

LIETUVOS SVEIKATOS MOKSLŲ UNIVERSITETAS

**Mindaugas Štelemėkas**

**ALKOHOLIO VARTOJIMO  
SOCIALINĖ IR EKONOMINĖ ŽALA  
LIETUVOJE**

Daktaro disertacija  
Biomedicinos mokslai,  
visuomenės sveikata (09B)

Kaunas, 2014

**Disertacija rengta 2009–2014 m. Lietuvos sveikatos mokslų universitete**

**Mokslinis vadovas (2010–2014 m.)**

Doc. dr. Aurelijus Veryga (Lietuvos sveikatos mokslų universitetas,  
biomedicinos mokslai, visuomenės sveikata – 09B)

**Mokslinis vadovas (2009–2010 m.)**

Prof. habil. dr. Žilvinas Padaiga (Lietuvos sveikatos mokslų  
universitetas, biomedicinos mokslai, visuomenės sveikata – 09B)

# TURINYS

SANTRUMPOS.....	5
APIBRĖŽIMAI.....	6
ĮVADAS .....	8
DARBO TIKSLAS IR UŽDAVINIAI .....	11
1. LITERATŪROS APŽVALGA.....	12
1.1. Mokslinių tyrimų paieškos ir apžvelgtų rodiklių atrankos metodika .....	12
1.2. Su Lietuva susijusių mokslinių publikacijų apžvalga .....	13
1.3. Alkoholio vartojimo epidemiologija, politika ir ekonomika: Lietuvos atspindys magistro darbuose.....	34
1.4. Alkoholio žalos vertinimas.....	44
1.5. Alkoholio kontrolės priemonės .....	52
1.6. Literatūros apžvalgos apibendrinimas.....	53
2. METODAI .....	57
2.1. Alkoholio poveikio sveikatai vertinimas.....	57
2.2. Alkoholio vartojimo Lietuvoje vertinimas .....	64
2.3. Alkoholio sąlygojamo mirtingumo vertinimas.....	69
2.4. Alkoholio sąlygojamo ligotumo vertinimas .....	72
2.5. Alkoholio sąlygojamo netekto darbingumo vertinimas .....	73
2.6. Su alkoholio vartojimu siejamų teisėtvarkos pažeidimų vertinimas .....	74
2.7. Lietuvos gyventojų pasiskirstymas atskirose amžiaus grupėse.....	76
2.8. Duomenų analizės metodai.....	77
2.9. Alkoholio vartojimo sąlygojamos ekonominės žalos vertinimas .....	78

3. REZULTATAI.....	84
3.1. Alkoholio vartojimo sąlygojamas mirtingumas.....	84
3.2. Alkoholio vartojimo sąlygojamas ligotumas.....	99
3.3. Alkoholio vartojimo sąlygojamas netektas darbingumas.....	111
3.4. Su alkoholio vartojimu siejami teisėtvarkos pažeidimai.....	120
3.5. Alkoholio vartojimo sąlygojama ekonominė žala.....	130
3.6. Jautrumo analizė.....	139
4. REZULTATŲ APTARIMAS.....	146
IŠVADOS.....	165
PRAKTINĖS REKOMENDACIJOS.....	167
PUBLIKACIJŲ SĄRAŠAS.....	169
LITERATŪRA.....	170
PRIEDAI.....	184
1 priedas.....	184
2 priedas.....	185
3 priedas.....	186
4 priedas.....	191
5 priedas.....	194
6 priedas.....	197
7 priedas.....	200
8 priedas.....	203
9 priedas.....	205
10 priedas.....	207
11 priedas.....	209
PADĖKA.....	212

## SANTRUMPOS

- APD** – Alkoholiui priskiriama dalis (angl. *Alcohol attributable fraction*)
- ATPK** – Lietuvos Respublikos administracinių teisės pažeidimų kodeksas
- BK** – Lietuvos Respublikos baudžiamasis kodeksas
- DALY** – Negalios koreguoti gyvenimo metai (angl. „*Disability adjusted life year*“)
- IRD** – Informatikos ir ryšių departamentas prie Lietuvos Respublikos vidaus reikalų ministerijos
- IŠL** – Išeminė širdies liga
- LKPT** – Lietuvos kelių policijos tarnyba
- NDNT** – Neįgalumo ir darbingumo nustatymo tarnyba
- NTAKD** – Narkotikų, tabako ir alkoholio kontrolės departamentas
- PI** – Pasikliautinis intervalas
- PPGM** – Potencialaus prarasto gyvenimo metai (angl. *Potential years of life lost*)
- SAV** – Standartinis alkoholio vienetas
- SR** – Santykinė rizika (angl. *Relative risk*)
- TP** – Transporto priemonė
- VLK** – Valstybinė ligonių kasa
- VPSC** – Valstybinis psichikos sveikatos centras

## APIBRĖŽIMAI

**Alkoholio vartojimo sąlygojamas ligotumas** – Alkoholio vartojimo sąlygotas sirgusių asmenų skaičius tenkantis 100 000 gyventojų.

**Alkoholio vartojimo sąlygojamas mirtingumas** – Alkoholio vartojimo sąlygojamos mirtys tenkančios 100 000 gyventojų.

**Alkoholio vartojimo sąlygojamo netektas darbingumas** – Alkoholio vartojimo sąlygojamo netekto darbingumo atvejų skaičius tenkantis 100 000 gyventojų.

**Alkoholio vartojimo sąlygojamo netekto darbingumo atvejų skaičius** – darbingumo sumažėjimo procentas žemesnis nei 100 proc., darant prielaidą, kad sumažėjęs darbingumas išlieka visus metus. Alkoholio vartojimo sąlygojamas netektas darbingumas apskaičiuojamas netektam darbingumui pagal atskiras TLK-10 diagnozes pritaikant atitinkamas APD.

**Alkoholio vartojimo sąlygojamos mirtys** – mirusiųjų nuo tam tikros ligos ar ligų grupės skaičius per metus, kuris apskaičiuotas atskiroms mirties priežastims (pagal TLK-10 kodus) pritaikius atitinkamas APD.

**Alkoholio vartojimo sąlygotas sirgusių asmenų skaičius** – asmenų, kuriems per metus ambulatorinėse ar stacionarinėse sveikatos priežiūros įstaigose naujai arba pakartotinai užregistruota tam tikra liga. Jei asmeniui ta pati liga (arba kelios skirtingos ligos iš TLK-10 kodų intervalo) užregistruotos kelis kartus, asmuo skaičiuojamas tik vieną kartą per tuos metus. Alkoholio vartojimo sąlygotas sirgusių asmenų skaičius apskaičiuojamas atskiroms TLK-10 diagnozėms pritaikant atitinkamas APD.

**Alkoholiui priskiriama dalis (APD)** – tai ligų ar būklių proporcija, parodanti kokiai mirusių, sergančių ar darbingumo netekusių asmenų daliai pagrindinis rizikos veiksnys ar būklės išsivystymo priežastis galėtų būti alkoholio vartojimas.

**Išorinės mirties priežastys iš dalies sąlygojamos alkoholio vartojimo** – išorinės mirties priežastys (traumos, nelaimingi atsitikimai, sušalimai, paskendimai ir pan.), kurių dalis siejama su alkoholio vartojimu. Šiame tyrime buvo vertintas tik mirtingumas, siejamas su išorinėmis mirties priežastimis. Analizėje šiai kategorijai priskiriamos mirties priežastys apibrėžiamos kaip III priežasčių grupė.

**Ligos ir mirties priežastys iš dalies sąlygojamos alkoholio vartojimo** – būklės, kurių išsivystymui daro įtaką alkoholio vartojimas, tačiau šiomis ligomis galima susirgti ir nevartojant alkoholio. Analizėje šiai kategorijai priskiriamos būklės apibrėžiamos kaip II priežasčių grupė.

**Ligos ir mirties priežastys visiškai sąlygojamos alkoholio vartojimo** – 100 proc. alkoholio vartojimo sąlygojamos ligos ir būklės, kurių nebūtų, jei žmonės nevartotų alkoholio. Analizėje šiai kategorijai priskiriamos būklės apibrėžiamos kaip I priežasčių grupė.

**Prarasto produktyvumo kaštai** – dėl pirmalaikių mirčių, siejamų su alkoholio vartojimu, neuždirbtas vidutinis atlyginimas kol mirusieji būtų sulaukę pensinio amžiaus.

**Su alkoholio vartojimu siejami teisėtvarkos pažeidimai** – pažeidimai pagal administracinių teisės pažeidimų kodeksą (ATPK), baudžiamąjį kodeksą (BK), kelių eismo taisyklių pažeidimai bei eismo įvykiai, kurie gali būti susieti su alkoholio vartojimo sąlygojama žala.

## IVADAS

**Temos aktualumas.** Alkoholio vartojimo nulemtos problemos ir jų mažinimas yra unikali visuomenės sveikatos mokslo sritis, kurioje susikerta sveikatos mokslų ir laisvosios rinkos teorijos, privataus sektoriaus ir visuomenės interesai, o mokslu pagrįsti problemos sprendimo būdai diegiami gana sunkiai. Dėl pastarąjį dešimtmetį itin išaugusio alkoholio vartojimo ir su tuo susijusių ligų bei mirčių alkoholio vartojimo mažinimas tapo ypatingai aktualia ir plačiai tiek mokslininkų, tiek politikų viešojoje erdvėje aptarinėjama problema.

Mirtingumas nuo kepenų cirozės, atsitiktinio apsinuodijimo alkoholiu ir kai kurių kitų su alkoholio vartojimu siejamų priežasčių Lietuvoje yra vienas aukščiausių Europos Sąjungoje (ES), o alkoholio suvartojimas Lietuvoje taip pat išlieka aukštame lygyje. Nuo 1998 m., kuomet Lietuvoje buvo priimta Nacionalinė sveikatos programa ir siekta sumažinti alkoholio suvartojimą 25 proc. iki 2010 m., alkoholio suvartojimas ne mažėjo, bet išaugo, o taip pat augo ir su tuo susijusi sveikatos problemų našta [1,2].

Vis dėlto 2007 m. Lietuvos Respublikos Seime, atsiradus pakankamai politinės valios, alkoholio vartojimo mažinimui buvo priimta iš karto keletas įrodymais grįstų priemonių [3]. 2008 m. buvo paskelbti blaivybės metais, nuo 2008 m. uždrausta alkoholio reklama dienos metu radijuje ir televizijoje. Nuo 2008 m. ir 2009 m. reikšmingai padidinti akcizai alkoholiui ir panaikintos mokestinės lengvatos mažiesiems aludariams. Buvo reikšmingai sugriežtinta neblaivių vairuotojų kontrolė. Nuo 2009 m. buvo apribotas alkoholinių gėrimų pardavimo laikas.

2008 ir 2009 m., įsigaliojus daugeliui sugriežtintos alkoholio kontrolės politikos priemonių, alkoholio suvartojimas nustojo augti ir pradėjo mažėti. Kartu pradėjo gerėti ir su alkoholio vartojimu siejami visuomenės sveikatos rodikliai [1]. Tačiau vėlesniais metais panašių iniciatyvų trūko, o alkoholio suvartojimas vėl pradėjo augti.

Nepaisant aiškios oficialios valstybės politikos, kuria deklaruojamas siekis mažinti alkoholio vartojimą ir su juo susijusias socialines ir ekonomines pasekmes, realūs sprendimai formuojant alkoholio kontrolės politiką šalyje nėra nuoseklūs. Viešojoje erdvėje daug diskutuojant apie būdus mažinti alkoholio vartojimą Lietuvoje, nuolat jaučiamas alkoholio žalos visuomenei ir ekonomikai mažinimo poreikis, o visų pirma žinoti kokia ta žala yra. Siekiant surinkti, išanalizuoti ir apibendrinti Lietuvoje turimus duomenis ir žinias apie alkoholio vartojimo sąlygojamą žalą buvo rašoma ši



disertacija, o disertacijoje surinkti ir aprašyti duomenys panaudoti vykdant alkoholio kontrolės politikos ir alkoholio vartojimo sąlygojamos žalos vertinimo projektą [4].

**Darbo mokslinis naujumas ir praktinė reikšmė.** Išsivysčiusiose šalyse yra įprasta sistemingai stebėti ir vertinti alkoholio vartojimo sąlygojamą socialinę ir ekonominę žalą visuomenei. Šie vertinimai turi didelę reikšmę planuojant šalies sveikatos politiką, taip pat priimant su alkoholio kontrole susijusius politinius sprendimus. Sistemingas mokslinis vertinimas yra svarbus ir todėl, kad leidžia įvertinti valstybės mastu taikomų alkoholio kontrolės priemonių veiksmingumą. Šalyse tokie tyrimai nėra dažni, tačiau tokiuose tyrimuose neapsiribojama vien tik publikacijomis moksliniuose žurnaluose, o tuo pat metu yra atliekamos didelės apimties moksliniai tyrimai [5–10]. Išsamių ir gerai metodiškai parengtų tyrimų poreikis kyla, nes alkoholio vartojimo sąlygojamos žalos vertinimas yra labai kompleksinis ir metodiškai sudėtingas. Atsiranda poreikis į vieningą visumą integruoti įvairių autorių tyrimų rezultatus ir turimus statistinius duomenis, o žala matoma daugelyje visuomenės, socialinės gerovės ir ekonomikos sektorių, kuriuos ir siekiama atspindėti norint visapusiškai vertinti alkoholio vartojimo pasekmes.

Lietuvoje viešosiose diskusijose vyrauja požiūris, kad kalbant apie alkoholio vartojimo žalą, visų pirma galvojama apie pasekmes žmogaus sveikatai, o šioje srityje yra atliekama daugiausiai tyrimų. Iki šiol Lietuvoje alkoholio vartojimo daroma žala nebuvo sistemingai vertinta, o vykdyti tyrimai neapėmė plataus daugeliui sektorių alkoholio daromos žalos įvertinimo. Tam, kad tinkamai įvertinti daromą žalą reikalinga sisteminė visų sektorių rodiklių analizė. Šiame darbe atlikta analizė – pirmasis toks tyrimas Lietuvoje, kuriame naudojant šalies statistinius rodiklius įvertinta ne vien tik alkoholio sąlygojama žala, bet ir iš dalies alkoholio vartojimo sąlygojamos pasekmės, atspindinčios ir sveikatos, ir socialinės gerovės, ir teisėtvarkos sektorius.

Tradiciškai alkoholio žalos vertinimo tyrimuose naudojami rodikliai iš daugelio socialinių ir ekonomikos sektorių, todėl čia svarbią reikšmę turi galimybė integruoti šalyje esantį kitų mokslininkų įdirbį ir turimus įvairių institucijų statistinius rodiklius. Šioje disertacijoje buvo ne tik sistemiškai apžvelgti iki šiol Lietuvoje įvairių tyrėjų atlikti darbai bei įvertinta alkoholio vartojimo sąlygojama žala, bet ir sukurtas metodinis pagrindas, leisiantis ateityje daug paprasčiau tęsti pradėtą vertinimą. Kitu svarbiu šio darbo aspektu laikytina tai, kad darbo metu paaiškėjo didelės duomenų spragos,

kurios neleido tiksliau įvertinti visos su alkoholio vartojimu siejamos žalos. Ši disertacija gali būti vertinama kaip argumentas, rodantis, kodėl svarbu sistemingai mažinti alkoholinių gėrimų vartojimą, o taip pat kaip pagrindas ir atspirties taškas tolesniems alkoholio žalos tyrimams Lietuvoje.

**Hipotezė.** Alkoholio vartojimo sąlygojama žala Lietuvos visuomenei atsispindi įvairiuose viešųjų paslaugų sektoriuose, o sveikatos priežiūrai tenkanti šios žalos dalis sudaro tik dalį bendro neigiamo alkoholio vartojimo poveikio visuomenei.

## **DARBO TIKSLAS IR UŽDAVINIAI**

**Darbo tikslas** – Įvertinti socialinę ir ekonominę alkoholio vartojimo žalą Lietuvoje.

### **Darbo uždaviniai:**

1. Įvertinti su alkoholio vartojimu susijusį mirtingumą.
2. Įvertinti su alkoholio vartojimu susijusį ligotumą ir netektą darbingumą.
3. Nustatyti su alkoholio vartojimu susijusių teisėtvarkos pažeidimų apimtis.
4. Įvertinti su alkoholio vartojimu susijusią ekonominę žalą Lietuvoje 2010 m.

# 1. LITERATŪROS APŽVALGA

## 1.1. Mokslinių tyrimų paieškos ir apžvelgtų rodiklių atrankos metodika

Su Lietuva susijusių publikacijų, daktaro disertacijų ir magistrinių darbų, alkoholio vartojimo sąlygojamą žalą pristatančių mokslinių publikacijų atranka vykdyta trimis etapais. **Pirmojo etapo** metu, 2011 m. liepos-rugpjūčio mėnesiais, buvo vykdoma su Lietuva susijusių mokslinių tyrimų paieška. Pagrindiniai atrankos kriterijai – Lietuvos situaciją paliečiantys tyrimai, kuriuose vienokiu ar kitokiu kampu analizuojamas alkoholio vartojimas, pasekmės sveikatai ir/ar socialinei gerovei, alkoholio gamyba, prekyba ar alkoholio marketingas. Paieška vykdyta *PubMed*, Elektroninės Lietuvos akademinės bibliotekos, Lietuvos sveikatos mokslų universiteto publikacijų, Lietuvos elektroninių tezių ir disertacijų duomenų bazėse. Paieškose naudoti raktažodžiai „alkoholis“, „alkoholiu“, „alkoholio“, „alco“, „alcohol“. Esminiai paieškos raktažodžiai buvo jungiami su papildomais raktažodžiais kaip „visuomenės sveikata“, „politika“, „žala“, „ekonomika“, „Lithuania“, „Baltic states“. Papildomai peržiūrėti recenzuojami periodiniai moksliniai žurnalai *Medicina* (2001–2011 m. numeriai), *Visuomenės sveikata* (1996–2011 m. numeriai), *Gastroenterologija ir hepatologija* (2008–2010 m. numeriai). Pirmojo etapo paieška pakartota 2014 m. sausio – kovo mėnesiais *PubMed* duomenų bazėje.

**Antrojo etapo** metu, 2011 m. rugpjūčio-lapkričio mėnesiais, remiantis paieškos kriterijais buvo atrinktos ir išanalizuotos 27 mokslinės publikacijos, 2014 m. atnaujinus mokslinių publikacijų paiešką *PubMed*, buvo atrinktos dar 5 publikacijos. Atliekant bakalauro, magistro ir daktaro disertacijų alkoholio tema paiešką iš viso buvo atrinkti 103 darbai, kuriuose bent iš dalies buvo aptariama alkoholio tema. Detalesnės santraukų peržiūros metu dėl magistro diplominių darbų autorių nustatytų apribotų priėjimo teisių nebuvo įmanoma peržiūrėti 18 darbų (šie darbai toliau neanalizuoti), 45 darbams buvo nustatytos apribotos priėjimo teisės (t. y. pilni darbai buvo peržvelgiami vietiniame mokslo institucijų intranete atsidarius pilnas publikacijas), 40 darbų nebuvo nustatytų priėjimo apribojimų. Galiausiai buvo atrinkti 20 mokslinių straipsnių ir 8 magistriniai darbai, kurie visiškai atitiko išsikeltus paieškos kriterijus ir buvo toliau analizuoti antrojo etapo literatūros apžvalgoje.

**Trečiojo etapo** metu, 2013 m. kovo – 2014 m. kovo mėnesiais, vykdyta alkoholio vartojimo sąlygojamą žalą pristatančių mokslinių publikacijų apžvalga. Dalis šiame etape apžvelgtų literatūros šaltinių jau buvo surinkta ankstesnių literatūros apžvalgos etapų metu, tačiau ketvirtojo etapo metu buvo susisteminta tyrimų paieška ir papildomai ieškota naujai išspausdintų tyrimų ir publikacijų, koncentruotasi į tyrimų apžvalgų ir meta-analizių paiešką, metodinių publikacijų apžvalgą. Šiame etape apžvelgti tyrimai atspindi alkoholio vartojimo sąlygojamos socialinės ir ekonominės žalos vertinimus, pagrindines metodikas kaip vertinamas alkoholio suvartojimas, vertinama alkoholio vartojimo sąlygojama žala (socialinė ir ekonominė), kokie panašių tyrimų rezultatai aprašomi kitų šalių tyrimuose ir trumpai apžvelgiamos svarbiausios alkoholio kontrolės strategijos. Paieška vykdyta paieškos sistemoje *PubMed*, taip pat atsižvelgiant į tai, kad alkoholio žalos vertinimo tyrimai dažnai yra didelės apimties studijos, papildoma paieška vykdyta *Google Scholar* sistemoje. Paieškose naudoti raktažodžiai ir žodžių junginiai „alcohol“, „alcohol attributable“, „mortality“, „morbidity“, „alcohol attributable burden“, „alcohol consumption“, „economic costs“, „social costs“. Raktažodžiai ir žodžių junginiai paieškoje jungti tarpusavyje. Remiantis šiais kriterijais buvo atrinkta 19 publikacijų, studijų ir kitų dokumentų, kurių aptarimas papildytas gretutiniais šaltiniais.

Šiame skyriuje literatūros apžvalga suskirstyta į 5 skyrelius, kurių 1.2 ir 1.3 atspindi antrąjį literatūros apžvalgos etapą, 1.4 ir 1.5 – trečiąjį etapą. Galiausiai 1.6 skyrelyje apibendrinamas literatūros apžvalgos skyrius, trumpai apibendrinami labiausiai Lietuvai aktualūs ir skirtinguose šaltiniuose besikartojantys rezultatai.

## **1.2. Su Lietuva susijusių mokslinių publikacijų apžvalga**

McKee ir kt. (2000) [11] pristato 1997 m. Estijos, Latvijos ir Lietuvos gyventojų apklausos, kurioje atsitiktinės atrankos būdu buvo apklausta daugiau nei po 2000 respondentų iš kiekvienos šalies rezultatus. Tyrimo tikslas – įvertinti respondentų pateikiamą alkoholio (atskirai vertinant alų, vyną ir spiritinius gėrimus) suvartojimą bei tai įtakojančius veiksnius (amžių, etniškumą, gyvenamą vietą, išsimokslinimą ir pajamas).

1997 m. duomenimis, bet kokį alkoholį bent kartą per savaitę vartojančių vyrų daugiausiai buvo Estijoje (60,5 proc. respondentų), tuo tarpu Lietuvoje tokių respondentų buvo 55,3 proc., Latvijoje – 41,3 proc. Bent kartą per savaitę bet kokį alkoholį vartojančių moterų taip pat daugiausiai

buvo Estijoje, mažiausiai – Latvijoje (atitinkamai 25,5 proc., 14,1 proc. ir 8,2 proc.). Šalių pasiskirstymas pagal alkoholio vartojimo dažnį bent kartą per savaitę nesikeitė ir vertinant atskirų gėrimų rūšių vartojimą.

Visose trijose šalyse alkoholis bent kartą per savaitę buvo dažniausiai vartojamas jaunesnių (19–34 m.) respondentų (tiek vyrų, tiek moterų), rečiausiai – vyresnių respondentų (50–64 m.). Visose šalyse dažniausiai vartojamas gėrimas buvo alus (tiek vyrų, tiek moterų), antroje vietoje – vynas, trečioje – spiritiniai gėrimai.

Chenet ir kt. (2001) [12] analizavo mirčių skaičiaus atskiriomis savaitės dienomis kaitą Lietuvoje. Buvo analizuoti kompiuterizuoti 20–59 metų amžiaus Lietuvos gyventojų mirties liudijimai nuo 1988 iki 1997 m. Tyrėjai negalėjo patikrinti nurodytų mirties priežasčių teisingumo, todėl įvertino tiesiog mirčių skaičiaus kaitos tendencijas. Aptariant analizės rezultatus, autoriai pastebėjo, kad savaitgalio dienomis Lietuvoje užregistruojama kur kas daugiau mirčių dėl nelaimingų atsitikimų, smurto ar apsinuodijimų alkoholiu, kas tiesiogiai parodo piktnaudžiavimo alkoholiu pasekmes. Taip pat atkreipiamas dėmesys, kad Lietuvoje šeštadieniais, sekmadieniais ir pirmadieniais pastebimas ženklus mirčių nuo išeminės širdies ligos atvejų padaugėjimas. Šis mirčių dažnių skaičiaus skirtumas, lyginant savaitgalio ir darbo dienas, buvo kur kas aiškesnis kai buvo palygintos tik mirtys, įvykusios ne ligoninėse. Tyrėjai daro prielaidą, kad mirčių dažnio nuo širdies ir kraujagyslių ligų padidėjimas savaitgalio metu sietinas su alkoholio vartojimu, o į tai turėtų būti atkreipiamas didesnis dėmesys tiek formuojant alkoholio politiką, tiek vykdant prevencines programas.

Popova ir kt. (2007) [13] palygina alkoholio suvartojimą Centrinėje ir Rytų Europoje su kitomis Europos šalimis. Centrinei ir Rytų Europai priskiriamos Bulgarija, Čekija, Estija, Vengrija, Latvija, Lietuva, Lenkija, Rumunija, Slovakija ir Slovėnija. Šių šalių alkoholio suvartojimo rodikliai buvo lyginami su Rusija ir Ukraina, Viduržemio jūros šalimis, Skandinavijos šalimis ir likusia ES dalimi. Centrinės ir Rytų Europos, Rusijos ir Ukrainos alkoholio suvartojimo duomenys buvo imami iš *WHO Global Status Report on Alcohol 2004* [14]. Kitoms šalims duomenys buvo imti iš atskirų tose šalyse atliktų tyrimų.

Europos šalių kontekste Lietuva įvardinama kaip viena iš daugiausiai legalaus (apskaityto oficialioje statistikoje) ir nelegalaus (neapskaitomo) alkoholio suvartojančių šalių. Tyrimo autorių skaičiavimais, 2002 m. alkoholio suvartojimas tenkantis vienam 15 m. ir vyresniam gyventojui Lietuvoje ir aplinkinėse valstybėse išsidėstė taip:

1. **Lietuvoje** suvartojimas siekė 17,2 l absoliutaus alkoholio (12,3 l oficialiai apskaitytas alkoholio suvartojimas ir 4,9 l oficialiai neapskaitytas alkoholis);
2. Latvijoje – 16,5 l (9,5 l apskaitytas ir 7,0 neapskaitytas);
3. Slovakijoje – 16,4 l (12,4 l apskaitytas ir 4,0 neapskaitytas);
4. Vengrijoje – 15,9 l (11,9 l apskaitytas ir 4,0 neapskaitytas);
5. Rusijoje – 15,5 l (10,6 l apskaitytas ir 4,9 l neapskaitytas);
6. Ukrainoje – 15,4 l (4,9 l apskaitytas ir 10,5 l neapskaitytas);
7. Rumunijoje – 14,3 l (10,3 l apskaitytas ir 4,0 neapskaitytas);
8. Čekijoje – 13,9 l (12,9 l apskaitytas ir 1,0 neapskaitytas);
9. Estijoje – 12,4 l (11,4 l apskaitytas ir 1,0 l neapskaitytas);
10. Lenkijoje – 11,7 l (8,7 l apskaitytas ir 3,0 l neapskaitytas);
11. Slovėnijoje – 10,1 l (7,1 l apskaitytas ir 3,0 neapskaitytas);
12. Bulgarijoje – 9,4 l (6,4 l apskaitytas ir 3,0 neapskaitytas);
13. Likusioje ES dalyje (Austrija, Belgija, Vokietija, Airija, Liuksemburgas, Olandija, JK) – 12,8 l (11,6 l apskaitytas ir 1,2 l neapskaitytas);
14. Viduržemio jūros regiono šalyse (Kipras, Prancūzija, Graikija, Italija, Malta, Portugalija, Ispanija) – 11,8 l (10,6 l apskaitytas ir 1,2 l neapskaitytas);
15. Skandinavijos šalyse (Danija, Suomija, Islandija, Norvegija, Švedija) – 10,2 l (7,9 l apskaitytas ir 2,3 l neapskaitytas);
16. Bendras pasaulio vidurkis – 6,2 l (4,4 l apskaitytas ir 1,7 l neapskaitytas).

Tyrimo autoriai Centrinės ir Rytų Europos šalis įvardina daugiausiai alkoholio suvartojančiu regionu. Palyginus šio regiono šalis tarpusavyje pagal legaliai suvartojamo alkoholio kiekius (litrais *per capita*), Lietuva buvo įvardinama kaip trečia daugiausiai alkoholio suvartojanti šalis (12,3 l), einanti po Čekijos (12,9 l) ir Slovakijos (12,4 l). Mažiausias legalaus alkoholio suvartojimas nustatytas Bulgarijoje (6,4 l) ir Skandinavijos šalyse (7,9 l).

Europos regione taip pat aukštesnis nelegalaus alkoholio suvartojimas, kuris ženkliai svyruoja tarp atskirų šalių. Vis dėlto Lietuva taip pat patenka į

šalių grupę, kur nelegalaus alkoholio suvartojimas yra aukštas (aukščiausias nelegalaus alkoholio suvartojimas Ukrainoje – 10,5 l *per capita*, toliau Latvija – 7,0 l, Rusija ir Lietuva po 4,9 l). Didelis nelegalaus alkoholio suvartojimas, autorių teigimu, yra atspindimas didesniais su alkoholio vartojimu siejamų ligų dažniais (laikant, kad nelegalus alkoholis yra prastesnės kokybės ir labiau žalingas sveikatai), ypačiai išskiriant kepenų cirozes.

Lietuva tradiciškai priskiriama prie Rytų Europos šalių grupės, kurioje populiarūs stiprieji spiritiniai gėrimai bei sunkūs epizodiniai išgėrimai (angl. *binge drinking*). Tyrimo autoriai Lietuvą netgi išskiria kaip pavyzdį, rodantį aukštą sunkių epizodinių išgėrimų paplitimą, kuomet didesnis mirčių skaičius dėl širdies ir kraujagyslių ligų yra dokumentuotas būtent savaitgaliais bei pirmadieniais.

Remiantis PSO duomenimis (*WHO Global Status Report on Alcohol 2011* [15]), alkoholio suvartojimas tenkantis vienam 15 m. ir vyresniam gyventojui reprezentuoja 2005 m. ir Lietuvai priskirtas bendras alkoholio suvartojimas buvo mažesnis nei Popova ir kt. (2007) [13] pateikiamais 2002 m. duomenimis. Tačiau galima atkreipti dėmesį, kad Lietuvai priskirtas mažesnis bendras alkoholio suvartojimas buvo dėl mažesnės oficialiai neapskaitomo alkoholio suvartojimo dalies:

1. Vengrijoje – 16,27 l (12,27 l apskaitytas ir 4,0 neapskaitytas);
2. Rusijoje – 15,76 l (11,03 l apskaitytas ir 4,73 l neapskaitytas);
3. Ukrainoje – 15,6 l (8,1 l apskaitytas ir 7,5 l neapskaitytas);
4. Estijoje – 15,57 l (13,77 l apskaitytas ir 1,8 l neapskaitytas);
5. Rumunijoje – 15,3 l (11,3 l apskaitytas ir 4,0 neapskaitytas);
6. Slovėnijoje – 15,19 l (12,19 l apskaitytas ir 3,0 l neapskaitytas);
7. Baltarusija – 15,13 l (11,22 l apskaitytas ir 3,91 l neapskaitytas);
8. **Lietuvoje** – 15,03 l (12,03 l apskaitytas ir 3,0 l neapskaitytas);
9. Slovakijoje – 13,33 l (10,33 l apskaitytas ir 3,0 neapskaitytas);
10. Lenkijoje – 13,25 l (9,55 l apskaitytas ir 3,7 l neapskaitytas);
11. Latvijoje – 12,5 l (9,5 l apskaitytas ir 3,0 neapskaitytas);
12. Bulgarijoje – 12,44 l (11,24 l apskaitytas ir 1,2 l neapskaitytas);
13. Švedijoje – 10,3 l (6,7 l apskaitytas ir 3,6 l neapskaitytas).

Helasoja ir kt. (2007) [16] tyrime buvo siekiama detaliau ištyrinėti sociodemografinius stiprių išgėrimų bei sunkių epizodinių išgėrimų aspektus 1994–2002 m. intervale remiantis FINBALT tyrimo duomenimis. Paštu kas dvejus metus atliekamoje apklausoje buvo analizuoti duomenys iš Estijos (n=6271), Latvijos (n=6106), Lietuvos (n=7966) ir Suomijos (n=15764).



Tyrimo rezultatai parodė, kad Lietuvos gyventojų gėrimo įpročiai yra panašūs į kitų palyginamųjų šalių. Visose šalyse sunkių epizodinių išgėrimų buvo daugiau tarp jaunesnio amžiaus abiejų lyčių respondentų, tačiau tik tarp Lietuvos ir Estijos vyrų sunkių epizodinių išgėrimų dažnis nesiskyrė tarp skirtingo išsilavinimo žmonių. Lyginant moteris pastebėta, kad sunkūs epizodiniai išgėrimai buvo labiau paplitę tarp aukštesnio išsilavinimo moterų visose šalyse išskyrus Latviją (čia sunkių epizodinių išgėrimų buvo daugiau tarp mažiau išsilavinusių moterų). Sunkūs epizodiniai išgėrimai buvo dažniau nustatyti tarp nevedusių Lietuvos ir Suomijos vyrų (Suomijoje taip pat ir tarp nevedusių moterų). Aptardami tyrimo rezultatus, tyrėjai akcentuoja, kad nuo 1996 m. sunkių epizodinių išgėrimų dažnis Lietuvoje augo ir aukščiausiais dažnis buvo 2002 m. (t. y. paskutiniaisiais vertintais tyrimo metais).

Sunkių epizodinių išgėrimų dažniai buvo labai panašūs visose tirtose šalyse, taip pat buvo nustatyta, kad visose šalyse sunkių epizodinių išgėrimų dažniai nesiskyrė tarp amžiaus grupių vyrų tarpe, o moterų tarpe sunkių epizodinių išgėrimų buvo kur kas daugiau tarp jaunesnių moterų. Sunkūs epizodiniai išgėrimai buvo dažnesni tarp mažiau išsimokslinusių Estijos ir Latvijos vyrų bei tarp visų šalių mažiau išsimokslinusių moterų.

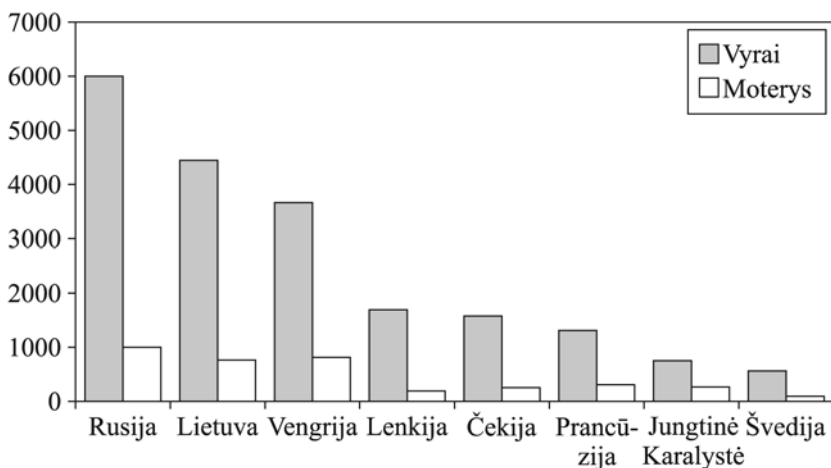
Rehm ir kt. (2007) [17] tyrime buvo apskaičiuota priešlaikinių mirčių dalis siejama su alkoholio vartojimu 8 Europos šalyse (Prancūzijoje, Švedijoje, Jungtinėje Karalystėje (JK), Čekijoje, Vengrijoje, Lietuvoje, Lenkijoje ir Rusijoje). Atsižvelgiant į alkoholio suvartojimą atskirose šalyse bei epidemiologiniuose tyrimuose nustatytus ryšius tarp alkoholio ir rizikos dėl alkoholio vartojimo išsivystyti įvairioms ligoms, buvo apskaičiuota bendra mirtingumo dalis priskiriama alkoholiui. Kai kurie susirgimai gali išsivystyti tik dėl alkoholio (alkoholinės psichozės, alkoholio sukeltos nervų degeneracijos, alkoholinė polineuropatija, alkoholinė kardiomiopatija, alkoholinis gastritas, alkoholinė kepenų liga, lėtinis alkoholinis pankreatitas) ir visos mirtys nuo šių būklių 100 proc. priskiriamos alkoholio sąlygotam mirtingumui.

Didesnė dalis ligų yra iš dalies sąlygojamos alkoholio (t. y. net ir nevartojančiams alkoholio gali išsivystyti šios ligos, bet alkoholio vartojimas didina riziką šioms ligoms atsirasti), todėl alkoholio sukeltam mirtingumui išskaičiuoti panaudoja alkoholiui priskiriama dalis (angl. *Alcohol attributable fractions* arba trumpiau APD) leidžianti, atsižvelgiant į atskirose šalyse nustatytą rizikingą alkoholio vartojimą, apskaičiuoti alkoholio sąlygotą dalį iš bendro registruotų mirčių skaičiaus. Šioms ligų grupėms priskiriama ne-

maža dalis piktybinių navikų, širdies ir kraujagyslių ligos, kepenų cirozės, nelaimingi atsitikimai, savižudybės ir smurtinės traumos.

Autorių skaičiavimais Lietuvoje 2002 m. alkoholio suvartojimas sudarė 17,2 l (vertinant legalų ir nelegalų) *per capita* ir tai sudarė didžiausią suvartojamo alkoholio kiekį, tenkantį vienam gyventojui, iš visų palygintų šalių. Antroje vietoje buvo Čekija – 17,0 l *per capita*, Rusija – 15,5 l, Vengrija – 14,9 l, Prancūzija – 14,5 l, Jungtinė Karalystė – 13,4 l, Lenkija – 11,7 l ir Švedija – 9,9 l. Tuo tarpu tyrėjų apskaičiuotas bendras alkoholio sąlygotas mirtingumas tarp vyrų didžiausias buvo Rusijoje – 29,0 mirtys tenkančios 10 000 gyventojų (20–64 metų grupėje), antroje vietoje atsidūrė Lietuva – 22,1 mirtys, toliau sekė Vengrija – 21,6, Čekija – 9,0, Lenkija – 8,7, Prancūzija – 7,5, Jungtinė Karalystė – 3,7 ir Švedija – 2,7 mirtys. Nors tarp moterų alkoholio vartojimo sąlygotas mirtingumas buvo mažesnis, tačiau šalių eiliškumas išsilaikė panašus: Lietuvai atsiduriant trečioje vietoje (4,1 mirtys per 10 000) po Rusijos (4,7 mirtys 10 000) ir Vengrijos (5,0 mirtys 10 000). Iš viso buvo apskaičiuota, kad 2002 m. dėl alkoholio vartojimo Lietuvoje mirė 9440 vyrai bei 3500 moterys.

Papildomai Rehm ir kt. (2007) tyrime parodomas ir mirčių pasiskirstymo proporcijos pagal dvi amžiaus grupes (20–44 ir 45–64 amžiaus grupės). Lietuvoje jaunų žmonių (20–44 metų amžiaus) mirtingumo proporcija buvo viena iš didžiausių tarp visų šalių – tiek tarp vyrų (sudaranti 38,4 proc. ir nusileidžianti tik Vengrijai, kur jaunų vyrų mirtingumo proporcija sudarė 39,4 proc.), tiek tarp moterų (didžiausia iš visų palygintų šalių ir sudaranti 21,4 proc.). Neatsitiktinai apskaičiavus alkoholio vartojimo sąlygotus prarastus gyvenimo metus Lietuva atsidūrė tarp šalių, kur alkoholio žala yra pati didžiausia. Lietuvoje ir Vengrijoje apskaičiuoti dėl alkoholio prarasto gyvenimo metų skaičiai buvo tarp 7 ir 9 kartų aukštesni nei Švedijoje (žr. 1.2.1 pav.).



**1.2.1 pav.** Dėl priešlaikinių mirčių prarasti gyvenimo metai 2002 m. (20–64 amžiaus grupės populiacijai tenkantys prarasti gyvenimo metai per 100 000 gyventojų). Šaltinis: Rehm ir kt. (2007)

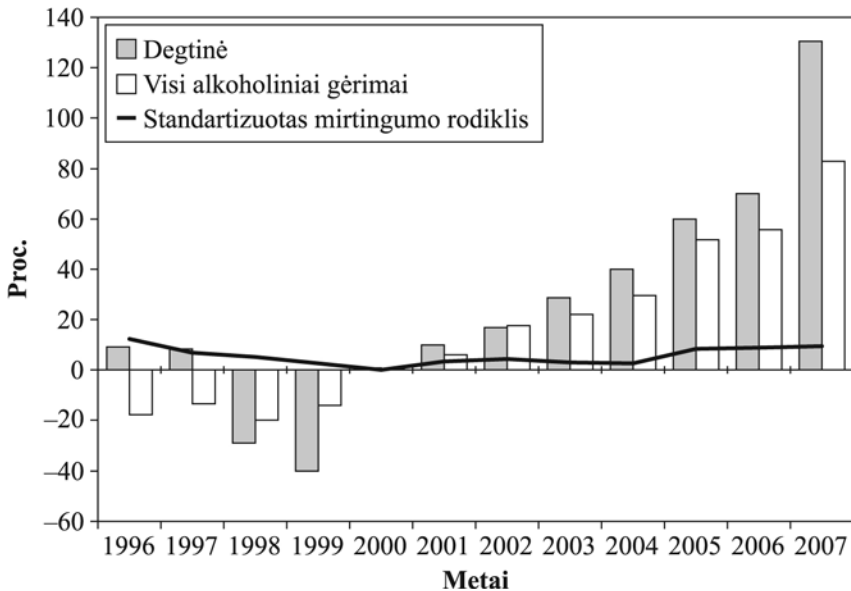
Grabauskas ir kt. (2009) [2] savo straipsnyje analizuoja gyventojų mirtingumo ryšį su alkoholinių gėrimų vartojimu. Tyrime akcentuojamas su alkoholio vartojimu siejamo mirtingumo didėjimas nuo 2000 iki 2007 m., o didžiausi standartizuotojo bendrojo mirtingumo rodiklių pokyčiai registruoti 2001 ir 2005 m. Nuo 2004 iki 2007 m. pastebėtas staigus mirtingumo Lietuvoje padidėjimas, kuris išaugo 4284 mirusiaisiais per metus (10,4 proc.).

Tyrėjams palyginus visus kiekvienų metų mirtingumo rodiklius tarp 2002–2004 ir 2005–2007 m. periodų, jie tarp lyginamų laikotarpių santykinai labiausiai padidėjo vidutinio (45–59 metų) ir senyvo (75 ir vyresnių) amžiaus grupėse. Tarp moterų mirtingumas labiausiai padidėjo senyvo amžiaus (75 ir vyresnių) grupėje (86 proc. viso mirčių prieaugio), o tarp vyrų – 45–59 metų grupėje (45 proc. viso prieaugio). Daugiau kaip pusė (53 proc.) viso bendrojo mirčių prieaugio atiteko senyvo amžiaus grupei, 33 proc. – vidutiniam amžiui, o tarpinei (60–74 metų) grupei atiteko tik 8 proc.

Tyrime įvertinus dešimt mirties priežasčių<sup>1</sup>, turėjusių didžiausią įtaką bendrojo mirtingumo padidėjimui 2002–2004 m. ir 2005–2007 m. laikotarpiu, nustatyta, kad didžiausia dalis bendrojo mirtingumo padidėjimo teko

<sup>1</sup> Dešimt tyrime vertintų mirties priežasčių: Lėtinė išeminė širdies liga (I25), smegenų infarktas (I63), alkoholinė kepenų liga (K70), kepenų cirozė ir fibrozė (K74), pneumonija, sukėlėjas nenustatytas (J18), kardiomiopatija (I42), Kitos staigios mirtys dėl neaiškios priežasties (R96-R99), hipertenzinė širdies liga (I11), intensyvaus natūralaus šalčio poveikis (X31), apsinuodijimai ir kitos žūtys, kai ketinimas nežinomas (Y10-Y34).

lėtinei išeminei širdies ligai (IŠL) ir smegenų infarktui (atitinkamai – 37,1 ir 11,9 proc.). Visos dešimt analizuojamų mirties priežasčių bendrai sudarė netoli 80 proc. viso bendro mirtingumo padidėjimo Lietuvoje lyginant 2002–2004 m. ir 2005–2007 m. laikotarpius. Apskritai mirčių nuo šių ligų padidėjimas sudarė 9555 mirtis, iš kurių, autorių skaičiavimais, 2639,8 (24,4 proc. nuo bendro mirtingumo padidėjimo) buvo sąlygotos alkoholio vartojimo, daugiau 2005–2007 m. laikotarpiu. Tyrėjų skaičiavimais, vien per 2007 m. alkoholio vartojimas galėjo sąlygoti 5760 mirtis (12,6 proc. viso tų metų mirtingumo).



**1.2.2 pav.** Santykinis alkoholio suvartojimas ir mirtingumas Lietuvoje (proc.) lyginant su 2000 m. Šaltinis: Grabauskas ir kt. (2009)

Aptardami mirtingumo didėjimo priežastis, tyrimo autoriai pabrėžia, kad degtinės ir kitų stipriųjų alkoholinių gėrimų gamyba, remiantis Lietuvos statistikos departamento duomenimis, įskaitant importą ir eksportą, 1999 m. buvo sumažėjusi apie 37 proc. lyginant su 1995 m. Narkotikų, tabako ir alkoholio kontrolės departamento (NTAKD) duomenimis, panašiai buvo sumažėjęs ir pardavimas (vartojimas) dėl padidėjusių mažmeninių kainų.

1.2.2 pav. iliustruojamas alkoholio vartojimo Lietuvoje lūžis įvykęs 2000 m. Dar 1999 m. buvo priimta LR Akcizų įstatymo pataisa, sumažinusi akcizo mokestį alkoholiui. Stipriesiems alkoholiniams gėrimams akcizas buvo sumažintas net 44 proc. nuo 0,54 iki 0,3 lito už 1 proc. tūrinės alkoholio koncentracijos litre gėrimo. Tai suteikė naują stimulą alkoholio gamybai ir pardavimui ir nulėmė alkoholio vartojimo didėjimą. 2000 m., lyginant su 1999 m., spiritinių gėrimų gamyba, įskaitant importą ir eksportą, padidėjo 60 proc., mažmeninės kainos sumažėjo 27 proc., pardavimas (vartojimas) padidėjo net 64 proc., lemdamas 16 proc. bendrojo alkoholio suvartojimo padidėjimą. 2000 m. buvo lūžio taškas, kuomet prieš tai Lietuvoje mažėjęs mirtingumas vien per 2001 m. išaugo 3,9 proc. Tyrimo autoriai taip pat pabrėžia, kad nuo 2005 iki 2007 m. vidutinės gyventojų pajamos didėjo maždaug po 20 proc., o alkoholio kaina kito labai nežymiai. Tai sąlygojo santykinės alkoholio kainos mažėjimą<sup>2</sup> [2].

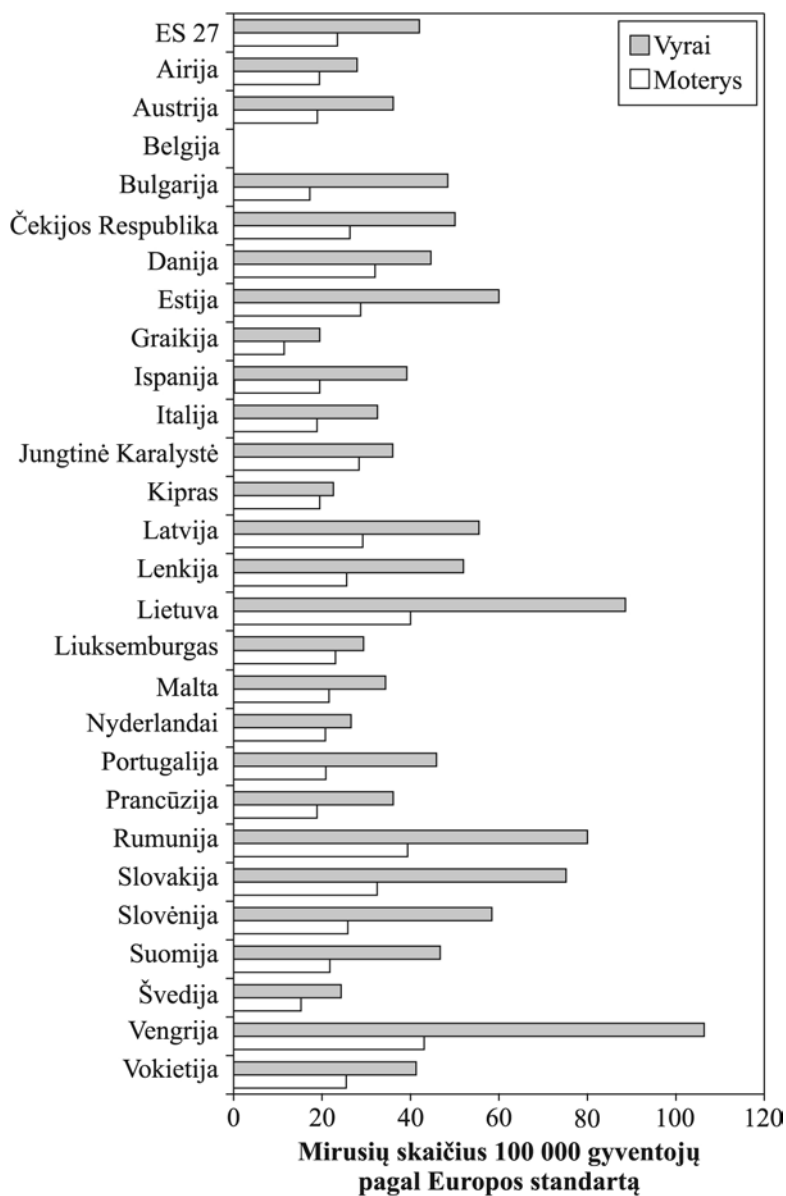
Labai panašios yra ir paskutiniųjų metų tendencijos, analizuojant sekuliarinius mirtingumo nuo alkoholinės kepenų ligos ir kepenų cirozės rodiklius, kurios atsispindi Poliakovienės ir Gurevičiaus (2010) [18] tyrime. Išanalizavus Lietuvos statistikos departamento duomenis, apimančius 1968–2007 m. intervalą, analizėje tarpusavyje palyginti 8 skirtingi periodai, suskirstyti į penkmečius. Sparčiausiai mirtingumas nuo kepenų cirozės ir alkoholinės kepenų ligos augo 1978–1982 m. ir būtent 2003–2007 m. intervalais (penkmečiais). Vyrų standartizuotas 100 000 gyventojų mirtingumo rodiklis nuo alkoholinės kepenų ligos tarp 1962–1972 m. ir 2003–2007 m. periodų padidėjo 24,63 karto (t. y. nuo  $1,1 \pm 0,14$  iki  $27,1 \pm 0,59$ ), o moterų net 30,33 karto (nuo  $0,3 \pm 0,07$  iki  $9,1 \pm 0,31$ ). Vyrų mirčių nuo kepenų cirozės per visą tiriamąjį laikotarpį padidėjo 3,65 karto, o moterų mirtingumas padidėjo 4,32 karto.

---

<sup>2</sup> Santykinė alkoholio kaina – tai alkoholinio gėrimo kiekis, kurį galima įsigyti už disponuojamas mėnesines pajamas. Kuo vidutinės mėnesinės gyventojų pajamos didesnės, o alkoholio kaina mažesnė, tuo mažesnė ir bendra santykinė alkoholio kaina.

Kupčinsko ir Šumskienės (2010) [19] tyrime detaliau analizuojama alkoholio vartojimo įtaka sergamumui ir mirtingumui nuo virškinimo sistemos ligų 2000–2007 m. Autoriai akcentuoja, kad mirtingumas nuo alkoholinės kepenų ligos ir kepenų cirozės nuo 2000 iki 2007 m. padidėjo 2,5–3 kartus. Pabrėžiama, kad lygiagrečiai didėjant mirtingumo rodikliams, smarkiai išaugo alkoholio suvartojimas. Autoriai remiasi Lietuvos statistikos departamento duomenimis ir atskleidžia, kad jei 2000 m. gryo alkoholio tenkančio vienam gyventojui per metus buvo suvartojama 9,9 l, tai 2007 m. šis rodiklis pasiekė 11,2 l.

Nors šiame tyrime taip pat akcentuojamos tokios pat didėjančios mirtingumo nuo alkoholinės kepenų ligos ir kepenų cirozės tendencijos kaip ir prieš tai aptartame Poliakovienės ir Gurevičiaus tyrime [18] atitinkamu periodu, tačiau Kupčinskas ir Šumskienė (2010) [19] papildomai palygina mirtingumą nuo virškinimo sistemos ligų (K00-K92) su kitomis ES šalimis 2006 m. (žr. 1.2.3 pav.). Matyti, kad Lietuvoje vyrų mirtingumo nuo virškinimo sistemos ligų skaičius 100 000 gyventojų pagal Europos standartą siekė 88,7 atvejus, o moterų – 40,0 atvejų. Didesnis mirtingumas nuo virškinimo sistemos ligų buvo nustatytas tik Vengrijoje. Autoriai pabrėžia, kad Europoje ir Šiaurės Amerikoje su alkoholio vartojimu susiję apie 50 proc. kepenų ligų, 30–40 proc. ūminio pankreatito ir 70 proc. lėtinio pankreatito atvejų, o Lietuvos pirmavimą pagal mirtingumą nuo virškinimo sistemos ligų sieja su dideliais suvartojamo alkoholio kiekiais Lietuvoje.



Šaltinis: Eurostato duomenų bazė (2008 m. spalio 30 d.)

**1.2.3 pav. Mirtingumas nuo virškinimo sistemos ligų (K00-K92) ES šalyse 2006 m. tenkantis 100 000 gyventojų.**

Šaltinis: Kupčinskas ir Šumskienė (2010)

Lunevičius ir kt. (2010) [20] analizavo eismo nelaimėse susižeidusių ar mirusių žmonių kaitą Lietuvoje 1998–2007 m. Duomenys buvo imti iš šešių duomenų bazių: Lietuvos statistikos departamento, Lietuvos kelių policijos duomenų bazės, Regitra duomenų bazės, Lietuvos kelių tarnybos, Detalios Europos mirtingumo duomenų bazės ir Lietuvos sveikatos informacijos centro. Mirtingumas eismo nelaimėse buvo analizuojamas remiantis TLK-10 kodavimu (V01-V99). Apskaičiuota, kad laikotarpyje nuo 1998 iki 2007 m., iš viso buvo registruoti 8751 eismo nelaimėse žuvę žmonės (vidutiniškai 875 žmonės per metus). Autoriams lyginant rodiklių kaitą tarp 1998 ir 2007 m., reikšmingų skirtumų tarp žuvusiųjų ir sužeistųjų skaičiaus nebuvo. Dažnio santykis (angl. *rate ratio*) būti sužeistam per eismo įvykį 1998 m. pakilo nuo 1,35 iki 1,38, 2007 m. Žūti eismo nelaimėje per eismo įvykį 1998 m. dažnio santykis buvo 0,16, o 2007 m. nukrito iki 0,13.

Analizuojant alkoholį kaip rizikos faktorių, buvo atlikta analizė, palyginant 1999 ir 2007 m. (duomenų apie alkoholį ir eismo nelaimės 1998 m. nebuvo). Vidutiniškai 34 proc. sužeistųjų (2898 atvejai per metus) bei 21 proc. žuvusiųjų (vidutiniškai 184 per metus) eismo nelaimėse buvo susieti su alkoholio vartojimu (teigiami alkoholio kiekio testai nelaimės metu). Palyginant su alkoholiu siejamų sužeistųjų ir mirusiųjų skaičius 1999 ir 2007 m. nebuvo nustatyta ženklų pokyčių. 1999 m. 35 proc. visų sužeistųjų eismo nelaimėse atvejų buvo siejami su alkoholiu, o 2007 m. šis rodiklis sumažėjo tik iki 34 proc. Tuo tarpu, žuvusiųjų skaičius siejamas su alkoholiu sumažėjo nuo 21 proc. 1999 m. iki 19 proc. 2007 m.

Astrauskienė ir Bulotaitė (2011) [21] savo tyrime siekė nustatyti Lietuvos gyventojų vairavimo apsvaigus nuo alkoholinio įpročius ir sąsajas su alkoholio vartojimo ypatumais. Pristatomi 2008 m. vykdyto tyrimo rezultatai, kurio metu buvo apklausti 4777 15–64 metų amžiaus nuolatiniai Lietuvos gyventojai. Respondentų buvo klausama, ar nors kartą gyvenime/nors kartą per pastaruosius metus/ nors kartą per pastarąsias 30 dienų jie vairavo neblaivūs.

Rezultatai parodė, kad 14,9 proc. 15–64 metų Lietuvos gyventojų bent kartą gyvenime yra vairavę neblaivūs. 5,1 proc. nurodė, kad neblaivūs vairavo per paskutinius 12 mėnesių, o 1,4 proc. – per paskutines 30 dienų. Vairavusių neblaiviam per paskutinius 12 mėnesių ar per paskutines 30 dienų, daugiausiai buvo jauniausioje, 15–24 metų, asmenų grupėje. Tyrimo rezultatai taip pat parodė, kad dažniau neblaivūs vairuoja tie asmenys, kurie alkoholį vartoja dažniau ir išgeria didesnius kiekius.



Veryga (2009) [1] savo straipsnyje pabrėžia akivaizdų alkoholio suvartojimo, alkoholio politikos ir visuomenės sveikatos rodiklių kaitos ryšį per 2008 ir 2009 m. Alkoholio suvartojimas ir su tuo siejamos problemos nuolat augo ir 2007 m. duomenimis, kuomet buvo pasiektas pikas, absoliutaus alkoholio per metus vienam gyventojui teko 14,3 litro (remiantis NTAKD duomenimis). Didėjantis alkoholio suvartojimas lėmė ir sveikatos rodiklių blogėjimą. 2007 m. tiesiogiai su alkoholio vartojimu susiję sveikatos sutrikimai per 100 000 gyventojų siekė 81,4 (alkoholio toksinis poveikis), 11,7 (ūmi alkoholio intoksikacija) ir 128,3 (alkoholinės psichozės) atvejus. Vis dėlto 2008 m. buvo priimti alkoholio reklamos apribojimai, padidintas alkoholinių gėrimų akcizas, o metų pabaigoje priimtos įstatymo pataisos, kuriomis buvo apribotas alkoholio prekybos laikas nuo 2009 m. Taip pat buvo panaikintos lengvatos smulkiems alaus gamintojams ir smarkiai sugriežtinta atsakomybė už vairavimą išgėrus.

2007 m.

Lietuva  
1548.74



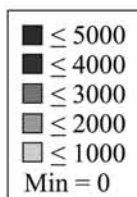
2008 m.

Lietuva  
1294.73



2009 m.

Lietuva  
871.82



*1.2.4 pav. Prarastų gyvenimo metų pokyčiai Lietuvoje 2007–2009 m. per 100 000 gyventojų.*

*Šaltinis: Vėryga ir kt. (2011)*

Vėliau įvertinus alkoholio vartojimo statistiką paaiškėjo, kad būtent 2008 m. pirmą kartą po Lietuvos sveikatos programos priėmimo sumažėjo alkoholinių gėrimų suvartojimas ir jei 2007 m. vienam gyventojui teko 14,3 litrų, tai 2008 m. – 13,2 litro absoliutaus alkoholio. Taip pat pradėjo gerėti ir su gyventojų sveikata siejami rodikliai. 2008 m. alkoholio toksinio poveikio atvejų 100 000 gyventojų mažėjo iki 72,5; ūmios alkoholio intoksikacijos atvejų mažėjo iki 11,3; o alkoholinių psichozių iki 113,8. Išverčiant šiuos skaičius į absoliučius skaičius: 2008 m. lyginant su 2007 m., alkoholio toksinio poveikio atvejų skaičius sumažėjo 315 atvejų (nuo 2749 iki 2434 atvejų), o alkoholinių psichozių atvejų skaičius sumažėjo 508 (nuo 4330 iki 3822).

Papildomai į palyginimą įtraukiant tuo metu autoriui prieinamus 2009 m. pirmo ketvirčio duomenis, alkoholio toksinio poveikio, ūminės alkoholinės intoksikacijos bei alkoholinių psichozių skaičius toliau ženkliai mažėjo ir buvo akivaizdu, kad gerėjančios situacijos tendencijos tęsėsi ir 2009 m.

Verygos ir kt. (2011) [22] tyrime analizuojami alkoholio suvartojimo 2007–2009 m. rodikliai bei apžvelgiami pagrindiniai PSO Lietuvos biuro užsakymu atlikto tyrimo rezultatai, įvertinant 2003–2009 m. nustatytų 100 proc. tik alkoholio<sup>3</sup> vartojimo sukeltų mirčių naštą Lietuvai, išreiškiant šią naštą prarastais potencialaus gyvenimo metais (angl. *Potential Years of Life Lost*, PPGM).

Buvo apskaičiuota, kad nuo 2003 iki 2009 m. šalies gyventojų prarandami gyvenimo metai kasmet augo ir piką pasiekė 2007 m., kuomet dėl alkoholio buvo prarasti 40655 gyvenimo metai (1548,74 prarasti gyvenimo metai per 100 000 gyventojų), o 2008 ir 2009 m. šis skaičius pradėjo mažėti ir sudarė atitinkamai 33897,5 (1294,73 per 100 000 gyventojų) ir 22700 (871,92 per 100 000 gyventojų).

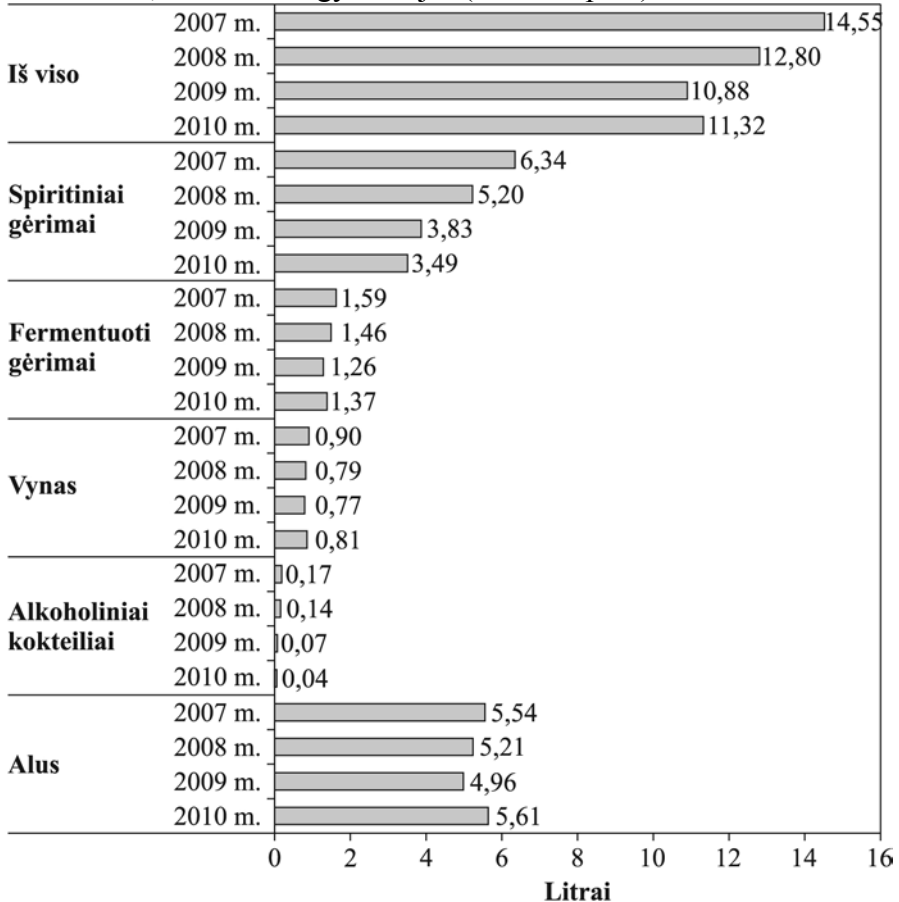
1.2.4 pav. iliustruojami apibendrinti alkoholio vartojimo sukeltų ligų naštos mažėjimo rezultatai ir netolygumų kaita savivaldybėse (kiekvienoje savivaldybėje registruotas mirtis nuo alkoholio sukeltų ligų išreiškiant atvejų skaičiumi per 100 000 gyventojų). Pabrėžiama, kad nors mirtingumo nuo alkoholio netolygumai egzistuoja tarp savivaldybių, tačiau bendros dėl

---

<sup>3</sup> 100 proc. alkoholio sukeltos ligos ir mirčių priežastys, kurios buvo registruojamos Lietuvos sveikatos rodiklių duomenų bazėse: Psichikos ir elgesio sutrikimai vartojant alkoholį (F10), Nervų sistemos degeneracija, sukelta alkoholio (G31.2), Alkoholinė polineuropatija (G62.1), Alkoholinė kardiomiopatija (I42.6), Alkoholinis gastritas (K29.2), Alkoholinė kepenų liga (K70), Lėtinis alkoholinis pankreatitas (K86.0), Atsitiktinis apsinuodijimas alkoholiu bei jo poveikis (X45), Apsinuodijimas alkoholiu bei jo poveikis, kai ketinimas nežinomas (Y15) [23, 24].

alkoholio prarastų gyvenimo metų naštos mažėjimas 2008 ir 2009 m. buvo pastebimas daugumoje savivaldybių.

Veryga ir kt. (2011) [22] daro prielaidą, kad šie prarastų gyvenimo metų dėl alkoholio sukeltų ligų pokyčiai yra glaudžiai susiję su alkoholio vartojimo mažėjimu, kuris, vertinant grynojo alkoholio suvartojimą litrais (remiantis NTAKD duomenimis), nuo 2007 iki 2009 m. sumažėjo atitinkamai nuo 14,55 l iki 10,88 l tenkančio vienam gyventojui per metus. Tiesa, 2010 m. duomenimis, pastebimas vėl padidėjęs suvartojamo alkoholio kiekis, sudarantis 11,32 l vienam gyventojui (žr. 1.2.5 pav.).



**1.2.5 pav.** Absoliutaus alkoholio kiekis litrais, tenkantis vienam gyventojui per metus atsižvelgiant į alkoholinių gėrimų rūšį.

Šaltinis: Veryga ir kt. (2011) ir NTAKD

Kito ir skirtingų gėrimų įnašas į bendrą absoliutaus alkoholio suvartojimo kiekį. Jei nuo 2007 iki 2009 m. labiausiai sumažėjo spiritinių gėrimų suvartojimas tiek absoliučiais, tiek santykiniais skaičiais (nuo 43,6 iki 35,2 proc. viso suvartoto absoliutaus alkoholio), tai alaus įnašo sumažėjimas absoliučiais skaičiais buvo nedidelis, o santykiniais skaičiais net padidėjo nuo 38,9 iki 45,6 proc. ir viršijo spiritinių gėrimų įnašą. 2010 m spiritinių gėrimų suvartojimas toliau mažėjo, o alaus suvartojimas ženkliai padidėjo, absoliučiais skaičiais net šiek tiek viršydamas 2007 m. lygį (žr. 1.2.6 pav.). Tai gali būti vienas iš paaiškinimų, kodėl apie litrą padidėjęs bendras alkoholio suvartojimas 2011 m., nesukėlė pakankamai ryškaus mirtingumo padidėjimo (remiamasi hipoteze, kad alaus žalojantis poveikis yra santykinai mažesnis negu degtinės, t. y. degtinės alkoholio žalos sumažėjimas kompensavo didesnio alaus alkoholio suvartojimo žalingą poveikį).

