

# ПОЛИТИКА В ДЕЙСТВИИ

Инструмент для оценки реализации политики  
в отношении алкоголя





Всемирная организация  
здравоохранения

Европейское региональное бюро

# ПОЛИТИКА В ДЕЙСТВИИ

Инструмент для оценки реализации политики  
в отношении алкоголя

Перевод с английского: Policy in action: A tool for measuring alcohol policy implementation. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2017.

Министерство здравоохранения Российской Федерации оплатило перевод и печать этой публикации на русском языке. Отпечатано в Российской Федерации.

## РЕЗЮМЕ

В Европе отмечаются самые высокие в мире уровни употребления алкоголя и бремени болезней, относимых на счет алкоголя. В 2011 г. все 53 государства-члена в Европейском регионе ВОЗ одобрили Европейский план действий по сокращению вредного употребления алкоголя на 2012–2020 гг. (ЕПДА), в котором предлагается набор вариантов политики, нацеленных на смягчение последствий употребления алкоголя. Для оценки масштаба внедрения рекомендованных норм политики Европейское региональное бюро ВОЗ разработало десять комбинированных показателей – по одному для каждого из десяти направлений действий, определенных в ЕПДА. В настоящем документе описывается структура комбинированных показателей ЕПДА и приводится оценка прогресса, достигнутого государствами-членами в Европейском регионе ВОЗ в десяти заданных направлениях действий. Комбинированные показатели отражают не только наличие политики в области алкоголя, но и ее строгость и всеохватность.

## КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА

Alcohol Drinking – adverse effects

Alcohol Drinking – prevention and control

Alcohol-Related Disorders – prevention and control

Alcoholism – prevention and control

Regional Health Planning

Europe

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

**Publications**

**WHO Regional Office for Europe**

**UN City, Marmorvej 51**

**DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark**

Кроме того, запрос на документацию, информацию по вопросам здравоохранения или разрешение на цитирование или перевод документов ВОЗ можно заполнить на сайте Регионального бюро:

<http://www.euro.who.int/ru/publications/request-forms>.

Фото: Chiyacat/Shutterstock.com

**ISBN 978-9-2890-5327-3**

## © Всемирная организация здравоохранения, 2018

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.

# СОДЕРЖАНИЕ

Выражение благодарности .....	4
Сокращения .....	5
Предисловие .....	6
Введение .....	7
Употребление алкоголя и обусловленный им вред .....	7
Глобальный контекст политики в отношении алкоголя .....	8
Зачем нужны комбинированные показатели .....	10
Методы .....	11
Справочная информация .....	11
Обзор методов, использованных при построении комбинированных показателей ЕПДА .....	12
Источники данных .....	12
Устройство балльной системы .....	13
Выставление баллов .....	16
Обоснование системы балльной оценки .....	17
Ценовая политика и маркетинг алкогольных напитков .....	18
Результаты .....	20
Система оценки .....	20
Региональные показатели .....	21
Анализ .....	26
Выводы .....	26
Усовершенствования по сравнению с предыдущими комбинированными показателями .....	26
Взаимодействие мер политики .....	26
Надежность комбинированных показателей ЕПДА .....	28
Преимущества и недостатки комбинированных показателей ЕПДА .....	28
Работа на будущее .....	30
Заключение .....	31
Литература .....	32
Приложение 1. Упорядоченный по сводным показателям перечень вопросов, отобранных из опросников и использованных для построения комбинированных показателей .....	37
Приложение 2. Подробное описание системы балльной оценки для комбинированных показателей ЕПДА .....	50

# ВЫРАЖЕНИЕ БЛАГОДАРНОСТИ

Первый проект настоящего доклада подготовил консультант Европейского регионального бюро ВОЗ Genim Tan. Техническую редактуру осуществляли консультант Julie Brummer, консультант Lisa Schölin, руководитель программы Lars Møller и директор Отдела неинфекционных заболеваний и укрепления здоровья на всех этапах жизни Европейского регионального бюро ВОЗ Gauden Galea.

Проект осуществлялся совместно с Thomas Karlsson, Esa Österberg и Mikaela Lindeman из Сотрудничающего центра ВОЗ по реализации и оценке политики в отношении алкоголя (Финляндия).

В рамках проекта функционировала экспертно-консультационная группа в следующем составе: Thomas Vabog, кафедра медицинской помощи и здравоохранения на уровне и с участием местных сообществ, медицинский факультет Коннектикутского университета (Соединенные Штаты Америки); Bernt Bull, департамент общественного здравоохранения Министерства здравоохранения и услуг по уходу Норвегии; Vesna-Kerstin Petric, отдел охраны здоровья и профилактики неинфекционных заболеваний Министерства здравоохранения Словении; Emanuele Scafato, Сотрудничающий центр ВОЗ по укреплению здоровья и научным исследованиям в области алкоголя и связанных с алкоголем нарушений здоровья, Национальная обсерватория по проблемам алкоголя, Национальный институт здравоохранения (Италия); Esa Österberg, Национальный институт здравоохранения и социального обеспечения (Финляндия); Татьяна Клименко и Константин Вышинский, Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии, Министерство здравоохранения Российской Федерации; Владимир Позняк, штаб-квартира ВОЗ; Gauden Galea, Lars Møller и Julie Brummer, Европейское региональное бюро ВОЗ; Jürgen Rehm, Панамериканская организация здравоохранения/Сотрудничающий центр ВОЗ по вопросам психического здоровья и аддикции (Канада); Институт стратегий охраны психического здоровья и Институт психического здоровья семьи им. Кэмпбелла, Центр исследования зависимости и психического здоровья (Канада); Институт медицинских наук, кафедра психиатрии и Школа общественного здравоохранения Далла Лана, Университет Торонто (Канада); Институт клинической психологии и психотерапии, Дрезденский технический университет, Дрезден (Германия).

Со сбором и проверкой данных помогали стажер Imke Seifert и консультант Renée Bouhuijs (Европейское региональное бюро ВОЗ).

В работе над настоящим документом также приняли участие ряд рецензентов: Charlie Foster, доцент по специальности «Физическая активность и здоровье населения» и заместитель директора, Центр профилактики НИЗ на уровне населения Британского фонда сердца, кафедра здоровья населения им. Наффилда, Оксфордский университет (Соединенное Королевство); и Emma Plugge, старший научный сотрудник по клиническим исследованиям, Центр тропической медицины и глобального здравоохранения, кафедра клинической медицины им. Наффилда, Оксфордский университет (Соединенное Королевство).

Проект был осуществлен Европейским региональным бюро ВОЗ в рамках Проекта по профилактике НИЗ и борьбе с ними, финансируемого Министерством здравоохранения Российской Федерации.

## СОКРАЩЕНИЯ

AMPHORA	Альянс по научным исследованиям в области алкоголя
УНД	употребление алкоголя на душу взрослого населения
APS	шкала для оценки эффективности политики в отношении алкоголя
ATLAS-SU	Атлас по употреблению психоактивных веществ
УАК	уровень алкоголя в крови
ЕПДА	Европейский план действий по сокращению вредного употребления алкоголя, 2012–2020 гг.
EISAH	Европейская информационная система «Алкоголь и здоровье»
ЕС	Европейский союз
ВВП	валовой внутренний продукт
МКБ-10	Международная классификация болезней 10-го пересмотра
ОЭСР	Организация экономического сотрудничества и развития
PDS	оценка модели употребления алкоголя
ППС	паритет покупательной способности
RSUD	система ресурсов для профилактики и лечения расстройств, обусловленных употреблением алкоголя
СП	сводный показатель
TEASE	инструментарий для оценки строгости и степени реализации политики в отношении алкоголя

# ПРЕДИСЛОВИЕ

В сентябре 2011 г. все 53 государства-члена в Европейском регионе ВОЗ одобрили Европейский план действий по сокращению вредного употребления алкоголя на 2012–2020 гг. (ЕПДА). В плане представлен ряд вариантов политики, основанных на фактических данных, которые нацелены на ограничение доступности алкоголя и снижение спроса на него. Этот план стал новейшим пополнением в серии программных инструментов, которые начали разрабатываться для государств-членов Европейского региона примерно 20 лет назад, когда был одобрен первый план действий в отношении алкоголя.

В резолюции EUR/RC61/R4, которой был утвержден ЕПДА, Европейский региональный комитет ВОЗ рекомендовал государствам-членам в Регионе использовать его для выработки или, при необходимости, пересмотра национальных стратегий и национальных планов действий в отношении алкоголя, а также предложил Региональному директору проводить мониторинг прогресса, эффективности и хода реализации Европейского плана действий. По просьбе государств-членов Региональное бюро представило перечень показателей, которые могут использоваться для поддержки их усилий по осуществлению, оценке и мониторингу национальной политики в отношении алкоголя.

В настоящем отчете описывается структура 10 новых комбинированных показателей, которые дают дополнительные возможности для оценки того, в какой мере государства-члены реализуют программные меры, предусмотренные Планом действий. Система комбинированных показателей включает 34 сводных показателя и отражает прогресс в 10 направлениях действий, определенных ЕПДА. Показатели позволяют определить, осуществило ли государство-член ту или иную меру политики, с учетом уровня эмпирической обоснованности ее эффективности, а также уровня строгости и полноты каждой меры. Таким образом, комбинированные показатели позволяют не только отслеживать, имеет ли государство-член национальную политику в отношении алкоголя, но и осуществлять более подробный мониторинг, оценивая отдельные компоненты этой политики.

Потребность в работе, направленной на содействие государствам-членам в Регионе в реализации политики в отношении алкоголя, основанной на фактических данных, стала еще более очевидной после выпуска издания *Global status report on alcohol and health 2014* [Глобальный доклад ВОЗ о положении в области алкоголя и здоровья, 2014 г.], в котором приводятся данные, показывающие, что Регион продолжает занимать первое место в мире по употреблению алкоголя на душу населения, распространенности эпизодического употребления алкоголя в больших количествах среди взрослых и подростков и доле смертей, относимых на счет алкоголя. Учитывая вред, который алкоголь наносит людям и обществам, пришло время разработать более совершенные методы оценки национальной политики, чтобы обеспечить ее соответствие имеющейся доказательной базе. Комбинированные показатели ЕПДА представляют собой один из таких инструментов, поскольку они дают обобщенную картину того, в какой мере государства-члены внедрили рекомендованные передовые методы, описанные в Плане действий, а также могут использоваться для отслеживания тенденций и сравнения вариантов политики.

Мы надеемся, что секретариат ВОЗ сможет регулярно обновлять показатели для стран, используя данные Европейской информационной системы «Алкоголь и здоровье».

Gauden Galea

Директор Отдела неинфекционных заболеваний и укрепления здоровья на всех этапах жизни  
Европейское региональное бюро ВОЗ

# ВВЕДЕНИЕ

## Употребление алкоголя и обусловленный им вред

Люди употребляли алкоголь во всем мире и во все времена, но в каждой культуре его наделяли разным символическим значением. Он может ассоциироваться с праздниками и пирами, религией и ритуалами, индивидуальностью и конформизмом, либо же просто быть привычным элементом повседневной культуры питания (1). Так или иначе, под этими зачастую романтизированными слоями смысла скрывается отрезвляющий факт: алкоголь вреден для здоровья. Это тератоген, нейротоксин, интоксикант, канцероген и иммунодепрессант (2). Употребление алкоголя стало в 2010 г. пятым по значимости фактором риска глобального бремени болезней (3) и обуславливает, по имеющимся оценкам, 3,3 млн смертей в год; на него также приходится 5,1% от лет жизни, утраченных в результате инвалидности, во всем мире (4). Кроме того, употребление алкоголя было отмечено как важнейший фактор риска среди людей в возрасте 15–49 лет (3).

Употребление алкоголя влечет за собой самые разнообразные негативные последствия. Более 30 категорий в Международной классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-го пересмотра (МКБ-10) приходится на состояния, полностью относимые на счет алкоголя (5, 6), включая расстройства, обусловленные употреблением алкоголя, алкогольные психозы и алкогольный гастрит (1). Кроме того, алкоголь указан в качестве одной из причин более чем в 200 трехзначных рубриках МКБ, которые охватывают такие категории болезней, как рак, сердечно-сосудистые заболевания и нарушения обмена веществ (7). Несмотря на наличие некоторых данных, свидетельствующих о том, что нерегулярное употребление алкоголя в малых количествах снижает вероятность ишемической болезни сердца, ишемического инсульта и сахарного диабета II типа (8, 9), пагубное влияние алкоголя перевешивает его преимущества (10). Помимо хронических заболеваний, проявляющихся после многих лет употребления алкоголя, значительные заболеваемость и смертность также связаны с тяжелыми травмами, получаемыми под его воздействием.

Употребление алкоголя наносит вред не только самому пьющему, но и, в значительной мере, его семье и широкому окружению. Негативные последствия для общества включают в себя ухудшение личных и рабочих взаимоотношений, преступное поведение (такое как вандализм и насилие), потерю производительности и существенные расходы системы здравоохранения (10, 11). В совокупности бремя болезней, относимых на счет алкоголя, и связанные с ним издержки для общества в странах Европейского союза (ЕС) составляют примерно 1,3% валового внутреннего продукта (ВВП) (12). Важно также то, что алкоголь усугубляет неравенства в странах и между ними. Есть убедительные доказательства того, что употребление алкоголя и обусловленный им вред по-разному проявляются в различных социально-экономических группах (13, 14): хотя люди с более низким социально-экономическим статусом употребляют меньше алкоголя, они наносят им больший вред – это явление известно под названием «парадокс вреда от алкоголя». Особенно заметна эта тенденция среди молодежи и среди мужчин (15).

Алкогольные напитки доступны практически во всем мире, но значимость алкоголя как фактора риска во многом зависит от того, как его употреблять. Для здоровья особенно важны два показателя – употребление на душу взрослого населения (УНД) и баллы согласно модели употребления алкоголя (PDS) (см. таблицу 1). У групп населения с равным УНД при более высоких PDS отмечаются менее благоприятные показатели здоровья (16). Общемировое УНД в 2014 г. составило 6,4 литра. Однако это среднее значение скрывает значительные различия в употреблении между географическими регионами. УНД в Европейском регионе ВОЗ составило 10,7 литра; на другом конце спектра – Восточного-Средиземноморский регион, где УНД составляет 0,6 литра (17) и, по данным за 2010 г., 89,8% взрослого населения воздерживаются от употребления алкоголя на протяжении всей жизни (4). В Европейском регионе ВОЗ наиболее низкие PDS отмечаются лишь в нескольких странах Южной и Западной Европы, а модели употребления алкоголя, связанные с наиболее высоким риском, распространены в Российской Федерации и Украине (4). Эпизоды употребления алкоголя в больших количествах особенно вредны для здоровья и являются распространенными причинами травматизма и смертности от сердечно-сосудистых заболеваний. С 1990 г. в Европейском регионе возросла смертность, относимая на счет алкоголя, что в основном обусловлено тенденциями в восточной части Региона, где наблюдалось увеличение на 22% (17).

**Таблица 1. Меры наносимого алкоголем вреда**

Показатель	Определение
УНД	Средний объем алкоголя в пересчете на этиловый спирт, потребляемого лицами в возрасте от 15 лет (в литрах))
PDS	Мера опасности поведения в отношении употребления алкоголя, наблюдаемого у населения, по шкале от 1 (наименьший риск) до 5 (наибольший риск). Показатель рассчитывается на основе следующих переменных: i) количество алкоголя, употребляемое обычно за один эпизод; ii) распространенность и частота употребления алкоголя по праздникам; iii) доля мероприятий, связанных с употреблением алкоголя, в ходе которых участниками достигается состояние опьянения; iv) доля пьющих, употребляющих алкоголь каждый или почти каждый день; v) распространенность употребления алкоголя с приемом пищи; и vi) распространенность употребления алкоголя в общественных местах (4)

## Глобальный контекст политики в отношении алкоголя

Развитие международной политики в отношении алкоголя происходит медленно, но уверенно. В Европейском регионе многие годы отмечается самый высокий уровень употребления алкоголя, и это побудило Региональное бюро взять на себя ведущую роль в совместных стратегических действиях по борьбе с употреблением алкоголя и наносимым им вредом. С момента принятия в 1992 г. новаторского европейского плана действий в отношении алкоголя этот вопрос регулярно фигурировал в работе Европейского и других региональных бюро, а также Всемирной ассамблеи здравоохранения (см. таблицу 2). В мае 2010 г. эти усилия увенчались принятием резолюции WHA63.13, в которой была одобрена глобальная стратегия сокращения вредного употребления алкоголя (18). Все 193 государства-члена ВОЗ пришли к этому историческому консенсусу относительно методов снижения наносимого алкоголем вреда благодаря широкому процессу консультаций с участием различных заинтересованных сторон (19). Цели глобальной стратегии – укрепление решимости правительств, развитие базы знаний, наращивание потенциала государств-членов, укрепление партнерств и улучшение координации, а также совершенствование систем мониторинга и эпиднадзора в целях ограничения вредного употребления алкоголя (18). Стратегия также включает рекомендованный комплекс мер, основанных на фактических данных, которые сгруппированы по 10 направлениям деятельности (см. таблицу 3). Впоследствии Региональное бюро разработало Европейский план действий по сокращению вредного употребления алкоголя на 2012–2020 гг. (ЕПДА), который в сентябре 2011 г. был принят всеми 53 государствами-членами Европейского региона (2). ЕПДА полностью согласован с глобальной стратегией ВОЗ и включает целый комплекс вариантов политики, направленных на ограничение доступности алкоголя и снижение спроса на него. К предложенным мерам относятся ограничения рекламы, акцизные сборы, установление минимального возраста для приобретения алкоголя, краткосрочные вмешательства в системе здравоохранения и программы лечения по месту работы.

**Таблица 2. История деятельности ВОЗ в сфере международной политики в отношении алкоголя, 1992–2011 гг.**

Год	Орган	Действие
1992	Европейский региональный комитет ВОЗ	Европейский план действий по борьбе с потреблением алкоголя, 1992–1999 гг. (резолюция EUR/RC42/R8 Европейского регионального комитета ВОЗ)
1995	Европейское региональное бюро ВОЗ	Европейская хартия по алкоголю (принята на Европейской конференции «Здоровье, общество и алкоголь», 1995 г.)
1999	Европейский региональный комитет ВОЗ	Европейский план действий по борьбе с потреблением алкоголя, 2000–2005 гг. (резолюция EUR/RC49/R8 Европейского регионального комитета ВОЗ)
2001	Европейский региональный комитет ВОЗ	Декларация «Молодежь и алкоголь» (резолюция EUR/RC51/R4 Европейского регионального комитета ВОЗ)
2005	Штаб-квартира ВОЗ	Проблемы общественного здравоохранения, вызываемые вредным употреблением алкоголя (резолюция WHA58.26 Всемирной ассамблеи здравоохранения)
2005	Европейский региональный комитет ВОЗ	Основы политики в отношении алкоголя в Европейском регионе ВОЗ (резолюция EUR/RC55/R1 Европейского регионального комитета ВОЗ)
2006	Региональный комитет ВОЗ для стран Юго-Восточной Азии	Контроль употребления алкоголя – варианты политики в регионе Юго-Восточной Азии (резолюция SEA/RC59/15 Регионального комитета ВОЗ для стран Юго-Восточной Азии)

Год	Орган	Действие
2006	Региональный комитет ВОЗ для стран Западной части Тихого океана	Региональная стратегия по сокращению вреда, наносимого алкоголем (резолюция WPR/RC57.R5 Регионального комитета ВОЗ для стран Западной части Тихого океана)
2006	Региональный комитет ВОЗ для стран Восточного Средиземноморья	Проблемы общественного здравоохранения, связанные с употреблением алкоголя, в регионе Восточного Средиземноморья (резолюция EM/RC53/R.5 Регионального комитета ВОЗ для стран Восточного Средиземноморья)
2007	Штаб-квартира ВОЗ	Комитет экспертов ВОЗ по проблемам, связанным с потреблением алкоголя (Серия технических докладов ВОЗ, № 944, 2007 г.)
2008	Штаб-квартира ВОЗ	Стратегии сокращения вредного употребления алкоголя (резолюция WHA61.4 Всемирной ассамблеи здравоохранения)
2010	Штаб-квартира ВОЗ	Глобальная стратегия сокращения вредного употребления алкоголя (резолюция WHA63.13 Всемирной ассамблеи здравоохранения)
2010	Региональный комитет ВОЗ для стран Африки	Сокращение вредного употребления алкоголя: стратегия для Африканского региона ВОЗ (резолюция AFR/RC60/R2 Регионального комитета ВОЗ для стран Африки)
2011	Региональное бюро ВОЗ для стран Америки	План действий по сокращению вредного употребления алкоголя (резолюция CD51.R14 Регионального комитета ВОЗ для стран Америки)
2011	Европейский региональный комитет ВОЗ	Европейский план действий по сокращению вредного употребления алкоголя, 2012–2020 гг. (резолюция EUR/RC61/R4 Европейского регионального комитета ВОЗ)

Источники: ВОЗ (2, 4, 18); Babor (11); Rekke (20)

**Таблица 3. Глобальная стратегия сокращения вредного употребления алкоголя: направления для осуществления рекомендуемых вариантов политики и мероприятий**

Целевые направления	Варианты политики и мероприятия
Лидерство, информированность и приверженность	Выражение политической приверженности через адекватно финансируемые, всеобъемлющие и межсекторальные национальные меры политики, опирающиеся на фактические данные и учитывающие местные обстоятельства
Ответные меры служб здравоохранения	Обеспечение профилактики и лечения лиц, подвергающихся риску или страдающих нарушениями, вызванными употреблением алкоголя, и связанными с этим состояниями, и их семей
Действия по месту жительства и работы	Использование накопленных местными сообществами знаний и опыта в целях изменения коллективных форм поведения
Лидерство, информированность и приверженность	Выражение политической приверженности через адекватно финансируемые, всеобъемлющие и межсекторальные национальные меры политики, опирающиеся на фактические данные и учитывающие местные обстоятельства
Ответные меры служб здравоохранения	Обеспечение профилактики и лечения лиц, подвергающихся риску или страдающих нарушениями, вызванными употреблением алкоголя, и связанными с этим состояниями, и их семей
Действия по месту жительства и работы	Использование накопленных местными сообществами знаний и опыта в целях изменения коллективных форм поведения
Политика и контрмеры в отношении управления транспортными средствами в состоянии алкогольного опьянения	Принятие мер сдерживания, нацеленных на сокращение вероятности того, что гражданин будет управлять транспортным средством в состоянии опьянения; создание более безопасной среды для управления транспортными средствами, с тем чтобы сократить вероятность и тяжесть вреда, сопутствующего авариям, совершенным под влиянием алкогольного опьянения
Доступность алкогольных напитков	Устранение легкого доступа к алкогольным напиткам для уязвимых и подвергающихся высокому риску групп населения; снижение социальной доступности алкогольных напитков для содействия изменению социальных и культурных норм, создающих условия для вредного употребления алкоголя
Маркетинг алкогольных напитков	Защита молодых людей посредством регулирования информационного наполнения маркетинговых сообщений в отношении алкоголя и масштабов воздействия такого маркетинга на молодежь

Целевые направления	Варианты политики и мероприятия
Ценовая политика	Повышение цен на алкогольные напитки в целях сокращения употребления спиртного несовершеннолетними, противодействия переходу к употреблению алкоголя в больших количествах и/или к эпизодическим случаям употребления алкоголя в больших количествах, а также оказания воздействия на предпочтения потребителей
Сокращение негативных последствий употребления спиртных напитков и алкогольной интоксикации	Снижение вреда, наносимого алкогольным опьянением, за счет регулирования среды употребления алкогольных напитков и информирования потребителей
Сокращение воздействия на здоровье населения алкогольных напитков, произведенных незаконно или неорганизованным сектором	Сокращение негативных последствий употребления алкогольных напитков, произведенных незаконно или неорганизованным сектором, за счет хорошего знания рынка, надлежащей законодательной основы и активных мер ее соблюдения
Мониторинг и эпиднадзор	Разработка систем эпиднадзора для контроля за масштабом вреда, наносимого алкоголем, и тенденциями в этой области, а также активизации информационно-просветительской деятельности, формирования политики и оценки эффективности принимаемых мер

Источник: ВОЗ (18)

## Зачем нужны комбинированные показатели

Несмотря на предлагаемые Региональным бюро меры политики, в странах Европы сохраняются тревожные уровни вреда, относимого на счет алкоголя. Алкоголь отмечается в качестве одного из факторов в 15% случаев смерти в Европейском регионе (17). На основании этого можно заключить, что практика отстает от теории. Если это действительно так, то как определить, в какой мере государства-члены внедрили рекомендованную передовую практику, описанную в Европейском плане действий? Один из возможных способов оценки многоаспектных явлений (таких как эффективность реализации национальной политики в отношении алкоголя) – объединение отдельных показателей в комбинированный показатель на основе базовой модели (21). Такие агрегированные индексы применяются во множестве областей науки и политики, как правило для сравнения организаций, институтов или стран (22). К известным примерам относятся индекс развития человеческого потенциала (23), индекс глобальной конкурентоспособности (24), индекс восприятия коррупции (25), индекс общего достижения систем здравоохранения (26, 27) и индекс лучшей жизни (28). Привлекательность комбинированных показателей состоит в том, что они позволяют в сводной форме наглядно представить большой объем информации, которую необходимо учитывать при принятии решений и расстановке приоритетов. В настоящем отчете описана структура 10 новых комбинированных показателей, позволяющих оценить полноту национальных стратегий и планов в отношении алкоголя (т. е. количество действующих программных мер и степень соответствия каждой из них установленным стандартам). В отчете также рассказывается о том, какие именно меры в каждом из направлений ЕПДА реализуются государствами-членами в Регионе, а о также преимуществах и недостатках комбинированных показателей.

