



Всемирная организация
здравоохранения

Европейское региональное бюро



ИНИЦИАТИВА

SAFER

СДЕЛАТЬ ЕВРОПЕЙСКИЙ РЕГИОН ВОЗ БОЛЕЕ БЕЗОПАСНЫМ

УСПЕХИ В РЕАЛИЗАЦИИ ПОЛИТИКИ В ОТНОШЕНИИ КОНТРОЛЯ НАД АЛКОГОЛЬНОЙ ПРОДУКЦИЕЙ,
2010–2019 ГГ.

ИНИЦИАТИВА

S A F E R

СДЕЛАТЬ ЕВРОПЕЙСКИЙ РЕГИОН ВОЗ БОЛЕЕ БЕЗОПАСНЫМ

УСПЕХИ В РЕАЛИЗАЦИИ ПОЛИТИКИ В ОТНОШЕНИИ КОНТРОЛЯ НАД АЛКОГОЛЬНОЙ ПРОДУКЦИЕЙ,
2010–2019 ГГ.



Всемирная организация
здравоохранения

Европейское региональное бюро

Аннотация

В данном докладе на основании имеющихся данных за 2010, 2016 и 2019 гг. представлена текущая ситуация в отношении потребления алкоголя, вреда, обусловленного потреблением алкоголя, и осуществления мер контроля над алкогольной продукцией в Европейском регионе ВОЗ. Представлен детальный обзор ситуации в области осуществления мер политики в отношении алкоголя, описанных в рамках 10 направлений действий Европейского плана действий по сокращению вредного употребления алкоголя на 2012–2020 гг., в том числе представлен обзор текущего состояния реализации 5 направлений действий в рамках реализуемой под руководством ВОЗ инициативы SAFER: (1) **(S)trengthen** – усилить ограничения доступности алкоголя; (2) **(A)dvance** – продвигать и укреплять меры противодействия вождению в состоянии алкогольного опьянения; (3) **(F)acilitate** – облегчать доступ к скринингу, кратким вмешательствам и лечению; (4) **(E)nforce** – усиливать запреты или полные ограничения на рекламу, спонсорство и продвижение алкоголя; (5) **(R)aise** – повысить цены на алкогольную продукцию посредством акцизных сборов и мер ценовой политики. Наконец, в докладе анализируется прогресс в области реализации политики в период с 2016 по 2019 г. с использованием утвержденных ВОЗ комбинированных показателей эффективности политики в отношении алкоголя, разработанных в целях оценки прогресса в ходе реализации вышеуказанных 10 направлений действий.

Ключевые слова

ALCOHOL DRINKING – ADVERSE EFFECTS

ALCOHOL DRINKING – PREVENTION AND CONTROL

ALCOHOL-RELATED DISORDERS – PREVENTION AND CONTROL

ALCOHOL POLICY

HARM REDUCTION

HEALTH POLICY

RISK FACTORS

EUROPE

Запросы относительно публикаций Европейского регионального бюро ВОЗ следует направлять по адресу:

Publications
WHO Regional Office for Europe
UN City, Marmorvej 51
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Кроме того, запрос на документацию, информацию по вопросам здравоохранения или разрешение на цитирование или перевод документов ВОЗ можно заполнить на сайте Регионального бюро (<https://www.euro.who.int/ru/publications/request-forms>).

ISBN 978-92-890-5505-5

© Всемирная организация здравоохранения, 2021 г.

Некоторые права защищены. Настоящая публикация распространяется на условиях лицензии Creative Commons 3.0 IGO «С указанием авторства – Некоммерческая – Распространение на тех же условиях» (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>).

Лицензией допускается копирование, распространение и адаптация публикации в некоммерческих целях с указанием библиографической ссылки согласно нижеприведенному образцу. Никакое использование публикации не означает одобрения ВОЗ какой-либо организации, товара или услуги. Использование логотипа ВОЗ не допускается. Распространение адаптированных вариантов публикации допускается на условиях указанной или эквивалентной лицензии Creative Commons. При переводе публикации на другие языки приводится библиографическая ссылка согласно нижеприведенному образцу и следующая оговорка: «Настоящий перевод не был выполнен Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ). ВОЗ не несет ответственности за его содержание и точность. Аутентичным подлинным текстом является оригинальное издание на английском языке: Making the WHO European Region SAFER: developments in alcohol control policies, 2010–2019. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2021».

Урегулирование споров, связанных с условиями лицензии, производится в соответствии с согласительным регламентом Всемирной организации интеллектуальной собственности (<http://www.wipo.int/amc/en/mediation/rules/>).

Образец библиографической ссылки: Инициатива SAFER: сделать Европейский регион ВОЗ более безопасным. Успехи в реализации политики в отношении контроля над алкогольной продукцией, 2010–2019 гг. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2021 г. Лицензия: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Данные каталогизации перед публикацией (CIP). Данные CIP доступны по ссылке: [//apps.who.int/iris](http://apps.who.int/iris).

Приобретение, авторские права и лицензирование. По вопросам приобретения публикаций ВОЗ см. <http://apps.who.int/bookorders>. По вопросам оформления заявок на коммерческое использование и направления запросов, касающихся права пользования и лицензирования, см. <http://www.who.int/about/licensing/>.

Материалы третьих сторон. Пользователь, желающий использовать в своих целях содержащиеся в настоящей публикации материалы, принадлежащие третьим сторонам, например таблицы, рисунки или изображения, должен установить, требуется ли для этого разрешение обладателя авторского права, и при необходимости получить такое разрешение. Ответственность за нарушение прав на содержащиеся в публикации материалы третьих сторон несет пользователь.

Оговорки общего характера. Используемые в настоящей публикации обозначения и приводимые в ней материалы не означают выражения мнения ВОЗ относительно правового статуса любой страны, территории, города или района или их органов власти или относительно делимитации границ. Штрихпунктирные линии на картах обозначают приблизительные границы, которые могут быть не полностью согласованы.

Упоминание определенных компаний или продукции определенных производителей не означает, что они одобрены или рекомендованы ВОЗ в отличие от аналогичных компаний или продукции, не названных в тексте. Названия патентованных изделий, исключая ошибки и пропуски в тексте, выделяются начальными прописными буквами. ВОЗ приняты все разумные меры для проверки точности информации, содержащейся в настоящей публикации. Однако данные материалы публикуются без каких-либо прямых или косвенных гарантий. Ответственность за интерпретацию и использование материалов несет пользователь. ВОЗ не несет никакой ответственности за ущерб, связанный с использованием материалов.

Содержание

Предисловие	vi
Выражение признательности	vii
Сокращения	vii
Резюме	viii
<hr/>	
1. Введение	1
2. Источники данных и методы	3
3. Употребление алкоголя в Европейском регионе ВОЗ	4
3.1 Ситуация в области употребления алкоголя и среднедушевое потребление алкоголя в 2016 г.	4
3.2 Изменение ситуации в отношении употребления алкоголя и СПА за период с 2010 по 2016 г.	8
3.3 Эпизодическое употребление алкоголя в больших количествах в 2016 г.	11
3.4 Изменения в распространенности ЭУАБК и употребления алкоголя в период с 2010 по 2016 г.	11
4. Бремя смертности и заболеваемости в Европейском регионе ВОЗ	12
4.1 Доля бремени болезней, относимая на счет алкоголя, в Европейском регионе ВОЗ	12
4.2 Относимое на счет алкоголя бремя болезней в более молодых возрастных группах и изменения в период с 2010 по 2016 г.	14
4.3 Распределение относимой на счет алкоголя смертности по конкретным причинам смерти	16
4.4 Региональное распределение и изменения в относимом на счет алкоголя бремени болезней в период с 2010 по 2016 г.	17
5. Инициатива SAFER – сделать Европейский регион ВОЗ более безопасным	20
5.1 Уровни реализации мер политики в рамках инициативы SAFER в Европейском регионе ВОЗ	20
5.1.1 Усилить ограничения доступности алкоголя	21
5.1.2 Продвигать и укреплять меры противодействия вождению в состоянии алкогольного опьянения	24
5.1.3 Облегчать доступ к скринингу, кратким вмешательствам и лечению	26
5.1.4 Усиливать запреты или полные ограничения на рекламу, спонсорство и продвижение алкоголя	28
5.1.5 Повысить цены на алкогольную продукцию посредством акцизных сборов и мер ценовой политики	31
5.2 Критическая масса – применение комплексного подхода	32
5.2.1 Лидерство, информированность и приверженность	32
5.2.2 Неофициально или незаконно производимый алкоголь	34
5.2.3 Мониторинг и эпиднадзор	35
5.2.4 Уменьшение негативных последствий употребления алкоголя и алкогольного опьянения	36
5.2.5 Действия на уровне местных сообществ	38
6. Изменения в области реализации мер антиалкогольной политики в Европейском регионе ВОЗ (2016–2019 гг.)	40
6.1 Обзор реализации мер антиалкогольной политики в 2016 г.	40
6.2 Частичное обновление показателей реализации антиалкогольной политики по состоянию на 2019 г.	42
7. Выводы: инициатива SAFER – сделать Европейский регион ВОЗ более безопасным	43
<hr/>	
Библиография	46
Приложение 1. Потребление учтенного и неучтенного алкоголя, в разбивке по странам, 2010 и 2016 гг.	50

Предисловие

Пандемия COVID-19 высветила критически важную роль общественного здравоохранения и в то же время позволила привлечь внимание к усиливающейся несправедливости, которая ведет к повышению уязвимости отдельных групп населения, а также к усиливающимся различиям поведения в отношении здоровья и показателей здоровья между группами населения. Европейская программа работы ВОЗ, утвержденная 14 сентября 2020 г. министрами здравоохранения 53 стран Европейского региона ВОЗ, отражает общее стремление стран усилить лидерскую роль органов здравоохранения в Регионе и добиться того, чтобы никто не был оставлен без внимания.

Подобно COVID-19, вред, связанный с употреблением алкоголя, тяжелее всего сказывается на наиболее уязвимых, тем самым усугубляя существующие неравенства в отношении здоровья. Фактические данные свидетельствуют о том, что один и тот же уровень употребления алкоголя связан с более разрушительными последствиями для здоровья людей, находящихся в более неблагоприятном положении. Потребление алкоголя и бремя болезней, обусловленных употреблением алкоголя, относятся к числу наиболее серьезных проблем в области здравоохранения и общественного развития в Европейском регионе ВОЗ. Установлено, что употребление алкоголя является причиной более чем 200 заболеваний, нарушений здоровья и травм. В глобальном масштабе в Европейском регионе ВОЗ отмечается наиболее высокий уровень потребления алкоголя на душу населения и наибольшая доля людей, употребляющих алкоголь. Каждая 10-я смерть в Регионе ежегодно вызвана употреблением алкоголя, что в общей сложности составляет почти 1 млн случаев смерти, многие из которых происходят в очень раннем возрасте.

Алкоголь не является обычным товаром и не должен восприниматься как таковой. Для того чтобы улучшить здоровье всех жителей Европейского региона ВОЗ и никого не оставить без внимания, нам необходимо настойчиво сокращать потребление алкоголя и вред, обусловленный потреблением алкоголя. Сегодня у нас имеется больше фактических данных, и мы активно фиксируем воздействие, которое меры политики по контролю над алкогольной продукцией оказывают на смертность от всех причин и ожидаемую продолжительность жизни в странах Региона. Общий вывод заключается в том, что прогресс достигается весьма неравномерно: хотя фактические данные свидетельствуют о том, что уровень потребления алкоголя в государствах-членах Европейского союза по большей части не изменился, в восточной части Европейского региона ВОЗ наблюдается значительное сокращение уровней потребления алкоголя и обусловленного им вреда. Достижение прогресса наблюдается там, где в течение достаточно длительного времени реализуются эффективные и научно обоснованные меры политики в области контроля над алкогольной продукцией.

Европейский регион может стать SAFER, т.е. более безопасным, лишь за счет значительного снижения вреда, обусловленного потреблением алкоголя, и реализации наиболее действенных и экономически эффективных вмешательств. Возглавляемая ВОЗ инициатива SAFER призвана обеспечить реализацию 5 приоритетных направлений действий в поддержку эффективной антиалкогольной политики, нашедшей отражение в Глобальной стратегии ВОЗ по сокращению вредного употребления алкоголя, Глобальном плане действий ВОЗ по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними, а также в Европейском плане действий по сокращению вредного употребления алкоголя на 2012–2020 гг. В данном докладе, основанном на данных за 2010–2019 гг., приводятся сводные данные о прогрессе, достигнутом в ходе реализации направлений действий инициативы SAFER; эти данные проливают свет на эффективную реализацию антиалкогольной политики в различных секторах. Настоящий обзор содержит важные фактические данные, позволяющие развить уже достигнутый прогресс. Дальнейшие усилия по реализации пакета действий в рамках инициативы SAFER, особенно рекомендуемых ВОЗ «решений, оптимальных по затратам», позволят добиться улучшения здоровья населения Европейского региона ВОЗ и станут шагом на пути к его дальнейшему развитию. Европейское региональное бюро ВОЗ продолжит уделять первоочередное внимание усилиям стран по реализации политики в отношении алкоголя, предоставляя техническое содействие и способствуя обсуждениям на стыке сферы здравоохранения и других социально-экономических сфер. Делая это, мы будем стимулировать страны к осуществлению вмешательств пакета SAFER на страновом уровне и отслеживать достигнутый прогресс в стремлении повысить безопасность Европейского региона для всех поколений.

Д-р Nino Berdzuli

Директор Отдела страновых программ здравоохранения

Европейское региональное бюро ВОЗ

Выражение признательности

Подготовку данного доклада возглавляла Carina Ferreira-Borges, и.о. руководителя Европейского офиса ВОЗ по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними, руководитель программы «Алкоголь и запрещенные наркотики», Европейский офис ВОЗ по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними, которая отвечала за первый технический вариант данной публикации и за рецензирование доклада на нескольких этапах его подготовки. Многие эксперты внесли свой вклад в подготовку доклада. Европейский офис ВОЗ по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними весьма признателен, в частности, Maria Neufeld, консультанту, Европейский офис ВОЗ по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними; Charlotte Probst, Гейдельбергский институт глобального здравоохранения, Германия; Robyn Burton, Служба общественного здравоохранения Англии, Соединенное Королевство; Eric Carlin, организация Scottish Health Action on Alcohol Problems (Шотландская инициатива в области здравоохранения в ответ на проблемы связанные с алкоголем), Шотландия, которые приняли активное участие в подготовке различных версий данного доклада.

Европейское региональное бюро ВОЗ хотело бы также поблагодарить Сергея Бычкова, консультанта, Европейский офис ВОЗ по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними; Katherine Severi, Институт изучения алкоголя, Соединенное Королевство; Nina Rehn, Центр по вопросам социального обеспечения стран Северной Европы, Финляндия; а также Jürgen Rehm, Сотрудничающий центр ВОЗ и Институт исследований политики в области психического здоровья, Центр исследования зависимости и психического здоровья, Торонто, Канада; Институт клинической психологии и психотерапии, Дрезденский технический университет, Германия; Agència de Salut Pública de Catalunya, Барселона, Испания; Департамент международных проектов в области здравоохранения, Институт лидерства и управления здравоохранением, Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Москва, Российская Федерация, за предоставленные ими комментарии и вклад в подготовку данного доклада.

Наконец, Европейский офис ВОЗ по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними чрезвычайно признателен Nino Berdzuli, директору Отдела страновых программ здравоохранения, Европейское региональное бюро ВОЗ, за общее руководство и поддержку в подготовке данного доклада.

Настоящий документ опубликован при финансовой поддержке правительства Германии, правительства Нидерландов и правительства Российской Федерации в рамках деятельности Европейского офиса ВОЗ по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними.

Сокращения

ЕПДА	Европейский план действий по сокращению вредного употребления алкоголя, 2012–2020 гг.
НИЗ	неинфекционное заболевание
СНГ	Содружество Независимых Государств
СНСД	страны с низким и средним уровнем дохода
СПА	среднедушевое потребление алкоголя
ССЗ	сердечно-сосудистое заболевание
УСАК	уровень содержания алкоголя в крови
ЭУАБК	эпизодическое употребление алкоголя в больших количествах
DALY	годы жизни с поправкой на инвалидность [disability-adjusted life year]
YLD	годы, прожитые с инвалидностью [year lived with disability]
YLL	потерянные годы жизни [year of life lost]



Резюме

Доклад Инициатива SAFER: сделать Европейский регион ВОЗ более безопасным содержит краткий обзор текущей ситуации в отношении бремени болезней, обусловленных употреблением алкоголя, в Европейском регионе ВОЗ и изменений в уровнях потребления алкоголя, произошедших за период 2010–2016 гг. В докладе анализируется реализация мер антиалкогольной политики по всем 10 направлениям действий, заданным в Европейском плане действий по сокращению вредного употребления алкоголя на 2012–2020 гг., причем особое внимание уделяется 5 высокоэффективным стратегическим направлениям действий в рамках реализуемой под руководством ВОЗ инициативы SAFER: (1) **(S)trengthen** – усилить ограничения доступности алкоголя; (2) **(A)dvance** – продвигать и укреплять меры противодействия вождению в состоянии алкогольного опьянения; (3) **(F)acilitate** – облегчать доступ к скринингу, кратким вмешательствам и лечению; (4) **(E)nforce** – усиливать запреты или полные ограничения на рекламу, спонсорство и продвижение алкоголя; (5) **(R)aise** – повысить цены на алкогольную продукцию посредством акцизных сборов и мер ценовой политики. Кроме того, в докладе анализируются заданные Европейским планом действий комбинированные показатели эффективности политики в отношении алкоголя за 2019 г., которые свидетельствуют о том, что за период 2016–2019 гг. в Европейском регионе ВОЗ почти не было достигнуто прогресса в области реализации научно обоснованных и эффективных мер контроля над алкогольной продукцией.

Хотя в данном докладе документально подтверждается общее сокращение уровней потребления алкоголя на душу населения в качестве основного показателя вреда в Европейском регионе ВОЗ, такие улучшения были достигнуты лишь в ряде стран, в основном в восточной части Региона, где уровень вреда, обусловленного потреблением алкоголя, остается чрезвычайно высоким. Имеющиеся прогнозы дают основания полагать, что общее потребление алкоголя в Регионе продолжит оставаться близким к текущим уровням в ближайшие 10 лет, хотя есть вероятность, что в глобальном масштабе пандемия COVID-19 привела к общему сокращению потребления алкоголя, по крайней мере на уровне населения в целом (Manthey et al., 2020; Rehm et al., 2020).

Основные тезисы

- ▶ В среднем потребление алкоголя на душу взрослого населения (рассчитывается исключительно для людей в возрасте 15 лет и старше) в Европейском регионе ВОЗ снизилось на 12,5% с 11,2 л в 2010 г. до 9,8 л в 2016 г. Тем не менее, различия между странами были значительными, а уровень потребления остается более высоким, чем в любом другом регионе ВОЗ в мире.
- ▶ В период с 2010 по 2016 г. из 51 государства-члена в Регионе, представившего данные, в 34 странах наблюдалось снижение уровня потребления алкоголя, в 17 – увеличение. Из 34 стран, сообщивших о снижении, в 16 странах потребление алкоголя снизилось на как минимум 10% за период с 2010 по 2016 г., что означает, что данные страны уже достигли целевого показателя в отношении алкоголя из числа глобальных целевых показателей в области неинфекционных заболеваний (НИЗ).

- ▶ Распространенность эпизодического употребления алкоголя в больших количествах (ЭУАБК), определяемого как употребление 60 г или более чистого спирта по крайней мере однажды за предшествующие 30 дней, за период с 2010 по 2016 г. в среднем снизилась на 16%. Тем не менее, в 2016 г. 2 из 5 взрослых мужчин (40%) эпизодически употребляли алкоголь в больших количествах, тем самым подвергая себя риску краткосрочных и долгосрочных медицинских и социальных проблем.
- ▶ Алкогольная смертность (т.е. случаи смерти, которых не было бы при отсутствии употребления алкоголя) как доля смертности от всех причин в Европейском регионе ВОЗ была исключительно высокой. Хотя смертность, обусловленная потреблением алкоголя, в целом сократилась после 2010 г., каждый десятый случай смерти в Регионе (в абсолютных цифрах – почти 1 млн случаев смерти) был обусловлен потреблением алкоголя.
- ▶ Подавляющее большинство смертей, связанных с употреблением алкоголя, (78,5%) в 2016 г. произошло из-за НИЗ, а остальные были вызваны травмами (17,4%), а также инфекционными и другими заболеваниями (4,1%).
- ▶ В среднем в 2016 г. в Европейском регионе ВОЗ каждый день из-за алкоголя умирали около 2545 взрослых людей, и каждый 8-й потерянный год жизни был обусловлен употреблением алкоголя.
- ▶ Пагубное воздействие алкоголя начинается на ранних этапах жизни, и значительная доля смертности среди молодежи (в возрасте 15–24 лет) связана с алкоголем. Около 15,6% смертности от всех причин среди лиц в возрасте 15–19 лет было обусловлено потреблением алкоголя, в то время как среди лиц в возрасте 20–24 лет данный показатель был еще выше – 23,3%. Это означает, что значительная доля смертности среди молодежи в 2016 г. была обусловлена потреблением алкоголя (несмотря на то, что с 2010 г. были достигнуты существенные улучшения).
- ▶ В 2016 г. более 30 млн лет жизни с поправкой на инвалидность (DALY) в Регионе были связаны с употреблением алкоголя, т.е. потребление алкоголя обусловило утрату более 30 млн лет здоровой жизни. Тем не менее, данный показатель существенно снизился в сравнении с 40 млн в 2010 г.
- ▶ Показатели алкогольной смертности и DALY резко снизились в период с 2010 по 2016 г. Стандартизированная по возрасту алкогольная смертность (от всех причин) на 100 000 человек снизилась на 25,3%; что касается DALY, аналогичный показатель снизился на 23,3%, что стало наибольшим пропорциональным снижением в мире.
- ▶ Наибольшая доля алкогольной смертности пришлось на страны Восточной Европы. Тем не менее, именно в этих странах наблюдалось и наибольшее относительное сокращение как алкогольной смертности, так и потребления алкоголя в период с 2010 по 2016 г.

- ▶ При измерении с помощью разработанного ВОЗ инструмента оценки антиалкогольной политики и его 10 комбинированных показателей эффективности, заданных в ЕПДА, средний уровень реализации для всех 10 направлений антиалкогольной политики в целом по Европейскому региону ВОЗ составил лишь 55%.
- ▶ Из 10 направлений действий, заданных в ЕПДА, в 2016 г. лишь по трем были достигнуты относительно высокие показатели эффективности: 1) контрмеры в отношении управления транспортными средствами в состоянии алкогольного опьянения (80%); 2) лидерство, информированность и приверженность (75%); 3) меры по борьбе с неучтенным (изготовленным незаконно или в неорганизованном секторе) алкоголем (66%). По остальным направлениям были достигнуты средние или низкие результаты (17–64%).
- ▶ Меры налогово-ценовой политики (несмотря на то, что они являются наиболее экономически эффективным видом политики, относятся к числу «решений, оптимальных по затратам» для сокращения бремени болезней и составной частью разработанного ВОЗ пакета SAFER) были наименее результативным направлением реализации мер политики в Регионе (17%) в 2016 г. Более того, имеющиеся данные свидетельствуют о том, что ценовая доступность алкоголя в Регионе в целом увеличилась вследствие того, что государства-члены не корректировали налоги на алкоголь с учетом инфляции.
- ▶ Из 5 направлений действий в рамках пакета SAFER лишь меры противодействия вождению в состоянии алкогольного опьянения были в достаточной степени реализованы в Регионе в 2016 г. (80%), в то время как ответные меры служб здравоохранения (проведение скрининга и кратких консультаций) (45%) и меры налогово-ценовой политики (17%) осуществлялись неоптимально.
- ▶ Более высокие показатели реализации политики наблюдались в северных и восточных странах Региона, что соотносится с новыми фактическими данными о прогрессе, достигнутом странами Восточной Европы в реализации политики контроля над алкогольной продукцией и сокращении бремени болезней, связанных с употреблением алкоголя.
- ▶ Краткий анализ комбинированных показателей эффективности, заданных в ЕПДА, применительно к 2019 г. с опорой на разработанный ВОЗ инструмент оценки антиалкогольной политики свидетельствует о том, что в период с 2010 по 2016 г. практически не было достигнуто прогресса в области осуществления мер контроля над алкогольной продукцией.
- ▶ Общее сопоставление тенденций в отношении потребления алкоголя, бремени болезней, связанных с употреблением алкоголя, и реализации ответных мер политики показывает, что, хотя страны Восточной Европы, возможно, демонстрировали более высокие показатели «вреда на литр» алкоголя, во многих из них в период с 2010 по 2016 г. значительно сократилось как потребление алкоголя, так и бремя болезней, связанных с употреблением алкоголя, благодаря осуществлению научно обоснованных мер антиалкогольной политики, подобных входящим в пакет SAFER.
- ▶ Нарушение привычного течения общественной жизни, ритмов и условий работы в эпоху COVID-19 в сочетании с цифровой трансформацией повседневной жизни создает особые вызовы для лиц, формирующих политику и ответственных за принятие решений, а также для всех партнеров в области общественного здравоохранения. Необходимы более решительные действия для сокращения уровня потребления алкоголя как изменяемого фактора риска и вреда, обусловленного потреблением алкоголя, как полностью предотвратимой составляющей бремени болезней.

1. Введение



Хотя на общемировом уровне Европейский регион ВОЗ является регионом с наиболее высоким уровнем потребления алкоголя и наиболее высокой долей людей, употребляющих алкоголь, в то же время он является единственным регионом, где потребление алкоголя снизилось за последние 10 лет (WHO, 2018a). Необходимо учесть, однако, что общее снижение уровня потребления алкоголя в Европейском регионе ВОЗ было достигнуто в основном за счет значительного сокращения потребления алкоголя в ряде государств-членов, в основном в восточной части Региона, в то время как показатели потребления алкоголя в других странах в значительной степени остались на прежнем уровне или даже увеличились (Berdzuli et al., 2020; Probst et al., 2020; Rehm et al., 2019b). Более подробный анализ показывает, что указанное сокращение стало возможным отчасти благодаря тому, что в ряде стран, прежде имевших одни из наиболее высоких показателей потребления алкоголя и связанного с алкоголем бремени болезней в мире, не только были внедрены комплексные меры политики по сокращению потребления алкоголя на популяционном уровне, но также реализованы стратегии, ориентированные на группы высокого риска, такие как предоставление услуг скрининга и краткого консультирования, а также лечения расстройств, связанных с употреблением алкоголя, в целях сокращения вреда, обусловленного потреблением алкоголя, среди людей, уже страдающих от последствий такого употребления (Grigoriev & Bobrova, 2020; Neufeld et al., 2020a and 2020b; ВОЗ, 2019b). Наблюдающееся снижение уровня потребления на фоне активного использования ответных мер политики свидетельствует о том, что тенденции в отношении употребления алкоголя и относимых на счет алкоголя заболеваемости и смертности не являются произвольными и могут быть усилены за счет решительных действий.

Руководящие указания и варианты поддержки в осуществлении мер политики, направленных на снижение уровней заболеваемости и смертности вследствие потребления алкоголя и его социальных последствий более масштабного характера, были одобрены 53 государствами-членами в Европейском регионе ВОЗ в рамках Европейского плана действий по сокращению вредного употребления алкоголя на 2012–2020 гг. (ЕПДА) (ВОЗ, 2012). Данный доклад, в основу которого положены данные, собранные в целях подготовки *Глобального доклада ВОЗ о положении дел в области алкоголя и здоровья 2018 г.* (WHO, 2018a), призван представить более подробную сводную оценку тенденций в области потребления алкоголя, а также в области относимого на счет алкоголя бремени болезней и изменений политики в Европейском регионе ВОЗ в период с 2010 по 2016 г.

Европейское региональное бюро ВОЗ поддерживает государства-члены в их усилиях по осуществлению, оценке и мониторингу мер антиалкогольной политики в соответствии с их потребностями, а также культурной и социально-экономической спецификой. Настоящий доклад призван дополнить другие источники информации и фактических данных, доступные государствам-членам, включая опубликованные в Европейском регионе ВОЗ доклады серии «В фокусе решения, оптимальные по затратам» по вопросам маркетинга алкогольной продукции и соответствующего налогово-ценового регулирования (ВОЗ, 2020c и WHO, 2020d), сводный доклад Сети фактических данных по вопросам здоровья о маркировке алкогольной продукции (Jané-Llopis et al., 2020), доклад ВОЗ о реализации мер алкогольной политики в странах Содружества Независимых Государств (ВОЗ, 2020g) и заключительный отчет о реализации Европейского плана действий по сокращению вредного употребления алкоголя (ВОЗ, 2020f).

Кроме того, настоящий доклад знаменует собой официальное начало реализации в Европейском регионе ВОЗ глобальной инициативы SAFER. Данная инициатива и пакет мер, представленные ВОЗ в 2018 г., являются отражением 5 высокоэффективных стратегий, призванных помочь государствам в деле сокращения употребления алкоголя, а также медицинских, социальных и экономических последствий, связанных с употреблением алкоголя (WHO, 2018b, 2018c и 2019d). Каждая буква обозначает определенное направление действий:

- S**trengthen – усилить ограничения доступности алкоголя;
- A**dvance – продвигать и укреплять меры противодействия вождению в состоянии алкогольного опьянения;
- F**acilitate – облегчать доступ к скринингу, кратким вмешательствам и лечению;
- E**nforce – усиливать запреты или полные ограничения на рекламу, спонсорство и продвижение алкоголя;
- R**aise – повысить цены на алкогольную продукцию посредством акцизных сборов и мер ценовой политики.