Radišauskas ir kt. (2011) [25] analizuoja netikslumus, diagnozuojant mirties priežastis nuo išeminės širdies ligos. Tyrėjai siekė išsiaiškinti, kiek mirties sertifikatuose nurodomų mirties priežasčių, tokių kaip išeminė širdies liga, iš tiesų yra klaidingos diagnozės, kurios turėjo būti įvardintos kaip mirties priežastys dėl toksinio alkoholio poveikio. Panaudojus Kauno išeminės širdies ligos registrą, apimančią 1993–2007 m. periodą, buvo atrinkti 3061 mirties atvejai 25–64 metų amžiaus asmenų grupėje, kurių mirties priežastis buvo išeminė širdies liga (iš jų 81,3 proc. – vyrai ir 18,7 proc. – moterys). 2467 (81 proc.) mirties atvejai buvo registruoti kaip įvykę ne ligoninėje, o iš šių atvejų analizuoti 1498 atvejai, kuomet buvo atliekama autopsija ir buvo atliekamas alkoholio kiekio kraujyje nustatymo testas (1119 atvejais, siekiant nustatyti alkoholio kiekį, buvo atliktas ir kraujo tyrimas, ir šlapimo tyrimas).

Tyrimo rezultatai parodė, kad išeminės širdies ligos diagnozė tarp ne ligoninėje mirusių pacientų pasitvirtino 75,6 proc. atvejų. Likusi dalis buvo perklasifikuota į kitas priežastis, iš kurių alkoholio sąlygotos mirtys sudarė 10,5 proc. Vertinant mirtis įvykusiais ligoninėje, pradinė išeminės širdies ligos diagnozė kaip mirties priežastis pasitvirtino 89,9 proc. atvejų. Bendrai įvertinant tiek ligoninėje, tiek ne ligoninėje registruotas mirtis nuo išeminės širdies ligos, 78,4 proc. atvejų diagnozė buvo patvirtinta, o 8,7 proc. atvejų buvo perkvalifikuoti kaip alkoholio sąlygotos mirtys. Iš visų ne ligoninėje mirusiųjų 50,3 proc. buvo nustatytas alkoholio buvimas kraujyje, o 18 proc. alkoholio koncentracija siekė arba viršijo 3,5 proc. Taip pat nustatyta, kad alkoholis mirusiųjų organizmuose dažniau buvo nustatomas žiemos mėnesiais bei savaitgaliais.

Jankauskienė (2009) [26] savo tyrime analizuoja ekonominės ir finansų krizės įtaką Lietuvos sveikatos sistemai. Buvo atlikta palyginamoji 2008–2009 m. sausio–birželio mėnesių analizė. Analizėje aptariama nemažai sveikatos priežiūros finansavimo aspektų, gyvenimo kokybės indikatorių pasikeitimo bei įvairūs politiniai sprendimai siejami su sveikata ar sveikatos draudimu. Pabrėžiama, kad krizės metu sveikatos priežiūroje buvo pastebimas kaštų persidalinimas bei didėjančios pacientų priemokos iš savo kišenės.

Aptardama to laikotarpio politinius sprendimus, autorė daug dėmesio skiria alkoholio ir tabako kontrolei. Griežtinant tabako kontrolę buvo keliami akcizo mokesčiai, pardavimų nepilnamečiams griežtinimas, uždrausta rūkyti kavinėse ir restoranuose.

Analizuojant alkoholio kontrolę teigiama, kad 2008 m., lyginant su 2007 m., buvo konfiskuota trečdaliu daugiau nelegaliai pagaminto alkoholio. Atkreipiamas dėmesys į nevyriausybinių organizacijų aktyvesnę veiklą priimant atitinkamus politinius sprendimus. Pabrėžiama, kad nuo 2008 m. įsigalioję politiniai alkoholio kontrolės sugriežtinimo sprendimai sumažino alkoholio suvartojimą lyginant su 2007 m. lygiu. Lygiagrečiai alkoholio paklausos sumažėjimui (per metus alkoholio pardavimai Lietuvoje sumažėjo 7,6 proc.), dėl 2008 m. padidinto akcizo mokesčio alkoholiui iš alkoholio pardavimų buvo surinkta 54 milijonais Lt daugiau nei 2007 m., o tai sudarė 5,2 proc. padidėjusiais valstybės pajamas iš akcizų.

Sugriežtinus atsakomybę už vairavimą esant neblaiviam, sumažėjo eismo nelaimių, sąlygotų alkoholio vartojimo. Autorė pateikia 2000 ir 2008 m. palyginimą: jei 2000 m. iš visų eismo nelaimių alkoholio vartojimas sąlygojo 18,4 proc. eismo įvykių, tai 2008 m. ši dalis sumažėjo iki 12,2 proc. eismo įvykių.

Apibendrinama politinių ir ekonominių aspektų, siejamų su alkoholio ir tabako prevencija, dalį autorė teigia, kad nors didesnis alkoholio apmokestinimas ir kiti alkoholio politikos griežtinimo sprendimai davė labai gerų rezultatų tiek sumažinant vartojimą, tiek padidinant akcizų pajamas, Lietuvoje alkoholio suvartojimas išlieka beveik dvigubai didesnis nei PSO rekomenduojamas saugus alkoholio suvartojimo lygis. Autorė taip pat pabrėžia, kad jeigu nebūtų priimti alkoholio ir tabako politiką sugriežtinę įstatymai, tai ekonominės ir finansų krizės metu, tikėtina, būtų ženkliai pakilęs alkoholinių gėrimų ir tabako vartojimas.

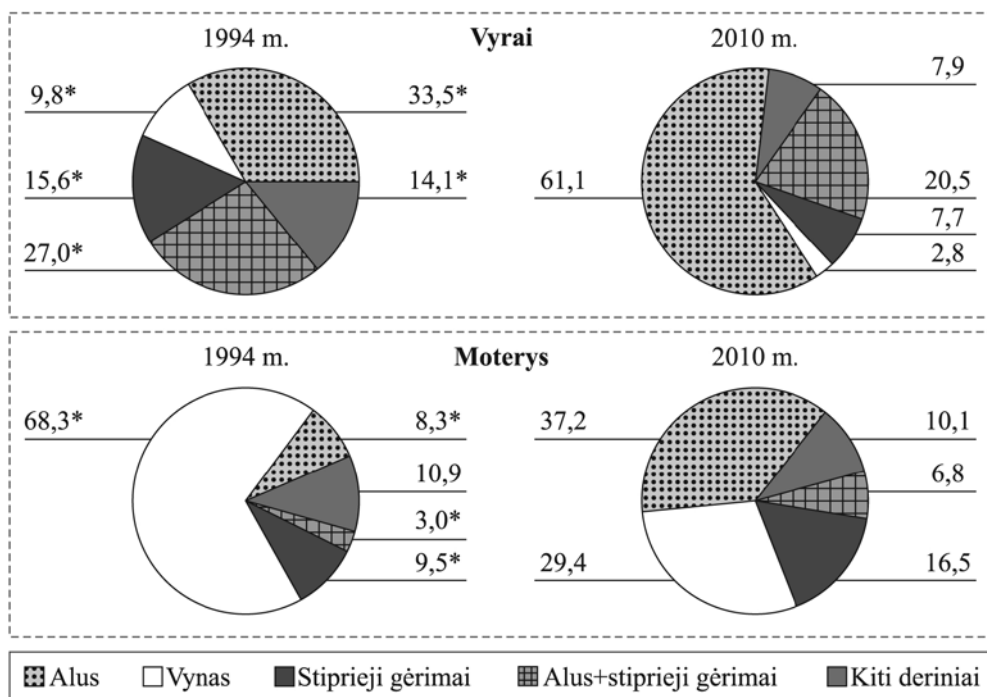
Klumbienė ir kt. (2012) [27] pristato naujausius FINBALT (2010 m.) tyrimo duomenis ir pateikia alkoholio vartojimo tarp vyrų ir moterų palygi-

nimą 1994–2010 metais. Tyrimo metu buvo apklausiami 20–64 metų respondentai. Alkoholio suvartojimas buvo vertinamas anketinėje (paštu siunčiamoje) apklausoje užduodant klausimą: „Kiek taurių ar butelių atskirų gėrimo rūšių išgėrėte per pastarąją savaitę (7 dienas)?“. Respondentai atskirai turėjo pateikti informaciją apie išgertą vyną, alų bei stiprų alkoholį. Iš šių atsakymų buvo apskaičiuojamas alkoholio suvartojimas kas savaitę standartiniais alkoholio vienetais.

Atskirų alkoholinių gėrimų (ar gėrimų derinių) vartojimo dažnis per pastarąją savaitę yra apibendrinamas 1.2.6 pav. 1994 m. tik apie trečdalį vyrų (33,5 proc.) ir 8,3 proc. moterų vartojo alų, tuo tarpu 2010 m. šis skaičius padidėjo maždaug du kartus tarp vyrų ir daugiau kaip keturis kartus tarp moterų. Nuo 1994 iki 2010 m. buvo pastebimas ryškus vyno vartojimo dažnio sumažėjimas tiek tarp vyrų, tiek tarp moterų. Stipraus alkoholio suvartojimas sumažėjo tarp vyrų, tačiau išaugo tarp moterų.

Reguliarus stipriųjų alkoholinių gėrimų ir alaus vartojimas buvo dažnesnis tarp vyrų, nei tarp moterų per visus tyrimus nuo 1994 iki 2010 m. (2010 m. stipriuosius gėrimus per pastarąją savaitę vartojo 23,6 proc. vyrų, o moterų – 8,8 proc., vyną – 8,2 proc. vyrų ir 8,6 proc. moterų, alų – 51,1 proc. vyrų ir 12,2 proc. moterų). 2010 m., vertinant proporcijas pagal suvartojamą stiprų alkoholį, buvo nustatyta, kad lyginant 1994 ir 2000 m. stipriųjų gėrimų vartojimas statistiškai reikšmingai sumažėjo. Tarp moterų reguliarus stipriųjų gėrimų vartojimas augo nuo 1994 iki 2000 m., tačiau vėliau išliko stabilus.

Apibendrinami visus tyrimo rezultatus, tyrėjai teigia, kad reguliariai alkoholį vartojančių respondentų proporcijos nuo 1994 m. iki 2006–2008 m. buvo stabilios arba didėjo, o mažėjo nuo 2008 m. iki 2010 m., tačiau alkoholio suvartojimo kiekiai tarp reguliariai išgeriančių asmenų išliko tokie patys. Reguliariai alkoholinius gėrimus vartojo jaunesnio amžiaus, mieste gyvenančios ir turinčios aukštesnį išsilavinimą moterys. Reguliarus stipriųjų gėrimų vartojimas tarp vyrų yra siejamas su vyresniu amžiumi, vyno vartojimas – su aukštesniu išsilavinimu, o alus – su jaunesnio amžiaus, miestuose gyvenančiais bei gyvenančiais santuokoje vyrais. Vis dėlto aptardami tyrimo rezultatus, autoriai pabrėžia, kad nors ir galima teigti, kad alkoholio vartojimas Lietuvoje yra probleminis, tačiau tokiuose tyrimuose, kuomet respondentų klausiama, kiek jie išgeria, yra didelė tikimybė, kad respondentai nurodo per mažus kiekius, o daug alkoholio vartojantys asmenys mažiau linkę užpildyti tokias anketas.



**1.2.6 pav.** Alkoholinių gėrimų, vartotų atskirai arba derinyje (geriant skirtingus gėrimus) bent kartą per savaitę, proporcijos palyginant 1994 ir 2010 m. (\* $p < 0,05$ , palyginant su 2010 m.).

Šaltinis: Klumbienė ir kt. (2012)

Šumskas ir kt. (2012) [28] aprašo 1994–2010 m. HBSC tyrimo rezultatus. Bendrai įvertinant 11, 13 ir 15 metų moksleivių alkoholio vartojimo pokyčius nustatyta, kad jei 1994 m. kas savaitę alkoholį vartojo 9,6 proc. berniukų ir 4,3 proc. mergaičių, tai 2010 m. – 12,9 proc. berniukų ir 7,9 proc. mergaičių. Bent kartą pasigėrę 1994 m. buvo 9,7 proc. berniukų ir 5,7 proc. mergaičių, 2010 m. – 27,4 proc. berniukų ir 22 proc. mergaičių. Nors 2002, 2006 ir 2010 m. buvo pastebimas nežymus alkoholio vartojimo ir pasigėrimo procento mažėjimas, tačiau, autoriai daro išvadą, kad alkoholio, tabako ir nelegalių narkotikų vartojimas moksleivių tarpe ženkliai išaugo Lietuvai tvirčiau pereinant į laisvosios rinkos ekonomiką.

Landberg (2012) [29] savo tyrime dar kartą patvirtino skirtingų gėrimų gradientų egzistavimą. Tyrime buvo analizuoti 5 šalių (Švedijos, Estijos, Latvijos, Lietuvos ir Italijos) gyventojų apklausos metu gauti alkoholio suvartojimo ir alkoholio vartojimo sąlygojamų neigiamų pasekmių rezultatai



(kiekvienoje šalyje apklausti po maždaug 1000 žmonių). Panaudojant rizikos kreivių analizę (angl. *risk-curve analysis*) nustatė, kad Švedijos ir trijų Baltijos šalių respondentai vartodami daugiau alkoholio turi didesnę riziką patirti neigiamas alkoholio vartojimo pasekmes nei Italijos gyventojai. Baltijos šalių rezultatai nebuvo visiškai homogeniški, nes Švedijos, Estijos ir Latvijos modelio įverčiai buvo ženkliai didesni nei Italijos, tuo tarpu Lietuvos įverčiai reikšmingai nesiskyrė nuo Italijos. Vis dėl to alkoholio vartojimo kiekio ir žalos ryšys yra akivaizdus visose šalyse, tačiau alkoholio suvartojimo ir žalos santykis Italijoje yra žymiai mažesnis nei Švedijoje ir Baltijos šalyse.

Sauliūnė ir kt. [30] vertino alkoholio kontrolės politikos efektą pasi-  
baigus „blaivybės metams“, kurie oficialiai buvo paskelbti 2008 m. Tyrime buvo analizuoti mirčių nuo traumų pokyčiai (TLK-10 kodai V01-Y98) 15–64 metų Lietuvos gyventojų tarpe. Standartizuoti mirtingumo rodikliai buvo išreikšti PPGM 100 000 gyventojų ir alkoholio vartojimo sąlygoti PPGM 2009 m. sudarė 2285,6 tenkančius 100 000 gyventojų. Autorių teigimu, nuo 2006 m. iki 2009 m. alkoholio vartojimo sąlygotų traumų sumažėjo 16,3 proc., o alkoholio vartojimo sąlygotų eismo nelaimių net 51,2 proc., tačiau padaugėjo su alkoholio vartojimu siejamų savižudybių vyrų tarpe. Vidutiniškai kiekvienas miręs asmuo dėl priešlaikinių alkoholio vartojimo sąlygotų mirčių prarado 21,2 gyvenimo metus. Apibendrinami tyrimo rezultatus, autoriai akcentuoja, kad veiksminga alkoholio kontrolės politika, įgyvendinta studijos periodu, davė teigiamą poveikį, o veiksmingos alkoholio kontrolės politikos priemonės turėtų būti toliau plėtojamos.

Everatt ir kt. [31,32] dviejose publikacijose aprašo 30 metų trukmės tyrimo rezultatus. Iš viso tyrimo kohortą sudarė 7150 vyrai gyvenantys Kaune, iš kurių 1698 vyrams 1978–2008 m. laikotarpiu buvo nustatyta onkologinė liga. Tyrimo autoriai nustatė aiškų ryšį tarp alkoholio kiekio (lyginant suvartojusius daugiau kaip 140 g/sav. ir iki 10 g/sav. gryno alkoholio) ir padidėjusios rizikos išsivystyti vėžiui (pvz., alkoholio sąlygojamam vėžio išsivystymui žalos santykis = 1,88; 95 proc. PI 1,25, 2,85).

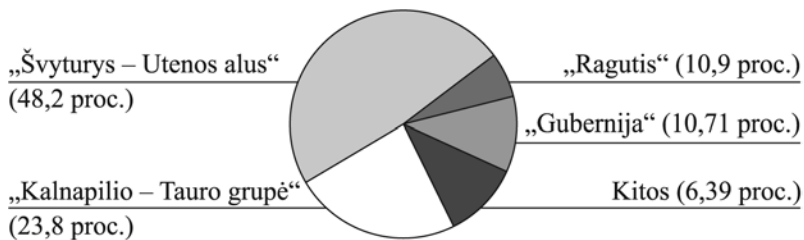
Lyginant retkarčiais vartojusius alkoholį (kelis kartus per metus) su gėrusiais 2–7 kartus per savaitę, pastariesiems buvo nustatyta didesnė rizika vėžio išsivystymui. Tyrimo autoriai nurodo, kad bendrą vėžio išsivystymo riziką alkoholio vartojimas padidina 13 proc., viršutinio virškinamojo trakto – 35 proc., alkoholio vartojimo sąlygojamo vėžio riziką padidina 22 proc., kitų vėžio atvejų – 10 proc.

### 1.3. Alkoholio vartojimo epidemiologija, politika ir ekonomika: Lietuvos atspindys magistro darbuose

Bertašiūtė (2007) [33] savo magistriniame darbe analizuoja Lietuvos alaus ir stipriųjų gėrimų rinkos dinamiką. Darbas buvo apgintas Mykolo Riomerio universitete (MRU), ekonomikos ir finansų valdymo fakulteto Bankininkystės ir investicijų katedroje. Darbe daugiausiai analizuotos 2000–2005 m. rinkos tendencijos.

Autorė pateikia rodiklius, kaip vertinamu intervalu keitėsi Lietuvoje pagaminamų alkoholinių gėrimų dinamika ir nurodo, kad nuo 2000 iki 2005 m. Lietuvoje kiekvienais metais buvo pagaminama vis daugiau alkoholinių gėrimų. 2005 m. stipriųjų gėrimų gamyba išaugo 15 proc. iki 1,2 mln. dekalitų, perskaičiuotų į absoliutų (100 proc.) alkoholį per metus, tačiau 4 proc. sumažėjo brendžio, 32 proc. viskio ir 28 proc. džino gamyba. Per šį laikotarpį visų rūšių silpnų neputojančių vynų gamyba išaugo 22 proc. (2000 m. jų buvo pagaminta 1,5 mln. dekalitų, 2004 m. – 1,9 mln. dekalitų) ir 2005 m. sudarė 2,3 mln. dekalitų. Kaip ir visais kitais metais, taip ir 2005 m., daugiausiai Lietuvoje buvo pagaminta alaus – 29 mln. dekalitų, palyginti su 2004 m., jo gamyba padidėjo 7,6 proc.

Pagrindiniai alaus gamintojai ir jų užimama Lietuvos rinkos dalis iliustruojami 1.3.1 pav. Remiantis Lietuvos aludarių asociacijos duomenimis, vidaus alaus rinka 2005 m., palyginti su 2004 m., išaugo 4,5 proc. – nuo 24,592 mln. iki 25,688 mln. dekalitų alaus. Taip pat pabrėžiama, kad reali Lietuvos alaus rinka yra dar didesnė, kadangi joje veikia apie 90 bendrovių, be to, rinkoje parduodamas ir importuojamas alus.



1.3.1 pav. Alaus rinkos pasidalijimas tarp alaus gamintojų 2005 m. (proc.).

Šaltinis: Bertašiūtė (2007)

2000–2005 m., augant visai alkoholinių gėrimų rinkai, didėjo ir įvežamo į Lietuvą bei išvežamo alkoholio kiekiai. Tyrime įvardinama, kad daugiausia alkoholio eksportuoja didžiosios gėrimų gamyklos, o importinių alkoholinių gėrimų daugiausia įveža 5 pagrindiniai importuotojai: UAB „Mineraliniai vandenys“, UAB „Bennet Distributors“, UAB „Vilniaus kooperacijos prekyba“, UAB „L.I.O.N. gėrimai“ ir UAB „Norfa“.

Bertašiūtė (2007) nurodo, kad 2005 m. alkoholinių gėrimų importas į Lietuvą išaugo 39,7 proc., lyginant su 2004 m. Stipriųjų alkoholinių gėrimų (degtinė, konjakas, brendis, trauktinė, likeris, viskis, romas, džinas) importas nuo 2000 m. iki 2005 m. išaugo daugiau nei penkis kartus: jei 2000 m. į Lietuvą buvo atvežama 154 tūkst. dekalitrų stiprių gėrimų, tai 2005 m. jų buvo atvežta apie 870 tūkst. dekalitrų.

Apžvelgiant alkoholinių gėrimų importą į Lietuvą, taip pat buvo detaliau aptarta ir alkoholio kontrabanda. 1995 m. Lietuvos pasienyje buvo sulaikyta 13,62 tūkst. dekalitrų kontrabandinio alkoholio, daugiausia, kaip ir visais kitais metais, kontrabandos sulaikyta pasienyje su Baltarusija, o mažiausiai su Lenkija. 1995 m. buvo sulaikyta 13,62 tūkst. dekalitrų kontrabandinio alkoholio, 1996 m. – 12,91 tūkst. dekalitrų, o 1997 m. – 3,93 tūkst. dekalitrų. Nuo 1995 iki 1997 m. sulaikomo kontrabandinio alkoholio kiekis mažėjo, o vėliau truputį padidėjo.

1999 m. spalio mėn. Lietuvos Respublikos Vyriausybei sumažinus alkoholio akcizo tarifus, dvigubai (nuo 379 iki 194) sumažėjo išaiškintų alkoholio kontrabandos atvejų. Apibendrinama alkoholio kontrabandos kaitą autorė teigia, kad, pagal turimus duomenis, alkoholio kontrabanda nuo 1995 m. labai smarkiai sumažėjo, o pagrindines to priežastis įvardina – alkoholio gamyklų privatizavimą ir alkoholinių gėrimų kainų sumažėjimą.

Alkoholinių gėrimų eksportas per pastaruosius metus taip pat išaugo. 2000 m. iš Lietuvos buvo išvežama 148 tūkst. dekalitrų, o 2005 m. – apie 1996 tūkst. dekalitrų. Iš viso eksportas išaugo daugiau nei trylika kartų. Daugiausia buvo eksportuojama alaus: jo eksportas per šį laikotarpį išaugo 15,5 karto. Antroje vietoje – vynas, kurio eksportas 2000 m. siekė 16 tūkst., o 2005 m. – 215 tūkst. dekalitrų. Stipriųjų alkoholinių gėrimų eksportas padidėjo apie 8 kartus, o putojančių gėrimų – 7 kartus. 2003 m. buvo smarkiai sumažėjęs alaus ir vyno eksportas, tačiau Lietuvai įstojus į ES vėl išaugo.

Magistro darbe taip pat palyginamos alkoholinių gėrimų vartojimo tendencijos tarp skirtingų šalių, įvertinamos alkoholio vartojimo pasekmės Lietuvoje bei analizuojama alkoholio kontrolę reglamentuojanti teisinė bazė. Apibendrinama savo darbo rezultatus Bertašiūtė (2007) išskiria, kad Lietu-

va priskiriama aukščiausiai rizikos grupei Europoje pagal suvartojamo alkoholio kiekį, (2005 m., remiantis Lietuvos statistikos departamento duomenimis, suvartojamo alkoholio kiekis sudarė 10,71 gryo alkoholio vienam gyventojui per metus), todėl valstybė patiria sunkias socialines, medicininės ir teisines pasekmes.

Magistrinio darbo išvadose pabrėžiama, kad aukšto alkoholio suvartojimo problema yra sąlygojama nepakankamai griežtos alkoholio kontrolės politikos Lietuvoje, sumažėjusios alkoholio kainos bei gėrimo tradicijų. Pabrėžiama, kad alkoholinių gėrimų kaina nuo 2000 iki 2005 m. sumažėjo apie 19 proc., o disponuojamos piniginių pajamos vienam namų ūkio nariui per mėnesį išaugo – 47 proc.

Gaižaitytė (2007) [34] savo magistriniame darbe analizuoja Valstybinės alkoholio ir tabako kontrolės tarnybos<sup>4</sup> (VTAKT) kompetenciją ir veiklos praktiką. Magistro darbas buvo apgintas Vilniaus universiteto (VU) Teisės fakulteto Konstitucinės ir administracinės teisės katedroje.

VTAKT pagrindiniai uždaviniai – valstybės alkoholio ir tabako kontrolės politikos įgyvendinimas, teisės aktų laikymosi kontrolė ir veiklos, susijusios su tabaku ir alkoholiu, licencijavimas. Magistriniame darbe pateikiamas šių VTAKT funkcijų turinys bei jų įgyvendinimo praktika. Darbe aptariamos pagrindinės problemos, su kuriomis, atlikdama savo funkcijas, susidurdavo VTAKT ir pateikiami pagrindiniai VTAKT veiklos kritikos argumentai (pvz., skiria per dideles baudas, neatsižvelgia į atsakomybę lengvinančias aplinkybes ir pan.). Analizuojant Lietuvos Vyriausiojo Administracinio Teismo nutartis, darbe aptariamas VTAKT sprendimų ginčijimas. Analizuojami Tarnybos sprendimai, susiję su alkoholio ir tabako reklamai taikomais reikalavimais, reikalavimu turėti licenciją ir alkoholio ar tabako produktų įsigijimo dokumentus, kitais teisės aktuose nustatytais reikalavimais. Darbe taip pat aptariama dvigubo nubaudimo už tą patį pažeidimą problema.

Apibendrinama visas savo darbo išvadas autorė teigia, kad nors suinteresuoti asmenys (daugiausia verslo subjektai) VTAKT veiklos praktiką (iš esmės baudų skyrimą) kritikuoja ir netgi siūlo šią valstybinę instituciją iš viso panaikinti, VTAKT yra reikalinga kaip specializuota valstybės kontrolės institucija, prižiūrinti visuomenės interesų požiūriu labai svarbių Lietuvos Respublikos įstatymų reikalavimų laikymąsi.

Atskirai vertinant šio magistrinio darbo rezultatus svarbu pabrėžti, kad nuo 2011 m. balandžio 1 d. VTAKT buvo reorganizuotas. VTAKT sujungus

---

<sup>4</sup> VTAKT reorganizuota į Narkotikų tabako ir alkoholio kontrolės departamentą (NTAKD).

su Narkotikų kontrolės departamentu prie Vidaus reikalų ministerijos, dabartinė VTAKT funkcijas perėmusi institucija vadinasi Narkotikų, tabako ir alkoholio kontrolės departamentu (NTAKD).

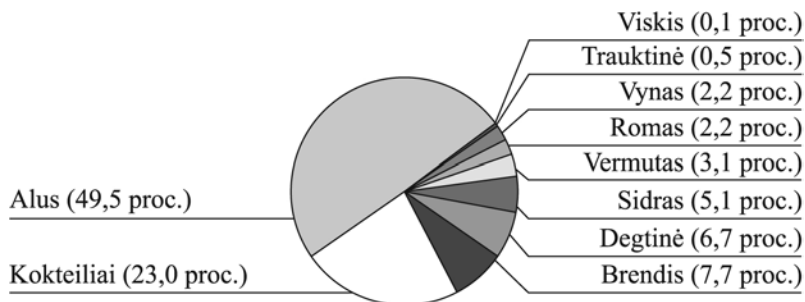
Maknavičiūtė (2008) [35] magistriniame darbe analizuoja alkoholinių gėrimų reklamos situaciją Lietuvoje. Darbas buvo apgintas Kauno medicinos universiteto Visuomenės sveikatos fakulteto Profilaktinės medicinos katedroje. Darbo tikslas buvo išanalizuoti alkoholinių gėrimų reklamos situaciją Lietuvoje bei gyventojų požiūrį į jos draudimą.

Tyrimo metodika buvo paremta 2007 m. rugsėjo mėn. alkoholinių gėrimų reklamos monitoringo duomenų analize (Reprezentatyvi anketinė Lietuvos gyventojų apklausa tiesioginio interviu būdu, apklausti 1104 15–74 metų amžiaus nuolatiniai Lietuvos gyventojai). Taip pat buvo analizuojama alkoholinių gėrimų reklamos atitikimas įstatyminei bazei bei atliktas kokybinis moksleivių nuomonės tyrimas.

Lyginant televizijos, spaudos, radijo bei lauko reklamą, paaiškėjo, kad daugiausiai alkoholinių gėrimų reklamų 2007 m. rugsėjo mėnesį buvo televizijoje (iš viso 4380 reklamos), kai tuo tarpu kitose priemonėse tokių reklamų buvo kur kas mažiau (lauko reklama – 300, spauda – 187, radijas – 67 reklamos). Televizijos pasiekta suminė bendroji auditorija rugsėjo mėn. buvo beveik 12000 žiūrovų, kai tuo tarpu spaudos – nesiekė 1700 skaitytojų, o radijo – 181 klausytojų. Neatsitiktinai daugiausiai pinigų rugsėjo mėn. buvo išleista reklamai televizijoje (8 619 768 Lt). Alkoholinių gėrimų reklama spaudoje kainavo 1 086 203 Lt, internete – 126 432 Lt, lauko reklama – 56 711 Lt, radijo reklama – 17 424 Lt.

2007 m. rugsėjo mėnesį alkoholinių gėrimų reklamą televizija parodė 4380 kartų. Alkoholinių gėrimų reklamos truko 88805 sekundžių ir tai yra beveik 25 valandos. Tai sudarė 8 619 768 Lt Gross išlaidų ir buvo pasiekta suminė bendroji auditorija 11694 žiūrovai. Savaitgaliais buvo parodyta 1813 alkoholinių gėrimų reklamų, darbo dienomis – 2567 reklamos. Vidutiniškai per dieną savaitgalio dienomis buvo rodoma 181 reklama, o darbo dienomis – 128 alkoholinių gėrimų reklamos. Vidutiniškai reklamos buvo rodomos 65 minutes ir 42 minutes per dieną. Savaitgaliais reklamų rodyta daugiau, nes daugiau žmonių visą dieną gali praleisti žiūrėdami televiziją. 2007 m. rugsėjo mėnesį ir pagal 2002 m. sausio–kovo mėn. tyrimų duomenis („SIC Gallup Media“), alus yra vienas iš labiausiai reklamuojamų produktų ne tik televizijoje, bet ir spaudoje, radijuje ir lauko reklamoje. 2007 m. rugsėjo mėn. alkoholinių kokteilių reklamos buvo parodytos 996 kartus, alaus – 2139 kartus, brendžio – 332, degtinės – 288, putojančių vynų –

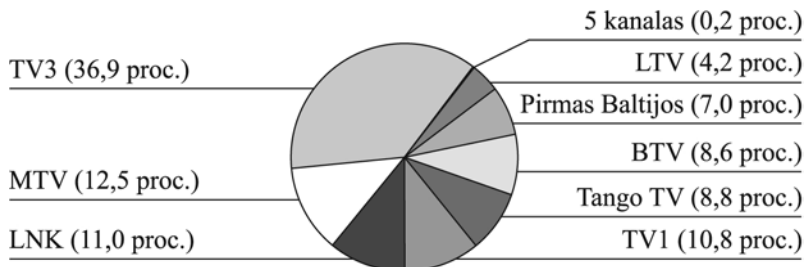
58, romo – 94, sidro – 220, trauktinių – 21, vermuto – 133, viskio – 6, vynu – 93 kartus (žr. 1.3.2 pav.).



**1.3.2 pav.** Alkoholinių gėrimų reklamų pasiskirstymas televizijoje pagal rodytų reklamų skaičių.

Šaltinis: Maknavičiūtė (2008)

Daugiausiai alkoholiniu gėrimų reklamų parodė „TV3“ kanalas (rugsėjo mėn. parodė 1618 alkoholinių gėrimų reklamų). Per „TV3“ buvo parodytos 1035 alaus reklamos, 135 alkoholinių kokteilių, 35 brendžio, 84 degtinės, 58 putojančių vynu, 36 romo, 2 trauktinių, 132 vermuto, 6 viskio, 93 vynu reklamos. Dažniausiai reklamuojami prekės ženklai – „Bacardi Martini“, „Švyturys – Utenos alus“, „Stumbras“, „Concha Y Toro“, „Alita“, „Latvijas Balzams“, „William Grants&Sons“, „Kalnapilio – Tauro grupė“, „Togni“, „Vilniaus degtinė“. Alkoholio reklamų pasiskirstymas pagal televizijas iliustruojamas 1.3.3 pav.



**1.3.3 pav.** Alkoholinių gėrimų reklamų pasiskirstymas televizijoje pagal televizijos kanalus.

Šaltinis: Maknavičiūtė (2008)

Magistriniame darbe taip pat pristatomi 2007 m. spalio mėnesį atlikto viešosios nuomonės tyrimo rezultatai. Respondentams buvo užduotas klausimas: „Ar pritartumėte alkoholinių gėrimų reklamos draudimui?“. Šio tyrimo metu buvo apklausti 1104 15–74 m. nuolatiniai Lietuvos gyventojai. Autorė taip pat pabrėžia, kad tuo metu kai buvo atliekama apklausa viešoje erdvėje vyko diskusijos dėl alkoholinių gėrimų reklamos uždraudimo. Buvo plačiai skelbiama, kad dėl reklamos apribojimo nebus tiesiogiai transliuojamos krepšinio varžybos televizijoje, kad gamintojai sumažins paramą sportui ir kultūrai. Nepaisant to alkoholinių gėrimų reklamos draudimui pritarė beveik pusė visų respondentų (47 proc.). Beveik 31 proc. respondentų draudimui nepritarė, o 22 proc. apklaustųjų apie draudimą neturėjo nuomonės.

Kokybiniame moksleivių nuomonės tyrime dalyvavo 32 penktų-dvylik-tų klasių moksleiviai (16 berniukų ir 16 mergaičių). Išanalizavus duomenis paaiškėjo, kad visi apklaustieji moksleiviai nurodė matę visokių alkoholinių gėrimų reklamas. Stipriųjų alkoholinių gėrimų reklamą matė 56 proc. tyrime dalyvavusiu moksleivių (nors ji televizijoje ribojama), o 44 proc. apklaustųjų nurodė stipriųjų alkoholinių gėrimų reklamas matę spaudoje. 84 proc. apklausoje dalyvavusių moksleivių nurodė, kad jiems nepatinka alkoholinių gėrimų reklamos. Labiausiai reklamuojamų gėrimų (alaus ir sidro) moksleiviai nelaikė tikrais alkoholiniais gėrimais: moksleiviai teigė, kad tai silpni, nepavojingi sveikatai gėrimai, skirti jaunimui atsipalaiduoti.

Apibendrindama magistrinio darbo rezultatus ir išvadas, autorė teigia, kad pagrindinės temos reklamuojant alkoholį – tai netiesioginis alkoholinių gėrimų siejimas su gero gyvenimo įvaizdžiu, linksmybėmis, sportu, sėkme, padidintu seksualiniu aktyvumu, prestižu bei socialine gerove. Taip pat išvados nurodoma, jog alkoholinių gėrimų reklamos rodomos ir vaikams skirtų laidų metu. Alkoholis reklamose pateikiamas kaip normali ir būtina gyvenimo dalis, o ne kaip sveikatai pavojingas produktas. Tokiu būdu formuojamas teigiamas jaunimo požiūris į alkoholinių gėrimų vartojimą. Pabrėžiama, kad tai prieštarauja pagrindinėms Alkoholio kontrolės įstatymo nuostatoms.

Genytė (2008) [36] analizuoja alkoholio kontrolės įstatymo pataisų diskursą žiniasklaidoje. Magistro baigiamasis darbas apgintas Vytauto Didžiojo universitete (VDU) Socialinių mokslų fakulteto Sociologijos katedroje.

Magistriniame darbe buvo pasirinkti du Lietuvos dienraščiai: „Lietuvos rytas“ ir „Respublika“. Analizuojant straipsnius šiuose žurnaluose buvo atlikta kiekybinė bei kokybinė dienraščių publikacijų Alkoholio kontrolės

įstatymo pataisų temos diskurso analizė. Duomenys buvo rinkti 2008 m. vasario–balandžio mėnesiais. Iš viso buvo surinktas 51 straipsnis, 4 viešieji kreipiniai į Lietuvos Respublikos Prezidentą, viena karikatūra.

Autorė teigia, kad ne tik dienraščių redaktoriai, žurnalistai turi galią savaip „konstruoti“ pranešimą, turima galia pasinaudoja ir įvairios interesų grupės. Analizė parodė, kad „Lietuvos rytas“ kur kas vienpusiškiau pateikė minėtas įstatymo pataisas, neskirdamas dėmesio įstatymo pataisų šalininkų argumentams. Kritiškoji diskurso analizė padėjo atskleisti kalbėtojų ar teksto autorių sociokultūrinį pagrindą, jų ideologijas, interesus. Darbe buvo daroma prielaida, kad „Lietuvos rytas“ taip atstovavo savo interesus – išreiškė tik įstatymo pataisų priešininkų pozicijas, kad alkoholio reklama (įtakojanti sporto klubų finansavimą) nebūtų uždrausta. Autorė pažymi, kad „Lietuvos rytui“ priklauso krepšinio komanda ir todėl visas leidinys nebuvo motyvuotas objektyviai atspindėti alkoholio įstatymo pataisų naujienas ir diskusiją.

Dienraštis „Respublika“ buvo objektyvesnis – tiek įstatymo pataisų priešininkų, tiek šalininkų nuomonei, argumentų išsakymui buvo skirta vienodai vietos ir dėmesio. Iliustracijų ir nuotraukų, pateikiamų publikacijose, skaičius didesnis buvo „Respublikoje“. Abiejuose dienraščiuose straipsniai buvo spausdinami „aktualijų“, „nuomonės“ bei „ekonomikos“ skiltyse, o „Lietuvos ryte“ nedidelė dalis ir „sporto“ priede.

Autorės nuomone, žiniasklaida dažnai nesilaiko laisvo žodžio principo ir atstovauja tam tikrus interesus. Autorė pabrėžia, kad „Lietuvos ryto“ ir „Respublikos“ publikacijose skirtingai pateikiamos straipsnių temos pavadinimuose. Pabrėžiama, kad abiejų dienraščių antraštėse buvo naudojami „mūšio“, „kovos“ elementai, taip pabrėžiant temos aktualumą visuomenei. Tačiau šiais publikacijų pavadinimais mūšio objektas apibrėžtas gana skirtingai: „Respublikoje“ kovojama prieš alkoholį, „Lietuvos ryte“ – prieš alkoholio reklamos draudimą. Labiausiai pavadinimuose vartojami žodžiai, sąvokos buvo: „Lietuvos ryte“ – „Seimas“, „Respublikoje“ – „alkoholis“.

Magistriniame darbe, apžvelgiant straipsnių analizę, taip pat pabrėžiama, kad Alkoholio kontrolės įstatymo pataisų diskursas publikacijose kurtas per dėmesio išreiškimą dviem skirtingoms įstatymo pataisų šalininkų ir pataisų priešininkų grupėms. „Lietuvos ryte“ daugiausia dėmesio skiriama Seimo nariams apibūdinti ir nusivylimui dėl jų priimtos pataisos išreikšti. „Lietuvos ryte“ skaitytojų nuomonės formavimas atliekamas pasitelkiant ironiją, Seimo nariams ar įstatymui apibūdinti naudojami įvairūs neigiami apibūdinimai.



Išskiriama tai, kad „Lietuvos ryto“ publikacijose labiausiai užuojauta reiškiamas sporto aistruoliams bei rodomas palaikymas. Vartojami tokie žodžių junginiai kaip „krepšinio aistruolių nežinia“, „juodasis ketvirtadienis“ ir „antroji religija“. Labai aiškiai publikacijose išreiškiamas „Lietuvos ryto“ interesas ir vienašališkumas. Populiari „Lietuvos ryto“ krepšinio komanda, rungtynių netransliavimas ir aludarių teikiamo finansavimo mažinimas tiesiogiai paveikia akcininkus. Darbo autorės teigimu, konkretus „Lietuvos ryto“ interesas yra užkirsti kelią galimai žalai sau atsiskleidžia per galią formuoti visuomenei pateikiamą pranešimą manipuliuojant pačios visuomenės gerove, tačiau konkreti problema – mažėsiantis aludarių finansavimas – įvardintas nebuvo.

„Respublikoje“ galimas manipuliacinis momentas, mažesnis vienpusiškumas (stipriau pasireiškė tik „Redakcijos skiltyje“), straipsniuose buvo skiriama pakankamai vienodai dėmesio tiek įstatymo pataisų šalininkų, tiek priešininkų argumentams perteikti. Vienas iš aspektų, kuris ženkliai parodė skirtingą šių dviejų dienraščių informacijos pateikimo būdą – žinia iš Vyskupų Konferencijos, kuria katalikų pasaulio atstovai pritarė įstatymo pataisoms. „Respublikoje“ pranešimui apie tai buvo skirta publikacija bei fotografija, o „Lietuvos ryte“ apie tai buvo užsiminta tik vienu paskutiniu sakiniu straipsnyje.

Apibendrinama visus galutinius analizės rezultatus, darbo autorė teigia, kad žiniasklaida konstruoja bei savais metodais reguliuoja visuomenės žinojimą, atlikdama tai tendencingai, vienpusiškai, periodiškai. Galios įrankis yra kalba (ar rašytinė kalba) suteikianti galimybę pateikti pranešimą norima forma, subjektams ar objektams suteikiant tam tikrų savybių.

Daugalaitė (2009) [37] savo magistriniame darbe analizuoja Lietuvos ir Švedijos alkoholio kontrolės politiką. Magistro darbas buvo apgintas VDU Politikos mokslų ir diplomatijos fakultete Viešojo administravimo katedroje. Magistrinio darbo tikslas buvo išanalizuoti alkoholio kontrolės politiką ir įgyvendinimą Lietuvoje ir Švedijoje, apžvelgiant ir pristatant pagrindines alkoholio politikos priemones, palyginti Lietuvos ir Švedijos alkoholio reguliavimo politikos priemones tarpusavyje. Analizėje Švedijos alkoholio reguliavimo politika buvo laikyta gerosios praktikos pavyzdžiu.

Be kiekybinės ir kokybinės pirminių ir antrinių duomenų analizės, tyrime taikyta ir lyginamoji analizė. Tyrime atliktas kokybinis alkoholio ekspertų Lietuvoje ir Švedijoje struktūruotas interviu, iš viso buvo apklausti šeši asmenys.

Autorės teigimu, Lietuvai būtų naudinga pasimokyti ir įgyti patirties alkoholio kontrolės politikoje iš kitų Europos Sąjungos valstybių, tokių kaip Švedija, o, apibūdinant alkoholio kontrolės politiką Lietuvoje, darbo autorė panaudoja du žodžius – „pigai ir prieinama“ (apibūdinant pigų ir lengvai prieinamą alkoholį). Magistriniame darbe pabrėžiama, kad Švedijoje, skirtingai nei Lietuvoje, yra susiformavusios griežtos alkoholio gamybos bei prekybos ribojimo istorinės tradicijos. Švedijos alkoholio kontrolės politika balansuoja tarp aukštų mokesčių alkoholiui, mažmeninės prekybos monopolijos, įvairių apribojimų, informacijos sklaidos ir gydymo. Lietuvoje visiškai priešinga situacija – maži mokesčiai alkoholiui, alkoholiu gali prekiauti dauguma verslininkų, nepakankami alkoholio reklamos apribojimai bei praktiškai neįgyvendinama informacijos sklaida.

Iksalaitė (2009) [38] analizuoja visuomenės sveikatos priežiūros finansavimą. Tyrimas buvo parengtas VDU Politikos mokslų ir diplomatijos fakultete Viešojo administravimo katedroje. Darbo tikslas yra nustatyti ES ir Lietuvos programų finansavimo aspektus ir identifikuoti su tuo susijusias pagrindines problemas. Tyrimo metu buvo analizuojamos programos pagal kelias prioritėtines ES visuomenės sveikatos strategijos sritis: alkoholį, tabaką, moterų sveikatą, narkotikus bei ŽIV/AIDS ir psichinę sveikatą.

Nustatytas visuomenės sveikatos įgyvendinimo, ES fondų, pagrindinių visuomenės sveikatos programų ir finansavimo ekspertų vertinimas. Išanalizavus ES ir Lietuvos visuomenės sveikatos programų finansavimą bei atlikus tyrimą, nustatytas visuomenės sveikatos programų mišraus finansavimo modelis, išanalizuoti pagrindiniai decentralizacijos trūkumai, pastebėta, jog kai kurie Lietuvos visuomenės sveikatos strategijos uždaviniai vykdomi nepakankamai.

Šiame magistriniame darbe su alkoholiu siejamų programų finansavimo klausimai buvo aptariami tik mažoje darbo dalyje arba kalbant apie šias specifines programas bendrame kontekste. Vis dėlto apibendrinant analizės rezultatus apie alkoholio programas ir jų finansavimą, autorė pažymi, kad 1999 m. priimta Valstybinė alkoholio kontrolės programa nėra pakankamai veiksmingai įgyvendinama. Autorė teigia, kad šiai programai buvo paskirstyta daugiau kaip daugiau kaip 21 mln. Lt iš Valstybinio sveikatos bei savivaldybių sveikatos fondų. Pagrindinės galimos neefektyvumo priežastys – ilgas įgyvendinimo laikotarpis, mažas finansavimas, išskaidyta atsakomybė, tarpinstitucinio bendravimo stoka, neefektyvus kontrolės mechanizmas, sąlygotas finansavimo decentralizacijos. Visgi pripažįstama, kad buvo sugriežtintos alkoholio rinkos sąlygos. Taip pat darbo pabaigoje pažymima,

kad skatinant alkoholio vartojimo bei gamybos prevenciją, 2006 m. Lietuva kaip partnerė dalyvavo Slovėnijos projekte „Koordinuotos alkoholio politikos įgyvendinimas Europoje“.

Bobelytė (2010) [39] magistriniame darbe vertina akcizų reikšmę biudžeto surinkimo procese. Darbas buvo atliktas MRU Ekonomikos ir finansų valdymo fakulteto Finansų ir mokesčių katedroje. Magistriniame darbe vertinta hipotezė, kad akcizo tarifo didinimas norint surinkti į biudžetą daugiau pajamų, nepasiteisina. Darbe buvo iškeltas tikslas – išnagrinėti 2004–2009 m. laikotarpio surinktų akcizų sumos dalį biudžete bei nustatyti akcizų tarifų kaitos įtaką biudžetui. Buvo vertinti alkoholinių gėrimų, apdoroto tabako, energetinių produktų, elektros energijos, akmens anglies, kokso ir lignito bei gamtinių dujų akcizų mokesčiai.

Autorė atlikusi 2004–2009 m. analizę, nustatė, kad kiekvienas akcizo tarifo pakėlimas sumažindavo akcizinių prekių realizaciją, krisdavo planuojamų pajamų surinkimas, augo pigesnių nelegalių, kontrabandinių prekių apyvarta. Išsiaiškinta, kad analizuojamais metais pajamos iš akcizų nežymiai kildavo tik dėl padidėjusio akcizo tarifo. Sprendžiant dėl kylančių pasekmių, svarbu atsižvelgti į aplinkybių visumą – vartotojų perkamąją galią ir kaimyninėse valstybėse taikomus akcizo tarifus. Taip pat atkreiptinas dėmesys, jog neveikiant valstybės apsaugos aparatui, pasienio, muitinės pareigūnams tinkamai neatliekant savo funkcijų, akcizų surinkimas dar pasunkėja.

Autorė akcentuoja, kad sumažėjus akcizo tarifams, kristų ir produktų kainos, būtų sugrįžta prie legalaus vartojimo, pakilus realizacijai, padidėtų įplaukos iš akcizų. Priimant sprendimus dėl tolimesnės ES akcizų politikos, Lietuva turėtų pasisakyti už akcizų mažinimą, nes minimalūs reikalavimai buvo nustatyti neįvertinus šalies ekonominės būklės. Svarbu gerinti muitinės pareigūnų darbą, kuriems pavesta užtikrinti, kad kontrabandinės prekės nepakliūtų į rinką. Apibendrindama darbo rezultatus, autorė teigia, kad darbo pradžioje iškelta hipotezė, kad pasitvirtino hipotezė jog akcizo tarifo didinimas, siekiant į biudžetą surinkti daugiau pajamų, nepasiteisina.

Vis dėlto visame darbe visos akcizinės prekės analizuojamos bendrai, žiūrima per tą pačią, laisvosios rinkos, prizmę ir tabako bei alkoholio gaminiai nevertinami iš sveikatos pozicijų. Apie bent kokį alkoholio ir tabako ryšį su visuomenės sveikata nekalbama ir galutinėse tyrimo išvadose.

Šipaitė (2011) [40] analizuoja įrodymais grįstos alkoholio kontrolės politikos įgyvendinimą. Magistro darbas apgintas VDU Politikos mokslų ir diplomatijos fakultete Viešojo administravimo katedroje. Darbe buvo sie-

kiami išanalizuoti Lietuvos alkoholio kontrolės politikos įgyvendinimo problematiką įrodymais grįstos politikos perspektyvoje.

Darbe didelis dėmesys skiriamas įrodymais grįstos politikos analizei, tiek tiriant bendrą jos reikšmę viešojoje politikoje, tiek tiriant jos reikšmę alkoholio kontrolės politikoje. Darbe koncentruojamasi ties anglosaksų ir Skandinavijos šalių mokslininkų darbais. Išanalizavus Lietuvos teisės aktus bei lietuviškus mokslinius tyrimus, darbe nagrinėjama Lietuvos alkoholio kontrolės politikos sistema.

Autorės teigimu, Lietuvoje yra pakankamai gerai suformuluota infrastruktūra alkoholio kontrolės politikos vystymui (politika ir įgyvendinančių institucijų sistema reglamentuota teisiškai, suformuota valstybinė politikos monitoringo sistema). Vis dėlto alkoholio kontrolės priemonės, ypač alkoholio prieinamumą ribojančios priemonės, vystomos didele dalimi neatsižvelgiant į mokslo rekomendacijas. Pagrindinės to priežastys yra aktyvi alkoholio pramonės įtaka, skatinant liberalizuoti alkoholio politiką, ir daugelio Lietuvos politikų nesuinteresuotumas alkoholio vartojimo problema.

Kadangi moksliai įrodyta, kad šias problemas gali sėkmingai padėti išspręsti visuomenė, esanti efektyvi partnerė kovoje už griežtesnę alkoholio kontrolės politiką, atlikus kokybinį tyrimą, buvo analizuota vienos efektyviausių alkoholio kontrolės politikos formavime veikiančių Lietuvos NVO – Nacionalinės tabako ir alkoholio kontrolės koalicijos (NTAKK) – vaidmuo, skatinant moksliai pagrįstą alkoholio kontrolės politiką. Autorė savo darbe apibendrina, kad NTAKK savo aktyvia lobistine veikla, aktyviu visuomenės telkimu nemažai prisidėjo prie griežtesnės alkoholio kontrolės politikos plėtotės Lietuvoje, o jos daromas aktyvus spaudimas politikams, pasitelkiant visuomenę, leidžia kalbėti apie teigiamas įrodymais grįstos alkoholio politikos perspektyvas Lietuvoje.

#### **1.4. Alkoholio žalos vertinimas**

Alkoholio vartojimas sąlygoja daugiau kaip 50 (triženkliais TLK-10 kodais – daugiau kaip 200) įvairių ligų ir būklių [9, 24, 41, 42], kurios apibendrintai gali būti suskirstomos į 3 stambias grupes: I) būklės visiškai sąlygojamos tik alkoholio vartojimo (t. y. ligos, kurių nebūtų jei žmonės nevirtotų alkoholio); II) iš dalies alkoholio vartojimo sąlygojamos būklės (daugiausiai onkologinės, lėtinės, širdies ir kraujagyslių ligos) ir III) išorinės sužeidimų ir mirties priežastys (traumos, nelaimingi atsitikimai, smurtinės veikos), kurių dalis sąlygojama alkoholio vartojimo. Iš dalies alkoholio

vartojimo sąlygojamas mirtingumas ir sergamumas dažnai skaičiuojamas remiantis APD, kurie įprastai skaičiuojami remiantis ta pačia metodika, tačiau atsižvelgiant į vietinius, atskiroje šalyje įvertinamus, alkoholio vartojimo skirtumus atskirose amžiaus ir lyties grupėse [9, 24, 41, 42].

Anglijoje atliktoje studijoje [24], remiantis specifiskai Anglijai 47 ligoms ir būklėms apskaičiuotais APD, alkoholio vartojimo sąlygojamas mirtingumas 2005 m. sudarė 3,1 proc. (14982 mirtys) nuo bendro mirtingumo (4,4 proc. vyrų tarpe ir 2,0 proc. moterų). Didžiausias mirtingumas siejamas su alkoholio vartojimu buvo apskaičiuotas 16–24 metų vyrų tarpe ir sudarė 26,6 proc. nuo visų tais metais registruotų mirčių. Mirusiųjų iki 35 metų amžiaus dažniausios mirties priežastys buvo įvardintos kaip staigios mirtys (savižudybės ir eismo nelaimės), o vyresnių kaip 35 metų amžiaus mirusiųjų tarpe dažniausios priežastys buvo kepenų cirozė, stemplės ir krūties onkologinės ligos bei hipertenzinės ligos. Įvertinant sergamumą, apskaičiuota, kad tais metais dėl alkoholio vartojimo sąlygotų priežasčių buvo hospitalizuoti 459 842 žmonės.

Škotijoje [9] įvertinus alkoholio vartojimo sąlygojamą mirtingumą ir sergamumą nuo 53 priežasčių apskaičiuota, kad 2003 m. dalis nuo bendro mirtingumo sudarė 5 proc. (2882 mirtys), o įvertinus atskirai pagal lytis – 6,8 proc. vyrų ir 3,3 proc. moterų. Taip kaip ir Anglijoje atliktame tyrime, Škotijoje mirčių iki 35 metų amžiaus grupėje dažniausios mirties priežastys buvo staigios mirtys (savižudybės ir eismo nelaimės), o vyresnių kaip 35 metų amžiaus mirusiųjų grupėje dažniausios priežastys buvo psichikos ir elgesio sutrikimai, kepenų cirozė, stemplės, krūties ir kolorektalinės onkologinės ligos bei hipertenzinės ligos. Hospitalizavimai dėl alkoholio vartojimo sąlygotų priežasčių sudarė 7,3 proc. 16 metų ir vyresnių gyventojų tarpe (arba kitaip – 41 414 išrašymo iš ligoninės atvejai).

Parry ir kt. (2011) [41] apibendrina sąsajas tarp alkoholio vartojimo ir lėtinių neinfekcinių ligų. Autorių pateikiami alkoholio naštos pasaulio visuomenėms skaičiavimai rodo, kad 2004 m. pasaulyje 3,4 proc. visų lėtinių neinfekcinių ligų, 5 proc. visų PPGM, ir 2,4 proc. visų DALYs gali būti priskirti alkoholio vartojimo sąlygojamai žalai, pabrėžiant, kad išimtinai didelė proporcija tenka onkologinėms ligoms (8 onkologinės ligos tiesiogiai siejamos su alkoholio vartojimu) ir kepenų cirozėmis. Šalia to, autoriai atkreipia dėmesį, kad lyginant pasaulio regionus išimtinai didelė alkoholio vartojimo sąlygojama žala stebima buvusios Sovietų Sąjungos teritorijoje (Rytų Europoje ir Centrinėje Azijoje), kur 7 proc. visų mirčių nuo lėtinių

neinfekcinių ligų yra priskiriami alkoholio sąlygojamai žalai (10,5 proc. vyrų ir 3,8 proc. moterų).

Specifinis alkoholio žalos vertinimo fenomenas – galimas apsauginis alkoholio poveikis. Šis klausimas analizuojant alkoholio vartojimo pasekmes sveikatai dar ir dabar išlieka nevienareikšmis, nes daugeliu atveju apsauginis alkoholio poveikis yra sąlyginis. Šalia to negalima užmiršti ir fakto, kad net ir pastebint apsauginį efektą vertinant keletą ligų atsiradimo riziką, rizikos padidėjimas atsirasti kelioms dešimtims kitų ligų ir būklių tik didėja priklausomai nuo suvartoto alkoholio kiekio. Išeminės širdies ligos [25, 43–49], išeminio insulto [43, 48, 50], tulžies pūslės akmenligės [51–53] ir II tipo cukrinio diabeto [54–56] išsivystymas yra dažniausiai minimos keturios ligos siejamos su galimu apsauginiu alkoholio poveikiu tam tikromis sąlygomis (pvz. saikingai vartojant, vengiant sunkių epizodinių išgėrimų).

Probst ir kt. (2014) [42] pristato sisteminės apžvalgos ir meta-analizės rezultatus palyginant socioekonominius gyventojų skirtumus lyginant bendro mirtingumo ir alkoholio vartojimo sąlygoto mirtingumo grupėse. Iš viso tyrime buvo apžvelgti 15 tyrimų, reprezentuojančių Suomijos [57–63], Švedijos [63–65], Rusijos [66, 67], Estijos [68], Lenkijos [69], Šveicarijos [70] ir Kanados [71] populiacijas ar regionus. Autorių teigimu, apžvelgtos studijos iš viso apėmė 133 milijonus gyventojų (69 milijonai moterų ir 64 milijonai vyrų). Tyrime buvo vertinamas santykinės rizikos santykio koeficientas (angl. *Ratio of relative risks*; RRR), parodantis kiek iš apjungtų įvairių šalių duomenų žemo socioekonominio statuso žmonėms padidėja rizika mirti nuo alkoholio vartojimo sąlygojamo mirtingumo lyginant su bendru mirtingumu.

Autoriai apskaičiavo, kad žemo socioekonominio statuso žmonės yra labiau susiję su alkoholio vartojimo sąlygojamu mirtingumu, o jei įvardinti tiksliau, tai žemas socioekonominis statusas padidina alkoholio vartojimo sąlygojamą mirtingumą 1,5–2 kartus: moterų RRR = 1,78 (95 proc. PI 1,43–2,22); vyrų RRR = 1,66 (95 proc. PI 1,2–2,31). Alkoholis įvardinamas kaip veiksnys, sąlygojantis didesnę mirtingumą žemesnio statuso populiacijose, o prasta mityba (didesnis pigesnio, riebaus, sūraus ir saldaus maisto suvartojimas) ir didesnis rūkymo paplitimas žemesnio socioekonominio statuso populiacijose yra papildomi neigiami rizikos veiksniai papildomai komplikuojantys situaciją.

Probst su kolegomis [42] pabrėžia, kad visas alkoholio vartojimo sąlygojamas mirtingumas yra išvengiamas, todėl efektyvi alkoholio kontrolės politika gali turėti milžinišką vaidmenį. Šalia didinamos alkoholinių gėrimų

kainos, mažinamo prieinamumo ir kitų įrodytų alkoholio kontrolės priemonių taikomų visuomenės lygmenyje [72, 73], kitos svarbios veiklos kryptys yra priemonės taikomos pirminėje sveikatos priežiūroje (efektyvus priklausomų asmenų gydymas, trumposios konsultacijos) [73–80].

Alkoholio vartojimo sąlygojamos ekonominės žalos apžvalgoje [81] buvo apžvelgti 22 tyrimai: trys tyrimai buvo atlikti Australijoje [82, 83], du tyrimai Kanadoje [7, 84], po vieną Ontarijoje [85], Anglijoje ir Velse [86], Suomijoje [87], Prancūzijoje [88], Vokietijoje [89], Japonijoje [90], Olandijoje, Naujojoje Zelandijoje [91], Portugalijoje [92], Škotijoje [93], Švedijoje [6], Pietų Korėjoje [94], Tailande [95] ir JAV [96, 97].

Apžvalgoje, kaip vieni pagrindinių rezultatų, pateikiami įdomūs skaičiavimai kokia dalis nuo atskirų šalių Bendrojo vidaus produkto (BVP) yra prarandama dėl alkoholio vartojimo sąlygojamos žalos (įskaitant sveikatos ir už sveikatos priežiūros ribų patiriamą žalą). Šie skaičiavimai buvo pateikti iš 12 šalių ir dėl alkoholio vartojimo prarasta BVP dalis svyravo nuo 0,45 proc. BVP (Portugalijoje, 1995 m.) iki 1,43–5,44 proc. BVP (Naujojoje Zelandijoje, 1991 m.) vertinant 2007 m. duomenimis. Atskirai penkiose Europos šalyse: Prancūzijoje 1997 m. alkoholio našta valstybei sudarė 1,44 proc. BVP, Vokietijoje 2002 m. – 1,24 proc. BVP, Olandijoje 2001 m. – 0,6 proc. BVP, Portugalijoje 1995 m. – 0,45 proc. BVP, o Švedijoje 2002 m. – 0,88–1,27 proc. BVP [81]. Vidutiniškai šiose Europos šalyse alkoholio vartojimo sąlygojami praradimai sudarė apie 1,25 proc. BVP. Šie duomenys sutampa ir su kitų šaltinių duomenimis, kur teigiama, kad ES valstybėse bendri materialūs alkoholio vartojimo kaštai sudaro apie 1,3 proc. BVP [98].

Daugybė ekonominių kaštų vertinimo tyrimų, atliekamų įvairiose šalyse, natūraliai sąlygoja ir tarptautinių metodinių rekomendacijų plėtojimą, kurių tikslas yra apibrėžti svarbiausias sritis, siejamas su alkoholiu ir kurios turėtų būti įtraukiamos į alkoholio socialinių ir ekonominių kaštų skaičiavimus. Vienas tokių pavyzdžių yra Kanados piktnaudžiavimo psichoaktyviomis medžiagomis tyrimų centro (angl. *Canadian Centre on Substance Abuse*) „Tarptautinės psichoaktyviųjų medžiagų kaštų vertinimo rekomendacijos“ (angl. *International Guidelines for Estimating the Costs of Substance Abuse*) [99].

Kaip pabrėžia patys rekomendacijų autoriai, šios tarptautinės metodinės rekomendacijos turėtų būti vertinamos kaip „gyvas“ dokumentas, kurį galima toliau peržiūrėti ir tobulinti įgaunant daugiau patirties ir gerėjant atskirų valstybių duomenų bazėms. Bet kurioje šalyje planuojant mokslinį alkoholio socialinių ir ekonominių kaštų įvertinimą pagrindinis principas

kuriuo vadovaujantis įtraukiami kaštai į analizę yra duomenų tvirtumas ir patikimumas, kuris taip pat priklauso ir nuo duomenų prieinamumo. Svarstytinų į tyrimą įtraukiamų kriterijų spektras dažniausiai apsiriboja kaštų skaičiavimo rėmuose. Papildomai rekomenduojama, kad renkant duomenis būtų įtraukiamas ir bet koks pelnas, gaunamas iš alkoholio, ir šie skaičiai būtų įtraukiami skaičiuojant bendrąją įtaką valstybės biudžetui.

Tarptautinėse rekomendacijose konceptualūs ir metodologiniai tyrimuose vertinamų kriterijų vertinimo rėmai yra aptariami detaliau. Tokio aptarimo tikslas yra ne išskirti kokį nors vieną kaštų vertinimo būdą, bet aptarti kiekvieno būdo privalumus ir trūkumus atsižvelgiant į tyrėjų užsibrėžtus tikslus.

Psichoaktyviųjų medžiagų vartojimas sąlygoja eilę nepageidaujamų pasekmių. Metodinėse rekomendacijose išskiriami keturių pagrindinių tipų kaštai, kurie turėtų būti analizuojami remiantis šiomis metodinėmis rekomendacijomis:

- sveikatos priežiūros kaštai: priklausomybių nuo psichoaktyviųjų medžiagų gydymas; ligų, siejamų su psichoaktyviųjų medžiagų vartojimu, gydymas; traumų ir gretutinių ligų gydymas;
- produktyvumo kaštai: pirmalaikis mirtingumas; sergamumas, netektas darbingumas ar produktyvumas darbe; nedarbingo amžiaus žmonių sergamumas ir mirtingumas;
- teisėsaugos institucijų patiriami kaštai: teisėsaugos institucijų kaštai; nusikaltimų aukų laiko sąnaudos; įkalinimas;
- kiti kaštai, tokie kaip: nuosavybės sunaikinimas, susijęs su alkoholio ar narkotikų vartojimo incidentais ar nusikaltimais; tyrimai, mokymas ir teisėsaugos kaštai; prevencija ir kitos visuomenės sveikatos iniciatyvos; nuosavybės praradimas arba netektys susijusios su nusikaltimais ir nelaimėmis; žmonių gerovės kaštai.

Kai kurie iš aukščiau išvardintų kaštų atskiruose tyrimuose praleidžiami ir neskaičiuojami, tačiau tai gali nulemti reikiamų duomenų nebuvimas, bet ne nesutarimai, ar tokius kaštus iš viso reiktų vertinti panašiuose tyrimuose.

Kaštai gali būti materialūs (angl. *tangible*) arba nematerialūs (angl. *intangible*), o kaštai gali būti patiriami paties individualaus vartotojo, aplinkinių žmonių, valstybės ar privataus sektoriaus. Nematerialūs kaštai ir individualūs vartotojo patiriami kaštai dažniausiai neįtraukiami atliekant kaštų apskaičiavimo tyrimus.



Tarptautinės rekomendacijos pristato metodologiją, kurią visos šalys gali naudoti socialinių psichoaktyviųjų medžiagų (tarp jų ir alkoholio) kaštų apskaičiavimui. Tačiau norint pritaikyti šią metodologiją yra reikalingas platus duomenų srautas, kurių daugelis šalių gali ir neturėti.

Pirmas klausimas, kurį bet kuri šalis turi įvertinti prieš pradėdant socialinių alkoholio ar kitų psichoaktyviųjų medžiagų kaštų vertinimo tyrimą, – ar turimas pakankamas kiekis tyrimui reikalingų duomenų, kad būtų įmanoma tinkamai pritaikyti šias tarptautines rekomendacijas ir analizės metu surinkti duomenys atskirose grupėse būtų patikimi. Pirminis reikalingų duomenų sąrašas norint atlikti kaštų vertinimo tyrimą yra toks:

- Šalies populiacijos struktūra pagal amžių ir lytį ir tikėtina gyvenimo trukmė pagal amžių ir lytį.
- Duomenys reikalingi nustatyti sergamumą ir mirtingumą:
  - mirčių skaičius ir hospitalizavimo rodikliai, idealiausiai jei išskiriama pagal priežastį, amžių ir lytį;
  - ligų ir būklių sąrašas, kurios epidemiologiniais tyrimais nustatytos kaip priežastys ar susijusios santykinė rizika su psichoaktyviųjų medžiagų vartojimu;
  - skaičiavimai (panaudojant analizėje vertinamos šalies informaciją) kokia dalis atskirų mirčių ar ligų priežasčių yra įtakotos analizuojamų psichoaktyviųjų medžiagų (pvz.: eismo nelaimės, užpuolimai, žmogžudystės, savižudybės).
- Sveikatos priežiūros kaštai:
  - hospitalizavimo, gydytojų atlyginimų, kitų profesionalių sveikatos paslaugų įkainiai, o taip pat gydytojų (ir kitų profesionalių medicinos paslaugų teikėjų) priimamų pacientų skaičius pagal amžių ir lytį;
  - greitosios medicinos pagalbos kaštai (bendri kaštai, bendras iškvietimų skaičius ir iškvietimų skaičius sietinas su psichoaktyviųjų medžiagų vartojimu);
  - vaistų, skirtų gydyti psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo sukeltas būklės kaštai (bendras receptų skaičius, receptų skaičius pagal skyrimo priežastis).

- Teisėtvarkos kaštai:
  - policijos, teismų ir žalos atitaisymo kaštai;
  - išlaidos prevencijai ir moksliniams tyrimams, susijusiems su psichoaktyviosiomis medžiagomis;
  - gydytojų, medicinos seserų ir kitų sveikatos priežiūros specialistų ruošimo kaštai, o taip pat teisėsaugos pareigūnų ruošimo kaštai;
- Netiesioginiai produktyvumo kaštai: vidutinės gyventojų pajamos pagal amžių ir lytį; esamoji žmogaus gyvenimo uždarbio vertė pagal amžių ir lytį (priešlaikinio mirtingumo kaštų apskaičiavimui).