# МЕТОДЫ

## Справочная информация

Универсальной методики для формирования комбинированных показателей не существует. Успех зависит от навыков построения моделей и оценивается по принципу соответствия поставленной задаче. По сути, качество комбинированного показателя сводится к качеству теоретической основы и используемых источников данных (21).

Важную роль играет присвоение веса каждому из компонентов показателя. Иными словами, необходимо ответить на следующий вопрос: должны ли все компоненты иметь одинаковое значение, или же некоторые должны быть в приоритете? Возможно также оставить это на усмотрение каждого пользователя. Пример такого подхода – «индекс лучшей жизни» Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР). При помощи интерактивной платформы пользователи могут задать удельный вес для каждого из 11 аспектов, включая образование, здоровье и баланс между работой и личной жизнью, и получить сформированный с учетом этих приоритетов рейтинг стран относительно благополучия (28).

Гибкий подход, используемый при формировании индекса лучшей жизни, наглядно показывает, что единственно правильного метода распределения весов не существует. Однако традиционно разработчики комбинированных индексов используют более статичный метод. При расчете индекса развития человеческого потенциала, публикуемого Программой развития Организации Объединенных Наций, используется равновесный подход. Учитываются три измерения человеческого развития: «долголетие и здоровье» (или просто «здоровье»; оценивается по ожидаемой продолжительности жизни при рождении), «знания» (или «образование»; рассчитывается как среднеарифметическое средней продолжительности обучения и ожидаемой продолжительности обучения) и «достойный уровень жизни» (или «доход»; измеряется валовым национальным доходом на душу населения в международных долларах, рассчитываемых по паритету покупательной способности (ППС)). Индекс человеческого развития государства-члена рассчитывается на основе среднего геометрического индексов трех отдельных измерений. Каждому измерению присваивается равный вес (23).

Другой хорошо известный пример – комбинированный показатель общих достижений систем здравоохранения, опубликованный ВОЗ в 2000 г. и состоящий из пяти компонентов: здоровье, неравенства в системе медико-санитарного обслуживания, способность к реакции, неравенство в способности к реакции и справедливость денежных отчислений. Для определения веса каждого из компонентов был проведен интернет-опрос среди сотрудников ВОЗ (работающих в штаб-квартире, в региональных бюро и страновых офисах) и посетителей веб-сайта ВОЗ. Было принято допущение о том, что респонденты обладают необходимыми специальными знаниями на основании того, что они были сотрудниками ВОЗ или же проявили интерес к веб-сайту организации (26, 27).

В том, что касается политики в отношении алкоголя, недавно была произведена оценка влияния политики в данной сфере, действующей в Соединенных Штатах Америки, на поведение в отношении употребления алкоголя. В исследовании применялся как равновесный, так и разновесный подход (29, 30). Шкала для оценки эффективности политики в отношении алкоголя (APS) – комбинированный показатель, созданный для оценки взаимосвязи между различными антиалкогольными программными мерами, действующими в разных штатах, и вредным употреблением алкоголя. Для разработки APS была сформирована группа из 10 экспертов, которой было поручено предложить варианты эффективных программных мер, на основе которых будет рассчитываться комбинированный показатель, а также составить рейтинг эффективности политики (ее действенности как средства для сокращения вредного употребления алкоголя) и степени ее осуществления (строгости политики). В рамках выбранной методики предусматривалось проведение первичного опроса экспертов через интернет, а затем – очной экспертной дискуссии и последующего индивидуального опроса экспертов для окончательной оптимизации рейтинга эффективности и степени осуществления политики. Исследователи рассмотрели несколько возможных методов конструирования APS, включая как равновесные методы (при которых учитывалось количество существующих в каждом штате мер политики – по одному баллу за меру), так и методы, в которых учитывалась поправка на эффективность и степень осуществления. Все методы позволяли получить значения APS, в значительной степени

коррелирующие с результатами в отношении употребления алкоголя, однако методы, использующие рейтинг эффективности и степени осуществления, показали более высокую точность (29, 30).

В рамках других инициатив по количественной оценке и сравнению общей политики правительств стран в отношении алкоголя веса присваивались на основании экспертных заключений и анализа доказательной базы (см. шкалу Альянса по научным исследованиям в области алкоголя (AMPHORA) (31), индекс политики в отношении алкоголя (32) и Инструментарий для оценки строгости и степени реализации политики в отношении алкоголя – 16 (TEASE-16) (33)). Проекты по созданию индекса политики в отношении алкоголя и TEASE-16 также предусматривали оценку различных систем распределения весов в рамках анализа чувствительности.

## **Обзор методов, использованных при построении комбинированных показателей ЕПДА**

Для настоящего проекта в качестве источника переменных для построения комбинированных показателей был выбран ЕПДА. В Плане представлен широкий спектр программных инструментов, отвечающих текущим рекомендациям, основанным на фактических данных. Это повышает актуальность комбинированных показателей, поскольку позволяет учесть все аспекты национальной политики в отношении алкоголя (34). Кроме того, у Регионального бюро есть действующие процедуры сбора информации о политике по показателям, соответствующим каждому из направлений, благодаря чему снижается вероятность проблем, связанных с нехваткой или несопоставимостью данных. Наконец, поскольку ЕПДА одобрен всеми 53 государствами-членами в Европейском регионе, основанные на нем комбинированные показатели с большей вероятностью найдут понимание среди руководителей системы здравоохранения и лиц, отвечающих за разработку политики в данной области.

Разработка и оценка комбинированных показателей ЕПДА осуществлялась в два этапа. Целью первого из них было построить схему расчета баллов путем агрегирования, масштабирования и взвешивания выбранных показателей, характеризующих национальную политику в отношении алкоголя. Данный этап был реализован посредством очного заседания экспертно-консультативной группы проекта и последующих консультаций посредством электронной почты. На втором этапе собирались и кодировались необходимые данные по государствам-членам, а также рассчитывались значения комбинированных показателей для стран, по которым имелся достаточный объем данных. Методологическая основа проекта формировалась с опорой на справочники по разработке комбинированных показателей (21, 35), а также на результаты предыдущих работ по индексам регулирования алкоголя (31, 32). Каждый из указанных этапов будет подробно рассмотрен ниже.

## **Источники данных**

Основные источники данных для данного проекта – Европейская информационная система «Алкоголь и здоровье» (EISAH) и Европейская региональная система ресурсов для профилактики и лечения расстройств, обусловленных употреблением алкоголя (RSUD). Эти базы данных из Европейского региона ВОЗ содержат страновые показатели, связанные с алкоголем.

Основной имеющийся в распоряжении ВОЗ инструмент для сбора у всех государств-членов информации о политике в отношении алкоголя, употреблении алкоголя, последствиях употребления алкоголя для здоровья и национальных системах мониторинга и эпиднадзора – это глобальное обследование «Алкоголь и здоровье». В Европейском регионе Региональное бюро и Европейская комиссия совместно проводят доработанную версию глобального опроса. Основным инструментом ВОЗ для оценки и мониторинга ресурсов систем здравоохранения во всем мире, предназначенных для борьбы с расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ – это опросник под названием «Атлас по употреблению психоактивных веществ» (ATLAS-SU). Данный опросник заполняется назначенными национальными экспертами, которые консультируются при этом с другими экспертами из соответствующих стран. Полученные данные загружаются в региональные и глобальные базы данных ВОЗ, включая EISAH и RSUD.

В настоящем проекте использованы преимущественно данные глобального обследования «Алкоголь и здоровье», проведенного в 2012 г., и опросника ATLAS-SU за 2014 г. Для актуализации ряда показателей использовались ответы на глобальный опрос ВОЗ о прогрессе в реализации политики в отношении алкоголя,

проведенный в 2015 г., поскольку в этом опросе также использовались эти показатели, а в июне 2016 г. национальных экспертов, назначенных контактными лицами, по электронной почте просили подтвердить или актуализировать имеющиеся данные. Таким образом, для расчета комбинированных показателей использовались наиболее актуальные данные.

Оценка валового национального дохода стран по ППС на 2015 г. получена от Всемирного банка (36)<sup>1,2</sup>

## Устройство балльной системы

Предназначение балльной системы состоит в том, чтобы создать логически последовательную процедуру, при помощи которой можно сжать большой объем информации о политике, представив ее в виде числовых значений по каждому из 10 направлений действий ЕПДА. На этом этапе важно было учесть следующие аспекты:

- страны с более эффективной политикой должны получать больше баллов, чем те, чья политика менее эффективна, но при этом у всех государств-членов Европейского региона должна быть теоретическая возможность получить максимальное количество баллов;
- должны быть представлены все 10 направлений действий ЕПДА, а в рамках каждого направления приоритет отдается тем вариантам политики, которые более активно продвигаются Всемирной организацией здравоохранения;
- балльная система должна быть основана на научных данных и отражать передовую практику.

На совещании, прошедшем в Региональном бюро в апреле 2015 г., экспертно-консультативная группа отобрала из опросников ВОЗ набор вопросов, наиболее актуальных для сравнительного анализа политики и оценки масштаба реализации ЕПДА. Затем отобранные вопросы были разделены на тематические группы. Поскольку переменные в каждой группе концептуально взаимосвязаны, их можно объединить в рамках общего сводного показателя (СП). Каждый СП отражает оценку определенного аспекта политики в отношении алкоголя и выступает в качестве составной части комбинированного показателя по тому или иному направлению действий ЕПДА. Примеры СП: ограничение времени продажи алкоголя, местные мероприятия по сокращению вреда, наносимого алкоголем, и юридически обязательные ограничения на скрытую рекламу. Для составления некоторых СП потребовалось пересчитать и перекодировать имеющиеся переменные, о чем будет рассказано подробнее в одном из последующих разделов. Окончательный перечень из 34 СП был разделен по 10 направлениям действий ЕПДА. Полный список вопросов, использованных для настоящего проекта, приводится в приложении 1.

Поскольку при формировании сводных показателей было необходимо минимизировать потери в точности, были введены оценки для обозначения различной степени успеха по каждому СП. В зависимости от конкретной области такая оценка может отражать степень строгости политики (например, минимальный возраст) или ее всеохватность (например, охват системы мониторинга).

Для показателей, касающихся маркетинга (показатели 6.1–6.4) и ценовой доступности (показатель 7.2), использовался подход вложенных диапазонов. В случае показателей маркетинга баллы выставляются по нескольким категориям (например, по нескольким рекламным платформам) в соответствии с уровнем ограничений, применяемым к различным видам алкогольных напитков (подробнее см. приложение 2). Сумма баллов по всем пунктам соответствует тому или иному диапазону, который и определяет окончательное значение показателя. Данная методика ранее была использована Esser и Jernigan (38) (см. пример в таблице 4). В случае показателя ценовой доступности диапазон определяется согласно индексам цен на различные виды алкогольных напитков. Используемый ценовой индекс представляет собой видоизмененный вариант показателя ценовой доступности, впервые введенного Brand et al. (31) и определяемого следующим образом:

### Ценовой индекс

$$= 10\,000 \times \frac{\text{Цена в евро (стандартные емкости: 0,50 л (пиво), 0,75 л (вино) и 0,7 л (крепкие спиртные напитки))}}{\text{Среднедушевой ВНД по ППС (в международных долларах на настоящий момент)}}$$

<sup>1</sup> Поскольку у Всемирного банка отсутствуют данные по Андорре, взята оценка валового национального дохода (в международных долларах по ППС за 2011 г.) из Доклада о человеческом развитии (37).

<sup>2</sup> Последняя имеющаяся оценка Всемирного банка – за 2013 г.

**Таблица 4. Пример баллов юридически обязательных ограничений на скрытую рекламу (показатель 6.2) в соответствии с методом вложенных диапазонов<sup>а</sup>**

Пункт	Вид алкогольных напитков	Форма ограничения	Баллы (уровень ограничения)
Национальное телевидение	Пиво	Запрет	3
	Вино	Частичное законодательное	2
	Крепкие спиртные напитки	Добровольное	1
Национальное телевидение	Пиво	Отсутствует	0
	Вино	Запрет	3
	Крепкие спиртные напитки	Запрет	3
Кино	Пиво	Запрет	3
	Вино	Запрет	3
	Крепкие спиртные напитки	Запрет	3
<i>Итого баллов</i>			21
<i>Диапазон</i>			4
<i>Окончательное значение показателя</i>			12

<sup>а</sup> См. приложение 2, раздел 6.

Помимо детальных аспектов каждой области политики, при разработке балльной системы также учитывалась возможная разница в эффективности программных мер в рамках каждого направления. Вместо оценки всех возможных мероприятий как одинаково эффективных каждый СП взвешивался в соответствии с тем, насколько эффективность мер подтверждена фактическими данными.

Умножение суммы баллов на весовой коэффициент дает взвешенное значение СП. Арифметическая сумма всех СП дает общий показатель по данному направлению действий.

Члены экспертно-консультативной группы представили первые комментарии к шкалам и весам для каждого СП в рамках консультаций по электронной почте в июне 2015 г. Региональное бюро и Сотрудничающий центр ВОЗ по реализации и оценке политики в отношении алкоголя разработали руководство по оценке на основе мнений экспертов и с опорой на работу Alcohol: no ordinary commodity [Алкоголь: непростой товар] (11). В этой книге многочисленным программным мерам дается оценка по шкале от 0 до 3 с разбивкой на три аспекта: эффективность, обширность научного обоснования и объем межнационального тестирования. Для целей настоящего проекта эти количественные рейтинги были переведены в пять значений мультипликатора (см. таблицу 5). Для распределения полученных значений мультипликатора использовались также другие работы, в которых приводится обзор имеющихся данных (10, 39). Руководство по оценке было представлено членам экспертно-консультативной группы на итоговую рецензию в октябре 2015 г.

В целом система комбинированных показателей основана на концептуальной базе (ЕПДА), и для определения показателей в их составе и весов применялся систематический подход, основанный на фактических данных. Изначально рассматривались также альтернативные методы построения комбинированных показателей, основанные на статистике. Например, при помощи метода главных компонент и факторного анализа возможно «[объединить] отдельные коллинеарные показатели в комбинированный показатель, отражающий максимум информации, которая является общей для отдельных показателей» (21). Эти методы используются из соображений экономии ресурсов и для предотвращения двойного зачета пересекающихся переменных. Однако статистический подход был признан нецелесообразным ввиду того, что комбинированные показатели ЕПДА призваны быть инструментом для популяризации мер политики. Необходимо четко понимать, что статистические закономерности «не всегда соответствуют связям, существующим в реальном мире, и фактическим отношениям между показателями и феноменами, подвергаемыми оценке» (35). В рамках комбинированных показателей необходимо сохранить все актуальные элементы ЕПДА, независимо от их статистического вклада в общее отклонение, для того чтобы подчеркнуть практическую важность этих показателей. Кроме того, комбинированный показатель с прочной теоретической основой и прозрачной системой оценки с большей вероятностью вызовет доверие у лиц, формирующих политику, нежели абстрактная статистическая модель. Этапы построения системы балльной оценки показаны на рис. 1.

**Таблица 5. Описание инструмента, использованного для взвешивания СИ**

Мультипликатор	Описание	Рейтинги Babor et al. <sup>a</sup>
5x	Продемонстрирована стабильно высокая эффективность на разных группах населения ИЛИ фундаментальная инфраструктура здравоохранения, необходимая для реализации и поддержания эффективных мер	<ul style="list-style-type: none"> <li>Эффективность: 3</li> <li>Обширность научного обоснования/ межнационального тестирования: 2 или 3</li> </ul>
4x	Продемонстрирована высокая эффективность в ограниченном количестве исследований и групп населения ИЛИ продемонстрирована стабильно умеренная эффективность на разных группах населения	<ul style="list-style-type: none"> <li>Эффективность: 3</li> <li>Обширность научного обоснования/ межнационального тестирования: 1 или 2</li> </ul> ИЛИ <ul style="list-style-type: none"> <li>Эффективность: 2</li> <li>Обширность научного обоснования/ межнационального тестирования: 2 или 3</li> </ul>
3x	Продемонстрирована умеренная эффективность в ограниченном количестве исследований и групп населения	<ul style="list-style-type: none"> <li>Эффективность: 2</li> <li>Обширность научного обоснования/ межнационального тестирования: 1 или 2</li> </ul>
2x	Ограниченная эффективность ИЛИ недостаточно данных для оценки эффективности	<ul style="list-style-type: none"> <li>Эффективность: 1</li> </ul> ИЛИ <ul style="list-style-type: none"> <li>Эффективность: неизвестна</li> </ul>
1x	Самостоятельная эффективность не показана, но может представлять ценность в составе пакета программных мер	<ul style="list-style-type: none"> <li>Эффективность: 0</li> </ul>

<sup>a</sup> Babor et al. (11)

**Рис. 1. Этапы построения системы балльной оценки (на примере показателя 1.1)**



## Выставление баллов

Ответы государств-членов в Европейском регионе на соответствующие вопросы обследований были получены из наборов данных, составленных ВОЗ. Как указано в разделе об источниках данных, национальные эксперты, назначенные контактными лицами для ВОЗ, имели возможность обновить эти ответы в июне 2016 г. Таким образом, использовались самые актуальные данные.

Отсутствующие величины были заменены нулями. При отсутствии значительной части (более 20%) данных по тому или иному направлению действий комбинированный показатель для соответствующего государства-члена не рассчитывался.

Для того чтобы обеспечить совместимость с системой балльной оценки, полученные из наборов данных ВОЗ переменные, касающиеся политики, были вручную перекодированы. Так, в наборе данных об ограничении времени продажи алкогольных напитков, полученном из системы EISAH, содержится 12 двоичных переменных, кодирующих различные сочетания возможности заказывать алкоголь в питейных заведениях или приобретать навынос<sup>3</sup>, ограничений по времени и дням продажи алкоголя и видам алкогольных напитков. Эти переменные были объединены в СП (показатель 5.3) и перекодированы с использованием категорий (0, 1, 2, 3, 4), определенных в системе балльной оценки (см. таблицу 6).

В таблице 7 указано количество комбинированных показателей, сформированных для каждого направления действий. Оно соответствует числу государств-членов, для которых доступно не менее 80% данных.

**Таблица 6. Три возможных сочетания значений переменных, определяющих доступность алкоголя по времени<sup>a</sup>**

Переменные	Страна А	Страна Б	Страна В
В заведении/время/пиво	Да	Да	Нет
В заведении/время/вино	Да	Да	Нет
В заведении/время/крепкие напитки	Да	Да	Нет
В заведении/дни/пиво	Нет	Нет	Нет
В заведении/дни/вино	Нет	Нет	Да
В заведении/дни/крепкие напитки	Нет	Нет	Да
Навынос/время/пиво	Да	Нет	Нет
Навынос/время/вино	Да	Нет	Нет
Навынос/время/крепкие напитки	Да	Нет	Нет
Навынос/дни/пиво	Нет	Нет	Нет
Навынос/дни/вино	Нет	Нет	Да
Навынос/дни/крепкие напитки	Нет	Нет	Да
Сумма баллов	4	3	2
Итоговое взвешенное значение показателя 5.3	12	9	6

<sup>a</sup> См. подробное описание системы балльной оценки в приложении 2.

**Таблица 7. Число государств-членов, участвующих в реализации каждого направления действий**

Направление действий	Число участвующих государств-членов
Лидерство, информированность и приверженность	47
Ответные меры служб здравоохранения	34
Действия на уровне местных сообществ и на уровне предприятий и организаций	47
Политика и контрмеры в отношении управления транспортными средствами в состоянии алкогольного опьянения	53

<sup>3</sup> Под заказом алкоголя в питейных заведениях понимается продажа алкогольных напитков для употребления на месте, осуществляемая в барах, кафе и ресторанах; приобретение алкоголя навынос – продажа алкогольных напитков в пунктах розничной торговли (таких как супермаркеты или магазины на автозаправках), не предполагающая их употребления на месте.

Направление действий	Число участвующих государств-членов
Доступность алкогольных напитков	53
Маркетинг алкогольных напитков	53
Ценовая политика	45
Уменьшение негативных последствий употребления спиртных напитков и алкогольной интоксикации	52
Уменьшение последствий для общественного здоровья, связанных со спиртными напитками, изготовленными незаконно и в неорганизованном секторе	53
Мониторинг и эпиднадзор	52

## Обоснование системы балльной оценки

Поскольку описывать все аспекты каждого направления действий в настоящем докладе было бы нецелесообразно, мы приводим лишь краткий обзор теоретических допущений и принципов оценки по выбранным показателям – см. таблицу 8. Вместе с тем в настоящем разделе поясняются принципы и допущения, лежащие в основе двух видов «наиболее выгодных вмешательств», рекомендованных ВОЗ для сокращения вредного употребления алкоголя и, как результат, бремени неинфекционных заболеваний, – мер в области ценовой политики и маркетинга, – поскольку к ним применяется более сложный порядок обработки данных и расчета баллов.

**Таблица 8. Обзор научных данных и принципов оценки выбранных показателей**

Показатель	Стратегическое обоснование и оценочные допущения
1.4 Мероприятия по повышению уровня информированности	Большинство общественно-просветительских кампаний не приводят к долгосрочным изменениям в поведении, связанном с употреблением алкоголя (11), за исключением кампаний на тему управления транспортными средствами в состоянии алкогольного опьянения (40). Вместе с тем просветительские мероприятия значительно помогают распространять знания и заручиться поддержкой общества при реализации политики в отношении алкоголя (41). <i>Предположение: проведение просветительских мероприятий по более широкому кругу тематик позволяет повысить информированность населения.</i>
2.1 Скрининг и краткое профилактическое консультирование по вопросам вредного и опасного употребления алкоголя	Краткое профилактическое консультирование в рамках первичной медико-санитарной помощи обеспечивает клинически значимое сокращение употребления алкоголя среди не страдающих зависимостью потребителей, подверженных высокому риску (42). <i>Предположение: известно, что широкомасштабному внедрению краткого профилактического консультирования может значительно препятствовать недостаточная мотивация и недостаточная уверенность практикующих специалистов. Предполагается, что это возможно компенсировать за счет надлежащей подготовки и стандартизации руководящих принципов (43).</i>
3.2 Профилактика/консультации в отношении алкоголя на уровне предприятий и организаций	Эффективность программ, реализуемых на рабочем месте, таких, как программы взаимной поддержки, в сокращении вреда, наносимого алкоголем, недостаточно доказана (41).
3.3 Меры на уровне местных сообществ по снижению вреда, связанного с употреблением алкоголя	Многокомпонентные программы, реализуемые по месту жительства, могут мобилизовать местные сообщества, изменить коллективное поведение и усилить соблюдение политики в отношении алкоголя (41).
4.1 Предельный уровень алкоголя в крови (УАК) при управлении транспортным средством	Риск дорожно-транспортного происшествия при повышении УАК растет экспоненциально и особенно резко увеличивается при УАК выше 0,5 г/л (44). Предпочтительно, чтобы предельный УАК устанавливался законом на более низком уровне, поскольку даже небольшой УАК влияет на способность управлять транспортным средством (45).
4.2 Обеспечение соблюдения норм при помощи пунктов проверки на трезвость	Стратегии, увеличивающие осознаваемый водителями риск ареста, значительно сокращают число случаев вождения в нетрезвом виде (11).