Общая задача инициативы SAFER состоит в том, чтобы обеспечить государствам-членам поддержку в деле сокращения уровня потребления алкоголя путем активизации текущего осуществления глобальной антиалкогольной стратегии и других инструментов ВОЗ и Организации Объединенных Наций.

Инициатива SAFER включает несколько взаимосвязанных компонентов:

- ▶ разработанный ВОЗ пакет технических рекомендаций по осуществлению эффективных мер политики и программных мероприятий;
- ▶ разработанная ВОЗ и Организацией Объединенных Наций рабочая программа, ориентированная на действия в странах;
- ▶ информационно-пропагандистская кампания с участием множества заинтересованных сторон;
- ▶ система мониторинга и эпиднадзора SAFER как составная часть действующих на регулярной основе систем мониторинга и эпиднадзора ВОЗ.

В докладе обобщаются показатели потребления алкоголя и соответствующего вреда в Европейском регионе ВОЗ по состоянию на 2016 г. и отмечаются изменения, которые произошли в период с 2010 по 2016 г. Далее приводится анализ регионального осуществления каждой из 5 стратегий, составляющих пакет мероприятий SAFER (WHO, 2018b и 2018c), а также анализ мероприятий в других областях политики, включенных в Глобальную стратегию сокращения вредного употребления алкоголя (ВОЗ, 2010) и Европейский план действий по сокращению вредного употребления алкоголя. С использованием комбинированных показателей, разработанных в рамках Инструмента ВОЗ для оценки реализации политики в отношении алкоголя (ВОЗ, 2017), настоящий доклад позволяет сравнить уровни реализации политики в отношении алкоголя по 10 направлениям действий ЕПДА за период с 2010 по 2016 г. Обзор показателей четко показывает, что, несмотря на определенный прогресс, достигнутый по ряду направлений, необходимость внедрения мер антиалкогольной политики в целях построения более безопасного Европейского региона ВОЗ по-прежнему остается весьма актуальной; в частности, ключевые направления пакета мероприятий SAFER, такие как реализация мер налогового-ценовой политики и обеспечение скрининга и краткого консультирования в отношении употребления алкоголя на уровне систем здравоохранения, остаются наименее реализуемыми составляющими пакета в Регионе.

Таким образом, настоящий доклад призван как ознаменовать собой официальное начало реализации инициативы SAFER в Европейском регионе ВОЗ, так и предоставить всем 53 государствам-членам в Регионе конкретную информацию, актуальную для принятия решений и определения приоритетов.

2. Источники данных и методы



Основным источником данных, использованным в целях подготовки настоящего доклада, является Глобальное обследование ВОЗ «Алкоголь и здоровье» [Poznyak et al., 2013], которое используется для регулярного обновления информации в Глобальной информационной системе ВОЗ «Алкоголь и здоровье» (WHO, 2021).

Последняя итерация Глобального обследования «Алкоголь и здоровье» была осуществлена в 2016 г. в сотрудничестве со всеми 6 региональными бюро ВОЗ, и полученные результаты отражены в *Глобальном докладе о положении дел в области алкоголя и здоровья 2018 г.* (WHO, 2018a). Более подробный анализ того же набора данных применительно к странам Европейского союза, Норвегии и Швейцарии приводится в *Докладе о ситуации в области потребления алкоголя, связанном с ним вреде и ответных мерах политики в 30 европейских странах (2019 г.)* (ВОЗ, 2019b). Методология, лежащая в основе указанных докладов, включая конкретные процедуры моделирования, изложена в соответствующих публикациях, а также более подробно описана в отдельно опубликованном документе, который дает информацию об источниках данных и методах, использованных в рамках Доклада о ситуации в области потребления алкоголя в Европе 2019 г. (ВОЗ, 2019c).

Настоящий доклад, таким образом, представляет собой более подробный анализ показателей, представленных в *Глобальном докладе о положении дел в области алкоголя и здоровья*, с уделением особого внимания всему Европейскому региону ВОЗ и входящим в него 53 государствам-членам.

Другие относящиеся к употреблению алкоголя показатели были почерпнуты из Европейской региональной информационной системы ВОЗ по ресурсам для профилактики и лечения расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, собранных в рамках проекта ATLAS-SU. Наряду с данными из Глобального обследования «Алкоголь и здоровье» эта информация использовалась для расчета комбинированных показателей для оценки эффективности реализации мер политики в отношении алкоголя по всем 10 направлениям действий ЕПДА, с тем чтобы зафиксировать уровень прогресса, достигнутого государствами-членами по каждому из направлений.

Комбинированные показатели ЕПДА были рассчитаны для всех государств-членов в Европейском регионе ВОЗ, по которым имелся достаточный объем данных. Показатели по каждому из направлений действий были отражены на шкале от 0 до 100, с тем чтобы облегчить сопоставление ситуации по направлениям действий и странам.

Методология расчета 10 комбинированных показателей ЕПДА более подробно описана в отдельной публикации, где объясняется построение конкретной схемы и шкал оценки, а также обсуждается надежность показателей (ВОЗ, 2017). Основное внимание в рамках настоящего доклада уделяется изменениям в области реализации мер политики по 10 направлениям действий за период с 2012 по 2016 г., однако для того, чтобы представить обновленную информацию по реализации соответствующих мер политики в Регионе и кратко отразить (в предпоследней главе доклада – раздел 6.2) ситуацию в области реализации антиалкогольной политики по состоянию на 2019 г., были использованы наиболее свежие данные по Европейскому региону ВОЗ из Глобального исследования ВОЗ по осуществлению задачи ЦУР 3.5 в области здравоохранения за 2019 г. (ВОЗ, 2020i).



3. Употребление алкоголя в Европейском регионе ВОЗ

3.1 Ситуация в области употребления алкоголя и среднедушевое потребление алкоголя в 2016 г.

В 2016 г. 60% взрослых людей (в возрасте от 15 лет)¹ в Европейском регионе ВОЗ относились к числу «нынешних пьющих» (69% мужчин, 51% женщин), то есть употребляли алкоголь в течение предшествующих 12 месяцев. Примерно 23% (17% мужчин, 29% женщин) никогда в жизни не употребляли алкоголь, а остальные относились к числу «бывших пьющих» – тех, кто употреблял алкоголь когда-либо в жизни, но не в течение предшествующих 12 месяцев. В том же году к числу «нынешних пьющих» относились 44% молодых людей в возрасте 15–19 лет (53% мужчин, 34% женщин), но 40% никогда в жизни не употребляли алкоголь (31% мужчин, 50% женщин).

Среднее потребление алкоголя на душу населения (СПА) среди взрослых людей в Европейском регионе ВОЗ в 2016 г. составляло 9,8 л чистого спирта, из которых 8 л приходится на учтенный алкоголь и 1,8 л – на неучтенный алкоголь (вставка 1). Мужчины и женщины в среднем потребляли соответственно 16,0 л и 4,2 л чистого спирта в год, что означает, что показатель потребления среди мужчин почти в 4 раза выше, чем среди женщин.

Вставка 1. Определение среднего потребления алкоголя на душу населения (СПА)

СПА является наиболее важным показателем, используемым для отслеживания уровней и тенденций в области потребления алкоголя. Данный показатель позволяет измерить количество чистого спирта, потребляемого каждым человеком в среднем за определенный период времени. Используемый для того, чтобы соотнести потребление алкоголя в стране с численностью ее населения, этот показатель включает 2 компонента: объем потребляемого алкоголя и численность населения.

В рамках Глобального механизма мониторинга ВОЗ СПА измеряется как **общий уровень потребления алкоголя на душу взрослого населения**, который рассчитывается как общий объем алкоголя в литрах чистого спирта, потребленный 1 человеком в возрасте 15 лет или старше за календарный год.

Общий СПА является суммой учтенного и неучтенного алкоголя, скорректированной с учетом потребления алкоголя туристами.

Учтенный алкоголь – это алкогольная продукция, употребляемая в качестве спиртных напитков и учитываемая официальной статистикой, такой как статистика налогообложения и продаж. **Неучтенный алкоголь** – это алкогольная продукция, не учитываемая официальной статистикой налогообложения и продаж в стране потребления, поскольку обычно такая продукция производится, распространяется и продается в обход официальных каналов, находящихся под контролем государства. Неучтенный алкоголь – это термин, обобщающий широкий спектр различной алкогольной продукции, такой как продукция, произведенная в домашних условиях или неофициально (как законным, так и незаконным образом), контрабандный алкоголь, суррогатный алкоголь (т.е. продукция, не предназначенная для употребления внутрь), а также алкоголь, приобретенный за границей (который учтен в другой юрисдикции). **Туристическое потребление алкоголя** – термин, означающий потребление алкоголя туристами (как внешними туристами в стране, так и жителями страны в зарубежных поездках), который рассчитывается на основании данных Всемирной туристической организации ООН о туристических потоках внутри стран и между странами. Туристическое потребление может быть чистым отрицательным или чистым положительным, в зависимости от чистого потока туристов и от того, пьют ли туристы, посещающие данную страну, в среднем больше или меньше, чем сами жители этой страны пьют в качестве туристов. Таким образом, туристическое потребление можно добавить или вычесть из общей суммы учтенного или неучтенного потребления алкоголя в стране.

¹ В рамках данного анализа «взрослый» определяется как человек в возрасте 15 лет или старше.

Рис. 1. Общее СПА (15+ лет) в литрах чистого спирта в Европейском регионе ВОЗ, в разбивке по странам (2016 г.)

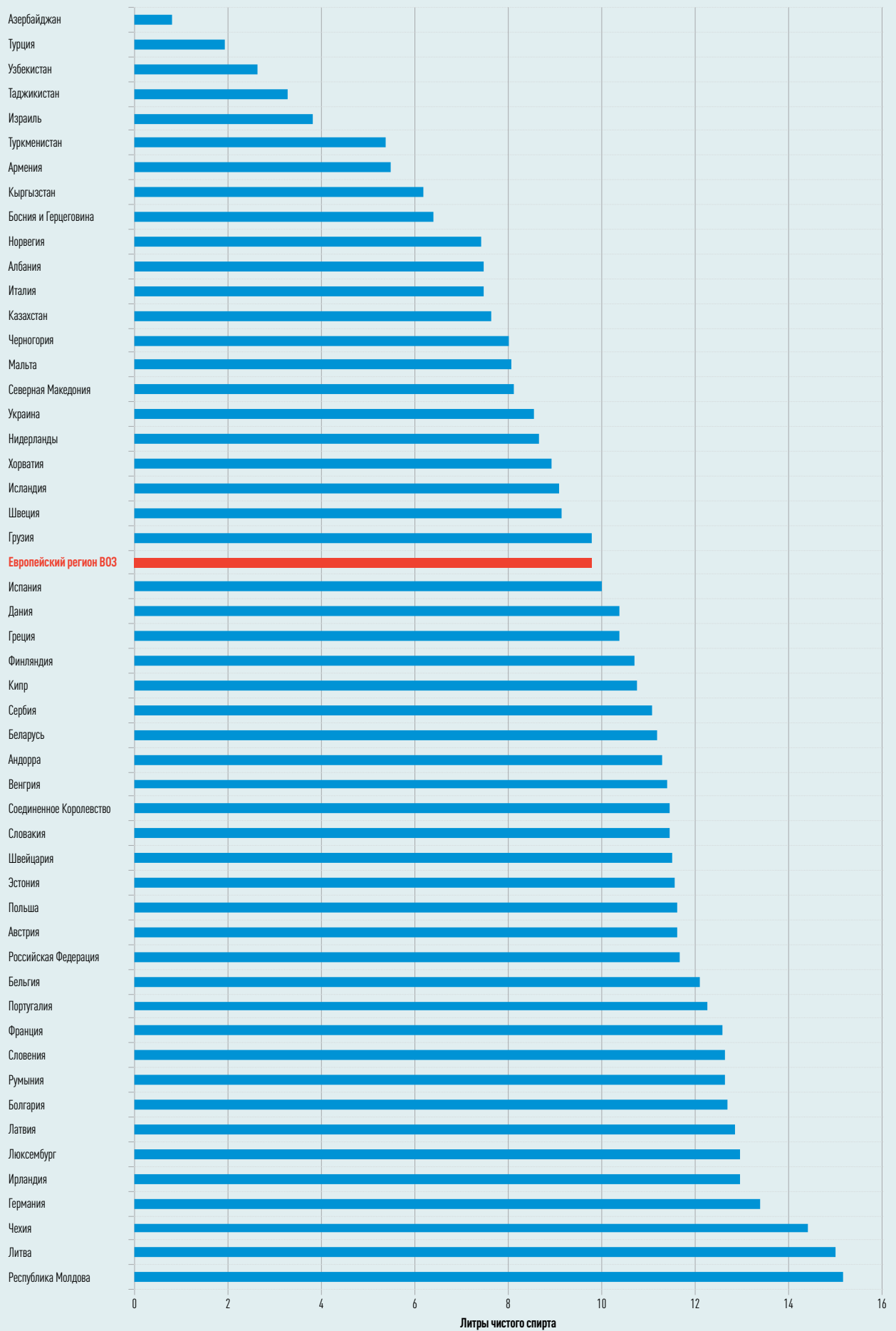
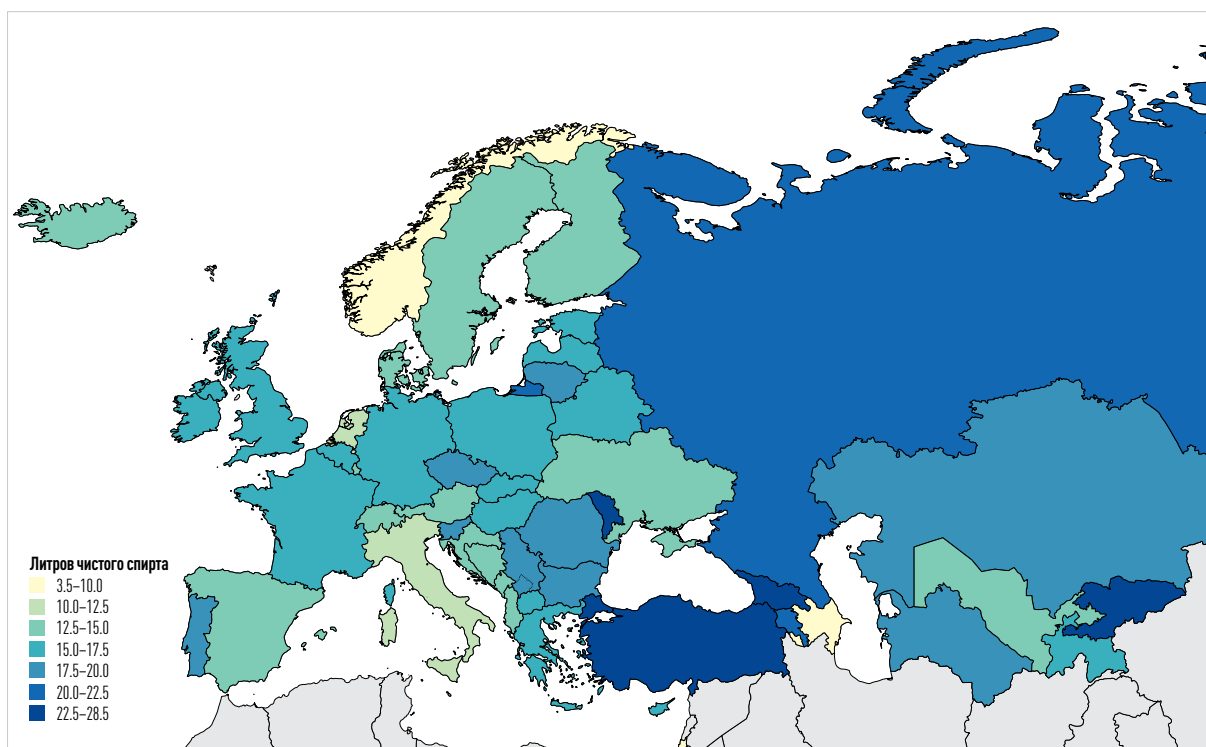


Рис. 1 отражает общее СПА среди взрослого населения 51 государства-члена в Европейском регионе ВОЗ² за 2016 г.; включено как учтенное, так и неучтенное потребление алкоголя с поправкой на туристическое СПА. Хотя в целом по Региону ситуация очень неоднородная, приводимые цифры подчеркивают тот факт, что уровни потребления алкоголя в целом в странах Восточной и Центральной Европы, а также в ряде стран Западной Европы являются наиболее высокими (речь идет об уровнях более чем в 2 раза превышающих общемировое среднее потребление – 6,4 л на душу населения) и существенно превышают средний показатель по Региону, составляющий 9,8 л на душу населения (WHO, 2018a).

Если рассматривать исключительно «нынешних пьющих», т.е. людей, которые употребляли алкоголь в течение предшествующих 12 месяцев, и исключить людей, никогда в жизни не употреблявших алкоголь, и «бывших пьющих», в среднем общее СПА составляло 23,1 л среди мужчин и 8,2 л среди женщин. На рис. 2 отражено региональное распределение СПА среди «нынешних пьющих» в 2016 г.

Рис. 2. Общее СПА (15+) в литрах чистого спирта среди «нынешних пьющих» (2016 г.)

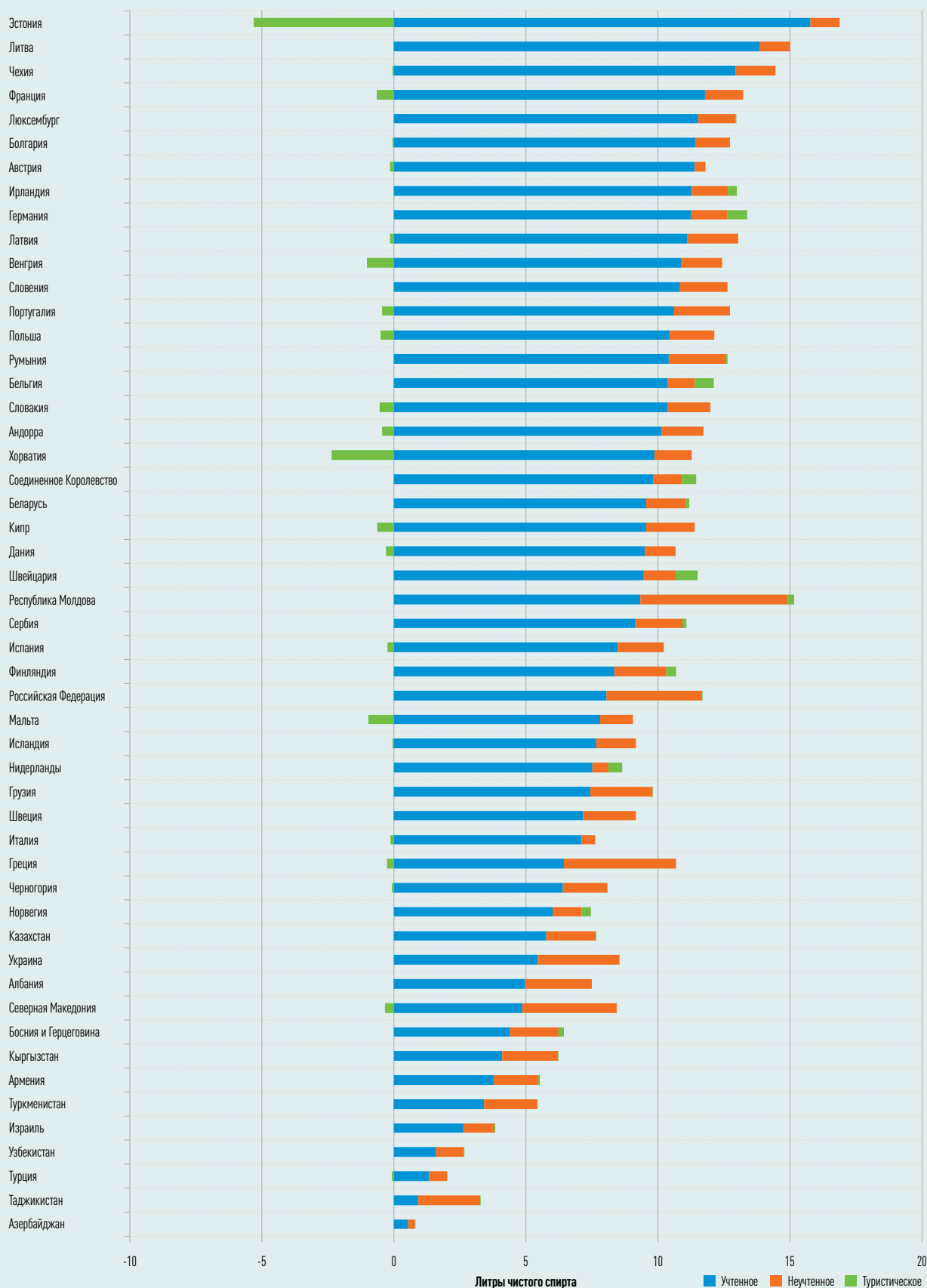


Как правило, уровни потребления были ниже в самых северных и самых южных странах в западной части Региона и выше среди стран, находящихся в средней части Региона и вплоть до самой восточной части Региона. Детальное сопоставление ситуации в странах между рис. 1 и рис. 2 свидетельствует о том, что, хотя в некоторых странах, особенно в восточной части Региона, показатели СПА на популяционном уровне были относительно низкими, исключительно среди употребляющих алкоголь показатели СПА были относительно высокими. В совокупности с высокими показателями полного отказа от алкоголя в этих странах это означает, что, хотя абсолютное число пьющих могло быть небольшим, в пересчете на душу населения они выпивали много. Распределение общих показателей СПА с позиций учтенного и неучтенного потребления существенно варьировалось между странами в 2016 г. (рис. 3). Изменения, которые произошли в указанном распределении за период с 2010 по 2016 г. отражены в Приложении 1.

.....

² Отсутствуют данные по 2 из 53 государств-членов в Европейском регионе ВОЗ: Монако и Сан-Марино.

Рис. 3. Распределение общего СПА (15+ лет) с позиций учтенного и неучтенного потребления алкоголя с учетом туристического потребления, в литрах чистого спирта, в разбивке по странам (2016 г.)^а



^а Цветные линии отражают доли учтенного (синий цвет) и неучтенного (красный цвет) потребления алкоголя с учетом потребления туристами (зеленый цвет). Оценки туристического потребления основаны на: числе туристов, побывавших в стране; среднем объеме времени, которое они провели в стране; количестве алкоголя, употребляемого этими людьми в среднем в странах происхождения; допущении, что 1) люди употребляют то же количество алкоголя, будучи туристами, что и в своих странах и 2) общемировое туристическое потребление равно 0 (и, следовательно, туристическое потребление может быть чистым отрицательным или чистым положительным).

3.2 Изменение ситуации в отношении употребления алкоголя и СПА за период с 2010 по 2016 г.

На уровне стран 34 государства-члена в Европейском регионе сообщили об общем снижении общего СПА среди взрослого населения за период с 2010 по 2016 г., но 17 стран сообщили об общем увеличении (рис. 4). В целом по Региону общее СПА среди взрослых снизилось с 11,2 л (включая 9,1 л учтенного алкоголя и 2,1 л неучтенного алкоголя) в 2010 г. до 9,8 л (8 л учтенного и 1,8 л неучтенного алкоголя) в 2016 г., т.е. имело место относительное сокращение на 12,5% (таблица 1). Данное общее сокращение на 1,4 л представляет собой снижение общего СПА на 12,5%, при этом среди лиц в возрасте от 15 лет учтенное потребление алкоголя сократилось на 1,1 л и неучтенное потребление – на 0,3 л.

СПА среди жителей Региона в возрасте 15–19 лет снизилось с 6,1 л до 5,2 л чистого спирта за период с 2010 по 2016 г., в то время как процентная доля «нынешних пьющих» в данной возрастной группе снизилась с 49% до 44%. В возрастной группе 20–24 лет СПА снизилось с 11,4 л до 9,5 л чистого спирта за тот же период времени. Процентная доля «нынешних пьющих» в этой группе также снизилась с 63% в 2010 г. до 59% в 2016 г. В более старших возрастных группах СПА также снизилось за период с 2010 по 2016 г., с 12,1 л до 10,6 л в возрастной группе 50–64 лет и с 8,3 л до 7,5 л среди людей в возрасте от 65 лет.

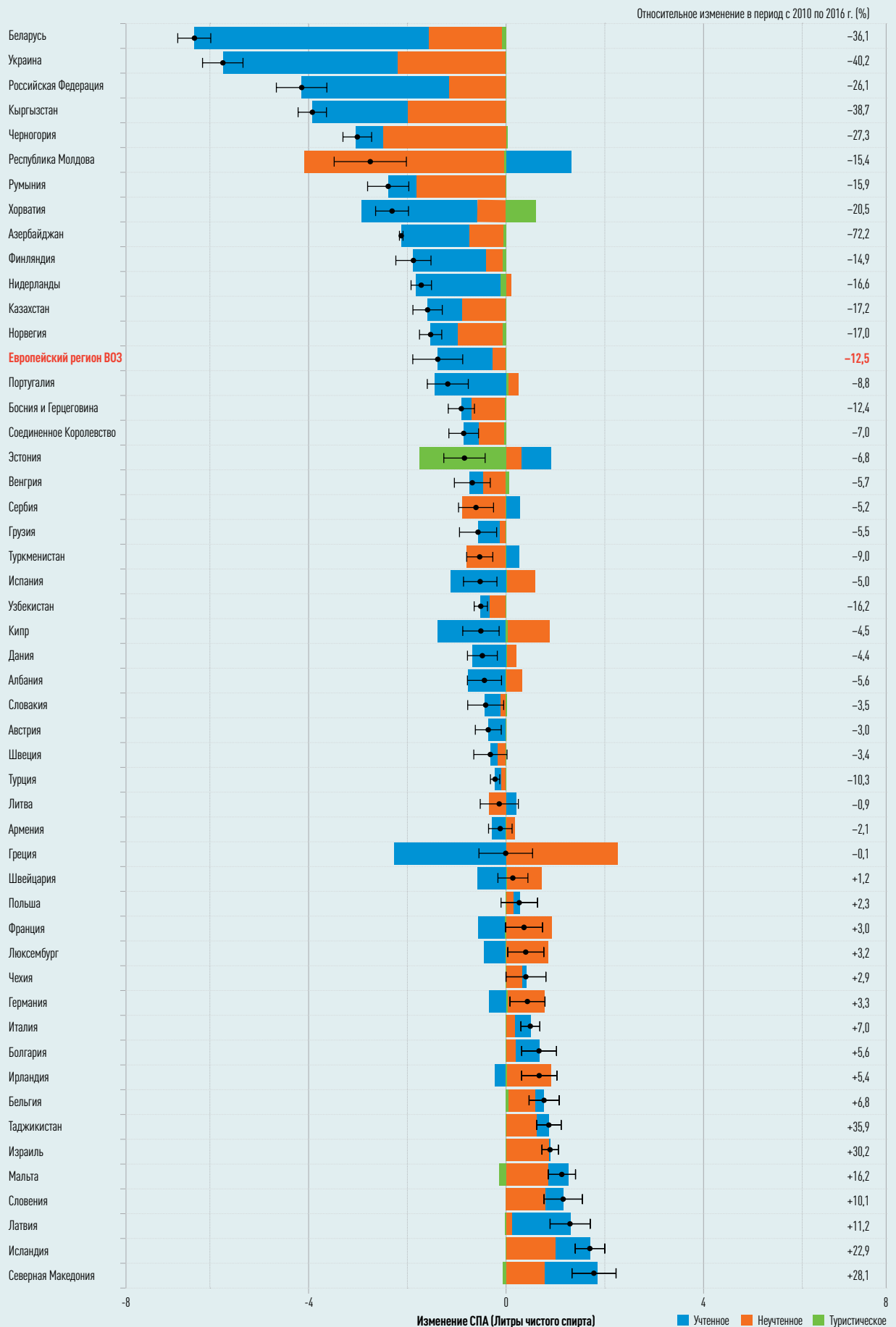
Хотя в большинстве (две трети) из 51 страны в Европейском регионе ВОЗ, представившей данные, в период с 2010 по 2016 г. произошло общее сокращение общего СПА среди взрослого населения, между странами наблюдались существенные различия (рис. 4, таблица 1). Хотя большинство из стран, в которых наблюдалось сокращение, сообщили лишь об умеренном снижении показателей в диапазоне от 1% до 10%, в нескольких странах сокращение было весьма значительным. СПА среди взрослого населения сократилось не менее чем на 10% в 16 странах, половина из которых – члены или ассоциированные члены Содружества Независимых Государств (СНГ), свободного объединения суверенных государств, образованного в 1991 г. странами бывшего Советского Союза.

В целом, к 2016 г. только 16 из 51 страны в Европейском регионе ВОЗ выполнили глобальную задачу в отношении неинфекционных заболеваний (НИЗ) по относительному сокращению вредного употребления алкоголя на 10% к 2025 г. – при условии, что в период до 2025 г. в этих странах не произойдет роста указанного показателя (ВОЗ, 2013). Примечательно, что в 2016 г. снижение уровня потребления алкоголя наблюдалось в 9 из 11 стран СНГ, в 8 из которых произошло относительное снижение как минимум на 10% по сравнению с 2010 г.

В среднем по Европейскому региону ВОЗ в период с 2010 по 2016 г. произошло снижение СПА среди взрослого населения (15+ лет) на 12,4%, с 11,2 л до 9,8 л. Однако различия между странами были значительными, а уровни потребления оставались выше, чем в любом другом из регионов ВОЗ. В числе положительных моментов следует отметить, что в большинстве стран наблюдалось снижение уровня потребления, и в 16 странах произошло значительное относительное снижение на не менее чем 10%.



Рис. 4. Изменение общего СПА (15+ лет) на уровне стран, в литрах чистого спирта, за период с 2010 по 2016 г.^а



^а Круглые черные точки означают изменение общего СПА; тонкие «усики» слева и справа от каждой точки показывают доверительный интервал.

