



**Всемирная организация
здравоохранения**

Европейское региональное бюро



РАРДА

**Совещание Национальных координаторов ВОЗ по вопросам политики в отношении алкоголя в
Европейском регионе ВОЗ**

31 мая – 1 июня 2012 г., Варшава, Польша

Место проведения: Le Méridien Bristol

Итоговый отчет

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

Publications

WHO Regional Office for Europe

Scherfigsvej 8

DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Кроме того, запросы на документацию, информацию по вопросам здравоохранения или разрешение на цитирование или перевод документов ВОЗ можно заполнить в онлайн-режиме на сайте Регионального бюро:

<http://www.euro.who.int/PubRequest?language=Russian>.

© Всемирная организация здравоохранения, 2012 г.

Все права защищены. Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения охотно удовлетворяет запросы о разрешении на перепечатку или перевод своих публикаций частично или полностью.

Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы не отражают какого бы то ни было мнения Всемирной организации здравоохранения относительно правового статуса той или иной страны, территории, города или района или их органов власти или относительно делимитации их границ. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, относительно которых полное согласие пока не достигнуто.

Упоминание тех или иных компаний или продуктов отдельных изготовителей не означает, что Всемирная организация здравоохранения поддерживает или рекомендует их, отдавая им предпочтение по сравнению с другими компаниями или продуктами аналогичного характера, не упомянутыми в тексте. За исключением случаев, когда имеют место ошибки и пропуски, названия патентованных продуктов выделяются начальными прописными буквами.

Всемирная организация здравоохранения приняла все разумные меры предосторожности для проверки информации, содержащейся в настоящей публикации. Тем не менее, опубликованные материалы распространяются без какой-либо явно выраженной или подразумеваемой гарантии их правильности. Ответственность за интерпретацию и использование материалов ложится на пользователей. Всемирная организация здравоохранения ни при каких обстоятельствах не несет ответственности за ущерб, связанный с использованием этих материалов. Мнения, выраженные в данной публикации авторами, редакторами или группами экспертов, необязательно отражают решения или официальную политику Всемирной организации здравоохранения.

В качестве организаторов двухдневного совещания выступали Европейское региональное бюро ВОЗ (ЕРБ ВОЗ), Европейская комиссия и Государственное агентство по профилактике проблем, связанных с алкоголем (PARPA).

Д-р Lars Møller, руководитель программы по алкоголю и запрещенным наркотикам ЕРБ ВОЗ, открыл 14-е совещание национальных координаторов ВОЗ по вопросам политики в отношении алкоголя в Европейском регионе ВОЗ и поприветствовал его участников. В число участников совещания вошли представители 38 государств-членов Региона, а также эксперты и представители других заинтересованных сторон.

Его превосходительство Aleksander Soplinski, заместитель министра здравоохранения Польши, поприветствовал участников и рассказал об истории выработки политики в отношении алкоголя в стране. Начиная с 50-х годов прошлого века потребление алкоголя в Польше стабильно увеличивалось, причем наиболее популярными были крепкие спиртные напитки. В 1982 г. был принят Закон о воспитании трезвости и борьбе с алкоголизмом, а в 1993 г. было учреждено Государственное агентство по профилактике проблем, связанных с алкоголем (PARPA). PARPA входит в структуру Министерства здравоохранения. Поскольку важнейшей функцией агентства является профилактика и преодоление проблем, связанных с алкоголем, PARPA часто выступает в качестве организатора и участника европейских мероприятий по вопросам алкоголя, и благодаря этому участие в таких мероприятиях стало одной из приоритетных функций Министерства здравоохранения. Так как Европейский регион занимает первое место в мире по потреблению алкоголя, PARPA осуществляет проекты профилактической и образовательной направленности в масштабе всего региона. Для того, чтобы акцентировать внимание на важности данной проблемы, во время председательства Польши в Совете Европейского союза PARPA организовала международную конференцию экспертов под названием "Политика в отношении алкоголя в Польше и в общеевропейском масштабе: негативные медицинские и экономические последствия употребления алкоголя", в рамках которой эксперты сформулировали некоторые положения политики в отношении алкоголя. Профилактика вредного употребления алкоголя на уровне страны и всего региона требует комплексных и эффективных мер и программ. Совещание Национальных координаторов ВОЗ по политике в отношении алкоголя позволит еще больше узнать об этой важной социальной проблеме благодаря укреплению и расширению международного сотрудничества.

Г-жа Marjatta Montonen, национальный эксперт, представляющий Генеральный директорат по здравоохранению и защите потребителей Европейской комиссии, поблагодарила организаторов конференции и принимающую сторону за возможность для обмена информацией и мнениями в отношении вопросов, являющихся переломным моментом в выработке стратегий общественного здравоохранения на международном уровне.

Двусторонний подход к выработке политики общественного здравоохранения в отношении алкоголя хорошо себя зарекомендовал. Такой подход предусматривает два взаимосвязанных процесса выработки политики в отношении вреда, связанного с употреблением алкоголя: со стороны ЕС и со стороны ВОЗ, которая осуществляет разработку Европейской рамочной основы и Глобальной стратегии.

Сотрудничество и обмен информацией между Европейской комиссией и ВОЗ, в частности между Генеральным директоратом по здравоохранению и защите потребителей и Европейским региональным бюро ВОЗ, крайне важно не только с практической точки зрения – например, для мониторинга и информационных систем – но и на принципиальном уровне, поскольку оно позволяет уточнять различные перспективы и

взгляды: хотя у европейских стран немало общего, некоторые вопросы и проблемы являются специфическими для государств Европейского союза.

В последнее время на международном политическом уровне беспрецедентное внимание уделяется проблеме неинфекционных заболеваний (НИЗ), о чем свидетельствует проведение совещания высокого уровня Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций, на котором прозвучал призыв повлиять на общие факторы риска основных НИЗ. Это позволяет создать новую рамочную основу для выработки стратегий общественного здравоохранения в отношении алкоголя. В ЕС государства-члены и Европейская комиссия начали процесс оценки ситуации в отношении хронических заболеваний с широким участием заинтересованных сторон. Данный процесс, в основе которого лежит Декларация ООН, стал ответом на призыв Совета Европейского союза к выработке инновационных подходов общественного здравоохранения и систем медико-санитарной помощи к борьбе с хроническими заболеваниями. Такая оценка призвана выявить пробелы и возможности для ответных действий ЕС и уточнить приоритеты и потребности для последующих шагов. Ожидается, что результатом дискуссий станет заявление о консенсусе, которое, в идеале, должно будет трансформироваться в программный документ. От результатов процесса оценки будет зависеть и обсуждение продолжения работы Европейской комиссии в области алкоголя и здоровья после оценки нынешней стратегии. Придание проблеме НИЗ политического значения на международном уровне станет еще одним стимулом для деятельности по снижению вреда от употребления алкоголя как одного из факторов риска НИЗ. Совещание Национальных координаторов ВОЗ по политике в отношении алкоголя позволит всем участникам процесса ознакомиться с новейшей информацией о деятельности ВОЗ в Европейском регионе и в мире в целом, а также о развитии ситуации в государствах-членах Европейского региона.

Г-жа Paulina Miśkiewicz, глава Странового бюро ВОЗ в Польше, поприветствовала участников совещания и дала высокую оценку деятельности страны в области выработки Европейского плана действий, который был принят в прошлом году в Баку. Страновое бюро ВОЗ в Польше выражает готовность повышать приоритетность политики и программ в отношении алкоголя и поддерживать национальных координаторов в реализации плана деятельности и в осуществлении сотрудничества с Министерством здравоохранения и другими партнерами в стране.

Г-н Dag Rekke, технический сотрудник программы ВОЗ по охране психического здоровья и борьбе со злоупотреблением психоактивными веществами, поблагодарил д-ра Brzozka и д-ра Klosinski и PARPA за их вклад в борьбу с употреблением алкоголя; подобный вклад наглядно демонстрирует, как отдельная страна может играть важную роль как на европейском, так и на мировом уровне. Также г-н Rekke предоставил последнюю информацию о разработке ВОЗ Глобальной стратегии сокращения вредного употребления алкоголя. Глобальная стратегия может стать для стран руководством к действиям, о чем уже свидетельствуют некоторые процессы, осуществляющиеся в настоящее время на уровне стран под влиянием Глобальной стратегии.

Участие Европейской комиссии в процессе выработки политики, научных исследований и разработки технических материалов стало критически важным не только для Европы, но и для всего мира.

В настоящее время на пути к реализации Глобальной стратегии лежит немало трудностей, поскольку стратегия принималась в самый разгар финансового кризиса. Несмотря на это, успех стратегии очевиден, в том числе в таких сферах, как создание глобальных и региональных сетей координаторов и сотрудничество между ВОЗ и государствами-

членами в форме семинаров и инструментов технической помощи, направленных на укрепление потенциала стран по выработке программ.

Д-р Анатолий Вижевский, директор Украинского медицинского мониторингового центра по алкоголю и наркотикам Министерства здравоохранения Украины, был избран председателем первого заседания.

Д-р Lars Møller, руководитель программы по алкоголю и запрещенным наркотикам Европейского регионального бюро ВОЗ, представил информацию о потреблении алкоголя и связанном с ним вреде в ЕС, взятую из опубликованного в марте 2012 г. документа под названием "Алкоголь в Европейском союзе. Потребление, вред и стратегии".

Потребление алкоголя в Европе остается на стабильно высоком уровне, который в два раза выше среднемировых показателей. Потребление алкоголя в Европейском союзе сравнимо с показателями Европейского региона ВОЗ. Уровень учетного потребления алкоголя на душу населения равен примерно 11 литрам. В период с 2008 по 2009 гг. потребление алкоголя незначительно снизилось. Большая часть потребления в литрах чистого алкоголя приходится на пиво. На юге Европы потребление алкоголя в целом снизилось, и в настоящее время в таких странах, как Испания, большая часть потребления алкоголя стало приходиться на пиво, а не на вино.

В целом, проблема неучтенного потребления алкоголя в Европе имеет не столь большие масштабы, как в других регионах (13% по сравнению с общемировым показателем в 30%). Разные страны Европы по-разному определяют неучтенный алкоголь (например, напитки, купленные за границей, суррогатный алкоголь, незарегистрированное производство вина, самогонование и т.д.).

Страны и регионы Европы значительно различаются между собой по уровню потребления алкоголя. Самый высокий уровень потребления отмечается в странах восточной части центральной Европы и восточной Европы (общее потребление на душу взрослого населения равно примерно 14,5 литрам и продолжает расти). В странах западной части центральной Европы и западной Европы уровень потребления также высок (12,4 литра на душу населения), но при этом наметилась тенденция к его снижению. Меньше всего алкоголя потребляет население скандинавских стран, однако там потребление алкоголя на душу взрослого населения в последние годы возрастало. В южной Европе, в целом, потребление алкоголя на душу населения постепенно сокращается уже на протяжении последних 30 лет. Средний общий уровень потребления алкоголя на душу взрослого населения в ЕС (учтенного и неучтенного) равен 12,4 литрам.

Последние данные о глобальном бремени заболеваний отражают ситуацию за 2004 г. Ожидается, что в течение нескольких месяцев будут опубликованы оценки за 2010 г.

В публикации "Алкоголь в Европейском союзе. Потребление, вред и стратегии" профессор Jürgen Rehm и его коллеги использовали данные о потреблении алкоголя за 2009 г. и данные о вреде за 2004 г., поэтому в данном докладе приведены уже некоторые новейшие данные.

Классификация бремени заболеваний, обусловленных употреблением алкоголя, включает хронические заболевания, такие как онкологические (рак ротовой полости, глотки, пищевода, печени и молочной железы) и невропсихиатрические заболевания (связанные с употреблением алкоголя расстройства, монополярная депрессия и первичная эпилепсия). Алкоголь в некоторой степени снижает вероятность заболевания диабетом первого типа. Что касается сердечно-сосудистых заболеваний, то хотя алкоголь снижает вероятность ишемической болезни сердца и ишемического инсульта, в то же время он повышает вероятность геморрагического инсульта и гипертензивных заболеваний. Алкоголь

способствует развитию некоторых заболеваний желудочно-кишечного тракта и цирроза печени, заболеваний в перинатальном периоде (низкая масса тела при рождении, алкогольный синдром плода), а также повышает вероятность непреднамеренного (дорожно-транспортные происшествия, утопления, падения, отравления) и преднамеренного (причинение травм самому себе, убийства) травматизма.

Определенные изменения произошли в оценке причинно-следственной связи, и категории заболеваний, обусловленных употреблением алкоголя, были дополнены. В новые оценки глобального бремени заболеваний войдут рак прямой и толстой кишки, панкреатит и несколько новых категорий травматизма. Употребление алкоголя способствует повышению заболеваемости туберкулезом и пневмонией, поэтому эти заболевания также войдут в новые оценки. Обсуждается также связь между алкоголем и ВИЧ, хотя это заболевание в оценки пока не включено.

В Европейском союзе в 2004 г. каждая седьмая смерть среди мужчин в возрасте от 15 до 64 лет (преждевременная смертность) была обусловлена алкоголем. Среди женщин в той же возрастной категории алкоголем была обусловлена каждая тринадцатая смерть. В странах восточной и восточной части центральной Европы алкоголем обусловлена каждая пятая смерть среди мужчин и каждая десятая смерть среди женщин. В ЕС вследствие употребления алкоголя каждый год умирает около 110000 мужчин, а полезные эффекты алкоголя позволяют предотвратить около 15000 смертей.

По консервативным оценкам, 3-4% от общего количества смертей, обусловленных употреблением алкоголя в ЕС, связаны с причинением вреда другим людям (оценки основаны, главным образом, на данных об управлении транспортными средствами в состоянии алкогольного опьянения, убийствах и распространенности алкогольного синдрома плода).