4.3 Обеспечение соблюдения норм посредством выборочных проверок на предмет содержания паров алкоголя в выдыхаемом воздухе	Стратегии, увеличивающие осознаваемый водителями риск ареста, значительно сокращают число случаев вождения в нетрезвом виде (11).
5.1 Минимальный возраст, позволяющий заказывать алкоголь в питейных заведениях и приобретать его навынос	Увеличение минимального возраста для употребления алкоголя ассоциирует со снижением употребления алкоголя и числа дорожно-транспортных происшествий (46). <i>Предположение: заказ алкоголя в питейных заведениях и приобретение его навынос считаются взаимозаменяемыми. Различные виды напитков считаются взаимозаменяемыми.</i>
5.2 Контроль розничной продажи	Наиболее эффективный механизм регулирования доступности алкоголя – государственная монополия. Следующий по предпочтительности вариант – система лицензирования, которая определяет, какие предприятия могут продавать алкоголь, а также точные условия продажи (47).
5.3 Ограничения, касающиеся времени продажи	Продление времени торговли всего на один-два часа приводит к значительному росту числа случаев насилия, дорожно-транспортных происшествий с участием механических транспортных средств и травм, связанных с падением (48, 49). <i>Предположение: заказ алкоголя в питейных заведениях и приобретение его навынос считаются взаимозаменяемыми. Различные виды напитков считаются взаимозаменяемыми</i>
5.4 Ограничения, касающиеся расположения точек продажи	Чем больше предприятий, торгующих алкоголем, тем легче его приобрести. Неоднократно подтверждалась положительная взаимосвязь между плотностью расположения точек продажи алкоголя и связанными с ним проблемами (11). <i>Предположение: заказ алкоголя в питейных заведениях и приобретение его навынос считаются взаимозаменяемыми. Различные виды напитков считаются взаимозаменяемыми</i>
5.6 Общественная среда, свободная от алкоголя	Запрет на распитие алкогольных напитков в общественном месте может сократить объем употребления алкоголя и социальный доступ к алкоголю у молодежи (11).
7.3 Прочие ценовые меры	Наиболее существенное влияние на уровень употребления алкогольных напитков оказывает повышение цен на дешевый алкоголь (50). Снижение цен ведет к увеличению объема алкоголя, заказываемого в заведениях и приобретаемого навынос (52). Могут вводиться новые продукты, направленные на уязвимые группы населения: так, алкогольные напитки с различными вкусовыми добавками увеличивают употребление алкоголя среди подростков (53).
8.1 Обучение персонала заведений	Возможно изменение практики обслуживания в заведениях общественного питания: в частности, персонал может отказывать достигшим опьянения посетителям в обслуживании, а также предлагать вместо алкоголя еду (11).
8.2 Этикетки с предупреждением о вреде для здоровья	Помещение на емкостях с алкогольными напитками этикеток с предупреждением о вреде для здоровья само по себе не влияет на поведение в отношении алкоголя, но может влиять на смежные переменные, такие как намерение изменить модель потребления и готовность принимать меры в отношении употребления алкоголя другими лицами (54).

## Ценовая политика и маркетинг алкогольных напитков

Основная задача ценовой политики – ограничивать способность или желание потребителей приобретать алкоголь. Неоднократно демонстрировалось, что повышение цен на алкогольные напитки приводит к сокращению их потребления (50, 55). Этот эффект наблюдается в случае и пива, и вина, и крепких спиртных напитков, хотя и в разной степени, в зависимости от особенностей употребления алкоголя в стране. Спрос на вид напитка, обладающий наибольшей долей рынка, как правило, менее подвержен влиянию колебаний цен (56). В целом, результаты двух метаанализов показывают, что каждое увеличение цены на 10% в среднем обеспечивает 5% ное снижение употребления алкоголя на душу населения (57, 58). Подтверждено также обратное: в Финляндии сокращение акцизных сборов в сочетании с отменой беспошлинного ввоза алкоголя для личных целей привело к увеличению потребления в 2004 г. примерно на 10% (59). Важно отметить, что, по данным исследований, изменение цен оказывает влияние на распространенность употребления алкоголя в больших количествах и может способствовать сокращению вреда, наносимого алкоголем, в том числе снижению распространенности цирроза печени и травматизма (50, 60).

Комбинированные показатели ЕПДА призваны отражать не разницу цен как таковую, а различия в доступности алкоголя. Для сравнения цен на алкогольные напитки с учетом уровня доходов в разных странах был разработан новый показатель ценовой доступности – формула индекса цен. Этот метод основан на подходе Brand et al. (31), однако в указанной работе не уточняется, какой именно показатель ВВП использовали авторы. Учитывая, что они рассматривали относительно однородную группу государств-членов ОЭСР с высоким уровнем доходов, можно предположить, что использование разных оценок ВВП не оказало бы значительного воздействия на результаты. Однако в настоящем проекте ВОЗ рассматриваются страны с очень разными уровнями дохода и благополучия населения, поэтому в целях более точного сравнения вносились корректировки для отражения разрыва в стоимости жизни с использованием значения валового национального продукта по ППС. Был отдельно рассчитан ценовой индекс для пива, вина и крепких спиртных напитков, а затем при помощи метода диапазонов, описанного в разделе о методах, было получено общее значение показателя ценовой доступности. Следует отметить, что у этого подхода есть недостаток: он не учитывает потенциальное взаимозамещение напитков. Замещение одного напитка другим происходит, когда в ответ на повышение цен на одну категорию алкогольных напитков потребители увеличивают потребление другой категории. Существуют данные о частичном замещении между разными видами алкогольных напитков, напитками разного качества и даже между продажей алкоголя в заведениях и навынос (61, 62). Поскольку замещению способствует доступность дешевых альтернатив (61), разумно было бы требовать повышения всех цен одновременно. Скорректированная с учетом этого аспекта система бальной оценки предусматривала бы расчет показателя частично или полностью на основании ценовой доступности напитка с самым низким ценовым индексом, а не средней ценовой доступности алкогольных напитков вообще. Этот метод может быть использован в будущем, если предположение о замещении одних видов напитков другими получит подтверждение, а государства-члены начнут предоставлять более точные данные о ценах на алкоголь.

Имеющиеся исследования убедительно демонстрируют связь между маркетингом алкогольных напитков и нежелательным поведением среди молодежи. Систематические обзоры лонгитюдных исследований показали, что реклама алкоголя стимулирует более раннее начало употребления алкогольных напитков, а в случае подростков, которые уже их употребляют, способствует увеличению объема и интенсивности употребления (53, 63). Таким образом, введение ограничений на маркетинг, скорее всего, позволит уменьшить вред, связанный с алкоголем, за счет коррекции моделей потребления у детей и подростков. Согласно одному из исследований, полный запрет на рекламу алкоголя в Соединенных Штатах будет способствовать снижению смертности, относимой на счет алкоголя, на 16,4%, благодаря снижению распространенности употребления алкоголя среди молодежи (64). Что касается динамики на уровне населения, то, по данным агрегатного и эконометрического анализа, изменения в рекламе алкоголя оказывают лишь слабое положительное влияние на общее потребление алкоголя в краткосрочной перспективе (58). Тем не менее маркетинг играет решающую роль в формировании отношения к употреблению алкоголя в обществе. Например, в Новой Зеландии для рекламы пива проводилась рекламная акция, в рамках которой разыгрывалась туристическая путевка под девизом «Лучший уик-энд, который вы не вспомните всю оставшуюся жизнь!» (65). Такие сообщения ведут к незаметной нормализации и даже гламуризации употребления алкоголя с целью опьянения, что прямо противоречит всем усилиям по популяризации здорового образа жизни и призывам воздерживаться от употребления алкоголя в больших количествах (11). Тем не менее, даже если введение ограничений на маркетинг не приводит к немедленному сокращению потребления, то существует вероятность того, что оно может повлечь за собой другие долгосрочные выгоды, такие как постепенное ослабление способности алкогольной индустрии влиять на нормы потребления алкоголя (66).

Ограничение маркетинга стало одним из самых сложных аспектов контроля алкоголя: в информационном пространстве наблюдается засилье рекламы и пропаганды алкоголя, которые продолжают развиваться и охватывают всё новые медиа и технологии. Для того чтобы отразить быстро расширяющийся репертуар методов маркетинга, в настоящем проекте ВОЗ рассматриваются показатели для маркетинга в четырех категориях мероприятий: реклама, скрытая реклама, спонсорская поддержка мероприятий и стимулирование сбыта. В рамках оценки ограничений рекламы (показатель 6.1) рассматриваются 10 различных платформ. Это отражает текущие тенденции: телевизионная реклама всё чаще заменяется новыми формами рекламы в интернете. Крупные производители алкоголя выделяют всё большую часть своего маркетингового бюджета на нетрадиционные проекты, такие как кампании в социальных сетях (53). В связи с недостатком систематических исследований, посвященных влиянию различных маркетинговых стратегий, неясно, следует ли ужесточать регулирование некоторые типы медиа. В отсутствие каких-либо оснований полагать, что некоторым платформам нужно уделять больше внимания, нежели другим, был применен метод диапазонов, отражающий общую ситуацию в стране. Система бальной оценки также предполагает, что обязательные ограничения предпочтительнее, нежели механизмы саморегулирования отрасли. Неодно-

кратно демонстрировалось, что добровольные кодексы легко нарушаются, а саморегулирующие организации не справляются с задачей защиты молодых людей от безответственной маркетинговой практики (39, 67, 68).

## Результаты

### Система оценки

В своей окончательной форме система оценки предусматривает 34 СП, сгруппированных по 10 направлениям действий ЕПДА (см. таблицу 9). Большинство СП рассчитывается на основе нескольких переменных, характеризующих программные меры в соответствующей области. Подробные правила оценки и структура каждого СП приводятся в приложении 2.

**Таблица 9. Обзор структуры комбинированных показателей ЕПДА**

Показатели	Максимальный балл	Мультипликатор	Взвешенное значение
<b>1. Лидерство, информированность и приверженность</b>			
1.1 Национальная политика в отношении алкоголя	4	3	12
1.2 Определение алкогольного напитка	1	2	2
1.3 Определение стандартной порции напитка	1	1	1
1.4 Мероприятия по повышению уровня информированности	4	2	8
<i>Общее возможное количество баллов (после взвешивания)</i>			23
<b>2. Ответные меры служб здравоохранения</b>			
2.1 Скрининг и краткое профилактическое консультирование по вопросам вредного и опасного употребления алкоголя	10	3	30
2.2 Специальные программы лечения	4	2	8
2.3 Медикаментозное лечение	4	3	12
<i>Общее возможное количество баллов (после взвешивания)</i>			50
<b>3. Действия на уровне местных сообществ и на уровне предприятий и организаций</b>			
3.1 Профилактика/консультации в отношении алкоголя на уровне школ	4	2	8
3.2 Профилактика/консультации в отношении алкоголя на уровне предприятий и организаций	6	2	12
3.3 Меры на уровне местных сообществ по снижению вреда, связанного с употреблением алкоголя	7	2	14
<i>Общее возможное количество баллов (после взвешивания)</i>			34
<b>4. Политика и контрмеры в отношении управления транспортными средствами в состоянии алкогольного опьянения</b>			
4.1 Предельный уровень алкоголя в крови (УАК) при управлении транспортным средством	5	5	25
4.2 Обеспечение соблюдения норм при помощи пунктов проверки на трезвость	3	3	9
4.3 Обеспечение соблюдения норм посредством выборочных проверок на предмет содержания паров алкоголя в выдыхаемом воздухе	4	4	16
4.4 Наказания	4	4	16
<i>Общее возможное количество баллов (после взвешивания)</i>			66
<b>5. Доступность алкогольных напитков</b>			
5.1 Минимальный возраст, позволяющий заказывать алкоголь в питейных заведениях и приобретать его навынос	4	4	16
5.2 Контроль розничной продажи	4	3	12
5.3 Ограничения, касающиеся времени продажи	4	3	12
5.4 Ограничения, касающиеся расположения точек продажи	4	3	12
5.5 Ограничение продажи на конкретных мероприятиях	3	3	9

Показатели		Максимальный балл	Мультипликатор	Взвешенное значение
5.6	Общественная среда, свободная от алкоголя	11	3	33
<i>Общее возможное количество баллов (после взвешивания)</i>				94
<b>6. Маркетинг алкогольных напитков</b>				
6.1	Юридически обязательные ограничения на рекламу алкоголя	4	3	12
6.2	Юридически обязательные ограничения на скрытую рекламу	4	3	12
6.3	Юридически обязательные ограничения на спонсорство спортивных и молодежных мероприятий предприятиями отрасли	4	3	12
6.4	Юридически обязательные ограничения на мероприятия по стимулированию продаж со стороны производителей, предприятий розничной торговли и владельцев пивных и баров	4	3	12
<i>Общее возможное количество баллов (после взвешивания)</i>				48
<b>7. Ценовая политика</b>				
7.1	Корректировка налоговых ставок с учетом инфляции	4	3	12
7.2	Ценовая доступность алкогольных напитков	4	4	16
7.3	Прочие ценовые меры	14	3	42
<i>Общее возможное количество баллов (после взвешивания)</i>				70
<b>8. Уменьшение негативных последствий употребления спиртных напитков и алкогольной интоксикации</b>				
8.1	Обучение персонала заведений	3	2	6
8.2	Этикетки с предупреждением о вреде для здоровья	5	2	10
<i>Общее возможное количество баллов (после взвешивания)</i>				16
<b>9. Уменьшение последствий для общественного здоровья, связанных со спиртными напитками, изготовленными незаконно и в неорганизованном секторе</b>				
9.1	Акцизные марки на емкостях с алкогольными напитками	3	3	9
9.2	Оценочные данные о неучтенном потреблении алкоголя	3	3	9
9.3	Законодательные меры по предотвращению незаконного производства и продажи алкогольных напитков	6	2	12
<i>Общее возможное количество баллов (после взвешивания)</i>				30
<b>10. Мониторинг и эпиднадзор</b>				
10.1	Национальная система мониторинга	23	3	69
10.2	Национальная система эпиднадзора	7	3	21
<i>Общее возможное количество баллов (после взвешивания)</i>				90

## Региональные показатели

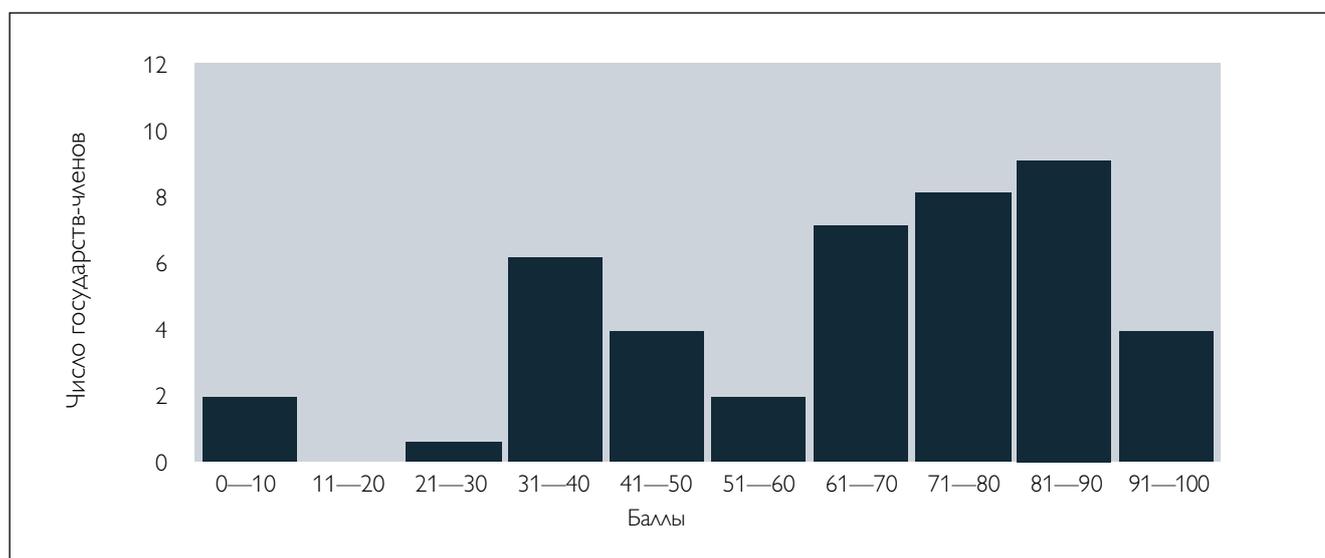
Комбинированные показатели ЕПДА были рассчитаны для всех государств-членов в Европейском регионе, по которым имелись достаточные данные. Для простоты сравнения баллы стран по каждому из направлений пересчитывались в шкалу 0–100. Среднеарифметические и медианные показатели Региона, а также минимальные и максимальные из полученных значений, представлены в таблице 10. Минимальным значением по всем направлениям, кроме двух («ответные меры служб здравоохранения» и «политика и контрмеры в отношении управления транспортными средствами в состоянии алкогольного опьянения»), был ноль. Ни одна из стран не получила максимально возможное количество баллов в категориях «ответные меры служб здравоохранения», «доступность алкогольных напитков» и «ценовая политика».

**Таблица 10. Описательная статистика комбинированных показателей ЕПДА (с масштабированием)**

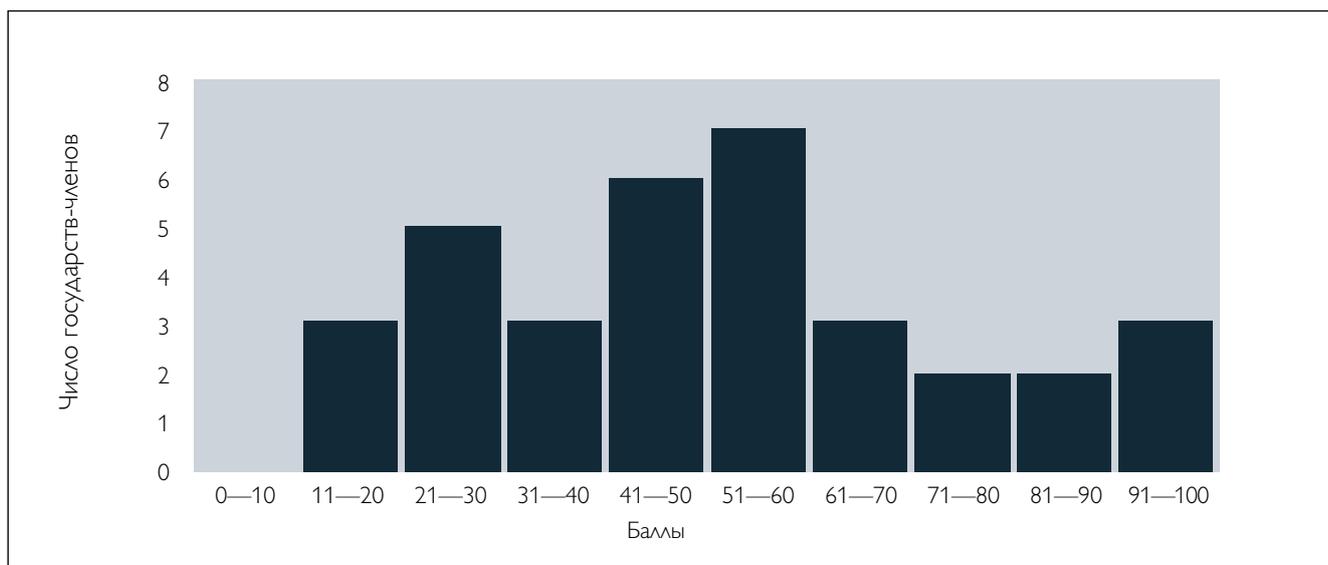
Направление действий	Среднее арифметическое значение	Медианное значение	Минимальное значение	Максимальное значение
Лидерство, информированность и приверженность	65	74	0	100
Ответные меры служб здравоохранения	51	51	12	94
Действия на уровне местных сообществ и на уровне предприятий и организаций	47	47	0	100
Политика и контрмеры в отношении управления транспортными средствами в состоянии алкогольного опьянения	78	85	12	100
Доступность алкогольных напитков	60	64	0	94
Маркетинг алкогольных напитков	52	50	0	100
Ценовая политика	23	20	0	66
Уменьшение негативных последствий употребления спиртных напитков и алкогольной интоксикации	29	31	0	100
Уменьшение последствий для общественного здоровья, связанных со спиртными напитками, изготовленными незаконно и в неорганизованном секторе	60	70	0	100
Мониторинг и эпиднадзор	52	62	0	100

Распределение баллов стран по направлениям действий ЕПДА представлено ниже в форме гистограмм (рис. 2–11). В целом государства-члены демонстрируют относительно высокие результаты в сфере политики и контрмер в отношении управления транспортными средствами в состоянии алкогольного опьянения. Недостаточный прогресс наблюдается во многих странах в области оптимизации ценовой политики и сокращения негативных последствий употребления алкогольных напитков и алкогольной интоксикации.

