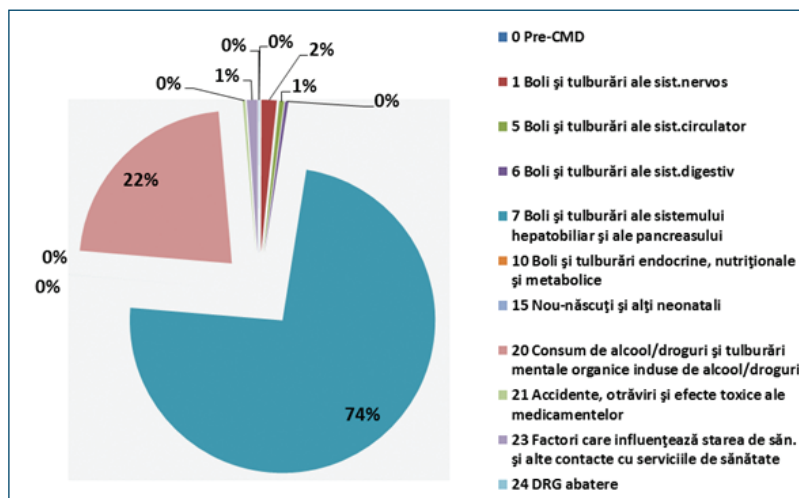
În privința distribuției județene de proveniență a acestor pacienți spitalizați, cele mai mari ponderi au fost înregistrate de cazurile din județul Galați (6,3%), Mun. București (5,8%), județul Iași (5,1%), și județul Dolj (4,6%), ceea ce ar fi interesant de corelat cu valorile consumului de alcool raportate la nivel județean.

Raportat la starea la externare, analiza ne arată că 92,7% dintre pacienți au fost externați ameliorați, iar restul: 2,4% staționari, numai 2,08% vindecați, 0,82% agravați și o pondere de 1,96% decedați. (Fig. 11).

14,7% dintre cazurile externate erau reprezentate de subiecți neasigurați, ceea ce indică, în marea majoritate a acestor cazuri, pierderi pentru spital prin nedecontare de către casa de asigurări sociale de sănătate.

Analiza cazurilor externe pe categorii majore de diagnostic

Fig. 12. Structura cazurilor externe pe categorii majore de diagnostic, România, 2012



Distribuția după Categoria Majoră de Diagnostic ne indică o concentrare preponderentă a cazurilor de spitalizare continuă studiate în două categorii, urmate de clase slab reprezentate astfel (Fig. 12):

- „Boli și tulburări ale sistemului hepatobiliar și ale pancreasului” (CMD7) cu 51.604 cazuri, reprezentând 73,82% din total;
- „Consum de alcool/droguri și tulburări mentale organice induse de alcool/droguri” (CMD20) cu 15.574 cazuri, reprezentând 22,28% din total;
- Celelalte cazuri (3,9% din total) prezintă următoarea structura: 1128 cazuri (1,61%) încadrate la „Boli și tulburări ale sistemului nervos” (CMD1); 785 cazuri clasificate în „Factori care influențează starea de sănătate și alte contacte cu serviciile de sănătate” (CMD23), relevând mai degrabă o codificare inadecvată; 348 pacienți aparținând categoriei „Boli și tulburări ale sistemului circulator” (CMD5); 244 cazuri încadrate la „Boli și tulburări ale sistemului digestiv” (CMD6) și 182 cazuri (0,26%) de tip Accidente, otrăviri și efecte toxice ale medicamentelor (CMD21), restul fiind nesemnificative (cu câte 1-4 cazuri).

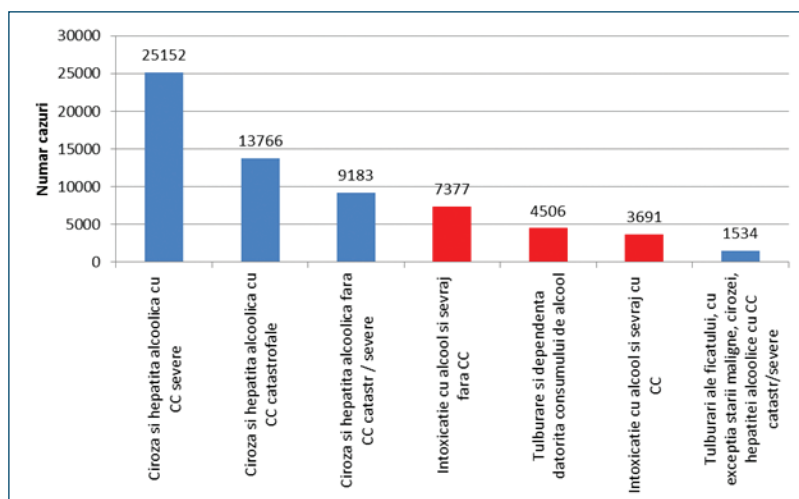
Analiza cazurilor externe pe grupe de diagnostic

Grupele de diagnostice cu frecvența cea mai ridicată a cazurilor în rândul spitalizărilor studiate (peste 1500 cazuri / DRG), o constituie următoarele (Fig. 13):

- „Ciroza și hepatita alcoolică cu complicații severe” cu 25.152 cazuri, având o valoare relativă asociată de 0,9136;
- „Ciroza și hepatita alcoolică cu complicații catastrofale” cu 13.766 cazuri, având o valoare relativă asociată de 1,9406;
- „Ciroza și hepatita alcoolică fără complicații catastrofale sau severe” cu 9183 cazuri, având o valoare relativă asociată de 0,4347;
- „Intoxicație cu alcool și sevraj fără complicații” cu 7377 cazuri, având o valoare relativă asociată de 0,2457;

- „Tulburare și dependența datorită consumului de alcool” cu 4506, având o valoare relativă asociată de 0,6805;
- „Intoxicație cu alcool și sevraj cu complicații” cu 3691 cazuri, având o valoare relativă asociată de 0,5545;
- „Tulburări ale ficatului, cu excepția stării maligne, cirozei, hepatitei alcoolice cu complicații catastrofale sau severe” cu 1534 cazuri, având o valoare relativă asociată de 1,4996.

Figura 13. Frecvența absolută a primelor 7 grupe de diagnostic



Aceste 7 grupe de diagnostice cele mai frecvente însumează 65.209 cazuri, reprezentând 93,3% din întreaga cazuistică studiată în acest proiect, ceea ce indica sintetic **morbiditatea spitalizată evitabilă indusă de consumul de alcool** de tipul tulburărilor hepatobiliare /pancreas și al tulburărilor mentale organice, care ar trebui luate în considerare pentru fundamentarea și dezvoltarea politicilor de sănătate publică adecvate, respectiv a programelor și intervențiilor preventive în consecință.