Подводя итоги вышесказанного, потребление алкоголя в ЕС находится на стабильном уровне и причиняет значительный вред. В целом, в центральной части восточной Европы вред, обусловленный употреблением алкоголя, выше: в этом регионе отмечается самый высокий уровень потребления алкоголя и вреда, связанного с ним. В скандинавских странах относительно высок показатель лет жизни, потерянных вследствие обусловленной алкоголем нетрудоспособности, особенно учитывая объемы потребления алкоголя (главным образом, это обусловлено более высокой распространенностью расстройств, связанных с употреблением алкоголя). Достаточно высок обусловленный алкоголем вред, причиняемый другим людям.

Д-р Nick Sheron, заведующий кафедрой клинической гепатологии, старший преподаватель медицинского факультета Саутгемптонского университета Трасового фонда Национальной службы здравоохранения, сделал доклад о влиянии алкоголя на заболевания печени с клинической точки зрения.

Показатели выживаемости пациентов с заболеваниями печени, госпитализированных в отделение печеночных заболеваний Общей больницы Саутгемптона, говорят о том, что за последние 15 лет никакого прогресса в этой области достигнуто не было; это обусловлено тем фактом, что на момент госпитализации добиться каких-либо изменений в состоянии пациента уже поздно, и вмешательства следует осуществлять на куда более ранних этапах.

Показатели смертности от заболеваний печени в Европе за последние 30 лет отражают четыре различных тенденции: страны, где распространенность заболеваний печени осталась низкой; страны, где распространенность заболеваний печени раньше была высокой, но за последние 30 лет значительно сократилась; страны, где

распространенность заболеваний печени осталась высокой (например, Польша); и страны, где раньше распространенность заболеваний печени была низкой, но за последние годы выросла (например, Соединенное Королевство).

Из данных по двум странам, где больше всего снизилась смертность от заболеваний печени (Франция и Италия), и двум странам с наибольшим ростом смертности от таких заболеваний (Соединенное Королевство и Финляндия) следует, что между смертностью от заболеваний печени и потреблением алкоголя населением существует прямая связь. С употреблением алкоголя связаны 80% случаев смерти от заболеваний печени, и около 60% всех вариаций в смертности от заболеваний печени может быть объяснено изменением уровня потребления алкоголя.

Проблемы, связанные с употреблением большого количества алкоголя, чаще всего затрагивают молодых людей; от заболеваний печени умирают в основном люди среднего возраста; а защитный эффект алкоголя в отношении сердечно-сосудистых заболеваний проявляется только в возрасте 60-70 лет. Онкологические заболевания также чаще возникают в старшем возрасте. Следовательно, все эти эффекты можно считать связанными с определенным возрастом. Подавляющее большинство случаев смерти от заболеваний печени приходится на людей трудоспособного возраста.

Изучив историю потребления алкоголя пациентами печеночного отделения больницы Саутгемптона на протяжении всех их жизни, легко увидеть, что частота употребления алкоголя увеличивается в возрасте старше 20 лет. Все случаи смерти от заболеваний печени среди пациентов данной больницы можно поделить на три категории: треть пациентов умирает рано, поскольку болезнь зашла слишком далеко; еще треть пациентов умирает на более поздней стадии, поскольку они не могут перестать пить; и одну треть пациентов удастся спасти.

Долгосрочная смертность определяется не степенью повреждения печени, а тем, прекращает ли пациент пить. Это имеет и определенное значение для политики. Например, после того, Горбачев начал в СССР программу по борьбе с пьянством, в результате которой потребление алкоголя снизилось примерно на 30%, резко уменьшилась смертность от связанных с алкоголем заболеваний, причем произошло это очень быстро. Связано это с тем, что обусловленная алкоголем смертность зависит от употребления алкоголя именно в последний период. Из этого следует, что положительные результаты стратегии по снижению потребления алкоголя для здоровья населения начнут проявляться еще при нахождении у власти того же политика, который начал реализацию этой программы (то есть в течение двух лет).

Рост смертности от заболеваний печени в Соединенном Королевстве связан с тем, что алкоголь – это товар, который продается и покупается. Росту потребления алкоголя способствуют такие факторы, как изменения в расположении точек продажи алкоголя и в подходах к маркетингу, появление слабоалкогольных газированных напитков (продукции, особенно привлекательной для детей) и повышение ценовой доступности алкоголя (особенно крепких напитков).

Потребление 80% товаров приходится на 20% наиболее активных потребителей (принцип Парето). Алкогольная индустрия напрямую зависит от лиц, потребляющих алкоголь в количествах, опасных для здоровья.

Политика в отношении алкоголя, которую проводило прежнее правительство Соединенного Королевства, в большей степени опиралась на политику алкогольной индустрии, чем на фактические данные и стратегии, предлагаемые медицинским сообществом.

За докладами последовало обсуждение используемых ВОЗ процедур сбора данных о потреблении алкоголя на душу взрослого населения и различий между данными стран и данными ВОЗ. Д-р Møller сообщил, что в работе с данными используется "дерево принятия решений", и приоритет, при возможности, отдается национальным данным. В некоторых случаях ВОЗ все же вынуждена опираться на другие источники данных, и в таких ситуациях необходим диалог и обмен информацией между ВОЗ и соответствующей страной. Более того, значительная часть различий между данными стран об общем потреблении алкоголя и цифрами ВОЗ касается неучтенного алкоголя (по которому данные стран зачастую отсутствуют), и для получения оценочных данных ВОЗ вынуждена использовать несколько источников информации.

Профессор Peter Anderson, консультант по вопросам общественного здравоохранения по стратегиям и практике в отношении злоупотребления психоактивными веществами Университета Ньюкасла, выступил в роли ведущего на дискуссии в отношении стоимости алкогольных напитков и минимальной цены единицы алкоголя. В дискуссии принимали участие г-н **Esa Österberg**, г-жа **Kristina Mauer Stender**, г-жа **Jean Nicol** и д-р **Lesley Graham**.

Г-н Esa Österberg, старший научный сотрудник отдела алкоголя, наркотиков и зависимостей Национального института здоровья и благополучия населения Финляндии, сделал доклад о минимальной цене единицы алкоголя и соответствующем опыте Канады и модели Шеффилда.

Повышение цен на алкогольные напитки (при неизменных других факторах, влияющих на потребление алкоголя), обычно приводит к снижению потребления алкоголя, а снижение цен, в свою очередь, влечет за собой рост потребления. Изменение цены влияет на потребление всех типов алкогольных напитков и на всех потребителей алкоголя – от тех, кто пьет немного, до лиц, злоупотребляющих алкоголем. Доказано, что изменение ставок налогов на алкогольные напитки действительно влияет на распространенность опасного употребления алкоголя. Следовательно, повышение минимальных цен на алкоголь способно повлиять на его потребление.

В восьми из десяти провинций Канады существует минимальная цена на алкогольные напитки, продающиеся в государственных и частных магазинах и в барах, ресторанах и гостиницах. Исследований в отношении минимальной цены практически не проводилось, однако имеющиеся в стране данные говорят о том, что существование минимальной цены влияет на потребление алкоголя так же, как и повышение цен. В Канаде минимальные цены на алкогольные напитки устанавливаются отдельно для различных категорий напитков.

Модель Шеффилда демонстрирует, что существование минимальной цены единицы алкоголя оказывает на тех, кто употребляет алкоголь в опасных и вредных для здоровья количествах, более действенный эффект, нежели общее повышение цены.

Установление минимальной цены воздействует в первую очередь на молодежь и на лиц, употребляющих алкоголь в большом количестве, поскольку эти категории потребителей обычно предпочитают более дешевые напитки. Высказывалось мнение о неэтичности данного подхода, поскольку он налагает немалое бремя на и без того социально уязвимые категории людей; в то же время, существование минимальной цены способно принести существенную пользу для здоровья лиц, злоупотребляющих алкоголем, а также социальную пользу для употребляющих алкоголь молодых людей. Более того, любые стратегии в отношении налогообложения и стоимости алкоголя больше всего воздействуют именно на тех, кто употребляет алкоголь в больших количествах, поскольку они приобретают больше алкоголя.

Также следует установить, соответствует ли существование минимальных цен директивам ЕС в отношении налогов и другим законам Сообщества.

Г-жа Kristina Mauer-Stender, руководитель программы по борьбе против табака Европейского регионального бюро ВОЗ, рассказала об опыте политики ценообразования/налогообложения табачных изделий.

Политика ценообразования/налогообложения является самым действенным способом борьбы против табака. Европейский регион ВОЗ занимает первое место в мире по распространенности курения среди взрослых (31%). В соответствии с рекомендациями ВОЗ, налоги должны составлять не менее 70% от розничной стоимости табачных изделий и одинаково применяться ко всем изделиям. Доля налогов в стоимости табачных изделий в Европейском регионе самая высокая в мире и составляет около 66% от цены пачки.

В 42% стран Европейского региона налоги составляют свыше 75% от розничной цены самой популярной марки сигарет. В то же время, между странами региона имеются немалые различия в стоимости наиболее продаваемых марок сигарет: от 1,03 доллара США в Казахстане до 9,51 доллара США в Ирландии за пачку с 20 сигаретами.

Южная Африка времен 1980-2005 гг. является примером последствий пересмотра политики налогообложения и ценообразования. Снижение налогов приводило к росту потребления сигарет, а при повышении налогов потребление снижалось. Соединенное Королевство в период с 2003 по 2009 г. можно назвать примером того, как повышение ставок акцизов на табачные изделия привело к снижению распространенности курения. Еще одним примером является Франция, где в период с 1980 по 2005 г. повышение цен повлияло на снижение потребления табака и заболеваемости раком легких.

Повышение налогов на табачные изделия способствует и росту поступлений в бюджет. Например, в период с 2004 по 2010 гг. повышение налогов на табачные изделия привело к увеличению доходов по этой статье бюджета с 60 до 115 миллионов евро в Эстонии, с 41 до 130 миллионов евро в Латвии и с 63 до 161 миллиона евро в Литве.

Документальных свидетельств роста объемов контрабанды и незаконной торговли табачными изделиями в странах, где налоговые ставки на них были существенно увеличены, не имеется.

Д-р Lesley Graham, младший специалист по вопросам общественного здравоохранения Информационного отдела Национальной службы здравоохранения Шотландии, рассказал об опыте Шотландии в отношении введения минимальной стоимости единицы алкоголя.

Политика минимальной цены основывается на связи между ценами на алкоголь, его потреблением и связанным с ним вредом. Имеется достаточно фактических данных, которые говорят о том, что по мере снижения цен на алкогольные напитки возрастает их потребление и, соответственно, обусловленный им вред.

По сравнению с 1994 г. потребление алкоголя в Шотландии выросло на 11% (по данным о продажах). В 2010 г. на каждого взрослого было продано 11,8 литров чистого алкоголя; потребление алкоголя в Шотландии на 23% превышает показатели Англии и Уэльса. Показатели продажи алкоголя на вынос выросли, а продажи распивочно упали.

В последние годы в Соединенном Королевстве алкоголь стал более доступным во всех отношениях, в том числе и по цене. Повышение ценовой доступности алкоголя при продаже на вынос было обусловлено, в первую очередь, политикой крупных розничных продавцов (таких как супермаркеты), которые продавали алкоголь по заниженной цене. В 2010 г. в Шотландии, Англии и Уэльсе 73% чистого алкоголя, продаваемого на вынос, было продано по цене меньше 50 пенсов за единицу.

За ростом потребления последовал рост связанного с алкоголем вреда. За последние 30 лет показатели госпитализации по причинам, связанным с алкоголем, выросли более чем втрое, а связанная с алкоголем смертность по сравнению с 90-ми гг. прошлого века увеличилась более чем в два раза. Вредное употребление алкоголя непропорционально сильно поражает людей, живущих в наиболее бедных районах.

В Шотландии потребление алкоголя превышает соответствующие показатели Англии и Уэльса только на 23%, при этом уровень смертности от причин, связанных с алкоголем, здесь в два раза выше. Эта цифра стала для политиков одним из главных аргументов в пользу введения минимальной цены.

В распоряжении государства есть несколько способов повлиять на цену алкогольных напитков:

- Налоги: В то же время, нельзя быть уверенным в том, что бремя налогов ляжет именно на потребителей. Более того, Парламент Шотландии не вправе устанавливать налоги в этой сфере.
- Запрет на продажу со скидкой: При этом, если запрет на скидки будет введен при отсутствии минимальной цены, розничные продавцы, вероятно, смогут просто адаптировать свою модель маркетинга, снизив цену банки или бутылки с напитком.
- Недопущение продажи по цене ниже налогов и пошлин: Сложность заключается в том, что такая мера будет иметь лишь ограниченный эффект и практически не повлияет на потребление и связанный с ним вред. Парламент Шотландии не вправе повышать налоги и пошлины, чтобы повысить эффективность этой меры.
- Минимальная цена: Была рекомендована именно эта мера.

Предложение о введении в Шотландии минимальной цены фактически предполагало создание "нижнего порога" цены, ниже которой единица алкогольного напитка продаваться не может. Пороговая цена должна зависеть от содержания алкоголя, а не от типа продукта, и должна применяться ко всем заведениям, имеющим лицензию на продажу алкоголя. Эта цена будет устанавливаться Парламентом Шотландии без участия розничных продавцов, производителей или любых других структур, связанных с алкогольной индустрией. Цену будет легко менять (вероятнее всего, она будет корректироваться в соответствии с инфляцией) и применять на практике. В мае 2012 г. закон о минимальной цене единицы алкоголя был принят Парламентом.

Своим успехом инициатива обязана таким элементам, как наличие неопровержимых фактических данных, включение минимальной цены в более широкую стратегию в отношении алкоголя в рамках общественного здравоохранения, эффективная информационно-пропагандистская деятельность со стороны общественного здравоохранения, наличие политической воли и лидерства и непрерывный мониторинг и оценка реализации стратегии.

Г-жа Jean Nicol, администратор по вопросам политики в отношении алкоголя Отдела укрепления и охраны здоровья Министерства здравоохранения Соединенного Королевства Великобритании и Северной Ирландии, сделала доклад о планах включения в алкогольную политику Соединенного Королевства минимальной цены единицы алкоголя.