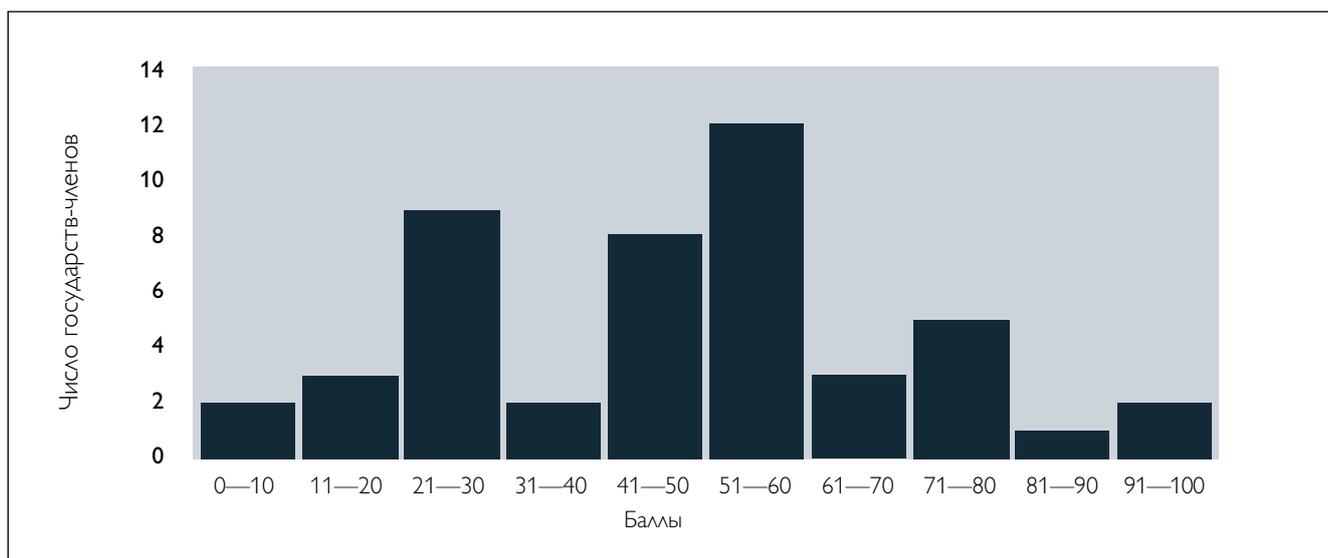
**Рис. 2. Лидерство, информированность и приверженность (n = 47)**



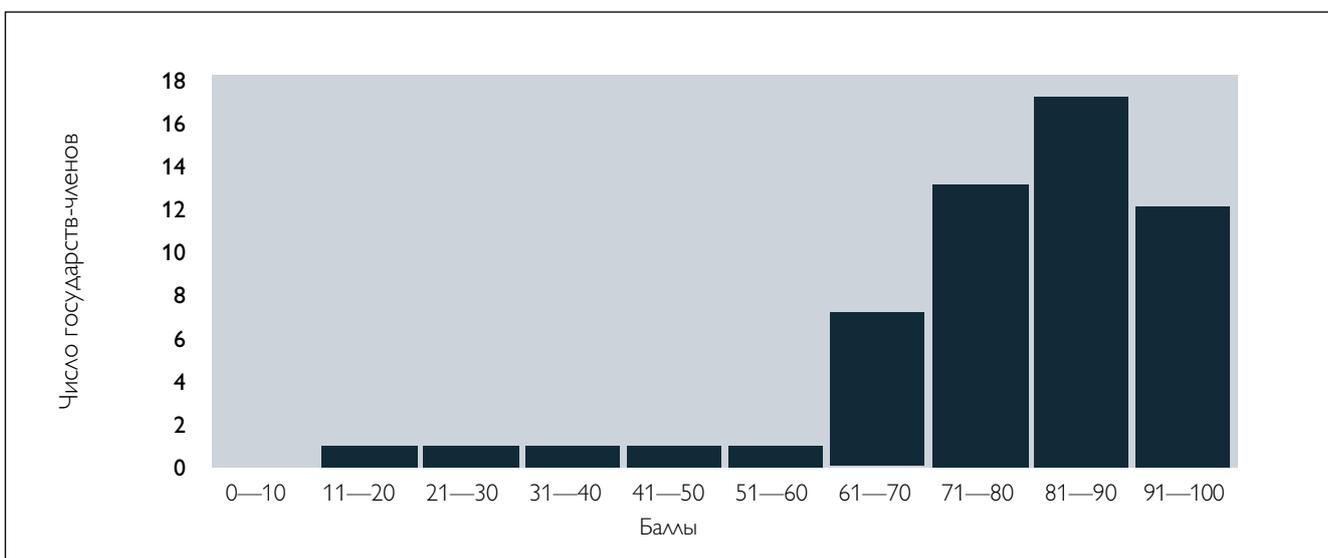
**Рис. 3. Ответные меры служб здравоохранения (n = 34)**



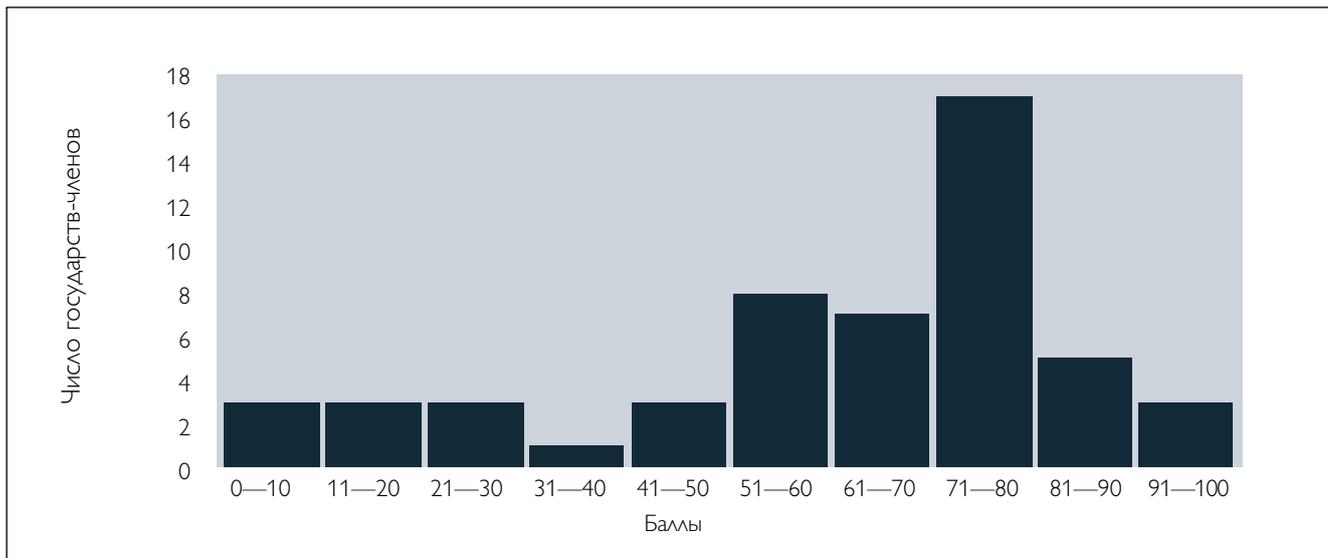
**Рис. 4. Действия на уровне местных сообществ и на уровне предприятий и организаций (n = 47)**



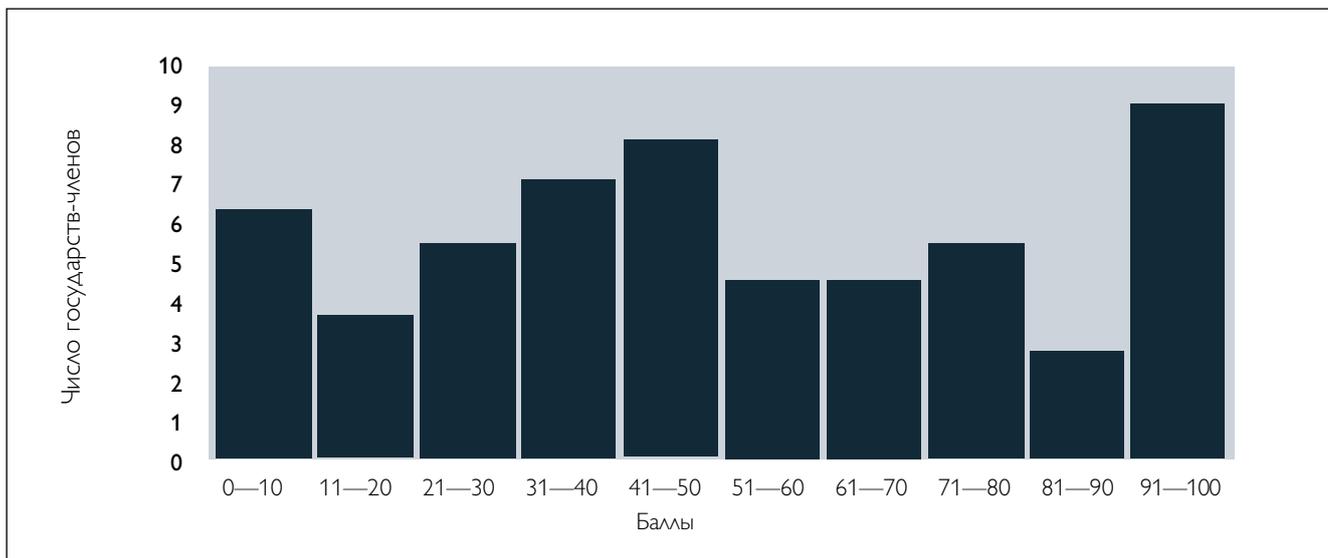
**Рис. 5. Политика и контрмеры в отношении управления транспортными средствами в состоянии алкогольного опьянения (n = 53)**



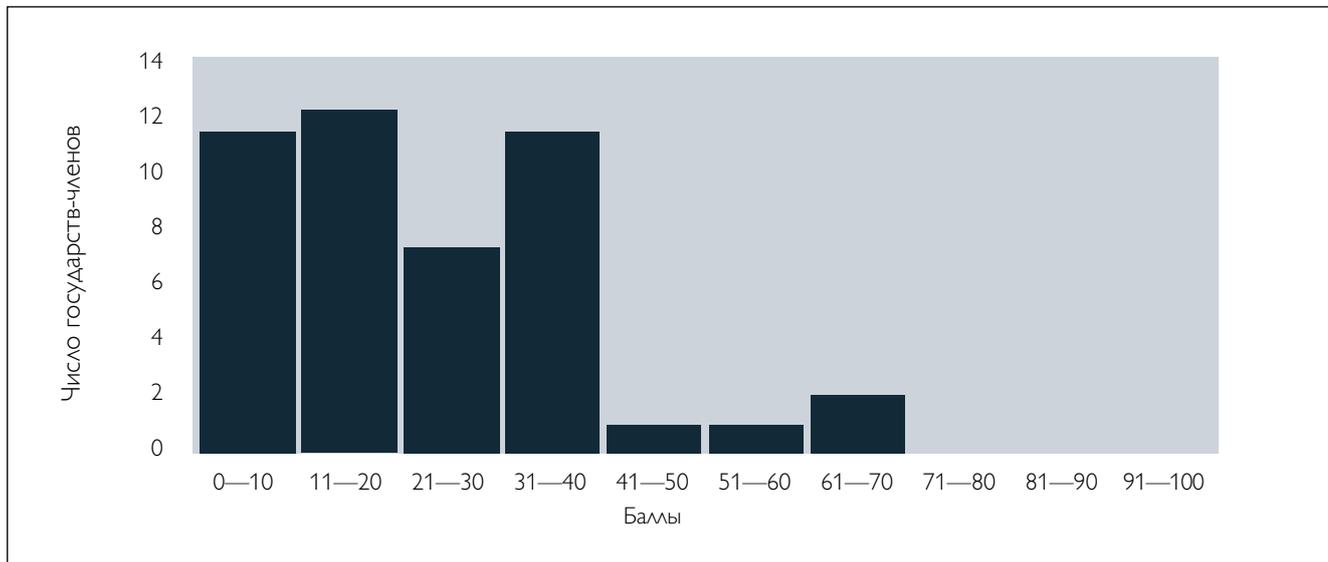
**Рис. 6. Доступность алкогольных напитков (n = 53)**



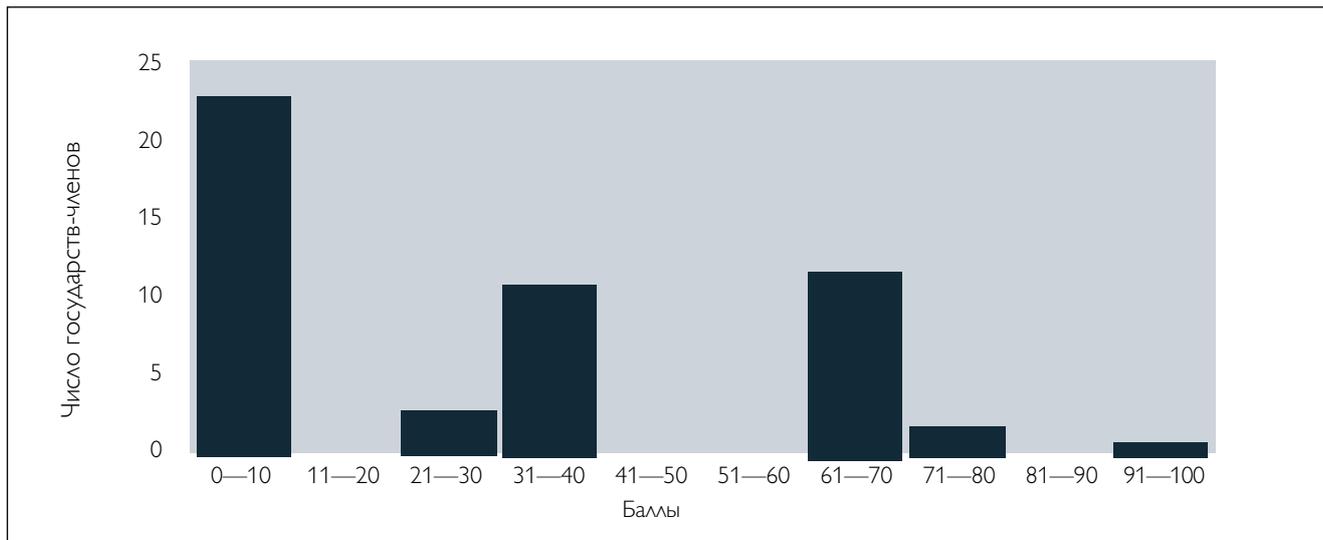
**Рис. 7. Маркетинг алкогольных напитков (n = 53)**



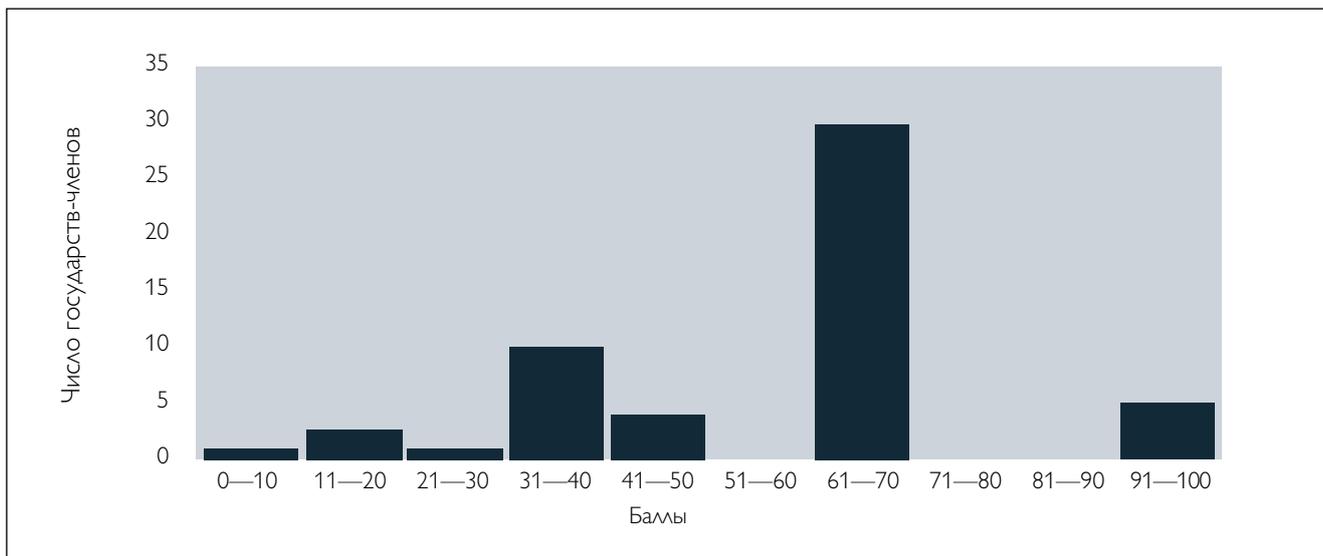
**Рис. 8. Ценовая политика (n = 45)**



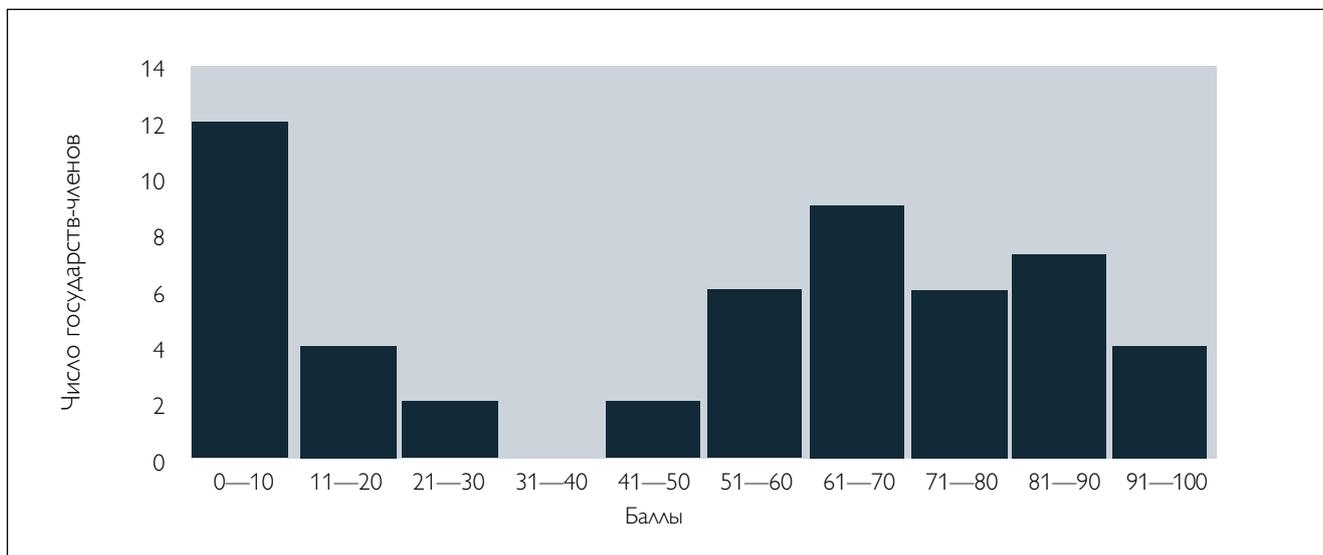
**Рис. 9. Уменьшение негативных последствий употребления спиртных напитков и алкогольной интоксикации (n = 52)**



**Рис. 10. Уменьшение последствий для общественного здоровья, связанных со спиртными напитками, изготовленными незаконно и в неорганизованном секторе (n = 53)**



**Рис. 11. Мониторинг и эпиднадзор (n = 52)**



# АНАЛИЗ

## Выводы

Региональное бюро разработало приведенные выше комбинированные показатели с тем, чтобы создать инструмент для предоставления государствам-членам рекомендаций относительно осуществления политики в отношении алкоголя, основанной на фактических данных, описанной в ЕПДА. Окончательный вариант системы оценки состоит из 34 СП, охватывающих 10 направлений действий. Расчет и анализ оценок производился для государств-членов в Европейском регионе.

## Усовершенствования по сравнению с предыдущими комбинированными показателями

Описанная в настоящем документе попытка произвести количественное сравнение общей государственной политики в отношении алкоголя не является первой в своем роде, однако она стала наиболее смелой и масштабной на сегодняшний день. В таблице 11 сравниваются новые комбинированные показатели ЕПДА и другие методы оценки политики в отношении алкоголя. Система комбинированных показателей ЕПДА наиболее близка к системе оценки, которая была создана в рамках проекта AMPHORA, поскольку между ними имеется значительное совпадение в перечне рассматриваемых тематических областей и стран. Однако комбинированные показатели ЕПДА обладают рядом выдающихся характеристик. Во-первых, они учитывают более широкий круг программных мер по сравнению с аналогичными системами оценки. Например, данные, свидетельствующие об эффективности краткого профилактического консультирования, накапливаются уже много лет, но меры, нацеленные на отдельных лиц, употребляющих алкоголь, до сих пор не учитывались при количественной оценке политики в отношении алкоголя. Включение краткого профилактического консультирования в систему комбинированных показателей ЕПДА знаменует собой важный шаг в направлении того, чтобы страны начали использовать ранее не задействованные ресурсы работников здравоохранения и осуществлять индивидуальные вмешательства в дополнение к мерам на уровне населения. Кроме того, несмотря на совпадение некоторых областей политики во всех трех исследованиях, при более детальном анализе становятся очевидными различия между ними. Во-первых, в настоящем проекте ВОЗ при оценке маркетинговых ограничений учитываются четыре категории маркетинга: реклама, спонсорство, скрытая реклама и стимулирование продаж. В то же время в системе AMPHORA оцениваются только ограничения в сфере рекламы и спонсорства, а индекс политики в отношении алкоголя учитывает лишь ограничения рекламы. Во-вторых, в проекте ВОЗ впервые проводится систематический анализ ситуации в сфере политики в отношении алкоголя в странах бывшего Союза Советских Социалистических Республик. В этих странах отмечаются самые высокие в Европейском регионе показатели ПНД, доли употребляющих алкоголь в больших количествах и смертности, относимой на счет алкоголя (4, 6, 16). Следует отметить, что пятый уровень PDS был создан специально для описания характерной для этих стран модели употребления алкоголя, где значительное количество людей гибнет по причине алкогольного отравления на фоне пьянства (6). Иными словами, комбинированные показатели ЕПДА позволяют составить более полную картину политики в отношении алкоголя в европейских странах благодаря большей широте охвата (больше показателей) и глубине (более подробная информация по каждому показателю), а также новым параметрам выборки (более крупная выборка по более разнообразному набору стран).

## Взаимодействие мер политики

Многие программные меры, учитываемые в комбинированных показателях ЕПДА, усиливают друг друга и при совместном применении могут обеспечить дополнительные выгоды. Была обнаружена положительная связь между плотностью размещения заведений, имеющих лицензию на продажу алкоголя, и количеством случаев вождения в нетрезвом виде среди молодежи. Это указывает на то, что политика, ограничивающая плотность размещения точек продажи, может принести дополнительные преимущества, такие как сокращение случаев вождения в нетрезвом виде (70). Верно и обратное: отсутствие той или иной политики может подорвать эффективность других. Например, повышение цены на водку в Российской Федерации не привело к ожидаемому сокращению общего потребления алкоголя, поскольку лишь побудило потребителей покупать дешевый незаконно произведенный самогон (71). Это подчеркивает важность борьбы с оборотом незаконно произведенного алкоголя – в противном случае страдает эффективность налогообложения

алкоголя, произведенного законно. В конечном счете успех национальной стратегии в отношении алкоголя определяется чистым результатом динамического взаимодействия всех факторов политики (а также других элементов контекста), поэтому вполне ожидаемо, что различные комбинации мер политики могут принести различные результаты. Однако учесть возможность взаимодействия различных мер при построении системы оценки не представлялось возможным ввиду недостатка эмпирических данных в этой области.

**Таблица 11. Сравнение комбинированных показателей ЕПДА с тремя другими системами оценки политики**

Исследование	Комбинированные показатели ЕПДА	Шкала AMPHORA <sup>a</sup>	Индекс политики в отношении алкоголя <sup>b</sup>	Программные меры по борьбе с употреблением алкоголя несовершеннолетними <sup>c, d</sup>
Год	2016	2012	2007	2012
Выборка	53 государства-члена в Европейском регионе	33 страны Европы	30 стран-членов ОЭСР	50 городов в Калифорнии, США
Области политики	<p>10 направлений действий:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• доступность алкоголя;</li> <li>• мониторинг и эпиднадзор;</li> <li>• ценовая политика;</li> <li>• лидерство, информированность и приверженность;</li> <li>• маркетинг алкогольных напитков;</li> <li>• политика и контрмеры в отношении управления транспортными средствами в состоянии алкогольного опьянения;</li> <li>• ответные меры служб здравоохранения;</li> <li>• действия на уровне местных сообществ и на уровне предприятий и организаций;</li> <li>• уменьшение последствий для общественного здоровья, связанных со спиртными напитками, изготовленными незаконно и в неорганизованном секторе;</li> <li>• уменьшение негативных последствий употребления спиртных напитков и алкогольной интоксикации.</li> </ul>	<p>7 областей:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• регулирование производства, розничной продажи и распространения алкогольных напитков;</li> <li>• ценовая и налоговая политика в отношении алкоголя;</li> <li>• минимальный возраст и личный контроль;</li> <li>• борьба с управлением транспортными средствами в состоянии алкогольного опьянения;</li> <li>• регулирование рекламы, маркетинга и спонсорства со стороны алкогольных компаний;</li> <li>• государственная политика;</li> <li>• отправные точки<sup>e</sup>.</li> </ul>	<p>5 областей:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• механические транспортные средства;</li> <li>• физическая доступность;</li> <li>• цены на алкоголь;</li> <li>• контекст употребления алкоголя;</li> <li>• реклама алкоголя.</li> </ul>	<p>8 законодательных мер:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• разрешения на использование земельных участков в определенных целях;</li> <li>• указы, устанавливающие дополнительные нормы в отношении действующих предприятий по продаже алкоголя;</li> <li>• нормы, регулирующие наружную рекламу;</li> <li>• нормы об употреблении алкоголя в общественном месте;</li> <li>• нормы об ответственном обслуживании в питейных заведениях;</li> <li>• нормы об ответственности организаторов неформальных мероприятий;</li> <li>• специальная политика в отношении мероприятий, проводимых вне помещений;</li> <li>• нормы в отношении рекламы в витринах.</li> </ul>
Источники данных	EISAH 2012; RSUD 2014; дополнительные данные, полученные от национальных экспертов и из глобального опроса ВОЗ о прогрессе в реализации политики в отношении алкоголя	Опросник, заполненный при помощи данных из EISAH 2011 и дополнительные данные, полученные от национальных экспертов	Опубликованные доклады, базы данных ВОЗ и отдельных стран (данные за 2000–2005 гг.)	Юридические данные, размещенные на веб-сайтах городов и полученные у руководителей аппарата каждого города

<sup>a</sup> Karlsson et al. (32).

<sup>b</sup> Brand et al. (31).

<sup>c</sup> Thomas et al. (69).

<sup>d</sup> Меры анализировались по отдельности и не оценивались при помощи сводного показателя.

<sup>e</sup> Статья качественной оценки, по которой не выставляются баллы.