Svarbiausias aspektas liečiantis kiekvieną iš aukščiau išvardintų rodiklių yra ar tie duomenys yra prieinami, jei taip tai kokia forma ir iš kokio šaltinio. Tikimasi, kad dalis šių duomenų gali būti surenkami iš nacionalinių gyventojų surašymo duomenų, apklausų ar populiacinių tyrimų. Kai kuriais atvejais, informacija gali būti neprieinama iš oficialių duomenų bazių, tačiau surenkama iš administracinių įrašų. Tokiu atveju reikiamų rodiklių nustatymas priklauso nuo leidimų gavimo prieiti prie tokių duomenų. Analitinis iššūkis yra surinkti patikimų duomenų pagrindą, parodantį tam tikrą dalį kaštų siejamų su neigiamomis psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo pasekmėmis.

Idealiame pasaulyje duomenys, reikalingi pritaikyti šias tarptautines rekomendacijas siekiant įvertinti socialinius alkoholio ar kitų psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo kaštus, būtų prieinami kiekvienoje šalyje. Dauguma tokių duomenų būtų įprastai reikalingi tęsiant tokių medžiagų kontrolės strategijų vystymą ir tobulinimą. Vis dėlto realybėje yra mažai šalių, kurios disponuoja tokia gausa duomenų ir tokiu atveju reikia ieškoti kitų išeičių. Vienas populiarėjantis būdas yra PSO sukurtų greitų vertinimo įrankių panaudojimas siekiant surinkti duomenis iš atskirų aktualių sričių. Kitas būdas yra specialių tyrimų atlikimas siekiant gauti patikimus rodiklius, reikalingus proporcijų apskaičiavimui, kurie vėliau panaudojami socialinių kaštų skaičiavime.

Kai kurioms socialinių kaštų kategorijoms valstybės viduje gali taip ir neatsirasti jokios galimybės apskaičiuoti norimus rodiklius. Tačiau tokio rodiklio skaičiavimo nereikėtų ignoruoti, o siekti gauti norimų duomenų iš išorinių šaltinių t. y. kitų panašių šalių susiduriančių su panašiomis problemomis. Išorinių duomenų panaudojimas gali sudaryti pakankamai racionalių rodiklių socialinių kaštų apskaičiavimui, kol pačioje šalyje galės būti įgyvendinta ilgalaikė reikiamų duomenų kaupimo strategija. Pavyzdžiui, iki

bus atlikti tyrimai šalies viduje, geriau panaudoti panašių šalių nusikalstamumo proporcijas dėl psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo, nei iš viso toki svarbų socialinių kaštų skaičiavimo kriterijų praleisti.

Remiantis „Tarptautinėmis psichoaktyviųjų medžiagų kaštų vertinimo rekomendacijomis“ tyrimai atliekami kaip „ligos kaštų“ (angl. *cost-of-illness*) tipo tyrimai. Skaičiuojant alkoholio socialinius ir ekonominius kaštus į vieną visumą jungiami skaičiavimai iš visų susijusių sričių.

Politikos priemonių ir programų, sukurtų mažinti alkoholio vartojimą, ekonominis vertinimas yra svarbus elementas galintis paveikti valstybės politiką. Lygiai taip pat svarbus ir ekonominis išteklių panaudojimo vertinimas. Socialinių ir ekonominių alkoholio vartojimo kaštų apskaičiavimas įgalina atlikti šios srities politikos bei programų ekonominį vertinimą.

Vis dėlto, sujungti įvairių sričių alkoholio vartojimo socialiniai ir ekonominiai kaštai (*cost-of-illness* tyrimai) nėra skirti tam, kad parodyti naudą, galimai atsirandančią įgyvendinus kokią nors veiksmingą prevencinę ar žalos mažinimo programą, nes dalis socialinių ekonominių kaštų gali būti susiję su alkoholio vartojimu praeityje ir tuomet turėtų būti priskiriami neišvengiamiems kaštams. Taip pat nerealistiška tikėtis, kad įmanoma visiškai eliminuoti alkoholio vartojimą, net žvelgiant tolyn į ateitį, kuomet praeityje vartotų medžiagų ilgalaikis poveikis išnyksta.

Norint įvertinti grįžtamąją naudą atlikus alkoholio vartojimo mažinimo programą (pvz., diegiant tokias alkoholio kontrolės priemones kaip akcizai, prieinamumo mažinimas, reklamos draudimai ir t. t.) turi būti skaičiuojami išvengiamieji kaštai (angl. *avoidable costs*). Tačiau išvengiamųjų kaštų apskaičiavimas neįgalina nustatyti kaip kaštų sumažėjimas galėtų būti pasiekiamas ir ar iš viso socialinė nauda įgyvendinus vieną ar kitą programą viršys socialinius kaštus. Šie aspektai gali būti apibrėžti įvertinant patį projektą ar politikos priemonę (angl. *project appraisal*).

Aptariant išvengiamųjų kaštų skaičiavimą galima paminėti dar vienas Kanados piktnaudžiavimo psichoaktyviosiomis medžiagomis tyrimų centro rekomendacijas – „Tarptautines psichoaktyviųjų medžiagų išvengiamųjų kaštų įvertinimo rekomendacijas“ (angl. *International Guidelines for the Estimation of the Avoidable Costs of Substance Abuse*) [100].

Šios išvengiamųjų kaštų skaičiavimo tarptautinės rekomendacijos turėtų būti vertinamos kaip tolesnis žingsnis plėtojant psichoaktyviųjų medžiagų (tarp jų ir alkoholio) tyrimų rekomendacijas. Šiomis rekomendacijomis gali būti pereinama nuo standartizuotų metodologinių tyrimų, vertinančių visus

alkoholio kaštus (*cost-of-illness* tyrimai), prie konkrečių visuomenės sveikatos projektų ar politinių sprendimų poveikio įvertinimo. [100,101]

### 1.5. Alkoholio kontrolės priemonės

Alkoholio vartojimo mažinimas ir kontrolė iš esmės yra siejami su valstybės politika siekiant mažinti alkoholio vartojimo sąlygojamą žalą visuomenėje. Alkoholio kontrolė turi apimti visą visuomenę ir susidėti iš daugelio priemonių orientuotų tiek į populiaciją, tiek į bendruomenę, tiek į individualų žmogų. Vis dėlto įvertinant įvairių alkoholio kontrolės priemonių veiksmingumą ir jų įgyvendinimo kaštus visuomenei išskiriamos trys pagrindinės priemonių grupės, kurios kompleksiskai turi būti stiprinamos jei valstybė susiduria su neigiamomis alkoholio vartojimo pasekmėmis [102]:

- 1) alkoholinių gėrimų kainos didinimas (akcizai);
- 2) alkoholinių gėrimų reklamos ribojimai ir draudimai;
- 3) alkoholinių gėrimų prieinamumo mažinimas;

Apibendrinti mokslinių tyrimų [72, 98, 103–108] rezultatai rodo, kad žmonės geria mažiau jei kainos yra didesnės, mažesnis alkoholio prieinamumas ir pašalinama alkoholinių gėrimų reklama [109–118]. Paaugliai ar probleminiai alkoholio vartotojai taip pat nėra tam išimtis, o mažėjantis alkoholio suvartojimas tiesiogiai susijęs su mažėjančiais alkoholio vartojimo pasekmių skaičiais (t. y. mažėja nusikalstamumas, eismo nelaimių, mirčių, susirgimų ir pan.) [111, 113, 115, 116].

Alkoholio akcizinis apmokestinimas yra patraukli priemonė, nes mažėjant alkoholio suvartojimui, gerėja sveikatos rodikliai ir valstybės biudžeto pajamos auga arba esant reikšmingam alkoholio vartojimo kritimui pajamos į biudžetą mažėja ne taip ženkliai [108, 112, 119]. Alkoholio prieinamumo mažinimo priemonės apima daugybę priemonių, prie kurių gali būti priskiriami priskiriamas minimalaus amžiaus nustatymas, parduodamo alkoholio normavimas, valstybinis pardavimų monopolis, pardavimo taškų ribojimas, skirtingų gėrimų prieinamumo diferencijavimas, pardavimo laiko ribojimas ir kitos panašios priemonės [108].

Papildomai reiktų išskirti vairuotojų kontrolę ir griežtų alkoholio koncentracijos limitų nustatymą. Šių priemonių taikymas duoda ilgalaikį efektą, o pačios veiksmingiausios yra ne baudos ar priemonės taikomos po fakto, bet atgrasančios priemonės kaip atsitiktinis vairuotojų testavimas ar kelių pakopų vairuotojo pažymėjimo išdavimo sistema (priemonė gerai veikianti drausminant nepatyrusius vairuotojus) [108]. Įrodyta, kad šios prie-

monės gali ženkliai sumažinti eismo nelaimių skaičių, kurios siejamos su alkoholio vartojimu [108, 120–124].

Pagalba sveikatos priežiūros įstaigose, pacientų konsultavimas (trumposios konsultacijos) ir pirminės grandies gydytojų sugebėjimas identifikuoti pacientus kuriems reikia pagalbos yra taip pat svarbios priemonės daugiau orientuojamos į probleminius vartotojus ar turinčius priklausomybę nuo alkoholio [108, 125–130].

Nors mokymo ir informacijos sklaidos reikšmė yra didelė, tačiau jei švietimo programos taikomos atskirai tai yra neefektyvu ir nekeičia žmonių elgesio (nemažina alkoholio vartojimo). Švietimas, socialinės reklamos turi būti taikomos kompleksiskai kartu su kitomis efektyviomis alkoholio kontrolės priemonėmis [72, 108].

## **1.6. Literatūros apžvalgos apibendrinimas**

Didelėje dalyje apžvelgtų mokslinių publikacijų [1, 2, 11, 13, 16, 17] buvo vertinamas ir tarp skirtingų šalių lyginamas alkoholio suvartojimas. Atskiruose tyrimuose alkoholio suvartojimas tenkantis vienam gyventojui gali skirtis dėl skirtingos metodikos ar skirtingų rodiklių šaltinių. Vis dėlto, tokie skirtumai nekeičia visuose tyrimuose parodomų labai panašių tendencijų, kad Lietuvoje iki 2007 m. sparčiai augo suvartojamo alkoholio kiekis ir Lietuva buvo tarp aukščiausios rizikos šalių dėl vieno didžiausių alkoholio suvartojimo rodiklių Europoje (ir pasaulyje).

Tyrimuose, kuriuose parodomas visuomenės sveikatos rodiklių blogėjimo bei alkoholio suvartojimo didėjimo tendencijos, galutinėse autorių rekomendacijose dažnai pasisakoma už įrodymais grįstos alkoholio politikos įgyvendinimą [2, 13, 17–19], o kai kuriuose iš šių tyrimų paminimos atskiros pasaulyje gerai žinomos ir pagrįstai veiksmingos alkoholio kontrolės politikos: laisvosios rinkos suvaržymai alkoholio rinkoje [13], alkoholio mokesčių didinimas [13,17], alkoholio prekybos monopolijų sukūrimas [13], atsakomybės už vairavimą neblaiviam griežtinimas [17].

Lietuvoje dėl nesustabdomai blogėjančios padėties, siejamos su alkoholio vartojimu, Lietuvos Respublikos Seimas 2008 m. paskelbė blaivybės metais. Šiais metais buvo priimti alkoholio reklamos apribojimai (alkoholio reklama televizijoje buvo uždrausta nuo 6 iki 23 val., taip pat nuo 2012 m. sausio 1 d. buvo numatytas visiškas reklamos draudimas, tiesa prieš pat įsigaliojimą atšauktas), buvo padidintas alkoholio akcizas (įskaitant ir sidrą), panaikintos mokesčių lengvatos smulkiems alaus gamintojams, sugriežtinta

atsakomybė už vairavimą neblaiviam (padidintos piniginės baudos, pradėtos konfiskuoti transporto priemonės ir taikomas administracinis areštas, nuo 0,4 iki 0,2 promilių sumažinta leistina alkoholio koncentracija kraujyje pradedantiesiems vairuotojams). Nuo 2009 m. buvo uždrausta alkoholio prekyba nuo 22 iki 6 val. [1, 40].

Beveik visuose apžvelgtuose tyrimuose [1, 2, 16, 18, 19, 22, 30], kuriuose paliečiama Lietuva, buvo aprašomi blogėjantys su alkoholio vartojimu siejami visuomenės sveikatos rodikliai iki 2007 m. Tuo tarpu tyrimai parodantys vertinamų visuomenės sveikatos rodiklių kaitą po 2007 m., rodo gerėjančių visuomenės sveikatos rodiklių tendencijas kartu su lygiagrečiai sumažėjusiu alkoholio suvartojimu [1, 22, 26]. Šie teigiami pokyčiai sutampa su įrodymais pagrįstos alkoholio kontrolės politikos sugriežtinimu nuo 2008 m., kaip kad buvo rekomenduojama daugelyje ankstesnių metų tyrimų [2, 13, 17–19].

Be viso to, svarbu akcentuoti ir bendras tendencijas šalyje, nes alkoholio kontrolės sugriežtinimas sutapo su ekonomine ir finansų krize Lietuvoje. Kai kuriuose tyrimuose ši tema buvo aptarta [2, 26] ir galima teigti, kad sunkmetis Lietuvoje galėjo iš dalies prisidėti prie suvartojamo alkoholio kiekio mažėjimo per metus. Prasidėjus finansiniams sunkumams Lietuvoje buvo mažinami darbuotojų atlyginimai, o mažėjant vidutinėms gyventojų pajamoms, santykinė alkoholio kaina turėjo pradėti didėti (t. y. už mažesnes gaunamas pajamas, žmonės galėtų įsigyti mažiau alkoholio). Vis dėlto alkoholio paklausos mažėjimas iš esmės neturėjo neigiamų pasekmių Lietuvos ekonomikai. Priešingai, mažėjantis alkoholio suvartojimas teigiamai atspindėjo visuomenės sveikatos rodikliuose (paneigiant spekuliacijas, kad ženkliai išaugo nelegalaus, dažnai nekokybiško, alkoholio vartojimas), o dėl padidintų akcizų Lietuvos biudžetas gavo tik daugiau pajamų [26].

Keliose apžvelgtose mokslinėse publikacijose buvo analizuojamos alkoholio sąlygoto mirtingumo bei širdies ir kraujagyslių ligų (išeminės širdies ligos) sąsajos [2, 12, 25]. Viename tyrime [12] iliustruojamos sąsajos tarp mirčių dėl alkoholio vartojimo, išeminės širdies ligos bei mirtingumo padidėjimo savaitgaliais. Šis elementas buvo labai svarbus kitame tyrime [2], nustatant kokią dalis visų mirčių galėtų būti priskiriama alkoholio vartojimui. Remdamiesi Lietuvoje atliktų autopsijų rezultatais, tyrėjai savo darbe, teigė, kad beveik pusei mirusiųjų buvo nustatytas girtumas mirties metu. Atsižvelgiant į tai, kad autopsijos buvo atliktos tik 18,2 proc. (1985–2001 m. laikotarpyje) visų Lietuvoje mirusiųjų žmonių, tai sudarytų 8,9 proc. žmonių proporciją, kurių mirtis galėjo sąlygoti alkoholio vartojimas.

Radišausko ir kolegų tyrime [25] teigiama, kad Lietuvoje, vertinant pagal mirusiųjų nuo išeminės širdies ligos autopsijų duomenis, daliai mirusiųjų klaidingai priskiriama mirties priežastis. Atlikta analizė parodė, kad patikrinus mirties priežastis dėl išeminės širdies ligos, 8,7 proc. visų mirties atvejų 25–64 m. amžiaus grupėje diagnozės turėtų būti pataisytos į alkoholio vartojimo sąlygotas mirties priežastis. Panašių tyrimų [2, 12, 25] rezultatai rodo, kad aukštu alkoholio suvartojimu pasižyminčiose šalyse, tokiose kaip Lietuva, alkoholio sąlygotas mirtingumas gali būti dar didesnis nei pateikiamas oficialioje statistikoje.

Apie 2010 m. nustoję mažėti alkoholio vartojimo ir žalos rodikliai, parodo, kad vienkartinės ar trumpalaikės alkoholio kontrolės griežtinimo priemonės duoda tik trumpalaikius rezultatus, nes susilpnėjus tų priemonių vykdymo kontrolei (nebeskiriant tam tinkamo dėmesio) bei prie jų visuomenei „pripratus“ ar jas „primiršus“, alkoholio vartojimas ir žala gali grįžti į anksčiau buvusį lygį ar išaugti. Be to, ir pati šalies ekonomika niekada nestovi vietoje, nes dėl gyventojų uždarbio kaitos nuolat kinta alkoholio įperkamumas net ir visiškai nieko nekeičiant alkoholio kontrolės politikoje.

Tam, kad pasiekti pastovų ilgalaikį alkoholio vartojimo sukeltos žalos mažėjimą, reikėtų valstybės mastu priimti strateginį ilgalaikį tikslą. Pavyzdžiui, pasiekti panašų į Švedijos alkoholio kontrolės politikos ir vartojimo lygį diegiant priemones tam tikslui pasiekti, nepriklausomai nuo politinės situacijos kaitos šalyje. Pagrindinės alkoholio vartojimo mažinimo priemonės yra suformuluotos Lietuvos Sveikatos Programos 2020 projekte, tačiau, turint galvoje itin didelę alkoholio vartojimo įtaką mirtingumui ir sveikatai, alkoholio vartojimo mažinimas programos projekte nėra pakankamai išskirtas ar akcentuojamas. Tik suformavus sveiko gyvenimo įpročius jaunystės metais, galima realiai tikėtis ženklaus alkoholio priklausomybės sumažėjimo visuomenėje ateityje, todėl ypač didelis dėmesys turėtų būti skiriamas vaikų ir jaunimo nuostatų apie alkoholio vartojimą formavimui. .

Apžvelgtuose moksliniuose darbuose galima matyti, kad Lietuvoje yra tyrimų, kuriuose alkoholio vartojimas ir su tuo susijusios problemos bent po truputį paliečiamos vis kitokiais kampais. Dalyje mokslinių publikacijų nagrinėjama alkoholio vartojimo žala sveikatai [2, 12, 16, 17, 19–22, 25, 27, 30], dalyje – paliečiama prekyba alkoholiu ir marketingas, nagrinėjami ekonominiai su alkoholiu susiję klausimai [26, 33–36, 38, 39]. Kituose tyrimuose Lietuva palyginama su kitomis šalimis [11, 13, 15–17, 19, 29]. Iš šių tyrimų norėtųsi išskirti Rehm ir kt. (2007) [17] tyrimą, kuriame buvo skai-

čiuoti APD Lietuvai, tačiau tyrimo pagrindinis tikslas buvo ne įvertinti bendrą su alkoholio vartojimu siejamą mirtingumo žalą, o palyginti Lietuvą su kitomis šalimis. Todėl apibendrinant visus apžvelgtus tyrimus galima daryti išvadą, kad vis tik bendras alkoholio žalos vertinimo tyrimas iki šiol Lietuvoje nebuvo atliktas, o įvertinti su alkoholio vartojimu siejamą žalą Lietuvoje, tradiciškai pasižyminčioje aukštu alkoholio suvartojimu, yra nepaprastai svarbu dėl kelių priežasčių.

Pirma, bet kokiose mokslinėse diskusijose ar plėtojant alkoholio kontrolės politiką yra jaučiamas didelis poreikis žinoti kokia yra alkoholio vartojimo sukeliama žala mūsų visuomenei. Antra, bendras alkoholio žalos įvertinimas padėtų pagrindą plėtojant tolesnius alkoholio žalos vertinimo tyrimus, nes neabejotinai išryškėtų nepakankamai ištyrinėtos sritys siejamos su alkoholio sąlygojama žala, kuriuose būtina atlikti siauresnius ir gilesnius tyrimus bei galbūt plėtoti surenkamų duomenų bazę Lietuvoje. Trečia, apskaičiavus bendrą alkoholio sąlygojamą žalą Lietuvoje, ateityje būtų galima toliau vystyti išvengiamųjų alkoholio vartojimo sąlygojamų kaštų skaičiavimo tyrimus, kurie didele dalimi remiasi bendros alkoholio žalos vertinimo metodikomis.



## 2. METODAI

### 2.1. Alkoholio poveikio sveikatai vertinimas

Alkoholio vartojimo daroma žala sveikatai gali būti išskiriama į tris bendras grupes. I grupėje yra ligos ir būklės, kurios visiškai (100 proc.) sąlygojamos alkoholio vartojimo t. y. šių ligų nebūtų, jei žmonės nevartotų alkoholio. Tokios diagnozės kaip alkoholinės psichozės (F10), alkoholinės kepenų ligos (K70) ir apsinuodijimai alkoholiu (X45) yra sutinkamos daugelio šalių statistikoje kaip alkoholio vartojimo daromos žalos indikatoriai. Šalia to yra dar daugiau siauresnių TLK-10 diagnozių, kurios priskiriamos tik alkoholio vartojimo pasekmėms. Iš viso, visiškai alkoholio sąlygojamos priežastims priskiriami apie 19-22 TLK-10 kodai [8, 131, 9].

II grupė sudaryta iš ligų ir būklių, kurių išsivystymo rizikai turi įtakos alkoholinių gėrimų vartojimas, tačiau šiomis ligomis galima susirgti ir nevartojant alkoholio. Tokioms ligoms įvairių tyrimų duomenimis priskiriama dalis onkologinių ligų, širdies ir kraujotakos ligos, su virškinimo sistema susijusios ligos. III grupei priskiriamos išorinės priežastys, kurių dalį taip pat sąlygoja alkoholinių gėrimų vartojimas [8, 131, 9].

2.1.1 lentelėje pateikiamas disertacijoje vertintų ligų ir išorinių mirtinumo, sergamumo bei netektą darbingumą lėmusių priežasčių, siejamų su alkoholio vartojimu, sąrašas bei šaltinis į santykinės rizikos (SR) ar alkoholiui priskiriamas dalis (APD). Sąrašas suskirstytas į tris grupes: 1) ligos ir priežastys visiškai (100 proc.) sąlygojamos alkoholio vartojimo; 2) ligos ir priežastys iš dalies sąlygojamos alkoholio vartojimo ir 3) išorinės priežastys, kurių dalį sąlygoja alkoholio vartojimas [8, 131, 9, 5].

**2.1.1 lentelė. Alkoholio vartojimo sąlygojamos ligos, išorinės priežastys ir mirtys**

Diagnozė	TLK-10 kodai	SR ar APD šaltinis
<b><i>I grupė. Ligos ir būklės visiškai sąlygojamos alkoholio vartojimo</i></b>		
Alkoholio sukeltas pseudo-Kušingo (Cushing) sindromas*	E24.4	100 proc. APD [131]
Vernikės (Wernicke) encefalopatija*	E51.2	100 proc. APD [9]
Psichikos ir elgesio sutrikimai, vartojant alkoholį	F10	100 proc. APD [131]
Nervų sistemos degeneracija, sukelta alkoholio*	G31.2	100 proc. APD [131]
Alkoholio sukelta polineuropatija	G62.1	100 proc. APD [131]
Alkoholinė miopatija*	G72.1	100 proc. APD [131]
Alkoholinė kardiomiopatija	I42.6	100 proc. APD [131]
Alkoholinis gastritas	K29.2	100 proc. APD [131]
Alkoholinė kepenų liga	K70	100 proc. APD [131]
Lėtinis alkoholinis pankreatitas	K86.0	100 proc. APD [131]
Vaisiaus ir naujagimio patologija dėl motinos vartojamo alkoholio*	P04.3	100 proc. APD [131]
Gimdyvės priežiūra dėl (įtariamo) vaisiaus pažeidimo alkoholiu*	O35.4	100 proc. APD [131]
Vaisiaus alkoholinis sindromas (dismorfinis)*	Q86.0	100 proc. APD [131]
Alkoholio nustatymas kraujyje*	R78.0	100 proc. APD [131]
Alkoholio toksinis poveikis: etanolis*	T51.0	100 proc. APD [131]
Alkoholio toksinis poveikis: metanolis*	T51.1	100 proc. APD [131]
Alkoholio toksinis poveikis, nepatikslinka*	T51.9	100 proc. APD [131]
Atsitiktinis apsinuodijimas alkoholiu bei jo poveikis	X45	100 proc. APD [131]
Tyčinis apsinuodijimas ir apnuodijimas alkoholiu	X65	100 proc. APD [131]
Apsinuodijimas alkoholiu bei jo poveikis, kai ketinimas nežinomas	Y15	100 proc. APD [131]
Alkoholio buvimas, patvirtintas nustačius alkoholio kiekį kraujyje*	Y90	100 proc. APD [131]
Alkoholio buvimas, patvirtintas nustačius intoksikacijos laipsnį*	Y91	100 proc. APD [9]

### 2.1.1 lentelės tęsinys

Diagnozė	TLK-10 kodai	SR ar APD šaltinis
<b>II grupė. Ligos ir mirties priežastys iš dalies sąlygojamos alkoholio vartojimo</b>		
Lūpos, burnos ertmės ir ryklės piktybiniai navikai	C00-C14	Corrao ir kt., 2004 [132]
Stemplės piktybiniai navikai	C15	Corrao ir kt., 2004 [132]
Gaubtinės žarnos piktybiniai navikai	C18	Corrao ir kt., 2004 [132]
Tiesiosios žarnos piktybiniai navikai	C20	Corrao ir kt., 2004 [132]
Kepenų ir intrahepatinių tulžies takų piktybiniai navikai	C22	Corrao ir kt., 2004 [132]
Gerklų piktybiniai navikai	C32	Corrao ir kt., 2004 [132]
Krūties piktybiniai navikai	C50	Hamajima ir kt., 2002 [133]
Epilepsija ir epilepsinė būklė	G40-G41	Rehm ir kt., 2004 [134]
Hipertenzinės ligos	I10-I15	Corrao ir kt., 2004 [132]
Širdies išeminės ligos	I20-I25	Corrao ir kt., 2004 [132]; <i>Papildomai atsižvelgta į: Radišauskas ir kt. 2011 [135]; Abbott ir kt., 2002 [136]; McElduff ir Dobson (1997) [137]; Trevisan ir kt., 2001 [138]</i>
Paroksizminė tachikardija, prieširdžių virpėjimas ir plazdėjimas bei kitos širdies aritmijos	I47-I49	Guţjahr ir kt., 2001 [51]
Hemoraginis insultas	I60-I62, I69.0-I69.2	Corrao ir kt., 2004 [132]
Išeminis insultas	I63-I66, I69.3-I69.4	Corrao ir kt., 2004 [132]; <i>Papildomai atsižvelgta į: Sundell ir kt., 2008 [139]</i>
Stemplės venų mazgai	I85	Corrao ir kt., 2004 [132]
Gastroezofaginis plyšimo hemoraginis sindromas	K22.6	Jones ir kt. 2008 [8]
Lėtinis hepatitas, kepenų fibrozė ir cirozė	K73, K74	Corrao ir kt., 2004 [132]
Tulžies pūslės akmenligė	K80	Guţjahr ir kt., 2001 [51]
Ūminis ir lėtinis pankreatitas	K85, K86.1	Corrao ir kt., 2004 [132]
Psoriazė (išskyrus artropatinę psoriazė)	L40 be L40.5	Guţjahr ir kt., 2001 [51]
Savaiminis persileidimas*	O03	Guţjahr ir kt., 2001 [51]

### 2.1.1 lentelės tęsinys

Diagnozė	TLK-10 kodai	SR ar APD šaltinis
<b>III grupė. Išorinės mirties priežastys iš dalies sąlygojamos alkoholio vartojimo</b>		
Pėstieji žuvę kelių eismo įvykyje**	V02-V04, V06, V09	LKPT duomenys [140]
Važiuojantieji transporto priemone žuvę kelių eismo įvykyje**	V12-V14, V19-V87, V89	LKPT duomenys [140]
Nelaimingi atsitikimai su vandens transporto priemonėmis**	V90-V94	Jones ir kt. 2008 [8]
Nelaimingi atsitikimai oro ir kosminiame transporte**	V95-V97	Jones ir kt. 2008 [8]
Nukritimai**	W00-W19	Benošis ir Jasulaitis, 2004 [141]
Sužeidimai darbo įrankiais ir mechanizmais**	W24-W31	Jones ir kt. 2008 [8]
Sužeidimai šaunamuoju ginklu**	W32-W34	Benošis ir Jasulaitis, 2004 [141]
Atsitiktinis paskendimas**	W65-W74	Benošis ir Jasulaitis, 2004 [141]
Skrandžio turinio įkvėpimas ir maisto įkvėpimas ar prarijimas, sukėlęs kvėpavimo takų obstrukciją**	W78-W79	Benošis ir Jasulaitis, 2004 [141]
Dūmų, gaisro ir liepsnos poveikis**	X00-X09	Benošis ir Jasulaitis, 2004 [141]
Intensyvaus natūralaus šalčio poveikis**	X31	Benošis ir Jasulaitis, 2004 [141]
Tyčiniai susižalojimai ir įvykiai, kai ketinimas nepatikslingas**	X60-X84, Y10-Y34 be X65 ir Y15	Benošis ir Jasulaitis, 2004 [141]
Pasikėsinimai**	X85-Y09	Benošis ir Jasulaitis, 2004 [141]

\*Įtraukti vertinant alkoholio sąlygojamą sergamumą; \*\*įtraukti vertinant tik alkoholio sąlygojamą mirtingumą.

APD (angl. *Alcohol attributable fraction*) – tai ligų ar būklių proporcija, parodanti kokiai mirusių, sergančių ar darbingumo netekusių asmenų daliai pagrindinis rizikos veiksnys ar būklės išsivystymo priežastis galėtų būti alkoholio vartojimas. Šioje studijoje APD skaičiavimai paremti atsižvelgiant į Jones ir kt. (2008) aprašytą metodiką [8]. APD gali svyruoti nuo 0 (ligos

nepriskiriamos alkoholio vartojimui) iki 1 (ligos alkoholio vartojimui priskiriamos 100 proc.). Kitais atvejais APD svyruojant tarp 0 ir 1, alkoholio vartojimui priskiriama atitinkama proporcija nuo bendro visų mirčių, susirgimų ar netekto darbingumo atvejų.

Keliais retais atvejais (išeminė širdies liga, išeminis insultas, tulžies pūslės akmenligė) APD gali būti neigiama. Tai parodo galimą apsauginį alkoholio poveikį, o neigiamas APD pritaikius bendro mirtingumo, ligotumo ir netekto darbingumo statistikoje, apskaičiuojami galimai išvengti mirtingumo, ligotumo ar netekto darbingumo atvejai. Galimas alkoholinių gėrimų apsauginis efektas tam tikrais alkoholio vartojimo atvejais išlieka nevienareikšme ir plačiai diskutuojama tema mokslinėje literatūroje.

Iš 2.1.1 lentelėje pateiktų trijų priežasčių grupių metodiškai paprasčiausias alkoholio vartojimo žalos vertinimas yra pirmojoje grupėje, kuriai priskiriamos visiškai tik alkoholio vartojimo sąlygojamos būklės. Šiai grupei priskiriamų ligų APD lygi 1.

Išorinės priežastys (III priežasčių grupė 2.1.1 lentelėje) yra iš dalies priskiriamos alkoholinių gėrimų vartojimui ir dažniausiai šios grupės APD sudaromos remiantis nacionaliniais duomenimis. Šioje studijoje APD įvykiams, siejamiems su transporto nelaimėmis Lietuvoje (V02-V04, V06, V09, V12-V14, V19-V87, V89), sudaryti proporcinu principu remiantis Lietuvos kelių policijos tarnybos (LKPT) pateikiama statistika apie neblaivių vairuotųjų ar pėsčiųjų sukeltus nelaimingus atsitikimus [140]. Kita dalis alkoholio sąlygotų išorinių mirties priežasčių (W00-W19, W32-W34, W65-W74, W78-W79, X00-X09, X31, X60-X84, X85-Y09, Y10-Y34 be X65 ir Y15) vertinta remiantis Benošio ir Jasulaičio (2004) [141] tyrimu, kuriame buvo vertintos alkoholinio neblaivumo ir mirtingumo nuo įvairių priežasčių sąsajos. Likusiai daliai (V90-V94, V95-V97, W24-W31) išorinių mirties priežasčių taikyti Jones ir kt. (2008) [8] apskaičiuoti APD. Atitinkamų būklių APD pateikiamos 3 priede.

Kitų, daugiausia lėtinių, ligų APD apskaičiavimas (II priežasčių grupė 2.1.1 lentelėje) ir dalies bendro šių ligų skaičiaus priskyrimas alkoholio vartojimui paremtas santykinės rizikos (SR) rodikliais (angl. *Relative risk*), kurie alkoholio žalos tyrimams gaunami iš didelės apimties epidemiologinių ir meta-analizės tyrimų duomenų. Santykinė rizika parodo naujų atvejų dažnumo tarp rizikos veiksnio veikiamų (alkoholinius gėrimus vartojančių) ir neveikiamų (abstinentų) asmenų santykį bei apibūdina ryšio tarp rizikos veiksnio ir ligos stiprumą. Šioje studijoje APD skaičiavimams naudotos san-

tykinės rizikos koeficientai bei nuorodos į atitinkamus pirminius mokslinius šaltinius pateikiami 2.1.2 lentelėje.

Epidemiologiniuose tyrimuose alkoholio negeriančių žmonių grupės (abstinantai) yra laikomos atskaitinėmis, kurių santykinė rizika prilyginama 1, o ligoms, kurių išsivystymo tikimybė padidėja vartojant alkoholį, santykinė rizika būna didesnė už vienetą. Santykinės rizikos koeficiento dydis taip pat labai priklauso nuo daugelio faktorių, iš kurių svarbiausi yra lytis, alkoholio vartojimo intensyvumas (dažniausiai išreiškiamas gramais gryno alkoholio, suvartojamo per dieną), amžius, suvartojamo alkoholio kiekio per vieną alkoholio gėrimo epizodą.

Pavyzdžiui, Corrao ir kt. (2004) meta-analizės duomenimis, stemplės piktybinių navikų (C15) išsivystymo santykinė rizika vyrams, vartojantiems vidutiniškai 20–39 g alkoholio per dieną, yra 1,39. Tai reiškia, kad šiai vyrų grupei rizika susirgti stemplės piktybiniais navikais didėja 39 proc., lyginant su abstinentais.

Panaudojant 2.1.2 lentelėje pateikiamus santykinės rizikos koeficientus, galutiniai APD II priežasčių grupės būklėms skaičiuotos pagal šią formulę:

$$APD = \frac{\sum_{i=1}^k p_i (SR_i - 1)}{\sum_{i=0}^k p_i (SR_i - 1) + 1}$$

čia,  $SR_i$  – santykinė alkoholį vartojančiųjų rizika lyginant su abstinentais;  $p_i$  – atitinkama alkoholį vartojančiųjų populiacijos proporcija;  $i=0$  – negeriančių alkoholio populiacija.

**2.1.2 lentelė. Santykinės rizikos ligoms, kurias iš dalies sąlygoja alkoholinių gėrimų vartojimas**

Diagnozė	TLK-10	Santykinės rizikos, atsižvelgiant į vyrų alkoholio suvartojimą (g/d.)				Santykinės rizikos, atsižvelgiant į moterų alkoholio suvartojimą (g/d.)				SR šaltinis
		1–19 g*	20–39 g	40–74 g	75 g ir daugiau	1–19 g*	20–39 g	40–74 g	75 g ir daugiau	
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	<i>7</i>	<i>8</i>	<i>9</i>	<i>10</i>	<i>11</i>
Lūpos, burnos ertmės ir ryklės piktybiniai navikai	C00-C14	1,43	1,86	3,11	6,45	1,43	1,86	3,11	6,45	[132]
Stemplės piktybiniai navikai	C15	1,2	1,39	1,93	3,59	1,2	1,39	1,93	3,59	[132]
Gaubtinės žarnos piktybiniai navikai	C18	1,03	1,05	1,1	1,21	1,03	1,05	1,1	1,21	[132]
Tiesiosios žarnos piktybiniai navikai	C20	1,05	1,09	1,19	1,42	1,05	1,09	1,19	1,42	[132]
Kepenų ir intrahepatinių tulžies takų piktybiniai navikai	C22	1,1	1,19	1,4	1,81	1,1	1,19	1,4	1,81	[132]
Gerklų piktybiniai navikai	C32	1,22	1,43	2,02	3,86	1,22	1,43	2,02	3,86	[132]
Krūties piktybiniai navikai	C50	–	–	–	–	1,07	1,21	1,35	1,46	[133]
Epilepsija ir epilepsinė būklė	G40-G41	1,23	1,23	7,52	6,83	1,34	7,22	7,52	7,52	[134]
Hipertenzinės ligos	I10-I15	1,15	1,43	2,04	4,15	1,15	1,43	2,04	4,15	[132]
Širdies išeminės ligos	I20-I25	0,82	0,85	0,98	1,53	0,85	0,9	1,1	1,87	[132]
Paroksizminė tachikardija, prieširdžių virpėjimas ir plazdėjimas, kitos širdies aritmijos	I47-I49	1,51	1,51	2,23	2,23	1,51	2,23	2,23	2,23	[51]
Hemoraginis insultas	I60-I62, I69.0-I69.2	1,1	1,19	1,82	4,7	1,1	1,19	1,82	4,7	[132]

### 2.1.2 lentelės tęsinys.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Išeminis insultas	I63-I66, I69.3- I69.4	0,85	0,9	1,17	4,37	0,85	0,9	1,17	4,37	[132]
Stemplės venų mazgai	I85	1,95	2,9	7,13	26,53	1,95	2,9	7,13	26,53	[132]
Lėtinis hepatitas, kepenų fibrozė ir cirozė	K73, K74	1,95	2,9	7,13	26,53	1,95	2,9	7,13	26,53	[132]
Tulžies pūslės akmenligė	K80	0,82	0,82	0,68	0,5	0,82	0,68	0,5	0,5	[51]
Ūminis ir lėtinis pankreatitas	K85, K86.1	1,12	1,34	1,78	3,19	1,12	1,34	1,78	3,19	[132]
Psoriazė (išskyrus artropatinę psoriazė)	L40 neįtrauki ant L40.5	1,58	1,58	1,6	2,2	1,58	1,6	2,2	2,2	[51]
Savaiminis persileidimas	O03	–	–	–	–	1,2	1,76	1,79	1,79	[51]

Šaltinis: *Adaptuota iš Jones ir kt. (2008) [8]; \*Modifikuotos santykinės rizikos pagal Jones ir kt., 2008.*

## 2.2. Alkoholio vartojimo Lietuvoje vertinimas

APD skaičiavime kitas svarbus komponentas (šalia santykinės rizikos) yra Lietuvos gyventojų alkoholinių gėrimų suvartojimo pasiskirstymo proporcijos pagal amžių, alkoholio suvartojamo kiekio grupes bei abstinetus. Šiam tikslui panaudoti 2007 m. spalio–gruodžio mėnesiais atliktos Lietuvos gyventojų reprezentatyvios apklausos duomenys. Tyrimas atliktas UAB „RAIT“, Valstybinio psichikos sveikatos centro (VPSC) užsakymu, kurio tikslas ištirti Lietuvos gyventojų alkoholio vartojimo įpročius.

Reprezentatyvi anketinė Lietuvos gyventojų apklausa vykdyta tiesioginio interviu būdu, naudojant iš anksto parengtus klausimynus, kuriuose interviuotojai fiksavo respondentų atsakymus. Rezultatai atspindi visos Lietuvos gyventojų nuomones bei pasiskirstymą pagal amžių, lytį, gyvenamąją vietą, išsimokslinimą, perkamąją galią. Apklausa vykdyta Omnibus būdu. Respondentams atrinkti buvo naudojama reprezentatyvi tikimybinė atranka, įvertinant 15–74 m. Lietuvos gyventojų pasiskirstymą pagal gyvenamąją vietą, amžių, lytį, išsimokslinimą.



Tyrimo ataskaitoje nurodoma, kad iš viso buvo aplankyti 8981 namų ūkiai, iš jų: nebuvo namuose rasta – 2084, atsisakė dalyvauti apklausoje – 2278, neatitiko atrankos kriterijų – 1317, o iš viso buvo apklausti 3302 nuolatiniai Lietuvos gyventojai nuo 15 iki 74 m. amžiaus.

Tikrinant interviuotojų darbo kokybę su 20 proc. respondentų buvo užmegstas pakartotinis kontaktas telefonu. Tikrinti respondentų atrankos principai, klausimyno reikalavimų laikymasis. Tyrima vykdžiusios kompanijos Interviuotojų skyrius tikrino anketų užpildymo logiką ir teisingumą, o Duomenų suvedimo skyrius tikrino 10 proc. anketų suvedimo kokybę. Taip pat nurodoma, kad UAB „RAIT“ tyrimai atliekami, laikantis ESOMAR reikalavimų.

Disertacijoje remtasi trimis gyventojų apklausos tyrimo klausimais:

- 1) Analizuotas atskirų alkoholinių gėrimų suvartojimas per vieną praėjusią savaitę (7 dienas). Tikslu klausimo ir atsakymų formuluotė anketoje:

<b>P2. Kokį kiekį alkoholio išgėrėte per praėjusią savaitę (7 dienas)? Įrašykite skaičių prie kiekvienos gėrimo rūšies. Jei tokios per pastarąją savaitę negėrėte, įrašykite nulį „0“.</b>	
1. Alaus butelių (po 0,5 l)	→ _____ vnt.
2. Sidro ir alkoholinių kokteilių (po 0,33 l)	→ _____ vnt.
3. Vyno ar šampano taurių	→ _____ vnt.
4. Deginės, konjako ar kt. stiprių gėrimų taurelių (po 40 g)	→ _____ vnt.

- 2) Analizuoti gyventojų apklausos duomenys apie alkoholio vartojimo dažnį (įvertinant abstinentų dažnį Lietuvoje). Tikslu klausimo ir atsakymų formuluotė anketoje:

Klausimas	Niekada	Kartą per mėnesį ar rečiau	Du–keturis kartus per mėnesį	Du–tris kartus per savaitę	Keturis ar daugiau kartų per savaitę
1. Kaip dažnai Jūs geriate alkoholinius gėrimus?	1	2	3	4	5

- 3) Analizuotas alkoholinių gėrimų suvartojimo vieno gėrimo epizodu kiekis (angl. *binge drinking*), kuomet respondentų buvo klausama, kaip dažnai vienu kartu išgeria 6 ir daugiau standartinius alkoholio vienetus (šio klausimo duomenys buvo naudoti tikslinant išeminės

širdies ligos ir išeminio insulto žalos skaičiavimus). Tiksliai klausimo ir atsakymų formuluotė anketoje:

Klausimas	Niekada	Kartą per mėnesį ar rečiau	Du–keturis kartus per mėnesį	Du–tris kartus per savaitę	Keturis ar daugiau kartų per savaitę
2. Kaip dažnai vienu kartu išgeriate šešis ar daugiau standartinių alkoholio vienetų? <i>Standartinis alkoholio vienetas – 10 g gryno alkoholio; maždaug toks kiekis yra mažoje taurelėje (apie 25 g) stiprių gėrimų, nedidelėje taurėje (apie 100 g) vyno, stiklinėje vidutinio stiprumo alaus.</i>	1	2	3	4	5

Skaičiuojant Lietuvos gyventojų pasiskirstymo proporcijas pagal atitinkamas alkoholio vartojimo kategorijas (abstinentai, 1–19 g gryno alkoholio per dieną suvartojantys, 20–39 g/d., 40–74 g/d. ir daugiau kaip 75 g/d.) buvo analizuoti respondentų atsakymai kiek per paskutinę savaitę jie suvartojo atskirų rūšių alkoholinių gėrimų. Respondentai turėjo atskirai nurodyti kiek jie per praėjusią savaitę suvartojo alaus butelių (po 0,5 l), sidro ir alkoholinių kokteilių (po 0,33 l), vyno ar šampano taurių (darant prielaidą, kad taurės po 0,1 l) bei degtinės, konjako ar kitų stiprių gėrimų taurelių (po 40 g, t. y. 0,04 l).

Respondentų nurodyti suvartotų atskirų gėrimų kiekiai buvo perversti į standartinius alkoholio vienetus (SAV) darant prielaidą, kad viso vartojamo alaus stiprumas yra 5 proc., vyno/šampano – 11 proc., sidro – 5 proc., degtinės ar konjako – 40 proc. Konvertuojant SAV į gramus, 12,7 ml prilyginta 10 g gryno alkoholio.

*SAV (g/d.) apskaičiavimas iš alaus suvartojimo:*

$$SAV = \frac{0,5 \times N \times 0,05}{0,00127}$$

*SAV (g/d.) apskaičiavimas iš vyno/šampano suvartojimo:*

$$SAV = \frac{0,1 \times N \times 0,11}{0,00127}$$

*SAV (g/d.) apskaičiavimas iš sidro suvartojimo:*

$$SAV = \frac{0,33 \times N \times 0,05}{0,00127}$$

*SAV (g/d.) apskaičiavimas iš stipriųjų gėrimų suvartojimo:*

$$SAV = \frac{0,04 \times N \times 0,40}{0,00127}$$

čia, N – respondentų nurodytas kiekvieno vertinamo gėrimo butelių, taurių ar taurelių skaičius.

Vėliau kiekvieno respondento skirtingų gėrimų suvartojimas išreikštas SAV buvo susumuojamas, taip gaunant kiekvieno respondento bendrą gryno alkoholio suvartojimą per savaitę. Galiausiai savaitei tenkantis kiekvieno respondento gryno alkoholio suvartojimas buvo dalinamas iš 7, o gauti suvartojami gryno absoliutaus alkoholio gramai per dieną sugrupuojami į atitinkamas alkoholio suvartojimo kategorijas: 1–19 gramų gryno alkoholio per dieną suvartojančius (g/d.), 20–39 g/d., 40–74 g/d. ir daugiau kaip 75 g/d. suvartojančius. Atitinkamai alkoholio vartojimas buvo suskirstytas pagal amžiaus grupes ir lytį. Įvertinant alkoholio suvartojimą 75 metų ir vyresnių amžiaus grupėje buvo naudotos 65–74 metų amžiaus grupės alkoholio vartojimo proporcijos, t. y. daryta prielaida, nes apklausoje nebuvo įtraukti vyresni nei 75 metų amžiaus žmonės.

Pagrindinis alkoholinių gėrimų suvartojimo vertinimas apimantis tik paskutinę savaitę (7 dienas), leidžia respondentui lengviau prisiminti kiek alkoholio jis/ji išgėrė per pakankamai neilgą laiko tarpą, o tai sąlygoja tikslesnius nurodyto suvartoto alkoholio kiekius. Tačiau esminis tokio klausimo trūkumas yra tai, kad dalis respondentų per paskutinę savaitę alkoholinių gėrimų nevartojo, nors įprastai nėra abstinentai. „RAIT“ atliktoje gyventojų apklausoje per paskutinę savaitę nevartojusių alkoholinių gėrimų vyrų buvo 29,03 proc., moterų – 51,87 proc. 2.2.1 lentelėje pateikiamos proporcijos nustatytos apklausoje kiek vyrų ir moterų atitinkamose amžiaus grupėse per paskutines 7 dienas vartojo alkoholinius gėrimus.

**2.2.1 lentelė. Vyrų ir moterų alkoholinių gėrimų suvartojimas Lietuvoje ir pasiskirstymas atskirose amžiaus grupėse**

Amžiaus grupė	Vyrų gryno alkoholio suvartojimas (g/d.)					Moterų gryno alkoholio suvartojimas (g/d.)				
	Nevar-toja	1–19	20–39	40–74	75+	Nevar-toja	1–19	20–39	40–74	75+
	Proc.					Proc.				
15–24 m.	35,23	43,94	11,74	6,06	3,03	44,59	50,90	3,15	1,35	0,00
25–34 m.	21,43	52,75	13,74	8,79	3,30	38,66	53,61	6,19	1,03	0,52
35–44 m.	22,54	50,23	16,90	6,57	3,76	41,61	53,85	2,45	1,40	0,70
45–54 m.	22,98	56,60	13,62	6,38	0,43	46,15	49,50	3,68	0,33	0,33
55–64 m.	28,89	53,33	15,11	1,78	0,89	53,18	41,95	3,75	0,75	0,37
65–74 m.	38,41	49,28	8,70	3,62	0,00	75,49	22,84	1,11	0,00	0,56
75 m. ir vyresni*	38,41	49,28	8,70	3,62	0,00	75,49	22,84	1,11	0,00	0,56
<b>Iš viso (15–75 m.)</b>	29,03	50,75	13,05	5,38	1,79	51,87	43,82	3,13	0,74	0,43

\*Darant prielaidą, kad 75 metų ir vyresni gyventojai alkoholį vartoja taip kaip ir 65–74 metų grupėje.

Siekiant atspindėti tikrąsias abstinentų proporcijas atskirose amžiaus grupėse, galutinės abstinentų proporcijos buvo koreguotos remiantis kito respondentams užduoto klausimo rezultatais apie bendrus alkoholio vartojimo įpročius (t. y. abstinentų dažnis įvertintas nustatčius kaip dažnai respondentai iš viso vartoja alkoholinius gėrimus). Gyventojų apklausoje atsakymai į klausimą „Kaip dažnai Jūs geriate alkoholinius gėrimus?“ parodė, kad niekada nevar-toja alkoholio 7,37 proc. vyrų ir 12,29 proc. moterų (žr. 2.2.2 lentelėje). Remiantis niekada alkoholio nevartojančių respondentų proporcijomis, buvo koreguoti alkoholį vartojančiųjų grupių svoriai, kad abstinentų ir vartojančiųjų alkoholį bendra procentinė suma atskirose amžiaus grupėse būtų 100 proc. Galutinės APD skaičiavime naudotos Lietuvos gyventojų alkoholinių gėrimų vartojimo proporcijos pateikiamos 2.2.2 lentelėje.

**2.2.2 lentelė. Vyrų ir moterų alkoholinių gėrimų suvartojimas atsižvelgiant į abstinentų proporcijas Lietuvoje ir pasiskirstymas atskirose amžiaus grupėse**

Amžiaus grupė	Vyrų gryno alkoholio suvartojimas (g/d.)					Moterų gryno alkoholio suvartojimas (g/d.)				
	Nevar-toja	1–19	20–39	40–74	75+	Nevar-toja	1–19	20–39	40–74	75+
	Proc.					Proc.				
15–24 m.	35,23→ 9,38%	61,48	16,43	8,48	4,24	44,59→ 5,90%	86,45	5,36	2,30	0,00
25–34 m.	21,43→ 3,92%	64,50	16,80	10,75	4,03	38,66→ 4,72%	83,27	9,61	1,60	0,80
35–44 m.	22,54→ 6,19%	60,83	20,47	7,96	4,55	41,61→ 6,91%	85,85	3,90	2,23	1,11
45–54 m.	22,98→ 4,78%	69,97	16,83	7,89	0,53	46,15→ 8,89%	83,75	6,22	0,57	0,57
55–64 m.	28,89→ 5,69%	70,73	20,04	2,36	1,18	53,18→ 13,29%	77,70	6,94	1,39	0,69
65–74 m.	38,41→ 12,13%	70,30	12,41	5,17	0,00	75,49→ 26,90%	68,11	3,32	0,00	1,66
75 m. ir vyresni*	38,41→ 12,13%	70,30	12,41	5,17	0,00	75,49→ 26,90%	68,11	3,32	0,00	1,66
<b>Iš viso (15–75 m.)</b>	<b>29,07→ 7,37%</b>	<b>66,25</b>	<b>17,03</b>	<b>7,02</b>	<b>2,34</b>	<b>51,87→ 12,29%</b>	<b>79,87</b>	<b>5,71</b>	<b>1,34</b>	<b>0,78</b>

\*Darant prielaidą, kad 75 metų ir vyresni gyventojai alkoholį vartoja taip kaip ir 65–74 metų grupėje.

Remiantis aukščiau aprašyta APD skaičiavimo metodika, toliau buvo apskaičiuoti APD Lietuvai 2.1.2 lentelėje pateiktoms diagnozėms. Galutiniai šioje studijoje taikyti APD pateikiamos 3 priede. Šios APD buvo panaudotos vertinant alkoholio sąlygojamą žalą, t. y. alkoholio sąlygojamą mirtinumą, sergamumą bei nedarbingumą.

### 2.3. Alkoholio sąlygojamo mirtingumo vertinimas

Alkoholio vartojimo sąlygoto mirtingumo vertinimui buvo naudoti individualūs nuasmeninti mirties liudijimų duomenys, gauti Lietuvos sveikatos mokslų universitete (LSMU) pagal statistinių duomenų teikimo sutartį iš Statistikos departamento (2003–2009 m.) ir Higienos instituto Sveikatos

informacijos centro Mirties atvejų ir jų priežasčių registro (2010–2011 m.). Vienerių metų duomenų apimtis buvo apie 40–50 tūkst. įrašų, o iš viso 2003–2011 m. – 385 532 įrašai. Iš šių duomenų masyvo buvo atrinkti įrašai, kuriuose pagrindinė mirties priežastis atitiko 2.1.1 lentelėje pateiktus TLK-10 kodus (žr. 4 ir 5 priede), toliau jie buvo sugrupuoti pagal amžių ir lytį bei pritaikius atitinkamas APD, kurios pateikiamos 3 priede, apskaičiuotas galutinis alkoholio sąlygotų mirčių skaičius Lietuvoje.

Pagal TLK-10 panaudojimo mirtingumo kodavimui taisykles ne visi TLK-10 kodai gali būti naudojami mirties liudijime pagrindinei mirties priežastčiai koduoti, pavyzdžiui, grupės „Sužalojimai, apsinuodijimai ir tam tikri išorinių poveikių padariniai“ TLK-10 S-T kodai. Tai sąlygoja, kad ne visos 2.1.1 lentelėje išvardintos priežastys yra tarp atrinktų alkoholio sąlygotų mirčių atvejų. Be to, pagrindinė mirties priežastis, kuri įrašoma mirties liudijime, ne visada būna pakankamai tiksli ar atspindi galimą alkoholio įtaką, pvz., mirtys nuo pneumonijos, tuberkuliozės ar išeminės širdies ligos. Todėl galima teigti, kad, atsižvelgiant tik į oficialiai užregistruotą pagrindinę mirties priežastį ir dėl jos nustatymo netikslumų, dalis alkoholio sąlygotų mirčių oficialiuose mirties įrašuose yra nerandama, o tai sumažina alkoholio sąlygojamos žalos įvertinimą.

Tradiciškai saikingas alkoholio vartojimas priskiriamas sumažėjusiai išeminės širdies ligos (IŠL) (I20-I25) ir išeminio insulto (I63-I66, I69.3-I69.4) santykinei rizikai (t. y. apsauginis poveikis), tačiau šiuo atveju taip pat būtina atsižvelgti į keletą modifikuojančių faktorių, o tai alkoholio sąlygojamo mirtingumo skaičiavimą šioms mirties priežastims padaro sudėtingesnį. Radišauskas ir kt. (2011) [135] savo tyrime pristato mirtingumo nuo IŠL rezultatus ir nurodo, kad, retrospektyviai patikrinus mirtingumo nuo IŠL autopsijų rezultatus Kauno mieste, 8,7 proc. mirčių priskirtų IŠL turėjo būti pakoreguota į priežastis susijusias su alkoholio vartojimu. Žymi dalis staiga mirusių asmenų, kuriems mirties priežastimi buvo įrašyta IŠL, iš tikrųjų miršta nuo ūmios alkoholio intoksikacijos arba alkoholio išprovokuoto kardiovaskulinės sistemos sutrikimo. Remiantis šio tyrimo rezultatais buvo daryta prielaida, kad 8,7 proc. iš visų Lietuvoje registruotų mirčių nuo IŠL atvejų šioje studijoje analizuojamoje populiacijoje turi būti priskirti alkoholio sąlygotoms priežastims. Ši neteisingų diagnozių proporcija buvo pridėjama prie alkoholio sąlygotų mirčių nuo IŠL skaičiaus.

Alkoholio apsauginio poveikio mažėjimas taip pat priklauso nuo geriančiojo amžiaus, o senyvo amžiaus žmonėms (75 metų ir vyresniems) net ir saikingai vartojant alkoholinius gėrimus, apsauginio poveikio IŠL išsivysty-

mui nebelieka [136]. Todėl skaičiuojant alkoholiui priskiriamą žalą nuo IŠL, APD nebuvo taikyta mirusiems nuo IŠL 75 metų ir vyresnių žmonių grupėje.

Vertinant alkoholio apsauginį poveikį IŠL ir išeminio insulto išsivystymui, svarbią reikšmę turi kokiais kiekiais žmonės vartoja alkoholį vieno gėrimo epizodo metu. Santykinė rizika IŠL ar išeminiam insultui kinta priklausomai nuo alkoholinių gėrimų vartojimo pobūdžio, o alkoholinių gėrimų vartojimo epizodai, kuomet vieno gėrimo epizodo metu išgeriami daugiau kaip 6 SAV alkoholio, apsauginį poveikį ne tik panaikina, bet ir kai kurių tyrimų duomenimis [137–139] ženkliai padidina IŠL ar išeminio insulto santykinę riziką. Atsižvelgiant į tai, šioje studijoje buvo daryta prielaida, kad apsauginis alkoholio poveikis, analizuojant mirtingumą nuo IŠL ir išeminio insulto, taikytinas tik tai bendro mirtingumo proporcijai, kokia proporcija iš aukščiau aptartos reprezentatyvios Lietuvos gyventojų apklausos respondentų nurodė, kad niekada vieno gėrimo epizodu neišgeria daugiau kaip 6 SAV. Gyventojų apklausoje tokių respondentų buvo vidutiniškai 32,5 proc. tarp vyrų (15–24 m. amžiaus grupėje – 41 proc., 25–34 m. – 28 proc., 35–44 m. – 21 proc., 45–54 m. – 24 proc., 55–64 m. – 32 proc., 65–74 m. – 45 proc.) ir vidutiniškai 56,65 proc. tarp moterų (15–24 m. amžiaus grupėje – 49 proc., 25–34 m. – 43 proc., 35–44 m. – 46 proc., 45–54 m. – 54 proc., 55–64 m. – 63 proc., 65–74 m. – 75 proc.).

Šioje analizėje alkoholio vartojimo sąlygojamo mirtingumo žala papildomai buvo išreikšta ir Prarastais potencialaus gyvenimo metais (PPGM). Šis rodiklis suteikia didesnę svorį mirties priežastims ankstesniame amžiuje. PPGM buvo skaičiuotas 15–64 metų gyventojų tarpe, t. y. remtasi 65 metų atskaitiniu amžiumi. Skirtingų amžių mirtingumo rodikliai vertinti analizuojant mirtingumo rodiklius sugrupuotus 5 metų grupėmis (15–19; 20–24; 25–29; 30–34; 35–39; 40–44; 45–49; 50–54; 55–59; 60–64), o PPGM skaičiavimui naudoti atitinkamų amžiaus grupių vidutiniai įverčiai. Galutinis PPGM rodiklis apskaičiuotas taip:

$$PPGM = \sum_{i=15}^{65} d_i(65 - i)$$

čia *PPGM* – prarasti potencialaus gyvenimo metai apskaičiuoti analizuojant 15–65 metų amžiaus gyventojų mirtingumo rodiklius, *d<sub>i</sub>* – mirties atveju skaičius atskiroje amžiaus grupėje, *i* – amžiaus grupės vidutinis įvertis (amžius mirties metu).

Pirmos priežasčių grupės mirties priežastims PPGM skaičiuoti nuo visų mirties atvejų skaičiaus (100 proc. alkoholio sąlygojamas mirtingumas). Antrai ir trečiai priežasčių grupėms priskiriamo mirtingumo PPGM skaičiuoti prieš tai atitinkamoms penkių metų grupėms pritaikytas APD.

## **2.4. Alkoholio sąlygojamo ligotumo vertinimas**

Alkoholio vartojimo sąlygojamam ligotumui įvertinti buvo naudoti 2006–2011 m. duomenys, gauti iš Privalomojo sveikatos draudimo informacinės sistemos SVEIDRA duomenų bazės, kuri apima apie 99 proc. stacionaro ligonių ir apie 90 proc. ambulatorinių apsilankymų [142]. Pradinis duomenis sudarė individualūs nuasmeninti ambulatorinių kontaktų ir stacionarizavimo atvejų įrašai su šiais duomenimis iš formų Nr. 025/a-LK ir Nr. 066/a-LK: asmens gimimo metai, lytis, ambulatorinis ar stacionarinis epizodas, atvykimo ir pabaigos datos, pagrindinės diagnozės TLK-10 kodas, išrašymo iš stacionaro kategorija ir specialus asmens identifikacinis numeris (ne asmens kodas), leidžiantis sujungti atskirus to paties asmens gydymo epizodus.

Tokių įrašų skaičius vieniems metams svyravo tarp 6 ir 7 milijonų, o iš viso 2006–2011 m. laikotarpiu sudarė 40 425 797 įrašus. Šie duomenys buvo sugrupuoti pagal pagrindinę diagnozę, amžių ir lytį ir suskaičiuotas asmenų skaičius kuriems bent kartą per metus nustatyta liga prie atitinkamo TLK-10 kodo ir toliau šios lentelės buvo naudojamos kaip atspirties taškas disertacijoje (žr. 6 ir 7 priedus). Ligotumo rodiklis apima asmenis, kuriems atitinkamai kalendoriniais metais buvo rastas bent vienas ambulatorinis ar stacionarinis įrašas su pagrindine diagnoze iš 2.1.1 lentelėje pateikiamo ligų sąrašo ir išreikštas 100 000 gyventojų.

Vertinant alkoholio vartojimo sąlygotą sirgusių asmenų skaičių, iš analizės buvo pašalintas nedidelis skaičius įrašų be asmens identifikacinio numerio ar radus klaidą kituose kintamuosiuose. Taip pat skaičiuojant sirgusių asmenų skaičių neįtrauktos išorinės priežastys (TLK-10 grupė Nr. 20, kodai V-Y, trečioji, išorinių priežasčių grupė 2.1.1 lentelėje), nes tokiais atvejais medicininiuose dokumentuose kaip pagrindinė diagnozė paprastai pažymimas tik traumos ar kitos išorinės priežasties pasekmės kodas (TLK-10 grupė Nr. 19, kodai S-T), nors gautuose duomenyse yra ir nedidelis kiekis klaidingai panaudotų V-Y kodų, kurie analizėje nebuvo vertinti. Neseniai atsirado galimybė aukščiau minėtose formose registruoti ir išorinių ligotumo priežasčių kodus šalia kitų gretutinių ligų, tačiau šie duomenys



buvo neprieinami šiuose skaičiavimuose. Išimtį sudaro tik apsinuodijimas alkoholiu (X45, X65, Y15, Y90, Y91), nes jis turi aiškų atitikmenį pasekmių koduose (Alkoholio toksinis poveikis – T51).

Alkoholio vartojimo sąlygojamas sergančių asmenų skaičius vertintas pritaikius atitinkamas APD. Tačiau taip pat kaip ir vertinant alkoholio sąlygojamas mirtis nuo IŠL ir išeminio insulto, sergančių asmenų galimo apsauginio poveikio vertinimas, taikytas tik tai bendro sergančių asmenų proporcijai, kokia proporcija iš aukščiau aptartos reprezentatyvios Lietuvos gyventojų apklausos respondentų nurodė, kad niekada vieno gėrimo epizodu neišgeria daugiau kaip 6 SAV. 2007 m. gyventojų apklausoje tokių respondentų buvo vidutiniškai 32,5 proc. tarp vyrų ir vidutiniškai 56,65 proc. tarp moterų [137–139].

## **2.5. Alkoholio sąlygojamo netekto darbingumo vertinimas**

Alkoholio vartojimo sąlygoto netekto darbingumo (darbingumo lygio sumažėjimo) analizei buvo panaudoti 2006–2011 m. duomenys, gauti iš Neįgalumo ir darbingumo nustatymo tarnybos (NDNT) prie Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos. Pradiniai neįgalumo ir darbingumo duomenys kiekvienais metais sudarė nuo daugiau kaip 200 tūkst. (2006 m.) iki daugiau kaip 427 tūkst. įrašų (2011 m.). Gauti duomenys apėmė identifikacinį kodą (ne asmens kodas), darbingumo/neįgalumo vertinimo kalendorinius metus, gimimo metus, lytį, pagrindinės diagnozės TLK-10 kodą, nustatytą darbingumo lygio procentą, neįgalumo lygį bei informaciją, ar tai pakartotinai ar pirmą kartą nustatomas darbingumo lygis. Šie rodikliai buvo apibendrinti pagal atitinkamus TLK-10 kodus ir buvo sudarytos apibendrintos lentelės (žr. 8–10 prieduose), kuriomis toliau remtasi skaičiavimuose.

Disertacijoje vertinti tik duomenys susiję su darbingumo lygio nustatymu. NDNT nustatyti darbingumo lygiai buvo suskirstyti į 3 kategorijas – darbingumo lygis nuo 0 iki 25 proc., nuo 30 iki 55 proc. ir nuo 60 iki 100 proc. Iš viso alkoholio sąlygojama netekto darbingumo našta, taikant APD, vertinta nuo bendro 2006–2011 m. buvusių 188 809 darbingumo nustatymo atvejų skaičiaus. Lygiai taip kaip vertinant sergančių asmenų skaičių analizuojant netektą darbingumą nebuvo galimybės įtraukti išorinių priežasčių grupės kodų (TLK-10 kodai V-Y, trečioji išorinių priežasčių grupė 2.1.1 lentelėje).

Alkoholio vartojimo sąlygojamo netekto darbingumo atvejai skaičiuoti pritaikius atitinkamas APD. Kaip ir vertinant alkoholio sąlygojamas mirtis bei asmenis sergančius IŠL ir išeminiu insultu, netektam darbingumui dėl IŠL ir išeminio insulto galimo apsauginio poveikio vertinimas, taikytas tik tai bendro nustatyto netekto darbingumo atvejų proporcijai, kokia proporcija iš aukščiau aptartos reprezentatyvios Lietuvos gyventojų apklausos respondentų nurodė, kad niekada vieno gėrimo epizodu neišgeria daugiau kaip 6 SAV [137–139].

## **2.6. Su alkoholio vartojimu siejamų teisėtvarkos pažeidimų vertinimas**

Analizuojant teisėtvarkos pažeidimus, siejamus su alkoholinių gėrimų vartojimu, buvo vertinta Lietuvos kelių policijos tarnybos (LKPT) eismo įvykių Lietuvoje statistika [140], LKPT Kelių eismo taisyklių pažeidimų statistika [143] bei Informatikos ir ryšių departamento (IRD) duomenys apie neblaivių asmenų įvykdytas nusikalstamas veikas Lietuvoje [144].

LKPT eismo įvykių Lietuvoje statistika atspindi eismo nelaimės 2003-2012 m., Pagrindiniai vertinti kriterijai minėtais metais buvo įvykiai registruoti dėl neblaivių pėsčiųjų ir vairuotojų kaltės. Taip pat skaičiuota proporcija nuo visų atitinkamų įvykių skaičiaus. LKPT Kelių eismo taisyklių pažeidimų statistika apima 2005-2011 m. Vertinti pažeidimai pagal šiuos Administracinių teisės pažeidimų kodekso (ATPK) straipsnius:

- ATPK 126 str. Transporto priemonių vairavimas, esant vairuotojams neblaiviems arba apsvaigusiems nuo narkotinių, psichotropinių ar kitų psichiką veikiančių medžiagų. Iš bendros LKPT pateikiamos pažeidimų statistikos pagal šį straipsnį buvo atrinkti tik pažeidimai padaryti neblaivių vairuotojų. Pagal šį straipsnį neblaivių vairuotojų įvykdyti pažeidimai, kiekvienais metais, sudaro apie 98,5 proc. pažeidimų, likusi dalis – apsvaigusių nuo narkotinių ar psichotropinių medžiagų.
- ATPK 127 str. Kelių eismo taisyklių pažeidimas, sukėlęs nežymų sveikatos sutrikdymą arba nulėmęs turto sugadinimą. Iš bendros LKPT pateikiamos pažeidimų statistikos buvo atrinkti tik pažeidimai padaryti neblaivių asmenų. Bendras pažeidimų skaičius, į kurį papildomai įeina pažeidimai įvykdyti blaivių asmenų ar apsvaigusių nuo narkotinių ir psichotropinių medžiagų, naudotas alkoholi vartojusių asmenų proporcijos apskaičiavimui.