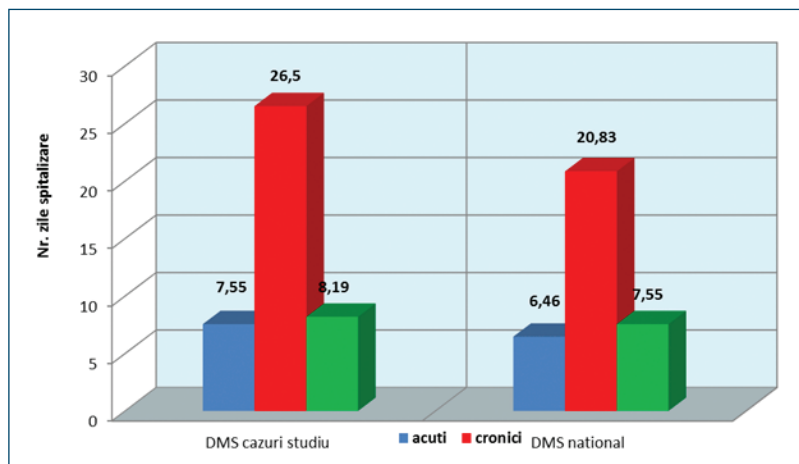
Grupa de diagnostice (DRG) cu valoarea relativă cea mai ridicată - de 14,2331 din spitalizările studiate o constituie „Traheostomie sau ventilație >95 ore” – nespecifică (CMD 0), cu 30 cazuri, în timp ce DRG cu valoarea relativă cea mai scăzută – de 0,2457 este „Otrăvire/efecte toxice ale medicamentelor și ale altor substanțe vârsta <60 fără CC” (CMD 21), cu 119 cazuri.

Analiza complexității cazurilor externate

Aproape jumătate (46,3%) dintre acești bolnavi spitalizați au prezentat complicații, ceea ce se reflecta în severitatea cazurilor din punct de vedere medical (prin tratament și îngrijire spitalicească) și economic (prin costurile de spitalizare).

Cele 69.904 cazuri externate au antrenat un număr total de **572.549 zile de spitalizare** aferente acestor cazuri, reprezentând 1,7% din totalul zilelor de spitalizare înregistrate la nivel național; a rezultat astfel o **durată medie generală de spitalizare** de 8,19 zile, cu o medie pentru cazurile acute de 7,55 zile și o durată medie pentru cazurile cronice de spitalizare de 26,5 zile, ceea ce reprezintă valori superioare mediilor naționale din aceeași perioadă (de 6,46 zile și respectiv 20,83 zile) (Fig. 14).

Figura 14. Durata medie de spitalizare pentru bolile asociate consumului de alcool, pe tipuri de cazuri – comparație cu valorile naționale



Indicele de complexitate (ICM) a cazurilor calculat în studiu la nivelul celor 67.541 cazuri de spitalizare continuă de tip acuți identificate este de 0,9981, ceea ce reprezintă o valoare destul de ridicată dat fiind că sunt cazuri preponderent de tip medical (nonchirurgical).

Analiza costurilor cazurilor externe

Costurile propriu-zise ale îngrijirilor medicale pentru cazurile externe nu se cunosc. Spitalele sunt finanțate actualmente de casa de asigurări sociale de sănătate prin mecanismul prevăzut în legislația în vigoare: pentru acuți, pe baza cazurilor ponderate validate și a tarifului de caz ponderat (TCP), respectiv pentru cronici, pe baza numărului de zile de spitalizare și a tarifelor aferente, care au fost luat în considerare și pentru analiza financiară din studiu.

Pentru cele 69.904 cazuri externe **a fost estimată o sumă totală de 107.487.375,5 lei (aproximativ 25 milioane euro) pentru anul 2012.** Această valoare a rezultat din însumarea finanțărilor estimate pentru cazuri acute și respectiv cronice.

În termeni financiari, **suma rambursată** spitalelor pentru cele 67.541 cazuri de tip **acut** identificate în studiu a fost estimată la valoarea de aprox. **97.343.016,5 lei**, fiind calculată în funcție de mecanismul de finanțare pe bază de caz ponderat (DRG), la valoarea medie națională a tarifului pe caz ponderat și conform metodologiei în vigoare (Ordinul MS-CNAS nr.1723/950/2011 norme metodologice de aplicare a Contractului cadru pe anul 2012, cu modificările și completările ulterioare), fără aplicarea coeficientului K aferent cazurilor extreme, care nu se cunoaște dar a cărei influența nu este semnificativă.

Suma exactă rambursată pe fiecare caz acut în parte depinde de valoarea relativă a cazului respectiv – a grupei de diagnostice și de tariful pe caz ponderat al spitalului în care a fost tratat. Menționăm și faptul că valoarea rambursată de casa de asigurări nu reprezintă întotdeauna **costurile** (reflectând toate consumurile) pe care spitalul le-a înregistrat efectiv cu pacientul respectiv, suma primită putând să se situeze fie sub valoarea decontată și atunci spitalul înregistrează o pierdere relativă, fie peste valoarea cheltuielilor cu pacientul – situație în care spitalul înregistrează un beneficiu relativ ce poate fi considerat un element de eficiență dacă nu este afectată calitatea serviciilor furnizate. Pentru acest motiv, atragem atenția asupra utilizării adecvate și contextualizate a celor două concepte economico-financiare.

Suma rambursată spitalelor pentru cele 2.362 cazuri cronici identificate a fost estimată la valoarea de aprox. **10.144.359 lei**, calculată la un tarif pe zi de spitalizare aproximat că medie între valoarea aprobată pentru secțiile de cronici și cea pentru secțiile de psihiatrie cronici, conform mecanismului de finanțare pe zi de spitalizare din metodologia în vigoare (Ordinul MS-CNAS nr.1723-950/2011 norme metodologice de aplicare a Contractului cadru pe anul 2012, cu modificările și completările ulterioare).

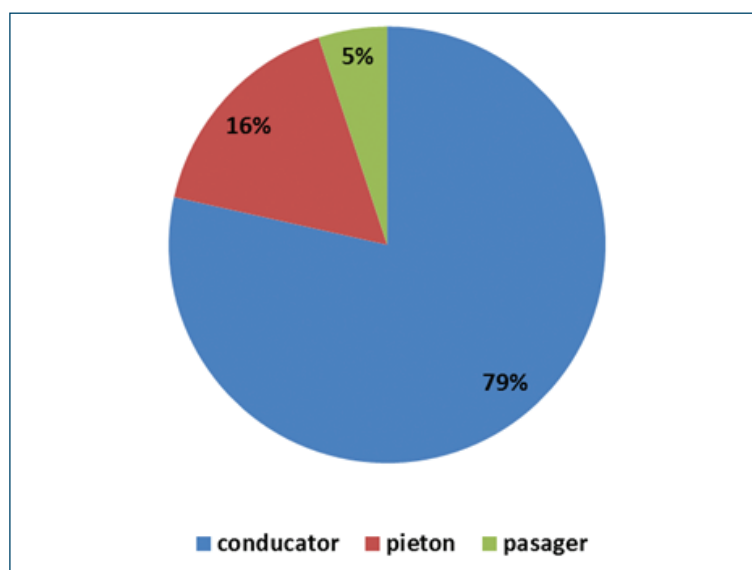
Se observă că atât valoarea medie pe pacient cronic cât și per total cronici sunt foarte ridicate pentru cazuistica atribuibilă consumului de alcool, acestea fiind de asemenea spitalizări și cheltuieli *evitabile*. Aceasta sumă poate varia în funcție de tariful pe zi de spitalizare agreed de către fiecare spital cu casa județeană de asigurări sociale de sănătate în limitele prevăzute de lege, și, respectiv, în funcție de numărul de cazuri cronice realizate de fiecare spital.