## Надежность комбинированных показателей ЕПДА

В будущем необходимо провести тщательный анализ чувствительности и проанализировать несколько аспектов комбинированных показателей. Во-первых, необходимо испытать различные альтернативы для всех спорных правил, лежащих в основе СП. Так, в случае показателя доступности алкогольных напитков (показатель 7.2) следовало бы учесть возможность взаимного замещения напитков, с тем чтобы окончательный результат определялся на основе самого низкого уровня цен, а не среднего. Кроме того, пороговые значения, определяющие уровни цен, устанавливаются произвольно, и корректировка этих пороговых значений может привести к значительным изменениям в результатах подсчета баллов. Во-вторых, можно использовать другой набор весовых коэффициентов. В качестве альтернативного подхода возможно определять удельный вес программных мер в разных странах с использованием анализа среды функционирования – метода, который направлен на максимизацию оценки каждой страны по отношению ко всем другим странам. Этот подход был использован Brand et al. (31), чтобы избежать возможных обвинений со стороны стран в предвзятости в определении удельного веса программных мер. В-третьих, пропуски в данных возможно заполнять при помощи более сложных методов, таких как регрессия или метод ближайшего соседа.

## Преимущества и недостатки комбинированных показателей ЕПДА

Комбинированные показатели ЕПДА могут пересчитываться через регулярные промежутки времени на протяжении всего срока применения Европейского плана действий (2012–2020 гг.), вероятно – синхронно с обследованиями ВОЗ, с тем чтобы можно было количественно оценивать прогресс отдельных стран. Такие периодические «табели успеваемости» позволят выявлять примеры для подражания и вместе с тем мотивировать «отстающие» страны. Комбинированные показатели ЕПДА помогают правительствам государств-членов увидеть, в каких областях политики в отношении алкоголя они получают низкую оценку. Кроме того, эти показатели дают важное чувство региональной солидарности – «видно, как страны во всем мире шагают в ногу. Это, возможно, лучший источник уверенности для политических деятелей, принимающих потенциально непопулярные меры» (72). Комбинированные показатели ЕПДА больше подходят для популяризации необходимых программных мер, чем предыдущие системы, поскольку данный проект напрямую привязан к рамкам, которые были одобрены всеми 53 государствами-членами в Европейском регионе. Тем не менее в будущем было бы полезно получить и принять во внимание комментарии представителей государств-членов, чтобы оценить первичный признак пригодности комбинированных показателей – «согласие заинтересованных сторон с тем, что данная мера полезна и обоснованна» (34).

Важнейшим компонентом информационно-разъяснительной работы является коммуникация с заинтересованными сторонами. В настоящее время ВОЗ регулярно публикует доклады о тенденциях относительно употребления алкоголя, наносимого им вреда и ответных мер политики на региональном (73, 74) и глобальном уровне (4, 75, 76). Эти доклады содержат ценную информацию и позволяют анализировать весь спектр показателей EISAH. Комбинированные показатели ЕПДА дополняют эти сведения, представляя ту же информацию в более сжатой и удобной для восприятия форме, и будут особенно актуальны для общения с непрофессионалами, в том числе с представителями СМИ и с широкой общественностью.

У комбинированных показателей ЕПДА есть и недостаток: они опираются на предоставляемую государствами информацию о принятых законодательных и программных мерах, тогда как на практике эти меры могут не реализовываться. Судьба той или иной инициативы может полностью зависеть от обеспечения ее правовой санкцией. В Соединенных Штатах, например, несмотря на законодательно установленный минимальный возраст для приобретения алкоголя (21 год), национальное обследование показало, что более 90% несовершеннолетних студентов нарушают правила своих учебных заведений в отношении алкоголя и при этом не подвергаются никаким санкциям (77). С другой стороны, наблюдаемое в Бразилии положительное влияние сниженного допустимого УАК на сокращение числа жертв дорожно-транспортных происшествий объясняется, в частности, усилением полицейского контроля (78). В обследованиях EISAH национальным экспертам было предложено представить рейтинги для степени осуществления политики. Заметные изменения в рейтингах могут свидетельствовать о реальных изменениях в практическом применении законодательства. Однако субъективность данных, полученных таким образом, может внести элемент предвзятости и усложнить интерпретацию сравнений, проводимых между странами. Поэтому эти рейтинги практического осуществления считаются недостаточно надежными для непосредственного включения их в комбинированные показатели ЕПДА. В качестве косвенного показателя для осуществления политики Thomas et al.

(69) используют сумму государственного финансирования, полученного на конкурентной основе каждым городом в Калифорнии (США) для обеспечения соблюдения политики в отношении алкоголя. Это новаторский подход, однако его непросто перенести на исследования, связанные с международными сравнениями. Таким образом, задача включения в комбинированные показатели ЕПДА объективных критериев осуществления политики в настоящее время остается неразрешимой, что подчеркивает пробел в исследованиях в области политики в отношении алкоголя.

Комбинированные показатели ЕПДА отражают лишь запланированные вмешательства, осуществляемые через официальные каналы. Однако не менее важную роль в предотвращении проблем, связанных с алкоголем, играют «мощные неформальные нормы и механизмы контроля гражданского общества, регулирующие поведение при употреблении алкоголя и алкогольном опьянении» (79). Например, доказано, что высокое потребление алкоголя несовершеннолетними, связанное с более плотным размещением точек продажи алкоголя, меньше проявляется в условиях с более высоким уровнем коллективной эффективности и неформального контроля (80). Как ни парадоксально, нормативные позиции по вопросу алкоголя, по-видимому, находятся в обратной корреляции со строгостью регулирования алкогольного рынка. Страны с менее строгим регуляторным климатом в отношении алкоголя в то же время менее терпимы к пьянству (81). Помимо механизмов неформального контроля, потребление алкоголя на уровне населения также зависит от структурных изменений в обществе. Например, потребление алкоголя в Италии начало падать еще до того, как была введена какая-либо официальная политика в отношении алкоголя. Позднее этот эффект объяснили урбанизацией и изменениями в организации работы (82). Другие структурные факторы, которые могут влиять на потребление алкоголя, – изменения в структуре семьи и гендерных ролях, распространение механических транспортных средств, приток иммигрантов и экономические бумы и рецессии. Интересно то, что одни и те же структурные изменения приводят к разным тенденциям потребления в разных обществах (66, 83). Поэтому важно признать, что употребление алкоголя обусловлено сложной системой личных, культурных и структурных факторов, не все из которых поддаются непосредственному изменению посредством формальной политики. Однако это не умаляет необходимости того, чтобы страны принимали основанные на фактических данных профилактические меры, учитывая, разумеется, вышеуказанные ограничения, накладываемые контекстом.

Еще одним ограничением настоящего проекта является существенный недостаток данных по некоторым показателям, особенно относящимся к направлению «ответные меры служб здравоохранения» – так, ввиду нехватки данных по этому направлению не могут быть рассчитаны оценки для 18 стран. В значительной степени это обусловлено отсутствием данных по СП 2.1 «скрининг и краткое профилактическое консультирование по вопросам вредного и опасного употребления алкоголя». В частности, многие респонденты не смогли предоставить данные об доле служб первичной медико-санитарной помощи и служб дородовой помощи, которые внедрили скрининг и краткое профилактическое консультирование по вопросам вредного и опасного употребления психоактивных веществ на национальном уровне. Отсутствие данных указывает на необходимость совершенствования мониторинга этих программ на национальном уровне.

В таблице 12 приводится краткий обзор преимуществ и недостатков комбинированных показателей ЕПДА.

**Таблица 12. Краткий обзор преимуществ и недостатков комбинированных показателей ЕПДА**

Преимущества	Недостатки
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Подчеркивается роль государства в снижении подверженности населения поддающимся коррекции факторам риска.</li> <li>● Повышается политическая подотчетность.</li> <li>● Укрепляется региональная/глобальная солидарность.</li> <li>● Проводится всесторонняя оценка национальных стратегий в отношении алкоголя.</li> <li>● Представлена общая картина по каждой из основных областей политики, которая проще для восприятия, чем информация об отдельных тенденциях по множеству различных показателей.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Не измеряется степень осуществления политики.</li> <li>● Не учитываются неформальные механизмы контроля и контекстуальные детерминанты потребления алкоголя.</li> <li>● Некоторые аспекты методики (такие как определение удельного веса программных мер) могут вызвать возражения.</li> <li>● Данные для некоторых показателей (например, ориентировочные цены) менее надежны, чем другие.</li> <li>● В некоторых областях политики (таких как скрининг и краткое профилактическое консультирование) отсутствует большой объем данных.</li> </ul>

Преимущества	Недостатки
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Упрощено сравнение между странами.</li> <li>• Облегчается мониторинг прогресса страны.</li> <li>• Упрощается связь с заинтересованными сторонами.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Возможно, в структуру комбинированных показателей необходимо будет вносить коррективы по мере появления новых научных данных.</li> <li>• Агрегированная информация не отражает субнациональную вариативность политики в отношении алкоголя.</li> <li>• Сводные показатели могут подвергаться неверной интерпретации.</li> </ul>

<sup>a</sup> В случае Соединенного Королевства баллы начислялись, если рассматриваемая мера политики была принята в двух или более входящих в его состав регионах.

## Работа на будущее

Некоторые страны могут счесть, что комбинированные показатели ЕПДА, требующие внедрения определенных универсальных стандартов политики, несправедливо ставят их в невыгодное положение. Если существующих в стране норм политики и социокультурных факторов достаточно для сокращения потребления алкоголя, правительство может не видеть необходимости во внедрении дополнительных мер контроля, соответствующих комбинированным показателям ЕПДА. Действительно, предписываемые вмешательства должны быть соразмерны масштабу проблемы, которую представляет алкоголь, поэтому такое возражение может быть уместно (72). Такой проблемы можно избежать, если включить в предложенную систему показатели, характеризующие фактические результаты. Странам могут выставляться баллы в зависимости от абсолютного уровня ПНД, PDS и смертности, относимой на счет алкоголя, и того, улучшились эти значения, ухудшились или стабилизировались. Страна, в которой отмечается снижение потребления алкоголя, более низкий уровень PDS и уменьшение смертности, относимой на счет алкоголя, изначально получит более высокие показатели. Соответственно, страны с неудовлетворительными показателями фактических результатов должны будут получить дополнительные баллы, чтобы оказаться на одном уровне со странами с более благоприятной исходной ситуацией (см. рис. 12). Включение показателей фактических результатов косвенным образом приведет к устранению некоторых из описанных выше ограничений. Это связано с тем, что уровень потребления в определенной степени отражает силу неформального контроля и строгость соблюдения существующей политики. Однако комбинированные показатели, в которых учитывается как созданная политическая среда, так и результаты в отношении здоровья, сложнее интерпретировать, и разъяснение результатов такого анализа требует большей осторожности.

Еще один вариант развития комбинированных показателей ЕПДА заключается в том, чтобы объединить их со шкалой борьбы против табака (84), чтобы стимулировать согласованные усилия по профилактике неинфекционных заболеваний. Шкала борьбы против табака представляет собой комбинированный показатель, характеризующий деятельность на уровне стран по борьбе против табака в Европе. Алкоголь и табак взаимосвязаны на многих уровнях и идут рука об руку как основные факторы глобальной эпидемии неинфекционных заболеваний (85). Употребление табака ассоциирует с более частыми и более продолжительными эпизодами употребления алкоголя, и курильщики чаще предрасположены к эпизодическому употреблению алкоголя в больших количествах, опасному употреблению алкоголя и обусловленным употреблением алкоголя заболеваниям (86). Аналогичным образом политика, направленная прежде всего на борьбу с курением, может помочь и в снижении употребления алкоголя. Например, в Ирландии после вступления в силу всеобъемлющего запрета на курение продажи алкогольных напитков в барах снизились примерно на 4,6% (87). Таким образом, борьба с табаком и борьба с алкоголем дополняют друг друга. Недавно была создана глобальная система мониторинга ВОЗ, предусматривающая добровольные целевые ориентиры по сокращению употребления алкоголя и табака (85). Одновременное использование комбинированных показателей ЕПДА и шкалы борьбы против табака при разработке политики и в научных исследованиях может быть одним из способов стимулирования сотрудничества между должностными лицами в сфере общественного здравоохранения, курирующими эти две области. Кроме того, хотя подобные задачи выходят за рамки настоящего проекта, можно разработать и добавить в список другие комбинированные показатели по актуальным областям (таким как профилактика ожирения), чтобы получить целостную оценку успехов каждой страны в контроле основных факторов риска неинфекционных заболеваний.

**Рис. 12. Гипотетический пример: две страны получили одинаковое количество баллов при включении в комбинированный показатель ЕПДА критериев оценки фактических результатов<sup>а</sup>**



<sup>а</sup> Предполагается, что для стран с более низким заявленным уровнем употребления алкоголя и наносимого им вреда (страна А) допускается иметь менее обширный или менее строгий набор программных мер.

Несмотря на то что настоящий проект ориентирован на страны Европейского региона ВОЗ, комбинированные показатели ЕПДА могут быть адаптированы и к другим регионам. Однако при этом следует иметь в виду два важных пункта. Во-первых, основная часть данных, на основе которых разрабатывались комбинированные показатели ЕПДА, была получена из исследований, проведенных в странах с высоким уровнем дохода (68). Во-вторых, ожидается, что экономическая эффективность рекомендованных стратегий также будет сильно различаться в зависимости от субрегиона (88). Хотя было бы полезно получить больше эмпирической информации об осуществимости, эффективности и приемлемости этих мер в условиях дефицита ресурсов, о чем уже говорили другие авторы (68, 89), негативные последствия употребления алкоголя могут служить более чем достаточным основанием для немедленного принятия мер предосторожности. Комбинированные показатели ЕПДА дают развивающимся странам ценную основу для анализа своей политики и принятия мер по сокращению распространения алкоголя.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Комбинированные показатели, привязанные к Европейскому плану действий, были разработаны для того, чтобы оценить не только наличие целого ряда мер политики в отношении алкоголя, но и их соответствие рекомендованным стандартам строгости и всеохватности. Это было сделано при помощи поэтапного подхода, предусматривающего отбор, масштабирование, взвешивание и перекодирование соответствующих характеризующих политику переменных. Комбинированные показатели ЕПДА могут использоваться для сравнительного анализа результатов стран, мониторинга тенденций, сравнения вариантов политики и для взаимодействия с заинтересованными сторонами и общественностью. В дальнейшем возможно провести дополнительную работу по определению надежности комбинированных показателей и их политической приемлемости. В Европейском регионе отмечаются самые высокие в мире уровни употребления алкоголя и смертности, относимой на счет алкоголя, и комбинированные показатели ЕПДА призваны помочь правительствам исправить эту ситуацию.

# ЛИТЕРАТУРА

1. Schmidt LA, Room R. Alcohol and the process of economic development: contributions from ethnographic research. *Int J Alcohol Drug Res.* 2012;1:41–55.
2. Европейский план действий по сокращению вредного употребления алкоголя, 2012–2020 гг. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2012 ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0008/187154/e96726R.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/187154/e96726R.pdf?ua=1)), по состоянию на 12 апреля 2018 г.).
3. Lim SS, Vos T, Flaxman AD, Danaei G, Shibuya K, Adair-Rohani H et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet.* 2012;380(9859):2224–60 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23245609>, accessed 8 February 2017).
4. Global status report on alcohol and health 2014. Geneva: World Health Organization; 2014 ([http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/global\\_alcohol\\_report/msb\\_gsr\\_2014\\_1.pdf?ua=1](http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/msb_gsr_2014_1.pdf?ua=1), accessed 8 February 2017).
5. International classification of diseases and related health problems, 10th revision [website]. Geneva: World Health Organization; 2010 (<http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en>, accessed 8 February 2017).
6. Rehm J, Mathers C, Popova S, Thavorncharoensap M, Teerawattananon Y, Patra J. Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders. *Lancet.* 2009;373(9682):2223–33 (<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673609607467>, accessed 8 February 2017).
7. Rehm J, Roerecke M. Reduction of drinking in problem drinkers and all-cause mortality. *Alcohol Alcohol.* 2013;48:509–13 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23531718>, accessed 8 February 2017).
8. Rehm J, Room R, Graham K, Monteiro M, Gmel G, Sempos CT. The relationship of average volume of alcohol consumption and patterns of drinking to burden of disease: an overview. *Addiction.* 2003;98:1209–28 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12930209>, accessed 8 February 2017).
9. Corrao G, Rubbiati L, Bagnardi V, Zambon A, Poikolainen K. Alcohol and coronary heart disease: a meta-analysis. *Addiction.* 2000;95:1505–23 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11070527>, accessed 8 February 2017).
10. Alcohol in the European Union: Consumption, harm and policy approaches, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2012 ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0003/160680/e96457.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/160680/e96457.pdf), accessed 8 February 2017).
11. Babor TF, Caetano R, Casswell S, Edwards G, Giesbrecht N, Graham K. Alcohol: no ordinary commodity. Research and public policy. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press; 2010.
12. Anderson P, Baumberg B. Alcohol in Europe. A public health perspective. London: Institute of Alcohol Studies; 2006 ([http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/life\\_style/alcohol/documents/alcohol\\_europe.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/alcohol/documents/alcohol_europe.pdf), accessed 8 February 2017).
13. Loring B. Alcohol and inequities. Guidance for addressing inequities in alcohol-related harm. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2014 ([http://ec.europa.eu/health/social\\_determinants/docs/policybrief\\_alcohol\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/social_determinants/docs/policybrief_alcohol_en.pdf), accessed 8 February 2017).
14. Blas E, Kurup AS, editors. Equity, social determinants, and public health programmes. Geneva: World Health Organization; 2010 ([http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241563970\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241563970_eng.pdf), accessed 8 February 2017).
15. Beard E, Brown J, West R, Angus C, Brennan A, Holmes J et al. Deconstructing the Alcohol Harm Paradox: A Population Based Survey of Adults in England. *PLoS ONE.* 2016;11(9):e0160666.
16. Shield KD, Rylett M, Gmel G, Gmel G, Kehoe-Chan TA, Rehm J. Global alcohol exposure estimates by country, territory and region for 2005 – a contribution to the comparative risk assessment for the 2010 Global Burden of Disease Study. *Addiction.* 2013;108(5):912–22 (<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/add.12112/abstract>, accessed 8 February 2017).
17. Shield K. D., Rylett M., Rehm J. Успехи и упущенные возможности в сфере охраны общественного здоровья. Тенденции в потреблении алкоголя и связываемой с ним смертности в Европейском регионе ВОЗ, 1990–2014 гг. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2016 ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/334257/Public-health-successes-and-missed-opportunities-alcohol-mortality-1990-2014-ru.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/334257/Public-health-successes-and-missed-opportunities-alcohol-mortality-1990-2014-ru.pdf?ua=1), по состоянию на 12 апреля 2018 г.).
18. Глобальная стратегия сокращения вредного употребления алкоголя. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2010 ([http://www.who.int/substance\\_abuse/activities/msbalcstrategyru.pdf?ua=1](http://www.who.int/substance_abuse/activities/msbalcstrategyru.pdf?ua=1), по состоянию на 12 апреля 2018 г.).

19. Outline of the process that led to the WHO Global strategy to reduce harmful use of alcohol [website]. Geneva: World Health Organization; 2016 ([http://www.who.int/substance\\_abuse/activities/globalstrategy/en/](http://www.who.int/substance_abuse/activities/globalstrategy/en/), accessed 8 February 2017).
20. Rekve D. A global frame is already in place. *Addiction*. 2013;108(3):460–1 (<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1360-0443.2012.04070.x/full>, accessed 8 February 2017).
21. Handbook on constructing composite indicators: methodology and user guide. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2008 (<http://www.oecd.org/std/leading-indicators/42495745.pdf>, accessed 8 February 2017).
22. Bandura R. A survey of composite indices measuring country performance: 2008 update. New York (NY): United Nations Development Programme, Office of Development Studies; 2008 ([http://www.undp.org/content/dam/undp/library/corporate/Development%20Studies/indices\\_2008\\_bandura.pdf](http://www.undp.org/content/dam/undp/library/corporate/Development%20Studies/indices_2008_bandura.pdf), accessed 8 February 2017).
23. Human Development Index (HDI) [веб-сайт]. New York (NY): United Nations Development Programme; 2013 (<http://hdr.undp.org/en/statistics/hdi/>, accessed 8 February 2017).
24. Schwab K, editor. The global competitiveness report: 2012–2013. Geneva: World Economic Forum; 2012 ([http://www3.weforum.org/docs/WEF\\_GlobalCompetitivenessReport\\_2012-13.pdf](http://www3.weforum.org/docs/WEF_GlobalCompetitivenessReport_2012-13.pdf), accessed 8 February 2017).
25. Corruption Perceptions Index [веб-сайт]. Berlin: Transparency International; 2014 (<http://www.transparency.org/research/cpi/overview>, accessed 8 February 2017).
26. Murray CJL, Lauer J, Tandon A, Frenk J. Overall health system achievement for 191 countries. Global Programme on Evidence for Health Policy discussion paper No. 28. Geneva: World Health Organization; 2000 (<http://www.who.int/healthinfo/paper28.pdf>, accessed 8 February 2017).
27. Gakidou E, Murray CJL, Frenk J. Measuring preferences on health system performance assessment. Global Programme on Evidence for Health Policy discussion paper No. 20. Geneva: World Health Organization; 2000 (<http://www.who.int/healthinfo/paper20.pdf>, accessed 8 February 2017).
28. Better Life Index [веб-сайт]. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2014 (<http://www.oecdbetterlifeindex.org/>, accessed 8 February 2017).
29. Naimi TS, Blanchette J, Nelson TF, Nguyen T, Oussayef N, Heeren TC et al. A new scale of the US alcohol policy environment and its relationship to binge drinking. *Am J Prev Med*. 2014;46(1):10–6.
30. Nelson TF, Xuan Z, Babor TF, Brewer RD, Chaloupka FJ, Gruenewald PJ. Efficacy and the strength of evidence of US alcohol control policies. *Am J Prev Med*. 2013;45(1):19–28.
31. Brand DA, Saisana M, Rynn LA, Pennoni F, Lowenfels AB. Comparative analysis of alcohol control policies in 30 countries. *PLOS Medicine*. 2007;4:e151 (<http://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.0040151>, accessed 8 February 2017).
32. Karlsson T, Lindeman M, Osterberg E. Does alcohol policy-make any difference? Scales and consumption. In: Anderson P, Braddick F, Reynolds J, Gual A, editors. *Alcohol policy in Europe: evidence from AMPHORA* [e-book]. The AMPHORA project; 2012 ([http://amphoraproject.net/w2box/data/e-book/Chapter%203%20-%20AM\\_E-BOOK\\_2nd%20edition%20-%20June%202013.pdf](http://amphoraproject.net/w2box/data/e-book/Chapter%203%20-%20AM_E-BOOK_2nd%20edition%20-%20June%202013.pdf), accessed 8 February 2017).
33. Carragher N, Byrnes J, Doran CM, Shakeshaft A. Developing an alcohol policy assessment toolkit: application in the western Pacific. *Bull World Health Organ*. 2014;92:726–33 (<http://www.who.int/bulletin/volumes/92/10/13-130708.pdf>, accessed 8 February 2017).
34. Peterson ED, DeLong ER, Masoudi FA, O'Brien SM, Peterson PN, Rumsfeld JS et al. ACCF/AHA 2010 Position Statement on Composite Measures for Health Care Performance Assessment. A report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Performance Measures (Writing Committee to Develop a Position on Composite Measures). *Circulation*. 2010;121:1780–91 (<http://circ.ahajournals.org/content/121/15/1780>, accessed 8 February 2017).
35. Jacobs R, Smith P, Goddard M. Measuring performance: an examination of composite performance indicators. York: Centre for Health Economics, University of York; 2004 (CHE Technical Paper Series 29; <http://www.york.ac.uk/che/pdf/tp29.pdf>, accessed 8 February 2017).
36. GNI per capita, PPP (current international \$) [онлайновая база данных]. Washington (DC): World Bank; 2016 (<http://data.worldbank.org/indicator/NY.GNP.PCAP.PP.CD>, accessed 8 February 2017).
37. Human Development Reports. Andorra [веб-сайт]. New York (NY): United Nations Development Programme; 2015 (<http://hdr.undp.org/en/countries/profiles/AND>, accessed 8 February 2017).
38. Esser MB, Jernigan DH. Assessing restrictiveness of national alcohol marketing policies. *Alcohol and Alcohol*. 2014;49(5):557–62. (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25113175>, accessed 6 April 2017).
39. Anderson P, Chisholm D, Fuhr DC. Effectiveness and cost-effectiveness of policies and programmes to reduce the harm caused by alcohol. *Lancet*. 2009;373(9682):2234–46 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19560605>, accessed 8 February 2017).