Таблица 1. Относительное изменение общего СПА (15+ лет) на уровне стран за период с 2010 по 2016 г. (%)

← Более низкое СПА Более высокое СПА →

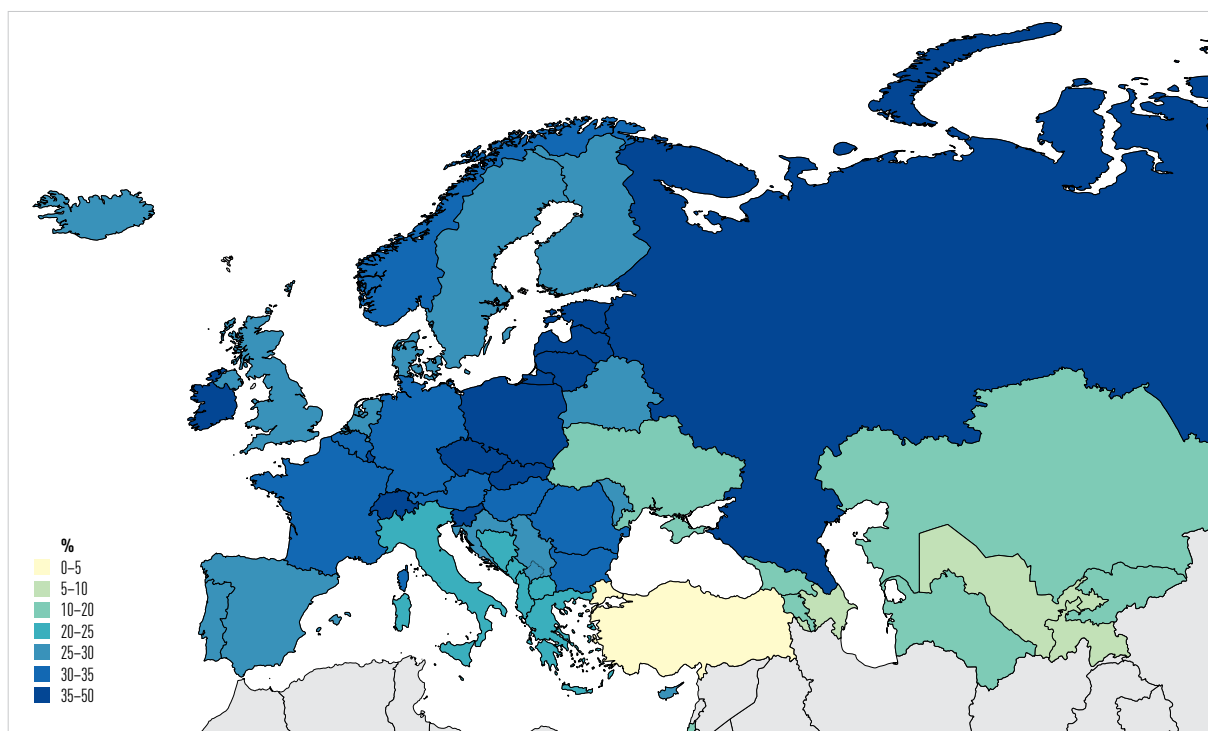
	Общее СПА, 2010 г. (л чистого спирта)	Общее СПА, 2016 г. (л чистого спирта)	Относительное изменение, 2010–2016 гг. (%)
Европейский регион ВОЗ	11,2	9,8	-12,5
Австрия	12	11,6	-3,0
Азербайджан	2,9	0,8	-72,2
Албания	7,9	7,5	-5,6
Андорра	11,4	11,3	-0,7
Армения	5,6	5,5	-2,1
Беларусь	17,5	11,2	-36,1
Бельгия	11,4	12,1	6,8
Болгария	12	12,7	5,6
Босния и Герцеговина	7,3	6,4	-12,4
Венгрия	12,1	11,4	-5,7
Германия	12,9	13,4	3,3
Греция	10,4	10,4	-0,1
Грузия	10,4	9,8	-5,5
Дания	10,9	10,4	-4,4
Израиль	2,9	3,8	30,2
Ирландия	12,3	13	5,4
Исландия	7,4	9,1	22,9
Испания	10,5	10	-5,0
Италия	7	7,5	7,0
Казахстан	9,3	7,7	-17,2
Кипр	11,3	10,8	-4,5
Кыргызстан	10,1	6,2	-38,7
Латвия	11,6	12,9	11,2
Литва	15,1	15	-0,9
Люксембург	12,6	13	3,2
Мальта	7	8,1	16,2
Нидерланды	10,4	8,7	-16,6
Норвегия	9	7,5	-17,0
Польша	11,4	11,6	2,3
Португалия	13,5	12,3	-8,8
Республика Молдова	17,9	15,2	-15,4
Российская Федерация	15,8	11,7	-26,1
Румыния	15	12,6	-15,9
Северная Македония	6,3	8,1	28,1
Сербия	11,7	11,1	-5,2
Словакия	11,9	11,5	-3,5
Словения	11,5	12,6	10,1
Соединенное Королевство	12,3	11,4	-7,0
Таджикистан	2,4	3,3	35,9
Туркменистан	6	5,4	-9,0
Турция	2,2	2	-10,3
Узбекистан	3,2	2,7	-16,2
Украина	14,3	8,6	-40,2
Финляндия	12,6	10,7	-14,9
Франция	12,2	12,6	3,0
Хорватия	11,2	8,9	-20,5
Черногория	11	8	-27,3
Чехия	14	14,4	2,9
Швейцария	11,4	11,5	1,2
Швеция	9,5	9,2	-3,4
Эстония	12,4	11,6	-6,8

3.3 Эпизодическое употребление алкоголя в больших количествах в 2016 г.

Эпизодическое употребление алкоголя в больших количествах (ЭУАБК) определяется как употребление 60 г или более чистого спирта по крайней мере однажды за предшествующие 30 дней. В объемах широко распространенных алкогольных напитков 60 г чистого спирта эквивалентны примерно 1500 мл пива, 600 мл вина или 60 мл крепких спиртных напитков.

ЭУАБК является одним из важнейших показателей таких опасных последствий употребления алкоголя, как травмы и отравления. В Европейском регионе ВОЗ в 2016 г. общая распространенность ЭУАБК составляла 26,4% среди взрослого (15+ лет) населения, но среди мужчин она была существенно выше, чем среди женщин: 40,5% среди мужчин и только 13,5% среди женщин. Наблюдались также заметные различия в распространенности ЭУАБК между странами (рис. 5).

Рис. 5. Распространенность ЭУАБК среди взрослых (15+ лет) в Европейском регионе ВОЗ в 2016 г. (%)

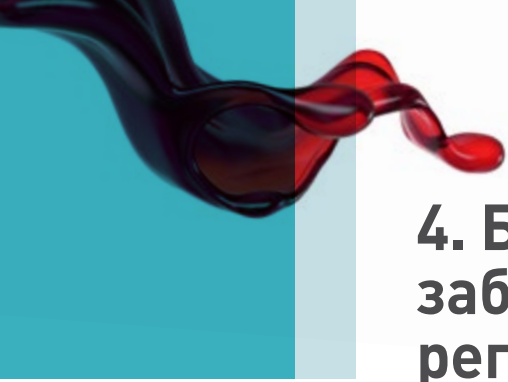


3.4 Изменения в распространенности ЭУАБК и употребления алкоголя в период с 2010 по 2016 г.

В период с 2010 по 2016 г. средняя распространенность ЭУАБК среди взрослых (15 лет и старше) снизилась с 31,6% до 26,4% – статистически значимое пропорциональное падение на 16,3%. За указанный период ЭУАБК стало менее распространенным в 48 из 51 страны в Европейском регионе ВОЗ, предоставившей данные. Более того, доля «нынешних пьющих» в Регионе снизилась с 65% в 2010 г. до 60% в 2016 г., в то время как доля никогда в жизни не употреблявших алкоголь слегка увеличилась с 22% до 23% за тот же период.

Процентная доля «нынешних пьющих» и тех, кто практикует ЭУАБК, также снизилась в обеих группах более старшего возраста. Среди людей в возрасте 50–64 лет доля «нынешних пьющих» снизилась с 66,7% до 61,6%; распространенность ЭУАБК – с 30,9% до 25,8%. Среди людей в возрасте от 65 лет доля «нынешних пьющих» снизилась с 57,2% в 2010 г. до 53,0% в 2016 г., а доля ЭУАБК за тот же период снизилась с 13,1% до 10,7%.

В период с 2010 по 2016 г. распространенность ЭУАБК в Европейском регионе ВОЗ снизилась в среднем на 16,3%. Однако в 2016 г. каждые двое из пяти (40%) взрослых мужчин сообщали о том, что практикуют ЭУАБК, т.е. употребляли 60 г или более чистого спирта как минимум однажды в течение предшествующих 30 дней, что подвергает их риску медицинских и социальных проблем в краткосрочной и долгосрочной перспективе.



4. Бремя смертности и заболеваемости в Европейском регионе ВОЗ

4.1 Доля бремени болезней, относимая на счет алкоголя, в Европейском регионе ВОЗ

В общемировом масштабе Европейский регион ВОЗ отличается наиболее высокой долей смертности, обусловленной потреблением алкоголя (WHO, 2018a). В 2016 г. употреблением алкоголя были вызваны в общей сложности 10,1% всех случаев смерти в Регионе.

Анализируя основные причины смерти в Регионе, такие как сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ), злокачественные новообразования (рак), болезни системы пищеварения и травмы, можно увидеть, что относительно большая доля таких случаев смерти обусловлена употреблением алкоголя. В таблице 2 представлен обзор обусловленных потреблением алкоголя долей 6 наиболее распространенных категорий смертности. Обусловленная потреблением алкоголя доля – это процентная доля смертей в данной категории смертности, которые были вызваны употреблением алкоголя, определяемая как те случаи смерти, которые не произошли бы при противоположном сценарии, т.е. если бы алкоголь не употреблялся.

Таблица 2. Обусловленные потреблением алкоголя доли категорий смертности от конкретных причин в Европейском регионе ВОЗ, в разбивке по полу (2016 г.)^a

Категория смертности от конкретных причин	Доля, относимая на счет алкоголя (%)		
	Женщины	Мужчины	Всего
Инфекционная, акушерская, перинатальная патология и нарушения питания	4,0	10,9	7,8
Злокачественные новообразования (рак)	3,8	8,2	6,2
ССЗ	11,1	9,9	10,5
Болезни органов пищеварения	21,3	37,7	30,5
Неумышленные травмы	17,9	35,7	29,6
Умышленные травмы	29,0	41,7	38,8
Все причины	7,8	12,3	10,1

^a В таблице показаны относимые на счет алкоголя доли различных категорий смертности от конкретных причин, т.е. процентная доля всех смертей в конкретной категории, которые были обусловлены употреблением алкоголя. Таким образом определяется процентная доля смертей в конкретной категории, которых бы не было, если бы прекратилось употребление алкоголя.

В целом употребление алкоголя оказывает причинное влияние на более чем 200 нарушений здоровья (болезни и травмы) (Rehm et al., 2017). Так, в 2016 г. примерно каждая 10-я смерть от ССЗ и каждая 3-я смерть от болезней органов пищеварения были обусловлены употреблением алкоголя. Наиболее высоким был вклад употребления алкоголя в смертность от травм: почти каждая 3-я смерть от неумышленных травм (травм, полученных в результате дорожно-транспортных происшествий, отравлений, падений, пожаров, утоплений и т.д.) и 2 из 5 смертей от умышленных травм (самоубийств, убийств и других случаев межличностного насилия) были обусловлены употреблением алкоголя. За исключением ССЗ, относимая на счет алкоголя процентная доля смертности была выше среди мужчин, чем среди женщин.

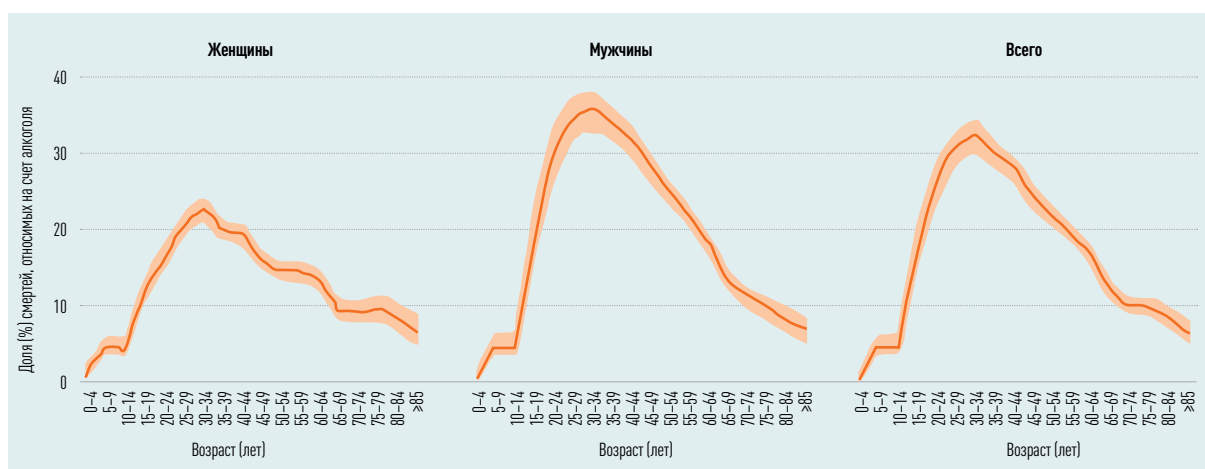
Необходимо отметить, что в целом ССЗ формируют наиболее масштабную категорию смертности и являются ведущей причиной смерти как во всем мире, так и в Европейском регионе ВОЗ. По консервативной оценке, 10,5% всех случаев смерти от ССЗ в Европейском регионе ВОЗ в 2016 г. были вызваны употреблением алкоголя (9,9% среди мужчин, 11,1% среди

женщин). В абсолютных цифрах это означает, что в 2016 г. в Регионе было зафиксировано более 420 000 обусловленных употреблением алкоголя случаев смерти от ССЗ.

В абсолютных цифрах, при рассмотрении всех причин смерти, всего в Европейском регионе ВОЗ в 2016 г. 928 841 случай смерти, по оценкам, был связан с употреблением алкоголя, что означает, что ежедневно от причин, связанных с употреблением алкоголя, умирало около 2545 человек.

В сравнении с другими основными факторами риска НИЗ, такими как употребление табака, относительно высокая доля связанного с алкоголем вреда приходится на ранние этапы жизни, как показано на рис. 6, который позволяет подчеркнуть, что в 2016 г. наибольшая процентная доля обусловленных употреблением алкоголя случаев смерти пришлась на возрастную группу 30–34 лет. В 2016 г. почти каждый четвертый случай смерти (23,3%) среди молодых людей в возрасте 20–24 лет был обусловлен употреблением алкоголя, причем среди мужчин указанная доля была выше (26,7%), чем среди женщин (14,2%).

Рис. 6. Процентная доля случаев смерти, вызванных употреблением алкоголя, в Европейском регионе ВОЗ, в разбивке по возрасту и полу (2016 г.)^а



^а Оранжевая область вдоль каждой из линий отражает доверительные интервалы.

В силу своего несоразмерного воздействия на молодежь алкоголь не только влияет на демографические тенденции, но также является одной из ведущих причин потерянных лет трудовой жизни и, следовательно, потерь в области экономического развития и производительности. Экономическое бремя утраченной производительности труда, обусловленное потреблением алкоголя, является весьма значительным и неблагоприятно влияет на здоровье и благополучие отдельных людей, членов их семей и друзей, сообщества и общество в целом.

Для более детального представления последствий, вызванных употреблением алкоголя, используются не только показатели смертности, но и ряд других концепций. Концепция потерянных лет жизни (YLL) позволяет придать больший вес смертности среди молодых людей путем количественной оценки лет, потерянных между фактическим возрастом смерти и ожидаемой или фиксированной продолжительностью жизни. В целом, употребление алкоголя стало причиной 13,1% YLL в Европейском регионе ВОЗ в 2016 г., что составляет 25,3 млн лет, преждевременно потерянных вследствие употребления алкоголя. Другими словами, 1 из каждых 8 YLL в Регионе в 2016 г. был связан с употреблением алкоголя.

Схожая концепция использует идею лет, прожитых с инвалидностью, (YLD) в качестве меры, позволяющей отразить бремя жизни с болезнью или инвалидностью. Две категории – травмы и расстройства, связанные с употреблением алкоголя – обуславливают 90,4% всех относимых на счет алкоголя YLD. В совокупности YLL и YLD позволяют рассчитать годы жизни с поправкой на инвалидность (DALY), что является наиболее часто используемым показателем для определения общего бремени болезней и инвалидности, включая смертность. Один DALY можно рассматривать как один потерянный год здоровой жизни.

Таблица 3. Обусловленные потреблением алкоголя доли в категориях бремени болезней (измеренных в DALY) в Европейском регионе ВОЗ, в разбивке по полу (2016 г.)^a

Распределение относимых на счет алкоголя долей DALY применительно к различным категориям заболеваний и травм в 2016 г. было сходным с распределением относимых на счет алкоголя долей применительно к смертности, но несколько выше в процентном отношении для лиц обоего пола применительно ко всем категориям, кроме инфекционной, акушерской, перинатальной патологии и нарушений питания (таблица 3). Другими словами, применительно к указанным показателям употребление алкоголя играло даже большую роль в причинении вреда, результатом которого были заболеваемость и инвалидность. Так, например, в 2016 г. 35,6% всех DALY, обусловленных болезнями системы пищеварения, и 39,8% всех DALY, обусловленных умышленными травмами, были связаны с употреблением алкоголя, что означает, что значительная доля лет, потерянных в связи с указанными категориями заболеваний и травм, была причинно связана с употреблением алкоголя.

Категория бремени болезней	Доля, относимая на счет алкоголя (%)		
	Женщины	Мужчины	Всего
Инфекционная, акушерская, перинатальная патология и нарушения питания	2,6	7,7	5,5
Злокачественные новообразования (рак)	4,1	8,6	6,6
ССЗ	11,2	10,8	11,0
Болезни органов пищеварения	27,4	40,6	35,6
Неумышленные травмы	23,3	36,6	31,9
Умышленные травмы	30,7	42,4	39,8
Все причины	7,1	14,0	10,8

^a В таблице показаны относимые на счет алкоголя доли конкретных категорий бремени болезней, т.е. процентная доля общего бремени болезней в конкретной категории, которая была вызвана употреблением алкоголя; другими словами, процентная доля бремени болезней, которой бы не было, если бы прекратилось употребление алкоголя.

Употребление алкоголя обуславливает значительное бремя болезней как во всем мире, так и в Европейском регионе ВОЗ. В 2016 г. Европейский регион ВОЗ был регионом как с наиболее высокими показателями потребления алкоголя, так и с наибольшей процентной долей смертности и заболеваемости, обусловленных употреблением алкоголя. В целом, 10,1% общего числа смертей в Регионе в 2016 г. были вызваны употреблением алкоголя – в абсолютном выражении речь идет о более чем 1 млн смертей. Кроме того, 13,1% всех YLL и 10,8% всех DALY были обусловлены употреблением алкоголя.

Таким образом, в широком смысле каждая десятая смерть, каждый десятый DALY и каждый восьмой YLL в Регионе имели причинную связь с употреблением алкоголя.

В целом, в 2016 г. употребление алкоголя обусловило 31,9 млн DALY в Европейском регионе ВОЗ. Каждый 10-й DALY (10,8% от общего числа DALY) в Регионе в 2016 г. был обусловлен употреблением алкоголя.

В общемировом масштабе в 2016 г. Европейский регион ВОЗ был регионом с наиболее высокой процентной долей общей смертности, обусловленной употреблением алкоголя, и наиболее высокой процентной долей DALY, обусловленной употреблением алкоголя. Тем не менее, речь идет также и о регионе, где в период с 2010 по 2016 г. зафиксировано наибольшее пропорциональное снижение смертности и DALY, связанных с употреблением алкоголя. За указанный период стандартизованная по возрасту смертность (от всех причин), обусловленная потреблением алкоголя, на 100 000 человек снизилась на 25,3%, а для стандартизованного по возрасту относимого на счет алкоголя показателя DALY в пересчете на 100 000 человек снижение составило 23,3% (WHO, 2018a).

4.2 Относимое на счет алкоголя бремя болезней в более молодых возрастных группах и изменения в период с 2010 по 2016 г.

В период с 2010 по 2016 г. относимая на счет алкоголя смертность среди подростков и молодых взрослых сократилась более чем на треть, но потребление алкоголя продолжило оставаться одной из основных причин смерти в этих возрастных группах и одной из ведущих причин YLL среди работающего населения. Как описано в разделе 4.1, процентная доля людей, умерших вследствие употребления алкоголя, в более молодых возрастных группах была выше, чем в группах более старшего возраста. Тем не менее, указанные процентные доли снизились в период с 2010 по 2016 г., когда относимая на счет алкоголя смертность среди людей в возрасте 20–24 лет сократилась с 30,4% до

23,3%; среди мужчин указанная доля сократилась с 33,9% до 26,7%, а среди женщин – с 20,0% до 14,2% (таблица 4).

В то же время в период с 2010 по 2016 г. наблюдалось параллельное сокращение процентной доли обусловленного потреблением алкоголя бремени болезней в более молодых возрастных группах (таблица 5). Среди людей в возрасте 20–24 лет бремя болезней (измеряемое в DALY), обусловленное потреблением алкоголя, сократилось с 19,4% до 14,5%; среди мужчин процентная доля снизилась с 25,2% до 19,4%, а среди женщин – с 10,7% до 8,0%.

Таблица 4. Относимые на счет алкоголя доли применительно к категориям причин смерти в Европейском регионе ВОЗ, в разбивке по возрасту и полу (2010 и 2016 гг.)

Возрастная группа	Относимая на счет алкоголя доля (%)					
	2010 г.			2016 г.		
	Женщины	Мужчины	Всего	Женщины	Мужчины	Всего
Все причины смерти						
15–19 лет	14,9	24,1	21,1	10,6	18,2	15,6
20–24 лет	20,0	33,9	30,4	14,2	26,7	23,3
Все возрасты	9,8	14,5	12,2	7,8	12,3	10,1
ССЗ						
15–19 лет	5,9	8,1	7,3	4,3	6,5	5,7
20–24 лет	10,4	13,3	12,3	7,1	10,4	9,3
Все возрасты	13,2	11,4	12,4	11,1	9,9	10,5
Болезни органов пищеварения						
15–19 лет	18,5	22,8	21,0	14,7	21,8	18,6
20–24 лет	34,8	41,2	39,0	28,2	37,0	33,6
Все возрасты	24,2	40,1	33,0	21,3	37,7	30,5
Неумышленные травмы						
15–19 лет	30,6	35,9	34,6	24,3	28,5	27,4
20–24 лет	37,9	44,1	43,0	30,3	36,7	35,5
Все возрасты	22,8	41,6	35,6	17,9	35,7	29,6
Умышленные травмы						
15–19 лет	27,3	35,4	33,2	17,7	27,1	24,2
20–24 лет	38,6	46,7	45,3	27,8	38,5	36,4
Все возрасты	35,0	47,1	44,4	29,0	41,7	38,8

Несмотря на то, что в период с 2010 по 2016 г. относимые на счет алкоголя доли снизились для всех возрастных групп и применительно ко всем проанализированным причинам смерти, следует отметить, что обусловленная употреблением алкоголя смертность в более молодых возрастных группах, в основном вследствие ранней смертности от травм, все еще остается неприемлемо высокой.

Таблица 5. Относимые на счет алкоголя доли применительно к категориям бремени болезней (измеренного в DALY) в Европейском регионе ВОЗ, в разбивке по возрасту и полу (2010 и 2016 гг.)

Возрастные группы	Относимая на счет алкоголя доля (%)					
	2010 г.			2016 г.		
	Женщины	Мужчины	Всего	Женщины	Мужчины	Всего
Все причины						
15–19 лет	6,8	15,3	11,6	5,0	11,4	8,5
20–24 лет	10,7	25,2	19,4	8,0	19,4	14,5
Все возрасты	8,7	16,3	12,9	7,1	14,0	10,8
ССЗ						
15–19 лет	5,1	7,3	6,4	3,7	5,8	4,9
20–24 лет	9,6	12,5	11,5	6,6	9,6	8,5
Все возрасты	13,8	12,4	13,0	11,2	10,8	11,0
Болезни органов пищеварения						
15–19 лет	15,5	20,2	18,0	13,0	19,0	16,2
20–24 лет	26,3	36,1	32,2	21,1	30,8	26,7
Все возрасты	31,2	43,1	38,6	27,4	40,6	35,6
Неумышленные травмы						
15–19 лет	28,1	35,9	33,6	22,3	29,2	27,1
20–24 лет	36,1	44,1	42,3	29,3	37,4	35,4
Все возрасты	27,4	41,5	36,8	23,3	36,6	31,9
Умышленные травмы						
15–19 лет	26,5	35,2	32,7	17,5	27,0	24,0
20–24 лет	37,5	46,5	44,8	27,2	38,2	36,0
Все возрасты	36,1	47,6	45,2	30,7	42,4	39,8

Значительная часть вреда, обусловленного потреблением алкоголя, приходится на ранние этапы жизни, и относимые на счет алкоголя смерти, заболевания и случаи инвалидности, вызванные главным образом неумышленными травмами, такими как травмы, полученные в результате дорожно-транспортных происшествий, в несоразмерно большей степени затрагивают молодежь. Среди людей в возрасте 20–24 лет в 2016 г. употреблением алкоголя была обусловлена почти каждая 4-я смерть, а в возрастной группе 15–19 лет алкоголь был причиной почти каждой 6-й смерти.

Процентные доли обусловленной употреблением алкоголя смертности, возможно, снизились за период с 2010 г., но, тем не менее, в 2016 г. 29,6% всех смертей от неумышленных травм и 38,8% смертей от умышленных травм были связаны с употреблением алкоголя.

4.3 Распределение относимой на счет алкоголя смертности по конкретным причинам смерти

Если рассматривать исключительно относимую на счет алкоголя смертность, т.е. процентную долю случаев смерти, которые были вызваны употреблением алкоголя или не произошли бы, если бы не употреблялся алкоголь, становится очевидно, что подавляющее большинство обусловленных употреблением алкоголя случаев смерти в Европейском регионе ВОЗ вызваны НИЗ: из 928 841 обусловленного употреблением алкоголя случая смерти в Регионе в 2016 г. 78,5% вызваны НИЗ. Основными причинами были ССЗ, рак и болезни органов пищеварения, 17,4% были вызваны травмами и только 4,1% – инфекционными заболеваниями и другими состояниями (таблица 6).

Таблица 6. Распределение относимой на счет алкоголя смертности (число случаев смерти и доля от общего числа случаев смерти, обусловленных употреблением алкоголя), в разбивке по причине смерти и полу (2016 г.)

Причина смерти	Женщины		Мужчины		Всего	
	Число	%	Число	%	Число	%
Инфекционная, акушерская, перинатальная патология и нарушения питания	8992	2,5	28 785	5,0	37 777	4,1
НИЗ ^а	316 739	88,7	412 516	72,1	729 256	78,5
Злокачественные новообразования (рак)	35 635	10,0	96 937	17,0	132 572	14,3
Расстройства, вызванные употреблением алкоголя	11 319	3,2	46 207	8,1	57 526	6,2
ССЗ	240 783	67,5	180 002	31,5	420 784	45,3
Цирроз печени	34 837	9,8	74 185	13,0	109 022	11,7
Травмы	31 242	8,8	130 567	22,8	161 808	17,4
Неумышленные травмы	19 729	5,5	75 113	13,1	94 842	10,2
<i>Причинение вреда другим людям^б</i>	5088	1,4	11 297	2,0	16 385	1,8
Умышленные травмы	11 513	3,2	55 453	9,7	66 967	7,2
Все причины	356 973	100,0	571 868	100,0	928 841	100,0

^а Сумма случаев смерти в подкатегориях НИЗ превышает число случаев смерти в основной категории, потому что положительное воздействие употребления алкоголя при диабете позволяет избежать некоторого числа случаев смерти.

^б «Причинение вреда другим людям» (подкатегория неумышленных травм) включает широкий спектр травм и вреда, причиняемых другим людям в результате употребления алкоголя индивидом, речь идет, в частности, о гибели других участников дорожного движения, жертвах домашнего насилия и т.п.