Dacă nu se ține cont de mecanismele de finanțare actuale diferențiate după tipul de spitalizare acut/cronic și nici de complexitatea fiecărui caz în parte, **se poate calcula o valoare medie rambursată de CNAS per pacient internat datorită problemelor de sănătate cauzate de consumul de alcool, de 1.537,6 lei în medie pe pacient în 2012**, ceea ce se situează peste media națională a tarifului pe caz ponderat (de 1.444 lei) din aceeași perioadă.

4.5.2 Accidente rutiere implicând persoane care au consumat alcool

În anul 2012 1396 de persoane care consumaseră alcool au fost implicate în accidente rutiere. În funcție de rolul în trafic, 79% dintre aceste persoane au fost conducători auto (Fig. 15). Analiza următoare va evidenția caracteristicile definitorii ale acestor persoane, o mai bună cunoaștere a lor fiind importantă pentru proiectarea de măsuri de prevenție primordială și primară adecvate situației naționale.

Fig. 15. Structura persoanelor implicate în accidente rutiere, care consumaseră alcool în prealabil, funcție de rolul în trafic



Analiza persoanelor care au consumat alcool pe grup de vârstă și în funcție de rolul în trafic a relevat o heterogenitate mare și o distribuție nesimetrică, motiv pentru care au fost utilizate medianele pentru caracterizarea subiecților (tabelul 8).

Tabelul 8. Caracteristici privind vârsta persoanelor implicate în accidente rutiere, care consumaseră alcool în prealabil, în funcție de rolul în trafic

Rol în trafic	Vârsta medie	Vârsta mediană	Vârsta minimă	Vârsta maximă	Amplitudine vârstă
conducător	37.96	35	15	81	65
pasager	33.11	27	18	80	62
pieton	50.99	52	13	93	80

S-a constatat că jumătate dintre conducătorii auto implicați în accidente rutiere și care consumaseră alcool în prealabil au avut vârsta sub 35 ani, ceea ce indică probleme serioase privind consumul de alcool la volan la vârste tinere. Mai mult, 10% dintre acești conducători auto au fost foarte tineri (până la 22 de ani). De asemenea, s-a constatat că jumătate dintre pietonii implicați și care consumaseră în prealabil alcool au fost în vârstă de peste 52 de ani.

Analizând vinovăția participanților la trafic a relevat că 85% dintre conducători și 69% dintre pietoni sunt vinovați principali de producerea accidentelor în care fuseseră implicați (Fig. 16).

Fig. 16. Structura participanților la trafic în funcție de vinovăție și de rolul în trafic

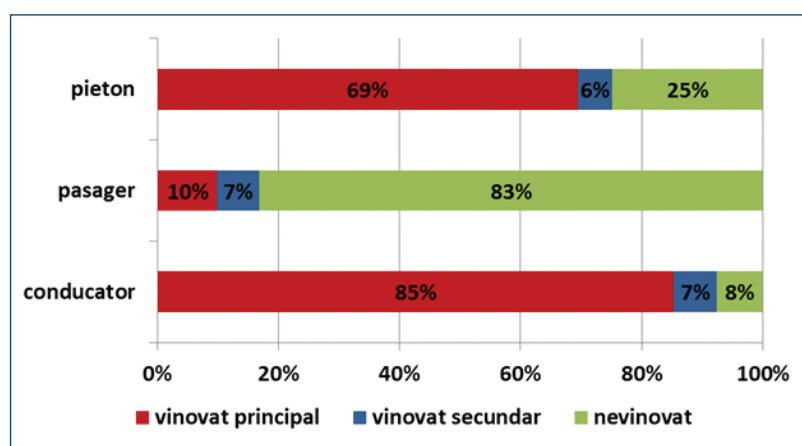
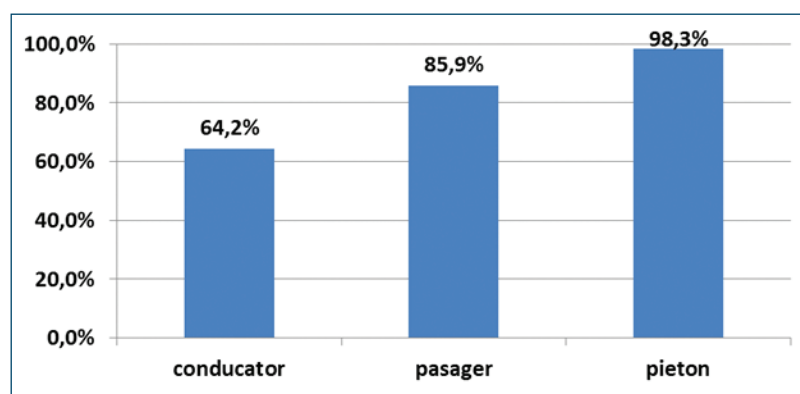


Fig. 17. Proporția participanților la trafic care purtau elemente de siguranță, în funcție de rolul în trafic

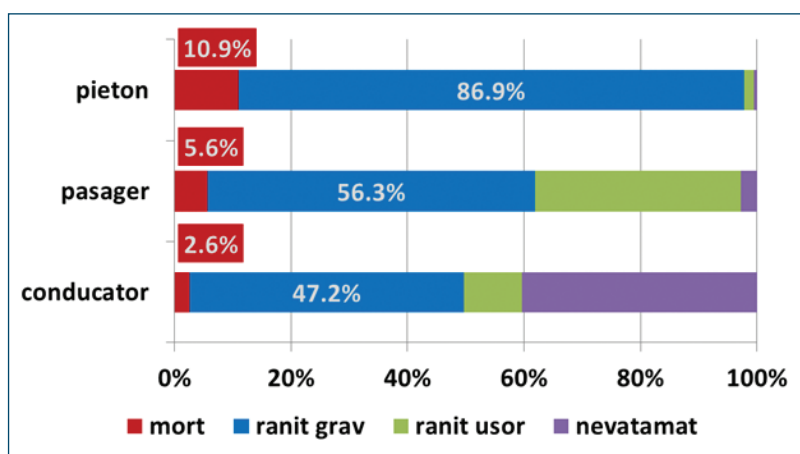


64.2% dintre conducători, 85.9% dintre pasageri și aproape toți pietonii nu purtau elemente de siguranță în momentul producerii accidentului. Proporțiile sunt mai ridicate comparativ cu un alt studiu pe accidente rutiere în general din România, în care, din totalul persoanelor implicate în accidente rutiere (fără a se considera consumul de alcool) 31.8% dintre conducători și 61% dintre ocupanți nu purtau elemente de siguranță (Calinoiu et al, 2011). Consumul de alcool pare să se asocieze, așadar, mai frecvent cu lipsa elementelor de siguranță.