40. Elder RW, Shults RA, Sleet DA, Nichols JL, Thompson RS, Rajab W. Effectiveness of mass media campaigns for reducing drinking and driving and alcohol-involved crashes: a systematic review. *Am J Prev Med.* 2004;27:57–65 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15212776>, accessed 8 February 2017).
41. Evidence for the effectiveness and cost-effectiveness of interventions to reduce alcohol-related harm. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2009 ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0020/43319/E92823.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/43319/E92823.pdf), accessed 8 February 2017).
42. Whitlock EP, Polen MR, Green CA, Orleans T, Klein J. Behavioral counseling interventions in primary care to reduce risky/harmful alcohol use by adults: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med.* 2004;140:557–68 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15068985>, accessed 8 February 2017).
43. Johnson M, Jackson R, Guillaume L, Meier P, Goyder M. Barriers and facilitators to implementing screening and brief intervention for alcohol misuse: a systematic review of qualitative evidence. *J Public Health.* 2011;33(3):412–21 (<http://jpubhealth.oxfordjournals.org/content/33/3/412.full>, accessed 8 February 2017).
44. Blomberg R, Peck R, Moskowitz H, Burns M, Fiorentino D. Crash risk of alcohol involved driving: a case-control study. Stamford (CT): Dunlap and Associates, Inc; 2005 (<http://www.dunlapandassociatesinc.com/crashriskofalcoholinvolveddriving.pdf>, accessed 8 February 2017).
45. Ogden EJD, Moskowitz H. Effects of alcohol and other drugs on driver performance. *Traffic Inj Prev.* 2004;5:185–98 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15276919>, accessed 8 February 2017).
46. Wagenaar AC, Toomey TL. Effects of minimum drinking age laws: review and analyses of the literature from 1960 to 2000. *J Stud Alcohol Suppl.* 2002;(14):206–25 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12022726>, accessed 8 February 2017).
47. Hahn RA, Middleton JC, Elder R, Brewer R, Fielding J, Naimi TS et al. Effects of alcohol retail privatization on excessive alcohol consumption and related harms: a community guide systematic review. *Am J Prev Med.* 2012;42(4):418–27 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22424256>, accessed 8 February 2017).
48. Chikritzhs T, Stockwell T. The impact of later trading hours for Australian public houses (hotels) on levels of violence. *J Stud Alcohol.* 2002;63:591–9 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12380856>, accessed 8 February 2017).
49. Hahn RA, Kuzara JL, Elder R, Brewer R, Chattopadhyay S, Fielding J et al. Effectiveness of policies restricting hours of alcohol sales in preventing excessive alcohol consumption and related harms. *Am J Prev Med.* 2010;39(6):590–604 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21084080>, accessed 8 February 2017).
50. Livingston M. Taxation and price control. In: Boyle P, Boffetta P, Lowenfels AB, Burns H, Brawley O, Zatonski W et al, editors. *Alcohol: science, policy, and public health.* Oxford: Oxford University Press; 2013 (<https://global.oup.com/academic/product/alcohol-9780199655786?cc=dk&lang=en&>, accessed 8 February 2017).
51. O'Mara RJ, Thombs DL, Wagenaar AC, Rossheim ME, Merves ML, Hou W et al. Alcohol price and intoxication in college bars. *Alcohol Clin Ex Res.* 2009;33(11):1973–80 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19719793>, accessed 8 February 2017).
52. Bray JW, Loomis BR, Engelen M. You save money when you buy in bulk: does volume-based pricing cause people to buy more beer? *Health Econ.* 2009;18(5):607–18 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18770524>, accessed 8 February 2017).
53. Jemigan DH. The global alcohol industry: an overview. *Addiction.* 2009;104(Suppl 1):6–12 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19133910>, accessed 8 February 2017).
54. Wilkinson C, Room R. Warnings on alcohol containers and advertisements: international experience and evidence on effects. *Drug Alcohol Rev.* 2009;28(4):426–35 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19594797>, accessed 8 February 2017).
55. Martineau F, Tyner E, Lorenc T, Petticrew M, Lock K. Population-level interventions to reduce alcohol-related harm: an overview of systematic reviews. *Prev Med.* 2013;57(4):278–96 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23811528>, accessed 8 February 2017).
56. Fogarty J. The nature of the demand for alcohol: understanding elasticity. *Br Food J Hyg Rev.* 2006;108(4):316–32 (<http://www.emeraldinsight.com/doi/abs/10.1108/00070700610657155>, accessed 8 February 2017).
57. Wagenaar AC, Salois MJ, Komro KA. Effects of beverage alcohol price and tax levels on drinking: a meta-analysis of 1003 estimates from 112 studies. *Addiction.* 2009;104(2):179–90 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19149811>, accessed 8 February 2017).
58. Gallet CA. The demand for alcohol: a meta-analysis of elasticities. *Aust J Agric Resour Econ.* 2007;51(2):121–35 (<http://doi.wiley.com/10.1111/j.1467-8489.2007.00365.x>, accessed 8 February 2017).
59. Mäkelä P, Osterberg E. Weakening of one more alcohol control pillar: a review of the effects of the alcohol tax cuts in Finland in 2004. *Addiction.* 2009;104(4):554–63 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19335654>, accessed 8 February 2017).

60. Room R, Babor T, Rehm J. Alcohol and public health. *Lancet*. 2005;365(9458):519–30 (<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673605178702>, accessed 8 February 2017).
61. Gruenewald PJ, Ponicki WR, Holder HD, Romelsjö A. Alcohol prices, beverage quality, and the demand for alcohol: quality substitutions and price elasticities. *Alcohol Clin Ex Res*. 2006;30(1):96–105 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16433736>, accessed 8 February 2017).
62. Meier P, Brennan A, Purshouse R, Taylor K, Rafia R, Booth A et al. Independent review of the effects of alcohol pricing and promotion: Part B. Modelling the potential impact of pricing and promotion policies for alcohol in England: results from the Sheffield Alcohol Policy Model. Sheffield: University of Sheffield; 2008 ([http://www.shef.ac.uk/polopoly\\_fs/1.95621!/file/PartB.pdf](http://www.shef.ac.uk/polopoly_fs/1.95621!/file/PartB.pdf), accessed 8 February 2017).
63. Anderson P, de Bruijn A, Angus K, Gordon R, Hastings G. Impact of alcohol advertising and media exposure on adolescent alcohol use: a systematic review of longitudinal studies. *Alcohol Alcohol*. 2009;44(3):229–43 (<https://academic.oup.com/alcalc/article/44/3/229/178279/Impact-of-Alcohol-Advertising-and-Media-Exposure>, accessed 8 February 2017).
64. Hollingworth W, Ebel BE, McCarty CA, Garrison MM, Christakis DA, Rivara FP. Prevention of deaths from harmful drinking in the United States: the potential effects of tax increases and advertising bans on young drinkers. *J Stud Alcohol*. 2006;67(2):300–8 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16562413>, accessed 8 February 2017).
65. McCreanor T, Barnes HM, Kaiwai H, Borell S, Gregory A. Creating intoxicogenic environments: marketing alcohol to young people in Aotearoa New Zealand. *Soc Sci Med*. 2008;67(6):938–46 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18619720>, accessed 8 February 2017).
66. Room R, Osterberg E, Ramstedt M, Rehm J. Explaining change and stasis in alcohol consumption. *Addict Res Theory*. 2009;17(6):562–76 (<http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/16066350802626966>, accessed 8 February 2017).
67. Room R. Healthy is as healthy does: where will a voluntary code get us on international alcohol control? *Addiction* 2013;108(3):456–7 (<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1360-0443.2012.03980.x/full>, accessed 8 February 2017).
68. Babor TF. Public health science and the global strategy on alcohol. *Bull World Health Organ*. 2010;88(9):643 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2930373>, accessed 8 February 2017).
69. Thomas S, Paschall MJ, Grube JW, Cannon C, Treffers R. Underage alcohol policies across 50 California cities: an assessment of best practices. *Subst Abuse Treat Prev Policy*. 2012;7:26 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22734468>, accessed 8 February 2017).
70. Treno AJ, Grube JW, Martin SE. Alcohol availability as a predictor of youth drinking and driving: a hierarchical analysis of survey and archival data. *Alcohol Clin Exp Res*. 2003;27(5):835–40 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12766629>, accessed 8 February 2017).
71. Андриенко Ю., Немцов А. Оценка индивидуального спроса на алкоголь. Москва: Центр экономических и финансовых исследований и разработок в Российской экономической школе; 2006 ([www.cefir.ru/download.php?id=626](http://www.cefir.ru/download.php?id=626), по состоянию на 6 апреля 2018 г.).
72. Burns H. Towards a global alcohol policy: current directions. In: Boyle P, Boffetta P, Lowenfels AB, Burns H, Brawley O, Zatonski W et al, editors. *Alcohol: science, policy, and public health*. Oxford: Oxford University Press; 2013 (<https://global.oup.com/academic/product/alcohol-9780199655786?cc=dk&lang=en>, accessed 8 February 2017).
73. Status report on alcohol and health in 35 European countries 2013. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2013 ([http://www.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/0017/190430/Status-Report-on-Alcohol-and-Health-in-35-European-Countries.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0017/190430/Status-Report-on-Alcohol-and-Health-in-35-European-Countries.pdf?ua=1), accessed 8 February 2017).
74. European status report on alcohol and health 2010. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2010 ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/128065/e94533.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/128065/e94533.pdf), accessed 8 February 2017).
75. Global status report on alcohol 2004. Geneva: World Health Organization; 2004 ([http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/global\\_status\\_report\\_2004\\_overview.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_status_report_2004_overview.pdf), accessed 8 February 2017).
76. Global status report on alcohol and health. Geneva: World Health Organization; 2011 ([http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/global\\_alcohol\\_report/msbgsruprofiles.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/msbgsruprofiles.pdf), accessed 8 February 2017).
77. Sands ES. Minimum-age laws and youth drinking: an introduction. In: Wechsler H, editor. *Minimum drinking age laws*. Lanham (MD): Lexington Books; 1980 (<http://trid.trb.org/view.aspx?id=192466>, accessed 8 February 2017).
78. Andreuccetti G, Carvalho HB, Cherpitel CJ, Yu Y, Ponce JC, Kahn T et al. Reducing the legal blood alcohol concentration limit for driving in developing countries: a time for change? Results and implications derived from a time-series analysis (2001–10) conducted in Brazil. *Addiction*. 2011;106(12):2124–31 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21631625>, accessed 8 February 2017).

79. Eisenbach-Stangl I. Comparing European alcohol policies: what to compare? Vienna: European Centre for Social Welfare Policy and Research; 2011 accessed 8 February 2017 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21631625>, accessed 8 February 2017).
80. Maimon D, Browning CR. Underage drinking, alcohol sales and collective efficacy: informal control and opportunity in the study of alcohol use. *Soc Sci Res.* 2012;41(4):977–90 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23017864>, accessed 8 February 2017).
81. Nordlund S. Policy norms, alcohol policy and drinking behaviour. In: Anderson P, Braddick F, Reynolds J, Gual A, editors. *Alcohol policy in Europe: evidence from AMPHORA* [e-book]. The AMPHORA project; 2012 ([http://amphoraproject.net/w2box/data/e-book/AM\\_E-BOOK\\_2nd%20edition%20-%20final%20Sept%202013\\_c.pdf](http://amphoraproject.net/w2box/data/e-book/AM_E-BOOK_2nd%20edition%20-%20final%20Sept%202013_c.pdf), accessed 8 February 2017).
82. Allamani A, Prina F. Why the decrease in consumption of alcoholic beverages in Italy between the 1970s and the 2000s – shedding light on an Italian mystery. *Contemporary Drug Problems.* 2007;34(2):187–98 (<http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/009145090703400203>, accessed 8 February 2017).
83. Allamani A, Voller F, Decarli A, Casotto V, Pantzer K, Anderson P et al. Contextual determinants of alcohol consumption changes and preventive alcohol policies: a 12-country European study in progress. *Subst Use Misuse.* 2011;46(10):1288–303 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21692604>, accessed 8 February 2017).
84. Joossens L, Raw M. *The Tobacco Control Scale 2010 in Europe*. Brussels: Association of the European Cancer Leagues; 2011 ([http://www.krebshilfe.de/fileadmin/Inhalte/Downloads/PDFs/Kampagnen/TCS\\_2010\\_Europe.pdf](http://www.krebshilfe.de/fileadmin/Inhalte/Downloads/PDFs/Kampagnen/TCS_2010_Europe.pdf), accessed 8 February 2017).
85. Проект плана действий по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними на 2013–2020 гг. Доклад Секретариата. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2013 (EB132/7; [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/EB132/B132\\_7-ru.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB132/B132_7-ru.pdf), по состоянию на 12 апреля 2018 г.).
86. McKee SA, Weinberger AH. How can we use our knowledge of alcohol-tobacco interactions to reduce alcohol use? *Annu Rev Clin Psychol.* 2013;9:649–74 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23157448>, accessed 8 February 2017).
87. Cornelsen L, Normand C. Impact of the smoking ban on the volume of bar sales in Ireland: evidence from time series analysis. *Health Econ.* 2012;21(5):551–61 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22473645>, accessed 8 February 2017).
88. Chisholm D, Doran C, Shibuya K, Rehm J. Comparative cost–effectiveness of policy instruments for reducing the global burden of alcohol, tobacco and illicit drug use. *Drug Alcohol Rev.* 2006;25(6):553–65 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17132573>, accessed 8 February 2017).
89. Kypri K, O'Brien K, Miller P. Time for precautionary action on alcohol industry funding of sporting bodies. *Addiction.* 2009;104(12):1949–50 (<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1360-0443.2009.02711.x/full>, accessed 8 February 2017).

# ПРИЛОЖЕНИЕ 1. УПОРЯДОЧЕННЫЙ ПО СВОДНЫМ ПОКАЗАТЕЛЯМ ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ, ОТОБРАННЫХ ИЗ ОПРОСНИКОВ И ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ДЛЯ ПОСТРОЕНИЯ КОМБИНИРОВАННЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДЛЯ ЕПДА

## 1. Лидерство, информированность и приверженность

### 1.1 Национальная политика в отношении алкоголя

Имеется ли в вашей стране существующая в письменном виде национальная политика в отношении алкоголя? *Существующая в письменном виде национальная политика в отношении алкоголя – это принятый на национальном уровне организованный набор ценностей, принципов и целей в отношении снижения бремени, относимого на счет употребления алкоголя, для населения.*

- Национальная политика
- Субнациональный уровень: описание субнациональной политики/региональных вариантов политики:
- Нет

Является ли существующая в письменном виде национальная политика в отношении алкоголя многосекторальной?

- Нет
- Да

Имеется ли национальный план действий по реализации существующей в письменном виде национальной политики в отношении алкоголя?

- Нет
- Да

Идет ли разработка существующей в письменном виде национальной политики в отношении алкоголя или происходит ли пересмотр действующей? *Отметьте только один вариант ответа.*

- Нет
- Да, происходит пересмотр действующей
- Да, идет разработка существующей в письменном виде национальной политики в отношении алкоголя

### 1.2 Определение алкогольного напитка

Существует ли в вашей стране стандартное юридическое определение алкогольного напитка, используемое правительством?

- Нет
- Да

Если да, каково стандартное юридическое определение алкогольного напитка в вашей стране? *Если в определении устанавливается объемная доля спирта в процентах, просьба указать ее, например: «Все виды напитков с объемной долей этилового спирта более 0,5%».*

### 1.3 Определение стандартной порции напитка

Существует ли в вашей стране определение стандартной порции напитка, используемое на национальном уровне?

- Нет
- Да

Если да, каков объем стандартной порции напитка в пересчете на граммы этилового спирта?

## 1.4 Мероприятия по повышению уровня информированности

Проводились ли в вашей стране за последние три года какие-либо общенациональные мероприятия по повышению уровня информированности населения?

Нет  Да *Просьба указать, какие именно. Отметьте все применимые пункты.*

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Употребление алкоголя молодежью              | <input type="checkbox"/> Незаконно произведенный/суррогатный алкоголь |
| <input type="checkbox"/> Вождение в нетрезвом виде                    | <input type="checkbox"/> Алкоголь и беременность                      |
| <input type="checkbox"/> Для коренных народов                         | <input type="checkbox"/> Алкоголь на работе                           |
| <input type="checkbox"/> Влияние алкоголя на здоровье                 |   |
| <input type="checkbox"/> Социальный вред (вред, наносимый окружающим) |   |
| <input type="checkbox"/> Прочее (просьба указать)                     |   |

Какие из следующих инструментов/программ используются в вашей стране для профилактики употребления психоактивных веществ и расстройств, обусловленных их употреблением? *Просьба ответить применительно к употреблению алкоголя и заболеваниям, обусловленным употреблением алкоголя. Уточните ориентировочный охват целевого населения (в процентах).*

Инструменты/программы отсутствуют

	СМИ (аудиовизуальные)	СМИ (печатные)	Реклама в общественных местах (плакаты)
Отсутствует (0%)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Невысокий (1–30%)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Высокий (31–60%)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Очень высокий (61–100%)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 2. Ответные меры служб здравоохранения

### 2.1 Скрининг и краткое профилактическое консультирование по вопросам вредного и опасного употребления алкоголя

Имеются ли в вашей стране клинические руководства по осуществлению краткого профилактического консультирования, утвержденные или одобренные хотя бы одной профильной организацией здравоохранения?

Нет  Да

Какова доля служб первичной медико-санитарной помощи, внедривших скрининг и краткое профилактическое консультирование по вопросам вредного и опасного употребления психоактивных веществ на национальном уровне? *Укажите применительно к употреблению алкоголя. Скрининг может ограничиваться вопросами об употреблении и не требует стандартизованных процедур, таких как заполнение анкет или тестирование.*

	Регулярный скрининг (для большинства пациентов)	Выборочный скрининг (для меньшинства пациентов)
Не внедрено (0%)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Немногие (1–10%)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Некоторые (11–30%)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Многие (31–60%)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Большинство (61–100%)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Неизвестно	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Какова доля служб дородовой помощи, внедривших скрининг и краткое профилактическое консультирование по вопросам вредного и опасного употребления психоактивных веществ на национальном уровне? Укажите применительно к употреблению алкоголя. Скрининг может ограничиваться вопросами об употреблении вещества и не требует стандартизованных процедур, таких как заполнение анкет или тестирование.

- Не внедрено (0%)
- Немногие (1–10%)
- Некоторые (11–30%)
- Многие (31–60%)
- Большинство (61–100%)
- Неизвестно

## 2.2 Специальные программы лечения

Существуют ли в вашей стране специальные программы лечения для женщин, а также для детей и подростков, страдающих заболеваниями, обусловленными употреблением психоактивных веществ? Просьба указать применительно к заболеваниям, обусловленным употреблением алкоголя, и сообщить, в какой части страны проводятся эти программы. Отметьте все применимые пункты.

	Специальные программы лечения для женщин	Специальные программы лечения для детей и подростков
Нет	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Да, в столице	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Да, в других крупных городах <sup>a</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Да, в других районах <sup>b</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<sup>a</sup> Крупные города – города с относительно большим населением и наличием доступа к третичному и последующим звеньям медико-санитарной помощи, включая узкоспециализированные учреждения, такие как университетские больницы или специализированные медицинские центры, например нейрохирургические или радиологические клиники.

<sup>b</sup> Другие области – города, не относящиеся к столицам и крупным городам, и сельские районы.

## 2.3 Медикаментозное лечение

Какие из следующих лекарств доступны в вашей стране? Укажите, зарегистрированы ли они, доступны ли они бюджетным медицинским службам и контролируется ли дозировка. Отметьте все применимые пункты.

Препарат	Лекарственная форма	Показания	Зарегистрирован в стране		Доступен ли бюджетным медицинским службам для лечения этого расстройства?		Предписывается ли амбулаторным пациентам прием под наблюдением врача? <sup>a</sup>	
			Да	Нет	Да	Нет	Да	Нет
Акампросат	Таблетки	Алкогольная зависимость	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	н/п	
Бупренорфин	Сублингвальные таблетки	Опиоидная зависимость	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Бупренорфин/ наллоксон	Сублингвальные таблетки	Опиоидная зависимость	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Бупренорфин/ наллоксон	Сублингвальная пленка	Опиоидная зависимость	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Диазепам (или другие бензодиазепины длительного действия)	Таблетки	Алкогольная абстиненция	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Диазепам (или другие бензодиазепины длительного действия)	Таблетки	Бензодиазепиновая абстиненция	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Клонидин	Таблетки	Опиоидная абстиненция	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	н/п	
Дисульфирам	Таблетки	Алкогольная зависимость	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Лофексидин	Таблетки	Опиоидная абстиненция	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	н/п	
Метадон	Жидкость	Опиоидная зависимость	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Метадон	Таблетки	Опиоидная зависимость	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Налоксон	Раствор для инъекций	Передозировка опиоидов	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	н/п	
Налтрексон	Таблетки	Алкогольная зависимость	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	н/п	
Налтрексон	Таблетки	Опиоидная зависимость	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<sup>a</sup> Прием амбулаторными пациентами метадона, бупренорфина, диазепамы, дисульфирама и налтрексона под наблюдением врача: отметьте «Да», если для амбулаторных пациентов обязателен прием препарата с ежедневным контролем дозировки, если только по итогам индивидуальной оценки не решено, что ежедневный контроль не требуется. Например, в начале курса контролируемого лечения метадоном пациенты приходят за дозой препарата в медицинское учреждение каждый день – и так продолжается до тех пор, пока им не будет разрешено забирать метадон с собой.

### 3. Действия на уровне местных сообществ

#### 3.1 Профилактика/консультации в отношении алкоголя на уровне школ

Имеются ли в вашей стране общенациональные методические рекомендации по предотвращению и снижению вреда, наносимого алкоголем, в школах?

Нет     Да

Имеется ли в вашей стране правовая норма, обязывающая школы осуществлять меры профилактики употребления алкоголя (или алкоголя и других психоактивных веществ) в рамках учебного плана или школьных программ охраны здоровья?

Нет     Да

### 3.2 Профилактика/консультации в отношении алкоголя на уровне предприятий и организаций

Имеются ли в вашей стране общенациональные методические руководства по осуществлению профилактики/консультаций по проблемам алкоголя на уровне предприятий и организаций?

- Нет     Да

Существует ли в вашей стране законодательство о проверках на предмет употребления алкоголя на работе?

- Нет     Да

Проводятся ли в вашей стране программы на уровне предприятий и организаций, направленные на профилактику употребления психоактивных веществ и обусловленных им заболеваний? *Просьба указать применительно к употреблению алкоголя и обусловленным им заболеваниям. Просьба указать ориентировочный уровень охвата целевого населения в процентах.*

- Инструменты/программы отсутствуют

- |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|
| Отсутствует (0%)         | <input type="checkbox"/> |
| Невысокий (1–30%)        | <input type="checkbox"/> |
| Высокий (31–60%)         | <input type="checkbox"/> |
| Крайне высокий (61–100%) | <input type="checkbox"/> |

### 3.3 Меры на уровне местных сообществ по снижению вреда, связанного с употреблением алкоголя

Имеются ли в вашей стране общенациональные методические руководства по осуществлению мер на уровне местных сообществ по снижению вреда, связанного с употреблением алкоголя?

- Нет     Да

Реализуются ли в вашей стране вмешательства/проекты на уровне и с участием местных сообществ, осуществляемые с привлечением заинтересованных сторон (неправительственных организаций, бизнеса и др.)?

- Нет     Да. *Просьба указать важнейшие секторы. Отметьте все применимые пункты.*

- Неправительственные организации
- Бизнес
- Местные органы власти
- Другие. *Просьба указать:*

Проводятся ли в вашей стране программы на уровне и с участием местных сообществ, направленные на профилактику употребления психоактивных веществ и обусловленных им заболеваний? *Просьба указать ориентировочный уровень охвата целевого населения в процентах.*

- Инструменты/программы отсутствуют

- |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|
| Отсутствует (0%)         | <input type="checkbox"/> |
| Невысокий (1–30%)        | <input type="checkbox"/> |
| Высокий (31–60%)         | <input type="checkbox"/> |
| Крайне высокий (61–100%) | <input type="checkbox"/> |

## 4. Политика и контрмеры в отношении управления транспортными средствами в состоянии алкогольного опьянения

### 4.1 Предельный уровень алкоголя в крови (УАК) при управлении транспортным средством

Каков максимально допустимый по закону УАК при управлении транспортным средством для каждой из следующих групп? (Например: 0,05%; обычно – от 0% до 0,10%.) Укажите УАК в процентах или напишите «нет», если законом не установлен максимальный УАК.