Новая политика Соединенного Королевства в отношении алкоголя была введена в действие в марте 2012 г., и огромную роль в ее продвижении сыграло наличие сильных лидеров в этой области. Несмотря на существование в стране многокомпонентной политики в отношении алкоголя, уровень связанного с употреблением алкоголя вреда для

здоровья остается достаточно высоким. Минимальная цена единицы алкоголя является единственным новым элементом, вошедшим в последнюю версию стратегии.

На 10% населения Соединенного Королевства, которые потребляют больше всего алкоголя, приходится свыше 40% всего потребления. Политика в отношении алкоголя ориентирована в первую очередь на тех, кто потребляет алкоголь в опасных количествах.

Новая стратегия в отношении алкоголя предусматривает введение минимальной цены единицы алкоголя, однако перед этим потребуются консультации в отношении ее ставки. Впервые в истории розничным продавцам алкоголя будет запрещено продавать свой товар по цене ниже, чем установленный минимум. Подобная мера призвана положить конец продаже очень дешевого алкоголя, который покупают в основном лица, злоупотребляющие алкоголем, а также противодействовать таким привычкам, как напиваться дома перед тем, как выходить на отдых в город.

Следующими шагами станет обсуждение в рамках государственной программы уровня минимальной цены единицы алкоголя и оценка ее влияния на все категории пьющих людей. В рамках этого процесса правительство сможет оценить все особенности стратегии относительно законодательства Европейского союза.

За докладами последовало обсуждение законодательства ЕС и позиции Европейской комиссии относительно введения минимальной цены. Г-жа Montonen рассказала о том, как протекало обсуждение этой темы в Европейской комиссии. Потребуется фактические данные, подтверждающие необходимость и соразмерность данной меры. Более того, такая мера не должна быть дискриминирующей, что будет зависеть от подходов к ее реализации. Еще одним вопросом в этом отношении является проблема конкуренции.

Д-р Marina Kuzman, заместитель директора Центра охраны здоровья молодежи и лечения наркозависимости Отдела профилактики Национального института общественного здравоохранения Хорватии, была избрана председателем послеобеденной сессии.

Профессор Zbigniew Gaciong, декан Варшавского медицинского университета, сделал доклад по теме алкоголя и болезней сердца.

Существует распространенное убеждение, что человек, выпивающий один бокал вина в день, дольше проживет и избежит проблем с сердцем. В многочисленных исследованиях по этой теме для того, чтобы описать взаимосвязь между употреблением алкоголя и общей смертностью, использовалась J-образная или U-образная кривая. В действительности, польза от алкоголя отмечалась в тех случаях, когда человек выпивает не более трех (для мужчин)/двух (для женщин) порций алкоголя в день. Отмечалась связь между снижением смертности от сердечно-сосудистых заболеваний и распространенности нелетального инфаркта миокарда и употреблением алкоголя в небольших и умеренных количествах. Фактические данные были взяты из краткосрочных исследований, посвященных анализу влияния алкоголя на физиологические показатели (обычно – у здоровых молодых мужчин), и обсервационных исследований, в которых проводились сравнения между людьми, употребляющими алкоголь в умеренных количествах, и людьми, полностью воздерживающимися от алкоголя.

Важным фактором для эпидемиологических исследований в отношении алкоголя является наличие подходящей контрольной группы. Распространение употребления алкоголя среди людей не носит произвольного характера. Между непьющими и пьющими людьми могут иметься существенные различия в отношении параметров риска сердечно-сосудистых заболеваний. Например, если человек заболевает, то он может прекратить употреблять алкоголь. Имеются свидетельства того, что воздержание от алкоголя может быть

следствием проблем эмоционального или физического характера. Умеренное употребление алкоголя считается показателем социально-экономического статуса, а доход является лучшим прогностическим фактором здоровья сердечно-сосудистой системы. На непьющих людей может также воздействовать большее количество других факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний.

Важно не то, что человек пьет, а то, как он пьет. Особенно губительно для здоровья употребление большого количества алкоголя за один прием. Такое употребление повышает риск смерти от сердечно-сосудистых заболеваний независимо от количества потребляемого алкоголя. У лиц, которые эпизодически употребляют алкоголь в больших количествах, защитный эффект алкоголя для сердечно-сосудистой системы исчезает.

Также следует отметить, что человек, который способен контролировать свое потребление алкоголя, обычно контролирует и другие факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний (то есть такие люди меньше курят, реже страдают ожирением и т.д.), и, следовательно, в исследованиях следует делать поправку и на эти факторы.

В обсервационных эпидемиологических исследованиях проводились сравнения между пьющими и непьющими людьми. Защитный эффект алкоголя для сердечно-сосудистой системы (U- или J-образная зависимость) был подтвержден этими исследованиями в отношении первичной и вторичной профилактики и в группах низкого и высокого риска. "Защитный" эффект алкоголя в меньшей степени проявляется в отношении инсульта. Различий между видами алкогольных напитков выявлено не было (то есть дело не просто в красном вине); имеется также гендерное различие: женщинам для "защиты" сердца требуются меньше алкоголя. Контрольных исследований или плацебо-контролируемых исследований не проводилось.

В проспективных исследованиях каждый участник может использоваться для контроля самого себя (то есть оценивается употребление алкоголя до и после сердечно-сосудистого заболевания). Имеющиеся данные нескольких исследований говорят о том, что среди тех участников, которые после инфаркта миокарда сократили или увеличили употребление алкоголя так, чтобы оно дошло до умеренного уровня, значительных изменений в отношении смертности не наблюдалось. Следует отметить при этом, что размер выборки в этих исследованиях был достаточно низким.

Также имеются фактические данные о том, что людям с необратимыми повреждениями сердца идет на пользу снижение потребления алкоголя.

Если считать алкоголь лекарством, то какова его эффективная дозировка? Мета-анализ показывает, что она должна составлять от 1 (вероятно, даже меньше 1) до 3-4 порций в день – это значит, что полезное воздействие алкоголя на сердечно-сосудистую систему лежит в широком лечебном диапазоне. Едва ли диапазон эффективности лекарства может быть столь широким.

Также существуют сложности с определением механизма защитного действия алкоголя. Для объяснения полезного действия употребления алкоголя в малых и умеренных дозах предлагались различные механизмы, включая рост холестерина с липопротеином высокой плотности, снижение вязкости плазмы и концентрации фибриногенов, активизация фибринолиза, снижение агрегации тромбоцитов, улучшение функции эндотелия, снижение воспаления и стимулирование антиоксидирующего эффекта (ресвератрола).

Следует отметить, что эти объяснения нельзя считать приемлемыми. Например, исследования, в которых мышам вводился ресвератрол, показали, что его полезный эффект проявляется только при очень высоких дозах (эквивалентных 1000 литров красного вина в день). Более того, результаты клинических испытаний естественных

антиоксидантов оказались с точки зрения воздействия на сердечно-сосудистые заболевания либо нейтральными, либо отрицательными. Помимо этого, естественные эксперименты с участием людей-носителей гена, ответственного за повышенный уровень холестерина с липопротеином высокой плотности, показывают, что это свойство не влияет на защищенность от сердечно-сосудистых заболеваний.

Суммируя вышесказанное, эпидемиологические данные не указывают на наличие причинно-следственной связи в этом отношении. Механизма "защитного" эффекта алкоголя обнаружено не было. Употребление алкоголя не может быть рекомендовано для снижения риска сердечно-сосудистых заболеваний, в то время как воздержание от алкоголя может улучшать исходы при некоторых заболеваниях.

Профессор Peter Anderson, консультант по вопросам общественного здравоохранения по стратегиям и практике в отношении злоупотребления психоактивными веществами Университета Ньюкасла, представил участникам свои комментарии относительно алкоголя и болезней сердца. Он отметил, что тема алкоголя и болезней сердца является достаточно сложной, поскольку она вносит противоречия в обсуждение политики и рекомендаций в отношении алкоголя и приводит к разногласиям и критике в этой области. Необходим четкий обзор и анализ данных; возможно, потребуется провести экспертный обзор данных, чтобы сформулировать последовательные информационные тезисы и достичь согласия в профессиональной среде. Более того, необходимо отметить, что если защитный эффект действительно существует, то он все равно исчезнет, если человек будет употреблять алкоголь в больших количествах хотя бы один раз в месяц.

Д-р Lars Møller, и.о. руководителя программы по алкоголю и запрещенным наркотикам Европейского регионального бюро ВОЗ, представил обзор Европейской информационной системы "Алкоголь и здоровье" (EISAH).

Начиная с 2007 г. Европейская комиссия и Европейское региональное бюро ВОЗ вместе работают над сбором информации о тенденциях в отношении потребления алкоголя, результатов для здоровья населения и стратегиях общественного здравоохранения по снижению связанного с алкоголем вреда. Вся эта информация представлена в системе EISAH. Эта единая система облегчает для государств-членов бремя отчетности и обеспечивает последовательность и сравнимость данных между странами и периодами времени.

В 2011 г. среди государств-членов ЕС было проведено дополнительное обследование, результаты которого были опубликованы в новом материале под названием "Алкоголь в Европейском союзе. Потребление, вред и подходы политики". Оно также позволило государствам-членам внести свой вклад в развитие стратегии ЕС в отношении алкоголя. В обследование вошли вопросы об изменениях в политике в отношении алкоголя за последние пять лет (с 2006 г., когда была представлена алкогольная стратегия ЕС). Национальные координаторы сообщали, что стратегии укрепились практически во всех сферах. Аналогичные тенденции отмечались и в отношении ценообразования и налогов – большинство государств-членов сообщило о росте цен на крепкие алкогольные напитки и пиво (но не на вино) относительно индекса потребительских цен. Отмечается тенденция к повсеместному установлению минимального возраста для приобретения алкогольных напитков распивочно и навынос на уровне 18 лет. Определенные улучшения были достигнуты на глобальном уровне в области борьбы с управлением транспортными средствами в состоянии алкогольного опьянения, а количество смертельных случаев в дорожно-транспортных происшествиях, обусловленных употреблением алкоголя, весьма существенно сократилось. Более того, все больше стран начинают снижать уровень максимально допустимого содержания алкоголя в крови (УАК) водителей.

В настоящее время ВОЗ занимается сбором данных от государств-членов в рамках глобальных обследований по вопросам алкоголя и здоровья. В Европейском регионе существует система ввода данных в онлайн-режиме, что облегчает ввод данных и, возможно, позволит быстрее публиковать данные в системе EISAH.

В 2013 г. ВОЗ подготовит проект Европейского доклада о положении дел в отношении алкоголя и здоровья, а также внесет дополнения в характеристики стран, опубликованные в 2011 г. Большой акцент будет сделан на использование данных стран и обсуждение с государствами-членами данных о потреблении.

Эффективная система мониторинга и сбор точных и сравнимых данных являются важными элементами Европейского плана действий и Глобальной стратегии.

Г-жа Julie Brummer, консультант Европейского регионального бюро ВОЗ, рассказала о некоторых изменениях в работе EISAH и наглядно показала, как входить в систему и использовать данные.

В этом году ВОЗ доработала функции EISAH, сделав систему более гибкой и удобной для использования, а также добавила некоторые новые возможности, включая галерею интерактивных карт. Система EISAH находится на сайте <http://who.int/gho/eisah>, а также в нее можно зайти через вебсайт Европейского регионального бюро ВОЗ по вопросам алкоголя.

В EISAH показатели разделены на шесть общих подкатегорий: уровни потребления, характеристики потребления, вред и последствия, экономические аспекты, стратегии по борьбе с алкоголем и профилактика, научные исследования и лечение. Данные сортируются по региону/стране и по году, а также таблицы с данными можно экспортировать в формат Excel. Можно просмотреть дополнительную информацию о каждом показателе, включая его определение, единицу измерения и метод оценки. Интерактивные карты по некоторым показателям находятся в разделе "Аналитика".

Г-жа Marjatta Montonen, национальный эксперт, представляющий Генеральный директорат по здравоохранению и защите потребителей Европейской комиссии, рассказала о новом обследовании, которое будет проводиться среди государств-членов ЕС.

Европейская комиссия и Европейское региональное бюро ВОЗ с 2007 г. вместе занимаются созданием единой информационной системы по вопросам алкоголя для ЕС и Европейского региона ВОЗ.

Потребности в данных Европейской комиссии и ВОЗ частично пересекаются, и с 2008 г. они начали вместе собирать данные по таким ключевым показателям, как потребление алкоголя, связанный с алкоголем вред и стратегии общественного здравоохранения в отношении алкоголя. Преимущество такого сотрудничества заключается в том, что оно снижает нагрузку на государства-члены, связанную с участием в обследованиях, и позволяет избежать расхождений в основных данных. Агентство "Евростат" получает данные об общем потреблении алкоголя от ВОЗ, поскольку здесь важно использовать единый набор данных.

Некоторые сложности по-прежнему сохраняются, в том числе в отношении координации сбора информации на уровне ЕС/Европейского региона/всего мира, а также координации потребностей в отчетности и графиков предоставления отчетов (например, в уже существующие обследования и процессы сбора данных ВОЗ должны быть включены вопросы, специфические для стран ЕС).

Сложности сопряжены и с координацией потребностей в информации и показателей. Проведение сравнений между странами и формирование общей картины основных изменений, особенно в области потребления алкоголя и связанного с алкоголем вреда, требует наличия общих показателей. Между государствами-членами по-прежнему сохраняются немалые различия в отношении сбора исходных данных: не все государства-члены собирают те же самые данные в одно и то же время и в одном и том же месте; некоторые показатели могут незначительно различаться. Следовательно, требуется создать единую систему.

Существует проблема координации деятельности с соответствующими научными проектами; примером успешной координации является включение дополнительных вопросов для проекта "Амфора" в обследование Европейской комиссии/ВОЗ за 2011 г.