- ATPK 129 str. Transporto priemonių vairavimas neblaivių ar apsvaigusių nuo narkotinių, psichotropinių ar kitų psichiką veikiančių medžiagų asmenų, neturinčių teisės vairuoti. Iš bendros LKPT pateikiamos pažeidimų statistikos 2008–2011 m. buvo atrinkti tik pažeidimai padaryti neblaivių asmenų, kurie vidutiniškai sudarė 98 proc. 2005–2007 m. pateikiamoje statistikoje nebuvo atskirai išskiriamas nuo kitų medžiagų apsvaigę asmenys, todėl šių metų neblaivių asmenų padarytas pažeidimų skaičius buvo apskaičiuotas pritaikant 2008–2011 m. proporciją t. y.  $APD=0,98$ . ATPK 128 str. (Transporto priemonių vairavimas neturint teisės vairuoti) statistika naudota palyginamojoje pažeidimų analizėje.

IRD duomenys, apimantys 2004–2011 m., analizuoti vertinant asmenų, įtariamų (kaltinamų) nusikalstamą veiką padarius esant neblaiviams, skaičių pagal šiuos Lietuvos Respublikos baudžiamojo kodekso (BK) straipsnius: nužudymai (BK 129–131 str.); neatsargus gyvybės atėmimas (BK 132 str.); sukurstymas nusižudyti ar privedimas prie savižudybės (BK 133 str.); sunkūs sveikatos sutrikdymai (BK 135–136 str.); sunkūs sveikatos sutrikdymai dėl neatsargumo (BK 137 str.); nesunkūs sveikatos sutrikdymai (BK 138 str.); nesunkūs sveikatos sutrikdymai dėl neatsargumo (BK 139 str.); fizinio skausmo sukėlimas ar nežymus sveikatos sutrikdymas (BK 140 str.); grasinimas nužudyti ar sunkiai sutrikdyti žmogaus sveikatą arba žmogaus terorizavimas (BK 145 str.); neteisėtas laisvės atėmimas (BK 146 str.); žmogaus veiksmų laisvės varžymas (BK 148 str.); išžaginimai (BK 149 str.); seksualinis prievartavimas (BK 150 str.); privertimas lytiškai santykiuoti (BK 151 str.); seksualinis priekabiavimas (BK 152 str.); mažamečio asmens tvirkvinimas (BK 153 str.); įžeidimas (BK 155 str.); vagystės (BK 178 str.); plėšimai (BK 180 str.); turto prievartavimas (BK 181 str.); turto sunaikinimas ar sugadinimas (BK 187 str.); kelių transporto eismo saugumo ar transporto priemonių eksploatacijos taisyklių pažeidimai (BK 281 str.); transporto eismo tvarkos ar saugumo taisyklių pažeidimai (BK 282 str.); viešosios tvarkos pažeidimai (BK 284 str.); melagingi pranešimai apie visuomenei gresiantį pavojų ar ištikusią nelaimę (BK 285 str.); kapo išniekinimas (BK 312 str.).

Papildoma palyginamoji analizė atlikta vertinant nusikalstamų veikų, padarytų neblaivių asmenų ir visų Lietuvoje registruotų nusikalstamų veikų skaičių. Reikia atkreipti dėmesį, kad nusikalstamas veikas įvykdžiusių neblaivių asmenų skaičius ir registruotų nusikalstamų veikų, įvykdytų neblaivių asmenų, skaičius skiriasi. Dalis nusikalstamų veikų įvykdoma keleto asmenų grupės arba kelios nusikalstamos veikos gali būti įvykdomos vieno asmens.

## 2.7. Lietuvos gyventojų pasiskirstymas atskirose amžiaus grupėse

Disertacijos skaičiavimų vykdymo metu Lietuvos statistikos departamente dar nebuvo baigti Lietuvos gyventojų skaičiaus patikslinimai (remiantis 2011 m. gyventojų surašymo duomenimis), todėl pradžioje disertacijoje naudota nepatikslinkta Lietuvos gyventojų populiacija pagal atskiras amžiaus grupes [145], o disertacijos rengimo pabaigoje atsiradus patikslintiems Lietuvos gyventojų skaičiaus duomenims [146], šie rodikliai buvo perskaičiuoti. Lietuvos gyventojų populiacija buvo naudojama metinės dinamikos palyginimuose, rodiklius išreiškiant 100 000 gyventojų (žr. 2.7.1 lentelėje). Papildomai vertinant ligotumo, mirtingumo ir netekto darbingumo metinę dinamiką, rodikliai buvo standartizuoti pagal amžių naudojant patikslintą 2010 m. Lietuvos populiacijos struktūrą (žr. 2.7.1 lentelėje 2010 m. populiacija).

*2.7.1 lentelė. Pagal 2011 m. surašymo duomenis patikslintas Lietuvos gyventojų pasiskirstymas pagal lytį ir amžių*

Lytis	Metai	15–24 m.	25–34 m.	35–44 m.	45–54 m.	55–64 m.	65–74 m.	75 m. ir vyresni	Visi 15 m. ir vyresni	Iš viso
Visi	2003	503417	470415	524464	433274	353301	317615	200552	2803038	3415213
	2004	499248	459138	512830	441366	350586	317616	210017	2790801	3377075
	2005	489439	445152	498026	447856	349235	315688	217843	2763239	3322528
	2006	481413	431795	483575	455154	346628	313539	224968	2737072	3269909
	2007	479766	422318	471442	461906	343214	311803	231701	2722150	3231294
	2008	476304	416572	460746	467536	340606	308648	238195	2708607	3198231
	2009	466179	411530	449515	471013	342500	302955	243367	2687059	3162916
	2010	446771	394934	433876	468011	346361	297011	248090	2635054	3097282
	2011	425495	377249	418229	462728	350854	290466	253854	2578875	3028115
Vyrai	2003	255707	233362	255578	203080	152910	121156	57169	1278962	1592558
	2004	254022	227897	250317	207418	151887	120984	60017	1272542	1573141
	2005	249053	221170	243091	210709	151478	120163	62849	1258513	1545364
	2006	244528	214726	235907	214225	150318	119260	65428	1244392	1517629
	2007	243589	210164	229998	217407	148821	118512	67551	1236042	1497107
	2008	242106	207780	224675	220154	147860	117094	69533	1229202	1480386
	2009	237032	205749	218563	221718	148819	114688	71090	1217659	1461776
	2010	227810	198028	210004	220392	150657	112250	72479	1191620	1428711
	2011	217769	189937	202100	218291	152785	109606	74328	1164816	1395367

### 2.7.1 lentelės tęsinys.

Lytis	Me- tai	15–24 m.	25–34 m.	35–44 m.	45–54 m.	55–64 m.	65–74 m.	75 m. ir vy- resni	Visi 15 m. ir vyresni	Iš viso
Mote- rys	2003	247710	237053	268886	230194	200391	196459	143383	1524076	1822655
	2004	245226	231241	262513	233948	198699	196632	150000	1518259	1803934
	2005	240386	223982	254935	237147	197757	195525	154994	1504726	1777164
	2006	236885	217069	247668	240929	196310	194279	159540	1492680	1752280
	2007	236177	212154	241444	244499	194393	193291	164150	1486108	1734187
	2008	234198	208792	236071	247382	192746	191554	168662	1479405	1717845
	2009	229147	205781	230952	249295	193681	188267	172277	1469400	1701140
	2010	218961	196906	223872	247619	195704	184761	175611	1443434	1668571
	2011	207726	187312	216129	244437	198069	180860	179526	1414059	1632748

Šaltinis: Statistikos departamentas.

## 2.8. Duomenų analizės metodai

Kauno regioninio biomedicininų tyrimų etikos komiteto ir Valstybinės duomenų apsaugos inspekcijos atsakymai dėl leidimo atlikti tyrimą pateikiami 1 ir 2 prieduose.

Surinktų duomenų analizei atlikti naudota *SPSS 20.00 v.* ir *Microsoft Office Excel 2010* programiniai paketai. Specifiniai alkoholio vartojimo sąlygojamos žalos skaičiavimo metodiniai aspektai detaliau aptarti aukščiau einančiuose skyreliuose. Analizuojant visiškai tik alkoholio vartojimo sąlygojamą mirtingumą ir ligotumą analizėje skaičiuotas Spirmeno koreliacijos ( $r$ ) koeficientas ir taikyta tiesinė regresinė analizė, nurodant regresijos ir determinacijos ( $R^2$ ) koeficientus bei pasikliautinuosius intervalus (PI). Skirtumai tarp požymių laikyti statistiškai reikšmingais, kai  $p < 0,05$ .

Taip pat buvo atlikta bendro alkoholio vartojimo sąlygojamo standartizuoto mirtingumo 2003–2011 m. analizė taikant jungiamųjų taškų regresinės analizės modelį (angl. *Jointpoint regression model*), panaudojant jungiamųjų taškų regresijos kompiuterinę programą *Joinpoint 4.1.0 v.* Skirtumai tarp požymių laikyti statistiškai reikšmingais, kai  $p < 0,05$ .

## 2.9. Alkoholio vartojimo sąlygojamos ekonominės žalos vertinimas

Disertacijoje buvo siekiama iliustruoti kiek įmanoma naujesnius alkoholio vartojimo sąlygojamos ekonominės žalos kaštus, taip pat atsižvelgti į publikuojamų duomenų išsamumą. Studijos atlikimo laikotarpiu naujausi ir išsamiausi duomenys atspindėjo 2010 m., todėl šie metai ir buvo pasirinkti alkoholio vartojimo sąlygojamai ekonominei žalai įvertinti, atliekant kaštų analizę (angl. *cost of illness analysis*) visuomenės aspektu [99, 101].

Dėl duomenų surinkimo kompleksiskumo ar atskirų kaštų vertinimo komponentų duomenų nebuvimo, šioje studijoje buvo įvertinta tik dalis visų su alkoholio vartojimo pasekmėmis siejamų kaštų komponentų, kuriuos rekomenduojama įtraukti tarptautinėse metodinėse alkoholio kaštų vertinimo gairėse [99, 101]. Disertacijoje vertinti alkoholio vartojimo sąlygojami kaštai Lietuvoje apima:

- Sveikatos priežiūros kaštus (visiškai alkoholio sąlygotų ar iš dalies alkoholio sąlygotų susirgimų ambulatorinius ir stacionarinius kaštus, neįtraukiant išorinių priežasčių sąlygojamų kaštų).
- Produktyvumo kaštus dėl pirmalaikės mirties.
- Netekto darbingumo kaštus (dėl visiškai ir iš dalies alkoholio sąlygojamų priežasčių, neįtraukiant išorinių priežasčių sąlygojamų kaštų).
- Vaikų priežiūros išlaidos valstybės bei savivaldybių globos namuose.
- Įkalinimo išlaidos (išlaidos priskirtinos kalinių išlaikymui dėl nusikaltimų padarytų esant neblaivumo būkleje).

**Sveikatos priežiūros kaštai.** Skaičiuojant sveikatos priežiūros išlaidas 2.1, 2.2 ir 2.4 skyreliuose aprašyta alkoholio vartojimo sąlygojamo ligotumo apskaičiavimo metodika ir APD buvo taikytos atskirų alkoholio vartojimo sąlygojamų ligų ambulatorinių apsilankymų ir stacionarinių epizodų statistikai. Bendros sveikatos priežiūros išlaidos bei 2010 m. apmokėtų ambulatorinių ir stacionarinių paslaugų skaičius paremtas Valstybinės ligonių kasos (VLK) pateikiama informacija [147]. Alkoholio vartojimo sąlygotų priežasčių gydymui priskiriama dalis apskaičiuota pritaikant proporciją nuo visų 2010 m. VLK išlaidų ambulatorinėms ir stacionarinėms paslaugoms apmokėti.

Papildomai jautrumo analizėje aprašomas alternatyvus sveikatos priežiūros išlaidų skaičiavimo būdas. Alternatyviu būdu vertinant sveikatos priežiūros kaštus remiamasi Valstybinės ligonių kasos (VLK) pateiktais duomenimis, kuriuose atskiriems šioje disertacijoje vertinamiems I ir II

priežasčių grupėms (atitinkamiems TLK-10 kodams nurodytiems 2.1.1 lentelėje) buvo atrinkta apmokėtų ambulatorinių ir stacionarinių paslaugų balų dalis 2010 m. (žr. 11 priede). Apskaičiuojant alkoholio vartojimo sąlygojamų susirgimų kaštus balai buvo perversti į tais metais nustatytą balo vertę – 1 balas buvo prilygintas 0,89 Lt [148–150]. Taikant ir APD buvo apskaičiuota kokia 2010 m. SVEIDROS duomenų bazėje registruotų ambulatorinių ir stacionarinių epizodų proporcija gali būti priskirta atitinkamiems TLK-10 kodams. Kiekvienam TLK-10 kodui buvo apskaičiuota alkoholio vartojimui priskiriama sergančių asmenų proporcija, o vėliau šios proporcijos pritaikytos 11 priede pateiktoms balų sumoms. Taip buvo apskaičiuotos bendros alkoholio vartojimui priskiriamos ambulatorinės ir stacionarinės išlaidos, tekusios PSDF biudžetui.

Pagal 2.1, 2.2 ir 2.4 skyreliuose aprašytą alkoholio vartojimo sąlygote sergančių asmenų skaičiaus įvertinimo metodiką buvo apskaičiuota bendra alkoholio vartojimo sąlygota dalis nuo visų tų metų sirgusių žmonių skaičiaus. Alkoholio vartojimo sąlygotų priežasčių gydymui priskiriama dalis apskaičiuota pritaikant proporciją nuo visų VLK išlaidų, iš karto išreikštų litais, ambulatorinėms ir stacionarinėms paslaugoms apmokėti. Bendros 2010 m. išlaidos, tekusios PSDF biudžetui apmokant už suteiktas ambulatorines ir stacionarines paslaugas, taip pat paremtos VLK pateikiamais duomenimis [147].

***Produktyvumo kaštai dėl pirmalaikės mirties.*** Analizuojant prarasto produktyvumo kaštus buvo įvertintas darbingo amžiaus žmonių prarastas uždarbis dėl pirmalaikės mirties remiantis žmogiškojo kapitalo požiūriu (angl. *The human capital approach*) [99, 101]. Prarastas uždarbis buvo skaičiuojamas pagal mirusiųjų amžių nuo 18 iki 63 metų (ar 60 metų). Pirmalaikis mirtingumas iki pensijos buvo apskaičiuotas naudojant aukščiau aprašytą PPGM skaičiavimo metodiką, tačiau mirusieji nebuvo priskiriami atskiroms amžiaus grupėms (t. y. analizė atlikta pamečiui), o atskaitinis amžius buvo laikytas vyrų ar moterų pensiniu amžiumi. Papildomai produktyvumo praradimai dėl pirmalaikių vyrų ir moterų mirčių buvo indeksuoti atsižvelgiant į vidutinį Lietuvoje buvusį nedarbo lygį. Produktyvumo kaštai apima visą laikotarpį nuo žmogaus mirties amžiaus iki nesulauktos pensijos amžiaus.

2010 m. vyrų pensinis amžius buvo 62,5 m. (analizėje vertinta kaip 63 m.), moterų – 60 m. [151], vidutinis vyrų bruto darbo užmokestis buvo 2 151,10 Lt, moterų – 1 843,70 Lt [152]. Atsižvelgiant į ženkliai svyravusį nedarbo lygį Lietuvoje, buvo naudotas vidutinis nedarbo lygis Lietuvoje

1998–2011 m., kuris tarp vyrų sudarė 13,44 proc., tarp moterų – 10,81 proc. [153]. Esamosios kaštų vertės apskaičiavimui taikytas 5 proc. diskontavimo koeficientas [154], o metinis kaštų diskontavimas atliktas naudojant standartinę kaštų esamosios vertės skaičiavimo metodiką:

$$P = \sum_{n=0}^i \left( \frac{F_n}{(1+r)^n} \right)$$

čia  $P$  – kaštų esamoji vertė,  $F_n$  – būsimų laikotarpių kaštai  $n$ -taisiais metais,  $r$  – diskonto norma (5 proc.),  $i$  – metų skaičius,  $n$  – metai. [155]

**Netekto darbingumo kaštai.** Alkoholio vartojimo sąlygoto netekto darbingumo atvejų skaičiavimo metodika yra paremta APD ir jau yra aprašyta aukščiau. Skaičiuojant valstybės patiriamus kaštus dėl netekto darbingumo atvejų 2010 m. buvo remtasi Statistikos departamento duomenimis [156], nurodančiais vidutines mėnesines išmokas skirtingai netekto darbingumo grupei priklausantiems asmenims (žr. 2.9.1 lentelėje).

Alkoholio vartojimo sąlygoto nedarbingumo naštos skaičiavimuose nebuvo analizuojama 60–100 proc. darbingumo grupė (šiai kategorijai netekto darbingumo pensijos Lietuvoje nemokamos), o darbingumo grupė 30–55 proc. išskirta į dvi (30–40 proc. ir 45–55 proc.), atsižvelgiant į skirtingus netekto darbingumo pensijų dydžius. Netekto darbingumo išlaidos valstybei skaičiuotos tik 2010 m., papildomai nevertinant kiekvienų metų išlaidų, kuomet asmeniui nustatytas netektas darbingumas yra ilgalaikis (pvz., nustatytas dvejais metams, po kurių vėl kreipiamasi į NDNT).

### 2.9.1 lentelė. Netekto darbingumo pensijų gavėjai Lietuvoje

Netekto darbingumo pensijų gavėjai Lietuvoje		2010 m.	
		Vyrai	Moterys
Valstybinio socialinio draudimo 75–100 proc. netekto darbingumo pensija (0–25 proc. darbingumo lygis)	Pensijų gavėjai, tūkst.	8,1	4,9
	Vidutinis pensijos dydis per mėnesį	853,61 Lt	776,35 Lt
Valstybinio socialinio draudimo 60–70 proc. netekto darbingumo pensija (30–40 proc. darbingumo lygis)	Pensijų gavėjai, tūkst.	38,5	40,4
	Vidutinis pensijos dydis per mėnesį	709,79 Lt	634,70 Lt
Valstybinio socialinio draudimo 45–55 proc. netekto darbingumo pensija (45–55 proc. darbingumo lygis)	Pensijų gavėjai, tūkst.	21,1	24
	Vidutinis pensijos dydis per mėnesį	348,96 Lt	311,98 Lt

Šaltinis: Statistikos departamentas.



### *Vaikų priežiūros išlaidos valstybės bei savivaldybių globos namuose.*

Valstybės vaiko teisių apsaugos tarnybos [157] ir Statistikos departamento [158] duomenimis 2010 m. Lietuvoje iš viso buvo registruotos 10 904 socialinės rizikos šeimos, kuriose augo 23 335 vaikai. Pagal šeimų patekimo į rizikos sąrašus priežastis nurodoma, kad viena pagrindinių priežasčių yra tėvų girtavimas. 2010 m. dėl tėvų girtavimo į šį sąrašą buvo patekusios 5896 šeimos, kuriose augo 12 496 vaikai, t. y. 53,55 proc. Vis dėlto vertinant galimybę šią proporciją taikyti vaikų patekusių į globos namus dėl tėvų girtavimo dalies priskyrimui, buvo pastebėta, kad ši dalies realybėje gali būti didesnė ir glaudžiai persipynusi su kitomis priežastimis (pvz., vaikų nepriežiūra). Įvertinus turimų duomenų spragas buvo nuspręsta vykdyti Lietuvoje veikiančių savivaldybės vaikų globos namų administracijos darbuotojų (direktorių ar direktorių pavaduotojų) apklausą. Apklausos tikslas – įvertinti vidutinį vaikų išlaikymo globos namuose įkainį savivaldybėse 2010 m., taip pat įvertinti ir ekspertinę administracijos darbuotojų nuomonę apie tai, kokia dalis globos namuose gyvenančių vaikų, į jų administruojamus globos namus patenka iš girtaujančių šeimų.

Ekspertinės nuomonės tyrimas vykdytas 2013 m. vasario – rugsėjo mėnesiais, savivaldybės vaikų globos namų administracijos darbuotojų, telefonu ir elektroniniu paštu, paprašant nurodyti vieno vaiko išlaikymo išlaidas 2010 m. ir atsakyti kokia proporcija į vaikų namus, jų nuomone, pateko iš girtaujančių šeimų. 1/4 apklaustųjų pastarasis klausimas formuluotas „kokia dalis Jūsų vaikų globos namuose augančių vaikų ten pateko iš girtaujančių šeimų?“. Vėliau, likusiems 3/4 „Ar sutiktumėte su teiginiu, kad 90 proc. vaikų globos namuose esančių vaikų ten pateko dėl girtaujančių tėvų?“, o nesutikus su teiginiu prašyta nurodyti proporciją.

Pasinaudojant Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos pateikiamu vaikų namų sąrašu Lietuvoje [159], buvo susisieکتa su 56 savivaldybių globos namų administracijos darbuotojais, iš kurių 38 sutiko pateikti vidutines jų globos namuose buvusias vieno vaiko išlaikymo išlaidas 2010 m. ir 24 išreiškė ekspertinę nuomonę kokia dalis, jų manymu, į vaikų globos namus patenka iš girtaujančių šeimų.

Įvertinus apklausos rezultatus gauta, kad vidutinės vieno vaiko išlaikymo išlaidas savivaldybių vaikų globos namuose 2010 m. buvo 1 887,31 Lt (nuo 1 463,00 iki 3 022,00 Lt), o remiantis ekspertine nuomone, vidutiniškai 86 proc. vaikų globos namuose augančių vaikų ten pateko iš girtaujančių šeimų. Ši proporcija buvo naudota bendroje alkoholio ekonominės žalos vertinimo dalyje. Socialinės globos įstaigų administravimo tarny-

bos duomenimis [160], 2010 m. vieno vaiko išlaikymas valstybės (apskričių) vaikų globos namuose vidutiniškai per mėnesį kainavo 3 091,50 Lt (nuo 2 192,90 iki 4 529,60 Lt).

**Įkalinimo išlaidos.** Remiantis Kalėjimų departamento pateikiamais duomenimis, vieno kalinio išlaikymas per dieną 2010 m. sudarė 49,17 Lt (žr. 2.9.2 lentelėje) [161]. Vidutiniškai 2010 m. Lietuvos įkalinimo įstaigose buvo 8 856 asmenys. Bendras nuteistųjų skaičius pagal atskiras nusikalstamas veikas paremtas Kalėjimų departamento duomenimis [162].

Vertinant neblaivių asmenų kalinčių Lietuvos įkalinimo įstaigose skaičių buvo remtasi nusikalstamas veikas padariusių neblaivių asmenų [144] ir bendru atitinkamų nusikalstamų veikų vidutiniu santykiu 2004–2011 m. [163–168]. Atitinkamai buvo daryta prielaida, kad tokia pati nusikalstamas veikas įtariamų padariusių asmenų proporcija, praėjus visą teisingumo sistemą, atsiduria įkalinimo įstaigose. Įkalinimo išlaidos skaičiuotos tik vieneriems 2010 m., papildomai nevertinant įkalinimo trukmės bei prarasto produktyvumo dėl nuteistųjų negalėjimo dalyvauti darbo rinkoje.

**2.9.2 lentelė.** Vidutinės vieno asmens išlaikymo įkalinimo įstaigose išlaidos per dieną, 2010 m.

Išlaidų pavadinimas	Bendras
Vidutinis asmenų skaičius	8856
Darbo užmokestis	28,00 Lt
Įnašai socialiniam draudimui	7,31 Lt
Mityba	4,30 Lt
Medikamentai	0,59 Lt
Ryšių paslaugos	0,18 Lt
Transporto išlaikymas	0,28 Lt
Apranga ir patalynė	0,40 Lt
Spaudiniai	0,02 Lt
Kitos prekės	0,48 Lt
Komandiruotės	0,04 Lt
Apmokėjimas samdomiems ekspertams, konsultantams ir komisinių išlaidos	0,00 Lt
Komunalinės paslaugos	4,55 Lt
Ilgalaikio materialinio turto nuoma	0,00 Lt
Ilgalaikio materialinio turto remontas	0,84 Lt

### 2.9.2 lentelės tęsinys.

Išlaidų pavadinimas	Bendras
Kvalifikacijos kėlimas	0,01 Lt
Veiklos nuoma	0,05 Lt
Kitos išlaidos	0,31 Lt
Palūkanų išmokos, subsidijos ir kitos pervedamos lėšos	1,81 Lt
<b>Iš viso</b>	<b>49,17 Lt</b>

Šaltinis: Kalėjimų departamentas.

**Jautrumo analizė.** Siekiant apžvelgti kaštų skaičiavimo metodologijos įtaką galutiniams kaštų skaičiavimo rezultatams bei aptarti svarbiausias kaštų skaičiavimo prielaidas, buvo atlikta alkoholio vartojimo sąlygojamo ekonominės žalos vienpusė jautrumo analizė. Vienpusė jautrumo analizė (angl. *one-way sensitivity analysis*) – metodas, kuomet vertinamas kaštų pasikeitimas pakeičiant vieną kaštų vertinimo kriterijų ar darytą prielaidą [155].

### 3. REZULTATAI

#### 3.1. Alkoholio vartojimo sąlygojamas mirtingumas

3.1.1 lentelėje pateikiami apibendrinti alkoholio sąlygojamo mirtingumo įvertinimai 2003–2011 m. Mirtingumo pikas I priežasčių grupėje buvo pasiektas 2007 m., kuomet standartizuotas mirtingumas 15 m. ir vyresnių gyventojų tarpe buvo pasiekė 64,69 atvejus. Po 2007 m., standartizuotas mirtingumas I grupėje sparčiai mažėjo 2008 ir 2009 m., atitinkamai iki 55,34 ir 37,96 mirčių 100 000 gyventojų. Nors ir nebe tokia ryški, tačiau bendro I grupės mirtingumo mažėjimo tendencija pastebima ir vėlesniais, 2010 ir 2011 m. (atitinkamai 36,62 ir 16,14 mirtys 100 000). Didžiausią dalį I grupės mirčių sudarė alkoholinės kepenų ligos, apsinuodijimai alkoholiu bei alkoholinės kardiomiopatijos. Vyrų mirtingumas nuolat buvo beveik 3 kartus didesnis už moterų (2003–2011 m. iš viso I priežasčių grupėje registruotos 8208 vyrų ir 2865 moterų mirtys).

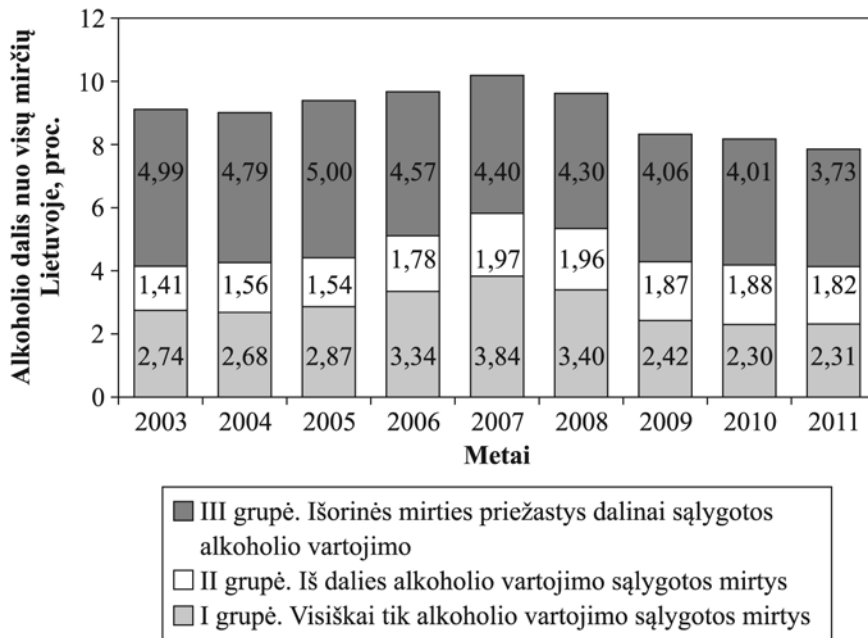
Šalia I grupės, įvertinus iš dalies alkoholio sąlygojamą mirtingumą (pridedant II ir III mirtingumo grupes), pagrindinės tendencijos išliko tokios pat – alkoholio sąlygojamos žalos pikas pasiekiamas 2007 m., kuomet alkoholio sąlygojamas mirtingumas pasiekė 171,96 atvejus 100 000, o vėliau iki pat 2011 m. mažėjo iki 122,69. Iš viso 2003–2011 m. laikotarpyje alkoholio vartojimas sąlygojo 34,7 tūkst. mirčių.

II grupės mirties priežastims iš viso priskirta 8 180 mirtys per 2003–2011 m., tuo tarpu alkoholinių gėrimų vartojimas galėjo padėti išvengti 1 453 mirties atvejų, įvertinus galimą apsauginį alkoholio poveikį išeminio insulto ir tulžies pūslės akmenligės atvejais. Nors pagal naudotą metodiką tam tikras alkoholio vartojimo intensyvumas buvo siejamas su IŠL mirties rizikos sumažėjimu, tačiau šioje studijoje bendras efektas išlieka neigiamas, nes vidinėje IŠL grupėje galimai išsaugotos gyvybės neatsveria prarastų gyvybių dėl nesaikingo alkoholio vartojimo.

II grupei priskiriamų alkoholio sąlygotų mirčių našta 2003–2011 m. Lietuvoje sudaro 6 727 mirties atvejus. Atskirų metų alkoholiui priskiriamas mirtingumas piką pasiekė 2007 m., kuomet standartizuotas mirtingumas pasiekė 33,61 atvejus 100 000. Vėliau standartizuotas mirtingumas mažėjo iki 28,15 atvejų 100 000 2011 m. Daugiausia iš visų analizuotų mirties priežasčių priskiriamų II grupei buvo lėtinių hepatitų, fibrozių ir cirozių (K73, K74).

III grupėje alkoholio sąlygota dalis 2003–2011 m. laikotarpiu iš viso siekė 16 949 mirtis, kurių pikas, priešingai nei kitose grupėse, buvo pasiektas 2005 m. – standartizuotas mirtingumas siekė 79,58 atvejus, o vėliau mažėjo ir 2011 m. pasiekė 58,4 atvejus 100 000. Vis dėlto kai kuriose glaudžiai su alkoholio vartojimu siejamose mirčių kategorijose kaip sušalimai (X31), paspringimai (W78-W79) ar paskendimai (W65-W74), taip pat išsiskiria 2007 m., po kurių vėlesniais metais mirčių, siejamų su alkoholio vartojimu, ženkliai mažėjo.

3.1.1 lentelėje ir 3.1.1 pav. pateiktos alkoholio sąlygojamo mirtingumo proporcijos nuo bendro mirtingumo atskirais analizuotais metais. Tiek bendra mirtingumo proporcija (10,14 proc.), tiek atskirų alkoholio sąlygojamų mirties priežasčių grupių dinamika – panašios. 2007 m. išsiskiria kaip persilaužimo metai (išskyrus III grupėje), po kurių sumažėja alkoholio vartojimo sąlygojama mirtingumo proporcija.



**3.1.1 pav.** Alkoholio sąlygota mirčių dalis (proc.) 15 m. ir vyresnių Lietuvos gyventojų tarpe

**3.1.1 lentelė. Alkoholio vartojimo sąlygotos mirtys Lietuvoje 2003–2011 m.**

Ligos pavadinimas	TLK-10	Alkoholio sąlygotos mirtys Lietuvoje 15 m. ir vyresnių gyventojų tarpe									
		2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	
<i>I</i>	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
<b><i>I grupė. Visiškai tik alkoholio vartojimo sąlygotos mirtys</i></b>											
Psichikos ir elgesio sutrikimai, vartojant alkoholį	F10	28	28	23	34	43	37	30	24	27	
Nervų sistemos degeneracija, sukelta alkoholio	G31.2	15	23	19	25	34	38	25	33	19	
Alkoholio sukelta polineuropatija	G62.1	2	3	3	7	3	3	8	6	3	
Alkoholinė kardiomiopatija	I42.6	161	183	180	221	301	227	128	130	118	
Alkoholinis gastritas	K29.2	0	0	0	0	0	1	0	0	0	
Alkoholinė kepenų liga	K70	458	428	549	696	857	696	474	446	452	
Lėtinis alkoholinis pankreatitas	K86.0	10	2	13	17	15	12	7	5	7	
Atsitiktinis apsinuodijimas alkoholiu bei jo poveikis	X45	439	427	454	486	484	464	337	311	307	
Tyčinis apsinuodijimas ir apnuodijimas alkoholiu	X65	0	1	2	0	0	0	0	1	2	
Apsinuodijimas alkoholiu bei jo poveikis, kai ketinimas nežinomas	Y15	1	1	2	0	1	1	2	9	4	
<i>Iš viso tik I grupėje</i>		1114	1096	1245	1486	1738	1479	1011	965	939	
<i>Iš viso tik I grupėje 100 000 gyventojų</i>		39,74	39,27	45,06	54,29	63,85	54,60	37,62	36,62	36,41	
<i>Iš viso tik I grupėje, standartizuotas alkoholio sąlygojamas mirtingumas 100 000 gyventojų</i>		40,92	40,31	46,18	55,17	64,69	55,34	37,96	36,62	36,14	

### 3.1.1 lentelės tęsinys.

I		2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
<b>II grupė. Iš dalies alkoholio vartojimo sąlygotos mirtys</b>											
Lūpos, burnos ertmės ir ryklės piktybiniai navikai	C00-C14	78	85	89	85	84	82	90	97	91	
Stemplės piktybiniai navikai	C15	30	35	28	33	39	37	35	33	33	
Gaubtinės žarnos piktybiniai navikai	C18	12	12	14	13	14	13	15	15	15	
Tiesiosios žarnos piktybiniai navikai	C20	18	19	18	16	19	17	20	17	18	
Kepenų ir intrahepatinių tulžies takų piktybiniai navikai	C22	13	14	16	14	14	14	15	18	18	
Gerklų piktybiniai navikai	C32	26	27	29	30	30	31	32	28	28	
Krūties piktybiniai navikai	C50	40	36	37	33	36	39	38	37	35	
Epilepsija ir epilepsinė būklė	G40-G41	38	42	42	52	58	39	35	35	30	
Hipertenzinės ligos	I10-I15	62	71	69	81	103	88	92	94	86	
Širdies išeminės ligos	I20-I25	111	113	119	118	114	108	96	100	97	
Paroksizminė tachikardija, prieširdžių virpėjimas ir plazdėjimas	I47-I48	4	6	9	6	5	9	11	7	11	
Kitos širdies aritmijos	I49	5	10	7	20	12	16	17	15	21	
Hemoraginis insultas	I60-I62, I69.0-I69.2	100	106	109	111	113	105	110	95	96	
Išeminis insultas	I63-I66, I69.3-I69.4	-138	-141	-155	-165	-158	-161	-159	-151	-143	
Stemplės venų mazgai	I85	1	9	6	9	9	10	11	6	4	
Gastroezofaginis plyšimo hemoraginis sindromas	K22.6	2	0	4	2	1	2	2	4	3	
Lėtinis hepatitas, kepenų fibrozė ir cirozė	K73, K74	163	188	215	316	385	382	302	313	282	
Tulžies pūslės akmenligė	K80	-8	-9	-8	-10	-9	-8	-11	-10	-9	

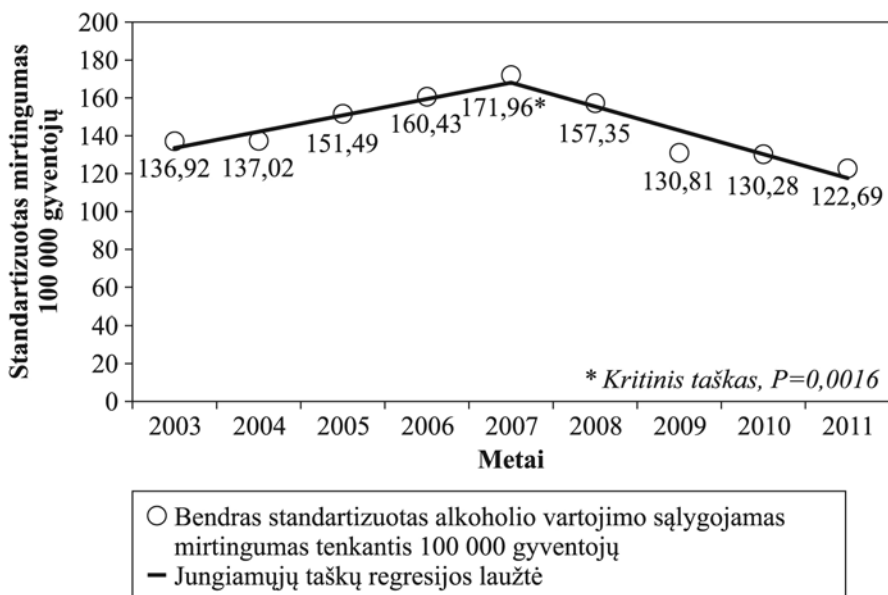
### 3.1.1 lentelės tęsinys.

<i>I</i>	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Ūminis ir lėtinis pankreatitas	K85, K86.1	16	17	23	27	24	28	30	34	24
Psoriazė (išskyrus artropatinę psoriazę)	L40 be L40.5	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<i>Iš viso tik II grupėje</i>		573	640	671	791	893	851	781	787	740
<i>Iš viso tik II grupėje 100 000 gyventojų</i>		20,44	22,93	24,28	28,90	32,80	31,42	29,07	29,87	28,69
<i>Iš viso tik II grupėje, standartizuotas alkoholio sąlygojamas mirtingumas 100 000 gyventojų</i>		21,94	24,69	25,73	29,74	33,61	32,19	29,51	29,87	28,15
<b>III grupė. Išorinės mirties priežastys iš dalies sąlygojamos alkoholio vartojimo</b>										
Pėstieji žuvę kelių eismo įvykyje	V02-V04, V06, V09	31	37	35	35	35	23	17	17	14
Važiuojantieji transporto priemone žuvę kelių eismo įvykyje	V12-V14, V19-V87, V89	84	80	86	89	87	56	44	34	31
Nelaimingi atsitikimai su vandens transporto priemonėmis	V90-V94	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Nelaimingi atsitikimai oro ir kosminiam transporte	V95-V97	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Nukritimai	W00-W19	185	181	211	231	215	209	146	126	145
Sužeidimai darbo įrankiais ir mechanizmais	W24-W31	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sužeidimai šaunamuoju ginklu	W32-W34	2	1	0	0	1	0	1	0	0
Atsitiktinis paskendimas	W65-W74	201	166	214	184	216	178	167	176	134
Skrandžio turinio įkvėpimas ir maisto įkvėpimas ar prarijimas, sukėlęs kvėpavimo takų obstrukciją	W78-W79	115	124	128	134	139	118	102	92	89



### 3.1.1 lentelės tęsinys.

<i>I</i>	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Dūmų, gaisro ir liepsnos poveikis	X00-X09	57	51	70	66	45	43	34	39	22
Intensyvaus natūralaus šalčio poveikis	X31	169	207	275	310	317	248	250	280	205
Tyčiniai susižalojimai ir įvykiai, kai ketinimas nepatikslintas	X60-X84, Y10-Y34 be X65, Y15	969	933	953	824	781	837	809	809	781
Pasikėsėjimai	X85-Y09	212	183	201	158	154	158	125	108	99
<i>Iš viso tik III grupėje</i>		2025	1963	2173	2031	1990	1870	1695	1681	1521
<i>Iš viso tik III grupėje 100 000 gyventojų</i>		72,24	70,34	78,64	74,20	73,10	69,04	63,08	63,79	58,98
<i>Iš viso tik III grupėje, standartizuotas alkoholio sąlygojamas mirtingumas 100 000 gyventojų</i>		74,06	72,02	79,58	75,52	73,66	69,81	63,34	63,79	58,40
<b>Bendrai alkoholio sąlygotos mirtys</b>		<b>3712</b>	<b>3699</b>	<b>4089</b>	<b>4308</b>	<b>4621</b>	<b>4200</b>	<b>3487</b>	<b>3433</b>	<b>3200</b>
<i>Visos mirtys Lietuvoje</i>		40618	40959	43454	44437	45251	43521	41752	41871	40732
<i>Alkoholio dalis nuo visų mirčių Lietuvoje (proc.)</i>		9,14	9,03	9,41	9,69	10,21	9,65	8,35	8,20	7,86
<i>Alkoholio sąlygojamas mirtingumas 100 000 gyventojų</i>		132,43	132,54	147,98	157,39	169,76	155,06	129,77	130,28	124,09
<i>Standartizuotas alkoholio sąlygojamas mirtingumas 100 000 gyventojų</i>		136,92	137,02	151,49	160,43	171,96	157,35	130,81	130,28	122,69
<b>Alkoholio vartojimo sąlygotos mirtys, <u>vvrai</u></b>		<b>2816</b>	<b>2807</b>	<b>3104</b>	<b>3236</b>	<b>3463</b>	<b>3145</b>	<b>2637</b>	<b>2601</b>	<b>2373</b>
<i>Alkoholio sąlygojamas mirtingumas 100 000 gyventojų</i>		220,18	220,58	246,64	260,05	280,17	255,86	216,56	218,27	203,72
<b>Alkoholio vartojimo sąlygotos mirtys, <u>moterys</u></b>		<b>896</b>	<b>892</b>	<b>985</b>	<b>1072</b>	<b>1158</b>	<b>1055</b>	<b>850</b>	<b>832</b>	<b>827</b>
<i>Alkoholio sąlygojamas mirtingumas 100 000 gyventojų</i>		58,79	58,75	65,46	71,82	77,92	71,31	57,85	57,64	58,48

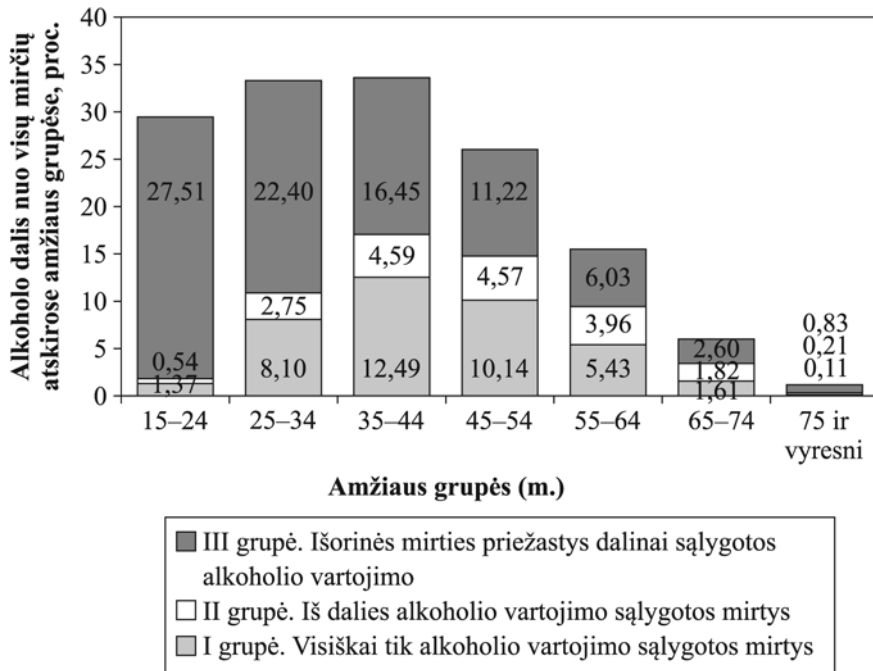


**3.1.2 pav.** Bendro standartizuoto alkoholio vartojimo sąlygoto mirtingumo pokyčiai Lietuvoje, 2003–2011 m.

3.1.2 pav. iliustruojama bendro standartizuoto alkoholio vartojimo sąlygojamo mirtingumo analizė (panaudojant 3.1.1 lentelėje pristatytus rezultatus) taikant jungiamųjų taškų regresinės analizės modelį 2003–2011 m. Analizėje buvo nustatytas vienas kritinis (lūžio) taškas 2007 m. ir išskiriami du periodai (2003–2007 ir 2007–2011 m). Per 2003–2007 m. buvo nustatytas statistiškai reikšmingas standartizuoto mirtingumo padidėjimas ( $P=0,0485$ ; vidutinis metinis procentinis pokytis sudarė 5,83 proc.; tiesės nuokrypio koef. 8,51). Per 2007–2011 m. nustatytas statistiškai reikšmingas bendro standartizuoto alkoholio vartojimo sąlygoto mirtingumo sumažėjimas ( $P=0,0143$ ; vidutinis metinis procentinis pokytis sudarė – 8,31 proc.; tiesės nuokrypio koef. – 12,56).

Analizuojant pagal mirusiųjų amžiaus grupes, akivaizdžiai išryškėja, kad didžiausia, su alkoholio vartojimu siejama mirčių našta patiriama 45–54 metų ir 55–64 metų amžiaus grupėje. Šio amžiaus žmonių mirčių skaičius I priežasčių grupėje taip pat buvo didžiausias, atitinkamai 3 660 ir 2 907 mirties atvejai 2003–2011 m. Šiose amžiaus grupėse bendras alkoholio sąlygojamas mirtingumas sudarė atitinkamai 227,85 ir 264,31 mirties atvejus 100 000 gyventojų.

45–54 metų amžiaus grupėje alkoholio vartojimui priskiriamos mirtys sudaro 25,93 proc. tokių mirčių, o tarp jaunesnių kaip 45 metų amžiaus žmonių ši proporcija svyruoja apie trečdalį nuo viso atitinkamos amžiaus grupės mirtingumo (žr. 3.1.2 lentelėje). Taip pat reikia pažymėti, kad jaunesnio amžiaus grupėse, didžiausia alkoholio sąlygojamų mirčių dalis tenka III grupės mirtims, kurių dalis didėja jaunėjant amžiui (žr. 3.1.3 pav.).



**3.1.3 pav.** Alkoholio sąlygota mirčių dalis (proc.) nuo bendro mirčių skaičiaus Lietuvoje atskirose amžiaus grupėse (2003–2011 m. laikotarpiu).

**3.1.2 lentelė. Alkoholio sąlygotos mirtys 2003–2011 m. atskirose amžiaus grupėse**

Ligos pavadinimas	TLK-10	Alkoholio sąlygojamos mirtys 2003–2011 m. atskirose amžiaus grupėse						75 ir vyresni
		15–24 m.	25–34 m.	35–44 m.	45–54 m.	55–64 m.	65–74 m.	
<i>I</i>	2	3	4	5	6	7	8	9
<b><i>I grupė. Visiškai tik alkoholio vartojimo sąlygotos mirtys</i></b>								
Psichikos ir elgesio sutrikimai, vartojant alkoholi	F10	2	15	52	93	65	42	5
Nervų sistemos degeneracija, sukelta alkoholio	G31.2	0	5	27	68	72	46	13
Alkoholio sukelta polineuropatija	G62.1	0	0	4	11	12	11	0
Alkoholinė kardiomiopatija	I42.6	3	44	275	559	497	234	37
Alkoholinis gastritas	K29.2	0	0	0	1	0	0	0
Alkoholinė kepenų liga	K70	9	286	1007	1668	1367	633	86
Lėtinis alkoholinis pankreatitas	K86.0	0	7	10	36	23	10	2
Atsitiktinis apsinuodijimas alkoholiu bei jo poveikis	X45	47	308	874	1213	867	341	59
Tyčinis apsinuodijimas ir apnuodijimas alkoholiu	X65	0	0	2	3	0	1	0
Apsinuodijimas alkoholiu bei jo poveikis, kai ketinimas nežinomas	Y15	0	1	5	8	4	2	1
<i>Iš viso tik I grupėje</i>		61	666	2256	3660	2907	1320	203

### 3.1.2 lentelės tęsinys.

<i>I</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	<i>7</i>	<i>8</i>	<i>9</i>
<b><i>II grupė. Iš dalies alkoholio vartojimo sąlygotos mirtys</i></b>								
Lūpos, burnos ertmės ir ryklės piktybiniai navikai	C00-C14	0	3	31	182	293	179	93
Stemplės piktybiniai navikai	C15	0	0	8	63	107	81	44
Gaubtinės žarnos piktybiniai navikai	C18	0	0	0	5	20	43	55
Tiesiosios žarnos piktybiniai navikai	C20	0	0	0	10	28	54	70
Kepenų ir intrahepatinių tulžies takų piktybiniai navikai	C22	0	0	1	11	28	48	48
Gerklų piktybiniai navikai	C32	0	0	6	56	92	73	34
Krūties piktybiniai navikai	C50	0	0	20	58	85	81	87
Epilepsija ir epilepsinė būklė	G40-G41	12	51	110	106	54	24	14
Hipertenzinės ligos	I10-I15	0	5	25	83	147	181	305
Širdies išeminės ligos	I20-I25	0	9	77	218	331	341	0
Paroksizminė tachikardija, prieširdžių virpėjimas ir plazdėjimas	I47-I48	0	0	0	0	7	11	50
Kitos širdies aritmijos	I49	1	9	20	39	34	12	8
Hemoraginis insultas	I60-I62, I69.0-I69.2	5	23	96	129	185	218	289
Išeminis insultas	I63-I66, I69.3-I69.4	0	0	0	-22	-97	-332	-920
Stemplės venų mazgai	I85	0	4	9	18	13	13	8
Išeminis insultas	I63-I66, I69.3-I69.4	0	0	0	-22	-97	-332	-920

### 3.1.2 lentelės tęsinys.

<i>I</i>	2	3	4	5	6	7	8	9
Stemplės venų mazgai	I85	0	4	9	18	13	13	8
Gastroezofaginis plyšimo hemoraginis sindromas	K22.6	0	0	3	6	4	4	3
Lėtinis hepatitas, kepenų fibrozė ir cirozė	K73, K74	6	105	383	641	762	439	210
Tulžies pūslės akmenligė	K80	0	0	0	0	-7	-15	-60
Ūminis ir lėtinis pankreatitas	K85, K86.1	0	17	40	47	34	36	49
Psoriazė (išskyrus artropatinę psoriazė)	L40 be L40.5	0	0	0	0	0	0	0
<i>Iš viso tik II grupėje</i>		24	226	829	1650	2120	1491	387
<b>III grupė. Išorinės mirties priežastys iš dalies sąlygojamos alkoholio vartojimo</b>								
Pėstieji žuvę kelių eismo įvykyje	V02-V04, V06, V09	17	20	35	53	47	38	34
Važiuojantieji transporto priemone žuvę kelių eismo įvykyje	V12-V14, V19-V87, V89	160	125	98	85	54	42	27
Nelaimingi atsitikimai su vandens transporto priemonėmis	V90-V94	0	0	0	1	0	0	0
Nelaimingi atsitikimai oro ir kosminiame transporte	V95-V97	0	0	0	0	0	0	0
Nukritimai	W00-W19	31	81	180	347	357	302	351
Sužeidimai darbo įrankiais ir mechanizmais	W24-W31	0	0	0	0	0	0	0
Sužeidimai šaunamuoju ginklu	W32-W34	1	0	2	2	0	0	0

### 3.1.2 lentelės tęsinys.

<i>I</i>	2	3	4	5	6	7	8	9
Atsitiktinis paskendimas	W65-W74	149	191	323	391	281	186	115
Skrandžio turinio įkvėpimas ir maisto įkvėpimas ar prarijimas, sukėlęs kvėpavimo takų obstrukciją	W78-W79	20	53	150	279	303	182	54
Dūmų, gaisto ir liepsnos poveikis	X00-X09	7	24	71	111	102	56	56
Intensyvaus natūralaus šalčio poveikis	X31	20	92	298	650	633	385	183
Tyčiniai susizalojimai ir įvykiai, kai ketinimas nepatikslingas	X60-X84, Y10-Y34 be X65, Y15	691	1045	1493	1790	1240	840	597
Pasikėsinimai	X85-Y09	128	211	320	343	211	107	78
<i>Iš viso tik III grupėje</i>		1224	1842	2970	4052	3228	2138	1495
<b>Alkoholio vartojimo sąlygotos mirtys</b>		<b>1309</b>	<b>2734</b>	<b>6055</b>	<b>9362</b>	<b>8255</b>	<b>4949</b>	<b>2085</b>
<i>Visos mirtys Lietuvoje atskirose amžiaus grupėse</i>		4449	8222	18059	36098	53503	82100	180164
<i>Alkoholio dalis nuo visų mirčių atskirose amžiaus grupėse (proc.)</i>		29,42	33,25	33,53	25,93	15,43	6,03	1,16
<i>Alkoholio sąlygojamas mirtingumas 100 000 gyventojų</i>		30,67	71,40	142,38	227,85	264,31	178,32	100,79
<b>Alkoholio vartojimo sąlygotos mirtys, vyrai</b>		<b>1123</b>	<b>2338</b>	<b>4978</b>	<b>7425</b>	<b>5955</b>	<b>3309</b>	<b>1054</b>
<i>Alkoholio sąlygojamas mirtingumas 100 000 gyventojų</i>		51,71	122,48	240,46	384,04	439,31	314,03	175,54
<b>Alkoholio vartojimo sąlygotos mirtys, moterys</b>		<b>186</b>	<b>396</b>	<b>1077</b>	<b>1937</b>	<b>2300</b>	<b>1640</b>	<b>1031</b>
<i>Alkoholio sąlygojamas mirtingumas 100 000 gyventojų</i>		8,87	20,62	49,35	89,04	130,11	95,26	70,22

2003–2011 m. laikotarpiu iš viso dėl alkoholio vartojimo sąlygotų mirties priežasčių buvo prarasta beveik 483 tūkst. PPGM, t. y. vidutiniškai 53,6 tūkst. PPGM per metus. Alkoholio sąlygotų PPGM skaičius tarp vyrų vidutiniškai 4,48 karto didesnis lyginant su moterimis. Pikas taip pat buvo pasiektas 2007 m., kuomet iš viso 100 000 gyventojų dėl alkoholio sąlygiamo mirtingumo teko 2391 PPGM. Vėlesniais metais stebėtas ženklus PPGM mažėjimas, 2011 m. pasiekęs 1572 PPGM 100 000 gyventojų, t. y. sumažėjo 34 proc. Labiausiai PPGM sumažėjo I priežasčių grupėje (t. y. tik dėl visiškai alkoholio sąlygotų mirčių), kur bendrai PPGM sumažėjo daugiau negu per pusę (žr. 3.1.3 lentelėje).

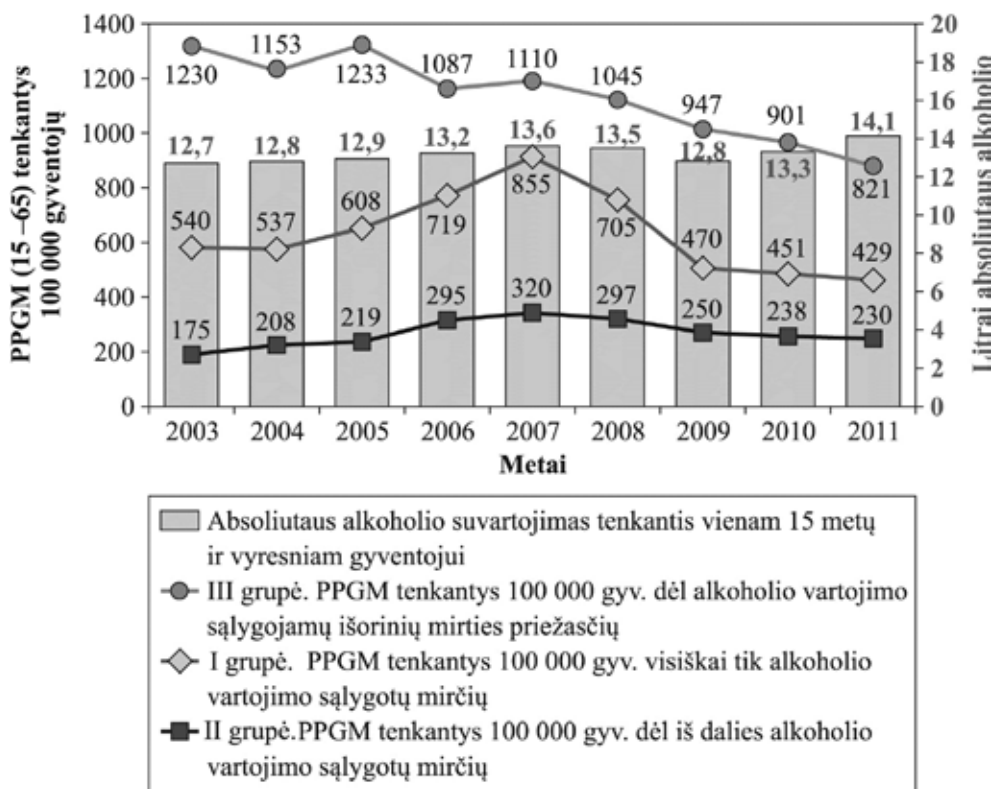
**3.1.3 lentelė.** Alkoholio vartojimo sąlygojami PPGM (15–64), 2003–2011 m.

PPGM (15–65 m.)	Metai								
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
<b>Vyrai</b>									
I grupė. PPGM dėl visiškai tik alkoholio vartojimo sąlygotų mirčių	12358	12488	13740	15855	19218	15823	10195	10215	9028
II grupė. PPGM dėl iš dalies alkoholio vartojimo sąlygotų mirčių	3910	4768	4953	6653	6990	6558	5608	5280	4873
III grupė. PPGM dėl išorinių mirties priežasčių iš dalies sąlygojamų alkoholio vartojimo	29288	27540	29440	25720	26733	24848	22815	21055	18933
<b>Iš viso</b>	<b>45555</b>	<b>44795</b>	<b>48133</b>	<b>48228</b>	<b>52940</b>	<b>47228</b>	<b>38618</b>	<b>36550</b>	<b>32833</b>
<b>PPGM 100 000 gyventojų</b>	<b>3562</b>	<b>3520</b>	<b>3825</b>	<b>3876</b>	<b>4283</b>	<b>3842</b>	<b>3171</b>	<b>3067</b>	<b>2819</b>



### 3.1.3 lentelės tęsinys.

PPGM (15–65 m.)	Metai								
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
<b>Moterys</b>									
I grupė. PPGM dėl visiškai tik alkoholio vartojimo sąlygotų mirčių	2948	2758	3543	4593	5130	4255	3135	2373	2730
II grupė. PPGM dėl iš dalies alkoholio vartojimo sąlygotų mirčių	1045	1130	1268	1743	2138	1890	1500	1373	1423
III grupė. PPGM dėl išorinių mirties priežasčių iš dalies sąlygojamų alkoholio vartojimo	5560	5180	5605	5200	4868	4910	4048	4105	3558
<b>Iš viso</b>	<b>9553</b>	<b>9068</b>	<b>10415</b>	<b>11535</b>	<b>12135</b>	<b>11055</b>	<b>8683</b>	<b>7850</b>	<b>7710</b>
<b>PPGM 100 000 gyventojų</b>	<b>627</b>	<b>597</b>	<b>692</b>	<b>773</b>	<b>817</b>	<b>747</b>	<b>591</b>	<b>544</b>	<b>545</b>
<b>Iš viso</b>									
I grupė. PPGM dėl visiškai tik alkoholio vartojimo sąlygotų mirčių	15305	15245	17283	20448	24348	20078	13330	12588	11758
II grupė. PPGM dėl iš dalies alkoholio vartojimo sąlygotų mirčių	4955	5898	6220	8395	9128	8448	7108	6653	6295
III grupė. PPGM dėl išorinių mirties priežasčių iš dalies sąlygojamų alkoholio vartojimo	34848	32720	35045	30920	31600	29758	26863	25160	22490
<b>Iš viso</b>	<b>55108</b>	<b>53863</b>	<b>58548</b>	<b>59763</b>	<b>65075</b>	<b>58283</b>	<b>47300</b>	<b>44400</b>	<b>40543</b>
<b>PPGM 100 000 gyventojų</b>	<b>1966</b>	<b>1930</b>	<b>2119</b>	<b>2183</b>	<b>2391</b>	<b>2152</b>	<b>1760</b>	<b>1685</b>	<b>1572</b>



**3.1.4 pav.** Alkoholio vartojimo sąlygotų PPGM (15–64) kaita Lietuvoje 2003–2011 m. (100 000 gyventojų)

3.1.4 pav. iliustruojama atskirose vertintose mirties priežasčių grupėse apskaičiuotų PPGM tenkančių 100 000 gyventojų<sup>5</sup> kaita 2003–2011 m. Didžiausia alkoholio vartojimo sąlygojama PPGM našta tenka III priežasčių grupės mirtingumo rodikliams, toliau seka I grupės rodikliai, o mažiausia dalis tenka II priežasčių grupės rodikliams. Pažymėtina, kad visose šiose kreivėse aiškiai išsiskiria 2007 m., kuriuose arba buvo pasiektas pikas (I ir II grupėse), arba prasidėjo ženklus ir vienakryptis PPGM mažėjimas (III grupė), kuris tęsėsi iki 2011 m.

3.1.4 pav. iliustruoti I grupės PPGM, sąlygojami išimtinai vien tik alkoholinių gėrimų vartojimo, tiesiogiai siejami su bendru alkoholinių gėrimų suvartojimu. Palyginant visiškai tik alkoholio vartojimo sąlygojamus

<sup>5</sup> 3.1.4 pav. PPGM tenkantys 100 000 gyventojų išreikšti naudojant nepatikslintą Lietuvos populiaciją.

PPGM tenkančius 100 000 gyventojų su Statistikos departamento skaičiuojamu alkoholio suvartojimu 15 m. ir vyresniems gyventojams, gaunama aiški teigiama koreliacija tik jei neįtraukiami 2010 ir 2011 m. duomenys (Spirmeno koreliacijos koeficientas  $r=0,847$ ;  $p=0,016$ ), bet 2003–2011 m. skirtumai nėra reikšmingi ( $r=0,059$ ;  $p=0,881$ ). Nors tradiciškai alkoholio suvartojimas yra glaudžiai susijęs su visiškai alkoholio vartojimo sąlygojamu mirtingumu, tačiau šį ryšį ne visuomet lengva taip paprastai iliustruoti. Nelegalaus alkoholio vartojimas, kuris yra sunkiai apskaitomas ir įvertinimas bei legalaus alkoholio suvartojimo skaičiavimo metodiniai faktoriai gali tai įtakoti.

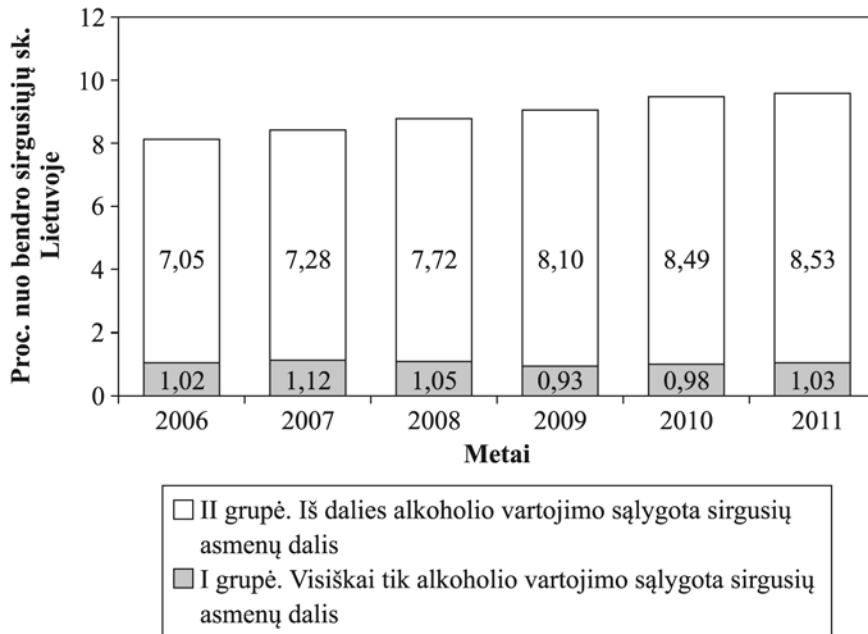
### **3.2. Alkoholio vartojimo sąlygojamas ligotumas**

3.2.1 lentelėje pateikiami apibendrinti alkoholio sąlygotų sergančių asmenų ir ligotumo rezultatai Lietuvoje 2006–2011 m. Vertinant tik visiškai su alkoholio vartojimu siejamą ligotumą, didžiausias standartizuotas ligotumas buvo 2007 m. – 764,47 atvejai tenkantys 100 000 gyventojų, o mažėjimas pastebimas tik 2008 ir 2009 m., atitinkamai iki 727,98 ir 642,23 atvejų 100 000. 2010 ir 2011 m. standartizuoto ligotumo padidėjimas siekė atitinkamai 670,35 ir 739,28 atvejus 100 000. I priekšasčių grupėje didžiausią dalį visų asmenų bent kartą turėjusių kontaktą sveikatos priežiūros įstaigoje per metus sudaro alkoholinės psichozės (F10), alkoholinės kepenų ligos (K70) ir alkoholio sukeltos polineuropatijos (G62.1). Iš viso 2006–2011 m. laikotarpiu tik visiškai alkoholio vartojimo sąlygotas sirgusių asmenų skaičius siekė beveik 113 tūkst. (taip pat dar šį skaičių galima pavadinti asmens metais).

Iš dalies alkoholio vartojimo sąlygojamas ligotumas augo visu vertinamu laikotarpiu. Iš visų iš dalies alkoholio vartojimo sąlygojamų priekšasčių daugiausiai registruota hipertenzijos ligų (I10-I15), širdies aritmijų (I47-I49) ir epilepsijos (G40-G41) atvejų.

Bendras iš dalies alkoholio vartojimo sąlygotas sirgusių asmenų skaičius 2006–2011 m. siekė beveik 1 milijoną atvejų (981 809), tuo tarpu galimas apsauginis alkoholio poveikis leido išvengti beveik 95, tūkst. atvejų. Apsauginis alkoholio poveikis, sąlygojantis galimai išvengtus IŠL, išeminio insulto ar tulžies pūslės akmenligės atvejus, kiekvienais metais galėtų siekti ne daugiau 0,86 proc. iš visų sirgusių Lietuvoje, kai tuo tarpu alkoholio sąlygojama žala – 9,74 proc. nuo sirgusių asmenų skaičiaus (apsauginį alkoholio poveikį susumuojant kartu su žala bendra alkoholio sąlygojama

sergančių asmenų dalis Lietuvoje sudaro 8,88 proc.). Didesnę proporciją nuo viso Lietuvoje registruojamų susirgimų sudaro būtent II grupės ligos, kai tuo tarpu I grupės svyruoja apie 1 proc. (žr. 3.2.1 pav.).



**3.2.1 pav.** Alkoholio sąlygota sirgusių asmenų dalis (proc.) 15 m. ir vyresnių Lietuvos gyventojų tarpe (2006–2011 m.)