Стандартные предельный уровень: 0,\_\_\_%

Молодые/начинающие водители: 0,\_\_\_%

### 4.2 Контроль за соблюдением законодательства при помощи пунктов проверки на трезвость

Используется ли система пунктов проверки на трезвость? Пункты проверки на трезвость – это полицейские пункты контроля или мобильные блокпосты на дорогах общего пользования для проверки водителей на содержание алкоголя в крови.

Нет  Да

### 4.3 Обеспечение соблюдения норм посредством выборочных проверок на предмет содержания паров алкоголя в выдыхаемом воздухе

Проводятся ли выборочные проверки на предмет содержания паров алкоголя в выдыхаемом воздухе? Выборочная проверка подразумевает, что любой водитель может быть остановлен полицией в любой момент для проверки на предмет употребления алкоголя.

Нет  Да

### 4.4 Наказания

Какие наказания назначаются за управление транспортным средством в состоянии алкогольного опьянения в вашей стране? Отметьте все применимые пункты.

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Денежные штрафы  | <input type="checkbox"/> Приостановление действия водительских прав |
| <input type="checkbox"/> Штрафные баллы   | <input type="checkbox"/> Лишение водительских прав                  |
| <input type="checkbox"/> Кратковременное помещение под стражу                     | <input type="checkbox"/> Лишение свободы                            |
| <input type="checkbox"/> Отправление автомобиля на штрафстоянку                   | <input type="checkbox"/> Общественные/принудительные работы         |
| <input type="checkbox"/> Принудительное лечение                                   | <input type="checkbox"/> Замок зажигания с датчиком алкоголя        |
| <input type="checkbox"/> Принудительное прохождение обучения и курса консультаций | <input type="checkbox"/> Не применяются                             |

## 5. Доступность алкогольных напитков

### 5.1 Минимальный возраст, позволяющий заказывать алкоголь в питейных заведениях и приобретать его навынос

Какие законодательные ограничения по возрасту действуют на национальном уровне в отношении следующих вариантов приобретения алкоголя? Укажите минимальный возраст (в годах) или «нет», если лимит отсутствует. Указанный возраст означает, что лицу, не достигшему этого возраста, алкогольные напитки не подаются/не продаются.

	Пиво	Вино	Крепкие напитки
Заказ в питейных заведениях (кафе, пивных, барах, ресторанах)	___ лет	___ лет	___ лет
Приобретение навынос (например, в магазинах и супермаркетах)	___ лет	___ лет	___ лет

## 5.2 Контроль розничной продажи

Если на национальном уровне осуществляется контроль за производством и продажей алкоголя, имеется ли в вашей стране государственная монополия? *Отметьте соответствующие варианты ответа. Государственная монополия подразумевает полный или почти полный контроль государства.*

	Пиво		Вино		Крепкие напитки	
Монополия на производство	Нет <input type="checkbox"/>	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>	Да <input type="checkbox"/>
Монополия на розничную продажу	Нет <input type="checkbox"/>	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>	Да <input type="checkbox"/>

Если производство и продажа алкоголя контролируются на национальном уровне, имеется ли система лицензирования? *Отметьте соответствующие варианты ответа. Под лицензированием подразумевается частичный контроль государства в тех сферах деятельности, для которых требуется лицензия.*

	Пиво		Вино		Крепкие напитки	
Лицензия на производство	Нет <input type="checkbox"/>	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>	Да <input type="checkbox"/>
Лицензия на розничную продажу	Нет <input type="checkbox"/>	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>	Да <input type="checkbox"/>

## 5.3 Ограничения, касающиеся времени продажи

Просьба предоставить информацию о действующих на национальном уровне ограничениях в отношении продажи в питейных заведениях пива, вина и крепких спиртных напитков. *Отметьте соответствующие варианты ответа. Продажа в питейных заведениях означает заказ алкогольных напитков, например, в кафе, пабе, баре или ресторане.*

	Пиво		Вино		Крепкие напитки	
Время продажи	Нет <input type="checkbox"/>	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>	Да <input type="checkbox"/>
Дни продажи	Нет <input type="checkbox"/>	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>	Да <input type="checkbox"/>

Просьба предоставить информацию об ограничениях, введенных на национальном уровне в отношении продажи навынос пива, вина и крепких спиртных напитков. *Отметьте соответствующие варианты ответа. Продажа навынос означает продажу алкогольных напитков, например, в магазине или супермаркете, не подразумевающую употребления на месте.*

	Пиво		Вино		Крепкие напитки	
Время продажи	Нет <input type="checkbox"/>	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>	Да <input type="checkbox"/>
Дни продажи	Нет <input type="checkbox"/>	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>	Да <input type="checkbox"/>

## 5.4 Ограничения, касающиеся расположения точек продажи

Просьба предоставить информацию об ограничениях, введенных на национальном уровне в отношении продажи в питейных заведениях пива, вина и крепких спиртных напитков. *Отметьте соответствующие варианты ответа. Продажа в питейных заведениях означает заказ алкогольных напитков, например, в кафе, пабе, баре или ресторане.*

	Пиво		Вино		Крепкие напитки	
Расположение точек продажи	Нет <input type="checkbox"/>	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>	Да <input type="checkbox"/>
Плотность расположения точек продажи	Нет <input type="checkbox"/>	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>	Да <input type="checkbox"/>

Просьба предоставить информацию об ограничениях, введенных на национальном уровне в отношении продажи навынос пива, вина и крепких спиртных напитков. *Отметьте соответствующие варианты ответа. Продажа навынос означает продажу алкогольных напитков, например, в магазине или супермаркете, не подразумевающую употребления на месте.*

	Пиво		Вино		Крепкие напитки	
Расположение точек продажи	Нет <input type="checkbox"/>	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>	Да <input type="checkbox"/>
Плотность расположения точек продажи	Нет <input type="checkbox"/>	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>	Да <input type="checkbox"/>

## 5.5 Ограничение продажи на конкретных мероприятиях

Просьба предоставить информацию об ограничениях, введенных на национальном уровне в отношении продажи в питейных заведениях пива, вина и крепких спиртных напитков. *Отметьте соответствующие варианты ответа. Продажа в питейных заведениях означает заказ алкогольных напитков, например, в кафе, пабе, баре или ресторане.*

	Пиво		Вино		Крепкие напитки	
Продажа на определенных мероприятиях, таких как футбольные матчи	Нет <input type="checkbox"/>	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>	Да <input type="checkbox"/>

Просьба предоставить информацию об ограничениях, введенных на национальном уровне в отношении продажи навынос пива, вина и крепких спиртных напитков. *Отметьте соответствующие варианты ответа. Продажа навынос означает продажу алкогольных напитков, например, в магазине или супермаркете, не подразумевающую употребления на месте.*

	Пиво		Вино		Крепкие напитки	
Продажа на определенных мероприятиях, таких как футбольные матчи	Нет <input type="checkbox"/>	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>	Да <input type="checkbox"/>

## 5.6 Общественная среда, свободная от алкоголя

Укажите, в какой мере различные общественные места в вашей стране свободны от алкоголя. *Поставьте отметку в соответствующем столбце. «Частичное законодательное ограничение» означает, что некоторые алкогольные напитки запрещены или некоторые учреждения/здания/места свободны от алкоголя. «Добровольное соглашение/саморегулирование» означает, что местные органы власти и муниципалитеты устанавливают свои собственные правила или что алкогольная индустрия соблюдает свои внутренние добровольно принятые правила.*

	Запрет	Частичное законодательное ограничение	Добровольное соглашение/саморегулирование	Нет ограничений
Образовательные учреждения	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Общественный транспорт	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Парки, улицы	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Спортивные мероприятия	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 6. Маркетинг алкогольных напитков

### 6.1 Юридически обязательные ограничения на рекламу алкоголя

Существуют ли на национальном уровне юридически обязательные ограничения на рекламу алкоголя?

Нет     Да

Если да, укажите, какие ограничения действуют в отношении рекламы алкоголя. Отметьте вид напитка, к которому применяется тот или иной вид ограничений, при помощи буквы (*B = пиво, W = вино, S = крепкие спиртные напитки*). «Частичное законодательное ограничение» означает, что ограничение действует в течение определенного времени суток или распространяется на некоторые мероприятия, программы, журналы, фильмы и т. д. «Добровольное соглашение» означает, что алкогольная индустрия соблюдает свои внутренние добровольно принятые правила.



	Запрет	Частичное законодательное ограничение	Добровольное соглашение/ саморегулирование	Нет ограничений
Спонсорство спортивных мероприятий				
Спонсорство молодежных мероприятий, таких как концерты				

#### 6.4 Юридически обязательные ограничения на мероприятия по стимулированию продаж со стороны производителей, предприятий розничной торговли и владельцев пивных и баров

Существуют ли на национальном уровне юридически обязательные ограничения на мероприятия по стимулированию продаж со стороны производителей, предприятий розничной торговли (включая супермаркеты) и владельцев пивных и баров?

Нет     Да

Если да, укажите, какие ограничения действуют в отношении стимулирования продаж. Отметьте вид напитка, к которому применяется тот или иной вид ограничений, при помощи буквы (В = пиво, W = вино, S = крепкие спиртные напитки). «Частичное законодательное ограничение» означает, что ограничение действует в течение определенного времени суток или распространяется на некоторые мероприятия, программы, журналы, фильмы и т. д. «Добровольное соглашение/саморегуляция» означает, что алкогольная индустрия соблюдает свои внутренние добровольно принятые правила.

	Запрет	Частичное законодательное ограничение	Добровольное соглашение/ саморегулирование	Нет ограничений
Стимулирование продаж со стороны производителей (например, в форме праздников и мероприятий)				
Продажа по цене ниже себестоимости предприятиями розничной торговли (включая супермаркеты)				
Бесплатная подача алкоголя владельцами пивных и баров				

## 7. Ценовая политика

### 7.1 Корректировка налоговых ставок с учетом инфляции

Производится ли корректировка налогов (акцизных налогов или специальных налогов на алкоголь) с учетом инфляции? Укажите, как часто налоги корректируются с учетом инфляции (например: каждые 3 месяца/каждый год):

Пиво	Нет <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/>	→	каждые  __ __  месяца(-ев)/каждые  __ __  года (лет)
Вино	Нет <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/>	→	каждые  __ __  месяца(-ев)/каждые  __ __  года (лет)
Крепкие напитки	Нет <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/>	→	каждые  __ __  месяца(-ев)/каждые  __ __  года (лет)
Другое (самый популярный национальный алкогольный напиток); укажите название:	Нет <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/>	→	каждые  __ __  месяца(-ев)/каждые  __ __  года (лет)

Содержание спирта объемное: \_\_\_%, а также:

## 7.2 Ценовая доступность алкогольных напитков

Укажите среднюю розничную цену алкогольных напитков.

Объем (в сл)	Эталонная марка (лидер рынка)	Средняя розничная цена (в местной валюте)
Пиво: самая популярная марка пива		
Вино: столовое/ординарное		
Крепкие спиртные напитки: самая популярная местная марка		
Крепкие спиртные напитки: самая популярная импортная марка		
Другое (самый популярный национальный алкогольный напиток); укажите объемную долю спирта: ____% и название:		

## 7.3 Прочие ценовые меры

Реализуются ли в вашей стране другие меры ценовой политики, кроме налогообложения?

*К таким ценовым мерам, в частности, относится регулирование цены безалкогольных и алкогольных напитков, например, так, чтобы цена безалкогольного напитка была ниже цены напитка с содержанием алкоголя.*

Нет     Да    *Просьба указать. Отметьте все применимые пункты.*

- Политика минимальной цены
- Требование о продаже безалкогольных напитков по более низким ценам
- Дополнительный налог на определенные виды продукции (например, слабоалкогольные газированные напитки) – *просьба указать:*
- Ценовые меры для снижения употребления алкоголя несовершеннолетними или употребления алкоголя в больших количествах. *Просьба указать:*
- Запрет продажи по цене ниже себестоимости
- Запрет на скидки при покупке большого количества алкоголя
- Другое – *просьба указать:*

## 8. Уменьшение негативных последствий употребления спиртных напитков и алкогольной интоксикации

### 8.1 Обучение персонала заведений

Проводится ли в вашей стране систематическое обучение персонала питейных заведений (пивных, баров, ресторанов) на регулярной основе? *Отметьте все применимые пункты. Обучение персонала питейных заведений – это форма профессиональной подготовки для людей, в чьи обязанности входит подача алкоголя, например для персонала баров и ресторанов, официантов или обслуживающего персонала на мероприятиях, предусматривающих подачу напитков. Такое обучение помогает обеспечить безопасную подачу алкогольных напитков для клиентов (например, не подавать алкоголь в количествах, которые приведут к опьянению, не подавать алкоголь лицам, уже достигшим опьянения, или несовершеннолетним). Обучение персонала питейных заведений может регулироваться и предписываться государственными или местными законами.*

- Нет
- Да, организуется регулирующими органами
- Да, организуется частным сектором
- Да, организуется другими сторонами – *просьба указать:*

## 8.2 Этикетки с предупреждением о вреде для здоровья

Существует ли в вашей стране общенациональное требование о маркировке рекламы алкогольных напитков предупреждениями о вреде для здоровья?

Нет  Да

Существует ли в вашей стране общенациональное требование о наличии на емкостях/бутылках с алкогольными напитками этикеток с предупреждением о вреде для здоровья?

Нет  Да

## 9. Уменьшение последствий для общественного здоровья, связанных со спиртными напитками, изготовленными незаконно и в неорганизованном секторе

### 9.1 Акцизные марки на емкостях с алкогольными напитками

Используются ли в вашей стране акцизные марки или этикетки для емкостей/бутылок с алкогольными напитками, указывающие на уплату соответствующих акцизов или налогов?

Пиво	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да
Вино	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да
Крепкие спиртные напитки	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да

### 9.2 Оценочные данные о неучтенном потреблении алкоголя

Каковы основные компоненты национальной системы мониторинга потребления алкоголя?  
*Отметьте все применимые пункты.*

- Регулярная оценка потребления неучтенного алкоголя (произведенного незаконно или в неорганизованном секторе) на основании экспертных заключений
- Регулярная оценка потребления неучтенного алкоголя (произведенного незаконно или в неорганизованном секторе) на основании исследований, посвященных неучтенному потреблению алкоголя
- Регулярная оценка потребления неучтенного алкоголя (произведенного незаконно или в неорганизованном секторе) на основании косвенных данных – информации государственных органов об объемах конфискованного алкоголя
- Регулярная оценка потребления неучтенного алкоголя (произведенного незаконно или в неорганизованном секторе) на основании косвенных данных – результатов опросов
- Регулярная оценка потребления неучтенного алкоголя (произведенного незаконно или в неорганизованном секторе) на основании косвенных данных другого характера. Просьба указать, какие данные использовались для оценки неучтенного потребления:

### 9.3 Законодательные меры по предотвращению незаконного производства и продажи алкогольных напитков

Существуют ли в вашей стране, на общенациональном уровне, законодательные меры для недопущения незаконного производства и/или продажи алкогольных напитков, произведенных дома или в неформальном секторе?

- Нет
- Да, для предотвращения незаконного производства
- Да, для предотвращения незаконной продажи

**10.1 Национальная система мониторинга**

Существует ли в вашей стране национальная система мониторинга потребления алкоголя и его неблагоприятных последствий для здоровья и социальных последствий? *Отметьте все применимые пункты. Под национальной системой мониторинга потребления алкоголя и его неблагоприятных последствий для здоровья и социальных последствий понимается хранилище данных о населении и данных учреждений здравоохранения. Основные источники данных о здоровье населения – переписи населения, обследования домохозяйств и системы (выборочного) учета демографических данных. Основные источники данных учреждений здравоохранения – системы санэпиднадзора, сведения служб здравоохранения и данные мониторинга систем здравоохранения.*

- Да, собираются данные о потреблении алкоголя
- Да, собираются данные о последствиях потребления алкоголя для здоровья
- Да, собираются данные о социальных последствиях потребления алкоголя
- Да, собираются данные об ответных мерах политики в отношении алкоголя
- Нет

Каковы основные компоненты национальной системы мониторинга потребления алкоголя? *Отметьте все применимые пункты.*

- Данные о продаже алкогольных напитков
- Национальные обследования населения, включающие вопросы о потреблении алкоголя. Просьба указать: i) как часто проводятся такие обследования (например, каждые 3 года): каждые \_\_\_\_ года (лет); и ii) год проведения последнего обследования (например, 2011):

Публикуются ли регулярные отчеты?

- Да. Просьба указать год последнего отчета и ссылку на веб-сайт/библиографическую ссылку:  
Год:  
URL/ссылка:
- Нет

Какие ресурсы выделены для национальной системы мониторинга?

- Учреждение/организация/отдел, официально выполняющий функцию национального центра мониторинга.  
Просьба указать название и местонахождение учреждения/организации/отдела, выполняющего такую функцию мониторинга:
- Лицо, которому официально поручено контролировать ситуацию в сфере алкоголя и здоровья населения.

**10.2 Национальная система эпиднадзора**

Каковы основные компоненты национальной системы мониторинга потребления алкоголя?

- Национальные обследования молодежи (в том числе в школах), включающие вопросы о потреблении алкоголя. *Просьба указать: i) регулярность проведения таких обследований (каждые \_\_\_\_ года (лет)); и ii) год проведения последнего обследования (\_\_\_\_):*

Проводятся ли национальные обследования на предмет распространенности эпизодического употребления алкоголя в больших количествах (пьянства)\* среди взрослых (15 лет и старше)? *Определение эпизодического употребления алкоголя в больших количествах (пьянства) в данном случае – употребление не менее 60 грамм этилового спирта как минимум один раз в неделю на протяжении последних 12 месяцев.*

- Нет
- Да

# ПРИЛОЖЕНИЕ 2. ПОДРОБНОЕ ОПИСАНИЕ СИСТЕМЫ БАЛЛЬНОЙ ОЦЕНКИ ДЛЯ КОМБИНИРОВАННЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДЛЯ ЕПДА

## 1. Лидерство, информированность и приверженность (максимум 23 балла (6.))

### 1.1 Национальная политика в отношении алкоголя

Существующая в письменном виде утвержденная национальная политика в отношении алкоголя – это организованный в виде письменного документа набор ценностей, принципов и целей в отношении снижения относимого на счет употребления алкоголя бремени для населения

Существующая в письменном виде национальная политика в отношении алкоголя	<input type="checkbox"/> Принята (2 б.)	<input type="checkbox"/> Разрабатывается (1 б.)	<input type="checkbox"/> Отсутствует (0 б.)
Существующая в письменном виде национальная политика в отношении алкоголя является многосекторальной	<input type="checkbox"/> Да (1 б.)	<input type="checkbox"/> н/п (0 б.)	<input type="checkbox"/> Нет (0 б.)
Существующая в письменном виде национальная политика в отношении алкоголя сопровождается национальным планом действий по ее реализации	<input type="checkbox"/> Да (1 б.)	<input type="checkbox"/> н/п (0 б.)	<input type="checkbox"/> Нет (0 б.)

**Мультипликатор: x3**

### 1.2 Определение алкогольного напитка

Алкогольным признаётся напиток, объемная доля этилового спирта в котором превышает установленное значение.

Алкогольный напиток определяется как напиток, объемная доля этилового спирта в котором превышает 0,1–2,8%.	<input type="checkbox"/> Да (1 б.)	<input type="checkbox"/> Нет (0 б.)
--	------------------------------------	-------------------------------------

**Мультипликатор: x2**

### 1.3 Определение стандартной порции напитка

На национальном уровне используется определение стандартной порции напитка (в граммах этилового спирта).

Стандартная порция напитка определяется как 8–12 г этилового спирта	<input type="checkbox"/> Да (1 б.)	<input type="checkbox"/> Нет (0 б.)
---	------------------------------------	-------------------------------------

**Мультипликатор: x1**

### 1.4 Мероприятия по повышению уровня информированности

Проводятся мероприятия по повышению информированности населения по следующим темам: употребление алкоголя среди молодежи, управление транспортными средствами в состоянии опьянения, коренные народы, воздействие на здоровье, социальный вред, незаконно произведенный/ суррогатный алкоголь, употребление алкоголя на работе или беременность и алкоголь.

За последние три года проводились общенациональные мероприятия по повышению информированности населения	<input type="checkbox"/> 6 и более тем (3 б.)	<input type="checkbox"/> 4–5 тем (2 б.)	<input type="checkbox"/> 1–3 темы (1 б.)	<input type="checkbox"/> Нет (0 б.)
Инструменты/программы для профилактики употребления алкоголя и обусловленных им расстройств (кампании в аудиовизуальных СМИ, в печатных СМИ, реклама в общественных местах) охватывают не менее 31% целевого населения	<input type="checkbox"/> Да (1 б.)	<input type="checkbox"/> Нет (0 б.)		

**Мультипликатор: x2**

## 2. Ответные меры служб здравоохранения

### 2.1 Скрининг и краткое профилактическое консультирование по вопросам вредного и опасного употребления алкоголя

Проводятся скрининг и краткое профилактическое консультирование по вопросу вредного и опасного употребления алкоголя. Скрининг может ограничиваться простыми вопросами об употреблении алкоголя и не требует стандартизованных процедур, таких как заполнение анкет или тестирование.

Имеются клинические руководства по осуществлению краткого профилактического консультирования по вопросам употребления алкоголя	<input type="checkbox"/>	Да (2 б.)				<input type="checkbox"/>	Нет (0 б.)			
Доля служб первичной медико-санитарной помощи, внедривших регулярные (для большинства пациентов) или выборочные (для меньшинства пациентов) скрининг и краткое профилактическое консультирование	<input type="checkbox"/>	Большинство (61–100%) (4 б.)	<input type="checkbox"/>	Многие (31–60%) (3 б.)	<input type="checkbox"/>	Некоторые (11–30%) (2 б.)	<input type="checkbox"/>	Немногие (1–10%) (1 б.)	<input type="checkbox"/>	Не внедрено (0 б.)
Доля служб дородовой помощи, внедривших скрининг и краткое профилактическое консультирование по вопросам опасного употребления алкоголя, на национальном уровне	<input type="checkbox"/>	Большинство (61–100%) (4 б.)	<input type="checkbox"/>	Многие (31–60%) (3 б.)	<input type="checkbox"/>	Некоторые (11–30%) (2 б.)	<input type="checkbox"/>	Немногие (1–10%) (1 б.)	<input type="checkbox"/>	Не внедрено (0 б.)

**Мультипликатор: x3**

### 2.2 Специальные программы лечения

В крупных городах и других районах проводятся специальные программы лечения для женщин, страдающих заболеваниями, обусловленными употреблением алкоголя	<input type="checkbox"/>	Да (2 б.)					<input type="checkbox"/>	Нет (0 б.)
В крупных городах и других районах проводятся специальные программы лечения для детей и подростков, страдающих заболеваниями, обусловленными употреблением алкоголя	<input type="checkbox"/>	Да (2 б.)					<input type="checkbox"/>	Нет (0 б.)

**Мультипликатор: x2**

### 2.3 Медикаментозное лечение

Доступны лекарства для лечения алкогольной зависимости или алкогольной абстиненции.

Доступны следующие лекарства для лечения алкогольной зависимости или алкогольной абстиненции:

- Акампросат (1 б.)
  - Диазепам (или другие бензодиазепины длительного действия) (1 б.)
  - Дисульфирам (1 б.)
  - Налтрексон (1 б.)
- Нет (0 б.)

**Мультипликатор: x3**

### 3. Действия на уровне местных сообществ и на уровне предприятий и организаций (максимум 34 б.)

#### 3.1 Профилактика/консультации в отношении алкоголя на уровне школ

Имеются общенациональные методические рекомендации по предотвращению и снижению вреда, наносимого алкоголем, в школах  Да (2 б.)  Нет (0 б.)

Имеется правовая норма, обязывающая школы принимать меры профилактики употребления алкоголя (или алкоголя и других психоактивных веществ) в рамках учебного плана или школьных программ охраны здоровья  Да (2 б.)  Нет (0 б.)