В идеале, при возникновении срочной потребности в информации или потребности в информации, специфической для стран ЕС, соответствующие вопросы следует включать в уже существующие обследования ВОЗ. Однако из-за проблем со временем Европейская комиссия планирует провести небольшое обследование среди государств-членов ЕС. Обследование будет акцентировано на новые потребности в информации, связанные с недавним обсуждением следующих шагов, которые должны быть предприняты Европейским союзом в сфере алкоголя и здоровья.

К темам, представляющим особый интерес, относятся:

1. Определение стандартной порции напитка для стран ЕС (в настоящее время между определениями имеются значительные различия).
2. Положение дел в отношении рекомендаций по разумному/сопряженному с минимальным риском употреблению алкоголя в странах ЕС (проанализировать и включить результаты небольшого обследования за 2009 г., которые указывают на значительные вариации в рекомендациях, в том числе в том, как они вырабатывались, и в их целевых группах).
3. Информация о факторах риска НИЗ (в какой степени основные факторы риска НИЗ учитываются в настоящее время в соответствующих стратегиях и программах государств-членов). Г-жа Montonen обратилась к государствам-членам с просьбой высказать свои мнения или предложения в отношении формулировки данного вопроса.
4. Информация о том, какие структуры для осуществления многосекторных действий имеются в странах ЕС, позволяющая собирать примеры передовой практики (полученная в рамках платформ/форумов/партнерств информация об опыте государств-членов в области алкоголя, питания и других факторов риска (темы, вовлеченные секторы, уровни [национальный/областной/местный] и цели/задачи)).

Д-р Lars Møller предложил участникам прокомментировать проект обследования. В ближайшее время будет разработан окончательный вариант обследования, который будет разослан государствам-членам ЕС.

Профессор Peter Anderson, консультант по вопросам общественного здравоохранения по стратегиям и практике в отношении злоупотребления психоактивными веществами Университета Ньюкасла, представил участникам оценку соотношения затрат и эффективности политики в отношении алкоголя с точки зрения снижения связанного с алкоголем вреда.

В рамках подготовки к совещанию высокого уровня Организации Объединенных Наций по профилактике и борьбе с НИЗ Гарвардский институт общественного здравоохранения и Всемирный экономический форум провели исследование, посвященное глобальному

экономическому бремени НИЗ. Ожидается, что в течение ближайших 20 лет кумулятивный ущерб, связанный с НИЗ и психическими заболеваниями, составит во всем мире 47 триллионов долларов США. Значительную часть этого ущерба можно предотвратить. ВОЗ и Всемирный экономический форум предложили способ смягчения экономических последствий НИЗ, предусматривающий ряд наиболее выгодных с экономической точки зрения вмешательств (то есть программ, дешевых в осуществлении и приносящих огромную выгоду для экономики и здоровья). Такие вмешательства в отношении алкоголя включают повышение налогов, ограничение доступности алкоголя в розничной продаже и запрет рекламы.

Запрет рекламы

Реклама алкоголя представляет собой не просто рекламу в средствах массовой информации (таких как рекламные щиты, пресса и телевидение) – она охватывает все способы коммерческой коммуникации, включая стратегии и приемы маркетинга (такие как спонсорство, упаковка, бесплатные пробы), потребительского маркетинга (например, дизайн продукции, ее стоимость и распространение) и маркетинга заинтересованных сторон (например, аспекты корпоративной социальной ответственности).

В 2009 г. Группа исследователей Европейского форума по вопросам алкоголя и здоровья проанализировала имеющиеся данные о влиянии маркетинга алкоголя и пришла к выводу, что он повышает вероятность того, что подростки начнут употреблять алкоголь или, если они уже его употребляют, будут употреблять его в больших количествах. Современные фактические данные полностью подтверждают это заявление.

Все большую важность приобретают такие привлекательные для несовершеннолетних стратегии маркетинга алкогольных напитков, как социальные сети и вебсайты. Социальные сети имеют немалое значение также и потому, что запрещенные к показу рекламные ролики могут быть доступны на таких сайтах, как YouTube.

Ограничение доступности алкоголя в розничной продаже

Проведенный Центрами контроля и профилактики заболеваний США мета-анализ показал, что один дополнительный день продажи алкоголя в целом приводит к повышению потребления и увеличению количества насильственных преступлений и дорожно-транспортных происшествий. Что касается изменения времени работы точек продажи алкоголя, то если это изменение составляет менее двух часов, его эффект продемонстрировать очень сложно. В то же время, изменение времени продажи больше, чем на два часа, приводит к конкретным эффектам в отношении некоторых негативных факторов. Следовательно, дни и часы продажи алкоголя имеют значение. Чем доступнее алкоголь, тем больше вероятность повышения уровня его потребления и связанного с ним вреда.

Увеличение налогов

В отношении увеличения налогов были затронуты следующие вопросы:

- *Не следует повышать цены во время экономического кризиса.* В то же время, повышение налогов – это дополнительный источник поступлений в государственный бюджет. Более того, во времена экономических кризисов увеличивается количество самоубийств и других случаев смерти, связанных с алкогольной зависимостью. Следовательно, хотя во время кризиса общее потребление алкоголя может снижаться, люди начинают употреблять алкоголь с большим риском для здоровья, что говорит о потребности в эффективной политике в отношении алкоголя и услугах по поддержке населения.

- *Повышение цен необоснованно затрагивает тех, кто употребляет алкоголь в малых количествах.* По данным Шеффилдского университета, повышение цен на алкоголь в Англии на 10% намного больше отразится с точки зрения потребления и затрат на тех, кто злоупотребляет алкоголем, чем на тех, кто употребляет алкоголь в умеренных количествах.
- *Повышение цен наносит неоправданный ущерб бедным.* Люди из группы с наиболее низким уровнем доходов потребляют алкоголь реже, чем люди из группы с наиболее высоким уровнем доходов. В то же время люди из группы с наиболее высоким уровнем доходов чаще употребляют алкоголь в умеренных, опасных и вредных количествах, чем люди из группы с наиболее низким уровнем доходов. Люди из группы с низким уровнем доходов реже приобретают дешевый алкоголь, поскольку они реже пьют. Следовательно, введение минимальной цены единицы алкоголя отразится на группе населения с низким уровнем доходов в меньшей степени, чем можно было предположить.
- *Целевые налоги эффективнее.* Это неверно. Например, когда Германия ввела специальный налог на слабоалкогольные газированные напитки на базе крепких спиртных напитков, в первое время годовой уровень продаж этих напитков на душу населения упал. После этого, однако, немецкие производители пива начали выпускать производить готовые к употреблению слабоалкогольные напитки на базе пива, которые этим налогом не облагались, и общие объемы продаж слабоалкогольных газированных напитков вернулись на прежний уровень. Инициатива потерпела неудачу из-за узкой направленности налога, который не мог охватывать всю категорию напитков.
- *Налоги не всегда ведут к повышению цен.* При повышении налогов производители продукции или розничные продавцы могут принимать на себя часть налогового бремени, в результате чего розничные цены на продукцию не увеличиваются. Избежать ситуации, когда розничные продавцы продают товары по сниженным ценам, можно путем введения минимальной цены единицы продукции.

Как уже говорилось в публикации "Алкоголь в Европейском союзе. Потребление, вред и политика", стратегии, которые укрепились в данной области за последние пять лет (такие как повышение осведомленности и действия с вовлечением местного населения), не входят в число предложенных ВОЗ наиболее выгодных с экономической точки зрения вмешательств. Следовательно, существует возможность снизить бремя алкоголя на отдельных людей и на общество в целом (равно как и в масштабе всего ЕС), начав уделять в ближайшее время большее внимание тем вариантам политики, которые считаются наиболее выгодными (таким как ограничение доступности алкоголя, меры регулирования и контроль маркетинга).

Д-р Wojciech Klosiński, заместитель директора Управления охраны общественного здоровья Министерства здравоохранения Польши, сделал доклад, посвященный современному положению дел в политике в отношении алкоголя в Польше.

В Польше нормативно-правовой базой для борьбы с проблемой алкоголя является Закон о воспитании трезвости и борьбе с алкоголизмом, принятый в 1982 г. Данный закон определяет функции государственных органов в области профилактики и борьбы с проблемами, связанными с алкоголем, а также предусматривает вовлечение в эту сферу НПО и церкви. Установленные законом задачи соответствуют нормам ЕС и рекомендациям ВОЗ в отношении алкогольной политики.

В Польше расходование средств на меры политики в отношении алкоголя осуществляется главным образом местными органами власти/муниципалитетами. В 2010 г. сумма расходов составила около 150 миллионов евро.

В 2009 г. в Польше впервые снизилось потребление алкоголя, и эта тенденция в настоящее время продолжается. Потребление чистого алкоголя составляет около 9 литров на душу населения.

С 2008 г. в стране наметилось небольшое снижение распространенности заболеваний печени, а с 2007 г. отмечается также и снижение распространенности психических заболеваний, вызванных злоупотреблением алкоголем и алкогольными отравлениями.

Последние данные Европейского проекта обследования школ по проблеме потребления алкоголя и наркотиков (ESPAD) говорят о том, что алкоголь употребляет большинство молодых людей, отдавая при этом предпочтение пиву. Серьезной проблемой является одновременное употребление больших количеств алкоголя.

Значительная часть ресурсов выделяется на меры профилактики среди молодежи; было повышено качество программ профилактики. В рамках совместного проекта Национального бюро по борьбе с наркозависимостью, Центра выработки образовательных программ, Института психиатрии и неврологии и PARPA была создана система программ по профилактике и укреплению здоровья.

Почти 31% мужчин и 6% женщин в Польше злоупотребляют алкоголем или потребляют его в излишне больших количествах. Проведенное недавно исследование показало, что признаки вредного для здоровья употребления алкоголя проявляются у 14% взрослых (3,6 миллиона человек). Распространенность алкогольной зависимости в стране составляет 3,3%.

В Польше лечением алкогольной зависимости занимаются амбулаторные клиники, центры-пансионаты и центры по лечению синдрома отмены алкоголя. Эти учреждения финансируются из средств государственного бюджета, и объемы выделяемых на них средств с каждым годом увеличиваются (в 2010 г. на функционирование таких центров было выделено около 90 миллионов евро). Из-за экономического спада за последние пять лет поддержка со стороны местных органов власти сократилась.

Д-р Mihail Magdei, заместитель министра здравоохранения, и **д-р Tudor Vasiliev**, координатор по вопросам, связанным с алкоголем и главный нарколог Министерства здравоохранения Республики Молдова, представили доклад о последних достижениях политики в отношении алкоголя в Республике Молдова.

Государственная программа в отношении алкоголя была официально утверждена в 2007 г.; она предусматривала изменения в таких сферах, как образование, транспорт/безопасность дорожного движения, финансы и налогообложение и торговля.

По инициативе Министерства здравоохранения правительство утвердило национальный план по сокращению вредного потребления алкоголя в Республике Молдова на 2012-2020 гг. Был учрежден комитет, ответственный за его реализацию. План основывается на рекомендациях ВОЗ, Европейском плане действий по сокращению вредного употребления алкоголя на 2012-2020 гг. и Глобальной стратегии сокращения вредного употребления алкоголя ВОЗ. В разработке плана приняли участие все заинтересованные министерства и ведомства, а также в процесс впервые была вовлечена алкогольная индустрия. Стране была предоставлена поддержка и помощь со стороны ВОЗ; д-р Møller дважды посещал Молдову, принимая участие в выработке плана. Правительство утвердило проект полного

запрета рекламы алкоголя, и сейчас он изучается Парламентом. Также Парламент страны рассматривает закон о признании пива алкогольным напитком.

За последние два года более чем вдвое выросла ставка акцизов на алкогольные напитки (в 2011 г. она возросла на 50%, а в 2012 г. – еще на 25%). Были установлены минимальные цены на крепкие алкогольные напитки (при продаже расфасованно и на вынос).

Правительство приняло закон о минимальном возрасте, позволяющем приобретать алкогольные напитки, в соответствии с которым лицам младше 18 лет алкоголь продаваться не может. Новшество этого закона заключается в том, что продавец теперь имеет право потребовать у покупателя документ, подтверждающий его возраст.

В мае 2012 г. был принят закон, ограничивающий время продажи алкоголя в продовольственных магазинах и супермаркетах, запрещающий продажу алкоголя с 22:00 до 8:00. За нарушения в этой области предусмотрены санкции в виде штрафов и лишения лицензии на продажу алкогольных напитков.

Был установлен предельный УАК для молодых водителей и водителей-новичков на уровне 0,02%. В 2009 г. начали использоваться приборы для измерения содержания алкоголя в выдыхаемом воздухе. Имеющиеся данные указывают на, что после принятия нового законодательства уровень дорожно-транспортного травматизма и смертельных случаев снизился.

Также принимаются меры по борьбе с незаконным производством алкоголя. В будущем планируется провести исследования, посвященные алкоголю, производимому в домашних условиях (для определения количества и качества такой продукции).

Г-жа Iris Yogev, директор отдела планирования и контроля Управления по борьбе с наркотиками Израиля (IADA), рассказала о новейших достижениях Израиля в отношении политики в области алкоголя.

Начиная с 1988 г. IADA является главным ведомством страны, занимающимся вопросами, связанными с наркотиками, а с 2005 г. правительство Израиля расширило его полномочия, добавив вопросы, связанные со злоупотреблением алкоголем. Это было сделано в рамках комплексных мер правительства в ответ на существующее в обществе мнение о том, что в стране растет уровень насилия.

При IADA была создана специальная группа экспертов, в чьи задачи входило изучение взаимосвязи между злоупотреблением психоактивными веществами и насилием. Было рекомендовано воздействовать на причины насилия путем повышения осведомленности, мер образования и профилактики для просвещения общественности об опасности употребления наркотиков и злоупотребления алкоголем, а также путем профилактики злоупотребления алкоголем с помощью учебно-методических инструментов; повышения уровня контроля и принуждения к соблюдению законодательства; и укрепления лечебной инфраструктуры (для обеспечения всех нуждающихся услугами по детоксикации и реабилитации).