Следует отметить, что из указанных 928 841 случая смерти, обусловленного употреблением алкоголя, только 57 526 случаев, или всего 6,2%, были вызваны непосредственно расстройствами, связанными с употреблением алкоголя; более чем в 2 раза больше смертей было вызвано раком, почти в 3 раза больше – травмами, более чем в 7 раз больше – сердечно-сосудистыми заболеваниями. Таким образом, основной вред, наносимый употреблением алкоголя, не связан непосредственно с нарушениями, вызванными употреблением алкоголя (такими как алкогольная зависимость, алкогольный психоз и т.д.); скорее, большинство смертей вызвано такими заболеваниями, как рак и сердечно-сосудистые заболевания, которые в значительной степени связаны с употреблением алкоголя как образом жизни. По данной причине сокращение употребления алкоголя населением следует рассматривать как масштабную задачу общественного здравоохранения, а не просто как проблему, решение

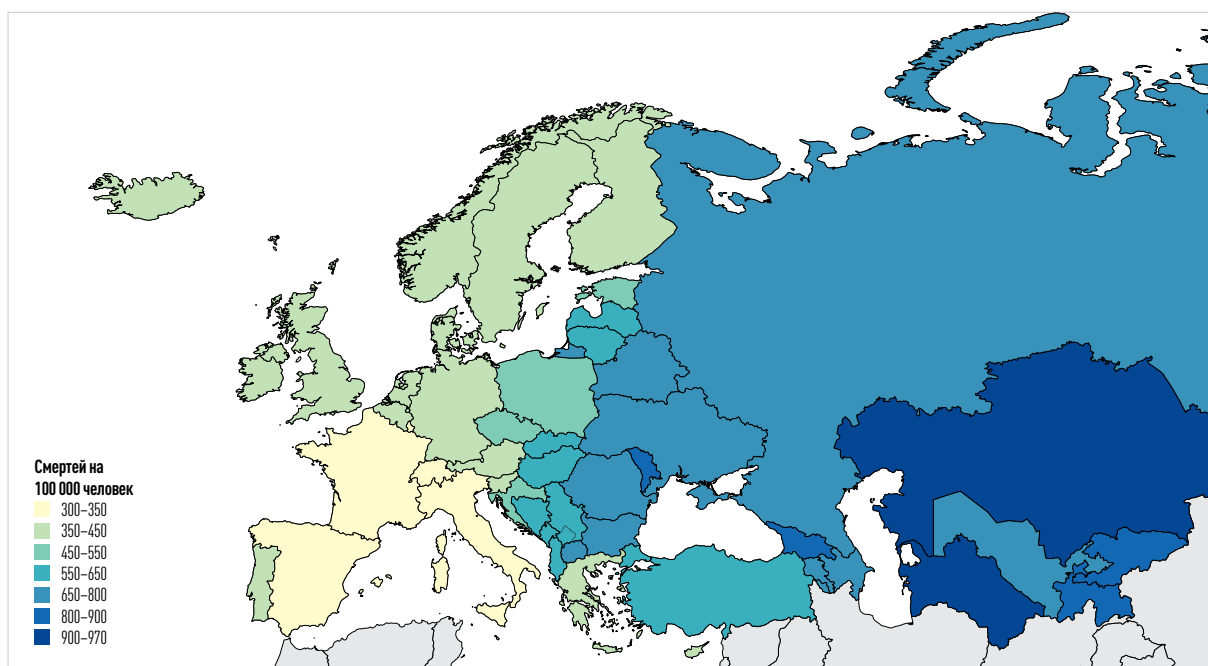
которой ограничивается лечением зависимости или же предоставлением медицинских услуг.

Отдельного внимания в таблице 6 заслуживает подкатегория причинения вреда другим людям, включающая широкий спектр видов вреда, причиняемого употреблением алкоголя другим людям, помимо самого пьющего. Примеры включают смерть других участников дорожного движения по причине управления транспортными средствами водителями, находящимися в состоянии алкогольного опьянения, последствия употребления алкоголя во время беременности для плода и раннего развития ребенка, связанное с алкоголем насилие, такое как насилие в отношении женщин и девочек и сексуальное насилие, распад семьи и межличностных связей, ущерб, наносимый предприятиям и организациям в связи с неявкой на работу, снижением производительности и дополнительной нагрузкой для других сотрудников (Babor et al., 2010; Burton et al., 2017; WHO, 2010).

4.4 Региональное распределение и изменения в относимом на счет алкоголя бремени болезней в период с 2010 по 2016 г.

Структура бремени болезней, относимого на счет алкоголя, в странах Европейского региона ВОЗ различается. Наиболее высокие показатели стандартизированной по возрасту смертности, обусловленной употреблением алкоголя, наблюдаются в восточной части Региона, в особенности в странах Центральной Азии и Восточной Европы, а наиболее низкие показатели наблюдаются в странах в юго-западной части Региона (рис. 7).

Рис. 7. Показатель обусловленной потреблением алкоголя стандартизированной по возрасту смертности на 100 000 человек в Европейском регионе ВОЗ (2016 г.)



Использование DALY в качестве комбинированного показателя для отражения лет, потерянных в силу проблем со здоровьем, инвалидности или преждевременной смерти, позволяет получить более полную картину (которая выходит за рамки простой статистики смертности) бремени болезней, обусловленных употреблением алкоголя, которое ложится на представителей различных групп населения. На рис. 8 отражено относимое на счет алкоголя бремя болезней, выраженное в стандартизированных по возрасту показателях DALY на 100 000 человек, которое наблюдается в странах Европейского региона ВОЗ. В абсолютном выражении в 2016 г., по оценкам, 31 897 792 DALY были связаны с употреблением алкоголя, что в сравнении с 39 566 225 DALY в 2010 г. составляет значительное снижение почти на одну пятую (19%).

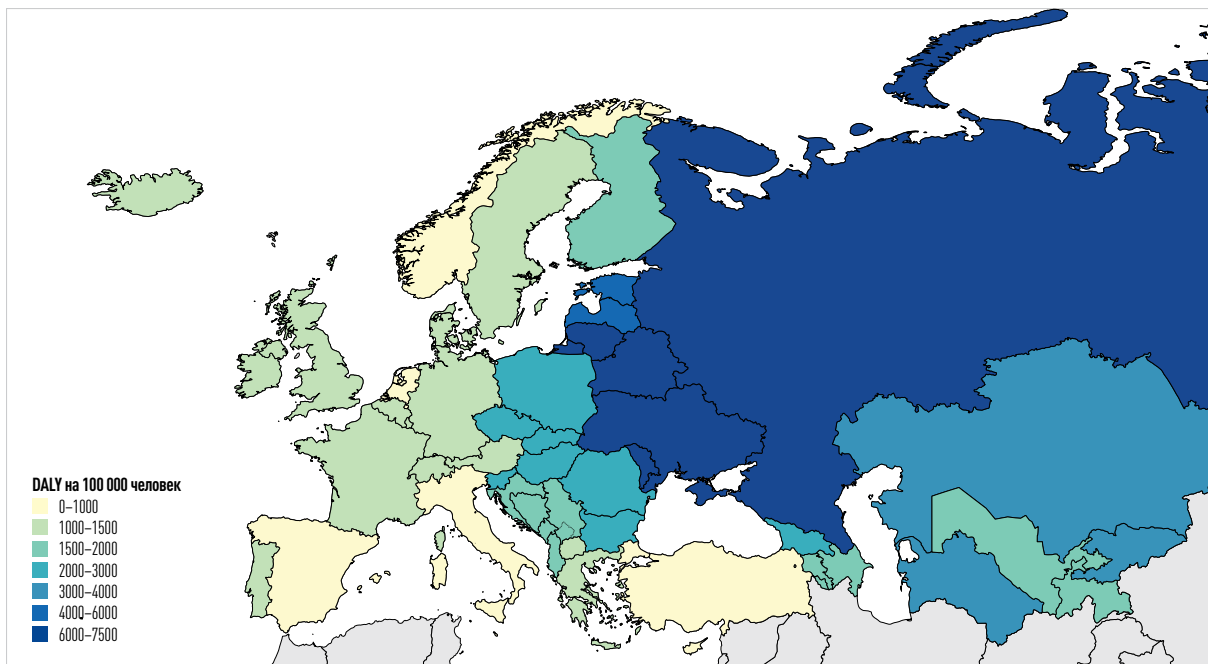


Рис. 8. Стандартизированный по возрасту показатель относимых на счет алкоголя DALY на 100 000 человек в Европейском регионе ВОЗ (2016 г.)

При анализе относимых на счет алкоголя долей смертности от всех причин в разбивке по странам становится видна четкая закономерность (таблица 7). Хотя относимые на счет алкоголя доли смертности в большинстве стран Региона были ниже среднего показателя по Региону, составлявшего 10,1% в 2016 г., в нескольких странах в восточной части Региона, особенно в Восточной Европе, были зафиксированы очень высокие доли смертности от всех причин, относимой на счет алкоголя. Тем не менее, если анализировать пропорциональные изменения за период с 2010 по 2016 г., именно в этих странах по большей части наблюдалось наиболее значительное сокращение относимой на счет алкоголя смертности.

Как можно видеть на рис. 2, 5, 7 и 8, при отсутствии четкой закономерности в региональном распределении уровней потребления алкоголя и распространенности ЭУАБК (хотя в Центральной и Восточной Европе и отмечались более высокие показатели СПА и ЭУАБК), в части вреда наблюдалось четкое разделение между Востоком и Западом. Уровни как стандартизированной по возрасту смертности, так и показателей DALY были намного выше в восточной части Европейского региона ВОЗ и, в частности, в странах Восточной Европы. Это говорит о том, что вред, обусловленный определенным объемом потребления алкоголя для таких стран был выше, чем для стран в западной части Региона; другими словами, в Регионе наблюдается явный градиент «вреда на литр», при этом восточноевропейские страны имеют дело с более высоким уровнем вреда, несмотря на схожие или более низкие уровни потребления алкоголя.

Показатели стандартизированной по возрасту смертности и DALY значительно различались в странах Европейского региона ВОЗ, и наиболее высокие значения наблюдались в Восточной Европе. Оба показателя снизились за период с 2010 по 2016 г., причем наиболее существенное пропорциональное снижение относимых на счет алкоголя долей смертности от всех причин наблюдалось в странах с наиболее высокими процентными долями относимого на счет алкоголя бремени болезней.

Такие резкие региональные различия указывают на явный градиент «вреда на литр» в Регионе, при этом восточноевропейские страны имеют дело с более высоким уровнем вреда, несмотря на схожие или более низкие уровни потребления алкоголя.

Таблица 7. Относимые на счет алкоголя доли смертности от всех причин, в разбивке по странам и полу (2010 и 2016 гг.)

Страна	Относимая на счет алкоголя доля смертности (%)						Пропорциональное изменение (%)		
	2010 г.			2016 г.			2010–2016 гг.		
	Женщины	Мужчины	Всего	Женщины	Мужчины	Всего	Женщины	Мужчины	Всего
Европейский регион ВОЗ	9,8	14,5	12,2	7,8	12,3	10,1	-2,0	-2,2	-2,1
Австрия	2,6	9,3	5,8	2,3	8,6	5,3	-0,2	-0,8	-0,4
Азербайджан	4,2	9,5	7,0	3,7	7,8	5,9	-0,4	-1,6	-1,0
Албания	3,9	8,7	6,6	3,7	8,5	6,4	-0,2	-0,2	-0,2
Армения	3,2	8,7	6,1	3,3	8,7	6,0	0,0	0,0	-0,1
Беларусь	29,6	28,9	29,3	24,2	23,8	24,0	-5,4	-5,1	-5,2
Бельгия	2,8	7,7	5,2	2,8	8,0	5,4	0,0	0,4	0,2
Болгария	2,6	7,9	5,4	2,9	8,7	5,9	0,3	0,8	0,6
Босния и Герцеговина	1,2	7,8	4,5	1,5	7,7	4,6	0,3	-0,1	0,0
Венгрия	3,5	12,4	7,9	3,2	10,8	6,9	-0,3	-1,6	-0,01
Германия	2,8	8,5	5,5	2,7	7,9	5,2	-0,1	-0,5	0,00
Греция	1,9	5,6	3,8	2,0	6,0	4,0	0,1	0,4	0,00
Грузия	4,5	12,1	8,3	4,2	12,0	8,1	-0,3	-0,1	0,00
Дания	3,1	9,6	6,2	2,6	8,6	5,6	-0,5	-1,0	-0,01
Израиль	0,9	4,2	2,5	0,8	4,2	2,5	-0,1	0,1	0,00
Ирландия	3,2	7,7	5,5	2,8	7,3	5,1	-0,4	-0,3	0,00
Исландия	1,5	5,0	3,3	2,0	5,6	3,8	0,5	0,6	0,01
Испания	2,0	7,2	4,7	1,8	6,7	4,3	-0,2	-0,5	0,00
Италия	2,0	6,0	3,9	1,7	5,7	3,6	-0,3	-0,3	0,00
Казахстан	5,4	15,2	10,8	5,5	14,6	10,3	0,0	-0,6	0,00
Кипр	1,6	6,2	4,0	1,4	5,6	3,6	-0,2	-0,6	-0,4
Кыргызстан	6,3	16,8	12,2	5,6	15,1	10,9	-0,7	-1,7	-0,01
Латвия	19,8	22,5	21,1	20,7	22,4	21,5	0,9	-0,1	0,00
Литва	26,8	25,3	26,1	25,4	23,6	24,5	-1,4	-1,7	-0,02
Люксембург	3,6	8,8	6,2	3,0	8,7	5,8	-0,6	-0,1	0,00
Мальта	1,3	5,3	3,4	1,5	5,4	3,5	0,2	0,1	0,00
Нидерланды	1,8	5,8	3,8	1,7	5,7	3,6	-0,1	-0,1	0,00
Норвегия	1,5	5,6	3,5	1,4	5,4	3,4	0,0	-0,2	0,00
Польша	2,8	11,4	7,4	2,9	10,6	6,9	0,0	-0,8	0,00
Португалия	2,3	10,3	6,4	2,2	9,6	5,9	-0,1	-0,7	0,00
Республика Молдова	31,0	29,3	30,1	25,3	26,9	26,1	-5,7	-2,4	-0,04
Российская Федерация	23,2	26,9	25,1	19,9	23,1	21,6	-3,3	-3,7	-0,04
Румыния	6,1	13,7	10,1	4,7	12,0	8,6	-1,3	-1,6	-0,02
Северная Македония	1,3	6,3	3,9	1,4	6,9	4,3	0,1	0,6	0,00
Сербия	1,5	8,4	5,0	1,6	7,3	4,5	0,1	-1,1	0,00
Словакия	3,2	12,1	7,8	3,2	12,9	8,3	0,0	0,9	0,00
Словения	3,8	14,1	9,0	3,5	12,7	8,0	-0,4	-1,4	-0,01
Соединенное Королевство	2,7	7,1	4,8	2,5	6,9	4,6	-0,2	-0,2	0,00
Таджикистан	2,5	6,4	4,7	2,9	7,3	5,3	0,3	0,9	0,01
Туркменистан	4,9	12,4	9,1	5,0	12,6	9,3	0,1	0,2	0,00
Турция	0,5	2,2	1,5	0,5	2,1	1,4	0,0	-0,1	0,00
Узбекистан	3,6	8,9	6,5	3,6	8,9	6,5	0,0	0,0	0,00
Украина	25,8	25,5	25,6	19,8	21,2	20,5	-6,0	-4,3	-0,05
Финляндия	2,9	10,4	6,7	2,5	9,1	5,8	-0,4	-1,3	-0,01
Франция	3,0	9,9	6,5	2,7	8,9	5,8	-0,3	-1,0	-0,01
Хорватия	3,1	11,3	7,1	2,4	10,0	6,1	-0,8	-1,2	-1,0
Черногория	4,8	9,5	7,2	3,8	8,6	6,2	-1,0	-0,8	-0,01
Чехия	3,2	10,1	6,7	2,9	9,4	6,2	-0,2	-0,7	-0,5
Швейцария	2,3	7,1	4,6	2,2	7,0	4,5	-0,1	-0,1	0,00
Швеция	1,3	5,5	3,4	1,5	5,8	3,6	0,2	0,3	0,00
Эстония	21,3	22,4	21,8	19,7	20,7	20,2	-1,5	-1,7	-0,02



5. Инициатива SAFER – сделать Европейский регион ВОЗ более безопасным

5.1 Уровни реализации мер политики в рамках инициативы SAFER в Европейском регионе ВОЗ

ВОЗ выступила с инициативой SAFER в 2018 г. в рамках Третьего совещания высокого уровня Организации Объединенных Наций по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними (WHO, 2018b, 2018c и 2019d). Основной целью инициативы является оказание государствам-членам поддержки в деле сокращения вредного употребления алкоголя путем совершенствования текущей реализации Глобальной стратегии сокращения вредного употребления алкоголя и ЕПДА (ВОЗ, 2010 и 2012). Пакет мероприятий SAFER ориентирован на реализацию 5 основных вмешательств, в основу которых положены накопленные фактические данные относительно их воздействия на здоровье населения и их экономической эффективности (рис. 9).

Пакет мероприятий SAFER

- S** (Strengthen) – усилить ограничения доступности алкоголя
- A** (Advance) – продвигать и укреплять меры противодействия вождению в состоянии алкогольного опьянения
- F** (Facilitate) – облегчать доступ к скринингу, кратким вмешательствам и лечению
- E** (Enforce) – усиливать запреты или полные ограничения на рекламу, спонсорство и продвижение алкоголя
- R** (Raise) – повысить цены на алкогольную продукцию посредством акцизных сборов и мер ценовой политики

Рис. 9. Пакет мероприятий SAFER и 5 основных вмешательств в рамках пакета

Три из указанных пяти вмешательств были определены ВОЗ как доступные, осуществимые и экономически эффективные стратегии вмешательства по сокращению показателей потребления алкоголя и НИЗ и рекомендованы странам в качестве «решений, оптимальных по затратам» в силу свойственного им оптимального соотношения затрат и эффективности. Такими тремя «решениями, оптимальными по затратам» являются:

- (1) Повышение акцизов на алкогольную продукцию;
- (2) Введение в действие и обеспечение неукоснительного соблюдения запретов или комплексных ограничений на рекламу алкогольной продукции (в различных типах СМИ);
- (3) Введение в действие и обеспечение неукоснительного соблюдения ограничений на физическую доступность алкоголя в розничной продаже (путем сокращения часов продажи).

Три вышеперечисленные меры вмешательства считаются наиболее экономически эффективными и осуществимыми, поскольку их средний коэффициент рентабельности составляет $\leq 1\$ 100$ на предотвращенный DALY в странах с низким и средним уровнем дохода (СНСД)³. Инициатива SAFER включает три указанных «решения, оптимальных по затратам», которые дополнены еще двумя направлениями работы, обеспечивающими коэффициент экономической эффективности $> 1\$ 100$ на предотвращенный DALY в СНСД и считающимися эффективными.

.....

³ $1\$ 1 = 1$ международный доллар. Международный доллар – это гипотетическая денежная единица, имеющая такой же паритет покупательной способности, что и доллар США в Соединенных Штатах в конкретный момент времени. Международный доллар широко используется в экономике, в первую очередь для определения и сравнения паритета покупательной способности и валового внутреннего продукта различных стран и рынков.

В целом, инициатива SAFER исходит из признания того, что следует защитить процессы формирования политики, ориентированной на охрану общественного здоровья, от вмешательства алкогольной индустрии, и учитывает важность наличия надежной и устойчивой системы мониторинга в целях обеспечения подотчетности и содействия в отслеживании прогресса в ходе реализации такой политики. Отчет об уровнях реализации 5 мер вмешательства в рамках пакета в странах Европейского региона ВОЗ приводится ниже (разделы 5.1.1–5.1.5) с использованием комбинированных показателей ЕПДА применительно к каждому из вмешательств в рамках пакета SAFER в Регионе.

Комбинированные показатели ЕПДА рассчитываются на основе комплексного методологического подхода, более подробно описанного в публикации *Политика в действии: инструмент для оценки реализации политики в отношении алкоголя* (ВОЗ, 2017). Разработанный ВОЗ инструмент балльной оценки реализации политики в отношении алкоголя включает 10 комбинированных показателей, соответствующих 10 областям действий ЕПДА и Глобальной стратегии сокращения вредного употребления алкоголя. Однако данные были доступны не для всех стран и не всех показателей, поэтому в приведенной ниже трактовке общее число государств-членов применительно к конкретным показателям может варьироваться. Оценка по каждой области действий приводится в баллах по шкале от 0 до 100, с тем чтобы облегчить сопоставление, и может, таким образом, рассматриваться как процентная доля, т.е. оценка в 100 баллов будет свидетельствовать об идеальной реализации мер в конкретной области действий.



5.1.1 Усилить ограничения доступности алкоголя

Стратегии общественного здравоохранения, направленные на регулирование коммерческой или общественной доступности алкоголя с помощью законов, мер политики и программ, являются важным средством снижения вреда, обусловленного потреблением алкоголя (ВОЗ, 2010; Vabor et al., 2010). Такие стратегии позволяют препятствовать легкому доступу к алкогольной продукции со стороны уязвимых групп или групп повышенного риска, например путем нормативного ограничения минимального возраста для приобретения и употребления алкоголя или ограничения продаж алкогольной продукции в определенные часы и (или) в определенных местах. Если алкоголь (в физическом плане) легко доступен, возможно активное формирование социальных и культурных норм, поощряющих употребление алкоголя. Ограничение доступности алкоголя рассматривается как высокоэффективная и экономически оправданная мера профилактики НИЗ из числа «решений, оптимальных по затратам» (Chisholm et al., 2018).

В 2016 г. средний балл по комбинированному показателю реализации антиалкогольной политики ЕПДА в данной области политики для стран Европейского региона ВОЗ составлял 64%,

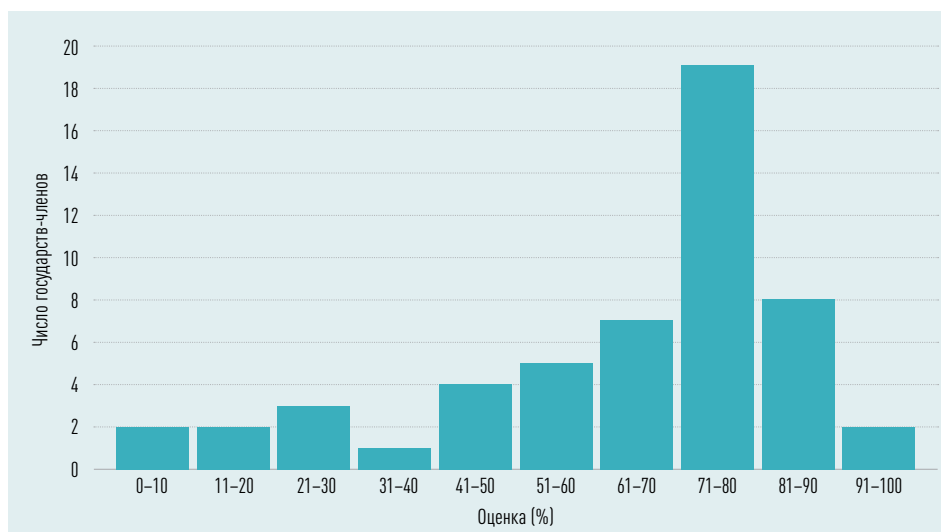


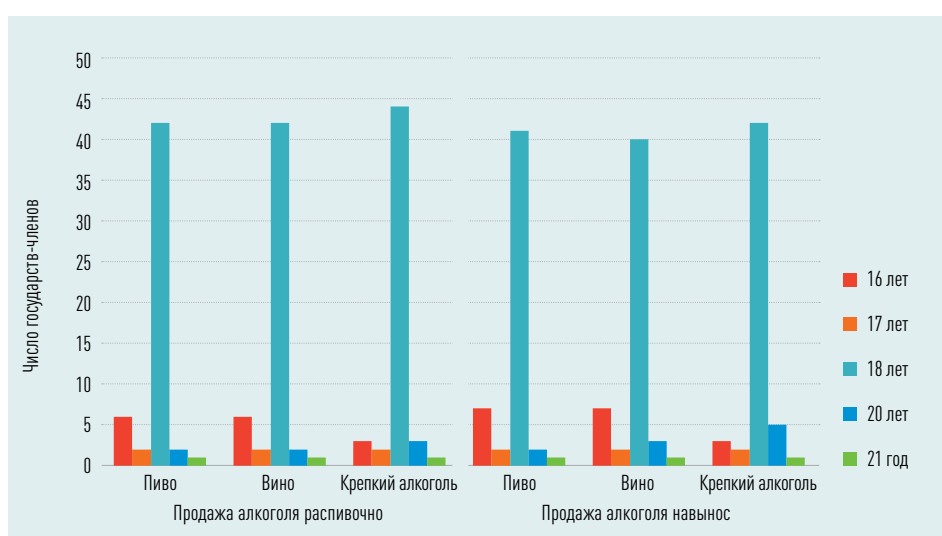
Рис. 10. Балльная оценка реализации антиалкогольной политики в 2016 г.: регулирование доступности ($n=53$)

причем показатели широко варьировались в диапазоне от 6% до 97% (рис. 10). Почти 5-я часть государств-членов (18,9%) набрала более 80%, а еще 19 государств-членов (35,8%) набрали более 70%. В среднем данная область политики в Регионе была 4-й по величине показателей.

В 2016 г. 12 государств-членов (22,6%) сообщили о контролируемых государством монопольных соглашениях по розничной продаже алкогольной продукции (либо всей алкогольной продукции, либо только пива, или вина, или крепких спиртных напитков). Из 41 государства-члена, где государственная монополия отсутствует, 22 сообщили о лицензировании продажи пива, вина и крепких спиртных напитков; 2 сообщили о лицензировании продажи вина и крепких спиртных напитков, но не пива; 3 сообщили о лицензировании продажи крепких спиртных напитков, но не пива или вина. В целом, 14 государств-членов (26,4%) сообщили об отсутствии лицензирования продажи какой-либо алкогольной продукции (пива, вина или крепких спиртных напитков).

В 2016 г. во всех государствах-членах был установлен минимально допустимый возраст для продажи алкогольной продукции распивочно и навывнос, варьирующийся от 16 лет до 21 года, причем наиболее распространенным возрастом является 18 лет (рис. 11).

Рис. 11. Минимально допустимый возраст для продажи алкоголя распивочно и навывнос в государствах-членах в 2016 г. (n=53)



В таблице 8 показано число государств-членов, которые сообщили о различных видах ограничений на продажу алкоголя распивочно и навывнос в 2012 и 2016 гг. Ограничения на продажу во время проведения конкретных мероприятий или в конкретных местах расположения точек розничной торговли были наиболее распространенной формой регулирования доступности, а об ограничениях времени, в течение которого алкоголь доступен для продажи, сообщило меньшее число государств-членов. Наиболее редко используемыми ограничениями были ограничение плотности размещения точек продажи алкогольной продукции и ограничение числа дней, в течение которых алкоголь доступен для продажи. Достаточно высоким было число государств-членов, где действует запрет на продажу алкоголя в ресторанах и барах нетрезвым посетителям, но лишь менее половины государств-членов сообщили об ограничениях на продажу алкоголя на автозаправочных станциях.

В некоторых областях политики (например, в сфере ограничения плотности размещения точек продажи) произошло общее ослабление политики, направленной на ограничение доступности, но в некоторых областях наблюдаются определенные улучшения. Новой проблемой в нескольких государствах-членах стала продажа алкогольной продукции на автозаправочных станциях, что не рекомендуется с учетом потенциальных последствий управления транспортными средствами в состоянии алкогольного опьянения (Rehm et al., 2019a). В период с 2012 по 2016 г. число государств-членов, сообщивших о мерах политики по ограничению данного вида продаж, увеличилось.

Вид ограничения	2012 г.						2016 г.						Изменение за период с 2012 по 2016 г. (%)					
	Продажа расливочно			Продажа навынос			Продажа расливочно			Продажа навынос			Продажа расливочно			Продажа навынос		
	Пиво	Вино	Крепкий алкоголь	Пиво	Вино	Крепкий алкоголь	Пиво	Вино	Крепкий алкоголь	Пиво	Вино	Крепкий алкоголь	Пиво	Вино	Крепкий алкоголь	Пиво	Вино	Крепкий алкоголь
По часам	19	20	21	19	20	21	18	18	19	25	25	26	-5,3	-10,0	-9,5	31,6	25,0	23,8
По дням	6	6	6	9	10	10	5	5	5	10	11	11	-16,7	-16,7	-16,7	11,1	10,0	10,0
По месту	29	29	31	24	25	26	34	34	34	32	32	33	17,2	17,2	9,7	33,3	28,0	26,9
По плотности	7	7	7	8	9	9	5	5	5	5	6	6	-28,6	-28,6	-28,6	-37,5	-33,3	-33,3
По продажам во время конкретных мероприятий	34	36	36	30	31	32	35	35	35	33	34	34	2,9	-2,8	-2,8	10,0	9,7	6,3
По продажам нетрезвым посетителям	36	36	36	н/д	н/д	н/д	34 ^а	34 ^а	34 ^а	н/д	н/д	н/д	-5,6	-5,6	-5,6	н/д	н/д	н/д
По продажам на автозаправочных станциях	н/д	н/д	н/д	16	18	19	н/д	н/д	н/д	21 ^б	21 ^б	22	н/д	н/д	н/д	31,3	16,7	15,8

^а Не хватает 1 государства-члена. ^б Не хватает 2 государств-членов. н/д = нет данных.

← Менее строгое ограничение Более строгое ограничение →

На рис. 12 показано число государств-членов, где в 2012 (А) и 2016 (В) гг. действовали ограничения на употребление алкоголя в общественных местах. В 2016 г. полные или частичные законодательные запреты чаще всего действовали в образовательных учреждениях, во время проведения спортивных мероприятий и в медицинских учреждениях. В период с 2012 по 2016 г. в Европейском регионе ВОЗ наблюдался рост использования установленных законом запретов в медицинских учреждениях, учебных заведениях, на рабочих местах, в общественном транспорте, во время проведения спортивных мероприятий, в местах отправления культа и во время проведения развлекательных мероприятий.