### 3.2.1 lentelė. Alkoholio vartojimo sąlygojamas ligotumas

Diagnozė	TLK-10	Alkoholio vartojimo sąlygotas sirgusių asmenų sk.					
		2006 m.	2007 m.	2008 m.	2009 m.	2010 m.	2011 m.
<i>I</i>	2	3	4	5	6	7	8
<b><i>I grupė. Visiškai alkoholio vartojimo sąlygotas sirgusių asmenų sk.</i></b>							
Alkoholio sukeltas pseudo-Kušingo (Cushing) sindromas	E24.4	1	1	0	3	2	4
Vernikės (Wernicke) encefalopatija	E51.2	2	2	1	2	3	2
Psichikos ir elgesio sutrikimai, vartojant alkoholį	F10	11710	12958	11900	10126	10451	11122
Nervų sistemos degeneracija, sukelta alkoholio	G31.2	913	1177	1401	1433	1562	1685
Alkoholio sukelta polineuropatija	G62.1	1143	1366	1655	1537	1623	1795
Alkoholinė miopatija	G72.1	7	11	11	10	7	8
Alkoholinė kardiomiopatija	I42.6	73	107	66	76	61	93
Alkoholinis gastritas	K29.2	101	100	77	67	68	77
Alkoholinė kepenų liga	K70	1825	2243	2351	2096	1952	1827
Lėtinis alkoholinis pankreatitas	K86.0	496	492	509	455	463	542
Vaisiaus ir naujagimio patologija dėl motinos vartojamo alkoholio	P04.3	0	1	0	0	0	0
Gimdymės priežiūra dėl (įtariamo) vaisiaus pažeidimo alkoholiu	O35.4	0	3	3	0	1	5
Vaisiaus alkoholinis sindromas (dismorfinis)	Q86.0	2	2	1	1	2	2
Alkoholio nustatymas kraujyje	R78.0	12	20	19	17	16	20
Alkoholio toksinis poveikis: etanolis	T51.0	719	674	668	504	441	570
Alkoholio toksinis poveikis: metanolis	T51.1	27	30	17	15	17	21

### 3.2.1 lentelės tęsinys.

I	2	3	4	5	6	7	8
Alkoholio toksinis poveikis, nepatikslinta	T51.9	1521	1493	888	820	944	1311
Atsitiktinis apsinuodijimas alkoholiu bei jo poveikis	X45	12	15	18	8	4	13
Tyčinis apsinuodijimas ir apnuodijimas alkoholiu	X65	2	4	8	3	8	4
Apsinuodijimas alkoholiu bei jo poveikis, kai ketinimas nežinomas	Y15	10	9	12	7	20	7
Alkoholio buvimas, patvirtintas nustatius alkoholio kiekį kraujyje	Y90	5	10	4	2	4	6
Alkoholio buvimas, patvirtintas nustatius intoksikacijos laipsnį	Y91	41	31	22	15	15	12
<i>Iš viso tik I grupėje</i>		18622	20749	19631	17197	17664	19126
<i>Iš viso tik I grupėje 100 000 gyventojų</i>		680,36	762,23	724,76	639,99	670,35	741,64
<i>Iš viso tik I grupėje standartizuotas alkoholio sąlygojamas ligotumas 100 000 gyventojų</i>		681,24	764,47	727,98	642,23	670,35	739,28
<b>II grupė. Iš dalies alkoholio vartojimo sąlygotas sirgusių asmenų sk.</b>							
Lūpos, burnos ertmės ir ryklės piktybiniai navikai	C00-C14	545	551	534	558	539	563
Stemplės piktybiniai navikai	C15	86	86	96	91	82	86
Gaubtinės žarnos piktybiniai navikai	C18	102	105	112	116	126	130
Tiesiosios žarnos piktybiniai navikai	C20	146	150	163	168	174	171
Kepenų ir intrahepatinių tulžies takų piktybiniai navikai	C22	50	60	59	61	65	67
Gerklų piktybiniai navikai	C32	237	236	238	246	245	242
Krūties piktybiniai navikai	C50	674	719	757	795	822	851

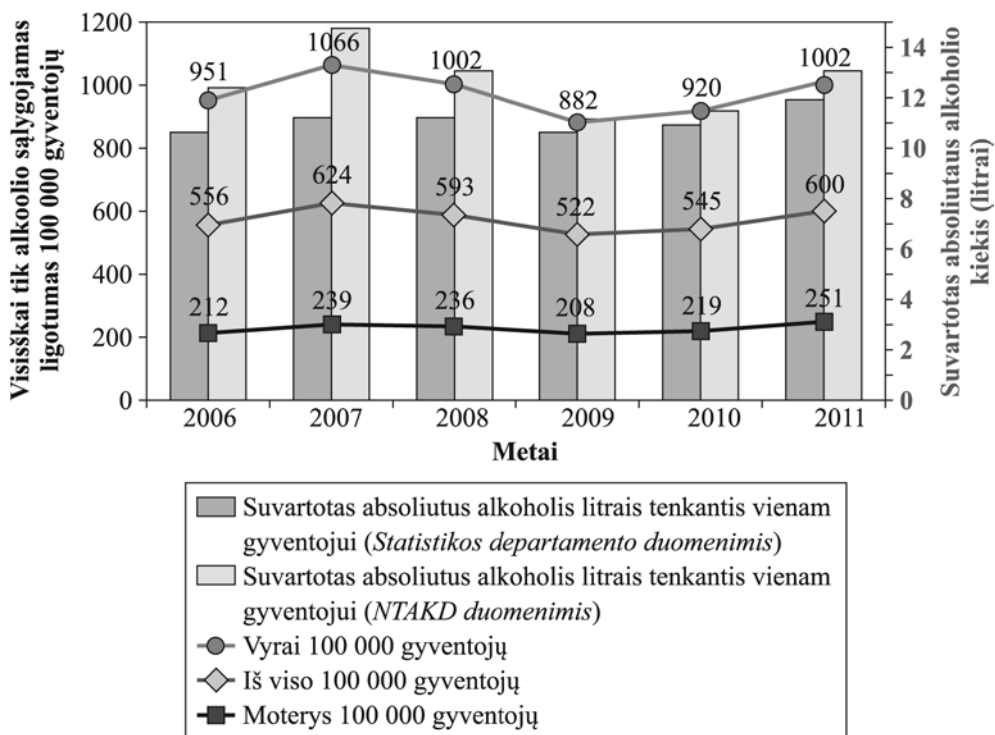
### 3.2.1 lentelės tęsinys.

<i>I</i>	2	3	4	5	6	7	8
Epilepsija ir epilepsinė būklė	G40-G41	9502	10015	10025	9905	10151	10268
Hipertenzinės ligos	I10-I15	90908	96264	103218	107563	109782	112229
Širdies išeminės ligos	I20-I25	-9620	-9463	-9536	-9610	-9603	-9448
Paroksizminė tachikardija, prieširdžių virpėjimas ir plazdėjimas	I47-I48	18596	19467	20496	21810	23079	24127
Kitos širdies aritmijos	I49	8747	8851	9200	9780	10104	10233
Hemoraginis insultas	I60-I62, I69.0-I69.2	503	513	505	514	519	583
Išeminis insultas	I63-I66, I69.3-I69.4	-1540	-1587	-1705	-1741	-1840	-1900
Stemplės venų mazgai	I85	106	128	155	136	139	165
Gastrocefalinis plyšimo hemoraginis sindromas	K22.6	176	160	149	137	141	141
Lėtinis hepatitas, kepenų fibrozė ir cirozė	K73, K74	3048	3401	3642	3587	3559	3380
Tulžies pūslės akmenligė	K80	-4217	-4400	-4636	-4714	-4734	-4660
Ūminis ir lėtinis pankreatitas	K85, K86.1	2194	2168	2238	2119	2012	1953
Psoriazė (išskyrus artropatinę psoriazę)	L40 be L40.5	7223	7449	7588	7784	7791	8109
Savaiminis persileidimas	O03	629	599	592	578	537	500
<i>Iš viso tik II grupėje</i>		128095	135472	143890	149883	153690	157790
<i>Iš viso tik II grupėje 100 000 gyventojų</i>		4679,82	4976,58	5312,32	5577,92	5832,48	6118,60
<i>Iš viso tik II grupėje standartizuotas alkoholio sąlygojamas ligotumas 100 000 gyventojų</i>		4854,35	5121,58	5432,53	5660,35	5832,48	6018,59

### 3.2.1 lentelės tęsinys.

<i>I</i>	2	3	4	5	6	7	8
<b>Bendras alkoholio vartojimo sąlygotas sirgusių asmenų sk.</b>		<b>146717</b>	<b>156221</b>	<b>163521</b>	<b>167080</b>	<b>171354</b>	<b>176916</b>
<i>Bendras sirgusių asmenų sk. Lietuvoje 15 m. ir vyresnių gyventojų tarpe</i>		<i>1817143</i>	<i>1859997</i>	<i>1863192</i>	<i>1850940</i>	<i>1810048</i>	<i>1849593</i>
<i>Alkoholio dalis nuo bendro sirgusių asmenų sk. (proc.)</i>		<i>8,07</i>	<i>8,40</i>	<i>8,78</i>	<i>9,03</i>	<i>9,47</i>	<i>9,57</i>
<i>Alkoholio sąlygojamas ligotumas 100 000 gyventojų</i>		<i>5360,18</i>	<i>5738,81</i>	<i>6037,09</i>	<i>6217,91</i>	<i>6502,83</i>	<i>6860,24</i>
<i>Standardizuotas alkoholio sąlygojamas ligotumas 100 000 gyventojų</i>		<i>5335,59</i>	<i>5886,05</i>	<i>6160,51</i>	<i>6302,58</i>	<i>6502,83</i>	<i>6757,87</i>
<b>Bendras vyrų alkoholio vartojimo sąlygotas sirgusiųjų sk.</b>		<b>68378</b>	<b>73980</b>	<b>77157</b>	<b>78507</b>	<b>80386</b>	<b>83504</b>
<i>Alkoholio sąlygojamas ligotumas 100 000 gyventojų</i>		<i>5494,89</i>	<i>5985,23</i>	<i>6277,00</i>	<i>6447,37</i>	<i>6745,94</i>	<i>7168,86</i>
<b>Bendras moterų alkoholio vartojimo sąlygotas sirgusiųjų sk.</b>		<b>78334</b>	<b>82239</b>	<b>86364</b>	<b>88572</b>	<b>90967</b>	<b>93413</b>
<i>Alkoholio sąlygojamas ligotumas 100 000 gyventojų</i>		<i>5247,88</i>	<i>5333,85</i>	<i>5837,75</i>	<i>6027,77</i>	<i>6302,12</i>	<i>6606,02</i>





3.2.2 pav. Alkoholio suvartojimo ir visiškai tik alkoholio sąlygojamo ligotumo sąsajos Lietuvoje, 2006–2011 m.

Alkoholio suvartojimas pasižymi aukšta teigiama koreliacija su alkoholio vartojimo sąlygotomis pasekmėmis: palyginant bendrą ligotumą tenkanti 100 000 gyventojų<sup>6</sup> su Statistikos departamento alkoholio suvartojimo duomenimis  $r=0,794$ ;  $p=0,059$ ; palyginant su NTAKD duomenimis  $r=0,886$ ;  $p=0,019$ . Analizuojant visą (t. y. įtraukiant ir 0–14 m. amžiaus grupę) tik alkoholio vartojimo sąlygoto ligotumo dinamiką 2006 – 2011 m. akivaizdžiai išsiskiria 2007 m., kuriais alkoholio vartojimo sąlygojamas ligotumas pasiekė piką (3.2.2 pav.). Vėlesniais metais tik alkoholio sąlygotas ligotumas krito nuo 624 atvejų 100 tūkst. gyventojų 2007 m., iki 522 atvejų 2009 m., o per 2010 ir 2011 m. vėl kilo ir paskutiniaisiais vertintais metais pasiekė 600 atvejų 100 tūkst. gyventojų. Moterų ligotumo dinamika, nors ir atspindėjo bendrą tendenciją, kito ne taip ženkliai.

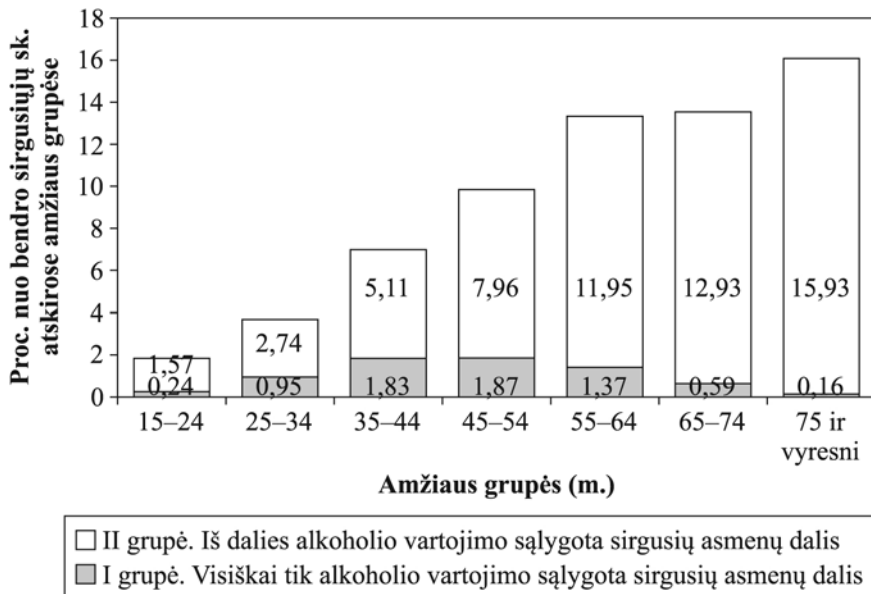
Tiesinės regresinės analizės rezultatai parodė, kad 2006–2011 m. laiko-

<sup>6</sup> 3.2.2 pav. ligotumas 100 000 išreikštas naudojant nepatikslingą Lietuvos populiaciją.

tarpyje absoliutaus alkoholio suvartojimui padidėjus 1 litru (Statistikos departamento duomenimis) bendras alkoholio vartojimo sąlygotas ligotumas tenkantis 100 000 gyventojų padidėja 51,8 atvejo ( $R^2=0,998$ ;  $p<0,001$ ; 95 proc. PI: 49,3–54,3). Remiantis NTAKD duomenimis alkoholio suvartojimui padidėjus 1 litru, ligotumas padidėja 43,7 atvejo 100 000 gyventojų ( $R^2=0,999$ ;  $p<0,001$ ; 95 proc. PI: 41,8–45,5).

Sirgusių asmenų sk. analizė atskirose amžiaus grupėse atskleidė, kad I grupėje, taip kaip ir mirčių analizėje, pikas pasiekiamas 45–54 m. grupėje ir 2006–2011 m. sudarė beveik 33,8 tūkst. atvejų, tačiau antroje vietoje yra jaunesnių, 35–44 m., žmonių grupė, kurioje I grupės ligotumas per vertinamą laikotarpį sudarė 28,9 tūkst. atvejų. Vis dėlto daugiausiai alkoholinių psichozių (F10) tenka būtent jaunesnės amžiaus grupės (35-44 metų) žmonėms (žr. 3.2.2 lentelėje).

Analizuojant iš dalies alkoholio sąlygojamą sirgusių asmenų skaičių atskirose amžiaus grupėse, išryškėja bendro ligotumo augimas didėjant amžiui. Atitinkamai galimai alkoholio vartojimo išvengtas ligotumas (absoliučiais skaičiais) taip pat daugiau atsispindi vyresnio amžiaus žmonių grupėje (išskyrus IŠL, kur 75 metų ir vyresnių žmonių amžiaus grupei alkoholio apsauginis poveikis nevertintas) (žr. 3.2.2 lentelėje ir 3.2.3 pav.).



**3.2.3 pav.** Alkoholio sąlygota sirgusių asmenų dalis (proc.) nuo bendro ligotumo atskirose amžiaus grupėse (2006–2011 m.)

**3.2.2 lentelė. Alkoholio vartojimo sąlygoto ligotumo pasiskirstymas atskirose amžiaus grupėse**

Diagnozė	TLK-10	Amžiaus grupės 2006–2011 m.						
		15–24 m.	25–34 m.	35–44 m.	45–54 m.	55–64 m.	65–74 m.	75 ir vyresni
<i>I</i>	2	3	4	5	6	7	8	9
<b><i>I grupė. Visiškai alkoholio vartojimo sąlygotas sirgusių asmenų sk.</i></b>								
Alkoholio sukeltas pseudo-Kušingo (Cushing) sindromas	E24.4	2	6	2	1	0	0	0
Vernikės (Wernicke) encefalopatija	E51.2	0	1	5	5	0	1	0
Psichikos ir elgesio sutrikimai, vartojant alkoholį	F10	2184	10672	20188	19775	10605	4048	795
Nervų sistemos degeneracija, sukelta alkoholio	G31.2	14	254	1237	3007	2472	886	301
Alkoholio sukelta polineuropatija	G62.1	29	301	1505	3333	2677	1067	207
Alkoholinė miopatija	G72.1	1	6	7	9	18	9	4
Alkoholinė kardiomiopatija	I42.6	5	30	116	153	125	42	5
Alkoholinis gastritas	K29.2	75	65	84	90	79	57	40
Alkoholinė kepenų liga	K70	107	901	2587	3895	3099	1386	319
Lėtinis alkoholinis pankreatitas	K86.0	54	293	650	718	584	400	258
Vaisiaus ir naujagimio patologija dėl motinos vartojamo alkoholio	P04.3	0	0	1	0	0	0	0
Gimdymės priežiūra dėl (įtariamo) vaisiaus pažeidimo alkoholiu	O35.4	1	8	3	0	0	0	0
Vaisiaus alkoholinis sindromas (dismorfinis)	Q86.0	5	2	1	2	0	0	0

### 3.2.2 lentelės tęsinys.

I	2	3	4	5	6	7	8	9
Alkoholio nustatymas kraujyje	R78.0	2	1	12	31	30	23	5
Alkoholio toksinis poveikis: etanolis	T51.0	1299	391	625	658	374	181	48
Alkoholio toksinis poveikis: metanolis	T51.1	6	16	29	42	23	8	3
Alkoholio toksinis poveikis, nepatikslinta	T51.9	799	896	1797	1965	1032	405	83
Atsitiktinis apsinuodijimas alkoholiu bei jo poveikis	X45	14	14	13	15	8	4	2
Tyčinis apsinuodijimas ir apnuodijimas alkoholiu	X65	10	7	7	4	0	1	0
Apsinuodijimas alkoholiu bei jo poveikis, kai ketinimas nežinomas	Y15	12	6	15	17	9	5	1
Alkoholio buvimas, patvirtintas nustatčius alkoholio kiekį kraujyje	Y90	1	2	9	12	2	5	0
Alkoholio buvimas, patvirtintas nustatčius intoksikacijos laipsnį	Y91	12	22	39	37	15	11	0
<i>Iš viso tik I grupėje</i>		4632	13894	28932	33769	21152	8539	2071
<b>II grupė. Iš dalies alkoholio vartojimo sąlygotas sirgusių asmenų sk.</b>								
Lūpos, burnos ertmės ir ryklės piktybiniai navikai	C00-C14	53	68	165	584	1033	817	566
Stemplės piktybiniai navikai	C15	2	3	18	94	174	145	93
Gaubtinės žarnos piktybiniai navikai	C18	2	4	22	73	145	221	225
Tiesiosios žarnos piktybiniai navikai	C20	2	6	20	87	192	323	341

### 3.2.2 lentelės tęsinys.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Kepenų ir intrahepatinių tulžies takų piktybiniai navikai	C22	2	9	21	51	80	106	94
Gerklų piktybiniai navikai	C32	3	7	38	228	513	444	210
Krūties piktybiniai navikai	C50	8	58	326	1052	1332	1073	770
Epilepsija ir epilepsinė būklė	G40-G41	9393	8903	10866	12444	8649	5688	3922
Hipertenzinės ligos	I10-I15	8321	16438	49322	105480	148609	153151	138642
Širdies išeminės ligos	I20-I25	-113	-246	-1192	-7756	-18665	-29308	0
Paroksizminė tachikardija, prieširdžių virpėjimas ir plazdėjimas	I47-I48	1773	2428	4311	10660	22305	38013	48084
Kitos širdies aritmijos	I49	3009	2775	4548	8475	11531	13719	12861
Hemoraginis insultas	I60-I62, I69.0-I69.2	69	120	313	535	666	652	783
Išeminis insultas	I63-I66, I69.3-I69.4	-5	-12	1	-800	-1815	-3338	-4344
Stemplės venų mazgai	I85	42	60	155	198	166	115	94
Gastroezofaginis plyšimo hemoraginis sindromas	K22.6	22	96	191	239	143	120	94
Lėtinis hepatitas, kepenų fibrozė ir cirozė	K73, K74	426	1561	3904	5591	4918	2922	1294
Tulžies pūslės akmenligė	K80	-586	-1890	-3403	-5370	-5961	-5521	-4632
Ūminis ir lėtinis pankreatitas	K85, K86.1	317	1229	2451	2615	2354	2109	1609

### 3.2.2 lentelės tęsinys.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Psoriazė (išskyrus artropatinę psoriazę)	L40 be L40.5	6921	6941	7670	9182	7574	4891	2767
Savaiminis persileidimas	O03	817	1672	902	43	0	0	0
<i>Iš viso tik II grupėje</i>		30478	40230	80649	143705	183943	186342	203473
<b>Bendras alkoholio vartojimo sąlygotas sirgusių asmenų sk.</b>		<b>35110</b>	<b>54124</b>	<b>109581</b>	<b>177474</b>	<b>205095</b>	<b>194881</b>	<b>205544</b>
<i>Bendras sirgusių asmenų sk. Lietuvoje 15 m. ir vyresnių gyventojų tarpe</i>		1943394	1467343	1577490	1804736	1539186	1441271	1277493
<i>Alkoholio dalis nuo bendro sirgusių asmenų sk. atitinkamoje amžiaus grupėje (proc.)</i>		1,81	3,69	6,95	9,83	13,32	13,52	16,09
<i>Alkoholio sąlygojamas ligotumas 100 000 gyventojų</i>		822,63	1413,49	2576,74	4319,32	6566,64	7021,88	9936,44
<b>Bendras vyrų alkoholio vartojimo sąlygotas sirgusiųjų sk.</b>		<b>21675</b>	<b>36426</b>	<b>74190</b>	<b>100959</b>	<b>93934</b>	<b>70384</b>	<b>64348</b>
<i>Alkoholio sąlygojamas ligotumas 100 000 gyventojų</i>		998,10	1908,31	3583,65	5221,85	6929,66	6679,62	10716,74
<b>Bendras moterų alkoholio vartojimo sąlygotas sirgusiųjų sk.</b>		<b>13435</b>	<b>17698</b>	<b>35391</b>	<b>76515</b>	<b>111161</b>	<b>124497</b>	<b>141196</b>
<i>Alkoholio sąlygojamas ligotumas 100 000 gyventojų</i>		640,86	921,63	1621,60	3517,20	6288,28	7231,35	9617,32

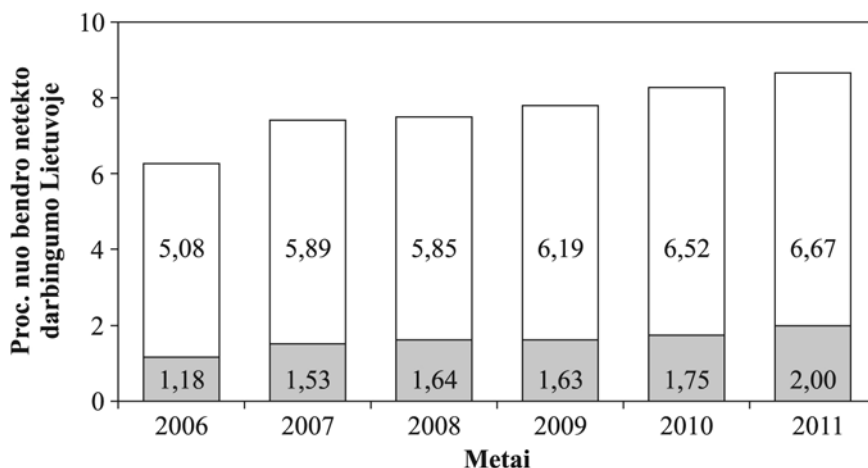
### 3.3. Alkoholio vartojimo sąlygojamas netektas darbingumas

3.3.1 lentelėje pateikiama alkoholio vartojimo sąlygoto netekto darbingumo<sup>7</sup> kaita 2006–2011 m. I prižasčių grupėje netekto darbingumo našta augo iki 2008 m., kuomet standartizuotas netekto darbingumo atvejų skaičius I prižasčių grupėje išaugo iki 40,19 atvejų 100 000 gyventojų, 2009 m. sumažėjo iki 60,07, o 2011 m. išaugo iki 64,52 atvejų 100 000 gyventojų. Iš visų I prižasčių grupės sąlygojamų netekto darbingumo atvejų, didžiausią dalį kiekvienais vertintais metais sudarė nervų sistemos degeneracijos (G31.2), toliau rikiuojasi alkoholinės kepenų ligos, alkoholinės psichozės ir alkoholio sukeltos polineuropatijos.

Vertinant netektą darbingumą II prižasčių grupėje, didžiausias alkoholio vartojimo sąlygotas standartizuotas netektas darbingumas buvo 2009 m. – 229,19 atvejų 100 000, o mažėjimas atsispindi per 2010 m. (227,74 atvejai 100 000) ir 2011 m. (215,75 atvejai 100 000). Bendra alkoholio vartojimo sąlygoto netekto darbingumo analizė parodo tokią pačią kaitos tendenciją, o didžiausia alkoholio sąlygojamo netekto darbingumo atvejų proporcija (lyginant su bendru darbingumo lygio sumažėjimu pagal studijoje vertintas priežastis) tenka paskutiniesiems, 2011 metams. Didžiausią dalį Iš II grupės priskiriamų priežasčių netekto darbingumo atvejų skaičiaus sudaro hipertenzinės ligos (I10-I15), epilepsijos (G40-G41) bei hepatitai, kepenų cirozės ir fibrozės (K73, K74) (žr. 3.3.1 lentelėje ir 3.3.1 pav.).

---

<sup>7</sup> Darbingumo lygis – nustatomas asmenims nuo 18 metų iki senatvės pensijos amžiaus, kompleksiskai, vertinant ne tik medicininius, bet ir funkcinius, profesinius bei kitus kriterijus, ribojančius asmens darbingumą. Netektas darbingumas išskiriamas į tris pagrindines grupes: jei asmeniui nustatoma 0–25 proc. darbingumas, asmuo laikomas nedarbingu, negali dirbti įprastinėmis sąlygomis, t. y. gali dirbti tik pagal negalios pobūdį pritaikytoje darbo aplinkoje; jei asmeniui nustatoma 30–55 proc. darbingumas, asmuo laikomas iš dalies darbingu, gali dirbti įprastinėmis darbo sąlygomis, atsižvelgiant į lšvadoje dėl darbo pobūdžio ir sąlygų pateiktas rekomendacijas; jei asmeniui nustatomas 60–100 proc. darbingumas, asmuo laikomas darbingu. Šioje studijoje, kuomet atskirai neanalizuojamos darbingumo grupės, terminas „netektas darbingumas“ apibendrintoje analizėje naudojamas įvardinti bet kokį darbingumo sumažėjimo procentą žemiau 100 proc., atskirai neišskiriant fakto, kad 0,2 proc. darbingumo nustatymo atvejų asmenims buvo paliktas nesumažėjęs 100 proc. darbingumas (tokie asmenys figūruoja statistikoje 60–100 proc. darbingumo nustatymo grupėje).



II grupė. Iš dalies alkoholio vartojimo sąlygotas darbingumo lygio sumažėjimas  
 I grupė. 100 proc. tik alkoholio vartojimo sąlygotas darbingumo lygio sumažėjimas

**3.3.1 pav.** Alkoholio vartojimo sąlygota netekto darbingumo dalis (proc.) nuo visų užregistruotų sumažėjusio darbingumo atvejų 2006–2011 m.

**3.3.1 lentelė.** Alkoholio vartojimo sąlygotas netektas darbingumas

Pagrindinė diagnozė	TLK-10	Metai					
		2006	2007	2008	2009	2010	2011
<b>I grupė. Visiškai tik alkoholio vartojimo sąlygotas netekto darbingumo atvejų sk.</b>							
Vernikės (Wernicke) encefalopatija	E51.2	2	0	0	1	2	1
Psichikos ir elgesio sutrikimai, vartojant alkoholį	F10	202	259	264	272	287	319
Nervų sistemos degeneracija, sukelta alkoholio	G31.2	417	651	693	737	743	776
Alkoholio sukelta polineuropatija	G62.1	224	244	318	262	278	273
Alkoholinė miopatija	G72.1	0	1	1	0	0	0
Alkoholinė kardiomiopatija	I42.6	9	10	16	13	10	19
Alkoholinis gastritas	K29.2	1	1	0	0	1	1
Alkoholinė kepenų liga	K70	198	294	316	294	272	255
Lėtinis alkoholinis pankreatitas	K86.0	20	19	23	19	22	36
Alkoholio toksinis poveikis: etanolis	T51.0	0	0	0	0	0	1



### 3.3.1 lentelės tęsinys.

Pagrindinė diagnozė	TLK-10	Metai					
		2006	2007	2008	2009	2010	2011
Alkoholio toksinis poveikis: metanolis	T51.1	0	0	0	1	0	0
Alkoholio toksinis poveikis, nepatikslinta	T51.9	0	0	0	0	0	1
<i>Iš viso tik I grupėje</i>		<i>1073</i>	<i>1479</i>	<i>1631</i>	<i>1599</i>	<i>1615</i>	<i>1682</i>
<i>Iš viso tik I grupėje 100 000 gyventojų</i>		<i>39,20</i>	<i>54,33</i>	<i>60,22</i>	<i>59,51</i>	<i>61,29</i>	<i>65,22</i>
<i>Iš viso tik I grupėje standartizuotas alkoholio vartojimo sąlygotas netektas darbingumas 100 000 gyventojų</i>		<i>40,19</i>	<i>55,47</i>	<i>61,36</i>	<i>60,07</i>	<i>61,29</i>	<i>64,52</i>
<b>II grupė. Iš dalies alkoholio vartojimo sąlygotas netekto darbingumo atvejų sk.</b>							
Lūpos, burnos ertmės ir ryklės piktybiniai navikai	C00-C14	109	112	105	108	118	112
Stemplės piktybiniai navikai	C15	14	21	18	20	13	16
Gaubtinės žarnos piktybiniai navikai	C18	10	10	8	9	12	12
Tiesiosios žarnos piktybiniai navikai	C20	10	15	14	14	14	16
Kepenų ir intrahepatinių tulžies takų piktybiniai navikai	C22	2	4	4	5	4	3
Gerklų piktybiniai navikai	C32	48	53	44	38	40	42
Krūties piktybiniai navikai	C50	141	151	148	148	155	159
Epilepsija ir epilepsinė būklė	G40-G41	1278	1582	1398	1431	1359	1358
Hipertenzinės ligos	I10-I15	2277	2760	2976	3157	3101	2823
Širdies išeminės ligos	I20-I25	-260	-185	-90	-50	-28	-27
Paroksizminė tachikardija, prieširdžių virpėjimas ir plazdėjimas	I47-I48	326	395	347	337	320	308
Kitos širdies aritmijos	I49	140	151	158	180	178	145
Hemoraginis insultas	I60-I62, I69.0-I69.2	84	104	92	89	88	88
Išeminis insultas	I63-I66, I69.3-I69.4	-120	-137	-110	-109	-110	-105
Stemplės venų mazgai	I85	23	26	48	55	63	67
Gastroezofaginis plyšimo hemoraginis sindromas	K22.6	0	0	1	0	0	1

### 3.3.1 lentelės tęsinys.

Pagrindinė diagnozė	TLK-10	Metai					
		2006	2007	2008	2009	2010	2011
Lėtinis hepatitas, kepenų fibrozė ir cirozė	K73, K74	354	443	470	460	457	408
Tulžies pūslės akmenligė	K80	-2	-3	-2	-1	-2	-1
Ūminis ir lėtinis pankreatitas	K85, K86.1	54	61	64	70	71	63
Psoriazė (išskyrus artropatinę psoriazė)	L40 be L40.5	131	142	125	129	148	130
<i>Iš viso tik II grupėje</i>		<i>4619</i>	<i>5705</i>	<i>5818</i>	<i>6090</i>	<i>6001</i>	<i>5618</i>
<i>Iš viso tik II grupėje 100 000 gyventojų</i>		<i>162,36</i>	<i>200,31</i>	<i>204,34</i>	<i>214,64</i>	<i>214,94</i>	<i>205,2</i>
<i>Iš viso tik II grupėje 100 000 gyventojų</i>		<i>168,76</i>	<i>209,58</i>	<i>214,80</i>	<i>226,64</i>	<i>227,74</i>	<i>217,85</i>
<i>Iš viso tik II grupėje standartizuotas alkoholio vartojimo sąlygotas netektas darbingumas 100 000 gyventojų</i>		<i>172,56</i>	<i>214,21</i>	<i>218,89</i>	<i>229,17</i>	<i>227,74</i>	<i>215,75</i>
<b>Bendras alkoholio vartojimo sąlygotas netektas darbingumas</b>		<b>5692</b>	<b>7184</b>	<b>7449</b>	<b>7689</b>	<b>7616</b>	<b>7300</b>
<i>Bendras netekto darbingumo atvejų skaičius Lietuvoje</i>		<i>90887</i>	<i>96892</i>	<i>99390</i>	<i>98363</i>	<i>92063</i>	<i>84244</i>
<i>Alkoholio vartojimo sąlygota dalis nuo bendro netekto darbingumo atvejų sk. Lietuvoje (proc.)</i>		<i>6,26</i>	<i>7,41</i>	<i>7,49</i>	<i>7,82</i>	<i>8,27</i>	<i>8,67</i>
<i>Iš viso 100 000 gyventojų</i>		<i>207,96</i>	<i>263,91</i>	<i>275,01</i>	<i>286,15</i>	<i>289,03</i>	<i>283,07</i>
<i>Standartizuotas alkoholio vartojimo sąlygotas netektas darbingumas 100 000 gyventojų</i>		<i>212,75</i>	<i>269,68</i>	<i>280,25</i>	<i>289,24</i>	<i>289,03</i>	<i>280,28</i>

3.3.2 lentelėje pateiktas alkoholio sąlygotas netekto darbingumo atvejų skaičiaus pasiskirstymas skirtingose amžiaus grupėse. Tik visiškai alkoholio sąlygojamo netekto darbingumo atvejų skaičiaus didėjimas stebimas nuo 25–34 metų amžiaus, pikas pasiekiamas 45–54 metų amžiaus grupėje (iš viso 2006–2011 m. teko 4190 netekto darbingumo atvejai), o 55–64 metų žmonėms šis skaičius sumažėja. Panaši tendencija išryškėja ir tarpusavyje lyginant iš dalies alkoholio sąlygojamo netekto darbingumo atvejus.

Taip pat svarbu atkreipti dėmesį, kad NDNT darbingumo lygį nustato tik asmenims nuo 18 metų iki senatvės pensijos amžiaus. Tai automatiškai gali pakoreguoti nustatyto darbingumo lygio atvejų skaičius ribinėse amžiaus grupėse, o vyresnių žmonių grupėse (65 m. ir vyresniems) alkoholio vartojimo sąlygojama žala iš viso neatsispindi.

### 3.3.2 lentelė. Alkoholio vartojimo sąlygotas netektas darbingumas atskirose amžiaus grupėse

Pagrindinė diagnozė	TLK-10	Bendras netekto darbingumo atvejų sk. atskirose amžiaus grupėse 2006–2011 m.				
		15–24 m.	25–34 m.	35–44 m.	45–54 m.	55–64 m.
<i>I</i>	2	3	4	5	6	7
<b><i>I grupė. Visiškai tik alkoholio vartojimo sąlygotas netekto darbingumo atvejų sk.</i></b>						
Vernikės (Wernicke) encefalopatija	E51.2	0	2	1	3	0
Psichikos ir elgesio sutrikimai, vartojant alkoholiį	F10	16	113	321	724	429
Nervų sistemos degeneracija, sukelta alkoholio	G31.2	2	135	748	1913	1219
Alkoholio sukelta polineuropatija	G62.1	0	53	303	746	497
Alkoholinė miopatija	G72.1	0	0	1	0	1
Alkoholinė kardiomiopatija	I42.6	0	2	27	26	22
Alkoholinis gastritas	K29.2	0	0	1	2	1
Alkoholinė kepenų liga	K70	4	126	454	717	328
Lėtinis alkoholinis pankreatitas	K86.0	0	10	53	58	18
Alkoholio toksinis poveikis: etanolis	T51.0	0	0	1	0	0
Alkoholio toksinis poveikis: metanolis	T51.1	0	0	1	0	0
Alkoholio toksinis poveikis, nepatikslinkta	T51.9	0	0	0	1	0
<i>Iš viso tik I grupėje</i>		22	441	1911	4190	2515
<b><i>II grupė. Iš dalies alkoholio vartojimo sąlygotas netekto darbingumo atvejų sk.</i></b>						
Lūpos, burnos ertmės ir ryklės piktybiniai navikai	C00-C14	4	15	56	255	334
Stemplės piktybiniai navikai	C15	0	0	7	43	52
Gaubtinės žarnos piktybiniai navikai	C18	0	0	6	26	29
Tiesiosios žarnos piktybiniai navikai	C20	0	0	3	38	42
Kepenų ir intrahepatinių tulžies takų piktybiniai navikai	C22	0	0	0	11	11

### 3.3.2 Ientelės tęsinys.

<i>I</i>	2	3	4	5	6	7
Gerklų piktybiniai navikai	C32	0	1	9	104	151
Krūties piktybiniai navikai	C50	0	17	153	486	246
Epilepsija ir epilepsinė būklė	G40-G41	1029	1342	2091	2804	1140
Hipertenzinės ligos	I10-I15	100	235	1556	7152	8051
Širdies išeminės ligos	I20-I25	0	-1	-23	-234	-382
Paroksizminė tachikardija, prieširdžių virpėjimas ir plazdėjimas	I47-I48	25	51	235	842	880
Kitos širdies aritmijos	I49	54	47	129	373	349
Hemoraginis insultas	I60-I62, I69.0-I69.2	15	45	113	207	165
Išeminis insultas	I63-I66, I69.3-I69.4	0	-3	-21	-314	-353
Stemplės venų mazgai	I85	25	20	74	106	57
Gastrocefaginis plyšimo hemoraginis sindromas	K22.6	0	0	1	0	1
Lėtinis hepatitas, kepenų fibrozė ir cirozė	K73, K74	48	176	661	1167	540
Tulžies pūslės akmenligė	K80	0	-1	-2	-8	0
Ūminis ir lėtinis pankreatitas	K85, K86.1	2	49	134	148	50
Psoriazė (išskyrus artropatinę psoriazę)	L40 be L40.5	35	59	174	338	199
<i>Iš viso tik II grupėje</i>		1337	2052	5356	13544	11562
<b>Bendras alkoholio vartojimo sąlygotas netekto darbingumo atvejų sk.</b>		<b>1359</b>	<b>2493</b>	<b>7267</b>	<b>17734</b>	<b>14077</b>
<i>Bendras netekto darbingumo atvejų sk. Lietuvoje (visose amžiaus grupėse kartu)</i>				561839		
<i>Alkoholio dalis nuo bendro netekto darbingumo atvejų sk. Lietuvoje 2006–2011 m. (proc.)</i>		0,24	0,44	1,29	3,16	2,51
<i>Alkoholio sąlygojamas netektas darbingumas 100 000 gyventojų</i>		31,84	65,11	170,88	431,61	450,71

3.3.3 ir 3.3.4 lentelėse pateikiami alkoholio sąlygojamo netekto darbingumo atvejų sk. analizės rezultatai pagal lytį, darbingumo nustatymo metus ir pagal atskiras diagnozes. Bendrai alkoholio sąlygoti netekto darbingumo atvejai vyrams nustatomi 3 kartus dažniau 0–25 proc. darbingumo grupėje (šios grupės žmonės įvardinami kaip „nedarbingi“), 1,8 karto dažniau 30–55 proc. grupėje (šios grupės žmonės įvardinami kaip „iš dalies darbingi“), o 60–100 proc. grupėje 1,5 karto dažniau (šios grupės žmonės išlaiko darbingų žmonių statusą).

Nors netekto darbingumo atvejų skaičiai tarp skirtingų ligų yra labai ženklūs, tačiau tendencija beveik visoms diagnozėms buvo vienoda – didžiausia netekto darbingumo grupė vyrams ir moterims yra 30–55 proc. Išimtis galėtų būti onkologinės ligos, kur santykinai dažniau 0–25 proc. netekto darbingumo atvejai nustatomi vyrams tokioms diagnozėms kaip stemplės piktybiniai navikai (C15) ar kepenų piktybiniai navikai (C22) (žr. 3.3.4 lentelėje).

**3.3.3 lentelė.** *Alkoholio sąlygoto netekto darbingumo atvejų sk. pagal lytį, darbingumo procentą ir metus*

Metai	Vyrai			Moterys		
	0–25 proc.	30–55 proc.	60–100 proc.	0–25 proc.	30–55 proc.	60–100 proc.
2006	452	3038	77	170	1887	68
2007	747	3772	67	246	2295	57
2008	732	3962	105	264	2309	77
2009	700	4150	255	221	2206	157
2010	662	4173	272	207	2141	161
2011	623	4156	191	186	2035	109
<b>Bendras alkoholio vartojimo sąlygoto netekto darbingumo atvejų sk.</b>	<b>3916</b>	<b>23251</b>	<b>967</b>	<b>1294</b>	<b>12873</b>	<b>629</b>
<i>Bendras netekto darbingumo atvejų sk. Lietuvoje</i>	<i>561839</i>					
<i>Alkoholio dalis nuo bendro netekto darbingumo atvejų sk. Lietuvoje (proc.)</i>	<i>0,70</i>	<i>4,14</i>	<i>0,17</i>	<i>0,23</i>	<i>2,29</i>	<i>0,11</i>

Pastaba: Kuo aukštesnis darbingumo procentas, tuo sveikesnis žmogus t. y. 100 proc. darbingumas rodo, kad žmogus visiškai sveikas, 0 proc. – visiškai neįgalus.

**3.3.4 lentelė. Per 2006–2011 m. alkoholio sąlygoto netekto darbingumo atvejų sk. pagal lytį, darbingumo procentą ir pagrindinę diagnozę**

Pagrindinė diagnozė	TLK-10	Vyrų			Moterys		
		0–25 proc.	30–55 proc.	60–100 proc.	0–25 proc.	30–55 proc.	60–100 proc.
<i>I</i>	2	3	4	5	6	7	8
<b><i>I grupė. Visiškai tik alkoholio vartojimo sąlygoto netekto darbingumo atvejų sk.</i></b>							
Vermickės (Wernicke) encefalopatija	E51.2	1	2	1	0	2	0
Psichikos ir elgesio sutrikimai, vartojant alkoholį	F10	410	764	60	144	216	9
Nervų sistemos degeneracija, sukelta alkoholio	G31.2	968	2424	81	184	341	19
Alkoholio sukelta polineuropatija	G62.1	246	1035	72	55	177	14
Alkoholinė miopatija	G72.1	2	0	0	0	0	0
Alkoholinė kardiomiopatija	I42.6	13	57	0	1	6	0
Alkoholinis gastritas	K29.2	0	1	1	0	2	0
Alkoholinė kepenų liga	K70	197	856	34	110	407	25
Lėtinis alkoholinis pankreatitas	K86.0	5	100	11	3	17	3
Alkoholio toksinis poveikis: etanolis	T51.0	1	0	0	0	0	0
Alkoholio toksinis poveikis: metanolis	T51.1	1	0	0	0	0	0
Alkoholio toksinis poveikis, nepatikslinta	T51.9	0	1	0	0	0	0
<i>Iš viso tik I grupėje</i>		1844	5240	260	497	1168	70
<b><i>II grupė. Iš dalies alkoholio vartojimo sąlygoto netekto darbingumo atvejų sk.</i></b>							
Lūpos, burnos ertmės ir ryklės piktybiniai navikai	C00-C14	209	362	2	17	72	2
Stemplės piktybiniai navikai	C15	50	46	0	2	4	0
Gaubtinės žarnos piktybiniai navikai	C18	5	34	0	0	22	0
Tiesiosios žarnos piktybiniai navikai	C20	12	42	0	3	26	0

### 3.3.4 Ientelės tęsinys.

<i>I</i>	2	3	4	5	6	7	8
Kepenų ir intrahepatinių tulžies takų piktybiniai navikai	C22	13	8	0	0	1	0
Gerklų piktybiniai navikai	C32	65	193	0	0	7	0
Krūties piktybiniai navikai	C50	0	0	0	71	805	26
Epilepsija ir epilepsinė būklė	G40-G41	677	4396	245	310	2660	118
Hipertenzinės ligos	I10-I15	564	9229	345	199	6439	318
Paroksizminė tachikardija, prieširdžių virpėjimas ir plazdėjimas	I47-I48	167	1199	17	46	586	18
Kitos širdies aritmijos	I49	22	476	11	9	410	24
Hemoraginis insultas	I60-I62, I69.0-I69.2	120	244	8	40	130	3
Išeminis insultas	I63-I66, I69.3-I69.4	-61	-136	-2	-54	-426	-12
Stemplės venų mazgai	I85	28	172	2	14	63	3
Gastroezofaginis plyšimo hemoraginis sindromas	K22.6	0	2	0	0	0	0
Lėtinis hepatitas, kepenų fibrozė ir cirozė	K73, K74	199	1373	57	140	779	44
Ūminis ir lėtinis pankreatitas	K85, K86.1	7	301	19	1	54	1
Psoriazė (išskyrus artropatinę psoriazę)	L40 be L40.5	4	415	12	2	355	17
Širdies išeminės ligos	I20-I25	-9	-341	-9	-3	-275	-3
Tulžies pūslės akmenligė	K80	0	-4	0	0	-7	0
<i>Iš viso tik II grupėje</i>		2072	18011	707	797	11705	559
<b>Bendro alkoholio vartojimo sąlygoto netekto darbingumo atvejų sk.</b>		<b>3916</b>	<b>23251</b>	<b>967</b>	<b>1294</b>	<b>12873</b>	<b>629</b>
<i>Bendras netekto darbingumo atvejų skaičius Lietuvoje 2006–2011 m.</i>				561839			
<i>Alkoholio dalis nuo bendro netekto darbingumo atvejų sk. Lietuvoje 2006–2011 m. (proc.)</i>		0,70	4,14	0,17	0,23	2,29	0,11

### **3.4. Su alkoholio vartojimu siejami teisėtvarkos pažeidimai**

3.4.1 ir 3.4.2 lentelėse pateikiami apibendrinti duomenys apie eismo įvykius Lietuvoje, kuriuos sukėlė neblaivūs vairuotojai arba neblaivūs pėstieji. Ši statistika apima žūtis keliuose tiek atvejais kai buvo sužalotas (ar žuvo) pats kaltininkas, tiek kai buvo sužaloti (ar žuvo) kiti asmenys.

2003–2012 m. Lietuvoje vidutiniškai 14,69 proc. eismo nelaimių buvo sukeltos neblaivių vairuotojų. 2003–2012 m. iš viso dėl vairuotojų kaltės žuvo beveik 3,6 tūkst. žmonių, iš jų 15,01 proc. dėl neblaivių vairuotojų kaltės. Tuo pačiu laikotarpiu, iš viso buvo sužeisti 49,1 tūkst. žmonių, iš kurių 16,11 proc. buvo sužeisti dėl neblaivių vairuotojų kaltės. Taip pat analizuojamu periodu buvo registruoti beveik 7,7 tūkst. eismo įvykių dėl pėsčiųjų kaltės, iš jų 11,84 proc. atvejų kaltininkai buvo neblaivūs pėstieji. Pastarieji taip pat sąlygojo 87 žmonių žūtis bei 869 sužeidimus (atitinkamai 7,51 proc. ir 12,82 proc. nuo pėsčiųjų sukeltų eismo įvykių).

Iš visų vertintų metų, didžiausia dalis žuvusiųjų ar sužalotų dėl neblaivių vairuotojų kaltės buvo 2007 m. Tuo tarpu neblaivūs pėstieji buvo atsakingi dėl didžiausios dalies žūčių ir sužeidimų 2006 m.



**3.4.1 lentelė. Eismo įvykiai Lietuvoje dėl neblaivių vairuotojų kaltės, kuriuose nukentėjo žmonės**

	2003 m.	2004 m.	2005 m.	2006 m.	2007 m.	2008 m.	2009 m.	2010 m.	2011 m.	2012 m.	Iš viso
Visi įvykiai dėl neblaivių vairuotojų kaltės	651	754	850	769	801	502	300	243	279	273	5422
Visi įvykiai dėl vairuotojų kaltės	4188	4663	5027	4861	5000	3697	2814	2352	2199	2107	36908
Neblaivių vairuotojų dalis (proc.)	15,54	16,17	16,91	15,82	16,02	13,58	10,66	10,33	12,69	12,96	14,69
Žuvo dėl neblaivių vairuotojų kaltės	68	84	90	66	69	48	37	27	24	27	540
Žuvo dėl vairuotojų kaltės	466	508	509	509	496	351	251	172	165	171	3598
Neblaivių vairuotojų dalis (proc.)	14,59	16,54	17,68	12,97	13,91	13,68	14,74	15,70	14,55	15,79	15,01
Sužeista dėl neblaivių vairuotojų kaltės	917	1099	1257	1164	1211	753	409	329	398	374	7911
Sužeista dėl vairuotojų kaltės	5621	6312	6881	6637	6731	4778	3473	3100	2867	2696	49096
Neblaivių vairuotojų dalis (proc.)	16,31	17,41	18,27	17,54	17,99	15,76	11,78	10,61	13,88	13,87	16,11

Šaltinis: LKPT duomenys.

**3.4.2 lentelė. Eismo įvykiai Lietuvoje dėl neblaivių pėsčiųjų kaltės, kuriuose nukentėjo žmonės**

Eismo įvykiai dėl pėsčiųjų kaltės	2003 m.	2004 m.	2005 m.	2006 m.	2007 m.	2008 m.	2009 m.	2010 m.	2011 m.	2012 m.	Iš viso
Visi įvykiai dėl neblaivių pėsčiųjų kaltės	137	128	117	139	95	71	39	69	50	64	909
Visi įvykiai dėl pėsčiųjų kaltės	1156	1163	1176	993	983	674	452	421	332	325	7675
Neblaivių pėsčiųjų dalis (proc.)	11,85	11,01	9,95	14,00	9,66	10,53	8,63	16,39	15,06	19,69	11,84
Žuvo dėl neblaivių pėsčiųjų kaltės	7	13	12	14	10	8	3	4	8	8	87
Žuvo dėl pėsčiųjų kaltės	157	179	181	154	147	118	67	51	55	49	1158
Neblaivių pėsčiųjų dalis (proc.)	4,46	7,26	6,63	9,09	6,80	6,78	4,48	7,84	14,55	16,33	7,51
Sužeista dėl neblaivių pėsčiųjų kaltės	136	121	114	134	89	70	36	65	48	56	869
Sužeista dėl pėsčiųjų kaltės	1048	1020	1033	866	868	576	393	391	293	293	6781
Neblaivių pėsčiųjų dalis (proc.)	12,98	11,86	11,04	15,47	10,25	12,15	9,16	16,62	16,38	19,11	12,82

Šaltinis: LKPT duomenys.

3.4.3 lentelėje apibendrinta kelių eismo taisyklių pažeidimų statistika (2005–2011 m.) pagal ATPK 126, 127 ir 129 straipsnius. Kiekvienais metais, didžiausią pažeidimų dalį pagal ATPK 126 straipsnį sudaro transporto priemonės (TP) vairavimas esant įvairiam neblaivumo laipsniui. Neblaivūs vairuotojai buvo atsakingi už vidutiniškai 6,83 proc. pažeidimų, kuomet nežymiai nukentėjo žmonės ar buvo sugadintas turtas (ATPK 127 str.) bei 38,19 proc. atvejų kuomet asmenys neturėjo teisės vairuoti. Iš viso neblaivių vairuotojų padaryti kelių eismo pažeidimai pagal ATPK 126, 127 ir 129 straipsnius sudarė apie 6,45 proc. kiekvienais metais.

2007 ir 2008 m. galima įvardinti persilaužimo metais, nes būtent šiuo laikotarpiu buvo stebimas ženklus ne tik bendro įvairių kelių eismo taisyklių pažeidimų, bet ir neblaivių vairuotojų sąlygotų pažeidimų skaičiaus mažėjimas. Nors pagal ATPK 127 str. registruotų pažeidimų, priskirtų neblaiviams vairuotojams, proporcinė dalis šiuo periodu beveik dvigubai išaugo, nes nepaisant bendros pažeidimų sumažėjimo tendencijos, po 2007 m. neblaivių vairuotojų padaromų pažeidimų mažėjo lėčiau nei bendras šių pažeidimų skaičius.

### 3.4.3 lentelė. Kelių eismo taisyklių pažeidimų, sukeltų neblaivių eismo dalyvių, statistika

	Metai									
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011			
<i>1</i>	2	3	4	5	6	7	8			
TP vairavimas, kai nustatomas lengvas neblaivumo (girtumo) laipsnis (nuo 0,41 iki 1,5 promilės)	10124	10043	9764	6911	5454	4592	4318			
Transporto priemonių, kurių maksimali leidžiama masė didesnė negu 3,5 t, vairavimas, vairuotojams esant neblaiviems, kai nustatomas nežymus neblaivumo (girtumo) laipsnis (nuo 0,2 promilės iki 0,4 promilės)*	–	–	–	96	64	48	55			
Transporto priemonių, turinčių daugiau kaip 9 sėdimas vietas, vairavimas, vairuotojams esant neblaiviems, kai nustatomas nežymus neblaivumo (girtumo) laipsnis (nuo 0,2 promilės iki 0,4 promilės)*	–	–	–	26	9	13	12			
Vairuotojų, kurių vairavimo stažas iki dvejų metų, transporto priemonių vairavimas esant neblaiviems, kai nustatomas nežymus neblaivumo (girtumo) laipsnis (nuo 0,2 promilės iki 0,4 promilės)*	–	–	–	405	244	198	183			
TP vairavimas, kai nustatomas vidutinis neblaivumo (girtumo) laipsnis (nuo 1,51 iki 2,5 promilės)	5980	5725	5503	4414	3220	2467	2341			
TP vairavimas, kai nustatomas sunkus neblaivumo (girtumo) laipsnis (nuo 2,51 promilės ir daugiau)	2711	2703	2989	1954	1084	988	857			
Neblaivumo patikrinimo vengimas*	–	–	–	511	404	314	288			
Alkoholio vartojimas po eismo įvykio iki jo aplinkybių nustatymo*	–	–	–	89	60	67	92			
Perdavimas vairuoti TP neblaiviam asmeniui*	–	–	–	209	131	128	141			

### 3.4.3 lentelės tęsinys.

1	2	3	4	5	6	7	8
Praktinis vairavimo mokymas mokytojui esant neblaiviam	3	3	5	6	2	4	3
ATPK 126 str. transporto priemonių vairavimas, esant neblaiviems vairuotojams	18818	18474	18261	14621	10672	8819	8290
ATPK 127 str. Kelių eismo taisyklių pažeidimas, sukėlęs nežymų sveikatos sutrikdymą arba nulėmęs turto sugadinimą	66870	72691	80453	34814	16333	15103	13236
Kelių eismo taisyklių pažeidimas, sukėlęs kitų asmenų nežymų sveikatos sutrikdymą, padarytas neblaivių asmenų	3857	4225	4264	2648	2001	1721	1737
Neblaivių eismo dalyvių dalis (proc.)	5,77	5,81	5,30	7,61	12,25	11,40	13,12
ATPK 128 str. transporto priemonių vairavimas neturint teisės vairuoti	10943	13192	15662	7385	6278	5167	4336
ATPK 129 str. transporto priemonių vairavimas neblaivių asmenų, neturinčių teisės vairuoti	6806	8730	10454	5282	2967	2487	2175
Neblaivių vairuotojų dalis:**	38,35	39,82	40,03	41,70	32,09	32,49	33,41
<i>Visi Lietuvoje registruoti kelių eismo taisyklių pažeidimai</i>	355355	396025	447354	435597	448990	407017	343367
<i>Visi Lietuvoje registruoti kelių eismo taisyklių pažeidimai 100 000 gyventojų</i>	10695,32	12111,19	13844,42	13619,94	14195,44	13141,10	11339,30
<b>Pažeidimai, kuriuos sukėlė neblaivūs vairuotojai</b>	<b>29481</b>	<b>31429</b>	<b>32979</b>	<b>22551</b>	<b>15640</b>	<b>13027</b>	<b>12202</b>
<b>Pažeidimų dalis, tenkanti neblaiviems vairuotojams (proc.)</b>	<b>8,30</b>	<b>7,94</b>	<b>7,37</b>	<b>5,18</b>	<b>3,48</b>	<b>3,20</b>	<b>3,55</b>
<b>Pažeidimai, kuriuos sukėlė neblaivūs vairuotojai 100 000 gyventojų</b>	<b>887,31</b>	<b>961,16</b>	<b>1020,61</b>	<b>705,11</b>	<b>494,48</b>	<b>420,59</b>	<b>402,96</b>

Šaltinis: LKPT duomenys.

\*Kelių eismo taisyklių pažeidimų statistika pradėta atskirai kaupti nuo 2008 m.; \*\*Neblaivių vairuotojų dalis skaičiuota nuo susumuoto ATPK 128 ir 129 str. pažeidimų skaičiaus.

3.4.4 lentelėje apibendrinti duomenys apie įtariamuosius, kurie kaltinami būdami neblaivūs padarę įvairias nusikalstamas veikas. Vidutiniškai kiekvienais metais bet kokia nusikalstama veika buvo kaltinami beveik 5,8 tūkst. asmenų, kurie nusikalstamas veikas įtariamai padarę neblaivūs. Iš jų didžioji dauguma buvo priskiriama nusikaltimams (vidutiniškai apie 94,11 proc.), o likusioji dalis baudžiamiesiems nusižengimams (5,89 proc.).

Vidutiniškai nusikalstamos veikos, kurias įtariamai padarę neblaivūs asmenys, Lietuvoje kiekvienais metais sudaro apie 7 proc. visų Lietuvoje registruojamų veikų. Daugiausiai nusikalstamų veikų, padarytų neblaivių asmenų buvo 2005 ir 2006 m. (atitinkamai 192,23 ir 193,98 nusikalstamos veikos tenkančios 100 000 gyventojų). 2011 m. nusikalstamų veikų siejamų su neblaiviais asmenimis skaičius siekė 171,06 atvejus, tenkančius 100 000 gyventojų.

**3.4.4 lentelė. Duomenys apie neblaičius asmenis, įtariamus (kaltinamus) nusikalstamų veikų padarymu**

	Metai									
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011		
<i>1</i>	2	3	4	5	6	7	8	9		
Nužudymai (BK 129-131 str.)	214	257	215	204	200	200	188	183		
Neatsargus gyvybės atėmimas (BK 132 str.)	13	8	11	10	11	6	6	1		
Sukurstymas nusižudyti ar privedimas prie savižudybės (BK 133 str.)	0	0	0	0	0	0	0	0		
Sunkūs sveikatos sutrikdymai (BK 135-136 str.)	171	187	175	166	163	147	176	140		
Sunkūs sveikatos sutrikdymai dėl neatsargumo (BK 137 str.)	12	19	9	13	9	4	6	3		
Nesunkūs sveikatos sutrikdymai (BK 138 str.)	507	620	624	608	541	560	630	572		
Nesunkūs sveikatos sutrikdymai dėl neatsargumo (BK 139 str.)	4	9	8	8	3	7	2	3		
Fizinio skausmo sukėlimas ar nežymus sveikatos sutrikdymas (BK 140 str.)	219	331	307	302	267	234	237	317		
Grasymas nužudyti ar sunkiai sutrikdyti žmogaus sveikatą arba žmogaus terorizavimas (BK 145 str.)	54	109	107	69	56	91	113	139		
Neteisėtas laisvės atėmimas (BK 146 str.)	4	25	24	24	21	38	24	26		
Žmogaus veiksmų laisvės varžymas (BK 148 str.)	0	3	2	6	6	2	1	2		
Išžaginimai (BK 149 str.)	93	120	94	86	68	108	94	109		
Seksualinis prievartavimas (BK 150 str.)	24	89	59	49	55	80	56	78		
Privertimas lytiškai santykiuoti (BK 151 str.)	1	1	1	0	1	1	2	5		
Seksualinis priekabiavimas (BK 152 str.)	1	0	2	0	0	0	4	1		

### 3.4.4 lentelės tęsinys.

<i>l</i>	2	3	4	5	6	7	8	9
Mažamečio asmens tvirkinimas (BK 153 str.)	8	7	9	7	7	8	12	12
Įžeidimas (BK 155 str.)	1	6	3	0	3	5	4	6
Vagystės (BK 178 str.)	2322	2025	1845	1609	1558	1751	1496	1550
Piėšimai (BK 180 str.)	1101	989	875	725	672	615	520	481
Turto prievartavimas (BK 181 str.)	16	8	32	18	25	12	3	8
Turto sunaikinimas ar sugadinimas (BK 187str.)	59	294	281	315	353	400	352	368
Kelių transporto eismo saugumo ar transporto priemonių eksploatacijos taisyklių pažeidimai (BK 281str.)	403	426	457	459	365	267	188	141
Transporto eismo tvarkos ar saugumo taisyklių pažeidimai (BK 282 str.)	3	0	0	0	0	0	0	1
Viešosios tvarkos pažeidimai (BK 284 str.)	1060	1356	1517	1373	1397	1366	1299	1387
Melagingi pranešimai apie visuomenei gresiantį pavojų ar ištikusią nelaimę (BK 285str.)	1	4	4	1	3	1	2	4
Kapo išniekinimas (BK 312 str.)	8	10	2	6	7	2	6	10
Neblaivūs asmenys, įtariami (kaltinami) nusikalstamų veikų padarymu	6842	6360	6252	5658	5359	5514	5101	5198
Įtariami nusikalstamų padarymu	6214	5956	5829	5386	5132	5227	4835	4919
Įtariami baudžiamųjų nusižengimų padarymu	628	404	423	272	227	287	266	279



### 3.4.4 lentelės tęsinys.

<i>1</i>	2	3	4	5	6	7	8	9
Nusikalstamos veikos, kurių padarymu įtariami (kaltinami) neblaivūs asmenys*	6262	6387	6343	5782	5560	5587	5127	5180
Nusikalstamos veikos, kurių padarymu įtariami (kaltinami) neblaivūs asmenys, skaičius 100 000 gyventojų *	185,43	192,23	193,98	178,94	173,85	176,64	165,53	171,06
Nusikalstamos veikų, siejamų su neblaiviais asmenimis, dalis nuo bendro užregistruotų nusikalstamų veikų skaičiaus Lietuvoje* (proc.)	6,70	7,11	7,72	7,84	7,12	6,71	6,60	6,51
<i>Iširta nusikalstamų veikų</i>	38335	37596	36244	32828	34143	36788	36096	35598
<i>Užregistruota nusikalstamų veikų</i>	93419	89815	82155	73741	78060	83203	77669	79523
<i>Užregistruotų nusikalstamų veikų skaičius 100 000 gyventojų</i>	2766,27	2703,21	2512,46	2282,09	2440,72	2630,58	2507,65	2626,16

Šaltinis: IRD duomenys.

\*Nusikalstamas veikas įvykdžiusių neblaivių asmenų skaičius ir registruotų nusikalstamų veikų, įvykdytų neblaivių asmenų, skaičius skiriasi. Dalis nusikalstamų veikų įvykdoma keleto asmenų grupės arba kelios nusikalstamos veikos gali būti įvykdomos vieno asmens.

3.4.5 lentelėje pateikiami duomenys apie Lietuvoje registruotus ir ištirtus neteisėtus namų gamybos stiprių alkoholinių gėrimų gamybos atvejus. Čia išsiskiria 2007 ir 2008 m., kuomet buvo ženklus naujai registruotų, nelegalios stipriųjų gėrimų gamybos, atvejų sumažėjimas. Vėlesniais metais (2009–2011 m.) šių nusikalstamų veikų skaičius vėl ženkliai išaugo ir buvo panašesnis į 2005 ir 2006 m. duomenis. Paaiškinti tokį staigų šių nusikalstamų veikų skaičiaus kitimą – sudėtinga. Žvelgiant iš alkoholio suvartojimo ir alkoholio kontrolės politikos pusės, 2007 ir 2008 m. buvo pakankamai kontrastingi. 2007-ieji Lietuvoje buvo alkoholio suvartojimo piko metai, tuo tarpu 2008-ieji – priešingai, įsigaliojus naujiems alkoholio kontrolės įstatymo pakeitimams, pradėjo kristi alkoholio suvartojimas ir padidėjo alkoholinių gėrimų kainos. Tai, atrodo, neatsispindi šiuose teisėssaugos veiklos rezultatuose.

**3.4.5 lentelė.** *Neteisėtas namų gamybos stiprių alkoholinių gėrimų ir aparatų gaminimas, laikymas, gabenimas.*

Neteisėta alkoholio gamyba Lietuvoje (BK 201 str.)	Metai						
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Registruota nusikalstamų veikų	1012	733	512	462	794	859	706
Ištirta nusikalstamų veikų	907	708	511	418	715	792	675
Registruota nusikalstamų veikų tenkančių 100 000 gyventojų	29,64	21,6	15,17	13,76	23,78	26,13	21,91
Registruota nusikalstamų veikų tenkančių 100 000 gyventojų	30,46	22,42	15,85	14,45	25,10	27,73	23,31

*Šaltinis: IRD duomenys.*

### 3.5. Alkoholio vartojimo sąlygojama ekonominė žala

Iš viso 2010 m. VLK duomenimis buvo suteikta 8 199 600 ambulatorinio lygio paslaugų, iš kurių 7 464 800 specializuotos ambulatorinės paslaugos (II, III lygio konsultacijos, profilaktikos, žmogaus genetikos paslaugos ir kt. paslaugos už kurias apmokama papildomai), 149 600 – priėmimoskubios pagalbos, 410 900 – dienos stacionaro, 129700 dienos chirurgijos, 44 600 – stebėjimo. Stacionarizavimo paslaugos VLK duomenimis iš viso sudarė 914 800, iš jų 749 100 stacionarinės paslaugos ir 165 700 – trumpalaikio gydymo. Už ambulatorines paslaugas iš viso gydymo įstaigoms buvo sumokėta beveik 506 770 651,12 Lt, už stacionarines – 1 367 783 057,01 Lt.

Remiantis SVEIDRA duomenimis [147] alkoholio vartojimo sąlygojamų ligų dalis galėtų sudaryti apie 6,07 proc. nuo visų ambulatorinių paslau-

gų ir 2,20 proc. nuo visų stacionarinių. Pritaikius šias proporcijas nuo visų VLK išlaidų už suteiktas paslaugas, bendra alkoholio vartojimo sąlygojama našta sveikatos priežiūrai 2010 m. galėtų siekti 60 852 205,78 Lt. (neįskaičiuojant išorinių sužalojimų priežasčių sąlygojamų sveikatos priežiūros kaštų (žr. 3.5.1 lentelėje).

**3.5.1 lentelė. Alkoholio vartojimo sąlygota ekonominė našta sveikatos priežiūrai.**

<b>Alkoholio vartojimo sąlygoti ambulatoriniai ir stacionariniai kaštai</b>	<b>Ambulatorinių apsilankymų epizodai</b>	<b>Stacionarizavimo epizodai</b>
<b>Vyrai</b>		
I priežasčių grupė	12568	8609
II priežasčių grupė	205249	5248
Iš viso	217817	13857
<b>Moterys</b>		
I priežasčių grupė	3708	1863
II priežasčių grupė	276554	4385
Iš viso	280262	6248
<b>Iš viso</b>		
I priežasčių grupė	16276	10472
II priežasčių grupė	481803	9633
Iš viso	498079	20105
<i>Iš viso VLK duomenimis suteikta ir apmokėta paslaugų</i>	<i>8199600</i>	<i>914800</i>
<i>Kaštų dalis tenkanti alkoholio vartojimo priežasčių gydymui</i>	<i>6,07 proc.</i>	<i>2,20 proc.</i>
<i>Iš viso VLK 2010 m. už šias paslaugas sumokėta</i>	<i>506 770 651,12 Lt</i>	<i>1 367 783 057,01 Lt</i>
<b>Alkoholio vartojimo sąlygojama ekonominė žala</b>	<b>30 760 978,52 Lt</b>	<b>30 091 227,25 Lt</b>

3.5.2 lentelėje pateikiami apibendrinti prarasto produktyvumo kaštai dėl alkoholio vartojimo sąlygojamų priežasčių. Iš viso dėl alkoholio vartojimo gali būti prarasta 526 937 357,41 Lt vien tik vertinant priešlaikines mirtis 2010 m. Vyrų mirtys, atsižvelgiant į vėlesnį pensinį amžių, aukštesnį vyrų vidutinį uždarbį ir aukštesnį mirtingumą nuo alkoholio sąlygojamų priežasčių, sąlygojo didžiąją dalį šių kaštų – 452 054 046,09 Lt, t. y. beveik 86 proc.