#### Мультипликатор: x2

#### 3.2 Профилактика/консультации в отношении алкоголя на уровне предприятий и организаций

Имеются общенациональные методические руководства по осуществлению профилактики/консультаций по проблемам алкоголя на уровне предприятий и организаций  Да (2 б.)  Нет (0 б.)

Существует законодательство о проверках на предмет употребления алкоголя на уровне предприятий и организаций  Да (1 б.)  Нет (0 б.)

Программы профилактики алкоголя на уровне предприятий и организаций, направленные на профилактику употребления алкоголя и обусловленных им расстройств, охватывают не менее 31% населения  Да (3 б.)  Нет (0 б.)

#### Мультипликатор: x2

#### 3.3 Меры на уровне местных сообществ по снижению вреда, связанного с употреблением алкоголя

Имеются общенациональные методические руководства по осуществлению эффективных мер на уровне местных сообществ по снижению вреда, связанного с употреблением алкоголя  Да (2 б.)  Нет (0 б.)

Вмешательства и проекты на уровне и с участием местных сообществ реализуются с привлечением внешних заинтересованных сторон  Да (2 б.)  Нет (0 б.)

Программы на уровне и с участием местных сообществ, направленные на профилактику употребления алкоголя и обусловленных им расстройств, охватывают не менее 31% целевого населения  Да (3 б.)  Нет (0 б.)

#### Мультипликатор: x2

**4. Политика и контрмеры в отношении управления транспортными средствами в состоянии алкогольного опьянения (максимум 66 б.)**

**4.1 Предельный уровень алкоголя в крови (УАК) при управлении транспортным средством**

Максимально допустимый по закону УАК (масса на объем) при управлении транспортным средством на территории страны.

Общий лимит УАК	<input type="checkbox"/> ≤ 0,02% (3 б.)	<input type="checkbox"/> > 0,02%, но ≤ 0,05% (2 б.)	<input type="checkbox"/> > 0,05% (0 б.)
УАК для молодых/ неопытных водителей	<input type="checkbox"/> ≤ 0,02% (2 б.)	<input type="checkbox"/> > 0,02%, но ≤ 0,05% (1 б.)	<input type="checkbox"/> > 0,05% (0 б.)

**Мультипликатор: x5**

**4.2 Обеспечение соблюдения норм при помощи пунктов проверки на трезвость**

Для обеспечения соблюдения законодательных норм, регулирующих употребление алкоголя, полиция использует систему пунктов проверки на трезвость. Пункты проверки на трезвость – это полицейские пункты контроля или мобильные блокпосты на дорогах общего пользования для проверки водителей на содержание алкоголя в крови.

Используется система пунктов проверки на трезвость	<input type="checkbox"/> Да (3 б.)	<input type="checkbox"/> Нет (0 б.)
--	------------------------------------	-------------------------------------

**Мультипликатор: x3**

**4.3 Обеспечение соблюдения норм посредством выборочных проверок на предмет содержания паров алкоголя в выдыхаемом воздухе**

Для обеспечения соблюдения законодательных норм, регулирующих употребление алкоголя, проводятся выборочные проверки на предмет содержания паров алкоголя в выдыхаемом воздухе. Выборочная проверка подразумевает, что любой водитель может быть остановлен полицией в любой момент для проверки на предмет употребления алкоголя.

Используется система выборочных проверок на предмет содержания паров алкоголя в выдыхаемом воздухе	<input type="checkbox"/> Да (4 б.)	<input type="checkbox"/> Нет (0 б.)
--	------------------------------------	-------------------------------------

**Мультипликатор: x4**

**4.4 Наказания**

Возможные меры наказания: общественные/принудительные работы, кратковременное помещение под стражу, взимание денежных штрафов, начисление штрафных баллов, приостановление действия водительских прав, лишение водительских прав, лишение свободы, помещение автомобиля на штрафную стоянку, оснащение автомобиля замком зажигания с датчиком алкоголя, принудительное лечение, а также принудительное прохождение обучения и курса консультаций для водителей, не соблюдающих законодательные нормы в отношении управления транспортным средством в состоянии опьянения.

Наказания	<input type="checkbox"/> Применяется не менее 4 разных видов наказания (4 б.)	<input type="checkbox"/> Применяется 1–3 разных вида наказания (2 б.)	<input type="checkbox"/> Наказание не применяется (0 б.)
-----------	---	---	--

**Мультипликатор: x4**

## 5. Действия на уровне местных сообществ и на уровне предприятий и организаций (максимум 34 б.)

### 5.1 Минимальный возраст, позволяющий заказывать алкоголь в питейных заведениях и приобретать его навынос

В стране установлен минимальный возраст для заказа алкоголя в питейном заведении (лицам, не достигшим этого возраста, алкогольные напитки не подаются) и для приобретения алкоголя навынос (лицам, не достигшим этого возраста, алкогольные напитки не продаются).

≥ 20 лет (4 б.)

18–19 лет (3 б.)

< 18 лет (0 б.)

**Мультипликатор: x3**

### 5.2 Контроль розничной продажи

Под лицензированием подразумевается частичный контроль продажи алкогольных напитков со стороны государства. Под монополией подразумевается государственная монополия (полный контроль) на продажу алкогольных напитков.

Полная монополия (пиво, вино и крепкие спиртные напитки) (4 б.)

Частичная монополия (пиво, или вино, или крепкие спиртные напитки) (3 б.)

Полное лицензирование (пиво, вино и крепкие спиртные напитки) (2 б.)

Частичное лицензирование (пиво, или вино, или крепкие спиртные напитки) (1 б.)

Отсутствует (0 б.)

**Мультипликатор: x3**

### 5.3 Ограничения, касающиеся времени продажи

Установлены ограничения на время/дни продажи алкогольных напитков.

Всеобъемлющее ограничение на продажу алкоголя (пива и вина и крепких спиртных напитков) в точках розничной торговли **и** питейных заведениях в определенное время или дни (4 б.)

Всеобъемлющее ограничение на продажу алкоголя (пива и вина и крепких спиртных напитков) в точках розничной торговли **либо** питейных заведениях в определенное время или дни (3 б.)

Частичное ограничение на продажу алкоголя (пива или вина или крепких спиртных напитков) в точках розничной торговли **и** питейных заведениях в определенное время или дни (2 б.)

Частичное ограничение на продажу алкоголя (пива или вина или крепких спиртных напитков) в точках розничной торговли **либо** питейных заведениях в определенное время или дни (1 б.)

Отсутствуют (0 б.)

**Мультипликатор: x3**

### 5.4 Ограничения, касающиеся расположения точек продажи

Установлены ограничения относительно расположения или плотности размещения точек продажи алкогольных напитков.

Всеобъемлющее ограничение на расположение или плотность размещения точек розничной торговли **и** питейных заведений, предлагающих алкоголь (пиво и вино и крепкие спиртные напитки) (4 б.)

Всеобъемлющее ограничение на расположение или плотность размещения точек розничной торговли **либо** питейных заведений, предлагающих алкоголь (пиво и вино и крепкие спиртные напитки) (3 б.)

Частичное ограничение на расположение или плотность размещения точек розничной торговли **и** питейных заведений, предлагающих алкоголь (пиво и вино или крепкие спиртные напитки) (2 б.)

Частичное ограничение на расположение или плотность размещения точек розничной торговли **либо** питейных заведений, предлагающих алкоголь (пиво или вино или крепкие спиртные напитки) (1 б.)

Отсутствуют (0 б.)

**Мультипликатор: x3**

### 5.5 Ограничение продажи на конкретных мероприятиях

Существуют ограничения в отношении продажи алкогольных напитков на определенных мероприятиях (таких как футбольные матчи).

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Всеобъемлющее ограничение (пиво, вино и крепкие спиртные напитки) (3 б.) | <input type="checkbox"/> Частичное ограничение (пиво, или вино, или крепкие спиртные напитки) (2 б.) | <input type="checkbox"/> Отсутствуют (0 б.) |
|---|--|---|

**Мультипликатор: х3**

### 5.6 Общественная среда, свободная от алкоголя

Существуют ограничения на употребление алкоголя в общественных местах, таких как общественный транспорт, парки и улицы, образовательные учреждения и спортивные мероприятия.

- |  |  |   |
|--|--|---|
| Ограничения на употребление алкоголя в общественном транспорте                         | <input type="checkbox"/> Частичное ограничение или запрет (2 б.) | <input type="checkbox"/> Отсутствуют или добровольное соглашение/саморегулирование (0 б.) |
| Ограничения на употребление алкоголя в общественных местах (таких как парки или улицы) | <input type="checkbox"/> Частичное ограничение или запрет (3 б.) | <input type="checkbox"/> Отсутствуют или добровольное соглашение/саморегулирование (0 б.) |
| Ограничения на употребление алкоголя в образовательных учреждениях                     | <input type="checkbox"/> Частичное ограничение или запрет (3 б.) | <input type="checkbox"/> Отсутствуют или добровольное соглашение/саморегулирование (0 б.) |
| Ограничения на употребление алкоголя на спортивных мероприятиях                        | <input type="checkbox"/> Частичное ограничение или запрет (3 б.) | <input type="checkbox"/> Отсутствуют или добровольное соглашение/саморегулирование (0 б.) |

**Мультипликатор: х3**

## 6 Маркетинг алкогольных напитков (см. также раздел 6а) (максимум 48 б.)

### 6.1 Юридически обязательные ограничения на рекламу алкоголя

Реклама алкоголя определяется как стимулирование сбыта алкогольных напитков алкогольной индустрией через национальное телевидение, кабельное телевидение, национальное радио, местное радио, печатные СМИ, кинотеатры, рекламные щиты, точки продажи, интернет и социальные медиа. Возможен разный уровень ограничения: полный запрет, частичное законодательное ограничение или добровольное соглашение/саморегулирование. («Частичное законодательное ограничение» означает, что ограничение действует в течение определенного времени суток или распространяется на некоторые мероприятия, программы, журналы, фильмы и т. д. «Добровольное соглашение» означает, что алкогольная индустрия соблюдает свои внутренние добровольно принятые правила.)

- |   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Полный запрет (3 б.) | <input type="checkbox"/> Частичное законодательное ограничение (2 б.) | <input type="checkbox"/> Добровольное соглашение/саморегулирование (1 б.) | <input type="checkbox"/> Ограничения отсутствуют (0 б.) |
|---|---|---|---|

**Мультипликатор: см. раздел 6а**

### 6.2 Юридически обязательные ограничения на скрытую рекламу

Под скрытой рекламой понимается спонсорство компаниями, например, телепередач или кинофильмов, если в них показываются производимые этими компаниями алкогольные напитки. Потенциальные формы: реклама на государственном/национальном телевидении, коммерческом/частном телевидении и в кино. Возможен разный уровень ограничения: полный запрет, частичное законодательное ограничение или добровольное соглашение/саморегулирование.

- |   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Полный запрет (3 б.) | <input type="checkbox"/> Частичное законодательное ограничение (2 б.) | <input type="checkbox"/> Добровольное соглашение/саморегулирование (1 б.) | <input type="checkbox"/> Ограничения отсутствуют (0 б.) |
|---|---|---|---|

**Мультипликатор: см. раздел 6а**

### 6.3 Юридически обязательные ограничения на спонсорство спортивных и молодежных мероприятий предприятиями отрасли

Спонсорство – финансовая поддержка мероприятия или содействие в его проведении путем предоставления продукции или услуг как метод повышения узнаваемости бренда и маркетинга.

- |   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Полный запрет (3 б.) | <input type="checkbox"/> Частичное законодательное ограничение (2 б.) | <input type="checkbox"/> Добровольное соглашение/саморегулирование (1 б.) | <input type="checkbox"/> Ограничения отсутствуют (0 б.) |
|---|---|---|---|

**Мультипликатор: см. раздел 6а**

### 6.4 Юридически обязательные ограничения на мероприятия по стимулированию продаж со стороны производителей, предприятий розничной торговли и владельцев пивных и баров

В стране действуют установленные законом ограничения на мероприятия по стимулированию продаж алкоголя, например со стороны производителей – в форме праздников и мероприятий, предприятий розничной торговли (включая супермаркеты) – в форме продажи по цене ниже себестоимости (например, два товара по цене одного, часы скидок) или владельцев пивных и баров – в форме подачи бесплатной алкогольной продукции. Стимулирование продаж – маркетинговые мероприятия, призванные побудить население к более активному приобретению товара.

- |   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Полный запрет (3 б.) | <input type="checkbox"/> Частичное законодательное ограничение (2 б.) | <input type="checkbox"/> Добровольное соглашение/саморегулирование (1 б.) | <input type="checkbox"/> Ограничения отсутствуют (0 б.) |
|---|---|---|---|

**Мультипликатор: см. раздел 6а**

### 6а Маркетинг алкогольных напитков

Используется подход вложенных диапазонов. Баллы выставляются по нескольким категориям (например, по нескольким рекламным платформам) в соответствии с уровнем ограничений, применяемым к различным видам алкогольных напитков. Сумма баллов по всем пунктам соответствует тому или иному диапазону, который и определяет окончательное значение показателя. Используется трехбалльная шкала, на которой 3, 2 и 1 балл соответствуют таким уровням ограничения, как полный запрет, частичное законодательное ограничение и добровольное соглашение/саморегулирование. Таким образом, максимальное количество баллов по каждому виду напитков составляет 30 (3 балла x 10 рекламных платформ), следовательно, в сумме по всем трем видам алкогольных напитков может быть набрано 90 баллов. Затем выделяются диапазоны (например, диапазон 0: 0 баллов, диапазон 1: 1–22 балла, диапазон 2: 23–44 балла, диапазон 3: 45–67 баллов, диапазон 4: 68–90 баллов) и назначаются баллы, выставляемые в зависимости от диапазона.

#### 6а.1 Юридически обязательные ограничения на рекламу алкоголя

- |   |   |  |   |   |
|---|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Диапазон 4 (68–90 баллов) (4 б.) | <input type="checkbox"/> Диапазон 3 (45–67 баллов) (3 б.) | <input type="checkbox"/> Диапазон 2 (23–44 балла) (2 б.) | <input type="checkbox"/> Диапазон 1 (1–22 балла) (1 б.) | <input type="checkbox"/> Диапазон 0 (0 баллов) (0 б.) |
|---|---|--|---|---|

**Мультипликатор: x3**

#### 6а.2 Юридически обязательные ограничения на скрытую рекламу

- |   |   |  |   |   |
|---|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Диапазон 4 (21–27 баллов) (4 б.) | <input type="checkbox"/> Диапазон 3 (14–20 баллов) (3 б.) | <input type="checkbox"/> Диапазон 2 (7–13 баллов) (2 б.) | <input type="checkbox"/> Диапазон 1 (1–6 баллов) (1 б.) | <input type="checkbox"/> Диапазон 0 (0 баллов) (0 б.) |
|---|---|--|---|---|

**Мультипликатор: x3**

#### 6а.3 Юридически обязательные ограничения на спонсорство спортивных и молодежных мероприятий предприятиями отрасли

- |   |  |   |  |   |
|---|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Диапазон 4 (14–18 баллов) (4 б.) | <input type="checkbox"/> Диапазон 3 (9–13 баллов) (3 б.) | <input type="checkbox"/> Диапазон 2 (5–8 баллов) (2 б.) | <input type="checkbox"/> Диапазон 1 (1–4 балла) (1 б.) | <input type="checkbox"/> Диапазон 0 (0 баллов) (0 б.) |
|---|--|---|--|---|

**Мультипликатор: x3**

#### 6а.4 Юридически обязательные ограничения на мероприятия по стимулированию продаж со стороны производителей, предприятий розничной торговли и владельцев пивных и баров

- |   |   |  |   |   |
|---|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Диапазон 4 (21–27 баллов) (4 б.) | <input type="checkbox"/> Диапазон 3 (14–20 баллов) (3 б.) | <input type="checkbox"/> Диапазон 2 (7–13 баллов) (2 б.) | <input type="checkbox"/> Диапазон 1 (1–6 баллов) (1 б.) | <input type="checkbox"/> Диапазон 0 (0 баллов) (0 б.) |
|---|---|--|---|---|

**Мультипликатор: x3**

## 7. Ценовая политика (см. также раздел 7а) (максимум 70 б.)

### 7.1 Корректировка налоговых ставок с учетом инфляции

Здесь указывается, осуществляется ли корректировка уровня налогообложения алкогольных напитков (акциза или иного налога на алкоголь) с учетом инфляции.

- Как минимум по двум видам напитков (4 б.)       По одному виду напитков (пиво, вино или крепкие спиртные напитки) (2 б.)       Нет (0 б.)

**Мультипликатор: х3**

### 7.2 Ценовая доступность алкогольных напитков – см. раздел 7а

**Мультипликатор: см. раздел 7а**

### 7.3 Прочие ценовые меры

Здесь указывается, применяются ли в стране какие-либо ценовые меры, кроме налогообложения. К таким мерам относятся, в частности, регулирование цен на безалкогольные и алкогольные напитки (например, сделать так, чтобы безалкогольные напитки стоили меньше, чем алкогольные). Примером могут служить политика минимальной цены, дополнительный налог на определенные виды продукции (например, слабоалкогольные газированные напитки), требование о продаже безалкогольных напитков по более низким ценам, запрет продажи по цене ниже себестоимости или запрет на скидки при покупке большого количества алкоголя.

Политика минимальной цены	<input type="checkbox"/> Да (3 б.)	<input type="checkbox"/> Нет (0 б.)
Дополнительный налог на определенные виды продукции	<input type="checkbox"/> Да (3 б.)	<input type="checkbox"/> Нет (0 б.)
Требование о продаже безалкогольных напитков в питейных заведениях по более низким ценам	<input type="checkbox"/> Да (2 б.)	<input type="checkbox"/> Нет (0 б.)
Запрет продажи по цене ниже себестоимости	<input type="checkbox"/> Да (3 б.)	<input type="checkbox"/> Нет (0 б.)
Запрет на скидки при покупке большого количества алкоголя	<input type="checkbox"/> Да (3 б.)	<input type="checkbox"/> Нет (0 б.)

**Мультипликатор: х3**

### 7а.1 Ценовая доступность алкогольных напитков

Диапазон определяется согласно ценовым индексам разных видов напитков.

Используемый ценовой индекс представляет собой видоизмененный вариант показателя ценовой доступности, впервые введенного Brand et al. (2007) и определяемого следующим образом:

Ценовой индекс = 10 000 × Цена в евро (стандартные емкости: 50 сл (пиво), 75 сл (вино) и 70 сл (крепкие спиртные напитки))

Среднедушевой ВНД по ППС (в международных долларах на настоящий момент)

Ценовой индекс рассчитывается отдельно для пива, вина и крепких спиртных напитков, а затем при помощи метода диапазонов выводится общее значение показателя ценовой доступности.

- Диапазон 4 (13–16 баллов) (4 б.)       Диапазон 3 (10–12 баллов) (3 б.)       Диапазон 2 (7–9 баллов) (2 б.)       Диапазон 1 (4–6 баллов) (1 б.)       Диапазон 0 (≤ 3 баллов) (0 б.)

**Мультипликатор: х4**

**8. Уменьшение негативных последствий употребления спиртных напитков и алкогольной интоксикации (максимум 16 б.)**

**8.1 Обучение персонала заведений**

Регулярно проводится обучение персонала питейных заведений и обслуживающего персонала для особых мероприятий, предусматривающее получение навыков и знаний о вреде от алкоголя и о принципах обслуживания с учетом безопасности клиентов.

Да (3 б.)

Нет (0 б.)

**Мультипликатор: x2**

**8.2 Этикетки с предупреждением о вреде для здоровья**

Этикетки с предупреждением о вреде для здоровья содержат информацию об опасностях, с которыми связано употребление продукции.

Закон требует маркировать рекламу алкоголя предупреждениями о вреде для здоровья

Да (2 б.)

Нет (0 б.)

Закон требует наличия предупреждений о вреде для здоровья на емкостях/бутылках с алкоголем

Да (3 б.)

Нет (0 б.)

**Мультипликатор: x2**

**9. Уменьшение последствий для общественного здоровья, связанных со спиртными напитками, изготовленными незаконно и в неорганизованном секторе (максимум 30 б.)**

**9.1 Акцизные марки на емкостях с алкогольными напитками**

Национальными таможенными службами для подтверждения уплаты акциза используются акцизные марки на емкостях с алкоголем.

Да (3 б.)

Нет (0 б.)

**Мультипликатор: x3**

**9.2 Оценочные данные о неучтенном потреблении алкоголя**

Под неучтенным потреблением алкоголя понимается алкоголь, не обложенный налогами и не охваченный обычной системой государственного контроля – например, алкоголь, произведенный в домашнем или неформальном секторе (как легально, так и нелегально), контрабандный алкоголь, суррогатный алкоголь (не предназначенный для употребления человеком) или алкоголь, приобретенный за границей (учтенный в другом государстве).

Регулярные оценки потребления неучтенного алкоголя могут проводиться в стране на основании экспертных заключений, на основании исследований неучтенного потребления алкоголя, на основании косвенных данных – информации государственных органов об объемах конфискованного алкоголя, на основании косвенных данных – результатов опросов, или на основании косвенных данных другого характера.

Да (3 б.)

Нет (0 б.)

**Мультипликатор: x3**

**9.3 Законодательные меры по предотвращению незаконного производства и продажи алкогольных напитков**

В стране на национальном уровне существуют законодательные меры по предотвращению незаконного производства и/или продажи алкогольных напитков, произведенных в домашнем или неформальном секторе.

Существует законодательство по предотвращению незаконного производства алкогольных напитков

Да (3 б.)

Нет (0 б.)

Существует законодательство по предотвращению незаконной продажи алкогольных напитков

Да (3 б.)

Нет (0 б.)

**Мультипликатор: x2**

## 10. Мониторинг и эпиднадзор (максимум 90 б.)

### 10.1 Национальная система мониторинга

*Здесь указывается наличие национальной системы мониторинга вреда, наносимого алкоголем.*

Национальная система мониторинга охватывает данные о следующих аспектах:	<input type="checkbox"/> употребление алкоголя (включая регулярные общенациональные обследования для оценки процента лиц, употребляющих алкоголь, и лиц, воздерживающихся от употребления алкоголя, среди населения в целом) (3 б.)	<input type="checkbox"/> Национальная система мониторинга отсутствует (0 б.)
	<input type="checkbox"/> медико-санитарные последствия (3 б.)	
	<input type="checkbox"/> социальные последствия (3 б.)	
	<input type="checkbox"/> ответные меры политики в отношении алкоголя (3 б.)	
	<input type="checkbox"/> данные о продажах (3 б.)	
На основании данных национальной системы мониторинга регулярно публикуются доклады	<input type="checkbox"/> Да (4 б.)	<input type="checkbox"/> Нет (0 б.)
Имеется учреждение/организация/отдел, официально выполняющий функцию национального центра мониторинга, либо лицо, которому официально поручено контролировать ситуацию в сфере алкоголя и здоровья населения	<input type="checkbox"/> Да (4 б.)	<input type="checkbox"/> Нет (0 б.)

**Мультипликатор: x3**

### 10.2 Национальная система эпиднадзора

*Здесь указывается, проводятся ли национальные обследования на предмет распространенности эпизодического употребления алкоголя в больших количествах (пьянства) среди взрослых и потребления алкоголя среди молодежи (в том числе обследования, проводимые в школах).*

Проводятся обследования в отношении эпизодического употребления большого количества алкоголя	<input type="checkbox"/> Да (4 б.)	<input type="checkbox"/> Нет (0 б.)
Проводятся обследования потребления алкоголя среди молодых взрослых и среди несовершеннолетних	<input type="checkbox"/> Да (3 б.)	<input type="checkbox"/> Нет (0 б.)

**Мультипликатор: x3**

## Европейское региональное бюро ВОЗ

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

### Государства-члены

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



Европейский офис ВОЗ по профилактике  
неинфекционных заболеваний и борьбе с ними  
Российская Федерация, 125009, Москва  
Леонтьевский пер., 9  
Эл. почта: [NCDOoffice@who.int](mailto:NCDOoffice@who.int)  
Веб-сайт: [www.euro.who.int/en/NCDOoffice](http://www.euro.who.int/en/NCDOoffice)

**Европейское региональное бюро  
Всемирной организации здравоохранения**  
World Health Organization Regional Office for Europe  
UN City, Marmorvej 51, DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark  
Tel.: +45 45 33 70 00 Fax: +45 45 33 70 01  
E-mail: [eurocontact@who.int](mailto:eurocontact@who.int) Website: [www.euro.who.int](http://www.euro.who.int)