Un aspect important privind accidentele rutiere care asociază consumul de alcool este legat de consecințele acestora. În acest sens au fost analizate probabilitățile de a deceda, respectiv de a fi rănit sau nevătămat (Fig.18).

S-a constatat că probabilitatea de deces este cea mai mare în rândul pietonilor (10.9%), practic de 4 ori mai ridicată decât în rândul conducătorilor auto. De asemenea, probabilitatea de a fi rănit grav este de 86.9% în rândul pietonilor și de 47.2% în rândul conducătorilor auto. Pe de altă parte, probabilitatea de a scăpa nevătămat este aproape de 0 la pietoni, dar ajunge la 40% la conducătorii auto.

Fig. 18. Probabilități ale consecințelor accidentelor în funcție de rolul în trafic



Așadar cele mai grave consecințe apar în rândul pietonilor, pentru care probabilitatea de a muri sau de a fi rănit grav se apropie de 100%.

În ceea ce privește nivelul alcoolemiei la producerea accidentului, nu s-au constatat diferențe semnificative statistic în mediana alcoolemiei între șoferi și celelalte categorii de participanți la trafic. Pe de altă parte, dintre cei 1096 de șoferi care au consumat alcool, 364 (33.2%) aveau o alcoolemie de peste 0.8g/l, încadrându-se în categoria "Infrațiuni".

5. Concluzii, recomandări

Studiul de față reprezintă o abordare inovatoare pentru analiza efectelor consumului dăunător de alcool asupra sistemului de sănătate din România, neexistând un precedent identificat de autori până în prezent.

Studiul a pus în evidență faptul că sistemul de sănătate din România gestionează anual aproximativ 70000 externări atribuibile alcoolului, care antrenează la rândul lor peste 570000 zile de spitalizare. Dintre cazurile externate, 4 din 5 apar la bărbați, 3 din 4 se regăsesc la persoane de peste 45 de ani și există o distribuție echilibrată pe medii de rezidență.

De asemenea, aproximativ 15% din cazurile externate sunt reprezentate de subiecți neasigurați, ceea ce reprezintă o problemă reală pentru validarea și rambursarea cazurilor respective.

Din punct de vedere al efectelor episodului de internare asupra stării persoanei, largă majoritate a pacienților sunt externați în stare ameliorată (93%), 2% decedează și 2% se externează vindecați. Această structură relevă faptul că patologia antrenată de consumul de alcool este în general de tip cronic și că persoanele beneficiare de spitalizare continuă, externându-se în general în stare ameliorată, vor rămâne consumatori de servicii medicale aferente problemelor lor cronice de sănătate și în anii următori. Pe de altă parte, 96.6% dintre cazurile externate sunt spitalizări de tip acut, asociate unor condiții/boli cronice. Acest rezultat ridică două probleme: fie cazurile sunt reprezentate de condiții cronice agravate/acutizate, fie organizarea actuală a sectorului spitalicesc "predisune" la internarea cazurilor cronice în spitale/secții pentru acuți.

Peste 95% din patologia tratată în spitale se regăsește în două categorii majore de diagnostic, respectiv „Boli și tulburări ale sistemului hepatobiliar și ale pancreasului” (CMD7) și „Consum de alcool/droguri și tulburări mentale organice induse de alcool/droguri” (CMD20).

Bolnavii spitalizați au asociat un număr total de peste 570.000 zile de spitalizare, iar durata medie de spitalizare pe tip de caz a fost peste media națională.

Aproape jumătate (46,3%) dintre bolnavii spitalizați au prezentat complicații, ceea ce se reflecta în severitatea cazurilor din punct de vedere medical (prin tratament și îngrijire spitalicească) și economic (prin costurile de spitalizare).

Resursele publice rambursate anual de CNAS pentru episoade de spitalizare direct atribuibile consumului dăunător de alcool au fost estimate la **107.487.375,5 lei** (aproximativ 25 milioane eur), din care **97.343.016,5 lei** pentru acuți și **10.144.359 lei** pentru cronici. Sumă se bazează pe tarife rambursate și nu pe costuri reale.

Valoarea medie rambursată per pacient externat a fost de **1.537,6 lei**, situându-se peste media națională a tarifului pe caz ponderat de 1.444 lei.

Valorile monetare evidențiate în studiul nostru reprezintă doar o mică parte din costurile reale atribuibile consumului de alcool, dar cu toate acestea povara economică asupra sistemului de sănătate este impresionantă. 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).

În ceea ce privește consumul de alcool asociat accidentelor rutiere, s-a constatat că peste 1000 de șoferi implicați în accidente rutiere consumaseră alcool în anul 2012, o treime dintre ei chiar peste nivelul infracțional. Jumătate dintre acești conducători auto aveau vârste sub 35 ani, iar 10% chiar sub 22 ani, ceea ce indică probleme serioase privind consumul de alcool la volan la vârste tinere. În plus, consumul de alcool a fost asociat cu o proporție mai redusă a portului elementelor de siguranță.

Pe baza rezultatelor expuse anterior se poate afirma că alcoolul reprezintă un factor de risc major pentru starea de sănătate a populației din România și că sistemul de sănătate necesită unele modificări funcționale pentru a avea un răspuns mai ținut la problemele de sănătate asociate consumului dăunător de alcool. Astfel, există multe tipuri de servicii care ar fi necesare pentru controlul consumului dăunător de alcool la nivel populațional, dar aceste servicii nu sunt furnizate în prezent nici prin sistemul de asigurări sociale de sănătate, nici prin programe de sănătate (ex. servicii de prevenție secundară, pentru identificarea precoce a persoanelor cu consum problematic de alcool și rezolvarea acestor cazuri înainte de apariția bolilor sau a complicațiilor asociate consumului de alcool. În acest sens se impune analiza serviciilor existente și dezvoltarea de modele integrate sau de rețele de asistență medicală, care să asigure nevoile complexe, multidimensionale, asociate consumului dăunător de alcool.

Pe de altă parte, unele servicii medicale asociate consumului dăunător de alcool, deși se furnizează, nu sunt raportate în sistemul informațional curent ca fiind asociate consumului de alcool, sau nu sunt raportate deloc, fiind practic imposibilă analiza utilizării lor și a poverii economice pe care o induc. Din această perspectivă este necesară actualizarea cerințelor sistemului informațional curent, astfel încât să permită evidențierea asocierii consumului dăunător de alcool în relație cu serviciile medicale generale sau specifice.