**3.5.2 lentelė. Dėl alkoholio vartojimo 2010 m. sąlygotų mirčių prarastos pajamos Lietuvoje.**

Alkoholio vartojimo sąlygotas mirtingumas atskirose amžiaus grupėse	18–24 m.	25–34 m.	35–44 m.	45–54 m.	55–63 m./60 m.*	Iš viso	Prarastas uždarbis iki pensijos	Prarastas diskontuotasis uždarbis iki pensijos indeksavus atsižvelgiant į nedarbą Lietuvoje**
<i>I</i>	2	3	4	5	6	7	8	9
<b>Vyrai</b>								
I grupė. Visiškai tik alkoholio vartojimo sąlygotas mirtingumas iki pensijos	6	31	173	247	163	620	239 314 177,20 Lt	138 917 736,82 Lt
II grupė. Iš dalies alkoholio vartojimui priskiriamas mirtingumas	0	14	54	119	122	309	98 193 412,80 Lt	59 336 960,72 Lt
III grupė. Išorinės mirties priežastys iš dalies sąlygojamos alkoholio vartojimo	88	140	234	312	224	998	491 431 701,60 Lt	253 799 348,55 Lt
Iš viso	94	185	461	678	509	1927	828 939 291,60 Lt	452 054 046,09 Lt
<b>Moterys</b>								
I grupė. Visiškai tik alkoholio vartojimo sąlygotas mirtingumas iki pensijos	0	11	26	65	41	143	36 638 006,40 Lt	23 331 803,72 Lt
II grupė. Iš dalies alkoholio vartojimui priskiriamas mirtingumas	0	4	12	41	31	88	18 429 625,20 Lt	12 195 602,94 Lt

### 3.5.2 lentelės tęsinys

<i>I</i>	2	3	4	5	6	7	8	9
III grupė. Išorinės mirties priežastys iš dalies sąlygojamos alkoholio vartojimo	10	23	52	79	39	203	67 789 161,60 Lt	39 355 904,66 Lt
Iš viso	10	38	90	185	111	434	122 856 793,20 Lt	74 883 311,31 Lt
<b>Iš viso</b>								
I grupė. Visiškai tik alkoholio vartojimo sąlygotas mirtingumas iki pensijos	6	42	199	312	204	763	275 952 183,60 Lt	162 249 540,54 Lt
II grupė. Iš dalies alkoholio vartojimui priskiriamas mirtingumas	0	18	66	160	153	397	116 623 038,00 Lt	71 532 563,66 Lt
III grupė. Išorinės mirties priežastys iš dalies sąlygojamos alkoholio vartojimo	98	163	286	391	263	1201	559 220 863,20 Lt	293 155 253,21 Lt
<b>Iš viso</b>	<b>104</b>	<b>223</b>	<b>551</b>	<b>863</b>	<b>620</b>	<b>2361</b>	<b>951 796 084,80 Lt</b>	<b>526 937 357,41 Lt</b>

\*Analizėje vertinta, kad vyrų pensinis amžius – 63 m., moterų – 60 m.; \*\*Esamoji kaštų vertė apskaičiuota pritaikant 5 proc. metinį diskontavimo koeficientą, vyrų vidutinis nedarbas – 13,44 proc., moterų – 10,81 proc.

3.5.3 lentelėje pateikiama apibendrinta alkoholio vartojimo sąlygoto netekto darbingumo ekonominė našta 2010 m. Didesnę dalį šių kaštų sudaro netekto darbingumo pensijos vyrams, kurie iš viso siekia 33 924 541,92 Lt. Didžiąją dalį pagrindinių priežasčių dėl kurių gali būti skiriamos pensijos dėl netekto darbingumo tiek vyrų, tiek moterų tarpe sudaro iš dalies alkoholio vartojimo sąlygojamos priežastys. Iš viso per 2010 m. dėl visiškai ir iš dalies alkoholio vartojimo sąlygojamų priežasčių buvo išmokėta 47 736 895,08 Lt netekto darbingumo pensijų, tačiau į vertinimą neįskaičiuojant netekto darbingumo dėl išorinių priežasčių

### 3.5.3 lentelė. Alkoholio vartojimo sąlygoto netekto darbingumo ekonominė našta 2010 m.

Darbingumo sumažėjimo priežastis	Darbingumo lygio procentinė grupė		Išlaidos dėl netekto darbingumo atvejų
	0–25 proc.	30–40 proc. 45–55 proc.	
<b>Vyrai</b>			
I grupė Visiškai tik alkoholio vartojimo sąlygoto netekto darbingumo atvejai	325	502	398
	3 329 079,00 Lt	4 275 774,96 Lt	1 666 632,96 Lt
II grupė Iš dalies alkoholio vartojimo sąlygoti netekto darbingumo atvejai	337	1732	1540
	3 451 998,84 Lt	14 752 275,36 Lt	6 448 780,80 Lt
<b>Iš viso (Vyrai)</b>	<b>662</b>	<b>2234</b>	<b>1938</b>
	<b>6 781 077,84 Lt</b>	<b>19 028 050,32 Lt</b>	<b>8 115 413,76 Lt</b>
<b>Moterys</b>			
I grupė Visiškai tik alkoholio vartojimo sąlygoto netekto darbingumo atvejai	87	102	116
	810 509,40 Lt	776 872,80 Lt	434 276,16 Lt
II grupė Iš dalies alkoholio vartojimo sąlygoti netekto darbingumo atvejai	120	895	1030
	1 117 944,00 Lt	6 816 678,00 Lt	3 856 072,80 Lt
<b>Iš viso (Moterys)</b>	<b>207</b>	<b>997</b>	<b>1146</b>
	<b>1 928 453,40 Lt</b>	<b>7 593 550,80 Lt</b>	<b>4 290 348,96 Lt</b>
<b>Iš viso</b>			
I grupė Visiškai tik alkoholio vartojimo sąlygoto netekto darbingumo atvejai	412	604	514
	4 139 588,40 Lt	5 052 647,76 Lt	2 100 909,12 Lt
II grupė Iš dalies alkoholio vartojimo sąlygoti netekto darbingumo atvejai	457	2627	2570
	4 569 942,84 Lt	21 568 953,36 Lt	10 304 853,60 Lt
<b>Iš viso</b>	<b>869</b>	<b>3231</b>	<b>3084</b>
	<b>8 709 531,24 Lt</b>	<b>26 621 601,12 Lt</b>	<b>12 405 762,72 Lt</b>
			<b>47 736 895,08 Lt</b>

3.5.4 lentelėje apibendrinami vaikų, patekusių į vaikų globos namus dėl tėvų girtavimo, išlaikymo kaštai valstybei 2010 m. Iš viso valstybės vaikų globos namuose 2010 m. buvo 464 vaikai, savivaldybių vaikų globos namuose – 2860. Vertinant, kad 86 proc. iš šių vaikų į vaikų globos namus patenka dėl girtaujančių tėvų, bendros šių vaikų išlaikymo išlaidos 2010 m. sudaro 65 581 341,36 Lt.

**3.5.4 lentelė.** *Dėl tėvų girtavimo į valstybės globą patekusių vaikų išlaikymo išlaidos valstybės ir savivaldybių globos namuose 2010 m.*

<b>Globos įstaigos tipas</b>	<b>Vaikų skaičius atitinkamose globos įstaigose 2010 m.</b>	<b>Dėl tėvų girtavimo į valstybės globą patekusių vaikų skaičius globos įstaigose 2010 m.*</b>	<b>Vieno vaiko vidutinės išlaikymo išlaidos per mėnesį</b>	<b>Iš viso</b>
Valstybės (apskričių) vaikų globos namai	464	371	3 091,50 Lt	<b>13 763 358,00 Lt</b>
Savivaldybių vaikų globos namai	2860	2288	1 887,31 Lt	<b>51 817 983,36 Lt</b>

\*Vertinant, kad dėl tėvų girtavimo į vaikų namus patenka 86 proc. nuo visų į vaikų namus patenkančių vaikų.

3.5.5 lentelėje sugretinamos 2004–2011 m. padarytos visos nusikalstamos veikos su ta dalimi nusikalstamų veikų, kurias įtariamai padarę neblai-vūs asmenys. Ši vidutinė proporcija, kiek nuo visų atskirų nusikalstamų veikų tenka neblaiviems, panaudota įvertinti kiek įkalinimo įstaigose galėtų būti žmonių, kurie nusikaltimą galėjo padaryti dėl alkoholio įtakos.



**3.5.5 lentelė. Atskirų nusikalstamų veikų padarymu įtariamų neblaivių asmenų dalis 2004–2011 m.**

Nusikalstamų veikų kategorijos	Nužudymai (BK 129–131 str.)	Neats. gyvybės atėmim. (BK 132 str.)*	Sunk. sveik. sutrik. (BK 135–136 str.)	Išžaginimai (BK 149 str.)	Vagystės (BK 178 str.)	Plėšimai (BK 180 str.)	Turto priešvartavimas (BK 181 str.)	Vieš. tvarkos paž. (BK 284 str.)
2004 m.	Įtariamai neblaivūs Iš viso	13 –	171 454	93 260	2322 50672	1101 5323	16 345	1060 3942
2005 m.	Įtariamai neblaivūs Iš viso	8 –	187 407	120 265	2025 43473	989 5206	8 333	1356 3792
2006 m.	Įtariamai neblaivūs Iš viso	11 –	175 340	94 253	1845 38452	875 4343	32 210	1517 3449
2007 m.	Įtariamai neblaivūs Iš viso	10 –	166 287	86 200	1609 33956	725 3802	18 178	1373 3293
2008 m.	Įtariamai neblaivūs Iš viso	11 18	163 251	68 164	1558 38422	672 3452	25 225	1397 3091
2009 m.	Įtariamai neblaivūs Iš viso	6 12	147 220	108 149	1751 39566	615 3363	12 181	1366 3000
2010 m.	Įtariamai neblaivūs Iš viso	6 18	176 245	94 208	1496 37047	520 2727	3 178	1299 2963
2011 m.	Įtariamai neblaivūs Iš viso	1 15	140 206	109 191	1550 36971	481 2502	8 172	1387 3404
<b>Vidutinė dalis priskiriama nusikaltimą įvykdžius esant neblaiviam (proc.)</b>	<b>73,87</b>	<b>37,78</b>	<b>58,06</b>	<b>47,18</b>	<b>4,44</b>	<b>19,37</b>	<b>7,06</b>	<b>40,46</b>

Šaltinis: IRD duomenys.

\*Vidutinė dalis priskiriama neblaiviams asmenimis skaičiuota remiantis 2008–2011 m. duomenimis.

3.5.6 lentelėje iliustruojami įkalinimų asmenų, kurie nusikalstamas veikas galėjo įvykdyti būdami neblaivūs, įkalinimo kaštai Lietuvoje 2010 m. Vertinant, kad įtariamųjų, kurie nusikalstamas veikas įtariamai padarę būdami neblaivūs proporcija išsilaiko tokia pati iki patekimo į įkalinimo įstaigas, galimi kaštai valstybei galėjo sudaryti 40.150.033,03 Lt, iš kurių didžiausią dalį (62 proc.) sudarė kalinčiųjų dėl nužudymų išlaikymas.

**3.5.6 lentelėje.** Įkalinimų asmenų, kurie nusikalstamas veikas galėjo įvykdyti dėl neblaivumo, išlaikymo kaštai 2010 m.

Nusikalstamos veikos	Iš viso nuteistųjų pagal nusikalstamas veikas	Vidutinė dalis priskiriama nusikaltimą įvykdžius esant neblaiviam (proc.)	Kalinčių dalis priskiriama alkoholio vartojimo pasekmėms	Kalinčiųjų vienos dienos išlaikymo kaina*	Kalinčiųjų išlaikymo kaina per metus
Nužudymai	1882	73,87	1390	68 350,53 Lt	<b>24 947 941,84 Lt</b>
Neatsargūs gyvybės atėmimai	4	37,78	1	49,17 Lt	<b>17 948,16 Lt</b>
Sunkūs sveikatos sutrikdymai	450	58,06	261	12 834,16 Lt	<b>4 684 469,66 Lt</b>
Išžaginimai	424	47,18	200	9 834,61 Lt	<b>3 589 631,92 Lt</b>
Viešosios tvarkos pažeidimai	142	40,46	57	2 802,86 Lt	<b>1 023 045,10 Lt</b>
Plėšimai	1276	19,37	247	12 145,74 Lt	<b>4 433 195,42 Lt</b>
Vagystės	1677	4,44	74	3 638,80 Lt	<b>1 328 163,81 Lt</b>
Turto prievartavimai	98	7,06	7	344,21 Lt	<b>125 637,12 Lt</b>
<b>Iš viso</b>					<b>40 150 033,03 Lt</b>

\*Vertinant, kad vieno asmens įkalinimo išlaidos sudaro 49,17 Lt per dieną.

### 3.6. Jautrumo analizė

Alkoholio vartojimo sąlygojamos ekonominės žalos skaičiavime buvo svarbių metodologinių aspektų bei kelios svarbios prielaidos, galinčios keisti aukščiau apskaičiuotų kaštų struktūrą. Visų pirma, analizuojant sirgusių asmenų skaičių ir netekto darbingumo kaštus, dėl duomenų surinkimo aspektų buvo galima įvertinti tik visiškai ir iš dalies alkoholio vartojimo sąlygojamų ligų kaštus, t. y. išorinėms susirgimų ir netekto darbingumo priežastims (III priežasčių grupė) priklausantys kaštai nebuvo vertinti. Tai automatiškai sąlygoja ženklios dalies alkoholio vartojimo sąlygojamų kaštų neįtraukimą.

Kitas svarbus metodologinis aspektas yra kaštų skaičiavimo būdo pasirinkimas, kuris, gali turėti reikšmingą įtaką skaičiuot sveikatos priežiūros kaštus. Bazinėje analizėje, 3.5.1 lentelėje apibendrinti skaičiavimai atlikti imant proporcijas nuo bendro suteiktų paslaugų skaičiaus, o ne nuo balų apmokėtų kiekvienam atskiram TLK-10 kodui, kuo pagrįsti jautrumo analizės 3.6.1 lentelėje pristatomi rezultatai.

Susirgimų dalis priskiriama alkoholinių gėrimų vartojimui II priežasčių grupėje buvo vertinta atskirai kiekvienam TLK-10 kodui nustatant proporciją tarp alkoholio vartojimui priskirto susirgimų skaičiaus ir bendro atskiros TLK-10 diagnozės (šie tikslūs skaičiavimai disertacijoje nepateikiami). Šios proporcijos svyravo nuo -19,98 proc. (tulžies pūslės akmenligė) iki 62,92 proc. (stemplės venų mazgai), neskaitant I grupės priežasčių, kurioje visi TLK-10 kodai turi priskirtas 100 proc. būklių.

Kiekvienai iš šių būklių priskyvus VLK apmokėtus (žr. 11 priedas) balus prie atskiros priežasties, buvo apskaičiuotos bendros sveikatos priežiūros išlaidos atspindinčios alkoholio vartojimui priskiriamas išlaidas sveikatos priežiūroje. 3.5.1 lentelėje apibendrinama alkoholio vartojimo sąlygota našta Lietuvos sveikatos priežiūrai dėl visiškai ir iš dalies alkoholio sąlygotų priežasčių (neįtraukiant išorinių sužeidimų). Šioje analizėje apskaičiuotos bendros ambulatorinės ir stacionarinės išlaidos, priskiriamos I ir II priežasčių grupei, PSDF 2010 m. sudarė 32.061.939,85 Lt.

Paprastai tariant, jautrumo analizėje (3.6.1 lentelėje) pateikiami rezultatai gauti kaštus vertinant „nuo apačios“ (angl. *bottom-up costing*), o bazinėje analizėje (3.5.1 lentelėje) vertinti kaštai daugiau atitinka „iš viršaus į apačią“ skaičiavimo būdą (angl. *top-down costing*). Vis dėlto, galutinis rezultatas gaunasi ganėtinai skirtingas palyginant išlaidas ambulatorinėms paslaugoms. Šis skirtumas atsiranda, kuomet 3.5.1 lentelėje alkoholiui

priskiriama proporcija gaunasi ženkliai didesnė, o tai leidžia kelti klausimą, kad galbūt specifiškai atskiriems TLK-10 balams priskiriamos išlaidos, kaip apskaičiuoti 3.6.1 lentelėje pateikti rezultatai, neatsispindi vien tik per detalų apmokėjimą specifiškai atskiriems TLK-10 kodams. Tradiciškai ambulatorinės paslaugos sveikatos priežiūroje apmokamos taikant tiek apmokėjimo už paslaugą, tiek apmokėjimo *per capita* metodus, o tai potencialiai galėtų atsiliepti ir šiam kaštų skaičiavimo rezultatui.

**3.6.1 lentelė.** *Alkoholio vartojimo sąlygota ekonominė našta sveikatos priežiūrai (alternatyvus skaičiavimo metodas)*

Epizodai registruoti SVEIDRA duomenų bazėje	2010 m.	
	Ambulatorinės paslaugos	Stacionarinės paslaugos
I priežasčių grupė, epizodų skaičius	16266	10468
II priežasčių grupė, epizodų skaičius	481803	9633
<b>Iš viso, epizodų skaičius</b>	<b>498069</b>	<b>20101</b>
PSDF išlaidos apmokant už I priežasčių grupės paslaugas, Lt (balai)	851 188,86 Lt (956 391,98)	19 839 052,96 Lt (22 291 070,74)
PSDF išlaidos apmokant už II priežasčių grupės paslaugas, Lt (balai)	3 073 882,56 Lt (3 453 800,63)	8 297 815,47 Lt (9 323 388,16)
<b>PSDF išlaidos, Iš viso už I ir II priežasčių grupes, Lt (balai)</b>	<b>3 925 071,43 Lt (4 410 192,61)</b>	<b>28 136 868,42 Lt (31 614 458,90)</b>
Iš viso PSDF biudžeto išlaidos už faktiškai suteiktas ambulatorines* arba stacionarines** paslaugas Lietuvoje, Lt (balai)	420 106 207,23 Lt (472 029 446,33)	1 452 017 721,69 Lt (1 631 480 586,2)
Kaštų dalis nuo visų PSDF išlaidų tenkanti I ir II priežasčių, siejamų su alkoholio vartojimo priežastimis, gydymui	0,93 proc.	1,94 proc.

\* II, III lygio konsultacijos, profilaktikos, žmogaus genetikos, papildomai apmokamos, dienos stacionaro, priėmimo-skubiosios pagalbos, stebėjimo paslaugos; \*\* stacionarinės, trumpalaikio gydymo, dienos chirurgijos paslaugos.

Panaši situacija buvo ir analizuojant vaikų namų išlaikymo kaštus, kuriuose didelė dalis vaikų atsiduria būtent dėl girtaujančių tėvų. Šioje disertacijoje buvo įvertinti tik valstybės ir savivaldybių vaikų namų išlaikymui tenkantys kaštai, o kitos specializuotos vaikų ugdymo institucijos (pvz. Socialinės globos namai vaikams su negalia) – neįtraukti. To priežastis buvo kur kas gilesnių specifinių tyrimų poreikis ir tikslesnių duomenų nebuvimas apie vaikų su negalia skaičius, kuriuos būtų galima sieti su alkoholio vartojimo pasekmėmis (pvz., alkoholinis vaisiaus sindromas). Galima numanyti, kad vaikų namų Lietuvoje išlaikymo kaštai, siejami su alkoholio vartojimo pasekmėmis, taip pat galėtų dar išaugti.

3.6.2 lentelėje iliustruojama kaip galėtų kisti prarasto produktyvumo kaštai priklausomai nuo taikomo diskontavimo ar nedarbo lygio. Pradinės analizės rezultatai paremti prielaida, kad vidutinis nedarbo lygis (paremtas 1998–2011 m. vidurkiu) Lietuvoje buvo 13,44 proc. tarp vyrų ir 10,81 proc. tarp moterų. Tokia prielaida buvo daryta atsižvelgiant į ženklų nedarbo svyravimą Lietuvoje, o 2010 m. buvo pasiektas nedarbo pikas. Skirtingi prarasto uždarbio vertinimo būdai per daugelį metų taip pat galėtų ženkliai įtakoti kaštų struktūrą (žr. „Jautrumo analizėje Nr. 2“ ir „Nr. 3“, 3.6.2. lentelėje). Vis dėlto aukštas nedarbo lygis, kaip buvo 2010 m., Lietuvoje vargu ar galėtų laikytis daugelį metų ir dėl šios priežasties prarasto produktyvumo kaštai papildomai buvo indeksuoti atsižvelgiant į vidutinį nedarbo lygį Lietuvoje.

### 3.6.2 lentelė. Vienpusės jautrumo analizės rezultatai: produktyvumo kaštai

Alkoholio vartojimo sąlygotas mirtingumas atskirose amžiaus grupėse	Iš viso mirusiųjų dėl alkoholio vartojimo sąlygotų priežasčių 2010 m., kurie nesulaukė pensinio amžiaus	Prarasto uždarbio skaičiavimo kriterijai	Prarastas uždarbis iki pensijos
Iš viso (I, II ir III grupės): <i>Pradinės analizės rezultatai</i>	2361	Prarastas diskontuotasis uždarbis iki pensijos indeksavus atsižvelgiant į nedarbą Lietuvoje: diskontuotas naudojant 5 proc. diskontavimą; atsižvelgta į vidutinį nedarbą Lietuvoje 1998–2011 m., kuomet vyrų vidutinis nedarbas siekė 13,44 proc., moterų – 10,81 proc.	<b>526 937 357,41 Lt</b>
Iš viso (I, II ir III grupės): <i>Jautrumo analizė Nr. 1</i>	2361	Prarastas uždarbis iki pensijos: nediskontuotasis ir indeksuotas pagal vidutinį 1998–2011 m. nedarbą, kuomet vyrų vidutinis nedarbas siekė 13,44 proc., moterų – 10,81 proc.	↑ 827 136 085,34 Lt
Iš viso (I, II ir III grupės): <i>Jautrumo analizė Nr. 2</i>	2361	Prarastas uždarbis iki pensijos: nediskontuotasis ir indeksuotas pagal vidutinį 2010 m. nedarbą, kuomet vyrų vidutinis nedarbas siekė 21,2 proc., moterų – 14,4 proc.	↑ 758 369 576,76 Lt
Iš viso (I, II ir III grupės): <i>Jautrumo analizė Nr. 3</i>	2361	Prarastas uždarbis iki pensijos: diskontuotasis (naudojant 5 proc. diskontavimą) ir indeksuotas pagal vidutinį 2010 m. nedarbą, kuomet vyrų vidutinis nedarbas siekė 21,2 proc., moterų – 14,4 proc.	↓ 483 380 195,21 Lt

### 3.6.3 lentelė. Vienpusės jautrumo analizės rezultatai: įkalinimo kaštai

Nusikalstamos veikos	Iš viso nuteistųjų pagal nusikalstamas veikas	Vidutinė dalis priskiriama nusikaltimą įvykdžius esant neblaiviam	Kalinčių dalis priskiriama alkoholio vartojimo pasekmėms	Kalinčiųjų vienos dienos išlaikymo kaina*	Kalinčiųjų išlaikymo kaina per metus
Nužudymai	1882	73,87 → 86,64 proc.	1390 ↑ 1630	80 152,06 Lt	29 255 500,15 Lt
Neatsargūs gyvybės atėmimai	4	37,78 → 33,33 proc.	1 (nesikeičia)	49,17 Lt	17 948,16 Lt
Sunkūs sveikatos sutrikdymai	450	58,06 → 71,84 proc.	261 ↑ 323	15 882,89 Lt	5 797 255,55 Lt
Išžaginimai	424	47,18 → 45,19 proc.	200 ↓ 192	9 441,22 Lt	3 446 046,64 Lt
Viešosios tvarkos pažeidimai	142	40,46 → 43,84 proc.	57 ↑ 62	3 048,73 Lt	1 112 785,90 Lt
Pišėjimai	1276	19,37 → 19,07 proc.	247 ↓ 243	11 949,05 Lt	4 361 402,78 Lt
Vagystės	1677	4,44 → 4,04 proc.	74 ↓ 68	3 343,77 Lt	1 220 474,85 Lt
Turto prievartavimai	98	7,06 → 1,69 proc.	7 ↓ 2	98,35 Lt	35 896,32 Lt
<b>Iš viso (taikant tik 2010 m. proporcijas, įkalinimo išlaidos padidėja 5 097 277,33 Lt)</b>					

\*Vertinant, kad vieno asmens įkalinimo išlaidos sudaro 49,17 Lt per dieną.

Kitas svarbus komponentas ženkliai įtakojantis prarasto produktyvumo kaštus yra diskontavimo koeficientas. Vis dėlto 5 proc. koeficientas, kaip ir daugelyje šalių, yra standartinis rodiklis ir rekomenduojamas naudoti Lietuvoje [154]. Netaikant diskontavimo, prarasto produktyvumo kaštai ženkliai išaugtų. To priežastis yra aukštas alkoholio sąlygojamas mirtingumas jaunesnio amžiaus žmonių tarpe, o tai lemia aukštus uždarbio praradimus per daugelį metų iki žmogus būtų išėjęs į pensiją. Neuždirbtas pajamas ateityje pervertus į esamąją vertę pastebimas ženklus pokytis, o nedarbo lygio kaita turi mažesnę įtaką galutiniam rodikliui (žr. „Jautrumo analizėje Nr. 1“ ir „Nr. 2“, 3.6.2 lentelėje)

3.6.3 lentelėje iliustruojama kaip keistūsi įkalinimo kaštai jei vidutinės 2004–2011 m. proporcijas, atspindinčias su alkoholio vartojimu siejamų nusikalstamų veikų dalį, būtų paremtos tik 2010 m. duomenimis. Pvz., 2010 m. iš viso buvo registruota 217 nužudymų, iš kurių 188 atvejais įtariamieji siejami su neblaivumu (žr. 3.5.5 lentelėje, 2010 m.). Tai sudaro bendrą 86,64 proc. proporciją, vietoje pradinėje analizėje naudotą 73,87 proc. (žr. 3.6.3 lentelėje). Kaštų padidėjimas, taikant tik 2010 m. proporcijas, būtų ir vertinant sunkių sveikatos sutrikdymų bei viešosios tvarkos pažeidimų atvejus. Tačiau ženklus kaštų padidėjimas būtent nužudymų grupėje, sąlygotų bendrą daugiau kaip 5 mln. Lt su alkoholio vartojimu siejamų kaštų padidėjimą įkalinimo įstaigose.

Vis dėlto svarbu pabrėžti, kad įkalinimo išlaidos, kurios galėtų būti siejamos su nurodytomis alkoholio vartojimo sąlygotomis pasekmėmis yra maksimalios, t. y. šiuo atveju labai sudėtinga įvertinti tikslų priežastingumą, kad jei asmuo padarė nusikaltimą būdamas neblaivus, tai to nusikaltimo būtų nepadaręs būdamas blaivus. Šioje studijoje vertinta, kad jei asmuo nusikaltimą padarė būdamas neblaivus ir, pritaikant atitinkamą proporciją, pateko į įkalinimo įstaigą, tai tie kaštai ir yra priskirti kaip alkoholio vartojimo pasekmė.

Policijos statistikos naudojimas yra vienas iš metodų, kuriuo remiantis apskaičiuojami įkalinimo įstaigų kaštai siejami su alkoholio vartojimu. Kitas metodas galėtų būti pačių nuteistųjų apklausos ir prašymas nurodyti jų nuomonę ar nusikaltimą padarė būtent dėl to, kad buvo neblaivūs, tačiau ir čia kiltų kitokių metodologinių iššūkių duomenų tikslumui (pvz., nuteistųjų nuoširdumas įvertinant savo nusikalstamus veiksmus) [101].



Taip pat svarbu pabrėžti, kad įkalinimo įstaigos ir jose kalintys asmenys, nusikaltimus padarę būdami neblaivūs, tėra tik dalis visų kaštų patiriamų teisingumo sistemoje. Išsamiai vertinant alkoholio vartojimo sąlygojamus kaštus, ateityje turėtų būti identifikuojami ir kiti visoje teisingumo sistemos grandinėje patiriami kaštai (pvz., policijos reagavimo į iškvietimus kaštai, laikino neblaivių asmenų sulaikymo kaštai, žala turtui, vandalizmas, teismų išlaidos ir pan.) [99, 101].

## 4. REZULTATŲ APTARIMAS

Lietuva pasižymi aukštu alkoholio suvartojimu, tenkančiu vienam gyventojui, todėl nenuostabu, kad šalyje stebimas aukštas neigiamų pasekmių sveikatai lygis. Lietuvos padėtį lyginant su kitomis Europos ir buvusios Sovietų Sąjungos šalimis, galima trumpai pažvelgti į Europos sveikata visiems [169], PSO Europos detalaus mirtingumo [170] ir Europos hospitalinio sergamumo duomenų bazių [171] rodiklius.

Remiantis PSO Europos sveikata visiems duomenų bazės [169] duomenimis Lietuvoje nuo 2000 m., kuomet buvo suvartojama 9,87 litrai absoliutaus alkoholio vienam 15 metų ir vyresniam gyventojui, šis rodiklis nuosekliai pakilo iki 13,8 litro 2006 m. ir tik tada buvo pradėtas fiksuoti suvartojamo absoliutaus alkoholio kiekio mažėjimas, o 2010 m. šis rodiklis sudarė 12,55 litrus.

Iš visų PSO Europos sveikata visiems duomenų bazėje [169] duomenis pateikusių šalių (49 šalys), didžiausias alkoholio suvartojimas fiksuotas Moldovoje, kurioje 2008 m. vienam 15 metų ir vyresniam gyventojui teko daugiau kaip 20 litrų absoliutaus alkoholio. Antroje vietoje atsidūrusiame Liuksemburge, 2007 m. duomenimis, 15 metų ir vyresniam gyventojui teko daugiau kaip 16 litrų absoliutaus alkoholio, tačiau tradiciškai toks šios nykštukinės šalies rodiklis yra laikomas išpūstu ir paaiškinamas į šalį atvykstančių žmonių alkoholio vartojimu. Toliau pagal alkoholio suvartojimo mažėjimą seka Čekija, Baltarusija, Bosnija ir Hercegovina, Airija, Latvija, Rumunija ir tuomet Lietuva (12,55 litro absoliutaus alkoholio).

Palyginant tik 27 ES šalis, 2010 m. Lietuva ženkliai viršijo ES vidurkį, siekiantį 10,51 litro absoliutaus alkoholio tenkančio vienam 15 metų ir vyresniam gyventojui. Remiantis Lietuvos pateiktais 2010 m. duomenimis, mūsų šalis tuo metu buvo šešta tarp daugiausiai alkoholio suvartojančių ES narių.

Skirtingas šalis palyginant ne pagal paskutinius pateiktus duomenis, o pagal visiems vienodus, šalis buvo galima lyginti pagal 2006 m. duomenis. Tais metais, Lietuva pagal alkoholio suvartojimą buvo šeštoje vietoje po Moldovos (16,66 l), Liuksemburgo (16,25 l), Čekijos (15,26 l), Estijos (15,02) ir Slovėnijos (14,27 l). Atsižvelgiant tik į stiprių spiritinių gėrimų suvartojimą, Lietuva tais metais buvo aštuntoje vietoje po Bosnijos ir Hercegovinos, Rusijos, Estijos, Latvijos, Ukrainos, Baltarusijos ir Moldovos, t. y., išskyrus Bosniją ir Hercegoviną, vienoje grupėje su buvusiomis Sovietų Sąjungos Europinės dalies šalimis.

Lyginant su šalimis, kurios pateikia PSO pakankamai detalius duomenis, mirtingumas nuo atsitiktinio apsinuodijimo alkoholiu (X45) Lietuvoje, pagal 2009 m. duomenis buvo didžiausias Europoje ir buvo 9,97 mirtys 100 000 gyventojų. Nors tuo metu nuo Lietuvos nedaug atsiliko kitos ES šalys – Estija (8,21 mirtys 100 000 gyventojų), Suomija (8,01 mirtys 100 000), Latvija (7,04 mirtys 100 000).

Tam, kad būtų galima bent apytikriai palyginti apsinuodijimus alkoholiu Rusijoje su kitomis posovietinėmis respublikomis, galima panaudoti standartizuoto mirtingumo rodiklį nuo visų atsitiktinių apsinuodijimų [170], kuriuose didžiąją dalį sudaro alkoholis. Šiuo atveju Europoje pirmavo Rusija (24,2 mirties atvejai 100 000 gyventojų), o po to sekė Estija (18,5 atvejai), Ukraina (17,1 atvejai) ir Lietuva (16,5 atvejai). Tai pakankamai aiškiai atspindi bendrą alkoholio vartojimo įpročių paveldą, kuriam būdingas ne tik didelis vidutinis metinis vienam gyventojui tenkantis suvartoto alkoholio kiekis, bet ir didelis suvartotų stipriųjų gėrimų kiekis per vieną epizodą, dažnai iki pavojingo intoksikacijos lygio, kada ūmios žalos sveikatai tikimybė labai padidėja. Aukštą apsinuodijimų alkoholiu dažnį Lietuvoje patvirtina ir hospitalizacijų skaičius dėl toksinio alkoholio poveikio (T51), kuris Lietuvoje yra didžiausias (Latvija antroje vietoje), lyginant su Europos šalimis, kurių duomenys prieinami PSO duomenų bazėse [171].

Lietuvą lyginant su kitomis Europos šalimis pagal standartizuotą mirtingumą nuo alkoholinės kepenų ligos (K70), 2009 m. jis buvo 4-as aukščiausias – 15,58 mirtys 100 000 gyventojų (po Vengrijos – 33,92, Slovėnijos – 24,6 ir Suomijos – 17,63 mirtys 100 000) tarp 36 Europos šalių, PSO pateiktųjų tokius duomenis. Tačiau jauno, 20–39 metų, amžiaus grupėje šis mirtingumas Lietuvoje lenkia visas šalis ir 2009 m. buvo 6,12 mirtys 100 000, kai po Lietuvos einančioje Vengrijoje šis rodiklis buvo 4,15 mirtys 100 000.

Pagal hospitalizacijų skaičių dėl alkoholinės kepenų ligos šioje amžiaus grupėje Lietuva taip pat yra tarp pirmaujančių šalių [171]. Taip pat reikia paminėti, kad dėl netikslumų, nustatant alkoholio įtakos buvimą anamnezėje, žymi dalis kitų diagnozuotų lėtinių kepenų ligų, ypač kepenų cirozės ir fibrozės (K74) atvejai, kurie yra taip pat didele dalimi sąlygoti alkoholio vartojimo.

Nors sergamumo duomenų Europos hospitalinio sergamumo duomenų bazėje [171] tarptautiniams palyginimams yra kur kas mažiau, tačiau remiantis sergamumo duomenimis galima matyti, kad situacija Lietuvoje yra panaši į mirtingumo. Pagal hospitalizacijų dėl alkoholinės kepenų ligos

ir cirozės diagnozės dažnį Lietuva yra antroje vietoje tarp šalių, kurių šie duomenys pateikiami PSO duomenų bazėse. Alkoholinių psichozių ir alkoholio toksinio poveikio diagnozės – 4-oje vietoje. [171]

Lyginant mirtingumą nuo kardiomiopatijų 2009 m., iš 36 šalių Lietuva (13,46 mirtys 100 000) atsidūrė žemiau Juodkalnijos (231 mirtys 100 000), Serbijos (117,7), Latvijos (29,64), Estijos (15,56) ir Slovėnijos (14,77). Nors Lietuvos mirtingumo rodiklis yra kur kas žemesnis, lyginant su pirmąsias vietas užimančiomis Juodkalnija, Serbija ar net Latvija, tačiau išlieka kur kas aukštesnis už daugumą kitų lyginamų šalių. Mirtys nuo alkoholinės kardiomiopatijos (I42.6) Lietuvoje sudaro maždaug 30% mirčių nuo visų kardiomiopatijų (I42), tačiau labai tikėtina, kad dėl diagnostikos netikslumų ši dalis gali būti žymiai didesnė, kaip ir kepenų cirozės atveju.

Reikia paminėti, kad mirčių nuo psichikos ir elgesio sutrikimų vartojant alkoholį (F10) Lietuvoje registruojama neįprastai mažai: maždaug 9 kartus rečiau nei Estijoje ir beveik 5 kartus rečiau nei Latvijoje ar Lenkijoje [170]. Tuo tarpu hospitalizuojamų ligonių su šia diagnoze skaičius tūkstančiui gyventojų skiriasi kur kas mažiau (Lietuvoje 2009 m. – 2,16; Lenkijoje – 2,49; Latvijoje – 5,28 hospitalizacijos tūkstančiui gyventojų, t. y. Lietuvoje hospitalizacijų dažnis beveik toks pat kaip Lenkijoje, o nuo Latvijos skiriasi tik kiek daugiau kaip du kartus). Galima kelti hipotezę, kad šalių tradicijos naudoti kodą F10, kaip mirties priežastį ypač skiriasi, o Lietuvoje šis kodas naudojamas kur kas rečiau.

Nuo 2010 m. Lietuvoje atsirado galimybė išsamiau įvertinti mirtingumą nuo atskirų ligų, nes mirčių registre buvo pradėtos registruoti ir šalutinės ligos, galinčios įtakoti mirtį. Įskaitant mirčių atvejus, kai kodas F10 buvo paminėtas tarp šalutinių mirties priežasčių, patikslintas mirtingumo nuo psichikos ir elgesio sutrikimų, vartojant alkoholį, rodiklis padidėja kelis kartus, lyginant su atvejais, kai F10 yra paminėtas tik pagrindinės mirties priežasties grafoje, t. y. jis pasidaro panašus į kaimyninių šalių rodiklius.

Ši trumpa tarptautinių rodiklių apžvalga leidžia manyti, kad šiame tyrime įvertinta bendra alkoholio vartojimo žala Lietuvos gyventojų sveikatai neturėtų būti maža. Pavyzdžiui, iš viso 2003–2011 m. laikotarpiu alkoholio vartojimas Lietuvoje sąlygojo beveik 35 tūkst. mirčių ir vidutiniškai sudarė 9 proc. nuo visų Lietuvoje registruotų mirties priežasčių. Alkoholio sąlygojamas mirtingumas Lietuvoje yra aukštas, lyginant su šalimis, kurios turi tokius duomenis. Jei Lietuvoje bendra alkoholio sąlygojamų mirčių našta 2003 m. sudarė 9,14 proc., o 2005 m. – 9,41 proc., tai proc., tai Škotijoje [9] 2003 m. – 5 proc. o Anglijoje [8], 2005 m. – 3,1 proc. nuo visų

mirčių. Tiek remiantis Škotijos, tiek Anglijos skaičiavimais, vyrų mirtingumas buvo daugiau kaip 2 kartus didesnis nei moterų, o Lietuvoje – daugiau nei 3,6 karto.

Alkoholio sąlygojamas mirtingumas Lietuvoje piką pasiekė 2007 m., kuomet dėl alkoholio vartojimo Lietuvoje mirė ar žuvo daugiau kaip 4,6 tūkst. žmonių, o tai sudarė 10,21 proc. nuo visų mirčių. Aukštas alkoholio suvartojimo lygis ir su alkoholio vartojimu siejamų visuomenės sveikatos rodiklių blogėjimas iki 2007 m. buvo ryškus veiksnys, aprašytas keliuose apžvelgtuose straipsniuose [1, 2, 18]. Pastaraisiais metais mokslininkų dėmesys krypta ir į su alkoholio vartojimu siejamų rodiklių analizę po 2007 m., kuomet įvyko persilaužimas ir situacija Lietuvoje buvo pradėjusi gerėti [1, 26, 30]. Disertacijos rezultatuose matoma alkoholio vartojimo sąlygojamos socialinės žalos dinamika, bent iš dalies atsispindi ir analizuojant kitus įvairių duomenų bazių (pvz. Statistikos departamento [172], Higienos instituto [173]) rodiklius.

Higienos instituto duomenimis mirtingumas nuo atsitiktinio apsinuodijimo alkoholiu (X45) 2000 m. buvo 9,8 atvejai 100 000 gyventojų, o 2006 ir 2007 m. pasiekė piką ir šiais abiem metais jau siekė 14,3 atvejus 100 000. Vėlesniais metais gana sparčiai mažėjo ir 2011 m. pasiekė 9,5 atvejus 100 000. Mirtingumas nuo alkoholinės kepenų ligos (K70) ir mirtingumas nuo kepenų cirozės ir fibrozės (K74) pasižymi panašia kaitos dinamika. 2000 m. atitinkamai buvo registruota 8,9 ir 6,5 atvejai 100 000, vėlesniais metais buvo stebimas augimas ir pikas buvo pasiektas 2007 m., kuomet mirtingumas jau pasiekė 25,5 ir 19,2 atvejus 100 000. Vėlesniais metais buvo stebimas mirtingumo sumažėjimas, kuris 2011 m. sudarė 14,0 mirčių 100 000 nuo alkoholinės kepenų ligos ir 14,7 mirčių 100 000 nuo kepenų cirozės ir fibrozės [173].

Alkoholinė kepenų liga dažnai yra netiksliai užkoduojama, kaip viena iš kitų kepenų ligų ir tai yra pastebima daugelyje pasaulio šalių, tarp jų ir Lietuvoje (tas matoma ir lyginant PSO duomenų bazių duomenis). Mirtingumas nuo alkoholinės kepenų ligos ir cirozės nuo 2005 m. Lietuvoje pradėjo augti žymiai sparčiau, nei ankstesniais metais ir per tris metus nuo 2004 iki 2007 m. išaugo daugiau negu dvigubai (nuo 12,5 iki 25,5 atvejų 100 000). [173]

Mirtingumas nuo psichikos ir elgesio sutrikimų vartojant alkoholį buvo kur kas žemesnis ir svyravo apie 1 atvejį 100 000, tiesa, ir čia buvo matomas nežymus efektas, kuomet 2007 m. buvo mirčių padidėjimas, o vėliau stebimas sumažėjimas (2007 m. – 1,2 atvejai 100 000, 2011 m. –

0,8). Tuo tarpu sergamumas alkoholinėmis psichozėmis Lietuvoje 2000 m. siekė 21,8 atvejus 100 000, 2007 m. pasiekė piką – 43,1 atvejais, o iki 2010 m. nuosekliai sumažėjo iki 24,3 atvejo 100 000 [173].

Šie skirtumai ir su tuo susijusios problemos tarp registruojamo mirtinumo ir sergamumo rodiklių taip pat jau buvo matomi ir paliesti apžvelgiant PSO duomenų bazių rodiklius, o taip pat šis skirtumas gali būti matomas ir šio tyrimo rezultatuose. Visiškai tik alkoholio vartojimo sąlygojamų mirčių grupėje (žr. 3.1.1 lentelėje), mirtys nuo psichikos ir elgesio sutrikimų vartojant alkoholį sudaro 2,47 proc., o susirgimų statistikoje (žr. 3.2.1 lentelėje), visiškai tik alkoholio vartojimo sąlygojamomis ligomis sergančių asmenų grupėje, ši dalis yra viena didžiausių ir siekia beveik 40 proc. Vis dėlto nors oficialiojoje statistikoje mirtingumas nuo alkoholinių psichozių yra kur kas žemesnis, lyginant su mirtingumu nuo kitų ligų, tačiau alkoholinės psichozės sąlygoja aukštą sergamumo ir hospitalizacijų skaičių, o sergamumas labai greitai reaguoja į bendrus alkoholio suvartojimo pokyčius šalyje.

Remiantis Lietuvos statistikos departamento duomenimis [172], absoliutaus alkoholio suvartojimas, tenkantis vienam gyventojui stabiliai, tačiau nedideliais tempais augo iki pat 2007 m., kuomet nuo 9,2 litro išaugo iki 11,2 litro absoliutaus alkoholio tenkančio vienam gyventojui, o alkoholio suvartojimo mažėjimas užfiksuotas tik 2009 m., kuomet vartojimas sumažėjo iki 10,6 litro. Tuo tarpu remiantis NTAKD duomenimis, staigus absoliutaus alkoholio suvartojimo šuolis buvo fiksuotas jau nuo 2005 iki 2007 m., kuomet buvo užfiksuoti 14,7 litrai absoliutaus alkoholio, tenkantys vienam Lietuvos gyventojui. Priešingai Statistikos departamento skaičiavimams, NTAKD duomenimis nuo 2007 iki 2009 m. buvo apskaičiuotas labai staigus alkoholio suvartojimo mažėjimas (nuo 14,7 litro 2007 m. iki 11,1 litro 2009 m.). 2009 m. abiejų institucijų skaičiavimų duomenys pirmą kartą buvo panašūs. Vis dėlto 2010 m. ir 2011 m. abiejų institucijų duomenimis, absoliutaus alkoholio litrų, tenkančių vienam gyventojui, skaičius vėl pradėjo didėti ir, Statistikos departamento duomenimis, pasiekė 11,9 litro (13,1 litro – NTAKD skaičiavimais).

Tradiciškai Lietuvos statistikos departamentas metinį alkoholio suvartojimą, tenkantį vienam šalies gyventojui, skaičiuoja panaudodamas imčių metodą ir tokiam skaičiavimui duomenys surenkami tik iš dalies Lietuvoje alkoholiu prekiaujančių mažmeninių įmonių. Anksčiau Statistikos departamentas į savo skaičiavimus įtraukdavo ir oficialiai neapskaitomo alkoholio suvartojimą, tačiau 2012 m. pakeitus alkoholio suvartojimo skaičiavimo

metodiką, oficialiai neapskaitomo alkoholio suvartojimas nebėra skaičiuojamas. Remiantis atnaujinta metodika, alkoholio suvartojimas tenkantis vienam gyventojui buvo skaičiuojama ne tik 2011 m., bet perskaičiuoti ir ankstesnių metų alkoholio suvartojimo rodikliai.

Nuo 2005 m. tuometinė Valstybinė tabako ir alkoholio kontrolės tarnyba (VTAKT) pradėjo skaičiuoti absoliutaus alkoholio suvartojimą pagal kitokią metodiką, kuomet į skaičiavimą įtraukiami visi Lietuvoje į mažmeninę prekybą vartojimui patenkantys alkoholiniai gėrimai (už kuriuos sumokami mokesčiai) ir darant prielaidą, kad patekę į mažmeninę prekybą alkoholiniai gėrimai yra greitai parduodami. Oficialiai neapskaitomas alkoholis, remiantis VTAKT metodika, nėra vertinamas. 2011 m., panaikinus VTAKT, šiuos skaičiavimus tęsia naujai įkurtas NTAKD.

Įvertinus Statistikos departamento duomenis apie spiritinių gėrimų ir alkoholinių kokteilių gamybą Lietuvoje, pastebėta akivaizdi gamybos apimčių didėjimo tendencija iki 2007 m., kuomet buvo pasiektas pikas. Po 2007 m. stebėtas pakankamai staigus gamybos apimčių mažėjimas (2003 m. buvo pagaminta 932 tūkst. dekalitrų spiritinių gėrimų ir alkoholinių kokteilių, 2007 m. – 1853, 2010 m. – 893). Tai galima susieti su bendru alkoholinių gėrimų suvartojimo augimu, o vėliau – staigiu sumažėjimu.

Tuo tarpu alaus gamyba Lietuvoje nepatyrė didelių gamybos apimties sumažėjimų. Net ir alkoholio rodiklių analizėje svarbiais 2007 m. buvo tik palyginti nežymus sumažėjimas (2006 m. Lietuvoje pagaminta 2 934 tūkst. dekalitrų, 2007 – 28 564, 2008 m. – 29 685). Viena iš to priežasčių yra mažesnis alaus vartojimo smukimas (lyginant su stipriaisiais gėrimais) 2007–2009 m. Taip pat reikia neužmiršti ir to, kad alus yra viena iš labiausiai reklamuojamų prekių Lietuvoje (žr. 1.3.2 pav.), kas taip pat turi įtakos vartojimo augimui.

Lyginant pastarųjų kelių metų vyno gamybos, importo ir eksporto apimtis galima išskirti 2010 m., kuriais ženkliai išaugo vyno importas į Lietuvą – nuo 4 825 tūkst. dekalitrų 2009 m. iki 7 339 tūkst. litrų 2010 m. Atitinkamai vyno eksportas taip pat padidėjo nuo 2 846 iki 4 724 tūkst. dekalitrų, o gamyba, kritusi 2009 m., kilo nuo 540 iki 724 tūkst. dekalitrų. Panašios tendencijos buvo ir lyginant kitų fermentuotų gėrimų gamybą, importą ir ypatingai eksportą. Dar vienas toks ženklus vynu ir fermentuotų gėrimų eksporto augimas per vienerius metus buvo užfiksuotas tik 2006 m.

Pajamos iš akcizų už visą etilo alkoholį Lietuvoje didėjo iki 2008 m. pabaigos ir tik 2009 m. buvo pastebėtas pajamų iš etilo alkoholio akcizų mažėjimas [174]. Iki 2008 m. sparčiai augusios pajamos ir pasiekusios

beveik 967 milijonus Lt iš etilo alkoholio akcizų, per 2009 ir 2010 m. mažėjo atitinkamai iki 812 ir 747 milijonų Lt. Išskiriant pajamas iš skirtingų alkoholio rūšių akcizų, galima paminėti, kad didžiausią svorį turi būtent mokesčiai už etilo alkoholį, o tuo tarpu sąlyginai mažesnes pajamas generuojantys akcizai už alų ir vyną, eilę metų pasižymėjo iš esmės stabiliu augimu, nepaisant ekonominio sunkmečio. 2011 m. duomenimis, etilo alkoholio akcizų mokesčiai šalies biudžetui davė beveik 776 milijonus Lt pajamų iš kurių 151 milijonas už alaus, 98 milijonai už vyno ir kitų fermentuotų gėrimų bei beveik 526 milijonai už etilo alkoholį.

Efektyvios mokslo įrodymais pagrįstos alkoholio kontrolės priemonės apima alkoholio kainų didinimą mokesčiais (per akcizus), kaip vieną iš pačių ekonomiškai efektyviausių priemonių [102, 108]. Vis dėlto vertinant alkoholinių gėrimų kainas svarbu atsižvelgti ne tik į pačių gėrimų mažmenines kainas, bet ir į gyventojų gaunamas pajamas, nes žmonėms uždirbant daugiau ir nesikeičiant realioms alkoholinių gėrimų kainoms, santykinė alkoholinių gėrimų kaina krenta.

Remiantis Lietuvos statistikos departamento duomenimis, nuo 2001 m. vidutinės gyventojų neto pajamos (t. y. uždarbis į rankas, atskaičius mokesčius), siekusios 699,40 Lt, stabiliai augo ir didžiausios buvo 2008 m., kuomet vidutinės neto pajamos sudarė jau 1 650,90 Lt. 2008 m. pabaigoje prasidėję ekonominiai sunkumai Lietuvoje sąlygojo, kad 2009 m. vidutinis atlyginimas sumažėjo iki 1 602,00 Lt, o 2010 m. – iki 1 552,40 Lt. Vidutinio neto atlyginimo didėjimas iki 1 591,80 Lt vėl buvo užfiksuotas tik 2011 m.

Vis dėlto alkoholinių gėrimų kainos nekilo tokiu pat tempu kaip atlyginimai šalyje. Alaus 0,5 l skardinė kainavusi apie 2 Lt 2001 m., iš esmės tiek pat kainavo ir 2006 m., o kaina pradėjo kilti tik nuo 2007 m., kuomet už 0,5 l importuoto alaus skardinę jau reikėjo mokėti 2,17 Lt (tačiau lietuviško alaus skardinė tekainavo 2,03 Lt). 2010 m. alaus skardinės vidutinė kaina sudarė jau 2,42 Lt. Panašios tendencijos buvo pastebimos ir su kitais alkoholiniais gėrimais. Jei 2001 m. Lietuvoje pagamintos degtinės litras kainavo 24,9 Lt, o nespirtuoto vyno butelis 11 Lt, tai kainai ženkliau didėjant tik nuo 2007 m., degtinės kaina išaugo iki 37,88 Lt, vyno iki 16,73 Lt 2010 m.

Paprastai tariant, santykinė alkoholio kaina (litrai alkoholio, kuriuos gali žmogus nusipirkti už savo atlyginimą) Lietuvoje sparčiai mažėjo iki 2007 m. Jei 2001 m. už vidutinį atlyginimą buvo galima nusipirkti 12,6 litrus degtinės, tai 2007 m. – 42,8 litrus, o vėlesniais metais santykinė alkoholio kaina augo (2010 m. už vidutinį atlyginimą buvo galima nusipirkti



34,2 litro degtinės) [175]. Detalesniuose palyginimuose, siekiant panaikinti galimą bendros infliacijos įtaką alkoholio kainos augimui, gali būti skaičiuojamas alkoholio įperkamumo indeksas [176–183], kurio skaičiavimo metodas paremtas vartotojų kainos, alkoholinių gėrimų kainų ir darbo užmokesčio indeksais [184, 185].

Alkoholio gamybos, pardavimų, alkoholio vartojimo ir su vartojimu susijusių pasekmių aptarimas yra būtinas norint suprasti veiksnius, nulemiančius alkoholio vartojimo sąlygojamą žalą Lietuvoje. Šioje disertacijoje analizuotas laikotarpis (2003–2011 m.) taip pat yra labai įdomūs žvelgiant iš alkoholio kontrolės politikos pokyčių pusės. Nuo maždaug 2000 m. iki 2007 m. Lietuvoje praktiškai nebuvo įdiegta jokių reikšmingų alkoholio kontrolės politikos priemonių, kurios galėtų prisidėti mažinant bendrą alkoholio suvartojimą. Priešingai – buvo gerinamas alkoholinių gėrimų prieinamumas (leista prekiauti alkoholiu degalinėse, įvestos mokestinės lengvatos alui ir sidrui, sumažintas akcizas), o Lietuvai įstojus į ES, dėl sparčiai augusių gyventojų pajamų, labai išaugo alkoholinių gėrimų įperkamumas.

2007 m. pabaigoje LR Seimas priėmė kai kurias moksliniais įrodymais grįstas ir mokslinėje literatūroje rekomenduojamas alkoholio kontrolės priemones [72, 73, 98, 107, 186], o 2008 m. paskelbė blaivybės metais [1]. Buvo nutarta nuo 2008 m. uždrausti alkoholio reklamą dienos metu radijuje ir televizijoje nuo 6 iki 23 valandos, taip pat tuo metu buvo numatytas visiškas alkoholio reklamos draudimas, turėjęs įsigaliooti 2012 m. sausio 1 d. Nuo 2008 m. etilo alkoholio ir fermentuotų gėrimų akcizo mokesčiai padidinti 20 proc. ir dar 15 proc. nuo 2009 m. Akcizas alui padidintas po 10 proc. ir 2008, ir 2009 m. Panaikintos mokestinės lengvatos mažiesiems aludariams. Ženkliai padidintos baudos neblaiviams vairuotojams, numatyta įkalinimo galimybė ar transporto priemonių konfiskavimas, sumažinta leistina alkoholio koncentracijos kraujyje riba pradedantiems vairuotojams (nuo 0,4 iki 0,2 promilės). Taip pat nuo 2009 m. buvo apribotas alkoholinių gėrimų pardavimo laikas (uždrausta prekyba išsinešti skirtais alkoholiniais gėrimais nuo 22 iki 8 val.).

2008 m. pabaigoje Lietuvoje prasidėjo ekonominė krizė, kuri oficialiojoje statistikoje atsispindi nuo 2009 m. Tuo metu ženkliai sumažėjo gyventojų pajamos, o lygiagrečiai didėjant akciziniam alkoholinių gėrimų apmokestinimui alkoholio įperkamumas buvo veikiamas iš dviejų pusių (t. y. akcizų didėjimas keliant gėrimų kainą ir gyventojų pajamų mažėjimas). Nors gyventojų pajamų sumažėjimas yra neigiama ekonominės krizės pasekmė, tačiau žvelgiant iš alkoholio vartojimo kontrolės pusės, tai tikrai

galėjo duoti papildomą teigiamą impulsą prie jungtinio kitų kompleksinių priemonių efekto bent trumpam sumažinant alkoholinių gėrimų vartojimą Lietuvoje.

Vis dėlto, po reikšmingų pokyčių Lietuvos alkoholio kontrolės politikoje 2007 ir 2008 m., vėlesniais metais tolesnės sisteminės alkoholio kontrolės politikos priemonės nebebuvo plėtojamos. Nors alkoholio vartojimo mažinimo klausimas nedingo iš visuomenės diskusijų lauko, tačiau vėlesniais metais (2010–2011 m.) buvo dedama daugiau pastangų išsaugoti jau įdiegtas priemones, nei, kad siekti kontrolės politikos griežtinimo. Nepaisant kelių pavienių priemonių įgyvendinimo („bambalių“ uždraudimas, toliau griežtinama naktinė prekyba alkoholiu), daug pastangų kainavo atsispirti bandymams sumažinti alkoholio akcizus 2010 m. pabaigoje. 2011 m. pabaigoje atšauktas visiškas alkoholio reklamos draudimas, turėjęs įsigaliooti 2012 m. sausio 1 d. [187], o atšaukus šį draudimą nutilo ir kalbos įsteigti sveikatingumo fondą, kurio pagalba keli procentai nuo akcizų pajamų būtų skiriami visuomenės sveikatos iniciatyvų finansavimui. Šalia to, Lietuvai atsigauçant po ekonominės krizės ir 2011 m. vėl pradėjus augti vidutiniam gyventojų atlyginimui, kartu pradėjo augti ir alkoholinių gėrimų įperkamumas.

Disertacijoje analizuota alkoholio vartojimo sąlygojama žala Lietuvoje ir iš viso buvo vertintos 55 ligos ir būklės ar jų grupės, visiškai ar iš dalies siejamos su alkoholinių gėrimų vartojimu. 22 iš šių būklių 100 proc. siejamos su alkoholinių gėrimų vartojimu ir šias būkles identifikuoti ir įvertinti nebuvo didelių metodologinių sunkumų. Šios būklės taip pat visuotinai pripažįstamos kaip visiškai sąlygojamos tik alkoholio vartojimo, nors į galutinį vertinimą sąrašą skirtingos studijos dėl įvairių priežasčių įtraukia skirtingą skaičių šių diagnozių ar šias ligų grupes skirtingai apjungia tarpusavyje [8, 131, 9, 5].

Kitos dvi priežasčių grupės buvo iš dalies alkoholio sąlygojamos būklės, daugelis iš jų – lėtinės ligos priskiriamos II priežasčių grupei (20 TLK-10 diagnozių grupių), o dalis išorinės priežastys priskiriamos III priežasčių grupei (13 TLK-10 grupių, įtrauktų vertinant tik mirtingumą). II priežasčių grupė buvo pati sudėtingiausia, į kurią šioje studijoje buvo įtraukta 20 TLK-10 grupių. Šiai grupei priskiriamų ligų ir alkoholio vartojimo sąveika grindžiama epidemiologinių tyrimų, meta-analizių ir daugelio metų tyrinėjimų rezultatais, įrodant alkoholio priežastingumą šių ligų santykinės rizikos padidėjimui [131–134, 51, 48, 188]. Anot Rehm ir kt. (2010) [131], dalis šių ligų, kaip onkologinės ligos (C00-C14, C15, C18,

C20, C22, C32, C50), epilepsijos (G40-G41), širdies aritmijos (I47-I49), hemoraginiai insultai (I60-I62, I69.0-I69.2), lėtiniai hepatitai, kepenų fibrozės ir cirozės (K73, K74), pankreatitai (K85, K86.1), savaiminiai persileidimai (O03) turi aiškiai pagrįstą sąveikos su alkoholiu mechanizmą ir visuomet vertinamos kaip būklės iš dalies sąlygojamos alkoholio vartojimo.

Daliai ligų tikslus alkoholio poveikio mechanizmas nėra nustatytas ar tokių tyrimų dar nėra pakankamai daug, kad būtų galima daryti galutinius apibendrinimus, tačiau šios ligos glaudžiai siejamos su alkoholio vartojimu bei mokslinėje literatūroje yra apskaičiuoti santykinės rizikos ar APD. Tokioms ligoms priskiriamos psoriazės (L40 be L40.5), stemplės venų mazgai (I85), gastroezofaginiai plyšimo hemoraginiai sindromai (K22.6), hipertenzinės ligos (I10-I15).

Galiausiai kelioms ligoms, esant tam tikriems alkoholio vartojimo įpročiams (saikingai vartojant alkoholį), gali būti stebimas apsauginis poveikis. Tai IŠL (I20-I25), išeminis insultas (I63-I66, I69.3-I69.4), tulžies pūslės akmenligė (K80). Tačiau dėl apsauginio alkoholio poveikio vis dar nėra aiškaus sutarimo mokslinėje literatūroje, nes apsauginio poveikio kiekybinis vertinimas ir jo sugretinimas su žala, atsirandančia epizodiškai dideliais kiekiais vartojant alkoholį, yra komplikuoatas.

Viena iš epidemiologinių tyrimų problemų ilgą laiką buvo atskaitinės abstinentų grupės nediferencijavimas pagal praeities alkoholio vartojimo įpročius (t. y. į visą gyvenimą abstinentalais buvusių žmonių grupę ir praeityje vartojusius alkoholį, tik kurį laiką nebevartojančius), nes dalis žmonių, save vadinančių abstinentalais, nebevartodavo alkoholinių gėrimų dėl to, kad jau turėdavo sveikatos problemų, o tai atskaitinę „abstinentų“ grupę iš dalies paversdavo jau turinčia padidėjusią riziką tam tikrų ligų atsiradimui. Šis epidemiologinių tyrimų metodologijos fenomenas visų pirma galėjo sąlygoti apsauginio alkoholio poveikio pervertinimą tokioms ligoms kaip IŠL [131, 189].

Labai svarbią reikšmę vaidina ir alkoholinių gėrimų vartojimo įpročiai. Daugelyje tyrimų populiacinėmis gyventojų apklausomis paremtas alkoholio suvartojimas išreiškiamas alkoholiu tenkančiu vienai dienai. Toks vertinimas neleidžia atsižvelgti į alkoholio vartojimo intensyvumą per gėrimo epizodą, o būtent didelio kiekio alkoholio vartojimas per vieną gėrimo epizodą daugelio mokslinių tyrimų duomenimis eliminuoja apsauginį efektą ir netgi ženkliai padidina IŠL ar išeminio insulto riziką.

Pavyzdžiui, IŠL santykinė rizika tarp abstinentų ir alkoholi vartojančių žmonių labai išsiskiria, priklausomai nuo alkoholio vartojimo būdo. Anot Bagnardi ir kt. (2008) [190], saikingai alkoholi vartojantiems žmonėms IŠL santykinė rizika yra 0,75 (lyginant su abstinentais), tačiau jei bent retkarčiais žmonės geria nesaikingai, IŠL santykinė rizika išauga iki 1,1. Panašius rezultatus rodančių tyrimų yra ir daugiau [137, 138, 191], o šalia to, apsauginis alkoholio poveikis IŠL nenustatomas 75 m. ir vyresniems žmonėms [136].

Panašios tendencijos yra ir su išeminio insulto apsauginiu poveikiu. Nors išeminis insultas yra siejamas su apsauginiu poveikiu saikingai vartojant alkoholi [132], tačiau nereguliarus vartojimas dideliais kiekiais (6 SAV ir daugiau vienu gėrimo epizodu) išeminio insulto santykinę riziką gali beveik padvigubinti lyginant su abstinentais (1,99 vs. 1), jau nekalbant apie apsauginio efekto panaikinimą [139].

Lietuva yra regionas, kuriame tradiciškai vartojama daug stiprių alkoholinių gėrimų, o vieno gėrimo metu įprasta suvartoti didelį kiekį alkoholinių gėrimų. Šią Rytų Europos alkoholio vartojimo tradiciją jau yra aptaręs ne vienas mokslininkas ir pagrįstai abejojama galima apsaugine alkoholio nauda tokioms šalims kaip Lietuva [2, 135, 141, 192].

Atsižvelgiant į aukščiau išvardintus argumentus, apsauginis alkoholio poveikis IŠL ir išeminio insulto atvejams buvo vertintas tik Lietuvos populiacijos daliai (t. y. atitinkamai registruotų mirčių, susirgimų ir netekto darbingumo atvejų proporcijai), nurodžiusiai, kad alkoholi vartoja tik saikingai. Dėl metodologinių sunkumų nebuvo galima įvertinti žalos (vietoj to, kad tiesiog nevertinti apsauginio poveikio) IŠL išsivystymui tai daliai žmonių, kuriems realiai didėja santykinė rizika IŠL dėl didelio kiekio alkoholio suvartojimo vieno gėrimo epizodu.

Taip pat galimas apsauginis alkoholio poveikis mirtinumo nuo IŠL vertinime buvo modifikuotas atsižvelgiant į Lietuvoje turimus papildomus mokslinius argumentus: Radišausko ir kt. (2011) [135] tyrime prie alkoholio sąlygotų IŠL mirčių buvo priskirtos 8,7 proc. mirčių. Tačiau to paties tyrimo rezultatai leidžia manyti, kad šiame tyrime vis tiek gali būti pervertinamas apsauginis alkoholio poveikis, nes remiantis autopsijų rezultatais, net 50,3 proc. nuo IŠL ne ligoninėje mirusiųjų asmenų kraujyje buvo rasta alkoholio, o 18 proc. mirčių atvejais alkoholio koncentracija kraujyje viršijo 3,5 promiles.

Svarbu paminėti, kad šalia visų išvardintų su alkoholio vartojimu siejamų ligų yra dalis, kurios nebuvo įtrauktos į analizę. Prie tokių ligų galima

paminėti skrandžio, kasos, endometriumo, kiaušidžių, šlapimo pūslės, inkstų, plaučių, prostatos piktybinius navikus, širdies nepakankamumą, plaučių tuberkuliozę, pneumoniją, diabetą, depresiją, mažą naujagimių svorį. Šių ligų išsivystymo ir alkoholio vartojimo priežastingumas dar yra diskutuojamas ir daugeliu atveju, skaičiavimų vykdymo metu, nebuvo pakankamai tyrimų, kad nustatyti patikimus santykinės rizikos rodiklius, kuriais remiantis būtų galimi kiekybiniai šių ligų naštos, priskiriamos alkoholiui, skaičiavimai [9, 131].

Vertinant alkoholio vartojimo sąsajas su išorinėmis priežastimis, turėti duomenys įgalino atlikti tik alkoholio sąlygoto mirtingumo dėl išorinių priežasčių analizę. Todėl viena iš išsamiausių alkoholio vartojimo daromos žalos dalių yra būtent alkoholio sąlygoto mirtingumo Lietuvoje analizė 2003–2011 m. Išorinių priežasčių mirtingumo APD buvo sudaryta proporcinio principu, atsižvelgiant į LKPT [140], Benošio ir Jasulaičio [141] ir Jones ir kt. (2008) [8] pateikiamus duomenis.

LKPT pateikiama statistika atspindi visoje Lietuvoje registruotus eismo įvykius bei aiškiai nurodomos šių įvykių sąsajos su neblaivių vairuotojų sukeltomis nelaimėmis. Trūkumas – galimybės nebuvimas APD išskirti pagal lytį ir amžiaus grupes. Ta pati problema buvo ir naudojant APD, paremtas Benošio ir Jasulaičio [141] tyrimo rezultatais.

Viena iš svarbių silpnųjų šio žalos vertinimo tyrimo pusių – galimybės nebuvimas apimti išorines priežastis analizuojant alkoholio vartojimo sąlygotą ligotumą ir netektą darbingumą, kaip kad buvo įmanoma padaryti mirtingumo analizėje. Nepaisant to, buvo įvertintas alkoholio sąlygotas ligotumas bei netektas darbingumas Lietuvoje 2006–2011 m. įtraukiant I ir II priežasčių grupes, tačiau interpretuojant šiuos rezultatus svarbu neužmiršti, kad šiame tyrime pristatoma alkoholio sąlygojama ligotumo ir netekto darbingumo žala atspindi tik dalį bendros alkoholio sukeltos ligotumo ir netekto darbingumo naštos Lietuvoje (t. y. neįtraukiama III išorinių priežasčių grupė).