В декабре 2009 г. правительство приняло комплексную национальную стратегию по снижению безответственного потребления алкоголя на двухлетний период, выделив на ее реализацию 5,4 миллиона евро. Первым этапом стратегии стала общенациональная просветительская кампания, посвященная опасности безответственного употребления алкоголя. Стратегия носит многопрофильный характер.

Главная задача стратегии заключается в сокращении чрезмерного и вредного употребления алкоголя. Для этого предусмотрены такие действия, как выработка и реализация национальной политики общественного неприятия потребления алкоголя

детьми/молодежью; стимулирование ответственного и умеренного потребления алкоголя взрослыми; повышение осведомленности общественности о масштабах и опасных последствиях потребления алкоголя молодежью; создание инструментов, развитие научно-исследовательской инфраструктуры и разработка программ профессиональной подготовки и обучения в области просвещения, профилактики, выявления и лечения злоупотребления алкоголем в целях создания потенциала для компетентных ответных мер с учетом культурных особенностей населения; сокращение уровня насилия, преступности и антиобщественного поведения, вызванного безответственным употреблением алкоголя; и снижение смертности и заболеваемости, обусловленных употреблением алкоголя.

По результатам обследования "Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья" (HBSC), в 2009 г. 17% восьмиклассников сообщили, что за последний месяц употребляли алкоголь в больших количествах хотя бы один раз, а уже в 2011 г. эта цифра сократилась до менее 10% (после начала реализации национальной программы). Среди десятиклассников этот показатель сократился с 27% в 2009 г. до менее 20% в 2011 г., а среди одиннадцатиклассников – с 34% до 25%.

Национальная программа использовала следующие инструменты:

- *Кампании в СМИ* (Интернет, передачи по телевидению в прайм-тайм и по радио), ориентированные на молодежь
- *Законодательство*
 - o Минимальный возраст (запрет на продажу распивочно и навынос и на подачу алкогольных напитков лицам младше 18 лет)
 - o Сокращение времени продажи алкоголя (запрет на продажу алкоголя в магазинах с 23:00 до 6:00; запрет не распространяется на рестораны, кафе и другие места, где алкоголь продается для потребления на месте [пивные, ночные клубы и т.д.]
 - o Ограничение употребления алкоголя в общественных местах (запрет на употребление алкоголя или хранение открытых емкостей с алкоголем в общественном месте или в автомобиле, припаркованном в общественном месте, с 21:00 до 6:00; несовершеннолетним запрещается употреблять алкоголь или хранить открытые емкости с алкоголем в общественном месте или в автомобиле, припаркованном в общественном месте, в любое время).
 - o Укрепление инструментов принуждения к исполнению законодательства (сотрудники полиции имеют право изымать емкости с алкоголем и выливать их содержимое в любое время при наличии у них оснований предполагать существование угрозы для общества).
 - o Предупреждения и этикетки (предприятия и заведения, продающие алкогольные напитки, должны размещать объявления с предупреждением об опасности алкоголя для здоровья, с указанием времени работы и с указанием запрета на продажу навынос и распивочно и подачу алкоголя несовершеннолетним, а также запрета на продажу алкоголя распивочно лицам, находящимся в состоянии алкогольного опьянения; этикетки с предупреждениями на емкостях с алкогольными напитками и предупреждения в рекламе алкоголя об опасности алкоголя для здоровья станут обязательными примерно через год).
 - o Реклама и СМИ (запрет/ограничения рекламы алкогольных напитков в средствах массовой информации, включая выделение установленных часов, использование ролевых моделей и ограничение рекламы исключительно информацией о продукте). В настоящее время Комитет прессы Израиля

вырабатывает внутренний кодекс правил в отношении рекламы алкогольных напитков.

- *Правоохранительные органы*
 - В 2011 г. полицейские конфисковали и вылили содержимое свыше 32000 емкостей со спиртным, что в пять раз превышает показатели 2010 г.
 - Закрытие заведений, нарушающих законодательство о запрете продажи алкоголя несовершеннолетним.
 - Крупные штрафы за продажу алкоголя в неустановленные часы.
 - Требование о полном отсутствии алкоголя в крови (УАК) у водителей-новичков и водителей-профессионалов.
- *Другие инструменты* включают создание центров по раннему выявлению проблем с алкоголем у молодежи, работу с местным населением, создание национального центра мониторинга по вопросам наркотиков и алкоголя, а также повышение налогов.

В настоящее время особый акцент делается на непрерывной оценке ситуации путем проведения регулярных эпидемиологических исследований.

Д-р Lars Møller, руководитель программы по алкоголю и запрещенным наркотикам Европейского регионального бюро ВОЗ, открыл второй день совещания.

Д-р Krzysztof Brzózka, директор PARPA, был избран председателем утреннего заседания.

Г-н Dag Rekve, технический сотрудник программы ВОЗ по охране психического здоровья и борьбе со злоупотреблением психоактивными веществами, сделал доклад о Глобальной стратегии сокращения вредного употребления алкоголя и о ходе ее реализации.

Глобальная стратегия ВОЗ ставит перед собой пять основных целей: *повышение глобальной информированности и усиление приверженности правительств; усиление базы знаний; усиление технической поддержки и укрепления потенциала государств-членов; укрепление партнерств и координации между заинтересованными сторонами и активная мобилизация ресурсов; и совершенствование систем мониторинга и эпиднадзора.*

Достижение вышеупомянутых целей требует действий на глобальном, региональном и национальном уровне в четырех сферах: уровень потребления алкоголя, характеристики потребления алкоголя, контекст потребления алкоголя и более широкие социальные детерминанты здоровья. Более того, особое внимание следует уделять снижению вреда для людей, окружающих потребителей алкоголя, и населения, которому угрожает особая опасность, связанная с вредным употреблением алкоголя.

Глобальная стратегия рекомендует государствам-членам десять целевых направлений для мер в области политики и вмешательств: лидерство, информирование и приверженность; ответные меры служб здравоохранения; действия по месту жительства; политика в отношении управления транспортными средствами в состоянии алкогольного опьянения и меры противодействия этому; доступность алкогольных напитков; маркетинг алкогольных напитков; ценовая политика; сокращение отрицательных последствий употребления алкоголя и алкогольного опьянения; ослабление воздействия на здоровье населения, алкоголя произведенного незаконно или в неорганизованном секторе; и мониторинг и эпиднадзор.

Основные компоненты подхода на глобальном уровне включают информационно-пропагандистскую деятельность системы общественного здравоохранения и партнерства с ее участием; техническую поддержку и укрепление организационно-кадрового

потенциала; выработку и распространение знаний; и мобилизацию ресурсов. Именно эти компоненты государства-члены назвали особенно важными.

Региональные стратегии, планы действий и рамочные основы уже созданы, и теперь настало время для практических шагов. Помимо Глобальной стратегии, имеется также Политическая декларация совещания высокого уровня Генеральной ассамблеи по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними. Алкоголь входит в число приоритетных задач Плана действий по профилактике и борьбе с НИЗ, а также является одним из четырех основных факторов риска НИЗ. Подобный подход является удачным примером плодотворного горизонтального сотрудничества.

Первое совещание Глобальной сети координаторов ВОЗ в феврале 2011 г. стало очередной вехой в реализации Глобальной стратегии. Задача координаторов заключается в том, чтобы создать практические механизмы и планы работы для глобальной сети, установить приоритетные сферы деятельности и выработать планы реализации стратегии и провести их обсуждение, а также обсудить процессы мониторинга и отчетности.

Одна из основных задач штаб-квартиры ВОЗ в области информационно-пропагандистской деятельности, партнерств и мобилизации ресурсов заключается в поддержке глобальной сети национальных координаторов ВОЗ и механизмов сотрудничества. В настоящее время план действий по реализации стратегии проходит доработку с участием государств-членов, после чего он будет опубликован и распространен между участниками. Помимо этого, ВОЗ занимается созданием различных платформ для взаимодействия с НПО.

ВОЗ готовит новое пособие по проведению скрининга и кратких вмешательств и составляет модули по выявлению и ведению расстройств, связанных с алкоголем, в учреждениях медико-санитарной помощи. Также ВОЗ работает над созданием порталов "электронного здравоохранения" для работы по вопросам алкоголя и здоровья, которые будут введены в действие осенью этого года; помимо прочего, такие порталы позволят проводить краткие вмешательства на базе Интернета.

Для того, чтобы реализовать намеченные шаги на уровне стран, в первую очередь требуются техническая поддержка и укрепление организационно-кадрового потенциала. В планы в этой сфере входит проведение семинаров для национальных координаторов по вопросам политики в отношении алкоголя, в том числе и по вопросам реализации Глобальной стратегии; обучение медицинских работников скринингу, кратким вмешательствам и лечению расстройств, связанных с употреблением алкоголя; укрепление/развитие национальных систем мониторинга по вопросам алкоголя и здоровья; и оказание государствам-членам прямой технической помощи.

Укрепление организационно-кадрового потенциала стран для реализации стратегии будет осуществляться путем создания технических инструментов для 10 сфер политики в отношении алкоголя, приведенных в Глобальной стратегии, делая особый акцент на три наиболее эффективных с экономической точки зрения вмешательства (ценообразование, доступность и маркетинг) и ответные меры систем здравоохранения; проведения региональных семинаров по подготовке государственных служащих; и оказания ряду стран прямой технической поддержки.

Глобальное обследование "Алкоголь и здоровье" было проведено уже в 19 странах Европы. Очень важно, чтобы остальные страны региона также завершили у себя проведение обследования, предоставив ВОЗ данные о положении дел в этой области.

ВОЗ оказывает поддержку в публикации и распространении новых оценок глобального бремени заболеваний, обусловленных употреблением алкоголя. В новом исследовании глобального бремени заболеваний были значительно снижены показатели

нетрудоспособности, обусловленной психическими и неврологическими заболеваниями, что означает, что общая позиция алкоголя будет в нем не столь высокой, как раньше. Когда эти новые данные будут опубликованы, важно будет особо выделить воздействие алкоголя на различные возрастные группы, особенно на группу от 15 до 55 лет. Более того, в настоящее время ВОЗ готовит проекты исследований в отношении алкоголя, здоровья и развития.

Задачи глобального мониторинга заключаются в оценке изменений и выявлении тенденций (и поэтому ВОЗ не меняет данные APC каждый год); предоставлении информации о полезном воздействии тех или иных мер; стимулировании, мобилизации и направлении надлежащих и необходимых действий; стимулировании оценок, отчетности и доработки программ; и обеспечении подотчетности. Проведение глобального мониторинга осложняется такими факторами, как ошибочные, недостоверные или неполные данные; неучтенное потребление алкоголя; невозможность сравнения данных между странами; различия в реализации мер политики и охвате этих мер; неверная расстановка приоритетов и нехватка ресурсов для проведения мониторинга.

В оценке конечных результатов и полезного воздействия акцент делается на четыре показателя: принятие и реализации эффективных, в том числе и с экономической точки зрения, мер политики; сокращение потребления населением алкоголя (самый надежный и точный показатель); сокращение уровня вредного потребления алкоголя населением; и снижение обусловленных потреблением алкоголя бремени заболеваний и смертности. Также для оценки деятельности ВОЗ может использовать GISAH, другие инициативы по эпиднадзору и глобальные и региональные отчеты по вопросам алкоголя и здоровья.

Осуществление эффективного глобального мониторинга требует создания и/или укрепления национальных систем эпиднадзора и мониторинга, которые будут использовать показатели и определения, утвержденные на международном уровне. Для глобального мониторинга ключевое значение имеет направление регулярных отчетов в региональные и глобальные информационные системы ВОЗ и проведение национальных обследований.

В штаб-квартире ВОЗ в Женеве и в региональных бюро не хватает сотрудников, занимающихся вопросами программы в отношении алкоголя и реализацией глобальной и региональных стратегий. Для того, чтобы успешно продолжать деятельность в этой области на глобальном уровне, оперативно повысить организационно-кадровый потенциал стран и опубликовать последние оценки ВОЗ уровня потребления алкоголя и обусловленного алкоголем бремени заболеваний на глобальном и региональном уровне, необходимо восполнить пробелы в ресурсах и финансировании. Восполнение этих пробелов также позволит подготовить, дополнить последней информацией о странах и распространить Глобальный доклад ВОЗ о положении в отношении алкоголя и здоровья за 2013/2014 гг., усовершенствовать системы мониторинга в странах и провести обстоятельные исследования в таких важнейших областях, как причинение вреда другим людям, развитие детей, ВИЧ и ТБ.

Г-жа Frederiek Mantingh, технический сотрудник Европейского регионального бюро ВОЗ по вопросам НИЗ, представила План действий по реализации Европейской стратегии профилактики и борьбы с НИЗ на 2012-2016 гг.

Бремя НИЗ является проблемой первостепенной важности для всех государств-членов Европейского региона ВОЗ. Опубликованные ВОЗ в рамках Глобального доклада о положении в отношении НИЗ новые оценки демонстрируют масштаб проблемы.

Из всех шести регионов ВОЗ наивысшие показатели смертности от НИЗ и травматизма наблюдаются в Европейском и Американском регионах. В Европе отмечается самый высокий в мире уровень распространенности курения, самое высокое потребление алкоголя на душу населения, самое высокое потребление жира с продуктами питания, самые высокие показатели повышенного содержания общего холестерина, а также регион занимает второе место по распространенности избыточной массы тела и ожирения.

За последние три десятилетия во многих странах Европы резко снизились стандартизированные по возрасту показатели смертности от коронарных болезней. Это еще раз подтверждает существующие во всем мире фактические данные о том, что бремя НИЗ на уровне населения не является хроническим и может быть быстро снижено.