În ceea ce privește tendința și modelul de consum de alcool în România, care nu urmează scăderea evidențiable în centrul și Vestul UE, se impune un larg efort de conștientizare privind riscurile alcoolului asupra sănătății, conștientizare adresată atât populației generale, cât și unor grupuri vulnerabile, cum ar fi tinerii. O atenție specială trebuie acordată consumului de alcool în asocieri cu condusul vehiculelor.

Nu în ultimul rând, menționăm că nivelul sumei cheltuielilor anuale cu serviciile de spitalizare continuă, de aproape 25 milioane euro, reprezintă o valoare monetară importantă în condițiile resurselor financiare atât de limitate pentru sistemul românesc de îngrijiri de sănătate. În acest sens, trebuie luat în considerare faptul că o mare parte din costurile atribuibile consumului dăunător de alcool sunt **evitabile** prin măsuri de prevenție de diferite niveluri:

- **primordială** (întărirea capacității administrative pentru implementarea legilor și introducerea de noi prevederi pentru restricționarea și controlul accesului și al condițiilor de consum),
- **primară** (educație pentru sănătate pe grupuri țintă, în special la adolescenți, tineri, conducători auto etc.) și

- **secundară** (programe de gestionare a renunțării la alcool, intervenții de prevenire și abordare a dependenței de alcool).

Prin rezultatele obținute, studiul de față constituie un suport valid pentru fundamentarea de politici publice și/sau intervenții preventive pentru controlul consumului de alcool la nivel național.

Valoarea adăugată a cercetării

Cu toate limitele generate de contextul național, cercetarea de față a relevat cel puțin următoarele rezultate importante :

- a. oferă un cadru sintetic de prezentare a politicilor internaționale în controlul consumului de alcool, pe baza cărora se pot dezvolta modele relevante pentru România;
- b. tratează tendințele și pattern-ul consumului de alcool în România, comparativ cu nivelul mondial și european;
- c. atrage atenția asupra dimensiunilor și gravității fenomenului consumului de alcool în rândul populației din România în termeni sociali, economici și de sănătate, ca problemă de sănătate publică, sugerând astfel importanța unei abordări responsabile adecvate de către autorități, în mod integrativ;
- d. evidențiază morbiditatea spitalizată la nivel național datorită consumului excesiv de alcool, respectiv povara asupra sectorului spitalicesc din țara noastră;
- e. estimează cheltuielile identificabile la momentul actual din sistemul de asigurări sociale de sănătate legate de consumul dăunător de alcool;
- f. identifică – în termeni de servicii și de costuri – acele dimensiuni care fie nu sunt oferite persoanelor, fie nu se pot evidenția ca fiind asociate consumului de alcool în actualul sistem de asigurări sociale de sănătate din România. Pe baza acestui rezultat se pot face recomandări realiste atât pentru dezvoltarea politicilor și a programelor publice viitoare privind prevenirea și controlul consumului de alcool, cât și pentru noi modalități de raportare a serviciilor în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, astfel încât povara și costurile legate de această problemă de sănătate publică să poată fi cunoscute și înțelese corect, promovând totodată deciziile *informate* la nivelul sistemului de îngrijiri de sănătate;
- g. deschide perspectiva unor studii comprehensive ale fenomenului consumului de alcool în România, atât ca dimensiuni cât și ca efecte, care să confere ulterior dovezile necesare dezvoltării politicilor, intervențiilor și serviciilor de profil.

6. Referințe bibliografice

Agencia Națională Antidrog (2011). Raport național privind situația drogurilor. Noi evoluții, tendințe și informații detaliate cu privire la temele de interes european.

Anderson P., Baumberg B. (2006). Alcohol în Europe – A Public Health Perspective. London, Institute of Alcohol Studies. Disponibil la http://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/life_style/alcohol/documents/alcohol_europe_en.pdf (accesat august 2013)

Anderson, P., Chisholm, D., Fuhr, D. (2009). Effectiveness and cost-effectiveness of policies and programmes to reduce the harm caused by alcohol. Lancet, 373: 2234–2246. Disponibil la: <http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2809%2960744-3/fulltext?eventId=login>

Anderson P. (2010). Cost benefit analysis of alcohol policy, Factsheet - Building Capacity Project cofinanced by the EU, June 2010

Anderson P., Møller L., Galea G. (WHO 2012). Alcohol în the European Union – Consumption, harm and policy approaches. WHO 2012, 10-26

Centers for Disease Control and Prevention (2008). Alcohol and Disease Related Impact Software. Disponibil la <http://www.cdc.gov/alcohol/ardi.htm> (accesat august 2013)

Collins D., Lapsley H., Brochu S., et al. (2006). International Guidelines for the Estimation of Avoidable Costs of Substance Abuse, 1st edition. Health Canada

Comisia Europeană (2006). Communication from the Commission to the Council, the European Parliament, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions. An EU strategy to support member states în reducing alcohol related harm. Brussels, Commission of the European Communities (COM(2006) 625 final). Disponibil la http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/en/com/2006/com2006_0625en01.pdf (accesat august 2013)

Eurobarometer (2010). Domestic Violence against Women. Eurobarometer 73.2.0. By TNS Opinion & Social (Europe) for DG Justice, Freedom and Security of the Commission. Disponibil la http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_344_en.pdf (accesat august 2013)

European Commission. (2010). EU citizens' attitudes towards alcohol. Special Eurobarometer 331. Brussels, Belgium: TNS. Disponibil la: http://ec.europa.eu/health/alcohol/eurobarometers/index_en.htm

European Commission.(2012). Assessment of the added value of the EU strategy to support Member States in reducing alcohol-related harm. Disponibil la: http://ec.europa.eu/health/alcohol/policy/index_en.htm

Ezzati, M., Lopez, A., Rodgers, A., Murray, C.J.L. (2004). Comparative quantification of health risks: global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors. Geneva, Switzerland: World Health Organization. Disponibil la: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/cra/en/

Harwood H., Fountain D., Livermore G. (1998) The Economic Costs of Alcohol and Drug Abuse în the United States, 1992. NIH Publication No. 98-4327. Department of Health and Human Services, Rockville, MD.