Skaičiuojant APD atskiroms ligoms II priežasčių grupėje, svarbus komponentas yra alkoholio suvartojimas populiacijoje ir gyventojų pasiskirstymas į amžiaus bei suvartojamo alkoholio kiekio grupes (2.2.2 lentelė). Nepaisant pastangų kuo tiksliau ir pilniau įvertinti suvartojamo alkoholio kiekio pasiskirstymą į amžiaus ir lyties grupes, galima manyti, kad 2.2.2 lentelėje pateikti įvertinimai atspindi mažesnę alkoholio suvartojimą nei yra iš tiesų. Žinant gyventojų amžiaus ir lyties pasiskirstymą iš šios lentelės galima suskaičiuoti, kiek vidutiniškai suvartoto alkoholio tenka per

metus vienam gyventojui ir palyginti šį skaičių su įprastiniu suvartojamo alkoholio kiekio rodikliu, pagrįstu alkoholinių gėrimų pardavimų duomenimis. Pavyzdžiui, Lietuvos statistikos departamento skaičiavimais 2007 m. Lietuvoje vidutiniškai buvo suvartota 11,2 litro absoliutaus alkoholio, o suskaičiavus tokį patį rodiklį iš 2.2.2 lentelės, pagal 2007 metų vyrų ir moterų pasiskirstymą atskirose amžiaus grupėse, gaunasi mažiau nei pusė šio kiekio. Tai parodo, kad gauti alkoholio sąlygojamo mirtingumo, ligotumo ir netekto darbingumo įvertinimai II priežasčių grupės ligoms turėtų būti didesni.

Tačiau mokslinėje literatūroje nurodoma, kad populiacinių apklausų paskirtis yra šiek tiek kitokia, o gyventojų apklausos netinka vertinti alkoholio suvartojimui tenkančio vienam gyventojui (*per capita*). Nustatyta, kad apklausų duomenys dažniausiai nepakankamai įvertina bendrą alkoholio suvartojimą ir apklausų rezultatais paremti *per capita* alkoholio suvartojimo skaičiavimai atitinka tik 40–60 proc. vartojimo apskaičiuojamo naudojant oficialių pardavimų ar mokesčių statistiką [193–196].

Gyventojų apklausos yra ypatingai svarbios įvertinant abstinentų ir alkoholį vartojančiųjų gyventojų dalis, alkoholio vartojimo įpročius atskirose amžiaus ir lyties grupėse, kaip dažnai, kokiais kiekiais žmonės vartoja alkoholį. Gyventojų apklausų duomenys taip pat gali būti labai iliustratyvūs vertinant alkoholio kontrolės politikos priemonių veiksmingumą ir toliau jas plėtojant. Tačiau reikia ir neužmiršti, kad gyventojų apklausų duomenys gali labai skirtis priklausomai nuo tyrimo atlikimo kokybės ir gebėjimo tinkamai suformuluoti klausimus [196, 197].

Siekiant atspindėti kuo naujesnius alkoholio suvartojimo populiacinius duomenis, šiame tyrime buvo naudoti 2007 m. atlikto tyrimo rezultatai, kuriame buvo vertinami Lietuvos gyventojų alkoholio vartojimo įpročiai bei vertinamas alkoholio vartojimo ryšys su šalies gyventojų sveikata. Reprezentatyvi anketinė Lietuvos gyventojų apklausa buvo atlikta tiesioginio interviu metodu ir iš viso apklausti 3302 15–74 metų amžiaus šalies gyventojai. Alkoholio vartojimo kiekis buvo įvertintas atsižvelgiant į tai kiek alkoholio respondentai suvartojo per praėjusias 7 dienas. Respondentų nurodyti suvartoto alkoholio kiekiai buvo konvertuoti į suvartotus absoliutaus alkoholio gramus per dieną. Galiausiai respondentai atskirose amžiaus grupėse buvo suskirstyti į keturias suvartojamo alkoholio grupes.

Vis dėlto, atsižvelgiant į tai, kad respondentų buvo klausama nurodyti suvartotą alkoholį per paskutines 7 dienas, tai sąlygojo, kad didelė respondentų dalis per paskutinę savaitę alkoholinių gėrimų nevartojo. Siekiant

tiksliau atspindėti realias abstinėtų proporcijas, kurie alkoholio nevartoja metus ir ilgiau, galutinės abstinėtų proporcijos buvo papildomai koreguotos remiantis Johansson ir kt. (2006) [5] pritaikyta metodika, kuomet galutinės abstinėtų proporcijos (žr. 2.2.2 lentelėje) adaptuojamos atsižvelgiant į respondentams užduotą klausimą parodantį ilgesnį alkoholio nevartojimo įvertinimą.

Nors pakankamai sunku ir netikslu lyginti alkoholio suvartojimo proporcijas tarp tų kurios buvo apskaičiuotos ir pateiktos 2.2.2 lentelėje su tomis kurios buvo naudotos Johansson ir kt. (2006) [5], tačiau moterų grupės suskirstymas pagal suvartojimą yra labai panašus į tą, kuris buvo naudotas šiame tyrime. Pavyzdžiui, Johansson ir kt. (2006) [5] apskaičiuota, kad vidutiniškai moterų grupėje 15 metų ir vyresnių gyventojų abstinencių buvo 22 proc. (nuo 8,5 proc. 18–29 metų amžiaus grupėje iki 44,3 proc. 80 metų ir vyresnių grupėje), o šiame tyrime naudotų alkoholio suvartojimo proporcijų vidurkis moterų abstinencių grupėje buvo 12,29 proc. (nuo 4,7 proc. 25–34 metų amžiaus grupėje iki 26,9 proc. 65–74 metų amžiaus grupėje).

Johansson ir kt. (2006) [5] tyrime moterų per dieną suvartojančių nuo 1 iki 19 g gryno alkoholio vidutiniškai buvo 76 proc. (nuo 64,5 proc. 16–17 metų amžiaus grupėje iki 83,9 proc. 30–49 metų amžiaus grupėje). Šiame tyrime moterų per dieną suvartojančių nuo 1 iki 19 g gryno alkoholio vidutiniškai buvo 79,9 proc. (nuo 68,11 proc. 65–74 metų amžiaus grupėje iki 86,4 proc. 15–24 metų amžiaus grupėje). Vis dėlto lyginti tokias skirtingų šalių alkoholio suvartojimo proporcijas galima tik apytikriai, nes tai vis tik skirtingų metų suvartojimo duomenys (Johansson savo tyrime naudojo 2002 m. suvartojimo duomenis), o šiame tyrime duomenys iliustruoja 2007 m. Taip pat skyrėsi ir populiacinio tyrimo metodai.

Lyginant skirtingas alkoholio suvartojimo proporcijas išryškėja tai, kad 2.2.2 lentelėje daryta prielaida vertinant 75 metų ir vyresnių gyventojų alkoholio suvartojimą taip pat kaip 65–74 metų amžiaus grupėje, gali būti per daug liberali. Nors tokia prielaida buvo daryta tik todėl, kad gyventojų apklausoje nebuvo vertintas 75 metų ir vyresnių gyventojų alkoholio vartojimas, tačiau tikėtina, kad dėl šios prielaidos alkoholio vartojimo proporcijos 75 metų ir vyresnių gyventojų grupėje gali būti kažkiek pervertintos.

Kad įvertinti galimą alkoholio suvartojimo populiacijoje proporcijų įtaką galutiniams šios disertacijos rezultatams (įvertinant alkoholio sąlygojamą mirtingumą, ligotumą ir netektą darbingumą) papildomai buvo atlikti rezultatų perskaičiavimai siekiant išsiaiškinti kaip keičiasi bendras alkoholio

vartojimo sąlygojamų mirčių, sergančių asmenų ir netekto darbingumo atvejų procentas nuo visų registruojamų atitinkamų rodiklių.

Panaudojant 2005 m. Statistikos departamento atlikto Lietuvos gyventojų sveikatos tyrimo rezultatus [198], buvo apskaičiuotos alternatyvios alkoholio suvartojimo proporcijos, atspindinčios 2005 m. alkoholio suvartojimą. Gyventojų sveikatos tyrimo populiaciją sudarė 15 metų ir vyresni nuolatiniai Lietuvos Respublikos gyventojai, kurie iš Gyventojų registro buvo išrinkti, taikant tikimybinio ėmimo metodą. Išrinktieji asmenys turėjo atsakyti į klausėjo pateikiamus anketos klausimus. Tyrime dalyvavo 8996 15 metų ir vyresni gyventojai, tačiau alkoholio suvartojimo klausimai buvo formuojami kitaip. Apie alkoholio vartojimo įpročius respondentų buvo klausiami prašant nurodyti vidutinius alkoholio suvartojimo kiekius tą dieną kai žmogus vartojo alkoholinius gėrimus (tiksliai klausimo formuluotė „Tą dieną kai vartojate alkoholinių gėrimų, kokių ir kiek Jūs paprastai išgeriate?“), toliau respondentai turėjo užpildyti lentelę su skirtingų gėrimų vartojimu. Kitas respondentams užduodamas klausimas buvo apie gėrimo dienų skaičių („Kiek dienų iš viso per praėjusias 4 savaites Jūs gėrėte alkoholinių gėrimų?“, toliau paprašant respondentų nurodyti dienų skaičių). Sujungus šių dviejų klausimų atsakymus bei remiantis 2.2 skyriuje aprašyta alkoholio suvartojimo proporcijų pasiskirstymo vertinimo metodika buvo sudaryta alkoholio suvartojimo proporcijų pasiskirstymo lentelė tokiu formatu kaip rezultatai pateikti 2.2.1 entelėje, kuri iliustruoja bazinius suvartojimo rodiklius.

Iš viso 15 metų ir vyresnių vyrų vidutinė alkoholio nevartojančiųjų dalis buvo 30,9 proc., suvartojančių 1–19 g/d. – 53,3 proc., 20–39 g/d. – 9,1 proc., 40–74 g/d. – 3,8 proc., 75 ir daugiau g/d. – 3 proc. Iš viso 15 metų ir vyresnių moterų vidutinė alkoholio nevartojančiųjų dalis buvo 54 proc., suvartojančių 1–19 g/d. – 44,6 proc., 20–39 g/d. – 0,9 proc., 40–74 g/d. – 0,3 proc., 75 ir daugiau g/d. – 0,1 proc. Šios suvartojimo proporcijos atspindinčios vartojimą per paskutines 4 savaites sąlygojo, kad ne tokia reikšminga dalimi kaip vertinant suvartojimą už paskutines 7 dienas, tačiau vis tiek pervertinimą abstincentų atžvilgiu. Todėl šių proporcijų svariai papildomai buvo perskirstyti pagal nevartojusių alkoholio per paskutinius 12 mėn. proporcijas (abstincentų svorio perskirstymui naudoto klausimo formuluotė „Ar per praėjusius 12 mėnesių Jūs vartojote alkoholinius gėrimus? (alų, vyną, degtinę)“, pritaikant metodiką aprašytą 2.2 skyrelyje.



Galutinės proporcijos atrodė taip<sup>8</sup>: 15 metų ir vyresnių vyrų vidutinė alkoholio nevartojančiųjų dalis buvo 15,1 proc., suvartojančių 1–19 g/d. – 65,5 proc., 20–39 g/d. – 11,1 proc., 40–74 g/d. – 4,7 proc., 75 ir daugiau g/d. – 3,7 proc. Iš viso 15 metų ir vyresnių moterų vidutinė alkoholio nevartojančiųjų dalis buvo 30,9 proc., suvartojančių 1–19 g/d. – 66,96 proc., 20–39 g/d. – 1,42 proc., 40–74 g/d. – 0,46 proc., 75 ir daugiau g/d. – 0,22 proc.

Išlaikant tyrime taikytas kitas prielaidas ir naudojant alternatyvias, m., alkoholio suvartojimo proporcijas gaunama, kad alkoholio vartojimo sąlygojamų mirčių dalis sudaro 9,26 proc. nuo bendro 2003–2011 m. mirčių skaičiaus (bazinėje analizėje – 9,08 proc.), asmenų 2006–2011 m. sirgusių ligomis sąlygotoms alkoholio vartojimo sudaro 7,4 proc. (bazinėje analizėje – 8,88 proc.), o netekto darbingumo atvejai – 7,56 proc. (bazinėje analizėje – 7,64 proc.).

Papildomai buvo atlikta antra alternatyvi analizė su 2005 m. alkoholio vartojimo proporcijomis, kurioms nebuvo pritaikyti abstinentų perskirstymo svoriai. Tuomet alkoholio žalos sveikatos įvertinimai gaunasi šiek tiek žemesni: alkoholio vartojimo sąlygojamų mirčių dalis sudaro 9,25 proc. nuo bendro 2003–2011 m. mirčių skaičiaus (bazinėje analizėje – 9,08 proc.), asmenų 2006–2011 m. sirgusių ligomis priskiriamomis alkoholio vartojimui sudaro 5,84 proc. (bazinėje analizėje – 8,88 proc.), o netekto darbingumo atvejai – 6,55 proc. (bazinėje analizėje – 7,64 proc.).

Aptariant pakankamai nežymius pokyčius (nežymų mirčių skaičiaus padidėjimą) mirčių analizėje bei pakankamai ženklų svyravimą (sumažėjimą) vertinant sirgusių asmenų skaičių bei prarastąjį darbingumą, visų pirma reikia išskirti, kad mirčių analizėje buvo vertintos trys priešasčių grupės. Alkoholio vartojimo sąlygojamų mirčių analizėje II priešasčių grupė turi mažiausią svorį bendram mirčių skaičiui (žr. 3.1.1 pav.). Taip pat svarbu atkreipti dėmesį ir į tai, kad keičiant alkoholio suvartojimo proporcijas II priešasčių grupės viduje įvyksta persiskirstymai tarp alkoholiui priskiriamų priešasčių, o taip pat keičiasi (sumažėja) alkoholio apsauginio poveikio efektas (tais atvejais kai mažėja nedaug alkoholio vartojančiųjų proporcija).

Galiausiai taip pat svarbu atkreipti dėmesį į vieną papildomą metodologinę prielaidą. Kitų autorių tyrimuose [8, 9, 17] vertinant labai mažai alkoholio suvartojančius asmenis (mažiau kaip 0,25 g/d. arba 0,5 g/d.) per dieną, kuomet alkoholio vartojimas į suvartoto gryno alkoholio gramus per

---

<sup>8</sup> Dėl iliustravimo paprastumo čia nurodomos tik bendros vyrų ir moterų proporcijos neišskiriant atskirų amžiaus grupių, tačiau skaičiavimuose taikyta pilna APD skaičiavimo metodika, taip kaip aprašyta 2.1. ir 2.2. skyreliuose.

dieną paverčiamas iš ilgesnio laiko periodo (4 savaitės ar 12 mėn.). Tuomet dalis „vartojančiųjų“ labai nedaug alkoholio per dieną (pvz., taurė vyno kartą per keletą mėnesių) gali būti priskiriami abstinentams. Panaudojant 2005 m. duomenis alkoholio suvartojimo proporcijų skaičiavimui buvo taikyta prielaida, kad suvartojantys mažiau kaip 0,25 g/d. – priskiriami abstinentams (bendras tokios prielaidos efektas yra labai nežymus). Tuo tarpu bazinėje analizėje (naudojant 2007 m. suvartojimo duomenis), tokios prielaidos daryti nereikėjo, nes suvartojimo duomenys buvo už pakankamai trumpą laiką (mažiausias alkoholio suvartojimo rodiklis per paskutines 7 dienas 2007 m. UAB „RAIT“ vykdytoje apklausoje buvo 0,6 g/d.)

Analizuojant su alkoholio vartojimu siejamus teisėsaugos pažeidimus, buvo siekta atspindėti kuo ilgesnį periodą, tačiau papildomai atsižvelgta į IRD ar LKPT atskirų metų pateikiamų duomenų detalumą. Nors vėlesniais metais (daugiausiai nuo 2008 m.) visuose šaltiniuose informaciją apie neblaivių asmenų įvykdytus pažeidimus yra labai detali, tačiau ankstesnių metų duomenys mažiau detalūs. Dėl šios priežasties, į analizę nebuvo įtraukti LKPT eismo įvykių duomenys, apimantys 2001 ir 2002 m. Taip pat ši duomenų analizė neapima teismų statistikos, todėl nėra atspindimas nu-teistų asmenų skaičius, t. y. analizuojami duomenys apimantys kaltinamus ir įtariamus asmenis, kurie nusikalstamas veikas įvykdė būdami neblaivūs.

Alkoholio vartojimo ir nusikalstamumo ryšys yra seniai žinomas ir tyrinėjamas įvairių šalių mokslininkų [199–208]. Iš tokių nusikaltimų išskiriami tokie kaip užpuolimai, sužeidimai (įvairaus laipsnio) ir žmogžudystės. Šiame tyrime šis ryšys taip pat aiškiai matomas. Jei iš visų nusikalstamų veikų apie 7 proc. buvo siejami su alkoholio vartojimu (žr. 3.4.4 lentelėje), tai atskirai vertinant smurtinius nusikaltimus (žr. 3.5.5 lentelėje), tokius kaip sunkūs sveikatos sutrikdymai ir žmogžudystės, didžioji dalis gali būti siejami su alkoholio vartojimu. Labai didelė dalis išžagininimų (vertinant kai kurių metų išžagininimų statistiką – didžioji dalis) ir viešosios tvarkos pažeidimų taip pat siejami su neblaivumu.

Darke (2010) [202] savo atliktoje apžvalgoje nurodo, kad kitose šalyse alkoholio žmogžudystės siejamos su maždaug puse atvejų, kuomet nusikaltimą įvykdo neblaivūs asmenys (Lietuvoje šis dalis buvo 74 proc.). Tačiau taip pat atkreipiamas dėmesys ir į tai, kad maždaug tokia pati proporcija aukų (nužudytųjų), taip pat buvo neblaivūs [202,203]. Šiame turime įvertinant nužudymų proporciją buvo remtasi Benošio ir Jasulaičio (2004) [141] tyrimo duomenimis, kuriame 45,6 proc. mirusiųjų nuo šautinių sužalojimų ir 63,9 proc. mirčių nuo įvairių kitų pasikėsininimų buvo priskirti

alkoholio vartojimui. Remiantis šiomis proporcijomis šiame tyrime buvo apskaičiuota, kad vidutiniškai kasmet apie 140 mirčių dėl pasikėsinių (X85-Y09) galėtų būti priskiriami alkoholio vartojimui. Mirčių nuo šaunamojo ginklo panaudojimo buvo vos keli atvejai.

Smurtiniai nusikaltimai užtraukia griežtą baudžiamąją atsakomybę ir sąlygoja ilgus metus kalėjimo. Pavyzdžiui, 2011 m. nuteistųjų už žmogžudystę vidutinė kalėjimo trukmė sudarė 11 m. ir 3 mėn., už sunkų sveikatos sutrikdymą – 4 m. ir 10 mėn., už išžaginimą – 6 m. ir beveik 2 mėn., už viešosios tvarkos pažeidimą – 1 m. ir 10 mėn. [209]. Būna atkreipti dėmesį, kad vertinant įkalinimo kaštus (žr. 3.5.6 lentelėje), buvo iliustruojami vienerių metų kalinių išlaikymo kaštai ir nebuvo vertinama daugiametė įkalinimo trukmė.

Ateityje gilinant alkoholio sąlygojamų ekonominių kaštų skaičiavimą reikia atspindėti visus teisėtvarkos sistemoje (policijos, teismų ir kalėjimų) patiriamus kaštus siejamus su alkoholio vartojimo pasekmėmis, nes šiame tyrime dėl metodinių sunkumų buvo galima atspindėti tik nuteistųjų išlaikymo išlaidas. Sveikatos sistemos ir socialinės apsaugos kaštai turėtų įtraukti žalą dėl išorinių pasekmių (III priežasčių grupė). Taip pat ateityje detalūs skaičiavimai turėtų būti atlikti ir vertinant materialiąją žalą (gaisrai, turto sugadinimai ir pan.) siejamą su alkoholinių gėrimų vartojimu bei atliekami artimųjų patiriamos psichologinės, socialinės ir ekonominės žalos vertinimai.

Vis dėlto šiame tyrime apskaičiuota alkoholio vartojimo sąlygojama žala atspindi dalies svarbių su alkoholio vartojimu siejamų sričių kaštus 2010 m., kurie jau dabar bendrai sudaro 741,26 mln. Lt. Šie kaštai apima įkalinimo išlaidų (5,4 proc.), netekto darbingumo pensijų (6,4 proc.), sveikatos priežiūros (8,2 proc. visų kaštų), vaikų globos namų (8,8 proc.) ir prarasto produktyvumo dėl darbingo amžiaus žmonių mirtingumo (71 proc.) kaštus siejamus su alkoholio vartojimo pasekmėmis Lietuvoje.

Sveikatos priežiūros išlaidos sudaro apie 8 proc. visų apskaičiuotų alkoholio ekonominės žalos kaštų, o visi alkoholio žalos kaštai valstybei yra tik dalis tų, kurie turėtų būti skaičiuojami siekiant visapusiškai įvertinti alkoholio daromą žalą valstybei. Todėl šios studijos skaičiavimus reiktų vertinti kaip minimalistinius, o visi tradiciškai tokio tipo tyrimuose vertinami kaštai kol kas neatspindimi dėl aukščiau paminėtų metodologinių sunkumų ar duomenų trūkumo. Vis dėlto šie skaičiavimai bei kitų rodiklių analizė patvirtina disertacijoje keltą hipotezę, kad alkoholio vartojimo sąlygojama žala tenka daugeliui viešųjų paslaugų sektorių, o sveikatos priežiūros

sektoriui tenkanti žala nesudaro didžiosios dalies. Nors alkoholio vartojimo nulemtas ligotumas bei sveikatos priežiūros išlaidos, siejamos su alkoholio vartojimu, nebuvo visapusiškai įvertintos šiuose skaičiavimuose, tačiau tikėtina, kad tikslinant skaičiavimus kituose viešųjų paslaugų sektoriuose, sveikatos priežiūrai tenkanti alkoholio vartojimo sąlygojamos žalos dalis galėtų dar labiau mažėti.

Alkoholinių gėrimų vartojimas yra glaudžiai susijęs su alkoholio vartojimo sąlygojama žala, o alkoholio vartojimas yra vienas iš svarbiausių kontroliuojamų rizikos veiksnių visuomenėje. Vis dėlto Lietuvai vis nepavyksta nuosekliai mažinti alkoholio suvartojimo ir taip gerinti šalies gyventojų sveikatą. Ši disertacija gali būti vertinama kaip indėlis į mokslo įrodymų duomenų bazę, kurioje paremiamas sistemingo alkoholio vartojimo mažinimo poreikis. Disertacijos rengimo metu buvo gauta ir praktinė vertė – buvo sudarytos alkoholio žalos įvertinimo ir PPGM įvertinimo skaičiuoklės, kurios ateityje tęsiant ir plėtojant alkoholio žalos vertinimo tyrimus, turėtų palengvinti ir pagreitinti alkoholio žalos vertinimą.

## IŠVADOS

1. 2003–2011 m. alkoholio vartojimo sąlygotos mirtys sudarė 9 proc. nuo visų mirčių Lietuvoje, iš jų visiškai tik alkoholio sąlygojamos mirtys sudarė 2,8 proc. Didžiausia dalis (51 proc.) visų alkoholio sąlygotų mirčių nustatyta 45–64 m. amžiaus grupėje. Nustatyta, kad vyrų alkoholio vartojimui priskiriamas mirtingumas buvo 3,6 karto didesnis nei moterų grupėje.
2. 2006–2011 m. Lietuvoje 8,9 proc. susirgimų ir 7,6 proc. netekto darbingumo atvejų (neįskaitant išorinių priežasčių) buvo sąlygota alkoholinių gėrimų vartojimo. Vertinant alkoholiui priskiriamomis ligomis sirgusių asmenų skaičių, didžiausia dalis teko 45 metų ir vyresniems gyventojams (80 proc.), o vertinant netekto darbingumo atvejus – 45–64 m. gyventojams (74 proc.). Lyginant vyrų ir moterų bendrą alkoholio vartojimo sąlygotą ligotumą nėra ženklaus skirtumo, tačiau lyginant visiškai tik alkoholio sąlygojamą ligotumą, vyrų ligotumas buvo 4,5 karto didesnis nei moterų. Iš viso su alkoholio vartojimu siejami netekto darbingumo atvejai vyrams nustatomi beveik du kartus dažniau nei moterims.
3. Alkoholis yra svarbus su nusikalstama veikla susijęs veiksnys. Didelė dalis Lietuvoje įvykdomų smurtinių nusikaltimų yra padaromi apsvaigus nuo alkoholio, o bendroje nusikaltimų statistikoje neblaivių asmenų padaromi nusikaltimai sudaro 7 proc. Visų kelių eismo taisyklių pažeidimų struktūroje, neblaivių eismo dalyvių pažeidimai sudarė 6,5 proc. visų registruojamų pažeidimų. 2003–2012 m. laikotarpiu neblaivūs vairuotojai sukėlė vidutiniškai 14 proc. eismo įvykių, o neblaivūs pėstieji buvo atsakingi už 12,7 proc. eismo įvykių.
4. Alkoholio vartojimo sąlygojama ekonominė žala Lietuvoje 2010 m. sudarė 741 mln. Lt, neįvertinant policijos ir teismų, su išorinėmis priežastimis siejamų sveikatos priežiūros kaštų ir netekto darbingumo išmokų, materialiosios turtinės žalos, geriančiųjų aplinkoje esančių artimųjų psichologinės, socialinės ir ekonominės žalos kaštų. Vertinant pagal atskirus sektorius, alkoholio vartojimo ekonominė žala sudarė 40 mln., skiriamų įkalinimo įstaigose esantiems asmenims išlaikyti, kurie nusikalstamas veikas padarė būdami neblaivūs; 48 mln. netekto

darbingumo pensijoms išmokėti; 61 mln. sveikatos priežiūros sektoriaus paslaugoms apmokėti; 66 mln. dėl tėvų girtavimo į vaikų globos namus patekusiems vaikams išlaikyti. Dar 527 mln. Lt tenka priskirti dėl alkoholio vartojimo sąlygotų mirčių prarastam produktyvumui (įvertinant neuždirbtas pajamas iki tais metais mirusieji būtų sulaukę pensinio amžiaus).

5. Vertinant su alkoholio vartojimu siejamų rodiklių pokyčius 2003–2011 m. laikotarpiu, 2007 m. gali būti išskiriami kaip lūžio metai, iki kurių buvo stebimas nuolatinis sveikatos rodiklių blogėjimas, o po 2007 m. buvo užfiksuotas reikšmingas teigiamas sveikatos rodiklių pokytis:
  - a) alkoholio sąlygojamo mirtingumo pikas buvo pasiektas 2007 m. ir iki 2011 m. sumažėjo beveik trečdaliu (28 proc.);
  - b) 2007–2011 m. prarastų gyvenimo metų skaičius Lietuvoje dėl alkoholio vartojimo sumažėjo 35 proc., o analizuojant pokytį tik tarp visiškai alkoholio sąlygojamų priežasčių, sumažėjo per pusę;
  - c) didžiausias visiškai tik alkoholio sąlygotas ligotumas buvo nustatytas 2007 m., kuris iki 2009 m. sumažėjo 16 proc., nors iki 2011 m. vėl padidėjo daugiau kaip 13 proc. ir priartėjo prie 2007 m. lygio;
  - d) 2007–2011 m. bet kokių kelių eismo taisyklių pažeidimų sumažėjo beveik 18 proc., o pažeidimų, sukeltų neblaivių eismo dalyvių, per tą patį laikotarpį mažėjo 61 proc.

## PRAKTINĖS REKOMENDACIJOS

1. Būtina kaip galima greičiau kurti ir diegti elektroninės sveikatos duomenų sistemas, kurios leistų apjungti kelių sistemų: sveikatos, socialinės, nedarbingumo nustatymo ir kt. sistemų duomenis ir supaprastintų tokių žalos vertinimo tyrimų atlikimą, leistų jas be didesnių sąnaudų atlikti reguliariai ir vertinti valstybės alkoholio kontrolės politikos veiksmingumą bei dėl vartojimo patiriamos žalos pokyčius.
2. Viena iš didesnių tokių tyrimų problemų yra netinkamai surinkti gyventojų alkoholio vartojimo duomenys. Tenka apgailestauti, bet nė vienas šiuo metu šalyje atliekamas ar atliktas tyrimas neleidžia tiksliai įvertinti alkoholio vartojimo įpročių ir kiekviename tyrime susiduriama su trūkumais ar ribotumais. Atliekant Lietuvos gyventojų alkoholio vartojimo stebėseną, klausimynuose respondentų turėtų būti klausiami kiek alkoholio jie suvartojo ir kaip dažnai nesaikingai vartojo alkoholinius gėrimus per keletą skirtingų laiko intervalų (paskutinę savaitę, mėnesį, metus ir kt.). Respondentų nurodyti alkoholio suvartojimo kiekiai per sąlyginai trumpesnę laiko intervalą leidžia tiksliau įvertinti individualų alkoholio suvartojimą, tuo tarpu alkoholio suvartojimo įvertinimas ilgesnėje laiko perspektyvoje įgalina tikslesnį alkoholio nevartojančiųjų dalies įvertinimą.
3. Šiuo metu pasaulyje vykstant aktyviai diskusijai apie galimą alkoholio apsauginį poveikį sveikatai, ir žinant, kad net ir pavieniai intensyvūs išgėrimai panaikina teigiamą poveikį, būtina detaliau ištyrinėti galimą alkoholio vartojimo apsauginį poveikį Lietuvoje. Tradiciškai Lietuva priskiriama šalių grupei, kuriose paplitęs rizikingas ir žalingas alkoholinių gėrimų vartojimas. Vertinant bendrą alkoholio vartojimo žalą ir pritaikant bendrą alkoholio vartojimo sąlygojamos žalos vertinimo metodiką, alkoholio apsauginis poveikis Lietuvoje gali būti pervertinamas.
4. Valstybė privalo tęsti su alkoholio vartojimu ir jo daroma žala susijusių rodiklių stebėseną, skirti pakankamą dėmesį ir finansinius išteklius mokslinių tyrimų plėtojimui bei sisteminei analizei, kad ateityje vertinant išvengiamuosius alkoholio vartojimo žalos kaštus būtų galima

nuolat vertinti taikomų alkoholio kontrolės priemonių veiksmingumą ir planuoti naujų priemonių diegimą.

5. Ši disertacija padėjo išaiškinti svarbias, tačiau kol kas nepakankamai ištyrinėtas sritis, kuriose artimiausioje ateityje turėtų būti atliekami papildomi tyrimai. Siekiant tikslinti alkoholio vartojimo sąlygojamą žalą Lietuvoje, toliau analizuoti šias sritis:
  - a) teisėtvarkos (policijos ir teismų) sistemoje esančių alkoholio vartojimo sąlygojamų kaštų skaičiavimus;
  - b) sveikatos priežiūros kaštų tikslinimas, apimant išorinių traumų ligotumo vertinimą, atskirų ligų diagnostinių netikslumų šalinimus (pavyzdžiui alkoholinio vaisiaus sindromo nustatymo, mirtingumo nuo alkoholinių psichozių tikslinimo poreikiai);
  - c) netekto darbingumo vertinimų tikslinimus įtraukiant išorinių traumų vertinimo kategoriją, taip pat atsižvelgti į ilgalaikio ir laikino nedarbingumo trukmę;
  - d) materialiosios turtinės (įskaitant gaisrus) žalos vertinimo tyrimų plėtojimas;
  - e) artimųjų patiriamos psichologinės, socialinės ir ekonominės žalos vertinimas.



## PUBLIKACIJŲ SĄRAŠAS

### Publikacijų disertacijos tema sąrašas

1. Štelemėkas, Mindaugas; Jaselskytė, Ingrida; Liutkutė, Vaida; Veryga, Aurelijus. Visiškai nuo alkoholio priklausančio ligotumo pokyčiai Lietuvoje 2006-2011 metais / Mindaugas Štelemėkas, Ingrida Jaselskytė, Vaida Liutkutė, Aurelijus Veryga // Sveikatos mokslai = Health sciences. Vilnius : Sveikata. (Visuomenės sveikata). ISSN 1392-6373. 2013, t. 23, Nr. 5, p. 29-34 : pav, lent.
2. Štelemėkas, Mindaugas; Veryga, Aurelijus. Alkoholio vartojimo nu-  
lemtų prarastų potencialių gyvenimo metų kaita Lietuvoje 2003–2010 metais / Mindaugas Štelemėkas, Aurelijus Veryga // Visuomenės svei-  
kata = Public health. Vilnius: Higienos institutas. (Originalūs straips-  
niai). ISSN 1392-2696. 2012, Nr. 4(59), p. 26-32 : pav, lent. Prieiga per  
internetą: <[http://www.hi.lt/images/Sv\\_4\(59\)\\_Stelemekas.pdf](http://www.hi.lt/images/Sv_4(59)_Stelemekas.pdf)>.

### Kitos publikacijos

1. Paukštė, Ernesta; Liutkutė, Vaida; Štelemėkas, Mindaugas; Goštautaitė  
Midttum, Nijolė; Veryga, Aurelijus. Overturn of the proposed alcohol  
advertising ban in Lithuania / Paukštė E, Liutkutė V, Štelemėkas M,  
Goštautaitė Midttun N, Veryga A // Addiction. Oxford : Wiley-  
Blackwell. ISSN 0965-2140. 2014, vol. 00, no. 00, p. 00-00 : pav, lent.  
Prieiga per internetą: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Overturn+of+the+proposed+alcohol+advertising+ban+in+Lithuania>>
2. Liutkutė, Vaida; Štelemėkas, Mindaugas; Veryga, Aurelijus. Lietuvos  
nevyriausybinių organizacijų, vykdančių lėtinių neinfekcinių ligų  
prevenciją ir ugdančių sveiką gyvenseną, veiklos galimybių vertinimas /  
Vaida Liutkutė, Mindaugas Štelemėkas, Aurelijus Veryga // Sveikatos  
mokslai = Health sciences. Vilnius : Sveikata. (Visuomenės sveikata).  
ISSN 1392-6373. 2013, t. 23, Nr. 5, p. 35-39 : pav, lent.
3. Veryga, Aurelijus; Stanislavovienė, Jelena; Ignatavičiūtė, Lina;  
Štelemėkas, Mindaugas; Liutkutė, Vaida. Probleminio alkoholio  
vartojimo įvertinimas tarp 15-74 metų amžiaus Lietuvos gyventojų  
naudojant audit metodiką / Aurelijus Veryga, Jelena Stanislavovienė,  
Lina Ignatavičiūtė, Mindaugas Štelemėkas, Vaida Liutkutė // Sveikatos  
mokslai = Health sciences. Vilnius : Sveikata. (Visuomenės sveikata).  
ISSN 1392-6373. 2013, t. 23, Nr. 5, 22-28 : pav, lent.

## LITERATŪRA

1. Veryga A. Alkoholio Vartojimo Ir Gyventojų Sveikatos Rodiklių Sąsajos Lietuvoje. *Gastroenterologija ir hepatologija*. 2010;1(4):8–11.
2. Grabauskas V, Prochorskas R, Veryga A. Lietuvos gyventojų mirtingumo sąsajos su alkoholinių gėrimų vartojimu. *Medicina (Kaunas)*. 2009;45(12):12.
3. Evidence for the effectiveness and cost-effectiveness of interventions to reduce alcohol-related harm. WHO, Regional Office for Europe, Copenhagen, 2009. [Internet]. [cited 2012 Sep 28]. Available from: <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/disease-prevention/alcohol-use/publications/2009/evidence-for-the-effectiveness-and-costeffectiveness-of-interventions-to-reduce-alcohol-related-harm>
4. Veryga A, Prochorskas R, Štelemėkas M. Alkoholio kontrolės politikos vertinimas, alkoholio vartojimo daromos žalos vertinimas. Vilnius: Valstybinis psichikos sveikatos centras; 2013. Report No.: VP1-4.3-VRM-02-V-05-001.
5. Johansson P, Jarl J, Eriksson A, Eriksson M, Gertham U-G, Hemström Ö, et al. The Social Costs of Alcohol in Sweden 2002 [Internet]. Centrum för socialvetenskaplig alkohol- och drogforskning (SoRAD); 2006 [cited 2012 Sep 1]. Available from: <http://su.diva-portal.org/smash/record.jsf?pid=diva2:200458>
6. Jarl J, Johansson P, Eriksson A, Eriksson M, Gertham U-G, Hemström O, et al. The societal cost of alcohol consumption: an estimation of the economic and human cost including health effects in Sweden, 2002. *Eur J Health Econ*. 2008 Nov;9(4):351–60.
7. Rehm J, Baliunas D, Brochu S, Fischer B, Gnam W, Patra J, et al. The Costs of Substance Abuse in Canada 2002 [Internet]. 2006 [cited 2014 Feb 3]. Available from: <http://www.ccsa.ca/Eng/topics/Costs-of-Substance-Abuse-in-Canada/Pages/default.aspx>
8. Jones L, Bellis MA, Dedman D, Sumnall H, Tocque K. Alcohol-attributable fractions for England (Alcohol-attributable mortality and hospital admissions) [Internet]. 2008 [cited 2012 Dec 27]. Available from: <http://www.alcohollearningcentre.org.uk/Topics/Browse/Data/?parent=4644&child=4911>
9. Grant I, Springbett A, Graham L. Alcohol attributable mortality and morbidity: alcohol population attributable fractions for Scotland - ScotPHO [Internet]. 2009 [cited 2012 Dec 6]. Available from: <http://www.scotpho.org.uk/publications/reports-and-papers/486-alcohol-attributable-mortality-and-morbidity-alcohol-population-attributable-fractions-for-scotland->
10. Collins DJ, Lapsley HM. The costs of tobacco, alcohol and illicit drug abuse to Australian society in 2004/05. 2008;1–127.
11. McKee M, Pomerleau J, Robertson A, Pudule I, Grinberga D, Kadziauskiene K, et al. Alcohol consumption in the Baltic Republics. *J Epidemiol Community Health*. 2000 May;54(5):361–6.
12. Chenet L, Britton A, Kalediene R, Petrauskiene J. Daily variations in deaths in Lithuania: the possible contribution of binge drinking. *International Journal of Epidemiology*. 2001;30(4):743–748.

13. Popova S, Rehm J, Patra J, Zatonski W. Comparing alcohol consumption in central and eastern Europe to other European countries. *Alcohol and Alcoholism*. 2007;42(5):465–473.
14. Global Status Report on Alcohol 2004. Department of Mental Health and Substance Abuse, WHO, Geneva, 2004.
15. Global status report on alcohol and health. WHO, Geneva, 2011.
16. Helasoja V, Lahelma E, Prättälä R, Petkeviciene J, Pudule I, Tekkel M. The sociodemographic patterning of drinking and binge drinking in Estonia, Latvia, Lithuania and Finland, 1994–2002. *BMC Public Health*. 2007;7:241.
17. Rehm J, Sulkowska U, Mańczuk M, Boffetta P, Powles J, Popova S, et al. Alcohol accounts for a high proportion of premature mortality in central and eastern Europe. *International Journal of Epidemiology*. 2007;36(2):458–467.
18. Poliakovienė R, Gurevičius R. Mirtingumo nuo alkoholinės kepenų ligos ir kepenų cirozės sekuliariniai pokyčiai Lietuvoje 1968–2007 m. *Visuomenės sveikata*. 2010; 2(49):23–33.
19. Kupčinskas L, Šumskienė J. Alkoholio vartojimas ir jo įtaka sergamumo ir mirtingumo nuo virškinimo sistemos ligų padidėjimui Lietuvoje (2000–2007 m.). *Gastroenterologija ir hepatologija*. 2010;1(4):4–7.
20. Lunevicius R, Herbert HK, Hyder AA. The epidemiology of road traffic injuries in the Republic of Lithuania, 1998–2007. *The European Journal of Public Health*. 2010 Dec 1;20(6):702–706.
21. Astrauskienė A, Bulotaitė L. Lietuvos gyventojų, vairavusių apsvaigus nuo alkoholio, alkoholio vartojimo įpročiai. *Visuomenės sveikata*. 2011;1(52):82–90.
22. Veryga A, Belian G, Štelemėkas M. Alkoholio vartojimo ir su juo susijusių sveikatos ir socialinių rodiklių tendencijos bei perspektyvos. Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas. 2011;
23. ScotPHO team. ScotPHO reports and papers: alcohol attributable mortality and morbidity [Internet]. [cited 2011 Aug 29]. Available from: <http://www.scotpho.org.uk/alcoholPAFreport/>
24. Jones L, Bellis MA, Dedman D, Sumnall H, Tocque K. Alcohol-attributable fractions for England (Alcohol-attributable mortality and hospital admissions) [Internet]. 2009 [cited 2012 Aug 29]. Available from: <http://www.alcohollearningcentre.org.uk/Topics/Browse/Data/?parent=4644&child=4911>
25. Radisauskas R, Prochorskas R, Grabauskas V, Bernotiene G, Tamosiunas A, Veryga A. Recent Heavy Alcohol Consumption at Death Certified as Ischaemic Heart Disease: Correcting Mortality Data from Kaunas (Lithuania). *Alcohol and Alcoholism*. 2011 Oct;46(5):614–619.
26. Jankauskienė D. The Impact of the Economic and Financial Crisis on the Health Care Sector in Lithuania. *Visuomenės sveikata*. 2009;3(46):16–30.
27. Klumbiene J, Kalasauskas D, Petkeviciene J, Veryga A, Sakyte E. Trends and social differences in alcohol consumption during the postcommunist transition in Lithuania. *ScientificWorldJournal*. 2012;2012:615183.
28. Šumskas L, Zaborskis A, Grabauskas V. Social determinants of smoking, alcohol and drug use among Lithuanian School-aged children: results from 5 consecutive HBSC surveys, 1994–2010. *Medicina (Kaunas)*. 2012;48(11):595–604.

29. Landberg J. Self-Reported Alcohol Consumption and the Risk of Alcohol-Related Problems: A Comparative Risk-Curve Analysis of the 3 Baltic Countries, Sweden, and Italy. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 2012;36(1):113–8.
30. Sauliune S, Petrauskiene J, Kalediene R. Alcohol-Related Injuries and Alcohol Control Policy in Lithuania: Effect of the Year of Sobriety, 2008. *Alcohol and Alcoholism* [Internet]. 2012 Mar 27 [cited 2013 Dec 4]; Available from: <http://alcalc.oxfordjournals.org/content/early/2012/03/27/alcalc.ags033>
31. Everatt R, Tamosiunas A, Kuzmickiene I, Virviciute D, Radisauskas R, Reklaitiene R, et al. Alcohol consumption and risk of gastric cancer: a cohort study of men in Kaunas, Lithuania, with up to 30 years follow-up. *BMC Cancer*. 2012;12:475.
32. Everatt R, Tamosiunas A, Virviciute D, Kuzmickiene I, Reklaitiene R. Consumption of alcohol and risk of cancer among men: a 30 year cohort study in Lithuania. *Eur J Epidemiol*. 2013 May;28(5):383–92.
33. Bertašiūtė E. Lietuvos Alaus Ir Stipriųjų Gėrimų Rinkos Dinamika [Magistro baigiamasis darbas]. [Vilnius]: Mykolo Riomerio universitetas; 2007.
34. Gaižaitytė L. Valstybinė Tabako Ir Alkoholio Kontrolės Tarnyba (kompetencija Ir Veiklos Praktika) [Magistro baigiamasis darbas]. [Vilnius]: Vilniaus universitetas; 2009.
35. Maknavičiūtė V. Alkoholinių Gėrimų Reklamos Situacija Lietuvoje [Magistro baigiamasis darbas]. [Kaunas]: Kauno medicinos universitetas; 2008.
36. Genytė G. Alkoholio Kontrolės Įstatymo Pataisos Žiniasklaidos Diskurse [Magistro baigiamasis darbas]. [Kaunas]: Vytauto Didžiojo universitetas; 2008.
37. Daugalaitė I. Europos Alkoholio Kontrolės Politika: Lietuvos Ir Švedijos Atvejo Analizė [Magistro baigiamasis darbas]. [Kaunas]: Vytauto Didžiojo universitetas; 2009.
38. Iksalaitė R. Visuomenės Sveikatos Priežiūros Finansavimas: ES Ir Lietuvos Programų Atvejis [Magistro baigiamasis darbas]. [Kaunas]: Vytauto Didžiojo universitetas; 2009.
39. Bobelytė E. Akcizų Reikšmė Biudžeto Surinkimo Procesoje [Magistro baigiamasis darbas]. [Vilnius]: Mykolo Riomerio universitetas; 2011.
40. Šipaitė S. Įrodymais Grįsta Politika: Alkoholio Kontrolės Politikos Įgyvendinimas Lietuvoje [Magistro baigiamasis darbas]. [Kaunas]: Vytauto Didžiojo universitetas; 2011.
41. Parry CD, Patra J, Rehm J. Alcohol consumption and non-communicable diseases: epidemiology and policy implications. *Addiction*. 2011 Oct;106(10):1718–24.
42. Probst C, Roerecke M, Behrendt S, Rehm J. Socioeconomic differences in alcohol-attributable mortality compared with all-cause mortality: a systematic review and meta-analysis. *Int J Epidemiol*. 2014 Mar 11;
43. O’Keefe JH, Bhatti SK, Bajwa A, Dinicolantonio JJ, Lavie CJ. Alcohol and Cardiovascular Health: The Dose Makes the Poison...or the Remedy. *Mayo Clin Proc*. 2014 Mar;89(3):382–93.
44. Di Minno MND, Franchini M, Russolillo A, Lupoli R, Iervolino S, Di Minno G. Alcohol dosing and the heart: updating clinical evidence. *Semin Thromb Hemost*. 2011 Nov;37(8):875–84.
45. O’Keefe JH, Bybee KA, Lavie CJ. Alcohol and cardiovascular health: the razor-sharp double-edged sword. *J Am Coll Cardiol*. 2007 Sep 11;50(11):1009–14.

46. Thompson PL. J-curve revisited: cardiovascular benefits of moderate alcohol use cannot be dismissed. *Med J Aust.* 2013 May 6;198(8):419–22.
47. Roerecke M, Rehm J. The cardioprotective association of average alcohol consumption and ischaemic heart disease: a systematic review and meta-analysis. *Addiction.* 2012 Jul;107(7):1246–60.
48. Corrao G, Rubbiati L, Bagnardi V, Zambon A, Poikolainen K. Alcohol and coronary heart disease: a meta-analysis. *Addiction.* 2000;95(10):1505–23.
49. Bagnardi V, Zatonski W, Scotti L, La Vecchia C, Corrao G. Does drinking pattern modify the effect of alcohol on the risk of coronary heart disease? Evidence from a meta-analysis. *J Epidemiol Community Health.* 2008 Jul;62(7):615–9.
50. Patra J, Taylor B, Irving H, Roerecke M, Baliunas D, Mohapatra S, et al. Alcohol consumption and the risk of morbidity and mortality for different stroke types--a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health.* 2010;10:258.
51. Gutjahr E, Gmel G, Rehm J. Relation between Average Alcohol Consumption and Disease: An Overview. *European Addiction Research.* 2001;7(3):117–27.
52. Ashley MJ, Rehm J, Bondy S, Single E. Beyond Ischemic Heart Disease: Are There Other Health Benefits from Drinking Alcohol. *Contemp Drug Probs.* 2000;27:735.
53. Walcher T, Haenle MM, Mason RA, Koenig W, Imhof A, Kratzer W, et al. The effect of alcohol, tobacco and caffeine consumption and vegetarian diet on gallstone prevalence. *Eur J Gastroenterol Hepatol.* 2010 Nov;22(11):1345–51.
54. Carlsson S, Hammar N, Grill V. Alcohol consumption and type 2 diabetes. *Diabetologia.* 2005 Apr 30;48(6):1051–4.
55. Klatsky AL. Alcohol, cardiovascular diseases and diabetes mellitus. *Pharmacological Research.* 2007 Mar;55(3):237–47.
56. Merlotti C, Morabito A, Pontiroli AE. Prevention of type 2 diabetes; a systematic review and meta-analysis of different intervention strategies. *Diabetes Obes Metab.* 2014 Feb 1;n/a–n/a.
57. Valkonen T. Problems in the measurement and international comparisons of socioeconomic differences in mortality. *Soc Sci Med.* 1993 Feb;36(4):409–18.
58. Koskinen S, Martelin T. Why are socioeconomic mortality differences smaller among women than among men? *Soc Sci Med.* 1994 May;38(10):1385–96.
59. Mäkelä P, Valkonen T, Martelin T. Contribution of deaths related to alcohol use to socioeconomic variation in mortality: register based follow up study. *BMJ.* 1997 Jul 26;315(7102):211–6.
60. Martikainen P, Mäkelä P, Koskinen S, Valkonen T. Income differences in mortality: a register-based follow-up study of three million men and women. *Int J Epidemiol.* 2001 Dec;30(6):1397–405.
61. Kivimäki M, Vahtera J, Virtanen M, Elovainio M, Pentti J, Ferrie JE. Temporary employment and risk of overall and cause-specific mortality. *Am J Epidemiol.* 2003 Oct 1;158(7):663–8.
62. Kivimäki M, Gunnell D, Lawlor DA, Davey Smith G, Pentti J, Virtanen M, et al. Social inequalities in antidepressant treatment and mortality: a longitudinal register study. *Psychol Med.* 2007 Mar;37(3):373–82.
63. Mackenbach JP, Stirbu I, Roskam A-JR, Schaap MM, Menvielle G, Leinsalu M, et al. Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. *N Engl J Med.* 2008 Jun 5;358(23):2468–81.

64. Hemström O. Alcohol-related deaths contribute to socioeconomic differentials in mortality in Sweden. *Eur J Public Health*. 2002 Dec;12(4):254–62.
65. Voss M, Nylén L, Floderus B, Diderichsen F, Terry PD. Unemployment and early cause-specific mortality: a study based on the Swedish twin registry. *Am J Public Health*. 2004 Dec;94(12):2155–61.
66. Shkolnikov VM, Leon DA, Adamets S, Andreev E, Deev A. Educational level and adult mortality in Russia: an analysis of routine data 1979 to 1994. *Soc Sci Med*. 1998 Aug;47(3):357–69.
67. Pridemore WA, Tomkins S, Eckhardt K, Kiryanov N, Saburova L. A case-control analysis of socio-economic and marital status differentials in alcohol- and non-alcohol-related mortality among working-age Russian males. *Eur J Public Health*. 2010 Oct;20(5):569–75.
68. Leinsalu M, Vägerö D, Kunst AE. Estonia 1989-2000: enormous increase in mortality differences by education. *Int J Epidemiol*. 2003 Dec;32(6):1081–7.
69. Zagodzón P, Zaborski L, Ejsmont J. Survival and cause-specific mortality among unemployed individuals in Poland during economic transition. *J Public Health (Oxf)*. 2009 Mar;31(1):138–46.
70. Faeh D, Bopp M, Swiss National Cohort Study Group. Educational inequalities in mortality and associated risk factors: German--versus French-speaking Switzerland. *BMC Public Health*. 2010;10:567.
71. Tjepkema M, Wilkins R, Long A. Cause-specific mortality by education in Canada: a 16-year follow-up study. *Health Rep*. 2012 Sep;23(3):23–31.
72. Babor TF, Caetano R, Casswell S, Edwards G, Giesbrecht N, Graham K, et al. *Alcohol: No Ordinary Commodity*. Oxford University Press; 2003.
73. Alcohol, Group PP. *Alcohol: No Ordinary Commodity – a summary of the second edition*. *Addiction*. 2010;105(5):769–79.
74. Kaner EFS, Beyer F, Dickinson HO, Pienaar E, Campbell F, Schlesinger C, et al. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007;(2):CD004148.
75. Kaner E, Bland M, Cassidy P, Coulton S, Dale V, Deluca P, et al. Effectiveness of screening and brief alcohol intervention in primary care (SIPS trial): pragmatic cluster randomised controlled trial. *BMJ: British Medical Journal [Internet]*. 2013 Jan 9 [cited 2013 Jun 17];346. Available from: <http://www.bmj.com/content/346/bmj.e8501.abstract>
76. Cuijpers P, Riper H, Lemmers L. The effects on mortality of brief interventions for problem drinking: a meta-analysis. *Addiction*. 2004 Jul;99(7):839–45.
77. Solberg LI, Maciosek MV, Edwards NM. Primary care intervention to reduce alcohol misuse ranking its health impact and cost effectiveness. *Am J Prev Med*. 2008 Feb;34(2):143–52.
78. Kristenson H, Osterling A, Nilsson J-A, Lindgärde F. Prevention of alcohol-related deaths in middle-aged heavy drinkers. *Alcohol Clin Exp Res*. 2002 Apr;26(4):478–84.
79. Ballesteros J, Duffy JC, Querejeta I, Ariño J, González-Pinto A. Efficacy of brief interventions for hazardous drinkers in primary care: systematic review and meta-analyses. *Alcohol Clin Exp Res*. 2004 Apr;28(4):608–18.

80. Fleming MF, Mundt MP, French MT, Manwell LB, Stauffacher EA, Barry KL. Brief physician advice for problem drinkers: long-term efficacy and benefit-cost analysis. *Alcohol Clin Exp Res*. 2002 Jan;26(1):36–43.
81. Thavorncharoensap M, Teerawattananon Y, Yothasamut J, Lertpitakpong C, Chaikledkaew U. The economic impact of alcohol consumption: a systematic review. *Subst Abuse Treat Prev Policy*. 2009;4:20.
82. Collins D and L. The Social Costs of Drug Abuse in Australia in 1988 and 1992: Monograph no. 30 [Internet]. Commonwealth Department of Human Services and Health; [cited 2014 Mar 25]. Available from: <http://www.health.gov.au/internet/main/Publishing.nsf/Content/health-pubhlth-publicat-document-mono30-cnt.htm>
83. Collins DJ, Lapsley HM. Counting the cost: estimates of the social costs of drug abuse in Australia in 1998-1999. Publication reduction unit, Commonwealth department of health and ageing; 2002.
84. Single E, Robson L, Xie X, Rehm J. The economic costs of alcohol, tobacco and illicit drugs in Canada, 1992. *Addiction*. 1998 Jul;93(7):991–1006.
85. Xie X, Rehm J, Single E, Robson L, Paul J. The economic costs of alcohol abuse in Ontario. *Pharmacol Res*. 1998 Mar;37(3):241–9.
86. Cabinet Office: Alcohol misuse: How much does it cost? 2003.
87. Lehto J. The economics of alcohol. *Addiction*. 1997 Mar;92 Suppl 1:S55–59.
88. Fenoglio P, Parel V, Kopp P. The social cost of alcohol, tobacco and illicit drugs in France, 1997. *Eur Addict Res*. 2003 Jan;9(1):18–28.
89. Konnopka A, König H-H. Direct and indirect costs attributable to alcohol consumption in Germany. *Pharmacoeconomics*. 2007;25(7):605–18.
90. Nakamura K, Tanaka A, Takano T. The social cost of alcohol abuse in Japan. *J Stud Alcohol*. 1993 Sep;54(5):618–25.
91. Devlin NJ, Scuffham PA, Bunt LJ. The social costs of alcohol abuse in New Zealand. *Addiction*. 1997 Nov 1;92(11):1491–505.
92. Lima E, Esquerdo T. The economic costs of alcohol misuse in Portugal [Internet]. Universidade do Minho. Núcleo de Investigação em Microeconomia Aplicada; 2003 Oct. Available from: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/1998>
93. Varney SJ, Guest JF. The annual societal cost of alcohol misuse in Scotland. *Pharmacoeconomics*. 2002;20(13):891–907.
94. Chung W-J, Chun H-J, Lee S-M. [Socioeconomic costs of alcohol drinking in Korea]. *J Prev Med Public Health*. 2006 Jan;39(1):21–9.
95. Thavorncharoensap M, Teerawattananon Y, Yothasamut J, Lertpitakpong C, Thitiboonsuwan K, Neramitpitagkul P, et al. The economic costs of alcohol consumption in Thailand, 2006. *BMC Public Health*. 2010;10:323.
96. Harwood HJ, Fountain D, Livermore G: The economic costs of alcohol and drug abuse in the United States 1992. Volume NIH Publication no. 98-432 1998.
97. Harwood HJ: Updating Estimates of the economic costs of alcohol abuse in the United States: Estimates, Update, methods, and data. US. Department of Health and Human Service; 2000.
98. Anderson P, Baumberg B. Alcohol in Europe: A Public Health Perspective. A report for the European Commission. Institute of Alcohol Studies, UK. [Internet]. 2006 [cited 2013 Dec 27]. Available from: [http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/life\\_style/alcohol/documents/alcohol\\_europe.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/alcohol/documents/alcohol_europe.pdf)

99. Single E, Collins D, Easton B, Harwood H, Lapsley H, Kopp P, et al. International guidelines for estimating the costs of substance abuse (2nd ed.). World Health Organization; 2003.
100. Collins D, Lapsley H, Brochu S, Easton B, PÉrez-GÚmez A, Rehm J, et al. International guidelines for the estimation of the avoidable costs of substance abuse. Ottawa: Health Canada, 2006.
101. Møller L, Matic S. Best practice in estimating the costs of alcohol – Recommendations for future studies [Internet]. 2010 [cited 2012 Sep 10]. Available from: <http://www.euro.who.int/en/what-we-publish/abstracts/best-practice-in-estimating-the-costs-of-alcohol-recommendations-for-future-studies>
102. The AMPHORA Manifesto for effective alcohol policy in Europe. EASL [Internet]. [cited 2014 Jan 20]. Available from: [http://www.easl.eu/\\_newsroom/latest-news/the-amphora-manifesto-for-effective-alcohol-policy-in-europe](http://www.easl.eu/_newsroom/latest-news/the-amphora-manifesto-for-effective-alcohol-policy-in-europe)
103. Babor TF. Alcohol research and the alcoholic beverage industry: issues, concerns and conflicts of interest. *Addiction*. 2009;104:34–47.
104. Babor TF, Winstanley EL. The world of drinking: national alcohol control experiences in 18 countries. *Addiction*. 2008;103(5):721–5.
105. Madden S. Alcohol: No Ordinary Commodity. Research and Public Policy. By T. F. Babor, R. Caetano, S. Casswell, G. Edwards, N. Giesbrecht, K. Graham, J. Grube, P. Gruenewald, L. Hill, H. Holder, R. Homel, E. Osterberg, J. Rehm, R. Room and I. Rossow. Oxford University Press. 290 pgs. ISBN 019 263261 2. Alcohol and Alcoholism. 2005 Mar 1;40(2):157–157.
106. Babor TF. Commentary on Laslett et al. (2011): alcohol-related collateral damage and the broader issue of alcohol’s social costs. *Addiction*. 2011 Sep;106(9):1612–3.
107. Anderson P, Møller L, Galea G. Alcohol in the European Union. Consumption, harm and policy approaches. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen [Internet]. 2012 [cited 2013 Dec 18]. Available from: <http://www.euro.who.int/en/what-we-publish/abstracts/alcohol-in-the-european-union.-consumption,-harm-and-policy-approaches>
108. Babor TF, Caetano R, Casswell S, Edwards G, Giesbrecht N, Graham K, et al. Alcohol: No Ordinary Commodity [Internet]. Oxford University Press; 2010 [cited 2014 May 23]. Available from: <http://www.oxfordscholarship.com/view/10.1093/acprof:oso/9780199551149.001.0001/acprof-9780199551149>
109. Anderson P, Chisholm D, Fuhr DC. Effectiveness and cost-effectiveness of policies and programmes to reduce the harm caused by alcohol. *Lancet*. 2009 Jun 27;373(9682):2234–46.
110. Mäkelä P, Osterberg E. Weakening of one more alcohol control pillar: a review of the effects of the alcohol tax cuts in Finland in 2004. *Addiction*. 2009 Apr;104(4):554–63.
111. Elder RW, Lawrence B, Ferguson A, Naimi TS, Brewer RD, Chattopadhyay SK, et al. The effectiveness of tax policy interventions for reducing excessive alcohol consumption and related harms. *Am J Prev Med*. 2010 Feb;38(2):217–29.
112. Cook PJ, Moore MJ. The economics of alcohol abuse and alcohol-control policies. *Health Aff (Millwood)*. 2002 Apr;21(2):120–33.
113. Durrance CP, Golden S, Perreira K, Cook P. Taxing sin and saving lives: Can alcohol taxation reduce female homicides? *Soc Sci Med*. 2011 Jul;73(1):169–76.



114. Casswell S, Thamarangsi T. Reducing harm from alcohol: call to action. *Lancet*. 2009 Jun 27;373(9682):2247–57.
115. Markowitz S, Chatterji P, Kaestner R. Estimating the impact of alcohol policies on youth suicides. *J Ment Health Policy Econ*. 2003 Mar;6(1):37–46.
116. Adams M, Effertz T. Effective Prevention against Risky Underage Drinking — The Need for Higher Excise Taxes on Alcoholic Beverages in Germany. *Alcohol and Alcoholism*. 2010 Jul 1;45(4):387–94.
117. Lai T, Habicht J, Reinap M, Chisholm D, Baltussen R. Costs, health effects and cost-effectiveness of alcohol and tobacco control strategies in Estonia. *Health Policy*. 2007 Nov;84(1):75–88.
118. Österberg EL. Alcohol tax changes and the use of alcohol in Europe. *Drug Alcohol Rev*. 2011 Mar;30(2):124–9.
119. Folland S, Goodman AC, Stano M. *The Economics of Health and Health Care (Chapter 24 The Health Economics of Bads)*. 7th ed. Pearson Education; 2013.
120. Fell JC, Voas RB. The effectiveness of reducing illegal blood alcohol concentration (BAC) limits for driving: evidence for lowering the limit to .05 BAC. *J Safety Res*. 2006;37(3):233–43.
121. Brady JE, Baker SP, Dimaggio C, McCarthy ML, Rebok GW, Li G. Effectiveness of mandatory alcohol testing programs in reducing alcohol involvement in fatal motor carrier crashes. *Am J Epidemiol*. 2009 Sep 15;170(6):775–82.
122. Hall WD, Wallace AL, Cobiac LJ, Doran CM, Vos T. How can we reduce alcohol-related road crash deaths among young Australians? *Med J Aust*. 2010 Apr 19;192(8):464–6.
123. Mercer SL, Sleet DA, Elder RW, Cole KH, Shults RA, Nichols JL. Translating evidence into policy: lessons learned from the case of lowering the legal blood alcohol limit for drivers. *Ann Epidemiol*. 2010 Jun;20(6):412–20.
124. Sloan FA, Eldred LM, Xu Y. The behavioral economics of drunk driving. *J Health Econ*. 2014 May;35:64–81.
125. Kaner EFS, Beyer F, Dickinson HO, Pienaar E, Campbell F, Schlesinger C, et al. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007;(2):CD004148.
126. McQueen J, Howe TE, Allan L, Mains D, Hardy V. Brief interventions for heavy alcohol users admitted to general hospital wards. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011;(8):CD005191.
127. McCambridge J, Kypri K. Can simply answering research questions change behaviour? Systematic review and meta analyses of brief alcohol intervention trials. *PLoS ONE*. 2011;6(10):e23748.
128. Fachini A, Aliane PP, Martinez EZ, Furtado EF. Efficacy of brief alcohol screening intervention for college students (BASICS): a meta-analysis of randomized controlled trials. *Subst Abuse Treat Prev Policy*. 2012;7:40.
129. Heather N. Can screening and brief intervention lead to population-level reductions in alcohol-related harm? *Addict Sci Clin Pract*. 2012;7(1):15.
130. Jonas DE, Garbutt JC, Amick HR, Brown JM, Brownley KA, Council CL, et al. Behavioral counseling after screening for alcohol misuse in primary care: a systematic review and meta-analysis for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med*. 2012 Nov 6;157(9):645–54.