Таблица 8. Число государств-членов, где в 2012 и 2016 гг. были введены ограничения на продажу алкоголя расливочно и навынос, в разбивке по виду ограничений (n=53)



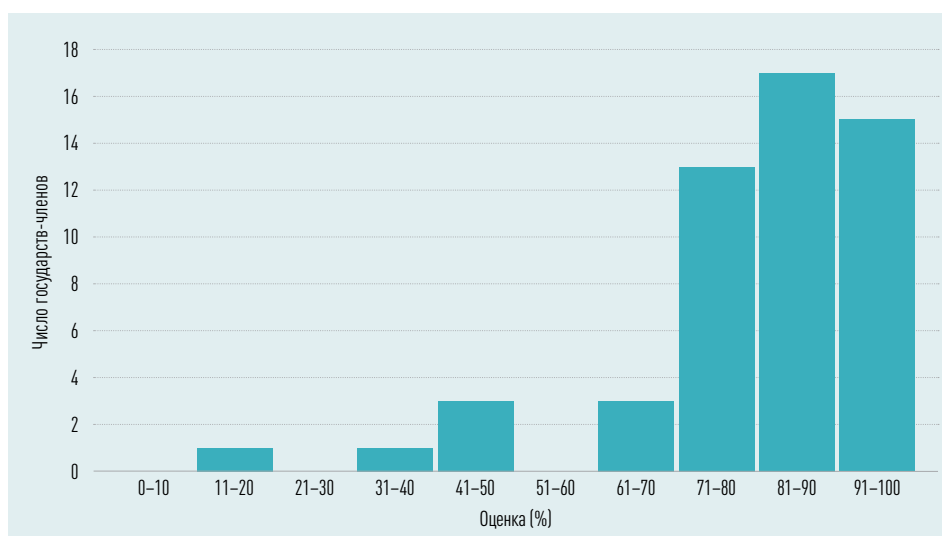
Рис. 12. Число государств-членов, где в 2012 (А) и 2016 (В) гг. действовали ограничения на употребление алкоголя в общественных местах



5.1.2 Продвигать и укреплять меры противодействия вождению в состоянии алкогольного опьянения

Участники дорожного движения, находящиеся в состоянии алкогольного опьянения, подвергаются значительно более высокому риску участия в дорожно-транспортном происшествии со смертельным исходом или без такового (Taylor et al., 2010). Вождение в состоянии алкогольного опьянения является серьезной проблемой общественного здравоохранения, которая затрагивает не только потребителей алкоголя, но также, во многих случаях, пассажиров транспортных средств и пешеходов (Public Health England, 2019). Даже при низком уровне содержания алкоголя в крови водители могут испытывать проблемы с концентрацией внимания, координацией действий и выявлением рисков в дорожных условиях (Vabor et al., 2010). Доказано, что введение в действие и обеспечение неукоснительного соблюдения законов об управлении транспортными средствами в состоянии алкогольного опьянения и предельных уровней содержания алкоголя в крови (УСАК) являются эффективными мерами предупреждения НИЗ.

Рис. 13. Балльная оценка реализации антиалкогольной политики среди государств-членов в 2016 г.: меры противодействия вождению в состоянии алкогольного опьянения (n=53)



Меры противодействия вождению в состоянии алкогольного опьянения относятся к области политики с наиболее высокой среднебалльной оценкой в Европейском регионе ВОЗ, где 60,4% государств-членов имеют показатель в 80% или выше (рис. 13).

Согласно рекомендациям ВОЗ, законодательство по борьбе с управлением транспортными средствами в состоянии алкогольного опьянения должно прописывать предельные ограничения УСАК на уровне 0,05 г/дл для населения в целом и 0,02 г/дл для молодых или неопытных водителей (WHO, 2004). В 2016 г. все государства-члены, кроме 3 – Соединенного Королевства (исключая Шотландию), Мальты и Армении – сообщили о максимально допустимом УСАК, установленном на уровне 0,05 г/дл или менее для населения в целом, и многие страны сообщили о более низком максимально допустимом уровне для молодых водителей или водителей коммерческого транспорта (таблица 9).



Таблица 9. Национальные максимальные УСАК для водителей в Европейском регионе ВОЗ (2016 г.) (n=52)

← Более высокое ограничение Более низкое ограничение →

Страна	Население в целом (г/дл)	Молодые/начинающие водители (г/дл)	Профессиональные водители/водители коммерческого транспорта (г/дл)
Армения	0,08	0,08	0,08
Мальта	0,08	0,08	0,08
Соединенное Королевство	0,08	0,08	0,08
Болгария	0,05	0,05	0,05
Дания	0,05	0,05	0,05
Финляндия	0,05	0,05	0,05
Сан-Марино	0,05	0,05	0,05
Исландия	0,05	0,05	0,05
Андорра	0,05	0,05	0,02
Бельгия	0,05	0,05	0,02
Испания	0,05	0,03	0,03
Нидерланды	0,05	0,02	0,05
Греция	0,05	0,02	0,02
Кипр	0,05	0,02	0,02
Франция	0,05	0,02	0,02
Ирландия	0,05	0,02	0,02
Латвия	0,05	0,02	0,02
Люксембург	0,05	0,02	0,02
Португалия	0,05	0,02	0,02
Турция	0,05	0,02	0,02
Швейцария	0,05	0,01	0,01
Израиль	0,05	0,01	0,01
Австрия	0,05	0,01	0,01
Хорватия	0,05	0,00	0,00
Германия	0,05	0,00	0,00
Италия	0,05	0,00	0,00
Словения	0,05	0,00	0,00
Северная Македония	0,05	0,00	0,00
Литва	0,04	0,00	0,00
Российская Федерация	0,035	0,035	0,035
Грузия	0,03	0,03	0,03
Черногория	0,03	0,03	0,03
Республика Молдова	0,03	0,03	0,03
Таджикистан	0,03	0,03	0,03
Туркменистан	0,03	0,03	0,03
Босния и Герцеговина	0,03	0,00	0,00
Сербия	0,03	0,00	0,00
Беларусь	0,029	0,029	0,029
Монако	0,024	0,024	0,024
Эстония	0,02	0,02	0,02
Норвегия	0,02	0,02	0,02
Польша	0,02	0,02	0,02
Швеция	0,02	0,02	0,02
Украина	0,02	0,02	0,02
Албания	0,01	0,01	0,01
Азербайджан	0,00	0,00	0,00
Чехия	0,00	0,00	0,00
Венгрия	0,00	0,00	0,00
Казахстан	0,00	0,00	0,00
Румыния	0,00	0,00	0,00
Словакия	0,00	0,00	0,00
Узбекистан	0,00	0,00	0,00

О проведении выборочных проверок на содержание алкоголя в выдыхаемом воздухе сообщали 46 государств-членов в 2012 г. и 47 государств-членов в 2016 г. Об использовании пунктов проверки водителей на трезвость сообщалось менее часто: речь идет о 29 государствах-членах в 2012 г. и 32 государствах-членах в 2016 г. Сообщалось о целом ряде санкций за управление транспортным средством в состоянии алкогольного опьянения, причем все государства-члены сообщили о применении хотя бы одного из видов наказания (таблица 10). В период с 2010 по 2016 г. увеличились показатели применения всех видов санкций, кроме лишения свободы, применительно к которому наблюдалось небольшое уменьшение, а также кроме установки блокиратора зажигания, применительно к которому изменений не произошло.

Таблица 10. Виды санкций за управление транспортными средствами в состоянии алкогольного опьянения, о которых сообщили государства-члены (2012 и 2016 гг.)

Санкции для нарушителей	2012 г. (n=52)	2016 г. (n=53)	Различие (%)
Штрафы	51	52	+2,0
Временное лишение водительских прав	48	52	+8,3
Лишение свободы	34	33	-2,9
Пожизненное лишение водительских прав	28	32	+14,3
Штрафные баллы	26	28	+7,7
Конфискация транспортного средства	23	28	+21,7
Краткосрочное задержание	22	28	+27,3
Обязательное обучение и консультирование	16	23	+43,8
Общественные работы	10	18	+80
Установка блокиратора зажигания	5	5	0
Обязательное лечение	н/д ^а	13	н/д ^а

^а Данные не собраны.

5.1.3 Облегчать доступ к скринингу, кратким вмешательствам и лечению

Доступ к услугам медико-санитарной помощи является необходимым условием предупреждения и снижения вреда, обусловленного потреблением алкоголя (Babor et al., 2010). Работники здравоохранения играют важную роль, помогая людям сократить или прекратить употребление алкоголя в целях снижения соответствующего вреда. Службы здравоохранения обязаны предоставлять услуги скрининга и эффективного вмешательства лицам, употребляющим алкоголь с высоким риском для здоровья, а также членам их семей до того, как риски для здоровья и общества приобретут выраженный характер. Имеются обширные и убедительные данные, свидетельствующие о широкомасштабном осуществлении программ раннего выявления и краткого консультирования силами учреждений первичной медико-санитарной помощи для лиц, характеризующихся вредным употреблением алкоголя и возможными расстройствами, вызванными употреблением алкоголя (Babor & Higgins-Biddle, 2001; Burton et al., 2017; Kaner et al., 2018; OECD, 2015). Имеются также фактические данные, свидетельствующие о потенциальной эффективности реализации схожих программ в отделениях экстренной медицинской помощи, на уровне служб охраны репродуктивного здоровья для женщин (до наступления и во время беременности), а также в учреждениях уголовного правосудия (Newbury-Birch et al., 2016; Shogren et al., 2017; Schulte et al., 2014; WHO, 2014a; Wright et al., 2016).

Необходим большой объем фактических данных для оценки эффективности и рентабельности программ скрининга и краткого вмешательства за пределами учреждений первичной медико-санитарной помощи, а также для изучения возможных механизмов направления в специализированные лечебные учреждения. Имеются убедительные данные высокого качества, свидетельствующие о том, что поведенческая и фармакологическая терапия эффективна при лечении расстройств, вызванных употреблением алкоголя (Babor et al., 2010). Тем не менее, известно также и о том, что большинство людей с расстройствами, вызванными употреблением

алкоголя, остаются невыявленными и не получают необходимой им помощи и поддержки (Kohn et al., 2004; Rathod et al., 2018). Краткие психосоциальные вмешательства направлены не только на устранение данного пробела в ответных мерах здравоохранения, но также являются перспективным инструментом профилактики НИЗ – ведущей причины смерти как во всем мире, так и в Европейском регионе ВОЗ. Таким образом, необходимы более комплексные подходы к выявлению факторов риска и управлению ими на основе знаний и фактических данных, накопленных в области наркологических исследований (Breda, 2020; Murphy et al., 2016)

Предоставление скрининга и кратких вмешательств отражено в области действий «ответные меры служб здравоохранения» с помощью комбинированного показателя ЕПДА, который также охватывает область лечения расстройств, вызванных употреблением алкоголя.

В среднем, данная область политики занимает 3-е место среди областей политики с наиболее низкой балльной оценкой за реализацию политики в 2016 г., наряду с областью действий в сообществах и на рабочих местах, с оценкой в 45% (рис. 14). Оценки по странам существенно различались в диапазоне от 0% до 88%, хотя уровень отсутствия данных был высоким (было 48 государств-членов с полными данными).

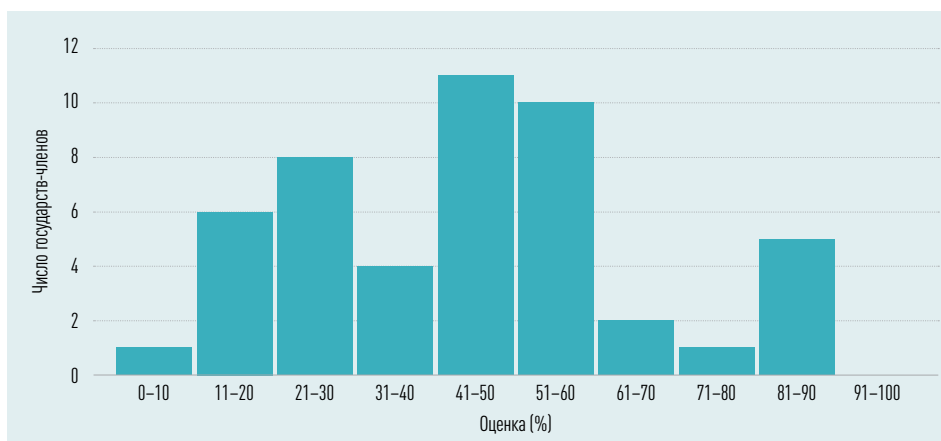


Рис. 14. Балльная оценка реализации антиалкогольной политики в государствах-членах в 2016 г.: ответные меры служб здравоохранения (n=48)

В 2016 г. 30 из 50 государств-членов, предоставивших данные, (60%) сообщили о наличии в стране клинических рекомендаций по осуществлению кратких вмешательств, которые одобрены или утверждены как минимум 1 экспертным органом здравоохранения, что является повышением показателя с 27 из 51 государства-члена (52,9%) в 2012 г. Несмотря на это, охват, по оценкам, был низким, поскольку лишь 11,8% государств-членов сообщили об охвате, превышающем 30%, применительно к услугам планового и выборочного скрининга и краткого консультирования на уровне первичной медико-санитарной помощи (рис. 15). Охват был выше применительно к скринингу и краткому консультированию в дородовых учреждениях, в отношении которого 37,3% государств-членов сообщили об охвате, превышающем 30%.

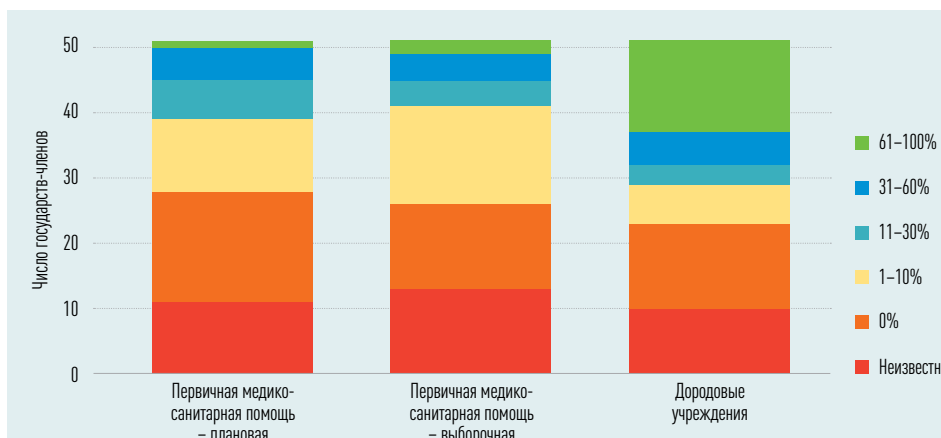
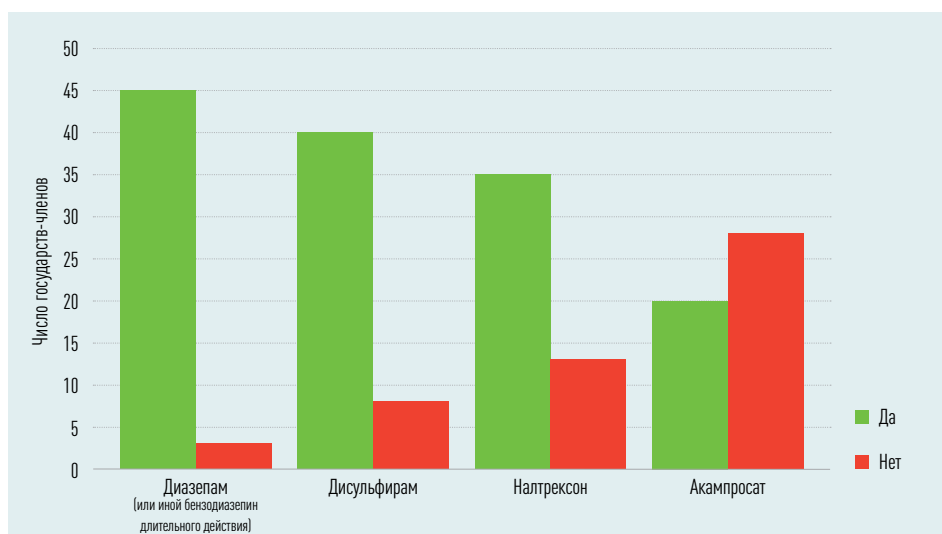


Рис. 15. Число государств-членов, сообщивших об охвате скринингом и краткими вмешательствами, в разбивке по виду учреждений здравоохранения (2016 г.) (n=51)

Для того чтобы поддержать процесс выздоровления при проблемах, обусловленных употреблением алкоголя, может быть использован ряд фармакологических средств. На рис. 16 отражена доступность различных фармакологических средств в Европейском регионе ВОЗ в 2016 г. В большинстве стран были доступны диазепам, дисульфирам и налтрексон; меньшее число стран сообщило о доступности акампросата.

Рис. 16. Число государств-членов, сообщивших о доступности различных фармакологических средств (2016 г.) (n=48)



Необходимо отметить, однако, что стратегии совершенствования услуг здравоохранения должны быть более широкомасштабными, чем это определено в рамках пакета SAFER. Необходимо сформировать жизнестойкие и надежные системы профилактики проблем, связанных с употреблением алкоголя, и последующей реабилитации, что позволило бы добиться правильного баланса между обеспечением всеобщего охвата услугами медико-санитарной помощи и общественного здравоохранения, быстрым и адекватным реагированием на чрезвычайные ситуации и обеспечением здорового образа жизни и благополучия для всех людей всех возрастов.

Необходимо отметить также, что Европейская программа работы на 2020–2025 гг. «Совместные действия для улучшения здоровья жителей Европы» (ВОЗ, 2020e) сделала всеобщий охват услугами здравоохранения первоочередной задачей, с тем чтобы преодолеть разрыв между первичной медико-санитарной помощью и услугами специализированной амбулаторной и больничной помощи, общественным здравоохранением и оказанием помощи на базе местных сообществ и, таким образом, обеспечить непрерывность помощи от профилактики до скрининга и раннего выявления, лечения и реабилитации.

5.1.4 Усиливать запреты или полные ограничения на рекламу, спонсорство и продвижение алкоголя

Реклама, спонсорство и продвижение алкоголя – все это способствует оптимальному маркетингу продукции. Имеются убедительные свидетельства того, что воздействие маркетинга алкогольной продукции связано с изменением относящихся к алкоголю знаний, отношения и поведения, включая изменения среди уязвимых групп населения, таких как дети и молодежь (ВОЗ, 2020c). Особую озабоченность вызывает ориентированность на детей и молодежь, а также новые рынки в развивающихся странах и СНСД, где наблюдается низкий уровень распространенности употребления алкоголя или высокие показатели полного воздержания от алкоголя (Casswell & Thamarangsi, 2009; Walls et al., 2020).

Маркетинг алкогольной продукции все чаще осуществляется с помощью сложных методов рекламы и продвижения, в числе которых привязка алкогольных брендов к спортивным и культурным мероприятиям, спонсорство и продакт-плейсмент (размещение скрытой рекламы), а также новые маркетинговые технологии, такие как использование электронной почты, текстовых сообщений, подкастов и социальных сетей (Gupta et al., 2016; Jernigan et al., 2017; Noel & Babor, 2018; Noel et al., 2020; Nufer & Ibele, 2015). Маркетинговые сообщения, относящиеся к алкогольной продукции, распространяются через границы стран и различные юрисдикции с помощью таких каналов, как спутниковое телевидение и интернет. Цифровые и социальные сети изменили характер маркетинга, и алкогольные кампании все чаще перемещаются в эту сферу (Nicholls, 2012; Carah, 2017; Carah et al., 2014). Сложные веб-технологии, такие как системы отслеживания рекламы в интернете, позволяют брендам предлагать свои товары определенной аудитории в зависимости от потребительских привычек и образа жизни (Gordon, 2011). Адресная реклама, предназначенная для просмотра на планшетах и телефонах, может подвергать детей и подростков воздействию маркетинга, минуя родительский контроль.

При их эффективном применении ограничения на маркетинг алкогольной продукции представляют собой экономически действенную стратегию сокращения вредного употребления алкоголя. Ограничения и полный запрет на рекламу рассматриваются в качестве высокоэффективных «решений, оптимальных по затратам» для профилактики НИЗ (Chisholm et al., 2018). Они позволяют снизить вероятность приобщения молодежи к употреблению алкоголя и могут ограничивать нормализацию культуры употребления алкоголя на популяционном уровне. Потенциально такие меры более эффективны, чем вмешательства, направленные на стимулирование личной ответственности в отношении употребления алкоголя.

В среднем в 2016 г. маркетинг был той областью политики, которая занимала 5-е место по реализации в Европейском регионе ВОЗ с оценкой в 60%. Тем не менее, разброс показателей оценки был чрезвычайно широк – от 0% до 100% (рис. 17).

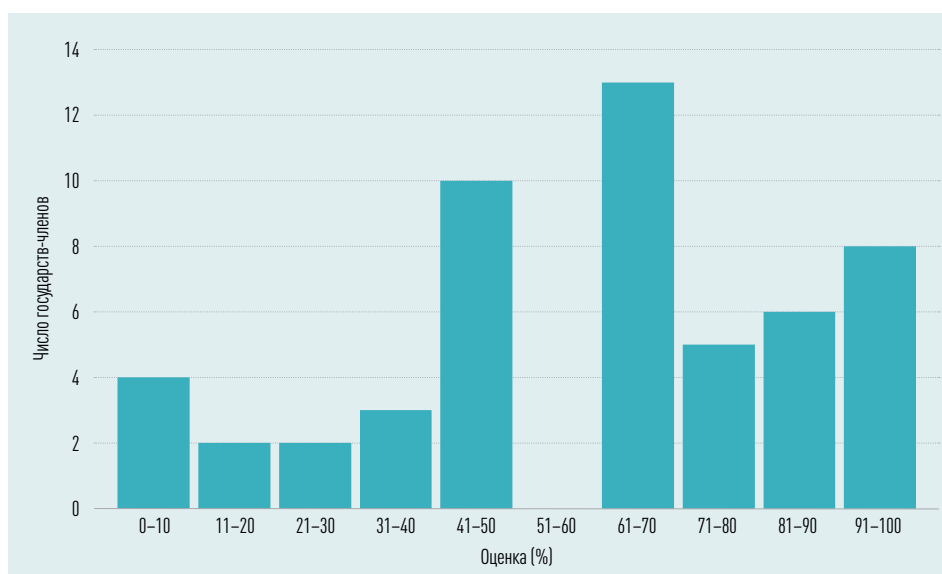
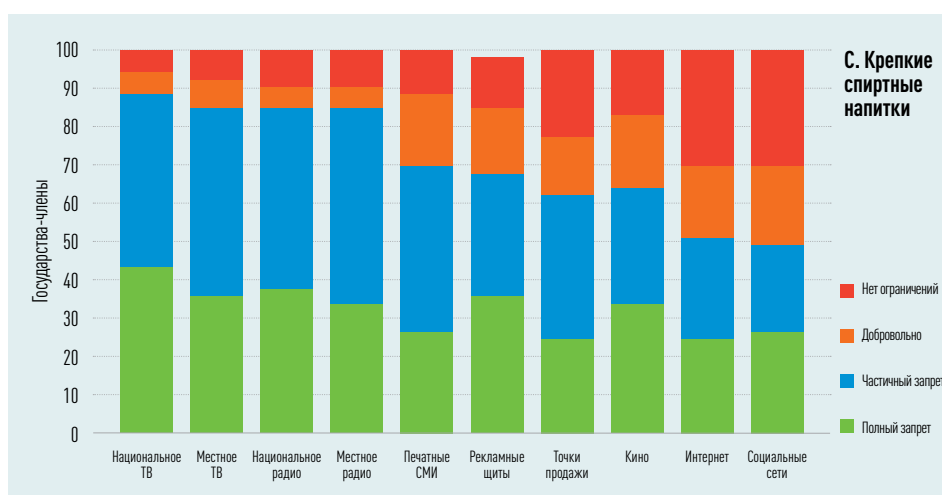
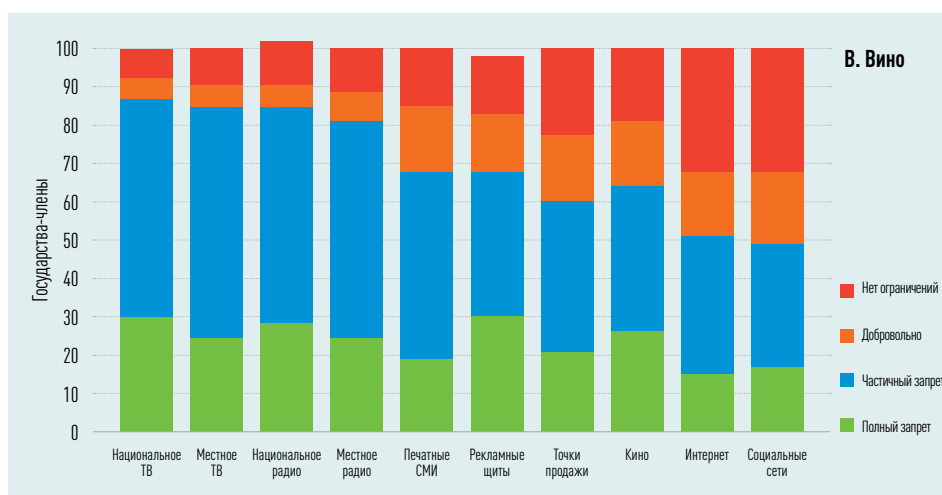
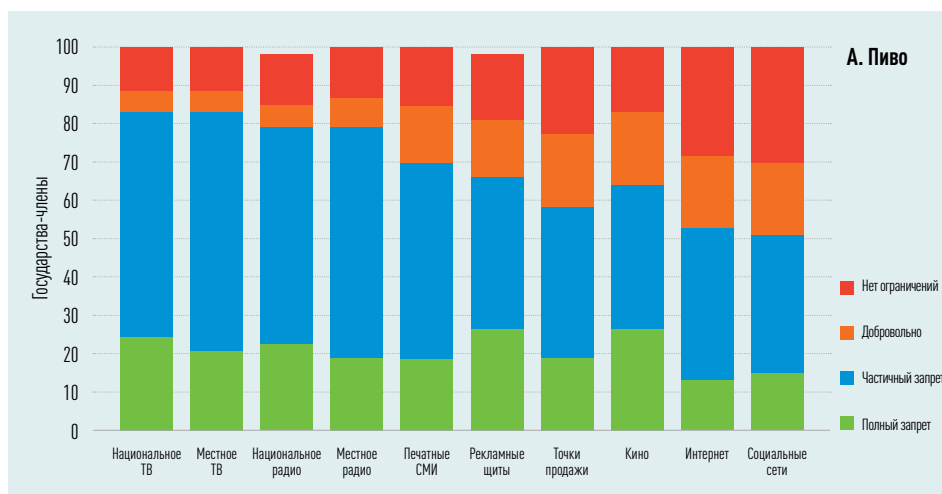


Рис. 17. Балльная оценка реализации антиалкогольной политики в государствах-членах в 2016 г.: маркетинг алкогольной продукции (n=53)

На рис. 18 показаны регламенты маркетинга в отношении пива, вина и крепких спиртных напитков, принятые государствами-членами в Европейском регионе ВОЗ в 2016 г. по ряду медиаканалов или платформ. В большинстве стран традиционные виды СМИ, такие как телевидение и радио, имеют некоторые ограничения на рекламу. Напротив, новые виды СМИ, включая интернет и социальные сети, часто ассоциировались с добровольными ограничениями или отсутствием ограничений.

В 2016 г. о наличии полного запрета на спонсорство спортивных мероприятий применительно ко всей алкогольной продукции (пиву, вину, крепким спиртным напиткам) сообщали 9 из 53 государств-членов (17%), еще в 3 государствах-членах (5,7%) действовал запрет на спонсорство спортивных мероприятий применительно к крепким спиртным напиткам и вину (но не пиву), и в 4 государствах-членах (7,5%) действовал запрет на спонсорство спортивных мероприятий применительно к крепким спиртным напиткам. Об отсутствии ограничений на спортивное спонсорство сообщали 14 государств-членов (26,4%), 1 государство-член сообщало об отсутствии ограничений применительно к пиву и вину, и 1 государство-член сообщало об отсутствии ограничений применительно к пиву.

Рис. 18. Процентная доля государств-членов с различным уровнем ограничений на маркетинг пива (А), вина (В) и крепких спиртных напитков (С), в разбивке по медиаканалу/платформе (2016 г.)



5.1.5 Повысить цены на алкогольную продукцию посредством акцизных сборов и мер ценовой политики

Среди всех мер политики в отношении алкоголя наиболее убедительны фактические данные о том, что сокращение доступности алкоголя ведет к снижению уровня потребления алкоголя и обусловленного им вреда (Babor et al., 2010; Burton et al., 2017; Chisholm et al., 2018; OECD, 2015; WHO, 2020d). Тем не менее, во многих странах меры налогово-ценовой политики используются недостаточно, несмотря на их огромный потенциал в качестве инструментов улучшения общественного здоровья, повышения государственных доходов и компенсации внешних издержек употребления алкоголя для индивидов, семей и общества в более широком смысле, включая экономику и системы здравоохранения.

Когда такие факторы, как уровень дохода и цены на другие товары, остаются неизменными, рост цен на алкогольную продукцию, как правило, ведет к снижению ее доступности с последующим сокращением потребления алкоголя; при падении цен наблюдается обратный эффект (Wagenaar et al., 2009 and 2010). Меры политики, которые ведут к повышению цен на алкогольную продукцию, могут способствовать отсрочке в приобщении к употреблению алкоголя, постепенному увеличению потребления алкоголя и эпизодическому употреблению алкоголя в больших количествах. В то же время меры налогово-ценовой политики, такие как налогообложение алкогольной продукции, могут обеспечивать постоянное пополнение государственного бюджета. Кроме того, существуют и другие меры ценовой политики, такие как внедрение минимальных цен на алкоголь, которые оказывают доказанное воздействие на наиболее пьющую часть населения, а также такие меры, как запреты на продажу ниже себестоимости и оптовые скидки (Meier et al., 2016 and 2017; WHO, 2020d). Меры налогово-ценовой политики являются экономически эффективными мерами профилактики НИЗ и представляют собой (наряду с ограничением доступности алкоголя и ограничениями маркетинга алкогольной продукции) 1 из 3 «решений, оптимальных по затратам» для сокращения уровня потребления алкоголя (Chisholm et al., 2018).