Hedlund J.H. (1994). "If they didn't drink, would they crash anyway?" - The role of alcohol în traffic crashes. *Alcohol, Drugs and Driving*, 110, 2, 115-125

Jarl, J., Gerdtham, U.G., Ludbrook, A., Petrie, D. (2010). On measurement of avoidable and unavoidable cost of alcohol: an application of method for estimating costs due to prior consumption. *Int J Environ Res Public Health*, 7: 2881–2895. Disponibil la: <http://www.mdpi.com/1660-4601/7/7/2881>

Lopez, A.D., Mathers, C.D., Ezzati, M., Jamison, D.T., Murray, C.J.L. (2006). Global burden of disease and risk factors. New York & Washington, DC, US: The World Bank and Oxford University Press. Disponibil la: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK11812/>

Mäkelä Pia., Fonager K., Hibell B., Nordlund S., Sabroe S., Simpura, J. (1999). Drinking habits în the Nordic countries. Oslo: Național Institute for Alcohol and Drug Research

McGovern PE (2007). Ancient wine. Princeton, NJ, Princeton University Press.

Minca D, Furtunescu F, Calinoiu G, Domnariu C, Costea R. **Profile of persons involved in traffic accidents in Romania**. *Rom J Leg Med*. 2013 Dec; 21(2)155 – 160(2013) DOI:10.4323/rjlm.2013.155. ISSN 1221-8618 (print) ISSN 1844-8585 (online). Disponibil în format electronic la: <http://www.rjlm.ro/?doc=1371663475>

Møller L., Galea G., Brummer Julie (WHO 2013). Status Report on Alcohol and Health în 35 European Countries, WHO 2013, 1-2

Moskalewicz J., Sieroslawski J. (2010). Raportul Final al proiectului Standardizing Measurement of Alcohol-Related Troubles (SMART). Disponibil la http://www.alcsmart.ipin.edu.pl/files/guidance_document.pdf (accesat august 2013)

National Institute for Health and Clinical Excellence. (2011). Alcohol use disorders: diagnosis, assessment and management of harmful drinking and alcohol dependence. London, UK: National Institute for Health and Clinical Excellence. Disponibil la: <http://publications.nice.org.uk/alcohol-use-disorders-diagnosis-assessment-and-management-of-harmful-drinking-and-alcohol-cg115>

Ramstedt M., Hope A. (2003). *The Irish drinking habits of 2002: Drinking and drinking-related harm, a European comparison*. Dublin: Department of Health and Children

Rehm J. et al. (2003). The global distribution of average volume of alcohol consumption and patterns of drinking. *European Addiction Research*, 9:147–156

Rehm J., Klotsche J., Patra J. (2007). Comparative quantification of alcohol exposure as risk factor for global burden of disease. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 16:66–76.

Rehm J., Mathers C., Popova S., Thavorncharoensap M., Teerawattananon Y, Patra J. (2009). *Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders*. În *The Lancet*, Vol.373, issue 9682, pg.2223–2233, June 2009

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

Rice D.P., Kelman S., Miller, L.S. (1991). Estimates of economic costs of alcohol and drug abuse and mental illness, 1985 și 1988. *Public Health Rep*, 106, 280-292.

SNSPMPDS, *baza națională de date DRG*, indicatori 2012, disponibilă la http://www.drg.ro/index.php?p=indicatori&s=2012_an

Zatoński W. ed. (2008). *Closing the health gap in European Union*. Warsaw, Maria-Skłodowska-Curie Memorial Cancer Center and Institute of Oncology WHO (1992). *European Alcohol Action Plan 1992–1999*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe

WHO (2000). *European Alcohol Action Plan 2000–2005*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe. Disponibil la <http://www.euro.who.int/document/E67946.pdf> (accesat august 2013)

WHO (2010). *Global strategy to reduce the harmful use of alcohol*. Geneva, World Health Organization. Disponibil la http://www.who.int/substance_abuse/msbalcstrategy.pdf (accesat august 2013)

WHO (2012). *European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012–2020*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe. Disponibil la http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/178163/E96726.pdf (accesat august 2013)

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/

World Health Organization Regional Office for Europe. (2013). Status report on alcohol and health in 35 European countries 2013. Copenhagen, Denmark: World Health Organization Regional Office for Europe. Disponibil la: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/alcohol-use/publications/2013/status-report-on-alcohol-and-health-in-35-european-countries-2013>

World Health Organization Regional Office for Europe. (2010). European status report on alcohol and health 2010. Copenhagen, Denmark: World Health Organization Regional Office for Europe. Disponibil la: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/alcohol-use/publications/2010/european-status-report-on-alcohol-and-health-2010>

World Health Organization Regional Office for Europe. (2010). Best practice in estimating the costs of alcohol – Recommendations for future studies. Copenhagen, Denmark: World Health Organization Regional Office for Europe. Disponibil la: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/alcohol-use/publications/2010/best-practice-in-estimating-the-costs-of-alcohol-recommendations-for-future-studies>

World Health Organization Regional Office for Europe. (2009). Evidence for the effectiveness and cost-effectiveness of interventions to reduce alcohol-related harm. Copenhagen, Denmark: World Health Organization Regional Office for Europe. Disponibil la: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/alcohol-use/publications/2009/evidence-for-the-effectiveness-and-costeffectiveness-of-interventions-to-reduce-alcohol-related-harm>

World Health Organization. (2008). The global burden of disease: 2004 update. Geneva, Switzerland: World Health Organization. Disponibil la: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/2004_report_update/en/

ANEXE

Anexa 1.- Tabelul 1.1. Îmbolnăviri asociate consumului de alcool

Cod Diagnostic	Denumire Diagnostic
E24.4	Pseudo-sindromul Cushing indus de alcool
F10.0	Tulburări mentale și de comportament datorate folosirii alcoolului, intoxicație acută
F10.1	Tulburări mentale și de comportament datorate folosirii alcoolului, utilizarea nocivă
F10.2	Tulburări mentale și de comportament datorate folosirii alcoolului, sindromul de dependență
F10.3	Tulburări mentale și de comportament datorate folosirii alcoolului, sindromul de sevraj
F10.4	Tulburări mentale și de comportament datorate folosirii alcoolului, sindromul de sevraj cu delir
F10.5	Tulburări mentale și de comportament datorate folosirii alcoolului, tulburare psihotică
F10.6	Tulburări mentale și de comportament datorate folosirii alcoolului, sindromul amnezic
F10.7	Tulburări mentale și de comportament datorate folosirii alcoolului, tulburare psihotică reziduală și cu debut tardiv
F10.8	Tulburări mentale și de comportament datorate folosirii alcoolului, alte tulburări mentale și de comportament
F10.9	Tulburări mentale și de comportament datorate folosirii alcoolului, tulburare mentală sau de comportament nespecificată
G31.2	Degenerescenta sistemului nervos datorită alcoolului
G62.1	Polineuropatia alcoolică
G72.1	Miopatia alcoolică
I42.6	Cardiomiopatia alcoolică
K29.2	Gastrita alcoolică
K70.0	Ciroza alcoolică grasoasă a ficatului
K70.1	Hepatita alcoolică
K70.2	Fibroza și scleroza alcoolică a ficatului
K70.3	Ciroza alcoolică a ficatului
K70.4	Insuficiența hepatică alcoolică
K70.9	Boala alcoolică a ficatului, nespecificată
K86.0	Pancreatita cronică provocată de alcool
O35.4	Îngrijiri acordate mamei pentru leziuni fetale (suspectate) datorită alcoolismului matern