131. Rehm J, Baliunas D, Borges GLG, Graham K, Irving H, Kehoe T, et al. The relation between different dimensions of alcohol consumption and burden of disease: an overview. *Addiction*. 2010;105(5):817–43.
132. Corrao G, Bagnardi V, Zambon A, La Vecchia C. A meta-analysis of alcohol consumption and the risk of 15 diseases. *Prev Med*. 2004;38(5):613–9.
133. Hamajima N, Hirose K, Tajima K, Rohan T, Calle EE, Heath CW Jr, et al. Alcohol, tobacco and breast cancer--collaborative reanalysis of individual data from 53 epidemiological studies, including 58,515 women with breast cancer and 95,067 women without the disease. *Br J Cancer*. 2002;87(11):1234–45.
134. Rehm J, Room R, Monteiro M, Gmel G, Graham K, Rehn N, et al. WHO | Comparative quantification of health risks [Internet]. WHO. 2004 [cited 2012 Dec 6]. Available from: [http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/cra/en/](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/cra/en/)
135. Radisauskas R, Prochorskas R, Grabauskas V, Bernotiene G, Tamosiunas A, Veryga A. Recent Heavy Alcohol Consumption at Death Certified as Ischaemic Heart Disease: Correcting Mortality Data from Kaunas (Lithuania). *Alcohol and Alcoholism*. 2011;46(5):614–9.
136. Abbott RD, Curb JD, Rodriguez BL, Masaki KH, Yano K, Schatz IJ, et al. Age-Related Changes in Risk Factor Effects on the Incidence of Coronary Heart Disease. *Annals of Epidemiology*. 2002;12(3):173–81.
137. McElduff P, Dobson AJ. How much alcohol and how often? Population based case-control study of alcohol consumption and risk of a major coronary event. *BMJ*. 1997 Apr 19;314(7088):1159–64.
138. Trevisan M, Schisterman E, Mennotti A, Farchi G, Conti S. Drinking Pattern and Mortality:: The Italian Risk Factor and Life Expectancy Pooling Project. *Annals of Epidemiology*. 2001 Jul;11(5):312–9.
139. Sundell L, Salomaa V, Vartiainen E, Poikolainen K, Laatikainen T. Increased Stroke Risk Is Related to a Binge Drinking Habit. *Stroke*. 2008 Dec 1;39(12):3179–84.
140. Lietuvos Kelių Policijos Tarnyba. Eismo įvykių Lietuvoje statistika. [Internet]. 2013 [cited 2013 Jan 2]. Available from: <http://www.lkpt.lt/lt/statistika/index.php>
141. Benošis A, Jasulaitis A. Alkoholinio neblaivumo ir mirtingumo sąsajos Lietuvoje 1985-2001 m. *Sveikatos mokslai*. 2004;6(37):91–7.
142. Lietuvos gyventojų sergamumas apskrityse ir savivaldybėse. Higienos instituto Sveikatos informacijos centras. 2012. [Internet]. [cited 2013 Jan 7]. Available from: [http://sic.hi.lt/html/leid\\_se.htm](http://sic.hi.lt/html/leid_se.htm)
143. Lietuvos Kelių policijos tarnyba. Kelių eismo taisyklių pažeidimų statistika. [Internet]. 2013 [cited 2013 Jan 14]. Available from: <http://www.lkpt.lt/lt/statistika/ket/>
144. Informatikos ir ryšių departamentas prie Lietuvos Respublikos vidaus reikalų ministerijos. Nusikalstamumo ir ikiteisminių tyrimų statistika. [Internet]. 2013 [cited 2013 Jan 14]. Available from: [http://www.ird.lt/infusions/report\\_manager/report\\_manager.php?metai=2010&menuo=12&idAta=1&rt=1&oldYear=2011&id=198&idStat=10&regionas=0&id3=1#Atas-NEB](http://www.ird.lt/infusions/report_manager/report_manager.php?metai=2010&menuo=12&idAta=1&rt=1&oldYear=2011&id=198&idStat=10&regionas=0&id3=1#Atas-NEB)
145. Lietuvos gyventojų mirtingumo rodiklių duomenų bazė. LSMU Statistinės duomenų bazės. 2012 [Internet]. [cited 2013 Jan 2]. Available from: <http://lsmuni.lt/lt/biblioteka/informacijos-istekliai/statistines-duomenu-bazes/>

146. Lietuvos statistikos departamentas. Gyventojai ir socialinė statistika. Vidutinis gyventojų skaičius pagal lytį ir amžių. 2014. [Internet]. [cited 2014 May 28]. Available from: <http://osp.stat.gov.lt/temines-lenteles19>
147. Valstybinė ligonių kasa. Ligonių kasos: 2010-ųjų apžvalga [Internet]. [cited 2013 Jan 21]. Available from: [http://senaversija.vlk.lt/vlk/files/2011/veikla/VLK\\_2010\\_APZVALGA.pdf](http://senaversija.vlk.lt/vlk/files/2011/veikla/VLK_2010_APZVALGA.pdf)
148. LR SAM Įsakymas. Dėl bazinių kainų balo vertės. 2009 m. gruodžio 30 d. Nr. V-1105, Vilnius. [Internet]. [cited 2014 Apr 14]. Available from: [http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc\\_l?p\\_id=362690&p\\_query=D%CBL%20BAZINI%D8%20KAIN%D8%20BALO%20VERT%CBS&p\\_tr2=2](http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=362690&p_query=D%CBL%20BAZINI%D8%20KAIN%D8%20BALO%20VERT%CBS&p_tr2=2)
149. LR SAM Įsakymas. Dėl bazinių kainų balo vertės. 2010 m. rugsėjo 10 d. Nr. V-788, Vilnius. [Internet]. [cited 2014 Apr 14]. Available from: [http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc\\_l?p\\_id=380973&p\\_query=D%CBL%20BAZINI%D8%20KAIN%D8%20BALO%20VERT%CBS&p\\_tr2=2](http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=380973&p_query=D%CBL%20BAZINI%D8%20KAIN%D8%20BALO%20VERT%CBS&p_tr2=2)
150. LR SAM Įsakymas. Dėl bazinių kainų balo vertės ir atsiskaitymo su asmens sveikatos priežiūros įstaigomis. 2010 m. lapkričio 19 d. Nr. V-1003, Vilnius. [Internet]. [cited 2014 Apr 14]. Available from: [http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc\\_l?p\\_id=387117&p\\_query=D%CBL%20BAZINI%D8%20KAIN%D8%20BALO%20VERT%CBS&p\\_tr2=2](http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=387117&p_query=D%CBL%20BAZINI%D8%20KAIN%D8%20BALO%20VERT%CBS&p_tr2=2)
151. Lietuvos statistikos departamentas. Pensijų gavėjai ir pensijos. [Internet]. [cited 2013 Jan 28]. Available from: <http://www.stat.gov.lt/lt/pages/view/?id=1620>
152. Lietuvos statistikos departamentas. Vidutinis mėnesinis bruto darbo užmokestis pagal ekonomikos sektorius. [Internet]. [cited 2013 Jan 17]. Available from: <http://www.stat.gov.lt/lt/pages/view/?id=1304>
153. Lietuvos statistikos departamentas. Darbo jėga, užimtumas ir nedarbas. Rodiklių duomenų bazė. [Internet]. [cited 2013 Jan 12]. Available from: <http://db1.stat.gov.lt/statbank/SelectVarVal/saveselections.asp>
154. Vaistų farmakoekonominės analizės rekomendacijos. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas. Nr. V-26. 2003 m. sausio 20d. Vilnius [Internet]. [cited 2013 Jan 17]. Available from: [http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc\\_l?p\\_id=204890&p\\_query=&p\\_tr2=2](http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=204890&p_query=&p_tr2=2)
155. Drummond M, Sculpher M, Torrance W, O'Brien B, Stoddart G. Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes. 3rd ed. Oxford University Press. 2005.
156. Lietuvos statistikos departamentas. Valstybinio socialinio draudimo senatvės, invalidumo ir netekto darbingumo pensijų gavėjai. Rodiklių duomenų bazė. [Internet]. [cited 2013 Jan 28]. Available from: <http://db1.stat.gov.lt/statbank/selectvarval/saveselections.asp?MainTable=M3160404&PLanguage=0&TableStyle=&Buttons=&PXSID=5689&IQY=&TC=&ST=ST&rvar0=&rvar1=&rvar2=&rvar3=&rvar4=&rvar5=&rvar6=&rvar7=&rvar8=&rvar9=&rvar10=&rvar11=&rvar12=&rvar13=&rvar14=>
157. Valstybės vaiko teisių apsaugos ir įvaikinimo tarnyba prie Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos. 2010 m. veiklos ataskaita. 13p. [Internet]. [cited 2013 Jan 16]. Available from: <http://www.vaikoteises.lt/lt/veikla/ataskaitos/>
158. Lietuvos statistikos departamentas. Lietuvos vaikai. [Internet]. [cited 2013 Jan 25]. Available from: <http://www.stat.gov.lt/lt/pages/view/?id=1878>

159. Socialinės apsaugos ir darbo ministerija. Vaikų globos namai. [Internet]. [cited 2013 Jan 12]. Available from: <http://www.socmin.lt/index.php?271489454>
160. Socialinės globos įstaigų administravimo tarnyba. Valstybės vaikų socialinės globos įstaigos 2010 metais. Tyrimai, analizės, suvestinės. 31p. [Internet]. [cited 2013 Jan 14]. Available from: <http://www.sgiat.lt/tyrimai-analizes-suveslines-2/>
161. Kalėjimų departamentas prie Lietuvos Respublikos Teisingumo ministerijos. Vienam asmeniui išlaikyti įkalinimo įstaigose per dieną panaudota lėšų. 2010 metų ataskaita. [Internet]. [cited 2013 Jan 14]. Available from: [http://www.kalejimudepartamentas.lt/default.aspx?item=vkl\\_at\\_mt&id=3513](http://www.kalejimudepartamentas.lt/default.aspx?item=vkl_at_mt&id=3513)
162. Kalėjimų departamentas prie Lietuvos Respublikos Teisingumo ministerijos. Nuteistųjų skaičius, sudėtis (pagal padarytą nusikaltimą, amžių, bausmės terminą ir kt.) Ir jų kaita. 2010 m. suvestinė. [Internet]. [cited 2013 Jan 14]. Available from: [http://www.kalejimudepartamentas.lt/default.aspx?item=vkl\\_at\\_mt&id=3512](http://www.kalejimudepartamentas.lt/default.aspx?item=vkl_at_mt&id=3512)
163. Duomenys apie nusikalstamumą Lietuvos Respublikoje (Forma\_1Ž) 2004-2005 m. Informatikos ir ryšių departamentas. [Internet]. [cited 2013 Jan 14]. Available from: [http://www.ird.lt/infusions/report\\_manager/reports/html\\_file.php?metai=2005&menuo=12&ff=1Z&fnr=1&rt=1&oldYear=2005](http://www.ird.lt/infusions/report_manager/reports/html_file.php?metai=2005&menuo=12&ff=1Z&fnr=1&rt=1&oldYear=2005)
164. Duomenys apie nusikalstamumą Lietuvos Respublikoje (Forma\_1Ž) 2006-2007 m. Informatikos ir ryšių departamentas. [Internet]. [cited 2013 Jan 14]. Available from: [http://www.ird.lt/infusions/report\\_manager/reports/txt\\_file.php?fv=data/200712/f-1z-200712.data.txt&ff=%3C%21--%7C1Z%7C1%7C--%3E&tt=Duomenys%20apie%20nusikalstamum%C4%85%20Lietuvos%20Respublikoje%20%28Forma\\_1%C5%BD%29](http://www.ird.lt/infusions/report_manager/reports/txt_file.php?fv=data/200712/f-1z-200712.data.txt&ff=%3C%21--%7C1Z%7C1%7C--%3E&tt=Duomenys%20apie%20nusikalstamum%C4%85%20Lietuvos%20Respublikoje%20%28Forma_1%C5%BD%29)
165. Duomenys apie nusikalstamumą Lietuvos Respublikoje (Forma\_1Ž) 2008-2009 m. Informatikos ir ryšių departamentas. [Internet]. [cited 2013 Jan 14]. Available from: [http://www.ird.lt/infusions/report\\_manager/reports/txt\\_file.php?fv=data/200912/f-1z-200912.data.txt&ff=%3C%21--%7C1Z%7C1%7C--%3E&tt=Duomenys%20apie%20nusikalstamum%C4%85%20Lietuvos%20Respublikoje%20%28Forma\\_1%C5%BD%29](http://www.ird.lt/infusions/report_manager/reports/txt_file.php?fv=data/200912/f-1z-200912.data.txt&ff=%3C%21--%7C1Z%7C1%7C--%3E&tt=Duomenys%20apie%20nusikalstamum%C4%85%20Lietuvos%20Respublikoje%20%28Forma_1%C5%BD%29)
166. Duomenys apie nusikalstamumą Lietuvos Respublikoje (Forma\_1Ž) 2010-2011 m. Informatikos ir ryšių departamentas. [Internet]. [cited 2013 Jan 14]. Available from: [http://www.ird.lt/infusions/report\\_manager/reports/txt\\_file.php?fv=data/201112/f-1z-201112.data.txt&ff=%3C%21--%7C1Z%7C1%7C--%3E&tt=Duomenys%20apie%20nusikalstamum%C4%85%20Lietuvos%20Respublikoje%20%28Forma\\_1%C5%BD%29](http://www.ird.lt/infusions/report_manager/reports/txt_file.php?fv=data/201112/f-1z-201112.data.txt&ff=%3C%21--%7C1Z%7C1%7C--%3E&tt=Duomenys%20apie%20nusikalstamum%C4%85%20Lietuvos%20Respublikoje%20%28Forma_1%C5%BD%29)
167. Duomenys apie nusikalstamas veikas, padarytas Lietuvos Respublikoje (Forma\_EK-SAV) 2008-2009 m. Informatikos ir ryšių departamentas. [Internet]. [cited 2013 Jan 14]. Available from: [http://www.ird.lt/infusions/report\\_manager/reports/html\\_file.php?metai=2009&menuo=12&ff=EK-SAV&fnr=83&rt=1&oldYear=2009](http://www.ird.lt/infusions/report_manager/reports/html_file.php?metai=2009&menuo=12&ff=EK-SAV&fnr=83&rt=1&oldYear=2009)
168. Duomenys apie nusikalstamas veikas, padarytas Lietuvos Respublikoje (Forma\_EK-SAV) 2010-2011 m. Informatikos ir ryšių departamentas. [Internet]. [cited 2013 Jan 14]. Available from: [http://www.ird.lt/infusions/report\\_manager/reports/html\\_file.php?metai=2011&menuo=12&ff=EK-SAV&fnr=89&rt=1&oldYear=2011](http://www.ird.lt/infusions/report_manager/reports/html_file.php?metai=2011&menuo=12&ff=EK-SAV&fnr=89&rt=1&oldYear=2011)
169. European Health for All Database (HFA-DB). Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2013 [Internet]. 2012 [cited 2013 Dec 2]. Available from:

- <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/data-and-evidence/databases/european-health-for-all-database-hfa-db2>
170. European detailed mortality database (DMDB). Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012 [Internet]. 2012 [cited 2013 Dec 3]. Available from: <http://data.euro.who.int/dmdb/>
  171. European hospital morbidity database (HMDB). Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012 [Internet]. [cited 2013 Dec 3]. Available from: <http://data.euro.who.int/hmdb/>
  172. Lietuvos statistikos departamentas. Rodiklių duomenų bazė. [Internet]. [cited 2012 Mar 11]. Available from: <http://db1.stat.gov.lt/statbank/default.asp?w=1280>
  173. Higienos institutas. Lietuvos Sveikatos Rodiklių Informacinė Sistema [Internet]. [cited 2012 Mar 11]. Available from: <http://sic.hi.lt/html/srs.htm>
  174. Valstybinė mokesčių inspekcija prie Lietuvos Respublikos finansų ministerijos. VMI administruojamų nacionalinio biudžeto pajamų surinkimo archyvas. [Internet]. [cited 2012 Mar 12]. Available from: <http://www.vmi.lt/lt/?itemId=10121222>
  175. Lietuvos statistikos departamentas. Alkoholio vartojimas ir padariniai. [Internet]. [cited 2012 Mar 11]. Available from: <http://www.stat.gov.lt/lt/pages/view/?id=2604>
  176. Rabinovich L, Brutscher P-B, de Vries, H, Tiessen J, Clift J, Reding A. The affordability of alcoholic beverages in the European Union. Understanding the link between alcohol affordability, consumption and harms. Technical Report Prepared for the European Commission DG SANCO [Internet]. RAND Europe; 2009. Available from: [http://ec.europa.eu/health/archive/ph\\_determinants/life\\_style/alcohol/documents/alcohol\\_rand\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/life_style/alcohol/documents/alcohol_rand_en.pdf)
  177. Razvodovsky YE. Affordability of alcohol and alcohol-related mortality in Belarus. *Adicciones*. 2013;25(2):156–62.
  178. Wall M, Casswell S. Affordability of alcohol as a key driver of alcohol demand in New Zealand: a co-integration analysis. *Addiction*. 2013 Jan;108(1):72–9.
  179. Kerr WC, Patterson D, Greenfield TK, Jones AS, McGeary KA, Terza JV, et al. U.S. alcohol affordability and real tax rates, 1950–2011. *Am J Prev Med*. 2013 May;44(5):459–64.
  180. Nelson JP. Alcohol affordability and alcohol demand: cross-country trends and panel data estimates, 1975 to 2008. *Alcohol Clin Exp Res*. 2014 Apr;38(4):1167–75.
  181. Wagenaar AC, Salois MJ, Komro KA. Effects of beverage alcohol price and tax levels on drinking: a meta-analysis of 1003 estimates from 112 studies. *Addiction*. 2009 Feb;104(2):179–90.
  182. Nelson JP. Meta-analysis of alcohol price and income elasticities – with corrections for publication bias. *Health Economics Review*. 2013 Jul 24;3(1):17.
  183. Gallet CA. The demand for alcohol: a meta-analysis of elasticities\*. *Australian Journal of Agricultural and Resource Economics*. 2007;51(2):121–35.
  184. Seabrook R. A New Measure of Alcohol Affordability for the UK. *Alcohol and Alcoholism*. 2010 Nov 1;45(6):581–5.
  185. Statistics on Alcohol: England, 2011 [NS] [Internet]. [cited 2013 Dec 16]. Available from: <http://www.ic.nhs.uk/pubs/alcohol11>
  186. Anderson P, Chisholm D, Fuhr DC. Effectiveness and cost-effectiveness of policies and programmes to reduce the harm caused by alcohol. *Lancet*. 2009 Jun 27;373(9682):2234–46.

187. Paukštė E, Liutkutė V, Stelemėkas M, Goštautaitė Midttun N, Veryga A. Overturn of the proposed alcohol advertising ban in Lithuania. *Addiction*. 2014 May;109(5): 711–9.
188. Boffetta P, Hashibe M, La Vecchia C, Zatonski W, Rehm J. The burden of cancer attributable to alcohol drinking. *International Journal of Cancer*. 2006;119(4):884–7.
189. Fillmore KM, Stockwell T, Chikritzhs T, Bostrom A, Kerr W. Moderate Alcohol Use and Reduced Mortality Risk: Systematic Error in Prospective Studies and New Hypotheses. *Annals of Epidemiology*. 2007 May;17(5):S16–S23.
190. Bagnardi V, Zatonski W, Scotti L, Vecchia CL, Corrao G. Does drinking pattern modify the effect of alcohol on the risk of coronary heart disease? Evidence from a meta-analysis. *J Epidemiol Community Health*. 2008 Jul 1;62(7):615–9.
191. Murray RP, Connett JE, Tyas SL, Bond R, Ekuma O, Silversides CK, et al. Alcohol Volume, Drinking Pattern, and Cardiovascular Disease Morbidity and Mortality: Is There a U-shaped Function? *Am J Epidemiol*. 2002 Feb 1;155(3):242–8.
192. McKee M, Britton A. The positive relationship between alcohol and heart disease in eastern Europe: potential physiological mechanisms. *J R Soc Med*. 1998 Aug;91(8):402–7.
193. Knibbe RA, Bloomfield K. Alcohol consumption estimates in surveys in Europe: Comparability and sensitivity for gender differences. *Substance Abuse*. 2001;22(1):23–38.
194. Ramstedt M. How much alcohol do you buy? A comparison of self-reported alcohol purchases with actual sales. *Addiction*. 2010 Apr;105(4):649–54.
195. Stockwell T, Donath S, Cooper-Stanbury M, Chikritzhs T, Catalano P, Mateo C. Under-reporting of alcohol consumption in household surveys: a comparison of quantity-frequency, graduated-frequency and recent recall. *Addiction*. 2004 Aug;99(8):1024–33.
196. International Guide For Monitoring Alcohol Consumption And Related Harm. Department of Mental Health and Substance Dependence Noncommunicable Diseases and Mental Health Cluster. WHO, 2010.
197. Moskalewicz J, Sieroslawski J. Standardizing Measurement of Alcohol Related Troubles (Project SMART). Survey methodology – proposal of standardized comparative survey methodology. Final report. Institute of Psychiatry and Neurology. Warsaw, 2010. [Internet]. [cited 2013 Dec 2]. Available from: [http://www.alc-smart.ipin.edu.pl/survey\\_methodology\\_-\\_proposal\\_of\\_standardized\\_comp.html](http://www.alc-smart.ipin.edu.pl/survey_methodology_-_proposal_of_standardized_comp.html)
198. Ablingienė A, Krapavickaitė D, Minkevičiūtė D, Mačiukienė S, Klumbienė J, Petkevičienė J, et al. 2005 m. Lietuvos gyventojų sveikatos tyrimo rezultatai. Vilnius: Lietuvos statistikos departamentas; 2006.
199. Day A, Howells K, Heseltine K, Casey S. Alcohol use and negative affect in the offence cycle. *Crim Behav Ment Health*. 2003;13(1):45–58.
200. Parker RN. Alcohol and violence: connections, evidence and possibilities for prevention. *J Psychoactive Drugs*. 2004 May;Suppl 2:157–63.
201. McMurrin M, Jinks M, Howells K, Howard RC. Alcohol-related violence defined by ultimate goals: a qualitative analysis of the features of three different types of violence by intoxicated young male offenders. *Aggress Behav*. 2010 Feb;36(1):67–79.

202. Darke S. The toxicology of homicide offenders and victims: A review. *Drug Alcohol Rev.* 2010 Mar;29(2):202–15.
203. Kuhns JB, Wilson DB, Clodfelter TA, Maguire ER, Ainsworth SA. A meta-analysis of alcohol toxicology study findings among homicide victims. *Addiction.* 2011 Jan;106(1):62–72.
204. McMurrin M, Riemsma R, Manning N, Misso K, Kleijnen J. Interventions for alcohol-related offending by women: a systematic review. *Clin Psychol Rev.* 2011 Aug;31(6):909–22.
205. Connor J, Casswell S. Alcohol-related harm to others in New Zealand: evidence of the burden and gaps in knowledge. *N Z Med J.* 2012 Aug 24;125(1360):11–27.
206. Covington MW, Huff-Corzine L, Corzine J. Battered police: risk factors for violence against law enforcement officers. *Violence Vict.* 2014;29(1):34–52.
207. Karriker-Jaffe KJ, Greenfield TK. Gender differences in associations of neighbourhood disadvantage with alcohol's harms to others: a cross-sectional study from the USA. *Drug Alcohol Rev.* 2014 May;33(3):296–303.
208. Wolf A, Gray R, Fazel S. Violence as a public health problem: an ecological study of 169 countries. *Soc Sci Med.* 2014 Mar;104:220–7.
209. Informatikos ir ryšių departamentas prie Lietuvos Respublikos vidaus reikalų ministerijos. Nuteistųjų laisvės atėmimų skaičiaus, sudėties (pagal padarytą nusikaltimą, amžių, bausmės terminą ir kt.) ir jų kaitos suvestinė 2011 m. [Internet]. [cited 2014 May 28]. Available from: [http://www.ird.lt/infusions/report\\_manager/report\\_manager.php?metai=2011&menuo=12&rt=2&oldYear=2013&id=198&idStat=10&regionas=0&id3=1](http://www.ird.lt/infusions/report_manager/report_manager.php?metai=2011&menuo=12&rt=2&oldYear=2013&id=198&idStat=10&regionas=0&id3=1)

# PRIEDAI

*1 priedas*

## **Kauno regioninio biomedicininų tyrimų etikos komiteto atsakymas dėl leidimo tyrimui atlikti**

From: **Aurelija Noreikaite** <n.aurelija@yahoo.com>

Date: **2013-04-24 11:03 GMT+03:00**

Subject: Fw: Dėl bioetikos leidimo vykdant daktaro disertacijos tyrimą

To: "**mindaugas.stelemekas@gmail.com**" <mindaugas.stelemekas@gmail.com>

Laba diena,

Mūsų nuomone Jūsų tyrimui Biomedicininų tyrimų leidimas nėra reikalingas.  
geros dienos

Pagarbiai,

KRBTEK Biomedicininu tyrimu koordinavimo vadove,

Kauno regioninio biomedicininu tyrimu etikos komiteto administratore,

Aurelija Noreikaite



## Valstybinės duomenų apsaugos inspekcijos atsakymas dėl leidimo tyrimui atlikti

From: **Indrė Skersytė** <indre.skersyte@ada.lt>  
Date: **2013-10-09 16:05 GMT+03:00**  
Subject: Atsakymas į Jūsų paklausimą  
To: mindaugas.stelemekas@gmail.com

Laba diena,

Lietuvos Respublikos asmens duomenų teisinės apsaugos įstatymo (Žin., 1996, Nr. 63-1479; 2008, Nr. 22-804) (toliau – ADTAĮ) 2 straipsnio 1 dalyje įtvirtinta, kad asmens duomenys – bet kuri informacija, susijusi su fiziniu asmeniu – duomenų subjektu, kurio *tapatybė yra žinoma arba gali būti tiesiogiai ar netiesiogiai nustatyta* pasinaudojant tokiais duomenimis kaip asmens kodas, vienas arba keli asmeniui būdingi fizinio, fiziologinio, psichologinio, ekonominio, kultūrinio ar socialinio pobūdžio požymiai.

Tuo atveju, jei Jūs savo moksliniame tyrime naudosite ir šio tyrimo tikslais gausite tik statistinius ir/ar nuasmenintus duomenis, t. y., netvarkysite asmens duomenų, Jums kreiptis į Valstybinę duomenų apsaugos inspekciją dėl išankstinės patikros atlikimo pagal ADTAĮ 10 straipsnio 3 dalį nereikia.

Iškilus papildomiems klausimams, prašome kreiptis į Valstybinės duomenų apsaugos inspekcijos Teisės skyrių telefonu (8 5) 212 7532.

Pagarbiai,

Indrė Skersytė  
Valstybinės duomenų apsaugos inspekcijos  
Teisės skyriaus vyriausioji specialistė

## APD Lietuvai

Diagnozē	TLK-10	Lytis	APD atskiroms amžiaus grupēms							75 m. ir vyrēsi
			15-24 m.	25-34 m.	35-44 m.	45-54 m.	55-64 m.	65-74 m.		
<i>I</i>	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Alkoholio sukeltas pseudo-Kušingo (Cushing) sindromas	E24.4	V ir M	1	1	1	1	1	1	1	
Vernikēs (Wernicke) encefalopātija	E51.2	V ir M	1	1	1	1	1	1	1	
Psichikos ir elgesio sutrikimai, vartojant alkoholij	F10	V ir M	1	1	1	1	1	1	1	
Nervu sistēmas degenerācija, sukelta alkoholio	G31.2	V ir M	1	1	1	1	1	1	1	
Alkoholio sukelta polineuropātija	G62.1	V ir M	1	1	1	1	1	1	1	
Alkoholnē miopātija	G72.1	V ir M	1	1	1	1	1	1	1	
Alkoholnē kardiomiopātija	I42.6	V ir M	1	1	1	1	1	1	1	
Alkoholnē gastritis	K29.2	V ir M	1	1	1	1	1	1	1	
Alkoholnē kepeņu līga	K70	V ir M	1	1	1	1	1	1	1	
Lētinis alkoholnē pankreatitis	K86.0	V ir M	1	1	1	1	1	1	1	
Vaisiaus ir naujagimio patoloģija dēļ motinos vartojamo alkoholio	P04.3	V ir M	1	1	1	1	1	1	1	
Gimdvyēs priežiūra dēļ (ītariamo) vaisiaus pažeidimo alkoholio	O35.4	V ir M	1	1	1	1	1	1	1	

3 priedo tęsinys

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Vaisiaus alkoholinis sindromas (dismorfinis)	Q86.0	V ir M	1	1	1	1	1	1	1
Alkoholio nustatymas kraujyje	R78.0	V ir M	1	1	1	1	1	1	1
Alkoholio toksinis poveikis: etanolis	T51.0	V ir M	1	1	1	1	1	1	1
Alkoholio toksinis poveikis: metanolis	T51.1	V ir M	1	1	1	1	1	1	1
Alkoholio toksinis poveikis, nepatikslinta	T51.9	V ir M	1	1	1	1	1	1	1
Atsitiktinis apsinuodijimas alkoholiu bei jo poveikis	X45	V ir M	1	1	1	1	1	1	1
Tyčinis apsinuodijimas ir apnuodijimas alkoholiu	X65	V ir M	1	1	1	1	1	1	1
Apsinuodijimas alkoholiu bei jo poveikis, kai ketinimas nežinomas	Y15	V ir M	1	1	1	1	1	1	1
Alkoholio buvimas, patvirtintas nustatčius alkoholio kiekį kraujyje	Y90	V ir M	1	1	1	1	1	1	1
Alkoholio buvimas, patvirtintas nustatčius intoksikacijos laipsnį	Y91	V ir M	1	1	1	1	1	1	1
Lūpos, burnos ertmės ir ryklės piktybiniai navikai	C00-C14	V	0,4492	0,4648	0,4605	0,3905	0,3713	0,3412	0,3412
		M	0,3180	0,3413	0,3380	0,3134	0,3155	0,2918	0,2918
Stemplės piktybiniai navikai	C15	V	0,2731	0,2851	0,2823	0,2264	0,2139	0,1916	0,1916
		M	0,1770	0,1933	0,1913	0,1747	0,1758	0,1612	0,1612
Gaubtinės žarnos piktybiniai navikai	C18	V	0,0422	0,0449	0,0440	0,0370	0,0348	0,0314	0,0314
		M	0,0300	0,0320	0,0313	0,0291	0,0288	0,0249	0,0249

3 priedo tęsimys

I	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Tiesiosios žarnos piktybiniai navikai	C20	V	0,0736	0,0781	0,0767	0,0631	0,0591	0,0531	0,0531
		M	0,0498	0,0536	0,0525	0,0485	0,0482	0,0422	0,0422
Kepenų ir intrahepatinių tulžies takų piktybiniai navikai	C22	V	0,1386	0,1468	0,1441	0,1211	0,1133	0,1028	0,1028
		M	0,0957	0,1027	0,1001	0,0929	0,0926	0,0808	0,0808
Gerklų piktybiniai navikai	C32	V	0,2926	0,3051	0,3022	0,2435	0,2305	0,2068	0,2068
		M	0,1913	0,2087	0,2065	0,1890	0,1901	0,1747	0,1747
Krūties piktybiniai navikai	C50	V	–	–	–	–	–	–	–
		M	0,0739	0,0807	0,0751	0,0709	0,0715	0,0586	0,0586
Epilepsija ir epilepsinė būklė	G40-G41	V	0,4948	0,5289	0,4927	0,4269	0,3013	0,3452	0,3452
		M	0,4371	0,5092	0,4294	0,4272	0,4540	0,3534	0,3534
Hipertenzinės ligos	I10-I15	V	0,2778	0,2897	0,2884	0,2163	0,2025	0,1753	0,1753
		M	0,1501	0,1723	0,1693	0,1497	0,1544	0,1444	0,1444
Širdies išeminės ligos*	I20-I25	V	-0,1293	-0,1391	-0,1334	-0,1764	-0,1787	-0,1712	-0,1712
Paroksizminė tachikardija, prieširdžių virpėjimas ir plazdėjimas	I47-I48	V	0,3564	0,3736	0,3624	0,3533	0,3362	0,3268	0,3268
		M	0,3485	0,3640	0,3451	0,3411	0,3365	0,2901	0,2901
Kitos širdies aritmijos	I49	V	0,3564	0,3736	0,3624	0,3533	0,3362	0,3268	0,3268
		M	0,3485	0,3640	0,3451	0,3411	0,3365	0,2901	0,2901
Hemoraginis insultas	I60-I62, I69.0-I69.2	V	0,2419	0,2502	0,2500	0,1569	0,1466	0,1199	0,1199
		M	0,1035	0,1261	0,1325	0,1081	0,1134	0,1196	0,1196
Išeminis insultas*	I63-I66, I69.3-I69.4	V	0,0464	0,0390	0,0522	-0,0997	-0,0898	-0,1224	-0,1224
		M	-0,1509	-0,1171	-0,1005	-0,1259	-0,1083	-0,0521	-0,0521



### 3 priedo tęsinys

I	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nukritimai	W00-W19	V ir M	0,4170	0,4170	0,4170	0,4170	0,4170	0,4170	0,4170
Sužeidimai darbo įrankiais ir mechanizmais	W24-W31	V ir M	0,0700	0,0700	0,0700	0,0700	0,0700	0,0700	0,0700
Sužeidimai šaunamuoju ginklu	W32-W34	V ir M	0,4560	0,4560	0,4560	0,4560	0,4560	0,4560	0,4560
Atsitiktinis paskendimas	W65-W74	V ir M	0,5910	0,5910	0,5910	0,5910	0,5910	0,5910	0,5910
Skrandžio turinio įkvėpimas ir maisto įkvėpimas ar prarijimas, sukėlęs kvėpavimo takų obstrukciją	W78-W79	V ir M	0,5800	0,5800	0,5800	0,5800	0,5800	0,5800	0,5800
Dūmų, gaisro ir liepsnos poveikis	X00-X09	V ir M	0,3980	0,3980	0,3980	0,3980	0,3980	0,3980	0,3980
Intensyvaus natūralaus šalčio poveikis	X31	V ir M	0,7260	0,7260	0,7260	0,7260	0,7260	0,7260	0,7260
Tyčiniai susižalojimai ir įvykiai, kai ketinamas nepatikslingas	X60-X84, Y10-Y34 excl. X65, Y15	V ir M	0,5530	0,5530	0,5530	0,5530	0,5530	0,5530	0,5530
Pasikėsimai	X85-Y09	V ir M	0,6390	0,6390	0,6390	0,6390	0,6390	0,6390	0,6390

\*Šioms priežastims taikyti papildomi modifikuojantys kriterijai, plačiau žr. metodikos skyriuje.

## Bendras mirčių sk. Lietuvoje pagal studijoje vertintas priežastis 15 metų ir vyresnių gyventojų tarpe

Ligos pavadinimas	TLK-10	Bendras mirčių skaičius Lietuvoje 15 metų ir vyresnių gyventojų tarpe 2003–2011 m.									
		2003 m.	2004 m.	2005 m.	2006 m.	2007 m.	2008 m.	2009 m.	2010 m.	2011 m.	
I	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
Psichikos ir elgesio sutrikimai, vartojant alkoholių	F10	28	28	23	34	43	37	30	24	27	
Nervų sistemos degeneracija, sukelta alkoholio	G31.2	15	23	19	25	34	38	25	33	19	
Alkoholio sukelta polineuropatija	G62.1	2	3	3	7	3	3	8	6	3	
Alkoholinė kardiomiopatija	I42.6	161	183	180	221	301	227	128	130	118	
Alkoholinis gastritas	K29.2	0	0	0	0	0	1	0	0	0	
Alkoholinė kepenų liga	K70	458	428	549	696	857	696	474	446	452	
Lėtinis alkoholinis pankreatitas	K86.0	10	2	13	17	15	12	7	5	7	
Atsitiktinis apsinuodijimas alkoholiu bei jo poveikis	X45	439	427	454	486	484	464	337	311	307	
Tyčinis apsinuodijimas ir apnuodijimas alkoholiu	X65	0	1	2	0	0	0	0	1	2	
Apsinuodijimas alkoholiu bei jo poveikis, kai ketinimas nežinomas	Y15	1	1	2	0	1	1	2	9	4	
Lūpos, burnos ertmės ir ryklės piktybiniai navikai	C00-C14	214	235	250	236	237	233	256	275	255	
Stemplės piktybiniai navikai	C15	147	169	140	165	196	185	181	163	164	
Gaubtinės žarnos piktybiniai navikai	C18	438	451	497	486	469	501	515	524	521	

4 priedo tęsinys

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Tiesiosios žarnos piktybiniai navikai	C20	387	369	364	353	390	363	416	360	357
Kepenų ir intrahepatinių tulžies takų piktybiniai navikai	C22	140	148	171	153	166	153	167	189	196
Gerklų piktybiniai navikai	C32	116	125	128	136	142	139	148	131	129
Krūties piktybiniai navikai	C50	639	556	588	515	571	609	598	580	546
Epilepsija ir epilepsinė būklė	G40-G41	91	95	99	122	134	89	85	83	76
Hipertenzinės ligos	I10-I15	363	434	416	479	594	536	558	576	523
Širdies išeminės ligos	I20-I25	14096	14095	15045	15023	15011	14629	14414	15112	14736
Paroksizminė tachikardija, prieširdžių virpėjimas ir plazdėjimas	I47-I48	16	22	34	20	17	28	35	25	34
Kitos širdies aritmijos	I49	12	28	27	57	36	47	56	44	59
Hemoraginis insultas	I60-I62, I69.0-I69.2	754	792	814	824	834	818	832	749	745
Išeminis insultas	I63-I66, I69.3-I69.4	3142	3184	3472	3757	3599	3659	3648	3395	3253
Stemplės venų mazgai	I85	1	14	10	13	12	13	14	8	5
Gastroezofaginis plyšimo hemoraginis sindromas	K22.6	5	6	13	8	8	7	8	11	9
Lėtinis hepatitas, kepenų fibrozė ir cirozė	K73, K74	283	322	369	537	657	647	517	537	483
Tulžies pūslės akmenligė	K80	42	53	46	50	47	47	62	63	59
Ūminis ir lėtinis pankreatitas	K85, K86.1	112	119	157	173	163	171	202	217	173
Psoriazė (išskyrus artropatinę psoriazė)	L40 be L40.5	0	0	1	1	0	0	0	0	0



4 priedo tęsinys

<i>I</i>	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Važiuojantieji transporto priemone žuvę kelių eismo įvykyje	V12-V14, V19-V87, V89	519	498	524	546	538	350	263	208	201
Nelaimingi atsitikimai su vandens transporto priemonėmis	V90-V94	0	0	0	1	1	0	2	2	4
Nelaimingi atsitikimai oro ir kosminiame transporte	V95-V97	1	3	3	4	2	5	5	1	1
Nukritimai	W00-W19	443	431	506	551	516	500	352	303	347
Sužeidimai darbo įrankiais ir mechanizmais	W24-W31	11	14	16	15	15	13	10	12	14
Sužeidimai šaunamuoju ginklu	W32-W34	5	3	3	1	2	3	5	1	2
Atsitiktinis paskendimas	W65-W74	336	281	363	312	363	303	279	295	224
Skrandžio turinio įkvėpimas ir maisto įkvėpimas ar prarijimas, sukėles kvėpavimo takų obstrukciją	W78-W79	199	216	218	235	240	202	173	160	151
Dūmų, gaisto ir liepsnos poveikis	X00-X09	139	129	174	163	113	108	87	93	58
Intensyvaus natūralaus šalčio poveikis	X31	232	283	376	426	437	343	342	386	282
Tyčiniai susižalojimai ir įvykiai, kai ketinimas nepatikslintas	X60-X84, Y10-Y34 be X65, Y15	1758	1688	1724	1496	1413	1510	1461	1465	1413
Pasikėsiniimai	X85-Y09	332	286	315	247	239	247	197	168	155
<b>Iš viso</b>		<b>26337</b>	<b>26438</b>	<b>28378</b>	<b>28860</b>	<b>29160</b>	<b>28120</b>	<b>27036</b>	<b>27218</b>	<b>26226</b>

## Bendras mirčių sk. Lietuvoje pagal studijoje vertintas priežastis atskirose amžiaus grupėse

Ligos pavadinimas	TLK-10	Bendras mirčių skaičius Lietuvoje 2003–2011 m. atskirose amžiaus grupėse						
		15–24 m.	25–34 m.	35–44 m.	45–54 m.	55–64 m.	65–74 m.	75 m. ir vyresni
<i>I</i>	2	3	4	5	6	7	8	9
Psichikos ir elgesio sutrikimai, vartojant alkoholių	F10	2	15	52	93	65	42	5
Nervų sistemos degeneracija, sukelta alkoholio	G31.2	0	5	27	68	72	46	13
Alkoholio sukelta polineuropatija	G62.1	0	0	4	11	12	11	0
Alkoholinė kardiomiopatija	I42.6	3	44	275	559	497	234	37
Alkoholinis gastritas	K29.2	0	0	0	1	0	0	0
Alkoholinė kepenų liga	K70	9	286	1007	1668	1367	633	86
Lėtinis alkoholinis pankreatitas	K86.0	0	7	10	36	23	10	2
Atsitiktinis apsinuodijimas alkoholiu bei jo poveikis	X45	47	308	874	1213	867	341	59
Tyčinis apsinuodijimas ir apnuodijimas alkoholiu	X65	0	0	2	3	0	1	0
Apsinuodijimas alkoholiu bei jo poveikis, kai ketinimas nežinomas	Y15	0	1	5	8	4	2	1
Lūpos, burnos ertmės ir ryklės piktybiniai navikai	C00-C14	2	12	73	473	804	540	287
Stemplės piktybiniai navikai	C15	1	2	32	287	495	439	254
Gaubtinės žarnos piktybiniai navikai	C18	2	14	62	231	679	1380	2034
Tiesiosios žarnos piktybiniai navikai	C20	0	9	38	175	542	1098	1497
Kepenų ir intrahepatinių tulžies takų piktybiniai navikai	C22	2	10	27	115	261	516	552

5 priedo tęsinys

I	2	3	4	5	6	7	8	9
Gerklų piktybiniai navikai	C32	0	0	21	232	409	358	174
Krūties piktybiniai navikai	C50	0	41	264	817	1186	1366	1528
Epilepsija ir epilepsinė būklė	G40-G41	35	93	231	249	159	70	37
Hipertenzinės ligos	I10-I15	3	22	100	421	799	1126	2008
Širdies išeminės ligos	I20-I25	38	207	1369	5170	12343	26105	86929
Paroksizminė tachikardija, prieširdžių virpėjimas ir plazdėjimas	I47-I48	3	1	5	4	22	36	160
Kitos širdies aritmijos	I49	7	29	59	113	100	37	21
Hemoraginis insultas	I60-I62, I69.0-I69.2	32	100	459	932	1392	1819	2428
Išeminis insultas	I63-I66, I69.3-I69.4	1	25	100	614	2312	7018	21039
Stemplės venų mazgai	I85	0	4	13	26	20	18	9
Gastroezofaginis plyšimo hemoraginis sindromas	K22.6	0	0	11	18	18	15	13
Lėtinis hepatitas, kepenų fibrozė ir cirozė	K73, K74	8	155	566	1092	1334	811	386
Tulžies pūslės akmenligė	K80	0	0	3	14	32	93	327
Ūminis ir lėtinis pankreatitas	K85, K86.1	9	81	191	301	235	281	389
Psoriazė (išskyrus artropatinę psoriazę)	L40 be L40.5	0	1	0	1	0	0	0
Pėstieji sužeisti kelių eismo įvykyje	V02-V04, V06, V09	142	153	274	396	361	303	262

5 priedo tęsimys

<i>I</i>	2	3	4	5	6	7	8	9
Važiuojantieji transporto priemone sužeisti kelių eismo įvykyje	V12-V14, V19-V87, V89	987	775	605	525	342	261	152
Nelaimingi atsitikimai su vandens transporto priemonėmis	V90-V94	4	2	1	3	0	0	0
Nelaimingi atsitikimai oro ir kosminiame transporte	V95-V97	1	3	8	7	4	1	1
Nukritimai	W00-W19	73	197	434	829	859	719	838
Sužeidimai darbo įrankiais ir mechanizmais	W24-W31	8	14	26	35	22	12	3
Sužeidimai šaunamuoju ginklu	W32-W34	4	4	5	8	4	0	0
Atsitiktinis paskendimas	W65-W74	251	319	544	664	470	316	192
Skrandžio turinio įkvėpimas ir maisto įkvėpimas ar prarijimas, sukėlęs kvėpavimo takų obstrukciją	W78-W79	31	90	261	480	523	314	95
Dūmų, gaisto ir liepsnos poveikis	X00-X09	21	59	179	273	256	134	142
Intensyvaus natūralaus šaltčio poveikis	X31	27	126	408	897	868	528	253
Tyčiniai susižalojimai ir įvykiai, kai ketinimas nepatikslingas	X60-X84, Y10-Y34 be X65, Y15	1248	1891	2703	3239	2245	1520	1082
Pasikėsimai	X85-Y09	197	328	499	536	332	169	125
<b>Iš viso</b>		<b>3198</b>	<b>5433</b>	<b>11827</b>	<b>22837</b>	<b>32335</b>	<b>48723</b>	<b>123420</b>

## Bendras sirgusių asmenų sk. Lietuvoje pagal studijoje vertintas prižastis 15 metų ir vyresnių gyventojų tarpe

Diagnozė	TLK-10	Bendras sirgusių asmenų sk. 15 metų ir vyresnių gyventojų tarpe pagal atskiras diagnozes					
		2006 m.	2007 m.	2008 m.	2009 m.	2010 m.	2011 m.
/	2	3	4	5	6	7	8
Alkoholio sukeltas pseudo-Kušingo (Cushing) sindromas	E24.4	1	1	0	3	2	4
Vernikės (Wernicke) encefalopatija	E51.2	2	2	1	2	3	2
Psichikos ir elgesio sutrikimai, vartojant alkoholi	F10	11710	12958	11900	10126	10451	11122
Nervų sistemos degeneracija, sukelta alkoholio	G31.2	913	1177	1401	1433	1562	1685
Alkoholio sukelta polineuropatija	G62.1	1143	1366	1655	1537	1623	1795
Alkoholinė miopatija	G72.1	7	11	11	10	7	8
Alkoholinė kardiomiopatija	I42.6	73	107	66	76	61	93
Alkoholinis gastritas	K29.2	101	100	77	67	68	77
Alkoholinė kepenų liga	K70	1825	2243	2351	2096	1952	1827
Lėtinis alkoholinis pankreatitas	K86.0	496	492	509	455	463	542
Vaisiaus ir naujagimio patologija dėl motinos vartojamo alkoholio	P04.3	0	1	0	0	0	0
Gimdyvės priežiūra dėl (įtariamo) vaisiaus pažeidimo alkoholiu	O35.4	0	3	3	0	1	5
Vaisiaus alkoholinis sindromas (dismorfinis)	Q86.0	2	2	1	1	2	2
Alkoholio nustatymas kraujyje	R78.0	12	20	19	17	16	20

6 priedo tęsinys

<i>I</i>	2	3	4	5	6	7	8
Alkoholio toksinis poveikis: etanolis	T51.0	719	674	668	504	441	570
Alkoholio toksinis poveikis: metanolis	T51.1	27	30	17	15	17	21
Alkoholio toksinis poveikis, nepatikslinta	T51.9	1521	1493	888	820	944	1311
Atsitiktinis apsinuodijimas alkoholiu bei jo poveikis	X45	12	15	18	8	4	13
Tyčinis apsinuodijimas ir apnuodijimas alkoholiu	X65	2	4	8	3	8	4
Apsinuodijimas alkoholiu bei jo poveikis, kai kėtinimas nežinomas	Y15	10	9	12	7	20	7
Alkoholio buvimas, patvirtintas nustatčius alkoholio kiekį kraujyje	Y90	5	10	4	2	4	6
Alkoholio buvimas, patvirtintas nustatčius intoksikacijos laipsnį	Y91	41	31	22	15	15	12
Lūpos, burnos ertmės ir ryklės piktybiniai navikai	C00-C14	1557	1576	1532	1608	1544	1609
Stemplės piktybiniai navikai	C15	427	432	482	458	414	433
Gaubtinės žarnos piktybiniai navikai	C18	3465	3592	3833	3946	4312	4435
Tiesiosios žarnos piktybiniai navikai	C20	2909	3011	3265	3360	3495	3434
Kepenų ir intrahepatinių tulžies takų piktybiniai navikai	C22	511	605	603	618	666	681
Gerklų piktybiniai navikai	C32	1068	1076	1090	1123	1117	1109
Krūties piktybiniai navikai	C50	10329	11070	11670	12274	12671	13100
Epilepsija ir epilepsinė būklė	G40-G41	22201	23422	23522	23325	23983	24296
Hipertenzinės ligos	I10-I15	541761	572362	612434	636486	650652	664761
Širdies išeminės ligos	I20-I25	206434	205590	210311	211108	213328	211647
Paroksizminė tachikardija, prieširdžių virpėjimas ir plazdėjimas	I47-I48	58879	61691	64922	69014	73084	76417

6 priedo tęsimys

1	2	3	4	5	6	7	8
Kitos širdies aritmijos	I49	27054	27367	28412	30140	31092	31523
Hemoraginis insultas	I60-I62, I69.0-I69.2	3765	3839	3802	3855	3887	4395
Išeminis insultas	I63-I66, I69.3-I69.4	34002	34855	37539	38221	40454	41399
Stemplės venų mazgai	I85	178	217	265	230	235	280
Gastrocefaginis plyšimo hemoraginis sindromas	K22.6	374	341	316	292	300	299
Lėtinis hepatitas, kepenų fibrozė ir cirozė	K73, K74	5158	5765	6157	6074	6039	5758
Tulžies pūslės akmenligė	K80	21191	22100	23252	23572	23691	23335
Ūminis ir lėtinis pankreatitas	K85, K86.1	14682	14435	14888	14103	13435	13081
Psoriazė (išskyrus artropatinę psoriazę)	L40 be L40.5	20608	21264	21677	22227	22256	23175
Savaiminis persileidimas	O03	3226	3072	3032	2957	2744	2559
<b>Iš viso</b>		<b>998401</b>	<b>1038431</b>	<b>1092635</b>	<b>1122188</b>	<b>1147063</b>	<b>1166852</b>

## Bendras sirgusių asmenų sk. Lietuvoje pagal studijoje vertintas priežastis atskirose amžiaus grupėse

Diagnozė	TLK-10	Amžiaus grupės 2006–2011 m.							75 m. ir vyresni
		15-24 m.	25-34 m.	35-44 m.	45-54 m.	55-64 m.	65-74 m.		
<i>I</i>	2	3	4	5	6	7	8	9	
Alkoholio sukeltas pseudo-Kušingo (Cushing) sindromas	E24.4	2	6	2	1	0	0	0	
Vernikės (Wernicke) encefalopatija	E51.2	0	1	5	5	0	1	0	
Psichikos ir elgesio sutrikimai, vartojant alkoholių	F10	2184	10672	20188	19775	10605	4048	795	
Nervų sistemos degeneracija, sukelta alkoholio	G31.2	14	254	1237	3007	2472	886	301	
Alkoholio sukelta polineuropatija	G62.1	29	301	1505	3333	2677	1067	207	
Alkoholinė miopatija	G72.1	1	6	7	9	18	9	4	
Alkoholinė kardiomiopatija	I42.6	5	30	116	153	125	42	5	
Alkoholinis gastritas	K29.2	75	65	84	90	79	57	40	
Alkoholinė kepenų liga	K70	107	901	2587	3895	3099	1386	319	
Lėtinis alkoholinis pankreatitas	K86.0	54	293	650	718	584	400	258	
Vaisiaus ir naujagimio patologija dėl motinos vartojamo alkoholio	P04.3	0	0	1	0	0	0	0	
Gimdymės priežiūra dėl (įtariamo) vaisiaus pažeidimo alkoholiu	O35.4	1	8	3	0	0	0	0	
Vaisiaus alkoholinis sindromas (dismorfinis)	Q86.0	5	2	1	2	0	0	0	
Alkoholio nustatymas kraujyje	R78.0	2	1	12	31	30	23	5	



7 priedo tęsinys

<i>I</i>	2	3	4	5	6	7	8	9
Alkoholio toksinis poveikis: etanolis	T51.0	1299	391	625	658	374	181	48
Alkoholio toksinis poveikis: metanolis	T51.1	6	16	29	42	23	8	3
Alkoholio toksinis poveikis, nepatikslinta	T51.9	799	896	1797	1965	1032	405	83
Atsitiktinis apsinuodijimas alkoholiu bei jo poveikis	X45	14	14	13	15	8	4	2
Tyčinis apsinuodijimas ir apnuodijimas alkoholiu	X65	10	7	7	4	0	1	0
Apsinuodijimas alkoholiu bei jo poveikis, kai ketinamas nežinomas	Y15	12	6	15	17	9	5	1
Alkoholio buvimas, patvirtintas nustačius alkoholio kiekį kraujyje	Y90	1	2	9	12	2	5	0
Alkoholio buvimas, patvirtintas nustačius intoksikacijos laipsnį	Y91	12	22	39	37	15	11	0
Lūpos, burnos ertmės ir ryklės piktybiniai navikai	C00-C14	138	174	402	1578	2866	2495	1773
Stemplės piktybiniai navikai	C15	7	11	68	428	839	779	514
Gaubtinės žarnos piktybiniai navikai	C18	34	110	555	2209	4602	7923	8150
Tiesiosios žarnos piktybiniai navikai	C20	33	96	312	1559	3566	6695	7213
Kepenų ir intrahepatinių tulžies takų piktybiniai navikai	C22	18	70	182	477	759	1144	1034
Gerklų piktybiniai navikai	C32	12	26	132	957	2250	2167	1039
Krūties piktybiniai navikai	C50	127	738	4392	14951	18885	18606	13415
Epilepsija ir epilepsinė būklė	G40-G41	20126	17108	23152	29143	23717	16296	11207

7 priedo tęsimys

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Hipertenzinės ligos	I10-I15	34230	66234	213068	593826	865043	994258	911797
Širdies išeminės ligos	I20-I25	1819	4707	24044	115071	249000	381751	482026
Paroksizminė tachikardija, prieširdžių virpėjimas ir plazdėjimas	I47-I48	5039	6607	12215	30647	66318	124214	158967
Kitos širdies aritmijos	I49	8533	7551	12968	24544	34279	45241	42472
Hemoraginis insultas	I60-I62, I69.0-I69.2	377	615	1545	3953	5077	5441	6535
Išeminis insultas	I63-I66, I69.3-I69.4	435	1150	4544	19427	39688	61917	99309
Stemplės venų mazgai	I85	70	90	229	338	290	213	175
Gastroezofaginis plyšimo hemoraginis sindromas	K22.6	47	203	406	508	303	255	200
Lėtinis hepatitas, kepenų fibrozė ir cirozė	K73, K74	664	2318	5803	9670	8678	5414	2404
Tulžies pūslės akmenligė	K80	2581	7836	14861	24771	28412	31911	26769
Ūminis ir lėtinis pankreatitas	K85, K86.1	1747	6010	12393	17333	16716	17146	13279
Psoriazė (išskyrus artropatinę psoriazę)	L40 be L40.5	19334	18972	21177	25974	21742	15316	8692
Savaiminis persileidimas	O03	4344	8142	4865	235	3	1	0
<b>Iš viso</b>		<b>104347</b>	<b>162662</b>	<b>386245</b>	<b>951368</b>	<b>1414185</b>	<b>1747722</b>	<b>1799041</b>

## Bendras netekto darbingumo atvejų sk. pagal studijoje vertintas priežastis Lietuvoje

Pagrindinė diagnozė	TLK-10	Metai							
		2006	2007	2008	2009	2010	2011		
<i>l</i>	2	3	4	5	6	7	8		
Vermikės (Wernicke) encefalopatija	E51.2	2	0	0	1	2	1		
Psichikos ir elgesio sutrikimai, vartojant alkoholiį	F10	202	259	264	272	287	319		
Nervų sistemos degeneracija, sukelta alkoholio	G31.2	417	651	693	737	743	776		
Alkoholio sukelta polineuropatija	G62.1	224	244	318	262	278	273		
Alkoholinė miopatija	G72.1	0	1	1	0	0	0		
Alkoholinė kardiomiopatija	I42.6	9	10	16	13	10	19		
Alkoholinis gastritas	K29.2	1	1	0	0	1	1		
Alkoholinė kepenų liga	K70	198	294	316	294	272	255		
Lėtinis alkoholinis pankreatitas	K86.0	20	19	23	19	22	36		
Alkoholio toksinis poveikis: etanolis	T51.0	0	0	0	0	0	1		
Alkoholio toksinis poveikis: metanolis	T51.1	0	0	0	1	0	0		
Alkoholio toksinis poveikis, nepatikslinta	T51.9	0	0	0	0	0	1		
Lūpos, burnos ertmės ir ryklės piktybiniai navikai	C00-C14	292	301	281	289	316	303		
Stemplės piktybiniai navikai	C15	68	94	87	83	65	84		
Gaubtinės žarnos piktybiniai navikai	C18	341	321	306	327	341	395		
Tiesiosios žarnos piktybiniai navikai	C20	231	265	269	272	281	307		
Kepenų ir intrahepatinių tulžies takų piktybiniai navikai	C22	34	46	37	47	45	44		

8 priedo tęsimys

1	2	3	4	5	6	7	8
Gerklų piktybiniai navikai	C32	197	234	189	169	174	177
Krūties piktybiniai navikai	C50	1946	2105	2074	2059	2186	2260
Epilepsija ir epilepsinė būklė	G40-G41	2884	3589	3158	3249	3082	3088
Hipertenzinės ligos	I10-I15	12536	15111	16182	16932	16531	14975
Širdies išeminės ligos	I20-I25	4283	3047	1554	913	543	491
Paroksizminė tachikardija, prieširdžių virpėjimas ir plazdėjimas	I47-I48	947	1151	1010	983	928	894
Kitos širdies aritmijos	I49	418	442	464	523	522	429
Hemoraginis insultas	I60-I62, I69.0-I69.2	569	697	621	603	599	594
Išeminis insultas	I63-I66, I69.3-I69.4	2713	3105	2575	2488	2565	2504
Stemplės venų mazgai	I85	33	37	73	84	99	110
Gastroezofaginis plyšimo hemoraginis sindromas	K22.6	1	2	4	1	2	2
Lėtinis hepatitas, kepenų fibrozė ir cirozė	K73, K74	584	740	783	767	761	682
Tulžies pūslės akmenligė	K80	13	17	13	21	19	10
Ūminis ir lėtinis pankreatitas	K85, K86.1	323	352	351	385	380	356
Psoriazė (išskyrus artropatinę psoriazę)	L40 be L40.5	372	411	364	365	413	366
<b>Iš viso</b>		<b>29858</b>	<b>33546</b>	<b>32026</b>	<b>32159</b>	<b>31467</b>	<b>29753</b>

**Bendras netekto darbingumo atvejų sk. Lietuvoje pagal studijoje vertintas priežastis  
atskirose amžiaus grupėse**

Pagrindinė diagnozė	TLK-10	Bendras netekto darbingumo atvejų sk. atskirose amžiaus grupėse 2006–2011 m.						
		15–24 m.	25–34 m.	35–44 m.	45–54 m.	55–64 m.	65–74 m.	75 m. ir vyresni
/	2	3	4	5	6	7	8	9
Vermikės (Wernicke) encefalopatija	E51.2	0	2	1	3	0	0	0
Psichikos ir elgesio sutrikimai, vartojant alkoholį	F10	16	113	321	724	429	0	0
Nervų sistemos degeneracija, sukelta alkoholio	G31.2	2	135	748	1913	1219	0	0
Alkoholio sukelta polineuropatija	G62.1	0	53	303	746	497	0	0
Alkoholinė miopatija	G72.1	0	0	1	0	1	0	0
Alkoholinė kardiomiopatija	I42.6	0	2	27	26	22	0	0
Alkoholinis gastritas	K29.2	0	0	1	2	1	0	0
Alkoholinė kepenų liga	K70	4	126	454	717	328	0	0
Lėtinis alkoholinis pankreatitas	K86.0	0	10	53	58	18	0	0
Alkoholio toksinis poveikis: etanolis	T51.0	0	0	1	0	0	0	0
Alkoholio toksinis poveikis: metanolis	T51.1	0	0	1	0	0	0	0
Alkoholio toksinis poveikis, nepatikslinkta	T51.9	0	0	0	1	0	0	0
Lūpos, burnos ertmės ir ryklės piktybiniai navikai	C00-C14	18	40	133	683	908	0	0
Stemplės piktybiniai navikai	C15	4	4	21	198	254	0	0
Gaubtinės žarnos piktybiniai navikai	C18	2	29	197	885	918	0	0

9 priedo tęsimys

I	2	3	4	5	6	7	8	9
Tiesiosios žarnos piktybiniai navikai	C20	2	35	112	666	810	0	0
Kepenų ir intrahepatinių tulžies takų piktybiniai navikai	C22	2	13	19	117	102	0	0
Gerklų piktybiniai navikai	C32	0	7	30	431	672	0	0
Krūties piktybiniai navikai	C50	5	249	2063	6862	3451	0	0
Epilepsija ir epilepsinė būklė	G40-G41	2202	2572	4448	6565	3263	0	0
Hipertenzinės ligos	I10-I15	425	956	6575	39561	44745	2	3
Širdies išeminės ligos	I20-I25	2	49	667	4250	5862	1	0
Paroksizminė tachikardija, prieširdžių virpėjimas ir plazdėjimas	I47-I48	75	145	663	2412	2618	0	0
Kitos širdies aritmijos	I49	155	141	375	1087	1040	0	0
Hemoraginis insultas	I60-I62, I69.0-I69.2	90	225	573	1536	1259	0	0
Išeminis insultas	I63-I66, I69.3-I69.4	56	188	1150	6628	7927	1	0
Stemplės venų mazgai	I85	37	29	103	178	89	0	0
Gastroezofaginis plyšimo hemoraginis sindromas	K22.6	0	0	4	5	3	0	0
Lėtinis hepatitas, kepenų fibrozė ir cirozė	K73, K74	73	259	991	2039	955	0	0
Tulžies pūslės akmenligė	K80	3	10	16	44	20	0	0
Ūminis ir lėtinis pankreatitas	K85, K86.1	19	229	622	930	347	0	0
Psoriazė (išskyrus artropatinę psoriazę)	L40 be L40.5	98	171	488	962	572	0	0
<b>Iš viso</b>		<b>3290</b>	<b>5792</b>	<b>21161</b>	<b>80229</b>	<b>78330</b>	<b>4</b>	<b>3</b>

**Bendras netekto darbingumo atvejų sk. Lietuvoje pagal studijoje vertintas priežastis, lytį ir darbingumo lygio grupes**

Pagrindinė diagnozė	TLK-10	Vyrai			Moterys		
		0-25 proc.	30-55 proc.	60-100 proc.	0-25 proc.	30-55 proc.	60-100 proc.
<i>I</i>	2	3	4	5	6	7	8
Vernikės (Wernicke) encefalopatija	E51.2	1	2	1	0	2	0
Psichikos ir elgesio sutrikimai, vartojant alkoholių	F10	410	764	60	144	216	9
Nervų sistemos degeneracija, sukelta alkoholio	G31.2	968	2424	81	184	341	19
Alkoholio sukelta polineuropatija	G62.1	246	1035	72	55	177	14
Alkoholinė miopatija	G72.1	2	0	0	0	0	0
Alkoholinė kardiomiopatija	I42.6	13	57	0	1	6	0
Alkoholinis gastritas	K29.2	0	1	1	0	2	0
Alkoholinė kepenų liga	K70	197	856	34	110	407	25
Lėtinis alkoholinis pankreatitas	K86.0	5	100	11	3	17	3
Alkoholio toksinis poveikis: etanolis	T51.0	1	0	0	0	0	0
Alkoholio toksinis poveikis: metanolis	T51.1	1	0	0	0	0	0
Alkoholio toksinis poveikis, nepatiksinta	T51.9	0	1	0	0	0	0
Lūpos, burnos ertmės ir ryklės piktybiniai navikai	C00-C14	546	941	11	53	225	6
Stemplės piktybiniai navikai	C15	222	207	2	18	32	0
Gaubtinės žarnos piktybiniai navikai	C18	183	860	16	160	791	21
Tiesiosios žarnos piktybiniai navikai	C20	219	708	7	127	555	9
Kepenų ir intrahepatinių tulžies takų piktybiniai navikai	C22	95	77	0	39	42	0

### 10 priedo tęsimys

1	2	3	4	5	6	7	8
Gerklų piktybiniai navikai	C32	274	814	10	6	35	1
Krūties piktybiniai navikai	C50	7	28	0	1006	11208	381
Epilepsija ir epilepsinė būklė	G40-G41	1597	9994	539	697	5958	265
Hipertenzinės ligos	I10-I15	2564	42785	1523	1278	42044	2073
Širdies išeminės ligos	I20-I25	187	6979	163	37	3414	51
Paroksizminė tachikardija, prieširdžių virpėjimas ir plazdėjimas	I47-I48	481	3458	53	138	1729	54
Kitos širdies aritmijos	I49	81	1369	37	27	1208	76
Hemoraginis insultas	I60-I62, I69.0-I69.2	723	1373	45	377	1114	51
Išeminis insultas	I63-I66, I69.3-I69.4	2445	5865	159	842	6421	218
Stemplės venų mazgai	I85	43	260	4	17	108	4
Gastroezofaginis plyšimo hemoraginis sindromas	K22.6	0	8	2	0	2	0
Lėtinis hepatitas, kepenų fibrozė ir cirozė	K73, K74	317	2115	88	259	1460	78
Tužies pūslės akmenligė	K80	5	31	0	2	49	6
Ūminis ir lėtinis pankreatitas	K85, K86.1	51	1508	103	27	427	31
Psoriazė (išskyrus artropatinę psoriazę)	L40 be L40.5	26	1153	40	14	1005	53
<b>Bendras netekto darbingumo atvejų sk. pagal studijoje vertintas priežastis</b>		<b>11910</b>	<b>85773</b>	<b>3062</b>	<b>5621</b>	<b>78995</b>	<b>3448</b>

Pastaba: Kuo aukštesnis darbingumo procentas, tuo sveikesnis žmogus t. y. 100 proc. darbingumas rodo, kad žmogus visiškai sveikas, 0 proc. – visiškai neįgalus.



**„Sveidra“ duomenys apie 2010 m. PSDF biudžeto išlaidas už faktiškai suteiktas ambulatorines ir stacionarines paslaugas**

TLK-10	TLK-10 pavadinimas	PSDF išlaidos, 2010 m.	
		Apmokėta už ambulatorinės paslaugas, balais	Apmokėta už stacionarines paslaugas, balais
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
E24.4	Alkoholio sukeltas pseudo-Kušingo (Cushing) sindromas	0,00	723,60
E51.2	Vernikės (Wernicke) encefalopatija	42,10	1 434,00
F10	Psichikos ir elgesio sutrikimai, vartojant alkoholį	612 659,18	17 055 640,14
G31.2	Nervų sistemos degeneracija, sukelta alkoholio	43 028,35	221 665,40
G62.1	Alkoholio sukelta polineuropatija	37 282,72	81 823,69
G72.1	Alkoholinė miopatija	168,60	717,00
I42.6	Alkoholinė kardiomiopatija	814,49	12 877,40
Y15	Apsinuodijimas alkoholiu bei jo poveikis, kai ketinimas nežinomas	2 450,98	310,00
Y90	Alkoholio buvimas, patvirtintas nustačius alkoholio kiekį kraujyje	210,49	0,00
Y91	Alkoholio buvimas, patvirtintas nustačius intoksikacijos laipsnį	37 015,32	0,00
K29.2	Alkoholinis gastritas	12 097,56	11 908,39
K70	Alkoholinė kepenų liga	46 994,14	1 225 687,77
K86.0	Lėtinis alkoholinis pankreatitas	16 490,18	148 384,40
O35.4	Gimdyvės priežiūra dėl (įtariamo) vaisiaus pažeidimo alkoholiu	0,00	0,00
P04.3	Vaisiaus ir naujagimio patologija dėl motinos vartojamo alkoholio	146,70	768,30
Q86.0	Vaisiaus alkoholinis sindromas (dismorfinis)	2 217,34	21 568,00
R78.0	Alkoholio nustatymas kraujyje	210,49	0,00

*11 priedo tęsinys*

1	2	3	4
T51.0	Alkoholio toksinis poveikis: etanolis	71 786,06	1 015 574,97
T51.1	Alkoholio toksinis poveikis: metanolis	2 550,30	32 635,66
T51.9	Alkoholio toksinis poveikis, nepatikslinta	70 373,68	2 483 128,92
C00-C14	Lūpos, burnos ertmės ir ryklės piktybiniai navikai	428 717,89	2 774 378,51
C15	Stemplės piktybiniai navikai	107 939,73	1 494 086,26
C18	Gaubtinės žarnos piktybiniai navikai	1 007 888,81	10 725 765,97
C20	Tiesiosios žarnos piktybiniai navikai	916 990,69	8 616 718,13
C22	Kepenų ir intrahepatinių tulžies takų piktybiniai navikai	119 236,07	1 101 467,57
C32	Gerklų piktybiniai navikai	208 662,12	1 680 633,73
C50	Krūties piktybiniai navikai	5 036 571,16	10 851 408,83
G40-G41	Epilepsija ir epilepsinė būklė	1 864 347,08	7 873 866,99
I10-I15	Hipertenzinės ligos	9 832 256,43	19 914 952,45
I20-I25	Širdies išeminės ligos	5 790 367,41	106 777 835,79
I47-I49	Paroksizminė tachikardija, prieširdžių virpėjimas ir plazdėjimas bei kitos širdies aritmijos	2 091 355,03	43 459 545,15
I60-I62, I69.0-I69.2	Hemoraginis insultas	95 892,57	5 765 707,38
I63-I66, I69.3-I69.4	Išeminis insultas	970 573,21	24 685 833,94
I85	Stemplės venų mazgai	4 156,64	334 595,71
K22.6	Gastroezofaginis plyšimo hemoraginis sindromas	2 842,85	549 137,82
K73, K74	Lėtinis hepatitas, kepenų fibrozė ir cirozė	280 332,91	3 121 327,67
K80	Tulžies pūslės akmenligė	496 262,25	23 191 884,58
K85, K86.1	Ūminis ir lėtinis pankreatitas	348 475,04	14.399.034,54

*II priedo tęsinys*

<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
L40.0-L40.4, L40.8, L40.9	Psoriazė (išskyrus artropatinę psoriazė)	1 123 501,15	756.556,00
O03	Savaiminis persileidimas	25 092,21	1.809.771,13
<b>Iš viso vertintoms TLK-10 diagnozių grupėms, balais</b>		<b>34 730 552,78</b>	<b>323 863 999,7</b>
<b>Iš viso PSDF biudžeto išlaidos už faktiškai suteiktas ambulatorines* arba stacionarines** paslaugas Lietuvoje, balais</b>		<b>472 029 446,33</b>	<b>1 631 480 586,2</b>

\* II, III lygio konsultacijos, profilaktikos, žmogaus genetikos, papildomai apmokamos, dienos stacionaro, priėmimo-skubiosios pagalbos, stebėjimo paslaugos; \*\* stacionarinės, trumpalaikio gydymo, dienos chirurgijos paslaugos.

## PADĒKA

Noriu padēkoti savo mokslinio darbo vadovui doc. dr. Aurelijui Verygai uē visapusiēkā palaikymā ir aukēēciausio lygio ekspertinē pagalbā, dr. Remigijui Prochorskui uē metodinē pagalbā apdorojant surinktus duomenis, Vaidai Liutkutei uē kritiēkā nuomonē ēvelgiant ē darbo atitikimā lietuviū kalbos normoms, Editai ēakytei uē vertingas konsultacijas statistikos klausimais, prof. Jūratei Klumbienei, prof. Nidai ēemaitienei ir dr. Kastyēiui ēmigelskui uē vertingas pastabas, suteiktas baigus raēyti ēiā disertacijā. Taip pat dēkoju savo pirmajam mokslinio darbo vadovui prof. ēilvinui Padaigai uē pakvietimā siekti mokslo aukēstumū doktorantūroje, vertingus patarimus ieēkant savo tyrimo temas ir mokslinio savarankiēkumo ugdymā. Tiesiog nuoēirdēiai dēkoju visiems padējusiems, prisidējusiems ir palaikiusiems rengiant ēiā disertacijā.