Принятый в сентябре прошлого года в Баку План действий по профилактике НИЗ и борьбе с ними предусматривает интегрированное и комплексное воздействие на заболевания, факторы риска и социальные и экологические детерминанты. В плане определены конкретные сферы деятельности и ожидаемые результаты для государств-членов, ВОЗ и партнеров. План действий предусматривает приоритетные меры, приоритетные вмешательства и вспомогательные вмешательства.

Политическая декларация ООН о профилактике и борьбе с НИЗ предусматривает четыре стратегические основы – эпиднадзор, профилактика, управление и партнерство. Эти четыре основы полностью соответствуют Европейскому плану действий в отношении НИЗ.

Неизменным остается стратегическое глобальное видение ВОЗ задачи по снижению заболеваемости, нетрудоспособности и преждевременной смертности, связанных с НИЗ. Новые аспекты этого видения включают глобальный исходный уровень, оценки показателей в странах, возможности стран реагировать на всплеск уровня НИЗ, способы решения проблемы и практические инструменты. Также к новым компонентам относятся расчеты стоимости бездействия (7 триллионов долларов США) и действий (11 миллиардов долларов США) и наиболее выгодные с экономической точки зрения вмешательства по борьбе с НИЗ.

В мае 2012 г. государства-члены приняли на Всемирной ассамблее здравоохранения глобальный целевой показатель по снижению преждевременной смертности от НИЗ на 25% к 2025 г.

Последующие шаги на глобальном уровне включают продолжение технической работы Секретариата ВОЗ в отношении целевых показателей и проведение консультаций в Интернете. Участие в таких консультациях позволит государствам-членам определить приоритетные меры в области алкоголя, и поэтому Секретариат ВОЗ приглашает к участию все государства-члены.

На уровне Европейского региона в интересах выработки и укрепления планов действий в отношении НИЗ (включая создание контрольного перечня по выработке политики в отношении НИЗ и инструмента оценки положения в странах), будут проводиться дополнительные совещания и другие мероприятия. Также в регионе будет вестись работа над укреплением эпиднадзора и мониторинга в области НИЗ; будут приняты межсекторальные меры (включая выработку методических указаний в отношении налогообложения, маркетинга и содержания соли и транс-жиров); а также продолжится укрепление систем здравоохранения.

За выступлениями последовало обсуждение проблемы недостаточного внимания к борьбе с алкоголем на Консультации высокого уровня по профилактике и борьбе с НИЗ для Европейского региона. Отмечалось, что для того, чтобы изменить существующее

положение дел, государства-члены должны играть более активную роль в процессе консультаций. В интересах экономии ресурсов программы по борьбе с НИЗ и с алкоголем могли бы лучше координироваться между собой и быть в большей степени взаимосвязаны. Для того, чтобы представители партнеров в областях НИЗ и алкоголя были лучше осведомлены о последних достижениях в этих сферах, важно укреплять координацию между ними.

Участники совещания отметили важность гармонизации и согласования определенных показателей между государствами-членами, ВОЗ и Евростатом. Несколько комментариев касались применения целевых показателей. Было уточнено, что использование показателей является частью процесса профилактики и борьбы с НИЗ и реализации соответствующих Плана действий и Политической декларации (в интересах обеспечения согласованности с другими факторами риска НИЗ), а не одним из элементов реализации Глобальной стратегии сокращения вредного употребления алкоголя. В то же время, если государства-члены сочтут нужным связать какой-либо показатель вредного употребления алкоголя с Политической декларацией по профилактике и борьбе с НИЗ, оптимальным решением будет связать его с показателем потребления алкоголя на душу взрослого населения, поскольку он также является замещающей переменной для эпизодического употребления алкоголя в больших количествах и хорошим показателем для НИЗ.

Обсуждение затронуло и фразу "вредное употребление алкоголя", которая может вызывать определенные сложности, поскольку существует также и психиатрический диагноз, связанный с обусловленным алкоголем вредом. Важно понимать, что в данном случае под вредом понимается *любой* вред, обусловленный употреблением алкоголя.

Г-жа Marjatta Montonen, национальный эксперт, представляющий Генеральный директорат по здравоохранению и защите потребителей Европейской комиссии, сделала сообщение о реализации стратегии ЕС по помощи государствам-членам в снижении вреда, обусловленного алкоголем.

Стратегия ЕС в отношении алкоголя не связана с другими международными стратегиями в этой области – деятельность ЕС и других международных организаций осуществляется параллельно и в условиях взаимной поддержки. Алкогольная стратегия ЕС акцентирует внимание на приоритетных задачах, которые актуальны для всех государств-членов и где вмешательства и координация на уровне ЕС могут принести дополнительные преимущества: сюда относится защита молодежи, детей и плода; снижение дорожно-транспортного травматизма и смертности, связанных с употреблением алкоголя; предотвращение обусловленного алкоголем вреда среди взрослых и смягчение отрицательных последствий употребления алкоголя на работе; информирование, просвещение и повышение осведомленности (о последствиях опасного и вредного употребления алкоголя и о том, как потреблять алкоголь с меньшим вредом для здоровья); и выработка и пополнение единой базы фактических данных. Немалое значение для реализации стратегии имеет координация и мобилизация сил на уровне ЕС и обмен передовым опытом.

Основными инструментами для реализации стратегии ЕС в отношении алкоголя являются Европейский форум по алкоголю и здоровью, Комитет по национальной политике и практическим действиям и Комитет по сбору данных. Данные структуры способствуют мобилизации сил в различных сферах общества, сотрудничеству между государствами-членами и укреплению синергизма между стратегиями ЕС и практическими мерами. Активная работа ведется в области укрепления базы фактических данных и знаний в сотрудничестве с ВОЗ и с использованием средств, выделенных в рамках Программы охраны здоровья.

Задача по развитию базы фактических данных состоит из целого ряда компонентов. Одно из направлений заключается в мониторинге тенденций в государствах-членах (совместно с ВОЗ) и деятельности Комитета по работе с данными, показателями и определениями в отношении алкоголя (который, помимо прочего, выработал единую систему показателей для приоритетных задач в стратегии ЕС). Сбор данных осуществляется совместно с ВОЗ. Другие важные направления включают содействие публикации материалов, посвященных эффективности программ общественного здравоохранения по снижению обусловленного употреблением алкоголя вреда, и поддержку в таких областях, как доступность алкогольных напитков и связь между алкоголем и условиями и производительностью труда. Немало усилий и финансовых средств ЕС направлено на такую отдельную сферу деятельности, как регулирование маркетинга; сюда входит проведение европейским отделением организации RAND непрерывной оценки воздействия маркетинга алкогольных напитков на молодежь, а также подготовка обзора рынка алкогольных напитков, особенно привлекательных для несовершеннолетних (таких как слабоалкогольные газированные напитки). Европейским союзом были профинансированы десятки научно-исследовательских проектов и проектов в области развития, связанных с алкоголем. С 2007 г. через Рамочную программу ЕС по развитию научных исследований на проекты в области алкоголя и здоровья было выделено 49 миллионов евро. В настоящее время наблюдается смещение акцента с изучения конкретных заболеваний (таких как заболевания печени) на исследования в области общественного здравоохранения.

В настоящее время проводится независимая оценка результативности стратегии ЕС в отношении алкоголя и обсуждаются последующие шаги, необходимые для реализации стратегии. Обсуждение касается таких вопросов, как синергизм между областями общественного здравоохранения (особенно в отношении НИЗ), дополнительные преимущества деятельности ЕС (содействие экономическому росту) и разделение деятельности между государствами-членами и Европейской комиссией.

Д-р Lesley Graham, младший специалист по вопросам общественного здравоохранения Информационного отдела Национальной службы здравоохранения Шотландии, сделал доклад по вопросам алкоголя в местах лишения свободы.

Между алкоголем и преступностью – особенно насильственными преступлениями – существует тесная связь, последствия которой затрагивают как отдельных людей, так и их семьи, службы здравоохранения и неотложной помощи и общество в целом. Хотя единого международного стандарта для измерения уровня преступности, связанной с алкоголем, нет, употребление алкоголя имеет явную связь с преступностью, особенно с насильственными преступлениями, во всех европейских странах. Доля преступлений, совершенных под воздействием алкоголя, варьируется от 7% в Германии до 47% в Финляндии. Оценивается, что ущерб от совершенных под влиянием алкоголя преступлений обходится европейским странам в 33 миллиарда евро (по оценкам 2003 г.); в Шотландии этот ущерб составляет 700 миллионов евро в год.

Проблема алкоголя в местах лишения свободы затмевается проблемами наркотиков. Имеющихся данных о распространенности проблем с алкоголем среди заключенных недостаточно. По данным систематического обзора Fazel (2006), распространенность проблем с алкоголем среди заключенных составляет 18-30% у мужчин и 10-24% у женщин, в то же время между исследованиями существуют большие различия. В Шотландии распространенность злоупотребления алкоголем в местах лишения свободы в три раза выше, чем у мужского населения в среднем; о проблемах с алкоголем сообщает практически половина заключенных. Важно отметить, что не у всех заключенных

проблемы с алкоголем имеют непосредственное отношение к совершенным ими преступлениям.

Места лишения свободы представляют собой хорошую возможность для осуществления вмешательств. Проблемы с алкоголем широко распространены среди заключенных и, более того, в местах лишения свободы легче устанавливать контакт с "труднодоступными" категориями людей, особенно с молодыми мужчинами, которые реже всего обращаются в учреждения первичной медико-санитарной помощи. Свыше трети заключенных сообщили о готовности принять помощь, если таковая была бы им предложена. Подобные вмешательства также способны сократить уровень рецидивизма и оказать положительное влияние на других людей – например, на членов семей заключенных. Более того, работа с заключенными может сократить неравенство в отношении здоровья, поскольку многие заключенные происходят из неблагополучных групп общества.

В то же время работа с заключенными сопряжена с определенными сложностями. Оказание услуг при проблемах с алкоголем в местах лишения свободы должно учитывать ограничения, присущие режимному заведению, где основной задачей является обеспечение безопасности и порядка. Переполненность тюрем и текучесть контингента могут осложнять доступ к лечению, делая невозможной преемственность. Еще одной проблемой являются сочетанные заболевания, поскольку многие заключенные имеют и другие комплексные потребности – например, сочетание наркозависимости и психических заболеваний – что еще больше осложняет лечение. Недостаточная грамотность может препятствовать надлежащему информированию.

Доступ к алкоголю в местах лишения свободы ограничен (его имеют только 7% заключенных), и это, равно как и другие ограничения, может скрывать проблемы с алкоголем (за исключением заключенных, страдающих от синдрома отмены). Часто заключенные не готовы признавать наличие у них проблем с алкоголем, а также существует высокий риск возвращения к прежним привычкам после выхода на свободу.

Проведенные в Шотландии исследования в этой области включали экспресс-обзор международной литературы, посвященной инструментам для скрининга и эффективным вмешательствам; оценку и анализ услуг по преодолению проблем с алкоголем во всех местах лишения свободы в Шотландии; и углубленное исследование в одной из тюрем. В рамках исследования проводится сбор первичных данных (собеседования с основными фигурами, работа в фокус-группах с заключенными и скрининг заключенных по методу AUDIT) и обзор литературы; результатом исследования стал анализ пробелов и выработка рекомендаций и проекта модели помощи и лечения.

Экспресс-обзор показал, что AUDIT является наиболее подходящим инструментом для скрининга, хотя такого инструмента, который по всем параметрам превосходил бы все свои аналоги, нет. Информации об эффективных вмешательствах в местах лишения свободы крайне мало, хотя некоторые имеющиеся данные указывают на то, что эффективной мерой могут оказаться терапевтические сообщества. На уровне населения в целом больше всего фактических данных имеется в отношении кратких вмешательств по вопросам алкоголя, и недавно проведенное в Англии обследование показало эффективность подобных вмешательств с точки зрения сокращения потребления алкоголя и рецидивизма в условиях пробации. Метод непрерывности и преемственности оказания помощи практически не изучался.

Скрининг с помощью инструмента AUDIT, проведенный в одном пенитенциарном учреждении (259 мужчин), показал, что 73% заключенных получили 8+ баллов (вредное или опасное для здоровье употребление алкоголя или зависимость), а 36% получили от 20

до 40 баллов (возможная зависимость). Чаще всего 20+ баллов получали заключенные в возрастных группах от 18 до 24 и от 40 до 64 лет. Исследование показало, что молодые заключенные получали высокий балл из-за эпизодов употребления алкоголя в больших количествах, а заключенные старшего возраста – за счет наличия зависимости. Из этого следует, что вмешательства должны специально учитывать потребности различных групп. Помимо этого, свыше 25% заключенных сообщили, что в настоящее время отбывают наказание за совершение насильственных преступлений. Для 80% заключенных данный срок не является первым, и многие подвергаются воздействию факторов социальной уязвимости, таких как отсутствие работы.

Результаты обследования в местах лишения свободы (анализа и оценки ситуации) указывают на то, что сотрудники пенитенциарных учреждений признают существование возможностей для выявления лиц, имеющих проблемы с алкоголем, и оказания им помощи, что проверенные инструменты скрининга не используются, и что здесь важно вовремя предложить заключенным помощь. Для преодоления связанных с алкоголем проблем в местах лишения свободы осуществлялся целый ряд различных вмешательств. Не все они были доступны для заключенных, отбывающих короткие наказания или находящихся в предварительном заключении, и лишь немногие заключенные получали помощь на практике. Более того, не все сотрудники могли уделять должное внимание потребностям заключенных в подобной помощи, поскольку были вынуждены заниматься и другими потребностями (например, в метадоновой терапии). Отмечались проблемы в обеспечении преимущества помощи и ограниченные возможности для участия в работе с пациентами гражданских медицинских служб, хотя определенные улучшения в этой сфере все же имеются.

Ситуационное исследование, проведенное в одной из тюрем, показало, что у заключенных и у сотрудников учреждения во многом сходится понимание многих проблем, связанных с алкоголем, и они осознают, что вмешательства, направленные на эти проблемы, не считаются столь же важными (и не финансируются достаточным образом), как вмешательства, направленные на наркозависимость (по мнению заключенных, диагностику новопривыкших заключенных на предмет злоупотребления алкоголем можно сравнить с вопросом "да или нет"). Заключенные считают нужным активнее вовлекать в эту работу специалистов "извне", а также людей, которые сами когда-либо сталкивались с алкогольной зависимостью.