P04.3	Făt și nou-născut afectați de alcoolismul mamei
Q86.0	Sindromul (dismorfic) fetal datorat consumului mare de alcool de către mamă în timpul sarcinii
R78.0	Prezența alcoolului în sange
T51.8	Alte alcooluri
T51.9	Alcool, nespecificat
X45	Otrăvire accidentală prin și la expunerea la alcool
X65	Auto-otrăvire intenționată prin și la expunerea la alcool
Y15	Otrăvire prin și la expunerea la alcool, intenție nedeterminată
Y57.3	Produse de dezintoxicare alcoolică
Y90.0	Nivelul alcoolului mai mic de 20 mg/100ml
Y90.1	Nivelul alcoolului de 20-39 mg/100ml
Y90.2	Nivelul alcoolului de 40-59 mg/100ml
Y90.3	Nivelul alcoolului de 60-79 mg/100ml
Y90.4	Nivelul alcoolului de 80-99 mg/100ml
Y90.5	Nivelul alcoolului de 100-119 mg/100ml
Y90.6	Nivelul alcoolului de 120-199 mg/100ml
Y90.7	Nivelul alcoolului de 200-239 mg/100ml
Y90.8	Nivelul alcoolului de 240mg/100ml sau mai mult
Y90.9	Prezența alcoolului în sânge, nivel nespecificat
Y91.0	Intoxicație alcoolică ușoară
Y91.1	Intoxicație alcoolică moderată
Y91.2	Intoxicații alcoolice severe
Y91.3	Intoxicație alcoolică foarte severă
Y91.9	Prezența alcoolului, nespecificată altminteri
Z04.0	Alcooltestul și cautarea de substanțe farmacologice în sânge
Z50.2	Reabilitarea alcoolicilor
Z71.4	Consiliere și supraveghere a tulburărilor datorate consumului de alcool
Z72.1	Consumul de alcool
Z81.1	Istoric familial de tulburări ale abuzului de alcool
Z86.41	Istoric personal de tulburare datorată consumului de alcool

Anexa 2 - Tabel 1.2. Îmbolnăviri atribuite alcoolului, surse de informații și posibilități de abordare

Nivel de asistența medicală	Condiții propuse	Surse de informații	Fezabilitate abordare	Observații
Asistența primară	- vizite la medicul de familie	- CNAS 1. total înscriși 2. total vizite	NU	Plata se face per capita (50%) și per serviciu (50%). Consultațiile raportate de medicii de familie nu pot fi separate pe condiții asociate consumului de alcool. Nu poate fi estimat nr. total de vizite/an atribuibile consumului de alcool.
Asistența ambulatorie de specialitate	- Vizite la medicul specialist pentru condițiile menționate în tabelul 1.1 - servicii de psihoterapie, consiliere	CNAS	Posibil, în funcție de datele primite	- În general sistemul de sănătate nu oferă multe alternative tip consiliere, servicii suport. - CNAS rambursează pentru asistența ambulatorie 2 psihodiagnostice /zi. Ca urmare, majoritatea acestor nevoi rămân fie neacoperite, fie sunt furnizate în afara sistemului de asigurări sociale de sănătate. - Nevoile de psihoterapie se pot analiza doar printr-un studiu prospectiv.
Asistența de urgență	- Transport medicalizat pt. condiții care implică alcool	INSP/CNSISP	NU (nu se cuantifică boli/ condiții legate de consumul de alcool)	Nu se pot estima decât printr-un studiu prospectiv.
	- Prezentări în UPU/ CPU pentru condiții care implică alcoolul	INSP/CNSISP	NU (nu se raportează asocierea consumului de alcool;	Nu există raportări de rutina privind asocierea consumului de alcool la motivele de prezentare la CPU/UPU. Datele se pot obține doar prin anchetă. S-a efectuat un studiu de caz în UPU.

Asistența medicală spitalicească	- Nr. cazuri externate și validate cauzate de consumul de alcool după codurile de boală (Situția DRG pt anul 2012) - Nr. spitalizări de zi asociate consumului de alcool	SNSPMPDSB	DA	S-au solicitat la SNSPMPDSB cazurile externate pentru condițiile din Tabelul 1.1, pe diagnostic principal. Datele s-au solicitat pe caz externat validat, în funcție de sex, vârstă, tip secție, județ, nr. zile spitalizare, stare la externare.
Medicamente gratuite/compensate	- Cantitate totală pe tip de medicament	CNAS	NU	În prezent nu există nici o indicație, medicament compensat sau gratuit recomandat la alcoolici pe lista prevăzută de HG 720/2008 privind medicamentele compensate medicamente
Servicii furnizate prin programe naționale de sănătate	- Nu există programe naționale de sănătate care să includă aspecte legate de consumul de alcool	MS CNAS	-	În prezent nu există asemenea programe naționale, dar ele vor putea fi dezvoltate pe baza rezultatelor studiului.
Concedii medicale	- Nr. zile CM pentru condițiile din Tabelul 1.1.	CNAS	Posibil, în funcție de datele primite de la CNAS	S-au solicitat la CNAS nr. zile CM pentru condițiile menționate în Tabelul 1.1., dar nu au fost primite până la data analizei.
Accidente rutiere asociate cu consumul de alcool	- Nr. morți și răniți din accidente rutiere în care șoferul a consumat alcool	DPR	Posibil, în funcție de datele primite de la DPR	S-au solicitat la DPR persoane implicate în accidente rutiere, în funcție de asocierea cu consumul de alcool. Datele s-au solicitat dezagregate pe persoană, vârstă, rolul în trafic, vinovație, elemente de siguranță și stare postaccident.

Anexa 3 - Tabel 1.3. Lista categoriilor majore de diagnostic

cod CMD	Denumire Categorie Majora de Diagnostice
0	Pre-CMD
1	Boli și tulburări ale sist. nervos
5	Boli și tulburări ale sist. circulator
6	Boli și tulburări ale sist. digestiv
7	Boli și tulburări ale sistemului hepatobiliar și ale pancreasului
10	Boli și tulburări endocrine, nutriționale și metabolice
15	Nou-născuți și alți neonatali
20	Consum de alcool/droguri și tulburări mentale organice induse de alcool/droguri
21	Accidente, otrăviri și efecte toxice ale medicamentelor
23	Factori care influențează starea de săn. și alte contacte cu serviciile de sănătate
24	DRG abatere