Несмотря на убедительные доказательства эффективности использования мер налогово-ценовой политики и большой объем научных исследований, подтверждающих их эффективность и рентабельность в части сокращения обусловленного потреблением алкоголя вреда для здоровья и благополучия, в 2016 г. данная область политики была наиболее слабо реализуемой в Европейском регионе ВОЗ, и средняя оценка реализации составляла лишь 17% (рис. 19). Две трети государств-членов (66,0%) получили оценку от 0% до 20%, причем 0% получили 10 стран. В 2016 г. лишь 15 государств-членов (28,3%) сообщили о регулярном пересмотре уровня акцизного налогообложения с учетом инфляции, что свидетельствует о повышении доступности алкоголя с течением времени в большинстве стран (таблица 11).

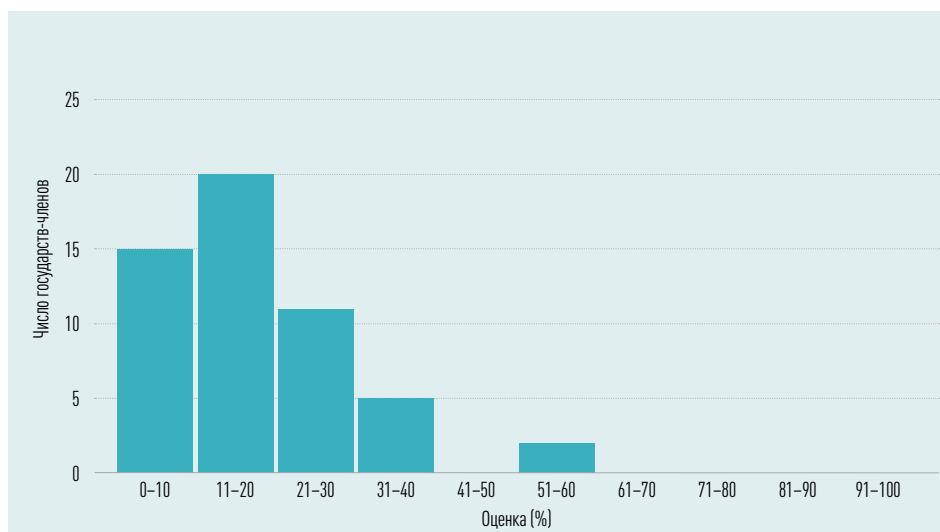


Рис. 19. Балльная оценка реализации антиалкогольной политики в государствах-членах в 2016 г.: налогово-ценовая политика в отношении алкогольной продукции (n=53)

Таблица 11. Число государств-членов, реализующих меры налогово-ценовой политики (2012 и 2016 гг.)

В 2016 г. несколько государств-членов сообщили об использовании ценовых мер помимо налогообложения (таблица 11). Во время исследования 2016 г. Беларусь, Казахстан, Кыргызстан, Республика Молдова, Российская Федерация, Словакия, Узбекистан и Украина сообщили о применении минимальных цен на алкогольную продукцию (на 3 государства-члена больше в сравнении с 2012 г.). Минимальную розничную цену в Словакии подтвердить не удалось. Осуществление мер по внедрению минимальных розничных цен на национальном и субнациональном уровне было выявлено в большем числе стран в 2020 г. (Neufeld et al., 2020a; WHO, 2020d).

Меры налогово-ценовой политики	Государства-члены (n=53) 2012 г.	Государства-члены (n=53) 2016 г.
Повышение уровня акцизов с учетом инфляции	13 ^{a,b}	15 ^b
Минимальная розничная цена на алкогольную продукцию	5	8
Запрет на продажу по цене ниже себестоимости	3	3
Запрет на оптовые скидки	3	3
Дополнительное налогообложение определенных видов продукции	5	5
Требование продажи безалкогольных напитков по более низким ценам	4	5
Иные меры ценовой политики, препятствующие употреблению алкоголя несовершеннолетними или употреблению алкоголя в больших количествах	1	1

^a В одном из государств-членов с учетом инфляции корректировались только акцизы на пиво и крепкие спиртные напитки; в другом – только на вино и крепкие спиртные напитки.

^b Включены данные лишь из 14 государств-членов для пива, 11 для вина и 14 для крепких спиртных напитков.

5.2 Критическая масса – применение комплексного подхода

Мероприятия в рамках инициативы SAFER оптимальны, когда они реализуются на фоне эффективной политической среды, включающей все 10 областей, которые определены как Глобальной стратегией сокращения вредного употребления алкоголя, так и ЕПДА (ВОЗ, 2010 и 2012).

Комплексные подходы должны включать решительное руководство и приверженность со стороны лиц, формирующих политику и отвечающих за принятие решений, с тем чтобы обеспечить тщательный мониторинг и эпиднадзор за потреблением алкоголя и соответствующим вредом на местном, региональном, национальном и наднациональном уровнях и устранение вреда, связанного с неофициально и незаконно производимой алкогольной продукцией. Последнее особенно важно при введении таких мер, как повышение цен или ограничение доступности алкогольной продукции, чтобы предотвратить рост потребления неучтенного алкоголя.

5.2.1 Лидерство, информированность и приверженность

В среднем, данная область действий была 2-й среди наилучшим образом реализуемых областей в Европейском регионе ВОЗ. В 2016 г. 41,5% государств-членов имели оценку реализации политики в данной области, превышавшую 80%, а оценка еще 34% государств-членов варьировалась в диапазоне от 51% до 80% (рис. 20).

В 2016 г. 38 государств-членов сообщили о том, что в стране имеется закрепленная в письменном виде стратегия в отношении алкоголя, и еще 9 государств-членов (71,7%) сообщили о том, что такая закрепленная в письменном виде стратегия «находится в разработке». Все государства-члены, кроме 1, указали, что такая стратегия носит многосекторальный характер. В сравнении с 2012 г. это означало, что число государств-членов с зафиксированной в письменном виде стратегией увеличилось на 1, но число государств-членов с разрабатываемой стратегией стало на 1 меньше. Национальные стратегии являются

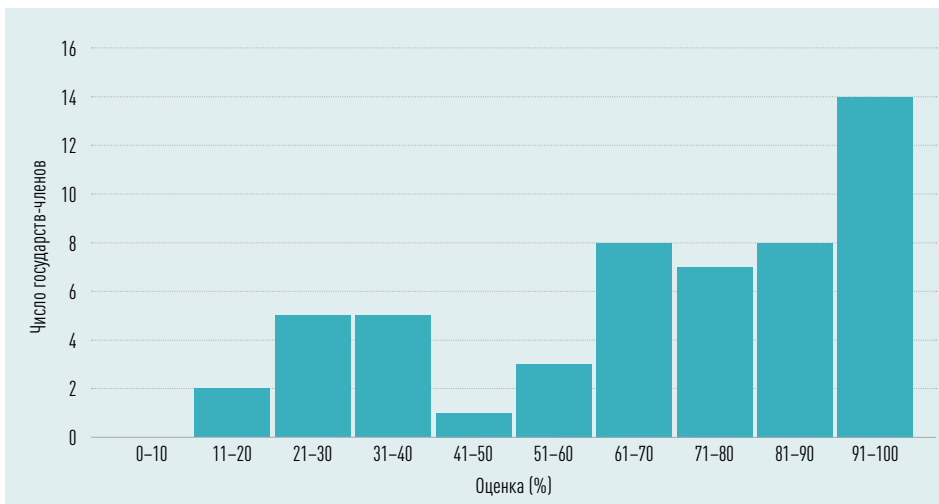


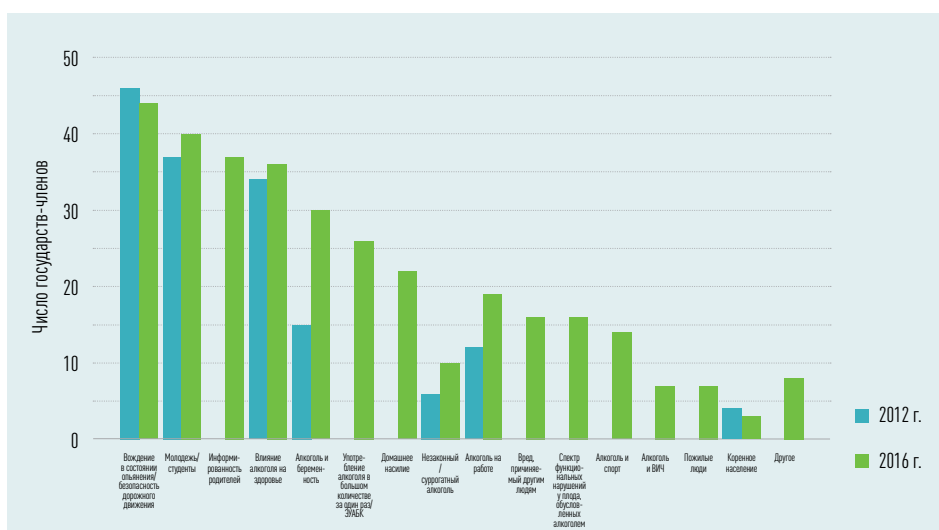
Рис. 20. Балльная оценка реализации антиалкогольной политики в государствах-членах в 2016 г.: лидерство, приверженность и информированность ($n=53$)

ключом к реализации мер политики в рамках инициативы SAFER, поскольку многие из них требуют приверженности на высшем уровне, а также многосекторальной работы.

Важную роль играет деятельность по повышению информированности, поскольку более высокая информированность позволяет добиться более широкой общественной поддержки более жестких мер политики в отношении алкоголя (Buuyk et al., 2015) и противодействовать социальным нормам в поддержку употребления алкоголя (Burton et al., 2017). В 2016 г. 49 государств-членов (92,5%) отчитались о проведении тех или иных мероприятий по повышению общественной информированности за предшествующие 3 года, что стало некоторым снижением в сравнении с 51 государством-членом (96,2%) в 2012 г. На рис. 21 показано число государств-членов в 2012 и 2016 гг. сообщавших о проведении мероприятий по повышению информированности. Наиболее распространенной формой национальных мероприятий по повышению информированности в 2016 г. были мероприятия, относившиеся к профилактике управления транспортными средствами в состоянии алкогольного опьянения (89,8%), профилактике употребления алкоголя молодежью (81,6%) и повышению родительской информированности (75,5%). Несмотря на то, что данные обо всех видах мероприятий за оба года не собирались, характер мероприятий в 2012 и 2016 гг. был схожим. Управление транспортными средствами в состоянии алкогольного опьянения, употребление алкоголя молодежью/студентами и влияние алкоголя на здоровье были в числе наиболее популярных областей для проведения мероприятий по повышению информированности. Напротив, мероприятия по повышению информированности в таких областях, как употребление алкоголя представителями коренных народов, употребление незаконного/суррогатного алкоголя, алкоголь и ВИЧ, а также употребление алкоголя пожилыми людьми, были среди наименее распространенных в 2016 г.



Рис. 21. Число государств-членов, сообщивших о проведении мероприятий по повышению информированности в отношении алкоголя (2012 и 2016 гг.) ($n=53$)

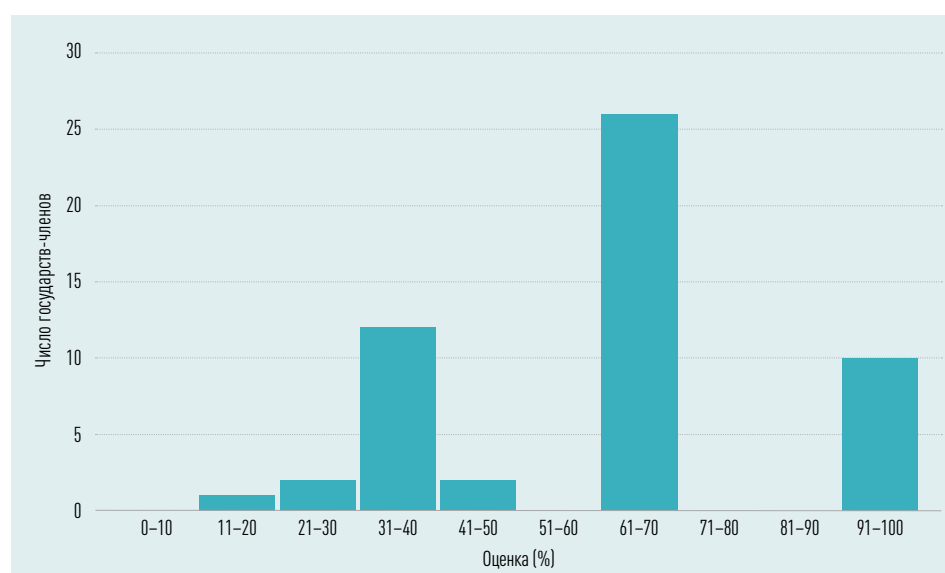


5.2.2 Неофициально или незаконно производимый алкоголь

Неучтенный алкоголь – это обобщающий термин, относящийся к алкогольной продукции, которая не учитывается в официальной статистике налогообложения или продаж в той стране, где потребляется, поскольку обычно такая продукция производится, распространяется и продается вне официальных каналов, находящихся под контролем государства (WHO, 2018a). К неучтенному алкоголю относится продукция, произведенная в домашних условиях или неофициально (как законным, так и незаконным образом), контрабандный алкоголь, алкогольная продукция промышленного или медицинского назначения, употребляемая внутрь (т.е. суррогатный алкоголь), а также алкоголь, приобретенный за границей (который учтен в другой юрисдикции). В пересчете на литр потребленного алкоголя, неучтенный алкоголь, как принято полагать, оказывает большее воздействие на здоровье, чем учтенный, хотя масштаб данной проблемы малоизвестен, а имеющиеся фактические данные свидетельствуют о том, что ситуация может варьироваться в зависимости от подтипов неучтенного алкоголя.

Для того чтобы мероприятия в рамках инициативы SAFER были эффективными, следует включить неформально и незаконно производимую алкогольную продукцию в систему налогообложения посредством использования акцизных марок, необходимо также разработать системы мониторинга и компьютеризированного отслеживания произведенной алкогольной продукции. Еще одной важной мерой является запрет на использование таких токсичных веществ, как метанол, при производстве денатурированной непитьевой алкогольной продукции, позволяющий предотвратить отравления суррогатным алкоголем, которые, как представляется, достаточно распространены в восточной части Региона (Lachenmeier et al., 2021; ВОЗ, 2010). Данная область политики занимает 3-е место по количеству набранных баллов в Европейском регионе ВОЗ. Несмотря на то, что балльные оценки несколько различаются, в 36 из 53 государств-членов (67,9%) оценка реализации политики составила в 2016 г. более 60% (рис. 22).

Рис. 22. Балльная оценка реализации антиалкогольной политики в государствах-членах в 2016 г.: неофициально и незаконно произведенная алкогольная продукция (n=53)



В 2016 г. все государства-члены, кроме двух, сообщили о наличии национального законодательства по предупреждению незаконного производства или продажи алкогольной продукции, изготовленной незаконно или в неорганизованном секторе (на 2 государства-члена больше в сравнении с 2012 г.). В целом, 33 страны (62,3%) сообщили об использовании при маркировке пива, вина или крепких спиртных напитков гербовых или акцизных марок для маркировки алкогольной продукции. Наиболее часто речь шла о крепких

спиртных напитков, наиболее редко – о пиве (таблица 12). Только 7 государств-членов (13,2%) сообщили об использовании гербовых или акцизных марок для маркировки и пива, и вина, и крепких спиртных напитков.

Вид алкогольной продукции	Государства-члены (n=53) 2012 г.	Государства-члены (n=53) 2016 г.
Пиво	14	9
Вино	20	22
Крепкие спиртные напитки	34	33

Точная оценка объемов неучтенного алкоголя является важным компонентом национальных систем мониторинга потребления алкоголя. В 2012 г. 10 государств-членов сообщили по крайней мере об 1 методе оценки, в 2016 г. число таких государств-членов увеличилось до 16.

Таблица 12. Число государств-членов, использующих гербовые или акцизные марки для маркировки алкогольной продукции (2012 и 2016 гг.)

Вид оценки	Государства-члены (n=10) ^a 2012 г.	Государства-члены (n=16) ^a 2016 г.
Косвенная оценка с использованием данных опросных исследований	8	5
Научные исследования, посвященные неучтенному алкоголю	5	9
Экспертное мнение	2	6
Косвенная оценка с использованием государственных данных об изъятом алкоголе	2	3
Другое	Не сообщалось	13

^a Включает двойной учет, если государство-член сообщило о нескольких подходах к оценке объемов неучтенного алкоголя.

Таблица 13. Число государств-членов, использующих различные методы оценки объемов неучтенного алкоголя (2012 и 2016 гг.)

5.2.3 Мониторинг и эпиднадзор

Показатели результативности государств-членов в Европейском регионе ВОЗ в данной области действий в 2016 г. существенно различались, варьируясь в диапазоне от 13% до 100%. Средняя оценка реализации политики в Регионе составила 57%, и 19 государств-членов (37,3%) набрали более 70% (рис. 23).

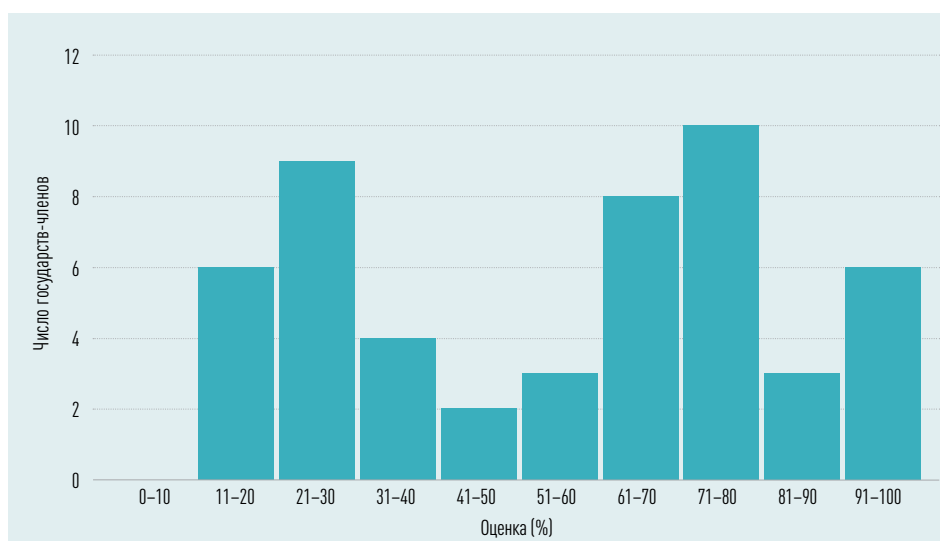


Рис. 23. Балльная оценка реализации антиалкогольной политики в государствах-членах в 2016 г.: мониторинг и эпиднадзор (n=51)

На 2016 г. из 51 государства-члена, по которым имеются полные данные, 35 (68,6%) за период с 2012 г. провели национальное опросное исследование в отношении употребления алкоголя взрослым населением, и 27 (52,9%) провели национальное опросное исследование среди молодежи.

5.2.4 Уменьшение негативных последствий употребления алкоголя и алкогольного опьянения

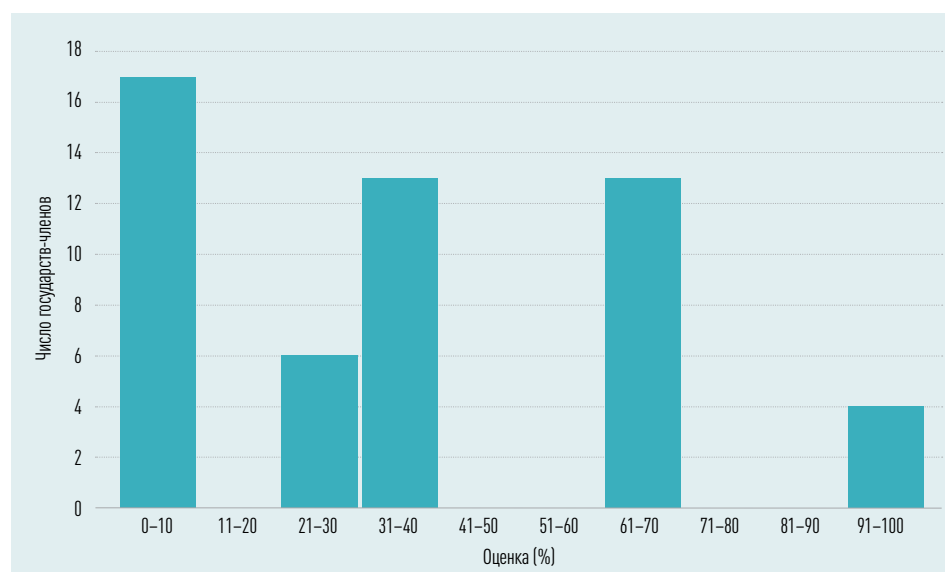
Для того чтобы обеспечить стабильную реализацию вышеуказанных мер, с помощью ряда дополнительных мероприятий может быть создана «критическая масса». Такие мероприятия гарантируют комплексный подход к снижению вреда, связанного с потреблением алкоголя, и включают:

- действия, направленные на уменьшение негативных последствий употребления алкоголя и алкогольного опьянения;
- действия, реализуемые на уровне местных сообществ и на рабочих местах (освещаемые в разделе 5.2.5 ниже).

Меры политики в указанных областях действий лежат в основе важных принципов, предопределяющих комплексный подход к реализации антиалкогольной политики, таких как информирование потребителей и снижение вреда. Хотя такие меры и не включены в области политики в рамках инициативы SAFER, они позволяют обеспечить комплексный подход к уменьшению бремени, которое потребление алкоголя накладывает на здоровье населения, и усилить влияние мер политики, реализуемых в рамках инициативы SAFER.

В 2016 г. меры политики, направленные на уменьшение негативных последствий употребления алкоголя и алкогольного опьянения (включая маркировку алкогольной продукции и обучение персонала питейных заведений), были 2-й из наименее результативных областей политики в Европейском регионе ВОЗ, поскольку оценка государств-членов составила в среднем 35% (рис. 24). В целом 36 из 53 стран (67,9%) набрали 40% или менее, и 17 стран (32,1%) – 10% или менее.

Рис. 24. Балльная оценка реализации антиалкогольной политики в государствах-членах в 2016 г.: уменьшение негативных последствий употребления алкоголя и алкогольного опьянения (n=53)



5.2.4.1 Маркировка алкогольной продукции

Имеются новые и убедительные фактические данные в поддержку маркировки алкогольной продукции как отдельной меры, позволяющей повысить осведомленность и информированность населения о вреде, причиняемом употреблением алкоголя, и сократить потребление алкоголя на популяционном уровне (Vallance et al., 2020a and 2020b; Zhao et al., 2020). Однако для полноценной реализации потенциала этой недорогой и, как представляется, экономически эффективной меры ее следует рассматривать в качестве

дополнительного компонента более обширного пакета мер политики, включающего комплексные стратегии информирования общественности. Информационные сообщения с предупреждением о вреде для здоровья должны размещаться на упаковке всей алкогольной продукции в рамках более широкомасштабных коммуникационных кампаний, реализуемых в местах покупки в целях охраны здоровья. В данном контексте при маркировке необходимо учитывать выводы, сделанные в рамках реализации регуляторных мер по борьбе против табака, когда предупреждения о вреде табачной продукции для здоровья стали стандартной практикой информирования потребителей о рисках, которым они подвергают себя, употребляя табачные продукты. Размещение предупреждений о вреде для здоровья при рекламе алкогольной продукции – это вариант, несомненно лучший, чем полное отсутствие регулирования алкогольной рекламы, хотя с точки зрения охраны общественного здоровья гораздо предпочтительнее использовать строгие ограничения и комплексный запрет на рекламу алкогольной продукции.

Что касается иных аспектов маркировки алкогольной продукции, помимо размещения предупреждений о вреде употребления алкоголя, таких как указание перечня ингредиентов, а также калорийности и пищевой ценности, важно напомнить, что потребители имеют право знать, что они употребляют, и производители обязаны предоставлять такую информацию. Тем не менее, на сегодняшний день алкогольная продукция не соответствует требованиям по маркировке психоактивных веществ или пищевой продукции в большинстве стран Европейского региона ВОЗ (Нерworth et al., 2020; Jané-Llopis et al., 2020; Neufeld et al., 2020c).

В 2016 г. 22 из 52 государств-членов (42,3%) сообщили об использовании предупреждений о вреде для здоровья при рекламе алкогольной продукции в СМИ, и 13 государств-членов (24,5%) сообщили о размещении предупреждений о вреде для здоровья на потребительской таре. Тем не менее, использование предупреждений остается неоптимальным. Из 13 стран, сообщивших о размещении предупреждений на потребительской таре, лишь 6 сообщили о том, что ими четко определены размеры этикетки, и лишь 3 страны сообщили об обязательном использовании сменяющихся текстовых сообщений. Ситуация практически не изменилась с 2012 г., когда 21 государство-член сообщило об использовании предупреждений о вреде для здоровья при рекламе алкогольной продукции и 15 сообщили об использовании предупреждений на потребительской таре.

В 2016 г. большинство государств-членов (48 из 52 или 92,3%) сообщали об указании состава (т.е. процентной доли чистого спирта) на этикетках алкогольной продукции, независимо от вида продукта (рис. 25). Менее часто страны требовали указания базовой потребительской

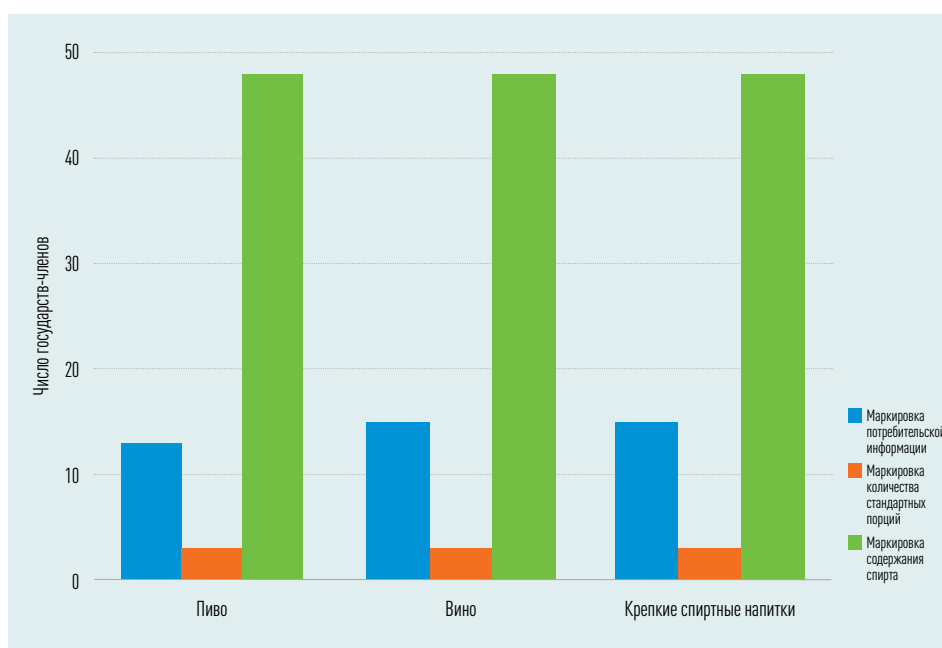


Рис. 25. Число государств-членов, сообщивших о размещении предупреждений о вреде для здоровья и относящейся к здоровью информации на этикетках, в разбивке по видам маркировки и продукции (2016 г.) (n=52)



информации, такой как информация о калорийности и пищевой ценности: в 28,8% стран требовалось указание такой информации для вина и крепких спиртных напитков, в 25,0% стран – для пива. Лишь в 3 странах действовало обязательное требование об указании на потребительской таре количества принятых в данной стране стандартных порций алкоголя.

Систематический поиск информации о маркировке алкоголя в Европейском регионе ВОЗ в рамках сводного отчета созданной ВОЗ Сети фактических данных по вопросам здоровья показал, что в 2019 г. маркировка алкогольной продукции в целом и предупреждений о вреде для здоровья в частности не была обязательной во многих странах Региона (Jané-Llopis et al., 2020; Neufeld et al., 2020c). Комплексные подходы к маркировке алкогольной продукции должны предусматривать указание на этикетках алкогольной продукции информации о влиянии на здоровье, а также информации о составе и пищевой ценности. Использование предупреждений о вреде для здоровья должно соотноситься с примерами предупреждений о вреде для здоровья, размещаемых на табачной продукции. Факт того, что алкоголь является канцерогеном, обуславливающим тысячи случаев заболевания раком и смерти от рака в Регионе ежегодно, недостаточно известен населению (WHO, 2020a), поэтому предупреждения о канцерогенном воздействии алкоголя должны рассматриваться государствами-членами как средство повышения информированности населения о рисках, связанных с употреблением алкоголя.

5.2.4.2 Обучение персонала питейных заведений

Обучение персонала может способствовать достижению целей инициативы SAFER в рамках мер политики, которые ограничивают доступность алкоголя, поскольку позволяет обеспечить соблюдение запрета на продажу алкоголя несовершеннолетним, а также лицам, уже находящимся в состоянии алкогольного опьянения (Babor et al., 2010). В 2016 г. 20 стран (38,5%) сообщали о систематическом обучении персонала питейных заведений, т.е. имел место небольшой рост числа таких стран в сравнении с 2012 г. (19 государств-членов, 35,8%). Обучение персонала является формой профессиональной подготовки людей, обеспечивающих подачу алкогольных напитков в барах, ресторанах и в рамках кейтеринга, что способствует повышению безопасности путем предупреждения опьянения и соблюдения возрастных ограничений.