На основании результатов исследований и "модели помощи при алкогольной зависимости", созданной английским Национальным агентством по вопросам лечения, была создана модель помощи для мест лишения свободы. Она использует скрининг и баллы по системе AUDIT для определения рекомендуемых мер вмешательства; вмешательства разделены на уровни с возрастающей интенсивностью.

Достижение успеха в выявлении и лечении злоупотребления алкоголем в местах лишения свободы требует наличия проверенного инструмента скрининга, своевременного доступа к эффективным вмешательствам, партнерств, стандартизированного подхода и квалифицированных кадров с надлежащим потенциалом, проведения информационно-пропагандистской деятельности (например, поддержка со стороны людей, оказавшихся в такой же ситуации), участия гражданских служб, комплексного подхода и надлежащей обеспеченности ресурсами.

Г-жа Nataša Blažko, сотрудник отдела укрепления здоровья Директората охраны общественного здоровья Министерства здравоохранения Словении, представила участникам последние достижения словенской политики в отношении алкоголя.

Учтенное потребление алкоголя взрослым населением в 1999 г. составляло 10,6 литров на душу населения, в 2004 г. – 13,5 литров, а в 2009 г. – 11,5. Таким образом, за последнее десятилетие потребление алкоголя немного выросло.

В сфере политики и законодательства в отношении алкоголя в стране были предприняты следующие шаги: Закон об ограничении потребления алкоголя (2003) предусматривает запрет на продажу алкогольных напитков лицам младше 18 лет, запрет на продажу алкогольных напитков с 21:00 до 7:00, запрет на продажу алкоголя навынос и распивочно в учебных, медицинских и спортивных учреждениях (запрет вступает в силу за час до начала мероприятия и продолжается в течение всего мероприятия), а также на предприятиях и в организациях в рабочее время, и обязательство иметь в торговом ассортименте не менее двух различных типов безалкогольных напитков, которые бы стоили не дороже самого дешевого алкогольного напитка. Закон, регулирующий санитарную безопасность пищевых продуктов и товаров и предметов, которые соприкасаются с пищевыми продуктами (2000, 2002) предусматривает полный запрет рекламы алкогольных напитков с содержанием спирта более 15%, запрет рекламы других алкогольных напитков по телевидению и радио с 7:00 до 21:30, и запрет рекламы алкоголя в кинотеатрах до 22:00. Дополнительное законодательство в этой области включает Закон о гигиене и охране труда (2011), Постановление об обеспечении безопасности дорожного движения на 2012-2021 гг. и Закон о безопасности дорожного движения (2004, 2011).

В апреле 2012 г. была поднята ставка акцизов на алкогольные напитки. В результате переговоров между Министерством здравоохранения и Министерством финансов ставка акцизов на промежуточные продукты и этиловый спирт была поднята на 20%, а акцизы на пиво выросли на 10%.

В 2011 г. в силу вступило новое законодательство в отношении управления транспортными средствами в состоянии алкогольного опьянения, предусматривающее ужесточение санкций и предоставление услуги консультирования и реабилитации. Одной из новых особенностей закона является проведения врачами общей практики скрининга и кратких вмешательств на предмет опасного и вредного употребления алкоголя. Роль лидера в области мер по борьбе с управлением транспортными средствами в состоянии алкогольного опьянения играет Министерство здравоохранения; такие меры включают частые и систематические проверки водителей на предмет содержания алкоголя в выдыхаемом воздухе, меры образовательного характера и просветительские кампании с участием всех заинтересованных сторон.

В стране расширяется деятельность НПО и профессиональных организаций, работающих в сфере профилактики вредного и опасного потребления алкоголя. Растет количество информационных кампаний, направленных на молодых людей и на профилактику вождения в пьяном виде. Такие мероприятия осуществляются на общенациональном, региональном и местном уровне. В 2010 г. был запущен интернет-портал проекта MOSA (мобилизация общества для выработки более ответственного отношения к алкоголю), который стал центром для обмена информацией и продвижения передовых подходов к политике в отношении алкоголя.

Принятый в мае 2011 г. Закон о гигиене и охране труда запрещает нахождение на рабочем месте под воздействием алкоголя, наркотиков и других психоактивных веществ.

Многие НПО занимаются вопросами снижения вреда в местах употребления алкоголя. В рамках финансируемого с участием Европейской комиссии проекта "Здоровье в ночных клубах – здоровая и безопасная ночная жизнь молодежи" (2009-2012 гг.) ведется работа над выработкой стандартов охраны здоровья и безопасности для работающих в ночное

время мест употребления алкоголя, а также составляются методические указания и рекомендации для местных властей и для обучения работников ночных клубов.

Д-р Simona Pichini, старший научный сотрудник Национального института здравоохранения Италии, рассказала о процессе развития политики в области алкоголя в этой стране.

Официальным органом, ответственным за информацию в отношении табака, алкоголя и наркотиков (а также допинга) в Италии является OSSFAD. Эта структура была создана в 2000 г. и занимается предоставлением информации медицинского и юридического характера, научных данных, обзоров и новейших материалов. Помимо этого, организация предоставляет материалы по запросам школ, государственных органов и работников здравоохранения.

Имеются две горячие линии для помощи по вопросам, связанным с алкоголем. Одна из линий, под названием "телефон с красным носом", была создана в рамках проекта работы с дискотеками и позволяет вызвать такси для людей в состоянии алкогольного опьянения.

В Италии вино акцизами не облагается, однако ставка акцизов на безводный спирт и промежуточные продукты достаточно высока. Трудовое законодательство предусматривает проведение выборочных проверок работников на опасном производстве. В стране действует строгое законодательство в отношении управления транспортными средствами в состоянии алкогольного опьянения, предусматривающее возможность проведения выборочных проверок водителей на предмет содержания алкоголя в выдыхаемом воздухе.

В период с 2004 по 2010 гг. потребление алкоголя на душу населения медленно снижалось. В 2011 г. оно составляло 6 литров; такой показатель соответствует задаче плана "Здоровье для всех в XXI веке", предусматривающей сокращение потребления алкоголя до уровня не более 6 литров к 2015 г.

По данным Национального института статистики, в 2011 г. 13,6% лиц младше 15 лет употребляли алкоголь как минимум раз в год, а 0,8% - каждый день (1,1% мужчин и 0,4% женщин). Среди лиц старше 14 лет 66,9% (53,5% женщин и 81,4% мужчин) употребляли алкоголь хотя бы один раз за последние 12 месяцев, 25,7% никогда не употребляли алкоголь, а 7,4% прекратили употребление алкоголя. Самым распространенным алкогольным напитком является вино, и 23% населения употребляют его каждый день (пиво каждый день употребляет 4,5% населения, а крепкие напитки – 0,7%).

Принятия неотложных мер требуют две проблемы: повседневное поведение, связанное с риском, и употребление больших количеств алкоголя за один раз. Под повседневным поведением, связанным с риском, в опубликованных Итальянским институтом питания методических указаниях понимается избыточное потребление алкоголя (более 2-3 порций алкоголя для мужчин, более 1-2 порций алкоголя для женщин и более 1 порции алкоголя для людей старшего возраста). Такое поведение представляет определенную проблему среди людей пожилого возраста, которые два раза в день запивают пищу вином. Употребление больших количеств алкоголя означает потребление 6 и более порций за один раз; в основном такое поведение характерно для молодежи.

За последние десять лет снизился индекс смертности в ДТП (количество смертей, поделенное на количество дорожно-транспортных происшествий). С 1996 г. объемы услуг, направленных на оказание помощи при злоупотреблении алкоголем, выросли вдвое.

В 2007 г. в Италии был принят Национальный план в отношении алкоголя, который впоследствии был интегрирован в Национальный план профилактики на 2010-2012 гг.

На презентации доклада о реализации Плана в отношении алкоголя и здоровья за 2011 г. министр здравоохранения заявил, что в будущем особое внимание будет уделяться помощи молодым людям в преодолении социального принуждения к употреблению алкоголя в школах и в спортивных и развлекательных учреждениях, а также надлежащим мерам поддержки и мотивации для перемен. Министерство здравоохранения вместе с Министерством образования и Министерством молодежной политики изучит возможности учреждений образования, в том числе школ, в области борьбы со злоупотреблением алкоголем. Помимо этого, дополнительная поддержка и финансирование требуются для принятия мер в области борьбы с нарушениями фетального алкогольного спектра.

Г-жа Adriana Galan, начальник Отдела оценки состояния здоровья населения Национального института общественного здравоохранения Румынии, сообщила о последних достижениях политики в отношении алкоголя в этой стране.

В 2005 г. Румыния приняла Национальную стратегию по борьбе с наркотиками на 2005-2012 гг., куда входят и меры в отношении алкоголя. Национальный институт здравоохранения настаивает на принятии отдельной алкогольной стратегии, поскольку в существующей комплексной программе политика в отношении алкоголя не соответствует имеющимся европейским стратегическим документам. В последний раз изменения в План действий по реализации Стратегии по борьбе с наркотиками вносились в 2010 г.

Меры в отношении алкоголя предусматриваются и некоторыми другими государственными программами, такими как Национальная программа медицинской, психологической и социальной помощи для потребителей наркотиков (2009-2012), Национальная программа по укреплению здоровья и санитарному просвещению и Национальная программа охраны психического здоровья.

В стране имеется законодательство в отношении алкоголя, однако мониторинг его реализации не ведется, а воздействие не оценивается. Законодательство затрагивает такие вопросы, как контроль за производством и продажей алкоголя (особенно алкоголя, произведенного в неформальном секторе). Пиво, вино и крепкие спиртные напитки облагаются акцизами; также существуют специальные налоги на пиво и крепкие алкогольные напитки и налоги на рекламу алкоголя, поступления от которых направляются на нужды здравоохранения. Минимальный возраст, позволяющий приобретать/потреблять алкогольные напитки, равен 18 годам; существуют ограничения в отношении продажи (времени продажи, продажи во время массовых мероприятий и продажи лицам в состоянии алкогольного опьянения); введен нулевой УАК для всех категорий водителей транспортных средств, причем выполнение этого положения все более активно контролируется полицией. Законодательство требует размещения в рекламе алкогольных напитков (особенно на телевидении) предупреждений о вреде алкоголя для здоровья, и существуют частичные ограничения времени показа рекламы.

В Румынии отсутствует интегрированная система мониторинга по вопросам алкоголя и здоровья. Информация фрагментирована и рассредоточена между различными учреждениями, поэтому в настоящее время стоит задача по активизации сотрудничества и созданию координирующего органа. Румыния не принимает активного участия в международных исследованиях; ее участие ограничено проектами ESPAD и HBSC (поэтому данные о молодежи в стране имеются).

Самым популярным в Румынии алкогольным напитком является пиво. Растет и потребление вина, в то время как потребление крепких алкогольных напитков снижается. Общее потребление алкоголя на душу взрослого населения (среднее значение за период с 2003 по 2005 г.) составило 15,3 литра чистого алкоголя (11,3 литра учтенного алкоголя и 4 литра – неучтенного). Это выше среднеевропейского показателя, который за тот же период времени был 12,2 литра. В 2010 г. Национальный институт статистики сообщил, что учтенное потребление алкоголя на душу взрослого населения равно 9 литрам; эти данные отличаются от данных последнего отчета ВОЗ.

Уровень обусловленной алкоголем смертности среди мужчин достаточно высок. По результатам обследования HBSC за 2009/2010 г., в Румынии отмечено наибольшее количество мальчиков в возрасте 11-13 лет (19% и 25% соответственно), употребляющих алкоголь не менее одного раза в неделю (по сравнению с 2005/2006 гг. показатель увеличился с 17% и 20%, соответственно). Также в Румынии отмечен наибольший процент девочек в возрасте 11 лет, которые потребляют алкоголь.

В 2011 г. Национальный институт общественного здравоохранения предложил Министерству здравоохранения проект общенационального плана действий в отношении алкоголя, отражающий основные направления стратегий ЕС и ВОЗ. Несмотря на это, в настоящее время в стране используется План действий, который входит в Национальную стратегию по борьбе с наркотиками. Недавно в Румынии сменилось правительство, и процесс лоббирования будет начат с новыми силами.

В июле 2011 г. Национальный институт общественного здравоохранения провел месячник информации о вреде алкоголя для здоровья, направленный в первую очередь на такие целевые группы, как молодежь и беременные женщины. Такая информационная кампания будет проходить ежегодно.

В 2013 г. Национальный институт общественного здравоохранения опубликует первый комплексный общенациональный доклад "Алкоголь и здоровье" (в соответствии с годовым планом деятельности Института и Национальной программой по укреплению здоровья и санитарному просвещению).

Г-жа Jean Nicol, администратор по вопросам политики в отношении алкоголя Отдела укрепления и охраны здоровья Министерства здравоохранения Соединенного Королевства Великобритании и Северной Ирландии, сделала доклад о развитии политики в отношении алкоголя в Соединенном Королевстве.

В марте 2012 г. при активном участии премьер-министра Соединенного Королевства была принята новая стратегия в отношении алкоголя, направленная в первую очередь на лиц, злоупотребляющих алкоголем, и на бары и магазины, не соблюдающие правила. Более того, 18 месяцев назад в стране была введена в действие новая стратегия по борьбе с наркотиками, отдельный раздел которой нацелен на помощь лицам с тяжелыми формами алкогольной зависимости (которых насчитывается около 300000 человек) и призван обеспечить таким лицам полный комплекс услуг реабилитации, учитывающий все их проблемы и потребности.