Anexa 4 - Tabel 1.4. Grupe de diagnostice (DRG) în care s-au grupat cazurile identificate și valorile relative aferente, conform normelor Contractului Cadru pe anul 2012

cod CMD	cod DRG	Denumire DRG	Valoarea relativa
0	A06Z	Traheostomie sau ventilație >95 ore	14.2331
1	B63Z	Demența și alte tulburări cronice ale funcției cerebrale	1.7957
1	B71A	Tulburări ale nervilor cranieni și periferici cu CC	1.2223
1	B67A	Tulburări degenerative ale sistemului nervos cu CC catastrofe/severe	2.1233
1	B60B	Paraplegie/tetraplegie stabilită cu sau fără proceduri în sala de operații fără CC catastrofe	1.5122
1	B67C	Tulburări degenerative ale sist. nervos vârsta <60 fără CC catastrofe/severe	0.4032
1	B71B	Tulburări ale nervilor cranieni și periferici fără CC	0.2520
1	B67B	Tulburări degenerative ale sistemului nervos vârsta >59 fără CC catastrofale sau severe	0.8821
1	B61B	Afecțiuni ale măduvei spinării cu/fără proceduri în sala de operații fără CC catastrofe/severe	1.2601
1	B61A	Afecțiuni ale măduvei spinării cu sau fără proceduri în sala de operații cu CC catastrofe/severe	4.8704
1	B60A	Paraplegie/tetraplegie stabilită cu sau fără proceduri în sala de operații cu CC catastrofe	5.0342
1	B81A	Alte tulburări ale sistemului nervos cu CC catastrofale sau severe	1.5059
1	B07A	Proceduri la nivelul nervilor cranieni și periferici și alte proceduri ale sist. nervos cu CC	2.0099

5	F75B	Alte diagnostice ale sist. circulator cu CC severe	0.9892
5	F75A	Alte diagnostice ale sistemului circulator cu CC catastrofale	2.0414
5	F75C	Alte diagnostice ale sistemului circulator fără CC catastr/severe	0.5230
5	F21A	Alte proceduri în sala de operații privind sist. circulator cu CC catastrofale	3.2385
6	G67A	Esofagită, gastroenterită și diverse tulburări ale sist. digestiv vârsta > 9 ani cu CC catastr/severe	0.8065
6	G67B	Esofagita, gastroenterita si diverse tulburari ale sist. digestiv vârsta > 9 ani fără CC cat/severe	0.2709
6	G45A	Alte gastroscopii pentru boli digestive care nu sunt majore	0.7687
6	G03B	Proceduri la nivelul stomacului, esofagului și duodenului fără stare malignam cu CC cat/severe	3.8182
6	G46B	Gastroscopie complexa fără CC catastr/severe	0.8380
6	G44A	Alte colonoscopii cu CC catastr/severe	1.5437
6	G69Z	Esofagita și diverse tulburări ale sistemului digestiv vârsta <10 ani	0.3717
6	G46A	Gastroscopie complexa cu CC catastr/severe	1.8335
6	G03C	Proceduri la nivelul stomacului, esofagului și duodenului fără stare maligna fără CC cat/severe	1.3672
6	G02A	Proceduri majore pe intestinul subtire și gros cu CC catastrofale	4.4356
7	H3012	Ciroza și hepatită alcoolică cu CC severe	0.9136
7	H3011	Ciroza și hepatită alcoolică cu CC catastr	1.9406
7	H3013	Ciroza și hepatită alcoolica fara CC catastr/severe	0.4347
7	H63A	Tulburări ale ficatului, cu excepția stării maligne, cirozei, hepatitei alcoolice cu CC cat/sev	1.4996
7	H62A	Tulburări ale pancreasului, cu excepția stării maligne cu CC catastr/severe	1.4428
7	H62B	Tulburări ale pancreasului, cu excepția stării maligne fără CC catastr/severe	0.5797
7	H63B	Tulburări ale ficatului, cu excepția stării maligne, cirozei, hepatitei alcoolice fără CC cat/sev	0.4095
7	H06Z	Alte proceduri în sala de operații hepatobiliare și pancreatice	2.4825
7	H40Z	Proceduri endoscopice pentru varice esofagiene sangerande	1.9469
7	H05A	Proceduri de diagnostic hepatobiliar cu CC catastrofale sau severe	2.4320
7	H42A	Alte proceduri terapeutice pentru colangiopancreatografie retrogradă endoscopică cu CC catastr/severe	1.8083
7	H41A	Procedura terapeutică complexă pentru colangiopancreatografie retrogradă endoscopica cu CC catastr/severe	2.0099
7	H02A	Proceduri majore ale tractului biliar cu stare maligna sau CC catastrofale	4.2340
7	H01A	Proceduri la nivel de pancreas, ficat si shunt cu CC catastrofale	5.5572
7	H01B	Proceduri la nivel de pancreas, ficat si shunt fara CC catastrofale	2.4825
7	H05B	Proceduri de diagnostic hepatobiliar fara CC catastrofale sau severe	1.0648
7	H02B	Proceduri majore ale tractului biliar fara stare maligna cu CC (moderate / severe)	2.3753

7	H42B	Alte proceduri terapeutice pentru colangiopancreatografie retrogradă endoscopică cu CC moderate	1.0144
7	H42C	Alte proceduri terapeutice pentru colangiopancreatografie retrogradă endoscopică fără CC	0.5860
7	H08A	Colecistectomie laparoscopica cu explorarea închisa a CBP sau cu (CC catastrofale sau severe)	1.7075
10	K64A	Tulburări endocrine cu CC catastrofale/severe	1.4239
15	P67C	Nou-născut, greutate la internare > 2499 g fără procedură semnificativă în sala de operații, cu alte probleme	0.7309
15	P66B	Nou-născut, greutate la internare 2000-2499 g fără procedură semnificativă în sala de operații, cu probleme majore	1.3042
15	P66D	Nou-născut, greutate la internare 2000-2499 g fără procedură semnificativă în sala de operații, fără probleme	0.3150
20	V3012	Intoxicație cu alcool și sevraj fără CC	0.2457
20	V3031	Tulburare și dependență datorită consumului de alcool	0.6805
20	V3011	Intoxicație cu alcool și sevraj cu CC	0.5545
21	X62B	Otrăvire/efecte toxice ale medicamentelor și ale altor substanțe vârsta < 60 fără CC	0.2457
21	X62A	Otrăvire/efecte toxice ale medicamentelor și ale altor substanțe vârsta >59 sau cu CC	0.5860
23	Z60A	Reabilitare cu CC catastrofale/severe	2.1989
23	Z60B	Reabilitare fără CC catastrofale/severe	1.1341
23	Z64A	Alți factori care influențează starea de sănătate	0.5923
23	Z01B	Proceduri în sala de operații cu diagnostice stabilite prin contacte cu alte serviciile de sănătate fără CC catastrofale/severe	0.4536
23	Z01A	Proceduri în sala de operații cu diagnostice stabilite prin contacte cu alte servicii de sănătate cu CC catastrofale/severe	1.0585
24	901Z	Proceduri extinse în sala de operații neînrudite cu diagnosticul principal	2.7534