5.2.5 Действия на уровне местных сообществ

5.2.5.1 Действия в сообществах и на рабочих местах

Лица, имеющие проблемы с алкоголем, и члены их семей являются частью местных сообществ. Их жизненный опыт может помочь в разработке стратегий предупреждения проблем с алкоголем и поддержания ремиссии. Бремя употребления алкоголя с вредными и опасными последствиями ощущается на всех уровнях общества, в том числе на уровне сообществ и на рабочих местах (ВОЗ, 2010). Действия в сообществах и на рабочих местах позволяют реагировать на проявления такого вреда, включая нарушения общественного порядка и создание неудобств, а также снижение производительности труда, включая прогулы, презентеизм и безработицу (ВОЗ, 2010). Хотя такие меры и не являются частью инициативы SAFER, действия на рабочих местах и в сообществах согласуются с мероприятиями в рамках инициативы SAFER и могут способствовать снижению обусловленного потреблением алкоголя бремени для общественного здоровья. Так, например, образовательные программы играют важную роль в изменении социальных норм, относящихся к употреблению алкоголя, (ВОЗ, 2010) и могут способствовать повышению общественной поддержки мер политики в отношении алкоголя (Вуыкх et al., 2015). Действия на рабочих местах могут способствовать снижению количества несчастных случаев на производстве и соответствующих общественных издержек (ВОЗ, 2010). Эффективные программы на уровне местных сообществ позволяют добиться поддержки мероприятий, относящихся к числу эффективных, таких как внедрение законодательства, препятствующего

управлению транспортными средствами в состоянии алкогольного опьянения, и обеспечение неукоснительного соблюдения более жестких ограничений.

В 2016 г. национальные руководства по осуществлению эффективных мер на уровне местных сообществ имелись в 23 из 51 государства-члена, предоставившего данные (45,1%), что отражает небольшое увеличение числа таких стран за период с 2012 г. (22 из 51 государства-члена или 43,1%). Тем не менее, лишь половина государств-членов, из числа имеющих соответствующие национальные рекомендации, сообщила о том, что охват ими превышает 30%. Однако 43 страны (84,3%) сообщили о наличии вмешательств, реализуемых на уровне местных сообществ, или проектов с участием заинтересованных сторон.

По сравнению с действиями на уровне местных сообществ, меньшее число государств-членов в 2016 г. сообщили о наличии национальных рекомендаций по профилактике проблем, связанных с употреблением алкоголя, и консультированию на рабочих местах (22 из 52 государств-членов, по которым имеются данные, что эквивалентно 42,3%). Налицо небольшое увеличение по сравнению с 2012 г. (18 из 51 государства-члена или 35,3%).

5.2.5.2 Мероприятия на базе школ

В 2016 г. в 39 из 51 государства-члена, сообщившего данные ВОЗ (76,5%), включение вопросов профилактики употребления алкоголя в школьную программу было юридически обязательным. Налицо небольшой рост за период с 2012 г., когда такое требование действовало в 37 из 51 государства-члена (72,5%).

В 2016 г. лишь в 24 из 52 государств-членов (46,2%), предоставивших данные, имелись национальные руководства, относящиеся к предупреждению и снижению связанного с алкоголем вреда на базе школ; что является снижением по сравнению с 28 из 51 государства-члена (54,9%) в 2012 г.



6. Изменения в области реализации мер антиалкогольной политики в Европейском регионе ВОЗ (2016–2019 гг.)

6.1 Обзор реализации мер антиалкогольной политики в 2016 г.

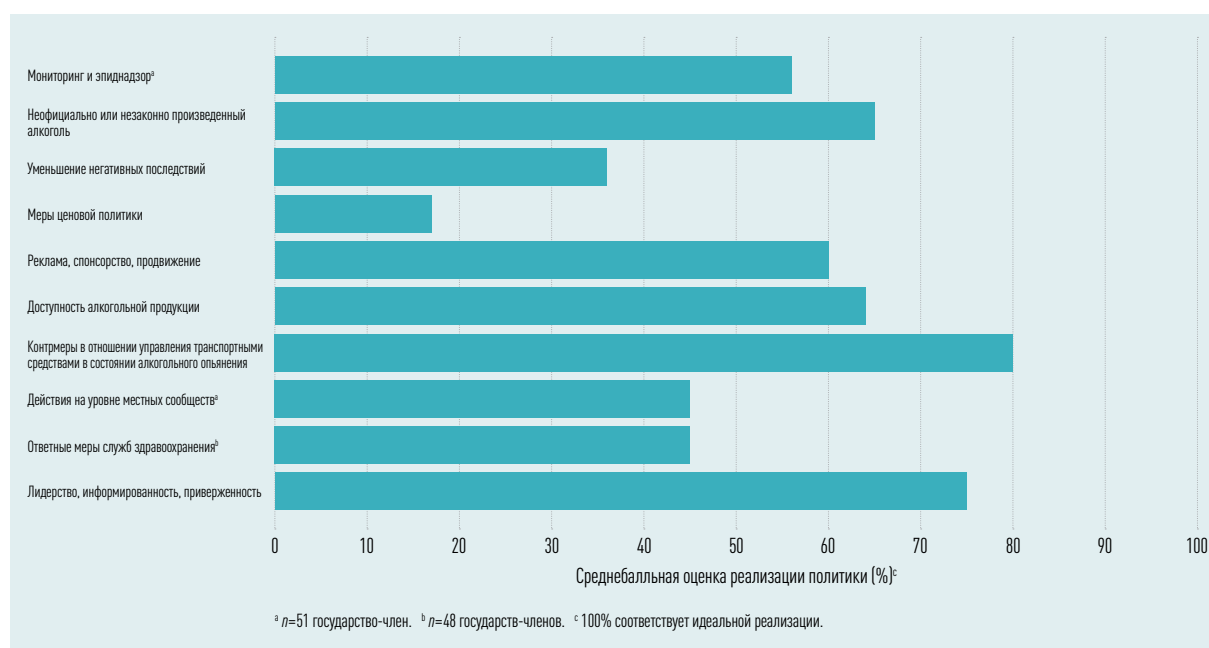
Как показано выше, 10 комбинированных показателей реализации политики отражают каждое из направлений действий ЕПДА (ВОЗ, 2012) и Глобальной стратегии сокращения вредного употребления алкоголя (ВОЗ, 2010), основаны на имеющихся научных данных и последовательных и прозрачных методах балльной оценки. Данные показатели позволяют не только оценить наличие мер антиалкогольной политики, но также (поскольку более строгое регулирование получает более высокую балльную оценку) их строгость и всеохватность.

Одним из основных преимуществ использования таких комбинированных показателей, относящихся к различным направлениям действий, является их способность мгновенно передавать большой объем информации, необходимой лицам, формирующим политику, для принятия решений и определения приоритетов. Еще одним преимуществом является их способность количественно определять полноту национальных стратегий и планов действий в отношении алкоголя, указывая число реализуемых мер политики и степень соответствия каждой из таких мер определенным установленным стандартам. Третье преимущество состоит в том, что данные показатели позволяют осуществлять межстрановое сравнение реализации политики в отношении алкоголя, а также сопоставлять ситуацию на различных временных отрезках.

Совокупные баллы по 10 областям политики ЕПДА в Европейском регионе ВОЗ в 2016 г. показаны на рис. 26. Средний балл по всем 10 областям во всем Регионе составил 54, при медианном показателе в 59 баллов.

В 2016 г. Европейский регион ВОЗ набрал две трети от общей возможной балльной оценки реализации политики лишь по 3 направлениям действий: 1) контрмеры в отношении управления транспортными средствами в состоянии алкогольного опьянения;

Рис. 26. Среднебалльная оценка реализации политики по 10 направлениям действий ЕПДА в Европейском регионе ВОЗ (2016 г.)

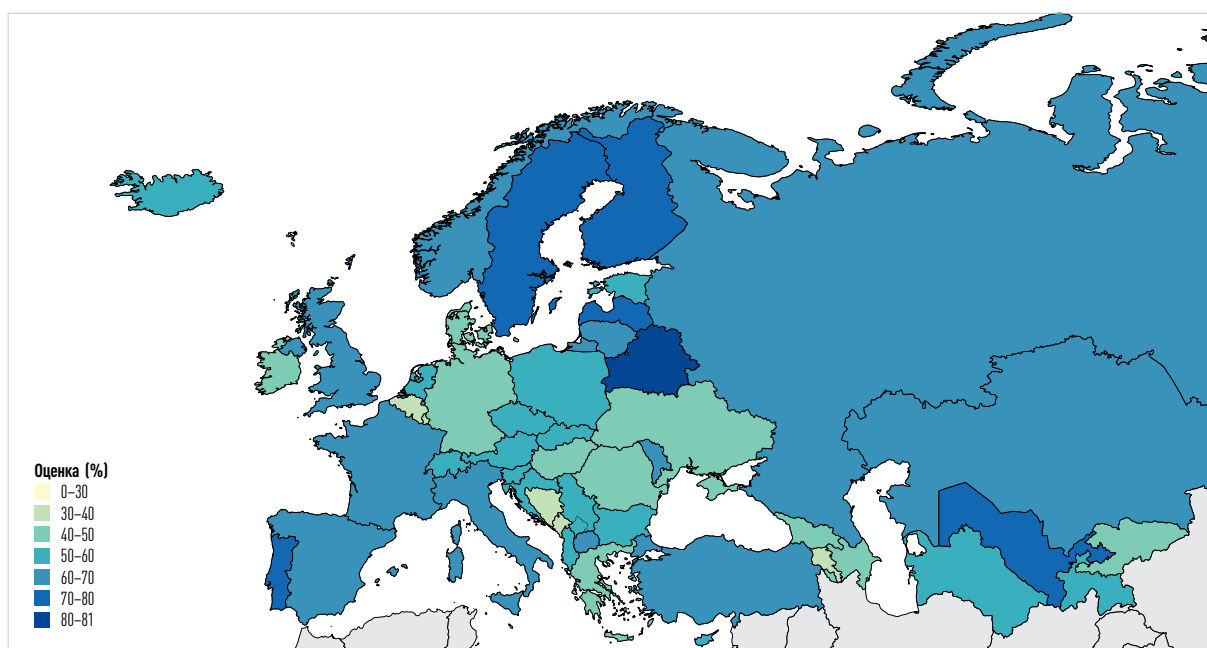


2) лидерство, информированность и приверженность; 3) действия, направленные на борьбу с неофициально или незаконно произведенным алкоголем.

Наименее результативной областью оказалась реализация мер налогового-ценовой политики, несмотря на то, что они являются наиболее эффективными и рентабельными вмешательствами, признаны «решениями, оптимальными по затратам» для снижения бремени заболеваний, обусловленных употреблением алкоголя, и входят в пакет мероприятий в рамках инициативы SAFER (WHO, 2018b, 2018c и 2019d). Так, менее трети стран (28,3%) сообщили о корректировке цен на пиво, вино и крепкие спиртные напитки с учетом инфляции, результатом чего явилось повышение доступности алкогольной продукции с течением времени. Регион также плохо справился с осуществлением действий по уменьшению негативных последствий употребления алкоголя и алкогольного опьянения – области политики, которая включает обучение персонала питейных заведений и маркировку алкогольной продукции. В среднем, Регион имеет низкие баллы в таких областях политики, как действия на уровне местных сообществ и на рабочих местах, а также ответные меры служб здравоохранения – менее 50% в обеих областях.

При анализе регионального распределения балльных оценок реализации ЕПДА наблюдаются четкие различия в реализации мер антиалкогольной политики, существующие между странами, хотя региональные паттерны определить нелегко (рис. 27). Так, хотя применительно к ряду стран Центральной и Восточной Европы оценка реализации ЕПДА была низкой, другие страны Восточной Европы получили относительно высокие оценки, а наиболее высокие оценочные показатели реализации ЕПДА в 2016 г. были достигнуты Беларусью. Кроме того, более высокие оценочные показатели наблюдались в странах Балтии и Северной Европы, а также в юго-западных странах.

Рис. 27. Среднебалльная оценка реализации политики по 10 направлениям действий ЕПДА, в разбивке по странам (2016 г.)



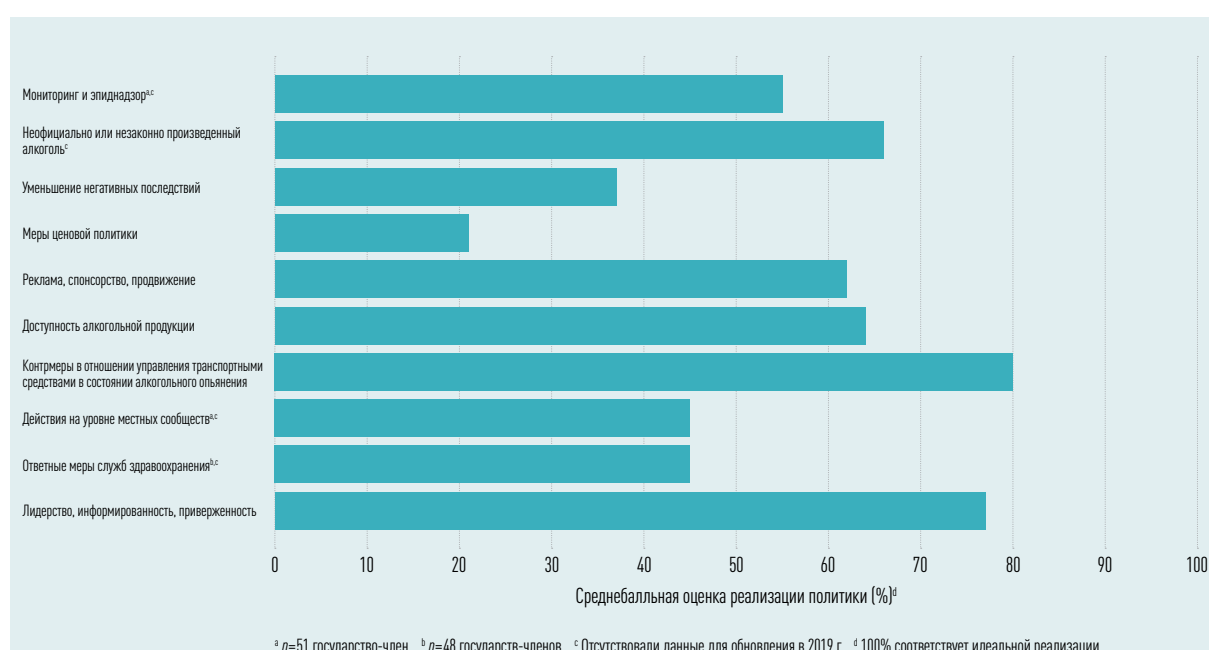
В целом 35 из 53 стран сообщили о средних оценочных показателях ЕПДА на уровне по крайней мере 50%, но только 2 страны – Беларусь и Португалия – отчитались об оценочных показателях на уровне по крайней мере 75%.

Тем не менее, анализ балльной оценки реализации политики по странам следует интерпретировать с осторожностью, поскольку показатели основаны исключительно на самооценке степени реализации мер антиалкогольной политики; они считаются истинными в силу необходимости и в значительной степени зависят от того, как технические координаторы, представлявшие опросные данные, поняли вопросы и стоящую перед ними задачу. Кроме того, балльные оценки не учитывают степень фактической реализации мер политики, и, поскольку общая методология является новой, в будущем потребуется дополнительная калибровка, чтобы отразить значимые различия между странами.

6.2 Частичное обновление показателей реализации антиалкогольной политики по состоянию на 2019 г.

В 2019 г. стало возможным обновление некоторых из комбинированных показателей реализации ЕПДА на основании наиболее свежих данных по Европейскому региону ВОЗ, включенных в Глобальное обследование ВОЗ о прогрессе в достижении задачи ЦУР 3.5, которое проводилось в 2019 г. (ВОЗ, 2020i). Тем не менее, новые данные не были доступны применительно к 4 областям – мониторингу и эпиднадзору, неофициально и незаконно произведенному алкоголю, действиям на уровне местных сообществ и ответным мерам систем здравоохранения, поэтому обновить показатели по указанным областям в 2019 г. было проблематично. С учетом указанных ограничений различия в показателях реализации политики по состоянию на 2016 и 2019 гг. не были значительными, и общая картина оставалась неизменной: меры налогово-ценовой политики продолжали быть наихудшим образом реализуемой областью политики, а наилучшей по-прежнему оставались контрмеры в отношении управления транспортными средствами в состоянии

Рис. 28. Среднебалльная оценка реализации политики по 10 направлениям действий ЕПДА в Европейском регионе ВОЗ (2019 г.)



алкогольного опьянения (рис. 28). В период с 2016 по 2019 г. были отмечены улучшения в 1 области политики (ценообразование), хотя также произошло снижение показателей реализации политики в 3 областях (снижение негативных последствий употребления алкоголя, маркетинг, лидерство и информированность).

В целом к 2019 г. государства-члены добились весьма скромного прогресса в области ценовой политики, уменьшения негативных последствий алкогольного опьянения и маркетинга алкогольной продукции. Это говорит о том, что в целом прогресс в реализации политики в отношении алкоголя в Европейском регионе ВОЗ в период 2016–2019 гг. был незначительным или полностью отсутствовал. Кроме того, что вызывает особую озабоченность, общий уровень реализации политики во всех 10 областях был чуть выше среднего показателя в 55%, что означает, что есть большой потенциал для улучшения, особенно в 4 областях политики, которые получили оценку ниже 50%.



7. Выводы: инициатива SAFER – сделать Европейский регион ВОЗ более безопасным

Имеющиеся на сегодняшний день фактические данные показывают, насколько важно, чтобы меры политики в отношении алкоголя носили межсекторальный характер. Для того, чтобы подобные меры политики были эффективными и позволяли избежать непредвиденных последствий, они должны быть ориентированы не только на отдельных потребителей алкогольной продукции, но и на алкогольный рынок в целом, всю цепочку поставок алкогольной продукции, среду употребления алкоголя, а также социальный контекст более широкого свойства и систему здравоохранения (Babor et al., 2010; ВОЗ, 2010; ВОЗ, 2012). Хотя в настоящем докладе отражено общее снижение показателей потребления алкоголя (что является основным показателем вреда) в Европейском регионе ВОЗ за период с 2010 по 2016 г., указанные улучшения наблюдались лишь в некоторых странах, в основном в восточной части Региона (Berdzuli et al., 2020; Neufeld et al., 2020a; Pärna, 2020; Probst et al., 2020; Stumbrys et al., 2020; WHO, 2019a). Согласно недавним прогнозам, общее снижение потребления алкоголя в Регионе в ближайшее десятилетие останется на уровне, близком к текущему, хотя вполне вероятно, что глобальная пандемия COVID-19 (по крайней мере в первые месяцы) привела к общему снижению потребления алкоголя в Регионе (Kilian et al., 2020; Manthey et al., 2020; Rehm et al., 2020).

Что касается реализации политики в отношении алкоголя, настоящий доклад позволяет увидеть, в какой степени действенные и экономически эффективные меры, предлагаемые в рамках инициативы ВОЗ SAFER, реализуются в Европейском регионе ВОЗ. В 2016 г. из 5 ключевых направлений действий в рамках инициативы SAFER в Европейском регионе ВОЗ активно осуществлялись лишь контрмеры в отношении управления транспортными средствами в состоянии алкогольного опьянения, в то время как осуществление иных мер, относимых ВОЗ к числу «решений, оптимальных по затратам», (повышение налогов на алкогольную продукцию, запрет на рекламу алкоголя и ограничение доступности алкоголя) и ответных мер со стороны систем здравоохранения (проведение скрининга и кратких консультаций в отношении употребления алкоголя и лечение расстройств, вызванных употреблением алкоголя), как правило, оставалось неоптимальным. Наибольшую озабоченность вызывает тот факт, что меры налогово-ценовой политики (хотя фактические данные показывают, что такие меры являются одним из наиболее эффективных видов вмешательства) в 2016 г. осуществлялись в странах Региона хуже всего. Проведенный в 2019 г. анализ общих показателей реализации политики показал, что за период с 2016 г. не было достигнуто почти никакого прогресса. Несмотря на наличие различных примеров успешного введения более высоких налоговых ставок как для табачных изделий, так и для сахаросодержащих напитков в Регионе, государства-члены до сих пор не решались существенно повысить налоги на алкоголь – за некоторыми заметными исключениями в Восточной Европе и Центральной Азии (Neufeld et al., 2020a; WHO, 2020d). В результате, с учетом растущих темпов инфляции и средних доходов населения, алкогольная продукция становится все более доступной в Европейском регионе ВОЗ в последние десятилетия. По указанной причине следует рекомендовать принятие более активных мер в области политики ценообразования, и государствам-членам необходимо рассмотреть принятие таких дополнительных мер помимо налогообложения, как введение минимальных цен на алкогольную продукцию.

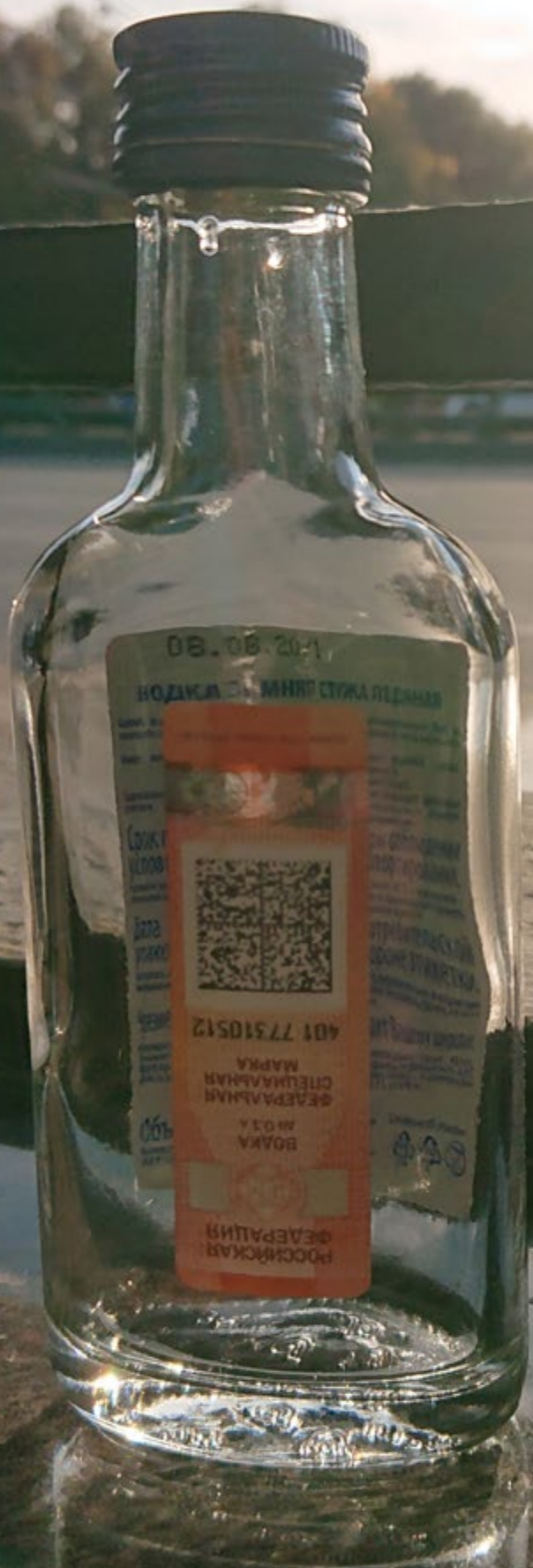
Пока еще слишком рано оценивать воздействие COVID-19 на паттерны употребления алкоголя населением. Тем не менее, очевидно, что возможен рост потребления алкоголя



вследствие повышения уровня тревожности и иных проблем в области психического здоровья, связанных со стрессом и изменившимися и нестабильными условиями работы, а также в результате общего влияния на благополучие и образ жизни таких мер, как самоизоляция, физическое дистанцирование и карантин (ВОЗ, 2020b). Изменившиеся социальные условия могут нести риски для других уязвимых групп населения, включая детей и членов семей, которые подвергаются более высокому риску вреда, например, в связи с домашним насилием на фоне употребления алкоголя. В то же время коммерческие операторы, пользуясь сложными экономическими обстоятельствами, выступают за менее строгое, а не более строгое регулирование алкогольного рынка. Имеющиеся фактические данные решительно противоречат идее того, что экономики стран смогут восстановиться без должного внимания вопросам охраны здоровья населения, в том числе без надлежащего регулирования алкогольного рынка (Babor et al., 2010; Baumberg, 2006; Lee & Forsythe, 2011; Rehm et al., 2009). Напротив, инициатива SAFER подчеркивает, что здоровая экономика определяется здоровьем населения и что для того, чтобы улучшить показатели здоровья всех европейцев, необходима более устойчивая приверженность делу борьбы со всеми причинами предотвратимых проблем со здоровьем, включая употребление алкоголя (Commission on Alcohol Harm, 2020).

В Европейскую программу работы ВОЗ на 2020–2025 гг. заложено перспективное видение мира, в котором все уязвимые люди защищены, никто не оставлен без внимания, и люди живут более безопасной, здоровой и благополучной жизнью (WHO, 2020e). Инициатива SAFER дает возможность превратить Европейский регион ВОЗ в регион, где больше людей будет жить более здоровой и безопасной жизнью за счет реализации наиболее действенных и наиболее экономически эффективных стратегий по снижению вреда, обусловленного потреблением алкоголя: таких мер, как налогообложение и повышение цен на алкогольную продукцию, что позволяет снижать доступность алкоголя; ограничения на физическую доступность алкоголя и маркетинг алкогольной продукции; контрмеры в отношении управления транспортными средствами в состоянии алкогольного опьянения; краткие вмешательства, адресованные тем, кто употребляет алкоголь с повышенным риском для здоровья, и лечение лиц с расстройствами, вызванными употреблением алкоголя.

Наконец, в настоящем докладе подчеркивается, что инициатива SAFER полезна и важна для того, чтобы поддержать реализацию действенных и экономически эффективных мер антиалкогольной политики с помощью механизмов мониторинга и оценки, обеспечивая их адаптацию к изменяющимся потребностям без вмешательства со стороны индустрии и коммерческих интересов. Как мы видели, Европейский регион ВОЗ может быть «первопроходцем» в сфере реагирования на вред, обусловленный потреблением алкоголя, и принятия мер политики, направленных на его устранение, адаптируя такие меры с учетом потребностей уязвимых групп населения, местных условий и доступных ресурсов в рамках осуществления и продвижения глобальной повестки дня. Анализируя работу учреждений и специалистов общественного здравоохранения, а также вклад ВОЗ в дело сокращения уровня потребления алкоголя и обусловленного им вреда как в общемировом масштабе, так и в Европейском регионе ВОЗ, ясно понимаешь, что многое уже сделано в рамках реагирования на огромное бремя болезней (в наибольшей степени выраженное именно в Европейском регионе), обусловленное потреблением алкоголя. Поскольку большинство крупных международных производителей алкогольной продукции располагаются в Европейском регионе ВОЗ и все шире продвигают свою продукцию в страны с низким и средним уровнем дохода в Азии, Южной Америке и Африке, население которых традиционно не употребляет алкоголь, также очевидно, что необходимо увеличивать финансирование и стимулировать приток инновационных идей и стратегий для защиты общественного здоровья и предупреждения обусловленного алкоголем вреда как в Регионе, так и за его пределами.



08.08.2021

НОДКА С МЯГО СТОЛІЧНА



401 77310512

ВОДКА
СТОЛІЧНА
МАРКА

РОССИЯ
СТОЛІЧНА



Библиография

Babor T, Caetano R, Casswell S, Edwards G, Giesbrecht N, Graham K et al. (2010). Alcohol: no ordinary commodity: research and public policy. 2nd edition. Oxford: Oxford University Press.

Babor T, Higgins-Biddle JC (2001). Brief intervention for hazardous and harmful drinking: a manual for use in primary care. Geneva: World Health Organization (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/67210>, accessed 22 January 2021).

Babor T, Robaina K, Brown K, Noel J, Cremona M, Pantani D et al. (2018). Is the alcohol industry doing well by “doing good”? Findings from a content analysis of the alcohol industry’s actions to reduce harmful drinking. *BMJ Open*. 8(10):e024325. doi:10.1136/bmjopen-2018-024325.

Baumberg B (2006). The global economic burden of alcohol: a review and some suggestions. *Drug Alcohol Rev*. 25(6):537–51. doi:10.1080/09595230600944479.

Berdzuli N, Ferreira-Borges C, Gual A, Rehm J (2020). Alcohol control policy in Europe: overview and exemplary countries. *Int J Environ Res Public Health*. 17(21):8162. doi:10.3390/ijerph17218162.

Breda J (2020). Brief interventions for NCDs risk factors. *Eur J Public Health*. 30(Supplement_5):ckaa165–1077. doi:10.1093/eurpub/ckaa165.1077.

Burton R, Henn C, Lavoie D, O’Connor R, Perkins C, Sweeney K et al. (2017). A rapid evidence review of the effectiveness and cost-effectiveness of alcohol control policies: an English perspective. *Lancet*. 389(10078):1558–80. doi:10.1016/S0140-6736(16)32420-5.

Buykx P, Gilligan C, Ward B, Kippen R, Chapman K (2015). Public support for alcohol policies associated with knowledge of cancer risk. *Int J Drug Policy*. 26(4):371–9. doi:10.1016/j.drugpo.2014.08.006.

Carah N (2017). Alcohol corporations and marketing in social media. In: Lyons AC, McCreanor T, Goodwin I, Barnes HM, editors. Youth drinking cultures in a digital world: alcohol, social media and cultures of intoxication. New York (NY): Routledge:115–31.

Carah N, Brodmerkel S, Hernandez L (2014). Brands and sociality: alcohol branding, drinking culture and Facebook. *Convergence*. 20(3):259–75. doi:10.1177/1354856514531531.

Casswell S, Thamarangsi T (2009). Reducing the harm from alcohol: call to action. *Lancet*. 373:2247–57. doi:10.1016/S0140-6736(09)60745-5.

Chisholm D, Moro D, Bertram M, Pretorius C, Gmel G, Shield K et al. (2018). Are the “best buys” for alcohol control still valid? An update on the comparative cost-effectiveness of alcohol control strategies at the global level. *J Stud Alcohol Drugs*. 79(4):514–22.