С 2005 г. потребление алкоголя оставалось примерно на одном и том же уровне, а в последнее время незначительно снизилось. В то же время в долгосрочном периоде уровень потребления вырос. Более 9 миллионов человек (из 40 миллионов взрослого населения) сообщили, что употребляли алкоголь в количествах, превышающих рекомендованные относительно безопасные количества (3-4 порции в день для мужчин и 2-3 порции для женщин). Серьезной проблемой является потребление алкоголя молодежью перед выходом из дома вечером. Исследование показало, что две трети людей

в возрасте 17-30 лет, которые были арестованы в одном из городов Англии, начали "заправляться" алкоголем еще перед выходом из дома, а еще одно исследование указывает на то, что при таком потреблении алкоголя вероятность совершения насильственных преступлений возрастает в 2,5 раза по сравнению с привычным потреблением.

Начиная с 70-х годов прошлого века в стране возрастают масштабы ущерба, связанного с употреблением алкоголя. В 2010-2011 гг. зарегистрировано 1,2 миллиона случаев обращения в больницы, связанных с алкоголем. За последние 8 лет на 25% выросла распространенность заболеваний печени, а злоупотребление алкоголем каждый год обходится Национальной службе здравоохранения в 3,5 миллиарда фунтов.

Стратегия предусматривает комплекс действенных мер в области здравоохранения, основанных на целевом гранте на медицинские цели для местных властей и недавно созданных комитетов по здоровью и благополучию; такой подход передает полномочия для решения местных проблем в руки местных органов власти. Стратегия стимулирует осуществление работниками здравоохранения эффективных вмешательств, проведение кратких вмешательств и оказание специализированной помощи для людей с алкогольной зависимостью, а также предусматривает введение в отделениях травматологии и неотложной помощи должностей медсестер по вопросам злоупотребления алкоголем (одна из наиболее эффективных с экономической точки зрения мер). Уже в следующем году в рамках медицинских осмотров будет проводиться скрининг для выявления расстройств, связанных со злоупотреблением алкоголем. Органы, ответственные за выдачу лицензий, также должны будут принимать во внимание вред, который алкоголь наносит здоровью местных сообществ; ожидается, что такой подход на практике приведет к снижению плотности магазинов, пивных и баров, которые способствуют причинению вреда для здоровья.

Борьба с управлением транспортными средствами в состоянии алкогольного опьянения ведется в Соединенном Королевстве с 1979 г., и в период с 1979 по 2009 г. показатели смертности и травматизма в этой области сократились более чем на 75%.

Запланированные результаты стратегии включают:

- Изменение поведение людей таким образом, чтобы причинение вреда себе или другим в результате употребления алкоголя считалось неприемлемым.
- Сокращение числа насильственных преступлений, обусловленных употреблением алкоголя.
- Сокращение числа взрослых людей, которые употребляют алкоголь в количествах, превышающих рекомендованную НСЗ норму.
- Сокращение количества людей, употребляющих алкоголь в больших количествах за один прием.
- Снижение связанной с алкоголем смертности.
- Устойчивое сокращение количества людей в возрасте 11-15 лет, употребляющих алкоголь, и количества употребляемого ими алкоголя.

Достижению поставленных целей должны способствовать действия в масштабе всей страны в таких сферах, как контроль рекламных акций и продажи дешевого алкоголя (введение минимальной цены единицы алкоголя, запрет скидок при приобретении нескольких порций алкоголя), расширение возможностей для действий местных сообществ, установление партнерских отношений с алкогольной индустрией и информирование и поддержка частных лиц.

Г-н Rafn Jonsson, специалист отдела Профилактики злоупотребления алкоголем и наркотиками Министерства здравоохранения Исландии, был избран председателем послеобеденной сессии.

Д-р Angela Ciobanu, специалист по вопросам общественного здравоохранения странового бюро ВОЗ, сделала доклад о соотношении затрат и результатов стратегий по борьбе с алкоголем в Республике Молдова.

Опасное для здоровья употребление алкоголя является одной из острейших проблем для здравоохранения и для всего общества в целом. В Республике Молдова употребление алкоголя является главным фактором риска в общем бремени заболеваний у мужчин и третьим по важности фактором риска у женщин. Среди европейских стран в Молдове отмечается один из самых высоких показателей смертности, обусловленной потреблением алкоголя. Алкоголь употребляет значительная часть взрослого населения страны и, по данным Глобального доклада ВОЗ о положении в отношении алкоголя и здоровья за 2011 г., общий уровень потребления равен 18,2 литрам на душу населения, более половины из которого составляет неучтенный алкоголь. Обследование демографической ситуации и состояния здоровья населения Республики Молдова за 2005 г. показало, что 59% женщин и 81% мужчин за последний месяц употребляли алкоголь хотя бы один раз. Соотношение между различными группами алкогольных напитков практически одинаковое: 33% потребления приходится на крепкие спиртные напитки, 31% - на пиво, и 36% - на вино; в то же время существуют определенные различия, обусловленные возрастными группами.

Министерство здравоохранения начало при поддержке Европейского регионального бюро ВОЗ аналитическое исследование по оценке эффективности, в том числе по соотношению затрат и результатов, стратегий по борьбе с алкоголем в Республике Молдова, чтобы на основании результатов этой оценки выработать национальный план в отношении алкоголя. При оценке использовалась методика ВОЗ CHOICE (или "выбор", то есть выбор экономически целесообразных вмешательств).

Ресурсы (затраты) включали затраты, связанные с помощью пациентам и затраты на реализацию программ, а результаты (эффективность) были выражены в приросте лет здоровой жизни (то есть DALY наоборот). Одной из особенностей методологии CHOICE является то, что вмешательства сравниваются с вариантом отсутствия действий; на реализацию вмешательства отводится 10 лет, но контроль взятого за модель населения осуществляется сроком на сто лет; при оценке эффективности вмешательств показатели сокращаются на 3% (поправка на возрастной коэффициент); а расчет затрат осуществляется с помощью "ингредиентов".

В рамках исследования экономической целесообразности были проанализированы следующие вмешательства (применяемые как отдельно, так и в комбинации):

1. Повышение налогов на алкогольные напитки на 25% и на 50%
2. Ограничение доступности алкогольных напитков в коммерческих учреждениях
3. Введение полного запрета на рекламу
4. Проверки водителей транспортных средств на предмет содержания алкоголя в выдыхаемом воздухе
5. Проведение врачами первичного звена кратких вмешательств с консультированием для водителей из групп риска.

Классификация вмешательств по критерию выгоды соотношения затрат и результатов ведется на основании существующих в обществе норм и ценностей и общепризнанных пределов этих ценностей. Исходя из рекомендации Комиссии ВОЗ по макроэкономике и здоровью, критерием для подобного разделения может быть уровень ВВП на душу

населения. В 2010 г. ВВП на душу населения в Молдове составлял 20171 лей (MDL). Вмешательствами с высокой экономической эффективностью считаются вмешательства, при которых стоимость одного приобретенного года здоровой жизни ниже уровня ВВП на душу населения (не более 20171 MDL); эффективными с экономической точки зрения вмешательствами считаются меры, при которых стоимость одного приобретенного года здоровой жизни равна от одного до трех показателей ВВП на душу населения (от 20171 до 60513 MDL); а к неэффективным относятся вмешательства, где стоимость одного приобретенного года здоровой жизни превышает три показателя ВВП на душу населения (свыше 60513 MDL).

Среди вмешательств, осуществляющихся отдельно, лучший результат показало повышение налогов на алкогольные напитки на 25% с последующим повышением на 50%, а наименее эффективными оказались проверки водителей на предмет содержания алкоголя в выдыхаемом воздухе. Что касается комбинированных вмешательств, то наиболее эффективной является комбинация, включающая все вмешательства: она позволит приобрести 17736 лет здоровой жизни за год.

Все проанализированные стратегии по борьбе с алкоголем отличались высокой экономической эффективностью, и наиболее эффективной мерой оказалось повышение налогов в 2010 г.

На основании проведенного анализа можно сделать несколько рекомендаций. Существует необходимость в мерах по принуждению к соблюдению законодательства относительно ценообразования, снижения доступности алкогольных напитков, управления транспортными средствами в состоянии алкогольного опьянения и проведения проверок водителей, а также ограничений маркетинга и рекламы. Следует разрабатывать и применять меры по сокращению количества алкоголя, не облагаемого налогами; также необходимо комбинировать и согласовывать имеющиеся стратегии по борьбе с алкоголем.

По результатам анализа, вмешательства рекомендуется осуществлять в следующем порядке:

1. Повышение налогов на алкогольные напитки
2. Комбинация повышения налогов, полного запрета на рекламу и консультирования водителей из групп риска
3. Комбинация повышения налогов, полного запрета на рекламу, консультирования водителей из групп риска и ограничения доступности алкогольных напитков в коммерческих учреждениях
4. Одновременное осуществление всех вмешательств

Д-р Lars Møller, руководитель программы по алкоголю и запрещенным наркотикам ЕРБ ВОЗ, представил новейшую информацию в отношении Европейского плана действий по снижению вредного употребления алкоголя на 2012-2020 гг., в том числе и информацию о процессе консультаций и планах относительно публикаций.

На обсуждении Плана действий на совещании национальных координаторов в Цюрихе в прошлом году одно из государств-членов обратилось к ВОЗ с просьбой разработать и включить в план два приложения: список показателей для оценки исходного уровня реализации и эффекта Плана действий, которые были бы тесно связаны с EISAH, и контрольный список для лиц, вырабатывающих политику, по вариантам политики, предложенным в Планах действий. Помимо этого, в прошлом году на совещании в Баку государства-члены предложили перед публикацией приложений направить им проект для консультаций. В декабре прошлого года ВОЗ по электронной почте разослала проект предложений национальным координаторам и получила около 20 предложений о

внесении изменений. После изучения этих комментариев было решено, что приложения нуждаются в серьезном пересмотре. Приложения были доработаны с учетом комментариев государств-членов; в частности, приложение с показателями в настоящее время включает определения, соответствующие системе GISAH. В настоящее время документ находится на утверждении в ВОЗ, и ожидается, что он будет опубликован в течение двух месяцев

Д-р Møller спросил у участников, есть ли у них дополнительные комментарии относительно процедуры подготовки Плана действий; комментариев не было.

Также д-р Møller отметил, что учитывая полученные от государств-членов комментарии и несоответствия между данными стран и данными ВОЗ, проект характеристик стран за 2012 г. публиковаться не будет. ВОЗ будет опираться в своей работе на данные, предоставленные национальными координаторами в рамках обследования "Алкоголь и здоровье" за 2012 г., и эти же данные будут использованы в характеристиках стран, которые будут опубликованы весной 2013 г.

Д-р Sofia Ribeiro, ассистент по связям с прессой и коммуникации Молодежной сети политики в отношении алкоголя (APYN), сделала доклад о своей организации.

Задачей APYN является расширение прав и возможностей молодежи и молодежных организаций в Европе, позволяя им участвовать в выработке, продвижении, реализации и оценке эффективности стратегий и программ в отношении алкоголя на уровне стран и на общеевропейском уровне.

В 2011 г. сеть APYN получила статус международной неправительственной организации. Она получает поддержку от таких организаций и ведомств, как Европейская комиссия, Министерство здравоохранения Словении и Eufosage, и никак не связана с алкогольной индустрией. В настоящее время APYN работает в 19 странах.

Молодежь должна принимать участие во всех этапах планирования, реализации и оценки стратегий и кампаний. Также APYN занимается обучением молодых людей ведению информационно-пропагандистской деятельности и защите интересов.

В 2010 г. в число проводимых Сетью мероприятий вошел учебный курс по вовлечению молодежи в сферу борьбы с алкоголем в Венгрии и проведение курса по информационно-пропагандистской деятельности в Словении. В 2011 г. APYN провела учебный курс для молодых исследователей и курс по руководству проектами в отношении алкоголя в Соединенном Королевстве, а также учебный курс для преподавателей-методистов в Литве. В том же году был опубликован отчет о влиянии маркетинга на потребление алкоголя. В июне 2012 г. пройдет первое заседание Генеральной ассамблеи APYN, а в конце года в Словении состоится молодежная конференция.

APYN провела в онлайн-режиме обследование по вопросу воздействия маркетинга с участием 1095 респондентов из 41 страны. Результаты обследования говорят о том, что о периодическом употреблении больших количеств алкоголя чаще сообщают те молодые люди, которые впервые начали употреблять алкоголь в возрасте младше 15 лет. Около 75% опрошенных полагают, что реклама влияет на то, как молодежь воспринимает алкоголь, и что следует запретить рекламу алкоголя, ориентированную на молодых людей; 77% опрошенных считают, что в рекламе алкоголя должны содержаться предупреждения о вреде алкоголя для здоровья. Более 65% респондентов сообщили, что наличие скидок или специальных предложений стимулирует их приобретать алкогольные напитки, а 85% заявили, что для них имеет значение цена напитков.

APYN проводит учебные курсы по таким темам общего характера, как проблемы алкоголя, обучение по принципу "равный-равному", школы информационно-пропагандистской деятельности и курсы для молодых исследователей. Вся эта работа проводится волонтерами. APYN приглашает все государства-члены, желающие проводить такую деятельность у себя, обращаться к сети с предложениями.

Г-жа Lis Sevestre, консультант Европейского регионального бюро, представила анкету для оценки удовлетворенности участников.

В анкету входят вопросы о совещании, EISAH и новой онлайн-системы ввода данных, ответы на которые помогут в планировании работы на следующий год. Проведения такого обследования, помимо прочего, требуют условия соглашения с Европейской комиссией.

Д-р Lars Møller, руководитель программы по алкоголю и запрещенным наркотикам ЕРБ ВОЗ, поблагодарил PARPA, Европейскую комиссию и Министерство здравоохранения и социальной помощи Норвегии за помощь в организации мероприятия. Он также поблагодарил переводчиков, техников, фотографа, докладчиков, сотрудников ВОЗ и всех участников, делавших доклады и комментарии. Доклады, фотографии, отчет о совещании и материалы по теме НИЗ, которые обсуждались на конференции, будут выложены на вебсайт совещания в SharePoint.