Commission on Alcohol Harm (2020). “It’s everywhere” – alcohol’s public face and private harm. Report of the Commission on Alcohol Harm. London: Alcohol Health Alliance UK (<https://ahauk.org/resource/commission-on-alcohol-harm-report>, accessed 22 January 2021).

Gordon R (2011). An audit of alcohol brand websites. *Drug Alcohol Rev*. 30(6):638–44. doi:10.1111/j.1465-3362.2010.00257.x.

Grigoriev P, Bobrova A (2020). Alcohol control policies and mortality trends in Belarus. *Drug Alcohol Rev*. 39(7):805–17. doi:10.1111/dar.13032.

Gupta H, Pettigrew S, Lam T, Tait R (2016). A systematic review of the impact of exposure to internet-based alcohol-related content on young people’s alcohol use behaviours. *Alcohol Alcohol*. 51(6):763–71. doi:10.1093/alcalc/agw050.

Hepworth P, Ward S, Schölin L (2020). Alcohol labelling in the global food system: implications of recent work in the Codex Committee on Food Labelling. *Eur J Risk Regul*. 1–17. doi:10.1017/err.2020.60.

Jané-Llopis E, Kokole D, Neufeld M, Hasan OSM, Rehm J (2020). What is the current alcohol labelling practice in the WHO European Region and what are barriers and facilitators to development and implementation of alcohol labelling policy? Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332129/9789289054898-eng.pdf>, accessed 22 January 2021).

Jernigan D, Noel J, Landon J, Thornton N, Lobstein T (2017). Alcohol marketing and youth alcohol consumption: a systematic review of longitudinal studies published since 2008. *Addiction*. 112 Suppl 1:7–20. doi:10.1111/add.13591.

Kaner EF, Beyer FR, Muirhead C, Campbell F, Pienaar ED, Bertholet N et al. (2018). Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *Cochrane Database Syst Rev*. 2(2):CD004148. doi:10.1002/14651858.CD004148.pub4.

Kilian C, Manthey J, Braddick F, Matrai S, Gual A, Rehm J (2020). Changes in alcohol consumption since the outbreak of the SARS-CoV-2 pandemic in Europe: a study protocol. Barcelona: DEEP SEAS (https://www.deep-seas.eu/wp-content/uploads/2020/10/Study-protocol-COVALC_Sept.20_DEEPSEAS.pdf, accessed 22 January 2021).

Kohn R, Saxena S, Levav I, Saraceno B (2004). The treatment gap in mental health care. *Bull World Health Organ*. 82(11):858–66. doi:10.1590/S0042-96862004001100011.

Lachenmeier D, Neufeld M, Rehm J (2021). The impact of unrecorded alcohol use on health: what do we know in 2020? *J Stud Alcohol Drugs*. 82(1):28–41. doi:10.15288/jsad.2021.82.28.

Lee GA, Forsythe M (2011). Is alcohol more dangerous than heroin? The physical, social and financial costs of alcohol. *Int Emerg Nurs*. 19(3):141–5. doi:10.1016/j.ienj.2011.02.002.

Lima JM, Brummer J, Schölin L, Taht T, Beekmann L, Ferreira-Borges C (2018). Совершенствование реализации алкогольной политики на примере Эстонии. *Панорама общественного здравоохранения*. 4(3):384–91.

Manthey J, Kilian C, Schomerus G, Kraus L, Rehm J, Schulte B (2020). Alkoholkonsum in Deutschland und Europa während der SARS-CoV-2 Pandemie [Alcohol consumption in Germany and Europe during the SARS-CoV-2 pandemic]. *Sucht*. 66(5) [на немецком языке]. doi:10.1024/0939-5911/a000686.

Meier PS, Brennan A, Angus C, Holmes J (2017). Minimum unit pricing for alcohol clears final legal hurdle in Scotland. *BMJ*. 359:j5372. doi:10.1136/bmj.j5372.

Meier PS, Holmes J, Angus C, Ally AK, Meng Y, Brennan A (2016). Estimated effects of different alcohol taxation and price policies on health inequalities: a mathematical modelling study. *PLoS Med*. 13(2):e1001963. doi:10.1371/journal.pmed.1001963.

Murphy KM, Mash R, Malan Z (2016). The case for behavioural change counselling for the prevention of NCDs and improvement of self-management of chronic conditions. *S Afr Fam Pract*. 58(6):249–52. doi:10.1080/20786190.2016.1187885.

Neufeld M, Bobrova A, Davletov K, Štelemėkas M, Stoppel R, Ferreira-Borges C et al. (2020a). Alcohol control policies in Former Soviet Union countries: a narrative review of three decades of policy changes and their apparent effects. *Drug Alcohol Rev*. doi: 10.1111/dar.13204.

Neufeld M, Ferreira-Borges C, Gil A, Manthey J, Rehm J (2020b). Alcohol policy has saved lives in the Russian Federation. *Int J Drug Policy*. 80:102636. doi:10.1016/j.drugpo.2019.102636.

Neufeld M, Ferreira-Borges C, Rehm J (2020c). Implementing health warnings on alcoholic beverages: on the leading role of countries of the Commonwealth of Independent States. *Int J Environ Res Public Health*. 17(21):8205. doi:10.3390/ijerph17218205.

Newbury-Birch D, McGovern R, Birch J, O'Neill G, Kaner H, Sondhi A et al. (2016). A rapid systematic review of what we know about alcohol use disorders and brief interventions in the criminal justice system. *Int J Prison Health*. 12(1):57–70. doi:10.1108/IJPH-08-2015-0024.

Nicholls J (2012). Everyday, everywhere: alcohol marketing and social media: current trends. *Alcohol Alcohol*. 47(4):486–93. doi:10.1093/alcalc/ags043.

Noel JK, Babor TF (2018). Alcohol advertising on Facebook and the desire to drink among young adults. *J Stud Alcohol Drugs*. 79:751–60. doi:10.15288/jsad.2018.79.751.

Noel J, Sammartino C, Rosenthal S (2020). Exposure to digital alcohol marketing and alcohol use: a systematic review. *J Stud Alcohol Drugs*. Suppl 19(Suppl 19):57–67. doi:10.15288/jsads.2020.s19.57.

Nufer F, Ibele F (2015). The impact of social media marketing during mega sports events: an empirical study in the frame of the FIFA World Cup 2014. *Q J Bus Stud*. 2(1):1–24.

OECD (2015). Tackling harmful alcohol use: economics and public health policy. Paris: OECD Publishing (<https://www.oecd.org/health/tackling-harmful-alcohol-use-9789264181069-en.htm>, accessed 22 January 2021).

Pärna K (2020). Alcohol consumption and alcohol policy in Estonia 2000–2017 in the context of Baltic and Nordic countries. *Drug Alcohol Rev*. 39(7):797–804. doi:10.1111/dar.13008.

Poznyak V, Fleischmann A, Rekke D, Rylett M, Rehm J, Gmel G (2013). The World Health Organization's Global Monitoring System on Alcohol and Health. *Alcohol Res*. 35(2):244–9.

Probst C, Manthey J, Neufeld M, Rehm J, Breda J, Rakovac I et al. (2020). Meeting the global NCD target of at least 10% relative reduction in the harmful use of alcohol: is the WHO European Region on track? *Int J Environ Res Public Health*. 17(10):3423. doi:10.3390/ijerph17103423.

Public Health England (2019). The range and magnitude of alcohol's harm to others: a report delivered to the Five Nations Health Improvement Network. London: Public Health England (https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/806935/Alcohols_harms_to_others-1.pdf, accessed 22 January 2021).

Rathod SD, Roberts T, Medhin G, Murhar V, Samudre S, Luitel NP et al. (2018). Detection and treatment initiation for depression and alcohol use disorders: facility-based cross-sectional studies in five low-income and middle-income country districts. *BMJ Open*. 8(10):e023421. doi:10.1136/bmjopen-2018-023421.

Rehm J, Gmel G Sr, Gmel G, Hasan OSM, Imtiaz S, Popova S et al. (2017). The relationship between different dimensions of alcohol use and the burden of disease: an update. *Addiction*. 112(6):968–1001. doi:10.1111/add.13757.

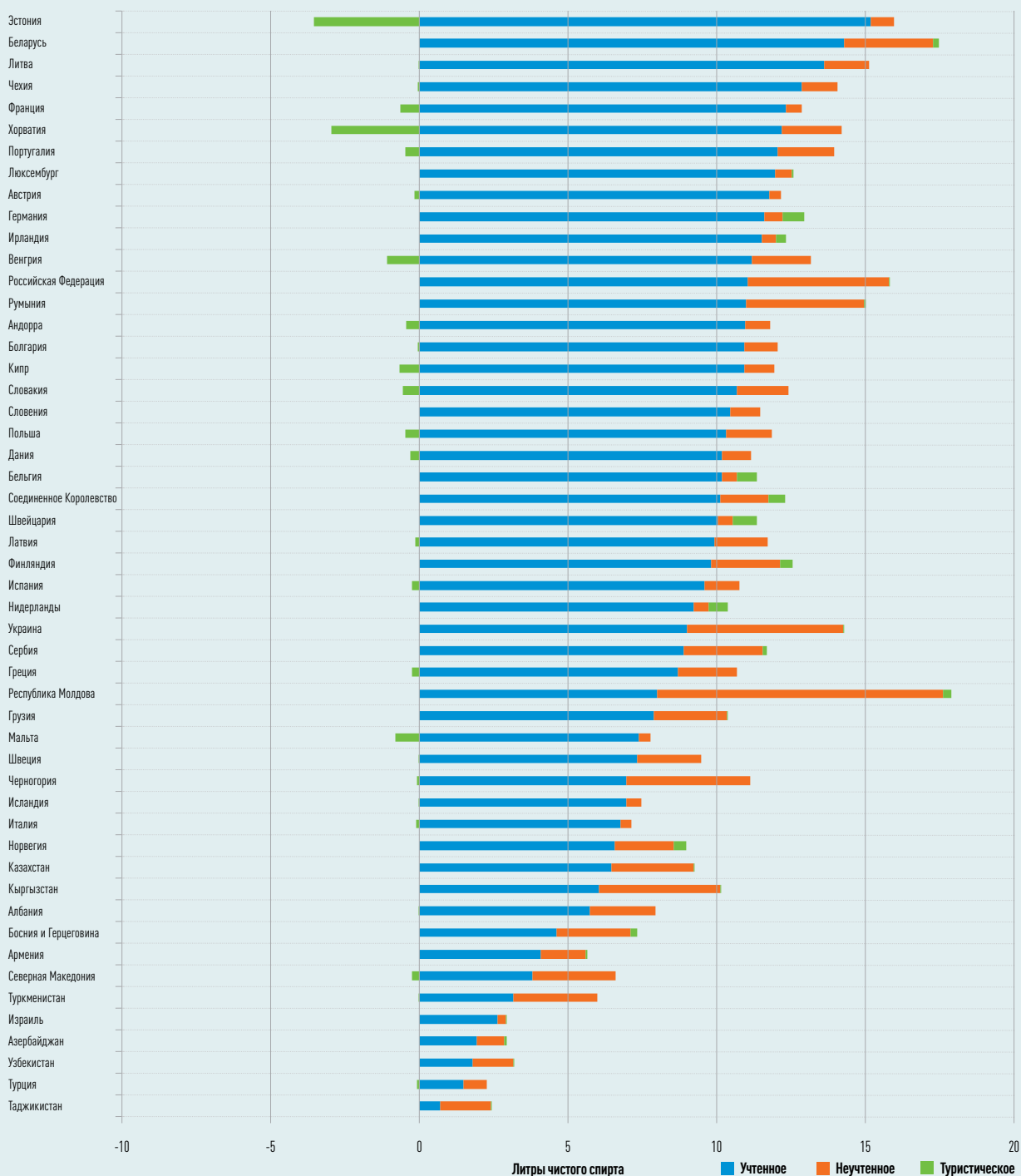
- Rehm J, Kilian C, Ferreira-Borges C, Jernigan D, Monteiro M, Parry CD et al. (2020). Alcohol use in times of the COVID 19: implications for monitoring and policy. *Drug Alcohol Rev.* 39(4):301–4. doi:10.1111/dar.13074.
- Rehm J, Manthey J, Lange S, Badaras R, Zurlyte I, Passmore J et al. (2019a). Alcohol control policy and changes in alcohol-related traffic harm. *Addiction.* 115(4):655–65. doi:10.1111/add.14796.
- Rehm J, Manthey J, Shield KD, Ferreira-Borges C (2019b). Trends in substance use and in the attributable burden of disease and mortality in the WHO European Region, 2010–2016. *Eur J Public Health.* 29(4):723–8. doi:10.1093/eurpub/ckz064.
- Rehm J, Mathers C, Popova S, Thavorncharoensap M, Teerawattananon Y, Patra J (2009). Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders. *Lancet.* 373(9682):2223–33. doi:10.1016/S0140-6736(09)60746-7.
- Rehm J, Štelemėkas M, Badaras R (2018). Research protocol to evaluate the effects of alcohol policy changes in Lithuania. *Alcohol Alcohol.* 54(1):112–18. doi:10.1093/alcac/agy068.
- Schulte B, O'Donnell AJ, Kastner S, Schmidt CS, Schäfer I, Reimer J (2014). Alcohol screening and brief intervention in workplace settings and social services: a comparison of literature. *Front Psychiatry.* 5:131. doi:10.3389/fpsy.2014.00131.
- Shogren MD, Harsell C, Heitkamp T (2017). Screening women for at-risk alcohol use: an introduction to screening, brief intervention, and referral to treatment (SBIRT) in women's health. *J Midwifery Womens Health.* 62(6):746–54. doi:10.1111/jmwh.12659.
- Stumbrys D, Telksnys T, Jasilionis D, Liutkutė Gumarov V, Galkus L, Goštautaitė Midttun N et al. (2020). Alcohol-related male mortality in the context of changing alcohol control policy in Lithuania 2000–2017. *Drug Alcohol Rev.* 39(7):818–826. doi:10.1111/dar.13059.
- Taylor B, Irving H, Kanteres F, Room R, Borges G, Cherpitel C et al. (2010). The more you drink, the harder you fall: a systematic review and meta-analysis of how acute alcohol consumption and injury or collision risk increase together. *Drug Alcohol Depend.* 110(1–2):108–16. doi:10.1016/j.drugalcdep.2010.02.011.
- Vallance K, Stockwell T, Hammond D, Shokar S, Schoueri-Mychasiw N, Greenfield T et al. (2020a). Testing the effectiveness of enhanced alcohol warning labels and modifications resulting from alcohol industry interference in Yukon, Canada: protocol for a quasi-experimental study. *JMIR Res Protoc.* 9(1):e16320. doi:10.2196/16320.
- Vallance K, Stockwell T, Zhao J, Shokar S, Schoueri-Mychasiw N, Hammond D et al. (2020b). Baseline assessment of alcohol-related knowledge of and support for alcohol warning labels among alcohol consumers in northern Canada and associations with key sociodemographic characteristics. *J Stud Alcohol Drugs.* 81:238–48. doi:10.15288/jsad.2020.81.238.
- Wagenaar AC, Salois MJ, Komro KA (2009). Effects of beverage alcohol price and tax levels on drinking: a meta-analysis of 1003 estimates from 112 studies. *Addiction.* 104(2):179–90. doi:10.1111/j.1360-0443.2008.02438.x.
- Wagenaar AC, Tobler AL, Komro KA (2010). Effects of alcohol tax and price policies on morbidity and mortality: a systematic review. *Am J Public Health.* 100(11):2270–8. doi:10.2105/AJPH.2009.186007.
- Walls H, Cooks S, Matzopoulos R, London L (2020). Advancing alcohol research in low-income and middle-income countries: a global environment framework. *BMJ Global Health.* 5:e001958. doi:10.1136/bmjgh-2019-001958.
- ВОЗ (2010). Глобальная стратегия сокращения вредного употребления алкоголя. Женева: Всемирная организация здравоохранения (https://www.who.int/substance_abuse/activities/gsrhua/ru/, по состоянию на 5 апреля 2021 г.).
- ВОЗ (2012). Европейский план действий по сокращению вредного употребления алкоголя, 2012–2020 гг. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ (<https://www.euro.who.int/ru/health-topics/disease-prevention/alcohol-use/publications/2012/european-action-plan-to-reduce-the-harmful-use-of-alcohol-20122021>, по состоянию на 5 апреля 2021 г.).
- ВОЗ (2013). Глобальный план действий по профилактике НИЗ и борьбе с ними на 2013–2020 гг. Женева: Всемирная организация здравоохранения (<https://www.who.int/nmh/publications/ncd-action-plan/ru/>, по состоянию на 5 апреля 2021 г.).
- ВОЗ (2016). Успехи и упущенные возможности в сфере охраны общественного здоровья. Тенденции в потреблении алкоголя и связываемой с ним смертности в Европейском регионе ВОЗ, 1990–2014 гг. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ (https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/334257/Public-health-successes-and-missed-opportunities-alcohol-mortality-1990-2014-ru.pdf, по состоянию на 5 апреля 2021 г.).
- ВОЗ (2017). Политика в действии: Инструмент для оценки реализации политики в отношении алкоголя. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ (https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/381786/policy-in-action-rus.pdf, по состоянию на 5 апреля 2021 г.).
- ВОЗ (2019b). Доклад о ситуации в области потребления алкоголя, связанном с ним вреде и ответных мерах политики в 30 европейских странах (2019 г.). Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ (<https://www.euro.who.int/ru/health-topics/disease-prevention/alcohol-use/publications/2019/status-report-on-alcohol-consumption,-harm-and-policy-responses-in-30-european-countries-2019>, по состоянию на 5 апреля 2021 г.).
- ВОЗ (2019c). Доклад о ситуации в области потребления алкоголя, связанном с ним вреде и ответных мерах политики в 30 европейских странах (2019 г.): источники данных и методы. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ (<https://www.euro.who.int/ru/health-topics/disease-prevention/alcohol-use/publications/2019/status-report-on-alcohol-consumption,-harm-and-policy-responses-in-30-european-countries-2019-data-sources-and-methods>, по состоянию на 5 апреля 2021 г.).
- ВОЗ (2020a). Алкоголь и онкологические заболевания в Европейском регионе ВОЗ: Призыв к более активной профилактике. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ (<https://www.euro.who.int/ru/health-topics/disease-prevention/alcohol-use/publications/2020/alcohol-and-cancer-in-the-who-european-region-an-appeal-for-better-prevention-2020>, по состоянию на 5 апреля 2021 г.).

- ВОЗ (2020b). Фактологический бюллетень – Важная информация об алкоголе и COVID-19. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ (<https://www.euro.who.int/ru/health-topics/disease-prevention/alcohol-use/publications/2020/fact-sheet-alcohol-and-covid-19-what-you-need-to-know-2020>, по состоянию на 5 апреля 2021 г.).
- ВОЗ (2020c). Маркетинг алкогольной продукции в Европейском регионе ВОЗ. Обновленный отчет об имеющихся фактических данных и рекомендуемых мерах в области политики. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ (<https://www.euro.who.int/ru/health-topics/disease-prevention/alcohol-use/publications/2020/alcohol-marketing-in-the-who-european-region-update-report-on-the-evidence-and-recommended-policy-actions-july-2020>, по состоянию на 5 апреля 2021 г.).
- ВОЗ (2020e). Европейская программа работы на 2020–2025 гг. «Совместные действия для улучшения здоровья жителей Европы». Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/339486/WHO-EURO-2021-1919-%2041670-56996-rus.pdf?sequence=1&isAllowed=y>, по состоянию на 5 апреля 2021 г.).
- ВОЗ (2020f). Заключительный отчет о реализации Европейского плана действий по сокращению вредного употребления алкоголя на 2012–2020 гг. EUR/RC70/8(A). Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ (<https://www.euro.who.int/ru/about-us/governance/regional-committee-for-europe/70th-session/documentation/working-documents/eurrc708a-final-report-on-implementation-of-the-european-action-plan-to-reduce-the-harmful-use-of-alcohol-20122020>, по состоянию на 5 апреля 2021 г.).
- ВОЗ (2020g). Реализация алкогольной политики в странах Содружества Независимых Государств: рабочее совещание «стран-первопроходцев» (2020). Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ (<https://www.euro.who.int/ru/health-topics/disease-prevention/alcohol-use/publications/2020/implementing-alcohol-policies-in-the-commonwealth-of-independent-states-a-workshop-of-first-mover-countries-2020>, по состоянию на 5 апреля 2021 г.).
- ВОЗ (2020h). Заключительный отчет о региональной консультации по вопросу осуществления Европейского плана действий по сокращению вредного употребления алкоголя (2012–2020 гг.). Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ (https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/460842/consultation-report-harmful-use-alcohol-rus.pdf,).
- ВОЗ (2020i). Мировая статистика здравоохранения 2020: Мониторинг показателей здоровья в отношении ЦУР. Женева: Всемирная организация здравоохранения (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332070/9789240011977-rus.pdf?sequence=32&isAllowed=y>, по состоянию на 5 апреля 2021 г.).
- WHO (2004). Road safety: alcohol [fact sheet]. Geneva: World Health Organization (https://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/road_traffic/world_report/alcohol_en.pdf, accessed 22 January 2021).
- WHO (2014a). Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy. Geneva: World Health Organization (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241548731>, accessed 22 January 2021).
- WHO (2014b). Health in All Policies: Helsinki Statement. Framework for country action. Geneva: World Health Organization (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112636/9789241506908_eng.pdf, accessed 22 January 2021).
- WHO (2018a). Global status report on alcohol and health 2018. Geneva: World Health Organization (https://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en, accessed 22 January 2021).
- WHO (2018b). SAFER: a world free from alcohol-related harms. Geneva: World Health Organization (https://www.who.int/substance_abuse/safer/msb_safer_brochure.pdf, accessed 22 January 2021).
- WHO (2018c). SAFER: preventing and reducing alcohol-related harms. Geneva: World Health Organization (https://www.who.int/substance_abuse/safer/msb_safer_framework.pdf, accessed 22 January 2021).
- WHO (2019a). Alcohol policy impact case study: the effects of alcohol control measures on mortality and life expectancy in the Russian Federation. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/328167/9789289054379-eng.pdf>, accessed 22 January 2021).
- WHO (2019d). The SAFER technical package: five areas of intervention at national and subnational levels. Geneva: World Health Organization (<https://www.who.int/publications/i/item/the-safer-technical-package>, <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/328167/9789289054379-eng.pdf>, accessed 22 January 2021).
- ВОЗ (2020d). Формирование цен на алкогольную продукцию в Европейском регионе ВОЗ: Обновленный отчет об фактических данных и рекомендуемых мерах в области политики. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ (<https://www.euro.who.int/ru/health-topics/disease-prevention/alcohol-use/publications/2020/alcohol-pricing-in-the-who-european-region-update-report-on-the-evidence-and-recommended-policy-actions-2020>, по состоянию на 5 апреля 2021 г.).
- WHO (2021). Global Information System on Alcohol and Health. Geneva: World Health Organization (<https://www.who.int/data/gho/data/themes/global-information-system-on-alcohol-and-health>, accessed 22 January 2021).
- Wright TE, Terplan M, Ondersma SJ, Boyce C, Yonkers K, Chang G et al. (2016). The role of screening, brief intervention, and referral to treatment in the perinatal period. *Am J Obstet Gynecol.* 215(5):539–47. doi:10.1016/j.ajog.2016.06.038.
- Zhao J, Stockwell T, Vallance K, Hobin E (2020). The effects of alcohol warning labels on population alcohol consumption: an interrupted time series analysis of alcohol sales in Yukon, Canada. *J Stud Alcohol Drugs.* 81(2):225–37. doi:10.15288/jsad.2020.81.225.

Приложение 1. Потребление учтенного и неучтенного алкоголя, в разбивке по странам, 2010 и 2016 гг.

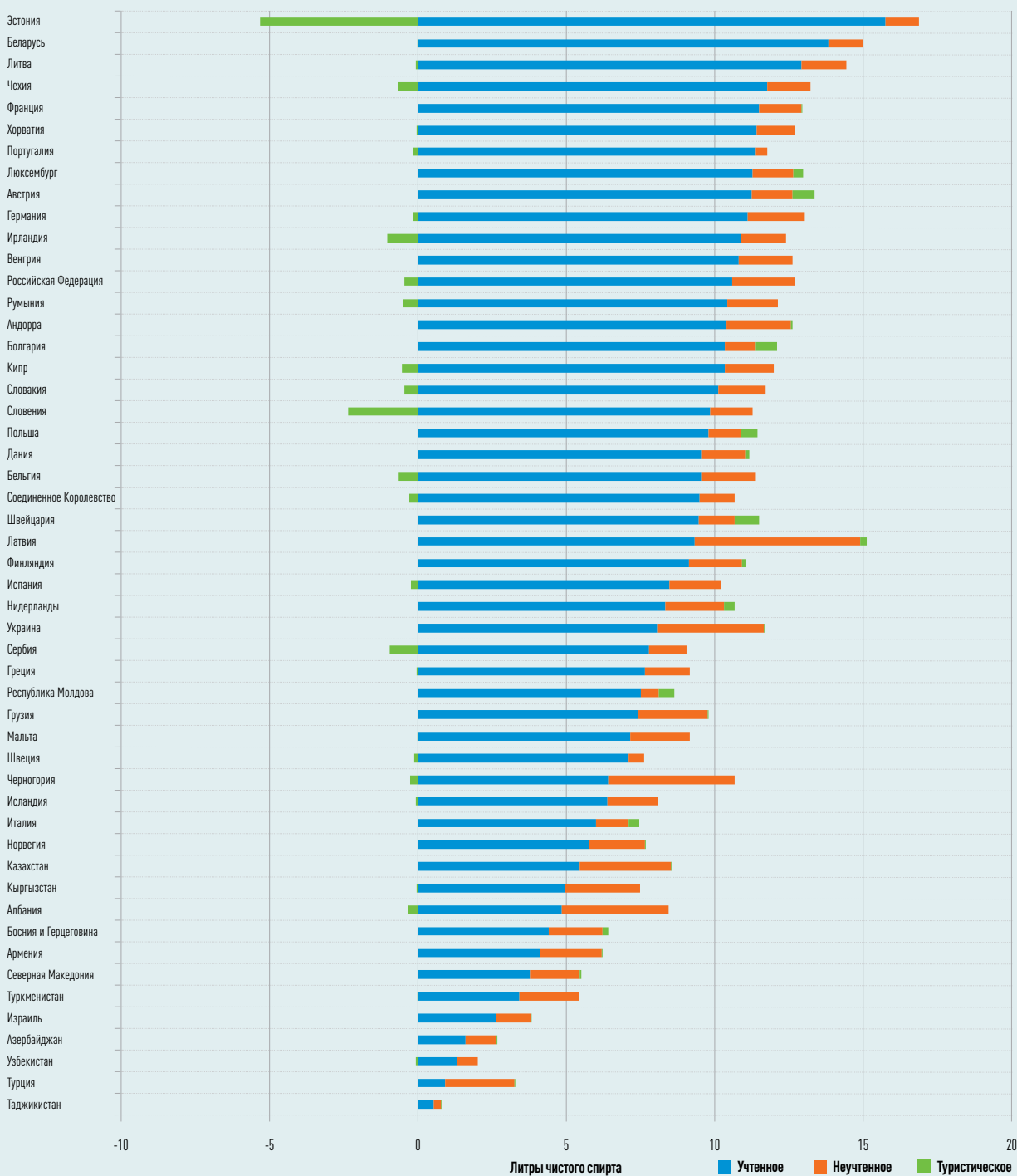
Рис. А1. Распределение общего потребления алкоголя на душу населения (15+ лет) с учетом учтенного и неучтенного алкоголя, скорректированного с учетом потребления туристами, в литрах чистого спирта, по странам (2010 и 2016 гг.)^а

2010 г.



^а Цветные линии отражают процентную долю учтенного (синий цвет) и неучтенного (красный цвет) алкоголя с поправкой на потребление туристами (зеленый цвет). Оценки туристического потребления основаны на: количестве туристов, посетивших страну; среднем количестве времени, которое они проводят в стране; объеме среднего потребления алкоголя людьми в странах своего происхождения; и допущений о том, 1) что люди употребляют такое же количество алкоголя, будучи туристами, как и в своих странах, и 2) что глобальное туристское потребление равно 0 (и, следовательно, туристское потребление может быть чистым отрицательным или чистым положительным).

2016 г.



Европейское региональное бюро ВОЗ

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) – специализированное учреждение Организации Объединенных Наций, созданное в 1948 г., основная функция которого состоит в решении международных проблем здравоохранения и охраны здоровья населения. Европейское региональное бюро ВОЗ является одним из шести региональных бюро в различных частях земного шара, каждое из которых имеет свою собственную программу деятельности, направленную на решение конкретных проблем здравоохранения обслуживаемых ими стран.

Государства-члены

Австрия	Италия	Сербия
Азербайджан	Казахстан	Словакия
Албания	Кипр	Словения
Андорра	Кыргызстан	Соединенное Королевство
Армения	Латвия	Таджикистан
Беларусь	Литва	Туркменистан
Бельгия	Люксембург	Турция
Болгария	Мальта	Узбекистан
Босния и Герцеговина	Монако	Украина
Венгрия	Нидерланды	Финляндия
Германия	Норвегия	Франция
Греция	Польша	Хорватия
Грузия	Португалия	Черногория
Дания	Республика Молдова	Чехия
Израиль	Российская Федерация	Швейцария
Ирландия	Румыния	Швеция
Исландия	Сан-Марино	Эстония
Испания	Северная Македония	

Всемирная организация здравоохранения Европейское региональное бюро

UN City, Marmorvej 51
DK-2100, Copenhagen Ø, Denmark
Тел.: +45 45 33 70 00
Факс: +45 45 33 70 01
Email: eurocontact@who.int
Веб-сайт: www.euro.who.int

ISBN 978-92-890-5505-5

